

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」

報告書

令和5年（2023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 -
本事業の要旨	- 1 -
本事業の目的	- 2 -
事業実施体制	- 3 -
本報告における、認知症のリハビリテーションについて	- 4 -
認知症のリハビリテーションと研究事業の意義	- 5 -
II. 認知症のリハビリテーションの効果検証事業	- 11 -
事業概要	- 11 -
効果検証	- 11 -
訪問による生活行為に焦点化した作業療法の効果	- 27 -
課題と今後に向けて	- 27 -
III. 認知症の人の生活行為に焦点化した、訪問による認知症のリハビリテーションの Protokol	- 28 -
実践 Protokol 案の検討	- 28 -
実践 Protokol 案	- 31 -
IV. 実践 Protokol 案を用いた研修事業	- 33 -
事業概要	- 33 -
研修事業、アンケート調査	- 33 -
V. 実践 Protokol 案に基づく、事例報告	- 37 -
事業概要	- 37 -
実践 Protokol 案に基づいた、事例報告の特性	- 41 -
VI. 訪問による認知症リハビリテーション普及啓発事業	- 44 -
VII. 実践 Protokol について	- 46 -
VIII. 参考資料	- 52 -
推進検討委員会での意見	- 52 -
資料編	- 58 -

I. はじめに

本事業の要旨

平成 27 年に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）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することが重要」とある（以下；認知症のリハビリテーション）。

また、令和元年の認知症施策推進大綱では、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。

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、実践プロトコル案）を作成した。

また、実践プロトコル案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案に基づく事例提供を求めた。

実践プロトコル案の実施に向けた課題を明らかとし、医師等へ認知症のリハビリテーションについて普及を図った。

以上の調査研究から、介護保険制度における訪問リハビリテーションでの実施を想定し、「実践プロトコル」を取りまとめた。

本事業の目的

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」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生活行為への訪問による作業療法の分析から得られた標準的な治療戦略（以下、実践プロトコル案）について、その効果を追跡事例から後方視的に分析をする。

さらに、実践プロトコル案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、実践プロトコル案に基づく事例提供を求めた。

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、実際に指示を出すかかりつけ医等に周知し、認知症のリハビリテーションについて普及を図る。

【主な事業内容】

- 1 推進検討委員会の開催
- 2 訪問による認知症のリハビリテーションの効果検証事業
- 3 実践プロトコル案に基づいた研修事業
- 4 実践プロトコル案に基づいた研修の効果測定事業
- 5 訪問による認知症のリハビリテーション普及啓発事業
- 6 実践プロトコルの取りまとめ
- 7 事業実施報告書の作成

事業実施体制

1) 推進検討委員会の開催

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。

2) 事業構成等の一覧

【推進検討委員会】

	氏名	所属機関名	役職
委員長	中村 春基	(一) 日本作業療法士協会	会長
委員	江澤 和彦	(公) 日本医師会	常任理事
委員	池田 学	(公) 日本老年精神医学会	理事長
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	
委員	坪根 雅子	(一) 日本介護支援専門員協会	常任理事
委員	鎌田 松代	(公) 認知症の人と家族の会	事務局長

【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 幸輝	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
橋本 萌子	厚生労働省 老健局老人保健課 老人保健施設係

【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	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
	澤潟 昌樹	医療法人社団輝生会 本部
	関本 充史	(一社) 日本作業療法士協会 常務理事
	麓 文太	社会医療法人 高橋病院
	沼田 一恵	一般社団法人神奈川県作業療法士会
	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
総務・経理	茂呂 遥	(一社) 日本作業療法士協会 事務局

本報告における、認知症のリハビリテーションについて

WHO の Fact Sheet によれば、世界の認知症の人の数は 5500 万人を超え、高齢者の障害や依存の主たる原因のひとつになっているとされている。

認知症のリスクには加齢があり、超高齢社会を迎え人口減少社会に入った我が国では、団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年に向け、社会状況をみすえながら、認知症の対応を考えていく必要がある。

我が国の人口構成を考えれば、認知症は誰もが関わる可能性があるものであり、平成 27 年に厚生労働省が関係 11 府省庁と共同で策定した認知症施策指針総合戦略（以下総合戦略とす）や、令和元年に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（以下大綱とす）に記載されているように、「認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

こうした中、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現」することが求められている。

認知症の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することが重要」と大綱に示されており、総合戦略では、「ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常生活を自立し継続できるよう推進する。」とより具体的に記述されているところである。

WHO の近年の定義では、リハビリテーションとは、“a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment”（何らかの健康状態にある個人が、各々の環境との相互作用において、機能を最適化し、障害を軽減することを目的とした一連の介入）であり、高齢者リハビリテーション研究会の報告書（2006）にもある「単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すもの」である。

この意味で、認知症のリハビリテーションとは、英国の NICE（National Institute for Health and Care Excellence）ガイダンスにおける Cognitive rehabilitation で示されるように、認知機能を改善させることを目的とするといったものではなく、認知症の人の“reablement”を可能とするものであり、その推進により、ひいては、大綱に示されている「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」に寄与するものと考えられる。

認知症のリハビリテーションと研究事業の意義

1. 我が国の認知症施策における基本的考えの流れ

平成24年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームから「今後の認知症施策の方向性について」が提示され、そこには「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」を目指すことが謳われた。

それを踏まえて平成24年に認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)が策定された。さらに、平成27年に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、認知症の人が2025年には700万人になると推計され、各省庁が一丸となって施策を推進することがうたわれた¹⁾。65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症になるとされている割合は今後も増加し、2045年には高齢者の28.9%が認知症になるとの推計もある²⁾。

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」ことを目標としている。その後に取りまとめられた認知症施策大綱でも、同様に「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進する」ことが基本的な考え方として示された³⁾。

2. 施策における認知症のリハビリテーション

これら我が国の認知症施策の流れの中で、認知症の人に対するリハビリテーションについて、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。

このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進する」と表現している¹⁾。

また、認知症施策推進大綱の中では「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することが重要である。このため、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。」と記載されている³⁾。

これらのことから、残存機能を適切に評価し、背景因子も含めて強みを活かして生活機能を維持するリハビリテーションが求められる。

3. 学術分野における認知症のリハビリテーション

一方で学術分野における認知症のリハビリテーションは、認知機能の低下や行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD)に焦点化したリハビリテーションから認知症の人の生活障害に対するリハビリテーションまで非常に幅広く、明確な定義や介入手段、手技・手法が十分に確立されているとは言えない。

認知症診療ガイドライン 2017 には、認知症の非薬物療法について「認知障害のみならず認知症の BPSD、日常生活機能の改善を目指すものである」⁴⁾と記載されているものの、非薬物療法に関する項目においては初期段階の認知症者に対する認知機能に着目したアプローチか、中等度以降に進行した認知症者に対する BPSD 軽減に対するアプローチが多く掲載されているのが現状である。

これは、今まで認知症の人のリハビリテーションが、医療機関や施設において多く展開されてきた背景があると考えられる。

しかし、そもそも認知症は正常に発達した認知機能が、何らかの原因で低下して日常の社会生活を営めない状態を指しており、単に認知機能低下や BPSD などの精神症状を指すものではない。

わが国の介護保険法では認知症が「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態」と定義されており、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition ; DSM-5) でも、認知症に該当する major neurocognitive disorder は、1 つ以上の認知領域の低下により支払いや内服管理などの毎日の生活行為が自立できなくなったことを指している⁵⁾。

つまり、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していくために求められているのは、新オレンジプランにおいて示されたような、実際に生活する場面を念頭に認知症の人が有する力を最大限に活かし、ADL や IADL など日常生活の自立を継続できるよう、生活行為に焦点を当てたリハビリテーションなのである。

4. 認知症のリハビリテーションにおける公的な研究

これまでに厚生科学研究または老人保健健康増進等事業にて実施された認知症のリハビリテーションに関する研究について、「認知症」「リハビリテーション」「生活」をキーワードにレビューしたところ、表 1 に示した研究が該当した。

それら認知症のリハビリテーションに関するプログラム内容について精査したところ、認知機能の改善に直接的に働きかけたものや運動等を介した介入研究が多かった。

その背景には、多くの研究が過去に実施された認知症の非薬物療法に関する文献研究を基に、エビデンスレベルの高い介入手法を取り入れていることが影響していると考えられる。

しかし、新オレンジプランでは認知症の人に対するリハビリテーションについて、実際に生活する場面を念頭に有する能力を最大限に活かし、日常の生活行為の自立継続を推進することと定義している。この内容に沿って実施されている研究事業は、平成 27～29 年度の池田らによる厚生科学研究と平成 28 年度の日本作業療法士協会による老人保健健康増進等事業、令和 1～2 年度の田平らによる厚生科学研究が該当した。

本研究事業ではこれらの研究事業の成果を踏まえ、認知症の人の生活行為に焦点化したリハビリテーションに関する効果の検討とそれらを効率的に展開するための方法を検討することとした。

表1 これまでに実施された認知症のリハビリテーションに関連する主な公的研究

H27-29 年度【厚生科学研究】池田学(大阪大学)，生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究 ・「服薬管理」「金銭管理」など複雑な IADL の悪化は MMSE24 点以上の AD でも早期から出現。 ・AD では認知機能の低下と共に、各生活行為はなだらかに悪化する傾向があるが、早期に作業療法士が ADL の工程を詳細に評価しリハ介入することで、行為の維持改善が可能である。
H28 年度【老健事業】日本作業療法士協会，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 ・ADL(食事、排泄等)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できる手法を検討し、認知症のリハビリテーションモデルを作成するため、MMSE と生活行為の関連、生活行為の阻害要因や残存機能を ICF コードで検討し、訓練内容を分類した。
H29-R1 年度【厚生科学研究】岡村仁(広島大学)，一億総活躍社会の実現に向けた認知症の予防、リハビリテーションの効果的手法を確立するための研究 ・運動と認知トレーニングを組み合わせた認知機能障害改善システム(ハンドエルゴ)で、認知症高齢者の認知機能改善に対する効果等を検討。
H29-R1 年度【厚生科学研究】島田裕之(国立長寿医療研究センター)，認知症の予防と認知症者のリハビリテーションのガイドライン作成 ・認知機能改善に関する文献研究、ポールウォーキングによる認知機能低下抑制の効果検討、認知機能向上を目的とした運動介入の手引き作成。
R1-R2 年度【厚生科学研究】大沢愛子(国立長寿医療研究センター)，認知症の人に対する生活機能及び活動維持・向上に資する効果的なリハビリテーションプログラムの策定に関する研究 ・国立長寿医療研究センターが実施する脳・身体賦活リハビリテーション（①専門家によるプログラムの提供、②認知症の人の主体性を重視した快適な空間の提供、③他者との関わりの場の提供、④介護者・家族同士の交流と専門的な介護者・家族支援）の効果検討とその実施マニュアルの作成。
R1-2 年度【厚生科学研究】田平隆行(鹿児島大学)，AD 患者に対する生活行為工程分析に基づいたリハビリテーション介入の標準化 ・在宅 AD において PADA-D の各 IADL の自立度を重症度別に検討し、手続き的記憶を用いた工程が中等度者でも残存しやすかった。 ・生活行為工程分析を基に、AD 患者に週 1 回 3 か月介入。生活行為の焦点化した工程における改善と、満足度と遂行度は向上し主観評価が得られた。
R1 年度【老健事業】学校法人中央大学，認知症の実態を明らかにするためのビッグデータ解析に関する調査研究事業

- ・「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を用いて、認知症の推移や罹病期間、有病率およびその変動要因を検討。
- ・認知症あり(認知症高齢者自立度Ⅱa以上)の群は、認知機能だけでなく薬の内服や金銭管理、買い物、調理などのIADLで自立度が低かった。

R1 年度【老健事業】(一社)日本認知症本人ワーキンググループ、認知症の本人の意見と能力を活かした生活継続のための認知症施策の総合的な展開に関する調査研究事業

- ・自治体施策・事業における認知症本人の参画状況全国調査や行政における認知症の本人参画プロジェクトの試行などを実施。

5. 作業療法士による認知症の人に対する訪問の効果

作業療法士による在宅訪問の効果に関して、海外では RCT を用いた研究が多数行われており、経済効果まで含めて多数の報告がある。

オランダの Graff らは地域在住の軽度～中等度地域在住高齢者を対象に、作業療法士が認知症の本人に対して在宅での住環境調整や日常生活動作における代償手段の獲得などアプローチと並行して、介護家族には効果的な支援や課題解決方法やその考え方、社会参加の継続方法などに関する認知行動療法を 5 週間（1 回 1 時間のセッションを 10 セッション）実施した。その結果 6 週後の再評価にて、認知症の人の ADL 技能の改善と共に、介護家族介護負担(ケアに対する有能感)の改善、両者の生活の質 QOL の改善を認めると共に、3 か月後もその効果を維持していたことを報告している^{6,7)}。また、それらの関わりについてコストの観点から介護家族等によるインフォーマルケアも含めて検証し、地域における訪問による作業療法の費用対効果が高いことを報告している⁸⁾。

米国では Gitlin らが、home environmental skill-building program という介護負担軽減と認知症者の生活環境を調整するための介護者支援を目的とした 6 回の作業療法士による支援を実施したところ、比較対照群と比べて介護者の情動やスキルの改善、対象者の行動症状の軽減などを認めたことを報告している^{9,10)}。また、Dooley らは、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 に改善がみられたことを報告している¹¹⁾。

我が国では平成 27 年度厚生科学研究にて池田らが、特にアルツハイマー型認知症では認知機能の低下と共に生活行為が障害されることを示した。更には平成 28 年度の厚生科学研究で、AD の生活行為障害は認知機能の悪化に起因するもので、MMSE との関連性を明らかにするとともに、平成 29 年度に軽度 AD 者に作業療法士が生活行為の工程を詳細に評価し、生活行為に焦点化した介入を行うことで生活行為の維持改善が可能であることを明らかにした。

この後に、令和元年～令和 2 年の厚生科学研究で田平らは、AD 患者に週 1 回 3 か月間生活行為工程分析に基づく生活行為障害に焦点化した介入研究を実施した結果、IADL の評価指標における改善や目的とした生活行為における認知症当事者の主観評価においても遂行度と満足度の改善を報告している（表 2）。

表2 認知症の人の生活行為に焦点化したリハビリテーションに関するこれまでの公的研究

H27-29 年度【厚生科学研究】池田学(大阪大学), 生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究 ・ H27：4 大原因疾患(AD/DLB/FTLD/VaD)の認知機能と重症度と ADL/IADL との関連を検討した結果、AD では認知機能の低下と共に、各生活行為はなだらかに悪化する傾向を認めたが、他疾患は特徴的傾向がみられなかった。 ・ H28：IADL 面では「服薬管理」「金銭管理」の悪化は、MMSE24 点以上の AD でも早期から出現。AD の生活行為障害は認知機能悪化を起因とする障害であることが明確化された。 ・ H29：軽度 AD 者の生活行為障害は、認知機能障害の影響を強く受ける「服薬管理」などの複雑な行為は悪化しやすいが、早期に作業療法士が AD-ADL 評価表で行為の工程を詳細に評価し、焦点を当てたりハ介入を行うことで、介入項目の改善と維持が可能であることが明らかになった。
H28 年度【老健事業】日本作業療法士協会, 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 ・ 認知症疾患医療センター併設医療機関で働く作業療法士の実態を把握し、ADL(食事、排泄等)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できる手法を検討し、認知症のリハビリテーションモデルを作成することが目的。 ・ MMSE 中央値で 23.5 点以上の ADL/IADL 課題は地域活動や仕事など参加に関する課題、17～23 点では金銭管理、服薬管理、家事、レク・レジャー、整理整頓などの IADL の課題、13 点以下では排泄、日課の遂行、洗体などの BADL が課題。 ・ 生活行為の阻害と考えられた要因は、ICF コードで b140 注意、b164 高次認知機能、b140 記憶が半数以上であった。 ・ 生活行為継続のための残存機能は、ICF コードで b167 言語、d210 単純課題遂行、b114 記憶、e410 家族態度の順で多かった。 ・ ADL/IADL に対する練習内容としては、反復練習 54%、手がかり活用 50%、関わり方指導 50%、視覚構造化 34%の順に多く、手がかり活用と視覚構造化は同内容であることから、反復練習と環境調整(手がかり活用と視覚構造化)、関わり方指導の 3 点が練習内容としてのウエイトを占めている。
R1-2 年度【厚生科学研究】田平隆行(鹿児島大学), AD 患者に対する生活行為工程分析に基づいたリハビリテーション介入の標準化 ・ 生活行為工程分析を基に、AD 患者に週 1 回 3 か月介入。PADA-D と Lawton ADL、工程別下位項目では洗濯のみ有意な交互作用を認めた。また、目標とした生活行為の満足度と遂行度は向上し主観評価が得られた。 ・ 目標とする生活行為については介入を焦点化した「工程」で改善する傾向を示した。

