

博士<リハビリテーション学>論文

認知的視点を統合した
効果的な精神科作業療法の研究

2015年3月

大野 宏明

川崎医療福祉大学大学院

目 次

序 章 研究の背景と目的	p.1
第1章 認知機能リハビリテーションを取り入れた作業療法の効果検証	
第1節 デイケアに通所する統合失調症患者における認知機能と社会生活能力との関連	p.23
第2節 統合失調症患者に対する料理活動と生活技能訓練の効果 —認知機能と社会生活能力の比較—	p.36
第3節 認知機能リハビリテーションと SST を併用した個人作業療法により統合失調症の記憶障害が改善した一症例	p.50
第2章 認知行動療法を取り入れた作業療法の健康管理への効果検証	
第1節 精神障害者の身体・認知指標及び認知機能との関連からみた健康管理における障害特性 —肥満群と非肥満群との比較検討—	p.60
第2節 精神障害者への健康管理プログラムの持続的効果 —身体・認知内容の指標及び認知機能による比較—	p.71
第3節 統合失調症患者への生活習慣の改善に向けた個別支援の試み —健康管理チェック表を用いた援助を振り返って—	p.85
第3章 認知行動療法を取り入れた作業療法の症状管理への効果検証	
第1節 被害関係妄想と自生体験を主症状とした統合失調症患者への認知行動療法的介入	p.93
第2節 認知行動療法を併用した外来作業療法により大学進学に至った社交不安障害の一症例	p.110
終 章	p.118

序章：研究の背景と目的

I. 統合失調症に対する作業療法の現状と問題

近年、統合失調症の治療に関して、抗精神病薬の進歩や心理社会的治療の発展、支援システムの整備、早期介入と予防の発展により、良好な回復と社会的転帰を示す患者が増えてきており、入院治療から地域生活支援へと治療パラダイムがシフトしてきている。2010年度の作業療法白書¹⁾では、精神科医療は、適切な入院医療による早期退院や地域生活への移行を実現するための支援が重要課題とされていると述べている。また、政府は、2013年度から概ね5年間を対象とする障害者基本計画（第3次）施策²⁾を策定し、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の総合的かつ計画的な推進を図ることを目標とし、総合的かつ計画的に実施するとしている。この中で、脳機能研究の推進により、高次脳機能障害、感覚認知機能障害等に関する新たな診断法の開発、医学的リハビリテーションの効率化及び訓練プログラムの改善を進めるとしている。また、障害者の生活機能全体の維持・回復のため、リハビリテーション技術の開発を推進するとしている。このように、精神科医療には、地域生活移行やリカバリーの実現に向けた支援を目的として、エビデンスに基づいた効果的な精神科リハビリテーション技術の発展と治療効果の確認が求められている。

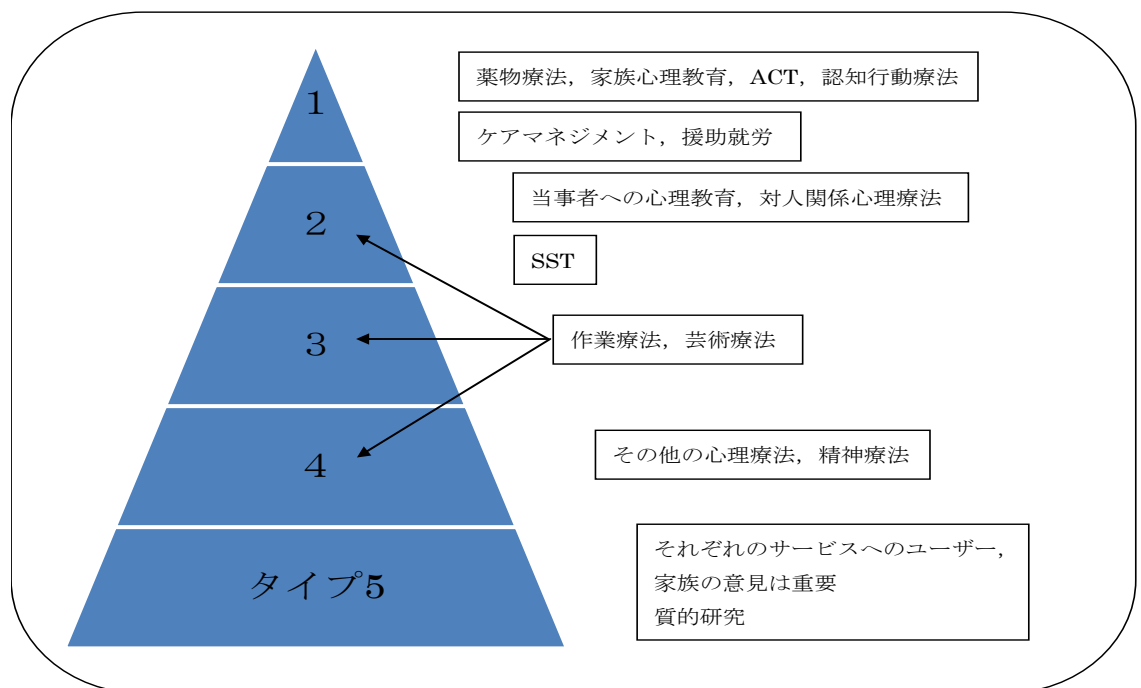


図1 エビデンスのヒエラルヒー 文献(4)より引用

作業療法は、作業を中心とした多彩な構成要素で成り立ち、より日常的な場を形成して、心身機能面での回復や適応的な生活技能の向上などを目的とすることが特徴である³⁾。しかし、作業療法は、その治療手段や生活を構成する要素が多様であるため、その効果判定には曖昧さがうかがえる。三野⁴⁾は、精神科作業療法のエビデンスについて、作業療法は重要なリハビリテーション手段であるが、その効果を検証した研究は多くないと述べている。その中で作業療法は、図1に示すように、タイプ2（ランダム化割付を伴わないコホート研究）、タイプ3（ケースコントロール研究）及びタイプ4（対照群を伴わない前後比較研究）に留まっている。また、三野⁴⁾は、臨床的観点からすると、作業療法はその効果が様々な形で明確にできる可能性が大きく、効果を実証する研究が待たれると述べている。

2010年度の作業療法白書⁵⁾では、精神科作業療法の施設で用いられる手段の割合は、手工芸（97.3%）、創作・芸術活動（95.6%）、身体運動活動（89.6%）、生活圏拡大活動（80.9%）の順であり、目的は、コミュニケーション・対人技能の改善（92.6%）、生活リズムの改善（92.0%）、社会適応能力の改善（77.2%）の順で、基本的能力では、認知心理機能の改善（49.7%）、認知心理機能の維持・代償指導（38.9%）が続くと報告されている。この報告から、精神科作業療法では手工芸を主な手段として用い、作業に対する興味を利用して患者を動機づけ、作業活動を介した手段としてコミュニケーションや生活リズム等の目的にアプローチしていることがわかる。統合失調症の認知機能障害が基底障害として注目されていることから、認知心理機能の改善や維持・代償指導も増えつつあるが、作業遂行能力と認知機能や社会生活能力との関連^{5,6)}に関する先行研究は限られており、作業遂行能力における認知機能障害への効果や認知の歪みへの介入効果といった作業療法の効果研究は示されていないのが現状である。

そこで本研究では、認知機能の向上や認知の歪みの改善に対するエビデンスの認められている認知的視点を精神科作業療法にどのように統合、また併用することにより、患者の社会生活能力を効果的に改善することができるか検証することを目的としている。そこで序章では、統合失調症患者の認知機能障害とリハビリテーションについて概観し、作業療法の臨床上の検証すべき問題を提起する。

II. 統合失調症の社会的転帰と病態モデル

ここでは、精神科医療の治療効果の指標として、患者の転帰とその病態について述べる。

統合失調症の転帰に関する長期追跡研究⁷⁾では、精神病初回エピソード後、8年時点において症状転帰で寛解を認めたのは約半数、機能転帰で社会的寛解に至ったのが約39%、重度の機能障害を示したのは約33%であった。また、World Health Organization (WHO)⁸⁾は、統合失調症の診断を受けてから最長で15年後の状態を調査し、初発患者のほぼ半数は完全かつ長期的な回復が期待でき、生活がひどく制限されるのは残りの5分の1と報告している。このように長期予後研究からは、未だ多くの患者が重篤な症状や社会的機能における障害を示し、入院治療を余儀なくされる状況にある。精神病初回エピソードの社会的転帰に関連する要因として、精神病の未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis)、病前適応機能、認知機能障害、疾患の未治療期間 (Duration of Untreated Illness: 早期の前駆期を含む陰性症状などの起始から治療開始までの期間)、物質使用障害などの併存症、治療アドヒアランス、治療内容などが知られており、これらの要因が複雑に関連している⁹⁾ことが分かっている。古くから統合失調症患者に認知機能障害が見られることが指摘されていたが、この認知機能障害は幻覚や妄想の影響による認知の障害が背景となり、日常生活に影響を与えていると考えられてきた。1980年代後半より、画像診断による脳構造の変化、事象関連電位や追跡眼球運動による精神生理学的評価、神経心理学的研究による認知機能障害のプロフィールパターンが明らかにされ、統合失調症には脳の機能障害があり、認知機能障害が中核的病態として重要な位置を占めることがわかってきた¹⁰⁾。そこで、近年、Andreasenによる神経発達障害仮説¹¹⁾による病態モデルが支持されつつある(図2)。

この病態モデルでは、統合失調症の病因は、遺伝要因、環境要因、心理社会的要因など複合的な病因が考えられるが、これらが、出生後から思春期にかけての神経発達に影響を与え、その結果として神経細胞間の結合・伝達の機能的、解剖学的障害を来すようになり、そこで一定の基本的な認知過程の障害が生じる。さらに、臨床的にもはっきり分かるような認知過程の障害へと発展し、やがては統合失調症の精神症状を来すようになるという⁹⁾。すなわち、発病前から脳の萎縮などの脳の形態学的な変化が存在し、幼少期には微細な神経学的異常や病前の行動特徴が認められ、環境要因によるストレスとの相互作用によって中枢神経系にダメージが加わり、ドーパミン系の調節障害によって精神病状態を惹起するというものである。未治療で放置する時間が長くなればなるほど、前頭葉などの萎縮が起こり¹²⁾、萎縮が進めば脳機能が低下し、認知能力、社会的能力、自立能力、情緒機能に障害を生じることになる¹³⁾。このような病態研究の進歩により、認知機能障害にアプローチする臨床的意義に注目

が集まりつつある。

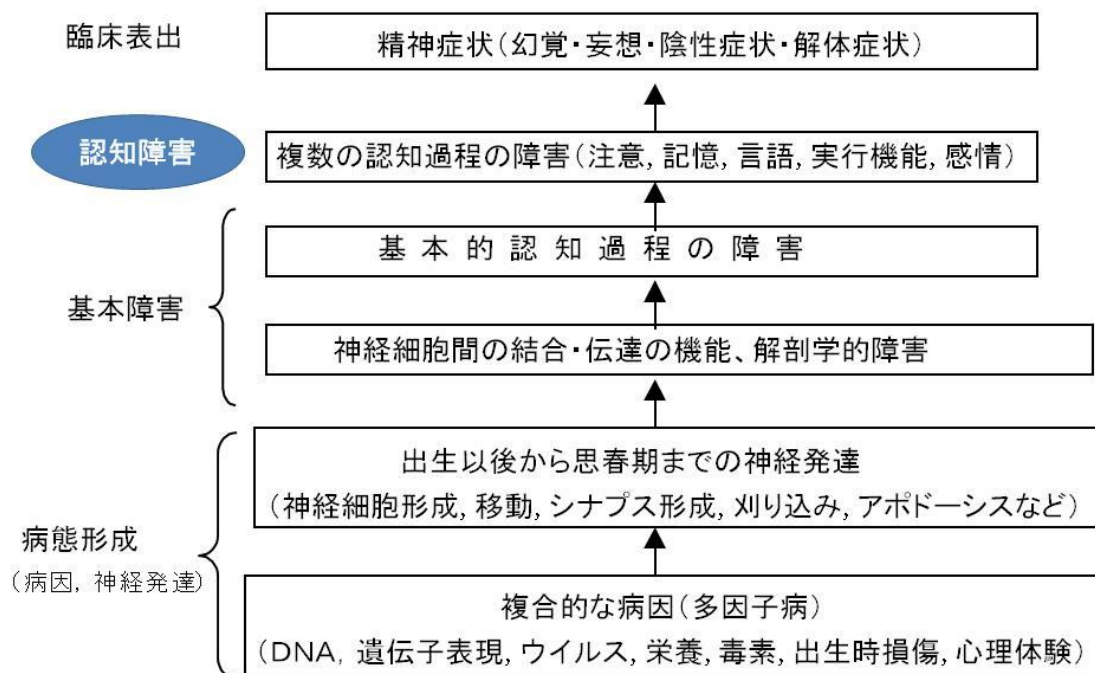


図2 統合失調症の病態モデル 文献(11)より引用

III. 統合失調症の精神症状と認知機能障害

統合失調症の幻覚, 妄想状態を特徴とする陽性症状は, ドーパミンを神経伝達物質とするいくつかの神経回路が過剰に活動することが関与する. 特に, 腹側被蓋野から側坐核や扁桃核に投射している中脳辺縁系におけるドーパミンの過活動が原因といわれている¹⁴⁾. また, 情動の平板化や会話の貧困, 自発性の欠如を特徴とする陰性症状は, 中脳皮質系の活動低下によって前頭前野が正常に機能しなくなる前頭葉の低活性 (hypofrontality) が生じている. これらの所見として単光子放射線コンピュータ断層撮影 (Single Photon Emission Computed Tomography : SPECT) による脳の局所血流の機能画像では, 統合失調症患者には前頭葉の低賦活が認められている¹⁵⁾. すなわち, 前頭前野の機能低下は, 陰性症状のみならず情報処理過程の障害である認知機能障害との関連も示唆されている.

IV. 統合失調症の認知機能障害と社会的転帰との関連

統合失調症の認知機能障害は 85%の患者にみられる¹⁴⁾. 神経心理学的検査による健常者と統合失調症患者との認知機能の横断的比較¹⁶⁾では, 患者の成績はすべての領域で健

常者サンプルより1標準偏差 (Standard Deviation : 以下SD) 下回っており、特に記憶機能でより強い障害が示された。また、健常者と統合失調症患者の1.5年後の追跡研究¹⁷⁾では、患者群の症状の改善はあったが神経心理学的プロフィールパターンはほとんど変化がなかった。初発の未治療統合失調症患者と治療経験のある統合失調症患者の認知機能の比較研究¹⁸⁾では、神経心理学的プロフィールパターンは類似(全般的に認知機能領域は低下)しており、抗精神病薬による抗幻覚妄想作用は認知機能の改善によるものではないとしている。すなわち、統合失調症の認知機能障害は、検査時点の病状に関わらず一貫して同程度に認められ、全般的な認知機能が障害されているが、特に記憶機能の障害が特徴であり、薬物治療の影響に関係なく初発エピソード患者でも同様に認められることが特徴である。臨床的には、入院生活では病状も安定しているが、退院するとストレスに脆弱ですぐに再発してしまう患者がいる。一方、幻聴や妄想を持ちつつも、自分なりの生活パターンを維持しながら、安定した地域生活を送っている患者がいる。これは、精神症状に左右されない認知機能障害に基づく生物学的脆弱性との関連を示しているケースであると考えられる。

社会的転帰との関連では、Green^{19,20)}は、認知機能障害は幻覚妄想などの陽性症状よりも社会生活能力と関連が強く、長期予後までも予測すると報告している。同様に、Robinsonら²¹⁾は、初回エピソード精神障害者の5年間の追跡研究を行い、ベースラインの認知機能は5年後の社会的機能を予測しており、精神症状と社会的機能は並行しないことを報告している。また、認知機能障害は、社会的技能の獲得や社会的問題解決とも関連している¹⁶⁾との指摘もみられる。これらの先行研究から、認知機能障害は統合失調症の脆弱性を示す基底障害のひとつであり、社会生活上の障害を改善するためには、日常生活や社会生活と関連が強い認知機能障害に焦点を当てた治療が必要であることがわかる。

V. 統合失調症の神経認知と社会的認知の障害

認知機能は、注意や記憶、実行機能などの事物を対象とする基礎的神経認知 (Neurocognition) と対人機能に関連する社会的認知 (Social cognition) に大別される。統合失調症の神経認知の障害は、情報の入力から行動の出力までの過程のうちで、言葉を記憶し(言語性記憶)、物事に注意を向け(注意機能)、それに基づいて行動を組織し(実行機能)、実際の作業を行う(視覚-運動処理)という段階の障害が強い²³⁾。社会的認知は、心の理論(社会的場面で手がかりをうまく使って相手の意図や感情を理解すること)や

表情の感情認知（相手の表情や感情認知，社会的状況の理解），帰属スタイル（内的・外的事象に対してそれを自分または他人のどちらに帰属させ説明するかという心的様式）などが含まれ，「他人の意図や気持ちを理解する人間の能力を含むような，社会的相互作用の基底にある心的操作」²⁴⁾と定義される．社会的認知は，記憶，注意，実行機能などの基礎的神経認知とは関連しながらも独立した機能であることが明らかにされている²⁵⁾．

前述した認知機能障害と社会的転帰との関連の内，基礎的神経認知の障害は統合失調症患者の機能レベルの20～60%程度にとどまり，社会的認知の障害がその間に介在する社会的転帰の決定因子として想定される²⁶⁾とされており，近年の研究でも神経認知は社会的認知を介して間接的に社会的転帰へ影響を及ぼすとされ，社会的認知の関与がより大きい可能性が指摘されている²⁷⁾．また，内発的動機づけが神経認知と社会的転帰の介在因子であった²⁸⁾との報告や，動機づけが社会的認知と社会的転帰の間をも介在する²⁹⁾との報告もある．これらの研究は，神経認知のみならず社会的認知や動機付けへの介入も社会的転帰を改善する標的となりうることを示唆している．

VI. 統合失調症の認知機能障害と薬物療法

抗精神病薬の認知機能障害への効果研究によると，定型抗精神病薬の投与は認知機能障害を大きく変化させることはなく，非定型抗精神病薬には陰性症状を改善する作用があり，その背景には認知機能障害の改善効果がある³⁰⁾と報告されていた．しかし，健常者に比して統合失調症患者の認知機能障害の程度は，健常者平均より1～3SD低下している¹⁶⁾が，非定型抗精神病薬の認知機能障害改善に関するメタ解析では，その効果量は0.2～0.4SDと推測される³¹⁾といわれるように，抗精神病薬による認知機能障害の改善の程度は社会生活能力に影響を及ぼすほど大きなものではない．そのため，統合失調症の認知機能障害に対する精神科リハビリテーションにおいて，薬物療法と合わせて心理社会的治療への効果改善の期待が高まっている．

VII. 統合失調症の認知機能障害と心理社会的療法

精神障害者への心理社会的援助プログラムは，薬物療法と共に行うと有効であることが知られている．これらのプログラムは，科学的根拠に基づく実践(Evidence-Based Practices)と呼ばれ，欧米では2009年にSchizophrenia Patient Outcomes Research

Team(PORT) により6つの社会的心理的治療を包含するエビデンスに基づいた実践のコンセンサス・リストが発表されている³²⁾. これには、1)家族介入、2)援助付き雇用、3)包括的地域生活支援(Assertive Community Treatment :ACT), 4)スキルトレーニング、5)認知行動療法的精神療法、6)トークンエコノミーが挙げられており、これらの治療を活用した治療システムが整備されつつある. 表 1 に示すように、それぞれの治療には標的とする分野があり、多くの領域で効果が期待できるわけではない³³⁾. また認知機能障害へのアプローチに関しては、コンピュータや話し合いのセッションによって直接的に認知機能を改善する認知機能リハビリテーションの効果研究が盛んになり、その効果検証がなされている. 認知機能リハビリテーションは、英国国立臨床研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence : NICE)のガイドライン³⁴⁾にも組み込まれている. これらの心理社会的治療を WHO の障害の国際分類に当てはめると図 5 に示す障害を標的とした治療法となる³⁵⁾. ここでは認知障害に介入する技法として、認知機能リハビリテーション(=認知リハビリテーション、認知矯正療法)、認知行動療法、Social Skills Training(生活技能訓練:以下 SST)に焦点を当ててその効果研究について述べる.

表 1 特定の心理社会的治療のエビデンス 文献(33)より引用

治療法	効果が期待される領域・事項					
	精神症状 の改善	再発 予防	入院期間 の短縮	費用対 効果	生活技能 改善	職業機能 改善
SST					○	
心理教育的家族療法		○				
ACT			○	○		
援助付き雇用						○
認知行動療法	○					

- ・SST:精神障害患者の生活技能を高め、患者生活の質を改善し再発を防止する訓練.
- ・家族心理教育:家族が疾患の知識や対処法を習得する事で、患者との良好な療養生活を営めるように援助する方法.
- ・ACT:重い精神障害者が地域で安心して暮らせるように、多職種のチームによる支援.
- ・援助付き雇用:IPS (Individual Placement and Support) は、障害者にジョブコーチがマンツーマンで自立度に合わせた支援する方法.
- ・認知行動療法:認知に働きかけて気持ちを楽にする精神療法の一種.

認知機能リハビリテーションは、統合失調症の神経認知に対してコンピュータプログラムを用いて直接改善する認知矯正療法と、残存する認知能力で補ったり残存する認知機能を最大限に活用できるような代償的なアプローチである認知適応法に分けられる。McGurkら³⁶⁾は、認知機能リハビリテーションの効果についてメタ分析した研究において、認知機能には0.41SDと中等度の効果量が、社会機能は0.36SDの効果量が、精神症状は0.28SDの低い効果量が認められたと報告している。Medariaら³⁷⁾は、メタ解析により認知機能リハビリテーション前後の効果量の範囲について検討し、神経心理テストの改善は0.3~0.9SD程度、心理社会的機能については0.3~0.5SD程度、精神症状の改善は0.3SD前後とやや小さなものになっていると報告している。このように、標的とした認知機能課題に改善がみられることが明らかとなったが、訓練終了後には効果が長期間維持されず、社会生活への般化にも課題が残っている^{38,39)}。また、認知機能リハビリテーションは、脳の神経可塑性の仮説に基づき、脳の機能・形態異常を標的としている。認知機能リハビリテーションによって、脳血流量の増大⁴⁰⁾や脳体積の変化⁴¹⁾があったなど、脳構造の変化に寄与している可能性も示唆されている。これらから、薬物療法や認知機能リハビリテーション単独では、社会的機能まで改善することは難しく、より包括的な他のリハビリテーションプログラムとの組み合わせが求められている。

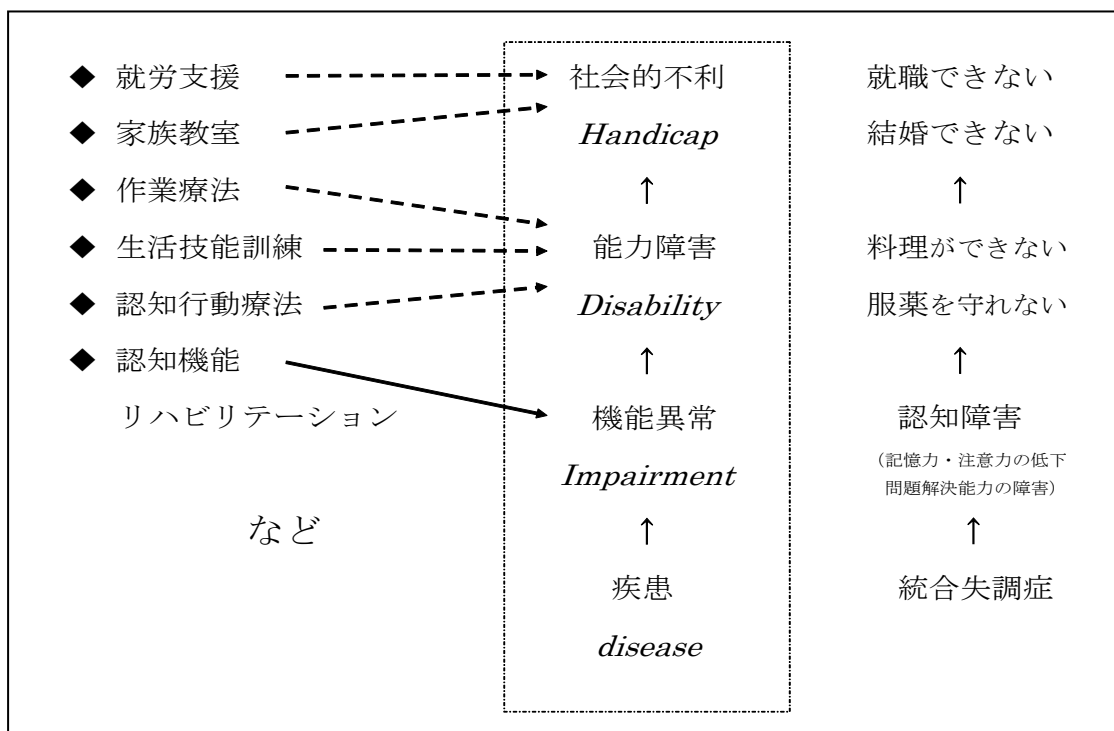


図5 統合失調症リハビリテーションの治療 文献(35)より引用

認知行動療法は、実証的研究が積み重ねられ、薬物療法以外の精神科治療の中で比較的有効性が実証されている治療技法である⁴²⁾。認知行動療法とは、人間の情緒や行動が認知の在り方に影響を受けていることから、認知の在り方に働きかけて苦痛な情緒状態や非適応的な行動パターンを変化させ、問題に対処することを通して、精神疾患を治療することを目的とした構造化された短期の精神療法である⁴³⁾。そのため、統合失調症の認知機能の改善を目的とした認知機能リハビリテーションとは異なり、認知の歪みの改善を目的とした認知行動療法は様々な精神疾患を対象としている。池淵³⁵⁾は、統合失調症の認知行動療法の主な標的として、1)ストレスの緩衝剤となる温か安定した対人関係を持つためのスキル、2)当面のストレス状況に対処するためのスキル、3)精神疾患のセルフマネジメント、4)持続的な精神症状への対処技能、5)当事者をとりまく環境や環境との相互作用への介入、6)認知プロセスの改善、の6つを指摘している。認知行動療法を用いてこれらの点に介入することで、精神障害者が積極的に疾病管理を身につけ、主体的かつ Quality of Life (以下 QOL)の向上を目指した生活に向けて取り組むことができると考える。認知機能リハビリテーションと認知行動療法の相違に関して、池淵⁴⁵⁾は、正のフィードバックや動機づけの強化、誤りなし学習など学習を促進する技術を用いる点で共通はしているが、認知機能リハビリテーションは、認知のプロセス(情報処理過程)を対象とし、認知行動療法は認知の内容を主な対象としていると述べている。また、認知機能リハビリテーションは、事物の処理機能を主な対象とし、認知行動療法では、社会的認知や自己に関する認識も対象とする点で違いがあると述べている。すなわち、精神症状発現の基底には、認知機能障害があるが、考えた方や病的な体験の受け止め方に介入することでその認知を修正し、よりよい行動に変容させることができるという考え方である。認知行動療法の標的は幅広いが、本論では、精神障害者の社会生活において特に問題視されている、「持続的な精神症状や不安症状に対する苦痛」と「陰性症状や副作用、認知障害による健康管理能力の低下」を取り上げる。

統合失調症患者の5~25%は薬物抵抗性と言われ⁴⁶⁾、幻聴や妄想による患者の苦痛度は大きく治療的意義が高い。統合失調症の幻聴や妄想を標的とした持続的な精神症状への認知行動療法では、不適応的なもしくは症状や苦痛をもたらす認知・行動について、臨床的な観察によって心理学的な仮説を患者との共同作業で作成し、その仮説に基づいて「ゆがんだ認知・行動」への介入を行い、結果としてより患者が望ましい状態となるかどうかによって介入の検証が行われる⁴⁵⁾。薬物抵抗性の統合失調症患者への認知行動療法の先行研究⁴⁷⁾では、社会的機能への効果量は0.38SD、陽性症状への

効果量は 0.37SD、陰性症状は 0.44SD の改善が認められるとの報告がある。しかし、メタ解析の結果から認知行動療法によって症状全般の改善が常にもたらされるわけではないことが明らかにされており、治療効果を高める努力の必要性が指摘されている⁴⁸⁾。

また、非定型抗精神病薬の副作用による食欲亢進や認知障害に基づく健康管理能力の低下、陰性症状に伴う運動量の低下、嗜好の偏りによる精神障害者の体重増加が問題視されている⁴⁹⁾。統合失調症患者の肥満率は 58%であり⁵⁰⁾、入院患者よりも地域生活を送っている患者の方が身体所見や食習慣の問題が大きいことが指摘されている⁵¹⁾。そこで、健康管理能力を身につけ生活習慣病のリクスを軽減させる必要性が高まっている。非定型抗精神病薬の普及に伴い Solution for Wellness プログラム⁵²⁾などの栄養指導、運動療法、認知行動療法を組み合わせた健康管理プログラムの効果が報告されている。これら先行研究では、効果としては 2~4 kg 程度の減量が認められているが、精神障害者には病状の波だけではなく肥満の弊害に対する認識の甘さ・深刻味の欠如といった自己認識に関する認知の歪みも影響しており⁵⁰⁾、健康行動への動機や意欲を引き出すことは容易ではない。これらの研究をレビューした結果、食事・運動管理プログラムへの導入後のドロップアウト率が高く一定の効果を得ていないとする報告もある⁵³⁾。

次に Social Skills Training (以下 SST) について述べる。SST は対人スキルの学習を主な標的としているが、基盤に学習障害や社会的認知の歪みや対人状況の処理能力の障害があることを視野に入れながら練習を行う。したがって、用いられる技術(フィードバック、ロールプレイ、モデリング、宿題など)は、神経認知や社会的認知の障害を念頭に置いたものである⁴⁵⁾。SST のメタ解析の先行研究⁵⁴⁾ では、練習したスキルの獲得は 1.20SD と効果量が大きく、全般的な社会的スキルや日常生活スキルや地域生活スキルの向上は 0.52SD と中等度の効果量があり、陰性症状の改善も 0.40SD と中等度であったと報告している。このように、SST の高いエビデンスが得られているのは、練習したスキルの獲得や維持に関する効果であり、精神症状の改善や再発防止の効果に関するエビデンスは限定的であるとされている。SST と認知機能リハビリテーションを組み合わせるなど、他の心理社会的療法を組み合わせる試みがなされている⁵⁵⁾。

VIII. 統合失調症の社会生活能力の改善に対する作業療法の課題と本研究の概要

これまでの精神科リハビリテーションの先行研究から、統合失調症患者の社会的機能の改善に向けた認知機能障害への介入が注目されているが、薬物療法と認知機能リハビリテーションでは社会的機能への効果は乏しいことから、より包括的なリハビリテーションプログラムの発展と治療効果の確認が求められている。そこで、臨床において有効性が示されている認知行動療法や SST を患者の状態像に合わせて組み合わせ、統合失調症患者の認知機能障害の回復に働きかけることで、より社会的機能を改善できるのではないかと考える。しかし、これらの治療法の有効性が確立されているからといって、エビデンスに基づいた臨床実践が進むとは限らない⁵⁶⁾。欧米では、統合失調症患者の4割が過去半年から1年間に全く治療を受けておらず、また、統合失調症の治療でエビデンス・ベーストな薬物療法を受けているのはごく一部で、心理社会的療法を受けていた人はさらに少ないことが指摘されている⁵⁷⁾。また、認知行動療法や認知機能リハビリテーションは、専門的なスタッフの養成研修が必要であり、現在の精神科医療において専門家を充足することは難しい状況にある。そこで、我が国において、最も幅広く行われている精神科作業療法に、認知行動障害にアプローチする技法を積極的に取り入れ、または併用することで臨床における効果の有用性を高め、患者の社会生活能力を改善していくことが現実的である。このような臨床研究は、効果的な治療行為を少しでも一般化できるように検証する研究に位置づけられると考える。

統合失調症患者の作業での問題は情報処理の問題を持ちながら作られた行動プログラムの結果として起こると考えて対応する必要がある⁵⁸⁾。認知機能障害は、日常生活障害のうち、「指示を忘れやすい（言語性記憶の障害）」、「計画に基づいて行動を実行できない（実行機能の障害）」等、事物を対象とした障害である²³⁾。そこで、作業と認知機能及び社会生活能力との関連を検証することによって、作業遂行が統合失調症の認知機能障害や社会生活能力の改善に影響を与える可能性について確かめることができると考える。第1章、第1節では、統合失調症の認知機能の神経心理検査として新しく開発された The brief assessment of cognition in schizophrenia Japanese-language version (以下 BACS-J) と精神障害者の社会生活能力の評価として Life Assessment Scale for Mentally Ill (以下 LASMI) を用いて、統合失調症の認知機能障害と社会生活能力の関連を調査した。LASMI には作業遂行能力の評価項目が含まれているため、作業遂行能力と認知機能との関連についても検討できると考えた。作業遂行能力と認知機能との関連があるならば、作業を行うことが認知機能リハビリ

テーションの役割を担う可能性が考えられる。

次に、作業活動を用いた認知機能及び社会生活能力に介入するための工夫について検討した。岸本⁵⁹⁾は作業療法における生活技能の獲得に関して、作業療法士が学習理論に基づく考え方や治療手段をあまり意識せずに用いてきた点は、対象者の適応的な認知行動面での変容に対して、評価や治療的介入の上で操作性、計画性、意図性の弱さが感じられると述べている。また、今日の作業療法は、生活技能の獲得に向けてより確実な援助技術が求められると述べ、作業療法の理論や治療手段の使い方について問題提起している。作業を学習する過程において、患者の障害特性に合わせて学習方法を工夫し、作業を繰り返し経験することによって、患者の認知機能が賦活され認知機能障害が改善する可能性が考えられる。岩田⁶⁰⁾は、この点に関し、臨床に認知機能リハビリテーションを導入する際の留意点を以下に挙げている。1) 対象者の生活上の困難と認知機能障害とのつながりをアセスメントしておく。2) 介入が認知機能のどの領域に焦点をあてたものなのか認識しておく。3) 認知機能トレーニングが、日常生活の行動とどのような関係にあるのかを説明する。4) 対象者の認知機能レベルを考慮した上で、難易度を段階的に実施していく。5) 訓練内容は、入力処理（記憶機能・注意機能）に対する訓練と出力処理（遂行機能・ワーキングメモリ）に対する訓練をバランスよく配置する。6) 認知機能の改善に合わせて訓練の頻度を調整する。7) 訓練に対する動機付けの維持及び楽しく課題に取り組めるように工夫する。8) 進歩や改善に対して正の強化を行う。このような認知機能リハビリテーションの視点や訓練技術を作業療法に導入した研究は見当たらないため、作業療法の認知機能障害への効果を示すための具体的な介入研究が求められる。また、竹田ら⁶¹⁾は、対象者自身の主体性や意欲の喚起などの内的側面への介入が重要であることから、認知機能と情動の相互作用についての神経生理学的な研究を行っている。その中で、認知・行動にアプローチする作業療法として、作業への取り組みや生じた結果を対象者とセラピストが共に喜び、悔やみ、感動するなど感情を共有することで、次の認知・行動に対する内発的動機づけの生成を促すことが大切であると述べている。さらに、動機づけを次の認知・行動にスムーズに統合し、実際の遂行を促すために、難易度の調整や環境設定といったテーラーメイドな関わりを作業療法で実施していくことが重要であることを示唆している。石井ら⁶²⁾は、精神障害者を対象としたアンケート調査から精神科作業療法の治療的要因について検証した結果、「作業療法の有意味性」、「他者との関係の変化」、「集団的レクリエーション活動の効果」、「興味・動機づけ」の4因子を抽出し、治療要因は疾

