

評価ボックスとその分布[合計1191名]

0-A	26	0-B	12																		
	2.2%		1.0%																		
1-A	34	1-B	89	1-C	41																
	2.9%		7.5%		3.4%																
2-A	1	2-B	83	2-C	10	2-E	45	2-D	10												
	0.1%		7.0%		0.8%		3.8%		0.8%												
3-A	2	3-B	85	3-E	26	3-F	15	3-D	26	3-F	15										
	0.2%		7.1%		2.2%		1.3%		2.2%		1.3%										
4-A	3	4-B	79	4-E	25	4-F	24	4-D	25	4-F	24	4-G	5								
	0.3%		6.6%		2.1%		2.0%		2.1%		2.0%		0.4%								
5-A	7	5-B	74	5-E	23	5-F	47	5-D	23	5-F	47	5-G	11	5-H	9						
	0.6%		6.2%		1.9%		3.9%		1.9%		3.9%		0.9%		0.8%						
6-A	1	6-B	77	6-E	27	6-F	24	6-D	27	6-F	24	6-G	11	6-H	11	6-I	5				
	0.1%		6.5%		2.3%		2.0%		2.3%		2.0%		0.9%		0.9%		0.4%				
7-A	3	7-B	79	7-E	28	7-F	38	7-D	28	7-F	38	7-G	16	7-H	25	7-I	9				
	0.3%		6.6%		2.4%		3.2%		2.4%		3.2%		1.3%		2.1%		0.8%				
8-A	2	8-B	75	8-E	25	8-F	35	8-D	25	8-F	35	8-G	10	8-H	19	8-I	20				
	0.2%		6.3%		2.1%		2.9%		2.1%		2.9%		0.8%		1.6%		1.7%				

全体の構成

	分野	下位分野	項目数	各項目に含まれている内容
生活	食事	そしゃく、食器、偏食、マナー	99	スプーン、フォークの扱い、偏食のやりとり、姿勢も含めたマナーなど
	着脱	脱ぎ着、たたむ、ボタン、前後判断ほか	133	身だしなみや、衣服の調節、速度、ファスナーなども含む
	排泄・清潔	排泄、入浴、手洗い、歯磨きほか	156	洗顔、爪切り、鼻かみ、整容なども含む
	手伝い	運ぶ、調理、洗濯、食器洗い、掃除 ほか	174	台拭き、荷物を運ぶ、よそう、自発的な手伝いまでも含む
	社会生活	移動、電話、時間、買い物、金銭管理など	245	待つ、ルール、信号、荷物管理、言葉遣いなども含む
	計			807
運動	幼児の種目	筋力、調整力、持続力など	90	腕立て、スクワット、片足立ち、ガリバー、姿勢変換など
	学童以上の種目	筋力、調整力、柔軟性、持久力など	67	短縄跳び、ボールゲーム、上体起こしなど
	共通の種目	調整力、柔軟性など	21	長座前屈、ペア運動、スポーツを楽しむなど
	計			178
コミュニケーション 言語	理解	基礎、語彙、構文、物語、対人ほか	38	物の特性による分類、身ぶりや視覚記号の理解、可逆文、使役文、関係節の理解、相手の感情、冗談の理解 など
	表出	AAC、対人、文発話、質問応答、説明ほか	75	身ぶり・AACによる表現も含め、あいさつ、呼びかけ、質問応答、言葉遣いなども含む
	関わり	従命、見通し、対人意識、自己抑制、ルール	100	言動のコントロール、待つ、応じる、予定、アイコンタクト、場面状況理解、10カウント、ゲーム、会話のルールなど
	計			213

	分野	下位分野	項目数	各項目に含まれている内容
認知・手指操作	手指操作	はさみ・のり・折り紙 ほか	21	ビーズ通し、ちぎり、ふたあけ、など
	形	分類、形の見分け、線への注目 ほか	12	形や色の言語理解 含む
	書く描く	トレース、模倣・模写、点結び ほか	21	形や絵をまねて描く、筆記具の持ち方、定規などの扱い方 など
	文字	マーク、書字、文字の理解、文章構成	31	なぞりや文字の模写 含む
	時間	生活リズム、時間感覚、時計	30	生活リズム、カレンダーの知識 含む
	数	数の理解、数える、順序数の理解 ほか	15	指数字や量概念、計算、暗算 含む
	お金	金銭感覚、金銭管理、金銭計算	12	金種の区別、金額の計算の理解など
	模倣	動作模倣、視覚認知	23	動作模倣のほか、寄木、ブロック、ペグなどの構成模倣
	比較	物の大小、色分け、概念分類 ほか	21	言葉による比較、形の比較、判断 含む
	注意・記憶	視覚記憶、聴覚記憶 ほか	9	2～4の文章やカードの記憶、ワーキングメモリーなど
計			195	
発声・発語・構音	発声発語、構音障害、吃音	11	口型模倣、構音動作の模倣、構音障害への指導、吃音への訓練など	
作業	作業時に必要な技能や能力、持続力など	10	構えや、模倣力、持続力など	

