

平成 28 年度老人保健健康増進等事業

認知症のリハビリテーションを推進するための
調査研究
報 告 書

平成 29 年 3 月

一般社団法人 日本作業療法士協会

【目 次】

はじめに.....	1
第一章 認知症のリハビリテーションについて.....	3
I 本研究における認知症のリハビリテーションの定義について.....	3
II 認知症のリハビリテーションのモデルとその意義.....	4
III 認知症のリハビリテーションの推進の必要性和その在り方.....	6
第二章 認知症のリハビリテーションモデルと効果的取組みの提案.....	9
I 認知症のリハビリテーションモデルの提案.....	9
II 認知症のリハビリテーションの効果的取組みの提案.....	10
第三章 認知症のリハビリテーションの先行文献について.....	13
第四章 認知症リハビリテーションの取組み.....	19
I 認知症リハビリテーションの取組み実態調査結果.....	19
II 認知症に対するリハビリテーションの取組み事例調査結果.....	41
III 取組み事例.....	52
第五章 認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションの取組み.....	77
I 認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する 医療・介護連携の実態調査の結果.....	77
II 認知症医療疾患センターにおけるリハビリテーションに関する先駆的事例の紹介.....	87
第六章 国際生活分類を活用した認知症のリハビリテーションの在り方の提案.....	105
I 認知症の診断と生活機能について.....	105
II 障害された機能とできる機能から代償能力またはできる能力をアセスメント.....	111
III 認知機能の障害がある認知症者に対する効果的な介入方法.....	114
IV 安定期の軽中度認知機能低下者に対する作業療法の提案.....	120
第七章 認知症リハビリテーションモデルに基づく当事者のための手引き.....	121
I 手引き.....	121

はじめに

1. 本研究の趣旨

高齢化の進展に伴い、高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群といわれ、認知症の人はさらに増加すると言われている。

平成26年度に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～では、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進すると明記されている。つまり、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要とされている。また、認知症の人の多くが後期高齢者であり糖尿病や脳血管障害、骨関節障害等を合併する場合も多く、認知症に加え、これらの障害も含め総合的な対応が必要となってきた。

一方、認知症の人への医療、介護を概観すると、予防、正しい診断に基づく早期介入、医療機関の受け入れ、身体合併症も含めた状態像に合わせた治療とケア、地域連携、地域資源の開発等々多くの課題を抱えている。加えて、その中でのリハビリテーションの現状は、生活機能の維持と在宅生活の継続が可能になる事例も多くあると予測されるが、認知症の理解、評価方法、具体的な対応方法は必ずしも明確になっていない。

本研究事業においては、これらの現状を鑑み、認知症に関する文献調査と認知症疾患センターでのリハビリテーションの実態調査及び先駆的なリハビリテーションに関する取り組み事例への聞き取り調査を行い、1）認知症のリハビリテーションモデル作成 2）認知症者の残存能力を活用した日常生活自立のための手引きを作成 3）先駆的取り組み事例を収集し、効果的リハビリテーションの在り方について検討し提言を行うことを目的とした。

なお、認知症のリハビリテーションのモデルの提案においては、作業療法の観点から、効果的な取り組みに向けた医療機関及び認知症疾患医療センターでのリハビリテーション機能の強化について述べ、加えて、「できる」ADL/IADLを推進するための提案も行った。なお、これらについては、国際生活分類を活用した認知症のリハビリテーションの在り方についても言及した。

2. 本報告書で用いる用語の説明

- 「認知機能」：ICF に基づく精神機能
- 「機能」：生活機能をいう。
- 「軽度」「中度」「高度」とは認知機能の障害程度を示し、ICF による評価点に準拠している。従って、従来用の認知症の障害程度とは異なる。
- 「できる機能」：認知機能で残存もしくは障害されていない機能
- 「障害された機能」：認知機能が障害され、または低下している機能、活動と参加にマイナスに影響を与える機能を「障害された機能」という。
- 「代償能力」：「障害された機能」に対し、「できる機能」を活用し、環境調整をはかり、活動と参加を促進させる能力
- 「できる能力」：「できる機能」を活用し、活動と参加を促進させる能力
- 「ADL」は、ICF の活動とし、道具を含む環境とのかかわりやその動作を行うまでの一連の動作を含めたものとして扱う。また、ここでは ICF の分類に準拠し、整容行為、入浴行為、更衣行為、排せつ行為、食事行為が含まれる。
- IADL は、ADL 同様の考え方に加え、家庭器具の使用（家電の操作など）を含む、金銭管理行為、調理行為、掃除行為（掃除、台所の掃除、日用品の貯蔵、ごみ捨て）、洗濯行為、買い物行為、余暇行為（レクリエーション）、就労行為（報酬を伴う仕事）、コミュニティ活動（コミュニティライフ）への参加行為までを含む。

【コラム】

- 「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。
- 「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう身体に障害のある者に対し、基本的動作能力（起居、歩行等）の回復を図ることを目的としている。

（理学療法士・作業療法士法）

- 言語聴覚士とは、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

（言語聴覚士法）

第一章 認知症のリハビリテーションについて

I 本研究における認知症のリハビリテーションの定義について

最近の厚生労働科学研究の結果によれば、認知症の人の割合は 65 歳以上高齢者の 20%弱となり、今後もこの割合は増えていくと推定されている。今や認知症は誰もが関わる可能性があり、超高齢社会を迎え人口減少社会に入った我が国は、団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年に向け、社会状況をみすえながら、認知症施策をすすめていく必要がある。このようななか、2015 年 1 月に「認知症施策推進総合戦略」を策定しその方向性を示したところであり、この中でリハビリテーションについては、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常生活を自立し継続できるよう推進する。」と示している。これは、高齢者リハビリテーション研究会の報告書（2006）にもあるように、「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すもの」とする考えにも沿うものであり、新オレンジプランの目指すところである、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる、社会の実現のためにも、その推進が必須のものである。

新オレンジプランでは「このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションの推進を図る。」としており、これまで、本老人保健健康増進等事業「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業」をはじめ、種々の研究事業を推進している。研究開発により効果が確認されたものについては、速やかに普及に向けた取組を行い、適切な認知症リハビリテーションを推進していくこととなっている。

Ⅱ 認知症のリハビリテーションのモデルとその意義

石川県立高松病院 北村 立

認知症の人や家族が困るのは、記憶障害に関することばかりではなく、通常の成人が本来有するはずの様々な高次脳機能が次第に失われ、単独で日常生活を営むことができなくなることである。看護や介護上重大な問題となる BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) は、機能が失われた認知症の人が必死で世の中に適応しようとしている姿ともとれ、周囲がそのことに気づかないと悲劇的な経過をたどることになる。したがって、認知症の人が有している能力(残存能力)を維持する取り組みや、失われた能力を補う手段(代償機能)を検討することは BPSD の予防につながり、ひいては認知症の人ばかりではなく家族や介護者にもメリットとなる。このような観点から、新オレンジプランでは、認知症のリハビリテーションを「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。」と定義した。認知症のリハビリテーションというと、世間は認知機能のトレーニングに目を奪われがちだが、これからはこの定義に従い、ADLや IADL に焦点をあてた、具体的な認知症のリハビリテーション方法を検討していく必要がある。

ところで、認知症は慢性、進行性に経過し、代表的な認知症性疾患であるアルツハイマー型認知症(AD)の場合は、通常 10 数年以上の経過をたどる。よって生活機能障害は認知症の程度によって大きく異なるし、同じ程度の認知症の段階においても、身体合併症や BPSD の出現により、その時々で治療や介護、リハビリテーションの内容が異なるのは自明である。新オレンジプランでは、長年にわたる認知症の容態を、発症予防から発症初期、急性増悪期、中期、人生の最終段階に分けており、認知症のリハビリテーションもこの容態に応じたモデルが提示されるべきであろう。

また、リハビリテーションのモデル提示は疾患ごとに行われる必要がある。4 大認知症疾患である、AD、レビー小体型認知症(DLB)、血管性認知症(VD)、前頭側頭型認知症(FTD)は、それぞれが特徴的な症状・経過を呈するので、困難となる生活行為も各疾患によって異なる。例えば DLB は幻覚妄想やうつなどの精神症状、パーキンソニズム、種々の自律神経症状など多彩な症状を呈するが、それらがどのように発現し進行するかは人それぞれである。これに対し AD は、一部の若年発症のケースを除けば、Reisberg の FAST (functional Assessment Staging) に示されるように一定の経過、進行様式をとる(図 1)。したがって、認知症のリハビリテーションモデルは、まず AD について検討すべきであり、疾患の頻度からも妥当である。

図 2 には、AD の経過に応じて、異なるリハビリテーションモデルが提示できることを示した。軽度～中等度認知症の段階では、本人が有している ADL や IAD の維持に主眼が当てられ、中等度～高度認知症の段階では、本人よりも介護者の負担軽減に主眼が置かれるかもしれない。急性増悪期には、身体合併症によるせん妄および廃用症候群予防のためのモデルと、BPSD 悪化に対するモデルが考えられる。他の疾患では、FTD に対する、いわゆるルーティーン化療法や、VD のアパシーに対するリハビリテーションはある程度定型化できる可能性がある。また DLB については、幻覚妄想や不安・うつなど、状態像に応じたリハビリテーションモデルが提示できるかもしれない。

FAST	3:境界領域	4:軽度	5:中等度	6:やや重度					7:重度					
				a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	f
IADL	複雑な仕事 新しい場所への旅行													
	パーティーの計画 買い物 金銭管理													
	安全な自動車運転													
ADL	TPOに合わせた洋服の選択 入浴に説得が必要													
	更衣を正しい順序でする													
	入浴に介助を要す、入浴を嫌がる													
	トイレの水の流し忘れ、拭き忘れ													
	尿失禁													
	便失禁													
	発話													
	歩行													
	座位保持													

Scian SG, et al: Int. Psychogeriatr. 4 Suppl:55-69 (1992) より作成

図1 アルツハイマー型認知症の生活障害



図2 認知症の容態に応じたリハビリテーションモデル

Ⅲ 認知症のリハビリテーションの推進の必要性和その在り方

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 池田 学

1. はじめに

これまでの認知症対策は、認知機能の維持や BPSD への対応が重視されていたが、認知症者の在宅生活を阻む最大の要因は、ADL や IADL を含めた日常の生活行為の障害（以下、生活行為障害）であり、その原因を分析し科学的にリハビリテーションを実施することが重要となる。

2. 認知症の診断基準における生活行為障害の重視

2013 年に米国精神医学会から刊行された Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)¹⁾ では、認知症のハイリスク群を高頻度を含む軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI) はほぼ同様の状態を意味する Mild Neurocognitive Disorder (mild NCD) に、認知症は Major Neurocognitive Disorder (major NCD) という新しい名称に組み込まれた。従来の DSM-IV の “dementia” では認知障害により社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こされるとしていたが、DSM-5 では日常生活活動における自立性のレベルに注目している点が特徴である。すなわち、major NCD では、以前は自分でできていた事を他人が取って代わらなければならないほど自立性が妨げられ、mild NCD では自律性は保たれているものの微かな障害がみられたり、以前より努力や時間を要したりすると記載されている。また、認知障害に関しても、DSM-IV では記憶障害（近時記憶障害）は必須で、さらに失語、失行、失認、実行機能障害のうち 1 つ以上の認知障害（すなわち 2 つ以上のドメインの障害）をしめすことが “dementia” の条件であったが、DSM-5 の NCD では複雑な注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚-運動、社会認知のうち 1 つ以上の認知領域の低下を呈していることが要件になった。例えば、知覚-運動の低下の例としては、major NCD では、以前からやり慣れていた活動（道具使用や自動車運転）や慣れた環境での移動が困難になる、mild NCD では、行き方について以前より地図その他に頼る必要がある、大工仕事、組み立て、縫い物、編み物のような空間作業に、より大きな努力を必要とする、と説明されている。このように、今後は認知症の早期診断の上でも、生活行為障害の把握が重要となる。

【コラム】

DSM-5 とは、米国精神医学会による認知症の診断基準であり、国際的にも最も一般的な考え方であり、DSM-5 中で、認知症に相当する Major Neurocognitive Disorder の章は、DSM-IV からのもっとも大きく改変された部分であり、Dementia という用語が廃止され、代わって Major Neurocognitive Disorder という用語が導入され、合わせて上記の軽度認知障害 (MCI) に相当する Mild Neurocognitive Disorder も導入されました。(略)

3. 新オレンジプランにおけるリハビリテーションの推進

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。」ことが基本理念として謳われ、そのための7つの柱の一つとして、認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進が挙げられている。したがって、住み慣れた環境で暮らし続けるための、生活後遺障害に対するリハビリテーションが重要となり、そのための研究が推進される必要がある。

4. おわりに

認知症者それぞれの背景疾患や生活環境等は異なるため、必要とされる生活行為の動作分析や評価を伴った適切なリハビリテーションの提供が望ましいが、認知症疾患別・重症度別の生活行為障害に関する研究は少なく、支援の実態や効果は十分に検討されていない。そこで、疾患別に各生活行為を動作・工程に沿った評価ができ、リハビリテーションの介入点が見出しやすい「生活行為障害評価モデル」を作成する必要がある。そして、障害されている生活行為にターゲットを絞ってリハビリテーション介入を実施することが重要であると思われる。

1) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル（高橋三郎，大野 裕監訳）．医学書院，東京，2014．

第二章 認知症のリハビリテーションモデルと効果的取組みの提案

I 認知症のリハビリテーションモデルの提案

作業療法士に対する事例調査から、

- AD への介入から、軽中度障害者に対しては、視覚的手がかりや視覚的構造化などの環境調整を図りつつ、本人自身が自ら行動できるよう日常の中で反復練習し、自立に向けた訓練をしていることが伺えた。一方、中高度障害者に対しては、本人が状況を理解できるよう手がかりなどの環境調整を行いつつ、介護を提供する家族をはじめとするケア提供者に対し、関わり方を指導していることが伺えた。
- また、今回は分析の対象としなかったが、急性期のせん妄などの認知機能の低下がある者に対する身体合併症への介入や精神行動障害 (BPSD) への介入も実践されていた。先進地事例調査においては、早期のベッドサイドから覚醒を高める介入として環境調整や座位姿勢の保持、院内デイケアということとで小集団での 40 分～60 分の作業療法の実施するなどに取り組んでいた。

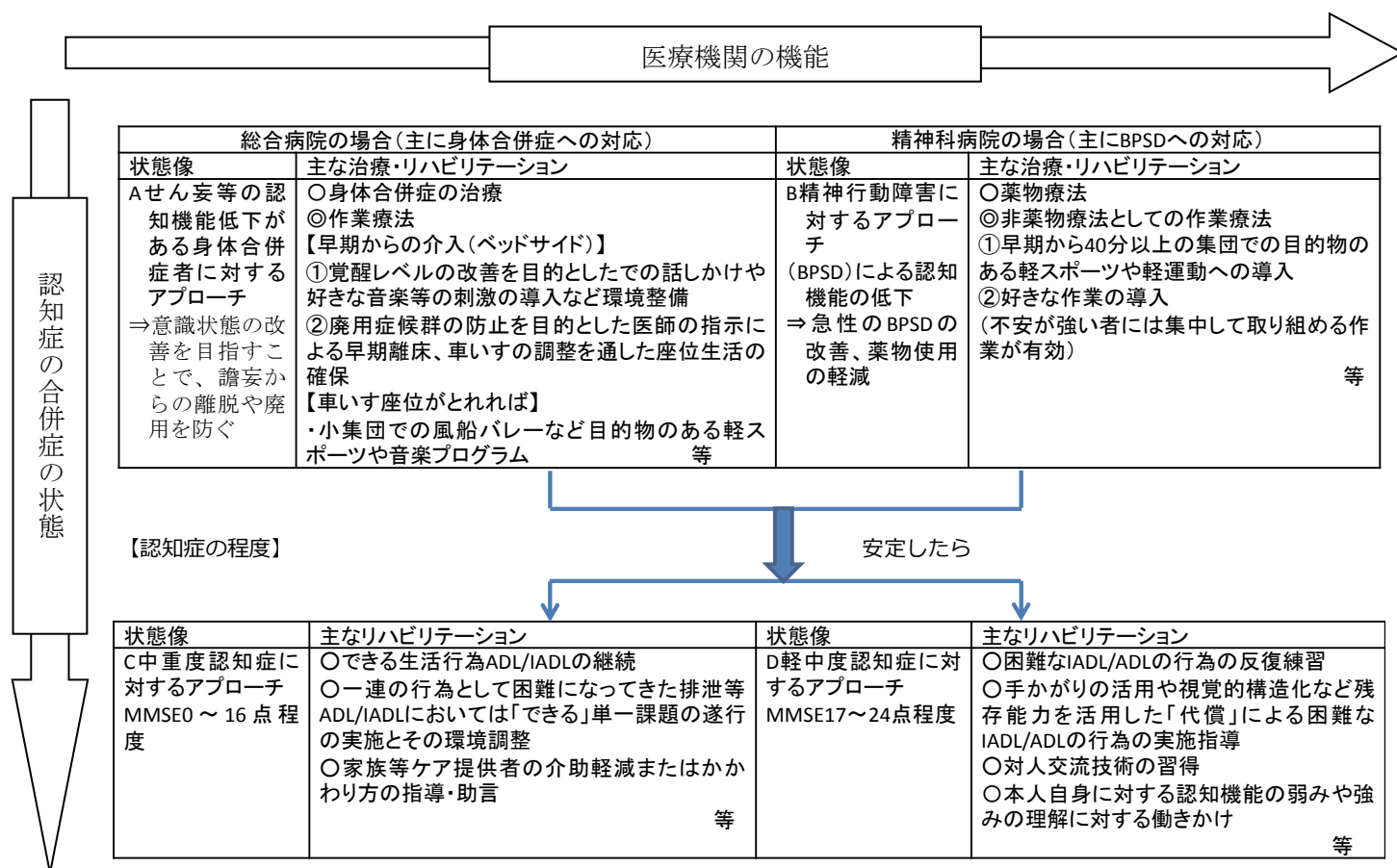
今回の事例調査や先駆的事例調査から、認知症のリハビリテーションとして、認知症や合併症の重症度と対応する医療機関の機能という 2 軸に分けて分類することで、必要とされる課題が明確化されることがわかった。

そこで、急性期における医療機関の機能と安定期における認知症の程度により、

- A. せん妄等がある身体合併症に対するアプローチ
- B. 精神行動障害に対するアプローチ、
- C. 認知機能の中高度障害に対する ADL/IADL アプローチ
- D. 認知機能の軽中度障害に対する ADL/IADL アプローチ

以上の 4 つのリハビリテーションモデルを整理した。

4 つのモデルにおいて、提供される主なリハビリテーションについて、今回の事例から下記に整理する。



Ⅱ 認知症のリハビリテーションの効果的取り組みの提案

1) 医療機関における認知症のリハビリテーションについて

(1) 総合病院や一般病院では、せん妄等の認知機能低下がある身体合併症者に対するリハビリテーション

先進地事例調査の結果、総合病院や一般病院では、せん妄等の認知機能低下がある身体合併症者に対するリハビリテーションが課題となっており、意識機能の程度が重度の場合、自宅退院が困難になることが多く、主な退院先としては精神科や療養病棟などへの転院が上げられていた。

せん妄等の認知機能低下がある身体合併症者に対するリハビリテーションとして、精神科リエゾンチームや退院支援チーム、認知症ケアチームなどのチームが重層的に関わり、早期のベッドサイドでの作業療法が開始できるように、医師に指示を出してもらえるよう働きかけていた。

しかし、ベッドサイド時は、認知症リハビリテーション料を算定していたが、認知症リハビリテーション料は週3回限りの算定要件となっている。先駆的取り組みを実施している医療機関からは、毎日介入が必要ではないかという課題が提案された。

また、先駆的取り組み事例では、座位姿勢が取れるようになると院内デイケアということで、車椅子小集団での40分～60分の作業療法を実施していた。作業療法としては、音楽を使った軽体操や風船バレーボール、歌謡、立位練習・平行棒歩行などのADL動作練習を実施していた。

しかし、一般病院では、集団での作業療法の診療報酬は算定できないことから、精神科がある医療機関では精神科と連携し、精神科作業療法（一単位、25人を対象に標準で二時間の訓練の実施）として実施し、算定していた。精神科がない医療機関では、集団での認知症リハビリテーション料が報酬上認められていない。

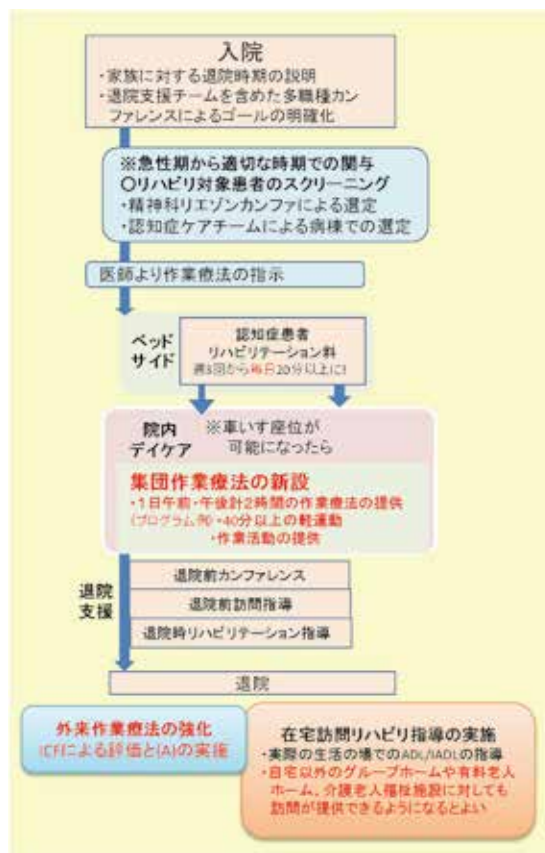


図 総合・一般病院での効果的リハビリテーションを提供するための提案

現在、せん妄等認知機能の低下が重度の身体合併症者については、平成 28 年度診療報酬改定で認知症ケア加算が認められるなど、総合病院や一般病院において身体合併症に対するリハビリテーションの提供やスムーズな退院を進める上で、せん妄等の認知機能の低下者に対する対応が課題となっている。しかし、リハビリテーションについては十分な介入ができる体制が整っているとはいえない。今後は、せん妄等認知機能の低下が重度の身体合併症者に対するリハビリテーションの効果的取り組み方法とその効果について、明らかにしていくことが求められる。

(2) 認知機能の軽中度障害者に対するリハビリテーション

入院を必要としない認知機能が軽中度障害のある認知症については、先駆的取り組み事例では、外来で ADL/IADL や認知機能の評価と作業療法の提供が実施されていたが、ほとんどが外来診療に合わせて実施されるところが多く、診療報酬が算定されていなかった。また、認知症疾患医療センターにおいて、早期の認知症の相談を受け付けると同時に、診察の前に対象者の自宅を作業療法士が訪問し、環境のアセスメントや調整を行い、医師が環境要因や生活上の課題を把握した上で診察を行い、認知症の診断や ADL/IADL の自立の継続に向けた助言など総合的な対応を行っている事例もあったが、ボランティアで実施されていた。

今回の先駆的取り組み事例の認知症疾患医療センターの医師は、認知機能障害が始まったころの MCI 時からの ADL/IADL に対する作業療法士の介入は重要であると考えていたが、その時に対応できる作業療法士がいないとの意見も聞かれた。特に軽度の障害の時は、自宅での環境調整をはじめとした対応が求められるが、医療機関から在宅へ訪問ができる体制が整えられていないことが多い。今回、認知症疾患医療センターを併設する医療機関の 84.9%が作業療法士を配置していることがわかったが、作業療法

士のほとんどが入院患者への対応であり、作業療法士の 39.4%しか訪問を実施していないという実態がわかった。今後は、医師をはじめ、作業療法士に対する早期の認知症への介入の必要性を普及するとともに、その効果的方法と効果についてもさらに明らかにしていくことが求められる。

(3) 総合・一般病院での効果的リハビリテーションを提供するための提案

効果的なリハビリテーションを提供していくためには、図 1 にあるように、①覚醒に働きかける、より急性期での作業療法の開始、②小集団での作業療法の実施、③軽度認知症に対する IADL の自立に向けた外来での対応の強化、④在宅での指導ができるようにするための在宅訪問リハビリテーション指導管理の見直しが必要である。

また、急性期の対応の後に、精神科病院等に転院する事例もみられることから、転院前から急性期病院と精神科病院との間における作業療法間の連携が重要であり、精神科病院における入院時のリハビリテーション機能の活用なども合わせ、外来機能の充実など、総合病院や一般病院への後方支援機能を向上していくことも求められる。

2) 認知症疾患医療センターでのリハビリテーション機能の強化について

現在、345 箇所ある認知症疾患医療センターのうち、本院の医療機関で作業療法士を配置しているところが 293 箇所 84.9%あるものの、今回の調査で回答のあった 137 機関 (46.8%) のうち、認知症疾患医療センターの専任として関与しているところが 5 箇所 3.6%、兼務として関与しているところが 19 箇所 13.9%、全く関わりあいがないところが 70 箇所 51.1%であった。

認知症疾患医療センターにおける「リハビリテーションに関する医療・介護連携の実態調査」では、195 機関 (56.5%) から回答があり、リハビリテーションに関する相談があると答えたところは 94 箇所 47.2%で、最も多い相談者は、介護支援専門員が 67 箇所 71.3%、次いで地域包括支援センターの 60 箇所 63.8%であった。かかりつけ医から相談も 24 箇所 29.8%でみられた。

また、リハビリテーションに関する研修会を開催しているところは 26 箇所 21.5%が取り組んでいることがわかった。

さらに、別添資料のように先駆的な試みを実施している認知症疾患医療センターは、多数存在していることが明らかになった。

今後、ADL/IADL への効果的なリハビリテーションを提供していくためには、認知症疾患医療センターにおいても、リハビリテーション機能を強化していくことがのぞまれる。また、先駆的な試みが普及するためには、先駆的なリハビリテーションを互いに共有する場が重要である。自主的に全国の認知症疾患医療センターが集う研修会は存在するものの、各センターの活動費が年々縮小されていく中で、センター間で各々の実践を共有する場を設置することが必要であると考えられる。

3) 「できる」ADL/IADL を推進するために

軽度の認知機能の低下がみられる早期の時期から、ADL/IADL に対する介入は重要であり、そのためには、医療機関において、外来や訪問で作業療法士が関わることができる環境整備が必要である。地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療 を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする認知症疾患医療センターにおいては、この観点からもリハビリテーション機能を強化し、相談から助言指導、研修においてリハビリテーションの考え方や ADL/IADL の自立に向けた介入の必要性について、普及啓発していくことが求められる。また、市町村が取り組む認知症初期集中支援チームに対する支援の中にも、早期の軽度の認知機能低下者に対する ADL/IADL に対する自立支援機能を追加し、その取り組みを認知症疾患医療センターが支援する体制を整備していくことが、認知症の方々の「できる」ADL/IADL を推進することになると考えられる。

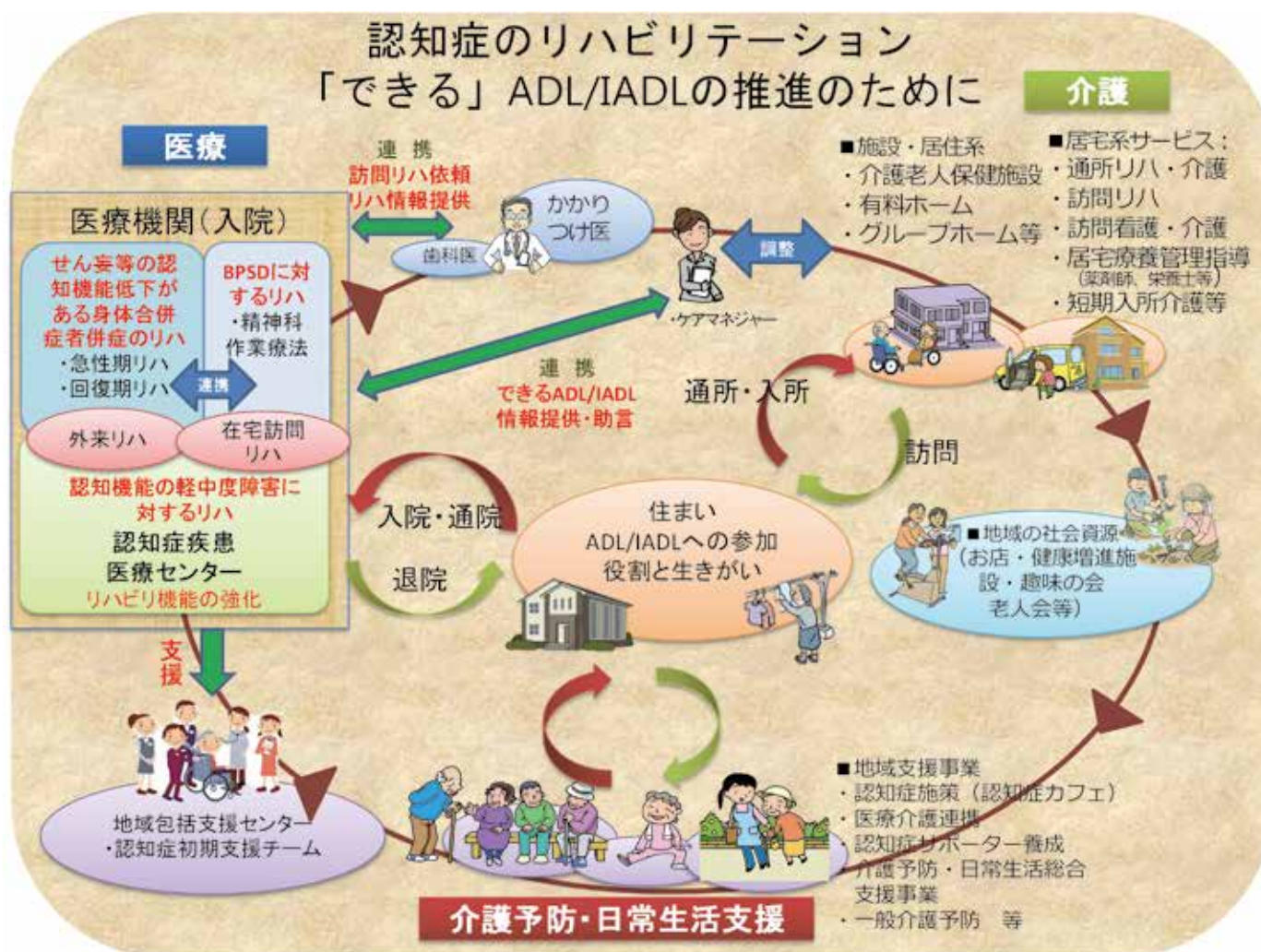


図 「できる」ADL/IADL の推進のために

第三章 認知症のリハビリテーションの先行文献について

1. 要旨

ADL は認知機能と相関し、認知機能の低下に伴い ADL は低下し、特に AD で顕著である。MMSE18 点前後から着替えや身繕いが急激に低下する傾向があった。非薬物療法を除いた直接的 ADL 介入では、自具などでの代償方法やビデオガイド、家族への対処行動の支援や総合的な家庭環境スキル構築プログラムなどによって ADL 向上と介護負担軽減に繋がっている。排泄誘導、排泄スケジュール管理によって失禁が軽減し、重度認知症の人にはケア目標の意志決定支援を行うとコミュニケーションの改善が得られている。IADL については MCI や初期の認知症から低下することが報告され、金銭管理、服薬管理、買い物、食事の準備などが早期に低下する傾向にあった。IADL 介入では、電話やメッセージ機能、日記の利用、環境調整（引出しにラベルを貼る、服薬用のリマインダーデバイス）や MAKES による複合介入等によって IADL の改善や介護負担軽減が得られたとしている。また、地域在住高齢者のニーズや興味からライフスタイルを構築することは認知機能だけでなく生活満足度や心身の健康を高めることが示された。以上により、ADL・IADL に対しては本人の技術指導、自具やガイドなどの物理的環境支援、家族等への技術支援、意思決定支援、本人のニーズ・興味を引き出したライフスタイル支援を個別のニーズ、環境等に配慮した上で部分的あるいは複合的に導入する必要があると思われた。

2. はじめに

平成 27 年に発表された新オレンジプランでは、認知症の人に対するリハビリテーションについて実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力を見極め、これを最大に活かしながら、ADL（食事、排泄など）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常生活を自立し継続できるよう推進する、としている。従って、認知症のリハビリテーションについては様々な介入方法があるが、ADL、IADL の向上は喫緊の課題である。本章では、認知症のリハビリテーション介入の先行研究をまとめるにあたり、運動や認知刺激、音楽刺激など非薬物療法を除き、介入方法に ADL、IADL が含まれるものに限定して整理したものを紹介する。

3. 検索条件等

介入内容に ADL、IADL が含まれているものを抽出し、非薬物療法（運動、認知刺激、園芸、音楽など）のみは除外した。

1) PubMed

対象：dementia, AD, (community-dwelling elderly), 介入：ADL, IADL, アウトカム：ADL, IADL

2) 医学中央雑誌：同様条件

検索範囲 2000-2017

3) AOTA: Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Alzheimer's Disease and Related Disorders, 2010

4) 日本作業療法士協会：認知症の人に対する作業療法ガイドライン 0 版, 2016

4. 認知症と ADL

1) 認知症と ADL 低下

半田ら¹⁾は、介護認定を受けた認知症者 1532 人を対象に ADL と BPSD の関係を調べた結果、現行の要介護度は ADL が大きく反映され、BPSD の影響は少ないことを示した。久野ら²⁾は老人保健施設等の利用者 182 名に対し独自に開発した ADL・IADL 能力を機能年齢と称し MMSE との相関を検討した結果、

認知機能と機能年齢には強い相関を認めたとしている。池田ら³⁾は4大疾患別の認知機能とADL, IADLの関係を調べ、ADでは認知機能の低下に伴い各行為ともに悪化する傾向があったが、DLB, FTLD, VaDには明確な傾向は示されなかったとしている。さらにADはMMSE18点前後から「着替え」、「身繕い」が急速に低下し、「移動能力」は顕著な相関を示したとしている。

このように要介護度にはBPSDよりもADLが影響しやすく、認知機能の低下に伴いADL各行為は低下し、特にMMSE18点前後から「着替え」、「身繕い」が急速に低下する傾向にあった。

2) 認知症の人に対するADL介入

Graffら⁴⁾は在宅の軽度から中等度の認知症の人に対して、5週間にわたる10セッション(1回1時間)の作業療法の中で自助具など道具を使用する代償方法を練習するとともに、家族介護者に対してその監督技能や対処行動を指導した結果、認知症の人のADL技能が向上し、家族介護者の介護負担が軽減したと報告している。Luttenbergerら⁵⁾はドイツの高齢者施設5カ所に入所している初期の認知症高齢者139名に対して非薬物療法であるMAKSを実施し、コントロール群には通常のケアを実施して効果をRCTにて比較検証した。MAKSとは①運動刺激(Motor stimulation) ②ADL ③認知機能、④スピリチュアル要素(Spiritual element)のように多様な要素からなる介入である。介入はマニュアルに基づき、対象者10名につきセラピスト2名が2時間のセッションを6日間実施した。その結果MAKS群においてNOSGERの下位尺度である気分、記憶のスコアが改善した。Gitlinら⁶⁾は、家庭環境スキル構築プログラム(Home Environmental Skill-building Program: ESP)を用い、認知症高齢者と家族介護者に127組に対して認知症に関する教育、問題解決、対応技術および簡単な家の環境調整等の支援と認知症の人のADL訓練を行い、家族の情動の改善とADL介助量、スキルの向上、記憶に関連するBPSDの発生頻度に対して効果的であったことを示した。Skellyら⁷⁾は、ADと脳血管性認知症に関連する有病率、病因、評価、および管理を参照して尿失禁の記述的レビューを行なった。3種類の排泄習慣(スケジュールされた排泄、習慣の再訓練、排泄誘導)の試験が含まれた。1件の非比較対象試験は、排泄スケジュールを固定した群で失禁のエピソードに26%の減少を認め、他の一試験は、尿失禁エピソードで19%の減少を認めた。2件の前後比較の実験ではそれぞれ尿失禁エピソードで55%の減少を認めた。排尿誘導の3件のRCTでは、特別養護老人ホームにおける実験群の失禁は26パーセントから50パーセント減少したと報告している。排泄誘導実験は平均32%で失禁を軽減し、認知症の人の一部で尿失禁の管理は有用であると結論付けた。

Hansonら⁸⁾は、認知症老人ホームの重度認知症患者302人のコミュニケーションの質向上のために、ケア目標(GOC)の意志決定支援介入を6カ月実施した結果、終末期のコミュニケーションを改善し、緩和ケアプランを強化するのに効果的であったとしている。

Alexら⁹⁾は、ADL遂行支援として声やビデオガイドを使用した支援機器COACH(Cognitive Orthosis for Assisting aCtivities in the Home)を開発し手洗い用を使用し、介護者の60%を軽減することができたとしている。

以上のように非薬物療法を除いた直接的ADL介入では、自助具などでの代償方法やビデオガイド、家族への対処行動の支援や総合的な家庭環境スキル構築プログラムなどによってADL向上と介護負担軽減に繋がっている。また、排泄誘導、排泄スケジュール管理によって失禁が軽減し、重度認知症の人にはケア目標の意志決定支援を行うとコミュニケーションの改善が得られている。

5. 認知症とIADL

1) 認知症とIADL低下

Pérès Kら¹⁰⁾は、MCI者対象者285名に対してLawtonスケールの4項目(電話、外出、服薬管理、金銭管理)について2年間追跡調査した結果、IADL制限があるMCI者は認知症への移行率が34.3%であり、制限がないMCI者7.8%に比し移行率が有意に高いことを示した。大内ら¹¹⁾は、栗原プロジェクトにおいてCDR0群と0.5群ではLawtonスケールでは、買い物、食事の準備、移送の形式、服薬管理のみ有意差が認められたが、質的IADL尺度では家庭生活、社会生活が25/27項目であり0.5群が高かったとしている。

加えて最軽度 AD 群では Lawton スケールでは 1/8 項目に対し、質的 IADL 尺度では 19/27 項目で高値を示し、質的 IADL の重要性を示唆している。Bidzan ら¹²⁾は、7 年間追跡した MCI 者 175 名を、認知症に移行した MCI34 名と留まった MCI41 名のベースライン時を比較した結果、MMSE には有意差が見られなかったが、電話、買い物、外出、服薬管理、金銭管理において有意に移行した MCI 群が低かったとしている。Rodakowski J ら¹³⁾は、認知機能に焦点を当てた手段の日常生活活動 (C-IADL) を用いて MCI と健康高齢者との相違点を調査し、8 つの C-IADL の内、買い物と金銭管理の 2 項目で MCI 高齢者が有意に低かったとしている。Mariani E ら¹⁴⁾は、健忘型 MCI 高齢者と健康高齢者に対し、IADL 実行状況を調べ、健忘型 MCI 群では IADL の項目の中でも買い物、服薬管理、金銭管理が障害されていた。健忘型 MCI 群における IADL 障害は認知機能と関連がみられ特に遂行機能との相関が大きかったとしている。植田ら¹⁵⁾は、もの忘れ外来問診表から日常生活上の特徴を健康老人、MCI、ごく軽度 AD、AD に分け調査している。その結果、ごく軽度 AD 群は、公共交通機関利用、銀行・郵便局での金銭管理、品目の多い買い物が不十分となり、軽度 AD 群ではそれらに加え掃除洗濯の実施回数、一人での買い物が不十分となり、中等度 AD 群では戸締りやガス管理なども問題を生じるとしている。町田ら¹⁶⁾は、MMSE16 点以上の高齢者 693 名に対し MMSE と IADL 下位項目の感度、特異度を検討し、電話、服薬管理、金銭管理が MMSE のカットオフ値を識別する項目として有用であるとしている。Zoller ら¹⁷⁾は、縦断コホート研究において健常高齢者 289 名と MCI 者 158 名に対し 60 項目からなる SIST-M-IR を用いてロジスティック回帰分析を行った結果、「単語検索を含むゲームに参加」、「未知の場所へのナビゲート」、「物事の修正およびプロジェクトの終了」の 3 つが 2 者を識別するのに有効であったとしている。

このように IADL においては MCI や初期の認知症から低下することが示され、遂行機能や展望記憶などの高度な認知機能を要する金銭管理、服薬管理、買い物、食事の準備などが早期に低下する傾向にあった。

2) 認知症の人に対する IADL 介入

Avila ら¹⁸⁾は、AD 患者に対する神経心理学的リハビリテーションと日常生活活動訓練の効果を検証することを目的に介入前後研究を実施した。対象者は中等度認知症の人 5 名であり、14 週間にわたって神経心理学的リハビリテーションと日常生活活動訓練を行った。IADL 訓練は、電話やメッセージ機能、日記の利用、サンドウィッチの準備の 4 つの課題を実施した。ADL に有意な改善と記憶と精神症状のわずかな改善を示した。Dookey ら¹⁹⁾は軽度から中等度の認知症の人に対して訪問作業療法により服薬管理や調理など IADL の評価結果に基づき、環境調整 (引出しにラベルを貼る等)、介護者へのアプローチ (日課の構造化等)、地域基盤の援助 (社会資源情報の提供等) といった 3 つの領域の介護戦略を提供した結果、介護者の介護負担感が有意に減少し、患者の肯定感情を表す頻度やセルフケアの参加状態が有意に改善したと報告している。Graessel ら²⁰⁾は、計 98 名の認知症の人に対して単純盲験 RCT にて、運動刺激と ADL、認知・精神の介入を組み合わせた MASK を 12 ヶ月間実施し、認知機能の低下を抑制することができたことを報告している。Clark ら²¹⁾は、460 人の地域在住高齢者に対し、個別のニーズ・興味からライフスタイルを再構築するプログラムを 6 ヶ月間実施し、対照群に比し痛み、体力、社会機能、精神的健康、生活満足度などが有意に改善したとしている。Lam ら²²⁾は、地域在住の MCI 高齢者 555 名に対し、4 つのライフスタイル活動 (①認知活動群: 読書、書道など、②身体活動群: 有酸素運動など、③社会活動群: お茶会、映画など) に分類し、週 3 回、1 時間の活動を 12 か月間実施した結果、全てのライフスタイルにおいて日常機能には変化がないが時間経過とともに領域特異性の認知機能の改善が得られた。Kamiimura ら²³⁾は、18 人の軽度認知症高齢者 (CDR0.5-1) に対し服薬用のリマインダーデバイスを試みた結果、72% の方は、3 か月で自己管理投薬量が改善したとしている。

以上により電話やメッセージ機能、日記の利用、環境調整 (引出しにラベルを貼る、服薬用のリマインダーデバイス) や MASK による複合介入等によって IADL の改善や介護負担軽減が得られている。また、地域在住高齢者のニーズや興味からライフスタイルを構築することは認知機能だけでなく生活満足度や心身の健康を高めることが示された。

6. まとめ

認知症の ADL・IADL に対するリハビリテーション介入のレビューを行った。介入研究の知見から直接的な ADL・IADL 支援には、本人の技術指導、自助具やガイドなどの物理的環境支援、家族等への対処行動支援、意思決定支援、本人のニーズ・興味を引き出したライフスタイル支援が重要であることが分かった。これらの支援を個別のニーズ、環境等に配慮した上で部分的あるいは複合的に導入する必要があると思われた。

7. 引用文献

- 1) 半田幸子, 今井幸充: 認知症者の要介護度と ADL、BPSD ならびに認知症高齢者の日常生活自立度との関連. 老年精神医学雑誌 27 (6): 667-674, 2016.
- 2) 久野真矢, 清水一, 武内淳, ほか: 高齢者の認知機能と ADL・IADL 能力の関連 MMSE-J に基づいた生活機能に対する介入モデル. 日本認知症予防学会誌 2 (1): 9-13, 2013.
- 3) 池田学ほか: 厚生労働省 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金, 長寿科学政策研究事業「生活行為の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究」. 平成 27 年度総括・分担報告書.
- 4) Graff M, Vernooij-Dassen, M, Thijssen, M, et al.: Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. J Gerontol Med Sci, 62A, 1002-1009, 2007.
- 5) Luttenberger K, Donath C, Uter, W, et al.: Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: A randomized-controlled study with 6-month follow-up. J Am Geriatr Soc, 60(5), 830-840, 2012.
- 6) Gitlin L, Hauck W, Dennis M, et al.: Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60(3): 368-74, 2005.
- 7) Skelly J, Flint AJ: Urinary incontinence associated with dementia. J Am Geriatr Soc, 43 (3), 286-294, 1995.
- 8) Hanson L, Zimmerman S, Song M, et al.: Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 177(1):24-31. doi: 10.1001, 2017
- 9) Alex M, Boger JN, Craig T, et al.: The COACH prompting system to assist older adults with dementia through handwashing: An efficacy study. BMC Geriatr. 8: 28, 2008
- 10) Pérès K, Chrysostome V, Fabrigoule C, et al.: Restriction in complex activities of daily living in MCI: impact on outcome. Neurology. 8;67(3):461-466, 2006.
- 11) 大内義隆, 石川博康, 中村馨, ほか: 軽度認知障害高齢者における手段的日常生活動作の量的および質的制限 最軽度アルツハイマー病を通しての検討. 高次脳機能研究 33 (3) : 347-355, 2013.
- 12) Bidzan L, Bidzan M, Pąchalska M: The Effects of Intellectual, Physical, and Social Activity on Further Prognosis in Mild Cognitive Impairment. Med Sci Monit. 22: 2551-60, 2016
- 13) Rodakowski J, Skidmore ER, Reynolds CF 3rd, et al.: Can Performance on Daily Activities Discriminate Between Older Adults with Normal Cognitive Function and Those with Mild Cognitive Impairment?. J Am Geriatr Soc. 62(7):1347-1352, 2014.
- 14) Mariani E, Monastero R, Ercolani S, et al.: Influence of comorbidity and cognitive status on instrumental activities of daily living in amnesic mild cognitive impairment: results from the ReGAI project. Int J Geriatr Psychiatry. 23(5): 523-30, 2008.
- 15) 植田恵, 高山 豊, 小山 美恵, ほか: ごく軽度アルツハイマー病および軽度認知障害(MCI)における記憶障害と手段的日常生活活動低下の特徴--もの忘れ外来問診表への回答の分析. 老年社会科学 29(4) : 506-515, 2008.

