

統合失調症者の認知機能障害と社会生活技能との関連

石 井 奈智子* 堀 池 研 太** 鈴 木 新 吾***
久 米 裕*** 石 井 良 和*

要 旨

近年、統合失調症の社会生活機能と認知機能との関連が報告されている。そのため統合失調症者のリハビリテーションにおいては認知リハビリテーションが取り入れられ、その効果が示されてきている。認知機能の評価法はいくつかあるが、認知そのものの概念は広範囲にわたるため、認知のどの機能がどの社会機能とより深く関わっているかといった検討が進められている。

本研究では認知能力障害理論に基づいた評価法 ACLS-5 を用いて社会生活技能評価尺度との関連を検討した。その結果、ACLS-5 で評価された認知レベルと社会生活技能評価尺度に有意な相関が示され、認知レベルは、社会生活技能の特に身の回りを整えること、日常生活の習慣を築くこと、コミュニケーション技能の側面と関連していると考えられた。

はじめに

近年、統合失調症の社会生活機能と認知機能との関連が重要視されるようになってきている。認知機能障害は、統合失調症における中核的症状であること、抗精神病薬によってある程度認知機能が改善すること、および認知機能の改善が社会機能の改善に関与することが明らかになってきた¹⁾⁻⁴⁾。

認知機能障害が統合失調症の中核をなすことは、統合失調症のリハビリテーションにおける治療目標が認知機能障害の改善に主眼を置いたアプローチを必要としてきている⁵⁾ことを意味している。統合失調症の認知機能を改善する薬物療法と認知機能へのアプローチを組み合わせることにより大きな効果が期待されるが、どのような認知機能の改善が社会機能をどう改善するのかといった検討が必要である¹⁾。

日常生活・社会生活における障害の評価尺度には、面接によるものや観察者の行動評価によるものなどさまざまなものがある。主に精神障害者を対象とした評

価法として、実際行っている生活技能を客観的に把握することができる簡便な評価として社会生活技能評価尺度⁶⁾があり、対象者の日常生活で必要とされる行動の出現頻度を観察で評価し利用されている。この尺度は社会生活の中での役割遂行上の問題点を把握し、その問題点に焦点をあてた作業療法プログラムを展開できるように作成された。伊藤⁶⁾は、社会生活技能評価尺度のみでは生活障害の原因を探るのに限界が生じ、対象者の全体像の把握が不十分であるため、精神面や認知といった、内面に向けた評価を併用することが望ましいとしている。

統合失調症の認知機能に着目した作業療法の治療理論としてアレンは「認知能力障害理論」を構築し実践してきた⁷⁾。この認知能力障害モデルでは対象者の能力を最大限活用することにより、残存する認知能力に見合った作業を選択させようとしたものである。このモデルの認知能力障害の定義は、脳がどのように操作するかを制限する医学的条件からもたらされる「通常の活動を安全に行うのに必要な情報を処理することが

* 秋田大学大学院医学系研究科

** 長岡ヘルスケアセンター

*** 横手興生病院

Key Words: 統合失調症
認知機能障害
社会生活機能

できないこと」とされている。課題遂行に関する認知機能と障害を認知レベルとして現し、認知レベル0.8（重度に障害されている）から認知レベル6（障害がない）まで段階づけた。認知レベルを測定する評価法のひとつとしてアレン認知レベルスクリーン（ACLS-5）⁹⁾と呼ばれる革のレースかがりテストがある。これは臨床経験から開発された評価法であり、作業療法で使用されている作業活動を尺度としている。

作業そのものを測定の基準とした評価尺度は非常に少ない。近年になり、日本でも三つ編みなど作業そのものを評価尺度とした報告がみられるようになってきている^{9)~10)}が、理論的背景をもとに経験や習慣、技能を考慮した認知レベルとアクティビティとの関連性、その妥当性・信頼性を確証したものはアレンの認知能力障害理論とその実践をもとにして開発した ACLS-5 以外には見あたらない。米国では作業療法の臨床において作業を用いた認知の評価方法として妥当性・信頼性が確かめられた¹¹⁾。日本では寺本ら¹²⁾が老人保健施設入所者への認知レベルと作業遂行に関係があり、作業の適応を推定することが可能と報告した。また、岡村¹³⁾は認知症患者における認知レベルと HDS-R や Barthel Index との関連性を報告し、認知障害と日常生活活動との関連があるとした。アレンは開発当初、精神障害の認知障害を対象として実践していたが、日本において統合失調症患者に対する ACLS-5 の実施の報告は見受けられない。

