

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)  
総合研究報告書

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

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 教授

○研究要旨 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とは、「認知症者の質の高い在宅生活の継続性の確保」を示唆するが、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）である。認知症者の生活行為障害は、背景となる認知症疾患あるいは重症度によってその特徴が異なり多様であるため、基本となる生活行為の動作を分析し、生活行為障害の原因を評価して適切な支援策を検討して実践することが重要となる。

初年度は、認知症者の生活行為障害の実態把握を目的に、熊本大学医学部附属病院神経精神科認知症専門外来に初診したアルツハイマー病(AD)635 例、レビー小体型認知症(DLB)118 例、前頭側頭葉変性症(FTLD)50 例、脳血管性認知症(VaD)92 例のデータから、認知症疾患別に認知機能や重症度と ADL・IADL 行為の自立との関連を検討した。AD では認知機能の悪化に従って行為の障害がみられたが、他の 3 疾患には特徴的な傾向はみられなかった。さらに AD635 例に絞って検討したところ、MMSE18 点前後から、「着替え」「身繕い」が急速に悪化する。「移動能力」は MMSE 得点の悪化と自立の悪化に相関を示す、ことが特徴として示された。

前年度の結果より、次年度は、AD の生活行為障害をより明確化するため、AD635 例と地域疫学研究に参加した MMSE24 点以上の健康高齢者 691 例のデータを基に、MMSE と ADL・IADL 行為の自立との関連を比較分析した。その結果、AD 群は ADL 悪化が健常群よりも 5～10 歳早いことが示され、「服薬管理」「金銭管理」は AD 群に限って若年からでも悪化した。この結果から 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。一方、AD の生活行為障害は、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できないため、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。評価する生活行為は既存の評価尺度に合わせて「排泄」「食事」「移動」「入浴」「洗濯」「外出」「買い物」「服薬管理」などの 14 項目に設定し、各行為の起点と終点を定め、行為の工程を 5 段階の分類と 3 段階の下位項目に動作分析を行ない、行為の詳細な評価が可能な構成とした。

最終年度は、新たに作成した AD-ADL 評価表の実用性を検討するため、介入研究を実施した。介護サービス未利用の在宅軽度 AD 患者 6 例に対して、作業療法士が AD 評価

表を用いて生活行為評価を行い、30分/回・週2回・3ヶ月間、患者自宅へ訪問してリハビリ介入と家族介護者指導を行った。AD-ADL 評価表での評価の結果、各対象の目標は概ね「服薬管理」と「外出」に絞られ、リハ介入後は、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、MMSE と HADLS は大幅な改善を示した。一方、生活行為評価項目以外に「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。介入全体の結果から、対象の生活行為の工程を詳細に評価し、的を絞ったりハ介入を行ったことで、介入後は介入項目で明らかな改善が認められ、全般的な認知機能も改善したことから対象の意欲の向上を引き出した可能性があると考えられた。また、AD-ADL 評価表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、介入評価もしやすいことが示された。

本研究の成果において、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」などの複雑な行為の悪化が特徴的だが、早期に作業療法士が詳細に評価し、障害されている工程に焦点を当てたりハ介入を行うことで、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。その一方で、「日々の行き場所のなさ」や「日課の乏しさ」の訴えは持続した。したがって、今後の展望として、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社会環境整備が求められる。そして、認知症発症後の超早期から、複雑な生活行為へのリハビリ介入との組み合わせが可能な生活支援の体制構築を前向きに検討していく必要がある。

研究分担者

石川 智久	熊本大学医学部附属病院神経精神科 助教
田中 響	熊本大学医学部附属病院神経精神科 特任助教
北村 立	石川県立高松病院 院長
川越 雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授
堀田 聡子	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授
小川 敬之	九州保健福祉大学大学院 教授
田平 隆行	鹿児島大学医学部保健学科 教授
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 作業療法士
村田 美希	くまもと青明病院 作業療法士
吉浦 和宏	熊本大学医学部附属病院神経精神科 作業療法士

## はじめに

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」とは、「認知症者の質の高い在宅生活の継続性の確保」を意味する。今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を含めた日常生活行為の障害(以下、生活行為障害)である。認知症者の生活行為障害の原因を分析し、適切な支援を実践することが重要となるが、生活行為障害は個人の背景疾患、認知症重症度、生活環境によりその神経症状や神経心理学的特徴が異なることから、在宅生活維持に必要な生活行為も多様である。そのため、対象者が必要とする生活行為の作業分析と障害された生活行為の行動分析および評価を行い、最適なりハビリテーションを提供することが必要である。

### A. 研究目的

国内外において、認知症者の認知症疾患別・重症度別の生活行為障害に関する研究は少なく、性別、疾患別や重症度別の生活行為障害と支援内容に関する実態や効果は十分に検討されていない。

本研究では、認知症専門医と作業療法士が協働して認知症者の生活行為障害をADL・IADL行為から分析し、疾患別・重症度別に分析・評価を行い、認知症者の生活行為維持のための早期介入・早期支援の指標となるガイドラインの確立を目指す。

### B. 研究方法

(1)平成27年度は、認知症者の生活行為障害の実態把握を目的に、熊本大学医学部

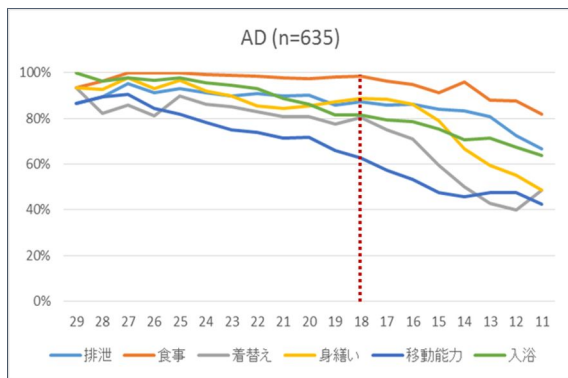
附属病院神経精神科認知症専門外来に初診したアルツハイマー病(AD)635例、レビー小体型認知症(DLB)118例、前頭側頭葉変性症(FTLD)50例、脳血管性認知症(VaD)92例のデータを基に、認知症疾患別のADLおよびIADLの自立度に関し、日常生活基本動作を評価するPSMS(「排泄」「食事」「着替え」「身繕い」「移動能力」「入浴」の6項目のADL)、手段的日常生活動作を評価するLawton IADL(「電話の使い方」「買い物」「食事の支度」「家事」「洗濯」「移動・外出」「服薬の管理」「金銭の管理」の8項目のIADL)、全般的認知機能を評価するMMSEとの関連を検討した。

(2)平成28年度は、前年度の結果より、ADの生活行為障害をより明確化するため、熊本大学医学部附属病院神経精神科外来に初診したAD635例と第3回中山町研究に参加した高齢者の内、MMSE24点以上の健康高齢者691例のデータを基に、PSMS、Lawton IADL、MMSEとの関連を比較分析した。この結果を基に、各ADL行為に関して認知機能面と身体機能面から動作分析を行い、ADに特化した生活行為障害の評価が可能なAD-ADL評価表を作成した。

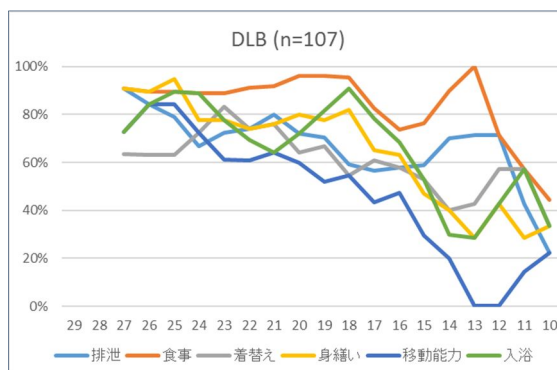
(3)平成29年度は、前年度に作成したAD-ADL評価表の実用性を検討するため、介護サービス未利用の在宅軽度AD患者6例に対して、作業療法士がAD-ADL評価表を用いて生活行為評価を実施し、リハビリの目標を設定する30分/回・週2回・3ヶ月間、作業療法士がリハビリ介入と家族介護者指導を行う期間終了後に再評価を行い、他のADL尺度や認知機能尺度との整合性、関連性について検証を行った。

## C. 研究結果と考察

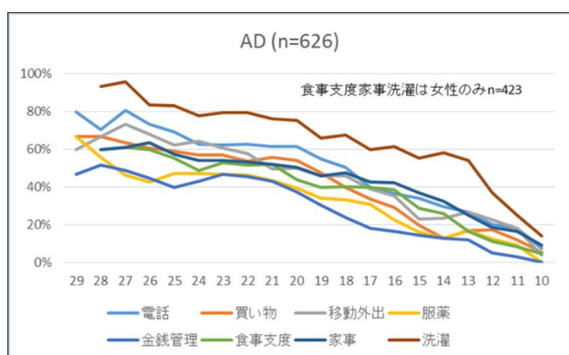
(1) AD では認知機能の悪化に従って、各行為は悪化する傾向があった(図1, 2)



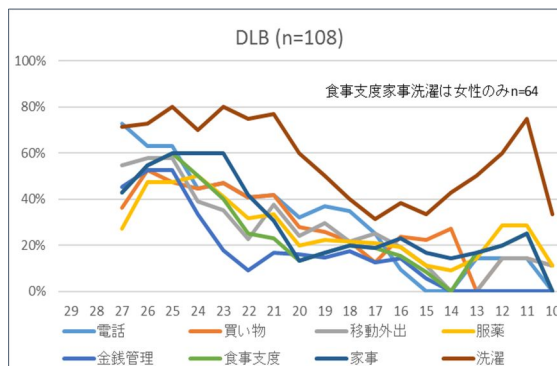
(図1: ADのPSMSと認知機能との関連)



(図3: DLBのPSMSと認知機能との関連)

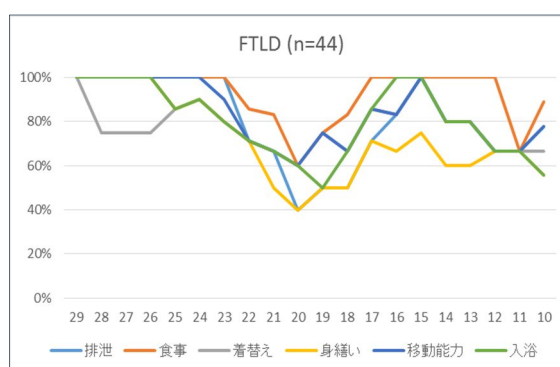


(図2: ADのIADLと認知機能との関連)

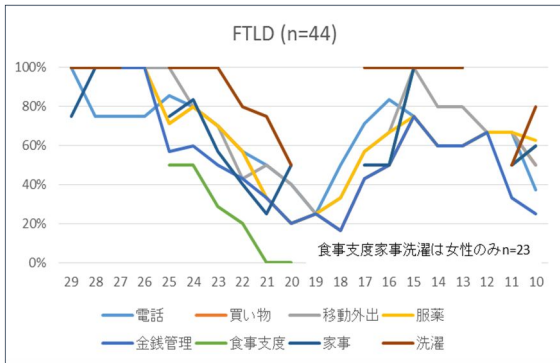


(図4: DLBのIADLと認知機能との関連)

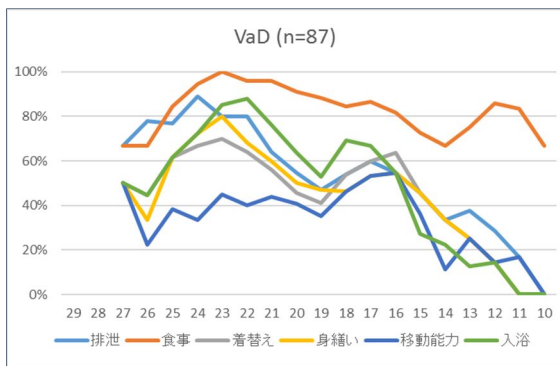
そこでAD635例をさらに検討をしたところ、PSMSではMMSE18点前後から「着替え」「身繕い」が急速に悪化し、「移動能力」はより早期から悪化を示した(図1)。またIADLでは、MMSEが高得点であっても、「服薬管理」「金銭管理」は自立度が低く(図2)ADのMMSE悪化とADL・IADLの悪化には関連性が示された。一方、他の3疾患には認知機能の低下と行為の障害に特徴的な傾向はみられなかった(図3-8)。



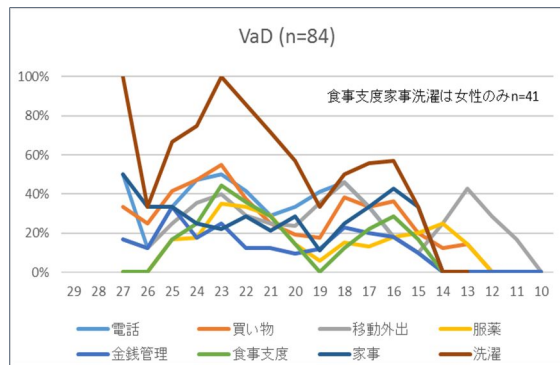
(図5: FTLDのADLと認知機能との関連)



( 図 6 : FTLD の IADL と認知機能との関連 )



( 図 7 : VaD の ADL と認知機能との関連 )

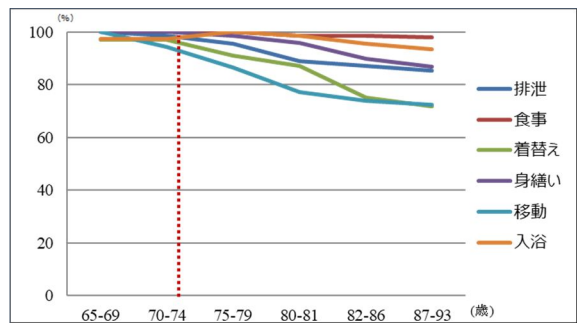


( 図 8 : VaD の IADL と認知機能との関連 )

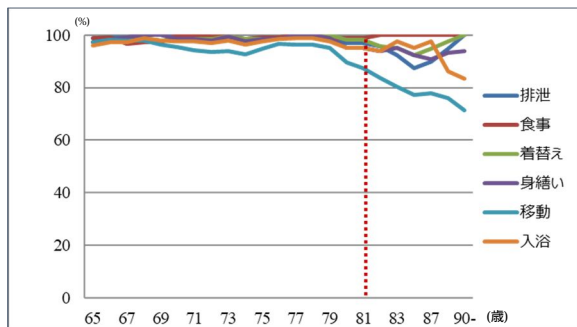
これは対象者数が少ないこともあるが、非 AD では精神症状や行動異常が中心の疾患もあることから、今後も継続して臨床例を増やし、各疾患については、単純な解析では不明瞭な部分もあるため、各研究分担者

が疾患別に分析方法を工夫して解析を進める予定である。

( 2 ) AD 群と健常群ともに、年齢に基づく身体機能の悪化は ADL・IADL 悪化の要因に含まれたが、AD 群は ADL 悪化が健常群よりも 5~10 歳早いことが示された( 図 9 , 10 )。これは認知機能の悪化が影響していると考えられる。

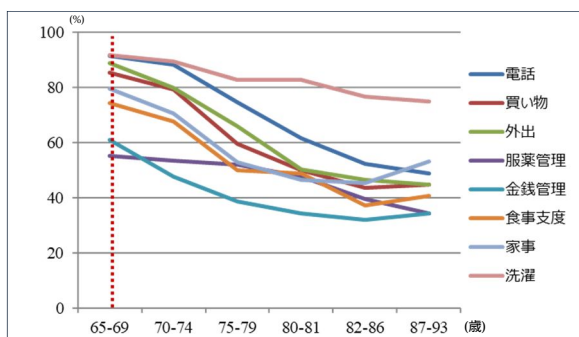


( 図 9 : AD(MMSE:24 )群の PSMS と加齢との関連 n=116 )

