

## アルツハイマー病患者に対する 作業療法の一経験

吉沢 真理子

### Occupational therapy for a male patient with Alzheimer disease

A weekly one-day occupational therapy program has been carried out for a 49-year-old male patient with moderate memory disturbance and disorientation. The main goal of the program was to improve the level of activity performance and to establish a commuting pattern between his house and the OT clinic within 45 minutes by bus and train. The patient became well motivated to complete simple constructive projects which were all new to him, and showed remarkable increase in conversation with his family, friends and members of the OT clinic. He has moderately improved in orientation of space with less getting-lost episode within the hospital.

The commuting pattern seemed to show a little improvement. He somehow managed to find a way to the clinic and/or home by himself, though he still takes wrong train and bus once in a while.

Following principles were suggested for an implementation of occupational therapy :

1. Activities should be presented in a very clear cut step-by-step manner with simple one verbal instruction, so that the patient could be free from over-loaded distracting information. This may help the activity performance through procedural memory.
2. The interpersonal relationship should be geared to support patient's positive performance at any time. Each process and achievement of occupational therapy provides the patient with opportunities for positive feedback from the clinic and family situation. The experience in OT becomes meaningful through emotional episodic memory.
3. Any change of familiar environments will cause a marked confusion in orientation of space which may aggravate the functional maladjustment due to negative emotional episodic memory.

**Key words :** psychiatric occupational therapy, Alzheimer disease, episodic memory

### はじめに

高齢者の人口増加にともない、益々増えていくと予測される<sup>1)</sup>痴呆老人のケアが問題と

なっている。なかでも、アルツハイマー型老年痴呆は現在のところ疾患そのものに対する原因療法はなく、進行性のものであることから、障害老人のリハビリテーションやケ

アでは最も困難な事例とされている。長谷川はその治療原則として、中枢神経機能を含めた身体機能の代償能力を強化すること、及び安定した生活環境を作って適応能力に負担をかけないようにすることにより、痴呆の進行を抑制することをあげている<sup>2)</sup>。また、痴呆老人のケアは、個人個人の特徴を見ながらその人に適した接し方を工夫していくという個別的な対応が基本であることも指摘されている<sup>3)4)</sup>。痴呆老人の作業療法（以下OT）についてはいくつか報告されているが<sup>5)6)7)8)</sup>、特にアルツハイマー病患者に対するOTについて、上記の原則の実践面も含めた報告は少ない<sup>9)</sup>。今回アルツハイマー病と診断された一症例に約1年間OTを実施し、指導法に関する具体的な知見を得たので報告する。

## 症 例

49才の男性。無職。アルツハイマー病。  
 家族歴：特記すべき負因はない。家族は妻、娘（学生）の3人。  
 職 歴：中学卒業後、上京し塗料会社に就職。23才で帰省し、塗料販売（自営）を開始する。27才で結婚。食品販売に着手するが、業績不振となり、30才でタクシーの運転手に転職。以後発症推定時期（47才）まで勤務。発症後、某鉄工所に勤務するも2ヶ月で退職となる。病前性格：無口。内気。頑固。義理固い。負けず嫌いで仕事熱心。  
 既往歴：23才、十二指腸潰瘍で手術。30才、脛骨骨折。44才、交通事故（本人は被害者の立場）で某病院に6ヶ月入院。（ムチうち、下腿骨折）  
 現病歴：47才（1986年）、60km程離れた隣県へガス欠になるまで走り、路上で停車中の営業車の中で眠り込んでいるのを行人が会社に通報し保護された。直後の警察での事情聴

取では細部の記憶があいまいであったが、R病院で行なったCTでは異常はなかった。タクシー運転手を退職。R病院で治療を受けながら、自宅療養をし、48才（1987年9月）に鉄工所へ就職。1ヶ月程経過した頃より、ボンヤリすることが目立つようになり、勤務中ふいに車で出かけ、翌日40km程離れた町の路上で倒れているところを発見された。T病院で検査するが脳波・CTの異常はなく、翌月（1987年11月）Y大学医学部附属病院を受診し、一過性全健忘の疑いと診断された。S大学医学部附属病院を紹介され、薬物療法（脳代謝改善剤）で経過観察を主とする外来治療が開始された。初診時（1987年11月）の所見は①記憶力は特に問題なし。②最近約束したことを忘れる事はあるが、言われれば思い出す。③“意欲がわからない”“物忘れ”“動作が鈍い”など自覚症状はある。④疎通性は良く、話す内容もまとまりがある。にまとめられた。初診2ヶ月後（1988年1月）のCTでは脳室拡大、皮質の広汎な萎縮が著明にみられ、アルツハイマー病の疑い、また翌年（1989年3月）に診断が確定された。