- 16) 町田綾子, 鳥羽研二, 櫻井孝, ほか: 手段的日常生活動作を用いた軽度認知症スクリーニング項目の検討. 日老医誌50 : 266-267, 2013.
- 17) Zoller AS, Gaal IM, Royer CA, et al: SIST-M-IR activities of daily living items that best discriminate clinically normal elderly from those with mild cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res.*11(8):785-91, 2014.
- 18) Avila R, Bottino CM, Carvalho IA, Set al.: Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: A pilot study. *Braz J Med Biol Res*, 37(11), 1721-1729, 2004.
- 19) Dookey NR, Hinojosa J et al: Improving quality of life for person with Alzheimer's disease and their family caregivers: Brief occupational therapy intervention. *Am J Occup Ther*, 58(5), 561-569, 2004.
- 20) Graessel E, Stemmer R, Eichenseer, B, et al.: Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. *BMC Med* 9, 129, 2011.
- 21) Clark F, Jackson J, Carlson M, et al.: Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health.*66(9):782-90. doi: 10.1136, 2012.
- 22) Lam L, Chan W, Leung T, et al.: Would older adults with mild cognitive impairment adhere to and benefit from a structured lifestyle activity intervention to enhance cognition?: a cluster randomized controlled trial. . *PLoS One*. 10(3):e0118173. doi: 10.1371, 2015.
- 23) Kamimura T, Ishiwata R, Inoue T: Medication reminder device for the elderly patients with mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 27(4):238-42, 2012.

第四章 認知症リハビリテーションの取り組み

I 認知症リハビリテーションの取り組み実態調査結果

1. 目的

1) 本調査の背景

わが国の認知症施策は「認知症施策推進 5 ヵ年計画(オレンジプラン)」に基づいて、認知症の人の生活を支える支援体制づくりを進めている。こうした中で、新オレンジプランでは、「認知症のリハビリテーションは、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できるようにすること」とし、平成 29 年度までにリハビリテーションモデルの開発及びその成果普及を推進するとしている。しかし、認知症のリハビリテーションについては、その必要性が言われているものの、その手法は明確でないという現状がある。

2) 本調査の目的

本調査では、現時点における認知症疾患医療センター併設医療機関で働く作業療法士の作業療法提供実態調査を把握し、その上で ADL(食事、排泄等)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できる手法を検討するとともに、認知症のリハビリテーションモデルを作成、認知症者のケアに従事する人々向けの手引きを作成することを目的とし、平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「認知症のリハビリテーションの推進に関する調査研究事業」の交付を受け実施する。

2. 調査対象

平成 28 年 4 月 1 日時点で認知症疾患医療センターに併設する医療機関の作業療法士 293 機関を対象とした。回答者は認知症のリハビリテーションに従事している作業療法士とした。

3. 調査方法

対象となる認知症疾患医療センター併設医療機関に対して、研究内容説明書と自記式質問紙を郵送にて配布し、返信用封筒による郵送にて回収した。調査期間は平成 28 年 9 月 12 日～9 月 30 日までとした。調査票は別添の通りである。

(倫理面への配慮)

調査依頼にあたっては、研究目的・研究成果の公表方法、回答へのプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを配布用紙に明記し、回答をもって調査への同意とみなした。集計に当たっては連結可能匿名化し、回答した機関が特定できないように配慮した。

なお、本研究は日本作業療法士協会倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 201602)。

4. 調査結果

有効回答は 137 機関で回収率は 46.8%であった。回答者した作業療法士の経験年数は 15.3 ± 8.3 年であった。

1) 医療機関の概要について

(1) 主な標榜診療科目について

主な標榜診療科目は精神科が最も多く、次に内科、神経内科の順であった。

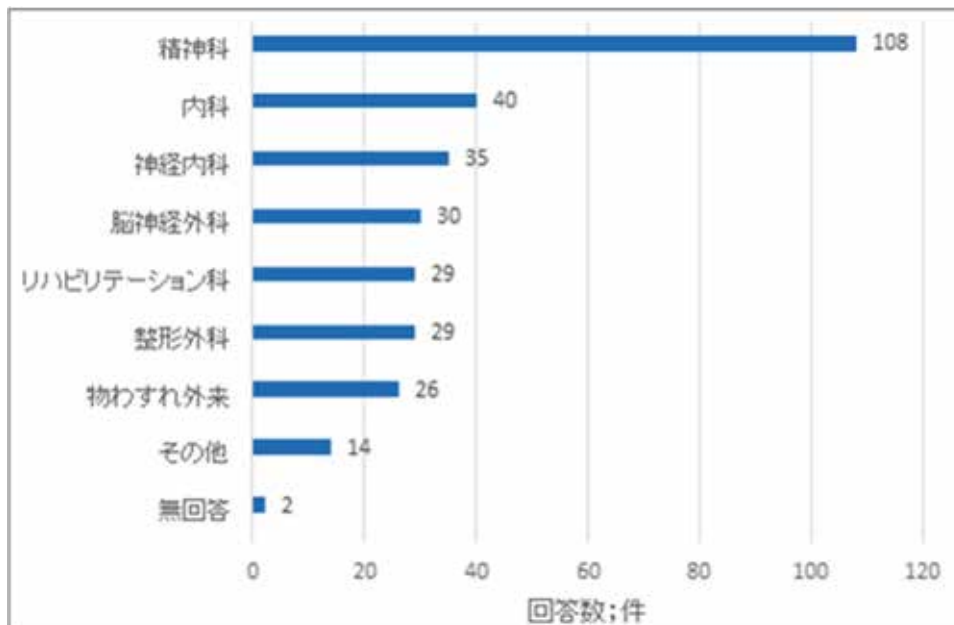


図1 主な標榜診療科目 (n=137, 複数回答, その他: 心療内科; 3 件, 眼科, 皮膚科, 麻酔科, 泌尿器科, 外科, 歯科, ペインクリニック, 老年内科, 老年期外来, 呼吸器科, 呼吸器外科; 1 件ずつ)

(2) 各療法実施実績について

各療法実施実績については、精神科作業療法が最も多く、次いで作業療法、認知症患者リハビリテーションの順であった。実施人数は平成 28 年 8 月分の実施人数の累計、指示人数は平成 28 年 8 月分の指示箋人数の累計を表している。実施人数平均と指示人数平均はそれぞれ精神科作業療法では 1926.2 ± 1479.6 人、 2087.5 ± 2490.0 人、作業療法では 1264.9 ± 940.1 人、 1240.5 ± 1634.3 人、認知症患者リハビリテーションでは 167.7 ± 255.6 人、 283.5 ± 488.2 人であった。

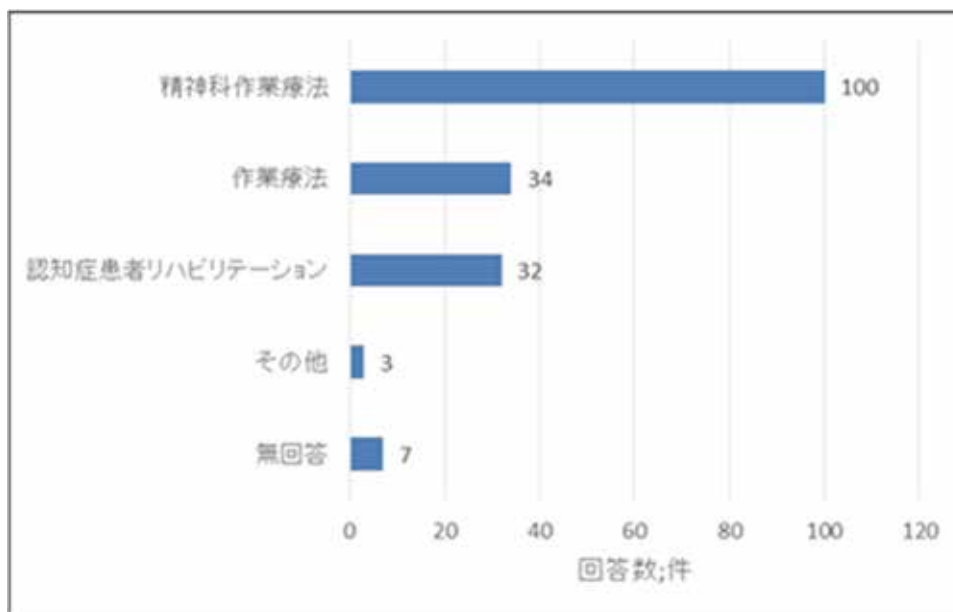


図 2 各療法実施実績 (n=137, 複数回答, その他:生活機能回復訓練, 重度認知症デイケア, 1 件ずつ)

表 1 各療法の平均実施人数, 平均指示件数 (n=137, 複数回答, 精神科作業指示件数不明:8 件, 作業療法指示件数不明:2 件, 認知症患者リハ指示件数不明:3 件, 生活機能回復訓練指示件数不明:1 件)

		件数	実施人数平均	指示箋人数平均
精神科作業療法		94	1926.2 ± 1479.6	2087.5 ± 2490.0
作業療法		31	1264.6 ± 940.1	1240.5 ± 1634.3
認知症患者リハビリテーション		32	167.7 ± 255.6	283.5 ± 488.2
その他	生活機能回復訓練	1	131	—
	重度認知症デイケア	1	297	30
	入院生活技能訓練	1	13	27

2) 認知症の作業療法について

(1) 認知症に対する作業療法の実態について

①活用している評価法について

全て・一部の患者で活用されている評価法として、全般的評価尺度では多い方から ICF, DASC-21 の順となっており、心身機能では MMSE, HDSR, NM スケールの順であった。活動と参加では、BI と FIM が最も多く、次に認知症自立度の順となっている。環境因子として、J-ZBI, その他は CDT が最も多かった。その他の評価法として 3 件以上のものとしては、CDT:5 件、DBD, AMPS, COPM, RBMT, ADAS:3 件ずつ、特になし 9 件であった。

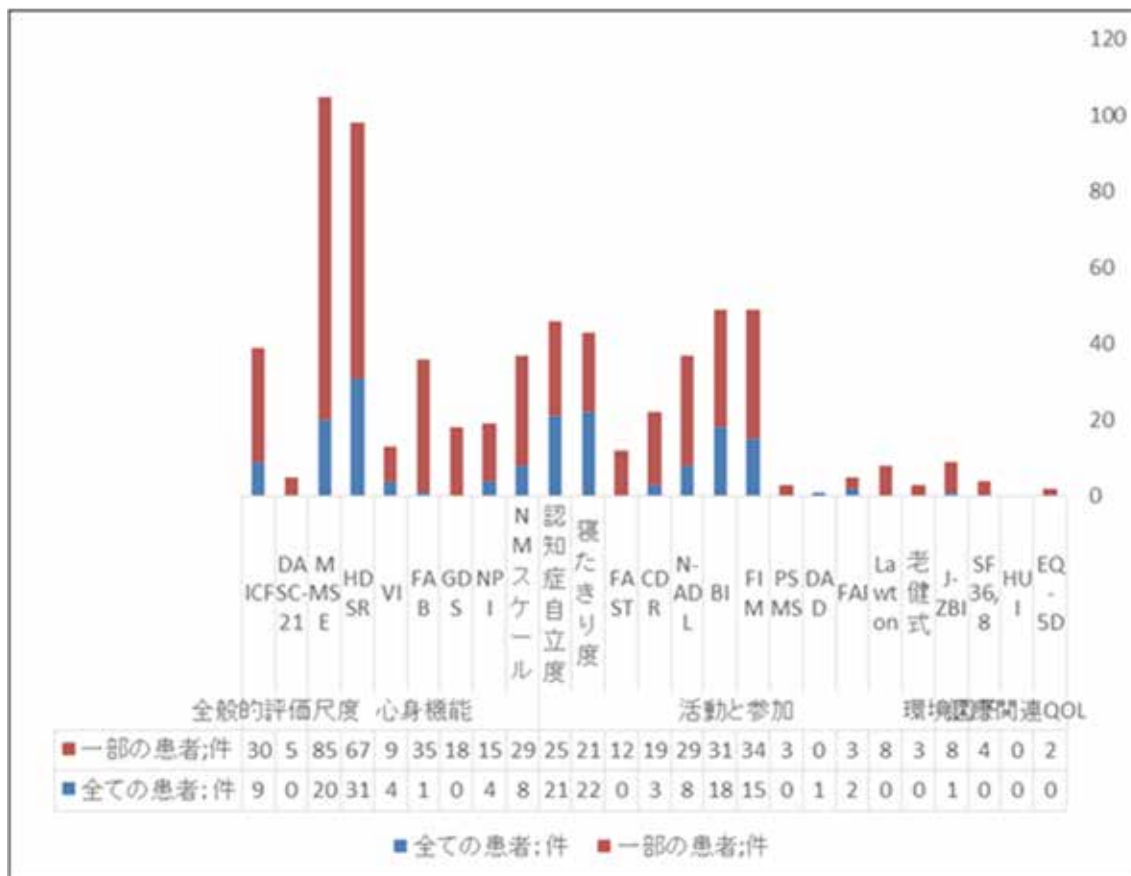


図3 活用している評価法について (n=131, 複数回答)

②国際生活機能分類を評価表としての活用について

日常の診療において、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disabilities and Health;ICF)を評価表として活用できると回答した機関は 54 機関、活用できないと回答した機関は 14 機関であった。

表2 国際生活機能分類の評価表としての活用 (n=137)

	活用できる	活用できない	わからない	無回答	合計
回答数	54	14	54	15	137
割合 (%)	39.4	10.2	39.4	11	100

③作業療法計画を立案する際に活用しているツールについて

作業療法計画を立案する際に活用しているツールについて、施設独自で作成した計画書が最も多く、生活行為向上マネジメント、OT 協会版認知症アセスメントシートの順であった。

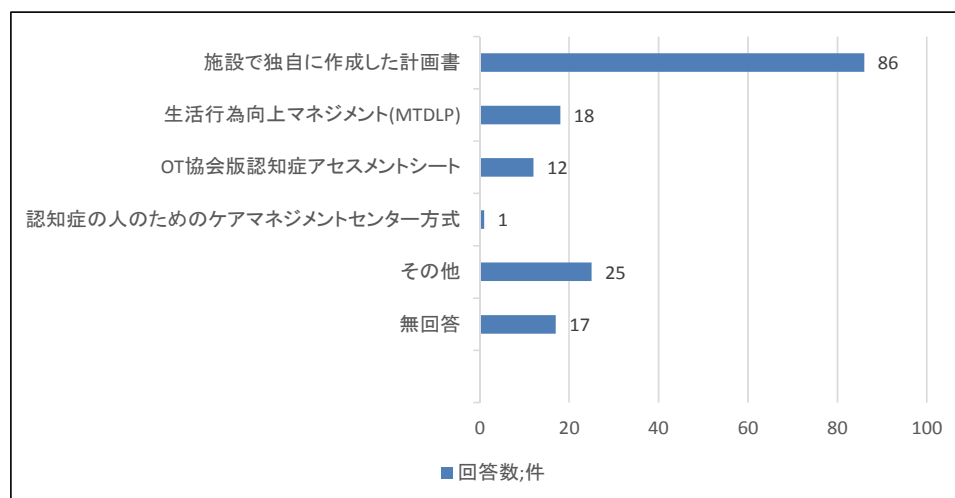


図4 作業療法計画を立案する際に活用しているツール(n=137, 複数回答, その他:立案していない;22 件, COPM;2 件, ADOC;1 件)

④過去の認知症患者に出された作業療法の主な指示内容について(自由記載)

別添1の通りとなっている。

⑤認知症の作業療法の目的について

認知症の作業療法の目的は身体機能の回復・維持が最も多く、次に精神機能の回復・維持, ADL の回復・維持の順であった。

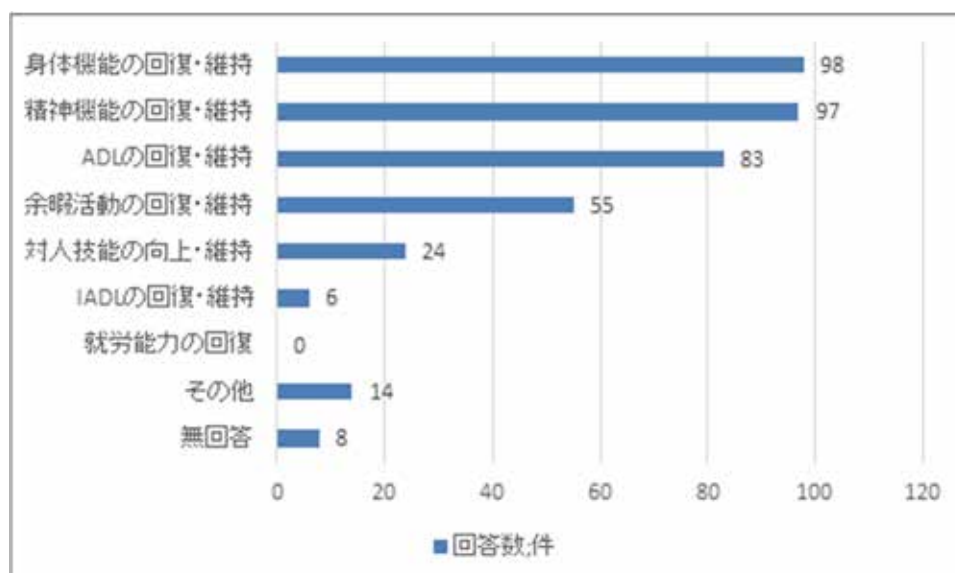


図5 認知症の作業療法の目的(n=137, 上位3つを選択, その他:生活リズムの改善, 周辺症状の改善;3 件ずつ, 気分転換;2 件, リラクゼーション, 反応性の向上, 認知機能の回復・維持, 自尊心の回復, 残存機能を活かした生活の再構築, 生活空間の拡大;1 件ずつ)

⑥作業療法で実施している主な練習内容と平均実施時間について

a) 身体機能の回復・維持に対する主な練習内容について

身体機能の回復・維持に対する主な練習内容は、「ROMex など個別身体機能練習」「10 人以上の集
団体操」が最も多く、次に「運動耐久性練習」の順であった。



図6 身体機能の回復・維持に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表3 身体機能の回復・維持に対する主な練習内容の平均時間

		件数	平均時間(分)
10 人以上の集団体操		80	41.0±21.8
ROMex など個別身体機能練習		80	23.3±16.5
運動耐久性練習（有酸素運動を含む）		39	23.4±15.6
10 人未満の集団体操		35	33.2±17.0
軽スポーツ		29	43.4±21.8
その他	畑・園芸等の作業	1	30
	散歩	3	40.0±17.3

b) 精神機能の回復・維持に対する主な練習内容について

精神機能の回復・維持に対する主な練習内容は、「レク・軽スポーツなど」が最も多く、「計算ドリルなど認知機能練習」,
「畑・園芸・手工芸などの作業」の順であった。

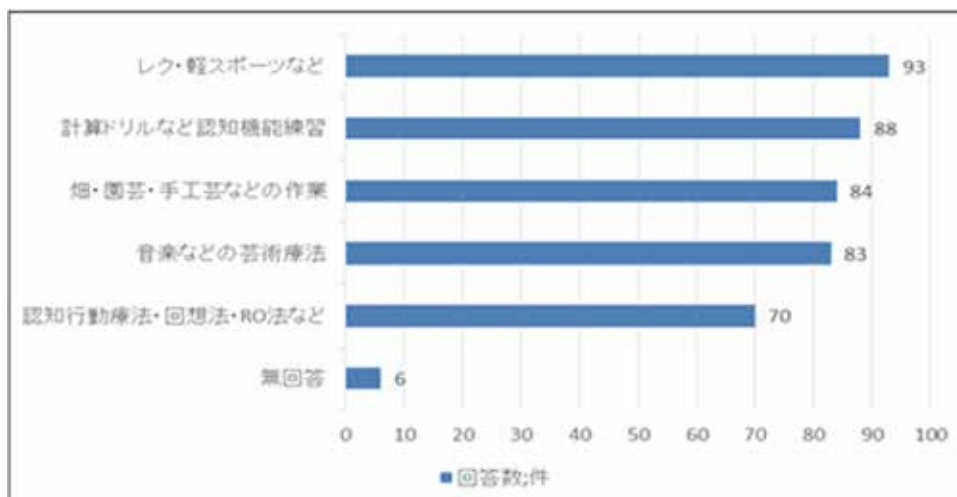


図7 精神機能の回復・維持に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表 4 精神機能の回復・維持に対する主な練習平均時間

	件数	平均時間(分)
レク・軽スポーツなど	93	54.2±23.9
計算ドリルなど認知機能練習	88	41.2±26.6
畑・園芸・手工芸などの作業	84	51.1±27.4
音楽などの芸術療法	83	58.4±27.6
認知行動療法・回想法・RO 法など	70	40.8±23.6

c) ADL の維持・回復に対する主な練習内容について

ADL の維持・回復に対する主な練習内容は、「基本動作練習」が最も多く、次に「病棟など実際場面での ADL 練習」,「ADL の模擬練習」の順で多かった。

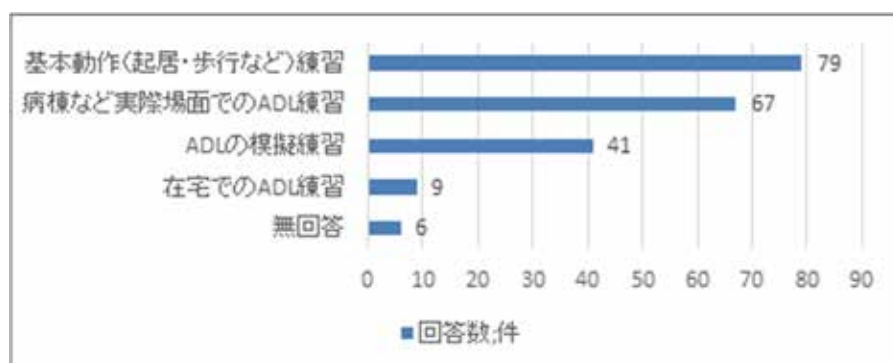


図 8 ADL の維持・回復に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表 5 ADL の維持・回復に対する主な練習平均時間

	件数	平均時間(分)
基本動作(起居・歩行など)練習	79	23.5±16.0
病棟など実際場面での ADL 練習	67	23.5±13.6
ADL の模擬練習	41	23.4±13.6
在宅での ADL 練習	9	36.3±21.3

d) IADL の維持・回復に対する主な練習内容について

IADL の維持・回復に対する主な練習内容は、「病棟などの実際場面での練習」が最も多く、次に「IADL 行為のパーツ練習」,「IADL の模擬練習」の順で多かった。

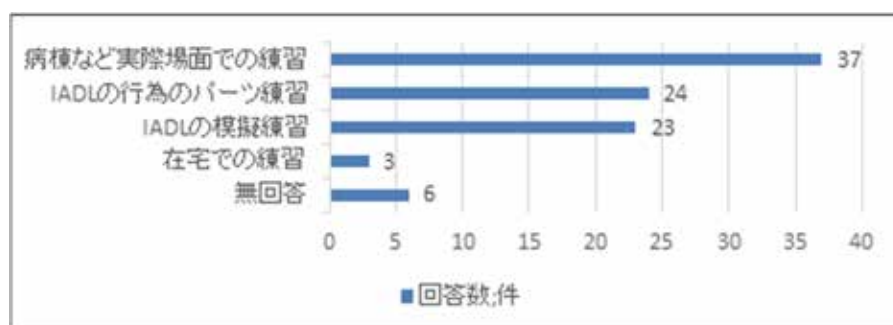


図 9 IADL の維持・回復に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表 6 IADL の維持・回復に対する主な練習平均時間

	件数	平均時間(分)
病棟など実際場面での練習	37	30.3±17.6
IADL の行為のパーツ練習	24	24.8±11.2
IADL の模擬練習	23	33.5±17.6
在宅での練習	3	43.3±15.3

e) 余暇活動の維持・回復に対する主な練習内容について

余暇活動の維持・回復に対する主な練習内容は、「本人が実施していた余暇活動の練習」が最も多く、次に「新たな余暇活動の練習」の順で多かった。

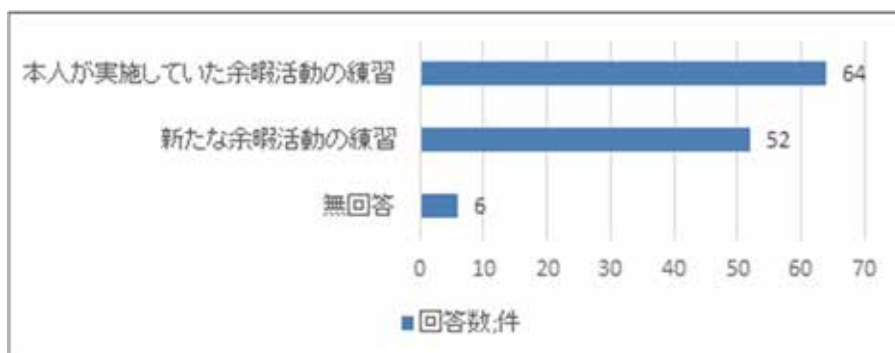


図 10 余暇活動の維持・回復に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表 7 余暇活動の維持・回復に対する主な練習平均時間

	件数	平均時間(分)
本人が実施していた余暇活動の練習	64	46.4±26.1
新たな余暇活動の練習	52	49.9±26.1

f) 対人技能の向上・維持に対する主な練習内容について

対人技能の向上・維持に対する主な練習内容は、「10人未満の小集団での会話練習」が最も多く、次に「Social Skills Training」の順で多かった。



図 11 対人技能の維持・向上に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表 8 対人技能の維持・向上に対する主な練習平均時間

	件数	平均時間(分)
10 人未満の小集団での会話練習	28	46.4±33.1
Social Skills Training	2	65.0±35.4

g) 就労能力の回復に対する主な練習内容について

就労能力の回復に対する主な練習内容は、「就労を想定した模擬練習」が最も多く、「就労作業を反復練習」、「就労先での実践練習」の順で多かった。

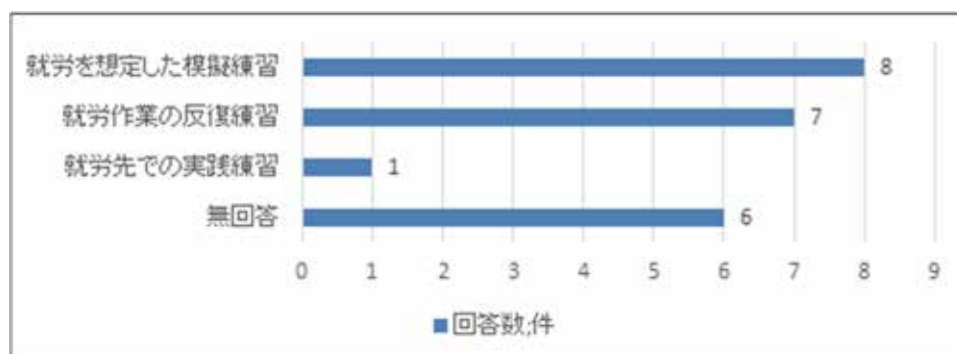


図 12 就労能力の回復に対する主な練習内容 (n=137, 複数回答)

表 9 就労能力の回復に対する主な練習平均時間 (n=137, 複数回答)

	件数	平均時間(分)
就労を想定した模擬練習	8	41.4±25.4
就労作業の反復練習	7	41.7±28.6
就労先での実践練習	1	90.0
無回答	6	

h) その他の練習内容について

その他に挙げた練習内容として、落ち着ける環境の評価・調整, 家族指導, 退院後利用予定のデイケア体験というものが挙げた。

(2) 退院に向けての取り組みについて

①認知症患者の退院支援として実施している項目について

認知症患者の退院支援として実施している支援は、介護支援専門員等との退院時カンファレンスの実施が最も多く、次に退院前訪問の実施、退院時リハビリテーション指導の実施であった。

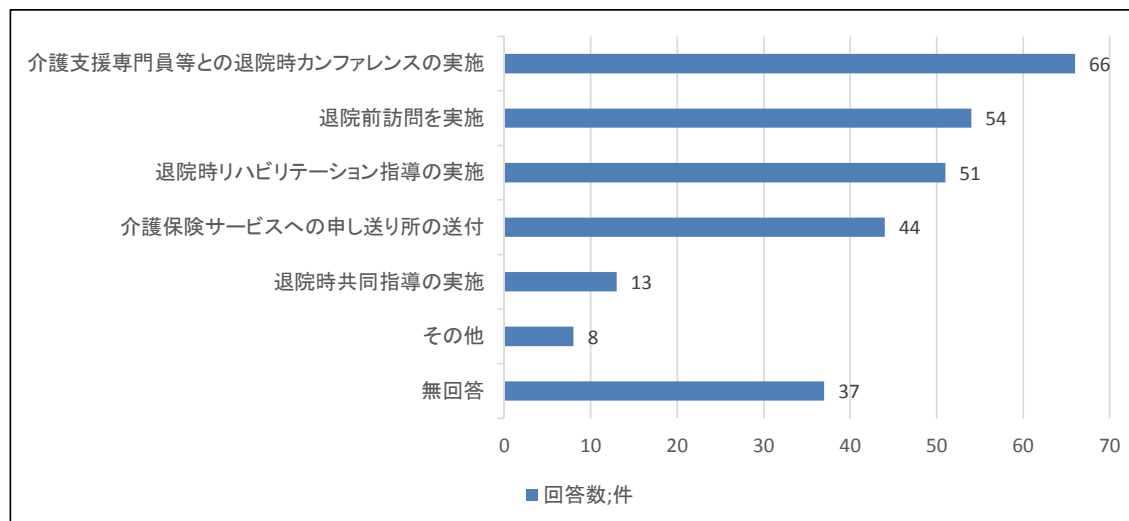


図 13 認知症患者の退院支援として実施している項目 (n=137, 複数回答, その他: 院内カンファレンス: 3 件, 家族指導: 2 件, 外出・外泊アンケート・退院後訪問それぞれ 1 件)

②認知症患者の最も多い退院先について

認知症患者の退院先として、介護老人保健施設が最も多く、次に自宅、特別養護老人ホームの順であった。

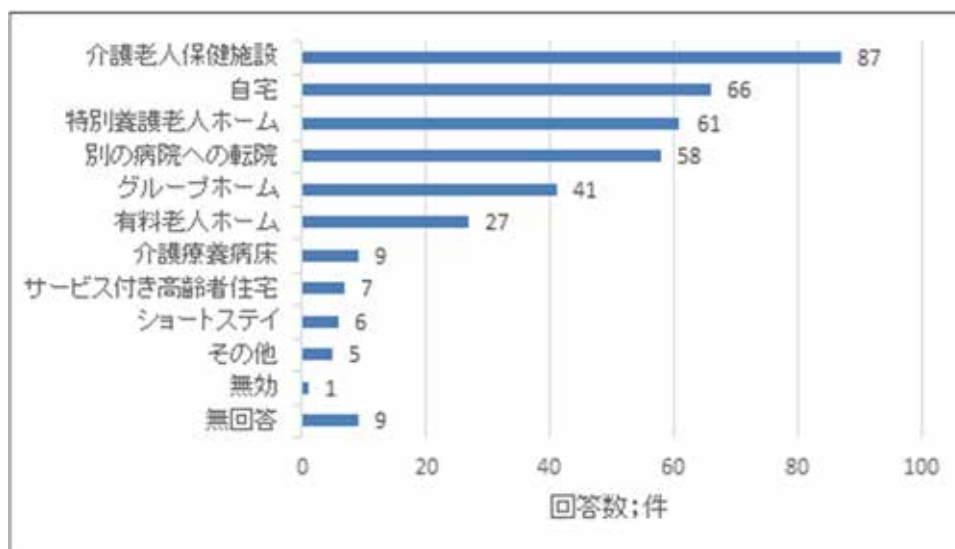


図 14 認知症患者の最も多い退院先 (n=137, 上位 3 つ, その他: 死亡: 2 件, 高齢者向け賃貸, 宅老所, 不明それぞれ 1 件)

③ ②で「自宅」と答えた方で退院後に利用する介護サービス等の利用頻度が最も多いものについて

自宅に退院した患者が退院後利用する介護サービス等で利用頻度が最も多かったのは、通所介護であり、次に訪問介護、通所リハビリテーションの順であった。

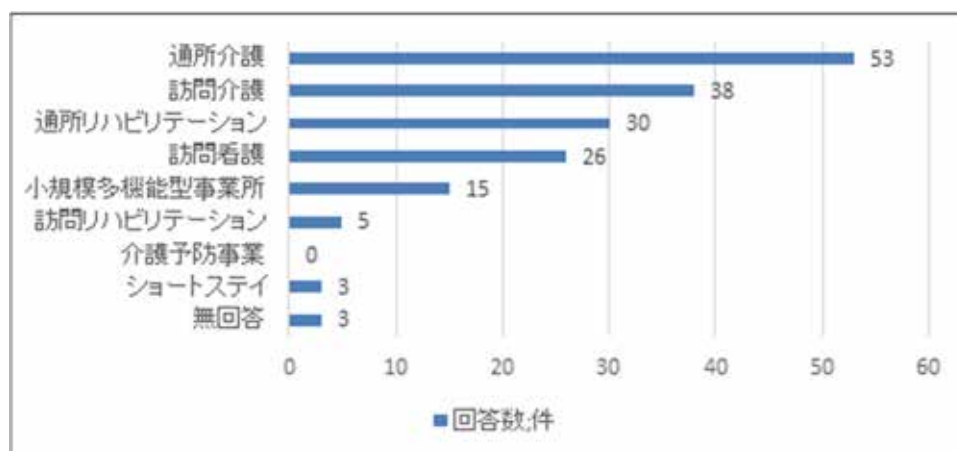


図 15 退院後に利用する介護サービス等の利用頻度が最も多いもの (n=66, 上位 3 つ)

(3) 認知症に関する診療報酬について

- ① 認知症患者リハビリテーション料について、「重度認知症の状態にある患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合、入院した日から起算して 1 月に限り、週 3 回を限度として算定する」と医科点数表の解釈に明記されているが、この訓練時間に対する妥当性について

認知症患者リハビリテーション料について医科点数表の解釈に明記されている訓練時間に対して、妥当であると回答した機関は 46 機関、妥当でないと回答した機関は 36 機関であった。その他の回答として、「算定していないのでわからない」、「実施なし」、「患者の状態による」等が挙げた。

表 10 認知症患者リハビリテーション料の訓練時間について (n=137)

	妥当である	妥当でない	その他	無回答	合計
件数	46	36	32	23	137
(全体)%	33.6	26.3	23.4	16.8	100.1

② ①で「妥当でない」と答えた方において、必要と思う訓練時間について

妥当でないと答え方は 36 機関であった。そのうち、11 機関において、認知症患者リハビリテーション料として訓練に必要と思う時間は 52.7 ± 25.3 分であった。その他の回答として、「週 3 日ではなく毎日出来るようにしてほしい」「入院直後は関与できない場合があり、入院後 2-3 ヶ月にしてほしい」「起算日からにしてほしい」「人員の的に難しい」等が挙げた。

表 11 認知症患者リハビリテーションとして訓練に必要と思う時間 (n=11)

n=11	(分)
平均	52.7
SD	25.3

- ③ 精神科作業療法について、「精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類に関わらずその実施時間は患者一人当たり 1 日につき 2 時間を標準とする」と医科点数表の解釈に明記されているが、この訓練時間に対しての妥当性について

精神科作業療法について医科点数表の解釈に明記されている訓練時間に対して、妥当であると回答した機関は 21 機関、妥当でないと回答した機関は 75 機関であった。その他の回答として、「患者の状態や回復段階による」「わからない」「認知症の方は集中が続かず難しい場合がある」等が挙げられた。

表 12 精神科作業療法の訓練時間について (n=137)

	妥当である	妥当でない	その他	無回答	合計
件数	21	75	21	20	137
割合(%)	15.3	54.7	15.3	14.6	99.9

- ④ ③で「妥当でない」と答えた方において、訓練に必要と考える時間について

妥当でないと回答した機関は 75 機関であった。そのうち、57 機関において、精神科作業療法として訓練に必要と思う時間が記載されており、 59.2 ± 14.3 分であった。その他の回答として、「目的によって時間の幅があったほうがよい」「期別によって対応できたらよい」等の意見が挙げられた。

表 13 認知症患者リハビリテーションとして訓練に必要と思う時間について (n=57)

N=57	(分)
平均	59.2
SD	14.3

3) 認知症のリハビリテーションについて

認知症のリハビリテーションについて、「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する」と新オレンジプランに明記されていることを知っていたと回答した機関は 71 機関、知らなかったと回答した機関は 56 機関であった。

表 14 認知症のリハビリテーションについて新オレンジプランへの明記について (n=137)

	知っていた	知らなかった	無回答	合計
件数	71	56	10	137
割合(%)	51.8	40.9	7.3	100

4) 併設されている認知症疾患医療センターのリハビリテーションに関する活動実態と作業療法士の関与状況

(1) 認知症疾患医療センターにおける配置職員について

配置職員については、表 15 の通りとなっている。

表 15 認知症疾患医療センターにおける配置職員 (n=137)

職種		常勤配置(人数)	非常勤配置(人数)
医師		1.8±2.1	0.5±1.2
保健師/看護師		2.5±9.1	0.2±0.6
精神保健福祉士		1.6±1.3	0.2±0.6
社会福祉士		0.1±0.3	0.0±0.0
臨床心理技術者		0.8±1.0	0.2±0.6
作業療法士		0.4±1.4	0.1±0.4
理学療法士		0.1±0.5	0.0±0.0
事務職員		0.7±2.0	0.1±0.3
その他	薬剤師	0.0±0.1	0.0±0.0
	栄養士	0.0±0.3	0.0±0.0
	言語聴覚士	0.0±0.2	0.0±0.0
	CM	0.0±0.1	0.0±0.0
	補助者	0.1±0.7	0.4±4.5

(2) 作業療法士の認知症疾患医療センターへの関与状況

①作業療法士の認知症疾患医療センター業務に関与について

作業療法士の認知症疾患医療センター業務への関与について、特に関わりはないが最も多く、次に研修会等講師として依頼されて関与している、依頼に応じて関与している、兼務として関与している、事例検討会等に作業療法士の視点からの助言を求められて関与している、専任として関与している、無回答の順であった。兼務や専任として関与している人は、それぞれ 19 件と 5 件であった。

