

【臨床教育講座】

臨床家のための研究のすすめ：実践編

第7回 「精神保健領域における作業療法の臨床研究課題」

小林 正義*

はじめに

本講座の趣旨は、作業療法士による「臨床研究」を促進させることである。作業療法に関連する研究には、作業の及ぼす影響を生体反応や行動変化から検証する、対象者の主観的体験の変化を考察する、実践に役立つ理論やモデルを構築する、住民の健康と作業行動の関係を調べる、アセスメントツールを開発するなど多様な拡がりがある。しかし、めまぐるしく変化する保健医療福祉の制度改革のなかでは、臨床実践による成果を目に見える形で提示し、作業療法の職能（職業・業務上の能力、果たす役割、固有の機能）を証明する臨床研究が何より重要である。

このような視点から、本稿では精神保健領域で作業療法士が最も多く配置されている病院精神医療において作業療法士が取り組むべき研究課題を指摘し、課題解決に向けて行った臨床研究の具体例を紹介する。なお、臨床研究の進め方や留意点については、本誌連載の臨床教育講座を今一度参照されたい。

Encouraging research for clinical occupational therapists: Part of the practice: Number 7 "Challenge of clinical research of occupational therapy in mental health"

* 信州大学大学院医学系研究科保健学専攻
Masayoshi Kobayashi, OTR, PhD: Graduate
School of Health Sciences, Shinshu University

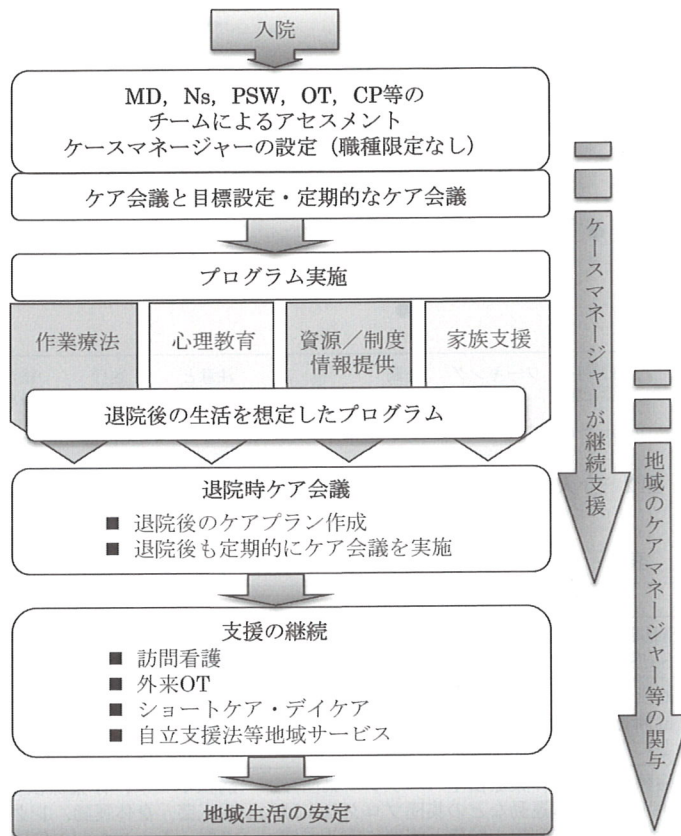
作業療法の臨床研究課題と実践例

1. 退院促進プログラムの効果検証

2004年の精神保健医療福祉の改革ビジョン以降、急性期医療システムの整備と病床の機能分化が促進され、入院の短期化、長期在院者の退院促進、地域移行支援などが強く求められている。

概要：これらの課題に対応するため、日本作業療法士協会では3年間に渡る研究事業¹⁻³⁾を実施し、入院初期からの包括的な退院促進プログラム(図1)が統合失調症の精神症状、認知機能、生活自立度、主観的体験を有意に改善させることを示した。また、プログラムに対する満足度は利用者、家族、支援スタッフともに高く、退院促進・地域移行支援としての本プログラムの有効性が確認された。

