

# 第6章

# 日常生活の制限— 6要因モデルと 作業療法の進め方

- 1 日常生活の制限—6要因モデル
- 2 作業療法の進め方
- 3 治療・介入する
- 4 作業療法の実施形態
- 5 作業療法を行ううえでの注意
- 6 日常生活の制限—6要因モデルによる実践例

作業療法は対象者を理解することから始まる。そしてその理解に基づき作業療法が実施される。しかし、同じ統合失調症と診断された患者であってもひとりひとりのあり方が大きく異なるために、対象者を理解することは容易ではない。そしてこの背景には、多くの要因が関わっている。これまで、作業療法では生物－心理－社会モデルによる理解、また全人的な理解が必要であると述べてきた。患者の限られた側面にのみに着目して理解しようとするれば、その理解の内容が偏った貧弱なものになり、また作業療法としての介入方法も限定され、作業療法が患者の真のニーズに対応できない可能性もある。このことを避けるためには偏りのない患者理解が必要である。

また、作業療法としての介入は、作業療法士個人の感覚的な思いつきで選択され、実施されてよいものではない。専門職として治療・援助を行うのであれば、なぜその介入方法を選択したのか説明できなくてはならない。すなわち、患者についての情報収集、情報の分析、介入方法の選択、効果の確認といった一連の過程の整合性と、選択した介入方法の奏効機序を説明する理論が必要になる。この条件を満たすことは、精神保健医療福祉分野の専門職チームの一員として役割を果たす前提でもある。

本章では、作業療法士が上記の条件を満たすための指針とするために、対象者に生じる生活上の制限を6つの因子で説明する「日常生活の制限－6要因モデル」を提唱し、さらに本モデルに基づく作業療法の進め方について説明する。

# 1 日常生活の制限— 6要因モデル

## 1 日常生活の制限－6要因モデルの概略

本モデルは、日常生活の制限を生じさせる原因として6つの要因を設定している。6つの要因とは、①精神症状および認知機能障害、②これまでの生活で形成された心理的傾向、③現在の状況に対する心理的反応、④生活技能

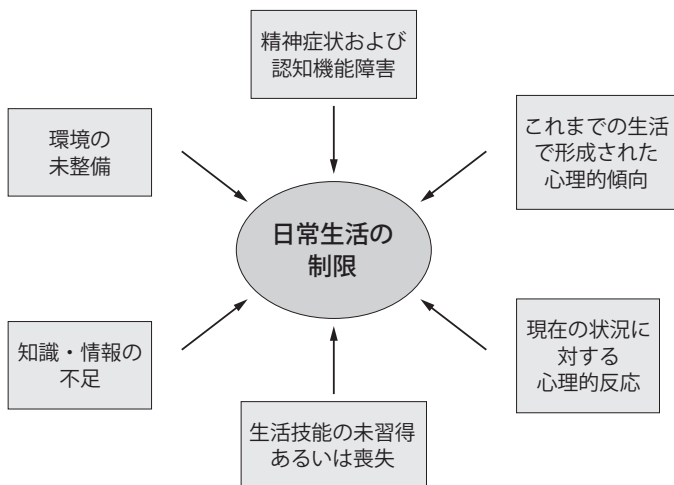


図13 日常生活の制限とその原因となる6つの要因

の未習得あるいは喪失、⑤知識・情報の不足、⑥環境の未整備である（図13）。これらの要因がそれぞれの重みをもって患者の生活に影響を与えると考えるのである。また、それぞれの要因ごとに理論に裏打ちされた具体的なアプローチ方法を選定することができる。

## 2 日常生活の制限—6要因モデルの特徴と有用性

### (1) 作業療法の実践を基盤として導かれたものである

作業療法の中核は実践である。そして作業療法での対象者理解のモデルも作業療法の実践における対象者理解の観点を基盤として作成されるべきである。本モデルは、臨床場面で実施されている精神障害作業療法のそれぞれのアプローチをどのように論理的に説明できるのかという問いから始まっている。すなわち、作業療法の実践から帰納的に導き出されたモデルである。結果的として、実施されている作業療法は、①精神症状や認知機能障害など脳の機能に着目したアプローチ、②自分自身や自分を取り巻く環境のとらえ方（認知）に対するアプローチ、③葛藤や不安に対するアプローチ、④生活技能の拙劣さに対するアプローチ、⑤情報や知識不足に対するアプローチ、⑥患