6. 本研究事業で目的とする認知症のリハビリテーション

本研究事業では、これまでの認知症施策の基本的考え方に基づき、在宅で生活している認知症の人の生活行為に焦点を当てた認知症のリハビリテーションについて、これまでの研究成果に基づき提唱された認知症のリハビリテーションモデル¹²⁾の有効性を検証し、訪問による認知症リハビリテーションの具体的な手法（実践プロトコル）を作成することを目的とする。

このことにより、認知症の人が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるためにリハビリテーションが貢献できることを明確にする一助となることが期待される。

【文献】

1. 厚生労働省ほか：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～
2017年7月改定版，2017.
2. Nakahori N, et al.: Future projections of the prevalence of dementia in Japan: results from the Toyama Dementia Survey. BMC Geriatr 21:602, 2021.
3. 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱，2019.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
4. 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会（編）：第3章 治療. 医学書院，2017.
5. American Psychiatric Association（原著），高橋三郎，大野裕（監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル，医学書院，2005.
6. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, et al. : Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 9;333(7580):1196, 2006.
7. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, et al. : Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 62(9):1002-9, 2007.
8. Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, et al. : Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. BMJ 336(7636):134-8, 2008.
9. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, et al. : Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60(3): 368-74, 2005.
10. Gitlin LN, Winter L, Corcoran M, et al. : Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. Gerontologist 43(4): 532-46, 2003.
11. 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.
12. （一社）日本作業療法士協会：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.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2017/06/h28roken-ninchi-houkoku.pdf>

Ⅱ．認知症のリハビリテーションの効果検証事業

事業概要

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開発することを目的に、平成 28 年度「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に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する。

今回は上記事業に基づいて作業療法士による訪問による指導を継続して実施している医療機関を対象として、医療機関の診療録に基づき令和元年度～令和 2 年度の 2 年間の外来患者データを抽出した。

通常の外来診療に加えて作業療法士による訪問を実施した群と、通常の外来診療のみが提供された群について、BADL や IADL、精神行動症状、介護負担感などの指標がどの様に推移したのか後方視的に分析することで、作業療法が実施された対象者の特性とその内容を明らかにするとともに、その効果について後方視的に検証した。

効果検証

1. 実施方法

生活行為に焦点化した訪問による認知症のリハビリテーションを実施することの効果について検証するため、日本作業療法士協会が過去に実施した「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事業」（平成 28 年度老人保健健康増進等事業）の認知症のリハビリテーションモデルに基づいた作業療法を継続実施している A 医療機関（認知症疾患医療センター）を選出した。

なお本調査では、医師による診断基準や治療方針等の差異による影響排除のため、単一医療機関の一人の医師が診療しているデータを利用した。

今回は A 医療機関の B 医師が担当する外来患者のうち令和元年～令和 2 年の 2 年間で、作業療法士による訪問支援が必要と判断され、実際に訪問による作業療法を実施した群（介入群）と通常の外来診療のみで経過した群（対照群）において、下記のデータ一式を収集することができた者を対象とした。

それらの対象者における過去の情報から、作業療法士による訪問指導の対象となった群の特性や訪問による作業療法の提供有無による経過の差異などから、訪問による作業療法の効果について後方視的に分析する。

1) 対象者情報

対象者の情報は、介入群と対照群それぞれにおいて、性別と年齢、診断名、居住形態（同居家族の有無など）、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護状態等区分などの情

報を収集する。

2) 訪問実施情報

主に介入群において、医師からどのような指示を受けて作業療法士が訪問したのか精査するため、医師による指示内容だけでなく、どのような訪問形態で作業療法士が訪問支援を展開したのか調査する。

また、作業療法士が訪問支援を行う中で、どのような生活行為を支援目的としたのかについて詳細に分析するとともに、具体的な介入内容について平成 28 年度「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」（日本作業療法士協会）の結果から導き出された「環境調整」「生活行為に対する反復練習」「介護家族等へのかかわり方指導」の 3 つの介入方法に基づき、その介入件数を分析する。

さらに、訪問の形態ごとに、訪問回数や訪問時間数、自宅訪問以外で外来や電話で指導を実施した頻度について集計するとともに、他職種との同行訪問の有無についても分析する。

3) 評価指標

外来を受診した際に医師の指示によって作業療法士による訪問支援が実施された群（介入群）と通常の外来診療のみで経過した群（対照群）のうち、次に示す 6 つの評価指標を初診のタイミングで実施するとともに、3 か月後の外来受診のタイミングにおいて再評価を行った診療記録が残っている者を対象として、各評価指標のデータを収集して前後比較を行う。

評価指標は、①認知機能：MMSE、②精神行動障害：Dementia Behavior Scale-13; DBD-13、③BADL 評価：Barthel Index; BI、④BADL および IADL 評価：Hyogo Activities of Daily Living Scale; HADLS、⑤IADL 評価：Frenchay Activities Index; FAI、⑥介護負担感：Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版; J-ZBI_8 の 6 つとした。

4) 倫理的配慮

A 医療機関において所定の手続きをとるとともに、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：群馬医療福祉大学 RS22-16）。

5) 分析の視点

①対象者の基本属性と各群の特徴

今回調査対象となった介入群と対照群の基本属性について詳細に検討する。

また、初回評価時における介入群と比較対照群における差異の有無についても 2 群間で検討する。

特に、医師の指示を受けて訪問支援を行った介入群が対照群と異なる点、つまりどのような対象に対して医師が作業療法士による訪問支援の指示を出したのかについても分析する。

②介入内容の特徴

医師からの指示によって作業療法士による訪問支援を行った介入群において、医師からの指示内容や訪問の実施方法、その頻度、支援目標とした生活行為、介入の具体的方法などについて詳細に検討する。

6) 介入の効果

作業療法士による訪問支援（介入）の有無によって、BADL や IADL、認知機能、精神行動症状、介護負担感がどのように変化したのか、各評価指標の前後変化を数量的に検討する。

また、特に介護家族の負担感が軽減した群においてどのような特徴があったのか、詳細にその傾向を検討する。

7) その後の転機と介護負担感軽減の要素

介入群と対照群のその後 1 年後の転機について調査し、在宅生活の継続率を確認する。また、介入の有無にかかわらず、対象となった 39 名のうち介護家族の負担感(J-ZBI_8)が改善した群と悪化した群において、各評価スケールにどのような変化があったのか検討する。

2. 結果

1) 対象者の基本属性と各群の特徴

今回の分析対象となったのは以下の 39 名であった。

介入群：鑑別診断後、通常の外來診療に加え、医師の指示により生活行為の維持・改善に向けた作業療法士による自宅訪問支援を複数回実施し、介入前後の評価指標が残っていた者 14 名。

対照群：鑑別診断後、通常の外來診療のみ経過し、診察時及び概ね 3 か月後の 2 回の評価指標が残っていた者 25 名。

2) 各照群の基本属性における特徴

対象者の介入群 14 名と対照群 25 名の基本属性は表 1 に示した通りである。

表 1 対象者の基本属性

	介入群(n=14)	対照群(n=25)	total(n=39)	2群間の比較
年齢(歳, mean ± SD)	73.3 ± 10.8	77.5 ± 6.5	76.0 ± 8.4	0.13 [†]
性別(男/女)	3 / 11	9 / 16	12 / 27	0.48
診断(AD / DLB / MCI)	12 / 1 / 1	22 / 1 / 2	34 / 2 / 3	0.91
居住形態 (同居 / 独居 / 有料ホーム)	13 / 0 / 1	20 / 4 / 1	33 / 4 / 2	0.27
認知症高齢者 自立度 (Ⅰ / Ⅱa / Ⅱb / Ⅲa)	0 / 6 / 8 / 0	4 / 6 / 12 / 3	7 / 19 / 10 / 3	0.16
障害高齢者 自立度 (J1 / J2 / A1 / A2)	1 / 11 / 2 / 0	6 / 8 / 8 / 3	7 / 19 / 10 / 3	0.04
要介護状態等区分 (未申請/支援1/介護1/介護2/介護3)	5 / 0 / 9 / 0 / 0	7 / 1 / 11 / 3 / 3	12 / 1 / 20 / 3 / 3	0.31

※2群間の比較は χ^2 検定またはフィッシャーの正確確率検定、†のみ student's t-test

①性別

介入群は男性が 3 名、女性が 11 名の計 14 名。対照群は男性 9 名、女性 16 名の計 25 名であった。

両群における性別の差異は認めなかった (Fisher の直接法, $p=0.48$)。

②年齢

介入群 14 名の年齢は 73.3 ± 10.8 歳(mean $\pm$ SD)で最小 55 歳～最高 87 歳までであった。対照群 25 名の年齢は 77.5 ± 6.5 歳で、最小年齢 65～最高年齢 91 歳となっており、比較対照群の方が高齢の傾向であったものの、両群において統計学的な有意差は認めなかった(student's t-test, $p=0.13$)。

③診断名

介入群の診断名はアルツハイマー型認知症が 12 名、レビー小体型認知症が 1 名、軽度認知障害が 1 名であった。一方、対照群 25 名における診断名の内訳は、アルツハイマー型認知症が 22 名、レビー小体型認知症が 1 名、軽度認知障害が 2 名であった。

これらの 2 群間において診断名の差異は認めなかった (χ^2 検定, $p=0.91$)。

全体としてはアルツハイマー型認知症が 34 名で大半を占めた。

④居住形態

介入群における居住形態は介護家族等との同居者が 13 名の他に 1 名が有料老人ホームに入居していた。一方で、対照群では介護家族等との同居が 33 名の他に、独居が 4 名、有料老人ホームへの入居者が 2 名となっていた。

両群共に圧倒的に介護家族等との同居が多く、統計学的な有意差は認めなかった(χ^2 検定, $p=0.27$)。

⑤認知症高齢者の日常生活自立度と障害高齢者の日常生活自立度(図 1)

介入群における認知症高齢者の日常生活自立度は、IIa が 6 名、IIb が 8 名であり、対照群では I が 4 名、IIa が 6 名、IIb が 12 名、IIIa が 3 名であった。

両群共に IIa～IIb が最多であり、2 群間における有意差は認めなかった(χ^2 検定, $p=0.16$)。

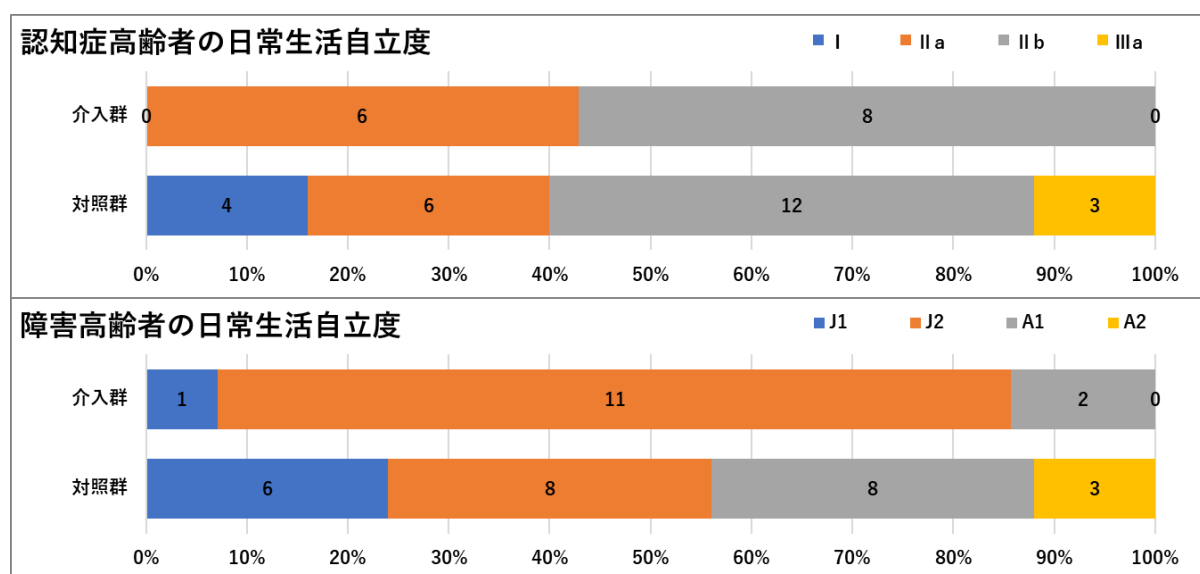


図 1 各群における日常生活自立度の状況

認知症高齢者の日常生活自立度は各群において大きな差異は認めず、IIa と IIb が最多である(上段)。

一方、障害高齢者の日常生活自立度では、介入群は大半が J1 または J2 であるだったが、対照群では A1 または A2 の割合が高かった。

障害高齢者の日常生活自立度は、介入群で J1 が 1 名、J2 が 11 名、A1 が 2 名であり、対照群では J1 が 6 名、J2 が 8 名、A1 が 8 名、A2 が 3 名であった。

介入群では J2 が大半を占めていたが、対照群では A1～A2 の占める割合が介入群よりも多い傾向にあり、2 群間において統計学的な有意差を認めた (χ^2 検定, $p=0.04$)。

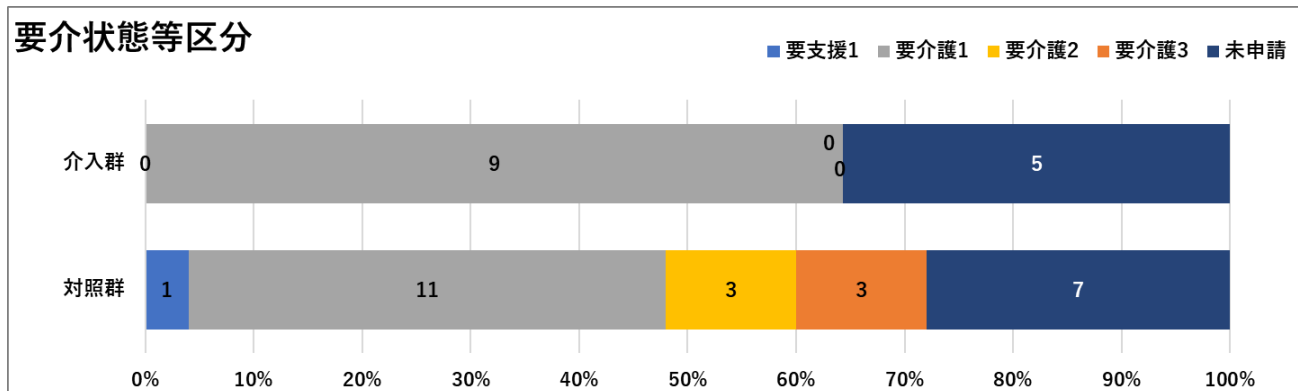


図 2 各群における要介護状態等区分の状況

介入群では要介護 1 が 9 名で介護保険未申請は 5 名であった。一方で、対照群は要介護 2 や要介護 3 のものが含まれていた。

⑥要介護状態等区分(図 2)

介入群では、未申請が 5 名、要介護 1 が 9 名であった。

対照群では、未申請が 7 名、要支援 1 が 1 名、要介護 1 が 11 名、要介護 2 が 3 名、要介護 3 が 3 名であった。2 群において統計学的有意差は認めなかった。

