

令和5年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）
訪問による認知症リハビリテーションの効果についての調査研究事業 報告書

令和5年度 厚生労働省

老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）

訪問による認知症リハビリテーションの 効果についての調査研究事業

報告書

令和6年（2024年）3月

一般社団法人 日本作業療法士協会

目次

I. はじめに.....	1 -
1. 研究事業の趣旨	1 -
II. 認知症のリハビリテーションの意義	2 -
認知症の人と家族の会の立場から	2 -
介護支援専門員の立場から	4 -
精神科医の立場から	5 -
III. 事業報告	6 -
1. 事業概要	6 -
2. 推進検討委員会の開催	7 -
3. 実践プロトコルの効果検証事業・中間報告（短報）	9 -
4. リハビリテーション専門職への研修事業	14 -
5. 認知症のリハビリテーション普及啓発事業（介護支援専門員への研修事業）	28 -
IV. まとめ.....	37 -
V. 参考資料.....	42 -
推進検討委員会での意見	42 -
実践プロトコル.....	46 -
実践プロトコル様式（研究事業における作業療法計画）	48 -
資料編	85 -

I. はじめに

1. 研究事業の趣旨

令和元年 6 月 18 日、認知症施策推進関係閣僚会議においてとりまとめられた認知症施策推進大綱では、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすることが重要」とされている。(以下、認知症のリハビリテーション)。

また、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリテーション技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施すると取りまとめられている。

認知症の人へ、ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の躓きに対して、標準的な治療戦略による訪問による認知症のリハビリテーションの提供が求められている。

令和 4 年度老人保健健康増進等事業「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究」にて、平成 28 年度に受託した「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究」の実施で得られた「認知症のリハビリテーションモデル」の提案に基づき、認知症の人に対する訪問による認知症リハビリテーションの効果を分析し、認知症の人に対する生活行為に焦点を当てた標準的な訪問リハビリテーションにおける治療戦略（以下、実践プロトコル）を作成した。

また、実践プロトコルを実施するための研修内容を検討するためのモデル研修を実施し、研修受講者の理解、行動変容度を測ることを目的に、研修要項に実践プロトコルに基づく事例提供を求め、実践プロトコルの実施に向けた課題を明らかとした。

本研究事業では、令和 4 年度老人保健健康増進等事業「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究」の成果を踏まえ、実践プロトコルの効果検証を行い、介護報酬改定の検討に資する基礎資料を作成することを目的にした。さらにリハビリテーション実施者に必要な知識等の研修を行い、関係職種への認知症のリハビリテーションについて普及啓発事業を実施する。

Ⅱ．認知症のリハビリテーションの意義

認知症の人と家族の会の立場から

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鎌田 松代

「認知症の人へのリハビリテーションは難しい、できないのではないかとできないところを介護してきた家族の立場からはそのように思い込んでいました。しかし、昨年度、この事業での成果で、その思いは大きな期待と喜びにかわりました。

認知症の人にとってもさまざまな日常生活に支障が出てきたことで、混乱や喪失の思いをしていたことが「できる」に変わることは、自信を取り戻し病気の進行にも良い効果があると思います。

認知症の人からは以下のような思いを聞いています。

- ・何もできない、わからなくなった人との誤解と偏見が社会にはある。
診断を受けた時にはそのように思っていたし、インターネットでの情報は5年で寝たきりとあり、絶望の中にいました。
- ・出来ないこともあるけど、まだまだできることも多くあります。
周りの人は「認知症です」と話すと、先回りして手助けしてくれます。
失敗しないように家族も同じです。失敗してもいいから見守ってほしいです。
- ・自分で出来るよう工夫をしています。
携帯電話のアラーム機能で服薬や予定のお知らせ、何の予定かわかるようにアラームのメモ機能に記載。
外出時は事前に目的までの経路や目的地の写真などを準備し保存してみています。
- ・できることの維持で症状の進行を遅くしている方が多くなっています。
同じ病気の仲間と出会ったことで、絶望から前向きに気持ちになりました。

また、家族からも次のような声が届いています。

- ・出来ないことが増え、元気がなくなりました。
- ・今までより、いろいろな事に時間がかかるようになりましたし、同じことを話す、聞くことが増えました。
- ・進行するとのことで、家族もどうしてよいかわからなくなっています。
- ・今の状況が維持できるようにしたいですが、認知症の人は忘れるのでリハビリテーションは難しいと聞いているので手立てがないです。
- ・できなくなったことの介護や見守りで精いっぱいですが、まだまだできることがあることが分かった時はとてもうれしいです。
- ・他人から認知症でのことで悪く言われないよう、かばってしまう、先回りすることはあります。

2024年度の介護報酬では訪問による認知症の人へのリハビリテーションに新たな加算が加わりました。このリハビリテーションが実施されるには、認知症の人や家族が希望してもケアマネジャーが認知症の人へのリハビリテーションの効果を理解していること、認知症の人へのリハビリテーションでのアセスメント・リハビリテーション計画など実践での必要な知識などを習熟している作業療法士などが住んでいる地域に所在していること、また指示書を記載くださる医師の理解があることなど実施まではいくつかのハードルがあることが推測されます。

そのハードルがなくなり、以降のような状況になることに大きな希望を持っています。

- ・ 認知症の人や家族はできること、できるけど使っていないことができるようになること、維持されること
- ・ 認知症観を認知症の人の声からもう一度見直してほしいこと。
- ・ できないことでの喪失感を、できることでの自己肯定感が増すことがよいサイクルとなり、症状の進行を遅くしている方が多くなっていること。
- ・ 認知症の人へのリハビリテーションは記憶障害があるから難しい、できないとの認知症観を変容すること
- ・ 医療の現場から認知症の人や家族が希望を持って生きることの応援をすること。
- ・ イネーブル（可能にする、できるようにする）という視点を、みなさまがイネーブラー（可能にする人）になる。

介護支援専門員の立場から

一般社団法人 日本介護支援専門員協会
常任理事 中林 弘明

高齢化の進展とともに、認知症患者数も増加しています。「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」の推計では、65歳以上の認知症患者数は2020年に約602万人、2025年には約675万人（有病率18.5%）と5.4人に1人程度が認知症になると予測されています。

認知症の人が安心して暮らせるための国や自治体の取り組みを定めた共生社会の実現を推進するための認知症基本法が2024年1月1日、施行されました。

この法律は、我が国における急速な高齢化の進展に伴い認知症の人が増加している状況について、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することを目的としています。

介護支援専門員は、介護保険法に位置づけられた職種であり、介護保険の根幹である、「ケアマネジメント」を担う専門職です。

その介護保険法第1条においては、個人の尊厳について明記され、同法第69条の34においても介護支援専門員の義務として「介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って」と明記されています。

また、介護保険法第81条においても、「指定居宅介護支援事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。」と記載され、法の遵守が求められています。

令和5年度老人保険健康増進等事業 訪問による認知症リハビリテーションの効果についての調査研究事業では、認知機能の低下に伴い、さまざまな日常生活に支障がでてきており、そのため残存している認知機能や身体機能を見極めつつ、適宜適切な時期にリハビリテーション専門職が関与し、環境調整や関わり方、動作練習を実施することにより、認知機能や行動症状当の効果を検証しています。

2024年1月30日（火）、「訪問による認知症リハビリテーションの効果についての調査研究事業」の一環として、日本作業療法士協会と共催した「認知症のリハビリテーション」研修会では、認知症リハビリテーションをケアプランにどのように位置づけるか理解を深めることを目的として開催いたしました。

本研修会は480名の定員を上回る方よりお申込みいただき、後日オンデマンド配信も実施しました。各講義とも研修内容についてのアンケート結果は高評価で、認知症の方へリハビリテーションを導入してみようと思われた方が93.3%でした。

介護支援専門員は、認知症の人が日々の暮らしを続けるために、認知症のリハビリテーションの目的や支援内容をより理解することにより、介護保険の目的である認知症の人が尊厳を保持し、その能力に応じ自立した日常生活を高め、地域での生活が継続できるよう生活環境や支援体制を整えていきます。

精神科医の立場から

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

池田 学

65 歳以上を含む全世帯の 60%を超えた単独世代ならびに高齢者夫婦だけの世帯の急速な増加に伴い、地域における一人暮らしの初期認知症や軽度認知障害（Mild cognitive impairment；以下、MCI）段階の高齢者が急増し、このような虚弱高齢者に対する生活支援が喫緊の課題になりつつある。超早期からの進行とリスクを予測した独居生活の多職種支援の意義は大きい。

2023 年 6 月に成立した認知症基本法でも、認知症の人が地域において尊厳を保持しつつ、他の人と共生することの重要性が強調されるとともに、認知症の予防、診断・治療・リハビリテーション等に関する研究成果の普及・活用・発展させるという基本理念が示されている。

今後、本法律の理念に沿って、さまざまな認知症施策が展開されることになるため、地域での生活支援に科学的な介入や環境調整が実施できる作業療法士の役割は重要である。また、同年 9 月には本邦で初めてアルツハイマー病（Alzheimer's disease 以下、AD）に対する疾患修飾薬レカネマブの製造販売が承認されたが、今後超早期診断が加速し、就労支援や自立した生活の維持のための支援が認知症治療の大きな流れになることが予想される。多職種チームによる疾患特徴に基づくリハビリテーションの中心的な役割を果たす専門職としての作業療法士に対する期待は大きい。

認知症の過半数を占める AD は、潜在性に発症し、緩徐に進行する。高齢発症の場合は、近時記憶障害で発症することが圧倒的に多く、進行に伴い見当識障害や頭頂葉症状（視空間認知障害、構成障害）が加わる。実行機能の障害（調理などの段取りが悪くなるなど）も早期からみられることが多い。MCI のレベルでは、生活は完全に自立しているものの、銀行の口座開設など複雑な Instrumental Activities of Daily Living (IADL) に微細な障害が見られたり以前に比べて時間がかかったりする、同時に 2 つの作業をする一方を忘れてしまうなど、日常生活に支障をきたし始めていることもある。MCI 対象者に特化した ADL 評価尺度である Alzheimer's Disease Cooperative Study – Activities of Daily Living for Mild Cognitive Impairment (ADCS-MCI-ADL) では、年齢・性別・教育歴を調整した健常高齢者よりも特に複雑な IADL に障害をきたしていることが確認されており、たとえば料理の献立を考える、家計簿を把握する、あるいは適切な曜日にゴミを出すなどの料理、金銭管理・生活管理は認知機能障害が軽度であっても困難をきたしやすい。そのため、MCI や初期認知症のリハビリテーションでは身体的問題に留まらないより包括的な視点を持つ専門職が必要となる。

Ⅲ. 事業報告

1. 事業概要

本研究事業では、令和4年度老人保健健康増進等事業「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究」の成果を踏まえ、訪問による認知症のリハビリテーションの効果検証を行い、介護報酬改定の検討に資する基礎資料を作成する。

さらに、訪問による認知症のリハビリテーションの治療戦略及び有効性を示し、その上でリハビリテーション実施者に必要な知識等の研修を行い、研修プログラムについてブラッシュアップを図る。また、引き続き、関係職種への認知症のリハビリテーションについて普及啓発事業を実施する。

以下の事業を実施した。

- 1) 推進検討委員会の開催
- 2) 実践プロトコルの効果検証事業
- 3) リハビリテーション専門職への研修事業
- 4) 認知症のリハビリテーション普及啓発事業（介護支援専門員への研修事業）
- 5) 事業実施報告書の作成

これらの取り組みを通して、より有効性の高い認知症のリハビリテーションの手法について明らかにするとともに、認知症施策推進大綱にある「認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」に寄与することを目的にしている。

2. 推進検討委員会の開催

(1) 推進検討委員会について

事業を適切に運営するために、認知症のリハビリテーションに係る各学会・関連団体より推進検討委員として参画をいただき、推進検討委員会を開催した。

①推進検討委員会の構成員一覧

	氏名	所属機関名	役職
委員長	山本 伸一	(一) 日本作業療法士協会	会長
委員	池田 学	(公) 日本老年精神医学会	理事長
委員	宇田 薫	(一) 日本訪問リハビリテーション協会	副会長
委員	江澤 和彦	(公) 日本医師会	常任理事
委員	鎌田 松代	(公) 認知症の人と家族の会	代表理事
委員	北村 立	(公) 全国自治体病院協議会	精神科特別部会長
委員	近藤 国嗣	(一) 全国デイ・ケア協会	会長
委員	中林 弘明	(一) 日本介護支援専門員協会	常任理事
委員	新美 芳樹	(一) 日本認知症学会	監事
委員	野尻 晋一	(公) 全国老人保健施設協会	

(敬称略)

②オブザーバー

佐野 隆一郎	厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐
上田 貴代	厚生労働省 老健局老人保健課 高齢者リハビリテーション推進官
清水 真弓	厚生労働省 老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官

③事務局体制

全体統括	山本 伸一	(一社) 日本作業療法士協会 副会長
研究責任者	村井 千賀	(一社) 日本作業療法士協会 常務理事
研究員	澤潟 昌樹	医療法人社団輝生会 本部
	山口 智晴	群馬医療福祉大学
	村島 久美子	桜新町アーバンクリニック
	麓 文太	社会医療法人 高橋病院
	遠藤 千冬	(一社) 日本作業療法士協会 事務局
	三上 直剛	(一社) 日本作業療法士協会 事務局
	沢田 宏美	(一社) 日本作業療法士協会 事務局
総務・経理	茂呂 遥	(一社) 日本作業療法士協会 事務局

④推進検討委員会の開催日と議題

	開催日	開催方法	主な議題
第1回	令和5年8月6日(日) 10:00~11:30	WEBと対面の ハイブリッド開催	本事業の概要、効果検証事業の対象等の検討、 各事業の実施方法の確認 等
第2回	令和5年11月2日(木) 17:00~18:00	WEBと対面の ハイブリッド開催	効果検証事業の中間報告、 普及啓発事業・研修事業についての検討 等
第3回	令和6年2月29日(木) 15:30~17:00	WEB開催	各事業の結果報告、 報告書等の内容・考察の確認 等

3. 実践プロトコルの効果検証事業・中間報告（短報）

（１）目的

令和４年度老人保健健康増進等事業「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究事業」では、平成２８年度老人保健健康増進等事業「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業」で提唱された認知症のリハビリテーションモデルに基づく作業療法士による生活行為を焦点化した訪問によるリハビリテーションの効果を検証し、訪問による効果的な認知症のリハビリテーションの実践プロトコルを作成した。しかし、多数例での有効性は検討を十分に行えていない。

本効果検証事業では、訪問による認知症リハビリテーションの実践プロトコルの有用性を検証することを目的とした。

（２）実施方法

（２）－１ 研究デザイン

臨床的にアルツハイマー型認知症と診断された者を対象とし、実践プロトコルの効果を検証する、多機関共同、非盲検、非実践プロトコル群を対照とした、群間比較試験とした。

予定人数は１００人（実践プロトコル群５０、通常の訪問群５０；先行検討において、訪問作業療法群（ $N=14$ ）、外来診療のみの群（ $N=25$ ）について、FAI（Frenchay Activities Index：応用的日常生活動作評価）に関して、効果量が０.５９と算出されたことから、有意水準０.０５、検出力０.８とした場合、各群の例数３７と計算されることから、脱落を考慮して各群５０と設定）。

（２）－２ 対象者

選択基準を①アルツハイマー型認知症と診断され、FASTが３以上６以下の者、②在宅にて生活し、対象者の状況をよく知る介護者のいる者、③本人の自由意思により文書同意を得られるまたは、適切な代諾者により同様の意思確認が可能な者、とした。

除外基準を①身体機能の低下等の理由により、屋内での生活に介助を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）がＢ、Ｃに該当する者）、②認知症機能の低下により、常に介護を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢb、Ⅳ、Ⅴの者）、③パーキンソン病、脳血管性認知症、ハンチントン病、正常圧水頭症、脳腫瘍、進行性核上性麻痺、てんかん、硬膜下血腫、多発性硬化症、または神経学的脱落症状あるいは脳の構造異常を伴う頭部外傷の既往を有する者、④DSM-Vで定義される大うつ病や双極性障害に罹患している、または研究プロトコル遵守が困難になるような精神症状、興奮性、行動異常を認める者とした。

（２）－３ 評価項目

対象者の情報として、年齢、性別、最終学歴、居住形態、主介護者、地域滞在日数、各種サービス利用状況、介護保険認定調査における障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度、病歴、訪問状況評価（訪問頻度、訪問時間、同行訪問者、訪問の区分（診断後支援、在宅訪問リハビリテーシヨ

ン指導、訪問看護、精神科訪問看護等)、訪問サービス支援内容、訪問実施後関係機関への申し送りの有無、カンファレンスの実施の有無)を収集した。

評価項目は、FAST Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)、HADL (Hyogo Activities of Daily Living Scale)、FAI (Frenchay Activities Index :)、DBD (Dementia Behavior Scale) 13、J-ZBI (Zarit Caregiver Burden Interview) 8、EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions)、MMSE (Mini Mental State Examination)、CSQ (Client Satisfaction Questionnaire) 8 とし、研究登録時 (初回)、1、3、12 月後に評価した。

(2) - 4 評価項目の収集方法

FAST は各共同研究機関において、参加者の担当医により評価を実施した。その他の評価項目については、作業療法士が実施した。いずれも外来診療の際に評価を行い、評価時間は 1~2 時間、初回、1 月後、3 月後、12 か月後の 4 回の評価を行う。評価を行う者はデータの解析には関与しない者とした。

(2) - 5 評価項目の解析・有効性の検討

主要評価項目は、3 月後、12 か月後における地域滞在日数の群間比較を行い、副次評価項目は 1 月後、3 月後、12 か月後におけるその他の評価項目の群間比較を行った。また、経時的な評価項目の変化率についても評価した。

(2) - 6 介入方法

各共同研究機関の作業療法士が、1 月後評価までに参加者の居宅に訪問し、最大月 4 回、一回当たり 60 分の実践プロトコルに基づいた支援を行った。訪問初回時に介入群では、チェックシートにより対象者の状況を評価し、介入対象となる ADL/IADL を特定した。

介入対象となった ADL/IADL に対し、実践プロトコルに基づいて、心身機能、活動と参加、環境因子の項目について総合的な評価を行い、①環境調整 (タンスにラベルを貼るなどの視覚構造化を含む)、②道具などや代償能力を活用した動作反復訓練、③介護者への介護指導 (本人や家族を含む介護提供者が実施する内容など) の各点に関する支援内容を決定し、介入計画書を作成した。決定した内容に沿って、1 月以内に介入を行った。介入回数は 4 回とするが、①、②、③が作業療法士の支援がなくても実施でき介入対象となった ADL/IADL が可能となっていれば、4 回未満の介入とすることは許容することとした。

実践プロトコルに基づいた支援を行う作業療法士は、支援内容の質を担保するため、別途定める 8 時間の研修を受講した。作業療法士により作成された介入計画書は、研究分担機関の責任医師によって、その妥当性を検証し、不十分と考えられる場合には必要な変更点をフィードバックし、介入計画の質を担保した。

対照群では、プロトコルに基づいた支援は行わず、通常の訪問リハビリテーションと、介入群と同様の評価を行った。

(2) - 7 倫理的配慮

研究員が所属する機関において倫理審査を受審して実施した。

(承認番号：東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会 審査番号 2023136NI)。

(2) - 8 中間解析

初回評価と1月評価にて、主要評価項目であるFAIを測定できた者を分析対象とし、初回評価と1月評価について分析をした。

調査対象となった介入群と対照群の基本属性(性別、年齢、教育歴)、各評価結果をBrunnel.munzel検定にて2群間で検定した。また、介入前後での比較をするために、介入群と対照群のそれぞれに対してWilcoxon検定にて、初回評価と1月後評価を比較した。加えて、Brunnel.munzel検定にて介入前後での変化量を評価した。

(3) 結果

(3) - 1 対象者の基本属性と各群の特徴

今回分析対象となった者は50名(介入群：28名、対照群：22名)であった。基本属性を表1に示した通りである。

表1 対象者の基本属性

	介入群 (n=28)	対照群 (n=22)
性別 (男/女)	10/18	6/16
年齢 (平均±SD)	74.0±9.9	76.4±7.1
教育歴 (中央値)	高卒	高卒

①性別

介入群は男性10名、女性18名の計28名、対照群は男性6名、女性16名の計22名であった。両群における性別の差は認めなかった(Brunnel.munzel検定、*n.s*)。

②年齢

介入群の28名の年齢は74.0±9.9歳で、対照群の22名は76.4±7.1歳であった。対照群の方が高齢の傾向であったが、両群において統計学的な有意差は認めなかった(Brunnel.munzel検定、*n.s*)。

(3) - 2 各群における評価指標の特徴

介入群と対照群において、MMSE、FAST、ZBI、BI、FAI、HADLS、DBD13、EQ5D5L VAS、CSQ8を検討したが、統計学的な有意差は認めなかった(表2)。

介入群と対照群のそれぞれにおいて、初回評価と1月後評価を比較したところ、介入群のDBD13にて有意差を認めた($p=.012$) (図1)。

また、介入群と対照群の変化量(表3)を比較したところ、FAIとZBIにて有意差を認めた(Δ FAI :

$p=.037$ 、 $\Delta ZBI : p=.032$) (図 2)。

表 2 介入群と対照群の初回および 1 月後評価

	介入群 (n=28)		対照群 (n=22)	
	初回	1 月後	初回	1 月後
MMSE (平均±SD)	20.5±5.0		17.9±6.5	
FAST (中央値±SD)	4±0.9	4±0.8	4±0.7	4±0.7
ZBI (平均±SD) (48 例)	8.3±7.0	6.5±8.4	7.6±5.5	7.3±6.5
BI (平均±SD)	96.6±6.8	96.6±6.5	93.6±9.0	93.1±8.9
FAI (平均±SD)	19.4±10.7	20.1±9.9	17.8±10.7	17.4±9.5
HADLS (平均±SD)	21.2±15.2	21.6±15.5	27.1±19.9	29.9±18.1
DBD13 (平均±SD) (48 例)	14.0±8.6	12.1±7.8	13.8±8.9	13±9.1
EQ5D5L VAS (平均±SD) (47 例)	73.7±18.0	75.7±17.4	77.8±16.0	80.7±15.6
CSQ8 (平均±SD)		26.8±3.1		26.9±3.7

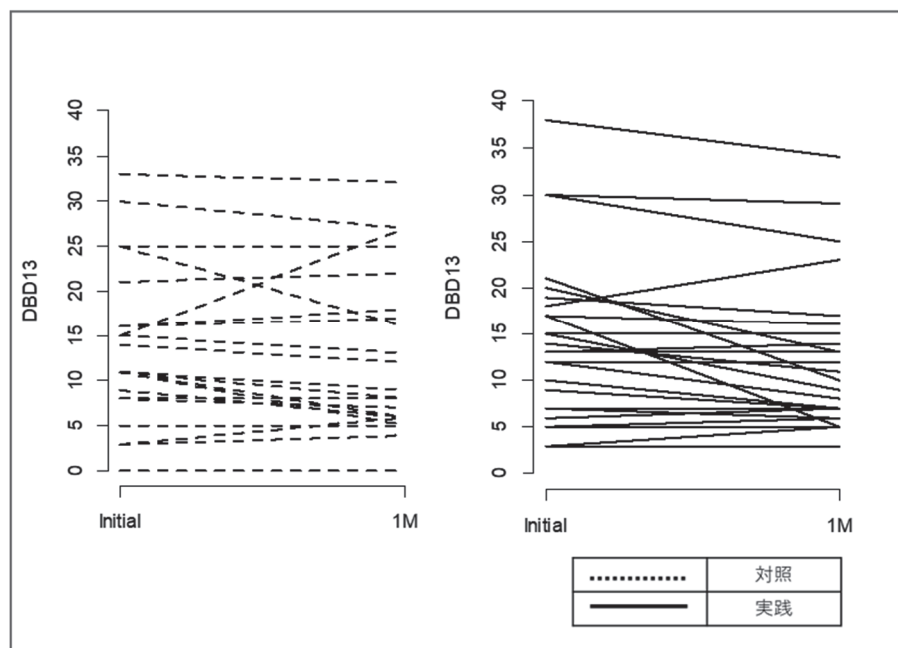


図 1 DBD13、初回評価と 1 月後評価の比較

wilcoxon 検定(対応有)で DBD13 において、実践プロトコル群では介入前後で有意差を認める ($14.0 \pm 8.62 \rightarrow 12.1 \pm 7.86$ と低下)。

表3 介入群と対照群の介入前後での変化量（1 月後評価）

	介入群（n=28）	対照群（n=22）
FAST 変化（平均±SD）	0.05±0.45	0±0
ZBI 変化（平均±SD）（48 例）	-1±3.83	0.71±4.45
BI 変化（平均±SD）	0±2.35	-0.45±2.13
FAI 変化（平均±SD）	0.64±3.96	-0.36±2.55
HADLS 変化（平均±SD）	0.3±3.81	0.15±3.60
DBD13 変化（平均±SD）（48 例）	-1.92±3.76	-0.8±4.05
EQ5D5L VAS 変化（平均±SD）（47 例）	1.96±17.43	2.89±13.64

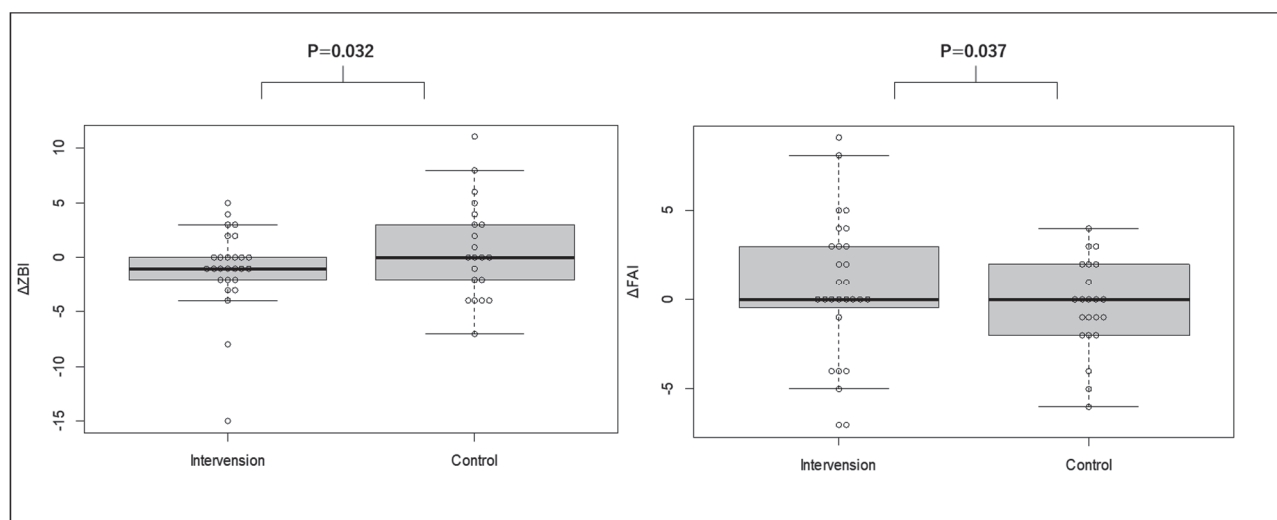


図2（左）ZBI、（右）FAI、初回評価と1 月後評価の効果量の比較

Brunnel.munzel 検定で介入前後での変化量を検定、ZBI と FAI で2 群間に有意差を認める（実践プロトコル群，コントロール群）；(-1±3.83, 0.71±4.45)、(0.64±3.96, -0.36±2.55)。

（4）まとめ

令和5 年度の事業ではその実践プロトコルを用いて、多数例を対象にコントロールを対照として前向きコホート研究にてその有用性を検証した。令和5 年度の間報報告（短報）として56 事例のデータが収集できた。

実践プロトコルを使用した群を介入群、通常の作業療法介入を行った群を対照群とし、介入群28 名、対照群22 名の介入1 か月後時点での評価結果を解析した。

介入群の認知症に伴う行動・心理症状の評価 Dementia Behavior Disturbance Scale の有意な改善を認めた。また、2 群間の効果量の比較では介入群の IADL の評価 Frenchay Activities Index、介護負担感の評価 Zarit Caregiver Burden Interview において有意な改善を認めた。

今後、3 か月後、1 年後の評価を通して実践プロトコルの効果について検証していく予定であり、引き続き介入群50 例、対照群50 例の取得を目指す。

4. リハビリテーション専門職への研修事業

(1) 目的

訪問リハビリテーション事業所に所属する作業療法士、理学療法士、言語聴覚士へ実践プロトコルに基づいた認知症のリハビリテーションを実施するために、必要な知識、考え方を習得する研修を実施する。

また、実践プロトコル様式を用いて、一連のアセスメントや介入計画となる治療戦略を整理できることを目指した演習を行う。

(2) 概要

①対象：訪問リハビリテーション事業所に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。

②周知：日本作業療法士協会ホームページ内で広報し、全国老人保健施設協会、
全国デイ・ケア協会、日本訪問リハビリテーション協会の会員に周知を依頼した。

③日程：令和6年1月21日（日） 10時00分～16時30分

④プログラム：表1に示す。

表1 研修プログラム

開始時間	講義時間	テーマ
10:00	10分	開会挨拶 日本作業療法士協会 会長 山本 伸一 オリエンテーション
10:10	40分	診断・ICF・FASTに応じた生活機能（強み・弱み） 講師：石川県立こころの病院 石川県認知症疾患医療センター 北村 立 氏
10:50	20分	認知症のリハビリテーションについて 講師：東京大学 大学院医学系研究科医療経済政策学特任准教授 医学部附属病院早期・探索開発推進室副室長 新美 芳樹 氏
11:10	50分	認知症のリハビリテーションの実際と実践プロトコルの紹介 講師：群馬医療福祉大学 山口 智晴 氏
12:00	50分	休憩
12:50	30分	事例紹介
13:20	160分	グループワーク (途中休憩 15:10～15:20)
16:00	20分	認知症の人・家族のリハビリテーションへの期待 講師：認知症の人と家族の会 代表理事 鎌田 松代 氏
16:20	10分	介護保険制度におけるリハ計画書の様式を踏まえた認知症リハビリテーションの考え方 講師：医療法人社団輝生会 澤潟 昌樹 氏
16:30		事務連絡

(3) 結果

①研修参加者

75名の参加のうち作業療法士の参加割合が最も多く65.3%、次いで理学療法士が33.3%、言語聴覚士が1.3%であった。所属母体は各職種ともに病院が最も多く、次に介護老人保健施設が多かった(表2)。各職種ともにほとんどの研修参加者が認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験を有していた(表4、5)。

表2 所属、職種別

	訪問リハビリテーション			その他 (訪問看護等)	計(割合)
	介護老人保健施設	診療所	病院		
作業療法士	18名	4名	20名	7名	49名(65.3%)
理学療法士	10名	4名	9名	2名	25名(33.3%)
言語聴覚士	-	-	1名	-	1名(1.4%)
計	28名	8名	30名	9名	75名

表3 都道府県別

北海道	8名	福井県	1名	高知県	1名
青森県	1名	長野県	1名	福岡県	1名
福島県	4名	愛知県	13名	佐賀県	1名
埼玉県	1名	大阪府	4名	長崎県	7名
東京都	4名	奈良県	5名	熊本県	6名
神奈川県	2名	鳥取県	1名	大分県	3名
新潟県	2名	岡山県	1名	鹿児島県	1名
富山県	1名	広島県	1名	沖縄県	2名
石川県	2名	徳島県	1名	75名	

②事前アンケート ※申込時回答のため実際の参加人数と異なる

表4 経験年数等

回答者(人)	作業療法士 53人	理学療法士 24人	言語聴覚士 3人
経験年数 平均(標準偏差)	13.5 (7.74)	13.3 (6.96)	16.0 (8.19)
訪問に係わる事業への従事年数 平均(標準偏差)	4.4 (4.50)	4.3 (3.94)	3.0 (2.00)
認知症の人に対する訪問リハの 経験(回答数)	77.4% (41)	70.8% (17)	100.0% (3)

表 5 認知症の人への多職種支援の経験（経験有の割合）

	作業療法士 53 人	理学療法士 24 人	言語聴覚士 3 人
サービス担当者会議	75.5% (40)	62.5% (15)	33.3% (1)
地域ケア会議	22.6% (12)	8.3% (2)	0.0% (0)

表 6 認知症の人に行ったことがあるプログラム

	作業療法士 53 人	理学療法士 24 人	言語聴覚士 3 人
回想法	66.0% (34)	12.5% (3)	100.0% (3)
見当識訓練（時の見当識、新聞を読む、カレンダー作成等）	96.2% (50)	66.7% (16)	100.0% (3)
記憶訓練（人の名前を覚える、パズル、神経衰弱等）	77.4% (40)	45.8% (11)	100.0% (3)
音楽療法（歌う、音楽を聴く、詩吟等）	54.7% (28)	25.0% (6)	100.0% (3)
コグニサイズ	45.3% (23)	25.0% (6)	33.3% (1)
有酸素運動、散歩、体操、踊り、スポーツ等	86.8% (45)	91.7% (22)	66.7% (2)
ゲーム	35.9% (18)	25.0% (6)	66.7% (2)
手工芸、アート（編み物、塗り絵、折り紙等）	75.5% (39)	20.8% (5)	100.0% (3)
言語・コミュニケーション訓練（語想起、俳句、書字等）	56.6% (29)	33.3% (8)	100.0% (3)
認知機能賦活訓練（読み、書き、絵カード等）	60.4% (31)	20.8% (5)	100.0% (3)
料理・園芸	35.9% (18)	4.2% (1)	0% (0)
生活行為の問題に対する反復練習（反復練習：療法士や家族、ヘルパーなどの支援者と標的とした生活行為の全体あるいは一部の工程を実際に練習すること）	52.8% (27)	45.8% (11)	33.3% (1)
生活行為の問題に対する環境調整（環境調整：ラベリング、道具の簡略化、メモやカレンダーの利用、ICT の活用など）	75.5% (39)	50.0% (12)	100.0% (3)
生活行為の問題に対する関わり方の指導	41.5% (21)	16.7% (4)	0% (0)

（４）研修の効果について

①分析の視点

研修の効果として、研修実施の前後に、認知症の基礎知識や、認知症のリハビリテーションを提供する上で必要な知識、実践プロトコルを構成する内容の理解度を把握するため、「5. わかる」「4. ほとんどわ

かる」「3. どちらともいえない」「2. ほとんどわからない」「1. わからない」とする 5 段階評価を用いた調査を行った。

②理解度の変化

研修前後の“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合について、大項目ごとでは「認知症の基礎知識」が平均 42%から平均 48%、「認知症のリハビリテーションについて」が平均 32%から平均 47%、「認知症の人に対する評価、支援について」が平均 32%から平均 46%と理解度の向上が認められた。また各小項目においては行動・心理症状を除き理解度の有意な向上を認めた（表 7）。

表 7 研修前後の理解度の変化

研修前後の調査項目（理解度）			
認知症の基礎知識について	研修前	研修後	P 値
認知症の診断基準	4 (3-4)	4 (4-4)	<0.001
認知機能障害	4 (3-4)	4 (4-4)	0.020
行動・心理症状（BPSD）	4 (3-4)	4 (4-4)	0.071
ICF による全体像の整理	4 (3-4)	4 (3-4)	0.047
アルツハイマー型認知症の機能評価尺度（FAST）によるアセスメント	3 (2-3)	3.5 (3-4)	<0.001
認知症の人のリハビリテーションについて			
認知症のリハビリテーションの目的	4 (3-4)	4 (4-5)	<0.001
認知機能の評価	3 (3-4)	4 (3-4)	0.008
生活行為の評価	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
認知機能の低下と生活行為の関連性	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
認知症の人に対する評価、支援について			
リハビリテーション計画書における具体的な目標の記述	3 (3-4)	4 (4-4)	<0.001
ICF に基づく焦点化した生活行為のアセスメント	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
生活行為のアセスメントに対する支援計画の作成	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
認知症の重症度に応じた生活行為の支援	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
反復練習による生活行為の支援について	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
環境調整による生活行為の支援について	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
関わり方の工夫による生活行為の支援	4 (3-4)	4 (3-4)	0.007
支援者への助言・指導を通した生活行為の支援	4 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
生活行為の支援における他職種との連携	3 (3-4)	4 (3-4)	<0.001
リハビリテーション会議やサービス担当者会議における提案	3 (3-4)	4 (4-4)	<0.001

中央値（25%四分位範囲－75%四分位範囲）マン・ホイットニーの U 検定

（５）今後の研修のあり方について

前述の「（表 6）認知症の人に行ったことがあるプログラム」にあるように、認知症の人への実際に実施したことがあるプログラムに差があり職種別の機能と役割に違いがある。

来年度以降の認知症のリハビリテーションに関する研修プログラムの課題等を明らかにするために、作業療法士、理学療法士の職種別に理解度、研修実施後の変化をみた。なお、言語聴覚士は参加者が 1 名であったため対象から除外した。

①作業療法士について

研修前のアンケート調査にて認知症の基礎知識に関する理解度について「FAST によるアセスメント」以外の項目で“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合は 50～80%台であった。（図 3）。一方、実践プロトコルに関連する「生活行為の評価」、「認知症の重症度に応じた生活行為の支援」、「環境調整による生活行為の支援」、「反復練習による生活行為の支援」について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合は 30～40%台であった。（図 4、5）。

そのため、表 6 の経験あるプログラムにある「生活行為に対する反復練習」、「環境調整」、「関わり方の工夫による支援」のいずれも経験がない者（6 名）といずれも経験している者（15 名）との理解度の差異をみると、認知症の基礎知識の理解度に有意差は認められなかったが、生活行為の評価や支援に関する理解度で有意差を認めた（表 8）。

研修後の調査では、「生活行為の評価」、「認知機能の低下と生活行為の関連性」、「ICF に基づく焦点化した生活行為のアセスメント」、「生活行為のアセスメントに対する支援計画の作成」に関して、“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が研修前の 30%台から 60～70%台まで向上した。（図 6）。

