

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

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

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 池田 学

平成 30 ( 2018 ) 年 3 月

# 目次

## .総括研究報告書

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

「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」 -----

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 池田 学

## .分担研究報告書

1. 生活行為工程分析に基づく ADL 評価モデルを用いた FTLD 患者の ADL の特性に関する検討 -----

熊本大学医学部附属病院 神経精神科 石川 智久

2. 軽症レビー小体型認知症患者における精神行動症状と個々の生活行為障害の関連についての検討 -----

熊本大学医学部附属病院 神経精神科 田中 響

3. 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 -----

石川県立高松病院 北村 立

4. 介護保険領域における認知機能低下や BPSD のある要支援者の介護度悪化に関連する生活行為の検討 -----

埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 川越 雅弘

5. 介護保険サービスを利用する認知症のある人の社会参加・就労機会の創出に関する検討 -----

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 堀田 聡子

6. アルツハイマー型認知症の行為の工程分析-料理の一場面ビデオ撮影による解析 2- -----

九州保健福祉大学大学院 小川 敬之

7. 生活行為工程分析表 ( Process Analysis of Daily Life Performance for Dementia ; PADLP-D ) 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 -----

鹿児島大学医学部保健学科 田平 隆行

8. AD-ADL 評価表により服薬管理の生活行為障害があった在宅軽度 AD 患者  
に対して、リハビリ介入を施行した一例 -----

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 堀田 牧

9. 認知症患者における退院前訪問指導に関する事例報告 -----

くまもと青明病院 村田 美希

10. 軽度のアルツハイマー病患者に対する訪問リハビリテーションの効果  
2 例の経験から性認知症の認知機能低下に伴う生活障害の特徴  
-----

熊本大学医学部附属病院 神経精神科 吉浦 和宏

.研究成果の刊行に関する一覧表 -----

.研究成果の刊行物・別刷 -----

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

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 助教

#### 研究要旨:

**目的:** 平成28年度研究において、認知症患者の日常生活行為障害を明らかにするために作成した、「生活行為工程分析に基づく ADL 評価モデル」を用いて、前頭側頭葉変性症 (Fronto-Temporal Lobar Degeneration; FTLD) 患者の日常生活行為障害が、どの行動工程にあるのかを明らかにする。

**対象:** 平成29年10月から12月までに、熊本大学医学部附属病院神経精神科 認知症専門外来に通院中の FTLD 患者の主介護者。

**方法:** 同外来受診時に、作業療法士または精神保健福祉士が、主介護者に対して、我々が平成28年度本研究総括研究において開発した「生活行為工程分析に基づく ADL 評価モデル」を用いて、日常生活動作を評価する。評価を実施できたのは、8名で、疾患背景は、意味性認知症 (svFTD) の患者であった。男性4名、女性4名、平均年齢は70.0歳 (Max 80 - Min 62 歳)、平均の MMSE 得点は15.6 / 30点 (Max 26 - Min 1点) であった。

**結果:** 基本的な生活動作である、排泄、食事はほぼ行為の立案、実施、完了の一連の行為がほぼすべての対象者で可能であった。また、整容、入浴といった、自宅での日常生活活動についても、3/4程度の対象者は行為を完了することができていた。一方、電話、調理、金銭管理といった、社会生活要素がかかわるひとまりの行動では、実施できていたのは、対象者の半数以下となった。

**まとめ:** FTLD 患者では、MMSE による評価で認知症が中等度となっても、基本的な生活動作そのものは保たれており、一方で、社会活動にかかわる生活行為は著しく低下することが明らかとなった。このことは、認知機能と日常生活活動が相関をもって低下していくアルツハイマー病の経過とは様相が異なる可能性が考えられ、他の認知症性疾患との比較検討が待たれる。

#### A. 研究目的

平成28年度研究において、認知症患者の日常生活行為障害を明らかにするために作成した、「生活行為工程分析に基づく ADL 評価モデル」(以下、生活障害評価表)(資料1)を用いて、前頭側頭葉変性症 (Fronto-Temporal Lobar Degeneration; FTLD) 患者の日常生活行為障害が、どの行動工程にあるのかを明らかにする

#### B. 研究方法

##### 【対象】

平成29年10月から12月までに、熊本大学医学部附属病院神経精神科 認知症専門外来に通院中の FTLD (意味性認知症 = svFTD) 患者8名の主介護者。

##### 【分析方法】

同外来受診時に、作業療法士または精神保健福祉士が、主介護者に対して、我々が平成28年

度本研究総括研究において開発した「生活行為工程分析に基づく ADL 評価モデル」を用いて、直接対面による半構造化面接により、日常生活動作を評価する。

##### (倫理面への配慮)

通常の臨床現場において知りえた情報を活用することについての包括的研究である「神経精神科外来受診者における診療内容の解析研究」の一環として、本人・主介護者に対して書面による説明と同意を得たうえで実施した。また、個人が特定されない形の匿名化を行い、分析した。

#### C. 研究結果(図1)

男性4名、女性4名、平均年齢は70.0歳 (Max 80 - Min 62 歳)、平均の MMSE 得点は15.6 / 30点 (Max 26 - Min 1点) であった。

(排泄) ほぼ全員で、トイレへ行き、用を足してトイレを出るといった一連の行動ができていた。1例は、トイレから出る

のに、促しが必要と回答した。

(食事) 全員、食事をとって口に運び、食べるという行為はできていた。1例は食べやすく整えることができず、1例は、マイペースで食べるため、食事を適切に終える、の項目で失点していた。

(整容) 3/4のケースで、実施が可能であった。1例は、整髪やメイクの必要性がないと回答し、実施していなかった。実施していたケースでも、メイクを塗りすぎるなど、行為はできていても質的評価が低い。

(入浴) ほぼ全員で、入浴できていたが、行程を分析すると、「湯の温度を調節する」「体を洗う」「髪を拭く」の項目で、できないと回答したケースが目立ち、調節をするという“加減”“判断”を必要とする工程や、「掛け湯をせずザブンと湯船につかる」「体や髪をあらいたがらない」という質的な低下を示唆する記載があった。

(電話) 電話をもったり、かけたり、受けたり、という道具としての使用は半数のケースで可能であった。しかし、電話の本来の目的である、用件を伝える、コミュニケーションをとるという工程では、完遂できるケースはすくなくなり、行為障害そのものではない要素が影響している。

(買い物) おおむね買い物の行程は可能であった。下位項目では、買い物カートを取る、おつりの有無を確認するといった、マナーや慎重さが要求される工程で、できないと回答するケースがみられた。また、自由記載において、「同じものばかり買ってくる」「おつりはもらった分だけもらう(確認しない)」「会計では、いつも1万円札を出す」という、工程そのものというより、質的変容がみられた。

(調理) 多くの対象者で調理はできなかった。とくに、献立を考えたり、調味をととのえたりするなどの工程はできなくなっている。一方、できた料理を運ぶ、箸やカトラリーを並べるといった工程は多くの対象者で可能であった。

(家事) できていたのは、半数以下であった。とくに、生活用品や寝具の管理や、家の掃除、ゴミ捨での判断などで、できないと回答するケースが多かった。FTLDの症候としての判断や意欲などの影響が考えられる。

(服薬) 服薬はおおむねいずれの工程でも実施が可能であった。しかし、不足分・余剰分をどうしたらいいかといった、何らかの

判断を要する場面では、適切な対処が困難であった。自由記載では、飲み薬に関しては、自発的に時計で時間を確認しながら内服することができる、の記載もあり、質的にもおおむね自立しているとおもわれる。

(金銭管理) できていたのは、対象者の半数以下であった。金銭の管理、把握、取引などの機能は早い時期から低下していた。自由記載でも、決まった額しか支払わない、管理させていない、など、家族の介入がもっとも多くみられた項目であった。

## D. 考察

基本的な生活動作である、排泄、食事については、行為の立案、実施、完了の一連の行為がほぼすべての対象者でできていた。また、整容、入浴といった、自宅での日常生活活動についても、おおむね3/4程度の対象者は行為を完了することができていた。一方、電話、調理、金銭管理といった、社会生活要素がかかわるひとままとりの行動では、実施できていたのは、対象者の半数以下となった。質的評価の指標として自由記載をみると、「行為そのものはできる」あるいは「させていないができるとおもう」と回答していても、判断や加減が必要な場面になると、不適切な行為となる結果、家族が介入していることが明らかとなった。多くは、「同じものばかりほしがる」といった常同行動や、「掛け湯をせずにザブンと湯船につかる」といったマナーの欠如、「おつりを計算せずに、もらったらもらったものだけでもちかえる」といった考え無精など、FTLD特有の症候を背景とした行動障害であることが示唆された。このことは、アルツハイマー病患者が、MMSEなどの認知機能低下とともに、生活機能が徐々に低下し、行為、工程そのものが低下していくこととは様相が異なり、今回調査したMMSE中等度のsvFTD患者であっても、早期から何らかの質的評価が必要であることを示している。FTLD以外の認知症との比較検討が、今後待たれる。

また、今回我々の開発した評価尺度は、一つ一つの工程ができていくかの指標にはなりえたが、FTLDの生活障害を評価するには、質的評価の要素が不足しており、この点について、別の評価尺度の活用が必要であると考えられた。

## E. 結論

FTLD患者では、MMSEによる評価で認知症が中等度となっても、基本的な生活動作そのものは保たれており、一方で、社会活動にかかわ

る生活行為は著しく低下することが明らかとなった。このことは、認知機能と日常生活活動が相関をもって低下していくアルツハイマー病の経過とは様相が異なる可能性が考えられ、他の認知症性疾患との比較検討が待たれる。

また、FTLD 患者の生活行為障害を質的に評価できる評価尺度や指標の開発も、今後必要である。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 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*. 17(2):108-114, 2017.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

### 2. 学会発表

1) 本田 和揮, 堀田 牧, 石川 智久, 橋本 衛, 池田 学. 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. 第92回日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14-15日, 2017, 口頭発表

2) 田平 隆行, 堀田 牧, 村田 美希, 吉浦 和宏, 石川 智久, 小川 敬之, 森 崇明, 吉田 卓, 池田 学. 加齢による初期 AD 患者の ADL/IADL 自立度低下の特徴. 第92回 日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14-15日, 2017, 口頭発表

3) 堀田 牧, 高崎 昭博, 池崎 寛人, 宮川 雄介, 石川 智久, 橋本 衛. 認知症者の嗅覚の自覚と嗅覚低下の特徴に関する研究. 第92回日本老年精神医学

会, 名古屋, 6月14-15日, 2017, 口頭発表

4) 上野 由紀子, 勝屋 朗子, 福田 瑛, 石川 智久, 橋本 衛. 若年発症アルツハイマー病患者における WAIS-□の一考察. 第41回 日本神経心理学会 学術集会, 東京, 平成29年10月12 - 13日.