患への対応というよりむしろ総合的な人間の機能に向けられたものであったとし、患者の主観的効果や興味や動機づけの効果を明確にしている。これらの先行研究は、作業療法で用いる作業の有意義性や動機づけといった治療要因は、認知行動面への介入に有用であることを示唆している。上述した神経認知や社会的認知と社会的転帰との関連の介在因子として、動機づけが重要であり治療のターゲットになりうる³⁵⁾ことを考慮すると、作業療法で用いられる作業の認知的要素を活用し、かつ対象者にとって意味のある作業⁶³⁾であれば、治療的に動機づけられた作業遂行が行われ、社会的機能の改善につながる可能性がある。しかし、作業療法において、作業分析に基づいた作業の学習による直接的な統合失調症の認知機能障害に介入する方法や効果を検討した先行研究は見当たらない。そこで、第1章、第2節では、料理活動を作業分析し、認知機能リハビリテーションの技法を用いて認知機能トレーニングの要素を取り入れた料理活動を統合失調症患者のグループに実施し、認知機能リハビリテーションに焦点づけたSSTとの効果の比較を行った。また、第1章、第3節では、認知機能障害を呈する統合失調症の症例に対して、個人作業療法に認知機能障害へのアプローチやSSTを併用することで、効果的に社会生活能力につなげることができるかについて検証した。

次に、第2・3章では、精神障害者の認知の歪みに介入する工夫について検討した。陽性症状に対する認知行動療法は、症状によって引き起こされる心理的苦痛を減弱させることが目的である。精神症状や心理的苦痛に介入する場合、治療者と患者との信頼関係を基盤として、患者のより主観的な側面を共有して介入することが重視される。山根⁶⁴⁾は、作業療法の効果と根拠に関して、作業療法は、対象者が主体的に取り組み、試み、その人なりの生活を見出すことができるよう、意味のある作業体験の場を提供し、その場を共にする共有体験を通して援助する。しかし、その効果は対象者自らのかかわり方に依存するものであるとし、対象者自身の主観的な質が治療効果に影響していると述べている。石井ら⁶²⁾の、精神科作業療法の治療的要因に関する研究においても、作業に対する患者の主観的効果が重要であったとしている。このような、対象者の気持ちや感じ方といった主観的体験に基づく作業療法の効果は、その有用性を客観的に捉えることを難しくしているとも言える。作業療法の効果に対して、香山⁶⁵⁾は、精神科治療において、対象者の主観をいかに表現していくかが今後の課題と述べ、関ら⁶⁶⁾は、主観的な作業療法の効果をできる限り患者も含めた多くの人が認めるような方法を考えなければならないとしている。一方、認知行動療法は、主観的体験に基づく認知の歪みを標的として介入し、認知の幅を広げ、対象者の心理的苦

痛の軽減や適応的な行動を身につけるための効果的な技法として注目されている。認知行動療法では、患者の抱える問題を環境(状況, 他者)と個人(対象者)の相互作用という支援から捉え, そのうえで個人の主観的体験を認知(思考), 気分・感情, 身体反応, 行動の 4 つに分けてダイナミックに理解しようとする(図 6)⁶⁷⁾。

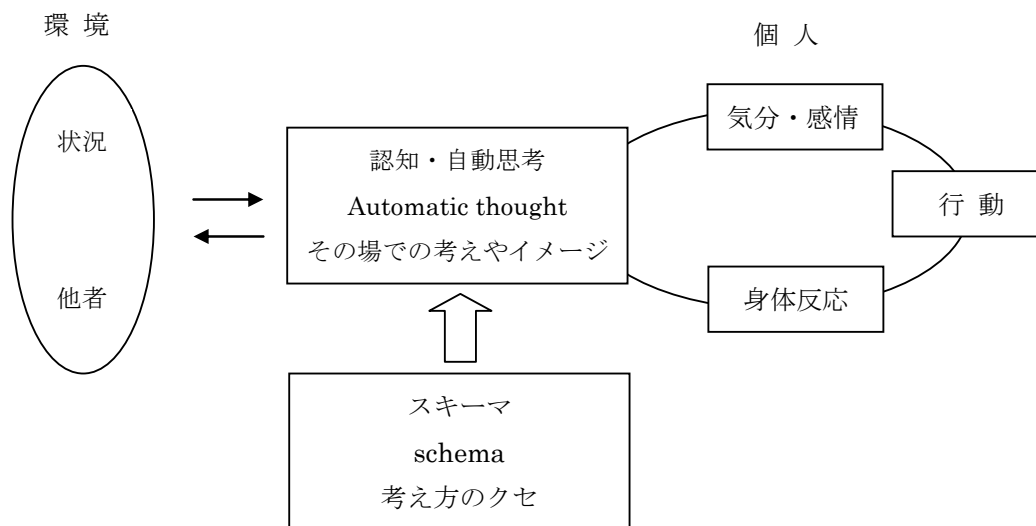


図 6 認知行動療法のモデル 文献(67)より引用

作業療法で対象者の主観的体験を理解し, 問題解決に向けて有効なコーピングを探したり, 生活場面での実践を通して対処技能を高めたりしていく過程は, 認知行動療法と共通する点が多い⁶⁸⁾が, 認知行動療法は, 患者が理解しやすいように, 技法をより構造化していることが特徴である。この認知行動療法の技法を用いると, 患者の認知や気分, 行動の自動思考との関連について, 治療者との協同で問題となる認知行動の検証作業を進めることができる。作業療法場面では場, 時間, 作業活動を介した共有体験を通して認知行動を理解し, その場で具体的な対処法を指導・援助・練習しやすい⁶⁹⁾という治療構造を活かし, 認知行動療法を相補的に用いていく工夫が求められる。認知行動療法の技法を作業療法に用いた先行研究は限られている。椛島ら⁷⁰⁾は, 統合失調症患者に対して, リカバリー志向の作業療法と作業療法における認知行動療法的手法を事例に用いた結果, 事例の症状管理能力や自己効力感が回復し, デイケアへの導入が可能になるなど有用であったと報告している。また, うつ病に対する作業療法への認知行動療法技法の併用に関する研究^{71,72)}では, 患者の志向・行動の修正により気分の改善を目指す集団認知行動療法プログラムに治療への動機づけを促す作業療法を積極的に取り入れることで, より高い治療効果をあげる期待ができると報告している。このように, 作業療法に認知行動療法の技術を取り入れ, また併用することで, 生活

における課題遂行や対人関係を通した振り返りや、動機付けを行いやすいメリットがあると思われる。そこで、精神障害者の退院援助や地域生活能力の維持・向上を図るにあたり、重要な生活スキルである健康管理や症状管理に着目し、認知行動療法の技法を用いたより効果的な作業療法の介入を検討する目的で臨床における実践を試みた。

まず、健康管理に関しては、上述したように認知障害や嗜好の偏り、陰性症状、薬物療法の副作用により、精神障害者は肥満になる割合が多く、健康管理能力を身につけ生活習慣病のリクスを軽減させる必要性が高まっている⁴⁹⁾。そこで、第2章、第1節では、デイケアの精神障害者の健康管理における障害特性を明らかにする調査を行った。健康管理に関する認知内容の指標及び身体指標と認知機能との関連や、肥満群と非肥満群との認知内容の指標及び身体指標と認知機能の違いを明らかにすることで、介入すべき健康管理能力の標的がより明確になると考えた。次に、第2章、第2節では、認知行動療法プログラムを用いた介入研究を行った。健康管理能力の改善を目的とした認知行動療法プログラムをレビューした研究⁵³⁾によると、食事・運動管理プログラムへの導入後のドロップアウト率が高く一定の効果を得ていないと報告しており、動機づけも含めた工夫が求められている。そこで、BMI25以上の肥満であるデイケアの精神障害者を対象に、デイケアで行われている活動プログラムと認知行動療法プログラムとをリンクした工夫や動機づけを高める工夫を用い、集団と個別のアプローチを織り交ぜた健康管理プログラムを実施し、介入後4カ月時までの持続的な効果の検討を行った。第2章、第3節では、障害特性や病状に合わせた健康管理能力の向上を目的として、肥満のデイケアの症例に認知行動療法的支援を取り入れた個人作業療法を実施し、体調に合わせた個別的な健康管理支援の効果について検討を行った。

症状管理に関しては、現在の精神科治療は薬物療法が中心であるが、薬物療法ですべての精神症状を抑制することは難しく、その効果には個人差がある。そのため、統合失調症を含めた精神障害者は、症状の自己管理や病気との上手な付き合い方を身につけることが求められる。Haddockら⁷³⁾は、幻覚や妄想に対する認知行動療法のレビューの中で、色々な状況で患者自らが対処スキルを使おうとすることや、体験症状をコントロールするための手がかりを日常生活の中に見つけていくことが般化につながると指摘している。同様に、生活場面や対人関係場面、作業場面における体験を治療に活用する作業療法の治療構造は、認知行動療法にける課題を検証する場として、安全かつ治療的に介入しやすいのではないかと考えた。そこで、第3章、第1節では、病識に乏しく、持続的な精神症状のあるデイケアに通

所している統合失調症の症例に対して認知行動療法の技術や SST を併用しながら作業療法の場を活用した試みが、歪んだ認知を修正し社会生活の拡大につなげることができるかについて検証を行った。また、統合失調症以外の疾患として社交不安障害にも認知行動療法はエビデンスが高く有用であるといわれている⁷⁴⁾。そこで、第3章、第2節では、同様に大学進学を希望する社交不安障害の症例に認知行動療法の技法や SST を併用した作業療法を試み、認知の修正や対人不安の軽減に影響し、社会適応を図ることができるかについて検証を行った。

文献

- 1) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2010。サンワ，東京，2010，pp. 42-47.
- 2) 内閣府政策統括官（総合企画調整担当）障害者施策：障害者基本計画（第3次）。（オンライン），入手先<
http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2013/_icsFiles/afieldfile/2013/10/08/20130927-01.pdf>，（参照 2014-01-29）.
- 3) 大橋秀行，山根寛：SST（生活技能訓練）と作業療法。作業療法 15：4-8，1996.
- 4) 三野善央：精神障害者リハビリテーションと根拠に基づく実践。精リハ誌 10:47-52, 2006.
- 5) 石井奈智子，堀池研太，鈴木新吾，久米裕，石井良和：統合失調症者の認知機能障害と社会生活技能との関連。秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要 18：48-54，2010.
- 6) 丸本 薫，谷野 芙美子，谷野 亮爾，関 昌家：作業療法後の予後調査と段通作業における作業量からみた作業療法の効果。作業療法関連科学研究会・編，作業科学 3，協同医書出版，東京，2001，pp.123-138.
- 7) Crumlish N. Whitty P. Clarke M. Browne S. Kamali M. et al: Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. Br J Psychiatry 194:18-24, 2009 .
- 8) Harrison G. Hopper K. Craig T. Laska E. Siegel C. et al : Recovery from psychotic illness ; a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry 178 : 506-517, 2001.
- 9) Schimmelmann BG. Huber CG. Lambert M. Cotton S. McGorry PD. et al:

- Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *J Psychiatr Res* 42 : 982-990, 2008.
- 10) 松島英介, 小島卓也 : 統合失調症の異種性と認知機能. 精神疾患と認知機能研究会・編, 精神疾患と認知機能—最近の進歩—, 新興医学出版社, 東京, 2011, pp.23-30.
 - 11) 松岡洋夫, 松本和起: 精神分裂病の脆弱性とその臨床指標. *精神医学* 43:236-249, 2001.
 - 12) Andreasen NC. Liu D. Ziebell S. Vora A. Ho BC : Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia ; a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 170, 609-615, 2013.
 - 13) 岡田尊司 : 統合失調症—その新たなる真実—. PHP 新書, 東京, 2011, pp.82-89.
 - 14) 福田正人, 赤田卓志朗, 上原徹 : 精神分裂病になぜ薬が効くか? ころの科学 90 : 45-57, 2000.
 - 15) 上野武治, 大宮司信 : 統合失調症およびその関連障害. 上野武治・編, 標準理学療法学・作業療法学 精神医学 第3版, 医学書院, 東京, 2001, pp.124-148.
 - 16) Saykin AJ. Gur RC. Gur RE. Mozley PD. Mozley LH. et al : Neuropsychological function in schizophrenia. Selective impairment in memory and learning. *Arch Gen Psychiatry* 48 : 618-624, 1991.
 - 17) Censits DM. Ragland JD. Gur RC. Gur RE : Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia ; a longitudinal study. *Schizophr Res* 24 : 289-298, 1997.
 - 18) Saykin AJ. Shtasel DL. Gur RE. Kester DB. Mozley LH. et al : Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 51 : 124 -131, 1994.
 - 19) Green MF . Nuechterlein KH : Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull* 25:309 -318, 1999.
 - 20) Green MF. Kern RS. Heaton RK : Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia; Implications for MATRICS. *Schizophr Res* 72:41-51, 2004.
 - 21) Robinson DG. Woerner MG. McMeniman M. Mendelowitz A. Bilder RM :

- Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 161:473-479, 2004.
- 22) Green MF: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 153:321-330, 1996.
- 23) 福田正人, 安藤直也, 間島竹彦: 認知機能障害としての統合失調症. *こころの科学* 120:20-28, 2005.
- 24) Brothers L: The neural basis of primate social communication. *Motivation and Emotion* 14:81-91, 1990.
- 25) Penn DL. Corrigan PW. Bentall RP. Racenstein JM. Newman L: Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull* 121 : 114-132, 1997.
- 26) Green MF. Kern RS. Braff DL. Mintz J: Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 26 : 119-136, 2000.
- 27) Brekke J. Kay DD. Lee KS. Green MF : Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 80 : 213-225, 2005.
- 28) Nakagami E. Xie B. Hoe M. Brekke JS: Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia : testing mediator and moderator effects. *Schizophr Res* 105:95-104, 2008.
- 29) Gard DE. Fisher M. Garrett C. Genevsky A. Vinogradov S : Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 115 : 74-81, 2009 .
- 30) 福田正人, 畑哲信, 笠井清登: 精神分裂病における認知機能障害と薬物療法の効果. *臨床精神薬理* 1:1111-1119, 1998.
- 31) Woodward ND. Purdon SE. Meltzer HY. Zald DH : A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine , olanzapine , quetiapine , and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 18: 457-472, 2005.
- 32) Shean GD : Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry* 72 : 307-320, 2009.
- 33) 井上新平 : 統合失調症の心理社会的治療. 松原三郎・編, 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰, 中山書店, 東京, 2008, pp.34-41.

- 34) National Collaborating Centre for Mental Health : Schizophrenia(CG82)Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE clinical guideline 1 National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. (on line) , available from < <http://guidance.nice.org.uk/CG82/NICEGuidance/pdf/English> > (accessed 2014-1-28)
- 35) 中込和幸 : 統合失調症の社会的転帰の改善を踏まえた認知機能障害への治療的アプローチ—社会認知と動機づけ—. *Schizophrenia Frontier* 13 : 34 -41, 2012.
- 36) McGurk SR. Twamley EW. Sitzer DI. McHugo GJ. Mueser KT : A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164 : 1791-1802, 2007.
- 37) Medalia A. Choi J : Cognitive remediation in schizophrenia . *Neuropsychol Rev* 19 : 353-364, 2009.
- 38) Krabbendam L. Aleman A : Cognitive rehabilitation in schizophrenia ; a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology* 169 : 376-382, 2003.
- 39) McGurk SR. Twamley EW. Sitzer DI. McHugo GJ. Mueser KT : A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164 : 1791-1802, 2007.
- 40) Wykes T. Brammer M. Mellers J. Bray P. Reeder C. et al : Effects on the brain of a psychological treatment cognitive remediation therapy : functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 181 : 144-152, 2002.
- 41) Eack SM. Hogarty GE. Cho RY. Prasad KM. Greenwald DP. et al : Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia : results from a 2-year randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 67 : 674-682, 2010.
- 42) 岩田和彦, 池淵恵美 : 認知行動療法. *精リハ誌* 7 : 124-131, 2003.
- 43) 大野裕 : 認知・行動療法 (の前提と目指すところ). *精神科治療学* 24 増刊号 : 42-43, 2009.

- 44) 池淵恵美:精神分裂病治療における認知行動療法の役割. 丹野義彦・編, 認知行動療法の臨床ワークショップ, 金子書房, 東京, 2002, pp. 121-146.
- 45) 池淵恵美:統合失調症の精神障害リハビリテーションと認知機能. 精神疾患と認知機能研究会・編, 精神疾患と認知機能—最近の進歩—, 新興医学出版社, 東京, 2011, pp.107-115.
- 46) Meltzer HY: Treatment of the neuroleptic-nonresponsive schizophrenic patient. Schizophr Bull 18 : 515-542, 1992.
- 47) Wykes T. Steel C. Everitt B. Tarrrier N: Cognitive behavior therapy for schizophrenia ; effect sizes , clinical models , and methodological rigor . Schizophr Bull 34:523-537, 2008.
- 48) Rector NA. Beck AT : Cognitive behavioral therapy for schizophrenia ; an empirical review. J Nerv Ment Dis 189 : 278-287, 2001.
- 49) 濱本泰子, 河瀬雅紀, 國澤正寛, 福居顯二: 統合失調症慢性期における生活習慣病とその対応. 精神科治療学 20 : 569-574, 2005.
- 50) 秀野武彦, 浅井邦彦, 大久保善朗, 融道男: 慢性精神分裂病患者の肥満対策. 精神科治療学 12:1423-1429, 1997.
- 51) 岡村武彦, 井戸由美子, 高谷義信, 小林伸一, 菊山裕貴, 他: 体重増加とチーム医療による対策. 臨床精神薬理 9:2157-2165, 2006.
- 52) 大野裕, 中川敦夫: Solution for Wellness ; 患者さんのための健康生活—食事&運動ガイド. 日本イーライリリー, 神戸, 2004.
- 53) Loh C. Meyer JM. Leckband SG : A comprehensive review of behavioral interventions for weight management in schizophrenia. Ann Clin Psychiatry 18 : 23-31, 2006.
- 54) Kurtz MM. Mueser KT : A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. J Consult Clin Psychol 76 : 491-504, 2008.
- 55) 岩田和彦, 池淵恵美: 統合失調症の認知機能に焦点をあてたリハビリテーション. 精神神経学雑誌 107:37-44, 2005.
- 56) 天笠崇: 統合失調症治療と SST—エビデンスとプラクティスの狭間で—. 精神神経学雑誌 113 (特別号電子版) : SS323-SS328, 2011.
- 57) Sederer LI : Science to practice: making what we know what we actually do

Schizophr Bull 35 : 714-718, 2009.

- 58) 関昌家：作業療法の科学[5]. 作業療法関連科学研究会・編，作業の科学 5，協同医書出版，東京，2004，pp.3-12.
- 59) 岸本徹彦：作業療法と SST. 岸本徹彦，平尾一幸・編，SST を活かした作業療法の展開，三輪書店，東京，2008，pp.71-86.
- 60) 岩田和彦：精神科デイケアにおける認知機能リハビリテーションの活かし方. 精神科臨床サービス 7:453-456, 2007.
- 61) 竹田里江，竹田和良，池田望，松山清治，船橋新太郎：作業が持つ意味を前頭連合野における認知と情動の相互作用から考える—神経科学的知見に基づいたこれからの作業療法に向けて—. 作業療法 31 : 528 -539, 2012.
- 62) 石井良和，佐々木奈奈：精神科作業療法の治療的要因に関する研究. 秋田大学医学部保健学科紀要 16 : 40-45, 2008.
- 63) 富岡詔子：ライフサイクルと生活課題・作業活動. 日本作業療法協会・監，作業療法全書 改訂第 3 版 第 5 巻精神障害，協同医書出版社，東京，2010，pp.70-75.
- 64) 山根寛：精神障害と作業療法 第 3 版. 三輪書店，東京，2010，pp.64-65.
- 65) 香山明美：精神科作業療法と EBM. 作業療法 19 : 218-221, 2000.
- 66) 関昌家，米田貢：精神科での作業療法の効果についての歴史的展望. 作業療法関連科学研究会・編，作業の科学 3，協同医書出版，東京，2001，pp.103-120.
- 67) 伊藤絵美：「べてるの家」と認知行動療法のインターフェース. 伊藤絵美，向谷地生良・編，認知行動療法，医学書院，東京，2007，pp.23-91.
- 68) 小林正義：コミュニケーション活動へのアプローチ—精神障害. OT ジャーナル 43 : 242-249, 2009.
- 69) 小林正義：認知行動療法. 日本作業療法協会・監，作業療法全書 改訂第 3 版 第 5 巻精神障害，協同医書出版社，東京，2010，pp.293-298.
- 70) 椛島敬行，原口健三，福田千代：リハビリ志向の作業療法による自己効力感の回復；認知行動療法的手法を用いて. 作業療法 31, 394-399, 2012.
- 71) 仲本晴男：うつ病デイケアにおける集団認知行動療法と作業療法を併用した技法の有効性 慢性うつ病に特化したデイケアプログラムによる集団認知行動療法の技法と効果. 病院・地域精神医学 55, 201-210, 2013.
- 72) 田尻威雅，河津誠二，乃美寛子：うつ病の作業療法 認知行動療法の立場から. 作

業療法ジャーナル 43, 1013-1016, 2009.

- 73) Haddock G. TARRIER N. Spaulding W. Yusupoff L. Kinney C. McCarthy E :
Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and
delusions: a review. Clin Psychol Rev 18, 821-838, 1998.
- 74) Heimberg RG : Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder :
current status and future directions. Biol Psychiatry 51 : 101-108, 2002.

第1章 認知機能リハビリテーションを取り入れた作業療法の 効果検証

第1節 デイケアに通所する統合失調症患者における認知機能と 社会生活能力との関連

I. はじめに

統合失調症の認知機能障害は、幻覚や妄想などの陽性症状との関連は乏しく、社会生活能力や社会機能的転帰との関連が強いことが指摘¹⁾されている。そして、認知機能障害によって、社会機能障害の20-60%の要因が説明できるとの報告²⁾がみられる。また、認知機能障害は、社会的技能を獲得する能力とも関連³⁾しており、精神科リハビリテーションの領域において認知機能障害は重要な標的となりつつある。丹羽ら⁴⁾は、統合失調症の社会機能的転帰の改善のためには認知機能障害を改善することをリハビリテーションの目標として明確にする必要があり、要素的な認知機能と臨床評価としての社会機能の障害とをつなげる系統的な研究の発展が望まれていると述べている。Hogartyら⁵⁾も、訓練の対象となる認知機能を選択するためには、特定の認知機能障害やそのパターンがシステムとしてどのように患者の能力障害に関わるかを知ることが不可欠であると述べている。

2004年にKeefeら⁶⁾によって統合失調症認知機能簡易評価尺度(The brief assessment of cognition in schizophrenia:以下BACS)が開発され、兼田ら⁷⁾によってBACS日本語版(The brief assessment of cognition in schizophrenia Japanese-language version:以下BACS-J)も作成され、原版同様の良好な信頼性・妥当性が検証されている。BACS-Jは、平均39.6分と短時間で施行可能で対象者への負担も少なく、マニュアルに沿った施行と簡便なスコアリングは、治療者の評価手技を容易にしている。その評価が感知する認知機能は、統合失調症の認知機能障害の中核とされる言語性記憶、ワーキングメモリ、運動機能、言語流暢性、注意と情報処理速度、遂行機能であり、臨床への応用は簡便かつ実用的で、有用性に優れた認知機能評価尺度である。しかし、BACS-Jを用いた認知機能と社会生活能力との関連について検証した報告は、わが国ではまだなされていない。

本稿の研究目的は、統合失調症患者における認知機能と社会生活能力との関連について検証し、作業療法の治療的介入において考慮すべき認知機能を明確にすることであった。

II. 研究方法

1. 対象

A 病院デイケアに通所しており, WHO の作成した疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD-10)により統合失調症または統合失調感情障害と診断を受け, 急性症状が消退し原則として薬物療法の処方の変更を要さない寛解過程にある患者を対象とした. 対象者は, 研究の趣旨について口頭および文書により説明を受け, 書面上で同意の得られた 24 名であった. なお, 本研究は, A 病院倫理委員会の承認 (43 号 20-3)を受け実施した.

2. 方法

1) 調査期間

調査期間は, 2008 年 8 月~9 月の 2 ヶ月間であった.

2) 認知機能の評価

認知機能の評価は, BACS-J マニュアル(バージョン 2.2)⁸⁾に基づいて実施した. BACS-J の認知機能領域と検査方法についてまとめたものを表1に示した. 各検査得点は, 健常者得点を基準(ゼロ)とした場合の統合失調症患者の Z-Score(標準得点) = {(素点 - 健常者得点) / 標準偏差}を算出した. 健常者得点と標準偏差は, BACS-J マニュアルに記載された兼田ら⁸⁾の健常者データを使用した. 総合得点は, 各検査項目の Z-Score を平均した.

3) 社会生活能力の評価

社会生活能力の評価として, 全般的機能評価尺度 (Global Assessment of Functioning : 以下 GAF) および精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for Mentally Ill : 以下 LASMI) を使用した. GAF は, 米国精神医学会¹⁰⁾の DSM-IV の多軸診断 V 軸として, 対象者の心理的・社会的及び職業的な機能を簡潔に評価するものである. GAF 尺度は, 10 点ごとの 10 の機能範囲に分割され, 症状の重症度または機能レベルのどちらかがその範囲の中であてはまる点数 (1~100 点) で評価を行なった. それらの得点が高いほど良い機能レベルであることを示す. LASMI は, 統合失調症の生活障害を客観的かつ包括的に評価するために開発^{11,12)}された尺度で, 40 項目からなる. 具体的には 5 つの下位尺度からなっており, 「日常生活」12 項目, 「対人関係」13 項目, 「労働または課題の遂行」10 項目, 「持続性・安定性」2 項目, 「自己認識」3 項目について, 5 段階のアンカーポイント (0 点: 問題なし~4 点: 大変問題がある) で評価を行い, 得点が低いほど社会生活能力が高いことを示す.

表 1 BACS-J の認知機能領域と検査方法（文献 9 より引用，一部改変）

認知機能領域	認知機能の概要	検査方法
言語性記憶	言語性の情報（文語や単語など）に関する記憶	List Learning : 15 個の単語を提示してできるだけ多く記憶させ想起するよう求める。5 回繰り返す。
ワーキングメモリ	作業の際に利用される一時的に保存された情報に関する記憶	数字順列課題 : 数列を提示して、番号の若い順に並び替えて答えるよう求める。
運動機能	主に上肢を使った運動機能（リズムやスピード）	トークン運動課題 : 100 枚のトークンを、60 秒間に両手で同時にすばやく容器に収納するよう求める。
言語流暢性	意味あるいは語音に基づいて単語を想起する能力	意味流暢性 : 60 秒間にある特定の Kategorie に属する単語をできるだけ多く挙げるよう求める。 文字流暢性 : 2 つの独立した試行において、60 秒間にできるだけ多くの特定の頭文字で始まる単語を挙げるよう求める。
注意と情報処理速度	適切な情報へ意識の焦点を当てそれを維持し情報処理（刺激への反応時間とその処理スピード）を可能とする能力	符号課題 : 独自の記号に対応する 1 から 9 の各数字を、90 秒間にできるだけ速く記載するよう求める。
遂行機能	目標を設定し、計画を立て、効果的にそれを実行する能力	ロンドン塔検査 : 3 本のボールに配置された異なる 3 色のボールを独特な配置がされた手本と同じ配置になるように動かす推理をし、必要な最小の手数を答えるよう求める。

表 2 対象者の基本属性

(N=24)		
性別	男（名）	22(91.7%)
	女（名）	2(8.3%)
平均年齢±SD	（歳）	53.3 ± 7.0
平均罹病期間±SD	（年）	31.3 ± 6.7
平均入院回数±SD	（回）	5.9 ± 3.4
平均入院期間±SD	（年）	10.9 ± 10.2
平均DC通所期間±SD	（年）	7.1 ± 6.6
診断 (ICD-10)	F20（名）	22(91.7%)
	F25（名）	2(8.3%)
居住状況	アパート/自宅	9(37.5%)
	共同住居	13(54.2%)
	福祉ホーム	2(8.3%)
平均教育年数±SD	（年）	15.9 ± 2.2
職歴有り	（名）	13(54.2%)

4) 評価方法

BACS-Jは、筆者(作業療法士:Occupational Therapist , 以下 OTR)と臨床心理士によって面接形式で実施した. LASMI は、面接と行動評価を基に OTR と看護師の合議にて評価した. GAF は、症状及び行動観察によって、OTRとデイケア担当医の合議によって評価した.

5) 解析

解析は、SPSS 14.0 J for Windows を用いて行った. BACS-J と LASMI との関連及び基本属性と LASMI との関連は、Spearman の順位相関係数を用いて検討した. BACS-J と GAF との関連及び BACS-J と基本属性との関連、GAF と基本属性との関連は、Pearson の相関係数を用いて検討した. 有意水準は、危険率 5%未満を相関有りとした.

III. 結果

1. 基本属性及び認知機能と社会生活能力の評価結果

対象者 24 名中、性別は男性が 22 名、女性が 2 名で、診断名は統合失調症が 22 名、統合失調感情障害が 2 名であった. 平均年齢は、 53.3 ± 7.0 歳、平均罹病期間は 31.3 ± 6.7 年で、全員が慢性期の患者であり、単身アパートや共同住居、福祉ホームなどに居住し、デイケアを活用しながら地域生活を送っていた. その他の基本属性は表 2 に示した.

BACS-J, LASMI, GAF の平均得点と標準偏差及び BACS-J の Z-Score と総合得点は表 3 に示した.

2. 認知機能と社会生活能力との関連

BACS-J の各検査項目の Z-Score 及び総合得点と LASMI の各項目の得点との相関係数を表 4 に示した. LASMI の「対人関係」は BACS-J の注意と情報処理速度、総合得点と有意な負の相関を示した. LASMI の「労働または課題の遂行」は BACS-J の注意と情報処理速度、運動機能、言語流暢性、総合得点と有意な負の相関を示した. LASMI の「日常生活」と「持続性・安定性」及び「自己認識」に関しては、いずれも有意な相関はみられなかった.

BACS-J の各検査項目の Z-Score 及び総合得点と GAF の得点との相関係数を表 5 に示した. GAF は BACS-J の注意と情報処理速度と有意な正の相関を示した.

表3 認知機能(BACS-J)と社会生活能力(LASMI, GAF)の平均得点と標準偏差及びBACS-JのZ-Score

	平均得点	標準偏差	Z-Score(標準得点)
統合失調症認知機能簡易評価尺度 (BACS-J)			
言語記憶	24.1 ± 11.0		-1.87
ワーキングメモリー	13.6 ± 2.6		-1.60
運動機能	56.3 ± 19.3		-3.52
言語流暢性	31.5 ± 11.9		-1.09
注意と情報処理速度	41.2 ± 14.7		-2.27
遂行機能	12.3 ± 5.1		-2.12
* 総合得点	-2.09 ± 1.2		-2.09
精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)			
日常生活	1.1 ± 0.4		
対人関係	1.5 ± 0.3		
労働または課題の遂行	2.0 ± 0.6		
持続性・安定性	3.1 ± 0.2		
自己認識	1.2 ± 0.6		
全般的機能評価尺度(GAF)			
G A F	44.0 ± 9.8		

*総合得点は、BACS-J各検査項目のZ-Scoreの平均得点
Z-Score::重症度は、健常者の平均と比較して標準偏差の値(SD)がどれだけ低いかで定義
軽度障害(-0.5~-1SD),中等度障害(-1~-2SD),重度障害(-2~-5SD)

表4 認知機能と社会生活能力(BACS-J と LASMI)の関連

	言語性記憶	ワーキング メモリー	運動機能	言語流暢性	注意と 情報処理速度	遂行機能	総合得点
日常生活	-0.135	-0.361	-0.377	-0.145	-0.378	0.158	-0.288
対人関係	-0.170	-0.295	-0.367	-0.362	-0.582 (**)	-0.017	-0.408 (*)
労働または課題の遂行	-0.234	-0.345	-0.452 (*)	-0.456 (*)	-0.692 (**)	0.240	-0.472 (*)
持続性・安定性	-0.074	-0.015	0	-0.163	-0.259	0.146	-0.030
自己認識	-0.213	-0.052	-0.129	-0.141	-0.387	0.024	-0.169
Spearmanの順位相関係数					* p<0. 05	** p<0. 01	

表5 認知機能と社会生活能力(BACS-J とGAF)の関連

	言語性記憶	ワーキング メモリー	運動機能	言語流暢性	注意と 情報処理速度	遂行機能	総合得点
GAF	0.250	0.193	0.180	0.396	0.569(**)	-0.080	0.326
Pearsonの相関係数						** p<0. 01	

3. 認知機能と基本属性との関連

BACS-J の各検査項目の Z-Score 及び総合得点と基本属性(年齢, 入院回数, 入院期間, 通所期間, 罹病期間, 教育期間)との相関係数を求めた. 年齢は BACS-J の言語性記憶 ($r = -0.495$, $p < 0.05$), 遂行機能 ($r = -0.586$, $p < 0.01$), 総合得点 ($r = -0.472$, $p < 0.05$)と有意な負の相関を示した. また, 教育期間は BACS-J の言語流暢性 ($r = 0.433$, $p < 0.05$)と有意な正の相関を示した.

4. 社会生活能力と基本属性との関連

LASMI の各項目の得点と基本属性との相関係数を求めた. 通所期間は LASMI の「持続性・安定性」($r = -0.519$, $p < 0.01$)と有意な負の相関を示した.

次に, GAF と基本属性との相関係数を求めた. いずれの項目とも有意な相関はみられなかった.

IV. 考察

1. 認知機能と社会生活能力との関連について

本稿の対象者の認知機能を, 年代, 教育レベルが同等の健康成人と比較した認知機能障害の重症度¹³⁾に当てはめて判断すると, 対象者は中等度(健康者平均より 1-2 標準偏差(SD)低下)から重度(健常者平均より 2-5SD 低下)の認知機能障害があると考えられた.

LASMI の「日常生活」は BACS-J の検査項目とは有意な相関がみられなかった. Velligan ら¹⁴⁾は, 言語性記憶は地域生活機能全般を, 遂行機能は労働と ADL を予測するとの報告をしている. しかし, 本稿の結果において, 言語性記憶と遂行機能は LASMI のいずれの項目とも有意な相関はなかった. これについては次の基本属性との関連で述べるが, 本稿の対象者の高年齢が言語性記憶や遂行機能低下に影響した可能性が考えられた. また, 対象者の生活が支援を必要とする共同住居や福祉ホームに留まっていることは, 遂行機能や運動機能などの認知機能障害が重度であることが要因になっているのではないかと考えられた.

