

生活行為障害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  
「在宅軽度 AD 患者に AD-ADL 評価表を用いた評価の施行とリハビリテーション介入による  
生活行為障害の改善と今後の課題」

主任研究者 池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)  
分担研究者 石川 智久 (熊本大学医学部附属病院神経精神科)  
田中 響 (熊本大学医学部附属病院神経精神科)  
北村 立 (石川県立高松病院)  
川越 雅弘 (埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科)  
堀田 聡子 (慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科)  
小川 敬之 (九州保健福祉大学大学院)  
田平 隆行 (鹿児島大学医学部保健学科)  
堀田 牧 (熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野)  
村田 美希 (くまもと青明病院)  
吉浦 和宏 (熊本大学医学部附属病院神経精神科)  
研究協力者 兼田 桂一郎 (くまもと青明病院)  
津野田 尚子 (みつぐまち診療所)

**研究要旨：**

昨年度に作成した AD-ADL 評価表の実用性を検討するため、介護サービス未利用の在宅軽度アルツハイマー病(AD)患者 6 例(男性 4 名女性 2 名)に対して、作業療法士が AD-ADL 評価表を用いて生活行為評価を実施し、リハビリ目標を設定後、30 分/回・週 2 回・3 ヶ月間のリハビリ介入と家族介護者指導を行った。期間終了後は再評価を行い、Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)、Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)、Hyogo Activities- of Daily-Living Scale (HADLS) といった他の ADL 尺度や全般的な認知機能の尺度である Mini-mental State Examination (MMSE) との整合性、関連性について検証を行った。また、AD-ADL 評価表施行のみのリハビリ未介入者データからも、他の ADL 尺度との整合性、関連性の検証と AD-ADL 評価表の実用性を検討した。

リハビリ介入する作業療法士 3 名が各々 2 名の対象者を担当した。対象者は概ね ADL は自立傾向だったが、AD-ADL 評価表では「服薬管理」や「外出」の項目で低下を示す傾向にあった。また、生活行為以外に「日課の乏しさ」「日々の行き場所のなさ」を何とかして欲しいという訴えも多かった。作業療法士が AD-ADL 評価表で生活行為の評価と目標設定を行い、30 分/回・週 2 回・3 ヶ月間リハビリ介入を施行した結果、ターゲットとなった生活行為の改善と MMSE や HADLS において得点に上昇が認められた。しかし、「日課の乏しさ」や「日々の行き場所のなさ」といった生活状況は持続していた。

一方、AD-ADL 評価表のみのリハビリ未介入対象者は 52 例(男性 8 名女性 44 名)だったが、対象者の MMSE スコアから 2-9 点を重度群 10 名、10-19 点を中等度群 32 名、20 点以上を軽度群 10 名に分類し、AD-ADL 評価表および他の ADL 尺度である PSMS、IADL、HADLS との妥当性を検討し

た。「食事」の自立はどの群でも最も高かったが、「服薬管理」「金銭管理」の自立は低く、軽度群においても1割未満の自立であった。さらに、「更衣」「洗濯」「料理以外の家事」「買い物」「服薬管理」「起居・移動」の各行為を評価した結果、生活行為において認知機能の関与が少ない工程ほど保たれやすいことが示された。

介入研究とデータ検証の結果より、軽度 AD 患者の生活行為障害は、認知機能障害の影響を強く受ける「服薬管理」などの複雑な行為は悪化しやすいが、早期に作業療法士が AD-ADL 評価表で行為の肯定を詳細に評価し、焦点を当てたり介入を行うことで、介入項目の改善と維持が可能であることが明らかになった。また、AD-ADL 評価表は各生活行為を行う過程で認知機能に関連した行為障害を具体的に提示するため、リハビリ介入の糸口が見出しやすい評価表であることが示唆された。

今後は、生活行為障害の評価と介入以外に、訴えとして持続している「日々の行き場所のなさ」や「日課の乏しさ」に対する取り組みが必要である。そのためにも、認知症発症前から趣味や興味関心事を日課として多彩に取り組むことが可能な生活や、仲間と集う機会やその場所が確保された生活を目指した包括的な環境整備と、発症後の超早期からの複雑な行為へのリハビリ介入の組み合わせが必要になると考えられる。