本研究では、統合失調症者に対するアレンの認知能力障害理論を使用した ACLS-5 による認知レベルと社会生活技能評価尺度により、統合失調症者の認知機能が社会生活技能のどの側面に障害をもたらしているかを検討した。

方 法

1. 対 象

対象はA県内のB精神科病院に入院・外来通院中で、精神科作業療法に参加している統合失調症の患者49名（男性35名、平均年齢 59.7 ± 12.8 歳、女性14名、平均年齢 64.9 ± 7.6 歳）で、平均入院期間は 202.4 ± 197.6 ヶ月であった。男性は外来通院が1名、1年未満が7名、1年以上10年未満が10名、10年以上30年未満が8名、30年以上が8名であった。女性は1年未満が3名、1年以上10年未満が3名、10年以上30年未満が3名、30年以上が5名であった。施設に対して研究計画の許可を得た。また全対象者には、今回の研究目的と内容を説明した後、参加は自由であること、協力できない場合の不利益はないことを保証し、協力の同意を得た。

2. 手 続 き

個別面接で ACLS-5 を行ってもらい、また日常生活の様子から担当作業療法士を含めた2名で社会生活技能評価尺度を評価した。

ACLS-5（図1）は、革細工のレーシング（かがり作業）を3種類試行し、認知レベルを判定する評価方法である。認知レベルは3.0から0.2刻みで5.8まで設定されている。この認知レベル3.0は作業施行可能なレベルでこの評価を選ぶ基準にもなる。また認知レベル3.0以上のスコアは日常生活をおくるうえで、残存能力の開発に働きかけるための指標になる。

対象者には、あらかじめ準備された革細工のレーシングを時間の制限なしで模倣して行ってもらった。レーシング内容は、難易度によって段階付けられているランニングステッチとホイップステッチとコードバンスステッチである。模倣が基本であるが、できない場合チャートに従って指示を与え、施行可能な最高スコアを認知レベルとして評価した。

社会生活技能評価尺度は一部改変して使用した。カテゴリー「清潔」の下位項目は 髭をそっている（男）化粧をしている（女）、髪の手入れをしている、風呂に入っている、口元がきれいである、爪を切っている、汚れた洋服や靴下を身につけていない、破れた洋服、靴下、ボタンの取れた服を身につけていないの7項目、「整理整頓」では、部屋の掃除、片付けをしている、部屋の空気の入換えをしている、朝起きたとき寝床を整えているの3項目、「食生活」では 偏食をしていない、皆と食事をする、朝昼夜の食事をとっているの3項目、「生活リズム」では、朝起きができる、薬を飲んでいる、昼間に横になっていない、仕事、学校、病院、デイケアに出席しているの4項目、「生活技術」では 自分で洗濯をしている、の1項目、「生活の計画性、準備性」では、