## 作 業 療 法

### 1. 作業療法開始時の評価

外来通院開始4ヶ月後（1988年3月）に「注意、集中、意欲の改善」を目的にOTに紹介された。開始時の評価は以下のとおりであった。

(1) 対人面での疎通性はよいが、表情の変化はみられず。他の患者へ関心を示すことはなく、自発的な会話も乏しい。困った時に人に尋ねるなどの行動はみられない。

(2) 簡単な構成的作業（箱作り）では、実物及び展開図見本と作業療法士のデモンストレーションと口頭指示で遂行可能である。

(3) 作業工程の動作模倣は可能であるが、道具の使い方の誤りや細部の見落としが多く、口頭指示を誤りなく遂行することは困難である。

(4) 身体機能では、体操などの模倣運動は少々ぎこちないが可能である。病前及び現在も身体を動かすことは好んでいる。

(5) 院内で場所を間違ったり、電車に乗り間違えるなど、場所に関する見当識障害が認められる。外来診察の待ち時間にお弁当を食べてしまうこともあり、時間に関する見当識障害も疑われる。

(6) 日常生活面では妻の観察をもとに判断すると、生活リズムは良好で、日中は一人で留守番も可能である。しかしながら日常生活で起こった問題の解決ができないこと、周囲の人や日常生活に対しての関心が乏しいこと、不安気であつまらなそうであったりおこりっぽいことなどから、判断力・自発性・感情の変化について、軽度の問題が妻より指摘されている。

この評価をもとにして、さしあたっての作業療法プログラムを以下のように行った。

### 〔作業療法プログラム〕

#### 1. 通院時の工夫

- 1) 通院時利用する交通機関の時間を決める。
- 2) 利用する乗物の時間・自宅あるいは病院を出発する時間・乗物の時間と乗降車駅の名前とホームの番号を書いたメモを患者に身につけてもらう。
- 3) 迷った時の為の住所・電話番号・妻の勤務先を書いた迷子カードを作成する。
- 4) 正面玄関から神経科外来を経て作業療法室までの通路を固定する。
- 5) 院内での事務手続きを一定にする為に薬を1週間毎にだしてもらう。

#### 2. 作業中の工夫

- 1) 作品に名前をつけ置場所を固定する。
- 2) 作品・道具・材料の準備や片付けは単独で行えるよう指導する。
- 3) 口頭指示の内容をメモして確認しやすいように提示する。

#### 3. 家族指導

- 1) 患者がカレンダーに次回の作業療法の日を書込むのを確認してもらう。
- 2) 家族の不安を和らげる為に作業療法での患者の様子や帰宅の確認など連絡を密にとる。

#### 2. 作業療法の経過

経過をOT場面と日常生活での患者の変化(表1)、指導方法の変化(表2)、利用した活動の特徴(表3・図1)により4期に分けて整理した<sup>註1)</sup>。

注1)「節」とは広辞苑によると、物の結合している部分、季節や気候の変わり目、物事のくぎりめ、時期といったある基準により分けられたくぎりめ或いはくぎった部分を指す言葉である。OTで利用する作業は非常に複雑で、節として区分する時の基準は多種多様であろう。作業過程を工程分析の4区分<sup>9)</sup>(物が変形・変質している状態の加工、基準と比較されている状態の検査、移動している状態の運搬、変化がなくおかれている状態の停滞)に照合して分けてみると、比較的臨床場面で簡単に利用できる箱づくり法<sup>10)</sup>でさえもこの4区分が繰り返され、たくさんの工程により構成されていることがわかる。筆者はこの工程の段階・繰り返しの頻度・工程の難易度と身体運動の変化、道具や材料の変化、思考過程の変化、時間の変化などが複雑にからみあって、節を分ける基準になっているのではないかと考えている。今回は松井のいう作業過程の分析を参考に<sup>11)</sup>、節を道具・材料の変化と身体運動の変化を中心にくぎった。