解説：研究事業では、作業療法士がケースマネージャー(キーワーカー)の役割を担いやすい職種であることも示されたが、その後、本プログラムを追試した報告は見あたらない。プログラムの実施方法は報告書に詳解され、「精神障害の急性期作業療法と退院促進プログラム(作業療法マニュアル41)」としても発行されている⁴⁾ので、臨床での追試は十分可能である。実施に際しては施設内のコンセンサスと連携が必要であるが、このような取り組みが制度的に保証されるためにも、作業療法士が中心となり、

図1 退院促進プログラムの概要¹⁻⁴⁾

多くの医療施設で実践を重ねて成果をアピールしていく必要がある。

2. 個別作業療法の効果検証

精神科作業療法は、1974年に定められた「概ね25人を1単位とする」、「患者1人あたり2時間を標準とする」という基準（留意事項）が未だに改定されず、現在でも1人の作業療法士が1日に50人まで取り扱い（算定）できている。しかし、この基準は40年前の入院患者に対する集団的な作業療法を想定したもので、今日求められている作業療法の役割とは異なり、前頁の1.で述べた研究事業でも制度的な問題として指摘された。制度改正は努力を要する作業であるが、先駆的または本来的な作業療法を真摯に実践し、その成果（エビデ

ンス）を研究論文にまとめて公表することが重要である。以下に、このような視点から取り組んだ臨床研究を紹介する。

1) 統合失調症の認知機能障害に対する個別作業療法の効果⁵⁾

概要：非無作為化比較試験である。統合失調症の新規入院患者に、目標指向的な個別作業療法（介入群）と課題指向的な作業療法（対照群）を任意に選択させ、3ヵ月後の状態変化を統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版（Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-Japanese version；以下、BACS-J）、陽性・陰性症状評価尺度（Positive and Negative Syndrome Scale；以下、PANSS）、機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning；以下、GAF）を用いて評価した。41

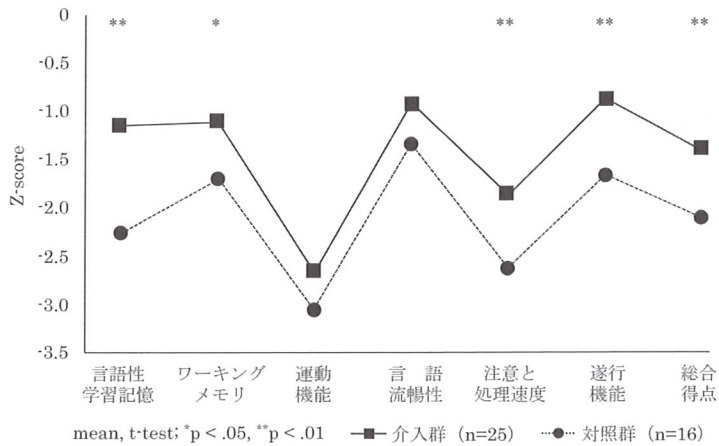


図2 介入後のBACS-Jの群間比較 (文献5, p.71より転載)

表1 入院中の作業療法の比較 (文献5, p.69を一部改変)

