令和 6 年度老人保健健康増進等事業

認知症リハビリテーションの推進のための調査研究事業

報告書

一般社団法人　日本作業療法士協会

令和 7（2025）年 3 月

今こそ、認知症のリハビリテーションを

令和元年 6 月に認知症施策推進関係閣僚会議において取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」とされています。

また、令和 5 年 6 月「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、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、7 つの基本理念には、認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること、認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができることなどが挙げられています。

令和 4 年度から実施してきた老人保健健康増進等事業を通して、訪問による認知症リハビリテーションの有効性を示し、リハビリテーションの実施者に必要な知識等の研修内容の検討、介護支援専門員等関係職種への認知症のリハビリテーションの効果等の周知、および、令和 6 年度に新設された認知症短期集中リハビリテーション実施加算を実施する上での課題を検証してきました。これらの取り組み事例をもとに認知症の人が生活を継続するための工夫を集め、認知症のリハビリテーションの啓発普及媒体を作成しました。

国民への認知症のリハビリテーションの啓発、推進を進め、良質かつ適切な医療サービスが提供できる体制を整えていくことが急務であり、支援に携わる専門職は、認知症のリハビリテーションに関する臨床技術を確かなものにしなければなりません。認知症の人が、自らの意思によって積極的に日常生活及び社会生活を営めるよう、認知症のリハビリテーション支援を希望した際、各専門職種がそれぞれの専門性を発揮できるようになることが必要です。その体制の充実により国民の幸福に寄与できるものと確信しています。

最後に、本事業にご協力いただいた委員や関係機関の皆様には心より感謝申し上げますとともに、引き続きのご支援ご協力をお願い申し上げます。

一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 山本 伸一

やりたいことを、やり続けられることがリハビリテーション

公益社団法人　認知症の人と家族の会
代表理事　鎌田松代

「花を育てたり、料理を作ったりが好きだけど、認知機能の低下でうまくできなくなった、生きがいだったのに悲しい」「現状はあきらめさせられることが多い」と認知症の人から聴きました。そのできなくなったこと、やりたいことをできるようにし、続けていくことは生きる意欲を高め生活の質を向上する。そのことが認知症リハビリテーションだと、令和６年度老人保健健康増進等事業「認知症リハビリテーションの推進のための調査研究事業」の成果から強く感じました。

家族はできないことへのサポートと、それまで二人三脚で生活を回していたことを一人で負担することに追われています。また「認知症の人へのリハビリテーションは難しい」との話を専門職からも含め見聞きしていて、諦めている面があります。課題で認知症の人や家族の理解を受けることが難しいとありました。当事者の心情の寄り添いながら説明くださることが解決への糸口の一つと思います。

指示書を書いてくださる医師、アセスメントやプラン作成のケアマネジャーが認知症リハビリテーションを知ってくださること。認知症リハビリテーションを実施する作業療法士などの療法士の方への研修が進み、身近でこのサービスが受けられるなどの体制づくりが進むことを希望します。

認知症リハビリテーションは認知症とともに歩む人生の再構築につながっていきます。この事業の大きな成果が広く社会に知れわたることを願います。

目次

Ⅰ．事業報告

1．事業概要 2

2．推進検討委員会の開催 3

1）構成員

2）推進検討委員会の開催日と議題

3）推進検討委員会での主な意見

3．研修事業報告 11

1）目的および対象、方法

2）認知症者に対する訪問リハビリテーション研修（療法士対象）

3）訪問による認知症のリハビリテーション　アドバンス研修会（療法士対象）

4）「認知症のリハビリテーション」研修会（介護支援専門員対象）

4．実践プロトコルの効果検証事業・中間報告（令和 6 年度） 44

1）目的

2）実施方法

3）結果

4）まとめ

5．認知症のリハビリテーション実装検証事業 53

1）目的

2）各モデル地区での実施状況

3）介護支援専門員向けアンケートの結果

4）まとめ

6．事例集（認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集 改訂版） 82

1）認知症の特性とアセスメントの重要性

2）生活の困難に対する支援方法

3）生活行為を続けるためのヒント集

7．まとめ 85

1）現状と課題

2）今後に向けた提言

Ⅱ．参考資料

1．研修事業　認知症者に対する訪問リハビリテーション研修　講義資料・アンケート 1

2．効果検証事業　研究計画・実践プロトコル 50

3．実装検証事業 介護支援専門員向けアンケート 86

Ⅰ．事業報告

１．事業概要

認知症施策推進大綱においては「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」とされている。本調査研究事業では、これまでの老健事業等を踏まえ、訪問による認知症に対するリハビリテーションのより効果的な実施方法について、検証を行った上で、ケアマネジャー並びに理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対する認知症リハビリテーションに係る研修会等、以下の事業を実施した。

１）推進検討委員会の開催
２）リハビリテーション専門職・介護支援専門員への研修事業
３）実践プロトコルの効果検証事業
４）認知症のリハビリテーション実装検証事業
５）事例集（認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集　改訂版）
６）事業実施報告書の作成

これらの取り組みを通して、認知症の人の望む生活を実現できるよう、より効果的に認知症のリハビリテーションが受けられる仕組みを検討し、また、認知症の人や家族、医療介護関係者への認知症のリハビリテーションの普及啓発を図り、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」へ寄与することを目的とした。

２．推進検討委員会の開催

事業を適切に運営するため、認知症リハビリテーションに係る各学会・関係団体の代表者に推進検討委員として参画いただき、推進検討委員会を開催した。

１）構成員

（１）推進検討委員

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

（敬称略 五十音順、○：委員長）

（２）オブザーバー

厚生労働省老健局 老人保健課

課長補佐 大島 康太

高齢者リハビリテーション推進官 上田 貴代

医療・介護連携技術推進官 清水 真弓

厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課

課長補佐 江川 斉宏

主査 吉松 直樹

（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 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
	宇田 薫	おもと会統括本部 統括リハビリテーション部
	河合 晶子	藤田医科大学七栗記念病院 地域包括支援センター
	新美 芳樹	東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室
	山口 智晴	群馬医療福祉大学 リハビリテーション学部
	長倉 寿子	兵庫県立リハビリテーション中央病院

	小林 法一	東京都立大学 健康福祉学部
	村島 久美子	桜新町アーバンクリニック
	堀田 牧	大阪大学医学系研究科精神医学教室
	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

２）推進検討委員会の開催日と議題

第 1 回推進検討委員会

日時：令和６年８月１日（木）

時間：13:00～15:00

開催場所：日本作業療法士協会事務局（オンライン会場）

議題

１.事業概要説明

２.研修事業概要説明

・認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会 シラバス（案）

・認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会 企画概要（案）

・認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会アドバンスコース シラバス（案）

3.実装検証事業実施要項説明

4.効果検証事業（進捗報告）

第 2 回推進検討委員会

日時：令和６年 11 月 18 日（月）

時間：10:00～12:00

場所：日本作業療法士協会事務局（オンライン会場）

議題

1.研修事業

・第 1 回 認知症者に対する訪問リハビリテーション研修事業報告

・介護支援専門員研修（案）

・アドバンスコース（案）

２.認知症のリハビリテーション実装検証事業

・石川県河北郡市地区からの報告

・兵庫県尼崎市地区からの報告

３.事例集の骨子（案）
４.効果研究事業報告（進捗報告）

第 3 回推進検討委員会

日時：令和 7 年 3 月 24 日（月）
時間：10:00～12:00
場所：日本作業療法士協会事務局（オンライン会場）

議題

1.研修事業報告
・認知症者に対する訪問リハビリテーション研修（療法士対象）
・訪問による認知症のリハビリテーション アドバンス研修会（療法士対象）
・「認知症のリハビリテーション」研修会（介護支援専門員対象）
2. 効果検証事業報告
・対象者結果、解析結果および考察
３.実装検証事業報告
・石川県河北郡市地区
・兵庫県尼崎市地区
４. 事例集（案）
・「生活行為を続けるためのヒント集 改訂版」
5.認知症のリハビリテーションの推進について
・事業のまとめ（案）

３）推進検討委員会での主な意見

第 1 回推進検討委員会

研修事業に関する議論の要点

- 認知症の基本的な知識をまだ知らない療法士が非常に多い。まずは基本的なところをしっかりと押さえる研修が必要。
- 認知症支援においては、患者の特性や背景を踏まえた介入や環境アプローチの仮説を立てるために、基礎的な脳の神経活動の知識や生活の理解が重要。そうでなければ現場では、「運動ではない」「ドリルではない」と言われる中で効果的な介入方法を試みることに困難が伴う。そのため、時間はかかるが知識を積み重ねていくことが必要。
- 療法士の中には本人が選択できる能力を持っていると捉えず、決定を周囲の者に委ねてしまうケースがある。本人の意思を聞き取ることの重要性を強調したい。
- 生活上の工夫や認知症の幅広さを理解するために、認知症当事者の講義を含めることを提案する。

- 認知症の人は相対的に社会参加が減っているため、運動を否定するだけでは体力低下や転倒のリスクが増大する可能性がある。ICF の活動と参加の概念を整理し、全体像を把握した上で社会参加や活動を支援する視点が重要。活動・参加を目標としたときに、身体機能の低下が存在しているのであれば当然介入は必要である。
- 認知症を疾患と捉えるならば、FAST スケールを基に ADL/IADL を評価することをまず覚え、各段階での生活上の支援を検討すべき。その人が何を大事に生きてきたかを理解することが、認知症支援の鍵である。ICF で認知症の人の全体を把握し、FAST を中心に生活機能を捉えると良い。
- ケアマネジャーに、リハビリテーションへつなぐ視点がまだ十分認知されていない。研修を通じた意識改革の必要性を強調したい。

第 2 回推進検討委員会

研修事業に関する議論の要点

1. 第 1 回 認知症者に対する訪問リハビリテーション研修事業報告

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定について算定要件に基づいて説明をしたが、「失敗させない」という表現がされているため現場では難しさを感じるようだった。
- 当事者の声を研修に取り入れたことに感謝する。当事者と支援者の溝を縮め、同じ方向を目指すために引き続き当事者の声を取り入れてほしい。
- 認知症のリハビリテーションの取り組みについては、通所や施設系サービスで実践が進んでいるものの、全体像が明確に把握されていない現状がある。訪問リハでの認知症短期集中リハビリテーション実施加算の提供が始まりつつあるが、その具体的な実態や方法、アセスメントのあり方について、今後明示してもらいたい。

2. 介護支援専門員研修（案）

- 在宅での提供では、訪問介護や訪問看護などの他のサービスとの連携が非常に重要である。チーム全体で関係性を構築しながら取り組む必要があり、認知症の本人との信頼関係を築くことが効果的なリハの実施に欠かせない。
- リハの単価が高いこともあり、その有用性をケアマネジャーや関係者に理解してもらうことが課題。また、短期集中リハ終了後に評価項目で低下がみられたケースがあったため、終了後のフォローアップ体制やサービス間の連携についても継続的な検討と改善策の提示が重要となってくる。

3. アドバンスコース（案）

- 認知症短期集中リハの取り組みにおいて、通所や入所での実施状況や訪問リハの提供から次に移行することを検討するうえでも、ケアマネジャーや専門職が他の認知症に関わるサービスの提供状況を十分に理解していないと連携が難しくなる。他職種・他サービス間の連携に関する内容が必要。

- 認知症の人の個人因子がサービス提供に大きな影響を与えるため、これを反映する記載場所がアセスメントシートに必要。現状では心身機能、活動、参加、環境因子が記載されているが、個人因子の扱いが不明確である。アセスメントシート内で個人因子をどのように表現するか検討いただきたい。

認知症のリハビリテーション実装検証事業に関する議論の要点

- 認知症のリハビリテーションはかかりつけ医や医療機関での認知度がまだ十分ではない状況である。
- 令和 6 年度同時改定を受け、退院時カンファレンスに在宅のリハ職が参加する仕組みや介護報酬での評価が進んだものの、認知症リハの周知や日常的な活用が課題となっている。
- 広義でリハはケアの一部と捉えられる可能性もあるが、認知症のリハビリテーションの定義やアセスメント、プロセス、PDCA サイクルなどを明確化し、認知症リハと認知症ケアの違いを明確にし、医療従事者や医療機関での理解を深めることが不可欠である。

事例集の骨子（案）に関する議論の要点

- 『どうして上手くいかないのだろう？』という表現は一般の方や家族に誤解を与える可能性がある。また、『生活行為』が専門用語ではないか。本人目線での表現が重要。
- 実際の成功体験に基づくことを保証し、成功しやすい例を強調し、段階的な試みを盛り込むべき。
- ケアマネジャーや訪問介護との多職種連携による認知症ケアへの成功事例などのストーリーも示せると良い。認知症の人のできることや可能性に焦点を当てたケアプランや生活支援などへの有用性やご本人らしく暮らせるようになった事例が良い。
- 認知症の人の不安があるときの対応やレビー小体型認知症など疾患特性に応じた対応があると現場では役立つ。
- 献立を浮かばない人への支援例など、具体的で現実に即したアプローチが必要。
- 睡眠を加えることで、家族にとっての夜間の課題をフォローできるのではないか。
- 表紙は認知症の人がどのような生活を送って欲しいかのメッセージを込めたものにして、本人や家族に響く内容とする。絵と文字組み合わせて、本人や家族がわかりやすくなるような工夫を提案する。

その他、認知症短期集中リハビリテーション実施加算に関する議論の要点

- 訪問リハ終了後は通所サービスに繋ぐことが基本であり、その流れを研修の中で明確に伝えるべき。
- 認知症短期集中リハ終了後に急性増悪が生じた場合、現行制度では入院または入所しなければリセット要件を満たさないため、長期間在宅生活を続けている人が再度

認知症短期集中リハを受けにくい状況がある。また、同じ施設での入所では対応できない。このような現状を踏まえ、制度の課題についての検討が必要である。

第 3 回推進検討委員会

効果検証事業に関する議論の要点

- フォローアップもできており、値の変化については、実情に合ったデータではないか。
- 介入群および対照群の具体的な状態、およびどのような介入によって現行データが得られたのか。特に、IADL の維持および向上は認知症リハビリテーションの最重要ミッションであり、この観点からの項目を含む詳細なデータの提示が必要である。

研修事業に関する議論の要点

１．療法士向け研修

- 療法士は認知症の人への経験が乏しい現状がわかった。療法士に普及するために、研修の量的拡大が必要ではないか。
- オンデマンド研修の導入も選択肢の一つか。具体的な数値目標の設定が必要である。
- 全国デイ・ケア協会は、当然認知症に対しての対応を深めなければならないという立場であり、研修を広める体制を一緒に行えればと思っている。

２．介護支援専門員向け研修

- 「認知症になっても心は生きている、感情面のところは最後まで残る」。そこに寄り添ってもらいたいと思っているが、アンケート結果の「本人・家族の理解の課題」では、どちらかというと否定的な意見が多い。認知症のリハの概念、考え方がまだ浸透していない。
- ケアマネジャーの限られた時間の中で関係性を作ることの難しさが、不安や理解が得られないというアンケート結果に反映されているのではないか。
- ICF の概念を再確認し、ポジティブなケアプランの重要性も再認識する必要がある。

３．その他

- かかりつけ医の認知症対応力向上研修の受講者は多い。医療従事者の対応力向上研修や職種別の研修が既に数多くあり、老健事業等で作成された資料に基づいているため、そこに認知症リハビリテーションや訪問リハビリテーションを組み込むことが重要である。
- 認知症サポート医向けの講義には、必ず認知症リハビリテーションや訪問リハビリテーションが含まれるべきであり、既存の研修教材にしっかりと組み込んでいくことで効果的な普及と実践が可能になる。

実装検証事業関する議論の要点

- 未だに認知症に対する誤解や偏見が、医療従事者やケアマネジャー、家族の間にも

存在している。認知症を単なる物忘れや徘徊などを引き起こすものではなく、生活機能の喪失として捉え、高齢者の生きづらさ、生活障害として普及していくようなことが重要なのではないか。

- 認知症リハビリテーションは、まずは軽度の方や独居の方を中心に支援を進めることで普及啓発がしやすく、療法士が必要な支援内容を把握しやくなるのではないか。
- レカネマブやドナネマブの治療の方でも独居の方は多く、専門職が入り、少し生活の工夫をすることで、生活の維持や QOL 向上が可能である。作業療法士が職場と連携し、就労中の認知症の人を支援する取り組みもある。

事例集（生活行為を続けるためのヒント集 改訂版）に関する議論の要点

- 本人の思いにもフォーカスして作られており、できる行為を行うことだけではなく、大事な視点というものが良い。用語は一般的なものを使用してもらいたい。
- 認知症リハビリテーションは、中核機能が低下した後でも IADL を維持し支えることを目的とした医療サービスである。認知症リハと認知症ケアの表現が曖昧であることが現状の課題とされており、これを改善するためにはヒント集に示された内容を作業療法としてリハビリテーションに統合し、医療現場での活用が促進されるよう具体的な導入手順を明示しながら体系化を進めることが必要。
- さらにその体系化を医療職間で共有可能な形に整えることで現場での理解が深まり、認知症リハビリテーション全体の認知度が向上し、その普及が進むとことを期待する。

認知症のリハビリテーションの推進事業のまとめに関する議論の要点

- 認知症の進行に伴い多様な支援が必要になる中で、現在の訪問リハビリテーションでの認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、週 2 回が利用の限度となっている点や、通所リハでの短期集中リハビリテーション実施加算との併用ができないという制約がある点は課題か。さらに、入院や入所を伴わない利用者の支援ニーズに応えるには柔軟性を欠いている。これらに対し、どのように報酬体系を見直し、利用者の多様な支援ニーズを満たしていくのかは重要な検討課題である。
- また、認知症初期集中支援チームは、ファーストタッチとしての介入であり、評価をしたうえでかかりつけ医やケアマネジャーに繋げる役割を担うものである。そのため、自立に向けた指導などの介入は、バトンタッチ後に行うのが正しい手順である。また、指示を出すのは医師であるため、かかりつけ医の対応力向上研修などで理解を促進する仕組みが必要か。

その他：オブザーバー意見

- 認知症初期集中支援チームによる独居高齢者への支援のなかで、要介護に至るま

での空白期間における生活機能の維持に関する課題に対して、今回の事業で得られた手引きやエビデンスが重要な一歩となると評価する。

- 本事業が、認知症基本計画に掲げられた認知症の人の意向を尊重した生活の実現、ADL・IADL の向上、認知症リハビリテーションの推進という目標に向けた各自治体の取り組みの推進の一助になることを期待する。
- 認知症の生活における混乱や課題を早期に解消することは重要である。この目的のため、今年度訪問リハビリテーションにおいて認知症短期集中リハビリテーション実施加算が新設された。
- 二つの地域での実装検証により、他職種との連携が重要であることが確認された。ケアマネジャーやリハビリ職に対する継続的な研修も必要である。
- 本事業での、認知症の方の生活に寄り添った、生活障害に対するリハビリテーションを今後も有効に活用できるように取り組んでいきたい。

３．研修事業

概要

○訪問に従事する療法士を対象に、①疾患特性と状態像に関する講義、②架空事例を用いた、生活行為の課題解決を図るための評価の視点、環境調整、訓練内容、家族や援助者を含めた援助方針の立案の演習から成る研修を 2 回実施した。1 回目の結果を受け、プログラムを修正し 2 回目を実施した。参加者の認知症、認知症のリハビリテーションに関する理解度の自己評価は事後に向上し、一定の成果が得られた。

○上記研修受講者を主な対象に、アドバンス研修として、実際の事例を用い、実践プロトコルに基づく計画作成の演習を行った。参加者からは、今後認知症のリハビリテーションに取り組むうえで、事例報告や事例検討の希望があった。

○昨年度に引き続き、介護支援専門員に認知症のリハビリテーションを周知するための研修を行った。関心は高く、講義により認知症のリハビリテーションの理解促進が図られたが、訪問リハビリテーションでの認知症のリハビリテーションの導入には対応できる事業所の不足などの課題もあげられた。

１）目的および対象、方法

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」では、実践プロトコルを作成し、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」では、作業療法士以外の理学療法士や言語聴覚士への研修実施や介護支援専門員を対象とした普及啓発を行った。今年度も引き続き理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員等を対象として、認知症のリハビリテーション普及や実践、効果的に認知症短期集中リハビリテーション実施加算が算定できるようになることを目的に、職種に応じた研修会を実施した。

２）認知症者に対する訪問リハビリテーション研修（療法士対象）

（１）目的、目標、対象、開催日時

○目的、目標

目的：生活行為の課題解決を図るための評価の視点、環境調整、訓練内容、家族や援助者を含めた援助方針の立案を通して、その人らしい生活の継続へ寄与できるようになること

目標：

・認知症者に対して、疾患特性を理解し、状態像に応じた予測される日常生活を踏まえ訪問リハビリテーションの支援に反映することができる。

・認知症者への訪問リハビリテーションプログラムは、自宅での各種ドリルや二重課題トレーニングの実

施ではなく、有する認知機能等の能力を見極め、持っている能力を活かし、その人らしい生活が継続できるよう支援することであることを理解する。

・訪問リハビリテーション事業所が、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向け、正しい知識を身に付け取り組むことができる。

・加算を算定することだけが目的にならないよう、本制度を本人・家族や、かかりつけ医をはじめとする他職種に理解してもらう働きかけや、事業所内での認知症者に対する支援の考え方の浸透を促進し、教育体制についても考えられる。

○対象

訪問でのリハビリテーションに従事している理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

○開催日時

第 1 回：2024 年 9 月 8 日（日） 9:20～16:00

第 2 回：2025 年 1 月 12 日（日）9:20～16:00

（２）カリキュラム

本研修のカリキュラムは表 1 のとおりである。カリキュラムに基づき、スケジュールを組み立てた（第 1 回：表 2、第 2 回：表 3）。

表 1　研修カリキュラム

講座名	形式	時間	目標（上段）と内容（下段）
認知症総論 診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み）	聴講	50 分	定義、原因疾患、BPSD を理解・説明できる。ICF にて全体像を捉えることができる
			定義、原因疾患、BPSD、ICF、FAST について、三大認知症性疾患の特徴の理解と関わり方の概要
認知症の人の生活を具体的にイメージする	当事者と OT の対話を聴講	30 分	認知症当事者の想いを理解し、関わり方の基礎を学ぶ。生活の中での工夫を学び、自身の支援の幅を広げる
			当事者より認知症者の思いと、生活の工夫を紹介いただく
認知症リハビリテーションの実際と認知機能障害を踏まえた生活行為の評価・治療戦略の考え方	聴講	40 分	認知症者が有する認知機能等の能力を見極め、能力を最大限に活かした日常生活が継続できるよう支援のあり方を学ぶ
			疾患特異性を踏まえ進行に応じた特徴を紹介。認知機能と生活行為の関連および、どう治療戦略に繋げるか理解する
認知症のリハビリテーション生活機能のアセスメントの考え方	聴講	30 分	実際の生活行為に対する支援例から、自身の症例に置き換えて考える
			臨床的事象を ICF と結びつけて整理する
認知症者における訪問リハの課題共有	グループワーク	35 分	現場での課題を共有する
			参加者同士で認知症者における訪問リハビリテーションの現場実践の情報交換
認知症者の特性を理解する「二本の傘」視聴	動画視聴	30 分	認知症者を具体的にイメージし、支援の基礎となる考え方を揃える
			認知症者とその家族の生活場面を動画で視聴
事例を用いた演習	グループワーク	95 分	認知症者の全体像よび生活を具体的にイメージし ICF 構造図を活用し強みを活かした生活を支援する視点を身に付ける。支援の実際を議論し①本人、②家族（他職種）、③環境への関わりを考える
			グループワークにて、ワークシートを活用しながら支援内容を検討する
認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向けて	聴講	30 分	加算の算定が目的にならないよう、本人・家族、関連する他職種への理解を得るための取り組みを学ぶ。事業所内で統一した関わりができる教育体制を考える
			加算算定方法と算定時の訪問リハビリテーションの進め方を提示

表 2　第 1 回スケジュール

開始時間	講義時間	テーマ
9:20	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
9:30	50 分	診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み）　※事前収録 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
10:20	30 分	認知症の人の生活を具体的にイメージする～ご本人による工夫の紹介～ 講師：認知症の人と家族の会　理事　丹野 智文 氏
10:50	10 分	休憩
11:00	25 分	認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向けて 講師：医療法人おもと会　宇田 薫 氏
11:25	30 分	認知症リハビリテーションの実際と認知機能障害を踏まえた生活行為の評価・治療戦略の考え方 講師：群馬医療福祉大学　山口 智晴 氏
11:55	30 分	認知症のリハビリテーション 生活機能のアセスメントの考え方 講師：群馬医療福祉大学　山口 智晴 氏
12:25	50 分	休憩
13:15	35 分	グループワーク 1
13:50	30 分	オリエンテーション、事例紹介
14:20	95 分	グループワーク 2
16:00		事務連絡

表 3 第 2 回スケジュール

開始時間	講義時間	テーマ
9:20	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
9:30	30 分	認知症の人の生活を具体的にイメージする～ご本人による工夫の紹介～ ※事前収録 講師：認知症の人と家族の会 理事 丹野 智文 氏
10:00	45 分	診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み） ※事前収録 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
10:45	10 分	休憩
10:55	30 分	認知症リハビリテーションの実際と認知機能障害を踏まえた生活行為の評価・治療戦略の考え方 講師：群馬医療福祉大学 山口 智晴 氏
11:25	30 分	認知症のリハビリテーション 生活機能のアセスメントの考え方 講師：群馬医療福祉大学 山口 智晴 氏
11:55	50 分	休憩
12:45	35 分	グループワーク 1
13:20	30 分	オリエンテーション、事例紹介
13:50	5 分	休憩
13:55	95 分	グループワーク 2
15:30	25 分	認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向けて 講師：医療法人おもと会 宇田 薫 氏
16:00		事務連絡

（3）講義資料：参考資料 1 に掲載

（4）参加者概況、アンケート結果

①研修参加者

グループワーク終了まで受講した参加者を表 4 に示す。2 回の研修会の合計参加人数は 155 名で、作業療法士が 79.4%と最も多く、次いで理学療法士であった。所属母体は病院が最も多く、次いで訪問看護ステーションであった。また、37 都道府県からの参加がみられた（表 5）。

経験年数は作業療法士が 16.5±7.3 年、理学療法士が 16.9±7.2 年、訪問に係わる事業への従事年数は作業療法士が 5.7±5.2 年、理学療法士が 8.0±6.3 年であった（言語聴覚士は 1 名のみの参加であったため、記載せず）。

認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無は「あり」が 80.6%（125 名）、「なし」が 19.4%（30 名）であった。

表 4　研修参加者

	訪問リハビリテーション			訪問看護ステーション	計（割合）
	介護老人保健施設	診療所	病院		
作業療法士	20 名	15 名	60 名	28 名	123 名（79.4%）
理学療法士	5 名	8 名	13 名	5 名	31 名（20.0%）
言語聴覚士	1 名	-	-	-	1 名（0.6%）
合計	26 名（16.8%）	23 名（14.8%）	73 名（47.1%）	33 名（21.3%）	155 名

表 5　都道府県別

北海道	5 名	東京都	11 名	京都府	2 名	徳島県	2 名
岩手県	1 名	神奈川県	3 名	大阪府	8 名	香川県	2 名
宮城県	2 名	新潟県	4 名	兵庫県	8 名	愛媛県	1 名
秋田県	2 名	富山県	4 名	奈良県	8 名	福岡県	7 名
福島県	2 名	石川県	3 名	鳥取県	2 名	長崎県	5 名
茨城県	1 名	長野県	14 名	島根県	2 名	熊本県	3 名
栃木県	2 名	静岡県	3 名	岡山県	3 名	大分県	1 名
群馬県	2 名	愛知県	14 名	広島県	3 名	鹿児島県	2 名
埼玉県	6 名	三重県	7 名	山口県	2 名	沖縄県	4 名
千葉県	4 名						

②研修受講前の理解度

研修受講前（以下、事前）に、認知症についての理解に関して、「認知症の診断基準」、「認知機能障害」、「行動・心理症状（BPSD）」、「認知症の人の生活の具体的なイメージ」、「ICF による全体像の整理」、「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」、「認知症のリハビリテーションの目的」、「認知症のリハビリテーションにおける評価」、「認知症のリハビリテーションにおける支援の内容」を「わかる～わからない」の 5 段階にて自己評価した（図 1）。「認知機能障害」、「行動・心理症状（BPSD）」については「わかる」、「ほとんどわかる」という回答が 6 割を超えていたが、「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」、「認知症のリハビリテーションにおける評価」、「認知症のリハビリテーションにおける支援の内容」については「わかる」、「ほとんどわかる」という回答が 1～2 割程度であった。

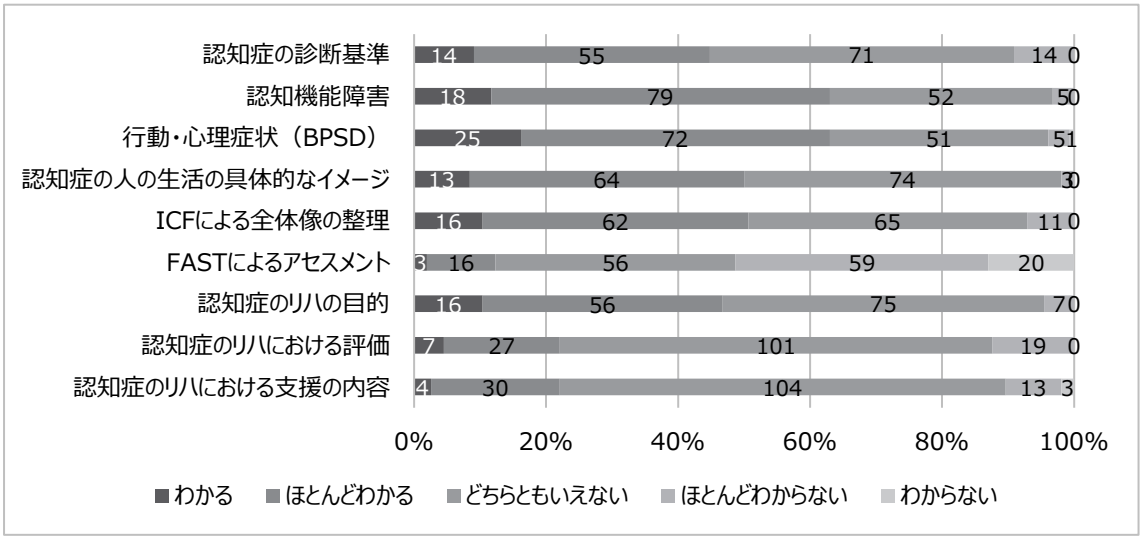


図 1　認知症についての理解（事前）

③研修受講後の理解度

研修受講後（以下、事後）にも認知症についての理解に関して自己評価した。事前にて「わかる」、「ほとんどわかる」と回答した者が 1～2 割程度であった「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」、「認知症のリハビリテーションにおける評価」、「認知症のリハビリテーションにおける支援の内容」に関する結果を抜粋し、事前と事後にて比較をした（図 2～7）。「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」の「わかる」、「ほとんどわかる」という回答は、事前では 1 割程度であったが、事後では 4～5 割となった。「認知症のリハビリテーションにおける評価」、「認知症のリハビリテーションにおける支援の内容」の「わかる」、「ほとんどわかる」という回答は、事前では 2 割程度であったが、事後では 5～7 割となった。

今回、対談形式にて当事者である認知症の人と家族の会の丹野氏に登壇いただいた。その講義に関連して、「認知症者が有する認知機能等の能力を見極め、能力を最大限に活かした日常生活が継続できるよう支援することの大切さ」に関する理解度を 5 段階（わかる～わからない）で聴取したところ、第 1 回、第 2 回とも「わかる」、「ほとんどわかる」という回答が 9 割を超えた（図 8 、 9 ）。

○第 1 回研修参加者

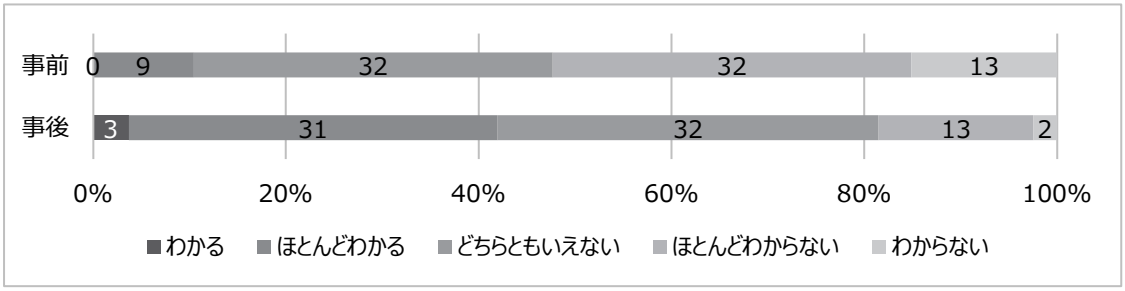


図 2　アルツハイマー型認知症の機能評価尺度（FAST）によるアセスメント（第 1 回）

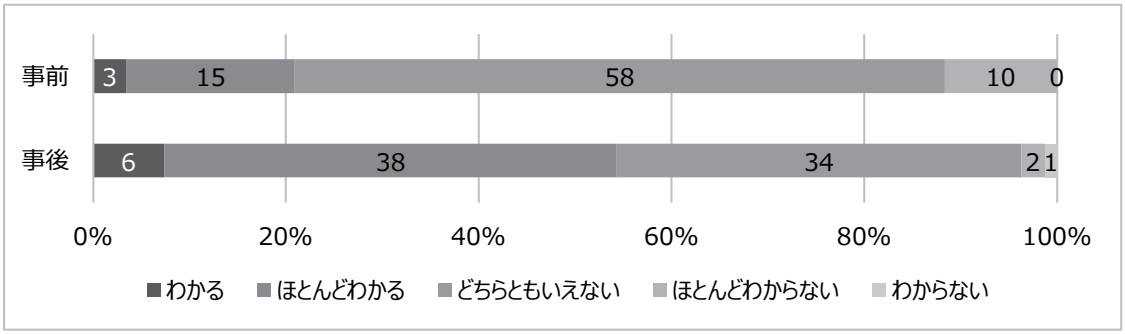


図 3　認知症のリハビリテーションにおける評価（第 1 回）

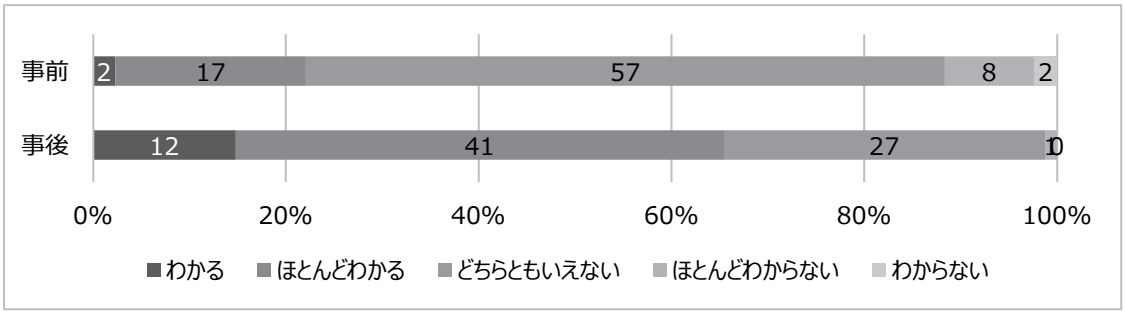


図 4　認知症のリハビリテーションにおける支援の内容（第 1 回）

○第 2 回研修参加者

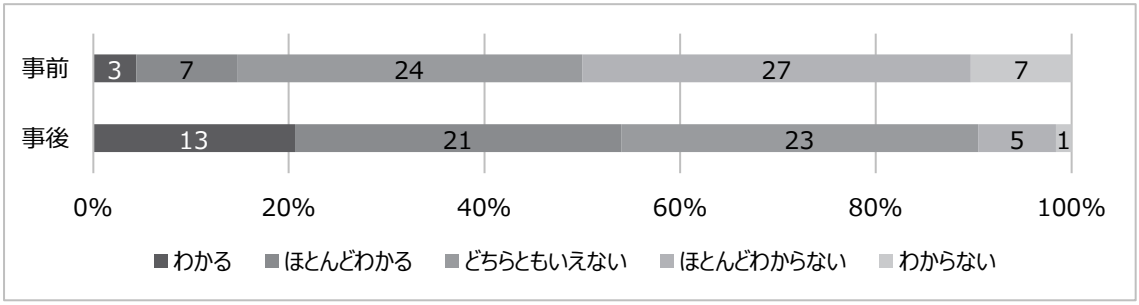


図 5　アルツハイマー型認知症の機能評価尺度（FAST）によるアセスメント（第 2 回）

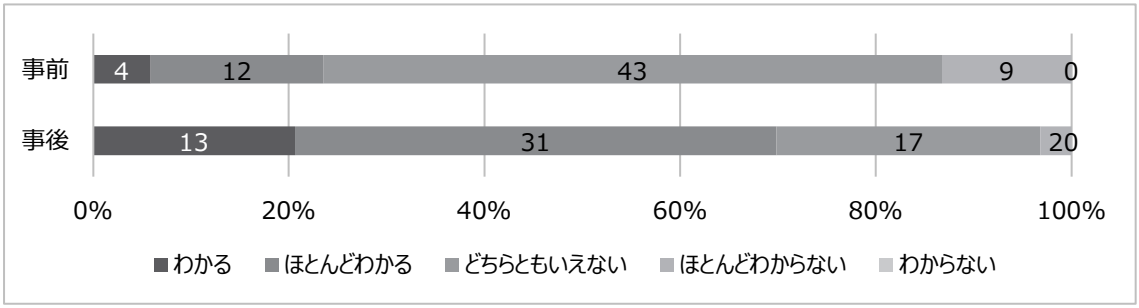


図 6　認知症のリハビリテーションにおける評価（第 2 回）

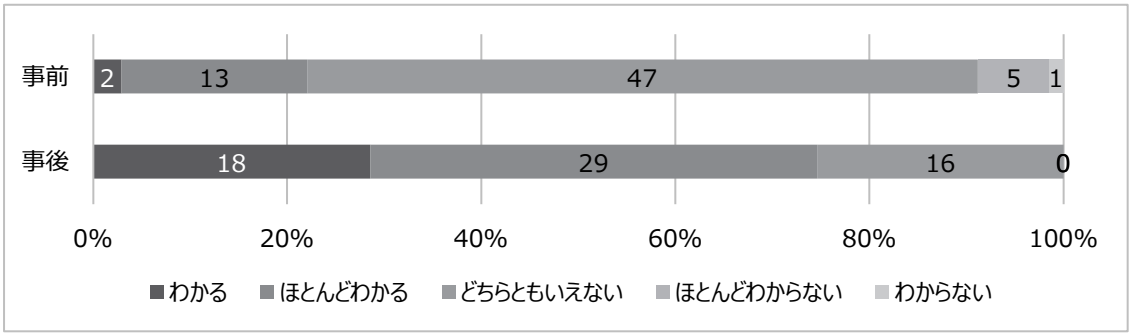


図 7　認知症のリハビリテーションにおける支援の内容（第 2 回）

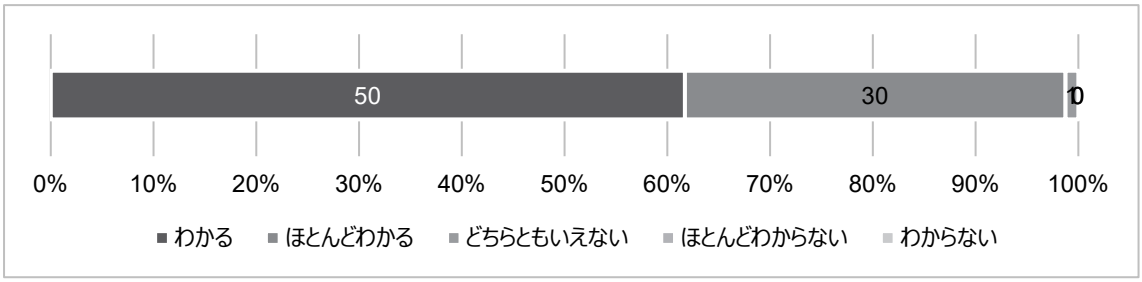


図 8　認知症者が有する認知機能等の能力を見極め、能力を最大限に活かした日常生活が継続できるよう支援することの大切さの理解度（第 1 回）

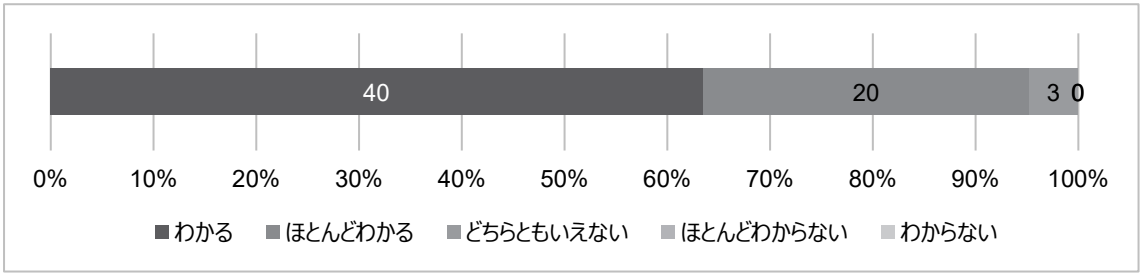


図 9　認知症者が有する認知機能等の能力を見極め、能力を最大限に活かした日常生活が継続できるよう支援することの大切さの理解度（第 2 回）

④講義について

研修時間については、「長い（半日程度が良い）」が 31.3%、「ちょうど良い」が 68.1%、「短い（2 日間が良い）」が 0.7%であった。グループワークにて用いる事例については、「動画の方がわかりやすい」という回答が 78.5%、「書面の方がわかりやすい」は 6.3%であった。「その他」としては、「動画と書面の両方」という意見などが聞かれた。「生活行為に焦点を当てた戦略を立てる上で、より詳細に知りたいと思ったこと」の抜粋を表 6 に示す。

研修を受講したことで、受講前に感じていた不安の軽減に繋がったかという設問に対しては、71.5%が「繋がった」と回答した。具体的に不安の軽減に繋がった内容を表 7 に示す。「どちらともいえない」が 23.6%、「元々不安はない」は 3.5%であった。「繋がらなかった」（1.4%）と回答した者に対し、「どう

すれば不安の軽減に繋がりそうか」と尋ねたところ、「多職種に説明できるようになれば」、「意欲低下や攻撃的な方についての事例があると良い」という意見があった。

事例検討等の希望に関する設問では、「より詳しい研修があれば受講したいと思いますか」、「事例報告を聞きたいと思いますか」については「そう思う」、「ややそう思う」という回答が 9 割を超えた一方、「認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定できそうだと思いますか」については 4 割前後であり、実際に算定をするにあたっては難しさを感じている様子がうかがえた（図 10）。

利用者や家族に対して、認知症の人への訪問リハビリテーションについて説明できるような媒体の必要性については、「必要である」、「やや必要である」との回答が 9 割を超えた（図 11）。媒体の内容としては、紙媒体で往診医にも周知できる物だといい、具体的な例が記載されておりイメージがつきやすいもの、紙媒体・電子媒体の両方があれば説明を行う方に合わせて準備が行いやすい、冊子のようなものがあると説明がしやすい、などの意見が聞かれた。

表 6　生活行為に焦点を当てた戦略を立てる上で、より詳細に知りたいと思ったこと（抜粋）

	第 1 回	第 2 回
本人・家族等	・本人、家族の思い、意向 ・生活歴や 1 日の生活の流れ ・認知症についての捉え方 ・地域の情勢や近所とのかかわり ・家族の困りごと	・本人が現状をどう捉えているか ・生活歴や 1 日の生活の流れ ・趣味 ・周辺環境 ・家族関係
評価	・本人の望む生活行為を引き出すスキル ・ICF での情報整理の方法 ・アセスメントの視点や方法	・生活行為の分析 ・生活行為をどのように選択するか ・行為分析の例
介入	・家族や環境への働きかけ ・独居の方への支援 ・強みの生かし方 ・具体的な取り組み例	・焦点を当てる行為の優先度や取り組むためのノウハウ ・実際に訓練を行う際の工夫点 ・訪問リハ特有のアプローチ方法

表 7　本研修のどの部分が不安の軽減に繋がったか（抜粋）

第 1 回	第 2 回
・医学的な部分、当事者の視点、加算算定のポイント、評価治療戦略、グループワークなど必要な切り口が全て網羅されていたので全体的に不安軽減につながった。 ・北村先生の疾患別の特徴や認知症の早期対応への意義がとても参考になった。丹野さんの「ドキドキワクワク」を作ることの大切さを改めて理解できた。 ・認知症の方を支援する際に、生活行為に焦点を当てた介入が必要とされる理由がわかり、普段の臨床での立ち振る舞いや介入プログラムを再考しようという思いに変化したから。 ・介入方法の考え方、具体策を知ることができたこと。GW での考える過程の体験など。	・当事者の話を聞けたことにより、訪問リハで認知症を扱う効果について他職種への説明をするときのヒントになった。 ・グループワークで事例検討したことで、どのように考えてアプローチしていけばいいのか、思考を整理できた。 ・ICF であいまいな部分が明確になり、今後の糸口になった。 丹野さんのお話は文献ではわからない血の通った講義だったと感じる。 ・運動目的で処方されることが多いので、改めて生活行為への重要性、評価、アセスメントで進めていける自信に繋がった。 ・山口先生の講義が非常に参考になりました。

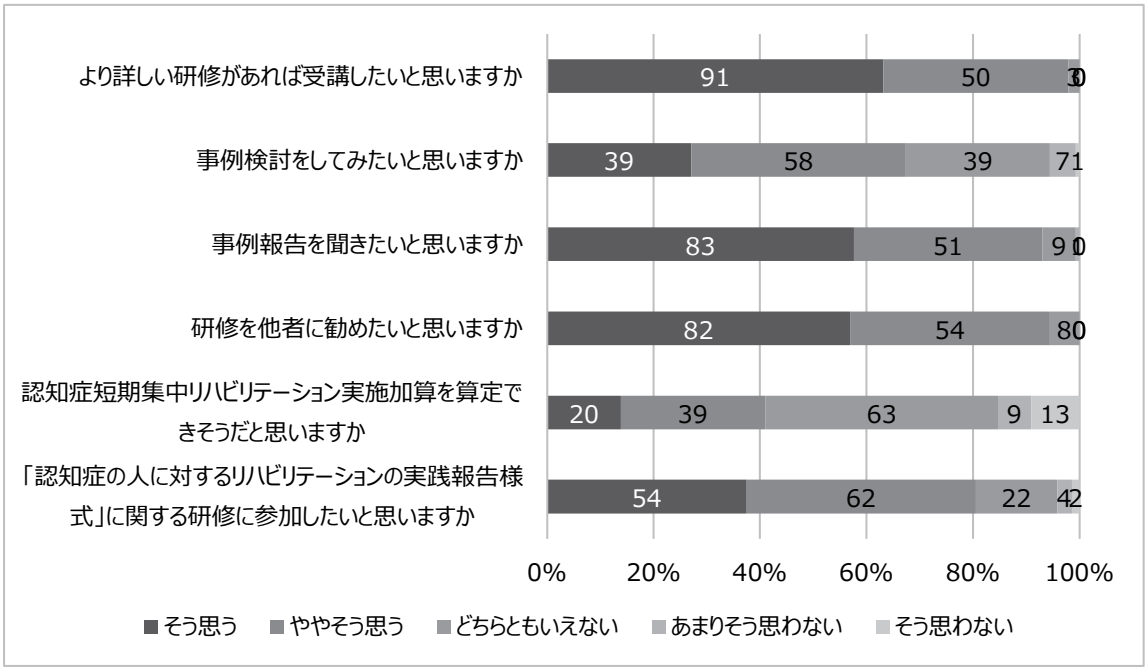


図 10　講義について

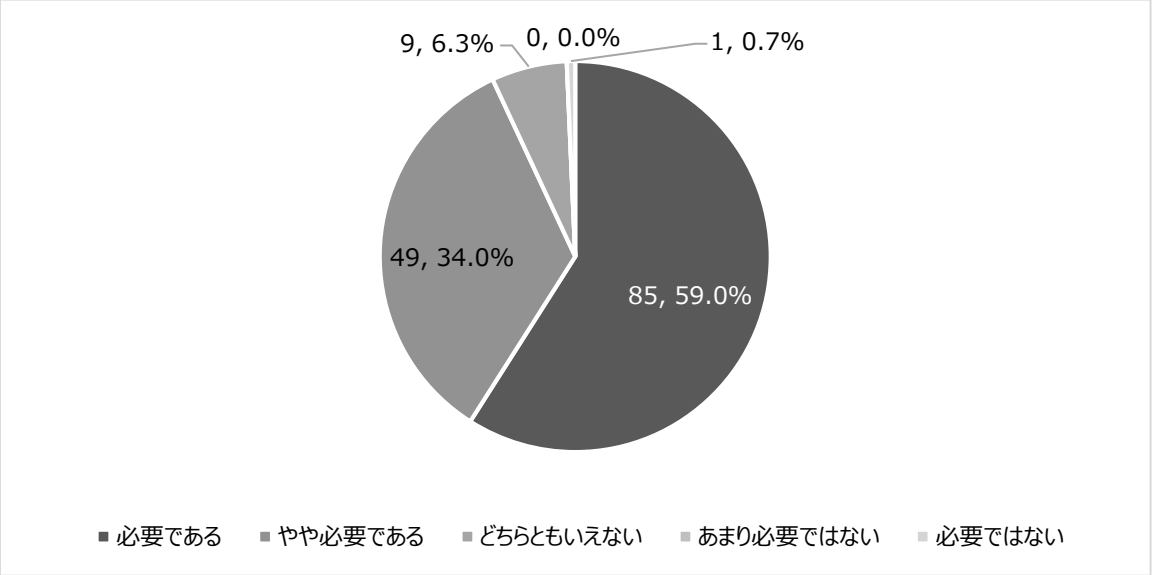


図 11　認知症の人への訪問リハビリテーションの説明媒体の必要性

（５）考察

本研修の目的として認知症者への訪問リハビリテーションプログラムは、有する認知機能等の能力を見極め、持っている能力を活かし、その人らしい生活が継続できるよう支援することであると明示し、プログラムを組み立てた。研修後には８～９割の参加者が認知症リハビリテーションの目的を理解できると回答する結果に繋がった。また、研修内容は推進検討委員会から提案のあった ICF を用いて認知症の人の全体像を把握し、FAST を理解することで生活機能・ADL/IADL を評価できることが基本という点を柱として、講義・グループワークを組み合わせた。事前・事後のアンケート結果からは本研修の目的である認知症への理解が進んだという結果が得られたことは一定の成果と考える。

認知症当事者のことを理解する、認知症を有する本人の意見に耳を傾ける機会として、当事者の方に登壇いただいた。対談形式で当事者の方の想い、生活の中での工夫について展開できたことで、第１回・第２回ともに９割以上が理解できたと回答し、高い理解度が得られた。

第１回の研修結果を踏まえ、グループワークにおける事例の提示の仕方を変更したことで、第２回の結果では「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」、「認知症リハビリテーションにおける評価」、「認知症リハビリテーションにおける支援の内容」においてそれぞれの理解度が向上した。

事例の提示方法について、文字による情報提供だけでなく、動画を用いたことは参加者のイメージを共有する上では一定の評価が得られた。一方で、生活歴や当事者の１日の流れ、本人の思いや希望といった内容については、情報量を増やしていく必要がある。また、生活行為に対する評価、治療戦略、生活機能のアセスメントについてはより丁寧に時間を掛けた内容の充実が求められている。

本研修の参加者層は、理学療法士・作業療法士の資格経験が 16 年、認知症を有する方への訪問リハビリテーションの経験は８割が経験ありと回答していたことから、今回の研修プログラムの構成によって研修目的を達成することができたと考えられる。一方で、今回は作業療法士の参加割合が高かった

が、今後、認知症者への訪問リハビリテーションの普及や実践、訪問リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定率を向上していくために、理学療法士・言語聴覚士が参加のしやすい広報および研修内容の充実が必要だと考える。

３）訪問による認知症のリハビリテーション　アドバンス研修会（療法士対象）

（１）目的、対象、開催日時

○目的

本研修は、令和４年度老人保健健康増進等事業において日本作業療法士協会が作成した「認知症リハビリテーション実践プロトコル」に基づき、訪問の臨床現場における認知症リハビリテーションの実践を促すための思考プロセスを習得することを目的とした。プロトコルによる認知症リハビリテーションの介入方法を理解するとともに、本人・家族の意志・希望を踏まえた目標設定、本人の持てる能力を活かした生活行為への支援計画立案、支援計画の実施における本人への説明、家族・多職種との連携等について、理解を深めるためのカリキュラムを設定した。

○対象

・令和５年度または令和６年度に老健事業にて当会が開催した研修会に参加した療法士

・訪問でのリハビリテーションに従事している作業療法士

○開催日時

2025 年３月８日（土）　9:00～17:30

（２）カリキュラム

web を用いたオンラインでの研修を実施した。研修時間は合計 510 分（休憩含む）で、講義と演習のプログラムを実施した。スケジュールを表１に示す。

表１　スケジュール

開始時間	講義時間	テーマ
9:00	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
9:10	60 分	認知症総論とリハビリテーション 講師：東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室　新美　芳樹　氏
10:10	60 分	ICF に基づく認知症の生活障害・能力のアセスメント 講師：日本作業療法士協会　常務理事　村井　千賀
11:10	60 分	認知症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
12:10	60 分	休憩
13:10	30 分	演習：実際の事例を通して、実践プロトコルの視点の学びを深める 事例紹介 講師：藤田医科大学七栗記念病院　地域包括支援センター　河合　晶子　氏
13:40	80 分	演習①：ICF に基づく生活機能アセスメントと残存能力の評価、、課題の明確化のプロセスを学ぶ
15:00	10 分	休憩
15:10	70 分	演習②：実践プロトコル様式を基に、介入計画を立案し、それを実施する上での工夫点を学ぶ
16:20	40 分	発表・質疑応答
17:00	25 分	実践プロトコルの振り返り　多職種との連携について 講師：兵庫県立リハビリテーション中央病院　長倉　寿子　氏
17:25	5 分	閉会挨拶・事務連絡

※下記の動画を事前に配信し、視聴を推奨した。

１．認知症の人の生活を具体的にイメージする～ご本人による工夫の紹介～
　講師：認知症の人と家族の会 理事　丹野 智文 氏
　（2024 年 9 月 8 日および 2025 年 1 月 12 日「認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会」での講演動画）

2．認知症の人へのリハビリテーションに対する介護支援専門員への期待
　講師：認知症の人と家族の会 代表理事　鎌田 松代 氏
　（2025 年 2 月 26 日介護支援専門員対象「認知症のリハビリテーション」研修会での講演動画）

（３）講義資料：日本作業療法士協会ホームページに掲載

（４）参加者概況、アンケート結果

演習②の時点で確認できた参加者は 57 名であった（表２）。作業療法士が 94.7%、理学療法士が 5.3%、言語聴覚士の参加はなかった。所属母体は病院が最も多く、次いで介護老人保健施設、訪問看護ステーションであった。28 都道府県からの参加がみられた（表３）。

経験年数は作業療法士が 17.9±8.4 年、理学療法士が 17.7±4.0 年、訪問に係わる事業への従事年数は作業療法士が 7.5±7.1 年、理学療法士が 6.7±1.7 年であった。

認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無は「あり」が 87.7%（50 名）、「なし」が 12.3%（7 名）であった。

令和５年度または６年度の研修受講の有無（図１）は、「あり」が 59.6%（34 名）、「なし」が 40.4%（23 名）であった。

表２　研修参加者

	訪問リハビリテーション			訪問看護ステーション	計（割合）
	介護老人保健施設	診療所	病院		
作業療法士	14 名	3 名	22 名	15 名	54 名（94.7%）
理学療法士	1 名	1 名	1 名	0 名	3 名（5.3%）
言語聴覚士	-	-	-	-	-
合計	15 名（26.3%）	4 名（7.0%）	23 名（40.4%）	15 名（26.3%）	57 名