## (1) I 期 (評価期, 2 週間)

記憶力を高める練習をするというオリエンテーションで、患者にとっては未体験である革細工の小物を導入した。同種類の教材を二個用意し、一つは工程毎にデモンストレーション

を見せてから患者に練習させる、もう一つは練習後、患者が単独で作るという指導法を工程ごとに反復した。一工程ずつであれば、練習後単独で遂行可能であった。一工程以上になると、細部の見落としが多く、手順の正確

表1 患者の変化

	変化した項目	I 期	II 期	III 期	IV 期
		2 週間	4 ヶ月	4 ヶ月	4 ヶ月
	(頻度)	週 2 回	週 1 回	週 1 回	週 2 回
作業関係	自分から挨拶をする。	-	±	+	+
	自分から他患へ話しかける。	-	+	+	±
	困った時に Th にたずねる。	-	-	-	±
	自分の感情を言葉で表現する。	-	-	±	-
	お礼を言う。	-	-	+	±
療養欲・自発性	気分が安定している。	?	±	+	±
	表情が豊かである。	-	±	+	-
	自分から作業の準備をする。	-	-	±	+
法場	指示通り行なう。	-	-	±	-
	間違いに気づく。	-	-	-	-
	間違っている箇所を探すことができる。	-	±	±	-
	作業の持続時間。(30分~45分)	±	±	+	-
その他	材料・道具の準備が出来る。	-	±	+	+
	自分の作品を出し入れ出来る。	-	+	+	-
	集中できる。	-	±	+	-
社会生活	交通機関を正しく利用出来る。	±	±	+	
	院内での手続きが正しく出来る。	-	±	±	±
	OT室とトイレ・自動販売機の往復が出来る	?	+	+	-
	時間に対する関心がある。	-	-	-	-
日常生活全般	睡眠・覚醒のリズムがよい。	+	+	+	±
	更衣は自立している。	+	+	+	±
	単独で入浴できる。	+	+	+	-
	簡単な手伝いが出来る。	+	+	+	?
その他	長谷川式痴呆スケール	実施せず	22	19.5-21.5	16.5-17.5
	利用した活動	革細工運動	アンデルセン 籐細工運動	籐細工 簡易作業 版画運動	籐細工運動

+ : 行なう ± : 行なう時もある - : 行なわない ? : 不明 Th : 作業療法士 OT : 作業療法

表2 指導方法の変化

	I 期	II 期	III 期	IV 期
見本				
完成見本を提示する。	○	○	○	○
工程毎の見本を提示する。	○			
デモンストレーション				
患者の作品で行なう。		○	○	○
デモ用の作品で行なう。	○			
口頭				
具体的指示 (一つのこと)		○	○	○
具体的指示 (二つのこと)	○	○	△	
抽象的指示	○			
指導の種類				
見本・デモンストレーション・口頭	○			
口頭・デモンストレーション		○	○	○
Thのかかりかた				
つきっきり	△	○		△
時々声をかける			△	○
困った時にThを呼ぶ				△
工程終了後Thを呼ぶ				
一緒に行なう		○	△	△
分業して行なう			△	
間違いの訂正の仕方				
P tの前でThが直す	○	○		○
P tがまちがいを見つけThがなおす		△	○	
Thが指示しながら P tになおしてもらう			△	
P tへのポジティブな声かけ	△	○	○	△

○：よく実施する △：時々実施する 無印：実施しない Th：作業療法士 P t：患者

表3 活動の特徴

活動名	工程の複雑さ				変化の見えやすさ	
	節の種類	節の難易度	節の移行時の関連	節の順序	質的	量的
革細工のカードケース	++	++	無	一定	○	
アンデルセン手芸の花瓶	-	-	有	一定		○
籐細工の花瓶	-	+	有	一定		○
籐細工の籠	+	+	有	一定		○
簡易事務作業	+	-	無	自由	○	○
版画用の木彫	++	++	無	一定	○	

