

集中治療室で医療行為を受ける MOF 患者に対して看護師は、多臓器障害の進行を防ぎ、生命の危機を回避するという大目標に向かって、医師や他職種と共同しながら問題の解決に多くの時間を費やすことになる。すなわち、原疾患に対する治療にそった看護を展開し、機能障害に対する人工補助装置の管理を行いながら、栄養管理を行い、細胞レベルの代謝改善によって機能障害を起こした臓器の修復をめざす。具体的な看護を表 3 に示す³⁾。

3. 臨床工学技士

臨床工学技士は、各種の生命維持管理装置の操作と各種医療機器の保守点検を担う専門職である。MOF においては各種の重要臓器が機能不全に陥るので、その障害の程度が生命維持に必要な限界を超えた場合には人工補助療法が必要である。しかし各種重要臓器に対する人工補助療法の完成度は臓器により差があり、全く機能が廃絶してしまっても、その臓器の機能を生命維持に必要な程度に 1 週間以上代行できるものは、人工腎としての血液浄化法と腸管の代用としての中心静脈栄養のみであり、短期間なら可能というものに、呼吸補助としての人工心肺、人工肝としての血液浄化法がある。このような機器の操作には、臨床工学技士の協力がなく困難である。また人工呼吸器、高気圧酸素治療装置、人工心肺、補助循環装置、除細動器、ペースメーカー、各種監視装置、診断装置、測定機器などの保守・点検業務なども業務として行う。

4. 臨床検査技師

臨床検査技師は、医師が診断、治療方針を決めるのに必要な臨床検査情報を提供する。臨床検査技師が行う検査には、生化学検査、血液細胞の数や形態をみる血液学検査、ウイルスや細菌について調べる微生物学検査、輸血や免疫機構について検査する免疫学検査、心電図、脳波、超音波などの生理学検査、臓器の病変や癌細胞を見つける病理学検査、尿、胃液、髄液などの成分を調べたり、寄生虫を見つける一般検査が

ある。MOF の治療をしていくうえで、重要な医療情報を提供してくれる。

5. 理学療法士

理学療法士の役割は、救命できたときにできる限り、関節拘縮、筋萎縮などの廃用性症候群を予防し、肺理学療法で排痰を促し、肺炎を予防することが目的である。関節拘縮の予防は、四肢の大きな関節を 1 日数回全可動域動かすことに尽きる。関節可動域増大訓練の際には、抵抗を感じる範囲まで伸張運動を加え、その肢位を短時間維持する手技をとる。肺理学療法では、体位ドレナージと用手的排痰法を用いる。体位ドレナージは、痰がどの部分に溜まりやすいかを、X線写真や聴診所見などから明らかにしておき、10～15分体位を維持して痰を排出する。用手的排痰法としては、介助呼吸法として、呼吸に合わせて、呼気のはじめから力をいれはじめ、呼気を絞り出すようにして排痰を行う。

6. 栄養士

栄養管理も、MOF 予防の見地から極めて重要である。免疫系を賦活して抵抗力を強化する栄養素を含んだ経腸栄養剤の選択や、適正な必要栄養量を選択するのも役目である。

おわりに

患者家族は、医師、看護師、そのほかのメディカルスタッフが患者のすべてを把握し、一致団結して治療している姿に安心し信頼を寄せ、そのためには、腫瘍内科医や外科医、放射線科医、ほかの専門医、専門看護師、臨床工学技士、理学療法士、臨床検査技師などが、チームを構成し、各専門領域の知識・技術を統合し、相乗効果を発揮することによって、初めて最高レベルの医療を提供できる。そしてそのうえで、その患者をみつめる家族の心情を察した対応をすることが要求される。

文 献

- 1) 日本救急医学会(監): 標準救急医学第3版, pp
218-220, 医学書院, 東京, 2002.
2) 日本集中治療医学会(編): 集中治療医学第1

- 版, pp368-378, 秀潤社, 東京, 2001.
3) 竹内登美子ほか: 臓器機能障害症候群患者の
看護計画; ケアとその根拠. 臨床看護 27(10):
1499-1503, 2001.

(執筆者連絡先) 長屋政博 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 国立長寿医療センター骨関節機能訓練科

◇図書案内◇

コンビニのお弁当・惣菜を上手に組み込んだ

家庭でつくれる **透析食** Part II

監修: 杉野信博 東京女子医科大学名誉教授 豊富な臨床経験から作られた,
編集: 須藤祐正 嬉泉会春日部嬉泉病院院長 無理のない低リン食。献立例
● A4判 並製本 100頁 オールカラー の写真, 成分表をもれなく掲
定価2,940円(本体2,800円+税5%) 載した, 献立集。
2001年11月刊 待望の第二弾, 好評発売中!

(株)ライフ・サイエンス

なぜ難しい？ 痴呆性高齢者へのリハビリテーション

徘徊することで機能維持？ 痴呆性高齢者のエネルギー消費を知る

長屋政博 国立長寿医療センター 骨・関節機能訓練科医長

Point

「痴呆性高齢者の徘徊は機能維持につながるから好きなだけさせる」という大きな誤解があるようだ。しかし、過度の運動によるリスクというものも少なからず存在している。徘徊に関連した摂取カロリーと消費カロリーのバランスを考え、適切な運動量を把握することが大切である。本稿では、徘徊によるエネルギー消費について長屋氏に解説いただいた。

Note

■ 徘徊とは

高齢化社会の進展に伴い、痴呆性高齢者の数は増加し、その治療やケアが重要な問題となっている。痴呆の臨床像を中核症状と周辺症状に分けて考えた場合、痴呆疾患の中核症状は、「物忘れ」や「時間や今いる場所がわからない」などの記憶・見当識障害であり、周辺症状には、うつ状態、夜間せん妄、徘徊、尿・便秘失禁、易怒などの行動がある。痴呆性高齢者のおよそ半数が、その経過の中で知能障害に基づいた異常行動や精神症状を伴っている（表1）。

これらの行動障害の中でも、徘徊は介護上非常に大きな問題となっている。徘徊は、何らかの欲求と、場所の見当識障害から起こるといわれている。また徘徊は、心理的要因のほかに、情緒不安定や欲求不満の状態から起きていると考えられている。

アルツハイマー型痴呆で見られる探索行動は、場所の見当識障害や記憶障害により今いる場所に対して強い不安感を生じるため、薄れている記憶の中から安心できる状況を探し続けるのである。しかしながら探索している状況は、過去の幼少期の出来事や場所であるなど、現実的には到達できない場所のため、徘徊はいつまでも続く状態となる。

また徘徊は、心理的要因のほかに、情緒不安定や欲求不満の状態から起きていて、痴呆性高齢者を閉じ込めたり、無理に引き止めたりにすることは厳禁で、本人の外出したいという気持ちを満足させることが大切だといわれている。しかし、少しでも目を離すと外へ出