LASMI の「対人関係」は, BACS-J の注意と情報処理速度, 総合得点と有意な負の相関を示した. すなわち注意と情報処理速度と総合得点が高値な患者ほど対人関係は良好であった. 小林ら¹⁵⁾は, 対人機能には広範な認知機能障害との関連が認められ, 記憶機能ではワーキングメモリ, 注意機能では注意の維持, 選択的注意機能の障害との関連が認められると報告している. また, 注意障害や記憶障害のために手順や状況を正確に認知できず, これが技能の不得手や要領の悪さに結びついているといった指摘¹⁶⁾もみられる. これらの知見か

ら、注意力、判断力など入力処理から情報処理に関わる状況認知の役割を担う認知機能が、対人機能に影響を与えていると考えられた。また、本稿では評価は行っていないが、対人機能には要素的な認知機能とは独立して、他者の感情や意図を読む機能を果たす社会的認知¹⁷⁾も関与しているため、更なる調査が必要と考えられた。

次に LASMI の「労働または課題の遂行」は、BACS-J の注意と情報処理速度、運動機能、言語流暢性、総合得点と有意な負の相関を示した。すなわち注意と情報処理速度、運動機能、言語流暢性、総合得点が高値な患者ほど「労働または課題の遂行」は良好であった。統合失調症の認知機能障害は、言葉を記憶し(言語性記憶)、物事に注意を向け(注意機能)、計画にもとづいて行動を起こし(遂行機能)、効率よく作業を進める(視覚-運動処理)という事物を対象とした場合に強く認められる¹⁸⁾。このように、作業遂行能力には入力処理から情報処理、出力処理に至る全般的な認知機能が関連していると考えられ、統合失調症患者に対する作業遂行場面では顕著に認知機能障害が表れやすいことが理解できた。よって、全般的な認知機能が高い患者ほど作業遂行能力が高いという結果は妥当な結果であると考えられた。また、注意と情報処理速度を評価する BACS-J の符号課題は、LASMI の「労働または課題の遂行」と特に強い相関を示したことから、符号課題が作業遂行能力を評価するための指標となる可能性が示唆された。

LASMI の「持続性・安定性」は BACS-J の検査項目とは有意な相関を示さなかった。病状の不安定性は認知機能と関連しないことが考えられた。

LASMI の「自己認識」は BACS-J の検査項目とは有意な相関を示さなかった。先行研究における病識と BACS を用いた認知機能との関連については、有意な相関がなかったという報告¹⁹⁾がある。しかし、病識の欠如は遂行機能の障害と結びついているとする報告²⁰⁾もあるため、今後、自己認識と認知機能との関連についての詳細な調査が必要であると考えられた。

次に、対象者の GAF 得点は 44.0 ± 9.8 点であった。GAF の 50~41 の得点区間は、「重大な症状、または、社会的、職業的または学校での機能における重大な障害」と明示されている²¹⁾。したがって、今回の対象者は、残存症状と重い機能的障害を抱えながら地域生活を送っている集団であると理解できた。BACS-J の各検査項目との関連において、GAF は注意と情報処理速度との間に有意な正の相関を示したが、その他の検査項目とはいずれも有意な相関はみられなかった。GAF には、社会機能と精神症状の 2 つの要素が含まれており、Green ら¹⁾の社会生活能力と陽性症状との関連は乏しいという指摘を踏まえると、GAF にお

ける精神症状の要素が影響したのではないかと考えられた。しかし、GAF と注意と情報処理速度の間に相関が認められたことは、社会生活能力が情報処理速度と強い関連があるという報告^{22,23)}と合致するものであった。

2. 認知機能、社会生活能力と基本属性との関連について

本稿の対象者は、平均年齢が 53.3 ± 7.0 歳、平均罹病期間 31.3 ± 6.7 年と病歴の長い慢性期の統合失調症患者であり、62.5%の対象者が共同住居や福祉ホームといった支援を受けながら地域生活を送っている状況であった。

BACS-J と基本属性との関連について、年齢は言語性記憶、遂行機能、総合得点と有意な負の相関を、教育期間は言語流暢性と有意な正の相関を示した。すなわち、年齢が高い患者ほど言語性記憶、遂行機能、総合得点が低値であり、教育期間の長い患者ほど言語流暢性が高値であった。高齢の統合失調症患者の認知機能や社会機能レベルの低下リスクについての先行研究²⁴⁾によると、より高年齢で、教育歴がより短く、ベースラインでの陽性症状がより重症であることが、これらの低下リスクであったと報告している。また、20～80歳の統合失調症患者108名を6年間追跡し、認知機能低下のリスクを調査した先行研究²⁵⁾では、65歳までは悪化はなかったが、65歳以上の患者では、追跡期間を通じ一貫して年齢と関連した悪化リスクの上昇が認められたと報告している。これらの知見から、本稿の対象者の中でも比較的高年齢で、かつ教育歴の短い患者は、認知機能低下のリスクとして影響した可能性があると考えられた。

LASMI と基本属性との関連においては、通所期間は「持続性・安定性」と有意な負の相関を示した。LASMI の「持続性・安定性」は、社会適応の継続や安定性を反映した内容のため、安定している患者ほどデイケア通所期間が長い傾向にあることは妥当な結果であると考えられた。

3. 地域生活支援に向けた作業療法の認知リハビリテーション的活用について

リハビリテーションがうまくいかない統合失調症患者の多くは、本質的に陽性症状がみられないが、認知機能において著しく目立った障害がある患者であり、認知機能の低下が患者の生活への適応機能の障害を決定する要因として大きい¹³⁾と言われている。そのため、作業療法を考えていく上で、認知機能と社会生活能力との関連を考慮してアプローチしていくことが重要となる。今回の結果から、BACS-J の認知機能と最も多く関連していた LASMI の項目は、「労働または課題の遂行」であった。この下位項目には、作業遂行能力を評価する認知的要素が含まれている。山科ら²⁶⁾は、LASMI の「労働または課題の遂行」の下位項目である

“課題達成の見通し”, “手順の理解”, “持続性・安定性”は, 症状レベルとは違った次元での機能障害との関連が想定される指標であり, いずれも生活障害を直接反映していると述べている. そして, これを手がかりに患者の行動観察から得られる生活障害の評価が, 退院可能性の評価や予後予測に有用で, とりわけ作業療法場面での評価が指標として重要であることを報告している. 本稿で LASMI の「労働または課題の遂行」と有意な相関を示した注意と情報処理速度をはじめとする全般的な認知機能は, 山科らの「症状レベルとは違った次元の指標」に相当し, 生活障害との関連が予測できる指標ではないかと考えられる. さらに, Keefe ら²²⁾は, BACS と Independent Living Skills Inventory (ILSI) を用いた社会生活能力との関連について調査し, ILSI のほとんどの項目は BACS と有意に相関し, ILSI 総合得点と最も相関が強かった BACS の検査項目は情報処理の領域(言語流暢性, 注意と情報処理速度), 遂行機能, 言語性記憶であったと報告している. これらの知見から, 作業遂行能力には生活障害を反映する全般的な認知機能が関連しており, 社会生活能力にも全般的な認知機能が関連していると考えられる. そこで, 今後, 認知機能障害の改善に効果的な作業活動を検討することで, 作業療法が認知機能リハビリテーションの役割を担う可能性が考えられる. 辻²⁷⁾は, 認知機能に働きかけることを目的とした作業療法を実施するには, 作業活動を含めて従来から作業療法で活用してきたプログラムを再度分析した上で認知機能の改善, 向上に効果的な活動を選択する必要性について述べている. また, 池淵²⁸⁾は, 従来のリハビリテーションの認知機能障害回復の視点として, ①楽しめる環境を整えて意欲を引き出す, ②進歩に対する励ましで内的な動機付けを高める, ③集団作業を通じて新たな手順の学習や社会的役割の取り方を学習する, ④様々な種類と難易度の作業を割り振り, 達成感が得られるように配慮する(無誤謬学習), ⑤反復して同じ課題を練習する(過剰学習)などの学習障害者への援助原則を取り入れた方策を行うことで認知機能改善の効果が期待できると述べている. 実際, 諸外国の様々な認知機能リハビリテーションの効果研究において, 比較対照群として作業療法が設定された研究^{29)~32)}が報告されている. 結果として, 認知リハビリテーション介入群が作業療法群よりも, 問題解決技能の有意な改善³⁰⁾, 遂行機能と一次性言語記憶の有意な改善²⁹⁾, 記憶など多くの認知機能の改善及び就業状況や居住状態も有意に良好となった³¹⁾などの報告がみられる. 作業療法群においても, 様々な認知機能の改善効果があったことが示されており, 認知機能への介入手段としての作業療法の可能性が示唆される. これらの先行研究で用いられた作業活動は, 伝統的作業療法または集中的作業療法と称して, 様々なプログラムを組み合わせられており, 個々の作業活動の目的や具体的な訓練

方法、段階付け、フィードバックや動機付けの方法など、詳細な手順については述べられてはいない。そこで、今後、様々な作業活動の認知的特性が、統合失調症患者のどのような認知機能と関連し、どのような社会生活へ影響を及ぼすのかといった介入研究を、具体的にエビデンスとして示していくことが重要であると考えられる。このように、作業分析³³⁾に基づいた作業療法と認知機能との関連を明確にすることで、認知機能レベルへのアプローチが可能になるのではないかと考える。そして、対人関係技能をはじめとする社会機能の獲得を目指した作業療法や心理社会的プログラムと並行した包括的リハビリテーションの実施が、統合失調症患者への退院援助から地域生活に至る支援として効果的なものになるのではないかと考える。

V. おわりに

本稿の研究目的は、BACS-J を用いた認知機能と社会生活能力(LASMI, GAF)との関連について検証し、治療的介入において考慮すべき認知機能を明確にすることであった。その結果、LASMI の「対人関係」には状況認知に関わる認知機能が関連し、LASMI の「労働または課題の遂行」には全般的な認知機能が関連していると考えられた。LASMI の「日常生活」、「自己認識」、「持続性・安定性」には有意な相関はなかった。生活機能を予測する言語性記憶や遂行機能の低下が、高年齢かつ教育歴の短さに関連したため、「日常生活」と認知機能が関連しなかったことに影響を及ぼした可能性が考えられた。また、BACS-J と最も高い相関を示した LASMI の項目は「労働または課題の遂行」であった。作業遂行能力と全般的な認知機能との関連は、統合失調症患者の作業遂行場面において認知機能障害が顕著に表れやすいことが考えられた。今後、認知機能障害の改善に効果的な作業活動を検討することで、作業療法が認知機能リハビリテーションの役割を担う可能性が考えられた。

本稿の結果は、認知機能と社会生活能力との関連に対する横断的研究に過ぎない。今後、介入による認知機能の改善や社会生活能力への長期的な影響を調査することが必要である。また、統合失調症に対する作業療法においては、作業分析に基づいた様々な作業活動が認知機能とその社会生活能力にどのような影響を及ぼすかといった介入研究による効果検証が求められる。そして、作業療法と心理教育や SST などの心理社会的プログラムを組み合わせた包括的なリハビリテーションによる認知機能と社会生活能力への効果検証も課題として挙げられる。これらの課題を明らかにしていくことが精神科作業療法の更なる発展に向けて重要になると考えられた。

文献

- 1) Green MF. Nuechterlein KH : Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? Schizophr Bull 25:309-318, 1999.
- 2) Green MF. Kern RS. Braff DL. Mintz J: Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia ;are we measuring the “right stuff”? Schizophr Bull 26:119-136, 2000.
- 3) Green MF: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry 153:321-330, 1996.
- 4) 丹羽真一, 鹿島晴雄: 統合失調症における認知機能とリハビリテーション. 精神神経学雑誌 107:19-20, 2005.
- 5) Hogarty GE. Flesher S: Cognitive remediation in schizophrenia : proceed... with caution ! Schizophr Bull 18:51-57, 1992.
- 6) Keefe RSE. Goldberg TE. Harvey PD. Gold JM. Poe MP. et al: The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery. Schizophr Res 68:283-297, 2004.
- 7) Kaneda Y. Sumiyoshi T. Keefe RSE. Ishimoto Y. Numata S. et al: Brief assessment of cognition in Schizophrenia: validation of the Japanese version. Psychiatry Clin Neurosci 61:602-609, 2007.
- 8) Keefe RSE. (兼田康宏, 住吉太幹, 大森哲郎・訳): 統合失調症認知機能簡易評価尺度マニュアル(バージョン 2.2). 1-19, 2007.
- 9) 橋本亮太, 吉田哲彦, 安田由華, 大井一高, 工藤喬, 他: 第 2 世代抗精神病薬と認知機能. Schizophrenia Frontier 7:256-261, 2006.
- 10) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders , Fourth Edition(DSM- IV) . American Psychiatric Association , Washington DC, 1994. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV精神診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996.)
- 11) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 村田信夫, 野中猛, 他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義. 精神科診断学 5:221-231, 1994.
- 12) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 村田信夫, 野中猛, 他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討(第1報). 精神医学 36:1139-1151, 1994.

- 13) Harvey PD . Sharma T : “Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia : A Clinician’s Handbook”. Martin Dunitz Ltd, UK, 2002. (丹羽真一, 福田正人・監訳:統合失調症の認知機能ハンドブックー生活機能の改善のためにー. 南江堂, 東京, 2004, pp.11-22.)
- 14) Velligan DI. Bow-Thomas CC. Mahurin RK. Miller AL. Halgunseth LC:Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? J Nerv Ment Dis 188:518-524, 2000.
- 15) 小林恒司, 丹羽真一:認知機能と社会機能ー認知機能と社会機能の概念的関連についてー. 精神科治療学 18:1023-1028, 2003.
- 16) 丹羽真一:SSTの基礎理論. 精神療法 33:740-747, 2007.
- 17) 中込和幸, 最上多美子, 池澤聰:統合失調症と社会脳. 精神医学 51:257-263, 2009.
- 18) 福田正人:統合失調症の機能回復と脳機能評価. 精神神経学雑誌 107, 27-36, 2005.
- 19) Medalia A. Thysen J:Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. Schizophr Bull 34:1221-1230, 2008.
- 20) Amador XF. Strauss DH. Yale SA. Gorman J: Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull 17:113-132, 1991.
- 21) Keefe RSE. Poe M. Walker TM. Harvey PD: The relationship of brief assessment of cognition in schizophrenia(BACS) to functional capacity and real-world functional outcome. J Exp Clin Neuropsychol 28:260-269, 2006.
- 22) 林直樹:全般的機能水準の評価尺度. 臨床精神医学増刊号:354-357, 1999.
- 23) 丹羽真一, 池淵恵美, 鹿島晴雄, 中込和幸, 福田正人, 他:Green MF.講演「精神薬理学の目標としての統合失調症における認知機能障害」Discussion. 臨床精神薬理 10: 326-336, 2007.
- 24) Harvey PD. Silverman JM. Mohs RC. Parrella M. White L. et al: Cognitive decline in late-life schizophrenia:a longitudinal study of geriatric chronically hospitalized patients. Biol Psychiatry 45:32-40, 1999.
- 25) Friedman JI. Harvey PD. Coleman T. Moriarty PJ. Bowie C. et al:A six-year follow-up across the lifespan in schizophrenia. A comparison with Alzheimer’s Disease and health projects. Am J Psychiatry 158:1441-1448, 2001.

- 26) 山科満, 岩波明, 岩崎晋也, 安西信雄, 風祭元:慢性精神分裂病患者の単身生活退院に関する精神症状と生活障害. 精神医学 41:381-387, 1999.
- 27) 辻貴司:認知機能リハビリテーション(編・岸本徹彦, 平尾一幸:SST を活かした作業療法の展開). 三輪書店, 東京, 2008, pp.176-184.
- 28) 池淵恵美:統合失調症のリハビリテーションと認知機能障害. 臨床精神医学 34:769-774, 2005.
- 29) Wykes T. Reeder C. Corner L. Williams C. Everitt B:The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia . Schizophr Bull 25:291-307, 1999.
- 30) Medalia A. Revheim N. Casey M:The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. Schizophr Bull 27:259-267, 2001.
- 31) Hadas-Lidor N. Katz N. Tyano S. Weizman A : Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. Clin Rehabil 15:349-359, 2001.
- 32) Reeder C. Newton E. Frangou S. Wykes T:Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change? A study of a cognitive remediation therapy program. Schizophr Bull 30:87-100, 2004.
- 33) 小林夏子, 福田恵美子・編:基礎作業学(標準作業療法学). 医学書院, 東京, 2007, pp.78-153.

第1章 認知機能リハビリテーションを取り入れた作業療法の効果検証

第2節 統合失調症患者に対する料理活動と生活技能訓練の効果

－ 認知機能と社会生活能力の比較 －

I. はじめに

統合失調症患者の認知機能障害は、社会機能と関連が強く、リハビリテーションの学習効果や予後とも関連していることが明らかとなっている^{1,2)}。抗精神病薬の効果研究によると、抗精神病薬による認知機能障害への効果は、薬物療法単独では社会生活能力を改善することは限定的であると言われている³⁾。そこで、記憶や注意など特定の認知機能を高め、社会生活能力の改善を目標とした認知機能リハビリテーション(Cognitive Rehabilitation：以下CR)の効果が報告されている⁴⁾。CRの効果として、脳血流量の増加や認知の改善が脳体積の維持・増加と関連したなど生物学的指標への影響も示唆されている^{5,6)}。

代表的なCRは、コンピュータ課題と言語セッションを組み合わせたNeuropsychological Educational Approach to Rehabilitation(NEAR)⁷⁾や情報処理過程をモジュールにしたドリル形式の筆記課題プログラムであるCognitive Remediation Therapy(CRT)⁸⁾、認知を階層的により構造化してSocial Skills Training(以下SST)を統合した集団プログラムのIntegrated Psychological Therapy(IPT)⁹⁾などがある。しかし、訓練した認知機能は改善するが、社会生活能力まで効果が波及するかについては十分に実証されていない¹⁰⁾。一方、従来の伝統的なリハビリテーションとして、デイケアや入院施設では、手工芸やスポーツ、趣味活動などの幅広い作業活動による作業療法が実施されている。作業療法の手段の一つである手工芸は、作業療法士の行った作業分析の中で、注意力・集中力・理解力・計画性・記憶・問題解決能力など様々な認知的能力が要求されると考えられている¹¹⁾。しかし、精神科作業療法における認知機能障害を標的とした作業活動の効果検証を行った報告はほとんどみられず、治療戦略は確立していない。その理由として、認知機能障害の評価の問題があった。しかし、兼田ら¹²⁾によってThe Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese-language version(以下BACS-J)が作成されるなど、臨床上簡便かつ実用的な認知機能評価ができています。統合失調症患者の作業遂行能力と認知機能には比較的強い相関があり¹³⁾、統合失調症患者に対して作業活動を用いた時に顕著に認知機能障害が表

れやすい¹⁴⁾。また、学習理論に基づく無誤謬学習や過剰学習を取り入れ、スタッフが認知機能障害の改善もしくは代償となる方法に焦点を当てた支援を行うことで、従来のデイケアプログラムや作業療法が CR としても活用可能であると言われている¹⁵⁾。

そこで今回、デイケアを利用する単身生活の統合失調症患者を対象に、料理活動を用いた CR を行い認知機能と社会生活能力への効果検証をしたいと考えた。単身生活者にとって、食生活は健康管理において重要かつ日常生活に密着しているため動機付けとしても有用である。そこで、料理に関する技術や知識を学習する過程を通して認知機能を強化し、社会機能を改善できるのではないかという可能性に着目した。

一方、統合失調症患者の心理社会的支援として SST が行われている。岩田ら¹⁶⁾は認知機能を高め、生活技能の改善を目的として「認知機能トレーニングを付加した SST」を考案し報告している。そこで、本稿の目的は、CR の訓練要素を含めた料理活動と、認知機能トレーニングを付加した SST の効果を比較し、治療効果の違いを検証することとした。これにより、心理社会的プログラムを組み合わせた包括的リハビリテーションが、統合失調症患者への退院援助から地域生活の営みに至る支援として効果的なものになると考えた。

II. 研究方法

1. 対象

A 病院デイケアに通所しており、WHO の作成した疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD-10) により統合失調症または統合失調感情障害と診断を受け、急性症状が消退し原則として薬物処方の変更を要さない寛解過程にある単身生活者を対象とした。対象者は、研究の趣旨について口頭及び書面により研究の目的と内容の説明を受け、文書による同意の得られた 16 名を選出した。16 名中、性別は男性が 14 名、女性が 2 名で、統合失調症が 14 名、統合失調感情障害が 2 名であった。対象者の平均年齢は、 53.0 ± 7.7 歳、平均罹病期間は 31.1 ± 7.8 年で、全員が慢性期の患者であり、単身アパートや共同住居、福祉ホームなどに居住し、デイケアを活用しながら地域生活を送っていた。

2. 方法

1) 研究期間

研究期間は、2008 年 8 月～2009 年 5 月の 10 ヶ月間であった。

2) 研究の手順

対象者 16 名に対し開始前に、認知機能評価として BACS-J を、社会生活能力評価として

Life Assessment Scale for Mentally Ill(以下 LASMI)を、地域生活に対する自己効力感の評価として Self-Efficacy for Community Life scale(以下 SECL)を実施した。次に、16名の対象者を治療上の必要性和適応を考慮して、SST群、料理活動群(以下料理群)に8名ずつ振り分けた。そして、各活動を週1回、1回につき60～90分程度のセッションをクローズドで6ヶ月間実施した。6ヵ月後に終了時評価として、BACS-J, LASMI, SECLの評価を実施した。なお、本研究は、A病院倫理委員会の承認(43号20-3)を受け実施した。

3) 評価手段と方法

a) 認知機能の評価

BACS-J¹²⁾は、言語性記憶・ワーキングメモリ・運動機能・言語流暢性・注意と情報処理速度・遂行機能の6つの認知機能領域からなるテストバッテリーで、前頭葉の主要な機能の評価する検査項目からなる。各検査得点は、健常者得点を基準(ゼロ)とした場合の統合失調症患者の Z-Score(標準得点)={ (素点-健常者得点)/標準偏差}を算出して比較した。総合得点は、各検査項目の Z-Score を平均した。

b) 社会生活能力の評価

社会生活能力の評価として、LASMIを使用した。LASMI¹⁷⁾は、統合失調症の生活障害を客観的かつ包括的に評価するために開発された尺度で40項目からなる。具体的には5つの下位尺度よりなっており、「日常生活」、「対人関係」、「労働または課題の遂行」、「持続性・安定性」、「自己認識」について、5段階(0点:問題なし～4点:大変問題がある)で評価を行い、得点が低いほど社会生活能力が高いことを示す。

c) 自己効力感の評価

地域生活に対する自己効力感尺度として SECL¹⁸⁾を使用した。自己効力感とは、ある行動について自分が行えると思うか、という個人の確信を表すもので、何らかの行動が実際生じるには、自己効力感の高いことが必要であるとされる。SECLは、地域生活で必要とされる18の行動について、どの程度自信があるかを、11段階(0～10点)で問う尺度であり、得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。「日常生活」、「治療に関する行動」、「症状対処行動」、「社会生活」、「対人関係」の5つの下位尺度に分けられる。

d) 評価方法

BACS-Jは筆者(作業療法士:Occupational Therapist, 以下 OTR)と臨床心理士(Clinical Psychologist: 以下 CP)によって、面接形式で実施した。LASMIは、行動観察を基に OTR と看護師の合議にて評価した。SECLは、OTR が面接形式による自己記入式

調査にて評価した。

4) 介入プログラム

a) 料理活動

料理活動は、料理に関する諸技能を学習する過程を通して認知機能を強化し、社会機能の向上につなげる目的で行った。料理活動は、調理計画、買い物、調理訓練の3段階からなり、調理計画と調理訓練を交互に実施した。このプログラムには、料理活動における認知的要素を作業分析し、認知機能を高めるための工夫^{19, 20)}を参考に、CRの要素を取り入れた。具体的な介入内容として、初心者には単純で基礎的な役割を設定する、個人の能力に応じた役割や少しずつ技術を獲得していけるように工程を段階付ける、難しい場面では経験者が傍でお手本を見せる、指示やフォローするなど成功体験が得られるように協力する、その都度成果を認める効果的なフィードバックを与えるなど、認知機能リハビリテーションを意識した認知行動的学習の工夫を行った。また、馬場²¹⁾の調理実習プログラムを参考にして、単身生活者のための調理プログラム(表 1-1・2)を考案した。担当スタッフは、OTR と CP の二人であった。

b) 認知機能トレーニングを付加した SST

認知機能トレーニングを付加した SST は、認知機能を強化すると同時に、社会生活技能の向上を図る目的で行った。介入プログラムは、岩田ら¹⁶⁾が考案した認知機能トレーニングを付加した SST と IPT⁹⁾を参考にし、ウォーミングアップ時に注意焦点付け課題、逐語反復課題、概念分類課題、行為抑制訓練課題、対象推量課題、Zoo Map Test などの認知機能訓練課題(表 2)をゲーム形式で実施した。また、社会生活技能への介入は、基本訓練モデルを中心に、基本的会話技能、対人技能、疾病自己管理技能、問題解決技能、ストレス対処技能などの訓練を実施した。担当スタッフは、リーダーを OTR が行い、コリーダーの役割を CP、他の OTR、精神保健福祉士が輪番制で行った。

5) 解析

解析は、SPSS14.0J for Windows を用いた。介入前の基本属性と BACS-J, LASMI, SECL の群間における比較は、Mann-Whitney の U 検定と χ^2 検定を行った。次に、各群の介入前後の各評価尺度の比較は、Wilcoxon 符号付き順位検定を行った。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。

表 1-1 料理活動の治療構造

＜目 的＞

- ・ 料理に必要な一連の技術（献立、工程、器具の使用）を身につける
- ・ 健康管理（栄養バランス、カロリー摂取、味付け）への意識を高める
- ・ 上手な買い物を通して金銭感覚と金銭管理、職員の見分け方を養い、また対応やマナーを身につける
- ・ 調理時には、安全管理、衛生管理、要領の良い調理手順（計画・遂行・結果の確認）などを身につける
- ・ 手軽にできる食材やメニュー（冷凍食品、インスタント食品、缶詰）を使用した工夫や上手な料理の保存（ご飯やおかずなど）を身につける

＜調理計画＞

1. テーマに沿った調理の手順・材料・必要な器具の確認
 - 1) 料理をイメージし、メンバー間で協力して必要な物を挙げる
 - 2) 基本的な手順・材料・器具をプリントで学習する
 - 3) 具体的な調理計画（材料、品数、予算、役割分担）を話し合って決定する
2. 調理の段取り（材料、品数、予算、役割分担）について考える
 - 1) 段取り良く料理するポイントを学ぶ
 - ①材料はすべて出して準備
 - ②「洗う」「切る」「火を通す」など下準備・調理作業は工程毎にまとめる
 - ③温かい料理は最後に仕上げる
 - 2) レシピに合わせて時間軸に沿った段取り表を、話し合って作成する
3. テーマに沿った料理の知識や工夫についての学習
 - 1) テーマに関連した内容や経験を語り合い、知識と視野を広げる
 - 2) 工夫については肯定的意見として参考に受け入れ、評価する

＜ワンポイントアドバイスの内容＞

- ・ 調理器具・道具・安全管理についての知識
- ・ 調味料についての知識（味付けの基礎知識）
- ・ 上手な買い物のコツ（新鮮な物の見分け方、お得な買い物の仕方、広告を活用）
- ・ 栄養バランスについて（栄養素とカロリー、健康的な味付け）
- ・ 上手な料理の保存について
- ・ 衛生管理について（手入れ、掃除、消毒の仕方、ゴミの出し方）
- ・ 出納帳のつけ方
- ・ 簡単レシピについて
- ・ 今までに困ったこと
- ・ 便利だったこと

表 1-2 料理活動の治療構造

＜買い物＞

1. 開始当初は、前日に担当者が材料の買出しに行く
2. 上手な買い物のコツを学習する
 - 1) 金銭感覚を身につける：広告を活用してお得な買い物の仕方を学ぶ
ex. ショッピングゲーム、値段当てゲームを活用
 - 2) 新鮮な物の見分け方・旬の食材について学習し、実際に確認する
 - 3) 買い物メモを作成し、材料の項目ごとにピックアップする
(実生活では冷蔵庫を確認して行うこと)
3. スーパーの店員さんに分からないことを尋ねる練習をする
 - 1) 場面を想定し、尋ね方を話し合う
 - 2) ロールプレイを用いて練習をする
 - 3) 魚をおろす・物の場を尋ねる・調理法・トイレの場所を尋ねるなど応用可
4. 実際にメンバーと買い物に行く
 - 1) 買い物メモと広告を活用して、予算範囲内での買い物を行う
 - 2) スーパーの配置場所、商品の鮮度の見分け方を学習する
 - 3) 困ったときには、店員を積極的に活用する

＜調理＞

1. 当日のレシピ内容に沿った材料・工程・段取り・役割分担を確認する
 - 1) メンバーとレシピのメモ・段取り表を見ながら流れを確認し、個々のメンバーの動きをイメージする
 - 2) 調理器具などの準備をする
2. 調理前には衛生チェック表を活用して衛生面を意識付ける（手洗い、エプロン、キャップ）
 - 1) 調理時には、全体に目を配りお互いの役割をフォローしていく
 - 2) 会食時は楽しみながら、マナーにも気配りする
 - 3) 後片付け、掃除
 - 4) 清算と振り返り

＜単身生活者のための調理プログラム内容＞

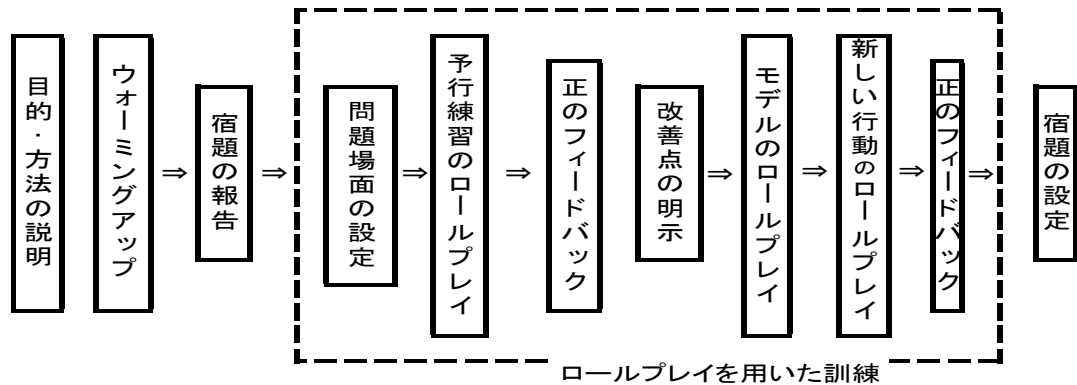
- ① インスタント食品や冷凍食品、缶詰料理にちょっとひと工夫（味噌汁＋野菜）
- ② 電子レンジで作れる料理をしてみよう（茶碗蒸し）
- ③ フライパンを使った料理をしてみよう（卵焼き）
- ④ ご飯と汁物を作ってみよう（ご飯を炊く＋味噌汁など）
- ⑤ 麺類を作ってみよう（チャンポン）
- ⑥ 焼き物料理をしてみよう（ハンバーグ）
- ⑦ 煮物料理をしてみよう（肉じゃが）
- ⑧ 丼物を作ってみよう（親子丼）
- ⑨ 300円で1食分を作ってみよう（マーボ豆腐と中華スープ）
- ⑩ 栄養のバランスを考えた食事を作ってみよう（オムライスと野菜スープ、白身魚のムニエルとサラダなど）

表 2 認知機能に焦点付けた生活技能訓練(SST)の治療構造

<目的>

対象者の個別目標に沿った生活技能(基本的会話技能、 疾病自己管理技能、問題解決技能、ストレス対処技能など)の向上、及び認知機能の強化を図る

<基本訓練モデルの流れ>



<基本的認知機能への介入プログラム(ウォーミングアップ時に実施)>

- ◆ 注意焦点付け課題: ある単語の各文字を一斉に言ったものを注意深く聴き単語を推測する
- ◆ 逐語的反復課題: 文書を記憶し、次の人にそのまま伝言していく
- ◆ 概念分類課題: 単語のリストを何のカテゴリーか推測して分類する
- ◆ 行為抑制訓練課題: 「後出しジャンケン」を行なうことで日常的行為の抑制を訓練する
- ◆ 対象推量課題: 質問に対する YES/NO のヒントだけから対象を推測していく
- ◆ 同義語/反意語課題: 与えられた単語に対する同義語/反義語を挙げる
- ◆ Zoo Map Test : 手がかりをもとに効率よく動物園の地図上でゴールを目指す
- ◆ 対人問題解決課題: 問題カードを提示し、問題の焦点化と対処方法を話し合う

<社会生活技能への介入プログラム>

- ◆ 基本的会話技能: 話題を見つける、話しかけ方、会話の続け方、要求を断るなど
- ◆ 疾病自己管理技能: 診察時の上手な症状、副作用、困っていることの伝え方、症状対処法
- ◆ ストレス対処技能: ストレス状況での気分転換法や対処法
- ◆ 問題解決技能: 問題に対する解決策のブレインストーミング、長所・短所の吟味により適切な解決法を選定する

Ⅲ. 結果

1. 開始前の基本属性と認知機能及び社会生活能力, 自己効力感の群間差

群別にした患者の基本属性を表 3 に示した. 群間比較したところ, すべての項目において有意差はみられなかった. また, BACS-J および LASMI, SECL の開始前評価についても, 群間に有意差はみられなかった.

表3 対象者の基本属性

		料理群 (N=8)	SST群 (N=8)	有意差
性別	男 (名)	7 (87.5%)	7 (87.5%)	ns
	女 (名)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	ns
平均年齢±SD	(歳)	52.8 ± 9.0	53.3 ± 6.8	ns
平均罹病期間±SD	(年)	32.2 ± 8.6	30.0 ± 7.2	ns
平均入院回数±SD	(回)	4.8 ± 2.3	6.1 ± 3.4	ns
平均入院期間±SD	(年)	15.8 ± 13.8	8.1 ± 9.4	ns
平均DC通所期間±SD	(年)	6.0 ± 5.9	5.0 ± 6.8	ns
診断	F20 (名)	7 (87.5%)	7 (87.5%)	ns
	F25 (名)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	ns
居住状況	アパート/自宅	3 (37.5%)	4 (50%)	ns
	共同住居	4 (50%)	3 (37.5%)	ns
	福祉ホーム	1 (12.5%)	1 (12.5%)	ns
平均教育年数±SD	(年)	15.8 ± 2.2	16.4 ± 2.5	ns
職歴有り	(名)	3 (37.5%)	6 (75%)	ns

Mann-Whitney U 検定

χ^2 検定

ns : not significant

2. 対象者の推移

SST 群は, 介入期間中 2 名が症状悪化によって入院, 1 名が介入後の評価前に入院となった. 料理群は, 1 名が症状悪化によって介入期間中に入院し, 1 名が介入後の評価を拒否した. よって, 以後は SST 群 5 名, 料理群 6 名のデータをもとに解析を行なった.

