

論文

認知症高齢者の作業療法における言説・研究の変容・編制過程

——1980・1990年代のリハビリテーション雑誌の検討——

田 島 明 子*

1. はじめに

本研究では、認知症高齢者に着目し、リハビリテーション、特に作業療法における言説・研究の変容を辿ってみたいことにしたい。

なぜ、認知症高齢者に着目したかであるが、認知症高齢者がリハビリテーションの対象となる過程において、既存のリハビリテーション論とは異なる形での対象化、介入の視点の特定化などが行われてきたことがあげられる。つまり、認知症の疾患の特性として、「疾患自体の改善が期待しづらい」、「意思表示に困難がある」ことから、「能力の回復・改善を目指す」や「対象者の自己決定を尊重する」といった既存のリハビリテーションの理念・理論にはなかった、対象者理解の枠組み、QOL (Quality of Life: 生活の質) モデルや生活モデル等を組み入れてきたことは事実であり、それは端的に言えば、現代のリハビリテーション医療の(内在的に矛盾・錯綜・対立を抱えているかも知れない)編制過程を意味しているからである。

特に、1980年代、1990年代は、認知症高齢者をリハビリテーションの対象とし、介入の視点の特定化がなされた時期として重要である(井口 [2007])。しかし先行研究(井口 [2007])では、政策構想に関する資料を扱っているため、学の編制の様相を細やかに捉えることには限界がある。そこで、本研究では1980年代、1990年代におけるリハビリテーションに関する学術雑誌、なかでも作業療法に関する学術雑誌を対象とした。なぜ作業療法に限定したかと言えば、作業療法はリハビリテーション関連職種のなかでも医学モデルを基礎に置きつつも社会適応モデルに親和性を強く持っており、上述した変容過程への感度が良いと考えたからである。

こうした作業療法(学)の変容・編制過程を知ることの研究の意義として次の2つの可能性があげられる。1つは、学内に内在する矛盾・錯綜・対立や関連学問・時代との(非)接点について広く論点を抽出できること、2つめは、変容・編制過程において生成された枠組み・モデルについて再検討する視座を提示できること、である。なお、今後博士論文にて「作業療法の現代史」を執筆予定であり、本研究はその一部に位置付くものである。

2. 対象と方法

対象としたリハビリテーション雑誌は、『理学療法と作業療法』『作業療法』『作業療法ジャーナル』¹の3雑誌である。『理学療法と作業療法』は1967年の創刊から『作業療法ジャーナル』に移行するまでの1988年までを対象とし、『作業療法』は、1982年の創刊から1999年までを対象とし、『作業療法ジャーナル』は、『理学療法と作業療法』から移行した1989年から1999年までを対象とした。対象とした文献のなかから、1) タイトルに「痴呆」²の記載がある、2) 作業療法について書かれてあるものを本研究の対象とした。対象となった文献の、作成年、著者名、タイトル、雑誌名、頁数については表1³のとおりである。各年代の文献数は、1985年が1件、1986年が4件、1988年が1件、

キーワード：認知症高齢者の作業療法、言説・研究の変容・編制過程

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2004年度入学 公共領域

1989年が5件、1990年が1件、1991年が2件、1992年が4件、1993年が6件、1994年が3件、1995年が1件、1996年が2件、1997年が5件、1998年が7件、1999年が4件であり、全部で46文献であった。

分析方法・手順であるが、(1) 基礎データ化：対象とした文献を、1) 内容・目的、2) 認知症症状の何を・どのように対象・問題としているか、3) 介入の視点、に着目して文章を抜粋し、基礎データを作成した。基礎データについては<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/nintisiousagyoc9.html>>に掲載をしている。(2) 基礎データのカード化：次に、基礎データを分析可能な量として分節化するために、対象文献にデータ番号を付し、さらに、基礎データには抜粋した文章の頁数を明らかにしているため、データ番号・頁数をカード番号として、抜粋した文章をカード化した。(3) カード化された分析対象を時間の流れに沿って「認知症の作業療法」の形成における要素と考えられる記述について列挙した。

3. 結果

1) 時間系列に沿った記述的作業

以下では、上記の分析手順により、カード化したデータから、新療法の紹介、認知症症状の捉え方、介入の時期・範囲など、「認知症の作業療法」の形成における要素と考えられる言説・研究について、時間の流れに沿って記述していく。

1985年は、認知症高齢者に対する治療法について初めて紹介がなされている。それは「リアリティ・オリエンテーション (R.O法=現実見当識法)」と呼ばれるものであり、知的機能の全般的低下がみられる認知症高齢者に対して、残された能力を賦活し、発揮させることを目的としている(1985-1-33)。方法論としては、認知症高齢者とのコミュニケーションを持ちながら、できるだけ多くの感覚を刺激し、環境との接触を支援しようとするものである(1985-1-34)。つまりこの年には、新療法の紹介をもとに、認知症作業療法における介入の手立てが見出されており、新たな展開の萌芽として受け取れる。

1986年には、認知症の重症度によって異なる作業療法アプローチを行うことを奨励する文献があった(1986-1)。つまり、重症度を弁別できる評価表が紹介され(1986-1-27)、重症度によって作業療法アプローチを行うことの効果・利益が証明されている海外の文献が紹介されていた(1986-1-27)。また、認知症について、「痴呆の原因を脳の萎縮や変性などの個体の生物学的基盤のみに限定するだけでなく、生活環境の変化などの心理・社会的基盤をも考慮しなければならない」、「作業療法の実施にあたっては、患者の生活環境あるいは日常的な刺激レベルを、可能な限り病院環境へと取り入れるようにすることが重要」(1986-1-31、32)としており、認知症の重症度の評価の必要性や重症度別の介入の意義が述べられ、それと同時に日常生活に介入することの意義について指摘がなされていた。また、(1986-2、3)では、家族の患者への対応の仕方、介護負担に焦点化がなされていた(1986-2-44)。つまり、家族側の非協力性があり、認知症のクライアントに対して十分な精神機能、ADL (Activities of Daily Living: 日常生活動作) 機能改善のためのアプローチが行えなかったことを反省的に省みている。そして、クライアントの「生活の質」(1986-2-47)と家族側の思いが拮抗した中での、セラピストの治療展開の不十分さが語られ、家族への指導と援助の重要性が指摘されていた。