	目標指向的な個別作業療法	課題指向的な作業療法
対象・導入時評価	個別作業療法の希望者が対象. ISDA, SMSF, 合意内容調査票などを利用	個別作業療法を希望しなかった患者が対象. 質問紙, 調査票などの利用はなし
目標・治療計画	評価結果に基づき, 作業療法の目標と治療計画を共有する個別面接を実施. 合意をもとに主体的な参加を促進	本人の希望する目標 (体力をつける, 集中力を高める) に沿って利用可能なプログラムを紹介し, 週間予定を決定
場・実施形態	病棟ホール, 作業療法室 (パラレル集団). 手工芸, 身体運動などの集団プログラムは希望に応じて利用. 状態と課題に応じて病室, 施設外, 自宅などの訪問を設定	病棟ホール, 作業療法室 (パラレル集団). 手工芸, 身体運動, レクリエーション, リラクゼーションなどの集団プログラムが中心. 訪問はなし
時間・頻度	回復状態に応じて短時間 (10分程度) ~ 2時間を設定. 頻度は週3~5回	時間・頻度ともに対象者が任意に設定
基本方針	身体感覚, 疲労感, 回復感などのセルフモニタリングを促進. 退院後の生活を想定した対処法の検討を優先	作業活動や集団プログラムへの参加など, 対象者の希望を優先
心理教育	疾病管理と再発サインの検討, 再発防止プランを作成. 制度・資源の情報提供, チーム連携による家族支援	制度や資源の利用など, 必要に応じて情報を提供
面接	週に1~2回, 振り返りの面接を実施. 作業療法の効果・改善点などを確認し, 新たな目標と計画を共有	必要に応じて面接を実施 (不定期)

ISDA: 入院生活チェックリスト (Inventory Scale of Daily Activities for Sub-acute In-patients)⁷⁾
 SMSF: 気分と疲労のチェックリスト (Inventory Scale for Mood and Sense of Fatigue)^{8,9)}

名が研究に参加し, 介入群は25名, 対照群は16名であった. 介入前には両群のスコアに差はなかったが, 3ヵ月後のスコアを従属変数, 群を独立変数, 介入前スコアを共変量とする共分散分析の結果, 介入群ではBACS-Jの下位尺度とPANSSの陽性症状で有意な改善を示し,

介入後の群間比較ではBACS-Jの言語性学習記憶, ワーキングメモリ, 注意と処理速度, 遂行機能, 総合得点に有意差が認められた (図2).

解説: 統合失調症の中核的な障害として認知機能障害が目目され, 認知機能が患者の社会機能と長期予後に影響することが知られている⁶⁾.

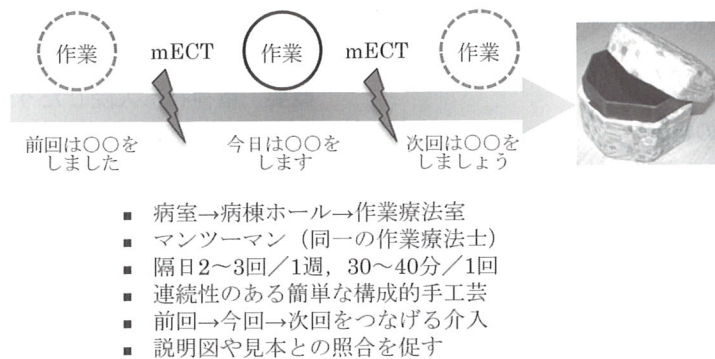


図3 「記憶のつながり」を促す個別作業プログラム（文献10，p.6より転載）

前回行った作業を想起させる。思い出せない場合は制作途中の作品を提示し、「前回は〇〇をしました」、「今日は〇〇をします」、そしてセッションの終了時には「次回は〇〇をしましょう」というように、作業を介して記憶のつながりを促す介入を行った。また、制作の過程では、認知機能を賦活させるために説明図や見本などを用いて照合を促す。

この研究は、入院初期からの目標指向的な個別作業療法が、統合失調症の認知機能障害と陽性症状の改善に効果的であることを示している。しかし、群分類の方法は無作為化されておらず対象者の任意であることから、比較的意欲的な患者が個別作業療法を選択した可能性がある点、1施設での実践であり個別作業療法の手続きを一般化しにくい点などが限界といえる。論文では個別作業療法がどのような作業療法を指すのか、通常の作業療法とどのように異なるのかを極力説明するよう努めた（表1）。このような説明は第三者による追試を助けるだけでなく、精神科作業療法のあり方を検討する際にも重要な情報となる。なお、介入群に実施した個別作業療法では、1人の作業療法士が1日に扱える患者数は多くても10～12名程度で、こうした具体的な数字が基準改定の際にも参考になるものと思われる。

