

うつ病治療ガイドライン－精神科作業療法－

2018 年 11 月 19 日 作成

執筆者（五十音順）

香山明美	東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科作業療法学専攻
小林正義	信州大学医学部保健学科作業療法学専攻
杉山暢宏	信州大学医学部保健学科作業療法学専攻
田中佐千恵	信州大学医学部保健学科作業療法学専攻
芳賀大輔	ワンモア豊中
早坂友成	杏林大学保健学部作業法学科

執筆協力（五十音順）

後藤有沙	名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション部
星野藍子	名古屋大学大学院医学系研究科リハビリテーション療法学専攻

利益相反開示（五十音順、金額を問わない）

香山明美	なし
小林正義	<講演料・原稿料> 大日本住友製薬株式会社
杉山暢宏	<講演料・原稿料> ファイザー株式会社 MSD 株式会社 <コンサルティング> ヤンセンファーマ株式会社
田中佐千恵	なし
芳賀大輔	なし
早坂友成	なし

はじめに

精神科における作業療法は長い間、主として長期入院中の統合失調症患者を対象に行われてきた歴史がある。しかし、2000 年以降の精神保健医療福祉の制度改革や疾病構造の変化を背景に、急性期医療から地域生活まで幅広い支援が求められるようになり、作業療法の対象疾患もうつ病・双極性障害や自閉スペクトラム症などへと広がりつつある。認知行動療法の手法が広く作業療法に応用されるようになり、心理教育が多く施設で取り入れられた。一部ではうつ病を対象とする認知リハビリテーションや休職後の復職支援（リワーク）が作業療法士によって行われている。

その一方で、うつ病を対象とした作業療法の効果については十分に実証されているとはいえない。精神障害の患者に対する作業療法が作業遂行能力と健康度を向上させるとするメタ解析があるが（Ikiugu et al, 2017）、対象はうつ病患者に限定したものではない。うつ病を対象にした精神科作業療法の RCT は 2 編ある。作業療法で行う復職支援がうつ症状を有意に改善させ、通常治療群と比較し長期的な健康状態を向上させるとする報告（Hees et al, 2013）と、作業療法による就労支援が休職期間を減少させ費用対効果を向上させるとする報告（Schene et al, 2007）で、いずれも就労支援における作業療法の効果を扱ったものである。国内で行われた RCT としては、修正型電気けいれん療法（modified electroconvulsive therapy : ECT）施行中の患者に対する個別作業療法が ECT 後の健忘による不安を軽減させ、患者の主観的な気分状態を有意に改善させるという報告（大西ら, 2013）があるが、うつ病のみを対象にした研究ではなく、サンプルサイズも小さい。今後、うつ病患者に対する精神科作業療法のエビデンスを積極的に蓄積していく必要がある。

本ガイドラインでは、うつ病診療における精神科作業療法の役割について、現時点における到達点と今後の課題を示した。『A. 基本方針』と『B. うつ病の回復過程と精神科作業療法の役割』では、これまでに国内の臨床実践から得られた経験知をテキストと実践報告を基にまとめた。『C. 治療法ごとのエビデンス』では、作業療法のプログラムとして実施されやすい治療・支援に関する国内外のエビデンスを整理し、『資料』にうつ病の作業療法評価または臨床研究に有効と思われる評価尺度を示した。これらの情報は、作業療法士にとっては職能の再確認に役立つと思われる。また、精神科医や看護師が本稿を読めば、うつ病診療における作業療法の理解が深まり、担当患者の支援について一段高いレベルでの議論が可能になるだろう。また、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士などの職種にとっても、医療チームの効率的な連携に役立つと思われる。本ガイドラインが医療関係者のみならず、当事者や家族、教育現場、行政など幅広い人達に利用されることを期待したい。

作業を介して場を共有した際に生まれる安心感や達成感は、数値化や定量化が難しく、作業療法の臨床研究が不足する一因となっている。しかし、作業療法の有効性と安全性を検証する試みは不可欠であり、本ガイドラインを現在のスタートラインとして、今後の研究が発展することを願っている。

A. 基本方針

i. うつ病診療における作業療法

こころと身体の相互関連を意識し、上手に作業を利用していくことが作業療法の基本方針である。うつ病診療において作業療法は、具体的な作業活動を用いるという特徴を活かしながら、他の治療（薬物療法や精神療法）と並行して行われる（山根, 2003; 堀田, 2008; 香山, 2014）。身体を動かし、課題に集中し、充実感や達成感を味わい、気分転換するなど、作業を通して「行動を変化させることで気分が変化する」（阿部, 2009）ことが実感できると、作業療法によって抑うつ症状が改善していくという回復イメージをもちやすい。つまり、「身体を動かせばこころも動く」、「こころが変われば身体も変わる」という良循環が生まれることを目指すのである（香山, 2011）。表1にうつ病患者に対する作業療法の基本方針を示す。

表1 うつ病患者に対する作業療法の基本方針

- | |
|--------------------------|
| 1. 作業を通して心身の変化を実感する |
| 2. 作業を通して自身の状態を客観的に捉えなおす |
| 3. 作業を通して表現の手段と方法を練習する |
| 4. 作業を通して自信を回復していく |

（香山, 2011, 2014 より作成）

ii. 休息の確保と初期アセスメント

うつ病の治療は休息の確保から始まる。作業療法を開始する時期は、患者が休息を十分取れるようになり、心身の回復を自覚できるようになる頃である。作業療法の開始時に必要となる情報は、入院後の薬物療法の効果、睡眠状態、日中の過ごし方や疲労感、うつ病に対する理解度、薬物療法などの現在受けている治療に関する受け止め方、今後の希望と目標などである（香山, 2014）。これらの情報は主治医や看護師から得られるものもあるが、作業療法の担当者として直接面接を行い確認する。面接では質問紙や評価尺度を活用し、その後の作業療法に活かしていく（小林, 2014）。定期評価の結果を対象者との経過の振り返りに利用し、医療チームに情報を提供する。

作業療法の初期評価では他職種から得た医療情報と本人または家族との面接を通して得た情報から病前の生活状況を把握する。特に患者の家庭や職場での役割、キーパーソンの有無、経済状況や退院後の支援体制を把握する。また、患者がストレスを感じやすい状況と対処法についてあらかじめ聞き取り、認知と行動の特徴を可能な範囲で把握しておく。

認知と行動の特徴は病期による影響を受け大きく変化する。また患者の語る生活状況（家族への思いや職場環境など）に関する認識もうつ病の影響を受けている。初期に得た情報はあくまでも急性期における情報であることに注意し随時見直しを行う。

iii. 作業療法の導入と状態に応じた計画の見直し

作業療法導入時には作業療法士がリハビリテーションの一環として他のスタッフと連携し（来栖, 2011）、退院に向けた支援や、復職の準備を進めていくことなどを丁寧に説明する。その際、

作業療法パンフレット（香山, 2014）やクリニカルパス（森本ら, 2009）の利用が有用である。導入時には患者の負担感を軽減させ、作業療法を無理なく利用できるよう配慮する（香山, 2014）。

うつ病の患者は一度決めたことを、無理をしても守ろうとする傾向があるため注意が必要である。このため、作業療法の目標や参加頻度などは回復状態を考慮して柔軟に見直しを行う。その日の状態に応じて無理のない参加の仕方を指導し、作業療法を休む際の連絡方法などを具体的に確認し、書面で手渡しておく。

iv. 作業を通した心理教育的関わり

うつ状態に陥りやすい人には思い込みが強い、柔軟な考え方ができない、自分の失敗を過大に評価し、長所を過小評価するなどの認知の偏りがみられる場合がある。このため評価では、抑うつ症状の変化のみでなく、自己評価や対人関係の特徴などの把握が重要となる。作業療法の場面では構成的な作業を利用し、作業遂行の特徴と対人交流のもち方、困ったときの援助の求め方（対処法）などの特徴を評価し理解する。

ストレスやトラブルなどの問題への対応（コーピング）時には、本人の主観的な体験を重視しつつ、同時に問題を本人と環境（状況）との相互作用という視点から捉えるよう促し、リラクセーションの方法やストレスを軽減させる方法を検討する（田尻, 2017）。そして、新たな視点や物事の捉え方を取り入れるなど、本人の認知の幅を広げる工夫（簡易型認知行動療法；大野ら, 2017）を無理なく取り入れていく。作業療法の場で学習したストレスコーピング、リラクセーション、認知の幅を広げる工夫などを、退院後の生活で活かせるよう支援する。外来作業療法を継続できる場合は、入院時に学習したスキルの活用法を確認し、生活場面でのヒントとしてもらう。うつ病患者に対する作業療法士の対応のポイントを表2にまとめた。

表2 うつ病患者に対する対応のポイント

-
- | | |
|----|--|
| 1. | 初期には入院治療による保護的アプローチにより責任からの解放を図り暖かく見守る。 |
| 2. | 症状が軽減すると様々なことを始めようとするが、本来の執着性格や几帳面さから負担感を生じやすいので、「しばらく手を休めましょう」などの声をかけ、こだわりを軽減させる。 |
| 3. | 自身の性格やこれまでの生き方が発症に影響した可能性を理解できるよう支援する。作業療法では、作業を遂行する現実的体験を通してセルフモニタリングを促進させやすい。この特徴を活かし、患者が陥りやすい認知行動の特性を把握し、本人の気づきを促し、適応的な認知と行動が引き出せるよう心掛ける。 |
| 4. | 今後の生活や仕事への復帰の仕方などを検討する際は、他者の意見を聞いたり話し合ったりする集団作業療法の中で、ペース配分や決定の仕方などを体験できる機会を提供し、仲間との交流を通して様々な考え方や選択の仕方があることを実感してもらう。 |
| 5. | 新しい生き甲斐を見出せるよう援助する。 |
| 6. | 再発防止のための支援を多職種と連携して行う。 |
-

