

入院中の精神障害者のリハビリと意味のある 作業への参加状況の関連

Association Between Recovery and Participation in Meaningful Occupations Among Hospitalized Patients with Mental Disabilities

大類淳矢¹⁾ 井上貴雄¹⁾ 藤田周平²⁾ 大石未来²⁾
北田有沙³⁾ 東江 薫²⁾ 濱田実瑠³⁾

¹⁾ 大阪河崎リハビリテーション大学：大阪府貝塚市水間 158 番地（〒 597-0104）

²⁾ 東香里第二病院

³⁾ 東香里病院

Junya Orui¹⁾, Takao Inoue¹⁾, Shuhei Fujita²⁾, Miki Oishi²⁾
Arisa Kitada³⁾, Kaoru Toue²⁾, Miru Hamada³⁾

¹⁾ *Osaka Kawasaki Rehabilitation University: 158 Mizuma, Kaizuka-city, Osaka 597-0104, Japan*

²⁾ *Higashikouri Second Hospital*

³⁾ *Higashikouri Hospital*

要旨：〔目的〕近年、精神科医療において“personal recovery”という考え方が注目されており、リハビリに影響する様々な因子が検討されているが、個人にとって意味のある作業への参加状況（作業参加）との関連は十分に検討されていない。本研究では、リハビリと作業参加の関連を明らかにすることを目的とした。〔方法〕入院する精神障害者 30 名を対象に、Recovery Assessment Scale (RAS)、Self-completed Occupational Performance Index (SOPI)、その他個人属性を調査した。〔結果〕RAS の総合点は教育年数と有意な負の相関が、SOPI の総合点や「余暇活動領域」、「作業バランス」とそれぞれ有意な正の相関が認められた。重回帰分析の結果、RAS には「教育年数」（ $\beta = -0.437, p < 0.01$ ）、「SOPI 作業バランス」（ $\beta = 0.457, p < 0.01$ ）が影響を与えていることが明らかになった。〔結論〕本研究によりリハビリに作業参加が影響を与えることが明らかになった。精神障害者への支援の一つとして、個人にとって意味のある作業を見出し、それに取り組む支援を行う必要があると考えられる。

キーワード：精神障害者、リハビリ、意味のある作業、作業参加

ABSTRACT : [Purpose] The concept of “personal recovery” has gained much attention in the domain of psychiatry in recent years. Various factors have been shown to affect recovery; however, the association between personal recovery and participation in meaningful occupations (occupational participation) remains unclear. In this study, we investigated the association between recovery and occupational participation. [Methods] The Recovery Assessment Scale (RAS) and Self-completed Occupational Performance Index (SOPI) scores and other personal attributes were analyzed in 30 hospitalized patients with mental disabilities. [Results] The overall RAS score was significantly negatively correlated with the number of years of education and significantly positively correlated with the overall SOPI score, the “leisure activity domain,” and “occupational balance.” Multiple regression analysis revealed that “years of education” ($\beta = -0.437, p < 0.01$) and “SOPI occupational balance” ($\beta = 0.457, p < 0.01$) were associated with RAS. [Conclusion] This study highlights the effect of occupational participation on recovery. Identification of a meaningful occupation and provision of support to participate in it may be a useful strategy to support individuals with mental disabilities.

Key words : individuals with mental disabilities, recovery, meaningful occupation, occupational participation

¹⁾ 大類淳矢 Junya Orui

E-mail : oruiz@kawasakigakuen.ac.jp

受付日 2021 年 9 月 16 日 受理日 2021 年 10 月 25 日

Receive Sep. 16, 2021. Accepted Oct. 25, 2021.

1. 序文

近年の精神保健福祉領域においては、「リカバリー」という概念の重要性が高まっている。これまで精神障害者の回復の指標は、精神保健従事者の視点から主に臨床症状や機能障害の改善などの“clinical recovery”に焦点が当てられてきた。一方で精神障害者自身の視点から、“personal recovery”という考え方が提唱され、近年では精神障害者へのケアの重要な目標とされている。以下、本稿では“personal recovery”をリカバリーとして表記する。