表1 痴呆性高齢者の問題行動

夜間の不穏行動
興奮・せん妄
徘徊
幻覚、幻想
被害念慮
攻撃的行動（暴言・暴力）
多動・多弁
うつ状態
無気力
自発性低下
過食・拒食・異食
放尿・弄便
讒言
睡眠障害
性的異常行動

徘徊に対する行動抑制は好ましい対応ではない。

アルツハイマー病患者の低体重は要注意。カロリー摂取と消費エネルギーを把握する。

て行ってしまう場合は見守りが必要であり、ずっと一緒にいて見守る介護は、着替え、入浴などの直接的な介護に比べて時間的に切れ目がないだけに、介護者は自分自身の時間がなくなってしまい、非常に大きな負担となる。

このように徘徊は、痴呆性高齢者でよく見られ、介護者にとっては非常に大きな負担となっていて、過去には、向精神薬、身体拘束、または無視することで対応してきたが、痴呆性高齢者にとって人道的な面からもQOLの観点からも、好ましい対応ではなかった。

痴呆性高齢者のエネルギー消費はどれくらいか？

アルツハイマー病患者では、原因がはっきりしない体重減少が特徴的であり、NINCDS-ADRDAの診断基準の中では、アルツハイマー病の診断の臨床症状に体重減少が含まれている¹⁾。体重減少は、筋力の低下を招き、それが運動機能の低下を引き起こす可能性がある。またこの体重減少により、褥瘡、感染症などのリスクが高くなり、死亡率を高め、福祉・医療費の増大につながると報告されている^{2,3)}。

アルツハイマー病患者の低体重は、摂取カロリーと消費エネルギーとのバランスが悪いことから生じるともいわれている。痴呆性高齢者は、感染症、精神混乱、拒食、うつ状態などの原因により、十分な食事摂取ができないで栄養不良状態にあると報告されている³⁾。また、アルツハイマー病患者では、発症以前より偏食が強く、糖分の摂取過剰が見られ、魚と緑色野菜や海草の摂取が有意に低く、肉の摂取が多いと報告されている⁴⁾。摂取カロリーに関しては、まだ一定の結論は出ていないものの、不十分な状態にあることが推定される。

アルツハイマー病患者のエネルギー消費量は、1日に消費する総エネルギー消費量、身体活動によるエネルギー消費量ともに健常高齢者より低いと報告されている⁵⁻⁷⁾ (表2)。しかしこれらの報告のうち、徘徊の激しい患者で測定された

表2 アルツハイマー病患者および高齢健常者のエネルギー消費

変数	アルツハイマー病患者 (n=30)	健常高齢者 (n=103)
1日のエネルギー消費量 (kcal/日)	1,901±517	2,213±513
身体活動によるエネルギー消費量 (kcal/日)	425±317	574±342
安静時のエネルギー消費量 (kcal/日)	1,287±227	1,418±246
1日のエネルギー摂取量 (kcal/日)	1,799±403	1,878±519

結果では、摂取カロリーと消費エネルギーのバランスは負の状態になっている症例も見られることから、徘徊に伴うエネルギー消費は非常に高いと考えられる⁷⁾。

アルツハイマー病患者は、もともと低体重などを合併していることが多いので、徘徊などの過度の身体活動は、エネルギー消費が増大し、低体重を助長させるだけでなく、筋疲労や倦怠感をもたらし、転倒・転落の危険を高めることにつながる。そのため、十分な摂取カロリーと消費エネルギーのバランスを保つことが重要である。また、痴呆性高齢者では、体重を定期的に測定して変動を常に監視し、体重から推定される必要な摂取カロリーを満たしているか、実際に摂取しているカロリーと比較する必要がある。そのためにも日々の体重測定は、痴呆性高齢者にとっては重要である。そして筋力の維持と身体活動能力の維持が、アルツハイマー病に伴う症状の進行を少しでも抑制する方法である。

徘徊に対する注意事項

過度の徘徊によるリスクを考えてみると、表3のようなことが考えられる。少なくとも本人の満足に任せて徘徊させることは、転倒・転落をはじめとした事故や、交通事故などに巻き込まれる可能性が非常に高いと考えられる。また徘徊による疲労感から昼間に寝てしまい、昼間の覚醒度の低下や昼夜逆転など、ほかの行動障害につながる可能性が考えられる。

痴呆性高齢者の徘徊は、健常高齢者が運動として行う散歩の量をはるかに超えた運動負荷量となっている。もし痴呆性高齢者が、狭心症、心不全などの心疾患を合併している場合、これらの疾患を増悪させる可能性があるといえる。適度な運動量となる徘徊は行ってもよいが、負担となる場合は、適度なところで声をかけて、気分を変えて休憩させる必要がある。

痴呆性高齢者における呼吸機能を測定した報告として、スパイロメトリーを用いた調査では健常高齢者の肺活量平均2.3ℓに比べて、痴呆性高齢者では1.9ℓと低下していて、ほかの指標も低下していることが報告されている⁸⁾。

痴呆性高齢者では、肺機能の低下が指摘されていることから、過度の徘徊による身体活動は疲労・倦怠感をもたらし、徘徊に伴う事故および合併症のリスクを高めることが考えられる。痴呆性高齢者の場合、心房細動などの不整脈、高血圧、パーキンソンズなど慢性疾患を合併している症例が非常に多く見られるため、心電

痴呆性高齢者の徘徊は、散歩という運動をはるかに超えた運動量であることが多い。

表3 過度の徘徊によるリスク

転倒・転落による骨折および外傷
低体重
筋疲労
脱水
発熱
心不全
狭心症・心筋梗塞
昼夜逆転

図，呼吸機能など認知機能の評価とは別に身体機能評価を行うことが，ぜひとも必要である。心疾患を合併している症例では，自覚症状を訴えることができない場合が多いだけに，むやみに徘徊を放置せず，ある程度制限する必要が考えられる。

痴呆性高齢者の適切な身体活動はどれくらいか？

現状では，痴呆性高齢者の適切な身体活動量の指針はまだ示されていない。一般的に高齢者にとって必要な運動は，心臓，肺，循環器系の機能を回復させる持久性運動，日常生活動作を維持させる筋力強化運動，転倒の予防となるバランス運動，体を柔軟にするストレッチング運動の4種類とされている。痴呆性高齢者では，複雑な指示を必要とする運動メニューをこなすことは難しいが，歩行，つまり徘徊を含めた持久性運動は比較的導入しやすい。

ただし痴呆性高齢者の徘徊は，本人の気持ちが満足するまで自由にさせてよいのだろうか？ 現状の対処方法としては，徘徊することを叱りつけても意味がなく，状態を悪化させることにつながり，比較的自由に歩かせていることが多いのではないだろうか。施設内での対処方法も同様で，施設内を回廊のようにして自由に歩かせているのが現状である。