全1414項目

★項目数は、のべ数

2-A ちょうだいで渡す。二語文理解	
生活	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ◎箸:スプーン・フォークの移行持ち(鉛筆のような持ち方) ◎箸:介助箸ではさむ ◎偏食:やりとりで時間をかけながらも苦手なものを食べる ◎マナー:器を支えて食べる。
着脱	<ul style="list-style-type: none"> ◎脱ぎ着:立位で着脱する ◎脱ぎ着:裏返しにならない脱ぎ方をする ◎前後判断:マークを使って前後確認をする ◎ボタン:大きなボタンや長い糸のボタン足から練習
排泄・清潔	<ul style="list-style-type: none"> ◎排泄:尿・便意をサインなどで伝える ◎排泄:男子:パンツの前たてから排尿できる ◎歯磨き:歯ブラシになじむ ◎入浴:大人と一緒に体を洗う
手伝い	<ul style="list-style-type: none"> ◎運ぶ:テーブルに器を運ぶ 手で器を運ぶ ◎台拭き:手を添えながら台ぶきを絞り、順に拭く ◎洗濯:靴下やパンツなど簡単な自分の衣類たたみ、タオルたたみをする ◎食器洗い:泡落しをする
社会生活	<ul style="list-style-type: none"> ◎信号の写真を見て室内練習で歩き出せる ◎待つ:カウントで待てる ◎移動:手をつないで歩ける ◎買い物:あらかじめ財布を出して払える
運動	<ul style="list-style-type: none"> (幼児)①片膝立ちができる (幼児)②あぐら前屈をする (幼児)③引き起こし(腹筋の運動)をする (学童以上)①上体起こし10回以上 (学童以上)②スクワット20回以上 (学童以上)③ボール投受ができる
認知・手指操作	<ul style="list-style-type: none"> ◎手指操作:ビーズ通し:ひもの先とビーズを通すことが分かる(1センチ程度のビーズ) ◎書く・描く:筆記具:鉛筆持ちに近い持ち方で、筆記具を持つ ◎注意・記憶:視覚記憶:絵カードなどに書かれた二つの要素に注目して分類できる ◎注意・記憶:視覚記憶:(入れ物などの視覚的ヒントがあれば)複数のものの中から指示された、二つのものをとれる
言語・コミュニケーション	
①理解	◎語彙:名詞(関心の薄いカテゴリーの物)、動作語(走る、座るなど)の理解が広がる
②表出	<ul style="list-style-type: none"> ◎対人:決まった場面での挨拶(「おはよう」と言われて「おはよう」と言う)ができる ◎対人:物がほしいときなどに、身ぶりやことば、写真・シンボルなどで「チョーダイ」(ほしいということ)を伝える
③関わり	◎自己抑制:家庭以外で大勢の人がいる場所でも、おびえない