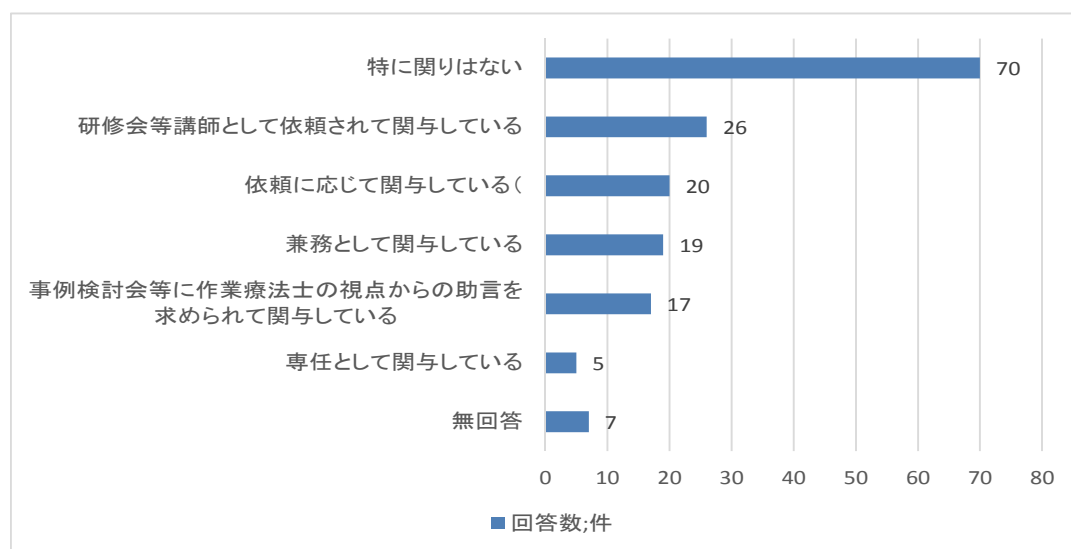


図 16 作業療法士の認知症疾患医療センターの関与について (n=137)

②認知症疾患医療センター業務への作業療法士の関与について

認知症疾患医療センターへの作業療法士の関与がある方がよいと思うと回答した機関は 98 件、思わないと回答した機関は 3 件であった。

表 16 認知症疾患医療センターへの作業療法士の関与がある方がよいかについて (n=137)

	思う	思わない	わからない	無回答	無回答
件数	98	3	28	8	137
(全体)%	71.5	2.2	20.4	5.8	99.9

③ ②で「思う」と答えた方において、関与した方がよいと思う理由について

認知症疾患医療センター業務へ作業療法士が関与したほうがよいと思う理由として、「地域で暮らす認知症の人と家族の在宅支援には生活行為に焦点をあてた支援が必要だから」が最も多く、次に「認知症の相談支援には、リハビリテーションの視点が重要だから」、「介護支援専門員等の地域の連携に生活を見る理解が必要だから」、「BPSD や生活行為障害の要因を ICF に基づいて評価できるから」の順であった。

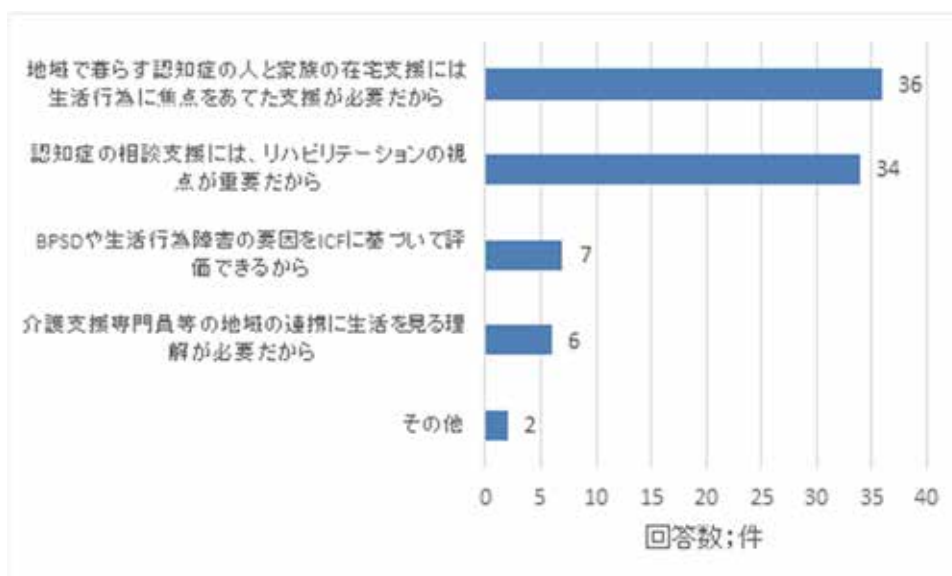


図 17 認知症疾患医療センターに関与したほうが良いと思う理由 (n=86, その他：身体機能、精神機能进行评估できるスタッフが少ないため、様々な職域の視点でみるのが必要が1件ずつ)

④作業療法士が認知症疾患医療センターの業務に関与していく上での課題について

作業療法士が認知症疾患医療センターの業務に関与していく上での課題として最も多かったのは、「臨床との兼務は難しいため専任で関われる環境がない」が最も多く、次に「認知症疾患医療センターの配置職員として実施要項に明記されていない為関わりにくい」, 「作業療法の業務に縛られカンファレンスや地域への訪問活動、家族の会への支援などに関われる時間がない」の順であった。

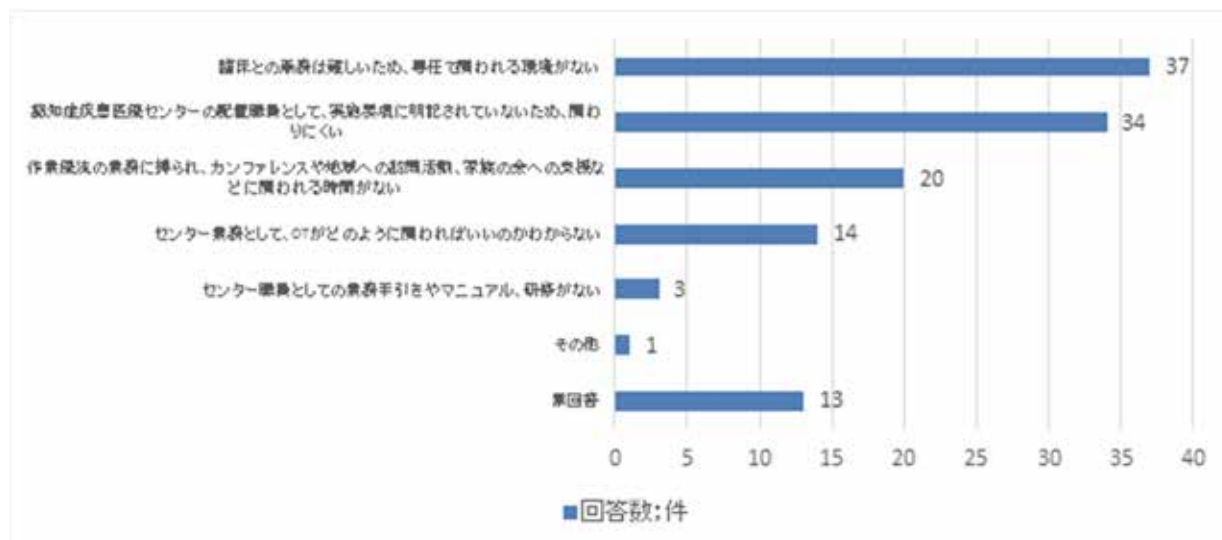


図 18 作業療法士が認知症疾患医療センターの業務に関与していく上での課題について (n=124, その他: 認知症疾患医療センターとリハビリテーション部がそれぞれの活動実態を把握していない; 1 件、)

(3). 4) (2) ①で専任または兼務として関与していると答えたを施設を対象とした
※以下、(2) ①で専任、兼務と答えた OT の回答 n=24(専任: 5 名、兼務: 19 名)

①認知症疾患医療センターの類型について

作業療法士が専任または兼務として認知症疾患医療センターに関与している機関の類型として、地域型が最も多く、次に基幹型、診療所型の順であった。

表 17 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターの類型 (n=23)

	基幹型	地域型	診療所型	無回答	合計
件数	6	15	2	1	24
割合(%)	25	62.5	8.3	4.2	100

②認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する活動状況について

a) リハビリテーションに関する相談について

認知症疾患医療センターにおいてリハビリテーションに関する相談があると回答した機関は 7 件、ないと回答した機関は 15 件であった。

表 18 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターのリハビリテーションに関する相談について (n=24)

	ある	ない	わからない	無回答	合計
件数	7	15	2	0	24
割合(%)	29.2	62.5	8.3	0	100

b) a)において「ある」と答えた方において、リハビリテーションに関する相談状況で、よく相談を受ける相談先について

認知症疾患医療センターにおいてリハビリテーションに関する相談がある場合、相談を受ける相談先として最も多いのが地域包括支援センターと家族であり、次に介護支援専門員であった。

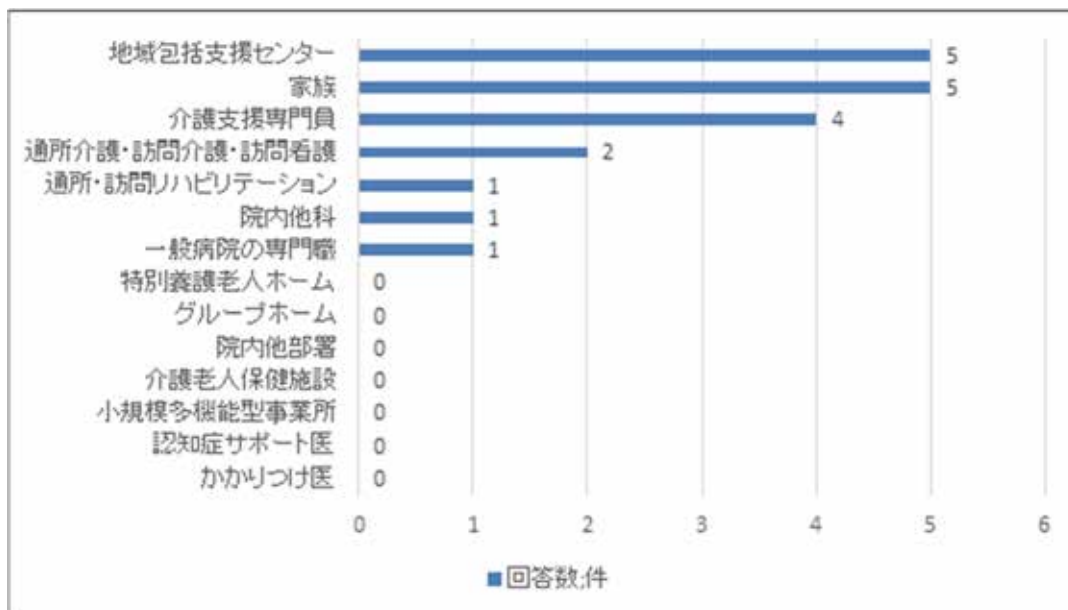


図 18 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターにおいてリハビリテーションに関する相談を受ける相談先 (n=7, 上位 3 つ)

c) リハビリテーションに関する研修会を開催について

リハビリテーションに関する研修会を開催していると回答した機関は 8 機関、開催していないと回答した機関は 15 機関であった。

表 19 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する研修会の開催 (n=24)

	開催している	開催していない	無回答	合計
件数	8	15	1	24
割合(%)	33.4	62.5	4.2	100.1

d) リハビリテーションに関する研修会を開催している場合の対象について

リハビリテーションに関する研修会を開催している場合、一般病院の専門職、介護支援専門員を対象にしていることが最も多く、次に通所介護・訪問介護・訪問看護、小規模多機能型事業所、通所・訪問リハビリテーションの順であった。その他は、作業療法士、一般市民が1件ずつであった。

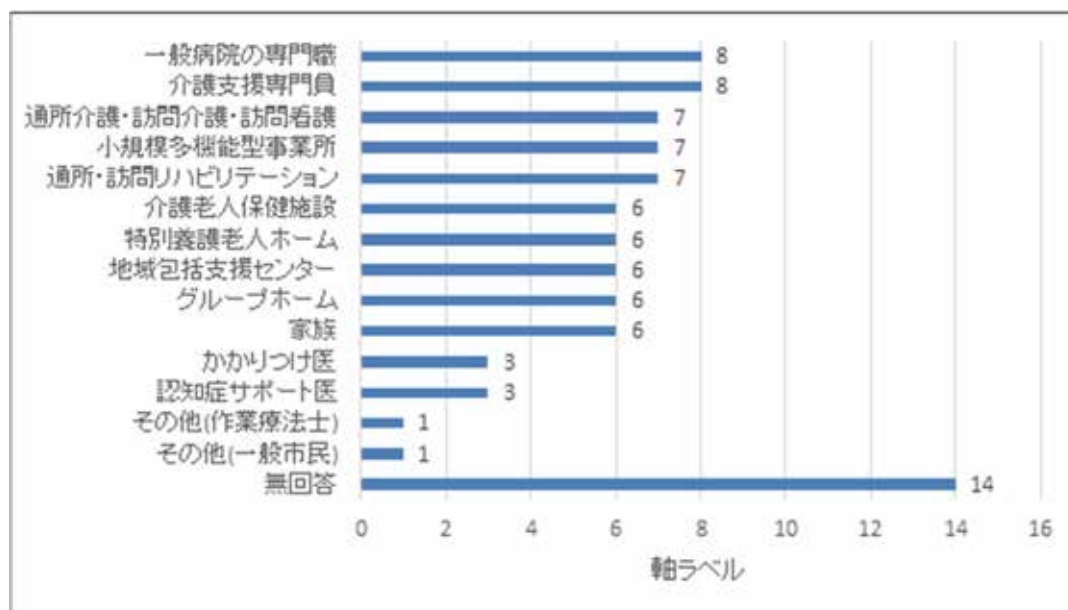


図 19 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターのリハビリテーションに関する研修内容(n=24, 複数回答)

e) 認知症を対象とする施設（自宅、病院、事業所等）への支援と具体的取り組みについて

認知症を対象とする施設への支援について、「自宅や介護施設へ訪問し家族やケア提供者に介護指導を行っている」が最も多く、次に「自宅や介護施設へ訪問し ADL や IADL ができるように環境整備を行っている」の順であった。具体的な取り組み例としては、「アウトリーチチームで地域でうずもれているケースやゴミ屋敷のケース、多問題家族ケース等、直接自宅や地域に出向いての支援を行っている」「認知症、認知症疑いで初診予約を取った方を対象に、初診前に自宅又は施設等へ訪問し、本人家族より生活面、現病歴、ADL、IADL 状況等の聞き取り、および認知機能検査（HDS-R）を実施している」等が挙げられた。

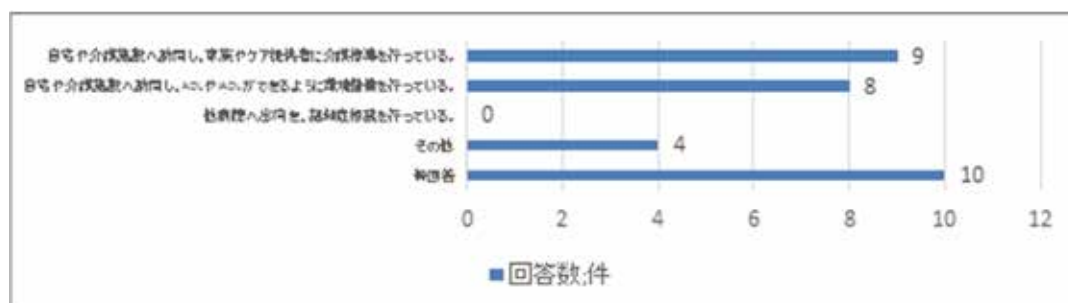


図 20 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターの施設への支援内容(n=24, 複数回答)

f) 地域への取り組みについて

地域への取り組みについて、「市町村の認知症予防事業に講師派遣している」が最も多く、次に「地域ケア会議に参加し認知症の方が住みやすい地域づくりの提案をしている」、「家族会を支援している」が同数であり、「認知症カフェなど認知症の方が集まる通いの場を開設している」の順であった。

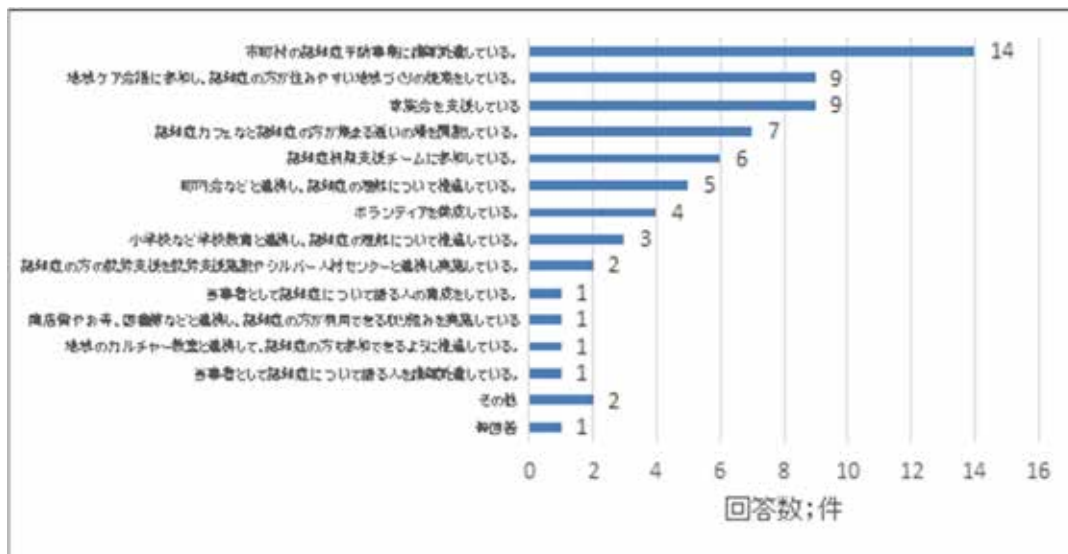


図 21 作業療法士が専任又は兼任として関与している認知症疾患医療センターの地域への取り組み (n=24, 複数回答)

別添 1 過去の認知症患者に出された作業療法の主な指示内容について

- ・ ADL 維持、QOL 維持、情緒の安定化、生活リズムの安定、気分転換、無関心の改善、刺激入力、寝たきり防止、楽しく過ごせるように、精神・身体能力の維持向上
- ・ 小集団、個別的活動を通じて、身体機能維持向上、高次脳機能の維持向上、ADL、IADL の維持向上
- ・ 歩行機能の回復、嚥下（経口摂取）
- ・ 認知症の行動心理、症状の改善、認知機能や社会参加機能の回復
- ・ 感用性変化の防止、身体能力維持、反応性向上、生活リズム回復
- ・ 情動のコントロール、生活リズム改善、精神心理的な安定、気分転換、楽しむことの体験、余暇活動への動機づけと指導援助、健康管理、健康増進
- ・ 生活リズムの維持回復、人格水準低下の防止、日常生活機能の向上
- ・ 辺縁症状の軽減、情動の安定、身体機能の維持改善、社会的能力の維持改善、ADL の維持改善、廃用症候群の予防改善、個々の自己表現の機会を与える心理的援助をめざす
- ・ 生活リズムの確立、ADL 向上、対人交流の機会、楽しむ時間を持つ、気分転換、自己表現、活動性向上と生活リズムをつける、身体機能の向上（ADL 認知機能歩行能力）、興味関心の拡大
- ・ 日中の活動性向上
- ・ 歩行一担送、ADL 自立、精神科作業療法、生活リズム、安心できる場の提供、楽しむ体験
- ・ 生活リズムの改善習得、対人交流技能の改善習得、基礎体力の回復、活動性の維持向上、気分転換、楽しむ経験をもつ
- ・ 起居・移動機能の維持獲得、ADL 動作機能の獲得、座位・臥位・立位バランスの促進、感覚過敏の軽減、筋力強化、家族指導
- ・ (身体障害 OT) 身体機能の回復維持、ADL の回復維持 (精神障害 OT) 生活リズムの確立、意欲活動性の向上、対人関係社会性の改善、集中力身体持久力の維持向上、病的体験の軽減、気晴らし
- ・ 認知症に特化した指示はありません（廃用予防、ADL 改善など）
- ・ 症状の安定、情動の安定、基本的日常生活能力の維持改善、拘縮予防
- ・ 身体的なりハ（歩行訓練、間接拘縮予防など）、精神機能の回復維持、日中の生活リズムづくり（集団 OT：ペン字、体操、音楽、レク等）
- ・ 身体機能の回復維持、ADL の回復維持、活動性の向上、精神状態の安定化
- ・ 意欲自発性の改善、気分転換と発散、自信回復、BPSD の軽減、活動性の向上、会話コミュニケーションの獲得
- ・ 認知症の行動心理症状の改善、認知機能の回復、社会生活機能の回復
- ・ 意欲や集中力の向上、認知機能の改善、対人コミュニケーションの円滑化、情動の安定、日中の刺激
- ・ 症状の安定促進、ADL の維持向上、体力の向上、社会生活技能の学習
- ・ BPSD の軽減、日中落ち着いて過ごせるための作業活動の立案（猫と散歩する、畑への外出、軽作業）ラウンジ活動への参加（社会事業への参加）認知機能向上訓練、脳活性化訓練、高次脳機能訓練、失語症訓練、筋力増強、間接可動域拡大、日常生活動作改善、歩行移動動作、上肢機能訓練、ポジショニング
- ・ 生活リズム調整、ADL の向上、廃用障害予防、気分転換、気晴らし、生活訓練
- ・ 認知症予防、廃用予防、対人交流、仲間づくり、生活リズムの調整、活動性・基礎体力の向上、身

体感覚の回復、気分の安定、楽しむ体験

- ・生活リズムの確立、身体機能の維持改善、対人関係の改善、作業能力の改善
- ・楽しみ余暇の一部、生活リズムの一部、生活空間の拡大、活動性の維持向上、身体機能の維持獲得
- ・身体運動機能の維持向上、知的能力低下の防止回復、他者との交流による社会的能力の維持改善、ADL 維持改善、情緒の安定
- ・問題行動の軽減、消失、ADL 改善、情動の安定化
- ・廃用症候群の予防回復、精神機能の維持改善、身体機能の維持改善、コミュニティライフへの支援、就労就学支援、ADL の維持改善、IADL の維持改善、対人交流技能の維持向上、集団生活への適応、環境調整
- ・生活リズムづけ、基本的身体機能の回復維持、活動性の向上、ADL 能力の向上、認知症の進行防止、情緒の安定、意欲自発性の改善、興味余暇活動の開発、対人関係能力の改善
- ・生活リズム改善、睡眠リズムの改善、離床機会を増やす、せん妄の改善、認知機能の評価、生活能力の評価、身体機能の回復
- ・心理的開放、体力の維持
- ・ADL 維持改善、身体機能維持改善、生活リズムの改善、活動量の調整、生活範囲の拡大、基礎体力維持改善、気分転換、対人交流技能維持改善、ストレス耐性の改善
- ・ADL 能力の維持改善
- ・基礎体力の維持改善、生活リズムの改善、筋力トレーニング、認知症進行の防止、関節稼働域訓練、歩行訓練、活動性意欲の改善、作業能力の維持改善、対人関係の維持改善、異常体験行動からの回避、安心休息の確保
- ・身体機能、ADL の回復維持
- ・「安心安全感の保障」「生活リズムの確立」「基礎体力の維持向上」「現状の能力維持」「身体機能の維持向上」「休息援助」「楽しいの経験」
- ・高次脳機能評価、生活指導、家族指導
- ・認知症疾患リハ単独での指示はないので、認知症に対する具体的な指示はありません。
- ・廃用予防、気分転換
- ・中核症状、記憶障害維持改善、見当識障害の維持改善、実行機能障害の維持改善、周辺症状、徘徊の軽減、うつ抑うつ傾向の軽減、生活リズムの獲得、生活リズムの獲得、コミュニケーション能力の獲得、不穏の軽減
- ・精神機能の回復維持、筋力増強訓練、日常生活動作訓練
- ・水頭症患者のシャント術前・術後の認知症動作評価
- ・周辺症状の軽減、居場所として（アルコール飲酒回避）
- ・生活リズムづけ、身体機能の維持改善、活動性の維持向上、認知機能の維持改善
- ・生活にメリハリをつける、安心安定できる時間を持つ、楽しみの時間を持つ
- ・認知機能の維持賦活、ADL の維持、身体機能の維持、行動障害の軽減、情緒面の安定、安心感の提供
- ・症状の軽減安定化、生活リズムの改善、自信つけ、意欲の回復、気分転換、発散、基礎体力の回復維持、行動範囲の拡大、生活の質の維持向上
- ・疾病回復支援、心身の基本的機能の回復、療養生活支援、安心感、依存欲求の充足、社会生活の再建

- ・精神機能、身体機能の回復維持、家事評価、生活リズムの改善、活動意欲の向上、徘徊、興奮が軽減する活動関わり
- ・認知機能の評価訓練、周辺症状への対応評価、活動性向上、生活リズム維持改善など
- ・生活リズムの維持回復、生活技能訓練、活動評価、居場所の提供、気分転換、身体感覚の回復、対人交流の機会
- ・意欲精神機能の賦活、情動感情面の安定、対人交流、コミュニケーションの促進、気分転換、日常生活活動の維持改善、家族への援助
- ・基本的生活リズムの回復、安全安心の保障、二次的障害の防止、対人交流技能の獲得、楽しむ経験趣味を広げる、レクなどを通した基礎体力の回復、癒し看取り、ADL の改善維持、歩行能力の維持、骨折後のリハビリ、環境調整、離床全身持久力の改善、車イスの選定、脳活性リハビリ
- ・緊張興奮の軽減、抑うつ症状に対する支持、感情自己表現の表出、社会性の回復、QOL の維持向上、不安焦躁の軽減、安心感満足感を与える、対人関係の維持向上、生活リズムの改善、回想、攻撃性の解消鎮静を図る、自発性を引き出す、人生の役割の継続、ADL の維持向上
- ・活動性の向上、自信の回復、気分転換
- ・不安焦躁の軽減、身体機能の維持向上、認知機能の維持向上、QOL の向上、不穏興奮の軽減、生活リズムの改善、ストレスの適応的発散
- ・認知症進行防止、自発性の助長、対人関係の改善、持続性の向上、生活習慣の改善、意欲活動性を高める、就労能力の獲得
- ・活動役割的作業により、気分転換、居場所づくり、活動により日中の臥床時間の短縮（生活リズムの調整）。活動を通してなじみの存在を築く
- ・精神症状の改善、生活リズムの獲得、活動性を高める、認知症の進行予防、機能訓練、社会性の獲得、衝動の発散、達成感の獲得、体力の回復、社会性の維持、自信の回復
- ・基本的生活リズムの回復、病的体験の緩和、対人関係の改善
- ・安心安全の保証、病的体験・病的思考の軽減、イライラや不安の軽減、生活リズムの維持回復、身体感覚・基礎体力の回復、楽しむ体験、健康的な体験、達成感・自信の回復、役割働く体験
- ・自信の回復、ADL の向上、精神機能の回復、身体機能の回復維持、役割課題遂行能力の維持向上
- ・個別指示はなし、生活機能訓練を開始するか中止するかのみ、種目についてはチームに裁量権あり
- ・認知記憶の評価
- ・機能訓練、気分転換、感情の表現と発散、生活リズム維持
- ・身体機能の維持、生活のリズム、気分転換、ストレス発散
- ・生活リズム、体力・認知力低下防止、感情・攻撃性の発散（安心できる場の提供）
- ・心身機能回復維持、陽性症状の軽減、対人関係の改善学習
- ・精神機能の評価、機能維持・楽しむ体験
- ・身体機能の維持回復、離床を促し
- ・基本的な生活リズムの回復、症状の抑制休息
- ・高次脳機能評価訓練
- ・ADL の維持向上に向けホーム ex 指導、コグニサイズ指導
- ・情動の安定化と意欲の回復、ADL の改善維持、認知症症状の改善防止、余暇活動の回復維持、身体機能の改善維持、精神症状の安定、生活リズムの日常化、対人交流技能の向上維持
- ・認知症の進行緩和、精神症状・問題行動の緩和、知的身体的残存機能の保持、状態の程度評価判定

- ・身体機能の回復維持、精神機能の回復維持、ADLの回復維持、生活リズムの安定
- ・日常生活動作の向上、改善及び生活技能の向上、身体機能維持改善、自信の回復、精神症状の緩和、活動性の向上
- ・活動意欲の向上、感情のコントロール、思考障害の改善、身体及びADLの改善維持、対人関係の改善、認知の改善、不安の緩和、生活リズムの改善
- ・対人関係能力の改善、歩行能力の改善、基本動作の力の改善、ADLの改善、IADLの改善、家族指導、環境整備、社会参加の促進
- ・対人疎通性の改善、活動性の向上、認知機能の低下防止、不安焦燥の軽減、趣味の育成、気分転換、生活リズムの改善
- ・周辺症状改善、認知機能の改善、社会機能改善、身体機能の維持改善、活動性の維持改善、生活の質の維持改善、認知機能の維持改善
- ・評価、ADL、集団療法、環境整備
- ・自発性改善、不安焦燥感の軽減、対人関係改善、社会適応性を養う、作業能力改善、生活リズム改善
- ・認知機能の維持回復
- ・認知症リハとしての指示はなく、脳血管疾患等での合併症としか関わっていません
- ・精神機能改善・維持、対人関係技能改善・維持、生活リズムの安定化、作業能力改善・維持、興味関心の拡大、体力の回復・維持
- ・生活リズムを整える、精神・身体機能の維持
- ・規則正しい生活リズム、問題行動の軽減、日常生活動作能力の維持・向上、身体機能の維持・向上、対人関係能力の維持・向上
- ・刺激を与えることで無為な頻度が減れば、座る姿勢が保てれば、不安を起こさないコミュニケーションの確立
- ・身体機能の改善、生活リズムの改善、対人関係の改善
- ・活動性の向上、気分転換、対人関係改善

Ⅱ 認知症に対するリハビリテーションの取り組み事例調査結果

1. 目 的

認知症者のリハビリテーションの取り組みについて、実際の介入事例調査を行い、介入の分類を行い、その介入モデルを明らかにする。

2. 方 法

- 1) 認知症疾患医療センター併設医療機関の作業療法士に対し、認知症のリハビリテーションの実施状況調査を行った。
- 2) 調査結果から、①Mini Mental State Examination (MMSE)、②国際生活機能分類(ICF)に基づく評価を実施している 21 医療機関の作業療法士を対象に、平成 25 年 4 月 1 日～平成 28 年 9 月 30 日の間で、①アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症と診断された者、②自宅で ADL/IADL の指導を行った事例について、事例調査を実施した。
- 3) 調査内容は主に下記の項目について調査した。調査表は別添 3 のとおり。
 - ①基本情報：年齢、性別、診断名、介護度、家族構成、主な介護者の年齢、寝たきり度、利用サービスの有無
 - ②評価：MMSE、Barthel Index、IADL の過去の実施状況と現在の状況
 - ③ADL/IADL 調査：ICF に基づくアプローチした ADL/IADL 課題、ADL/IADL ができるために障害されていると考えた ICF、残存している ICF、実施した訓練内容、その結果
- 4) 提出された事例については、医師 1 名、作業療法士 8 名で、別添 4 の ADL/IADL 指導内容調査分析表を基に事例検討を行い、結果以下のものについては、対象から除外した。
 - (1) 診断名がアルツハイマー型認知症等になっているがせん妄が中心であり、認知機能に対するアプローチではなく、身体合併症に対するアプローチとなっているもの、たとえば大腿骨頸部骨折に対するものなど
 - (2) 診断名がアルツハイマー型認知症等になっているが、症状がせん妄などの精神行動障害 (BPSD) に対するアプローチが主となっているもの
 - (3) アプローチが ADL/IADL の自立ではなく、ケアなどの対応が中心に行われているもの。
 - (4) 診断名がアルツハイマー型認知症等になっているが、アセスメントや支援方法が明確でないもの、たとえば計算ドリルや回想法など。

3. 倫理審査

なお、本研究については、日本作業療法士協会倫理審査委員会の承認を得ている。(承認番号:201602)。

4. 結 果

1) 事例提出状況（表 1）

(1) 提出事例の概要

21 医療機関に対し、事例調査協力依頼を実施した結果、10 医療機関(回答率：47.6%)から事例提出の協力が得られた。事例提出状況は、108 事例の提出があった。

協力医療機関の概要は、10 医療機関の内訳で、精神科が 4 医療機関、内科が 3、脳外科が 1、神経内科が 1、老年外来が 1 であった。

回答のあった 108 事例について、研究員のうち、今回の対象とした①アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型以外の身体合併症（脳卒中、がん、骨折等）へのアプローチが主となっている者（以下、身体合併症に対するアプローチ）が 33 事例（30.6%）、②せん妄等精神行動障害（BPSD）に対するアプローチとなっている者（以下、せん妄等 BPSD へのアプローチ）が 13 事例(16.7%)、③アセスメント及び支援方法が不明確な者（以下、その他）が 7 事例(6.5%)、計 58 事例（53.7%）（以下、除外事例群）を除外し、50 事例（46.3%）（以下、対象事例群）について集計を行った。

内科、脳外科、神経内科において、除外事例群が多く、認知症に伴う ADL や IADL へのアプローチではなく、身体合併症に対するアプローチやせん妄等 BPSD に対するアプローチが主となっていた。

表 1 事例提出状況

(単位：事例)

種別	医療機関	提出いただいた事例	対象とした事例 (対象事例群)	対象外とした事例数 (除外事例群)	主な除外理由			
					身体合併症に対するアプローチ	BPSD に対するアプローチ	ケア方法等アプローチ	その他
精神科	4	64 100%	45 68.2%	19 31.8%	9	3	2	5
内科	3	9 100%	0 0.0%	9 100.0%	7	1	1	0
脳外科	1	2 100%	0 0.0%	2 100.0%	2	0	0	0
神経内科	1	30 100%	4 11.4%	26 88.6%	2	7	14	3
老年外来	1	3 100%	1 33.3%	2 66.7%	0	2	0	0
合計	10	108 100%	50 46.3%	58 53.7%	20 34.5%	13 22.4%	17 29.3%	7 12.1%

※以下、その他に分類したアセスメント及び支援方法が不明確な者 7 事例を除いて集計

(2) 対象事例と除外事例の介護認定状況

今回の ADL/IADL に対する認知症のリハビリテーションの対象事例群は、未申請が 50 事例中 24 事例 (48.0%) と最も多く、次いで介護 1 の 15 事例 (30.0%)、介護 2 の 7 事例 (14.0%) であった。一方、その他を除く除外事例群 51 事例は、介護 1 が最も多く 12 事例 (20.7%)、次いで介護 2 の 10 事例 (17.2%)、介護 3 の 9 事例 (15.5%) であった。

表 2 対象事例と除外事例の認定状況

(単位：人)									
介護度	未申請	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	不明	合計
対象事例群	24 48.0%	2 4.0%	15 30.0%	7 14.0%	1 2.0%	1 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	50 100.0%
除外事例群	4 6.9%	3 5.2%	12 20.7%	10 17.2%	9 15.5%	5 8.6%	6 10.3%	2 3.4%	51 87.9%
合計	28 25.9%	5 4.6%	27 25.0%	17 15.7%	10 9.3%	6 5.6%	6 5.6%	2 1.9%	101 93.5%

(3) 対象事例と除外事例別 MMSE の状況 (表 3)

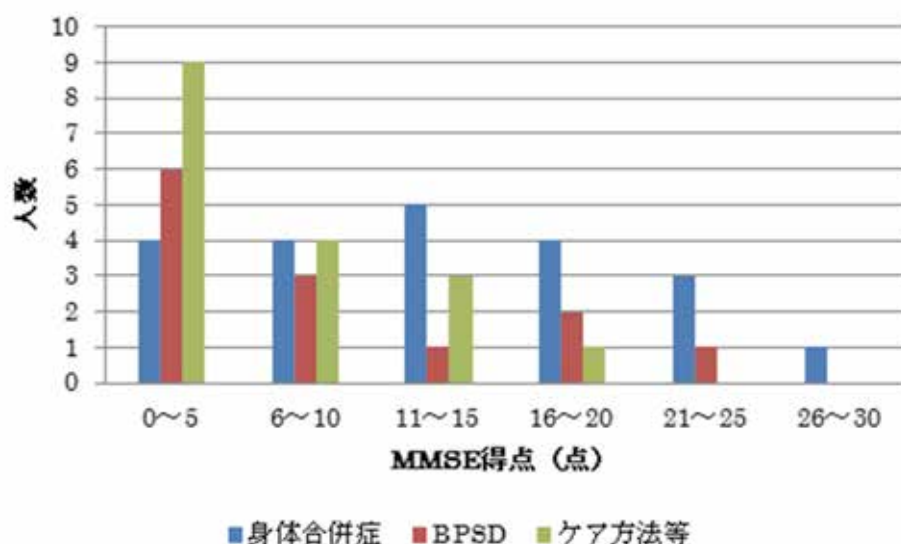
対象事例群は、MMSE16～20 点が最も多く 19 人 (38.0%)、次いで 21～25 点の 13 人 (26.0%)、11～15 点の 7 人 (14.0%)、中央値 19 点であった。一方、除外事例群は測定不能を含む 0 点が 13 人 (25.5%) と最も多く、次いで 6～10 点の 11 人 (21.6%)、11～15 点の 9 人 (17.6%)、中央値 6.5 点であった。

表 3 対象事例と除外事例別 MMSE の状況

(単位：人)										
MMSE	合計	0	1～5	6～10	11～15	16～20	21～25	26～30	不明	中央値
対象事例群	50 100%	1 2.0%	2 4.0%	5 10.0%	7 14.0%	19 38.0%	13 26.0%	3 6.0%	0 0%	19点
除外事例群	51 100%	13 25.5%	6 11.8%	11 21.6%	9 17.6%	7 13.7%	3 5.9%	1 2.0%	1 2.0%	6.5点

(4) 除外事例群の除外理由と MMSE

除外事例の MMSE と除外理由をみると、身体合併症へのアプローチをしている者は MMSE が高く、ケア方法等の対応している者や BPSD に対してアプローチしているものは MMSE の点数が低い傾向がみられた。



2) 認知症のリハビリテーションの対象事例について

(1) 対象事例の基本情報 (表 5)

50 事例中男性が 14 人 (28.0%)、女性が 36 人 (72.0%) であった。年齢は平均年齢で 74.6 歳 (55 歳～92 歳) であった。配偶者の有無では、31 人 (61.7%)。主な介護者は配偶者が 28 人 56.0% であった。家族数は平均 2.4 人であった。主な介護者の年齢は 65 歳未満が最も多く、18 人 (36.0%) であった。

表 5 対象事例の基本情報

性別	人数 (単位:人)	平均年齢 (単位:才)	配偶者有無		主な介護者				平均家族数 (単位:人)	主な介護者の年齢					
			有 (単位:人)	無 (単位:人)	配偶者	息子・娘	息子・娘の 配偶者	その他		65才 未満	65才～74 才	75才～84 才	85才 以上	不明	合計
男	14	73.8 ± 8.7	10	4	10	1	0	3	2.0	5	3	4	0	3	15
%	28.0%		71.4%	28.6%	71.4%	7.1%	0.0%	21.4%		33.3%	20.0%	26.7%	0.0%	20.0%	100.0%
女	36	74.9 ± 8.2	21	15	18	12	2	4	2.5	13	10	7	5	0	35
%	72.0%		58.3%	41.7%	50.0%	33.3%	5.6%	11.1%		37.1%	28.6%	20.0%	14.3%	0.0%	100.0%
合計	50	74.6 ± 8.3	31	19	28	13	2	7	2.4	18	13	11	5	3	50
%	100%		61.7%	37.8%	56.0%	26.0%	4.0%	14.0%		36.0%	26.0%	22.0%	10.0%	6.0%	100.0%

(2) 疾患別対象事例の状況 (表 6)

AD が 37 名 (74.0%)、DLB が 10 名 (20.0%)、FTD が 3 名 (6.0%) であった。合併している疾患では、AD では循環器疾患が 14 人 (37.8%) 最も多く、次いで内分泌疾患 8 人 (21.6%)、骨関節疾患 6 人 (16.2%) であった。DLB では内分泌疾患 6 人 (60.0%) が最も多く、次いで循環器疾患 4 人 (40.0%)、骨関節疾患 2 人 (20.0%) であった。服薬状況では、AD は抗認知症薬 31 人 (83.9%) が最も多く、次いで循環器系 12 人 (32.4%)、向精神薬 9 人 (24.3%) であった。DLB は向精神薬が 8 人 (80.0%) で最も多く、次いで抗認知症薬 6 人 (60.0%)、抗精神薬 6 人 (60.0%) であった。MMSE は、AD が中央値で 19 点、DLB が 16 点であった。ADL は、AD が中央値で 100 点中 75 点、DLB が 85 点であった。IADL は、AD で病前中央値が 26 点中 20.5 点、病後中央値が 7 点で、DLB が病前 19 点、病後が 3.5 点であった。

表 6 疾患別対象事例の状況

(単位:人、MMSE と ADL、IADL のみ点)

合計	AD	DLB	FTD
人数 n=50	37	10	3
	74.0%	20.0%	6.0%
合併症			
循環器	14	4	1
骨疾患	6	2	0
内分泌	8	6	1
呼吸器	0	0	0
消化器	4	1	0
糖尿病	2	0	0
泌尿器	1	0	1
外傷	2	0	0
がん	0	1	0
精神疾患	0	1	1
神経系	1	0	0
その他	2	0	0
服薬状況			
抗認知症薬	31	6	2
抗精神薬	7	6	1
向精神薬	9	8	0
眠剤	5	4	1
循環器系	12	1	2
糖尿病	2	0	0
泌尿器	4	1	0
MMSE 中央値	19	16	19
合計30点 n=49	0～27	3～22	18～23
ADL得点 中央値	75	85	20
合計100点 n=38	0～100	0～100	6～100
IADL得点 合計点26点 n=38			
病前中央値	20.5	19	19
	10～26	8～12	18～20
病後中央値	7	3.5	5
	0～23	0～9	5～14

