

原著

通所リハビリテーションにおける軽症痴呆への作業療法 ～第2報～

西川 亜希¹⁾, 石元 美知子²⁾, 松長 宏泰²⁾

Occupational therapy for patients with mild dementia in rehabilitation by going to a day - care center ～ Report.2～

Aki Nishikawa¹⁾, Michiko Ishimoto²⁾, Hiroyasu Matsunaga²⁾

要 旨

通所リハビリテーションは居宅要介護者に対して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために行われる。第1報において当院物忘れ外来及びデイケアに通所する軽度～中等度痴呆性老人の痴呆度の評価及び家庭での日常生活活動（以下 ADL）の調査を行った。その結果軽度・中等度痴呆性老人は家庭での役割喪失や、人間関係障害による引きこもりから、更なる精神機能の低下をきたすことが示唆された。そのため OT は楽しみながら参加できる場の提供と介護者を含めた環境調整をしていく必要があることが考えられた。今回第2報として、約1年間の痴呆度と ADL について調査し比較した。その結果、痴呆度としての MMS は比較的保たれていたが、IADL に低下が認められた。この結果と一症例を通して OT アプローチについて考察したので報告する。

キーワード：痴呆性老人、作業療法、通所リハビリテーション

Abstract

Rehabilitation by going to a day - care center is done for resident care takers to recover and keep their mental / physical functions in good condition, and to help them become independent in daily life. In Vol.1 of the institute Bulletin, studied and reported on the evaluation of dementia grades made for outpatients of our hospital and users of day - care centers both with senile dementia grades varying from light to intermediate. Also, I researched their Activities in Daily Life (hereinafter called ADL) at home. As a result, it was indicated that elderly people with dementia grades from light to intermediate further deteriorate their mental functions, because they have no roles at home and withdraw from social life due to trouble in relations with other people. Therefore, I concluded that occupational therapy should offer occasions in which olderly people with de-

1) 内田脳神経外科

Uchida Neurosurgery Clinic

2) 高知リハビリテーション学院 作業療法学科

Department of Occupational Therapy, Kochi Rehabilitation Institute

mentia can participate with joy, and that we should design proper environments for them including care givers. This time, for Vol.2 of the Institute Bulletin, I researched and compared the dementia grades as well as ADL of today with those of 1 year ago. Here is my report on the study of OT approach through the results and cases.

Key words : elderly people with senile dementia, rehabilitation by going to a day - care center, occupational therapy

1. はじめに

痴呆の有病者数あるいは有病率は、加齢と共に増大しており治療からケアまで様々な取り組みがなされている。痴呆性老人の約70%は在宅で生活しているとの報告もあり、在宅以外で作業療法士が、痴呆患者をどうとらえ、どうアプローチしていくかを考えることは今後大切になってくる。通所リハビリテーションは、居宅要介護者に対して心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる。つまり体力の維持・改善、心理的活動性（意欲）、廃用症候群の予防、そして社会関係能力の改善を図ると共に介護者を介護から解放する。第1報において、当院物忘れ外来及びデイケアに通所する軽度～中等度痴呆性老人の痴呆度の評価及び家庭での日常生活活動（以下 ADL）の調査を行った。その結果軽度・中等度痴呆性老人は、家庭での役割喪失や人間関係障害による引きこもりから更なる精神機能の低下をきたすことが示唆された。その為作業療法士（以下 OT）は、楽しみながら参加できる場の提供と、介護者を含めた環境調整をしていく必要があることが考えられた。今回第2報として、約1年後の痴呆度と ADL について調査し比較した。その結果と症例を通して OT アプローチについて考察したので報告する。

2. 通所リハ概要

U 診療所通所リハでは利用者の社会性の獲得、運動・精神機能の維持、介護者の支援を目的に行われている。対象は脳梗塞、痴呆症、パーキンソン病を主な疾患とし、年齢は平均76.5±8.33歳、性別は男性28名、女性45名である。1日の平均利用者数は15

名で、1週間の利用回数は平均2回（月曜～土曜）である。内容は創作活動・体操・ゲーム・個別リハ、その他季節に合わせた行事や散歩を行っている（表1, 2）。

3. 作業療法

OT は利用者の身体状況、ADL 状況については

表1 週間スケジュール

	午 前	午 後
月	作業療法	作業療法
火	作業療法	書道クラブ
水	音楽療法	言語療法
木	作業療法	茶道クラブ
金	音楽療法	合奏クラブ
土	作業療法	作業療法