## A. 研究目的

新オレンジプランが掲げた、「認知症患者の意思が尊重された地域生活の実現」には、認知症者の質の高い在宅生活をいかに維持していくかが重要となるが、そ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、認知症者の疾患別あるいは重症度別にその生活行為障害も多様である。

前年度の結果から AD の生活行為障害は認知機能悪化と関連があることが明確となった。しかし、AD の生活行為障害を評価するに当たって、既存の ADL 評価尺度では認知機能面の影響を独立して評価を行うことが難しいため、評価する生活行為を既存の評価尺度に合わせて14項目に設定し、各行為の起点と終点を定めて認知機能が関与する工程に評価が可能な AD-ADL 評価表を作成した。

今年度は、新たに作成した AD-ADL 評価表の実用性を検討するため、作業療法士が軽度 AD 患者を対象に評価とリハビリテーションの実介入を行い、他の ADL 尺度や認知機能尺度との整合性、関連性について検証を行った。

## B. 研究方法

### 【対象】

(リハビリ介入)

平成 29 年 7 月時点で、研究協力施設において認知症専門医より軽度 AD と診断された在宅かつ介護保険サービス未導入の患者で、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「生活行為障害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」の介入研究に研究対象者として参加協力する意思があり、研究者による介入研究の説明を受け、その趣旨を理解した上で同意書に承諾をした患者 6 名およびその代諾者 6 名。

(リハビリ未介入)

鹿児島大学医学部倫理審査委員会の承認(370号)を得て、研究対象者として同意を得た鹿児島県と宮崎県に在住する在宅 AD 患者 52 名およびその代諾者から、当事者の所属する病院または施設の作業療法士が AD-ADL 評価表を施行して得られたデータ。

### 【方法】

平成 29 年 7 月から平成 29 年 12 月までの間、作業療法士 3 名が各々対象者 2 名を受け持ち、以下の 1)~4)の手順で介入研究を行った後、5)のリハビリ未介入データ結果とともに検証を行った。

1)作業療法士が対象者自宅を訪問し、生活行為の評価を含めた以下に示す評価尺度を施行し、家族からの聞き取りを行う。

・AD に特化した ADL・IADL を評価するために作成

した生活行為「排泄」「食事」「更衣」「整容(身繕い)」「移動」「入浴」「電話」「洗濯」「外出」「買い物」「調理」「家事(調理・洗濯以外)」「服薬管理」「金銭管理」の14項目を評価するAD-ADL評価表

- ・日常生活基本動作を評価する PSMS
- ・手段的日常生活動作を評価する IADL
- ・兵庫脳研版日常生活活動評価表 Hyogo Activities-of Daily-Living Scale (HADLS)
- ・全般的な認知機能を評価する Mini-mental State Examination (MMSE)

2) 評価結果より、対象者に必要なリハビリ目標を設定する。

3) 毎回30分、週2回、3ヶ月間、作業療法士が対象者自宅へ訪問し、リハビリ介入と家族介護者へ介護指導を行う。

4) 期間終了後に再評価を行い、他のADL尺度や認知機能尺度との整合性、関連性について検証を行う。

5) AD-ADL評価表のみのリハビリ未介入AD患者のデータをMMSEスコアから、2-9点を重度群、10-19点を中等度群、20点以上を軽度群に分類し、他のADL尺度との整合性、関連性の検証、およびAD-ADL評価表の実用性について検証を行う。

#### (倫理面への配慮)

本研究計画は熊本大学大学院生命科学研究部等「人を対象とする医学系研究」倫理委員会で審査され、その承認を受けている。研究対象者には十分に説明を行い、自由意志にて研究の同意書を交わした。また認知症のため適切に判断ができない場合は、代理人から承認を得ている。研究に実施に際して、得られた個人情報は連結不可能匿名化し、厳重に保管している。