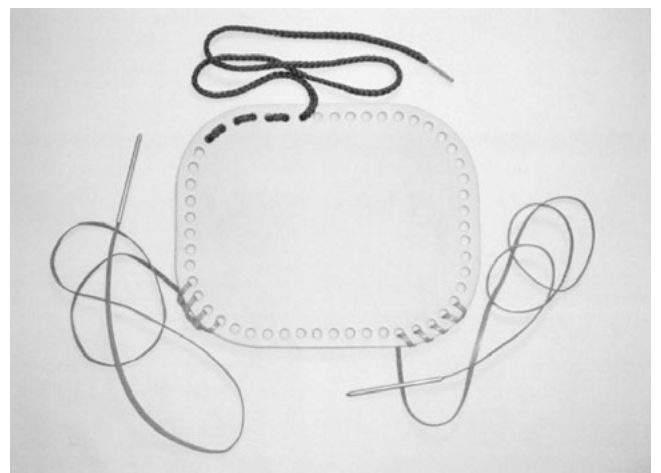


図1 アレン認知レベルスクリーン（ACLS-5）

計画的にお金を使っている、季節、気候に合った服装をしている、の2項目、「余暇活動」ではジョギング、散歩をしている、読書、楽器演奏、手芸、庭仕事、調理などをしている、の2項目、「対人関係」では家族と話をしている、仕事、学校、病院、デイケア、病棟行事以外の日常生活においても人と接触がもてる、の2項目、「コミュニケーション」では声の大きさが適切、話の早さが適切、相手の目を見て話す、話の間のとり方が適切、身振り手振りがつけられる、挨拶ができる、相手の話の内容を理解している、自分から話しかけることができる、分からないことを人に聞く、考えや不満をいうことができる、言い訳ができるの11項目である。

「生活技術」の3項目（ガス器具が使える、掃除機・ほうきが使える、皮むきができる）と「生活の計画性、準備性」の1項目（外出の時、必要なものを持って出かけている）、また「社会資源の利用」の7項目（スーパーに買い物に行っている、電話をかけている、バス・電車を利用している、飲食店を利用している、公共機関を利用している、娯楽施設を利用している、アルバイトや仕事に関する情報を手に入れている）は今回の対象者の生活で担当作業療法士が観察できない項目であったため削除し、全体で9領域36項目とした。

評価は「十分にできている（4点）」、「やや不十分（3点）」、「かなり不十分（2点）」、「全くできていない（1点）」の4段階で採点した。

3. 解析方法

ACLS-5と社会生活技能尺度の各項目との相関関係を見るために、全体、性別、基本情報に対してSpearmanの順位相関係数を用いて検定した。相関係数が有意水準5%未満で絶対値0.4以上の項目を考察の対象とした。

統計ソフトはSPSS Ver.16.0 for windowsを使用した。

4. 結 果

ACLS-5および、社会生活技能評価尺度の中央値（四分位数）、また相関係数の結果は表1に示すとおりであった。

ACLS-5と社会生活技能評価尺度で男女とも有意な相関関係があり、相関係数が0.4以上のものは、「清潔」：髪の手入れをしている（ $rs = 0.55$ ）、「生活の計画性・準備性」：計画的にお金を使っている（ $rs = 0.65$ ）、季節、気候にあった服装をしている（ $rs = 0.70$ ）、「余暇活動」：読書、楽器演奏、手芸、庭仕事、料理

などをしている（ $rs = 0.48$ ）、「対人関係」：仕事、病院、デイケア、病棟行事以外の日常生活においても人と接触がもてる（ $rs = 0.59$ ）、「コミュニケーション」：言い訳が出来る（ $rs = 0.69$ ）であった。カテゴリー別の合計では「生活の計画性・準備性」（ $rs = 0.71$ ）、「余暇活動」（ $rs = 0.61$ ）、「対人関係」（ $rs = 0.66$ ）、「コミュニケーション」（ $rs = 0.62$ ）、また社会生活評価尺度の全体の合計（ $rs = 0.76$ ）であった。

男女別では、男性で、「整理整頓」：部屋の掃除、片付けをしている（ $rs = 0.51$ ）、朝起きたとき寝床を整えている（ $rs = 0.45$ ）、「生活技術」：自分で洗濯をしている（ $rs = 0.40$ ）、「余暇活動」：ジョギング、散歩をしている（ $rs = 0.65$ ）、「コミュニケーション」：声の大きさが適切（ $rs = 0.42$ ）、相手の目を見て話す（ $rs = 0.49$ ）、身振り手振りがつけられる（ $rs = 0.46$ ）、挨拶ができる（ $rs = 0.45$ ）であった。女性では、「生活リズム」：昼間に横になっていない（ $rs = 0.73$ ）、仕事、学校、病院、デイケアに出席している（ $rs = 0.61$ ）、「コミュニケーション」：わからないことを人に聞くことができる（ $rs = 0.60$ ）、カテゴリー「清潔」合計（ $rs = 0.75$ ）、「生活リズム」合計（ $rs = 0.75$ ）であった。