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<安西信雄>							
安西信雄	認知行動療法と社会生活技能訓練	日本精神保健福祉士養成校協会編	精神保健福祉士養成講座「精神科リハビリテーション学」	中央法規	東京	2007	159-164
<坂本洋一>							
坂本洋一	障害者自立支援法とこれからの通所授産施設、小規模作業所	青山正征、寺山久美子、西川公司、三ツ木任一	療育の窓	全国心身障害児福祉財団	東京	2007	2~7
<湯汲英史>							
湯汲 英史			発達促進ドリル ①巻~⑩巻10冊	すずき出版	東京	2007~2008年	
湯汲 英史			切りかえことば22	すずき出版	東京	2007年	
湯汲 英史	社会的支援に必要な支援とは	(社)日本発達障害福祉連盟	発達障害白書2008	日本文化科学社	東京	2007年	28-29
湯汲 英史	求められている子育て支援への明確なビジョン	(社)日本発達障害福祉連盟	発達障害白書2008	日本文化科学社	東京	2007年	
湯汲 英史	障害を持つ子の保育と課題	(社)日本発達障害福祉連盟	発達障害白書2008	日本文化科学社	東京	2007年	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<遠藤英俊>					
Shigeki Tsuzuku, Taeko Kajioka, <u>Hidetoshi Endo</u> , Robert D. Abbott, J. David Curb, Katsuhiko Yano	Favorable effects of non-instrumental resistance training on fat distribution and metabolic profiles in healthy elderly people	Eur J Appl Physiol	99	549-555	2007
梅本充子、中島朱美、 <u>遠藤英俊</u> 、津田理恵子	介護予防に資する地域における回想法の研究	日本看護福祉学会雑誌	13(1)	45-57	2007
<u>遠藤英俊</u> 、三浦久幸、佐竹昭介、来島修志	アルツハイマー病の作業療法・精神療法	Clinical Neuroscience	25(2)	188-109	2007
遠藤英俊	地域で認知症を支える—改正介護保険と認知症—	向老学研考—日本向老学学会学会誌—	Vol.7	11-65	2007
遠藤英俊	社会的対応 アルツハイマー病と介護保険	日本臨牀	66(1)	457-461	2008
<u>遠藤英俊</u> 、鳥羽研二	認知症の非薬物療法	Annual Review 神経 2008		83-90	2008
<安西信雄>					
安西信雄	精神病への認知行動療法—精神科医のための基礎技術—	Psychiatry Today	12	11-12	2007
安西信雄	2. SST の発展の軌跡と可能性—アメリカと日本—	精神療法	33(2)	216-221	2007
堀口寿広 安西信雄	統合失調症の未治療期間(DUP)の発見とその後の研究	アークメディア	36(4)	359-368	2007
大森まゆ 安西信雄	わが国における精神科デイケアの様々な形態と今後のありよう	精神科臨床サービス	7(3)	316-321	2007
安西信雄 清野絵	包括的サービスを提供するためのさまざまなチーム—固いチームと緩いチーム—	精神科臨床サービス	7(4)	482-486	2007
<湯汲英史>					
湯汲 英史	関わりことば	発達教育	2007年4月号～2008年3月号	各巻2ページ	2007-2008

IV. 研究成果の刊行物・別刷

Favorable effects of non-instrumental resistance training on fat distribution and metabolic profiles in healthy elderly people

Shigeki Tsuzuku · Taeko Kajioka · Hidetoshi Endo · Robert D. Abbott · J. David Curb · Katsuhiko Yano

Accepted: 5 December 2006 / Published online: 12 January 2007
© Springer-Verlag 2006

Abstract This study examined the effect of a 12-week non-instrumental resistance training program using body weight as a load (RT-BW) on body composition, fat distribution and metabolic profiles in elderly males and females. Healthy, non-diabetic, elderly volunteers (22 males and 30 females) aged 65–82 years were non-randomly divided into RT-BW (12 males and 20 females) and control (10 males and 10 females) groups. The RT-BW subjects were trained three times per week for 12 weeks according to a specified protocol

involving a combination of upper and lower body weight and rubber tubing exercises. We evaluated body composition and fat distribution using anthropometry, dual energy X-ray absorptiometry and ultrasonography, and measured serum lipid levels and HbA_{1c} at baseline and after 12 weeks of training. Changes over 12 weeks were significantly greater in the RT-BW group compared with the control group, with a decrease in waist circumference, pre-peritoneal (visceral) fat thickness and thigh fat thickness, and an increase in thigh muscle thickness. On the other hand, the changes in body weight, fat mass and fat free mass were no different between the groups. Further, there were significantly greater changes of metabolic profiles in the RT-BW group with an increase in HDL cholesterol and a decrease in triglyceride and HbA_{1c}. There was a significant between-group difference in diastolic blood pressure. Relatively short-term, non-instrumental resistance training using body weight as a load was effective in improving fat distribution and metabolic profiles in healthy elderly people without weight loss.

S. Tsuzuku (✉) · T. Kajioka
Body Design Medical Institute Japan,
5-2-10 Shin-Imazato Ikuno-ku, Osaka 544-0001, Japan
e-mail: Tsuzuku@BodyDesign-med.com

T. Kajioka
Department of Health Science,
Faculty of Psychological and Physical Sciences,
Aichi Gakuin University, Nisshin, Aichi, Japan

H. Endo
Department of Comprehensive Geriatric Medicine,
National Hospital for Geriatric Medicine, Obu, Aichi, Japan

R. D. Abbott
Division of Biostatistics and Epidemiology,
School of Medicine, University of Virginia,
Charlottesville, VA, USA

R. D. Abbott
Department of Health Science,
Shiga University of Medical Science, Otsu, Shiga, Japan

R. D. Abbott · J. D. Curb
Pacific Health Research Institute, Honolulu, HI, USA

R. D. Abbott · J. D. Curb · K. Yano
Honolulu Heart Program, Kuakini Medical Center,
Honolulu, HI, USA

Keywords Resistance training · Visceral fat · Triglyceride · HDL cholesterol · HbA_{1c}