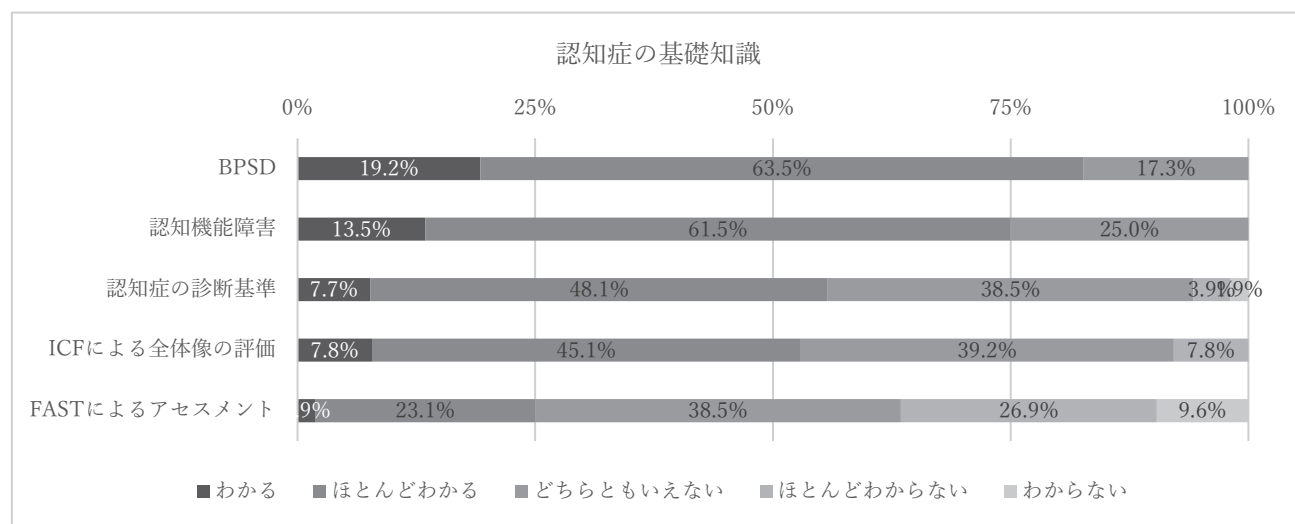


図3（作業療法士）認知症の基礎知識の理解度（研修事前）

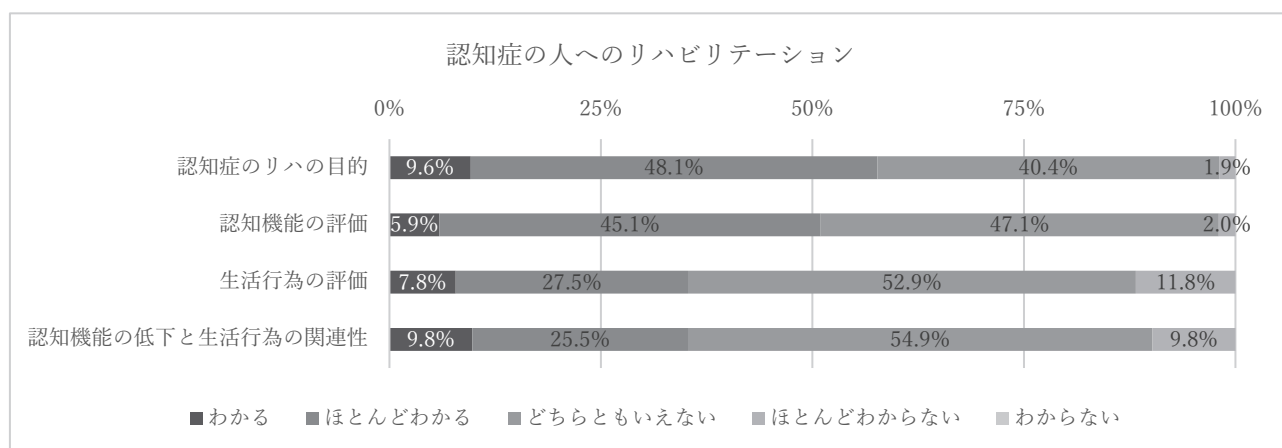


図4（作業療法士）認知症の人へのリハビリテーション 研修前の理解度

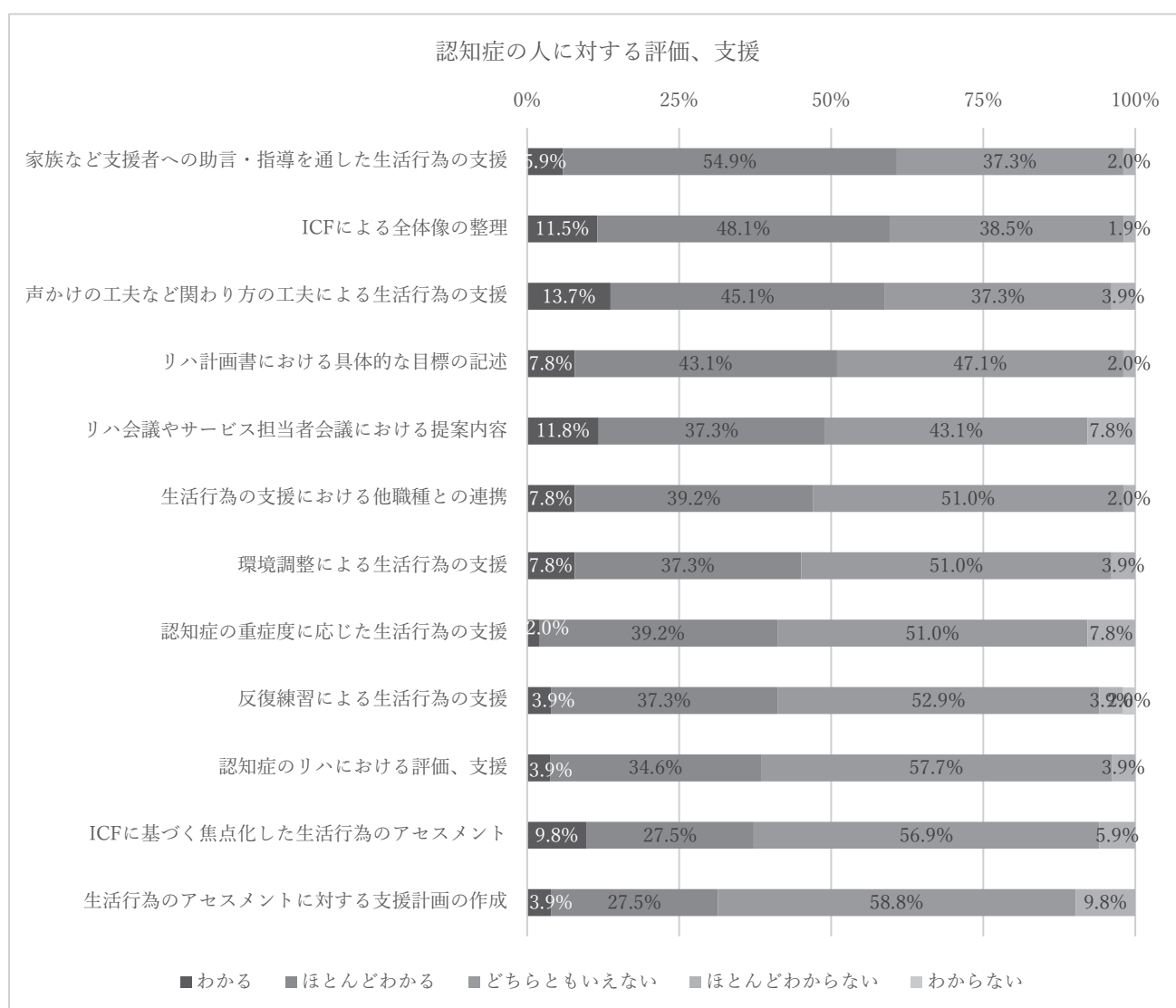


図5（作業療法士）認知症の人への評価を支援 研修前の理解度

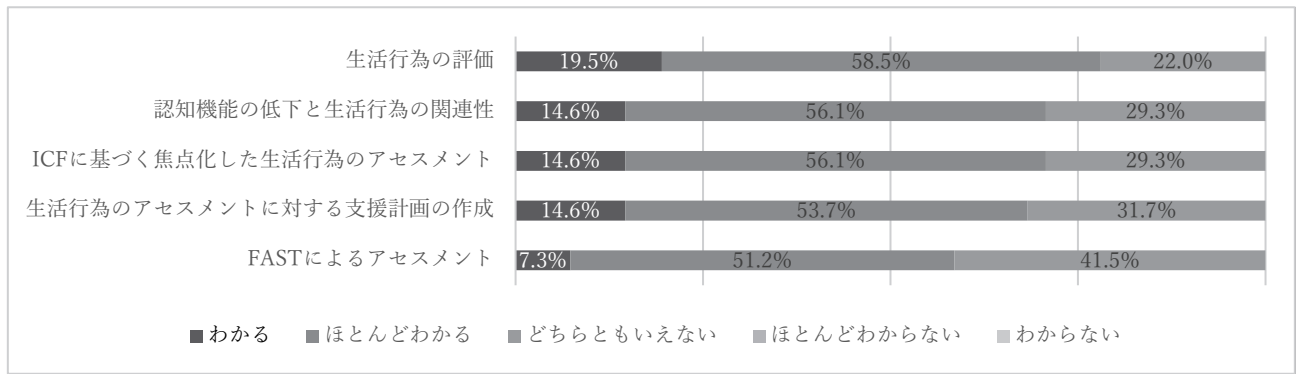


図 6（作業療法士） 研修後の理解度（理解度下位項目の抽出）

表 8（作業療法士）生活行為の評価、支援の経験なし、あり群の理解度

	経験なし（6 名）	経験あり（15 名）	P 値
経験年数	12.5（12.0－16）	14.0（9.5－23）	0.755
認知症の基礎知識について			
認知症の診断基準	3（3－3.75）	4（3.5－4）	0.119
認知機能障害	3.5（3－4）	4（4－4.5）	0.104
行動・心理症状（BPSD）	4（3.25－4.75）	4（4－4）	0.765
ICF による全体像の整理	3.5（3－4）	4（3－4.5）	0.104
アルツハイマー型認知症の機能評価尺度（FAST）によるアセスメント	2（1－2.75）	3（1－4）	0.082
認知症の人のリハビリテーションについて			
認知症のリハビリテーションの目的	3（3－3.75）	4（3.5－4）	0.081
認知機能の評価	3（3－3.75）	4（3.5－4）	0.099
生活行為の評価	3（2.25－3）	4（3－4）	0.009
認知機能の低下と生活行為の関連性	3（2.25－3）	4（3－4）	0.007
認知症の人に対する評価、支援について			
リハビリテーション計画書における具体的な目標の記述	3（2－3）	4（3－4）	0.009
ICF に基づく焦点化した生活行為のアセスメント	3（3－3）	4（3－4）	0.019
生活行為のアセスメントに対する支援計画の作成	3（2.25－3）	3（3－4）	0.022
認知症の重症度に応じた生活行為の支援	3（3－3）	4（3－4）	0.003
反復練習による生活行為の支援について	3（3－3）	4（3－4）	0.031
環境調整による生活行為の支援について	3（2－3）	3（3－4）	0.007
関わり方の工夫による生活行為の支援	3（2－3）	4（3－4.5）	0.028
支援者への助言・指導を通した生活行為の支援	3（3－3）	4（4－4）	0.009
生活行為の支援における他職種との連携	3（2－3）	3（3－4）	0.007
リハビリテーション会議やサービス担当者会議における提案	3（2－3）	4（3.5－4）	0.004

中央値（25%四分位範囲－75%四分位範囲）マン・ホイットニーの U 検定

②理学療法士について

研修前の理解度として、認知症の基礎知識として「認知機能障害」、「BPSD」、認知症の人へのリハビリテーションとして「訪問リハの目的」の項目の理解度が高いが（図6、7）、「認知症の人に対する評価・支援」における全般的に理解度が低い状態での研修受講であった（図8）。

研修前のアンケート調査では、「FAST によるアセスメント」を除く認知症の基礎知識や認知症の人へのリハビリテーションとしての「認知症のリハの目的」に関する理解度において、“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が40～50%台であった（図7、8）。一方、「認知症の人に対する評価・支援」について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合は、10～40%台であった（図9）。

研修受講後は各項目において“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が増加した一方、「FAST によるアセスメント」、「認知機能の評価」、「認知症の重症度に応じた生活行為への支援」の理解度について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した者は30～40%台であり、今後研修内容のブラッシュアップが必要と考えられる。

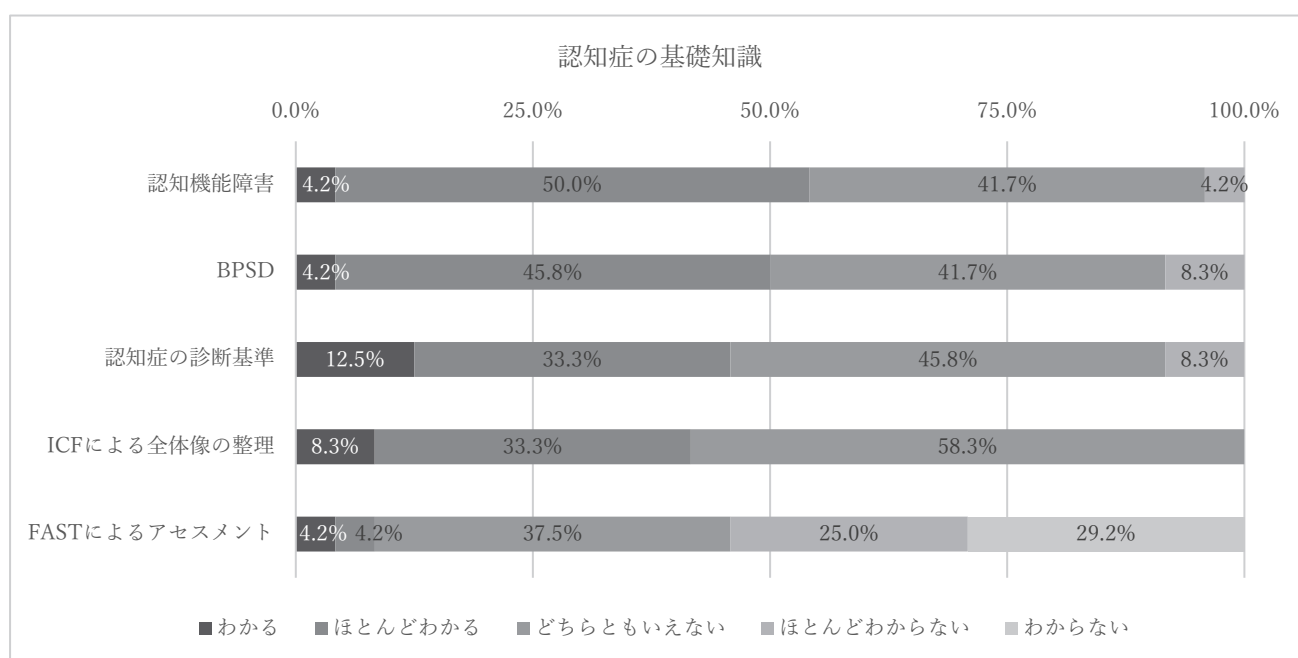


図7（理学療法士）認知症の基礎知識の理解度（研修事前）

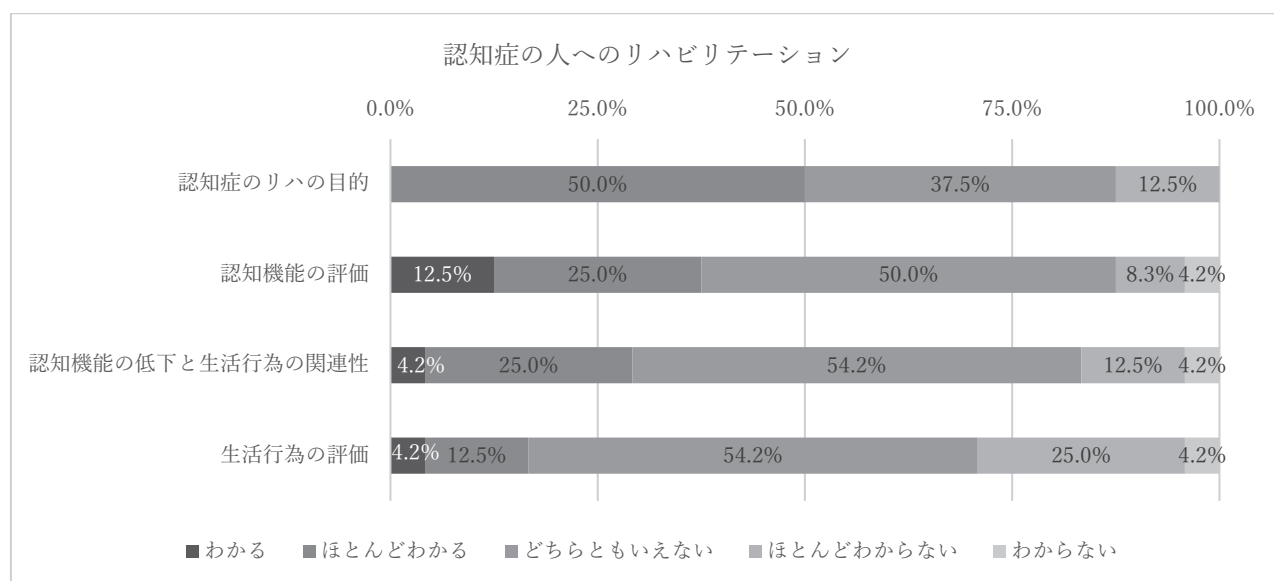


図 8（理学療法士）認知症の人へのリハビリテーションの理解度（研修事前）

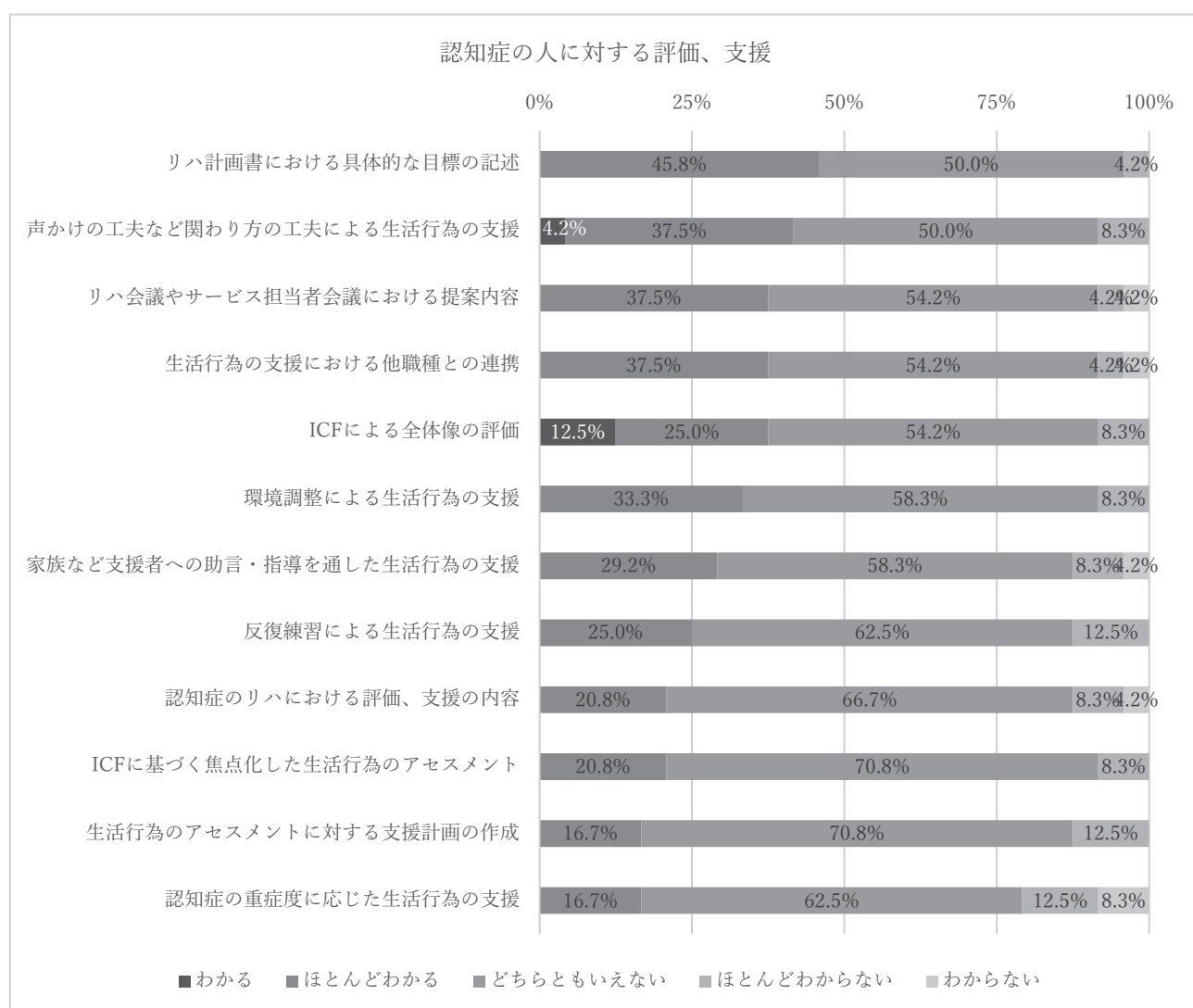


図 9（理学療法士）認知症の人に対する評価、支援の理解度（研修事前）

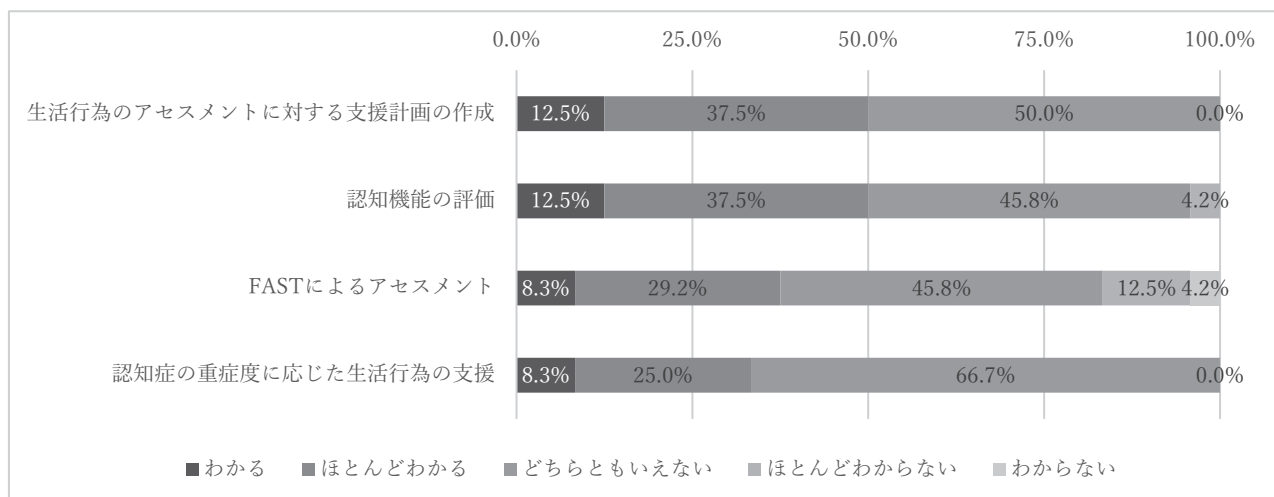


図 10（理学療法士） 研修後の理解度（理解度下位項目の抽出）

（6）まとめ

本事業では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職種合同で研修を実施した。研修を受講した結果前後として、各職種におけるプログラムの理解度に違いが認められ、今後は職種間での背景情報に応じた研修内容の検討が必要であると考えられた。

作業療法士については、「生活行為」「実践プロトコル」に焦点をあてた実践力が向上できる研修プログラムの充実が求められる。

理学療法士については、認知症の基礎知識を含め、「生活行為へのアセスメント」、「認知症の重症度に応じた生活行為への支援」に関する理解を深める研修内容が必要である。

言語聴覚士については、参加者が1名であり今回は検討ができなかったため、今後比較検討していきたい。

【参考】 各テーマのポイントおよび資料抜粋

<認知症の総論>

認知症の各疾患の基本的な病態を知り、医師の診療・評価の視点を理解し、疾患特異性を踏まえた生活機能障害を捉える。

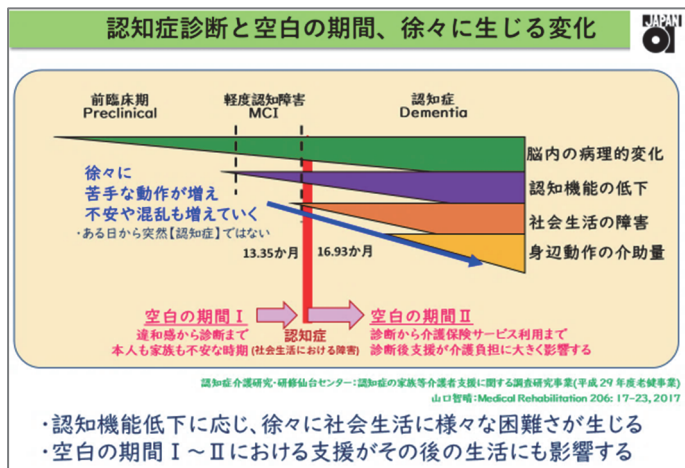


図 1-1 診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み）より抜粋

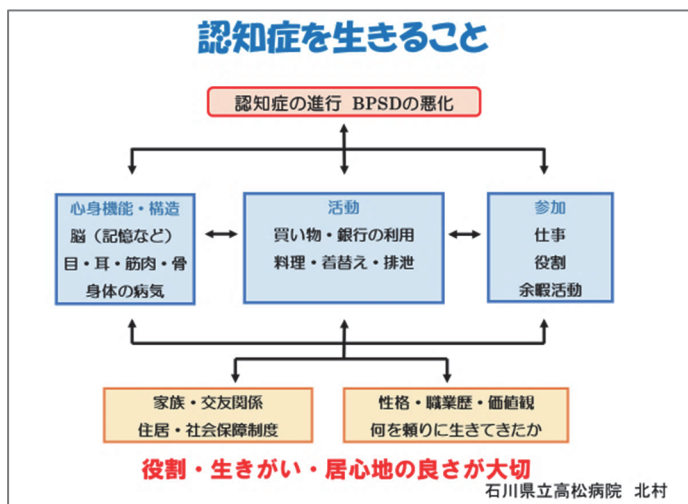


図 1-2 診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み）より抜粋

<認知症のリハビリテーションの実際>

認知症の特性と生活機能の変化、対応を予後予測の思考プロセスを踏まえ説明し、生活行為への焦点化とアセスメント、支援計画の流れ（実践プロトコル）を捉える。

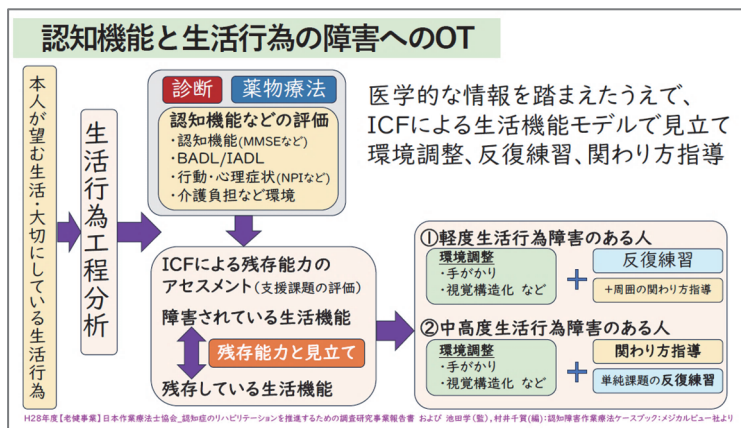


図 2-1 認知症のリハビリテーションの実際と実践プロトコルの紹介より抜粋

生活行為の支援例【買い物】

MCI:複雑な買い物はかなり早期の段階から少しずつ不便さが増える。
軽度:同じ物の購入や買い忘れなどが目立つ、カード式の支払いに慣れておけば、支払い時のエラーが減る。
中等度:一人で買い物は難しくなる(本人が決まってルーティンで購入する物は買い物は継続できる)。
高度:余暇・楽しみとする行為として、一緒に買い物をするような支援をする。

重症度	予測される生活行為の障害	環境調整	反復練習	関わり方の指導
MCI	- 自宅にあるものと、不足しているものを認識し、献立に応じた食材を適切に買い揃えることに混乱が生じ苦手な場面が出てくる - 自宅にある同じ食材を繰り返し購入してしまう場面が見られる - 金額に応じて適切な紙幣、硬貨を組み合わせた支払いが苦手になってくる	- 本人と共に家族やヘルパーによる、冷蔵庫内や自宅在庫品の確認 ●近時記憶・遂行機能の障害が要因の場合 ＜代替手段＞ ・メモの活用 ＜視覚的構造化＞ ・購入する品物のリストを作る ・レシートの処理・整理 ・カレンダーや日記に献立と購入品の記載によるリスト化 ●短期記憶障害が要因の場合 ＜視覚的構造化＞ ・カレンダー ・日記の活用状況確認	＜支援者による能力補完＞ ・メモの確認を忘れないよう、メモをしまう場所を統一し、買い物後、メモの内容の品物が購入できたか一緒に確認する ＜視覚的構造化＞ ・カレンダーや日記への記載ができていないか声かけ・確認する	＜本人らしき生活習慣を知る＞ ・元来用いていた家計簿の付け方やレシートの処理方法について確認し、馴染みの方法を探る ＜支援者による能力補完＞ ・本人のメモ内容が分かりやすく書かれているか確認する ・宅配利用の経験等、情報収集を行い宅配も利用しつつ、買い物の品数を減らすといった工夫を検討する

図 2-2 認知症のリハビリテーションの実際と実践プロトコルの紹介より抜粋

生活行為の支援例【料理動作】

MCI:作り慣れない調理の段取りなどが苦手になるが、基本的に自立。進行への備えが必要。
軽度:手の込んだ料理や食材に応じた調理などが苦手になる。
中等度:良く作る慣れたシンプルなレパートリーは可能。工程で混乱が増える
高度:一連の動作は難しいが、食材の準備(洗う、切る)や配膳など、出来る工程は一部ある

重症度	予測される生活行為の障害	環境調整	反復練習	関わり方の指導
MCI	手の込んだ料理や作り慣れない複雑な料理、あまり使わない調理道具の使用に支障が生じる	- 調理を開始する前に使用する道具を出して準備する - 調理場の整理を検討する	IHクッキングヒーターに慣れる	- IHクッキングヒーターへの交換も含め、今後の環境整備について、相談しながら本人の意向に沿って協力する - ヘルパーによる家事援助には切り替えない
軽度	- 手の込んだメニューを作ったり、献立を考えることを面倒くさがる - 調理手順に若干の混乱が見られる - 本人が得意な料理についてメニューの単一化も含めて今後の事項を検討する時期 - 注意障害、近時記憶障害がある場合、使用する道具の選択に要する時間・手間を減らす	- キッチン各引き出しに何が入っているか、ラベリングする - 調理場は整理整頓(よく使用する道具を見やすい場所に置く)しておく - 調理の開始前に使用する道具や食材を用意する - 使用手順を可視化する(手引きを作成する、使用する手順にナンバリングしたシールを貼る) - 立案した献立を常に見えるようにセッティングする	- 使った道具や調味料は使った場所に戻す - 要望に応えられる範囲でご飯を作る - 示した手順通りに操作する	- 道具の場所を本人と一緒に確認する - 希望のメニューを伝える(献立と一緒に考える) - 手順通りに使用できているか確認する - 本人がよく作ることができる料理レパートリーを作ってもらい(慣れた環境、近い環境であれば本人の作業が継続できること) - 必要以上に声をかけない(混乱している場合にのみ声かけ) - 本人の残存能力を共有 - 人的環境の補完を怠りすぎない - 本人が困っている場合に声かけ、次の工程を指示、手順を確認する

図 2-3 認知症のリハビリテーションの実際と実践プロトコルの紹介より抜粋

<インタビュー演習>

事例紹介として、面談を想定したインタビュー形式で実演し、解説を加えながら、生活行為の抽出を考えるまでに必要なコミュニケーションスキルを考える。

【ケース概要】 冬美さん 83歳女性 旦那と二人暮らし

- ・診断名：アルツハイマー型認知症（FAST4～5）
- ・要介護認定：要介護1
- ・身体機能面：腰痛（時勢範囲内だが、立ち上がり時に膝に手をついて立ち上がる様子あり）屋外歩行時も独歩
- ・認知機能面：近時記憶障害、日時の見当識障害

<導入時の語り> （冒頭のみ抜粋）

OT：初めまして、冬美さん。担当の〇〇と言います。本日からよろしくお願いします。

冬美：（担当者と目線が合って）はい、よろしくね。

OT：今日から定期的にお伺いさせていただきたいと思っています。

冬美：どうして来るの？誰に頼まれたの？

OT：65歳以上の方が元気で住み慣れたご自宅で暮らし続けていただきたいということで、健康チェックを兼ねて皆さんのご自宅を1軒1軒伺っています。

冬美：そうなの？

OT：年を重ねていくと、体が動きにくくなったり足腰が弱ってしまったりしますよね。ふとした時に転んでけがをしてしまうので、そういった怪我をしない体づくりは大切なんですよ。

冬美：そうなのね。転びそうになることはあるわね。

OT：ですので、お体の状態を伺って、自宅でできる体づくりなどを一緒にできればと思っています。

冬美：そうなの？ わかったわ。

OT：今日初めてお会いしたので、冬美さんのことや日々の暮らしについて、いろいろと伺ってもよいでしょうか？

冬美：はい、どうぞ。

<演習>

実践プロトコル様式に沿ってグループワークを通じて他者の考え聞き、アセスメントの視点・残存機能、介入方針の考え方の幅を広げる。

手順①ICFの考え方を踏まえ、選択した生活行為がうまくいかない理由を検討する。

手順②選択した生活行為をできるようになるために、何が必要か（残存機能、能力を活かす）。

手順③アセスメントの要約を考える

手順④介入方針①（環境調整について）を考える。

手順⑤介入方針②（いつどこで、誰が、いつ・いつまでに行うかの介入計画）を考える。

アセスメント

焦点化する生活行為は本人・家族の希望やニーズを踏まえる（在宅生活の継続を見越した）進行に応じた

障害されている項目と強みの項目を記載

アセスメントは原疾患を意図して客観的にICFコーディングを入力

焦点化した生活行為の各項目における阻害因子（弱み）と残存機能（強み）を把握し、（可能性を踏まえ）能力を見立てて支援方略の検討につなげる

生活行為の課題		心身機能	活動と参加	環境因子
アセスメント 結果	障害 されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画		① 環境調整 (物理的環境)	② 生活行為に対する回復練習	③ 関わり方等の指導 (家族・支援者・専門家)
介入方針 (本人・家族・ケア提供者・専門家等が話し合い、合意した内容)				
実施者	本人			
	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

図 2-4 認知症のリハビリテーションの実際と実践プロトコルの紹介より抜粋

支援計画

アセスメント要約を踏まえた介入であるつながりを意識

①②③の手段で誰が、どの様に、どの程度行うか介入戦略の思考過程

①～③がどれくらいの頻度で、1回何分で行うか時間・回数・頻度も記入

実施者は、本人・家族・ケア提供者・その他(民生委員、隣人、友人など)

重度の方でも本人が主体的にかかわれる様な視点で記載する。

各人が何をどのようにすべきか具体的な方略を記載する場合によっては空欄がある

生活行為の課題		心身機能	活動と参加	環境因子
アセスメント 結果	障害 されている			
	強み			
アセスメント要約				
支援計画		① 環境調整 (物理的環境)	② 生活行為に対する回復練習	③ 関わり方等の指導 (家族・支援者・専門家)
介入方針 (本人・家族・ケア提供者・専門家等が話し合い、合意した内容)				
実施者	本人			
	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

図 2-5 認知症のリハビリテーションの実際と実践プロトコルの紹介より抜粋

5. 認知症のリハビリテーション普及啓発事業（介護支援専門員への研修事業）

（１）目的

第１回推進検討委員会の中で、介護支援専門員が訪問リハビリテーションへの依頼と訪問介護へ依頼を整理できるような説明があれば利用者へサービスの位置づけが説明しやすくなるため、介護支援専門員への研修が必要ではないか、という意見があった。

実践プロトコルにおいても介入に際し「誰が」「どこで」「どのくらいの頻度で」等を具体的に示す必要があり、対象者のケアマネジメントの中心を担っている介護支援専門員の十分な理解は欠かせない。

そのため、介護支援専門員へ認知症のリハビリテーションの効果等を周知し、訪問リハビリテーションを効果的に用いた介護サービス計画が推進されることを目的とし実施する。

（２）概要

日 時：2024 年 1 月 30 日（火）13:00-15:40

開 催 方 法：Web（見逃し配信あり）

参 加 対 象 者：介護支援専門員

参加申込者数： 743 名（定員 480 名としていたが定員を超えて視聴希望あったためオンデマンド配信
視聴希望募集し 263 名の申込があった）

参 加 費： 無料

プ ロ グ ラ ム： 表 1 のとおり

表 1 研修プログラム

時間	プログラム・内容	講師
13:00-13:05	開会あいさつ	日本介護支援専門員協会 柴口里則 会長
13:05-13:15	認知症のリハビリテーション・介護支援 専門員への期待	認知症の人と家族の会 鎌田松代 代表理事
13:15-14:20	認知症の疾患特性について（録画） ＊1/21 リハ職対象の研修会録画を使用	石川県立こころの病院 院長 北村立 東京大学 医学部附属病院 早期・探索開発推進室 特任講師 新美芳樹
14:20-14:30	休憩	
14:30-14:50	認知症のリハビリテーションについて	日本作業療法士協会 村井千賀 常務理事
14:50-15:35	事例紹介	日本作業療法士協会 村井千賀 常務理事
15:35-15:40	事務連絡／閉会あいさつ	日本介護支援専門員協会 中林弘明 常任理事