5. 考 察

ACLS-5の認知レベルの中央値は4点台で認知レベル4と判定されるレベルであった。認知レベル1から4にある人は、援助なしで地域で生活することに困難を伴う¹⁴⁾と言われている。また認知レベル4は目的指向的行動ができるレベルであるが、レベル5のように模倣で新しい試行は難しい。図や写真に従うより、見本をまねする方がやさしいことに気付いているが、自分で間違いがあっても見つけることが困難で、それを指摘されても直すことができない。一度に1つの実地に示された指図を模倣することは可能で、簡単な作品を作ることに興味を示すレベル¹⁴⁾と説明される。

ACLS-5の認知レベル得点と社会生活技能評価尺度の合計点との間には強い相関関係が認められ、近年指摘されている統合失調症の認知機能と社会機能の関連を支持する結果となった。また、ACLS-5の認知レベルと社会生活技能評価尺度のカテゴリーによって相関の強さに違いがみられ、ACLS-5で評価できる認知機能は社会生活機能の側面から統合失調症者の特徴を示すことにつながる可能性が考えられた。

性別にかかわらず「髪の手入れをしている」ことや、女性では特に「清潔」全般に関すること、男性では「整理整頓」に関することに相関が見られたことは、

表 1 アレン認知レベル, 社会生活技能評価尺度の中央値 med (四分位数 q), 各項目間の spearman の相関係数 rs

アレン認知レベル		全体 (n = 49) 4.4 (4.2)		男性 (n = 35) 4.4 (4.2)		女性 (n = 14) 4.6 (4.4)	
		平均値 (SD)	rs	平均値 (SD)	rs	平均値 (SD)	rs
年 齢 (歳)		61.0 (11.9)	- 0.18	59.7 (12.8)	- 0.18	64.9 (7.6)	- 0.47
入院期間 (カ月)		202.3 (109.1)	- 0.15	198.0 (192.5)	- 0.29	215.0 (227.6)	0
社会生活技能評価尺度							
		med (q)	rs	med (q)	rs	med (q)	rs
清 潔	髭を剃っている 化粧をしている	3 (2)	0.11	3 (3)	0.17	2 (1)	0.26
	髪の手入れをしている	4 (4)	0.55**	4 (4)	0.44**	4 (4)	0.74**
	風呂に入っている	4 (4)	0.15	4 (4)	0.18	4 (3.75)	
	口元がきれいである	4 (4)	- 0.09	4 (4)	- 0.18	4 (4)	0.14
	爪を切っている	3 (3)	0.36*	3 (3)	0.35*	3.5 (3)	0.37
	汚れた洋服や靴下を身につけていない	4 (3)	0.28*	4 (3)	0.31	4 (4)	
	破れた洋服、靴下、ボタンの取れた服を身につけていない	4 (4)	0.13	4 (4)	0.14	4 (4)	
	清 潔 合 計	26 (24)	0.42**	26 (24)	0.36*	25 (24)	0.70**
整理整頓	部屋の掃除、片付けをしている	3 (3)	0.46**	3 (3)	0.51**	3 (3)	0.46
	部屋の空気の入換えをしている	3 (3)	0.13	3 (3)	0.20	3 (3)	0.14
	朝起きたとき寝床を整えている	3 (3)	0.35*	3 (3)	0.45**	3 (2.75)	0.31
	整理整頓合計	9 (9)	0.47**	9 (9)	0.55**	9 (8.5)	0.47
食 生 活	偏食をしていない	4 (4)	- 0.13	4 (4)	- 0.11	4 (4)	- 0.47
	皆と食事する	4 (4)		4 (4)		4 (4)	
	朝昼夕の食事を取っている	4 (4)		4 (4)		4 (4)	
	食 生 活 合 計	12 (12)	- 0.13	12 (12)	- 0.11	12 (12)	- 0.47
生 活 リ ズ ム	朝起きができる	4 (4)	- 0.09	4 (4)	- 0.14	4 (4)	
	薬を飲んでいる	4 (4)		4 (4)		4 (4)	
	昼間に横になっていない	3 (2)	0.31*	3 (2)	0.18	2.5 (2)	0.73**
	仕事、学校、病院、デイケアに出席している	3 (3)	0.39**	3 (3)	0.32	3 (3)	0.61*
	生活リズム合計	14 (13)	0.36*	14 (13)	0.24	13.5 (13)	0.75**
生活技術	自分で洗濯をしている	3 (2)	0.34*	3 (2)	0.40*	3 (2)	0.37
生 活 の 計 画 性 ・ 準 備 性	計画的にお金を使っている	2 (2)	0.65**	2 (2)	0.60**	3 (2)	0.74**
	季節、気候にあった服装をしている	2 (2)	0.70**	2 (2)	0.66**	2.5 (2)	0.79**
	生活の計画性・準備性合計	4 (4)	0.71**	4 (4)	0.68**	5.5 (4)	0.79**
余暇活動	ジョギング、散歩をしている	2 (2)	0.59**	2 (2)	0.65**	2 (2)	0.47
	読書、楽器、手芸、庭仕事、料理などを行っている	2 (2)	0.48**	2 (2)	0.40*	2 (2)	0.69**
	余暇活動合計	4 (4)	0.61**	4 (4)	0.59**	4 (4)	0.68**
対人関係	家族と話をする	2 (2)	0.32*	2 (2)	0.34*	2 (2)	0.25
	仕事、学校、病院、デイケア、病棟行事以外の日常生活においても人と接触がもてる	3 (2)	0.59**	3 (2)	0.51**	3 (2)	0.79**
	対人関係合計	5 (4)	0.66**	5 (4)	0.61**	5 (4)	0.78**
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	声の大きさが適切	3 (3)	0.30*	3 (3)	0.42**	3 (3)	0.04
	話の速さが適切	3 (3)	0.18	3 (3)	0.32	3 (3)	- 0.03
	相手の目を見て話す	2 (2)	0.45**	2 (2)	0.49**	2 (2)	0.25
	話の間の取り方が適切	3 (3)	0.18	3 (3)	0.39*	3 (2.75)	- 0.22
	身振り手振りがつけられる	2 (2)	0.41**	2 (2)	0.46**	2 (2)	0.25
	挨拶ができる	3 (3)	0.44**	3 (3)	0.45**	4 (3)	0.41
	相手の話の内容を理解している	4 (4)	0.07	4 (4)	0.07	4 (4)	
	自分から話しかけることができる	4 (3)	0.28*	4 (3)	0.25	3.5 (2.75)	0.45
	分からないことを人に聞くことができる	4 (3)	0.39**	4 (3)	0.32	3.5 (2.75)	0.60*
	考えや不満を言うことができる	4 (3)	0.26	4 (3)	0.21	4 (3)	0.36
	言い訳が言える	3 (3)	0.69**	3 (3)	0.61**	3 (2)	0.87**
	コミュニケーション合計	35 (31)	0.62**	36 (31)	0.65**	33.5 (31.5)	0.65*
合 計		111 (104)	0.76**	111 (104)	0.73**	111.5 (105)	0.90**