(3) 疾患別要介護等とサービス利用の状況（表 7）

疾患別要介護度では、AD で未申請者が 21 人で最も多く、次いで要介護 1 が 9 人、要介護 2 が 5 人であった。DLB は、介護 1 が最も多く 5 人、次いで介護 2 の 2 人であった。

介護保険サービスの利用状況では、AD はサービス利用なしが 29 人で最も多く、次いで通所介護 7 人であった。DLB はサービス利用なしが 4 人で最も多かった。

表 7 疾患別要介護とサービス利用の状況

(単位：人、AD：n=37、DLB：n=10、FTD：n=3)

疾患	AD	DLB	FTD
介護認定			
未申請	21	1	2
要支援	1	1	0
介護1	9	5	1
介護2	5	2	0
介護3	1	0	0
介護4	0	1	0
介護5	0	0	0
介護保険サービスの利用			
通所リハ	0	2	0
通所介護	7	2	1
訪問介護	2	2	0
訪問看護	1	0	0
利用なし	29	4	2

3) ADL/IADL へのアプローチ状況

(1) 課題として取り上げた ADL/IADL（表 8）

課題として取り上げた ADL/IADL は、レクとレジャーが最も多く 50 人中 11 人(22.0%)、次いで料理、排泄の 9 人(18.0%)であった。

表 8 課題として取り上げた ADL/IADL

課題となるIADL		人数	%
合計		50	100%
d920	レクとレジャー	11	22.0%
d530	排泄	9	18.0%
d630	料理	9	18.0%
d450/460	歩行・移動	4	8.0%
d570	服薬管理	3	6.0%
d6404	整理整頓	3	6.0%
d230	日課の遂行	2	4.0%
d850/d855	仕事	2	4.0%
d540	更衣	1	2.0%
d620	買い物	1	2.0%
d640	洗濯	1	2.0%
d6402	掃除	1	2.0%
d510	洗体	1	2.0%
d860	金銭管理	1	2.0%
d910	コミュニティライフ	1	2.0%

(2) 男女別で特徴的な ADL/IADL 課題 (表 9)

男女別で特徴的な ADL/IADL 課題は、女性では料理が最も多く 9 人(25.0%)、次いでレクとレジャーの 8 人(22.2%)、男性では排泄の 6 人(42.9%)が最も多く、次いでレクとレジャーの 3 人(21.4%)であった。

表 9 男女別で特徴的な ADL/IADL 課題

課題となるIADL		人数	%	性別			
				男		女	
合計		50	100%	14	28%	36	72%
d920	レクとレジャー	11	22.0%	3	21.4%	8	22.2%
d530	排泄	9	18.0%	6	42.9%	3	8.3%
d630	料理	9	18.0%	0	0.0%	9	25.0%
d450/460	歩行・移動	4	8.0%	1	7.1%	3	8.3%
d570	服薬管理	3	6.0%	1	7.1%	2	5.6%
d6404	整理整頓	3	6.0%	1	7.1%	2	5.6%
d230	日課の遂行	2	4.0%	1	7.1%	1	2.8%
d850/d855	仕事	2	4.0%	1	7.1%	1	2.8%
d540	更衣	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%
d620	買い物	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%
d640	洗濯	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%
d6402	掃除	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%
d510	洗体	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%
d860	金銭管理	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%
d910	コミュニティライフ	1	2.0%	0	0.0%	1	2.8%

(3) MMSE 得点別 ADL/IADL 課題 (表 10)

MMSE 得点別 ADL/IADL 課題では、中央値で 23.5 点以上の ADL/IADL 課題はコミュニティライフと仕事など参加に関する課題、17～23 点では金銭管理、服薬管理、調理、洗濯、買い物、歩行・移動、レク・レジャー、整理整頓などの IADL の課題、13 点以下では排泄、日課の遂行、洗体などの ADL の課題を取り組み課題として挙げていた。

表 10 MMSE 得点別 ADL/IADL 課題

(単位：点)

課題となるIADL		MMSE中央値
d510	洗体	2
d6402	掃除	11
d230	日課の遂行	12.5
d530	排泄	13
d6404	整理整頓	17
d920	レクとレジャー	17.5
d450/460	歩行・移動	18
d620	買い物	19
d640	洗濯	19
d630	料理	20
d570	服薬管理	23
d860	金銭管理	23
d850/d855	仕事	23.5
d910	コミュニティライフ	27
d540	更衣	27

4) 残存能力を活用した認知症の作業療法

認知症に対する作業療法について、その特徴の検討を行った。

(1) 生活行為ができない要因と考えられた障害された生活機能（表 11）

障害された生活機能として、5人以上の回答のあったものを集計した。その結果、最も多く取り上げていた生活機能は注意機能 31 件(62.0%)次いで実行機能などの高次認知機能の 29 件（58.0%）、次いで記憶機能 28 件（56.9%）を挙げていた。

表 11 生活行為ができない要因と考えられた障害された生活機能

(単位：件数、複数回答)

病名	合計	b140 注意	b164 高次認知機能	b140 記憶	b130 活力	b114 見当識	e410 家族態度	b167 言語	b110 意識	b176 複雑な運動	e310 家族
AD	37	22	22	24	9	11	7	6	3	5	4
DLB	10	7	5	3	4	2	2	2	4		1
FTD	3	2	2	1	2	1					
合計	50 100%	31 62.0%	29 58.0%	28 56.0%	15 30.0%	14 28.0%	9 18.0%	8 16.0%	7 14.0%	5 10.0%	5 10.0%

(2) 生活行為ができるための残存機能（表 12）

生活行為ができるための残存機能も同様、5人以上の項目を集計した。結果として、言語機能が 23 件(46.0%)、単純課題の遂行が 21 件(42.0%)、手続き記憶などの記憶が 18 件(36.0%)を挙げていた。

表 12 生活行為ができるための残存機能

(単位：件数、複数回答)

	合計	b167 言語	e410 家族の態度	d210 単純課題遂行	b114 記憶	b176 複雑な運動	d460 歩行	b164 高次認知機能	b114 見当識
AD	37	17	12	12	11	10	6	7	4
DLB	10	6	3	7	5	2	5	1	2
FTD	3		2	2	2	1			
合計	50 100%	23 46.0%	17 34.0%	21 42.0%	18 36.0%	13 26.0%	11 22.0%	8 16.0%	6 12.0%

5) ADL/IADL に対するアプローチの内容

(1) ADL/IADL 項目毎アプローチを行った工程

ADL/IADL に対するアプローチでは、「料理であれば材料を切る」「日課の遂行では日課の一部を実施する」「レクとレジャーでは編み物をする」など ADL/IADL 動作の「**実施**」に対するアプローチが 18 件(36.0%)で最も多く、次いでたとえば「排泄行為であればトイレまでの導線やトイレ環境」「歩行・移動であれば手段や住宅の環境整備」「服薬管理であれば服薬カレンダーの活用」など行為を行う前の「**企画・準備**」に対するアプローチが 17 件(34.0%)、「レクとレジャー(趣味活動等)では道具と材料を揃える→趣味活動を実施する→道具と材料を片づける」「料理ではメニューを考える→材料を揃える→材料を切る→材料を加工する→盛り付ける」といった「一連の行為」に対するアプローチが 12 件（24.0%）であった。

表 14 ADL/IADL 項目毎アプローチを行った工程

(単位：件数、複数回答)

課題となるIADL	一連の 行為	企画 準備	実施	検証 完了
d230 日課の遂行			2	
d450/460 歩行・移動	1	2	1	
d510 洗体		1		
d530 排泄	1	6		2
d540 更衣			1	
d570 服薬管理		2	1	
d620 買い物	1			
d630 料理	2	1	5	1
d640 洗濯	1			
d6402 掃除	1			
d6404 整理整頓		2	1	1
d850/d855 仕事	1		1	
d860 金銭管理		1		1
d910 コミュニティライフ		1		
d920 レクとレジャー	4	1	6	
合計	12 24.0%	17 34.0%	18 36.0%	5 10.0%

(2) 課題とした ADL/IADL に対して行われた練習

課題とした ADL/IADL に対して行われた練習としては、行為の反復練習が最も多く 29 件、次いで手ががりの活用 20 件、家族等への関わり方の指導 20 件であった。

中央値 19 点未満と 19 点以上の MMSE の点数で見ると、MMSE の高い群では、視覚的構造化や強みと弱みの理解への働きかけなどが行われていた。

表 15 課題となる ADL/IADL に対して行われた練習

(単位：件数、複数回答)

訓練方法	総数	反復練習	手がかり活用	視覚的構造化	対人技能	関わり方指導	サービス調整
合計	50 100%	27 54.0%	25 50.0%	17 34.0%	2 4.0%	25 50.0%	12 24.0%
日課遂行	2	2				2	1
移動・運搬	4	2	2	2			
洗体	1		1			1	
排泄	9	4	5	6		4	2
更衣	1	1	1				
服薬管理	3	2	4	1		1	
買い物	1		1		1	1	
料理	9	7	4	1	1	3	2
洗濯	1					1	1
掃除	1					1	
整理整頓	3		3	1		1	
仕事	2	1	1	1		1	1
金銭管理	1					1	
コミュニティライフ	1			1			
レク・レジャー	11	8	3	4		8	5

6) MMSE 毎における障害された生活機能と残存機能、練習内容の関係

AD の 21 人についてのみ、障害された生活機能と残存機能からどのような代償を活用して、「本人のできる」に向けた練習を組み立てているのかを検討した。主に IADL に対してアプローチが行われていた MMSE19 点以上の軽中度群とし、ADL にアプローチが行われていた MMSE18 点以下を中重度群の二群にわけ、障害された生活機能（多いもの上位 3 つ）に対し、どのような代償方法（多いもの上位 3 つ）を実施しているか、またその練習内容を調べた。

(1) 軽中度者群と中重度者群における障害された精神機能の違い

軽中度者群では、障害された生活機能で最も多かった機能は記憶機能で 16 件、次いで注意機能の 12 件、実行機能である高次認知機能の 7 件であった。中重度者では、最も多かった機能は高次認知機能で 14 件、次いで注意機能の 10 件、記憶機能の 8 件であった。中重度になると、実行機能である高次認知機能の障害が ADL/IADL で重要視している。

(2) 代償として活用できる残存機能と実施した訓練

i. 記憶機能について

【代償として活用できる残存機能】

ア. 軽中度者群

- a. 言語機能（メモをする、手かがりを文字にして掲示するなど）に焦点を当てているもの 7 件
- b. 記憶機能（エピソードや手続き記憶などを活用するなど）に焦点を当てているものが 5 件
- c. 単純課題の遂行機能（一連の行為に対するアプローチではなく、行為の一部ができるように、たとえば、トイレ行為であれば下着の脱着など）に焦点を当てているものが 4 件あった。

イ. 中重度者群

- a. 言語機能（文字を掲示する、写真やシンボルを掲示するなど）に焦点を当てているものが 4 件
- b. 単純課題の遂行機能（一連の行為に対するアプローチではなく、行為の一部ができるように、たとえば、トイレ行為であれば下着の脱着など）に焦点を当てているものが 3 件
- c. 家族の態度（関わり方など）に焦点を当てているものが 3 件であった。

【実施した訓練】

ア. 軽中度群：ADL/IADL の反復練習が 10 件、本人がヒントや理解が得られるように文字の掲示などの視覚的手かがりが 8 件、視覚的に理解できるような環境整備を行う視覚的構造化を行ったものが 6 件であった。
視覚的手かがりや視覚的構造化を図り、本人自身が自ら行動できるよう日常の中で反復練習し、自立に向けた訓練をしていることが伺えた。

イ. 中重度群：シンボルや写真など本人が状況を理解できるような手かがりの活用が 3 件、家族やケア提供者に対する関わり方指導が 3 件であった。
本人が状況を理解できるよう手かがりなどの環境調整を行いつつ、介護を提供する家族をはじめとするケア提供者に対し、関わり方を指導していることが伺えた。

ii. 注意機能について

【代償として活用できる残存機能】

ア. 軽中度群

- a. 言語機能（大きな文字や蛍光色の文字を掲示するなど）に焦点を当てたもの 4 件
- b. 高次認知機能（実行機能が保たれているので ADL/IADL が遂行できだろうと判断したもの）に焦点を当てたもの 4 件
- c. 記憶機能（エピソード記憶などを活用し、歌や言葉で文言を言いながら注意を向けるなど）に焦点を当てたもの 4 件
- d. 複雑な運動機能（失行症状がないので ADL/IADL が遂行できだろうと判断したもの）に焦点を当てたもの 4 件
- e. 見当識機能（場所などの見当識が保たれているので ADL/IADL が遂行できだろうと判断したもの）

の)に焦点を当てたもの4件であった。

イ. 中重度群

- a. 言語機能(矢印や写真、シンボルを掲示するなど)に焦点を当てたもの5件
- b. 家族の態度(関わり方など)に焦点を当てたもの5件
- c. 単純課題の遂行(一連の行為に対するアプローチではなく、行為の一部ができるように、たとえば、トイレ行為であれば下着の脱着など)に焦点を当てたもの4件であった。

【実施した訓練】

- ア. 軽中度群: 記憶機能と同様、反復練習が8件、手かがり活用6件、視覚的構造化が4件、関わり方が4件であった。
- イ. 中重度群: 手かがりの活用が4件、反復練習が3件、関わり方の指導が3件だった。

iii. 高次認知機能について

【代償として活用できる残存機能】

ア. 軽中度者群

- a. 記憶機能(エピソードや手続き記憶などを活用するなど)に焦点を当てているものが4件
- b. 単純課題の遂行機能(一連の行為に対するアプローチではなく、行為の一部ができるように、たとえば、トイレ行為であれば下着の脱着など)に焦点を当てているものが4件あった。
- c. 家族の態度(関わり方など)に焦点を当てているものが3件であった。

イ. 中重度者群

- a. 言語機能(文字を掲示する、写真やシンボルを掲示するなど)に焦点を当てているものが8件
- b. 単純課題の遂行機能(一連の行為に対するアプローチではなく、行為の一部ができるように、たとえば、トイレ行為であれば下着の脱着など)に焦点を当てているものが7件
- c. 家族の態度(関わり方など)に焦点を当てているものが6件であった。
- d. 複雑な運動機能(失行症状がないので ADL/IADL が遂行できると判断したもの)に焦点をあてたもの4件

【実施した訓練】

- ア. 軽中度群: ADL/IADL の反復練習が3件、関わり方指導が5件、サービス調整が3件であった。
実行機能である高次認知機能については、手かがりという代償の活用は難しく、実際の場面での反復練習と家族やケア提供者による見守り助言等で自立に向けた訓練をすることが伺えた。
- イ. 中重度群: 家族やケア提供者に対する関わり方指導が3件、シンボルや写真など本人が状況を理解できるような手かがりの活用が3件、その上での反復練習が5件であった。
本人が状況を理解できるよう手かがりなどの環境調整を行いつつ、介護を提供する家族をはじめとするケア提供者に対し、関わり方を指導していることが伺えた。併せて、高次認知機能を維持するためにも反復練習を訓練メニューに入れていることが伺えた。

iv. 見当識機能について

【代償として活用できる残存機能】

ア. 軽中度群

- a. 言語機能(矢印や文字の掲示するなど)に焦点を当てたもの3件
- b. 高次認知機能(実行機能が保たれているので ADL/IADL が遂行できると判断したもの)に焦点を当てたもの3件

イ. 中重度群

- a. 言語機能(矢印や写真、シンボルを掲示するなど)に焦点を当てたもの4件

【実施した訓練】

ア．軽中度群：記憶機能と同様、反復練習が３件、手がかり活用３件、視覚的構造化が３件であった。

イ．中重度群：関わり方の指導が３件だった。

記憶機能とは異なり、中重度群の見当識機能障害については、視覚的構造化を図りつつ、関わり方の指導・助言についての検討がされていた。

表 16 MMSE 毎における障害された生活機能と残存機能、練習内容の関係

軽中度群				中重度群			
障害された機能	件数	残存機能	練習内容	障害された機能	件数	残存機能	練習内容
記憶機能	16	言語機能	7 反復練習	記憶機能	8	言語機能	4 手がかり活用
		記憶機能	5 手がかり活用			単純課題の遂行	3 視覚的構造化
		単純課題の遂行	5 視覚的構造化			家族の態度	3 関わり方指導
注意機能	12	言語機能	4 反復練習	注意機能	10	言語機能	5 手がかり活用
		高次認知機能	4 手がかり活用			家族の態度	5 反復練習
		記憶機能	4 視覚的構造化			単純課題の遂行	4 関わり方指導
		複雑な運動機能	4 関わり方指導				
高次認知機能	7	見当識	4 反復練習	高次認知機能	14	言語機能	8 反復練習
		記憶機能	4 関わり方指導			家族の態度	7 手がかり活用
		単純課題の遂行	4 手がかり活用			単純課題の遂行	6 関わり方指導
		家族の態度	3 サービス調整			複雑な運動機能	4 視覚的構造化
見当識	6	言語機能	3 反復練習	見当識	5	言語機能	4 関わり方指導
		高次認知機能	3 視覚的構造化				

目標：迷わずにトイレに行きたい。

事例紹介	77歳、女性、アルツハイマー型認知症、MMSE19点
現状	ご自宅にて転倒。腰椎と仙骨を骨折し救急搬送。リハビリのために回復期リハビリテーション病院へ骨折後1週間で転入院。転入院翌日よりOT開始。入院当初は歩行時のふらつきが見られたが、骨折部の疼痛が緩和してからは、T字杖を使い歩行自立となる。日常生活活動(ADL)も全般に本人で行えるようになったが、トイレなどに行こうとした際に病棟内で迷ってしまい、本人で問題を解決できず、病棟内を歩き回る様子が見受けられていた。

生活機能の評価	
障害された機能	できる機能
・場所に関する見当識の低下...本人がどこにいるか分からない ・長期記憶機能の低下...道順が覚えられない 上記の結果として病棟で迷ってしまう	・書き言葉の受容...書き言葉によるメッセージの意味を理解できる。 ・組織化と計画...文章を手がかりに作業を遂行できる。 ・反復による手続き記憶も保たれている。
アセスメント結果	
・ADL自立できる身体能力はあるが、記銘力・見当識の低下により病棟で迷ってしまうため、移動を伴うADLが困難。 ・視覚情報(注意書きや印)を手がかりに行動することができる。 ・反復による手続き記憶の保持ができることも強み。	

指導内容と結果	
【指導内容1】 ・使用するトイレを固定した。 ・反復して動作確認する中で、対象者の思考パターンを把握した。 ・対象者が注意を向けやすい場所(居室・トイレ間の床)に矢印をつけ、位置関係を明らかにした。	
【指導内容2】 ・トイレのドアや居室出口に、矢印の説明書きを記載した。 ・説明書きは文字数を減らし対象者が理解できる内容に簡潔化した。また、目立つ黄色の画用紙に赤のペンで記載するなど表示方法も工夫した。 ・夜間でも分かるよう、光るテープも使った。	
【結果】 ・矢印に沿って移動することで病棟で迷うことがなくなった。 ・ある程度反復し動作が獲得されるのに応じて、説明書きを撤去する→矢印を撤去するなど、ヒントを少なくしていった。その結果、矢印というヒントがなくても、お一人でトイレへ行けるようになった。 ・自宅で生活するにあたって、視覚情報の活用の方を家族に伝えることができ、自宅でもヒントを頼りに、主なADLは自身で行える状態で退院することができた。	

目標：家で暮らし続けたい。漁師の仕事が生きがいだっただので続けたい。

事例紹介	82歳、男性、意味性認知症、MMSE：1点、杖歩行の妻と二人暮らし。
現状	自宅ではテーブルに置いてある食べ物があるだけ食べたり、毎朝6時になると漁業組合の倉庫に行って勝手に勝手に入るため、常時見守りが必要な状態で、妻の負担になっていた。そのため、デイサービスの利用を開始したが、多動で外に出て行こうとしたり、通路で排尿をするといった問題を指摘され、利用を拒否されるようになった。妻が在宅介護に限界を感じ、精神科病院に相談の結果、入院となった。

生活機能の評価	
障害された機能	できる機能
・言語に関する精神機能の障害により、話し言葉の表出は困難。 ・活力と欲動の機能の活力レベルの亢進と高次認知機能の認知の柔軟性の低下により、多動で決まった時間に外に出て行こうとする。 ・記憶機能の障害のため、経験のない活動を新たに学習することは困難 ・見当識機能の場所に関する見当識の障害のため、慣れない場所ではトイレの位置が認識できない。	・書き言葉やジェスチャーは一部理解可能。 ・「父ちゃん、仕事」など馴染みのある単語は理解できる。 ・行為の初動を誘導すれば、セルフケアや単一課題の遂行は可能。 ・気質と人格の機能では勤勉かつ温厚なため、家族や対人サービス提供者の態度（対応）が変われば、介護の負担は軽減できる。
アセスメント結果	
・家で暮らし続けるためには、日課の遂行が可能となることと排泄の失敗がなくなり、デイサービスを利用できるようになることが課題。 ・日課の遂行は本人にとってなじみのある網仕事に似た作業を導入するとともに、家族・デイサービスの職員の態度が変わることで可能と考えた。 ・排泄については、書き言葉やジェスチャー、馴染みのある単語は一部理解可能なため、職員の適切な誘導があればトイレの場所を覚えて自立することが可能となる。	

指導内容と結果	
【指導内容】 ・日課表を作成し、日中は網仕事に似たスティック手織りを実施した。 ・デイサービスから小規模多機能型事業所に変更し、本人・家族と訪問し、職員への対応指導とデモンストレーションを行った。 【結果】 ・退院後は週7回小規模多機能を利用し、スティック手織りを継続している。 ・自宅では定位置に座って過ごし、外に出て行くことはなくなった。	【指導内容】 ・事業所のトイレの前に「便所」と書いた看板を掲示し、本人の席から随時トイレが見える環境とした。 ・トイレ誘導時には下腹部を叩いて「父ちゃん、便所」と声をかける対応で統一した。 【結果】 ・最初の1週間はトイレ時に誘導が必要だったが、以降は自立した。



目標：料理がいつまでもでき、一人暮らしを継続したい。

事例紹介	75歳、女性、アルツハイマー型認知症、MMSE15点、一人暮らし。
現状	複雑な工程が必要なおかずについては、一品だけその時に食べたいものを買ってきている。炊飯は米は磨ぐが、炊飯器の炊飯スイッチがわからず、うまく炊けていない。洗濯は手洗いをしている。掃除と服薬支援は近くに住む家族がしている。家の向かいにコンビニがありおかずを購入。お金の管理は毎日千円札を財布に家族が入れ、おつりは机の上に置き、家族が後で片付けている。室内の気温の調節はエアコンの自動設定となっている。 また、日時がわからず、本人もそのことを自覚している。その明るさを見ては行動している。

生活機能の評価		
障害された機能	できる機能	
・記憶機能の障害により、炊飯のボタンを覚えられず、注意機能の障害により、たくさんあるとどれを選んでもいのかわからなくなる様子。 ・見当識障害により、日時が良くわからない。	・手続き記憶は残存している。 ・知的機能は高く、簡単な文字であれば理解ができる。	
アセスメント結果		

・手続き記憶に問題がないことから、手がかりがあれば炊飯器の炊飯ボタンがわかれば、炊飯ができると考えた。また、簡単な文字は理解できることから、デジタル時計を購入し、本人が見るような場所に置くことで理解ができるものと考えた。

指導内容と結果	アセスメント結果	
	・炊飯器の炊飯ボタンに「炊飯」と書いたシールを貼った。 ・その後、炊飯の仕方を確認しつつ、練習をした。 【結果】 ・これまでは、お米が炊飯されないまま放置されていたりしたが、炊飯はできるようになった。	・デジタル時計の文字について本人とどこに文字テープを張ると理解できるか、確認しつつ文字を掲示した。 【結果】 ・本人にとって、月よりは日付や時間がわかることが大切とのことで、基本的にはそれがわかるようにテープを貼る。 ・日と時間は確認できるようになった。しかし、その日に何があるのかということまでは確認することは困難だった。



目標:水墨画や調理を続けて、自分のペースで家で暮らしたい。

事例紹介	79歳、女性、アルツハイマー型認知症、MMSE18点、一人暮らし
現状	用事を忘れることで不安になったり、被害的になり家族に頻回に電話をしていた。入院前は、家族と喧嘩し興奮した為か眠剤を二日分服用し、深夜に外を歩いているところを警察に保護され入院となった。ADLは自立しており、買い物は近くにいる娘と一緒に、服薬支援は娘が準備をしている。調理は娘がおかずを持ってくるが、炊飯やみそ汁、簡単な料理は行っていた。調理をする際に火の管理や段取りができていない不安になっていることを家族は心配している。本人は水墨画や編み物をしたいが行えていない。

生活機能の評価		
障害された機能		できる機能
・短期記憶の低下、組織化と計画の障害により、日課や用事がわからなくなったり、調理内容がわからなくなり混乱し不安が強くなる様子 ・入院時は意識の質が低下、注意転動し落ち着かない	・手続き記憶は保持、単一課題の遂行は可能 ・視覚情報から洞察は可能 ・趣味活動への動機づけは高い	
アセスメント結果		
・視覚的な手掛かりと誘導があれば、一時的な入院環境下でも混乱なく過ごせると考えた。自宅でも予定表を確認し不安の軽減に繋がると考えた。 ・工程が少ない作業を行うことで興味を持ちながら注意が続くようになると考えた。注意が続けば、手続き記憶から興味のある水墨画ができると考えた。 ・単一課題の遂行可能なことから調理内容を思い出せば調理ができると考えた。ホワイトボードを使用し、内容等を記入することで理解できると考えた。		

指導内容と結果	
・予定表を作成し、本人に確認しつつ携帯してもらった。その予定表をスタッフが本人と確認しながら、日課に誘導した。 ・退院時は、本人の希望もあり、自宅でホワイトボードを用いて予定を確認できるように家族と情報共有を行った。 【結果】 ・直前の出来事や予定を忘れていたが、新しい環境下でも予定表をみながら誘導することで混乱はなかった。自宅では、家族が予定を書き、本人はそれを見ながら生活し不安は軽減されている。	・単純工程の繰り返しである編み物(テキスタ)を実施した。慣れるまでは、編む方向に目印をつけた。 ・1時間以上注意が続くようになったところで水墨画を実施した 【結果】 ・テキスタは1時間以上継続できるようになり、退院時は購入してデイサービスでも継続して行っている。水墨画も家族の時間のある時に道具を用意して行っている。
・ホワイトボードに調理内容、材料、材料の場所を記入し、調理の練習をした。 【結果】 ・1回目は遂行の確認をし、2回目は見守りで2つの調理内容を同時に行えた。 ・家族と情報を共有し自宅外泊時も行い遂行できた、退院後はホワイトボードへの内容記入を家族が訪問介護で行い、準備を支援することとで栄養面の管理もしていくこととなった。	 

目標: ボランティアや得意な料理をしながら、今まで通り一人暮らしを続けたい。

事例紹介	64歳、女性、若年性アルツハイマー病、MMSE:24点、自宅マンションで一人暮らし、気位が高いが社交的。
現状	家電の操作を忘れる、簡単な料理しか作らず同じ物を買ってこることが増えた。仕事ではミスが増え職場から家族に退職を勧められたが、本人は自主退職と思いつ込んでいる。退職後は無為に過ごすことが増え、家族に対して怒りっぽく頑固になった。料理やボランティアの興味関心自体は保たれているが、家族が参加を勧めても行動に移らない。次女はもの忘れが進んだと感じ、認知症専門外来の受診となった。本人に病識がなく、キーパーソンの次女も介護負担感が高かったため、治療の一環として本人と家族へ外来集団療法と家族心理教育に参加してもらい、在宅生活支援について作業療法士を中心に多職種介入を図るが、本人は介護サービス利用に対する拒否が強い。

生活機能の評価

障害された機能	できる機能
・記憶力や注意機能の低下があるが、病識はなく自己評価は高いため、もの忘れや介護に対する否認が強い。取り繕いが顕著 → メニューが単調化し、冷蔵庫内の食材を腐らせる、鍋焦がしなどがあっても認めない。 ・無為、意欲の低下から生活行動範囲が狭小化している。	・社交的で礼節は保たれており、かろうじて一人暮らしは続けている。 ・料理など得意な作業では積極性があり、活動的。 ・ボランティアや料理への関心自体は保たれている。 ・自宅近辺であれば、独歩で散歩や買い物に出かけることができる。 ・家族は介護に対して協力的。
アセスメント結果	
・本人のプライドを尊重しながら信頼関係を築ける支援スタッフと共にボランティアや料理を行うことで、活動的な在宅生活が維持できると考えた。	

指導内容と結果	結果
・若年性認知症コーディネーターと情報共有し、本人と共に近所の児童福祉施設を見学、職員に事情説明と面接を行い、試行期間を設ける。	【結果】 ・試行当日から、子供たちに絵本の読み聞かせをする、紙風船を創作して一緒に遊ぶなど、積極的な面倒をみていた。 ↓ 週1回支援ボランティアとして通うようになった。
	【結果】 ・「IHの先生」に親しみをもち、毎回楽しみながら一緒に料理を作り、食事をとっている。 ↓ 介護保険サービス利用に至った。

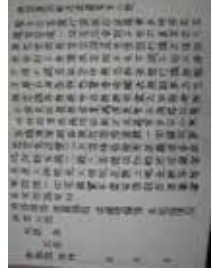


目標：夜眠れるようになって自宅で暮らしたい。

事例紹介	70歳代後半、男性、意味性認知症、MMSE：評価困難、妻と二人暮らし。
現状	日課の遂行については、毎日決まった時間に決まった行動をとり散歩とセルフケア以外の日中は臥床して過ごしている。睡眠リズムが崩れ、デイケアは半日のみしか利用できていない。言語でのコミュニケーションがとれず、席にこだわるとの行動の為にサービス利用しても対人関係上の問題がみられることがあった。更衣と入浴に見守りが必要であるがそれ以外は自立していた。眠れないことは、本人も自覚しており、妻は精神的な負担となっている為に入院となった。

生活機能の評価		
障害された機能		できる機能
・認知の柔軟性の低下、活力レベルの低下より、日中は何もすることがなく臥床中心の常同的な行動をとり生活リズムが崩れている。	・時計による時間の理解やジェスチャーの理解、エピソード記憶は保たれている。	
・話し言葉と書き言葉の理解の障害より、コミュニケーションがとれない。	・書字や運動といった単一課題の遂行は可能。	
アセスメント結果		
・ジェスチャーや時計による時間の理解、エピソード記憶は保持されていることから、新たな環境で支援者による誘導によりに日課が再構築できると考えた。また、道具を準備することで趣味活動は可能と考えた。また、コミュニケーションはとりにくいものの、一定の行動をとるために予め施設内の環境を整えることで他者と問題なく過ごすことができると考えた。		

指導内容と結果		
・時間と内容を書いたスケジュールを作成し、スタッフが本人をその時間に誘導し、時間とその場所での行為をエ習慣化するように反復した。 ・自宅や介護施設に訪問し、対応方法を指導した。 【結果】 ・自発的な日課の構築には至らなかった。 ・これまでは臥床して過ごすことが多かったが、誘導によって日課に沿ったデイサービスでも過ごすことができるようになった。また、日中活動することで睡眠もとれるようになった。	・書字や集団での運動を導入した。 ・訪問時に施設職員に趣味活動の申し送りを行った。 【結果】 ・デイサービスにおいて、書字や集団での運動を継続的にやっている。	・施設内では予め自席や他の利用者が使うことが少ない洗面所等を職員と確認し、本人を誘導することとした。 【結果】 ・デイサービスでは、自席に座りや他者と利用が重複しないトイレや洗面所を使うようになり、他者とのトラブルもない。



目標：今の私でもできそうな仕事に行きたい

事例紹介	56歳，女性，アルツハイマー型認知症，MMSE：24点，独居（犬を飼っている）。
現状	1年前から電話の取次ぎや事務仕事上のミスが目立つようになり，25年勤務していた会社を1ヵ月後に退職する予定，家事や自動車運転は今のところ自立しているが，ゴミ出しの日や通院の日を間違えたり，犬に餌を与えたりを忘れることがある。休日は家でパッチワークや塗り絵をして過ごしている。

生活機能の評価	
障害された機能	できる機能
・短期記憶が中等度に低下しており，仕事では複数課題を同時に実行することが困難。 ・時間の見当識障害のため，日課の遂行を忘れることがある。	・単一課題は問題なく実行できる。 ・言語機能や高次認知機能は問題ないため，自分でノートに予定を書き出したり，買い物の際にリストアップして記憶を代償することができる。 ・場所の見当識は問題ないため，慣れた道で迷うことはない。
アセスメント結果	
・退職後は日中することがなくなり，廃用性の認知機能低下や生活リズムが崩れるリスクがある。 ・本人の希望である仕事については，今後の認知機能が低下して自動車運転や食事の準備等が困難となることを想定すると，送迎・昼食付きの就労施設を利用することが妥当。 ・仕事内容は複数課題は困難なため，単一課題で本人の興味のある作業を選択することで継続ができると考えた。 ・日課の管理は障害されている時間の見当識を残存している注意機能と言語機能で代償することで月1回程度の見守りがあれば可能となる。	

指導内容と結果	
【指導内容】 ・地域包括支援センターの作業療法士，障害福祉課の社会福祉士と一緒に同行訪問を実施。 ・本人の希望を確認し，送迎付きの就労継続B型事業所を選定。 ・本人の作業能力や今後起こってくる生活行為障害について情報提供。 【結果】 ・会社を退職後，すぐに就労Bの利用を開始し，月～金は毎日通所（箱折り）。 ・地域包括の作業療法士が事業所を訪問し，対応方法を指導した。	【指導内容】 ・居間のテーブル上に卓上カレンダーと時計を隣りあわせて設置した。 ・予定はすべて卓上カレンダーに記入し，犬に餌を与えたらシールを貼る。 ・シールを貼ることを忘れた場合は，犬のお腹を触って空腹具合をチェックすることを助言。 【結果】 ・日課の管理は問題なく可能となった。 ・犬の餌を忘れることはなくなった。



別添

認知症疾患医療センター併設医療機関における作業療法実態調査

回答施設名			
回答者（氏名）	作業療法士：	経験年数	
連絡先			
メールアドレス			

この調査は、平成 28 年老人保健健康増進事業「認知症のリハビリテーションを増進するための調査研究事業」の一環として、認知症疾患医療センターに併設する医療機関の作業療法士約 300 名を対象に「認知症疾患医療センター併設医療機関における作業療法実態調査」に関するアンケートを行うことにより、ADL や IADL 低下に対する認知機能低下タイプごとのアプローチ方法を検討することを目的とします。また、先駆的な取り組みについては、下記の実態調査においてスクリーニングを行った上、後日インタビュー調査を実施いたします。調査内容、先駆的取り組み事例については、厚生労働省に報告し提出する予定です。つきましては、貴院の作業療法士の方に、以下の質問について該当する項目に○もしくは記入をお願いいたします。

I. 貴医療機関の概要について

Q1. 標榜診療科目について、すべて○を付けてください。主な診療科目には◎を付けてください。

回答欄	診療科目	回答欄	診療科目
◎	例) 精神科		内科
	精神科		神経内科
	脳神経外科		ものわすれ外来
	整形外科		リハビリテーション科
	その他 ()		その他 ()

Q2. 下記、各療法実施実績について、8 月分の実施人数と指示人数を記入してください。

※ 実施人数：8 月分の実施人数の累計 ， 指示人数：指示箋人数(8 月分)×日数

各療法	実施人数	指示人数	各療法	実施人数	指示人数
精神科作業療法			作業療法		
認知症患者リハビリテーション			その他 ()		

Ⅱ. 認知症の作業療法について

Q1. 認知症に対する作業療法の実態について

- (1) 活用している評価法すべてに○を付けてください。また、すべての患者に実施しているものには◎を付けてください。

○全般的評価尺度

- () 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF)
() 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (Dementia Assessment Sheet for Community-based Intergrated Care System ;DASC-21)

○心身機能

- () Mini Mental State Examination (MMSE)
() 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) () Vitality Index (VI)
() Frontal Assessment Battery (FAB) () 老年期うつ病評価尺度 (GDS)
() Neuro psychiatric Inventory (NPI)
() N 式老年者用精神状態尺度 (NM スケール)

○活動と参加

- () 認知症高齢者の日常生活自立度 () 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)
() Functional Assessment Staging (FAST) () Clinical Dementia Rating (CDR)
() N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)
() バーセル指数 (Barthel Index; BI)
() 機能的自立度評価表 (Functional Independence Measure; FIM)
() Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
() Disability Assessment for Dementia (DAD)
() Frenchay Activities Index (FAI)
() Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton-IADL)
() 老研式活動能力指標

○環境因子

- () Zarit 介護負担尺度(J-ZBI)

○健康関連 QOL

- () MOS 36-Item Short-Form Health Survey , SF8 Health Survey (SF36,SF8)
() Health Utilities Index (HUI) () Euro QOL (EQ-5D)

○その他

- () ()
() 特になし

- (2) 日常臨床で国際生活機能分類 (ICF) を評価表として活用できると思いますか。

- () 活用できる () 活用できない
() わからない

(3) 作業療法計画を立案する際に活用しているツールがありましたら、○を付けてください。

(複数回答)

- () 生活行為向上マネジメント(MTDLP)
 () OT 協会版認知症アセスメントシート
 () 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式
 () 施設で独自に作成した計画書
 () その他 ()
 () 特に計画は立案していない

(4) 過去の認知症患者に出された作業療法の主な指示内容について、お手数ですが、下記に具体的な記載をお願いします。可能であれば、指示箋の添付をお願いいたします。

【下記に記載】

例) 精神機能の回復・維持など

(5) 認知症の作業療法の目的について、最も多いものから3つ○をつけてください。

- () 身体機能の回復・維持 () 精神機能の回復・維持
 () ADL の回復・維持 () IADL の回復・維持
 () 余暇活動の回復・維持 () 対人技能の向上・維持
 () 就労能力の回復 () その他 ()

(6) 作業療法で実施している主な練習内容について、該当箇所に○とその練習の平均的实施時間について記載をお願いします。

回 答	練習内容	時間	回 答	練習内容	時間
身体機能の回復・維持に対して			精神機能の回復・維持に対して		
○	例) 10人以上の集団体操	60分			
	ROMex など個別身体機能練習			計算ドリルなど認知機能練習	
	運動耐久性練習 (有酸素運動を含む)			認知行動療法・回想法・RO法など	
	10人未満の集団体操			畑・園芸・手工芸などの作業	
	10人以上の集団体操			レク・軽スポーツなど	
	軽スポーツ			音楽などの芸術療法	
	その他 ()			その他 ()	

回 答	練習内容	時間	回 答	練習内容	時間
ADL の回復・維持に対して			IADL の回復・維持に対して		
	基本動作（起居・歩行など）練習			IADL の行為のパーツ練習	
	ADL の模擬練習			IADL の模擬練習	
	病棟など実際場面での ADL 練習			病棟など実際場面での練習	
	在宅での ADL 練習			在宅での練習	
	その他（ ）			その他（ ）	
余暇活動の回復・維持に対して			対人技能の向上・維持に対して		
	本人が実施していた余暇活動の練習			Social Skills Training	
	新たな余暇活動の練習			10 人未満の小集団での会話練習	
	その他（ ）			その他（ ）	
就労能力の回復に対して			その他		
	就労を想定した模擬練習			その他（ ）	
	就労作業の反復練習			その他（ ）	
	就労先での実践練習			その他（ ）	
	その他（ ）			その他（ ）	

Q2. 退院に向けての取り組みについて

（１）認知症患者の退院支援として実施している該当項目に○を付けてください。（複数回答可）

- ☐ 退院前訪問を実施
 ☐ 退院時リハビリテーション指導の実施
☐ 退院時共同指導の実施
 ☐ 介護保険サービスへの申し送り書の送付
☐ 介護支援専門員等との退院時カンファレンスの実施
☐ その他（ ）

（２）認知症患者の最も多い退院先３つに○をつけてください。

- ☐ 自宅
 ☐ 別の病院への転院
☐ 介護老人保健施設
 ☐ 特別養護老人ホーム
☐ グループホーム
 ☐ 有料老人ホーム
☐ サービス付高齢者住宅
 ☐ ショートステイ
☐ 介護療養病床
 ☐ その他（ ）

(3)(2)で「自宅」と答えた方に質問です。退院後に利用する介護サービス等の利用頻度が最も多い上位3つに○を記入してください。

回答	相談職種または機関	回答	相談職種または機関
	通所介護（認知症対応型を含む）		小規模多機能型事業所
	通所リハビリテーション		訪問リハビリテーション
	訪問介護		訪問看護
	介護予防事業		その他（ ）

Q3. 認知症に関する診療報酬について

(1) 認知症患者リハビリテーション料について、
「重度認知症の状態にある患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合、入院した日から起算して 1 月に限り、週 3 回を限度として算定する」と医科点数表の解釈に明記されていますが、この訓練時間に対してどのように思われますか。

() 妥当である () 妥当でない
() その他 ()

(2) (1)で「妥当でない」と答えた方に質問です。どれくらいの時間が必要と思われますか。必要と思う時間を記入してください。

() 分 () 時間 () その他 ()

(3) 認知症患者リハビリテーション料を算定する上での課題を下記に記載してください。

【下記に記載】

--

(4) 精神科作業療法について、「精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類に関わらずその実施時間は患者一人当たり 1 日につき 2 時間を標準とする」と医科点数表の解釈に明記されていますが、この訓練時間に対してどのように思われますか。

() 妥当である () 妥当でない
() その他 ()

(5) (4)で「妥当でない」と答えた方に質問です。どれくらいの時間が必要と思われますか。必要と思う時間を記入してください。

() 分 () 時間 () その他 ()

【下記に記載】

--

「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常生活を自立し継続できるよう推進する」と新オレンジプランに明記されていることを知っていましたか。

() 知っていた

() 知らなかった

職種	常勤配置（人数）	非常勤配置（人数）
医師		
保健師/看護師		
精神保健福祉士		
社会福祉士		
臨床心理技術者		
作業療法士		
理学療法士		
事務職員		
その他（ ）		

