

# 認知症ケア研修会 ～認知症の理解とケア～

全国老人保健施設協会  
大河内二郎

# 今日の内容

老人保健施設の役割

認知症薬

認知症短期集中リハビリテーションの効果

認知症とてんかん

認知症とせん妄

# 介護老人保健施設の定義

## 【 根拠法 】 介護保険法

### 第8条（定義）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設

**改正**

（平成29年6月2日公布）

### 第8条（定義）

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設

## 【 省令 】 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（厚生省令第40号） （平成11年3月31日）

### （基本方針）

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

# 地域包括ケアシステムの拠点として 老健施設が担う役割

リハビリテーション  
地域のリハビリテーション拠点

老健が地域のネットワークを  
「つなぐ・生かす・つくる」

多職種協働によるケア  
ケアの質を追求する  
プロフェッショナル集団

医療  
管理医師による医療対応と  
ターミナル(終末期)ケア

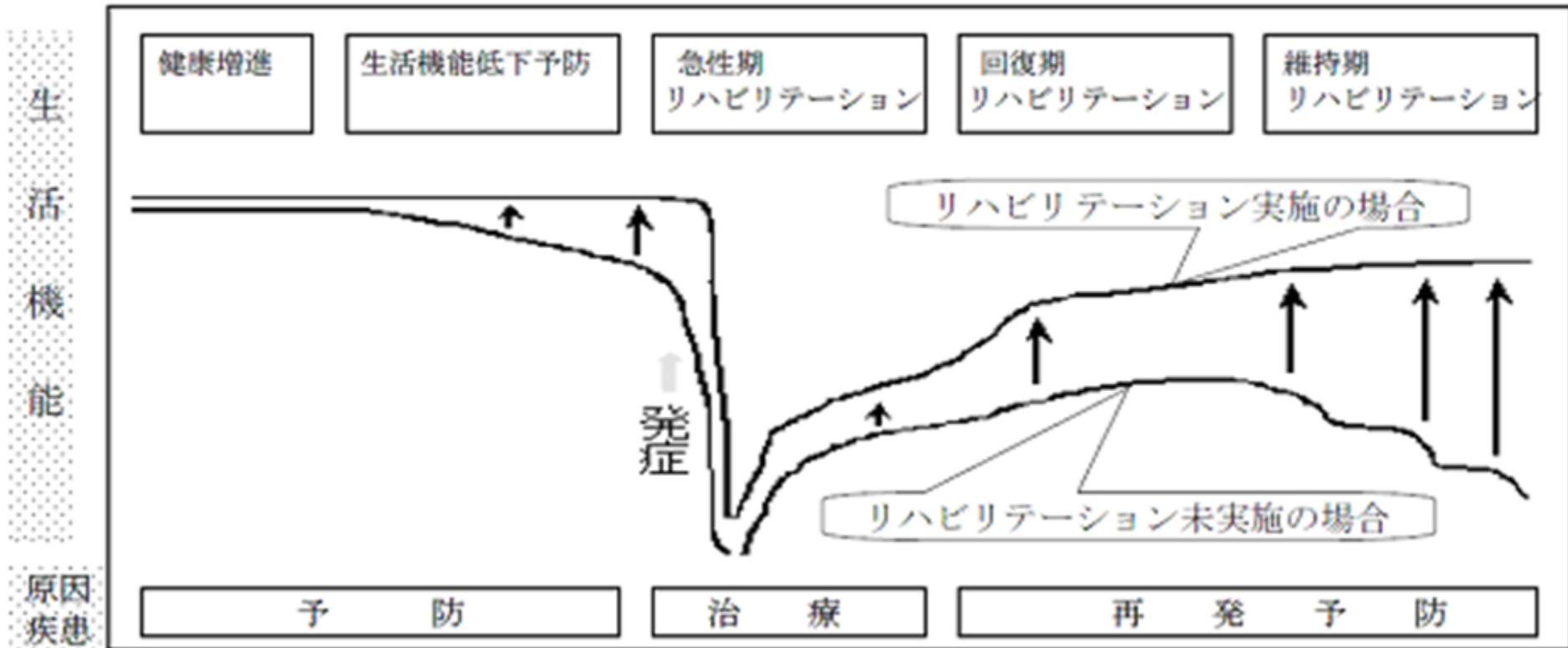