3) 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 と DBD-13、BI、HADLS、FAI、J-ZBI_8 の差異を検討したが、DBD-13 が介入群において高値の傾向を認めたものの今回は統計学的な有意差は認めなかった(表 2)。

開始時において 2 群での数値に有意差は認めないものの、介入群では対照群に比べて DBD-13 と HADLS、J-BI_8 が高値で、FAI が低値の傾向にあることが分かる(図 3)。

これらのことから、医師の指示によって作業療法士による在宅訪問支援が行われた群の方が、行動症状が強く、BADL/IADL の自立度が低めで、介護負担感が強いといった対象者の傾向がうかがわれた。

表 2 各群における介入前の各評価指標と 2 群間における比較

介入前	介入群(n=14)	対照群(n=25)	total(n=39)	2 群間の比較
MMSE	19.4 ± 6.6 (n=14)	19.3 ± 4.7 (n=25)	19.4 ± 5.4 (n=39)	0.97
DBD-13	22.2 ± 7.6 (n=12)	16.8 ± 8.8 (n=25)	18.5 ± 8.7 (n=37)	0.07
BI	92.7 ± 12.0 (n=13)	93.6 ± 14.5 (n=18)	93.2 ± 13.3 (n=31)	0.85
HADLS	33.7 ± 22.2 (n=12)	27.1 ± 16.6 (n=24)	29.3 ± 18.6 (n=36)	0.37
FAI	12.7 ± 9.7 (n=13)	14.7 ± 10.0 (n=18)	13.9 ± 9.8 (n=31)	0.58
J-ZBI_8	11.6 ± 6.3 (n=12)	6.6 ± 6.6 (n=23)	9.6 ± 6.5 (n=35)	0.20

※群間の差は student's t-test の p 値を示す

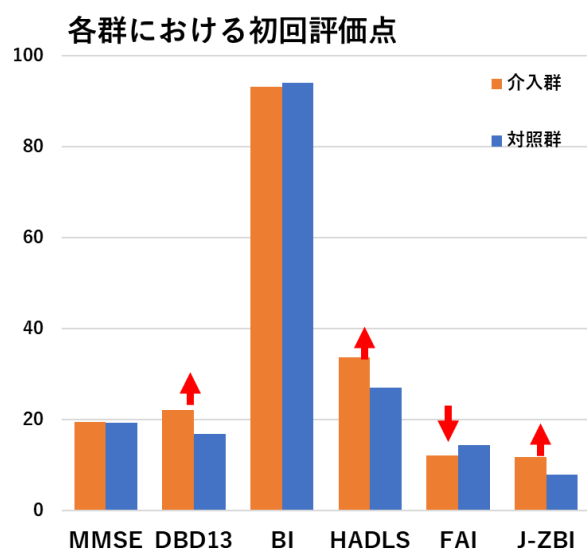


図 3 各群における各スケールの点数

介入群で DBD-13 と HADLS、J-BI_8 が高値で、FAI が低値の傾向にあった。

統計学的な有意差は認めなかったが、行動症状が強く、BADL/IADL の自立度が低めで、介護負担感が強い傾向を認めた。

4) 介入内容の特徴

介入群の 14 名において、医師からの指示内容や訪問の具体的な実施方法、作業療法士が目的とした生活行為や支援の具体的方法などについて、以下詳細にまとめる。

①医師の指示内容

内容は生活の指導が 4 件と最多で、次いで生活機能の評価、家事能力の維持・向上、生活環境の構造化による悪化予防がいずれも 3 件、次いで介護指導を含めた環境調整、余暇活動・日課の遂行技

能の獲得がいずれも2件と続いた(表3)。

表3 医師からの指示内容(複数回答)

訪問対象者への医師からの指示内容	件数
生活の指導	4
生活機能の評価	3
家事能力の維持・向上	3
生活環境の構造化による悪化予防	3
介護指導を含めた環境調整	2
余暇活動・日課の遂行技能の獲得	2
移動・運搬能力の維持・向上	1
対人交流技能の獲得と機会の拡大	1
幻覚に対する環境調整	1

②訪問実施方法

作業療法士として訪問を実施する方法は、認知症疾患医療センターからの診断後支援としての訪問が8件(57.1%)で最多であり、次いで在宅訪問リハビリテーション指導(在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料)としての訪問が4件(28.6%)、精神科訪問看護としての訪問が2件(14.3%)であった。(表4)。

表4 要介護状態等区分別の訪問実施方法

介護度	診断後支援	在宅訪問 リハ指導	精神科 訪問看護	合計
未申請	4 (28.6%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	5 (35.8%)
要介護1	4 (28.6%)	3 (21.4%)	2 (14.3%)	9 (64.3%)
合計	8 (57.1%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	14 (100%)

③指導の目的とした生活行為等

上記の医師の指示内容を受け、作業療法士が目標とした生活行為等を分析したところ、BADLに関するものが5件(入浴3件、トイレ1件、食事1件)で、IADLに関するものが27件(余暇活動5件、整理整頓4件、洗濯と調理、コミュニケーション、日時・日課の管理が各3件、掃除と服薬管理、買い物等外出が各2件)とBADLに比べて多かった。

また、通所サービスの調整と導入7件、環境調整4件と在宅生活の継続に向けた環境調整の支援が計11件あり、介護家族への関わり方の介護指導も4件あった(表5)。

表5 支援の目的とした生活行為等(複数回答)

大項目	細項目	件数	合計件数
BADL	トイレ	1	5
	入浴	3	
	食事	1	
IADL	掃除	2	27
	整理整頓	4	
	洗濯	3	
	調理	3	
	服薬管理	2	
	コミュニケーション	3	
	買い物等外出	2	
	日時・日課の管理	3	
	余暇活動	5	
環境調整	通所サービス調整と導入	7	11
	環境調整	4	
関わり方	介護指導	4	4

④介入内容

介入の具体的な内容については、平成 28 年度「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」（日本 作業療法士協会）の結果から導き出された「環境調整」「生活行為に対する反復練習」「介護家族等へのかかわり方指導」の 3 つの介入方法に基づき、その数を分析した（表 6）。環境調整と反復練習は共に 85.7% で実施されており、介護者指導などは 57.1% で実施されていた。

表 6 介入内容とその件数

介入方法	介入内容の具体例	件数(%)
環境調整	・服薬カレンダー ・整理整頓におけるラベリング ・通所サービス調整と導入 ・福祉用具 ・住環境調整	12/14 (85.7)
反復練習	・トイレ動作 ・ノート作成等日課の管理 ・歩行 ・家事練習 ・趣味活動	12/14 (85.7)
介護指導等	・家族等への介護指導 ・ケア会議	8/14 (57.1)

⑤訪問実施時間と頻度等（表 7）

訪問実施方法別の訪問支援の具体的な頻度について、診断後支援では訪問回数が 1 回で外来で指導回数が 2.1 回、その他に電話での連絡調整を 2.9 回実施しており、1 回の訪問所要時間は平均で 77.3 分であった。特に訪問は最長で 90 分かかる場合もあり、他の訪問方法と比べて長時間の傾向があった。在宅訪問リハビリテーション指導での訪問は、終了までに平均して 2.3 回訪問しており、外来での指導回数も 2.3 回、電話での連絡調整は 2 回実施しており、1 回あたりの訪問時間は 63 分であった。精神科訪問看護での訪問は終了までに平均 1.6 回訪問しており、その他に外来での指導は 2.5 回程度で、電話での連絡調整は 0 回で 1 回の訪問は 60 分であった。

表 7 訪問実施方法別の具体的な訪問支援内容とその頻度等

訪問実施方法	平均訪問回数	平均外来指導回数	電話連絡調整回数	訪問所要時間		
				平均	最短	最長
診断後支援	1 回	2.1 回	2.9 回	77.3 分	68 分	90 分
在宅訪問リハ指導	2.3 回	2.3 回	2 回	63 分	50 分	86 分
精神科訪問看護	1.5 回	2.5 回	0 回	60 分	60 分	60 分
平均回数及び時間	1.6 回	2.3 回	1.6 回	66.8 分		

⑥他職種による同行訪問の有無

作業療法士の訪問支援の際、14 名中 10 名において、いずれかのタイミングで介護支援専門員や訪問看護師、地域包括支援センター職員等が同行していた(全体の 71.4%)。例介護保険の申請有無別にみると、要介護 1 の 9 名のうち 6 名(66.7%)で、未申請の 5 名のうち 4 名(80%)において、支援の過程で他職種との同行訪問を行っていた。

5) 評価対象の基本属性と各指標の群間差

介入群と対照群における 3 か月後の各指標の変化を表 8 に示す。終了時点における介入群と対照群の 2 群における各評価指標の値においては統計学的有意差を認めなかった。

ただし、各群における介入前後の比較では、対照群における HADLS と FAI で 3 か月後の数値が優位に悪化を認めた。

表 8 各群における介入後の各評価指標と 2 群間における比較

介入後	介入群 (n=14)	対照群 (n=25)	total (n=39)	2 群間の比較
MMSE	20.1±6.0 (n=14)	19.4±5.6 (n=25)	19.7±5.7 (n=39)	0.72
DBD-13	21.0±7.7 (n=12)	17.6±8.2 (n=25)	18.7±8.1 (n=37)	0.23
BI	91.5±12.8 (n=13)	92.5±14.4 (n=18)	92.1±13.5 (n=31)	0.85
HADLS	32.3±19.6 (n=12)	29.4±17.4 (n=24)	30.3±18.0 (n=36)	0.67
FAI	14.5±9.3 (n=13)	12.2±7.6 (n=18)	13.2±8.6 (n=31)	0.49
J-ZBI_8	10.2±8.5 (n=12)	9.3±6.9 (n=23)	9.6±7.4 (n=35)	0.77

※群間の差は student's t-test の p 値を示す

具体的に、全般的認知機能の指標である MMSE では両群共に前後でほとんど差異は認めなかった。行動症状を示す DBD-13 では、介入群で 22.2±7.6 点から 21.0±7.7 点と若干の改善、対照群で 16.8±8.8 点から 17.6±8.2 点へと若干の悪化を認めたが、両群ともに統計学的有意差は認めなかった(各 $p=0.60$, $p=0.40$)。

BI については、介入群で 92.7±12.0 点から 91.5±12.8 点と極僅かな悪化、対照群でも 93.6±14.5 点から 92.5±14.4 点へと極僅かな悪化を認めたが、両群ともに統計学的有意差は認めなかった(各 $p=0.51$, $p=0.10$)。

一方で、HADLS(点数が低値ほどに BADL/IADL の自立度が高いことを示す)では、介入群で 33.7±22.2 点から 32.3±19.6 点と有意差は認めなかったものの若干の自立度改善(点数の減少)を認めたが($p=0.65$)、対照群では 27.1±16.6 点から 29.4±17.4 点へと自立度の有意な悪化(点数の増加)を認めた($p=0.02$)。

また、FAI(点数が高値ほどに IADL の自立度が高いことを示す)では、介入群で 12.7±9.7 点から 14.5±9.3 点と有意差は認めなかったが自立度改善(点数の増加)を認めたが($p=0.10$)、対照群では 14.7±

10.0 点から 12.2 ± 7.6 点へと自立度の有意な悪化(点数の減少)を認めた($p=0.02$) (表 9) (図 4、図 5)。

なお、本調査では対象者数が少ないこともあり、ノンパラメトリック検定として Wilcoxon の符号付順位検定でも各指標における介入前後の差異について検討したが、結果は同様に HADLS($p=0.01$)と FAI($p=0.02$)のみで有意差を認めた。

表 9 各群における介入前後の比較

指標	上段：介入群 n 数 下段：対照群 n 数	介入前 (mean $\pm$ SD)	介入後 (mean $\pm$ SD)	2 群の比較
MMSE	14	19.4 ± 6.6	20.1 ± 6.0	0.50
	25	19.3 ± 4.7	19.4 ± 5.6	0.89
DBD-13	12	22.2 ± 7.6	21.0 ± 7.7	0.60
	25	16.8 ± 8.8	17.6 ± 8.2	0.40
BI	13	92.7 ± 12.0	91.5 ± 12.8	0.51
	18	93.6 ± 14.5	92.5 ± 14.4	0.10
HADLS	12	33.7 ± 22.2	32.3 ± 19.6	0.65
	24	27.1 ± 16.6	29.4 ± 17.4	0.02*
FAI	13	12.7 ± 9.7	14.5 ± 9.3	0.10
	18	14.7 ± 10.0	12.2 ± 7.6	0.02*
J-ZBI_8	12	11.6 ± 6.3	10.2 ± 8.5	0.32
	23	6.6 ± 6.6	9.3 ± 6.9	0.57

※各群における介入前後の差は paired t-test の p 値、 *は $p < 0.05$ を示す

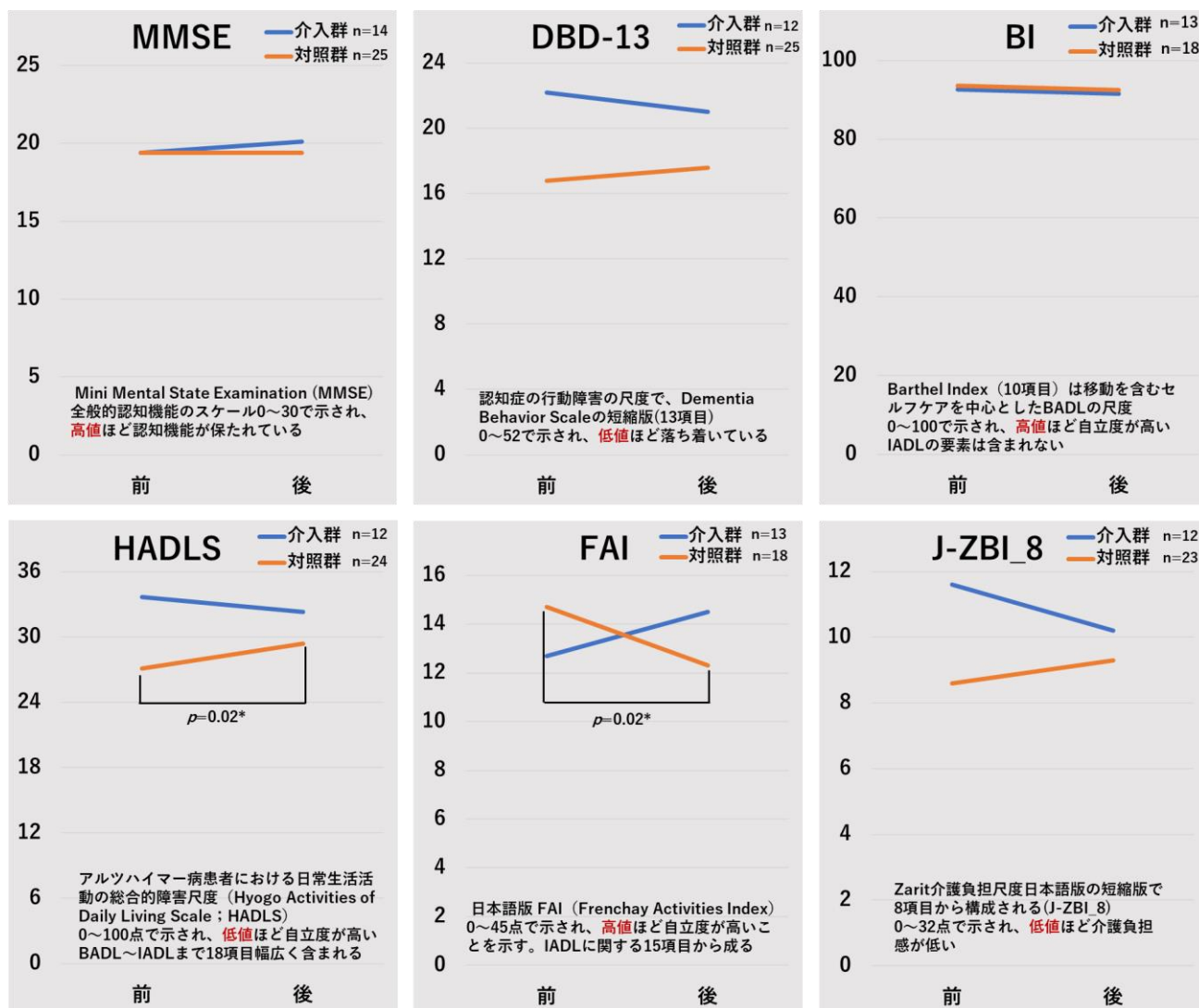


図4 各群における介入前後での各評価スケールの変化

MMSE(上段左)は両群で大きな変化なく、行動症状の指標である DBD-13 (上段中央)では、介入群で若干の改善傾向を認めるも前後で有意差なし。BADL の指標である BI(上段右)は変化なく、BADL/IADL の指標である HADLS と(下段左)と IADL の指標である FAI(下段中央)では、対照群で有意な悪化を認めた。介護負担感である J-ZBI_8(下段右)では、介入群で改善と対照群で悪化の傾向がみられたが有意差なし。