しかしながら痴呆性高齢者のなかには，慢性疾患を合併している例も珍しくない。例えば，高血圧，慢性心不全，狭心症，心房細動などの心臓血管系疾患，糖尿病，変形性関節症などはよく見られるものである。痴呆性高齢者に限らず，同年代の高齢者を想定した場合の適切な運動量は，持久性運動としての歩行では1回20～30分であり，運動中，本人の自覚症状として，運動がややきついと感

れるくらい，または歩行中に会話が可能であるくらいを目安として歩行をする。この運動量であれば，運動中止項目に注意を払いながら行う上では，慢性疾患を増悪させることは少ないと考えられる⁹⁾ (表4)。

これを，痴呆性高齢者の徘徊に当てはめると，心拍数や呼吸状態に注意を払いながら，会話ができるような歩行速度で20分程度徘徊した頃に声かけをして，お

徘徊でも適切な運動量であれば，必要な運動と考えられる。

表4 徘徊を中止する目安 (Anderson 基準を一部改変)

呼吸困難，めまい，吐き気，狭心痛などの出現
脈拍が1分間に120以上になった時
不整脈の出現
息切れ，動悸の出現
拡張期血圧120mmHg以上または収縮期血圧200mmHg以上になった時
運動前より収縮期血圧が40mmHg以上，もしくは拡張期血圧が20mmHg以上上昇した時
発熱

茶などの休憩の時間を入れることができれば、比較的適度な運動量になると考える。または一つの指標として、年代ごとの目標心拍数を目安に行うのもよいと考えられる。ただし、目標心拍数は一つの参考値でしかなく、心疾患を合併している高齢者では使用することができない。

■ まとめ

現状では、痴呆性高齢者に対して適切な身体活動量の指針はまだ示されていない。ただし歩行自体は、身体機能の維持もしくは向上につながり、むやみに制限するべきではない。閉じ込めたり無理に引き止めたりするのではなく、本人の外出したい気持ちを満足させることが大切である。しかしながら、過度の徘徊は筋疲労を引き起こし、転倒・転落などの事故につながる可能性があるため、危険な状況を避けるための環境整備が必要である。

また、過度の徘徊によるエネルギー消費を補うために、定期的に体重測定をし、変化に注意しながら十分なカロリー摂取を行う。痴呆性高齢者の場合、心房細動などの不整脈、高血圧、パーキンソンズムなどの慢性疾患を合併している症例が非常に多く見られるため、心電図、呼吸機能などの検査は、ぜひとも行う必要がある。

痴呆性高齢者に限らず、同年代の高齢者を想定とした場合の適切な運動量は、持久性運動としての歩行では1回20～30分であり、運動中、本人の自覚症状として、運動がややきついと感じられるくらい、または歩行中に会話が可能であるくらいを目安として歩行する。徘徊も、心拍数や呼吸状態に注意を払いながら、会話が可能な歩行速度で20分程度徘徊した頃に声かけをして、お茶などの休憩の時間を入れることが比較的適度な運動量になると考える。

痴呆性高齢者は、身体活動が低活動に陥りやすいので、ある程度の徘徊は、身体機能維持と精神的満足感を満たすために必要なことであり、あくまで過度の徘徊に対する注意が必要である。

引用・参考文献

- 1) McKhann G, Drachman D, et al : Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984 ; 34 : 939-943.
- 2) Pinchcofsky-Devin GD, Kaminski JR : Correlation of pressure sores and nutritional status. *J Am Geriat Soc* 1986 ; 34 : 435-439.
- 3) Sandman PO, Adolfsson R, et al : Nutritional status and dietary intake in institutionalized patients with Alzheimer's disease and multiinfarct dementia. *J Am Geriat Soc* 1987 ; 35 : 31-38.

- 4) 植木彰：アルツハイマー病の危険因子としての食事栄養素：脂肪酸摂取バランスの重要性，P.69～77，Dementia Japan，13，1999.
- 5) Poehlman ET, Dvorak RV. : Energy expenditure in Alzheimer's disease. Jour of Nutri,Health and Aging. 1998 ; 2 : 115-118.
- 6) Poehlman ET, Toth MJ, et al. : Daily energy expenditure in free-living non-institutionalized Alzheimer's patients : A doubly labeled water study. Neurology 1997 ; 48 : 997-1002.
- 7) Prentice AM, Leavesley K, Murgatroyd PR, et al. : Is severe wasting in elderly mental patients caused by an excessive energy requirement ? Age and Ageing 1989 ; 18 : 158-167.
- 8) Schaub RT, et al. : Ventilatory capacity and risk for dementia. J Gerontol Med Sci. 2000 ; 55A : M677-683.
- 9) 土肥豊：片麻痺における心疾患の合併症と治療上のリスク，理・作・療法5，P.441～483，1971.

連載 看護・介護支援機器の現状と今後の展望

住まいの改善

長屋 政博

住まいの改善

長屋 政博*

はじめに

人間は加齢による身体機能の低下は避けておれない。もし病気になれば、身体機能は一層低下し、また障害をもつことになると、ますます日常生活の動作が困難になり、1人ではできなくなることがある。従来の日本家屋では、車いす、歩行器、杖などを使うようになった場合、住宅内の設備が大変使いにくく、日常生活活動の自立を妨げたり、介護者の介護負担を増大させている場合がみられる。高齢者にとって日常生活活動を維持するためや、寝たきりを予防したり、または介護をしやすくするためには、住宅構造や設備の配慮をして、高齢者の日常生活活動の自立を維持し、それとともに介助スペースをとったり、福祉機器を活用することが重要である。介護をしやすくする住宅改造で基本的に行うことは、段差の解消や手すりを設置し、居室から廊下、トイレ、浴室までをバリアフリーにすることである。これにより日常生活活動の自立、安全性の確保や家族の介護の軽減をもたらす。

住宅改造に必要な評価¹⁾

住宅改造を行う前に、介護を必要とする高齢者の身体・精神機能、住宅状況、家族背景、経

済状況について十分に検討する必要がある。増改築には、住宅改造に精通した医師、理学療法士、作業療法士と建築士を交えて住宅改造計画を立案することが大切である。

1. 身体・精神機能の把握

介護を必要とする高齢者および障害者の身体・精神機能の把握は、住宅改造に重要な情報である。とくに大切なことは、現実に行っている移動方法で、独歩、伝い歩き、杖歩行、車いす移動、膝歩き、または寝返りによる床上移動なのか確認することである。住宅改造では、大きく杖歩行、車いす、寝たきりという3つの移動方法に分けて対応方法を考えることが一般的である。