## 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

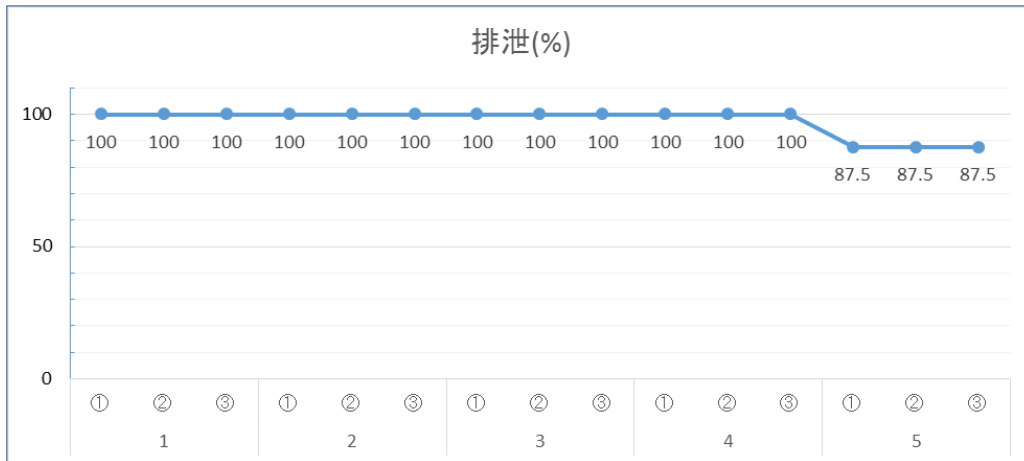
なし

(図1) 「生活行為工程分析に基づく ADL 評価モデル」による評価

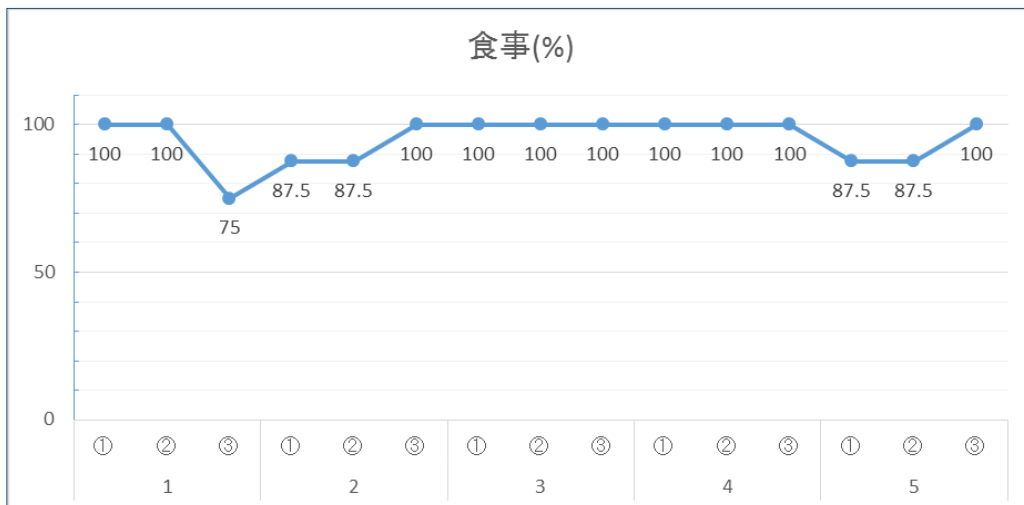
\* 縦軸：各々の工程に対し、介護者が「できる」と回答した対象者の割合

\* 横軸：各工程（資料1参照）

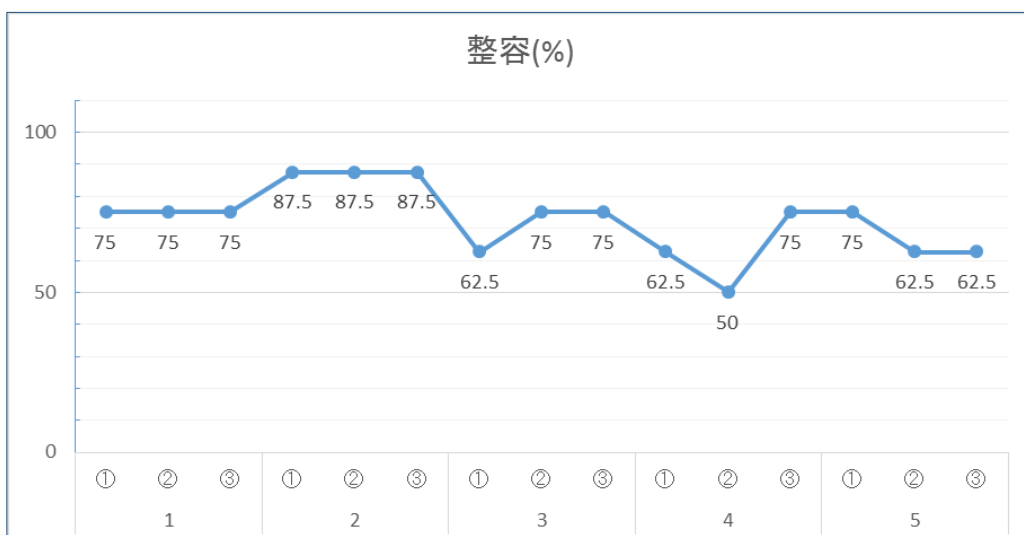
【排泄】



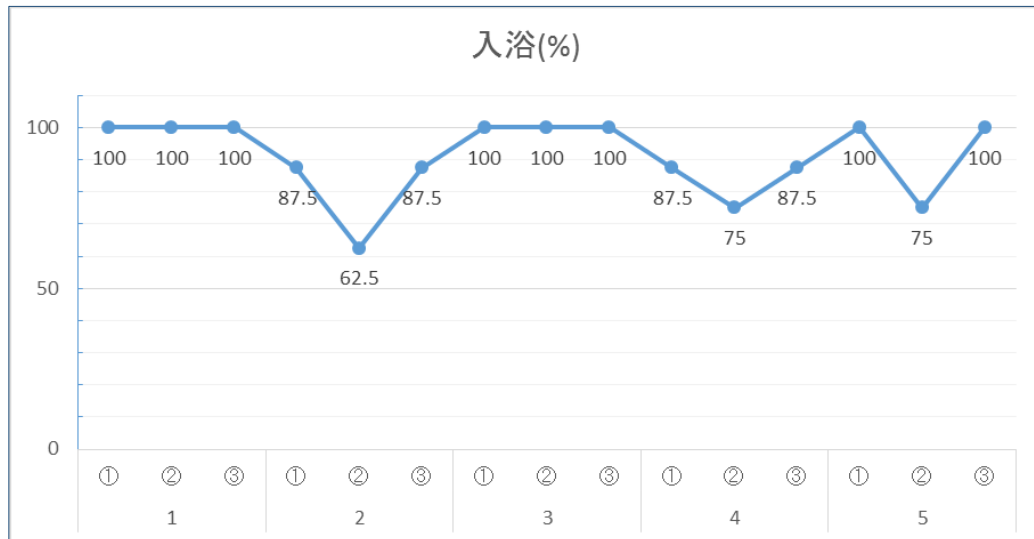
【食事】



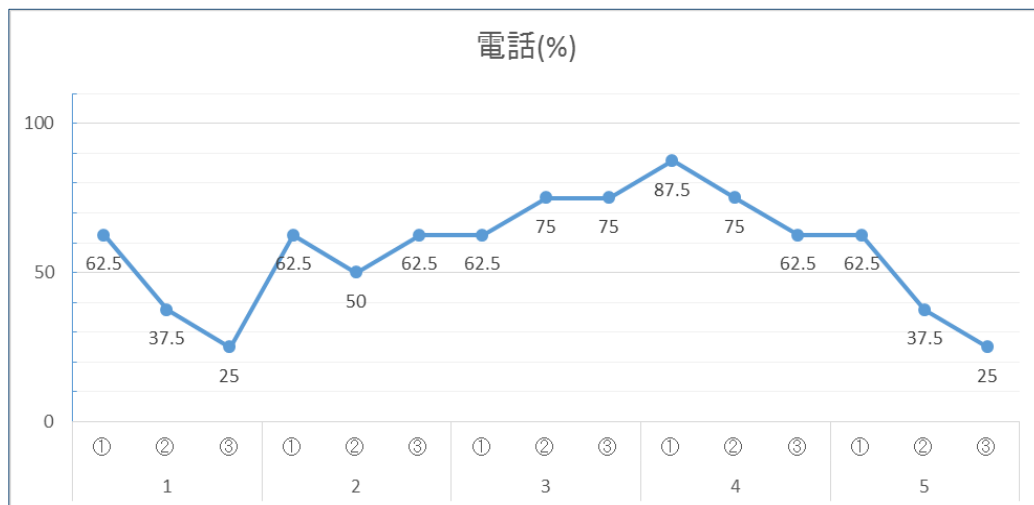
【整容】



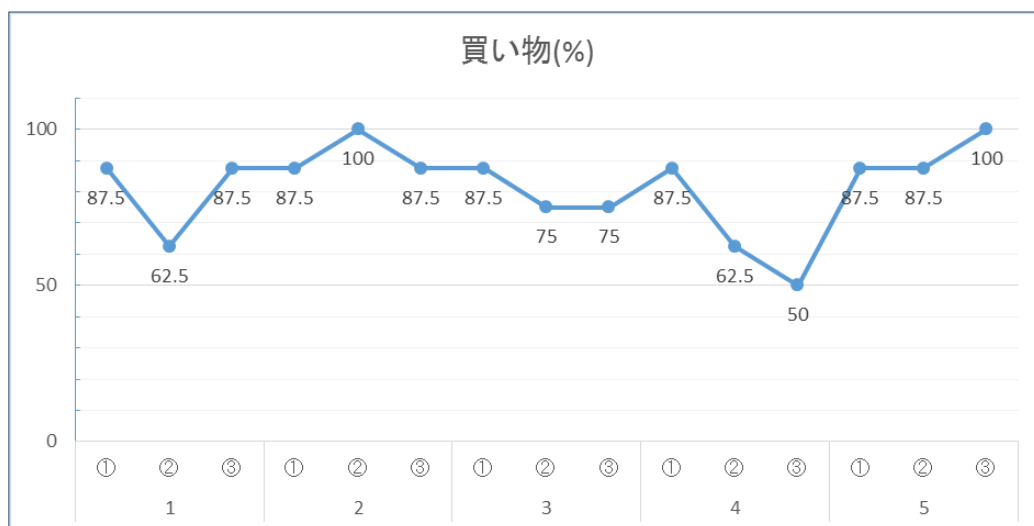
【入浴】



【電話】

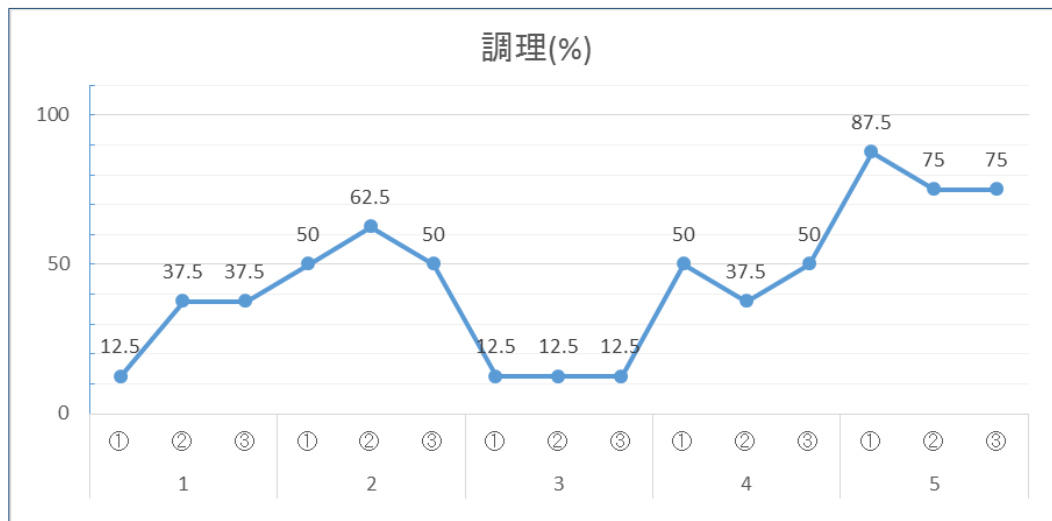


【買い物】

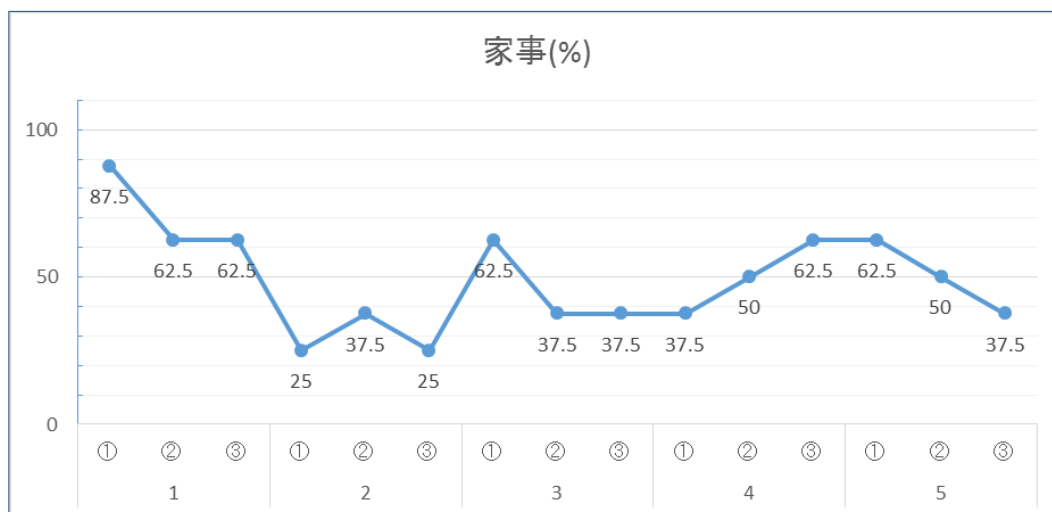




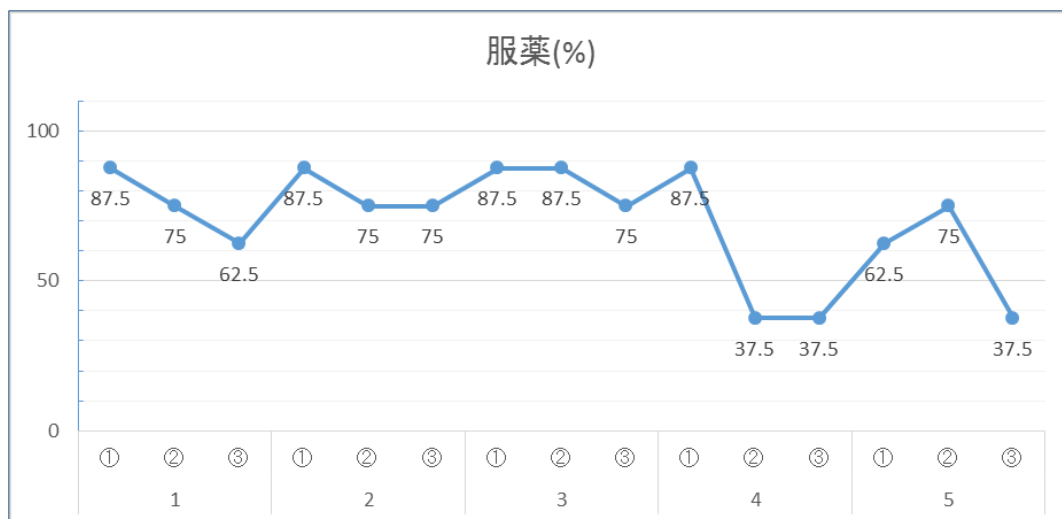
【調理】



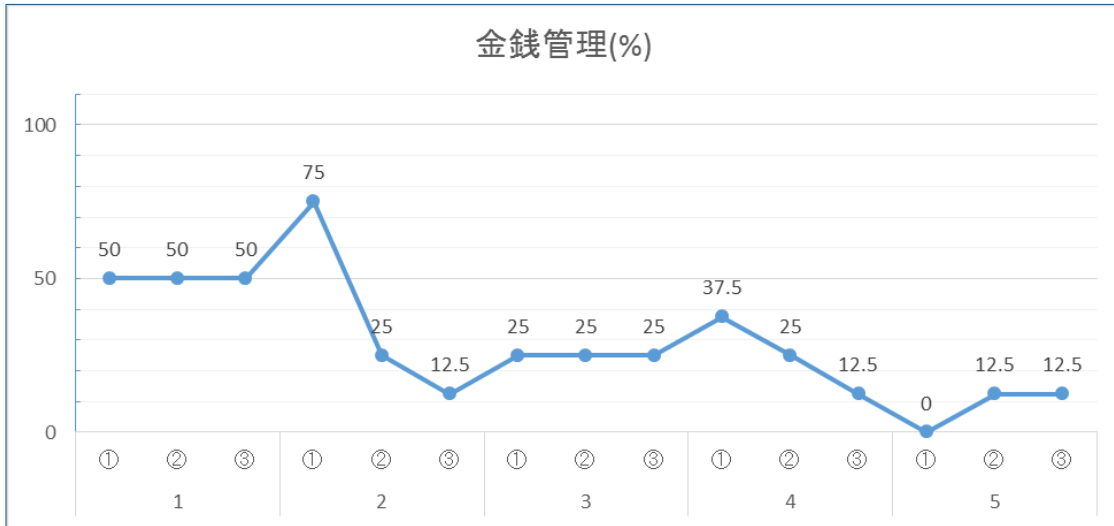
【家事】



【服薬】



【金錢管理】



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」

分担研究 FTLDと生活リハビリ

対象者氏名 \_\_\_\_\_

MMSE \_\_\_\_\_ / 30

検査聴取者(夫・妻等) \_\_\_\_\_

聞き取った人 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

【排泄】

排泄						
トイレに入るとのコントロールが前提まで	評価	排泄の工程	下位項目	チェック		備考
	1. トイレに入る	トイレの場所にたどり着く		YES	NO	
		扉を開けて入る		YES	NO	
		扉を閉める		YES	NO	
	2. 便座に座る	便器のフタを上げる		YES	NO	
		下衣を下ろす		YES	NO	
		便座を背にして腰を下ろす		YES	NO	
	3. 用を足す	いきむ		YES	NO	
		排出する		YES	NO	
		出し終わるまで座っている		YES	NO	
	4. 後処理をする	トイレットペーパーを巻き取る		YES	NO	
		巻き取った紙で清拭する		YES	NO	
		拭いた紙を便器に入れる		YES	NO	
	5. トイレを出る	水洗レバー・ボタンで流す		YES	NO	
		下衣を上げる		YES	NO	
		手を洗って拭く		YES	NO	
	1-	方向に迷わずトイレに行くなど、オリエンテーションの理解と遂行				
	1-	扉の開け方の理解、操作性（押す、引く）				
	1-	排泄行為そのものの理解と遂行				
	2-	便器の意味や用途の理解と遂行				
2-	排泄行為そのものの理解、はいている衣類を一人でおろす					
2-	便器の意味や用途の理解、方向性の認識と遂行					
3-	息を止めて、下腹部に力を込めるなど、排泄の仕方の理解と遂行					
3-	適切な排泄コントロールができる					
3-	出し終わったことを認識、理解できる					
4-	トイレットペーパーの意味や用途を理解と遂行					
4-	汚れた箇所の理解、拭く意味の理解と遂行					
4-	拭いた紙が汚物という理解、捨て場所の理解と遂行					
5-	汚物を流す意味の理解、ボタンやレバーの操作の理解と遂行					
5-	はいていた衣類を一人で引き上げる					
5-	手を洗う意味の理解と遂行					

## 【食事】

食事							
着席時から食べ終わるまで。自己摂取	評価	食事の工程	下位項目	チェック		備考	
	1. 料理を選ぶ			テーブルに着く	YES	NO	
				食べたい料理を手前に寄せる	YES	NO	
				料理に応じて箸・スプーンを手にする	YES	NO	
	2. 食べやすく整える			料理に箸・スプーンを入れる	YES	NO	
				料理を一口大に形成する	YES	NO	
				箸ではさむ・スプーンですくう	YES	NO	
	3. 料理を口に運ぶ			料理を口元に近づける	YES	NO	
				料理の匂い・温度を感知する	YES	NO	
				口を開けて料理を入れる	YES	NO	
	4. 料理を食べる			口を閉じて箸・スプーンを抜く	YES	NO	
				食物をよく噛む	YES	NO	
				食塊を飲み込む	YES	NO	
	5. 食事を終える			状況に応じた摂食スピード	YES	NO	
				主食・副菜を適量に摂取する	YES	NO	
			箸・スプーンを置く	YES	NO		
1-	自分の席の理解と遂行						
1-	食べ物としての認識、料理が何であるかの理解、好物、嫌いなものの認識、目的の料理にリーチする						
1-	料理の形状から箸・スプーンを選択できる、箸・スプーンの意味や用途、操作の理解						
2-	目的の料理にリーチする						
2-	自分の口の大きさと口に入る食べ物の大きさの認識、食べ物のテクスチャーの理解、形成する力加減の理解と遂行						
2-	食べ物のテクスチャーの理解、食べ物を把持する力加減の調整						
3-	食べ物としての認識、器から口元までの距離間隔の理解と遂行						
3-	嗅覚、温度感覚の維持、食欲の維持と遂行						
3-	食べ物としての認識、自分の口の大きさと口に入る食べ物の大きさの認識、形状から開口の度合いを調節						
4-	食物と異物の認識と遂行						
4-	食べ物としての認識と遂行						
4-	食べ物としての認識と遂行						
5-	食事環境の理解と遂行						
5-	適量の理解と遂行						
5-	食事終了のサインという理解と遂行						



## 【入浴】

入浴						
衣類を脱いで清潔で身体動作の自立。	評価	入浴の工程	下位項目	チェック		備考
		1. 着ている服を脱ぐ		服の留め具を外す	YES	NO
上衣を脱ぐ				YES	NO	
下衣を脱ぐ				YES	NO	
2. 掛け湯する			湯の温度を手で確認する	YES	NO	
			湯の温度を調節する	YES	NO	
			体にお湯をかける	YES	NO	
3. 湯舟に浸かる			浴槽の縁をまたぐ	YES	NO	
			両足を浴槽に入れる	YES	NO	
			腰を屈めて湯に浸かる	YES	NO	
3. 体・髪を洗う			石鹸・シャンプー液を手にとる	YES	NO	
			身体・頭髪を洗う	YES	NO	
			泡を洗い流す	YES	NO	
4. 体・髪を拭く		足裏の水気をとる	YES	NO		
		髪を拭く・乾かす	YES	NO		
		身体を拭く	YES	NO		
1-		ボタンやファスナーなど留め具の位置、外し方の理解と遂行				
1-		上衣の形状、脱ぎ方の理解と遂行				
1-		下衣の形状、脱ぎ方の理解と遂行				
2-		お湯の危険性の認識、安全な温度確認の手段の選択と遂行				
2-		水やお湯で埋める、追い炊きするなど、本人が望む温度調節の遂行				
2-		かけ湯の意味の理解、洗面器・シャワーの意味や用途の理解と遂行				
3-		浴槽の意味や用途の理解、認識。浴槽の深さに対する足の運び方の理解と遂行				
3-		浴槽の意味や用途の理解、湯に浸かるための行為という理解と遂行				
3-		浴槽の意味や用途の理解、身体を沈ませる範囲の理解と遂行				
4-		石鹸・シャンプーの識別や用途の理解、使い方や操作の理解と遂行、置き場所の理解と遂行				
4-		石鹸・シャンプーの識別や用途の理解、泡の立て方の理解と遂行、身体や頭髪の洗い方の理解と遂行				
4-		洗面器やシャワーの使い方の理解、遂行。注意機能の維持（流し残しがないか）				
5-		浴室と脱衣所の意味の理解、バスマットの意味や用途の理解、認識				
5-		タオル、ドライヤーの意味や用途の理解、使い方の理解と遂行。乾き具合の認識				
5-		タオル、ドライヤーの意味や用途の理解、使い方の理解と遂行。乾き具合の認識				

## 【電話】

電話					
評価	電話の工程	下位項目	チェック		備考
かけた 電話機に 手に かけて 通話し、 かかっ てきた 電話に 対応 できる	1. 電話をかける	電話機を手にする	YES	NO	
		通話ボタンを押す	YES	NO	
		かけたい番号にかける	YES	NO	
	2. かけた相手と話す	電話機を耳にあてる	YES	NO	
		出た相手を確認する	YES	NO	
		用件を伝える	YES	NO	
	3. 電話を切る	会話を終了する	YES	NO	
		電話機を耳から離す	YES	NO	
		通話終了ボタンを押す	YES	NO	
	4. かかった電話に出る	呼び出し音に気づいて電話機を探す	YES	NO	
		発信者を確認する	YES	NO	
		通話ボタンを押す	YES	NO	
	5. かけてきた相手と話す	電話機を耳にあてる	YES	NO	
		用件を尋ねる	YES	NO	
		応答が成り立つ	YES	NO	
1-	電話機の意味や用途の理解と遂行				
1-	通話ボタンの位置と意味の理解、操作の理解と遂行				
1-	かけたい相手の認識、アドレス帳や電話のアドレス機能、短縮ボタンなど手段の選択と遂行				
2-	電話機の意味と位置の理解と遂行				
2-	通話相手の認識と遂行				
2-	伝える用件の理解と伝達の遂行				
3-	用件が伝達されたことの理解と遂行				
3-	会話の終了の理解				
3-	通話終了ボタンの位置と意味の理解、操作の理解と遂行				
4-	呼び出し音の意味や音の方向の理解と遂行				
4-	発信者の認識、着信音や液晶表示などで理解できる				
4-	相手を認識した上で操作する、もしくは、通話したくない相手と認識して通話の操作をしない				
5-	電話機の意味と位置の理解と遂行				
5-	相手からの用件や目的を理解し、必要な要件か判断、遂行する				
5-	用件と状況に応じて会話を続ける、もしくは終了させる				



