

作業療法の転帰に関する研究 —継続と中断を決定する要因について—

吉沢真理子, 富岡詔子, 小林正義, 山本 朗

A study on some outcomes in Occupational Therapy —Factors influencing its continuation or discontinuation—

The authors wish to report on the results of their survey of some outcomes in Occupational Therapy and the factors related to them.

The subjects studied were 123 psychiatric patients placed in Occupational Therapy in S University Hospital.

The duration of the study was five years, from 1986 to 1990.

Data was collected in the following areas: general information, medical information, psychiatric history, and factors related to the Occupational Therapy itself.

We statistically analyzed these data and its relationship to the outcomes. Attendance rate, regularity and motivation relating to attendance, cooperation with the family, and cooperation with the family doctor proved to be related to the outcomes.

It became clear that: 1) A patient whose attendance rate is low and who keeps an irregular schedule is likely to temporarily or permanently discontinue his or her Occupational Therapy.

2) To prevent the discontinuation of Occupational Therapy, cooperation with the family and the attending psychiatrist is necessary soon after the Occupational Therapy has begun.

Key words: Occupational Therapy Outcomes, Psychiatric Occupational Therapy, Psychiatric Rehabilitation, Therapeutic structure

はじめに

近年精神医療における開放化の促進, 地域医療の充実の流れは, 時とすると, 回転ドア

現象を作りやすいと指摘されている。また, 精神障害者に対するリハビリテーションサービスは, 身体障害者に比較して立ち遅れており, 作業療法のイメージも長期在院者に限定

されたイメージが根強く残っている。

長期的なリハビリテーション継続のためには、作業療法は早期から実施し、外来治療と連携しながら、社会資源の活用へとつなげていく必要がある。しかしながら、臨床場面で作業療法を行っていて、いつのまにか参加しなくなり中断してしまう患者も少なくないにもかかわらず、これに対する分析が殆どなされていないのが現状である。今回、S大学病院の精神障害者に対する作業療法（以下精神科作業療法）での転帰とそれに関連する要因について調査し、作業療法の役割について考察したので報告する。

対象と方法

1. 調査施設と対象

調査対象の施設であるS大学病院は長野県

表1 作業療法プログラム

	月	火	水	木	金	土
午前			個人 OT		個人 OT	
午後	個人 OT		個人 OT		個人 OT グループ	

唯一の大学病院である。リハビリテーション部は中央診療科に所属し、身体障害者および精神障害者を対象とした作業療法を行っている。作業療法士は専従者が1名、同じ敷地内の作業療法士の養成校からの併任者が7名の計8名で診療にあたっている。保険診療上は、身体障害作業療法の認可施設であるが、精神科作業療法の認可は未取得である。精神科作業療法は昭和58年から実施しており、治療形態は、患者の状態にあわせて、頻度・時間を決め、個人の興味や作業療法の目的にあわせた作業を組みあわせて利用していく個人作業療法が主である。平成2年よりコミュニケーションの訓練を目的にグループ活動も導入している。頻度は週3回、2日半である(表1)。場所はリハビリテーション部作業療法室で、ここでは他科から作業療法を依頼されている主に身体に障害をもつ患者と場所や用具を共有することが多く、単科の精神病院の作業療法室と比べて、社会に半ば開放された場所であり、患者にとって、刺激の多い場所であるという特徴を持っている¹⁾。精神科神経科(以下精神科)病棟は病床数40床の開放病棟である。

表2 調査項目

	調 査 項 目
一般的情報	(1)性別, (2)年齢, (3)社会的役割 (OT 開始時と転帰時)
医学的情報	(4)診断名, (5)発病推定年齢, (6)精神科初診時年齢, (7)S大学病院受診前の精神科受診歴, (8)S大学病院受診の動機, (9)入院歴, (10)入院回数
作業療法開始時の治療に関する情報	(11)OT 開始時の治療形態, (12)在院期間 (入院の場合) (13)OT を始めるまでの期間
作業療法に関する情報	(14)実施期間, (15)処方内容, (16)出席率, (17)頻度 (OT 開始時と転帰時), (18)動機, (19)開始時の合意内容 (頻度・時間・目的・内容) (20)来室の仕方 (OT 開始時と転帰時), (21)主治医との連携, (22)家族との連携, (23)転帰の内容

調査対象は昭和61年から平成2年の5年間にS大学病院精神科から精神科作業療法を依頼された患者123名である。

調査期間中、治療に関与したスタッフは昭和61年から昭和62年までは作業療法士3名、昭和63年から平成2年までは2名である。

2. 方 法

(1) 調査項目と期間

調査項目は、一般的情報、医学的情報、作業療法開始時の治療に関する情報、作業療法に関する情報の計23項目(表2)について転帰(継続、終了、中断)との関連を検討した。

調査期間は昭和61年1月1日から平成2年12月31日までとした。

患者の一般的情報、医学的情報、精神科の受診歴に関する情報は主治医のカルテ及び看護記録から、作業療法に関する情報は作業療

法カルテより情報を収集した。

(2) 転帰の決定

転帰は平成2年12月31日の時点で、作業療法を継続している場合を継続、主治医・患者・作業療法士の3者の合意による作業療法の終結を終了、主治医あるいは患者や家族から、2ヶ月以上連絡が途絶え、さらに主治医・患者・作業療法士の3者の合意のとれない状態で作業療法を受けていない場合を中断とした。

結 果

1. 対象者の概要

対象者は男性45例(36.6%)、女性78例(63.4%)であった。

年齢別では20代が47例(38.2%)、30代が30例(24.4%)、10代が23例(18.7%)で比較的若い層が多かった。

診断別では、男女とも精神分裂病が最も多く、次いで神経症となっていた。女性では摂食障害が神経症とならんで多く、特に身体的ケアも必要な重度化した患者が大半をしめていた(表3)。