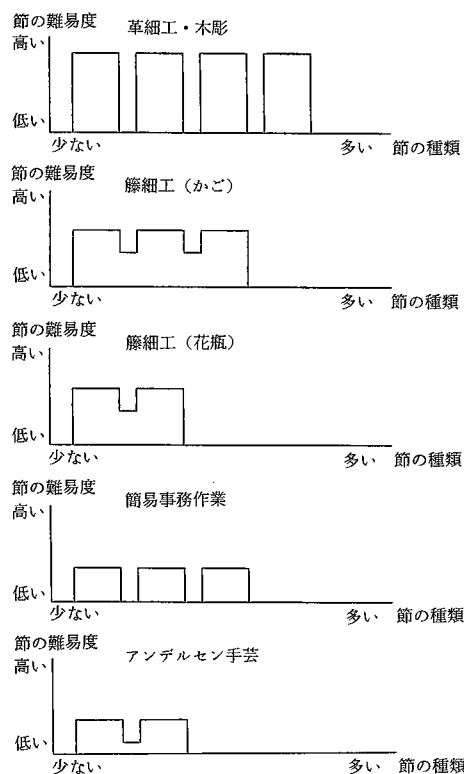


図1 活動の特徴

な遂行は困難であった。指示の記憶を保持する補助として、口頭指示の内容をメモして確認しやすいようにしたが、メモを確認すること自体を学習することは困難であった。

単独通院を目標にして、混乱をできるだけ避ける為に行き帰りの時間を一定にし同じ電車に乗ること、院内の手続きのパターン化を試みた。通院方法は自宅から徒歩、電車、バスを利用した(所用時間45分)。単独で来院可能なこともあったが、他科に受診の手続きをしたり、所定外の駅から数時間かけて歩き、到着予定時間を大幅に遅れて来院するなどの間違いが頻発した。家族と自宅あるいは病院への到着予定時間の連絡をとりながら、病前の職業が比較的良好に保たれていた本人の“土地カン”を信頼することで、間違いそのものを問題にせず、無事に到着したことを家

族ともども支持していく方針を継続した。この時期の患者はいつも緊張しているような表情で、自分からは休憩をとらず、指示されるままに作業を行ない、楽しんでる様子もみられなかった。しかし、自宅に持ち帰った作品を自慢するように来客にみせていたという面も観察された。

## (2) II期(4ヶ月間)

II期では開始時の戸惑いに加え、記憶・見当識障害から院内及び通院途中で迷う事が重なった為、よりパターン化を強化した。乗り間違える、時間に遅れる、迷子カードを自分から利用しない、ことなどがみられたが週一回の単独通院を継続した。院内では以前治療を受けていた他の診療科に手続きする、神経科と同じ方向で階の異なる診療科で順番を待つなど、過去の経験に関連した範囲内での見当識障害に限定されていった。この時期には、OT室から50m程離れた階下の自動販売機までの往復は迷わず可能となった。自宅では、OTへ通う日を自分からカレンダーに記入できるようになり、そのカレンダーを後で見て次にOTへ行く日を正しく認識するようになってきた。

活動面では、単純反復の要素の多いアンデルセン手芸を導入し、特に間違いを自分で発見できるようなデモンストレーションと見本の利用を工夫した。その結果、口頭でヒントを与えれば、自分から間違いの部分を見つけられるようになり、やりなおしてより正確に作ろうとするような意欲も見られるようになった。引き続き導入した籐細工の作品も含めて、完成した作品は持ち帰り、家族で利用していた。この時期は、作業療法士の指導の密度が増大したこともあり、対人場面での自然な感情表現が豊かになり、迷った時や間違いを指摘された時の患者の戸惑いや不快感が周

困の人にも比較的良好に伝わってくるようになった。

この時期の後半頃より、作業中時々ぼんやりとすることがあった。

### (3) III期（4ヶ月間）

この時期は週一回の通院によるOTと自宅での時間の使い方の工夫及び、近隣の医療機関への通院の準備として地域の地理感覚を確認する意味で、作業療法実習生による訪問作業療法を週一回併用した。通院途中や院内で迷うことも減少し、一緒に歩いていて分かれ道にくると、作業療法士の様子をうかがうことがあり、見当識障害が自覚されつつあるように感じられた。