1988年には、認知症高齢者の知的レベルを把握する評価法の紹介がなされている(1988-1)。これは、「作業療法が痴呆患者の訓練種目としてパズルを頻繁に用いている」(1988-1-616)ことに着目しており、重症度の弁別の重要性については1986年の文献においてすでになされているが、それは引き続き存在し、さらに、作業療法独自の評価法の開発の検討がなされていた。

1989年には、認知症の作業療法について、次の3点について指摘がなされていることは特筆すべきことであり、その後の認知症作業療法の方向性を決定づけるものであったと考える。

1つは、認知症の作業療法の体系化が未整備であることである。(1989-1、5)では、認知症高齢者に対するケアシステムや作業療法の体系化が現状において未整備であり、今後の課題であることが言われているが(1989-1-397)(1989-5-754)、その現状について(1989-1)は実態調査を行い、(1989-5)では文献調査がなされていた。

2つめは、認知症症状の明確な区分であり——(1989-1-399)では、見当識や記憶力などの中核的・基本症状と随

伴する精神症状に分けられ、(1989-2-417)では、「痴呆そのもの(中核症状)への根本的対応と、精神症状や問題行動や副次的症状(辺縁症状)に対する対症療法」と呼称されている——、それと付随して、作業療法は、随伴精神症状あるいは対症療法の方に意義(1989-2-419)や効果(1989-1-399)が見出されていることである。それと同時に「痴呆というハンディキャップをもちながらも」(1989-1-402)、あるいは「老人の限られた時間を有効に」(1989-3-430)という前置きとともに、「QOLの維持・向上」(1989-3-430)(1989-1-402)が作業療法の目標として提示されていた。

3つめは、在宅や家庭復帰などのキーワードとともに、家族の介護負担への着目がなされていることである(1989-3、4)。そうした背景として、(1989-4)では、「介護者のうち、以前は勤めに出ていたものが48%であり、その41%が退職・休職の対応をしている」(1989-4-474)と述べている。そして、「家庭で努力している介護家族に対する技術的・人的援助を組み込む社会全体のシステムとしての老人支援体勢を作っていくことが急務」(1989-4-477)であるとしているが、それと連なるように、デイケアやグループワークの意義(1989-3-426、430)や、「チームメンバーとして役割を果たすこと」(1989-3-430)の必要性が指摘され、「ケア・リハビリテーションを担う一人として」(1989-1-402)、「デイケアは医療的側面や福祉が相互に大きく関わっている」(1989-3-427)など、リハビリテーションとケア、あるいは医療と福祉を接続、並列化する言説が現れていた。

1990年に入ると、1989年に続き、「QOL」というキーワードが明確に使用される文献が登場するようになる(1990-1)。(1990-1)の始まりには、「高齢化が進む痴呆老人のQOLについて関心が高まってきた昨今では」とある。(1990-1)は、音楽を用いた集団作業療法が、対象とした中等度以上(より悪い)の認知症高齢者に対して、表情、意欲、積極的な反応(積極的反応率:1990-1-177)等を引き出せたとする報告である。つまり、作業療法におけるアクティビティの多様化が図られ、1989年に見たような、いわゆる表情・意欲・積極的反応率などの随伴する精神症状に対する変化について、「QOL」という効果指標を基に向上したという見方をしていた。

1991年には、ケアとリハビリテーションの関係について、「介護(help, aid)とは、保護的な日常生活の(指導というよりも)介護に大きく関与し、ケアとは、治療志向性のリハビリテーション的な(援助というよりも)指導に大きく関与するということができる。ケアは専門職(各種療法士、看護婦、医師など)が施設において治療(target)をもって、患者のADLはもちろん、その生き方、生活の質(Quality of Life)を回復・維持させることといえる。したがってケアとリハビリテーションは密接な関係がある」(1991-2-561)とし、具体的手法として、グループ・ワークの紹介がなされていた(1991-2-562～563)。その効果として、「彼等のペースに合った『状況』や彼らの喜びや悲しみを共に分かち合うような『なじみの仲間』と共感的な関係を保つ『場』を与えることによって、自分自身の『存在感』、『わが意を得たように思いがけない能力(記憶・感情・自己表現)』などが認められるようになる」(1991-2-562)としている。つまり、1989年以降に確定的となった感のある随伴症状・対症療法へのアプローチを基本としつつ、「思いがけない」能力の発現を見逃さない観点も同時に含めるものとして、ケアとリハビリテーションの融合の意味を成立させているようである。

1992年には、認知症を治療可能・不可能に分ける趨勢があることを紹介、脳血管性認知症は治療可能な認知症に含まれるとし、昨今の認知症の作業療法が改善よりも維持的アプローチに傾いていることを指摘し、脳血管性認知症患者に対して機能的作業療法と併せ、精神機能の賦活を目的に個別・集団訓練を行い知的機能の向上が図れたと報告する文献があった(1992-3)。

また、(1992-1)では早期介入の重要性が指摘されている(1992-1)。症例は「骨折後に安静による低刺激環境におかれ、廃用性症候群⁴が助長」(1992-1-67)され、「骨折後の作業療法休止期間が長かった」(1992-1-68)ために、「痴呆が進行」(1992-1-68)したと考えられた。骨折後早期に作業療法を開始し、刺激提示の段階づけが適切であれば、ここまで認知症は進行しなかったのではなかったかと反省的に省みられている(1992-1-68)。

さらに、(1992-2)では、「痴呆性老人のリハビリ(作業療法)は、[略]単純で患者自身が楽しんでできることが第1である」(1992-2-18)とし、「球塗り療法」という、画家の井口行雲氏が考案した新治療法を作業療法の一つの治療として位置づけ、紹介している。これも作業療法におけるアクティビティの多様化を図る試みの一つとして受け取れよう。また、(1992-4)では、老年痴呆や慢性分裂病老人が混在する、なじみのある安定した場を提供することを目的とする集団作業療法の取り組み(1992-4-538)のなかで、脳障害の違いに応じたアプローチの方法と集団のあり方をまとめていた。これは作業療法におけるアプローチの多様化、精緻化を目指すものと言えよう。