リカバリーとは、個人の態度や価値、感情、目標、技術や役割が変化していく過程のことで、たとえ病気による制限があっても、満足いく、希望のある、貢献度の高い人生を送る方法のことであり、精神疾患の破局的な影響を越えて、人生に新たな意味と目的を見出すことが含まれる¹⁾。イングランドにおける2009年から2019年の精神的健康計画では、「精神衛生上の問題を抱える人々の治療とケアのためのサービスは、それを必要とするすべての人にとって利用しやすく、利用可能な最善のエビデンスに基づき、リカバリーに焦点を当てたものであることが期待される」²⁾とされるなど、ほとんどの英語圏諸国では、精神保健政策にリカバリー志向が取り入れられている³⁾。伊藤は、リカバリーとは「エンパワメントに支えられた復権への旅」であり、障害者個人に焦点を当てた社会的リハビリテーションの最終到達点を指し示す概念であるといえる、としている⁴⁾。つまり、リカバリーは人生に新たな意味と目的を見出すという目標のことであり、リハビリテーションはそれを達成するための過程や手段であると考えることができる。

リカバリーに影響する因子としては、症状や機能⁵⁾、偏見と精神保健サービスや薬物の悪影響、スピリチュアリティや個人の主体性、社会的支援⁶⁾、楽観性⁷⁻⁹⁾や被援助志向性¹⁰⁾や情緒的支援ネットワーク認知^{7,8,11)}などが、国内外において示されている。

わが国では2004年に厚生労働省が提示した「入院医療中心から地域生活中心へ」との精神保健医療福祉の改革ビジョンのもと、10年間で約7万床の病床数の減少を促すという目標¹²⁾に沿って、精神病床からの精神障害者の積極的な地域移行支援が取り組まれてきた。1年以上の長期入院患者数は、2004年の約22.5万人¹³⁾から、約6万人が減少したが2020年時点で約16.7万人はいまだに1年以上の長期入院を余儀なくされており、長期入院中の精神障害者の地域移行支援が容易ではないことが反映されている¹⁴⁾。こうした長期入院の弊害として、患者自身が社会から隔絶された環境を長く経験することで、就労や地域社会との交流機会、調理や掃除などの家庭内での役割などの、社会的な役割を失ってしまうことが挙げられる。Whitley & Drake はリカバリーについて、臨床的、実存的、

機能的、社会的、身体的の5次元を提案しており、このうち実存的リカバリーには意味、価値などの要素が含まれ、機能的回復には日常生活や社会に参加できること、そして社会的リカバリーにはやりがいのある社会活動に参加することなどが挙げられている¹⁵⁾。また、リカバリーと社会的役割の役割遂行満足度との間に強い正の相関が、社会的役割の困難さの経験との間に強い負の相関が認められること¹⁶⁾が報告されている。この社会的役割への参加は、健康関連QOLと関係すること¹⁷⁾も示されている。さらに、対価としての報酬の有無にかかわらず、興味を追求しスキルを活用して発展させることができる生産的な仕事の機会は、精神的に良好な状態の重要な決定要因であるとされている¹⁸⁾。以上のように、社会的役割への参加は、精神疾患を含む慢性疾患を有する患者へのリハビリテーションにおける重要な成果と考えられるようになってきており、リカバリーのための重要な要因である可能性が示唆されている。つまり、何らかの役割への参加がリカバリーやQOLに肯定的な影響を及ぼすと考えられる。

一方、精神科リハビリテーションの一種である作業療法の有効性について、社会参加に対する作業に基づく介入や心理教育、認知機能に基づいた介入は、強い根拠が存在することが認められている¹⁹⁾。作業療法では、対象者にとっての意味のある作業を用いてリハビリテーションを行う。個人にとって意味のある作業への参加状況（以下、作業参加）の改善は、生きがいに肯定的な影響を及ぼすこと²⁰⁾が示され、作業参加の改善は外出頻度を促しストレス反応を抑制する効果があること²¹⁾も示されている。またKielhofner²²⁾は、作業の遂行や組織化、選択が困難であるなどの状況のことを作業機能障害と定義し、Teraokaら²³⁾は、医療従事者の作業機能障害と作業参加の間に相関関係があることを示唆し、作業機能障害を軽減するためには、作業参加の改善が重要であると述べている。また作業参加の改善が、大腸がん生存者のQOLを向上させる可能性があることが示されている²⁴⁾など、作業参加による価値は様々なものが報告されている²⁵⁾。

精神障害者を対象とした作業参加に関連する研究では、作業や参加に関するニーズや課題を満たすためのプログラムの実施後には、実施群のみでリカバリー指標に改善があったことが報告されている²⁶⁾。また質的研究において、リカバリーが意味のある作業の重要性として認識されていることが示されている²⁷⁾。しかし、リカバリーと作業参加の直接的な関連についてはほとんど報告されていない。