作業遂行では、間違いは全体的に減少したが、スムーズに進行できる時と間違いに気づかず工程を進める時との波があった。後半に導入した版画の時には、集中時間が短くなり、自分から片付けてしまうことが多くなった。対人交流の面では、作業療法士に自分から挨拶をする、教わるとお礼を言う、顔なじみの他患者と話をする、などの変化がみられた。

この時期の後半にはOT室では、水道の水を出したままにするなど、まとまりのない行動が観察されることもあったが、家庭での日常生活は妻から見ると、むしろぼんやりすることが少なくなり、手伝いも以前よりよく行なうようになったということであった。OT開始後8ヶ月目頃、自宅でけいれん発作がおこり、抗けいれん薬の投与が開始された。その1ヶ月後、降車する駅を間違い、徒歩で帰宅する途中で車と接触し、打撲などの外傷をおった。患者の強い希望で事故後1週間で、家族のつきそいのもとにOTを再開した。

### (4) IV期（4ヶ月間）

主治医から家族へ検査入院の勧めがあり、

OT開始後10ヶ月目にS大学医学部附属病院に入院となった。

入院後2～3日は、表情も固く、消灯後パジャマ姿や、箸と湯飲み茶碗を持ってOT室に来るなど、時間・場所の見当識の障害が顕著であった。またOT中は作業療法士の顔をじっと目でおっていることが多く、やや緊張した不安げな表情でいることが多くなった。セラピストに脈絡のない話題を提供したり、一時的に多弁になることもあり、作業遂行面では、作成途中の自分の作品を準備出来ず、指示されるままに作業を継続することは可能であったが、間違いに気づくことは少なくなった。

入院後1ヶ月経過した時点では、時間・場所の見当識障害は入院前の程度に回復せず、病棟からOT室までの単独来室は看護婦の監視が必要なことの方が多かった。症状の進行のみでは説明出来ない行動面での混乱が目だったが、発症後（発症推定時期47才）になじんでいたOT室内での籐細工の材料や道具の場所は覚えていた。入院5ヶ月後、通院距離が遠い為近隣の病院への通院を前提として自宅退院となった。

## 考 察

今回の症例は、約1年間のOT治療期間中、I期からII期までの間に数回迷子になるという出来事も見られたが、対人面、意欲、集中力などかなりの改善が認められた。しかし、けいれん発作後の検査入院がきっかけとなり、短期間に病棟での日常生活全般にわたる能力低下が顕著となり、退院後の通院継続が単独では困難となり、OTは中断せざるを得なくなった。しかしながら、病棟での生活場面の混乱が見られた時期にも、OTで習得された作業習慣や手順は保たれていたことから、ア

ルツハイマー病による痴呆患者であっても、条件さえ整えばかなりの行動面の改善が期待できること、特に意欲面や対人関係の望ましい変化が、新しい作業習慣や手順を学習する時の原動力になることが観察された。以下、こうした学習が可能になっていったプロセスを指導法、利用した活動、作業療法での対人関係の側面から考えてみた。

### 1. 作業遂行時の変化と指導法

指導法の特徴をみていくと、I期は口頭指示・デモンストレーション・見本提示さらに、作業療法士の確認の言葉かけも多く、結果的には患者の能力では処理しきれない過剰な情報を与えすぎていた。例えば、口頭指示の方法では、「かわいたらぬってください」「困ったら声をかけてください」などの指示には「ぬる」「声をかける」という行動用語と、「かわく」「困る」という判断用語が含まれており、「判断し、その結果にもとづいて行動する」という高度な統合機能を要求するものであったといえよう。口頭指示による遂行はTulvingのいう意味記憶による作業遂行を要求するものであり、意味記憶の障害とされているアルツハイマー病の患者の学習には有効な方法とはいえない<sup>12)</sup>。従って、その延長にある指示のメモが利用されなかったのは当然であろう。II期以降は「患者の作品でデモンストレーションを行なう」「見本提示は完成品のみ」「口頭とデモンストレーションを組合せた指導」「口頭指示は具体的な言葉を一言で」と変更していったところ、意欲や自発性が見られるようになり、さらに、注意・集中の項目も改善された。かつてコルサコフ症候群に手続き記憶を手がかりにして作業療法を行ない、日常生活の適応を高めたという報告がされているが<sup>13)</sup>、患者に与える言語的・非言語的情報を厳選し、無用な混乱を