## 【買い物】

買い物						
対面式の店入店から目的の店を出るまで購入する	評価	買い物の工程	下位項目	チェック		備考
	1. 店内に入る	入店する	YES	NO		
		買い物かご・カートを取る	YES	NO		
		目的の売り場を確認する	YES	NO		
	2. 目的の売り場に行く	売り場の方向に行く	YES	NO		
		人や陳列台をよけて行く	YES	NO		
		目的の商品売り場に着く	YES	NO		
	3. 商品を選ぶ	目的の商品を探し出す	YES	NO		
		値段・ラベル表示を確認する	YES	NO		
		商品を必要数かごに入れる	YES	NO		
4. 商品の代金を支払う	レジに並ぶ	YES	NO			
	提示額に見合った現金を出す	YES	NO			
	お釣りの有無を確認する	YES	NO			
5. 商品を持ち帰る	商品を受け取る	YES	NO			
	袋に入れる	YES	NO			
	出口に向う	YES	NO			
1-		店の種類の理解、購入したい商品の理解、入店する店の認識と遂行				
1-		かご、カートの意味や用途の理解、使い方の理解と遂行				
1-		・購入したい物の理解、売り場のオリエンテーション表示の意味や用途、指示の理解と遂行				
2-		売り場の方向の認識と遂行、地誌的見当識の維持				
2-		進行に対する障害物や危険物の認識、注意の配分、判断と遂行				
2-		売り場の認識と遂行				
3-		購入したい商品の認識（形状・色・大きさなどのデザイン、メーカー）と遂行				
3-		購入可能な商品の認識（価格、消費期限、賞味期限）、判断と遂行				
3-		必要とする購入数や量の認識と遂行				
4-		レジ、列の意味の理解、遂行（並んで順番を待つ）				
4-		提示額の理解、紙幣と硬貨の意味、用途の理解。起算機能、お釣りが出る紙幣と硬貨の出し方の理解と遂行				
4-		お釣りが出ることの理解、もしくは、お釣りがでないことの理解				
5-		支払い済みの商品であることの認識と遂行				
5-		購入物の確認と遂行				
5-		出口の認識、買い忘れがないことの認識と遂行				



【家事】

家事（調理・洗濯以外）						
調理・洗濯以外の家事を一人で行う	評価	家事の工程	下位項目	チェック		備考
			1. 食事の後片付け	使った食器や調理道具を洗う	YES	NO
			洗いものを拭く	YES	NO	
			元の場所に戻す	YES	NO	
		2. 生活用品の管理	冷蔵庫の中身を把握している	YES	NO	
			郵便物・請求書の整理と把握	YES	NO	
			季節に応じた衣類の入れ替え	YES	NO	
		3. 寝具の管理	布団を上げる・ベッドメイキングする	YES	NO	
			カバー類を定期的に取り替える	YES	NO	
			布団を干す	YES	NO	
		4. 家を掃除する	掃除機をかける・掃く・叩く	YES	NO	
			拭く・磨く	YES	NO	
			散らかった物を片付ける・元に戻す	YES	NO	
		5. ゴミを捨てる	ゴミを分別する	YES	NO	
			収集日に出す準備をする	YES	NO	
			集積所に持っていく	YES	NO	
		1-	食器や道具の汚れの理科と認識、スポンジや洗剤の意味や用途の理解、汚れや泡への注意の維持、洗浄道具の使い方の理解と遂行			
		1-	注意の維持、遂行			
		1-	食器や道具を収納している場所の理解、遂行			
		2-	内容物の記憶			
		2-	配達物の認識、自分の物と他者のものとの区別、郵便物内容の理解、重要度の理解と整理・保管の遂行			
		2-	季節の見当識、衣類やカーテン、布団など収納場所の理解、入れ替え作業の手順の理解と遂行、洗濯・保管の遂行			
		3-	布団、居室の意味や用途の理解、布団のたたみ方、整え方の理解と遂行			
		3-	清潔の理解、布団とカバーの形状の理解、カバーの外し方やつけ方の理解と遂行			
		3-	布団の意味や用途の理解、天気など状況の理解			
		4-	掃除道具の意味と用途の理解、使い方の理解と遂行	5-	ゴミの認識、ゴミの種類理解、遂行	
		4-	掃除道具の意味と用途の理解、使い方の理解と遂行	5-	日付の見当識	
		4-	分類収納している場所の理解と遂行	5-	日付の見当識、場所と位置の理解と遂行	

## 【服薬】

服薬						
定期的 に 定量 を 服用 する	評価	服薬の工程	下位項目	チェック		備考
		1. 服薬の時間を守る		服用の時間・タイミングを知っている	YES	NO
外出先での時間・タイミングがわかる				YES	NO	
時間・タイミングがわかる手段をとる				YES	NO	
2. 決まった薬を出す			薬の置き場所を知っている	YES	NO	
			定時の薬袋を取り出す	YES	NO	
			決まった薬袋を開ける	YES	NO	
3. 定量を確認する			薬の形状を知っている	YES	NO	
			薬の色を知っている	YES	NO	
			薬の数・量を知っている	YES	NO	
4. 服用する			水と一緒に飲む	YES	NO	
			患部に貼る	YES	NO	
			患部に塗る	YES	NO	
5. 残薬を確認する		次の定時に服用する薬がわかる	YES	NO		
		薬の不足・余剰がわかる	YES	NO		
		不足・余剰に対処する	YES	NO		
1-		薬の意味と用途の理解、時の見当識の理解				
1-		薬の意味と用途の理解、時の見当識の理解				
1-		薬の場所の理解、アラームやカレンダーの意味、使い方の理解。薬の意味と用途の理解、時の見当識の理解				
2-		薬の保管場所の理解				
2-		服用量の認識と遂行				
2-		服用量の認識と遂行				
3-		薬の形状の理解、識別				
3-		薬の色の理解、識別				
3-		薬の数や量の理解				
4-		正しい飲み方の理解と遂行				
4-		患部の位置と貼り方の理解、遂行				
4-		患部の位置と塗り方の理解、遂行				
5-		服薬回数の理解、服用量・種類の理解				
5-		定量服用の理解				
5-		正しい状況判断と遂行（病院や薬局，家族に相談できる）				



「軽症レビー小体型認知症患者における精神行動症状と個々の生活行為障害の関連についての検討」

分担研究者 田中 響

熊本大学医学部附属病院 神経精神科 特任助教

#### 研究要旨:

**目的:** レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies; DLB) について、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。

**対象:** 2007年4月から2016年12月までの間に、熊本大学医学部附属病院神経精神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)を対象とした。

**方法:** 上記専門外来の前向きデータベースを使用し、ADL、IADLの評価には Physical Self-Maintenance Scale、Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale を用い、また精神行動症状の評価には Neuropsychiatric Inventory-10を用いて相関係数を求め、その関連を評価した。

**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。

**まとめ:** 軽症 DLB 患者におけるそれぞれの精神行動症状と各生活行為障害との関連を明らかにした。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。

#### A. 研究目的

変性性の認知症疾患においてアルツハイマー病に次いで2番目に多いとされるレビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies; DLB) は、幻視をはじめとして多彩な精神行動症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) を呈すことで知られている。昨年度の検討では、DLB 患者における妄想は IADL に、また興奮、無為および異常行動は ADL、IADL 問わず幅広く生活行為障害に影響していることが示唆された。一方で、各症候が具体的にどのような生活行為障害と関連するのは明らかにならなかった。本研究では DLB 患者における BPSD の各症候が、具体的にどのような生活行為障害に影響を及ぼしているか検討することを目的とした。また、BPSD 以外の要因を可能な限り除すため、軽症例のみを対象とした。

#### B. 研究方法

##### 【対象】

2007年4月から2016年12月までの間に、熊本大学医学部附属病院神経精神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、Clinical Dementia Rating (CDR)が0.5と1であった100名(男性49名、女性51名)を対象とした。

##### 【方法】

上記専門外来の前向きデータベースを使用した。精神行動症状の評価には Neuropsychiatric Inventory-10 (NPI-10) を使用し、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無為、脱抑制、易刺激性および異常行動の各下位項目について、頻度と重症度の積を各項目のスコアとして用いた。基本的な ADL の評価には Physical Self-Maintenance Scale (PSMS) を用いた。排泄、食事、着替え、身繕い、移動能力および入浴の6項目それぞれについて5段階の自立度が設定されているが、完全自立を5、もっとも介助を要すものを1とし、自立度が下がるにつれスコアが低下するようスコア化した。また IADL の評価には Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) を使用し、電話、買い物、食事の支度、家事、洗濯、移動・外出、服薬の管理および金銭の管理の8項目のうち、性別の影響を受ける食事の支度、家事および洗濯を除いた5項目 (IADL-5) を用いた。PSMSと同様、5段階の自立度が設定されている移動・外出については完全自立を5、もっとも介助を要すものを1としスコア化した。また4段階の自立度が設定されている電話、買い物については完全自立を4、もっとも介助を要すもの

を1に、3段階の自立度が設定されている服薬、金銭については完全自立を3、もっとも介助を要す物を1としスコア化した。

当専門外来初診時のNPI下位項目の各スコア、PSMSとIADL-5のそれぞれの生活行為障害のスコアとの相関係数を求め、その関連を評価した。なお、相関係数の算出にはSpearmanの分析を用いた。

#### (倫理面への配慮)

本研究では個人情報情報を消去し、すべて記号・数値に置き換え、万一情報流出が起こった場合にも、個人が特定されない形でのみ、処理をおこなう配慮をした。

### C. 研究結果

対象となったDLB患者の平均年齢は79.2±6.0才、平均罹病期間は2.2±1.8年、MMSEの平均得点は21.1±4.0点であった。またCDRは0.5が43名、1が57名であった。

NPI-10のそれぞれの精神行動症状とPSMSの6つの生活行為障害スコアとの相関分析の結果を表1に示す。易刺激性が多くのPSMSの各スコアと負の相関関係にあり、排泄、食事、着替え、身繕いと負の相関関係にあった。また無為は排泄、食事、入浴と負の相関関係にあり、異常行動は着替え、移動能力と負の相関関係にあった。幻覚は身繕いと負の相関関係にあったが、興奮、うつ、不安、多幸はどの生活行為障害スコアとも有意な相関はみられなかった。

次に、NPI-10のそれぞれの精神行動症状とIADL-5の5つの生活行為障害スコアとの相関分析の結果を表2に示す。妄想は電話、移動外出、服薬の管理と負の相関関係にあった。易刺激性は電話、買い物と、異常行動は買い物、移動外出とそれぞれ負の相関関係にあった。幻覚、うつ、不安、多幸、無為はどの生活行為障害スコアとも有意な相関はみられなかった。

### D. 考察

軽症のDLB患者において、基本的なADL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。一方、DLBにおいて特に有症率が高い幻覚については基本的なADLの身繕いへの影響が示唆されたのみであった。また、うつ、不安、多幸は基本的、社会的ADLを問わず生活行為障害との関連はみられず、軽症DLB患者においてはこれらの精神行動症状はADLへの影響が乏しいことが推察された。これらの結果からは、臨

床場面において軽症DLB患者が何らかの生活行為障害を有す場合、それに影響している可能性のある精神行動症状を加療することが、日常生活動作の改善につながる可能性が考えられた。

### E. 結論

軽症DLB患者におけるそれぞれの精神行動症状と各生活行為障害との関連を明らかにした。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。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

なし

#### 1. 論文発表

- 1) Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, Kanemoto H, Sato S, Suzuki Y, Yoshiyama K, Shimomura T, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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.

#### 2. 学会発表

- 1) 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. 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. 第32回日本老年精神医学会、名古屋、6月14-16日、2017、口頭発表

**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 NPI-10とPSMSを用いたSpearmanの相関係数による相関分析

	排泄	食事	着替え	身繕い	移動能力	入浴
妄想	-.181	-.037	-.226*	.035	-.068	-.140
幻覚	-.176	.035	.114	.213*	.055	-.111
興奮	-.181	-.104	-.092	-.012	-.030	-.038
うつ	.064	.134	-.030	.020	-.020	.082
不安	-.053	-.091	-.030	.115	-.111	.006
多幸	-.152	.047	-.118	.085	-.061	-.056
無為	-.337**	-.299**	-.166	-.083	-.105	-.206*
脱抑制	-.060	.063	-.126	-.112	-.060	-.219*
易刺激性	-.221*	-.265**	-.318**	-.276**	-.108	-.022
異常行動	-.183	-.190	-.226*	-.011	-.226*	-.112

\*\*p<.01, \*p<.05 (両側)

表2 NPI-10とIADL-5を用いたSpearmanの相関係数による相関分析

	電話	買い物	移動外出	服薬の管理	金銭の管理
妄想	-.217*	-.174	-.319**	-.262**	-.189
幻覚	-.058	-.033	-.108	.003	.096
興奮	-.054	-.058	-.127	-.221*	.038
うつ	.046	-.107	-.071	-.094	-.115
不安	-.021	-.055	.036	.055	.052
多幸	-.048	-.146	-.109	.072	.105
無為	-.145	-.141	-.181	-.164	-.116
脱抑制	-.031	-.044	-.152	-.194	-.244*
易刺激性	-.214*	-.203*	-.081	-.094	.048
異常行動	-.139	-.283**	-.265**	-.166	-.038

\*\*p<.01, \*p<.05 (両側)

「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—

分担研究者 北村 立

石川県立高松病院 病院長

研究協力者 杉本優輝

石川県立高松病院 作業療法科

**研究要旨:**

**目的:** アルツハイマー型認知症 (AD) とレビー小体型認知症 (DLB) の記憶や認知機能など精神機能において障害される項目の違いを明らかにし、ICF 項目の評価の有用性を確かめる。

**対象:** 2015年4月～2017年3月の間に当院の精神科急性期治療病棟に入院した AD53人と DLB17人の計70人を対象とした。

**方法:** 診療録を後方視的に調査し、ICF の精神機能の下位18項目の障害の有無、MMSE 下位11項目の粗点と障害の有無を AD と DLB で比較した。

**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。また MMSE の平均得点では AD が10.5点、DLB が9.4点であった。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 下位項目の粗点並びに障害の有無は差がなかった。

**まとめ:** 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、障害された ICF 項目の差は、AD と DLB の臨床的特徴を反映していると考えられた。軽度の認知症者で評価すれば更なる知見が得られるかもしれないが、ICF は評価に時間がかかるため臨床応用には工夫が必要である。

**A. 研究目的**

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) は人の健康のすべてを扱うものであり、人が生きることすべてをコード化して評価することができる。ICF には心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子の4つの構成要素があり、心身機能は生理的・心理的機能を指し、精神機能、感覚機能と痛み、音声と発語の機能など8つの機能に分類される。さらに精神機能は全般的な精神機能8項目と個別的精神機能14項目に細分化される(表1)。ICF は2001年に世界保健機関 (WHO) により提唱されたが、我が国において臨床的に活用されているとは言い難く、その理由は先に示したような評価項目の多さ、複雑さにあると思われる。

ところで、アルツハイマー型認知症 (AD) は通常記憶障害から始まり、次第に実行機能障

害や見当識障害が悪化し、認知症の進行に伴って失行、失認、失語といった認知障害のため徐々に社会生活や日常生活に支障を来し、最終的には単独で生活を営むことができなくなる疾患である。AD は Reizberg ら<sup>1)</sup>の示した FAST (Functional Assessment Staging) の通りに経過すると言われている。一方、レビー小体型認知症 (DLB) の経過はケースバイケースと言われ、認知症でありながら病初期には記憶障害が目立たないこともあり、また注意障害や遂行機能障害、視空間認知障害などが早くから出現することもある<sup>2)</sup>。このように AD と DLB では、記憶障害や認知障害が現れる時期や内容が異なっている。今回我々は、この 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することを試みた。

## B. 研究方法

### 【対象】

当院では認知症の入院患者すべてに対し、作業療法士が作業療法計画書を作成するために、入院1週間以内にMMSE (Mini-mental state examination), BI (Barthel Index), FAI (Frenchay Activities index), 興味・関心チェックリスト, ICFなどを評価することになっている。今回は2015年4月～2017年3月の間に当院の精神科急性期治療棟に入院したAD患者とDLB患者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。

### 【分析方法】

ICFの精神機能のうち、意識機能、見当識機能、知的機能、全般的な心理社会的機能、気質と人格の機能、活力と欲動の機能、睡眠機能、注意機能、記憶機能、精神運動機能、情動機能、知覚機能、思考機能、高次認知機能、言語に関する機能、計算機能、複雑な運動を順序立てて行う精神機能、自己と時間の経験の機能の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の下位検査項目である見当識(時間)、見当識(場所)、即時再生、計算、遅延再生、物品呼称、文章復唱、三段階口頭命令、読字、文章書字、図形模写の11項目については、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。統計解析には、SPSS statistics ver22®を用いた。

### 【倫理面への配慮】

データは数値化して電子カルテシステム内の患者データベースに入力されており、これを匿名化して解析した。個人情報には十分配慮し、研究目的以外には使用していない。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)。

## C. 研究結果

対象者の基本属性を表2に示す。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(表3, 図1)。

MMSEの下位項目については, 粗点でも(表4)また障害されている割合(表5, 図2)も, ADとDLBで

差はなかった。

## D. 考察

例えばADの記憶障害は海馬を中心とした内側側頭葉由来の記憶障害すなわち記憶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に由来した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, 入院患者を対象としたため, ADもDLBも高度認知症の段階であり, 障害されている精神機能が多く両者の違いが明らかにならなかったと思われる。

そのような条件でありながら, 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可能性があると考えられた。

今回は, 後方視的にカルテを調査した結果, データの不完全なものも多く検討できた症例数が少なかった。また認知症が高度であり, ADとDLBの差異をそれほど明確に示すことができなかった。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るかもしれない。しかし, MMSEやBI, FAIの評価時間が10分以内であるのに対し, ICFは習熟を要する上に精神機能の評価だけでも30分程度が必要である。臨床的に応用するためには, 何らかの工夫が必要と思われる。

## E. 結論

入院患者AD53人, DLB17人のMMSE下位項目と障害されたICF項目を比較した。MMSE下位項目には差はなかった。ICF項目では, DLBは意識機能, 睡眠機能, 知覚機能が, ADでは記憶機能が障害される割合が高かった。ICFを日常臨床に有用だが, 評価に時間がかかるため何らかの工夫が必要である。

### 参考文献

- 1) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, Schneck MK, et al. : Functional staging of dementia of the Alzheimer-type. Ann N Y Acad Sci, 435:481-483 (1984)
- 2) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, et al. : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB

Consortium.Neurology. 2017 Jul 4;89(1):88-100.  
doi: 10.1212/WNL.0000000000004058. Epub 2017  
Jun 7.

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1)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.
- 2)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.