### C. 研究結果

対象者6名は、男性4名女性2名、年齢:79.8(SD = 2.9)歳、MMSE:22(SD = 3.0)であった。介入前評価ではPSMS:5.7(SD = 0.8)、IADL:5.3(SD = 2.4)、HADLS:15.3(SD = 10.7)であり、AD-ADL評価表では「服薬管理」や「外出」の項目で低下を示す対象が多かった。一方で、生活行為以外に「日課の乏しさ」「日々の行き場所のなさ」を何とかして欲しいという訴

えも多かった。AD-ADL評価表の結果、各対象の目標は概ね「服薬管理」もしくは「外出」に絞られることとなり、30分/回・週2回・3ヶ月間リハビリ介入をした結果、服薬は作業療法士が導入した残薬と日付の確認が可能な薬箱で自立し、外出は各対象で居住環境や交通事情が異なるものの、同伴外出までは回復した。また、介入後のMMSEは26.1(SD = 4.0)、HADLSは11.8(SD = 8.7)と大幅な改善を示した(表1)。しかし、「日課の乏しさ」や「日々の行き場所のなさ」の訴えはリハビリ介入後も継続した。

一方、AD-ADL評価表のみのリハビリ未介入対象者は52名(男性8名女性44名)であり、重度群10名、中等度群32名、軽度群10名だった。「食事」の自立はどの群でも最も高かったが、「服薬管理」「金銭管理」の自立は低く、軽度群においても1割未満の自立であった。さらに、「更衣」「洗濯」「料理以外の家事」「買い物」「服薬管理」「起居・移動」の各行為を評価した結果、生活行為において認知機能の関与が少ない工程ほど保たれやすいことが示された。

### D. 考察

介入全体の結果から、対象の生活行為の工程をAD-ADL評価表で詳細に評価し、的を絞ったリハビリ介入を作業療法士が行ったことにより、介入後は介入項目で明らかな改善が認められた。また、AD-ADL評価表は在宅者を想定して作成した経緯があり、特に、保たれている生活行為と低下が始まった生活行為が共存する状況の在宅軽度AD患者においては、住み慣れた場所で評価を行うことに非常に意義があるため、本介入より、AD-ADL評価表で評価を行うことは、認知症重症度別に障害される行為や保たれている行為を捉えやすく、介入評価や目標設定も行いやすいことが示され、AD-ADL評価表は、リハビリ介入の糸口が見出しやすい評価表であることが示唆された。

目標設定で多かった「服薬管理」や「外出」は、服薬の時間や量を自分で管理する、目的地まで出かけるために手段を考え時間を逆算して準備をする、といった段取りを踏む行為であり、高度な認知機能を要する工程が複雑に入り組んでいるため、初年度および前年度の我々の調査から得られたように、発症早期に悪

化がみられる特徴的なADの生活行為障害であることが示されている。本介入の軽度AD患者においては、そのような認知機能の関与が大きい工程に早期から介入できたことが自立の再獲得につながり、また、他のADL行為の維持や意欲の向上を引き出し、全般的な認知機能の改善に影響があったと考えられた。

また、未介入データ検証の結果からも、軽度AD患者の生活行為障害は、認知機能障害の影響を強く受ける「服薬管理」などの複雑な行為は悪化しやすいことが示された。認知症重症度が高くなると生活行為障害も自立は低くなることから、生活行為においては、認知機能の関与が少ない工程ほど保たれやすいことが明示された。

一方、「日課の乏しさ」や「日々の行き場所のなさ」といった生活状況に対する介入は不十分であった。この傾向は女性よりもリタイアしている男性対象者に見受けられた。よって、軽度AD患者においては、評価項目に挙げた在宅の生活行為障害の悪化以前に、「社会生活」というカテゴリーから、既に障害が始まっていることが考えられた。今後はそれらが在宅の生活行為の障害にも影響を及ぼす可能性があることを見据えたアプローチを検討する必要がある。