作業療法開始時の治療形態は、入院患者が全体の8割をしめ、なかでも初回入院の患者が半数以上をしめていた(表4)。

作業療法が開始されるまでの在院期間は、入院後3ヶ月以内の者が73.5%であった。外来患者の場合では入院経験のない患者が多く、外来通院開始後6ヶ月以内に紹介されて

表3 診断と性別

	男性	女性
精神分裂症	28(26.4)	41(52.6)
そううつ病	2(4.4)	8(10.2)
神経症	7(15.6)	12(15.4)
症候性精神病	2(4.4)	0
てんかん	1(2.2)	3(3.8)
境界例	1(2.2)	2(2.6)
精神活性物質常用障害	2(4.4)	0
摂食障害	0	11(14.1)
老年期精神障害	0	0
その他	2(4.4)	1(1.3)
計	45(100)	78(100)

表4 精神科入院回数と治療形態

	入 院 回 数						計
	0回	1回	2回	3回	4回	5回	
入 院	0	63(51.2)	18(14.7)	10(8.1)	2(1.6)	5(4.1)	98(79.7)
外 来	15(2.3)	4(3.3)	1(0.8)	2(1.6)	0	2(1.6)	24(19.5)
他科入院	1(0.8)	0	0	0	0	0	1(0.8)
計	16(13.0)	67(54.5)	19(15.4)	12(9.7)	2(1.6)	7(5.7)	123(100)

表5 転帰と内容

	内 容		計
継 続	約束に基づく活動中必のOT	22(84.6)	26(100)
	約束に基づくカウンセリング中心のOT	3(11.6)	
	約束なしの不定期の接触	1(3.8)	
	その他	0	
終 了	目標達成	9(22.0)	41(100)
	治療方針の変更(他院へ、他施設へ)	1(2.4)	
	患者の状態像の変化にする治療方針の変更	7(17.1)	
	その他の外的要因のため(家庭の事情など)	24(58.5)	
中 断	Dr-Thの合意による経過観察のための中断	9(16.1)	56(100)
	患者の希望(意思表示あり)	9(16.1)	
	患者の希望(意思表示なし)	27(48.2)	
	自殺、事故、死亡	1(1.8)	
	その他	10(17.8)	

いる患者が半数以上をしめていた。

2. 転帰について

継続群は26例(21.1%)であり、終了群は41例(33.4%)であった。中断群は56例(45.5%)で全体のほぼ半数をしめていた。

各群の転帰の内容について表5のように分類しその傾向をみた。継続群では、時間や頻度などのとりきめにそった作業療法を行なっている者のうち、主に活動中心のプログラムを行なっている場合を「約束に基づく活動中心のOT」、同様に主にカウンセリング中心のプログラムを行なっている場合を「約束に基づくカウンセリング中心のOT」とした。また、作業療法のとりきめは実行されていないが、患者の方から時々顔を見せに来室したり、やりかけの作業を行ないに来る場合を「約束なしの不定期の接触」とした。継続群の9割近くが「約束に基づく活動中心のOT」であった。終了群では、主治医・患者・作業療法士の3者が作業療法での目標を達成したと確認した後

終了した場合を「目標達成」、他病院及び他施設への転院を「治療方針の変更」、患者の病状の変化により作業療法の継続をとりあえず中止したほうがよいと主治医と作業療法士の間で(場合によっては患者本人も含めて)合意した場合を「患者の状態像の変化による治療方針の変更」、家庭の事情で継続が困難な場合、退院後外来診療は継続するが作業療法の継続が困難な場合、自宅が遠隔地にあるため自宅から通院可能な治療機関に変更した場合、作業療法開始前に主治医から処方を取り下げがあり導入しなかった場合を「その他の

表8 社会的役割と転帰

		継 続			
		作業療法開始時		転帰判定時	
役割明確群	有職(勤務中)	0	6(23.1)	2(7.7)	8(30.8)
	主婦	5(19.2)		5(19.2)	
	学生(通学中)	1(3.9)		1(3.9)	
準役割 明確群	休職・病休	5(19.2)	16(61.5)	3(11.5)	13(49.9)
	家事手伝い	10(38.4)		10(38.4)	
	休学	1(3.9)		0	
役割 不明確群	無職	3(11.5)	4(15.4)	4(15.4)	5(19.3)
	その他	1(3.9)		1(3.9)	
計		26(100)			

外的要因のため」として分類した。「その他の外的要因」による終了が6割をしめ、「目標達成」と「患者の状態像の変化による治療方針の変更」がそれぞれ2割弱をしめていた。

中断群では、患者の状態像の変化により一時期作業療法を中止して様子を見ることを主治医と作業療法士の間で確認した場合を「Dr-Thの合意による経過観察のための中断」、作業療法は疲れるとか、もうやりたくないなど患者から作業療法士に意思表示があり中断した場合を「本人の希望（意思表示あり）」、患者からなんの意思表示もないままいつのまにか中断した場合を「本人の希望（意思表示なし）」、病気や自殺による死亡や事故により通院困難になった場合を「自殺、事故、死亡」とし、「その他」の5つに分類した。中断群では、「本人の希望（意思表示なし）」が約半数をしめ、次いで、「本人の希望（意思表示あり）」、「その他」であった。「その他」には、治療方針の変更、家庭の事情などが含まれるが、主治医、患者のいずれとも、作業療法の継続の有無についての確認がとれないまま、調査時点で、事実上終了となっていた場合は中断とした。