者を取り巻く環境に対するアプローチに整理できた。表現を変えると、作業療法士は、以上の6つの観点から患者を理解し、適切なアプローチ方法を選択し、作業療法を実施しているのである。

上記のように整理された6つのアプローチの観点に対応させたのが上記の6つの要因である。したがって、「日常生活の制限～6要因モデル」は、作業療法の実践から導き出されたものであり、整合性をもって対象者理解と介入方法の選択を可能にするモデルである。

## (2) モデルのイメージを重回帰式として表すことができる

重回帰式を用いて本モデルの構成要素間の関係を図14に示した。ここでは、目的変数 $Y$ は日常生活の制限を、説明変数 $X_{1-6}$ は、日常生活の制限を生じさせる6つの要因を表している。 $X_{1-6}$ の係数 $a\sim f$ はそれぞれの要因が日常生活の制限に及ぼす影響力の強さを表し、定数項 $\alpha$ は $X_{1-6}$ では説明しきれない日常生活の制限を生じさせる要因を示す。ただし、重回帰式では説明変数は独立していることを前提とするが、この式はあくまでもモデルのイメージを示すものであり、6つの要因は互いに重なる部分もあり、必ずしも独立しているわけではない。

本式での $X_1$ は「精神症状および認知機能障害」、 $X_2$ は「これまでの生活で形成された心理的傾向」、 $X_3$ 「現在の状況に対する心理的反応」、 $X_4$ 「生活技能の未習得あるいは喪失」、 $X_5$ 「知識・情報の不足」、 $X_6$ 「環境の未整備」で

$$Y = aX_1 + bX_2 + cX_3 + dX_4 + eX_5 + fX_6 + \alpha$$

図14 重回帰式による日常生活の制限～6要因モデルのイメージ

$Y$ : 日常生活の制限

$X_{1-6}$ : 日常生活の制限を生じさせる因子

$a\sim f$ : 日常生活の制限に及ぼす影響力の強さ

$\alpha$ :  $X_{1-6}$ では説明しきれない日常生活の制限

日常生活の制限 $Y$ は、 $X_{1-6}$ の日常生活の制限を生じさせる因子によって規定される。 $X_1$ は「精神症状および認知機能障害」、 $X_2$ は「これまでの生活で形成された心理的傾向」、 $X_3$ 「現在の状況に対する心理的反応」、 $X_4$ 「生活技能の未習得あるいは喪失」、 $X_5$ 「知識・情報の不足」、 $X_6$ 「環境の未整備」である。

ある。したがって、6つの因子の係数 $a\sim f$ の大きさの違いによって、各因子の日常生活の制限に対する影響力の違いという観点から個々の患者の特徴をとらえることができる。言い換えれば、係数 $a\sim f$ の大きさの違いが患者個々の違いであり、同時に作業療法として重視し介入すべき要因を示しているのである。たとえば、長期の入院を同様に続けている患者であっても、その原因が活発な精神症状であれば $X_1$ の係数 $a$ が大きい患者であり、退院先の確保の困難であれば $X_6$ の係数 $f$ の大きな患者であると考えることができる。また、生活習慣病や身体機能の低下があれば $\alpha$ が大きくなる。最近では、入院患者の高齢化が進み身体的原因が加わることで精神科病院に入院を続けている患者も少なくない。