## E. 結論

最終年度の結果では、軽度AD患者においても生活行為障害は、認知機能障害の影響を強く受ける複雑な行為の悪化が特徴的であり、早期に作業療法士などの専門職がAD-ADL評価表で詳細な評価と適切に焦点化したリハビリ介入を行うことで、介入項目の改善と維持が可能であることが示唆された。

今後の展望として、認知症が発症し生活行為が低下する以前から、趣味や興味関心事を日課とした生活、仲間と集う機会やその場所が確保された生活など、社会と切れ目がない多彩な生活を目指した包括的な社会環境整備と、発症後の超早期からの複雑な行為へのリハ介入が利用可能な介護保険サービスとの組み合わせを検討することが、「認知症患者の意思が尊重された地域生活の実現」に必要な取り組みになると考える。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Tsunoda N, Hashimoto M, Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Ikeda M. Clinical features of auditory hallucinations in patients with DLB: A soundtrack of visual hallucinations. J Clin Psychiatry (in press)
- 2) Matsushita M, Yatabe Y, Koyama A, Ueno Y, Ijichi D, Ikezaki H, Hashimoto M, Furukawa N, Ikeda M. Why do people with dementia pretend to know the correct answer? A qualitative study on the behaviour of toritsukuroi to keep up appearances. Psychogeriatrics 17(6):377-381, 2017
- 3) Kawagoe T, Matsushita M, Hashimoto M, Ikeda M, Sekiyama K. Face-specific memory deficits and changes in eye scanning patterns among patients with amnesic mild cognitive impairment. Sci Rep. 2017 Oct 30;7(1):14344. doi: 10.1038/s41598-017-14585-5.
- 4) Arai Y, Arai A, Mizuno Y, Kamimura N, Ikeda M. The creation and dissemination of downloadable information on dementia and driving from a social health perspective. Psychogeriatrics 17 : 262-266, 2017
- 5) Shinagawa S, Shigenobu K, Tagai K, Fukuhara R, Kamimura N, Mori T, Yoshiyama K, Kazui H, Nakayama K, Ikeda M. Violation of Laws in Frontotemporal Dementia: A Multicenter Study in Japan. J Alzheimers Dis 57(4):1221-1227, 2017
- 6) Sakai M, Kazui H, Shigenobu K, Komori K, Ikeda M, Nishikawa T. Gustatory dysfunction as an early symptom of semantic dementia. Dement Geriatr Cogn Disord Extra (in press)
- 7) Kazui H, Adachi H, Kanemoto H, Yoshiyama K, Wada T, Tokumasu Nomura K, Tanaka T, Ikeda M. Effects of donepezil on sleep disturbances in patients with dementia with Lewy bodies: An open-label study with actigraphy. Psychiatry Res. 2017 [Epub ahead of print]
- 8) Mizuta N, Yanagida K, Kodama T, Tomonaga T, Takami M, Oyama H, Kudo T, Ikeda M, Takeda M,

Tagami S, Okochi M. Identification of Small Peptides in Human Cerebrospinal Fluid upon Amyloid- $\beta$  Degradation. *Neurodegener Dis* 17 : 103-109, 2017

9) 丸山貴志, 橋本 衛, 石川智久, 福原竜治, 田中 響, 畑田 裕, 小嶋誠志郎, 池田 学. 認知症医療と介護連携のための縦断型連携パスの有用性の検証. *Dementia Japan* 31:380-388, 2017

10) 池田 学, 森 康治. 前頭側頭型認知症への薬物療法的アプローチは. *臨床精神薬理* 21(1):28-33, 2018

11) 池田 学. 認知症の治療とリハビリテーション—作業療法への期待. *日本作業療法士協会誌* 69:24 -27, 2017

12) 池田 学, 渡辺宏久, 橋本 衛, 祖父江 元. FTLD レジストリ. *老年精神医学雑誌* 28 : 1087-1090, 2017

13) 池田 学. 認知症の診断基準とADL. *老年精神医学雑誌* 28 : 965-968, 2017

14) 池田 学. 認知症の治療とケアの原則. *日本精神科病院協会雑誌* 36:34 -38, 2017

15) 上村直人, 池田 学. わが国における運転免許証に係る認知症等の診断の届出ガイドライン. *Geriatric Medicine* 55:591-594, 2017