認知症へのより高度な対応  
老健施設から生まれた  
認知症短期集中リハビリテーション

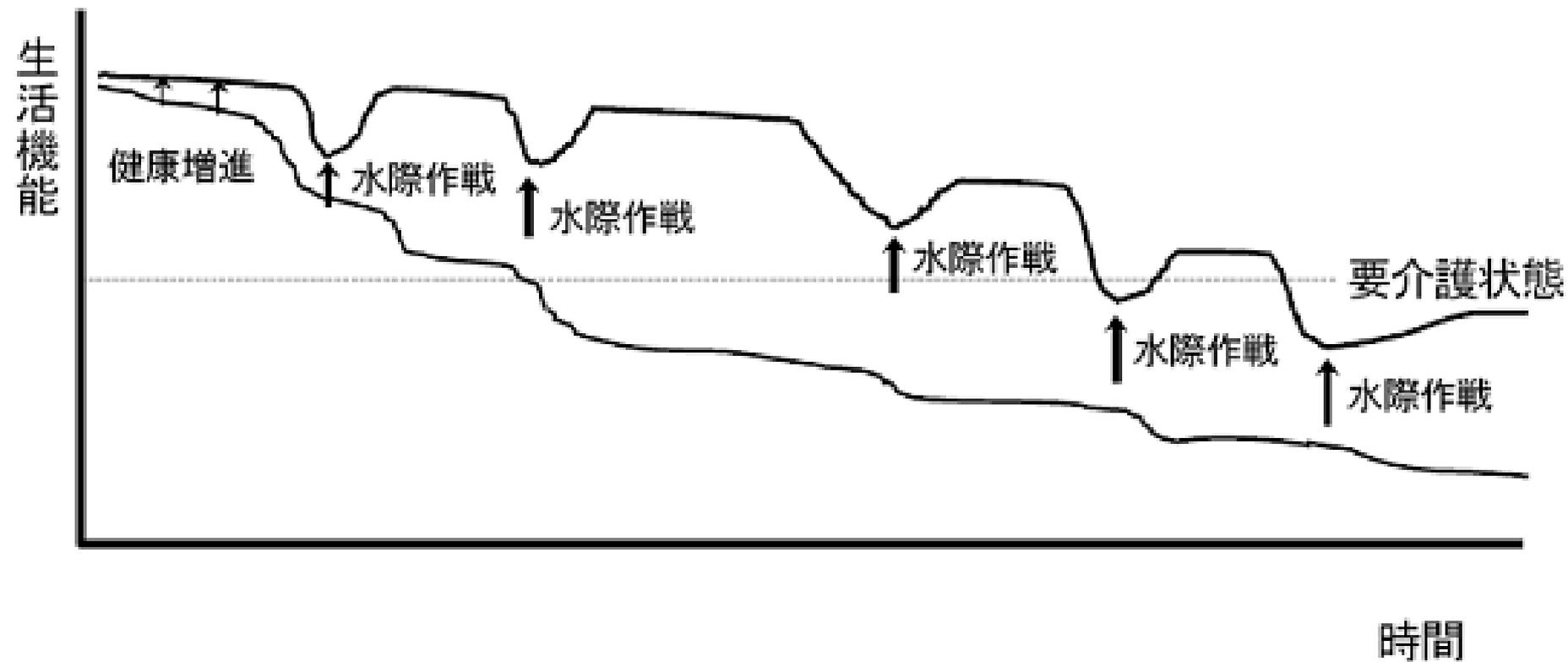
# 脳卒中モデルと廃用モデル

脳卒中モデル

\*高齢者リハビリテーション研究会上田委員作成資料を基に作成

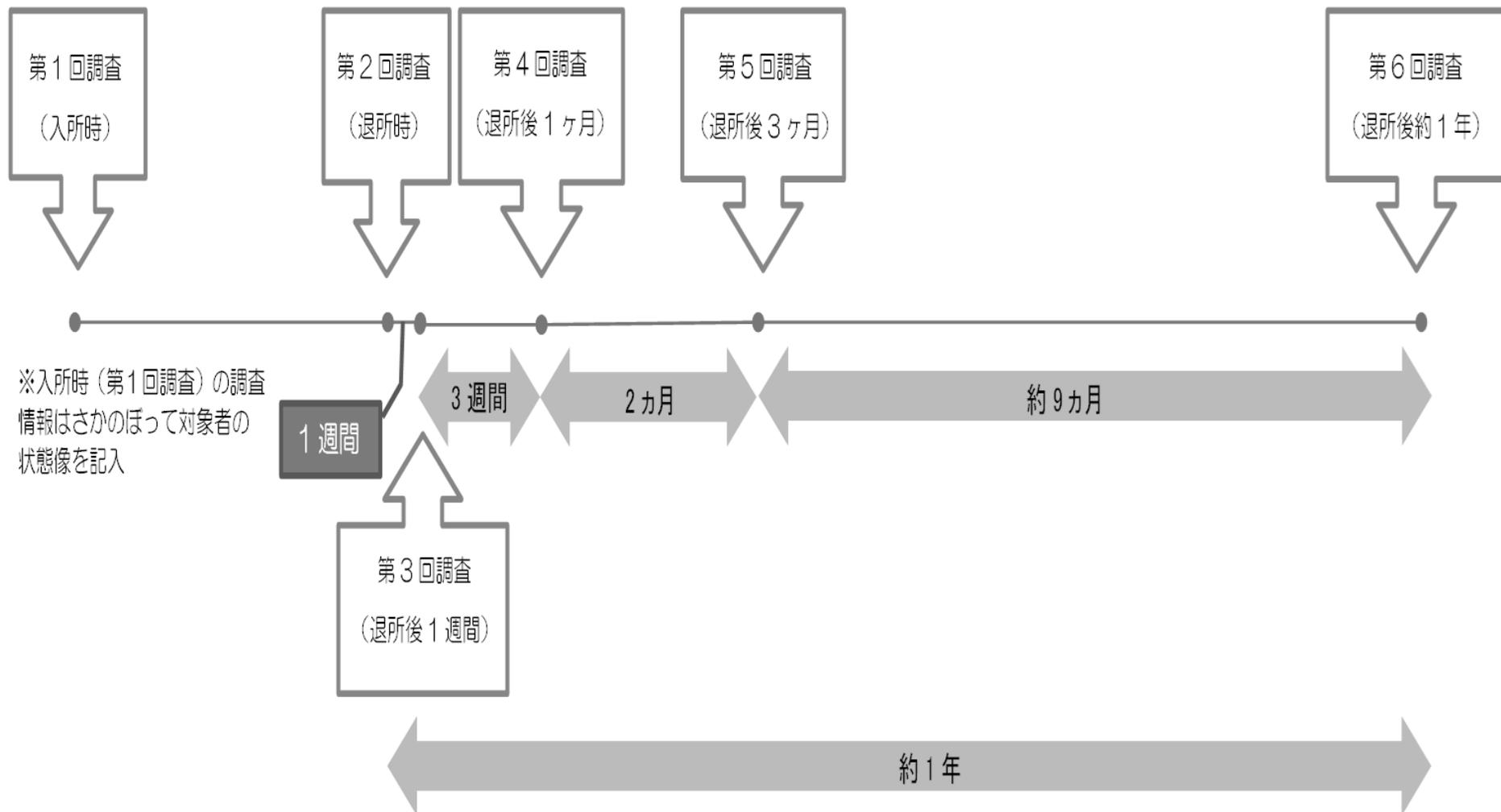


# 廃用モデル





# 調査実施時期



# 調査結果

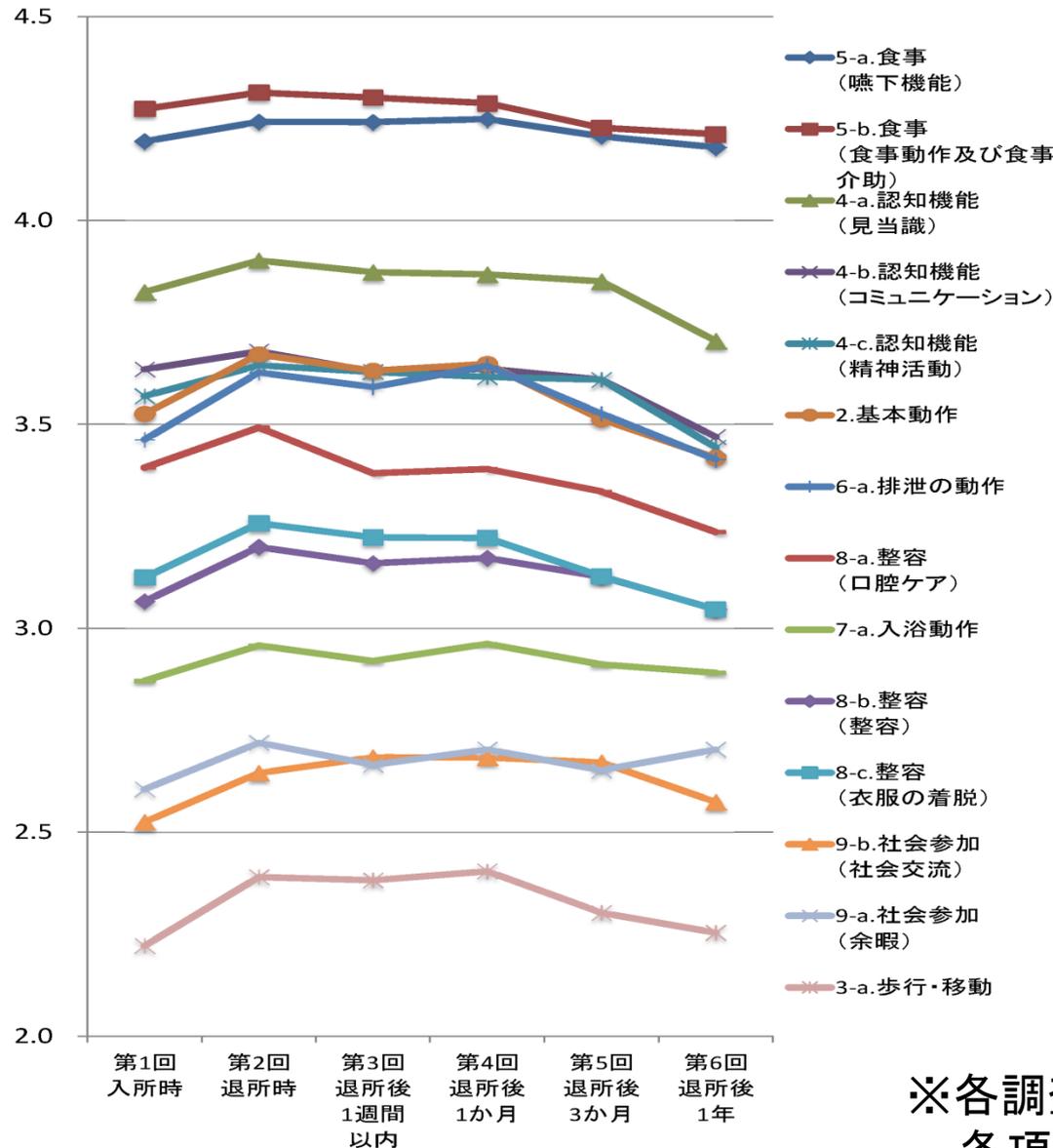
- 平成26年度における実施結果(第1回～第5回)に加えて平成27年度(第5回の追加分)～第6回までの回収状況

	第1回調査	第2回調査	第3回調査	第4回調査	第5回調査	第6回調査
対象数	504	504	494	474	333	195

※ 調査対象は第1回から第6回まで同じ利用者。第6回調査回収数:313件(回収率62.1%)  
うち途中中止:118件。分析対象数:195件。504サンプル平均年齢86.14歳

中断理由	件数	%
入院	31	26.3%
従前入所の老健施設以外の老健へ再入所	4	3.4%
従前入所の老健施設以外の介護保険施設への入所	34	28.8%
転居	6	5.1%
死亡	36	30.5%
その他(サ高住入居、養護老人ホーム入所、本人拒否など)	7	5.9%
合計	118	100.0%