本研究では、リカバリーと作業参加の関連を明らかにすることを目的とし、精神障害者への支援に作業参加という作業療法独自の視点を取り入れることができる可能性を検討する。

2. 方法

自記式質問紙及び半構造的面接を用いた横断的調査を実施した。調査は2021年6月から7月に行われた。研究対象施設の施設長に研究内容の説明と研究協力への依頼を行い、承認を得た。調査への同意が得られた対象者に質問紙を配布し、回答を得た。

2.1 研究対象者

精神科病院に入院中の精神障害者30名を対象とした。包含基準は、主治医が同意及び検査に耐えうると判断し、作業療法室での作業療法プログラムに週1回以上参加している、研究参加の同意が得られた20歳以上の精神科入院患者とした。除外基準は、6か月以内に脳血管障害やアルコール・薬物依存の既往がある者とした。本研究では、入院中の精神障害者全般のリハビリや作業参加の状態を検討するため、精神疾患の診断名は限定せず、何らかの作業に従事していることの統制条件として、寝たきり等ではなく週1回以上の作業療法室での作業療法プログラムへの参加をしている者を包含条件とした。調査実施までのフロー図を図1に示す。

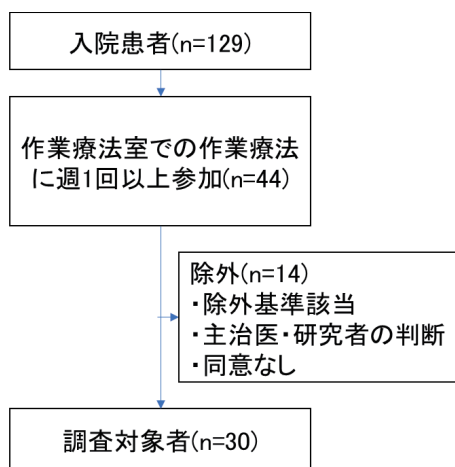


図1 調査実施までのフロー図

2.2 調査内容

2.2.1 基本情報

年齢、性別、診断名、罹病期間、教育年数、就労歴、婚姻歴の情報を診療録から得た。

2.2.2 リハビリ

日本語版 Recovery Assessment Scale (RAS)²⁸⁾を用いてリハビリプロセスを調査した。RASは、Corriganら²⁹⁾により24項目版が開発され、Chibaら²⁸⁾により日本語版が開発され、信頼性と妥当性が確認されている。「目標／成功志向・希望」(9項目)、「他者への信頼」(4項目)、「自信をもつこと」(5項目)、「症状に支配されないこと」

(2項目)、「手助けを求めるのをいとわないこと」(4項目)の5つのリハビリ構成要素を評価する。各項目を1～5点の5段階リッカートで対象者本人が回答し、合計得点の範囲は24～120点である。得点が高いほどリハビリの度合いが高いことを表す。

2.2.3 作業参加

Self-completed Occupational Performance Index(SOPI)を用いて対象者の作業参加状況を調査した。SOPIは、カナダ作業遂行モデルを理論的基盤に今井ら³⁰⁾により開発された9項目の自記式質問紙であり、信頼性と妥当性が確認されている。「余暇活動」、「生産的活動」、「セルフ・ケア」の3領域における個人にとって価値のある活動の遂行について、過去1か月間の遂行度を測定する。各領域の「作業の統制」、「作業バランス」、「遂行満足度」の3側面、合計9項目について、1～5点の5段階リッカートで回答し、合計得点の範囲は9～45点である。得点が高いほど、個人にとって価値のある活動の遂行が満足にできていることを意味する。

2.3 分析方法

まず全体的な傾向の把握のために、記述統計量を求めた。またRASとSOPIの総合点、各下位尺度間でSpearmanの順位相関分析を行った。またRAS総合点の中央値にて対象者を2群に分け、RAS高群とRAS低群の2群間で各変数の比較を行った。なお年齢や罹病期間、教育年数はWelchのt検定を、SOPIの各得点の比較にはMann-WhitneyのU検定を用いた。さらにRASに影響する要因を検討するために変数増減法による重回帰分析を行った。目的変数にはRAS、説明変数にはSpearmanの順位相関分析で有意な相関が認められた項目を投入した。解析にはBell Curve for Excelバージョン3.21を用い、有意水準は5%とした。