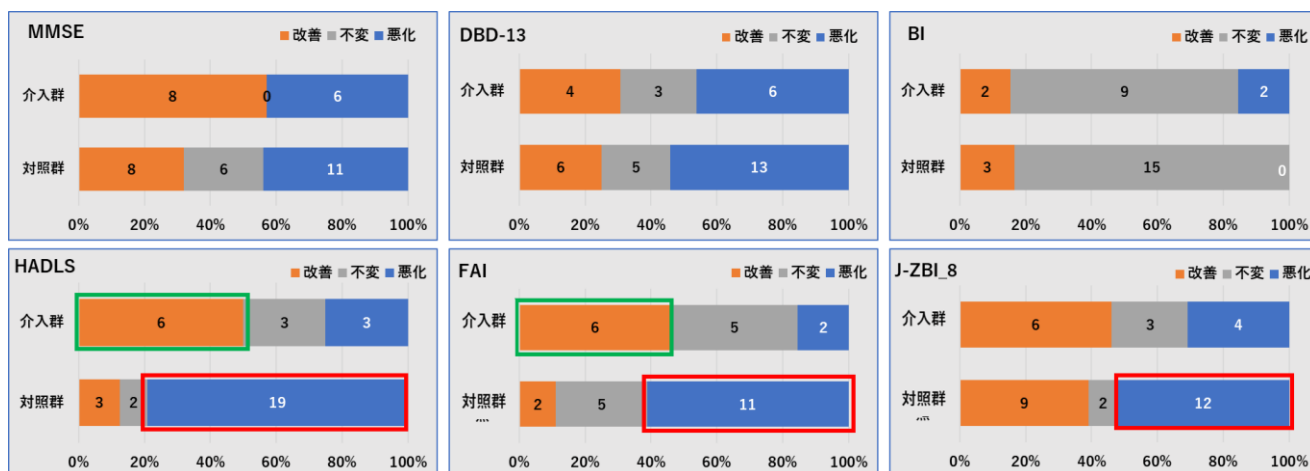


図5 各群における介入前後での各評価スケールの変化

各群における各評価スケールについて、前後での「改善・不変・悪化」の3段階でその割合を見たものを示す。傾向としては、数量的な変化を見た図4と同様に、対照群でHADLSやFAIの悪化が特に傾向として顕著にみられた。

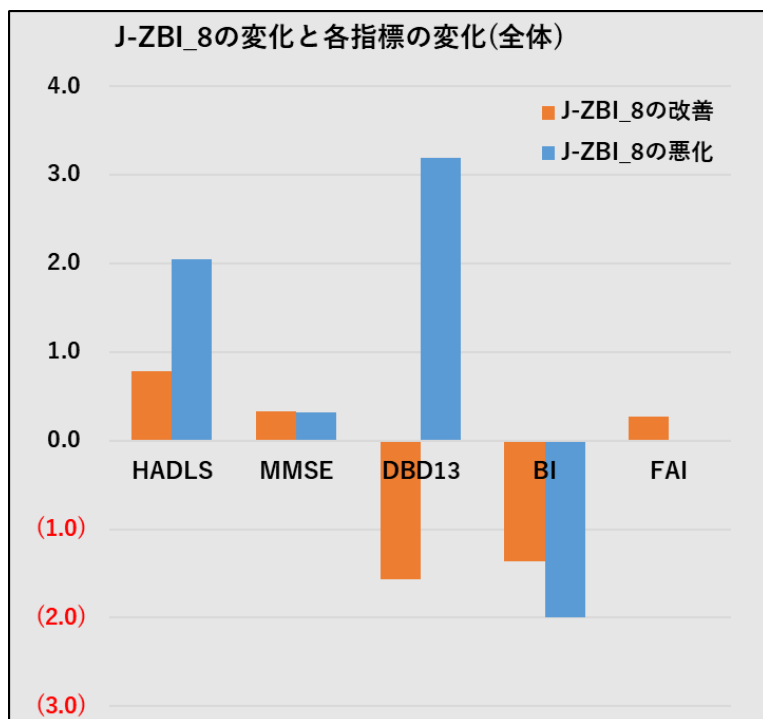


図6 介護負担感と各指標の変化

介入群と対照群に分けずに全対象について、介入前後で介護負担感J-ZBI_8が改善(オレンジ)または悪化(青)した群別に各評価スケールの介入前後の変化の平均値を示す(J-ZBI_8が前後で不変だった5名と前後の値が欠損していた3名を除く)。介護負担感が悪化した群は、行動症状(DBD-13)も悪化(点数増加)を認め、BADL/IADLがより悪化(HADLSが増加しBIが減少)する傾向がみられた。

6) その後の転機と介護負担感軽減の要素

介入時(初診時)から1年後における転帰としては、在宅生活が継続できていた割合は介入群では57%

(8/14 名)、対照群 64%(16/25 名)で、両群間には有意差は認めなかった(カイ二乗検定, $p=0.74$)。

また、初回評価時と 3 か月後の再評価時において、介護負担感(J-ZBI_8)が改善した対象と悪化した対象について、各評価指標がどの様に変化したのか検討した(J-ZBI_8 が前後で不変だった 5 名と前後の値が欠損していた 3 名を除く)。

その結果、介護負担感が悪化した対象では、行動症状(DBD-13)の悪化(点数増加)を認め、BADL/IADL も悪化する傾向(HADLS が増加し BI が減少)がみられた(図 6)。介護負担感の悪化には行動症状が影響すると共に、BADL/IADL の自立度の変化も影響する可能性が考えられた。

そこでさらに、介入前後で介護家族の介護負担感(J-ZBI_8)が改善した対象と悪化した対象において、作業療法士による訪問支援の介入有無別に詳細を検討したところ、介入群では介護負担感が改善した対象者は、開始時の DBD-13 と HADLS が高く BI が低い傾向を認めた。

つまり、開始時の BADL/IADL の自立度が低めで行動症状が強めの対象に介入したところ、介護負担感の改善傾向がみられた。

一方、通常の外来診療のみで経過した対照群では、開始当初の BADL/IADL の自立度については介護負担感の改善有無にかかわらず大きな差異は見られず、経過にて介護負担感が軽減したのは、初回評価時に行動症状が強く(DBD-13 が高値)、介護負担感が強かった対象であった(表 10、図 7)。

これらの事からも、作業療法士による在宅訪問支援で、生活行為に着目した支援を行うことが、介護負担感の軽減にも貢献できる可能性も考えられたが、今回の調査では対象者数が少なく、また後ろ向き調査であることから科学的な言及が難しく、今後の課題でもある。

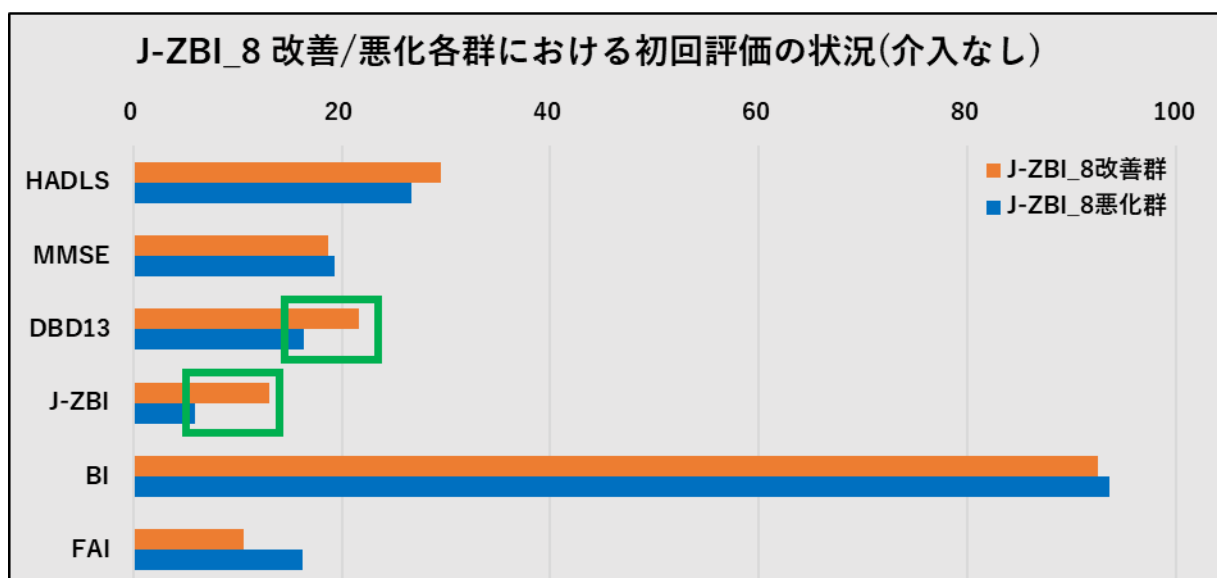
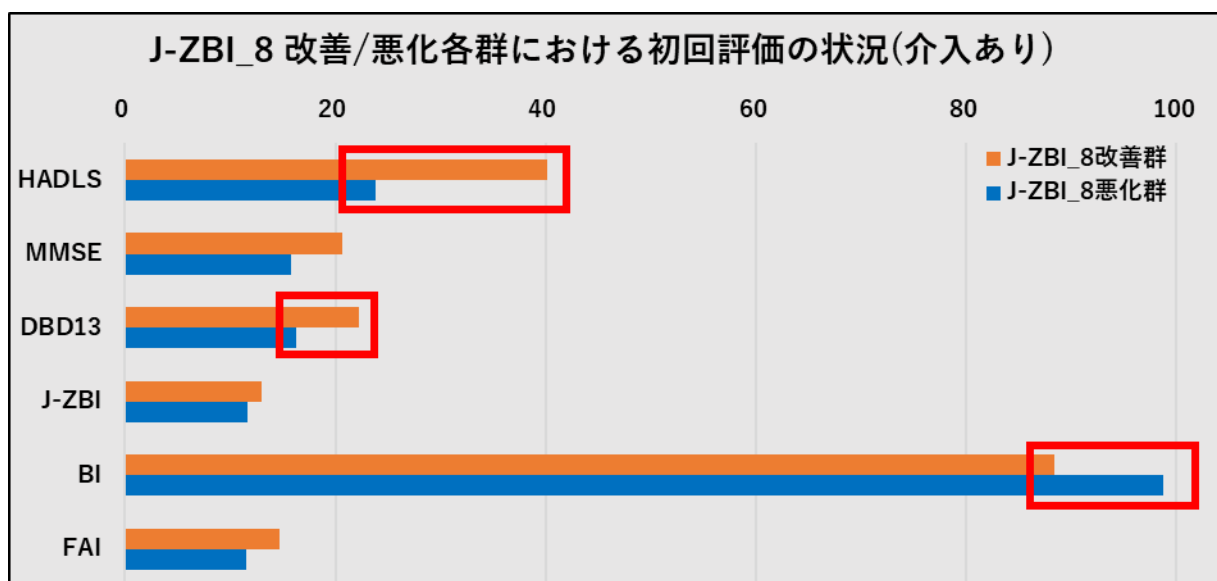


図7 介護負担感の変化別にみた初回評価の傾向

介入前後で J-ZBI_8 が改善または悪化した群別に各評価スケールの初回評価における点数の平均値を示す。介入群(上段)では、介護負担感が軽減したのは初回評価時の BADL/IADL 自立度が低く (HADLS が高く BI が低い)、行動障害が強い (DBD-13 が高い)傾向の対象であった。対照群(下段)では、初回評価時の行動症状が強く (DBD-13 が高値)、介護負担感も強い(J-ZBI_8 が統制)傾向がみられた。

表 10 介護負担感の変化別にみた初回評価の傾向

	J-ZBI_8 の前 後変化	n 数	HADLS	MMSE	DBD13	J-ZBI	BI	FAI
介入群	改善	6	40.2	20.7	22.2	13.0	88.3	14.7
	悪化	4	23.8	15.8	16.3	11.7	98.8	11.5
対照群	改善	9	29.5	18.7	21.7	13.1	92.5	10.7
	悪化	12	26.6	19.3	16.4	5.9	93.6	16.3

※J-ZBI_8 が前後で不変だった 5 名と前後の値が欠損していた 3 名を除く
数値は初回評価時の各スケールにおける平均点を示す

3. まとめ

1) 対象と作業療法の内容

作業療法士による訪問支援の対象は、身体的自立度が高く介護保険の未申請が多く、同程度の認知機能でも IADL を中心とした生活機能が低く、行動症状と介護負担感強い対象に支援していた傾向がみられたが、通常の外来診療で経過を見ていた群（対照群）との初回評価の比較では、有意差を認めなかった。

今回は、軽度認知症者（要介護 9 名、未申請 5 名）に対し、診断後支援(8 名)と在宅訪問リハビリテーション管理指導(4 名)、精神科訪問看護(2 名)の中で、作業療法士が在宅を訪問して対象者が生活している環境で生活行為に焦点化した作業療法の内容を分析した。

作業療法士が継続的に訪問支援するものではなく、介護支援専門員及び地域包括支援センター、看護師等と連携し取り組むという訪問であった。

そのため、訪問の頻度は 1.6 回と少なく、訪問時間も平均で 66.8 分となっていた。医師の指示によって訪問する対象は、行動症状が強く BADL/IADL の低下を認める傾向があった。

医師の指示内容は生活機能の維持向上に関するものが大半であり、作業療法士の支援目標とした生活行為も IADL に関するものが多かった。

作業療法士の介入戦略は、環境調整と反復練習が約 9 割、介護者への介護指導が 6 割で用いられていた。

訪問による生活行為に焦点化した作業療法の効果

介入群と対照群では初回評価において差異を認めなかったが、対照群では3か月後に BADL/IADL に関する HADLS や FAI において、有意に悪化を認めた。

一方で、作業療法士による訪問支援を行っていた群では統計学的有意差は認めなかったものの、BADL/IADL の自立度と介護負担感は改善傾向にあった。

また、在宅で実際に生活行為の自立度が低下している対象に具体的な支援を行うことで、介護負担感の軽減につながる可能性もみられた。

本調査では、訪問頻度は少ないものの、BADL/IADL などの生活行為に対する働きかけにより、認知症の人の有する能力を活かして生活機能を維持・改善する可能性がみえた。

以上より、認知症の原因疾患の診断に基づいて障害された生活行為を工程レベルでアセスメントし、そこから環境調整や反復練習、周囲のかかわり方指導を通して具体的な生活機能の維持改善を図る介入は、これまで実施された公的研究と同様な効果があると推察された。

特に IADL の項目を多く含む HADLS や FAI などの項目でこれら変化を認めており、診断後早期に作業療法士が訪問して生活行為障害を工程レベルで分析し、具体的介入支援を行うことで生活機能の維持が可能であることを示唆した池田ら(H27-29)や田平ら(R01-02)と同様な結果を得ることができた。

課題と今後に向けて

今回は調査方法の限界点を述べる。科学的に効果を実証するまでのデータを得ることができなかったが、一定の傾向を確認することはできた。

今後は、前向きな調査で標準的なアプローチにおけるそれらの効果を実証することが求められる。また、今回は比較的軽度者が対象であったが、今後は IADL だけでなく BADL での自立度低下が目立つ、中等度～重度認知症者に対する生活行為に焦点化したリハビリテーションの効果についても調査をすすめ、その効果を明らかにすることが必要である。