3. 転帰と各項目の関連について

(1) 一般的情報

総対象者の男女比（36.6：63.4）と比較すると、継続群はやや女性の割合が高く、終了群では男性の比率が高かった（表6）。

年齢では、20歳以上50歳未満が継続群の8割、終了群の7割、中断群の6割をしめていた（表7）。

社会的役割を役割明確群（有職、主婦、学生）、準役割明確群（休職・病休、家事手伝い

表6 性別と転帰

	継続	終了	中断
男性	7(26.9)	18(43.9)	20(35.7)
女性	19(73.1)	23(56.1)	36(64.3)
計	26(100)	41(100)	56(100)

表7 年齢と転帰

	継続	終了	中断
10歳以上20歳未満	2(7.7)	10(24.4)	11(19.6)
20歳以上30歳未満	13(50.0)	16(39.0)	18(32.1)
30歳以上40歳未満	5(19.2)	9(23.0)	16(28.6)
40歳以上50歳未満	3(11.5)	5(12.2)	3(5.4)
50歳以上60歳未満	1(3.8)	0	5(8.9)
60歳以上70歳未満	1(3.8)	0	2(3.6)
70歳以上80歳未満	1(3.8)	1(2.4)	1(1.8)
80歳以上	0	0	0
計	26(100)	41(100)	56(100)

終		了		中				断	
作業療法開始時		転帰判定時		作業療法開始時		転帰判定時			
0		3(7.3)		1(1.8)		8(14.3)			
8(19.5)		8(19.5)		12(21.4)		14(25.0)			
2(4.8)	10(24.3)	3(7.3)	14(34.1)	1(1.8)	14(25.0)	3(5.3)	25(44.6)		
4(9.8)		3(7.3)		8(14.3)		2(3.6)			
5(12.2)		4(9.8)		7(12.5)		7(12.5)			
4(9.8)	13(31.8)	1(2.4)	8(19.5)	8(14.3)	23(41.1)	5(8.9)	14(25.0)		
15(36.6)		17(41.5)		19(33.9)		16(28.6)			
3(7.3)	18(43.9)	2(4.9)	19(46.4)	0	19(33.9)	1(1.8)	17(30.4)		
41(100)				56(100)					

脚注1), 休学), 役割不明確群(無職)に大別して比較した(表8)。転帰判定時の継続, 終了, 中断の3群と, 役割の明確, 準明確, 不明の3群との間には, χ^2 検定の結果有為の関連性($\chi^2=10.6$, $df=4$, $p<0.05$)がみられ, 社会的役割が作業療法の転帰の要因となりうる事が判明した。作業療法開始時と転帰判定時の役割の変化をみると, 継続, 終了, 中断の3群とも, 準役割明確群が減少し, 役割明確群の増加, 役割不明確群のわずかな増減という特徴がみられた。全体としてみると, 継続群では役割の変化が比較的少なく, 中断群では, 顕著な役割の変化がみられ, 終了群は両者の中間であった。

(2) 医学的情報

診断名では, 精神分裂病が継続群の26例中17例(65.3%), 終了群の41例中23例(56.1%), 中断群では56例中29例(51.8%)でそれぞれ半数以上をしめていた。しかし, 精神分裂病以外の疾患は, 継続群では, そううつ病(11.5%), 摂食障害(7.7%)の順に多かったのに対して, 終了群と中断群では, 神経症(17.0%, 19.6%), 摂食障害(12.2%, 7.1%)の順に多かった。

発病推定年齢についてみると10代と20代の年齢層の比率が, 継続群では23例(80.8%), 終了群では29例(70.7%), 中断群では42例(74.9%)と高かった。

精神科初診時年齢も10代と20代の年齢層の比率が, 継続群では20例(77.0%), 終了群では33例(80.5%), 中断群では41例(83.2%)と高かった。

S大学病院精神科を受診する以前における精神科受診の有無についてみると, 中断群に

表9 精神科受診の動機

	継続	終了	中断
本人の希望	8(30.8)	8(19.5)	12(21.4)
家族にすすめられて	4(15.4)	11(26.8)	17(30.4)
友人にすすめられて	1(3.8)	2(4.9)	2(3.6)
他院・他科からの紹介	12(46.2)	18(43.9)	25(44.6)
その他	1(3.8)	2(4.9)	0
計	26(100)	41(100)	56(100)

表10 入院歴と転帰

	継続	終了	中断
入院歴なし	6(23.1)	4(9.7)	5(8.9)
入院歴1回	12(46.1)	30(73.2)	26(46.4)
入退院の繰り返し	8(30.8)	7(17.1)	25(44.7)
計	26(100)	41(100)	56(100)

精神科受診経験のある者が35例(62.5%)であるのに対し, 継続群・終了群では受診の経験のない者がそれぞれ15例(57.7%)・22例(53.7%)と半数をしめていた。前医療機関で作業療法の経験のある者はほとんどなかった。

精神科の受診動機では, いずれの群も「他科・他院からの紹介」が約半数をしめていた。次いで, 継続群では「本人の希望」, 「家族にすすめられて」と続くのに対し, 終了群, 中断群では「家族にすすめられて」, 「本人の希望」と逆転していた(表9)。

S大学病院精神科を含む精神病院への入院歴について, 入院経験のない場合を「入院歴なし」, 1度入院した経験のある場合を「入院歴1回」, 2回以上入院した経験のある場合を「入退院の繰り返し」とした。3群とも入院経験1回の比率が高く, 特に終了群では7割以上をしめていた。継続群では入院経験のな

脚注1) 女性は無職でも家族と同居している場合, 大抵「家事手伝い」として, 社会的にもみなされることが多い。ここでは, 社会的に役割が明確か否かに焦点をあて分類したので, あえて, 「家事手伝い」と「無職」を区別した。結果的には, 「無職」のほとんどは男性であるが, 女性でも, 本人が経済的理由などから, 働くという役割を優先的に求めて作業療法を行っている場合は「無職」に含めた。