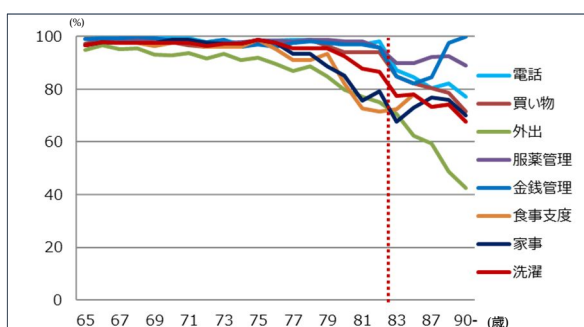


( 図 10 : 健常群の PSMS と加齢との関連 n=691 )

また、IADL の「服薬管理」「金銭管理」は AD 群に限って若年からでも悪化した( 図 11 , 12 )。



(図 11: AD(MMSE:24)群の IADL と加齢との関連 n=116)



(図 12: 健常群の IADL と加齢との関連 n=691)

この結果から 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できない。そのため、各 ADL 行為に関して認知機能面と身体機能面から動作分析を行い、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。評価する生活行為は既存の評価尺度に合わせて「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 項目に設定し、各行為の起点と終点を定め、各行為の工程を 5 段階に分類し、各工程を 3 段階の下位項目に動作分析を行なった(図

13)。これにより、行為の詳細な評価が可能となり、認知症者が生活行為のどの段階でつまづいているかを明確に評価し、リハ介入後の再評価時にも比較が行いやすい構成となった。

評価	更衣の工程	下位項目		チェック		備考
				YES	NO	
服を選ぶから靴の着脱まで	1. 着る服を選ぶ	目的の服が収納されている場所に行く	YES	NO		
		目的に合った服の収納位置を把握している	YES	NO		
		目的や状況に応じた服を選ぶ	YES	NO		
	2. 服を脱ぐ	服の留め具を外す	YES	NO		
		上衣・下衣を脱ぐ	YES	NO		
③脱いだ服をまとめる・しまう		YES	NO			
3. 服を着る	服の前後ろ・裏表・左右を確認する	YES	NO			
	上衣・下衣を着る	YES	NO			
	③服の留め具を留める	YES	NO			
4. 靴下を着脱する	左右・裏表を確認する	YES	NO			
	靴下を履く	YES	NO			
	③靴下を脱ぐ	YES	NO			
5. 靴の着脱	左右を確認する	YES	NO			
	①ひも靴を着脱する	YES	NO			
		②ひもや留め具がない靴を着脱する	YES	NO		

(図 13: AD-ADL 評価表の例「更衣」)

(3) 実介入対象者 6 例は、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。より、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く、目標設定に当たって、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(図 14) 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)が、「日課の乏しさ」



や「日々の行き場所のなさ」の訴えはリハ介入後も継続した。介入全体の結果から、対象の生活行為の工程を詳細に評価し、的を絞ったり八介入をしたことにより、介入後は介入項目で明らかな改善が認められ、全般的な認知機能も改善したことから対象の意欲の向上を引き出した可能性があると考えられ、AD-ADL 評価表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、介入評価もしやすいことが示された。

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おり、別のアプローチが必要と考えられた。また、対象者数が少なかったため、さらに数を増やした介入研究やデータ解析が今後の課題である。

#### D. 結論

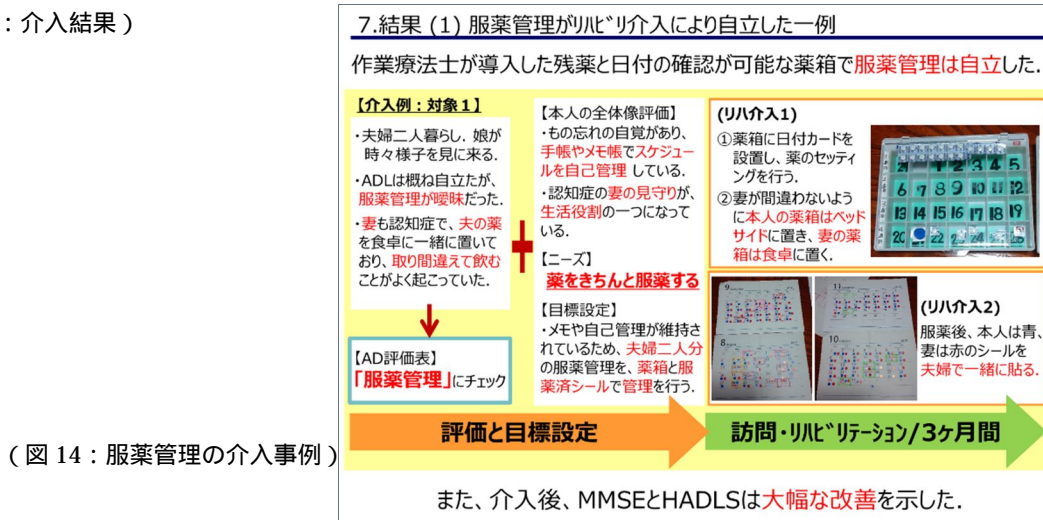
本研究の成果において、AD 患者の生活行

為障害は、認知機能障害の影響を強く受ける「服薬管理」などの複雑な行為の悪化が特徴的だが、早期に作業療法士などの専門職がそれらの行為の工程を AD-ADL 評価表で詳細に評価し、障害されている工程に焦点を当てたり八介入を行うことで、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。

AD 患者の障害された行為の工程に介入することで、対象行為ならびに全般的な認知機能を改善することはできたが、その一方で、「日々の行き場所のなさ」や「日課の乏しさ」の訴えは持続した。したがって、今後の介入については、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介入の組み合わせを検討していきたい。

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

(表 1: 介入結果)



(図 14: 服薬管理の介入事例)



-----  
分担研究者 石川智久担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

我々は、前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal Lobar degeneration: FTL D) 患者の ADL について検討を行った。

初年度は熊本大学医学部附属病院神経精神科 認知症専門外来受診者のデータベースから FTL D 患者を対象とし、認知機能評価、認知症重症度と、ADL との関連について継時的な変化について検討した。認知機能評価は MMSE (Mini-Mental State Examination) で、認知症重症度は CDR (Clinical Dementia Rating) を用い、ADL 評価には、PSMS (Physical Self-Maintenance Scale)、IADL (Lawton Instrumental Activities of Daily Living) を用いた。その結果、FTL D 患者では、かならずしも MMSE 得点の低下と CDR での重症度スコアとが、ADL 低下と関連しないことが明らかとなった。その考察として、MMSE も CDR も、そもそもアルツハイマー病患者の評価を対象として開発されており、FTL D 患者に特有の、常同行動や「わが道をゆく」行動パターン、意欲低下や考え無精といった症候を反映しにくいことが考えられた。

そこで、次年度は、FTL D 患者特有の症候である常同行動に着目し、常同行動を質的量的に評価する尺度である SRI (Stereotypy Rating Inventory) を用いて、継時的な変化と ADL との関連を検討した。その結果、症例数がすくないため有意差の検討は困難であったが、常同行動が活発化する病中期にかけて SRI のスコア増加す

なわち、常同行動の重症化と、ADL の低下とが関連する傾向が観察された。このことは、FTL D 患者は、ひとつひとつの行為、工程そのものは、身体機能が保たれていることから実施できるが、それらがひとまとまりになった行動としてみた場合、行動開始や常同行動、判断の不適切さなどにより、結果的に「できない」という評価につながっていたと考えられ、ADL の質的評価の必要性が想定された。そのため、SRI などの FTL D 特有の症候を質的量的に評価できる尺度は、FTL D の生活障害へのアプローチに有用であることが示唆された。

最終年度は、我々の開発した「生活行為工程分析表」を用いて、前年度の仮説である FTL D 患者の質的な ADL 評価を試みた。その結果、生活行為の工程ひとつひとつを評価すると、食事や排泄などの生命に基本的な ADL は MMSE スコアが低くても多くの要素で保たれていることが明らかとなり、アルツハイマー病患者の ADL 評価の様相とは異なることが示された。

これらの結果を総合すると、FTL D 患者の生活障害に影響する ADL の症候を、継時的に質的評価できる尺度の必要性が明らかとなったことから、今後の展開としては、このような尺度の開発や、実例でのデータ蓄積、リハビリテーションのアウトカムとしての有用性を検討することなどによって、生活行為障害の分析に基づいたリハビリテーションの標準化への足がかりとしていきたい。

-----  
分担研究者 田中響担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies; DLB) 患者における、生活行為障害の特徴について研究した。初年度は DLB 患者における認知機能の低下あるいは認知症の進行と生活行為障害との関連を検討することを目的とした。当科認知症専門外来を初診し、DLB と診断された連続例 109 名 (男性 45 名、女性 64 名) を対象とし、ADL、IADL の評価には Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)、Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (LIADL) を用い、それぞれの生活行為における完全自立者の割合を、MMSE 得点別と CDR sum of boxes 別に算出し、比較検討した。その結果、DLB 患者においては、ADL の自立度は認知機能障害あるいは認知症の進行に伴い移動能力がもっとも低下しやすく、次に排泄、着替えおよび入浴が続き、食事は他の生活行為と比べ維持されやすかったことが明らかになった。IADL においては、認知機能障害が軽度であっても完全自立の割合は洗濯を除いて 50-60% 程度、中等度となると 40% を下回っていた。さらに病初期から急速に、特に金銭管理において自立度の低下がみられた。本研究の結果から、今後はさらに個々の生活行為障害の詳細を検討し、リハビリテーション介入の焦点を明確にしていく必要があると考えられた。

次年度は DLB 患者における、精神行動症状と生活行為障害との関連を検討することを目的とした。当科認知症専門外来を初診し、DLB と診断された連続例 132 名 (男性 62 名、女性 70 名) を対象とし、ADL、IADL の評価には PSMS、IADL を用い、また精

神行動症状の評価には NPI-10 を用いて相関係数を求め、その関連を評価した。その結果、DLB 患者においては興奮、無為および異常行動は ADL、IADL とともに負の相関関係にあり、これらの精神行動症状が生活行為障害に影響していることが示唆された。一方で DLB において特に有症率が高い幻覚については ADL、IADL とともに有意な相関はみられなかった。本結果からは、DLB 患者における精神行動症状について、興奮、無為および異常行動は幅広く生活行為障害に影響していることが示唆された。このことは生活行為障害に対するリハビリテーションを行っていくにあたっても重要な情報であると思われた。また、それぞれの精神行動症状が具体的にどのような生活行為の障害と関連するのかが検討することが必要と考えられた。

最終年度では、軽症 DLB 患者において、精神行動症状と個々の生活行為障害との関連を検討することを目的とした。当科認知症専門外来を初診し、DLB と診断された連続例のうち CDR が 0.5 か 1 であった 100 名 (男性 49 名、女性 51 名) を対象とし、ADL、IADL の評価には PSMS、IADL を用い、また精神行動症状の評価には NPI-10 を用いて相関係数を求め、その関連を評価した。その結果、軽症 DLB 患者においては易刺激性と無為が排泄や食事などの生活行為障害に影響していることが示唆された。また社会的な ADL においては、妄想が電話や外出、服薬管理といった生活行為の障害に、また易刺激性や異常行動も買い物などの生活行為障害に影響していることが示唆された。このことは生活行為障害に対する加療、リハビリテーションを行っていく上

で重要な情報であると考えられた。

-----  
分担研究者 北村立担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

平成 27,28 年度「精神科病院に入院したレビー小体型認知症の生活行為障害の調査」(研究協力者:塩田繁人(石川県立高松病院作業療法科))

【目的】アルツハイマー型認知症(AD)の生活行為障害は、FASTの通り進行するが、レビー小体型認知症(DLB)の生活行為障害の進展については不明な点が多い。これを明らかにすることは DLB の介護やリハビリテーションを考える上で有益である。

【方法】対象は 2014 年 4 月から 2016 年 3 月の間に当院へ入院した DLB37 人と AD94 人である。認知機能は MMSE を、ADL は Barthel Index(以下,BI)を、IADL は Frenchay Activities Index(以下,FAI)を用い評価した。認知症段階は、MMSE 得点から Mild:23-18,Moderate:17-12, Severe:11-0 の 3 群に分けた。DLB の ADL と IADL を Mild, Moderate, Severe の 3 群間で比較した。また認知症段階ごとに DLB と AD の ADL,IADL を比較した。本研究は石川県立高松病院倫理審査委員会の承認を得た(承認番号:15001)。

【結果】AD と DLB の比較ではどの認知症段階でも、年齢、性、家族構成、ADL、IADL に差を認めなかった。DLB の IADL は、「食事の片付け」が Mild と Moderate の間、「屋外歩行」と「趣味」が Mild と Moderate、Mild と Severe の間で有意差を認めた。また ADL は「整容」が Mild と Moderate の

間で有意差を認めた。認知症段階ごとに AD と DLB の ADL, IADL を比較したが、いずれも有意差はなかった。

【考察】DLB の IADL 障害では、Mild から Moderate への移行により、「食事の片付け」と「屋外歩行」、「趣味」が低下した。このことから DLB の IADL 障害には認知機能や注意機能、運動機能に加え、意欲の影響も示唆された。DLB のリハビリプログラムでは、Mild の段階から趣味活動や屋外での散歩を積極的に取り入れるのが良いかもしれない。DLB の ADL 障害では、Mild と Moderate の間で「整容」が低下したが、その他は認知症段階ごとで差はなく AD とも差がなかった。この理由は対象者が高齢で認知症以外の理由で ADL が低下していたと考えられた。DLB は AD に比し ADL も IADL も早期に低下するといわれるが、今回は両方で明らかな差を認めなかった。

平成 29 年度「認知症入院患者における ICF の臨床的応用—アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症の比較—」(研究協力者:杉本優輝(石川県立高松病院作業療法科))

【目的】ICF(国際生活機能分類)は 2001 年に WHO により提唱され、人の健康のすべてを扱い、人が生きることすべてをコード化できる。しかし我が国において臨床的に活用されているとは言い難く、その理由は評価項目の多さ、複雑さにある。本研究では AD と DLB の記憶障害や認知障害といった精神機能障害の違いに着目し、ICF の臨床的有用性を検討した。

【方法】2015 年 4 月から 2017 年 3 月の間に当院へ入院した AD と DLB の診療録を後方視的に検討し、MMSE と ICF が完全

に評価できていた 70 人 (AD53 人,DLB17 人)を対象とした。ICF の精神機能のうち、意識機能、見当識機能、知的機能など 18 項目について、その障害の有無を評価し、AD と DLB で比較した。また、MMSE の下位検査 11 項目について、各項目の粗点と障害の有無(完全正答以外は障害あり)を両群で比較した。本研究は石川県立高松病院の倫理審査委員会の承認を得た(承認番号:17009)。

【結果】平均年齢が AD82.0 歳、DLB89.1 歳であり、DLB の方が高齢であった ( $p=0.001$ )。また MMSE の平均得点では AD が 10.5 点、DLB が 9.4 点で、AD の方が高い傾向にあった ( $p=0.055$ )。ICF 項目では、DLB は AD に比べ意識機能 (AD25.9%vsDLB58.8%, $p<0.05$ )、睡眠機能 (AD22.2%vsDLB58.8%, $p<0.01$ )、知覚機能 (AD18.5%vsDLB64.7%, $p<0.01$ ) が障害されている割合が高く、記憶機能 (AD96.3%vsDLB82.48%, $p<0.05$ ) の割合が低かった。MMSE の下位項目については、粗点でも障害されている割合でも AD と DLB で差はなかった。

【考察】AD の記憶障害は海馬由来の記憶障害すなわち記銘力障害であるのに対し、DLB のそれは注意機能や遂行機能など前頭葉由来の再生障害であることが多いとされる。よって MMSE の遅延再生や計算などの項目で AD と DLB に差があることが予測されたが差はなかった。これは対象が高度認知症の段階であり、障害されている精神機能が多いため両者の違いが明らかにならなかったと思われる。そのような条件ながら、ICF 項目において DLB では意識機能、睡眠機能、知覚機能が AD よりも障害

