

痴呆患者の増加が指摘され、リハビリテーションの重要性が叫ばれている。しかし、痴呆のリハビリテーションがどのような範囲を含み、どのようなことがなされるべきかの合意は十分ではない。そこで痴呆の診断とケア・リハビリテーションの実際を取り上げ、現状と問題点を明らかにできればと考えた。とくに、ケア・リハビリテーションについては、病院、老人保健施設、在宅ケアなどに長い経験をお持ちの先生方にご執筆いただいた。

■ 臨床診断のための2つの視点

痴呆のリハビリテーションはリハビリテーション医学、精神科学、神経内科学などの協力による医学的リハビリテーションであると規定し、その臨床診断・評価には大きく2つの目標があるとする。1つは痴呆の診断であり、1つは機能的状態の把握である。前者により予後予測を行い、後者で生活への適応の方針を検討していく。痴呆の評価についてわかりやすい枠組みを示している。(宮 秀哉氏ら、405 頁)

■ いま画像診断で明らかにできること

痴呆についての画像診断から明らかになることについて詳細にまとめていただいた。著者はニューロイメージングの所見からのみでは脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆の鑑別はできないが、特徴的な所見を認めれば診断を支持する強い証拠となると考えている。脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆についてX-CT, MRI, PET, SPECTの所見の違いを明示され、臨床的にも応用しやすいような記述となっている。(北村 伸氏、413 頁)

■ 病院で行われるリハビリテーションとは

病院・施設で行われるリハビリテーションについて、豊富な治療経験を基にした示唆に富む指摘が多く含まれている。軽度から重度に陥るまでに、一般に3～4年かかる。初期の時期に生活のさせ方を工夫することによって軽度のステージを容易に延長させることもできる。またMMSが24点以上まで回復する患者は6か月間そのレベルを維持できれば5～7年は維持できる。貴重な提言である。(金子満雄氏、419 頁)

■ 老人保健施設でのリハビリテーションの効果は

老人保健施設で試みたグループセラピーでは、グループセラピー前に社会的行動の比較的良好な群は社会的行動の向上とともに身体機能や身辺処理機能が維持されたが、社会的行動の低下していた群は社会的行動、身体機能・身辺処理機能ともに低下した。これらを基に老人保健施設での痴呆のリハビリテーションのあり方について述べている。(白石成明氏ら、425 頁)

■ 在宅ケアの問題点

痴呆の状態、老人の身体状態、介護家族の有無、家族介護者の心身の状態、人間関係、社会的援助などの条件により痴呆の在宅ケアの成否が決定されることを、体験例を踏まえながら述べている。痴呆の在宅ケアの問題は援助の種類ではなく数である、多様なサービスがあるが保健・医療・福祉の連携がない、在宅ケアが困難なときの受け皿がない、などの問題点を挙げている。(三宅貴夫氏、431 頁)