ただし、中等度～重度認知症者の場合は、通所系サービスを利用している者も多く、そら対象者への訪問支援の必要性やその在り方については、改めて検討することが必要であろう。

Ⅲ. 認知症の人の生活行為に焦点化した、訪問による認知症のリハビリテーションの Protokol

実践 Protokol 案の検討

先述の認知症施策における基本的考え方に準じ、認知症があっても住み慣れた地域で生活を継続するために生活行為に焦点化した認知症のリハビリテーションのモデルについて検討する。

具体的には、日本作業療法士協会にて平成 28 年度老人保健健康増進等事業で実施した「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事業」際に提唱されたリハビリテーションモデルについて、改めてその定義を確認し実践 Protokol 案を提示する。

1. 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

日本作業療法士協会が過去に実施した「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事業」（平成 28 年度老人保健健康増進等事業）では、作業療法士による認知症の人に対する事例調査から、軽中度認知症者に対しては、視覚的手かがりや視覚的構造化などの環境調整を図りつつ、本人自身が自ら行動できるよう日常の中で反復練習し、自立に向けた訓練をしていることが伺えた。

一方、中高度障害者に対しては、本人が状況を理解できるよう手かがりなどの環境調整を行いつつ、介護を提供する家族をはじめとするケア提供者に対し、関わり方を指導していることが明らかとなった。そして、総合病院や一般病院では、せん妄との認知機能低下がある身体合併症者に対するリハビリテーションが課題になっていた。

一方、認知機能の軽中度障害者に対するリハビリテーションとして、認知症疾患医療センター等の外来等で早期の認知症の相談を受け付けると同時に、診察の前に対象者の自宅を作業療法士が訪問し、環境のアセスメントや調整を行い、医師が環境要因や生活上の課題を把握した上で診察を行い、認知症の診断や ADL/IADL の自立の継続に向けた助言など総合的な対応を行っている先駆的な事例が報告された。

この取り組みこそが、認知症施策における認知症のリハビリテーションで示される内容であり、これらの生活行為に焦点を当てたリハビリテーションの取り組みに対しては、事例に対する介入を詳細に分類し介入モデルを明らかにするための検討が実施されていた。

2. 実践 Protokol 案の検討

上記事業では、在宅で生活している認知症者の在宅生活の継続に向けた作業療法を実施している医療機関に対し、認知症のリハビリテーションの実施状況について調査が行われた。

具体的には、Mini Mental State Examination (MMSE) と国際生活機能分類(ICF)に基づく評価を実施し

ている 21 か所の認知症疾患医療センター併設医療機関の作業療法士に対し、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症と診断された者に対する、自宅での BADL/IADL の具体的な指導を提示してもらい、医師 1 名、作業療法士 8 名で、BADL/IADL 指導内容調査分析表を基に詳細な分析がされた。その際、身体合併症やせん妄、BPSD などへのアプローチを中心としたものは除外された。

結果、分析対象となった 50 名の MMSE 得点別の BADL/IADL 課題では、中央値で 23.5 点以上の比較的軽度の対象では地域活動や仕事など参加に関する課題が挙げられる傾向にあり、17～23 点では金銭管理、服薬管理、調理、洗濯、買い物、歩行・移動、レク・レジャー、整理整頓などの IADL の課題、13 点以下では排泄、日課の遂行、洗体などの ADL の課題を取り組み課題として挙げられていた(表 1)。これらは、池田らの「生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究研究」¹⁾と合致した内容であった。

表 1 MMSE 得点別 ADL/IADL 課題 (点)

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

つまり、これらの結果から、認知機能の低下に応じて焦点化される生活行為も変化することが分かり、低下している認知機能を的確に把握することの重要性が明らかになった。

そこで、生活行為ができない要因と考えられた背景の機能等について分析すると、最多は ICF コードで b140 注意機能 31 件(62.0%)で、次いで実行機能などの b164 高次認知機能が 29 件 (58.0%)、次いでエピソードなど近時記憶に関する b144 記憶機能が 28 件 (56.9%)、b130 活力が 15 件 (30.0%)、b114 見当識が 14 件 (28.0%) の順に挙げられていた。

一方で、生活行為ができるための残存機能等としては、b167 言語機能が 23 件 (46.0%)、d210 単純課題の遂行が 21 件 (42.0%)、長期記憶や意味記憶などの b140 記憶が 18 件 (36.0%)、e410 家族の態度が 17 件 (34.0%)、b176 複雑な運動を順序だてて行う精神機能が 13 件 (26.0%) であった。

つまり、注意機能や遂行機能、近時記憶の低下による生活行為の障害を、言語機能や単純課題の遂行能力や手続き記憶、介護家族の理解促進などを活用した戦略的な治療の組み立てをしていることがうかがわれた。

そこで、課題とした BADL/IADL に対して行われた練習内容を分析したところ、行為の反復練習が最も多く 54%、次いで手かかり活用が 50%、家族等への関わり方の指導が 50%、視覚構造化 34%の順に多かった（表 2）。手かかり活用と視覚構造化は同内容であることから、環境調整、反復練習、関わり方指導の 3 点が主たる練習内容であることが明らかになった。

以上の結果と、認知症の人の状態を把握する際において ICF を活用する意義や、作業療法士による生活機能モデル (ICF) を活用した作業工程分析による「できる能力」や「代償能力」を活用した介入方針、医師をはじめ看護師等との他職種連携や、環境や周囲の人との関わり合いの中で生じる中核症状 (BPSD) への対応とする、周囲の人々の関わり方の支援内容を考察し^{2,3)}、安定期の認知症に対して、効果的に作業療法が提供できるためのプロセスを提案している（表 2）。

表 2 課題となる BADL/IADL に対して行われた練習（件数・複数回答）

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

今後は、明らかとした作業療法のプロセスに基づく治療戦略を用いて、認知機能の低下に併せた適切な介入時期等の検討や介入による治療効果検証、作業療法士が適切な時期に適切な介入ができるよう、医師による評価やリハビリテーションの指示と併せ、作業療法士の質を向上していくことが求められるとしている。

実践プロトコル案

3. 実践プロトコル案の提案

(1) 認知症の人の生活行為に焦点化した、訪問による認知症のリハビリテーションのプロトコル

平成 27 年度厚生科学研究にて池田らは、特にアルツハイマー型認知症 (Alzheimer-type dementia: AD) では認知機能の低下と共に、生活行為が障害されることを示した。更には平成 28 年度の厚生科学研究で、AD の生活行為障害は認知機能の悪化に起因するもので、MMSE との関連性を明らかにするとともに、平成 29 年度に軽度 AD 者に作業療法士が生活行為の工程を詳細に評価し、生活行為に焦点化した介入を行うことで生活行為の維持改善が可能であることを明らかにした。

この後に、令和元年～令和 2 年度の厚生科学研究では、田平らが AD 患者に週 1 回 3 か月間、生活行為工程分析に基づく生活行為障害に焦点化した介入研究を実施し、IADL の評価指標における改善や目的とした生活行為における認知症当事者の主観評価においても遂行度と満足度の改善を報告している。

以上の結果に加えて今回の研究調査事業により、H28 年度老人保健健康増進等事業で提唱された認知症のリハビリテーションモデル (図 1) に基づく介入の効果検証を行い、生活行為に焦点化した訪問リハビリテーションが認知症の人の生活機能を維持・改善し、介護家族の負担軽減を図る上でも効果的であることが示唆された。

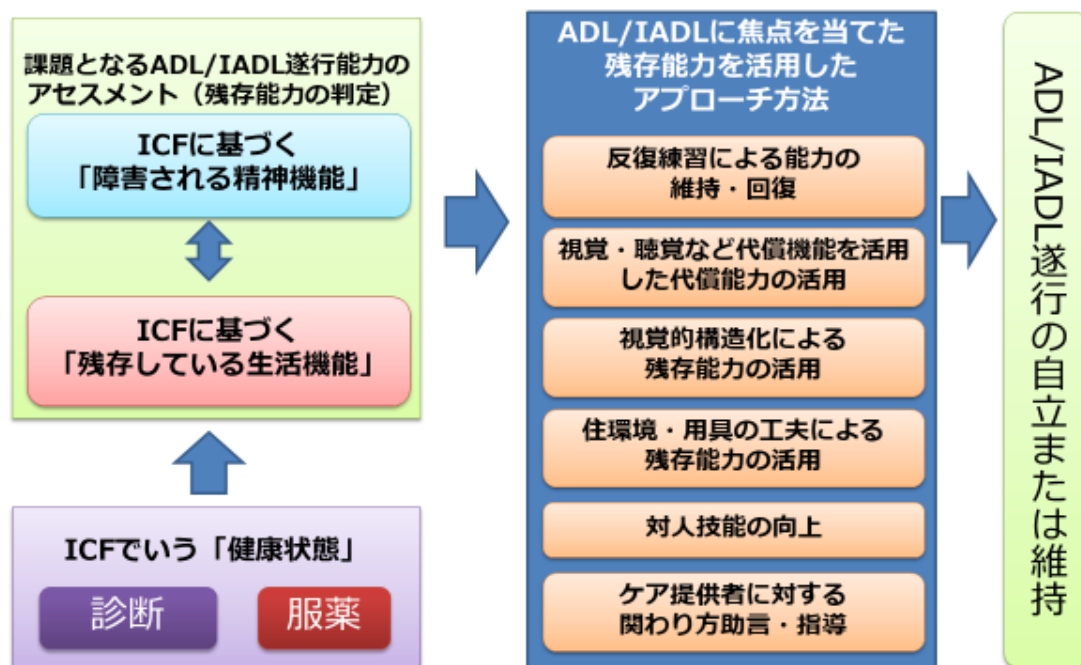


図 1 H28 年度老人保健健康増進等事業で提唱された認知症のリハビリテーションモデル (案)

これらの認知症の人の生活行に焦点化したリハビリテーションの実施では、生活行為において何らかの課題を抱える対象において、認知症の原因疾患と特異的な症状その病期に配慮した上で、まずは支援目標となる生活行為とその行為の遂行における阻害因子と促進因子を ICF の生活機能モデルに基づいて構造的に評価する。

そこで得られた評価結果を踏まえ、「環境調整(手がかり活用と視覚構造化)」「生活行為に対する反復練習」「介護家族等へのかかわり方指導」の3つの介入方法に基づき、誰がどの頻度でどの様に実施するのかを組立て、実施のマネジメントとモニタリングを作業療法士が行う。これらの一連の取り組みを実施していることで、今回の結果が得られることが分かった。

これらの取り組みを統一的なモデルとして提示するため、認知症の原因疾患の診断に基づくアセスメントから、具体的介入方針までの治療計画を認知症のリハビリテーションにおけるプロセスを実践プロトコル案として推進検討委員会にて検討した（「Ⅶ. 推進検討委員会での意見」参照）。

【文献】

1. 池田学(大阪大学)：生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究（H27-29 年度厚生科学研究）
2. 池田学監修：疾患別にみる認知症と作業療法 AD,DLB,FTLD を中心に メディカルビュー社、2020
3. 池田学監修：重症度別にみる認知症と作業療法 ADL/IADL の獲得に向けて メディカルビュー社、2021

IV. 実践プロトコル案を用いた研修事業

事業概要

推進検討委員会で作成した実践プロトコル案に基づき、認知症の人へ訪問を行っている認知症疾患医療センターを併設する医療機関、訪問リハビリテーション事業所、訪問看護に所属する作業療法士へ実践プロトコル案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、研修内容の理解、学習到達・行動変容度を測ることをアンケート調査と研修要項に実践プロトコル案に基づく事例提供を求めた。

研修事業、アンケート調査

1. 実践プロトコル案に基づいた研修事業

1) 対象

協会会員が在籍している 1689 施設に公募し、研修への参加者 34 名であった。研修参加要件は①認知症の人へ訪問リハビリテーションを実施している作業療法士、②研修後に、実践報告の協力・検討が可能な方とした。

2) 研修参加者の状況

研修事業への同意を得て参加した作業療法士は 34 名、作業療法士の経験年数は 15.1 (±5.4) 年、訪問に関わる事業への従事年数は 5.3 (±3.9) 年であった。また、参加者の市町村の認知症予防事業、認知症カフェ等への事業参画の割合は 14%であった。

3) 研修プログラム

2022 年 12 月 3 日 (日)、web を用いたオンラインでの研修を実施した (後日オンデマンド配信も行った)。

研修の時間は、休憩を含め 9 時 30 分から 12 時 00 分に終了とした、合計 150 分のプログラムを実施した、各プログラムのテーマは表 1 に示す。

表1 研修の時間配分・プログラム

時間配分	テーマ
09:30 (30分)	取り組み経緯、プロトコルの概要説明
10:00 (20分)	リハ計画書の様式から、生活行為の課題を焦点化
10:30 (40分)	疾病と生活障害を踏まえた、生活行為への焦点化と治療計画の考え方
11:20 (30分)	プロトコルに基づく治療計画について、事例を用いて学ぶ
11:50 (10分)	今後のスケジュール (実践報告書の作成について)
12:00 (10分)	質疑応答/まとめ

2. 研修の満足度、理解度の調査

1) 分析の視点

①実践プロトコル案を構成する考え方の理解と②認知機能低下がある高齢者の生活機能の理解について、web 調査を用いて収集し研修前後で比較した。また、研修終了後に研修事業に対する理解度、満足度についても調査した。

2) 調査項目

設問内容を表2に示す。

表2 調査項目

研修前と研修後の比較項目（学習到達度）	
認知症の人への訪問リハビリテーションにおいて	
目標の引き出し方	☐ 1 理解している ☐ 2 概ね理解している ☐ 3 どちらともいえない ☐ 4 あまり理解しているかない ☐ 5 理解していない
生活行為の捉え方	
生活機能の分析	
環境調整の考え方	
基礎練習、応用練習、社会参加の練習の提示	
介護指導の視点	
評価方法の選定	
多職種連携におけるマネジメント	
リハビリテーション実施計画の立案	
研修後の調査項目（理解度・満足度）	

各プログラム内容に対する理解度	☐ 1 理解している ☐ 2 概ね理解している ☐ 3 どちらともいえない ☐ 4 あまり理解していない ☐ 5 理解していない
研修事業に対する満足度	☐ 1 非常に満足 ☐ 2 やや満足 ☐ 3 どちらでもない ☐ 4 やや不満足 ☐ 5 非常に不満足

3. 結果

1) 理解度、満足度

「理解できた・概ね理解できた」との回答は 91%、研修事業への満足度としては、「非常に満足、満足」の回答は 60%であった。

2) 学習到達度

実践プロトコル案を構成する「認知症の人への訪問リハビリテーション実施に関する項目」については、研修受講後の理解度が高くなった($p<0.05$)。また、認知機能低下がある高齢者の生活機能の理解については、研修前から高い理解度を示す傾向があり、研修後での変化はなかった(表3)。

表3 研修後変化(中央値)

項目	研修前	研修後	P 値
目標の引き出し方	3 (2-4)	4 (3-4)	0.0014
生活行為の捉え方	4 (3-4)	4 (4-4)	0.0187
生活機能の分析	3 (2-4)	4 (3-4)	0.0133
環境調整の考え方	3.5 (2.75-4)	4 (3-4)	0.1113
基礎練習、応用練習、社会参加の練習の提示	4 (3-4)	4 (4-4)	0.0083
介護指導の視点	3 (2-4)	4 (3-4)	0.0163
評価方法の選定	3 (3-4)	4 (3-4)	0.0009
多職種連携におけるマネジメント	3 (2-4)	4 (3-4)	0.0067
リハビリテーション実施計画の立案	3 (3-4)	4 (3-5)	0.0135

項目	研修前	研修後	P 値
全般的精神機能（意識、見当識、等）	4（4-4）	4（4-4）	0.1870
個別的 spirit 機能（記憶、高次認知、言語、等）	4（3-4）	4（4-4）	0.0804
感覚機能と痛み	4（3-4）	4（3-4）	1.0000
心血管系・呼吸器系・代謝系の機能、尿路機能	3（3-4）	4（3-4）	0.4160
神経筋骨格と運動に関する機能	4（4-4）	4（4-4）	0.4640
皮膚及び関連する構造の機能	3（2.75-4）	4（3-4）	0.2220
音声・発話機能・聴覚、摂食に関する機能	3.5（3-4）	4（3-4）	0.5070