# ICFステージング 14項目の平均スコア



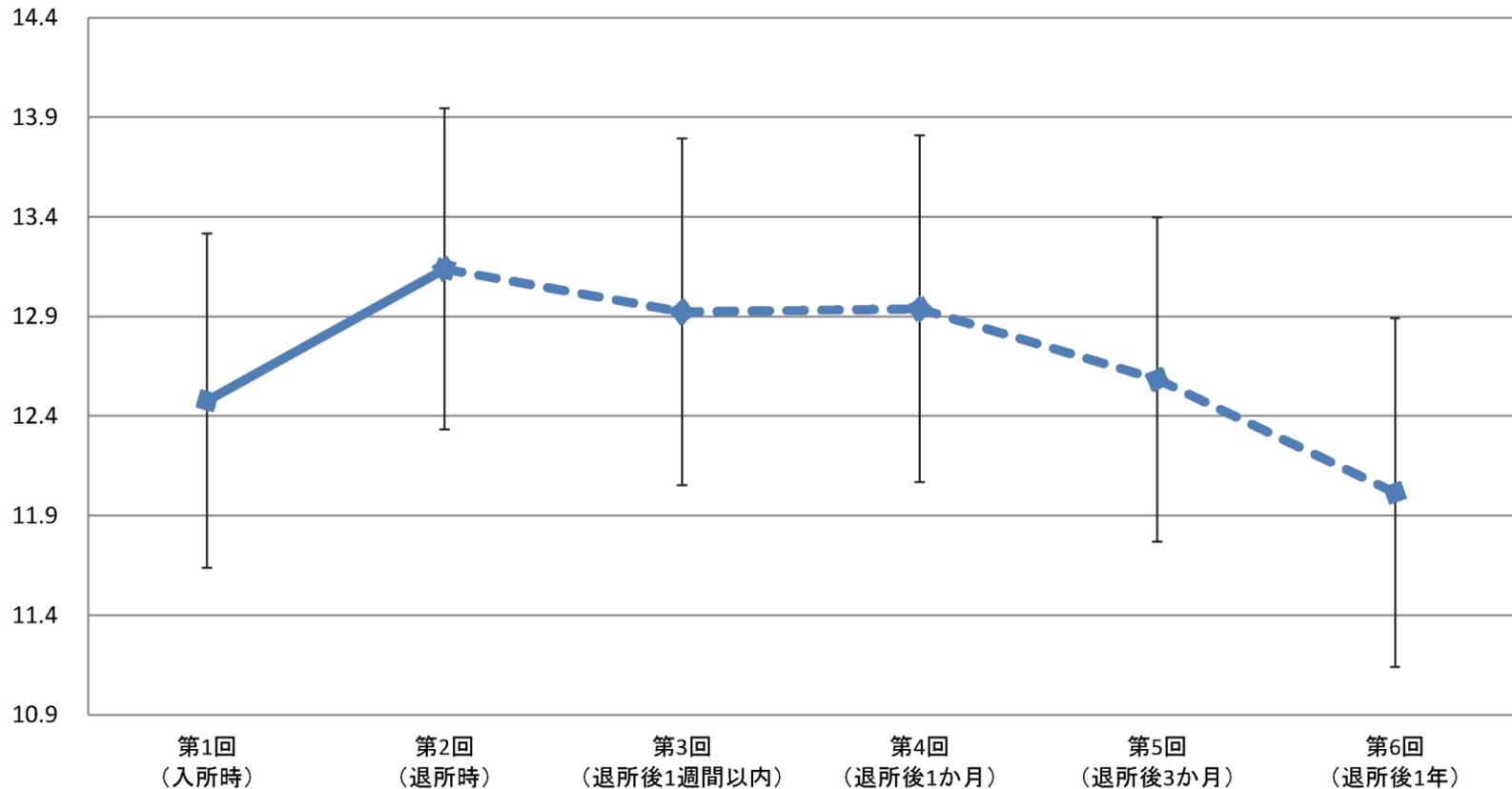
※各調査時点における平均値。  
各項目および各回ごとにサンプル数が異なるためn数は記載していない