* p < 0.05 ** p < 0.01

認知機能が保たれていることで身だしなみや身のまわりを整えることのいくつかができるようになり、また認知機能が障害されると困難になりやすい統合失調症者の社会生活の技能を示したと考えられた。

オレム¹⁵⁾によると、セルフケア行動は一つの意図的な行動であり、「ある結果を達成するために、また何らかの価値のある結果を個人が生み出すと判断した行動のコースを踏み出すために行う、意図的な段階的行動であり、そしてそれは、「セルフケアについての決断」と「セルフケアを達成するための行動」の二側面から成り立つとされている。

このことに当てはめると、認知レベルとの相関がみられた「髪の手入れをしている」動作は、認知機能が保たれていて、セルフケア（髪の手入れ）をしようと決断し、達成するために（整えるための）行動したと説明できる。

髪の手入れをすることは、使った方がいいが道具を使用せずに手だけですますことができる動作である。「清潔」それ以外の質問項目は、自分の身体も使用するが道具が必ず必要になる活動である。そのため、他の清潔に関する行動よりも「髪の手入れをする」ことは行えている可能性が考えられた。

オレム¹⁵⁾はまた、自らのセルフケアのニーズを決定し、これを充足させる方法は生まれながらのものではなく、セルフケアの諸行動は、人が属する集団の文化的生活様式を性格づける信条、習慣および慣習に対応して学習されるのであるとしている。統合失調症患者は認知機能の低下によって信条、習慣および慣習に対応した学習が不十分になっており、清潔感に対する意識の低下がある可能性が考えられた。