3. 介入前後の認知機能と社会生活能力及び自己効力感の群内比較

各群の介入前後における BACS-J および LASMI, SECL の比較を行った。

BACS-J に関して、料理群は介入後、ワーキングメモリ、言語流暢性、総合得点が有意に高値となった(表 4)。SST 群は介入前後の値に有意差がみられなかった。

LASMI に関して、料理群は介入後「日常生活」の下位項目である“居室の掃除や片付け”，「対人関係」の平均と下位項目である“協調性”，「労働または課題の遂行」の平均と下位項目である“手順の理解”が有意に低値となった(表 5)。SST 群は介入前後の値に有意差がみられなかった。

SECL に関して、料理群は介入後「治療に関する行動」の下位項目である“薬の副作用が現れたとき、自分で気づく”が有意に低値となった(表 6)。SST 群は介入前後の値に有意差がみられなかった。

表4 認知機能の群内比較

BACS-J	料理群(N=6)			SST群(N=5)		
	介入前	介入後	p値	介入前	介入後	p値
1. 言語性記憶	-1.36	-1.15	0.600	-1.58	-1.17	0.273
2. ワーキングメモリー	-1.11	-0.11	0.043 *	-1.61	-1.30	0.686
3. 運動機能	-2.75	-2.18	0.173	-2.83	-3.30	0.500
4. 言語流暢性	-0.67	0.19	0.046 *	-0.28	0.09	0.197
5. 注意と情報処理速度	-1.29	-1.02	0.225	-1.34	-0.75	1.000
6. 遂行機能	-2.58	-0.86	0.075	-1.07	0.19	0.068
総合得点	-1.63	-0.86	0.046 *	-1.38	-1.04	0.225

※ 数値はZ-Scoreを示す

Wilcoxon符合付き順位検定 *p < 0.05

表5 社会生活能力(LASMI)の群内比較

LASMI	料理群 (N = 6)			SST群(N = 5)		
	介入前	介入後	p値	介入前	介入後	p値
日常生活	0.9 ± 0.2	0.7 ± 0.2	0.093	1.0 ± 0.4	0.9 ± 0.3	0.336
居室の掃除や片付け	1.7 ± 0.8	1.0 ± 0.6	0.046 *	1.0 ± 0.8	0.8 ± 0.4	0.317
対人関係	1.3 ± 0.4	1.0 ± 0.5	0.027 *	1.4 ± 0.3	1.0 ± 0.3	0.066
協調性	2.0 ± 0.9	1.0 ± 0.6	0.034 *	1.6 ± 0.5	0.6 ± 0.9	0.102
労働または課題の遂行	1.6 ± 0.6	1.2 ± 0.7	0.046 *	2.0 ± 0.6	1.5 ± 0.4	0.080
手順の理解	1.3 ± 0.8	0.7 ± 0.8	0.046 *	1.5 ± 0.6	1.0 ± 0.0	0.157
持続性・安定性	3.0 ± 0.0	3.0 ± 0.0		3.1 ± 0.2	3.1 ± 0.2	
自己認識	1.2 ± 0.4	1.2 ± 0.5	1.000	2.0 ± 0.5	1.9 ± 0.8	0.854

Wilcoxon符号付き順位検定 *p < 0.05

表6 地域生活に対する自己効力感(SECL)の群内比較

SECL	料理群 (N = 6)			SST群(N = 5)		
	介入前	介入後	p値	介入前	介入後	p値
日常生活	7.5 ± 1.3	7.5 ± 1.0	0.492	7.6 ± 1.7	7.2 ± 1.6	0.893
治療に関する行動	8.5 ± 1.3	8.2 ± 1.1	0.138	9.1 ± 0.8	8.3 ± 1.2	0.399
薬の副作用が現れた時、自分で気づく	9.0 ± 1.3	7.3 ± 2.3	0.039 *	9.4 ± 0.9	7.8 ± 2.6	0.197
症状対処行動	8.1 ± 1.6	8.4 ± 1.2	0.416	7.3 ± 2.7	7.9 ± 1.9	0.399
社会生活	8.9 ± 1.2	9.1 ± 0.8	0.144	7.3 ± 2.7	8.6 ± 2.0	0.345
対人関係	7.4 ± 2.1	6.5 ± 2.7	0.465	6.6 ± 3.6	7.1 ± 3.2	0.917

Wilcoxon 符号付き順位検定 *p < 0.05

IV. 考察

1. 料理活動と SST における認知機能および社会生活能力と自己効力感への効果について

1) 認知機能について

料理群は、介入後の BACS-J 得点のワーキングメモリ、言語流暢性、総合得点が有意に高値であった。これは、レシピの学習と調理作業がワーキングメモリの有意な改善に働き、グループ内での協力や交流の中で交わされる会話や調理工程の情報交換が言語流暢性の有意な改善に影響した可能性が考えられた。また、料理活動の一連の工程には、入力処理から出力処理に至る認知的特性がバランスよく配置されている。そのため、認知機能全般が強化され、BACS-J の総合得点が有意に改善したと考える。辻²²⁾は、認知機能に働きかける目的で作業療法を実施するには、従来のプログラムを再度分析した上で認知機能の改善、向

上に効果的な活動を選択する必要性があると述べている。また、池淵²³⁾は、従来のリハビリテーションの認知機能障害回復の視点として、①楽しめる環境を整える、②暖かい励ましをする、③集団作業を通じて、新たな手順や社会的役割の取り方を学習する、④異なる種類や難易度の作業を割り振る、⑤少しずつ難易度の高い役割や作業を反復練習していくなどの方策を行うことで認知機能改善の効果が期待できると述べている。本稿の料理活動は、これらの見解を実証する予備的試みの1つであったと考える。

SST 群は、介入後の BACS-J 得点には有意な改善はみられなかった。岩田ら¹⁶⁾は、認知機能を付加した SST 群と通常の外来通院群を対象に前後比較を行い、SST 群の認知機能に有意な変化はみられなかったと報告しており同様の結果であった。本稿の認知機能への介入プログラムは、ウォーミングアップ時の 20～30 分という短時間にゲーム形式で実施しており、参考とした IPT⁹⁾のように階層的内容に従った進め方や本格的なグループワークまでは行えていなかった。ゆえに、本稿の認知機能介入プログラムの実施方法に関しては、階層的な訓練内容の進め方、実施期間、頻度、対象者数などの方法を含めて再検討する必要があると思われる。

2) 社会生活能力について

料理群は、LASMI の多くの項目で有意な改善がみられた。「居室の掃除や片付け」の改善は、料理活動における準備や後片付けなどの行為が手続き記憶によって学習されたためと考える。また、ワーキングメモリの改善が日常生活に般化された影響も考えられる。対人関係面には、料理活動の作業を介した集団内交流が影響したと考える。調理計画では情報交換や工程に関する話し合いが行われ、調理ではお互いの役割に関心を向け、グループ間での確認や助言、協力が行われていた。また、買い物では店の従業員とのやりとりが行われ、食事では完成の喜びを共有し、お互いの努力を認め合うなど、集団の凝集性が高まっていた。また、小林ら²⁴⁾は、対人機能習得には言語性のワーキングメモリが予測因子となっていると述べており、認知機能の改善が対人関係に影響した可能性も考えられた。「労働または課題の遂行」は全般的に改善傾向を示していた。認知機能障害と作業遂行能力との結びつきを活かし¹³⁾、CR の要素を含めた調理学習を行ったことが、作業遂行能力の改善につながったと考える。

SST 群は介入後の LASMI 得点には有意な改善がみられなかった。対人スキルの学習に関しては、言語性記憶が有意な予測因子であったとの報告がある。本研究では、言語性記憶やワーキングメモリの有意な改善がみられなかった。そのため、SSTでは対人関係に影響を及ぼさなかったのかもしれない。これは、今回のセッションの効果発現には、そこに至る実施

頻度と訓練期間の問題や生活場面に般化させるための工夫に乏しかったことが挙げられる。

3) 地域生活に対する自己効力感について

料理群は自己効力感の上昇にはつながっていなかった。中島ら²⁶⁾は、自己効力感はプログラムで獲得したスキルが日常生活の中で適用され、そこでの成功体験が蓄積することによって上昇すると述べている。本稿では、6ヶ月の介入後、すぐに評価を行っている。本稿の料理群の結果も、プログラムの効果が自己効力感として顕在化するには更なる時間が必要であった可能性がある。“薬の副作用が現れたとき、自分で気づく”の項目が、介入後有意に低下していた。ワーキングメモリには自己のモニタリング機能があるとされており²⁷⁾、認知機能の改善によって現実的な自己認識能力が高まった影響が考えられた。

SST群は介入後のSECL得点に有意な改善はみられなかった。SSTで学習した技能が自己効力感の向上に至るまで、実生活で十分に般化されていなかったためと考える。

2. 作業療法の認知機能障害へのアプローチの今後の可能性について

本稿の研究により、CRの要素を含めた料理活動が、認知機能や社会生活能力にいくらかの良好な影響を与える可能性が示唆された。今後、改善した認知機能を活かした生活上の方略について患者と話し合うことで、より実生活上の目標と結びつき、更なる社会機能の拡大へ波及するのではないかと考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本稿の研究の限界として以下の4点が挙げられる。第1に、本研究は、通常精神科デイケアにおける臨床の一環として実施されたため、各群への無作為な割付は行ってはおらず、バイアスがかかった可能性がある。第2に、対象者が少数であったことである。第3として、抗精神病薬の影響が挙げられる。本稿の研究では、具体的な精神症状と抗精神病薬の影響についての検証が行われていない。最後に、今後も認知機能を高める実施方法や内容を工夫し、社会生活能力につながる効果的な介入方法を発展させるための更なる検討を続けることが必要と考える。

文献

- 1) Green MF, Kern RS, Heaton RK: Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia; Implications for MATRICS. *Schizophrenia Res* 72:41-51, 2004.
- 2) Green MF: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 153:321-330, 1996.

- 3) 住吉太幹：統合失調症の認知機能障害はどこまで改善し得るか？・山内俊雄・編，
精神疾患と認知機能—最近の進歩—，新興医学出版社，東京，2011，pp.31-41.
- 4) Wykes T. Reeder C. Landau S. Everitt B. Knapp M. et al: Cognitive
remediation therapy in schizophrenia: Randomised controlled trial. *BJ Psych*
190:421-427, 2007.
- 5) 兼子幸一：統合失調症の認知機能障害に対する認知矯正療法の治療効果に関する予
備的検討—NIRSを用いて。日本生物学的精神医学会誌 23:177-184, 2012.
- 6) Eack SM. Hogarty GE. Cho RY. Prasad KM. Greenwald DP. et al:
Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter
loss in early schizophrenia: results from a 2-year randomized controlled trial.
Arch Gen Psychiatry 67:674-82, 2010.
- 7) Medalia A. Revheim N. Herland T (中込和幸, 最上多美子監訳): 精神疾患におけ
る認知機能障害の矯正法: 臨床家マニュアル. 星和書店, 東京, 2008.
- 8) Wykes T. Reeder C (松井三枝・監訳): 統合失調症の認知機能改善療法. 金剛出版,
東京, 2011, pp.214-238.
- 9) Brenner HD. Roder V. Hodel B. Kienzle N. Reed D. et al (池沢良郎, 植木啓文,
高井昭裕 訳): 精神分裂病の統合心理療法マニュアル. 医学書院, 東京, 1998, pp.
41-102.
- 10) 池淵恵美: 社会的機能と認知機能との関連—非定型抗精神病薬に期待される役割. *臨
床精神薬理* 5:1271-1278, 2002.
- 11) 小林夏子, 福田恵美子・編: 基礎作業学(標準作業療法学). 医学書院, 東京, 2007,
pp.78-153.
- 12) Kaneda Y. Sumiyoshi T. Keefe RSE. Ishimoto Y. Numata S. et al: Brief
Assessment of cognition in schizophrenia: validation of the Japanese version.
Psychiatry Clin Neurosci 61:602-609, 2007.
- 13) 大野宏明, 山上紗奈栄, 井上桂子: デイケアに通所する統合失調症患者における認知
機能と社会生活能力との関連. *作業療法おかやま* 20:26-34, 2010.
- 14) 福田正人: 統合失調症の機能回復と脳機能評価. *精神神経学雑誌* 107:27-36, 2005.
- 15) 岩田和彦: 精神科デイケアにおける認知機能リハビリテーションの活かし方. *精神科臨
床サービス* 7:453-456, 2007.

- 16) 岩田和彦, 池淵恵美:統合失調症の認知機能に焦点をあてたリハビリテーション. 精神神経学雑誌 107:37-44, 2005.
- 17) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 村田信夫, 野中猛, 他:精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討(第1報). 精神医学 36:1139-1151, 1994.
- 18) 大川希, 大島巖, 長直子, 榎野葉月, 岡伊織, 他:精神分裂病者の地域生活に対する自己効力間尺度(SECL)の開発—信頼性・妥当性の検討—. 精神医学 43:727-735, 2001.
- 19) 川島隆太・監修:「脳力」を鍛える料理教室. 宝島社, 東京, 2006.
- 20) 米山公啓:男は「段取り脳」でよみがえる. 講談社, 東京, 2008.
- 21) 馬場温子:日常生活のもつ意味. OTジャーナル 37:643-647, 2003.
- 22) 辻貴司:認知機能リハビリテーション(編・岸本徹彦, 平尾一幸:SST を活かした作業療法の展開). 三輪書店, 東京, 2008, pp.176-184.
- 23) 池淵恵美:統合失調症のリハビリテーションと認知機能障害. 臨床精神医学 34:769-774, 2005.
- 24) 小林恒司, 丹羽真一:認知機能と社会機能—認知機能と社会機能の概念的関連について—. 精神科治療学 18:1023-1028, 2003.
- 26) 中島美鈴, 稗田道成, 島田俊夫, 島津明人:集団認知行動療法の比較対照試験による効果検討(1). 精神科治療学 24:851-858, 2009.
- 27) Harvey PD, Sharma T(丹羽真一, 福田正人・監訳):統合失調症の認知機能ハンドブック—生活機能の改善のために—. 南江堂, 東京, 2004, pp.35-46.

第1章 認知機能リハビリテーションを取り入れた作業療法の 効果検証

第3節 認知機能リハビリテーションとSSTを併用した個人作業療法 により統合失調症の記憶障害が改善した一症例

I. はじめに

統合失調症には、注意の持続や記憶の低下、考える速度の低下などの認知機能障害が認められ、生活に大きな支障を与えている¹⁾。また認知機能障害はリハビリテーションの効果に影響するとも言われている²⁾。そこで、わが国でも認知機能障害を標的とした認知機能リハビリテーション (Cognitive Rehabilitation : 以下 CR) が注目され始めている^{3,4)}。CRは、知育用のコンピュータゲームソフトを用いて要素的な認知機能の強化を行い、それと同時に認知機能障害に対する代償や方略を話し合うことで日常生活に波及させることを目的としている。

本稿では、筆者(作業療法士:Occupational Therapist, 以下 OTR)は、単科精神科病院の大規模デイケアにおいて、記憶や注意による生活障害を主訴とする統合失調症患者を担当した。そこで、症例の認知機能及び社会的機能の改善を図るために、CRとSocial Skills Training (以下 SST)を併用した個人作業療法(以下 個人OT)を10カ月間実施した。その結果、記憶機能の改善と共に症例の目標であった福祉的就労につながる経験を得たので報告する。なお、本症例報告に際し、症例から口頭および書面で同意を得ている。

II. 症例紹介

A氏、性別：女性、年齢：30歳代後半、診断名：統合失調症、教育歴：短大卒
現病歴：元来積極的で外交的な性格であった。短大卒業後仕事をしてしたが、X-11年幻聴や注察妄想が出現し精神科受診。以後5回の入退院歴がある。X-1年7月デイケアへ通所を始めたが、対人緊張が強く孤立状態であった。今回、A氏より記憶の障害が著しいとの訴えがあり、主治医を交えた相談の結果X年6月より個人OTが開始となった。家族歴：両親との3人暮らし。両親は協力的である。

ニード：記憶力が良くなりたい。理解力をつけたい。人とお喋りができるようになりたい。

Ⅲ. 作業療法評価

X年6月時点の導入面接におけるA氏の発言及び観察による評価内容を表1に示した。

表1 A氏の個人OT開始時の評価（X年6月時点）

＜精神症状＞
・持続的な幻聴（助けてくれる内容が多く親和的）。
・独りになると幻聴に没頭する。
・病識はあり，現実との区別ができています。妄想はない。

＜日常生活＞
・電話番号が覚えられない。
・片付けたらその場所を忘れるので片付けられない。
・洗濯での水道の開け閉め，洗濯を干すなど工程の途中で忘れがち。
・読んだことを忘れて，同じ新聞記事を読んでしまう。
・集中力がなく内容が頭に入っていない。
・料理の分量の計算ができない。説明が理解できない。
・食器洗い中に，ゆすいだ食器が分からなくなる。

＜対人関係＞
・対人緊張が強く，集団の中に入ったり，会話を求められるとお腹が痛くなる。
・他者との関わりを避けている。
・自発的に話しかけられない。話しかけられても避けたい気持ちになる。
・会話をしていると自分が何を話しているのか分からなくなる。
・相手の話しの内容の理解はできるが，相手の言っている言葉を覚えられない。
・何を話していいか分からない。自分が言ったことを忘れる。

＜活動・作業＞
・1時間半程度の作業はなんとか集中できるが，頭を使う作業は集中力に欠ける。
・複雑な作業でなければ作業工程の理解は可能。
・真面目な態度で活動への参加意欲はある。
・参加プログラムは，野菜の加工作業，籐細工，茶道，SST（見学）など比較的 交流が少なく自閉を保てる活動内容が中心。

＜社会生活＞
・薬の副作用により日中も眠気が強い状態が続いている。
・年に1~2回会う友人はいる。
・デイケア以外の日は，午前中は寝て過ごし，午後は新聞やTVを見て過ごす。
・母の料理の手伝い，洗濯，風呂掃除や準備が家庭での役割。
・交通機関の使用や買い物は，独りではお腹が痛くなるので母親の同伴が必要。

IV. 本研究で採用した評価尺度

認知機能評価として統合失調症認知機能簡易評価尺度 (The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese-language version : 以下 BACS-J) ⁵⁾ を実施した。BACS-J は、前頭葉の主要な認知機能領域からなるテストバッテリーで、各検査得点は健常者得点を標準化した値を算出 (高値な程障害軽度)して評価した。社会生活機能の評価は、精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for Mentally Ill : 以下 LASMI)⁶⁾を実施した。LASMI は、統合失調症の生活障害を客観的かつ包括的に評価する尺度で 40 項目からなり、5 段階のアンカーポイント (0 点 : 問題なし～4 点 : 大変問題がある) で評価を行った。自己効力感の評価として地域生活に対する自己効力感尺度 (Self-Efficacy for Community Life scale : 以下 SECL) ⁷⁾を実施した。SECL は、地域生活で必要とされる 18 の行動について、どの程度自信があるかを、0 (全く自信がない) から 10 (非常に自信がある) の 11 段階で評価を行った。評価は X 年 6 月・10 月と X+1 年 3 月の各期において、BACS-J と SECL は面接形式で、LASMI は行動観察を基に OTR とデイケア担当 Ns との合議によって実施した。評価結果は表 2 に示した。

表2 各期におけるA氏の評価尺度の結果

	X年6月	X年10月	X+1年3月
<BACS-J>			
言語性記憶	-1.84	-1.18	0.99
ワーキングメモリ	-1.23	-0.57	1.39
運動機能	-3.63	-3.63	-1.56
言語流暢性	2.09	1.08	1.32
注意と情報処理機能	-1.60	-1.33	-0.19
遂行機能	-1.20	-0.53	0.32
総合得点	-1.24	-1.03	0.38
<LASMI>			
日常生活	1.9	1.3	1.0
対人関係	1.3	0.7	0.5
労働または課題の遂行	1.2	0.9	0.8
持続性・安定性	3.0	3.0	3.0
自己認識	0.7	0.7	0.7
<SECL>			
日常生活	5.6	4.8	5.6
治療に関する行動	5.8	7.8	8.0
症状対処行動	5.8	6.3	5.8
社会生活	6.0	4.0	5.3
対人関係	6.0	4.0	9.0
総合得点の平均	5.7	5.2	6.5

表 3 A氏の個人OTプログラム内容と経過

		目的	内容	X年 6月	7月	8～9月 10～12月	X+1年 1～3月	4月～	
個人作業療法	【認知適応法】	日常生活チェック表/ メモ書き	生活スケジュールに沿って必要な役割行動を書き出しチェック	→	→				
		日記書き	毎日1～2行でもその日にあった出来事を記載し振り返る	→	→				
		日常生活の話し合い		→	→				
	【認知矯正法】	記憶の脳トレドリル/ 脳トレパソコンソフト	注意・記憶機能・集中力・ワーキングメモリの強化	記憶のリハビリドリルや脳トレソフトウェアを活用した基礎的認知機能の訓練	→	→			
		料理	作業を介した全般的認知機能の改善	レシピや段取りの計画を話し合い、自宅において認知の視点を組み入れた調理を実施	→	→			
		新聞の活用	聴覚性ワーキングメモリ・言語性記憶の強化	新聞のコラムを読み聞かせ、メモを取り、後で内容の要約を行う	→	→			
	【個人SST】	OTRと日記を基に会話		日記や新聞、日常の話題を基にOTRとの会話訓練から、他患者を対象とした交流場面・活動場面へと拡大	→	→			
		デイケアメンバーとの会話	対人スキルの改善・問題解決技能の強化		→	→			
		【デイケア活動への参加】	SSTグループへの参加	対人スキルの改善・問題解決技能の強化	集団によるコミュニケーション訓練	→	→		
			レクリエーション	対人交流の機会・楽しむ体験	集団による様々なゲーム、スポーツなど	→	→		
グループ活動	料理活動	調理技術の習得・気分転換・対人交流	役割分担しながら調理を実施	→	→				
	地域活動支援センターⅢ型 (清掃作業)	就労体験による生きがい作り	清掃作業による福祉的就労	→	→				

← 見学 → 参加

V. 作業療法評価のまとめ

表 1・2 に示した A 氏の評価をまとめると、1) 記憶・注意障害を中核とした認知機能障害により、状況に対応した記憶・理解・判断・意思決定が困難である、2) 対人緊張や陰性症状により生きがいのもてない自閉的生活を送っている、ことが考えられた。

VI. 作業療法の目標

長期目標は“作業所や授産施設を活用した単身生活”とし、短期目標は、1) 認知機能を改善し生活管理能力を高める、2) 会話スキルを高め集団適応を図る、3) 生活上の役割の獲得や過ごし方の改善を図る、とした。

VII. 作業療法計画

A 氏に対する個人 OT の各プログラム目的と内容、経過については表 3 に示した。CR は、記憶や注意力を強化する目的の知育ゲームソフトを導入し、段階的な課題の難易度の調整や重点的の反復練習を行った（認知矯正法）。また、CR で窺われた A 氏の認知障害特性についての代償法を話し合い、生活の中での活かし方を共有した（認知適応法）。その他にも、A 氏が興味をもった日記書きや日常で利用する新聞、家庭での役割であった料理を認知機能訓練として活用し、得られた認知的方略を生活に活かす話し合いを行った。個人 SST は、対人スキル向上を目的として、OTR との会話スキルの練習から始め、デイケア患者へと対象を拡大していった。個人 OT の構造は、週 3~4 回、30~60 分間、グループ活動の合間に面接室を利用して実施した。

VIII. 経過

1 期：焦りや眠気のある中でも CR の努力をした時期（X 年 6 月~9 月）

記憶のドリルやコンピュータによる CR を開始し、A 氏が記憶しやすい方略を探りながら行った。しかし、訓練開始時の A 氏は、「頭が考えようとしにくい。働かない感じがする」と焦りを訴えていた。生活上では、物忘れチェック表やメモを活用するなどの記憶を代償する工夫を取り入れ、A 氏は家庭でのお風呂の準備等の自宅での役割に関して、2 か月ほどでできるようになった。また、OTR とレシピの学習を中心とした調理計画を行い、週 1 回自宅で料理を実践した。A 氏は、「作りながら調味料を準備するとむちゃくちゃになる」など困った体験を語った。その振り返りを基に、事前に調味料はまとめて置くなど、情報処理容量を軽減するための工夫を話し合っていた。特にこの時期の A 氏は、日中の眠気や作業効率の悪さによる疲れやすさがみられ、体調に合わせて難易度の調整を行った。

また、A氏が日記に挙げた対人場面の問題を題材に、OTRとロールプレイを用いた会話の練習を行った。A氏は、対人緊張から生じる腹痛を頻繁に訴えていたが、比較的安心できそうな女性患者の傍で過ごすことから始めることで、徐々に交流の機会が増えていた。

2期：認知機能の高まりを実感し始めた時期（X年10月～12月）

A氏は、薬物調整をすると不眠が出現し体調を崩しやすいため、ヒルナミンを主剤とした薬物処方を変更することができないでいた。

CRでは、A氏の総合課題テストでの達成率は、70%台から初めて85%台に上がるなど得点上昇が見られた。また、料理では多少の失敗を繰り返しながらも、A氏は、「分量を適当に増やせた」といった臨機応変な対応や「焼き魚の間に洗い物をした」などの並行作業ができつつあった。また、個人SSTを通して受身的ながら集団内で過ごせるようになり、同年代の友人もできていた。A氏は、「ここでぼーっとすることが少なくなってきた」と対人関係の広がりによる居心地の変化を語った。OTRは、A氏の努力が生活に結びついてきたことを評価した。この頃A氏は、「最近、頭がすっきりしている。眠気はあるけど、集中できるようになった。電気の消し忘れがなくなった。なぜか今は消したことが分かる」と語った。

3期：活動意欲が高まり福祉的就労に結びついた時期（X+1年1月～4月）

A氏にとって、「全体を見てから細かいところを見る」、「声に出す」、「行動をイメージする」などの記憶の方略が有用で、意識して用いていた。料理では、効率や品数を増やすなど行動目標の難易度を高めながら取り組んでいた。デイケア内では、交流が増えると「相手から病状のことを聞かれるので困った」など、より具体的な相談がみられ始めた。そこでグループのSSTでの提案を勧めると課題の練習が可能であった。

その後もA氏は、良好な適応がみられたため、X+1年3月に個人OTを終了し、4月から地域活動支援センターⅢ型の清掃作業への通所が決定した。個人OTの振り返りでは、「友人もできた。記憶の面ではまだ十分な自信がないけど一生懸命覚えようと集中すれば憶えられる」と感想を述べた。

IX. 終了時評価

X+1年3月の終了時評価（表2）について、変化点を中心に報告する。認知機能（BACS-J）は、言語性記憶やワーキングメモリ、注意と情報処理速度、遂行機能など認知機能全般に渡って健常者データの平均（Z値が0）を超える得点の向上が認められ

た。社会生活機能 (LASMI) は、“日常生活”が 1.9 点から 1.0 点へ、“対人関係”が 1.3 点から 0.5 点へ、“労働・課題の遂行”は 1.2 点から 0.8 点へと得点の低下が認められた。自己効力感 (SECL) は 10 点中、“治療に関する行動”は 5.8 点が 8.0 点へ、“対人関係”は 6.0 点が 9.0 点と得点の向上が認められた。“社会生活”は 6.0 点が 5.3 点へと得点の低下が認められた。

X. 考察

A 氏の薬物療法は、不眠に伴う症状悪化を訴えやすいため基本的に主剤の変更は行われず、A 氏も、「症状や副作用による日中の眠気がなくなったわけではないが、集中すると記憶に残りやすい」と語っていた。認知機能障害は、定型抗精神病薬による改善度が低く、非定型抗精神病薬でも改善度は小さく違いは大きくない⁸⁾。これらから、本稿の A 氏の変化は CR や SST を併用した個人 OT によって、A 氏の認知機能障害が改善し、日常生活や対人関係に影響を及ぼした可能性が考えられた。具体的な A 氏の生活上の変化としては、メモや確認により生活上の気づきが可能となり忘れ物をする機会が減少していた。調理場面では、時間短縮や工夫ができ始め、新聞も以前より集中して読めるなど内容の理解が向上していた。また、他者との会話などの対人交流の拡がりが見られた。このような、A 氏の回復への治癒力を引き出したと考えられる個人 OT の経過における要因を振り返り考察する。

1. メタ認知の獲得に向けて

個人 OT 開始にあたり、A 氏自身の認知機能障害への理解が必要であった。そこで、認知機能障害と A 氏の生活上の困難とのつながりを説明し、概念を共有しながら CR の導入を行った。A 氏が自分の障害の特徴を理解していく過程は、メタ認知の獲得や対処努力の維持につながったと考える。

2. 個人 OT における CR の工夫

1 期では、認知機能を賦活させるための訓練として、注意や記憶を高める目的の CR を導入した。また、自宅での役割である料理の作業遂行に含まれる認知機能に焦点を当てながら日常生活の訓練を行った。この時期の A 氏は、「頭が働かず疲れやすい」といった訴えや、要領の悪さや作業スピードの遅さなどの作業遂行能力の低下がみられた。そこで、OTR は問題場面の調理工程を振り返り、対処法を話し合い、段階付けや反復訓練を行い成功体験が得られるよう導いた。また、A 氏の動機を引き出すために小さな進歩をのがさず褒めていった。池淵ら⁹⁾は、多くの成果を上げている CR に

共通しているのは、適切な難易度と個別の学習能力に合わせた段階的進行を行うこと、また確実な成功体験を積むことや意欲や動機づけの向上を図ることであると述べており、A 氏の状態に合わせた工夫が重要であったと考える。

3. 対人関係面へのアプローチ

2 期は、CR や料理を用いた認知機能訓練を継続しつつ、特に A 氏の対人関係面に働き掛けた時期であった。日記は日常の出来事を想起する練習だけでなく、対人関係上の悩みを相談する手段としても利用し、対人スキルの練習によってデイケアでの居心地の良さが高まっていた。SST などとの統合的な実施によってより現実的な生活での回復が図られると共に、CR で得られた改善が社会生活場面へと般化していく可能性がある⁹⁾と言われており、本稿のアプローチが同様の工夫であったと考える。また、X 年 10 月時点での認知機能は、若干の向上と伸び悩んでいた(表 2)が、2 期の後半には CR の成績の向上や実生活における課題の達成がうかがわれた。CR の反復的訓練により神経可塑性が増すと報告もみられる¹⁰⁾ことから、脳機能の活性化に伴う認知機能の高まりの表れではないかと考える。

4. 社会機能へのアプローチ

3 期は、CR で得られた A 氏にとっての記憶の方略を日常生活で積極的に用いた。また、集団の SST や料理グループに参加するなど、徐々に積極的な行動がうかがわれ、社会生活における交流の広がりがみられた。Medalia¹¹⁾は、記憶障害の統合失調症患者に対して CR を行い、記憶機能は改善したにもかかわらず社会生活には反映されなかったことから、より広範なアプローチの方が有効であるかもしれないと述べている。また、渡邊¹²⁾はタイミング良く得られた認知機能の改善やメタ認知の気付きを生活の場に移行させ、実際に使ってみることが重要であるとも述べている。A 氏の最終評価では、全般的な認知機能の向上のみならず、対人関係を中心とした社会機能の改善や福祉的就労に至る転帰の回復がみられた。CR や SST を併用した作業療法といった複合的なリハビリテーションプログラムの提供が社会適応につながったのではないかと考える。

XI. おわりに

薬物療法が進歩し、作業療法の地域生活支援への介入が求められている。今後も、本稿の取り組みのような対象者の QOL の拡大につながる具体的支援技術の発展が望まれる。

文献

- 1) Saykin A. Gur RC. Gur RE. Mozley PD. Mozley LH. et al : Neuropsychological function in schizophrenia ; Selective impairment in memory and learning. Archives of General Psychiatry 48, 618-624, 1991.
- 2) Kurtz M. Wexler B. Fujimoto M. Shagan D. Seltzer J : Symptom versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. Schizophrenia Research 102 : 303-311, 2008.
- 3) 池澤聰, 朴盛弘, 三木志保, 加藤正人, 玉城国哉, 他 : 統合失調症の認知機能障害に対する認知矯正療法の効果に関する予備的検討. 精神医学 51:999-1008, 2009.
- 4) 最上多美子, 池澤聰, 永田泉美, 木村一朗, 岡純子, 他 : 内発的動機づけの役割に焦点化した認知機能リハビリテーション NEAR. 精神医学 53 : 49-55, 2011.
- 5) Kaneda Y. Sumiyoshi T. Keefe RSE. Ishimoto Y. Numata S. et al : Brief assessment of cognition in schizophrenia : validation of the Japanese version. Psychiatry Clin Neurosci 61 : 602-609, 2007.
- 6) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 村田信夫, 野中猛, 他 : 精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義. 精神科診断学 5 : 221-231, 1994.
- 7) 大川希, 大島巖, 長直子, 槇野葉月, 岡伊織, 他 : 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力間尺度 (SECL) の開発—信頼性・妥当性の検討—. 精神医学 43 : 727-735, 2001.
- 8) 住吉太幹 : 統合失調症の認知機能障害はどこまで改善し得るか? ・山内俊雄・編, 精神疾患と認知機能—最近の進歩—, 新興医学出版社, 東京, 2011, pp.31-41.
- 9) 池淵恵美, 袖山明日香, 渡邊由香子, 松田康裕, 納戸昌子, 他 : 認知機能リハビリテーション—統合失調症治療にどう活用できるか—. 精神医学 52:6-16, 2010.
- 10) Krabbendam L. Aleman A : Cognitive rehabilitation in schizophrenia : A quantitative analysis of controlled studies. Psychopharmacology 169 : 376-382, 2003.
- 11) Medalia A. Revheim N. Casey M : Remediation of memory disorders in schizophrenia. Psychological Medicine 30 : 1451-1459, 2000.
- 12) 渡邊由香子, 袖山明日香, 松田康裕, 木村美枝子, 納戸昌子, 他 : 認知機能リハ

ビリテーションの実施と有用性について—統合失調症の一例から—. 精神科治療学 27 : 521-528, 2012.

第2章：認知行動療法を取り入れた作業療法の健康管理への効果 検証

第1節 精神障害者の身体・認知指標及び認知機能との関連からみた健康管理 における障害特性 —肥満群と非肥満群との比較検討—

I. はじめに

非定型抗精神病薬の副作用による食欲亢進や認知障害に基づく健康管理能力の障害、陰性症状に伴う運動量の低下、嗜好の偏りによる精神障害者の体重増加が問題視されている¹⁾。肥満による内臓脂肪の蓄積は、動脈硬化性疾患を引き起こす危険因子であり、精神科医療が地域生活支援に移行していく中で、外来患者が健康管理を身につける対策が求められている。本論における健康管理は、肥満による生活習慣病を予防または改善するために、適切な食生活や運動などの健康的な生活習慣を身につける能力と定義する。健康管理を目的とした取り組みとして、認知行動療法的技法をベースに開発された食事・運動管理プログラム「Solution for Wellness プログラム；患者さんのための健康生活（以下 SfW）²⁾」の効果が報告³⁾され、対象者の認知障害や陰性症状に対応した修正・工夫⁴⁾が行われている。健康管理が困難になる原因としては、認知機能が社会的機能と強く関連しているという報告⁵⁾や、過食やジュースの過剰摂取による肥満は自己認識に関する障害の可能性があるという報告⁶⁾から認知障害の関与が示唆される。

筆者は、SfW を活用した健康管理プログラムをデイケアで実施し、独自に作成した健康管理チェック表を導入するなどの工夫を行っている。しかし、対象者の個別的な食行動の特性や認知障害に応じた SfW を実施するには至ってない。そこで今回、更なる効果的な SfW の取り組みを検討するために、A 病院デイケア利用者を対象に、身体指標、認知指標（食行動、健康行動に対する自己効力感）、認知機能の調査を実施した。これらの結果から、精神障害者の健康管理上の障害特性を明らかにし、次に肥満患者群とそうでない患者群の比較を行い、今後の SfW に導入すべき工夫について考察を行ったので報告する。

II. 目的

1. 精神障害者(N=33名)の認知機能と身体指標(体重, 体格指数:Body Math Index,

以下 BMI) との関連, 身体指標と認知指標 (食行動, 健康行動に対する自己効力感) との関連, 認知機能と認知指標との関連を明らかにすることで健康管理に関する障害特性を知る.

2. 肥満群 (BMI25 以上の対象者, N=20 名) と非肥満群 (BMI25 未満の対象者, N=13 名) の身体指標, 認知機能, 認知指標を比較し, 肥満患者の特徴に対応した SfW の工夫内容について検討する. BMI は, 18.5 未満が「低体重」, 18.5 以上 25 未満が「普通体重」, 25 以上が「肥満」と分類⁷⁾されている.

III. 研究方法

1. 対象

対象者は, A 病院デイケアに通所している患者 33 名 (男性 27 名, 女性 6 名) である. 疾患名は, 統合失調症 (F20) 29 名, 統合失調感情障害 (F25) 2 名, うつ病 (F31) 1 名, アルコール依存症 (F10) 1 名で, 罹病期間は平均 25.9 ± 9.2 年, デイケア通所期間は 9.6 ± 8.3 年であった.

本研究は, A 病院倫理委員会の承認<受付番号 53 号 (21-7)>を得ており, 対象者には研究の趣旨に関して口頭および文書により説明を行い, 書面上で同意の得られた者を選出した.