（香山, 2014 より作成）

B. うつ病の回復過程と精神科作業療法の役割

うつ病に対する作業療法の役割を回復過程に沿って表3に示し、以下に詳解した。

表3 うつ病の回復過程と作業療法の役割

回復時期	休息期	急性期	回復期前期	回復期後期
支援目標	休息	保護的関わり	現実感の回復	生き方の見直し
作業療法の役割	回復の保障 休息の確保	ゆっくり休み、やれることを少しずつ体験	無理をしなくとも受け入れられる体験	具体的に生活をイメージし少し実践してみる
利用する作業活動 曲線：うつ病の回復イメージ		<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な身体運動 ・馴染みのあるものより初めてのもの ・はっきり予測がつくもの ・簡単で繰り返しのある構成的作業 ・その場で直接的満足が得られやすいもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単に達成できる課題 ・“～したい”を大切に ・“ゆったり”、“楽しい”を実感できるもの ・徐々に生活に関連した活動を取り入れる 	<ul style="list-style-type: none"> ・集団の中で他者と経験や感情を共有する ・休息のとり方を学ぶ ・ストレス対処法を学ぶ ・より具体的な生活課題に取り組む ・趣味をみつける
作業療法士の対応	回復を保証し、ゆっくり休むことが重要であることを伝える	<ul style="list-style-type: none"> ・1回の時間は短時間から ・体験に連続性をもたせる ・会話の内容も簡単でわかりやすく ・過度に負担を与えない ・決定を迫らない 	<ul style="list-style-type: none"> ・息抜きや気分転換の方法を一緒に考える ・“ゆったり”は悪くないことを経験させる ・活動と休息のバランスを保つよう指導する 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の中で休息の仕方を一緒に考える ・趣味の開発を支援する ・こだわりや執着心気が無理につながりがちであることを確認する

(山根, 2003; 香山, 2014 より作成)

i. 急性期

急性期には十分な身体的・心理的休息の確保と、薬物療法を中心とする身体療法が優先される。作業療方は離床時期の前後に開始され、身体療法を補完する役割を果たす。他の職種と連携し、患者に対して今の状態が病気の一過程であり休息が必要であること、病気は必ず回復すること、スタッフが回復を支援することなどを伝える。早期から作業療法士が関与することで、リハビリテーションに対する意識を高め症状の遷延化を防ぐ(香山, 2014)。

作業療法は患者が十分な休息がとれた頃に主治医と協議し開始する。開始時期は病状によって一律ではないが、入院治療では概ね1～2週目に病棟での身体運動プログラムから始め、3～4週目より作業療法室での個別プログラムや集団で行う心理教育への参加が可能となりやすい(堀田, 2008; 河埜ら, 2011, 2015; Tanaka et al, 2015)。身体管理が必要な高齢者や、緊張・不安、抑うつ、疲労感の強い重症例では、3ヵ月程の入院期間内にベッドサイドや病棟内での1対1対応に終始する場合もある(河埜ら, 2011, 2015)。しかし重症例であっても、支持的・共感的な声かけによる孤独感や罪責感の軽減、短時間の気分転換など、可能な関わりは決して少なくない。作業療法の実施時間は患者の疲労度を確認しながら10分程度から段階的に増やしていく。

導入時にはストレッチ体操などの簡単な身体運動を取り入れ、廃用を予防し、早期の離床を支援する。患者が病前に馴染みのある作業を希望することもあるが、抑うつ感や易刺激性が強い場合はむしろ初めて行うもの、作業工程がはっきりしていて、短期間で完成できるものが安心感を保ちやすい。興味や関心、集中力の低下があるため、実用的な作品を制作するなど、その場で成

果や満足感の得られるものが利用しやすい（香山, 2014; 山根, 2017）。馴染みの作業を利用する場合は、病前のような効率が得られず、思い通りに作業が進まないことによる焦りや混乱に注意する。

作業療法の場合は薬物療法や ECT の効果と有害作用をモニタリングするのに適している。患者が服用している抗うつ薬の薬理学的作用機序を把握し、頻度の高い有害作用は念頭に置いておく。作業療法場面でみられる状態像の変化を随時主治医や病棟スタッフにフィードバックする（香山, 2014）。作業療法の記録はカルテなどで当日中に医療チームで共有されることが望ましい。重大な変化を覚知した場合は、直ちに主治医・看護師に直接連絡をとることは言うまでもない。

薬物療法に対して患者が抱いているネガティブなイメージ、例えば「やめられなくなるのではないか不安」などは、患者から主治医には直接伝えることが難しいことがある。こうした気持ちに寄り添い、許可を得て患者の代わりに主治医に報告を行うことができる。また、患者が治療過程で生じる正常な臨床症状を内服薬に関連づけて考える傾向が強すぎる場合、例えば休息期に必要な眠気に対して「眠いのは薬のせいだ、もう飲みたくない」などの訴えが作業療法士に表出されることもある。この場合も主治医と緊密な連携をはかり、うつ病の回復過程を丁寧に説明し、患者が薬物療法を誤解しないように配慮する。このように、必要に応じて主治医と患者の間の調整役を担うのも重要な役割である。作業療法の過程で過活動や焦燥感がみられる場合は、抗うつ薬によるアクチベーション（症候群）の可能性を指摘したり、双極性障害などへの診断見直しを提案したりするなど、作業療法の間では診断の見直しや薬物調整に関する有益な情報を得られることがある（岡崎, 2017）。

ECT 施行によって生じる健忘に対して患者が感じる不安感の軽減にも作業療法は有用である。過去の研究では、ECT の合間に行う構成的手工芸が、前回-今回-次回という体験の連続性を想起させ、患者の不安軽減に役立つことが報告されている（大西ら, 2013; 田中ら, 2017a）。

ii. 回復期前期

良質の睡眠が確保され、生活リズムが整い、病棟内である程度の活動ができるようになると、退院後の生活を意識し焦りが生じやすい。焦りは禁物であることを伝え、むしろ入院生活での退屈感や「～してみたい」という感覚を大切にするよう働きかけ、患者の活動量の調整を図る。「外に出てみたい、散歩でもしてみようか」という自然な意欲の回復を支持し、実際に行った後の心地よさと疲労感を基準に、本人のペースにあった活動の再開を支援する。セルフモニタリングの促進と、患者の主観的体験の評価には SMSF（気分と疲労のチェックリスト; Inventory Scale for Mood and Sense of Fatigue）（小林ら, 2011; 島田ら, 2012; 平澤ら, 2011; 河埜ら, 2011, 2015; Tanaka et al, 2015）と ISDA（入院生活チェックリスト; Inventory Scale of Daily Activities for Sub-acute In-patients）（福島ら, 2011; 小林, 2014）が利用しやすい。

この時期の作業療法では、作業に集中する時間を取り入れていく。短時間の効果であっても、作業に集中する経験がポジティブな気分を促進させ、同時に不快な思考を軽減させる（平澤ら, 2013）。作業療法室では他患者と場を共有し、自然な対人交流の機会を提供する。作業を通して現実感を味わいながら、ゆっくり過ごす心地よさを感じてもらい、これからの生活に役立ちそうな息抜きや気分転換の方法を検討する。例えば、「今まで忙しく生きてきて花なんかじっくりみたことがなかったけど、草花はいいね。花でも育ててみようかな…」などの話が聞かれるようになれ

ば、気持ちにゆとりが生じてきた証拠である。このような気分の変化を話題にし、病気が回復してきたこと、できることが増えてきたことを確認する（香山, 2011）。

作業療法の時間は回復状態に応じて 2 時間程度まで延長する。プログラムの進行とともに、活動と疲労度、体調などを記入する記録表（香山, 2011; 田尻, 2017; 岡崎, 2008, 2017）を導入する。活動と休息のバランスを考慮した 1 日または 1 週間の過ごし方と、自身の行動特徴を考慮した自己管理の方法を確認していく。また、早期より病気に対する理解を深め、薬の必要性や心理社会的治療について学ぶ個別または小グループでの心理教育プログラムが実施できると気分安定に有効である（Tanaka et al, 2015）。心理教育を作業療法のプログラムとして取り入れることで、回復状態の自己評価や疾病管理技能の習得が促進されやすい（阿部, 2009; 香山, 2014）。

iii. 回復期後期

病前の 6~7 割の回復状態となる頃で、気分は改善しても意欲が低下しており、集中力が続かず、体力低下や易疲労感が残存していることも多い。うつ病の回復過程にはこのような時期が必ずあるが、本人の怠けや気持ちの問題などではなく（香山, 2014）、気分の回復と、意欲、記憶力、集中力や体力などの回復には時間的なズレがあることを本人と家族に説明する（早坂, 2017）。

この時期には生活リズムを整え、洗濯や掃除などの生活課題を遂行し、退院後の生活を具体的にイメージしながら心身を慣らしていく。病前に行っていた趣味を再開したり、趣味がない場合には「これを機会に一緒に考えていきましょう」と提案したりするのも良い。