Introduction

It is well established that diet and physical activity are the most important non-pharmacological measures to prevent diabetes mellitus, cardiovascular diseases and age-related musculoskeletal disorders, as well as to improve the quality of life in the elderly. Aerobic exercises have been widely recommended for the prevention of obesity, diabetes mellitus, hypertension,

介護予防に資する地域における回想法の研究

梅本 充子 (名古屋女子大学)

中島 朱美 (名古屋女子大学)

遠藤 英俊 (国立長寿医療センター)

津田理恵子 (神戸女子大学)

要 約

平成17年、岐阜県の地域在住の健常高齢者61～79歳代の女性10名を対象にグループ回想法を8回施行した。その結果、セッション評価の項目では、「喜び・楽しみなどの満足度」、「対人コミュニケーション」、「回想内容の発展性」、「回想・発言内容の質」で全項目（5項目）に有意差が得られた。セッションの回数毎による結果では1回目と7回目で有意差が得られた。また事前事後の各尺度評価では、認知機能検査(SKT)の、注意力に有意傾向がみられた。QOL (SF36) では、「こころの健康」に有意差が得られた。QOL (VAS) では「自分の健康状態をどのへんだと思いますか」の項目で有意傾向がみられた。GDS15うつ尺度では、有意な差は得られなかったものの平均値で改善が見られた。これらのことより、認知機能や QOL などの改善と自主グループ活動への発展がみられ、短期効果としての介護予防効果が示唆された。

キーワード：回想法、介護予防、地域在住高齢者

1. 問題と目的

平成17年度、介護保険制度がスタートして5年が経過し、制度全般に関する必要な見直しが行われ、新予防給付が創設された。2025年には、総人口の約3割、20歳以上の3人に1人が、65歳以上の高齢者（社会保障人口問題研究所平成14年1月のある高齢者推計）という社会をむかえ、社会保障給付費も約4倍に拡大をする見込みを鑑み、介護予防としてのサービスの推進が一層重要なものになっている。介護予防とは、「高齢者が、介護を必要としない状態を保つ工夫をすること、すなわち要介護状態になってもそこから更に悪化させないことである」¹⁾である。介護予防のための第1歩は、生活機能が低下し要支援・要介護状態になる恐れのある高齢者を早期に把握し、対処することであり、最終目指すものは、高齢者の自己実現、生きがいへの支援、よりよいQOLの向上である。現在要介護高齢者のほぼ半数は認知症が認められ、その6割は在宅高齢者であるという。地域における認知症高齢者の増加も課題とされ、地域支援の重要性も指摘された。現在、介護予防プログラムとしては、運動器の機能向上、口腔機能向上、栄養改善、うつ介護予防、閉じこもり介護予防、認知症介護予防などがあるが、このなかで新予防給付として認められてい

アルツハイマー病の作業療法・精神療法

遠藤英俊 三浦久幸 佐竹昭介 来島修志

はじめに

平成18年4月の介護保険の改正により、様々な理由で認知症のケアは大きく変わろうとしている。まずは介護老人保健施設における認知症の短期集中リハビリテーション(リハビリ)の加算や特定高齢者に対する認知症の介護予防のように、認知症の介護予防やリハビリといった活動に重点が置かれている。しかしその効果は感覚的には有用だが、依然エビデンスには乏しいといわざるを得ない。

特に環境やケアがよければ、妄想や徘徊などの周辺症状(BPSD)が減少するといわれている¹⁾。そのためには個々の認知症高齢者を理解し、なじみの環境やなじみの関係をつくることである。つまり生活の中から認知症にとって重要な活動を治療に応用する可能性があるからである。さらに、呆けに効く薬はないとされた暗黒の時代からアルツハイマー病のアリセプトに始まり、認知症も治療対象となってきた。そこには正確な診断が必要であり、認知症に関する新しい知識を得て、今後の在宅であれ、施設であれサービスの現場でのケアの充実に期待したい。しかしあくまで薬物にとらわれない方法があるはずである。

超高齢社会の到来に伴い、要介護高齢者が増加し、必然的に認知症患者の増加が予想される。その中でよいケアを提供すると共に、適切な時期に適切なりハビリを提供することが重要である。認知症高齢者のリハビリは大きく身体リハビリと生活機能維持リハビリ、そして認知機能のリハビリの3つに分けられる。本稿ではアルツハイマー病に対する作業療法と精神療法の現状と課題について概説する。

作業療法

認知症に対する作業療法として老人性認知症疾患治療病棟では医師の指示の下に作業療法士が専任で行うものがある。もともと作業療法とは障害をうけた機能を取り戻すために、生活の中の活動を利用して、社会復帰をめざすものである。必然的に掃除や、仕事などを利用して生活の中で活動を利用することとなる。つまり作業療法は生活そのものの活動である。特徴としてはなじみの活動を用いる(個人・集団)を活用する。環境の工夫や治療的自己の活用を促すこと、さらには作業療法は高齢者の日常作業を通じてア