### 2. 学会発表

- 1) 杉本優輝, 塩田繁人, 村井千賀, 北村立, 中村春基: 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. 第51回日本作業療法学会, 東京都, 2017.9.13.

(シンポジウム)

- 1) 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.

## 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 精神機能 (ICF)

全般的精神機能	
b110	意識機能
b114	見当識機能
b117	知的機能
b122	全般的な心理社会的機能
b126	気質と人格の機能
b130	活力と欲動の機能
b134	睡眠機能
b139	その他の特定の, および詳細不明の, 全般的精神機能
個別精神機能	
b140	注意機能
b144	記憶機能
b147	精神運動機能
b152	情動機能
b156	知覚機能
b160	思考機能
b164	高次認知機能
b167	言語に関する機能
b172	計算法機能
b176	複雑な運動を順序立てて行う精神機能
b180	自己と時間の経験の機能
b189	その他の特定の, および詳細不明の, 個別精神機能
b198	その他の特定の精神機能
b199	詳細不明の精神機能

表2 対象者の基本属性

	AD(n=53)	DLB(n=17)	p
性別 :男:女 (人)	17:36	6:11	0.513
年齢 ;歳 (Av ± SD)	82.0 ± 7.8	89.1 ± 5.6	0.001 **
MMSE ;点 (Av ± SD)	10.5 ± 6.8	9.4 ± 5.7	0.055
MMSE ;点 (MD)	11	10	
BI ;点 (Av ± SD)	56.8 ± 34.8	55.6 ± 33.3	0.558

Av:平均, SD:標準偏差, MD:中央値

\*\* p<0.01 t検定

表3 ICF項目で障害のあった件数(%)

項目	AD (n=53)	DLB (n=17)
意識機能	14 (25.9)	10 (58.8)
見当識機能	48 (88.9)	13 (76.5)
知的機能	1 (1.9)	1 (5.9)
全般的な心理社会的機能	0	0
気質と人格の機能	13 (24.1)	3 (17.6)
活力と欲動の機能	37 (68.5)	8 (47.1)
睡眠機能	12 (22.2)	10 (58.8)
注意機能	37 (68.5)	11 (64.7)
記憶機能	52 (96.3)	14 (82.4)
精神運動機能	18 (33.3)	4 (23.5)
情動機能	20 (37.0)	5 (29.4)
知覚機能	10 (18.5)	11 (64.7)
思考機能	19 (35.2)	5 (29.4)
高次認知機能	38 (70.4)	11 (64.7)
言語に関する機能	20 (37.0)	4 (23.5)
計算機能	3 (5.6)	2 (11.8)
複雑な運動を順序立てて行う精神機能	2 (3.7)	2 (11.8)
自己と時間の経験の機能	0	1 (5.9)

図1 ICF項目で障害のあった割合

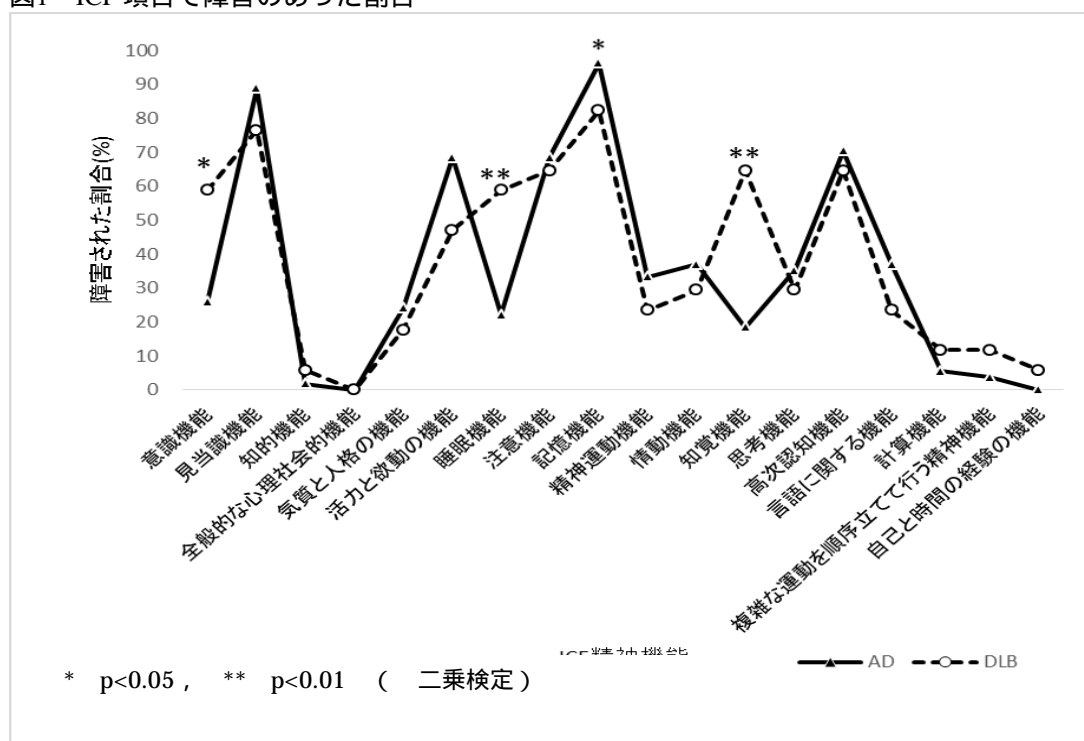


表4 MMSE 下位項目の粗点 (平均±標準偏差)

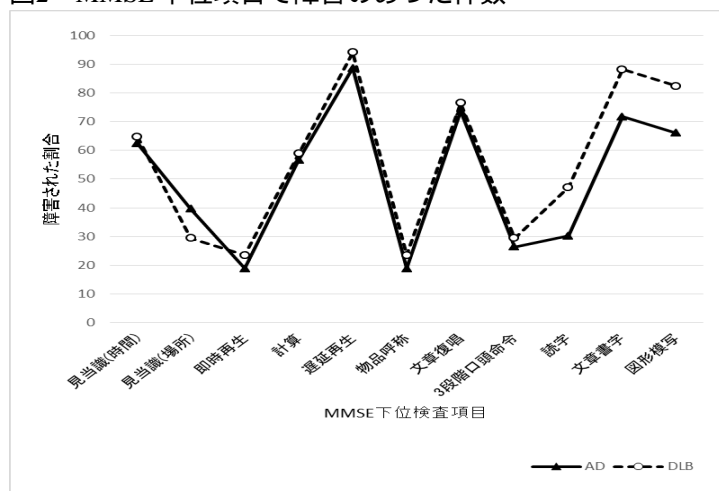
	AD	DLB	p
見当識(時間)	0.8 ± 1.3	0.8 ± 1.4	0.808
見当識(場所)	1.5 ± 1.6	1.1 ± 1.1	0.664
即時再生	2.3 ± 1.2	2.2 ± 1.3	0.993
計算	0.6 ± 0.8	0.6 ± 1.2	0.833
遅延再生	0.2 ± 0.6	0.1 ± 0.2	0.486
物品名称	1.5 ± 0.8	1.4 ± 0.9	0.592
文章復唱	0.3 ± 0.4	0.2 ± 0.4	0.814
三段階口頭命令	2.0 ± 1.3	2.1 ± 1.4	0.874
読字	0.7 ± 0.5	0.5 ± 0.5	0.206
文章書字	0.3 ± 0.5	0.1 ± 0.3	0.17
図形模写	0.3 ± 0.5	0.2 ± 0.4	0.205
合計	10.5 ± 6.6	9.4 ± 5.7	0.541

(U検定)

表5 MMSE 下位項目で障害のあった件数 (%)

	AD (n=53)	DLB (n=17)
見当識(時間)	33 (62.3)	11 (64.7)
見当識(場所)	21 (39.6)	5 (29.4)
即時再生	10 (18.9)	4 (23.5)
計算	30 (56.6)	10 (58.8)
遅延再生	47 (88.7)	16 (94.1)
物品名称	10 (18.9)	4 (23.5)
文章復唱	39 (73.6)	13 (76.5)
三段階口頭命令	14 (26.4)	5 (29.4)
読字	16 (30.2)	8 (47.1)
文章書字	38 (71.7)	15 (88.2)
図形模写	35 (66.0)	14 (82.4)

図2 MMSE 下位項目で障害のあった件数



「介護保険領域における認知機能低下や BPSD のある要支援者の介護度悪化に関連する生活行為の検討」

分担研究者 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

**研究要旨：**

**目的：**介護保険領域における要支援者の介護度の変化に及ぼす生活行為の要因について、認知機能低下者や認知症の行動・心理症状(BPSD)の観点から分析することで、認知症者や BPSD を有する要支援高齢者の生活行為に対する支援について検討することを目的とした。また、介護負担に影響を及ぼす要因の一つである BPSD について、要介護度別にその特徴を分析することで要介護者の支援について検討することを目的とした。

**対象：**A 市の介護保険認定調査において2014年度に調査を受けた24,535名と2016年度に調査を受けた26,252名を調査対象とした。

**方法：**研究1) 2014年度の要支援認定者のうち2年後の経過を追跡できた6,219名について、認知機能正常群と認知機能低下群のそれぞれで、2年後の介護度認定の変化に関連する要因をロジスティック回帰分析にて分析した。研究2) 2014年の認定調査時点で、BPSD 関連の症状がある要支援認定者2,176名について、2年後の介護度認定の悪化に関する要因をロジスティック回帰分析にて分析した。研究3) 2016年度の認定調査で BPSD 関連症状がある20,924名について、介護認定調査票における BPSD 関連症状の出現割合を各要介護度別に比較検討した。

**結果：**研究1) 認知機能正常群の介護度認定変化に有意に関連していた項目は、移動、日常の意思決定、服薬管理、洗身、爪切りであり、認知機能低下群では、日常の意思決定、服薬管理、金銭管理、排尿、洗身、買い物、嚔下であった。研究2) 介護度の維持・改善と悪化に有意に関連していた項目は、歩行、薬の内服、金銭の管理、日常の意思決定であった。研究3) 感情が不安定や同じ話をするのは要介護2で最も多く、大声を出すや介護抵抗は要介護5で最も多かった。要介護3では、その他のほとんどの症状が最も高い割合を示した。

**まとめ：**認知機能が低下している要支援者や BPSD を有する要支援者における要介護度の悪化については、特に、金銭管理や薬の内服といった複雑な認知処理を含む生活行為の自立度が関連していた。認知機能の低下や BPSD がみられる要支援者において、これらの生活行為に対する支援は、要介護状態への移行を予防するうえでも重要であることが示唆された。

**A. 研究目的**

介護保険領域における要支援者の介護度の変化に及ぼす生活行為の要因について、認知症や認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) の観点から分析することで、認知症者や BPSD を有する要支援高齢者の生活行為に対する支援について検討することを目的とした。また、介護負担に影響を及ぼす要因の一つである BPSD について、要介護度別にその特徴を分析することで要介護者の支援について検討することを目的とした。

**B. 研究方法**

**【対象】**

調査対象は、A 市の介護保険認定調査において2014年度に調査を受けた24,535名 (82.9±7.5歳) と2016年度に調査を受けた26,252名 (83.2±7.5歳) であった。

**【分析方法】**

研究1) 2014年度の要支援認定者のうち2年後の経過を追跡できた6,219名について、2014年時点で認知症者の日常生活自立度の「自立」に該当した者を認知機能正常群、「□～□b」に該



当した者を認知機能低下群に分類した。2016年の認定調査時点で要支援認定であった者を「維持」、要介護認定となっていた者を「悪化」とした。認知機能正常群と認知機能低下群それぞれで、介護度認定の変化に関連する要因についてロジスティック回帰分析を用いて分析した。

研究2) 2014年の認定調査時点で、BPSD関連の症状がある要支援認定者2,176について、2年後の認定調査時点で介護度を維持または改善している者を「維持・改善」、介護度が低下している者を「悪化」として、介護度認定の悪化に関する要因についてロジスティック回帰分析を用いて分析した。

研究3) 2016年度の認定調査で何らかのBPSD関連症状がある20,924名について、介護認定調査票におけるBPSD関連症状(徘徊、外出して戻れない、被害的、感情が不安定、昼夜逆転、同じ話をする、大声を出す、介護抵抗、落ち着きなし、1人で出たがる、収集癖)の出現割合を各要介護度別に比較検討した。

### (倫理面への配慮)

国立社会保障・人口問題研究所においてA市との間でデータの取り扱い等に関する覚書を締結したうえで同倫理委員会の承認(IPSS-TRN#15001-2)を受けている。なお、所属の変更に伴い、埼玉県立大学において再度A市との間で覚書を締結している。

## C. 研究結果

研究1) 要支援者における認知機能正常群の介護度認定変化に有意に関連していた項目は、移動(OR: 2.34,  $p < 0.001$ )、日常の意思決定(OR: 1.82,  $p < 0.001$ )、服薬管理(OR: 1.54,  $p < 0.001$ )、洗身(OR: 1.27,  $p < 0.01$ )、爪切り(OR: 1.23,  $p < 0.01$ )であった。認知機能低下群では、日常の意思決定(OR: 1.54,  $p < 0.001$ )、服薬管理(OR: 1.53,  $p < 0.001$ )、金銭管理(OR: 1.45,  $p < 0.001$ )、排尿(OR: 1.41,  $p < 0.01$ )、洗身(OR: 1.26,  $p < 0.001$ )、買い物(OR: 1.10,  $p < 0.01$ )、嘔下(OR: 0.73,  $p < 0.01$ )であった。

研究2) BPSDを有する要支援者は、介護度が悪化する者の割合が多かった(図1)。BPSDを有する要支援者における介護度の維持・改善と悪化に有意に関連していた項目は、歩行(OR: 0.724,  $p < 0.001$ )、薬の内服(OR: 1.399,  $p < 0.001$ )、金銭の管理(OR: 1.374,  $p < 0.001$ )、日常の意思決定(OR: 1.510,  $p < 0.001$ )であり、歩行の自立度が高いほど維持・改善に関連し、日常の意思決定、薬の内服、金銭の管理の順で自立度が低いほど悪化に関連

する結果であった(表1)。

研究3) 介護度の進行に沿った症状の出現については、要支援から感情が不安定、同じ話をするといった症状が出現し、要介護2にかけて漸増し、その後減少した。要介護3になるとほとんどの症状が最も高い割合で出現していた。症状別では、感情が不安定(38%)、同じ話をする(43%)が要介護2で最も多く、落ち着きなし(11%)、1人で出たがる(10%)、収集癖(9%)が要介護3で最も多かった。大声を出す(26.4%)、介護抵抗(27.2%)は、要介護5で最も多かった。

## D. 考察

研究1) 日常の意思決定と服薬管理は、両群ともオッズ比が高く、認知機能低下の有無に関わらず要介護へ移行する重要な要因であることが明らかにされた。認知機能正常群では、移動のオッズ比が最も高く、身体機能の低下が介護度悪化の要因となることが示唆された。一方、認知機能低下群では、金銭管理などの複雑な認知処理を含む生活行為の自立度が介護度の悪化に影響を及ぼしている可能性がある。

研究2) BPSDを有する要支援者では、認知機能の低下を背景に日常の意思決定能力が低下し、薬の内服や金銭管理などのIADLが障害され、介護度が悪化しやすいことが示唆された。

研究3) 感情が不安定や同じ話をするといった症状は要介護2で最も多かったが、要介護3では、ほとんどの症状が高い出現率を示すことから介護度の負担が大きくなることが予測された。さらに、大声を出す、介護抵抗の割合が高くなると対応が困難となることが考えられ、要介護度の変化に対する支援や家族支援の必要性が確認された。

## E. 結論

認知機能が低下している要支援者やBPSDを有する要支援者における要介護度の悪化については、特に、金銭管理や薬の内服といった複雑な認知処理を含む生活行為の自立度が関連していた。認知機能の低下やBPSDがみられる要支援者において、これらの生活行為に対しての支援は、要介護状態への移行を予防するためにも重要であることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特になし

## **G. 研究発表**

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## **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

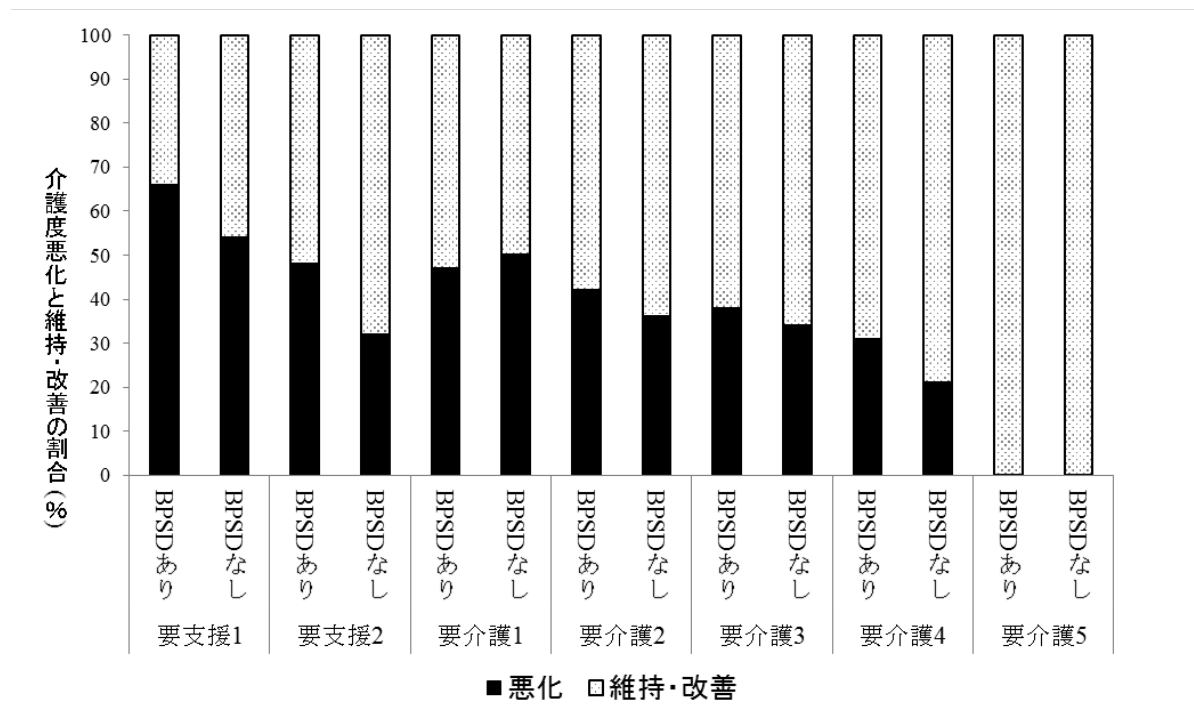


図1. BPSDの有無による2年後の介護度悪化と維持・改善の割合

表1 BPSDあり群の要支援者における介護度の維持・改善と低下にかかわる要因

	OR	95%CI	P値
歩行	0.860	0.638-1.160	0.324
立ち上がり	0.420	0.200-0.883	0.022
片足での立位保持	1.170	0.738-1.854	0.504
えん下	0.844	0.589-1.210	0.357
排尿	1.133	0.745-1.724	0.559
排便	1.625	0.752-3.509	0.217
外出頻度	0.994	0.633-1.560	0.979
薬の内服	1.530	1.133-2.067	0.006
金銭の管理	1.315	1.006-1.719	0.045
日常の意思決定	1.448	1.085-1.934	0.012
買い物	0.994	0.856-1.153	0.935
簡単な調理	1.137	1.001-1.291	0.048