作業療法では集団の場を利用し、「生活」をキーワードに（田尻, 2017）他者を行う活動を通して物事の捉え方や考え方、感情を共有する体験を促す。集団の場における他者とのコミュニケーションを通して力の抜き方や休息のとり方を学び、「そうか、こうすればよいのか…」など、ストレス対処技能を高められるよう支援する（香山, 2014）。回復が進むと作業療法での作品作りや他患者との交流が「嬉しい」、「張り合いになる」などの肯定的な感情をもたらしやすい。背景には、作業遂行による心身機能の賦活とその心地よさ、小さな成功体験の積み重ねによる自己効力感、他患との交流によって得られる共有体験などが関係している（田中ら, 2017b）。

認知の偏りを修正し、ストレス対処技能を高めるために、認知行動療法の理論を活かした心理教育を積極的に取り入れる。考えを切り替える（認知再構成）、行動を通してこころを軽くする（行動活性化）、こころと身体の緊張をほぐす（リラクセーション）、自分の気持ちを上手に伝える（アサーション）などのスキルを学び、作業療法の場で繰り返し練習する（岡崎, 2008; 大野, 2009; 納戸, 2009; 田尻ら, 2009; 阿部, 2009; 来栖, 2011; 田中ら, 2017b）。

退院後も必要に応じて外来作業療法やデイケアで経過をモニタリングしていくことが望ましい。うつ病患者は IADL（Instrumental Activity of Daily Living）が低下しやすいため（杉村ら, 2015）、無理のない規則正しい生活リズムで過ごすことを指導し、生活行為の拡大を支援し社会的適応状態の維持・向上に努める。対人関係・社会リズム療法（水島 2009, 水島 2010）、行動活性化療法（Martell et al, 坂井ら 訳, 2013）の考え方を取り入れることもできる。

iv. 院内寛解後の家族支援

院内寛解とは、入院を要するよううつ病の主症状は一通り取れて外来通院に移行する一方で、日常生活機能は十分に回復していない時期を指す。院内寛解後には家族への心理教育が特に重要

である。入院という保護的な環境と家庭や職場では環境が大きく異なり、患者にかかる負荷は大きい。そのため退院後にうつ病の回復過程が後退してしまったかのような印象を持つ患者や家族があるので注意する。うつ病の治療・リハビリテーションには1～2年を要し、かつ個人差が大きいこと、休養・休職期間は医学的にも必要な時間であり、本人は決して怠けているわけではないことを家族に理解してもらう。叱咤激励を避け、家族が本人の焦りを共感できるよう指導・援助する。同時に、家族の共感的態度が本人の依存傾向を強め、自主性を失わせることのないよう指導する。

家族支援では、家族自身も不安や負担を抱え、支援を必要としているという認識が必要である。個別の相談支援に加えて、複数の家族が集う家族心理教育（家族講座）（来栖, 2009; 上原, 2001; 香山, 2014）が実施できると、家族の不安感や負担感をより効果的に軽減することができる。家族支援は医師や看護師、精神保健福祉士等と連携をはかり役割を分担しながら行う。表5に家族心理教育プログラムの例を示す。

表5 家族心理教育プログラムの例

第1回	うつ病を知ろう（病気の特徴、認知の偏り、ストレスとの関係）
第2回	うつ病の治療（休息の必要性、薬物療法、心理社会的治療）
第3回	家族の役割と接し方（見守る姿勢、安心して休める環境、感情をぶつけない）
第4回	コミュニケーションの重要性（放置しない、安易な励ましはしない）
第5回	ストレス対処法・再発予防（認知の幅を広げる、再発サインを知る）

（香山, 2014 より作成）

v. 復職・就労支援

うつ病の休職者が復職を目指す場合には、生活リズムと基礎体力の回復、業務遂行に必要な技能の改善、セルフモニタリング、対人交流技能、ストレス対処技能の改善などが必要となる（牧, 2011; 岡崎, 2017）。これらの練習を作業療法に取り入れ、認知機能検査やPRRS（復職準備性評価シート；**Psychiatric Rework Readiness Scale**）（酒井ら, 2012）などを利用し練習成果を確認する。退職や転職が選択されることもあり、その場合には諦めや価値観の転換を前向きに支援する。

就労支援の過程には、準備支援、就職支援、定着支援がある。準備支援では作業療法場面での観察とVPI（職業興味検査；**Vocational Preference Inventory**）、GATB（厚生労働省編一般職業適性検査；**General Aptitude Test Battery**）、PRRSなどを利用した面接を行い、就労準備状態を評価する。作業療法で課題処理の練習を繰り返し行い、アセスメントを通して就職時に想定される問題を予測する。また、患者の承諾が得られた場合は、主治医と緊密な連携をはかり就労上の問題点に対する具体的な対応策を産業医や事業所の保健スタッフと共有する（岡崎, 2017）。就職支援では、本人の許可を得た上で、勤務先の担当者に本人が不安に感じていること、作業能力の特徴やコミュニケーション能力などを分かりやすく伝え、支援方法を提案する。就職後に生じる問題に対しては内容に応じて業務や環境を評価する。コミュニケーションの問題については、本人と職場スタッフの捉え方を確認し双方の対応策を提案する。定着支援では勤務先の担当者と連携し、職場での休憩の取り方、課題処理、対処技能の向上を支援する。

復職に向けた準備支援は作業療法（牧, 2011; 岡崎, 2017; 田中ら, 2017b）やデイケア（平澤ら, 2011）で実施できるが、就労支援は一般に障害福祉領域での対応（宮崎, 2009）が中心となり、就労支援事業所への作業療法士の配置促進が課題といえる（小林, 2015）。

vi. 再発予防

うつ病は再発しやすい疾患であり、再発予防はリハビリテーションの重要課題である。入院中の回復状態に応じた個別作業療法がうつ病の再発予防に有効であることが報告されている（河埜ら, 2015）。再発を予防するには患者の内省機能（メタ認知）を高め、自己コントロールを身につける必要がある。心理教育プログラムにて自身の認知行動がうつ病の発症と関係していたことを理解し、病気の特徴、薬の主作用と有害作用、休息やストレス対処の方法を学び、物事へのこだわりを軽減させ、健康的な認知と行動を練習していく。これらの練習には集団の利用が有効であり、仲間同士の交流を通して認知の幅を拡げ、新たな対処技能を学び、社会適応能力を高めていく（田中ら, 2017b）。作業療法プログラムのなかで個々の具体的な再発防止プラン（クライシスプラン）を作成し、本人、家族、支援者間で共有する（香山, 2014）。

習慣化した行動によって気分が安定しやすい場合は、生活のなかにパターン化、習慣化されやすい役割・行動を取り入れる。病前の状態に戻ることが回復やリカバリーを意味するわけではない。ストレス対処技能が向上し、社会通念上の一般的価値基準から少しでも自由になること、これまでとは「違う軌道の上に乗る」、毎日を「あいも変わらず」、「低空飛行で」、「がんばらず」、「あきもせず繰り返す」能力を身につけることが大切とされる（蟻塚ら, 2009）。

vii. 自殺予防

希死念慮や自殺関連行動には、経過を通して常に注意する。制止が取れてきた回復期には、逆に自殺企図・再企図のリスクが高まることがあるため、特に注意が必要である。作業療法士は回復や社会復帰を目指す患者の身近に寄り添い、再燃や自殺のリスクに早期に気づき介入できる存在である。

自殺のリスク因子としては、希死念慮や絶望感・無力感の表出、自殺関連行動の既往や家族歴、がんなど身体疾患の合併、離別・失職・生活苦などが知られており（河西, 2012）、リスクに気づいたら医療チームとして共有し必要な介入を行うべきである。国内で実施された臨床研究 ACTION-J は、多職種医療チームによるケース・マネジメント介入が、自殺企図の再発防止に有効であることを示している（Kawanishi et al, 2014）。この介入法は 2016 年より診療報酬化され、作業療法士はケース・マネージャーとしての資格を有することが明記された。

C. 治療法ごとのエビデンス

治療初期に行われる短時間で負荷の少ない個別作業療法（ストレッチ体操、構成的手工芸、散歩など）は、既述の通り臨床上重要な役割を担い、直感的にその有効性は明らかである。ただし実証的な研究は不十分でありエビデンスはほとんどない。回復期以降には、精神科作業療法のプログラムとして、運動、心理教育、認知リハビリテーション、就労支援などが実施されやすい。

以下に、精神科作業療法で活用される頻度の高い治療法やプログラムに関するエビデンスを整理した。これらの治療法の多くは、精神科作業療法の一環として実施されたものではない。精神

科作業療法では、各治療法の適用と限界を考慮しつつ、状態像に応じた有効活用の方法を検証していく視点が重要である。

i. 運動療法

運動はうつ症状に中程度の効果があるとする報告がある (Radovic et al, 2017; Schuch et al, 2016a; Rebar et al, 2015; Wegner et al, 2014; Cooney 2013; Kvam et al, 2017; Silveira et al, 2013; Rethorst et al, 2009; Daley, 2008; Harris et al, 2006). 運動の種類や強度、頻度、持続期間などについては研究間の異質性が高く、一定の見解は得られていない。強度が中等度以上の有酸素運動を一定期間続けることが臨床的なうつ症状の改善に効果があるとする報告 (Schuch et al, 2016c; Stanton et al, 2014) や、短期間 (数週間) のウォーキングやヨガがうつ症状を改善させるという報告がある (Knubben et al, 2007; Cramer et al, 2013). また、抗うつ薬の内服によって寛解に至っていない患者に対する中等度 (週 210 分程度のウォーキング) の運動が寛解率を高め、特に男性でその傾向が高いとの報告がある (Trivedi et al, 2011). 気功や太極拳は臨床的なうつ症状を改善させるとともに、主観的な幸福感や自尊心の向上に効果があるとする報告 (Liu et al, 2015; Wang et al, 2010), リラクセーションが主観的なうつ症状を改善させるとする報告 (Jorm et al, 2008) など、臨床的なうつ症状以外への効果が報告されている。