2) 修正型電気けいれん療法後の記憶と気分の障害に対する個別作業プログラムの効果⁽¹⁰⁾

概要：無作為化比較試験（Randomized Controlled Trial；以下，RCT）である。修正型電気けいれん療法（Modified Electroconvulsive Therapy；以下，mECT）を実施した患

者に個別作業プログラムを実施し、mECT後に生じる記憶障害や二次的な気分障害に及ぼす効果を検討した。mECTを実施した患者を、介入群13名と非介入群13名にランダムに割り付け、介入群にのみ個別作業プログラムを実施した（図3）。1ヵ月後のGAF、Mini-Mental State Examination（以下，MMSE）、三宅式記銘力検査、Inventory Scale for Mood and Sense of Fatigue（以下，SMSF）の変化を比較した結果、GAF、MMSE、三宅式記銘力検査では差はなかったが、介入群では主観的な体験を測るSMSFで、体調、意欲・活力、抑うつ、イライラ、混乱・当惑、あせり、疲れやすさなどの順調な改善が認められた。

解説：mECTの実施者は年間12名程度であり、データ収集に2年以上を要した研究である。本研究により、個別作業プログラムがmECT後の気分を安定させる効果をもつことが示された。このように、新規性のあるアプローチの効果を検証する場合にはRCTが適用できる。個別作業プログラムがもたらした気分安定効果は、作業による感覚・認知機能の促進、作業や作業療法士を介した体験の連続性によると考えられ、本プログラムは認知症やせん妄状態の患者、感

覚が制限される無菌室患者等への応用が可能と思われる。

3. 再発予防への貢献

精神科作業療法の主要な対象疾患である統合失調症とうつ病は、以前から再発・再燃しやすい疾患であることが知られている^{11,12)}。入院中に作業療法を有効利用できた患者は再発・再入院が少ない印象をもつが、これを証明した報告は見あたらない。作業療法が、医療技術でありリハビリテーションであるためには、再発予防への貢献は最も重要な課題といえる。

1) 統合失調症患者の再入院に関わる要因¹³⁾

概要：153頁の2.の1)の研究で対象となった統合失調症患者について、退院1年後の転帰を予測する因子を検討した後ろ向きコホート研究である。退院日をベースラインとし、対象者の属性情報、入院中の作業療法の種別(目標指向的な個別作業療法、課題指向的な作業療法)、退院後の生活状況、外来治療の内容などを調査した。40名が分析対象となり、1年以内に再入院した者は13名、しなかった者は27名であった。群間比較で有意差が見られた項目を独立変数、退院1年後の転帰(再入院の有無)を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。1年後の転帰には、入院中の作業療法の種別(オッズ比10.841, 95%信頼区間1.550-75.823, $p=0.016$)と外来通院・服薬遵守(オッズ比11.472, 95%信頼区間1.416-92.929, $p=0.022$)が寄与し、入院時の目標指向的な個別作業療法が統合失調症患者の再発予防に貢献する可能性が示唆された。

解説：転帰には複数の要因が関与する。このような場合、目的とする事象の発生確率(本研究では再入院の有無)を予測するロジスティック回帰分析が使用されやすい。95%信頼区間はオッズ比が95%の確率で存在する範囲を示し、本研究では信頼区間の幅が広い推定値の精度は低く、サンプルサイズが影響していると思われる。今後はサンプル数の増加と、退院後の支援サービスや就労状況などを変数に含めた検討が必要である。