2.4 倫理的配慮

対象者に研究の目的や内容、質問紙から得られた情報の処理方法、途中で辞退しても不利益は一切生じないことを口頭及び文書にて説明した。なお本研究は、大阪河崎リハビリテーション大学研究倫理審査委員会の承認(OKRU21-A011)を得て実施した。

3. 結果

3.1 対象者の属性

対象者の主診断名は統合失調症が17名(56.7%)、気分障害が5名(16.7%)、認知症が4名(13.3%)、その他が4名(13.3%)であった。対象者の平均年齢は68.6 ± 12.7歳、性別の内訳は男性が14名(46.7%)、女性が16名(53.3%)であった。平均罹病期間は22.3 ± 17.9年、平均教育年数

は 12.4 ± 2.3 年であった。就労経験ありが 28 名 (93.3%)、なしが 2 名 (6.7%) で、婚姻歴ありが 13 名 (43.3%)、なしが 17 名 (56.7%) であった。RAS の平均総合点は 76.6 ± 14.4 点で、RAS 下位項目では「他者への信頼」の平均点が最も高く 3.3 ± 0.8 点、「自信をもつこと」の平均点が最も低く 3.0 ± 0.8 点であった。SOPI の平均総合点は 21.8 ± 9.1 点で、SOPI の作業の 3 側面別では「セルフ・ケア」の平均点が最も高く 8.3 ± 3.8 点、「生産的活動」の平均点が最も低く 6.0 ± 4.0 点で、作業領域別では「作業の統制」の平均点が最も高く 7.4 ± 3.2 点、「作業バランス」の平均点が最も低く 7.1 ± 3.1 点であった。対象者の基本属性を表 1 に、RAS および SOPI の得点を表 2 に示す。

表 1 対象者の属性

	平均 ± 標準偏差	n=30
診断名	統合失調症	17
	気分障害	5
	認知症	4
	強迫性障害	1
	器質性精神障害	2
	知的障害	1
	年齢 (歳)	68.6 ± 12.7
性別	男	14
	女	16
罹病期間 (年)	22.3 ± 17.9	
教育年数 (年)	12.4 ± 2.3	
就労経験	あり	28
	なし	2
婚姻歴	あり	13
	なし	17

表 2 RAS および SOPI の得点

	平均 ± SD	
RAS	総合点	76.6 ± 14.4
	目標／成功志向・希望	29.1 ± 7.2
	他者への信頼	13.4 ± 3.9
	自信をもつこと	15.0 ± 4.0
	症状に支配されないこと	6.2 ± 2.1
	手助けを求めのをいとわないこと	13.1 ± 2.4
SOPI	総合点	21.8 ± 9.1
	余暇活動	7.4 ± 3.8
	生産的活動	6.0 ± 4.0
	セルフ・ケア	8.3 ± 3.8
	作業の統制	7.4 ± 3.2
	作業バランス	7.1 ± 3.1
	遂行満足度	7.3 ± 3.1

3.2 リハビリと基本属性、作業参加の相関

Spearman の順位相関分析の結果、RAS の総合点は教育年数 ($r = -0.50, p < 0.01$) と有意な負の相関が、SOPI 総合点 ($r = 0.39, p < 0.05$)、SOPI 「余暇活動領域」 ($r = 0.40, p < 0.05$)、SOPI 「作業バランス」 ($r = 0.43, p < 0.05$) とそれぞれ有意な正の相関が認められた。また、SOPI の

総合点は RAS の「目標／成功志向・希望」 ($r = 0.42, p < 0.05$)、「自信をもつこと」 ($r = 0.46, p < 0.01$) とも有意な正の相関が認められた。さらに、RAS の下位尺度と基本属性及び SOPI の各下位尺度で有意な相関が認められたものがあつた。RAS と基本属性及び SOPI の相関分析の結果を表 3 に示す。