1993年であるが、作業療法の取り組みの記述については、新しいものは(1993-3)における回想法であるが、1985年に紹介されているR.O法とともにそれぞれの効果について紹介しており、それらを組み合わせて使用することの効果(1993-3-689)や、その他には、既述した球塗り療法(1993-4)やグループアプローチ(1993-5)の取り組みとその効果についても紹介がなされていた。

さらに(1993-1)では、アルツハイマー病に着目し、アルツハイマー病患者のターミナルケアについて、「QOL」や家族関係をキーワードに考察が行われている。旺盛な介護意欲を持つ家族(夫)が紹介され、治療的関わりにおいては、「夫が模索していた症例の『人間らしさ』を意味づけし、適切な介護が実施できるよう」に介入した(1993-1-12)とある。そして、武井[1990]を引用し、「末期患者のQOLとは病前と同様に豊かな人間関係を持ち続けるかどうかという点に集約されるのではないかと述べている。また『QOL』そのものの定義に未だ定まったものがないとも述べている。本症例の場合、夫がキーパーソンとなった。夫は治療過程の中で本症例の改善していく姿を目のあたりにした。そして改善の過程を通じて本症例の人間らしさ、更にはQOLを夫自身が定義づけ出来、夫婦間の絆をより強固にしたといえよう」(1993-1-12)とまとめている。「QOL」と家族関係との連結については既に言及されているが、そうした言説が前提ともなり、治らない・進行するとされるアルツハイマー型認知症の最終的な様相とも言えるターミナルケアへの作業療法の拡散・拡大が見て取れる。

1994年には、調理活動(1994-1)やレクリエーション(1994-2)など、具体的な作業活動での効果や対応方法についての検討がなされていたことは特徴的であった。(1994-1)では、観念失行⁵を呈するアルツハイマー病患者に調理動作を行ってもらい、「痴呆患者は、新たなことを学習することができないため、新たな代償法を獲得することは非常に困難である。そのため、痴呆のADL訓練としては、現時点での「しているADL」を積極的に維持することを目的に、患者家族の病態理解を十分に深め、適切な介護方法を指導することが重要」(1994-1-606)と結論づけている。また、(1994-2)では、レクリエーションの治療的意義として、「①残存(潜在)能力発揮、②痴呆症状の改善、軽減の機会を意図的に盛り込み、活動に継続的に参加することで、③ひいては生活の再建(生活リズムなど)」(1994-2-1041)を挙げていた。また、(1994-3)では、小集団活動における認知症高齢者の情緒、意欲などの内的変化について、1年間の取り組みのなかでその変化には4パターンがあったことが述べられていた(1994-3-486)。

1996年には、作業療法士によって作られた作業療法独自の治療法である感覚統合アプローチ⁶の、認知症高齢者に対する適用の効果を、やはり感覚統合アプローチの評価表であるJMAP⁶を用いて評価した文献がある(1996-1)。これは、「作業療法が痴呆状態の改善に効果があるか、効果がある場合はどのような点かの検討」(1996-1-323)がなされたものであり、結果は「言語課題で『指示の理解』の得点には有意な効果がみられなかった」(1996-1-333)ものの、「感覚統合的アプローチを付加させたことが、全般的に対象者の技能状態を改善させる」(1996-1-332)ことを示したとし、その原因として「運動の持久力を向上させ、さらに、眼球運動(追視)、上肢の運動性、手の握りなどの改善をもたらし、また、目と手の運動の協応性を促進したためである」(1996-1-332)と考察している。また、(1996-2-124)では、作業療法士の役割として、日常的リハビリテーションは他職員にってもらい、全体的な計画、研修、指導を期待したいとある⁷。

1994年にも調理活動について検討されているが、1997年には、アルツハイマー型認知症の女性患者に対し、調理活動を行った結果、「自発性や関心・意欲の向上など情緒面での改善が得られ、日常生活の行動面で変化がみられた」(1997-1-201)という報告がなされている。これは、「記録・記憶障害をもつ痴呆患者でも、長期間経験した生活関連技能は比較的良好に維持されている」(1997-1-201)という病態特徴を前提として選択されたものであり、結果として、「知的精神機能の改善はみられなかったが、自発性や関心・意欲の向上など情緒面での改善が得られ、日常生活の行動面で変化がみられた」(1997-1-201)としている。また、「調理活動について適切な評価尺度が存在しなかったため、新たに作成した『調理活動観察チェックリスト』の信頼性を検討」(1997-1-202)したとしている。病態特徴の活用、料理活動から得られる意義、評価尺度の検討など、1994年の報告と比較しても言説がより説得的となっている。

その他、デイケア(1997-2)、デイサービス(1997-3、4、5)の実践報告が数多くなされていた。しかし、作業療法における介入視点や期待する効果については新しいものは見られず、生活障害の視点、「QOL」の向上の重要性(1997-2-871)(1997-4-534、535)、チームアプローチの重要性(1997-2-873)(1997-4-535)、家族支援の重要性(1997-2-874)(1997-3-529)(1997-4-535)(1997-5-541)や、その効果についても、意欲や残存能力の発現(1997-3-529)