避けることで、Tulvingのいう手続き記憶による作業の遂行能力を引き出し、それが意欲や自発性の改善につながったものと思われる。さらにそうした場面設定をした作業療法士との安定した関係から、困った時に助けを求める人物として認知されるようになったのかもしれない。

作業遂行にともなる情報の与え方の原則は、この事例の経験からは以下の四点に集約されよう。第一は、単独作成用の作品は共同で行なうデモンストレーション用見本と全く同じ教材を使うなど、デモンストレーションと単独で作業を進行する時とのつながりをつけやすくすること。第二は、節の区切りを細分化し、言語指示を一つにしぼり、かつ節の途中ではなく節の区切りに行なうようにすること。第三は、活動の選択基準は遂行プロセスが見えやすいものであること。例えば、節の少ない活動でかつ、節と次の節の区切りとのつながりがより明確なもの、活動の結果が量的に見えやすいものなど。第四は、次の節に移行する時の判断は作業療法士が行なうようにすること。これらは、患者に能力以上の負担をかけないことの原則に通じるものである。

### 2. 作業を媒介にした対人関係の変化と対応上の留意点

前項で述べた遂行可能な作業場面を設定する作業療法士の役割は何よりも重要であるが、それだけではアルツハイマー病の患者が、未知の人間と継続的な関係を確立することはできない。特にIV期の入院による混乱が表面化された時点でも「準備する」ことだけが習慣化され保たれていたことを考慮すると、作業療法士や他の患者から作品を通して賞賛されたり、関心を持たれるといった肯定的な対人面及び感情面での体験が、Tulvingのいうエピソード記憶<sup>12)</sup>として保持されていたこと



が推測される。Tulving はエピソード（事象）記憶は状況（事象が生起する時間と場所）と焦点要素（状況の中で起きる顕著な出来事）からなるとしているが、この症例の場合毎週作業療法室へ来るという「状況」と、そこで繰り返し受ける肯定的な体験という「焦点要素」がエピソード記憶として保持され、さらにもう一つの「焦点要素」である作業習慣や手続きの学習を促進したのではないかと思われる。この症例にとっては、こうした毎回のエピソード記憶の積み重ねが、OTで作品をつくることは「仕事をする事」という意味記憶として成立していったのかもしれない<sup>14)</sup>。これは「作業療法士が待っているから」と具合が悪い時も来室したことからも、間接的に支持されよう。

この症例の場合、完成した作品は大部分家に持ち帰り、家族あるいは自分が使用していたこと、また、来客に自慢気に完成品を見せていたことから、OT場面と同様の肯定的なエピソード記憶が家族や来客を通して強化されていったと考えることも出来よう。逆に、対人面での否定的、不快な感情が強く記憶され、そのことが作業遂行に悪影響を及ぼす可能性が非常に高いことを示唆するものであろう。

### 3. 空間・時間の見当識の変化と対応策

通院時や院内での移動時の混乱を少なくする意図で行なったメモの利用、院内の通路の固定、外来・薬の手続きの順序の固定化、乗物利用時の行き先の確認などは習慣化されなかった。これには幾つかの理由が考えられる。まず第一に、OT室外の場面を利用することから、作業療法士がつきそって患者が混乱した時に対処法を繰り返し教えていくことが現実的に不可能であったこと。第二に、作業療法実習生や親戚など、指導方法を確認しあっ

ていたとしても、患者からみると、指示の与え方は異なり全体的なつながりをつけることが困難であったかもしれないこと。これに比べ、OT室での活動は同一の作業療法士が教えていたので、毎回のOTでの指導の仕方はさほど大きな変化はなかったと思われる。やはり、教える側の口調・声のトーン・言葉の使い方などの違いも患者は敏感に感じとっているのかもしれない。第三に、患者にとってOT室は、毎週一定時間過している比較的動き慣れた空間であり、一方、院内の通路や通院時に通る空間（バスの中、駅など）は、ただの通過点に過ぎず、エピソード記憶の焦点要素になる状況になり得なかったとも思われる。