表 3 RAS と基本属性、SOPI との相関

	RAS					
	総合点	目標／成功志向・希望	他者への信頼	自信をもつこと	症状に支配されないこと	手助けを求めのをいとわないこと
年齢	0.21	0.06	0.18	0.15	0.49**	0.13
罹病期間 (年)	-0.12	0.09	-0.34	-0.01	-0.14	-0.14*
教育年数	-0.50**	-0.46*	-0.35	-0.19	-0.28	-0.29
SOPI						
総合点	0.39*	0.42*	0.09	0.46**	0.24	0.19
余暇活動	0.40*	0.56**	-0.03	0.48**	0.09	0.14
生産的活動	0.22	0.12	-0.01	0.34	0.26	0.05
セルフ・ケア	0.25	0.14	0.25	0.27	0.16	0.19
作業の統制	0.34	0.33	0.14	0.40*	0.22	0.17
作業バランス	0.43*	0.45*	0.10	0.43*	0.27	0.18
遂行満足度	0.34	0.38*	0.02	0.48**	0.19	0.17

n=30 Spearman の順位相関分析 (*:p<0.05, **:p<0.01)

3.3 高いリハビリ群と低いリハビリ群の特徴

RAS 総合点の中央値 (81.5 点) で対象者を 2 群に分けて群間比較を行った結果、教育年数は RAS 高群が 11.3 ± 1.9 年、RAS 低群が 13.5 ± 2.3 年で、両群間に有意な差を認めた。年齢や罹病期間、SOPI 総合点と SOPI 下位尺度ではそれぞれ群間で有意な差は認められなかった。RAS 高群と低群の群間比較結果を表 4 に示す。

表 4 RAS 高群と低群の比較

	RAS 高群 (n=15)	RAS 低群 (n=15)	p 値
年齢 (歳)	69.9 ± 16.0	67.3 ± 8.8	0.60
罹病期間 (年)	17.0 ± 16.9	27.6 ± 17.7	0.10
教育年数 (年)	11.3 ± 1.9	13.5 ± 2.3	0.01**
SOPI			
総合点	24.5 ± 9.2	19.0 ± 8.3	0.09
余暇活動	8.7 ± 3.5	6.2 ± 3.7	0.08
生産的活動	6.9 ± 4.2	5.2 ± 3.7	0.34
セルフ・ケア	9.0 ± 3.7	7.6 ± 3.9	0.32
作業の統制	8.3 ± 3.2	6.4 ± 3.0	0.09
作業バランス	8.1 ± 3.3	6.1 ± 2.5	0.06
遂行満足度	8.1 ± 3.2	6.5 ± 3.0	0.19

年齢、罹病期間、教育年数は Welch の t 検定を、SOPI は Mann-Whitney の U 検定を行った。

** : p<0.01

3.4 リハビリに影響を与える要因

リハビリに影響を与える要因を検討するために、RAS を目的変数として、「教育年数」、「SOPI 総合点」、「SOPI 余暇活動」、「SOPI 作業バランス」を説明変数と

して、変数増減法による重回帰分析を行った。その結果、RASには「教育年数」($\beta = -0.437, p < 0.01$)、「SOPI 作業バランス」($\beta = 0.457, p < 0.01$)が影響を与えていることが示された(自由度調整済み $R^2 = 0.338$)。重回帰分析の結果を表5に示す。

表5 RASを目的変数とした重回帰分析(変数増減法)

	偏回帰係数 (B)	標準誤差	標準偏回帰 係数 (β)	95%信頼区間	
				下限	上限
教育年数	-2.696	0.933	-0.437**	-4.610	-0.782
作業バランス	2.117	0.701	0.457**	0.679	3.554

n=30 自由度調整済み $R^2 = 0.338$ AIC=150.34 ** $p < 0.01$

4. 考察

本研究では、入院中の精神障害者のリカバリーと作業参加の関連を明らかにすることを目的とした。RASの総合点は、教育年数、SOPI総合点、余暇活動、作業バランスと関連しており、またRASの下位尺度では年齢や罹病期間、SOPI作業の統制、遂行満足度と関連を認め、RAS高群と低群の間では、RAS低群で有意に教育年数が長いという特徴が明らかになった。さらに重回帰分析の結果より、リカバリーには教育年数と個人にとって意味のある作業を対象者の生活に沿ってバランスよく行っているかが影響していることが明らかになった。以下に、各内容について考察する。

4.1 リカバリー、基本属性、作業参加の関連について

今回の対象者は、平均年齢が 68.6 ± 12.7 歳と比較的高齢であり、また平均罹病期間が20年以上であり、発症後長期間が経過した、高齢精神障害者のリカバリーや作業参加を測定したものと結果を解釈する必要がある。