されている割合が多かった。意識機能は認知の変動を、睡眠機能はレム睡眠行動障害や日内リズム障害を、知覚機能は視空間認知障害や幻視・幻聴を反映していると考えられる。一方、AD では記憶機能が DLB よりも障害されていた。このように障害された ICF 項目の差は、両者の臨床的特徴を反映しており、丁寧に ICF 項目を評価することで両者の違いを明らかにできると考えられた。特に軽度～中等度の認知症を対象に ICF の評価を行えば、認知症疾患ごとの特徴が明らかにでき、個別のリハビリテーションを考える参考になる。しかし ICF は習熟を要する上に精神機能の評価だけでも 30 分程度が必要であり、臨床応用のためには何らかの工夫が必要と思われる。

-----  
分担研究者 川越雅弘担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

認知症の人の在宅サービス受給状況の特徴—非認知症群との比較—

【研究目的】在宅で療養している認知症群(認知症高齢者の日常生活自立度がランク以上)と非認知症群(同自立度が自立またはランク)の介護サービス受給状況の差異を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】A 市からご提供頂いた 2015 年 9 月時点の認定・給付データをもとに、在宅サービス受給者(9 月中に在宅サービスのみを受給している者)を抽出、認知症高齢者の日常生活自立度をもとに認知症群(以下、D 群)と非認知症群(以下、non-D 群)に分類した上で、両群間の要介護度別在宅介護サービス受給率をサービス種類別に比較

した。【倫理的配慮】A市との間で、データの取扱い等に関する覚え書きを締結した上で、分析を実施している。また、国立社会保障・人口問題研究所の研究倫理審査会にて承認も受けている（番号：IPSS - TRN#15001-2）。

【研究結果】1.性別にみた人数 / 割合及び平均年齢：認知症群は 7,523 人で、うち男性の占める割合は 33.0%、平均年齢は 83.2 歳（SD=8.1）であった。一方、非認知症群は 6,318 人で、男性の占める割合は 30.2%、平均年齢は 80.5 歳（SD=8.2）であった（表 1）。

	D 群 (n=7,523)		Non-D 群 (n=6,318)	
	人	%	人	%
男性	2,479	33.0	1,910	30.2
女性	5,044	67.0	4,408	69.8
Age	83.2±8.1		80.5±8.2	

表 1.性別人数 / 構成割合及び年齢

2.要介護度別にみた人数 / 割合：認知症群の要介護度をみると、「要介護 1」が 30.5%と最も多く、次いで「要介護 2」29.0%、「要介護 3」17.3%、「要介護 4」10.4%の順で、要支援者の割合は 6.5%であった。一方、非認知症群をみると、「要支援 2」が 41.3%と最も多く、次いで「要支援 1」24.4%、「要介護 2」15.7%、「要介護 1」8.4%の順で、要支援者が全体の 65.7%を占めていた（表 2）。

	D 群		non-D 群	
	人	%	人	%
支援 1	125	1.7	1,541	24.4
支援 2	364	4.8	2,609	41.3
介護 1	2,296	30.5	530	8.4
介護 2	2,178	29.0	991	15.7
介護 3	1,300	17.3	366	5.8
介護 4	784	10.4	188	3.0
介護 5	476	6.3	93	1.5

表 2.要介護度別人数 / 構成割合

3.種類別にみた在宅サービス受給率比較：サービス種類別に、要介護度別在宅サービス受給率をみると、訪問介護（要介護 1～2 / 要介護 4）訪問看護（要介護 2～3）訪問リハ（要介護 1～3、要介護 5）通所リハ（要介護 1～3）福祉用具貸与（要支援 1～要介護 5）住宅改修（要介護 1）において、非認知症群での受給率が有意に高かった。

通所介護（要支援 1～要介護 3）短期入所（要介護 1～5）小規模多機能型居宅介護（要支援 1、要介護 1～5）において、認知症群での受給率が有意に高かった。訪問入浴介護、定期巡回・随時滞欧型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅療養管理指導の 4 サービスの受給率は、全ての要介護度で有意差は見られなかった、など、認知症群の場合、非認知症群に比べ、通所介護や短期入所といった家族の介護負担軽減目的（レスパイト目的）のサービスが導入されやすい一方で、リハや看護といった医療サービスの導入が低い傾向にあることが確認できた（表 3）。

ア) 訪問介護（単位：%）

	D 群	non-D 群	P 値
支援 1	29.6	28.7	0.837
支援 2	35.4	31.3	0.118
介護 1	30.1	40.9	0.000 **
介護 2	33.3	40.0	0.000 **
介護 3	29.4	33.3	0.156
介護 4	31.0	42.0	0.004 **
介護 5	38.7	43.0	0.486

イ) 訪問看護（単位：%）

	D 群	non-D 群	P 値
支援 1	3.2	3.1	1.000
支援 2	8.5	6.3	0.113
介護 1	10.1	10.4	0.873
介護 2	12.9	20.6	0.000 **
介護 3	13.5	23.5	0.000 **
介護 4	19.6	23.9	0.192

介護 5	29.6	35.5	0.270	
------	------	------	-------	--

ウ) 訪問リハ (単位: %)

	D 群	non-D 群	P 値	
支援 1	0.0	0.5	1.000	
支援 2	0.5	1.1	0.573	
介護 1	0.6	2.3	0.001	**
介護 2	1.7	3.0	0.015	*
介護 3	1.2	4.6	0.000	**
介護 4	2.4	3.7	0.317	
介護 5	2.5	7.5	0.023	*

エ) 通所介護 (単位: %)

	D 群	non-D 群	P 値	
支援 1	63.2	53.2	0.032	*
支援 2	54.9	46.4	0.002	**
介護 1	64.5	44.9	0.000	**
介護 2	56.3	37.6	0.000	**
介護 3	50.8	38.8	0.000	**
介護 4	42.5	34.6	0.057	
介護 5	32.8	23.7	0.088	

オ) 通所リハ (単位: %)

	D 群	non-D 群	P 値	
支援 1	4.0	6.3	0.435	
支援 2	10.2	9.9	0.851	
介護 1	13.4	20.9	0.000	**
介護 2	18.6	23.7	0.001	**
介護 3	21.2	26.2	0.047	*
介護 4	24.4	26.1	0.638	
介護 5	24.4	29.0	0.361	

カ) 短期入所 (単位: %)

	D 群	non-D 群	P 値	
支援 1	0.0	0.4	1.000	
支援 2	1.1	1.1	1.000	
介護 1	7.4	2.8	0.000	**
介護 2	12.4	3.2	0.000	**
介護 3	26.7	13.4	0.000	**
介護 4	32.8	18.1	0.000	**
介護 5	30.9	10.8	0.000	**

キ) 小規模多機能型 (単位: %)

	D 群	non-D 群	P 値	
支援 1	4.8	1.2	0.009	**
支援 2	2.2	1.5	0.365	
介護 1	5.8	1.9	0.000	**
介護 2	5.0	2.1	0.000	**
介護 3	7.8	1.4	0.000	**
介護 4	7.3	2.1	0.007	**
介護 5	8.8	0.0	0.001	**

ク) 福祉用具貸与 (単位: %)

	D 群	non-D 群	P 値	
支援 1	23.2	33.6	0.017	*
支援 2	39.6	50.9	0.000	**
介護 1	32.4	57.5	0.000	**
介護 2	57.7	80.4	0.000	**
介護 3	65.9	89.9	0.000	**
介護 4	77.9	89.9	0.000	**
介護 5	84.9	93.5	0.031	*

表 3. サービス受給率の比較 (有意差ありのみ)

【考察・結論】認知症本人の生活機能を如何に高めるかの視点から、認知症の人に対するケアマネジメントの在り方を再検討する必要があると考えた (多職種による総合的なケアマネジメント体制の構築の推進など)。

軽度要介護状態にある在宅認知症高齢者の ADL / IADL の低下の特徴—認知症群内での前後比較、非認知症群との群間比較より—

【研究目的】在宅で療養している認知症群 (認知症自立度がランク 以上) と非認知症群 (同自立度が自立またはランク ) の ADL / IADL の自立度の低下の状況の差異を明らかにすること。

【研究方法】A 市からご提供頂いた 2013 年 9 月及び 2015 年 9 月の 2 時点の認定・給付データをもとに、2013 年 9 月時点で 65 歳以上である 両時点とも在宅療養中である 2013 年 9 月時点で要介護 1 である 両時点とも認定・給付データが存在する、の条件を満たした 2,998 人を抽出、認知症自立度をもとに認知症群と非認知症群に分類した上で、2 年後の ADL / IADL の自立度の低下率を項目別に 2 群間比較した。なお、比較に用いた ADL / IADL 項目とは、認定調査項目の中の、「歩行」「洗身」「爪切り」「移乗」「移動」「嚥下」「食事摂取」「排尿」



「排便」「口腔清潔」「洗顔」「整髪」「上衣の着脱」「ズボン等の着脱」「外出頻度」「薬の内服」「金銭の管理」「買い物」「簡単な調理」の19項目である。

【倫理的配慮】A市との間で、データの取扱い等に関する覚え書きを締結した上で、分析を実施している。また、国立社会保障・人口問題研究所の研究倫理審査会にて承認も受けている(番号:IPSS - TRN#15001-2)。

【研究結果】1.性別にみた人数/割合及び平均年齢:認知症群は2,202人で、うち男性は597人(27.1%)、平均年齢は82.5歳、一方、非認知症群は796人で、うち男性は247人(31.0%)、平均年齢は82.5歳であった。認知症群の方が女性の割合が高かった(表4)。

	D群 (n=2,202)		non-D群 (n=796)	
	人	%	人	%
男性	597	27.1	247	31.0
女性	1,605	72.9	549	69.0
65-69	86	3.9	46	5.8
70-74	207	9.4	72	9.0
75-79	369	16.8	146	18.3
80-84	637	28.9	203	25.5
85-89	569	25.8	185	23.2
90-94	287	13.0	118	14.8
95	47	2.1	26	3.3

表4. 性・年齢階級別人数/構成割合

2.項目別にみた自立者割合の差異(2013年時点、認知症群)2013年9月の認知症群の自立者割合を項目別にみると、「食事摂取」98.0%、「移乗」97.6%、「洗顔」「整髪」93.9%、「排便」92.0%、「口腔清潔」90.0%の自立度が高い一方で、「薬の内服」9.9%、「買い物」10.7%、「金銭管理」15.8%、「簡単な調理」25.6%の自立度が低い状況であった。

3.項目別にみた自立者割合の2群間比較

(2013年時点)2013年9月の自立者割合を2群間で比較すると、「薬の内服」24.4ポイント(D群9.9%、non-D群34.3%)、「金銭管理」21.8ポイント(15.8%vs37.7%)、「簡単な調理」2.3ポイント(25.6%vs27.9%)で認知症群の方が低かった。一方、「歩行」28.6ポイント(認知症群48.2%、非認知症群19.6%)、「爪切り」18.2ポイント(52.0%vs33.8%)、「洗身」17.0ポイント(55.8%vs38.8%)、「外出頻度」13.4ポイント(78.7%vs65.3%)で非認知症群の方が低かった。

4.項目別自立者割合の変化(D群)2時点間の自立者割合の変化量をみると、全ての項目で減少していた。ここで、2時点間の減少量を項目別にみると、「口腔清潔」29.0ポイント(90.0→61.0%)、「ズボン等着脱」28.2ポイント(83.1→54.9%)、「上衣着脱」26.8ポイント(81.1→54.3%)、「排尿」26.7ポイント(85.7→59.0%)、「洗身」26.6ポイント(55.8→29.2%)、「排便」26.1ポイント(92.0→65.9%)で高かった。一方、「薬の内服」4.0ポイント(9.9→5.9%)、「嚥下」4.8ポイント(86.1→81.4%)、「買い物」5.7ポイント(10.7→5.0%)、「金銭管理」6.5ポイント(15.8→9.4%)の減少量が低かった(図1)。

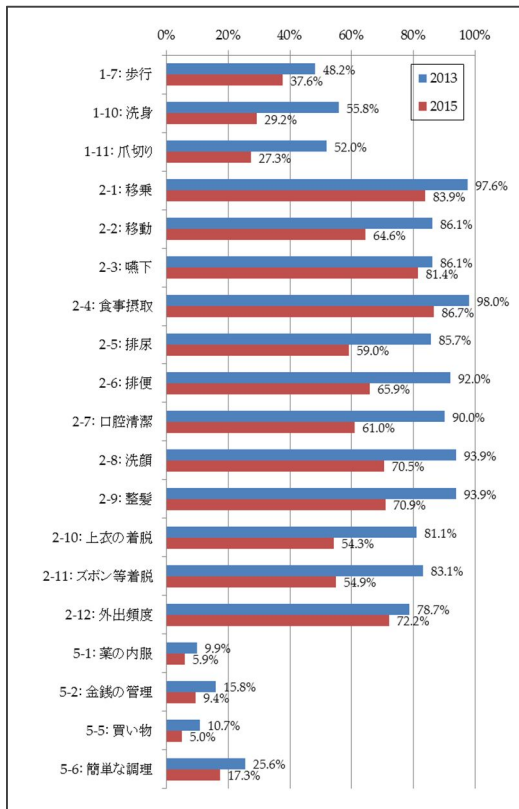


図 1. ADL / IADL 項目別にみた自立者割合の変化 (D 群の場合)

5.項目別自立者割合の減少量の2群間比較  
 2 時点間の自立者割合の減少量を 2 群間で比較すると、19 項目中 15 項目で認知症群の自立者割合の低下量が多かった。これを項目別にみると、「洗身」14.7 ポイント (D 群 26.6、non-D 群 11.9)、「爪切り」12.6 ポイント (24.6vs12.1)、「洗顔」9.6 ポイント (23.4vs13.8)、「整髪」9.2 ポイント (23.0vs13.8)、「口腔清潔」8.1 ポイント (29.0vs20.9)、「ズボン等の着脱」7.8 ポイント (28.2vs20.4)、「歩行」7.0 ポイント (10.5vs3.5) で、認知症群の自立者割合の低下量が多かった。一方、「薬の内服」11.9 ポイント (4.0vs16.0)、「金銭管理」7.3 ポイント (6.5vs13.8)、「嚥下」3.5 ポイント (4.8vs8.3) で、非認知症群の自立者割合の

低下量が多かった (図 2)

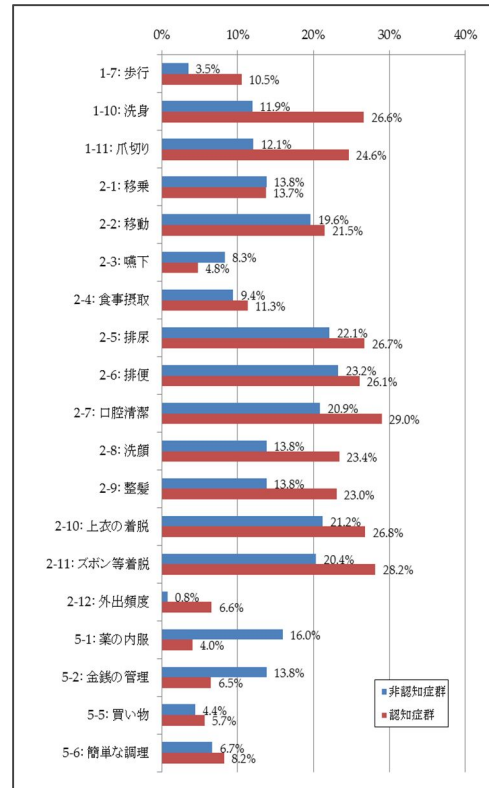


図 2. 認知症 / 非認知症群別にみた ADL / IADL 項目別自立者割合の減少量

【考察・結論】本研究により、  
 1. 要介護 1 の認知症高齢者では、「薬の内服」「買い物」「金銭管理」の自立者割合が 2 割未満と低いのに対し、「食事摂取」「移乗」「洗顔」「整髪」「排便」「口腔清潔」の自立者割合は 9 割以上と高かった。  
 2. 2013 年 9 月の自立者割合を 2 群間で比較すると、認知症群では、「薬の内服」「金銭管理」で 20 ポイント以上低い一方で、「歩行」「爪切り」「洗身」「外出頻度」で 10 ポイント以上高かった。  
 3. 認知症群において、2 時点間の自立者割合を項目別に比較すると、「口腔清潔」「ズボン等の着脱」「上衣の着脱」「排尿」「洗身」「排便」で 20 ポイント以上減少していた。