また高齢者の身体機能は個人差もあるものの加齢とともに必ず低下することを常に考慮しなければならない。住宅の増改築は何度も簡単に行うことはできないので、将来の日常生活の利便性を高めるためにも早い時期から将来の身体機能を反映させた環境整備を行う必要がある。

2. 住宅状況

住宅改造を行ううえで、住宅状況の把握も必要不可欠である。必要な情報としては、持ち家か借家なのか、一戸建てか集合住宅なのかといった住宅形態に関する情報、木造、鉄筋コンクリート造、鉄骨造など住居構造に関する情報、容積率、建ぺい率、用途地域などの建築関係法規に関する情報、家屋の平面図および配置図である。

*ながや まさひろ：国立長寿医療センター骨関節機能訓練科医長

3. 家族背景

住宅改造には、家族人員、家族構成、そして実際の介助者は誰なのかをはっきりさせる必要がある。

4. 経済状況

住宅改造には、それなりの費用がかかり、使いやすさを追求すれば費用はどんどん膨らんでいく。住宅改造の前に、誰がどれくらい住宅改造に費用負担できるのか、また活用できる福祉制度、公的融資・補助に関しても検討する必要がある。現状で、住宅改造しようとしたときに比較的利用可能な助成制度としては、介護保険による住宅改修費である。内容としては、手すりの設置、段差の解消、床材の変更、引き戸などの扉の変更、洋式便器への便器の交換など20万円まで、90%が支給される。また、介護保険により、介護ベッド、エアマット、電動介護リフト、車いすなどのレンタルも可能であり、福祉用具の購入として、ポータブルトイレ、入浴補助具、特殊尿器、移動用リフトの釣り具、簡易浴槽などの90%が介護保険より支給される。またもう1つの助成制度としては、各市町村で行う高齢者および障害者に対する住宅改造の助成事業があり、条件は各市町村で異なるものの、おおそ身体障害者1級から3級までの交付を受けた肢体または視覚に障害を有する方、もしくは高齢者の寝たきりまたは身体の障害のために日常の身辺動作に介助を要するもの、療育手帳の交付を受けた方で、日常身辺動作に介助を要するものに対して、市町村が住宅改造費の一部補助する事業である。助成金額は、市町村により違いがあるので、福祉課もしくは在宅介護支援センターに問い合わせる必要がある。

個人住宅に行っている公的融資には、高齢者住宅整備資金貸付制度、生活福祉資金貸付制度、年金福祉事業団による年金在宅ケア割増貸付制度などがある。高齢者住宅整備資金貸付制度では、60歳以上の高齢者と同居または、これから同居しようとする方で、高齢者のために専用居室などの増築または改造を行おうとしている場合に、資金を貸しつけてくれる制度で、最

寄りの市町村の老人福祉担当課に問い合わせるとよい。生活福祉資金貸付制度では、低所得世帯、障害者世帯、高齢者世帯、生活保護世帯に対して、住宅資金として資金の貸付ができるもので、最寄りの民生委員もしくは社会福祉協議会に問い合わせるとよい。年金在宅ケア割増貸付制度は、被保険者住宅資金の高齢者同居など割り増し貸付制度に加え、60歳以上で介護が必要な人、または75歳以上で日常生活を営むのに支障がある人と同居する人に対し、介護を行うために必要な工事費用を割り増し貸しつける制度である。

住宅改造の具体的内容¹⁻⁷⁾

高齢者の日常生活活動の自立を促したり、介護を必要とする高齢者に対する住宅改造は、寝室を中心とした基本的な部屋の配置、不要な段差の解消と適切な手すりの設置、浴室・便所の配慮に整理できる。建築的配慮としては、移動能力が歩行補助具の有無に関わらず歩行可能か車いすを用いるか、寝たきりかの3つのレベルに分けて対応策を考える。

1. 移動に車いすを主として用いている場合の住宅改造

1) 廊下

廊下を車いすで通行するには、800mm程度必要で、車いすが回転するには最小でも直径1,400mmの円形スペースを必要である。また片手片足による車いすの操作や電動車いすには直径2,000mm必要である。しかし新築でなければ、廊下の幅を広げる改造は、建築構造上困難なことが多い。

2) 段差の解消

日本の家屋は、段差だらけであり、段差の解消が車いすを使用するときの住宅改造のポイントである。比較的小さな段差である敷居にはくさび型板を設置したり、床面を上げることで解消できる(図1)。資金に余裕があれば、床面全体をかさ上げして、段差解消をすれば車いすの使用しやすくなる。畳では、車いすでの移動が

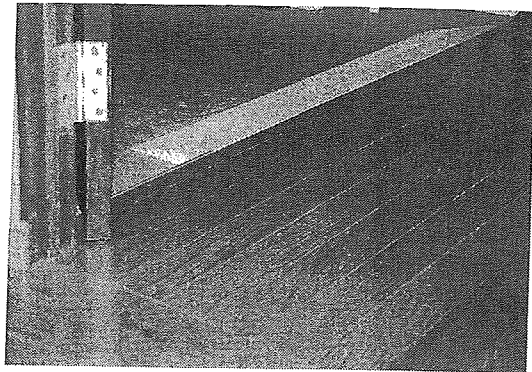


図1 段差解消(くさび型板)

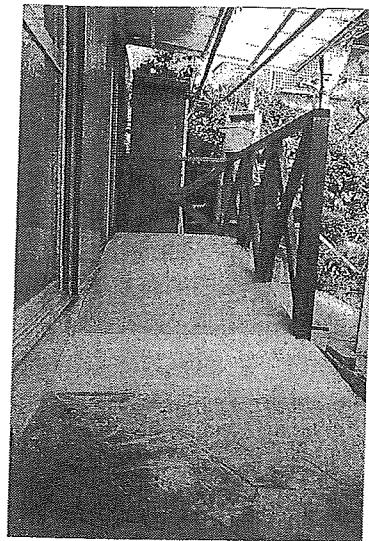


図2 スロープの設置

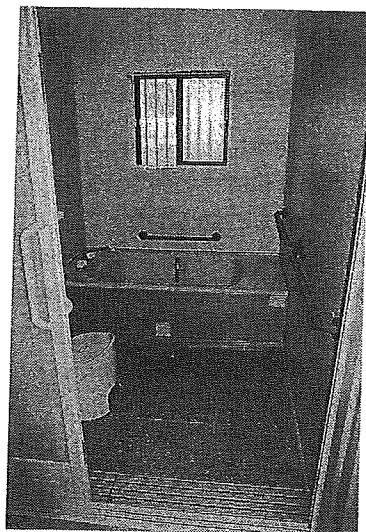


図3 浴室の改造

困難なことが多いので、フローリングに変更するとよい。外から家の中に車いすで入るためには、スロープか段差解消機を設置する(図2)。

3) 浴室の改造

移動が車いす、またはシャワー用車いすを用いる場合の住宅改造では、浴室は、1,800 mm×1,800 mmの広さがあれば、車いすや介助入浴にも対応が可能である。移動が車いすまたはシャワー用車いすであれば、居室から浴室の洗い場までの段差を解消する必要がある。洗い場の段差は、洗い場の床面をかさ上げし、入り口にグレーチングを設置するのがよいが、改造に高額を要するので、洗い場にすのこを設置するのも簡単な改造である。このとき、すのこの溝