(1997-4-534)、障害状況に応じたその人らしい生活の実現などが目指されていた(1997-3-529)(1997-4-534)。

1998年には、まず、評価について検討した文献が2つあった(1998-5)(1998-6)ことが新しいが、(1998-5)は、ADLを評価する方法を3つ——①自己評価法(Self-Report)、②インタビュー法(Informant Measures)、③直接観察法(Performance Measures)——挙げ(1998-5-1088)、「痴呆症患者のADL能力は行う場所や文脈の影響を強く受け、検査場面で行われる評価では実際のADLを必ずしも反映していない可能性がある」(1998-5-1088)ことから、「インタビュー法と直接観察法の利点をうまく組み合わせ、原疾患の種類と存在する認知機能障害によって予測されるADLを重点的に評価していくことが必要」(1998-5-1090)であるとする。また、(1998-6)は、既存の評価法では作業療法士が作業場面で観察できる項目に限られるため、「OTによるOTのための評価法の開発が待たれる」(1998-6-1083)としている。それ以外は、作業療法の取り組みの検討であった。新しい取り組み、着目点のみ紹介すると、(1998-1)は、1992年、1993年に紹介した球塗り療法の検討であるが、「長期継続して行くと、塗り方の変化が著名となり、症状の動向をとらえることができる」(1998-1-1099)とし、新たな効用を紹介していた。(1998-2)では、グループホームでの家事活動を取り上げ、家庭的雰囲気であるので、意識しない生活の流れが認知症高齢者にとって良いのではないかと考察している(1998-2-1104)。(1998-3)は、園芸活動の紹介であるが、「身体感覚に支えられて共有する時間が、言葉を超えて通じあう安心感をもたらす」(1998-3-1110)としていた。(1998-4)は、デイケアにおける化粧活動の紹介であったが、「顔の表情が和らぐ」(1998-4-1115)などの効果を発見していた。(1998-7)は、デイサービスにおけるグループ訓練の取り組みの紹介であったが、「介護者プログラム」も行い、「『痴呆について理解できた』『仲間ができて、がんばろうという気が起きた』などの意見が得られた」(1998-7-802)としていた。

1999年には翌年から始まった介護保険制度を意識した文献が多く、(1999-1)では、「家族を支援するシステム」(1999-1-1179)によって「在宅で高齢者が安心して生活できる」(1999-1-1184)としたり、(1999-3)では、「老人保健施設におけるケアマネジメントは、施設ケアプランと在宅ケアプランの二層をトータルに捉えて総合的に援助計画を立てる必要がある」(1999-3-505)としたりしていた。また、(1999-4)では、単身生活を営む認知症高齢者に焦点をあて、「ケアマネジメントをフォローし再評価するチームワーク」(1999-4-495)や「長期対応」(1999-4-495)、アセスメントでは、「本人のストレス状況や環境あるいは相手によってみせる姿が異なるために関係者の情報が何より必要」(1999-4-495)としていた。(1999-2)はピック病の立ち去り行動に対するアプローチを検討したものであり、ピック病の病態特徴として、エピソード記憶や空間的見当識は比較的保たれていることから、「一度入院した病棟にはなじみの関係が形成されやすいとされている。[略]根気よく繰り返していくことがパターン化につながり、活動への導入をスムーズにしたり、立ち去り行動を引き起こしにくくしたのではないかと」(1999-2-1095)と考察していた。

2) 結果の分析

(1) 年代別の言説・研究の特徴について

1985～1989年、1990～1994年、1995～1999年の3期に分け、年代別に比較を行い、各期における作業療法(学)の言説・研究の特徴について検討を行う。

1985～1989年代は、1つには、認知症高齢者に対する介入の視点や方法が模索された時期だったと言える。つまり、R.O法という海外の方法論が紹介され、介入の1つの道筋が示されたのではないかと考える。また、効果的な介入の方法として重症度に応じた介入の方法が提示されたり、介入の対象として家族が発見されたり、介入の範囲として日常生活の場の重要性が指摘されたりしていた。

また、1989年には、認知症症状についての構造的・分節的理解がなされ、介入の位置や目的が、ある程度、確定もした時期であったと考える。作業療法において、表情や意欲、積極的反応などの随伴する精神症状に対する変化が、「QOL」という効果指標を基に向上したという見方をする文献があったが(1990-1)、1989年においてほぼ確立したかに見える、作業療法の介入の位置・目的を明確に反映した文献のように思われる。

次に1990～1994年を見てみると、介入の位置・目的については、1980年代後半で示された、随伴する精神症状への対症療法的・維持的アプローチが主流となり、「QOL」を効果指標として、家族との関係性や創造性、表情・意欲・積極的反応などを介入視点として取り入れるようになってきている。また、アルツハイマー型認知症のターミ

ナルケアについて、新たな作業療法の領域として実践報告をしている文献も見られた。

一方で、脳血管性認知症患者に対して機能的作業療法や精神活動賦活のアプローチを行ったところ、知的機能の向上が見られたという報告や早期介入によって認知症の進行を防げたかも知れないと反省的に省みる文献も散見され、上の着眼点は作業療法(学)として浸透・定着したものではなく、知的機能の回復を目指した作業療法のあり様を模索する動きも同時に存在していることが伺える。

また、音楽や球塗り療法、R.O法、回想法、調理活動、レクリエーションなど、様々なアクティビティの検討がなされ、介入の形態や方法についても、集団や小集団、脳障害や認知症の程度に応じて変化させており、1980年代と比較しても、より多様化した試みがなされていることがわかる。

1995～1999年になると、病態特性をより理解したり逆に活用したりすることで生活障害や情緒的側面の改善に結びついた症例の紹介や、これまでと同じアプローチ法を用いたとしてもその新しい効用を見出したり、作業療法独自のアプローチ法の適用の効果、評価尺度の検討や作業療法独自の評価法の開発の必要性が求められるなど、これまでの取り組みを進展させるものであったり、作業療法の独自性をより追求するものであったり、課題についてもより焦点化がなされた感があった。

また、グループホームやデイサービス、デイケアでの実践的報告が多く見られるようになってきており、1999年には、翌年から開始される介護保険制度を睨み、ケアマネジメントやチームワークをより意識した文献が見られた。

(2) 認知症の作業療法の変容・編制過程について

ここで、認知症の作業療法の変容・編制過程について分析を試みる。従って、3の1)の結果について、作業療法(学)の変容・編制に関連すると考えられる部分に焦点化し、検討を加える。

1985年以降、作業療法(学)において、認知症高齢者に関わる言説・研究が徐々に生成・蓄積されていったことがわかるが、学の変容・編制に関わる重要な転換点として、1989年の言説・研究が挙げられると考える。つまり、1989年の言説・研究において、認知症症状について、認知症そのもの(中核症状)・根本的対応と精神症状や問題行動、副次的症状(辺縁症状)・対症療法とに区別がなされたことである。それは、その後の作業療法(学)の成り立ちに大きな影響を与えたと考える。つまり、これまでは認知症症状に対するアプローチの射程が明確ではなかったが、その区分によって作業療法のアプローチの射程が概ね後者にあるという位置づけが確定したのである。それ以前の、介入方法を模索していた頃の研究成果が、後者へのアプローチに意義や効果を認める言説・研究としてその確定を補強したとも言えるかも知れない。そのことは同時に、治療が不可能な(機能回復が見込めない)疾患が作業療法の対象に含まれることを意味したが、それが、認知症の作業療法をめぐる学の変容・編制へと展開する重要な基点となったのではないだろうか。つまり、こうしたアプローチの視点を対象として含めることにより、これまでとは異なる様相の、多様な言説を、学内に包摂しやすくなったことが伺われるからである。