うつ病に対する運動の長期的な効果は小さいとされている (Cooney et al, 2013). しかし、運動を継続して行くと再発率を低下させるという報告 (Babyak et al, 2000) がある。また、一般成人を対象としたコホート研究では、低レベルの身体活動を週 1 時間程度行うことで将来のうつ病の発症を 12% 軽減させるという報告があり (Harvey et al, 2017), 運動によるうつ病の予防的な効果が期待される。なお、運動プログラムは専門家の指導のもとで行った場合にうつ症状の改善が促進され、プログラムからの脱落率が低下するとの報告がある (Stubbs et al, 2016a)。

児童・思春期のうつ症状に対しては、運動は症状の軽減と関連するが効果は小さいとされている (Korczak et al. 2017; Carter et al. 2016; Larun et al, 2006). 一方で過体重や肥満のグループでは運動がうつ症状を軽減させるとの報告がある (Brown et al. 2013)。

60 歳以上のうつ病患者に対しては、運動による抗うつ効果は大きいとされ (Schuch et al, 2016a; Rhyner et al, 2016; Brenes et al, 2007 Mather et al, 2002), 有酸素運動とそうでない運動の組み合わせや、集団ベースでの実施 (Schuch et al, 2016a), 個々の能力に合わせた運動処方などが推奨されている (Bridle et al, 2012). ただし高齢患者に対しては、身体的、認知的障害に対する注意が必要とされている (Pinquart et al, 2007)。

運動はうつ症状に対する効果のみならず、QOL を向上させる効果 (Schuch et al, 2016b) や、認知機能改善への効果 (Brondino et al, 2017; Hoffman et al, 2008; Krogh et al, 2009) が検討されている。運動の有効性を示す報告は多いが、一方では抑うつに対する効果があるとは証明できないとする指摘もあり、今後さらに質の高い研究が求められる (Stubbs et al, 2016b; Lawlor et al. 2001)。

ii. 心理社会的プログラム

1. 心理教育 (Psychoeducation)

心理教育とは患者や家族の心理面に配慮した教育的アプローチであり、対象者に疾病に対する適切な知識を提供し、対処方法を学習してもらうものである (Anderson, 1980; Hogarty et al, 1986a,

1986b)．うつ病の症状回復と再発予防を促進するためには、患者のアドヒアランスが必要であるため、早期から心理教育の導入が検討されやすい (Tanaka et al, 2015)．心理教育では病状や治療に関する説明を行うが、単なる情報提供ではなく、患者と家族に十分な治療的配慮をすることによって患者のレジリアンスを引き出すことが重要視される．

うつ病の予防プログラム (Control your depression coping with depression course; CWD) を早期から実施することで、疾病の理解と行動の変容、問題解決能力の獲得が図られること (Lewinsohn, 1990)．CWD の実施によって抑うつ症状の改善率が増すこと (Dalgard, 2004) が報告されている．心理教育は導入時期や実施方法も重要であり (Garber, 2009)．入院早期の作業療法において、小集団の心理教育に参加したグループでは、参加しなかったグループより退院時の気分状態が安定することが報告されている (Tanaka et al, 2015)．心理教育の開始時期や頻度、実施形態 (個人または集団) などについては、対象患者の適正とあわせて今後も詳細な検討が必要と思われる．

2. 認知行動療法

うつ病治療における CBT の効果については、重度のうつ病患者では軽度の患者よりも低いことが報告されている (Elkin et al, 1989; Thase et al, 1991)．しかし、外来患者を対象とした多くの研究レビューでは、より重度のうつ病患者に対する CBT の効果は、薬物療法の効果と同程度であることが報告されている (DeRubeis et al, 1999)．また、薬物療法に CBT を併用することでうつ病患者に対する治療効果が有意に向上することが報告されている (Fava et al, 1998b; Keller et al, 2000; Thase et al, 1997)．重度または反復性うつ病の患者に対しては、標準的な CBT を修正した手法がいくつか推奨されており (Fava et al, 1998a; Thase et al, 1994; Wright, 2003)．入院患者においても包括的治療プロトコルが開発されている (Thase et al, 1991; Wright et al, 1993)．国内で行われた ECAM study では薬物抵抗性のうつ病患者に対する CBT は有意にうつ症状を改善させ、12 ヶ月間効果が持続したとされている (Nakagawa et al, 2017)．

認知療法についての教材・資材は様々なものが入手可能であるが、一例として、一般社団法人認知行動療法研究開発センターより、認知行動療法活用サイト「こころのスキルアップ・トレーニング」<<http://www.cbtjp.net/>> (大野, 2009) が公開されている (Nakao et al, 2018)．認知行動療法に関する多くの教材やツールが提供されており、先に述べた心理教育で利用できるものも多数含まれている．

3. 対人関係・社会リズム療法

対人関係・社会リズム療法とは、今現在の対人関係の問題を役割関係などに焦点を当て、対人関係ストレスを減らしていく「対人関係療法」(Klerman, 1984)に、概日リズムモデル (Ehlers, 1988) を基盤とし、社会リズムを整えていく「社会リズム療法」を組み合わせたものである．

うつ病に対する対人関係療法の有効性を支持するメタ解析は多い (Cuijpers, 2016; Clarke, 2015; Kriston, 2014; Cuijpers, 2011a; Cuijpers, 2011b)．軽症から中等症のうつ病ではその効果は薬物療法と同等とする報告や (Cuijpers, 2011a)．薬物療法を対人関係療法と併用することで慢性化したうつ病にも有効との報告がある (Kriston, 2014)．近年、急性期のうつ病の治療法としての効果や (Cuijpers, 2016) 再発予防効果 (Clarke, 2015) も確認されている．一方で、認知行動療法のほうが効果的であるとの報告や (Kriston, 2014)．薬物療法と併用しても特に効果的とは言えないとい

う報告もある (Thase, 1997)。

対人関係・社会リズム療法の効果についてのメタ解析はないが、双極Ⅰ型障害の再発を予防し (Frank, 2005)、双極Ⅱ型障害のうつ状態と対人関係機能を改善させるとの報告がある (Miklowitz, 2007a; Miklowitz, 2007b)。また、双極Ⅱ型障害では、うつ症状、躁症状とともに改善させ、その効果はクエチアピンと同等としている報告もある (Swartz, 2012)。近年では、電話による対人関係・社会リズム療法が通常治療と比較して寛解率を改善させるとの報告もある (Corruble, 2016)。

作業療法の実施では（うつ病に限らず）患者の生活リズムを整えていくことを目的とする機会が多い。うつ病患者の場合には、定期的に作業療法に参加（通院）してもらい、生活記録を振り返るなかで気分状態の変化を確認し、安定化に向けて社会リズムを整える役割を担う。また、生活を振り返る面接では、家族や友人、職場の同僚や上司との対人関係にまつわる悩みが聞かれることも多く、対人関係が生活に及ぼす影響を検討すると共に、作業療法のなかで適応的な対人交流スキルを練習していく。このように、対人関係・社会リズム療法の視点は、作業療法の実践においても必要不可欠な視点である。

4. 行動活性化療法

行動活性化療法とは、患者にとって抗うつ効果のある活動を同定し、それを日常生活の中で計画的、習慣的に実施していこうとするもので (Martell et al, 坂井ら, 2013)、セルフモニタリングやストレス対処技能の練習、作業活動を通じた成功体験や気分転換、気分安定に向けた役割行動の習慣化や生活の構造化など、作業療法との共通点が多い。

うつ病に対する活動のスケジューリングが対照群と比較してうつ症状を有意に軽減させ、その効果は CBT と同等であるとのメタ解析や (Cuijpers et al, 2007)、行動活性化療法が対照群や薬物療法実施群よりもうつ症状を改善させるとのメタ解析がある (Ekers et al, 2014)。また、中等症から重症のうつ病患者に対するグループベースでの行動活性化療法が、通常治療よりもうつ症状と不安症状を軽減させるとの報告がある (Chan et al, 2017)。治療後 2 ヶ月から 6 ヶ月間の効果の持続が報告されているが (Cuijpers 2007)、多くの研究がウェイトリングリストを対照群として設定しているため検討が難しく、長期的な効果については確認されていない。

5. マインドフルネス

うつ病を対象としたマインドフルネス・ストレス低減法 (Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR) と認知療法を併合したマインドフルネス認知療法 (Mindfulness Based Cognitive Therapy: MBCT) の研究では、MBCT 終了後の 60 週間の追跡調査において、3 回以上の再発を経験した患者群で有意な効果を認めている (Teasdale et al, 2000)。その後も再発予防に関して多くの研究報告が行われ (Finucane et al, 2006; Kingston et al, 2007; Segal et al, 2010; Eisendrath et al, 2015)、うつ病患者に対する MBCT の再発予防効果が確認されている (Segal et al, 2016)。現在では薬物療法を対照とする積極的な研究がなされている。