プローチする。ある意味では生活に密着した療法そのものである。つまり作業療法とは本来リハビリに位置づけられ、社会復帰をめざした作業訓練法であるが、近年では認知症に対する作業療法の役割が大きくなり、期待されている。そしてアルツハイマー病であっても初期、軽度、中等度であれば、訓練の対象となるであろう。相手の程度や特徴にあわせた療法が選択されるべきである。

生活療法

認知症の生活療法とは新しい概念である。認知症の薬物療法以外にも有用な方法があるはずである。その中で生活に密着し、生活の中で認知症にとり、認知機能やADL、QOLに有用な活動を生活療法と定義する。たとえば排泄ケアを行うことで、ADLやQOLの改善がはかられることがある。つまり作業療法に比べ、より身近で、よりやり易い形でリハビリを行うことである。その他にも散歩や計算、入浴などの生活の活動により、直接的、間接的に認知症にとり有用な活動とも定義できる。表1に生活療法の種類をまとめた。つまり生活療法とは実は作業療法とほぼ同義語であり、介護や現場で作業療法士がいない場合にまたスタッフにわかりやすくするため、そう呼ぶようにしている。

認知症の非薬物療法には病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリや多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容についてはそれぞれの施設により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではないが、認知症患者の表情や抑うつなどの気分がよくなったり、反応がよくなったりなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知機能そのものは改善することは困難であるが、周辺症状の改善が見られたり、認知機能の維持ができることにより、認知症の悪化が防止できるかが大きな課題となっている。少なくとも認知症に対するリハビリを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上をはかることが重要である。

1. 排泄による生活療法

認知症が進行すると、尿失禁や便失禁がみられるようになる。機能性尿失禁が多いとされているが、トイレの場所がわからず間にあわないなどのさまざまな原因がある。しかし排泄ケアに取り組むことで意欲が改善したり、反応がよくなるなどの症状もみられることがある。排泄という生活行為をもとにリハビリに取り組むことが有用と考えられる。まずはリハビリによって、意欲の改善が図られ、結果

0289-0585/07/¥500/論文/JCLS

えんどう ひでとし 国立長寿医療センター/包括診療部部長
みうら ひさゆき 国立長寿医療センター/包括診療部
さたけ しょうすけ 同
きしま しゅうし 日本福祉大学高浜専門学校/作業療法学科
188



基調講演

地域で認知症を支える
—改正介護保険と認知症—国立長寿医療センター包括診療部長
遠藤英俊

向老学とは、死に至るプロセスを個々の人間が尊厳のために主体的に生きること、そのような人生を歩けるような社会を、いかに創造していくかを研究する学問です。あくまでも老いを学問として考えていくことだと思います。認知症と向老学とにはどのような考え方があるかといいますと、人は誰しも認知症になりたくないと思っています。ところが何%かは、例えば65歳以上の7~8%の方が病気などで、どうしてもなってしまうのです。認知症、例えばアルツハイマーになるには30年位かかるといわれています。予防するとすれば、40歳とか50歳から始める必要があります。予防は行い方があります。例えば、「運動をする、人と会話をする、当たり前のことができる」こういったことが大事だと思います。生き方の問題であり、お釈迦様が説く“生きる”ということは“死ぬ”ことと表裏一体です。戦後日本人が長生きしたため、認知症という病気と向き合わなければならなくなりました。それは、避けては通れません。例えば80歳になれば四分の一の方は認知症になるわけです。一人の人間がいたら、そのお爺さ

III. 臨床編

社会的対応

アルツハイマー病と介護保険

Alzheimer's disease and long term care insurance

遠藤英俊

Key words : 介護保険, アルツハイマー病, 地域包括支援センター, 介護予防, 回想法

はじめに

平成18年4月に介護保険法が改正された。その主な改正点は、介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が行われたことである。また地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防、虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割が期待されている。介護予防、リハビリの充実が重点化されており、特に運動機能向上、口腔機能向上、栄養改善などが重点化されている。施設においてユニットケア化、小規模多機能居宅介護サービスの拡充が図られようとしている。

本稿ではアルツハイマー病と介護保険法の改正の関係とその影響、そして今後の動向について概説する。

1. 改正介護保険法の趣旨について

2015年高齢者介護研究会の報告をベースに介護保険法の改正がなされ、平成18年4月より改正介護保険法が施行された。その趣旨は超高齢化に突入する2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者の8割が認知症をもつというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移し、介護予防の重要性が認識された。その結果、