その代表的なものが、リハビリテーションとケア、あるいは医療と福祉を接続、並列化する言説であったと考える。こうした接続、並列化を可能にしたのが、上に述べた認知症症状についての構造的・分節的理解であり、それに適合した作業療法のアプローチ法があったとすることができるのではないか。(1991-2)のケアとリハビリテーションの関係についての文章にあるように、ケアという対人関係を基盤とした生活の質の向上に対する働きかけの内にも、「思いがけない」能力の発現が期待されており、両者が明確には分かち難い概念とされていることがわかるが、それだけでなく、その接合には、認知症症状に対する理解の仕方と、リハビリテーション学に元々位置する作業療法学における、作業療法の特性ゆえに意義や効果が認められた認知症症状に対する介入の位置取りが関与していたと考える。

また、「QOL」という概念についても、本調査では1986年に初めて登場したが、ある概念が言説として定着するためには、その背景に根拠や文脈があるはずであるから、そう想定してみると、1つには、認知症が、治療が不可能な疾患であることから、能力向上に連なる「自立」や「社会復帰」などの目標値が設定できないため、別種の目標値の設定が必要であったことが伺われる。もう1つは、リハビリテーションとケア、医療と福祉の接続・接合にあたり、両者を統合する目標値として「QOL」が適合するものであったことも理由としてあげられるかも知れない。逆に言えば、両者を統合可能な「QOL」という概念の出現によって、リハビリテーションとケア、医療と福祉が結

びつけられたとも考えられる。

こうして、認知症の作業療法において、介入の位置や目標値が確定・前提化したことにより、実践的言説・研究の多様化が進行したのが1990年代と見ることはできないだろうか。具体的には(1993-1)のように、「ターミナルケア」の領域を作業療法の射程として捉えることが可能となったことや、(1993-6)や(1995-1)のような「チームアプローチ」という言説の登場、あるいは、サービスの形態として、「集団作業療法の取り組み」(1990-1)(1992-4)(1993-5)から「グループホーム」(1998-2)や「デイサービス」(1997-3、4、5)(1998-7)、「デイケア」(1997-2)(1998-4)での実践的研究・言説の積み上げへと拡大化していった動きなどを捉えることができるだろう。また、「家族関係の支援」「家族の介護負担の減少」(1989-3)(1993-1)(1997-2、3、4、5)(1999-1)の言説についても本人変化への期待に限界があるための、介入対象の変容・拡大化の一側面として捉えることができるだろう。

4. 考察

1) 井口 [2007] の1980年、1990年代の「はたらきかけ」の変容の記述との比較

井口 [2007] では、「1960年代から現在までの政策言説を『はたらきかけ』についての想定・方針と、その前提に想定されている痴呆・痴呆性老人像を示している資料」(同、p36)ととらえ、「その中で示されている『はたらきかけ』の変容過程について検討」(同、p36)している箇所があるので、本研究と関わる1980年代、1990年代に主に焦点をあてて、そのポイントを紹介したい。

まず、1960年代から1970年代にかけては、高齢一般の問題として認知症の状態がとらえられていた一方で、生活の場では対応困難な認知症高齢者は、高齢期の精神病という病理状態の1つとして位置づけられていた。また、認知症高齢者は、治療不可能な病人として、福祉施策としての「はたらきかけ」の対象から除外されていた。(同、p41)

それが、1980年代になると、認知症高齢者も、他の対象者(寝たきりの人、若年の患者)と同様に扱うべきだという主張がなされるようになる[「老人精神保健対策に関する意見」(公衆衛生審議会、1982年)]。(同、p41)

また、1980年代後半には、認知症の原因についての言及が政策言説の中に明確な形で登場してくる。「痴呆性対策推進本部報告」(1987)では、「物忘れ」と「痴呆」との判別が必要とされたり、翌年の「痴呆性老人対策専門家会議提言」(1988)でも、「ぼけ」という包括的な一般用語と「痴呆」という学術用語との区別した使用の必要性、「うつ状態」と「痴呆」との判別の必要性が指摘されたりした。つまり、「はたらきかけ」の前提として、医療における病因論の枠内で語ることで真の認知症を判定することが必要であるという主張がなされていく(同、p42)。その判別は「事前の対応である予防・リハビリ、そのための早期発見などに連動して強調されて」おり(同、p42)、認知症においても、脳卒中後の脳血管性認知症に限定する形での予防・リハビリがこの時期に強調され、認知症に対する「はたらきかけ」の1つの形として採用されていったとされる(同、p43)。

そのことは1990年代に入っても継続する。しかし、この時期のもう1つの特徴として、「予防・リハビリ」という「はたらきかけ」からはみ出ざるをえないような対象に焦点が当てられるようになってくる点」があげられる(同、p46)。それは、「痴呆性老人対策に関する検討報告書」(1994)におけるアルツハイマー型認知症への言及として現われる。つまり、アルツハイマー型認知症は、治療が難しく、対症療法にならざるを得ないことから、予防・リハビリに適合しがたい疾患特徴を持つが、その「はたらきかけ」の方針や方法が言及されるようになる。具体的には「ケア」の重要性が言われる。ここで言う「ケア」とは、発症防止、悪化の防止といった事前介入のニュアンスの強い予防・リハビリの論理と対照的に、治療の難しい認知症の状態となった人に、その時点において、最善のはたらきかけを試みようとする志向性である(同、p46)。

そうした志向性のもと、認知症の治療ケアの目的・方針が、残存能力を生かし、生活機能を改善し、患者の「QOL」を改善すること、として提示され、さらに「QOL」を高めるためには、住み慣れた地域での生活継続、そのための公的サービスが必要だとされ、サービス供給体制整備の方針が示される(同、p47)。