表３　都道府県別

北海道	3 名	神奈川県	2 名	京都府	3 名	山口県	1 名
岩手県	2 名	富山県	2 名	大阪府	2 名	徳島県	1 名
栃木県	2 名	石川県	1 名	兵庫県	1 名	愛媛県	1 名
群馬県	1 名	長野県	4 名	和歌山県	1 名	福岡県	2 名
埼玉県	3 名	静岡県	3 名	鳥取県	1 名	長崎県	4 名
千葉県	2 名	愛知県	4 名	岡山県	1 名	熊本県	3 名
東京都	3 名	三重県	1 名	広島県	1 名	鹿児島県	2 名

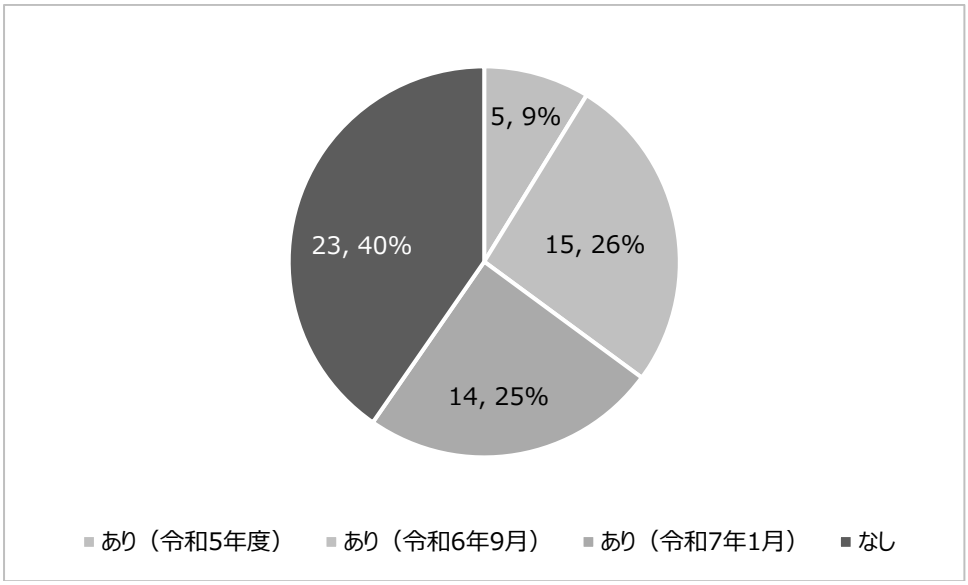


図１　令和５年度または６年度の研修受講の有無

②研修受講前の理解度

研修受講前（以下、事前）に、実践プロトコルに基づく認知症リハビリテーションに必要な知識の習熟度について、web 調査を用いて回答を求めた。認知症についての基礎知識（５項目）、認知症のリハビリテーションの概要（３項目）、評価（５項目）、支援計画（３項目）、支援（７項目）に関して、「わかる～わからない」の５段階にて自己評価した（図２）。

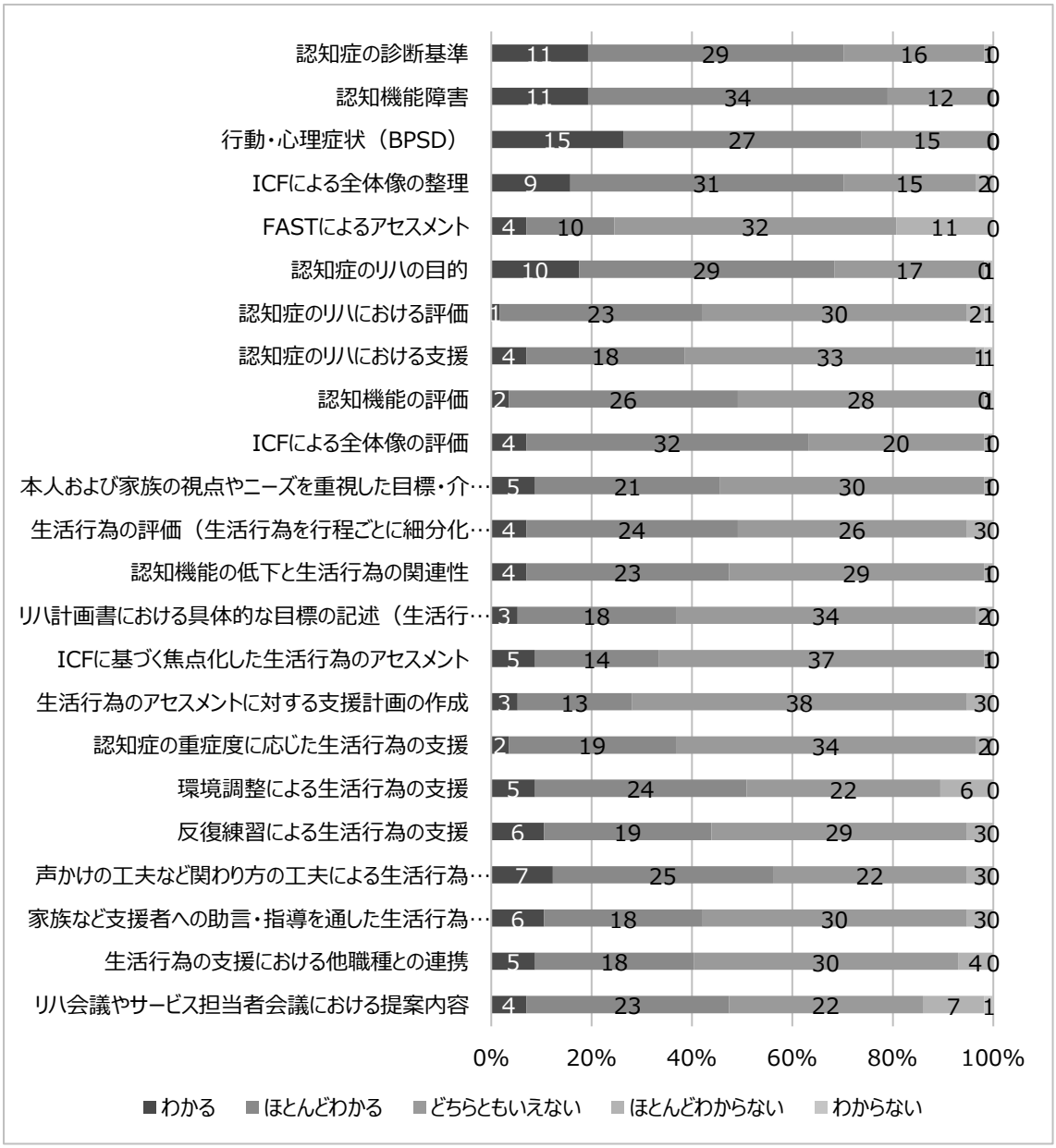


図２　事前の理解度

③研修受講後の理解度

研修受講後（以下、事後）にも web 調査を用いて、認知症についての理解に関して自己評価を行った（図３）。「FAST によるアセスメント」、「認知症の重症度に応じた生活行為の支援」、「リハ会議やサービス担当者会議における提案内容」については「わかる」、「ほとんどわかる」という回答が７割に満たなかったが、それ以外の項目については「わかる」、「ほとんどわかる」という回答が７割以上となった。「認知症のリハビリテーションの目的」は参加者全員が「わかる」、「ほとんどわかる」と回答した。

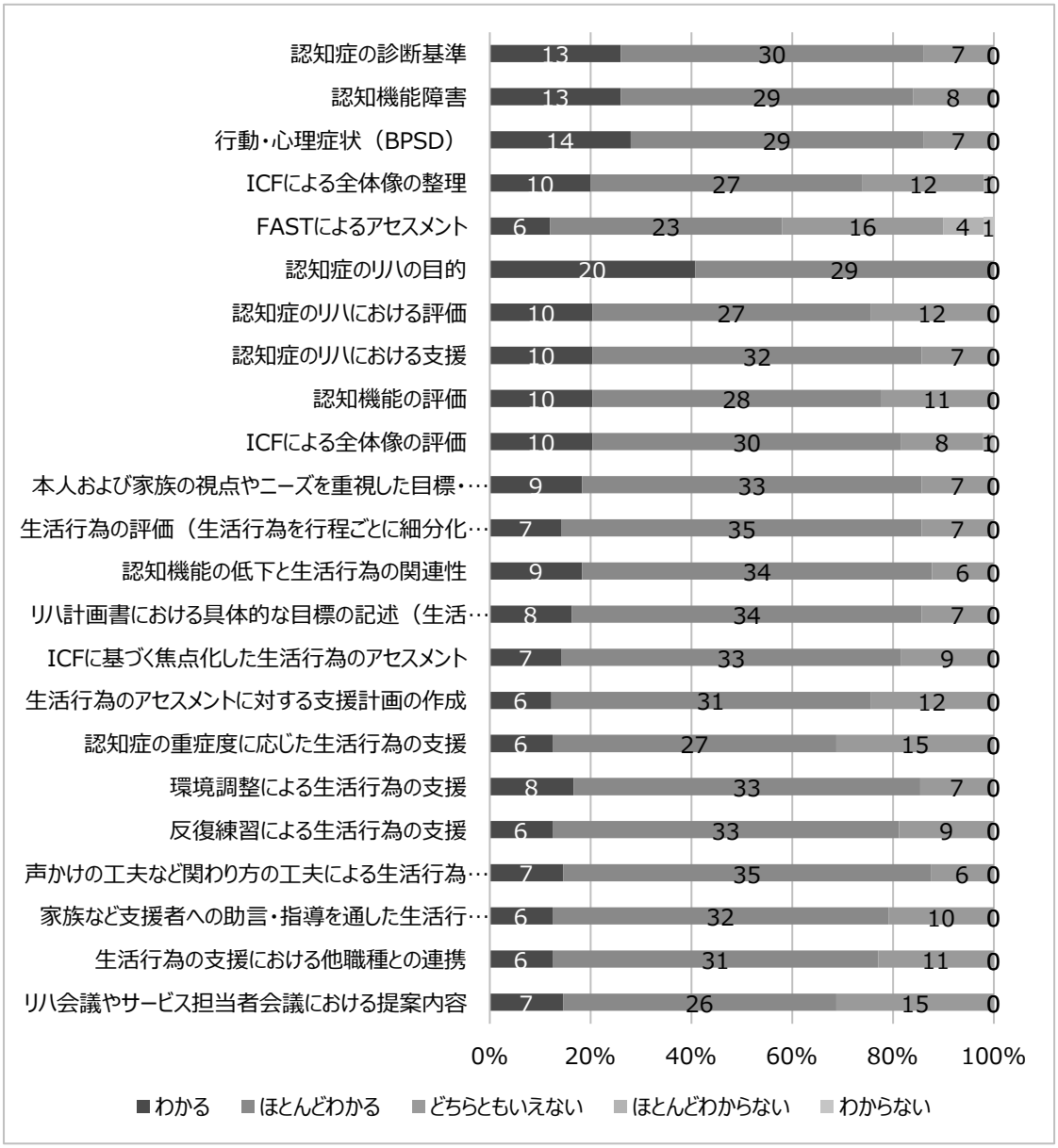


図３　事後の理解度

④講義について

「本研修会では得たかった知識や情報を得ることができたか」という質問に対して、「得られた」、「やや得られた」という回答は９割を超えた（図４）。

また、「実践プロトコルに関して、より詳しく聞きたい講義内容等について」、「在宅や入院、重症度問わず、認知症の方を支援する際に知りたいこと等」について自由記述にて回答を求めた。その内容を令和５年度または６年度の研修受講状況に応じて、「過去研修参加あり」と「過去研修受講なし」に分け、まとめた。

「実践プロトコルに関して、より詳しく聞きたい講義内容等について」（表４）は、過去研修参加あり

では、支援方法や他職種との連携、情報収集が難しい場合のアセスメント方法、軽度認知症者をどのように支援に繋げるかなど現場にて実践プロトコルを使用するにあたっての具体的な内容が求められていた一方、過去研修受講なしでは、支援方法や事例・実践報告、実践プロトコルを練習する機会に加え、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定条件や家族への関わり方、主治医への伝え方、MCI の方への動機づけ等の制度や連携等についても聞かれた。

「在宅や入院、重症度問わず、認知症の方を支援する際に知りたいこと等」（表５）については、過去研修受講ありでは、診断後の支援空白時間の作業療法士にできる役割や代償手段に関するアイデアを入手する方法、家族支援や他職種に対しての認知症の方への関わり方の学びの必要性、受け入れが困難な事例への介入や施設入所等での実践例、訪問リハビリテーションでの具体的な実践や他職種連携・社会参加支援などの従事するうえでの困りごとが具体的に挙げられていた。過去研修受講なしでは、レビー小体型認知症の方の睡眠薬に関する詳細、病院や各事業所、市町村での特徴的な取り組み、医師と支援チームとして関わった事例が聞かれた。

「今後、認知症実践プロトコルの事例検討をしてみたいか」という質問に対して「そう思う～そう思わない」の５段階にて回答を求めたところ、「そう思う」が 45.8%（22 名）、「ややそう思う」が 27.1%（13 名）で７割以上の参加者が事例検討を行いたいと回答した。また、「今後、認知症実践プロトコルの事例報告を聞いてみたいか」という質問では、「そう思う」が 72.9%（35 名）、「ややそう思う」が 22.9%（11 名）であり、９割以上の参加者が事例報告を聞きたいと回答した。

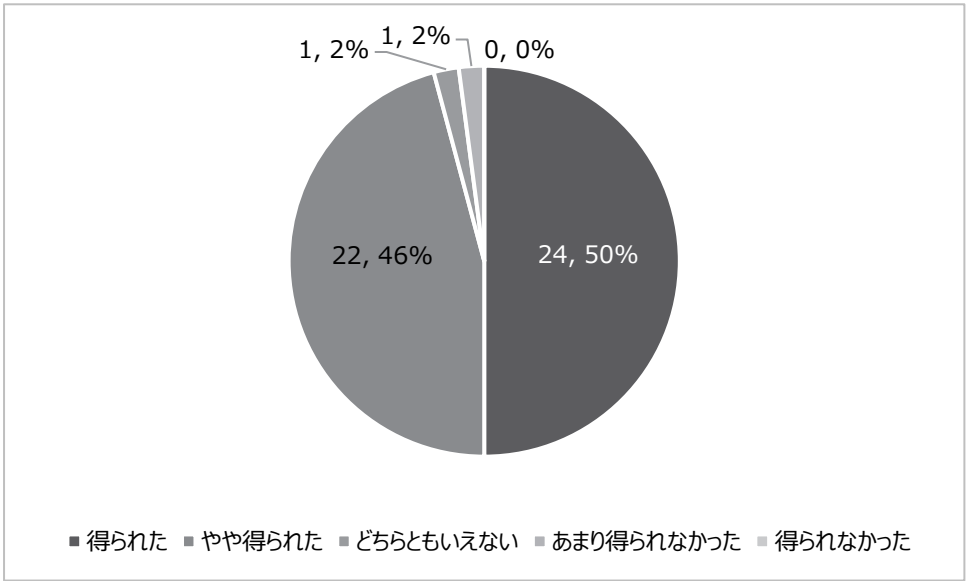


図４　研修会で得たかった知識や情報を得ることができたか

表４　実践プロトコルに関して、より詳しく聞きたい講義内容等（抜粋、要約）

過去研修受講あり		過去研修受講なし	
実践	・重度の方へのアプローチ ・通所リハでの実践 ・他職種に対してプロトコルを提示しての支援や連携についての実際 ・ICF コードを使う目的 ・初期段階の方をどのように地域から拾い上げ、支援に繋ぐことができるか ・施設入所や家族からの情報収集が難しい場合などのアセスメント ・プロトコルが計画書に置き換えることができればより業務で使いやすい	制度・知識	・認知症短期集中加リハビリテーション実施加算の算定方法など具体的な進め方や事務手続き ・ICF の記載 ・MCI の方への動機づけ
		連携	・家族への関わり方 ・家族に対する支援・連携や関係性をどう作っていくべきか ・主治医への伝え方、成果の示し方
		実践	・支援方法の具体例、実践例 ・実践プロトコルを練習する機会 ・FAST4～の方の介入実例 ・事例や実践報告

表５　在宅や入院、重症度問わず、認知症の方を支援する際に知りたいこと等（抜粋、要約）

過去研修受講あり		過去研修受講なし	
知識	・診断後の支援空白時間の作業療法士にできる役割 ・支援方針や代償手段に関するアイデアや事例などの情報の入手方法	知識	・レビー小体型認知症の方の睡眠障害の睡眠薬に関する詳細 ・病院や各事業所、市町村で特徴的な取り組み
支援・連携	・家族支援 ・他職種の方にも認知症の方との関わり方を学んでもらう必要性	事例	・医師と支援チームとして関わった事例
事例	・重度事例での介入方法 ・受け入れ困難事例での介入 ・施設入所（病院入院）の認知症利用者への在宅復帰の IADL へのアプローチの実践例、在宅復帰後のサービス導入例等 ・ケアプランに対して訪問リハで具体的な実践や他職種連携、社会参加支援をしているのかの事例		
その他	・認知症症状により生活障害はあるが、認知症と診断されていない方も訪問リハ対象の方には多い。未診断の方へ認知症のリハビリテーションとしてどのように介入すべきか。		

（５）考察

本研修は、推進検討委員会での意見を踏まえ、訪問による認知症リハビリテーションに従事する療法士がプロトコルによる認知症リハビリテーションの介入方法を習得するとともに、「本人・家族の意志・希望を踏まえた目標設定」「本人の持てる能力を活かした生活行為への支援計画立案」「家族・多職種との連携」についての理解を深めることを目的とした。

全体の満足度としては、参加者 57 名中 96%が「得たかった知識や情報を得られた」「やや得られた」と回答した。また 96%の参加者が、今後事例報告についての情報提供を希望しており、訪問による認知症リハビリテーションに従事する療法士のニーズに応じる研修内容となったと考える。

実践プロトコルに基づく認知症リハビリテーションに必要な知識の習熟度については、「認知症リハビリテーションの概要」「評価」「支援計画」において研修受講後の理解度が改善した。本研修の狙いである「本人・家族の意志・希望を踏まえた目標設定」「本人の持てる能力を活かした生活行為への支援計画立案」「家族・多職種との連携」についての理解度も向上しており、一定の効果を得た。要因としては、事前学習として当事者・家族のメッセージ動画を配布したこと、講義・演習に ICF に基づいた残存能力の整理と介入計画立案までのプロセスや家族・多職種との連携内容を強調して入れ込んだことが、より理

解を深めたのではないかと考える。一方で、「基礎知識」としての診断基準や認知機能障害、行動・心理症状、ICF による全体像の整理についての理解は大きな変化が認められず、今後の課題と考えられた。

実践プロトコルや認知症の方を支援する際に知りたいことについてのアンケート自由記載では、過去の研修受講歴の有無により傾向が異なり、受講歴なし群（40.4%）は基礎的な知識、あり群（59.6%）は実践的な知識を必要としていた。また、プロトコルを用いた情報の整理、事例分析の練習、意見交換を行う機会の有用性についての意見が散見され、訪問による認知症リハビリテーションの実践支援のために、課題に応じた継続的・段階的な学習機会が有効と考えられた。

以上より、最新の疫学や疾患の知識を踏まえたうえで、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セスを習得する認知症実践プロトコルの研修は、訪問による認知症リハビリテーションに従事する療法士の資質向上と実践支援のための有効な手段になり得ると考え、今後も課題に応じたテーマを加えながらの継続的な実施が必要と考える。

４）「認知症のリハビリテーション」研修会（介護支援専門員対象）

（１）目的、対象、開催日時

○目的

下記を目的とし、実施した。

・介護支援専門員が認知症のリハビリテーションの意義や効果等について理解を深めるよう周知すること。

・介護支援専門員が介護サービス計画に認知症のリハビリテーションに対する訪問リハビリテーションサービスを位置付ける際に、本人および家族に説明しやすくなり、適切なリハビリテーションが推進されること。

○対象

介護支援専門員

○開催日時

2025 年 2 月 26 日（水）13:00～16:00

（２）カリキュラム

開始時間	講義時間	テーマ
13:00	5 分	開会挨拶　日本介護支援専門員協会　会長　柴口 里則　氏
13:05	30 分	認知症の人へのリハビリテーションに対する介護支援専門員への期待　※事前収録 講師：認知症の人と家族の会　代表理事　鎌田 松代 氏
13:35	40 分	認知症のリハビリテーションの考え方・ケアプランへの活かし方 講師：日本作業療法士協会　長倉 寿子
14:15	10 分	休憩
14:25	60 分	認知症の人のリハビリテーション－認知症の疾患と ADL・IADL－ 講師：日本作業療法士協会　常務理事　村井 千賀
15:25	30 分	実装事例紹介 講師：日本介護支援専門員協会　常任理事　中林 弘明　氏
15:55	5 分	閉会挨拶　日本作業療法士協会　会長　山本　伸一

（３）講義資料：日本作業療法士協会ホームページに掲載

（４）参加者概況、アンケート結果

参加申込者：844 名（定員 480 名＋オンデマンド配信 364 名）

アンケート回答期間：2025 年 2 月 26 日（水）～3 月 13 日（木）
アンケート回答者数：190 名

①回答者について

１．基本属性

a．保有資格

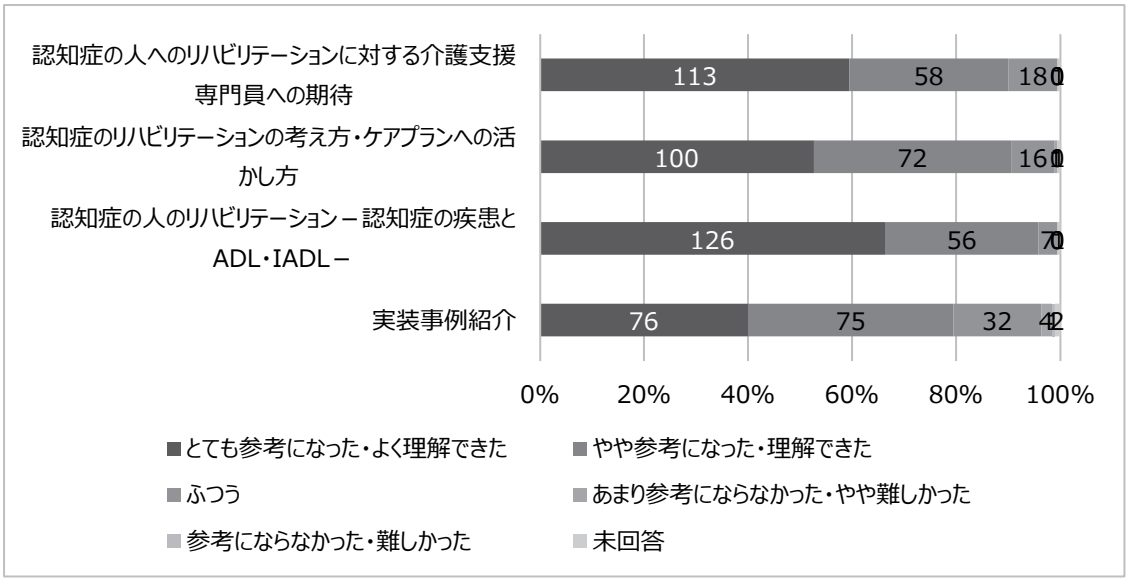
	（人）	（%）
介護支援専門員	64	33.7
主任介護支援専門員	125	65.8
未回答	1	0.5
合計	190	100.0

b．介護支援専門員としての経験年数

	（人）	（%）
5 年未満	22	11.6
5 年～10 年未満	41	21.6
10 年以上	125	65.8
未回答	2	1.1
合計	190	100.0

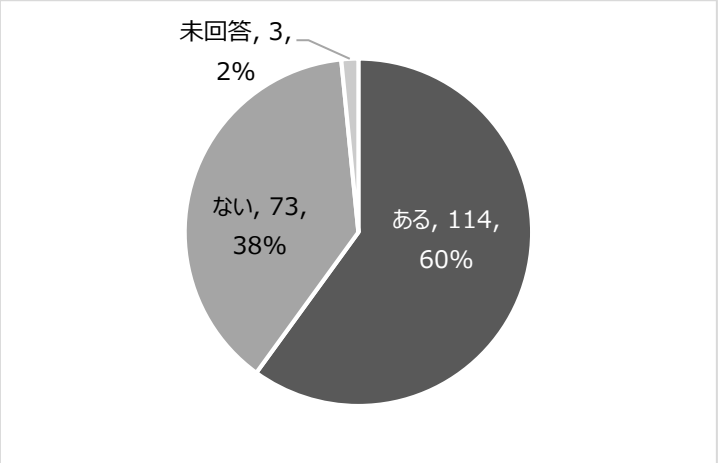
②研修内容について

１．各講義について

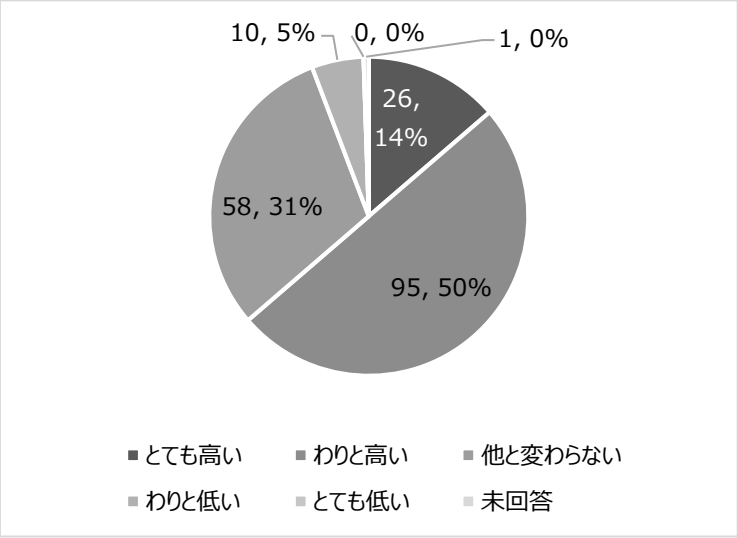


③認知症の方へのリハビリテーションについて

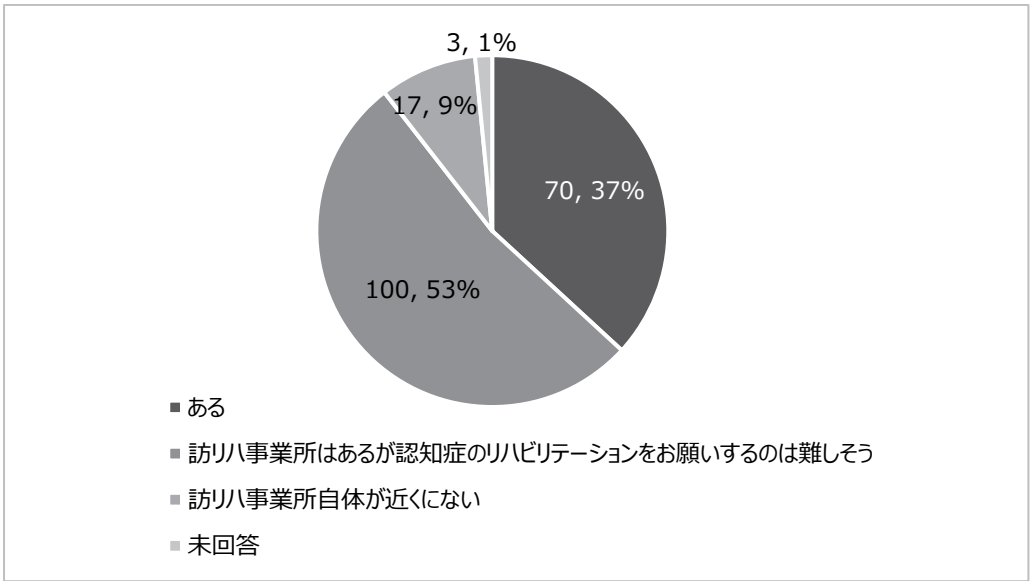
１．これまで認知症の方にリハビリテーションサービス（通所リハ、訪問リハ）を導入したことがあるか



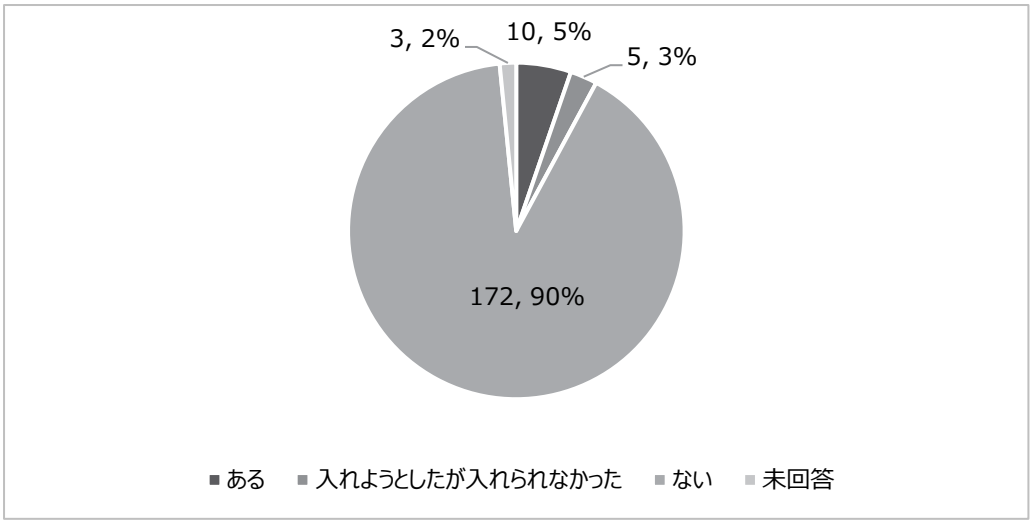
２．認知症の方について、ケアプランを立てるうえで「ADL/IADL の改善」の優先度



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



４－１．ケアプランの中に、訪問リハビリテーションの認知短期集中リハビリテーション実施加算を入れたことがあるか

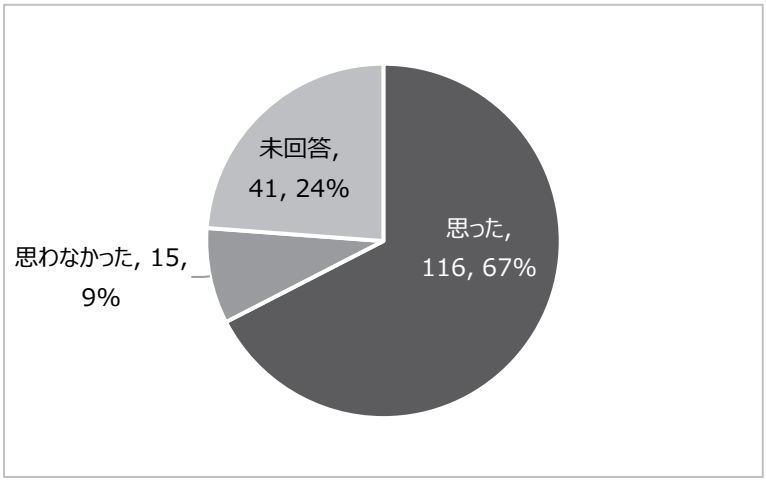


４－２．（４－１にて「入れようとしたが入れられなかった」と回答した場合）
どのような点が障壁となり導入が難しくなったか

・訪問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を行っている事業所が近隣にない。
・訪問リハビリはあるが、認知症対応の訪問リハビリが実施されていない。
・依頼した事業所側に、断られてしまった。
・当事業所は離島にあり、実際に必要だと感じたが、現在島内に唯一の訪問リハビリ実施事業所が人員不足で休止中の為、導入できなかった。
・専門医に受診がなかった。

４－３．（４－１にて「入れようとしたが入れられなかった」「ない」と回答した場合）

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



５．「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（自由記述）（主な意見）

a．本人・家族の理解の課題

・認知症を受け入れて、リハビリ意欲があるかどうかが課題。
・本人、家族の理解と意欲
・指示が通じるのか（理解できるのか）、その時の気分により支援に入るのが難しい時があるのではないか
・家族や近所の方や友人たちの理解が得られるか？
・本人の拒否や利用による混乱
・認知症リハビリが必要や有効と思う利用者や家族の理解が必要。認知症になると人生は終わりと持っている、家族は疲弊してこれ以上のサービス介入を望まない
・妄想、被害妄想がある場合の、他者理解が課題

b．訪問リハ、リハ職の理解と技術提供の課題

・講師の方のような視点で対応してくださる専門職の情報がない事。
・対応するセラピストのスキルが整っているかどうかが課題になると思います
・作業療法士で、経験のあるかたが、いるのか？
・受け入れ事業所が認知症のリハビリに関してどこまで理解してくれるか
・リハビリの人材。リハビリ職種に課題が大きい
・認知症を病人としてではなく、生活者としてとらえてくれる OT にうまく巡り合えるかどうか。
・訪問リハビリの方が、認知症の方の生活リハビリに対してどこまで対応して下さるかがわからない。

c. 医師との連携の課題

・医師（訪問看護・リハビリの指示）看護師（医療モデル）の理解
・主治医からの改善見込みの有無の判断
・医師の理解。
・医療との連携、特に主治医とのすり合わせ
・医療機関、在宅サービス部門など多職種間の共有と連携が課題と考える。
・医師から指示書がいただけるか
・医師を含めた多職種で情報を共有し連携がしっかりできるかどうか

d. ケアマネジメントの課題

・主に ADL のアプローチに偏ってしまう。IADL のアプローチがなかなか難しい
・認知症高齢者を受入れる事業所、家族、ケアマネとの目標設定の着眼点についてが課題と思う。
・ケアマネとして必要性を感じて本人やご家族の受入れの気持ちになるよう働きかけても、脳梗塞や骨折後等のイベント後の方に比べて、認知症があるが自宅で生活されていた方の場合、家に他人を入れたくないという方が多く、中々受け入れに至らないことが多い。
・訪問リハビリと必要かどうかの見極め
・同居家族がいるといいが、独居の方への支援が難しいと思う
・認知症自立度に合ったプランが提供できるかということ。
・いかにして効果があったと評価していくか。
・長期目標、短期目標の具体的な内容をどのようにしたらよいか。（期間など含め）
・特に独居の方はどのような日常生活パターンで過ごされてきたのか、長く付き合わないとわからない為、意向の抽出に時間がかかること

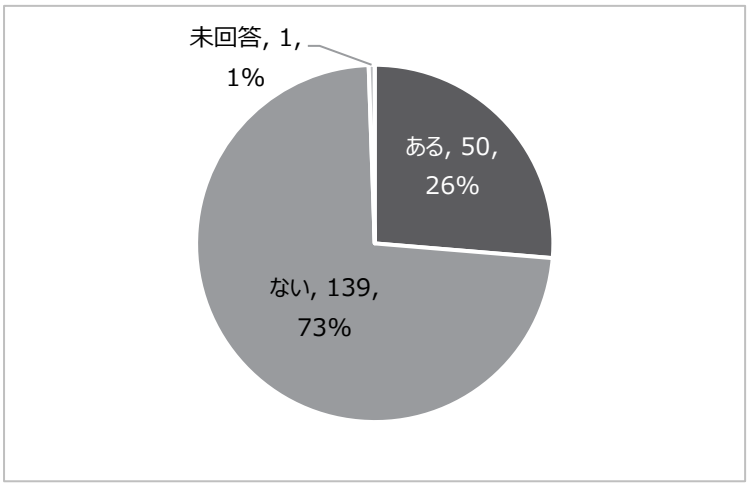
e. 制度・体制の課題

・実際に家事を一緒にする場合、訪問介護が一緒に家事を行うようになると思う。訪問介護にも指導できると良いと思う
・実施する訪問看護ステーションや訪問リハビリ業者が無い。
・訪問リハビリは通所できない方が対象となり、訪問リハビリをプランに位置付けるには条件が必要なのが課題と感じている。
・リハビリ以外での関わり（家族の協力や他事業所への支援方針の協力など）が得られず、訪問時のみの提供になって終わってしまう可能性がある。週 1・2 回のリハビリの時のみで、リハビリ以外での認知症のリハビリテーションを提供できる機会・頻度が少ない
・認知症の方々やご家族は ADL や IADL の改善の外に介護者の負担軽減を望んでいることが多く、訪問より通所を選択する傾向があります。また訪問リハは単位数が高く、将来的には通所リハへの移行を計画しなければ本人や家族の理解が得にくいと思います。
・グループホームでの訪問リハビリは自費扱いとなるため、導入が難しいと思います。

・グループホームでは訪問リハビリが利用できないため、現在は導入できません。
・過疎化地域は事業所事態に十分なスタッフが確保できていない状況にあり、現実的に難しい
・対応頂ける事業所が地域にあるか否か情報不足
・自治体が訪問は通所できない時に利用と指摘を入れてくるので導入しにくい(ケアプランチェックで指摘を受けました)。
・料金
・リハビリを繰り返し行うことで動作を習得していければと思うが、他のサービス利用もあるため、限度額を考慮すると頻回に利用することが難しい。
・精神科医もしくは神経内科医師または、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の利用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、という留意事項が根拠を示すことが難しそうに感じる。
・定期的な訪問リハ継続のための受診が必要になること。

６．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。（自由記述）
（主な意見）
・認知症の診断や疾患特性、アセスメント、BPSD への対応、できることを評価できるスキル
・多職種連携、ケアやリハビリテーションのアプローチ
・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所で地域に認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定できる事業所があるか
・社会資源の情報・活用
・人権意識、意思決定支援の大切さ、認知症の方に限らず「その方の思いに寄り添う姿勢」で接する意識
・薬に関する知識
・家族支援
・認知症のリハビリテーションの実施事例、事例検討、個別の対応方法

７．これまでに認知症のリハビリテーション研修を受講したことがあるか



④これまでの認知症のリハビリテーション研修受講歴による比較

これまでに認知症のリハビリテーション研修を受講したことの有無により、「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」、「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」、「ケアプランの中に、訪問リハビリテーションの認知短期集中リハビリテーション実施加算を入れたことがあるか」、「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」について集計した（図１～４）。

認知症の方にリハビリテーションサービスを導入したことが「ある」という回答は、過去に認知症のリハビリテーション研修を受講したことがあると回答した人では７割以上であったが、受講したことがないと回答した人では６割に満たなかった。その他の質問においては大きな差はなく、「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」について、「とても高い」「わりと高い」という回答は６割程度、「ケアプランの中に、訪問リハビリテーションの認知短期集中リハビリテーション実施加算を入れたことがあるか」について「ない」という回答が９割程度、「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」について「思った」という回答は９割前後であった。

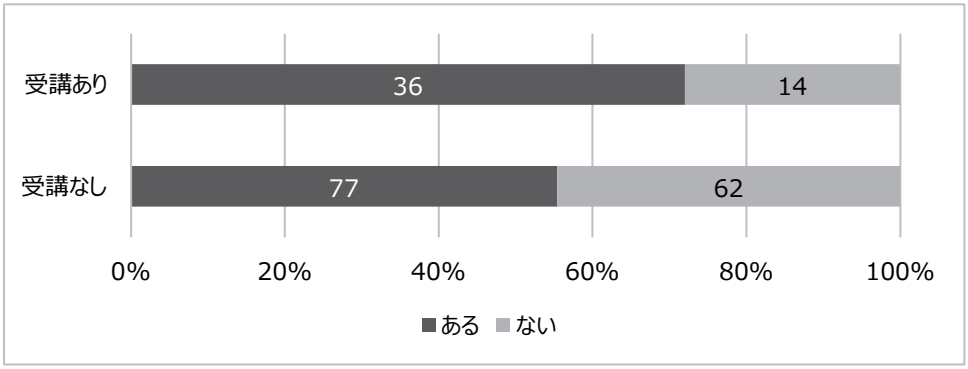


図１　これまで認知症の方にリハビリテーションサービス（通所リハ、訪問リハ）を導入したことがあるか

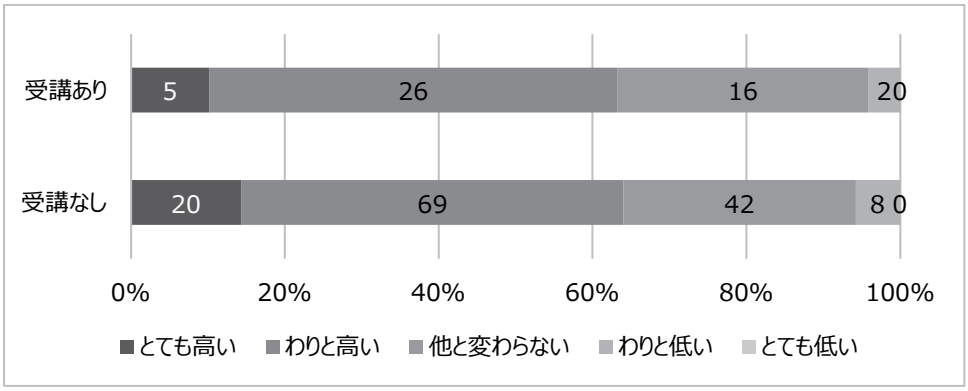


図２　認知症の方について、ケアプランを立てるうえで「ADL/IADL の改善」の優先度

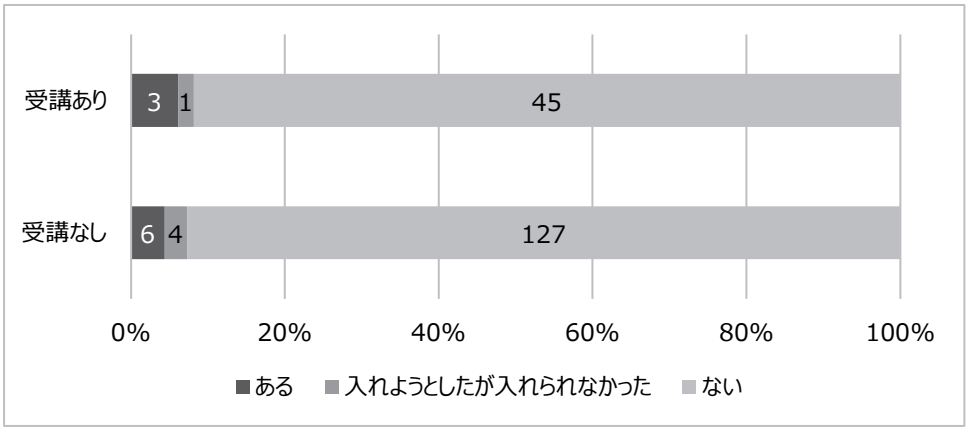


図３　ケアプランの中に、訪問リハビリテーションの認知短期集中リハビリテーション実施加算を入れたことがあるか

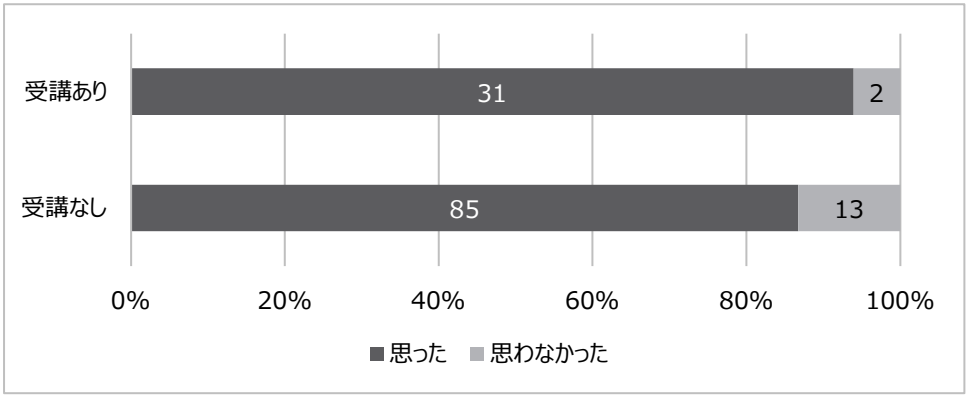


図４　今回の研修会を経て、認知症の方へリハビリテーションを導入してみようと思ったか

⑤令和５年度のアンケート結果との比較

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」の普及啓発事業の介護支援専門員を対象とした研修にて実施したアンケート結果と比較す

る。

アンケート回答者の基本属性については、令和５年度は介護支援専門員が 24.6%、主任介護支援専門員が 74.3%であり、今回の回答者より主任介護支援専門員が１割弱多かった。「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」という質問では、「ある」という回答が、令和５年度では 73.7%、今回は 60.0%と、今回の方が低い状況であった。「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」の「とても高い」、「わりと高い」という回答が、令和 5 年度では 68.1%、今回は 63.7%であり、大きな違いはなかった。「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」という質問に対しては、「ある」が令和 5 年度では 45.8%、今回は 36.8%であった。「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」について、「思った」という回答は、令和 5 年度では 93.3%、今回は 67.4%であったが、未回答であった 23.8%を除いた割合では 88.5%であった。

（5）考察

令和 5 年度に引き続き、今年度も介護支援専門員を対象とした研修会を実施した。各講義について、8～9 割程度が「とても参考になった・よく理解できた」、「やや参考になった・理解できた」と回答しており、講義により理解が深まったと考えられる。

令和 5 年度のアンケート回答者との比較では、「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」という回答が 13.7 ポイント低い結果であったが、これは新たに認知症の方に対するリハビリテーションに介護支援専門員が関心を向けた故の結果とも考えられる。「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」という質問に関しては、令和 5 年度の質問とは異なり、今回は訪問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を入れたことがない、または入れようとしたが入れられなかったと回答した方を対象に回答を求めた。そのため一概には比較できないが、今回も回答者のうち 88.5%が「思う」と回答しており、令和 5 年度に引き続き、認知症の方に対するリハビリテーションの効果を周知する機会になったと考える。一方で、「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がある」という回答は４割に満たず、令和 5 年度と比較しても増えていない状況が推察される。また、これまでに認知症のリハビリテーション研修を受講したことのある人においては、「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」という回答が 7 割を超えており、介護支援専門員への普及が進むにつれ、認知症のリハビリテーションが求められる可能性が考えられる。引き続き訪問リハビリテーション事業所や従事している療法士への周知と実践の質の担保が必要と考えられる。

４．実践プロトコルの効果検証事業・中間報告（R6）

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施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

（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）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、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、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。

（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。

（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。

（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。

（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、1 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。

（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）。

（８）中間解析

令和６年度までに、105 例の参加者から同意を得た。うち、10 例が脱落し、95 例について、リハビリ介入前、介入１月後、介入３月後の評価を完遂した。

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）、各評価指標および、評価指標の変化量を 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、Wilcoxon 順位和検定にて、初回評価と１月後評価、初回評価と３月後評価を比較した。

３）結果

（１）対象者の基本属性と各群の特徴

解析を行った対象の基本属性は表１に示した通りである。

表１　対象者の基本属性

	実践プロトコル群	コントロール群
人数（男／女）	51（20/31）	44(12/32)
年齢・平均±SD（範囲）	75.17±9.16（51～94）	78.47±6.09（66～91）
教育歴・中央値	高卒	高卒
主たる介護者（複数あり）	配偶者：33 子：16 その他：8	配偶者：27 子：17 子の配偶者：2
住居	一軒家：48、 共同住宅：3	一軒家：42、 共同住宅：2
障害高齢者の 日常生活自立度	J1:13、J2:28、A1：7、A2：3	J1:10、J2: 2 5、A1:7、A2：2
介護認定	非該当：3、未申請：21、申請中：1、 要支援１：4、要支援２：0、 要介護１：14、要介護２：7、 不明：1	非該当：6、未申請：15、申請中：4、 要支援１：１、要支援２：1、 要介護１：13、要介護２：３、 要介護３：１
経済状況	給与所得有：3、年金：43、 その他：5	給与所得有：3、年金：43 その他：0
合併症	高血圧：２4、糖尿病：9、 高脂血症：7、心疾患：3、 腰痛：4、変形性膝関節症：6、 その他：21、なし：6	高血圧：19、糖尿病：9、 高脂血症：8、心疾患：6、 腰痛：0、変形膝関節症：3、 その他：12、なし：10

（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、FAST、MMSE、ZBI、BI、FAI、HADLS、DBD13、EQ5D5L 、EQ5D5L-VAS、CSQ8 を検討したが、介入前について統計学的な有意差は認めなかった（表２）。

表２　介入前の各評価指標

項目	実践プロトコル群	コントロール群	検定 (Brunnel-Munzel)
障害高齢者の日常生活自立度 中央値	J2	J2	N.S.
認知症高齢者の日常生活自立度 中央値	IIa	IIa	N.S.
FAST 中央値±SD	4±0.7	4±0.6	N.S.
MMSE 平均値±SD	20.5±5.7	19.5±5.2	N.S.
ZBI 平均値±SD	9.3 ± 6.8	6.9 ± 5.1	N.S.
Barthel Index 平均値±SD	94.1 ± 9.5	95.2 ± 8.3	N.S.
FAI 平均値±SD	18.6 ± 10.2	18.4 ± 10.1	N.S.
HADLS 平均値±SD	23.0 ± 16.0	22.0 ± 16.5	N.S.
DBD１３ 平均値±SD	13.9 ± 9.0	12.5 ± 7.1	N.S.
EQ5D-5L平均値±SD	0.897653 ± 0.116767	0.901098 ± 0.094161	N.S.
EQ5D-5L 健康VAS評価平均値±SD	72.6 ± 17.3	70.5 ± 18.1	N.S.

介入群と対照群のそれぞれにおいて、介入後１月後、３月後評価を比較したところ、統計学的な有意差は認めなかった（表３-１、３-２）。

表３-１　１月後の各評価指標

項目	実践プロトコル群	コントロール群	検定 (Brunnel-Munzel)
FAST 中央値±SD	4±0.7	4±0.7	N.S.
ZBI 平均値±SD	8.0 ± 6.4	6.5 ± 4.8	N.S.
Barthel Index 平均値±SD	95.4 ± 7.6	95.3 ± 9.4	N.S.
FAI 平均値±SD	19.4 ± 9.2	18.8 ± 9.6	N.S.
HADLS 平均値±SD	23.3 ± 16.1	22.3 ± 17.2	N.S.
DBD１３ 平均値±SD	12.7 ± 8.3	11.0 ± 7.4	N.S.
EQ5D-5L平均値±SD	0.910387 ± 0.108765	0.924172 ± 0.099843	N.S.
EQ5D-5L 健康VAS評価平均値±SD	74.7 ± 18.9	72.8 ± 17.5	N.S.
CSQ8　1月後　平均値±SD	27.0 ± 3.5	26.9 ± 3.8	N.S.

表３-２　３月後の各評価指標

項目	実践プロトコル群	コントロール群	検定（Brunnel-Munzel）
障害高齢者の日常生活自立度 中央値	J2	J2	N.S.
認知症高齢者の日常生活自立度 中央値	IIa	IIa	N.S.
FAST中央値±SD	4±0.8	4±0.7	N.S.
ZBI 平均値±SD	9.2 ± 7.7	6.7 ± 5.0	N.S.
Barthel Index 平均値±SD	95.2 ± 8.2	94.7 ± 9.7	N.S.
FAI 平均値±SD	19.5 ± 9.5	18.6 ± 8.7	N.S.
HADLS 平均値±SD	23.1 ± 15.5	24.1 ± 18.2	N.S.
DBD１３ 平均値±SD	13.9 ± 9.0	12.5 ± 7.1	N.S.
EQ5D-5L平均値±SD	0.923249 ± 0.099936	0.920402 ± 0.112290	N.S.
EQ5D-5L 健康VAS評価平均値±SD	77.3 ± 15.2	72.6 ± 14.7	N.S.
CSQ8　3月後　平均値±SD	27.0 ± 3.3	27.2 ± 3.9	N.S.
在宅日数　平均平均値±SD	96.5 ± 18.5	94.4 ± 16.5	N.S.

また、介入前後で各指標の変化量を比較したところ、統計学的な有意差は認めなかったが、１月後時点で介入による Barthel Index 指標変化量の平均値について、実践プロトコル群では正（改善）、コントロール群では負（悪化）を示した（表４）。

表４　１月後、各指標の介入前からの変化量

項目	実践プロトコル群	コントロール群	検定（Brunnel-Munzel）
FAST 平均値±SD	0±0.3	0±0.2	N.S.
ZBI 平均値±SD	-1.1 ± 3.7	-0.3 ± 3.2	N.S.
Barthel Index 平均値±SD	1.3 ± 4.3	-0.1. ± 2.7	p = 0.0549
FAI 平均値±SD	0.8 ± 3.6	0.4 ± 3.0	N.S.
HADLS 平均値±SD	3.9 ± 0.6	0.6 ± 3.9	N.S.
DBD１３ 平均値±SD	-0.6 ± 5.3	-0.8 ± 3.1	N.S.
EQ5D-5L平均値±SD	0.014911 ± 0.101747	0.023440 ± 0.055856	N.S.
EQ5D-5L 健康VAS評価平均値±SD	2.2 ± 15.5	4.1 ± 18.2	N.S.

この傾向は３月後でも認められた（表５）。

表５　３月後、各指標の介入前からの変化量

項目	実践プロトコル群	コントロール群	検定 (Brunnel-Munzel)
障害高齢者の日常生活自立度　平均	0	0	N.S.
認知症高齢者の日常生活自立度　平均	0	0	N.S.
FAST 平均値±SD	0.1±0.5	0±0.3	N.S.
ZBI 平均値±SD	-0.1 ± 4.6	-0.2 ± 2.8	N.S.
Barthel Index 平均値±SD	0.5 ± 4.1	-0.3 ± 3.1	N.S.
FAI 平均値±SD	0.8 ± 4.4	0.2 ± 4.9	N.S.
HADLS 平均値±SD	0.1 ± 4.1	2.1 ± 5.8	N.S.
DBD１３ 平均値±SD	-0.5 ± 5.9	-0.8 ± 4.2	N.S.
EQ5D-5L平均値±SD	0.025595 ± 0.096622	0.016111 ± 0.106127	N.S.
EQ5D-5L 健康VAS評価　平均値±SD	4.9 ± 16.2	1.5 ± 18.2	N.S.
CSQ8　（1月後との差）　平均値±SD	0 ± 3.2	0 ± 2.6	N.S.