(3) 参加者アンケート

回答期間：2024 年 1 月 30 日（火）～ 2 月 14 日（水）1

回答者数：179 名

①回答者について

①-1.基本属性

a.保有資格

	(人)	(%)
介護支援専門員	44	24.6
主任介護支援専門員	133	74.3
未回答	2	1.1
合計	179	100.0

b.介護支援専門員としての経験年数

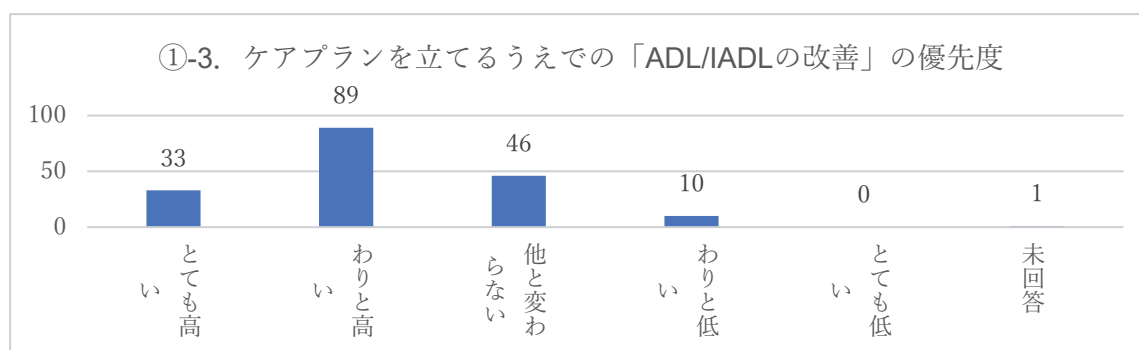
	(人)	(%)
5 年未満	17	9.5
5 年～10 年未満	41	22.9
10 年以上	119	66.5
未回答	2	1.1
合計	179	100.0

①-2. これまで認知症の方にリハビリテーションサービス（通所リハ、訪問リハ）を導入したことがあるか

	(人)	(%)
ある	132	73.7
ない	46	25.7
未回答	1	0.6
合計	179	100.0

①-3. 認知症の方について、ケアプランを立てるうえでの「ADL/IADL の改善」の優先度

	(人)	(%)
とても高い	33	18.4
わりと高い	89	49.7
他と変わらない	46	25.7
わりと低い	10	5.6
とても低い	0	0.0
未回答	1	0.6
合計	179	100.0

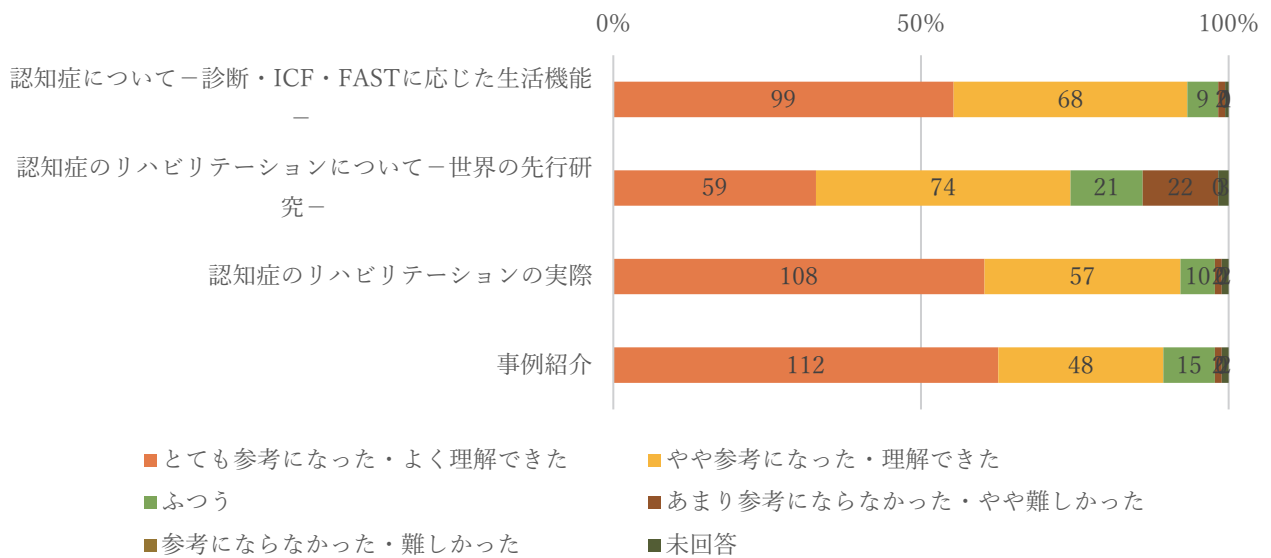


②研修内容について

②-1. 各講義について

	理解できた	やや参考になった・理解できた	ふつう	あまり参考にならなかった・やや難しかった	参考にならなかった・難しかった	未回答
認知症について－診断・ICF・FASTに 応じた生活機能－	99 (55.3%)	68 (38.0%)	9 (5.0%)	2 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)
認知症のリハビリテーションにつ いて－世界の先行研究－	59 (33.0%)	74 (41.3%)	21 (11.7%)	22 (12.3%)	0 (0.0%)	3 (0.6%)
認知症のリハビリテーションの実 際	108 (60.3%)	57 (31.8%)	10 (5.6%)	2 (1.1%)	0 (0.0%)	2 (1.1%)
事例紹介	112 (62.6%)	48 (26.8%)	15 (8.4%)	2 (1.1%)	0 (0.0%)	2 (1.1%)

②-1. 各講義について

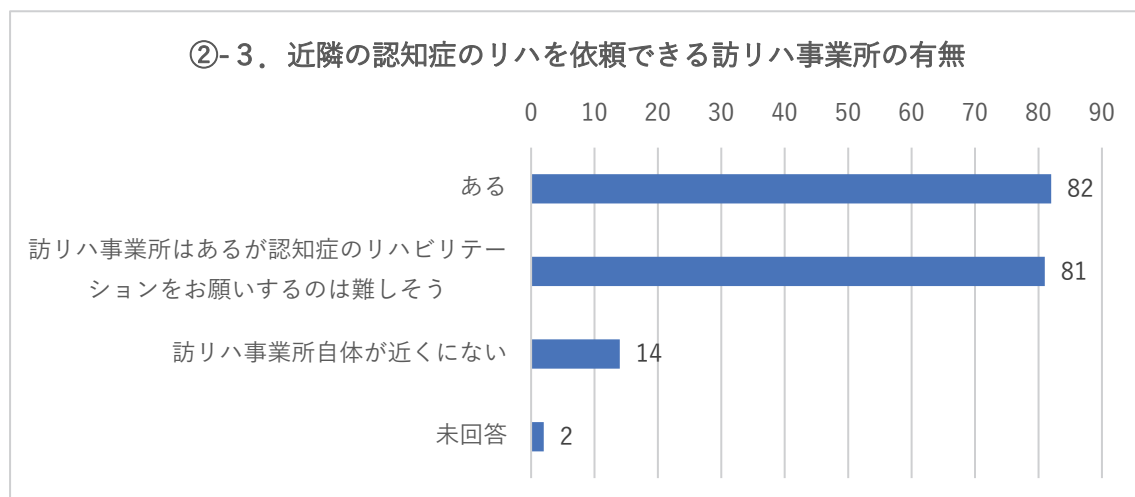


②-2. 今回の研修会を経て、認知症の方へリハビリテーションを導入してみようと思ったか

	(人)	(%)
思った	167	93.3
思わなかった	7	3.9
未回答	5	2.8
合計	179	100.0

②-3. 近隣に認知症のリハビリテーションを依頼できそうな訪問リハビリテーション事業所はあるか。

	(人)	(%)
ある	82	45.8
訪リハ事業所はあるが認知症のリハをお願いするのは難しそう	81	45.3
訪リハ事業所自体が近くにない	14	7.8
未回答	2	1.1
合計	179	100.0



②-4. 「訪問による認知症のリハビリテーション」を実施する（ケアプランに入れる）場合、どのようなことが課題となりそうか。（自由記載）

（主な意見）

a. 本人・家族の理解の課題

- ・ADLが維持されていると「私は元気だから、大丈夫！」と本人から支援を拒否されるケースがとても多い。
- ・本人がなぜその支援が必要なのかを理解できず、提案が難しい。
- ・本人が取り組むことで家族の見守りや手を貸す場面が増え負担感になることがあり、介護者が必ずしもリハビリを希望するとは限らない。家族の理解が必要である。

b. 訪問リハ、リハ職の理解と技術提供の課題

- ・リハビリ職の方で、認知症に対する支援の仕方をしっかり理解してくださっている方が少ない。
- ・リハビリ専門職が認知症の利用者の状態や生活環境を理解し、技術を提供出来るのか。
- ・認知症があるとリハビリ専門職の方にリハビリを断られることが多くあった。
- ・訪問リハビリで認知症のリハビリテーションを行える事業所の情報が少ない。
- ・訪問リハのリハビリ専門職から、認知症のリハビリテーションの必要性を説明してほしいが、そのようなことをお願いできるのか。

c. ケアマネジメントの課題

- ・認知症の利用者の希望をしっかり聞き出し、目標とすることが難しい。
- ・利用者や家族の意向、目的や目標等、事業所と明確な共通認識を持てるか不安がある。
- ・家族も含めたチームで行うことが必要ですが、それを理解し取り組めるようになるまで、家族やサービス事業所の理解やスキルが低い場合、ケアマネの介入・支援がかなり必要なのでそこまでの支援時間を確保することが難しい。
- ・絵に描いた餅にならぬよう、サービス担当者会議で各々の役割を明確にし、導入後も連携に努め情報共有すること（が課題）。

d.制度・体制の課題

- ・訪問リハ事業所が少なく、選択肢がないため難しい。
- ・作業療法士の方は少ない。
- ・訪看ステーションのリハの方が、加算が少ない分、費用的にも導入しやすく、限られた頻度の中で十分なリハビリの提供と情報交換がしやすい。
- ・訪リハでは、そのための医師が登場するものの貢献度は印象に薄く、連携の手間暇が物々しいわりに、費用対効果は突出している印象が持てない。

②-5. 認知症の方に介護支援専門員として携わるうえで、どのような知識があるとよいか。(自由記載)
(おもな意見)

- ・認知症の疾患特性や、疾患、状態に応じた関わり方や対応方法
- ・リハビリテーションの活用も含め、本人の能力を活かす支援
- ・信頼関係を築くための方法、人としての尊厳をまもる関わり方
- ・薬に関する知識
- ・社会資源や連携
- ・今回のような具体的な事例を通しての学びがあるとよい

【参考】各テーマのポイントおよび資料抜粋

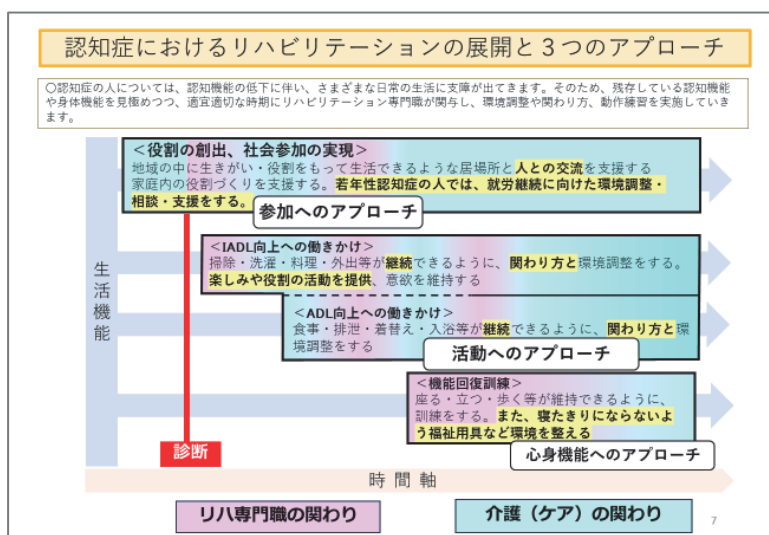
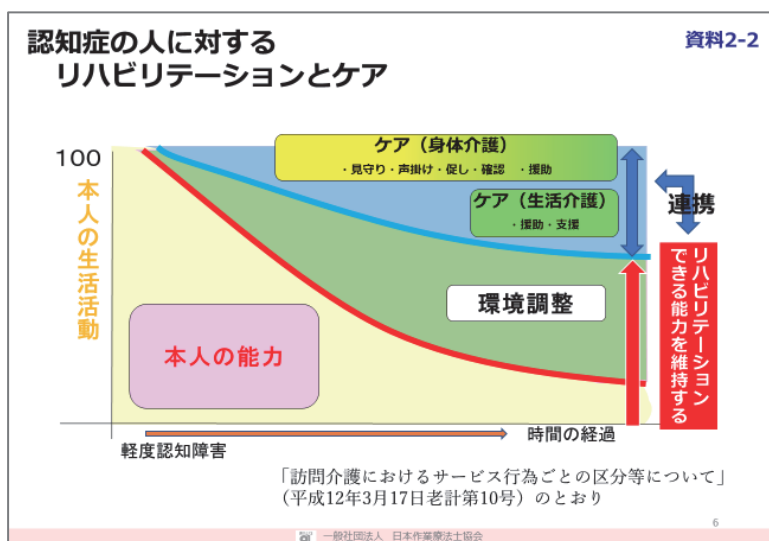
講義要旨

<認知症の疾患特性について>

・疾患と進行度・重症度により状態像が異なってくる、それを踏まえた対応が必要なこと等、基礎的な知識を紹介する。(リハ職向け研修会と同様の内容)

<認知症のリハビリテーションについて>

- ・認知症施策推進大綱に示される「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、それを最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにする」ことが認知症のリハビリテーションであること、および R4 年度、R5 年度老健事業の概要を紹介する。
- ・認知症の人に対するリハビリテーションとケアの位置づけ、関係性について紹介する。



<事例紹介>

- ・ケアマネジメントのなかに認知症のリハビリテーションがどのように位置づけられるのか、具体的にイメージできるように伝える。
- ・医師の指示に基づき、リハ職が環境整備や声かけ等を介護職へ伝える→介護職がサービス提供していくという一連の流れが事例を通してイメージできるように伝える。

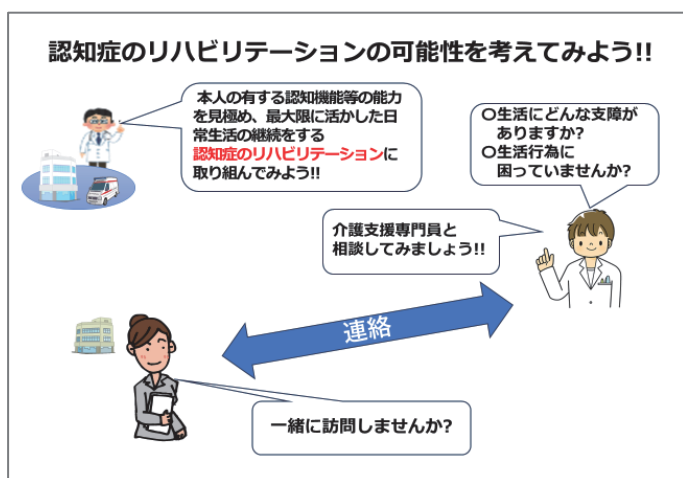
事例概要その①	
基本情報	60歳代、女性、タクシー運転手の夫と二人暮らし
診断名、FAST	アルツハイマー型認知症、FAST4
現病歴	コロナ禍となり、自宅に籠るようになった。 X-3年6月に長男の結婚が決まり、実家を出た後、意欲低下が顕著となっていた。 X-2年6月に長男が結婚式を挙げたが、その時、本人は結婚の準備の手伝いはできず、自身の衣装レンタルも出来ず、美容院の予約時間もわからなかった。結果として、長女が代わりに行った。 そのころより、病院へ行くことを忘れていたり、医師から何も言われていないが、入院すると思いつくこともあった。服薬管理も不十分となった。そのため、長女が認知症の受診を勧めるが、夫は日常生活では問題ないと言い、受診に結びつくことはなかった。 X-1年になるとこれまで得意としていた年賀状作成がパソコンでできない、年賀状を何通も同じ所に送るなどを認めるようになった。 X年2月になると不要な物や同じものをいくつも買う、生活費をもらって無くしてもらっていないと言う。コーラス教室に通っているが、出来ていた演奏会の準備ができない、演奏会で曲がとまるなど趣味にも支障をきたすようになった。 X年6月、コーラス教室の仲間から、受診を進められ、当院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断される。

主治医の意見書	物忘れによる日常生活の支障が大きい。意欲低下も見られ、閉じこもっており、デイサービスなどの通所利用などが必要である。		
---------	--	--	--


これを受けて

ケアプラン作成

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	支援目標	サービス内容	サービス種別
・これ以上認知機能の低下がしないようにしてほしい。	・認知機能の低下を予防する。	・認知機能の低下予防には、有酸素運動ができる機会を提供していく。	通所介護（週1回）
・意欲低下により、閉じこもりがちにならないようにしてほしい。	・人との交流の場を提供する。	・人と交流できる場を提供していく	通所介護（週1回）
・夫が調理ができないため、食事の支援が欲しい。	・食事を確保する。	・夫は仕事をしており、料理の経験がないため、弁当などで食事を確保していく。	宅配弁当（1食のみ毎日）



焦点化した生活行為	・料理だけでもしてほしい ・本人が衣類等を選択できるよう整理整頓をしてほしい
------------------	--

作業療法士の能力の見立て

・調理については、高次認知機能や記憶の低下から一人ですべての段取りをすることが難しい。ただ単一課題の遂行をする能力があることから、誰かの指示の下、材料を切ったり、炒めたりをする能力があるものと考ええる。

そこで、段取りを助言したり、作業を促したりする支援があることで、本人の残存能力を生かした料理に参加できるものと考ええる。

・通所でも一緒におかずづくりを支援してくれるようなところがあれば、料理の手続き記憶の想起をさらに促すことができ、家での調理もスムーズになるのではないかな。

・整理整頓は本人の能力的に難しいことから、家族が理解し、一旦本人と整理した上で、整頓結果をラベリングし、その上で本人が継続できるようにする。

【作業療法士による能力のアセスメント】

	心身機能	活動の参加	環境因子
強み	※B1 22 元よりあまりよくするタイプではない、協調的	※A10 指示があれば単一課題は遂行できる。 ※A10-560 ADLはどうか出来ている。 ※A720-750 他者とのかわりには嫌ではない。	※A310 物が手で15分のところに住んでいる。
弱み	※B1 14 見当惑 ※B1 44 整理整頓は近所に行くようにだが、同じものをいくつも買ってくる。 ※B1 40 デジタルスライドの注意機能の低下 ※B1 64 季節に合った服の選択が難しくなっている。調理の段取りの記憶がない。 ※B1 67 季節の洋服を着るための入浴、出浴が困難になっている。 ※B1 73 エアコンやストーブのスイッチなど操作が分からない。	※A530 調理が一人でできない。しかし、夫も病後、調理は一人で行うことは難しい。 ※A570 通所サービスを利用したくない。 ※A510 これまで夫は家事をしたことがない。また、妻は1日中から一時の間に家事を行っている。	※A570 介護認定が書かれている。

居宅サービス計画（例）

生活全般の解決すべき課題（二ス）	支援目標	サービス内容	サービス種別
・見守り支援を受けながら、料理を継続したい。	料理に参加できるようになる。	・作業療法士に調理能力の評価と調理指導の方法、環境調整をお願いする。 ・食材配達サービスを利用し、作業療法士と同行訪問し、料理の能力を理解した上で見守り介護により、夫の仕事の日以外、料理に取り組む ・料理に取り組む機会を増やす	・訪問リハ（週一回/一か月） ・訪問介護による身体介護（週3回） ・小規模多機能サービス（週2回）
・見守り支援を受けながら、入浴により、清潔を保持してほしい。	本人のペースで入浴ができるようになる。	・洗濯や洗体の状態を評価してもらいながら、声掛けなどで自分でできるよう支援してもらう。 ・夫と温泉には継続していく。	・小規模多機能サービス（週三回） ・夫と温泉（週2回）
・長女と一緒に整理整頓をしたい。もしくはしてほしい。	長女とともに整理整頓を行い、その後はできるだけ自分で取り組めるようになる。	・娘と一緒に洋服や本人の持ち物の整理整頓を行い、作業療法士に本人が理解できるラベリングの仕方を指導してもらう。その上で洋服の選択や必要なものの選択が容易にできるようにする。	・娘と整理整頓 ・訪問リハ（週一回/月一か月）
・コーラス教室をはじめ、人との交流など楽しみたい。	コーラス教室への参加が継続される。	・夫にコーラス教室へ行くことの支援をしてもらう。	・夫（月二回の送迎） ・コーラス教室の仲間たち
・日中一人の時、冷暖房など体調が悪くならないよう安全に過ごしたい。もしくは過ごしてほしい。	室内の温度をエアコンにより管理できるようにする。	・エアコンを一日つけたままとするよう、家族に助言する。	

IV. まとめ

1. 事業概要

令和元年 6 月 18 日、認知症施策推進関係閣僚会議においてとりまとめられた認知症施策推進大綱では、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすることが重要」とされている。

本研究事業は、実践プロトコルの効果を検証し、効果的な認知症の人への訪問による認知症のリハビリテーションの治療戦略及び有効性を示した上で、リハビリテーション実施者に必要な知識等の研修を行い、関係職種への認知症のリハビリテーションについて普及啓発事業を実施する。

これらの取り組みを通して、より有効性の高い認知症のリハビリテーションの手法について明らかにするとともに、認知症施策推進大綱にある「認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」に寄与することを目的にした。

具体的な事業内容は、(1) 実践プロトコルの効果検証事業、(2) リハビリテーション専門職への研修事業、(3) 認知症のリハビリテーション普及啓発事業である。

(1) では、先行研究である令和 4 年度老人保健健康増進等事業「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究」成果を踏まえ、訪問による認知症のリハビリテーションの効果検証を行い、介護報酬改定の検討に資する基礎資料を作成した。

その上で(2) リハビリテーション専門職への研修事業として、リハビリテーション専門職に対し認知症のリハビリテーションに必要な知識等の学習及び実践プロトコルの作成に関する研修を実施し、(3) 認知症のリハビリテーション普及啓発事業の一環として、介護支援専門員に研修会を行い、認知症のリハビリテーションの効果などを周知した。

2. 事業結果

(1) 実践プロトコルの効果検証事業

令和 4 年度「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究」にて策定した実践プロトコルとは、アセスメントから具体的介入方針に至るまでの治療戦略であり、認知症の人が望む生活行為に着目し、診断と ICF の生活機能モデルに基づいてその生活行為が障害されている背景や本人の強みを構造的に捉え、誰が何をするのか等の介入方針を検討するものである。

令和 5 年度の事業ではその実践プロトコルを用いて、多数例を対象にコントロールを対照として前向きコホート研究にてその有用性を検証した。令和 5 年度の間接報告（短報）として 56 事例のデータが収

集できた。

実践プロトコルを使用した群を介入群、通常の作業療法介入を行った群を対照群とし、介入群 28 名、対照群 22 名の介入 1 か月後時点での評価結果を解析した。

介入群の認知症に伴う行動・心理症状の評価 Dementia Behavior Disturbance Scale の有意な改善を認めた。また、2 群間の効果量の比較では介入群の IADL の評価 Frenchay Activities Index、介護負担感の評価 Zarit Caregiver Burden Interview において有意な改善を認めた。

今後、3 か月後、1 年後の評価を通して実践プロトコルの効果について検証していく予定であり、引き続き介入群 50 例、対照群 50 例の取得を目指す。

(2) リハビリテーション専門職種への研修事業

本研修会は、訪問リハビリテーション事業所に所属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を対象として、実践プロトコルに基づいたリハビリテーションを実施するために行った。

研修参加者は、作業療法士 49 名、理学療法士 25 名、言語聴覚士 1 名であった。また訪問リハビリテーション事業所の所属は病院、次に介護老人保健施設が多かった。

作業療法士は、研修前のアンケート調査にて認知症の基礎知識に関する内容について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が概ね 50～80% 台であった。

これまで認知症の方に行ったことがあるプログラムとしては、生活行為へのアプローチ（調理、園芸、関わり方の指導など）が少なく、理解度に関しても実践プロトコルに関連する「生活行為の評価」、「認知症の重症度に応じた生活行為の支援」、「環境調整による生活行為の支援」、「反復練習による生活行為の支援」について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合は 30～40% 台であった。

研修後の調査では、「生活行為の評価」、「認知機能の低下と生活行為の関連性」、「ICF に基づく焦点化した生活行為のアセスメント」、「生活行為のアセスメントに対する支援計画の作成」に関して、“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が研修前の 30% 台から 60～70% 台まで向上した。認知症の方の生活行為へ焦点を当てた支援への理解を深めることに加え、今後はより実践に結びつけられるような研修内容が求められる可能性がある。

研修前のアンケート調査では、理学療法士は認知症の基礎知識に関する内容について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が概ね 40～50% 台であった。研修受講後は各項目において“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合が増加した一方、「FAST によるアセスメント」、「認知機能の評価」、「認知症の重症度に応じた生活行為への支援」について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した者は 30～40% 台であり、今後研修内容のブラッシュアップが必要と考えられる。

上記のように、認知症のリハビリテーションの推進のためには、各リハビリテーション専門職の機能に応じた研修の提供が求められる。

(3)介護支援専門員への研修事業

第1回推進検討委員会の中で、介護支援専門員が訪問リハビリテーションへの依頼と訪問介護へ依頼を整理できるような説明があれば利用者へサービスの位置づけが説明しやすくなるため、介護支援専門員への研修が必要ではないか、という意見があった。

実践プロトコルにおいても介入に際し「誰が」「どこで」「どのくらいの頻度で」等を具体的に示す必要があり、対象者のケアマネジメントの中心を担っている介護支援専門員の十分な理解は欠かせない。

そのため、認知症のリハビリテーションについての普及啓発として、日本介護支援専門員協会と協働し、介護支援専門員へ認知症のリハビリテーションの効果等を周知し、介護サービス計画を推進することを目的とする研修をweb配信した。視聴申込者は743名であった。

事後のアンケート調査より、今後認知症の人にリハビリテーションを導入してみたいとの回答が9割を超えていたが、一方で対応できる訪問リハビリテーション事業所がないという現状がみられ、認知症の方に対するリハビリテーションを導入するにあたっての課題などが顕在化された。

認知症の人に対するケアマネジメントの第一歩として、介護支援専門員への研修を継続し、認知症のリハビリテーションの効果の理解を推進することや、多職種で支援をすることが大切であると考える。

(4)推進検討委員からの主な意見

第1回から第3回推進検討委員会にて、以下の意見を頂戴した。

○認知症のリハビリテーションに関すること

- ・研修では、実践プロトコルを使用した事例を提出するなど、実践できる人材を増やすための効果検証が必要ではないか。
- ・認知症の方の普段の生活行為の課題を見つけるには、多職種との連携を学びニーズを聞き取るための練習も必要である。
- ・現場では、中核症状の対応に留まり、認知症のリハビリテーションの導入が難しいとの声も聞く、介護支援専門員と一緒に連携して取り組むことが必要だと感じている。
- ・リハビリテーション専門職が認知症をどう捉えているかということと、指示を出す医師の理解も伴わないといけない、医師への研修も必要ではないか。

○ケアマネジメントに関すること

- ・介護支援専門員には、訪問リハビリテーションに依頼することとヘルパーに依頼することが整理できるようになれば、利用者への認知症のリハビリテーションの位置づけが説明しやすい。介護支援専門員への啓発啓蒙や研修事業を引き続き行っていただきたい。

○当事者・家族からの期待と課題に関すること

- ・ 家族としても本人ができることが増え介護負担が減るということは何より嬉しいが、認知症のリハビリテーションをやってくれるところがどのくらいあるのかが不安なところである。
- ・ 認知症の当事者が、自分たちがどんな工夫をして日常生活の困りごとを克服しているかなどを発信している、そういうことをもっと広めていくとシニア世代にも役立つと思う。
- ・ 認知症の人もできることがたくさんあり、そこにアプローチすれば家族も含めて自立した生活が送れる。リハビリテーションに専門職も医師も「新しい認知症観」をもって本人が工夫していることにも目を向けていただけたらいいと思う。

3. 今後について

本研究事業を通していただいた推進検討委員及び介護支援専門員の方々の意見を真摯に受け止め、認知症バリアフリー社会実現のために、今後一般住民をはじめ、関係者へ認知症のリハビリテーションを普及することが必要である。

認知症のリハビリテーションを認知症の人や家族も知ることに留まらず利用できる環境を整えていくことが大切であるが、介護支援専門員への調査結果からは対応できる訪問リハビリテーション事業所が少ないという現状がある。

訪問リハビリテーション事業所へ認知症のリハビリテーションに対する取り組みを促すことに加え、介護支援専門員と訪問リハビリテーション事業所の間でリハビリテーションの導入へとうまくつながれるような仕組みも必要になる。

上記については、医師や介護支援専門員等の様々な専門職の理解が必要なことから、今後はモデル地区での効果的な実装に向けた取り組みを行い、実際に認知症のリハビリテーションサービスを受ける上での課題を明らかにしていきたい。

訪問リハビリテーションに従事するリハビリテーション専門職については、前述の課題を踏まえ、継続的な研修が求められる。その中で、医療機関や認知症疾患医療センターなどで働くリハビリテーション専門職に対しては、認知機能障害が軽度の段階から認知症のリハビリテーションに取り組むことや医療機関から介護領域への連携を推進していく。

介護保険領域で働くリハビリテーション専門職に対しては、様々な介護保険サービスの機会を通して訪問を実施し、実践プロトコルを使用した実際の生活場面での指導を推進していただけるよう、一層の普及啓発を推進する。また、介護支援専門員や医師の方々の理解を得るために必要な取り組みや認知症のリハビリテーションについての普及啓発を各団体と相談しつつ、継続していきたい。

4. 研究事業のまとめ

(1) 実践プロトコルの効果検証事業では、介入群において DBD13、FAI、J-ZBI_8 において有意な改善を認めた。今後は対象数を増やすとともに、長期効果の検証を行う。

(2) リハビリテーション専門職への研修事業では、職種間で認知症の基礎知識や認知症のリハビリテーションに関すること、実践プロトコルの内容について“わかる”“ほとんどわかる”と回答した割合に差が見られたため、今後は各リハビリテーション専門職の機能に応じた研修の提供が求められる。

(3) 認知症のリハビリテーション普及啓発事業として行った介護支援専門員への研修は、視聴申込者は 743 名であり、関心の高さが伺えた。事後のアンケート調査より、認知症の方に対するリハビリテーションを導入するにあたっての課題などが顕在化された。今後も介護支援専門員への研修を継続し、認知症のリハビリテーションに対する普及啓発を図る。

V. 参考資料

推進検討委員会での意見

①第1回推進検討委員会の主な意見

【実践プロトコル】

○生活機能のアセスメント

- ・高次機能評価、ADL・IADL 評価から、どのように残存能力を明確にするのかを明らかにする必要があるのではないか。

○訪問介護とリハビリテーションとの明確化

- ・ヘルパーが行う行為とリハ職が行う行為を分けて考えられるか。具体的な支援内容を介護支援専門員がサービスに位置づけられるよう、ヘルパーと混同しないように整理できるものがあるとよい。

○報酬改定に向けて

- ・認知症短期集中リハは脳血管性認知症を除外していないが今回は対象から除外して問題ないか。
- ・通所リハビリテーションの認知症短期集中リハを参考に、制度上の位置づけを今後相談したい。

○事務局の対応

- ・生活機能のアセスメント（残存機能）においては、MMSE-J、DBD13、ADL 評価（BI、HADLS）、IADL 評価（FAI 等）等の評価の結果を踏まえアセスメントの指標を示したい。
- ・医師と認知症の状態像評価に基づく介入とその効果を示し、リハビリテーションとヘルパーの連携の部分も考察する。また、生活行為別の評価の視点、支援例を提示することで、介護支援専門員への普及啓発とする。
- ・本件研究の成果は、アルツハイマー型認知症への短期的な介入による効果検証としている。分析を進める。

【効果検証事業】

○研究対象

- ・通所リハビリテーション利用者の除外は、バイアスがかかるリスクが高いのではないか。
- ・訪問リハと通所リハは一体的に提供することが効果的であると言われている。通所サービスの利用者を除外するのではなく、通所サービスで何をやっているのかを含めデータを集めて啓発や教育に生かしたほうがいいのではないか。

○事務局の対応

- ・除外基準としていた、通所リハビリテーション等介護保険の通所サービスを利用していない者を削除した。

【研修事業】

○研修シラバス

- ・今回のこの研修（案）の受講だけで、実践プロトコルができるセラピストを育成できるのか。
- ・研修で実際に実践プロトコルの事例を提出するなど、実践できる人材を増やすための研修の効果検証が必要ではないか。
- ・介護支援専門員としては、訪問リハに依頼することとヘルパーに依頼することが整理できるような説明があれば利用者へサービスの位置づけが説明しやすい。介護支援専門員への研修が必要ではないか。
- ・指示を出す医師への研修も必要ではないか。ADL/IADL の視点、認知症のリハの基本的考え方、アプローチなどを理解できるものが欲しい。

○事務局の対応

- ・研修シラバスに演習を加える。

- ・認知症のリハビリテーションに対応する研修のあり方の課題等を本事業にてまとめる。

②第2回推進検討委員会 主な意見

【研修資料】

○介護支援専門員への研修

- ・認知症のリハビリテーションについて概念図があると介護支援専門員もイメージがしやすくケアとリハビリテーションのすみ分けが整理されるのではないかな。
- ・介護支援専門員としてはサービス計画書に位置付けや、同じニーズに対しリハビリテーションか訪問介護のどちらに依頼するのかを、具体例を出して明確にして欲しい。
- ・ケアという概念の中に「見守りの援助」と記載があれば介護支援専門員としてはわかりやすいのではないかな。
- ・アルツハイマー型認知症を例としているが、疾患毎のアプローチの違いや環境調整の具体例を含めモデルを用いて補足してもらいたい。
- ・ケアマネジャーがリハビリテーションの効果を認識し、サービス計画書を作成する際、リハビリテーションの視点を持っていることが重要だ。
- ・ヘルパーとの「連携」も言葉だけでなく、実践と情報をOTに伝え、OTが関わり方を変化させるサイクルを示すとイメージしやすいのではないかな。

○事務局の対応

- ・能力が低下しても環境を調整しながらできることを増やすという概要図であり、疾患別のイメージはまだ入っていない。疾患の特性とアプローチ方法の説明を検討する。
- ・見守りや声かけ等の見守りの援助ができなくなれば生活の援助にシフトしていくというイメージを入れ込めるよう検討する。
- ・関わり方も状況が日々変わるため情報交換は最も重要である。当初は声かけのみの支援としていても時間の経過とともに状況が変わってきたときにできるところは最大限に本人にやらせようという関わりが非常に重要である。フィードバックの方法を含め概念図に入れられるか検討する。

○リハビリテーション専門職への研修

- ・訪問リハビリテーション事業所に認知症のオーダーが増えている。
- ・本人の不安が強く評価・介入の前に関係性を作るための時間を取られる。また、働き方改革で複数担当制にしているが複数人で訪問することがNGになることもある。
- ・セラピストが関係性をとれるまでのアセスメントや介入を始めるための時間をボランティアとするわけにいかない。コミュニケーションの手法や導入時の切り口のレクもあるといいのではないかな。
- ・コミュニケーションが気になる。認知症以外の訪問リハビリは自身が希望することが大半だが認知症のリハビリテーションは家族の希望やケアマネジャーの勧めによって始まるので導入の部分が大きく異なることの配慮が必要である。

○事務局の対応

- ・資料を作成した研究委員の間でも、導入については、議論をしていた。
- ・実際のインテークでは、認知症の方特有の困りごとからスタートすることを想定し、信頼関係を築くまでに多くの時間が必要だろうという意見交換をしていた。訪問リハビリテーションの導入時の面談等を想定した講義を検討する。

【その他】

- ・認知症のリハビリテーションでは最初は家族から話を聞いたり話だけで終わってしまっていてアセスメントまでいかなかったりと時間

がかかる。そのあたりも配慮した形で訪問がボランティアにならない制度設計になることを望む。

- ・若手職員は何かやらなくてはいけないとすぐに MMSE や HDS-R をやって追い返されるパターンになりがち。ラポールをとる時間というのも含めた制度設計になると現場としては助かる。

- ・家族としても本人ができることが増えたら介護負担が減るということはく何より嬉しい。できないことばかり目がいてしまう家族にとってはできることが増えるのはとても嬉しい。ぜひすすめてほしい。

- ・認知症のリハビリテーションの特性や重要性は理解している。認知症の方や家族の方にとっていい施策になるようにしたいと考えている。そのためにも検証事業でデータを示せるようお力添えいただきたい。

- ・認知症の方の普段の生活行為の課題を見つけるには多職種からの聞き取りも大事だと感じた。研修の中で他職種との関わり方も観点に入れて欲しい。

③第3回推進検討委員会の主な意見

【リハ研修事業】

○アンケート調査の結果

- ・OT が認知症の方に行ったことがあるプログラムは中核症状に関するものが多い。生活の改善を目指すことが認知症の方へのアプローチと言われている中で『料理、園芸』など生活への介入が多くないという結果について考察しているか。

- ・R4 年度老健事業のモデル事業として、イラストで ICF ステージングのような認知症の評価票があがっている。今後 LIFE に導入するか議論されるなど、認知症の評価については LIFE と関連して進んでいるところがある。認知症に関連した他の老健事業との整合性を検討いただきたい。

- ・今まで認知症の人に行ったことがあるプログラムについて、現状では生活行為へのアプローチが少ないということに問題意識を持っているということをどこかに明記したほうがいいのではないか。