ここまでの井口 [2007] の流れを要約すると、1980年代に入り、認知症高齢者を支援の対象に含め、1980年代の後半には、主には脳血管性認知症を対象として想定し、早期介入・予防的リハビリが奨励され、1990年代に入ると、アルツハイマー型認知症への注目があり、治療が困難な対象であるがゆえにケアの重要性、「QOL」の向上を目指す

ことの重要性が言われるようになった、というものである。

つまり、井口 [2007] においても本研究においても、1990 年代には、随伴する精神症状への対症療法・維持的アプローチが主流となり、ケア的関わりや「QOL」の向上が重視されるようになったという大きな流れが読み取れるのである。

しかし、井口 [2007] と本研究ではいくつか異なってもいる。1つは、1980 年代後半において、井口 [2007] では主に脳血管性認知症を対象として想定していたとあるが、本研究では必ずしもそうではなかったことである。むしろ脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の区別は明確ではなかった。もう1つは、井口 [2007] ではケアや QOL 概念の発生について、脳血管性認知症 = 治る、アルツハイマー型認知症 = 治らない、というように、認知症のタイプによって治療困難な対象の発見がなされ、ケアや「QOL」の重要性が言われるようになったとあるが、本研究では、認知症症状による、中核症状（認知症そのもの） = 治らない、辺縁症状（随伴する精神症状） = 治る、という分類があり、辺縁症状への対症療法・維持的アプローチの介入視点、目標としてケアや「QOL」が登場していたことである。もう1つ、大きく異なる点は、井口 [2007] ではリハビリテーションの限界性から 1990 年代後半より注目されるようになったとされるケアであるが、同様の内容が、他ならぬリハビリテーションの一業種である作業療法においても、リハビリテーションと位置づけられる言説空間において形成されてきていたことである。

つまり、作業療法（学）における認知症高齢者に対する「はたらきかけ」の変容を見る限り、リハビリテーションとケアは、アルツハイマー型認知症 = 治らない、の発見により、単純に分断がなされたわけではなく、認知症症状における、中核症状（認知症そのもの） = 治らない、辺縁症状（随伴する精神症状） = 治る、の分類によって、根本的治療は困難だが、対症療法・維持的アプローチは行える対象が発見されたことにより、むしろ、リハビリテーションとケアがより近接する位置取りとなったと見なすことができるのではないかと考える。そして、その接続に大きく関与した概念として「QOL」が位置づけられるのではないかと考える。

こうしてリハビリテーションとケアが近接したことによる、認知症高齢者とされる人の日常性に与えた影響、2000 年以降の医療と保健・福祉の編成に与えた影響などは、今後、考察するべき重要な課題であろう。また、このように学的言説と政策言説には共通する部分と異なる部分があった。両者の連関を詳細に検討することも今後の課題となると考える。

2) 「寝たきり老人」をめぐるリハビリテーション言説との（非）関連性⁸

井口 [2007: 39-40] には、「政策言説の中に見られる、寝たきりに対する『はたらきかけ』の形式が、痴呆における『はたらきかけ』と深く関係しており、一方で、その形式におさまりきらない点に、痴呆における『はたらきかけ』の特徴が見えてくる」とあり、「寝たきり老人」をめぐる言説と「認知症高齢者」をめぐる言説との連関が想定されるので、「寝たきり老人」をめぐるリハビリテーション言説との（非）関連性についての考察を行う意義があると考えられる。

田島 [2009] では、「寝たきり老人」をめぐるリハビリテーションの言説について、1970～2005 年までを追っているため、それとの（非）関連性を比較検討してみたい。

「寝たきり老人」に対するリハビリテーションは、1970 年代は、「寝たきり老人」は施設などで作られることが指摘され、リハビリテーションを行う意義が強調されたが（田島 [1970]: 322）、1980 年代に入ると、「寝たきり老人」の機能回復は期待できないものと見なされ、むしろ、多くのリハビリテーション従事者の関心は、「寝たきり」状態となる以前の、機能回復の見込める状態における、医療機関での早期リハビリテーションに向き、そちらが 1990 年代以降の「寝たきり老人」をめぐる予防をキーワードとする諸言説に影響を与えたのではないかと考えられた（田島 [1970]: 325）。1990 年代以降は、「寝たきり」の原因究明と予防的観点から多様な言説が生成されていたものの、「寝たきり」状態を呈した人に対するリハビリテーション・ケアについての言説はごく少数であり、QOL という概念についても、「自立した生活が送れること」が「QOL を維持すること」としており、暗に、自立的に生活が困難な「寝たきり」の状態は生活の質が低い状態と規定する概念として用いられていることもわかった（田島 [2009]: 334）。

なお、「寝たきり」の原因の多くは脳卒中によるものであること（田島 [2009]: 321）、（脳血管性の）認知症の悪

化が「寝たきり」の状態を作ること（田島 [2009] : 323）などは、1970年代、1980年代の言説においてすでに言及されていることである。

すると、井口 [2007 : 42, 43] が指摘するように、「脳卒中後の脳血管性認知症に限定する形での予防・リハビリが1980年代後半以降に強調され、認知症に対する『はたらきかけ』の1つの形として採用されていった」ことが浮き彫りになってくる。だがそれは、脳卒中後の「寝たきり」状態を未然に予防するための早期リハビリテーションのことであり、その中には、当然、脳卒中後の脳血管性による認知症も含まれることになる。しかし、上述の「寝たきり老人」のリハビリテーションの言説を見てわかるように、それは脳血管性認知症に限定したものではなく、むしろ脳卒中後の全般的機能低下に対応するものとして、早期リハビリテーションが強調されたのだと判断できる。認知症のタイプの分類の中では、脳血管性認知症のみが該当していたということだろう。

そして、井口 [2007 : 46] には、この早期リハビリテーションという「はたらきかけ」からはみ出ざるをえないような対象として、アルツハイマー型認知症に焦点が当てられるようになり、ケアや「QOL」の重要性が言われるようになったとあるが、それについてはリハビリテーションの言説・研究と比較をすると2つの異論が生じることになる。1つは、先に述べたとおり、リハビリテーションの言説空間を見る限り、「はたらきかけ」の変容には、脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症という疾患区分が影響していたというよりは、むしろ、認知症症状による区分が影響していたと考えられることである。