16) 池田 学. 認知症における神経認知障害. 歯界展望 特別号:50 -53, 2017

17) 上村直人, 池田 学. 認知症と自動車運転. *精神医学* 59:325-332, 2017

18) 小山明日香, 池田 学. アルツハイマー病. 女性のメンタルヘルス(丸山総一郎編). 南山堂, 東京, p290-294, 2017

19) 池田 学. いわゆるBPSDをどう考え、どう対応するか. 高齢者のための精神科医療(編集「精神科治療学」編集委員会). *精神科治療学* 32 増刊号, 247-251, 2017

20) 末廣 聖, 池田 学. 認知症(DSM-5)及び軽度認知障害(DSM-5) 認知症. 別冊 日本臨床 精神医学症候群(第2版), 153-161, 2017

21) 佐藤俊介, 池田 学. 前頭側頭型認知症/軽度認知障害. 別冊 日本臨床 精神医学症候群(第2版), 169-173, 2017

22) 池田 学(編集委員). 認知症疾患治療ガイドライン 2017(編集「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会). 医学書院, 東京, 2017

23) 祖父江 元, 池田 学, 中島健二監修. 前頭側頭葉変性症の療養の手引き 2017

24) 池田 学. 前頭側頭葉変性症の超早期診断の試み *Japan Medical Society* 247 : 17-18, 2017

## 2. 学会発表

(招待講演)

1) The current situation of dementia in Japan 3rd International Leaders in Alzheimer's Disease Summit, Taipei, Taiwan, December 9-10, 2017

2) The current situation of dementia in Japan Faculty of Medicine and Health Sciences, University of East Anglia, UK, October 9, 2017

3) Discussion Leader: Genetics and Behavior Gordon Research Conference: Cognitive Dysfunction in Brain Diseases- Mechanism and Therapeutic Targets for Cognitive Deficits in Neurologic and Psychiatric Diseases The Chinese University of Hong Kong, China, June 11-16, 2017

4) Lunch Symposium: Current update of dementia treatment & clinical insights from 20 year's experience in Japan: How to cope with dilemmas in dementia for the patients & their family Epidemiology of early-onset dementia 11th Congress of Asian Society Against Dementia, Bangkok, Thailand, August 2-4, 2017

(基調講演)

1) 「認知症の治療とリハビリテーション-作業療法への期待」第51回日本作業療法学会, 東京, 9月22-24日, 2017

2) 「症候学からみる認知症」CNS Academy 2017 東京, 7月8日, 2017

(特別講演)

1) 「認知症と自動車運転」平成29年度新潟精神医学会, 新潟, 10月28日, 2017

2) 「森田療法の普及を目指して～認知症医療連携としての熊本モデル～」第35回日本森田療法学会, 熊本, 11月11日-12日, 2017

(一般講演)