- ・研修前後の理解度において『認知症の人のリハビリテーションについて』『認知症の人に対する評価、支援について』変化の割合が高い。普段職場で行う勉強会の中で認知症の方の生活行為にどう関わるか、リハビリがどうあるべきかなどをレクチャーし認知症のリハビリは計算問題を一緒に解くことではないということがわかると支援できるかもという姿勢が変わる。今まで生活行為に携わることがわかっていなかった、伝えられていなかったことがアンケート結果に反映されていると考える。

【普及啓発事業】

○介護支援専門員への研修

- ・認知症の方に対するリハビリテーションを導入するにあたっての理解度や課題などが顕在化した。

- ・認知症の方に対するリハビリの効果を理解することや多職種と一緒に支援することがこれからのケアマネジャーの第一歩という印象を持った。

- ・事例を用いてケアプランへの位置づけなどを具体的に説明していただいた資料のおかげで満足度が高かったというアンケート結果につながった。今後リハビリにつなげたいという回答が 9 割を超えたというのは大きな成果。引き続きこのような機会を継続していく必要性を感じた。

- ・調査結果をまとめ、老年精神医学雑誌に投稿を期待する。

- ・現場では、リハの目的が中核症状の改善、リハ側の導入が難しいとの声を聴く、介護支援専門員と一緒に連携して取り組みことが必要だと感じている。

○事務局の対応

- ・多くの介護支援専門員に参加いただき、関心も高めていただけた。

・ 今後は具体的な場面でケアマネジャーがどのように気づきどのような形でケアプランに位置付けていくか、利用者への説明への難しさ、かかりつけ医との連携、リハ職との連携、どのように具体的に導入できるかが課題。今後も具体的に普及啓発していきたい。

【事例の集積】

○実践プロトコルの様式

- ・ 公開するのであれば匿名化についてしっかり検討してほしい。
- ・ 生活歴に職歴などが細かく書かれていることで特定されてしまうのではないかとというのが懸念点。
- ・ R4 年度老健事業『認知症の評価尺度のあり方に関する調査研究事業』の中でイラストがたくさん使われた評価票が記載されているので参考にできるかもしれない。もし新たに必要なイラストがあればご相談いただきたい。
- ・ 作業療法計画について、強みをコードで記入しているがもう少し具体的に記入したほうがいいのではないかと。コードだけでは程度がわからない。どのくらい残存能力があるかは具体性があつたほうが良いと思う

○事務局の対応

- ・ 事例については、同意を得ているが、ご指摘の通り、個人が特定できる情報については再検討する。

【事業まとめ】

・ 研修会で家族の立場として話をさせていただいた中で、専門職が認知症をどうとらえているかということと医師の理解がないと指示書が出ずリハビリができないということが大きな課題だと考えている。

・ 家族は本人のできないところに目を奪われてしまっているができたことを教えてもらったりすると「そんなこともまだできるのね」「そんな思いやりを持っているのね」と気づくことがある。関わりの中で引き出して教えてくれると家族は嬉しいし介護の励みになる。そのような視点を持って専門職に関わってもらいたいと思うが、認知症のリハビリをやってくれるところがどのくらいあるのかが不安なところ。認知症の人へのリハビリが徐々に広がっていくように、研究事業の考察に発信として認知症の人が生きがいをもって長く自立した生活が送れるようにこの事業は有意義な事業であるので加速度をもって進めてほしいということを書きたいと思っている。

・ 最近、認知症の当事者が、自分たちがどんな工夫をして日常生活の困りごとを克服しているかなどを発信したり、富山か石川の先生が認知症の人の工夫という話をしたりしていた。そういうことをもっと広めていくとシニア世代にも役立つと思う。

・ リハビリテーション専門職も医師も「新しい認知症観」をもって、認知症の人でもできることはたくさんあるしそこにアプローチすれば家族も含めて自立した生活が送れるし本人が工夫していることにも目を向けていただけたらいいと思う。本人ができることが増えていくことは家族にとっても有意義で、介護も楽になり win-win になると思っている。まだまだ課題はあるが継続して連携していきたい。

・ ケアマネジャーが多数研修に参加してくれたことはすごいことだと思う。ただ、ケアマネジャーからつないでほしいという事業所側と、つなぐ事業所がないというケアマネジャー側とがうまくかみ合っていないのが現状。うまくつなげられるように将来的に考えていきたい。ケアマネジャーへの啓発を引き続き行っていきたいところではあるが医師への普及啓発も検討していただけたらと思う。

実践プロトコル

1) 対象

認知症と診断され、アルツハイマー型認知症の機能評価尺度(Functional assessment staging test : FAST)のステージ 3 以上の MMSE24 点～28 点の複雑な職業的あるいは社会的作業を阻害する程度の客観的な機能低下がみられる境界域以下の者で、かつ ADL・IADL などの生活課題の維持・改善に向けた支援の必要な者または家族への指導や環境調整などにより悪化予防の必要な者。

2) 内容

当該対象者に対して OT が実践した内容を実施報告様式に沿って記載する。詳細は以下に記す。

①リハビリテーションマネジメント加算の中で使用しているリハビリテーション実施計画書の様式 2-2-2、リハビリテーションサービスの項目の目標（解決すべき課題）の中から、焦点をあてる生活行為を選択し、実践プロトコル様式の「生活行為の課題」へ記載する。

②実践プロトコル様式のアセスメント（生活機能の評価）には、心身機能の項目にはリハビリテーションサービスの様式 2-2-1 の「心身機能・構造」から、活動への支障を弱みに特記事項の改善の見込みを強みに記載する。

活動・参加の項目には様式 2-2-1 の「活動(基本動作)・(ADL)」、様式 2-2-2 の「活動 (IADL)」から自立以外で課題と思われるものを弱みに、特記事項（改善の見込み）を強みに記載する。「社会参加の状況（過去実施していたものと現状について記載する）」については、本人が実施しているものや過去実施していたものを強みに記載する。

また、環境因子の項目では上記同様に様式 2-2-2、「環境因子」の記載から、課題にしたものを弱みに導入することによっての将来の見込みを強みに記載する。

実践報告様式のアセスメントの要約については、様式 2-2-2、「活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析」の中で「生活行為の課題」に関連し記載している内容があれば、記載する。

③介入方針について、その介入頻度、時間、同行者の有無、ケア会議の実施の有無等も記載する。過去の事例から記載するにあたり、前述の様式 2-2-2 のリハビリテーションサービスの項目の目標（解決すべき課題）の欄より、介入頻度、時間を記載する。

④介入方法：解決に必要な訪問頻度を予測し、解決に向けた具体的支援計画書の作成

作業療法士が立案する介入方針に基づき、誰が（本人、家族、ケア提供者、その他）が何をするのか、環境調整、反復練習、関わり方の指導の 3 つの視点でアプローチ方法を計画する。

⑤概ね 3 か月の期間、必要な頻度の訪問回数を記載する。

⑥訪問前後で MMSE-J、FAI、DBD13、Zarit（要検討）の評価を実施する。

3) 実践プロトコル様式

生活行為の課題				
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	弱み			
	強み			
アセスメント要約				
支援 計画		①環境調整 (物理的環境)	②生活行為に対する反復練習	③関わり方等の指導 (家族・支援専門職等)
介入方針 (介入頻度、時間、同行者の有 無、ケア会議の実施の有無等 も記載)				
本 人				
実 施 者	家族			
	ケア提供者			
	その他			
結果				

実践プロトコル様式（研究事業における作業療法計画）

1 症例数

症例数は、2月28日現在で介入群29例、対照群27例、合計56例であった。

表1 症例数（令和6年2月28日現在）

	総 数	うち1か月後評価終了	うち3か月後評価終了
総合計	56	50	20
介入群	29	28	12
対照群	27	22	8

※協力施設数：13 医療機関

2 介入群の状況

生活行為の課題として取り上げたものは、日課の遂行・予定管理が最も多く5件、次いで調理、服薬管理の4件、家庭内役割3件でほとんどがIADLの課題であった。介入群の基本的情報と生活行為の課題の一覧を表2、表3に示す。

表2 介入群の生活行為の課題（複数回答あり）

生活行為の課題	件数
日課の遂行・予定管理	5
調理	4
服薬管理	4
家庭内の役割	3
家事等	2
趣味活動	2
通いの場などの参加	2
デイサービスでのプログラム等	2
トイレ	1

表3 初回評価時の基本情報と生活行為の課題

No.	年代、性別	認定	世帯構造	FAST	MMSE	J-ZBI_8	BI	FAI	DBD13	生活行為の課題
1	80代女性	要介護1	独居	4	23	12	100	27	12	日課、服薬管理
2	70代女性	未申請	夫婦のみ	4	19	3	100	27	12	調理
3	80代女性	要支援1	長女、孫	4	23	20	100	21	15	DSへの参加、服薬管理
4	70代男性	要介護1	妻、孫	4	22	3	90	0	5	日記、洗濯物をたたむ、 コーヒーを入れる
5	70代男性	申請中	夫婦のみ	4	18	5	90	5	15	排尿
6	70代女性	要支援1	夫、孫	3	23	2	100	25	7	調理
7	70代女性	未申請	夫婦のみ	4	22	6	100	21	14	調理
8	80代女性	未申請	姪	4	18	3	100	23	20	趣味等
9	70代男性	要介護1	夫婦のみ	5	24	5	100	9	15	通いの場活動
10	60代女性	未申請	夫、子	3	22	1	100	35	6	通いの場等
11	70代女性	未申請	夫婦のみ	4	17	3	100	16	21	家事等
12	60代男性	未申請	妻、母	3	21	-	100	27	-	家庭内役割
13	80代女性	要介護2	夫婦のみ	6b	10	5	90	7	17	家庭内役割
14	80代女性	要介護2	娘夫婦	4	20	4	90	19	13	家庭内役割
15	80代女性	要介護1	子ども	5	14	19	85	5	38	予定管理
16	60代女性	要支援1	夫婦のみ	5	20	15	95	24	17	調理
17	80代女性	要介護1	夫婦のみ	4	22	21	100	8	18	予定管理
18	70代女性	要介護1	息子、娘	4	27	7	100	33	7	予定管理
19	60代女性	要介護2	夫、子	6d	5	17	70	5	30	DSでの役割
20	70代女性	要介護2	夫婦のみ	6d	4	24	65	9	15	DS等日課の遂行
21	70代男性	未申請	夫婦のみ	4	22	5	100	10	3	服薬、趣味
22	70代男性	未申請	夫婦のみ	4	24	4	100	29	5	服薬
23	80代男性	要介護1	夫婦のみ	5	20	16	100	13	19	日課の遂行
24	70代女性	未申請	夫、娘夫婦	3	30	4	100	35	5	服薬管理
25	50代女性	未申請	夫、息子、 娘家族	4	20	9	100	21	13	調理
26	50代男性	未申請	母、妻、息 子	4	22	3	100	33	3	日課の遂行、服薬管理
27	80代女性	要介護2	娘、孫	6d	23	25	95	10	30	DSでの役割
28	60代男性	未申請	夫婦のみ	3	27	4	100	36	9	予定管理
29	60代男性	要介護1	両親、姉	4	16	4	100	21	10	服薬管理

認知症作業療法計画

No.1-1

基本情報		80 歳代前半、女性、一人暮らし（夜間は息子が在宅している）		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、関節リウマチ FAST 4		
現病歴		X- 2 年本人が受診を希望した結果、軽度認知機能障害とされ、1 年後再診となった。X- 1 年にアルツハイマー型認知症と診断になり、内服薬が処方され、3 か月ごとの定期通院となった。最近、日付が覚えられなく、日課であった体操グループへ参加しなくなり、自宅で過ごすようになった。お嫁さんが本人の行動や言動に対応に困っていた。		
主訴		本人：とにかく忘れっぽい。認知症なんじゃないか ご家族：徘徊や火事になったら困る。自分でやったことなのに、自分じゃないと言い怒る。年齢だからなのか、うつなのか。		
生活歴		結婚して夫の会社を手伝うようになり、60 歳頃まで務めていた。現在は、地域で行われている 100 歳体操や認知症カフェに参加していたが、日付がわからなくなり、参加ができない日が増えてきた。		
生活行為の希望（課題）		100 歳体操や認知症カフェなどの社会参加が再開できる。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b114 見当識機能 b144 記憶障害 b140 注意機能 b164 高次認知機能 b130 活力と欲動の機能	d220 複数課題の遂行 d230 日課の遂行 d598 社会参加	e399 支援と関係
	強み	b167 言葉に関する精神機能 b210 視覚機能 b230 聴覚機能	d166 読むこと d450 歩行 d455 移動 d570 健康に注意する	e310 家族 e355 保健の専門職
支援課題（アセスメント要約）		大切にしていた体操グループや認知症カフェなどの社会参加が、次第に日付や予定がわからないことで、参加が途絶え自宅に引きこもるようになった。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		1 日の予定表を見て、日付を確認する	必ず手渡されて薬を、自分で水を準備して飲む	
実施者	家族			体操や認知症カフェがある日は本人へ参加への声かけをしてもらう。
	ケア提供者	1 日の予定表とデジタル時計を用意や大きなチラシを目に見える場所に貼る。	認知症カフェへの参加を促しに、電話やお迎えに行く。	
その他（ケア会議等の介入の方針）		社会参加を再開できるよう、OT だけでなく包括や民生委員などにも情報共有し、参加を促すことを依頼		
支援結果		様々な支援者とご家族が参加を促す声かけをしたことで、社会参加が再開された。また一人で参加する時も数回あった。		
考察		100 歳体操や認知症カフェへの参加は、現在の心身機能の低下がどのように社会参加へ影響しているかを明らかにした。社会参加を再開するには、環境調整よりは、何より本人を支える支援者やご家族の声かけ、一緒に参加し、本人との関係を作り挙げたことで、安心して参加が再開し継続できたのではないかと考える。		

認知症作業療法計画

No.1-2

基本情報		80 歳代前半、女性、一人暮らし（夜間は息子が在宅している）		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、関節リウマチ FAST 4		
現病歴		X- 2 年本人が受診を希望した結果、軽度認知機能障害され、1 年後再診となった。X- 1 年にアルツハイマー型認知症と診断になり、内服薬が処方され、3 か月ごとの定期通院となった。最近、日付が覚えられなく、日課であった体操グループへ参加しなくなり、自宅で過ごすようになった。お嫁さんが本人の行動や言動に対応に困っていた。		
主訴		本人：とにかく忘れっぽい。認知症なんじゃないか ご家族：徘徊や火事になったら困る。自分でやったことなのに、自分じゃないと言い怒る。年齢だからなのか、うつなのか。		
生活歴		結婚して夫の会社を手伝うようになり、60 歳頃まで務めていた。現在は、地域で行われている 100 歳体操や認知症カフェに参加していたが、日付がわからなくなり、参加ができない日が増えてきた。		
生活行為の希望（課題）		正しく薬が服用できる		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b114 見当識機能 b144 記憶障害 b140 注意機能 b164 高次認知機能 b172 計算機能	d220 複数課題の遂行 d230 日課の遂行 d598 特定のセルフケア（服薬管理）	e410 家族の態度
	強み	b167 言葉に関する精神機能 b210 視覚機能 b230 聴覚機能	d166 読むこと d455 移動 d570 健康に注意する	e310 家族
支援課題（アセスメント要約）		服薬は家族管理で内服していると情報であったが、観察すると 1 週間の服薬を専用の BOX にセッティングのみで、薬がいたるところから見つかり、正しく内服されていないことがわかった。そのため、PADA-D 評価を実施して、服用する以外は、支援が必要であることがわかった。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		1 日の予定表を見て、日付を確認する	必ず手渡されて薬を、自分で水を準備して飲む	
実施者	家族	不要な薬と BOX をすべて回収する	毎日、午前中に本人へお薬を手渡する	
	ケア提供者	1 日の予定表とデジタル時計を用意する		服薬の残数や正しい服薬の知識を指導する
その他（ケア会議等の介入の方針）		現在の服薬状況を介護支援専門員に情報共有し、支援者でその都度服薬について家族へ確認と助言を行う		
支援結果		本人の現状を共有したことで、家族の認知症の理解を促せ、正しく服用できた。		
考察		服薬管理はご家族でしていると情報でも、詳細な観察や聞き取りをすると正しく服用されていない現状もある。服薬に関しては、本人が服薬に取り組めるよう支援する視点も重要であるが、支援者が正しく服用することも同時に重要と考える。今回は、正しく服用することに焦点を当てて、その中でも本人ができること、家族ができることを明確にして取り組んだことで、正しく服用が継続されていると考えられる。		

認知症作業療法計画

No.2

基本情報		70 歳代前半、女性、夫との 2 人暮らし、長女が近隣在住で協力的		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、高血圧、FAST4		
現病歴		X-8 年前に物忘れを指摘され当センターを初診した。当時は軽度認知の診断で以降定期的に外来受診を継続していた。X-4 か月頃より自宅で毎日お金や通帳を探すようになった。料理も行っているが、料理をしていることを忘れその場から離れてしまうことがあり鍋焦しが増えた。内服の飲み忘れも多くなった。		
主訴		本人：困っていることはないが、あえて言うなら火の管理が心配 家族：火の管理や財布の置忘れがある		
生活歴		日中は夫と畑仕事を行っている。病前は縫物などを好んで行っていた。		
生活行為の希望 (課題)		調理（ガスの管理）		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 記憶障害 (MMSE：19 点) b140 注意障害	d630 調理でガスの消し忘れがある d630 調理中、別の事をする d630 ガスの消し忘れに対して困り感がない	e310 調理中は家人がいないこともある
	強み	b160 物忘れの自覚がある b780 身体機能は保たれている b210,b230 視覚、聴覚は保たれている	d630 ガスコンロの使用は可能である d630 一通り食事の準備ができる	e115,e155 調理環境は整頓されている
支援課題 (アセスメント要約)		・記憶・注意機能の低下により、一度に複数の課題を行うことが苦手となっている。調理と並行し別の事をしてガスを消し忘れ鍋を焦がした経験が数回ある。一方本人はその事実を覚えておらず困り感もないが、家人としては火災などの心配があり対策が必要である。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・注意喚起の場所を決める →本人の目線の高さにポスターを掲示 ・タイマー使用の確認 →予め 3 分にセットし、スタート・ストップのみ押せるよう他の部分はマスキングテープで隠す	・掲示を見る ・ガス使用中はタイマーをつける ・調理中は台所内に留まることを徹底する	・家人が在宅中に左記の取り組みを本人が行えるか確認してもらう
実施者	家族		・上記が継続できているか、ガスの消し忘れがないか点検する	・本人を否定しない声かけ ・ガスの消し忘れがあった時の状況把握
	ケア提供者	・必要な物品、掲示場所の提案		
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人、家族（夫、別居の長女）と一緒にガスの管理方法について共有した。具体的には①ガス台付近に注意喚起のポスターを掲示、②料理中はできるだけ料理に集中し台所を離れない、③ガスの使用中はタイマーを使用するの 3 つを提案し了承を得た。		
支援結果		介入数日後、長女に状況確認したところタイマーは使い慣れないため存在自体忘れることがあったと報告あり。使用経験の浅い物品の活用は困難と判断しポスターの種類、掲示場所を増やすこととした。具体的には、長女に確認してもらいながら本人の動線上に複数ポスターを掲示した。介入から 2 ～ 3 か月時点では家人に加え訪問する孫達もポスターを活用した注意喚起が合言葉になっている。現時点で火の忘れは気にならなくなったと家人は話している。		
考察		記憶障害があり、困り感もないため注意喚起を有効に活用するための工夫が必要だった。本人の関心を引くため孫の写真を取り入れたところ、掲示を見るようになった。さらにポスター掲示することでその他家族の意識が高まり、本人に対する声かけの機会が増えた。		

認知症作業療法計画

No.3-1

基本情報		80 歳代後半、長女、孫と同居。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、高血圧、FAST4		
現病歴		X-2 年より物忘れが目立つようになった(本人も自覚している様子)。「通帳がない」と言ったり財布を置いたところを忘れたり、領収書を何度もなくし請求する。洗濯はするが、同じ服を何日も着ているなど、今までと違う行動がある。X-1 年 8 月に娘より受診相談があり、X-1 年 10 月に受診しアルツハイマー型認知症と診断され服薬を開始される。		
主訴		本人：一人で過ごすことを寂しく感じる。 長女：物忘れが増えてきて、自分が言ったことも忘れるので対応に困っている。		
生活歴		書類の管理などが認知機能の低下により間違が増えて娘が手伝うことが増えてが、折り合いが合わないことが多い。外出や友人との付き合いも殆どな		
生活行為の希望 (課題)		DS に週 1 回参加予定であるが、予定を忘れて参加をしない日が多い。予定を立てることが出来ずに DS の行く日に別の予定を入れてしまうことがあり行けない日が増えている。DS が半日で他の予定を入れることもある。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b1140 日付の見当識障害 b140 注意力の低下 b164 実行機能の障害 (ワーキングメモリ)	d2301:日課の管理が出来ずに DS の予定を忘れる時もある。 ・日付や予定を確認する習慣がない。 d920 レクリエーションとレジャー:DS への参加が出来ないことがある。	・DC に行く時間帯に家族が不在で介入が出来ない。
	強み	b156 知覚感覚 b160 思考機能 b164 高次認知機能 b164 言語機能は保たれている	d210 単一課題の遂行は可能 d170 書くことは可能 d166 読むことは可能 新聞を毎日読んでいる	e310 次女と孫と 2 世帯同居で次女がキーパーソン
支援課題 (アセスメント要約)		記憶力の低下と時間把握の困難さ、など予定を立てることが十分でない。そのため DC への参加予定の時間を忘れて別な予定を入れる、準備が出来ずに参加意欲が減退し参加をしないことが増えている。DC の参加に対して本人は運動になる、自分は人と話すが好きだからと意欲的な発言をしている。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		事前にカレンダーに DS の予定時間を書いておく。	毎日新聞を読んだときに日付を確認してカレンダーに記入をして DS の予定を確認する。	・娘が確認をした時に出来ているかを教えてもらう。 ・混乱しないように確認用紙を読んで再確認をする。
実施者	家族		カレンダーに記載の確認。記載がない時の確認。	実施の方法と関わり方のポイントを理解する
	ケア提供者	カレンダーに予定を記載できるかを確認	カレンダーへの記載が出来ているかを確認。	・カレンダーに予定を記載し実際に DS に参加が出来ているかを確認する。
その他 (ケア会議等の介入の方針)		毎日新聞を読んで日付は確認をしているので日にちの確認は出来ている。予定をカレンダーに書く習慣がなく自分で覚えているから忘れないと話す忘れてたり予定を入れたりしている。DS に行く予定を壁に掛かっているカレンダーに記載することで DS の予定を忘れないようにする。		
支援結果		カレンダーに DS に行く日の予定を記載することは出来ている。予定されたことを気にしているためか D S にも休まずに参加することが出来ている。		
考察		人と話をすることは本来嫌いではなく、DS に参加も拒否は無かったが計画を立てることが出来ずに参加が出来ないことが多かった。長女は本人に行かない理由を尋ねると、本人は予定を忘れていたこと以外にも理由を返答するが長女は本人の答えを受け入れずに言い合いになる事が多い。今回認知面での低下があることを長女にも説明し理解して頂いたことで感情的にならずに本人に対応が出来るようになった。また本人も予定を忘れることはないと思いついていた為に何の対策や工夫も行っていなかった。今回の介入で認知症について理解して頂き、注意力を補う工夫を一緒に考え、本人が新聞を毎日読む行動から日付を確認しカレンダーを見るといった単純な確認作業をすることで予定を把握できることを本人が体験し実感ができたので継続的に対策が講じられている。		

認知症作業療法計画

No.3-2

基本情報		80 歳代後半、長女、孫と同居。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、高血圧、FAST4		
現病歴		X-2 年より物忘れが目立つようになった(本人も自覚している様子)。「通帳がない」と言ったり財布を置いたところを忘れたり、領収書を何度もなくし請求する。洗濯はするが、同じ服を何日も着ているなど、今までと違う行動がある。X-1 年 8 月に娘より受診相談があり、X-1 年 10 月に受診しアルツハイマー型認知症と診断され服薬を開始される。		
主訴		本人：一人で過ごすことを寂しく感じる。 長女：物忘れが増えてきて、自分が言ったことも忘れるので対応に困っている。		
生活歴		書類の管理などが認知機能の低下により間違が増えて娘が手伝うことが増えてが、折り合いが合わないことが多い。外出や友人との付き合いも殆どない。		
生活行為の希望 (課題)		服薬の忘れがある。腎臓の薬は昔（数年）から飲んでいいるから忘れないが、認知の薬は新たに（半年前ぐらい）服用になったので忘れてしまうことがある。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b1140 日付の見当識障害 b140 注意力の低下 b164 実行機能の障害（ワーキングメモリー）	d570 服薬の忘れが時々ある。 d220 複数課題の遂行	e1101 薬が 2 病院から処方
	強み	b156 知覚感覚 b160 思考機能 b164 高次認知機能 b164 言語機能は保たれている	d170 書くことは可能 d210 単一課題の遂行は可能	e310 次女と孫と 2 世帯住居で次女がキーパーソン
支援課題 (アセスメント要約)		・記憶力の低下と実行機能低下により、複数の病院からの薬を飲むのを忘れてしまう（1 か所は飲めるがもう 1 か所が忘れてしまう）。 ・次女は時々確認はするが間違いを指摘してやり方を口頭で説明をするが、指示的であり本人の受入れが十分にできない。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・2 か所からの薬（薬包）を 1 つにくっつけておく。	服薬をしたことをカレンダーに記載をする。	娘が確認をした時に出来ているかを教えてもらう。 ・混乱しないように確認用紙を読んで再確認をする。
実施者	家族	本人の服薬が出来ているかを観察する。	カレンダーに記載の確認。記載がない時の確認。	実施の方法と関わり方のポイントを理解する
	ケア提供者	・セロハントープで二つの薬包を 1 つにくっ付けることが出来るかを評価し練習。 ・カレンダーへの記載が出来るかを評価し練習	・2 か所の薬を日付ごとにセロハントープで 1 つにして管理することが出来るかを確認する ・カレンダーへの記載が出来ているかを確認。	・服薬管理がどのような方法で出来ているかを観察する。
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人と OT で薬包 2 つを 1 つにまとめる練習をして、飲んだ後に決めてカレンダーに記載をすることを実際に練習をした。また娘にも今回の指導方法を説明し出来ているかの確認をお願いします。		
支援結果		方法を説明し出来ることを確認してから数回は出来ていた。しかし薬包を 1 つにまとめて管理をして服薬は出来ていたがカレンダーに記載をすることは数回のみであった。その後は薬包を 1 つにまとめて管理をして服薬をしているので 1 病院からの薬包を飲んで、もう 1 病院からの薬包を忘れてしまうことはなく服薬ができています。		
考察		服薬について本人は服薬を忘れないようにする意識は高いものの、1 つの薬包を飲み忘れるともう 1 つの薬包を忘れてしまうことを認識はしているが、そのことが単なる忘れていただけ（年齢的に）と仕方がないと思い込んでいた。しかし認知症による実行機能の低下が影響をしているため、意識（忘れないように）をするだけでは改善できないことを理解して頂くことで対策が必要と考えて頂けた。		

認知症作業療法計画

No.4-1

基本情報		70 歳代後半、男性、妻と孫との 3 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、COPD、FAST4		
現病歴		COPD で〇病院に入院していた X-1 年 3 月に退院し自宅で過ごす X-1 年 1 月から日にちが分からない様子がある。性格変化などもないが、酷くなる前受診を希望し認知精査目的で当院受診		
主訴		本人：困っていることがない。 家族：自室で過ごしていることが多い。		
生活歴		銀行員として 60 代半ばまで働き、その後再就職し会社に勤め退職後は自宅で過ごし家庭菜園をされていた。		
生活行為の希望 (課題)		活動性を高める（自分の好きなコーヒーを入れる）、着替えをする。洗濯物を畳む、日記をつける		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	・ b 1140 日付の見当識障害 ・ b 140 注意力の低下 ・短期記憶の低下	・行動の振り返りが出来ていない ・意欲が低下し何もしない時間が多い。	日中はほぼベッド上で過ごす
	強み	・b160 思考機能、b164 高次認知機能、b164 言語機能は保たれている ・文字を書くことは好き。 ・従順で妻に言われたことに対して反論は少ない。	・銀行に勤めていたので、書いたりすることが嫌いではない。 ・目的があれば行動はできる。	・起きてテーブルの前に座って文字を書く環境がある。 ・妻が日中は家にいる
支援課題 (アセスメント要約)		・日中の活動性が低く殆どベッドか座椅子で何もしないで過ごしている。テレビを見ているが興味は低く画面がついているだけの状態が多い。記憶も想起が出来ていないこともあり、日記を書くことで想起記憶の向上、行動を振り返り賞賛（自分や妻で）することでアスピレーションを高めるなど行動の強化を図り日中の活動性を高める。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・日記を書く用紙に日中の行動を記載する。一遍にはできないので訪問で指導を受けた、コーヒーを入れる、洗濯物を畳む、着替えなどは意識して記載する。	・用紙への記載 ・記載の内容の想起	
実施者	家族	特にないが、時々日記を見る	特になし	日記を書いているかを見て、書いてあれば確認や賞賛をする。
	ケア提供者	・ベッドから起きてテーブルで文字が書けることが出来るかを評価する。 ・日記を書く用紙に何を書くかを理解し記載ができるかを評価する。	訪問時に日記に記載が出来ているかを確認し、記載が忘れている場合は前日ことを思い出して記入をする。	
その他（ケア会議等の介入の方針）		今回の介入で、コーヒーを入れる、洗濯物を畳む、日中はパジャマ以外で着替えて過ごすことを指導し本人家族も必要性を認識頂けた。しかし行動が習慣化するためには行動の強化などが必要であり出来た事を振り返る機会を作ることが効果的と判断し日記をつけて頂く。しかし日記をどのように書くかが分からないと書き始めることが出来ないため日記の用紙を準備して時間がすでに縦に記載されていので記入の必要がなく、行った行動のみを簡単に記載が出来るように工夫してある用紙に記載をして頂く。		
支援結果		指導 1 週間後に訪問をした確認をした。日記にはコーヒーや着替え、洗濯と記載がされており、行動を行ったことを記載することが出来ている。		
考察		本人は COPD により入院し自宅に退院をした後からベッド上で過ごす生活であった。長期ではないが寝たきり状態が続いたため、本人も家族もできることも本人はせずに妻にしてもらうようになっていた。その為に徐々に活動意欲や認知面の低下が目立つようになっていた。日中の活動性高めるために行動の強化は重要であるが、行動をした時にその場で強化のための賞賛はできないため日記をつけることで振り返りが出来て行動の強化は図れた。		

認知症作業療法計画

No.4-2

基本情報		70 歳代後半、男性、妻と孫との 3 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、COPD、FAST4		
現病歴		COPD で〇病院に入院していた X-1 年 3 月に退院し自宅で過ごす X-1 年 1 月から日にちが分からない様子がある。性格変化などもないが、酷くなる前受診を希望し認知精査目的で当院受診		
主訴		本人：困っていることがない。 家族：自室で過ごしていることが多い。		
生活歴		銀行員として 60 代半ばまで働き、その後再就職し会社に勤め退職後は自宅で過ごし家庭菜園をされていた。		
生活行為の希望 (課題)		活動性を高める（自分の好きなコーヒーを入れる）、着替えをする。洗濯物を畳む、日記をつける。 家庭内の役割を遂行することは本人の自己有能感を高め行動の習慣化を図りやすい。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	・ b 1140 日付の見当識障害 ・ b 140 注意力の低下 ・短期記憶の低下	・昔からの夫婦関係で家事全般は妻が行って夫は何もしない習慣があるため家庭内での役割がない。	日中はほぼベッド上で過ごす
	強み	・b160 思考機能、b164 高次認知機能、 b164 言語機能は保たれている ・文字を書くことは好き。 ・従順で妻に言われたことに対して反論は少ない。 ・細かな活動も嫌いではなく几帳面な性格でもある。	・洗濯物を畳むといった、今までやった事がない行為であっても抵抗なく遂行することが出来る。	・妻が本人にお願いした洗濯物を選んで本人に渡せる
支援課題 (アセスメント要約)		日中の活動性が低い。自宅では役割がなく、何もできないと思っており日中は寝て過ごすことが殆どである。ベッド上で過ごす時間が多く何もすることが無いと起きて過ごすこともない。妻も夫には家事をお願いすることは昔から無かったが、何もすることがなく寝ていることが多いことへの不安もあった。家庭内で役割を持つことで活動性の向上と本人の意欲を高める。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		タオル類は畳みやすく畳むこととする。	タオルを畳むことを練習する。その後自分の下着などを行う	
実施者	家族	洗濯物を畳む行為に抵抗はないが干してあるものを回収することはしたことがないため、畳むものは妻が本人に渡す。	畳んで欲しい洗濯物を本人にお願いをして、渡す。	役割を持つことの重要性を確認。洗濯物を渡す。畳んだものを回収してしまう。
	ケア提供者	訪問時に実際に出来るかを評価する。	必要があれば繰り返し練習をする。	一連の行動がお互いに出来ているかを確認し指導をする。
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人と妻には、役割を遂行することで有能性が高まり自己肯定感が高まって活動が増えることを説明し理解を頂く。また新しいことへの挑戦が新たな関係性を構築することも説明。まずは簡単なタオルから行って出来れば自分の下着も畳んでいただく。		
支援結果		時々であるが妻がお願いをするとタオルを畳むことが出来て、畳んだことを日記に書いている。またタオルも自分の物であれば自室のタンスにしまうこともあった。		
考察		活動性を向上するために、自宅内での役割を遂行して頂いた。男性は女性と比較すると家事をすることが殆どなく家庭内で活動性を高めるために何が出来たかを新たに見出すことが必要であった。ケースはタオルを畳むことに必要な認知機能（空間認識など）が保たれていること、自己有能感が高まれば行動が出来る状態であった。今までしたことがない行為をすることで自己肯定感が高まって今後も新たな活動に取り組む機会になった。		

認知症作業療法計画

No.4-3

基本情報		70 歳代後半、男性、妻と孫との 3 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、COPD、FAST4		
現病歴		COPD で○病院に入院していた X-1 年 3 月に退院し自宅で過ごす X-1 年 1 月から日にちが分からない様子がある。性格変化などもないが、酷くなる前受診を希望し認知精査目的で当院受診		
主訴		本人：困っていることがない。 家族：自室で過ごしていることが多い。		
生活歴		銀行員として 60 代半ばまで働き、その後再就職し会社に勤め退職後は自宅で過ごし家庭菜園をされていた。		
生活行為の希望 (課題)		活動性を高める（自分の好きなコーヒーを入れる）、着替えをする。洗濯物を畳む、日記をつける		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	・ b 1140 日付の見当識障害 ・ b 140 注意力の低下 ・短期記憶の低下	・趣味的な遂行が出来ていない	日中はほぼベッド上で過ごす
	強み	・b160 思考機能、b164 高次認知機能、b164 言語機能は保たれている ・文字を書くことは好き。 ・従順で妻に言われたことに対して反論は少ない。 ・コーヒーが好き	今までは妻に頼んでコーヒーを入れて貰って飲んでいた。 ・能力的には自分でコーヒーを入れることが出来る。	・日中妻が家にいるので見守りは出来る ・隣の部屋に移動が出来る
支援課題 (アセスメント要約)		日中の活動性が低い。以前は好きでコーヒーを入れていた、今は出来ないと思い込んでいるのでまずは行ってみる。行動への意欲を確認する。出来ることを増やすことで自己実現を達成し行動意欲を高めて活動性を向上させるきっかけとする。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		コーヒーを入れる道具があって扱うことが出来るかを評価	インスタントコーヒーやカップ、スプーン、お湯を使用するので訪問時に試してその後は妻が見守る。	
実施者	家族	インスタントコーヒーやカップ、スプーンを同じ場所に置いておく	妻は見守りをする。	出来ていることを認めて、出来ないことは責めずに手伝ってミスが起こらないように支援をする。
	ケア提供者	訪問時に実際に出来るかを評価する。	必要があれば繰り返し練習をする。	安全性を行うために注意するポイントを伝える。カップを持っての歩行には注意をするなど
その他（ケア会議等の介入の方針）		コーヒーを入れることはできることを確認し安全やリスクについても本人と家族に説明をする。本人が飲みたい時に自分でコーヒーを入れるが、出来ない時は妻が入れるようにすることを確認し、実施をして頂く		
支援結果		毎日ではないが、自分でコーヒーを入れて飲むことが出来ている。また日記にもコーヒーと記載をして行動振り返ることが出来ていた。		
考察		本人は COPD により入院し自宅に退院をした後からベッド上で過ごす生活であった。長期ではないが寝たきり状態が続いたため、本人も家族もできることも本人はせずに妻にしてもらうようになっていた。その為に徐々に活動意欲や認知面の低下が目立つようになっていた。本人の出来ることを訪問時に実際に行動をすることで再確認し認知症予防のために必要であることを本人家族に教育し必要性を認識して頂くことで行動が出来るようになった。		