い者の比率が、また、中断群では入退院を繰り返している者の比率が高かった(表10)。

(3) 作業療法開始時の治療に関する情報

作業療法開始時の治療形態は、終了群では入院中が33例(80.5%)、外来通院中が8例(19.5%)、中断群では入院中が47例(83.9%)、外来通院中が8例(14.3%)であり、ともに入院中の場合が80%以上をしめていた。これに対して継続群では、入院中が18例(69.2%)、外来通院中が8例(30.8%)で他の2群に比べ、やや外来通院中の割合が多かった。

入院者の在院期間はいずれの群においても3ヶ月以内の者が75%以上をしめていた。

外来・入院にかかわらず、S大学病院神経科初診時から作業療法を始めるまでの期間と転帰の関係をみた。3群とも2年未満に大多数が集中していたが、特に、終了群、中断群では治療開始から作業療法を始めるまでの期間が1年未満の者が6割をしめていた。継続群では5年以上が他の2群と比較して高い比率をしめていた(表11)。

(4) 作業療法に関する情報

1) 実施期間

1年未満と1年以上に大別して各群での比率をみると、継続群の50%が2年以上作業療法を継続していたのに対し、終了群は24.3%、中断群では19.7%で、非常に少なかった(表12)。

2) 処方内容

リハビリテーション部で使用している処方箋に、主治医が自由記載形式により記載した処方内容を図1のように10項目に分類した。図には継続群(26例)、終了群(41例)、中断群(56例)の3群における各項目の処方数を示してある。処方内容が複数の場合もあるので、各群の合計は総度数より多くなっている。1例当りの処方内容数を算出してみると、継

表11 作業療法開始までの期間と転帰

	継続	終了	中断
1年未満	12(46.2)	25(61.0)	35(62.5)
1年以上2年未満	4(15.4)	9(22.0)	7(12.5)
2年以上3年未満	2(3.8)	3(7.3)	3(5.4)
3年以上4年未満	2(7.7)	0	4(7.1)
4年以上5年未満	1(3.8)	1(2.4)	2(3.6)
5年未満	6(23.1)	3(7.3)	2(8.9)
計	26(100)	41(100)	56(100)

表12 作業療法実施期間と転帰

	継続	終了	中断
1ヶ月未満	1(3.8)	9(22.0)	6(10.7)
1ヶ月以上3ヶ月未満	5(19.2)	9(22.0)	11(19.6)
3ヶ月以上6ヶ月未満	3(11.5)	4(9.7)	10(17.9)
6ヶ月以上1年未満	4(15.4)	9(22.0)	18(32.1)
1年以上2年未満	8(30.9)	4(9.7)	8(14.3)
2年以上3年未満	2(7.7)	3(7.3)	3(5.4)
3年以上4年未満	2(7.7)	1(2.4)	0
4年以上5年未満	1(3.8)	0	0
未導入	0	2(4.9)	0
計	26(100)	41(100)	56(100)

続群では1例当たり1.2項目、終了群と中断群では1.5項目であった。処方内容の全体的特徴をみると、「対人関係の改善」が最も多く次いで「心理的安定」、「職業前評価と訓練および就業準備」となっていた。この3つの課題のうち、「対人関係の改善」は終了群で、「心理的安定」は継続群で、「職業前評価と訓練および就業準備」は中断群で、それぞれ他の2群に比べて課題とされる比率が低かった。継続群では、「対人関係の改善」、「職業前評価と訓練および就業準備」、「活動性の向上」などの社会的適応能力の改善が課題とされていた。さらに、終了群と中断群では、継続群に比べて、「作業能力の改善」、「生活リズムの調整」、「ADL能力の改善」などのより基本的な生活能力の改善が課題とされており、中断群でより

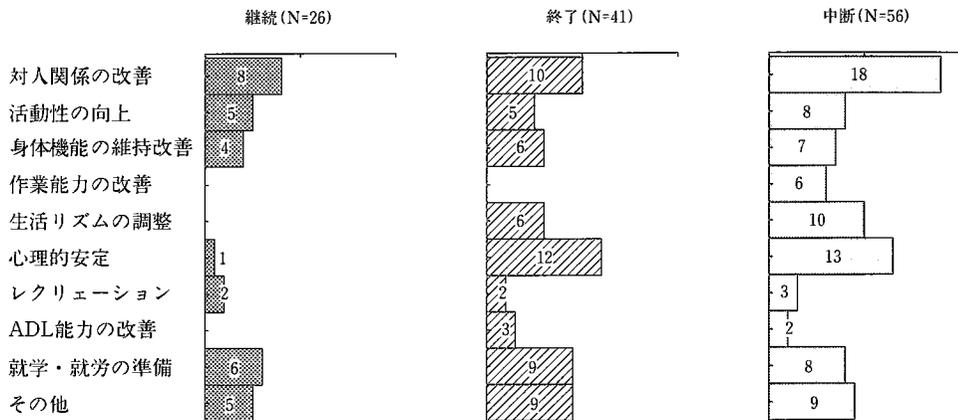


図1 作業療法の処方内容

この傾向が強く認められた。

3) 出席率

実出席数を、出席数と欠席数（外泊中を除く）をくわえた出席可能数で割って算出した（表13）。 χ^2 検定の結果、出席率と転帰の間には、有意な関連性（ $\chi^2=25.2$, $df=12$, $p<0.05$ ）があった。100%の出席率が数例あるが、通常作業療法を続けてくると、何等かの事情で稀に休むことが生じてくる場合が多いので、これらの例は、実施期間の比較的短い症例と考えられる。出席率が70%以上は、継続群では96.1%、終了群では73.2%、中断群では69.7%であった。また、継続群や終了群には出席率