「生活の計画性・準備性」、「余暇活動」のほとんどの項目で認知レベルとの有意な相関が見られた。女性では「生活リズム」の2項目と合計で有意な相関がみられている。このことは認知機能が保たれていることで日常生活を送るための、自分の生活設計ができることを示していると考えられた。統合失調症者は、程度の差はあるが、全体の把握が苦手自分で段取りをつけられない、ことや、融通がきかず杓子定規などの行動特性¹⁶⁾がある。日常生活をおくるといことは、日々変化する、人との付き合いや季節の移り変わりなどの状況を正確にとらえて、それに応じて自分の考えや状況を調整して適応していくことでもある。認知機能の障害は日常生活に必要な習慣を築くことに影響していることが考えられた。

ライリー⁷⁾は、「遊び」の行動は人の操作技能や社会技能を促進するものであり、作業機能障害にあるクライアントが有能感を得ることができる技能の発達と達

成の経験を促し、環境への適応を学習できる行動であるといっている。「遊び」を仕事・遊び・休息の日常作業のパターンに組み込むことが社会生活と関連づけられた習慣を組織化する上で役立つとの報告¹⁷⁾もある。認知機能が保たれていることによって、さまざまな状況を認識し、遊びの要素をもつ「余暇活動」を楽しみ、また社会生活技能を促進することにつながっていると考えられた。

カテゴリー「対人関係」合計、項目「仕事、病院、デイケア、病棟行事以外の日常生活においても人と接触がもてる」、カテゴリー「コミュニケーション」合計、項目「言い訳が言える」で有意な相関関係が認められた。男性では「声の大きさが適切」、「身振り手振りをつけることができる」、「相手の目を見て話す」、「挨拶ができる」の項目で相関を認めた。「分からないことを聞くことができる」の項目では女性で相関がみられた。このことは認知機能がコミュニケーション技能のいくつかに表れやすいことが考えられた。

向¹⁸⁾は、統合失調症のコミュニケーション障害の背景には心の理論 (Theory Of Mind, TOM) : 他者の心の状態を読む推論能力の障害や、実行機能の障害といった認知障害があることを指摘している。推論能力は過去の他者とのコミュニケーションのなかで学習することによって獲得される。

統合失調症者は視点の変更ができないという行動特性¹⁶⁾もある。われわれは思い違いかなと思うときには、常識や脈絡を手がかりするか、見方を変えんと言うことで思考を修正する。視点の変更ができないことは相手の立場に立って考えることを困難にさせる。自分の見方に固執せず、場面によっては自分を他人の目で眺めるといった脱中心化といわれる働きは、中枢神経系のある一定以上の発達を前提としており、認知機能に影響するものである。また統合失調症患者は、現実吟味力の低下が認められる場合が多い¹⁶⁾。健常者では、現実に知覚したものと状況の脈絡や過去の知識や常識といういわばデータベースとつきあわせながら現実吟味をしている。しかし統合失調症患者は脈絡を利用することが下手で、データベースを持っていたとしても活用が不十分である。

コミュニケーションでは、相手から出力される聴覚的・視覚的情報に注意を向け、入力された情報から必要なものを選択することが重要である。しかし統合失調症患者では現実吟味力が低下しており、入力される情報の選択や、入力された情報を適切に処理することができない¹⁶⁾ことが、相手に注意を向けて「相手の目を見て話す」といった技能や、自分の必要な情報をピックアップすることが必要な「分からないことを聞くこ

とができる」といった技能に影響を与えていると考えられた。「挨拶をすることが出来る」や「相手の目を見て話す」ことは、できないことによって相手に不快な気持ちを与える技能と思われるが、相手がどう思うかという推論が難しく、より対人交流を困難にすると考えられた。

また、融通がきかない、視点の変更ができないという特性をもっている統合失調症患者にとって「言い訳が出来る」ことは非常に高度な技能にあたると考えられる。認知レベルが高いことと「言い訳が出来る」との関連を説明するものと考えられた。