4. 2 時点間の自立者割合の減少量を 2 群間で比較すると、「洗身」「爪切り」で 10 ポイント以上、認知症群の自立者割合の低下量が多かった。  
などがわかった。認知症高齢者の ADL / IADL の低下の特徴を踏まえた上で、これら活動を高めるためのリハビリテーションの方法論を展開する必要がある。

-----  
分担研究者 小川敬之担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

3 年間の研究機期間では主に 軽中等度のアルツハイマー型認知症者の ADL・IADL の特性検証とリハビリテーション介入のポイントについての考察、 行為障害をビデオ撮影し、具体的な介入のポイントを検討する、の 2 つにおいて研究・実証実験を行った。

軽中等度のアルツハイマー型認知症者の ADL・IADL の特性検証とリハビリテーション介入のポイントについての考察

#### 【目的】

初期の認知症の人への介入では具体的にどのような動作や生活行為が可能なのか、また何らかの特性はあるのかを検証した。

#### 【対象】

K 大学の外来認知症患者 (AD) 462 (欠損値のあるデータを削除した 311 名を分析の対象とした。 K 大認知症外来受診者、MMSE:20.22、CDR:0.85、検査項目:ADL (6 項目) / IADL (8 項目) の計 14 項目を分析対象、および対象項目とした。

#### 【方法】

IADL・ADL 全 14 項目の探索的因子分析を行い、調査対象母集団に影響を与えている潜在的要因を探る。また因子得点をもとにクラスター分析を行い、因子の影響の仕方による状態像の分類を行い、軽度から中等度認知症の ADL、IADL における課題を明確にする。なお、当研究に関しては九州保健福祉大学倫理審査の承認を得ている。

#### 【結果】

累積寄与率 70.77、因子負荷量 0.6 以上の項目を採用し、それぞれの因子に以下の様に命名した。F1; 動作工程の多い、もしくは道具使用が多い IADL (管理) F2; 毎日必ず行う動作で人の手はあまり借りたくない動作 (セルフケア) F3; 食事 (セルフケア: 自動運動 (implicit) が出やすい) F4; 公共交通機関の利用、外出意欲。

さらにこれら因子の影響度合いにより 4 つのグループに分けることができた (クラスター分析; k-means 法)。その結果、「クラス 1 (中等度認知症)」MMSE:15.3、CDR:1.71、排泄、入浴に介助が必要な状況が出現、外出も誰かの介助が必要。「クラス 2 (軽度認知症)」MMSE:16.8、CDR:1.21、動作工程の多い動作、道具を使用する動作が難しい。「クラス 3 (MCI レベル)」MMSE:20.1、CDR:0.89、移動・外出の手段がとれない。外出の意欲がわからない。「クラス 4 (MCI レベル)」MMSE:21.1、CDR:0.67、管理動作 (金銭管理/服薬管理) に若干の戸惑いはあるものの、生活にさほど支障がない。

#### 【考察】

軽度の頃には管理 (投薬・金銭) 機能の低下が起こり、次に外出はできるが、うつ傾向や IADL・ADL がおっくうになり外出しなく

なる傾向にある(閉じこもり)。それから認知症が進行すると高次脳機能障害などによるADL・IADL遂行障害が出現し、さらに進行すると在宅生活を困難にする大きな要因としての排泄困難や入浴困難などが出現するなど、認知症の進行度合いに応じた日常生活の遂行困難の具体的な状況がわかった。よって、在宅支援を推進するためにも認知症リハビリテーションとして、トラブルになりやすい投薬・金銭管理に対する支援方法の開発と特に大切な事として、外出意欲を喚起する社会資源の創生や外出・買い物支援が重要になる。さらに認知症が進行すると認知症の機能障害を理解した上でのADL・IADLへの具体的な支援を、その人の生活環境で考えていく関わりが必要になると思われる(訪問リハビリテーション)。

行為障害をビデオ撮影し、具体的な介入のポイントを検討する(いも切の場面)

#### 【目的】

アルツハイマー型認知症は脳の機能障害に応じた症候を呈し(失行、失認、前頭葉症状など)その理解と行為の整理は重要である(impairment)。しかし、症候の出現も個人のパーソナリティや習慣(narrative)、その人を取り巻く人的・物理的環境(environment)により様々な修飾がなされ個別性の高い状態像を呈する。この関係性を念頭におきながら日常生活の行為障害を把握(評価)し、適切な対応や環境調整を行うことが認知症の人の生活支援には必要になってくる。今回、調理場面(芋を切る)の場面のビデオ撮影を行い、行為解体の意味づけと介入の糸口について考察する。

【対象】A氏 70歳代女性、診断:AD、FAST

stage : 5a、MMSE : 5、整容、入浴動作など促しが必要である。混乱するとウロウロと歩き回ることが多い。指示動作入りにくい(椅子に座ってくださいと言うと、本人は座る意志があるようだが座り方がわからないと様子)。食事動作、歩行は問題がない。専業主婦であり、お茶の準備や食事の支度の場面になると、カウンターに来る。しかし、モノを触ったり、近づいたり離れたりするだけで、何かしたい(手伝いたい)がどうしてもいいかわからないといった行動をとることが多い。

#### 【分析方法】

ダイケア内にてみそ汁に入れる芋を切ってもらった場面をビデオにて撮影し、動作分析を行った。

(倫理面への配慮)ご本人・ご家族に口頭にて研究の趣旨を説明し、個人が特定できないように書類の作成を行う事などを説明し同意を得ている。

#### 【結果】

お昼の味噌汁に入れる里芋と大根を切ってもらった。里芋ではぬめりがありスムーズに包丁を使うことができず、切ることに苦労している。そのうちに切った里芋を移動させたり、包丁を持った手と里芋を取る手が交差するなどぎこちない動作が目立ってくる。そのうちに、まな板ではないところで一生懸命里芋を切ろうとする。しかし、優しく困っている様子が伺えたタイミングで「こちらで切ったらどうですか?」というまな板の上に里芋を持ってきて切ることができた。

#### 【考察】

自動的に行える動作(implicit)では混乱もなく遂行できることが多いが、目の前の状

況に合わせながら行う動作（滑って固い里芋を何度も固定しながら行う行為:explicit）は混乱が生じたものと考えられる。「うまくできる」「戸惑う」が継ぎはぎのようになりながら一連の動作が遂行されていく。そうした混乱とワーキングメモリー（課題行動を実行しながら、課題遂行に必要な情報を一時的に活性化状態で保持する機能；Baddeley,A.D,1986）の低下が加わることで、中央実行系（ワーキングメモリー内の情報を統制、制御し、言語理解、推論、精密化、リハーサルなどの高次の認知活動に必要な選択的注意、複数の課題同時遂行、長期記憶の活性化などの処理の実行とその結果の一時的な保持をつかさどる：Central executive system;Baddeley & Hitch,1974）の機能低下を誘発し、目の前で行っている活動が、全体の中でどこに位置し、その先どのように遂行したらよいのかという混乱に陥っているものと考えられる。

このような場合、手が交差するなど混乱が見え始めた時に、ご本人のプライドを傷つけないように動作をサポートする、代わりに行うなど、行為の流れをなるべく止めないような雰囲気を持する、または横で同じ動作と一緒にいるなどの手がかりを提示することで混乱の度合いを軽減できる。このような介入の難しさは個別性が高いことにあるのだが、前述のことを意識しながら、対象者の性格や作業のこなし方などこれまでその人が培ってきた行動様式を知ること、情報を集めることが支援の鍵ともいえる。

#### 【結論】

生活行為は一瞬たりとも止まることはなく、時系列のなかで遂行される。今回の里芋を

切る動作もほんの数分のことであり、その短い時間の中で AD の人は混乱を呈し、生活行為の解体が起こっている可能性があることが伺えた。認知機能障害の影響を考慮しながら、行為と活動のマッチングを考える。さらに、周辺環境要因や個人の性格を考えながら、その時、その瞬間というタイミングを考えた介入方法を模索する必要がある(Trial & Error)。生活行為の細かな分析を行い、どの部分で遂行困難になっているのか、さらに多くの行為で分析していく必要性を感じた。

-----  
分担研究者 田平隆行担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

【平成 27 年度】認知症 4 大疾患別の認知機能と ADL・IADL 自立度との関係

A.研究目的：認知症 4 大疾患における認知機能と ADL・IADL の関係を検証し、疾患ごとに認知機能の低下に伴う ADL・IADL 自立度の変化の特徴を検証する。

B.研究方法：対象は、2007 年から 2014 年の熊本大学医学部附属病院認知症専門外来を初診および再診し、認知症と診断され Clinical Dementia Rating (CDR)、Mini Mental State Examination (MMSE)、Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)、IADL 評価が実施できた患者のべ 908 名であった。内訳は、アルツハイマー型認知症 (AD) 654 名、レビー小体型認知症 (DLB) 119 名、血管性認知症 (VaD)

86名、前頭側頭型認知症（FTLD）49名であった。MMSE、PSMS、IADLを疾患別に比較し、さらに疾患別にMMSEとPSMSおよびIADLの総合得点の相関を求めた。次に、PSMSの下位項目を5段階の自立度別に求め、MMSEは、5段階の重症度に分類し、認知機能と生活行為の自立度の関係を整理した。同様にIADLの下位項目は3-5段階の自立度別に求めMMSEの重症度別に算出した。

C.研究結果：MMSEは、各疾患間で主効果はなかったが（ $F=1.56$ 、 $P>0.05$ ）PSMSとIADL総合点数はそれぞれ主効果が認められ（ $F=16.4$ 、 $P<0.0001$ ）（ $F=10.9$ 、 $P<0.0001$ ）AD、FTLD、DLB、VADの順で高値を示した。

MMSE及びIADLの関係については、AD、DLB、VaDでは有意な正の相関を示したが、FTLDではPSMSとは有意な相関が認められず、FTLDの認知機能とADL行為の重症度の関係はなかった。PSMS及びIADL下位項目別の自立度においてADでは、各下位項目共にPSMS・IADLともに認知機能が低下するに従い、自立度が低下する傾向が認められ、特に「移動」が早期に低下した。DLB、VaDにおいても認知機能低下に伴い、自立度が低下するが、ADに比し「移動」、「身繕い」、「着替え」、「入浴」の自立度低下が速い傾向にあった。FTLDにおいては、患者数の少なさも影響しているが、認知機能と自立度の一定の関係は見られず、変動が大きかった。IADLについては、AD、DLB、VaDともに「金銭管理」や「服薬管理」が早期から低下した。

D.考察、E.結論：認知機能とADL、IADL自立度との関係については疾患別で患者数の隔たりがあるため分析には限界があるが、ADやDLBでは認知機能の低下に伴い自立度の低下が顕著であり、改めて認知機能に大きく影響していることが明らかとなった。しかし、FTLDでは両者の相関はなく、自立度の変動が大きく、認知機能以外の前頭葉床状やBPSDが影響していると考えられた。ADLでは「移動」が、ADLでは「金銭管理」や「服薬管理」が早期から低下する傾向があり、リハビリテーション介入の行為別の介入時期の一助になったと思われる。

【平成28年度】加齢によるAD患者のADL/IADL自立度低下に関する研究

A.研究目的：アルツハイマー型認知症（AD）は加齢によって発症率が高くなることは知られており、加齢が最大の危険因子とされる。本研究では、1）AD患者を対象にADL/IADLの各行為の低下様式の詳細を検討し、さらに2）MMSE24点以上の初期AD患者を対象に加齢によるADL/IADLの各行為の低下様式を健康高齢者と比較した。

B.研究方法：【対象】1）AD患者のADL/IADL各行為の低下様式2007年から2014年において熊本大学医学部附属病院神経精神科認知症専門外来に初診しADと診断された635例の内、65歳以上のAD患者567例（男性183名、女性384名、平均年齢 $79.3\pm 5.8$ 歳、MMSE $20.3\pm 4.0$ ）とした。2）MMSE24



点以上の AD 患者の ADL / IADL 低下様式 - 健康高齢者との比較 - 上記の AD と診断された 65 歳以上の高齢 AD 患者 567 例の内、MMSE が 24 点以上の 116 名 (男性 50 名、女性 66 名、平均年齢  $78.5 \pm 5.5$  歳) (初期 AD 群) とした。比較対照は、2004 年 4 月から 2006 年 4 月に行われた地域疫学研究に参加した高齢者 1290 名中、MMSE が 24 点以上の健康高齢者 691 名 (男性 313 名、女性 378 名、平均年齢  $73.7 \pm 5.6$  歳) (健常群) を抽出した。年齢による各 ADL、IADL の低下様式を検討するため PSMS、IADL とともに年齢ごとの完全自立 (最上位該当) 者の割合を算出した。尚、PSMS、IADL とともに各年齢によって若干の人数の偏りがあるため、3 ポイントの移動平均値を採用した。

#### C. 研究結果：1) AD 患者内の ADL / IADL 各行為別低下様式

PSMS：重回帰分析では、高い寄与率 ( $R^2=0.87$ ) を示したが、「移動」( $\beta=-3.57$ ) 以外の領域は有意な関係性はなかった。また、「移動」の開始年齢は 71 歳付近で最も低下加速が大きかった。「食事」は最も低下が遅く、他の行為はほぼ同様の低下様相であった。

IADL：重回帰分析では、非常に高い寄与率 ( $R^2=0.988$ ) が示され、「金銭管理」( $\beta=1.16$ )、「服薬管理」( $\beta=0.57$ )、電話の使用 ( $\beta=0.55$ )、食事の支度 ( $\beta=0.47$ )、家事 ( $\beta=0.44$ )、外出 ( $\beta=0.44$ ) の順で関与度が高かった。

2) 初期 AD 群の ADL / IADL 低下様式 - 健常群との比較 - PSMS 各行為の得点の比較では、AD が全行為において

有意に低かった ( $P<0.001$ )。PSMS の低下は、健康高齢者は 80 歳付近から、AD は 70 歳前半から始まり、両群共に「移動」が最も早く低下率も大きかった。AD では次いで「着替え」、「排泄」の順に低下したが、健康高齢者では大きな相違は確認されなかった。

IADL 各行為得点の群間比較では、AD が全ての行為で有意に低値を示した。AD では全行為において 65 歳時点で低下しており、特に「金銭管理」(62%)、「服薬管理」(58%) は低く、加齢に伴い低水準で推移した。「洗濯」は比較的維持されていた。健康高齢者では「外出」の低下が最も早く 78 歳時点であった。80 歳で「食事の支度」と「家事」が若干低下しているが他の行為と大きな相違は確認されなかった。

D. 考察、E. 結論：初期 AD 群の ADL は、全 AD 患者と同様「移動」が最も早く 70 歳前半で低下し、健常群に比し 10 歳程度早く低下開始することが明らかとなった。IADL について健常群は「外出」の低下が 78 歳で最も早いのに対し、初期 AD 群では 65 歳から全行為で低下しており特に「服薬管理」、「金銭管理」の低下は顕著であった。このように、健常群では初期 AD に比し低下開始年齢が遅く、「移動」や「外出」といった身体活動量の高い (3-3.5 METS) 行為が低下しやすいという特徴が示された。一方、初期 AD 患者は、低下開始年齢が早く、「服薬管理」、「金銭管理」など高度な認知機能を要する身体活動量の比較的低い (1-1.5 METS) 生活行為から低下することが示唆された。

【平成 29 年度】生活行為工程分析表による地域在住 AD 患者の生活行為工程障害と残存の特徴

A.研究目的：生活行為へのリハビリテーション介入にあたって各生活行為の中でどのような工程が障害されやすいかを分析することは重要である。今回、各生活行為を時間の流れで設定し、認知機能に関連した行為障害を具体的に提示可能な生活行為工程分析表を作成した。地域在住の AD 患者 52 名を対象に AD の生活行為工程障害の特徴を明らかにするため PADLP-D を実施し、認知機能重症度別に各生活行為の特徴を分析した。