### 4. 入院後の生活の変化と環境変化の影響

痴呆患者のケアの原則として急激な変化は避けるということが言われている<sup>4)15)16)</sup>。本症例も入院後、非常に混乱し、自宅では自立していた日常生活でさえがほとんど看護婦の要監視となり、作業療法場面でも、今までにない不安げな表情をしていることが多く、習得されつつあった能力が大部分低下した。OT開始時の日常生活評価で、作業療法士よりも妻の評価が高かったこと、入院後病棟での混乱とは対照的にOT室で材料の準備が出来たことから、家庭（おそらく患者の能力を最大限に発揮できた場所）やOT室などの慣れ親しんだ環境では患者の能力を発揮することは可能であり、対人的及び空間的な環境の変化が患者の能力に与える影響がきわめて大きいことが改めて確認された。入院が予定された時点で、即、慣れている作業療法室から病棟の日常生活をつなぎ、濃密なプログラムを組み入れることで、混乱はもう少し抑えることが出来たかもしれない。

## ま と め

アルツハイマー病患者に対する作業療法について以下の事が推測された。

1. 対人的な、肯定的な記憶（エピソード記憶）を利用した作業療法は、記憶・見当識障害の改善の糸口となる。
2. この目的のため、活動種目は、患者が少しの援助で完成可能で、対人的にポジティブなフィードバックをうけやすいものを利用する。
3. 指導は患者の能力と活動の特性をよくつかんで、患者を混乱させない指示を与えるようにする。
4. アルツハイマー病患者の場合、発揮される能力は環境の変化により影響を受けやすい。肯定的な対人関係場面が保証されないと、患者は本来の能力を大幅に下まわる機能しか発揮できない可能性がある。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導していただきました信州大学医学部精神科神経科小林利雄先生ならびに信州大学医療技術短期大学部作業療法学科富岡詔子先生に感謝致します。また、多大な御協力をいただいた信州大学医学部附属病院精神神経科看護スタッフの皆さんに感謝致します。

## 文 献

- 1) 室伏君士：老年期の精神科臨床：1-3，金剛出版，1984.
- 2) 長谷川和夫：アルツハイマー病，臨床精神医学，15：1180-1181，1986.
- 3) 柄沢昭秀：痴呆患者のケア，CLINICAL NEUROSCIENCE，1：216-219，1983.
- 4) 山田孝・他：老年痴呆に至った片麻痺患者の作業療法，作業療法，5(3)：27-35，1986.
- 5) 室伏君士・他：老年期精神障害の臨床：249-261，金剛出版，1987.
- 6) 中村尚美：症例，老人領域の作業療法，作業療法境界老人問題専門委員会編，106-107，1984.
- 7) 寺内智子：痴呆老人に対する作業療法，理学療法作業療法，20：747-751，1986.
- 8) 加藤千佳：痴呆患者に対するOTアプローチ—症例を通して—，津軽保健精神神経医報，10(2)：4-5，1987.
- 9) 菅又忠美・他：生産管理がわかる事典：74-75，日本実業出版社，1986.
- 10) 松井紀和・他：精神科作業療法の手引：50-54，牧野出版，1978.
- 11) 松井紀和・他：精神科作業療法の手引：76-88，牧野出版，1978.
- 12) 浅井昌弘：脳の局在損傷と記憶，神経心理学，2：10-15，1986.
- 13) 鈴木孝治・小泉典章：日常生活の適応を高めるために作業療法が試みられた Korsakoff 症候群の一例，理学療法作業療法，22(11)：756-759，1988.
- 14) 太田信夫：エピソード記憶と意味記憶，神経進歩，32：543-552，1988.
- 15) 室伏君士：老年性痴呆患者の精神ケア，診断と治療，76：987-990，1988.
- 16) 西村健・他：健やかな老人の精神生活のために：49-80，世界保健通信社，1983.

受付日：1989年10月1日

受理日：1989年12月6日