介入１月後、介入前後で指標に有意な変化があったかどうかを検証したところ、BI は実践プロトコル群で統計学的に有意に増加していた。また実践プロトコル群では ZBI（介護負担尺度）は低下する傾向が認められた（図１）。

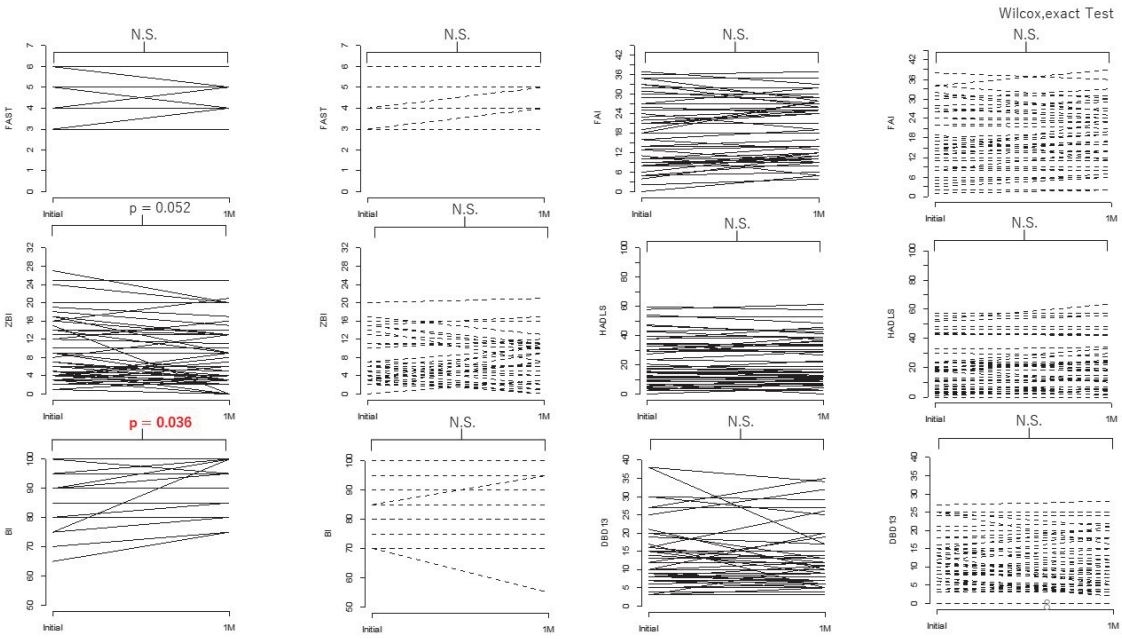


図１　１月後、各指標の介入前後の比較（実線：実践プロトコル群、点線：コントロール群）

さらに、介入１月後、EQ-5D-5L により評価される QOL について、両群で値の増加（向上）傾向がみられ、コントロール群では有意差を認めた（図２）。

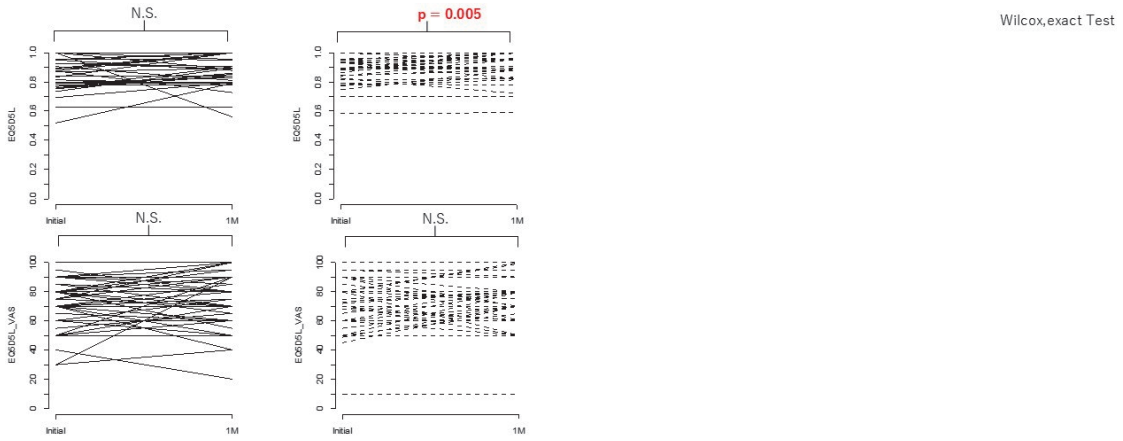


図２　１月後、EQ-5D-5L の介入前後の比較（実線：実践プロトコル群、点線：コントロール群）

介入 3 月後、介入前後で指標に有意な変化があったかどうかを検証したところ、HADLS は、コントロール群で統計学的に有意な増加（悪化）がみられたが、実践プロトコル群ではみられずほぼ不変であった。また実践プロトコル群では FAI（Frenchay Activities Index:IADL 指標）は増加（向上）する傾向がみられた（図３）。

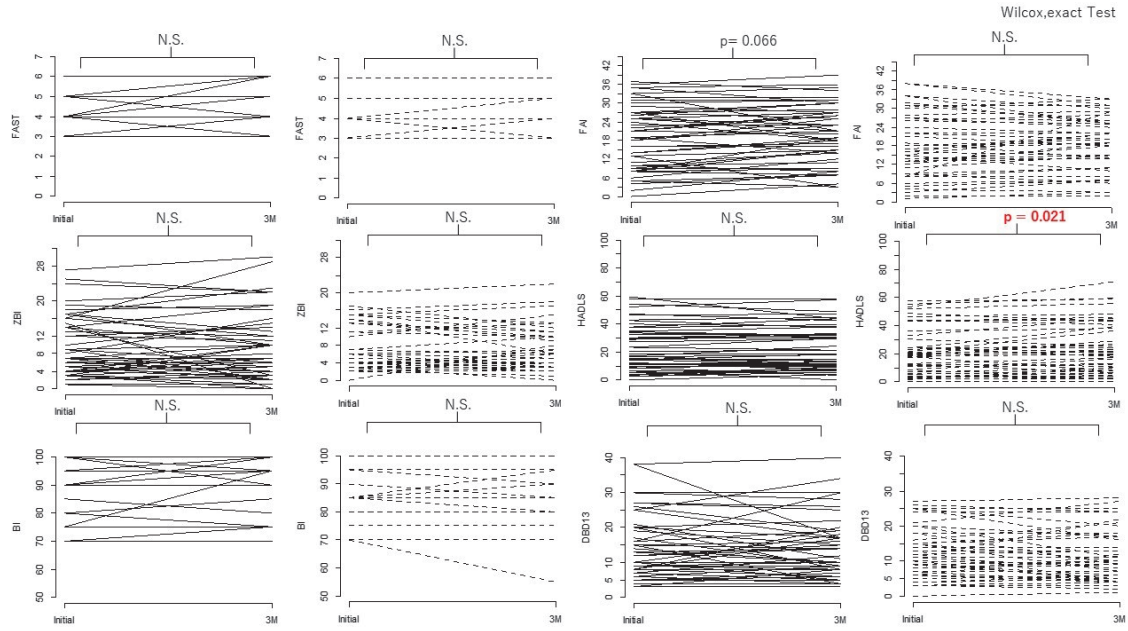


図３　３月後、各指標の介入前後の比較（実線：実践プロトコル群、点線：コントロール群）

さらに、介入 3 月後、EQ-5D-5L、EQ-5D-5L_VAS により評価される QOL について、両群で値の増加（向上）傾向がみられ、実践プロトコル群では、EQ-5D-5L_VAS において有意差を認めた（図４）。

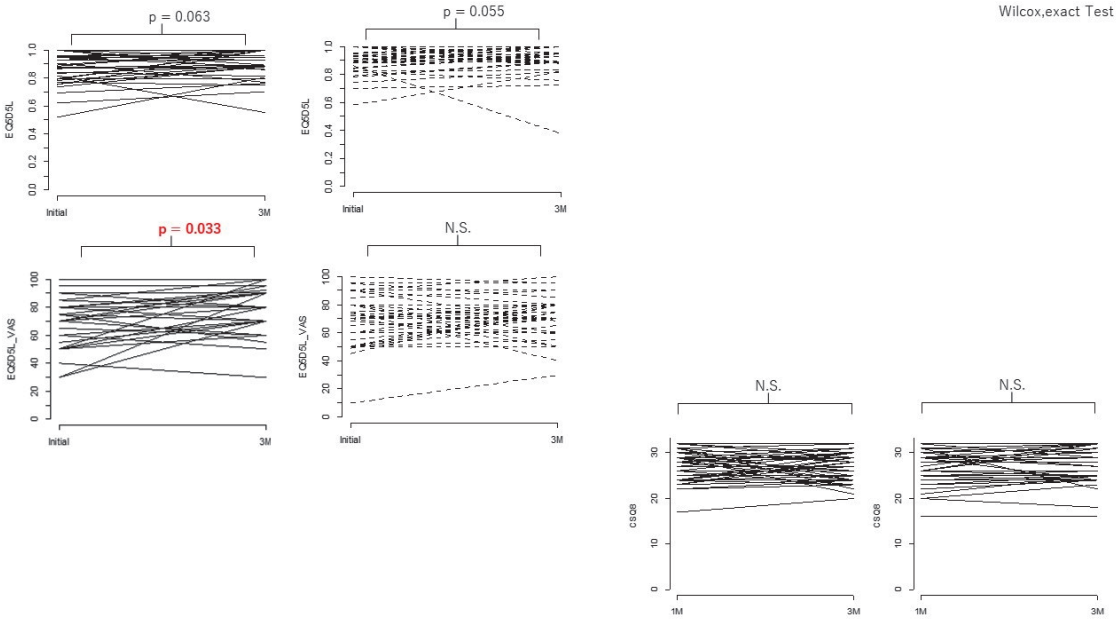


図４　３月後、EQ-5D-5L の介入前後の比較（実線：実践プロトコル群、点線：コントロール群）、CSQ８の１月後と３月後の比較

４）まとめ

訪問による認知症のリハビリテーション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した。95 例の介入後 1 月、3 月のデータを解析し、実践プロトコルにより、ADL 向上、IADL 低下の抑制がみられ、また QOL を向上させる可能性が示された。

引き続き、１年後の評価を通して実践プロトコルの効果について実証をめざす。

５．認知症のリハビリテーション実装検証事業

１） 目的

令和６年度に新設された訪問リハビリテーション事業所における「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」が効果的に取り組まれるための実装に向けた課題や解決するための方策を検討するため、兵庫県尼崎市（以下、尼崎地区）、石川県かほく郡市（以下、石川地区）にて、実装検証を実施した。

２）各モデル地区での実施状況

（１）石川地区での実施状況

① 石川地区の概況

石川地区は、河北郡市医師会単位とし、1 市 2 町（かほく市、津幡町、内灘町）が含まれる。石川地区の概況は、表 1 のとおりである。本地区には、訪問リハビリテーション事業所は 4 か所届け出されているが、実際に稼働している事業所は 1 か所となっている。

表 1 石川地区の概況

石川県モデル地区				地域包括支援センター	医療機関	居宅介護支援事業所	訪問リハ
市町村名		人口	高齢化率	直営	医療機関数	事業所数	事業所数
河北郡市	かほく市	35,709	28.90%	1	45	11	1
	津幡町	37,548	24.10%	1	43	9	2
	内灘町	26,181	28.30%	1	36	7	1
	合計	99,438	27.10%	3	124	27	4

認知症疾患医療センター：石川県立こころの病院 1 か所

【医療介護連携の取り組み】
各市町在宅医療介護連携協議会の開催状況
・かほく市：医師会・介護支援専門員・介護保険サービス事業所などの代表者会議の開催（年 2 回）
・津幡町：地域包括ケア推進会議の下部組織として、医師会・介護支援専門員協会・サービス提供事業所・認知症サポーター、若年性認知症家族の会などからなる認知症部会を設置（年 3 回）
・内灘町：医師・介護支援専門員等からなる在宅医療介護連携会議の開催（年 3 回）
・一緒にやろう勉強会（年 5 回）河北郡市医師会、介護支援専門員かほく支部、多職種からなる勉強会

日本医師会地域情報システム,介護保険事業計画データベースを参照（参照日 2024.11.12）

② 地区委員会の開催と主な意見

本事業を推進していくため、モデル地区の医師会や地域包括支援センター、介護支援専門員協会、訪問リハビリテーション事業所と訪問リハビリテーションで「認知症短期集中リハビリテーション」サービス導入等のための課題等を検討するモデル地区委員会を設置した。

推進委員の委員構成は表 2 のとおりである。

表 2 石川地区委員会名簿

組織・団体	職（職種）名	氏名
一般社団法人 河北郡市医師会	おきの内科医院 院長	沖野 惣一
	キジマあたまのクリニック 院長	木嶋 保
石川県介護支援専門員協会 河北支部	理事	小泉 明代
	支部長	三浦 陽一
	副支部長	東 知恵美
公立河北中央病院 訪問リハビリテーション	作業療法士	市川 翔悟
	理学療法士	鈴 尚樹
	作業療法士	懸高 佑真
かほく市長寿介護課	長寿介護課 参事（保健師）	谷内 憂子
	主幹（作業療法士）	橋岡 裕輝
	在宅医療・介護連携コーディネーター（看護師）	元女 貴久乃
津幡町福祉課	地域包括ケア係長（作業療法士）	東 幾子
	主任社会福祉士	山岸 里美
内灘町地域包括支援センター	福祉課課長補佐（保健師）	櫻井 絵里子
	総括主査（保健師）	日向 梨絵
石川県認知症疾患医療センター	センター長	北村 立
	副センター長（作業療法士）	村井 千賀

委員会における主な意見については、表 3 のとおりである。

表 3 委員会の開催状況と主な意見

開催状況と議題	主な意見
第１回 **＜日時＞** 令和６年８月８日(木) 12:50～13:50 **＜議題＞** ○これまでの老健事業の取り組み経緯 ○事業概要説明 ○研修会について	（介護支援専門員） ・上限額の問題もあり、すでにサービスが入っている事例に対し、途中から導入は困難。 ・介護度が重い事例については、介護負担の軽減が優先されるため、軽度（要支援）もしくは初期の段階での事例が対象となるのではないか。 （医師会） ・医師への周知が重要、どのように周知をしていくのか。 ・訪問リハ事業所が少なく、訪問看護事業所はだめなのかなど訪問リハと看護の事業の格差と役割が不明確。 ・介護保険の対象ではない人はこれまでどおり、認知症疾患医療センターに紹介すればよいのか。
第２回	・認知症短期集中リハ実施加算（以下、認短リハ）を加算のた

<日時> 令和 6 年 9 月 25 日(水) 12:50～13:50 **<議題>** ○第 1 回研修会アンケート結果報告 ○認知症のリハビリテーションの対象者 ○追加アンケートのご相談 ○次回研修会(案) ○第 3 回委員会のお願い	め費用負担を家族が懸念している事例がある。 ・これから介護認定を受ける予定の新規事例がよい。 ・IADL を家族がかわりにしてしまっていて、リハ導入の考えに至らない。 ・生活課題の抽出のためには、いきなりデイサービスを導入するより、作業療法士に先に生活を評価してもらったほうがいいのではないかと思う。 ・訪問リハ事業所が少ない、訪問看護にリハ職が流れている。
第 3 回 **<日時>** 令和 7 年 3 月 5 日（水） 12:50～13:50 **<議題>** ○認知症のリハビリテーションの取り組み結果について ○研修アンケートの結果報告 ○認知症のリハビリテーションを推進する上での課題	（介護支援専門員） ・訪問の認短リハについては、家族の理解がないとできない。介護に渡してしまえば要介護 1 でデイサービスに通って…となるケースが多い。 ・認定を受けたからといってサービスに繋がらなければ、疎遠になることはある。そういう人に作業療法士の訪問による生活の評価を入れてはどうかと思う。 ・事例検討会をすることで介護支援専門員の意識もあがっていくと思う。 （医師） ・家族が忙しいと本人にやらせない、ということはある。 ・介護サービスを進めたいが、導入に至らない人に対して、訪問リハで生活機能の評価だけでもしてはどうか。市の事業として生活面の評価をすることを考えてはどうか。 ・無目的にヘルパーやデイサービス導入しても意味がない、いちどきちんと評価をしておく必要がある。要介護 1 でサービス利用につながらない、必要だけどつながらない人の見極めをするステップがいるのでは。 ・デイサービスにいくわけでもなくひとり暮らしが続いている方など、独居の方への訪問リハ支援はすすめていくべきではないか。 ・作業療法士は地域包括支援センターにも認知症疾患医療センターにも配置職種になっていない。配置について働きかけるべきではないか。 ・家族は物忘れと問題行動に（だけ）関心が向く。ADL が低下していくことにはあまり注意が向かない。迷子の心配はするが、洋服を着れなくなることには思い至らない。認知症は生活がしづらくなる、生活機能障害が起こる病気ということを、とくに初期に関わる支

	援者が強調しないといけない。 ・本人が安全に安定した生活を送ること、家族の介護負担の軽減、そのために医療と介護が両輪となり調整していく、そのコーディネーターの役割が医師の自分と思っている。今回の取り組みで訪問リハはそれに対して非常に有用ということがわかった。 ・生活機能障害のことを介護支援専門員、一般の方が知ることが大切である。 （訪問リハ事業所） ・今回、我々ももっと多く介入したかったが、回数は限られてしまった。全体的にリハ職が少ない。 ・在宅、訪問だからこそでできることの強みが発揮できた。引き続き連携していきたい。 （地域包括支援センター） ・要介護 1 の認定を受けたが、サービスを受けない（デイサービスに行かないなど）が、かほく市で 180 人ほどが認定受けたがサービスを受けていない人がいる。そのうち介護 1 は 10 数人程度。認知症の重度の方でこちらとしては介護サービスを進めたいが、導入に至らない人がいる。 ・医療介護連携を推進する会で「認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集」*（ヒント集）を配布した。認知症だからといって何もできなくなるわけではないということと、認知症のリハビリテーションを知って、介護支援専門員のベースアップをしていけばリハにつながるし、家族への支援にもなる。今回の機会をいただいたことはありがたかった。ヒント集もわかりやすいと好評。 ・今回の取り組みを通して訪問リハにできること、その効果を知った。初回訪問時に本人家族に説明するのは地域包括支援センターになるため、認知症のリハビリテーションの説明資料があるとよい。

＊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」にて作成

③ 研修会の開催状況

石川地区では、認知症のリハビリテーションに関する研修として、本地区医師会及び石川県介護支援専門員河北支部、石川県認知症疾患医療センターなどが協力し開催している「一緒にやろう勉強会」の場を活用し、表 4 にある年 2 回の研修会を開催した。

また、その際に参加者アンケートを実施し、認知症のリハビリテーションに関する啓発普及を兼ねた意識調査を実施した。併せて、2 回の研修会に参加した者に対し、その意識の変化についても検討した（アンケート結果は尼崎地区とあわせて 3）に掲載）。

表 4 認知症のリハビリテーション研修会の開催（一緒にやろう勉強会と共催）

日時	内容	参加者
令和6年8月19日（月） 19:00～21:00	●講義「認知症の生活機能の自立に向けて～認知症のリハビリテーション～」 石川県立こころの病院長　北村　立氏 ●事例検討 同　村井千賀氏	介護支援専門員　26 名 リハ職（OT）　8 名 医師　3 名 看護師　6 名 地域包括支援センター　6 名 薬剤師　4 名 介護職員　3 名 計　56 名
令和7年2月17日（月） 19:00～21:00	●事例検討 芙蓉会居宅介護支援事業所 三浦陽一氏 ●シンポジウム「認知症の人に対する訪問リハビリテーションに取り組んで」 ・主治医の立場から　北村　立氏 ・介護支援専門員の立場から 三浦陽一氏 ・訪問リハ事業所の立場から 懸高佑真氏	介護支援専門員　20 名 リハ職（OT:7,PT:3）　10 名 医師　4 名 看護師　11 名 地域包括支援センター　7 名 社会福祉士　1 名 介護職員　3 名 計　56 名

④ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の取り組み事例

訪問リハビリテーションにおいて 3 事例に対し認知症短期集中リハビリテーションの取り組みを行った。事例概要と支援目的および実施内容等を表 5 に示す。

表 5　認知症短期集中リハビリテーション実施加算の取り組み事例概要

	事例概要	ADL/IADL で困っていること（支援の目的）	支援内容	支援結果	支援していく上での課題
1	83 歳、女性 息子夫婦、孫 3 人の 6 人暮らし ・要介護 1 ・MMSE：18 点	・食器を食洗機から食器棚に返すことが出来ない。 （場所がわからなくなる）	・食器棚に 1 つ食器を残して使用する。 ・食器棚に片づける以外のものは、キッチンに「返却コーナー」を作成し、置いておき家族が帰宅後に返却する。	・使いたい時に食器を探す必要が少なくなった。	・弁当箱、タンブラーなどの場所が食器棚になく、分かりにくいが家族は位置を変えたくない思いがある。

	同上 ・週１回 40 分介入 ・視覚聴覚良好 ・短期記憶低下	・食事準備やお風呂のお湯を入れる時間を忘れてテレビを見て過ごしている。	・スマホのアラームは自分のものと気づかなかったため、ボイスアラームを導入し、家族が普段呼びかける声で録音し実行した。 ・入浴の促しは５分おきに３回繰り返して実施。	・食事準備・お風呂のお湯を入れる行為はほぼ毎回実行できるようになった。 ・入浴は本人の気概もあり実行は 1/5 の確率程度だが、0 割から増やすことができた。	・症例の思いとして「お風呂は家族の最後に入るもの」としての思いがあり中々実行に移れない。 ・家族が多いため、後に使えないように家族は入っていて欲しい思いがある。
	同上 ・サロンは周囲の年齢が若くなり嫌になった。 ・商店への買い物は腰部痛のため中止中。	・屋外活動の機会減少	・地域の福祉支援が乗っている冊子を用いて、福祉サービスの情報提供を実施。その中でも興味を持った認知症カフェの情報を担当者に連絡を取り、家族に情報提供を行った。 ・シルバーカーを選定し導入し、実際に買い物へのルートを歩き確認。	・実際に認知症カフェへ行ってみて 1 回/月からだが、続けて行ってみようと思いますと聞かれた。 ・シルバーカーの導入を行い、腰部痛により行けなくなっていた商店への買い物が再開できるめどが立った。	・隣の友達と現在、同じデイサービスに協力して通えないかなどの情報共有を実施中。
2	70 歳　女性 若年性アルツハイマー型認知症 ・要介護 3 ・夫と 2 人暮らし、隣に娘夫婦が住んでいる ・週１回 40 分介入 ・HDS-R7 点 ・MMSE：5 点	・自己肯定感の低下による自宅での低活動化	・デイサービスと共同し、自宅・デイ共にタオルたたみ・豆つまみの導入。椅子・テーブルに座り 2～3 枚を口頭指示で 2 つ折りにして貰う。 ・反復練習を実施して、家族が目を離しても集中して作業出来る時間を作る。	・１回の促しで 1～3 枚を２つ折りにすることが可能。豆つまみは 1～2 ㎝台のものは音で場所を示すことで、ムラあるが実施可能。夫の手伝いとして日常的に促して、失敗を極力減らし、自己肯定感を高めていく。	・失敗することが多いが、「ありがとう」と「できたことを」を伝えながら夫と共に介入中。
3	80 歳　男性 妻、息子夫婦 ・要支援 1 ・週１回 40 分介入 ・歩行・ADL 自立 ・HDS-R19 点	・易怒性の出現	・何気ないことで喧嘩をすることが多くなったとのこと。妻に関わり方指導（お互いの家の仕事を確認等）を実施し、本人の役割としてコーヒーを妻の分も淹れて貰う、一緒に買い物へ	・妻の口調が柔らかくなり、喧嘩も減った。小言を言うことはあるが、本人も笑顔で対応している。	・妻、症例の思いのすれ違いがあるため、お互いが家のことをしているところを再度確認した。

			行く（荷物持ち）をしてもらい感謝を伝えていく。		
	同上	・屋外活動への参加	・地区のサロンへ妻が通っているため、一緒に一度行ってみることを相談。	・訪問リハの終了で運動量が減るため、サロンへ通うことを了承得た。	・サロンの継続。

表 5 事例 1 の詳細を以下に記載する。

ア．事例概要（基本情報）

年齢・性別：80 代、女性。

介護度：要介護 1 。

診断名：2 年前に近医にてアルツハイマー型認知症と診断。

家族構成：息子家族と 6 人暮らしで日中は独居。

生活歴：結婚後、現在の居住地へ引っ越し、縫製業などをしながら生活をしていた。20 年ほど前に夫が他界して以降、仕事はせずに自宅での家事を中心に生活。家族は仕事で忙しいため、家事（食事や掃除、洗濯など）や孫守りなどを行いながら家庭を支えていた。また、老人会で世話役などを務めるなど、他者との交流機会もあり、手芸などの作業を趣味としていた。

現病歴：コロナ禍以降、集まりなどが中止となったことで、他者との交流や外出機会が減少し、老人会も辞めてしまった。その頃より物忘れを自覚するようになり、4 年前に近医で軽度認知症（MCI）の診断を受けて以降も認知機能は低下し、日付が分からなくなることや何度も同じことを聞くようになった。

2 年前、近医の訪問リハビリで OT の指導を受けており、ホワイトボードに事例が行う家事の内容が書かれているという工夫がなされ、以前まではそれを見て自分の仕事を実行していた。しかし、今回更に認知機能低下が進み、何もやらなくなったと家族より介護支援専門員（以下：CM）に相談あり、訪問リハの介入を検討。

イ．事例主治医意見の概要

徐々に認知機能低下を認め、家事は難しくなってきている印象。家族からも食事の味がおかしい時があると聞いている。現状では身の回り動作が出来ることが現実的だが、家族の要望としては、少しでも本人に家事をして欲しいというが、家族からの要望はレベルの高いと感じている。認知症訪問リハビリを活用し、本人の能力をできる限り伸ばし活動性を維持してほしい。

ウ. 事例ケアプラン（第 2 表を転載）

居宅サービス計画書（2）

要介護度　　要介護 1
利用者名　　■■■■　殿　　作成者■■■■

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
毎日の日課（役割）を継続して行うことができる。 （家族の役に立ちたい）	家事（調理、掃除、買い物、洗濯など）を継続して行える	R7.1 ～ R7.12	きっかけを作ることで日課を実施できる	R7.1 ～ R7.6	・作業療法による環境調整、本人が日課を実施できるきっかけづくりを行う ・ホワイトボードで今日やることを明記する （継続） ・家族の声かけや促し ・定期的に生活状況の把握と評価をしてもらう	○	訪問リハビリ 家族	訪問リハビリテーションつばさ お嫁さん、 お孫さん	週 1 回	R7.1 ～ R7.6
百歳体操に参加したり、外出や人と交流する機会を作り、楽しみを持つことができる	外出、人との交流などを多く持てる	R7.1 ～ R7.12	楽しい時間を作ることができる	R7.1 ～ R7.6	・百歳体操の参加、継続する（友人の誘いを受ける） ・リハ職の訪問による交流 （本人の思いなどを傾聴してもらう） ・趣味、興味ある活動の実施 （川柳などを再開する） ・近所の店からの連絡で買い物をする ・通所サービスを検討し利用してみる	○ ○	訪問リハビリ 家族 友人 近所のお店屋さん 居宅介護支援 通所介護	訪問リハビリテーションつばさ お嫁さん 友人 望月商店 芙蓉会居宅介護支援センター	週 1 回	R7.1 ～ R7.6
高血圧症で通院。内服中である。 血圧が高めなので心配である。	病状の管理。体調良く過ごすことができる	R7.1 ～ R7.12	定期的に体調の確認を行い対応できる	R7.1 ～ R7.6	・家族の支援で定期的に受診する ・家族の見守りや声かけで服薬を行う ・毎日の血圧測定 （毎朝血圧測定を行い、服薬する） ・訪問時の体調管理 （血圧や一般状態の確認）	○	医療 訪問リハビリ 家族	県立こころの病院 角田メディカル 訪問リハビリテーションつばさ	週 1 回	R7.1 ～ R7.6

エ. 事例の依頼経緯

家族から「最近物忘れがひどく、今まで一人でいる時に出来ていた家事を全くやらなくなった。」と CM に相談あり。2 年前に訪問リハを利用し ADL・IADL が改善した経験から、CM に訪問リハの活用を勧められ快諾。担当者会議にて初対面し、事例は話した内容もすぐに忘れてしまう状態であり、家族からは何もしないことで更に悪化しては困ると、訪問リハにより今まで通りに家事ができるようになり、活動性が改善されることを期待して週 1 回 40 分の利用開始となる。

オ. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定における支援計画について

（a）支援ニーズ

事例の家事内容の重要度を評価するために、興味関心チェックシートを実施したが内容がうまく理解できなかったため、高齢者絵カードを使用した。高齢者絵カードにおいても 3 段階の仕分けが理解できなかったため「重要である」「重要でない」の 2 段階に仕分けてもらい、実施中・実施後に事例の特に重要に感じている課題などについて質問を行った。高齢者絵カードから事例は「家事において家族のために働くこと」を重要視していることがわかり、「家の仕事が続けてしたい。食事準備がしたい。」というニーズが聞かれた。

家族にも事例が選出したカードについて話を伺った。家族からは「食事や食器の片付け、後がつかえるので入浴をしておいてくれたら助かる。」ということが聞かれ、以前まで趣味として行っていた組紐や俳句などの活動は現在好まれていないということであった。事例・家族共に希望された家事動作について認知症訪問リハとして支援を行うことで合意した。

（b）アセスメント（下図）とアセスメントのまとめ（アプローチする生活行為）

事例の課題として、①ホワイトボードを見ることを忘れてしまい、動作開始に至らないこと。②食器をどこにしまってよいのかが分からないことが挙げられた。支援計画としてどちらについても聴視覚に問題がないため、それを利用した環境調整を行い、事例の気づきを得ることとした。また、どちらの問題点も訪問リハ利用時だけの対応では困難であると判断し、訪問時以外でも実際にできているか確認を行うために、ほぼ毎日家族と連絡を取り合いながら、環境の調整や、反復練習を依頼し、次回訪問時までに家族と課題共有を行うこととした。

表　アセスメント

	心身機能	活動	参加
弱み	・日時見当識、短期記憶、注意機能低下 ・HDS-R：17 点 ・MMSE：18 点 ・歩行時に腰部痛あり	・家事仕事の開始時間を忘れてしまう ・屋外活動機会の減少	・家に閉じこもり買い物へ行くこともなくなった
強み	・視覚聴覚良好 ・理解力良好 ・手続き記憶良好 （１品物の調理）	・ADL、歩行独歩自立 ・IADL も促しがあれば自力で可能 ・ホワイトボードをみれば動作を開始できることあり	・元々月 1 回，友達とサロンへの参加していた

環境因子	個人因子
・食器の種類・数が多く分かりにくい ・体操教室に 1 回り以上若い人しかいない ・友達が自宅へ遊びに来ることがなくなった ・家族が積極的であり支援が受けやすい	・「家族の最後にお風呂に入る」という考え ・ホワイトボードを見て行動する習慣がある ・家族のために何かをしたいという意欲が高い

アセスメント	・短期記憶・注意機能の低下から、今まで出来ていた食器を食器棚に返すことや、家族が帰る前に入浴をすますことができなくなってきている ・隣近所との交流も減っており、仕事を忘れて自室でテレビを見ていることが増え、外出機会の減少になっている ・腰部痛もあり以前は１/週で商店へ買い物に行っていたが現在は行っていない。 ・家族が認知症リハに対して以前介入していた経緯もあり理解があり、サポートが見込める

（c）支援計画

本人への働きかけ（反復練習）	・アラームが鳴ったら動作を開始するように習慣化する ・食器返却の練習を繰り返す

家族への働きかけ （家族指導）	・リハ時間外でも経過の報告やアドバイスのためにショートメッセージの導入 ・自宅での反復練習指導 ・事例のできなくなった活動への支援説明 ・近隣の福祉サービス、認知症カフェの情報提供
環境への働きかけ	・アラームの導入 ・食器返却の場所をわかりやすく提示 ・シルバーカーの導入

【介入の頻度】

週 1 回：40 分の介入を 3 か月間実施

カ．支援経過

動作開始困難への介入として、動作を開始できるようにアラームを設定したが、何のアラームかを理解できないため逆に混乱を招く結果となり、家族に即時に中止を依頼した。次に、ボイスアラームを導入し「何をして欲しいか。」を伝えるように設定。混乱はしなくなったが聞いたことを忘れ動作開始に至らないこともあった。そのため、以前まで習慣化されていたホワイトボードが目につくようにボイスアラームを配置したことで、食事の準備・入浴ともに今まで通りに可能となった。しかし、ボイスアラームから離れたところにいると聞こえないこともあったため、適切な回数や間隔でボイスアラームが鳴るように何度か調整を行う必要があり、時間外でもショートメッセージで家族との情報共有を行った。

食器返却の介入として、ラベリングや食器棚に写真を掲示して置き場所をわかるようにすることを提案したが、見た目の問題から家族の受け入れが悪く導入困難であった。そのため、事例の片付ける動作の再評価し、同じ食器を重ねていることが多いとわかった。食器棚に食器を 1 つ残して同じ食器の所に片付けるように工夫したところ、間違いがなく片付けることが出来た。しかし、弁当箱やあまり使わない皿があると、間違えた場所や食器棚以外へ片付けてしまうといった行動を認めた。家族へ食器の整理や配置替えを提案したが、家族が使いにくくなることへの忌避感があったため、同じ食器が見つからなかった時用の返却コーナーを作成。その場では出来るようになったが、別のことをしてから再度行うと、返却コーナーの使用には迷いが見られたが、繰り返し練習を行うことで可能となり、家族もスムーズに使うことが出来るようになった。

キ．支援結果と考察

訪問リハを 3 か月継続し、家事は可能となった。しかし、日中の仕事を終えてしまえば何もすることがなく低活動であり、認知機能低下の進行が危惧された。以前までは地域のサロンに通っていたようだったが、コロナ禍以降の再開時に年齢層が変わり友人も減少したため行かなくなった。事例からも「若い人の集まりには行かない。」といった発言が聞かれた。そのため、日中の活動量維持目的に地域サービスへ繋ぐために、家族へサロンに通っていた友人が利用する通いの場を聞いてもらい、CM に情報提供して年齢層の調査を依頼した結果、地域サービスへと繋がり、外出機会を確保することもできた。

訪問リハで①慣れ親しんだ作業や手続き記憶といった残存能力を活かしたこと。②家族を含めた環境

調整・指導を行ったこと。③それにマッチングさせるための反復練習を行ったこと。この 3 つ適切に評価し、展開したことで生活機能の改善に繋ぐことが出来たと考える。

ク．認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定する上での課題

認知症の対象者に対しては、この事例のように訪問リハに繋がる機会は十分とは言えない。軽度の認知機能低下による生活障害を呈した対象者がいても、介護保険の認定すら受けていないことが多く、家族も ADL に大きな支障がないことから、介入に至らないことがほとんどのため、軽度者への訪問リハの介入については今後の課題であると感じた。また、病院退院時に認定を受けていたとしても、家族の負担を軽減するサービスが優先され、認知症訪問リハの必要性の理解を得ることが十分ではなかった。また、限度額の課題や料金が加算されることへの忌避感は否めない。これらのことから、世間的に認知症訪問リハの必要性の理解が十分ではないと考えられたため、他職種や本人・家族、ひいては地域・行政に対しても、認知機能低下が生じても、生活機能を維持していく作業療法の必要性について普及・啓発が課題であると思われる。

また、今回の事例を通じ、当施設の枠の兼ね合い上 1 回/週での介入となったが、週 1 回の介入では訪問リハ中に満足に反復練習も実施できず、環境調整を実施しても定着しない可能性もあると考えられる。しかし、訪問リハ以外でも家族の積極的なサポートができること、訪問リハの時間外でもサポートをできる体制があれば生活機能が改善する可能性も示唆できた。

（２）尼崎地区での実施状況

① 尼崎地区の概況

兵庫県モデル地区は市単位とし尼崎市にて実施した。概況は表１のとおりである。

表１　尼崎地区の概況

兵庫県モデル地区			地域包括支援センター	医療機関	居宅介護支援事業所	訪問リハ
	人口	高齢化率	委託	医療機関数	事業所数	事業所数
尼崎市	459,593	28.60%	12	972	195	31
認知症疾患医療センター：兵庫県立尼崎総合医療センター　１か所						
【医療介護連携のとりくみ】 在宅医療介護連携の拠点として医師会内に「あまつなぎ」を開設：各種連絡会や研修会等を実施						

日本医師会地域情報システム,介護保険事業計画データベースを参照（参照日 2024.11.12）

② 地区委員会の開催と主な意見

本事業を推進していくため、モデル地区の医師会や医療・介護連携支援センター、ケアマネジャー協会、地域包括支援センター、介護支援専門員協会、訪問リハビリテーション事業所と認知症の認知症短期集中リハビリテーションサービス導入等のための課題等を検討する地区委員会を設置した。
推進委員の委員構成は表２のとおりである。

表２　尼崎地区委員会構成員

組織・団体	職（職種）名	氏　名
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
一般社団法人　尼崎市医師会	副会長	原　秀憲
	理事	夏秋　恵
尼崎市医療・介護連携支援センター	主任コーディネーター	小林　優子
	コーディネーター	北村　浩子
尼崎市ケアマネジャー協会	会長	三ツ松　徹
	理事	濱野　朋美
	理事	矢野　優樹
地域包括支援センター	管理者	松永　雄一
介護老人保健施設ひだまりの里　訪問リハビリテーション	理学療法士	宮本　和也
潮江診療所　訪問リハビリテーション	理学療法士	梶本　啓太
	理学療法士	矢田　京子
はくほう会セントラル病院　訪問リハビリテーション	作業療法士	安岐　俊介
介護老人保健施設ローランド　訪問リハビリテーション	理学療法士	桑山　浩明
はらクリニック　訪問リハビリテーション	理学療法士	崎野　祐吾

兵庫県立尼崎総合医療センター	センター長	宮井　宏之
認知症疾患医療センター	公認心理師	若菅　彩
一般社団法人　日本作業療法士協会	作業療法士	長倉　寿子

委員会における主な意見については、表 3 のとおりである。

表 3　委員会の開催状況と主な意見

開催状況	議　題	主な意見
令和 6 年 8 月 22 日（木） 16:00～17:00	（1）事業の取り組み経緯 （2）事業概要 （3）研修会	・事業目的の確認。費用額のこともあり、すでにサービス利用している方に加算算定は困難。 ・退院直後の方であっても生活支援のサービスも入れていく必要がある。上限額あるなかで導入は難しそう。 ・実践事例対象者について、加算算定が要件となるか。加算算定を要件とすると事例を挙げるのが困難ではないか。 ・地区の規模から医師数も多く、認知症のリハビリテーションの普及に取り組むには期間を要する。
令和 6 年 11 月 28 日（木） 16:00～17:00	（1）研修会開催報告	・参加した介護支援専門員からも好評であった。（介護支援専門員） ・リハ＝身体リハ、認知症は環境調整や服薬、と思ってきた。今回認知症リハを知り効果について認識はしたが、まだ具体的な実践をイメージできていない。（医師） ・訪問リハビリテーション自体の認知度が低い、リハビリといえば訪問看護ステーションのリハのイメージが強いのではないか。（地域包括） ・認知症とリハが関連して捉えらえてこなかったと思う。周知に取り組みたい。（医療介護連携支援ｾﾝﾀｰ）
	（2）地区での認知症のリハビリテーションの状況について	・身体機能への対応を中心に訪リハが入っている事例がある。プラン見直しに際し、認知症へのリハの介入を検討したい。（介護支援専門員） ・要介護 5 で介入を拒む事例。自宅内の安全な移動に優先して取り組んでおり、生活環境への介入はこれから。（訪問リハ） ・他県から転入の新規事例、要介護 3 。未診断だが軽度の認知症状がある。訪リハ事業所は認知症短期リハについて前向きに検討したいとのこと。（介護支援専門員）

令和７年 ３月 12 日（水） 15:00～16:00	（1）尼崎地区における認知症のリハビリテーションの取り組み結果について	・短期集中リハ加算はこれまでも算定してきたが、認知症短期集中はどういうふうに算定するのか最初は分からなかった。（介護支援専門員） ・家族の認知症の理解は進んでいないが、カレンダーに予定を書いておくなど対応はしてくれるようになった。（介護支援専門員） ・実際の算定には至らなかったが、IADL に働きかけた結果、変化は見られた。実際に取り組んでみて、こういう方が対象になるのかなと思った。（介護支援専門員） ・身体的な機能改善が必要な方も多く、どうしてもリハ目標が身体的な ADL 改善になる。認知症のリハビリテーションとしての目標の立て方が難しく、認知症短期集中としての目標の切り分け方で悩んだ。（訪問リハ） ・今回の事例においては、ケアプランセンターと訪リハが同じところにあり連携のしやすさはあった。（介護支援専門員） ・家族の理解に課題がある、デイサービスを拒否しているなど、様々なケースがあるのだと知った。介入は、難しいかもしれないが、通所できない方もいるので、そういう方に訪問リハが必要なのだろうと思う。（認知症疾患医療センター） ・認知症の方の生活環境を整えて、生活を継続するためのアプローチが非常に大切なことを知れた。啓発を進め、対応できるスタッフを増やすこと、自身も研鑽してさらにいい取り組みができるようになりたい。（訪問リハ） ・手続き記憶が残るといった認知症についての理解をし、生活歴をアセスメントし、ADL,IADL の改善によってその人らしい生活ができるように、プランを立てるのが介護支援専門員の専門性。QOL に関わる参加の部分には作業療法士の力が活かせるのではないか。実装の事例を通して気づきを得られたことはよかった。（介護支援専門員）
	（2）取り組みの所感と認知症のリ	・今回の事業への参画で、生活機能に働きかけるリハビリテーションがあることを知った。生活のバックボーンに

	ハビリテーションを推進する上での課題	も目を配り、どうやって QOL を高めていくかが、認知症のリハの課題である。（介護支援専門員） ・在宅で認知症に関わるのは無限大の可能性がある。関わり方を考え直したり、スタッフ皆で話す機会にもなった。関係の事業所ともっと話し合えるようになればと思う。（訪問リハ） ・認知症リハビリテーションという名称が受け入れづらい方もいる。「認知症」に反応する人もいる。名称の工夫は要るのではないか。（地域包括支援センター） ・自宅の生活を維持できるように生活機能に働きかけるための訪問リハの役割と、あらためて難しさを感じた。（訪問リハ） ・疾患センターの診療のなかでもリハという言葉を使わせてもらうことが多いが、機能改善のイメージを持っている方が多い。生活を維持していくための認知症のリハという概念はこれから益々重要になってくると思った。（認知症疾患医療センター）

③ 研修会の開催状況

尼崎地区では、認知症の方を地域で支えるためのリハビリテーション研修会と題し、2 回の研修会を開催した（表 4）。開催周知に際し、尼崎市医師会、尼崎市ケアマネジャー協会に協力いただいた。石川地区と同様に、参加者アンケートを実施し、認知症のリハビリテーションに関する啓発普及を兼ねた意識調査を実施した。併せて、2 回の研修会に参加した者に対し、その意識の変化についても検討した。アンケート結果は石川地区とあわせ 3）に掲載。

表 4　認知症の方を地域で支えるためのリハビリテーション研修会の開催

日時	内容	参加者
令和6年10月16日　(水) 14:30～17:00	●認知症の人の生活を具体的にイメージする 認知症の人と家族の会 理事 丹野 智文 氏（収録） ●認知症の理解と最新情報 石川県立こころの病院 院長　北村　立氏（収録） ●認知症のリハビリテーション・事例紹介」 石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター 副センター長　村井　千賀　氏 ●認知症リハビリテーションの推進のための	介護支援専門員　47名 医師　1名 リハ職（PT,OT）　2名 地域包括　4名 看護師　1名 その他　3名 合計　58名

	調査研究事業の概要 日本作業療法士協会 長倉　寿子　氏	
令和7年3月12日（水） 16:00～17:00	●「認知症リハビリテーションの推進のための調査研究事業」報告 日本作業療法士協会 長倉　寿子　氏 ●訪問における認知症短期集中リハビリテーションの実際と課題 （パネルディスカッション） はらクリニックケアプランセンター 主任介護支援専門員 矢野　優樹　氏 はらクリニック(訪問リハビリテーション) 理学療法士　﨑野　祐吾　氏	介護支援専門員　20名 リハ職（PT）　4名 地域包括　1名 医療・介護連携 支援センター　2名 合計　27名

④ 訪問リハビリテーションの実施

居宅支援事業所 3 カ所で 1 事例ずつ認知症のリハビリテーションを意識した取り組みが行われた。いずれも認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定には至っていない。

【事例１】

ア．事例概要（基本情報）

年齢・性別：93 歳、男性

介護度：令和 7 年 1 月～要介護 1

診断名：大腸がん、平成 25 年 8 月：正常圧水頭症・アルツハイマー型認知症。
糖尿病・両変形性膝関節症・腰椎椎間板症、令和 4 年 8 月胆管がん。
令和 5 年左大腿骨頸部骨折。

家族構成：妻（要支援 1 と同居）と 2 人暮らし。

生活歴：訪問リハを利用し、買物等は奥様がされていたが、奥様が救急搬送となり、入浴や買物などが難しくなった。奥様退院後はデイサービスに週 2 回行く事となった。その後、令和 5 年秋に自宅で転倒され、左大腿骨頸部骨折で入院、人工骨置換、リハの為 A 病院に転院しリハを経て退院。訪問リハ、デイサービスと訪問看護を新に加え現在継続中。

イ．事例主治医意見の概要

高齢で妻と 2 人暮らしであることから、リハビリテーションを含めた加療継続が必要と考える。

介護サービスの利用により ADL の改善が見込まれる。

ウ．事例のケアプラン

長期：定期受診、訪問看護、訪問リハビリテーションの実施で、身体状況の悪化を予防でき、在宅生活が維持継続できる。

短期：週 3 回の訪問リハビリで、外出での買物に行けるように体力や室内外の身体の動きなど改善が出来る。

エ．事例の依頼経緯

令和 3 年 12 月、前任 CM より計画を引き継ぐ。

オ．リハビリテーション実施計画（訪問事業所）

T 病院訪問リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定はなし。

カ．支援経過

令和 4 年 8 月胆管がん、T 病院にリハビリの為入院、退院後より訪問リハビリ 1X2 回を週 3 回（月・水・金）開始。令和 5 年 8 月奥様入院、退院後、デイサービス週 2 回利用。令和 5 年 8 月自宅内で転倒、左大腿骨警部骨折にて OP 後転院しリハビリテーションを受け、令和 6 年 1 月退院時より訪問看護を週 1 回導入。

キ．生活行為に対する認知症リハビリテーションの内容

困っている生活行為	支援内容	支援結果	今後の課題
・歩行障害（屋内は伝い歩き） OPE 後の体力、下肢筋力の低下により、屋内外の移動が不安定	・週 5 回の身体的な機能訓練・介入（通所+訪問）	・自宅室内の移動は手すりと 4 点杖で安定して行われている。 ・体力の回復 ・要介護度認定の更新 要介護 4→要介護 1 （令和 7 年 1 月）	・入浴 十分な洗体や保清ができていないが、入浴介助の支援について本人は、まだ大丈夫と返答。認知機能の低下との関連性はアセスメントできていない。
・IADL：買い物（妻の代わり）が一人では困難	・ヘルパーの付き添い	・本人の一番の希望は買い物	・関心ある物の買い物 以前は、通院帰りに本屋等に行っていた。
・屋外活動の機会減少			・他者との交流の機会を作る

※FAST 3 ～ 4 レベル

ク．支援結果と考察

週 3 回の訪問リハビリテーションを受け、自宅室内の移動は手すりと 4 点杖で安定して行われている。デイサービスで実施しているリハビリテーションと合わせ、週 5 回のリハビリテーションを受けていることになる。リハの効果もあり、要介護 4 から要介護 1 となり、以前行っていた外出による買い物を再

開の方向で計画に位置付けた。

ケ．認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定する上での課題

心身機能の改善の結果、介護度が下がった。現在、著名な BPSD は見られず、訪問リハビリテーションによるサービス回数の見直し、身体運動による ADL 改善を優先し、算定無し。

【事例２】

ア．事例概要（基本情報）

年齢・性別：86 歳、女性　家族状況　独居、長女が T 市に在住

介護度：要介護 5

診断名：アルツハイマー型認知症、 腰椎脊柱管狭窄症術後

家族構成：独居、長女が T 市に在住

生活歴：30 代の頃にご主人が他界。企業の会計担当として定年まで従事される。定年後は独居での生活であったが、認知機能の低下見られ徘徊などがあり、近隣の親戚から介護保険の申請を依頼され、申請に至る。腰背部や膝の痛みによる歩行困難への対応として訪問リハビリテーションを利用。

イ．事例主治医意見の概要

腰の痛みが強く歩行困難で転倒リスク高い。

ウ．事例のケアプラン

ニーズ：腰や膝の痛みが強くあり、リハビリにより痛みの緩和や動作が行えるようにして欲しい。

目標：安全に移動できるように支援する。

エ．事例の依頼経緯

親族から認知症のリハビリテーションの依頼があった。リハビリテーション実施計画書（訪問事業所）計画書あり。

オ．リハビリテーション実施計画（訪問事業所）

室内歩行は伝い歩きもしくは四つ這い移動、両変形性膝関節症にて痛みあり、下肢に筋力低下あり。

訪問リハビリテーションの内容：①下肢筋力強化運動（足、膝、股）
②室内移動練習（居室からトイレ、台所）当初は玄関アプローチ（デイサービス利用目的）
③台所での立位保持、バランス練習。

カ．支援経過

介入開始時、食事は配食利用。現在は家人の買い出しした食物を、冷蔵庫から取り出し適宜食事されている。火は使わない、電子レンジやポットは使用できている。炊飯器も使用、食器は水につけて置いている。経過中に脱水、食中毒や腸炎など症状無く経過。散乱していた尿取りパッドはみられなくなり、トイレへ移動し排泄している。

キ．生活行為に対する認知症リハビリテーションの内容　（報告会で紹介）

困っている生活行為	支援内容	支援結果	今後の課題
・腰・膝の痛みで、トイレ等の室内移動が困難	・機能改善のための運動療法 ・室内移動練習：四つ這いから、立ち上がり、立位保持の練習 ・居室からトイレ・台所・玄関アプローチの移動練習	・四つ這いが主であるが、転倒なく、移動できている。	・時折、屋外へ出て迷う。 本人から「今いるところが分からなくなった（以前飼っていた犬を探しに行った）」、「なんとなく不安」などの訴えが聞かれる。
・室内に尿取りパッドが散乱している	・トイレへの移動練習（再掲）	・トイレへ移動し、散乱することはなくなった。	・入浴や保清の状況の把握が不十分
・食事の準備 ※買い物は家人、火は使わない	・台所での家電使用の反復練習 ・冷蔵庫の中の食品の確認	・電子レンジやポット、炊飯器の利用・使用ができている。 ・冷蔵庫から取り出して適宜食事されている。（以前は、配食利用） ・脱水・食中毒、腸炎など無く経過している。	・食事（水分）の摂取状況の把握が不十分 ・食器は水につけて置いている。
他者に対する拒否		・セラピストの顔や名札を見て笑顔が見られる。 ・呼び鈴を鳴らして入室すると怒ってしまうので、そっと入って名札を見せるようにしている。	・本人の拒否を見極めつつ関わりを継続する。

※FAST４～５レベル

ク．支援結果と考察

膝の痛みにより移動は四つ這いが主となり、転倒はされていない。四つ這いから、立ち上がり、立位保持、台所での家電の使用反復練習、冷蔵庫中の食品の確認を実施。最近はセラピストの顔や名札をみて笑顔がみられている。時折屋外徘徊あり。理由を聞くと、居るところが分からなくなった、

なんとなく不安、（以前飼っていた）犬を探しに行ったなど訴えられている。家族の認知症への理解は変化なく、まだ在宅が継続できると考えているが、カレンダーに予定を書いてくれるようになった。

ケ．認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定する上での課題

認知症に対する算定依頼に繋がらず、身体機能、運動機能、ADL 向上目的での依頼が多く、認知症対応が可能であることまたは必要であることの周知や効果の理解が必要である。

【事例３】

ア．事例概要（基本情報）

年齢・性別：93 歳、男性

介護度：要介護 3

診断名：脊柱管狭窄症、狭心症、前立腺肥大、睡眠時無呼吸症候群

家族構成：妻と 2 人暮らし

生活歴：F 県で生まれ一級建築士として設計事務所を構え 50 年以上続けてきた。平成 15 年に長女が住んでいた G 県のマンションに夫婦で入居。2 年後に長女が結婚し H 県に行き、それ以降は夫婦で 2 人暮らし。80 歳で設計事務所を閉鎖し令和 6 年に長女がいる A 市のマンションの階数違いに引っ越す。家族より認知機能低下の情報あり。

イ．事例主治医意見の概要

ステント留置し在宅酸素を使用している。

ウ．事例のケアプラン

下肢の浮腫がありしびれと痛みが継続しているが歩行動作の獲得をしたい。

エ．事例の依頼経緯

地域包括支援センターよりＩ県より娘夫婦の住むマンションに引っ越されるので担当の依頼があった。

オ．リハビリテーション実施計画（訪問事業所）

室内歩行は伝い歩きか 1 本杖歩行、痛みはなく左足関節背屈筋麻痺があり、尖足歩行。

訪問リハビリテーションの内容：歩行実用性の向上を目的に、①関節可動域運動、ストレッチ
②筋力強化運動 ③動作練習 ④全身調整運動。

カ．支援経過

屋内基本動作はゆっくり自立されており、右足背屈筋麻痺あるも膝股関節の屈曲で代償歩行されている。伝い歩きは、1 本杖で歩行可。 屋外は押し車にて見守りで歩行可。

キ．生活行為に対する認知症リハビリテーションの内容

困っている生活行為	支援内容	支援結果	今後の課題
・下肢の浮腫がありしびれと痛みが継続している。歩行動作の獲得をしたい。	・機能訓練、全身調整運動 ・歩行動作練習	・屋内歩行は伝い歩きか 1 本杖歩行 ・痛みなし ・屋外は押し車（見守り）	・右下肢背屈筋麻痺あるも膝股関節の屈曲で代償歩行 ・日中は呼吸苦ないが少し運動すると息が上がる様子あり、自覚症状なし。就寝時は酸素 2L 吸入中。

※ FAST 2 レベル

ク．支援結果と考察

日中は呼吸苦ないが少し運動すると息が上がる様子あり、自覚症状なし。就寝時は酸素 2L 吸入中。今後はデイサービスの利用を希望している。

ケ．認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定する上での課題

訪問事業所は加算を検討中だが進展なし。在宅医療と訪問看護も同じ法人内のため訪問リハだけ他事業所利用も困難かと思われる。身体リハビリを継続中で主治医への説明も検討課題である。また家族は認知症の傾向を認めているが本人が理解していないことと BPSD が見られないため、認知機能低下に対する生活機能障害のアセスメントおよび介入の必要性をどのように進めていくのかが課題である。

3）介護支援専門員向けアンケートの結果

（1）地区での初回研修のアンケート結果

① 回答者の属性

回答者数		有効回答	介護支援専門員としての実務年数	保有資格（重複有）
全体（n=88）		84	11±6.0 年 （1-25 年）	介護福祉士 60 社会福祉士 13 看護師 6 その他[#1]・未記入 13
地域別内訳	石川県（n=37）	37	10.0±5.4 年 （1-25 年）	介護福祉士 23 社会福祉士 6 看護師 2 その他・未記入 11
	尼崎市（n=51）	47	13.2±6.2 年 （1-24 年）	介護福祉士 37 社会福祉士 7 看護師 4 その他・未記入 3

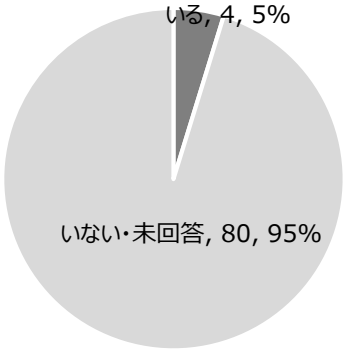
＃1：精神保健福祉士 2 名，管理栄養士 1 名，作業療法士 1 名，歯科衛生士 1 名，福祉用具選定委員 1 名

② 介護支援専門員一人あたりの担当者数

		平均担当者数（内,認知症の方）	認知症の人に通所・訪問リハを導入した経験
全体		37.2±12.1 名 （15.6±10.6 名）	あり 63（75%） なし 20（24%）
	石川県	42.1±9.9 名 （19.7±10.6 名）	あり 27（73%） なし 10（27%）
	尼崎市	33.0±12.3 名 （12.2±9.4 名）	あり 36（77%） なし 11（23%）

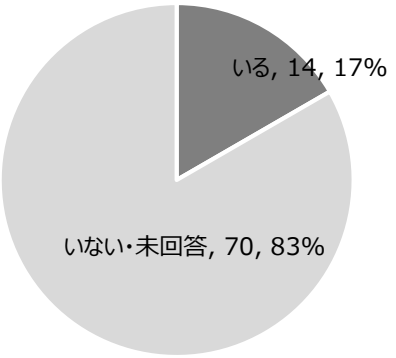
③ 現在担当の利用者に認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者がいるか