表2 週間スケジュール

	午 前	午 後
月	作業療法 体操・レクリエーション	作業療法 手工芸・工作
火	作業療法 体操・レクリエーション	書道クラブ
水	音楽療法 作業療法 手工芸・工作	言語療法
木	作業療法 体操・レクリエーション	茶道クラブ
金	音楽療法 作業療法 手工芸・工作	合奏クラブ
土	作業療法 体操・レクリエーション	作業療法 手工芸・工作

評価用紙，アンケート用紙を作成し評価する．その他，精神機能，介護負担度，家庭状況などについても評価を行う．そして利用者の仕事や，趣味などの生活歴を参考にし，残存能力を活用できるプログラムを考えたり，役割喪失に陥りがちな利用者が，集団の中で役割を果たし，周囲の人の役に立っているという自尊心を高めることが出来るようなプログラムを選択している．

4．調査方法

1) 対象：平成11年11月から平成12年11月までにU診療所通所リハ及び物忘れ外来を利用した痴呆患者で，再発，死亡者を除外した41名である．対象者の年齢は平均76.8±7.62歳．性別は，男性13名，女性28名，主な疾患名は脳血管性痴呆，パーキンソン病である．

2) 方法：前回同様痴呆度の評価は，金子による二段階評価法に従い，かなひろいテストとMini-Mental-State(以下MMS)を用いている．ADL評価にはActivities Of daily living-20(以下ADL-20)を用い，在宅での状況を介護者に記載してもらう．評価は平成11年11月と平成12年11月の2回行い比較した．ADL-20は施設入所者から在宅老年者一般までを対象として，全般的生活機能の障害を評価し，基本的ADL(Basic ADL 以下BADL)と手段的ADL(Instrumental ADL 以下IADL)と社会性に関わりの深いコミュニケーションADL(Communication ADL 以下CADL)の項目がある．ADL-20とMMSとの相関関係はスピアマン順位相関係数により検討し，統計的有意水準は危険率1%

及び5%未満とした．また，前回(平成11年)と今回(平成12年)のMMSとADL-20の差の検定は，Wilcoxon 符号順位検定により行い，統計的有意水準は1%未満とした．

5．結果

対象者のMMSは平均24±5点であり，24点以上の軽度痴呆患者は21名，23点から16点の中等度痴呆患者は16名，15点以下の重度痴呆患者は4名である．前回と比較すると，80%維持しており前回より低下したものは8名であった．MMSとADL-20の関係では，前回同様IADLと相関が認められた(表3)．ADL平均自立度は，BADL29±6点，IADL13±7点，CADL6±1点であり，前回の調査と比較するとBADL，IADL(p<0.01)に有意な低下が認められた(表4)．ADLについて変化の見られた項目として，BADLでは「立ち上がり」「階段昇降」「室内歩行」「屋外歩行」の項目において，自立から手すりや，杖，柱などを利用するなどの補助が必要となっており，「入浴」「整容」「口腔衛生」など7項目において，自立から浴槽の出入りに手すりや手助けが必要となった．または，口頭での促しや，洋服や歯ブラシを準備しなければ，着替えや歯磨きをしなくなったなどの介助が必要となった．またIADLでは，全般に低下があったが，特に「食事の準備」「熱

表3 ADL-20とMMSとの相関

	B-ADL	I-ADL	C-ADL
MMS	0.051	0.629**	0.452*

spearman の順位相関係数 (** p<0.01 * p<0.05)

表4 MMS・ADL-20の比較

	MMS	B-ADL	I-ADL	C-ADL
前回(H11)	23.6±5.5	30.2±4.0	15.1±5.2	5.8±6.0
今回(H12)	23.1±5.9	28.9±4.9	13.1±6.9	5.8±8.0

wilcoxon 符号付順位検定 * p<0.01

源」「買い物」の3項目において低下が認められた。食事の準備では、自立から調理や配膳、下膳すべて介助を要するようになり、熱源の取り扱いにおいても電気やガスをつけっぱなしで忘れることが頻回となり、家族の確認が必要となっている。そして、買い物においても、遠くのスーパーに行けていたが、道を間違い帰れない、お金の計算が出来ないなどの理由により付き添いが必要となっている。

6. 症例

氏 名：T・S 性 別：女性
生年月日：大正元年12月12日 年 齢：88歳
診 断 名：脳梗塞 アルツハイマー型痴呆
要介護度：2 難聴あり
家族構成：次女と2人暮らし。次女は仕事のため日中1人となる