認知症ケアの普遍化を目指すべきとされた。その第一段階として、2004年12月に痴呆の‘認知症’への名称変更がなされた。これは疾患のイメージチェンジをすることで、認知症への理解と対応を促進することを目的としたものである。つまり認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域包括ケアの進展であり、具体的には小規模多機能居宅介護の創設である。また地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制の確立、家族支援などが検討されており、医師は特に認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスには‘生活圏域’単位のサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成(専門資格化を含む)が重要であり、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点が置かれるようになっている。

2. 地域包括支援センター

改正介護保険法の目玉は全国3,000カ所に及ぶ地域包括支援センターの開設である。総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として創設される。社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーなどの保健医療福祉に携わる専門職種が必置

Hidetoshi Endo: National Hospital for Geriatric Medicine 国立長寿医療センター

2. 認知症の非薬物療法

国立長寿医療センター包括診療部長 遠藤英俊
杏林大学高齢医学教授 鳥羽研二

key words Alzheimer's disease, non-pharmacological treatment, short term rehabilitation for dementia, BPSD (behavioral psychological symptom of dementia)

要 旨

認知症の非薬物療法は病気の進行遅延やQOLの改善、周辺症状の軽減に有用性が認められ始めている。介護老人保健施設では認知症の短期集中リハビリテーションを行うと介護報酬上の加算が認められている。

非薬物療法としては食や運動療法などを含む生活療法の他、音楽療法や回想療法などが実施されている。

動 向

認知症の薬物療法はまだAlzheimer病に塩酸ドネペジル（アリセプト）があるのみである。これは病気の進行を止め、治癒させる薬剤ではなく、進行遅延を目的とした薬剤であり、効果も30～40%程度で充分とはいえない。そこで現状では認知症の介護予防においても、認知リハビリテーション分野においても非薬物療法が注目を浴び始めている。中でも日常生活の中で取り組む非薬物療法について詳しく解説し、こうした療法の重要性についても言及したい。つまり非薬物療法に関する最近の研究では、認知症の進行遅延の可能性、認知機能そのものを改善する効果というように高齢者のQOLや周辺症状の改善に有用であ

ると考えられ始めている。

はじめに認知症に対する薬を使わない取り組みについて総括する。平成18(2006)年4月の介護保険の改正により、さまざまな理由で認知症のケアは大きく変わろうとしている。まずは介護老人保健施設における認知症の短期集中リハビリテーションの加算や特定高齢者に対する認知症の介護予防のように、認知症の介護予防やリハビリテーションといった活動に重点が置かれている。これは認知症の非薬物療法と同義語である。しかしその効果は感覚的には有用だが、依然エビデンスには乏しいといわざるを得ない。

また近年認知症ケアとしては「個別ケア」を重視し、家庭的な雰囲気を提供することが重要とされている。これからの認知症介護を考えるうえでグループホームや小規模多機能居宅型サービスを抜きにしては語れない。環境やケアがよければ、妄想や徘徊などの周辺症状(BPSD)が減少するといわれている¹⁾。そのためには個々の認知症高齢者を理解し、なじみの環境やなじみの関係をつくることが重要とされている。つまり生活の中から認知症にとって重要な活動を治療に応用する可能性があるからである。さらに呆けに効く薬はないとされた暗黒の時代からAlzheimer病のアリ

[連載] SST 技法と理論, そして展開

2. SSTの発展の軌跡と可能性

——アメリカと日本——

安西信雄*

この連載は西園による「SSTと精神療法(1)——私がSSTに惹かれる理由——」から始まった(西園, 2007)。アメリカ精神分析アカデミーの1985年のArieti賞にSST研究者であるLiebermanが選ばれたこと, そして, その受賞講演を聞いたときの新鮮な印象が述べられている。アメリカ精神分析アカデミーの懐の広さも驚きであるが, その後の西園の動きも驚きである。翌1986年にロサンゼルスでLiebermanの講義を聞き, 帰国後, 福岡大学デイケアでSSTを開始し, わが国におけるSSTの先鞭をつけられた。その後はSSTの理解者・育ての親としての役割を果たされ, 1995年にSST普及協会が発足して以来, 会長としてわが国におけるSSTの普及・発展を指導されている。

下山(2007)は「従来の考え方とエビデンスベースドアプローチの決定的な相違」として, 前者は「理論に基づいて介入法を決定」するのに対し, 後者では「対象となる障害の状態に合わせてもっとも有効な介入法を決定する」ことであるとし, 心的内界を前提とする立場と対人関係の世界を前提とする立場の統合を論じている。西園ら(1990)はよい精神科治療の条件として, ①精神療法に対する適切な薬物療法, ②自己喪失の挫折感より救出するための精神療法, ③社会生活技能の障害に対する生活技能訓練(SST), ④社会的支持・家族機能の回復による