2) うつ病患者の再発予防に関連する因子の検討

概要：精神科に入院したうつ病患者85名の退院後1年間の経過を調査し、再発を予測する因子を検討した後ろ向きコホート研究で、論文は現在本誌に投稿中である。対象患者のうち退院後の1年間に再発した患者は15名(再発率17.6%)で、先行報告の25%¹²⁾に比べて低い傾向にあった。再発の有無を従属変数、性別、年齢、入院期間、入院歴の有無、精神病症状の有無、mECTの実施有無、退院時の抗うつ薬(イミプラミン換算量)、作業療法の実施有無を独立変数とするロジスティック回帰分析の結果、再発を予測する因子として退院時の抗うつ薬(300-399 mg)(オッズ比11.42, 95%信頼区間1.54-84.64, $p=0.02$)と作業療法の実施有無(オッズ比0.12, 95%信頼区間0.02-0.73, $p=0.02$)が抽出された。また、作業療法の実施内容については、再発しなかった安定群では再発群と比較して、個別身体リハビリテーション(導入時にベッドサイドで実施する離床支援)と個別プログラム(作業療法室で他者と場を共有して行う個別の作業活動)の実施者割合が有意に多かった($p=0.04$, $p=0.002$)。

解説：ロジスティック回帰分析の結果は、退院時の抗うつ薬の内服量が多い場合には再発しやすく、作業療法を実施した場合には再発しにくいことを示しており、とくに作業療法の実施については95%信頼区間が0-1の範囲にあり推定の精度は高い。ベッドサイドでの離床支援から関わり、1~2ヵ月の入院期間中に復帰に向けた個別プログラムが実施できた患者では、1年後の再発リスクが低いことがわかった。一方、作業療法を実施しなかった群には、実施に至らない重症例も含まれており、こうした重症患者に対するプログラム開発が課題である。

4. 長期入院患者の回復・生活支援

近年、退院促進と地域移行が盛んにいわれているが、精神科病院には様々な事情により退院に至らない患者も多数存在する。長期入院患者に対する回復・生活支援は古くから作業療法に

期待されてきた重要な役割であり、支援技術や成果に関する臨床研究を推進していく必要がある。

1) 精神科長期入院患者の身体機能と

「身体性プログラム」の意義について¹⁴⁾

概要：「身体感覚に焦点をあてた作業療法が生活の狭小化した長期入院患者に新たな関心を引き起こす好機となる」という仮説を立て、これを検証した観察研究である。統合失調症を中心とする長期入院患者145名を対象に、身体性プログラム（身体機能測定・ストレッチ体操・手足のツボ押し）を実施した。対象患者の7割以上に肥満傾向が認められ、各年代別標準値との比較により、握力、背筋力、立位体前屈、肺活量、視力の低下が確認された。また、身体に意識を向けた患者が、新たな活動への興味・関心の幅を拡げ、心身の柔らかさを取り戻していく過程を紹介し、プログラムの意義と留意点を要約した。

解説：このプログラムは、精神科病院から作業療法の導入支援を依頼された際に取り入れたものである。論文では、プログラムの治療的意義として、①長期入院患者の自我を脅かさない、②自己身体を振り返る機会を与え身体感覚の意識化を促進する、③身体感覚が患者の自己感を促し、自分を大切にする視点（自己統制感、自己効力感）につながる、④作業療法士（医療者）一患者間の相互コミュニケーションが促進される、⑤目標を見失いがちな長期入院患者に対して、「養生」を意識した目標指向的な作業療法を導入する有効な手段となることを考察した。

5. その他の研究課題

1) 認知リハビリテーション

認知機能と社会機能の関連が注目され^{6,15)}、認知機能の改善を目指した神経心理学的な教育的アプローチ（Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation：NEAR）¹⁶⁾や、社会認知ならびに対人関係のトレーニング（Social Cognition and Interaction Training：SCIT）¹⁷⁾が開発され、BACS-Jや統合失調症認知評価尺度日本語版（Schizo-

phrenia Cognition Rating Scale-Japanese version：SCoRS-J）等の評価指標とともに一部の作業療法やデイケアで使用され始めている。これらのプログラムによる効果を検証するとともに、作業療法への応用に関する臨床研究が必要と思われる。