幅は5 mmとする(図3)。座位の姿勢で浴槽に入出入りする場合は、車いすと同じ高さにすることが望ましい。浴槽の縁の高さを洗い場から400～450 mmに設置する。入浴動作のうち浴槽への出入りが困難な症例では、シャワー用車いすを使用し、シャワー浴に対応する場合がある。シャワー浴に対応できるように住宅の断熱性能を高め、暖房設備を導入することも必要である。障害が重度になり、浴槽への出入りに2人の介助が必要になった場合、各種リフターや入浴用垂直移動設備を導入することにより、介助負担を著しく軽減することができる。

扉は、原則開閉しやすい引き戸とし、滑ったりして転倒する危険があるのでガラスの使用は避け、アクリルまたはアルミを使用する。

4) トイレ

便器は、座位保持、立ちしゃがみ動作の容易な腰掛け便器に変更する。和式便器や両用便器を変更できない場合は、据置便器を上に乗せる方法がある。手が不自由で後始末動作が困難なものでは、湯水洗浄と温風乾燥ができるウォッシュエアシートが装備されたものにする。車いすを使用して、介助で便器に移乗させるとき、斜め前方アプローチ、側方アプローチ、斜め後方アプローチとアプローチ方法により差がある

ものの、トイレの広さとしては、縦横 1,500～1,800 mm の広さが望ましい。

扉は、引き戸もしくはアコーディオンカーテンにする。

5) 居室の改造

在宅で介護を行いやすくするためには、ベッドの設置が必要である。ベッドの選び方としては、日常生活動作に全介助を要する場合、一番使いやすいのは高さ調節ができるハイロー機能のついた電動ベッドである。また褥瘡の予防として、介護者が頻回に体位交換をすればよいのであるが、実際には難しいのが現状である。これを補うのがエアーマットやウォーターマットである。ギャッジベッドの背上げ機能にしても、起居・床上生活が可能であれば、必ずしも必要な機能ではなく、むしろベッドの高さに留意すべきである。しかし起き上がりや端座位が困難な例では、背上げ機能が座位保持に有効である。またベッド周辺に車いすが回転できるスペースを確保する必要もある。

2. 移動を主として歩行で行っている場合

1) 玄関・廊下

廊下を歩行補助具などを用いながら移動している高齢者に対しては、手すりの設置と廊下から各部屋への入り口での段差解消が一番必要である。手すりの形状は、円柱型や上部平坦型などがある。円柱型は、手すりをしっかり握り、体重をかけて使用するときによく、上部平坦型は、廊下などで肘を上置いて移動するときによい。体重をかけて支えとする場合、大転子の高さに設置するとよい。また、移動時にバランスを保持するためだけなら、大転子の位置よりやや高めに設置するとよい。坐位からの立ち上がり時には、立位時に大転子の高さに、そして40～50 cm 前方で支えるようにする。垂直の手すりでは、30～40 cm 前方に設置する。屋内外の段差解消には、歩行可能であれば段差を分割して緩やかな階段として、手すりを設置すればよい。

2) 浴室の改造

移動能力で浴室まで歩行できる場合の浴室は、

改造に当たってまず浴槽に接して腰掛け台を設置し、ここに一度座りなおして、浴槽に入るほうが便利である。また浴槽にバスボードや浴槽の中に滑り止めシートや浴槽内台を設置する。手すりは、浴室への出入り、浴室内の移動、浴槽への出入り、浴槽内での入浴姿勢の保持に必要である。立ちしゃがみには縦手すり、必要に応じてL字型手すりをを用いる。

3) トイレ

便器は、座位保持、立ちしゃがみ動作の容易な腰掛け便器に変更し、手すりを設置することが必要である。和式便器や両用便器を変更できない場合は、据置便器を上に乗せる方法がある。扉は、引き戸もしくはアコーディオンカーテンにする。便座からの立ちしゃがみには、健側の壁に縦手すりを設置、必要に応じてL字型手すりを設置する。床面は、濡れても滑りにくく、かつ掃除しやすい材質にする。

4) 居室の改造

ベッド周囲の日常生活動作の範囲を拡大させるのに、移動バーは最も利用価値が高い。適切に設置することにより、ポータブルトイレや車いすへの移乗動作、立ち上がりなどの自立度を高め、介護量の軽減につながる。寝室の近くに高齢者専用の便所を設けるのも1つの改造案である。

おわりに

高齢者にとって日常生活活動を維持するためや、寝たきりを予防したり、または介護をしやすくするための住宅改造について概説した。今後、高齢者医療に携わるなかで、医療従事者は、住宅改造に関する知識や活用できる福祉制度、公的融資・補助に関する情報にも精通する必要があると考えられる。

参考資料

- 1) 長屋政博：在宅医療に必要な住宅環境整備。在宅医療 4：5-10, 1997.
- 2) 住宅リフォームに関する調査研究委員会：要介護高齢者のための住宅リフォーム(第1版)。

- 全国社会福祉協議会, 1995.
- 3) 野村 歎: 高齢者・障害者の住まいの改造と工夫, 保健同人社, 1991.
 - 4) 伊藤利之ほか編: 地域リハビリテーションマニュアル(第1版), pp56-83, 三輪書店, 1995.
 - 5) 長屋政博: 家屋改造などの住環境整備のポイントは. 介護・医療・予防研究編: 高齢者を

知る事典(第1版), pp82-84, 厚生科学研究所, 2000.

- 6) 長屋政博: 転倒・骨折予防に役立つ機器. THE BONE 17(3):285-289, 2003.
- 7) 眞野行生: 高齢者の転倒とその対策(第1版), pp97-103, 医歯薬出版, 1999.