社会的不利益の改善の4つの要素をあげ, これらが統合的に実践されることを推奨している。これは下山が述べる「統合」を先駆的に提唱したものと言えるのではなかろうか。

さて, 連載の第2回目を担当する筆者に与えられたテーマはSST発展の軌跡をたどることである。筆者は1988年のLiebermanの初回来日時に実行委員として関わり, 同年4月から東大精神科デイホスピタル(以下, DH)でSSTの導入に参加。翌年から発行されたSSTニューズレターの事務局長, 1995年のSST普及協会発足から事務局長を担当しているの, こうした経験にもとづいて発展経過を述べるようにということであろう。

本連載の続編で, SSTのさまざまな技法や理論, 精神療法やリハビリテーションとの関係, EBMの視点からの検討など, SSTをめぐる多角的な検討が行われることになっている。そこで本稿では理屈には深入りせず, 今後述べられることからの相互の関連が理解しやすくなることを目指し, 全体の流れの俯瞰図を描くことを試みたい。諸外国の脱施設化の動きからは遅れたが, わが国の精神科医療は入院中心から地域生活支援へと向かいつつある。こうした時代背景も含めSSTの発展の軌跡を振り返りたい。

I 1988年——時代の転換点?

西園は数年先行していたが, 筆者を含めて, わが国の多くの精神科医療・保健・福祉関係者がSSTのことを本格的に知ったのは1988年に東京と長崎で開催されたワークショップであつ

Development and Dissemination of SST in The U.S. and Japan.

* 国立精神・神経センター武蔵病院, Nobuo Anzai: Musashi Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP).



統合失調症の未治療期間 (DUP) の発見とその後の研究

堀口 寿広¹⁾ 安西 信雄²⁾

Key Words

未治療期間 (duration of untreated psychosis (DUP)), 早期介入 (early intervention), 初回エピソード (first episode), 統合失調症 (schizophrenia)

1 はじめに

統合失調症の早期発見と治療において注目されている未治療期間 (DUP) について、発見の歴史、特徴、および、その短縮化に向けた取り組みを概説した。DUPの定義は研究者間で必ずしも一様ではないものの、これまでの報告は、DUPは1週間から2年以上までと極めて広範囲にわたり、長期の例が少なくないことを示している。短いDUPは良好な予後に関係することが示されている。個人の予後に関与する危険因子としてとらえる一方で、地域精神保健福祉の指標に用いることで、DUPは早期発見と治療の意義の根拠 (エビデンス) になり得る。わが国でもDUPを短縮する取り組みを通じて、精神障害者の自己決定と社会参加が促進されることが期待される。

2 DUP発見の歴史

どのような医学的状態であっても、発生を予防すること、発生した場合の早期の発見と対応

は重要である¹³⁾。発生から対応までの時間がその後の経過を左右するのであれば、両者に一定の規則性を見いだすことは、その後の治療を計画するうえで欠かせない。

1952年にChlorpromazineが発見され統合失調症の治療に薬剤が導入されるようになったことで、治療効果を通して統合失調症の予後の検討が進んだ。Wyatt⁴¹⁾は自然経過 (natural course) に関連したreviewで、わが国から島蘭ら (金沢大学病院) (1968, 1973), 村上ら (東京武蔵野病院) (1971), 有留 (栃木県立病院) (1978), 安西ら (東京大学病院) (1988) の研究を紹介している。このうち安西ら²⁾は、48人中、治療開始前に症状のあった期間が1年以上の例では15人中13人 (87%), 1年未満の例では33人中18人 (55%) が再発した (Fisherの直接確率 $p=0.02$) ことから、治療開始前の期間が予後に関与していることを明らかにした。Wyatt⁴¹⁾はこの研究を、病前の履歴を厳格に統制することで大規模調査でも同様の結果が得られるものであり、早期介入の重要性を通常考えられている以上に示すものと評価している。

しかし、統合失調症を扱う研究は1980年代後

Discovery of significance of duration of untreated psychosis in schizophrenia

¹⁾ Horiguchi Toshihiro 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 (〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1)

²⁾ Anzai Nobuo 国立精神・神経センター武蔵病院リハビリテーション部

わが国における精神科デイケアの 様々な形態と今後のありよう

大森まゆ*, 安西信雄*

抄録 わが国の精神科デイケアの動向を知るため, 和文文献データベースで文献検索を行い, 代表的な文献を収集して検討した。2006年の精神神経学会シンポジウム「精神科デイケアの今日的課題と将来像」では, 利用者のニーズの多様化, デイケアの機能分化, 訪問型支援と就労支援の必要性などが指摘された。最近の文献から, デイケアの対象とプログラムおよび「復職デイケア」などの就労支援の新しい動きをまとめた。これらにもとづき, 精神科デイケアの機能分化と, 地域ケアにおける役割を考察した。