2) 身体リハビリテーション

一般診療科における精神科医療のニーズが高まり、コンサルテーション・リエゾン精神医学の重要性が増している。大学病院での調査¹⁸⁾では、1年間に精神科に紹介された203人のうち56%にリハビリテーションが処方され、内訳は理学療法が最も多く、運動療法（54%）とADL訓練（18%）が実施されていた。精神疾患患者の身体活動の低下が、陰性症状やメタボリック、不健康な生活習慣や社会的孤立と関連し¹⁹⁾、統合失調症では主に心血管疾患によって平均寿命が20年減少することが指摘されている²⁰⁾。精神科病院では、入院患者の高齢化を背景に身体合併症への対応や廃用予防が課題となり、身体機能に対するリハビリテーションの導入も検討され始めている。作業療法士は、(左段の4.の1)に紹介したような精神科作業療法としての身体へのアプローチの効果と、身体機能そのものに対するアプローチの効果をそれぞれ検証し、これからの精神科病院におけるリハビリテーションのあり方を提言していく必要がある。

3) 訪問作業療法と生活行為向上マネジメント

精神保健領域では、この10年間にリハビリ、ストレングス、エンパワメントなどの基本理念に加えて、心理教育、家族支援、包括型地域生活支援（Assertive Community Treatment：ACT）、就労・復職支援などの支援モデルが紹介され、実践されている。病院精神医療は短期入院型への移行が進み、通院医療と訪問サービスの充実、地域連携がこれまで以上に求められると思われる。こうした課題に対して、日本作業療法士協会では専門作業療法士コースに精神科急性期を設置し、多職種連携による精神科アウトリーチの研修会を開催している。また、2025年の地域包括ケアシステムに向けて、

生活行為向上マネジメント (Management Tool for Daily Life Performance; 以下, MTDLP)^{21, 22)}を開発し, 認知症初期集中支援チームへの対応とともに研修会を重ねている。MTDLPは, 対象者が重視する生活行為の維持・向上を図る作業療法手順を示したもので, 訪問作業療法による地域生活支援の成果を示す手法としても有効性が高いと思われる。今後, 精神保健領域の作業療法は, 急性期型の入院医療とあわせて, 通院医療, とりわけ訪問サービスのなかでどのような役割を担えるのかを, 臨床研究を通して検証していく必要がある。

おわりに

病院精神医療のなかで, 作業療法士が取り組むべき研究課題を指摘した。紹介した臨床研究の多くは, 新人作業療法士または社会人大学院生が中心となり行ったものである。研究の精度という点で課題はあっても, 何より臨床現場で生じた疑問や課題を一つずつ解決していこうとする姿勢が重要である。概要と解説は論文の一部であり, 読者には全文の通読を願いたい。

精神保健領域では, 作業療法士は「精神科作業療法」の従事者が圧倒的に多いが, 2010年以降の人数は増加しておらず, 2012年には初めて前年を下回った²³⁾。精神科デイケアと認知症治療病棟, 障害者総合支援法関連施設への配置はわずかに増加しているが, 精神科作業療法の従事者はそのまま減少していくのか, あるいは地域での生活支援や就労支援に移行していくのか, いずれにせよ, 臨床研究の成果が作業療法士の職域確保を左右する。10年後には, 精神保健領域に勤務する作業療法士の半数が地域にフィールドをもち, 対象者の活動と参加を促進する実績を重ねていることを期待したい。