基本属性のうち、年齢はRASの「症状に支配されないこと」とやや強い正の相関を認め、高年齢であるほど精神疾患による症状へのとらわれから解放される可能性が示唆された。一方で、他のRAS下位項目や総合点とは関連を示さなかった。複数の研究^{8, 11)}により、リカバリーと年齢は関連することが示唆されており、本研究ではリカバリードメインのうち、特に「症状に支配されないこと」と年齢との関連が示された。入院患者の年齢の増加は陰性症状の増強因子となりうるという指摘³¹⁾もあるが、本研究の結果から、加齢により「症状に支配されないこと」というリカバリープロセスが達成しやすくなる可能性が示唆された。

教育年数とRAS総合点およびRAS「目標/成功志向・希望」の間にはやや強い負の相関が認められ、またRAS低群では教育年数が有意に長いことが明らかになった。これまでに、教育年数の長さや認知機能の高さに関連があることが示唆されている³²⁻³⁵⁾。また認知機能の高さはリカバリーと負の相関を示すことや、良好な認知機能は

統合失調症患者が現在および過去の病状を認識することに役立つことが示唆されている³⁶⁾。一方で高い病識は、抑うつ³⁷⁾、絶望感³⁸⁾、自尊感情の低下³⁹⁾と関連することが示されている。教育年数が長く認知機能が高く保たれた状態が病識をもつことにつながる可能性があるが、一方で現状を適切に認識するがゆえに現在の状況を悲観的に捉え、結果的に低いリカバリーの状態になってしまう可能性がある。リハビリテーションにおいて、病識を有するように支援することも図られてきたが、それによる様々な弊害も予想される。リカバリーのスムーズな促進のために、今後はさらに精神障害者の認知機能や病識とリカバリーとの関連を明らかにする必要があると考えられる。

SOPIとRAS、つまり個人にとって意味のある作業への参加状況とリカバリーの間には様々な下位尺度で相関が認められた。SOPI総合点はRAS総合点、「目標/成功志向・希望」や「自信をもつこと」とそれぞれやや強い正の相関を認め、SOPIの領域別では「余暇活動」が、作業側面別では「作業バランス」や「遂行満足度」が、RAS総合点や「目標/成功志向・希望」、「自信をもつこと」とやや強い正の相関を認めた。さらに、重回帰分析の結果から、SOPI「作業バランス」がRASに影響を与えていることが明らかになった。つまり、個人にとって意味のある作業のうち、特に余暇活動に取り組むこと、または自分の生活にあわせてバランスよく時間やエネルギーを配分し、実際にその作業を満足に行うことが、高いリカバリーにつながる可能性が示唆された。一方、SOPIの「生産的活動」や「セルフ・ケア」の領域はRASと関連を認めず、精神障害リハビリテーションにあたっては、特に余暇活動に着目する必要性が高いと考えられる。これまでは、作業参加がリカバリーに影響を与えるということについては十分に明らかにされていなかったが、本研究によりこれが明らかになり、今後の精神障害リハビリテーションの新たな支援の観点となりうる。個人にとって意味のある作業への参加の支援は、入院中であっても精神障害者への支援の一環として取り組むことが比較的容易であると考えられる。余暇活動などの作業の領域がリカバリーに与える影響については因果関係の解明には不十分だが、相関分析の結果も踏まえると、やはり余暇活動がリカバリーに対して影響を与える傾向が示唆される。また、過去の研究では、余暇活動や趣味、対象者の「やりたいこと」への支援がリカバリーを促進する可能性を示唆しており^{7, 11)}、また作業バランスが取れていると感じることは、より大きな幸福感やリカバリーと関連している⁴⁰⁾ことが示されており、本研究で得られた結果はこれらの先行研究の結果を支持するものであった。今後、作業領域別の介入研究の実施が望まれる。個人にとって意味のある作業は何なのか、その作業に取り組みやすくするためにはどのような支援が必要なのか、これらの視点に特化した

専門職である作業療法士がその視点をさらに活かし、余暇活動にも着目した支援を行い、精神障害者のリハビリ促進のための実践がさらに行われることが望まれる。

4.2 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象は入院中の精神障害者に限定したが、単一の医療施設が対象であり、地域性や病院独自の傾向であった可能性は否定できない。またサンプルサイズが小さく、対象者の年齢層が比較的高齢で、罹病期間も長い傾向で、作業療法室での作業療法プログラムへの週1回以上の参加を分析対象者とした。結果の解釈には対象者の選定方法を考慮し、対象者数の増加や作業参加の状況に関わらず、複数施設を対象とした研究の実施が望まれる。また今回投入した重回帰分析の説明変数以外にも、過去の報告で述べられているリハビリへの影響要因や、さらに認知機能や運動機能、日常生活動作の自立度なども投入し、作業参加がリハビリに対してどの程度の影響力を持つのか追加検証を行う必要がある。さらに今回は精神疾患の診断名を限定せずに調査を行ったが、疾患特異的なリハビリや作業参加の特徴を考慮する必要がある。そして、個人にとって意味のある作業への参加を促進するプログラムが、リハビリを促進するのか、介入研究を実施する必要がある。