※図表は平均値の差が有意であるもの(t検定.05水準)を実線で表記

※エラーバーは平均値の95%の信頼区間を示す

※以降の図表も同じ

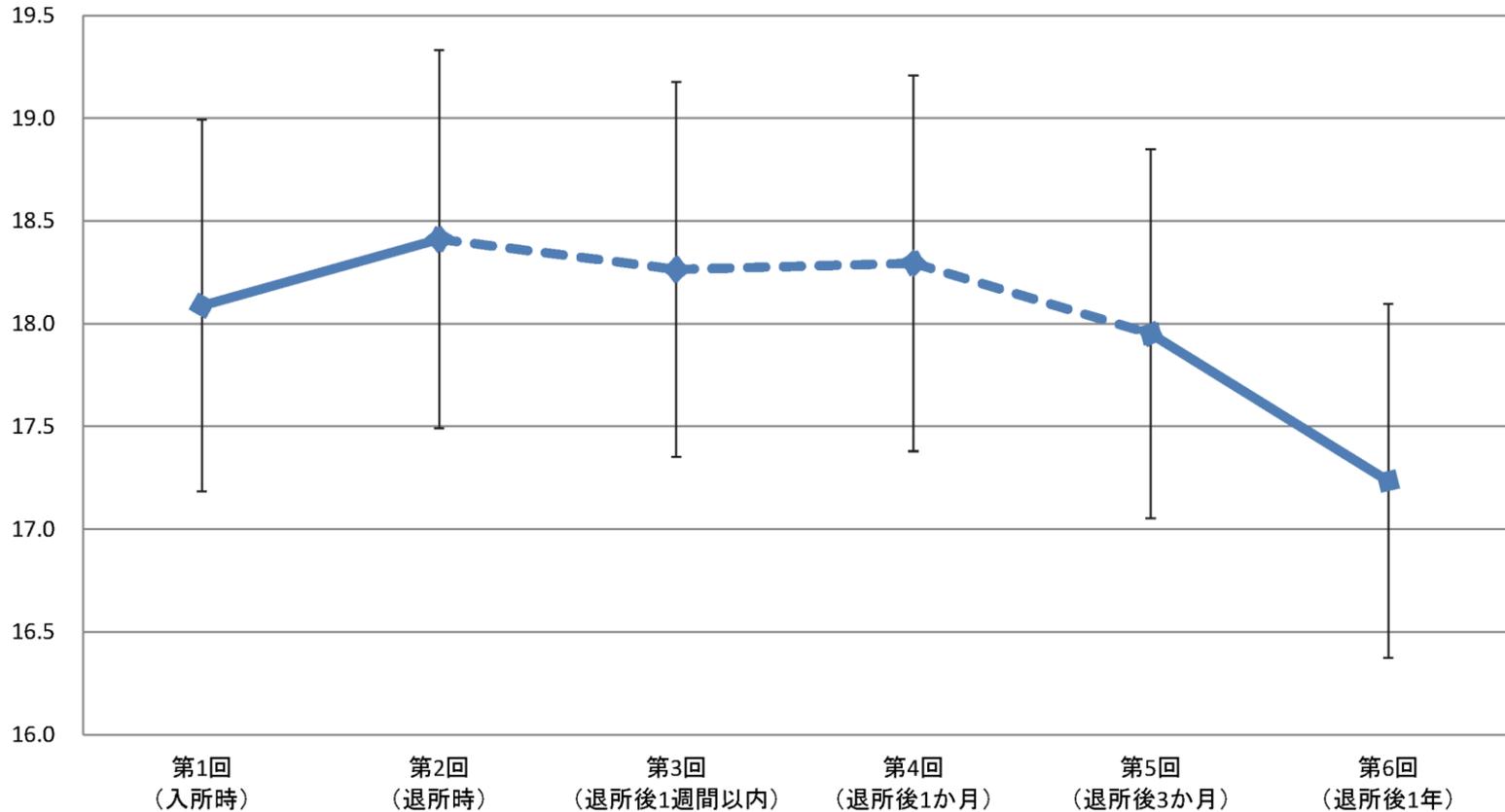
## 1. 移動及びADL n=65



第1回調査と第2回調査の比較については大きく改善している。