精神科臨床サービス 7:316-321,2007

キーワード: 精神科デイケア, 機能分化, 改革ビジョン, 地域ケア, 訪問型支援

はじめに

本稿の目的は, わが国の精神科デイケアで進行している機能分化・多様化について調査し, その実態と今後の課題を明らかにすることである。

デイケアの機能分化・多様化は以前から議論されてきた。たとえば, 1993年の精神障害者リハビリテーション研究会で「患者さんの多様なニーズに対応したデイケア治療の複線化・多様化」が議論され, 1997年には池淵ら¹⁾がデイケアの課題のひとつとして「デイケアの機能分化, すなわち, 危機介入, 入院から外来への移行機関, 能力障害への対応や職業リハビリテーション, 地域でのデイサービスを区別して利用者の個別のニーズに応えられるようにすること」をあげた。

最近このテーマが再び注目されるようになって

いるのは, デイケア治療の質の向上をという現場からの要請とともに, 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」²⁾等で示された厚生労働省の新しい方針によるところが大きい。改革ビジョンでは, 「医療デイ(ナイト)ケアや訪問看護においては, 通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援等の違いの有無についての分析を行いつつ, 医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る」とされている。つまり, 精神科デイケアは医療ニーズの高い対象者に的を絞ってはどうか, という提案である。これについては賛否両論があると思われるが, 行政からのこの問題提起に対して, 「どのような対象にデイケア治療が必要であり, これらの対象にどのような治療を行えば, どのような効果(アウトカム)が得られる」というエビデンスをデイケア実践者・研究者から出していく必要がある。

そこで, 和文文献データベースである医学中央雑誌で文献検索を実施した。検索式を「(デイケア or デイ・ケア or デイホスピタル) and (精神

おおりまゆ, あんざいのおお
*国立精神・神経センター 武蔵病院
[〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1]

包括的サービスを提供するためのさまざまなチーム

——固いチームと緩いチーム——

安西信雄*, 清野 絵**,**

抄録 「チーム」という言葉は日常的に使われているが、医療・社会状況の変化に伴って、その意味するところが次第に変化しつつあるように思われる。そこで、医療の分野にチームという言葉が必要とされるようになった歴史的背景を調査し、チームの多様性を見分ける視点について検討した。チームをとらえる視点として、リハビリテーション医学の成果にもとづいた、目標指向的で集団的認識機能を生かしたチームワークのあり方が精神科領域でも有用ではないかと思われた。地域ケアの展開や医師・患者関係の変化などをふまえて、固いチームと緩いチームについて考察した。

精神科臨床サービス 7 : 482-486, 2007

キーワード：チームワーク、チーム医療、多職種協働、固いチームと緩いチーム、地域ケア

1. はじめに—チームワークに新しい事態？

チームワークの重要性は多くの人が認識している。しかし、その割に本質に突っ込んだ論議は少なく、共通の理解は得られておらず、現実のチームのあり方にも問題が少なくないことが指摘されている⁹⁾。同じ「チームワーク」という言葉を使っているが、同一職種の内での協力関係のことを言っていたり、多職種間の協力関係のこともあり、場合によっては地域の関係機関との協力のことを述べている場合もあるであろう。このようにチームワークという言葉で表現されるものは多様であ

り、それぞれの状況でどうすればチームとしてうまく協力し合えるかについての明確な指針はなく、各自が手探りで試行錯誤を重ねている状況にあるのではなかろうか。

編集委員会でこのテーマを議論したとき、チーム医療をめぐる、従来の教科書的な見方ではうまく対応できない、新しい事態が発生しているのではないかということで、以下の2つのことが話題になった。

1つ目は、わが国でも包括型地域生活支援(ACT)や司法病棟におけるMDT(multi-disciplinary team approach)が広がりつつあるが、これらのチームでは、職種を超えたチームとしての関わりとともに、専門性をもった多職種チームとしての機能が同時に求められるようになってきていることである。治療方針の決定のプロセスも、従来の医師中心から多職種の参加による意思決定へと様々なバリエーションが生じている。このようにACTや司法、退院促進等で取り組まれている

あんざい のぶお

*国立精神・神経センター武蔵病院

[〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1]

せいのかい

**慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科

***国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部

平成 19 年度
厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の
評価指標の開発に関する研究

発行：平成 20(2008)年 3 月
発行所：国立長寿医療センター
(愛知県大府市森岡町源吾 36-3)
TEL: 0562-46-2311 FAX:0562-46-8359
発行者：遠藤 英俊