B.研究方法：対象は、鹿児島県内及び宮崎県内において地域に在住する認知症患者 57 名の内、AD と診断されている 52 名（男性 8 名、女性 44 名、平均年齢  $83.7 \pm 7.4$  歳、MMSE  $14.7 \pm 5.7$  点）を対象とした。居住形態は、同居 36 名、独居 11 名、不明 5 名であった。PADLP-D は、BADL として起居・移動、入浴、更衣、整容、食事、排泄の 6 行為と IADL として調理、家事（掃除等）、買い物、電話、洗濯、外出、服薬管理、金銭管理の 8 行為の全 14 行為から構成されている。一つの生活行為につき 5 工程に分けられ、さらに一つの工程につき 3 項目で構成されている。全ての項目は「している」、「していない」で判断され、「している」で 1 得点となる。従って、1 工程は 3 点満点、1 行為で 15 点満点、全 14 行為で 210 点満点となる。今回は、まず 1) PSMS、IADLS、HADLS との基準関

連妥当性を検討した。認知機能重症度別（MMSE：2-9 点（重度）群 10 名、10-19 点（中等度）群 32 名、20 点以上（軽度）群 10 名）に分類し、PADLP-D の 2) 各生活行為の完全自立（15 点）の割合と 3) 各工程の完全自立（3 点）の割合を算出し、各生活行為及び各工程間で比較した。

C.研究結果および考察：1. PADLP-D の基準関連妥当性について PADLP-D は、下位項目 ADL、IADL も含め PSMS、IADLS、HADLS と高い相関が認められ、認知症 ADL 指標としての基準関連妥当性が確認された。

2. PADLP-D における認知機能重症度別の工程ごと完全自立割合

調理の「食材加工」や「配膳」、家事の「食事の後片付け」や「掃除」、洗濯の「洗濯物を干す」、服薬管理の「服用する」などの自立度が高く、重度群でも比較的残存している共通要因として、「選択」や「管理」等の高度な認知機能を必要とせず、習慣的な手続き的記憶要素で遂行可能であることが関係している可能性が推察された。PADLP-D は、各生活行為を時間の流れで設定し、認知機能に関連した行為障害を具体的に提示することであり、今回 AD の生活行為障害モデルを示すことができ、PADLP-D の臨床的有用性が示唆された。しかし、サンプルサイズが小さいのは今後の課題である。

D.結論：今回、各生活行為を時間の流れで設定し、認知機能に関連した行為障害を具体的に提示した生活行為工程分析表（PADLP-D）を作成し、AD と診断され

た地域在住高齢者を対象に調査を実施した。生活行為を工程別で詳細に分析することによって軽度群で早期に障害されやすい行為や重度群で残存しやすい行為を捉えることが可能であった。

-----  
分担研究者 堀田牧担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

認知症患者と家族介護者の集団療法および認知症者の嗅覚障害、そして、軽度 AD 患者の生活行為障害へのリハビリ介入といった、認知症者の生活に関わる因子の研究・検討を行った。

#### 【平成 27 年度】

デイサービスのように集団で過ごす楽しさに慣れることを目的とした集団療法と、介護負担の軽減および通所サービス利用の促進を目的とした疾患心理教育を、通所サービス利用に至っていない外来認知症患者とその家族介護者を対象に各々をグループ化し、認知症専門医および多職種にて実施した。隔週 1 回 90 分・全 6 回を 1 クールとした構成で、介入前後に心理検査を実施し、患者の参加満足感や家族の介護負担感の変化と通所利用に至った数を調査した。2 年間で 6 クールを実施し、21 組が最後まで参加した。患者と家族介護者のいずれのスケールにおいても、介入前後で有意差は認められなかったが、患者の参加満足度は極めて高く、8 例が通所サービス利用に至った。家族介護者の介護負担の軽減に対する有効性については、さらなる検証とプログラムの改正が必要である。

#### 【平成 28 年度】

認知症者の嗅覚低下の自覚症状を評価し、嗅覚能力の低下との関連やその特徴の把握を目的に、熊本大学医学部附属病院神経精神科において認知症と診断された患者 15 名 (AD:4 名, DLB:11 名, MMSE 平均得点: 23.8, M/F: 9:6, 平均年齢: 74.3 歳) を対象に、嗅覚に関する問診および嗅覚の自覚的評価法 Visual analogue scale (VAS)、スティック型嗅覚同定能力検査法 Odor Stick Identification Test for Japanese (OSIT-J) を実施し、比較検討を行った。全体では VAS 平均 6.5mm、OSIT-J 平均 3.7 点、正常 1 名、嗅覚低下 9 名、脱失 5 名であった。においの同定では「カレー」「蒸れた靴下」が最も高い正答率だったが 50%にも満たなかった。VAS と OSIT-J の相関では  $r=0.377, p=0.166$  と有意差はなかったが、VAS と MMSE の相関では  $r=-0.584, p=0.022$  と有意に負の相関が認められた。そのため、MMSE が高いほど嗅覚低下の自覚が高いことが考えられ、その自覚に認知機能のレベルが関与することが示唆された。嗅覚低下は生活行為障害との関連も考えられるため、生活場面に伴うおいの種類とその生活行為の障害について今後も検討を要する。

#### 【平成 29 年度】

認知症者の在宅における日常の生活行為の障害(以下、生活行為障害)について、適切な改善の手段を見いだせずにやり過ぎているケースは多い。そこで、アルツハイマー病(AD)患者の生活行為を評価する目的に、既存の評価尺度に合わせて作成した AD-ADL 評価表を介護サービス未利用の在宅軽度 AD 患者 1 例に対して実施し、改善を

要する生活行為のリハビリ目標設定を行い、30分/回・週2回・3ヶ月間のリハビリ介入を施行してリハビリ対象となった生活行為障害の変化について検証した。対象の生活行為障害は「服薬管理」だったため、対象が維持していた日課や約束をスケジュール帳に記入して管理する能力を活かし、薬箱管理と服薬済シールを貼る方法で服薬管理の自立を獲得した。また、MMSEとHADLSの改善が示された。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」など複雑な行為の悪化が特徴的だが、早期に作業療法士がそれらの行為の工程を詳細に評価し、障害に焦点を当てたり介入を行うことで改善と維持が可能であることが明らかになった。一方、自動車運転を止めると維持している外出の低下が考えられ、対象の不安のとして表在化した。生活範囲の狭小化に関する問題を解消することは難しく、誰もが認知症発症前から様々な手段を用いた外出が可能な交通環境設備や仕組みが必要であることが示唆された。

-----  
分担研究者 村田美希担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

#### 【平成27年度】

「退院前訪問における指導内容の分析に基づく疾患・認知機能・家族形態の違いによる特徴の研究」

目的：認知症患者の急増が見込まれる中、患者にとっては住み慣れた在宅生活を継続するためには安全を確保することが重要であ

る。当院では、その援助の一環として退院前訪問を実施している。患者、又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った結果を分析した。

方法：対象は、平成24年4月～平成27年11月。熊本大学医学部附属病院に入院中で、退院後は在宅を目標とし、各職種より訪問指導の必要性があると判断された認知症患者。男性21名、女性45名、平均年齢73.4±8.5歳。多職種が協力してペアとなり、実際の生活場面を確認・評価・指導することを目的として患者宅へ訪問する。今回、指導内容を分析し、疾患別、認知機能の重症度別、家族形態別に比較して検討した。

結果：指導内容は12項目に分類された。また、疾患別ではADLにおいてDLBがADよりも指導した割合が有意に高い傾向であった。MMSEでは家族指導において23点以下の群で、24点以上よりも指導した割合が有意に高かった。家族形態では服薬管理において独居の方が有意に指導した割合が高かった。サービス導入では同居の方が有意に高い傾向であった。

まとめ：訪問指導では多岐にわたる包括的な支援が必要であり、多職種で行うことは有効である。また、認知機能の重症度によりサービスの利用に差があり、今後は独居者に対しての支援も課題となってくる。

#### 【平成28年度】

「認知症患者の退院前訪問指導内容の分析」

目的：認知症患者の急増が見込まれる中、在宅で生活する患者の安全やQOLを確保することは重要な課題である。当院で実施している退院前訪問の指導内容を分析するこ

とにより、認知症患者が在宅で療養する際の留意点を明らかにする。

対象：対象は平成 24 年 4 月～平成 27 年 11 月までの間に、熊本大学医学部付属病院に入院中で、在宅復帰を目標として退院前訪問を実施された認知症患者。性別は男性 13 例、女性 36 例。平均年齢は  $3.4 \pm 8.8$  歳。平均 MMSE 得点は  $20.9 \pm 4.9$  点だった。

方法：多職種 2 人が 1 組となり、実際の生活場面を確認・評価・指導することを目的として訪問する。今回は、疾患別(AD、DLB)、認知機能障害の程度(MMSE24 点以上、23 点以下)、家庭状況(独居、同居)の各項目において特性を抽出し、更に、各項目を 12 項目に分類した指導内容と比較検討した。

結果：疾患別では、MMSE の平均値において DLB の得点が有意に高かった。また、指導内容別では、ADL 指導の項目においては、DLB に対して有意に多い傾向であった。

認知機能障害の程度では、指導内容別に比較すると、23 点以下の群に対して、家族への項目において有意に多く指導していた。

家庭状況では、平均年齢は独居群において有意に高い傾向だった。MMSE の得点では、独居群において優位に高い傾向であった。指導内容別では、服薬管理の項目においては、独居群に対して有意に多かった。サービス導入の項目においては、同居群に対して有意に多い傾向であった。

結論：訪問時の指導内容は、疾患の特性や、認知機能障害の程度、家族形態の背景を考慮した内容であることが分かった。今後の課題としては、家族の見守りが乏しい生活環境の独居者に対する服薬管理への対策や、利用できる社会資源の補填を図ることが重

要である。

【平成 29 年度】

「認知症患者における退院前訪問指導に関する事例報告」

目的：認知症患者の在宅生活を支援するリハビリテーションとして、わが国では、患者本人の主体性を尊重し、「活動能力」や、「活動参加や社会参加」に焦点をあてた取り組みが促進されている。また、4 大認知症の中でも特に生活障害により在宅生活の継続が困難になる場合が多いと考えられる DLB と FTDL における在宅支援を筆者の経験をもとに具体的な取り組みを報告する。

方法：認知症の精査・治療目的で熊本大学附属病院神経精神科に入院した患者のうち、退院後は在宅生活を予定し、多職種からの情報より訪問指導の必要性があると判断された 2 例である。訪問時に必要と思われる 2 職種を選択し、2 名が 1 組になって実施。(医師・認知症看護認定看護師・精神保健福祉士・作業療法士)

結果：

【事例 1】70 歳代、女性、診断名：DLB  
MMSE：18 点。生活環境は山奥の古民家で独居生活を営んでいる。基本的な ADL は自立しているが、軽度の姿勢反射障害があった。また、認知機能の変動により、調子が悪い時は自宅の電話の使い方もわからなくなることがあった。夜間帯は寝言も頻回で、しばしば大声となったり、夜間頻尿などの症状もあったことから、睡眠も十分にとれていないとのことだった。家族より、物忘れや物取られ妄想によって、親子関係が悪化することを心配しているとの相談があり、環境調整目的に認知症認定看護師と作業療法

士が自宅訪問を行った。支援策として、まず転倒を懸念し、調理をする土間に多数敷いてあった簀の子の段差解消や、複数の階段に対して手すりの設置などを指導した。そして認知機能の変動などによる遂行機能障害や見当識障害などを懸念し、ガスコンロの自動消火装置の導入と、服薬管理に服薬カレンダーの使用と、飲み忘れをモニタリングできるようホームヘルパーや家族に、訪問時に確認するよう依頼した。夜間の睡眠に対しては、家屋には暖房器具はあるものの活用しておらず、室内が寒くなっていることが頻尿の原因の一つであることが判明したため、室温管理を指導した。家族との距離感も考慮し、社会との接点を増やす目的で週2回介護予防事業による体操などへの参加を勧めた。本人は、提案当時は導入に消極的だったが、現在では主体的参加となり、本人の訴えも減少している。また、妄想による関係悪化を心配していた家族の負担感も軽減した。

【事例2】60歳代、女性、診断名：bvFTD  
MMSE：19点、夫との二人暮らし。身体機能は保たれ、基本的ADLは自立している。しかし、遂行機能障害により入浴の準備が出来なかったり、アパシーにより、習慣だった夫との散歩や友人との外出をしなくなり、更には介助の声掛けや誘導には拒否がある。食事場面では、一種類の食べ物を片付けるように食す偏食や、料理を口に詰め込むように食べるなどの食行動の変容がみられた。また、客人や近隣の住民に無礼を顧みず思ったことをそのまま口に出してしまうような、他者への共感や気遣いが乏しい言動も重なり、夫はその言動への対応に苦慮して

いるとの相談があった。そこで、退院支援を目的に認知症認定看護師と作業療法士が自宅訪問を行った。夫に対しては、本人の行動障害の特徴と声掛けや介助法について助言した。例えば、本人への対応方法として強制的に制止したり叱るような声掛けはせず、さらに被影響性の亢進を緩和させるように本人にとって刺激となっているものがあれば、それを見えない場所に移動させるなど環境調整を中心に介護指導を行った。患者本人に対しては、本人が好きな活動(テレビで演歌を聞くなど)を積極的に生活に取り入れ、出来るだけ主体的に取り組みやすい時間を作ることを提案した。さらに病状が進行することを念頭に、夫と患者本人とが共に過ごしやすい生活の流れを確認し、早い時期から適応的な生活パターンのルーチン化を図れるよう、デイサービスなどのサービスを利用することを提案した。本項執筆時点では明瞭な結果は得られていないが、上記の介入から、現時点では夫の患者に対する症状へ理解が深まり、介護負担感も徐々に緩和されてきている。目指す生活習慣が獲得できれば、患者本人にとっても、主体的に適応的な生活習慣の獲得が期待できると思われる。

結論：認知症に対する在宅支援では、実際の生活場面で日頃繰り返し行ってきた家事動作や趣味活動などへ直接介入することで認知機能への働きかけや社会参加促進へ、より効果的なりハビリテーションを提供できる可能性がある。患者自身の生活全体を包括的にアセスメントして、個別性と疾患特徴に合わせたアプローチが大切である。

-----



分担研究者 吉浦和宏担当分の研究についての目的、方法、結果、考察を以下に記す。

3年間で取り組んだ研究は大きく2つの臨床研究に分類される。1つは血管性認知症(VaD)患者の生活行為障害の特徴を調べるために、多数例の診療データを解析した研究であり、2つ目は軽症のアルツハイマー病(AD)患者の生活行為障害に対する訪問リハビリテーション(訪問リハ)による介入研究を実施した。以下に概要を報告する。

1つ目のVaD患者の生活行為障害の特徴の検討については、熊本大学附属病院神経精神科にてVaDと臨床診断された連続92例とADと臨床診断された連続671例を対象に、Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)やLawton Instrumental Activities of Daily Living Scale(IADL)で評価される日常生活動作(ADL)とClinical Dementia Rating(CDR)などで評価される認知機能面の関係を調査した。また疾患の統制を目的に、VaD92例から、小血管病性認知症57例を抽出し検討した。そのうち更にLeukoaraiosisのグレード分類を用いて、Grade4とGrade3に分けられた2群についてADLの差を比較した。結果、VaDはADと比較すると、それぞれ障害のタイプは類似していたが、より生活障害を伴いやすい傾向にあった。CDR sum of boxで8点以上となると、殆どの者がADLと手段的ADLともに介助が必要となる。VaD患者は早期から手段的ADLが自立困難になるが、軽度の支援があれば自立できる者が多いことから、早期から環境支援を行う事で、多くの患者の生活を維持できる可能性がある。小血管性認知症の抽出し検討すると、症例数

が少なかった事により、抽出前より認知機能とADLの関係が不明瞭となってしまった。しかし、Leukoaraiosisのグレード分類にて、Grade3とGrade4の2群を比較すると、病変部位が大きいほど生活障害が大きい事が示唆された。よって、より多数例にてLeukoaraiosisのGradeごとに生活障害の程度を分類すると、病変の進行に伴う生活障害の変化を示す事ができる可能性があると考ええる。

2つ目の軽症のAD患者の生活行為障害に対する訪問リハによる介入研究は、ADが他疾患と比較して重症化に伴い一定の順序で生活行為障害を呈しやすい疾患特性があることがわかったことから、予防的な訪問リハの効果について調査するために実行した。方法は在宅にて独居生活を送るADと診断された軽症2例(70代後半の女性；症例A、80代前半の女性；症例B)に対して、生活行為障害に着目し、週2回の頻度で1回20分程度の訪問リハを3か月間行い、認知機能やADLの変化を調べた。結果、2例ともMini-mental State Examination(MMSE)で評価される認知機能やADL評価に改善が見られた。症例Aは介入1か月間で日常生活上の問題がほぼ解消された。症例Bは軽微な生活障害を残したが、ADLは改善傾向にあった。特に血圧や運動習慣などの健康面管理、服薬や予定の管理、公共交通機関の利用や地域行事への参加の促進は訪問リハの利点であったように思われた。わずか2例の検討であるが、軽度ADに対する訪問リハは認知機能検査やADL評価上改善を認め、有効である可能性があると考えられる。

-----  
E. 健康危険情報

特記すべきことなし

F. 研究発表

1. 論文発表

Ikeda M, Mori E, Iseki E, Katayama S, Higashi Y, Hashimoto M, Miyagishi H, Nakagawa M, Kosaka K. Adequacy of Using Consensus Guidelines for Diagnosis of Dementia with Lewy Bodies in Clinical Trials for Drug Development. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015 Dec 2;41 (1-2):55-67. [Epub ahead of print]

Shinagawa S, Honda K, Kashibayashi T, Shigenobu K, Nakayama K, Ikeda M. Classifying eating-related problems among institutionalized people with dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Nov 10. doi:10.1111/pcn.12375. [Epub ahead of print]

Sakai M, Ikeda M, Kazui H, Shigenobu K, Nishikawa T. Decline of gustatory sensitivity with the progression of Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 2015

Inoue Y, Nakajima M, Uetani H, Hirai T, Ueda M, Kitajima M, Utsunomiya D, Watanabe M, Hashimoto M, Ikeda M, Yamashita Y, Ando, Y. Diagnostic Significance of Cortical Superficial Siderosis for Alzheimer's Disease in Patients with Cognitive Impairment.