作業療法への応用については、感情調節が困難な患者に対するマインドフルネスを取り入れた作業療法の治療効果が報告されている (織田ら, 2015, 2016)。

6. 認知リハビリテーション

うつ病においても認知機能の障害が存在することが明らかとなり (Hammar et al, 2009; Naismith et al, 2010), 認知リハビリテーション (認知リハ) が重視されている。認知リハのプログラムとして NEAR (neuropsychological educational approach to cognition remediation) が紹介され (Medalia et al, 中込ら 訳, 2008; Medalia, 2013, 2014, 2017), 国内でも一定の効果が確認されている (Ikezawa et al, 2011)。うつ病患者を対象とした NEAR と通常治療のランダム化比較試験では, NEAR 実施群の言語記憶 (Naismith et al, 2010, 2011) と作動記憶 (Lee et al, 2013) の有意な改善が報告されている。その他にも, 認知リハによってうつ病患者の注意機能, 作動記憶, 全般的機能, 症状の重症度, 生活機能が向上するというメタ解析の報告 (Motter et al, 2016) や, 認知リハが抑うつ症状を改善させるとする報告 (Calkins et al, 2015), 反芻思考を減少させるという報告 (Siegle et al, 2014) などがある。一方では, 認知リハはうつ病スコアに影響しないという報告 (Elgamal et al, 2007) や, 遂行機能と言語記憶には影響しないという報告 (Motter et al, 2016) もみられる。高齢患者では効果が少ないとする報告 (Motter et al. 2016) や, 視覚的・聴覚的記憶が改善するとの報告もある (Naismith et al. 2011)。

認知リハの有効性が報告される一方で, 患者の社会機能の向上には社会認知や動機付けなどが必要とされ, 社会認知に焦点を当てた対人関係のトレーニングプログラムである SCIT (Social cognition and interaction training) (David et al, 中込ら 訳, 2011) が開発され, 認知バイアスの修正を図るメタ認知トレーニング MCT (Metacognitive training) (Moritz et al, 2007; 石垣, 2012) とともに注目されている。うつ病に対する認知バイアスの修正や社会機能の改善効果については, 今後, 多くの研究を通して検証される必要がある。

作業療法では, うつ病患者の作業場面や集団場面で認知機能の障害が気づかれることが多く, プログラムに NEAR や SCIT, MCT が取り入れられ始めている。認知の偏りや出来事の一面的な捉え方など, 認知リハでの気づきや学びを作業療法や日常生活のなかで活用し, 練習していく視点が重要である。うつ病の作業療法における認知リハの活用は, 今後ますます重要性が増すと思われる。

iii. 復職・就労支援

職場調整や働き方の指導など, 復職に焦点をあてたプログラムは, 通常治療と比べてうつ病患者の休職期間を減少させるというメタ解析がある (Nieuwenhuijsen et al. 2014)。また, 仕事の負荷量と本人の非効率的な対処の関連について理解を深めるような個別セッションと, 他者と情報共有するグループセッションを組み合わせた復職指向的な作業療法を通常治療に加えると, 通常治療のみの場合よりも休職期間を減少させ, 長期的なうつ症状が改善されと報告がある (Hees et al. 2013; Schene et al. 2007)。また, オンラインや電話での認知行動療法が通常ケアよりも休職期間を減少させ (Bee et al. 2010; Hollinhurst et al. 2010; McCrone et al. 2004), 職場や主治医との連携が職業能力を向上させるとする報告もあり (Lerner D et al. 2012), これらを組み入れたプログラムが, うつ病の復職支援に対して効果的である可能性がある。また, 個別就労支援 (Individual Placement and Support: IPS) と薬物療法, 他のサービスとの組み合わせが通常治療と比較して就労割合を向上させ, 精神健康度と QOL を向上させるという報告がある (Drake et al. 2013)。一方で, 産業医との連携や復職時に段階的に負荷を上げていくような職場調整が, 通常治療と比較して復

職までの期間やうつ症状に差がないとする報告（Noordik et al. 2013; Vlasreld et al. 2013）や、不安障害と気分障害患者向けに修正された個別就労支援（IPS-MA）は、通常サービスとの差はないという報告（Hellström et al. 2017）がある。

国内では、精神科作業療法を取り入れた復職支援はうつ病患者の認知機能と復職準備性を向上させるとの報告があるが、対照群を設定しての検討はされていない（吉原, 2018）。就労している女性を対象とした研究では、うつ病群は健常群より高いストレスを感じ、さらにストレスは家事労働よりも賃金労働において有意に高く、うつ病女性の復職支援では業務の量的負荷量を減らす必要性が指摘されている（星野, 2014）。対象患者の年齢や性別の違い、就労経験の有無なども重要な変数であり、復職・就労支援の効果検証には、さらなる研究の蓄積が必要である。

まとめ

i. 推奨される基本的介入

うつ病の作業療法では、急性期には簡単な身体運動や構成的作業を利用し、無理のない範囲での早期離床を促すとともに、薬物療法の効果や有害作用をモニタリングする。また、早期から本人および家族に対する心理教育を実施し、病気と薬物療法、治療と再発予防に対する理解を深めてもらう。回復期には集団の場合、作業課題への取り組み、他患者との交流を通して、ものごとの捉え方や考え方、力の抜き方や休息の取り方などを練習する。退院時には生活場面での息抜きや気分転換の方法、一日の過ごし方を検討し、個々に作成した再発防止プランを、本人、家族、支援者間で共有する。対人関係・社会リズム療法、行動活性化療法の視点は、回復期以降の作業療法介入に積極的に取り入れるべきである。

ii. 推奨される介入

認知療法・認知行動療法は薬物療法と併用することによって治療効果が有意に向上することが知られており、作業療法における認知療法・認知行動療法の理論や手法の活用が奨励される。うつ病に対する認知リハは、認知機能とうつ症状の改善に一定の効果が認められ、推奨される治療プログラムである。作業療法で就労に必要なスキルを評価し、課題遂行やコミュニケーションスキルを練習する復職・就労準備支援を実施することによって、うつ症状の改善と職場適応が促進される可能性があり、作業療法による復職・就労準備支援が奨励される。うつ病に対する運動療法の効果については有効性を示す報告が多く、適度な運動によるリラクセーション効果、主観的なうつ症状を改善させる効果、再発を予防する効果が期待される。なお、運動の種類や強度、頻度、持続期間などについては個別性を考慮する必要がある。

iii. 必要に応じて選択される介入

マインドフルネスを応用した作業療法は、感情調節が困難な患者に対する治療法として有効性が期待される。また、ECTの施行期間中に個別作業療法を併用することで体験の連続性が保たれ、記憶力低下にともなう不安を軽減させ、患者の主観的な気分状態を改善させる可能性がある。

資料 うつ病の作業療法に利用可能な評価尺度

うつ病・うつ症状尺度

■ QIDS-J(簡易抑うつ症状尺度; Quick Inventory of Depressive Symptomatology)

DSM-IV の大うつ病性障害の診断基準に対応する 16 項目の自己評価尺度 (Rush et al, 2003) で、日本語版は 2010 年に開発された (藤澤ら, 2010)。うつ病の重症度を、睡眠、食欲/体重、精神運動、その他 6 項目の合計点 (0-27) で評価する。0-5 が正常、6-10 が軽度、11-15 が中等度、16-20 が重度、21-27 が極めて重度と判定される。QIDS-SR (自己記入式簡易抑うつ症状尺度) として社団法人日本精神科評価尺度研究会から発行されている他、認知行動療法活用サイト「こころのスキルアップ・トレーニング」では、うつ度チェックとして自動計算できるサイトが公開されている <<https://www.cbtjp.net/qidsj/>>。

■ SDS(うつ性自己評価尺度; Self-rating Depression Scale)

20 項目の質問からなる自記式尺度 (Zung, 1965) で、得点は 1-4 の 4 件法で評価され、素点の合計は 80 が最大である。0-49 が正常、50-59 が軽度のうつ状態、60-69 が中等-高度のうつ状態、70 以上は極度のうつ状態とされる。日本語版 SDS (福田ら, 1983) は三京房から出版されている。

■ CES-D(うつ病[抑うつ状態]自己評価尺度; The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

一般人におけるうつ病の発見を目的とし米国国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health: NIMH) により開発された評価尺度で、地域住民を対象とした調査で使用される。20 項目の質問で構成され、過去 1 週間に症状のあった日数を、ない、1-2 日、3-4 日、5 日以上という 4 段階で評価する。0-60 点の間で抑うつ程度を評価し、得点が高いほど抑うつ傾向が強く、16 点以上の場合にはうつ病である可能性が高いとされる (Radloff, 1997)。日本語版 CES-D (島ら, 1985) は千葉テストセンターから発行されている。

■ BDI(ベック抑うつ質問票; Beck Depression Inventory-Second Edition)

1961 年に開発され (Beck, 1961)、その後 DSM-IV の診断基準に沿って改変された。現在は BDI-II が用いられている。BDI-II は自記式尺度で、過去 2 週間の状態を 21 項目の質問によって評価する。得点は 0-3 の 4 件法で評価され、満点は 63 点である。0-13 が極軽度、14-19 が軽度、20-28 が中等度、29-63 が重度のうつ状態とされる。日本語版 BDI-II (Beck et al, 小嶋ら 訳, 2003) は日本文化科学社から発行されている。

■ HAMD(ハミルトンうつ病評価尺度; Hamilton Depression Scale)

うつ病の臨床症状を総合的に把握し、重症度を評価する尺度として用いられる (Hamilton, 1960)。17 項目版と 21 項目版があり、通常は 17 項目版が用いられる。各項目の重症度は 0-2 の 3 件法か 0-4 の 4 件法で、構造化面接によって評価するため、使用にあたっては事前の演習が必要とされる。17 項目版では 23 点以上は最重症、19-22 は重症、14-18 は中等症、8-13 は軽症うつ病とされ、7 以下を正常範囲とする。HAMD は多くの臨床研究で用いられているが、改変版も複数あるため、

解説書（稲田ら, 2014）が出版されている。

認知機能

■ BACS(統合失調症認知機能評価尺度; Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia)

言語性記憶, 作動記憶, 運動機能, 言語流暢性, 注意と処理速度, 遂行機能を測定する神経心理学的検査で構成され, 各検査の z-score を評価する (Keef et al, 2004; Kaneda et al, 2007). z-score は健常者の母平均を 0 とする標準スコアで, 障害度の目安は $-0.5 \leq <-1.0$ で軽度障害, $-1.0 \leq <-1.5$ で中等度障害, $-1.5 \leq$ で重度障害とされ, うつ病患者への適用が認められている. NeuroCog Trials <<https://www.neurocogtrials.com/>> より入手でき, 日本語版は 2008 年に作成され標準化されている (兼田ら, 2008, 2013).