認知症作業療法計画

No.5

基本情報		70 歳代後半、男性、妻と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、高血圧、FAST4		
現病歴		X-5 年 11 月より、物忘れが目立つようになった。車の運転中に道を聞かれることが多くなり、同じことを何回も聞かれることが増え家族の進めで X-2 年 11 月に受診し初診時スクリーニング検査では HDS-R19 点、MMSE25 点と認知機能は優位な低下を来していた。頭部 MRI を実施し右優位に海馬の萎縮が認められアルツハイマー型認知症と診断し服薬開始。X-1 年 3 月には MMSE19 点と優位な低下が確認された。		
主訴		本人：困っていることはありません 妻：最近寝ているばかりで、歩行にふらつきがあり、トイレ、着衣の際に転倒してしまう。		
生活歴		高校を卒業後定年まで働く。その後はパートとして 70 代半ばまで働いていた。お酒が好きで毎日飲んでた。退職後は家で寝てばかりの生活を送っていて、心配した妻と一緒に買い物や散歩に連れてくれる。		
生活行為の希望 (課題)		トイレ動作：失禁や転倒リスクを軽減するために座位で排尿を行う。また下肢筋力維持向上のために体操を行う。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	短期記憶障害、すり足歩行、認知機能の低下からアパシー傾向で日中も寝てばかりいる。	何もないと寝てばかりいる。 排尿の際立位で行い汚染やふらつきがある。 認知機能の低下から発語が少なくなっている。	夜間トイレまで 2 階から階段を降りていなくてはならない。電気をつけずに階段を降りてトイレに向かう。 トイレの壁に妻の張り紙が沢山張られている。
	強み	視覚認知、文章理解力、筋力・関節可動域に左右差無し	立位でのトイレ動作の手順は残存 尿意を感じられる。 妻の発言に対し易怒的にならない。	妻と二人暮らしで、妻が介護に協力的。 トイレの広さが狭くふら付いた時にすぐに壁に手がつきやすい。 自宅トイレの場所は把握している。
支援課題 (アセスメント要約)		認知機能の低下から、寝てばかりいて筋力低下があり、すり足歩行気味やふらつきが見られる。立位でのトイレを行うとバランスを崩し転倒や汚染をしてしまう。座位でのトイレ動作獲得をし、安全にトイレをできるようにする。また筋力維持向上のために体操と併用し取り組む。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		トイレに入ったときに目につきやすい位置にポスターを貼ってもらう。	ポスターを確認しながら反復練習する。体操マニュアルも家族と一緒に空いている時間に 10 分程度行ってもらう。	
実施者	家族	トイレ内の壁の張り紙をポスターが見やすいように整理してもらう。	座位で排尿を行っているかの確認。 OT が作成した体操を空いた時間に家族と一緒に行ってもらう。	妻が協力的な為、本人のトイレの際は一緒にいてもらい、座位で排尿するように声掛けを促し練習をおこなう。
	ケア提供者	ポスターの用意 座位での排尿のメリットなどを本人・家族に伝える トイレの壁の張り紙をきれいにすることを提案してみる 体操のマニュアルを作成し本人・家族に指導する	トイレ動作の反復練習を行う。ラベリングの確認や座位でのトイレ動作の確認練習	介護保険申請し、サービス利用を検討する。認知症疾患教育を行い、認知症への理解を深めてもらう
その他（ケア会議等の介入の方針）		リハビリ内容を説明し本人・妻に承諾を得てリハビリを実施することにした。		
支援結果		介入 1 か月は、妻が見守りしている時は座位で排尿するが、見守りがいない時は立位で排尿をしてしまうことが多かった。体操は 1 日 1～2 回ほど実施しふらつき軽減、立位安定が見られトイレでの失禁転倒はそれ以来確認されていない。介護保険の申請があり、要介護 2 になり週 1 回のデイサービスの導入が開始された。		
考察		介入以前は本人の認知機能が進み妻も介護方法がわからない状態であったが、訪問介入を行うことにより、認知症の疾患理解が深まり、お落着いて本人に対応できるようになったと考えられる。またトイレ動作の介入では、妻の声掛けによりトイレ動作の反復練習を座位で行うことができトイレ内を汚染することが少なくなった。また排便も誘発され、排便の確認ができ健康管理ができるようになった。トイレ内の張り紙を整理することにより、ポスターを見やすくし、本人が確認できるよう指示が入りやすくなったと考える。また筋力強化トレーニングを行ったことで、立位歩行能力が安定しトイレ動作でのふらつき軽減につながったと考える。		

認知症作業療法計画

No.6

基本情報		70 歳代後半、女性、夫、孫との 3 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症（疑い）、2 型糖尿病、脂質異常症、高血圧症、FAST3		
現病歴		X-5 年 1 月から義母の介護をするようになってから Depressive な気分になった。X-5 年 3 月頃から不眠、頭痛、吐気が出現した。また道を間違えて家に帰れなくなり、鍵やキャッシュカードなどの探し物が増えた。X-5 年 8 月頃から人の言動がいらいらすようになった。X-4 年 2 月当院神経内科受診しアルツハイマー型認知症疑いと診断された。		
主訴		本人：火にかけた鍋を焦がすことがある（3～4 月に 1 回）。タイマーを使うことはあるが、かけ忘れ、かけても洗濯機置き場に行っている間にタイマー音が聞こえないことがある。火災報知器が鳴ったこともある。また、駅で道に迷うことがある。迷ったときは人に道を聞くようにしている。		
生活歴		短大卒業後、就職。結婚後は自宅で洋裁教室を開き、現在は多くの手芸教室等に通っている		
生活行為の希望（課題）		鍋を火にかけたまま忘れることがある		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	・記憶力低下 ・地誌的見当識障害 ・注意障害	・コンロで鍋を焦がす。タイマーを使うが、かけ忘れもある。火にかけたまま洗濯物をすると鍋のことを忘れる。 ・駅の乗り換えで迷う。 ・同じものを買ってしまう。	・介護保険認定を返上
	強み	・言語機能保持、知覚・運動機能保持、社会的認知良好 ・記憶力低下、注意障害の自覚あり	・セルフケア自立、コミュニケーション能力良好 ・多様な趣味活動に参加	・夫と 2 人暮らし、夫の理解あり ・メモ帳・カレンダーを使ってスケジュール管理 ・宅配サービス利用
支援課題（アセスメント要約）		日常の身辺動作は問題ないが火の管理や外出先（特に電車の乗り換え）で迷うことがある。これは記憶力低下、および地誌的見当識障害が要因と考えられる。また、複数の課題に注意を分配し、多くの情報の中から必要な情報を選択する注意機能の低下も、複数の家事や電車乗り換えといった遂行を阻害している要因と考えられる。一方でいくつかのことを同時に行うと忘れてしまうという自覚があることは強みである。人とのコミュニケーション能力が高く社会的であることから、外出先での道の迷いは人に聞いて解決できている。また買い物は宅配サービスを利用し始めたところである。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		ガスコンロとタイマーに付箋を貼る。洗濯中でもタイマーが聞こえるように、スマホのタイマーもかけてテーブルの上に置く。	・ガスコンロ、タイマー、スマホの順で操作することを確認。 ・スマホのタイマー操作方法を練習。	
実施者	家族	付箋を貼ることを共有	スマホのタイマー操作方法を本人とともに練習。	手順と操作に問題がないか確認。
	ケア提供者	ケア提供者 IH コンロ、ガスコンロの情報収集し、将来的にコンロを交換する際の参考として安全機能付きコンロをカタログで情報提供（OT）	スマホのタイマー操作方法を確認・指導（OT）	
その他（ケア会議等の介入の方針）		視覚的構造化にてタイマーのかけ忘れを防止する。スマホのタイマー機能を併用して、離れていてもタイマー音が聞こえるようにする。		
支援結果		タイマーはかけている。鍋を火にかけている間は洗濯物をしないように、自ら近くのダイニングテーブルに座るようにしている。スマホのタイマーは使っていない。ここ 1～3 か月の間、鍋の焦げ付きはない。		
考察		視覚構造化によってタイマーのかけ忘れはなくなった。タイマーとスマホのタイマーの 2 つをセットすることは複数課題となるため、分配性注意障害がある本症例にとってはむしろ難易度が高かった可能性がある。複数の課題の遂行が難しいという自覚があるため、鍋を火にかけている間はダイニングテーブルに座するという行為を自ら考え、遂行機能障害を代償しているものと考ええる。		

認知症作業療法計画

No.7

基本情報		70 歳代後半 女性		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST 4		
現病歴		X-3 年頃からもの忘れが目立つようになってきた。X-1 年には話した内容をすぐ忘れる、日付がわからない、映画に行ってもそのことを忘れるなどあり。また食事を作る時間もかかるようになり、レパートリーが減り、味付けも濃くなったようであった。食欲も低下気味で、夫が色々誘っても面倒くさがりのってこない。メソメソすることはない。診断・治療を希望し、X 年 Y-8 月に当院初診となった。		
主訴		夫と仲良く、自宅で暮らし続けたい。夫は病気の進行が心配。		
生活歴		高卒後、自営の仕事を 50 年以上行ってきた。結婚し、家業をしながら主婦の役割を果たしてきた。現在は、家事全般をしながら、花の世話をしたりしている。		
生活行為の希望 (課題)		3 家族分の夕食のおかずの準備を継続したい		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶の機能低下 b164 高次認知機能の計画性の低下 b140 注意機能の低下	d630 夕食の献立を考えることが億劫になり惣菜が増えてきた d570 元来、医者嫌いで薬もあまり飲みたくない d350 同じ内容の会話が繰り返される(夫は多少ストレスにはなっている)	
	強み	b144 手続き記憶は残存しており、調理の手技はできている d167 言語の理解・表出ともに良好	d640 掃除、洗濯は行えている d650 花、園芸が好きで、草むしりはしている d930 日曜礼拝に週 1 回通っている d760 家族との関係は良好	e410 夫は協力的で関係も良好。 長男家族が隣にあり、協力的 e555 徒歩圏内に協力がある
支援課題 (アセスメント要約)		高齢ではあるが、協力的で関係性良好な夫との二人暮らしであり、掃除・洗濯などの家事は行えており、趣味活動として園芸をしたり、日曜礼拝に行ったりと日課はある。記憶障害、高次認知機能の障害があり、複雑な課題の遂行である食事の準備がときに億劫ではあるが、家庭内の役割としてしなければとの意欲はある。そこで①夕食の準備を継続して行く。②趣味の家の中のお花の世話、庭のプランターの世話を継続する。ことを支援課題とした。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人			・夫と買い物に行く ・レシピカードを見ながらの調理を継続する。	
実施者	家族	・メニューを書くためのホワイトボードを設置する(夫) ・日切れ食材のチェックをする(夫)	・買い物に同行する(夫)	・夫が調理に慣れるためにも、一緒に調理を行う(夫) ・生活状況を把握しつつ、夫の介護負担が無いが見守る
	ケア提供者		・過去のメニューなどを聞き取り、レシピカードを作る(OT)	
その他 (ケア会議等の介入の方針)		介護サービスを利用したいといったニーズは無く、協力的な夫と息子家族に支えられながら生活できている。週 1 回の外来作業療法にてフォローし、今後、必要となれば通所サービスに繋がられるよう準備していく。また、夫の相談については、外来 OT 時の家族同士の語りの場も活用していく。		
支援結果		調理については、レシピカードの活動の頻度は少ないが、夫と一緒に買い物、息子家族の分も含めて夕食の準備を週 4~5 日行っている。冬期は屋外での園芸活動はできないものの、家の中のお花の世話は積極的に行っている。また、外来作業療法を継続し、他者交流をしながら趣味活動と運動を継続しており、高齢者の集団の場にも慣れてきている。		
考察				

認知症作業療法計画

No.8

基本情報		80 歳代後半、女性		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST4		
現病歴		ADL 自立しており、依存症の状態も安定していたが、X-1 年春頃より、物を無くしたと言うことが多くなり、その頃より物忘れが出現した。徐々に近時記憶障害(買ったものを忘れる、直前にしたことを忘れるなど)が著明になってきた。その後、服薬管理も困難になり、物忘れも悪化してきた。具体的には曜日とその日の予定を何度も聞く、家族に言われたことをすぐに忘れる、すでに解決したことについて毎日家族に電話で確認するなど。X 年 Y-8 月にワクチン接種時に指示が理解できずに混乱した様子があり、物忘れの悪化があったことから X 年 Y-7 月に当院初診となった。		
主訴		引きこもった生活で何もしないで寝ていることが多い。認知症が進行しないか心配。		
生活歴		高卒後、長年和裁の仕事をしていた。60 代で実姉の介護のために仕事を辞めて、夫とふたり暮らしで家事をしていた。その後、夫の入院時の看病などをしてしたが、80 代で夫が亡くなり一人暮らしとなった。		
生活行為の希望 (課題)		姪家族の支援を受けながら、一人暮らしを続ける。(手芸など)何でもしたい。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶障害あり b114 時間に関する見当識障害あり (カレンダーで何とか日付は確認している) b130 活力レベルがやや低下しており、 不活発になってきている(日中も横になっ てばかりいる)	d230 決まった日課が無く、不活発な 状態 d470 交通機関を利用して一人で買い 物に出かけることは出来ない d570 服薬管理が不十分 d730 知らない人と一緒に活動すること は拒否的	e140 自宅近隣に手芸店が無いため に、材料の入手が困難
	強み	b210 老眼や白内障などの視力障害 は無い b134 睡眠機能：夜間の睡眠はとれ ており、睡眠リズム障害も無い	d630 食材があれば調理は出来る d640 洗濯、掃除などの家事は出来る d220 和裁の経験あり、簡単な手芸な どの課題遂行は良好 d750 隣家との交流あり関係は良好 d760 姪家族との関係は良好	e315、e415 近隣の姪家族が、週 1 回以上、訪問や買い物同行などの支 援をしている
支援課題 (アセスメント要約)		①日中活動を促し、フレイル予防：日中の不活発さを改善するため、得意な手芸が出来るように、手芸の課題設定と材料の入手方法などを提案していく。また、散歩を促すことで身体機能・歩行能力を維持していく。 ②服薬自己管理：お薬ボックスを使用し、支援者が確認できるようにする。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人			・毎日の手芸の継続、外来 OT で課題を 確認する ・お薬ボックスでの内服管理する ・週 3 回程度の近所の散歩をする	
実施者	家族	・お薬ボックスの設置(姪)		・週 1 回の訪問時に服薬状況を確認 する(姪) ・手芸材料を含む買い物の支援(姪家 族)
	ケア提供者		・手芸などの課題を提案(OT)	
その他(ケア会議等の介入の方針)		近隣に住む姪家族や近所の慣れた人であれば、一緒に出かけたりはするが、デイサービスなどの慣れない環境への抵抗があり、介護サービスを望んでいない。買い物支援があれば IADL も概ね自立している状態であるため、姪家族への見守りや支援を計画していく。		
支援結果		手芸は、刺し子や編み物など単純繰り返し課題を外来 OT で提案し、材料の購入を姪家族が支援してくれることで、日中活動するようになった。近隣の散歩は天気の良いときは行けたが、猛暑や冬季積雪時などの運動は課題である。服薬管理は、お薬ボックス使用で姪が確認するようになった。		
考察				

認知症作業療法計画

No.9

基本情報		70 歳代後半、男性		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST5		
現病歴		X-10 年に自動車運転中 2 回損事故を起こした。運転はほとんど妻を同席して行っている。それ以降の事故はない。X-10 年の春頃からもの忘れに気づかれ、畑にもなかなか行かず、地域の集まりにも出たがらず、寝ていることが多くなった。秋に A 病院に行き、紹介された B 病院の物忘れ外来にかかっている。処方されず、経過観察されている。物忘れは、昔の事は覚えていたが、最近のことは覚えている。自覚はあまりないが、周囲は気になっている。うつが認知症がわかればと、今後ひどくならないか心配し、X-8 年 1 月、当院紹介受診。その後半年ごとに経過を見ている。		
主訴		麻雀は続けたい 難聴で他者の話が聞こえず困っている。 家族としては、大声なので困る		
生活歴		大学卒業後、就職。50 代後半まで事務仕事をし、団体職員を X-7 年 3 月までしていた。若いときは毎晩のようにお酒を飲み歩き、家に帰ってこない日も多かった。妻に対する暴力もあり、妻は離婚を考えたこともよくあった。		
生活行為の希望 (課題)		これまでどおり、麻雀を続けたい。週 3 回のデイサービスと月 2 回の公民館で、麻雀をしている。		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b114 日時の見当識低下 b140 短期記憶低下 b240 重度の難聴		
	強み	MMSE : 24 点、X-5 年より変化なし b114 場所の見当識も良好 b167 言語機能は維持されている b117 元々知的に高い b122 几帳面でこだわりの強い性格	d230 毎日日課を細かくノートに記載し同じ行動を繰り返している d455 歩いて 15 分のところに麻雀クラブがあり歩いて行っている d540 洋服は用意すれば自分で着ている d510-530 トイレ・入浴は自立している d920 麻雀が趣味・書くことも好き	e410 家族も本人のひととなりを知り上手に対応できている e570 麻雀を趣味活動として取り組んでいるデイサービスがある
支援課題 (アセスメント要約)		難聴に対する会話支援として、補聴器に変わる集音機等の紹介を試みる		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		二種類ほどの集音機を導入	二種類ほどの集音機を試用してみる	
実 施 者	家族			
	ケア提供者			
その他 (ケア会議等の介入の方針)		集音機を試用してみたが、面倒くさいということで使われなかった。人との交流もいつもの限られた人であるため、なんとかすると本人の意見があった。日課のノートを書くこと、麻雀に行くことは継続し、生活は安定していること。本人の行動パターンが決まっていることから、妻は介護負担は感じるものの、いろいろと話を他者に聴いてほしいような感じである。かといって、家族の会に行くまでもないと話す。現状維持。		
支援結果				
考察				

基本情報		60 歳代前半、女性、夫、子供の 4 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST3		
現病歴		数年前に物忘れ（思い違いなど）があり、MRI をとったりした。その時は“年齢より少し劣るかもしれないが、今のところは大丈夫だろう”と言われた。 しかし最近、夫や子ども、本人の兄弟からみても状況が進んだように思う。同じことを何回も聞いたり言ったり、物を自分で置いたのに片付けもせずそのままにしていることが増えてきた。数年前から「味がわからない」と言っているが、これは認知症につながる特徴なのでは、と夫としては気になっている。また、もともと方向音痴の気があるが、近所のホテルに泊まったときに、食事の場所から部屋へどうやって帰ったらいいかわからないと本人が兄弟に言っていたらしい。		
主訴		特に困っていることはない		
生活歴		仕事で自分の車を運転して、県内外いろいろなところに出向いた。50 代後半に辞め、近くの施設に介護のお手伝いに行ったこともある。		
生活行為の希望（課題）		本人：特になし 介護者：夫は本人を一人で家に置いておくより、認知症予防も兼ねてどこかに通ってほしいと思っている		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	MMSE：24 点 b114 日時の見当識がある b140 ダブルタスクなどの注意機能の低下 b144 記憶機能の低下		e310 日中は一人になっているため家族もあまり本人の状態がわからない e570 福祉サービスにいい印象を持っていない
	強み	b117 知的に高い b167 言語機能良好	d475 よく知ったところのみ車の運転をしている d620 買い物はしている d630 料理もしているがだんだん簡単で同じメニューになっている d920 暇な時間は庭で草むしりをしている	e410 息子が夕方、食べたいメニューを本人の携帯のラインに入れてくるなどの協力が得られている
支援課題（アセスメント要約）		特に課題は見られず、本人なりの生活をしている様子。夫は本人を一人で家に置いておくより、認知症予防も兼ねてどこかに通ってほしいと思っている様子。しかし、本人は家のことでかなり手一杯になっている様子も伺える。とりあえず訪問して環境評価をしてみることにする。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・メモをいろいろなところに置いてあるが、メモの置き場所を決める ・通いの場または就労支援施設のボランティアに参加する	・同じスーパーにのみ買い物に行く ・家事の継続	
実施者	家族			・メモをいろいろなところにおいてあるが、メモの置き場所を決め、促すことを依頼
	ケア提供者	・通いの場や就労支援施設の紹介		
その他（ケア会議等の介入の方針）		地域包括支援センターと連携し、通いの場や就労支援施設の利用に結びつける		
支援結果		様々な提案をするが、本人は納得されず、結果行動は変わらなかった。		
考察		夫は日中仕事をしており、日中どこかに通ってほしいと思っていた様子だが、基本的には本人のしたいようにしてほしいと思っている。そのため、現状では大きな問題も起きていないこともあり、本人も夫も特に支援の意向もあまりなかったことから、行動の変化には結びつかなかった。		

基本情報		70 歳代前半、女性		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST 4		
現病歴		長男夫婦、孫と同居していた頃は年相応の物忘れ程度だったが、X-4 年長男家族が出て行ったあと、物忘れが目立つようになった。X-3 年より高齢の姉たちとの外出などが減ってから、物忘れがひどくなってきた。X-2 年、スーパーにカバンごと財布を忘れる、病院受診の支払いを忘れるようになった。その頃より、落ち着きなく動くようになり、料理のレパートリーが減り、火元をつけっぱなしでアラームが鳴ったり、冷蔵庫も開けっぱなしのことが増えてきた。本人も物忘れの自覚があり、メモをたくさんとったりしているが、部屋の中にメモがたくさんある。三男にいろいろな確認の電話が頻繁に入り、夫のしているグランドゴルフに誘っても来たがらずやる気が落ちている。X-2 年 Y-2 月に当院を初診し、薬物療法を開始した。		
主訴		本人)希望や困りごとはない 夫)何でも忘れてしまう		
生活歴		高校を卒業後、事務の仕事で 60 才頃までしていた。20 代で結婚し 3 人の子どもを育てた。特に趣味はなかったが、慰安旅行や友達と遊びに行くことが好きだった。以前は自分で原付に乗って買い物に出かけたりしていた。友人付き合いはあまりないほうだが姉 2 人が近くにいて、仲が良く一緒に出かけていた。		
生活行為の希望 (課題)		夫と二人で暮らし続けること。家事全般の役割を継続すること。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶障害が顕著 b114 日時の見当識障害あり b140 注意の分配が困難になってきている(もともと注意機能の低さはあったようである)	d650 物の管理：通帳、携帯、財布などどこに置いたか分からなくなる d660 留守番をするが近所の誰が来たか覚えていないため夫に伝えられない d920 外出や趣味活動の機会が減り、手芸もなくなっている	e310 姉妹が高齢になってきており、外出などの趣味活動の機会が減った
	強み	b152 情動は安定している b167 言語の理解、表出は良好	d210 単一課題の遂行は良好 d570 服薬自己管理：電波時計とカレンダー使用にて自立 d630 レパートリーは減ったが普段の調理は可能 d640 掃除、洗濯は出来る	e310 夫と同居しており、関係も良好。三男の看護師が時々訪問している。
支援課題 (アセスメント要約)		短期記憶障害により、物の管理が出来なくなったりしているが、カレンダーやメモを見ることで思い出すことは出来る。家事全般は行えているが、物の管理が出来ず紛失してしまうことが多い。夫は趣味のグランドゴルフに出かける間は何もせず家で過ごしている。以上より、①物の管理について、家族の支援を受けながら行う。②留守番時にメモを活用する。③趣味活動を再開する。とした。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人			・血圧計、財布、携帯を大事なボックスに入れておく。 ・刺し子など趣味活動を再開してみる。	
実施者	家族	・玄関にメモ用のホワイトボードを置く(夫) ・夫の体調不良もあるため、今後のことも考え、通帳管理は息子にも情報共有する(夫、三男)		・食材や金銭の管理を手伝う(夫) ・訪問時にお薬の服薬状況を確認する(三男)
	ケア提供者			
その他(ケア会議等の介入の方針)		服薬管理は、カレンダー、お薬カレンダー、電波時計を活用し、自己管理できている。血圧も自分で記録はしている。また、食材の日切れ、ゴミ出しの整理は、夫が手伝って管理している。このことについては継続してもらう。		
支援結果		物の管理は大事な物を今の血圧記録と同じ場所にボックスを設置して管理するようになった。また、通帳などの貴重品は本人が主に行っていたが、夫も体調不良になることがあり、三男を含めて情報共有することになった。留守番時のメモの活用はあまり行えなかった。趣味活動として編み物と刺し子をすることがあった。		
考察				

認知症作業療法計画

No.12

基本情報		60 歳代後半、男性、妻と母親の三人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST 3		
現病歴		X-3 年ごろから時々もの忘れがあった。X-2 年 4 月頃から特にひどくなり、友達の名前が出てこなくなったり、物をどこに片づけた分からなくなることが増えてきた。X-2 年 7 月、気持ちの落ち込みを感じて A 医院主治医に相談したところ、内服薬が処方された。しばらく服用したが、落ち着いてきた気がしたので主治医に伝え中止してもらった。以後特に気持ちの落ち込みはなかったが、ここ 3 ヶ月ほどはもの忘れが気になって、ネガティブな気持ちになりそうだと感じている。このため X-2 年 12 月に当院を初診。		
主訴		だいたい忘れっぽくなった。自分で自分が情けなくなるね。機械の操作もうまくなってきた。		
生活歴		元教師。趣味はスポーツ。		
生活行為の希望 (課題)		不明		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	MMSE24⇒20 点 b144 記憶機能の低下 b140 注意機能低下（ダブルタスク） 何か別のことに気が取られたりすると物がどこに行ったのかわからなくなったりするといった生活の中で支障が出始めている b152 全体的に精神的な不安が強くなってきている b280 腰部脊柱管狭窄症の OPE 後、経過は良好で腰部～大腿部の痛み	d415 最近は前かがみになる傾向があり d5 生活の中でも忘れて何度も洗面所へ行く d750 徐々に役割が減ってきている。他者交流の機会などが減ってきている様子 d770 妻は本人に対してこれまでの関係からあまり関わりたくないと思っている	
	強み	b117 元々知的に高い方	d5 ADL は自立している d6 家事も妻と分担しながら実施 d865 金銭管理や d570 服薬管理も自立 d745 運転も継続している	e310 妻、母と同居
支援課題 (アセスメント要約)		記憶や見当識の低下があるが、運転する場所決めておく、物も置く場所を決めておくといった対応をしつつ、生活をしている。しかし、やはり物を置いた場所がわからなくなり、探すことが増え、その事で特に生活に対する不安の増加が見られる。妻に相談をしたそうだが、妻は仕事をしているし、寝る場所も違うため、遠慮もあるものの、一方では関わってほしいという思いが増えてきている。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		物を整理するボックスを購入し、置き場所を明らかにする	必ず同じ場所におく練習をする外来 OT にて、姿勢訓練を継続し、円背や歩行の悪化を防止する	
実 施 者	家族			もの忘れが進行しているため、少しずつ生活に支障がでてきていること、生活の不安もあることから、声かけや場合によっては一緒に対応方法を統一し、関わっていくことを指導することが必要か
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）		地域の通いの場などの参加を勧めたいが、本人は教員をしていたこともあり、地域の人たちとの関わりについてはとても拒否である。健康増進施設なども想定されるが新しい場所は最も難しい。外来作業療法に通える間は通い、運動系の介護保険施設の調査を行うこととする。		
支援結果		外来作業療法に週 1 回通いつつ、これまでの役割を遂行している。本人は現在の生活の継続を希望している。今回の介入により、妻が病院受診に同行するようになった。また、本人との在宅での会話が増えてきている。		
考察				

認知症作業療法計画

No.13

基本情報		80 歳代前半、女性、夫と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST 6		
現病歴		X-3 年 9 月頃に認知症の症状が目立ち、病院の神経内科にて内服治療中だった。高齢夫婦 2 人で生活困難となり、X-2 年 9 月に娘のいる〇町に引っ越してきた。認知症の加療継続の希望あり、娘に相談したところ、当院を紹介された。X 年 1 月スーパーで転倒し、足の痛みを訴えるため A 病院に救急搬送された。検査の結果、左足の膝を骨折していることが分かった。入院勧められたが興奮して転倒、4 針縫った。その後在宅で福祉用具などを借りて今は訪問看護している		
主訴		本人：困っていない 夫：夫は慢性呼吸不全で、入院を言われている。介護も大変。デイサービスに行ってくれと助かるが、拒否をする。		
生活歴		夫の家事手伝いなどをしてきた。高齢夫婦 2 人での生活が困難となってから、娘の嫁ぎ先である〇県に X-2 年転居してきた。カラオケが好き。		
生活行為の希望 (課題)		夫：デイサービスに行っていほしい		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b140、b144 記憶機能、注意機能(左視空間の低下) b167 文字読解不可、表出は失名詞もあり b164 高次認知機能低下を認める	d410 膝蓋骨骨折後、床には座れない様子 d420/d510 入浴は介助が必要。浴槽の出入り、洗体、順番の指示 d6 IADL は全介助	e310 夫と本人が離れられないため、買い物全てに連れて歩いている。常に一緒に行動しなければならないことが介護負担。夫が肺気腫で入院をしたほうがよいレベル。本人の介護があるため、かなり身体的にも精神的にも負担になっている様子 e565 デイサービスを毎日利用できるお金がない。一方、訪問看護を週 4 回利用している。生活保護の申請をしたが、貯金があるとのことで却下された
	強み	b167 自発書字はどうか可能、発話及び復唱は可能で言語入力している b280 左の膝蓋骨を骨折したが、痛みはない	d5 ADL は割には維持できている	
支援課題 (アセスメント要約)		・夫は持病があり、入院を言われている。しかし、本人を置いていけず、買い物や夫の受診を含め、本人と常時一緒に行動しなければならないなど介護がかなり身体的にも精神的にも負担になってきている。入浴の介助がかなり大変になってきている。現在、夫も認定を受け、要支援 1 ということで週 1 回デイサービスに夫と行っている。夫は、本人のいない間に家の用事を済ませたいと思っていて、一人でデイサービスに行っていほしいし、できれば入浴支援も受けてほしいと思っている。 ・本人は言語機能の低下により、言葉の理解が難しくなっている。また、記憶機能の低下もあるため、デイサービスに行けば楽しかったというもの、夫と離れる不安が強く、行きたがらない。一人では不安と言って夫(要支援 1)と一緒にいこうと話す。しかし、本人自身も夫の病状に心配している可能性があり、離れたがらないのではないかと推測、夫の病気を治すためにも受診が必要であるため、その間、夫を安心させるためにもデイサービスを利用する必要があることをジェスチャーや本人の理解状況を確認しつつ、単語レベルで説明するなど、入力の仕方に工夫しているものと考え。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・本人の入力のできる方法で、デイサービスの動機づけを行う。 ・サービスで入浴支援を受けること。	・認知機能低下予防のためにも、デイサービスに行き、運動プログラムや書字をするなど。	
実施者	家族			・デイサービスに送り出す決断をすること ・場合によっては訪問看護に送り出し支援をお願いすること ・デイサービスに行くことを理解する
	ケア提供者	・訪問看護によるデイサービスの送り出し支援ができないか。 ・デイサービスを利用できなかった場合は、訪問看護による入浴支援が出来ないか。		・市の相談担当を決める(生活保護を含め) ・訪問看護によるデイサービスへの送り出し、入浴支援について検討する
その他 (ケア会議等の介入の方針)		○下肢筋力の低下のためか、小刻み歩行傾向を認める。転倒リスクもあり、通所介護での運動器機能向上訓練の依頼を介護支援専門員に連絡した。		
支援結果		○介護サービスに一人で行くようになった。夫から週 3 回のデイサービスを希望。しかし、結果週 2 回利用。 ○皿洗いは本人が手伝ってくれるようになった。		
考察				

認知症作業療法計画

No.14

基本情報		80 歳代後半、女性、娘夫婦と三人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST5		
現病歴		X-6 年 1 月頃に屋外で転倒し、骨折などはなかったが家で安静にしていたところ、若干気分が落ち込み元気がないことが見られた。同年 4 月頃から趣味の畑作業の段取りが上手くいかないなどあり、気分の落ち込み強く、落ち込んでいるようだ和家人が心配され、X-6 年 9 月初診。		
主訴		足腰が少し弱ってきた		
生活歴		中学校卒業後工場で働いたりもしたが、主に主婦。現在、子供夫婦と生活している。		
生活行為の希望 (課題)		近所の人とおしゃべりを続けたい。畑をしたいが、今通所介護で実施している。		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b114 日時の見当識の低下 b130 畑がうまくいかなかったところから、全体的に活力が低下。日中、何もしていないで寝ていることが多い b144 記憶の低下 b164 自ら段取りして、問題解決や判断をして行動することが困難 b280 両膝に痛みあり b730 下肢筋力の低下の自覚がある	d230 日課の遂行困難 d920 家の中での役割がなくなっていることから、日中畑がなくなるとすることがなくなっている	e120 玄関の入口に 20 cm の段差がある。過去に転んだことがある
	強み		d770 近所に友達がいる	e570 通所介護で畑が出来ている
支援課題 (アセスメント要約)		・見当識や記憶の低下から、本人にとって日課と役割であった畑がうまく管理できなくなってきたことから、本人の自己有効感の低下とともに気分が沈みこみ、日中も寝てばかりいるようになった。 ・デイサービスに行き、畑を擦るようになってから、少しずつ元気が出てきている。 ・本人は近所の友達とおしゃべりを楽しみとしていたが、気持ちの沈みこみと下肢筋力の低下により、玄関の段差など転倒のリスクがある。日中のできることや楽しみを増やし、少しでも生活への関わりを推進する。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・日課の遂行に支障が出ている可能性があることから、日課の代償方法を調整する	・友達の家までの外出が出来るようになる ・日中の役割または楽しみを実施する	・必要な環境調整に協力する ・本人に役割をお願いする。要相談 ・通所介護で下肢筋力向上プログラムをお願いする
実 施 者	家族	・必要な環境調整に協力する		
	ケア提供者	(介護支援専門員) ・玄関の段差について、手すりの設置を相談する		・介護支援専門員に連絡し、通所介護でのプログラムの確認をする
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		・福祉用具で設置型の手すりを借りているが、冬なのでまだつけていない。一人で行くことはしない。 ・筋力強化について、ケアマネにお願いしたが対応してくれていない。 ・家族としては、本人のできることを一緒にする形で関わって行きたいと話す。 ・土日に娘婿とドライブに行くようになった。		
考察				

認知症作業療法計画

No.15

基本情報		80 歳代後半、女性		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST 5		
現病歴		X-7 年頃、耳鳴り、味覚障害など訴えがあった。X-5 年、入院時はトラブル無く、その後は加齢と共に物忘れは進行し、実行機能障害も見られるようになった。X-3 年感冒症状で薬を飲むと「オーケストラみたいな音楽が聞こえる」「誰かが来て話をしていった」と言うことがあり、夜中に落ち着かないことがあったため、同年、当院初診。認知の変動、記憶力障害、実行機能障害があり、生活面では尿失禁もあった。X-1 年、転倒したことをきっかけに通所介護を開始することになった。その頃より記憶障害も進行した。X 年、夢が現実か分からないこと、音楽性幻聴の訴え、夫に対する被害妄想、嫉妬妄想訴えが増えてきた。X 年 Y-6 月に当院を再初診し、内服薬が処方された。以後、夫への嫉妬妄想は続いているものの、長女が仲裁しながら自宅で生活していた。		
主訴		特に希望や困りごとはない。このまま一日でも元気でいたい。 家族は、夫とのケンカに困っている。		
生活歴		中学校卒業後、農業・家事手伝いをしていた。40 代後半に仕事を辞めた後は同居している孫の世話、家事、農業などをしていた。夫が地域の世話をしていたこともあり、歌が好きで 80 才頃までは歌っていた。		
生活行為の希望 (課題)		一日でも元気でいたい。		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶障害が顕著で何度も同じことを聞く b160 夫に被害的な思考がある b230 重度の難聴あり b770 小刻み歩行でワイドスタンス b130 活力レベルがやや低い	d350 難聴により会話に支障をきたし 繰り返し同じことを聞く d450 歩行不安定であり、屋外は杖を使用 使用中 d570 薬の飲み残しがあるようだが把握 できていない d920 自宅でボーッと過ごることが多い	e310 夫は要支援 1、視力障害もあり、本人を一方向的に怒る
	強み		d640 娘の指示により洗濯は可能 d920 元来、縫物が得意であった。デ イサービスでの活動も好き。	e580 通所介護 週 2 回通所中 e310 同居の娘が本人と家族の対応をしている
支援課題 (アセスメント要約)		①安全に屋外移動できるようにして運動の機会を担保するために歩行車を導入し、安全に家の近所を散歩する。②趣味活動として、一人でも実施可能な刺し子を導入する。③お薬の管理はお薬ボックスを購入し、娘が飲み忘れを確認する。④スケジュールの頻繁な確認があるため、本人用のホワイトボードを設置して今日のスケジュールを書いておく。⑤夫との距離をとるために通所介護の頻度を増やす。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人			・歩行車を使用しての散歩 ・通所介護を週 3 回 ・自宅では刺し子を試みる	
実 施 者	家族	・お薬箱、ホワイトボードの導入(娘)	・ホワイトボードにスケジュールを書く(娘)	・ホワイトボードにスケジュールを書く(娘) ・服薬状況の確認(娘) ・夫もデイサービスに行く(夫)
	ケア提供者	・歩行車の手配(ケアマネ)	・通所先の調整(ケアマネ)	
その他 (ケア会議等の介入の方針)		本人の難聴と記憶障害によるコミュニケーションの問題に加え、夫の理解の低さもあり、喧嘩になることが多い。そのことから、同居中の婿との関係も崩れつつあった。そのため、夫の介護サービスもケアマネが調整し、家族の介護負担を軽減することとした。		
支援結果		介護サービスで歩行車を連絡したことで、天候の良いときは近所へ散歩に行き、娘の助言にて刺し子をするようになった。本人用のお薬ボックス、ホワイトボードを居間に設置し、服薬管理とスケジュール管理を娘が手伝うようになった。通所介護は週 3 回になり、集団での適応も可能そうなので家族の都合によってはショートステイも試みている。		
考察				