ま と め

統合失調症者の認知機能と社会生活機能の関連を、アレンの認知能力障害理論を使用した ACLS-5 による認知能力障害と社会生活技能評価尺度によって検討した。その結果、ACLS-5 で現された認知レベルと社会生活技能評価尺度に有意な相関関係が示された。このことは統合失調症の認知機能と社会機能の関連を支持し、また認知レベルは、社会生活技能の特に身の回りを整えること、日常生活の習慣を築くこと、コミュニケーション技能の側面と関連していると考えられた。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました B 病院の皆様、また病院スタッフの皆様に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 根本隆洋, 武士清昭他: 統合失調症と遂行機能障害リハビリテーションの立場から. 臨床精神医学35(11): 1535-1540, 2006
- 2) 高橋秀俊, 岩性真生, 石井良平他: 統合失調症患者の認知機能と社会生活機能. Schizophrenia Frontier7 (4): 247-251, 2006
- 3) 福田正人, 安藤直也・他: 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
- 4) 小林恒司, 丹羽真一: 認知障害と社会機能 - 認知機能と社会機能の概念的関連について. 精神科治療18: 1023-1028, 2003
- 5) 山田純栄: 統合失調症者の就労評価における認知機能の意義 授産施設での経験から. 愛知作業療法, 16: 12-17, 2008
- 6) 伊藤明香: 社会生活技能評価尺度. OT ジャーナル. 38(7): 676-680, 2004
- 7) Gary Kielhofner: 作業療法の理論. 原著第3版, 山田孝監訳, 医学書院, 東京, 2008, pp108-123
- 8) 守口恭子, 福屋靖子: 痴呆性老人の作業療法における三つ編み作業能力の分析, 作業療法, 19 (suppl.): p 349, 2000.
- 9) 守口恭子, 飯田房枝, 飯島節: 三つ編みの研究 (第2報) 痴呆性老人の評価尺度としての検討, 作業療法, 20 (suppl.): p337, 2001.
- 10) 浅海奈津美, 守口恭子: 老年期の作業療法. 三輪書店. 東京: pp54-55, 2003.
- 11) C. K. Allen, S. Austin, et al: Allen Cognitive Level Screen-5 Manual. S&S worldwide. 2007
- 12) 寺本千秋, 南麻美, 岡村太郎他: 認知レベルからみた手工芸の分類 Allen Cognitive Level の評価方法を用いて Activity の適応を考える. 新潟医福誌4(1): 22-29, 2004
- 13) 岡村太郎: Allen Cognitive Level Screen 2000の紹介と試用経験の報告. 新潟医福誌. 1(1): 54-63, 2001.
- 14) 日本作業療法士協会編: 作業療法学全書第5巻. 精神障害作業治療学2. 協同医書出版, 東京, 1994, pp170-177
- 15) Dorothea E. Orem: オレム看護論. 小野寺杜紀訳, 医学書院, 東京, 1979, pp18-21
- 16) 昼田源四郎: 改訂増補 統合失調症患者の行動特性 その支援と ICF. 金剛出版, 2007, pp42-68
- 17) 京極真, 野籾弘幸, 山田孝: 作業としての遊びが日常パターンを組織化した統合失調症の事例. 作業療法22: 5319. 2003
- 18) 向文緒: 統合失調症のコミュニケーション障害と作業療法. OT ジャーナル39(9): 895-899, 2005

The relationship between cognitive dysfunctions and daily activities for schizophrenic patients

Nachiko ISHII* Kenta HORIIKE** Shingo SUZUKI***
Yuu KUME*** Yoshikazu ISHII*

* Department of Occupational Therapy, Akita University Graduate School of Health Sciences

** Nagaoka Health care Center

*** Yokote Kousei Hospital

Recently there have been many reports on the relationship between cognitive function and social function in people with schizophrenia. Therefore we studied the effectiveness of cognitive training in schizophrenia rehabilitation.

There are many methods for assessing cognitive function in schizophrenia, but the concept of cognition itself has a broad scope. but it is not clear how a cognitive function is involved with a social function. Studies are continuing into which cognitive function relates to which social function.

The purpose of this study was to clarify relationship between cognitive level as evaluated by Allen Cognitive Level Screen-5 (ACLS-5) and Social Skill Assessment Scale of schizophrenic patients.

A positive relationship between these results was demonstrated. Cognitive level was closely related to social function in people with schizophrenia.