さらに、この式を用いると思考の方向についても理解が容易になる。それは、双方向の思考である。ひとつは、目的変数である「日常生活の制限」からその原因を探するという方向である。もうひとつは、説明変数の6つの要因ごとに日常生活の制限にどのような影響を与えているのかを検討する方向である。本モデルを用いて患者を理解するには、この双方向の思考の流れが重要である。たとえば、食事や入浴以外は自室にこもっている患者について、「なぜ自室にこもっているのだろう。その原因はなんだろう」という思考の方向と、「精神症状や認知機能障害は生活に影響を与えていないだろうか。これまでの生活で獲得したもののとらえ方（認知）はどうだろうか。自分の置かれた今の状況から生じる葛藤や不安はどうだろうか。生活技能の不足が影響を与えていないだろうか。知識や情報の不足の影響はないだろうか。環境が原因になっていないだろうか」と問う思考の方向である。この双方向の思考は、患者の限定された側面にこだわることで、対象者理解が貧相で偏ったものに陥ることを防いでくれる。

### (3) 他職種と共通のことば(概念)を用いて説明できる

作業療法は精神障害リハビリテーションの一環として、他職種との連携のもとで行われる。そのためには、作業療法士間で共有する専門的な概念とともに、それぞれの専門領域を超えて専門職種間で共有できる概念が必要である。作業療法士が作業療法を行ううえで用いる概念が、作業療法士間のみで通じるものであっては他職種との連携は成り立たない。

日常生活の制限—6要因モデルは、精神症状や認知機能障害に関する知識、認知と行動および感情の関連性に関する知識、精神力動理論に関する知識、学習理論に関する知識、心理教育などの疾患教育に関する知識、社会資源の利用や環境調整などの社会的な知識など、精神保健・医療・福祉に携わる者であれば、すでにもっている知識で説明できる。本モデルの6つの要因と作業療法との関係を表16に示した。この表の内容からも本モデルは、作業療法士のみでなく精神保健・医療・福祉に携わる専門職の間で共有できるものであることを理解できると思う。

このように他専門領域の知識や理論、技術を作業療法に取り入れることに対して、作業療法の専門性を損なうという考えもあるかもしれない。しかし、作業療法学は実用科学であり、作業療法という実践で対象者がより良い状態へと変わることによってその価値が評価される。医学も生物学、化学、物理学、心理学、社会学など他の基礎科学の学問領域で蓄積された知識や理論、技術を取り入れることによって体系化され、実践され、成果をあげている。日常生活の制限—6要因モデルは、作業療法が専門性にのみとらわれることなく、対象者の役に立つ実践的な知識と技術の体系であることの必要性を再認識できるものでもある。

#### **(4) 6つの要因に対応する基礎的な理論や考え方がある**

さまざまな学問が、人間や人間を取り囲む環境を理解するために、多様な観点から探求され体系化されてきた。そして作業療法もさまざまな学問の知識を援用しながら実践され、説明されてきた。日常生活の制限—6要因モデルも多くの学問領域で組み立てられた理論を援用し、対象者理解と介入の根拠を説明するものである。6つの要因それぞれは、以下のような理論や考え方に基づいている。

##### **① 精神症状および認知機能障害（要因1）**

この要因は、統合失調症を神経化学や神経心理学などの生物学的レベルでとらえたものであり、脳機能の不調が精神症状や認知機能障害を生じさせるという考え方に基づいている。