Information

平成16年度 日本サプリメントアドバイザー認定機構主催
講演会のお知らせ

参加費: 8,000円(各会場同じ)
取得単位: 10単位(受講証を発行)

前期

- 札幌会場 日程: 平成16年6月26日(土)
9:00開場~16:20
場所: 札幌コンベンションセンター
(札幌市白石区
東札幌6条1丁目1-1)

演題・講師

1. 「サプリメントの素材とその最新情報」
山口宏二(東京海洋大学大学院水産学研究所)
2. 「栄養学(臨床栄養学)」
合田敏尚(静岡県立大学食品栄養科学部)
3. 「基礎の生化学」
池上幸江(大妻女子大学家政学部)
4. 「公衆衛生学」
志村二三夫(十文字学園女子大学人間生活学部)
5. 「サプリメントの正しい使い方」
山崎大治(東邦大学医学部附属大橋病院栄養部)

後期

- 東京会場 日程: 平成16年7月24日(土)
9:00開場~16:20
場所: 昭和女子大学グリーンホール
(世田谷区太子堂1-7)
- 大阪会場 日程: 平成16年8月28日(土)
9:00開場~16:20
場所: あべのメディックス7F
(大阪市阿倍野区旭町1-4-4)
- 福岡会場 日程: 平成16年9月18日(土)
9:00開場~16:20
場所: 福岡国際会議場
(福岡市博多区石城町2-1)

演題・講師

1. 「薬理学」
篠塚和正(武庫川女子大学薬学部)
2. 「基礎の生理学」
古瀬充宏(九州大学大学院農学研究院)
3. 「臨床カウンセリング法」
石原俊一(文教大学人間科学部)
4. 「食品成分の機能と科学的根拠」
海老沢秀道(昭和女子大学生生活科学部)
5. 「国内外の関連法規」
清水俊雄(フレスコジャパン)

問い合わせ先: 〒153-8515 目黒区大橋2-17-6

東邦大学医学部附属大橋病院栄養部内
日本臨床栄養協会・日本サプリメントアドバイザー認定機構
事務局(担当: 山崎大治)
TEL: 03-3481-7322 FAX: 03-3468-6192
E-mail: dyamazaki@oha.toho-u.ac.jp
URL <http://www.jcna.jp>

3 痴呆疾患におけるリハビリテーション

はじめに

高齢化社会の進展に伴い、痴呆性高齢者の数は増加し、その治療やケアが重要な問題となっている。痴呆疾患の中核症状は、「物忘れ」や「時間や今いる場所がわからない」などの記憶・見当識障害であり、周辺症状には、うつ状態、夜間せん妄、徘徊、尿・便失禁、易怒などの行動がある。中核症状に対して、薬物療法が症状の進行を遅らせる効果が期待されている。また周辺症状の問題行動には、介護者を殴る、蹴る、かみつくなどの身体的行動、不適切な行動、同じ言葉を繰り返したり、同じような要求をする、大きな声を出したり、悪口雑言を言ったりすることが含まれる(表1)。問題行動は、痴呆を有する患者の80%で起きるとされている。大声は、ナーシングホームで60%の発生率である¹⁾。問題行動は、痴呆患者ではよくみられ、介護者にとっては非常に大きな負担となっている。過去では、問題行動に対しては、抗精神薬、身体拘束、または無視することで対応してきたが、これらは痴呆性高齢者にとって人道上からも、QOLの観点からも好ましい対応ではなかった。痴呆性高齢者を介護していくうえでの目標は、痴呆性高齢者の生活の快適さを向上させること、そして人間として尊厳のある生活を維持していくことが大切である。つまり、問題行動を抗精神薬で穏やかにコントロールされた状態ではなく、むしろ少々落ち着きがなく騒がしくとも家族や他人と会話したり、時に逸脱行動があっても表情豊かで元気な状態を求めることにある。このような中で現在非薬物療法は、痴呆性高齢者の問題行動の第一の対処法として考えられている。

痴呆性高齢者に対する非薬物療法としては、具体的には、回想法、リアリティ・オリエンテーション、行動療法、sensory stimulation、音楽療法、運動療法(筋力強化、バランス訓練、関節可動域訓練)、作業療法(家事・家庭内役割作業、手工芸・工作)、レクリエーション、園芸療法、演芸療法、社会心理療法、散歩、ラジオ体操、リズム体操、民謡体操、ストレッチ体操、肩こり体操、ダンスなどがあり、環境の整備、介護者への教育・指導など多岐にわたる(表2)。

痴呆疾患に対する非薬物療法の目的²⁾としては、第一に生活の活動性を高め、規則正しい生活を行うことによって睡眠障害や問題行動を改善する。身体活動は精神活動に影響を与えるといわれている。寝てばかりいては、廃用性の精神機能の低下をきたし、痴呆が進行することがあるが、適度の運動によりこの廃用性の精神活動の低下を防ぐことも可能である。昼夜が逆転し、昼間寝てばかりいる痴呆性高齢者では、運動により昼間起きている時間が増え、それとともに不眠、夜間せん妄も減少していく。適度の運動は生活リズムを生み出し、徘徊、抑うつ傾向の是正がみられる。

表 1. 痴呆性高齢者の問題行動

夜間の不穏行動	うつ状態
興奮・せん妄	無気力
徘徊	自発性低下
幻覚、幻想	過食・拒食・異食
被害念慮	放尿・弄便
攻撃的行動 (暴言・暴力)	讒言
多動・多弁	睡眠障害
	性的異常行動

表 2. 非薬物的療法

-
1. 身体活動を行うもの
 - 散歩
 - 運動療法(筋力強化、バランス訓練、関節可動域訓練、歩行訓練)
 - 作業療法(家事・家庭内役割作業、手工芸・工作)
 - レクリエーション(ボーリング、ダンス、お手玉、ハンドゲーム)
 - 体操(ラジオ体操、リズム体操、民謡体操、ストレッチ体操)
 - 演芸療法
 - 園芸療法
 - 絵画療法
 - コラージュ療法
 - 陶芸療法
 2. 感覚に対する療法
 - 音楽療法(音楽鑑賞、楽団演奏)
 - マッサージ
 - アロマセラピー
 - 光源療法
 3. 環境の改善
 - 静かな環境
 - 自宅に近い環境にする
 4. 介護方法の改善
 - 介護者への教育・指導
 - 拘束の除去
 5. 行動療法
 - 回想法
 - リアリティ・オリエンテーション
 - バリデーション
 6. Social contact
 - ペット療法
 - ビデオテープで家族などの映像、声を呈示する
-

第二としては、さまざまな活動を通して、楽しい時間、感情体験をすることで、不安が軽減したり、イライラ感が減少したり、さまざまな不適応行動が減少する。第三としては、さまざまな活動を通して、コミュニケーション能力を促進する。ゲームや作業、創作活動を通じて普段の生活にはない感情の動き、心の動きを体験でき、自分自身の現在を表現し、ほかの人々とよく交流することができるようになる。また痴呆性高齢者の精神機能を活性化させ、自発性、集中力や意欲面を向上させるのに効果がある。第四として、言葉によるコミュニケーションが障害されていることが多い痴呆性高齢者では、活動を通じた表現により介護する側が直接にその人の心の在りようを理解できることなどが挙げられる。