認知症作業療法計画

No.16

基本情報		60 歳代前半、女性、夫と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST5		
現病歴		コロナ禍となり、自宅に籠るようになった。X-3 年 6 月に長男の結婚が決まり実家を出た。すると意欲低下が顕著となっていった。X-2 年 6 月に長男が結婚式を挙げたが本人は準備の手伝いはできず、自身の衣装レンタルも出来ず長女が代わりに行った。美容院の時間も分からない状況であった。1 週間前から病院へ行くことは言っていたが、忘れて入院すると思込むこともあった。服薬管理も不十分となった。そのため長女からは認知症精査を勧められていた。X-1 年になると年賀状作成がパソコンでできない、年賀状を何通も同じ所に送る、得意だったスマホなどの操作もできなくなるなどを認めるようになった。X 年になると不要な物を買う、もらった現金を無くしてもらっていないという、音楽教室に通っているが、出来ていた演奏会の準備ができない、演奏会で曲がとまるなど趣味にも支障をきたすようになった。		
主訴		夫が先日まで 1 ヶ月間入院していた。元々家事は妻に任せきりであったことから、妻が整理整頓や家事が難しくなってきたため、困りつつある。生活の工夫については、是非指導をお願いしたいとのこと。		
生活歴		専門学校を卒業後、ほとんどは主婦。20 代半ばに精神的な不調をきたし、3 日間眠れない、不安が強い状態となり、○病院受診した。その後、○大学病院精神科受診し、20 年間通院した。以後は○内科クリニックに通院した。		
生活行為の希望 (課題)		夫は全く調理が出来ないため、料理を少しでもしてほしい。		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b114 見当識 b144 簡単なものは近所に買いに行っているようだが、同じものをいくつも買ってくる b140 ダブルタスクなどの注意機能の低下 b164 季節に合った服の選定が難しくなってきた。調理の段取りや食材の保管場所も適切ではなくなってきた b167 言語が単語レベルの入力、出力も困難になりつつある b176 エアコンやストーブのスイッチなど操作が分からない	d630 調理が一人ではできない。しかし、夫も調理の経験がない	e570 通所サービスを利用していない。 e310 これまで夫は家事をしたことがない。また、週 3 回から一時間のところに仕事に行っている。 e570 介護認定が要支援 1
	強み	b122 元々あまりよくよするタイプではない。協調的	d210 指示があれば単一課題は遂行できる d510-560 ADL はどうにか出来ている d730-750 他者とのかわりは嫌ではない	e310 娘が車で 15 分のところに住んでいる
支援課題 (アセスメント要約)		・金銭管理は困難なことを含め、本人の能力について、家族が正しく理解し、今後の対応方法を理解していくことが大切。 ・調理については、高次認知機能や記憶の低下から一人ですべての段取りをすることが難しい。ただ単一課題の遂行は可能なことから、誰かの指示の下、材料を切ったり、炒めたりはすることができるものとする。夫は仕事をしていることや夫に家事経験が全くないことから、ヘルパーなどの支援も検討する。とりあえず、夫が負担を感じているところを中心に支援を考える。 ・介護保険の区分変更を依頼し、しばらく在宅の支援を中心に。 ・通所で一緒におかずづくりを支援してくれるようなところがあるとよい。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・調理などをしている小規模多機能サービスの利用を検討する	・ヘルパーとともに調理を再開する。 夫の仕事の無い日を含め、最低週 3 回は支援を受けて実施する。	
実 施 者	家族	・食材の宅配を利用する ・介護の区分変更の手続きをする	・本人の能力を理解し、声かけや料理については、ヘルパーのいない日は一緒に取り組む。	・本人の能力について、理解し、支援することは支援、本人のできるところは見守りをするなど、適切な対応ができるよう心がける。
	ケア提供者	(介護支援専門員) ・区分変更の支援、小規模多機能サービスの調査、ヘルパーの調整		・認定区分の変更とヘルパーの可能性、通所で料理支援をしてくれるところがないかを依頼した。
その他 (ケア会議等の介入の方針)		市の地域包括支援センターにも連絡し、冬に向けての暖房等の緊急性を含め、区分変更への対応依頼とみなし認定を介護支援専門員にある程度助言し、早急に支援が入るようお願いした。		
支援結果		・現在、区分変更中。みなし要介護 1 として下記のサービスに導入した ①小規模多機能サービス(週 2 回)：料理プログラムをしているので、本人も参加している。音楽の時間も設定している。嫌がることなく、楽しそうに参加している。 ②料理について：週 3 回、昼に身体介護として訪問介護を導入。本人の料理について、見守りと声かけをしている。はじめ、戸惑いも多く、混乱することもあったが、最近ではテキパキと調理に取り組むようになってきた。スーパーから材料を買うことにした。介護認定が正式に降りたら、週 4 回の訪問介護を導入することとする。		
考察				

認知症作業療法計画

No.17

基本情報		80 歳代後半、女性、夫と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST5		
現病歴		X-1 年 6 月にお金を渡したかどうか分からなくなる、夫がお金を持っていつて無くなるようになった。一方で夫から物盗られ妄想で責められることがあり、元気がない状態であった。A 病院を X-1 年 7 月に受診した。認知機能は年齢相応であったが、夫から攻撃されることでうつ状態が酷いと診断され、内服が開始された。当初は内服していたのだが、受診は嫌がり、自宅に籠もりがちとなった。関節の痛みや父から攻撃される状況を打破するために介護申請を行い、要介護 1 の判定で、9 月より、B 町デイサービス週 1 回、ショートステイを利用を勧め、数回行き、状態は安定していた。認知機能低下は進行し、X-1 年 11 月にショートステイ先で「マスクを職員が盗っていった」と言うようになり、継続利用が困難となった。デイサービス通所のみとしたが、12 月にはデイサービスでも「マスクを捨てられた」と訴え、利用しなくなった。自宅に引きこもる様な生活であるが、夫に対する被害妄想を時に訴えることはある。徐々に認知機能低下、被害妄想を訴えることが増えたため X 年 6 月に当院を初診した。		
主訴		夫が怒るので、困る		
生活歴		中学卒業後、家事手伝い、30 代より、30 年間ほど夫とともに自営。辞めてからも、配膳の仕事などを 70 歳頃までしてきた。		
生活行為の希望 (課題)		施設には入所せずに、このまま家で暮らしたい。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b167 言語機能は良好	d430 自転車を押して買い物に行っている。 d5 質はさておき、一応自立している。しかし入浴頻度はとても少ない。	e310 次女が介護の仕事をしており、週 1 回は訪問してくれている。 e570 デイサービス嫌ではなかった。
	強み	・MMSE22 点 b114 見当識低下 b144 短期記憶低下 b160 物を盗られるという思考の障害がある。 b230 難聴 b460 血圧が 200 もある。	d230 元々夜型の生活であった。朝が起きられず、デイサービスにいけないことも多い。電話で準備ができていないのでということと断る。 d570 健康管理が出来ない。服薬もできていない。また、一日中、こたつに入って動かない。日によっては、寝ている。	e310 夫との関係はもともと不良。長女との関係は不良。長女に物を盗ったと責めるため、長女がノイローゼになっている。 e410 夫は要介護 1 でとても頑固な性格、本人に怒鳴りつけるなどの対応が多い。 e440 ケアマネはこれまでに何度もデイサービスの利用を進めたが、拒否されていること、デイサービスで盗られたというため、施設の職員の受け入れは悪いとの話、あまり支援に乗り気ではない。 e515 家の 2 階に住んでいる
支援課題 (アセスメント要約)		夫の理解を得て、デイサービスに通い、廃用症候群を防止する。そのためには、朝のモーニングケアの支援が必要。夫は怒鳴るだけで対応困難。屋外移動/運搬のための福祉用具の選択・導入ケアマネはこれまでに何度もデイサービスの利用を進めたが、拒否されていること、デイサービスで盗られたというため、施設の職員の受け入れは悪いとの話、あまり支援に乗り気ではない。ケアマネに最近の状況を伝え、対応を依頼していくことが必要である。血圧が 200 など、内科的管理をはじめ、服薬管理ができていない。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・お薬カレンダーを導入し、本人が服薬できるよう環境を整える。	・服薬カレンダーを見て、服薬する。 ・デイサービスに行くことを了承する。 ・朝の用意はデイサービスでモーニングケアを受けることとする。 ・デイサービスで歩行車で歩くようにする。	
実施者	家族			・夫はデイサービスに行くことを理解し、1 回の着替えなど荷物を袋につめ、玄関の出口に置いておく。 ・娘は訪問時、一か月分のデイサービスの荷物作りをする。また、服薬カレンダーに薬を仕分けし、うまく出来ているか、確認をする。 ・娘が一度内科を受診することとする。
	ケア提供者	・訪問看護を導入し、血圧のチェックと薬の管理を依頼する。		・訪問看護から、健康や入浴のためにもデイサービスに行くことを確認、支援を依頼する。 ・介護支援専門員と同行訪問し、現在の状況及び認知機能の状態について、理解を促し、サービス導入の動機づけを行う。
その他 (ケア会議等の介入の方針)		・介護支援専門員が、これまでの経緯から、サービスは受けたくないということで、一年近くモニタリングをしていないこと。今回の支援において、デイサービスの利用について否定的なことから、地域包括支援センターを交え、今後の支援の方向性について、地域ケア個別会議を開く方向で進める。		
支援結果				
考察				

認知症作業療法計画

No.18

基本情報		70 歳代後半、女性、息子・娘と三人暮らし。長女（精神障害 2 級、スーパー勤務）、長男（飲食業）と同居。夫は 1 年半前に他界。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		X-5、6 年から徐々に認知機能は落ちている。A 病院で 2 年前に検査はしたが通院はしていない。治療を受けて欲しいとのことで、X 年 6 月、当院受診		
主訴		本人：物忘れがひどくて、診察してもらいにきた。何がトラブルってことはわからない。 家族：何回も同じ事を聞かれるのが負担。家事はできている。 スーパーにも 1 人で行くが、メモ通りに買い物ができない。介護申請の主治医診断書がほしい。		
生活歴		今は犬と遊ぶだけ。昔は体を動かすことなど多趣味。友人多い。専門学校卒業後、いろいろな仕事を経験した。		
生活行為の希望 （課題）		犬のえさをしっかりあげたい。		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b167 言語機能良好 b126 本人は認知症に対する自覚はあまりないものの、他者から指摘されて怒る事はなく、素直に前向きに対処しようとしている様子が見られる。	d230 決まった犬の散歩はできる d475 近くのスーパーや公園には車を運転 d450 1km 範囲程度は歩ける d5 ADL は自立 d760 子供と姉妹との関係は良好で、姉妹はよく遊びに来るし、一緒にお出かけもする	e160 近くに犬の散歩ができる公園がある e310 姉妹が近くにいる e350 犬がいる
	強み	・MMSE 27 点 b114 日時の見当識低 b144 日常的には短期記憶の低下があり、さっき言ったことを忘れ、何度も同じことを話すことがある。それが家族にとって苦痛になることもある。何度も犬のえさをあげる、もしくは忘れ b164 物忘れの自覚は低い方かもしれない b280 身体機能としては、左股関節に痛み	d650/620 整理整頓や買い物がメモ通りにできない d669 犬のえさをあげ忘れたり、多くあげたりする	e310 同居の娘が双極性感情障害である。場合によっては娘のストレスとなることが考えられる。
支援課題 （アセスメント要約）		・整理整頓がうまくできなくなっていることから、持ち物の整理及び日課の共有化などの支援が必要。また、メモの仕方についても工夫方法について、相談する。 ・特に犬の世話を本人がしており、記憶機能の低下から、犬にえさをあげ忘れる、何度もあげてしまうことがある。 犬の散歩は場所の見当識が保たれていることから継続できている。 ・軽度認知機能障害のレベル。日常生活上はそれほど支障が出ていないが、家族としては何度も聞かれることが負担があり、娘が精神障害があることから、今後のことが不安に繋がる可能性もあり、家族の脆弱性に対し、予防的支援が必要。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・カレンダーとメモー体系的活用の検討・物の整理整頓、その工夫について助言	・メモをする癖をつける ・犬にえさをあげたら、カレンダーに○をつける	
実 施 者	家族	・カレンダーの用意 ・ペンの用意（本人より使用する人によってペンの色を変えてはどうかと提案あり。）	・整理整頓を一緒に行う	・本人の能力を理解し、環境シンプル化し、継続を促す。 ・関わり方を統一し、皆で支援をする。
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		・犬のえさは、メモを書くことで、うまく出来るようになった。 ・毎日、車で市役所の広場まで行って（日中 1 時間）、犬の散歩に行っている。 ・買い物に一人でいくことが減ってきている。 ・デイサービスを調整中。		
考察				

認知症作業療法計画

No.19

基本情報		60 歳代後半、女性、配偶者を含め 4 人家族		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST6		
現病歴		X-10 年頃、義姉が仕事中等の物忘れに気づく。X-7 年頃夫が入院した頃から、他の家族も物忘れや同じ事を繰り返し言うことに気づき、以降近医に通院。仕事で計算ができなくなり、家事もできなくなった。X-2 には家事は掃除くらいしかできなくなり、自分は何もできないといった悲観的な発言ばかりとなる。X 年 2 月当院を初診した。初診時 MMSE5 点と認知症は高度であった。		
主訴		何もできない。ごめんね。		
生活歴		結婚し、一男二女をもうけた。夫が仕事を自営しており、手伝っていた。		
生活行為の希望 (課題)		本人：不明、書字は好きな方、ぬいぐるみなどを縫うことが好きだったと話す。人と話すことは好き。 家族：毎日、デイサービスに嫌がらずに行き、デイサービス中に帰ろうとせず、他者とトラブルにならずに過ごしてほしい。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b126 とても社会的・協調的・従順	d325 日常生活の単語読字と絵の理解は可能 d710 他者との交流はヘルプがあれば、楽しめる d920 好きな歌手の音楽を聴くことと動物の動画は興味を示し、見たり聞いたりすることはできる	e310 家族との関係は良好 e410 家族は認知症に対する対応など熱心 e570 週 5 日デイサービスを利用
	強み	b114 日時・場所の見当識の低下 (MMSE6 点) b140 注意分配、維持が難しくなっている b144 記憶障害あり。手続き記憶はかろうじて残存。 b167 言語入力、出力ともに支障あり。非言語理解も困難。 b156 視覚、聴覚過敏、視空間知覚にも支障あり。 b164 実行機能や状況理解、判断、洞察などの高次脳機能障害は重度	d210 単一課題の遂行も困難	e340 突然怒り出すことがあるため、対応が困難。デイサービスで午後から帰ろうとするため、対応が困難 e570 小規模多機能型サービスで毎日利用できるところが少ない
支援課題 (アセスメント要約)		視知覚・聴知覚等の過敏と注意の共有・維持、言語理解が困難になってきていることから、大きな声で話す人について、自分の悪口を言っているというように捉え、突然怒り出すことがある様子。現在利用しているデイサービスは、毎日利用できるものの大規模であるため、ザワザワとしている様子。また、状況理解が困難なため、デイサービスのスケジュール感がわからず、何もすることがないと帰ると言って聞かなくなり、職員の対応困難の要因にもなっている。注意機能の低下もあり、単一課題も継続して取り組むことが難しくなっている。本人が主体的にできることが減ってきているものの、人との交流は好み、好きな歌手の音楽を聴く、動物の動画を見たりすることはできる。静かな環境であれば、立ち歩くことなく、2 時間程度は調子がよければ、本人のペースで玉のれん（針に玉を通す）に取り組むこともできる。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		本人のデイサービス一日の流れを掲示	・夕方など楽しみである音楽や動物の動画（15 分程度に編集）を見る ・デイサービスで玉のれんに取り組む。	
実施者	家族	・コミュニケーションのための絵カードを作成 ・本人用の CD 及びビデオデッキを用意する。 ・好きな音楽を選定する ・好きな動物の動画（15 分程度に編集）		・言語理解の程度を理解し、コミュニケーションのための絵カード活用するようにする。 ・音や視覚の過敏があることから、そのことをきっかけに「何も出来なくなってきた自分」についてのイライラから被害的にとりやすくなっていることを理解し、対応することを進める。
	ケア提供者	・デイサービスでの静かな環境確保 ・一日の流れの絵カードの提示 ・デイでの作業の機会の提示	・デイのスケジュールと絵カードを用いて、本人に予定や状況を説明するようにする。	（デイサービス） ・本人の障害レベルを理解して、対応の仕方を理解できるように説明する。・デイのスケジュールと絵カードを用いて、本人に予定や状況を説明するようにする。
その他（ケア会議等の介入の方針）		・介護支援専門員には、毎日通える小規模多機能型サービスを引き続き、捜してもらうこととした。 ・医師には、デイサービスに適應するよう、服薬の調整をお願いした。		
支援結果		・デイサービスからの連絡帳では、否定的な連絡がなくなった。帰宅要求や怒り出すこともなくなったとのこと。 ・将来的には、静かな小規模多機能を勧める。 ・夕方になると夫を捜し、不穩になることがある。⇒対応方法について指導した。 ・次女から、自宅の整理整頓について、助言がほしいとのことで、自宅訪問の希望が出される。後日に相談し、日程調整する。 ・通院に関する車両重量税などの免除のための手帳取得などの情報提供をした。		
考察				

認知症作業療法計画

No.20

基本情報		70 歳代後半、女性、夫と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST6		
現病歴		X-4 年夏頃から認知機能低下を認め、財布が小銭だらけになり、近所の人の名前が分からなくなった。このため A 病院を受診したところ、HDS-R18 点であった。認知症は漸次進行し、X-1 年 2 月には HDS-R12 点であった。この頃より着衣失行を認め、夫が外出すると探し回るため一人にしておけなくなった。X 年 10 月に当院を初診した。		
主訴		不明 夫：デイサービスに行きたがらない。行けば楽しかったと話す。 一日中、何をするか目が離せない。そのため介護負担が増している。 言ってもわからず、コミュニケーションが取れないことから、本人の行動について、すべてに腹が立つと話す。		
生活歴		中学校卒業後、工場、レストラン等で働いた。その後夫と結婚し、2 子をもうけた。		
生活行為の希望 (課題)		夫：デイサービスに行ってほしい。少しでも一人で座っていられる時間があるとよい		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b130 以前は外に出て行くことが多かったが、今は出て行くことはない。	d325 絵と文字がセットであれば、かろうじて理解できる。 d530-560 更衣・排泄・食事は自立 d630 茶碗を洗う、夫と一緒に台所に立つ d640 洗濯、干すはどうかしている。 d920 日中することやできることが少なくなっているが、文字を書くことは好き。	e570 デイサービスは毎日の利用は可能。
	強み	b114 見当識の低下からトイレの場所に迷う。常に誘導が必要。 (MMSE4 点) b144 記憶機能の低下 b167 言葉の入力、出力とも障害されている。コミュニケーションが成立せず、夫が注意してもわが道をいく行動となっている。 b164 段取りやこだわりなど認知の柔軟性が低下している。	d510-520 IADL/ADL とともに常に指示と見守りが必要。	e310 家族二人暮らしで、夫が高齢で、元々支配的な関わり方をする人であった。 e410 億との理解力が悪く、服薬管理も怪しい。
支援課題 (アセスメント要約)		高齢の家事をしたことのない夫との二人暮らしで、本人が料理の段取りができない、掃除ができない、風呂に入ってから身体をどのように洗ってよいかわからない、トイレの場所がわからない、目を離すと家の中を色々触り、物がなくなるなど、日中本人に付きっきりになること、本人にいろいろな言っても言うことを聞かないことから、介護負担が増えている。そのため本人と喧嘩になり、手が出ることもある。夫に介護方法について、説明するが理解力が悪い。服薬管理も怪しい。本人は言語の聴覚からの言葉の理解、失名詞による出力も困難。そのため、夫の言っていることはほとんど理解できない。一方、絵カードと文字による行為の理解はできる。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・トイレの絵カードを探し、トイレに行くようにする。 ・デイサービスの絵カードを見て、デイサービスに行くようにする。	・絵カードによるすることが理解できるようになる。 ・手持ち無沙汰の時に好きな模写字をするようにする。 ・デイサービスに週 3 回行く。	
実施者	家族	・日常で使う絵カードを用いた本人への会話をする こと。 ・トイレ等重要な場所での絵カードの掲示 ・お薬カレンダーの掲示 ・デイサービスに週 3 回の利用を検討する。 ・デイサービスにもって行くものは玄関の本人のわからないところにセットし、デイサービスの人に直接渡す。		・日常で使う絵カードを用いた本人への会話をする こと。 ・お薬カレンダーを用いた服薬管理をする ・デイサービスに週 3 回の利用を検討する。 ・デイサービスにもって行くものは玄関の本人のわからないところにセットし、デイサービスの人に直接渡す。
	ケア提供者	・デイサービス週 3 回利用の検討 ・デイサービス迎えの際のバッグの受け渡し方法の統一		・日常で使う絵カードを用いた本人への会話をする こと。必要に応じて絵カードの作成。
その他（ケア会議等の介入の方針）		・最初の訪問時、介護支援専門員及びデイサービスとケア会議を開催し、関わり方について、統一していくこととする。		
支援結果				
考察				

認知症作業療法計画

No.21-1

基本情報		70 歳代前半、男性、妻と二人暮らし、FAST4		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症		
現病歴		以前に比べ根気集中力が低下を感じるようになる。家族から「言ったことをすぐ忘れる。」、仕事でも依頼されたことをすぐに忘れると指摘され、X-8 年 2 月当院初診 MCI と診断される。外来通院するも X-5 年 11 月から中断。X-3 年 4 月本や新聞を読んでも内容がスムーズに理解できないようになり、家族にも同じことを何度も言うと言われ指摘され再来院、アルツハイマー型認知症と診断される。		
主訴		本人：だいたいのことは自分でできているが、昔に比べてやる気がなくなった 家族：お薬を重複して飲んでしまったことがあった。最近物忘れがすすんだように思う。		
生活歴		高校卒業後、整備および事務職として勤務。その後パートにて 60 代半ばまで勤務。		
生活行為の希望 (課題)		薬の管理が不確実、今後の管理に関する不安がある		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b114 時間の見当識の障害 b140 注意の維持、集中の障害 b144 短期記憶障害	d570 内服を自己管理しているが、重複で飲んでしまうことがあった	e115 薬をシートのまま一つの袋の中に全量を入れ保管
	強み	b114 新聞で日付を確認することができる b760 随意運動の障害はない	d570 (医師から指示されると) 毎日血圧を測定し健康記録をつけることができる。	e310 妻と同居、支援を得ることができる
支援課題 (アセスメント要約)		内服薬はシートのまま処方された袋の中に入れ自己管理している。最近、重複で内服したことが数回あり妻が気づいた。今後に関し、妻がすべて管理した方がよいが迷っているとのこと。本人は見当識の低下、記憶障害があり内服したことを忘れてしまい重複してしまう可能性があるものの、日付等を新聞で確認する手段をもっている。医師から指示され毎朝血圧を測定する習慣もある。環境の調整、反復練習により、自己管理を継続することは可能であり、本人の自尊心を保つことができると考える。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		薬の保管方法の環境調整（一日ごとに分けて見える化する。）本人の自尊心を保ため、健康管理ファイルを作成しその中で血圧記入用紙や薬情とともに保管し他人から見えないようにする。	保管場所から取り出し内服する内服後の空はそのまま破棄せず残す日付が分からない場合は新聞にて確認する	
実施者	家族	セットされたものが間違っていないか確認する薬の管理する場所を準備する	朝夕のみ忘れがないか確認する	
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		重複内服があり、今後のことが心配と介護者からの訴えとしてあったため計画をたて本人にも方向性を提示し同意を得た。しかしながら次の訪問にて「まだ大丈夫。取り出しが面倒になる。」などの理由で拒否。本人の意思を尊重し、一週間分の 1 シートずつを見えるところで保管し、数を確認しながら服用していただくよう依頼した。訪問時残薬数に間違いがないか確認した結果、訪問期間中は間違いが見られなかった。今後は介護者にもその都度確認をしてもらい従来の方法で様子をみていただき、問題が出てきた場合の対処法を申し送った。		
考察		計画を説明しイメージした段階では納得されたものの、現実となった時に受け入れることが難しく拒否された。本人は重複内服に対する自覚がなかったこと、今迄と比べ手間が多くなり面倒と感じたためと思われる。現状、服薬回数、種類も少ないため改善案でも対応できたものと思われる。しかし、今後他科の薬の追加処方を検討されており混乱や間違いが増える可能性がある。そのような場合今回計画を説明し参考にしていただくよう介護者に申し送りをした。本人が面倒と感じている部分を他者に代行してもらうなどその時々に合わせて方法を提案していける機会が必要であると思われる。		

認知症作業療法計画

No.21-2

基本情報		70 歳代前半、男性、妻と二人暮らし、FAST4		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症		
現病歴		以前に比べ根気集中力が低下を感じるようになる。家族から「言ったことをすぐ忘れる。」、仕事でも依頼されたことをすぐに忘れると指摘され、X-8 年 2 月当院初診 MCI と診断される。外来通院するも X-5 年 11 月から中断。X-3 年 4 月本や新聞を読んでも内容がスムーズに理解できないようになり、家族にも同じことを何度も言うと言われ指摘され再来院、アルツハイマー型認知症と診断される。		
主訴		本人：することがない。篆刻などやる気にならない。 家族：以前はいろいろと行っていたが今は読書以外取り組もうとしない。何かできるといい。		
生活歴		高校卒業後、整備および事務職として勤務。その後パートにて 60 代半ばまで勤務。		
生活行為の希望 (課題)		趣味活動をする時間が少なくなり、無為に過ごす時間が多くなっている。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b140 注意の障害（維持） b164 計画の立案と実行の障害 b130 意欲の低下	d920 地域活動の機会がない d920 趣味活動が中断	e140 趣味の道具を別室で保管。準備に手間取る。 e575 公的サービス未利用
	強み	b760 四肢に運動障害がない b760 巧緻性が保たれている	d210 以前から多趣味で自宅で写仏・写経、篆刻などをおこなっていた。 d210 趣味としての読書は継続できている	e310 妻と同居 支援を得ることができる e450 専門医療機関の診断後支援をうけることができる
支援課題 (アセスメント要約)		退職後は自宅の自室で行う趣味を楽しんでいた。作業の企画、段取りをたてることに支障がでてきたため、道具の準備を必要とされる趣味活動を行うことが難しくなった。日中の居場所からすぐ手の届く場所に置かれた本を読むことは継続できている。作業の準備を必要とせずにとりかかることができる作業を選択し、注意の持続が可能な時間で出来る作業を選択し日中の活動につなげる。継続的な活動を確保するため社会資源の情報提供を行い健康教室への参加などにつなげる。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		道具や材料はすぐ目のつくところにひとまとめにして置き、複雑な準備を必要としないようにする。	空き時間に活動に取り組む	
実施者	家族	材料の準備		進捗状況の確認作品の講評をする
	ケア提供者	注意が持続できる程度に難易度の調整		無為に過ごす時間を少なくし、対人交流をすすめるため健康教室など社会資源の情報提供
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		今までの本人の経験から活動として仏画の塗り絵を選択した。食卓の片隅に道具一式を置いたため、気づいた時に準備を必要とせず取り組めるようになった。1 作品 1～2 時間程度で仕上がる難易度に設定した。訪問期間中にはほぼ毎日取り組むことができた。内容も仏画から静物画、風景画と変化させたと、風景画塗り絵には興味があり意欲的に取り組んでいた。しかしながら、飽きてくる様子もうかがえた。介護者には、趣味を続けることを困難にしている一因として作業を行うための企画をすることが難しくなっているためではないかと伝え、活動の準備の部分を手伝っていただけよう依頼した。健康教室など社会資源の情報提供も行ったが、今すぐの利用は検討しないとのことだった。		
考察		作業の段取りを少なくし、すぐに取り組める環境を設定することにより以前行っていた趣味に近い活動を再開する取り組みを行った。訪問期間の 1 か月間であれば目新しい活動であるため継続して行っていたが、今後飽きて中断する可能性もうかがえた。社会的交流も少なくなっているため、継続的な社会参加の機会を確保できるような支援も必要であったと思われる。		

認知症作業療法計画

No.22

基本情報		70 歳代後半 男性 妻と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST4		
現病歴		薬の飲み忘れ、日付が分からなくなる、ごはんを食べたこと忘れることが時々 見られるようになり X-1 年 7 月当院初診、アルツハイマー型認知症と診断される。外来にて投薬治療継続中		
主訴		本人：薬を時々飲み忘れるみたいだ。 妻：薬カレンダーを使っているが、飲み残しがある。私も翌日になってから気がつく。		
生活歴		高校卒業後、メンテナンスの仕事に従事する。その後 70 歳代後半までパートと農業に従事。妻と一緒に犬の散歩や鶏の世話、畑仕事などをして過ごす。		
生活行為の希望 (課題)		服薬の管理		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶低下 b114 日付の見当識低下 b140 注意の維持、集中の障害	d570 薬を飲み忘れることが時々ある	e110 複数種類の内服がある。 e115 薬カレンダーが普段過ごす場所から目につきにくい場所に設置されている
	強み	b760 身体機能は保たれている	d570 薬を自己管理することが本人の役割になっている	e115 薬カレンダーにて管理 e115 スマートホンを持っている e310 妻と同居 e115 曜日日付の確認ができる時計が設置されている
支援課題 (アセスメント要約)		元来几帳面な性格で、現在もできる家事など妻と協力して行っている。服薬管理は自身にて行うことが役割になっているが、見当識と記憶力、注意力の低下により、内服忘れに気づかないことがある。1 週間分を薬カレンダーにて管理しているが、本人が日中過ごす場所から見えない隠れた場所に設置されているため、意識しなければ確認することができない。振り子時計に付属している日付と曜日の表示で時の見当識を確認しているが、薬の保管場所からは離れた所に設置してある。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		薬カレンダーの設置場所の変更 飲む時間を知らせるための携帯アラームのセット	1 週間に一度、本人と妻により薬の設置。 朝食後と夕食後にカレンダーより取り出し内服する。 アラームが鳴った際に飲み忘れがないか確認する	
実施者	家族	本人と一緒に薬カレンダーに薬のセッティング	内服忘れがないか毎回確認する	内服忘れがあった場合は日付の確認をし、自ら気づき内服してもらうよう促す。
	ケア提供者	薬カレンダーの設置場所の検討 ・普段本人が過ごす場所からよく見えるところ ・見当識の確認のために使っている時計の近く		社会資源の情報提供
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		普段よく目につくところで管理するようになり、その日のうちには飲み忘れに気づくようになった。しかし、飲み忘れに気づいても「面倒くさい」と後回しになり、朝食の薬が昼食時になることもあった。アラームでの飲み忘れの確認も検討したが今のところ必要ないとのことで、今後の対策事項とし今回は導入を見送った。薬カレンダーへのセッティングに不安が出てきた場合の対策として第三者への代行とするための社会資源の情報提供を行った。		
考察		本人の日中の居場所から常に見えところに設置したことで、飲み忘れには気づきやすくなった。しかし、薬を取りに行くことを億劫と感じ、妻に催促されるまで動作を開始しないこともみられた。服用のためのコップと水を近くに配置し、動線上や、すぐ手の届くところに配置できるとよかった。		

認知症作業療法計画

No.23

基本情報		80 歳代前半 男性 妻と 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST5		
現病歴		X-1 カ月に当院もの忘れ外来を受診される。受診時には内服薬を処方されていた。認知症の進行、易怒性があり受診をされる。		
主訴		本人：特にない 家族：病院を受診するたびに禁煙することを指導される、その場は理解をされるが行動は変わらない。タバコを辞めることを指導されたことは本人は覚えていない。妻から禁煙を促すと夫からの罵声が出てしまう。タバコの不始末で火事にならないか心配(ぼーっとしながら喫煙されていることもある)		
生活歴		日中はソファで横になられていることが多く、能動的に活動をされることはあまりない。 週 3 回のデイサービスを利用中。 近くのお店へタバコを買いにいく行為が数少ない外出機会になっている。		
生活行為の希望 (課題)		喫煙行動(タバコの購入、喫煙動作)でのリスク軽減		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	・日時の見当識障害 ・短期記憶障害 ・注意障害 ・労作時に息切れあり	・金銭の管理は支援が必要	・火災報知器の期限が過ぎていた
	強み	・四肢の動きは保たれている ・巧緻性が保たれている	・喫煙動作はできる ・店舗までの屋外歩行能力は保たれている ・決まった店舗での決まった商品の買い物はできる(品物の購入、支払い)	・妻、別居の娘の支援がある
支援課題 (アセスメント要約)		デイを利用している日は喫煙本数が少なくなるが、デイ以外の日の喫煙本数は増えてしまう傾向にある。時間を持て余してタバコを吸うこともあり、少し前に吸ったことも忘れてしまう。妻が喫煙の指摘をすると強い口調となってしまう。タバコを買いに出かけることが、能動的に行動をされる数少ない生活行為であるために維持していきたい。火事にならないか心配との家族の不安があったため環境調整をする必要があると思われる。 医療従事者の立場から喫煙する行為を推奨できないことを説明し、喫煙本数を減らすことで目標を共有したい。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・喫煙場所はキッチンの換気扇下で行うよう固定する	・財布の置き場所を自ら確認をする ・店舗まで導線は安全なルートを利用する	
実 施 者	家族	・財布の置き場所を固定する ・タバコやライターの置き場所はキッチンにする ・タバコを購入した回数がかかるようにカレンダーに目印をつける	・財布やタバコなどの置き場所法を説明する	・買物からの帰宅後は残金の確認と財布の置き場所を本人と確認をする ・余分な物を購入しないよう財布に入れておく金銭は決まった額にしておく
	ケア提供者	・新しい火災報知器をご家族が購入していただいたため取り換えを行った・買い物へ外出した日がわかるようにカレンダーに目印をつけるよう家族へ依頼をする	・管理方法の説明やその後の状況を確認する。 ・店舗までの導線を確認（横断歩道をしっかりと利用するように指導した）	・喫煙で口論となった際は、担当療法士との約束事項(書面)を提示していただき喫煙本数の減らす目標を再確認してもらう
その他（ケア会議等の介入の方針）		・当該地域の認知症施策(おかえりメール、市あんしん見守りキーホルダー)を家族へ紹介をした。 ・喫煙と認知症についての資料を提供して、喫煙本数を減らすように目標を共有した。(妻が喫煙を指摘となると反発してしまうため、担当療法士との約束事項として書面化した)		
支援結果		・家族の不在な時間帯はリビングルームで喫煙を行ってしまうことがある。 ・喫煙行動の減少には至らないが、担当療法士との約束事を書面化したことで定期的に喫煙をする行為を見直す機会にはなっている。		
考察		今回の介入により、本人の周辺症状の軽減や改善はみられないが、妻の認知症に対する病気の理解や関わり方の変化はみられるようであった。担当療法士を参考にして、妻の夫に対する関わり方(短期記憶の低下に対する代償など)を工夫されているようで、今回の介入に有用性があったと思われる。		

基本情報		70 歳代前半、女性、夫、次女夫婦と 4 人暮らし。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、高血圧症、FAST3		
現病歴		X-2 年頃から物忘れ。X-1 年頃から言動のまとまりのなさが目立つようになる。処方された薬を飲み忘れることが多く、飲み忘れた薬はゴミ箱に捨てるなどして隠す行為がある。		
主訴		本人:「外出した時に薬の飲み忘れがある。」 家族:「薬がほとんど飲んでいない、その事を隠す。指摘すると怒る。」		
生活歴		10 代後半から事務員などをして働き、その後からは専業主婦となる。60 代から次女夫婦と本人宅で同居開始となる。60 代後半から夫の認知症が悪化し、事例が中心となって介護する。現在は、家事・介護のかたわら、空いている時間帯で菓子作りや PC で読書、PC でチラシ作りをして過ごされている。		
生活行為の希望 (課題)		服薬管理、飲み忘れを減らしたい(週 4～5 回ほど飲み忘れがある)		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b140 2 つのことが重なると 1 つを忘れる b144 カレンダーを見て予定を把握できるが、1 度受診忘れあり。 b126 服薬できていないことを隠すもしくは認めない	d220 外出すると昼薬を持参し忘れ、夕食後は片付けや夫の介護で夕薬を飲み忘れる。 d570 服薬の袋を食器棚の中で保管しているので、注意が向きにくく、飲み忘れが頻繁	e310 同居の次女夫婦は日中仕事で、夫も重度認知症のため、飲み忘れに対しての声かけができない。夫が自身の薬と混同し誤薬をする可能性があるため、事例の薬を目に付くところに置けない
	強み	b140.144 認知機能は MMSE の検査上では正常(30 点満点)に該当 b770 歩行能力に問題はない	b114 おおむねカレンダーを見て予定を把握できる。 d230 d 620. d 630 d 640. d 650. d 660 夫の身の回りの世話、家事や買い物などはできている。	e310 長女(同居していない)の支援(受診付き添いなど)がある。
支援課題 (アセスメント要約)		・昼薬と夕薬のほとんどが飲めておらず、そのことを家族やスタッフに隠している。夫が触らないように食器棚の中で薬袋を管理している為、目につきにくく、外出などイレギュラーな出来事があるとさらに服薬への注意が遠のく。また、日中本人の飲み忘れに対してタイムリーに声掛けする人がいない。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・1 日分の服薬カレンダーを作成し、夫が冷蔵庫は触らないとのことなので、冷蔵庫の扉に貼り、本人の目につきやすいようにする。 ・外出予定をカレンダーに書く際に『薬も持参』と書き込む、鞆にも同様のメモを貼る。	夕薬を飲み終えたその時に、翌日分の薬を服薬カレンダーにセットする。飲み忘れた薬があれば、保管袋に入れ、次回の訪問時にスタッフに提出する。	
実施者	家族			服薬カレンダーに薬が残っている場合、声掛けの促しを依頼
	ケア提供者	・飲み忘れ薬を入れる袋を作成 ・1 日分の句約カレンダーの作成 ・新たな定期薬に日付け(薬に直接○月○日)の記入を行う。・カレンダーの予定確認		訪問時に飲み忘れの薬があれば、その理由を尋ねる。毎回、翌週の外出予定と一緒に確認し、「薬持参」の記入漏れがないか確認を行う。記載がない場合は、本人に記入を促す。
その他(ケア会議等の介入の方針)				
支援結果		服薬カレンダーを、夫が触らない冷蔵庫に設置したことで本人と娘が気づきやすくなり、娘から声かけもしてもらえるようになった。外出時の薬の持参忘れがなくなり、飲み忘れは 1 週間のうち 1 回程度になった。		
考察		その日に飲む薬を本人がわかる場所に掲示することで本人の気づきに加え、娘からの支援もしてもらえることとなり、より飲み忘れが減った。さらに、外出時の持参忘れを減らす環境づくりも実施したため、飲み忘れを減少させることができた。		