	いる	いない・未回答
全体	4 名	80 名
石川県	3 名	34 名
尼崎市	1 名	46 名



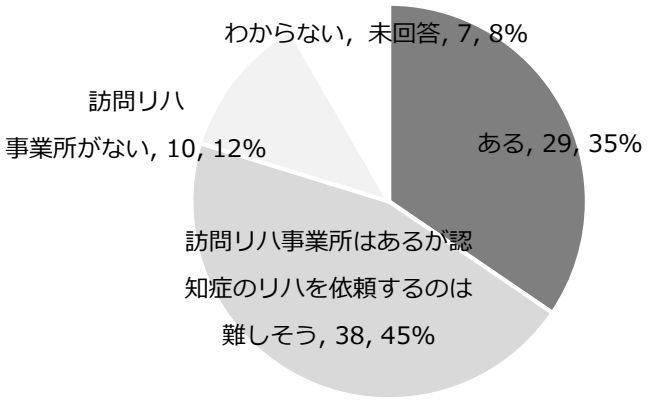
④ 加算を検討したい利用者はいるか

	いる	いない・未回答
全体	14 名	70 名
石川県	9 名	28 名
尼崎市	5 名	42 名

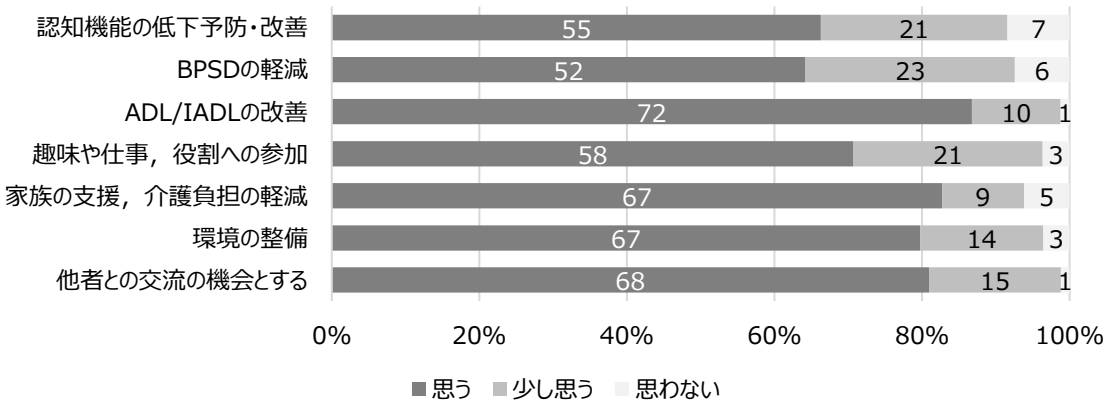


⑤ 近隣に認知症のリハを依頼できる事業所はあるか

	ある	訪問リハ事業所はあるが認知症のリハを依頼するのは難しそう	訪問リハ事業所がない	わからない，未回答
全体	29 名	38 名	10 名	7 名
石川県	13 名	16 名	7 名	1 名
尼崎市	16 名	22 名	3 名	6 名

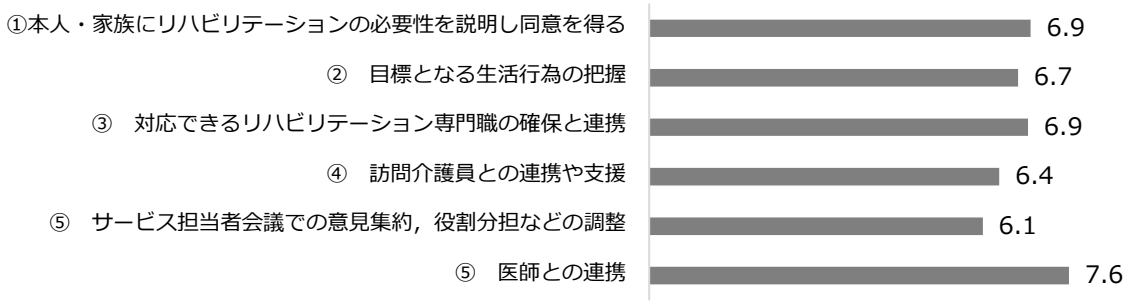


⑥ これまで認知症の方にリハを導入した目的



⑦ 認知症リハをケアプランに入れる際の難しさの程度（10 点中）

	全体平均	地域別	
		石川	尼崎
①本人・家族にリハビリテーションの必要性を説明し同意を得る	6.9	6.4	7.3
②目標となる生活行為の把握	6.8	6.9	6.7
③対応できるリハビリテーション専門職の確保と連携	7.0	7.2	6.9
④訪問介護員との連携や支援	6.6	6.4	6.6
⑤サービス担当者会議での意見集約、役割分担などの調整	6.2	6.2	6.1
⑥医師との連携	7.7	7.6	7.8



⑧ その他の課題（自由記載）

本人・家族の同意に関して

本人にリハビリの必要性が理解できない事が多い
本人が自分が認知症と思わない
利用料金を納得してもらえるか
説明がどこまで理解し同意を得れるか？
お金、他のサービスとの調整

生活行為の目標の把握

1 ヶ月に 1 回の訪問ではなかなかつかめない
独居で認知症の方は把握しづらい
利用者の困りごとが短期集中リハに適しているのかどうかの判断が難しい

リハ職の確保・連携

どのリハビリテーションが良いか知識がない
対応できる事業所の把握
リハビリのサービスは主治医の書類が必要
セラピストが認知症のリハビリテーションを理解しているのか
何ヶ所かに聞くが、「実施予定はない」と言われた
ST が少ない

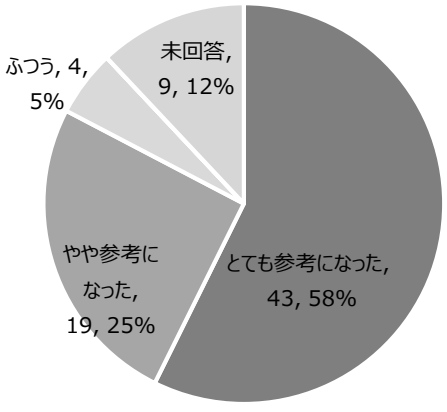
日時や担当者をえらべない
訪問介護との連携，導入
一緒に行うと身体介護になるので費用は高くなる
ヘルパー人材不足の中でヘルパーの時間的余裕がない
サービス提供責任者はよくてもヘルパーまで伝えるのが大変
サービス担当者会議
あつまる時間調整がむずかしい
費用
限度額内でのケアプラン、費用面の負担
加算に金額もかかるため、限度額も意識する
ただでさえ介護計画の理解が高くないのに、さらに・・・は難しい
限度額管理、利用者の負担増大
医師
リハビリテーションに対する理解のある医師とそうでない医師がおられると思う
訪問診療医以外の、特に大きな病院は連携が難しい
医師の意見が強い
リハビリのサービスは主治医の書類が必要
主治医が具体的に必要と認めてくれるのかという不安がある
地域の病院の先生は相談しやすいですが大学病院は難しい

⑨ 研修会の満足度（10 点満点）

8.7±1.2 点

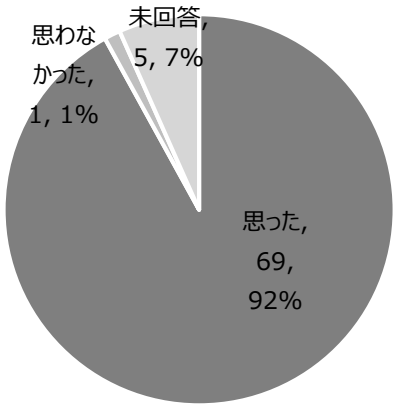
⑩ 研修会は参考になったか

とても参考になった	43 名
やや参考になった	19 名
ふつう	4 名
あまり参考にならない	0 名
参考にならない	0 名
未回答	9 名



⑪ 研修を受けて，認知症のリハビリテーションを導入しようと思ったか

思った	69 名
思わなかった	1 名
未回答	5 名



（２）研修参加前後比較

初回研修（かほく地区 8 月，尼崎市 9 月）および第２回研修（かほく地区 2 月，尼崎市 3 月）の研修会に参加した介護支援専門員のアンケートの結果を比較し、意識の変容について検討した。

① 分析対象者

２回の無記名式アンケートに回答した介護支援専門員のうち，前後比較可能であった **10 名**
（ケアマネ実務経験年数 8.0±5.4 年）

② 担当中の全利用者に占める，認知症または認知症の可能性を疑う利用者の割合

全体に認知症または認知症の可能性を疑う利用者の増加が認められた。

介護支援専門員 10 名の回答

	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏	E 氏	F 氏	G 氏	H 氏	I 氏	J 氏	平均
初回	43%	100%	89%	14%	69%	29%	88%	25%	40%	38%	53%
2 回目	75%	100%	94%	69%	86%	30%	89%	7%	45%	38%	77%

（人数を質問し割合を算出）

③ 認知症のリハビリテーションの導入経験

回答者全員が認知症のリハビリテーションの導入に至っていた。

	あり	なし
初回	70%	30%
2 回目	100%	0%

④ 訪問による認知症短期集中リハビリテーション実施加算中の方の有無

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定状況に変化は見られなかった。

	いる	検討中	いない・未記入
初回	1 名	3 名	6 名
2 回目	1 名	3 名	6 名

⑤ 認知症の訪問リハ導入に向けた課題

ケアプランに認知症のリハビリテーションを導入する場合の課題や難しさの程度では、本人・家族への説明と同意は下がった一方で、訪問介護員との連携や役割分担の調整、医師との連携は困難さを感じる度合いが上がっていた。実際に導入を検討してみて、課題がより具体的になったとも考えられる。

	初回	2 回目
①本人・家族にリハビリテーションの必要性を説明し同意を得る	7.3	6.4
②目標となる生活行為の把握	6.3	7.1
③対応できるリハビリテーション専門職の確保と連携	7.3	7.9
④訪問介護員との連携や支援	6.8	7.9
⑤サービス担当者会議での意見集約、役割分担などの調整	6	7.1
⑥医師との連携	7.2	8.3

４）まとめ

２ 地区での実装検証事業を通して、認知症のリハビリテーションそのものの啓発・普及、リハビリテーション専門職と介護支援専門員等への研修、サービス提供のあり方についての課題が提示された。

（１）認知症のリハビリテーションに関する啓発普及

地区委員会及び介護支援専門員のアンケート、事例のまとめからも、認知症のリハビリテーションに関する理解の普及が必要であるとの意見が多く挙げられていた。

介護支援専門員からは、今回の事業への参画で、生活機能に働きかけるリハビリテーションがあることを知った、介護支援専門員が残存機能を活かして生活を続け、QOL を高めるためのリハビリテーションを意識して今後取り組む必要がある、といった意見や、一方で、実際に取り組んでみると、要介護１でデイサービスの利用となるケースが多く、特に認知症短期集中リハについては、家族の理解がないと導入が難しい、といった意見があった。

医師からは、家族は物忘れと問題行動に（だけ）関心が向き、ＡＤＬが低下していくことにはあまり注意が向かない、迷子の心配はするが、洋服を着れなくなることには思い至らない、認知症は生活がしづらくなる、生活機能障害が起こる病気ということを、とくに初期に関わる支援者が強調する必要があるとの意見があった。また、別の医師からは、今回の取り組みで訪問リハは認知症の生活機能障害に対して非常に有用ということがわかったとの意見もあった。介護支援専門員のアンケートでは医師のリハビリテーションに対する理解についての指摘もあり、医師への認知症のリハビリテーションの啓発の必要性も窺えた。

地域包括支援センターからは、「ヒント集」のような認知症のリハビリテーションを普及啓発するための良い媒体があるといいとの意見があり、実際に家族への説明に活用したとの報告もあった。

（２）研修の推進

両地区で実施した研修の満足度はいずれも高く、研修受講後に認知症のリハビリテーションを導入しようと思った介護支援専門員は ９ 割を超えていた。事例検討会などの場で、認知症のリハビリテーションの実践に関するいろいろな事例を知りたいとの意見もあった。

リハビリテーション専門職からは、身体的な機能改善も同時に必要なことも多く、リハビリテーションの目標設定に難しさを感じた、また、介護支援専門員のアンケートでは、近隣に訪問リハ事業所はあるが認知症のリハを依頼するのは難しそうとの回答が 45%あり、リハビリテーション専門職が認知症のリハビリテーションを理解できているのかを問う意見もみられた。認知症のリハビリテーションに関するリハビリテーション専門職への技術研修の必要性が示唆された。

（３）サービス提供の在り方

医師や介護支援専門員からは、介護認定を受けても介護サービスの導入に至らない人に対して、訪問リハで生活機能の評価をすることを検討できると良いのではないかとの意見が出された。特に、家族や周囲が生活の課題を把握しづらい独居の方へ、訪問リハ支援をすすめていくべきではないかとの意見が聞かれた。

訪問リハビリテーション事業所からは、自宅の生活を維持できるように生活機能に働きかけるための訪問リハの役割を改めて認識した、実践を通して、在宅、訪問だからこそ作業療法のできることの強みが発揮できた、引き続き連携していきたいとの意見がある一方で、もっと多く介入したかったが、リハ職が少ないため、介入回数が限られた、といった訪問リハビリテーションの人材不足も意見として挙げられた。

その他として、作業療法士は認知症疾患医療センターや地域包括支援センターに配置職種になっていないため、配置について働きかけるべきではないかとの意見があった。

６．事例集（認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集 改訂版）

認知症の人が安心して生活を続けられるようにするためには、生活の躓きの要因を理解し、環境調整や適切な支援を行うことが重要である。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」において作成された認知症の人の残存能力を活用した日常生活自立のための手引き「認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集」は、医師や介護支援専門員、認知症の家族から、具体的な工夫のしかたが理解しやすいと活用されている。今年度事業では、その改訂版として冊子を作成した。

１）認知症の特性とアセスメントの重要性

認知症の症状は、原因となる疾患によって特異的に異なり、また個人ごとに残存する機能も異なるため、支援を行う上でその人の特性を正しく理解することが求められる。適切なアセスメントを行い、個々の状態に応じた物理的環境や人的環境を調整することで、介助を必要としていた生活行為の介助量を軽減し、本人の力を活かした自立支援が可能となる。

また、一度中断していた生活行為を再開することも期待できる。例えば、認知症の人が料理をすることが難しくなった場合、家族は安全を考慮して調理全体を代行しがちである。しかし、適切なアプローチを行えば、食材の準備や簡単な作業を本人が行えるように調整することも可能である。具体的には、調理工程を細分化し、手順を示すカードを用意する、使用する道具を必要最低限に絞る、火を使わない調理法を取り入れるなどの工夫が有効である。

さらに、認知症の進行度合いに応じた適切な支援計画を立てることで、本人が持つ能力を最大限に活かすことができる。認知症の人にとって、環境の変化が大きな負担となることが多いため、日常生活の中で安定した環境を整え、支援の方法を統一することが求められる。特に、訪問によるリハビリテーションの導入は、本人が生活するその場の環境に即した支援を提供できるため、認知症の人の生活能力を維持・向上させる上で有効であると考えられる。

２）生活の困難に対する支援方法

現状では、生活の困難が生じた際に、家族や支援者は経験則や一般的な情報に基づいてケアを行うことが多い。しかし、この方法ではその人の生活の困難を生じさせている原因や受け入れやすい対応方法についての適切なアセスメントが不足し、課題の本質を捉えきれない場合がある。例えば、服を着るのが難しくなった場合、単に「着替えの介助が必要」と判断するのではなく、「ボタンのある服が難しいのか」「手順が分からなくなっているのか」「どのタイミングで着替えを促せばスムーズに行えるのか」といった詳細な分析が必要である。

このように、困難の背景を多角的に評価し、適切な介入を行うことで、本人の自立度を最大限に引き出すことが可能となる。また、生活の困難に対する支援として、自助具や福祉用具の活用も有効である。例えば、視覚的なヒントを提供するカレンダーやスケジュールボード、認知症の人に優しい設計の食器や衣類などがあり、これらを適切に取り入れることで自立度を向上させることができる。家族や支援者が生活の困りごとに対して、その背景や原因を分析的に理解する視点があることを知り、それに対応する「環境調整の具体例」「認知症の人にとって分かりやすい指示の出し方」「適切な声かけの方法」などを学ぶことで、日々のケアがより効果的に行え、介護負担の軽減にもつながる。

３）生活行為を続けるためのヒント集

今回、生活の困りごとに対する対応策と、なぜその困りごとが生じるのかという原因について示した冊子「住み慣れた地域で暮らしを続けて行くための認知症リハビリテーション 生活を続けるためのヒント集～改訂版～」を作成した。本冊子は、認知症の本人やその家族、そして支援者である介護支援専門員、かかりつけ医などが、生活のヒントを知り、工夫を試すことで本人の生活の質の向上や家族の介護負担の軽減につながることを目的としている。

よくある困りごとと工夫の例として、下記の 13 の生活行為を取り上げた。

１．予定の管理
２．外出
３．家電・スイッチ
４．買い物
５．金銭管理
６．電話の利用
７．服薬の管理
８．調理
９．掃除
10．洗濯
11．着替え
12．入浴
13．排泄

各ページには、「生活での困ること」と「困ることに関係する主な機能や要因」「工夫の例」を示した。困ることに関係する主な機能や要因については、理解しやすいよう「遂行機能」を「段取り」「動作の順序だて」など平易な言葉に置き換えている。さらに、「大事な視点」として、その生活行為が持つ意味や分析的に理解するためのポイントを記載した（図１）。

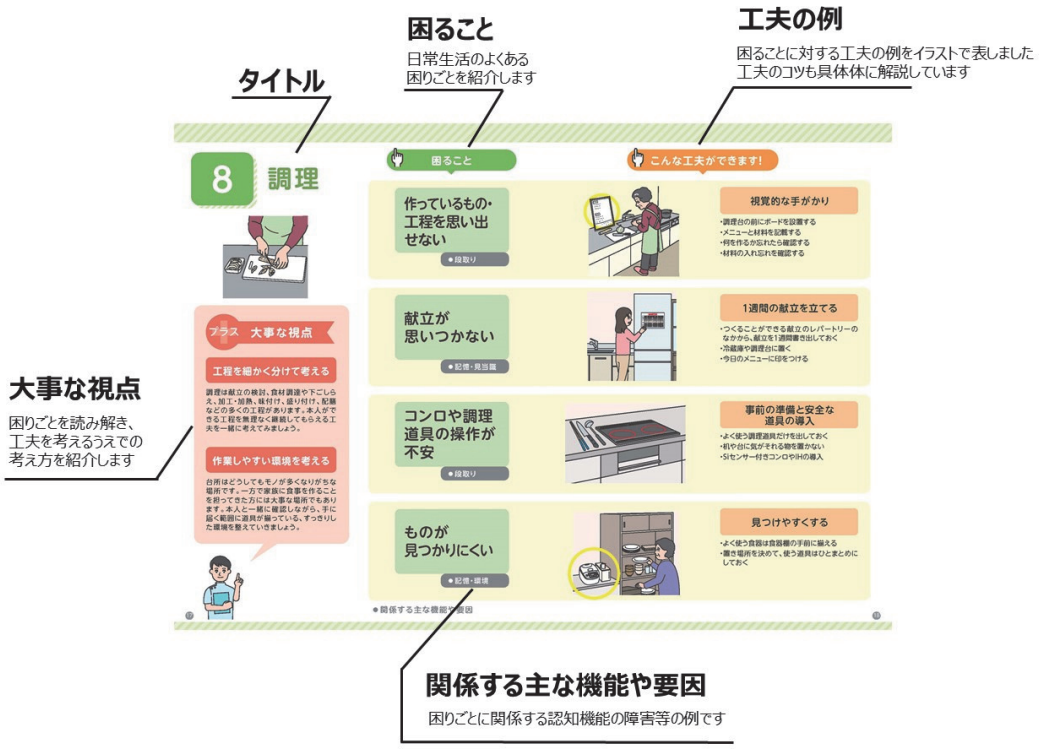


図１　冊子のつかいかた紹介ページ

本冊子は、家族や支援者に認知症により生じる困りごとへの工夫を知ってもらうことに加えて、医師や介護支援専門員が、認知症の人や家族に対して、生活を続けられるようにする工夫があることを説明する資料としての活用が想定される。また、冊子で紹介した工夫を手掛かりに、ひとりひとりに合わせた具体的支援のためにリハ専門職に繋がり、認知症のリハビリテーションが推進されることも期待される。

７．まとめ

今年度は、前年度に引き続き実践プロトコルを用いた介入を継続し、効果検証を行ってきた。また、令和６年度介護報酬改定において、訪問リハビリテーションに認知症短期集中リハビリテーション実施加算が新設されたことを踏まえ、訪問リハビリテーション事業所等を対象とした研修のあり方について、実際のプログラムを通して内容を検討してきた。さらに、モデル地区を選定し、訪問リハビリテーションにおいて、認知症短期集中リハビリテーションを実施するための課題を整理した。

１）現状と課題

認知症の人については、日常生活上でいろいろな躓きが出てきてから、診断を受けるまでと、診断を受けてから介護保険のサービスに結びつくまでの２回の空白期間があると言われている[i]。

近年、アルツハイマー型認知症については、レカネマブ等の早期治療薬が導入されたこともあり、医療機関への早期の相談が増えることが想定される。認知症のリハビリテーションについては、認知症基本計画の基本的施策に研究等の推進の一環として位置づけられているものの、その検討については十分でない点も多く、また、関係者における認知症のリハビリテーションの理解も十分とは言えず、特に、リハビリテーションの内容が計算ドリルなど機能に関するものに偏り、活動・参加への働きかけが少ないという課題がある。

（1）認知症のリハビリテーションについての理解・普及の課題

・本人・家族も含め、かかりつけ医、介護支援専門員の認知症のリハビリテーションの考え方については、介護支援専門員対象の研修会アンケート及びモデル地区での実装検証事業から、まだ普及はされていない状況があきらかとなった。
・認知症の方においては生活機能の低下がみられることがあり[ii]、本人が自分らしく尊厳を持って生活を継続するためにも、早期からその自立に向けた取り組みが重要であるという考え方の周知も十分とはいえない。
・訪問・通所リハビリテーション事業所の従業者においても、訪問リハビリテーション従事者を対象とした研修会のアンケート結果から、ADL/IADLの自立に向けた認知症のリハビリテーションに関する理解がまだまだ不十分であると言える。

（2）令和６年度介護報酬改定を踏まえた、認知症短期集中リハビリテーションを実施する上での課題

・介護支援専門員アンケートからは、認知症短期集中リハビリテーション実施加算という名称が、本人が認知症と診断を受けているのかどうか、認知症の疾患を受け入れているのかなどがわからないと導入が難しいとの意見もあった。
・また、本人・家族に対し認知症のリハビリテーションの導入に関する説明がうまくできるか、また、かかりつけ医に対し説明できるかが課題との意見もあった。

・介護支援専門員研修のアンケートやモデル地区の委員からは、認知症のリハビリテーションニーズを把握しても、依頼する訪問リハビリテーション事業所がないか少ない、また、作業療法士などを配置している事業所も少なく、必要な訪問頻度を確保できないとの現状が示された。
・モデル地区での取り組みで、要支援の方であっても、認知症によるIADLの低下があり、認知症リハビリテーションが有効と考えられるケースがあったが、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の対象外となっている。

２）今後に向けた提言

○認知症は生活機能の低下を引き起こすことのある疾患であることの理解、それに対する支援としてADL/IADL の自立を促す認知症のリハビリテーションについて、本人・家族はもちろん、医師をはじめとする医療・福祉専門職に対し、引き続き啓発・普及を推進することが重要である。

○医師については、既存の研修等も利用しながら、認知症の生活機能低下に対するリハビリテーションの重要性について、啓発・普及に取り組むことが必要である。

○訪問リハビリテーション事業所の作業療法士等リハビリテーション専門職へ認知症に関する知識や支援技術習得に向けた研修などを実施し、質を担保していくことが重要である。

○認知症リハビリテーションにおいては、認知症の原因疾患によって、ADL/IADL に対する指導方法も異なることなどから、特に医師との連携が重要である。

○独居高齢者が増加するなかで、独居の認知症の方の自立支援の観点からも、認知症リハビリテーションは有用であると考えられ、地域包括支援センターとの連携が重要である。

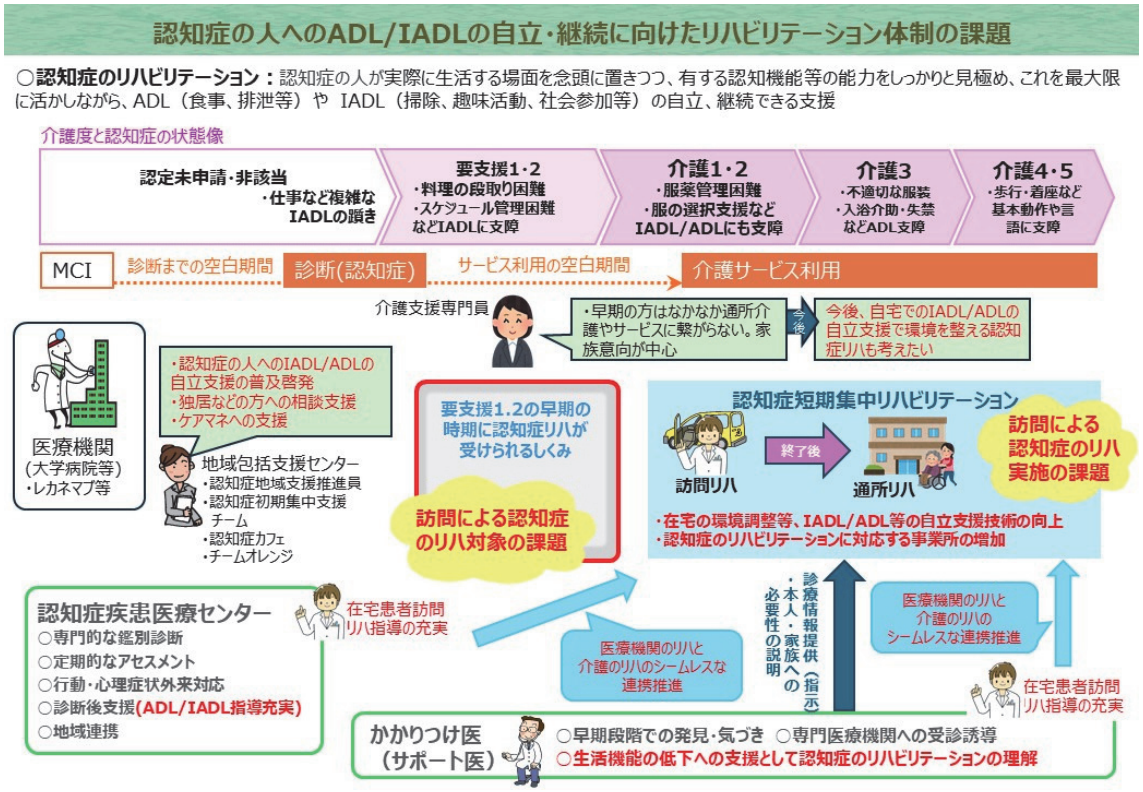
○今回の取り組み事例で、早期に調理などの IADL に対する支援を行ったことで、MMSE が 17 点になっても家庭での役割を継続して担っているケースがあった。アルツハイマー型認知症では MMSE28 点ですでに金銭管理や服薬管理など複雑な IADL が低下することが知られている。早期から始まり、また疾患の進行により重度化する IADL の低下に対し、適切な時期に適切な支援が提供される体制が必要である。

○モデル地区の取り組みでは、医師から要支援の事例への認知症のリハビリテーションの照会があった。要支援の認知症の方においても、IADL は低下しているケースもあるため、要支援の時期から、認知症リハビリテーションを受けやすい体制を整えることが必要である。

○認知症の方については、比較的早期に要介護認定を受けられたとしても、介護サービス利用を拒否さ

れるケースも多く、導入や説明の仕方にも工夫が必要である。

○認知症の方への自立支援は、介護保険の訪問リハビリテーション事業所のみによって行われるものではなく、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、医療機関による訪問リハビリテーションなど、多様な支援体制を充実させていくことが重要である。また、都道府県・市町村や地域社会資源との連携も重要である。



[i] 平成 30 年度老人保健健康増進等事業 認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業

[ii] 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター「あたまとからだを元気にする MCI ハンドブック」

Ⅱ．参考資料

2024/01/21　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」　研修会

診断・ICF・FASTに応じた生活機能（強み・弱み）

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

本日の内容

1. 認知症総論
2. 三大認知症性疾患

1. 認知症総論

認知症の定義

認知機能の維持・改善より生活の継続

共生社会の実現を推進するための認知症基本法　第二条(定義)
「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して政令で定める状態をいう」

認知症：「疾患により、　認知機能が低下、　日常生活に支障」

- 疾患により
  - ●アルツハイマー病
  - ●レビー小体病
  - ●前頭側頭葉変性症
  - ●正常圧水頭症
  - ●脳血管障害
  - ●パーキンソン病
  - ●進行性核上麻痺
  - ●甲状腺機能低下症
- 認知機能が低下
  - ●忘れる（記憶障害）
  - ●日付や季節が分からない（見当識障害）
  - ●計画的な行動ができない（遂行機能障害）
  - ●無い物が見える（知覚の障害）
- 日常生活に支障
  - ●薬を飲み忘れる
  - ●同じ話を繰り返す
  - ●同じものを買う
  - ●料理ができない
  - ●切符が買えない
  - ●道に迷う
  - ●自宅が分からない

認知症施策推進大綱【基本的考え方】
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す

認知症の人に対するリハビリテーション：実際の**生活場面**を念頭に、**有する認知機能等**の能力を見極め、**最大限に活かした日常生活の継続**（新オレンジプラン）

認知症の原因疾患 （DSM-5）

- アルツハイマー病
- 前頭側頭葉変性症
- レビー小体病
- 血管性疾患
- 外傷性脳損傷
- 物質・医薬品の使用
- HIV感染
- プリオン病
- パーキンソン病
- ハンチントン病
- 他の医学的疾患
- 複数の病因
- 特定不能

認知領域 （DSM-5）

- 複雑性注意（持続性、選択性、分配性、処理速度）
- 実行機能 （計画性、ワーキングメモリー等）
- 学習および記憶
- 言語 （呼称、喚語、流暢性、文法、受容性言語等）
- 知覚ー運動 （視知覚、視覚構成等）
- 社会的認知 （情動認知と心の理論）

認知機能の維持・改善より生活の継続

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 第二条(定義)
「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して政令で定める状態をいう」

認知症：「疾患により、 認知機能が低下、 日常生活に支障」

疾患により	認知機能が低下	日常生活に支障
●アルツハイマー病 ●レビー小体病 ●前頭側頭葉変性症 ●正常圧水頭症 ●脳血管障害 ●パーキンソン病 ●進行性核上麻痺 ●甲状腺機能低下症	●忘れる（記憶障害） ●日付や季節が分からない（見当識障害） ●計画的な行動ができない（遂行機能障害） ●無い物が見える（知覚の障害）	●薬を飲み忘れる ●同じ話を繰り返す ●同じものを買う ●料理ができない ●切符が買えない ●道に迷う ●自宅が分からない

認知症施策推進大綱【基本的考え方】
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す

認知症の人に対するリハビリテーション：実際の**生活場面**を念頭に、**有する認知機能等**の能力を見極め、**最大限に活かした日常生活の継続** （新オレンジプラン）

認知機能の維持・改善より生活の継続

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 第二条(定義)
「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して政令で定める状態をいう」

認知症：「疾患により、 認知機能が低下、 日常生活に支障」

疾患により	認知機能が低下	日常生活に支障
●アルツハイマー病 ●レビー小体病 ●前頭側頭葉変性症 ●正常圧水頭症 ●脳血管障害 ●パーキンソン病 ●進行性核上麻痺 ●甲状腺機能低下症	●忘れる（記憶障害） ●日付や季節が分からない（見当識障害） ●計画的な行動ができない（遂行機能障害） ●無い物が見える（知覚の障害）	●薬を飲み忘れる ●同じ話を繰り返す ●同じものを買う ●料理ができない ●切符が買えない ●道に迷う ●自宅が分からない

認知症施策推進大綱【基本的考え方】
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す

認知症の人に対するリハビリテーション：実際の**生活場面**を念頭に、**有する認知機能等**の能力を見極め、**最大限に活かした日常生活の継続** （新オレンジプラン）

軽度認知障害(DSM-5)

A. 認知機能の低下

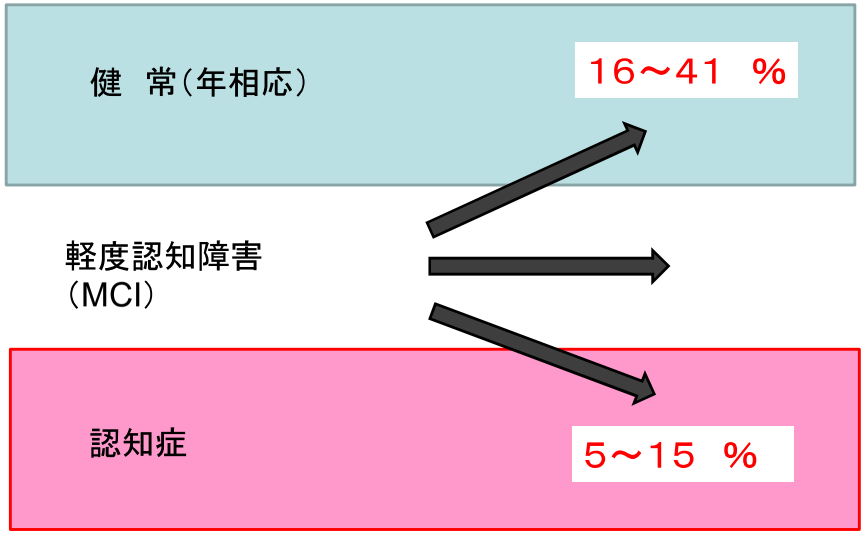
・本人、家族、臨床家による情報

・神経心理検査等で実証された障害

B. 毎日の活動で、認知欠損が自立を阻害しない
(請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作は保たれるが、以前より大きな努力、代償的方略や工夫が必要かもしれない)

C. 意識は清明

D. 他の疾患で説明できない

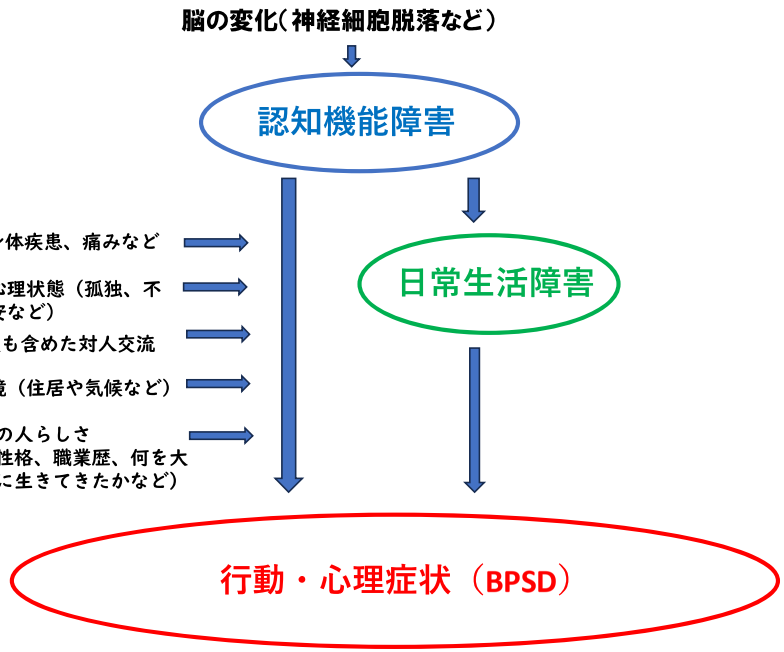


1. 認知症総論

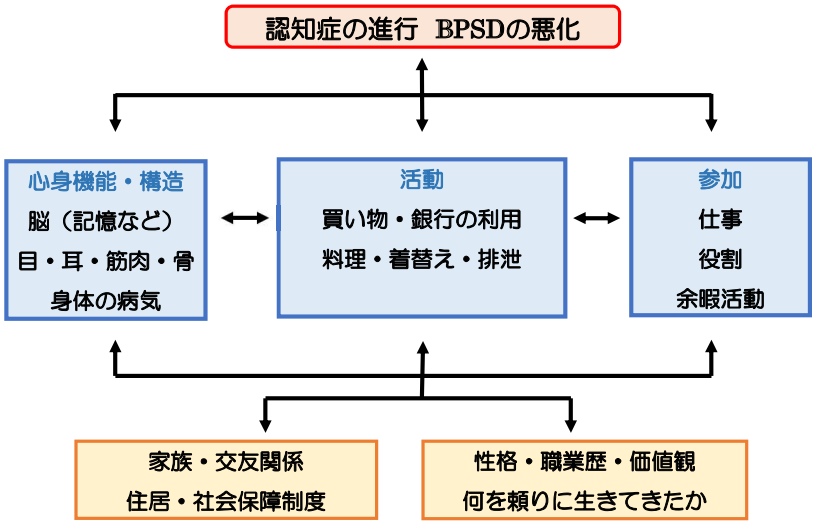
BPSD

BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

- 頻度が高く、介護者を困らせる症状(身体的・精神的・社会的苦痛、経済的損失)
- 治療の原則は、これを環境への不適応と考えて、まず環境調整や対応面での工夫を考える
- 本人や介護者のQOLに影響を与えるような場合には薬物治療の対象になる
- 薬物治療の目的は、「本人および介護者の負担を軽減する」ことにあるので、その目的を見失うとBPSDは治まってもADLが低下し介護の手間が増大することになる



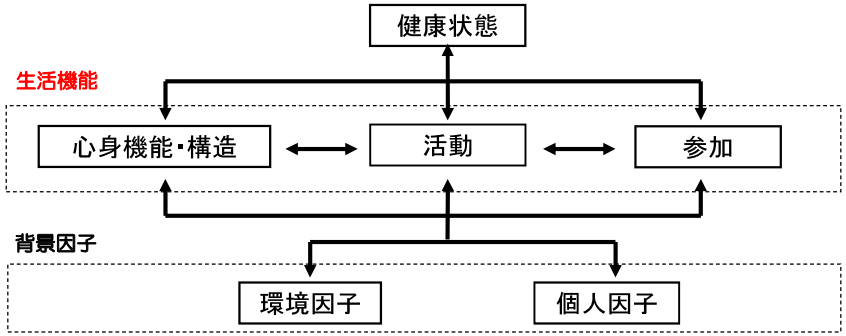
認知症を生きること



役割・生きがい・居心地の良さが大切

石川県立高松病院　北村

生活機能モデル (ICF)



心身機能・構造：生理機能、心理、器官（骨、内臓、筋肉）
活　動：　家事などの生活行為、日常生活動作能力
参　加：　職業、家庭や社会での役割、地域社会参加

健康状態・病気、怪我、妊娠、老衰
環境因子：物的（住居、交通）、人的（家族、友人）、制度的
個人因子：年齢、性別、職歴、価値観、生き様

認知症　早期対応の意義

- 認知症を早期から診断し、適切な対応をとれば、BPSDが発生しない　軽くすむ　可能性がある

適切な対応とは

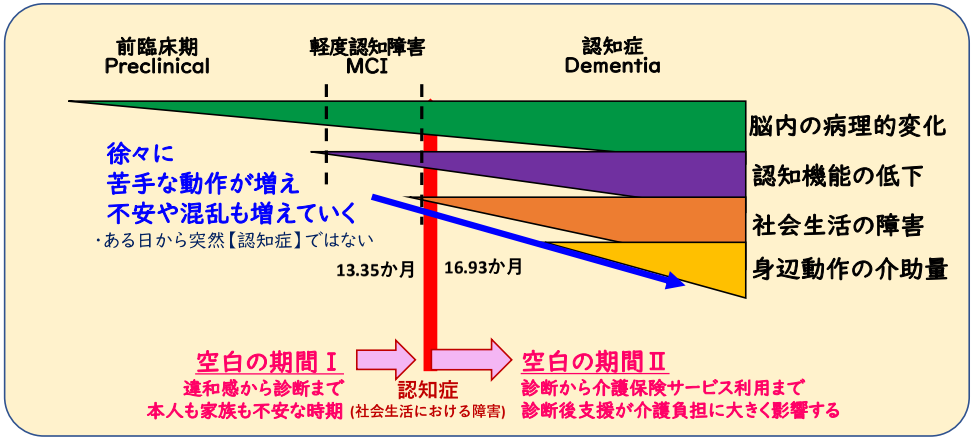
- 認知症治療薬を処方することではない
- 生活機能全般を評価し、認知症が悪化しそうな要因(身体面、環境面、心理面、性格面)を排除・修復すること

（診断後支援）

⇒　多職種での関わりが必要

T.Kitamura ; Ishikawa Prefectural Hospital of Mental Health

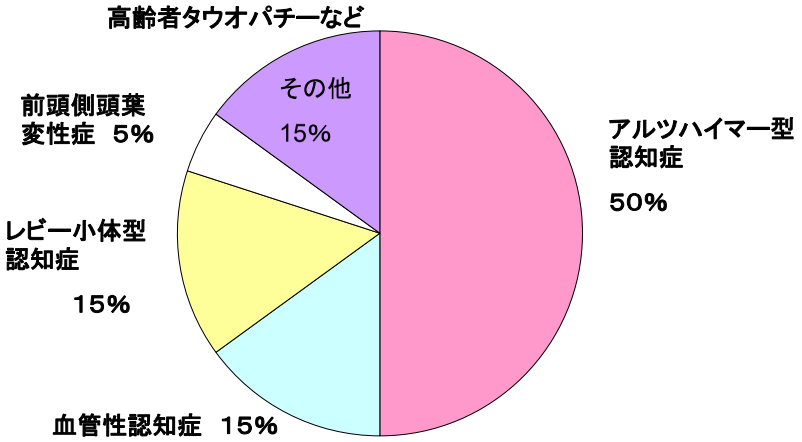
認知症診断と空白の期間、徐々に生じる変化



認知症介護研究・研修仙台センター：認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業(平成 29 年度老健事業)
山口智晴：Medical Rehabilitation 206: 17-23, 2017

・認知機能低下に応じ、徐々に社会生活に様々な困難さが生じる
・空白の期間Ⅰ～Ⅱにおける支援がその後の生活にも影響する

認知症の頻度



1. 認知症総論

原因疾患の頻度

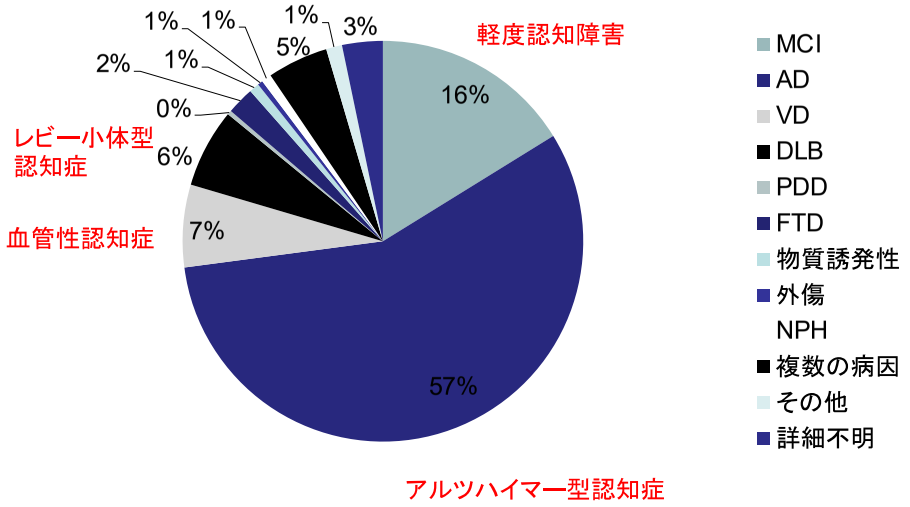
認知症脳と異常蓄積タンパク質

• アルツハイマー病	アミロイド（老人斑） タウ（神経原線維変化）3，4
• ピック病	タウ（ピック球） 3リピート
• 進行性核上性麻痺	タウ 4リピート
• 皮質基底核変性症	タウ 4リピート
• 嗜銀顆粒性認知症	タウ 4リピート
• レビー小体病	αシヌクレイン（レビー小体）
• パーキンソン病	αシヌクレイン（レビー小体）
• 前頭側頭葉変性症	TDP–43 など

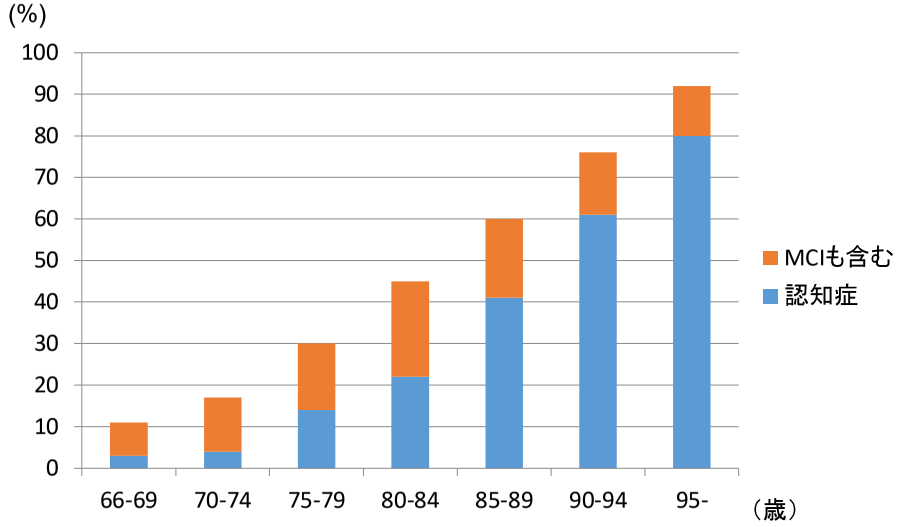
石川県立高松病院 北村

認知症疾患鑑別診断数

（2017年　認知症疾患医療センター調査　422施設:93655件）



年齢階層別認知症者割合（推計）



認知症の原因疾患

1．アルツハイマー型認知症

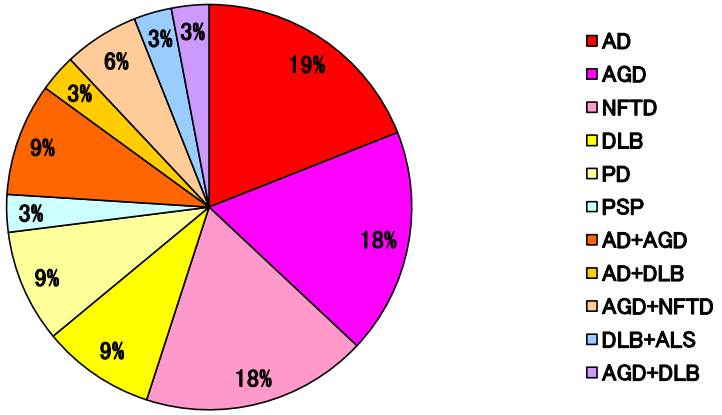
2．血管性認知症

3．レビー小体型認知症　　3大認知症性疾患

4．前頭側頭型認知症　　4大認知症性疾患

認知症背景病理の内訳

（東京都健康長寿医療センター連続剖検545例）



高齢者になると純粋なADは少なくなり、嗜銀顆粒性認知症（AGD)や神経原線維変化型認知症（NFTD)、あるいは混合病理が増える

1. 認知症総論

認知症の診断

認知症の診断に必要なこと

1. 症状や経過を詳しく聞く（問診）
   特に生活機能（活動・参加、個人因子）に関すること
2. 認知機能の検査（記憶・認知障害の存在）
3. 身体検査（身体疾患の否定）
   採血、神経学的検査など
4. 画像検査

認知症の診断

1. 認知症があるかどうかの診断
   うつ病、身体疾患を鑑別
   HDS-R、MMSEなど
2. 原因疾患の診断
   経過、臨床症状が重要
   画像はあくまでも補助的に
   確定診断には神経病理学的検索が必要
3. 認知症の程度の診断（生活機能の評価）
   活動・参加・個人因子（ICF)の聴取が重要

認知症　スクリーニングテスト

- 改定版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)
  20点以下→認知症
  （感度93%、特異度86%）

- Mini-Mental State Examination (MMSE)
  世界的に用いられる
  23点以下を認知症
  処方の基準

画像検査

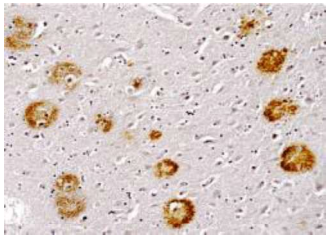
- 鑑別診断（腫瘍、血腫なども含め）のため
- 補助的な役割
- 通常は、進行度の判定には用いない

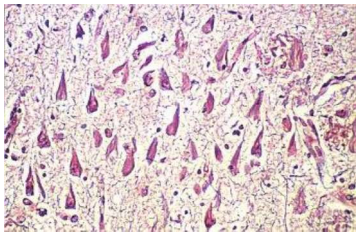
- 初診時に検査するのが望ましい
- 急なADL変化時（SDH鑑別）

2. 3大認知症性疾患

アルツハイマー型認知症

アルツハイマー病の病理変化



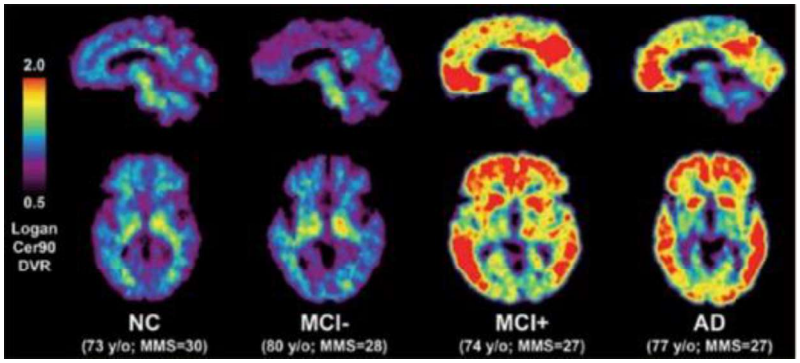


老人斑	神経原線維変化
細胞外	細胞内
アミロイドβタンパク	リン酸化タウ
発症に関係	進行に関係

レカネマブ

- アルツハイマー病の治療薬（エーザイ・バイオジェン）
- βアミロイド（Aβ）の沈着を認識し、抑制することができる単一クローン抗体
- 静脈内注射で投与され、18か月の使用で、症状の進行を27%抑制することができるとされる
- 主な副作用として、ARIA（Amyloid-related imaging abnormalities）がある。ARIA-EとARIA-Hがある
- ARIA-E or ARIA-H の頻度 21.5% E:12.6% H:17.3%
  （プラセボも9.5%）

アミロイド・イメージング（PIB-PET）



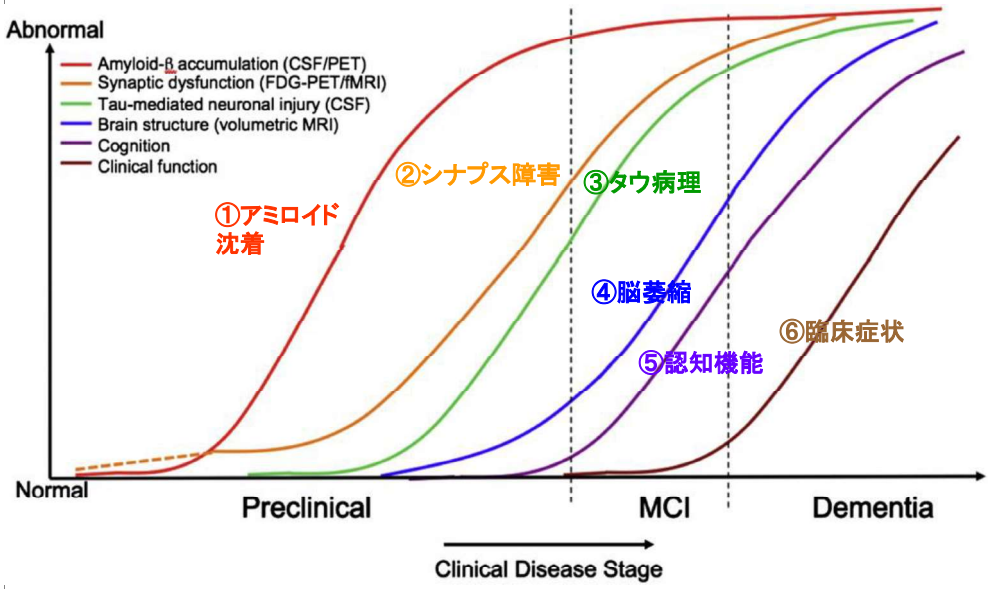
一部医療機関のみ　　保険適応外

http://medical-checkup.info/article/76611375.html

アルツハイマー型認知症

- 通常はもの忘れで始まり、ゆっくり進行
- 特徴的なもの忘れ　物盗られ妄想
- 年月日がわからない、段取りがつけられない
- 自分のいる場所がわからない
- 運転がへたになる、感情の起伏が激しくなる
- 洋服が着られない、トイレがわからない・・・
- 喋らなくなる・・・・植物状態

アルツハイマー病の進展



Lancet Neurol. 2010[PMID:20083042]より改変

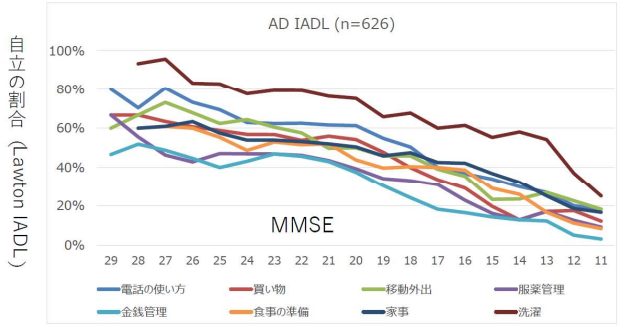
アルツハイマー型認知症のもの忘れ

エピソード記憶の障害（特に近時記憶）

- 物を置いた場所を思い出せない
- 同じ物を何度も買ってくる
- 同じことを何度もきく
- 景色を覚えられず、馴染みのない場所で迷う

※　エピソード記憶でも、古い記憶や、意味記憶、手続き記憶は長期間保たれる。

アルツハイマー型認知症のIADLは早期から低下し，特に金銭管理・服薬管理のComplex ADLが早い



金銭・服薬管理

洗濯

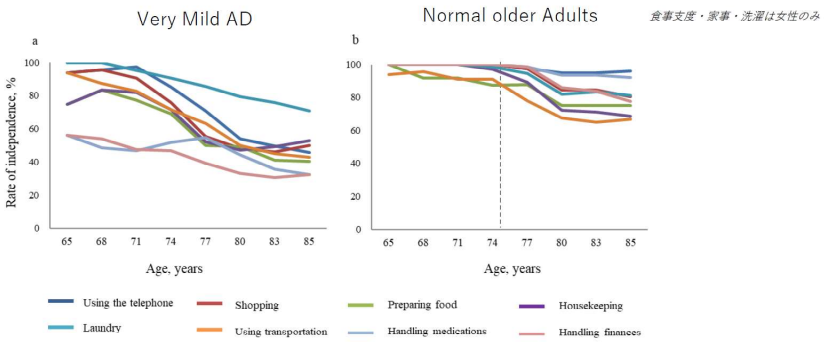
20点台後半でも、「洗濯」以外の生活行為の自立は80％以下　特に「**金銭・服薬管理**」の自立は初期で
50-60％中長期的なマネージメントを要する高度な認知機能を要する生活行為から低下

堀田，田平，池田et al:老年精神医学，2017

IADLの加齢変化は，健康老人より初期ADが顕著に早く，健康老人は「外出」が，ごく軽度ADは「服薬・金銭」から低下

Age match
MMSE>24

N=107



健康老人：**75歳付近**から急激に低下し，特に外出が顕著身体機能の影響を受けやすい「移動・外出」
⇒屋外の日課や余暇活動の習慣を75歳までに作る！
ごく軽度AD：早期から「服薬・金銭管理」の練習を

Tabira T, Hotta M, Ikeda M, et al. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2020