通所リハ利用日：毎日（月～土）

MMS：16点 変化なし HDS-R：8点
BADL32→26点 IADL15→2点 CADL 6点変化なし。BADLでは「立ち上がり」「屋外歩行」「入浴」「整容」「口腔衛生」の項目において低下し、IADLでは「食事の準備」「熱源の取り扱い」「財産管理」「電話」「薬の管理」「買い物」の項目において、低下が認められた。CADLの項目では変化は見られなかった。家では夜間徘徊があり、行方不明となることがある。通所リハでは帰宅願望が時折非常に強くなり、落ち着きがなくなる。また昼夜逆転傾向があり、時折日中疲労が見られる。身体を動かすのが好きで面倒見がよい。記憶力障害重度。身体的には内反膝、反張膝があり痛み強く歩行不安定。OTアプローチとしては折り紙、塗り絵などの他に主婦の役割として持っていた家事動作の中のテーブル拭きや、食器洗いなど食事の準備をしてもらった。折り紙は職員の模倣により何とか可能であるが、複雑になってくると途中で投げ出し長続きしない。ぬりえでは、色の選択不可。また、顔、身体、手、足の区別不可。口頭指示するものの理解できず、実際に職員が少し塗ると理解する。色を変えるところを指示する必要がある。作業持続性はない。作業時は難

聴がある為、職員が間に入り、他利用者と会話が保てるようにする。家事動作では、自ら積極的にテーブル拭きや配膳、後片付け、食器洗いをしようとするが、まだ食事の終わっていない利用者の食器を片付けようとしたり、食器をきれいに洗わずに片付けようとする。その為職員が指摘すると怒り出す。家族からの情報では、家事は危ないからやらせたくない、二度手間になるという娘の思いや、症例の身体への気遣いから起こる家庭での役割喪失があった。

7. 考察

1) ADL と MMS との関係

今回の調査対象者は軽度痴呆患者21名、中等度痴呆16名、重度痴呆4名と比較的軽度から中等度の痴呆患者である。その結果MMSはほぼ維持できていたものの、ADL各項目でMMSとの相関関係が大きかったのはIADLに関する項目であった。藤本²⁾によれば、軽度痴呆患者は記憶障害が軽度であっても、実行能力（計画を立てる、順序立てるなど）の低下のため仕事や家事が思うようにはかどらない。その為家庭での役割を失い、それが人間関係を徐々に損ない、IADLの低下や更なる精神機能の低下につながると述べている。また金子³⁾によれば中等度痴呆においても社会生活では他人にあまり迷惑をかけていないが、実質的には家庭内の仕事もある程度支障をきたしている状態であるという。今回の調査でもIADL項目において全般的に低下しており一致する結果であった。

2) 症例

今回の調査結果では、MMSはほぼ維持できていたものの、IADLについては有意な低下を認めた。本症例においてもMMSは変化が見られなかったが、IADLでは著しい低下が認められた。更に介護者による症例の身体への気遣いなどにより、家庭での役割は減少していた。この症例に通所リハにおいて、食事の準備や後片付けなどを行ってもらうなど環境を整えた状況では、自分の役割として満足を感じることが出来ている。これは家庭ではなく、通所

リハの場が役割を持てる場に変化した為と考える。守口⁵⁾は、痴呆が重度化すると、記憶障害、見当識障害、認知障害などを伴い、日常的に出来ることが少なくなり、介助量は多くなる。痴呆性老人の中に残されている能力はあるはずであるが、場を作り引き出されないと発揮されにくいと述べている。

3) 通所リハの役割

通所リハの役割の1つとして、多くの人と交流をすることにより、社会性を維持する場を提供するということが上げられる。吉川⁴⁾は、生活環境においての人と人との出会いが、人のこころを活動的にする。高齢になっても人と人が出会う機会を多くすることが出来れば、こころは活発に働き続けるし、それがこころの老いを防ぐことになる。人が人とながりを持てば、相手から期待されることもあるし、相手に期待することもあるだろう。この「期待」が人のこころを活発にする。高齢になるということは老いることによって「責任」が軽くなったり、「役割」が少なくなったり、「期待」が集まらなくなるという生活環境からも「ボケ」が起こることを十分に考慮すべきであると述べている。よって家庭及び通所リハにおいて何らかの役割をもってもらうように働きかけることは、痴呆患者にとって重要なことであると考えられる。

4) 通所リハの作業療法

通所リハでの作業療法について藤本¹⁾は、生活歴を参考にし、役割喪失に陥りがちな痴呆患者が、楽しむことができ、やり遂げた満足感が得られるような個別メニューを採る必要があると述べている。また室伏⁶⁾は、職業的な特技や趣味、日常的な散歩や料理などがよい刺激となる。それらを通して、対人関係や交流を図り、感情や意欲を活発化させていくことが目指されていると述べている。このように痴呆老人個々に応じた、選べるメニューの提供が求められている。また井上⁷⁾は、通所リハの中で、活動のプログラムの実施のみにとどまるのではないことはいうまでもなく、「その人」の生活「その人」を