※中央値（25%四分位範囲 - 75%四分位範囲） Wilcoxon の符号付順位検定

V. 実践プロトコル案に基づく、事例報告

事業概要

1) 目的

研修受講者への行動変容度を測ることを目的に、実践プロトコル案に基づく事例報告を求めた。これらの事例報告から、実践プロトコル案の実践可能性および効果について、予備的に検討することを目的とする。

2) 事例報告の内容

認知症の人に対して実践されている通常の訪問による作業療法の内容を集約するものであり、実践プロトコル案に基づく、実践報告様式（図1）で提出を求めた。

生活行為の課題		服薬管理		
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	b114 日時の見当識障害 b140 注意障害（易転導性） b1440 短期記憶障害	d2305 薬の飲み忘れが時々ある。 e115 1か月28日のBoxを使用しており、29日以降の飲み忘れがある。	ひとり暮らしであり、飲み忘れと一緒に確認する人がいない。 部屋が物が多く、服薬Boxの色が目立たないため見失う。
	強み	巧緻性（1粒ずつにカットしたPTPシートから薬を取り出せる） 曜日よりも日にちの方が確認しやすい	携帯電話の日付と卓上カレンダーの当日の枠に付箋を貼り替えて確認している。 服薬Boxでの服薬管理に慣れている。	忘れたことを指摘する人がいない。
アセスメント要約		卓上カレンダーと服薬Boxを活用して服薬管理しているが、Boxに入れられない日の薬を飲み忘れることがある。日時の見当識障害や短期記憶低下があり、服薬Boxの視覚的情報（ヒント）がなくなると思い出すことが難しい。		
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）		新たな服薬Boxを活用して服薬管理する。 日付の確認方法は、卓上カレンダーの確認方法と同じ。 頻度：1回 同行者：地域包括職員と2名で訪問	新たな服薬Boxと日付のマッチングに慣れる。Boxの日ごとのケースにPTPシートを 頻度：3回（月1回訪問） 同行者：地域包括職員と2名で訪問	本人が管理できている状況を把握・理解し、本人の方法を理解する 頻度：②と同じタイミングで実施 方法：本人に説明しているときに傍で管理方法を一緒に聞いてもらう。
本人		1つの箱で1か月管理できるBoxを導入。	「今日」の確認方法は、カレンダーと同じように矢印の付箋を活用。	
実施者	家族	現在使用している服薬Boxの管理が難しい点を理解 本人の能力を活かせる道具の提案を聞く。	卓上カレンダーでの日付の管理方法と同じ方法で服薬Boxを使用 することを説明。	本人の残存能力を維持できるよう日付の確認方法を共有し、 継続できるよう声掛けを統一。 （日付を聞かれたら、「カレンダーの付箋を見たら？」と答える）
	ケア提供者		管理方法の説明やその後の使用状況の確認を一緒に行う。	忘れた日やなぜ忘れてしまったのか、その日の他の予定など把握してもらう。
	その他			
結果		服薬管理については、現在も同じ方法で管理が出来ている（約3年以上）。 他の管理は難しくなっており家族へ役割を移行しているため、薬の管理が一人でできていることで本人の自身につながっている。		

図1 実践報告様式（生活行為の課題として、服薬管理の記載例）

3) 倫理的配慮

研究協力機関において所定の手続きをとるとともに、対象者には情報提供に関する説明、実践報告様式等においては個人を特定しうる情報は提出しないことを徹底し、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：群馬医療福祉大学 RS22-12）。

4) 分析の視点

課題とする服薬管理や更衣などの生活行為に焦点をあて、疾病分類や認知機能（評価指標）と支援計画（環境調整、家族指導）について傾向を把握する。

なお、記述されたアセスメント領域、支援計画の内容を科学的介護情報システム（LIFE）のコードに変換し集計を行った。

5) 結果

①事例概要

事例数は、事例提供の同意が得られた事例は 14 事例であった。基本情報、疾病分類等の内訳を表 2 で示す。

表 2 基本情報

○基本情報	
訪問区分	訪問リハビリテーション 12 名、訪問看護 1 名、認知症初期集中事業 1 名
年齢	90 歳代 2 名、80 歳代 11 名、70 歳代 1 名
性別	男性 5 名、女性 9 名
家族構成	独居 5 名、配偶者との同居 5 名、子との同居 3 名、その他（サ高住）1 名
同居構成人数	1 人が 6 名、2 人が 7 名、5 人が 1 名
疾病分類	AD 8 件、VaD 2 件、DLB 1 件、不明 3 件
介護度	要介護 1 が 5 件 要介護 2 が 5 件、要介護 3 が 2 件、要介護 4 が 1 件、申請中が 1 件
訪問の頻度	週 1 回が 4 件、週 3 回が 8 件、週 3 回が 2 件
訪問の時間	1 回の介入時間 ： 40 分が 10 件、60 分が 3 件、50 分が 1 件（認知症初期集中支援事業）
焦点化した 生活行為の課題	ADL：更衣 1 件、トイレ 1 件、入浴 2 件、屋内の移動 2 件
	IADL：服薬管理 2 件、対人交流 2 件、散歩 1 件、日課の遂行 2 件
	その他：健康管理 1 件

②アセスメント領域 (ICF コード)

生活行為の課題別にアセスメント領域 (ICF コード) を集積した (表3、表4)。

表3 生活行為別の心身機能のコード

	ト イ レ	更 衣	屋 内 の 移 動	入 浴	浴 槽 の 出 入 り	健 康 管 理	服 薬 管 理	散 歩	対 人 交 流	日 課 の 遂 行
b114 見当識	1	1	1	1	1	2	2		1	2
b117 知的機能			1					1		
b126 気質と人格の機能			1			1				
b130 活力と欲動	1			1	1	1		1	2	2
b134 睡眠機能				1	2					
b140 注意機能		1	1			1	1			
b144 記憶機能	1	1	2		1	1	2	1	2	2
b152 情動機能										2
b176 複雑な運動精神機能										1
b230 聴覚機能			1		1					
b280 痛みの感覚	1		1						1	1
b420 血圧の機能					1					
b410 心機能									1	
b455 運動耐容能				1				1	1	
b530 体重維持機能									1	
b710 関節の可動性の機能	1								1	
b730 筋力の機能	1		2			1				
b755 不随意運動反応機能	1		1						1	

表4 生活行為別、活動・参加のコード

	ト イ レ	更 衣	屋 内 の 移 動	入 浴	浴 槽 の 出 入 り	健 康 管 理	服 薬 管 理	散 歩	対 人 交 流	日 課 の 遂 行
d166 読むこと							1			
d170 書くこと							1			
d230 日課の遂行				1		2	1		1	2
d310 話し言葉の理解			1							1
d350 会話	1								1	1
d410 基本的な姿勢の変換	1		1							
d440 細かな手の使用							1		1	
d450 歩行	1		1		1	1			2	1
d460 様々な場所での移動			2		1			1	1	
d465 用具を用いての移動			1		2			1		
d510 自分の身体を洗うこと	1			1	1		1			
d520 身体各部の手入れ				1			1			
d530 排泄	1		2	1					1	
d540 更衣	1	1		1		1			1	
d550 食事				1					1	
d570 健康に注意すること						3	3		1	
d620 物品とサービスの入手						1				
d630 調理							1			
d650 家庭用品の管理							1			
d710 基本的な対人関係			1				1	1	1	3
d760 家族関係										1
d920 レクリエーション								1		1

実践プロトコル案に基づいた、事例報告の特性

1) 基本属性と生活行為の課題

AD 群とその他として区分し、MMSE 値にソートをかけた集計を表 5 にまとめた。

この集計により、AD の認知機能において軽度～中等度までの状態では BI の値は高く、生活行為の課題は IADL 含む行為が多かった。

また、認知機能が低下した重症の状態の場合、浴槽の出入りや更衣に関する ADL に課題が焦点されていることを確認した。

一方で、VaD は認知機能がある程度保たれていても BI 値は低く、身体機能から起因する生活行為の課題や F A も低値であった。

表 5 基本情報と生活行為の課題

年代 性別	区分	認定	診断	世帯構造	MMSE	BI	FAI	生活行為の課題	期間 (月)	頻度 (回/週)	1 回 (分)
80 代女性	訪リハ	要介護 1	AD	その他	23	95		服薬管理	13	1	40
80 代男性	訪リハ	要介護 1	AD	夫婦のみ	22	85	3	屋内の移動	4	1	40
80 代女性	訪リハ	要介護 2	AD	夫婦のみ	18	80	1	入浴	18	2	40
80 代女性	訪リハ	要介護 1	AD	独居	17	100	26	服薬管理	8	1	40
80 代男性	訪リハ	要介護 1	AD	独居	13 (HDS-R)	80		対人交流	12	2	60
90 代女性	訪リハ	要介護 2	AD	独居	13	100	14	散歩	49	2	40
80 代女性	訪リハ	要介護 3	AD	独居		75		浴槽の出入り	42	3	40
80 代男性	訪看	要介護 4	AD	夫婦のみ	7	55	0	更衣	24	2	60
80 代男性	訪リハ	要介護 3	VD	サ高住	21	50	7	トイレ	13	2	40
80 代女性	訪リハ	要介護 3	VD	その他	19	50	0	屋内の移動	16	2	50
90 代男性	訪リハ	要介護 2	VD	その他	16	80		日課の遂行	15	2	40
80 代女性	訪リハ	要介護 2	DLB	その他	20	75	2	対人交流	20	2	40

70代女性	訪リハ	要介護1	不明	夫婦のみ	16			日課の遂行	6	1	40
80代女性	初期集中	未申請	不明	独居		55		健康管理	4	3	50

2) 診断別の支援内容の違い

ADのみ(8名)、AD以外(VaD3名,DLB1名,不明2名の計6名)の具体的な支援内容を、科学的介護情報システム「LIFE」の「支援コード」にて分類した(図2)。

LIFEコード1～12の訓練は、ADで1例のみ、AD以外では2例の実施であった。13-⑦日課の遂行練習はADの3例で実施、・19移動練習はAD以外で多い。

22～32一連の掃除・整理はADが5/7例で実施、AD以外が1/6のみ、40環境調整や42介護指導はADで実施率が高かった。

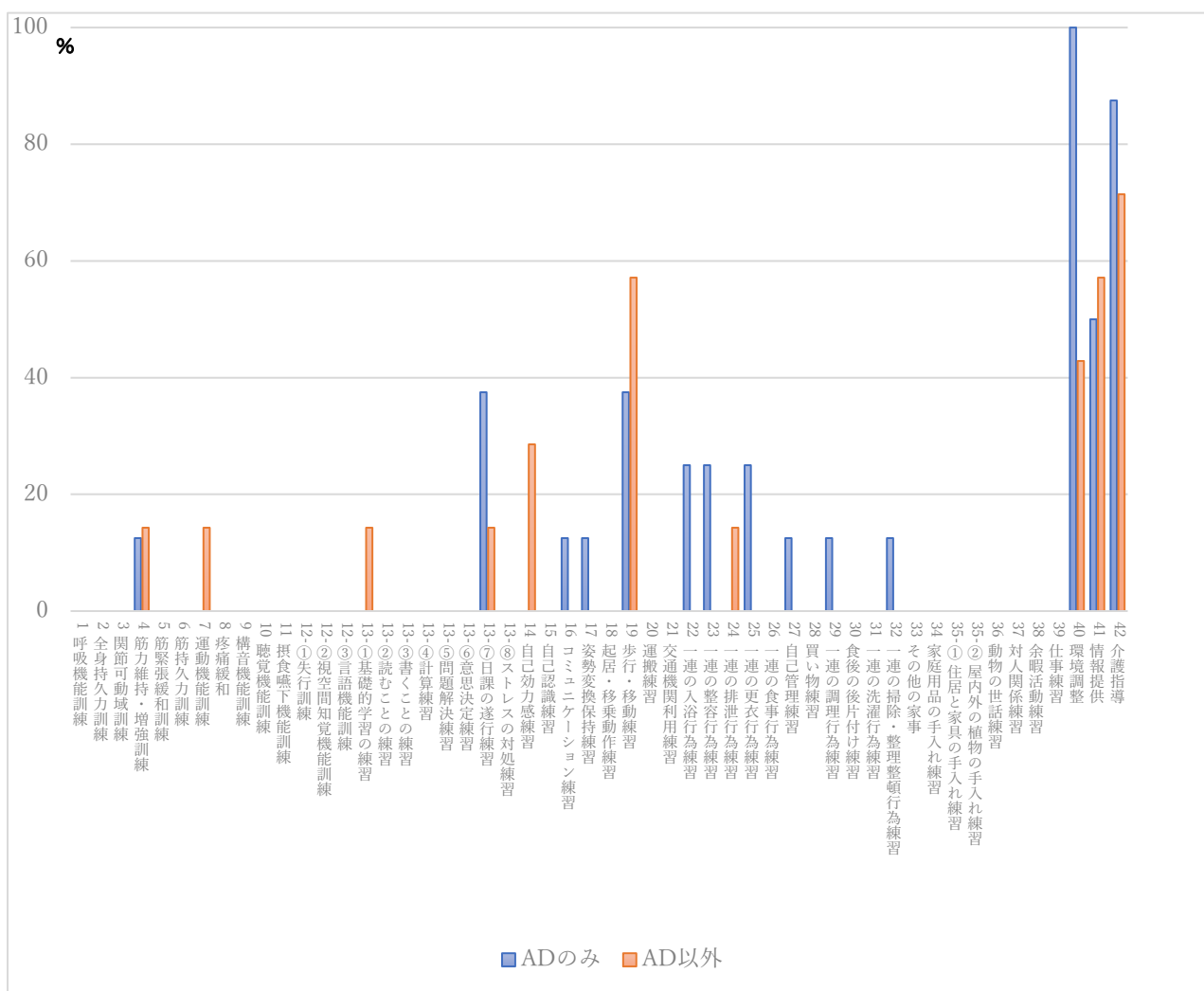


図2 支援内容の特徴 (支援内容を LIFE コードに変換し集積)

3. まとめ

1. 研修の効果

認知症の人に訪問支援する作業療法士 34 名に、本事業の実践プロトコル案を用いた研修を実施し、研修理解度は 91%、満足度は 60%であった。

実践プロトコル案を構成する目標設定や生活行為の捉え方、生活機能分析、環境設定や介護指導の視点など全項目で、研修受講後に理解度(実施に対する自信・行動変容度)は有意に改善した。一方で、全般的な精神機能や個別精神機能など、生活機能などに対する理解度は全項目において、有意な変化は認めなかった。

対象が作業療法士のみであるが、目標設定から生活行為の評価視点、生活機能分析、環境設定や介護指導の視点といった一連のプロトコルに主眼を置いた研修は、訪問現場の作業療法士に効果的に伝達可能と考える。

2. 実践プロトコル案による実施

研修を受けた作業療法士に、プロトコルに基づく実践報告の提出を求めた。支援対象者の同意書が得られたのは 14 例であった。

事例の生活行為における課題の背景には、心身機能レベルでは記憶、見当識、活動と意欲の順で多く、認知機能低下が大きく影響していたが、痛みや筋力、運動耐容能、不随意運動といった身体機能低下も一定数認めた。そのため、活動・参加レベルでは、日課の遂行、歩行、健康関連、対人関係など、多様な項目が挙げられた。

AD 以外の対象者は認知機能に関わらず BI が低く、身体機能低下の影響が疑われた。AD と AD 以外の事例で支援内容の差異を分析すると、心身機能レベルのアプローチはほぼみられないが、AD では一連の行為練習や環境設定、介護指導が多いのに対し、AD 以外では歩行・移動練習が多かった。

実践プロトコル案に基づく、生活行為に着目した支援は AD 認知機能低下による生活行為障害において、特に有効に反映されていた。これらは、H27~29 の厚労科研(代表池田学)の結果も踏まえて合致した内容であった。