OR：オッズ比 (OR：Odds Ratio)

95%CI：95%信頼区間 (CI：Confidence Interval)

分担研究者 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

#### 研究要旨：

**目的：**介護保険サービスを利用する認知症のある人の特性や能力を活かした新たな就労や社会参加の推進に向け、地域内でどのようなステークホルダーがどのようなプロセスを経て、取り組みを進める必要があるのかを検討し、各地で生まれている取り組みを広げていくための課題を明らかにするとともに、効果的なプログラム案を提示することを目的とする。

**対象：**調査対象地区は、東京都町田市と福岡県大牟田市、先進事例の関係者を中心に、認知症のある人、その支援に取り組む介護保険事業所・自治体の関係者、認知症の課題に関心を寄せるまちづくり関係者・企業等、自治体の経済産業部・労働関係機関、成長産業・人手不足業界の関係者等、および有識者とした。

**方法：**ワークショップ、インタビュー調査、その中で生まれたアイデアのなかで期間内に実施可能なものをプロトタイププログラムとして展開。

**結果：**課題は 介護保険事業所等、認知症のある人等への仕事の発注者、コーディネート・マッチングに大別された。とりわけ、介護保険事業所等において、介護保険サービス利用者である認知症のある人等が、そのサービスを使いながら地域に貢献・社会参加することに困難を感じている関係者が多く、介護保険事業所の職員の意識や、制度等の解釈が取り組みの普及や横展開を阻害していることがわかった。

**まとめ：**介護保険法や労働関係法制上の課題への対応を明確にするとともに、地域内に適切なコーディネート機能（認知症のある人の尊厳と自立支援という意義と企業等におけるニーズのマッチングという視点が不可欠）が備わり、また介護保険事業所等の職員の意識と行動がかわるきっかけとなる学習機会があれば、さらに認知症のある人の思いと可能性に応じて、その社会参加・地域への貢献、はたらく機会の創出は実現可能であると考えられる。よい事例の見える化、動機形成、介護保険事業所等向けの実践的情報の提供、マッチングの場の設計および人材育成、実施した取り組みを共有する場等を骨子とする横展開に向けたプログラム構築が求められる。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、認知症のある人の特性や能力を活かした新たな就労や社会参加の推進、活躍の場づくりのため、地域内でどのようなステークホルダーが、どのようなプロセスを経て、取り組みを進める必要があるのかを検討し、各地で生まれている優れた取り組みを他地域に横展開するための課題を明らかにするとともに、今後取り組みを広げていくために効果的なプログラム案を提示することである。

なお、ここでは主になんらかの介護保険サービスの利用を開始している認知症のある人に焦点をあてることとした。

#### B. 研究方法

##### 【対象】

調査対象地区は、メイン対象地区を東京都町田市、サブ対象地区を福岡県大牟田市とした。

調査対象者は、対象地区の認知症のある人（主に介護保険サービスの利用を開始している人）、認知症のある人の支援に取り組むケアセクター・自治体の関係者、認知症の課題に関心を寄せるまちづくり関係者・企業等、自治体の経済産業部・労働関係機関、成長産業・人手不足業界の関係者等、および有識者とした。認知症のある人の地域での活躍の場の創設に関する先進的な事例の関係者を中心に抽出した。

## 【分析方法】

認知症のある人の活躍や新たな就労に関わる課題、先進事例における課題解決手法やそのプロセスを、国内での横展開を視野にいれながら調査・整理し、地域での新たな就労機会の開発とマッチングに向けて地域で求められる連携体制について、ケアセクター、公共セクター、ビジネスセクターそれぞれの役割と課題、地域連携の鍵となる要素を抽出した。さらに国内他地域への横展開において必要となるリソース、改善点、実施上の課題を分析してプロトタイププログラムとした。

具体的には、以下のとおり、ワークショップ・インタビュー調査を実施し、その中で生まれたアイデアのなかで期間内に実施可能なものを、プロトタイププログラムとして展開した。

町田市においては、11月14日及び2月8日（インタビュー調査のみ）・13日にワークショップ及びインタビュー調査を実施、12月よりプロトタイププログラムとして竹林プロジェクトを展開した。

大牟田市においては、12月14日（ワークショップのみ）・15日、1月19日にワークショップ及びインタビュー調査を実施、2月よりプロトタイププログラムとしてHONDAにおける洗車活動を開始した。

なお、本研究は、平成29年度老人保健健康増進等事業等補助金「若年性認知症を含む認知症の人の能力を効果的に活かす方法等に関する調査研究事業」と連携して実施した。

### （倫理面への配慮）

調査対象・参加者等には口頭もしくは文書にて調査研究の趣旨を説明し、同意を得ている。

## C. 研究結果

本研究をつうじて、認知症のある人の特性や能力を活かした新たな就労や社会参加の推進、活躍の場づくりにおいて、介護保険事業所等、

認知症のある人等への仕事の発注者、コーディネート・マッチングに次のような課題があることが明らかとなった。

とりわけ、介護保険事業所等において、介護保険サービス利用者である認知症のある人等が、そのサービスを使いながら地域に貢献・社会参加することに困難を感じている関係者が多く、介護保険事業所の職員の意識や、制度等の解釈が取り組みの普及や横展開を阻害していることがわかった。立場ごとの課題をポイントごとに整理すると以下ようになる。

介護保険事業所等においては、介護保険法との関係（屋外活動の実施、屋内活動と屋外活動

が同時に行われている場合の「単位」の考え方、居宅サービス計画及び個別サービス計画への位置づけと両計画の整合性の確保、対象者の範囲）労働法令との関係（労働者性の有無、謝礼が賃金に該当しないか、労働者派遣・職業紹介・労働者供給事業に該当しないか）といった法・制度上の課題に加え、リスクマネジメント、人員不足、移動・交通手段等の課題があげられた。さらに、最も大きな壁として、介護保険事業所の職員が、その利用者である認知症のある人等の社会に参加したい、地域に貢献したい、仕事をしたいという思いを必ずしも十分に認識できていないことがうかがわれ、介護保険事業所の職員の意識及び行動変容に向けた学習プログラム等の必要性が示唆された。

仕事の発注者においては、認知症のある人と実際に接したことがある人が限られており、その発揮しうる能力、任せられる仕事についてのイメージがしにくいとの声があり、仕事の発注者（となりうる事業者等）が地域の認知症のある人と出会い、試行しながら仕事の内容を調整していく機会をどのように創出するかが課題となる。他方、ひとたび出会いの機会が産まれると、認知症のある人の思いや状態に応じた業務分解や調整については、（介護保険事業所側の懸念は高いが）柔軟な対応が得られる場合が多いように考えられた。

コーディネート・マッチングについては、町田市・大牟田市の両地域において、介護保険事業所等と仕事の発注者等となりうる企業等双方と話を進めてきたコーディネーターの役割が極めて重要であった（大牟田市において相談支援包括化推進員、町田市においては高齢者福祉課、DAYS BLG!の前田氏、およびNPO法人認知症フレンドシップクラブ町田事務局）。介護保険事業所等と企業等とのコーディネート機能を果たしうる人材の育成・配置、そのコスト負担のあり方等は今後の課題となる。認知症のある人が仲間・チームとなると、その思いと可能性の発揮が個々の認知症の人のアセスメントを通じて想定される内容よりも、豊かになる場合が多いことも指摘され、認知症のある人個人と仕事（等）のマッチングという視点に加え、よりその力が発揮される文脈とそれを支える環境づくりの重要性も示唆された。その環境づくりの一環として、複数の介護保険事業所等と仕事の発注者となりうる企業等がアライアンスをつくり、認知症のある人、各事業所の状況に応じて柔軟に仕事や役割等のマッチングをはかっていく等の提案もみられた。

## D. 考察

本研究を通じて、数は少ないものの、全国で介護保険サービス等を利用する認知症のある人の社会参加・活躍の場づくりを実施できている事例があるにも関わらず、保険者や介護保険事業所等を含む多くの関係者において、介護保険制度上できないと認識されている場合が少なくないことが改めて確認された。また、介護保険事業所等の職員の意識が、認知症のある人の社会参加・活躍の場づくりを阻害している場合が少なくないことも明らかとなった。

他方、仕事等を発注する企業等の側は、人手不足等の背景もあり、認知症のある人の活躍の場の創出について積極的である場合が多く、ワークショップ参加企業も業種を問わず、「まず、やってみよう」という機運がみられた。

C.で述べたような介護保険法や労働関係法制上の課題への対応を明確にするとともに、地域内に適切なコーディネート機能が備わり、また介護保険事業所等の職員の意識と行動がかわるきっかけとなる学習機会があれば、さらに認知症のある人の思いと可能性に応じて、その社会参加・地域への貢献、はたらく機会の創出は実現可能であると考えられる。

なお、コーディネート機能には、認知症のある人の尊厳と自立支援という意味と、企業等におけるニーズのマッチングという視点が不可欠であることを加えておく。

## E. 結論

以上のような課題と考察を踏まえて、本格的な横展開のための実施プログラムの骨子を整理すると以下ようになる。

よい事例の見える化、動機形成

- ・具体的な取り組みの情報が全国的に不足しており、プロセスも含めた情報が見える化する
- ・取り組んでみたいという動機を持つ、介護事業者、自治体、企業の裾野を広げる

取り組みをスタートしたい介護保険事業所等  
向けの実践的情報の提供

- ・制度の解釈が壁になる介護事業者向けに、どのようにそれらの壁を解決するのか、実践的な情報をまとめ提供

マッチングの場の設計および人材育成

- ・マッチングの場(関係性構築、ワークショップ、プロトタイプの実施)の企画・設計についての事例共有
  - ・マッチング・コーディネーターの人材育成
- 実施した取り組みを、共有する場
- ・地域を超えて、全国的に実施した取り組みを共有する場

(町田と大牟田で行ったキーパーソンの相互訪問なども含む)

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

堀田聡子. 支えるから共に生きるへ: はたらくを手がかりに こまば当事者カレッジ・シンポジウム「認知症を考える」東京, 1月28日, 2018, 口頭発表.

## 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

分担研究者 小川敬之

九州保健福祉大学大学院 教授

#### 研究要旨:

**目的:**アルツハイマー型認知症(以下 AD)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生活支援を行う上で重要である。生活行為をビデオ撮影することで動作をより詳細に分析でき、行為障害の意味づけと、支援のタイミングなどを探ることも可能である。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ことを目的とする。

**対象:**A氏 70歳代 女性 診断:AD FAST stage:5a MMSE:5点

**方法:**みそ汁に入れる芋を切ってもらった場面をビデオに撮影し、動作分析を行った。

**結果:**里芋を切る場面では、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た。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出現してきた。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。

**まとめ:**自動的に行える行為(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行為(explicit)では視覚情報から動作に結びつけることができず、混乱が生じているものと考えられる。「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の低下が加わることで、中央実行系の機能低下を誘発し、今行っている活動が、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か見当がつかない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続する、または横で同じ動作を一緒に行う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。

#### A. 研究目的

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。朝田は認知症の生活行為の障害を整理する視点として「認知症のステージ、基礎疾患により異なる」「障害の成因と治療標的は認知機能、精神機能、身体機能だと認識すること」と述べ、行為障害の脳科学の次元で抽出・整理する必要があることを述べている。また、GitlinらはADの作業療法実施にむけて、

様々な生活行為(occupation)に影響を及ぼす認知機能を評価し、どこで行為がつかずくのかを整理し、介入のポイントを探る重要性を述べ、Corcoranらは認知機能に課題を持った人の行動に即した活動提供を行うこと、また行動を起こしやすい環境整備を行うことで介護者の介入をスムーズにすると述べている。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したい。

#### B. 研究方法

##### 【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)がどうしても良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】

デ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。

## C. 研究結果

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。

## D. 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を一緒に行う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そ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。

## E. 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。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 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
- 2) 小川 敬之, 呑海 沙織, 成合 進也. Dementia Friendly Social-Resourcesの創生 老年精神医学雑誌 28(5): 477-484, 2017

### 2. 学会発表

- 1) 田平隆行, 堀田牧, 村田美希, 吉浦和宏, 石川智久, 小川敬之, 森崇明, 吉田卓, 池田学. 加齢による初期AD患者のADL/IADL自立度低下の特徴. 第92回 日本老年精神医学会, 名古屋, 6月14-15日, 2017, 口頭発表
- 2) 村島久美子, 片山智栄, 遠矢純一郎, 小川敬之. 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 日本在宅医学会大



会 19回,2017

3) Noriyuki OGAWA ,Takeshi YOSHIDA.  
Community Based Occupational Therapy  
in Japan-Social participation- 32th  
International Conference of Alzheimer's  
Disease International p606, 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

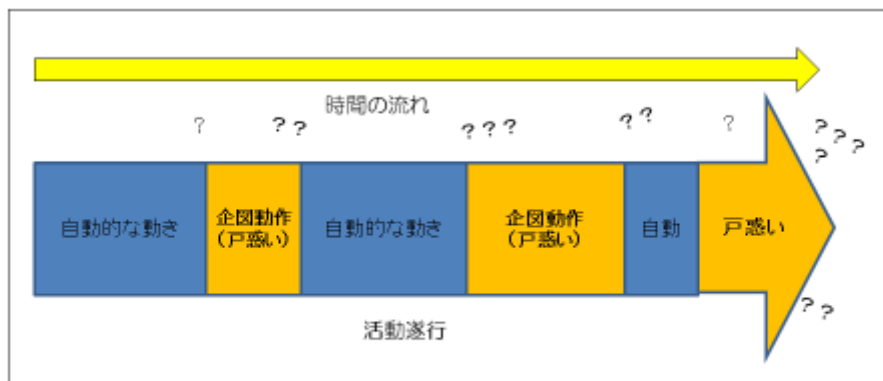
2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図1 みそ汁に入れる芋を切ってもら場面



活動遂行における行為解体のイメージ図

「生活行為工程分析表（Process Analysis of Daily Life Performance for Dementia；PADLP-D）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」

分担研究者 田平隆行

鹿児島大学医学部保健学科 教授

#### 研究要旨：

**目的：**生活行為へのリハビリテーションにあたって各生活行為のどのような工程が障害されやすく、残存しやすいのかを分析することは重要である。今回、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(PADLP)を作成し、地域在住の AD 患者の生活行為工程障害と残存の特徴を検討した。

**対象：**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±7.4歳、MMSE 14.7±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。

**方法：**PADLP-D は、起居・移動、入浴、更衣、整容、食事、排泄、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14行為をそれぞれ5工程ごとに分類されている。PSMS、IADLS、HADLS との妥当性を検討した上で、全ての行為、工程について完全自立の割合を算出し、認知機能重症度別で比較検討した。

#### 結果とまとめ

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。行為遂行に関する認知的共通因子として手続き的記憶や選択、管理が挙げられた。

#### A. 研究目的

アルツハイマー型認知症（AD）は加齢や認知機能低下に伴い手段的日常生活行為（IADL）や基本的日常生活行為（BADL）が低下することは多く報告されている。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（Process Analysis of Daily Life Performance for Dementia；PADLP-D）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、既存の生活行為評価表との基準関連妥当性を確認した上で、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】

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±7.4歳、MMSE 14.7±5.7点）を対象とした。認知症寝たきり判定基準は、1：3名、2a：3名、2b：19名、3a：24名、3b：1名、4：2名であった。要介護度は支援2：2名、要介護1：15名、要介護2：10名、要介護3：6名、要介護4：1名、未申請12名、不明6名であった。居住形態は、同居36名、独居11名、不明5名であった。

##### 【分析方法】

生活行為工程分析表（Process Analysis of Daily Life Performance for Dementia；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（資料1）。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) 既存の ADL 評価の Physical Self-Maintenance Scale (PSMS) と Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADLS), Hyogo Activity of Daily Living Scale (HADLS) との基準関連妥当性を検討した。そして認知機能重症度別 (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。最後に4) 居住形態 (同居及び独居) にて生活行為の完全自立の割合を比較検討した。**(倫理面への配慮)**

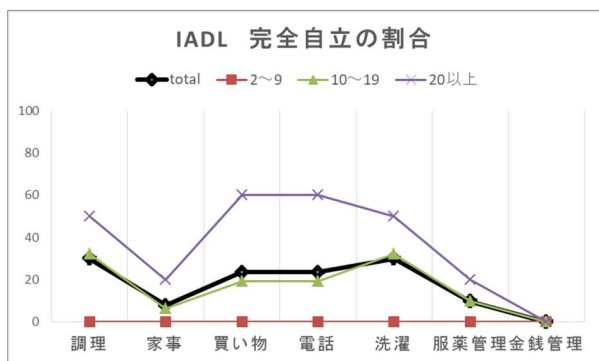
発表にあたって鹿児島大学医学部倫理審査委員会の承認 (370号) を得ている。

### C. 研究結果

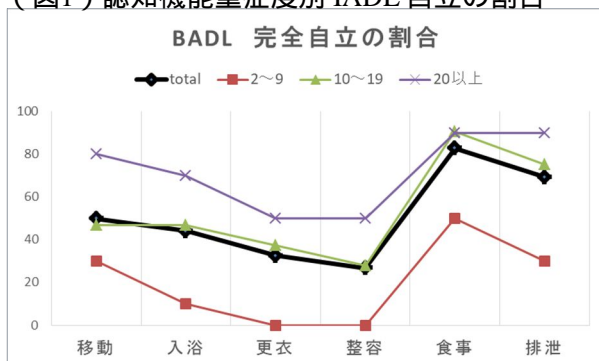
#### 1. PADLP-D の基準関連妥当性

PADLP-D Total、BADL、IADL 共に PSMS、IADLS、HADLS と高い相関を認め、他の認知症 ADL 指標との妥当性が認められた (表1)。また、重回帰分析において、Total、BADL は HADLS に、IADL は IADLS に最も高い標準回帰係数を認めた (表2)。