2. 方法

1) 調査期間

調査期間は, 2009 年 4 月~6 月の 3 ヶ月間であった

2) 調査項目

身体指標は, 身長と体重を測定し, $BMI = \{ \text{体重(kg)} / \text{身長(m)}^2 \}$ を算出した. 認知機能評価は, 兼田ら⁸⁾によって開発された, 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (The brief assessment of cognition in schizophrenia Japanese-language version : 以下 BACS-J) を実施した. BACS-J は, 言語性記憶・ワーキングメモリ・運動機能・言語流暢性・注意と情報処理速度・遂行機能の 6 つの認知機能領域からなるテストバッテリーで, 前頭葉の主要な機能を評価する検査項目からなる. 6 つの各検査得点は, 健常者得点を基準(ゼロ)とした場合の統合失調症患者の Z-Score (標準得点) を算出して比較した. 総合得点は, 各検査項目の Z-Score を平均した. 認知指標の評価として, 食行動質問表と健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を使用した. 食行動質問表⁹⁾は, 食行動の「ずれ」と「くせ」を把握するための質問表で, 50 の質問項目から

なり、「体質に関する認識」、「空腹感・食動機」、「代理摂取」、「満腹感覚」、「食べ方」、「食事内容」、「リズム異常」の7つ領域に分類できる。質問項目に関する回答は、4件法で評定を求め（全くその通り；4点～そんなことはない；1点）、点数が低いほど適切な食行動となる。健康行動に対するセルフエフィカシー尺度¹⁰⁾は、健康の維持・増進のために必要な行動をどのくらい確実に行うことができるかという確信の度合を明らかにするための尺度である。24項目からなり、「疾患に対する対処行動の積極性」と「健康に対する統制感」の2つの側面から評定を行う。質問項目に関する回答は、4件法で評定を求め（とてもよく当てはまる；4点～全く当てはまらない；1点）、点数が高いほど健康行動に対する自己効力感が高い。

3) 調査方法

BACS-Jの評価は、筆者と臨床心理士によって、面接形式で実施した。身体指標（身長、体重、BMI）は、看護師によって測定を行った。認知指標の評価（食行動質問表、健康行動に対するセルフエフィカシー尺度）は、筆者が面接形式にて評価した。

4) 解析

解析はSPSS14.0J for Windowsを用いて、精神障害者における身体指標と認知機能との相関、身体指標と認知指標との相関、認知機能と認知指標との相関を、Spearmanの順位相関係数を用いて分析した。身体指標、認知機能、認知指標における肥満群と非肥満群の比較は、Mann-Whitney U検定を用いた。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。

IV. 結果

1. 対象者の基本属性の結果

対象者の基本属性の結果を表1に示した。

2. 身体指標と認知機能との関連

BACS-Jの各検査項目のZ-Score及び総合得点と身体指標（体重、BMI）との相関をSpearmanの順位相関係数を用いて求めた。BACS-Jの言語性記憶が身体指標のBMI($r = -0.360, p < 0.05$)と有意な負の相関を示した。他の項目は有意な相関が認められなかった。

3. 身体指標と食行動との関連

食行動質問表の得点と身体指標（体重、BMI）との相関をSpearmanの順位相関係数を用いて求めた結果を表2に示した。体重は、食行動の「食べ方」以外の多くの項目で有意な正の相関を示した。BMIは、食行動の「代理摂取」「満腹感覚」「リズム

異常」「合計得点」の項目で有意な正の相関を示した。

表1 対象者の基本属性

	全体(N=33)	肥満群(N=20)	非肥満群(N=13)
年齢(歳)	52.7 ± 9.9	53.25 ± 11.33	51.92 ± 7.52
性別(名)	男27, 女6	男16, 女4	男11, 女2
体重(kg)	74.3 ± 15.1	83.4 ± 11.7	60.4 ± 6.4
BMI	27.2 ± 5.8	31.0 ± 3.9	21.2 ± 1.6
疾患名	F20: 29名 F25: 2名 F31: 1名 F10: 1名	F20: 17名 F25: 1名 F31: 1名 F10: 1名	F20: 12名 F25: 1名
罹病期間(年)	25.9 ± 9.2	24.0 ± 9.7	28.7 ± 7.9
入院回数(年)	4.7 ± 3.0	3.7 ± 2.2	6.3 ± 3.5
入院期間(年)	5.5 ± 6.7	2.7 ± 2.4	9.8 ± 8.9
DC通所期間(年)	9.6 ± 8.3	7.6 ± 8.1	12.6 ± 8.1
教育期間(年)	14.0 ± 2.8	12.9 ± 2.7	15.7 ± 2.1

表2 精神病患者における身体指標と食行動との関連

	体重	BMI
1. 体質に関する認識		
1. 自分は他人より太りやすい体質だと思う	.534(**)	.627(**)
4. 小さい頃からよく食べる方だった	-.348(*)	
2. 空腹感・食動機		
41. 料理を作る時には、多めに作らないと気が済まない	.401(*)	
44. 外食や出前をとる時に多めに注文してしまう	.409(*)	
3. 代理摂取		
16. 他人が食べているとつられて食べてしまう		.410(*)
32. 果物やお菓子が置いてあるとつい手が出る	.418(*)	.472(**)
35. 連休や盆、正月にはいつも太ってしまう	.389(*)	.402(*)
4. 満腹感覚		
38. 食べ過ぎを他人によく注意される	.593(**)	.620(**)
39. たくさん食べてしまった後で後悔する	.474(**)	.542(**)
5. 食べ方		
6. 食事内容		
33. スナック菓子をよく食べる	.354(*)	
7. リズム異常		
11. 食事の時間がでたらめである	.520(**)	.593(**)
28. 昼間、間食をする	.379(*)	.345(*)
合計得点	.441(*)	.390(*)

Spearmanの順位相関係数 *p<0.05 **p<0.01

有意な相関の合った項目のみ記載

4. 身体指標と健康行動に対する自己効力感との関連

健康行動に対するセルフエフィカシーの得点と身体指標（体重，BMI）との相関を Spearman の順位相関係数を用いて求めた．体重は，健康行動の自己効力感の「病気に必要な検査を受けることができる」($r=-0.371, p<0.05$)の項目と有意な負の相関を示した．BMI は，健康行動の自己効力感の「病気に必要な検査を受けることができる」($r=-0.488, p<0.01$)，「適度な運動を計画通りに続けることができる」($r=-0.350, p<0.05$)，「適度な体重を維持することができる」($r=-0.370, p<0.05$)の項目で有意な負の相関を示した．

5. 認知機能と食行動との関連

BACS-J の各検査項目の Z-Score 及び総合得点と食行動質問表の得点との相関を Spearman の順位相関係数を用いて求めた．食行動の「空腹感・食動機」は運動機能($r=-0.479, p<0.01$)と有意な負の相関を示した．食行動の「満腹感覚」は言語性記憶($r=-0.503, p<0.01$)と有意な負の相関を示した．食行動の「食べ方」は注意と情報処理速度($r=-0.379, p<0.05$)と総合得点($r=-0.352, p<0.05$)で有意な負の相関を示した．食行動の「リズム異常」はワーキングメモリ ($r=-0.441, p<0.05$)と注意と情報処理速度($r=-0.377, p<0.05$)で有意な負の相関を示した．食行動の「体質に関する認識」，「代理摂取」，「食事内容」については，有意な相関は認められなかった．

6. 肥満群と非肥満群の比較

対象者 (N=33 名) を肥満群 (N=20 名) と非肥満群 (N=13 名) に分け，認知機能，食行動，健康行動に対する自己効力感について，群間比較した結果を表 3 に示した．認知機能は，すべての項目において有意な差は認められなかった．食行動質問表は，「代理摂取」と「満腹感覚」において，肥満群が非肥満群より有意に高値であった．健康行動に対するセルフエフィカシー尺度は，「疾患に対する対処行動の積極性」の下位項目において，非肥満群が肥満群より有意に高値であった．

表3 肥満群と非肥満群における群間比較

	肥満群(n=20)	非肥満群(n=13)	有意差
<身体指標>			
体重(kg)	83.4 ± 11.7	60.4 ± 6.4	肥満群>非肥満群, p=0.00**
BMI	31.0 ± 3.9	21.2 ± 1.6	肥満群>非肥満群, p=0.00**
<BACS-J>			
言語性記憶	-2.10 ± 1.1	-1.70 ± 0.8	
ワーキングメモリ	-1.02 ± 1.4	-1.38 ± 1.3	
運動機能	-2.93 ± 1.4	-4.03 ± 1.6	
言語流暢性	-0.78 ± 1.1	-0.59 ± 1.2	
注意と情報処理速度	-2.19 ± 1.5	-2.18 ± 1.3	
遂行機能	-1.62 ± 2.3	-1.47 ± 2.1	
総合得点	-1.77 ± 1.1	-1.89 ± 0.8	
<食行動質問表>			
体質に関する認識	7.4 ± 2.0	6.4 ± 2.5	
1. 自分は他人よりも太る体質だと思う	3.3 ± 0.8	1.8 ± 1.0	肥満群>非肥満群, p=0.00**
空腹感・食動機	5.1 ± 2.4	4.2 ± 1.6	
代理摂取	13.1 ± 4.5	9.2 ± 2.2	肥満群>非肥満群, p=0.020*
16. 他人が食べていると、つられて食べてしまう	2.3 ± 1.3	1.2 ± 0.4	肥満群>非肥満群, p=0.014*
32. 果物やお菓子が置いてあるとつい手が出てしまう	2.6 ± 1.1	1.6 ± 1.0	肥満群>非肥満群, p=0.018*
満腹感覚	11.9 ± 3.9	8.2 ± 2.2	肥満群>非肥満群, p=0.004**
38. 食べすぎを他人によく注意される	2.2 ± 1.2	1.1 ± 0.3	肥満群>非肥満群, p=0.008**
39. たくさん食べてしまった後で後悔する	2.5 ± 1.3	1.5 ± 0.7	肥満群>非肥満群, p=0.040*
食べ方	6.6 ± 2.7	6.6 ± 3.3	
食事内容	9.8 ± 2.8	9.7 ± 2.2	
リズム異常	9.9 ± 3.3	8.3 ± 2.6	
11. 食事の時間がでたらめである	2.4 ± 1.1	1.2 ± 0.6	肥満群>非肥満群, p=0.005**
合計	63.6 ± 16.1	52.5 ± 9.7	
<健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度>			
疾患に対する対処行動の積極性	2.8 ± 0.4	2.99 ± 0.4	
1. 病気に必要な検査を続けて行なうことができる	3.1 ± 0.6	3.62 ± 0.7	非肥満群>肥満群, p=0.040*
12. 自分の体に気を配ることができる	2.6 ± 0.8	3.23 ± 0.7	非肥満群>肥満群, p=0.027*
14. 適度な体重を維持することができる	2.1 ± 0.6	2.77 ± 0.8	非肥満群>肥満群, p=0.030*
健康に対する統制感	2.7 ± 0.5	2.69 ± 0.8	

Mann-Whitney U検定 p<0.05* p<0.01**
有意差のあった結果のみ記載

V. 考察

1. 精神障害者の健康管理に関する障害特性

吉松ら¹⁴⁾は、食行動は、基本的に視床下部の食行動調節神経ネットワークによって制御され、視床下部には大脳皮質連合野や海馬といった、高次脳機能に関する脳部位からの情報入力があり、食行動の動機付け（嗜好、経験、欲求、報酬、価値観）や記憶といった認知性調節の機構が、肥満症患者では優位になると述べている。これは、食行動に関する認知的歪みが存在することを示している。そしてこの認知の歪みが、精神障害者の食行動や健康行動の自己効力感に大きな影響を与えるのではないかと考える。ここでは、精神障害者の健康管理における障害特性を明らかにすることを目的に以下に考察する。

1) 身体指標と認知機能の関連については、BACS-Jの言語性記憶とBMIとの間に有意な負の相関が認められた。すなわち、言語性記憶が良いほどBMIが低値であった。福田¹²⁾は、食行動は、視覚や嗅覚で食べ物を見つけるだけでなく、空腹感という身体内部の情報に基づいて実行されており、そうした内部情報を外部環境についての認知や過去の記憶を手がかりとし、適切な決断をくだして実行していると述べている。すなわち健康管理には食生活や運動に関する知識と記憶が関与しており、適切な健康管理の知識を学習する重要性を示唆している。そのためには、言語性記憶の機能を高める、または記憶障害に配慮した情報の視覚化、単純化を用いた学習方法を活用することが、適切な健康管理につながると考える。

2) 身体指標と食行動との関連については、多くの項目で有意な正の相関が認められた。すなわち、食行動が適切であるほど体重・BMIが低値であった。対象者の健康管理と関連した食行動の特性として、「空腹感・食動機(空腹感に起因しない摂食行動)」、「代理摂取(ストレスへの代償行動としての摂食行動)」、「満腹感覚(内部感覚の歪み)」、「リズム異常(不規則に食事を摂取する傾向)」が明らかとなった。このような精神障害者の食行動の特性は、自己認識に関する認知障害や物事への関心の乏しさなどの陰性症状、抗精神病薬による影響¹³⁾などが複雑に関与している。また、肥満の出現率に関して、入院患者では、開放病棟の患者が閉鎖病棟の患者よりも有意に多かったとの報告¹⁴⁾や、外来患者の方が身体所見や食生活習慣の問題が大きいことが指摘¹⁵⁾されており、環境要因の自由度も甘味類や清涼飲料水の摂取などにつながっている。対象者の食行動の特性を踏まえると、食べ物との距離感や摂取量、食生活のリズムを中心とした治療的介入の必要性が示唆される。

3) 身体指標と健康行動の自己効力感との関連については、「疾患に対する対処行動の積極性」の下位項目との負の相関が認められた。すなわち、健康行動の自己効力感が高いほど体重・BMIが低値であった。自己効力感は、どの程度強いと感じているかが、症状改善の予測要因として重要であることが明らかにされており¹⁶⁾、健康管理における動機付けとなるものである。肥満にある対象者ほど、「病気に必要な検査の継続」、「適度な運動の継続」、「適度な体重の維持」に対する動機付けが乏しく、対処行動へのコンプライアンスが低いことを表している。これは、陰性症状による「動きの遅さ」、「活動性の低下」の程度が強いと内臓脂肪型肥満が有意に多かったとの報告¹⁴⁾や、「生きがいや動機付けに乏しい」など脳機能障害としての行動の内発性・自発性の障害¹²⁾

が関与していると考えられた。そこで、対処行動に対する努力を認め正の強化をするなど、動機づけを高める関わりが重要である。また、対象者は、肥満傾向にあっても深刻な生活習慣病を合併するまでには至っていないため、減量に対する自覚が乏しいことも一因と考える。

4) 認知機能と食行動との関連については、いくつかの項目で有意な負の相関が認められた。すなわち、認知機能が良いほど適切な食行動であった。認知機能障害は、統合失調症の社会機能障害を構成する要因の20-60%を説明できるとの報告¹⁷⁾があり、中核的な障害であるという考えが注目されている。しかし、認知機能障害は、事物を対象とした場合に認められる障害であって、食行動のように、身体内部情報(空腹感など)に基づいた意思決定や行動の選択における障害は、行動の内発性・自発性の障害に位置づけられている¹²⁾。そのため、食行動を認知機能だけで説明することは困難であることを承知した上で考察する。「空腹感・食動機」は運動機能との有意な負の相関がみられた。これは、料理で作る量、買い物での購入量、外食での注文量などを評価した項目で、買い物や料理を行うなど家事能力や身体能力の高い者は、適切な摂取量の買い物や注文をする傾向があると考えられる。「満腹感覚」は言語性記憶との有意な負の相関がみられた。これは、摂取した食べ物の適量と満腹感覚のバランスを調節する身体内部感覚と記憶が関連していると考えられる。ゆえに、言語性記憶の障害は、適切な摂取量に歪みが生じて過食するといった満腹感覚のずれにつながると考える。「食べ方」は、注意と情報処理速度、総合得点との有意な負の相関がみられた。これは、早食いやよく噛まないなどを評価した項目で、「食べ方」への注意の向け方が関連していると考えられる。「食べ方」は、手続き的で自動化された行為であるため、注意と情報処理速度が低いと気が付か得られず習慣化しやすいと考える。「リズム異常」は、ワーキングメモリ、注意と情報処理速度との有意な負の相関がみられた。「リズム異常」は、食事時間の不規則性を表している。ワーキングメモリは、外部の出来事と内部の経験を区別する自己認識の機能¹⁸⁾を有しており、これら障害が強いと規則正しい生活リズムへの注意と内省が不十分となり乱れを生じると考える。

2. 肥満群と非肥満群の比較と SfW の工夫について

1) 認知機能については、全ての項目において有意な差はみられなかった。これは、認知機能と肥満との関連が弱く、肥満の要因を行動の内発性・自発性の障害と捉えることがより妥当であることを示唆する結果であった。しかし、両群を比較すると言語

性記憶は肥満群が低い傾向にあり、SfW 実施に際して、情報の単純化、視覚化を活用するなど認知機能障害に配慮した学習の効果を高める工夫は重要であると思われた。

2) 食行動の特性については、肥満群は「代理摂取」、「満腹感覚」の項目が非肥満群より有意に高値であった。肥満患者は、食事時間が不規則で、食べ物を見ると容易に口にしてしまい、食べ始めると自制できずに、過食になるまで満足感が得られないことがうかがえる。これは、満腹感覚や摂取量の歪み、内省に乏しいなどの内発性・自発性の障害に基づく自己認識の歪みが中核に存在していると考えられる。そこで、肥満群の食行動特性を考慮した SfW での工夫を考えると、①食事時間や食事、就寝などの規則正しい生活リズムを設定する、②買いだめをしないなど、身近に食べ物を置かない、③ゆっくり噛むことで満腹感を高める、④食事量は適量のみを用意する、⑤毎日の食事内容と量を記録し振り返る習慣をつける、⑥他者からの賞賛と助言などの意見を参考にするなど考えられた。筆者は、独自に健康管理チェック表を作成し、精神障害者の健康管理能力を高めながら、減量を行う方法を試みている。この健康管理チェック表は、デイケアや家庭での運動量や食事内容を記載し、スタッフと共に生活を振り返る作業を中心に実施しており、①セルフモニタリングを習慣付け健康管理への意識を高める、②スタッフと共同で取り組むことによって動機付ける、③対処方法や目標がタイムリーに設定でき、体調に合わせた無理のない減量ができるなどの効果が期待されている。上記の食行動の特性を考慮した SfW の指導内容と健康管理チェック表を合わせた取り組みによって、精神障害者の健康管理能力をより高めることができるのではないかと考える。

3) 健康行動の自己効力感については、非肥満群は、「疾患に対する対処行動の積極性」の下位項目において肥満群より有意に高値であった。藤田ら⁴⁾は、体重や BMI などの身体指標の変化は、自己効力感や食行動の特性などの認知的指標の変容が先行して生じ、その影響を受けて食生活や運動などの行動に変化が生じ、その結果として身体指標の変化が生じると述べている。また、金ら¹⁰⁾は、健康行動に対する自己効力感が高ければ、心理的ストレス反応が表出されず、慢性疾患をもちながらも健康を維持する能力は高いことを示唆している。これらの報告から、体重管理に向けた健康行動に対する自己効力感の影響は大きいと考えられる。特に、肥満群は、自分の体に気を配ることができず、治療や検査に対する動機付けに欠け、結果として体重を維持できない傾向にある。金ら¹⁰⁾は、慢性疾患の患者に対して、患者自身が自分の生活や食事に関

するセルフモニタリングをすることから、治療に対する動機付けが高まり、正しい知識の増加も加えて患者の誤った健康行動を修正し、病気に対する対処行動が活性化されたと報告している。一方、統合失調症者は、治りたい、変わりたいという動機付けに元来乏しく¹⁸⁾、セルフモニタリング機能の強化による食行動改善の試みがあまり有効ではなく、「これ以上の体重増加があれば入院することになる」などの危機意識を利用したアプローチがより効果的であったとの報告²⁰⁾もみられる。よって、肥満群に対しては、健康行動に対するセルフモニタリング機能の活用と、支持的かつ患者自身の不利益を分かりやすく提示する工夫を行うことで、対処行動がより効果的に動機付けられ、自己効力感を高めることができると考える。

VI. おわりに

本稿では、精神障害者の健康管理における障害特性の調査を実施した。食行動の特性として、「空腹感・食動機」の歪み、「代理摂取」、「満腹感覚」の歪み、「リズム異常」が明らかとなり、健康行動の自己効力感からは、肥満患者の対処行動へのコンプライアンスの低さが明らかになった。そして、SfW で考慮すべき肥満群の食行動特性として、①食事時間や食事、就寝などの規則正しい生活リズムを設定する、②身近に食べ物を置かない、③ゆっくり噛むことで満腹感を高め、食事は適量のみを用意する、④毎日の食事内容と量を記録し振り返る習慣をつける、⑤他者からの助言を参考にするなど考えられた。また、特に健康行動の自己効力感を高めるためには、セルフモニタリングの機会を重視し、支持的かつ時には患者自身の不利益を分かりやすく提示することで、効果的に健康行動の自己効力感を高められると考えられた。

文献

- 1) 濱本泰子, 河瀬雅紀, 國澤正寛, 福居顯二: 統合失調症慢性期における生活習慣病とその対応. 精神科治療学 20 : 569-574, 2005.
- 2) 大野裕, 中川敦夫: Solution for Wellness 患者さんのための健康生活 食事&運動ガイド. 日本イーライリリー株式会社, 2004.
- 3) 藤田英美, 加藤大慈: 統合失調症を対象とした栄養・運動管理プログラムの実践—プログラム終了後の経過の報告—. 行動療法研究 34 : 325-337, 2008.
- 4) 藤田英美, 加藤大慈, 杉山直也, 河西千秋, 平安良雄: 統合失調症の栄養・運動管理プログラムの効果の検討 (第 2 報) —認知・行動指標の変化に注目して—. 精神科治療学 22 : 801-808, 2007.

- 5) Green MF. Nuechterlein KH : Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? Schizophr Bull 25 : 309-318, 1999.
- 6) 昼田源四郎 : 統合失調症をもつ人にとって、なぜ地域生活が困難なのか—生活障害の視点—。精神科臨床サービス 9 : 318-322, 2009.
- 7) 肥満症治療ガイドライン作成委員会 : 肥満症治療ガイドライン 2006. 日本肥満症学会 肥満研究 12 (臨時増刊号) : 10-15, 2006.
- 8) Kaneda Y. Sumiyoshi T. Keefe RSE. Ishimoto Y. Numata S. et al : Brief assessment of cognition in schizophrenia: validation of the Japanese version. Psychiatry Clin Neurosci 61 : 602-609, 2007.
- 9) 吉松博信 : 肥満症の行動療法・心理アプローチ. 現代医療 36 : 155-162, 2004.
- 10) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 : 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシーとストレス反応との関連. 心身医学 36 : 500-505, 1996.
- 11) 吉松博信, 坂田利家 : 肥満症の行動療法. 日本内科学会誌 90 : 154-165, 2001.
- 12) 福田正人 : 認知機能障害としての統合失調症. こころの科学 120 : 20-28, 2005.
- 13) 秀野武彦 : 抗精神病薬の副作用としての肥満. 脳の科学 25 : 461-471, 2003.
- 14) 秀野武彦, 浅井邦彦, 大久保善朗, 融道男 : 慢性精神分裂病患者の肥満対策. 精神科治療学 12 : 1423-1429, 1997.
- 15) 岡村武彦, 井戸由美子, 高谷義信, 小林伸一, 菊山裕貴, 他 : 体重増加とチーム医療による対策. 臨床精神薬理 9 : 2157-2165, 2006.
- 16) 坂野雄二 : セルフ・エフィカシーと行動変容. こころの科学 53 : 90-96, 1994.
- 17) Green MF. Kern RS. Braff DL. Mintz J : Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia ;are we measuring the “right stuff”? Schizophr Bull 26 : 119-136, 2000.
- 18) Harvey PD. Sharma T (丹羽真一, 福田正人・監訳) : 統合失調症の認知機能ハンドブック—生活機能の改善のために—. 南江堂, 東京, 2004, pp.35-46.
- 19) 金外淑, 坂野雄二 : 慢性疾患患者に対する認知行動的介入. 心身医学 36 : 28-32. 1996.
- 20) 松尾寿栄, 安部博史, 長友慶子, 米良誠剛, 倉山茂樹, 他 : セルフモニタリングシステムを用いた統合失調症患者の体重管理と気質・性格特性の関連. 精神医学 49 : 1103-1110, 2007.

第2章：認知行動療法を取り入れた作業療法の健康管理への効果 検証

第2節 精神障害者への健康管理プログラムの持続的効果 ー身体・認知内容の指標及び認知機能による比較ー

I. はじめに

精神科医療が地域生活支援に移行していく中で、特に地域生活を送っている精神障害者の食生活習慣が問題視されており¹⁾、健康管理を身につけ生活習慣病のリスクを低減させることの重要性が指摘されている²⁾。精神障害者は陰性症状や偏った生活習慣による活動量の低下、認知障害による問題への自己認識の乏しさ、非定型抗精神病薬の副作用による食欲亢進などが複雑に関与し、体重の増加^{3,4)}が問題となっている。そのため、非定型抗精神病薬の普及に伴い Solution for Wellness プログラム（以下 SfW）⁵⁾などの栄養指導、運動療法、認知行動療法を組み合わせた健康管理プログラム（以下健康P）の効果が報告されている^{6~8)}。これら先行研究では、個別や集団といった実施形態や期間は様々であり、効果としては2~4 kg程度の減量が認められている。しかし、精神障害者には病状の波だけではなく肥満の弊害に対する認識の甘さ・深刻味の欠如といった自己認識に関する認知の歪みも影響しており⁹⁾、健康行動への動機や意欲を引き出すことは容易ではない。これらの研究をレビューした結果、食事・運動管理プログラムへの導入後のドロップアウト率が高く一定の効果を得ていないとする報告もある¹⁰⁾。また、精神障害者の健康管理に関する障害特性について調査した研究では、対象者の言語性記憶が高く、食行動が適切で健康行動に対する自己効力感が高いほど体重・BMIが有意に低値であったとの報告がみられる¹¹⁾。このことから、精神障害者の健康管理能力につながる要因として、精神症状や副作用の影響のみならず、対象者の学習能力や自己認識による認知の歪みも健康Pの効果に影響を与えていることが予測される。本稿における健康管理は、肥満による生活習慣病を予防または改善するために、適切な食生活や運動などの健康的な生活習慣を身につける能力と定義する。さらに、精神障害者は内発性・自発性の障害¹²⁾も動機付けの乏しさに関与しているため、通常健康Pによる学習やプログラムの継続、学習内容の生活上への般化をより困難にしている。そのため、これらの障害に配慮した学習効果を高める工夫が重要になると考える。

そこで筆者は、健康行動の動機付けを促進するための工夫として健康管理チェック表¹³⁾を考案し、対象者個々の理解力や学習能力に合った指導と個別の対応を行った。そして、この個別指導のみならず集団認知行動療法による食事・運動管理プログラム（以下：健康教室）を併用した健康Pを実施することで一定の治療効果が得られたので報告する。

II. 目的

精神障害者に対する健康Pが、食行動の認知内容と健康行動に対する自己効力感、認知機能を高め、身体指標（体重、体格指数：Body Mass Index, 以下 BMI = {体重(kg)/身長(m)}²}, HbA1c, 総コレステロール値, 中性脂肪値)を改善するか検証した。また、この介入効果が4か月後の追跡時にも持続するかについても検証した。

III. 対象と方法

1. 対象

対象者は、A病院のデイケア通所者の内、BMI25以上の肥満または糖尿病、脂質異常症、高血圧症などの生活習慣病に罹患し、かつ研究の趣旨に賛同の得られた20名（統合失調症14名、アルコール依存症1名、感情障害3名、適応障害1名、身体表現性障害1名；男性16名、女性4名；平均年齢50.8±11.1歳、平均体重82.4±13.2kg、平均BMI30.4±4.1）であった。BMIは、18.5未満が「低体重」、18.5以上25未満が「普通体重」、25以上が「肥満」と分類されている¹⁴⁾。対象者を、8名と12名の2グループに分けて介入を実施した。なお、本研究は筆者の所属先であったA病院倫理委員会の承認（受付番号53号(21-7)）を得ており、対象者には研究の趣旨に関して口頭および文書により説明を行い、書面上で同意を得て行った。

2. 方法

1) 調査期間

2009年7月から2010年7月の1年間実施した。

2) 健康管理プログラム(健康P)

a) 集団による健康教室

セッションは、1グループ、1回につき60分程度の食事・運動管理に関する内容を4ヶ月間、週1回、全16回実施した(表1)。担当スタッフは、作業療法士(Occupational Therapist, 以下OTR)と1名の看護師に固定して行った。このプログラムはSfWの認知行動療法プログラムを基盤とし、段階的な目標の設定や話し合いを通じた生活のコツの共有などを行い、要

点の焦点化や図表や物を使用した視覚化，知識の反復学習など認知機能障害に配慮した理解・学習を促進する工夫を行った。

表1 健康管理プログラムの内容

	セッションテーマ	内容
1回目	開始前アンケート	食行動質問表&健康行動に対するセルフエフィカシー尺度
2回目	自分のからだを知ろう！	BMI, 健康管理チェック表の説明
3回目	食生活をチェックしてみよう！	食生活チェック, 目標シートの作成と発表
4回目	ライフスタイルをチェックしてみよう	運動量チェック, 目標シートの作成と発表
5回目	バランスのよい食事とは？～その1～	多種類の食品, 減量するための食事内容, 健康管理チェック表の振り返り
6回目	バランスのよい食事とは？～その2～	カロリーの抑え方, 買い物の仕方, 食生活を改善するヒント, 健康管理チェック表の振り返り
7回目	運動は必要？	減量に効果的な運動の種類
8回目	ウォーキングをやってみよう！	西公園まで実際にウォーキングをする
9回目	食事量と身体活動量のバランス	摂取カロリーと身体活動量のバランスを知る, ウォーキングのカロリー消費量
10回目	ジュースに入っている砂糖ってどのくらい？	脂肪を取り過ぎない, 糖分を取り過ぎない, 塩分を取り過ぎない
11回目	おやつ・夜食・食べ方のコツ	日頃の内容チェック, カロリーを抑えた間食内容
12回目	自分にあった運動法をみつけよう！	DCプログラムの活用・家で取り入れられる運動を考える
13回目	ライフスタイルの中への運動の取り入れ方	ながら運動
14回目	私の1日 ～食事偏～	健康管理チェック表を振り返って発表, 工夫やコツについての話し合い
15回目	私の1日 ～運動偏～	健康管理チェック表を振り返って発表, 工夫やコツについての話し合い
16回目	終了時アンケート&茶話会	食行動質問表&健康行動に対するセルフエフィカシー尺度, 振り返りの茶話会

b) 健康管理チェック表を用いた個別指導

上記のプログラムに加え，①生活スタイルのセルフモニタリングを習慣づける，②健康行動を動機づけ，継続を促進する，③問題行動やストレス場面での対処方法や目標設定を個別かつタイムリーに介入することを目的とした健康管理チェック表¹³⁾(表 2・3)を導入した。これは，対象者が毎日の食事・運動内容，体重などを記載したものを担当スタッフが毎日確認するものである。健康管理チェック表は，スタッフとの信頼関係を基盤とした協同作業で進めるのが特長である。振り返りを通して，対象者の性格や理解度，その日の体調を考慮した対応と，タイムリーな指導と努力への賞賛や励ましをフィードバックすることで，指導内容の理解の促進と動機づけを行った。また，振り返りの中で問題行動に対する気づきを与え，対処方法を一緒に検討することによって，健康行動の継続と強化をねらいとするものであった。

表2 健康管理チェック表の具体的内容とその目的

＜ 具体的内容 ＞	＜ 目的（内容に対応して記載） ＞
① 一週間の目標設定	① 段階的に患者が目標を立てることで自主的な行動を引き出す
② 日々の体重と体脂肪率の測定	② 体重及び体脂肪率を計測し、健康状態への関心を高める
③ デイケアで参加した運動プログラム	③ 運動の習慣化を図るために、スタッフと一緒に参加をし、楽しむ体験を重ねる
④ 家で実施した運動	④ 自発的な取り組みを引き出し、対処スキルを身につける
⑤ 朝食と間食内容	⑤ 食生活に関心を向け、栄養バランス・カロリー・間食内容の教育
⑥ 体 調	⑥ 日々の体調の把握と、体調に合わせた減量の進め方（活動と休息のバランス）を身に着ける
⑦ 日々の振り返り	⑦ 患者が日々の体調や健康管理計画に沿った取り組み内容を振り返り、気持ちを表現する
⑧ スタッフのコメント	⑧ ①～⑦の内容を基に、患者の体調・行動・心境に応じた励まし、教示、指導、賞賛、共感を行い、動機付けの維持を図る
⑨ 一週間の振り返り	⑨ 日々の変化に一喜一憂せず、長期的な変化に目を向け、意欲を高める

表3 健康管理チェック表

行動目標 : []								
	内容/日	日()	日()	日()	日()	日()	日()	日()
運 動	ラジオ体操							
	ストレッチ体操							
	DCでの参加活動							
	家で行った運動							
食 事	朝 食							
	間 食(昼)							
	夕 食							
	間 食(夜)							
健 康 管 理	体 調							
	体脂肪率							
	体 重							
	振り返り							
	コメント							

c) その他の工夫

運動への動機づけと習慣化を目的として、デイケアの既存の身体活動プログラム(ストレッチ、ソフトバレー、テニス、卓球、ソフトボールなど)に参加した時にポイントシールを配布し、ポイント量に合わせた報酬として景品を与えるトークンエコノミー法を行った。また、スタッフが対象者と一緒に毎朝のウォーキングを行うなど運動の習慣化を図る工夫を行った。

3) 治療構造

A 病院デイケアは、一日約 100 名前後が来所する大規模精神科デイケアである。スタッフは、医師 4 名、看護師 4 名、OTR2 名、臨床心理士 2 名、精神保健福祉士 2 名で構成されている。対象疾患の 9 割が統合失調症圏である。プログラムは、手工芸、スポーツ、Social Skills Training (SST)、心理教育、就労援助活動、レクリエーション、健康教室など多種目が行なわれている。

4) 評価尺度

身体指標は、体重、BMI と血液検査による HbA1c、総コレステロール値、中性脂肪値を用いた。血液検査は、デイケアで3か月に1回定期的に実施している血液検査データを使用した。

認知内容の指標は、食行動質問表と健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を用いて評価した。肥満症の食行動異常は、高次中枢が調節する認知、嗜好、経験、学習、記憶、欲求、報酬、価値観といった概念調節の機能が優位となり食行動の動機づけに結びついている¹⁵⁾とする指摘から、食行動の認知内容の歪みを把握することは重要と考え評価を行った。食行動質問表¹⁶⁾は、肥満症患者の食行動のずれやくせといった認知内容の歪みに伴う行動特性を把握するための質問表で、30の質問項目からなり、「体質に関する認識」、「空腹感・食動機」、「代理摂取」、「満腹感覚」、「食べ方」、「食事内容」、「食事の規則性」の7領域に分類できる。質問項目に関する回答は、4件法で評定を求め（全くその通り；4点～そんなことはない；1点）、点数が低いほど適切な食行動となる（表4）。

表4 食行動質問表

体質に関する認識

1. 太りやすい体質と思う
2. 水を飲んでも太る
3. 小さい頃からよく食べる

空腹感・食動機

4. 食料品は多めに買う
5. 料理は多めに作る
6. 外食や出前は多めに注文する

代理摂取

7. 食べているのを見たと食べる
8. 身近にお菓子や果物がある
9. 置いてある物をつい食べる
10. もったいないのももらうと食べる
11. 連休や盆正月には太る
12. いらいらすると食べて発散する

満腹感覚

13. お腹いっぱい食べる
14. 食後でも好きなものは入る
15. 食べすぎを注意される
16. たくさん食べた後で後悔する
17. 残るともったいないので食べる

食べ方

18. 早食いである
19. ほとんど噛めない
20. よく噛まない

食事内容

21. 麺類が好きである
22. 濃い味好みである
23. 油っこいものが好き
24. ファーストフードをよく利用する
25. スナック菓子をよく食べる

食事の規則性

26. 食事の時間がでたらめである
27. ゆっくり食事をとる暇がない
28. 昼間、間食をする
29. 夜食をとる
30. 朝は弱い夜型人間である

自己効力感は、症状改善の予測要因として重要である¹⁷⁾と言われており、健康管理においても行動を動機付けるものと考えられる。そこで、健康行動の認知内容として健康行動に対するセルフエフィカシー尺度を使用した。健康行動に対するセルフエフィカシー尺度¹⁸⁾は、健康の維持・増進のために必要な行動をどのくらい確実に行うことができるかという確信の度合を明らかにするための尺度である。24項目からなり、「疾患に対する対処行動の積極性」と「健康に対する統制感」の2つの側面から評価を行う。質問項目に関する回答は、4件法で評価を求め（とてもよく当てはまる；4点～全く当てはまらない；1点）、点数が高いほど健康行動に対する高い自己効力感を示す（表5）。

表5 健康行動に対するセルフエフィカシー尺度

質 問 項 目
I. 疾患に対する対処行動の積極性
1. 病気に必要な検査を続けて行うことができる
2. 規則正しい生活を送ることができる
3. 医者や看護師などの言ったことを守ることができる
4. 毎日、自分の体の症状と検査の結果を記録することができる
5. 健康のためなら、喫煙、飲酒、コーヒーはやめることができる
6. 適度な運動を計画通りに続けることができる
7. 現在の主治医を信頼できる
8. 薬を指示通りに飲むことができる
9. 病気の再発を防ぐために定期的な治療を受けることができる
10. 病気に関する測定（血圧、体重など）を自分でできる
11. 食事の制限についての自己管理ができる
12. 自分の体に気を配ることができる
13. 病気について分からないことがあれば、気軽に主治医に尋ねることができる
14. 適度な体重を維持することができる
II. 健康に対する統制感
15. 自分の病気についてくよくよしないことができる
16. 自分の感情のコントロールができる
17. 自分を客観的に見つめることができる
18. いやな気持ちになってもすぐ立ち直れる
19. 自分の病気に関することはすべて受け入れることができる
20. 自分は病気に負けないで、前向きに生活していくことができる
21. 体調がよくなくても落ち込まずにいることができる
22. 自分の精神力で病気を克服できる
23. 薬に頼りきりでなく、自分の健康を保とうと自分で努力できる
24. 自分の病気はかならずよくなると信じていることができる