VI. 訪問による認知症リハビリテーション普及啓発事業

日本作業療法士協会が実施した作業療法士が勤務する訪問リハビリテーション事業所への調査（2021年度）では、「主たる疾病として認知症の人への訪問リハの依頼がない」との回答は41%であった。

訪問による認知症のリハビリテーションを普及するためには、在宅の認知症の人を診るかかりつけ医に、訪問による認知症の人へのリハビリテーションを知っていただく必要がある。そこで、かかりつけ医に向けた認知症のリハビリテーションを紹介する媒体を作成し配布、普及啓発を図ることとした。

1. 周知対象、方法

「認知症のリハビリテーション」の周知対象を、訪問リハビリテーション事業所の医師および在宅の認知症の人を診るかかりつけ医とする。「V. 実践プロトコル案を用いた研修事業」の参加事業所へ配布するとともに、日本医師会を通し医師への周知を図る。

2. パンフレットのテーマ

訪問による認知症のリハビリテーションがイメージしやすいよう、実践プロトコルに含まれる環境調整、反復練習、助言指導の3要素を示し、ビジュアルは認知症のカラーであるオレンジを基調に穏やかな色調とし、イラストは新オレンジプランの目標である「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」姿をイメージしたもので作成した（図1）。

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があります。

環境を整備する

時間を把握しやすくなる時計やスイッチを見やすくした家電など、暮らし周りの「もの」に工夫をすること、できるようなる生活行為があります。

繰り返し練習する

環境を整えたうえで、生活行為を練習します。繰り返し行うことで暮らしのなかに定着していきます。

より良い関わりをつくる

ご家族や支援者の声のかけ方やタイミングも大切です。ご本人を支え、ご家族も楽になる方法を考えていきます。

認知症のリハビリテーションとは、「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常生活を自立し継続できるよう」に進めていくことです。医師の指示のもと、医学的評価に基づいて私たち作業療法士が暮らしの場を訪問して生活の状況をアセスメントし、お一人お一人の状態に応じた計画を立て、自立した日常生活の継続を支援していきます。

＊2015年「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」

このリーフレットは令和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」で作成しています。

JAPAN 一般社団法人
日本作業療法士協会
Japanese Association of Occupational Therapists

図1 認知症のリハビリテーション普及啓発チラシ

VII. 実践プロトコルについて

訪問による認知症のリハビリテーションの実践プロトコル

1. 認知症のリハビリテーションとは

認知症のリハビリテーションは、認知症を有する対象者の認知機能や生活環境を踏まえ、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。）を最大限に活かしながら、対象者の生活行為である ADL（食事、排泄等）や IADL（掃除、趣味活動、社会参加等）を改善するためのリハビリテーションを実施する。

2. 対象者

精神科医師もしくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、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、以下 FAST)【別添 1】のステージ 4 以上の MMSE25 点以下の者であって、生活機能の改善が見込まれると判断された者。

3. 認知症のリハビリテーション実施手順

当該対象者に対して、実践プロトコル様式（図 1）を用いてアセスメント、計画立案、結果の記録等を①～⑥の手順で行う。

①「生活行為の課題」の把握

対象者がしている、してみたい、興味がある生活行為を「興味・関心チェックシート」で確認し、見当識や記憶などの認知機能や居宅における生活状況の全体像や困りごとを把握し、A の「生活行為の課題」に記載する。

※対象者が訪問リハビリテーションを利用している場合は、リハビリテーション実施計画書様式 2-2-2（表 3）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）も参照し、支援する生活行為を定め、A の「生活行為の課題」へ記載する。

②「生活行為の課題」のアセスメント

「生活行為の課題」を解決するために、国際生活機能分類（International Classification Functioning, Disability and Health：ICF）に基づき、「心身機能」「活動と参加」「環境因子」のそれぞれの項目について、MMSE や DBD13、ADL 評価（BI、もしくは HADL、Lowton 等）、IADL 評価（FAI 等）等の評価の結果を踏まえて、障害されている生活機能（弱み）と残されている生活機能（強み）について、B の「アセスメント」に記載する。

③「アセスメント要約」

以上の生活機能の評価から、生活行為の遂行に向けた要約として、支援することでの応用的動作能力や社会適応能力の変化を見立てながら介入方針につなげる内容を C の「アセスメント要約」に記載する。また、アセスメントの結果は対象者とその家族に伝達する。

※訪問リハビリテーションを利用している場合は、心身機能、活動と参加、環境因子の項目は、様式 2-2-1（表 2）「活動(基本動作)・(ADL)」、「活動 (IADL)」と、「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）」、「環境因子」を参考に記載する。

また、アセスメント要約は、様式 2-2-2「活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析」を参考にする。

④支援計画の立案

「介入方針」は、課題とした生活行為の工程を分析し、①環境調整（物理的環境）、②生活行為に対する反復練習、③関わり方の指導（家族・支援専門職等）の 3 つの指導の視点で介入方針を検討する。D の「介入方針」に記載する際は、いつ頃、実施場所、どのように、誰に対して指導するのかを具体的に記載する。

※ 3 つの指導の視点の具体的例を下記に示す。

- ・環境調整では、IADL 等を高める一貫で本人が操作しやすい携帯電話、IH コンロへの変更など家電製品の調整、本人の生活行為の段取りや障害されている見当識を代償するための文字の掲示など視覚的構造化、サービス利用などの社会資源の利用などを検討する。
- ・生活行為に対する反復練習は、動作の一部または一連の生活行為などを段階的に組み立て、残存する能力に対しては発揮を、回復できる能力に対しては活用を促すために、反復して生活の動作を練習する。
- ・また、その能力に対して直接的な訓練をするだけでなく、指導した環境調整の活用や生活行為の仕方を日常的にケア提供している家族やケア提供の専門職に対しても、家族や他の支援者がどのように声掛けやフィードバックすると良いかなど関わり方を支援する必要なサポートを調整（関わり方の支援）する。

※訪問リハビリテーションを利用している場合は、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）の記載内容も参照し記載する。

⑤具体的方略

「本人及び実施者」には、何をどのようにすべきか具体的方略を記載する（具体例を別添 2 に示す）。

E の「本人および実施者」の欄には、本人が日常生活の中で取り組むことや家族に、ケア提供者が支援方針をベースに取り組むと良いことについても記載する。また、情報提供をする相手も記載する。

その他には、近隣住民や友人、民生委員など本人の生活を支える人々が該当する。また、関係者とのケ

ア会議の開催により、支援方針の内容等を共有することの必要性についても記載する。

該当者がいない場合は、空欄になることもある。なお、指導の際には、できる限り介護支援専門員と同行訪問として共有することが望ましい。

※訪問リハビリテーションを利用している場合は、様式 2-2-2「他事業所の担当者と共有すべき事項」「介護支援専門員と共有すべき事項」を参考に、サービス担当者会議で支援方針の内容等を共有することの必要性を記載する。

⑥介入期間及び終結

実践プロトコル様式に基づき、1月に概ね4回以内、一回当たりの訪問時間は60分以上としの訪問によるリハビリテーションを実施する。

また、在宅生活期間をできる限り長くするためにも、本人の社会参加や家族の介護軽減を視野に、通所サービスに結び付けるよう、本人・家族への説明、配慮する。

支援後、その効果を把握するため、3ヶ月後に再度モニタリングをする。また、支援終了時、サービス担当者会議等介護支援専門員を交え、支援に対する申し送りを行う（Fの結果に記載する）。

①	生活行為の課題	A				
②	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	
		強み				
③	アセスメント要約	C				
	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)		
④	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)		D			
	本人					
⑤	実施者	家族		E		
		ケア提供者				
		その他				
⑥	結果	F				

図2 実践プロトコル様式及び実施手順

【別添 1 FAST】

Functional assessment staging test

Stage	臨床診断	特徴	期間	精神年齢 (歳)	MMSE (点)
1	正常	自覚的にも他覚的にも機能低下はない		成人	29～30
2	正常な高齢者	自覚的な機能低下はあるが、複雑な職業的あるいは社会的活動場面で客観的な能力の低下はない			28～29
3	境界域	複雑は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はある	7 年	12 以上	24～28
4	軽度の AD	日常生活における複雑な仕事を遂行する能力の低下がある 夕食会の企画、買い物、家計管理などがうまくできない	2 年	8～12	19～20
5	中等度の AD	日常生活における基本的な仕事、例えば適切な衣服の選択などを行う能力の低下がある	18 カ月	5～7	15
6	やや高度の AD	着衣、入浴、排泄などを独力で行う能力の低下がある			
a		衣服を正しく着用できない	5 カ月	5	9
b		入浴に介助が必要、入浴を怖がる	5 カ月	4	8
c		水洗トイレがうまく使えない	5 カ月	4	5
d		尿失禁をする	4 カ月	3～4	3
e		便失禁をする	10 カ月	2～3	1
7	高度の AD	会話、移動能力、意識の消失がある			
a		語彙は 6 単語以下になる	12 カ月	1.25	0
b		使用しうる語彙は 1 単語のみになる	18 カ月	1	0
c		移動能力が失われる	12 カ月	1	0
d		座位を保てなくなる	12 カ月	0.5～0.8	0
e		笑えなくなる	18 カ月	0.2～0.4	0
f		頭部を支えられなくなる、混迷、昏睡	不定	0～0.2	0

AD : Alzheimer's disease

文献 1 を改変された文献 2 より引用

文献 1 : Auer S & Reisberg B : The GDS/FAST staging system. Int Psychogeriatr, 9 Suppl 1 : 167-171, 1997

文献 2 : MEDICAL CARE CORPORATION: Functional Assessment Staging Test

<http://www.mccare.com/pdf/fast.pdf>

※<https://www.asahimachi-gp-clinic.com/170622fast-mmse.pdf> (令和 5 年 2 月 27 日閲覧) 引用

【別添 2 FAST に即した介入指導例】

例 1 服薬管理

	生活行為のポイント	環境調整	反復練習	関わり方の指導
FAST Stage 3	新しい内服薬が追加になったり、内服頻度が不規則な場合、混乱が生じる可能性がある。	・カレンダーへ内服日の印を付ける（1 週間、1 カ月ごと） ・電波時計、デジタル日めくりカレンダー、服薬支援ロボットの活用、ポケット付きカレンダー、普段使用するカレンダーに貼り付けて可視化する。	・本人が慣れるまで支援者や家族と一緒にやる。	・カレンダーに印が付いていることを確認する。 ・印が付いていないときは印を付けるよう促す。（監視・指導的表現にならないよう気を付ける）
FAST Stage 4	定期処方薬は理解しているが、時々飲み忘れる	・PTP シートに日付を書き込んだり、日付入りで一包化し、カレンダーと突合しながら内服する。	・カレンダーとの突合を繰り返す。本人が慣れるまで支援者や家族と一緒にやる。	・本人がどの程度確認しながら内服できているか確認する。
		・内服のタイミングをそろえる（処方の見直しを主治医に相談）	・変更後の内服頻度に慣れる	・内服回数の見直し
FAST Stage 5	服薬の自己管理が難しくなる	・1 日ごとに紙に薬を貼り付けて可視化する。 ・アラームの活用、服薬支援ロボットの活用	・新しい道具になれるよう、繰り返して使用する。	・道具になれるようサポートする。
FAST Stage 6	服薬の自己管理が難しくなる	・1 日ごとに紙に薬を貼り付けて可視化する。	・1 日ごと貼り付けた方法に慣れる。	・支援者が1 日ごとに貼り付ける ・1 日ごと紙を提示する。
		・介助によって PTP シートや一包化の袋から薬を出した状態で内服する	・1 日ごと貼り付けた方法に慣れる ・薬を外装から取り出した状態で内服することに慣れる。	・飲みやすい薬の形状を検討する。

例2 排泄

	生活行為のポイント	環境調整	反復練習	関わり方の指導
FAST Stage 3	日常生活上大きな排泄の失敗はない			
FAST Stage 4	慣れない場所でトイレの場所が分からず混乱することがある	・サインの教示の工夫 ・イラストの併用、サイン教示の高さ調整 ・音声による案内	・外出先で困ったとき、誰に聞けばよいか確認しておく。 ・サインの教示の確認	・本人が困っている場合に声をかける。
FAST Stage 5	慣れない場所でトイレの場所が分からず混乱することがある	・サインの教示(文字とイラストの併用)、トイレの照明を常時点灯、トイレのドアを開放 ・尿取りバットやリハビリパンツなどの道具を検討する。	・外出先で困ったとき、誰に聞けばよいか確認しておく。 ・サインの教示の確認 ・尿取りバットなどの道具について情報収集する。	・本人が困っている場合に声をかける。 ・トイレのタイミングや活動時間を考慮して声をかける。(例: デイの送迎前にトイレに行くよう声をかける) ・トイレの照明やドアが解放されているか確認する。 ・尿取りバットなどの道具について情報収集する。
FAST Stage 6	排泄の失敗が目立つ (尿失禁、便失禁)	・サインの教示(文字とイラストの併用)、トイレの照明を常時点灯、トイレのドアを開放	・サインの教示の確認、トイレの場所を確認する。	・サインの教示が本人に適しているか確認し、必要に応じて変更する。
		・着脱しやすい衣類の選択、便座一床/壁一手すりのコントラストを調整	・新しい道具・衣類に慣れる	・着脱しやすい衣類を検討・用意する。 ・本人の排泄状況を踏まえ、適切なバットを選択する。
		・トイレに行った時間をホワイトボード等にメモしていく。次に行くタイミング・時間を書く。 ・尿取りバットなど道具を活用する。 - 支援者に声をかけてもらい、失敗する前にトイレで排泄する。	・バットやリハビリパンツに慣れる	・前回の排泄のタイミングを考慮して声をかける。 ・排泄の状況(便秘や下痢、頻尿等)を確認し、必要に応じて服薬調整を検討する。

VIII. 参考資料

推進検討委員会での意見

第一回 推進検討委員会

日時：令和4年11月11日(金) 17:00～18:30

場所：WEB 会議

出席者：

【検討委員】 (敬称略)

氏名	所属・役職
中村 春基 ◎	(一社) 日本作業療法士協会
江澤 和彦	(公社) 日本医師会
池田 学	(公社) 日本老年精神医学会
新美 芳樹	(一社) 日本認知症学会
野尻 晋一	(公社) 全国老人保健施設協会
坪根 雅子 ※	(一社) 日本介護支援専門員協会
鎌田 松代	(公社) 認知症の人と家族の会

◎：委員長 ※：当日欠席

【オブザーバー】

厚生労働省老健局老人保健課 (敬称略)

氏名	所属・役職
佐野 隆一郎	課長補佐
上田 幸輝	高齢者リハビリテーション推進官
橋本 萌子	老人保健係

【議題】

1. 研究事業の概要と実施組織
2. 訪問による認知症のリハビリテーションの評価検証事業
3. 実践プロトコル案を用いた研修事業
4. 実践プロトコル案に基づいた研修の効果測定事業
5. 訪問による認知症のリハビリテーション普及啓発事業

1. 主な意見

- 1) 効果検証事業

- ・現在ある認知症のリハビリテーションに関する加算の枠組み、整合性も考慮し、また得られたデータから効果の指標についても検討いただきたい。
- ・制度を見据えるのであれば、例えば通所リハの加算のように介入期間・量などの根拠が必要になる。
- ・後方視的調査にてプロトコルを検証し、作成したプロトコルを仕上げ、それらを研修し使用してもらうとの説明であった。作成したプロトコルやマニュアルを評価する点はわかるが、プロトコルそのものの有用性はどのように測るのが、課題ではないか。