【 1 ・ 痴呆疾患のリハビリテーション 】

痴呆疾患に対するリハビリテーションは、医療、介護、福祉を含めた多面的で包括的なアプローチであるが、知的機能の回復には限界があり、十分確立していない。しかしながら、知的機能に対する機能障害の改善は難しくとも、日常生活動作能力の改善や身体の活動性を維持もしくは改善することは可能であり、介護者への支援により在宅生活を可能にしたり、施設内での活動性を向上させ、QOLの向上に貢献できる。本稿では、具体的な活動について概略する。

表 3. 回想法プログラム

回数	テーマ	内容	使用した物
第1回	故郷の紹介(自己紹介)	子ども時代の遊び	お手玉
第2回	学校の出来事でいちばん嬉しかったこと	学校時代の思い出	教科書
第3回	秋の食べ物で1番好きな物	祭りの思い出	ちょうちん
第4回	若い頃のお手伝い	家事・手伝いの思い出	お釜、おひつ、七輪
第5回	昔食べた物でもう一度食べてみたい物	食料難の頃の思い出	すいとん
第6回	昔着た洋服や着物で覚えている物	昔の服装	マント
第7回	風邪のときの健康法	昔からの健康法	湯たんぽ
第8回	冬支度で思い出すこと	果実のなる植物の思い出	イチヨウの盆栽、 枝つきのミカン

(文献3)より引用)

1 回想法

回想法は、従来否定的にとらえられてきた高齢者の回想に対し専門家が共感的受容姿勢をもって意図的に働きかけることによって高齢者に人生の再評価やアイデンティティーの強化を促し、心理的安定や QOL の向上を図る療法である。痴呆性高齢者は、短期記憶を失っても、過去のことを覚えている。そのような痴呆性高齢者の記憶を引き出し、共感しながら、また患者の心の安定を図りながら、懐かしい・楽しいといった思いを蘇らせることで、精神的に心地よい環境をつくり出し、痴呆の進行を遅らせようとするものである。回想法は1対1で行う個人回想法と、6~8人くらいのグループで行うグループ回想法に大きく分けられる。個人回想法は、1対1で行い、構造化された面接として行う方法と、構造化されない自由な枠組みで行う方法がある。構造化された面接として行う際は、決められた曜日・時間に、場所を設定して行い、通常のカウンセリングに準じ、1週間に1回、1回50分くらいの面接を行う。構造化されない方法では、日常生活におけるさまざまな機会をとらえて、さりげなく高齢者の思い出に触れながら、コミュニケーションを図っていく。回想のテーマとしては人生の発達段階や歴史上の出来事の時系列的な側面を活用するもの、具体的には「子ども時代」「ふるさと」「小学校時代」「中学校時代」「戦争・疎開」「出会い/結婚」「出産/子育て」「仕事」「孫の誕生」「定年」「今」「これから」などのライフステージを示すボードを準備し、キーワードを参考に話してもらおうという方法である(表3)³⁾。また、昔使用していた物や出版物、五感を刺激するものなどを用いて行うことも多い。回想法の効果については抑うつ感の改善、不安の軽減、人生満足度の向上、対人交流の促進などが報告されている⁴⁾。また Moss らは、アルツハイマー病患者15名に対して、回想法を行い、コミュニケーション能力に改善を示したと報告している⁵⁾。

2 リアリティ・オリエンテーション

リアリティ・オリエンテーションとは、時間や場所などがわからない見当識障害を解消するための訓練で、現実認識を深めることを目的とする。個人情報に関する質問に始まり、今いる場所・日付などの質問を繰り返し、また日常生活で当たり前に行ってきた動作を通じ、対人関係・協調性を取り戻すことや、残存機能に働きかけることで痴呆の進行を遅らせることを期待する療法であ

表 4. クラスルームリアリティ・オリエンテーションのプログラム

1. あいさつ
2. 基本プログラム
 - 個人情報：名前、年齢、家族の名前(父母、兄弟、夫、妻、子ども)、職業、故郷、小学校
 - 見当識：場所(現住所、食堂)
時間(年月日、季節、天気)
 - 常識：1年は、1時間は
名前は(鳥、果、硬貨と紙幣、花、動物、切手、国、スポーツ)
関東大震災、終戦、天皇誕生日、成人の日、5月5日、今の首相、前の首相
 - 判断力：東西南北の方角
太陽の昇る道
緊急時の連絡方法(火事、急病人、泥棒)
信号、右側通行
血縁関係(伯父、叔母、従兄弟、甥、姪)
部屋が暗くなると…
お金を拾ったら…
包丁が切れなくなったら…
遠方の人に連絡するには…
その他
3. 追加プログラム(このうちの1つを行う)
 - かるた、すごろく、ゲーム(2人1組で)、はめ絵、計算問題(足し算、引き算)、電話ごっこ、買い物ごっこ
4. お茶の時間

(文献6)より引用)

る。リアリティ・オリエンテーションには2種類の方法があり、1つは24時間リアリティ・オリエンテーションで、もう1つはクラスルームリアリティ・オリエンテーションである。クラスルームリアリティ・オリエンテーションでは、少人数の患者が会合しスタッフの進行のもと決められたプログラム(表4)⁶⁾に沿って個人および現在の基本的情報(名前、場所、時間、日時、人物など)が提供され訓練される。24時間リアリティ・オリエンテーションでは、痴呆性高齢者とスタッフとの日常生活における基本的なコミュニケーションの中で、痴呆性高齢者に「自分は誰であるのか」「自分は現在どこにいるのか」「今はいったい何時か」といった事柄に対する現実認識の機会を提供する。例えば、着替えや排泄の介助など、日々のケアの中で、スタッフが意図的に、痴呆性高齢者の注意や関心を、天気、曜日、時間に向けたり、室内に飾られた季節の花、朝食のみそ汁の匂い、匂いの魚を焼く香り、登校中の子どもたちの声などを用いて、見当識を補う手がかりを与える療法である。治療効果としては、Hanleyらは、クラスで行うリアリティ・オリエンテーションと病棟内でのリアリティ・オリエンテーションとを比較検討した結果、クラスルームのリアリティ・オリエンテーションが、行動には変化が出なかったが、認知機能、特に言語の見当識を改善させたと報告している⁷⁾。

3 音楽療法

音楽療法の目的としては、リラクゼーションの促進と不安やストレスの軽減、不適応な行動の減少、自発性の向上、協調性の改善、思い出の掘り起こし、長期・短期記憶力への刺激、現実認識の