*AJNR Am J Neuroradiol* 2015 [Epub ahead of print]

Ito H, Hattri H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M. Integration psychiatric services into comprehensive dementia care in the community. *Open journal of psychiatry* 5: 129-136, 2015

Kai K, Hashimoto M, Amano K, Tanaka H, Fukuhara R, Ikeda M. Relationship between eating problems and dementia severity in patients with Alzheimer's disease. *PLoS ONE* 10(8): e0133666. doi:10.1371/journal.pone.0133666

Mori E, Ikeda M, Nakagawa M, Miyagishi H, Yamaguchi H, Kosaka K. Effects of Donepezil on Extrapyrasidal Symptoms in Patients with Dementia with Lewy Bodies: A Secondary Pooled Analysis of Two Randomized-Controlled and Two Open-Label Long-Term Extension Studies. *Dement Geriatr Cogn Disord* 40: 186-198, 2015

Hashimoto M, Ogawa Y, Yatabe Y, Ishikawa T, Fukuhara R, Kaneda K, Honda K, Yuki S, Imamura T, Ksazui H, Kamimura N, Shinagawa S, Mizukami K, Mori E, Ikeda M. Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms of dementia in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease

patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* Extra 5: 244-52, 2015

Koyama A, Fujise N, Nishi Y, Matsushita M, Ishikawa T, Hashimoto M, Ikeda M. Suicidal ideation and related factors among dementia patients. *J Affect Disord* 178: 66-70, 2015

Mori E, Ikeda M, Nagai R, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K. Long-term donepezil use for dementia with Lewy bodies: results from an open-label extension of phase III trial. *Alzheimer's Research & Therapy* 2015 Feb3;7(1): 5. doi: 10.1186/s13195-014-0081-2.

Ikeda M, Mori E, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K. Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized placebo-controlled, confirmatory phase III trial. *Alzheimer's Research & Therapy* 2015 Feb 3;7(1): 4. doi: 10.1186/s13195-014-0083-0.

Fujito R, Kamimura N, Ikeda M, Koyama A, Shimodera S, Morinobu S, Inoue S. Comparison of driving behaviors between individuals with frontotemporal lobar degeneration and those with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 2015 Mar 3. doi: 10.1111/psyg. 12115. [Epub ahead of print]

Tanaka H, Hashimoto M, Fukuhara F, Ishikawa T, Yatabe Y, Kaneda K, Yuuki

S, Honda K, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Hatada Y, Ikeda M. Relationship between dementia severity and behavioral and psychological symptoms in early-onset Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 2015 Mar 3. doi:10.1111/psyg. 12108. [Epub ahead of print]

Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. *J Clin Psychiatry* 76 : 691-695, 2015

Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuuki S, Koyama A, Hirata Y, Ikeda M. The relationship between Post-stroke depression and physical recovery. *J Affect Disord* 176: 56-60, 2015

品川俊一郎, 矢田部裕介, 繁信和恵, 福原竜治, 橋本 衛, 池田 学, 中山和彦. 本邦におけるFTDに対するoff-label処分の実態について. *Dementia Japan* 29 : 78-85 , 2015

川原一洋, 池田 学. 前頭側頭葉変性症. 認知症予防テキストブック (日本早期認知症学会編). ワールドプランニング, 東京, 2015

堀田 牧, 村田美希, 吉浦和宏, 福原竜治, 池田 学. 前頭側頭型認知症 (FTD) の症候学と非薬物療法. 認知症の作業療法. 作業療法ジャーナル 49 増刊号, 東京, 603-609 , 2015

池田 学．認知症の診断．かかりつけ医のための認知症マニュアル（日本医師会編）．社会保険研究所，東京，37-48，2015

池田 学．認知症の治療と症状への対応．かかりつけ医のための認知症マニュアル（日本医師会編）．社会保険研究所，東京，49-64，2015

池田 学．認知症者と社会脳．社会脳シリーズ8成長し衰退する脳（苧坂直行編）．新曜社，東京，273-296，2015

池田 学．神経心理学的検査．標準精神医学 第6版（野村総一郎，樋口輝彦監修）．医学書院，東京，116-124，2015

池田 学．軽度認知障害．今日の診断指針 第7版．医学書院，東京，154-155，2015

小山明日香，池田 学．認知症とストレス．ストレス学ハンドブック（丸山総一郎編）．創元社，大阪，245-255，2015

池田 学．認知症．ガイドライン外来診療 2015．日経メディカル，東京，430-440，2015

北村伊津美，橋本 衛，池田 学，小森憲治郎．意味性認知症に伴う語義失語とBPSDの進行に対する対応および介入．高齢者の言語聴覚障害 症例から学ぶ評価と支援のポイント．（飯干紀代子，吉畑博代編）．建帛社，東京，35-40，2015

山口達也，石川智久，池田 学．認知症の疾患別ケアとは？ MEDICAL REHABILITATION 183：74-77，2015

長谷川典子，池田 学．高齢者のせん妄症状への対処．Mebio 32(6)：30-35，2015

長谷川典子，池田 学．せん妄と認知症．日本医事新報 4749：24-30，2015

福原竜治，池田 学．アジアにおける前頭側頭葉変性症の家族歴調査 - 国際共同施設研究 - . Dementia Japan 29：123-130，2015

橋本 衛，池田 学．びまん性白質病変と精神症状 アルツハイマー病と皮質下虚血性病変との関連を中心に．Brain and Nerve 67：427-432，2015

長谷川典子，池田 学．血管障害とせん妄．老年精神医学雑誌 26：26-31，2015

池田 学．認知症の医療連携 - 熊本モデルの概要と今後の課題 - . 日本病院会雑誌 62：189-199，2015

山口達也，石川智久，池田 学．特集:知りたい!聞きたい!認知症Q&A「Q15 認知症の疾患別ケアとは？」.Monthly Book MEDICAL REHABILITATION 183,74-77, 2015.

田中 響，福原竜治，池田 学．前頭側頭型認知症（DSM-5）．精神科治療学 30：311-316，2015

田中 響, 橋本 衛, 池田 学. アルツハイマー病のBPSDとその対応 . 老年精神医学雑誌26 : 1222-1228, 2015

Tatsuru Kitamura, Shinnichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shuhei Madachi, Shoryoku Hino. Outcomes of Inpatients Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease Versus Dementia With Lewy Bodies. Prim Care Companion CNS Disord.2015;17(0): doi:10.4088 /PCC.15m01785

Shinichi Tochimoto, Maki Kitamura, Shoryoku Hino, Tatsuru Kitamura. Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychogeriatrics, 2015.Apr27. doi:10.1111/psyg.12114

北村 立. 目指せ！日本のアドミラルナース - 石川県立高松病院・認知症訪問看護チームの紹介 - .全国自治体病院協議会雑誌, 54(6) : 139-142

塩田繁人, 杉本優輝, 稲口葉子, 村井千賀, 北村 立. 精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法 . 作業療法ジャーナル,49 : 685-691.2015.

川越雅弘. ケアマネジメントの課題と改善策 先見創意の会 ( 編 ) 医療百論2015, 東京法規出版, 東京, 2015, 25-35

川越雅弘. 認知症高齢者/認知症ケアの現状と課題 先見創意の会 ( 編 ) 医療百論 2015, 東京法規出版, 東京, 2015, 36-48

川越雅弘. 統合ケアマネジメント事例検討会 月刊ケアマネジメント 26(12):46-51, 2015

川越雅弘. 地域包括ケア構築に向けた施策動向と今後 SERC REPORT 14, 19-29, 2015

川越雅弘. "地域包括ケア構築に向けた施策動向とケア提供上の諸課題 - 多職種連携・多職種協働に焦点を当てて - " 生活福祉研究90, 4-15, 2015

田平隆行. 認知症高齢者に対するリハビリテーション介入のレビュー . 作業療法ジャーナル50 ( 2 ) : 117-121 , 2016

平野佳奈子, 上城憲司, 田平隆行, 村田伸, 太田保之. 寝たきり高齢者に対する声かけの反応と家族の言動変容の分析 近赤外分光法(NIRS)を用いた検討 . 作業療法ジャーナル49 ( 9 ) : 963-968 , 2015

田平隆行. 臨床におけるMCIへの接遇 島田裕之編 "基礎からわかる軽度認知機能障害 ( MCI ) - 効果的な認知症予防を目指して" 医学書院, 東京, 267-274, 2015

Manabu Ikeda. Pharmacotherapy in Dementia with Lewy Bodies In Dementia

with Lewy Bodies (ed. Kenji Kosaka)  
Springer (in press)

Kazui H, Yoshiyama K, Kanemoto H,  
Suzuki Y, Sato S, Hashimoto M, Ikeda M,  
Tanaka H, Hatada Y, Matsushita M,  
Nishio Y, Mori E, Tanimukai S, Komori  
K, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T,  
Mori T, Kashibayashi T, Yokoyama K,  
Shimomura T, Kabeshita Y, Adachi H,  
Tanaka T. Differences of Behavioral and  
Psychological Symptoms of Dementia in  
Disease Severity in Four Major  
Dementias PLoS One 11(6): e0161092,  
2016

Mori E, Ikeda M, Nakai K, Nakagawa M,  
Miyagishi H, Nakagawa M, Kosaka K.  
Increased plasma donepezil  
concentration improves cognitive  
function in patients with dementia with  
Lewy bodies: An exploratory  
pharmacokinetic/pharmacodynamic  
analysis in a phase 3 randomized  
controlled trial. J Neuro Sciences 366 :  
184-190, 2016

Mori E, Ikeda M, Nakagawa M,  
Miyagishi H, Kosaka K. Pretreatment  
Cognitive Profile Likely to Benefit from  
Donepezil Treatment in Dementia with  
Lewy Bodies: Pooled Analyses of Two  
Randomized Controlled Trials. Dement  
Geriatr Cogn Disord 42 : 58-68, 2016

Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H,  
Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y,  
Hatada Y, Fukuhara R, Hasegawa N,  
Todani S, Matsukuma K, Kawano M,  
Ikeda M. Malnutrition in Alzheimer's  
disease, dementia with Lewy bodies, and  
frontotemporal lobar degeneration:  
comparison using serum albumin, total  
protein, and hemoglobin level. PLoS One  
11(6):e0157053, 2016

Matsushita M, Pai MC, Jhou BS,  
Koyama A, Ikeda M. Cross-cultural study  
of caregiver burden for Alzheimer's  
disease in Japan and Taiwan: result from  
Dementia Research in Kumamoto and  
Tainan (DeReKaT) International  
Psychogeriatrics 28:1125-32, 2016

Sakamoto F, Shiraishi S, Tsuda N,  
Ogasawara K, Yoshida M, Yuki H,  
Hashimoto M, Tomiguchi S, Ikeda M,  
Yamashita Y. 123I-MIBG myocardial  
scintigraphy for the evaluation of Lewy  
bodies disease: Are delayed images  
essential? Is visual assessment useful?  
Br J Radiology 2016 (Epub ahead)

Mamiya Y, Nishio Y, Watanabe H, Yokoi  
K, Uchiyama M, Baba T, Iizuka O,  
Kanno S, Kamimura N, Kazui H,  
Hashimoto M, Ikeda M, Takeshita C,  
Shimomura T, Mori E. The Pareidolia  
Test: A Simple Neuropsychological Test  
Measuring Visual Hallucination-Like  
Illusions. PLoS One. 2016 May 12;11(5) :



e0154713.

Sakai M, Ikedo M, Kazui H, Shigenobu K, Nishikawa T. Decline of gustatory sensitivity with the progression of Alzheimer's disease International Psychogeriatrics 28 : 511-517, 2016

田中みどり, 田中文丸, 石川智久, 池田学. 歯科治療の臨床における歯科医師の認知症高齢者に対する意識調査. 老年精神医学雑誌 27 : 195-205, 2016.

清水秀明, 銚石和彦, 豊田泰孝, 小森憲治郎, 池田学. 鏡現象を呈した大脳皮質基底核症の1例. 精神医学58 : 161-169, 2016

植田賢, 石川智久, 前田兼宏, 柏木宏子, 遊亀誠二, 福原竜治, 池田学. アルツハイマー病との鑑別を要した左前部視床梗塞後の軽度認知障害例. 精神医学 58 (1) : 81-85, 2016

植田 賢, 本田和揮, 石川智久, 池田学. 物忘れ臨床と研究 93 : 495-500, 2016

甲斐恭子, 橋本 衛, 天野浩一郎, 田中響, 福原竜治, 池田学. アルツハイマー病における重症度別の摂食嚥下障害 老年精神医学雑誌 27 : 259-264, 2016

板橋 薫, 福原竜治, 池田学. 前頭側頭葉変性症における摂食・嚥下障害 老年精神医学雑誌 27 : 271-276, 2016

橋本 衛, 池田学. 認知症の診断基準 最新医学 71 (3月増刊号) : 570-576, 2016

池田学, 橋本 衛. 認知症における神経認知障害精神科診断学 9 : 103 -109, 2016

池田学. 指定難病からみたFTLD 高次脳機能研究 36 : 376 -381, 2016

鐘本英輝, 池田学. アルツハイマー病の鑑別診断のポイント Clinical Neuroscience 34 : 1024-10270 , 2016

堀田 牧, 福原竜治, 池田学. 「一人暮らしを続けたい」若年性アルツハイマー病患者の社会参加と在宅生活支援を行った事例 作業療法ジャーナル 7月増刊号 Vol.50 No.8 : 867-872 , 2016

池田学. 失認, 失行, 失語 今日の精神疾患治療指針 (樋口輝彦ら編) 医学書院, 東京, p18-21 , 2016

池田学. うつ病と認知症 うつ病の臨床: 現代の病理と最新の治療 (神庭重信編) 最新医学社, 大阪, 51-54 , 2016

池田学. アルツハイマー病のBPSD 今日の治療指針 2016 医学書院, 東京, 1060-1061, 2016

池田学. 認知症ケア用語辞典 (一般社団法人日本認知症ケア学会, 認知症ケア用語辞典編纂委員会 編) ワールドプランニング, 東京, 2016

Kitamura T, Hino S. Disinhibition

Associated with Long-term Use of Donepezil. Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism. 6(3)

doi:10.4172/2161-0460.1000234. 2016

Shiota S, Sugimoto Y, Murai C, Kitamura

M, Hino S, Kitamura T, Shibata K.