1) 「認知症診療の基本」第30回近畿地区精神科合同卒後研修講座, 大阪, 7月1日, 2017

2) 「認知症の行動・心理症状(BPSD)の治療戦略」

- 第39回日本生物学的精神医学会・第47回日本神経精神薬理学会, 札幌, 9月28-30日, 2017
- 3) 「糖尿病と多臓器障害予防の研究会「認知症の予防は可能か?」」大阪, 1月19日, 2017
- 4) 「認知症の原因と症状を知ろう」大阪弁護士会認知症研修 大阪, 1月24日, 2017
- 5) 「認知症の症候学」城東 Dementia Expert Meeting 東京, 1月26日, 2017
- 6) 「認知症診療における地域連携 - 熊本モデルを中心に - 」日本臨床試験学会, 大阪, 1月27日, 2017
- 7) 「認知症を診ることに精神科医は必要か?」第8回神戸大学医学部精神神経科医局会学術講演会 神戸大学, 1月29日, 2017
- 8) 「認知症医療の展望 ~各機関に期待される役割~」第19回浅香山病院精神科症例研究会 堺, 2月4日, 2017
- 9) 「認知症の行動・心理症状(BPSD)の診方と治療戦略」大阪認知症研究会 認知症講演会 大阪, 2月5日, 2017
- 10) 「前頭側頭葉変性症の診断、治療、ケア」筑波大学附属病院 認知症疾患医療センター第8回研修会 つくば, 2月10日, 2017
- 11) 「サポート医に必要な認知症診療のポイント」平成28年度 認知症サポート医フォローアップ研修会 山口, 2月12日, 2017
- 12) 「若年性認知症を地域で支えるために」認知症疾患医療センター合同研修会 山口, 2月12日, 2017
- 13) 「認知症の自動車運転をめぐる」明日からの認知症講演会 宮崎, 2月16日, 2017
- 14) 「認知症と睡眠障害」熊本睡眠研究会 熊本, 2月24日, 2017
- 15) 「認知症とせん妄」第3回 Hiroshima Dementia Conference 広島, 2月28日, 2017
- 16) 「将来の認知症治療を見据えた診断、介入、連携」第36回日本社会精神医学会ランチョンセミナー 東京, 3月3日, 2017
- 17) 「前頭側頭葉変性症の診断と治療 Update」第16回関西・中部認知症研究会 大阪, 3月4日, 2017
- 18) 「認知症診療の基本」第14回大精協教育研修部薬剤師研修会 大阪, 3月8日, 2017
- 19) 「レビー小体型認知症の診断・治療・ケア」第19回日本ヒト脳機能マッピング学会ランチョンセミナー 京都, 3月9日, 2017
- 20) 「BPSDの治療戦略」第291回南薩内科医会 鹿児島, 3月10日, 2017
- 21) 「認知症疾患医療センター“熊本モデル”を振り返る」熊本認知症疾患医療センター第48回事例検討会 熊本, 3月11日, 2017
- 22) 「認知症の自動車運転をめぐる」Web講演会 Alzheimer's Disease Live Symposium 大阪, 3月14日, 2017
- 23) 「DLBの診断と治療」第11回姫路認知症連携研究会 姫路, 3月17日, 2017
- 24) 「認知症診療の基本と最近の課題」第26回大精診・大精協同学術講演会 大阪, 3月18日, 2017
- 25) 「BPSDの治療戦略」平成28年度 東香理病院認知症疾患医療センター研修会 大阪, 3月22日, 2017
- 26) 「認知症の症候学」第2回大阪地区精神医学研究会 大阪, 4月8日, 2017
- 27) 「医療的側面から見た改正道路交通法に関して」アルツハイマー病研究会第18回学術シンポジウム 東京, 4月22日, 2017
- 28) 「認知症の家族介護者のメンタルヘルス」第6回奈良メンタルヘルス研究会 奈良, 5月18日, 2017
- 29) 「認知症診療と現実の課題」大阪府医師協同組合医事懇話会 大阪, 7月6日, 2017
- 30) 「BPSDの治療戦略」第13回 北陸認知症フォーラム 金沢, 7月22日, 2017
- 31) 「早期診断と早期治療のポイント」泉佐野市・熊取町認知症連携講演会 大阪, 7月27日, 2017
- 32) 「DLBの診断と治療」第30回 北大阪物忘れ研究会 大阪, 7月29日, 2017
- 33) 「認知症の理解 認知症の種類と病気の軌跡 認知症の行動心理症状」大阪大学保健学科サマースクール 大阪, 8月7日, 2017
- 34) 「BPSDの治療戦略」大阪さやま病院 平成29年度 認知症疾患医療センター事業 大阪, 8月25日, 2017
- 35) 「改正道路交通ほうと認知症診断・治療」熊本県認知症講演会 熊本, 8月31日, 2017