認知機能の評価は、統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版¹⁹⁾(The brief assessment of cognition in schizophrenia Japanese-language version:以下 BACS-J)を実施した。吉松²⁰⁾は食行動異常とストレスに関する先行研究において、食行動異常は情報処理機能の低下と関連したと報告している。認知機能障害が精神疾患全般においてそれらの病態の中核を構成している可能性がある²¹⁾ことを踏まえると、食行動や生活習慣の偏りなど健康管理上の認知的歪みや問題行動の背景には、精神疾患による脳機能上の何らかの認知機能障害の影響が考えられる。また、食行動が欲求だけではなく過去の経験や記憶、認知、学習に影響を受けている¹⁵⁾ことから、記憶を中心とした対象者の要素的な認知機能レベルも健康管理に関する学習能力や生活上の遂行能力に影響を与える重要な因子の1つと考える。

BACS-J は、言語性記憶・ワーキングメモリ・運動機能・言語流暢性・注意と情報処理速度・遂行機能の6つの認知機能領域からなるテストバッテリーで、前頭葉の主要な機能の評価する検査項目からなる。6つの各検査得点は、健常者得点を基準(ゼロ)とした場合の統合失調症患者の Z-Score (標準得点) を算出して比較した。総合得点は、各検査項目の Z-Score を平均した。

5) 評価方法

BACS-J の評価は、OTR と臨床心理士によって面接形式で実施した。身体指標(身長、体重、BMI、HbA1c、総コレステロール値、中性脂肪値)は、看護師から情報を得た。認知内容の指標の評価(食行動質問表、健康行動に対するセルフエフィカシー尺度)は、OTR が面接形式により評価した。なお、評価は、介入直前(以下、介入前)、介入直後(以下、介入後)、介入後4カ月目(以下、追跡時)の3回行った。

6) 統計解析

統計処理は、各評価の介入前後及び追跡時の比較を Friedman 検定後、有意な項目については Bonferroni の補正による多重比較を行った。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。

IV. 結果

対象者のうち2名が介入後から追跡時までの間に状態悪化のため脱落した。そのため、データ解析は18名で統計処理を行った。得られた結果はまとめて表6に示した。

1. 身体指標

BMI は、介入後が介入前より有意に低値 ($p = 0.011$)であった。その他の評価項目に有意差は認められなかった。

表6 各評価の多重比較の結果

n=18	体重	BMI	健康行動に対するセルフエフィカシー尺度					
			毎日、自分の体調を記録できる	食事制限ができる	体に気を配れる	病気をDに尋ねることができる	適度な体重の維持ができる	運動を続けることができる
介入前	82.4±13.2	30.4±4.1	2.2±0.9	2.2±0.7	2.6±0.8	3.0±0.8	2.0±0.8	2.1±0.7
介入後	80.9±13.4	29.8±4.5	2.3±1.0	2.7±0.7	2.7±0.7	3.0±0.8	2.5±0.8	2.7±0.9
追跡時	80.2±15.9	29.6±5.7	2.7±1.0	2.4±0.8	2.8±0.8	3.2±0.7	2.6±0.8	2.4±0.9

n=18	食行動質問表						BACS-J		
	昼間、間食をする	食事の規則性の乱れ	食べ過ぎを注意される	お菓子をよく食べる	脂っこい物が好き	食行動得点の合計	言語性記憶	注意と情報処理速度	総合得点
介入前	2.4±0.9	9.0±2.8	2.1±1.2	1.9±0.8	2.0±1.0	60.4±12	-1.74	-2.13	-1.55
介入後	1.8±0.7	7.7±2.2	1.5±0.9	1.5±0.6	2.1±0.9	57.6±10.1	-0.96	-1.5	-1.25
追跡時	1.8±0.9	7.9±2.3	1.8±0.9	1.3±0.5	1.9±0.9	51.3±20.9	-1.15	-1.72	-1.39

Bonferroni

[†]p<0.05

*p<0.016

**p<0.01

***p<0.001

2. 認知内容の指標

健康行動に対するセルフエフィカシー尺度は、「毎日自分の体調を記録できる」は追跡時が介入前より($p=0.016$), 「食事制限ができる」は介入後が介入前より($p=0.004$), 「適度な体重の維持ができる」は介入後と追跡時が介入前より($p=0.013, p=0.008$)有意に高値であった。その他の評価項目に有意差は認められなかった。

食行動質問表は、「お菓子をよく食べる」は追跡時が介入前より($p=0.014$), 「昼間, 間食をする」と「食事の規則性の乱れ」は介入後が介入前より($p=0.012, p=0.01$), 「脂っこい物が好き」は追跡時が介入後より($p=0.014$)有意に低値であった。その他の評価項目に有意差は認められなかった。

3. 認知機能

BACS-J の言語性記憶と総合得点は, 介入後が介入前より($p=0.014, p=0.007$), 注意と情報処理速度は介入後と追跡時が介入前より($p=0.001, p=0.01$)有意に高値であった。その他の評価項目には有意差は認められなかった。

V. 考察

1. 認知内容・身体指標の改善について

健康行動に対するセルフエフィカシー尺度は, 介入後「食事制限ができる」, 「適度な体重の維持ができる」の項目が有意に向上し, 追跡時には「毎日, 自分の体調を記録できる」, 「適度な体重の維持ができる」の項目が有意に向上した。すなわち, 介入期間中は積極的な食事制限と減量が行われ, 介入後は, 体調への気配りや体重の自己管理などの健康行動が維持されたことを示している。しかし, 「運動を続けることができる」の項目は介入後向上の傾向が示唆されるに留まった。精神障害者は活動意欲の減退や引きこもり, 認知機能障害などによって身体運動量の減少が指摘されており²²⁾, 主体的な運動を習慣づけることは容易でない。報酬を与える等の外発的動機づけの工夫では, 主体的に運動を継続する意識の変容は難しいことが示唆された。

食行動質問表は, 「昼間, 間食をする」, 「食事の規則性の乱れ」の項目が介入後有意に減少し, 「お菓子をよく食べる」, 「脂っこい物が好き」の項目は追跡時も有意な減少が認められた。すなわち, 間食量や食事の摂取カロリー, 食事時間などに注意を払った食習慣が身に付いたことがうかがわれた。

身体指標は, 体重が介入後と追跡時は減少傾向が示唆され, BMI は, 介入後有意な減少がみられた。また, 追跡時は体重が維持され, 体重・BMI 共に改善までは至らな

かったが予防の効果は認められた。藤田ら²³⁾は、自己効力感や食行動の特性などの認知的指標の変容が生じ、その影響を受けて食生活や運動などの行動に変化が生じ、その結果として身体指標の変化が生じると述べている。すなわち、本稿の身体指標の改善傾向は、健康行動に関する知識学習や実生活上の生活スタイルの振り返りによって、「ついお菓子に手が出てしまう」、「いらいらして食べてしまう」、「体重増加に関心がない」といった健康行動に関する歪んだ認知内容が改善した影響によるものと思われる（図1）。特に、長期に渡ってこの健康行動を維持するには問題意識を維持しながら食事や運動に注意を向けていくことが求められる。持続的な精神症状や認知機能障害を有する重篤な外来精神障害者に対する減量のための先行研究²⁴⁾では、18カ月間の介入の結果、平均3.2kgの有意な減量がみられ、減量につながる行動変容には時間がかかるが、個々のレベルに合った介入を行うことで経過を追うごとに体重は減少したと報告している。本稿では体重減少の傾向が示唆されるに留まったため、先行研究のように、更なる継続した積極的な健康Pを行うことが必要であると考えられる。

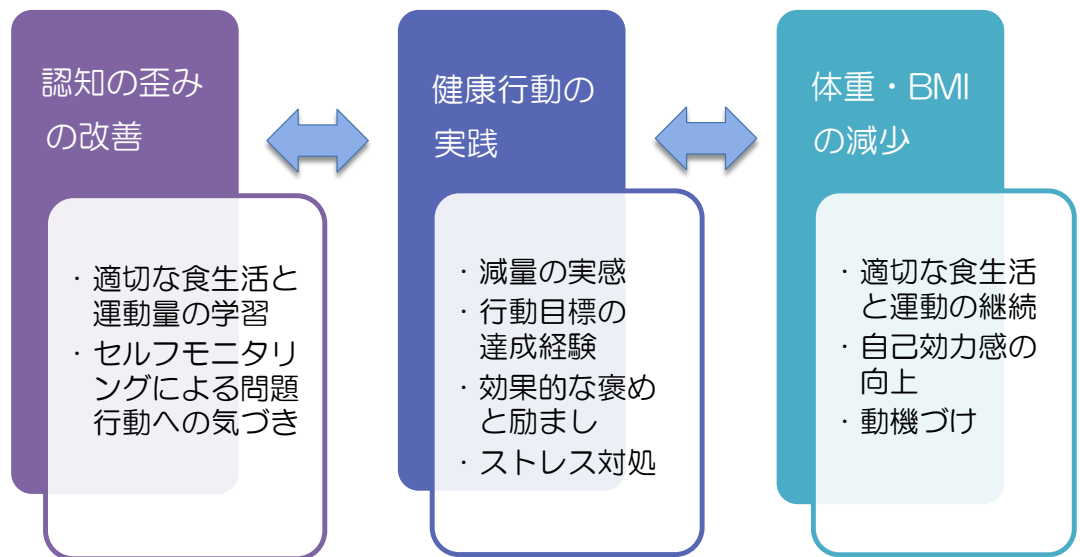


図1 介入効果のプロセス

2. 認知機能の改善について

本稿では、BACS-Jの言語性記憶、注意と情報処理速度、総合得点に介入後有意な改善が認められ、特に注意と情報処理速度は追跡時も有意な改善が維持されていた。本稿の認知機能の改善は、健康Pにおける知識の学習、生活スタイルのセルフモニタリング、適応的な健康行動の促しなどの認知行動療法的技法によって、実生活の中で認知機能が活性化されたためと考えた。つまり、健康行動の知識学習やチェック表を用いたセルフモニタリングは、脳機能の注意力や記憶力を賦活させ、その結果、生活における気づきや判断能力が高まり、健康行動の増進をもたらしたのではないかと考える。このことは、日常生活レベルにおける健康行動の変容を通じて、認知の歪みのみならず要素的な認知機能までもがトップダウン式に改善することを示唆する興味深い結果であった。

3. 精神障害者に対する健康管理プログラム(健康P)について

持続的な精神症状や認知機能障害を有する重篤な外来精神障害者に対する減量のための先行研究²⁴⁾では、介入方法として、対象者の認知障害レベルに合った学習方法や、グループと個別の体重管理セッションや運動プログラムを提供し、介入の強化として生活上の食事内容や体重のモニタリングを行い、動機づけの工夫として参加時にトークンエコノミーを用いている。また、認知機能障害のある人々への生活指導においては、理解を助けるために、反復する、視覚的な物を使用する、正のフィードバックをすることなどの留意が求められている²⁵⁾。

本稿の介入も同様な手法であり、健康教室による集団プログラムと健康管理チェック表による個人指導を活用することによって、より認知機能障害や自己認識の障害に配慮した学習効果を高める工夫ができたと思われる。具体的には、健康管理チェック表を介して、健康教室で理解できていない知識の確認や生活上で注意すべき食事のカロリー量や運動量などを振り返り、個別的に求められる課題を行動目標として共有することが可能となった。こうした話し合いを通して、対象者個々の生活状況に見合った食事内容や運動量を設定することが容易となった。運動面においては、トークンエコノミーによる外発的な動機付けをきっかけとして、既存の運動プログラムへの参加の促進を行った。陰性症状が強い患者を対象とする場合には、実際に身体を動かして適切な運動を体験する等の工夫が必要と言われており²³⁾、運動への動機づけを強化することは重要と考える。しかし、上述したように運動に関して、介入後は対象者の健康を考えた運動プログラムへの参加意識の向上がうかがわれていたが、追跡時のデータからは主体的に継

続できているとは言い難い結果であったため、主体的な運動の継続は今後の課題である。

VI. おわりに

本稿のチェック表を活用した健康 P は、対象者の生活習慣における認知の歪みを改善し、体重減少につながる有用な取り組みであった。しかし、本稿の研究は、デイケアプログラムとしてスタッフが積極的に対象者の生活習慣に介入した結果であり、これが真に対象者の自己管理能力や気付き、動機付けに結び付いた主体的行動であったということは断定できない。また、先行研究²⁴⁾にあるように、慢性患者は行動変容に時間を要することを考慮すると、更に長期的な介入期間が必要であったかもしれない。今後、さらなる追跡研究を通してこれらの課題について明らかにしていきたい。

文献

- 1) 岡村武彦, 井戸由美子, 高谷義信, 小林伸一, 菊山裕貴, 他: 体重増加とチーム医療による対策. 臨床精神薬理 9 : 2157-2165, 2006.
- 2) 加藤大慈, 藤田英美, 杉山直也, 河西千秋, 平安良雄: 統合失調症の栄養・運動管理プログラムに関する効果と問題点の検討—身体指標の評価と症例から— . 精神科治療学 21 : 999-1004, 2006.
- 3) 渡辺純蔵, 鈴木雄太郎, 澤村下一司, 須貝拓朗, 福井直樹, 他: 精神疾患とメタボリック・シンドローム. 臨床精神薬理 10 : 387-393, 2007.
- 4) 秀野武彦: 抗精神病薬の副作用としての肥満対策. 脳の科学 25 : 461-471, 2003.
- 5) 大野裕, 中川敦夫: Solution for Wellness ; 患者さんのための健康生活—食事&運動ガイド. 日本イーライリリー, 神戸, 2004.
- 6) Brar JS. Ganguli R. Pandina G. Turkoz I. Berry S. et al : Effects of behavioral therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 66 : 205-12, 2005.
- 7) Ganguli R : Behavioral therapy for weight loss in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 68 suppl 4 : 19-25, 2007.
- 8) Weber M. Wyne K : A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. Schizophr Res 83 : 95-101, 2006.
- 9) 秀野武彦, 浅井邦彦, 大久保善朗, 融道男: 慢性精神分裂病者の肥満対策. 精神科治療学 12 : 1423-1429, 1997.

- 10) Loh C. Meyer JM. Leckband SG : A comprehensive review of behavioral interventions for weight management in schizophrenia. *Ann Clin Psychiatry* 18 : 23-31, 2006.
- 11) 大野宏明, 井上桂子 : 精神障害者の身体・認知指標及び認知機能との関連からみた健康管理における障害特性. *作業療法おかやま* 19 : 30-40, 2009.
- 12) 福田正人 : 認知機能障害としての統合失調症. *こころの科学* 120 : 20-28, 2005.
- 13) 大野宏明, 井上桂子 : 統合失調症患者への生活習慣の改善に向けた個別支援の試みー健康管理チェック表を用いた援助を振り返ってー. *作業療法* 29 : 332-338, 2010.
- 14) 肥満症治療ガイドライン作成委員会 : 肥満症治療ガイドライン 2006. 日本肥満症学会 肥満研究 12 (臨時増刊号) : 10-15, 2006.
- 15) 千葉政一, 吉松博信 : 肥満症の脳機能および精神科学的特性. *総合臨床* 53 : 282-290, 2004.
- 16) 吉松博信, 坂田利家 : 肥満症の行動療法. *日内会誌* 90 : 902-913, 2001.
- 17) 坂野雄二 : セルフ・エフィカシーと行動変容. *こころの科学* 53 : 90-96, 1994.
- 18) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 : 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシーとストレス反応との関連. *心身医学* 36 : 500-505, 1996.
- 19) Kaneda Y. Sumiyoshi T. Keefe RSE. Ishimoto Y. Numata S. et al : Brief assessment of cognition in schizophrenia: validation of the Japanese version. *Psychiatry Clin Neurosci* 61 : 602-609, 2007.
- 20) 吉松博信 : ストレスと摂食異常. *クリニカ* 21 : 45-51, 1994.
- 21) 精神疾患と認知機能研究会編 : 精神疾患と認知機能. 新興医学出版社, 東京, 2009, pp.173-179.
- 22) 山本大誠, 奈良勲 : 統合失調症と運動. *Schizophrenia Frontier* 11 : 29-33, 2010.
- 23) 藤田英美, 加藤大慈, 杉山直也, 河西千秋, 平安良雄 : 統合失調症の栄養・運動管理プログラムの効果の検討(第 2 報)ー認知・行動指標の変化に注目してー. *精神科治療学* 22 : 801-808, 2007.
- 24) Daumit GL. Dickerson FB. Wang NY. Dalcin A. Jerome GJ. et al : A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 368 : 1594-1602, 2013.
- 25) 長田泉美 : 統合失調症に対する生活指導. *Schizophrenia Frontier* 11 : 42-45, 2010.

第2章：認知行動療法を取り入れた作業療法の健康管理への効果 検証

第3節：統合失調症患者への生活習慣の改善に向けた個別支援の試 み —健康管理チェック表を用いた援助を振り返って—

I. はじめに

非定型抗精神病薬の副作用による統合失調症患者の体重増加¹⁾や、認知機能障害や陰性症状に伴う活動性・運動量の低下、食生活の偏りなど、生活習慣の乱れによって健康管理能力の低下が認められている²⁾。統合失調症患者の体重管理においては、Solution for Wellness プログラム（以下 SfW）³⁾を活用した食事・運動管理の効果が報告⁴⁾されている。A 病院デイケアにおいても SfW を実施してきたが、日常生活において動機を維持することは難しく、主体的行動は得られにくかった。本稿における健康管理は、肥満による生活習慣病を予防または改善するために、適切な食生活や運動などの健康的な生活習慣を身につける能力と定義する。統合失調症患者は、肥満の弊害に対する認識が甘く、食事・運動療法に対する動機や意欲が乏しく困難を要すると指摘⁵⁾されている。その背景には、患者個々の健康管理に対する自己認識や動機づけの乏しさ、認知機能障害が関与していると考えられた。

本稿で報告する症例 A 氏は、糖尿病の指標である HbA1c 値の上昇により、薬剤変更になる危機感から、A 氏より作業療法士(Occupational Therapist, 以下 OTR)に援助を依頼してきた。そこで、独自に健康管理チェック表(表 1・2)を作成し、X 年 7 月より日々の食生活と運動を振り返り、指導や励ましを行ないながら減量に向けた健康管理を行なった。その結果、A 氏の体調に合わせた目標設定や動機の維持が可能となり、生活習慣の改善に効果がみられたので報告する。

II. 症例紹介

A 氏, 45 歳, 男性, 統合失調症。

現病歴: X-25 年 10 月頃より不眠傾向となり、幻聴、被害関係妄想が出現、11 月当院を初診し入院となった。その後も 7 回の入院歴がある。現在は、共同住居とデイケアを利用した单身生活を送っている。

表1 健康管理チェック表の具体的内容とその目的

＜ 具体的内容 ＞	＜ 目的（内容に対応して記載） ＞
① 一週間の目標設定	① 段階的に患者が目標を立てることで自主的な行動を引き出す
② 日々の体重と体脂肪率の測定	② 体重及び体脂肪率を計測し、健康状態への関心を高める
③ デイケアで参加した運動プログラム	③ 運動の習慣化を図るために、スタッフと一緒に参加をし、楽しむ体験を重ねる
④ 家で実施した運動	④ 自発的な取り組みを引き出し、対処スキルを身につける
⑤ 朝食と間食内容 (昼はデイケア、夕は宅配サービス利用)	⑤ 食生活に関心を向け、栄養バランス・カロリー・間食内容の教育 (日のみ昼・夕の食事内容を記載)
⑥ 体 調	⑥ 日々の体調の把握と、体調に合わせた減量の進め方（活動と休息のバランス）を身に着ける
⑦ 日々の振り返り	⑦ 患者が日々の体調や健康管理計画に沿った取り組み内容を振り返り、気持ちを表現する
⑧ スタッフのコメント	⑧ ①～⑦の内容を基に、患者の体調・行動・心境に応じた励まし、教示、指導、賞賛、共感を行い、動機付けの維持を図る
⑨ 一週間の振り返り	⑨ 日々の変化に一喜一憂せず、長期的な変化に目を向け、意欲を高める

表2 健康管理チェック表

行動目標 : []								
	内容/日	日()	日()	日()	日()	日()	日()	日()
運 動	ラジオ体操							
	ストレッチ体操							
	DCでの参加活動							
	家で行った運動							
食 事	朝 食							
	間 食(昼)							
	間 食(夜)							
健 康 管 理	体 調							
	体脂肪率							
	体 重							
	振り返り							
	コメント							

III. 評価

1. 精神症状

日常のストレスや疲れが溜まると幻聴，被害関係妄想，誇大妄想が出現し，苛々して易怒的になる。

2. 認知機能障害

ストレス対処能力が低く，ストレスが溜まると過食傾向になる。活動と休息のバランスが保てず，頑張りすぎて疲れ果てては何もできなくなることを繰り返す。

3. 薬物療法

定期薬である Olanzapine の副作用によって過食になりやすい。

4. 生活習慣

1) 生活様式：デイケアは週 6 日通所。食事は，昼はデイケア，夕食は宅配弁当（週 6 日）を利用している。2) 活動性：デイケアではゆっくりして過すことが多く，時折運動プログラムに参加する程度である。3) 健康への関心：健康のため減量の必要性は理解しているが動機づけに乏しく，間食，喫煙，飲酒が目立つなど，健康管理に向け

た取り組みはできていない。

5. 健康管理上の問題点

1) 活動と休息のバランスが保てずに疲れを溜めやすく、継続的な運動の取り組みが困難である。2) ストレスが溜まると過食になりやすく、健康管理への動機と自覚に乏しい。

IV. 治療構造

A 病院デイケアは、一日平均 100 名が来所する大規模精神科デイケアで、スタッフは、医師 4 名、看護師 4 名、OTR 2 名、心理士 2 名、PSW2 名で構成されている。対象疾患の 9 割が統合失調症圏である。プログラムは、手工芸、スポーツ、SST、心理教育、就労援助活動、レクリエーション、健康教室、など多種目が行なわれている。メンバーへの個別的支援は、スタッフが担当プログラム外の時間を使い、訪問看護や就労支援、面接などが職種の専門性を活かして実施されている。

A 氏の個別支援は、OTR がデイケアの時間内または終了後に毎日 10～20 分程度の健康管理チェック表を用いて振り返りと指導を行い、週末に 1 週間の振り返り面接を実施した。

V. 経過

A 氏の経過のまとめを表 3 に示す。

1 期：健康管理チェック表を用いた今までの生活の振り返りを開始した時期（X 年 7 月～8 月）

健康診断後 HbA1c の値が高く、A 氏から減量プログラムを作ってほしいとの要望が OTR にあった。A 氏の生活習慣は、Olanzapine の副作用⁹⁾と日常のストレスから間食が習慣化していた。A 氏の健康管理への意識を高めるために、①健康管理チェック表への記載、②デイケアの運動プログラムへの参加、③健康教室への参加、④家庭で行なえる運動の指導を行い体調に合わせて無理なく継続できるものを見つけていく方針を話し合った。個別支援の開始と同時に、A 氏は意欲的にデイケアの運動プログラムに参加し、プールに行く、早朝散歩をするなどの行動が見られ始めた。しかし、生活上の急激な変化から身体的・精神的なきつさの訴えがあったため、OTR が判断してセーブをかけることが必要であった。食生活に関しては、①夕食を 19 時以降に摂る、②ジュースはやめてお茶にする、③早く寝るなどの指導を行い、以前よりも間食を控える意識が生まれた。その結果、X 年 8 月の検査日には、体重、HbA1c 値は低下した。

しかし、その後も、アメリカ軍隊が短期間で兵士を絞り込むためのダイエットプログラムである **Billy's Boot Camp** を行なうなど、積極的に新しいことに挑戦をしては、その反動から夜食を摂るなどし、体重の増減に一喜一憂することを繰り返していた。

2期：症状再燃により無理のできない状態が続いた時期（X年9月～11月）

幻聴や被害関係妄想が出現し始め苛立つことが多くなった。精神的なきつさから運動ができないことに対して悲観的になりやすく、体重の増減に過敏となっていた。そのため体調が悪い時は、無理をせずデイケアでもゆっくり過すことを行動目標として保障した。この間は、体調が良い日以外は軽めのストレッチ程度で、プログラムに参加できた日は楽しめたことを評価した。間食に関しては、精神的ストレスから週1回は親子丼、ラーメンなどを摂ることがあったが、減量が過剰なストレスにつながることを避けるため、許容しながら健康管理への意識が途切れないように配慮した。X年11月には、精神症状は落ち着き、徐々に運動プログラムへの参加を再開した。食生活管理においては、友人からの料理の差し入れを上手に断る、食後の満腹時に買いに行くなどの指導を行なった。その結果、健康的な食生活への意識は維持され、この時期の体重は安定することができた。

3期：無理のないペースの健康管理が身について体重が減少してきた時期（X年12月～X+1年1月）

年末の行事を終える毎に、ご褒美と称して飲酒、夜食を摂るため、その度に注意を喚起する必要があった。行動目標に関しては、漠然とした体重の数値目標から、①夜食は控える、②冷蔵庫に買いだめをしない、③デイケア活動に入る、④散歩の継続、⑤ゆっくりよく噛んで食べるなど徐々に具体的に自分で考えるようになった。その結果、体重の減少が見られ始め、間食回数の減少や栄養やカロリーを気にかけて間食内容、体調に合わせた散歩など無理のない生活習慣が身につくにつつあった。ただ、周囲に過敏になるなどの症状の小さな波はあったが、自ら活動量を調整して対処した。振り返りの中でA氏は、「健康管理チェック表を書くことによって、自分をすごく振り返れるし、自分の体調が分かるようになってきた。」と述べた。

表 3 各期における A 氏の経過と OTR の関わりまとめ

	1 期 (X 年 7 月～8 月)	2 期 (X 年 9 月～11 月)	3 期 (X 年 12 月～X+1 年 1 月)
A 氏の体調	薬剤変更に対する不安が高まる	幻聴、被害関係妄想が出現し不安定となる	症状の小さな波はあるが体調は安定する
A 氏の生活習慣	<ul style="list-style-type: none"> 夜食を摂る ・頻回にジュースを飲む プログラムには気晴らし程度に参加 ↓ 運動プログラムに積極的に参加 無理な運動に挑戦し、反動から夜食を摂る 	<ul style="list-style-type: none"> 思うように運動ができなくなり、悲観的になる 体調に合わせた運動プログラムに参加 苛々から週 1 回は重たい夜食を摂る 友人の料理の差し入れを断る 	<ul style="list-style-type: none"> 具体的な行動目標を自ら立てる 間食の回数の減少 活動と休息のバランスへの自覚が高まる 体重減少が喜びとなる
OTR の関わり	<p>意図：健康的な生活習慣作りと動機付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康管理チェック表を開始 <p><運動面></p> <ul style="list-style-type: none"> 運動に対する努力を評価 適度な運動量を助言 <p><食事面></p> <ul style="list-style-type: none"> 食事時間を含めた生活リズム作りを指導 カロリーの少ない間食内容の指導 	<p>意図：体調管理への動機を維持</p> <ul style="list-style-type: none"> 体重を維持できていることに対する努力を評価 <p><運動面></p> <ul style="list-style-type: none"> 無理せずゆつくり過ごすことを保障 体調が良い時に、運動できたことを評価 <p><食事面></p> <ul style="list-style-type: none"> ある程度の間食は許容 満腹時の買い物や差し入れの断り方を指導 	<p>意図：体調に合わせた運動量のペース配分を身につける</p> <p><運動面></p> <ul style="list-style-type: none"> 体調に合わせた行動目標と運動量を指導 プログラム内で楽しめていることを評価 <p><食事面></p> <ul style="list-style-type: none"> 夜食や飲酒時には注意を喚起 上手な間食内容を評価
身体指標	基準値		
身長(cm)	X 年 7 月 個別指導開始時	X 年 11 月 計測時	X+1 年 1 月 計測時
体重(kg)	172. 9	172. 9	172. 9
腹囲(cm)	92. 3	89. 3	83. 2
BMI(kg/m ²)	85 未満	102	97
	25 未満	29. 9	27. 8
BMI(kg/m ²)	30. 9	29. 9	27. 8
HbA1c(%)	5.2 未満	5. 5	5. 2(X 年12月の計測)
糖代謝	6	5. 5	5. 2(X 年12月の計測)

VI. 考察

1. A 氏の健康管理能力

生活習慣における A 氏の健康管理上の問題として、1)活動と休息のバランスがコントロールできず、極端な行動を起こしては疲れ果てる。2)ストレスが溜まると過剰な間食をするなど、食行動で発散を行う。3)健康管理の必要性を理解はしているが、生活上の動機と自覚に乏しいことが考えられた。このことから、認知機能障害と動機付けを考慮した健康管理能力の改善を図ることによって、健康上の知識が生活に活用されると考えた。加藤ら⁷⁾は、SfW の効果研究の中で、患者の認知機能障害や元々の機能レベル、基礎代謝、意欲の違いにより効果の差が生じやすく、実施に際して、意欲、関心を高めそれを維持する工夫や、目標作りなど可能な限り対象者に合わせた工夫が必要であると報告している。本稿の健康管理チェック表を用いた A 氏への個別的支援は、健康管理能力に対応した取り組みの工夫であった。

2. 健康管理チェック表が生活習慣に与えた影響

健康管理チェック表が患者の生活習慣に与えた治療的特性として、第一に、“セルフモニタリングを習慣付ける”効果を考える。体重測定や運動・食事内容の記載のみならず、日々の体調とリンクさせた生活習慣の振り返りが、健康管理への意識を高めることにつながったと考える。松尾ら⁸⁾は、毎朝の体重測定やグラフ化体重日記の記入が食行動に関する認知過程を改善したことを示唆しており、A 氏の場合も認知過程の変化が運動や食行動に影響を及ぼしたと考える。第二に、“スタッフと共同で取り組むことによる動機付け”の効果である。信頼関係を軸とした共同作業の中で、支持的関わりを提供することによって、減量に向けた意欲や動機が維持されたと考える。また、症状再燃時はドロップアウトしやすく、この時期にいかに健康への関心を維持するサポートを行うかが成功の鍵を握ると思われる。第三に、“対処方法や目標設定をタイムリーに提供する”ことが挙げられる。統合失調症患者に対しては、“今、ここで”の適切な助言・指導や問題解決の体験が活かされやすく自己効力感の向上につながると考える。

3. 健康管理チェック表の利点と欠点及び留意点

利点としては、患者の能力に対応した健康管理を進められることが挙げられる。例えば、自我障害により思考や行動に実感が伴わない患者には、適切な対処判断に対する肯定的な評価を重視した関わりを提供して進めている。欠点としては、陰性症状が強く意欲や活動性が乏しい患者は、健康管理チェック表への記載自体が負担となり中

断しやすい。また、知的能力の低い患者も、現状の生活スタイルに固執しやすく困難を要する。対象者の主体的な取り組みへの努力と動機が引き出されない限り減量を継続していくことは困難を極めるものである。チームで患者の問題を共有し支援していく体制作りや意欲を高める工夫も重要である。

VII. おわりに

健康管理チェック表を活用した個別的支援は、対象者の体調を評価しながら適切な目標や活動量の設定、スタッフの指導や支持的関わりを行うことができる。その結果、対象者の健康管理に対する動機が維持されやすく、個別の能力に合わせた健康管理ができる支援として有用な取り組みであると考えられる。

文献

- 1) 渡邊純蔵, 鈴木雄太郎, 澤村一司, 須貝拓朗, 福井直樹, 他: 精神疾患とメタボリック・シンドローム. 臨床精神薬理 10 : 387-393, 2007.
- 2) 濱元泰子, 河瀬雅紀, 國澤正寛, 福居顯二: 統合失調症慢性期における生活習慣病とその対応. 精神科治療学 20 : 569-574, 2005.
- 3) 大野裕, 中川敦夫: **Solution for Wellness** 患者さんのための健康生活 食事&運動ガイド. 日本イーライリリー株式会社, 2004.
- 4) 藤田英美, 加藤大慈, 杉山直也, 河西千秋, 平安良雄: 統合失調症の栄養・運動管理プログラムの効果の検討 (第 2 報) —認知・行動指標の変化に注目して—. 精神科治療学 22 : 801-808, 2007.
- 5) 秀野武彦, 浅井邦彦, 大久保善朗, 融道男: 慢性精神分裂病患者の肥満対策. 精神科治療学 12 : 1423-1429, 1997.
- 6) 河盛隆造: 精神科薬物療法と糖代謝異常. 臨床精神薬理 10 : 395-400, 2007.
- 7) 加藤大慈, 藤田英美, 杉山直也, 河西千秋, 平安良雄: 統合失調症の栄養・運動管理プログラムに関する効果と問題点の検討—身体指標の評価と症例から—. 精神科治療学 21 : 999-1004, 2006.
- 8) 松尾寿栄, 安部博史, 長友慶子, 米良誠剛, 倉山茂樹, 他: セルフモニタリングシステムを用いた統合失調症患者の体重管理と気質・性格特性の関連. 精神医学 49 : 1103-1110, 2007.