#### 2. PADLP-D における認知機能重症度別の生活行為完全自立の割合



(図1) 認知機能重症度別 IADL 自立の割合



(図2) 認知機能重症度別 BADL 自立の割合

#### 1) IADL

生活行為間の比較では、金銭管理、服薬管理、家事 (掃除等) の自立割合が低く、調理、買い物、電話、洗濯は同程度であった。しかし、重度群は全ての行為において完全自立者0であった。軽度群は調理、買い物、電話、洗濯に関して半数が自立していた (図1)。

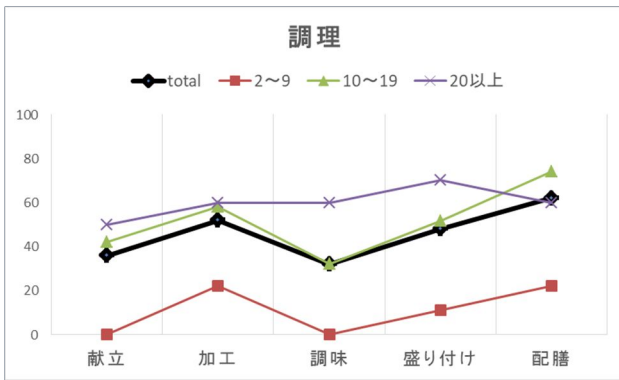
#### 2) BADL

生活行為間では、食事が最も高く、排泄、移動、入浴、更衣、整容の順であった。重度群では食事でも5割、更衣や整容では0であった。軽度群は、食事、排泄、移動では8割が自立しており、認知機能に依存して BADL が変化することが再確認された (図2)。

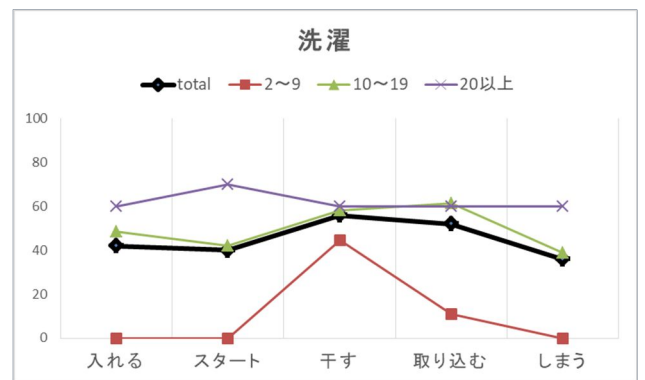
### 3. PADLP-D における認知機能重症度別の工程ごと完全自立の割合

#### 1) IADL

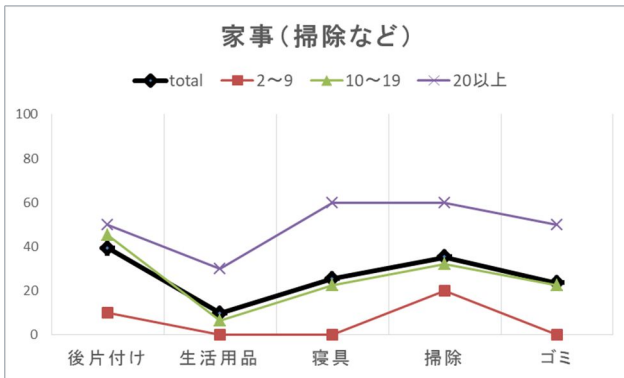
調理は、切る・火を通す等の「食材加工」や「配膳」の自立度が高い傾向である一方、「献立を立てる」や「食材の調味」は低い傾向であった。MMSE 重症度によってもそのパターンに著変ないが、重度群においても2割は「食材加工」や「配膳」が自立していた (図3)。家事は、「食事の後片付け」や「掃除」の自立度が高く、「生活用品の管理」が低い傾向であった。重度群においても2割は「掃除」が自立しているが、「生活用品や寝具の管理」は非自立であった (図4)。買い物は、「商品の代金を支払う」が最も低く、「商品を持ち帰る」は高かった。重症度による自立度に顕著な差があり、重度群では「店内に入る」、「目的の売り場に行く」、「商品を選ぶ」は全て非自立であるのに対し、軽度群では7-8割が自立していた (図5)。電話は、「電話をかける」、「かけた相手と話す」、「電話を切る」、「かかってきた電話に出る」、「かかってきた相手と話す」全ての工程で同程度の自立度であったが、重度群では「かける」よりも「出る」方が高かった (図6)。洗濯は、大きな特徴はないが、たたんだ衣類を収納場所に「しまう」工程で若干自立度が低かった。重度群においては「洗濯物を干す」のみ4割の自立度を認めた (図7)。服薬管理は、全般的に自立度が低く、特に「服薬の時間を守る」、「残薬を確認する」で顕著であった。「服用する」は若干高かったが、重度群では全ての工程で非自立であった (図8)。金銭管理は、軽度群においても「現金を扱う」以外は1割未満であり、重度群では全工程で非自立であった。「現金の扱い」は金銭管理の中で最も残存しやすいという結果であった (図9)。



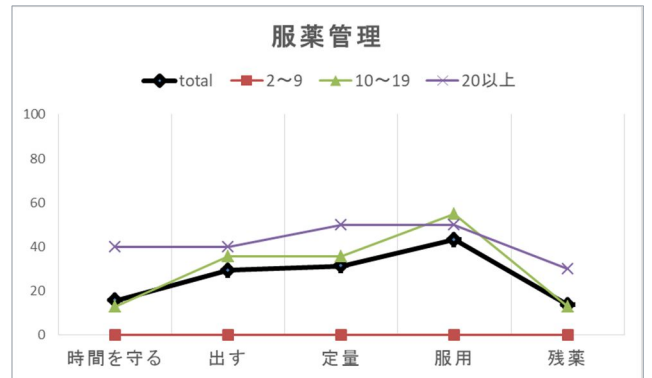
(図3) 工程別の自立の割合「調理」



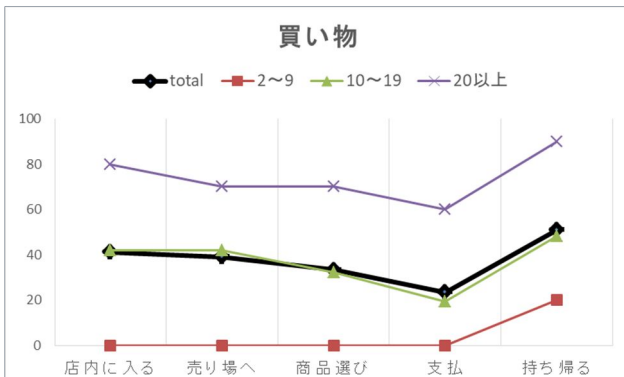
(図7) 工程別の自立の割合「洗濯」



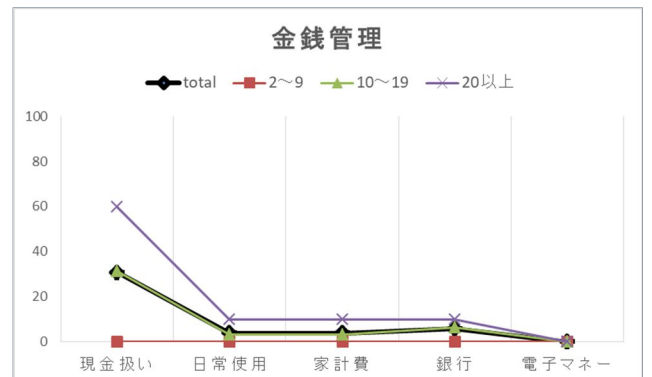
(図4) 工程別の自立の割合「家事(掃除など)」



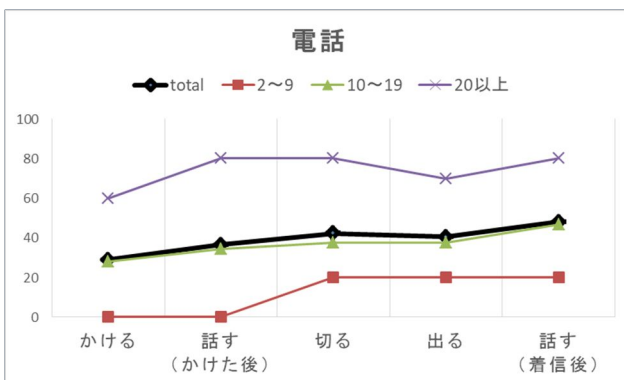
(図8) 工程別の自立の割合「服薬管理」



(図5) 工程別の自立の割合「買い物」



(図9) 工程別の自立の割合「金銭管理」

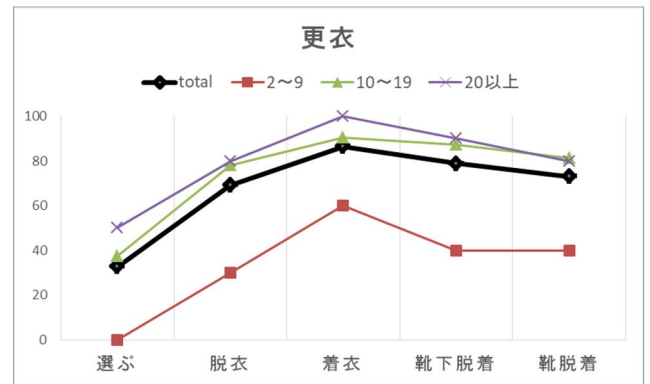


(図6) 工程別の自立の割合「電話」

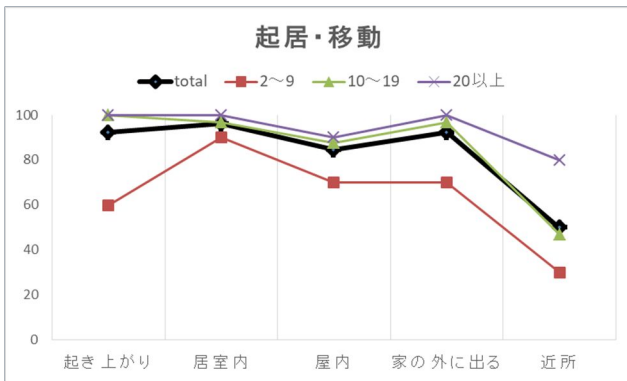
## 2)BADL

起居・移動は、「起き上がり」、「居室内移動」、「屋内移動」、「家の外に出る」において高い自立度を示しているが、移動距離が長くなる「近所に外出する」で顕著に低下した。軽度群で8割、重度群で3割の自立度である(図10)。入浴は、「掛け湯する」、「湯舟に浸かる」、「体・髪を洗う」、「体・髪を拭く」は6-8割の自立度であるが、「脱衣」のみ9割であった。重度群の「湯舟に浸かる」は8割であり、軽度群を上回った(図11)。整容については、今回女性の対象者が9割を占め、化粧習慣がないことから「髭剃り・化粧」工程で顕著に低下した。しかし、「歯磨き」は8割を超えているものの、「爪切り」は4割を切っており、活動頻度の影響が伺えた(図12)。更衣は、「着る

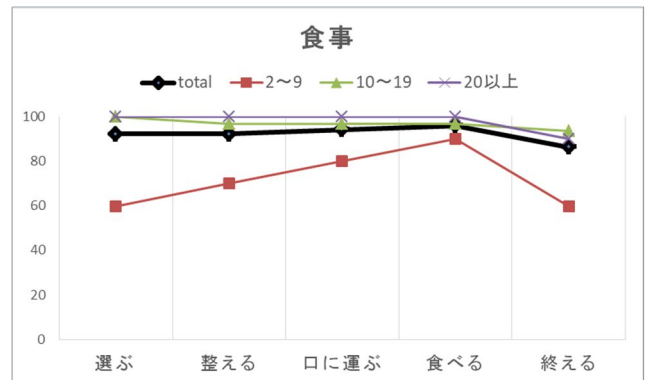
服を選ぶ」で顕著に低下し、「服を着る」が最も高く、「服の着脱」よりも「服の選択」に介助を要していた(図13)。食事は、一連の食事行為にて自立度が高いが、重度群では、「料理を選ぶ」、「食事を終える」にて低下が認められた(図14)。排泄は、「トイレに入る」、「便座に座る」、「用を足す」、「後処理をする」、「トイレを出る」全ての工程で高い自立度であるが、重度群では、「用を足す」工程のみ若干高い傾向であった(図15)。



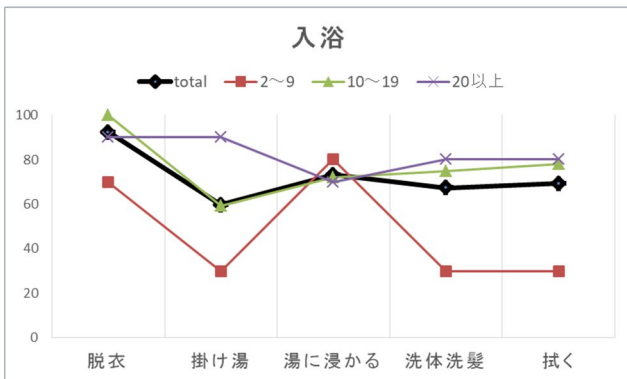
(図13)工程別の自立の割合「更衣」



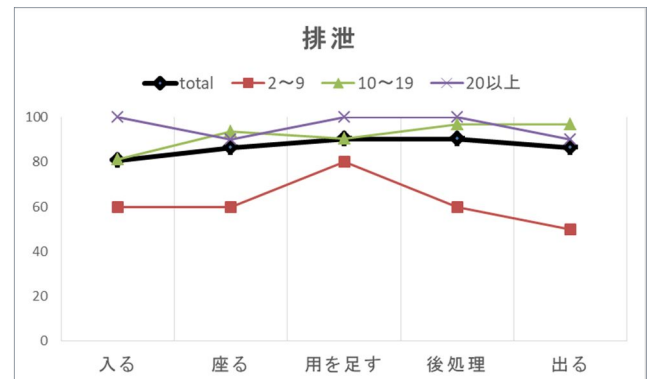
(図10)工程別の自立の割合「起居・移動」



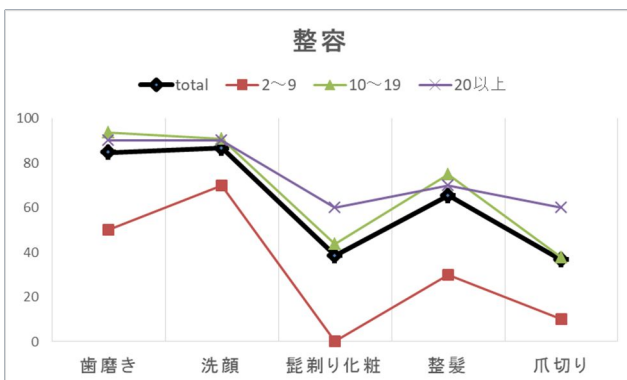
(図14)工程別の自立の割合「食事」



(図11)工程別の自立の割合「入浴」



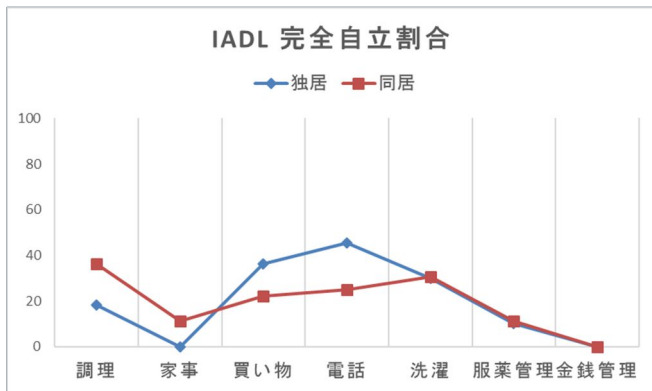
(図15)工程別の自立の割合「排泄」



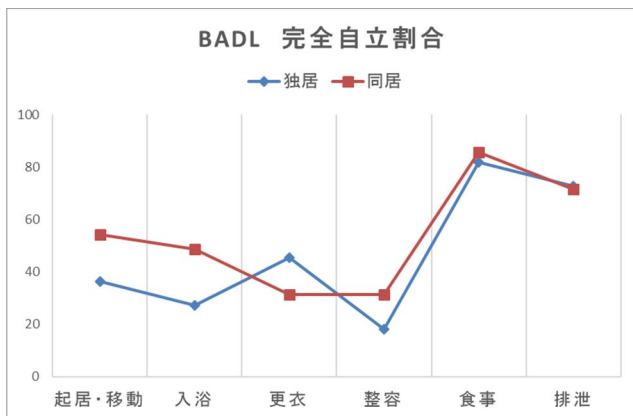
(図12)工程別の自立の割合「整容」

#### 4. 居住形態(同居及び独居)による生活行為障害の特徴

独居者は、11名(すべて女性、平均年齢85.9±7.1歳)、MMSE16.6±3.6、PSMS3.2±2.1、IADL3.1±2.3、HADLS42.21±23.3、PADLP-D120.7±40.0点(BADL78.1±8.9、IADL42.6±31.7)であった。同居者は、36名(男性8名、女性28名、平均年齢81.5±15.7歳)、MMSE14.9±5.9、PSMS2.1±2.3、IADL2.5±1.9、HADLS42.7±20.5、PADLP-D113.0±55.5点(BADL74.9±18.4、IADL44.0±34.3)であった。全ての指標にて2群間に有意差はなかった。



(図16) 居住形態別 IADL 自立の割合



(図17) 居住形態別 BADL 自立の割合

IADL に関して洗濯、服薬管理、金銭管理は居住形態によって著変ないが、買い物や電話は、独居者の自立割合が高かった。一方、調理や家事は同居者が高い傾向にあった(図16)。BADL では、更衣は独居者が高い傾向にあるが、起居・移動、入浴は同居者のほうが自立している割合が高かった(図17)。

#### D. 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。特に HADLs とは高い相関係数、標準回帰係数が得られ、生活行為を認知的側面から詳細に観察評価することの重要性が明らかとなった。

##### 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。

#### 3. 居住形態による生活行為障害

独居者、同居者において認知機能や ADL 総得点には有意差は認められなかった。しかし、PADLP-D 行為別では、買い物や電話、更衣では独居者が、調理、起居・移動、入浴では同居者の自立割合が高く、居住形態の特徴が示された。今後、サンプル数や性差の影響も考慮する必要がある。

#### E. 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。行為遂行に関する認知的共通因子として手続き的記憶や選択、管理が挙げられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 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
- 2) 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.
- 3) 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
- 4) 堀田牧, 田平隆行, 石川智久, 橋本衛. アルツハイマー病患者の ADL 障害. 老年精神医学雑誌 28 984-988,2017