アルツハイマー型認知症の特徴と関わり方
～認知機能の軽度低下者の場合～

○低下する主な精神機能
・記憶機能
・見当識（時間）機能、
・判断、問題解決などの高次認知機能

○代償できる主な精神機能
・言語機能

困ること
①約束や伝言を忘れる
②置いた場所を忘れ、盗られたと言う
③今日の予定を忘れる。

アルツハイマー型認知症と関わり方①
～認知機能の軽度低下者の場合～

③今日の予定を忘れる場合

アセスメントのポイント
□少し前に言ったことを忘れる
□行事に参加できないことがある

a) カレンダーや予定表に予定を書く

b) デジタル時計のアラームを活用する。

c)携帯のスケジュールにすぐ登録。
スマートフォンアプリのカレンダーやアラームを活用。

アルツハイマー型認知症と関わり方②
～認知機能の軽度低下者の場合～

アセスメントのポイント
□適切な洋服が選べない
□ものがなくなったと探す。
□通帳や財布を無くす

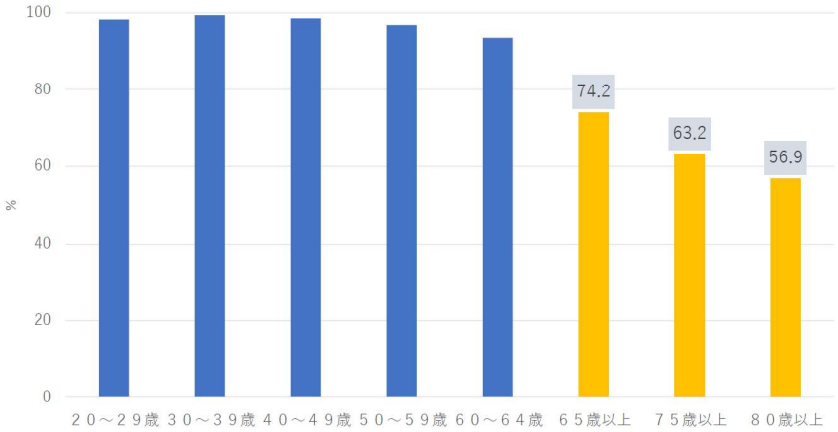
②置いた場所を忘れ、盗られたと言う場合
a)タンスの整理とタンスに何が入っているかを文字でラベリング
・季節に合った服のみをタンスにあらかじめ入れておく。衣替えの時に、一緒にタンスの整理をする。

b)小物入れの活用と文字でラベリング
・一緒に小物入れを整理し、何を入れるかを相談しつつ、必要に応じてラベルも貼っておく。

c)金銭管理（通帳や印鑑）などは早いうちに管理の仕方を話し合っておく。
キャッシュカードなども同様、家族で共有する。また置き場所を決め、わかるようなシールを貼っておく。

d)バッグなど持ち物を減らす。一つ程度に。

スマートフォン所有率（2021年，日本）



総務省，令和3年版通信利用動向調査より作成
https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/statistics05b1.html

アルツハイマー型認知症と関わり方③
～認知機能の軽度低下者の場合～

①約束や伝言を忘れる場合

a)ノートをとる癖をつける。
例）・玄関に来客があった場合、玄関にホワイトボートを置き、要件等をメモする。
・電話があった場合、電話の横にメモ帳を置き、メモする。

b) 携帯のスケジュール管理やメモにすぐ登録

ビジネス書で、「効率のよい仕事術」について書いてあるようなハウツーものは結構役に立つかも

今後はスマホを自由に使える年齢層が認知症になると、スマホに代償機能をゆだねることができる

アルツハイマー型認知症の経過
FAST（Functional Assessment Staging）

1. 正常
2. 年齢相応：名前が出てこない
3. 境界：仕事上機能低下が明らかになる。初めての旅行先で迷う
4. 軽度認知症：家計の管理、買い物、お客さんを招く段取りができない。普通の日常生活は大丈夫
5. 中等度認知症：適切な洋服が選べない。入浴を嫌がる。運転ができない。妄想や興奮などが出現しやすい
6. やや高度の認知症：着衣失行、入浴に介助、排泄動作障害、失禁
7. 高度の認知症：語彙の減少。全失語。歩行困難。着座困難。笑う能力の喪失。植物状態

Reisberg B, et al. Ann NY Acad Sci.1984;435:481-483

アルツハイマー病での「更衣」の変化

	更衣の状況	家族の対応
軽度	更衣に支障なし 同じ服を繰り返し着る 服選びに時間がかかる	援助なし 助言
中等度	気候や状況にあわない服装 セーターや肌着の重ね着 入浴後、脱いだ下着を着る	衣替えを手伝う 洋服を選ぶ 着替えの準備
高度	着る順番がわからなくなる 着方がわからなくなる	順番に手渡し 一部介助 全介助

45

北村　立：ADL評価尺度について．老精医誌28(9)；969-977，2017．

アルツハイマー型認知症の特徴と関わり方 ～認知機能の中等度低下者の場合～

○低下する主な精神機能
・見当識（場所）機能
・組織化と計画（いわゆる実行機能）などの高次認知機能
・注意機能

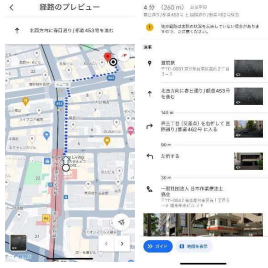
○代償できる主な機能
・エピソード記憶・手続き記憶
・言語機能（単語レベル）
・携帯や道具を簡単なものに変更

困ること
①道に迷う
②電気製品がうまく使えない
③状況の把握が苦手

アルツハイマー型認知症の困りごとと関わり方① ～認知機能の中等度低下者の場合～

アセスメントのポイント
□場所の見当識の有無
□車のナビ操作ができる
□携帯ナビ操作ができる

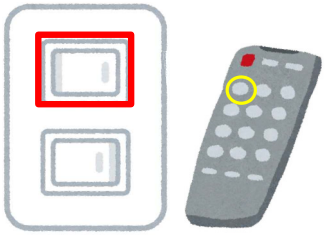
①道に迷う場合
・トイレの場所がわからなくなる場合（トイレ）などの目印を廊下につけて誘導
・行く場所を限定。道順をわかりやすい建物や目印を含め、メモで書いておく
・車のナビや携帯のナビ設定をしておく。ナビ設定をメモで書いておく。
・人（携帯）に聞くくせをつける。



アルツハイマー型認知症の困りごとと関わり方② ～認知機能の中等度低下者の場合～

②道具がうまく使えない場合
・スイッチの数を減らす。またはハイライト
・使い方の手順を紙に書く
・掃除機からモップへ変更する

アセスメントのポイント
□道具の操作などに戸惑うことがある。



アルツハイマー型認知症の困りごとと関わり方③
～認知機能の中等度低下者の場合～

アセスメントのポイント
□季節に合った洋服が選択できない

③状況の把握が苦手な場合
・季節に合った衣服の選択支援で
　衣替えと良く着る服を3パターン程度にする
・お気に入りばかりの服ばかり着る
　　⇒　同じものを2枚用意する
・脱衣場　　脱いだ服のかご　着る服のかごを用意する

・ジェスチャーや指差し、道具を
　活用し、注意を向け、理解を促す
・視線を合わせ、要件を簡潔に伝える

アルツハイマー型認知症の特徴と関わり方
～認知機能の高度低下者の場合～

〇低下する主な精神機能
・見当識（人物）機能
・姿勢障害や運動機能の低下
・言語機能の低下
・空間知覚の低下

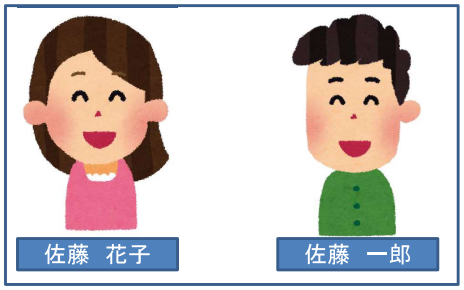
〇代償できる主な機能等
・言語機能（ジェスチャー）
・車いすやベッドなどの福祉用具
・手すりなどの住環境整備

困ること
①家族を忘れる
②風呂などの生活の介護を嫌がる
③立ちすわりや移動が難しく
なる

アルツハイマー型認知症の困りごとと関わり方①
～認知機能の高度低下者の場合～

アセスメントのポイント
□家族等の顔がわからない

①家族など人がわからなくなる場合
・写真+漢字での名前の提示
・電話の宛先に写真を貼る
・家族の写真と名前を掲示



アルツハイマー型認知症の困りごとと関わり方②
～認知機能の高度低下者の場合～

アセスメントのポイント
□入浴を促すと嫌がる

②風呂など生活介護を嫌がる
・風呂桶とタオルをみせるなどの道具など活用
・ジェスチャーを早くから導入
・絵カードを活用する

アルツハイマー型認知症の困りごとと関わり方③
～認知機能の高度低下者の場合～

③立ちすわり、移動が困難な場合
・手すり、椅子生活への変更
・杖歩行より、歩行車
・歩行困難でも日中は車いす生活

アセスメントのポイント
□転びやすい
□物をもって歩くことが多い
□歩行が困難
※作業療法士に相談してみましょう。

高度アルツハイマー病の介護のポイント

- 動作の自動性と意図性の解離現象
- 無意識的に動作を行う場合は、（手続き記憶を使い）自然に行動できる。
- アルツハイマー病の人には、できるだけ自然な状況、慣れ親しんだ環境で過ごしてもらう。
- 行為ができない場合は意識的な状況下に追い込まない（横から口出さない、せかせない）。

2. 3大認知症性疾患

血管性認知症

血管性認知症

- 脳梗塞や脳出血などの脳血管障害が基となって認知機能が低下
- 脳血管障害の再発に伴い、段階的に悪化することが多い
- 記憶障害や見当識障害のほかに、感情失禁、せん妄などの症状や、片麻痺、感覚障害、言語障害などの神経症状を伴うこともある
- 高血圧、糖尿病、心疾患、動脈硬化などを合併していることが多い

血管性認知症の特徴と関わり方

〇低下する主な生活機能
・意識機能
・活力と欲動機能
・摂食機能
・情動機能（感情失禁、怒り易い）
・運動機能・感覚機能
・記憶機能
・注意機能

【ワンポイント】
・認知機能については、必ずしも記憶機能が低下するわけではなく、様々な精神機能が人によって、低下していることから、言語機能を含め丁寧な評価が必要である。
・変動する意識機能や意欲の低下などの活力と欲動機能、怒りやすいなどが課題となることが多い。

血管性認知症の困りごとと関わり方

アセスメントのポイント
□何もしたがらない
□麻痺の有無
□感覚麻痺の有無
□失行、失認、失語の有無
□構音障害の有無

①日中、何もしたがらない
・運動などのプログラムを好む傾向があることから、運動の機会を提供する。
・興味・関心チェックシートなどを活用し、本人の動機づけの高いものを把握する。
・日中、寝たきりにならないよう、楽な座位姿勢の提供や活動の場を提供していく。

血管性認知症の困りごとと関わり方

②怒り易い
・怒り出した場合は、その場を離れるようにする。
・伝えたいことがある場合は、クールダウンをした上で、時間をおいて、簡潔に伝える。

アセスメントのポイント
□顔を真っ赤にして突然に怒り出す
□泣きやすくなった

アパシーとうつの比較

アパシーに特有	両者にある	抑うつに特有
反応が鈍い	関心の低下	不快
無関心	精神活動の低下	希死念慮
社交性の低下	易疲労性	自己批判的
自発性の低下	睡眠障害	罪業的
持続性の低下	洞察力の低下	悲観的／絶望的

(Allan M, et al, Journal of the American Geriatrics Society 49 1700-07, 2001.)一部改変

2. 3大認知症性疾患

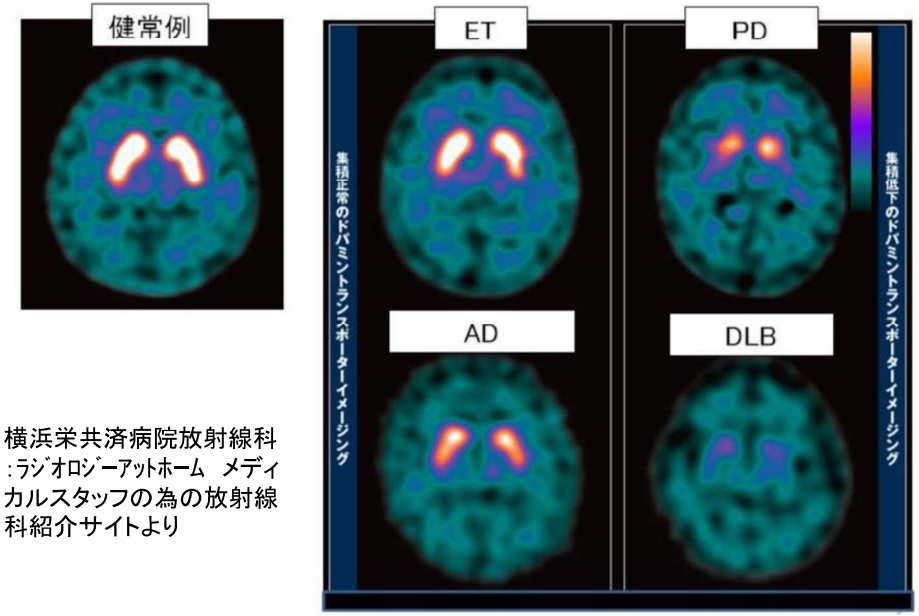
レビー小体型認知症

レビー小体型認知症

1. 特徴的な幻視
2. はっきりしているときとそうでないときがある（認知機能の変動）
3. よく転ぶ、動きづらくなる（パーキンソニズム）
4. 寝言が多い、夜中叫ぶ （レム睡眠行動障害）

- 脳に働く薬に敏感
- 精神症状が多い （うつ状態、妄想）
- 尿失禁、便秘、起立性低血圧、失神 （全身にレビー小体ができる）

ダットスキャンによるイメージング



横浜栄共済病院放射線科
:ﾗｼﾞｵﾛｼﾞｰｱｯﾄﾎｰﾑ　メディカルスタッフの為の放射線科紹介サイトより

画像検査

MIBG心筋シンチグラフィ

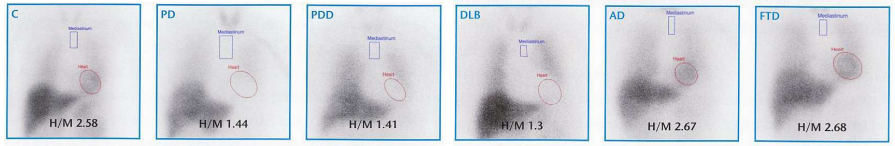
レビー小体型認知症の検査

DLBでは、早期像･後期像ともに90%以上の患者でMIBG集積が低下する。

臨床症状との関連	● パーキンソニズムのある例･ない例ともにMIBG集積が低下する。 ● パーキンソン病に比べMIBG集積はより低下し、運動障害の程度と関係なくHoehn-Yahr I 度から低下する。
検査所見などとの関連	● DLBとADを鑑別する際、MIBG集積低下は脳血流SPECTによる後頭葉の血流低下に比べ、感度、特異度ともにより高い。 ● MIBG心筋シンチグラフィと脳血流SPECTを組み合わせることにより、診断の精度が上昇する。

レビー小体病と他の認知症におけるMIBG心筋シンチグラフィ

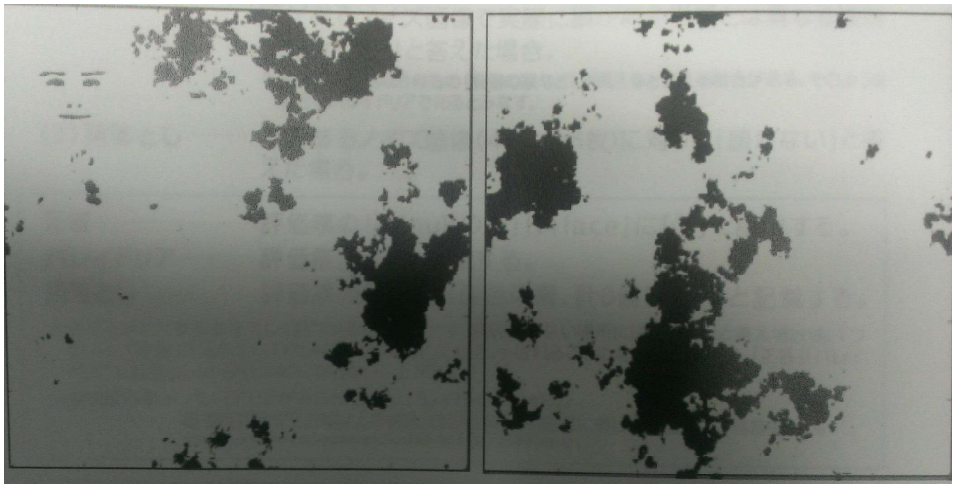
すべて後期像のプラナー正面像。PD（75歳、女性）、PDD（71歳、女性）、DLB（74歳、女性）では心臓のMIBG集積が著明に低下しているが、AD（74歳、女性）、FTD（71歳、女性）では健常成人（C）と同様、集積は正常である。



織茂智之：画像診断. 認知症ハンドブック（中島健二他編）, 148-156, 医学書院, 2013, 一部改変

小阪憲司（編）：レビー小体型認知症の診断と治療 臨床医のためのオールカラー実践ガイド. harunosora. p.70. より

ノイズパレイドリア・テスト



レム関連行動障害
（REM sleep behavior disorder; RBD）

- レム睡眠時には脳は覚醒状態に近い活動をし、一方で全身の骨格筋の緊張は低下してるが、RBDではこの筋緊張の低下が障害されるので，夢で見たままを行動に起こしてしまう
- 就寝中に、大きな声を出す、怒鳴る、叫ぶ、手足を動かす、壁を叩く、喧嘩している仕草、隣で寝ている人を殴る･蹴る、寝言が多くなる
- 本人には、怖い夢（追いかけられる等）の有無、自分の声で目覚めるか、夢かうつつか区別がつかないことはないか　など尋ねる

幻視、錯視には環境調整を

- 蛍光灯を用いない
- 屋内の照度を統一する
- 暗い場所がないよう、全体的に明るくする
- 影を作らない
- 1ヶ所だけ目立つ色のものを置かない
- 壁に洋服をかけない
- 壁紙はシンプルな図柄に
- 畳やカーペットのしみは取り除く

レビー小体型認知症とうつ

- DLB92人（軽度63人）のBPSDを調査

1.	不安	67.4%
2.	抑うつ	61.9%
3.	アパシー	57.6%
4.	睡眠障害	55.4%
4.	焦燥	55.4%

（精神病状態は50%）

（Borroni B, et al : Arch Gerontol Geriatr. 46 ;101-6, 2008)

DLBと自律神経障害

- 血圧変動
  （起立性低血圧、食後低血圧、臥位高血圧）
- 失神
- 便秘
- 失禁 （蓄尿障害）
- 発汗障害
- 高炭酸ガス換気応答の低下

レビー小体型認知症の特徴と関わり方

○低下する主な生活機能
- 意識機能
- 睡眠機能
- 記憶機能
- 知覚機能
  （視・聴・触・味・空間）
- 注意機能
- 自律神経失調（心血管・呼吸器・消化器・尿・皮膚など）
- 運動機能

○残存する主な生活機能
- 見当識
- 高次認知機能（段取り・洞察・判断など）
- 言語機能

【ワンポイント】
・言語機能や高次認知機能が良好なことが多いことから、意識機能がしっかりしている時は本人が症状を理解することができる。
・知覚機能の障害を理解し、客観的に幻覚に対応することができたり、不安感を軽減することができたりする。

困ること
①幻覚から不安感が強くなる
②注意が転動しやすく、刺激に弱い
③暴力や介護抵抗
④意識消失や自律神経障害がある場合
⑤錐体外路障害がある場合

レビー小体型認知症の困りごとと関わり方①

①幻覚から不安感が強くなる場合
・視知覚の誤作動（幻覚）が起きないよう光などの環境を整える。
例）・目のある人形を取り除く。
・影が映るようなガラス戸に光の反射がしないよう、紙を張る。
・カーテンをつける。
・夜、電気をつけたまま寝る。
・外の光が入ってこないように、夜はカーテンを閉める

・意識のしっかりしている時に、知覚障害があることを説理解し、客観的に幻覚に対応することができるよう働きかける
例）・味知覚の障害がある場合は、白いご飯でも苦く感じたりすることが生じる。
・温知覚の障害がある場合は、風呂のお湯が異常に冷たく感じたり、冷たいにも関わらず、熱く感じたりすることもある。

レビー小体型認知症の困りごとと関わり方②

②注意が転動しやすく、刺激に弱い場合
・刺激の少ない環境や周囲の理解などの環境を整える
例）静かな部屋の刺激の少ない場所に居場所を作る。

アセスメントポイント
□聴覚(音)過敏の有無
□視覚過敏の有無
□触覚過敏の有無
（触ろうとすると手を引っ込めるなど）

③暴力や介護抵抗がある場合
・触知覚に過敏がある場合、不用意な接触により、強い刺激に感じ、殴られたように感じることがある。触過敏がある場合は、名前を呼ぶなどの声をかけてから接触するようにする。

レビー小体型認知症の困りごとと関わり方④

④意識消失や自律神経障害がある場合

・お湯につかると心臓への負担がかかることから、疲れるまたは胸が苦しくなるとのことで、入浴拒否になることがある。
例）お湯は胸ぐらいの深さに張る。
また、湯温計で温度が客観的にわかるようにする。

アセスメントポイント
□不整脈の有無
□呼吸数
□移動や運動をした時の自覚症状
□立ち眩みや失神、血圧の変動の有無
□便秘や頻尿
□体温調整の障害の有無

レビー小体型認知症の困りごとと関わり方⑤

⑤錐体外路障害がある場合

・歩行状態によっては、転倒しないよう歩行車または抵抗付歩行器などの導入も検討する。

・体幹が前傾姿勢になり易く、回旋運動が苦手になることから、日ごろから、ストレッチなどの体操の自主トレーニングを指導しておくことが大切である。

アセスメントのポイント
□小刻み歩行
□一歩めがなかなか出ない。
□前傾姿勢・姿勢障害
□転倒を繰り返す

まとめにかえて

認知症になっても、少しでも長く在宅生活を続けるためには、以下が重要

- 生活環境の構造化
- 日課もパターン化する
- 無駄なものは減らし、情報は最小限に
- 手続き記憶を利用した対策
- スマホの操作できる人は、フルに活用（写真、スケジュール管理など）
- 認知症になる前からミニマリストであるべき

ご清聴ありがとうございました

2025年1月12日（日）
【老人保健健康増進等事業】
認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会

Ⅱ－1.認知症リハビリテーションの実際と認知機能障害を踏まえた生活行為の評価・治療戦略の考え方

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

山口智晴（群馬医療福祉大学）

あらためて【共通認識】

参考

Major（Mild）Neurocognitive Disorders診断基準の概要（以下A~Dを満たす）	
A	1認知領域以上（複雑性注意，実行機能，学習および記憶，言語，知覚-運動，社会的認知）の低下 ①本人や知人，臨床家による認知機能低下の指摘， ②標準化された神経心理学的検査等での低下
B	毎日の活動において，認知機能低下が自立を阻害する （請求書の支払い、内服の管理など複雑なIADLに援助を要する）
C	Aは，せん妄の状況でのみ起こるものではない
D	Aは，統合失調症やうつ病など他の精神疾患では説明できない

DSM-5：2013，DSM-5-TR：2022； APA

共生社会の実現を推進するための認知症基本法　第二条(定義)
「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**した状態として政令で定める状態をいう」

本講義における【ねらい】

参考

再掲

- 認知症者に対して、疾患特性を理解し、状態像に応じた予測される日常生活を踏まえ訪問リハビリテーションの支援に反映することができる。
- 認知症者への訪問リハビリテーションプログラムは、自宅での各種ドリルや二重課題トレーニングの実施ではなく、有する認知機能等の能力を見極め、持っている能力を活かし、その人らしい生活が継続できるよう支援することであることを理解する。
- 訪問リハビリテーション事業所が、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向け、正しい知識を身に付け取り組むことができる。
- 加算を算定することだけが目的にならないよう、本制度を本人・家族や、かかりつけ医をはじめとする他職種に理解してもらう働きかけや、事業所内での認知症者に対する支援の考え方の浸透を促進し、教育体制についても考えられる。

あらためて【共通認識】

認知症施策推進大綱【基本的考え方】

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す

認知症の人に対するリハビリテーション：実際の**生活場面**を念頭に、**有する認知機能等**の能力を見極め、**最大限に活かした日常生活の継続**（新オレンジプラン）

◎認知症は？ →「社会生活の障害」 ⇒初期から生活の躓きへの支援

認知症：「何らかの原因で、認知機能に問題→社会生活が困難」

- **アルツハイマー病**
- **レビー小体病**
- **前頭側頭葉変性症**
- **正常圧水頭症**
- **脳血管障害**
- **パーキンソン病**
- **進行性核上麻痺**
- **甲状腺機能低下症**

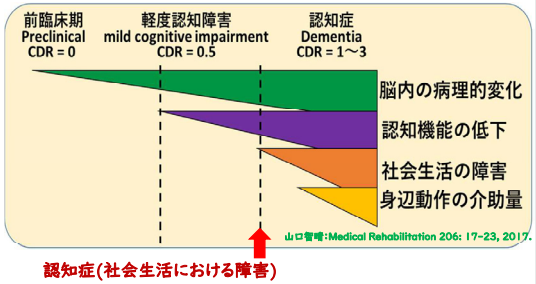
- **忘れる（記憶障害）**
- **日付や季節が分からない（見当識障害）**
- **計画的な行動ができない（遂行機能障害）**
- **無い物が見える（幻視）**

- **薬を飲み忘れる**
- **同じ話を繰り返す**
- **同じものを買う**
- **料理ができない**
- **切符が買えない**
- **道に迷う**
- **自宅が分からない**

対象は認知症の人の生活

認知症は「固定されたものではない」ということです。ボクの場合・・・午後一時を過ぎると、自分がどこにいるのか、何をしているのか、分からなくなってくる。・・・専門医であるボク自身、認知症はなったらそれはもう変わらない、普遍的なものだと思っていました。これほど良くなったり、悪くなったりというグラデーションがあるとは、考えてもみなかった。

長谷川 和夫，猪熊 律子 (著)：ボクはやっと認知症のことがわかった 自らも認知症になった専門医が、日本人に伝えたい遺言．pp66-67，2019



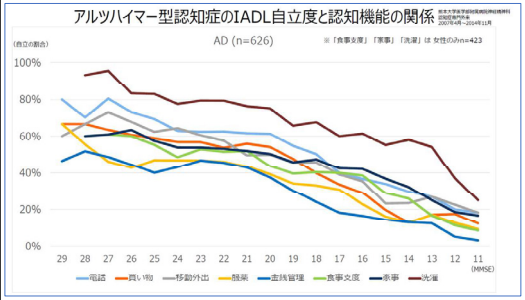
・医学的に、ある日「認知症」の診断がつく
・認知症の人の生活はその時点で変化するものではない
・認知機能低下に応じ、徐々に今までの社会生活（社会参加、役割、余暇、セルフケアなど）に様々な困難さが生じる
→進行・残存機能に応じた生活の工夫が必要

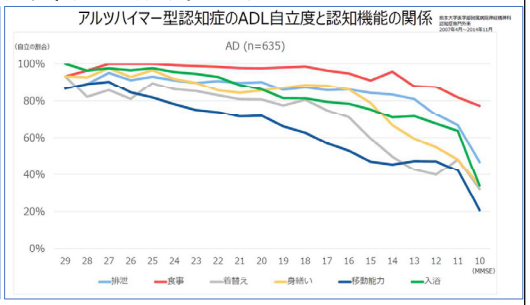
認知症になってもその人が地域社会で生活し続けるための支援ができる専門的支援

認知機能の低下とIADL/BADLの関連

参考

・アルツハイマー型認知症では、IADLから低下
・金銭管理や服薬、家事動作は、かなり初期から自立度が低い
・排泄や着替えなどのセルフケア(BADL)は、中等度まで維持されやすい
→軽度から中高度に至るまで、生活機能の維持が求められる





平成27年度～平成29年度　厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業『生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究』（代表：池田学）

どのcognitive domainが各工程にどのような影響を及ぼしているのかを把握

アルツハイマー型認知症の進行と生活行為

重症度	特徴と具体例	主な認知機能低下
健常 老化	・物の置き忘れ、・健忘や喚語困難の自覚などがある ・日常の社会生活において問題ない	注意機能b140、記憶機能b144
MCI	・複雑な社会的場面(仕事)における客観的機能低下 ・慣れない場所・場面でのエラーや作業効率の低下 ・複雑なIADL(資産管理や手の込んだ調理など)でミスが生じやすい	注意機能b140、記憶機能b144、 ＋高次認知機能b164 知的機能b117
軽度	・金銭/服薬管理、献立の検討、献立や在庫に配慮した買い物、予定管理などIADL自立が阻害される(何らかの支援が必要になる) ・日常生活において、更衣や入浴、排泄などBADLは部分的な質低下(衣類の汚れなど)があっても動作可能で介助を要さない。 ・不安に感じることも増え、精神的に不安定となることも多い。	＋見当識b114(時間や曜日)、 記憶b144 (近時記憶や展望記憶)、 情動機能b152(情動制御・適切性)、 活力と意欲の機能b130(アパシー)、 全般的な心理社会機能b122
中等度	・IADLの遂行が難しくなる(一部は代償で継続可) ・BADLにおける動作の質低下（TPOに応じた衣類選択、洗髪を忘れる、トイレの後始末ができないなど）が増える。 ・易怒性/焦燥感等の悪化で周囲と関係性が悪化することもある	注意機能b140、高次認知機能b164、 ＋見当識b114(季節や場所)、 記憶b144(再生も含めて悪化)、 情動機能b152(情動制御・適切性)
高度	・視空間認知の障害や失行症などが作業遂行に影響を及ぼすた ・入浴や整容、更衣などの手順に混乱を来し、介助を要す ※進行で末期は、姿勢保持/嚥下等の問題が生じる	＋知覚機能b156(視空間認知)、 複雑な運動を順序立てて行う精神機能b176(着衣失行など)

認知機能と生活行為の関連

DSM-5や国際疾病分類第11版（ICD-11）、介護保険法における認知症の定義改訂
→いずれも「記憶障害」が必須ではなくなった点が共通

認知領域*cognitive domains; DSM-5*

①注意、
置き忘れ・しまい失くし
火の不始末、整頓が苦手に

②学習と記憶、
同じ話、同じものの買いだめ、
出来事や約束の忘却

③言語、
他者との会話や言葉の
やり取りが苦手に

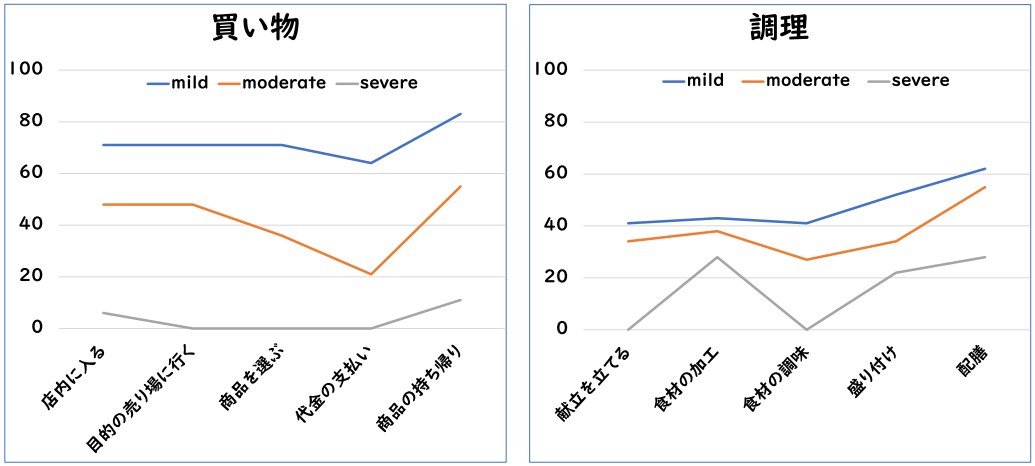
④実行機能、
効率的な準備、並行して複数同
時の作業が苦手に

⑤知覚―運動、
服を着る、道具を扱う
などが苦手に

⑥社会的認知
相手の意図や社会規則に配慮した
立ち振る舞いが苦手に

さらに、工程ごとに得手不得手（ADの例）

参考



T Tabira, et al: Characteristic of process analysis on instrumental activities of daily living according to the severity of cognitive impairment in community-dwelling older adults with Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr. 2022 Jul 15:1-12. Online ahead of print.

2. 日本作業療法士協会の認知症の取り組み

参考

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（平成27年1月）

H27-29年度【厚生科学研究】（協力）
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，焦点を当てたリ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
（実施主体）

・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】（協力）
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．

1. 認知症のリハビリテーションに求められていること

参考

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（平成27年1月）

適切な認知症リハビリテーションの推進） 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、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 開発が必須であり、研究開発を推進する。また、介護老人保健施設等で行われている先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリ テーションの推進を図る。

認知症施策推進大綱（令和元年6月）

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。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和5年6月）

（研究等の推進等）
第二十条 国及び地方公共団体は、認知症の本態解明、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法その他の事項についての基礎研究及び臨床研究の推進並びにその成果の普及のために必要な施策を講ずるものとする。

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に関する調査研究事業

参考

1. 目的及び方法

認知症のリハビリテーションのモデルを明らかにするため、平成28年4月1日～9月1日の間で、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し、自宅でADL/IADLの指導を行った事例について、事例調査を実施。

21医療機関から108事例の回答を得た。

事例については、医師を含める10名からなるメンバーで認知症の事例か、またADL/IADLにアプローチかを審査し、50事例を選定、その事例を解析した。

2. 結果

（1）MMSEと生活行為の関係

MMSE中央値23.5点以上では地域活動や仕事など参加に関する課題、17～23 点では金銭管理や服薬管理、家事、レク・レジャー、整理整頓などのIADLの課題、13点以下では排泄や日課の遂行、洗体などのADLが課題となっていることが明らかとなった。

（2）認知症のリハビリテーションモデルの提案

（3）認知症のリハビリテーションを実現するための作業療法の提案

（4）認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集

認知症のリハビリテーションモデルに基づく生活行為を続けるためのヒント集

ヒント集

参考

認知機能と生活行為の障害へのOT

本人が望む生活・大切にしている生活行為

生活行為工程分析

診断　薬物療法

認知機能などの評価
・認知機能(MMSEなど)
・BADL/IADL
・行動・心理症状(NPIなど)
・介護負担など環境

医学的な情報を踏まえたうえで、
ICFによる生活機能モデルで見立て
環境調整、反復練習、関わり方指導

ICFによる残存能力のアセスメント（支援課題の評価）
障害されている生活機能
残存能力と見立て
残存している生活機能

①軽度生活行為障害のある人
環境調整
・手がかり
・視覚構造化　など
＋
反復練習
＋周囲の関わり方指導

②中高度生活行為障害のある人
環境調整
・手がかり
・視覚構造化　など
＋
関わり方指導
単純課題の**反復練習**

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事業報告書 および 池田学(監),村井千賀(編):認知障害作業療法ケースブック:メジカルビュー社より

参考

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概要

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、以下FAST)のステージ3以上の
○MMSE24点～28点の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がみられる境界域以下の者であって、
○認知症高齢者日常生活自立度Mを除き、
○ADL、IADLなど生活行為の課題の維持・改善に対する支援の必要な者、または家族への指導や環境調整などが必要と判断された者。

FAST（Functional Assessment Staging）

1. 正常
2. 年齢相応：名前が出てこない
3. 境界：仕事上機能低下が明らかになる。初めての旅行先で迷う
4. 軽度認知症：家計の管理、買い物、お客さんを招く段取りができない。普通の日常生活は大丈夫
5. 中等度認知症：適切な洋服が選べない。入浴を嫌がる。運転ができない。妄想や興奮などが出現しやすい
6. やや高度の認知症：着衣失行、入浴に介助、排泄動作障害、失禁
7. 高度の認知症：語彙の減少。全失語。歩行困難。着座困難。笑う能力の喪失。植物状態

参考

2021年度～
日本作業療法士協会事業

2022年07月11日（月）
一般社団法人　日本作業療法士協会
プロジェクト会議資料より

認知症の人への標準的な訪問作業療法の在り方検討プロジェクト

【事業概要】
・認知症の人への標準的な訪問作業療法の在り方を検討する。
作業療法士が何を目的に、訪問リハビリテーションの場でどの様な支援を提供しているのかを明らかにし、認知症の人が有する認知機能等の能力の評価を基に、それを最大限に活かした日常生活の具体的な自立支援の手法を集積し、標準的な訪問作業療法の在り方を検討する。

1）（2021年度）認知症者への訪問リハビリテーションの課題整理
①訪問リハビリテーションの場における実態調査
・主たる疾患として認知症の人への訪問リハの依頼がないため、実施内容が不明確であることがわかった
・効果的な作業療法の実施には研修が必要であることがわかった
・認知症疾患医療センターの作業療法士の訪問内容を参照したところ「環境・ADL・IADLへの評価・助言・整備」であった
②過去の関連調査研究から、認知症者の生活行為の自立に向けたアセスメント領域や介入を整理
・作業療法上の治療戦略として、環境調整、反復技能練習、家族指導 の3点に集約されることが分かった

2）（2022年度）認知症者への具体的支援事例の集積
①過去の関連調査研究をもとに必要な要素を抽出し、実践事例集積用のフォームを完成させる
②実践事例集積用のフォームへの入力方法にかかる説明会を2回ほどWEB開催
③得られた実践事例を集約し、認知機能低下に応じた生活行為への具体的支援手法検討

3）検討委員会及びワーキンググループ（作業部会）の設置
・有識者等を踏まえた構成委員や関係者の意見等を考慮して進める必要があるため、
検討委員会(年2～3回程度)で検討し、認知症の人への標準的な訪問作業療法の在り方について取りまとめる。

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

参考

2）訪問による認知症のリハビリテーション実施手順

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」で確認して記載する。

② 「生活行為の課題」のアセスメント ：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、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）を、アセスメントし、記載する。 （その際にはMMSE や DBD13、ADL 評価（BI、もしくは HADL、Lowton 等）、IADL 評価（FAI 等）等の評価 の結果を踏まえる ）

③ 「アセスメント要約」： 介入方針を決めるため、 要約を記載、 対象者とその家族に伝達する

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、以下の観点について定める。

（ⅰ）環境調整（物理的環境）

（ⅱ）生活行為に対す る反復練習

（ⅲ）関わり方の指導（家族・支援専門職等）

⑤ 「本人および実施者」:本人が日常生活の中で取り組むこと、ケア提供者が取り組むと良いことについて記載する。情報提供をする相手も記載する。 （近隣住民、友人、民生委員、関係者とのケア会議）

⑥ 介入期間：1 月に概ね 4 回以内、一回当たりの訪問時間は 60 分以上。通所 サービスに結び付けるよう、本人・家族への説明を行うことを配慮する。

効果を把握するため、長期的なモニタリングをする。

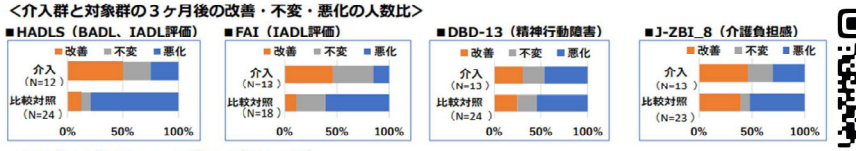
支援終了時、サービス 担当者会議等介護支援専門員を交え、支援に対する申し送りを行う

訪問による認知症リハビリテーションの効果検証

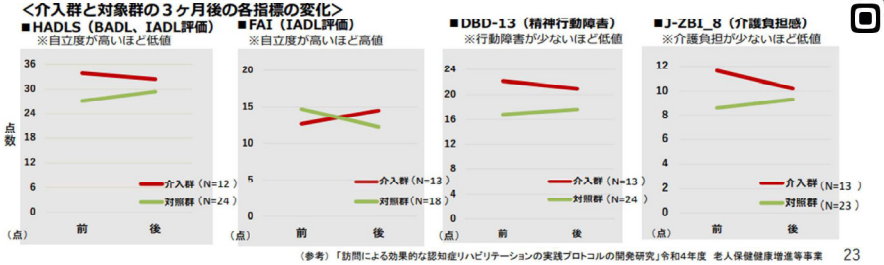
参考

○ 令和４年度老健事業において、訪問による認知症リハビリテーションの介入の効果検証を行った。
○ リハビリテーション介入を行った群（介入群）では、IADLを含む指標（HADLS、FAI）で改善傾向を認め、比較対照群では悪化傾向を認めた。
○ 比較対照群では介護負担感(J-ZBI_8)や精神行動障害（DBD-13)の悪化傾向を認めた。

<介入群と対象群の３ヶ月後の改善・不変・悪化の人数比>



<介入群と対象群の３ヶ月後の各指標の変化>



（参考）「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」令和4年度 老人保健健康増進等事業

第230回社会保障審議会介護給付費分科会資料【資料3】のP.23より https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36124.html

第230-介給

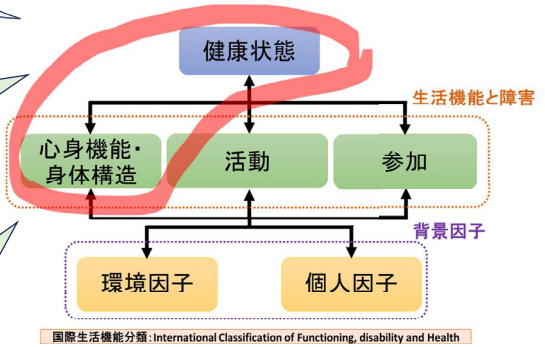
例：疾患における進行(重症度)を踏まえた機能低下

AD(軽度)：近時記憶障害、注意やworking memoryの低下、遂行機能の低下、活動意欲・周囲への興味低下、日付の見当識低下も
AD(中等度)：記憶や注意機能の更なる低下、場所の見当識低下も徐々に進行、視空間認知の低下も徐々に生じ、DMN後方ハブの機能低下で取り繕い
AD（高度）：視空間認知障害に加え失行症様の行為障害を来す、言語機能低下も

例：疾患特異性を踏まえた機能低下

FTD：全般的な心理社会的機能（社会的相互作用の確立・対人技能の形成)の低下、衝動的反復的な行動、言語機能の低下

DLB：注意や遂行機能の低下・視覚認知機能の低下による見落し、抑うつ状態、覚醒や睡眠機能の不安定さ、パーキンソニズム、自律神経症状

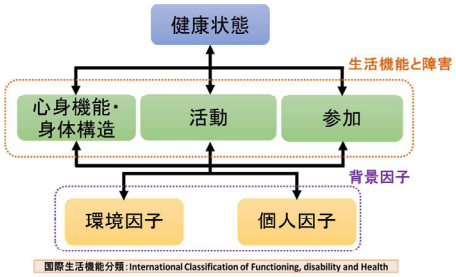


概要：認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハ実施を評価する新たな加算

対象者：認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者

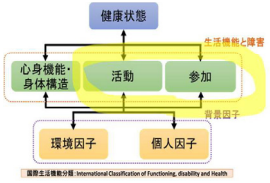
※詳細は算定に関する講義を参照

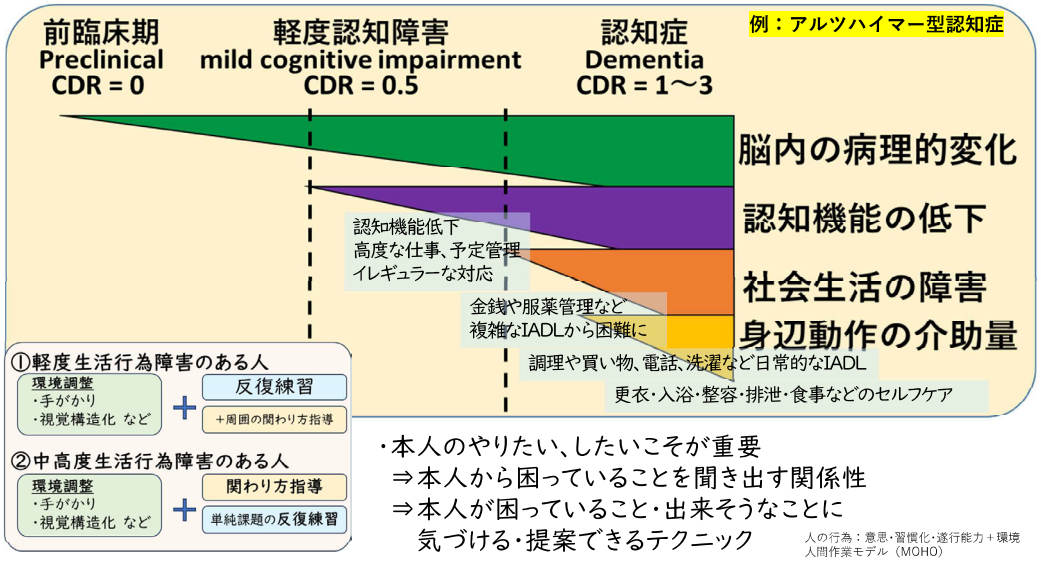
つまり
●生活機能の強みと弱みの把握
→アセスメント
●疾患特異性とアセスメントを踏まえ活動と参加レベルの改善を図る
→戦略的な介入方針の検討
➡【生活機能】の改善を図る



アルツハイマー型認知症の進行と生活障害

重症度	特徴と具体例
健常老化	・物の置き忘れ、・健忘や喚語困難の自覚などがある ・日常の社会生活において問題ない
MCI	・複雑な社会的場面(仕事)における客観的機能低下 ・慣れない場所・場面でのエラーや作業効率の低下 ・複雑なIADL(資産管理や手の込んだ調理など)でミスが生じやすい
軽度	・金銭/服薬管理、献立の検討、献立や在庫に配慮した買い物、予定管理などIADL自立が阻害される(何らかの支援が必要になる) ・日常生活において、更衣や入浴、排泄などBADLは部分的な質低下(衣類の汚れなど)があっても動作可能で介助を要さない。 ・不安に感じることも増え、精神的に不安定となることも多い。
中等度	・IADLの遂行が難しくなる(一部は代償で継続可) ・BADLにおける動作の質低下（TPOに応じた衣類選択、洗髪を忘れる、トイレの後始末ができないなど）が増える。 ・易怒性/焦燥感等の悪化で周囲と関係性が悪化することもある
高度	・視空間認知の障害や失行症などが作業遂行に影響を及ぼすた ・入浴や整容、更衣などの手順に混乱を来し、介助を要す ※進行で末期は、姿勢保持/嚥下等の問題が生じる





・本人のやりたい、したいこそが重要
⇒本人から困っていることを聞き出す関係性
⇒本人が困っていること・出来そうなことに
気づける・提案できるテクニック

人の行為：意思・習慣化・遂行能力＋環境
人間作業モデル（MOHO）

これまでとこれから

これまで：医療介護施設の入所・通所者へのリハビリテーション

CQ：非薬物療法にはどのようなものがあるか？

認知症者への介入：認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション、運動療法、音楽療法、回想法、認知行動療法、ADL訓練、レクリエーション療法、バリデーション療法、光療法、マッサージなど

介護者への介入：心理教育、スキル訓練、介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア、認知行動療法など

認知症者のケア：パーソンセンタードケア、バリデーション療法

認知症診療ガイドライン2017：日本神経学会監修. 医学書院, 2017.

これから：認知症初期からのADL/IADLの躓きに対し、より軽度から高度まで、在宅生活の継続に向けた具体的な支援が求められる。

2025年1月12日（日）
【老人保健健康増進等事業】
認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会

Ⅱ-2.認知症リハビリテーション 生活機能のアセスメントの考え方

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

山口智晴（群馬医療福祉大学）

何が足りない？

本人：一人でお風呂は不安で大変
家族：目が離せないで大変
→デイでお風呂に入れます

- ・お風呂に入るのが大変 → ・デイサービスの利用提案
- ・トイレ動作に一部介助を要する → ・ポータブルトレの提案
- ・一人で着替えられない → ・家族の手伝い、更衣動作練習
- ・お風呂掃除が難しくなってきた → ・ヘルパーの利用

→ 何が問題？

→ 全て対処になっている
アセスメントが欠落している

頭痛の訴え
くも膜下出血？
脳腫瘍？

咽頭痛の訴え
COVID-19？
扁桃腺炎？

→ 評価（診断）をせずに
消炎鎮痛剤の処方で良い？

専門職としての根拠は何処に？ AIでも専門職外でも可能

参考

本講義における【ねらい】

再掲

- 認知症者に対して、疾患特性を理解し、状態像に応じた予測される日常生活を踏まえ訪問リハビリテーションの支援に反映することができる。
- 認知症者への訪問リハビリテーションプログラムは、自宅での各種ドリルや二重課題トレーニングの実施ではなく、有する認知機能等の能力を見極め、持っている能力を活かし、その人らしい生活が継続できるよう支援することであることを理解する。
- 訪問リハビリテーション事業所が、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向け、正しい知識を身に付け取り組むことができる。
- 加算を算定することだけが目的にならないよう、本制度を本人・家族や、かかりつけ医をはじめとする他職種に理解してもらう働きかけや、事業所内での認知症者に対する支援の考え方の浸透を促進し、教育体制についても考えられる。

参考

国際生活機能分類：
International Classification of Functioning, disability and Health

人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取り巻く社会制度や社会資源までを記述・表現しようとするもの

ICF構成要素

- ○心身機能と構造：
  - 心身機能：身体の生理機能や精神心理機能（生理的）
  - 身体構造：脳神経や運動器、感覚受容器などの身体構造（解剖学的）
- ○活動：課題や行為の個人による遂行
- ○参加：生活・人生場面への関わり
- ○環境因子：物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境
- ○個人因子：年齢、性別、体力、ライフスタイル、習慣、生育歴、職歴、特技など

障害者福祉研究会・編：国際生活機能分類（ICF）－国際障害分類改訂版－. 中央法規出版, 2002

WHO世界保健機関:ICF国際生活機能分類
～国際障害分類改定版～, 医歯薬出版, 2002

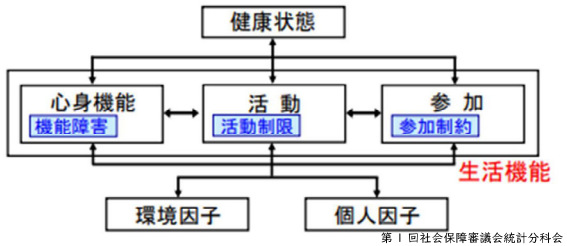
参考

ICIDH(国際障害分類)モデル

疾患 変調 → 機能障害 → 能力障害 → 社会的不利

・障害を「個人の問題」として否定的に捉える視点から
社会や環境などの要因を受けるという視点へ
障害だけでなく,強みを把握する中立的な立場

ICF(国際生活機能分類)モデル



第1回社会保障審議会統計分科会
生活機能分類専門委員会 参考資料より

第1章 精神機能 mental functions ← 第1レベル コード数34(心身機能8/身体構造8/実行状況9/能力9)

⇒全般的精神機能 global mental functions(b110-b139)
- →b110意識機能
- →b114見当識機能
- ・
- ・
- ・
- →b139その他の特定の、および詳細不明の、全般的精神機能

⇒個別的精神機能(b140-b189)
- →b140注意機能
- →b141記憶機能
- ・
- ・
- ・
- →b167言語に関する精神機能 ← 第2レベル コード数362
  - −b1670言語受容
  - −b1671言語表出 ← 第3レベル ←第3-4:コード数1,424→ 第4レベル
    - >b16710話し言葉の表出
    - >b16711書き言葉の表出
    - >b16712 手話の表出
    - >b16718その他の特定の、言語表出に関する機能
    - >b16719詳細不明の、言語表出に関する機能
  - −b1672統合的言語機能
  - −b1678その他の特定の言語に関する精神機能
  - −b1679詳細不明の言語に関する精神機能
- ・
- ・
- ・
- →b189その他の特定の、および詳細不明の、個別的精神機能

⇒b198その他の特定の精神機能
⇒b199詳細不明の精神機能

第2章 感覚機能と痛み sensory functions and pain
第3章 音声と発話の機能 voice and speech functions
第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
第5章 ・・・・・・・・

現実的には
第2レベルの正確さで表現するには、
3～18個のコードが適当であろう
→そこで、ICFコアセット

認知機能は低下しても
活動と参加は継続できる

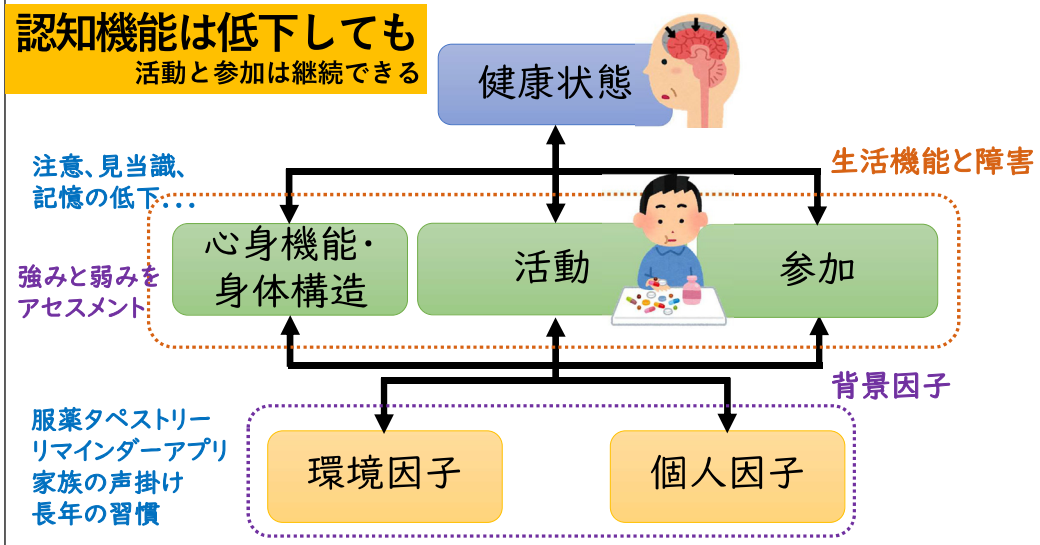
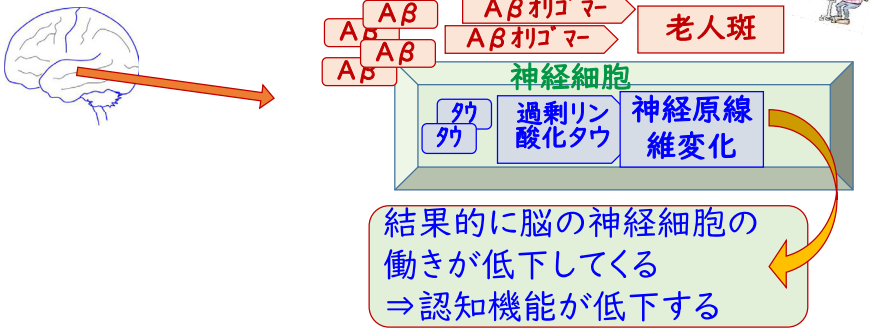


イラスト:
いらすとや https://www.irasutoya.com/

国際生活機能分類:International Classification of Functioning, disability and Health

参考

病気の原因:AD



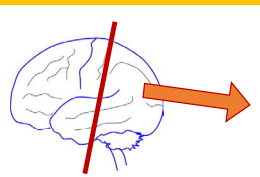
結果的に脳の神経細胞の
働きが低下してくる
⇒認知機能が低下する

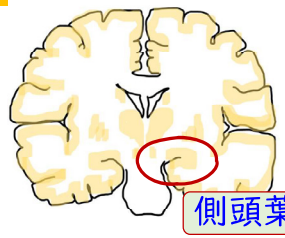
神経細胞内や細胞間に、この病理的な変化を報告したAlzheimer
(Alois Alzheimer, 1864-1915)氏にちなんで命名された病気

1901年に進行性の記憶障害や嫉妬妄想などを認める患者(Auguste Deter,1850-1906)を診察し、1906年に学会発表

参考

病気の原因：AD





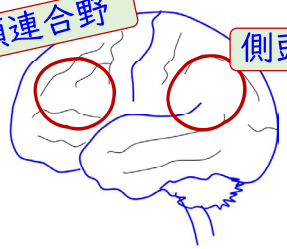
老人斑

神経原線維変化

側頭葉内側⇒海馬

前頭連合野

側頭頭頂葉連合野



この様な場所で
神経細胞が死滅
シナプス減る
アセチルコリン低下
が生じる

臨床的な表現をICFにしてみると

アルツハイマー型認知症の人の苦手な認知機能

- **エピソード記憶障害**⇒共通して早期から。最近の出来事から　b144記憶機能(b1441長期記憶)
- **作業記憶の低下**⇒同時並行作業、「ながら」が苦手
- **注意機能の低下**⇒記憶に関連して影響、探し物が増える　b140注意機能(b1402注意の配分)
- **見当識**⇒日付・曜日(予定混乱)→季節(衣類選択)→場所(徘徊)　b114見当識機能(b1140時間→b1141場所→b1142人に関する見当識)
- **興味関心の低下/アパシー**⇒趣味やお洒落をやめる面倒くさがる　b130活力と意欲の機能(b1301動機づけ)
- **情動の変化**⇒些細なことで怒る・喜ぶ・不安になる　b152情動機能(b1521情動の制御、b1520情動の適切性)
- **遂行機能の低下**⇒予定の管理や不測事態への対応も苦手に　b164高次認知機能(b1641組織化と計画、b1642時間管理)
- **病識低下と病感残存**⇒的確な状況把握は難しいが不安　b164高次認知機能(b1644 洞察、b1645 判断、b1646 問題解決)
- **構成障害**⇒視空間認知障害が強いと洗濯や整理整頓も苦手に　b156知覚機能(b1565視空間知覚)
- **失行症**⇒更衣などBADLが(タイプによって早期から苦手に)　b176複雑な運動を順序だてて行う精神機能
- **身体機能は良好**⇒初期は気付かれにくいことも、転倒なし　b760随意運動の制御機能

参考

アルツハイマー病の進行とFAST

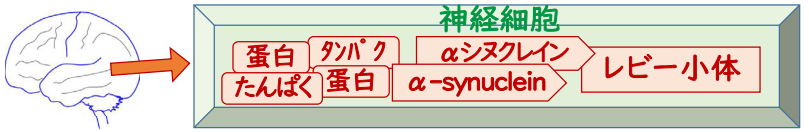
発達過程を逆行!?