Classification of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Associated Factors in Inpatients in Psychiatric Hospitals – with Special

Reference to Rehabilitation. Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism.

6(4);doi: 10.4172/2161-0460.1000258, 2016

北村 立 . なぜ抗精神病薬による鎮静から脱却できないのか . PROGRESS IN MEDICINE36 ; 1039-1043 , 2016

菊池 潤 , 川越雅弘 . 人口構造の変化と介護サービス・介護従事者に対する需要変化 社会保障研究 1(3) 523-538. 2016

川越雅弘 . 地域包括ケアシステム構築に向けた医師 / 医師会の役割 - 超高齢社会の到来を見据えて 日本臨床内科医会会 31(2):267-272,2016

川越雅弘 . マネジメントとは 作業療法ジャーナル 50(8):732-736, 2016

川越雅弘 . 地域包括ケア時代の病院の役割とは Nursing BUSINESS 134号(夏季増刊) 6月9日, 2016

川越雅弘 . これからの病院と高齢者ケア Nursing BUSINESS 10(6): 62-63, 2016

川越雅弘 . ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて 社会保障研究 1(1):114-128,2016

川越雅弘 . 地域包括ケアシステムの中での理学療法士の役割 備酒伸彦・樋口由美・対馬栄輝 (編) 地域リハビリテーション学テキスト改訂第3版 南江堂, 東京,2017

川越雅弘 . 地域支援事業と理学療法士の役割 備酒伸彦・樋口由美・対馬栄輝 (編) 地域リハビリテーション学テキスト改訂第3版 南江堂, 東京, 2017

川越雅弘 . 要介護高齢者の動向とケア提供上の諸課題～退院支援に焦点を当てて～ 光山正雄 (編) 高齢者感染症 - 超高齢社会の課題と特徴 医薬ジャーナル社, 大阪, 19-27, 2016

川越雅弘 . 生活期リハビリテーションの見直しの方向性とその意味 先見創意の会 (編) 医療百論2016, 東京法規出版, 東京, 35-44, 2016

堀田聰子 . 人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行：オランダを手がかりに. Geriatric Medicine 54 ( 6 ) :569-573, 2016年

小川敬之 . 認知症の人の理解と地域支援 日本赤十字リハビリテーション協会誌 30号 18-24, 2016

小川敬之．認知症の作業療法 10年を振り返って 作業療法ジャーナル 50巻5号,446-452, 2016

小川敬之．認知症ケア現場でのアセスメント「どのように理解し、かかわるか」 認知症ケア最前線 56巻,58-61,2016

小川敬之．認知症作業療法の必要性と人材供給 Progress in Medicine 36巻8号, 1025-1031,2016

江口喜久雄, 小浦誠吾, 小川敬之, 江口奈央．中等度のアルツハイマー型認知症患者に対するアクティビティとしての屋外・屋内散歩が自律神経系に与える影響 日本認知症ケア学会誌 15巻2号, 448-456, 2016

小川敬之, 竹田徳則．老年期の心 認知症の現在 認知症をどう理解するか 作業療法の技法16. 認知症の作業療法 ソーシャルインクルージョンをめざして(第2版) 医歯薬出版株式会社, 東京, 1-11, 89-103, 58-73,116-123, 2016

小川敬之．骨粗鬆症、トランスファーなど 認知症ケア学会 17. 認知症ケア用語辞典 ワールドプランニング,東京, 2016

上城憲司, 西田征治, 田平隆行, 小川敬之．認知症の人に対する作業療法実践の文献研究 - 41の事例報告 - 作業療法, 35 (1) :83-96 , 2016

富永美紀, 上城憲司, 西田征治, 田平隆行, 太田保之．若年性認知症の人とその家族介護者の思いの分析 作業療法, 35 (5) : 545-555 , 2016

堀田 牧．認知症専門外来における生活行為向上マネジメント～認知症患者と家族介護者の在宅生活を支援する～ 日本作業療法士協会誌 49(4) : 38-40, 2016

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)

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

Kawagoe T, Matsushita M, Hasimoto 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.

- 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
- 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
- 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)
- 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]
- 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
- 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
- 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 : + , 2018
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

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

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

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

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

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

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

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

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

谷向 知, 櫻林哲雄, 園田亜希, 福原竜治, 小森憲治郎, 石川智久. 特集 / 【"失敗"から学んだこと; 認知症診療実践の振り返

り】 顕著な前頭葉症状がみられる一方、他者への配慮がみられた一例. 老年精神医学雑誌 28 (6) : 637-640, 2017

石川智久. 認知症医療の問題点 ~多職種間に横たわる問題点: 認知症初期集中支援チームの現状と課題~. 日本早期認知症学会誌 10(2) : 64-70, 2017

堀田 牧, 田平隆行, 石川智久, 橋本 衛. 特集 / 【認知症とADL】アルツハイマー病患者のADL障害. 老年精神医学雑誌 28 (9) : 984-988, 2017

石川智久. 特集 / 【認知症とADL】前頭側頭葉変性症とADL. 老年精神医学雑誌 28 (9) : 993 - 996, 2017

Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, Kan-emoto H, Sato S, Suzuki Y, Yoshiyama K, Shimomura T, Yoshida T, Shimizu H, Matsu-moto T, Mori T, Kashibayashi T, Tanaka H, Hatada Y, Hashimoto M, Nishio Y, Komori K, Tanaka T, Yokoyama K, Tanimukai S, Ikeda M, Takeda M, Mori E, Kudo T, Kazui H. Sleep disturbances are key symptoms of very early stage Alzheimer disease with behavioral and psychological symptoms: a Japan multi-center cross-sectional study (J-BIRD). Int J Geriatr Psychiatry. 2017 Feb;32(2):222-230

Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, Ishikawa T, Tanaka H, Hatada

- Y, Miyagawa Y, Hotta M, Ikeda M.  
Mental health among younger and older  
caregivers of dementia patients.  
Psychogeriatrics. 2017 Mar;17(2):108-114
- 田中 響. 特集 / 【認知症とADL】レビー  
小体型認知症とADL. 老年精神医学雑誌  
28 ( 9 ) : 989 - 992 , 2017
- 北村 立. 認知症医療における精神科医療  
の役割 . 日本社会精神医学雑誌26(1):59-  
64, 2017
- 北村 立. ADL評価尺度について . 老年精神  
医学雑誌28(9):969-977, 2017
- 北村 立. 認知症の人と家族の支援 山田  
正仁 認知症診療実践ハンドブック  
中外医学社, 東京, 175-182, 2017
- 北村 立. Alzheimer病による中等度認知症  
 / 高度認知症 山田正仁 認知症診療実践ハ  
ンドブック 中外医学社, 東京, 227-240,  
2017
- 川越雅弘. 一次判定方法へのADL調査項目  
の関与と要介護度とADLの関係性 老年精  
神医学雑誌 28(9):1004-1009, 2017
- 小川敬之, 呑海沙織, 成合進. Dementia  
Friendly Social-Resourcesの創生 老年精  
神医学雑誌 28 ( 5 ) : 477-484,2017
- 小川敬之. 多職種協働のADL支援 在宅  
におけるADL指導・地域社会における  
ADL指導 地域資源を活用する作業療法の  
可能性 老年精神医学雑誌 28 ( 9 ) : 1014-  
1020, 2017
- Yoshimitsu K, Tabira T, Kubota M, Ikeda  
Y, Inoue K, Akasaki Y. Factors affecting  
the self-rated health of elderly  
individuals living alone: a cross-sectional  
study. BMC Res Notes. 2017 Oct 26;10  
(1):512. doi: 10.1186/s13104-017-2836-x
- 田平隆行, 佐賀里昭. 認知症の人のための  
法的整備と予防事業 . Med Reha 206,59-  
64,2017 .
- 田平隆行. 高齢者のADLの特徴 . 老年精神  
医学雑誌 28 ( 9 ) : 978-983,2017
- 田平隆行. 軽度認知障害と認知機能低下予  
防の評価と実践 一般社団法人日本作業療  
法士協会 作業療法マニュアル62 認知症  
の人と家族に対する作業療法 一般社団法  
人日本作業療法士協会, 東京, 52-55, 2017
- 谷川良博, 元田真一, 堀田 牧, 松浦篤子,  
上田章弘. 認知症領域における生活行為向  
上マネジメント実践の課題. 健康科学と人  
間形成vol.3(1):49-56, 2017
- 村田美希. 在宅作業療法の方向性. 老年精  
神医学雑誌 28(9):1010-1013, 2017
- 吉浦和宏, 橋本 衛. 血管性認知症とADL.  
老年精神医学雑誌 28(9):997-1003 , 2017
- 吉浦和宏, 村田美希, 堀田 牧, 池田 学. 認  
知症における社会機能障害.精神科 vol31

(1):37-42,2017

## 2 . 学会発表

Ikeda M. Session: Symptomatology and therapeutic strategies of dementia with Lewy bodies. Department of National Chaeng Kung University, Tainan, Taiwan, November 23, 2015

Ikeda M. Session: Disorders of appetite, eating and swallowing in the dementias. The WPA International Congress, Taipei, Taiwan, November 18-22, 2015

Ikeda M. Session: Outreach interventions in the Kumamoto dementia care model. The WPA International Congress, Taipei, Taiwan, November 18-22, 2015

Ikeda M. Symposium: Impact of FTD on patients and carers Outreach interventions for FTD patients and Caregivers. Asia Pacific FTD and MND Meeting, Sydney, Japan, October 8-9, 2015

Ikeda M. Symposium: Neuropsychiatric Diseases and Vascular Factors Association of small vessel disease with neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease. 7th World Congress of the International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders, Tokyo, Japan, September 16-19, 2015

Ikeda M. Session: Dementia and driving Driving in people with dementia in Japan, International congress of the 17<sup>th</sup> Zealandia Symposium on Behavioral Neuroscience, Tainan, Taiwan, June 27-28, 2015

Ikeda M. Symposium: Tainan-Kumamoto Dementia symposium: the progress of dementia care model, Kumamoto dementia care model International congress of the 17<sup>th</sup> Zealandia Symposium on Behavioral Neuroscience, Tainan, Taiwan, June 27-28, 2015

(特別講演)池田 学「前頭側頭型認知症とレビー小体型認知症の症候学と治療戦略」第 29 回日本医学会総会, 東京, 4 月 11 日-13 日, 2015

(臨床リレーセッション)池田 学. 認知症と歯科治療「認知症患者にみられる食行動異常」第 124 回日本補綴歯科学会, 大宮, 5 月 29 日-31 日, 2015

(基調講演)池田 学. 第 49 回 日本作業療法学会 公開講座 科学的なケアを実践できる社会づくり「認知症の科学的ケアにおける作業療法士への期待」第 49 回日本作業療法士学会, 神戸, 6 月 19 日-21 日, 2015

(基調講演)池田 学. 新たに特定疾患に指定された神経変性疾患「FTLD」「神経変性疾患領域における基盤的調査研究」班 平成 27 年度ワークショップ, 東京, 7 月 24 日, 2015

(シンポジウム)池田 学 . DSM-5 の神経認知領域から精神疾患を読み解く「認知症における神経認知障害」第 35 回日本精神科診断学会, 札幌, 8 月 6-7 日, 2015

(シンポジウム)池田 学 . 前頭側頭葉変性症と紛らわしい病態 「難病指定からみた FTL D」第 39 回日本高次脳機能障害学会, 東京, 12 月 10-11 日, 2015

(教育講演)池田 学 . 前頭側頭型認知症の臨床と最近の話題」第 5 回認知症予防学会, 神戸, 9 月 26-27 日, 2015

(基調講演)北村 立 . 認知症の治療とケア—生活機能の視点から BPSD をマネジメントする—. 日本認知症ケア学会 2015 年度北陸・甲信越地域大会, 金沢市, 10 月 4 日, 2015

(基調講演)北村 立 . 生活障害としての認知症. 地域包括ケア・イノベーションフォーラム第 10 回ワークショップ, 東京, 10 月 7 日, 2015

(シンポジウム)北村 立 . 地域における一般科医療と精神科医療 - 認知症医療における精神科の役割 - . 第 35 回日本社会精神医学会, 岡山市, 1 月 29 日, 2016

Ikeda M. Session: Symptomatology and therapeutic strategies of frontotemporal Dementia. Post TDS 2016 annual meeting, National Chaeng Kung University, Tainan, Taiwan, December 12, 2016

Ikeda M. Session: Therapeutic Strategies of FTL D in Asia IPA Asian Regional Meeting, Taipei, Taiwan, December 9-11, 2016

Ikeda M. Session: Integrated Care for Elderly People with Dementia : The Japanese Perspective IPA Asian Regional Meeting, Taipei, Taiwan, December 9-11, 2016

Ikeda M. Symposium: Lifespan neuroscience of human cognition: Principles of healthy and pathological aging Cognitive impairment in neurodegenerative dementias at MCI stage 31th International Congress of Psychology, Yokohama, Japan, July 29, 2016

Ikeda M. Symposium: Integrated Care in Dementia The National Forum of Integrated Care in Dementia, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, June 4, 2016

Ikeda M. Symposium: Fronto-Temporal Dementia Department of Neurology, Chang Gung Memorial Hospital, Kaoshiung, June 6, 2016

Ikeda M. Symposium: Case conference for patients with FTD Department of Neurology, National Chaeng Kung University, Tainan, Taiwan, June 7, 2016



Ikeda M. Symposium: Meet the Expert  
My career as a neuropsychiatrist and  
Researcher The 15th Course for Academic  
Development of Psychiatrists, Chiba,  
Japan, February 19-21, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . 「若年認知症の  
理解と課題」第7回全国若年認知症フォー  
ラム in 荒尾, 熊本県荒尾市, 2月14日,  
2016

(一般講演) 池田 学 . 「認知症の症候学」  
東西合同脳神経外科認知症研究会, 東京, 4  
月9日, 2016

(一般講演) 池田 学 . 「The Relationship  
Between Dementia Caregiver's Burden  
and Depression」 The 7th Asia Pacific  
Regional Conference of the International  
Association for Suicide Prevention,  
Luncheon Seminar, 東京, 5月20日, 2016

(教育講演) 池田 学 . 「精神科臨床におけ  
る高次脳機能障害の基本的理解」第112回  
日本精神神経学会学術集会, 幕張, 6月  
2-4日, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . 「認知症患者を  
地域で支える」第91回福岡県デイ・ケア  
研究協議会, 大牟田, 6月11日, 2016

(一般講演) 池田 学 . 「対談 認知症診療  
における症候学的重要性」第31回日本老年  
精神医学会ランチョンセミナー, 金沢, 6月  
23日, 2016

(一般講演) 池田 学 . 「若年性認知症の鑑  
別について」第31回日本老年精神医学会モ  
ーニングセミナー, 金沢, 6月24日, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . わが国の認知症  
施策はどうあるべきか、現場からの発信  
「新オレンジプランにおける課題」第31回  
日本老年精神医学会, 東京, 6月23-24日,  
2016

(一般講演) 池田 学 . 「DLBの治療をめぐ  
って」高知県認知症学術集会, 高知, 8月  
12日, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . 「認知症診療に  
おけるPETの有用性」日本核医学会PET  
核医学分科会 PET サマーセミナー2016  
in 熊本, 熊本, 8月26-28日, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . 「認知症の症候  
学と食行動異常」第23回日本司公会学会総  
会, 福岡, 10月21-23日, 2016

(一般講演) 池田 学 . 「前頭側頭型認知症  
を学ぶ」認知症の人と家族の会福岡支部  
世界アルツハイマー病記念講演会, 福岡,  
10月23日, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . 第48回医療近  
代化シンポジウム 「認知症治療の最前線」  
第40回大阪府医師会医学会総会, 大阪,  
11月13日, 2016