しかし、第2回調査と第3回調査以降を比較すると悪化傾向にある。

なお、第2回調査以降は、有意差はなかった

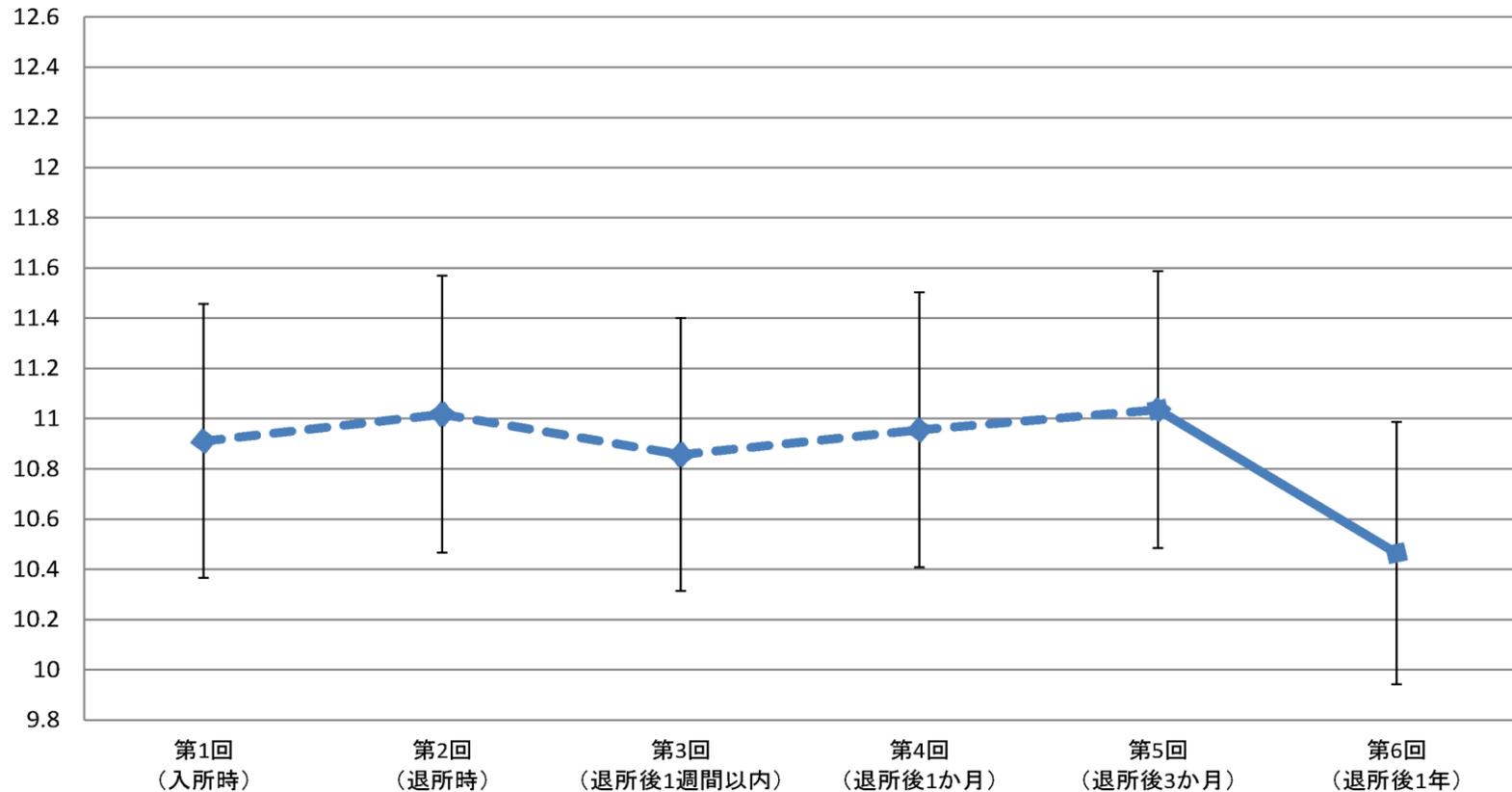
## 2. 食事及びセルフケア n=102



第1回調査と第2回調査の比較については大きく改善している。