FAST: Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease

Reisberg B: Geriatrics 41: 30-46, 1986.を基に作成

参考

病気の原因：Lewy小体型認知症(DLB)



様々な種類の蛋白が凝集し、αシヌクレインを形成

結果的に脳の神経細胞の働きが低下
神経伝達物質のアセチルコリンの減少
⇒認知機能が低下する
　＋自律神経系の障害、身体機能の低下

パーキンソン病にもレビー小体⇒症状が類似
レビー小体だけでなく 両者共に 心臓のノルエピネフリン神経が減少

臨床的な表現をICFにしてみると

Lewy小体型認知症

中核的特徴

b110意識機能　b140注意機能　b144記憶機能

・注意や覚醒、認知機能の変動　b114見当識(b11421他者に関する見当識→人物誤認)
b114見当識(b1141　場所に関する見当識→重複記憶錯誤)

・リアルな幻視(小動物や子供などが多い)　b156知覚機能(b1561視知覚→幻視)
b160思考機能(b1602思考の内容→妄想)

・レム期睡眠行動異常症(睡眠時に大声で手足バタバタ)　b134睡眠機能
(b1344睡眠周期に関連する機能)

・パーキンソニズム(動作緩慢、筋の固さ、転倒)

支持的特徴

b735筋緊張の機能(b7356全身の筋の筋緊張)
b755不随意運動反応機能(→姿勢反応・立ち直り反応など)

・抗精神病薬への過敏性、姿勢の不安定性、繰り返す転倒、失神、高度の自律神経障害(便秘など)、過眠、幻視以外の幻覚、体系化された妄想、アパシー・不安・うつ

b410 頻脈・徐脈・不整脈等(心機能)、b420血圧の機能、b525排便機能など

前頭側頭型認知症について

frontotemporal dementia; FTD

臨床的には

前頭側頭型認知症
(frontotemporal dementia; FTD)
もしくは
前頭側頭葉変性症
(frontotemporal lobar degeneration;FTLD)
本来は病理学的または遺伝的に確定診断された場合の言葉

- **行動障害型前頭側頭型認知症** behavioral variant FTD (bvFTD)
  b152情動機能(b1520情動の適切性、b1521情動の制御→脱抑制)
  b164高次認知機能(b1643認知の柔軟性→固執/時刻表的生活)
- **進行性非流暢性失語** Progressive non-fluent aphasia (PNFA)
  b167言語に関する精神機能(b16710話し言葉の表出→不規則な音韻の誤りや歪み
- **意味性認知症** Semantic dementia: SD
  b144記憶機能(b1441長期記憶→意味記憶の障害)
  b167言語に関する精神機能(b16700話し言葉の受容、b16701書き言葉の受容→熟字訓が読めない表層失読)

一般的には「前頭側頭型認知症」＝「行動障害型前頭側頭型認知症 bvFTD」を指していることが多い

前頭葉と側頭葉を中心とする神経細胞の変性・脱落による、著明な行動異常や精神症状、言語障害などを特徴とする進行性の認知症

認知機能低下による生活障害はアセスメントが支援のpoint→障害と強みの的確な把握

事例紹介

・70代後半の男性、妻と二人暮らし　無口で職人気質・亭主関白

診断名：アルツハイマー型認知症、高血圧症

現病歴：3年前頃から自家用車で道に迷うことがあった。同じ話の繰り返しが増え、2年前の物損事故がきっかけで家族に連れられて認知症疾患医療センターを受診。アルツハイマー型認知症と診断され、免許を返納。その頃から外出したがらず、家で寝転がることが増える。また薬の飲み忘れも目立つようになり、怒りっぽくなった。

生活歴：16歳から約50年鉄工所で働いた溶接工．A市で生まれ育った

趣味：競馬などのギャンブル好き、　一人で自由に行動することが好き

相談経緯：約1年半前から薬の飲み忘れが増え、その都度妻が服用を促していたが、1年前からは妻の指摘に対して激昂し、妻に対して大声で怒鳴ることが増えた。半年前からは高血圧で30年通った近医も受診しなくなり、降圧剤の服用も拒否するようになった。このまま体力と認知機能が低下することを心配し、夫への対応に苦慮した妻が外来受診時に医師へ相談したところ、地域包括支援センターを紹介され、認知症初期集中支援チームに支援依頼

※事例の個人情報部分のみフィクション

心身機能の評価

・HDS-R：17/30点、MMSE：19/30点
・活動性低下(アパシー)
・携帯電話の画面を頻回に確認(見当識障害)
・同じ話の繰り返し(近時記憶障害)
・物をなくす/探し物が多い(注意障害)
・下肢の筋力低下(MMT3~4レベル)
・妻に対して大声で怒ることが多い(易怒性)
・計画的な受診行動が難しい(遂行機能)

活動と参加の評価

・セルフケア：自立しているが、最近はパジャマのまま過ごすことも多い、促されると髭をそる
・健康管理：通院や服薬を自己判断で中止　薬の管理が難しい自覚はある
・役割：リビングと自室の掃除　ゴミをゴミ捨て場へ運搬
・友人との交流は殆どない

環境因子

・同居家族：妻は5歳年上、本人にどのように接してよいか悩んでいる　本人が大声で怒鳴ることに対してストレスを感じている
・隣人/友人：昔からギャンブルやっていたが、一人で行動することを好む。

本人：穏やかに生活したい

健康状態　高血圧、アルツハイマー型認知症

妻：穏やかに過ごして欲しい
薬を飲んで欲しい

心身機能

b114.3 日付と場所の見当識障害
b130.2 興味や活動性の低下（アパシー）
b140.2 選択性・配分性の注意低下
b144.3 著明な近時記憶障害
b164.2 予定や計画の管理が難しい
　時間管理や計画、洞察の難しさ
b176.0 失行症など行為の障害がない
b730.1 軽度の筋力低下
b760.0 運動機能が保たれている

活動と参加

d210.0 単一課題は問題ない
d220.2 複数課題の遂行でやり忘れが生じる
d230.1 日課の管理で促しが必要
d520.1 整容など一部のBADLで促しを要す
d530.0 排泄をはじめBADLは基本的に自立
d570.3 定期受診や服薬などができていない
d640.1 役割の掃除は促して可能
d720.2 妻に大声をあげる(妻のストレスに)

環境因子

e310+2 妻が同居している
e355+2,e360+2 多職種が関われている
e410.2 妻は本人への対応に苛立ち
e575.2 社会参加に向けたインフォーマル・
　フォーマルサービス未調整

個人因子

・70代後半男性
・職人気質の溶接工、亭主関白、
・ギャンブル好きで単独行動を好む

プロトコル

プロトコル：複数の者が対象となる事項を確実に実行するための手順．近年は，コミュニケーション言語，ルール，考え方などをまとめて示す言葉

・**プロトコル**：
アセスメントから具体的介入方針までの治療戦略
OTが生活行為に着目し支援する一連の臨床思考と実践過程

・診断に基づき，認知症の本人が望む生活行為に着目し，その生活行為が障害される背景や本人の強みを構造的に捉え，誰が何するか介入方針を検討

・新たな介入ではなく，従来から行われている認知症の人に対する訪問による作業療法を構造的に視覚化するもの

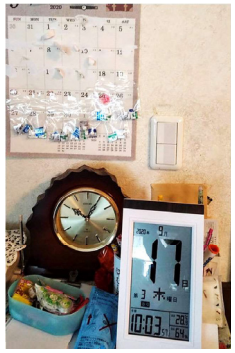
認知症の人に対するリハビリテーションの実践報告様式

統合と解釈から支援計画
・日付の見当識低下に加え，注意や記憶，遂行機能の低下により，不安感が強い
　→現状の方法で服薬管理で混乱。失行などなく、単一課題は遂行可能。
・曜日や時間帯など管理の要素が増えると混乱しやすい
・妻から飲み忘れを指摘され本人が怒る→拒薬の悪循環、常時確認するカレンダーある

■ **環境への働きかけ（物理的環境調整）**
・馴染みのカレンダーの活用
・電波時計で見当識障害の代用
・物品や環境の整理

■ **反復練習**
（本人と妻での合意を得ながら）
・電波時計で照合/活用（納得での導入）
・毎日1袋ずつ剥がす習慣化
・カレンダーに貼り付け/セット

■ **関わり方等の指導（家族指導）**
・貼り付け作業の促し方のコツ
・服薬忘れの指摘ではなく確認の促し



認知障害作業療法ケースブック：メジカルビュー社

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

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				

これまでの流れを構造的に視覚化する

認知症の人のリハビリテーションを視覚化する

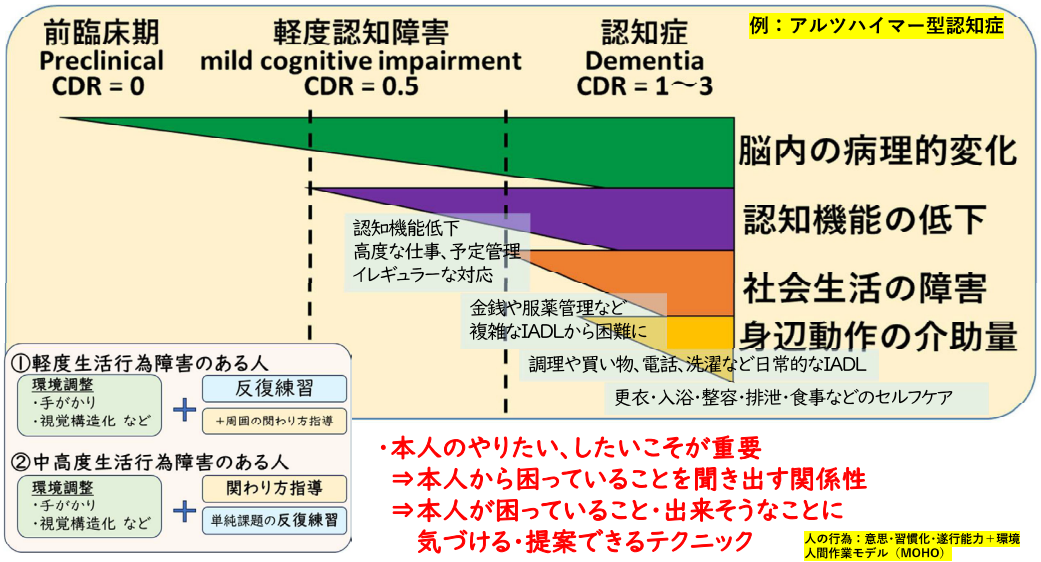
生活行為の課題		服薬管理：馴染みのカレンダーを活用した服薬を管理		
		心身機能	活動と参加	環境因子
アセスメント	障害されている	b1140 日付の見当識障害、b1402 注意障害（配分）、b1440 短期記憶障害、b164 高次認知機能	d230 日課の遂行 d220 複数課題の遂行	e410 妻の態度：夫のミス（飲み忘れ等）を指摘見当識を理解する手がかりが少ない
	強み	b156, b167, b176 失行症等なく手続き記憶の残存，言語機能や視覚認知は良好	d210 単一課題の遂行は可能 d440 細かな手の使用	e310 妻との二人暮らし 本人が常用するカレンダーがある
アセスメント要約		・日付の見当識低下に加え，注意や記憶，遂行機能の低下により，不安感が強く，加えて服薬管理で混乱 ・曜日や時間帯など管理の要素が増えると混乱しやすい ・妻から飲み忘れを指摘され本人が怒って拒薬などの悪循環、常時確認するカレンダーがある		
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）		・馴染みのカレンダーを活用して薬を貼付け ・日付は電波時計で確認してカレンダーと照合 ・電波時計（日付が大きく、曜日と時間は小さく表示されるものが良い）の導入	・電波時計に慣れる（本人に納得して活用してもらう） ・毎日1袋ずつ剥がすことの習慣化 ・袋を貼る作業も手伝ってもらうことで意識付けを図る	・本人ができること（電波時計とカレンダーの照合など）と苦手なこと（複数同時作業）を環境調整を通して妻が理解，指摘ではなく、促しをする・環境調整への協力を促す ・1回40分の訪問を計4～5回の予定
本　人		・服薬の貼り付けの手伝い	・毎日カレンダーを確認 ・貼られている薬を服用する	・家族の指示に従う ・不明点は家族や専門職に確認
実施者	家族	・必要物品の購入手配 ・カレンダーへの貼付け協力	・のみ忘れの確認 ・飲み忘れ時に促す	・関わり方のポイント理解
	ケア提供者			・介護サービス未導入 ・地域包括支援センターの担当者と情報共有
	その他			
結果		・9割以上の確率で，カレンダーに貼り付けた薬を自分で剥がして飲めた。忘れた際も、家族が声をかけるだけで、飲むことができるため、飲み忘れによる口論は減った。訪問回数は5回で終了。		

訪問で生活の困りごとを把握するには

療法士：「何か生活で困っていることはありますか？」
対象者：「まぁ、それなりに生活しているんで大丈夫です」
「何も困っていませんよ。皆さんと同じだと思います」
療法士：「・・・」

療法士：「そういえば、皆さん予定の管理、例えば病院や公民館に行く日を間違えないとかで困るとおっしゃる方が多いみたいですが、Aさんはいかがですか？」
対象者：「まぁ、歳だから、たまには忘れるけど、皆さんもそんなだから困らないですよ」
療法士：「ご予定はどのように管理されていますか？」「カレンダーは？」「時計は？」
次の診察、この地区の可燃物、牛乳の集金、回覧板などなど・・・・
具体的な事案について確認していく。

もしくは、家人に困ったと感じた生活エピソードをメモしてもらう



・本人のやりたい、したいこそが重要
⇒本人から困っていることを聞き出す関係性
⇒本人が困っていること・出来そうなことに
気づける・提案できるテクニック

人の行為：意思・習慣化・遂行能力＋環境
人間作業モデル（MOHO）

生活行為の支援例【買い物】

参考

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：一人での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が継続できる）。
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。

健常老化	・冷蔵庫にある食材や自宅在庫などに配慮した効率的な買い物が苦手になる

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てくる ・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> ・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 ●近時記憶障害が要因の場合 <視覚的構造> ・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> ・カレンダーや日記への記載ができているか声かけ・確認する	<本人らしさ生活習慣を知る> ・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、馴染みの方法を採る <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

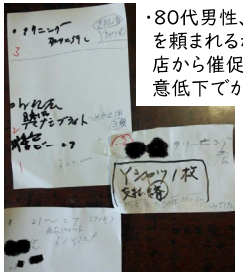
参考

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
軽度	・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てくる ・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	・カレンダー・日記の活用状況確認 ・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 ・財布の中を整理する ・少額がチャージできるプリペイドカードを活用する	・買い物リストを作成する ・リストを作って買い物をする習慣をつける ・レシートをもらう習慣をつける ・レシートはノートに貼り付ける ・定期的に財布の中身を一緒に確認する ・プリペイドカードが使用できているか確認する	・繰り返し同じ品物を購入しても強く指摘はしない ・馴染みのスーパーにはレジで困っている時に店員から声かけをしてもらうよう協力を依頼する ・家族やが定期的に一緒に買い物に行き、本人の不安に感じている部分を把握する ・財布の中がレシートや使用していないカード・小銭等で一杯になっていないか確認する ・元々使用しているプリペイドカードの有無について情報を得る ・カードでの支払いが可能か、現金のままが良いか一緒に確認する ・あまり声かけし過ぎず本人が選択する支払い方法を把握し尊重する
中等度	・1人での買い物が難しくなってくる ・本人が決まってルーティンで購入する物は買い物が継続できる	・家族やヘルパーと一緒に買い物に行けるよう往復の手段や交通状況について確認する	・買いたいものや欲しいものを選ぶ	・1人で出来ないから行かないではなく、一緒に買い物を楽しめるよう移行する ・買い物カゴに入れ過ぎた物品は会計前に整理する
高度	・1人での買い物が難しい			・本人が望めば一緒に買い物に行って選ぶ機会を提供する

買い物に対する具体的な支援（例）

参考

アルツハイマー型認知症



・80代男性、妻と二人暮らし。妻に買い物を頼まれるが忘却、定期購読契約先の書店から催促電話でメモするが、記憶や注意低下でかえって混乱している。

・妻は本人のリハビリになると思い、おつかいを頼むが本人は更に混乱
・連絡や依頼があると都度メモするためメモが整理できずに混乱

【対応】
・メモ帳を1つに絞り、用件も1つに絞る
・お願いする要件は1件1枚渡せば出来ることから、下図の様なメモを渡せば、本人は買い物ができる。

△△クリーニング店
代金支払い済み
前回、婦人物2点のみで、男性用Yシャツは未だ受け取っていません。確認願います。
※この紙を店主に渡してください

→結果、本人独りで買い物が可能になり、夫婦喧嘩も減った

山口智晴ほか. 総合リハ45(9):909-916, 2017.

前頭側頭型認知症

・70代男性で妻と二人暮らし。前頭側頭型認知症により、思考の柔軟性が低下など前頭葉症状を認める。糖尿病もあるが、コーヒーと甘い物が大好き。近隣のコンビニに1日1袋スティックシュガーを買いに行くのが日課。
・コーヒーに大量のスティックシュガーを入れて飲むため、血糖値のコントロールも不良。
・スティックシュガーが売り切れだと大混乱して、店員に詰め寄ったり、棚のものを落としたりした。

【対応】
・本人が楽しみにしている生活行為であったこともあり、ご家族やコンビニとも相談し、カロリーゼロのスティックシュガーを取り扱ってもらい、本人がいつも買っていた棚に配置してもらった。

→結果、家族・店舗も安心して、本人が楽しみにしている買い物の継続を支援できた

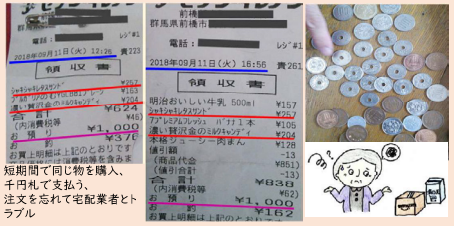
認知症の原疾患によって異なる「買い物」場面で苦手なこと

参考

○買い物における認知症全般の一般的対応例としては、①なじみのお店や環境で、②購入や支払、袋詰めなどが静かに落ち着いて出来る環境、③必要に応じてSOSが出せる環境や雰囲気、④パターン化した方が良い人は、自動精算機やプリペイドカードの使用などの工夫で対応できる場合もある

アルツハイマー型認知症

【苦手なこと】
・記憶障害で買うものを覚えておく、買ったものを覚えておく、支払いしたことを覚えておくこと
・見当識と注意力が低下し、売り場を探すこと
・釣り銭を予測した支払（小銭がたまる）
・冷蔵庫の中身を想定した買い物
・効率的な（向きや大きさ、順序）袋詰め



短期間で同じ物を購入、千円札で支払う、注文を忘れて宅配業者とトラブル

レビー小体型認知症

【苦手なこと】
・身体機能と視空間認知が低下し、狭い店内でカートを押して歩く
・注意機能の低下により商品を探しにくい
賑やかな商品popは混乱、陳列棚上下部の見落とし(特に棚の上部は届きにくい)
・日によっての意識の変動もあり、そもそも買い物が億劫になりやすい

前頭側頭型認知症

【苦手なこと】
・思考の柔軟性の低下により、「他店で買う」という切り替えが苦手で、こだわりの一品が品切れだと混乱しやすい
・自分で買うことへのこだわりがある
・行動パターンが定型化し、店休日の理解が難しい
・未払い行動からのトラブル

認知機能不変でも作業遂行能力は変わる

参考

70代アルツハイマー型認知症の女性、上腕骨骨折で入院加療。退院後より訪問OT。当初、更衣は30分間かかり全介助。家族は疲弊。

アセスメント：DASC-21：68点、MMSE：15点

更衣時に3つのエラー
①着衣時に服を正しく広げられない
②途中で注意転導し、目的を健忘
③脱いだ服を着るべき服の上に置く

3つの利点もある
A.服を一旦広げて上下前後を確認
B.重ね広げた服を上から順番に取る
C.最低限の口頭指示で動作遂行可

【介入】衣類を限定、着衣の順に服を重ね広げ、脱いだ衣類は撤去。口頭指示は減らし、家族にも関わり方法の統一を提案

【結果】家族がセッティングし脱いだ衣類を預かれば、一人で5分以内に着替え可能に

残存機能を引き出す物理的・人的環境調整→家族の疾病理解促進と負担軽減＋本人の役割再獲得

山口智晴, 黒沢一美:Jpn J Rehabil Med 55(8): 669-673, 2018.

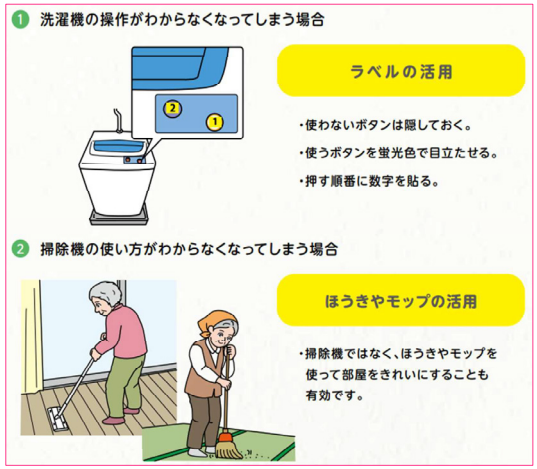
参考

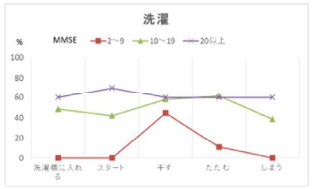
お洒落な人
→洋服がパターン化
→扉撤去＋カーテン
季節の衣類を選択

洗濯・掃除

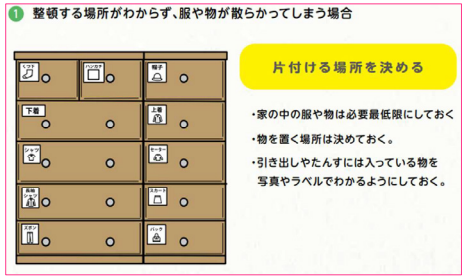
・機器の操作に迷う場合はシンプル化

参考





進行に応じてできる工程も変化する



●ポイントは苦手な工程のみを工夫する

日本作業療法士協会H28年度老健事業_認知症のリハビリテーションに基づく生活行為を続けるためのヒント集
令和2年度厚生科学研究(代表田平隆行)AD患者に対する生活行為工程分析に基づいたリハ介入の標準化に関する研究

参考

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
中等度	・注意や記憶の機能の低下に加え、実行機能の低下なども加わり、複雑な工程を遂行することができない	実行機能障害、近時記憶障害が要因の場合 <視覚的構造化> ・1工程ずつ提示する ・手順を紙面で示す <道具の工夫> ・使用する道具を絞る	・手順を示した紙面を繰り返し読み返す ・同じ工程もしくは似た工程の動作を繰り返し行う 例）カレーを作る →切る ：サラダ →炒める：野菜炒め →煮る ：野菜スープ	・本人がよく作るできそうな料理のレパートリーを部分的にでも依頼 ・手順を示した紙面を本人と一緒に確認 ・本人が使い慣れた道具、または同じ方法で使用できる道具を本人と一緒に選ぶ ・本人の料理に対する思いを聞き取る ・本人が混乱や負担と感じているときは、他者の作業を見守るという役割に移行する
高度	・1つの工程であれば可能な作業がある ・料理という場面を楽しむことができる	・調理中の音やにおいを楽しめる場を設定する	・調整活動に参加する ・役割としての盛り付けや配膳など、可能な動作を継続	・調味の工程でアドバイスをもらう ・役割遂行につながる声掛け

生活行為の支援例【料理動作】

参考

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	・キッチンの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（献立を一緒に考える） ・手順通りに使用できているか確認する ・本人がよく作るできそうな料理レパートリーを作ってもらう（慣れた環境、近し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 ・人的環境の補完を急ぎすぎない ・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

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

2025年1月12日（日）
【老人保健健康増進等事業】
認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会

グループワーク

事例紹介 フジノさん　62歳　男性

妻とふたり暮らし。隣県に娘家族が住んでいます。
会社員(営業職)として定年まで勤め上げ、定年後は趣味の絵画を楽しみつつ、町内会の役員として活動していました。妻・娘家族との定期的な旅行が楽しみでもあります。
持病はなく、特に定期的な受診はありません。年1回の定期健康診断のみ受けていました。
2年程前よりもの忘れや電話などのかけ方がわからなくなり、近医受診したところ、そこで**アルツハイマー型認知症**の診断を受けました。
認知症の程度は軽度から中等度（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅱb）、体の動きは良い（障害高齢者の日常生活自立度Ｊ2）です。家事は妻が担っていますが、以前は本人も皿洗いや風呂掃除、ゴミ出し等協力して行っていました。
日課は、新聞の購読、自宅近隣のウォーキング、妻との買い物でしたが、最近はスケジュール管理がうまくできなくなっており、町内会の会合にも出席せず、絵画も中断しています。

グループワークの流れ

- GW１　35分
  １）認知症者における訪問リハビリテーションの実際・課題の共有　　25分
  ２）どのような話題が出たか数グループより発表と課題の共有　　10分
- 動画視聴　（30分　オリ5分　視聴20分　まとめ5分）
  １）症例紹介
  ２）機能面、生活の中での困りごとに着目し動画を視聴し、視聴後グループディスカッションがあるので、手元にメモを取って視聴する。もしくはICF構造図（個人メモ用）にメモをとる。
  ３）動画視聴後、症例のまとめとして不足した情報を補足し、GW2へ。
- GW２　95分
  １）1日の過ごし方、及び1週間の過ごし方をイメージし、どのような生活を送っているか、グループで討議する。イメージを膨らませる　15分
  ２）グループで意見を出し合い、ICFの構造図を埋める　20分
  ３）ICFの構造図から強みを考慮し、何をターゲットにアプローチできそうか議論する。20分
  その上で①本人、②家族（他職種）、③環境に対して、どのような働きかけができるのかまとめる　25分
  ４）いくつかのグループから発表。10分
  ５）アプローチ案の共有　5分

事例紹介 フジノさん　62歳　男性

現在、本人は何かをしたいという想いはあるが、どうしていいのかわからず、
することがなく日中自室でぼんやりして過ごすことが多いです。
妻は夫がこの先どうなるのか不安を抱えていますが、どうして良いのかわからないまま誰にも相談できず、夫を外出させないようにしたり、自宅に閉じこめがちの生活になっています。

最近になり、介護保険の認定がおり、「要介護１」の認定を受けました。
ケアマネジャーとともに、訪問リハビリテーションの利用を考えているところです。

時間	生活状況
6:00	
7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	

曜日	予定(過ごし方)
日曜日	
月曜日	
火曜日	
水曜日	
木曜日	
金曜日	
土曜日	

ご本人の想い	
ご家族の想い	

GW２－①　（15分）

ここではビデオの様子及び症例情報から、こうじゃないかという推測も加えつつ、症例のイメージを膨らませていきましょう。

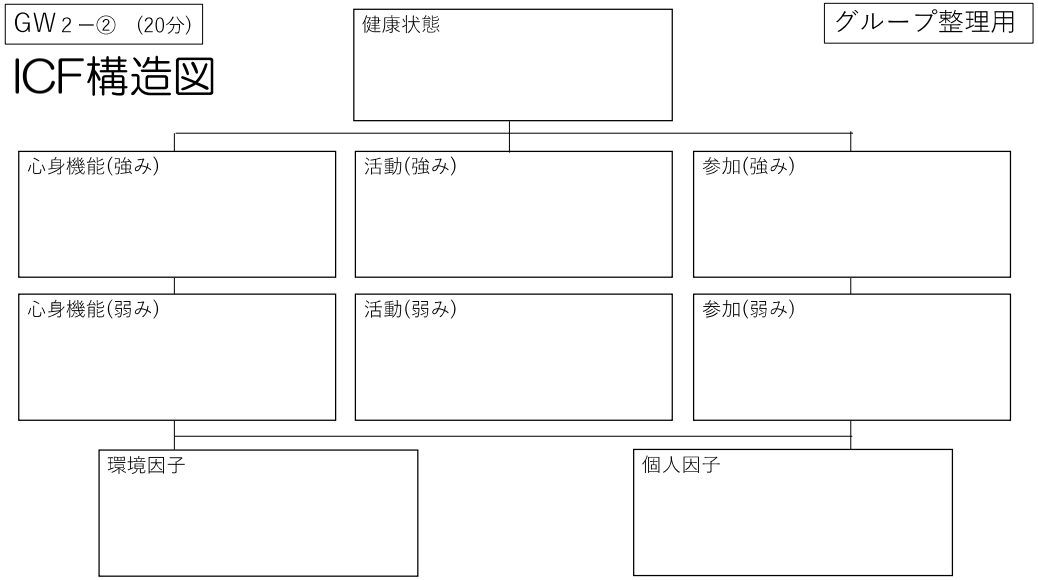
1週間の予定としてどのようなことが考えられるでしょうか？
1日をどのように過ごしているのでしょうか？

ご本人、ご家族はどのような想いを抱いているでしょうか？
グループで沢山の推測をしてください。

GW２－②　（20分）

ICF構造図

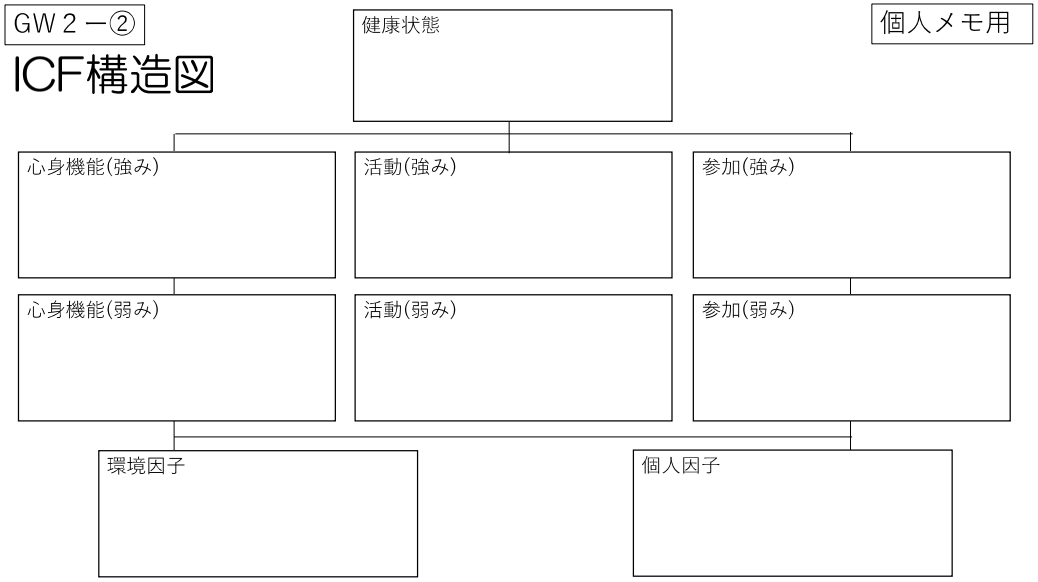
グループ整理用



GW２－②

ICF構造図

個人メモ用



GW２－③　（20分）

ICFの構造図から強みを考慮し、訪問リハとしてどのような生活行為に着目し、働きかけができそうか？

- 生活行為は複数列挙可。

GW２-④　　(25分)
GW２-③で考えたターゲットから１つを選択し、①本人に、②家族に、③環境に対して、どのような働きかけができるか整理する

選択した生活行為：

■本人への働きかけ（生活行為に対する反復練習）

■家族への働きかけ（家族指導）

■環境への働きかけ（環境調整）

2025年1月12日(日)
【令和6年度老人保健健康増進等事業】
認知症者に対する訪問リハビリテーション研修会

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向けて

一般社団法人 日本作業療法士協会
Japanese Association of Occupational Therapists
宇田 薫(医療法人おもと会)

1.(7)② 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進

概要 【訪問リハビリテーション】

○ 認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションの実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<現行>
なし

▶

<改定後>
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日 (新設)

算定要件等

○ 次の要件を満たす場合、1週に2日を限度として加算。 (新設)

・ 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。

厚生労働省老健局 「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」より

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日
要介護1~5が対象
(短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない)

(留意事項より)

①本加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を**踏まえ**、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。以下同じ。)を最大限に活かしながら、当該利用者の**生活機能を改善**するためのリハビリテーションを実施するものであること。

ポイント
- ▸改善するのは「生活機能」
- ▸最大限でなくても、余裕をもった能力の活かし方で良い場合もある。

②精神科医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、認知症の利用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に対して、訪問リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを行った場合に、1週間に2日を限度として算定できるものであること。

参 考
- ▸専門的な研修の1例(次年度の研修会情報を得るようにしてください。)
  令和6年度国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
  認知症サポート医養成研修
- ▸「判断」難しい場合でも(本加算が算定できない場合でも)、「生活機能に困りごと」があるのであれば訪問リハビリの対象。
- ▸1週間に3日の利用の際は、当加算は2日分のみ算定。
- ▸退院後、短期集中加算の対象となる場合は、そちらでの算定も可能。

③本加算の対象となる利用者はMMSEまたはHDS-Rにおいておおむね5～25点に相当する者とするものであること。

ポイント

▸介入後の点数の変化は、現在、求められていない。
▸「相当する者」の捉え方は明記されていないことと、「おおむね」と表現されているため、この点数だけで対象を判断する必要はないと考える。
▸これらテストの実施が、利用者との関係づくりを阻害するようであれば無理に実施せず、生活状況から「見当識の低下あり」「短期記憶に支障あり」などの情報を記録しておくことは可能。

④本加算は、その退院（所）日または訪問開始日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去3月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

ポイント

▸算定できなくとも、進行具合によっては、繰り返し支援が必要なこともある。

居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮する。

ポイント

・本人の状況によっては、仮に上手くいかなかったとしても「他にも工夫がある」「繰り返せば上手になる」「一緒に考えましょう」と寄り添いながら、支援できる場合もある。

・お一人で混乱していた状況よりも、少しでも「分かりやすい」と 実感してもらうことも大切。

・リハ専門職は「混乱させない人」「快適に対応してくれる人」「混乱や失敗を責めない人」と印象づけることが、関係づくりに重要である。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」より

老高発0315第2号/老認発0315第2号/老老発0315第2号（令和6年3月15日）

（2）認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

別紙様式2－1を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

参 考

「別紙様式2－1」は興味・関心チェックシート

・本人が興味関心を示すことができない場合もある。
・「何かに取り組んでもらおう」という働きかけが負担になることもある。
・今の生活の中での「困りごと」に取り組むことでもよい
➡それが、本人にとって「気になっていること（関心）」である場合も。

リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者が得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留意すること。

ポイント

・「私にもできる」「失敗せずにでできる」という体験を積み重ねる

・最初は作業工程の中で、難しくなっている（混乱する）部分を「介助する」などして、まずは達成体験を提供することもできる

・目標とする生活行為でなくても、達成できる行為に興味・関心を示されるのであれば、まずはその行為で達成体験を提供してもよい。自己効力感の高まりが、脳機能に好影響となる場合もある。
（達成体験がBPSDの「うつ」「暴言」の軽減に繋がることもある。）

介護支援専門員から依頼を受けるための働きかけ

◎現場では「訪問介護とリハ」の役割も十分周知されていない。
「週1～2回のリハビリで、認知症は治らない」というイメージもある。

◎「生活機能の改善」したケースを紹介しながら、ケアマネに情報提供する。
ケアプラン例も示すと、イメージしやすい

◎ケアマネが本人・家族に説明しやすい方法を提案する
・本人・家族へ説明する際の書面があるとよい。
➡OT協会の広報物もご活用ください。
・「リハビリ専門職が訪問する」との表現を使わないほうが良い場合もある。
・「お試し」「回数や期間を決める」という説明が利用に繋がることもある。
・中核症状よりも、「その方の『困りごと』をいくつか教えてください」と問うほうが、ケアマネの気持ちの負担が軽減されるかもしれない。

◎加算算定できない利用であっても、支援の結果の積み重ねが、ケアマネへの理解に繋がる場合もある。

ケアプラン例

生活全般の解決すべき課題	目　標				援助内容		
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	サービス	頻度
内服忘れの為、失禁が増える	定期的に内服ができ、トイレに間に合う	6か月	内服管理ができる	3か月	内服できる工夫を一緒に考えて反復練習する	訪問リハ	2日/週
失禁することで家族から叱られ、抑うつ傾向	活気を取り戻す	6か月	内服管理ができる方法を家族・関係者と共有	3か月	内服できる方法を、分かりやすく**家族・関係者**に伝える	訪問リハ	2日/週

認知症のリハビリテーションのパンフレット・チラシ

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」

令和4年度老健事業
「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」

https://www.jaot.or.jp/shiryou/rokenjigyo/

すでに「認知症の人」の支援を行えているのではないですか？

算定用件が揃わなくても、中核症状とBPSDが繋がらなくても、すでに支援しているケースはあると思います。まずは、その実績をケアマネに伝えてみましょう。

- 何も興味を示さない方が、訪問療法士との関係から散歩に出かけ➡洋服を選び➡買い物に行き➡通所サービスへ
- 洋服、ゴミで部屋が散乱している方に、「一緒に片付けましょう」の声掛けと、部分的な介助を繰り返すことで➡自立に
- 便汚染で家族に叱られていた方へ、「寄り添う」関係づくりで、本人から困りごとの訴えが出るようになり➡生活が整える支援へ
- 相談の結果「本人望む方法」を優先し➡服薬管理自立
- 体操の工程を細かく、区切り分かりやすく➡体操の習慣化➡歩行安定➡外出再開

ポイント

「ICF」「実践報告様式」を頭の中に置きながら、「その人」に寄り添う

スタッフ間で検討の積み重ねを！

- その人の中核症状を共有しながらの検討も、もちろん大切。
- 「その人」「その人の強み」「その人の思い」「家族の思い」などを大切にしながら検討する。
- 認知症の人の支援に不安な間は、支援経過途中は手探りでも生活機能が改善してから振り返えれば、支援の成功ポイントが見えてくる。
- 検討は部門に限らず、多職種支援チームで共有すれば地域での認知症への理解に繋がるであろう。

ポイント

訪問リハビリは、在宅生活者の「生活機能の改善」に期待されている

第１回　認知症者に対する訪問リハビリテーション研修　事前アンケート項目

１．研修申込

①氏名
②メールアドレス
③所属名
④所属先所在地
⑤加盟または会員となっている協会（複数回答可）
［ 日本訪問リハビリテーション協会 ・ 全国老人保健施設協会 ・ 全国デイ・ケア協会 ・ 日本理学療法士協会 ・ 日本作業療法士協会 ・ 日本言語聴覚士協会 ・ その他（具体的に） ・ 特になし ］

２．回答者属性

①職種［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他（具体的に） ］
②現在所属の訪問事業所の母体
［ 病院 ・ 診療所 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ 訪問看護ステーション ］
③経験年数
④訪問に関わる事業への従事年数
⑤認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無［ ある ・ ない ］
⑥認知症の人への訪問リハビリテーションの際に実施している評価（複数回答可）
［ FIM ・ BI ・ TUG ・ BBS ・ FAI ・ 手段的日常生活動作（IADL)尺度 ・ DBD13 ・ MMSE ・ HDS-R ・ Vitality index ・ 生活・認知機能尺度 ・ ICF ステージング ・ 興味・関心チェックシート ・ DASC-21 ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 ・ その他（具体的に） ・ 認知症の人への訪問リハビリテーションの経験がない ］
⑦認知症の人へのリハビリテーションの具体的支援内容として、行うことが多い項目を上から３つ
［ 関節可動域訓練 ・ 筋力増強訓練 ・ 持久力訓練 ・ バランス訓練 ・ 上肢機能訓練 ・ 疼痛緩和 ・ 基本動作訓練 ・ 歩行訓練 ・ ADL 訓練 ・ IADL 訓練 ・ 摂食嚥下訓練 ・ 言語・聴覚訓練 ・ 高次脳機能訓練 ・ 認知機能賦活 ・ レクリエーション ・ 支援・調整 ・ その他 ・ 認知症の人への訪問リハビリテーションの経験がない ］
⑧事業所において、認知症と診断を受けて、訪問にてリハビリテーションを行っている利用者の有無
［ いる ・ いない ］
→「いる」と回答した場合：訪問職種（複数回答可）
［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］
⑨事業所において、認知症以外の診断で訪問にてリハビリテーションを行っているが、認知症の診断もある利用者の有無［ いる ・ いない ］
→「いる」と回答した場合：訪問職種（複数回答可）
［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］
⑩認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定
［ 算定している ・ 算定を予定している ・ 算定対象の事業所だが算定していない ・ 算定対象の事業所ではない ］

３．認知症についての理解

以下の項目ごとの理解度について自己評価ください
［ わかる ・ ほとんどわかる ・ どちらともいえない ・ ほとんどわからない ・ わからない ］
①認知症の診断基準について
②認知機能障害について
③行動・心理症状（BPSD）について
④認知症の人の生活の具体的なイメージについて
⑤ICF による全体像の整理について
⑥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について
⑦認知症のリハビリテーションの目的について
⑧認知症のリハビリテーションにおける評価について
⑨認知症のリハビリテーションにおける支援の内容について

４．その他

①認知症の方への訪問でのリハビリテーションを実施するにあたって、一番不安なこと（自由記載）
②本研修会に期待することなど（自由記載）

第 1 回　認知症者に対する訪問リハビリテーション研修　事後アンケート項目

1．回答者属性

①職種［　理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士　・　その他（具体的に）　］
②現在所属の訪問事業所の母体
　［　病院　・　診療所　・　介護老人保健施設　・　介護医療院　・　訪問看護ステーション　］
③経験年数
④訪問に関わる事業への従事年数
⑤認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無［　ある　・　ない　］
⑥リハビリテーションマネジメント加算の算定
　［　算定している　・　算定を予定している　・　算定対象の事業所だが算定していない　・　算定対象の事業所ではない　］
⑦認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定
　［　算定している　・　算定を予定している　・　算定対象の事業所だが算定していない　・　算定対象の事業所ではない　］
⑧生活行為の自立が難しい場合などにヘルパー等と連携することがあるが、認知症の利用者に対し、他職種と連携して訪問したことの有無［　ある　・　ない　］

2．認知症についての理解

以下の項目について、研修を受けたうえで今の理解度を自己評価ください
［　わかる　・　ほとんどわかる　・　どちらともいえない　・　ほとんどわからない　・　わからない　］
①認知症の診断基準について
②認知機能障害について
③行動・心理症状（BPSD）について
④認知症の人の生活の具体的なイメージについて
⑤ICF による全体像の整理について
⑥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について
⑦認知症のリハビリテーションの目的について
⑧認知症のリハビリテーションにおける評価について
⑨認知症のリハビリテーションにおける支援の内容について
⑩認知症者が有する認知機能等の能力を見極め、能力を最大限に活かした日常生活が継続できるよう支援することの大切さについて

3．実践について

以下の項目ついて、今後実践できそうかを教えてください
［　できる　・　概ねできる　・　どちらともいえない　・　ほとんどできない　・　できない　］
①認知症の定義、認知症の原因疾患、BPSD について理解し、他職種に説明できる
②他職種に対し、訪問リハビリテーションの利用に繋げるための工夫についての説明や支援ができる
③実際に介入する際に、利用者に対して認知症のリハビリテーションについて説明できる
④ICF を用いて、認知症者の全体像を捉えることができる
⑤アルツハイマー型認知症の特徴と関わり方、FAST 分類について理解し、自身の臨床経験に結び付けられる
⑥レビー小体型認知症の特異的な生活行為の障害について理解し説明ができる
⑦軽・中等度の認知機能障害者に対するアプローチの視点について理解し、自身のプログラムに反映できる
⑧重度の認知機能障害者に対するアプローチの視点について理解し、自身のプログラムに反映できる
⑨対象者の全体像を踏まえ強みに目を向け、有する認知機能を活かした生活を支援する、という視点で考えることができる
⑩本人への関わり、家族（他職種）への関わり、環境面への働きかけを考え、訪問リハビリテーションの支援に反映することができる
⑪認知症短期集中リハビリテーション実施加算を本人・家族や、かかりつけ医をはじめとする他職種に理解してもらう働きかけや、事業所内での認知症者に対する支援の考え方の浸透・教育体制についても考えられるようになる
⑫認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合、3 ヶ月間で目標としていた生活行為への介入が達成できる
⑬認知症の人に寄り添う関わりができる

4．講義について

①より詳細に聞きたい講義（複数回答可）
　・認知症の総論　診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み）
　・認知症の人の生活を具体的にイメージする～ご本人による工夫の紹介～
　・認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向けて
　・認知症リハビリテーションの実際と認知機能障害を踏まえた生活行為の評価・治療戦略の考え方
　・認知症のリハビリテーション　生活機能のアセスメントの考え方
　・グループワーク
　・特にない
②①で選択した講義について、より詳細に聞きたい内容（自由記載）
③今回取り扱った内容以外で聞きたい内容（自由記載）
④全体の研修時間
　［　長い（半日程度が良い）　・　ちょうど良い（1 日で良い）　・　短い（2 日間が良い）　］

⑤～⑩研修を受講したうえで、最もあてはまるものを選択してください
［　そう思う　・　ややそう思う　・　どちらともいえない　・　あまりそう思わない　・　そう思わない　］
⑤より詳しい研修があれば受講したいか

⑥事例検討をしてみたいか
⑦事例報告を聞きたいか
⑧研修を他者に勧めたいか
⑨認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定できそうか
⑩「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」に関する研修に参加したいか

⑪利用者や家族に説明するときに、認知症の人への訪問リハビリテーションについて説明できるような媒体は必要か
［ 必要である ・ やや必要である ・ どちらともいえない ・ あまり必要ではない ・ 必要ではない ］
→「必要である」、「やや必要である」と回答した場合：
どのような媒体（紙媒体・電子媒体）があれば説明をしやすくなるか（自由記載）
⑫グループワークの事例として「二本の傘」の動画を使用したが、どうだったか
［ わかりやすかった ・ ややわかりやすかった ・ どちらともいえない ・ あまりわかりやすくなかった ・ わかりにくかった ］
⑬事例検討をするにあたって、動画を見ることと書面に記載されているのでは、どちらの方が具体的にイメージしやすいか
［ 動画の方がわかりやすい ・ 書面の方がわかりやすい ・ その他（他に良い事例の提示方法があれば） ］
⑭生活行為に焦点を当てた戦略を立てる上で、より詳細に知りたいと思ったこと（自由記載）
⑮研修を受講したことで、受講前に感じていた不安の軽減には繋がったか
［ 繋がった ・ どちらともいえない ・ 繋がらなかった ・ 元々不安はない ］
→「繋がった」と回答した場合：本研修のどの部分が不安の軽減に繋がったか（自由記載）
→「繋がらなかった」と回答した場合：どうすれば不安の軽減に繋がりそうか（自由記載）
⑯「認知症の人の生活を具体的にイメージする～ご本人による工夫の紹介～（講師：丹野智文氏）」の感想（自由記載）
⑰⑯以外の講義とグループワークの感想等（自由記載）

5．その他

①アドバンス研修の開催案内の希望

第２回　認知症者に対する訪問リハビリテーション研修　事前アンケート項目

１．研修申込

①氏名
②メールアドレス
③所属名
④所属先所在地
⑤加盟または会員となっている協会（複数回答可）
［ 日本訪問リハビリテーション協会 ・ 全国老人保健施設協会 ・ 全国デイ・ケア協会 ・ 日本理学療法士協会 ・ 日本作業療法士協会 ・ 日本言語聴覚士協会 ・ その他（具体的に） ・ 特になし ］

２．回答者属性

①職種［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他（具体的に） ］
②現在所属の訪問事業所の母体
［ 病院 ・ 診療所 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ 訪問看護ステーション ］
③経験年数
④訪問に関わる事業への従事年数
⑤認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無［ ある ・ ない ］
⑥認知症の人への訪問リハビリテーションの際に実施している評価（複数回答可）
［ FIM ・ BI ・ TUG ・ BBS ・ FAI ・ 手段的日常生活動作（IADL)尺度 ・ DBD13 ・ MMSE ・ HDS-R ・ Vitality index ・ 生活・認知機能尺度 ・ ICF ステージング ・ 興味・関心チェックシート ・ DASC-21 ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 ・ その他（具体的に） ・ 認知症の人への訪問リハビリテーションの経験がない ］
⑦認知症の人へのリハビリテーションの具体的支援内容として、行うことが多い項目を上から３つ
［ 関節可動域訓練 ・ 筋力増強訓練 ・ 持久力訓練 ・ バランス訓練 ・ 上肢機能訓練 ・ 疼痛緩和 ・ 基本動作訓練 ・ 歩行訓練 ・ ADL 訓練 ・ IADL 訓練 ・ 摂食嚥下訓練 ・ 言語・聴覚訓練 ・ 高次脳機能訓練 ・ 認知機能賦活 ・ レクリエーション ・ 支援・調整 ・ その他 ・ 認知症の人への訪問リハビリテーションの経験がない ］
⑧事業所において、認知症と診断を受けて、訪問にてリハビリテーションを行っている利用者の有無
［ いる ・ いない ］
→「いる」と回答した場合：訪問職種（複数回答可）
［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］
⑨事業所において、認知症以外の診断で訪問にてリハビリテーションを行っているが、認知症の診断もある利用者の有無［ いる ・ いない ］
→「いる」と回答した場合：訪問職種（複数回答可）

［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］

⑩認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定

［ 算定している ・ 算定を予定している ・ 算定対象の事業所だが算定していない ・ 算定対象の事業所ではない ］

3．認知症についての理解

以下の項目ごとの理解度について自己評価ください

［ わかる ・ ほとんどわかる ・ どちらともいえない ・ ほとんどわからない ・ わからない ］

①認知症の診断基準について

②認知機能障害について

③行動・心理症状（BPSD）について

④認知症の人の生活の具体的なイメージについて

⑤ICF による全体像の整理について

⑥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について

⑦認知症のリハビリテーションの目的について

⑧認知症のリハビリテーションにおける評価について

⑨認知症のリハビリテーションにおける支援の内容について

4．その他

①認知症の方への訪問でのリハビリテーションを実施するにあたって、一番不安なこと（自由記載）

②本研修会に期待することなど（自由記載）

第２回　認知症者に対する訪問リハビリテーション研修　事後アンケート項目

1．回答者属性

①職種［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他（具体的に） ］

②現在所属の訪問事業所の母体

［ 病院 ・ 診療所 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ 訪問看護ステーション ］

③経験年数

④訪問に関わる事業への従事年数

⑤認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無［ ある ・ ない ］

⑥生活行為の自立が難しい場合などにヘルパー等と連携することがあるが、認知症の利用者に対し、他職種と連携して訪問したことの有無［ ある ・ ない ］

⑦リハビリテーションマネジメント加算の算定

［ 算定している ・ 算定を予定している ・ 算定対象の事業所だが算定していない ・ 算定対象の事業所ではない ］

⑧認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定

［ 算定している ・ 算定を予定している ・ 算定対象の事業所だが算定していない ・ 算定対象の事業所ではない ］

→「算定している」と回答した場合：認知症短期集中リハビリテーション実施加算にて、自身が訪問したことはあるか［ ある ・ ない ］

→「ある」と回答した場合：算定した利用者１名について、可能な範囲で下記について教えてください

［ 年齢 ・ 要介護度 ・ 診断名 ・ 1 週間あたりの訪問回数 ・ 1 回あたりの訪問時間 ・ BI ・ FAI ・ HDS-R ・ MMSE ・ 介入した生活行為課題 ］

（BI、FAI、HDS-R、MMSE は評価していない場合は「なし」と記載）

2．認知症についての理解

以下の項目について、研修を受けたうえで今の理解度を自己評価ください

［ わかる ・ ほとんどわかる ・ どちらともいえない ・ ほとんどわからない ・ わからない ］

①認知症の診断基準について

②認知機能障害について

③行動・心理症状（BPSD）について

④認知症の人の生活の具体的なイメージについて

⑤ICF による全体像の整理について

⑥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について

⑦認知症のリハビリテーションの目的について

⑧認知症のリハビリテーションにおける評価について
⑨認知症のリハビリテーションにおける支援の内容について
⑩認知症者が有する認知機能等の能力を見極め、能力を最大限に活かした日常生活が継続できるよう支援することの大切さについて

3．実践について

以下の項目ついて、今後実践できそうかを教えてください
［ できる ・ 概ねできる ・ どちらともいえない ・ ほとんどできない ・ できない ］
①認知症の定義、認知症の原因疾患、BPSD について理解し、他職種に説明できる
②他職種に対し、訪問リハビリテーションの利用に繋げるための工夫についての説明や支援ができる
③実際に介入する際に、利用者に対して認知症のリハビリテーションについて説明できる
④ICF を用いて、認知症者の全体像を捉えることができる
⑤アルツハイマー型認知症の特徴と関わり方、FAST 分類について理解し、自身の臨床経験に結び付けられる
⑥レビー小体型認知症の特異的な生活行為の障害について理解し説明ができる
⑦軽・中等度の認知機能障害者に対するアプローチの視点について理解し、自身のプログラムに反映できる
⑧重度の認知機能障害者に対するアプローチの視点について理解し、自身のプログラムに反映できる
⑨対象者の全体像を踏まえ強みに目を向け、有する認知機能を活かした生活を支援する、という視点で考えることができる
⑩本人への関わり、家族（他職種）への関わり、環境面への働きかけを考え、訪問リハビリテーションの支援に反映することができる
⑪認知症短期集中リハビリテーション実施加算を本人・家族や、かかりつけ医をはじめとする他職種に理解してもらう働きかけや、事業所内での認知症者に対する支援の考え方の浸透・教育体制についても考えられるようになる
⑫認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合、3 ヶ月間で目標としていた生活行為への介入が達成できる
⑬認知症の人に寄り添う関わりができる

4．講義について

①より詳細に聞きたい講義（複数回答可）
・認知症の人の生活を具体的にイメージする～ご本人による工夫の紹介～
・認知症の総論　診断・ICF・FAST に応じた生活機能（強み・弱み）
・認知症リハビリテーションの実際と認知機能障害を踏まえた生活行為の評価・治療戦略の考え方
・認知症のリハビリテーション　生活機能のアセスメントの考え方
・グループワーク
・認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定に向けて
・特にない
②①で選択した講義について、より詳細に聞きたい内容（自由記載）