(1) 作業療法士は、認知症疾患医療センター業務に関与していますか。

() 特に関りはない

() 専任として関与している

() 兼務として関与している

() 研修会等講師として依頼されて関与している

() 事例検討会等に作業療法士の視点からの助言を求められて関与している

() 依頼に応じて関与している（よくある依頼内容：)

() その他 ()

(2) 認知症疾患医療センター業務に作業療法士の関与が、あったらよいと思われませんか。

- () 思う () 思わない
() わからない

(3) (2) で「思う」と答えた方に質問です。なぜ、関与した方がよいと思われませんか。最も近いものに○を付けてください。

- () 認知症の相談支援には、リハビリテーションの視点が重要だから
() 介護支援専門員等の地域の連携に生活を見る理解が必要だから
() 地域で暮らす認知症の人と家族の在宅支援には生活行為に焦点をあてた支援が必要だから
() BPSD や生活行為障害の要因を ICF に基づいて評価できるから
() その他 ()

(4) 作業療法士が認知症疾患医療センターの業務に関与していく上での課題は何ですか。最も近いものに○を付けてください。

- () 認知症疾患医療センターの配置職員として、実施要項に明記されていないため、関わりにくい
() 臨床との兼務は難しいため、専任で関われる環境がない
() 作業療法の業務に縛られ、カンファレンスや地域への訪問活動、家族の会への支援などに関われる時間がない
() センター業務として、OT がどのように関わればいいのかわからない
() センター職員としての業務手引きやマニュアル、研修がない
() その他 ()

Q3. Q2 (1) で専任または兼務として関与していると答えた方について、認知症疾患医療センターとしてのリハビリテーションに関する先駆的取組事例を調査する際の調査対象施設の選定の参考としたく、下記の設問についてご回答ください。

(1) 認知症疾患医療センターの類型について、あてはまるものに○を記入して下さい。

回答	類型
	基幹型
	地域型
	診療所型

(2) 認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する活動状況

①. リハビリテーションに関する相談がありますか。

- () ある () ない () わからない

②. ①において「ある」と答えた方について、リハビリテーションに関する相談状況で、よく相談を受ける相談先について多いものに3つ○をつけてください。

回答欄	相談職種または機関	回答欄	相談職種または機関
	かかりつけ医		介護支援専門員
	認知症サポート医		院内他科
	一般病院の専門職		院内他部署
	地域包括支援センター		グループホーム
	小規模多機能型事業所		通所・訪問リハビリテーション
	介護老人保健施設		特別養護老人ホーム
	通所介護・訪問介護・訪問看護		家族
	その他（ ）		その他（ ）

③. リハビリテーションに関する研修会を開催していますか。

() 開催している () 開催していない

④. リハビリテーションに関する研修会を開催している場合、どのような方々を対象に研修していますか。該当するものに○をつけて下さい。(複数回答可)

回答欄	相談職種または機関	回答欄	相談職種または機関
	かかりつけ医		介護支援専門員
	認知症サポート医		地域包括支援センター
	一般病院の専門職		小規模多機能型事業所
	介護老人保健施設		グループホーム
	特別養護老人ホーム		通所・訪問リハビリテーション
	通所介護・訪問介護・訪問看護		家族
	その他（ ）		その他（ ）

⑤. 認知症を対象とする施設（自宅・病院・事業所等）への支援について、該当する項目があれば○および具体的取り組みをについて記入してください。(複数回答可)

- () 自宅や介護施設へ訪問し、ADLやIADLができるように環境整備を行っている。
- () 自宅や介護施設へ訪問し、家族やケア提供者に介護指導を行っている。
- () 他病院へ出向き、認知症相談を行っている。
- () その他

【具体的取り組み】

⑥. 地域への取り組みについて、該当する項目があれば○および具体的取り組みを記入してください
(複数回答可)

- () ボランティアを養成している。
- () 当事者として認知症について語る人の育成をしている。
- () 認知症カフェなど認知症の方が集まる通いの場を開設している。
- () 商店街やお寺、図書館などと連携し、認知症の方が利用できる取り組みを実施している
- () 認知症の方の就労支援を就労支援施設やシルバー人材センターと連携し実施している。
- () 地域のカルチャー教室と連携して、認知症の方も参加できるように推進している。
- () 小学校など学校教育と連携し、認知症の理解について推進している。
- () 町内会などと連携し、認知症の理解について推進している。
- () 地域ケア会議に参加し、認知症の方が住みやすい地域づくりの提案をしている。
- () 認知症初期支援チームに参加している。
- () 市町村の認知症予防事業に講師派遣している。
- () 当事者として認知症について語る人を講師派遣している。
- () 家族会を支援している。
- () その他

【具体的取り組み】

V. 認知症疾患医療センターにおける認知症のリハビリテーションについて、お考えやご意見、ご要望等がありましたら、下記に自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

アンケートの返信については、**9月30日(金)まで**にご返信ください。

二次調査「ADL/IADL 指導状況調査表」

基本情報

番号：

○すべて、支援時の情報をご記入ください。

対象者の基本情報			
性別	男性 ・ 女性	年齢	才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	人
要介護度	未申請 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
主な介護・介助の有無	1 配偶者, 2 息子・娘, 3 息子・娘の配偶者, 4 孫, 5 兄弟・姉妹, 6 その他		
主な介護・介助者の年齢	1, 65 歳未満 2, 65～74 歳 3, 75～84 歳 4, 85 歳以上		
日常生活自立度 (寝たきり度)	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
診断名	アルツハイマー型 ・ レビー小体型 ・ 血管性 ・ 前頭側頭葉型 ・ その他		
既往歴 (合併症) (複数回答可)	1 循環器系: 高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2 内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病, 高脂血症, その他 3 呼吸器系 4 消化器系 5 泌尿器・生殖器系 6 外傷 7 がん, 8 精神障害 9 神経系: 神経難病等, 10 その他() 11 なし		
服薬内容 (複数回答可)			
住宅	1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
主な居住空間	1. 1 階 2. 2 階以上で階段 3. 2 階以上でエレベーター有 4. その他 ()		
サービス 利用状況	1. 通所リハ(回・週) 2. 通所介護(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具貸与(回・週) 8. 住宅改修有 9. ショートステイ(回・週) 10. 緊急通報システム等有 11. その他()(回・週)		
担当作業療法士	氏名 経験年数: 医療機関名 連絡メール		

評価指標①

MMSE(介入時点)			
	質問項目	回答	得点
1	今年は何年ですか。	年	
	今の季節は何ですか		
	今日は何曜日ですか	曜日	
	今日は何月何日ですか	月 日	
2	ここは何県ですか	県	
	ここは何市(町・村)ですか	市	
	ここは何病院ですか		
	ここは何階ですか	階	
	ここは何地方ですか (例 関東地方)		
3	物品名 3 個(桜、猫、電車) 正答 1 個につき 1 点を与える。3 個すべて言うまで繰り返す(6 回まで) 物品名 _____ 何回繰り返したかを記す _____ 回		
4	100 から順に 7 を引く (5 回まで) (93 , 86 , 79 , 72 , 65)		
5	3 で提示した物品名を再度復唱させる		
6	(時計を見せながら) これは何ですか。 (鉛筆を見せながら) これは何ですか。		
7	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます。」		
8	(3 段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上においてください」		
9	次の文章を読んで、その指示に従ってください。 「眼を閉じなさい」		
10	なにか文章を書いてください。		
11	次の図形を書いてください。		
	合計		

Barthel Index

※「している ADL」で評価を行ってください。当てはまる評価点を記入する。

1	食事	10 自立	5 部分介助	0 全介助	
2	いすとベッド間の移乗	15 自立	10 最小限の介助	5 部分介助	0 全介助
3	整容	5 自立		0 全介助	
4	トイレ動作	10 自立	5 部分介助	0 全介助	
5	入浴	5 自立		0 全介助	
6	平地歩行	15 自立	10 部分介助	5 車椅子使用	0 全介助
7	階段昇降	10 自立	5 部分介助	0 全介助	
8	更衣	10 自立	5 部分介助	0 全介助	
9	排便コントロール	10 自立	5 部分介助	0 全介助	
10	排尿コントロール	10 自立	5 部分介助	0 全介助	
		合 計			

IADL 評価 (FAI)

1	食事の用意(買い物は含まず)	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
2	食事の片づけ	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
3	洗濯	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
4	掃除や整頓	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
5	力仕事(布団の上下ろし、家具の移動や荷物の運搬、雑巾で床を拭く)	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
6	買物(自分で選んだり購入する)	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
7	外出(会合、映画、食事に行く)	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
8	屋外歩行 (少なくとも15分以上は歩く)	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
9	趣味(テレビは含めない)	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
10	交通手段の利用	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
11	旅行	昔	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
		現在	0 していない 1 まれにしている 2 時々(週に1～2回) 3 週に3回以上
12	庭仕事(草刈き、水撒き、庭掃除)	昔	0 していない 1 時々 2 定期的に 3 定期的に・掘り起こし植え替えもしている
		現在	0 していない 1 時々 2 定期的に 3 定期的に・掘り起こし植え替えもしている

13	家や車の手入れ	昔	0 していない 1 電球の取替・ねじ止めなど 2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 前述の他、家の修理や車の整備もしている
		現在	0 していない 1 電球の取替・ねじ止めなど 2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 前述の他、家の修理や車の整備もしている
14	読書(新聞・週刊誌・パンフレット類 は含めない)	昔	0 読んでいない 1 まれに 2 月に一回程度 3 月に2回以上
		現在	0 読んでいない 1 まれに 2 月に一回程度 3 月に2回以上
15	仕事(収入のあるもの、ボランティ アは含まない)	昔	0 していない 1 週に1～9時間 2 週に10～29時間 3 週に30時間以上
		現在	0 していない 1 週に1～9時間 2 週に10～29時間 3 週に30時間以上
	合計		

ADL/IADL 指導内容調査表

※本表については、課題となる ADL/IADL 項目ごとに記載をお願いいたします。

課題となる ADL/IADL 項目	☐ 移動・運搬行為 ☐ 調理行為 ☐ 服薬行為	☐ 排泄行為 ☐ 掃除行為 ☐ 趣味活動	☐ 食事行為 ☐ 洗濯行為 ☐ その他（	☐ 入浴行為 ☐ 更衣行為 ）
ADL/IADL の 実施状況				
障害されている ICF コード	1.心身機能 ☐ 意識 ☐ 見当識 ☐ 知的 ☐ 気質と人格 ☐ 活力・欲動 ☐ 睡眠 ☐ 注意 ☐ 記憶 ☐ 精神運動 ☐ 情動 ☐ 知覚 ☐ 思考 ☐ 高次認知 ☐ 言語 ☐ 計算 ☐ 複雑な運動 ☐ 自己と時間 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ その他の感覚 ☐ 痛み ☐ 心血管系 ☐ 呼吸器系 ☐ 心血管・呼吸器付加的 ☐ 摂食 ☐ 排便 ☐ 水分等 ☐ 排尿 ☐ 関節と骨 ☐ 筋 ☐ 運動 ☐ その他（ ） ☐ その他（ ） 2.活動と参加 ☐ 学習と知識 ☐ 課題と要求 ☐ コミュニケーション ☐ 姿勢 ☐ 運搬・移動 ☐ 歩行・移動 ☐ 交通機関等 ☐ 身体を洗う ☐ 身体の手入 ☐ 排泄 ☐ 更衣 ☐ 食べる ☐ 飲むこと ☐ 健康に注意 ☐ 必需品の入手 ☐ 調理 ☐ 調理以外の家事 ☐ 家庭用品 ☐ 対人関係 ☐ 家族関係 ☐ 経済生活 ☐ コミュニティライフ ☐ その他（ ） ☐ その他（ ）			
ADL/IADL ができ るようになるため の強みとなる ICF コード	1.心身機能 ☐ 意識 ☐ 見当識 ☐ 知的 ☐ 気質と人格 ☐ 活力・欲動 ☐ 睡眠 ☐ 注意 ☐ 記憶 ☐ 精神運動 ☐ 情動 ☐ 知覚 ☐ 思考 ☐ 高次認知 ☐ 言語 ☐ 計算 ☐ 複雑な運動 ☐ 自己と時間 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ その他の感覚 ☐ 痛み ☐ 心血管系 ☐ 呼吸器系 ☐ 心血管・呼吸器付加的 ☐ 摂食 ☐ 排便 ☐ 水分等 ☐ 排尿 ☐ 関節と骨 ☐ 筋 ☐ 運動 ☐ その他（ ） ☐ その他（ ） 2.活動と参加 ☐ 学習と知識 ☐ 課題と要求 ☐ コミュニケーション ☐ 姿勢 ☐ 運搬・移動 ☐ 歩行・移動 ☐ 交通機関等 ☐ 身体を洗う ☐ 身体の手入 ☐ 排泄 ☐ 更衣 ☐ 食べる ☐ 飲むこと ☐ 健康に注意 ☐ 必需品の入手 ☐ 調理 ☐ 調理以外の家事 ☐ 家庭用品 ☐ 対人関係 ☐ 家族関係 ☐ 経済生活 ☐ コミュニティライフ ☐ その他（ ） ☐ その他（ ）			

ADL/IADL 自立に向けて実施したアプローチ	☐ 反復練習による能力の維持回復 ☐ 視覚・聴覚など代償機能を活用した代償能力の活用 ※カレンダーに印をする。タイマーをセットするなど ☐ 視覚的構造化による残存能力の活用 ※視覚的構造化：見てわかりやすいように生活の仕方の目印や絵・ハイライト、導線上の家具・道具の整理などトータルとして生活を構造化すること ☐ 住環境・用具の工夫による残存能力の活用 ☐ 対人技能の向上 ☐ ケア提供者による能力の補完 ☐ その他
ADL/IADL が遂行できるように実施した作業療法プログラム	
その他	

ADL/IADL 指導内容調査

番号：

課題となる ADL/IADL 項目	☐ d410-499,460,470 行為に伴う移動・運搬行為 ☐ d510 入浴 ☐ d520 身体各部の手入れ ☐ d570 健康に関すること（服薬管理を含む） ☐ d6402 掃除 ☐ d6400 洗濯 ☐ d6404 日用品の貯蔵（整理整頓） ☐ d6403 家庭器具の使用（家電の操作など） ☐ d860 基本的な経済面の取引（金銭管理を含む） ☐ d910 コミュニティライフ（健康教室） ☐ d230 日課の遂行			☐ d530 排泄 ☐ d540 更衣 ☐ d630 調理 ☐ d6401 台所の掃除 ☐ d6405 ごみ捨て ☐ d650 家庭用品の管理及び他者への援助 ☐ d920 レクリエーション（趣味活動） ☐ d850 報酬を伴う仕事			☐ d550-560 食事 ☐ d610-620 買い物		
作業工程分 析	☐ 一連の行為								
	☐ 企画・準備	☐ 行為の段取り							
		☐ 道具・環境等の準備							
		☐ その他（ ）							
	☐ 実施	☐ 単一動作							
		☐ 二つ以上の動作							
		☐ 道具等の操作							
		☐ その他（ ）							
	☐ 検証・完了	☐ 行為の完了・確認							
		☐ 道具等の片付け							
☐ その他（ ）									
障害されている ICF コード				強みとなる ICF コード				☐	
☐		☐							
☐		☐							
☐		☐							
☐		☐							
☐		☐							
☐									
ADL/IADL 自立に向け て実施した アプローチ	☐ 行為の反復練習								
	☐ 視覚・聴覚・触覚等による手かがりの活用								
	☐ （仮）視覚的構造化								
	☐ 住環境・用具等の調整								
	☐ 対人技能								
	☐ （仮）新しい生活技能の習得								
	☐ 自分の強みと弱みを理解する働きかけ（メモリーノートを含む）								
	☐ 実際場面での指導								
	☐ 介護・動作指導								
	☐ 態度・関わり方の指導								
	☐ サービス調整								
その他									

記録者： _____

第五章 認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションの取り組み

I 認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する医療・介護連携の実態調査の結果

1. 目的

全国の認知症疾患医療センターにおける認知症のリハビリテーションに関する医療・介護連携の実態を明らかにし、リハビリテーションに関する医療・介護連携の先駆的取り組みを抽出することを目的とする。

2. 調査対象

平成 28 年 4 月 1 日時点で認知症疾患医療センターの指定を受けている 345 機関を対象とした。

3. 調査方法

対象となる認知症疾患医療センターに対して、研究内容説明書と自記式質問紙を郵送にて配布し、返信用封筒による郵送にて回収した。調査期間は平成 28 年 10 月～11 月とした。

調査票は別添 1 の通りである。調査項目は、1) 認知症のリハビリテーションについて、2) 認知症のリハビリテーションの活動、3) 認知症の方の退院支援の実施状況、4) 精神科病院と一般病院との連携状況について質問した。

(倫理面への配慮)

調査依頼にあたっては、研究目的・研究成果の公表方法、回答へのプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを配布用紙に明記し、回答をもって調査への同意とみなした。集計に当たっては連結可能匿名化し、回答した機関が特定できないように配慮した。

なお、本研究は日本作業療法士協会倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：201602）。

4. 調査結果

有効回答は 195 機関で回収率は 56.5%であった。内訳は基幹型 8 機関、地域型 174 機関、診療所型 13 機関であった。

1) 認知症のリハビリテーションについて

認知症のリハビリテーションについて新オレンジプランに明記されていることを「知っていた」と回答した機関は 149 機関であり、回答機関の 7 割以上が認識していた。

表 1 認知症のリハビリテーションに対する認識

(n=195)

	知っていた	知らなかった	無回答	合計
回答数	149	33	13	195
割合 (%)	76.4	16.9	6.7	100

2) 認知症疾患医療センターの活動

(1) リハビリテーションに関する相談

リハビリテーションに関する相談が「ある」と回答した機関は 94 機関、「ない」と回答した機関は 92 機関であり、どちらもほぼ半数であった。

表 2 リハビリテーションに関する相談

(n=195)

	ある	ない	わからない	無回答	合計
回答数	94	92	6	3	195
割合 (%)	48.2	47.2	3.1	1.5	100

(2) リハビリテーションに関する相談を受ける機関・職種

相談を受ける機関・職種は「介護支援専門員」が最も多く、次に「地域包括支援センター」、「家族」の順であった。その他は認知症の人と家族の会、地域住民、訪問看護ステーションが 1 件ずつあった

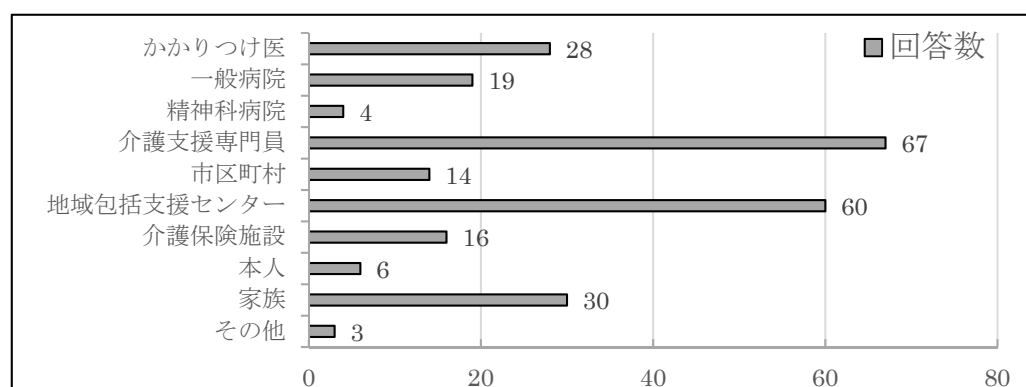


図 1 相談を受ける機関・職種 (n=94、上位 3 つを選択)

(3) リハビリテーションに関する研修会

リハビリテーションに関する研修会を「開催している」と回答した機関は 21.5%であった。

表 3 リハビリテーションに関する研修会 (n=121)

	開催している	開催していない	合計
回答数	26	95	121
割合 (%)	21.5	78.5	100

(4) 認知症の方への支援内容

認知症の方への支援は、「自宅や介護施設で ADL や IADL の向上の支援」が最も多く、「自宅や介護施設での介護指導」、「その他」の順であった。

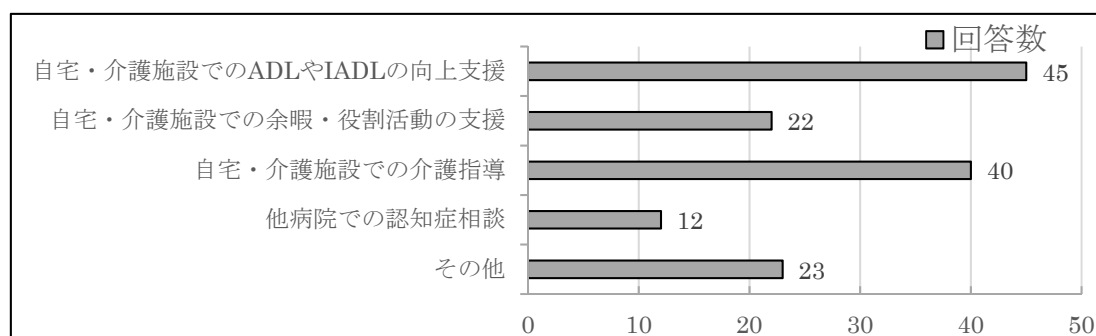


図 2 認知症の方への支援 (n=94, 複数回答)

その他の認知症の方への支援内容（自由記載）。

- ・病院内で認知症サロンという小規模グループでの OT プログラムを導入している。
- ・軽度認知障害・軽度アルツハイマー型認知症に特化した 2 年間限定の通所リハビリテーションを併設している。
- ・訪問看護ステーションと連携して在宅リハビリや環境整備の指導を行っている。
- ・作業療法士が、市町村の初期集中支援チームに参加し、対象者への接し方等の助言を行っている。
- ・他事業所が運営している認知症カフェへ出向き認知症相談を行っている。
- ・地域包括支援センターへ出向き、もの忘れ相談会を行っている。
- ・地域包括支援センターや保健所に医師が出向いて、支援に関する相談を受けている。
- ・認知症予防への取組として、市民向け講座認知症シリーズ講演の中で、リハビリについての講演を行っている。
- ・若年性認知症の方とご家族を対象とした学習会、交流会で、当事者による活動を行っている。(年 2 回)
- ・病院内にて 2 回／週、家族介護者を対象にケアの相談や社会資源の活用等について相談できる時間を設けている。
- ・災害支援活動とその後のフォローアップ訪問活動。(2015 関東・東北豪雨)

(5) 地域連携のシステム

地域との連携に際し、整備・構築しているシステムは、「かかりつけ医と情報共有する書式」が最も多く、次に「介護関係者と情報共有する書式」、「連携パス」の順であった。9件と少ないながらもICTを活用した連携を構築している機関もあった。

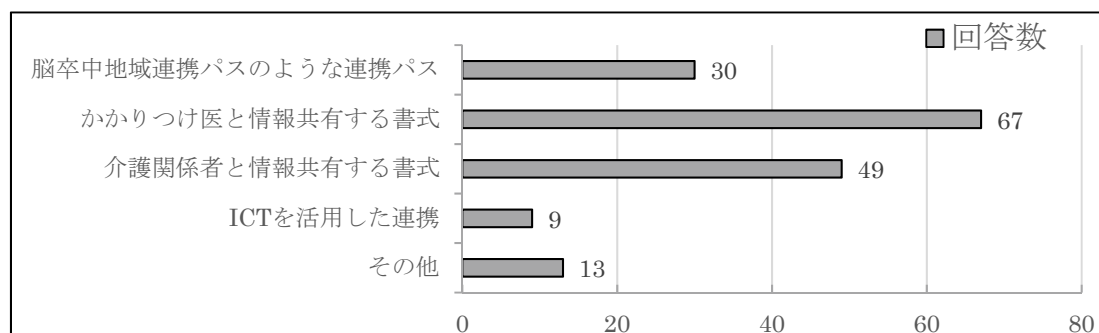


図3 認知症の地域連携システム

(n=95, 複数回答)

その他の認知症の地域連携システムの取り組み（自由記載）

- ・オレンジ手帳を活用している。
- ・地域で作成した「脳の健康 みえる手帳」という認知症連携パスを用いている。
- ・医療機関を受診する時に情報共有する認知症連携シートがある
- ・診察内容を包括やケアマネ等と共有、担当者会議の実施、あんしんセンターサポート医システムがある。
- ・通常の認知症外来の他に、BPSD 特別受診料を設けて、緊急受診依頼をうけ入れる体制を構築している。
- ・システムではありませんが、茨城県では出来るだけ地域に出向いて活動するように県からも求められているので、顔が見える関係は作りやすい。顔が見える関係にまさるツールはないので、「めんどくがらずに顔を出す」という事に尽きると考えている。

(6) 地域連携の取り組み

市区町村等と連携した何らかの取り組みを「実践している」と回答した機関は8割以上であった。

表4 地域連携の取り組み

(n=114)

	実施していない	実践している	合計
回答数	15	99	114
割合 (%)	13.1	86.8	100

実践している取り組み内容（自由記載）

- ・管内 100 ヶ所以上との認知症センターとかかりつけ医連携を行い「認知症相談医」として連携承諾書を交わしている。
- ・2ヶ月に1回 100名以上（10職種以上）との認知症多職種事例検討会を開催している。
- ・認知症センター長が介護施設を訪問し、介護職員との意見交換の場を設けている。
- ・認知症ケアパスの作成、地域で支える基盤づくり等の会議に出席。

- ・会津若松市認知症医療介護連携推進連絡会議、福島県会津地域在宅医療推進協議会に参加。顔の見える連携、地域連携パス作成の検討などを行っている。
- ・区主催認知症カンファレンス、初期集中支援チーム、成年後見センター運営会議、地域ケア会議、民生委員連絡会、区民講座など。
- ・医会連、協議会等の会議参加。多職種連携に関する会議に参加、地区懇談会に参加し認知症の方を見守る地域の方とも連携している。
- ・武蔵野市主体で在宅医療介護連携推進協議会、多職種連携研修部会を設置しています。
- ・地域包括支援センターや総合病院、かかりつけ医等を訪問し、情報共有等の連携を図っている。
- ・事例相談会 8 回／年、集談会 2 回／年、「認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業」の実施（H26～現在継続中）
- ・市役所主催の事業検討会に参加する。認知症疾患医療センター、保健所、認知症地域支援推進員等の関係者で定期的に集まり意見交換や研修会の検討を行っている。
- ・常日頃のケースを通しての相談等連携、町の主催しているサポーター養成講座、家族教室の講師としての連携を行っている。
- ・徘徊模擬訓練に協力している。
- ・市内各区の保健福祉センターと区医師会と協力して、多職種が参加する勉強会や懇話会を定期的に開催し顔の見える関係づくりを行っている。
- ・市町へのフェスティバルへの参加、市町の施策等の会議の参加、ケース会議
- ・認知症疾患医療連携協議会を組織し、連携体制について協議している。医師会や行政等との共催で、一般市民や地域の専門職対象の研修会等を開催している。

2) 認知症の方の退院支援の実施状況

(1) 認知症の方の退院先

退院先で最も多かったのは「自宅（主に在宅介護）」で、次に「介護老人保健施設」、「他病院への転院」の順番であった。「その他」では、死亡が 6 件、宅老所 1 件であった。

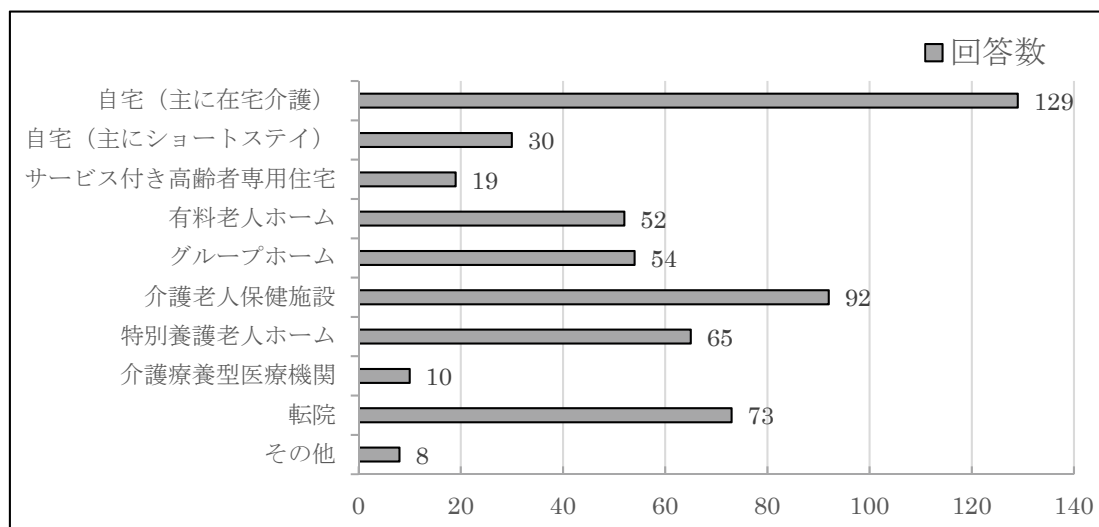


図 4 認知症の方の退院先 (n=180, 上位 3 つを選択)

(2) 退院に向けた取り組み

退院に向けた取り組み内容は、「退院先のスタッフへの情報提供」が最も多く、次に「退院時の地域スタッフを交えたカンファレンス」、「試験外泊」の順であった。その他の内訳は、院内の多職種によるカンファレンスが4件、家族指導4件、介護支援専門員への個別対応2件、地域スタッフとの定期カンファレンス2件、退院後の電話訪問1件であった。

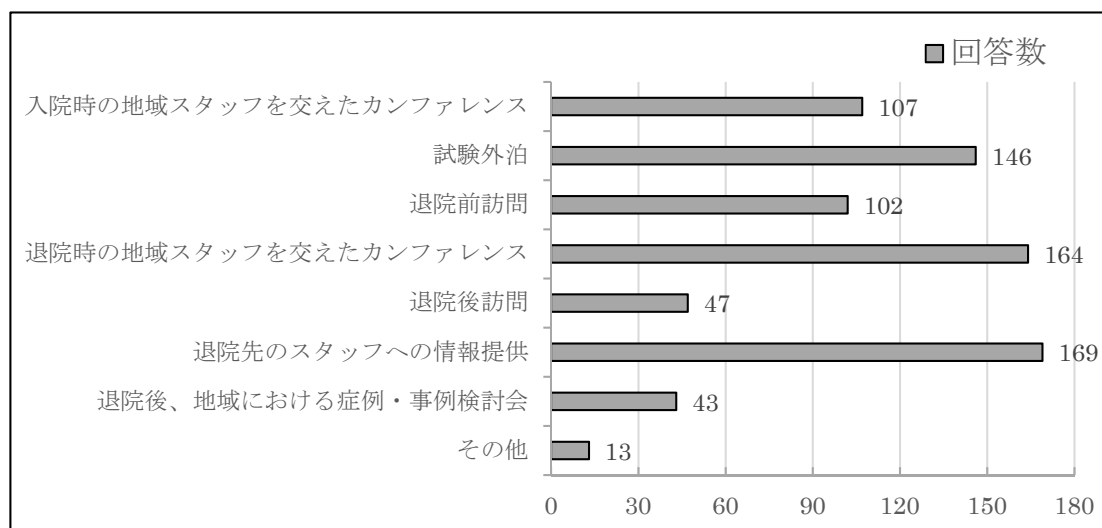


図5 退院に向けた取り組み内容 (n=180, 複数回答)

(3) 退院後に利用する介護サービス

退院後に利用する頻度が高い介護サービスは、「通所介護」が最も多く、次に「訪問介護」、「訪問看護」の順であった。介護・看護といったケアを提供するサービスを利用する頻度が高かった。その他は、重度認知症デイケアが3件、精神科デイケア1件、宅老所1件であった。

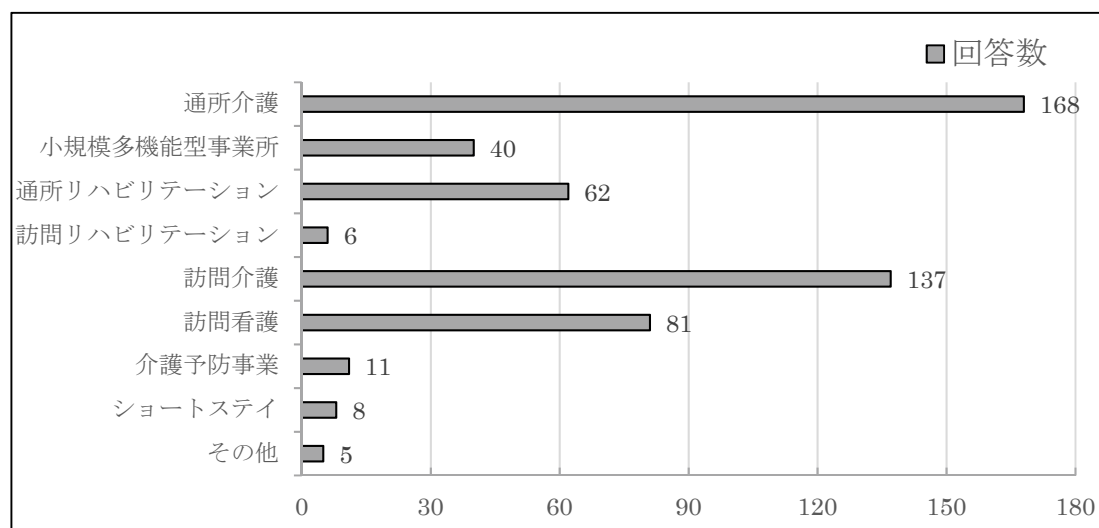


図6 退院後に利用する頻度が高い介護サービス (n=180, 上位3つを選択)

3) 精神科病院と一般病院との連携状況

(1) 精神科病院 (n=126)

① リハビリテーションに関する連携状況

「一般病院へ身体疾患に対するリハビリテーションについて紹介をしたことがある」53件、「一般病院から認知症のリハビリテーションについて紹介を受けたことがある」39件であった。特に一般病院との「連携がない」と回答した機関は39件であった。

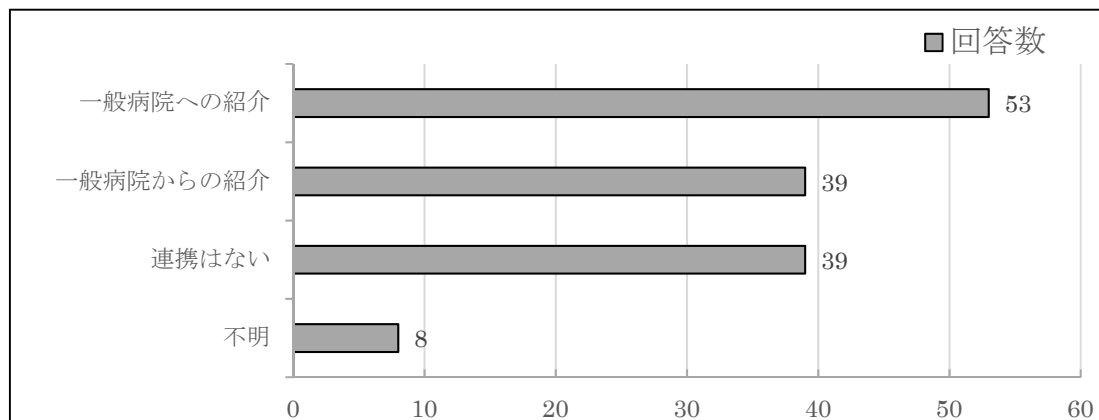


図7 リハビリテーションに関する連携状況 (n=126、複数回答)

② 一般病院から紹介された患者で多い疾患

一般病院から紹介された患者が呈する疾患は、「脳血管疾患」が87件と最も多く、次に「精神疾患（認知症除く）」72件、「骨折」55件の順であった。

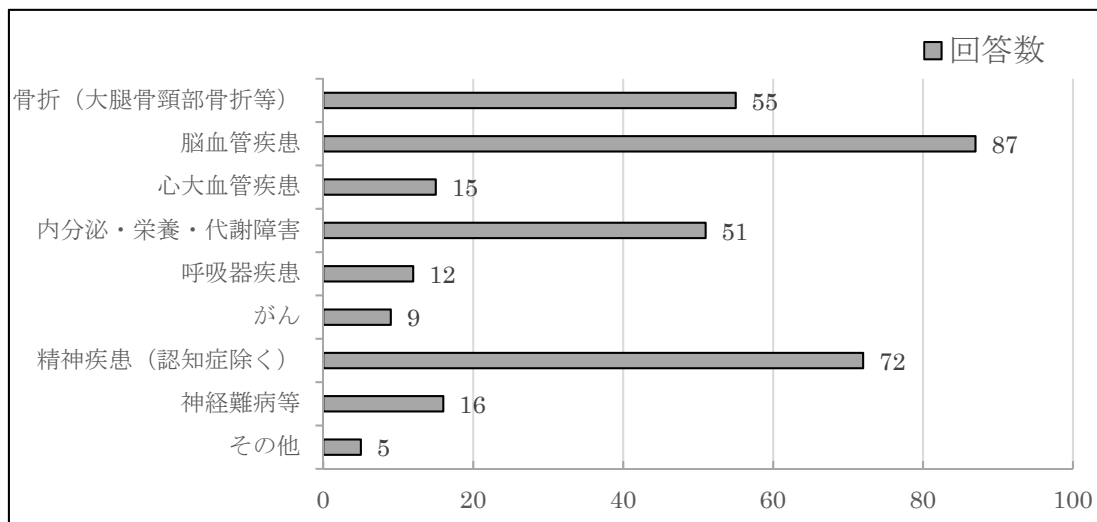


図8 一般病院から紹介された患者が呈している疾患 (n=126、上位3つ選択)

③ 紹介元の一般病院で最も問題となる症状

一般病院で最も問題となる症状は、「暴言・暴力」が 115 件と最も多く、次に「徘徊・立ち上がりによる転倒リスク」93 件、「点滴抜去等の投薬拒否」92 件の順であった。

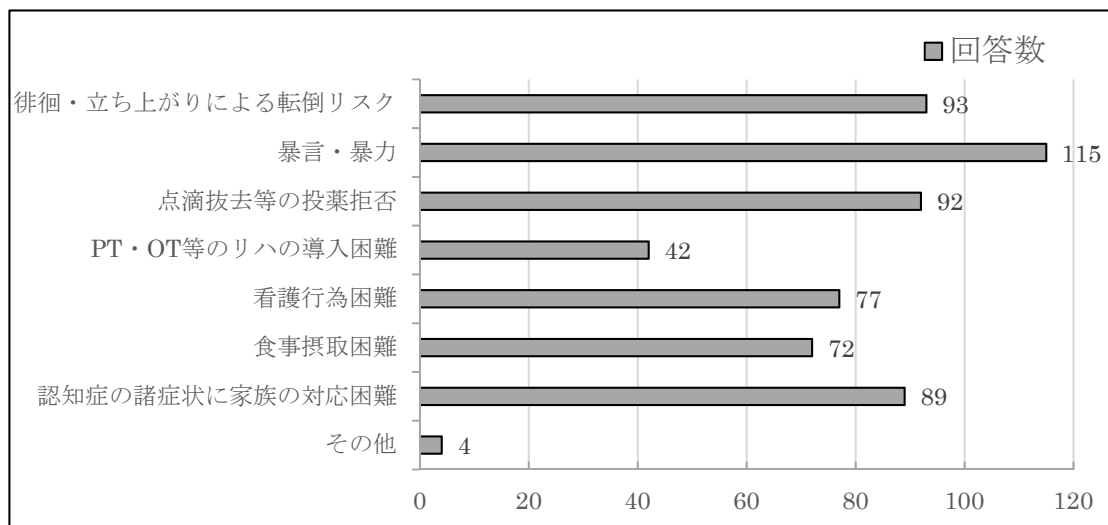


図9 一般病院で最も問題となる症状 (n=126、複数回答)

2) 一般病院および診療所 (n=69)

(1) リハビリテーションに関する連携状況

精神科病院とのリハビリテーションに関する連携について、「特に連携はない」が 40 件と最も多く、「精神科病院から身体疾患のリハビリ目的の紹介を受けた」が 18 件、「精神科病院への身体疾患のリハビリの紹介」12 件の順であった。

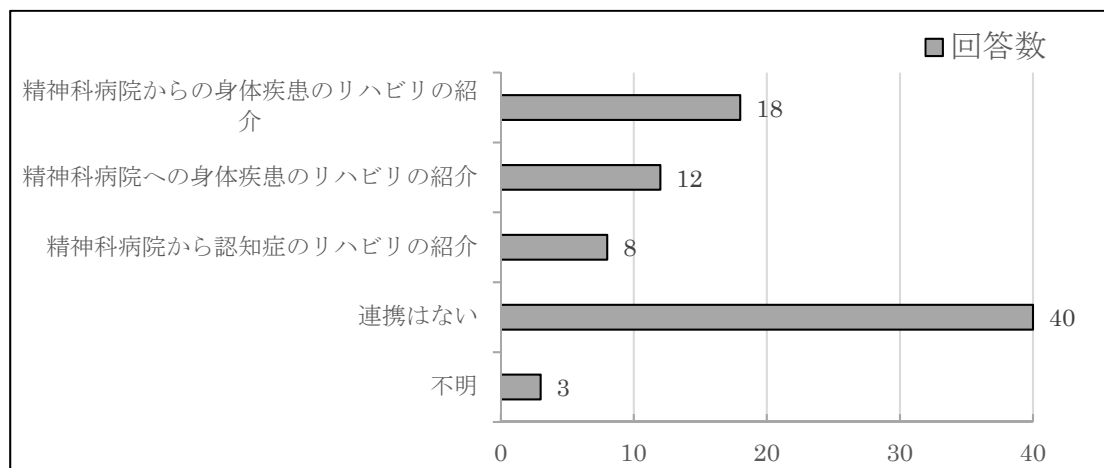


図10 リハビリテーションに関する連携状況 (n=69、複数回答)