##### 2. 学会発表

- 1) 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. 加齢による初期 AD 患者の ADL / IADL 自立度低下の特徴

第32回日本老年精神医学会,名古屋,6月14-16日,  
2017,口頭発表

2) 韓侑熙,高橋弘樹,丸田道雄,宮田浩紀,田平隆  
行 高齢脳損傷患者の表情認知心の理論と  
MMSE カットオフ値との関係 大阪,6月3-4日,  
2017.口頭発表

3)田平隆行,佐賀里昭,堀田牧,菊池潤,川越雅弘.  
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,第51回日本作業療法学会,東京,  
9月22-24日,2017,口頭発表

4)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, 10月20-22日,2017,口頭発表

## 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) PADLP-Dの相関分析

	年齢	認知症寝た きり基準	MMSE	PSMS	IADLs	HADLs
PADLP-D Total	-0.24	-0.48*	0.63*	0.85*	0.84*	-0.90*
PADLP-D BADL	-0.86	-0.42*	0.59*	0.74*	0.68*	-0.82*
PADLP-D IADL	-0.20	-0.46*	0.59*	0.83*	0.85*	-0.85*

Peason 相関分析 \*P<0.0001

(表2) 重回帰分析

PADLP-D Total	r <sup>2</sup> =0.83	HADLs : -0.50 P<0.001
PADLP-D BADL	r <sup>2</sup> =0.66	HADLs : -0.80 P<0.001
PADLP-D BADL	r <sup>2</sup> =0.66	IADLs : 0.44 P<0.001

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」

分担研究報告書

「AD-ADL 評価表により服薬管理の生活行為障害があった在宅軽度 AD 患者に対して、

リハビリ介入を施行した一例」

分担研究者 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

研究協力者 兼田 桂一郎

くまもと青明病院 医師

### 研究要旨:

**目的:** 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)だが、発症前と比較して自立が難しくなった生活行為を、認知症者本人やその家族介護者が客観的に把握することは可能だが、適切な改善の手段を見いだせずにやり過ごし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作成した AD-ADL 評価表を用いて、軽度 AD 患者の評価およびリハビリ介入と家族介護者への介護指導を行い、介入終了後にリハビリ対象となった生活行為障害に変化が認められるかを検証した。

**方法:** 介護サービス未利用の在宅軽度 AD 患者(以下、A 氏)に対して、MMSE、PSMS、IADL、HADLS の評価の他に、作業療法士が「排泄」「更衣」「外出」「服薬管理」など既存の評価尺度に合わせて作成した AD 評価表で生活行為評価を実施後、改善を要する生活行為のリハビリ目標設定を行い、A 氏に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施行した。介入期間終了後、再評価を行い生活行為および認知機能の比較を行った。

**結果:** A 氏の生活行為障害は「服薬管理」だったが、認知症の妻を含めた夫婦の服薬管理が必要であった。A 氏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、薬は夫婦別々の薬箱管理とし、服薬後は訪問スケジュール表に夫婦で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。一方、今は維持している「外出」に対して、自動車運転を止めた後の「行き場所の狭小化」に対する不安が訴えとして表在化した。

**まとめ:** 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リハビリ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。一方で、交通手段がなくなった場合の「行き場所」や「日常の過ごし方」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。

### A. 研究目的

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)だが、生活行為の低下や暮らしにくさを、認知症者本人やその家族介護者が客観的に把握することは可能だが、適切な改善の手段を見いだせずに、低下した生活行為をやり過ごしているケースは多い。本研究では、Physical Self-Maintenance Scale (PSMS) および Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) など既存の ADL 尺度に基づいて作成した、アルツハイマー病(Alzheimer's disease: AD) 患

者の生活行為の評価が可能な AD-ADL 評価表を用いて、軽度 AD 患者(以下、A 氏)に対して生活行為障害の評価とリハビリ介入および家族介護者への介護指導を行い、介入前後でターゲットとなった生活行為障害に変化が認められるかを検証した。

### B. 研究方法

#### 【対象】

平成29年7月時点で、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 A 氏およびその家族介護者。

### 【方法】

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」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) 平成29年8月から10月までの3ヶ月間、毎回30分、週2回、作業療法士が A 氏自宅へ訪問し、リハビリ介入と家族介護者指導を行う。

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。

### (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、得られた個人情報には連結不可能匿名化し、厳重に保管している。

## C. 研究結果(図1)

### 【評価】

・A 氏は夫婦二人暮らし。妻は A 氏よりも物忘れがある AD だが、介護保険サービスは未導入。嫁いだ娘が週に2~3回様子を見に来る環境。

・評価時、A 氏の ADL は概ね自立していたが、夫婦ともに同じ抗認知症薬を服用しており、「忘れないように見えるところに」と、食卓にむき出しで妻の薬と一緒に管理をしていた。妻が A 氏の薬を服薬することが何度もあり、A 氏の飲む薬がないことも度々起こっており、IADL、HADLS および AD-ADL 評価表の「服薬管理」にチェックが入った。

・A 氏の全体像を評価すると、多趣味で習い事や

会合によく出かけており、物忘れの自覚はあるものの手帳やメモ帳でスケジュールを自己管理する習慣を持っていた。また、認知症の妻の見守りが生活役割でもあった。

### 【目標設定】

・A 氏の持ち合わせている管理能力を用いて、「A 氏の服薬管理の自立」を目標と位置づけ、A 氏と妻、娘に目標共有を行った。

### 【リハビリテーション計画】

・薬のむき出しをやめて、A 氏と妻は別々の薬箱で管理を行う。妻は慣れている食卓へ置き、A 氏はベッドサイドで管理をする。

・A 氏は妻の服薬を確認後、二人でスケジュール表に服薬済みのシールを貼る。

### 【経過】

・当初、既製の薬箱に日付などが全く入っていなかったため、A 氏自身もいつの分まで飲んでいたら把握が難しかった→ 薬箱の仕切りのサイズに合わせた日付カードを作業療法士が作成し、見守りで薬のセッティングを行った。次に飲む薬がわかるように、飲み終わったら青丸がついているカードを翌日の仕切りに入れて、既に飲み終わったことや明日の分が確認できるようにした。

・妻の服薬管理→食卓に妻の薬箱だけが置いてあるため、A 氏自身は定量を服薬管理することができるようになった。

・A 氏と妻の服薬管理については、娘氏が来訪時にシールと残薬確認を行うようになった。

・リハビリ介入期間終了後に介入前と同じ評価を行ったところ、MMSE と HADLS で大幅な改善が示された(表1)。

・介入期間終了間際に定期受診があり、A 氏は自動車運転の中止を勧告された。今後、太極拳や妻の習い事の送迎、他サークル活動をどうやって続けていけるかが新たな悩みとなった。

## D. 考察

実際の生活の場である A 氏の自宅に訪問して AD-ADL 評価表を用いた詳細な観察評価を行い、焦点化した生活行為の課題抽出とリハビリテーション介入を施行したことにより、介入後は焦点化した介入項目で明らかな改善が認められた。特に、A 氏が維持していたスケジュールの自己管理能力を服薬管理に用いたことは、服薬管理の改善に大きく作用しており、「飲んだら青印を翌日の仕切りに入れる」「飲み終わったらシールを貼る」という行為をパターン化することで服薬の自己管理と妻の服薬管理の見守りが可能となった。また、全般的な認知機能も改善したことが A 氏の意欲の向上を引き出した可能性があると考えられた。

しかし、今まで自立していた「外出」について、自

自動車運転の中止を行わざるを得なくなり、趣味や役割を継続するための交通手段の代替方法や、運転中止による生活範囲の狭小化が起こらないためのアプローチが必要となった。

そのため、軽度 AD 患者においては、AD-ADL 評価表だけでは評価が難しい生活行為の課題が表在化することが考えられた。

## E. 結論

本研究の一例において、AD 患者の生活行為障害に対して、作業療法士が早期に 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。しかし、「行き場所の狭小化」など外出範囲に関する生活行為障害の課題が浮上したため、認知症発症前から自動車運転以外の交通手段を確保した生活やそれが可能な包括的な社会環境の整備が求められる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 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

2) 堀田 牧,田平隆行,石川智久,橋本 衛.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

### 2. 学会発表

1) 堀田 牧,高崎昭博,池寄寛人,宮川雄介,石川智久,橋本 衛.認知症者の嗅覚症状の自覚と嗅覚の低下に関する研究 第32回老年精神医学会学術集会 ウィンクあいち, 6月14-16日, 2017, ポスター発表

2) 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. : 加齢による初期 AD 患者の ADL / IADL 自立度低下の特徴, 第32回日本老年精神医学会,名古屋,6月14-16日,2017,ポスター発表

3) 本田和揮,堀田 牧,石川智久,橋本 衛,池田 学. 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 第32回老年精神医学会学術集会 ウィンクあいち, 6月14-16日, 2017, 口頭発表

4) 田平隆行,佐賀里昭,堀田牧,菊池潤,川越雅弘. 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, 第51回日本作業療法学会,東京, 9月22-24日, 2017, 口頭発表

5) 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. 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 第7回日本認知症予防学会学術集会 岡山コンベンションセンター,9月22-24日, 2017, 口頭発表

6) 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. 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 第27回日本医療薬学会年会 幕張メッセ,11月3-5日,2017, ポスター発表

7) 池寄寛人,橋本 衛,堀田 牧,栗林幸一郎,池田 学. 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 - 第 41 回日本高次脳機能障害学会学術総会 大宮ソニックシティ, 12月15-16日, 2017, 口頭発表

(一般講演)

1) 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

## 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) 介入前後の変化

	介入前	介入後
MMSE	23	→ 26
AD評価表	服薬管理	→ 見守り自立
PSMS	6	→ 6
IADL	4	→ 5
HADLS	24.9	→ 17.9
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・物忘れの自覚はある</li> <li>・太極拳をサークルで教えたり発表会に参加するなど活動的</li> <li>・自動車運転を止めるよう言われている</li> </ul>	

(図1) 服薬管理がリハビリ介入により自立した一例

## 服薬管理がリハビリ介入により自立した一例

**【対象:A氏80代/M/MMSE:23】**

- ・夫婦二人暮らし。妻も認知症。嫁いだ娘が週に2～3回様子を見に来る。
- ・多趣味で習い事や地域行事によく出かけている。
- ・ADLは概ね自立。夫婦とも食卓にむき出しで薬を置いていたため、妻がA氏の薬を服薬してA氏の飲む薬が足りないことがよく起こっていた。

AD評価表「**服薬管理**」の「**残薬を確認する**」にチェック

【A氏全体像評価】

- ・物忘れの自覚があり、手帳やメモ帳でスケジュールを自己管理している。
- ・妻の見守りや習い事の送り迎えが生活の役割。

【目標設定】


- ・A氏の服薬管理の自立 ・妻の服薬を確認

【方法】

- ①A氏は食卓以外の場所で自己管理を行う。
- ②服薬後は服薬済シールを夫婦で貼る。


**(リハ介入1:薬箱導入)**

①当初、薬箱に日付が全く入っていなかったため、A氏自身も服薬把握が難しかった。そこで、



OTが日付カードを作成し、A氏がセッティングを行った。

②妻が間違わないようにA氏の薬箱はベッドサイドに置き、妻の薬箱は食卓に置いて管理をした。



**評価と目標設定**

**訪問・リハビリテーション/3ヶ月間**

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**服薬管理は自立した**。

「認知症患者における退院前訪問指導に関する事例報告」

分担研究者 村田 美希

くまもと青明病院 作業療法士

**研究要旨：**

**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。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 FTD における在宅支援を提示することで、認知症高齢者の在宅支援の一助となることを目的とする。

**方法：**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、訪問の必要性があると判断された2例である。多職種が2人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。

**結果：**事例1では、身体管理、環境調整、家族指導などを行った。結果、サービスの導入につながり、家族の負担感が軽減した。事例2では、家族指導、環境調整、生活指導などを行った結果、家族の介護負担が軽減し、本人の適応的な生活習慣の獲得に期待できる結果となった。

**結論：**認知症の在宅支援における退院前訪問指導では、実際の生活場面へ直接介入することで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。

**A. 研究目的**

わが国の高齢化に伴う認知症増加に対する施策として、厚生労働省は「新オレンジプラン(認知症施策推進総合戦略)」を策定し、対策を講じている。その概要には、認知症の人が認知症を患いながらも、よりよく主体的に生きていくことができるよう、地域生活を支えるために包括的な支援・サービスの提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している。

認知症のなかでも、レビー小体型認知症(Dementia with Lewy bodies: DLB)は、アルツハイマー病(Alzheimer's disease: AD)よりも精神症状が重症化しやすく、日常生活動作(ADL)・IADLが障害されやすいという報告がある。また、行動異常型前頭側頭型認知症(behavioral variant of Frontotemporal dementia: bvFTD)も、行動障害によって介護負担が非常に大きいという報告があり、常同行動などを利用した介入が報告されている。しかし、AD と比べると、これらの疾患に対する具体的な介入方法について検討した報告は極めて少ない。

ここでは、筆者の経験をもとに4大認知症の中でも生活障害が特徴的であり、対応が難しいといわれる DLB と bvFTD についての具体的な取り組みを報告することで、今後の認知症患者に対する訪問指導の一助となることを目的とする。

**B. 研究方法**

**【対象・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)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。

**(倫理面への配慮)**

本研究では個人情報情報を消去し、すべて記号・数値に置き換え、万一情報流出が起こった場合にも、個人が特定されない形でのみ、処理をおこなう配慮をした。

**C. 研究結果**

【事例1】70歳代女性、診断名:DLB, MMSE:18点  
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、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話すような、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<sup>9)</sup>

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。

## D. 考察・E. 結論

退院前訪問指導における在宅支援では、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。

その人らしさとは、生活歴・性格・健康状態・趣味・家族・社会など、人を取り巻く様々な要因からなるものである。したがって、その人らしさを尊重した在宅生活を支援するためには、患者自身の生活全体を包括的にアセスメントして、一人一人を丁寧に評価した上で、原因疾患の特徴に基づいたアプローチをすることが大切である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 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

### 2. 学会発表

なし

## 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

分担研究者 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

#### 研究要旨：

**目的：**アルツハイマー病(AD)の病初期の状態は、移動や排泄などの基本的な日常生活動作（ADL）の障害は殆どみられないが、同じ内容の会話を繰り返し話す、物の置き忘れなどの物品管理ができなくなる、意欲が低下し引き籠るなどの行動が徐々に出現し始める。この病期に問題となりやすいのは、買い物や服薬管理等の生活行為が障害され、安定した在宅生活を送りにくいことである。しかし、一見すると生活障害が目立たない軽度 AD では、わが国の制度上介護サービスや医療サービスの支援を受給すること自体が稀であり、さらに運動障害のない軽度 AD に先制予防的に訪問リハビリテーション(訪問リハ)を導入することはほとんど無く、訪問リハの効果を示した報告はない。よって、本研究では独居の軽度 AD に対して訪問リハを行い、生活行為に変化がみられるかを明らかにするために介入研究を行った。そのうち筆者が担当として主に関わった2例について報告する。

**方法：**在宅にて独居生活を送る AD と診断された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、作業療法士が週2回の頻度で1回20分程度の訪問リハを3か月間行い、初期時と最終時に認知機能評価や多面的な ADL に関する評価を行った。さらに経過の評価として初期から1か月ごとに ADL 評価の一部を行った。

**結果：**2例とも 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る。

**まとめ：**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。より明瞭な有効性を示すには、症例数の拡充や他の通所サービスなどとの効果の比較、長期的な経過の確認が必要である。

#### A. 研究目的

認知症は急速な高齢化が進む日本において、最も重要な社会問題の一つであり、患者本人のみならず、家族や介護者にとっても心身面や経済面に大きな影響が生じている。厚生労働省は、特に認知症高齢者を社会で支える仕組みとして、「包括的ケアシステムの構築」を掲げ、旧来の施設入居型ではなく、認知症高齢者の在宅生活を支援する方向へ大きく舵を切っている。

これまでの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」にて、4大認知症に関する認知機能の重症度と生活行為能力の関連を調査し、アルツハイマー病(Alzheimer's disease；AD)は他疾患と比較して、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。

AD の病初期の状態は、移動や排泄などの基本的な日常生活動作（Activities of daily living；ADL）の障害は殆どみられないが、同じ内容の会話を繰り返し話す、物の置き忘れなどの物品管理ができなくなる、意欲が低下し引き籠るなどの行動が徐々に出現し始める。この病期に問題となりやすいのは、買い物や服薬管理等の生活行為が障害され、安定した在宅生活を送りにくいことである。しかし、一見すると生活障害が目立たない軽度 AD では、わが国の制度上介護サービスや医療サービスの支援を受給すること自体が稀であり、さらに運動障害のない軽度 AD に対して予防的に訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)を導入することはほとんど無く、訪問リハ効果を示した報告はない。

しかし、一般的に AD 患者は動作学習の般化が難しく、さらに慣れない環境下ではミスが生じやすいと言われており、直接生活の場にて治



療する訪問リハの介入は、在宅の生活行為の改善を目指すには効率的なプログラムになると推察される。

以上のことから、本研究では独居の軽度 AD 患者に対して訪問リハを行い、生活行為にどのような変化をもたらすかを明らかにするために介入研究を行った。本報告では、そのうち筆者が担当として主に関わった2例について言及し、考察を含め報告する。

## B. 研究方法

### 【対象】

対象は、熊本県認知症疾患医療センターのくまもと青明病院認知症専門外来にて、認知症専門医により NINCDS-ADRDA 診断基準に基づき AD と臨床診断された女性2例である(参照；表1)。また、症例2例に神経心理検査や日常生活上動作に支障のある運動や感覚障害はない。

### （倫理面への配慮）

本研究実施に際して、熊本大学大学院生命科学研究部等疫学・一般研究倫理委員会の倫理審査と、くまもと青明病院研究倫理審査を経て、承諾事項を遵守して実行した。参加者の募集は、当院との関連病院である医師の紹介により挙げられ、調査対象者及び家族に十分に説明を行い、対象者及び家族の両者に自由意志にて研究の同意書を交わした。なお、研究中に得られた個人情報には連結不可能匿名化し、厳重に保管している。

### 【介入方法】

作業療法士が自宅に訪問し、各種認知機能検査や ADL 評価を行い、得られた評価を基に、かかりつけ医、認知症専門医、作業療法士、精神保健福祉士や臨床心理士などの多職種にて初回介入時までカンファレンスを行い、生活行為障害の改善を目指した治療計画を立案した。訪問リハは作業療法士が症例の自宅に訪問し、2回/週、1回 20分、3か月間の訪問リハでの介入を行った。