改善、人との交流の改善、体力の強化、運動能力の改善などが期待される。実際の音楽療法には、受動的音楽療法と能動的音楽療法がある。受動的音楽療法では、懐かしい歌やクラシックなどの音楽を、食事時間や日常の介護場面でBGMとして聴かせる療法で、能動的音楽療法では、セラピストが意図的に相手に合わせて、童謡、唱歌、演歌、フォークソング、軍歌などの歌唱、鈴、タンバリン、ベルなどの楽器演奏、ストレッチ、深呼吸、歌体操などの身体活動を提供し、参加者自身が行う療法である。Bartonsらは、興奮などの問題行動がみられる痴呆性高齢者20名に対し、グループ音楽療法を週2回30分施行し、有意に施行前に対して興奮などの問題行動が減少したことを報告している⁸⁾。また単に音楽を受動的に聴くことにより、精神的にリラックスして、食事中の興奮などの問題行動の減少を報告している⁹⁾。Ragneskogらは、痴呆患者20名に対し、対象者が沈静化するような音楽を8日間、1920～30年代のスウェーデンの音楽を10日間、ポップミュージックを8日間夕食時に流し、コントロール期間として音楽のない9日間と比較した。音楽を用いると痴呆患者は問題行動が有意に減少、食事の摂取量、特にデザート摂取量が有意に増加したと報告している¹⁰⁾。

4 運動療法

痴呆性高齢者に対してさまざまな形で運動療法が施行されており、身体面への有効性とともに、精神面への効用が注目されている。Ohlsonは、実際に運動を行っている高齢者と比較して運動をほとんど行わない高齢者では、注意力、精神作業能力、数の逆唱などの成績が悪いことを報告している¹¹⁾。Yoshitakeらは、久山町研究の中で65歳以上の痴呆のない高齢者を7年間観察した結果、定期的に運動をするか、中等度から強度の負荷量の肉體労働を行うことがアルツハイマー病の負の危険因子であることを報告している¹²⁾。また、LaurinらによるCanadian Study of Health and Agingでは、身体運動にはアルツハイマー病を予防する効果があることが報告されている¹³⁾。痴呆性高齢者の場合、安静にしていたり、刺激の乏しい家の中に閉じこもる生活になりやすく、ものを考えたり判断する精神機能が衰え、まずは活動意欲が低下し、進行すると痴呆症状の増悪を招く可能性がある。また運動をしないと、筋肉が萎縮し、歩く能力が低下したり、心臓や肺の機能が低下し、立ったり歩いたりするときに疲れやすかったり、息切れなどが出ることもある。また介護の観点から起居移動動作能力や四肢の関節可動域が保たれていることにより、介護の負担は軽くて済むし、介護される痴呆性高齢者にとっても身体的かつ心理的負担も少なく済む。したがって運動療法は、運動により、運動機能の改善・維持、心肺機能の改善・維持、精神活動を賦活する意味でも有用性が高い。運動療法の適応としては、痴呆の初期もしくは早期における身体活動を促すことにより、興奮などの問題行動を軽減させるために導入される場合と、痴呆が進行し、既に寝たきり状態にある患者の日常生活動作能力を向上させる場合が考えられる。

痴呆性高齢者に対して行われる運動療法は、具体的には関節可動域訓練、筋力増強訓練、持久力増強訓練、基本動作訓練からなる。ただ痴呆疾患に対する運動療法では、障害された大脳皮質部分や疾患の進行度合いにより、個々の能力障害の程度が異なるために、画一的な治療プログラムを設定するのは困難である。関節可動域訓練(range of motion; ROM訓練)は、他動的ROM訓練、

自動介助的 ROM 訓練、自動的 ROM 訓練、さらに徒手あるいは器械を用いるストレッチングに大別される。筋力増強訓練として、筋力を増強するためには、通常以上の負荷をかける抵抗運動が有効で、負荷のかけ方に徒手を用いる場合と器械・おもりを用いる場合がある。持久力増強訓練のうち全身持久力訓練としては、大きな筋群を用いたリズムカルな運動すなわち歩行、ランニング、水泳、自転車などが適している。基本動作訓練は、寝返り、起きあがり、ベッド上の移動、座位、椅子からの立ちあがりなどの起居動作訓練と車椅子やトイレへの移乗動作、歩行と散歩などの移動動作訓練からなる。痴呆が進行し、既に寝たきり状態にある患者へのアプローチとしては、「座った生活」を目標にする。座ることにより、バランス機能、心肺機能も臥床時と比べて向上する。継続により体力がついてくる。座位による効用は、褥瘡の予防、座位で食事ができること、ポータブルトイレで排泄ができること、車椅子での移動が可能になることが挙げられる。痴呆性高齢者では、筋力、利き手、運動制御などの基本的運動機能は維持されやすいので、運動課題を順を追って指導することにより、認知機能障害があってもいろいろな運動課題を実行することができる。これらは痴呆性高齢者に応じて適当な動作と可能性のある動作を選定し、転倒事故への配慮など安全性を確保し、緊張感の少ない静かな環境で行う。痴呆性高齢者が行うことが可能で、転倒、骨折などの安全面を配慮すると、歩行、体操などの運動となるが、要は運動の継続が大切で会話、もしくは十分に声かけをしながら運動を促したり、音楽、レクリエーションなどを用いることで運動への興味を維持することが大切である。痴呆性高齢者に対する運動療法の効果として、Cohen-Mansfield らは、痴呆性高齢者に対して屋外の庭へ散歩する効果を検討し、徘徊でも出口を探索する行動が減少したと報告している¹⁴⁾。Tappen らは、痴呆患者に会話と歩行を組み合わせたプログラムを週 3 回 30 分、26 週にわたり施行した。その結果、会話と歩行を組み合わせたプログラムで、移動能力の低下は 2.5% のみにみられ、最も少なく、これにより会話と歩行は移動能力を維持するのに重要であることが示された¹⁵⁾。痴呆患者では、会話をしながら運動をすることが有効であることを示唆している。また Diesfeldt らは、記憶力障害、見当識障害、失禁などがある痴呆性高齢者に対し、4 週間の体操を行い、対照群に比して有意に記憶力が改善したことを報告している¹⁶⁾。

5 レクリエーション療法

レクリエーション療法は、音楽、体操、いろいろな種類のゲーム、体操などから構成されている。中には、回想法、リアリティ・オリエンテーションのプログラムが含まれることもある。Aronstein は、ビーズなどの手作業、人形、パズル、レース刺繍、音楽演奏、そろばんなどからなるレクリエーション療法をアルツハイマー病の施設入所者に行い、興奮などの問題行動を減少させ、対人関係での交流を促進したことを報告している¹⁷⁾。筆者の病院では、複数の疾患を併せ持つ高齢者に対して多職種による包括的医療を行う高齢者包括医療病棟で、痴呆性高齢者や認知機能障害、精神的問題がある患者に対してはレクリエーションを主体とした集団訓練を行ってきた。集団訓練は、リハビリ体操、風船バレーボール、ボーリング、ちぎり絵、ダンスなどからなり、月曜日から金曜日まで週 5 日、90 分間を、作業療法士 1 名と看護師 1 名で行ってきた。そしてアルツハイマー病患者に対して集団訓練が知的機能の改善をもたらすかどうか検討した。対象は、1998