(2) 精神科病院から紹介された患者で多い疾患

精神科病院から紹介された患者が呈する疾患は、「脳血管疾患」が 32 件と最も多く、次に「骨折」30 件、「内分泌・栄養・代謝障害」22 件の順であった。

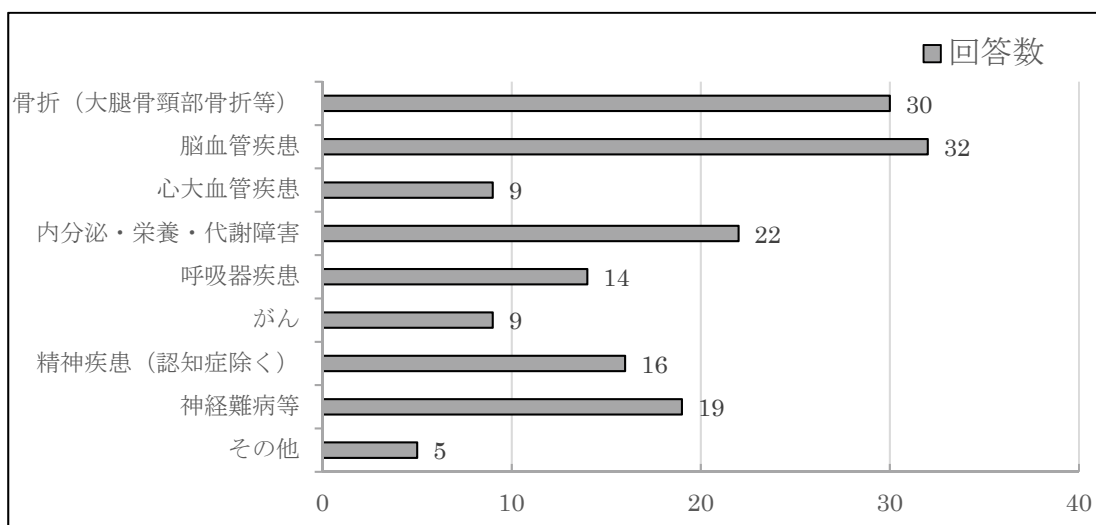


図 11 精神科病院から紹介された患者が呈する疾患 (n=69、上位 3 つ選択)

(3) 一般病院で最も問題となる症状

一般病院から精神科病院に紹介するに際し、最も問題となる症状は、「認知症の諸症状に家族が対応困難」45 件と最も多く、次に「暴言・暴力」40 件、「食事摂取困難」26 件の順であった。

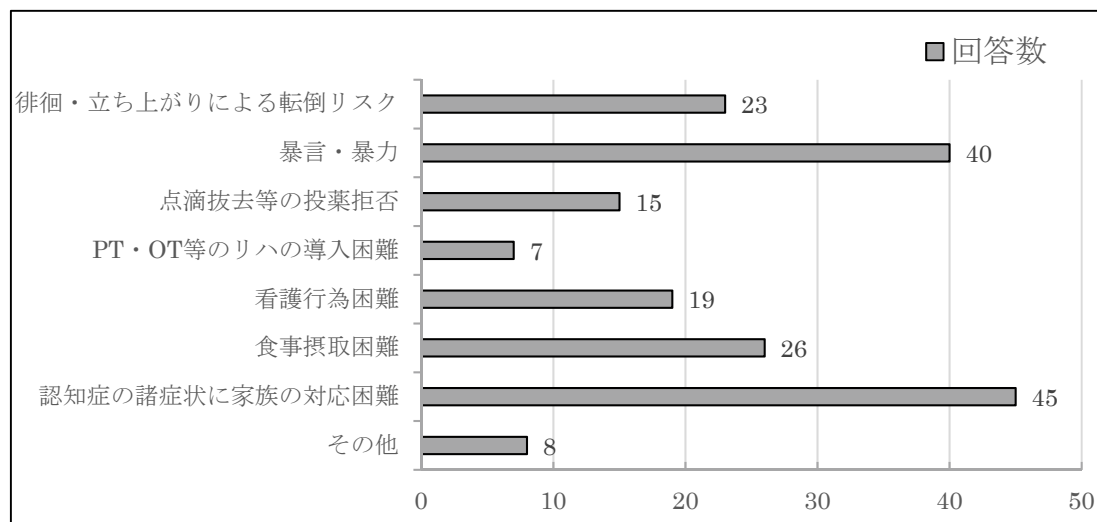


図 12 精神科病院に紹介するに際し、一般病院で最も問題となる症状 (n=69、複数回答)

4) 認知症疾患医療センターにおける認知症のリハビリテーションについて（自由記載）

- ・OT 協会として認知症施策に取り組む姿勢はおおいにけっこうなことです。現場の作業療法士たちは、本当に認知症リハに対して、どれくらい興味関心を持っている人たちがいるのでしょうか、まだ実態は見えてこない。多くの作業療法士が認知症リハに協力してくれれば、当事者・家族の助けになると思います。
- ・進行性の疾患なのでリハビリには限界はあり、病識が無い方にとってはあまり意味があるとは思えない。リハビリで「改善」というよりはケアの方法の提案をするための「評価」にリハ専門職のスキルを活かせないだろうか？
- ・初期集中支援チームが開始となり、今後地域で生活している認知症の方やご家族様に対して作業療法士が関わる機会がより増えると思われます。地域によっては初期集中支援チームを疾患センターで受託し、実施している所もあると聞いていますので、疾患センターにおける作業療法士の配置基準の設備や疾患センター内での求められる作業療法士の役割・活動内容が明確になる事を期待します。
- ・時々ですが認知症患者様のリハビリについて相談を受けます。転院先としてリハビリ病院では受け入れ難しく結果、精神科病院を検討した場合リハビリ等してくれるものかという主旨での相談です。精神科病院へ問い合わせると認知症治療病棟を有している精神科病院でもリハビリはしないとの回答が多い気がします。実際には作業療法士がリハビリに関わっているので何かしらのリハビリは行われていると思われるので何ができて、何ができないのか説明してもらえると有難い。
- ・認知症疾患医療センターでリハを行うのではなく相談・連携の機能が重要だと思う。現状では地域に出たくても出にくい状況にある。
- ・認知症疾患医療センタースタッフ向け認知症ケアやリハビリテーションに関する研修の場が必要だと思う。
- ・総合病院のため、認知症に特化したリハビリというよりは、認知症がある方に対して、他の主疾患メインでリハビリを考えていくことが中心です。
- ・リハビリを行うことで生活にメリハリをつけることに効果がある。リハビリに通うことで、外出を意識したり、他者との接触の機会を得て、社会参加ができる。治療の一翼として積極的に取り入れるべきと考えている。

Ⅱ 認知症医療疾患センターにおけるリハビリテーションに関する先駆的事例の紹介

1. 目的

認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する医療・介護連携の実態調査結果から、先駆的にリハビリテーションに関する取り組みを行っているセンターについて、具体的な取り組みの調査を行い、リハビリテーションに取り組む上での課題を明らかとする。

2. 方法

- 1) 認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する医療・介護連携の実態調査結果から、先駆的にリハビリテーションに関する取り組みを行っているセンターを選定した。
- 2) さらに、推進検討委員会にて、一般病院、総合病院、精神科、診療所などの医療機関種別及び基幹型、地域型などの認知症疾患医療センターのタイプ別を考慮し、訪問にて取り組み状況を具体的に把握する13か所の認知症疾患医療センターを選定した。
- 3) 選定した認知症疾患医療センターに対し、訪問による調査協力依頼を行い、同意の得られたセンターについて研究協力員の二名が訪問にて事例調査を行った。
- 4) 事例調査時のヒアリング内容は別添2のとおりである。

3. 結果

以下の特徴的な取り組みが見られた。

1) ADL/IADL の回復に向けた入院時の取り組み

- 入院時から作業療法士が関わり、退院前訪問による生活環境の整備、指導など退院後の生活を想定した丁寧な退院支援を実施している。
- 総合病院において、独自の認知症スクリーニングシステムを取り入れ、入院時から退院後の生活を想定した多職種での退院支援を実施している。
- 作業療法士が専従し、院内デイケアを取り入れ、認知症があっても全ての患者に対して退院後の生活を見据えて入院中から活動・参加の機会を提供している。
- 院内に認知症サポートチームを設け、認知症の方が穏やかに、また生きがいややりがいをもって暮らしていけるよう切れ目のない個別支援を重視している。

2) 退院後の ADL/IADL の維持に向けた取り組み

- 在宅退院支援は精神科退院前訪問を実施し、環境（物理的、社会的）評価や本人の価値を置いている活動の把握など情報共有を行っている。また、退院後（3カ月）も訪問を継続し、BPSDの再燃予防や生活状況のモニタリングを行い、地域生活が円滑に送れるよう、多職種と連携し支援を行っている。
- アウトリーチチームが直接自宅や施設へ出向き、関係機関と連携した、困難ケースの受診調整や生活指導等を行う

3) 在宅での ADL/IADL の自立維持に向けたとの取り組み

- 介護保険未申請の認知症の方を対象に、訪問リハビリテーションで在宅でのADL/IADLの継続に向けた支援を行っている。
- 連携シートを用い、スムーズな情報共有と連携体制の構築を目指した仕組みづくりを行っている。
- 介入の際にリハビリテーションの視点を付与することで予防の概念を取り入れた在宅生活の継続のケアプラン作成をケアマネに向けて支援している。
- 外来で本人に対しては能力評価と共に作業療法の実施し、併せて同時間に家族に対して家族心理教育プログラムを実施している。

4) 認知症疾患医療センターとしての特徴的な取り組み

(1) 相談・受診支援

- 認知症疾患医療センターに作業療法士を専任として配置。初診前に自宅又は施設等へ訪問し、認知機能評価や ADL/IADL 等の評価を実施。医師が重症度や緊急度の状況を把握しやすいように情報共有している。また、本人や家族との関係性の構築やスムーズな受診へと繋がっている。

(2) 認知症初期集中支援チームへの支援

- 地域の社会資源に対し、作業療法士を含む初期集中支援チームの活動を積極的に広報した結果、様々な生活の困りごとに対する相談が急増している。最近ではスーパー、パチンコ店、温泉施設、ドラッグストアなどからの訪問依頼が急増している。具体的には、商品の袋詰めや支払い、自動車の駐車位置など実生活の困りごとに対して即時に対応している。
- 病院に所属する作業療法士を市認知症初期支援チームに派遣し、チームの活動を支援している。
- 在宅生活困難者に対して、認知症初期集中支援チームの訪問や往診を行うことで、在宅生活継続の支援を（早期から）行っている。

(3) 関係職種への啓発普及

- 認知症のリハビリテーションの取り組みを広めるため、地域リハビリテーション広域支援センターとの共催で連絡協議会を開催している。
- 認知症のリハビリテーションの取り組みを広めるため、県内の作業療法士や介護職員等を対象に研修会を開催している。
- 関連施設を含めた全職員に認知症に対する知識とよりよい接し方の教育や研修を行い、認知症の方や家族を中心としたケアを心がけている。

5) 地域づくりへの取り組み

- センターの徒歩圏内に制度外のサービスを含め高齢者の様々な活動の場を提供できるよう、地域に生活の拠り所を拡大している。
- 孤独死や引きこもり等の課題が多い近隣都営住宅にて、地域住民と協力しながらの早期発見・早期対応に向けた無料健康相談を開催している。
- 若年性認知症の人の就労継続支援と退職後も引き続き「働く」ことや社会の役にたつことが叶う場づくりを実践している。
- 参加者同士が自主活動・社会参加の場として積極的に運営に関わる「もの忘れカフェ（認知症専用デイサービス）」を開設している。

調査の同意が得られ、研究期間内に取りまとめた9事例について、以下に具体的に例示する。

石川県認知症疾患医療センターの取組 ～地域でADL/IADLを継続するための取り組み～

- 入院時から作業療法士が関わり、退院後の生活を想定した丁寧な退院支援を実施している。
- 介護保険未申請の認知症の方を対象に、訪問リハビリテーションで在宅でのADL/IADLの継続に向けた支援を行っている。
- 認知症のリハビリテーションの取り組みを広めるため、県内の作業療法士や介護職員等を対象に研修会を開催している。

【担当圏域の基礎情報】

	石川県	石川中央圏域
人口	1,166,315人	724,412人
高齢者人口(高齢化率)	276,690(23.7%)	149,238(20.6%)
認知症疾患医療センター数	2箇所	1箇所



【石川県認知症疾患医療センターの概要】※調査票から予め記入

類型	地域型
医療機関種別	精神科病院
設置主体	都道府県
病床数	400床
新規入院患者数	194人
平均在院日数(100日超の入院者数)	85.4日()
在宅退院率	63.4%
再入院率(3ヵ月)	14.0%
配置職員数	医師 看護師 作業療法士 PSW 臨床心理職 事務職

【退院後の生活を意識した入院医療の取り組み】

精神科急性期病棟で認知症のBPSD治療を実施(50床)

- ① 入院時に介護支援専門員との連携
入院時の診察に家族だけでなく介護支援専門員も同席し、在宅での状況の情報収集と治療目標の確認、退院後の継続支援について合意形成している。
- ② 病棟ミーティングでの治療目標とADLのゴール設定
治療目標を医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士で共有し、退院先に合わせて歩行や排泄等のADLの目標設定を実施している。
- ③ 入院中のADL/IADLを維持する為の作業療法
心身機能に合わせて車椅子や歩行車を適合し、運動プログラムなどなじみの作業を導入している。役割に合わせて調理等のIADL能力の評価や練習を行っている。
- ④ 在宅生活の場でのADL/IADL評価と環境調整
退院前に自宅や通所施設を訪問し、排泄や移動、調理等を実際に行っている。福祉用具の導入や住環境の整備、家族・介護スタッフへの対応方法の指導を実施。
- ⑤ 地域スタッフを交えた退院時カンファレンス
退院前には介護支援専門員や通所介護職員等とカンファレンスを行い、BPSDへの対応や介護方法の指導、通所介護での活動内容を助言している。
- ⑥ 退院後もADL/IADLを維持する為の生活行為の申し送り書
介護支援専門員や介護職員に対して、本人が継続したい生活行為や、現状の能力と予後予測、継続してほしいプログラムについて書面で申し送りを行っている。

【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

- 石川県が主催する「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」への派遣
県の研修会で作業療法士がADL/IADL障害に焦点を当てた対応等の講義を担当している。事例検討会では生活障害とADL/IADL向上の視点で助言している。
- 看護師に対する研修会でのADL/IADLの視点的普及
県が主催する研修会で認知症のリハビリテーションについて講義し、ADL/IADLの視点を普及している。
- 石川県内の作業療法士に対する研修会の開催
県内の地域包括支援センター、精神科病院、地域基幹病院に勤務する作業療法士を対象に、平日4日間の研修会を年1回開催し、認知症の作業療法法に関してOJTを実施している。
- 河北郡市の医師会・介護支援専門員等との医療・介護連携の支援
かかりつけ医・介護支援専門員と協働して「一緒にやろう勉強会」を開催。BPSD予防を目的とした医療・介護連携ツールを作成し、圏域において活用している。介護サービス職員への研修会を開催し、地域でのADL/IADL向上を支援している。

【外来診療における在宅生活支援の取り組み】

- 訪問リハビリテーションの取り組み
介護保険未申請者やADL低下者に対して、訪問リハビリテーションにて排泄行為や調理・買い物などのIADLを確認、BPSDへの対応指導などを行っている。訪問時に地域包括支援センター職員も同行し、介護予防事業や通所サービスへの移行支援を実施。
- 外来作業療法での取り組み
介護保険未申請者や通所介護を拒否するケースについては、外来作業療法で本人の興味や能力に合わせた作業を導入し、その作業を通所先で継続できるように情報提供を行う等、移行支援をおこなっている。

【地域生活の支援】

- 市町村のボランティア育成講座での講演活動
市町村の一般住民を対象に、認知症予防のための生活習慣の講演や自立支援のための生活用具の工夫などの講演活動を年1回ずつ行っている。
- 若年性認知症と家族の会の支援
若年性認知症と家族の会「てるてる」の活動の一環で、「認知症のリハビリテーション」の講演やシンポジウムを行う等、家族会活動を支援している。

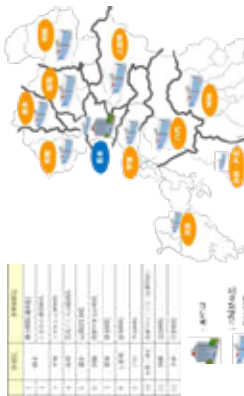
熊本大学医学部附属病院神経精神科・熊本県基幹型認知症疾患医療センターの取り組み

認知症疾患医療センターと精神科病院等の専門医、かかりつけ医等との更なる多職種連携強化により、認知症医療体制「熊本モデル」の3層構造の充実を図る

- 専門的医療機関としての機能 → 認知症原因疾患別の鑑別診断、専門医療相談（電話、面接、訪問）、認知症専門の人材育成、地域拠点型センター間の連携
- 入院・外来における作業療法士の関わり → ①退院前訪問による生活環境の整備、指導 ②外来患者・家族へ集団レクおよび家族心理教育プログラム施行

【実施地域の基礎情報】

熊本市	類型	基幹型
人口 (H29年1月)	医療機関種別	一般病院 (神経精神科)
1,773,613人	設置主体	国立大学法人 熊本大学
高齢者人口 (高齢化率)	病床数 (神経精神科)	50床
513,885人 (28.8%)	受診経緯	かかりつけ医、サポーター、精神科病院(クリニック含む)、脳神経外科・内科病院(クリニック含む)、地域拠点型認知症疾患医療センター、院内コンサルト、地域包括支援センター、家族
認知症疾患医療センター数	新規入院 (H27)	220人
12箇所	平均在院日数 (H27)	67日
	訪問実施件数 (H27)	16件
	配置職員数 (H28)	医師:常勤26名, 精神保健福祉士:5名, 臨床心理士:3名, 作業療法士:3名, 言語聴覚士:1名, 看護師:2名, 保健師:3名



熊本県独自項目

- 基幹型事例検討会(6回/年)、地域拠点型事例検討会(3回/年)
- 熊本県かかりつけ医認知症対応力向上研修ステップアップ研修
- 熊本県認知症医療・地域連携専門研修 (認知症サポート医)
- 認知症にかかわる専門職のための養成講座
- 専門医養成講座 (専門医のための熊本ドメインシニアカンファレンス)
- 認知症初期集中支援チーム研修会
- 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修



【入院：退院前訪問への取り組み】

- 対象の疾患・病態に応じて、医師を含めた多職種協働の訪問を実施
- 退院先を自宅とする患者の病態と、在宅支援を支える家族介護者の状況・理解に応じたスタッフの組み合わせ(主治医・作業療法士・精神保健福祉士・認知症認定看護師・臨床心理士・言語聴覚士)を検討し、訪問を実施する。
- ADL指導は可能な限り支援者全員で共有する
- 退院後の訪問は行っていないため、在宅状況が理解できる家族やケアマネジャー、可能であればデイサービススタッフなど退院後の支援者にも同席を依頼する。本人を含めた全員で現在の病態と予後を確認し、本人の実際のADLを見てもらい、環境調整やADL指導を行う。退院後の生活状況は外来診察時に確認し、必要に応じて訪問を単発で行う場合もある。
- 訪問地域は熊本市内から県内遠方、離島、県外に及ぶ
- 医療・介護サービスの乏しい山間部や離島への訪問あり。場合によってはSkype等通信機器利用によるリハも行っている。

生活指導の一例

78歳 女性 DLB MMSE: 22
ワンショーンで短座、要介護1
ケアマネージャーも参加

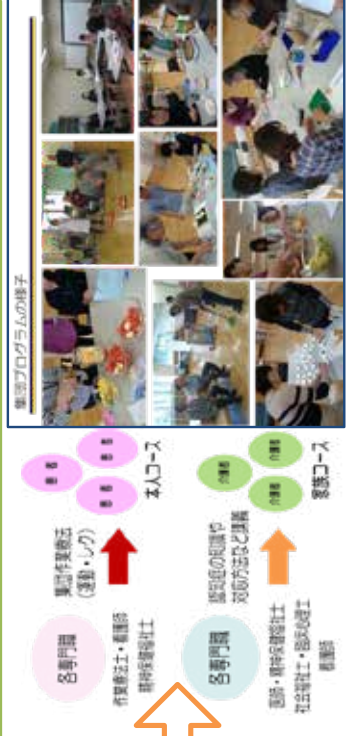
- ・風呂場の手すりの有無・位置
- ・シャワーチェアへの有無
- ・入浴時の動作を確認

安全面の指導

- ・手すりの追加 (縦方向)
- ・シャワーチェアの購入
- ・浴槽の淵に座ってから足を移動させる

【外来：介護保険未利用の若年認知症者とその家族介護者への集団心理教育プログラム】

- 【本人】集団で過ごすことに慣れる【家族】認知症病態への正しい理解、介護保険への理解、介護負担の軽減
- 「集団レクリエーション+家族心理教育」
- 同疾患・認知症レベルが近い同性を対象に4~5組をグループ化。本人コースと家族コースに分かれてそれぞれのプログラムを受ける(隔週金曜 10:00~11:30, 全6回を1クール)。作業療法士・看護師が本人対象の集団レクを運営。認知症専門医・精神保健福祉士・臨床心理士・薬剤師・認知症認定看護師が家族を対象に、「疾患教育、ケア対応、社会資源、薬、家族のメンタルヘルス」をテーマに座学を行う。
- 本人グループ、家族グループそれぞれの集団力動
- 集団プログラムに対する抵抗感の軽減、家族間での悩みの共有、問題解決についての意見交換。各クール終了毎に1~2組が介護保険申請を行っている状況。未申請の場合でも外来受診時にフォローを行い関わりを継続している。



荒尾こころの郷病院 熊本県地域拠点型認知症疾患医療センターの取り組み

- 小学校や老人会、企業等への認知症サポーター養成講座を積極的に実施している。
- 地域のスーパー、温泉施設、パチンコ店、ドラッグストアなどへの普及・啓発を行い、認知症の人の相談に即対応している。
- 地域の社会資源に対し初期集中支援の広報を積極的に実施し、様々な生活の困りごとに対する相談が急増している。

【担当圏域の基礎情報】

	熊本県	有明圏域（荒尾市、玉名市、玉東町、和水町、南関町、最上町）
人口（H28年12月）	1,774,109人	161,320人
高齢者人口（高齢化率）	513,885（28.8%）	52,403（32.50%）
認知症疾患医療センター数	12箇所	1箇所

【荒尾こころの郷病院 地域拠点型認知症疾患医療センターの概要】

類型	地域型
医療機関種別	精神科病院
設置主体	医療法人 赤心会
病床数	272床
新規入院患者数	53人（認知症患者のみ、H27年度）
平均入院日数	515.9日
（100日超の入院患者数）	（81人：H28年3月末現在）
在宅退院率	9人/53（年間）
再入院率（3ヵ月）	14.0%
配置職員数	医師 1（兼任） 看護師 0 作業療法士 0 PSW 2（兼任） 臨床心理職 1 事務職



【認知症初期集中支援チームと精神科訪問看護の取り組み】

- **認知症初期集中支援チーム**
病院に行かない、薬を飲まない、介護保険も申請しないなどの高齢者に対してかかりつけ医や認知症専門医と連携して、初期集中支援チームが介入し、定期的にモニタリング訪問を行うことで通院や介護サービスに繋がっている。
- **外来診察時の地域連携**
外来診察時にケアマネジャーや地域包括職員、PSW、初期集中支援職員等が同席したミニカンファレンスを開き、現在の健康状態や生活状況を確認し、サービス内容や対応方法の指導を行っている。
家族が精神疾患を患っているケースにおいては、介護方法の助言だけでなく、地域包括支援センターを通して市町の福祉課、警察、生活安全課なども連携している。
- **精神科訪問看護による継続支援**
外来患者に対して、看護師と作業療法士が定期的に自宅を訪問し、生活状況の確認と家族支援・環境調整等のアドバイスを行っている。

【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

- **2市4町を担当する地域拠点型認知症疾患医療センター事例検討会を開催**
認知症専門医の講義の他、地域の認知症に関わる医療・保健・福祉関係者からの事例発表による検討会自動車運転、成年後見人制度、医療連携などに関する研修会に参加し、地域の課題解決に役立てている。
- **地域ネットワークに関する会議・研修会に参加**
・在宅ネット荒尾：勉強会、会議（1回/2ヵ月）
・ほのぼの老人懇談会（6回/年）
・荒尾市認知症初期集中支援チーム検討委員会
・初期集中チーム員会議
・認知症サポーター養成講座：小学校（15回/年）、老人会、企業等
徐々に企業からの依頼が増加してきている。

【地域生活の支援】

- **初期集中支援による地域への広がり**
・平成25年から作業療法士と看護師、PSWがベアで訪問を実施。
・チーム員会議やケースの連絡調整や訪問頻度の管理を行っている。
・地域への広報活動を積極的に実施しており、最近ではスーパー、パチンコ店、温泉施設、ドラッグストアなどからの訪問依頼が増えている。
・商品の袋詰めや支払い、自動車の駐車位置など実生活の困りごとに対して即時に対応している。

【認知症の地域生活支援で大切にしていること】

- **「できない」ことの受容と「支援を受ける力」**
初期集中支援チームのモニタリング訪問と精神科訪問看護により、在宅の認知症高齢者は徐々に「できない」ことを受け入れ、穏やかさを取り戻し、精神的な健康を保つのに寄与している。

病識の低下から支援を必要と感じていない方が多いので「支援を受ける力」も重要視する関わりが必要である。初期集中支援は数回に渡って関わることで、受診のみでなく、その後の入院・入所や介護保険サービス受け際の拒否が少なくなるケースが多いため、スムーズな社会資源との連携が図りやすい。

上都賀総合病院認知症疾患医療センターの取り組み

～ 認知症があっても入院中から社会の中で生活していく仕組みを構築しながら～

- 総合病院において、独自の認知症スクリーニングシステムを取り入れ、入院時から退院後の生活を想定した多職種での退院支援を実施している。
- 作業療法士が専従し、院内デイケアを取り入れ、認知症があっても入院中から活動・参加の機会を提供している。

【担当圏域の基礎情報】

	栃木県(H28.10月)	鹿沼市(H28.10月)
人口	1,968,425人	98,170人
高齢者人口(高齢化率)	522,212人(26.7%)	26,926人(27.1%)
認知症疾患医療センター数	6箇所	1箇所

【上都賀総合病院認知症疾患医療センターの概要】

類型	地域型
医療機関種別	総合病院
設置主体	上都賀厚生農業協同組合連合会
病床数	352床(一般床302床、精神50床)
新規入院者数	5366人
平均在院日数(100日超の入院者数)	一般病床14.2日(42)、精神科62日(36)
在宅退院率	一般97.1%包括78.2%精神93%
再入院率	0.8%
配置職員数	医師 3名 看護師 0名 作業療法士 0名 PSW・SW 3名 臨床心理職 1名 事務職 (1名)

【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

○ かかりつけ医や医療・福祉関係職種等との地域連携の体制構築
「認知症連携カンファレンス」を年3-4回実施している。その他、「鹿沼地区の認知症を考える会」として、地域連携体制づくりのために医師会と共催して勉強会を開催している。また、市町村に向いて「認知症相談会」を開催している。

○ 「地域に開かれた病院」「鹿沼エリアの総合病院」として地域住民への啓発活動
鹿沼市や医師会、介護者の会等の後援をうけて、地域住民向けに「上都賀総合病院認知症疾患医療センター市民公開講座」を開催し、150名前後の人が参加している。市民が興味や関心を持ってもらう為に身の回りのことから認知症について取り上げている。また、病院内や地域に向いて認知症カフェの運営・支援に取り組んでいる。

【地域住民に対する普及啓発の取り組み】

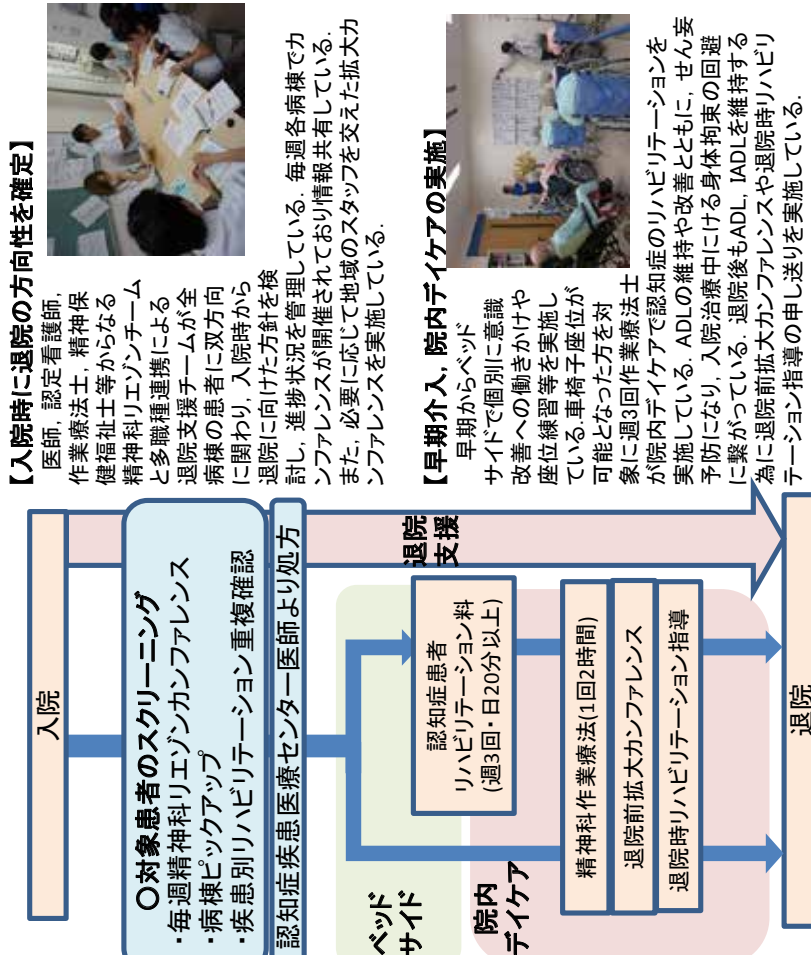
○ 認知症カフェの運営の取り組み

作業療法士を中心にプログラム等を作成し、院内多職種スタッフ・地域包括支援センタースタッフにより運営している。認知症患者や家族、地域のひととの交流の場を設け、認知症患者家族のサポートのみならず認知症の早期相談や受診に繋げている。院外ボランティアの方に積極的に参加してもらい、参加者がゆったりとくろく環境を作ることと生演奏の音楽を聴いたり、会話を楽しんだんでいる。地域の介護者の会から、疾患医療センターへ認知症カフェ開催支援の相談もあり、支援を院内から地域へと地域住民の中で徐々に拡がりをみせている。

【総合病院における退院後の生活に向けた入院医療の取り組み】

総合病院の一般床でせん妄や認知症の症状がある方、身体拘束をされている方に対し、入院時から退院支援、精神科リエンチームが関わり認知症疾患医療センターの医師よりリハビリテーションの処方されている。また、早期からの難床や院内デイケア等を導入し、身体合併症急性期のうちから退院後の生活を見据えた介入を行っている。その結果、一般床の68%の方が認知症の症状を有しているものの、医療処置等による入院治療が長引かない限り、90%を超える入院患者が在宅退院している。長期の入院となる重度の認知症で医療処置が必要な方に対しては、療養型の病院に繋いでいる。

～院内デイケアを取り入れた認知症のリハビリテーションの流れ～



栗田病院認知症疾患医療センターの取り組み～初診前訪問による認知機能評価やADL/IADLの情報収集～

○ 認知症疾患医療センターに作業療法士を専任として配置。初診前に自宅又は施設等へ訪問し、認知機能評価やADL/IADL等の評価を実施。医師が重症度や緊急度の状況を把握しやすいように情報共有している。また、本人や家族との関係性の構築やスムーズな受診へと繋がっている。

【担当圏域の基礎情報】

人口	2,907,262人(H28.10)	茨城県	那珂市
高齢者人口(高齢化率)	792,473(27.6%)H28.10)		54,110人(H28.10)
認知症疾患医療センター数	9箇所		1箇所

【茨城県認知症疾患医療センターの概要(H27年度)】

類型	地域型
医療機関種別	精神科病院
設置主体	医療法人社団有明会
病床数	203床
新規入院者数	145人
平均在院日数(100日超の入院者数)	119日(40名)
在宅退院率	20.7%
再入院率(3ヵ月)	13.1%
配置職員数	医師 2人 作業療法士 1人 臨床心理職 1人 看護師 1人 PSW 1人 事務職 0人



【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

○ 医療・福祉関係職種等との地域連携の体制構築
医師会や行政、地域包括支援センターと協働して、認知症疾患医療センター連携協議会を年3回開催している。

○ 認知症疾患医療センター主催の研修会の開催

認知症疾患医療センター主催での研修会を開催している。その他、他主催の研修会等での要望に応じて、疾患センター職員が講師等を務めている。

○ 介護支援専門員や家族会に対する研修会や講座の開催

出張ミニ研修会を開催している。介護支援専門員を対象に認知症に関する研修会や事例検討会等を開催している。地域包括支援センター主催の家族会にて、「認知症について」等の講座を開催する等、地域のニーズに合わせて小規模で実施し、「顔の見える関係」を構築できるようにしている。

【地域生活の支援】

○ 一般住民向けの認知症に関する研修会・講演会の実施

一般住民向けに出張ミニ研修会を実施している。地域包括支援センターと協力し公民館等を利用して、地域住民や民生委員等を対象に50名程度の参加者が集まって開催されている。また、平成28年度から、年4回、地域住民向けの認知症予防セミナーを実施している。

【外来診療における初診前訪問の取り組み】

平成26年5月より、当疾患センターや病院に電話相談があった後、認知症や認知症疑いで初診予約を取った方を対象に初診前に自宅又は施設等へ訪問する初診前訪問を開始している。目的としては、予約から初診までの待機時間を短くすることや、事前に訪問することで重症度や緊急度を把握し対応するため。

初診までの流れ

本人・家族・介護支援専門員・行政等から
電話相談

初診前訪問

初診

・訪問の了承を得た後、作業療法士や看護師が自宅や施設等に訪問を実施している。1回の訪問時間は1～2時間程度となっている。

・本人や家族、地域包括支援センターや担当ケアマネ等の関係者より、生活歴、現病歴、ADL (Barthel Index)、IADL(調理や掃除・洗濯等の他、金銭・服薬管理や車の運転等を含めて評価)、認知機能(HDS-R)、行動心理症状(NPI-NH)、家族の介護負担の評価(Zarit介護負担尺度)を実施し、医師と情報を共有する。

・訪問時の状況により、緊急度の高いケースは、早めの受診調整や医師やPSWとの相談のうえ、入院調整を行う場合もある。

初診前訪問を地域包括支援センターの担当者や行政の方と同行して行うことで、顔の見える関係となり相談ケースも増えてきている。生活上の問題が重度化する前に対応がとれることも増えてきている。訪問による情報がある状態で初回受診となる為、本人や家族と会話がスムーズに行われたり、安心できる環境が整うことが多い。また、訪問時の情報により初診時の診察、検査等の量的負担の軽減や待ち時間が少ないことも本人・家族の心的負担の軽減に繋がっている。

【退院促進の取り組み】

○ 退院前後に地域のスタッフとの連携

退院前訪問や、介護支援専門員や地域包括支援センター職員の方等と退院時カンファレンスを実施し、情報共有している。また、自宅退院時には家族にADL等の気をつける点や対応の方法、日中の過ごし方などを直接指導し、施設退院時は施設職員にサマリーを送付して在宅での生活が続けられるようにしている。退院後に施設等から対応方法等の連絡があった場合は作業療法士が電話対応する場合もある。

砂川市立病院認知症疾患医療センターの取組み

- 医療機関・行政・介護関連機関のみならず、住民とともに協働で認知症の方と家族を支える体制を構築している。
- 支援者の質を向上することで、地域における支援の普遍化、一般化を図っている。

【担当圏域の基礎情報】

	北海道(H28.1月)	砂川市(H28.1月)
人口	5,376,211人	17,769人
高齢者人口(高齢化率)	1,554,240人(28.9%)	6,338人(36.0%)
認知症疾患医療センター数	18箇所	1箇所

【砂川市立病院認知症疾患医療センターの概要】				
類型	地域型			
医療機関種別	総合病院			
設置主体	市町村			
病床数	498床(一般408、高齢者病棟40床、結核6、感染症4)			
新規入院患者数	8426名(精神科 430名)			
平均在院日数(100日超の入院者数)	精神科 45日			
在宅入院率	68.6%			
再入院率	14.1%			
配置職員数	医師	1名	看護師	1名
	作業療法士	0名	PSW・SW	1名
	臨床心理職	1名	事務職	0名



【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

I. 情報の共有と相談支援システム

- ①空知管内55カ所の医療機関にも忘れられ相談医として連携承諾を交わしている。それ以外約100ヶ所と連携している。
- ②中空知管内居宅介護支援事業所の介護支援専門員懇談会にて、MCI診断後のフォローやボランティアの可能性等の情報共有を実施している。
- ③地域包括支援センター6市5町村の管内包括支援センターと懇談会にて、地域における高齢者の情報共有や情報交換を実施している。
- ④北海道認知症疾患医療センター懇談会として、全道内の各疾患医療センターから医師1名とコメディカル2名がチームとなって参加して情報共有や学習会が開催されている。
- ⑤空知管内保健所等と認知症疾患医療連携協議会に参画し、各地の情報共有や自治体、高齢者施策等を紹介等を行っている。
- ⑥「みまもりんく」地域包括ケアネットワークシステムの導入(図1):砂川市立病院の電子カルテシステムに蓄積されているデータを各医療機関、介護・在宅医療機関がリアルタイムに参照できることにより、地域完結型の医療サービスの提供が可能となっている。

II. 認知症に関わる職員の質の向上システム

- ①地域の専門職に対する研修を開催:行政職員,医療専門職,ケアスタッフ,市民ボランティア等を対象に研修会や学習会,事例検討会を行い,質の向上を図っている。各職種の専門性を高めるとともに多角的な視点を持つことに繋がっている。
- ②施設訪問座談会を開催:GH等の各施設へセンター職員が訪問し,施設見学,認知症専門医にも直接意見交換できる場となっている。
- ③GH見学交流の後方支援:疾患医療センターが仲介しGH間での見学交流をコーディネートを行っている。
- ④砂川市立病院と空知中部広域連合において認知症初期支援チームを発足し,各自治体から人件費を出して専任チーム員を配置して対応していくこととなっている。

III. 認知症の方を支える地域づくりシステム(図2)

- ①NPO法人中空知・地域で認知症を支える会との連携
- ②認知症支援ボランティア「ぽっけ」におけるインフォーマル支援:認知症の家族が希望するサポートのアンケート調査を基に介護支援サービスで支援が難しい受診や買い物の付き添い等を有償ボランティアで支援している。ボランティアの養成や、依頼から派遣までがシステム化されており(図3)、必要に応じて迅速な対応ができています。H27年度は総活動時間は3300時間以上で、本人や家族、ケアマネージャー等にとって大事な社会資源となっている。
- ③地域住民に対する普及啓発の取り組み:介護家族を対象に関わり方や地域資源等の家族教室、DLBサポートネットワーク北海道によるレビー小体型認知症のご本人やご家族の交流会、市民健康フォーラム、認知症のご本人と家族と医療・介護・福祉の多職種が記入して連携し合い生活状況を把握してよりよい生活を実現するための支え合い連携手帳の普及、地域連携パスが取り組まれている。



図1. 「みまもりんく」地域包括ケアネットワークシステム 図2. 認知症の方を支える図 図3. ボランティアコーディネート

【作業療法士による入院からの取り組み】

病院に所属する作業療法士が兼務する形で砂川市認知症初期支援チームに加わっている。(H29年度から稼働予定) 在宅退院支援は精神科退院前訪問を実施し、環境(物理的、社会的)評価や本人の価値を置いている活動の把握など情報共有を行っている。また、退院後(3カ月)も訪問を継続し、BPSDの再燃予防や生活状況のモニタリングを行い、地域生活が円滑に送れるよう、多職種と連携し支援を行っている。

千葉県東葛北部認知症医療センターの取組 ～自宅での生活を継続するための取り組み～

- 在宅生活困難者に対して、認知症初期集中支援チームの訪問や往診を行うことで、在宅生活継続の支援を（早期から）行っている。
- 介入の際にリハビリテーションの視点を付与することで予防の概念を取り入れた在宅生活の継続のケアプラン作成を行っている。
- 認知症のリハビリテーションの取り組みを広めるため、地域リハビリテーション広域支援センターとの共催で連絡協議会を開催している。

【担当圏域の基礎情報】

	千葉県	東葛北部圏域
人口	6,269,146人	1,366,252人
高齢者人口（高齢比率）	1,594,304（25.4%）	344,385（25.2%）
認知症医療センター数	10箇所	1箇所

【千葉県認知症医療センターの概要】

類型	地域型
医療機関種別	神経内科リハビリテーション病院
設置主体	（医）弥生会
病床数	87床
新規入院者数	60人
新規入院者数（100日超の入院者数）	85.9日（14人）
平均在院日数	77.6 %
在宅退院率	8.3 %
再入院率（3ヵ月）	
配置職員数	医師 1 看護師 1 作業療法士 0 PSW 1 臨床心理職 1 事務職 1



【退院後の生活を意識した入院医療の取り組み】

回復期リハビリテーション病棟で認知症の方のADL/IADL訓練を実施（87床）

- ① 入院時の介護支援専門員との連携
入院前の生活状況の情報として介護支援専門員から千葉県地域生活連携シートの提供を受け、入院時の心身機能と比較をし予後予測の参考としている。
- ② 初回評価時での治療目標とADLのゴール設定
目標設定・支援等管理シートに基づいた治療目標を医師・看護師・作業療法士などで共有し、本人や家族の望む退院後の生活実現のための目標設定を実施している。
- ③ 入院中のADL/IADLを向上する為の作業療法
できるだけ入院前の生活と同等な生活を送れるように心身機能の回復に合わせた運動プログラムと並みじく作業を提供し、必要に応じて新しい環境に適応するための練習も行う。役割に合わせて調理等のIADL能力の評価や練習も行っている。
- ④ 在宅生活の場でのADL/IADL評価と環境調整
退院前に自宅や入所施設を訪問し、住環境を調査。調査結果に基づき必要な訓練と環境調整を行った後に外泊訓練を行い本人・家族の意向に沿った最終調整を実施している。
- ⑤ 家族の介護負担軽減も考慮したサービス調整
入院生活や外泊訓練での状況をもとに、退院後の本人・家族の在宅生活への不安を軽減するために必要なサービスを介護支援専門員に提案し、本人・家族が納得できるまでサービス調整を図っていく。