認知症作業療法計画

No.25

基本情報		50 歳後半女性 夫と四男と 3 人暮らしだったが、昨年、長女が孫 3 人連れて戻ってきて、さらに次男が戻って来ており、8 人暮らしとなった。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST4		
現病歴		X-3 年頃よりもの忘れがあり、近医受診し前頭側頭型認知症の初期と診断されたが、不信あり転院を希望し、X-1 歳で当院受診。アルツハイマー型認知症と診断される。今も家事をしているが、味噌汁に味噌を入れ忘れたり、炊飯器の水加減を間違えたりする。		
主訴		本人：特に困ったことはないが、家族に美味しい料理を作ってあげたい 夫：認知症は悪くなるだけだから、別に期待していない。できることはさせて、手を出さないようにしている		
生活歴		高卒後、事務職、退職後趣味等は特になく、介護保険等の申請を勧めるも、「まだいい」と家族は支援に拒否的。早朝からひと通り家事をこなし日中は横になっていることが多い。		
生活行為の希望（課題）		記憶や経験に頼り料理をしており、調味料の入れ間違い等の失敗が増えている。 夫からは「認知症だから悪くなる一方で何をやらせてもダメ」との発言多い。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶障害 b164 高次認知機能 b140 注意障害	d630 調味料の入れ間違いがある d177 複雑な料理の食材選択や量の決定が難しい	e570 支援者が家に入ることを拒否 e110 家の中が片付いていない e215 家族の人数が急に増えた e410 夫は「できない」と決めつけた言動が多い
	強み	b167 識字は保たれている b760 巧緻性は保たれている	d630 工程が単純な料理は作れる d640 日々の家事は行っている	e410 夫は家事に手出しはしない e310 娘が料理を手伝える e410 料理を作る役割がある
支援課題（アセスメント要約）		料理を作って孫や子どもに食べさせたいという想いは強い。 今まで記憶や経験をもとに料理をしてきたが、記憶や注意力の低下により失敗することが増えてきた。 同居家族の人数が増えたことから、量なども調整する必要があるが、判断力の低下もある。 家の中に入っているアセスメントができていないが、屋外の様子からも片付いていないことが推測される。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		レシピカードを確認しながら料理をする		
実施者	家族	食べたい（本人が作れそうな）料理をリストアップする	できたこと、難しかったことをケア提供者に伝える	工夫すればできること、少し手助けすればできることを本人や家族と共有する
	ケア提供者	わかりやすいレシピカード作成	課題をアセスメントし環境調整を図る	
その他（ケア会議等の介入の方針）		聞き取り情報から推測される課題に対処していきながら、信頼関係を構築し、課題のアセスメントを図り、必要な支援の介入を行う		
支援結果		レシピカードを本人に渡し、使い方や趣旨を説明したが、介護者である夫の入院と重なったこともあり、使いこなせていない様子である。		
考察		訪問評価では家の中に入れてもらえず、課題のアセスメントができないまま、介護者の夫が入院してしまい、十分な支援ができなかった。それでも、訪問し困ったことを解決したいという姿勢を見せたことで、1ヶ月後の評価において、夫が入院中に服薬管理ができていなかったという新たな課題が夫から出された。関係構築にはそれなりの時間が必要だと感じた。		

認知症作業療法計画

No.26-1

基本情報		50 歳前半の男性、妻と三男、実母と同居（二世帯住宅）。実母とは不仲で、長男も同居予定。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST4		
現病歴		業務は多忙で深夜までの勤務が続くことがあった。X-4 年頃、仕事中に何をしていたかわからなくなることがあり受診（MMSE28 点）、1 年後に職場から受診を勧められ再度受診（MMSE25 点）、専門医受診を勧められ当院受診（X-3 年）。ADL 自立していたが、職場でのストレス多く、診断書作成し職場に提出。職場の理解を得ながら就労していたが、X 年退職勧告を受ける		
主訴		本人：ひとつ探しているうちに何を探しているのかわからなくなる。毎日行く会社の持ち物はまとめて置いてあるが、月に 1 回頻度の通院時には何度も妻に確認してしまう。 妻：探し物が多い、探しているものを忘れてしまうのか、なかなか見つけれられない。		
生活歴		専門学校卒業後、就職。20 代半ばで結婚。身体を動かすことが好き習い事をしていたこともある。趣味は釣りやゲームで、温厚な性格		
生活行為の希望（課題）		受診時の持参物を何度も確認する。見つからないとパニックになり頭が白くなる。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 短期記憶障害 b140 注意機能障害 b147 精神運動機能	d210 確認したことを忘れ何度も確認 d110 なかなか見つけれられない d240 見つからないとパニック	e115 必要な持参物が別々に保管
	強み	b167 識字が保たれている	d135 会社の持ち物は忘れない d165 持参すべき物はわかっている	e155 自分用の保管場所がある e310 困った時には妻が支援
支援課題（アセスメント要約）		探し物が多く、探している物を見つけづらい。探しているうちに何を探していたか忘れてしまう。 月 1 回の通院時に持っていくものを何度も確認し、確認したことを忘れ、また探すなど時間がかかる。毎日持っていく会社への持参物は、会社用のカバンにセッティングされており、限定された中で確認することで何度も確認することはない。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		受診日前夜に持参物をクリアファイルに入れ、所定の保管場所に置いて準備する	月 1 回の受診時に活用してみる	
実施者	家族	使い方や、課題に対しての対処ポイントを理解する	追加持参物など、必要が生じれば付箋等を活用し対応する	使い勝手を見ながら、うまくいっていれば、他に応用してみる。
	ケア提供者	ひと目で確認できるクリアファイルを作成し、使い方を伝える	月 1 回の受診時にどうだったかを確認し、修正があれば試みる	
その他（ケア会議等の介入の方針）		受診時の持参物をひとまとめに入れられ、かつ、ひと目で確認できるクリアファイルを作成し、使用してみる。		
支援結果		必要な物がすべて見えるので、あれこれ探すことがなくなり、ストレスが減ったとのことで、継続してみる。 妻に課題に対しての対処ポイントを理解してもらうことで、生活の他の場面でも応用してくれそうな言動あり。		
考察		訪問することで、できていることと難しいことが具体的にわかり、できていること（会社用のカバンのように、限定された空間の中だと見つけやすい、置き場所が決まっていれば確認しやすい）からヒントを得て、本人の確認しやすいクリアファイルの作成に至った。		

認知症作業療法計画

No.26-2

基本情報		50 歳第前半の男性、妻と三男、実母と同居（二世帯住宅）。実母とは不仲で、長男も同居予定。		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST4		
現病歴		業務は多忙で深夜までの勤務が続くことがあった。X-4 年頃、仕事中に何をしていたかわからなくなることがあり受診（MMSE28 点）、1 年後に職場から受診を勧められ再度受診（MMSE25 点）、専門医受診を勧められ当院受診（X-3 年）。ADL 自立していたが、職場でのストレス多く、診断書作成し職場に提出。職場の理解を得ながら就労していたが、X 年退職勧告を受ける		
主訴		本人：ひとつ探しているうちに何を探しているのかわからなくなる。毎日行く会社の持ち物はまとめて置いてあるが、月に 1 回頻度の通院時には何度も妻に確認してしまう。 妻：探し物が多い、探しているものを忘れてしまうのか、なかなか見つけれない。		
生活歴		専門学校卒業後、就職。20 代半ばで結婚。身体を動かすことが好き、習い事をしていたこともある。趣味は釣りやゲームで、温厚な性格		
生活行為の希望（課題）		お薬カレンダー活用し服薬管理できているが、薬の入れ替えや取り出しがストレスになっている。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b147 イライラしやすい b760 巧緻性が低下している	d440 薬カレンダーのポケットからの薬の出し入れがしづらい	e155 薬カレンダーの前にテレビあり e115 カレンダーポケットに手が入れづらい
	強み	b180 服薬の必要性を理解 b114 服薬の時間と頻度を理解	d230 自分で薬を区分けしセッティング d570 服薬の習慣化	e155 目につきやすい壁にカレンダーあり e310 イライラする前に妻が支援
支援課題（アセスメント要約）		お薬カレンダーを目につきやすい場所に貼り、服薬管理はできているが、薬の出し入れの際に落とすことがあり、ストレスで易怒的になることがある。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		小袋に日々の薬をセッティングし、カレンダーポケットに入れ、服薬する	使いづらさや気づきがあれば伝える	
実施者	家族	クリアファイルの購入	必要があれば、クリアファイルで不足分を作成	難しい点があればフォローする。また、工夫すべき点があれば一緒に考える
	ケア提供者	出し入れしやすい小袋をクリアファイルで作成し、作り方を妻に伝える	使いづらさや気づきを確認し、修正できるところは修正する	
その他（ケア会議等の介入の方針）		薬カレンダーへの薬の出し入れがしやすいような、差し込み式の小袋をクリアファイルで作成し、使用してみる。		
支援結果		日々のストレスが減った、すごく使いやすかったと喜びの報告が入る。 ADL は自立しており、巧緻性が低下していることの意識は本人も家族も少なかったため、今後、同様の困りごと（うまく物が扱えない等）があれば、相談してくれるように伝えた。		
考察		忘れることに関しての困りごとはすぐに出てきやすいが、それ以外の困りごとについては、ちょっとした中から拾う必要があると感じた。訪問時に、お薬カレンダーの下に画用紙が置かれてある理由を聞いたところ、薬を落としてしまいやすいこと、本人もそれがストレスであることを話してくれた。服薬管理はできていたことから、訪問しなければ見つけれなかった課題であった。		

認知症作業療法計画

No.27

基本情報		80 歳代前半 女性 娘、孫と市営住宅で 3 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST：6 d		
現病歴		X-23 年長女と同居を開始。同年夫の死去。その頃から畑仕事が出来なくなり、物忘れが時々あった。X-4～5 年前から物忘れが更に目立ち、「知らない人が来た」など妄想めいた発言が散見。X-1 年、声掛けする近所の人がいなくなるなどあり、カーテンを閉めて横になって過ごすことが目立つようになった。X 年からはゴミを集めて押し入れに入れるなど認知機能障害に伴う行動の課題が顕著になり、近医紹介にて X 年当院初診。		
主訴		本人：困ったことはない。 家族：広告で作るカゴや洋服、時にはごみも自室に大量に置かれている。		
生活歴		小学校卒業後就労。林業の手伝い。仕事は家の周囲で農業。70 歳頃夫が死去し、その後娘、孫と同居のために引っ越す。		
生活行為の希望 (課題)		折った広告をデイクアで活用し、趣味のカゴ作りを楽しく続けられる		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	b144 記憶機能 b110 見当識障害 b164 遂行機能障害	d650 作った広告のカゴを多数が自室の中にためている	e155 自室は家族が介入できず
	強み	b126 積極性、社交性がある b760 巧緻性が保たれている	d210 広告のカゴを自分で作ることができる d350 他者との会話が好きで、コミュニケーションが良好	e310 娘、孫と同居 d760 娘、孫の支援がある e580 認知症デイクア
支援課題 (アセスメント要約)		昔からの趣味で広告のカゴ作りを行っている。自宅にカゴ作りのパーツの広告がたまり、本人は活用場がなく、家族は広告パーツがたまっていく現状に困っている。		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・折った広告カゴをデイクアにて活用する ・自宅で作った広告カゴをデイクアに持参する	・デイクアにて広告折りや作品作りにて利用者のコミュニケーションを図る	
実 施 者	家族	・折った広告カゴをデイクアに持って行くよう家族と準備する	・デイクア通所時の朝、荷物の準備時に声掛けをする	・本人が作品を上手に作っていること、デイクアで活用され、喜ばれていることなどを評価し声掛けを行う
	ケア提供者	・折った広告を持参できるよう家族と連絡ノートにて情報共有する	・送迎時、広告の持参の声掛けを行う	・広告折りが出来ている事を評価しながらデイクアへの受け渡しの準備をする。娘と孫で共有しながら声掛けを行う
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		自宅で広告カゴ作りを引き続き意欲的に取り組まれる。本人が作成した広告カゴを抵抗なく家族が預かりデイクアに引き渡すことができる。デイクアにて広告折りも実施し、他の通所メンバーとも楽しんでコミュニケーションを図ることができている。		
考察		これまでは家族が本人の広告折りをマイナスな感情で受け止め接していた。OTR より広告カゴの活用を提案し、家族へ本人の介入指導をすることで家族の介護負担感が軽減できたと考える。 本人は家族から肯定的に評価されることが増え、デイクアでのコミュニケーションの機会も増えている。		

認知症作業療法計画

No.28

基本情報		60 歳代前半男性 妻と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST 3		
現病歴		定年まで企業に勤めた。嘱託職員となったが、小銭や鍵の置き場所を忘れ、物忘れが目立つようになった。親戚に相談したとこと、前医を進められて受診。当院紹介となり、入院して精査を行い若年性アルツハイマー型認知症の診断あり。その後は自宅退院し、過ごされている。		
主訴		本人：特に困ったことはありません。妻は色々と思うところがあると思います。		
生活歴		大学卒業後、定年まで企業に勤め、1 年間嘱託勤務。妻と二人暮らし、子供なし。		
生活行為の希望 (課題)		ご本人がカレンダーを見て、その日の予定の確認をできること		
ア セ ス メ ン ト		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	見当識（日時）・短期記憶（出来事）の低下 振り返り徴候、時々取り繕いがある認知症になったことへの不安、少しぼんやりしている	予定の管理は妻が行う、カレンダーの記入は妻が行っている 買い物で同じものを買ってきちゃう（風呂の洗剤）	夫婦二人暮らし、妻 1 人が主な介護者を担う 介護サービスの利用無し
	強み	意欲、病識がある体力が維持できている歩行（1 時間程度の連続歩行が可能）	ADL は自立 IADL は一部行える（風呂掃除、ゴミ出し、庭の草取りが役割） 週 2 回朝の散歩に行く、一人で散歩に行くことができる 地域のインフォーマルサービスを多く利用している（仏像彫刻教室、体操教室、清掃ボランティア、散歩の会など） 外出機会が多い（実家、叔母の家、畑仕事、駐車場管理）	持ち家、近くに湖・公園があるカメを飼っている（世話は夫婦です） 妻の妹家族（妹夫婦、甥）との交流はある 本人の母、妻の父が存命 今の趣味：仏像彫刻、以前の趣味：ゴルフなど
支援課題 (アセスメント要約)		日時の見当識障害を補う手段や工夫を行うことで、本人が主体的に工夫をして生活している実感を持ち、妻が行っている予定管理の介護負担を減らすことができる		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人			妻と一緒にアラームを設定する。 アラームに合わせて日程の確認をする	
実 施 者	家族	妻：アラーム付きの時計の購入・準備 カレンダーの横に時計を設置する。スケジュールを確認するという札を貼る。 外出時にスマホを持っていけるように準備をする	妻：本人と一緒にアラームを設定する。 本人がアラームに気づき、行動に移せるかどうかを見守る。	
	ケア提供者	本人妻とともに、アラームに貼る札の作成		OT：本人がアラームに気づき行動を起こしやすいようにできる工夫を提案していく。
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		日程の管理について介入を行った結果、妻の協力のもと、ご本人がカレンダーを見ることが増え、本人自ら友人に電話をかけて予定を入れることにもつながった。		
考察		介護保険では適応があったかどうか分からない程度の障害レベルであり、本人・家族とも他者の介入をはじめはあまり積極的には希望されていない様子でした。しかし、今回研究ということでご協力いただき、OT が介入したことで本人・家族ともに変化を感じることができられ、今後のサービス利用について検討され、生活にも変化が起こりそうな様子がうかがえました。本人のみの変化でなく、家族の介護負担や今後への不安の傾聴も OT の役割として行えるのではないかと考えます。		

基本情報		60 歳代前半、男性、実家で両親・姉と暮らしている(key person：姉)		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、高血圧、FAST4		
現病歴		元来健康であり、高校卒業後は就職し勤務を続けていた。X 年頃より人の名前が出づらくなり、物忘れが目立つようになってきた。X+1 年、人間ドックを受け認知機能低下を示唆された。X+2 年、退職。X+3 年、自宅に引きこもりがちとなっており、A 脳神経外科で HDS-R:15 点。幻視や妄想様の訴えあるも姉の勧めでウォーキングを始めてから訴えは消失。X+4 年、若年性アルツハイマー型認知症疑いで精査加療目的に当院入院。		
主訴		本人：言葉が出にくいと、文字が書けなくなった。物忘れが進んでいる。生活では、姉に頼っているからあんまり困っていないですね。 姉：父や母の介護もしているので、今後のことを考えると自分でできるところはしてほしい。		
生活歴		30 代で離婚。退職後は無職で独居生活を送っていたものの難しかったため、現在は実家にて姉、両親と同居している。何もない日は、家でぼーっとして過ごしている。		
生活行為の希望 (課題)		本人：特にないです。 姉：身の回りのことや家事などできることはできるだけ自分でやってほしいです。		
アセスメント		心身機能	活動と参加	環境因子
	障害されている	・見当識障害 ・短期記憶障害 ・複数処理能力の低下	・薬の飲み忘れが頻回にある ・姉自作での 2 週間毎のカレンダーと卓上デジタルカレンダーを使っているが管理不十分	・服薬するタイミングで想起しやすくする場所に設置していない ・壁掛けカレンダーはあるが今日が何日か分かる印はつけていない ・スマホを持っているが部屋に置きっぱなしで活用されていない
	強み	・薬袋を開封し薬を取り出せる ・服薬することに拒否はなく、飲み忘れることは認識している	・服薬できることもある	・薬の飲み忘れを確認できる姉が同居している ・姉が様々な工夫をして協力している
支援課題 (アセスメント要約)		・見当識障害、短期記憶障害の影響により、服薬するタイミングで想起を促すような視覚的手がかりがなければ薬の飲み忘れが生じやすい ・日付のチェックが習慣化できていない		
支援計画		環境調整	動作の反復練習	介護指導
本人		・現在使っている服薬カレンダーへ視線を誘導する手がかりを作り、自己管理へつなげる ・上記では難しい場合など状況に合わせて段階的に、卓上デジタルカレンダーや服薬カレンダーの場所を検討する	・①のマッチングになれる練習や手順の確認を実施する ・スマホでの日付や時刻確認、アラームなどの活用・反復練習を検討する ・頻度：適宜	・本人が管理できやすくなる状況を理解する ・本人へ説明中には姉やケアマネジャーにも同席して頂き、一緒に用いてもらう
実施者	家族	・現在の服薬管理方法では難しいことを理解し、現在の本人の能力に合った方法を試す	・カレンダーや薬の日付のマッチングをチェックできるように説明する	・本人のできる能力を最大限維持できるよう日付等のチェックを続けられるよう声掛け
	ケア提供者	・卓上デジタルカレンダーに取り付ける仕掛け（服薬カレンダーへ視線誘導する手がかり）を作り、設置する ・アラームの設定 ・本人の反応を評価する	・管理の手順や方法の説明やその後の状況の確認を訪問毎に一緒に実施	・お薬が管理できるようになればその他の活動に関しても踏み込んでいく（趣味活動、散歩等） ・デイサービスでの役割継続と自信の健康との関連について説明し動機づけを強める
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人、家族、ケアマネと状況を共有。		
支援結果		・介入や環境調整の結果、朝の内服の意識が強まり、アラームや内服カレンダーを使用しながら飲み忘れることなく自己管理できるようになった。介入して 3 か月目になるが、習慣化しているとのこと。 ・やや明るくなっており、デイサービスの利用回数が増えた。		
考察		本人に認知機能低下はあるが、生活課題に困り感が少ない症例に対する介入であった。 姉の希望としては、食事の準備やゴミ出し、洗濯などいくつかのものが挙げられたが、今回は本人の能力や姉の状況も鑑みたく、内服管理を課題とした。結果として 3 か月後も内服管理は習慣となっているが、要因としては視覚誘導、聴覚誘導等の環境刺激や位置調整、コントラスト調整にて本人の能力を発揮しやすくなるように設定したことが挙げられる。訪問 OT にて自宅環境での生活課題を家族と共有しながら課題解決に向けた実践を行うことで、本人の活動の可能性を広げ、家族の負担軽減や本人に対する見方の変化も生じる可能性を感じる。		

資料編

1) 研究計画書

研究計画書

認知症の人に対する訪問リハビリテーション
実践プロトコルの効果検証研究

作成日：2023 年 9 月 1 日 版数：1.0 版

研究代表医師： 新美 芳樹
所属：東京大学医学部附属病院 早期探索開発推進室

1. 背景：

平成 27 年 1 月に政府が策定した認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、認知症の人が 2025 年には 700 万人になると推計されている。65 歳以上の約 5 人に 1 人という割合にまで増加すると考えられていて、誰もが認知症とともに生きる、または、介護者などとして認知症に関わる可能性のある社会が想定されている。新オレンジプランでは、このような社会において認知症の人が「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができること」が目標とされており、続いて政府が策定した認知症施策大綱でも同様に基本的考え方として示されている。認知症の人が住み慣れた地域で ADL（Activities of Daily Living）や IADL（Instrumental Activities of Daily Living）に積極的に関わり、いつまでも本人の望む暮らしを実現していくために、新オレンジプランにおいて、「適切な認知症のリハビリテーション」として示されているとあり、「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄など）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加など）の日常生活を自立し継続できる」よう、認知症治療において、薬物療法だけでなく、認知症の行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を引き起こさないためにも、生活障害に焦点を当て、ADL や IADL などの日常生活が継続できるような支援としてのリハビリテーションが求められている。リハビリテーションの効果に関して、海外では、RCT を用いた研究において、Graff ら 1) の報告によれば、地域で生活する認知症高齢者に対し、訪問作業療法により改善した活動特定し、道具の使用などの代償練習や環境調整、介護者への対応行動などを 5 週間 1 回 60 分として 10 回介入した結果、患者・家族の QOL（Quality of life）と家族の気分、健康状態などに改善がみられたとしている。また、Dookey ら 2) は、外来患者に対し、環境調整や家族へのアプローチ、社会資源の調整についての指導を行ったところ、その 1 か月後の介護者の介護負担や本人の QOL に改善がみられたと報告している。日本においては、新オレンジプランに認知症のリハビリテーションに関する研究の推進が必要であるとされているものの、論文などによりまとまった報告がなされたものはない。我々は、これまでの研究により、効果的な認知症のリハビリテーション手法をまとめ 3）、令和 4 年度老人保健健康増進等事業により、この手法を活用した実践プロトコル（以下、実践プロトコルとする）を策定した。しかし、その有効性については多数例での検討を十分には行っていない。

2. 目的：

実践プロトコルについて、多数例を対象に、コントロールを対照としてその有用性を検証する。

3. 意義：

認知症のリハビリテーションにより、認知症の人が住み慣れた地域で、いつまでも本人の望む暮らしを実現できることの意義については論を待たないが、これまでが国ではこの分野についての介入研究は少なく、訪問リハビリテーションの具体的な方法について、エビデンスとして一定のレベルを担保されるような方法は

4. 研究デザイン：

本研究は、臨床的にアルツハイマー型認知症と診断された参加者を対象とし、実践プロトコルの効果を検証する、多機関共同、非盲検、非実践プロトコル群を対照とした、群間比較試験である。対象者は医師によりアルツハイマー型認知症と診断がなされている方で、FAST（Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease）3 以上 6 以下と判断された者を対象とする。実践プロトコルに基づく介入を行い、研究登録時、1、3、12 か月後に各種項目について評価する。対照については、同様の組み入れ基準を満たした者について、同じ観察期間において同様の評価を行う。

5. 研究方法

1) 研究期間

2023 年〇月（倫理審査承認後）から 2024 年 5 月 31 日まで
研究対象登録締め切り日：2023 年〇月 31 日

2) 研究実施体制

研究代表者：東京大学医学部附属病院 早期・探索開発推進室 特任講師 新美 芳樹
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
TEL 03-5800-9113
研究課題：研究の立案、統括、解析

共同研究機関：以下各機関が行う研究内容は、自施設におけるリクルート、介入、評価である。

・ 大阪大学医学部附属病院 池田 孝
・ 熊本大学病院 遊亀 誠二
・ 砂川市立病院 内海 久美子
・ 石川県立こころの病院 北村 立
・ 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 下村 辰雄
・ 山口県立こころの医療センター 兼行 浩史
・ 敦賀温泉病院 玉井 隆
・ あさかホスピタル 葛田 恒
・ 西川病院 林 輝男
・ あずま通りクリニック 小林 直人
・ 桜新町アーバンクリニック 遠矢 純一郎
・ 岡崎市民病院 秋田 道人

・ 三宿病院 岩本 康之助
・ 秋津湯池病院 岸本 年史

研究事務局：日本作業療法士協会事務局
〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光仲光（むらみつこう）ビル 7 階
TEL:03-5826-7871 / FAX:03-5826-7872

3) 研究対象者：

3-1) 選択基準

(1) アルツハイマー型認知症と診断され、FAST が 3 以上 6 以下の者
(2) 在宅にて生活し、対象者の状況をよく知る介護者のいる者
(3) 本人の自由意思により文書同意を得られるまたは、適切な代諾者により同様の意思確認が可能な者

3-2) 除外基準

(1) 身体機能の低下等の理由により、屋内での生活に介助を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、障害高齢者の日常生活自立度（認知度）が B、C に該当する者）
(2) 認知症機能の低下により、常に介護を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、認知症高齢者の日常生活自立度が IIIb、IV、M の者）
(3) パーキンソン病、脳血管性認知症、ハンチントン病、正常圧水頭症、脳腫瘍、進行性核上性麻痺、てんかん、硬膜下血腫、多発性硬化症、または神経学的脱落症状あるいは脳の構造異常を伴う頭部外傷の既往を有する者。
(4) DSM-V で定義されるうつ病や双極性障害に罹患している、または研究プロトコル遵守が困難になるような精神症状、興奮性、行動異常を認める者。

4) 評価項目とスケジュール

地域滞在日数、各種サービス利用状況、介護保険認定調査における障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度、FAST、HADL（Hyogo Activities of Daily Living Scale）、FAI（Frenchay Activities Index）、DBD（Dementia Behavior Scale）13、J-ZBI（Zarit Caregiver Burden Interview）8、EQ-5D（European Quality of Life-5 Dimensions）、MMSE（Mini Mental State Examination）、CSQ（Client Satisfaction Questionnaire）8

	O1	O2（O1より1月±7日以内）	O3（O1から3か月±30日）	O4（O1から12か月±30日）
説明と同意	○			

背景情報（各種サービス利用状況）	○				○
病歴（現病歴、投薬、既往歴）	○				○
BI	○	○		○	○
認知機能検査（MMSE）	○				○
認知症重症度（FAST）	○	○		○	○
ADL（HADS,S,FAI）	○	○		○	○
BPSD（DBD）	○	○		○	○
介護負担（Zarit's）	○	○		○	○
QOL（EQ-5D）	○	○		○	○
CSQ-8		○		○	○
訪問状況評価（注1）		○			
地域滞在日数			○		○

注1：項目は、訪問頻度、訪問時間、同行訪問者、訪問の区分（診断後支援、在宅訪問リハビリテーション指導、訪問看護、精神科訪問看護等）、訪問サービス支援内容、訪問実施後関係機関への申し送りの有無、カンファレンスの実施の有無。

5) 評価項目の収集方法

FAST は各共同研究機関において、参加者の担当医により評価を行う。その他の評価項目については、作業療法士が実施する。いずれも外来診療の際に評価を行い、評価時間は1～2時間、初回、1月後、3月後、12か月後の4回の評価を行う。評価を行う者はデータの解析には関与しない者とする。各分担機関において紙面により、評価が記載され、その際、参加者には便宜的なID番号（研究ID）が付与され、以降データはこのIDによって管理される。記入後の評価用紙は研究事務局に送付され、電子情報化して保管される。

6) 評価項目の解析・有効性の検討

主要評価項目は、O3、O4における地域滞在日数の群間比較。副次評価項目はO2、O3、O4におけるその他の評価項目の群間比較、経時的な評価項目の変化率についても評価する。

7) 介入方法

各共同研究機関の作業療法士が、O2期間までに参加者の居宅に訪問し、最大月4回、一回当たり60分の実践プロトコルに基づいた支援を行う。
支援方法は別添のとおりであるが、概要は以下の通り。
訪問初回時に介入群では、チェックシートにより、対象者の状況を確認し、介入対象となるADL/IADLを特定する。介入対象となったADL/IADLに対し、実践プロトコルに基づいて、心身機能、活動と参加、環境因子の項目について総合的な評価を行い、①環境調整（タンスにラベルを貼るなどの視覚構造化を含む）、②道具など代償能力を活用した動作反復訓練、③介護者への介護指導（本人や家族を含む介護提供者が実施する内容など）の各点に関する支援内容を決定し、介入計画書を作成する。決定した内容にそって、1月以内に介入を行う。介入回数は4回とするが、①、②、③が作業療法士の支援がなくても実施でき介入対象となったADL/IADLが可能となっていれば、4回未満の介入とすることは許容される。
対照群では、プロトコルに基づいた支援はおこなわず、通常の訪問リハビリテーションと、介入群と同様の評価を行う。
実践プロトコルに基づいた支援を行う作業療法士については、支援内容の質を担保するため、別途定める8時間の研修を受けるものとする。作業療法士により作成された介入計画書は、研究分担機関の責任医師によって、その妥当性を検証し、不十分と考えられる場合には必要変更点をフィードバックし、介入計画の質を担保する。

8) 目標症例数：各50例 合計100例（各参加施設5～7例を予定）

6. 予測される利益と不利益

利益：

介入群については、実践プロトコルに基づく支援を行うことにより、ADL、IADLの向上が期待される可能性がある。非介入群については実践プロトコルに基づく支援による利益はないが、通常診療では行わないような詳細な評価を受けることは利益となる。

不利益：

本研究は、薬剤等による介入ではないので、直接の有害事象が発生する可能性はないが、詳細な評価（1～2時間程度、計1年間に4回）を行う事で、参加者の時間的な負担や、検査を受けることによる疲労などの負担が生じる可能性がある。

7. インフォームド・コンセントの手続き

本研究は、軽微な侵襲を伴う前向き研究であり、文書により、インフォームド・コンセントを受けることを要する。ただし、本研究の対象者については、疾患の特質上、インフォームド・コンセントを与える能力を欠く場合があり、代諾者によるインフォームド・コンセントを受ける場合がある。インフォームド・コンセントを与える能力を欠く、と判断する場合には、代諾者となり得る者（同居し、主たる介護を担い、対象者の意思及び利益を代弁できると考えられる家族等）との話し合いや地域の相談支援専門員・介護支援専門員等との連携により判断される必要があり、これを行ったことを同意書に記載する。

8. 研究で得られた情報の授受

各共同研究機関は、本研究によって得られた、評価項目に関する情報を研究事務局に提供する。試料・情報の提供に関する記録は、本研究計画書を提供元、提供先が保管することで代用する。

9. 個人情報保護の方法

1) 個人情報の取り扱い

本研究では、データの収集時に、便宜的なID番号（研究ID）を付すことによって、ただちに個人を識別できないようにする。本研究では、参加者に対して同意撤回の機会を保障するために、研究IDを用いた仮名加工を実施するが、各施設の患者IDと研究IDの対応表は各分担研究機関において保管され、解析を実施する機関（東京大学）には、事務局から加工後の電子データのみが提供される。

2) データの管理

各分担機関では同意書などの紙データは、鍵のかかる密庫等に保管する。研究事務局において使用される電子データについては、コンピュータ等について、セキュリティソフトをインストールし、またスタンドアロンとしてインターネット等への接続を行わないものとする。事務局にデータを提供する際には、個人情報保護するため研究IDによる仮名加工が行われる。また、調査票の紙面媒体の生データは、施設したキャビネットに保管する。参加者が同意を撤回した場合には、該当者のデータは使用しないこととし、データセットから全ての情報を削除するが、その時点ですでに外部に研究成果が発表されていた場合にはさかのぼって消去することは行わない。研究により得られた試料は、当該研究の終了について報告された日から5年を経過した日又は当該研究の結果の最終公表について報告された日から3年を経過した日のいずれか遅い日まで期間、適切に保管し、その後各研究機関の規定に基づいて適切に破棄する。

11. 研究資金および利益相反

本研究は、日本作業療法士協会が厚生労働省補助金事業である老人保健健康増進等事業として行う、企業等からの資金提供は受けない。このため、参加する全ての研究者において利益相反は生じない。

文献

1) Graff MJ,et al.:Effects of community occupational therapy on quality of

life,mood,and health status in dementia patients and their caregivers,Arandmized controlled trial.J Gerontol Med Sci 62:1002-1009,2006
2) Dooley NR,et al.:Improving quality of life for person with Alzheimers disease and their family caregivers:Brief occupational therapy intervention.Am J Occup Threrapy 58:564-569,2004
3) 平成 28 年度 老健事業「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究」報告書 (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/92_sagyouyouhouushi.pdf) 最終アクセス 2023/08/29

2) 研究同意

研究に参加される方へ

認知症の人に対する訪問リハビリテーション 実践プロトコルの効果検証研究 についてのご説明

1. はじめに

この資料は多機関共同研究「認知症の人に対する訪問リハビリテーション 実践プロトコルの効果検証研究」へのご協力、ご参加をお願いするための説明資料です。この説明文書をよくお読みになり、参加されるかどうかを、あなた自身の自由な意思で決めてください。その上で、本研究への協力についてご同意いただければ、同意文書に同意の日付とご本人さまのご署名をお願いいたします。本研究に参加されなくても、あなたが不利益を被ることはありません。研究の内容や言葉について、わからないことや、心配なこと、疑問に思ったことがありましたら、ご連絡なく担当医師または相談窓口までお尋ねください。この研究は、日本作業療法士協会に協力する各研究者の所属する機関において、厚生労働省補助金事業である老人保健健康増進等事業の研究事業として実施します。

認知症は超高齢化がすすむなか、2025年には700万人に、65歳以上の約5人に1人という割合にまで今後増加すると考えられています。今後、誰もが認知症とともに生きる、または介護者などとして認知症に関わる可能性がある、と考えられています。認知症の人が、何らかの不自由があっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができること、は今後の目指す方向と考えられており、政府が策定した認知症施策推進大綱にも同様な基本的考え方が示されています。このためにも、認知症のリハビリテーションは重要です。平成27年に策定された、政府の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に記載された「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄など）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加など）の日常生活を自立し継続できる」ように、生活障害に焦点を当て、ADL（Activities of Daily Living〈アクティビティ オブ デイリーリビング〉：日常生活の基本的な動作）やIADL（Instrumental Activities of Daily Living〈インストゥルメンタル アクティビティ オブ デイリーリビング〉：手段的日常生活動作ともいい、食事の準備や買い物といった、日常生活上の応用的な動作のことです）などの日常生活が継続できるような支援としてのリハビリテーションが求められています。

リハビリテーションの効果に関して、海外では、地域で生活する認知症高齢者に対し、訪問作業療法により改善したい活動を特定し、道具の使用などの代償練習や環境調整、介護者への対応行動などを週間1回60分として10回介入した結果、患者・家族のQOL（Quality of life〈クオリティ オブ ライフ〉：生活の質）と家族の気分、健康状態などに改善がみられたとする報告や、外来患者に対し、環境調整や家族へのアプローチ、社会資源の調整についての指導を行ったところ、その1か月後の介護者の介護負担や本人のQOLに改善がみられたという報告など、いくつかのエビデンス（根拠となる研究結果など）が

示されています。しかしながら、日本においては、リハビリテーションに関する研究が必要であるとされているものの、論文などによるまとまった報告がなされていません。この研究班では、これまで効果的な認知症のリハビリテーション手法をまとめる研究を行い、令和4年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業によって、この手法を活用した実践プロトコル（以下、実践プロトコルとします。プロトコルとはここでは、定められた手順や手法のことを指します）を策定いたしました。しかし、その実践プロトコルの有効性について、多数例での検討を行うことが必要であり、本研究を計画いたしました。

2. この研究の目的

実践プロトコルについて、これを用いる群（介入群）と、用いない通常の対応を行う（コントロール群）を比較して、その有用性を検証します。

3. この研究の方法

【研究への参加条件について】

以下のすべての条件に該当する方が参加できます。

- (1) アルツハイマー型認知症と診断され、FAST（注1）が3以上6以下の者
- (2) 在宅にて生活し、対象者の状況をよく知る介護者がいる者
- (3) 本人の自由意思により文書同意を得られるまたは、適切な代諾者（注2）により同様の意思確認が可能な者

以下の条件に該当する方は参加できません。

- (1) 身体機能の低下等の理由により、屋内での生活に介助を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、障害高齢者の日常生活自立度（様たきり度）がB、Cに該当する者）
- (2) 認知症機能の低下により、常に介護を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢb、Ⅳ、Ⅴの者）
- (3) パーキンソン病、脳血管性認知症、ハンチントン病、正常圧水頭症、脳腫瘍、進行性核上性麻痺、てんかん、硬膜下血腫、多発性硬化症、または神経学的脱器症状あるいは脳の構造異常を伴う頭部外傷の既往を有する者。

示されています。しかしながら、日本においては、リハビリテーションに関する研究が必要であるとされているものの、論文などによるまとまった報告がなされていません。この研究班では、これまで効果的な認知症のリハビリテーション手法をまとめる研究を行い、令和4年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業によって、この手法を活用した実践プロトコル（以下、実践プロトコルとします。プロトコルとはここでは、定められた手順や手法のことを指します）を策定いたしました。しかし、その実践プロトコルの有効性について、多数例での検討を行うことが必要であり、本研究を計画いたしました。

2. この研究の目的

実践プロトコルについて、これを用いる群（介入群）と、用いない通常の対応を行う（コントロール群）を比較して、その有用性を検証します。

3. この研究の方法

【研究への参加条件について】

以下のすべての条件に該当する方が参加できます。

- (1) アルツハイマー型認知症と診断され、FAST（注1）が3以上6以下の者
- (2) 在宅にて生活し、対象者の状況をよく知る介護者がいる者
- (3) 本人の自由意思により文書同意を得られるまたは、適切な代諾者（注2）により同様の意思確認が可能な者

以下の条件に該当する方は参加できません。

- (1) 身体機能の低下等の理由により、屋内での生活に介助を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、障害高齢者の日常生活自立度（様たきり度）がB、Cに該当する者）
- (2) 認知症機能の低下により、常に介護を必要とする者（要介護認定における主治医意見者において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢb、Ⅳ、Ⅴの者）
- (3) パーキンソン病、脳血管性認知症、ハンチントン病、正常圧水頭症、脳腫瘍、進行性核上性麻痺、てんかん、硬膜下血腫、多発性硬化症、または神経学的脱器症状あるいは脳の構造異常を伴う頭部外傷の既往を有する者。