第3章 認知行動療法を取り入れた作業療法の症状管理への効果 検証

第1節 被害関係妄想と自生体験を主症状とした統合失調症患者 への認知行動療法的介入

I. はじめに

持続的な幻覚妄想体験をもつ薬物抵抗性の統合失調症患者は社会生活上の些細な出来事が精神症状と結びつき、不安や恐怖、抑うつ、怒りといった苦悩を伴う情緒的反応を一日に何度も体験し¹⁾社会適応に支障をきたしている。このような幻覚妄想体験による認知の歪みに対して、積極的に心理教育を行い疾病の理解を深めることによって認知の変容をねらい、適応的な対処ができるように援助する治療効果の報告²⁻⁴⁾がされている。また、池淵⁵⁾は、認知的介入単独では精神症状は改善しても社会的な機能などが改善していないことから、環境療法や個人および集団精神療法などを含めた包括的プログラムが必須であるとも述べている。このように、近年の精神科リハビリテーションにおいては心理社会的アプローチが展開され、社会に参加するために回復モデルを尊重⁶⁾し、患者の主体的な治療への取り組みを引き出すというアドヒアランスへの転換が言われている。

本稿では、筆者（作業療法士:Occupational Therapist, 以下 OTR）は、以前勤務していた500床を有する単科精神病院の大規模デイケアにおいて、持続的な自生体験や被害関係妄想により社会適応が困難となっている症例に対し、症状による出来事を振り返り、生活技能訓練（以下、SST）やデイケアの集団、作業活動を活用した認知的修正や生活技能獲得への援助を行った。作業療法に認知行動療法を融合したこの介入の結果、受療意欲の高まりと共に主体的な生活への取り組みがみられ始めたので、経過を振り返り考察を加え報告する。

II. 症例紹介

症例：A氏，性別：女性，年齢：21歳．診断名：統合失調症，教育歴：高校中退．

一人っ子として、サラリーマンの父と（おそらく未治療の）統合失調症の母の下で育った。元来大人しく幼少期より対人関係が苦手であり、小学校でもいじめにあった。中学2年頃発症し、男子の声で「バカ、アホ、死ね」と聴こえ、「自分の脳みそが粘土

で引きちぎられるような感じ」があった。教室では仲間に入ることができずに、成績も下位であった。高校 1 年時に離人体験、思考伝播、幻聴、被害関係妄想の症状から昼夜逆転の生活、リストカットなどがあり、X-4 年 8 月（16 歳）に自ら精神科を受診した。状態安定に伴い高校 2 年に復学したが、服薬中断し、独言、空笑など症状が再燃した。また 10 月に奇行、独言、空笑、粗暴行為がみられ、X-2 年 2 月家族と共に当時筆者が勤務していた病院を受診し初回入院となった。入院後の経過を表 1 に示した。X-2 年 11 月より週 1 回デイケア導入となったが、集団への不安が強く外来個人 OT を継続するなど徐々にデイケアへの移行が図られた。X 年 7 月より、病棟所属の OTR と研修医によるデイケアの SST が始まり A 氏も参加することになった。

Ⅲ. SST 開始当初の評価

SST 開始前に本人との面接やデイケアスタッフとの情報交換及び、SST の経過の中で A 氏が表明した内容を基に行った評価を表 2 に示した。

薬物療法：X 年 7 月時：リスパダール 1mg2T，アキネトン 1mg2T×2 回(朝・夕)，ハルシオン 0.25mg1T（不眠時）

デイケア活動プログラム：X 年 7 月時点での A 氏のデイケア参加活動及び X+1 年 4 月のデイケアプログラム改変後の参加活動を表 3 に示した。

表1 A氏の入院後からSST導入までの経過

活動内容	X-2年				X-1年		X年
	2月	3月	6月(退院)	8月	11月	10月	
個別的OT	週2回						
訪問看護	週1回						
外来OT	週2回						
デイケア	週1回						
A氏の様子	<p> 〈初回入院〉 独言・空笑続 〈個別的OT開始〉 女性OTRと筆者が 〈退院に伴い一時期訪問看護と外来OT開始〉 外來OT開始 〈デイケア導入〉 デイケア導入 </p> <p> 独言・空笑続 担当。散歩、音楽鑑賞、卓球から開始し、折り紙、絵を行う。入院有り。薬物反応性も悪く退行状態で、集団適応困難。 徐々に作品作りに集中する。わからない時はOTRを見つめるのみ。 </p> <p> 女性OTRと筆者が担当。散歩、音楽鑑賞、卓球から開始し、折り紙、絵を行う。入院有り。薬物反応性も悪く退行状態で、集団適応困難。 徐々に作品作りに集中する。わからない時はOTRを見つめるのみ。 </p> <p> 外來OT開始 ウサギの張子に興味を示す。スナックとの関係性が深まり、女性OTRに甘えた口調やわがままを言う、スキンシップを求めするなど愛着行動が見られる。卓球で攻撃性を向けて発散したり、冗談による笑うなど感情表出が増える。 </p> <p> デイケア導入 精神病後抑うつ状態から回復がみられてきたため週1回からのデイケアに導入。集団への不安が強いため、午前にはデイケア・午後は外来OTを継続 (X-1年10月まで)しフネローアツツしながら、徐々にデイケアプログラムへの移行を図る。X年4月よりデイケアが週2回に変更となる。参加プログラムも、クラフト、ビデオなど受身的かつ自閉を保つ活動から、女性グループやカラオケ、レクレーションなど参加活動が徐々に拡大していったが、他者との自発的なコミュニケーションはとれず、スナックに依存的でデイケア内で孤立傾向にある。 </p>						

表 2 A 氏の SST 開始時評価

精神症状：

妄想知覚・被害関係妄想：「馬鹿にされている，悪口を言われている気がする」

注察妄想：「にらみつけられる，嫌って見ている，馬鹿にして見ている」

自生記憶想起：「中学の時にじめられた辛い体験が頭に浮かんで苦しい」

これらの症状が影響して苛々や抑うつ感が高まり，時に希死念慮が出現する

認知障害：

注意・集中力の低下：集団の中で話を聞く場面などは注意散漫であり，固い表情で俯き自生体験に支配されていることも度々ある

理解力の低下：話の内容についていけない，人が何を話しているか分からない，

特に健康教室など講義形式のものは理解困難

記憶障害：物覚えが悪い，物忘れも多々ある

社会生活技能：

対人スキル：自発的な会話をういた交流に乏しい，「何話していいかわからん」と常に集団において受身的で孤立している，支持的態度で接する安心感の抱けるスタッフには依存的傾向が強く関わりを求めてくる

コミュニケーション：言葉に抑揚があまり無く小声で聞き返すことが度々必要，会話内容は広がりかけ短文，主語のないぶっきらぼうな言い方をする

自己主張：目で訴えるだけで自発的な表現に乏しい

集団適応：基本的に被害的な妄想知覚や対人緊張が影響して自閉を保ち，受身的かつ孤立傾向にある，スタッフに個人依存の形では比較的安心して参加が可能，集団の中では相手の働きかけには応じるも仲間体験や自信がないため受身的態度である

症状管理：病識に欠け，通院やデイケアに通所することの目的意識が乏しい，症状を「引っ込み思案で緊張の強い性格」と捉え，催眠療法や魔術的治療法に頼ろうとする，服薬は言われるから飲んでいる状態ながら遵守は可能

ストレス対処：我慢する，逃避する，スタッフに相談し解決を求める

日常生活：デイケアのない日はTVを見たり，音楽を聞いたり，パソコン，ゲームなど家の中に引きこもって過す，果物の収穫などの時期は，兼業である自宅の農業を手伝う，買物は母と一緒に出かける

交通機関：電車は決まった区間は使用可能であるが，被害的妄想知覚・注察妄想により周囲の目や話し声が気になりストレスを受けやすい，特に女子中・高校生に対しては過敏である

表3 A氏のデイケア参加活動

＜X年7月時点＞	
活動名	活動内容
月曜エンターテイメント	アニメの映画鑑賞
クラフト	個別的なクラフト（革細工，貼り絵など）
懇談会	デイケアでの意見・要望や行事についての話し合い
健康教室	スタッフによる健康に関する講義
青葉会	散歩やクラフトなど集団内の交流を図る緩やかな活動
SST	<p>＜目的＞対象者が抱える個々の生活上の問題や対人関係・ストレスなどに対して、適切な生活技能を身につけ、生活の質と対処技能の向上を図る</p> <p>＜頻度＞週1回 1時間</p> <p>＜スタッフ＞リーダー：OTR，コリーダー：研修医 or デイケアスタッフ</p> <p>＜内容＞基本訓練モデルを活用し、対象者が掲げた目標やニーズに応じた練習課題を取り上げ、対人スキルや症状管理、服薬管理など様々な生活技能を身に付ける</p>
面接	<p>＜目的＞症状への対処能力を高め情緒的苦痛を軽減する</p> <p style="text-align: center;">治療へのコンプライアンス及び受療行動を高める</p> <p>＜頻度＞1日1回～数回</p> <p>＜場所＞スタッフ室，面接室，デイホスルーム</p> <p>＜方法＞SST終了後または、面接，スタッフ室訪室時にA氏の訴えを傾聴し、症状の振り返りや現実検討の機会，支持・励まし・指導など精神療法的関わりを行う</p> <p>＜内容＞</p> <p>コミュニケーション：会話の練習と信頼関係の強化</p> <p>生活指導：日常生活やデイケアの過ごし方などを共に振り返る</p> <p>目標設定：将来に向けたデイケアの活用について話し合い，焦りや不安の軽減</p> <p>心理教育：障害認識への働きかけ，治療へのコンプライアンス</p> <p>症状の自己モニタリング：二重見当識への援助</p> <p>症状の出現内容の検証作業：症状による認知的歪みへの自覚を促す</p> <p>認知的歪みへの介入：情緒的苦痛の軽減や支持，症状出現の根拠についての検証作業</p> <p style="text-align: center;">対処法やA氏のスキルの振り返り</p>

表 3 の続き

＜X+1年4月のデイケアプログラム変更時点＞	
活 動 名	活 動 内 容
軽スポーツ	グラウンドで、メンバー個々の体調に合わせて種目を選択し 交流を図る
卓 球	試合形式による卓球の交流
クリエイティブグループ	メンバーが主体的に活動内容を計画し、役割をとって実行していくグループ
マイペースクラブ	認知行動療法的に食事療法と運動療法を用いた健康管理グループ
ゲートボール	ゲートボールの練習と試合を行う
S S T	同 上
面 接	同 上

IV. 経過

1期：病識に乏しく精神症状の訴えが続いた時期(X年7月～X年12月)

X年7月より、OTRによるSSTが開始された。SSTでの目標は、「病院に来なくていいようになりたい。将来学校に行きたい。人とたくさん話せるようにならないと。」と語るが、会話の練習では「何を話していいかわからない。」とすぐに途切れがちであった。SST後に必ずOTRとの関わり（以下、面接）を求め、「いつも1人になると昔の嫌なこと（いじめられた体験）を思い出して不安になる。1日に何回もある。」と症状について語った。主治医にも上手く話せない様子のため、診察での上手な伝え方の練習を行うと、「習ったこと以上に昔の事を話せてよかった。」と嬉しそうに宿題発表をしていた。しかし後日、「Kクリニックに行こうと思う。そっちの方がいい薬があって治りそう。心の病やろ？」と薬と治療への不信感や焦りについて語った。OTRは疾患の理解に乏しい今のA氏の状況では主体的な受療行動を導く事は難しいと考え、主治医から病気の説明を受けることを提案した。次の診察時に統合失調症と告知を受けたが、その後も「催眠術を受けたい。自分の性格を明るく変えたい。」と訴えた。そこで、面接の中で統合失調症の心理教育用の紙芝居⁷⁾を提示しながら、A氏の訴える苦痛は症状の1つで対処可能であること、そのためにデイケアを利用して対人関係の練習をしていることなど、病状と治療との繋がりがもてるように繰り返し説明を行っ

た。話し合いが進展すると、過去のいじめの体験がトラウマとなり、被害的な感情と結びついて妄想が出現しているなど症状の成り立ちに関しても説明し、A氏も、昔のいじめの体験が対人恐怖となって自信をなくしている思いを語った。このような経過をたどる内、SSTでは「いじめられた時の解決法について。」とテーマを挙げ、学校でのいじめの体験を皆の前で語った。学校の先生を想定して相談する練習を行うが、A氏は「物足りん。解決して欲しい。」と訴えた。前向きに対処していく事が必要であることを伝えると、A氏は「人の中に入ろうとしても自分は何もわかってないからバカにされそう。」と語った。

10月下旬頃より、「デイケアで悪口を言われている気がする。病気のせいかもしれないけど。」「家でお母さんが独り言で私の事を言う。」など不安定な状態が続き薬が増量された。11月中旬には体調は元に戻りつつあったが、母親の悪口（独言）についての訴えは続き、スタッフが父親に事実確認を行うと、独言は事実であるがA氏が自分のことと思い込んで受け止めてしまっているとの事であった。そのため、母親の良い側面に目を向ける事を話し合うと、「料理を1人で作ったらお母さんが喜んでいた。」と母親の愛情面への気付きがみられ、日頃から家事の手伝いをする事を目標としていった。数日後、「お父さんも辛いけど気にしないようにしているって言ってたから自分もそうする。」と語り、母親の独言に対して割り切ろうと努力する様子がかがわれた。この頃、「気づいたことがある。ここに来る方が安全ってわかった。だからさぼってないよ。」とデイケアの有用性が実感され始めていた。

2期：被害的な妄想知覚に対して検証作業を繰り返し対処能力を向上させた時期（X+1年1月～X+1年5月）

3月よりOTRがデイケアに異動となり正式にA氏の担当となった。面接では、「映画館でお菓子を買う時に店員に変な顔された。」「保安課の人に挨拶しても何も言わず、私を嫌っている。」と被害念慮を伴う妄想知覚を訴え続けていた。その都度、声は小さくなかったか愛想よく挨拶したかなど、一方的な思い込みでないか根拠を振り返りながら、A氏自身の対人スキルに目を向けて課題にしていった。そして、再チャレンジを行うと、「保安課の人が挨拶をかえしてくれた。会話のポイントが使えてなかった。」とA氏の思い込みを再確認する機会となっていた。

4月に入り、デイケアプログラムの改正に伴い、通所回数も週3日に変更となり、ほぼOTRの担当する活動（表3）に参加していた。OTRと一緒に参加する活動枠の

広がりにより、他者との交流を図ったり、ダイエットなどの活動内容に関心が向くなど少しずつデイケアでの居心地の良さが増している様子であった。また、SSTでは、「N氏と友達になりたい。」と練習を行って一緒に駅まで帰ることに成功したり、誘われたカラオケにメンバー同士で行くなど今までにない交流がみられ始めた。この頃、面接の中では、「電車に乗っていると女子高生に“あそこに座った”って言われた。だから時間をずらした。最近は何かが自分の事を言っているというのがなかったが、今日病気が出てきたと感じる。症状が無かったと言うより気にしないように対処していた。」と語り、以前よりも症状と距離を置いて自己対処できつつあることがうかがわれた。

3期：体験を通して認知的修正が強化され、他者との交流に広がりが見られた時期
(X+1年6月～X+2年2月)

SSTでは、「新しい女性メンバーと仲良くしたい。」と練習を行い、自分のスキルを振り返りながら挑戦する努力がうかがえた。また、「是非やってみたいことがある。全然知らない人に笑われた時の振舞い方。」という症状による出来事を挙げた。通常は症状が影響した内容は集団の中では取り上げないが、A氏にも症状が関係している事を確認した上でその出来事を想定した練習を行った。A氏は相手役スタッフを睨みつけて怒りをぶつけていた。A氏が実際にこの行為を行うことは無理と思われたが、後日「母親の独言に対して文句を言ったら、“Aちゃんのことじゃないよ”と言ってくれた。」と母親の気持ちを確認して安心したことを報告した。

デイケアにおいては、昼休みに他のメンバーと卓球をして過したり、男性メンバーや数名の女性メンバーと一緒に過す様子が見られ始めた。10月に入ると、同じ活動に参加する男性メンバーY氏（選択性緘黙症）の態度が気になり「私のことを睨みつけて嫌そうな顔をする。」と訴えた。しかし、活動や休み時間に行う卓球を介した非言語的交流から関係が深まり、「いい人やった。卓球を一緒にしてくれる。」と卓球を誘い合ったりメールのやりとりをする仲にまで進展していた。また、「年輩の男性が、“僕の彼女です”と言いふらしたりする。」と複雑な対人関係上のストレス状況をSSTで挙げ、「笑って受け流すだけで意思表示をしない事が誤解を招いている」というメンバーの助言やモデリングを参考に練習を行い、メンバーに支えられながらなんとか解決に至っていた。他にも「下ネタを言われた時の対応。」とデイケアでの問題場面への対応を挙げて実際に活かしたり、想いを寄せる異性のメンバーへの声のかけ方をテーマに

挙げ、得意の卓球に誘う練習を行い成功するなど積極的な取り組みがうかがえ始めた。

V. 考察

A 氏の場合、生育歴において、基本的信頼関係を基盤とした対人スキルや集団体験が十分に経験されておらず、生活技能が十分に獲得されていない認知的欠損(cognitive deficit) 8)に考慮が必要であった。いわば、本稿の A 氏に対する認知行動療法(図1)は、対人スキーマと被害念慮など自動思考による認知的歪み(cognitive distortion)を修正する認知療法的側面と、SST やデイケアの集団活動や生活の場を活用した対人スキルや症状管理、ストレス対処などの生活技能を高め自分らしさを再構築していく行動療法的な認知的欠損へのアプローチといった両面が存在していたと考える。このような A 氏の認知障害の視点を踏まえ A 氏の経過について考察する。

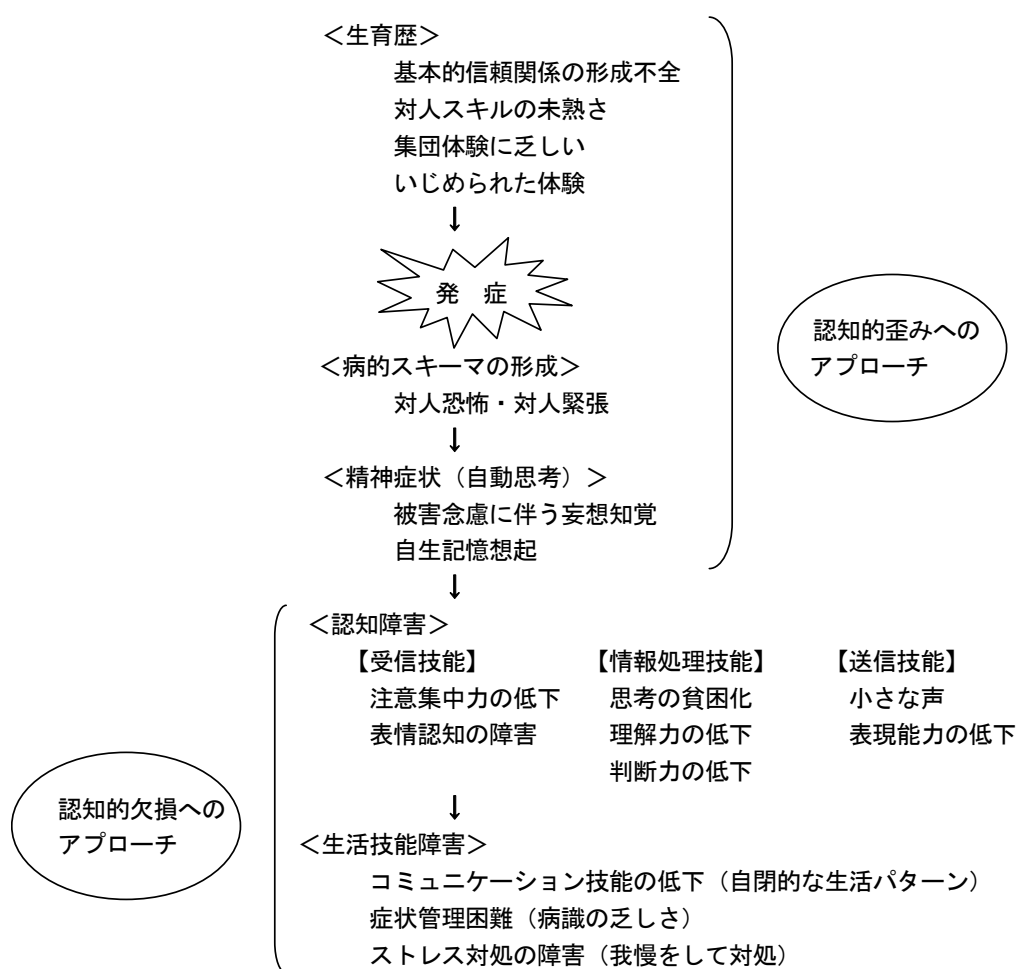


図1 A 氏の経過からみた認知障害と生活技能

1. A 氏の認知的歪みへのアプローチ

認知行動療法は、自己理解を促進し問題解決を向上させ自己の問題をセルフコントロールしながら合理的に解決することができる力を増大させる⁹⁾ことを目的としており、A 氏への援助も同様の狙いであった。

1 期の A 氏は、治療への不信感を訴えており、この時期の A 氏には病識を深め、症状管理を身につけていくことが求められていた。そこで OTR との信頼関係と病名告知を前提に、面接時に、A 氏が体験した不可解な出来事の状態やその時の気持ち、対処行動について報告してもらい(症状の自己モニタリング)、その出来事の内容について、「何か嫌われている事をした?」「また、被害的に考えすぎたかもしれないね」などと、現実的にありうる事なのか、病状による被害的解釈や自己関係付けに繋がっていないかについて話し合い、認識の共有を図っていった(表 4)。この病状の出現内容の検証作業を通して、A 氏の過去のいじめられ体験から派生した「馬鹿にされている」「嫌われている」といった誤った信念が病的な対人スキーマを形成し¹⁰⁾、被注察感により周りの目や表情や態度を容易に被害的に妄想知覚し、自動思考として被害的な解釈を強めていたことが理解された。また、過去のいじめられた辛い体験が蘇ってくる自生記憶想起の症状も出現して、不安や抑うつ、孤立感といった情緒的苦痛に脅かされていた。これはどのような場面でも起こり、対人場面では自閉を保ったり回避することで対処し、自生体験に対しては我慢をして耐えていた。このように病状のメカニズムを明確にすることで、A 氏が被害的な思考や自閉的な行動をとり易いことが自覚できるように促していった。障害認識にはある程度の教育や知的能力、自己表現する言語能力、情動的な耐性が必要¹¹⁾であり、表現能力・理解力の乏しさ、現実検討能力低下など A 氏の認知機能の障害を考えると、障害認識を獲得することは容易ではなかった。そのため、A 氏の病状の報告時にタイムリーに振り返りの面接を行い、病気について言葉で理解し難い部分は紙芝居を教材に用いた心理教育を行うことで、被害的な自己関係づけとなりやすいことを確認していく作業が必要であった。

1 期後半から 2 期にかけては、上述した A 氏の認知機能の水準に合わせ、①物事の多面的かつ適応的な別の見方を促す、②症状を客観的に捉え、聞き流したり距離を置くなど注意の転換を図る、③A 氏自身の適切な対人スキルに目を向ける、④デイケアでの不可解な出来事をその場で取り上げ働きかける、などの症状対処に向けた援助を行なっていった。面接による振り返りは、A 氏にとって病状の視点から不可解な出来

事を捉えなおし、距離を置いて冷静に対処行動を考える手段となりつつあったが、すべてにおいて言語的理解よりも実体験を通した気付きによって認知的修正が得られやすかった。例えば、①においては、母親の手伝いをして愛情面を確認する、②においては、電車の場面で時間や席をずらす、音楽を聴いて気を紛らわす、③においては、声の大きさは適切か、視線を合わせ愛想よく接したかなど、振り返りを基に再チャレンジする、④様々な活動やメンバーの間で生じた問題に介入しできる限りその場で修正し交流を促す、などであった。この作業を通して、A氏には「病気が出てきたと感じる.」、「病気がなかったというより気にしないように対処していた.」、「話したらいい人やった。会話のポイントが使えてなかった。」という気付きが得られやすかった。池淵⁵⁾は、どこまで認知的な介入に踏み込めるかは認知機能の健全さに頼る部分が大きく、また内面の感情を認識する事が困難である場合にはより行動的な介入が効果をあげると述べており、上記のA氏の認知機能に配慮した関わりはこの点に相当するものであった。これまでのA氏は、我慢しストレスを溜め込む傾向にあったが、SSTの中で自己主張して対処をしようとする行動は、対処方法を模索しどこまでやれるのか試している過程にあると考えられた。

3期は、母親の独言に対して思いをぶつけて確認したり、メンバーとの卓球を介した交流によって関係が発展するなど対処行動の強化への取り組みの時期であった。しかし、まだ対処行動においてはSSTメンバーやOTRの助言を要しており、自発的な対処スキルを獲得するまでには至っていない。認知的修正に関しても、身近な対象でない（例えば電車の女子高生）場合には、関わりを通した修正が困難であるなどの課題が残されている。この問題は、場面や対象が代われば応用が利かないといった般化の障害¹²⁾に通ずる統合失調症者の病理性の問題であり、対処行動を工夫しながら実体験を通した一つ一つの出来事を取り上げていく必要があると考える。

表4 A氏の認知的歪みへのアプローチ

<p>＜認知行動療法の流れ＞</p>	<p>＜A氏の心理状態＞</p>	<p>＜OTRの治療的意図＞</p>
<p style="text-align: center;">OTRとの信頼関係</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">自生記憶想起・被害関係念慮に基づく妄想知覚を表明</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">＜障害認識への働きかけ＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療時の上手な伝え方 ・病名告知 ・紙芝居を用いた心理教育 <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">＜症状の自己モニタリング＞</p> <p>方法：症状出現時の状況と具体的内容、それに伴う感情について報告</p> <p>自生記憶想起：「いつも独りになると昔の事(いじめ体験)を思い出して不安になる。」</p> <p>被害念慮に基づく妄想知覚：「周り全体から悪口を言われている気になる」</p> <p>症状対処パターン：「頓服を飲むけど効かないから我慢している」</p> <p style="text-align: center;">↓ ↑</p> <p style="text-align: center;">＜症状の出現内容の検証作業＞</p> <p>方法：自己モニタリングした症状の出現内容を共に振り返り、A氏の根底にある病的スキーマが影響し、症状により被害的自己関係付けをしやすい(自動思考)という認知的歪みに対する認識を深め、適切な対処法を探る</p> <p>A氏の自動思考：過去のいじめられ体験と不十分な基本的信頼感により、周りから「嫌われている」、「馬鹿にされている」という病的スキーマが形成され、対人緊張や恐怖につながっている。この病的スキーマが影響して、被注察感や他者の視線や表情・態度を被害的に妄想知覚する。また、独りの時にはいじめられた時の体験がフラッシュバックのように蘇り(自生記憶想起)抑うつ感に浸る。</p> <p style="text-align: center;">↓ ↑</p> <p style="text-align: center;">＜認知の歪みへの介入と症状対処＞</p> <p>面接：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状の振り返りと現実的な根拠について共に検証する作業 ・物事の多面性への気づき 「母親の優しい側面」 ・注意の転換を行い症状に対処 「気にしないように対処していた」 ・A氏の対人スキルを振り返る 「会話のポイントができていなかった」 <p>SST：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・問題解決に向けた対処スキル 「いじめられた時の解決法」 ・自己主張スキル 「Aちゃんのことじゃないよって言ってくれた」 ・A氏の対人スキルの向上 ・日常生活への般化 <p>デイケアでの作業療法場面：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動を介した集団適応 ・適応的な対人交流 ・目標課題を現実に体験する場 <p style="text-align: center;">↓ ↑</p> <p style="text-align: center;">＜認知的修正体験(自動思考が変化)＞</p> <p>「病気が出てきたと感じる」</p> <p>「病気がなかったというより気にしないように対処していた」</p> <p>「話したらいい人やった」</p> <p>「会話のポイントが使えてなかった」</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">＜病的スキーマが変化＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対処能力向上に伴い症状による不快感が軽減 ・受療行動の高まり(病気を受け入れる) ・自己効力感の向上と自己価値観の再構築 ・二重見当識の向上(現実と妄想の世界と距離をとる) 	<p>症状による抑うつ感 孤独感</p> <p>「心の病やる?」「デイケアを辞めて趣味に没頭したい」「意味がない」と治療に対する不信感</p> <p>昔のいじめられ体験が対人緊張・恐怖を生んでいる情緒的苦痛 自信のなさ</p> <p>解決してほしいと依存 的な対人緊張・不安 安全な治療枠の中で 自己主張</p> <p>デイケア内で前向きな 態度で対人関係構築に 挑戦</p>	<p>気持ちを受容し、不安を軽減</p> <p>治療へのコンプライアンスを高めるため、病気への自己認識を育てる</p> <p>・自己モニタリングした症状の出現内容を報告してもらい、自分の中で一方的に被害的自己関係付け(物事を自分と関係させて受け止める)を行う傾向があり、その歪んだ思考が情緒的苦痛につながっているという認識を共有することで病感を育てる</p> <p>・行動的介入による社会体験を振り返り、気づきを与え認知的修正体験につなげる</p> <p>・生活上の対人スキル獲得に向けた働きかけや正の強化</p> <p>・集団体験</p> <p>・現実的体験による気づきを共有</p> <p>・自己対処を評価</p> <p>・積極的な集団体験を促進</p>

2. 社会適応に向けたデイケアの効果

認知の欠損状態を「実生活に関する知識・経験の著しい欠如¹⁰⁾」と定義すると、社会適応に向けた生活技能の習得が、認知的歪みと並行して援助すべき A 氏の課題であった。ここでは、SST やデイケアの治療構造を活用し、受療意欲を高めながら対人関係の広がりを経験していった A 氏の経過を考察する。

対人関係のとり方が解らずに孤独感・被害感を強める A 氏にとって、デイケアは緊張と不安を生ずる集団であった。実際、活動場面ではスタッフに依存し、自由時間になると過ごし方が分からず苦痛な様子であった。このような A 氏に対して、デイケアの集団や活動を A 氏の問題が露呈しやすい擬似的な社会生活の場として捉え援助していった (表 5)。

表5 A氏の認知的欠損へのアプローチ

	A氏の言動・様子	OTRの働きかけ	治療的要因
1期	<p><病識に乏しく全面的に依存しようとする態度(魔術的・懇願水準)> 「何を話していいかわからない」 「みんなの輪に溶け込めない」 「催眠術を受けたい。自分の性格を明るく変えたい」 ・自閉的態度 ・「どうにかしてほしい」と依存的</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・A氏の意味を尊重したテーマを取り上げる ・SSTの小集団で大切に扱われる体験 ・他メンバーのアドバイスやモデリングを通じた交流 ・ロールプレイを通じた会話スキルの練習 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療感覚を育てる ・集団に受け入れられる体験
2期	<p><依存しながらも願望を満たして欲しいと治療に取り組む態度(養育的水準)> 「N氏と友達になりたい」 「話し相手になってもらいたい」 ・少しずつ目標が現実的で具体化する ・SSTを前向きに活かそうと取り組む姿勢が見られる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・OTRへの依存を活用し、デイケアの集団・活動・場を利用した対人交流の促進 ・A氏自身の対人スキルに目を向ける ・SSTという安全な活動枠の中で目標達成に向けた現実的練習 	<ul style="list-style-type: none"> ・安心感を提供する保護機能と自己実現に向けた賦活機能 ・「今ここで」の現実的な働きかけ ・対人スキルの自己モニタリング
3期	<p><障害を受け止め前向きに挑戦する態度(自己信頼水準)> 「新しいメンバーと仲良くしたい」 「もう少し明るくしたかった」 「話題も増やしたい」 ・目標に向けて積極的に取り組み般化につなげる ・症状に対処しながら自己を高めようとする意欲的な姿勢 ・活動を介した自発的な対人交流</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・デイケア内の交流を評価 ・対人ストレス状況を取り上げ対処の練習 ・対人関係の発展に向けたSSTと活動(例:卓球)の利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・擬似的社会構造の中での様々な対人場面(対人ストレス、恋愛、友人関係など)を活用した社会経験の学習とスキルの活用

↓

<病的スキーマが変化>

- ・集団適応体験
- ・社会生活上の対人スキルを経験・習得
- ・自己実現を通じた自己効力感の向上と自己価値観の再構築

1 期では、SST に挙げたテーマは基本的会話技能中心の内容であった。対人スキルは受身的で、安心できるスタッフ以外は自発的な会話が困難であった。Radio¹³⁾は、医療に対する患者の期待を患者の受療行動を規定する動機と名づけて 4 水準の区別があると述べている。この時期の A 氏は、病気を受け入れずに医療者に全面的に依存しようとする幼児期水準の魔術的・懇願水準の態度にあると考えた。SST でも OTR に依存的に過度な期待を押し付けており、OTR は支持的な関わりを続けながら A 氏の意思を尊重したテーマを取り上げることによって受療感覚を養う働きかけを大切にした。A 氏にとって SST は、初めて集団に受け入れられる貴重な集団内交流の経験であったと考える。

2 期では、OTR は担当として一緒に様々な活動に参加し、A 氏の交流の幅や過ごし方など実際の行動を確かめながら適宜活動場面での交流を働きかけていった。このような「今、ここで」の効果的な働きかけ¹⁴⁾を通してできた事を振り返り、賞賛し励ましていく関わりを繰り返し行った。徐々に、「N 氏と友達になりたい。」と目標が具体化され、SST を生活に活かそうとする姿勢へとつながっていった。池淵¹⁴⁾は、現状を変えていく意欲の見られない例でも、治療者や仲間との楽しいやりとりの中で少しずつ新たなスキルを獲得していく事は可能で、その積み重ねから新しい生活目標が生まれると述べている。この時期の受療行為は、幼見的・養育水準にあたる態度であり、願望を満たして欲しいと OTR に依存しながら治療に取り組む姿勢が芽生えていた。

3 期では、「もう少し明るくしたかった。」など、確実に自己のスキルに目が向くようになってきており、多面的な視点から自己を振り返る効果が現れていると考えた。また A 氏の掲げるテーマも、より複雑な対人的問題について相談するようになり、対処しようとする努力が見られ始めた。この時期の受療行為は、成人水準の自己信頼水準にあたる態度であり、積極的に病状と向き合いながら自分を高めようとする態度へと変化していた。

Liberman ら¹⁵⁾は、SST の社会機能への効果を検討した研究の中で、一般的に統合失調症患者が実生活で技能を活用する動機付けに乏しいことを述べている。そのため、デイケアの擬似的な社会構造を用いて、SST の構造や OTR への依存を活用した安全感を保障した保護的介入¹⁶⁾と、「今、ここで」の技能の使用を促す賦活的介入を適切に働きかけることが効果的であった。その結果、自己実現に向けた A 氏の自己効力感が高まり、対人関係の拡がりや自己価値感の再構築につながった。そして、このデイケ

アに適応していった過程は、A 氏の病的なスキーマに少なからず良好な治療的变化を及ぼしたと考える。

3. 認知行動療法的介入を活用した作業療法

本稿では、筆者は、A 氏に対し認知の歪みへの介入の中で、症状管理に向けた認知行動療法的介入技法を用いてきた。さらに、デイケアの治療構造の中で、作業療法として面接や集団、作業活動を効果的に活用し、A 氏の希望を重視した課題を共有しながら適応的な生活に向けた援助を行ってきた。ここでは、認知行動療法的介入を活用した作業療法の意義について若干の考察を加える。

岸本¹⁷⁾は、作業療法における学習理論に基づく考え方や治療手段は自然な形で広範囲に活用されてきたが、対象者の適応的な認知行動面での変容に対して、評価や治療的介入の上で操作性、計画性、意図性の弱さが感じられると述べている。認知行動療法は、面接を通して対象者の生活上の課題や希望を共有し、解決策や生活技能の獲得に向けた具体的な援助技術（表 4）が用いられる。この介入技法を作業分析に基づいた集団や作業活動に融合することで、患者の治療的動機付けが得られ、生活上の課題が共有されやすいと考える。

大橋ら¹⁸⁾は、SST の技法と作業療法の具体的・現実的な体験の場の相補的活用について述べているが、症状による認知的歪みへの介入に対する認知行動療法と作業療法の相補的活用に関する報告はみられない。筆者は本稿の事例を通じて、認知行動療法的介入を活用した作業療法の意義について以下のように考えた。①作業療法の面接の中で患者の病的体験を取り上げ、心理教育と出現内容の検証作業を行うことで、病識が深まり受療意欲が高まる。②日常生活での症状の報告のみならず、作業療法場面での症状の出現状況や内容は評価し易く、検証作業がその場で行える。③患者の目標課題を作業療法場面で実践することで、OTR の教示や促しなどの働きかけや効果的なフィードバックが可能である。④患者を導入する集団や作業活動は、作業分析により対象者の認知水準に配慮した集団の大きさや力動、活動内容などの治療的操作が可能である。⑤その結果、現実的体験を通じた認知的修正体験に結びつけやすい。以上のように、薬物抵抗性の対象者に対して、認知行動療法的介入を活用した作業療法を適用することで、現実的体験を基にした認知的行動修正が得られ、症状自己管理につながるものと思われる。

VI. おわりに

本稿では、持続的な被害関係妄想や自生体験をもつ症例に対して認知行動療法的介入を行った。認知的歪みへの介入は、症例の認知障害に配慮し、行動的介入を重視することで認知的修正体験につながった。そして、SST やデイケアの集団や作業活動を活用した認知的行動修正と生活技能への援助の結果、A氏の受療意欲が高まり対人関係の拡がりが見られた。持続的な症状を有する統合失調症患者に対し、認知行動療法的介入を活用した作業療法は、患者の主体的な生活を引き出しアドヒアランスを導く援助として有用であった。

文献

- 1) 高柴哲次郎：外来治療と入院治療を含む標準的な治療のための基本条件－統合失調症の慢性化防止に向けて、基本となる臨床能力を検討する－。新世紀の精神科治療 10, 中山書店, 東京, 2004, pp.285-299.
- 2) 原田誠一：幻覚妄想体験への認知療法。精神医学 43 : 1135-1140, 2001.
- 3) 原田誠一, 吉川武彦, 岡崎祐士, 亀山知道：幻聴に対する認知療法的接近法(第 1 報)。精神医学 39 : 363-370, 1997.
- 4) 原田誠一, 吉川武彦, 岡崎祐士, 亀山知道：幻聴に対する認知療法的接近法(第 2 報)。精神医学 39 : 529-537, 1997.
- 5) 池淵恵美：精神分裂病の社会的機能の回復を目指して－認知行動療法の適用－。精神科治療学 13 : 1085-1091, 1998.
- 6) 西園昌久：社会復帰要因として関係性を築くことと SST。SST ニューズレター 20 : 16-22, 2008.
- 7) 精神科臨床薬学研究会：知って欲しい伝わる服薬コミュニケーション 統合失調症症状カード編。アルタ出版。
- 8) 井上和臣：うつ病外来診療における認知的介入と SST。SST ニューズレター 20 : 8-16, 2008.
- 9) 舩松克代, 水野雅文：デイケアにおける統合失調症への認知行動療法。精神科臨床サーブिस 7 : 433-436, 2007.
- 10) David G Kingdom , Douglas Turkington (原田誠一・訳)：統合失調症の認知行動療法。日本評論者, 東京, 57-84, 2002.
- 11) 池淵恵美：「病識」再考。精神医学 46 : 806-819, 2004.