③今回取り扱った内容以外で聞きたい内容（自由記載）
④全体の研修時間
［ 長い（半日程度が良い） ・ ちょうど良い（1 日で良い） ・ 短い（2 日間が良い） ］

⑤～⑩研修を受講したうえで、最もあてはまるものを選択してください
［ そう思う ・ ややそう思う ・ どちらともいえない ・ あまりそう思わない ・ そう思わない ］
⑤より詳しい研修があれば受講したいか
⑥事例検討をしてみたいか
⑦事例報告を聞きたいか
⑧研修を他者に勧めたいか
⑨認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定できそうか
⑩「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」に関する研修に参加したいか

⑪利用者や家族に説明するときに、認知症の人への訪問リハビリテーションについて説明できるような媒体は必要か
［ 必要である ・ やや必要である ・ どちらともいえない ・ あまり必要ではない ・ 必要ではない ］
→「必要である」、「やや必要である」と回答した場合：
どのような媒体（紙媒体・電子媒体）があれば説明をしやすくなるか（自由記載）
⑫グループワークの事例として「二本の傘」の動画を使用したが、どうだったか
［ わかりやすかった ・ ややわかりやすかった ・ どちらともいえない ・ あまりわかりやすくなかった ・ わかりにくかった ］
⑬事例検討をするにあたって、動画を見ることと書面に記載されているのでは、どちらの方が具体的にイメージしやすいか
［ 動画の方がわかりやすい ・ 書面の方がわかりやすい ・ その他（他に良い事例の提示方法があれば） ］
⑭生活行為に焦点を当てた戦略を立てる上で、より詳細に知りたいと思ったこと（自由記載）
⑮研修を受講したことで、受講前に感じていた不安の軽減には繋がったか
［ 繋がった ・ どちらともいえない ・ 繋がらなかった ・ 元々不安はない ］
→「繋がった」と回答した場合：本研修のどの部分が不安の軽減に繋がったか（自由記載）
→「繋がらなかった」と回答した場合：どうすれば不安の軽減に繋がりそうか（自由記載）
⑯本研修の感想等（自由記載）

訪問による認知症のリハビリテーション　アドバンス研修会　事前アンケート項目

1．研修申込

①氏名
②メールアドレス
③所属名
④所属先所在地
⑤加盟または会員となっている協会（複数回答可）
［ 日本訪問リハビリテーション協会 ・ 全国老人保健施設協会 ・ 全国デイ・ケア協会 ・ 日本理学療法士協会 ・ 日本作業療法士協会 ・ 日本言語聴覚士協会 ・ その他（具体的に） ・ 特になし ］

2．回答者属性

①職種［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］
②現在所属の訪問事業所の母体
［ 病院 ・ 診療所 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ 訪問看護ステーション ］
③経験年数
④訪問に関わる事業への従事年数
⑤認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無［ ある ・ ない ］
⑥令和５年度、令和６年度に開催した老健事業の訪問による認知症のリハビリテーション研修会は参加したか
［ 参加した（令和５年度開催） ・ 参加した（令和６年９月８日） ・ 参加した（令和７年１月12日） ・ 参加していない ］
→「令和５年度または令和６年度の研修会に参加した」と回答した場合：
研修を受講してから臨床で意識するようになったことや、実践で役立っていることなどがあれば教えてください（自由記載）

3．事業所情報

①事業所において、認知症と診断を受けて、訪問にてリハビリテーションを行っている利用者の有無
［ いる ・ いない ］
→「いる」と回答した場合：訪問職種（複数回答可）
［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］
②事業所において、認知症以外の診断で訪問にてリハビリテーションを行っているが、認知症の診断もある利用者の有無［ いる ・ いない ］
→「いる」と回答した場合：訪問職種（複数回答可）
［ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ］
③リハビリテーションマネジメント加算の算定
［ 算定している ・ 算定を予定している ・ 算定対象の事業所だが算定していない ・ 算定対象の事業所ではない ］
④認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定
［ 算定している ・ 算定を予定している ・ 算定対象の事業所だが算定していない ・ 算定対象の事業所ではない ］
→「算定している」と回答した場合：認知症短期集中リハビリテーション実施加算にて、自身が訪問したことはあるか［ ある ・ ない ］
→「ある」と回答した場合：算定した利用者１名について、可能な範囲で下記について教えてください
［ 年齢 ・ 要介護度 ・ 診断名 ・ １週間あたりの訪問回数 ・ １回あたりの訪問時間 ・ BI ・ FAI ・ HDS-R ・ MMSE ・ 介入した生活行為課題 ］
（BI、FAI、HDS-R、MMSE は評価していない場合は「なし」と記載）

4．認知症についての理解

以下の項目毎の理解度を自己評価ください
［ わかる ・ ほとんどわかる ・ どちらともいえない ・ ほとんどわからない ・ わからない ］
①基礎知識
・認知症の診断基準について
・認知機能障害について
・行動・心理症状（BPSD）について
・ICF による全体像の整理について
・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について
②認知症のリハビリテーションの概要
・認知症のリハビリテーションの目的について
・認知症のリハビリテーションにおける評価について
・認知症のリハビリテーションにおける支援について
③評価
・認知機能の評価について
・ICF による全体像の評価について
・本人および家族の視点やニーズを重視した目標・介入案の設定とその合意形成について
・生活行為の評価について（生活行為を行程ごとに細分化し分析する）
・認知機能の低下と生活行為の関連性について
④支援計画
・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（生活行為の焦点化）について
・ICF に基づく焦点化した生活行為のアセスメントについて
・生活行為のアセスメントに対する支援計画の作成について

⑤支援
・認知症の重症度に応じた生活行為の支援について
・環境調整による生活行為の支援について（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）
・反復練習による生活行為の支援について（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）
・声かけの工夫など関わり方の工夫による生活行為の支援について
・家族など支援者への助言・指導を通した生活行為の支援について
・生活行為の支援における他職種との連携について
・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内容について

5．その他

①本研修への期待することや意見等（自由記載）

訪問による認知症のリハビリテーション　アドバンス研修会　事後アンケート項目

1．回答者属性

①職種［　理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士　］
②現在所属の訪問事業所の母体
［　病院　・　診療所　・　介護老人保健施設　・　介護医療院　・　訪問看護ステーション　］
③経験年数
④訪問に関わる事業への従事年数
⑤認知症の人に対する訪問リハビリテーションの経験の有無［　ある　・　ない　］
⑥令和５年度、令和６年度に開催した老健事業の訪問による認知症のリハビリテーション研修会は参加したか
［　参加した（令和５年度開催）　・　参加した（令和６年９月８日）　・　参加した（令和７年１月12日）　・　参加していない　］

2．事業所情報

①リハビリテーションマネジメント加算の算定
［　算定している　・　算定を予定している　・　算定対象の事業所だが算定していない　・　算定対象の事業所ではない　］
②認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定
［　算定している　・　算定を予定している　・　算定対象の事業所だが算定していない　・　算定対象の事業所ではない　］

3．認知症についての理解

以下の項目について、研修を受けたうえで今の理解度を自己評価ください
［　わかる　・　ほとんどわかる　・　どちらともいえない　・　ほとんどわからない　・　わからない　］
①基礎知識
・認知症の診断基準について
・認知機能障害について
・行動・心理症状（BPSD）について
・ICFによる全体像の整理について
・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について
②認知症のリハビリテーションの概要
・認知症のリハビリテーションの目的について
・認知症のリハビリテーションにおける評価について
・認知症のリハビリテーションにおける支援について

③評価
・認知機能の評価について
・ICF による全体像の評価について
・本人および家族の視点やニーズを重視した目標・介入案の設定とその合意形成について
・生活行為の評価について（生活行為を行程ごとに細分化し分析する）
・認知機能の低下と生活行為の関連性について
④支援計画
・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（生活行為の焦点化）について
・ICF に基づく焦点化した生活行為のアセスメントについて
・生活行為のアセスメントに対する支援計画の作成について
⑤支援
・認知症の重症度に応じた生活行為の支援について
・環境調整による生活行為の支援について（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）
・反復練習による生活行為の支援について（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）
・声かけの工夫など関わり方の工夫による生活行為の支援について
・家族など支援者への助言・指導を通した生活行為の支援について
・生活行為の支援における他職種との連携について
・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内容について

4．研修について

①研修時間
［ 長い（半日程度が良い） ・ ちょうど良い（1 日で良い） ・ 短い（2 日間が良い） ］
②本日の演習（個人ワーク、グループワーク）は半日だったが、長さはどうか
［ 長い（2 時間程度で良い） ・ ちょうど良い（半日で良い） ・ 短い（1 日あった方が良い ］
③認知症実践プロトコルは、訪問における軽度～中等度の認知症の方を主な対象者としているが、それを踏まえて、本研修会では得たかった知識や情報を得ることができたか
［ 得られた ・ やや得られた ・ どちらともいえない ・ あまり得られなかった ・ 得られなかった ］
④認知症実践プロトコルに関して、より詳しく聞きたい講義内容等（自由記載）
⑤認知症に関して、本日の講義内容以外で聞きたい内容（自由記載）
⑥在宅や入院、重症度問わず、認知症の方を支援する際に知りたいこと等（自由記載）
⑦本研修会の感想等（自由記載）

5．今後について

①今後、認知症実践プロトコルの事例検討（本日の演習のような研修会）をしてみたいか
［ そう思う ・ ややそう思う ・ どちらともいえない ・ あまりそう思わない ・ そう思わない ］
②認知症実践プロトコルの事例検討（演習）の時間はどのくらいが良いか
［ 2 時間 ・ 半日 ・ 1 日 ］
③認知症実践プロトコルの事例検討（演習）の開催方法
［ オンラインが良い ・ 現地が良い ］
④今後、認知症実践プロトコルの事例報告を聞いてみたいか
［ そう思う ・ ややそう思う ・ どちらともいえない ・ あまりそう思わない ・ そう思わない ］
⑤認知症実践プロトコルの事例報告の時間はどのくらいが良いか
［ 2 時間 ・ 半日 ・ 1 日 ］
⑥認知症実践プロトコルの事例報告の開催方法
［ オンラインが良い ・ 現地が良い ］

「認知症のリハビリテーション」研修会 参加者アンケート項目

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．研修内容について

各講義について該当するものを選んでください
［ とても参考になった・よく理解できた ・ 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 ］
①認知症の人へのリハビリテーションに対する介護支援専門員への期待
②認知症のリハビリテーションの考え方・ケアプランへの活かし方
③認知症の人のリハビリテーションー認知症の疾患と ADL・IADLー
④実装事例紹介

3．認知症の方へのリハビリテーションについて

①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
［ ある ・ ない ］
②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 ］
③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るか
［ 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ケアプランの中に、訪問リハビリテーションの認知短期集中リハビリテーション実施加算を入れたことがあるか
［ ある ・ 入れようとしたが入れられなかった ・ ない ］
→「入れようとしたが入れられなかった」と回答した場合：どのような点が障壁となり導入が難しくなったか（自由記載）
→「入れようとしたが入れられなかった」、「ない」と回答した場合：
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
［ 思った ・ 思わなかった ］
⑤「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）
⑥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）
⑦これまでに認知症のリハビリテーション研修を受講したことはあるか［ ある ・ ない ］

作成日：2024 年 6 月 25 日　版数：第 1.2 版

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：2024 年 6 月 25 日　　版数：1.2 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

作成日：2024 年 6 月 25 日　版数：第 1.2 版

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が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おり，「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）の日常の生活を自立し継続できる」よう、認知症治療において、薬物療法だけではなく、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 などの日常の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、介護者への対処行動などを 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えていない。

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、これまでわ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

少ない。本研究により、訪問リハビリテーションの実践方法について、その効果を明らかにできることにより、効果的な認知症の生活障害に焦点を当てたリハビリテーションを明らかにでき、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期まで続けることに貢献できる。

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９月（倫理審査承認後）から 2026 年６月 30 日まで

研究対象登録締め切り日：2025 年 12 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　副室長　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 学
- 熊本大学病院　竹林 実
- 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
- 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　桝田 道人

- 三宿病院　岩本 康之助
- 秋津鴻池病院　岸本 年史
- ひさい脳神経外科クリニック　古川 和博

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 盛光伸光（もりみつしんこう）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（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、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。

（５）通所リハ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

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、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

	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（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、０４における地域滞在日数の群間比較。副次評価項目は O2、０３、０４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、０２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、対象者の状況を評価し、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な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．予期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うけることにより、ADL、IADL の向上が得られる可能性がある。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りうる。

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、検査をう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 を用いた仮名加工化を実施するが、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、鍵のかかる書庫等に保管する。研究事務局において使用される電子データについては、コンピューター等について、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、個人情報を保護するため研究 ID による仮名加工化が行われる。また、調査票の紙面媒体の生データは、施錠したキャビネットで保管する。 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の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の期間、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 MJL,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. Dookey 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-12300000Roukenkyoku/92_sagyouryouhoushi.pdf）最終アクセス 2023/08/29

参考資料２．訪問による認知症のリハビリテーション実践プロトコル

【治療適応基準】

（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

【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（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、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。

【介入方法】

訪問初回時に、興味関心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 を特定する。介入対象となった ADL/IADL に対し、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、下記の支援内容を決定し、介入計画書（実践プロトコル様式）を作成する。

①環境調整（タンスにラベルを貼るなどの視覚構造化）
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）

介入については、決定した内容に沿って、1 月以内に行う。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。

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な変更点をフィードバックし、介入計画の質を担保する。

【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（手がかり・視覚的構造化）**	**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				

【効果検証事業における介入群の作業療法計画】

1　症例数

105 例より研究参加の同意を得て、53 例の 1 年後の評価が終了した（表 1 ）。

表 1　データ集積状況（2025 年 1 月 18 日時点）

初回評価	105 例
1 ヶ月評価	103 例 (2 例 家族都合等で評価非実施)
3 ヶ月評価	100 例 (2 例 家族都合/本人入院で評価非実施、3 例追跡不可)
1 年後評価	53 例が終了

2　介入群の支援計画

生活行為の課題として取り上げたものは、服薬管理が最も多く 9 件、次いで日課の遂行・予定管理、料理や家事、趣味活動の支援が 6 件と続き、通いの場の支援も 5 件があった。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。実践プロトコル様式に基づいた作業療法計画について No.30～56 を以下に提示する。なお、No は令和 5 年度の研究事業から継承した。

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	**2024 年度の介入群**	**2025 年度の介入群**	**合計**
服薬管理	4	5	9
日課の遂行・予定管理	5	1	6
調理	4	2	6
家事等（掃除、洗濯）	2	4	6
趣味活動	2	4	6
デイサービスへの参加、プログラム調整	2	4	6
通いの場などの参加	2	3	5
家庭内の役割	3	1	4
トイレ	1	1	2
入浴		2	2
整理整頓（置き忘れ）		2	2
畑、庭仕事		2	2
整容		1	1
買物		1	1
仕事（シルバー人材センター）		1	1

表 3　初回評価時の基本情報と生活行為の課題
（2024 年度から附番しているため 2025 年度は No.30 から開始）

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
30	70 代女性	要 介 護	夫婦のみ	4	23	6	90	22	8	日課の遂行、洗濯
31	70 代男性	要 介 護	夫婦のみ	4	24	6	100	14	9	整容
32	80 代女性	未申請	夫婦のみ	4	19	9	100	25	7	服薬管理
33	80 代男性	未申請	夫婦のみ	3	18	27	75	2	38	趣味活動
34	80 代女性	要 介 護	夫婦のみ	4	24	10	100	25	10	買物
35	70 代男性	要 介 護	夫婦のみ	4	28	14	100	27	10	掃除、整理整頓
36	70 代女性	要 介 護	娘夫婦	5	21	4	90	5	16	掃除
37	80 代女性	申請中	息子夫婦	4	16	8	95	19	25	調理、掃除
38	70 代女性	要 介 護	夫婦のみ	5	10	14	80	8	27	清拭
39	70 代男性	要 介 護	妻、子	6	12	18	75	4	27	トイレ
40	60 代女性	未申請	夫婦のみ	4	28	9	90	8	9	整理整頓
41	60 代女性	要 介 護	息子夫婦	4	19	2	80	11	6	外出
42	80 代女性	要 支 援	独居	4	12	6	90	16	20	入浴、整理整頓
43	80 代男性	非該当	夫婦のみ	4	20	2	100	6	4	畑作業
44	80 代女性	非該当	夫婦のみ	5	18	3	100	14	8	予定管理。、服薬管理
45	70 代女性	未申請	夫、娘	3	16	3	100	26	3	整理整頓
46	70 代男性	非該当	夫婦のみ	3	28	17	100	27	26	予定管理
47	70 代女性	要 介 護	夫婦のみ	5	23	3	100	13	25	趣味
48	70 代男性	未申請	夫、子	4	26	5	100	37	9	服薬管理、予定管理
49	70 代女性	未申請	夫婦のみ	4	20	4	100	32	5	日課の遂行
50	80 代男性	未申請	夫婦のみ	4	22	14	100	18	10	テレビ操作、整理整頓
51	60 代男性	未申請	夫婦のみ	4	27	7	70	10	8	日課
52	80 代女性	未申請	娘	4	23	1	100	18	20	家計簿
53	60 代男性	未申請	妹	4	27	16	90	8	20	就労、社会資源
54	60 代女性	要 介 護	妻子孫	4	6	17	17	8	16	スケジュール管理
55	50 代女性	要 介 護	子	4	24	7	100	31	8	服薬管理
56	70 代女性	未申請	息子夫婦	3	20	8	100	30	8	スケジュール管理

認知症作業療法計画　No.30-1

基本情報		70 歳代、男性、妻との 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST 4 、高血圧症、糖尿病、左大腿骨骨折		
現病歴		X 年に認知機能検査目的で初回受診、仕事をしていたがコロナで仕事が無くなってしまってからもの忘れが進んだ（鍵の置き場所が分からなくなる）。血糖測定やインシュリン注射は自分でやっている。 薬は、妻と 2 人でセッティングして、飲み忘れはない。X 年〇月に左大腿骨骨折。		
主訴		本人：心配な事や困っていることがない。 妻：もの忘れが多くなって、あれと思い出せない。		
生活歴		自営業をしていたがコロナで仕事が減少して辞めることとなった。その後は仕事せず、趣味のゴルフや旅行をする生活を送っていた。 家事などは一切手伝いをしなかったが仕事を辞めてからは調理や掃除は自ら行うようになっていた。 洗濯は妻がすべてを行っており本人は行っていなかった。		
生活行為の希望（課題）		認知機能（視空間認知）の低下予防と洗濯をすることで家庭での役割遂行を増やしていく。		
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　日付の見当識機能 b 140　注意力 b 1642　時間管理	d 177　意思決定 妻の行動を追って一緒に行動し、意思の決定ができにくい。 b 1645　判断 妻に頼ることが多い。	本人は妻と過ごす時間が多く、空いた時間ができると妻の様子を気にかけ、近くに行って一緒に行動することが多い。 妻に対して依存的な傾向が見られる。
	強み	b 130 活力と欲動の機能 b 160 思考機能 b 164 高次認知機能 b 167 言語機能	・妻と一緒に家事をすることに強い関心を持っている。 ・洗濯物を畳むなど、これまで経験したことのない作業であっても抵抗なく取り組むことができる。	妻が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）		本人の日中の活動は低調であり、自宅では自分の役割がないと感じ、何もできないと思い込んでいる。 そのため、日中はベッドで過ごすことが多く、起きて行動することが少ない。妻も夫が何もしないで寝ている時間が長いことに不安を感じていた。 妻はこれまで夫に家事を頼むことはなかった。 家庭内で役割を持つことで、本人の活動性を向上させるだけでなく、意欲を高めるきっかけにもなると考えられる。		
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いため自分で畳む 本人の下着など妻の判断した畳めるものは本人に行ってもらう	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	畳めているかを見守って、出来ていない場合でも畳んだ行為を賞賛し、畳み直しは一緒に行う
実施者	**家族**	本人が畳む洗濯物の選定	洗濯物を本人にお願いして渡す	役割を持つことの重要性を確認
	ケア提供者	訪問時に実際にできるかの評価	必要があれば繰り返し練習する	一連の洗濯物の畳み作業がお互いにできているかを確認し指導する
その他（ケア会議等の介入の方針）		妻が洗濯物の中から本人が畳みやすいタオルなどを選び、本人に渡す。 洗濯物を畳む習慣がなかった本人への配慮として、本人の意思を確認しながら進めていただくことをお願いする。		
支援結果		洗濯のたびに、本人にタオルや下着を畳み、それをタンスに片付ける作業を続けてもらっている。 片付ける際には、収納場所を間違えないよう、場所を整理し、洗濯物に名前を書いて貼る工夫をしている。 認知機能を維持し、自宅内での役割を高めるために取り組みを行ったところ、タオルを畳むことで空間認知能力の保持が確認されるとともに、自己肯定感が向上し、新たな活動への意欲を高めるきっかけにもなっている。		

認知症作業療法計画　No.30-2

基本情報		70 歳代、男性、妻との 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST 4 、高血圧症、糖尿病、左大腿骨骨折		
現病歴		X 年に認知機能検査目的で初回受診、仕事をしていたがコロナで仕事が無くなってしまってからもの忘れが進んだ（鍵の置き場所が分からなくなる）。血糖測定やインシュリン注射は自分でやっている。 薬は、妻と 2 人でセッティングして、飲み忘れはない。X 年〇月に左大腿骨骨折。		
主訴		本人：心配な事や困っていることがない。妻：もの忘れが多くなって、あれと思い出せない。		
生活歴		自営業をしていたがコロナで仕事が減少して辞めることとなった。その後は仕事せず、趣味のゴルフや旅行をする生活を送っていた。 家事などは一切手伝いをしなかったが仕事を辞めてからは調理や掃除は自ら行うようになっていた。 洗濯は妻がすべてを行っており本人は行っていなかった。		
生活行為の希望 **（課題）**		困っていることはないが、左大腿骨骨折をしてから、自宅での入浴動作に注意が必要となり、一部見守りから介助が必要な状況になっている。 自宅生活でのアドバイスをもらえればと考えている。		
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	b 1140　日付の見当識障害 b 140　注意力の低下 b 130　活力と欲動の機能 b 1440　短期記憶の低下	b 1641 行動の振り返りができていない 意欲が低下し何もしない時間が多い	妻と一緒に行動をするこが多いものの主体的な行動が少ない 認知度の進行を予防するような行動ができていない
	強み	b 160　思考機能 b 167 言語機能は保たれている	目的があれば行動はできる	目的意識や課題であるとの認識あれば行動することができる。 また、妻の理解や協力が得られやすく促しなどのサポートができる。
支援課題 **（アセスメント要約）**		認知機能の低下と左大腿骨頸部骨折の影響で行動範囲が徐々に狭まり、自宅で過ごすことが増えている。 屋外での活動は妻と共に行動することで可能となっており、妻は本人の意思を尊重しつつ無理のない範囲で行動を支えている。 認知機能低下の予防として日記を書くことで想起記憶の向上を図り、行動を振り返ることで意欲を高め活動性を維持する。		
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 用紙はスタッフが準備をして本人に書き方を説明し理解して頂き使用	用紙への記載 記載の内容の想起	
実施者	**家族**	本人が書いていることがあれば声掛けをする。書いたものを見せてくれるようなことがあれば内容の確認をする	特になし	書いている内容について、間違いなどの修正はしないで書いたことを賞賛するなど、出来ていることを認める
	ケア提供者	日記を書く用紙に何を書くか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する	
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人は書くことは苦手との反応であるが、日記を書くことで振り返りをして想起機能が高まることを本人と妻に伝えて約 1 ヶ月実施をして頂く。		
支援結果		支援期間の 1 ヶ月間、本人は日記の記載を続けることができた。途中で辞めようかと妻に相談したが、最終的には期間中最後まで記載を続けた。しかし、継続の意向を尋ねたところ、「やらない」と答えた。日記を書く中で「漢字を書くのが大変だったが、調べながら記載することには拒否感はなかった」と本人は振り返っている。 記憶力の低下により想起の困難さが目立つようになったことから、代償行為として日記を書くことを提案した。 実施期間中は記載をすることができたが、習慣化までは至らなかった。しかし、漢字を調べたり、行動を振り返ることで充実感を得られたようである。この体験は今後の生活において、メモを取ることや行動を振り返る会話のきっかけになる可能性があると考えられる。		

認知症作業療法計画　No.31

基本情報		70 歳代、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		X1~2 年前頃より物忘れの進行がある。午前中に行ったことも午後には忘れ、会話も少なくなっている。 行ったことがある場所などに行っていないと言ったりする。 髭剃りや整理整頓も上手くいかず、物を無くす（鍵、通帳、保険証など）行ったことや聞いたことを覚えていない。		
主訴		本人：物忘れが多く、一人では何もできないと不安を話す 妻：何度も同じことを聞いてくるたびに教えるのが大変		
生活歴		自宅で農業を妻と営んでいたが数年前から農業は行っていない。家庭菜園程度の作業が出来る。		
生活行為の希望（課題）		髭剃りを毎日出来るようにする。自己管理が出来ることを増やすことで自尊心を高める。		
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 見当識障害 b140 注意機能 b144 記憶障害 b164 高次認知機能	d220　複数課題の遂行 d230　日課の遂行 d650　物の管理	e310 妻は本人が髭剃りなど不十分でも声がけはするが手伝うなど、直接的な介入はない
	強み	b144　手続き記憶は残存 b160　物忘れの自覚がある 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 d210　単一課題の遂行は可能 d450　歩行 d455　移動	e310　家族
支援課題（アセスメント要約）		本人は几帳面な性格から書類を捨てずに保管しているものの整理が困難であり、 妻が手伝って整理すると後から「どこにやったのか」と尋ねられ、 整理したことを理解されず妻に精神的な負担が大きくなっている。 また、髭剃りに関しては一人で行えるものの、「やらなくてもいい」という考えを強く主張し、妻も介入を控えている。 本人が一人で整理や髭剃りをできるようになることで妻の負担軽減につながり、本人の自尊心の向上も期待できる。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		電気シェーバーと手鏡を一緒に決めた場所（窓際の棚）に置く 毎日記載をしている用紙をテーブルの上に置く	手鏡をみながら電気シェーバーを使う 手鏡と電気シェーバーを同じ場所に戻す 髭剃りをしたことをメモに残す	
実施者	**家族**	手鏡と電気シェーバーとメモが同じ場所にあることを確認し、なければ置いておく 髭剃りができた時は賞賛する		本人の行動強化のために出来た時は賞賛する やらない時も本人の意思に任せる
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		本人はほぼ毎日髭剃りを行っており、時間帯のズレや剃り残しはあるものの、自発的に取り組んでいる。また、声掛けによって行動を促すことが可能である。ただし、メモに記録することが難しい日も多い。 髭剃りの行動を細分化することで解決が進み、剃り残しは鏡を使うことや電気シェーバーと手鏡を固定した場所に置くことで、管理が容易になった。抽象的ではなく具体的な方法で対応することで本人が理解しやすく、実行可能だった。 家族は口頭で伝える際に感情的になり、複数の手順を一度に伝えることで混乱が生じていたが、動作を細分化し、一連の行動の繋がりを整理することで、遂行における阻害要因を本人も家族も把握しやすくなり、解決の助けとなったと推測される。		

認知症作業療法計画　No.32

基本情報		80 歳代、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 4		
現病歴		X-6 年　物忘れが目立つようになり、市内の内科クリニックに相談。 その後も定期的に通院していたが、X 年物忘れが目立つようになり精査加療で当院受診。 HDS-R9 点で定期的な外来加療を継続していた。		
主訴		本人:自分では普通になんでもやれている。生活できているので大丈夫です。 夫:物忘れは前からあって徐々に進んできている。リハビリで良くなってほしい。		
生活歴		高校を卒業後、事務員として働く。その後は専業主婦として生活し二人の子供を育てる。 書道が趣味だったが今はしていない。		
生活行為の希望（課題）		服薬管理が不十分。 夫も高齢でなかなか妻の服薬を管理できず苦慮している。		
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	b 114　日付に見当識の障害 b 140　注意障害 b 144　短期記憶障害	d 570 朝の服薬忘れが目立つ	e115 処方された服薬が薬ごとバラバラに入っており、薬置き場が定まっておらず、何か月も前の薬もある
	強み	b167　言語の理解表出は良好 b760　身体機能は保たれている b770　歩行能力に問題はない	d 620 近くのスーパーに簡単な食材を買いに行くことは可能、道に迷わずスーパーに行ける d 570 夫と夕食の服薬管理はできている	e310 夫と二人暮らし、近くに娘がいて協力的
支援課題（アセスメント要約）		日付の見当識の障害や高血圧などの既往が目立つ。 服薬の重要性を理解していない様子がある。服薬は毎回夫に確認して貰う必要がある。 処方された薬の種類が多く、薬ごとに別々の服薬ケースに入っているため本人もどの薬を飲んだかわからなくなってしまい、飲み忘れや誤薬の恐れがある。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		大きな服薬ケースを使用し、日付ごとに薬をまとめて入れていく。 電波時計と日付を照らし合わせる A5 サイズに薬に関する説明、注意書きを書き、服薬ケースと電波時計の脇に貼り付ける。	夫と一緒に服薬ケースに薬を入れてもらう。 食後服薬ケースから薬を取り出し A5 ポスターを見て確認して投薬する	
実施者	**家族**	本人と一緒に服薬ケースに曜日ごとの薬を入れてもらう 朝食・夕食時に服薬の声かけを行ってもらう	夫にも確認してもらい、朝・夕の薬をデジタル時計を見て確認し服薬できるようにする	服薬の重要性や認知症についての理解を深めてもらい、服薬管理の重要性を理解していただく
	ケア提供者	服薬ケースの作成・提供 注意事項のポスターをデジタル時計の近くで本人がいつもいる居住空間に設置する		認知症、服薬管理について家族教育を行っていく
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		介入後、夫が眼科疾患で入院した際、近くに住む娘と遠方の孫が服薬管理に協力し、薬の飲み忘れが大幅に減少した。 しかし、夫が退院後、娘と孫の介護がなくなり、夫も退院直後で余裕がない状態となり、本人への気遣いが難しくなった。 認知症疾患教育を通じて服薬管理の重要性を家族に伝えたものの、服薬時の声掛け不足が増え、怠薬が進行した。 娘と孫の協力は服薬補充や声掛けにおいて効果的だったが、夫の声掛け不足が怠薬増加の原因となったと考えられる。認知症教育を通じて家族の理解を深め、適切な対応を支援することが課題となっている。		

認知症作業療法計画　No.33

基本情報		80 歳代、男性、妻・娘と 3 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST3		
現病歴		X-5 年に物忘れで受診、MMSE22 点、軽度ながらも脳の萎縮が認められアルツハイマー型認知症と診断された。 以後定期的に外来通院を継続している。		
主訴		本人:アケビ細工をもう一度行いたい。 家族:介護疲れがある。安心して出かけたい。リハビリをして認知症の進行が緩やかになればいい。		
生活歴		病院の技師として定年まで働いていた。定年後はアケビ細工の販売、受賞もしている。 最近は、家にいることが多くなってしまった。		
生活行為の希望 **（課題）**		本人:なんとかやってます。 家族:家にいると不安で出かけることができない。知らない人を自宅に入れてしまう。サービスを利用して休まる時間が欲しい。		
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	b 144 短期記憶障害 b 140 注意機能 b 114 日付の見当識障害	d 475 車がなくなり、アケビ細工の材料を取りに行けなくなった。外出する頻度も減った。 d 510 入浴の仕方も時折忘れてしまうことがある d 550 ごはんを食べるのが遅くなった	e410 家族が本人に対して過干渉しケンカになってしまう。 e310 娘は持病があるため、本人のデイサービスへの送り迎えができない時がある
	強み	b 760 身体機能に問題はない b 167 言葉の理解、表出はできている	d 155 アケビ細工の動作は覚えている d 710 明るい性格で誰とでも仲良くなれる	e310 妻と娘の介護に積極的に参加している
支援課題 **（アセスメント要約）**		地域で空き巣の被害がある中、知らない人を庭に招きお茶を出すことがあった。 家族は同様の行動を繰り返すことを心配している。 日中デイケアの利用を検討しているが、包括支援センターに相談しても「もう少し頑張ってください」と言われ、家族は相談先が分からず困っている。さらに、認知症デイケアへの参加を提案するも、本人が嫌がる可能性があると家族は懸念している。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		デイサービスに講師としての案内状を作成し本人の目につく床に置いておく	エコクラフトを行い動作の反復練習をしてデイケアへの動機づけを行う 訪問毎に案内状と講師しての参加をお願いする	
実施者	**家族**	案内状を本人が生活している空間の目につきやすい場所に貼っておく	デイケアにアケビ細工の先生として行くことを説明する	ケンカになることがあり、認知症疾患の家族教育を行う
	ケア提供者	デイケアの動機づけのため招待状を作成	訪問時にデイケアに先生として行くことの説明とアケビ細工の反復練習を行い作品を完成させる	デイケアの導入説明
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		動機づけによりデイケアにつながった。導入時に若干の介入は必要であったが、本人も周囲とコミュニケーションを取り、アケビ細工の講師として、他の利用者と一緒にエコクラフトに取り組むことができている。 通所は家族の負担軽減にもなったが、家族の体調不良時には送迎ができずデイケア利用ができない。今後は介護保険の申請を促し、サービス利用により、本人の自宅以外での居場所づくりや、家族の介護負担軽減を進めていく。		

認知症作業療法計画　No.34

基本情報		80 歳代女性、夫と二人暮らし、隣家に息子夫婦が居住		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		X-7 年　物忘れが目立つようになり、置き忘れやしまい忘れが増加。 X-3 年　当クリニックを初診、経過観察。 X-2 年　夫が病状進行を訴え再受診し、HDS-R は 25 点と極端な低下は見られず、頭部 MRI では軽度萎縮を確認、 以後定期的な外来加療を継続している。		
主訴		本人：今のところなんでも自分で行っています。夫の体調が心配なのでデイサービスは休もうと思っている。 夫：自己免疫疾患となり、妻の介護が十分にできなくなった。本人にできることはさせているが、なくしものや買い過ぎが困る。		
生活歴		工場パートとしてオペレーションに 10 年程度従事。 その後専業主婦となり、3 人の子供を育てる。趣味は石粉粘土細工で腕前は先生レベルだった。		
生活行為の希望 **（課題）**		本人:物忘れはあるけど今の生活が続ければそれがいいです。 夫:買い物で同じ物を買ってきてしまうのを防ぎたい。すぐに財布・バッグを無くしてしまうので何とかしてほしい。		
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 日付の見当識障害 b144 短期記憶障害 b230 難聴 最新の補聴器を使用している。難聴のため換気扇、電子レンジの音が聞こえないことがある	d620 同じものを何個も買ってきてしまう 冷蔵庫の中に賞味期限切れの食材がある	e115 冷蔵庫の中身を置くが定まっていない。キッチンの棚も整理整頓、ラベリングがされていない e310 夫に病気があり、介護できるところとできないところがある
	強み	b740 自転車に乗れる筋力はある b210 視力良好 b320 構音機能良好	d 475 午後になると自転車に乗って行きつけのスーパーに行くことは可能 d475 デイサービスに週に 2 回参加している	e410　夫は協力で関係も良好 e410　料理を作る役割がある e580　ヘルパー調理を週 2 回利用 e115　スマートフォンが使用できる
支援課題 **（アセスメント要約）**		日常の身辺動作に問題はないが、財布やお金、携帯の置き忘れが目立ち、スーパーで買い物をする際に同じ物を複数購入することがある。また、冷蔵庫内には賞味期限切れの食品があり、台所の棚にある調味料もラベリングされていないため探しづらい状況にある。対策として、貴重品の置き場所を一定化し、冷蔵庫内の整理整頓を進める。また、普段購入する物をまとめてラベリングし、冷蔵庫のドアにホワイトボードを設置して買い物リストを記入できるようにする。さらに、スマホの写真機能を活用して買い出しメモを撮影し、スーパーで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		OT と一緒に冷蔵庫の中身の整理。かごにラベリング。財布・携帯の置き場所の調整	ホワイトボードのメモをスマホで撮る	
実施者	**家族**	本人が慣れるまで、一緒に冷蔵庫の中身の整理を手伝う。	冷蔵庫のホワイトボードに書き出したメモの撮影を促す。 冷蔵庫の物品の所定の位置に置く促し。	
	ケア提供者	冷蔵庫の中身の整理を本人と一緒に行う。 本人と一緒に相談しながら、よく置く場所にラベリングしたかごを置く。よく置く場所にかごを設置し財布、携帯を置いておく。	冷蔵庫の中身の確認、ホワイトボードに書き出し、スマホで撮影の手順を一緒に行い、手順用紙の作成をする。	本人の認知機能のレベルに応じて対応を伝える。 家族の疾病教育を行い認知症に対しての理解接し方を伝える。
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		冷蔵庫の中身を整理したことで賞味期限切れや不足している食品が見つけやすくなり、ヘルパーの調理への介入によって片付けが維持されている。ヘルパーがホワイトボードに足りない物を記入することで本人が把握しやすくなり、買い物時にスマホで撮影したメモを活用することで重複購入が減少。ただし、忘れることが時々ある。 スマホや通帳、財布を指定のかごに入れるよう試みたが、本人がかごを移動してしまい定着が難しく、紛失が続いている。また、本人は重要な物を箪笥など見つけにくい場所にしまう傾向があるため、指定場所の習慣化に課題がある。 冷蔵庫のホワイトボード活用により買い物時の情報整理が進み、買い忘れや重複購入の減少が見られた。夫もメモ忘れ防止の声掛けを行うなど協力しているが、貴重品管理の定着にさらなる工夫が求められる。		

認知症作業療法計画　No.35

基本情報		70 歳代、男性、妻との 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST 4 、高血圧症、前立腺がん、老年性難聴		
現病歴		X-7 年頃から 2 つのことが同時にできない、車のカギのかけ忘れがあった。また運転の際に道を間違えてしまうことがあった。 X-7 年近医受診し物忘れを指摘され当院受診、アルツハイマー型認知症と診断された。		
主訴		本人は、作業中に注意がそれると元の作業を忘れる傾向があり、家事を徹底的にやり遂げることで失敗を避けている一方、こだわりが強くなっている様子が見られる。 スケジュールや薬の管理には手帳やカレンダーを活用し対応しているが、時々飲み忘れがある。 ゴミの分別や出し方については自ら行うことができている。 家族は、本人の家事への過度なこだわりや作業にかかりきりになる様子に困り、家事を頼まないようになっている。また、衣服の場所が分からなくなることがあり、妻が対応しているほか、薬の飲み忘れを妻が促している状況。		
生活歴		大学卒業後、理容師として実家で勤務。その後、不動産業やタクシー教官など多岐にわたる職歴を持つ。現在は週 2 回通所リハに通い、筋トレや体操を行いながら、買い物や通院のために運転している。		
生活行為の希望 **（課題）**		冠婚葬祭用の服やネクタイがどこにおいてあるかわからなくなる。		
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	注意障害　（転導性） 記銘力低下	扇風機を分解して掃除をして、かかりきりになってしまう	外出着が多く重なっており、目的の服が選びにくい
	強み	言語機能保持、知覚・運動機能保持 社会性保持 物忘れを自覚	セルフケア自立 コミュニケーション能力良好 物忘れの進行予防のためできることは自分でやるようにしている	妻と 2 人暮らし デイケア利用
支援課題 **（アセスメント要約）**		本人は家事を頼まれると過剰に徹底して行いがちで、その自覚もある。注意の転導性や記銘力低下により作業中断後の再開が難しいため、失敗を避けようとする代償的な行動と考えられる。 妻も最近は作業依頼を控えており、視覚的構造化（作業依頼を紙に書く）という対策を提案したが、本人は「指示されるのが嫌、自分で決めたい」という意向を示し、妻も「自分でやる方が手間がかからない」と感じていたため、この提案は採用されなかった。 外出着はクローゼットの中にかかっているが、数が多く重なっており、注意障害によって目的の服の焦点化が難しくなっている可能性があるため、配置換えをすることとした。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		冠婚葬祭用スーツとネクタイをクローゼットの中の手前にかける	自ら、整理、配置作業をする	
実施者	**家族**	クリーニングに出しているネクタイをスーツにともにかけておく		
	ケア提供者	配置換えの相談に加わる		
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		クローゼットを整理し、カビの生えた衣服をクリーニングに出したり、日干ししたことは良かったと評価された。 冠婚葬祭用の服を着る機会はなかったが、整頓後、冠婚葬祭用の服も含めて自分で管理できるようになった。 困りごとに対して、妻へ視覚構造化による対策案を提示したが受け入れられなかった。 家族間で役割分担が既に確立されている場合、提案が負担となる可能性が示唆された。困りごとの聴取だけでなく、背景や状況を深く掘り下げてニーズを確認する重要性が明らかになった。		

認知症作業療法計画　No.36

基本情報		70 歳代、女性、姉夫婦と同居		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST5、逆流性食道炎、栄養失調		
現病歴		清掃の仕事をしていたがコロナ以降は仕事を辞めて家に閉じこもっていた。X-2 年首を下げて歩くようになった。もの忘れ、意欲低下、自己中心的な行動や言動が徐々に出現して、尿失禁も認め、泌尿器科で内服治療が開始された。 X 年に頭部打撲で外科を受診、MMSE17 点で記銘力障害に加え、構成失行があり、認知症として紹介となった。		
主訴		姉に世話になっているので、迷惑をかけたくない。		
生活歴		50 歳代まで繊維工場で働いていた。 その後は飲食店の清掃をコロナ前まで実施していた。 趣味は若い頃は機織り、お茶などであった。結婚歴はない。		
生活行為の希望 **（課題）**		本人:特になし。 家族:日中何もしていない。何か役割があったらよいのではないか。		
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	MMSE20 点 b 130　活力、動機付け、食欲などの活力と欲動機能の低下 b 140　注意の共有、配分、維持ともに低下 b 144　軽度の記憶機能の低下 b 450　運動耐容性の低下 b 510-530　痩せている BMI16.1 b 730　下肢筋力の低下	d 620、d 630、d 640 全介助 d 920 特にすることがない	
	強み	b 122 とても素直で協調的性格 b 156 空間知覚は維持されている	d 210　単一課題の遂行は良好 d 510-560　ADL は自立している d 730-760　人との交流は好き	e310　姪を含め、家族関係は良好 e580　デイケアに週 2 回 e570　姪が身体障害者で車いすのため、週 2 回家にヘルパーが介入している
支援課題 **（アセスメント要約）**		元々は仕事をしていたが、コロナになってから家に閉じこもるようになり、逆流性胃炎もあることから、食が細くなっていった。 結果的に廃用症候群による筋力と運動耐容能の低下により、階段昇降の際手すりがいるまたは転倒するエピソードがある。 閉じこもった頃から記憶機能の低下も見られ、運動耐容能の低下から注意機能の低下が起きている可能性がある。 日中楽しみやすることがないことから、デイケアに行っていない日は、寝たり起きたりの生活である。家での役割や楽しみを持つことにより、活力の改善ができないか検討してみる。 作業は、複雑な工程ではなく、活力に影響を与えないような単純な繰り返しの作業で、本人の過去の趣味の経験と一致できるものを検討してみる。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		箒かモップがけを検討する。 本人の楽しみとする織物ができる環境を調整する。できれば動く範囲を広くとる。	家で、仕事として掃除を担当する。 楽しみとして織物を再開してみる。	
実施者	**家族**	箒かモップがけのお願いできる場所を選定する。		掃除などの役割をお願いする。
	ケア提供者	転倒のリスクが屋内にないか評価する。本人が出来るだけ動くような動線の検討をする。	織物の方法が理解できるよう、2~3 回の訪問を企画する。もしくはデイケアでの実施も検討する。	
その他（ケア会議等の介入の方針）		家屋評価を元に必要であれば、介護支援専門員と連携する。また、織物について、デイケアでの実施の可能性についても検討する。		
支援結果				

認知症作業療法計画　No.37

基本情報		80 歳代、女性、息子夫婦と同居		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4、高血圧、高脂血症		
現病歴		以前は老人会の世話をするなどしっかりした人物であったが、コロナ禍の影響で外出頻度が減少し、老人会の役員を辞任。その頃より物忘れを自覚するようになり、X-3 年当院を初診。この際の検査結果は HDSR23 点、MMSE26 点であり、軽度認知障害に該当していた。以降、認知機能は漸次低下し、日付が分からなくなる、同じことを何度も尋ねるなどの症状が見られるようになった。		
主訴		特に困っていないが認知症がこれ以上悪くならないでほしいと思っている。デイサービスは行きたくないと話す。		
生活歴		中学卒業後、製造会社で働いてきた。結婚後、本家がしていた繊維工場を手伝い、その後は家事をしたり、好きな川柳を作ったりしていた。		
生活行為の希望（課題）		(家族)日中段々何もしなくなってきていて、昔は川柳もしていたが、今は行きたくないと話す。 家族としては掃除をしてくれるとよいと思っている。洋服も出さないと着られない。		
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	MMSE16 点 b114 日時の見当識の低下 b130 物忘れなど自己否定感が強く、元気のない活力と衝動機能の低下 b144 記憶機能の低下から、物の整理がうまく出来なくなっている。 b164 実行機能や問題解決、判断などの高次認知機能が低下し段取りが困難。適切な洋服が選べない	d640 自分の周りをコロコロカーペットで気が向けばする程度。 しかし、本人は掃除をしていると思っている d730-750 元々人と話すことは負担感がある。	
	強み	b126 元々、真面目で誠実な人 b167 言語機能は良好	d510-560 ADL は自立 d630 簡単な料理や後片付けはしている。	e310 家族関係は良好
支援課題（アセスメント要約）		記憶の低下や段取りがうまくいかないことへの自覚があり、そのため元気がなくなっている様子が見られる。 特に、整理整頓や洋服の選択・判断といった高次認知機能の低下が影響し、物が雑然としていることから物を紛失することが多く、それも困り事の要因となっている。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		洋服の整理整頓 ハンガーの利用	掃除について、役割りとして取り組んでみる 様々な収納ボックスを用いた整理整頓 デイサービスに行き体操をする	
実施者	**家族**			
	ケア提供者	洋服の整理整頓 ハンガーの利用 収納ボックスの導入と名前入れ		・本人が使うものを限定し、持ち物を減らすようにする ・本人が見て分かるような環境に整える ・本人が役に立っていると思えるような役割をお願いし、声かけを感謝を伝える等はたらきかける
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果				

認知症作業療法計画　No.38

基本情報		70 歳代、女性、3 人暮らし、夫は要支援 2		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST5		
現病歴		X-2 年パート中に、過剰な注文や物忘れを指摘されることがあった。同年物盗られ妄想が出現。 X-1 年 H 病院脳神経外科を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。 X 年脊椎圧迫骨折で H 病院に入院中、興奮や暴力行為が頻発。退院後 1 ヶ月からは同居する夫への暴力行為がさらに悪化したため、当科を受診した。		
主訴		記憶・記銘機能の低下が顕著で、物を無くして「盗られた」と訴えることがあり、対応に困る場面が見られる。 また、腰痛のため屋外移動には介助が必要な場合がある。家事は行っていないが、ガスや洗濯機を使おうとすることがある。 本人は「健康で生きたい」という意欲を持っている。		
生活歴		保険会社で 40 代半ばまで役職を担っていた。 結婚、長女、長男を出産、夫と死別後、再婚し、次女を出産。最近まで夫と二人暮らしを続けていたが、夫が介護負担を感じる状況にあり、X 年 4 月から長女と 3 人暮らしとなった。		
生活行為の希望（課題）		本人の自己肯定感を高めるため日中活動を検討		
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・場所などの見当識の低下 b140 眠気のためか注意の配分・維持ともに障害されている。 b134 薬による眠気が強い b126 元来の気質なのか怒りっぽい。元々社交的で、勤勉でもあり、積極的な人であった可能性があり、現在の自分の状況に対する否定感がある可能性がある。 b144 短期記憶の低下がある。 b280 腰椎圧迫骨折後、腰から臀部にかけての痛みが残存している。	d455 移動は屋外は杖、歩行車、階段は手すりが必要 d510 入浴は嫌がる d540 更衣もズボンを上げるなど介助。 d6 家事はしていない	e410 介護している者が対応について悩むことが多い。あまり家族の認知症に対する理解が少ない。
	強み	b167 言語機能は良好 b156 空間認知覚等は良好 b176 失行はない。	d530 排泄は自立している。 d920 趣味は生け花で、庭の花を摘んで生けている。	e310 夫（車椅子）と娘（長女：前夫の子）との 3 人暮らし。 e575 デイサービスを利用
支援課題（アセスメント要約）		＃1 腰痛軽減に向けた日常生活動作指導 更衣方法の工夫や寝具の評価、動線の確認。 ＃2 本人の希望活動の支援 失行が見られないことから、本人の希望に沿った活動ができるよう支援を行う。気分転換を含め、必要に応じてデイサービスとも相談する。 ＃3 家族に対し、本人への関わり方についての相談対応		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		腰痛に対する生活動作の確認と環境調整	腰痛が軽減できるための日常生活動作を習得する 気分転換できるものを探す	
実施者	**家族**			本人の状況を理解できるよう、対応方法について助言する
	ケア提供者	・デイサービス利用時に本人の気分転換ができることがないかを検討する。 ・ヘルパー訪問時にできる本人の気分転換についても併せて検討する。 ・デイサービスの頻度についても検討する。		
その他（ケア会議等の介入の方針）		・ヘルパーによる服薬支援（毎日）		
支援結果				

認知症作業療法計画　No.39

基本情報		70 歳代、男性、妻・長男との 3 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　A 病院ものわすれ外来受診。HDSR23 点、MMSE27 点、軽度認知機能低下、MRI 所見よりアルツハイマー型認知症としてドネペジル等で加療。その後、緩徐に認知機能障害が進行。 X- 2 年　不安、焦燥出現により服薬を変更したところ活気が低下。服薬再調整。 X- 1 年　HDSR10 点、MMSE16 点。希望により当院へ転医。		
主訴		本人の希望:不明瞭 家族の希望:少しでも介護サービスを使いながら暮らしたい。トイレの失敗が困る。色々とやる気がなくなったかもしれない。		
生活歴		高校卒業後、町役場に定年まで勤める。60 代半ばまでシルバー人材センターで分別作業や植木の剪定の仕事をしたが、職場の人間関係の不和で辞め、草刈りに変更。物忘れが出現し、70 代前で退職。		
生活行為の希望（課題）		トイレに自分で行けるようになる。		
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	b130 もしくは b126 活力・欲動機能の低下 自己否定感 b114 見当識障害著明（場所の失見当識、妻は母、息子は兄と誤認） ・b140 注意の維持、配分、ダブルタスクともに低下 b144 記憶機能の低下 b156　幻覚様言動 b164 段取り、判断、問題解決共に困難 b620 排尿回数、抑制等に障害を認め、飲水量を含め、評価が必要。	d230 日課の遂行困難 d540 更衣に準備と介助が必要 d510-520 身体各部の清潔の手入れ困難 d570 健康管理困難 d6 家事は介助	e410 妻の本人に対する理解が低い可能性がある。すべて自分でしなければと介護負担感が強い。 e570 デイサービス週 2 回は妻が送っている。ショートステイは無理だった。 e440 介護サービス提供者に対する理解の評価とデイサービスでのプログラムや関わり方などの評価も必要。
	強み	ｂ167　言語入力、出力共に残存している。しかし、文字理解及び書字については、注意・知覚機能を含む精査が必要。 ｂ620　尿意はある	ｄ310、ｄ330 話し言葉の理解や表出は可能 ｄ450　歩行能力はある ｄ530　排尿管理・行為はできている ｄ710-729　人との交流を嫌うタイプではない ｄ920　園芸が趣味であったが関心を示すことがある。妻と一緒に車でできることは非常に好む	e310　妻と長男の 3 人暮らし e510　経済的には問題なし
支援課題（アセスメント要約）		トイレ動作について、本人がトイレの場所を理解できるための評価と環境調整が必要 デイサービスでの排泄の間隔誘導や自立に向け、評価と支援ができないか相談 デイサービスでのプログラムについても、本人が参加でき、自己有効感を高められるものがないか相談		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		自宅でのトイレまでの動線が理解できるよう環境調整する	調整した環境を手がかりに、トイレへ行くように練習する	
実施者	**家族**			家族の介護負担状況を見つつしばらくはトイレまで行くことについて、声かけをすることをお願いする
	ケア提供者	デイサービスでのトイレまでの動線について環境調整の依頼 介護支援専門員と相談し、デイサービスの頻度を増やす、デイサービスの送迎の検討、プログラムの内容の依頼	デイサービスでトイレに自分でいけるようになる	デイサービスでの飲水支援と時間間隔での排尿誘導の支援ができないか、相談してみる デイサービスでのプログラム内容の検討も含め、連携してみる
その他（ケア会議等の介入の方針）		訪問リハビリテーションによる短期集中リハ実施加算の検討		
支援結果				

認知症作業療法計画　No.40

基本情報		60 歳代、女性、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		X-２年　同じことを何度も聞いたり話したりすることが増え、眼鏡やスマホを置き忘れることが見られるようになった。 X-１年　A クリニック受診時に物忘れについて相談し、当院への受診を勧められ初診。		
主訴		本人は、特に困ったことはないと感じているものの、右変形性膝関節症の影響で立ち座りに困難を感じている。 また、全体的に活動意欲が低下している様子が伺える。 夫は、本人が家事をできなくなったため、3 ヶ月前から料理、掃除、買い物をすべて担当している。 その結果、体調は良くなったと感じているが、物忘れが増えている状況にある。夫自身は家事を行うことで割り切った心境でいるようである。		
生活歴		主に自営業の手伝いと主婦。 三人の子供に恵まれる。趣味は特になく、韓国ドラマや時代劇を見ることが好き。花の世話も好き。		
生活行為の希望 **（課題）**		整理整頓（置き忘れの防止）		
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 関心や意欲の低下を認める b710 右股関節、膝関節の可動域を認める b280 加重時の股関節・膝関節痛	d430 重いものの運搬は困難 d450 長距離の歩行は難しい。免荷のための杖が必要。 d455 階段昇降には手すりが必要。 d630 長時間の立位が難しく、茶碗洗いも大変 d920 日中、することが少ない。 楽しみが少ない。	
	強み	MMSE28 点 b144 軽度の記憶障害 b114 日付への無関心がある程度 b126 楽観的、精神的安定性を認める	d510　ADL は自立している d640 洗濯はしている d760 孫とのふれあいが楽しみ。子供たちとの関係も良好。	e410 夫の理解がある。学ぼうとしている。一方、物忘れによって物を探す、何度も同じことを聞くことなどがストレスになっている様子。 e310 近くに孫がいて、夫とともに送り迎えをしている。
支援課題 **（アセスメント要約）**		１．物忘れと環境調整 短期記憶の低下で何度も同じ質問や物を探す行動がストレスとなっている。整理整頓の方法を含めた環境調整が必要である。夫は認知症への積極的な学習姿勢を持っている。 ２．右変形性股関節症への対応 右股関節の痛みで長時間の立位や歩行が困難となり、杖の使用や立ち座りのしやすい環境整備が求められる。痛みに伴う精神的影響を予防する対策も重要。 ３．廃用症候群の防止 活動意欲の低下により役割や活動性の低下リスクがあるため、物忘れや股関節症への対応を基盤に活動環境を整え、夫の気持ちを重視した相談が必要。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		大切なものの置き場など整理整頓方法を決める 必要な衣類の置きばなどの分類し、シンプル化する 股間節に負担をかけない生活環境の調整 必要に応じて歩行車の利用	物の置き場所については、習慣化できるようにする 洋服の選択及び置き場所を毎日習慣化する 散歩などの運動習慣の方法を検討する（外来作業作業療法のありか。専門指導が必要か。）	
実施者	**家族**	本人のものの置き場所を決める 本人の日常に使うものについて、衣類を含むダウンサイジングする 本人が股間節の痛みによる生活障害を起こさないよう環境調整をする		ものの置き場所を間違えていた場合、指摘せずに元の場所に戻すよう指導 夫がストレスを感じないように、必要に応じて関わり方を指導する
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）		廃用症候群の防止のためにも、本人の身体機能面に対して、通いの場などの提供が望ましいが、変形性股関節症の状況から見ても専門的指導が必要な可能性がある。夫が認知症の対応について興味もあることから、当院の外来 OT も一つの場として考えられるが、もう少し進行してからでも良いかもしれない。		
支援結果				