(シンポジウム) 池田 学 . 「前頭側頭葉変  
性症の分類, 診断体系」第35回日本認知症

学会，東京，12月1-3日，2016

(シンポジウム)池田 学。「レビー小体型認知症の治療 薬物療法；認知機能障害に対して」第35回日本認知症学会，東京，12月1-3日，2016

(シンポジウム)池田 学。「認知症と改正道路交通法をめぐる課題」第35回日本認知症学会，東京，12月1-3日，2016

(一般講演)池田 学。「認知症の診断・治療とケア体制の構築について」平成28年度若年性認知症支援担当者研修 兵庫県社会福祉協議会，神戸，12月14日，2016

(シンポジウム)石川智久。「BPSD 予防・介入の観点からみた地域連携の意義：熊本県荒尾市での実践」第31回 日本老年精神医学会 シンポジウム1「BPSD 治療の新展開」，金沢，6月23-24日，2016

(シンポジウム)石川智久。「認知症初期集中支援チームの現状と課題」第17回 日本早期認知症学会学術大会 シンポジウム「認知症医療の問題点～多職種間に横たわる問題点～」，熊本，9月17-18日，2016

(一般講演)田平隆行 .作業療法の介入効果の検証「軽度認知症に対する視覚と聴覚刺激による二重課題法を用いた介入研究」，第10回日本作業療法研究学会学術大会，新潟，5月21-22日，2016

(一般講演)田平隆行 .モーニングセミナー「認知症介護予防事業の実践と成果」第50

回日本作業療法学会 札幌 9月9-11日，2016

(シンポジウム)堀田 牧.「認知症医療機関の役割とセラピストが探求する認知症リハビリテーション」リハビリテーション・ケア合同研究大会 茨城2016 「地域包括ケアをあたりまえにしよう! ~ 創造・協働・実践!! ~」大会 シンポジウム 認知症の方と家族が安心して暮らせる地域社会の創出，つくば，10月2日，2016

Ikeda M. Symposium: The current situation of dementia in Japan 3rd International Leaders in Alzheimer's Disease Summit, Taipei, Taiwan, December 9-10, 2017

Ikeda M. Symposium: The current situation of dementia in Japan Faculty of Medicine and Health Sciences, University of East Anglia, UK, October 9, 2017

Ikeda M. 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

Ikeda M. 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

(一般講演)池田 学 . 「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

(教育講演)池田 学 . 「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

(一般講演)池田 学 . 「認知症とせん妄」第3回 Hiroshima Dementia Conference 広島, 2月28日, 2017

(一般講演)池田 学 . 「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

(一般講演)池田 学 . 「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

(一般講演)池田 学 . 「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

(教育講演)池田 学 . 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

(一般講演)池田 学 . 「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

(シンポジウム)池田 学 . 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

(教育講演)池田 学 . 「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

(シンポジウム)池田 学 . 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

(一般講演)池田 学 . 「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

(基調講演)池田 学 . 「症候学からみる認知症」CNS Academy 2017 東京, 7月8日, 2017

(一般講演)池田 学 . 「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

(基調講演)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」第51回日本作業療法学会, 東京, 9月22-24日, 2017

(一般講演) 池田 学 . 「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

(一般講演) 池田 学 . 「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

(シンポジウム) 池田 学 . 「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

(教育講演) 池田 学 . 「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

(特別講演) 池田 学 . 「認知症と自動車運転」 平成 29 年度新潟精神医学会, 新発田, 10 月 28 日, 2017

(教育講演) 池田 学 . 「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

(特別講演) 池田 学 . 「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

(シンポジウム) 池田 学 . 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

(シンポジウム) 北村 立 . 精神科救急・急性期医療における作業療法の意義～医師の立場から～ . 第 25 回日本精神科救急学会学術総会, 金沢市, 2017.11.03.

(一般講演) 堀田 牧 . 「認知症疾患医療センターの役割と認知症者と家族のためのリハビリテーション」 第 22 回全国地域作業療法研究大会 熊本学術集会「認知症最前線」～医療から介護、そして地域～, 熊本, 2 月 25-26 日, 2017

(ポスター) 「女性アルツハイマー病患者の調理活動における要介助作業項目の検討」 村田美希, 板橋 薫, 堀田 牧, 吉浦和宏, 矢野宏之, 石川智久, 橋本 衛, 池田 学 . 第 16 回日本認知症ケア学会大会, 札幌, 5 月 23 - 24 日, 2015

(Poster) Tanaka H, Chen WT, Hashimoto M, Fukuhara R, Hatada Y, Miyagawa Y, Kawahara K, Ikeda M.  
Visual hallucinations are more common in early-onset than late-onset Alzheimer's disease. 2015 IPA International Congress, Berlin, Germany, October 13-16, 2015

(口頭) 「認知症高齢者の生活機能と家族の介護負担感との関連性～精神科病院入院時の調査から～」 塩田繁人, 杉本優輝, 稲口葉子, 柴田克之, 北村 立 . 第 49 回日本作業

療学会, 神戸市, 6月19-20日, 2015

(口頭)「河北都市の認知症支援ネットワーク～BPSDの予防や対応に焦点を当てて～」塩田繁人, 稲口葉子, 杉本優輝, 大西昌江, 山川透, 北村真希, 北村立. 第53回全国自治体病院協議会総会・研修会, 帯広市, 8月27日, 2015

(Poster)Takayuki Tabira, Takashi Matsuo, Akira Sagari, Naoki Iso & Hiroki Miyata. Cognitive Effect of Diverting Attention From Pain Using Self-Selected Interest and No-Interest Tasks. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, New Zealand, 2015

(ポスター)「認知症予防事業に着目したりハビリテーション教育プログラムの試み」上城憲司, 田平隆行, 小松洋平, 藤原和彦. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 6月19-20日, 2015.

(ポスター)「高齢者の認知機能低下予防を目的とした「拮抗体操」の遂行能力と加齢及び認知機能との関係」田平隆行, 上城憲司, 小松洋平, 藤原和彦, 松尾崇史. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 6月19-20日, 2015.

(ポスター)「作業療法士が参画する介護予防事業「SAGA ソウココカラ」の実践 平成25年度参加者の介入効果について」藤原和彦, 小松洋平, 田平隆行, 上城憲司. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 6月19-20日, 2015.

(ポスター)「作業療法士が参画する地域における介護予防事業(SAGA ソウココカラ)の報告 健康意識・行動の改善と社会参加の拡大を焦点に」小松洋平, 藤原和彦, 田平隆行, 上城憲司, 青山宏. 第49回日本作業療法学会, 神戸, 6月19-20日, 2015.

(Oral) Hotta M. Early onset dementia care in Japan – Preliminary trial of group therapy for EOD patients and caregivers – Care for FTD in Asia & FTLD research network in Asia, Kumamoto, January 17-18, 2015

(口頭)「デイサービス導入を見据えた外来支援プログラムの試み」堀田牧, 小山明日香, 橋本衛, 池田学. 第49回日本作業療法学会, 神戸 6月19-20日, 2015

(口頭)「レム睡眠行動障害13例の臨床経過」宮川雄介, 橋本衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 田中響, 畑田裕, 池上あずさ, 池田学. 第31回日本老年精神医学会, 6月23-24日, 2016

(口頭)「非特異的な原発性進行性失語の一例に関する考察」高崎昭博, 上野由紀子, 栗林幸一郎, 石川智久, 橋本衛, 池田学. 第40回日本神経心理学会学術集会, 9月15-16日, 2016

(口頭)「レビー小体型認知症の幻視の重症度と負担度に関する研究」上野由紀子, 小山明日香, 石川智久, 橋本衛, 池田学. 第40回日本神経心理学会学術集会, 9月15-16

日, 2016

(ポスター)「アルツハイマー病における多発微小出血と精神症候の関係」宮川雄介, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 遊亀誠二, 田中 響, 畑田 裕, 池田 学. 第 21 回日本神経精神医学会, 9月 17-18 日, 2016

(ポスター)「肛門痛に対して ECT が奏功したレビー小体型認知症の一例」戸谷修二, 加治屋智子, 田中 響, 石川智久, 福原竜治, 橋本 衛, 池田 学. 第 21 回 日本神経精神医学会, 9月 17-18 日, 2016

(口頭)「レビー小体型認知症の生活行為障害の調査～認知ステージにおけるアルツハイマー型認知症との比較から～」塩田繁人, 杉本優輝, 村井千賀, 日野昌力, 北村 立, 柴田克之. 第 31 回 日本老年精神医学会, 6月 23-24 日, 2016

(口頭)「高齢脳損傷患者の心の理論の特徴」韓 侑熙, 高橋弘樹, 丸田道雄, 田平隆行. 第 10 回日本作業療法研究学会学術大会, 新潟, 5月 21-22 日, 2016

(口頭)「自己選択や外的報酬が反応時間 P300 に及ぼす影響」丸田道雄, 高橋弘樹, 韓 侑熙, 宮田浩紀, 田平隆行. 第 10 回日本作業療法研究学会学術大会, 新潟, 5月 21-22 日, 2016

(口頭)「高齢脳損傷患者の表情認知の特徴」韓 侑熙, 丸田道雄, 高橋弘樹, 國崎啓介, 田平隆行. 第 50 回日本作業療法学会, 札幌, 9月 9-11 日, 2016

(口頭)「課題内容を自分で選択することは視覚的反応時間や認知処理反応を促進するか?」丸田道雄, 高橋弘樹, 韓 侑熙, 宮田浩紀, 田平隆行. 第 50 回日本作業療法学会, 札幌, 9月 9-11 日, 2016

(Poster) Maki Hotta, Mamoru Hashimoto, Ryuji Fukuhara, Asuka Koyama, Miki Murata, Kazuhiro Yoshiura, Tomohisa Ishikawa, Hibiki Tanaka, Manabu Ikeda. Relationship between cognitive declines and independency in the activities of daily living in patients with frontotemporal labor degeneration patients  
10th International Conference on Frontotemporal Dementias, Munich, Germany, August 31- September 2, 2016

(口頭)「若年性アルツハイマー病に対する集団療法と家族心理教育を組み合わせた外来支援プログラムの実践」堀田 牧, 小山明日香, 橋本 衛, 池田 学. 第 50 回日本作業療法士学会, 札幌, 9月 9-11 日, 2016

(ポスター)「AD と DLB における生活行為障害の特徴と自立の割合に関する研究」堀田 牧, 小山明日香, 村田美希, 吉浦和宏, 田平隆行, 田中 響, 石川智久, 橋本 衛, 池田 学. 第 35 回日本認知症学会学術集会 東京国際フォーラム, 12月 1-3 日, 2016

(ポスター)「認知症患者への退院前訪問指導内容の分析」村田美希, 堀田 牧, 小山 明日香, 橋本 衛, 池田 学. 第 50 回日本作業療法士学会, 札幌, 9月 9-11 日, 2016

(Poster) Kazuhiro Yoshiura, Miki Murata,  
Maki Hotta, Asuka Koyama, Mamoru  
Hashimoto, Manabu Ikeda.  
The association between cognitive decline  
and independency of ADL decline in  
vascular dementia 2016 International  
Psychogeriatric Association Asian  
Regional Meeting, Taipei, December, 2016

(口頭)「血管性認知症の日常生活能力の  
変遷」吉浦和宏, 堀田 牧, 小山明日香, 橋  
本 衛, 池田 学. 第 50 回日本作業療法士学  
会, 札幌, 9 月 9-11 日, 2016

(口頭)「若年発症アルツハイマー病患者に  
おける WAIS- の一考察」上野由紀子, 勝  
屋朗子, 福田 瑛, 石川智久, 橋本 衛. 第 41  
回 日本神経心理学会学術集会, 東京, 10  
月 12 - 13 日, 2017

(口頭)「無動性無言以降も脳浮腫を認めた  
V180I 変異による Creutzfeldt-Jakob 病の  
1 例」後藤純一, 田中 響, 梶尾勇介, 菅原  
裕子, 石川智久, 福原竜治, 城野 匡, 橋本  
衛, 池田 学. 第 32 回日本老年精神医学会,  
名古屋, 6 月 14-16 日, 2017

(口頭)「認知症のリハビリテーションにお  
ける作業療法の実態調査」杉本優輝, 塩田  
繁人, 村井千賀, 北村 立, 中村春基. 第  
51 回日本作業療法学会, 東京  
都, 2017.9.13.

(ポスター)「都市部における認知症初期集  
中支援チームの在り方と作業療法士の関与」

村島 久美子, 片山 智栄, 遠矢 純一郎, 小  
川 敬之. 日本在宅医学会大会 19 回, 2017

(Poster) Noriyuki OGAWA, Takeshi  
YOSHIDA. Community Based  
Occupational Therapy in Japan-Social  
participation- 32th International  
Conference of Alzheimer's Disease  
International, 2017

(ポスター)「加齢による初期 AD 患者の  
ADL / IADL 自立度低下の特徴」田平隆行,  
堀田 牧, 村田美希, 吉浦和弘, 石川智久,  
小川敬之, 森 崇明, 吉田 卓, 池田 学.  
第 32 回日本老年精神医学会, 名古屋, 6 月  
14-16 日, 2017

(口頭)「要介護認定者における認知症の有  
無及び重症度が BADL/IADL に及ぼす影  
響要介護認定者における認知症の有無及び  
重症度が BADL / IADL に及ぼす影響」  
田平隆行, 佐賀里昭, 堀田 牧, 菊池 潤, 川  
越雅弘. 第 51 回日本作業療法学会, 東京,  
9 月 22-24 日, 2017

(Oral) Sagari A, Ikio Y, Tabira T,  
Iwanami J, Kobayashi M, Higashi T.  
Effect of Occupation-Based-Interventions  
Using ADOC for Hematopoietic  
Malignancies in Patients during  
Chemotherapy, The 1st Asia-Pacific  
Occupational Therapy Symposium,  
Taiwan, October 20-22th, 2017

(ポスター)「認知症者の嗅覚症状の自覚と  
嗅覚の低下に関する研究」堀田 牧, 高崎昭

博,池寄寛人,宮川雄介,石川智久,橋本 衛.  
第 32 回老年精神医学会学術集会,名古屋,  
6月 14-16 日,2017

(口頭)「軽度アルツハイマー病患者に対す  
る小グループ作業療法の効果と課題」本田  
和揮,堀田 牧,石川智久,橋本 衛,池田 学.  
第 32 回老年精神医学会学術集会,名古屋,  
6月 14-16 日,2017

(口頭)「認知症予防における取り繕い反応  
の意義 アルツハイマー病、レビー小体型  
認知症、軽度認知機能障害における取り繕  
い反応の比較」松下正輝,小山明日香,矢田  
部裕介,勝屋朗子,高崎昭博,伊地知大亮,  
堀田 牧,上野由紀子,福田 瑛,佐久田 静,  
今井正城,小嶋誠志郎,池田 学,橋本 衛.  
第 7 回日本認知症予防学会学術集会,岡山,  
9月 22-24 日,2017

(ポスター)「認知症専門外来における多職  
種チームによる集団支援プログラムへの取  
り組み」古川 公美子,堀田 牧,小山 明日  
香,丸山 貴志,園田 恵,遊亀 誠二,石川  
智久,橋本 衛,齋藤 秀之.第 27 回日本医  
療薬学会年会,幕張,11月 3-5 日,2017

(口頭)「Alzheimer 病における MMSE 年  
次変化率と NPI 年次変化率を予測する要因  
- 4 年目年次変化率からの検討 - 」池寄寛  
人,橋本 衛,堀田 牧,栗林幸一郎,池田 学.  
第 41 回日本高次脳機能障害学会学術総会,  
大宮,12月 15-16 日,2017

(ポスター)「血管性認知症患者の日常生活  
能力の特徴」吉浦和宏,堀田 牧,村田美希,

小山明日香,橋本 衛,池田 学.第 8 回日  
本脳血管・認知症学会総会,東京,29 年 8  
月,2017

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用登録新案

なし

### 3. その他

なし