5. 結論

入院する精神障害者のリハビリについて、個人にとって意味のある作業への参加状況との関連や影響を調査した。その結果、リハビリには教育年数や作業参加、特に余暇活動や、その作業にバランスよく、また満足して取り組むことができているのが関連し、また教育年数と作業バランスが影響を与えていることが明らかになった。これまでは個人にとって意味のある作業への参加がリハビリに影響を与えるのが不明確だったが、本研究により作業参加がリハビリに与える影響が明らかになった。精神障害者への支援の一つとして、個人にとって意味のある作業を見出し、それに取り組む支援を行う必要性があると考えられる。

6. 謝辞

本研究を実施するにあたりご協力いただきました当事者の皆さまおよび施設スタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は大阪河崎リハビリテーション大学 2021 年度共同研究費の助成を受けて行った研究の一部である。

参考文献

- 1) Anthony WA: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc. Rehabil. J.*, 16: 11-23, 1993.
- 2) HM Government. Cross-government strategy: Mental Health Division: New horizons. A shared vision for mental health, 2009.
- 3) Leamy M, Bird, V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M: Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry*, 199: 445-452, 2011.
- 4) 伊藤哲寛：精神障害者の社会的リハビリテーションの目標と課題 リハビリとインクルージョン. *精神科治療学* 21, 11-18, 2006.
- 5) Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbec, F, De Haan L: The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr. Bull.*, 44: 631-642, 2018.
- 6) Jaap van W, Catherine van Z, Dienneke B, Ilanit H.-O: Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Rehabil J.* 2019 Jun;4, 169-181, 2019.
- 7) 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子: 地域で暮らす精神障害者のリハビリに影響を及ぼす要因. *日本社会精神医学会雑誌*, 22: 20-31, 2013.
- 8) Fujimoto Y: Correlation Between Recovery and Psychological Characteristics of Schizophrenics Living in the Local Community. *日本健康医学会雑誌*, 28: 407-413, 2020.
- 9) 安喰智美, 堀内聡: 統合失調症患者のリハビリに関連する心理社会的要因の検討. *精神障害とリハビリテーション*, 19: 203-209, 2015.
- 10) 福嶋美貴, 伊藤俊弘, 長谷川博亮: 安定した地域生活を継続している統合失調症をもつ者の リハビリの特徴と関連要因. *精神障害とリハビリテーション*, 22: 61-67, 2018.
- 11) 岡本隆寛: 統合失調症者の利用施設および就労状況の違いや情緒的支援, セルフスティグマとリハビリとの関連性. *リハビリテーション連携科学*, 21: 11-22, 2020.
- 12) 精神保健福祉対策本部厚生労働省: 精神保健医療福祉の改革ビジョン. (<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>)
- 13) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保険課国立精神・神経センター精神保健研究所: 平成 16 年度精神保健福祉資料, 2004.
- 14) 厚生労働科学研究費補助金『持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究』研究班: 令和 2 年度 630 調査集計.
- 15) Whitley R, Drake RE: Recovery: A dimensional approach. *Psychiatr. Serv.*, 61: 1248-1250, 2010.
- 16) Kraiss JT, ten Klooster PM, Chrispijn M, Stevens AW. M M, Kupka RW, Bohlmeijer ET: Measuring personal recovery in people with bipolar disorder and exploring its relationship with well-being and social role participation. *Clin. Psychol. Psychother.*, 26: 540-549, 2019.