表13 出席率と転帰

	継続	終了	中断
100%	3(11.5)	10(24.4)	8(14.3)
90%以上100%未満	10(38.5)	9(22.0)	9(16.1)
80%以上90%未満	9(34.6)	8(19.5)	8(14.3)
70%以上80%未満	3(11.5)	3(7.3)	14(25.0)
60%以上70%未満	0	8(19.5)	6(10.7)
50%以上60%未満	1(3.9)	0	4(7.1)
50%未満	0	1(2.4)	7(12.5)
未導入	0	2(4.9)	0
計	26(100)	41(100)	56(100)

60%以下の者が1名ずつであるのに対し、中断群では約2割をしめていた。

4) 頻度

1週間あたりの出席頻度についてみると、全体的では週2回と週1回の割合が多かった。これは精神科作業療法の診療時間が原則として、週3回2日半と設定されていることに影響されていると思われる（図2）。作業療法開始時から転帰判定時への変化を転帰別にみると、継続群では、両時期において週2回、週1回の順に多いが、転帰判定時には出席頻度が減少する者が増えていた。終了群では週2回に次いでその他が多かった。その他には毎日出席するケースが多く含まれており、終了群には比較的密度の濃い作業療法がおこなわれていた者が多かった。中断群では作業療法開始時は週2回、その他の順に比率が高かったが、転帰判定時には週2回が減少し、週1回が増え、更に継続群と同様に出席頻度が減少する者が増える傾向にあった。

5) 作業療法の動機

主治医、あるいは看護婦、ないしは家族に勧められた場合を「受身的な動機」、具体的な作業をしたいからあるいは退院や復職の

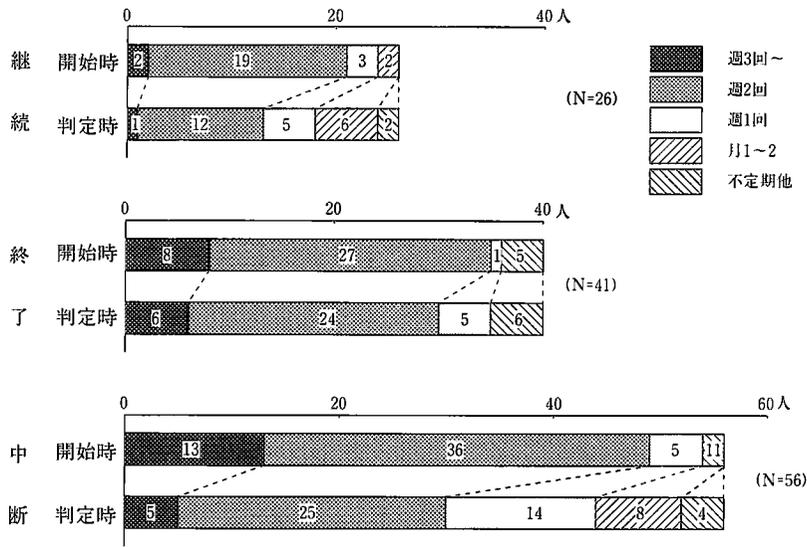


図2 作業療法の頻度と転帰

準備のため、治療の新しい展開を求めてという場合を「明確な動機」、退屈だからあるいは自分のためになるからという場合を「漠然とした動機」、はっきりとした意思表示がなかった場合や確認できていない場合を「不明」とした(表14)。三群のいずれにおいても、「不明」が約半数をしめ、次いで「明確な動機」であった。「明確な動機」については同じ病室のすでに作業療法を始めている患者から話を聞いていて、具体的な作業種目を希望してくる場合が多かった。

6) 合意内容

作業療法の開始時には患者と治療者との間

表14 作業療法の動機と転帰

	継続	終了	中断
受身的な動機	2(7.7)	3(7.3)	7(12.5)
明確な動機	9(34.6)	15(36.6)	18(32.1)
漠然とした動機	3(11.5)	1(2.4)	3(5.4)
不明	12(46.2)	20(48.8)	28(50.0)
未導入	0	2(4.9)	0
計	26(100)	41(100)	56(100)

で合意を得るように努めているが、その内容には、頻度、時間、目的、作業内容などがあげられる。これらの各項目について、作業療法開始後1ヶ月以内に作業療法士と患者の間で合意の得られた場合を「合意有り」、合意の得られなかった場合を「合意無し」、カルテへの記載がないなど合意の内容が分からない場合を「不明」としてまとめた(図3)。

継続群では、頻度と時間に関する合意有りが9～10割であるのに対し、目的と内容では合意有りが約5割、不明が約4割をしめていた。終了群では、頻度と時間の合意有りはそれぞれ7割で、目的と内容については合意有りの比率は3～4割と継続群よりやや減少し、不明は4～5割をしめていた。中断群では頻度の合意有りは約8割、時間の合意有りは約7割で、目的や内容では、継続群と同様に不明が3～4割をしめていたが、合意なしは、継続群、終了群に比べ2倍以上も高い比率をしめていた。