2) 実践プロトコル案について

- ・テクノロジーの進化に伴い、以前より生活行為へのアプローチの方法も変化している。このプロトコルは完成後、療法士の教育ツールとしての使用も見越していると思うが、その辺りも視野に入れていただけるとよい。
- ・介護報酬を見据えるのであれば、ケアではなくリハビリテーションであるので、介入のタイミング（時期）、状態像、介入期間・回数等、リハビリテーションの短期集中加算のようなイメージも持ちながら進めてもらえるとよい。
- ・使い慣れたものを使い続けるようにアプローチするのか、テクノロジーなど新しいものを活用したアプローチするのかによって、介入の方法論が異なるかもしれない。また、軽度者と重症度者では、（対応する）介入期間が異なるため、頻度等も議論しておくことが必要と考える。
- ・プロトコルの目指すものは療法士の介入を明示するためのものか、ご本人の行為のプロトコル化を含めるためには、ご本人が取り組む内容を加えてほしい。
- ・プロトコルの内容が、カテゴリー化ができると良い。
- ・報酬改定を見据えるなら、家族、介護従事者などへの介入についても明確になっているとよい。

3) 実践プロトコル案を用いた研修事業・効果測定事業

- ・研修時間は長ければよいというものではないが、参加者の経験、経験年数などは考慮されているのか。
- ・事前に協力者から対象者の評価データも収集し、その後プロトコル使用のための研修をし、協力者の変化をみるとともに、対象者のデータについては可能だったら事後のデータも収集したい、ということで理解した。
- ・認知症のリハビリテーションとするにあたり、研修の対象者のスキルをどの程度の対象者にするのか、一定のレディネスがないと難しいのではと思っている。

4) 事業全体

- ・実践プロトコルの効果が明らかになった上で報酬として認められると認識している。そのため後方視研究で介入効果がありました、ということでは本末転倒ではないか。定まったプロトコルに関する前向き介入の効果測定がわかりやすいと感じる。ゴールをいつとしているのか確認したい。
- ・ゴールが報酬制度だとするなら、本年度はまず研修、後方視研究とし次年度介入研究、という流れがよいのでは。
- ・平成16年ごろ老健の認知症リハビリテーション導入でも議論し、27年改定で通所での加算導入の議論をしているが、通いの場と実際の自宅では介入の意味合いが異なり、単なる通所リハでの訪問指導

とも違うだろう。後方視的にでもいいので、訪問リハビリテーションに特化した特徴がでるのではない
か。自宅に行くことの有用性が明らかになるとよい。

- ・居宅療法管理指導でもそうだが「通える人は通う」、どうしても訪問でなければという必要性の議論があり、訪問の有用性を明らかにしてもらえると、我々もありがたい。
- ・臨床医として、訪問がとても有効だと思っている。熊本、大阪で診療報酬とは別に心理士等多職種でチームを組み、在宅アプローチをしている。主対象は生活実態の見えにくい独居の方。通所サービスなどを利用していても、生活実態が見えないためどうアプローチしていいか、生活目標が立てにくい。また若年性認知症で症状が多様な方に科学的なエビデンスに基づいてやりにくいこと、やりやすいことが検査場面で予測はつくが、実際の日常生活場面でどう反映されていて、どういうことが改善すれば当事者や家族が安心して生活ができるのか見えてくるので、そういった意味では訪問リハビリテーションとして専門職が訪問することは非常に意味があること。
- ・認知症の本人ができるように積極的にリハビリしていくのは家族としてもありがたいと思っている。ただどのように効果を評価するのか、自宅での生活障害に対して、本人もだが家族にもこうすれば服が着られる、調理ができる、と教えてもらえれば本人、家族ともに混乱せず暮らせるが、それができたという効果は認知機能評価だけで測るのか。

2. 事務局の対応

- ・訪問による介入したケースの変化・効果の後方視的研究としているが、予備的に研修受講者から実践プロトコル案を用いての、普段実施しているデータも併せて提出を求める予定である。ご指摘の通り、前向き介入がわかりやすいと思うが、事業のゴールが年度末のため、本年度はADLの変化、介護負担度、本人の行動障害の傾向の分析までが現実的な所かもしれない。
- ・研修の対象は、既に認知症のリハビリテーションの経験がある者としている。
また、研修時間については本日の意見をもって再度検討したい。
- ・プロトコル案は療法士の治療戦略の見える化である。本人、介護者、療法士のそれぞれが行うことも見える化が必要と理解した。指摘事項を踏まえプロトコルの修正を行う（図1）。
また、各プロトコルの記述は自由記載での収集になるが、カテゴリー化できるように考えている。

認知症の人に対するリハビリテーションの実践報告様式

※一つの生活行為ごとに1枚にまとめます。

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
	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 (介入実施、調整、期待通りの結果、ケア記録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				

図1 実践プロトコル様式

第二回 推進検討委員会

日時：令和5年03月02日(木) 19:00～20:30

場所：WEB会議

出席者：

【検討委員】 (敬称略)

氏名	所属・役職
中村 春基 ◎	(一社)日本作業療法士協会
江澤 和彦 ※	(公社)日本医師会
池田 学	(公社)日本老年精神医学会
新美 芳樹	(一社)日本認知症学会
野尻 晋一	(公社)全国老人保健施設協会
坪根 雅子	(一社)日本介護支援専門員協会
鎌田 松代	(公社)認知症の人と家族の会

◎：委員長 ※：当日欠席

【オブザーバー】

厚生労働省老健局老人保健課 (敬称略)

氏名	所属・役職
佐野 隆一郎	課長補佐
上田 幸輝	高齢者リハビリテーション推進官
橋本 萌子	老人保健係

【議題】

1. 事業報告
2. 実践プロトコル案について
3. 事業報告書の骨子案

1. 主な意見

1) 効果検証事業

- ・介護保険だと週1回、2単位、40分のリハが多いが、評価対象は回数が少ないわりに、訪問時間が長い。この要因は、医療の在宅訪問リハビリテーション管理指導料、認知書疾患医療センターでの診断後支援機能での訪問であったことの特徴か。
- ・訪問の回数が少なく、外来指導や電話での情報提供の対応がある点を、介護保険の訪問リハで実施する場合、プロトコルへの影響をどのように考えていくか。情報提供等も、プロトコルに反映が必要ではないか。
- ・介護保険を利用する経時的なデータを見ていきたいし、ケアマネジャーも作業療法の視野を学びたく関心がある。今後も事業を継続してほしい。
- ・介入による介護負担の軽減につながることは喜ばしい結果である。本人ができないことがあり、そこに専門職が60分関わることで、家族の介護負担のどのような部分が軽減しているのか明らかにしてほしい。
- ・認知症は進行する、何かをやっても仕方がないとリハビリテーションに対しても後ろ向きに捉えている方も多い。一方でなんらかの取り組みで機能が維持できることを家族も感じているケースもある。症例数は少ないが、どのようなアプローチをすると、どのような結果になるかということを見える化してほしい。
- ・介護負担の尺度として、全体的な負担感で測ることが多い。今後の課題と捉えていきたい
- ・「できた、できない」の間での、ファクターの有無があるのかどうか、データの信頼性としても重要な視点だと考えている。
- ・統計学有意性を示すことはできないが、同じ要介護度での2郡の比較の検討が必要ではないか。
- ・今後、前向きな研究調査で、各項目の有効性を明らかにしていきたい。

2) 実践プロトコル案について

- ・サービス担当者会議、以下ケア会議とするの記載がよろしいと考える。サービス担当者会議の活用は非

常に重要な位置付けであり、介護支援専門員にも意識付けに繋がる。

- ・ 1 今回の検証結果より、平均からの 60 分、回数は最大値の 4 回としているが、根拠は何か、エビデンスデータも提示いただきたい。
- ・ 訪問の回数数が未知な状態である。予備データを含め、レトロスペクティブのデータを基に、作業療法士が決めるしかないではないか。
- ・ 必要な時間、回数との天井効果が確認できれば良いが、ただ、実際に決めた内容で、介入しないとわからない部分も多いのではないか。
- ・ 指導内容は良いが、主治医の指示やケア会議との関係性が見えにくい。
- ・ FAST であれば、アルツハイマー型認知症に限定になるため、通所リハビリテーションの「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」との整合性も確認いただきたい。
- ・ 環境調整、反復練習、関わり方の提案については、ケアとの差別化も要件になるのではないか。医療のリハビリテーションとすることを踏まえると、医学的評価を厳格化することも検討いただきたい。
- ・ 残存する能力の「強化」「回復」との表現が良いか。検討いただきたい。
- ・ 訪問を有効に活用する、導入する時期を踏まえた、時間や回数設定が必要ではないか。また、通所リハビリテーションからの訪問機能もあることも留意していただきたい。
- ・ 環境調整は悩むことが多い。新しい環境にして反復練習でうまくいくこともあれば、慣れた環境を変えない方がいいこともある。安全性の面からも環境を変えるリスクもある。現場での悩みに応じた手引きも必要ではないか。

3) 事業全体

- ・ 医師のリハビリテーション指示の流れも表現ができると良い。
- ・ 認知症のリハビリテーションができる作業療法士の人数やその研修の情報提供も必要である。
- ・ 医師も、認知症のリハビリテーションの効果を知ってほしい。
- ・ 認知症が進行すると、リハビリテーションの必要性がないと思っている人も多く、作業療法の必要性を打ち出しても良いのではないか。
- ・ 在宅でのリハビリテーションの推進も望むが、認知症のリハビリテーションは在宅と施設をうまく利用することが必要なのだと思う、家と施設で全く異なる内容にならないことも検討いただきたい。

2. 事務局の対応

- ・ 事業の成果物の事業報告書において、実践プロトコルの手順を示し。
- ・ 実践プロトコルの示し方として、介護保険制度における訪問リハビリテーションでの実施を想定し、また介護支援専門員等も理解が深まるよう、フローチャートを用いた表現を検討する。

資料編

1) 事例提供における研究説明文

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施プロトコルの開発研究

研究にご協力いただく皆様へ

1. はじめに（「人を対象とする医療・福祉系研究」とは）

この研究は、「群馬医療福祉大学 人を対象とする医療・福祉系研究倫理審査会」の審査を受け、研究内容の学問的な面だけでなく、患者・利用者・研究参加者の人権・安全および社会に対する配慮も十分検討され、承認を受けています。

2. 研究の目的

この研究は、日本作業療法士協会と群馬医療福祉大学（本学）が、国の研究事業の一環である老人保健健康増進等事業として実施するものです。研究の目的は、作業療法士による訪問リハビリテーションの効果を検討し、認知症の人に対する訪問リハビリテーションをより充実化することを目的としています。

3. 研究の概要

この研究では、皆様に対して何か特別な協力をお願いするものではありません。全国で通常に実施される訪問リハビリテーションの内容と評価結果を作業療法士に報告して頂くことで、リハビリテーションの介入方法を明らかにし、その効果を検証する研究となります。

4. 方法

【対象等】

作業療法士による訪問リハビリテーションを受けている方

【研究方法】

作業療法士が通常の臨床業務で実施する、評価や支援の内容を情報として研究目的にご提供頂きます。ただし、担当作業療法士による情報提供の際に、あなた個人が特定されるような情報は全て削除して提供されます。個人情報情報が排除されているデータを基にその傾向を分析します。

【実施期間】

実施期間は令和4年12月から令和5年3月末迄です。

【データの発表方法】

本研究は、国の研究事業の一部で、最終的に厚生労働省等のホームページ上で公開されます。また、明らかになった実践例の傾向については、関連学会の学術誌や学会で報告される予定です。しかし、個人を特定できる様な情報を公表することは絶対にありません。

【試料・情報の保管および廃棄】

実践報告に関する書類や情報は、本老健事業の受託者である日本作業療法士協会事務局がとりまとめを行い、当該事務局が責任をもって管理します。関連する書類は、施錠される空間または書庫で本事業終了後 5 年間保管された後に、適切な手段で破棄されます。

4. この研究に参加することにより予想される利益と不利益

【予想される利益】

今後の我が国における認知症のリハビリテーションを推進するための基礎資料となります。

【起こるかもしれない不利益】

特に想定されておりません。

【健康被害が発生した場合の治療と補償について】

今回新たに何か特別なことにご協力頂くことは想定されておりません。

5. 自由意思による参加について

この研究への参加は、あなたの自由な意思で決めることができます。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一切ありません。参加を承諾される方は、報告書の提出をお願いいたします。

6. 同意撤回の自由について

なお、参加に同意した後でも、研究への参加をとりやめることができます。その場合でも、あなたは不利益を受けることはありませんので、担当作業療法士または日本作業療法士協会事務局へご連絡ください。ただし研究事業の性質上、令和 5 年 3 月を過ぎた時点で撤回に応じることはできません。

7. 個人情報の保護について

この研究では、あなた個人を特定できる情報を収集することはありません。ただし、この研究に参加することについての同意書を扱うことになるため、それらの情報については日本作業療法士協会が一括して管理します。また、研究成果が学術目的のために公表されることがありますが、その場合もあなたの個人情報の秘密は厳重に守られ、第三者にはわからないように十分に配慮して、慎重に取り扱います。

8. 研究成果の帰属について

本研究の性質上、研究成果は国に帰属するものであり、成果の発表等に関しては研究者もしくは所属する研究機関に帰属することになります。

9. 研究資金・謝礼について

本研究は令和 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施プロトコルの開発研究事業」として実施されます。研究へご協力いただく方へのお支払いはございません。

10. 利益相反

本研究の実施において報告すべき利益相反はございません。

1 1. 研究責任者

群馬医療福祉大学 リハビリテーション学部 教授 山口智晴

【問い合わせ先】

●研究に関するお問い合わせ

群馬医療福祉大学リハビリテーション学部 山口智晴

〒371-0023 群馬県前橋市本町 2-12-1 前橋プラザ元気 21 (6 階・7 階)

TEL 027-210-1294 FAX 027-260-1294 E-mail yamaguchi@shoken-gakuen.ac.jp

●同意の撤回に関するお問い合わせ

(一社) 日本作業療法士協会 事務局 遠藤千冬・三上直剛

住所：〒111-0042 東京都台東区寿 1 丁目 5-9 盛光伸光ビル 7F

電話：03-5826-7871

作成日：2022 年 12 月 20 日

研究責任者：群馬医療福祉大学 リハビリテーション学部

山口 智晴

2) 同意書

同 意 書

研究課題名：訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実施プロトコルの開発研究
～作業療法士による認知症の訪問リハビリテーションの効果に関する予備研究～

研究責任者 殿

私は、本研究へ参加するにあたり、担当作業療法士より説明文書の内容について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、自由意思により本研究に参加することに同意します。

本人

同意年月日： 年 月 日

住 所：

氏名（署名）

代諾者（未成年・本人が同意できない状態にある場合）

同意年月日： 年 月 日

患者との続柄：

住 所：

氏名（署名）：

研究担当者

説明年月日： 年 月 日

所 属：

担当者名：

本研究中に、研究または説明文書の内容についてもっと詳しく知りたい時は、下記の研究者にご相談下さい。

《連絡先》〒371-0023 群馬県前橋市本町 2-12-1 K' BIX 元気 21 まえばし 6 階

TEL：027-210-1294 FAX：027-260-1294

委託研究における責任者

群馬医療福祉大学リハビリテーション学部 作業療法専攻 教授 山口智晴

※同意書は1部作成し、同意書の写し・説明文書をご本人にお渡しします。

同意撤回通知書

研究課題名：訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実施プロトコルの開発研究
～作業療法士による認知症の訪問リハビリテーションの効果に関する予備研究～

研究責任者 殿

私は、本研究への参加について同意していましたが、このたび同意を撤回することにしたので通知します。

本人（16 歳以上）

記入年月日： 年 月 日

住 所：

氏名（署名）

代諾者（未成年・本人が同意できない状態にある場合）

記入年月日： 年 月 日

本人との続柄：

住 所：

氏名（署名）：

ご記入・ご署名のうえ研究担当者にお渡しいただくか、下記宛先まで郵送またはファックス送信してください。
お電話でのご通知でも構いません。

なお、本研究事業は令和 5 年 3 月で終了となるため、同意の撤回も令和 5 年 3 月までとなります。

（一社）日本作業療法士協会 事務局 遠藤千冬・三上直剛

住所： 〒111-0042 東京都台東区寿 1 丁目 5-9 盛光伸光ビル 7F

電話： 03-5826-7871

（確認者記入欄）確認年月日： 年 月 日

担当者署名：

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調査研究」
報告書

2023 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