神経化学領域の研究成果として、神経伝達物質であるドーパミンの過剰が統合失調症の精神症状を生じさせるというドーパミン仮説がもっとも重要なもの

表 16 6 要因と作業療法との関係

要因	作業療法で扱う内容	作業療法の目的	作業療法の方法の例
要因1 精神症状および 認知機能障害	精神症状・認知機能障害への 対処	<ul style="list-style-type: none"> <li>病的体験の軽減</li> <li>病的体験への対処能力獲得</li> <li>認知機能障害の影響の軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動に集中することによる病的観念の意識からの排除</li> <li>幻聴などへの対処方法の獲得</li> <li>手順の提示など遂行機能障害への対応</li> </ul>
要因2 これまでの生活で 形成された 心理的傾向	自己および外界に対する認知	<ul style="list-style-type: none"> <li>歪んだ自己および外界に対する認知の修正</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>成功体験の提供</li> <li>正のフィードバック</li> <li>認知の言語的修正</li> </ul>
要因3 現在の状況に対する 心理的反応	葛藤、不快な感情（不安、悲しみと怒り、抑うつ、無感情、恐れ、など）の処理	<ul style="list-style-type: none"> <li>感情の安定</li> <li>適応的な防衛機制の使用</li> <li>自我機能の強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>傾聴、共感、支持</li> <li>言語的・非言語的手段を用いた感情表出の機会の提供</li> <li>洞察の機会の提供</li> <li>具体的な問題の解決</li> </ul>
要因4 生活技能の未習得あるいは喪失	適応的または不適応的行動・生活技能	<ul style="list-style-type: none"> <li>適応的な行動の獲得または適応的な行動への修正</li> <li>生活技能の獲得または適切な技能への修正</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身辺処理活動能力の獲得機会の提供</li> <li>コミュニケーション技能の獲得機会の提供</li> <li>集団関係技能の獲得機会の提供</li> <li>社会活動能力の獲得機会の提供</li> </ul>
要因5 知識・情報の不足	生活するうえで必要な情報や知識、態度、習慣	<ul style="list-style-type: none"> <li>学習機会の提供</li> <li>新たな態度、習慣の形成の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気や治療、リハビリテーション、再発防止等についての情報や知識の提供</li> <li>社会資源についての情報や知識の提供</li> </ul>
要因6 環境の未整備	社会との繋がりがり、生活環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>孤立の防止</li> <li>家族との関係改善</li> <li>社会への再統合</li> <li>貧困な環境による悪影響の予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会資源利用機会の提供</li> <li>仲間づくりの援助</li> <li>家族調整、家族支援</li> <li>居場所の提供</li> <li>訪問による支援</li> </ul>

とされている。すでに第4章で述べたように、このドパミン仮説は、神経伝達物質であるドパミンの放出をうながす覚醒剤（アンフェタミン、メタンフェタミン）を反復投与すると統合失調症に似た幻覚や妄想が生じること、さらに統合失調症の治療に使われる抗精神病薬のほとんどが、ドパミンの遮断作用をもつことから導かれたものである。精神科薬物療法は、脳内の神経伝達の機序に作用し、精神症状の改善をめざすものである。

また、神経心理学領域では、認知機能障害は陽性症状や陰性症状と同様に重要な障害のひとつであるとされている。すべての統合失調症患者に認知機能障害が認められるわけではないが、注意や記憶、実行機能の障害が多くみられ、これらの認知機能障害が患者の生活に影響を及ぼすとされている。さらに、注意、記憶などの基本的な認知機能と関連する社会的認知にも障害が認められることが指摘されている。

注意障害は、作業に集中できず長続きしない（注意の持続の障害）、雑多な刺激に惑わされる（注意の選択の障害）、状況に応じた視点の変更や転換ができない（注意の転換の障害）、複数のことを同時にできない（注意の分配の障害）などの行動特性としてあらわれる。記憶障害は、長い説明をされると覚えられない（言語性記憶の障害）など、実行機能障害は、必要なことを計画立ててやり遂げることができないなどという特徴としてあらわれ、生活のしづらさを生じさせる。社会的認知は上述した認知機能より複合的であり、他者の感情を正しく理解する、他者に共感する、他者の気持ちになって考えるなどの要素が含まれる。この社会的認知が障害されると、他者との円滑なコミュニケーションが難しくなる。これらの認知機能障害に対しては、認知機能そのものを改善するための認知矯正法、環境などを整えることで認知機能障害の影響を軽減する認知適応法などが介入法として用いられている。

## ②これまでの生活で形成された心理的傾向（要因2）

この要因は、人の感情や行動が、自分自身や自分を取り囲む環境のとらえ方、すなわち認知によって影響を受けるという考えに基づいている。人の感情や行動の決定は、その人の置かれた状況そのものではなく、その状況に対する主観的な判断が影響する、という理解の仕方である。この主観的な判断の重要な材料のひとつが認知である。この認知のあり方は、さまざまな体験をもとに形成されるとされる。この時点で注意してもらいたいのは、要因1