もう1つは、井口 [2007 : 46] は、単純化すれば、脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症という2つの疾患に対する介入方法の発見という文脈としても読めるが、リハビリテーションの言説・研究を精査すると、むしろ、脳卒中と認知症の疾患群別に、それぞれ1970年代（例えば、二木・上田 [1987 : 2]）、1980年代頃より、言説・研究の蓄積がなされてきた経過のなかから、各疾患への介入方法が相互に関係することなく形成されていったのではないかと考えられることである。

脳卒中については、脳卒中後の人のなかでも、比較的周辺動作能力向上の可能性のある人や、自立度の高い軽症者に対して早期あるいは維持的リハビリテーションを行おうという主旨のものであり（二木・上田 [1987]、田島 [2009 : 334-336]）、身体・知的制御能力の重症度を分岐点とした対象の選別を行っていることがわかる。従って、「寝たきり状態」にある、重度身体障害を有する（脳血管性）認知症者は、この文脈では対象から排除されるわけであるが、一方で、認知症については、症状を分けて考えることで、対象や随伴精神症状に対する対症療法・維持的アプローチという方法を見出しており、これは症状による分類であるため、すべての認知症を呈する疾患を対象としていることになる。

つまり、政策言説では、「寝たきりに対する『はたらきかけ』の形式が、痴呆における『はたらきかけ』と深く関係しており、一方で、その形式におさまりきらない点に、痴呆における『はたらきかけ』の特徴が見えて」きたとされるが、リハビリテーションの言説・研究を見ると、「寝たきり老人」と「認知症高齢者」に対する『はたらきかけ』は「脳卒中」「認知症」各々の疾患に対するアプローチ法が模索されるなか、位相の異なる介入視点・目的が、各々に収斂されていったと理解することの方が妥当ではないかと考えられるのである。ただし、どちらの疾患にも入る脳血管性認知症があり、実際のアプローチの場面では位相の異なる介入視点・目的が混在していくことにもなったのだろうと考えられる。

また、QOLの概念については、介入視点・目的に応じて「QOL」の意味内容に違いが生じている（「寝たきり老人」言説では自立的に生活が困難な「寝たきり」の状態は生活の質が低い状態と規定する概念として用いられている！）わけだが、それについてもさらなる考察を要する点であろう。

5. まとめ

本稿では、認知症高齢者の作業療法（学）における言説・研究の変容・編制過程を明らかにする目的で、『理学療法と作業療法』『作業療法』『作業療法ジャーナル』の3雑誌から、認知症の作業療法についての記述を抽出し、分析を行った。その結果は概ね次の3つにまとめられる。

1) 1985年以降、作業療法（学）において、認知症高齢者に関わる言説・研究が徐々に生成・蓄積された。

- 2) 学の変容・編制に関わる重要な転換点として、1989年の言説・研究が挙げられる。
——具体的には、認知症症状について、認知症そのもの（中核症状）・根本的対応と精神症状や問題行動、副次的症状（辺縁症状）・対症療法とに区分がなされたことにより、作業療法のアプローチの射程が後者に確定し、同時に、治療が不可能な（機能回復が見込めない）疾患が作業療法の対象に含まれた。
- 3) 1990年代は、1989年の転換点を基盤に、「ターミナルケア」「チームアプローチ」「グループホーム」「デイサービス」「デイケア」での取り組み、「家族関係の支援」「家族の介護負担の減少」など、これまでとは異なる様相の多様な言説が学内に包摂された。

本研究は、第2回作業療法ジャーナル研究助成によって行われた。

< 註 >

- 1 各雑誌の特徴であるが、『理学療法と作業療法』は、雑誌の名称からもわかるように作業療法に特化した雑誌ではない。理学療法士及び作業療法士法成立後、すぐに創刊された3雑誌中最も古い雑誌であり、各地に点在するセラピストの考えや実践を情報発信しやすい媒体としてあった印象である。座談会やインタビューなども比較的頻繁に行われていた。『作業療法』は、日本作業療法士協会が協会員向けに発行しているが、厳密な査読を経た論文を掲載することを旨としており、学問的水準の向上が目指された雑誌媒体と言えるだろう。『作業療法ジャーナル』は、『理学療法と作業療法』を作業療法に特化した形で引き継いだものであるが、時流に合わせた特集が組まれたり、エッセイ的なものも掲載したりするなど、『理学療法と作業療法』の自由なスタイルの情報発信が継続している印象である。
- 2 「痴呆」という呼称については、2004年12月、厚生労働省は行政上、「認知症」に改め、2005年には老年関係学会も学術用語とした。これは「痴呆」という呼称が当事者や家族に侮辱感を与えるとの認識によるものである。
- 3 紙数の都合から本稿では表1を省略した。表1は< <http://www.arsvi.com/2000/0909ta3.htm> >の一番下に掲載をしているので参照されたい。
- 4 廃用性症候群とは、日常生活の不活発や安静に伴って生じる体力の低下や身体的・精神的諸症状を総称した概念である（江藤 [1991]）。
- 5 観念失行とは、運動障害や失語、失認、注意障害などが無いにも関わらず、道具の使用や複数物品の系列的操作に誤りを生じる遂行能力障害のことを言う（石合 [2006]）。
- 6 感覚統合療法（Sensory Integration Approach: SI）は、アメリカのエアーズという作業療法士が、1970年当時アメリカで問題になっていた学習障害児のための治療法として開発した。日本にも20年ほど前に導入され、学習障害児や自閉症、自閉傾向児に対して主に施行され、現在ではその他の障害にも応用されている。<参考 URL: http://hwbb.gyao.ne.jp/matsul-pf/kayano_si/kayano_si_1.htm (20090820 アクセス) >。
- 日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査（Japanese version of Miller Assessment for Preschoolers: JMAP）は、感覚運動、言語、非言語的認知能力など、発達全般にわたる全26項目の評価項目によりなる就学前幼児（2歳9か月～6歳2か月）を対象とした発達スクリーニング検査である。この検査の原版は1982年にアメリカのミラーという作業療法士によって発表された。<参考 URL: <http://www.si-japan.net/jmap.htm> (20090820 アクセス) >
- 感覚統合学会公式ページ: <http://www.si-japan.net/index.htm> (20090820 アクセス)
- 7 1993年にも類似した内容の文献がある。(1993-6)は、認知症高齢者の作業療法について座談会形式で討論がなされた文献であるが、生活障害の視点が大切であること、精神面の支えになり充実した生活を送ることなど、随伴精神症状に対する維持的アプローチを主眼とする視点について述べられていた。その他、チームアプローチを見据え、「患者さんの生活や気持ちの背景にあるもの、他職種の働きを見渡せるトレーニングができています」(1993-6-707～708)ため、作業療法士はコーディネーター役が最適であるとの意見があった。
- 8 2000年以降の認知症の作業療法の言説・研究との（非）関連性についても補足しておく。田島他 [2008] との関連について検討する。田島他 [2008] は、対象者の生活を支援する専門家である作業療法士が、認知症高齢者に対して行う生活支援のための多様な着眼点の諸相を明らかにするために、2000～2007年の日本作業療法学会誌を研究の対象としたものである。結果は、大きくは次の4点であった。1) 対象者理解の視点には「重症度モデル」「主体モデル」「承認モデル」という3つの位相が存在していた。2) 介入の視点としては、問題行動や自発性・不穏など（適応的行動を導く）だけでなく、「身体保全」「他疾患へのアプローチ」についても着目していた。3) 介入の方法論としては、人数・時間などの介入規模の柔軟な利用、チームアプローチによる統一的・多領域的な関わり、デイケアにおける多様な着眼点による介入がなされていた。4) 家族の介護負担の軽減、在宅生活継続をいかに支援するかに着目していた。
- 1) については、本研究では、認知症高齢者のありのままを受け入れ、本人への介入は行わずに生活の変容を行おうとする「承認モデル」は見られず、2000年以降出現したものと思われるが、それは、対象者の変容を期待する医学モデル的視点からはさらに距離を取るモデ