(4) DSM-V (注3) で定義される大うつ病や双極性障害に罹患している、または研究プロトコル遵守が困難になるような精神症状、興奮性、行動異常を認める者。

(注1) 下にある【研究の評価項目について】をご覧ください

(注2) ここでいう適切な代替者とは、同意し本人の主たる介護を担い、本人の意思や利益を代弁できると考えられる家族等をさします

(注3) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders という診断マニュアルの第5版

【実践プロトコルの割り付けについて】

この研究への参加にご同意いただいた場合、介入群に入っていたか、コントロール群に入っていたかかは、無作為に割り付けられ、ご自身で選択することはできません。

【研究の評価項目について】

地域滞在日数、医療や介護の各種サービスの利用状況。介護保険認定調査における障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度、FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)、BI (Barthel Index)、HADLS (Hyogo Activities of Daily Living Scale)、FAI (Frenchay Activities Index)、DBD (Dementia Behavior Scale) 13、J-ZBI (Zarit Caregiver Burden Interview) 8、EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions)、MMSE (Mini Mental State Examination)、CSQ (Client Satisfaction Questionnaire) 8 (詳しくは、下の **認知機能検査・臨床評価** をご覧ください)

【併用薬・併用療法について】

この研究では、研究のために他のお薬の使用を制限したり、使用をお願いしたりすることはありません

【スケジュール】

この臨床研究における具体的な治療と検査等のスケジュールは下表の通りです。

	O1	O2 (O1 より 1 月 ±7 日以内)	O3 (O1 から 3 か 月±30 日)	O4 (O1 から 12 か 月±30 日)
説明と同意	○			
背景情報 (各 種サービス利用状 況)	○			○

病歴 (現病歴、投薬、既往歴)	○				○
BI	○	○	○	○	○
認知機能検査 (MMSE)	○				○
認知症重症度 (FAST)	○	○	○	○	○
ADL (HADLS, FAI)	○	○	○	○	○
BPSD (DBD)	○	○	○	○	○
介護負担 (Zarit8)	○	○	○	○	○
QOL (EQ-5D)	○	○	○	○	○
CSQ-8		○	○	○	○
訪問状況評価		○			
地域滞在日数			○		○

＜実践プロトコルについて＞

この研究に入っていた場合、医師の指示のもと、作業療法士が訪問させていただきますが、介入群に入っていた場合、作業療法士は、実践プロトコルの評価用紙を用いて、ご自身の生活の実態を総合的、網羅的に把握させていただきます。これに基づいて環境調整や具体的な訓練、介護の工夫の指導などをさせていただきます。非介入群の場合は、この評価用紙は使用せず、一般的な訪問リハビリのみを行わせていただきます。一回の訪問時間は1時間程度、一月の間で最大4回行います。いずれの群でも定期的に評価をさせていただきます、効果をみさせていただきます。この評価については、外来で行わせていただきます (初回、1月、3月、12月後)、大体1～2時間ほどかかります。

＜評価・検査について＞

背景情報

性別、学歴、職歴、嗜好、配偶者、家族歴、居住形態、各種サービス利用状況などをうかがいます。

現病歴・既往歴・合併症・併用薬の確認

現在の認知症の状況と、認知機能に影響を及ぼすような既往歴や合併症、併用薬の使用の

有無を確認します。BI は日常生活動作を評価するものです。

認知機能検査・臨床評価

MMSE は、認知機能の状態を客観的に評価します。FAST では重症度を評価します。ADL では、日常生活を行う能力を評価します。DBD は、行動・心理症状を評価します Zarit8 は、介護をされる方の負担を評価します。QOL は生活の質を評価します。CSQ は介入の結果としての満足度を評価します。訪問状況評価は、訪問頻度、訪問時間、同行訪問者、訪問の区分 (診断後支援、在宅訪問リハビリテーション指導、訪問看護、精神科訪問看護等)、訪問サービス支援内容、訪問実施後関係機関への申し送りの有無、カンファレンスの実施の有無を確認します。

4. この研究の予定参加期間

この研究に参加された場合の予定参加期間は、1月の間に最大4回の訪問の介入を受けていただいた後、1か月目、3か月目、12か月目に、検査や評価を外来で受けていただくことになります。そのため、合計で約1年間になります。

5. この臨床研究への参加により予想される利益と不利益

＜予想される臨床上の利益＞

介入群については、実践プロトコルに基づくリハビリテーションをうけることにより、通常の訪問リハビリテーション以上に、ADL や IADL の向上が得られる可能性があります。非介入群については、実践プロトコルの使用によりもたらされるかもしれない利益はありませんが、通常の診療では行わないような詳細な評価を受けることにより、より詳しく病状が評価できるかもしれません。

＜予想される臨床上の不利益＞

本研究は、お薬等による治療ではないので、直接の有害事象が発生する可能性はありませんが、詳細な評価を行う (1 年間で 4 回) 事は、時間的な負担 (1～2 時間) や、検査をうけることによる疲労などのご負担が生じる可能性があります。

6. この研究に参加しない場合の他の治療方法

この臨床研究はリハビリテーションに関する研究ですので、認知症に対する治療については研究の参加によってかわることはありません。また、研究に参加しないからといってあなたが不利な扱いを受けることはありません。研究に参加されない場合は、通常のリハビリテーションは行われますが、前述した詳細な評価を受けることはありません。

7. この研究への参加は、あなたの自由意思によるものであること

この研究の参加は、あなたの自由な意思によるものです。この研究の説明内容についてご不明点がありましたら、どのようなことでもお気軽にご質問ください。また、参加するか否かはご家族などと相談いただいても結構です。理解をより深めて十分お考えになった上で、あなたの自由な意思で研究に参加するかしないかお決めください。なお、一度同意していただいた後でも、いつでも理由の有無にかかわらず同意を取り消す (同意撤回) ことができます。同意撤回を希望する場合は、研究担当医師にお申し出下さい。

この臨床研究に参加しない場合や同意を取り消した場合でも、あなたが治療上の不利な扱いを受けたり、不利益を被ったりすることはない、あなたに最も適した治療を行います。同意を途中で撤回される場合は、あなたに関わる研究結果は破棄され、診療記録なども、それ以降は研究目的に用いられることはありません。ただし、同意を取り消されたとき、既に研究結果が論文やデータベースなどに公表されていた場合には、研究結果を破棄することはできません。

8. この研究に関する新たな情報を入手した場合について

この臨床研究に参加されている期間中、あなたの研究参加の継続の意思に影響を与えるような情報を新たに入手した場合は、共同研究機関の担当の医師より、直ちにお知らせします。

9. この研究を中止する場合について

あなたにこの研究への参加に同意をいただいた後、あなたに研究参加の意思があっても、次のような場合には臨床研究への参加を途中で中止させていただくことがあります。

【中止となる場合】

- あなたから研究参加の辞退の申し出や同意の撤回があった場合
- 研究参加後に必要な条件を満たさないことが判明した場合

- ・ この研究全体が中止された場合
- ・ その他の理由により担当医師が研究を中止することが適当と判断した場合

10. あなたから得られたデータ（情報）の取り扱いについて

【データ（情報）の取り扱いについて】

この研究で得られたあなたのデータや情報を報告書等に記載する場合、氏名やイニシャル等の個人情報に該当する可能性がある事項（以下、個人情報）は符号に置き換えられ、資料等が誰のものか分からないため、あなたのものと特定されることはありません。また、共に研究している他の機関にあなたのデータや情報を提供しますが、個人情報そのものについては提供されません。

研究終了後もあなたの個人情報は符号に置き換えられた状態のまま厳重に保管され、研究終了後5年間保存します。なお、廃棄の際にも保存と同様に、個人の識別が出来ないようにした上で廃棄します。

この臨床研究で得られた結果は、学会や医学雑誌等に公表されることがありますが、あなたの個人情報は一切わからないようにしますので、プライバシーは守られます。

11. この臨床研究への参加に同意された場合にあなたに守っていただくこと

この臨床研究への参加に同意していただいた場合には、以下に記載した事項を守っていただくようお願いいたします。

- 担当医師や職員が指示した予定を守っていただくようお願いいたします。ご都合が悪くなった場合には、できるだけ早くご連絡いただき、予定を立て直してください。
- この研究に参加中に、健康上なんらかの問題や症状が見られた場合は、ご連絡ください。

12. あなたの費用負担について

この研究に必要な費用については、自己負担分（通常の診療にかかる費用）以外にあなたに負担を求めることはありません。

13. この研究の知的財産権と利益相反

【知的財産権について】

この研究の結果が特許権等の知的財産を生み出す可能性があります。その場合の知的財産権は研究者もしくは所属する研究機関に帰属します。

【利益相反について】

研究グループが公的資金以外に製薬企業等からの資金提供を受けている場合に、研究が企業の利益のために行われているのではないが、あるいは研究の結果の公表が公正に行われないのではないが（企業に有利な結果しか公表されないのではないが）等といった疑問が生じることがあります。これを利益相反（患者さんの利益と研究グループや製薬企業等の利益が相反している状態）と呼びます。

この研究は、公的資金である老人保健健康増進等事業の補助をうけた研究事業として実施します。この研究の研究者については、本研究に関連する利益相反はありません。

14. この臨床研究の実施体制

この臨床研究は、以下の体制で実施します。

【研究代表医師】

東京大学医学部附属病院 早期・探索開発推進室 副室長 新美 芳樹
電話番号：03-3815-5411（内線 35673）

【共同研究機関と研究責任者】

- ・ 大阪大学医学部附属病院 池田 学
- ・ 熊本大学病院 遊亀 誠二
- ・ 砂川市立病院 内海 久美子
- ・ 石川県立こころの病院 北村 立
- ・ 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 下村 辰雄
- ・ 山口県立こころの医療センター 兼行 浩史
- ・ 敦賀温泉病院 玉井 顯
- ・ あさかホスピタル 喜田 恒
- ・ 西川病院 林 輝男



同意文書

研究課題名：認知症の人に対する訪問リハビリテーション 実践プロトコルの効果検証研究

＜説明事項＞

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. はじめに | 10. あなたから得られたデータ（情報）と資料の取り扱いについて |
| 2. この研究の目的 | 11. この研究への参加に同意された場合にあなたに守っていただくこと |
| 3. この研究の方法 | 12. あなたの費用負担について |
| 4. この研究の予定参加期間 | 13. この研究の知的財産権と利益相反 |
| 5. この研究への参加により予想される利益と不利益 | 14. この研究の実施体制 |
| 6. この研究に参加しない場合の他の治療方法 | 15. この研究の利益相反 |
| 7. この研究への参加は、あなたの自由意思によるものであること | 16. 倫理委員会について |
| 8. この臨床研究に関する新たな情報を入手した場合について | |
| 9. この臨床研究を中止する場合について | |

【患者さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、この研究に参加することに同意します。

同意日：西暦 年 月 日 患者さん氏名：_____（白書）

【代読者の署名欄】

同意日：西暦 年 月 日 氏名：_____（白書）

患者さんとの関係：_____

【研究担当医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この臨床研究について十分に説明いたしました。

説明日：西暦 年 月 日 所属：_____

氏名：_____（白書）

【補足説明を行った研究協力者の署名欄】

私は、上記患者さんに、この臨床研究について十分に説明いたしました。

説明日：西暦 年 月 日 所属：_____

氏名：_____（白書）

3) 評価表紙

登録 ID					
【評価一覧・時期】					
	初期	一か月後	三ヶ月後	一年後	
1. フェイスシート (背景情報、病歴等)	✓		✓	✓	
2. FAST	✓	✓	✓	✓	
3. MMSE-J (別冊評価用紙参照)	✓			✓	
4. J-ZRL8	✓	✓	✓	✓	
5. BI	✓	✓	✓	✓	
6. FAI	✓	✓	✓	✓	
7. HADL	✓	✓	✓	✓	
8. DBD13	✓	✓	✓	✓	
9. EQ-SD-SL	✓	✓	✓	✓	
10. CSQ-8		✓	✓	✓	
11. 訪問状況評価	✓	介入期間の訪問時			
12. 介護保険サービス利用状況等	✓	✓	✓	✓	

	三か月後		
	一年後		
三ヶ月後	合計在宅日数	日	
一年後	合計在宅日数	日	

※合計在宅日数の算定方法：(評価を行った日と初回評価を行った日の間の日数から、入院やショートステイ等福祉施設などに入所していた日数を引いてください)

登録 ID			
初回評価日		年 月 日	
三か月後評価日		年 月 日	
一年後評価日		年 月 日	

1. フェイスシート

性別	□男性 □女性
可能	○
教育歴(最終学歴)	□小学 □高校 □専門学校・短大 □大学 □その他()
職業歴	
経済状況	□給与所得あり □年金 □生活保護 □その他
主たる介護者	初回評価 □配偶者 □子孫 □子の配偶者 □孫 □兄弟 □その他() 三か月後 □配偶者 □子孫 □子の配偶者 □孫 □兄弟 □その他() 一年後 □配偶者 □子孫 □子の配偶者 □孫 □兄弟 □その他()
居住形態	初回評価 □一軒家 □共同住宅(アパート等) □高齢者住宅(有料ホーム等) □その他() 三か月後 □一軒家 □共同住宅(アパート等) □高齢者住宅(有料ホーム等) □その他() 一年後 □一軒家 □共同住宅(アパート等) □高齢者住宅(有料ホーム等) □その他()
障害高齢者の日常生活自立度	初回評価 □I □II □IA1 □IA2 □IB1 □IB2 □IC1 □IC2 三か月後 □I □II □IA1 □IA2 □IB1 □IB2 □IC1 □IC2 一年後 □I □II □IA1 □IA2 □IB1 □IB2 □IC1 □IC2
認知症高齢者の日常生活自立度	初回評価 □I □II □III □IIIa □IIIb □IIIc □IV □IVa □IVb □IVc □IVd 三か月後 □I □II □III □IIIa □IIIb □IIIc □IV □IVa □IVb □IVc □IVd 一年後 □I □II □III □IIIa □IIIb □IIIc □IV □IVa □IVb □IVc □IVd
合併症	初回評価 □高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □心疾患 □腎臓病 □認知症関連症 □その他() 三か月後 □高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □心疾患 □腎臓病 □認知症関連症 □その他() 一年後 □高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □心疾患 □腎臓病 □認知症関連症 □その他()
障害・処方薬のリスクより別項もしくは処方箋のコピー貼り付け	医師用紙・処方箋・処方箋 CD 録 1 日 1 回 初回評価

登録 ID	年 月 日
初回評価日	年 月 日
三か月後評価日	年 月 日
一年後評価日	年 月 日

2. FAST (Functional assessment staging test)

ステージ	臨床診断	特徴
1	正常	主観的および客観的機能低下は認められない。
2	軽度認知	物の置き忘れを訴える。映画視聴
3	境界状態	熟睡を要する仕事場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に行方不明になることは頻発。
4	軽度の AD	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をするなどの軽度の仕事でも支障をきたす。
5	中等度の AD	介助なしでは適切な洋服を着ることができない。入浴させるときもなかなかお風呂に入浴することが必要になる。
6	やや高度の AD	不適切に着衣 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 トイレの水を流さなくなる。 尿失禁 便失禁
7	高度の AD	最大限約 6 語に限定された言語機能の低下 理解しうる語はただ 1 つの単語となる。 歩行能力の低下 排泄能力の低下 失う能力の低下 吞嚥および吞嚥

参考

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_geriatrics_49_419.pdf

http://jachn.umin.jp/pdf/chikikangoidex/No22_ninciyou.pdf

✓欄	登録ID	
	初回評価日	年 月 日
	一年後評価日	年 月 日

3. MMSE-J
(別紙記録用紙を参照)

見当識		
時に関する見当識		
1 「今年は何年ですか？」	0	1
2 「季節は何ですか？」	0	1
3 「何月ですか？」	0	1
4 「今日は何曜日ですか？」	0	1
5 「今日は何日ですか？」	0	1
場所に関する見当識 「今、私たちはどこにいますか？」		
6 「ここは何地方ですか？」	0	1
7 「何県ですか？」	0	1
8 「何市(区)ですか？」	0	1
9 「この建物の名前あるいは種類は何ですか？」	0	1
10 「何階(部屋番号、番地、あるいは部屋の種類)ですか？」	0	1
記銘		
11 「ボール」	0	1
12 「旗」	0	1
13 「板」	0	1
繰り返しした回数1~5回の範囲 回		
注意と計算 [シリアル7]		
14 「100から7を引き算するといくつになりますか？」【93】	0	1
15 必要な場合は「続けて下さい。」と言う。【86】	0	1
16 必要な場合は「続けて下さい。」と言う。【79】	0	1
17 必要な場合は「続けて下さい。」と言う。【72】	0	1
18 必要な場合は「続けて下さい。」と言う。【65】	0	1
(逆唱課題) 東シリアル7課題を拒否する場合のみ		

(14)「ズ」	0	1
(15)「チ」	0	1
(16)「イ」	0	1
(17)「カ」	0	1
(18)「セ」	0	1
再生		
19 「ボール」	0	1
20 「旗」	0	1
21 「板」	0	1
呼称		
22 「鉛筆」	0	1
23 「腕時計」	0	1
復唱		
24 「つべこべ言っても駄目」	0	1
理解		
25 「紙を右手で取る。」	0	1
26 「紙を半分に折る。」	0	1
27 「紙を床に置く。」	0	1
読字		
28 「目を閉じて下さい。」	0	1
書字		
29 「文を書く」	0	1
描画		
30 「図の模写」	0	1
合計点	/ 30	

✓欄	登録ID	
	初回評価日	年 月 日
	一か月後評価日	年 月 日
	三か月後評価日	年 月 日
	一年後評価日	年 月 日

4. J-ZBI_8

あなたの気持ちに最も当てはまると思うものを選んでください。

質問項目	0点	1点	2点	3点	4点
	思わな い	たまに 思う	時々 思う	よく 思う	いつも 思う
1 介護を受けている方の行動に対し、困ってしまう と思うことがありますか					
2 介護を受けている方のそばにいと腹が立つこと がありますか					
3 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくな っていると思いますか					
4 介護を受けている方のそばにいと、気が休まら ないと思いますか					
5 介護があるので、自分の社会参加の機会が減った と思うことがありますか					
6 介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅 によびたくてもよべないと思ったことがありますか					
7 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがあ りますか					
8 介護を受けている方に対して、どうしていいかわ からないと思うことがありますか					
小計	点	点	点	点	点
合計	点				

✓欄	登録ID	
	初回評価日	年 月 日
	一か月後評価日	年 月 日
	三か月後評価日	年 月 日
	一年後評価日	年 月 日

5. BI (Barthel Index)

介護者等からの情報収集から、最も近い回答を一つ選んでください

	得点
食事	☐ 10点 (自立)
	☐ 5点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
イスとベッド間の移乗	☐ 15点 (自立)
	☐ 10点 (監視下)
	☐ 5点 (座れるが移れない)
	☐ 0点 (全介助)
整容	☐ 5点 (自立)
	☐ 0点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
トイレ動作	☐ 10点 (自立)
	☐ 5点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
入浴	☐ 5点 (自立)
	☐ 0点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
平地歩行	☐ 15点 (自立)
	☐ 10点 (歩行器等)
	☐ 5点 (車椅子操作が可能)
	☐ 0点 (全介助)
階段昇降	☐ 10点 (自立)
	☐ 5点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
更衣	☐ 10点 (自立)
	☐ 5点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
排便コントロール	☐ 10点 (自立)
	☐ 5点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
排尿コントロール	☐ 10点 (自立)
	☐ 5点 (一部介助)
	☐ 0点 (全介助)
合計点	/100 点

√欄	登録ID	
	初回評価日	年 月 日
	一か月後評価日	年 月 日
	三か月後評価日	年 月 日
	一年後評価日	年 月 日

6. Frenchay Activities Index (FAI)

介護者等からの情報収集から、最も近い回答を一つ選んでください

項目	0点	1点	2点	3点
食事の用意	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1～2回	☐ 週に3回以上
食事の片付け	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1～2回	☐ 週に3回以上
洗濯	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
掃除や整頓	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
力仕事	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
買物	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
外出	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
屋外歩行	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
趣味	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
交通手段の利用	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
旅行	☐ していない	☐ まれにしている	☐ 週に1回未満	☐ 週に1回以上
庭仕事	☐ していない	☐ 時々	☐ 定期的にしている	☐ 頻替等もしている
家や車の手入れ	☐ していない	☐ 電球の取替、おじ止めなど	☐ ペンキ塗り、模様替え、洗車	☐ 家の修理、車の整備
読書	☐ 読んでいない	☐ まれに	☐ 月1回程度	☐ 月2回程度
仕事	☐ していない	☐ 週1～9時間	☐ 週10～29時間	☐ 週30時間以上
合計点数				

/45点

√欄	登録ID	
	初回評価日	年 月 日
	一か月後評価日	年 月 日
	三か月後評価日	年 月 日
	一年後評価日	年 月 日

7. HADLS (Hyogo Activities of Daily Living Scale)

介護者等からの情報収集から、最も近い回答を一つ選び○を付けてください

項目	判断基準	障害度
1. 排泄	1. 時に誘導あるいは後始末に介助が必要であったり、下着やトイレを汚したり、水を流し忘れることがあっても、まったく一人で失禁なく行っている。	0
	2. 稀に尿失禁する。	0.5
	3. 週に一度以上、夜間に尿失禁する。	1.1
	4. 週に一度以上、日中に尿失禁がある。	1.6
	5. 頻繁に（週に数回以上）尿失禁する。または便失禁する。	2.2
	6. 常時失禁するも失禁後不快感を示したり、尿意や便意がある。	2.7
	7. 常時失禁する。	3.2
2. 摂食	1. 全く一人でやっている。	0
	2. 自分自身で摂食するが、時に指導や部分介助や特別な調理法が必要、あるいは食事の時にやや汚す。	1.4
	3. 常に指導と多くの部分介助が必要、食べるときにかなり散らかってしまう。	2.8
	4. 経口全介助。	4.1
	5. 経口摂取不能、摂取拒否。	5.5
3. 更衣	1. 全く一人でやっている。	0
	2. 他の人の服との区別や、夏冬の区別がつかず用意をしておく必要がある。着替えの時期や着る順番について指導を要する。重ね着をしたり、汚れ物をまた着たりする。ファッション的にやや問題がある程度は含めない。	2.8
	3. 着衣に部分介助を要する。	5.6
	4. 脱衣に部分介助を要する。	8.5
	5. ほとんど全介助であるが協力的である。	11.3
	6. 全介助で拒否的である。	14

4. 整容（一般常識に基づき判定する）	
1. 全く一人で化粧、髪や爪の手入れ、髪剃りをし、身だしなみを整えている。	0
2. 激励すれば、あるいは用具が定まった場所に準備されていれば自分でする。	1.3
3. きっちりとするためには指示・指導・誘導を要する。出来るんだけ欲しいとしない。	2.6
4. いつも多少は手伝ってもらう。	3.9
5. ほとんどの身だしなみ行為が全介助であるが協力的である。	5.2
6. ほとんどの身だしなみ行為が全介助で、かつ拒否的である。	6.5
5. 洗面	
1. 全く一人でやっている。	0
2. 激励すれば、あるいは用具が定まった場所に準備されていれば自分でする。	2.1
3. きっちりとするためには指示・指導・誘導を要する。出来るんだけ欲しいとしない。	4.2
4. いつも多少は手伝ってもらう。	6.4
5. 顔を拭くなど、ほとんど全介助であるが協力的である。	8.5
6. 全介助で拒否的である。	10.6
6. 歯磨き・入れ歯洗い	
1. 全く一人でやっている。	0
2. 激励すれば、あるいは用具が定まった場所に準備されていれば自分でする。	1.5
3. きっちりとするためには指示・指導・誘導を要する。出来るんだけ欲しいとしない。	2.9
4. いつも多少は手伝ってもらう（部分介助）。	4.4
5. ほとんど全介助であるが協力的である。	5.8
6. 全介助で拒否的である。	7.3
7. 入浴	
1. 全く一人でやっている（浴槽の出入りを一人でして、頭髪や身体を洗っている）。	0
2. 激励すれば、自分でする。	1
3. きっちりとするためには指示・指導・誘導を要する。出来るんだけ欲しいとしない。	2.1
4. 浴槽の出入りや、洗髪、洗体の一部に介助を要する（時に要するだけであったり、わずかな介助のみで行っている場合）。	3.1
5. いつも多少は手伝ってもらう（部分介助：ほとんど常に何らかの介助が必要であるが、自分で行う部分もある）。	4.1
6. ほとんど全介助であるが協力的である。	5.2
7. 全介助で拒否的である。	6.2

8. 移動（一人が習慣としてどの範囲にまで出かけているか）	
1. 電車、バス、タクシー、自家用車に乗って出かけている。	0
2. 近所とは行き来している（距離に関わらず目的地のある移動はここに含める）。	1.6
3. 家やアパートの周辺のみ（散歩など）。	3.1
4. 屋内のみ。	4.7
5. 室内のみ。	6.3
6. 寝床周辺を寝たり起きたり。	7.9
7. 布団で寝たり。	9.4
9. 電話をかける	
1. 自分からよく電話をかけている（電話帳を調べたり、番号案内を利用したりする。少なくとも10ヵ所に電話をしている）。	0
2. いくつかのよく知っている所のみにかけている。	1.3
3. 指示介助により電話をかけている。	2.6
4. 自分からかけることはしない。	4
10. 買い物など（現金金への対応、散髪など金銭を払う行為を含める）	
1. すべての買い物は高額のものも含め一人でやっている。	0
2. 近所で購入できる小額の物なら一人でやっており、釣銭も管理している。	1.3
3. 小物は強りて買っているが、釣銭は確かめない（簡単なお釣りの計算ができない）。	2.6
4. 買い物に行くときは常に付き添いが必要とする。後から家人がお金を払う。	3.9
5. 全く買い物しない。	5.2
11. 食事の準備	
1. 自分で献立を考え、人数にあった支度をして、必要十分な用意をしている。	0
2. ある程度自立して食事を作ることには作っているが人数にあっていないなど、必要十分な用意ができない。	0.9
3. 適当な材料を適量用意され、献立を指示されば食事を準備し給仕している。	1.9
4. 献立の指示だけでは不十分であり、調理全般に指示、介助者とともにやっている。	2.8
5. 準備された食事を温めて給仕しているが自分では調理しない、でき合いののただで済ませている。	3.7
6. 全て準備と給仕をしてもらう。	4.7
12. 掃除	
1. 必要な範囲を全て一人でしている。	0
2. 一応独りですが不十分でちゃんと出来ない。後から点検、仕直しが必要。	0.8
3. 指示、介助者とともにやっている。	1.6
4. 全くしていない。	2.4

13. 布団の管理	
1. 衛生管理（シーツ交換、布団干し等）も一人でしている。	0
2. 布団の上げ下げのみしている。ベッドの場合は布団をきっちりとたんでいる。	0.8
3. 指示、介助者とともにやっている。	1.7
4. 全くしていない。	2.5
14. 食事の後片付け	
1. 一人で洗いや物をし、きっちりと食器を片付ける。	0
2. 洗いや物はするが不十分である。あるいは食器をきっちりと片付けない。	0.7
3. 一人で食器を運ぶことはしている。	1.3
4. 食事運びも含めて指示、介助者とともにやっている。	2
5. 全くしていない。	2.7
15. 洗濯	
1. 一人で洗濯している。	0
2. 一人で洗濯しているがきちんとあるいは清潔に維持できない。	1.2
3. 指示、介助者とともにやっている。	2.5
4. 全く洗濯をせず他人に洗濯してもらう。	3.7
16. 火気の取扱い（主にコンロ、ガスストーブなど）	
1. 外出の際、ガス栓を止め、一人で確実に火気を取扱っている。	0
2. 火気は自宅にいる限り一人で扱っている。失敗をしたことはない。	1.6
3. 火気を扱うのは指示、介助者とともにやっている。一人でやっているが失敗する。	3.2
4. 火気、熱源は取り扱わない。危なくさせていない。	4.9
17. スイッチ類の取り扱い	
1. テレビや部屋の電灯、特にトイレの電灯等のスイッチをきっちりと消している。	0
2. 消し忘れられている事が目立つ。スイッチを不適切に扱う（つけては消すなど）。	1.5
3. スイッチを取り扱わない。	3
18. 金銭の管理	
1. 自分でしている（家計費、家賃、請求書の支払、銀行での用事など）。	0
2. 日々の小銭は管理しているが、大きな買い物や銀行へは付添いが必要。	1.4
3. 一応少しは持っているが、現金はあるだけ、あるいはクレジットカードを際限なく使ってしまった。金銭等をどこに置いたか判らなくなる等、お金の適切な管理が出来ていない。	2.8
4. お金の取扱いを全くしない	4.2
得点	/100

8. 認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale：DBD13）

介護者等からの情報収集から、最も近い回答を一つ選びください

項目	判定
同じ事を何度も何度も聞く	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
日常的な物事に関心を示さない	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
特別な事情がないのに夜中起き出す	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
昼間、寝てばかりいる	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
やたらに歩きまわる	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
同じ動作をいつまでも繰り返す	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
口汚くのしる	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
世話をされるのを拒否する	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
物を貯め込む	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
引き出しや箆の中身をみんみ出してしまふ	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

《評価方法》

利用者の直近1週間の行動について、その頻度を評価してください。

- 0：まったくない：直近1週間でその行動が1回もなかった場合
1：ほとんどない：直近1週間でその行動が2～3回程度の場合
2：ときどきある：直近1週間でその行動が4～5回程度の場合
3：よくある：直近1週間でその行動が6～7回程度の場合
4：常にある：直近1週間、毎日その行動をしていた場合

9. 健康アンケート（日本語版）（EQ-5D-5L）

✓欄	登録ID	
	初回評価日	年 月 日
	一か月後評価日	年 月 日
	三か月後評価日	年 月 日
	一年後評価日	年 月 日

まず、あなたの移動の程度についてお伺いします。

次の5つのうち、最も良く当てはまるものはどれでしょうか？

- 1番・歩き回るのに問題はない ☐
2番・歩き回るのに少し問題がある ☐
3番・歩き回るのに中程度の問題がある ☐
4番・歩き回るのにかなり問題がある ☐
5番・歩き回ることができない ☐

次に、あなたの身の回りの管理についてお伺いします。

次の5つのうち、最も良く当てはまるものはどれでしょうか？

- 1番・自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない ☐
2番・自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある ☐
3番・自分で身体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある ☐
4番・自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある ☐
5番・自分で身体を洗ったり着替えをすることができない ☐

次に、あなたのふだんの活動、例えば仕事や勉強、家事、家族や余暇活動についてお聞かせください。

次の5つのうち、最も良く当てはまるものはどれでしょうか？

- 1番・ふだんの活動を行うのに問題はない ☐
2番・ふだんの活動を行うのに少し問題がある ☐
3番・ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある ☐
4番・ふだんの活動を行うのにかなり問題がある ☐
5番・ふだんの活動を行うことができない ☐

次に、あなたの痛みや不快感についてお伺いします。

次の5つのうち、最も良く当てはまるものはどれでしょうか？

- 1番・痛みや不快感はない ☐
2番・少し痛みや不快感がある ☐
3番・中程度の痛みや不快感がある ☐
4番・かなりの痛みや不快感がある ☐
5番・極度の痛みや不快感がある ☐

最後に、あなたの不安やふさぎ込みについてお伺いします。

次の5つのうち、最も良く当てはまるものはどれでしょうか？

- 1番・不安でもふさぎ込みでもない ☐
2番・少し不安あるいはふさぎ込んでいる ☐
3番・中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる ☐
4番・かなり不安あるいはふさぎ込んでいる ☐
5番・極度に不安あるいはふさぎ込んでいる ☐

EQ-5D VAS

- 今度は、あなたの今日の健康が、どれくらい良いか悪いをお伺いします。

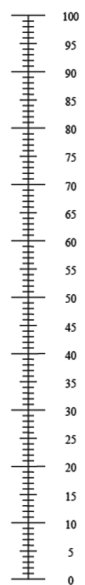
- 0から100までの目盛がある、定規のような垂直な線を思い浮かべてください。
（インタビューの方へ：対面でインタビューをしている場合には、VAS線を回答者に見せて下さい。）

- あなたが想像できる最も良い健康が、線の一番上の100です。
想像できる最も悪い健康が、線の一番下のゼロです。

- それでは、あなたの今日の健康を表している線の位置がどこを示してください。
（インタビューの方へ：回答者の「今日の健康」を示す線の位置に印をつけてください。
その後、同じ数字を下の枠内に記入して下さい）

回答者の今日の健康 =

あなたが想像できる最も良い健康



あなたが想像できる最も悪い健康

✓ 関	登録 ID			
一月後評価日	年	月	日	
三か月後評価日	年	月	日	
一年後評価日	年	月	日	

10. 満足度 (CSQ-8)

この調査は今後の訪問指導をよりよいものにするため、あなたが受けた訪問指導について、いくつかの質問にお答え下さい。
あなたの意見が肯定的なものであれ、否定的なものであれ、あなたの率直なお答えを期待しています。
すべての質問についてお答え下さい。またあなたのご意見、ご提案も歓迎いたします。

もっともあてはまる答えの番号に○をつけて下さい。

	4点	3点	2点	1点
1. あなたが受けた訪問指導の質はどの程度でしたか。	大変良い	よい	まあまあ	よくない
2. あなたが望んでいた訪問指導は受けられましたか。	十分に受けた	だいたい受けた	そうでもなかった	全く受けなかった
3. この訪問指導はどの程度あなたが必要としたものでしたか。	ほぼすべて必要としたもの	だいたい必要としたもの	いくらかは必要としたもの	全く必要としたものではなかった
4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、訪問指導を推奨しますか。	絶対する	ずると思う	しないと思う	絶対にしない
5. 受けた訪問指導の量に満足していますか。	とても満足	ほぼ満足	どちらでもない か少し不満	とても不満
6. 受けた訪問指導はあなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。	大いに役立った	まあまあ役立った	全く役立たなかった	悪影響を及ぼした
7. 全体として一般的にいって、あなたが受けた訪問指導に満足していますか。	とても満足	だいたい満足	どちらでもない か少し不満	とても不満
8. また援助が必要となった時、この訪問指導をもう一度受けたいと思いますか。	絶対受ける	受けると思う	受けないと思う	絶対受けない

9. ほかご意見、感想等ありましたらお書き下さい。

参考

Sederer, L.L., Dickey, B., Outcome Assessment in Clinical Practice, Williams and Wilkins.

伊藤弘一, 栗田広訳: 精神科医療アセスメントツール, 医学書院 P164-166, 2000 より引用

登録 ID		
12. 介護サービス利用状況		
介護認定	初回評価	☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5
	一か月後	☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5
	三か月後	☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5
	一年後	☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5
介護サービス等 利用状況	初回評価	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 配食サービス ☐ 通所介護 (選 回) ☐ 通所リハ (選 回) ☐ 小規模多機能 (選 回) ☐ 看護多機能 (選 回) ☐ その他 ()
	一か月後	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 配食サービス ☐ 通所介護 (選 回) ☐ 通所リハ (選 回) ☐ 小規模多機能 (選 回) ☐ 看護多機能 (選 回) ☐ グループホーム ☐ ショートステイ ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 入院中 ☐ その他 ()
	三か月後	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 配食サービス ☐ 通所介護 (選 回) ☐ 通所リハ (選 回) ☐ 小規模多機能 (選 回) ☐ 看護多機能 (選 回) ☐ グループホーム ☐ ショートステイ ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 入院中 ☐ その他 ()
	一年後	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 配食サービス ☐ 通所介護 (選 回) ☐ 通所リハ (選 回) ☐ 小規模多機能 (選 回) ☐ 看護多機能 (選 回) ☐ グループホーム ☐ ショートステイ ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 入院中 ☐ その他 ()

※認知症対応型デイサービスについては、通所介護に記載。

[illegible]

4) 介護支援専門員への「認知症のリハビリテーション」研修会 参加者アンケート

本日はご参加ありがとうございます。今後の参考とさせていただきたく、アンケートにご協力ください。

I. 回答者について

1. 基本属性

(1) 保有資格 [介護支援専門員 ・ 主任介護支援専門員]

(2) 介護支援専門員としての経験年数 [5年未満 ・ 5～10年 ・ 10年以上]

2. これまで認知症の方にリハビリテーションサービス（通所リハ、訪問リハ）を導入したことがありますか

[ある ・ ない]

3. 認知症の方について、ケアプランを立てるうえで「ADL/IADLの改善」の優先度はどのくらいですか

[とても高い ・ わりと高い ・ 他と変わらない ・ わりと低い ・ とても低い]

II. 研修内容について

1. 各講義について

該当するものを選んでください

	参考にならなかった・難しかった	あまり参考にならなかった・やや難し	ふつう	やや参考になった・理解できた	とても参考になった・よく理解できた
認知症について－診断・ICF・FASTに応じた生活機能－					
認知症のリハビリテーションについて－世界の先行研究－					
認知症のリハビリテーションの実際					
事例紹介					

2. 今回の研修会を経て、認知症の方へリハビリテーションを導入してみようと思われましたか。

[思った ・ 思わなかった]

3. お近くに認知症のリハビリテーションをお願いできそうな訪問リハ事業所はありますか

- ・ ある
 - ・ 訪リハ事業所はあるが認知症のリハビリテーションをお願いするのは難しそう
 - ・ 訪リハ事業所自体が近くにない

}

4. 「訪問による認知症のリハビリテーション」を実施する（ケアプランに入れる）場合、どのようなことが課題となりそうですか

5. 認知症の方に介護支援専門員として携わるうえで、どのような知識があるとよいですか

令和5年度 老人保健健康増進等事業
「訪問による認知症リハビリテーションの効果についての調査研究事業」
報告書

令和6年(2024年)3月

発行：一般社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7 階
電話 (03) 5826-7871 FAX (03) 5826-7872