- 36) 「認知症における医療連携のポイント」 Dementia Summit in NCNP 東京, 9月6日, 2017
- 37) 「レビー小体型認知症の診断・治療・ケア」 第8回認知症イメージング研究会 大阪, 9月9日, 2017
- 38) 「日本の超高齢社会における認知症の現状について」 第4回 大阪大学 健康・医療クロスイノベーションフォーラム 大阪, 9月13日, 2017
- 39) 「認知症初期集中支援チームの効果的な介入と認知症医療介護連携の構築について」 大阪府 医療連携の枠組み構築に向けた橋渡し支援事業 合同セミナー 大阪, 9月13日, 2017
- 40) 「認知症と自動車運転」 第5回柳井認知症研究会 柳井, 9月14日, 2017
- 41) 「認知症治療の最近の話題」 富山県精神科医会学術講演会 富山, 9月22日, 2017
- 42) 「認知症診療ガイドライン2017のTopics」 第2回札幌認知症研究会 札幌, 9月27日, 2017
- 43) 「疾患別の認知症ケア」「地域包括ケアシステム」平成29年度北海道介護関係職員医療連携支援事業 札幌, 9月28日, 2017
- 44) 老年期のメンタルヘルスの課題 ～認知症は予防できるのか～」 第49回大阪大学公開講座 大阪, 10月18日, 2017
- 45) 「認知症の診断・治療～改正道路交通法を含めて～」 第28回薩摩郡認知症研究会 薩摩郡, 10月19日, 2017
- 46) 「認知症の自動車運転」 第2回山口東部地区認知症セミナー 周南, 11月17日, 2017
- 47) 「認知症の症候学」 和歌山地区精神医学学術講演会 和歌山県立医科大学, 11月22日, 2017

(シンポジウム)

- 1) 認知症に至る前の超早期診断は可能か 「前頭側頭葉変性症の超早期診断の試み」 第17回日本抗彼医学会, 東京, 6月2-4日, 2017
- 2) 認知症医療の最前線 「認知症ケア」 第59回日本老年医学会, 名古屋, 6月16日, 2017
- 3) 睡眠障害を視野に入れた認知症治療の展開 「認知症と睡眠障害」 第42回日本睡眠学会, 横浜, 6月29-30日, 2017
- 4) うつ病・双極性障害と認知症 「うつ病と前頭側頭

型認知症」 第14回日本うつ病学会, 東京, 7月21-23日, 2017

- 5) 「早期診断と地域包括ケアシステム ～認知症疾患医療センターとの連携～」 「認知症疾患医療センターとの連携 –熊本モデルからみたポイントと今後の課題–」 第18回日本早期認知症学会, 東京, 10月14-15日, 2017

6) レビー小体型認知症の診断と治療の進歩 「レビー小体型認知症の治療、精神科医の立場から」 平成36回日本認知症学会, 金沢, 11月24日-26日, 2017

(教育講演)

- 1) 「認知症のリハビリテーションを考える」 回復期リハビリテーション病棟協会 第29回研究大会, 広島, 2月11日, 2017
- 2) 第17回日本認知症学会教育セミナー 「前頭側頭葉変性症の臨床 –指定難病の診断基準も含めて–」 東京, 4月23日, 2017
- 3) 「前頭側頭葉変性症の診断と治療戦略」 第32回日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14-16日, 2017
- 4) 「認知症の臨床診断学」 第37回日本精神科診断学会, 大阪, 10月20-21日, 2017
- 5) 「改正道路交通法と認知症の自動車運転」 第1回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会, 大阪, 10月28-29日, 2017

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

(表1) リハビリ介入前後の対象者の変化

対象	年齢	M/F	AD評価表	MMSE	PSMS	IADL	HADLS	FIM	日常生活自立度
1	82	M	服薬管理 → 修正自立	23→26	6→6	4→5	24.9→17.9	121→122	J1→J1
2	76	M	外出 → 変化なし	17→19	6→6	4→4	25.4→20.3	120→121	J2→J2
3	77	M	外出 → 修正自立	23→26	6→6	8→8	9.0→6.8	120→122	J1→J1
4	82	M	外出 → 修正自立	26→30	4→4	2→6	23.8→20.3	116→117	A1→J2
5	79	F	全て自立	22→30	6→6	8→8	1.3→0.0	126→126	J1→J1
6	83	F	外出 → 修正自立	21→26	6→6	6→6	7.1→5.6	123→123	J2→J2