ルであり、作業療法（リハビリテーション）におけるケア的要素の強まりとして捉えることができるかも知れない。

2) については、「身体保全」や「他疾患へのアプローチ」など、1990年代に比べると、新たな問題の発見がなされているが、基本的な介入の位置、目的については、認知症の改善を目指すものではなく、いかに周辺の設定を工夫して、身体保全や他疾患へのアプローチを可能にするかという視座からの研究であり、そういう意味においては、1990年代を踏襲したものであると捉えることができると思う。

3)、4) については、1990年代においても、既に見られる言説・研究であり、2000年以降、介護保険制度が開始し、さらに、言説・研究の生成が進んだものと考えられるが、特に1990年代からの言説・研究に変容がみられたものではない。

まとめると、介入の位置、目的など、大きな作業療法学の枠組みに関わることは、1980年代後半から1990年代前半にはほぼ確定し、2000年以降は、介入の対象や方法は多様化、複雑化、精緻化しているが、大きな枠組みについては、その形態を維持した形であると言える。ただ、「承認モデル」が出現していることについては、ケア的傾向は強まっていると解釈できるのかも知れない。

< 文献 >

江藤文夫 1991 「廃用症候群の発生機序と改善のための運動療法」『PTジャーナル』25: 160-164

井口高志 2007 『認知症家族介護を生きる——新しい認知症ケア時代の臨床社会学』東信堂

石合純夫 2006 『高次脳機能障害学』医歯薬出版株式会社

King,L.J. 1982 Parachek geriatric rating scale by J.F.Parachek accompanied by a revised and expanded treatment manual Center for Neurodevelopmental studies,Inc.

二本立・上田敏 1987 『脳卒中の早期リハビリテーション』医学書院

武井秀夫 1990 「死に場所とクオリティ・オブ・ライフ」『看護』142-10: 50-59

田島明子 2009 「「寝たきり老人」と／のリハビリテーション——特に1990年以降について」『生存学』1: 308-347

田島明子・仲口路子・天田城介 2008 「認知症高齢者に対する作業療法士の生活支援のための着眼点——2000～2007年の日本作業療法学会誌を手がかりにして」第42回日本作業療法学会（ポスター報告）<<http://www.ritsumei.ac.jp/acd/gr/gsce/2008/0620ta.ppt>>

Transformation and Formation of Theory and Research on Occupational Therapy for Elderly with Dementia: Analysis of Rehabilitation Magazines of the 1980s and 1990s

TAJIMA Akiko

Abstract:

This study clarifies the transformation and formation of theory and research on occupational therapy for elderly with dementia by analyzing descriptions of "occupational therapy for dementia" extracted from issues of three magazines, *Physical Therapy and Occupational Therapy*, *Occupational Therapy* and *Occupational Therapy Journal*, all published in the 1980s and 1990s. In this period, elderly with dementia were targeted for rehabilitation and the ways of intervention were specified. The research results are as follows. (1) The theory and research on elderly with dementia were formulated and accumulated in occupational therapy studies from 1985. (2) Nineteen eighty-nine was an important turning point in the transformation and formation of the theory and research of occupational therapy studies. (3) In the 1990s, various new theories were included in occupational therapy studies based on the turning point of 1989.

Keywords: occupational therapy for elderly with dementia, transformation and formation of theory and research

認知症高齢者の作業療法における言説・研究の変容・編制過程 ——1980・1990年代のリハビリテーション雑誌の検討——

田 島 明 子

要旨:

本研究では、認知症高齢者の作業療法における言説・研究の変容・編制過程を明らかにする目的で、『理学療法と作業療法』『作業療法』『作業療法ジャーナル』の3雑誌から、認知症高齢者をリハビリテーションの対象とし、介入の視点の特定化がなされた時期として重要であるとされる1980年代、1990年代における「認知症の作業療法」についての記述を抽出し、分析を行った。その結果は概ね次の3つにまとめられた。1) 1985年以降、作業療法学において、認知症高齢者に関わる言説・研究が徐々に生成・蓄積された。2) 学の変容・編成に関わる重要な転換点として、1989年の言説・研究が挙げられる。3) 1990年代は、1989年の転換点を基盤に、これまでとは異なる様相の多様な言説が学内に包摂された。