【認知症医療センター事業の概要・状況】

- 認知症初期集中支援チーム
松戸市内の地域包括支援センターから依頼のあった認知症者に対し、身体状態・住環境の評価を行い、環境調整や通所リハビリなどサービス利用を提案し自立生活継続のための援助を実施。
- 「認知症コーディネーターフォローアップ研修会」の運営
松戸市認知症コーディネーター研修の事務局として企画・運営をしている。
- 地域ケア会議への協力
地域ケア会議に参加し、地域の見守り活動を充実させるためのマンパワーの掘起こしや子供たちに高齢者の理解を深めるための取り組みなどについて地域住民とともに話し合い、問題解決に向けた取り組みに結びつけている。
- 認知症ボランティア養成の協力
認知症サポーターの希望者からなる「オレンジ協力員」に対する研修に協力するとともに、実際に地域の認知症者支援する場を提供し、ボランティア実践の援助を行っている。

【外来診療における在宅生活支援の取り組み】

- 往診や認知症初期集中支援チームによるアウトリーチ
在宅生活困難者に対して、往診や認知症初期集中支援チームの訪問を行うことで、在宅生活継続の支援を早期から行っている。その際、リハビリ職は受け入れの悪い患者に対して体力低下をきっかけにした介入を行ったり、環境調整や通所系サービスの利用など予防の概念を取り入れた在宅生活の継続のケアプランを提案。
- 認知症コーディネーター・ボランティアの活用
上記「認知症コーディネーター」、「オレンジ協力員」に加え、地域リハビリ支援事業で養成した「生活リハビリ普及員」など地域ボランティアを認知症者の受診付き添いやサロンへの誘導など地域の認知症の人の支援者として活動の依頼をしている。

【地域生活の支援】

- 地域ケア会議
地域ケア会議に参加し、地域の見守り活動を充実させるためのマンパワーの掘起こしや子供たちに高齢者の理解を深めるための取り組みなどについて地域住民とともに話し合い、問題解決に向けた取り組みに結びつけている。
- 連絡協議会
認知症のリハビリテーションの取り組みを広めるため、地域リハビリテーション広域支援センターとの共催で連絡協議会を開催しリハビリテーションの視点や予防の概念を取り入れた地域包括ケアについて議論している。

内田病院認知症疾患医療センターの取り組み

～地域医療を支えるまちづくり～

- 院内に認知症サポートチームを設け、認知症の方が穏やかに、また生きがいややりがいをもって暮らしていけるよう切れ目のない個別支援を重視。
- 関連施設を含めた全職員に認知症に対する知識とよりよい接し方の教育や研修を行い、認知症の方や家族を中心としたケアを心にかけている。
- センターの徒歩圏内に制度外のサービスを含め高齢者の様々な活動の場を提供できるよう、地域に生活の拠り所を拡大している。

【担当圏域の基本情報】

群馬県		沼田利根保健康医療圏
人口	2,005,320人	86,246人
高齢者人口(高齢化率)	544,024人(27.1%)	27,211人(31.6%)
認知症疾患医療センター数	13箇所	1箇所



【担当圏域の基本情報】

類型	地域型	新規入院患者数	274人
医療機関種別	一般病院(老年内科)	平均在院日数 (100日超過者)	40.9日(7人)
設置主体	(医)大誠会	在宅復帰率	地域包括ケア病床 74.0% 回復期リハビリ病床 62.9%
病床数	99床 (地域包括ケア病床12、障害者 病床37、回復期リハビリ病床50)	配置職員数	医師4、看護師1、作業療法士1、 PSWI、臨床心理職1、事務職0

【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

【専門職に対する研修】

かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症ケア研修会(各年2回)。多職種向け勉強会多数。

【地域住民に対する普及啓発】

市民公開講座(年1回)、家族交流会(年4回)、認知症カフェ(月1回)を開催。
小学生を対象とした模擬徘徊捜索訓練「命の宝さがし」(年1回)を開催。

【認知症の方の見守り体制の構築】

沼田市の認知症ハイリスク者登録制度を運営。対象者が所在不明となった際には関係機関(民生委員、自治会、消防団、介護事業サービス)や協力機関(ガソリンスタンド、コンビニなど)からなる「認知症にやさしい地域づくりネットワーク」(所在不明者探索ネットワーク)へ情報を発信し早期発見・保護に役立てている。



➡ 大人から子供(障害児・者含む)まで地域全体で認知症を見守る体制を構築

【退院後の生活を意識した入院医療の取り組み】

① 在宅生活の場でのADL

評価と環境調整
退院前に自宅・在宅施設を訪問し、実際に排泄や移動動作の確認を実施。随時実施する評価結果に基づいたリハビリを提供するとともに、福祉用具の導入や住環境の整備、家族・介護スタッフへの対応方法の指導を実施している。

④ 認知症サポートチームとの共働

院内の認知症専門医、老年看護専門看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、臨床心理士など多職種からなるチームと協働し認知症の方や家族支援・指導を行う。職員教育だけでなく、研修会の開催により、認知症に対する正しい知識とよりよい接し方を伝えることで地域の認知症診療をリードしていく。

② 退院後利用予定サービスの見学・実地訓練の実施

退院後利用が予想される通所リハビリや老人保健施設、在宅系施設などへ実際に歩いて行う実地訓練は、スタッフや環境に慣れスムーズが利用に繋がっている。

③ 本人・家族に対する

きめ細やかな現状説明
主治医からの病状の説明に加え、随時医療サービス、介護サービス類の説明・見学を行い、明確な目標のケアプラン作成につなげ、本人や家族の安心に結び付けている。

⑤ 地域医療連携室が窓口となり院内・地域の連携

各フロアの患者の症状の変化やニーズ把握に努め、地域の病院や事業所と即座に連携できるシステムは早期介入・退院に繋がっている。

【外来診療における在宅生活支援の取り組み】

○ 通院困難者への対応

往診や送迎車での個別対応を実施。事前に聞き取りを行い、電子カルテにて対応上の注意事項を共有している。また、検査と診察を同日に行い通院回数を少なくしている。

○ 介護保険サービス移行への取り組み

外来リハビリ時から隣接の短時間デイケア等の見学・体験を行うことにより、雰囲気になじみやすく、介護保険サービス移行がスムーズになるようにしている。短時間利用から徐々に一日利用への移行も検討し、在宅生活を長く続けられるようにサービスを提供している。

○ 初期集中支援、緊急往診

沼田市から認知症初期集中支援チームの委託を受け、介護保険サービスにつながない患者や受診が途切れた患者等に対し専門職によるサポートを実施している。また、BPSDが悪化した患者には緊急往診を行うなど、早期対応を徹底している。

【地域生活の支援】

◆ 制度外のサービス提供

トレーニングセンター^①や畑^②、ラウンジ^③などを併設し、介護保険サービス外の様々な安心な活動の場を提供している。



◆ まちづくり事業

保育園や学童保育^④、放課後デイサービスなど子育て支援事業^⑤、利根沼田地域リハビリ広域支援センターでの介護予防サポーター育成^⑥など地域医療を共に支えるサポートをしている。

～地域全体を継続的に支援するための取り組み～

- アウトリーチチームが「直接自宅や施設へ出向き、関係機関と連携した、困難ケースの受診調整や生活指導等を行う」
- 連携シートを用い、スムーズな情報共有と連携体制の構築を目指した仕組みづくり
- 孤独死や引きこもり等の課題が多い近隣都営住宅にて、地域住民と協力しながらの早期発見・早期対応に向けた無

【認知症アウトリーチチーム】

		東京都	区西部圏域
人口		13,159,388人	1,190,628人
高齢者人口（高齢化率）		2,642,231（20.4%）	231,638（21.0%）
認知症患者医療センター数		47箇所	3箇所

【東京都認知症疾患医療センターの概要】

類型	地域型			
医療機関種別	一般病院			
設置主体	社会福祉法人浴風会			
病床数	250床			
新規入院者数	338人			
平均在院日数（100日超の入院者）	回復期98日 地域包括ケア病棟45日（）			
在宅退院率	74%			
配置職員数	医師	3	看護師	2
	作業療法士	1	PSW	3
	臨床心理職	1	事務職	2
	介護福祉士	2		



【浴風会病院認知症疾患医療センターの役割】

- 1 専門医療機関としての役割
 - ・専門医療相談の実施・・・PSWが認知症の様々な相談対応
 - ・鑑別診断、初期対応時の取り組み・・・かかりつけ医と協働で認知症を支える
 - ・身体合併症・周症症状への対応・・・地域内の精神科入院への協力
- 2 地域連携の推進機関としての役割
 - ・区の認知症施策との協働
- 3 人材育成機関としての役割
 - ・かかりつけ医、看護師、多職種向けの認知症対応力向上研修

【医療と介護の連携シートを活用した連携】

杉並区・高井戸圏域では平成28年8月より、「医療と介護の連携シート」を作成。家族や医療機関、ケアマネジャー、かかりつけ薬局など関係者が記載し、ご本人やご家族が保険証と一緒に携帯することで関係機関のスムーズな連携体制づくりを推進している。また行方不明高齢者の早期発見のためのツールとしても活用。

[illegible]

【地域の関係職種向け認知症対応力向上研修の開催】

- ・かかりつけ医認知症研修
圏域内のかかりつけ医・サポート医を対象に年2回開催。今年度から圏域内の歯科医師にも参加要請。
- ・看護師認知症対応力向上研修
圏域内の病床を持つ病院勤務の看護師を対象に年4回開催。圏域内所属の認知症看護認定看護師で講師を担当。
- ・多職種協働研修
認知症に係る関係職種が集まった事例検討会。年1回の開催。

【近隣都営住宅での無料健康相談会開催】

孤独死や引きこもり、精神疾患ケース等の課題の多い近隣の都営住宅にて、従来から行われているリハビリ教室と共催し、精神保健福祉士、看護師、作業療法士等の専門職を派遣した無料健康相談会を開催。

参加者の健康相談は大前提に、健康志向の高い参加者の近所問題についてもお話を伺うことで、課題の多い世帯の実態把握に努める。今後は地域住民や関係機関と協力した訪問体制の整備も検討しており、都営住宅のちつ課題の早期発見・早期対応の実現を目指す。

平成28年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業」
一般社団法人日本作業療法士協会
会長 中村春基

認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する実態調査票

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

◆本調査は、リハビリテーションに関する医療・介護連携の先駆的取り組み事例をまとめることを目的に、平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業」の交付を受け実施するものです。

先駆的な取り組みについては、下記の実態調査でスクリーニングを行った上で、後日インタビュー調査を行い、事例としてまとめ、国の方に提出していきたいと考えています。

つきましては、研究の趣旨を是非ご理解の上、調査へのご協力の程、どうぞよろしくお願いいたします。

【ご回答いただくに当たって】

◆調査票は、認知症疾患医療センターの代表者または認知症疾患医療センターの日常業務に携わっている方にご回答をお願いできればと思います。

◆すべての項目に対し2016年4月から9月まで6か月間の実績をご記入ください。

◆尚、回収状況を確認するために調査票にはID番号が付してありますが、回答がない場合でも一切の不利益はございません。

◆ご多忙のところ誠に恐縮ですが、平成28年11月18日(金)までに、調査票の質問にご回答の上、「認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業」調査票と合わせ、同封の返信用封筒でご返送いただけますようお願い申し上げます。

問い合わせ先 電話番号:076-281-1125(担当 村井千賀, 塩田繁人)
受付時間9:00-17:30 (月曜～金曜)
石川県立高松病院

本調査票は「認知症疾患医療センターにおけるリハビリテーションに関する医療・介護連携の実態調査」です。

【Ⅰ 認知症のリハビリテーションについて】

1. 「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常生活を自立し継続できるよう推進する」と新オレンジプランに明記されていることを知っていましたか。

①知っていた

②知らなかった

【Ⅱ 認知症疾患医療センターの活動】

1. リハビリテーションに関する相談の有無

①ある

②ない

③わからない

質問Ⅲにお進みください

2. 1. で、①あると答えた方について、リハビリテーションに関する相談状況で、よく相談を受ける機関や職種について最も多いところ上位3つに○をつけてください。

①かかりつけ医

②一般病院

③精神科病院

④介護支援専門員

⑤市区町村

⑥地域包括支援センター

⑦介護保険施設

⑧その他()

3. リハビリテーションに関する研修会を開催していますか。

①開催している

②開催していない

4. 認知症の方への支援について、該当する項目があれば○もしくは記入をお願いします(複数回答可)。

該当すれば○

a) 自宅や介護施設へ訪問し、ADLやIADLの向上に向けた環境整備や助言を行っている。

()

b) 自宅や介護施設へ訪問し、余暇活動や役割活動の導入を行っている。

()

c) 自宅や介護施設へ訪問し、家族やケア提供者に介護指導を行っている。

()

d) 他病院へ出向き、認知症相談を行っている。

()

e) ほかの取り組みがあれば、具体的にご記入ください。

5. 地域との連携に際し、整備・構築しているシステム等があれば○を記入してください(複数回答可)。

該当すれば○

a) 認知症に関して、脳卒中地域連携パスのような連携パスがある。

()

b) かかりつけ医と情報共有するための書式がある。

()

c) 介護関係者と情報共有するための書式がある。

()

d) ICTを活用した連携がある。

()

e) ほかの取り組みがあれば、具体的にご記入ください。

6. 地域連携の取り組みについて、該当する項目に○および具体的取り組みを記入してください(複数回答可)

該当すれば○

a) 特に実施していない。

()

b) 区市町村等の地域と連携した何らかの取り組みを実践している。

()

実践している取り組みを具体的にご記入ください。

【Ⅲ 認知症の方の退院支援の実施状況】

1. 貴院において、認知症の方の退院先で最も多い項目、上位3つに○をつけてください。

- ① 自宅(主に在宅介護) ② 自宅(主にショートステイ)
 ③ サービス付き高齢者専用住宅
 ④ 有料老人ホーム ⑤ グループホーム
 ⑥ 介護老人保健施設 ⑦ 特別養護老人ホーム
 ⑧ 介護療養型医療施設 ⑨ 別の病院への転院
 ⑩ その他()

2. 退院に向けての取り組みで実施していることについて、該当項目に○を付けてください。(複数回答可)

該当すれば○

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| a) 入院時の地域のスタッフ(介護支援専門員等)を交えたカンファレンス | () |
| b) 試験外泊 | () |
| c) 退院前訪問 | () |
| d) 退院時の地域のスタッフ(介護支援専門員等)を交えたカンファレンス | () |
| e) 退院後訪問 | () |
| f) 退院先のスタッフへの情報提供 | () |
| g) 退院後、地域における症例・事例検討会 | () |

h) ほかの取り組みがあれば、具体的に記入ください。

3. 認知症の方が自宅に退院するに際し、退院後に利用する介護サービス等で利用頻度が高い項目、上位3つに○を記入してください。

- ① 通所介護(認知症対応型を含む)
 ② 小規模多機能型事業所
 ③ 通所リハビリテーション
 ④ 訪問リハビリテーション
 ⑤ 訪問介護
 ⑥ 訪問看護
 ⑦ 介護予防事業
 ⑧ その他()

【Ⅳ 精神科病院と一般病院との連携状況について】 以下は病院機関種別にお答えください。

Ⅳ-A. 精神科病院の方に質問します。

1. 認知症の方へのリハビリテーションに関する連携状況について、該当するものに○を付けてください。

該当すれば○

- | | |
|---|-----|
| a) 一般病院へ身体合併症や身体疾患に対するリハビリテーションについて紹介したことがある。 | () |
| b) 一般病院から認知症のリハビリテーションについて紹介がある。 | () |
| c) 特に連携はない。 | () |
| d) わからない。 | () |

2. 一般病院から紹介された患者で多い疾患について上位3つを選んで○をつけてください。

- ① 大腿骨頸部骨折後など骨折 ③ 心大血管疾患
 ② 脳血管疾患
 ④ 内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病等
 ⑤ 呼吸器系 ⑥ がん
 ⑦ 精神疾患(認知症を除く) ⑧ 神経系:神経難病等
 ⑨ その他()
 ⑩ その他()

3. 紹介元の一般病院で、最も問題となっている症状は何ですか。(複数回答可)

該当すれば○

a) 徘徊・立ち上がりによる転倒リスク	()
b) 暴言・暴力	()
c) 点滴抜去など投薬拒否	()
d) 理学療法・作業療法などのリハの導入困難	()
e) 看護行為困難	()
f) 食事摂取困難	()
g) 認知症の諸症状に家族対応困難	()
h) その他()	()

IV-B. 一般病院および診療所の方に質問します。

1. 認知症の方へのリハビリテーションに関する連携状況について、該当するものに○を付けてください。

該当すれば○

a) 精神科病院から身体合併症や身体疾患に対するリハビリテーションについて紹介がある。	()
b) 精神科病院へ身体合併症や身体疾患に対するリハビリテーションについて紹介したことがある。	()
c) 精神科病院から認知症のリハビリテーションについて紹介がある。	()
d) 特に連携はない。	()
e) わからない。	()

2. 精神科病院から紹介された患者で多い疾患について上位3つを選んで○をつけてください。

- ①大腿骨頸部骨折後など骨折
 ②脳血管疾患
 ③心大血管疾患
 ④内分泌・栄養・代謝障害：糖尿病等
 ⑤呼吸器系
 ⑥がん
 ⑦精神疾患(認知症を除く)
 ⑧神経系：神経難病等
 ⑨その他()
 ⑩その他()

3. 貴院から精神科病院に紹介するに際し、貴院で最も問題となっている症状は何ですか。(複数回答可)

該当すれば○

a) 徘徊・立ち上がりによる転倒リスク	()
b) 暴言・暴力	()
c) 点滴抜去など投薬拒否	()
d) 理学療法・作業療法などのリハの導入困難	()
e) 看護行為困難	()
f) 食事摂取困難	()
g) 認知症の諸症状に家族対応困難	()
h) その他()	()

V. 認知症疾患医療センターにおける認知症のリハビリテーションについて、お考えやご意見、ご要望等がありましたら、下記に自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

別添 2

認知症のリハビリテーションに関する医療・介護連携の

先駆的取り組み事例調査項目

対象医療機関名「

」

聞き取り調査ご担当者様「

」役職「

」

病院の概要	・ 病床数 ・ 認知症についての主な診療科 ・ 地域連携室の有無と職種毎のスタッフ数
認知症患者の 実態 ※年間で計上	【入院】 ・ 年間新規入院者数 ・ 入院となった患者のうち、認知症かかりつけ医からの紹介数 ・ 疾患割合 ・ 平均在院日数 ・ 退院前訪問の実施者数 ・ 退院時カンファレンスの件数（介護支援連携指導料・退院時共同指導料などの算定状況） ・ 退院後の訪問看護もしくは在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の実施者数 ・ 認知症リハビリテーション料算定者数（実人数） ・ 精神科作業療法算定者数（実人数） ・ 退院時リハビリテーション指導実施者数 【外来】 ・ 年間新規外来通院者数 ・ 外来となった患者のうち、認知症かかりつけ医からの紹介数 ・ 疾患割合 ・ カンファレンスの件数 ・ 訪問看護もしくは在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の実施者数 ・ 認知症リハビリテーション料算定者数（実人数） ・ 精神科作業療法算定者数（実人数）
認知症医療疾患センターの概要	・ 類型 ・ 職員数 ・ 認知症に関する相談数とその相談者、主な内容

	・ かかりつけ医からの相談数（うち、認知症かかりつけ医の数） ・ 地域の専門職に対する研修状況（テーマ、職種） ・ 地域の関係機関との連携状況 ・ 地域のサービス提供機関別指導の実施状況及び件数 ・ 地域住民に対する普及啓発の取り組み状況 ・ その他特徴的な取り組み
担当地域の概要	・ 担当地域の市町村数 ・ 連携する医療機関 病院 - 精神科病院 約（ ）箇所／かかりつけの割合（ ）％ 一般病院 約（ ）箇所／かかりつけの割合（ ）％ 一般診療所 約（ ）箇所／かかりつけの割合（ ）％
連携の取組（施設間の連携に限らず、広くお答えください）	
外来診療における連携の取り組み	・ 通院困難者への対応方法 ・ 介護からの相談内容 ・ 外来作業療法の導入へのかかわり
入院医療における、退院支援など連携の取り組み	・ 在宅復帰率と復帰先割合 ・ 一般病院または精神科、総合病院等からの紹介状況とその紹介内容 ・ リハを導入する際の取り組み ・ 退院するときの介護または市町村等の具体的連携の仕方
在宅生活を可能にするための連携の取り組み	・ 初期集中支援チームの取り組み
その他、新オレンジプランに記されている認知症リハビリテーションの理念を踏まえ、先駆的と貴施設が考える取り組み	・ たとえば、OT が在宅訪問をしていると在宅率が高い。ADL/IADL が維持されているといったことがあるのか・・・。

（参考）新オレンジプランより抜粋

「（適切な認知症リハビリテーションの推進）認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと

見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションの推進を図る。」

第六章 国際生活分類を活用した認知症のリハビリテーションの在り方の提案

I. 認知症の診断と生活機能について

(1) はじめに

①認知症施策推進総合戦略について

平成 27 年 1 月に政府が策定した認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）には、認知症の人の将来推計として 2025 年には 700 万人になるとしています。65 歳以上の約 5 人に 1 人という割合にまで増加すると考えられていて、誰もが認知症とともに生きる、または、介護者等として認知症に関わる可能性がある社会が想定されています。このような社会において認知症の人が「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことが目指されています¹⁾。認知症の人がご自分の暮らしを続けるために必要となる条件を考えたとき、同じく新オレンジプランに示されている、「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できる」ことが重要です。

②認知症の診断

認知症の診断基準はいろいろあります。代表的なものとして国際疾病分類第 10 版（ICD-10）や、最近第 5 版に改定された米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM-IV-TR、DSM-V）があります。いずれにも共通する認知症の診断の骨子は、一旦正常に発達した認知機能が後天的に何らかの脳の障害により持続的な低下をきたし、日常生活・社会生活に支障を生じるようになったこと、といえます。したがって、認知症の診断のためには、認知機能の低下という点と社会生活における障害という点の、両方の側面を把握する必要があります。一般に医療者は認知症をきたす疾病の診断、治療を行っているため前者についてはなじみがありますが、後者については必ずしも慣れ親しんでいないことがあります。しかし、認知症を診断するためには、前者すなわち医療モデルの観点だけではなく、社会モデルの観点をふまえた統合モデルの観点で、対象となる人を診ることが求められるといえます。

③国際生活機能分類

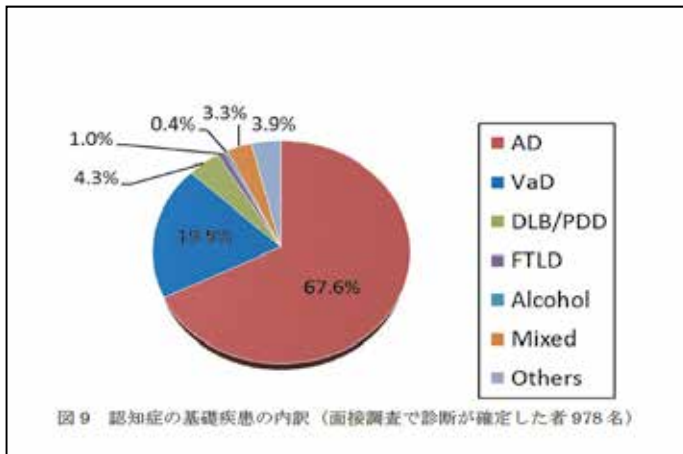
②で述べたように医学モデルがめざしていたものは、疾病の診断・治療であり、この考えに基づいて ICD（International Classification of Disease and Related Health Problem：疾病及び関連保健問題の国際統計分類）が使われているといえます。しかし、高齢社会の到来につれ、疾病構造が感染症を主体としたものから NCD（Non Communicable Disease）に移行するにつれ、NCD のもたらす障害や後遺障害自体をとらえることが必要になり、ICIDH（International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps：国際障害分類）が制定されました。しかし、障害を考えるにあたって、身体的な不自由が社会生活上の不利に必ずしも直結するわけではなく、そこには背景因子が大きくかかわってきます。個人のライフスタイルや性格といった個人因子や、家族、居住地、経済的問題といった環境因子です。このため統合的・相互作用的モデルとして、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）に改定されています。このような経過を考えても、認知機能の低下という点と社会生活における障害という点を把握する必要がある認知症の診断に ICF を用いることが有用であることがわかります。

(2) 認知症の診断と ICF

上にのべたような観点をふまえ、この章では認知症の人の状態を把握する際の ICF について、疾病の症状との関係から述べたいと思います。実際の現場で得られた経験や、本研究で行った調査の結果を踏まえて述べていますが、認知症の症状や認知症の人の背景因子には個人差も大きいことから、普遍的な定義ではなく、あくまで例示として参考にさせていただきたいと思います。

①認知症の種類

(1)神経変性疾患	
①アルツハイマー型認知症	
② 非アルツハイマー型認知症：	レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、神経原線維変化型老年認知症、嗜銀顆粒性認知症、PD-D、ALS-D、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、ハンチントン病など
(2)脳血管障害（脳血管性認知症）	血管性認知症、ビンスワンガー病、CAA (Cerebral amyloid angiopathy)
(3)その他の原因疾患 (Treatable dementia が含まれる) ※治療可能な認知症	
① 内分泌・代謝性中毒性疾患：	甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミン B ₁₂ 欠乏、ビタミン B ₁ 欠乏、ペラグラ、脳リポドーシス、ミトコンドリア脳筋症、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低酸素症、低血糖症、アルコール関連脳症、薬物中毒など
② 感染性疾患：	クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、脳寄生虫、進行性多巣性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍など
③ 腫瘍性疾患：	脳腫瘍（原発性、続発性）、髄膜癌腫症など
④ 外傷性疾患：	慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など
⑤ 脳液循環障害：	正常圧水頭症
⑥ 中枢免疫疾患：	神経ベーチェット、多発性硬化症、橋本脳症など
⑦ その他：	サルコイドーシス、など



（出典：「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H25.5 報告）及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』（H24.8 公表）、AD：アルツハイマー病、VaD：血管性認知症、DLB/PDD：レビー小体型認知症/認知症を伴うパーキンソン病、FTLD：前頭側頭葉変性症、Alcohol：アルコール性、Mixed：混合性、Others：その他）

認知症をきたす疾患には様々あります。この表はその代表的なものを示しています。認知症をきたす疾患を大きく3つのカテゴリにわけると、神経変性疾患、脳血管障害、その他の認知症となりますが、その他の中には **Treatable dementia**、いわゆる治療可能な認知症が含まれています。狭義の認知症は、表の中で太字にしたいいわゆる4大認知症、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症となりますが、臨床では、②の診断基準のところでのべたように、認知機能が低下し、生活が困っているという状態をきたすような非常に様々な疾患があります。その中で表に示したように、甲状腺機能低下などの内分泌・代謝性疾患では、治療により症状の改善が望める疾患が含まれており、正しい診断が望めます。その他、認知症以外の既存の疾病、心臓や肺疾患、肝疾患、糖尿病などは、低酸素、肺性脳症、肝性脳症、低血糖などをきたし協議の認知症に類する症状を呈することもあるため、診断には既往をよく把握する必要があります。そのほか、外科的な疾患、腫瘍、外傷、また高齢者に多い正常圧水頭症などもあり、いずれも正しく鑑別されることが必要です。図は、各疾患の内訳を示しています。臨床の現場によって実感する各疾患の頻度は若干異なるかもしれませんが、アルツハイマー病が最多で、次に血管性認知症という点はある程度共通理解を得られるところだと思います。

このように、認知症をきたす疾患は多数ありますが、本研究の報告書においては、まず4大認知症、特にアルツハイマー病を主として述べています。後の章で実例が示されていますが、アルツハイマー病の例を分析すると一定の傾向がみてとれます。まずはアルツハイマー病について考えることで、ICFをどのように実際の現場で活用していくかをモデル化していきたいと思います。

②ICFを用いることの意義

本研究班では、新オレンジプランに示されている、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進する」ことの実現のため認知症のリハビリテーションモデルを研究しました。実際の生活活動の現場で、どのように活用するかについて後の章に詳しく書いてありますので、ここではその前提となるよう、本章でまず疾患の診断における ICF、特に障害される精神機能について述べています。

③せん妄

疾患概念としては認知症とは異なりますが、実際の臨床の現場では頻度も高く、また急性期の間には認知症と鑑別できないこともあります。軽度～中程度の意識障害があり、幻覚、妄想、興奮などの精神症状を伴うことがあります。急性、亜急性に発症し、症状の日内変動が存在することも特徴とされています。せん妄の発症には、身体疾患や薬物などお背景因子が影響します。したがって、診断の際に考えるべき ICF としては、b:body functions 心身機能の中の全般的精神機能 (global mental functions)、特に b110 意識機能 (consciousness functions) となりますが、背景にある s:body structures 身体構造を把握する必要がありますし、意識障害のためにコミュニケーションが難しく、ご本人が訴えることができないような場合には、痛み (b280-b289) はその有無を積極的に調べる必要があります。薬物以外の e:environmental factors 環境因子としては、自然環境と人間がもたらした環境変化 (natural environment and human-made changes to environment) のうちの 光 (e240) や音 (e250) 等を評価することが必要です。これは特に ICU などの環境で影響が大きい因子といえます。

④MCI (軽度認知障害)

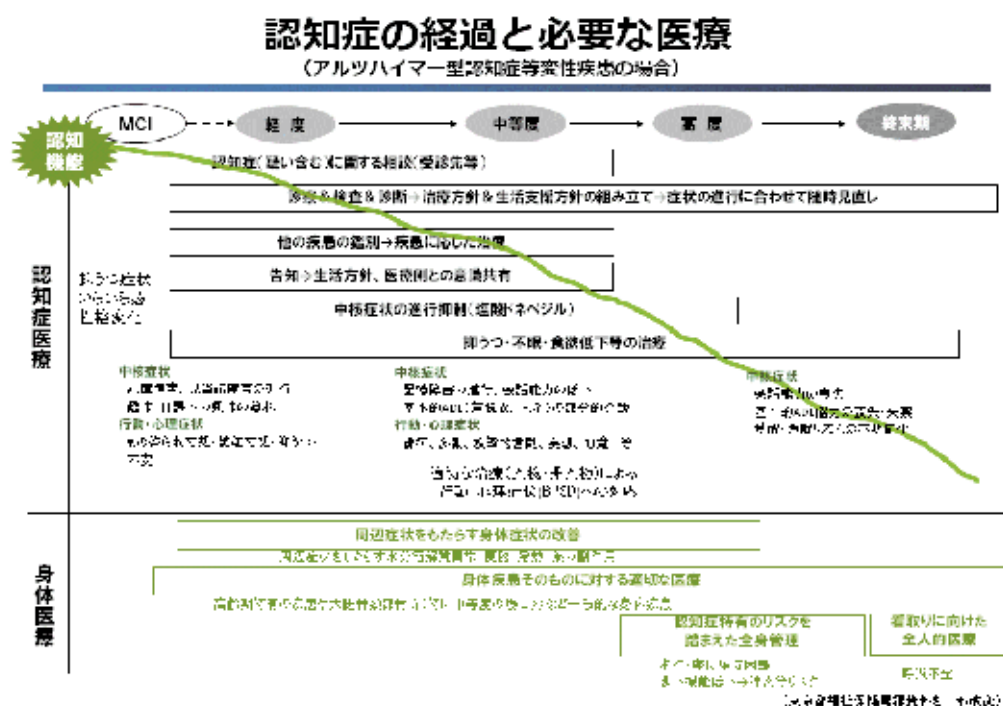
認知症の多くが進行性の変性疾患であることから、日常生活・社会生活に支障を生じるようになる前に、「認知機能の持続的な低下がおき、記憶障害の訴えが本人または家族から認められているが、日常生活動作は正常、全般的認知機能も正常で、年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない認知機能の低下 (記憶障害など) が存在するものの、認知症ではない」、という状態になることがあります。このような容態は MCI (Mild Cognitive Impairment) と称されることとなりますが、この際考えるべき ICF は心身機能のうち、精神機能となります。アルツハイマー病が背景にある場合には、特に個別的精神機能 (specific mental functions) のうち、記憶機能 (b144) となります。初期では長期記憶 (long-term memory b1441) は保たれ、記憶の再生 (retrieval of memory b1442) や、短期記憶 (short-term memory b1440) のほうが障害されやすい傾向にあります。MCI は年間で平均約 10%が認知症に進展するのではないかとされていますが、MCI のまま変わらない人や、認知機能の低下が改善する人もいるといわれており、必ずしもアルツハイマーの前段階だけではありません。背景となる疾患が異なった場合には、記憶機能以外の個別的精神機能が障害される可能性もあり、例えば前頭側頭型認知症が背景にある場合には、言語に関する精神機能 (b167 mental functions of language) などが障害される可能性もあります。

また、この時期に必ずしも認知機能だけが障害されるとは限らず、全般的精神機能の中で、活力と欲動の機能 (energy and drive functions b130) の障害となってあらわれることや、レビー小体型認知症を背景に持つ場合には、睡眠機能 (sleep functions b134) などが障害される可能性もあります。

この時期において、人によっては自身の認知機能低下を自覚し、仕事や家事などにおいて他人では気づかないような、わずかなつまずきなどに不安を抱かれることもあります。MCI の診断にあたっては、このような視点も望まれるところです。この観点からは、環境因子 (environmental factors) に着目しておくことが重要で、支援と関係 (support and relationships e310～e399) や、態度 (attitudes) 特に家族の態度 (individual attitudes of immediate family members e410) や知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成員の態度 (individual attitudes of acquaintances, peers, colleagues, neighbours and community members e425) について考えることは本人の状態を全体的に把握するためにも有用な場合があります。

MCI の人は、認知症の人の割合が高齢者の 15%であると推計した先の「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』の報告の中では、高齢者の約 13%と推計されています。認知症の人とほぼ同じ程度であり、多くの方がいると考えられています。MCI の人を診断する機会も多くなると考えられますので、上記のように全体像を

カ、ル、ハ、イ、ノ、病



これは認知症、特にアルツハイマー病など変性疾患による認知症の経過を模式したものに なります。④述べた MCI に引き続いて、軽度の認知症になり、徐々に進行し、中等度、高度そして終末期となっ ています。認知機能は疾患の進行に従い、様々な障害されていきます。初期では MCI で述べたように、近 記憶の障害が主になります。これにより、例えば約束を忘れたり、物の置き場所がわからなくなったり、 同じことを何度も繰り返すようになってきます。MCI と同じく精神機能の個別的精神機能のうち、短期記 憶 (b1440) と記憶の再生 (b1442) の障害であり、身体構造 (body structures) でいえば、神経系の構 造 (structures of the nervous system) のうちの、脳の構造 (structure of brain s110)、特に脳葉の 構造 (structure of cortical lobes) の中の側頭葉 (temporal lobe s11001) の障害ともいえます。実 際の生活の現場で考えれば、活動と参加 (activities and participation) における家庭生活 (domestic life)、特に家事 (household tasks d630～d649) や、家庭用品の管理 (caring for household objects)、 仕事と雇用 (d840～d859) などが障害される可能性があります。見当識機能 (orientation functions b114) や思考の速度 (pace of thought b1600) などの障害も比較的早期からみられるとされています。これら は、時にもの盗られ妄想や嫉妬妄想につながることもあり、これにより、対人関係 (一般的な対人関係 general interpersonal interactions d710～d729 や、家族関係 family relationships d760) などに障 害を生じることもあるでしょう。非中核症状としては、興味の薄れによって日課の遂行 (carrying out daily routine d230) が障害されたり、情動機能 (b152) が障害され、抑うつや不安などが生じやすいと されています。軽症の段階では、MCI の場合と同じく、ご自身あるいはご家族は、認知機能が落ちてきた という不安や疑いで受診しますから、支援と関係 (e310～e399) や、態度 (e410～e499) に留意し、必 ず適切な診断やアドバイスを行うことが望まれます。また、仕事と雇用 (work and employment d840～d859) や経済生活 (economic life d860～d879) に支障を生じたり、継続のために支援が必要になることも診断 時に留意しなければなりません。

中等度になると、病変は頭頂葉 (s11002) などに及ぶようになり、知覚機能 (perceptual functions)

の視空間知覚 (b1565)、計算機能 (b172)、言語に関する精神機能 (mental functions of language)、特に書き言葉の表出 (expression of written language b16711) に障害を生じるようになります。これにより、活動と参加における、コミュニケーション (communication) の中の、コミュニケーションの理解 (communicating-receiving d310～d329) やコミュニケーションの表出 (communicating-producing d330～d349) の障害や、運動と移動 (mobility) の中の、歩行と移動 (walking and moving d450～d469)、交通機関や手段を利用した移動 (moving around using transportation d470～d489) の障害が生じ、会話能力の低下や道に迷うといったことがおきるようになります。また、この時期くらいから、基本的 ADL に関してある程度介助が必要になってくる場合があります。できない ADL はセルフケア (self-care d510～d599) の中で何か、その背景にある障害は何か、について考えていくことが望まれます。この時期には、BPSD が顕在化し、介護者への負担の程度が重くなってくることがあります。しかし BPSD について注意しなければならないことは、ご本人にとる行動には何らかの意味があり、BPSD を起こしやすい背景要因が隠れていることがあることです。基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用といった身体的要因、なじんだ住環境から、入院、転室、転棟、転院、退院などの変化といった環境的要因、不安、孤独、過度のストレス、口調が早い・強い、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らしといった心理・社会的要因です。これまでにのべたように、身体構造 (body structure)、活動と参加 (activities and participation)、環境因子、といった観点をふまえた診断を行い、BPSD に隠れているご本人の訴えを明らかにすることが必要になってきます。

高度～終末期となってくると、全般的精神機能 (global mental functions b110～b139) が障害され、周囲への認識ができなくなり、会話も通じなくなり、基本的な ADL 能力も喪失してきます。このころになると、個別的な精神機能の情動機能 (emotional functions b152) も喪失し、無動・無言などがめだつようになります。感染症等の身体合併症などに対する全身管理、そして看取りに向けた対応が必要になります。

具体的な ICF のあてはめについては後の章の例示を参照していただきたいと思います。大切なことは、できなくなった活動と参加 (activities and participation) の背景ある、個別的な精神機能 (specific mental functions) と、環境因子 (environmental factors) を明らかにすることです。と同時に、その時点でできるこれを補うために、その時点で活用できる個別的な精神機能と環境因子を分析し、具体的なリハビリテーションの手法に結び付けていくことです。

(3) まとめ

以上簡単ではありますが、認知症の診断における生活機能評価についてまとめました。これはあくまで本研究班における考え方を示したもので、必ず行わなければならないものではなく、また考え方についての異論もあると思います。しかしながら、本章を通して、新オレンジプランの理念である、「認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、環境整備を行っていくこと」、「認知症の人を、各々の価値観や個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できないことではなくできることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、支援していくこと」を実現していくための、認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの理解に役立てば幸いです。

参考

- 1) 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）；平成 27 年 1 月 27 日厚生労働省発表

Ⅱ 障害された機能とできる機能から代償能力またはできる能力をアセスメント

1. 国際生活機能分類（以下 ICF）から認知機能の障害を捉える意義

認知症における精神行動障害 BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)は、周辺症状とも呼ばれ、認知症の中核症状があるために、環境や周囲の人との関わり合いの中で生じる症状とされている。BPSD は介護や在宅生活を困難とする要因となる。

国際生活機能分類（ICF）は、人の健康状態に関連した生活機能すべての側面を捉えるニーズ分類をしたものであり、人を捉えるアセスメント方法として活用できると言われている。また、心身機能、活動と参加の全体を包括する生活機能を重視し、「生きる」全体のプラス面「強み」とマイナス面「弱み」の双方を評価できるようになっている。このことから、生活機能として障害されたマイナス面とそれを代償するプラス面の双方をアセスメントし、生活機能が低下している要因や「強み」によって代償できる要素を見つけ、活動と参加に結びつけ、「生きる」機能を高めるツールとして活用することができる。

DSM-5 では日常生活活動における自立性のレベルに注目し、認知症の診断において生活行為障害の把握を重視していることから、認知症を把握する上で、生活機能の把握をしていくことは重要である。このことから、ICF を認知症の認知機能障害の程度や BPSD の要因、介入のツールの活用していくことが今後の検討課題と考えられる。

今回、本研究では、認知症の認知機能障害の程度や障害されている機能・できる機能の把握による「代償能力」「できる能力」として、ICF で認知症を捉えることを行った。その知見から得られた認知症のリハビリテーションに対する介入について、下記にまとめている。

2. ICF で認知機能の障害を捉える。

今回、作業療法士に対し、事例調査を依頼したが、ICF 自体の捉え方及びアセスメントについて共通理解が不十分な部分もあり、統計的に結果を出すことは困難だった。また、解決すべき課題として挙げた ADL/IADL 課題も多様であり、事例数も少なく、残存する生活機能と障害される生活機能について検討するには不十分だった。

しかし一方、作業療法士は ICF で認知症の認知機能の障害を障害された生活機能と「できる生活機能」をアセスメントし、そこから実際の ADL/IADL の生活における代償能力やできる能力を明らかとし、リハビリテーションの介入ツールとして活用し、実践している事例もあった。

また、今回の調査では分析の対象外としたが、事例の中には、BPSD を引き起こした要因をアセスメントし、その要因へのアプローチをしている事例もみられた。

以上について、事例調査による ICF を通した認知機能の障害の捉え方について、見られたことを下記に記載する。

1) 障害された生活機能と「できる生活機能」から代償能力をアセスメントする

事例調査でアルツハイマー型認知症についてのみ分析を行った結果、作業療法士は ADL/IADL への介入に際し、障害された機能として、まず、アルツハイマー型認知症の中核症状である①b144 記憶機能（短期記憶や長期記憶、記憶の再生などの個別精神機能）、②同時に二つのことに注意を分配できないまたは注意の維持ができないなどの b140 注意機能、③b114 見当識機能、④実行機能である b164 高次認知機能を挙げていた。その他では環境因子があり、家族の病気に対する理解や日頃の関わりなどの「e410 家族の態度」を挙げていた。