7) 作業療法室への来室の仕方

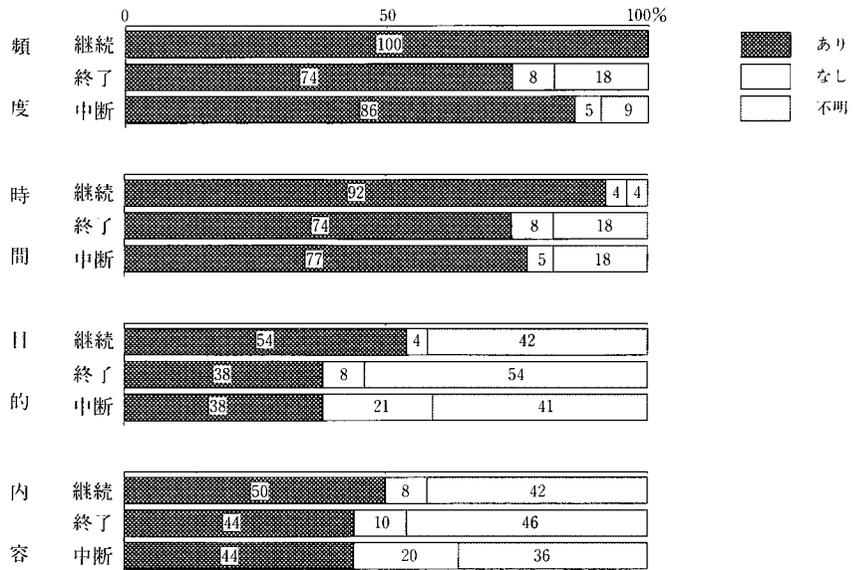


図3 作業療法開始時の合意内容と転帰

来室の仕方が定期的か不定期かという形式的側面と自分から積極的に来室するか誘導や連絡を受けて受身的に来室するか、という来室への積極性と受身性の行動的側面から、転帰別に検討してみた(表15)。転帰判定時の継続群・終了群・中断群と来室の仕方の定期的来室群・不定期来室群との間には、 χ^2 検定の結果、有意な関連性($\chi^2=20.9, df=2, p<0.05$)があった。同様に積極的来室群と受身的来室群との間にも有意な関連性($\chi^2=10.2, df=2,$

$p<0.05$)があった。中断群では、作業療法開始時の来室の仕方と転帰判定時の来室の仕方との間に有意な関連性($\chi^2=48.4, df=4, p<0.05$)がみられた。すなわち、中断群では、定期・積極的来室群が66.1%から14.3%へと著しく減少し、かつ不定期化する傾向がみられ、特に不定期・受身的来室群の増加が顕著であった。継続群、終了群ともに、定期的来室群が作業療法開始時に比べ転帰判定時には減少し、不定期・積極的来室群の若干の増加

表15 作業療法室への来室の仕方

		継続		終了		中断	
		作業療法開始時	転帰判定時	作業療法開始時	転帰判定時	作業療法開始時	転帰判定時
定期	積極的	20(76.9)	18(69.2)	20(48.8)	15(36.6)	37(66.1)	8(14.3)
	受身的	3(11.5)	2(7.7)	12(29.3)	7(17.1)	11(19.6)	4(7.1)
不定期	積極的	2(7.7)	5(19.2)	3(7.3)	7(17.1)	3(5.4)	15(26.8)
	受身的	0	1(3.9)	0	4(9.7)	1(1.8)	18(32.2)
その他		1(3.9)	0	4(9.7)	6(14.6)	4(7.1)	11(19.6)
未導入		0	0	2(4.9)	2(4.9)	0	0
計		26(100)		41(100)		56(100)	

がみられたが、 χ^2 検定の結果、有意の関連は認められなかった。

8) 主治医との連携

作業療法の進行中、作業療法士が主治医にどの程度連絡・相談・報告を行っていたかをみた(表16)。方法は書面でも口頭でもよいこととしたが、原則としてカルテの記載内容から判断した。 χ^2 検定の結果、主治医との連携と転帰群の間に有意な関連性($\chi^2=29.5$, $df=6$, $p<0.05$)があった。患者の作業療法での様子・目標・変化などや主治医の治療方針・薬物の変更などの情報交換の程度を、患者の変化に応じて比較的頻繁に主治医と連携をとっていた場合を「密度の濃い連携」、作業療法を進めていくうえで主治医の確認をとる必要がある時のみ連絡をとっていた場合を「最小限の連携」、作業療法開始時に患者のおおまかな状態像の確認や作業療法でのさしあたっての方針を伝えたり、終了の報告をするだけの場合を「開始時と終了時のみ」、開始時の処方箋以外に連絡をとらなかった場合を「ほとんど無し」とした。継続群では「最小限の連携」が半数をしめ最も多く、「密度の濃い連携」を加えると約7割となり、必要に応じた主治医との連絡がもたれていたといえる。これに対し中断群では、「ほとんど無し」・「開始時と終了時のみ」が多く、全体の75.0%で作業療法進行中に連絡をとることがほとんどなかったといえよう。終了群では「最小限の連携」、「開始時と終了時のみ」に集中していた。

9) 家族との連携

作業療法士が家族とどの程度連携をとっていたかをみた(表17)。その方法については、面接、家庭訪問、電話連絡、手紙などどんな方法でもよいこととした。連携をとっていた場合はその時期で「有、作業療法開始時」、「有、作業療法開始後」、「有、中断後」に分類し、

表16 主治医との連携と転帰

	継続	終了	中断
密度の濃い連携	5(19.2)	7(17.1)	3(5.4)
最小限の連携	14(53.9)	10(24.4)	11(19.7)
開始時と終了時のみ	0	17(41.4)	15(26.8)
ほとんど無し	7(26.9)	7(17.1)	27(48.1)
計	26(100)	41(100)	56(100)

表17 家族との連携と転帰

		継続	終了	中断
有	OT 開始時	5(19.2)	7(17.1)	2(3.6)
	OT 開始後	10(38.5)	4(9.8)	13(23.2)
	中断後	0	0	2(3.6)
無		11(42.3)	28(68.2)	39(69.6)
計		26(199)	41(100)	56(100)