- 12) 臺弘：生活療法の復権。精神医学 6：803-814, 1984.
- 13) Radio S：Changing Conceptsof Psychoanalytic Medicine. Grune and Stratton, NewYork, 1956.
- 14) 池淵恵美：認知行動療法。精神医学 43：1123-1128, 2001.
- 15) Liberman RP. Wallace CJ. Blackwell G. Kapelowicz A. Vaccaro JV. et al：Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia . Am J Psychiatry 155：1087-1091, 1998.
- 16) 長安正純：認知行動学的アプローチ。OT ジャーナル 31：287-292, 1997.
- 17) 岸本徹彦, 平尾一幸・編：SST を活かした作業療法の展開。三輪書店, 東京, 71-86, 2008.
- 18) 大橋秀行, 山根寛：SST（生活技能訓練）と作業療法。作業療法 15：4-8, 1996.

第 3 章 認知行動療法を取り入れた作業療法の症状管理への効果 検証

第 2 節 認知行動療法を併用した外来作業療法により大学進学に 至った社交不安障害の一症例

I. はじめに

社交不安障害 (Social Anxiety Disorder : 以下 SAD) は, 対人場面で過剰な不安を生じる社会 (対人) 恐怖症と言われてきた病態であり, 心理療法として認知行動療法 (Cognitive-Behavioral Therapy : 以下 CBT) が最も効果が高いと報告されている^{1,2)}. 不安に対する CBT の技法には, 1) 不安を減弱させる : 呼吸法, リラクゼーション, 2) 不安回避を克服する : 段階的暴露, 3) 評価の過程を再検討し脅威や問題を制御する : 認知再構成法, Social Skills Training (以下 SST), 問題解決法などがあり, これらを効果的に組み合わせて実践されている^{3,4)}.

本稿では, 社会恐怖により小学校時代からクラスに馴染めず, 引きこもりを繰り返していた 20 代後半の SAD の症例に対して外来作業療法 (Ambulatory Occupational Therapy : 以下 OT) を行った. OT の場, 作業, 集団などの治療構造に CBT の技法を併用した関わりを用いて, 不安の軽減や否定的な認知の修正に働き掛けを行った. その結果, 不安を抱えながらも大学に進学し, 適応に向けた努力が行えるまでに至った. なお, 本症例報告に際し, 症例から口頭および書面で同意を得ている.

II. 症例紹介

症例 : A 氏, 20 歳代, 男性. 診断名 : 社交不安障害.

家族構成 : 両親と 3 人兄弟の真ん中. X 年 8 月現在は両親と A 氏の 3 人暮らし.

現病歴 : 理不尽な事で怒るような厳格な父親の元に育った. 小学校の頃から, 周りから気持ち悪いと思われている思いから級友に話しかける事ができずに孤立し, 校長室に逃げ込んでいた. 高校卒業後も 2 か所の専門学校に通ったが, 対人緊張による不適応を繰り返して退学したため病院を受診した. その後, 父親の転勤を機に A 病院を受診し OT が開始となった.

III. 作業療法評価 (X 年 8 月時点)

A 氏の問題点として, ①他者評価を過剰に意識する否定的な認知により, 予期不安

を募らせては社会場면을回避する，②集団内でのふるまい方や仲間体験など，社会的スキルが獲得できておらず，自己評価が低下している，ことが考えられた．また，A 氏のストレングスは，①自身の問題を解決・挑戦しようとする前向きな気持ちがある，②他者に受け入れられたい思いがある，が考えられた．

IV. 作業療法の目標

長期目標は“就職に向けた社会参加”とし，短期目標は，①集団の中で過ごすことができる，②他者と話しができる，③問題を振り返り生活範囲の拡大を図る，とした．

V. 作業療法計画

①作業療法士（以下 OTR）との安心できる関係作り，②作業活動への参加頻度及び集団の中で過ごす時間を段階付けて促進，③興味のある作業を介した自己表現を促進，④段階付けた対人交流による不安への暴露，⑤対人スキルの学習，⑥A 氏の生活上の課題への介入，⑦否定的な認知の修正．これらの介入を A 氏の状態に合わせて適宜行い，社会参加に向けた行動の拡大を図る．

VI. A 病院における外来作業療法の概要

A 病院の外来 OT のプログラムは，午前はクラフトを中心とした個別的 OT，リラクゼーション，SST を，午後は軽い運動プログラムを実施している．外来 OT は，入院患者と一緒に場を共有しており，1 日の参加者は 3～10 名程度で，1～3 名の OTR で担当している．

VII. 作業療法経過（表 1）

1 期：作業を介して自己評価を高めた時期（X 年 8 月～10 月）

OT 開始当初の A 氏は，過緊張状態であった．そのため，集団から離れ，周囲を窺いながら過ごすことから始めた．徐々に OTR と一緒に卓球を行ったり，緊張しつつも話ができるようになった．その中で「髪を切りたいけど人目や服装のセンスが気になり美容室に行けない．」といった相談や，作業時には出来栄えに対するこだわりや投げやりな態度が見られた．OTR は，周囲の評価に対する過度な不安と自己否定的発言を繰り返す A 氏に対し，作業の中でできていることを褒める肯定的な声かけを行った．2 か月程すると，少しずつ意欲的な作業への取り組みや決断が見られ始めた．この頃，大学への進学を相談をするようになった．また，診察で，「OT に来る前と今では人のことが気になる度合いが 100 から 40 ぐらいに減少した．」と語っていた．

表 1 : A 氏の経過のまとめ

A 氏の言動・様子	OTR の評価と治療的働きかけ	結果
<p>I 期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過緊張で集団に入れない ・作業でのこだわりや投げやりな態度 ・大学への進学を相談 ・「不安の度合いが 100 から 40 に減少した」 	<p>⇨ 対人不安による緊張状態と評価 見学の保障及び OTR の声かけ</p> <p>⇨ 自信のなさど過剰な自己への注目と評価 できていることを積極的にフィードバック</p> <p>⇨ 少しずつ安心して自己表現できつつあると評価</p>	<p>⇒ 見学及び受身的な作業への参加</p> <p>⇒ 意欲的な作業への取り組みに変化</p> <p>⇒ 生活上の悩みも語り始める</p>
<p>II 期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊張して他患との関わりを回避する ・美容室に行きたいが行けない ・「自分から(話しかけに)行かないと、と思うようになった」 	<p>⇨ 受身的な関わりから暴露していく必要があると評価 不安に対する訴えは受容する 挨拶から始める, OTR と一緒に会話に入るなど 段階的に集団に入る</p> <p>⇨ 苦痛が軽減し自己効力感が増す</p>	<p>⇒ 緊張しながらも場を共有する 他患に受身的に受け答えする</p> <p>⇒ 美容室に行き暴露されると今までの 苦痛が軽減し自己効力感が増す</p>
<p>III 期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・進学が決まり焦りから対人不安が高まる ・「不安になっても何とかかなるという自信がちよつとついた」 	<p>⇨ 現実的な不安と評価 具体的な対人スキルの獲得と主体的な交流を後押し 問題に合わせて個人 SST や認知再構成法や 問題解決法を実施</p>	<p>⇒ 主体的に他患に話しかけたり 行動目標を決めて取り組む</p>
<p>IV 期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学生生活における同年代との関わり の悩みが増加 ・「女子学生が変な顔をした」 ・「一人暮らしがしたい」 ・「買い物に行けない」 ・仲間との交流の努力 	<p>⇨ 回避行動は禁止し, その場で過ごすよう約束</p> <p>⇨ 問題に合わせて個人 SST や認知再構成法や 問題解決法を実施 不安を受容しつつ, 努力を評価 支持的に努力を評価</p>	<p>⇒ 暴露されてくると受身的に 少人数の男子集団に所属 確実に自己効力感が増し, 生活範 囲の拡大と自然な仲間との交流が 見られる</p> <p>⇒ 外来 OT 利用の減少</p>

2期：大学進学に向けて対人交流を深めた時期（X年11月～X+1年1月）

大学進学に向けた目標を掲げたが、A氏は他患と接すると過度に緊張してしまい投げやりな態度であった。そこで、1)来室時に挨拶をする、2)話しかけられた時も無視しない、3)OTRと一緒に他患を交えた交流に参加する、など課題を設定し、徐々に人との関わりを増やすことを話し合った。「挨拶しても嫌がられます。」と、A氏が回避的発言を繰り返した時には、思いこみの根拠や別の見方を振り返るなど、体験した行動を基に認知再構成を行っていった。この時期、CBTによって悩んでいた美容室に行けたなど、不安に暴露することで少しずつ自信を深めていた（表2）。A氏は、「自分でも頑張っている気がする。今までが受身すぎた。自分から行かないと、と思うようになった。」と改善感を語っていた。

表2：A氏に対する認知再構成法*の一例

テーマ：美容室に髪を切りに行きたいが行けない	
状況	髪が伸びたが緊張して美容室に入れない。 大学が近くにあるので学生に見られる。 会話が苦手なので不安。 髪型を上手く説明できない。
気分 (%)	不安 (90%)、心配 (60%)、やる気 (30%)
自動思考	店員や学生に服のセンスがないと思われている。 店員や学生に変な顔とバカにして見られる。 店員にいろいろ自分のことを聞かれる。 店員に自分が今、何もしていないため、怪しい人と思われる。
根拠	いい歳なのに、今、働いてない。 新しい服を買いに行けてない。
反証	店員は自分の歳を知らない。 童顔なので自分を学生と思うかもしれない。 店員は服のセンスなど客の嫌がることを言わない。 無口な客だと思えば、無理に話しかけないかもしれない。
適応思考	ヘアカタログの本を見せると説明が少なくても伝わりやすい。 散髪中、雑誌を見入って会話したくないサインを送る。 今、何をしているか聞かれたら、大学生と言ってごまかす。
今の気分 (%)	不安 (40%)、心配 (30%)、やる気 (60%)

*過剰な意味づけへの気づきと改変を目指す方法

3期：暴露をしながら、対人スキルを高めた時期（X+1年2月～X+1年3月）

大学に合格すると、本格的なA氏の対人スキルの向上に向けて、個人SSTを取り入れた。A氏は、緊張から表情が硬く伏し目がちで身体をそむけるため、OTRを相手に基本的態度から練習を行った。また、回避的発言をしない約束や、他患へ自発的に話しかける課題を段階付けて行った。A氏は症状の波はあるが、徐々に、自ら集団に入って他患に話しかけたり、話しかけに硬くなりすぎずに受け答えていた。また、自分で行動目標を決めるなどしていた。A氏は、「不安になっても何とかできるという自信がちょっとついた。少しは自分を評価できるようになった。」と語った。

4期：入学後相談しながら大学生活に適応していった時期（X+1年4月～X+1年12月）

大学の入学式には、OTRに背中を押されながら出席した。A氏は、講義の合間にOTに参加し、不安を吐き出しながら、男子学生の小集団の中で過ごすことが可能であった。交流場面では、何度かさぼりたいと訴えたが、回避行動を助長させないため、交流がなくてもその中で過ごすように約束した。徐々に大学生活に慣れると、自分の態度がどう見られているかといった不安や交流の仕方についての相談が増えた。2ヶ月後には、A氏は、「話しやすい人ができた。服とか最近気にならない。緊張もそんなにしない。」と落ち着き始め、OTは相談や息抜きの場合として利用する程度になった。また、夏休み明けには症状が揺れ動いていたが、OTでの不安の受容と後押しによって乗り越えることができた。

VIII. 結果

進学後のA氏は、不安の波はありながらも通学を継続し、夏休み後には一人暮らしを始めることができた。また、その事をきっかけに、仲間を家に招く、食事や遊びと一緒に出かけるなどの自然な交流が見られるまでに至った。

IX. 考察

1. 作業を介した自己表現の意味について

1期のA氏は、社会恐怖による緊張状態であったが、OTRの無理をさせない受容的な声かけによって、徐々に卓球や革細工に興味を示していた。特にA氏は、作業の出来栄が過剰に気になり、何度も練習するこだわりや結果に対する投げやりな態度が目立っていた。SADは、他人が自己に注目しているという過剰な知覚と、人前でうまく行動しなければならないという過度のこだわりが問題となる⁵⁾。このようなA氏に対して、OTRは作業の中で実際にできていることを肯定的に伝えていった。A氏も

OTR に作品を受け入れられる経験を重ねることで、少しずつ不安や緊張が軽減し作業の結果を受け入れることができつつあった。神経症性障害の患者に対しては、病理には触れず努力や活動の成果を適切に認めることが自己評価を高める⁶⁾。A 氏に対する関わりも、作業を介した自己表現の機会によって A 氏の社会恐怖症状が直接刺激されないため、自身を肯定的に受け入れられたと考える。

2. OT 場面を利用した段階的暴露について

2・3 期は、大学進学という目標を共有し、主体的な対人交流を目標にアプローチした時期である。患者の価値観や内発的動機は不安障害の信念を変える原動力となり得るものである⁷⁾。A 氏の大学進学への挑戦は、不安克服に向けて立ち向かう決意の表れであった。

この時期、集団の中に入って過ごす、挨拶をするなど OT 場面で対人交流の機会を図っていった。しかし、A 氏の症状は一進一退で、回避的発言を繰り返し、固まってしまうことが度々見られた。そこで、OTR と他患との会話と一緒にいる工夫や他患から話しかけてもらう機会を作り、少しでも返答や会話ができた A 氏の努力を肯定的に認めていった。このように、OTR は不安の訴えを受容しつつ、緩衝役を担いながら、OT 場面の人や集団、場の治療構造を用いて、A 氏ができそうな対人交流から段階的に暴露していった。

また、A 氏は強張った伏し目がちな表情や回避的発言をするため、個人 SST を併用し、適切な非言語的なサインを重視した指導を行った。これまで逃避一辺倒であった患者も、逃げずに相手と向き合うようになるだけで、患者本人の苦痛は大きく変わる⁸⁾と言われる。A 氏は、「今までの受身すぎたと思う。自分が行かないと、と思えた。」と語っており、この時期の A 氏の不安の克服に向けた取り組みは、自己効力感に影響を与えるものであった。

3. 否定的認知に働きかけた CBT の関わり

2・3 期は暴露により不安に慣れていったのと同時に、対人交流の体験を基にした認知再構成法⁹⁾による振り返りも行った。これは、過剰に自己否定的な意味づけをしている認知に気づくための作業であった。例えば、美容室や洋服店に行けないなどの実生活の悩みを取り上げ、予期不安による過剰解釈を検証し、対策や行動目標を一緒に考えることで一歩踏み出せるように励ましていった。SAD への CBT の際は、「マイナス化思考」の患者の思考パターンを共有しながら、自分の行動こそが不安を克服する

ことに役立っていることを認識できるように導いていく⁵⁾。「不安になっても何とかなると自信がちょっとついた。」という A 氏の言葉に、少しは柔軟な対処ができつつある姿が現れていると考える。

4. 大学生活での社会スキル獲得に向けて

社交状況の回避を繰り返してきた A 氏の現病歴から、A 氏は同世代の仲間との関係の中で経験し、身につけるべき社会スキルが未熟であると考えられた。4 期の大学生活は、実社会における行動的暴露と様々な社交場面に対応したスキルを積み上げる場であった。OTR は A 氏と学校生活を回避しない約束をし、不安の高まりや問題場面への相談、対処努力の評価などによって大学生活の適応に向けた援助を行った。その中で、受身的に、「無口な A 氏」というスタイルで、A 氏なりの対人関係を築き上げる経験を積みながら、A 氏は着実に大学生活に適応していったと考える。

X. 今後の課題

A 氏は、大学という環境で受身的に適応している状況に過ぎない。A 氏の社会恐怖は根強く、自己主張することや同世代の女性との交流、様々な問題に柔軟に対処するまでに至っていないのが現状である。長期の休み明け直前に症状が再燃したかのように不安が高まりもする。このように A 氏の状態は一進一退を繰り返しているが、目標に向けた健全な歩みを途切れさせないように根気強くサポートすることが肝要と思われる。

XI. おわりに

大学進学を目指す社交不安障害の症例に対して CBT の技法を併用した外来 OT を実施した。作業を介した自己表出や OT 場面での段階的な暴露、不安に対する認知再構成法によって、症例の生活の幅が広がり、大学に進学するに至った。また、仲間との交流など社会適応に向けた努力が可能となった。

文献

- 1) Heimberg RG : Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder : current status and future directions. Biol Psychiatry 51 : 101-108, 2002.
- 2) 奥原孝幸 : 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害. 山口・編, 長崎・監, 精神障害作業療法学 (作業療法学ゴールドマスターテキスト 6), メジカルビュー社, 東京, 2010, pp.203-215.
- 3) 渡邊義信, 大野裕 : 認知行動療法で取り扱う不安. こころの科学 128 : 42-46, 2006.

- 4) Hambrick J. Weeks J. Harb G. Heimberg R: Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder ; supporting evidence and future directions . CNS Spectrums 8:373-381, 2003.
- 5) 藤澤大介：不安障害からどう脱出するかー認知行動療法の立場からー. こころの臨床 25 : 378-383, 2006.
- 6) 山根寛：「ふれない」ことの治療的意味ー汚言に葛藤する患者の対処行動と自己治癒過程より. 作業療法 16 : 360-367, 1997.
- 7) 北川信樹：日常臨床における全般性不安障害の治療. こころの臨床 25 : 409-414, 2006.
- 8) 永田利彦：社会不安障害ー自己主張が必要な時代との付き合い方ー. こころの臨床 25 : 399-403, 2009.

終章

I. はじめに

近年、精神科医療において、統合失調症患者の社会的機能の改善に向けた認知機能障害への介入が注目されている^{1,2)}。そこで本研究では、作業療法に、臨床において有効性が示されている認知行動療法や生活技能訓練（Social Skills Training：以下 SST）及び認知機能リハビリテーションを患者の状態像に合わせて組み合わせ、統合失調症患者の認知機能障害の回復や精神障害者の認知の歪みに働きかけることで、患者の社会生活能力をより改善していくことができるかどうかを検証することを目的とした。終章では、各章の研究で明らかになったことを示し、将来の展望も含めて述べる。

II. 第1章：認知機能リハビリテーションを取り入れた作業療法の効果検証

認知機能障害の重篤な患者は、生活における適応上の障害が大きい³⁾。現在、精神科リハビリテーションの一つとして、作業療法は積極的に行われているが、その治療手段や生活を構成する要素が多様であるため、その効果を検証した研究は多くない。そこで、様々な作業活動の認知的特性が、統合失調症患者のどのような認知機能に関連し、どのような社会生活へ影響を及ぼすのかといった調査及び介入研究を行い、具体的にエビデンスとして示していくことが重要である。そして、対人関係技能をはじめとする社会機能の獲得を目指した作業療法や心理社会的プログラムと並行した包括的リハビリテーションの実施が、統合失調症患者への退院援助から地域生活に至る効果的な支援になるのではないかと考え、その検証を行った。

第1章 第1節では、認知機能と社会生活能力との関連について検証した。社会生活能力の内の作業遂行能力は、注意と情報処理速度、運動機能、言語流暢性及び総合得点などの入力から出力処理に至る全般的な認知機能に関連していることが明らかとなった。現在、認知機能リハビリテーションは、研修を積んだ専門家がパソコンを用いて基礎的神経認知の向上のための訓練を行っている^{4,6)}。しかし、我が国の精神科医療では、一般的にリハビリテーションとして広く実施されているのは精神科作業療法である。作業療法は、患者の作業遂行に対して作業意欲向上や動機づけを行いながら様々な作業種目を手段として用いる。そこで、本節で明らかとなった作業遂行能力と認知機能との関連を活かし、従来の作業療法で用いられる作業の認知的要素を訓練として活用した作業療法を展開することによって、多くの患者に対して認知機能リハビリテ

ーションを提供することができるようになると思う。また、患者にとって意味のある作業⁷⁾であれば、更に患者の受療意欲を高められ、患者の社会的な転帰の改善につながると考える。

第1章 第2節では、認知機能及び社会生活能力の改善に介入するための作業活動に、料理活動の学習過程を認知機能訓練として用いて効果を検討した。その結果、認知機能は、ワーキングメモリ、言語流暢性の得点及び総合得点が有意に改善した。社会生活能力は、居室の掃除や片付けや「対人関係」の平均点及び協調性、「労働または課題の遂行」の平均点及び手順の理解が有意に改善した。本研究により、料理活動のような従来の作業活動に認知機能リハビリテーションの要素を含めることで、統合失調症の認知機能障害や社会生活能力に良好な影響を与える可能性が示唆された。今回は、料理という作業に限定し、小集団を対象として介入した結果であった。そのため、今後は、対象個々の生活上の意味のある作業や役割を治療手段として取り上げ、その作業の認知的要素の分析や目的に見合った訓練方法を検討することによって、患者の認知機能や社会生活能力へ効果を波及させることができるのではないかと考える。また、今までの精神科作業療法は、障害の部分を配慮かつ代償しながら健康的な側面に働きかけるといった生活モデルが基本であった⁸⁾。本研究結果によって、認知機能リハビリテーションの訓練要素を取り入れた精神科作業療法が、統合失調症の脆弱性の基盤となる認知機能障害に影響を与えることが示唆されたため、更に様々な作業による研究を発展させることによって、精神科作業療法が、機能障害に働きかける医療モデルとなりうることを示唆するものであった。

第1章 第3節では、記憶障害を主訴とした認知機能障害を呈する統合失調症の患者に対して、認知機能リハビリテーションと SST を併用した個人作業療法を試みた。2節では集団での介入研究であったが、本節では、改善した認知機能を活かした生活上の方略について患者と話し合うことで、より実生活上の目標と結びつき、更なる社会生活の拡大へ波及するのではないかと考え検討を行った。特に、患者が興味をもった日記書きや日常で読む新聞、家庭での役割であった料理など患者にとって生活上の意味のある作業を認知機能リハビリテーションとして活用し、得られた認知的方略を生活に活かす話し合いを行った。その結果、記憶機能の改善を中心とした全般的な認知機能の改善のみならず、対人関係を中心とした社会機能の改善や患者の目標であった福祉的就労を果した。本節では、対象者にとって生活上の意味のある作業を認知機能リハビリテーションとして用いて治療に動機づけたことが特徴的であった。この工夫によって、対象

者にとっては、日々の生活における進歩や回復が実感されやすく、社会生活に効果を波及させることが可能であった。

このように、統合失調症に対する認知機能リハビリテーションを取り入れた作業療法では、患者にとって意味のある作業を選び、その作業を分析して、認知機能の訓練に活用することが可能である。そのためには、作業療法士は、認知機能障害や認知機能リハビリテーションについての知識や考え方を積極的に取り入れ、従来から利用している作業の要素を認知機能の訓練として取り入れる工夫や、さらに臨床実践による効果を示していくことが求められる。これにより、精神障害者の退院支援や地域生活支援の中で作業療法に期待されている生活支援の役割⁹⁾を、作業療法が十分に担うことができるものとなり、今後の精神科医療の発展につながるものとする。

Ⅲ. 第2章 認知行動療法を取り入れた作業療法の健康管理への効果検証

作業療法では、作業療法士が場、時間、作業活動を介した共有体験を通して患者の認知行動を理解し、その場で具体的な対処法を指導・援助・練習しやすいという¹⁰⁾治療構造を活かし、認知行動療法を相補的に用いていく工夫が求められる。地域生活を送る精神障害者は、薬の副作用や食生活の偏りによって肥満になる割合が多く¹¹⁾、生活習慣病を予防するための適切な食事や運動習慣といった健康管理能力を高める必要がある¹²⁾。そこで、精神障害者の健康管理における障害特性を明らかにする調査や、肥満の精神障害者を対象として認知行動療法の技法を取り入れた健康管理プログラムの効果検証を行った。

第2章 第1節では、デイケア利用の精神障害者を対象に、健康管理上の障害特性を明らかにする調査を行い、今後の治療プログラムに考慮すべき点の検討を行った。その結果、言語性記憶が良好で、食行動が適切であるほど体重・Body Math Index（以下BMI）が低値であり、体重がコントロールされていることが明らかとなった。また、認知機能が良いほど適切な食行動であった。健康行動の自己効力感については、肥満患者の対処行動へのコンプライアンスの乏しさが明らかになった。このことから、認知機能の低下や認知の歪みに配慮した適切な生活習慣の学習や、肥満に対する深刻身のなさに対するモニタリングの必要性、健康行動の動機づけにつながる賞賛や報酬を与える等の工夫が有用と考えられた。精神障害者の地域生活支援に関しては、精神面の治療のみならず、身体面の健康を維持・管理することは、これからの精神科医療に求められている課題¹²⁾である。肥満は、精神障害者特有の陰性症状や認知障害による

思考の歪み、薬の副作用、自己認識の問題など、複雑に絡み合っていて生じており¹¹⁾、積極的にプログラムを推し進めるだけではストレスを生じたり、動機が持続されないなど困難を極めるものである¹³⁾。本調査で明らかとなった精神障害者の健康管理に関する障害特性を活かし、健康管理能力の向上を目指した介入を実践することは、精神障害者が地域生活を送る上で欠かせない支援であり、今後の健康管理に対する介入研究に向けた基盤をなすものであったと考える。

第2章 第2節では、BMI25以上の肥満のデイケア患者を対象に、動機付けの工夫や集団と個別のアプローチを織り交ぜた健康管理プログラムを約4ヶ月間実施し、介入終了後4カ月時（以下追跡時）までの効果検討を行った。その結果、「適度な体重の維持ができる」、「体調の記録を継続できる」といった健康行動の自己効力感が追跡時にも維持され、不規則な食事の改善やカロリーを意識した食行動の改善が明らかとなった。また、食行動では、間食量や食事の摂取カロリー、食事時間などに注意を払った食習慣が獲得されていた。しかし、運動の継続の項目は、介入直後向上の傾向が示唆されるに留まった。個別と集団を使い分けながら、認知の歪みに配慮した学習の工夫やチェック表を用いたモニタリングの強化、動機づけを高める工夫といった認知行動療法の技法を取り入れたプログラムは、健康行動や食行動の認知の変容に効果的な取り組みであった。しかし、体重の維持レベルであり、体重の有意な減少まで導くことはできなかった。精神障害者に健康的な生活習慣を身につけることが求められているが、減量を実施することは健常人でも努力を継続することが難しい。少しでも患者の主体的な取り組みを引き出すために、報酬などの工夫を用いて動機づけを高めながら根気強く介入していくことが必要とされる¹⁴⁾。本研究では、2名のドロップアウトが出たものの4ヶ月間プログラムへの参加が継続され、かつ、介入終了後4カ月時においても食生活や健康行動に関する多くの改善を維持できていたことは治療的に有用な結果である。さらなる適切な減量に向けて、認知行動療法による対象者の体調に合わせた臨機応変な目標設定やプログラムの進め方、介入継続の工夫が求められる。

2章 第3節では、統合失調症の肥満の症例に対して、健康チェック表を活用した個別的支援を導入し、症例の精神症状や認知機能に対応した目標や活動量の設定、フィードバックによる動機づけや指導を7ヶ月間行った。その結果、健康管理に対する動機が維持され、食生活や運動に対する意識や問題行動への対処能力の高まり、9kgの減量につながった。前節での課題を活かして、患者の精神症状による体調の波に合わ

せた食事・運動に関する減量プログラムを実践した。患者の生活習慣やこだわり、精神症状などを詳細に評価することによって、集団中心のプログラム展開では難しい減量プログラムの内容変更や食事・運動量の調節、目標の設定がなされ、意欲の継続と効果的な減量に結びつけることが可能であった。

2章では、認知行動療法の技法を用いて肥満患者に対して減量に焦点づけた健康管理を目標とした作業療法を実施した。精神科医療は、当然のことながら心身関連していることを考えると精神面の治療だけではなく身体面の健康管理にも十分にケアをしていくことが求められている。そして、精神障害者の地域移行を推進していく時代の中で、減量に焦点づけた効果的な健康管理の介入方法を検討していく重要性は増している¹²⁾。健康管理に向けた減量は、多くの苦痛や意志の継続を伴うため、主体的な取り組みにつなげることが非常に難しい面があるが、認知行動療法を基盤とした介入の工夫をすることで、食生活や健康行動に対する認知の変容や意欲の高まり、改善点の維持を示すことが可能であった。精神障害者の健康管理能力を高めるための更なる介入研究を推し進めることで、精神障害者の地域生活への移行支援や継続支援の貢献につながると考える。

IV. 第3章 認知行動療法を取り入れた作業療法の症状管理への効果検証

幻覚・妄想や不安・抑うつなどの精神症状の対処に向けた症状管理は、薬物療法が中心である。しかし、薬物療法ですべての精神症状をコントロールすることは難しく、その効果には個人差がある。そのため、心理社会的療法による症状の自己管理や病気との上手な付き合い方などの対処法を身につけることが求められる¹⁵⁾。そこで、第3章では、持続的な精神症状のある統合失調症の症例や社交不安障害の症例に対して、認知行動療法の技法や SST を併用した作業療法の試みを行い、認知の修正や対人不安の軽減に働きかけることで、社会適応を図ることができるか効果検証を行った。

第3章 第1節では、デイケアにおいて被害的妄想知覚や自生体験に苦痛を募らせる自閉的な患者に対して認知行動療法の技法を取り入れた作業療法を試みた。面接の中で患者は、自分の中で起きている精神症状による苦痛の原因を作業療法士と共に探り、疾患の理解を深めた。更に、作業療法の場、集団、作業を活用して、症状対処を身につけ、社会適応を拓げた。本節は、認知行動療法による認知の歪みへの介入が効果的に影響した事例報告である。この介入方法は、臨床心理士の行う面接の中での認知行動療法ではなく、人と

の関わりのある現実場面で起こっていることを取り上げ、体験を共有しながら対処方法を実践していくことに作業療法場面で認知行動療法の技法を取り入れるメリットがある。具体的には、作業療法士と患者との共有体験は、適切な対処法であったかの確認や行動目標の段階付けが可能となり、治療に動機づけされやすい。しかし、本節の患者のように、病識の乏しさや現実検討能力の乏しさなどによって、作業療法士と患者との作業療法の治療目標にずれが生じやすい面がある。そのような患者に対して、認知行動療法の技法を取り入れた作業療法を展開することで、作業場面における行動目標が患者に理解・共有されやすく、アドヒアランスを導く治療の進展が促されるものであった。

第3章 第2節では、対人恐怖が生じる社交不安障害の患者に対して認知行動療法を併用した外来作業療法を行った。作業療法の安全な治療構造の中で、対人交流を目的に段階的に交流場面に暴露して慣らし、認知再構成や対人スキルの練習を行って患者の対処法を高めていった。このように作業療法に認知行動療法の技法を併用し、患者の不安症状や否定的な認知に働き掛けた結果、患者には大学進学後も集団適応に向けた努力が見られた。認知行動療法の技法は、様々な精神疾患に適用することができるが、不安障害に対する作業療法場面でも技法を活用することが有用であることが示された。

統合失調症患者と社交不安障害患者を対象とした場合、両者の症状は異なるものであるが、共通することは、症状により無力感や情緒的苦痛に捉われ、それに伴う社会的孤立状態に置かれることである¹⁶⁾。その場合に、作業療法の治療構造に認知行動的視点を取り入れ、患者自身が症状を外在化することで、客観的に症状に影響された自身の認知の歪みを理解し、症状対処に向けた自己効力感を高めることができることが示された。抗精神病薬が進歩して患者の生活の質を高めている一方、薬物抵抗性により症状が残存し、症状に苦しんでいる患者も多い。そのような患者に対して積極的に認知行動療法の技法を取り入れた作業療法を実践することで、作業療法が地域への移行支援や継続支援の中で有用な治療になるものと考えられる。

V. おわりに

薬物療法や心理社会的療法の進歩により、統合失調症をはじめとする精神障害者の退院促進や地域生活支援に力が注がれている。そこでは、患者の社会機能の改善につながる具体的かつ生活に役立つ支援が求められている。作業療法は、作業を手段かつ

目的とし、対象者への意味のある作業の提供や生きがいのある生活獲得に向けた支援を行い、患者のリハビリを促進することが大きな目的である。しかし、精神科作業療法は、診療報酬の縛りによる施設内での集団作業療法や手工芸を用いた援助が大部分を占め、他職種と比べて具体的な地域支援に遅れをとっているのが現状である。また、作業という多様な治療要素を含むために、作業療法士自身が十分にその治療効果を示すことができずにいる。そこで、エビデンスのある心理社会的療法の技法や理論を相補的に応用しながら、患者の社会的機能をより改善できるような効果的な工夫が求められている。

本研究では、精神科作業療法にエビデンスの認められている認知行動障害にアプローチする技法を積極的に取り入れ、または併用することで臨床における効果の有用性を高め、患者の社会生活能力を改善していくことができるか検証を行った。認知機能や認知の歪みに視点を置くことで患者の病理や生活上の問題が理解しやすく、患者と問題を共有しながら協同で治療を進められることが特長である。今回の研究は、作業療法を生活モデルに留まらず、医療モデルとしてより効果的な治療として活かすための一助になったのではないかと思われる。今後も更なる研究によって、作業療法の発展に寄与する、対象者に役立つ支援を提供していきたい。

文献

- 1) Green MF: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 153:321-330, 1996.
- 2) Green MF. Kern RS. Braff DL. Mintz J: Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia ; are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 26 : 119-136, 2000.
- 3) Harvey PD. Sharma T(丹羽真一, 福田正人・監訳): 統合失調症の認知機能ハンドブックー生活機能の改善のためにー. 南江堂, 東京, 2004, pp.11-22.
- 4) Medalia A. Revheim N. Herland T(中込和幸, 最上多美子監訳): 精神疾患における認知機能障害の矯正法: 臨床家マニュアル. 星和書店, 東京, 2008.
- 5) Wykes T. Reeder C(松井三枝・監訳): 統合失調症の認知機能改善療法. 金剛出版, 東京, 2011..
- 6) Brenner HD. Roder V. Hodel B. Kienzle N. Reed D. et al(池沢良郎, 植木啓文,

- 高井昭裕 訳):精神分裂病の統合心理療法マニュアル. 医学書院, 東京, 1998.
- 7) 富岡詔子: ライフサイクルと生活課題・作業活動 (日本作業療法協会・監, 作業療法全書 改訂第3版 第5巻精神障害), 協同医書出版社, 東京, 2010, pp.70-75.
 - 8) 鶴見隆彦: 地域生活支援の視点(編・香山明美, 小林正義, 鶴見隆彦: 生活を支援する精神障害作業療法—急性期から地域実践まで第2版), 医歯薬出版, 東京, 2014, pp.51-57.
 - 9) 山根寛: 作業療法士の役割と課題(編・香山明美, 小林正義, 鶴見隆彦: 生活を支援する精神障害作業療法—急性期から地域実践まで第2版), 医歯薬出版, 東京, 2014, pp.12-16.
 - 10) 小林正義: 認知行動療法. 日本作業療法協会・監, 作業療法全書 改訂第3版 第5巻精神障害, 協同医書出版社, 東京, 2010, pp.293-298.
 - 11) 濱本泰子, 河瀬雅紀, 國澤正寛, 福居顯二: 統合失調症慢性期における生活習慣病とその対応. 精神科治療学 20: 569-574, 2005.
 - 12) 加藤大慈, 藤田英美, 杉山直也, 河西千秋, 平安良雄: 統合失調症の栄養・運動管理プログラムに関する効果と問題点の検討—身体指標の評価と症例から—. 精神科治療学 21: 999-1004, 2006.
 - 13) Loh C. Meyer JM. Leckband SG: A comprehensive review of behavioral Interventions for weight management in schizophrenia. Ann Clin Psychiatry 18: 23-31, 2006.
 - 14) Daumit GL. Dickerson FB. Wang NY. Dalcin A. Jerome GJ. et al: A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. N Engl J Med 368:1594-1602. 2013.
 - 15) 原田誠一: 幻覚妄想体験への認知療法. 精神医学 43: 1135-1140, 2001.
 - 16) 高柴哲次郎: 外来治療と入院治療を含む標準的な治療のための基本条件—統合失調症の慢性化防止に向けて, 基本となる臨床能力を検討する—. 新世紀の精神科治療 10, 中山書店, 東京, 2004, pp.285-299.

謝 辞

本研究にあたり、ご指導、ご高配賜りました井上桂子教授をはじめ、渡邊進教授、古我知成教授に謹んで感謝の意を表します。また、本研究の実施に際してご協力いただきました、慈圭病院デイケア、福間病院デイケア、川崎医科大学附属病院心療科の職員ならびに患者の皆様にご心よりお礼申し上げます。