一方、それに対し ADL/IADL ができるために必要なできる機能むとして、以下の機能をできる機能として捉え、代償能力として活用していた。

(1) b210 視覚機能と b230 聴覚機能を活用した代償能力

b210 視覚機能は、視力や視野、色覚、コントラスト感度などを感じることに関する機能である。b230 聴覚機能は、音の発生部位や音の高低、音量などの感覚機能である。

○ b114 見当識に障害のある者に対し、たとえば、トイレの位置がわからない場合、トイレやトイレへ

行く廊下の電気を明るくし、視覚的に誘導する。入浴時間がわからない場合は、お風呂の桶を持ってきて、お風呂ですと視覚的に状況が理解できるよう働きかけるなど視覚機能を活用し、ADL/IADLの遂行ができる代償能力が発揮できるように働きかけていた。

また、お薬の時間がきたらアラームをかける、家族が携帯電話をかけるなど聴覚機能を用いた主に時間の見当識に対する代償機能を活用し、能力が発揮できるよう働きかけていた。

- b140 注意機能に障害のある者に対し、蛍光色のステッカーで注意を促すなど視覚機能を活用した代償能力が発揮できるよう働きかけていた。

(2) b167 言語機能を活用した代償能力

b167 言語機能は、サイン（記号）やシンボル、その他の言語要素を認識し、使用する個別的精神機能である。

- b144 記憶機能に障害のある者に対し、覚えていなければならないことを紙に書いてメモをする。目につくところに言葉を書いて掲示するなど言語機能を活用した代償能力が発揮できるよう働きかけていた。
- b140 注意機能に障害のある者に対し、目立つ文字で言葉を掲示し、注意が向くようにする、またはシンボル、蛍光色のステッカーで注意を促すなど言語機能を活用した代償能力が発揮できるよう働きかけていた。
- b164 高次認知機能に障害のある者に対し、実施の手順を言葉で書いて掲示するなど言語機能を活用した代償能力が発揮できるよう働きかけていた。
- b114 見当識についても、場所について道順をノートに書くまたは写真でわかるようにアルバムをつくる、時間についてデジタル時計を卓上などの身近な場所に設置する、目立つ場所にカレンダーを掲示するなど代償能力が発揮できるよう働きかけていた。

(3) b144 記憶機能を活用した代償能力

軽度の記憶機能に障害のある場合は、エピソードに結び付けて思い出す練習をするなど代償能力が発揮できるよう働きかけていた。

- b140 注意機能に障害のある者に対し、記憶機能が比較的に維持されている場合は、たとえば、料理の時、鍋に火をつけながら、洗濯をするなど同時に二つのことを取り組まないように働きかけていた。
- b164 高次認知機能については、手順を紙に書き出し、覚えるなどの働きかけを実施していた。

2) ADL/IADL の遂行する上でできる機能からできる能力をアセスメント

(1) b164 高次認知機能を活用したできる能力

b144 記憶機能や b140 注意機能、b114 見当識機能など障害された機能があっても、計画と立案や精神的柔軟性、意思決定などの高次認知機能ができる機能として活用できる場合、ADL/IADL は維持できると考えていた。

(2) d210 単一課題の遂行を活用したできる能力

d210 単一課題の遂行機能ができる機能として活用できる場合、ADL/IADL の一連の行為、たとえばトイレ行為は、トイレまで行く→下着を脱ぐ→便器に適切に座る→排泄→後始末→下着を着る→水洗→トイレから元の場所に戻るといった一連の行為で成り立っているが、その行為の単純な行為もしくは一つの課題を実施できると判断していた。

(3) b176 複雑な運動を順序立てて行う精神機能を活用したできる能力

b176 複雑な運動を順序立てて行う精神機能ができる機能として活用できる場合、失行症状がないとい

うことで、ADL/IADL を維持できると考えていた。

(4) e410 家族の態度

e410 家族の態度は、家族が本人について持つ、個々の行動や行為に影響を及ぼすものとされている。この e410 家族の態度ができる機能として活用できる場合、本人が ADL/IADL の実施を維持できると考えていた。

3) BPSD の要因をアセスメントする

BPSD は認知症による中核症状によって環境や周囲の人との関わり合いの中で生じる症状といわれている。ICF は健康状態をはじめ、心身機能、活動と参加、環境因子、個人因子と人の生きる機能を先般的にとらえることができることやそれぞれの相互の関係性についてのアセスメントとして活用できることから、BPSD の要因をアセスメントするツールとしても活用していた。要因をアセスメントする際の ICF でよく取り上げる項目について、下記に一つの例として示す。これらの要因を理解し、医師をはじめ、看護師など他職種との連携、本人のできる能力の回復または向上、周囲の人々のかかわり方の改善等対応していくことが求められる。

(1) 健康状態：身体合併症、薬物など

(2) 心身機能：精神機能の他

- b210 視覚機能の障害により生活に不自由を感じる、b230 聴覚機能の障害によりコミュニケーション障害に影響をあたえていないか。
- b410 心機能や b420 血圧の機能、b440 呼吸機能、b515 消化機能、b525 排便機能、栄養摂取などの b540 全般的代謝機能、b545 水分・ミネラル・電解質バランス機能、b620 排尿機能などの障害により、全般的な精神機能である b110 意識機能や活力の低下などの b130 活力と欲動機能、b134 睡眠機能に影響を与えていないか。
- 全身の持久力などの b455 運動耐容能や、b730 筋力の機能、b740 筋の持久力機能などの低下、b280 痛みにより、生活の不自由さがいないか。

(3) 活動と参加：

- ADL などの d510～d570 セルフケア、IADL などの d610～d660 家庭生活への関与がない、または不自由を感じていないか。
- d920 レクリエーションとレジャーなどの余暇活動や d910 コミュニティライフなど社会活動への参加など日中何もすることがないということが影響していないか。

(4) 環境因子：

- e310 家族、e320 友人、e340 対人サービス提供者など本人を取り巻く環境に変化がなかったか。
- e410 家族の態度、e420 友人の態度、e440 対人サービスの提供者の態度など本人とのかかわり方が影響を与えていないか。

4) まとめ

ICF は、認知症のある方の障害された機能とできる機能をアセスメントし、ADL/IADL におけるできる能力や代償能力を明らかとし、効果的な介入方法を選定していく上で、活用できると考えられた。

今回は事例数も少なく、認知症の方の生活機能をアセスメントするための各生活機能の項目の相互関係についてまだ十分に列挙することができなかった。しかし、事例分析の過程で認知症に特徴的な障害されている機能やその機能を代償する機能として取り上げている機能に特徴があることがわかった。また、各機能については、その機能が示す具体的内容や解釈について、詳しい記載がないとどの機能を活用しているのか ICF の分類だけではわかりにくい部分もあり、記憶機能であればエピソード記憶、言語機能であれば文字など詳細な項目も明らかにしつつ、今後は作成することが必要であると考えられた。

今後、今回の知見をベースにトレーニングされた作業療法士に対し、ICF の項目の具体的な記述も併せて調査を行い、認知機能に即した代償能力や残存能力のアセスメント方法の確立をし、作業療法士の技術向上を図ることが、認知症の方々の ADL/IADL の自立の維持に貢献するためには必要であると考えられる。

Ⅲ 認知機能の障害がある認知症者に対する効果的な介入方法

1. 軽度・中等度の認知機能障害に対する指導例

ADL が自立であり、単一課題の遂行が可能であっても、記憶力低下や注意機能障害の分配機能低下は、「用事を忘れる」、「課題の途中で段取りがわからなくなる」といったことから、生活の連続性が途切れやすくなる。このことから、日頃できている日課や毎日繰り返し行ってきた家事動作などの IADL に支障をきたすようになり、時間の見当識障害は、ゴミ出し日、通院日などの生活管理にも影響を及ぼしている。また、近隣への散歩や買い物は行えていても、徐々に頻度が少なくなるなど IADL の質的な低下や生活行動範囲が狭くなる。

さらに短期記憶の低下は、本人の不安を高め、環境因子がマイナスに働くとより混乱を引き起こすことになる。時に介護に対する否認が強くなり、自己の状態の認識力低下によって、家族に対しても怒りっぽくなることもあり、対応に困惑することもある。

動機づけが高い作業を評価し、作業工程の中の単一な作業を慣れるまで行うことで注意の持続性向上や日課や継続して行える活動につなげる。また、予測される生活リズムの崩れに対する対処や記憶の代償機能を獲得することによって、本人自身が自己の認知機能の弱みや強みを理解することによって主体的な生活が持続できるように支援する。

このような軽度の認知機能障害に対して、早期に関わり、生活機能を強化することによって、IADL だけでなく社会活動を継続して行えるように支援する。

リハビリテーションのポイント

- 困難な ADL/IADL の行為の反復練習
- 手がかりの活用による維持できている能力を活用した「代償」による困難な ADL/IADL の行為の実施指導
- 対人技能の習得
- 本人自身に対する認知機能の弱みや強みの理解に対する働きかけ

1) 調理行為・掃除行為・買い物行為の場合

調理も簡単なメニューであれば作ることはできますが、単調化し、冷蔵庫内の食材を腐らせる、洗いをしながらでは火にかけた鍋を焦がしてしまうなど全般に管理能力にも支障が出てくることにに対して介入する。

【できる機能を活用した反復練習によるできる能力の維持・回復】

- 手続き記憶や料理への関心を確認し、料理では「メニューを考える」「材料を揃える」「材料を切る」「材料を加工する」「盛り付ける」「洗う・片付ける」等の工程で、できる工程を評価し、単純な工程の活動から反復練習をする。
- 反復練習はできる工程を増やすだけでなく、本人の「役割」となるよう動機付けや声かけをし、意欲を維持するよう支援する。
- 献立は、簡単なメニューからやや複数の工程があるメニューまで、1品ずつ工程を確実に行っていくことで代償手段の獲得ができる。

- 電化製品の使用方法には、手がかりを確認しながら反復指導する。
- 手続き記憶による作業の混乱を少なくすることにより不安の軽減を図る。

【視覚などの代償能力の活用】

記憶機能や注意機能の障害により、道具や調味料の場所がみつけれず提示が必要になる。わかりやすい環境の改善をすることによって安心して調理ができるようにする。

文字が読める場合は引き出しなどに文字のラベルを貼る、簡単なイラストなどのほうが理解しやすい場合は目印となるシンボルマークをつけることによって選択しやすくする。

また、確認のために調理内容、材料の場所などを記すことができるホワイトボードなどを活用して練習をする。

例：

- 電化製品の使用方法には、手順の明示や使用方法を図示するなど、手がかりを確認しながら遂行できるよう指導する。
- 本人の希望を取り入れ、メモやボードなど日課や予定を確認できる手段を検討する。
- 確認のために調理内容、材料の場所などを記すことができるホワイトボードなどを活用して練習をする。
- ボードに調理の内容、材料、材料の場所を記入し、ボードを確認しながら自分のペースで調理が可能となるよう支援する。
- 卓上カレンダーと時計を利用し、管理方法について助言をする。

【ケア提供者に対する関わり方指導】

視覚的な手がかりとなる工程表の作成は、ケア提供者と情報を共有する有効な手段になる。

例：

- 調理における一連の行為ができない場合でも、可能な工程を明確にし、家族やケア提供者に情報提供をする。
- ボードを見ながら誘導することも可能であり、ケア提供者がご本人にとって有用な情報を書き込むことで安心ができる。
- 家族やケア提供者と一緒に作ったり、見守るポイントを伝えることによってケア提供者が一貫した関わりができるように支援する。
- 日課であった調理の練習もボードに調理の内容、材料、材料の場所を記入し、ボードを確認しながら自分のペースで調理が可能となります。このように混乱を少なくすることにより不安は軽減される。
- 軽度の記憶力の低下は、物忘れをその時々気にしていることも多く、人の受け入れを難しくするため、ヘルパーなどの導入のタイミングには十分配慮した指導を行う。

【住環境・用具の工夫による認知機能の活用】

例：

- 台所の整理整頓やガスコンロをIHに切り替える検討をする。

- なじみのある器具から切り替える際には、入院施設では同じ器具で練習をしたり、在宅ではヘルパーやケア提供者と一緒に料理をする中で操作を練習するなど段階的に進める。
- 住環境の変更や新しい用具活用のタイミングには十分配慮して導入する。
- 調理動作の火の不始末対策として自動消火装置を設置するなどの調整をする。

2) 就労行為・コミュニティ活動への参加行為の場合

社会生活は、家庭内生活と同様に個別性があり、家族の知らないところで障害がおこっていることが多く、単一の課題は可能であるが、複数課題の同時遂行が困難となっているため、事務仕事にミスが目立つことで気づかれることが多い。

地域生活は、本人の能力だけでなく社会環境の影響を受けやすく、社会交流の場でコミュニケーションがとりにくくなることや周囲とのトラブルがきっかけで孤立につながることに注意が必要である。

また、退職などをきっかけに、生活に張りがなくなるなど生活全般に関心や意欲の低下が見られることも多い。

言語機能や高次認知機能の能力を確認し、可能な単一課題や興味のある課題を選択し、希望する就労や就労支援事業所などの利用によって社会参加が可能となる。

【視覚などの代償能力の活用】

例：

- 手続き記憶や単一課題の遂行能力の評価を行うとともに、視覚的な手がかりとなる手段の活用を検討する。
- 本人の希望を取り入れ、メモやボードなど仕事の手順や内容、あるいは予定表を作成するなど確認できるよう支援する。

【ケア提供者に対する関わり方指導】

例：

- 就業を継続するために職場や周囲の人の見守りや確認など、かかわり方のポイントについて伝えて理解を深める。
- 就労支援センターにつなぎ、今後の生活行為の障害についての情報提供、同行訪問による対応方法を指導することで、退職後すぐに就労継続 B 型事業所の利用開始に繋げる。

【対人技能の維持・向上】

例：

- 長年仕事を続けてきたことや自尊心が保たれていること、社交的な性格であることから、社会や人に対する価値観や興味を評価し、生きがい活動などへ繋がるよう支援する。
- 本人が関心を示したボランティア活動を実際に役割や目的をもつことで対人技能の維持や住民活動など地域参加へ繋がるよう支援する。
- 介護予防や日常生活支援総合事業を含む、地域の居場所に主体的に参加できるよう活動的な生活を支援する。

2. 中等度・高度の認知機能障害に対する指導例

言語機能の低下によりコミュニケーションや基本的な ADL にも支援が必要となり、住み慣れた自宅やなじみのある場所では自立できる ADL 能力も環境が違うと、遂行できないことがある。時間や状況をみて行動することが難しくなり、日課の遂行には全体的に介助が必要な状況となる。認知機能の低下が進むことによる身体運動能力の低下は、安全な移動や転倒に対する環境の調整が重要である。

また、何らかのアクシデントによる入院や、家族の介護の継続が困難となった場合、施設の利用などで新しい環境では適応できないことも多い。移動ができてなじみのないはじめての場所では「病棟や施設内で迷ってしまう」ことが多く見られる。排泄動作などでは場所がなかなか覚えられないことでトイレに行きつかず、結果的にトイレ動作などの ADL が遂行できないことになる。

睡眠機能の障害や日課の遂行機能の低下により、日中臥床傾向となると活動レベルの低下を招き、介護保険サービスも十分な活用ができなくなるなど全般的な機能低下が起こる。そのため予防対策が求められる。介護者にとって対応が難しく精神的負担が大きくなりやすい症状が見られ、単純な課題であっても自ら作業をすることが廃用を予防し、心身機能全般の維持に繋がる。

リハビリテーションのポイント

- できる生活行為 ADL/IADL の行為継続
- 一連の行為として困難になってきた排泄等 ADL/IADL においては単一課題の遂行の実施とその環境調整
- 家族等のケア提供者の介助軽減またはかわり方の指導・助言

1) 排せつ行為・整容行為の場合

【できる能力を活かした反復練習による能力の維持・回復】

例：

- 文字・文章理解の程度や移動能力、手続き記憶として便器への着座や下衣の上げ下げなどの排泄動作におけるできる能力を把握する。
- 一連の動作でどこに介入が必要かを評価し、トイレの場所までの誘導と反復動作によってトイレ動作のできる行為の遂行を支援する。

【視覚などの代償能力を活用】

例：

- トイレや洗面の場所までの道順を覚えられない場合は、注意を向けやすくするための目印やシンボル表示などの手がかりなど視覚情報を工夫することによって、場所や位置を明確にする。
- 便器には原色のカバーなどを使用し、便器の蓋や位置関係などをわかりやすいように工夫する。
- 軽度の認知機能低下の場合、日々の反復動作の中で対象者の思考を確認しながら、手がかりやヒントとなる情報を調整し、徐々に少なくしながら動作の自立につなげる。

【環境・用具の工夫】

例：

- 表示が視野に入っていないこともあるため、表示の大きさやシンボルだけでなく、表示の位置や具体的な標記を確認する。
- 夜間のトイレまでの通路の動線をわかりやすくするため適切な明かりや足元灯を用意するなどの環境を整える指導を行う。

【ケア提供者に対する関わり方指導】

例：

- 排せつ動作は、できる動作を介助してしまうことのないようケア提供者に伝える。
- 介護拒否や抵抗についてはその思いを理解するためにもゆっくりと一緒に過ごす時間を作り、観察した様子から本人の気持ちを共有する。
- 施設利用の場合は、本人の習慣や対人関係に配慮したトイレや洗面所の使用、時間を決めた誘導など、環境を整え対応をする。

2) 余暇行為の場合

趣味活動や日課としていた余暇など、準備をすると遂行可能であることが多い。しかし、ADL や IADL の遂行に支障をきたすようになると不安が大きくなり、趣味活動を継続する余裕がなくなる。認知の幅が狭くなり、柔軟性にかけることがかえって、昔からの趣味・嗜好や楽しみに対する受け入れが難しい場合や拒否がある場合は、本人のこだわりが影響していることを理解する必要がある。

【反復練習による能力の維持・回復】

例：

- 趣味活動の機会を作ること、周囲が把握している以上に動作能力やエピソード記憶が保たれていることを把握する。
- 生活歴の中で培った趣味や予防体操を集団の中で一緒に行い、日常的に繰り返すことで日課となるよう支援する。

【視覚・聴覚など代償能力の活用】

例：

- 言語機能の低下があった場合でも、維持できている視知覚機能を活かして、関心のある図案を選択し、手続き記憶から鉛筆を使った塗り絵や水彩絵画を楽しむことができる。
- ジェスチャーの理解は可能で、時計による時間の把握も保たれており、視覚情報によって理解を促すことは可能であることからスケジュール用紙を作成し、決まった時間に活動を習慣化することができる。

【ケア提供者に対する関わり方指導】

例：

- 作業活動の用意には、介助を要するが準備をすると遂行可能なことが多いため、実施する時間や疲労に対する作業の耐性についても助言し、作業活動の目的を共有する。

- 自宅や介護施設で対応方法と習慣化について申し送りを行う中で、本人のできることを伝え、個別性の高い対応になるが、より良い環境を設定することで本人も安心して他者と一緒にサービスが利用できるようになる。
- 姿勢を保持しながらわずかな作業活動が覚醒レベルの低下を防ぎ、廃用症候群の防止となり、活動中の疲労に注意した介助について指導する。
- 自宅や介護施設で対応方法と習慣化について申し送りを行う中で、本人のできることを伝え、個別性の高い対応になるが、より良い環境を設定することで本人も安心して他者と一緒にサービスが利用できるよう支援する。

【対人交流技能の維持】

- 作業をすることが人との交流の手段となり、また人の関わりが刺激となり注意機能の低下や対人交流の低下を防止する。

Ⅳ 安定期の軽中度認知機能低下者に対する作業療法の提案

今回の調査から、池田らや Graff らの報告と同様、少ない事例ではあったが、作業療法士は軽中度の認知機能の障害のある者に対しては IADL を、中高度の認知機能の障害のある者に対しては ADL を課題として取り組んでいた。アプローチ方法についても、軽中度の認知機能の障害のある者は、代償能力が発揮できるよう環境調整をしつつ反復訓練を行う、できる能力が発揮できるよう反復訓練を行うなど自立を促していた。中高度の障害のある者については、本人が代償能力を最大限に発揮できるよう環境調整などを行いつつ、ADL/IADL の行為の中でも、単一課題の遂行ができるようまたは行為の実施に関与ができるよう、家族をはじめとしたケア提供者に対する関わり方の指導を行っていた。このように軽中等度と中高度障害ではアプローチの対象も仕方も異なっていた。

今回の結果から、安定期の認知症に対して、効果的に作業療法が提供できるためには、下図に示すプロセスが考察できた。

今後は、今回、明らかとした作業療法のプロセスに基づくアプローチを用いて、さらに事例数を増やし、認知機能の低下に併せた適切な時期に効果的な介入を行い、認知症者が ADL/IADL にいつまでも参加できるよう、その効果を検証していくことが求められる。また、作業療法士が適切な時期に適切な介入ができるよう、医師による適切な時期での指示・指導と併せて、作業療法士の質を向上していくことが求められる。

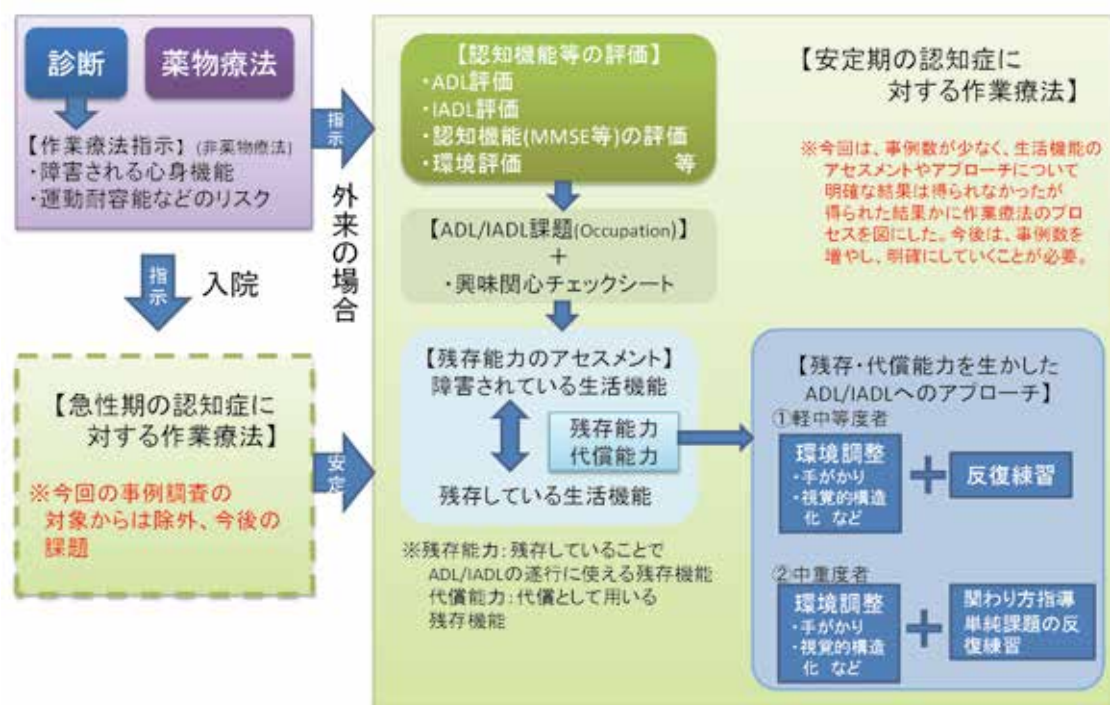
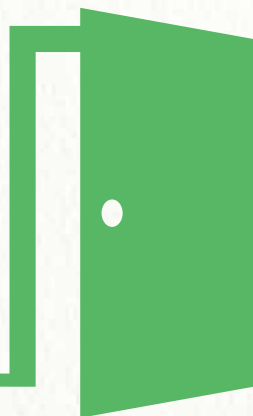


図 安定期の認知症に対する作業療法

できないことに
目を向けるのではなく
できることに
目を向けよう

認知症の
リハビリテーションモデルに基づく、
生活行為を続けるための

ヒント集



目 次

はじめに	1
手引きの使い方	2
買い物のヒント	3
調理のヒント	4
金銭管理のヒント	6
掃除のヒント	8
電化製品の使用のヒント	10
服薬管理のヒント	12
電話の利用のヒント	13
洗濯のヒント	14

はじめに

- 認知症の初期には、物忘れや注意障害のため生活行為に支障が出てきます。各項目で、難しい事柄の例を示します。

- ・ 買い物：代金を支払って生活に必要な物品（飲料や食料など）を入手すること
- ・ 調理：毎日の献立を考えて、材料をそろえて調理すること
- ・ 金銭管理：生活に必要なお金を貯蓄し、食料や物品を購入するために使うこと
- ・ 洗濯：衣服や衣類を手や洗濯機で洗って、干して乾かすこと
- ・ 掃除：居住部分を整頓し、掃除機や雑巾をかけてきれいにすること
- ・ 電化製品の使用：洗濯機や掃除機、炊飯ジャー、リモコンなどを使用すること
- ・ 服薬管理：健康上で必要な薬を処方された通りに飲むこと
- ・ 電話の利用：用事がある人に電話をかけること

- この手引きでは、生活行為を行う上でのヒントを紹介しています。

- 紹介させていただくヒントは一例です。

困った時は一人で頑張り過ぎずに家族に頼ったり、
作業療法士にご相談下さい。

- この手引きは平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究」で作成しております。

手引きの使い方

タイトル

どの生活行為の
ヒントを示します

エピソード

生活の中で
よくある困ることを
紹介します

買い物の

ヒント

困ること

- ① 冷蔵庫の中の把握ができず、
何を購入すればいいのかわからない
- ② スーパーで購入予定の物を忘れて、同じものばかり買ってくる

- ① 冷蔵庫の中の把握ができず何を購入すればいいのかわからない



冷蔵庫リストの作成

- ・冷蔵庫の中は蛍光ラベルで
配置を決めておく
- ・飲み物や野菜、肉など常時使う物がなくなったら、冷蔵庫に貼った買い物リストに
書き出す

- ② 買うものを忘れてしまう場合



買い物リストの作成

- ・買い物に行く前に買うリストを作る
- ・リストを無くさないために、
ポケットサイズのノートがおすすめです

07

イラスト資料

困ることに対する自立のヒントを
イラストで表しました

解説

イラスト資料をフォローする
ための解説です。自立のコツを
具体的に説明します

買い物の

ヒント

困ること

- ① 冷蔵庫の中の把握ができず、何を購入すればいいのかわからない
- ② スーパーで購入予定の物を忘れて、同じものばかり買ってくる

① 冷蔵庫の中の把握ができず何を購入すればいいのかわからない



冷蔵庫リストの作成

- ・冷蔵庫の中は蛍光ラベルで配置を決めておく。
- ・飲み物や野菜、肉など常時使う物がなくなったら、冷蔵庫に貼った買い物リストに書き出す。

② 買うものを忘れてしまう場合



買い物リストの作成

- ・買い物に行く前に買う物リストを作る。
- ・リストを無くさないために、ポケットサイズのノートがおすすめです。

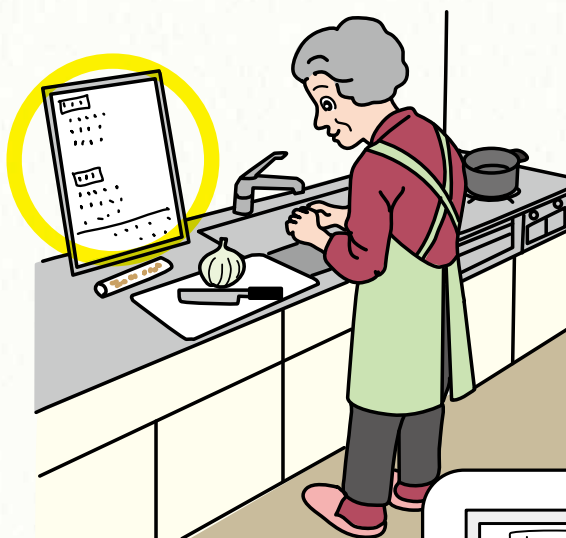
調理の

ヒント

困ること

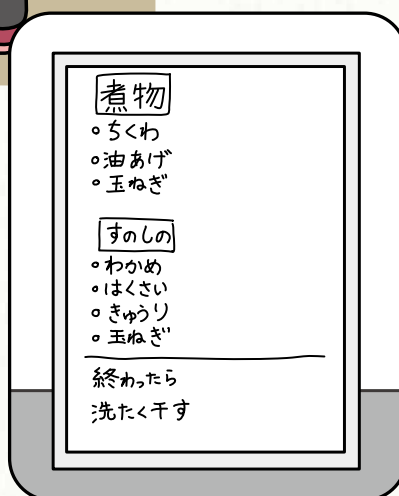
- 1 調理を行っている途中で何を作っていたかを忘れてしまう
- 2 鍋に火をかけたまま、別のことに取り掛かってしまい、火の管理を忘れて鍋を焦がしてしまう
- 3 今日の献立が思い浮かばない

1 途中で何を作っていたかを忘れる場合

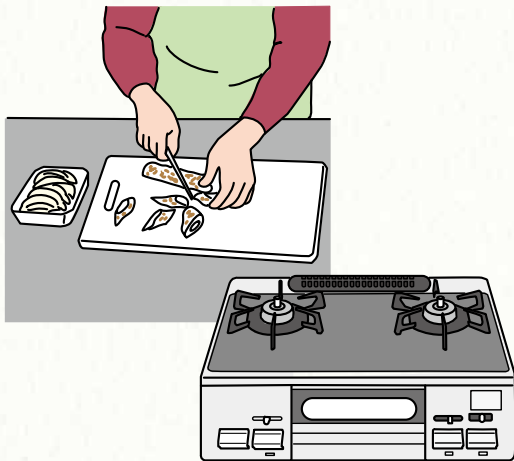


視覚手がかりによる代償

- ・作業場所の前にボードを設置する。
- ・メニューと材料を記載する。
- ・何を作るか忘れたら確認する。
- ・材料の入れ忘れを確認する。



② 火を扱っているときに別のことに気を取られて、鍋を焦がしてしまう場合



事前の準備と安全な用具の導入

- ・材料や調味料は準備しておく。
- ・机や台に気がそれる物を置かない。
- ・なるべく1工程ずつ行う。
- ・Siセンサー付きコンロや煙探知機を利用する。

③ 今日の献立を思いつかない場合

日付	献立表	使う食材表	不足食材
/			
()			
/			
()			
/			
(木)		レタス、キャベツ(1/4)	
/	さんま焼き	さんま	
(木)	干しいたけと 豚人参煮	人参 干しいたけ(1/4) 豚	

1週間の献立表を作る

- ・献立を1週間分書き出しておく。
- ・冷蔵庫やホワイトボードに貼る。
- ・宅配サービスの利用もおすすめ。

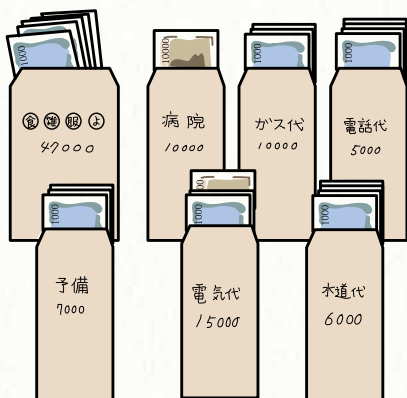
金 銭 管 理 の

ヒ ャ ッ ト

困ること

- ① 月々の生活費の内訳がわからない
- ② 財布にお金が入っていないことを忘れて買い物に行ってしまう
- ③ レジで支払う際に、小銭の計算が上手くできずに手間取ってしまう

① 月々の生活費の内訳がわからない



見えるように書き出す

- ・1ヶ月の内訳を紙に書き出して冷蔵庫に貼っておく。
- ・使う前に食費や光熱費などは封筒に仕分けしておく。

② 財布にお金が入っていないことを忘れて買い物に行ってしまう場合



財布には常時お金を入れておく

- ・財布の中には常時1000円札を3枚程度入れておく。
- ・自信がなかったら、家族に依頼することも大切です。

③ レジで支払う際に、小銭の計算が上手くできずに手間取ってしまう場合



お札で支払う

- ・手間取って周囲が気になる場合は、1000円札や5000円札で支払う。
- ・お釣りで貯まった小銭はまとめて銀行へ持って行き両替してもらう。

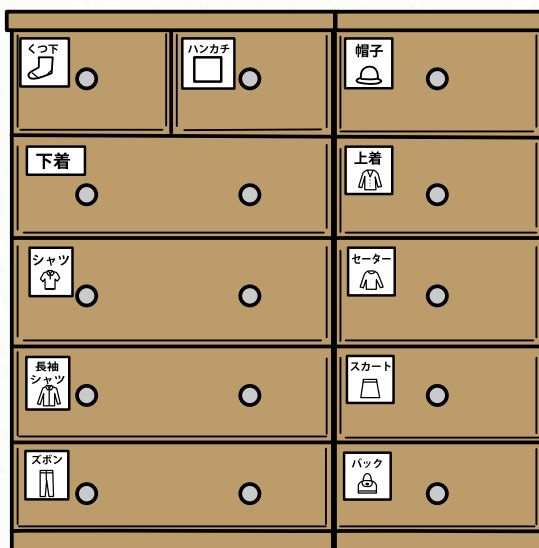
掃除の

ヒント

困ること

- ① 整理する場所がわからず、服や物が散らかってしまう
- ② 部屋を掃除する際に、どこまで掃除機をかけたかを忘れて、同じ場所を何度もかけてきれいにならない
- ③ 鍵や財布をどこかに置き忘れて、いつも探し回っている

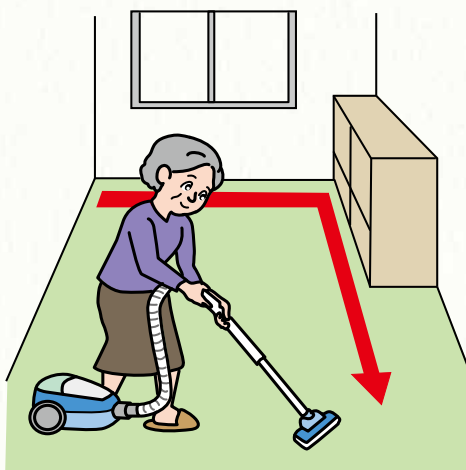
① 整理する場所がわからず、服や物が散らかってしまう場合



片付ける場所を決める

- ・家の中の服や物は必要最低限にしておく
- ・物を置く場所は決めておく。
- ・引き出しやたんすには入っている物を写真やラベルでわかるようにしておく。

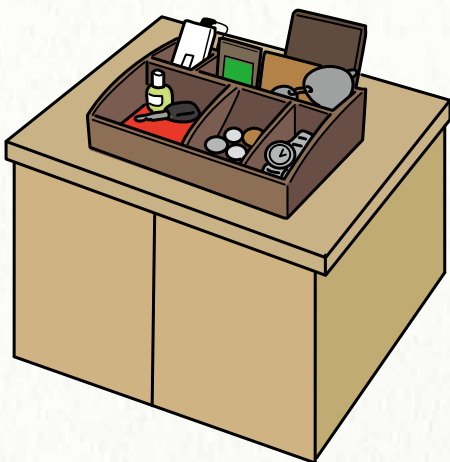
② 掃除機でどこをかけたかわからなくなってしまう場合



掃除機をかける順番を決める

- ・奥の部屋から順番に手前の部屋まで掃除機をかける。
- ・毎回同じ順番でかけるようにする。

③ 物をどこに置いたかわからなくなってしまう場合



物の場所は決めておく

- ・財布、携帯電話、薬など大事な物は見える場所に置く。
- ・物を置く位置を決める。
- ・座っている場所から手が届く場所に置く。

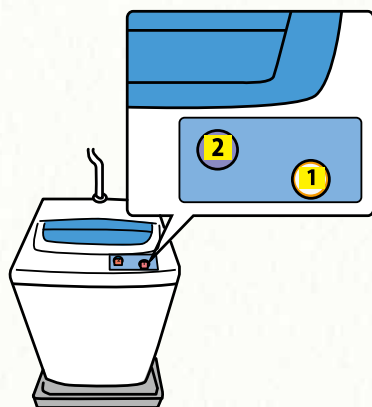
電化製品の使用の

ヒント

困ること

- ① 洗濯機の操作がわからず、混乱してしまう
- ② 掃除機の使い方がわからず、床をきれいにできない
- ③ 炊飯器の使い方がわからず、ご飯が上手く炊けない

① 洗濯機の操作がわからなくなってしまう場合



ラベルの活用

- ・使わないボタンは隠しておく。
- ・使うボタンを蛍光色で目立たせる。
- ・押す順番に数字を貼る。

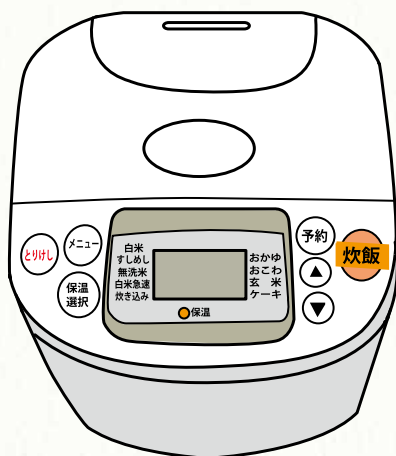
② 掃除機の使い方がわからなくなってしまう場合



ほうきやモップの活用

- ・掃除機ではなく、ほうきやモップを使って部屋をきれいにすることも有効です。

③ 炊飯器の使い方がわからなくなってしまう場合



ラベルの活用

- ・ボタンを蛍光色で目立たせる。
- ・ラベルを活用する。

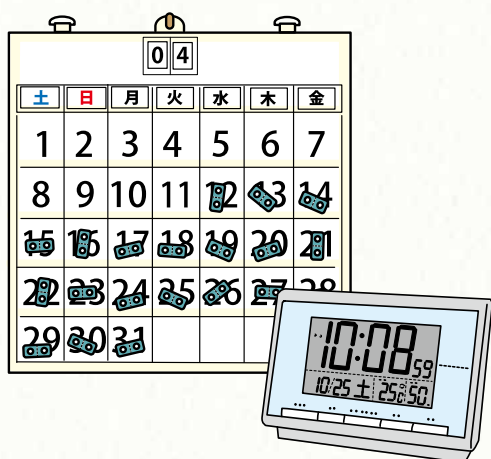
服薬管理の

ヒント

困ること

- ① 日付がわからなくなって、
どの薬を飲めばいいのかわからない
- ② 必要な薬を飲み忘れたり、飲みすぎたりする

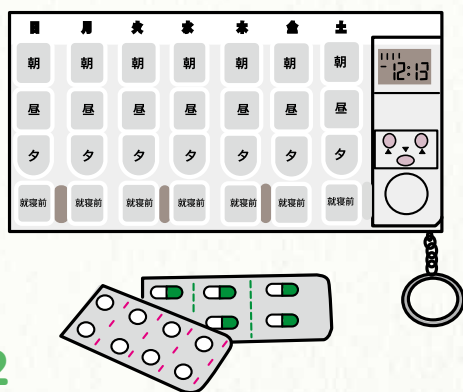
- ① 日付がわからなくなって、どの薬を飲めばいいのかわからなくなる場合



一包化とタペストリーの利用

- ・主治医や薬局に一包化をお願いする。
- ・タペストリーをカレンダーや
卓上時計の近くに設置して、薬をセット。
- ・セットや確認は、
家族にお願いしてもいいでしょう。

- ② 薬を飲み忘れる場合



アラームの利用

- ・薬を飲む時間に音が鳴るように、
タイマーや携帯電話のアラームをセット。

電話の利用の

ヒント

困ること

- 1 電話をかけようとした際に、
電話番号を忘れてかけられない

- 1 電話番号がわからなくなってしまう場合



電話番号を登録

- ・人の名前と番号を登録する。
- ・ボードを活用する。

洗濯の

ヒ

ン

ト

困ること

- ① 汚れた服か、きれいな服かわからなくなる
- ② 洗濯をかけたまま忘れてしまう

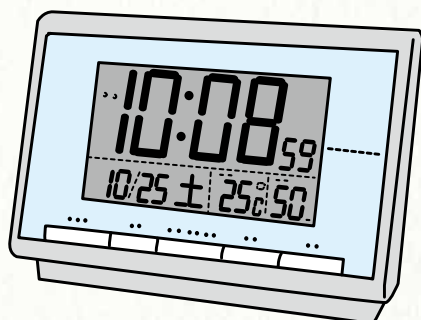
① 汚れた服か、きれいな服かわからなくなる場合



洗濯用具の場所を決める

- ・洗濯する衣類用のかごと
取り出し用のかごをわける。
- ・色を分けたり、ラベルを貼る。

② 洗濯をかけたまま忘れてしまう場合



タイマーの活用

- ・終了時間に合わせてアラームが
鳴るように設定する。

研究組織

【研究推進委員会】

中村 春基	一般社団法人 日本作業療法士協会 会長
池田 学	大阪大学大学院医学系研究科 情報統合医学精神医学講座教授
北村 立	石川県立高松病 院長
旭 俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院 院長
栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 研究部長
柿木 達也	兵庫県健康福祉部 参事
田中 志子	内田病院 理事長
田部井 康夫	認知症の人と家族の会 副代表理事
堀田 聡子	国際医療福祉大学大学院 教授

【手引き作成ワーキング】

谷川 良博	広島学園大学
田部井 康夫	認知症の人と家族の会 副代表理事
前田 隆行	町田市つながりの開 DAYS BLG! 理事長
生川 幹雄	町田市つながりの開 DAYS BLG! 非常勤講師

【研究協力員】

賀曾利 裕	旭神経内科リハビリテーション病院
塩田 繁人	石川県立高松病院
杉本 裕輝	石川県立高松病院
谷川 良博	広島学園大学
田平 隆行	鹿児島大学
長倉 寿子	関西総合リハビリテーション専門学校
堀田 牧	熊本大学医学部附属病院

【オブザーバー】

大田 秀隆	厚生労働省総務課認知症施策推進室認知症対策専門官
延 育子	厚生労働省総務課認知症施策推進室認知症ケア専門官

平成 28 年度老人保健健康増進等事業
「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究」
報告書
2017 年 3 月

発行：一般社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7 階

電話 (03) 5826-7871

FAX (03) 5826-7872