全く連携をとらなかった場合を「無」とした。 χ^2 検定の結果、家族との連携と転帰群の間に有意な関連性($\chi^2=20.3$, $df=8$, $p<0.05$)があった。継続群では、連携をとっていた場合が57.7%で時期は作業療法開始後が最も多かった。終了群・中断群では、連携をとっていなかった場合が約7割であった。

考 察

1. S大学病院の精神科作業療法実施患者の特徴

年代では20才代から30才代が多く、また発病推定年齢・精神科初診時年齢ともに10才代から20才代が多いことから、比較的罹病期間の短い患者が多いと思われる。初回入院者が多く、在院期間も1年以内が9割をしめていることから、ホスピタリズムの影響も比較的少ない、社会的な潜在能力も比較的良く保たれている患者が多いのではないかと考えられる。

2. 作業療法の転帰に影響しやすい要因

家庭の事情や通院困難など、治療方針とは

異なる外的要因による終了が多いことは、大学病院の一つの特徴であるといえる。岩井ら²⁾によると、大学病院での精神分裂病者の外来通院状況は、精神病院の場合と比べ通院継続率が悪かったと報告されている。その理由として、大学病院の場合は県外者や遠距離の患者が比較的多く、地域との密着性が少ないことと、精神分裂病の病型が変化にとんでいことなどをあげている。今回の調査では、外的要因により終了となる場合は、退院をきっかけに終了となることが多くみられた。このことから遠隔地からきて入院治療を受けている患者にとっては、退院後に当院での作業療法を継続することが時間的・物理的にも困難であることが推測される。

また、作業療法実施期間が1年未満であることは、本来精神障害のリハビリテーションには長い期間が必要であり、作業療法の内容の検討と同時にいかに作業療法を長く継続させていくかにエネルギーが注がれていることを考慮すると、目標達成に至るまでの十分な期間、作業療法を実施できていないのが現状と考えられる。

上記をふまえて、ここでは主に継続と中断を決定する要因について考察する。

(1) 出席率と来室の仕方

継続群の出席率は7割以上に集中しているのに対し、中断群のそれは30%未満から100%までばらつきがある。このばらつきは中断群の中には安定した参加ができる患者と不安定な参加しかできない患者が共に含まれていることを示唆するものであり、中断しやすさの指標として、出席率が目安になると考えても大きな誤りはないであろう。つまり、出席率が高いこと、定期的に安定して参加できることは長期にわたる作業療法の継続要因としての重要性をもつことを意味している。

継続群に自分から定期的に来室している患者が多いことから、患者に作業療法での治療意欲をもたせていくために病状や社会的背景を含めた患者の状況にふさわしい頻度や時間の設定が必要であると思われる。作業療法への患者本人の動機が、不明であること、「**を作りたから」という具体的な動機が大半をしめていることなどを考慮すると、開始後早い時期に頻度と時間についての合意が実行されることが、作業療法導入期の最低限の目標となろう。そのためには、作業療法に参加して何をするのか、あるいは何のために行うのかという内容や目的についての合意を得ることの継続的な試みが特に重要と思われる。今回の調査では、目的や内容の合意が出来ている者の比率が、終了群と中断群に比べ継続群に高かったことは、作業療法の継続要因としての目的や内容の合意の重要性を示唆していると思われる。しかし、調査方法の観点からみると、時間や頻度の合意の有無の確認が、約束どおりに来室するかという目に見えやすいものであるのとは対照的に、目的や内容の合意については客観的に把握しにくく、何を指標に判断するかという問題が残されている。今回の調査では、カルテの記載の有無により判断したが、カルテへの記載洩れの可能性も有り、逆行的な調査の場合には、当時の合意の有無の把握には限界があり、今後の検討課題のひとつであるといえよう。

実施期間についてみると、中断群の約半数例では、6ヶ月以内であるのに対し、継続群では1年以上が半数をしめていたことから、「1年間」という作業療法の継続期間は入院、外来という治療形態とは別に、長期的なリハビリテーションを考えるさいのひとつの大きなターニングポイントになっているように思われる。作業療法場面が患者にとって肯定的

な体験ができる場所になっていることが、再社会化課程の第一歩としての作業療法の条件であることはすでに指摘されているが¹⁾、それに加えて、形式的な側面では、出席率が8割から9割程度で、適当に休みも取れるような余裕をもった継続の仕方ができること、そして作業療法の頻度が患者の生活リズムに組み入れやすいものであることなどが作業療法継続を助長する要因ではないかと思われる。患者に作業療法が負担になりすぎず、かつリハビリテーションを効果的にすすめていくための頻度は、患者の生活にくみこまれやすい週に1ないし2回くらいが適当ではないかと考えていたが、今回の調査によると、中断群の頻度も週1回から2回に集中しており、継続のための要因として頻度だけをとりあげて考えるのは妥当ではないと思われる。むしろ、継続群では転帰判定時に頻度のばらつきがでるようになったことから、患者一人一人にあった作業療法の頻度を見つけることがまず先決で、治療の進行や効果を意識するあまりに、形式的に頻度を決めてしまうことの危険性が示唆され、一方、中断群の作業療法室への来室の仕方の特徴には、不定期に来室する患者が多いこと、また、自分からの来室はもちろんのこと、誘導・連絡をしても来室しなくなるというパターンが多くみられる。精神分裂病患者への入院早期からの作業療法で、時間や来室の仕方の取り決めに対する患者の合意をどのように成立させていくかが、その後の作業療法の経過に影響を与えるという報告¹⁾からも時間・頻度・内容などの導入期において、また治療中も絶えず合意を形成する努力を継続することが重要と思われる。