文 献

- 1) 日本作業療法士協会: 精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究報告書. 2007.
- 2) 日本作業療法士協会: 精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究報告書. 2008.
- 3) 日本作業療法士協会: 精神科デイケア, 外来作業療法, 訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究報告書. 2009.
- 4) 日本作業療法士協会: 精神障害の急性期作業療法と退院促進プログラム (作業療法マニュアル41). 日本作業療法士協会, 東京, 2011.
- 5) 島田 岳, 小林正義, 富岡詔子: 統合失調症の認知機能障害に対する個別作業療法の効果. 作業療法 33: 67-74, 2014.
- 6) Green MF, Kern RS, Heaton RK: Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. Schizophr Res 72: 41-51, 2004.
- 7) 福島佐千恵, 小林正義, 村田早苗, 富岡詔子: 精神障害者の早期回復状態の評価—入院生活チェックリスト (Inventory Scale of Daily Activities for Sub-acute In-patients: ISDA) の信頼性・妥当性の検討—. 作業療法 30: 9-19, 2011.
- 8) 小林正義, 島田 岳, 福島佐千恵, 富岡詔子: 統合失調症の主観的体験の評価—気分と疲労のチェックリスト (Inventory Scale for Mood and Sense of Fatigue: SMSF) の評価項目の選定と因子構造—. 作業療法 30: 698-706, 2011.
- 9) 島田 岳, 小林正義, 福島佐千恵, 富岡詔子: 気分と疲労のチェックリスト (Inventory Scale for Mood and Sense of Fatigue: SMSF) の信頼性と妥当性の検討. 作業療法 31: 540-549, 2012.
- 10) 大西あゆみ, 河埜康二郎, 福島佐千恵, 小林正義: 修正型電気けいれん療法後の記憶と気分の障害に対する個別作業プログラムの効果. 作業療法 32: 4-13, 2013.
- 11) Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freeman H, Bilker W. et al: Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. Schizophr Bull 18: 217-228, 1992.
- 12) Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW. et al: Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J Psychia-

- try 157:229-233, 2000.
- 13) 島田 岳, 小林正義, 西 麻郁, 石渡美咲子, 吉田朋孝: 統合失調症患者の再入院に関わる要因. 作業療法 34: 51-60, 2015.
 - 14) 小林正義, 春原るみ, 磯部美和子, 富岡詔子: 精神科長期入院患者の身体機能と「身体性プログラム」の意義について. 作業療法 25: 135-144, 2006.
 - 15) 池淵恵美, 中込和幸, 池澤 聰, 三浦祥恵, 山崎修道, 他: 統合失調症の社会的認知—脳科学と心理社会的介入の架橋を目指して—. 精神経誌 114: 489-507, 2012.
 - 16) Medalia A. Revheim N. Herlands 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.
 - 17) David LR. David LP. Dennis RC (中込和幸, 兼子幸一, 最上多美子・監訳): 社会認知ならびに対人関係のトレーニング (SCIT: Social Cognition and Interaction Training) —治療マニュアル—. 星和書店, 東京, 2011.
 - 18) 河埜康二郎, 石川絵理, 福島佐千恵, 小林正義: 精神科コンサルテーション・リエゾンおよび精神科入院患者に対する身体リハビリテーション—信州大学医学部附属病院における実施状況—. 作業療法 33: 210-218, 2014.
 - 19) Vancampfort D. Knapen J. Probst M. Scheewe T. Remans S. et al: A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 125: 352-362, 2012.
 - 20) McNamee L. Mead G. MacGillivray S. Lawrie SM: Schizophrenia, poor physical health and physical activity: Evidence-based interventions are required to reduce major health inequalities. Br J Psychiatry 203: 239-241, 2013.
 - 21) 日本作業療法士協会: 生活行為向上マネジメント (作業療法マニュアル 57). 日本作業療法士協会, 東京, 2014.
 - 22) 能登真一, 村井千賀, 竹内さをり, 岩瀬義昭, 中村春基: 地域在住の要介護高齢者に対する「生活行為向上マネジメント」を用いた作業療法の効果—多施設共同ランダム化比較試験—. 作業療法 33: 259-269, 2014.
 - 23) 小林正義: 精神保健領域の作業療法の課題—臨床と教育と研究と—. 日本作業療法士協会誌 25: 6-7, 2014.