■ SCoRS(統合失調症認知評価尺度; Schizophrenia Cognition Rating Scale)

患者の日常生活機能と直接関連する主観的な認知機能障害の程度を面接に基づいて評価する尺度で, 患者用, 介護者用および評価者用の 3 部で構成される. 記憶, 学習, 注意, ワーキングメモリ, 問題解決, 処理/運動速度, 社会認知および言語の 8 領域を評価する 20 項目と全般評価からなり, 20 項目はそれぞれ, なし-1, 軽度-2, 中等度-3, 重度-4 の 4 段階で評価される. BACS とともに NeuroCog Trials <<https://www.neurocogtrials.com/>> より入手できる. 日本語版は 2010 年に作成されている (兼田ら, 2010).

*註) BACS と SCoRS の日本語版に関する問い合わせ先: 兼田康宏 (kaneday-tsh@umin.ac.jp)

回復状態

■ SMSF(気分と疲労のチェックリスト; Inventory Scale for Mood and Sense of Fatigue)

患者の気分状態, 疲労感, 回復感を自己評価する尺度で, 13 項目の Visual Analogue Scale (VAS) を用いて主観的体験の強さを 0-100 のスコアとして評価する. 早期作業療法の介入時に利用可能な尺度として開発され, 信頼性・妥当性が検証されている (小林ら, 2011, 2014; 島田ら, 2012). 短時間 (5 分程度) で実施でき, 繰り返し利用することで状態像の変化 (回復状態) を患者と共有しやすい. 現在では障害の種別を問わず, 急性期から地域生活支援まで幅広く使用されている (平澤ら, 2011; 河埜ら, 2011, 2015; Tanaka et al, 2015).

■ ISDA(入院生活チェックリスト; Inventory Scale of Daily Activities for Sub-acute In-patients)

患者の入院生活の状況を確認するための質問紙で, SMSF と同様に早期作業療法の介入時に利用する尺度として開発された (福島ら, 2011). 睡眠 3 項目, 食事 3 項目, 整容 2 項目, 現実感 3 項目, 作業遂行 8 項目について主観的体験の強さを 0-100 で評価する VAS と, 行動範囲, 関わりをもつ人, 空き時間の過ごし方を答える選択項目, 気になっている・気がかりなことを記載する自由記載欄から構成され, 障害の種別を問わず利用でき, 信頼性と妥当性が確認されている.

*註) SMSF と ISDA は, 「生活を支援する 精神障害作業療法 (第 2 版) 急性期から地域実践まで」の補足情報として医歯薬出版 (2014) より web 公開されている.

< <https://www.ishiyaku.co.jp/corrigenda/details.aspx?bookcode=219330>>

手段的日常生活動作

■ FAI(Frenchay Activities Index 自己評価表)

脳卒中患者が地域生活するためのより高次の機能を評価するために開発された尺度で (Holbrook et al, 1983), 日本語版は 1995 年に作成されている (白土ら, 1995; 末永ら, 2000). 評価項目は 15 の活動から構成され, 3 ヶ月または 6 ヶ月間の活動頻度を 0-3 の 4 件法で測定し合計点 (0-45) を評価する. 評価する活動は食事の用意, 買い物, 趣味などの生活行為であり, 高齢者のライフスタイル評価にも適用され, うつ病患者の生活評価として有用であることが確認されている (杉村ら, 2015).

社会適応度

■ SASS(自記式社会適応度評価尺度; Social Adaptation Self-evaluation Scale)

うつ病患者の抑うつ状態と社会機能の回復程度を評価する尺度として開発され (Bosc et al, 1997), 日本語版 (SASS-J) は 2005 年に開発された. 尺度は対人関係, 興味と好奇心, 自己認識の 3 因子から構成され, 20 項目の質問に 0-3 点の 4 件法で回答し, 合計点が高いほど社会適応が良好とされる. 産業医学・就労準備支援で用いられることが多く, 一般平均は 36 点で, 就労群と非就労群のカットオフは 25 点/26 点とされている (後藤ら, 2005). SASS-J は三京房から出版されている.

職業関連

■ PRRS(復職準備性評価シート; Psychiatric Rework Readiness Scale)

一般社団法人日本うつ病リワーク協会が開発した評価シートで, 信頼性・妥当性が検証されている (酒井ら, 2012). うつ病休職者の基本的な生活状況, 症状, 基本的社会性, サポート状況, 職場との関係, 作業能力・業務関連, 準備状況, 健康管理の状態を 4 件法 (1-4) で回答させ, 平均点が高いほど職場復帰準備性が高く, 全項目の平均が 2.0 点以上でリワーク活動の開始, 3.0 点以上が復職申請の目安とされる. 日本うつ病リワーク協会のホームページ <<http://utsu-rework.org/info/tool.html>> には PRRS の他にもリワークマニュアル「治療スタッフ用」「産業保健スタッフ用」, 基本性格判定プログラム等, 多数の資料が掲載されており, 許可を得て使用することができる.

*註) 資料等に関する問い合わせ先: NTT 東日本関東病院 秋山 剛 <akiyama@east.ntt.co.jp>

■ GATB(厚生労働省編一般職業適性検査; General Aptitude Test Battery)

一般社団法人雇用問題研究会から発行されている能力検査で, 9 つの適性能 (知的能力, 言語能力, 数理能力, 書記的知覚, 空間判断力, 形態知覚, 運動共応, 指先の器用さ, 手腕の器用さ) を測定する. アメリカ合衆国労働省が 1930 年代に開発し, 日本版は 1952 年に作成された. 以降, 改訂を重ね使用され続けている. 適職領域の探索など, 進路相談の資料として活用されており, 作業療法における就労・復職支援の資料として活用することができる.

■ VPI(職業興味検査; Vocational Preference Inventory)

アメリカで開発された VPI (Holland, 1997) の日本版で, 独立行政法人労働政策研究・研修機構が作成した. 6 つの興味領域尺度 (現実的, 研究的, 芸術的, 社会的, 企業的, 慣習的) と, 5 つの

傾向尺度（自己統制，男性-女性，地位志向，稀有反応，黙従反応）がプロフィールで表示できる．職業興味探索等，進路相談の資料として活用されており，作業療法における就労・復職支援の資料として活用することができる．VPI は日本文化科学社から発行されている．

謝辞

本ガイドラインは 平成 28 年度日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合開発事業（精神分野 4 精神疾患の標準的治療ガイドラインの策定に関する研究 「うつ病性障害における包括的治療ガイドラインの標準化および普及に関する研究」），日本作業療法士協会，日本うつ病学会の支援を受けて作成された。

文献

- 阿部哲敬：実践報告 3：うつ病の作業療法，心理教育の視点から．OT ジャーナル 43（9）：1017-1021，2009
- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ: Family treatment of adult schizophrenic patients : a psycho-educational approach. Schizophr Bull 6: 490-505, 1980
- 蟻塚亮二，石田 悟：うつ病のリハビリテーションを捉えなおす．OT ジャーナル 43（9）：992-997，2009
- Babyak M, Blumenthal JA, Herman S: Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosom Med 62: 633-638, 2000
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al : An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry 4: 53-63, 1961
- Beck AT, Steer RA, Brown GK（小嶋雅代，古川壽亮訳著）：日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票手引. 日本文化科学社, 2003
- Bee PE, Bower P, Gilbody S, et al: Improving health and productivity of depressed workers : a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. Gen Hosp Psychiatry 32: 337-340, 2010
- Bosc M, Dubini A, Polin V: Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol 7: 57-70, 1997
- Brenes GA, Williamson JD, Messier SP, et al: Treatment of minor depression in older adults : a pilot study comparing sertraline and exercise. Aging Ment Health 11: 61-68, 2007
- Bridle C, Spanjers K, Patel S, et al: Effect of exercise on depression severity in older people : systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 201: 180-185, 2012
- Brondino N, Rocchetti M, Fusar-Poli L, et al: A systematic review of cognitive effects of exercise in depression. Acta Psychiatr Scand 135: 285-295, 2017
- Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, et al: Physical activity interventions and depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Sports Med 43: 195-206, 2013
- Calkins AW, McMorran KE, Siegle GJ, et al: The effects of computerized cognitive control training on community adults with depressed mood. Behav Cogn Psychother 43: 578-589, 2015
- Carter T, Morres ID, Meade O, et al: The effect of exercise on depressive symptoms in adolescents: A systematic review and meta-analysis. J am Acad Child Adolesc Psychiatry 55: 580-590, 2016
- Chan ATY, Sun GYY, Tam WWS et al: The effectiveness of group-based behavioral activation in the treatment of depression: an updated meta-analysis of randomized controlled trial. J Affect Disord 208: 345-354, 2017
- Clarke K, May-Wilson E, Kenny J, et al: Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev 39: 58-70, 2015
- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al: Exercise for depression. Cochrane Databases Syst Rev 12:

CD004366, 2013

- Corruble E, Swartz HA, Bottai T, et al: Telephone-administered psychotherapy in combination with antidepressant medication for the acute treatment of major depressive disorder. *J Affect Disord* 190: 6-11, 2016
- Cramer H, Lauche R, Langhorst J, et al: Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 30: 1068-1083, 2013
- Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, et al: Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 173: 680-687, 2016
- Cuijpers P, Andersson G, Donker T, et al: Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* 65: 354-364, 2011a
- Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al: Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 168: 581-592, 2011b
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L: Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27: 318-326, 2007
- Daley A: Exercise and depression: a review of reviews. *J Clin Psychol Med Settings* 15: 140-147, 2008
- Dalgard OS: An educational programme for coping with depression: a randomized controlled trial. *Tidsskr Nor Laegeforen* 124: 3043-3046, 2004
- David LR, David LP, Dennis RC (中込和幸・監訳): 社会認知ならびに対人関係のトレーニング (SCIT) 治療マニュアル. 星和書店, 2011
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, et al: Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 156: 1007-1013, 1999
- Drake RE, Frey W, Bond GR, et al: Assisting social security disability insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry* 170: 1433-1441, 2013
- Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ: Social zeitgebers and biological rhythms. A unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 45: 948-952, 1988
- Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi K, et al: A Preliminary Study: Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy versus Sertraline as First-line Treatments for Major Depressive Disorder. *Mindfulness (NY)* 6: 475-482, 2015
- Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al: Behavioral activation for depression: an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS One* 17: e100100, 2014
- Elgamal S, McKinnon MC, Ramakrishnan K, et al: Successful computer-assisted cognitive remediation therapy in patients with unipolar depression: a proof of principle study. *Psychol Med* 37: 1229-1238, 2007
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46: 971-982, 1989

- Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, et al: Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med* 28: 475-480, 1998a
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 55: 816-820, 1998b
- Finucane A, Mercer SW: An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* 6: 1-14, 2006
- Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al: Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 62: 996-1004, 2005
- 藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸, 他: 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度(日本語版 QIDS-SR)の開発. *ストレス科学* 25 : 43-52, 2010
- 福田一彦, 小林重雄: 日本語版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度 Self-rating Depression Scale 使用手引き. 三京房, 1983
- 福島佐千恵, 小林正義, 村田早苗, 他: 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
- Garber J, Clarke GN, Weersing VR, et al: Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 301: 2215-2224, 2009
- 後藤牧子, 上田展久, 吉村玲児, 他: Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) 日本語版の信頼性および妥当性. *精神医学* 47: : 483-489, 2005
- Hamilton M : A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62, 1960
- Hammar A, Ardal G: Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in Human Neurosci* 25: 1-7, 2009
- Harris AH, Cronkite R, Moos R: Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *J Affect Disord* 93: 79-85, 2006
- Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, et al: Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry* 175: 28-36, 2017
- 早坂友成: 気分障害と社会生活を見据えた作業療法. *OT ジャーナル* 51 (11) : 1086-1091, 2017
- Hees HL, de Vries G, Koeter MW, et al: Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 70: 252-260, 2013
- Hellström L, Bech P, Hjorthøj C, et al: Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occup Environ Med* 74: 717-725, 2017
- 平澤 勉, 野際陽子: デイケア終了後の復職を予測するものは何か?-うつ病復職デイケア開始後 5 週目までの気分および疲労感の特徴に着目して-. *作業療法* 30 : 707-716, 2011
- 平澤 勉, 野際陽子: 入院うつ病患者に対する作業療法の効果-気分や不快な思考の改善と満足度との関係-. *作業療法* 32 : 536-546, 2013

- Hoffman BM, Blumenthal JA, Babyak MA, et al: Exercise fails to improve neurocognition in depressed middle-aged and older adults. *Med Sci Sport Exerc* 40: 1344-1352, 2008
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 43: 633-642, 1986a
- Hogarty GE, Anderson CM: Medication, family psychoeducation, and social skills training: first year relapse results of a controlled study. *Psychopharmacol Bull* 22: 860-862, 1986b
- Holbrook M, Skilbeck CE : An activities index for use with stroke patients. *Age and Aging* 12: 166-170, 1983
- Holland JL: Making vocational choices: a theory of vocational personalities and work environments (3rd ed.). Odessa, FL, US: Psychological Assessment Resources, 1997
- Hollinghurst S, Peters TJ, Kaur S, et al: Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive-behavioral therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 197: 297-304, 2010
- 星野藍子, 鈴木國文, 諏訪真美. うつ病女性の家事労働におけるストレス状況. *精神科治療学* 29 : 933-939, 2014
- 堀田英樹: うつ病に対する作業療法の考え方-精神症状・状態像の理解に基づいた臨床の展開. *OT ジャーナル* 42 (2) : 125-130, 2008
- Ikezawa S, Mogami T, Hayami T, et al: The pilot study of a Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation for patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Res* 28: 107-110, 2011
- Ikiugu MN, Nissen RM, Bellar C, et al: Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-analysis. *Am J Occup Ther* 71: 7105100020p1-715100020p10, 2017
- 稲田俊也, 佐藤康一, 山本暢朋, 他: HAMD を使いこなす-ハミルトンうつ病評価尺度(HAMD)の解説と利用の手引き. 星和書店, 2014
- 石垣琢磨: 統合失調症のメタ認知トレーニング (Metacognitive Training: MCT) 日本語版の作成. *精神医学* 54 : 939-947, 2012
- Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE: Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev*: CD007142, 2008
- Kaneda Y, Sumiyoshi T, Keefe R, et al: Brief assessment of cognition in schizophrenia: validation of the Japanese version. *Psychiatry Clin Neurosci* 61: 602-609, 2007
- 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 池澤 聡, 大森哲郎, 他: 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (BACS-J) 標準化の試み. *精神医学* 55 : 167-175, 2013
- 兼田康宏, 上岡義典, 住吉太幹, 他: 統合失調症認知評価尺度日本語版 (SCoRS-J). *精神医学* 52 : 1027-1030, 2010
- 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 他: 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (BACS-J). *精神医学* 50 : 913-917, 2008
- 河西 千秋: 自殺対策における一般救急医療従事者と精神科救急医療従事者との連携. *精神神経誌* 114(5): 572-576, 2012

- Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* Aug 1(3): 193-201, 2014
- 河埜康二郎, 大西亜由美, 福島佐千恵, 他: うつ病患者の作業療法導入に影響を及ぼす要因. *OT ジャーナル* 45 (5) : 448-452, 2011
- 河埜康二郎, 石原絵理, 田中佐千恵, 他: うつ病患者の再発予防に関連する因子の検討-作業療法の視点から. *作業療法* 34 : 437-446, 2015
- 香山明美: OT がうつ病に取り組む意義. *OT ジャーナル* 45 (5) : 427-434, 2011
- 香山明美: 気分障害. 香山明美, 他 (編): 生活を支援する精神障害作業療法-急性期から地域実践まで 第2版. 医歯薬出版, pp.260-269, 2014
- Keef RS, Goldberg TE, Harvey PD, et al: The brief assessment of cognition in schizophrenia: Reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr Res* 68: 283-297, 2004
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342: 1462-1470, 2000
- Kingston T, Dooley B, Bates A, et al: Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother* 80: 193-203, 2007
- Klerman GL, Weissman MW, Rounsaville BJ, et al (1984) (水島広子, 嶋田誠, 大野裕・訳): うつ病の対人関係療法. 岩崎学術出版社, 1997
- Knubben K, Reischies FM, Adli M, et al: A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 41: 29-33, 2007
- 小林正義, 島田岳, 福島佐千恵, 他: 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
- 小林正義: 精神保健領域の作業療法の課題-10年後への展望. *精神科治療学* 30: 239-242, 2015
- 小林正義: 回復状態の評価指標. 香山明美, 他 (編): 生活を支援する精神障害作業療法-急性期から地域実践まで 第2版. 医歯薬出版, pp.90-99, 2014
- Korczak DJ, Madigan S, Colasanto M: Children's physical activity and depression: A meta-analysis. *Pediatrics* 139: e20162266, 2017
- Kriston L, von Wolff A, Westphal A, et al: Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: a network meta-analysis. *Depress Anxiety* 31: 621-630, 2014
- Krogh J, Saltin B, Gluud C, et al: The DEMO trial: a randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of strength versus aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate depression. *J Clin Psychiatry* 70: 790-800, 2009
- 来栖慶一: 実践報告4: うつ病の作業療法-病院におけるうつ病患者の家族支援. *OT ジャーナル* 43 (9) : 1022-1025, 2009

- 来栖慶一：うつ病に対する作業療法の関わりと多職種チーム連携について．OT ジャーナル 45 (5) : 442-447, 2011
- Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, et al: Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. J Affect Disord 202: 67-86, 2017
- Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, et al: Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. Cochrane Database Syst Rev: CD004691, 2006
- Lawlor DA, Hopker SW: The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. BMJ 322: 763-767, 2001
- Lee RC, Redoblado-Hodge MA, Naismith SL, et al: Cognitive remediation improves memory and psychosocial functioning in first- episode psychiatric out-patients. Psychol Med 43: 1161-1173, 2013
- Lerner D, Adler D, Hermann RC, et al: Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. J Occup Environ Med 54: 128-135, 2012
- Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, et al: Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. Behavior Therapy 21: 385-401, 1990
- Liu X, Clark J, Siskind D, et al: A systematic review and meta-analysis of the effects of Qigong and Tai Chi for depressive symptoms. Complement Ther Med 23: 516-534, 2015
- 牧 賢美: 復職支援での作業療法-桜が丘病院での取り組み. OT ジャーナル 45 (5) : 435-441, 2011
- Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R (坂井誠, 大野裕・監訳): セラピストのための行動活性化ガイドブック 〈うつ病を治療する 10 の中核原則〉. 創元社, 2013
- Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, et al: Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomized controlled trial. Br J Psychiatry 180: 411-415, 2002
- McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, et al: Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in primary care: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 185: 55-62, 2004
- 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, 2008
- Medalia A: Cognitive remediation for psychotic and affective disorders. Can J Psychiatry 58: 309-310, 2013
- Medalia A, Opler LA: Integrating psychopharmacology and cognitive remediation to treat cognitive dysfunction in the psychotic disorders. Saperstein AM. CNS Spectr 19: 115-20, 2014
- Medalia A, Saperstein AM, Huang Y, et al: Cognitive Skills Training for Homeless Transition-Age Youth; Feasibility and Pilot Efficacy of a Community Based Randomized Controlled Trial. J Nerv Ment Dis 205: 859-866, 2017
- 宮崎宏興：うつ病の地域支援-就労支援を中心とした相談支援および日中活動の支援．OT ジャーナル 43 (9) : 1004-1008, 2009
- Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al: Intensive psychosocial intervention enhances functioning in

- patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 164: 1340-1347, 2007a
- Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al: Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Arch Gen Psychiatry* 64: 419-426, 2007b
 - 水島広子：臨床家のための対人関係療法入門ガイド．創元社，2009
 - 水島広子：対人関係療法でなおす双極性障害：躁うつ病への対人関係・社会リズム療法，創元社，2010
 - 森本珠代，長安正純：精神科病院での実践－クリニカルパスと作業療法．*OT ジャーナル* 43 (9) :998-1003, 2009
 - Moritz S, Woodward TS: Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion of Psychiatry* 20: 619-625, 2007
 - Motter JN, Pimontal MA, Rindskopf D, et al: Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord* 189: 184-191, 2016
 - Naismith SL, Diamond K, Carter PE, et al : Enhancing memory in late-life depression : the effects of a combined psychoeducation and cognitive training program. *Am J Geriatr Psychiatry* 19: 240-248, 2011
 - Naismith SL, Redoblado-Hodge MA, Lewis SJ, Scott EM, et al: Cognitive training in affective disorders improves memory: a preliminary study using the NEAR approach. *J Affect Disord* 121: 258-262, 2010
 - Nakagawa A, Mitsuda D, Sado M, et al. Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 78: 1126-1135, 2017
 - Nakao S, Nakagawa A, Oguchi Y, et al: Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Blended With Face-to-Face Sessions for Major Depression: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 20(9):e10743, 2018
 - Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, et al: Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*: CD006237, 2014
 - Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, et al: Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders : a cluster-randomised controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 39: 144-154, 2013
 - 納戸昌子：実践報告 1：うつ病の作業療法－うつ病の SST. *OT ジャーナル* 43 (9) : 1009-1012, 2009
 - 織田靖史，京極真，平尾一樹，他：近赤外光分析法を用いた前頭前野の酸化ヘモグロビン量の比較によるマインドフルネス作業療法の効果－マインドフルネス作業療法とマインドフルネス・スキルトレーニング，精神科作業療法の比較－．*日本臨床作業療法研究* 3 : 26-32, 2016
 - 織田靖史，京極真，西岡由江，宮崎洋一：感情調節困難患者へのマインドフルネス作業療法の効果検証 —シングルシステムデザインを用いて—．*精神科治療学* 30 : 1523-1531, 2015
 - 岡崎 渉：病院におけるうつ病の作業療法．*OT ジャーナル* 42 (2) : 131-137, 2008

- 岡崎 渉：気分障害の就労支援. OT ジャーナル 51 (11) : 1105-1111, 2017
- 大西あゆみ, 河埜康二郎, 福島佐千恵, 他：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
- 大野 裕 (監)：大野裕の認知行動療法活用サイト [こことレ] こころのスキルアップ・トレーニング (<http://www.cbtjp.net/>) 2009
- 大野 裕, 田中克俊：簡易型認知行動療法実践マニュアル. ストレスマネジメントネットワーク, 2017
- Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM: Effects of psychotherapy and other behavioral intervention on clinically depressed older adults : a meta-analysis. Aging Ment Health 11: 645-657, 2007
- Radloff LS: The CES-D scale, a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1: 385-401, 1997
- Radovic S, Gordon MS, Melvin GA, et al: Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis. J Peadiatr Child Health 53: 214-220, 2017
- Rebar AL, Stanton R, Geard D, et al: A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. Health Psychol Rev 9: 366-378, 2015
- Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM: The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. Sports Med 39: 491-511, 2009
- Rhyner KT, Watts A: Exercise and depressive symptoms in older adults: A systematic meta-analytic review. J Aging Phys Act 24: 234-246, 2016
- Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al: The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. Biol Psychiatry 54: 573-83, 2003
- 酒井佳永, 秋山 剛, 土屋政雄, 他：復職準備性評価シート(Psychiatric Rework Readiness Scale) の評価者間信頼性, 内的整合性, 予測妥当性の検討. 精神科治療学 27 : 655-667, 2012
- Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, et al: Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psychol Med 37: 351-362, 2007
- Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al: Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. Rev Bras Psiquiatr 38: 247-254, 2016a
- Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al: Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. Psychiatry Res 241: 47-54, 2016b
- Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, et al: Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. J Psychiatr Res 77: 42-51, 2016c
- Segal ZV, Bieling P, Young T, et al: Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 67: 1256-1264, 2010
- Segal ZV, Walsh KM: Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. Curr Opin Psychiatry 29: 7-12, 2016

- 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則 : 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27 : 717-723, 1985
- 島田 岳, 小林正義, 福島佐千恵, 他 : 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
- 白土瑞穂, 佐伯 寛, 蜂須賀研二 : 日本語版 Frenchay Activities Index 自己評価表およびその臨床応用と標準値. 総合リハ 27 : 469-474, 1995
- Siegle GJ, Price RB, Jones NP, et al: You gotta work at it: pupillary indices of task focus are prognostic for response to a neurocognitive intervention for rumination in depression. Clin Psychol Sci 2: 455-471, 2014
- Silveira H, Moraes H, Oliveira N, et al: Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychobiology 67: 61-68, 2013
- Stanton R, Reaburn P: Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. J Sci Med Sport 17: 177-182, 2014
- Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al: Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. J Affect Disord 190: 457-466, 2016a
- Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al: Challenges establishing the efficacy of exercise as an antidepressant treatment: A systematic review and meta-analysis of control group responses in exercise randomised controlled trials. Sports Med 46: 699-713, 2016b
- 末永英文, 宮永敬市, 千坂洋巳, 他 : 改訂版 Frenchay Activities Index 自己評価表の再現性と妥当性. 日本職業・災害医学会会誌 48 : 55-60, 2000
- 杉村直哉, 小林正義 : うつ病患者の社会適応状態と IADL・就労準備性との関連性. 作業療法 34 : 238-248, 2015
- Swartz HA, Frank E, Cheng Y: A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. Bipolar Disord 14: 211-216, 2012
- 田尻威雅 : うつ病専門病棟における作業療法. OT ジャーナル 51 (11) : 1092-1098, 2017
- 田尻威雅, 河津誠二, 乃美寛子 : 実践報告 2 : うつ病の作業療法—認知行動療法の立場から. OT ジャーナル 43 (9) : 1013-1016, 2009
- Tanaka S, Ishikawa R, Mochida A, et al: Effects of Early-Stage Group Psychoeducation Programme for Patients with Depression. Occup Ther Int. 22: 195-205, 2015
- 田中佐千恵, 岩井龍之介, 中野未来, 他 : うつ病患者に対する修正型電気けいれん療法 (mECT) 後の作業療法. OT ジャーナル 51 (11) : 1099-1104, 2017a
- 田中佐千恵, 石川絵理, 岩井龍之介, 他 : 慢性化したうつ病への精神科作業療法の実践. 臨床精神医学 46 (5) : 625-631, 2017b
- Teasdale JD, Segal ZV, William JM, et al: Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 68: 615-623, 2000
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Arch Gen Psychiatry 54: 1009-1015, 1997
- Thase ME, Howland R: Refractory depression: relevance of psychosocial factors and therapies.

Psychiatr Ann 24: 232-240, 1994

- Thase ME, Wright JH: Cognitive behavior therapy manual for depressed inpatients: a treatment protocol outline. Behav Ther 22: 579-595, 1991
- Trivedi MH, Greer TL, Church TS, et al: Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. J Clin Psychiatry 72: 677-684, 2011
- 上原 徹 : サイコエディケーションと家族への援助. こころの科学 97 : 72-78, 2001
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, et al: Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. Occup Environ Med 70: 223-230, 2013
- Wang C, Bannuru R, Ramel J, et al: Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. BMC Complement Altern Med 21: 10:23, 2010
- Wegner M, Helmich I, Machado S, et al: Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. CNS Neurol Disord Drug Targets 13: 1002-1014, 2014
- Wright JH, Beck AT, et al: Cognitive therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. Guilford, New York, 1993
- Wright JH: Cognitive-brhavior therapy for chronic depression. Psychiatr Ann 33: 777-784, 2003
- 山根 寛: 気分障害(躁うつ病)と作業療法. 精神障害と作業療法(新版). 三輪書店, pp.278-285, 2017
- 山根 寛: 疾患・障害特性に応じた作業療法. 精神障害と作業療法第2版. 三輪書店, pp.162-168, 2003
- 吉原絵理, 岩井龍之介, 田中佐千恵, 他 : 気分障害患者に対するリワークプログラムの有効性の検討. 作業療法 37 : 352-360, 2018
- Zung W: A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12: 63-70, 1965