取り巻く人の生活すべてに包括的なアプローチが必要であり、OTとして積極的に関わることが望まれるという。また、藤本²⁾は軽度痴呆患者に対し、介護者を含めた環境調整が基本的な援助の目標と述べている。

そのために当通所リハでは痴呆度 MMS の評価のみでなく家庭での ADL 状況、問題行動、身体機能、作業遂行能力についても評価を行い、職員全体で利用者に対し共通意識を持ち、通所リハの場で楽しく作業活動が出来る環境設定が出来るよう心がけている。家庭での ADL 状況については介護者記入によるアンケートにより把握し、その他の情報について連絡ノートを用い把握している。痴呆の評価として藤本¹⁾は、「本人が訴えるニード」「身体・精神機能」「生活パターン」「家族関係」などの基本情報の他、「認知機能」「ADL」「問題行動」を評価すべきであると述べ、特に認知機能の評価は、生活支援には直接は結びつかないと考えられがちだが、痴呆患者に見られる ADL の低下、問題行動、精神症状の出現には認知機能の障害が影響しており、個々の患者の記憶、見当識、計算、構成能力などを客観的に把握することで、アクティビティ活動においてそれぞれの障害に配慮した個別性の高いプログラムの作成が可能であると述べている。更に ADL においても、着衣、入浴、排泄などの基本的な ADL が保たれている軽度痴呆患者が、昼間独居生活が可能かどうかは、電話の使い方、買い物、服薬の管理、金銭の管理などの複雑な ADL である IADL のレベルが重要であるとしている。

今後 OT は痴呆患者と介護者との橋渡しの役割を取りとして、作業活動やグループ活動に参加中の OT 評価や通所リハでの ADL 状況を介護者に伝え「介護者と作業療法の評価の差」を知り、伝達するように努める必要があると考える。今回の結果では IADL 低下が認められ家庭での役割喪失が示唆された。通所リハの OT として、今後更に介護者との連携を取り、介護者の痴呆患者に対する理解を深めることが、痴呆患者の家庭での役割喪失による IADL 低下への予防につながるのではないかと考え

る。

8. まとめ

今回、第2報として1年間でのMMS、ADLの変化と症例を通して通所リハでの作業療法について考えてみた。調査結果としてMMSは比較的維持されていたのに対し、IADLには低下が認められた。このことより、通所リハにおける作業療法の役割として、家庭での役割喪失の状況に対し、個々の能力や生活歴に応じ、楽しみながら出来るメニューの提供を行うとともに、痴呆のもう一方の当事者である介護者を含めた環境調整が必要であることが考えられた。

引用文献

- 1) 藤本直規：痴呆のケアマネジメント，OTジャーナル34：406-411，2000。
- 2) 藤本直規：軽症痴呆のリハビリテーション，臨床リハ，7(6)：598-606，1998。
- 3) 金子満雄：早期老年痴呆に対する脳活性化訓練，老年期痴呆，6(1)，：40-46，1992。
- 4) 吉川武彦：生活環境と痴呆，OTジャーナル34：383-386，2000。
- 5) 守口恭子：生活歴を踏まえたプログラムの計

画・立案，OTジャーナル34：459-463，2000。

- 6) 室伏君士：痴呆性老人との交流を通して，OTジャーナル34：375-379，2000。
- 7) 井上智子：痴呆性高齢者デイホーム～在宅デイセンターE型～，OTジャーナル31：533-538，1997。

参考文献

- 1) 浜田博文：老年期痴呆の早期スクリーニングと早期リハビリテーション，臨床リハ，7(11)：1144-1148，1998。
- 2) 江藤文夫：痴呆に対して作業療法の果たす役割，OTジャーナル34：358-359，2000。
- 3) 渡辺 憲：デイケアと在宅管理，臨床リハ，6(9)：864-871，1997。
- 4) 藤本直規：施設から在宅へ，在宅から施設へ，臨床リハ，1(7)：595-599，1992。
- 5) 大川弥生：痴呆性老人に対する作業療法の適応・意義と限界，老年精神医学，7(4)：362-367，1996。
- 6) Carol Bowlby，竹内孝仁：痴呆性老人のユースフルアクティビティ，三輪書店，12-21，1999。
- 8) 石山満夫：家族・介護者への支援・指導，OTジャーナル34：571-578，2000。