(2) 主治医との連携

継続群では、作業療法士と主治医との間での連絡、相談、報告といった連携が比較的頻

繁になされていたこと、逆に中断群では殆ど連携がとれていないかもしくは開始時と終了時のみの連携であったことは、日頃の臨床経験を意味づける結果であったといえよう。今回の調査では、継続群の作業療法の処方内容は、対人関係の改善・職業前評価と就業準備・心理的安定に集中しているが、中断群の場合、処方内容は多岐にわたっており、一人の患者に対し複数の処方内容を依頼してくる場合が多い傾向が認められた。このことは、中断群の場合は、様々な問題が顕在化していて、主治医側も作業療法士側も多面的なアプローチを試みざるを得ず、医療チームとしての連携を行なう接点を見い出すにいたっていない場合が多いのではないかと推測される。逆に継続群の場合は作業療法でとりあげるべき問題が集約され明瞭になっており、作業療法士の立場からも主治医に相談をしやすくなるのかもしれない。大学病院におけるチーム医療の現状は、臨床業務だけではなく学生の教育や地域の精神医療への協力なども行っている主治医が多く時間的な制約があること、同様な状況が併任である作業療法士にもみられること、さらにまた主治医、作業療法士、看護者との間で、病棟と作業療法場面の問題を相互に検討し合う場が構造化されていないことなどを総合的に考えると、患者の状態に応じて適宜連絡をとりあうことが困難な状況にあるといえよう。このような問題はありながらも、日常的な連携を定着させていくことが、様々な問題をもつ患者の場合は特に必要といえる。

(3) 役割の変化

社会的役割の有無や役割の変化が、作業療法の転帰に影響を与える要因であることは、経験的にも、また、今回の調査からも明らかとなった。継続群では、休職・病休、休学あ

るいは家事手伝いといった「病気療養中」として、義務的な役割をある程度免除されやすい準役割明確群が多く、かつ作業療法開始時と転帰判定時の社会的役割はほとんど変化がなかった。このことは、役割の明確・不明確にかかわらず、継続群の患者の生活自体が安定している、もしくは変化しにくいことを示唆していると思われる。しかしながら、役割の安定性、あるいは固定性は、生活の場をひろげていく意欲につながらず、結果的にリハビリテーションの進展を疎外する可能性も否定できない。

これに対し、中断群では、転帰判定時には準役割明確群は急激に減少し、逆に役割明確群が増加している。また、中断群では入院の繰り返しが約4割を占めていること、作業療法の実施期間では6ヶ月未満が約5割を占めていること、作業療法の処方内容では「職業前評価と訓練、就業準備」の占める比率が、継続・終了群よりも低いことなどを考慮すると、長期的なリハビリテーションに向けた役割の変化よりは、中断群では早すぎる社会復帰を試みた結果としての役割変化の可能性も考えられる。臨床経験上、作業療法の実施が、患者をあせらせたり、患者の自己イメージを極端に肥大させたり、あるいは、患者本人の病気への理解が不十分であったり、また家族の期待が大きすぎたりなどの理由から、患者が無理な就労を試みることなどが少なくない。今後、追跡調査も含めた中断群の詳細な検討が必要と思われる。

(4) 家族との連携

今回の調査で、家族との連携の有無と、作業療法の継続、終了、中断との間には有意な関連性が認められたのは、予想外の結果であった。継続群では作業療法開始時もしくは作業療法実施中に連携をとっている場合が多

いことから、作業療法開始時もしくは比較的早い時期におこなうことの重要性が示唆された。精神分裂病の家族の病気の認知と転帰の関連²⁾や外来通院を継続させるための家族の援助の必要性³⁾を述べた文献は多いが、精神障害者の作業療法における家族との協力をどう進めるかについては皆無であった。今回の調査で明らかとなった、家族との連携の全体的な低さは、精神医療では主治医やケースワーカーが主に家族との連携を担当するという、伝統的な役割意識から生じた、作業療法士のもつひとつの盲点を明示したものと思われる。今後は発達障害や老年期障害に対する作業療法が、家族との協力関係を重視しているのと同じように、精神科作業療法の家族との連携を確認していく方法論を模索していくことが必要と思われた。特に精神科リハビリテーションにおける作業療法では治療の効果が具体的に目にみえにくく、患者本人もすぐには自覚できない場合も多いことから、治療開始後早期に家族へのオリエンテーションを行い理解を得ておくこと、さらに進展状況に応じて、家族とともに患者の変化を確認しあうことが重要であり、患者の治療意欲の向上やひいては作業療法を患者自身が効果的に活用していくことへつながるのではないと思われる。

ま と め

1. S大学病院精神科から作業療法に依頼の出た患者123名を対象に一般的情報・医学的情報・精神科の治療に関する情報・作業療法の内容と作業療法の転帰について調査した。
2. 作業療法が継続されるための要因として、社会的役割、作業療法への出席率の高さ、作業療法への積極的かつ定期的参加、主治医と密接な連携、家族と密接な連携が重要である

ことが示唆された。

3. 作業療法の中断を決定する要因と社会的役割との関連を把握するためには、追跡調査を含めた詳細な検討が必要である。

参考文献

1) 富岡韶子, 吉澤真理子, 鈴木孝治: 青年期の分裂病患者に対する早期作業療法の一経験, 信州大

学医療技術短期大学部紀要13(2): 35-46, 1987

2) 桑原寛, 山口哲顕, 金井剛他: 精神分裂病者の外来通院状況(統報), 社会精神医学10(2): 310-318, 1987

3) 川上憲人, 竹村道夫, 斎藤高雅他: 総合病院精神科外来における治療からの脱落, 臨床精神医学15(8): 1377-1388, 1986

受付日: 1991年10月15日

受理日: 1991年11月21日