- 17) Gordeev VS, Maksymowych WP, Evers SMAA, Ament A, Schachna L, Boonen A: Role of contextual factors in health-related quality of life in ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.*, 69: 108-112, 2010.
- 18) Fossey E, Bramley S: Work and vocational pursuits. In: K. Bannigan. W. Bryant & J. Fieldhouse (Eds.), *Creek's occupational therapy and mental health* (5th ed), Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. (2014).
- 19) D'Amico ML, Jaffe LE, Gardner JA: Evidence for interventions to improve and maintain occupational performance and participation for people with serious mental illness: A systematic review. *Am. J. Occup. Ther.*, 72: 1-11, 2018.
- 20) 今井忠則: 作業参加が生きがいに及ぼす影響 健康中高年者を対象とした6ヵ月間の追跡調査. *作業療法*, 32: 142-150, 2013.
- 21) 佐野伸之, 京極真: 作業参加が外出頻度やストレス反応に与える影響 —デイサービスを利用する地域在住高齢者への横断的調査による検証—. *作業療法*, 35: 229-238, 2016.
- 22) Gary, K., 山田孝監訳: *人間作業モデル改訂第2版 理論と応用*. (協同医書出版社, 1999).
- 23) Teraoka M, Kyougoku M: Structural relationships among occupational dysfunction, stress coping, and occupational participation for healthcare workers. *Work*, 64: 833-841, 2019.
- 24) Loh SY, Sapihis M, Danaee M, Chua YP: The role of occupational-participation, meaningful-activity and quality-of-life of colorectal cancer survivors: findings from path-modelling. *Disabil. Rehabil.*, 0: 1-10, 2020.
- 25) Klepo I, Sangster Jokić, C, Tršinski D: The role of occupational participation for people with traumatic brain injury: a systematic review of the literature. *Disabil. Rehabil.*, 0: 1-14, 2020.
- 26) Lipskaya-Velikovsky L, Krupa T, Silvan-Kosovich I, Kotler M: Occupation-focused intervention for in-patient mental health settings: Pilot study of effectiveness. *J. Psychiatr. Res.*, 125: 45-51, 2020.
- 27) Mckeown M, Jones F, Foy P, Wright K, Paxton T, Blackmon M: Looking back, looking forward: Recovery journeys in a high secure hospital. *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 25: 234-242, 2016.
- 28) Chiba R, Miyamoto Y, Kawakami N: Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: Scale development. *Int. J. Nurs. Stud.*, 47: 314-322, 2010.
- 29) Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L: Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr. Bull.*, 30: 1035-1041, 2004.
- 30) 今井忠則, 齋藤さわ子: 個人にとって価値のある活動の参加状況の測定 自記式作業遂行指標 (SOPI:Self-completed Occupational Performance Index) の開発. *作業療法*, 29: 317-325, 2010.
- 31) 紅林佑介: 統合失調症患者における精神症状と認知機能に関する研究 —外来通院中の患者と入院中の患者の比較検討—. *杏林医学会雑誌*, 46: 11-26, 2015.
- 32) 宮原洋八, 上城憲司, 井上忠俊, 田中純子, 納戸美佐子, 中村貴志: 地域在住高齢者における認知機能調査. *厚生指標*, 64: 1-4, 2017.
- 33) Park JH, Lee SH, Kim Y, Park SW, Byeon GH, Jang JW: Depressive symptoms are associated with worse cognitive prognosis in patients with newly diagnosed idiopathic Parkinson disease. *Psychogeriatrics*, 20: 880-890, 2020.
- 34) Kunizuka T, Abe H, Suzuki Y, Hospital D: 新潟大学医歯学総合病院における統合失調症患者の臨床的特徴と認知機能との関連. *精神神経学雑誌*, 121: 344-355, 2019.
- 35) 杉下守弘, 腰塚洋介, 須藤慎治, 杉下和行, 逸見功, 唐澤秀治, 猪原匡史, 朝田隆, 美原盤: MMSE-J(精神状態短時間検査-日本版) 原法の妥当性と信頼性. *認知神経科学*, 20: 91-110, 2018.
- 36) Giusti L, Ussorio D, Tosone A, Di Venanzio., Bianchini V, Necozone S, Casacchia M, Roncone R: Is Personal Recovery in Schizophrenia Predicted by Low Cognitive Insight? *Community Ment. Health J.*, 51: 30-37, 2015.
- 37) Mintz AR, Dobson KS, Romney DM: Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr. Res.*, 61: 75-88, 2003.
- 38) Carroll A, Pantelis C, Harvey C: Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 38: 169-173, 2004.
- 39) Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE, Fisher PL, Kumari V, Kuipers E: Insight in psychosis: Influence of cognitive ability and self-esteem. *Br. J. Psychiatry*, 191: 234-237, 2007.
- 40) Eklund M, Argentzell E: Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scand. J. Occup. Ther.*, 23: 304-313, 2016.