### 【評価項目】

・Mini-mental State Examination (MMSE): 質問紙による全般的な認知機能検査である。満点は30点であり、点数の低下は認知障害の重症化を示す。

・Clinical Dementia Rating (CDR): 観察法による認知症の重症度判定である。「記憶」、「見当識」、「判断力と問題解決」、「社会適応」、「家庭状況および趣味・関心」、「パーソナルケア」の7項目を評価する。健康が CDR: 0、認知症の疑いが CDR: 0.5、軽度認知症が CDR: 1、中等度認知症 CDR: 2、高度認知症 CDR: 3となる。本

調査では各評定と評価7項目の合計点(CDR sum of box)を算出した。

・Frontal Assessment Battery (FAB): 前頭葉機能評価である。「言葉の概念化(類似の把握)」、「言語流暢性」、「運動プログラミング」、「干渉への感受性」、「抑制性制御」、「理解行動」の6つの項目を評価する。満点は18点である。

・Physical Self-Maintenance Scale (PSMS): 「排泄」、「食事」、「着替え」、「身繕い」、「移動能力」、「入浴」のセルフケアを含めた ADL 動作6項目の自立度を評価する。満点は6点である。評価には本人の日常生活をよく知っている家族や介護者から情報を得る必要がある。評価項目が非常に単純な内容であることから、大まかに生活の状況を捉えることが出来る。

・Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL): ADL より高次の手段的日常生活応用動作とされる、「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項目に関する自立度を評価する。満点は8点であり、前述の PSMS 同様に本人の日常生活をよく知っている家族や介護者から情報を得る必要がある。

・Functional Independence Measure (FIM)

FIM は基本的 ADL と社会認知、コミュニケーション機能を評価する。基本的 ADL よりも広い範囲の能力をそれぞれ7段階で評価する満点は126点である。

・Disability Assessment for Dementia(DAD): 在宅生活を送る運動機能障害の無い AD や他の認知症を対象とした評価である。「衛生」、「着衣」、「排泄」、「摂食」、「食事の用意」、「電話の使用」、「外出」、「金銭管理」、「服薬」、「余暇」、「家事」の10項目について、本人の日常生活をよく知っている家族や介護者から情報を得て評価する。満点は100点である。

・Hyogo Activities of Daily Livings Scale (HADLS): 介護者インタビューに基づいて「排泄」、「摂食」、「更衣」、「整容」、「洗面」、「歯磨き」、「入浴」、「移動範囲」、「電話」、「買い物」、「食事の準備」、「掃除」、「布団の管理」、「食後の後片付け」、「洗濯」、「火気の取り扱い」、「スイッチ類の取り扱い」、「金銭管理」の18項目を3~7段階で評価する。得点は0~100点であり、点数が高いほど自立度が低い。

・Life-Space Assessment(LSA): 過去一か月間生活の空間的な広がりにおける距離や移動頻度、自立の程度を評価する指標である。満点は120点である。

・Lubben Social Network Scale-6(LSNS-6): 対象者に家族とのつながりに関する3項目、非家族つながりに関する3項目の計6項目について、

それぞれ6段階でつながりの人数を回答してもらって評価である。満点は30点であり、得点が高い方が社会とのつながりが大きく、12点未満は社会的孤立を意味するとされている。

・ Canadian Occupational Performance Measure (COPM)：セルフケア、生産活動、レジャーの三分野について、対象者がしたいと思う、またはする必要のある作業を聴取し、各作業の重要度、遂行度、満足度を対象者自身が10段階に評定する。

#### 【評価のタイミング】

初回評価は訪問時に上記全評価項目を行った。2回目評価は5週目に HADLS、LSA、LSNS-6、COPM を実施した。3回目評価は9週目に2次と同様の HADLS、LSA、LSNS-6、COPM を実施した。最終評価は13週目に初期と同様の全評価項目を実施した。

### 経過「症例 A」

#### 【全体像】

70歳代後半の独居女性。体型は中肉中背。身なりは整っており、毎日化粧も行う。疎通は快活であり、発話の量も多い。家事全般本人がすべて行い、平日毎日9～18時は鮮魚店に勤務、その他に週2回運動にジム通うなど活動的である。以前に比べると、外出や料理を行う頻度が減少していた。介入の半年前に AD の診断あり、現在は Donepezil 5mg 内服している。診断時の MMSE は22点(減点項目確認困難)であった。医師より自動車運転を辞めるよう指導を受けていたが、慣れた近所のみ自動車運転継続しているようだった。同じ市内に娘2人が住んでおり、週に1、2度は交流あり。介護保険は未申請であった。

#### 【初回評価時】(1週目)

自身の能力低下に関する不安が強く、趣味がないことや自動車が今後運転できなくなることを悩んでいた。介入初期より、MMSE は30点であり、生活障害は特に無く、以前に比べ余暇活動が減っている程度であった。本人より、「病院での検査(MMSE)は緊張して出来なかった。あがり症だから。」とあった。訪問リハビリでは、まず健康維持に焦点を当てて、血压管理と日記の記載を行うよう声掛けし、生活への不安などを傾聴した。また自動車運転については、運転継続の危険性をしっかり伝え、たうえで、自動車運転を辞めた後の生活の方法を話し合うなどした。

#### 【2回目評価時】(5週目)

血压管理や日記の記載は継続できており、料理なども以前より増して取り組むようになってきていた。趣味が無かったことについても、

「今は忙しいから、仕事が落ち着いてからでいいかと思います。」と述べ、健康面の悪化や能力低下への不安感が軽減してきている様子であった。自動車運転についても、運転は続いているようであったが、次の自動車免許の更新はしないとの意向があった。訪問リハでは、生活の振り返りと自動車運転を辞めるための身体づくりや、公共交通機関利用のための交通系の電子マネーの利用の仕方などを確認した。

#### 【3回目評価時】(9週目)

継続して健康に留意して過ごせていた。趣味的な買い物や外出、家族や友人に手料理を振る舞うなどの行動がみられるようになるなど、より活発に過ごせていた。訪問リハでは外出先までの公共交通機関の効率的な利用法について話し合った。実際に生活場面ではバスや電車を用いて外出するようになってきており、自家用車を使用する頻度が減っていた。

#### 【最終評価時】(13週目)

生活管理は継続して行えており、認知機能や ADL も著変なく維持できていた。日頃の買い物などの外出は公共交通機関を使用するようになった。未だ仕事で車を時折使用する事があるとのことだが、仕事に自動車を使用しないで働けるか、会社社長に相談すると話していた。

### 経過「症例 B」

#### 【全体像】

80歳代後半の独居女性。体型は中肉中背。身なりは整っているが、化粧は行わず。表情は明るく朗らか。家事は概ね自身で行う。また近所にスーパーマーケットなどの店がなく、買い物や外出は週に1、2回長女が自動車で送迎し、支援している。他に金銭管理や予定の管理についても記憶が曖昧になりやすいため長女が管理している。家事以外の余暇活動は特になく、日中はテレビ鑑賞する程度。以前は友人との外出などもあったが、ここ数年は出かけることがなくなった。介入の3か月前に AD の診断あり、現在は Donepezil 5mg 内服している。診断時の MMSE は21点(減点項目：時間・場所見当識、Serial-7、復唱、想起)であった。同じ市内に長男と長女が住んでおり、長女と週に1、2度は交流がある。介護保険は申請中であった。

#### 【初期時】(1週目)

訪問リハがあることは把握しているが、具体的な日時を把握しておらず、自分の記憶力低下を悔しがるような言動がある。会話は自身の若いころの話が主体で、明るく朗らかに話す。

「最近話す人もいなくて寂しい。」という、孤独感を訴えることもしばしばあった。初期時

の MMSE は24点(減点項目：Serial-7、想起)であった。訪問リハでは、服薬管理のためのカレンダーの設置や血圧管理のための日記帳を準備し、使い方等を確認した。余暇活動への取り組みには「もう年だから。」と消極的な反応であった。介護保険(要支援2)を取得し、デイサービスに週2回通うようになった。

#### 【2回目評価時】(5週目)

訪問リハの日時は概ね把握しているようであるが、2回に1回は準備ができていない。血圧管理のための日記は慣習化できず、血圧計を2度紛失するなどのエピソードあり、血圧は訪問時に測定することとした。また予定管理の支援のため、カレンダーを用い訪問リハ時に予定確認するようにした。さらに、服薬管理のために服薬トレイを準備し、内服後にはカレンダーに日付に印をつけるよう取り組んだ。工程は把握できているようであるが、適宜声掛けが必要であり、慣習化まで至らず。余暇の過ごし方では、散歩や運動を声掛けにて取り組むようになった。

#### 【3回目評価時】(9週目)

訪問リハの日時は予定が記載してあるカレンダーを確認するようになり、概ね事前に準備できていた。服薬も飲み忘れは環境設定により無くなってきていた。余暇は近所の公園などに散歩することも増えてきていた。訪問リハでは生活状況を確認しながら、本人が好む談話を散歩しながら取り組んだ。

#### 【最終評価時】(13週目)

最終時の MMSE は26点(減点項目：Serial-7、想起)であった。生活状況に別段の変化はないが、表情が明るくなり、最近1週間の予定の振り返りもスムーズになってきた。服薬や予定の管理については環境設定と併せて、適宜確認をする介助者(長女や訪問リハ)がいることで遂行可能であった。余暇では近所の保育園や小学校の行事予定について事前に確認すると、散歩ついでに行事を鑑賞しに出かけるなどの行動がみられるようになった。デイサービスにも継続して参加できていた。

### C. 結果

2例とも MMSE で評価される認知機能や ADL 評価に改善が見られた。また事前に得られた情報書の MMSE スコアが初期に評価した結果より低値であった。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。(参照；表2・表3)

### D. 考察

症例 A について、保たれている能力は高く、活動性も当初より高かった。しかし、AD 診断による不安などから、活動を躊躇している印象を受けた。訪問リハにて本人の健康面や生活面の不安について、支持的に関われたことで、活動性が高まったように思われる。AD 診断後の自動車運転については、リスクの高い重大な問題であるため、主治医や家族と相談しながら対応を行った。しかし、家族内(娘姉妹)で自動車免許返納に関して意見の食い違いが生じたことにより、早急な返納への対応が難しかった。結局、本人に免許返納の意志が芽生えたことから、自動車運転をしない生活に向かっているが、最終時も頻度は減ったものの自動車運転を継続しているような言動があることから、免許返納までの支援の仕方について、こういった関わり方が良かったのか検討の余地を残す。具体的に自動車運転の必要のない生活の仕方について話し合い、公共交通機関の利用法を練習できたことは、訪問リハの利点だったと感じている。

症例 B について、生活管理能力が低下傾向にあり、環境設定を能力に応じて検討したが、慣習化するまでに時間を要した。結果、適宜訪問して見守る介助者(長女や訪問リハ)がいることで、服薬や予定を間違えることを減らすことが出来た。生活管理の遂行は改善傾向にあるが、完全自立は困難であった。生活管理の仕方を介助者と共に試行錯誤しながら取り組めたことは訪問リハの利点と感じている。余暇の過ごし方では、本人の好む会話を楽しみながら散歩に取り組めたことで、徐々に活動性は高められたような印象を受けた。近隣で催される行事を踏まえた関わりも、見当識支援も含めて効果的であったように思う。他に、訪問リハだけでなくデイサービスに参加し始めたことも、活動性向上の一因である可能性も考えられる。

2例を通じて、軽度 AD の独居の生活者は、不安や孤独感から意欲が低下しやすいことが問題である印象を受けた。生活支援の方法は一様ではないが、訪問リハにて丁寧に関わることで、生活内容は良い方向へ変化しているように感じた。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画は訪問リハの利点であったように思われる。

診断時に評価した MMSE の評価は、病院内での検査であり、環境に慣れず緊張があったとの意見が聴取され、在宅で評価した初期評価時より低い点数であった。MMSE で得られた認知機能の変化など、より明瞭な有効性を示すには、症例数の拡充や他の通所サービスなどの効果

の比較、長期的な経過の確認が必要である。

#### **E．結論**

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。より明瞭な有効性を示すには、症例数の拡充や他の通所サービスなどとの効果の比較、長期的な経過の確認が必要である。

#### **F．健康危険情報**

なし

#### **G．研究発表**

##### 1．論文発表

- 1)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
- 2)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

- 1) 吉浦和宏,堀田牧,村田美希,小山明日香,橋本衛,池田学.血管性認知症患者の日常生活能力の特徴.第8回日本脳血管・認知症学会総会(Vas-Cog Japan2017) 平成29年8月,東京,ポスター発表

#### **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

	性別	年齢	居住	抗認知症薬	合併症	診断時 MMSE※1	自立度※2	認知症度※3	FAST※ 4
症例 A	女性	70代 後半	独居	Donepezil 5mg	高血圧	22点	J1	□	3
症例 B	女性	80代 前半	独居	Donepezil 5mg	高血圧	21点	J2	□b	4

**表1) 対象者特性**

- ※1 AD 診断時評価の MMSE(症例 A は初期評価時から6か月前・症例は3か月前のスコア)
- ※2 障害高齢者の日常生活自立度
- ※3 認知症高齢者の日常生活自立度
- ※4 Functional Assessment Staging

症例 A	MMSE	CDR	CDR sum	FAB	PSMS	IADL	FIM	DAD	HADLS	LSA	LSNS-6	COPM※1
初回評価	30	0.5	1	17	6	8	126	95	1.3	80	14	自動車運転 10/10/10 趣味獲得 10/1/5
2回目評価									0	90	15	自動車運転 10/10 自動車運転やめる 10/1/1 趣味獲得 10/5/5
3回目評価									0	90	15	自動車運転 7/1 自動車運転やめる 3/1 趣味獲得 5/5
最終評価	30	0	0	17	6	8	126	100	0	90	15	自動車運転 5/1 自動車運転やめる 5/5 趣味獲得 5/10

**表2) 症例 A の評価結果**

- ※1 COPM の結果は(重要度/遂行度/満足度)を示す。3次評価以降は(遂行度/満足度)を示す。

症例 B	MMSE	CDR	CDR sum	FAB	PSMS	IADL	FIM	DAD	HADLS	LSA	LSNS-6	COPM※1
初回評価	24	1	6	15	6	6	123	87	7.1	61	9	買い物がしたい 8/5/5 話し相手が欲しい 8/7/7
2回目評価									7.1	61	9	買い物がしたい 15/5 話し相手が欲しい 17/7
3回目評価									5.6	61	9	買い物がしたい 15/5 話し相手が欲しい 17/7
最終評価	26	1	6	13	6	6	123	95	5.6	61	9	買い物がしたい 15/5 話し相手が欲しい 18/8

**表3) 症例 B の評価結果**

- ※1 COPM の結果は(重要度/遂行度/満足度)を示す。2次評価以降は(遂行度/満足度)を示す。



(雑誌)

著者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Tsunoda N, Hashimoto M, <u>Ishikawa T</u> , Fukuhara R, Yuki S, <u>Tanaka H</u> , Hatada Y, Miyagawa Y, <u>Ikeda M</u> .	Clinical features of auditory hallucinations in patients with DLB: A soundtrack of visual hallucinations	J Clin Psychiatry (in press)			2017
Matsushita M, Yatabe Y, Koyama A, Ueno Y, Ijichi D, Ikezaki H, Hashimoto M, Furukawa N, <u>Ikeda M</u> .	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, Hashimoto M, <u>Ikeda M</u> .	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.	2017
Arai Y, Arai A, Mizuno Y, Kamimura N, <u>Ikeda M</u> .	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, <u>Ikeda M</u> .	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, <u>Ikeda M</u> , Nishikawa T.	Gustatory dysfunction as an early symptom of semantic dementia	Dement Geriatr Cogn Disord Extra (in press)			2016
Kazui H, Adachi H, Kanemoto H, Yoshiyama K, Wada T, Tokumasu Nomura K, Tanaka T, <u>Ikeda M</u> .	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, <u>Ikeda M</u> , 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, <u>石川智久</u> , 福原竜治, <u>田中 響</u> , 畑田 裕, 小嶋誠志郎, <u>池田 学</u> .	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
<u>池田 学</u> , 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	28-33	2018
<u>池田 学</u> .	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(9)	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	Geratric Medicine	55	325-332	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	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.	前頭側頭葉変性症の超早期診 断の試み	Japan Medical Society	247	17-18	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
谷向 知, 檉林哲雄, 園田亜希, 福原竜治, 小森憲治郎, 石川智久.	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

堀田 牧, 田平隆行, 石川智久, 橋本 衛.	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.	前頭側頭葉変性症と ADL	老年精神医学 雑誌	28(9)	993 - 996	2017
Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, <u>Ishikawa T</u> , <u>Tanaka H</u> , Hatada Y, Miya-gawa Y, <u>Hotta M</u> , <u>Ikeda M</u> .	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	32(2)	222-230	2017
Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, Kanemoto H, Sato S, Suzuki Y, Yoshiyama K, Shimomura T, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T, Mori T, Kashibayashi T, <u>Tanaka H</u> , Hatada Y, Hashimoto M, Nishio Y, Komori K, Tanaka T, Yokoyama K,	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	32(2)	222-230	2017

Tanimukai S, Ikeda M, Takeda M, Mori E, Kudo T, Kazui H.					
<u>田中 響.</u>	レビー小体型認知症とADL	老年精神医学 雑誌	28(9)	989 - 992	2017
<u>北村 立.</u>	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
<u>北村 立.</u>	ADL 評価尺度について	老年精神医学 雑誌	28(9)	969-977	2017
<u>川越雅弘.</u>	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
<u>小川敬之,</u> <u>呑海沙織,</u> <u>成合進也.</u>	Dementia Friendly Social-Resources の創生	老年精神医学 雑誌	28(5)	477-484	2017
<u>小川敬之.</u>	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)	1014-1019	2017
Yoshimitsu K, <u>Tabira T,</u> Kubota M, Ikeda Y, Inoue K, Akasaki Y.	Factors affecting the self-rated health of elderly individuals living alone: a cross-sectional study	BMC Research Notes	10(1)	DOI 10.1186/s13104- 017-2836-x	2017
<u>田平隆行,</u> <u>佐賀里昭.</u>	認知症の人のための法的整備と予防事業	MB Med Reha	206	59-64	2017
<u>田平隆行.</u>	高齢者のADLの特徴	老年精神医学 雑誌	28(9)	978-983	2017
谷川良博, 元田真一, <u>堀田 牧,</u> 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

<u>村田美希.</u>	在宅作業療法の方向性	老年精神医学 雑誌	28(9)	1010-1013	2017
<u>吉浦和宏.</u> 橋本 衛.	血管性認知症と ADL.	老年精神医学 雑誌	28(9)	997-1003	2017