認知症作業療法計画　No.41

基本情報		80 歳代、女性、娘家族と同居		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		元々、A 市で長男と 2 人暮らしをしていた。 X-16 年　骨折を経験して以降、外出頻度が減少 X-9 年　物忘れが目立ち始め、認知症と診断され薬物治療を開始。物忘れはありつつも家事をこなし、生活は安定。 X 年　地震で被災、A 市の自宅半壊し、B 市の長女宅に避難した。その後、介護サービスの利用を開始し、デイサービスと通所リハに通う。当面自宅に戻る見込みはなく、当院を初診した。		
主訴		本人：いろいろとしてみたいと思ってしようとするが、身体が思うように動かない、それでついついあきらめてしまう。 本には興味を示す。 娘　：すぐに忘れるのは仕方がないなと思っている。母ができることがあれば応援したい。		
生活歴		中学卒業、紡績工場や縫製会社で仕事。70 代まで事務仕事もしていた。 趣味は読書。今回、避難するまで、炊飯とみそ汁づくり程度の調理はしていた。 買い物、掃除はほとんどしていなかった。		
生活行為の希望 **（課題）**		自分でできることがあれば役割として取り組みたい。		
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	b114 時間の見当識等に障害を認める b144 短期記憶機能の低下 b280 変形性股関節症による痛み b710 変形性股関節症による膝の関節可動域制限 b730 下肢筋力の低下	d415 膝の痛みによる長時間の立位困難 d430 物の運搬困難 d450 長距離の歩行は困難 d460 段差のあるところの移動に制限がある d920 本人のしたいことが出来ていないと思っている。	e230 地震により、元いた家に住めなくなった。
	強み	b 126 とても社交的、精神的安定性も高い b 164 誤りに気づき訂正したりすることもできる。また、慎重に行動することもできる。	d 3　コミュニケーション良好 d 5 浴槽の出入の見守り 洋服の選定に介助がある程度 d 640 自分の茶碗を洗う、洗濯ものを畳む d 730 デイサービスでお話しをできる人も増えてきている。	e310 孫、娘夫婦と同居 e410 娘の関わり方含め態度は良好 e570 デイサービス等週 4 回外出
支援課題 **（アセスメント要約）**		膝の痛みにより起居動作に制限がある。動線の評価と家屋調査により、起居に対する環境調整を行い、容易に行動ができるよう支援を行う。 本人の出来ることを見つける。いろいろとしてみたいと思うことがあるとのこと、相談対応をしていく。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		生活上の動線を確認し、必要に応じて、本人の負担の少なくするための環境調整を行う。	日常の生活と庭への外出の継続 ・してみたいと思うことについて、挑戦してみる。	
実施者	**家族**			環境調整の必要性について理解し、痛み等による動作行動障害を予防する。 本人のしてみたいことについて、協力する。
	ケア提供者			本人のしてみたいことについて、介護支援の中で取り組めないか検討する
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果				

認知症作業療法計画　No.42

基本情報		80 歳代、男性、一人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		X 年、もともと妻と 2 人暮らしだったが妻が老人ホーム入居のため本人は独居となり、物盗られ妄想が悪化。近隣住民や家族に被害的な言動が見られ、生活支援や服薬管理が困難に。X 年混乱状態で警察に出向く事例があり、認知症精査のため当院を受診。		
主訴		本人：特に困っていることはない。足腰が弱ってきた。 家族：・入浴がしっかり出来なくなってきている。 ・日中、一人暮らしのため、洋服も同じものしか着なくなっている。 ・今は毎日、食事の準備と服薬支援などの介護が大変。ヘルパーや通所系サービスを受けてほしい。		
生活歴		大学卒業後、中学校英語教諭。校長まで務めた。		
生活行為の希望 **（課題）**		左下肢にシビレがあり、移動には杖が必要であり、長距離の歩行は困難な状況である。 過去に買い物の帰り道で 2 回転倒した経験があり、苦労を感じた。歩行能力を向上させたいという希望がある。 また、庭の手入れや鯉の世話を継続したいという意欲が見られる。		
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	b130 活力と欲動機能の低下 b114 時間と場所の見当識が低下 b140 ダブルタスクや注意機能の低下 b144 記憶機能の低下 b230 難聴 b164 あたらたなことに対する対応が苦手などの高次認知機能の低下	d220 複雑な課題の遂行困難 d230 日課の遂行が難しくなっている。 d430 運搬が難しい d450 長距離の歩行困難 d510 入浴・洗剤がわからなくなっている d570 服薬管理ができない d630 調理不可	e580 通所サービスを拒否している。
	強み	b130 活力と欲動機能の低下（あまり何もしたがらなくなっている） b117 知的機能は高く、説明すれば理解する b126 人格的には協調性・外向性・誠実性・精神的安定性がとても高い。 b134 睡眠機能は良好	d450 屋内の移動は庭まで含み自立 d310-350 会話は良好 d530-560 排泄、更衣、食べる等は自立 d640 洗濯は自分でしている。ただし、洗剤の使用は不明 d650 鯉の餌やりは、気が向いたときにパンがなくなるまであけている。	e410 娘の理解および関わりは良好。2 人の娘が交互に毎日本人宅を訪問、朝の服薬援助、食事の手配をしている。 e310 一人暮らし。家から 60 分のところに娘が 2 人いる。
支援課題 **（アセスメント要約）**		下肢筋力の低下を防ぎ、転倒を予防するための対策が必要である。 日課の確認をスムーズにするための環境調整を行い、その理由を分かりやすく説明することで、サービスの利用や自宅での入浴時の洗体が可能となるよう支援する。 家族の介護負担を軽減するため、通所系サービスの活用やヘルパーの導入を検討する。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		洗体の手順及びシャンプーの名前の掲示 デイケアに通い、下肢筋力の強化を図る。 通所リハ、ヘルパー支援の日を含め、スケジュールを本人が理解できるよう掲示する。	通所リハで運動器機能向上訓練を受けることのタイムスケジュールと目的を紙に書いて示し、参加を促す。 入浴も紙に書いたものを読み上げて実施することを勧める。	整理整頓など関わり方の指導 タイムスケジュールを掲示し、本人が自分の行動や約束事を確認できるようにする。
実施者	**家族**	ヘルパーを導入し、デイケアの無い日の服薬援助、食事の手配を検討。家族の介護軽減を図る。土日のみ家族が実施。		言葉の理解が良好なことから、勝手に家族に話をして進めるのではなく、忘れないよう説明を紙に書いて、同意を得るように関わることを指導する。
	ケア提供者	関わるもの皆で出来る限り、本人に伝えたいことは、掲示するなどを共有した。		通所リハにおいてもタイムスケジュールを作成し、本人が一日の行動を確認できるようにする。 変更がある場合は、言葉でしっかりと説明し、同意を得るようにすること
その他（ケア会議等の介入の方針）		関わり方をケア会議などで共有することとする		
支援結果				

認知症作業療法計画　No.43

基本情報		80 歳代、男性、妻と 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		Ｘ - 7 年　「約束事を忘れる」など物忘れを自覚し A 病院精神科を受診、認知症と言われ内服が開始された。 昔のことはよく覚えているが、昨日のことは忘れてしまう。メモをとって把握していた。 Ｘ - 5 年　当院を初診し、外来通院を継続している。		
主訴		暇だ。引っ越してからすることがない。		
生活歴		電気工事の会社に務め、数年前まで社長として働いていた。結婚後、2 男 1 女の父となる。 子供に会社を譲ってからは、畑仕事、公民館の活動などをしていた。 地震で自宅被災し、避難生活からみなし仮設の一軒家に引っ越すこととなった。		
生活行為の希望（課題）		自宅の生活に戻って、畑仕事などをしたい。		
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	b114 日時の見当識は低下 b144 短期記憶の機能低下（物の置き忘れあり） b164 高次認知機能の計画性の低下	d230 日課の管理は妻の助言が必要 d640 家事等の役割があまり無い d570 服薬することを忘れがち	e230 地震により家屋が一部損壊したため転居 e570 地震の復旧の目処が立ちにくい e575 老人会などの情報が入りにくい e410 妻が難聴で、本人が通訳することもある
	強み	b144 手続き記憶は残存 b114 場所の見当識は残存 b140 注意機能は残存 d167 言語の理解・表出ともに良好	d570 服薬の必要性は理解し、薬のセットは可能 d475 自家用車の運転は慣れた場所では可能 d650 家周りの草むしりが役割 d920 畑作業が趣味 ・ d760 家族との関係は良好	e120 本人が使用できる自家用車あり e125 本人用携帯電話あり e410 妻は協力的で関係も良好。息子が時々泊まりに来る e525 仮住まいは自宅から車で 10 分程度
支援課題（アセスメント要約）		①服薬の必要性は理解し、実行機能は残存しているためセットも自分で可能だが、飲み忘れてしまうので毎回、妻に声をかけて貰う必要がある。 ②手続き記憶は残存しており、仕事への意欲はあるものの、自宅が被災したことにより、畑作業や草刈りが身近で行えなくなっている。自家用車を運転しての移動は可能であり、妻同行にて畑作業が継続できると良い。 ③公民館活動での草刈り、仕事時代の人とのゴルフなど社交的な生活をしていたが、転居により活動の情報が少ないことが課題。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人			自分で薬をセットする 自宅近くに自家用車で行って、畑作業を継続する 仮住まいの周囲の草刈りをする 老人会活動などへの参加	
実施者	**家族**	出かける時に持ち物を確認		服薬を促す
	ケア提供者			仮住まいでも、老人会の案内などがくるよう調整を地域包括と相談
その他（ケア会議等の介入の方針）		被災をきっかけに転居したものの、妻との二人暮らしは混乱もなく安定しており、介護サービスの利用希望ニーズはない。ただし、車の運転ができなくなることや自宅への戻りなど住まいの変更が生じる場合には、介入が必要になる可能性がある。		
支援結果		①薬のセットは自分で行い、妻が見守りで服薬中。②実家での畑作業は、毎日のように行って、植え付けや野菜の収穫などを妻と一緒に行っている。③仮住まいでの活動について地域包括支援センターと連携し、情報提供はしたものの、新しい場所での参加には抵抗があるようで参加はしていない。		

認知症作業療法計画　No.44

基本情報		80 歳代、女性、夫と 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 年になってから物忘れが目立つようになった。 X 年に健診でかかりつけ医が HDSR で評価、7 点のため、当院紹介。 定期通院となる。		
主訴		このまま元気で暮らしたい		
生活歴		高校卒業後、クリーニング店などで働いていた。働きながら主婦をしていた。 60 歳頃まで整紐の仕事をしていた。		
生活行為の希望 **（課題）**		趣味もかねて、料理は続けたい		
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	d570 服薬管理が不十分 d630 食材管理が不十分 （日切れの物が冷蔵庫にたまる） d350 同じ内容の会話が繰り返される d650 趣味活動が少ないかも	
	強み	b144 手続き記憶は残存しており、調理の仕方は出来ている d167 言語の理解・表出ともに良好	d630 調理は 30 分程度で作れている d640 掃除、洗濯は行えている d760 家族との関係は良好	e410 夫は協力的で関係も良好。長女、長男の訪問が定期的にあり e425 近所の人が家に来ることが多く、物忘れがあることは理解している。
支援課題 **（アセスメント要約）**		高齢ではあるが、比較的楽観的な夫との二人暮らし。掃除・洗濯などの家事は行えており、料理は手の込んだものは作れないが、毎日のようにしている。記憶障害、日時の見当識障害が顕著であるため、様々な物の管理が出来なくなってきている（服薬管理、日切れの食材）。①服薬管理をして、飲み忘れがないこと、②調理を継続すること、③風呂掃除を継続すること、④外出の機会を増やす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			服薬カレンダーを使う 夫と買い物に行く 3 食の調理をする 風呂掃除をする 町の体操教室などに行く	
実施者	**家族**	風呂の洗剤を 1 種類にする 冷蔵庫の日切れ食材のチェックをする 服薬の飲み忘れがないか確認する		妻の飲み忘れがないか確認する(夫) 買い物に同行する 必要に応じて、地域包括支援センターに相談する。
	ケア提供者			
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なく、長女、長男の定期的な安定な訪問もある 元々、出かけることが好きではない。		
支援結果		①服薬管理は服薬カレンダーを利用し、夫が確認するようになったため飲み忘れが減った。 ②、③食事の準備（夫同行）、掃除、洗濯の家事が本人の役割となっている。 ④地域包括支援センターより情報提供あったものの参加には至らず、近所の散歩や自宅での知人との交流が増えている様子		

認知症作業療法計画　No.45

基本情報		70 歳代、女性、夫と娘の三人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST3		
現病歴		X - 1 年半前から、曜日や日付が分からなくなるなどの物忘れが目立ち始めた。薬の服用を避けていたが、最近では直近の出来事や会話内容を思い出せず、自分の予定を周囲に確認することが増えるなど、症状の進行を感じるようになった。近医の専門医から薬物治療をすすめられ、一度専門医の診察を受ける必要性を感じ受診。		
主訴		本人:特になし。 娘:少しでも症状の進行を抑えたい。進行しないようにするために、できることを教えてほしい。		
生活歴		中学卒業後、クリーニング店で働き、その後に家電製品の作業に従事。 65 歳過ぎにはシルバー人材センターに登録。計算がうまくできなく、友人が支援している。 主な移動手段は自転車である。		
生活行為の希望 **（課題）**		本人は特にない。 娘としては、迷子にならないか、進行予防を学びたい。携帯電話をよく探すので工夫はないか。服薬管理をしてほしい。		
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	b117 知的機能はもともと高くない可能性。 b114 日時・場所ともに低下。新しい場所については迷う可能性がある。毎日カレンダーを確認していても仕事の曜日を忘れてしまう。 b144　記憶機能の低下 b140　注意の配分、共有ともに支障がある。携帯電話をどこに置いたかわからず、探すことが多い。	d230 日課の遂行が困難になってきているため、徐々に言わないと何もしなくなってきている。	
	強み	b126 とても勤勉で真面目、協調性も高い	d3　コミュニケーションは良好。携帯電話の操作もできる d4　知っている近くのスーパーは自動車を運転して行っている。それもあまりしなくなってきた。自転車に乗って移動することが多い。 d5 ADL は自立している d6　簡単な料理や掃除、洗濯もしている。ただ、メニューが単一化してきた。草むしりもしたがらなくなってきている。 d850　シルバー人材センターからの依頼の掃除業務を週 2 回している。 曜日がわからず、家族が仕事の日を朝伝えている。	e320　近しい友人がいる e410　娘が看護師で、本人へのよりよい対応をしたいといろいろ考えている。
支援課題 **（アセスメント要約）**		①　携帯電話など持ち物の管理方法に支援が必要。記憶や注意力の低下により携帯電話を探すことが増えているため、管理方法についての支援を検討する。 ②　日課や服薬の遂行の困難さへの対応　言われたことを忘れることが増え、日課の遂行が難しくなってきている。服薬を一人で行えるようにしたいが、カレンダーの確認がうまくできていない状況である。娘が看護師としてのこだわりを持つため、本人と共同で服薬を円滑に行う工夫が求められる。 ③　家族への情報提供と今後の生活検討　娘が看護師であるがゆえに、進行やかかわりについての情報を求めている。今後の生活のあり方を検討するための情報提供が必要。		
支援計画		**調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		持ち歩くバッグを一つとし、そこに携帯を入れること。バックの場所を決めること。携帯がない時にバックを置くこと。再度携帯はそこに入れるようにすること。	必ず、同じ場所にバッグを置くこと 携帯電話はそこに入れるようにすること	
実施者	**家族**			週一回もしくは毎日、バッグの置く場所の支援と中身を確認する 服薬支援 本人のいつものルートの確認
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）		現状の生活活動を維持する		
支援結果				

認知症作業療法計画　No.46

基本情報		70 歳代、男性、母親と妻との三人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST 3 、膀胱癌全摘後		
現病歴		X-3 年　膀胱癌で膀胱全摘 X-2 年　肺炎で入院。その後訪問看護を開始、その頃から物忘れの症状あった。 X-1 年　もの忘れ外来を初診、検査結果は HDSR19 点でドネペジルの処方が始まり、認知機能は HDSR22 点、MMSE25 点まで回復したが、易怒性が目立つようになった。以後、follow のため当院を紹介された。		
主訴		本人は意欲があり、清掃の仕事をしたいとのこと。送迎があるとうれしい。 車の運転には少し自信がない様子。ガソリン代がかかるからかねと話す。 家族:本人にはあまりかまっていないとのこと		
生活歴		高卒後板金業その後は清掃業。 現在も運転はしている。最近は、バスの利用が増えているとのこと		
生活行為の希望（課題）		清掃の仕事をしたい		
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 短期記憶の低下がある。 本人は忘れないようカレンダーにいろいろ記録したりするなどの工夫をしている。		
	強み		d4　車の運転やバスの利用が出来ている d5　人工膀胱の管理もしっかりできている。受診も定期的に出来ている。 d6 自分の分の料理をしたりしている 母親も料理をしている様子	
支援課題（アセスメント要約）		仕事については、これまでしてきた掃除であれば出来ると考えられ、車の運転も出来ることから、近い場所であればそこまで行けると考える。 就労継続支援事業所およびシルバー人材センターなどで、清掃の仕事があれば可能と考える。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		シルバー人材センターに登録し、清掃の仕事の選択する		
実施者	**家族**			仕事に行くため、近い場所であれば車の運転をすることについて理解を促す
	ケア提供者	就労継続支援事業所およびシルバー人材センターなどの清掃の社会資源をリサーチする。		
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果		地域包括支援センターとの同行訪問を計画し、町の社会資源の情報提供依頼する		

認知症作業療法計画　No.47

基本情報		70 歳代、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-8 年頃より認知症症状が出現、増悪したため X-6 年に総合病院受診し AD と診断された。内服を勧められたが、本人、家族とも拒否したため、経過観察となった。X-4 年運転継続の相談も含め当院初診。X-3 年運転はやめてもらい、X-2 年デイサービスに週 2 回通うようになった。		
主訴		不明瞭		
生活歴		高校を卒業後、事務の仕事をしていた。結婚し、一人息子を育てながら、家事をしていた。就労経験は少しある。 俳句、ヨガ、太極拳など多趣味だった。		
生活行為の希望 **（課題）**		猫と一緒に家で過ごしたい		
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が顕著 b164 高次認知機能の低下 b137 睡眠時間が不規則 b126 プライドが高く、感情表現少ない	d640 掃除、物の整理整頓が行えない d570 服薬管理ができない d630 食材管理ができない d350 同じ内容の会話が繰り返される	e410 夫が癌で治療中。 同居の長男家族は、非協力的 e570 要介護 1 で通所介護の利用
	強み	b114 場所の見当識はなんとか保たれている	d650 趣味活動としてヨガを毎日行っている。 d770 夫との関係は悪くない	e410 夫が家事を行っている。
支援課題 **（アセスメント要約）**		1．本人の能力低下により物の整理が困難だが、夫が処分しても怒ることはなく、物が盗られたという訴えもない。 2．床で寝ていて、睡眠が不十分であった。部屋が整ったことで寝床の確保ができた。 3．デイサービスで生活リズムを安定する。 4．夫の介護負担軽減を図り、相談先の確保としても、訪問看護による指導を進める。 また、デイサービス先での服薬支援も検討する。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人			ヨガを継続して行う 夫の助言を得ながら家族の一部を手伝う	
実施者	**家族**	いったん、生活空間を整えるために業者に依頼（夫）		介護負担増大しないように、訪問看護の利用も相談する（夫）
	ケア提供者	ゴミ処理/掃除のサービスについて情報提供する（ケアマネ）		服薬状況　生活状況の確認（訪問看護）
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人、夫、長男家族で同居しているが、もともと長男家族は家庭内別居の状態であり協力が得られず、夫は癌治療中なこともあり、介護力は高くない状態。家事援助が必要ではあるが、長男への説明と理解が不十分。同居家族がいることで介護サービスでの家事援助が受けにくい状況。		
支援結果		1．2.掃除と物の整理は、業者に依頼し実施し、その後、訪問看護でのフォロー中である。部屋が整理されたことで寝る場所は確保できた。 3．4.夫の介護の相談と内服の指導を訪問看護で実施するようになった。主介護者である夫の体調不良による入院が予測され、ショートステイ利用に向けての準備はしているものの、本人が拒否的なこともあり導入が難しい状態。		

認知症作業療法計画　No.48

基本情報		70 歳代、男性、妻と 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST3		
現病歴		X 年軽トラで田んぼに転落し頭を強打したものの、医療機関を受診していない。 その後、もの忘れが進行、漁業を続けているが、確認や用事忘れが頻発している。 また、地震で自宅が一部損壊した際には、業者への依頼や罹災証明の電話を何度も行い、混乱が目立った。 これにより、妻のストレスが増大し、揉め事が絶えない状況が続いている。		
主訴		薬に日付を書いて飲んでいるが、飲んだかどうかわからなくなってしまう。日によって二つ飲んでしまう日もある。 言った言わないで、ケンカになる。		
生活歴		看護師として働いていた。その後、家業として貝の養殖。趣味は喫茶店に行くこと。		
生活行為の希望 **（課題）**		お薬の管理ができるようになりたい		
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	b114 日時の見当識の低下。 b144 短期記憶の低下、薬を飲むことを忘れてしまう。 b140 注意の共有やダブルタスクが苦手になっている。 b420 血圧 178/95 高い。 薬の飲み忘れでコントロールがうまくできていない。		e410 妻が認知症についてと本人の今の状況について理解がうまくできていない。 そのため言い合いになってしまう。
	強み	b126 元々、真面目で温厚な人 b164 認知機能の低下受け入れており、生活の工夫をしていかなければという意識がある。	d570 健康管理への意識は高い	
支援課題 **（アセスメント要約）**		薬を飲んだかどうか忘れてしまい、一日に二回も薬を飲むなど管理ができていない。 そのため、血圧の変動も見られ、血圧の薬の管理ができるようにすることが大切。またそのことで妻との言い合いも絶えない様子。お互いのコミュニケーションを効果的にするためのツールが必要である。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		いつも座るところの壁にお薬カレンダーを設置し、1 週間ごとにセットする。 飲んだ場合、お薬カレンダーの日付のところのポケットがなくなることなどを説明した。	日曜日の夜に、1 週間分をセットする。 ノートを書き、忘れないメモ練習をする。	
実施者	**家族**	大学ノートをセットし、連絡事項はここに書くようにする。	連絡用の大学ノートを書くようにする。	言った言わないのトラブルを避けるため、大学ノートに書くようにする。 時々、お薬カレンダーを確認する。
	ケア提供者			
その他（ケア会議等の介入の方針）				
支援結果				

認知症作業療法計画　No.49

基本情報		70 歳代、女性、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		X-2 年頃から物忘れが目立ち始める。保険証など大事な物をどこに置いたか忘れることがあった。 X-1 年日付、人の名前が出てこない、聞いたことを忘れる、鍋焦がしがあると当初受診。 アルツハイマー型認知症と診断、薬物治療を開始した。		
主訴		好きだった料理ができなくなっている。		
生活歴		20 代で結婚。3 人の子供を育てる。 長年給食調理員として従事する。料理が好きであり食事の準備をすることが役割である。 最近では総菜を購入することが増えている。		
生活行為の希望（課題）		出来る限り長い間料理がしたい。		
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	b114 時間の見当識の低下 b140 注意の維持、集中の障害 b144 短期記憶低下 b164 高次認知機能の計画性の低下 b176 複雑な運動を順序立てて行う機能の障害	d 630 メニューの立案が難しい	e115 タイマー機能のないガス調理台を使用
	強み	b167 書字は保たれている b760 身体機能は保たれている b760 巧緻性は保たれている	d 620　メモを見て買い物が可能 d 630 ヒントやきっかけがあれば手続き記憶を用いて調理が可能	e310　夫と同居 食材買い出し時の支払いは夫が事前にカードにチャージしてくれる e410 家族関係良好、食事の準備は本人の役割として見守ってくれている e510　自宅近くに食料品を購入できる店がある
支援課題（アセスメント要約）		発症前は料理が好きで、調理の仕事にも長年従事してきた。最近は調理の手順に戸惑いうまく計画がたてられない。 材料の準備のために買い物に出かけるものの買うべきものを忘れ、野菜を購入し終わることが多くなってきている。 記憶障害は顕著ではあるが、書字は可能なためメモの作成などを行うことは可能と考える。 本人は料理が好きな気持ちは残存していて今後も出来る限り継続していきたいと思っており、家族も利用の継続を希望されている。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		料理レシピの作成 レシピの設置	レシピを見て買い物リストの書き出し レシピを確認しながら調理する コンロの使用時にはタイマーをかける	
実施者	**家族**	レシピ集の作成の助言 調理道具やレシピ集の設置場所の検討 キッチンタイマーの購入、設置	メニュー立案時の助言 タイマーが使用できているか確認 冷蔵庫の中を確認し買い物リストの作成	本人がメニュー立案に困っている場合は食べたいものをレシピ集の中からリクエストする 食べた感想のフィードバック
	ケア提供者	料理レシピ記入用紙の作成 保管、設置場所の検討 調理用具の配置の助言	訪問時の実際に一緒に調理を行い、レシピの使い方を反復練習、評価を行う	
その他（ケア会議等の介入の方針）		趣味として料理を継続できるよう、料理のできる通所サービスがあることを含めて介護保険サービスについて申請方法などの情報提供を行い市外に住む長女とも情報共有をした。		
支援結果		調理レシピを①下準備、②火を使った調理の手順に分けたことで注意がそれにくくなり、安全性が向上した。訪問時には一緒に調理を行う予定だったが、本人がすでに料理を完成させており、調理への意欲の向上が伺えた。レシピが調理の動機付けとなり、手続き記憶を活用した調理が可能となり、調理の頻度が増加している。 認知症の影響による「何もできなくなる」という不安から「何もしないでおこう」という気持ちになっていたが、アセスメント結果の説明によって出来る事・難しい事・代償手段が明確化され、自信を取り戻した。これにより調理への意欲が回復し、本人から「久しぶりにわくわくする」という感情の芽生えを感じたとの言葉が印象的であった。今回の取り組みが認知症の診断後支援として有効であることが示された。		

認知症作業療法計画　No.50

基本情報	80 歳代、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	X-3 年頃より物忘れがみられはじめる。X-2 年頃より自動車運転に危険を感じるようになる。 X 年、家族が本人の運転を辞めさせたいと思い初診、アルツハイマー型認知症と診断される。 本人は運転への意思が強かったが警察との連携により運転免許自主返納した。			
主訴	本人：趣味のドライブができなくなった。困っていることは特にないが、リモコンや電話がうまく使えない。 家族：本人の代わりにドライブに連れて行くことが大変。テレビのリモコンが使えない。 用事があっても私に電話することができない。週に 1 回でも通所サービスに出かけてほしいが拒否している。			
生活歴	タクシー運転手の後、クレーンの運転を自営。車の運転をすることが趣味で、以前は休日に妻と県外までドライブに出かけることを楽しみにしていた。 庭木の手入れは本人の役割として継続している。			
生活行為の希望 **（課題）**	本人：楽しみであるメジャーリーグの放送を見るためにテレビのリモコンがうまく使えたらいい。 家族：運転に替わる興味の持てる活動があってほしい。			
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	b 144　短期記憶障害 b 114　時間に関する見当識の障害 b 140　注意障害 b 156　視空間認知障害 b 176　複雑な運動を順序だてて行う精神機能の障害	d 220 複数課題での遂行でやり忘れが生じる d 570 自己での服薬管理ができない d 360 電話を使うことができない テレビのリモコンがうまく使えない	e 120　運動免許の返納 e 125　携帯電話、GPS を所有していない e 125　テレビのリモコンが複雑 e 540　公共交通機関が脆弱 e 580　公的サービス未利用
	強み	b 114 場所に関する見当識は保たれている b 167 識字は保たれている	d 510- d 560 BADL は自立 d 475 自転車を使ってでかけることができる	e 125　固定電話が設置されている e 310　妻と同居　市内に長女在住 e 410　妻は本人に対して協力的
支援課題 **（アセスメント要約）**	運転免許返納後、趣味であったドライブに行けず、イライラすることがある。 楽しみであるメジャーリーグのテレビ観戦も道具の使用の障害によりリモコンの切り替えがうまくいかないことがある。 道具の使用の問題から電話をかけることが難しくなり携帯電話を手放したが日中妻への連絡など電話を使う必要性もある。 識字は保たれており、環境の調整と反復練習にて道具の使用が改善する可能性がある。			
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人			改良されたリモコンの使用 手順書を見ながら妻へ電話する 庭の手入れ等の役割の継続	
実施者	**家族**	運転免許を返納したことを認識することができる書面の掲示		リモコンの使用に際して、本人が戸惑っているようであれば修正する 不穏になった際は庭の手入れなどへの誘導
	ケア提供者	電話、リモコンの使用するボタンのスッポトライト化 電話使用のための手順書作成		社会資源の情報提供 本人の興味事の確認
その他（ケア会議等の介入の方針）	免許返納後の代替の交通手段として公共交通機関の利用を一緒に行ってみることを提案したが頑なに拒否された。 元来から公共交通機関の利用は好まず使ったことがないとのことだった。外出機会を増やすために健康教室への参加や介護保険サービスの利用について検討する必要がある。			
支援結果	テレビのリモコンの改良による使用感は良好だったものの、新しい形状に適応できず元に戻してしまい、介護者への対応方法の伝達に留まる結果となった。 趣味である運転や仕事の代替活動を模索したものの、運転免許の自主返納による混乱が生じ、運転が生きがいであったため、返納後に BPSD（行動・心理症状）が増強し問題行動が増加した。年末年始の在宅対応の困難さも重なり、最終的にグループホームへの入居が決定された。 運転免許返納後、掲示物で状況を本人に理解してもらうことは可能だったが、生きがいや役割の欠如が BPSD 増強の要因となったと考えられる。			

認知症作業療法計画　No.51

基本情報		60 歳代、男性、妻と長男夫婦と 4 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		X-10 年頃より物忘れが目立つようになった。 X-7 年脳の委縮、ラクナ梗塞ありと診断され、若年性認知症（AD 疑い）とされ、認知症当事者として活動している。		
主訴		本人：　何をするにも億劫。講演など人に話す機会も減ってきてつまらない。昔のことは覚えているが最近のことは忘れやすい。 家族：　多趣味で多才な人だったが、閉じこもり無為に過ごしている時間が増えた。		
生活歴		経営していた事業が業務縮小し現在は隠居。人前で話すことが好きで、若い頃は多趣味で多才な人で、コーヒーも本格的に淹れ人に振る舞っていた。最近は自室でテレビを観て過ごす時間が増えた。 認知症の当事者として、講演活動もしていた。		
生活行為の希望 **（課題）**		認知症カフェでカフェマスターとして、コーヒーを淹れ会話をするのが楽しみだったが、最近は興味を持ってもらえない。		
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　活動意欲がない b167　話者の趣旨が読み取りづらい b176　身体の動かし方がわからなくなることがある b789　疲れやすい	d355 話の趣旨理解が低下し対話が続かず d460　動くのが億劫	e425　対話が続かず
	強み	b 117　以前の記録や知識は保たれている b 167　漢字や話術は保たれいる	d 920　漫画やイラスト描きが好き d 920　コーヒーを本格的に淹れられる d 730　初対面の人とも気軽に話せる d 855　カフェなどに呼ばれる	e410　妻の理解があり協力的 e450　保健師等が協力的 e580　認知症カフェ等活動場がある
支援課題 **（アセスメント要約）**		人前で持っている知見を伝えたい、話したい気持ちはあり、認知症カフェでカフェマスターとしてコーヒーを淹れる役割も得て月 1 回活動している。 機能低下もあり、講演の活動依頼や活動場所も徐々に減少している。 カフェマスターとしてもコーヒーを淹れるだけで、参加者との会話が減少し楽しみが薄れている。 外部からの依頼以外は家で無為に過ごす時間が多い。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		コーヒーの淹れ方を伝える説明文、挿絵を描く	カフェや講演等で呼ばれた場所で、説明文をもとに会話を楽しむ	
実施者	**家族**	認知症カフェの参加者、依頼先に今回の趣旨を伝える	講演等で呼ばれた場所で、趣旨を伝え、依頼先に協力を仰ぐ	状況に応じて、加筆修正を促す。
	ケア提供者	コーヒーの淹れ方で伝えたいポイントを本人と確認。 本人の挿絵と説明文を合わせた説明文を作成。	状況に応じた説明文を検討する。	状況を確認し、必要に応じて調整する。
その他（ケア会議等の介入の方針）		自身の知見やスキルを活かして、広く多くの人に自分の思いを伝える活動を行うことで、日常を有意義に過ごす カフェマスターとして作った説明文をきっかけに、参加者との会話を楽しむ		
支援結果		本人は挿絵入り説明書の作成を依頼され、自宅で机に向かって作業を行っていたが、体調を崩すなどの影響で完成までに時間を要した。完成した説明書を活用し、依頼を受けた場所に配布しながらコーヒーを淹れ、それを基に会話を広げたいとの希望を持っている。 自宅での役割が少なく、日中の活動が低下しているが、外部からの依頼があれば意欲的に参加できる状況にある。外部から評価される場が本人の励みとなっている一方で、依頼の減少傾向があり、今後活動できる場所や機会を検討する必要性が示されている。		

認知症作業療法計画　No.52

基本情報		80 歳代、女性、長女と二人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		「どこまで畑作業したか覚えていない」とたびたび電話で不安を訴えるようになった。 X-3 年から長女と同居。介護保険申請し要介護 1 となったが、サービスは使わず期限切れとなっている。		
主訴		本人:種まきの時期などを忘れる。 娘:物忘れくらいで特に困っていない。今できていることを継続してほしい。		
生活歴		中卒後、農業の夫の仕事を手伝い。手先が器用で、子どもの服や着物を縫ったりしていた。畑仕事が生きがいで、朝から晩まで 1 日中外作業していることもある。		
生活行為の希望 **（課題）**		畑作業が好きで生きがいで、種まきの時期を体が覚えてるくらいだったのに、種蒔きの時期が分からなくなった。		
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 114　日付の見当識障害 b 144　短期記憶障害 b 140　注意機能障害	d 650 種を蒔く時期、苗の植え替え時期を忘れている d220 別に注意がいくと、何をしようとしていたか忘れてしまう	e 410 本人以外、畑作業に携わった家族がおらず、種まきの時期がわからない e 410 娘は就労しており、日中は独居
	強み	b 147　精神運動機能は保たれている b 760　巧緻性が保たれている b 157　識字は保たれている	d 650 畑作業に係る知識や技能がある d 230 家計簿に日々の記録がつける習慣がある d 455 鍬等の道具を使って作業できる d 450 屋外移動しながら庭仕事ができる	e 310 娘の支援がある e 325 農協のスタッフに助言を求めれれば応じてくれる
支援課題 **（アセスメント要約）**		本人の生きがいである畑作業等を継続して行ってもらいたいが、種まきなどの時期を忘れた、また何をしようとしていたか忘れることがあり、思うように作業ができなくなった。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		種や苗を植える時期を以前の家計簿（日記）を見ながら確認する 今年の家計簿に付箋をする	家計簿を毎日確認し、時期を確認する やったことを家計簿に記入する	
実施者	**家族**	時期に合わせて種や苗の注文をする 注文時に農協にも相談し、適切な苗や種を選ぶ	本人と一緒に家計簿を確認し、やるべき作業内容を助言する	本人のやりたい作業等を随時確認 家計簿と付箋を活用した対応を継続する
	ケア提供者	専門書や以前の家計簿と照合しながら本人と種や苗を植える時期を確認 やるべき作業を記入した付箋を今年の家計簿に添付してもらう	状況を確認し、必要に応じて対応を検討する	訪問日に忘れていた場合はその場で対応してもらう。継続できるよう本人、家族に声かけをする
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人と長女の関係は良好で、支持的な関わりができる長女を中心に本人のやりたい作業を継続できるようにしていく		
支援結果		本人は家計簿を娘と一緒に見ながら、日々の作業を振り返り、付箋を使って次にすべき作業を確認する取り組みを始めた。肥料を撒いたことを忘れ再び撒いてしまうことがあり、肥料を撒いた記録をつける工夫もされている。娘は細作業継続について積極的に協力している様子が伺える。 また、カレンダーを見る習慣はないが、家計簿をつける習慣があることを活用した支援が検討されている。他の作業を始めると、予定していた作業を忘れることがあるため、作業場で「やりたい作業」を記録する方法が提案されている。さらに、作業を始めると時間を忘れて続けるリスクもあるため、その対応策の検討が重要となっている。		

認知症作業療画　No.53

基本情報		60 歳代、男性、妹と 2 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST4、高血圧症		
現病歴		X 年頃から同じ物を繰り返し購入する行動が見られ、家の中のものは散乱していた。 X+1 年仕事で計算ができなくなり、産業医の相談。 X+2 年若年性認知症が疑われ受診。 X+3 年症状進行し、職場を退職。		
主訴		本人：自宅で過ごしたい。物忘れはあるが、自宅周辺は慣れた場所なので、特に困ることはない。 妹　：何もせず自宅で過ごすよりも、認知機能を維持するために活動の場に参加させたい。		
生活歴		高校卒業後に就職、未婚。母が他界後に、妹と同居。		
生活行為の希望 **（課題）**		地域の社会資源を利用して活動参加の機会を増やす 体力向上 本人の部屋の整理整頓を行う		
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	・近時記憶障害 ・見当識障害 ・注意機能低下 ・体力低下	・尿失禁あり（リハパンツ使用） ・整理整頓が困難 ・内服は妹が管理	・足の踏み場が無い程、部屋が散乱している ・移動手段をカバーできる施設が近くになく、作業所での就労困難
	強み	・意欲や興味は一定以上保たれている（就労意欲や地域のサロン等への参加意欲あり） ・柔和な対応で対人交流には問題なし ・ある程度の巧緻作業は可能	・地域のいきいき教室やサロンへ参加している（1/w、1/2w） ・カレンダー使用、スケジュール管理が可能 ・血圧を測定する習慣がある ・食卓に内服薬設置し管理できている	・徒歩で通える活動の場がある ・持ち家 ・利用可能な社会資源あり ・妹の支援が得られている ・スマートフォンを持っている
支援課題 **（アセスメント要約）**		・病識（物忘れ）は自覚があるが曖昧があり、近場であれば問題なく自分で運転できると思っている ・近隣を歩いただけですぐ疲れやすいなど体力低下がある ・部屋を片付けず汚部屋となっており、今後の生活を考えると転倒のリスクも考えられる		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		・実際に就労継続支援の施設見学をして自身の就労意欲を再確認する ・指導した運動の継続 ・本人が部屋を片付けられるように片付けを段階付けて行う	・就労支援を利用するか送迎の点で妹と相談しながら考える ・パンフレットをみて運動を継続する	
実施者	**家族**	・一緒に施設を見学し、担当者に送迎可能かどうかなど生活上の課題を踏まえながら具体的に質問する	・本人が作業所へ行くことを現実的に支援可能か医療従事者等と検討する	
	ケア提供者	・コーディネーター、就労継続支援施設との連携、見学日や訪問日の調整 ・自主運動用のパンフレットを作成 ・部屋に入れてもらい、居住空間を評価。優先すべきところから片付けを行ってみるよう促す	・コーディネーターと連絡し、本人と妹の作業所での就労に対する反応を確認 ・電話で部屋の状況を確認（自宅が遠方のため）	・外来受診時に状況確認
その他（ケア会議等の介入の方針）		就労継続支援の利用をお勧めするため、施設見学を実施し検討してもらう。難しければ介護保険利用での対人交流機会を増やすことを考える。また、同時に意識して取り組める運動を提案し習慣化できるように取り組んで様子をみる。 部屋の片付けは、本人が移動しやすくなることに加え妹氏が安心できる要素にもなり得る。		
支援結果		妹による送迎が難しいことから、就労継続支援施設の利用には至らず、本人の外出機会に変化はなかった。自宅では怠惰な生活習慣との折り合いがつかず、妹のストレスや介護負担が増加している。 部屋の片付けは困難な状況。一方で、訪問指導後から毎日 2 回のストレッチやスクワットなどの運動習慣を続けている。 外出に関しては運転継続を望んでいたが、妹の説得により危険性を理解し、自動車を手放した。妹は外出や人との交流、活動機会の増加を望んでいるが、地域の社会資源を利用した計画は進展していない。 今後は介護保険を活用し、対人交流の機会を増やすことが検討されている。		

認知症作業療法計画　No.54

基本情報		60 歳代、女性		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST4		
現病歴		X-15 年から飲酒量が増加し、2 日で 1 升飲むこともあったが、仕事や対人関係に問題はなかった。 X-3 年頃から物忘れや視力低下が顕著になり、家族とのコミュニケーションが困難となり、苛立ちが増える状況が見られるようになった。長年続けていたメール便配達の仕事にも影響が出始めた。 X-2 年仕事を辞め、飲酒もやめた。		
主訴		本人は家族の支援を受け、生活に困難を感じてはいない様子で、孫との交流や通所リハビリでの会話を楽しんでいる。 夫は症状の進行を感じながらも現状維持を目指しており、スケジュールを分かりやすく伝える方法を模索中。家庭内では特に問題は見られないが、慣れない環境で不便を感じることがある。 次女は、症状への理解はあるものの、対応に課題を抱えている状況が見受けられる。		
生活歴		現在は夫、次女、3 歳の孫と同居し、専業主婦として生活している。 週 1 回デイサービスに通所している。 過去にはメール便の配達の仕事に従事しており、また子供会の活動にも積極的に参加していた。		
生活行為の希望（課題）		家族とのコミュニケーションの円滑化を図る。予定の確認についての頻度を減らす。		
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	記憶障害 視覚情報の認識・理解の困難 不安が強く環境変化が好まない	デイサービス以外の外出先が少ない 慣れない場所だと見守りが必要	家事はほぼ家族がしている 本人の予定を確認する方法が家族に聞く以外にない（メモなどもない）
	強み	慣れた場所では動ける（家など） 聴覚情報の認識・理解は少し保たれている 手続き記憶は比較的に保たれている	デイサービスに週 1 回行くことができ、知人とおしゃべりを楽しむことができている。 話すことでストレスは発散にもなっている	夫、次女、孫が同居 要介護 1、通所リハ週 1 回
支援課題（アセスメント要約）		もともと心配性な性格に加え、視覚情報の理解の困難さや記憶障害により、本人は予定管理に対して強い不安を抱いており、その結果として頻繁にスケジュールを確認する行動が見られる。 この状況は家族にとってもストレスの原因となっている。現在、カレンダーや絵カードなどの視覚情報を用いた方法では十分に伝達できておらず、聴覚情報を活用するなど、別の方法を検討する必要がある。また、自宅以外で過ごす時間を増やし、家族との距離感を調整する取り組みも必要と考えられる。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		聴覚情報で予定が確認できるように環境を整える	レコーダーの再生方法の練習	
実施者	**家族**	レコーダーに、本人の今後の予定の情報を登録する 変更があった場合はその都度更新	録音方法の練習	本人へレコーダを使用しての予定確認を促す
	ケア提供者	レコーダーなど、道具の準備	使用方法の説明、導入後に状況の確認	本人・家族への提案・実施の促し
その他（ケア会議等の介入の方針）		本人・家族に聴覚情報を利用した予定確認方法を提案。導入しやすいようサポートを行う。 通所の回数を増やすことを本人・家族・ケアマネ・通所のスタッフなどに提案。 他職種の協力を得られる働きかけを行う。		
支援結果		現時点ではレコーダーなどの機械を使用した聴覚情報での伝達を提案した段階。本人・ご家族の反応としては「昔から機械の操作はあまりしたがらない。」とのことで実践には消極的な印象。また、通所の回数を増やすことはご家族からは賛成の意見あり。本人は消極的な反応。		

認知症作業療法計画　No.55

基本情報		50 歳代、女性、独居		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症 FAST 4 、高血圧、股関節唇損傷術後		
現病歴		X-5 年 A クリニックの紹介で受診。主訴は書類手続きの困難、弁当作業の支障、出来事や内服の忘れがあり、認知機能検査・画像検査後に経過観察となった。X-1 年頃から車の運転が難しくなり、就労困難、不眠、抑うつが生じたため、X 年 B 病院を再受診。かかりつけ医との連携で内服調整を実施。 若年性認知症の診断を受け、当院で外来フォローを開始。運転業務が困難となり、症状が原因で退職。		
主訴		視野が狭い、集中していないからか見えづらい、今まで出来ていたことができない、物忘れがある		
生活歴		教育歴 12 年。結婚し、早くに夫が他界して 4 人の子を育てる。子 2 人とアパートに同居していたが独居となる。 子供の協力は得られる。趣味は観葉植物栽培、整理整頓が得意、嗜好品はタバコ		
生活行為の希望 **（課題）**		内服が飲み忘れなく管理できるようになる		
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	記憶障害 （短期記憶、出来事記憶、展望記憶、見当識（年のみ）） 視覚認知の障害 （視覚性注意障害、同時失認、構成障害） 言語障害、軽度 （書字（漢字・錯書）、喚語困難） 股関節症（経過良好）	ADL 自立しているが一部困難な所がある 内服管理は時々飲み忘れがある （2 週間で 2 回程） 家事、買い物はほとんど自分で行える、一部困難なため介助が必要となる	一人暮らしで常に介護者が一緒にいる状況ではない 経済面への不安あり （障がい者雇用での就労を希望）
	強み	記憶の代償手段としてノートや付箋での予定管理を行っている 身体機能面は大きな問題はない	内服の間違いは工夫をすることで減ってきている（以前はカレンダーを使っていたが今は箱に入れて管理。） 支援を自ら他者にお願いすることができる（スーパーの買い物支援、家族やパートナーへの協力依頼など）	賃貸アパート、一人暮らし 子供 4 人のうち 2 人は同市内在住。 子は、知的障害があるが、本人援助を一部することも可能。 友人からの支援は得られる。
支援課題 **（アセスメント要約）**		認知機能低下（特に記憶・視覚認知の障害）により、ADL や IADL はほとんど自分で行えているが、一部の困難なことが出現してきており生活場面での支障をきたしてきている。 一人暮らしであり、2 週間に 1 回の訪問看護で自宅生活状況の確認が必要であり、現在は内服管理の確認をしてもらっているが、飲み忘れも週に 1 回～それ以上見られている。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		薬の管理、整理整頓	朝夕食後に薬を内服する	
実施者	**家族**			長女・三男：内服管理については本人が訴えた時に話を聞いてもらう。本人の心配事や困りごとを聞いてもらう
	ケア提供者	訪問看護師：薬のセッティング、日付の記載（大きく記入する） OT：薬箱の工夫（色合いを変えて間違いを防ぐ）	訪問看護師：訪問時に飲み忘れの確認 OT：訪問時に管理方法の工夫の再検討	OT・訪問看護師：家族（長女・三男：時々様子を本人の見に来ている）へ内服管理の方法について適宜お伝えする
その他（ケア会議等の介入の方針）		薬箱の調整（色による識別を促す、日付の記載を大きくするなど） 訪問時に毎日の管理が上手くできるかを経過観察する 訪問看護師による薬のセッティングは継続し、今回の OT 実施で工夫して上手く行えた方法を共有する		
支援結果		内服管理について、薬箱の色分け、薬を置く場所の設定、お薬アラームを購入して設定するなど、環境設定・工夫を行ったことで飲み忘れ、間違いがなくなった。薬の設置は訪問看護師が行うことで、2 週間に 1 度、数の確認が行えている。他にも、家の場所がわかりやすいように玄関のドアに飾りをつけたり植物を置くなどの提案、実践を行った。		

認知症作業療法計画　No.56

基本情報		70 歳代、女性、長男家族と 5 人暮らし		
診断名、FAST		アルツハイマー型認知症、FAST3、高血圧		
現病歴		X-2 年頃より物忘れ、X-1 年に軽度認知障害（MCI）と診断された。フォローアップは実施されず、症状が進行したため X 年に再受診。同じ質問を繰り返す、物を紛失するなどの症状が確認される。		
主訴		本人:もの忘れが気になる。何度も同じ話をしてしまっているようで、周囲に指摘されて不安になる。進行しないように何をしたらいいか知りたい。 家族:直前のことを忘れて何度も確認がある。スケジュールや薬の管理の失敗、探し物が増えて心配。		
生活歴		20 歳で美容師の資格を取得後、結婚して長男を育てながら働き、美容師として店長を務める。 7 年前に退職し長男家族と暮らし、現在は孫の世話や夕飯づくりを担当。 趣味は散歩、コーラスサークル、投資、整理整頓。		
生活行為の希望（課題）		スケジュール管理		
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	b1140 日時の見当識障害 b1440 短期記憶障害 b1402 注意障害（注意の配分） ・不安が強く確認が頻回	d230 日課の遂行 d175 問題の解決 ・メモ、カレンダーを利用したスケジュール管理に失敗をしている。 d910 コミュニティライフ d920 レジャー ・「同じことを聞く」と言われるため活動や人との交流が不安になっている	・e310 家族 ・同居家族が仕事・通学のため日中独居で日常行動の支援がない ・e320 友人 ・転居により昔からの友人や同僚がいない
	強み	b122 全般的な心理社会的機能 b1260 外向性 b1261 協調性 b1300 活力 b1301 動機づけ b1672 言語機能全般	d630 調理 d660 他者への援助・家での役割 d760 孫との交流を楽しんでいる d910 コミュニティライフ d920 レジャー	e310 家族 e410 家族の態度 e320 友人 e420 友人の態度
支援課題（アセスメント要約）		記憶、見当識障害により、スケジュールの管理がうまく出来ないことで、失敗経験や周囲からの指摘を受ける機会が増え、確認行為の増加や、不安・落ち込みといった心理症状が出現している。一方、コミュニケーション能力が高く活動に対して積極的で、趣味や健康管理活動、家での役割を持っている。日中独居であり、現在の生活行為を継続するために、スケジュール管理の自立維持と不安の軽減は重要な介入ポイントと考えた。		
支援計画		**環境調整**	**動作の反復練習**	**介護指導**
本人		ホワイトボードの情報を整理： 「今日やること」「毎日やること」「覚えておくこと」の 3 つに分けて記載。 「今日やること」ホワイトボードの装飾、設置。	予定が入ったらカレンダーに書く （毎日の習慣化） 「今日」の日付を置時計で確認し、カレンダーの内容を確認。 「今日やること」ボードに日付とカレンダーの内容を映し、必ず見るところに設置。 日付や予定がわからない時はそこを見るようにする。	
実施者	**家族**	「今日やること」ボードに、必要に応じて家族の予定も書いてもらう イレギュラーな予定は「覚えておくこと」ボードに書いてもらう	実施状況を支援者と共有し、やりにくい部分の修正や練習を行う	（習慣化の支援） 予定が入った時のカレンダーへの記入の声掛け 本人に予定を尋ねられた時は「ボードを見てみたら？」と促してもらう （対応の工夫） 習慣化がうまくいかなくても指摘を避け、ルーチンで習慣化するよう促してもらう。
	ケア提供者	ホワイトボードの装飾、設置。 日付の見当識支援としてデジタルカレンダーを提案、選択、設置 （本人と共に）ホワイトボードの情報を整理。	本人・家族に管理方法を説明 その後の実施状況の確認	介護者への対応・支援方法の提案
その他（ケア会議等の介入の方針）		一緒にスケジュール管理に取り組むことの意義について話し合い、同意を得る。その方法について共有し、まず 1 ヶ月取り組んでもらうこととした。		
支援結果		家族の協力もあり、介入直後よりホワイトボードを用いたスケジュール管理が実施され、継続できている。介入 1 か月時点では、本人が嫁にスケジュールを確認する習慣が身につき、予定が抜け落ちて失敗することはほとんど見られなくなった。本人からは「ここを見ればいいと思うと安心する」との感想が得られた。一方で、「毎日その日の予定を記入する」という行動は習慣化されず、直近の未定の予定を書くこともある。今後進行に伴い再び課題が現れる可能性がある。そのため、毎日のルーチン化を目指し、運用方法を紙面化して再度本人に説明・練習を行い、家族にも引き続きの確認と声かけを依頼した。		

【実装検証事業　研修アンケート】

本日はご参加ありがとうございました。
下記で該当する項目に☑、もしくは記入をお願いいたします。

1. 介護支援専門員としての実務経験年数　　実務経験＿＿＿＿年

2. 保有資格　　□介護福祉士　□看護師　□その他（　　）

3. 現在の職場での勤続年数　　勤続＿＿＿＿年

4. 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）を導入したことはありますか
   □ある　□ない　□不明

5. 現在，主にあなたが受け持つ利用者のうち，認知症の方は何名くらいですか
   利用者　約＿＿＿＿名，そのうち認知症の方　約＿＿＿＿名

6. 現在，主にあなたが受け持つ利用者のなかに，認知症短期集中リハビリテーション実施加算中の方はいますか
   加算中　約＿＿＿＿名　　導入を検討したい方　約＿＿＿＿名

7. 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りますか
   □ある
   □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
   □訪リハ事業所自体が近くにない

8. 以下の目的で，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）の導入を検討しようと思ったことはありますか？
   ① 認知機能の低下予防・改善
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ② BPSD の軽減
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ③ ADL/IADL の改善
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ④ 趣味や仕事，役割への参加
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ⑤ 家族の支援，介護負担の軽減
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ⑥ 環境の整備
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ⑦ 他者との交流の機会とする
      □強く思う　□わりと思う　□少し思う　□あまり思わない　□ほとんど思わない
   ⑧ その他
      （他の目的や意見：　　）

9. 本日の研修全体の満足度を 10 段階で教えてください（とても満足：10 点・・・とても不満：1 点）
   満足度＿＿＿＿

10. 各講義の印象・理解をお答えください
   ① 認知症の人の生活を具体的にイメージする
      □とても参考になった　□やや参考　□ふつう　□あまり参考にならない　□参考にならない

   ② 認知症について－診断・ICF・ FAST に応じた生活機能

印象：	理解度：
□とても参考になった	□よく理解できた
□やや参考になった	□理解できた
□ふつう	□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

   ③ 認知症のリハビリテーションの実際

□とても参考になった	□よく理解できた
□やや参考になった	□理解できた
□ふつう	□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

11. 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いましたか
   □思った　□思わなかった

12.「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、どのような課題や難しさがあると思いますか
   ① 本人・家族にリハビリテーションの必要性を説明し同意を得る
      課題である 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1 課題ではない
      （コメント：　　）

   ② 目標となる生活行為の把握
      課題である 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1 課題ではない
      （コメント：　　）

   ③ 対応できるリハビリテーション専門職の確保と連携
      課題である 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1 課題ではない
      （コメント：　　）

   ④ 訪問介護員との連携や支援
      課題である 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1 課題ではない
      （コメント：　　）

⑤ サービス担当者会議での意見集約，役割分担などの調整

課題である 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1 課題ではない

（コメント：　　）

⑥ 医師との連携

課題である 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1 課題ではない

（コメント：　　）

⑦ その他

（コメント：　　）

13. 認知症や認知症が疑われる当事者・家族に「興味関心チェックシート」を実施した経験はありますか

□ない，ほとんどない

□ある

→「ある」方への質問

① 通常どのように実施していますか（複数選択）

□興味関心チェックシートをお渡してつけてもらう

□対面での聞き取りでチェックする

□チェック内容について，具体的に話し合う

② 目標となる生活行為を明確にできた例はありますか

□多数ある

□いくつかある

□あまりない

□ほとんどない

□目標設定の参考となる情報を得たことはある

14. 今回の研修でいちばん印象に残ったことは何ですか？

15. 差し支えなければ，以下の記入をお願いいたします

（重複回答のチェックおよび前後比較の突合に活用します．開示はいたしません）．

携帯電話の下 4 桁 □□□□　　**生まれた年 □□□□**

お勤めの事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上です。ありがとうございました。

令和６年度　老人保健健康増進等事業

認知症リハビリテーションの推進のための調査研究事業

令和７年３月

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

ＴＥＬ：03-5826-7871　ＦＡＸ：03-5826-7872