しかし、第2回調査と第3回調査以降を比較すると悪化傾向にある。

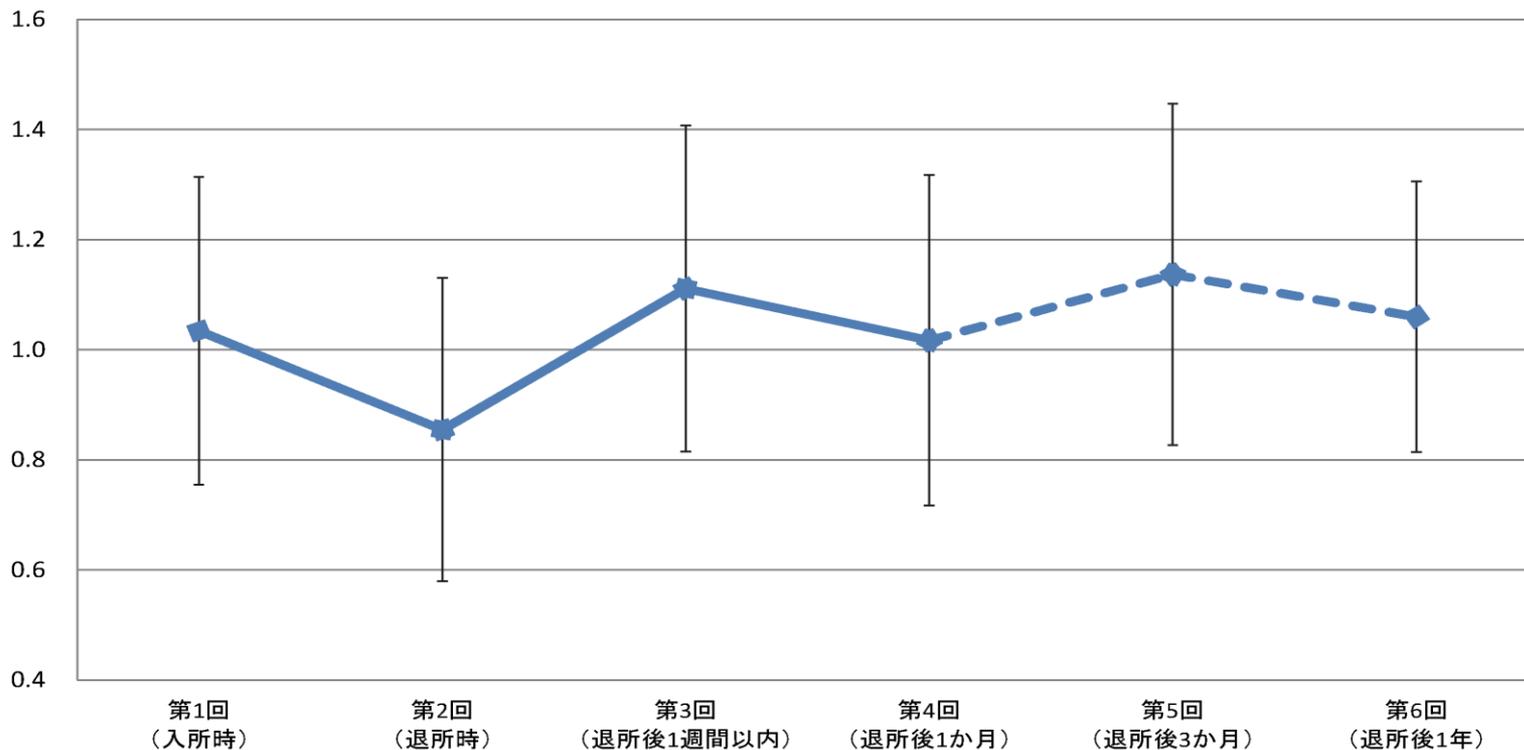
なお、第2回調査と第3回調査、第3回調査と第4回調査、第4回調査と第5回調査との比較については、有意差はなかった。

### 3. 認知機能 n=112



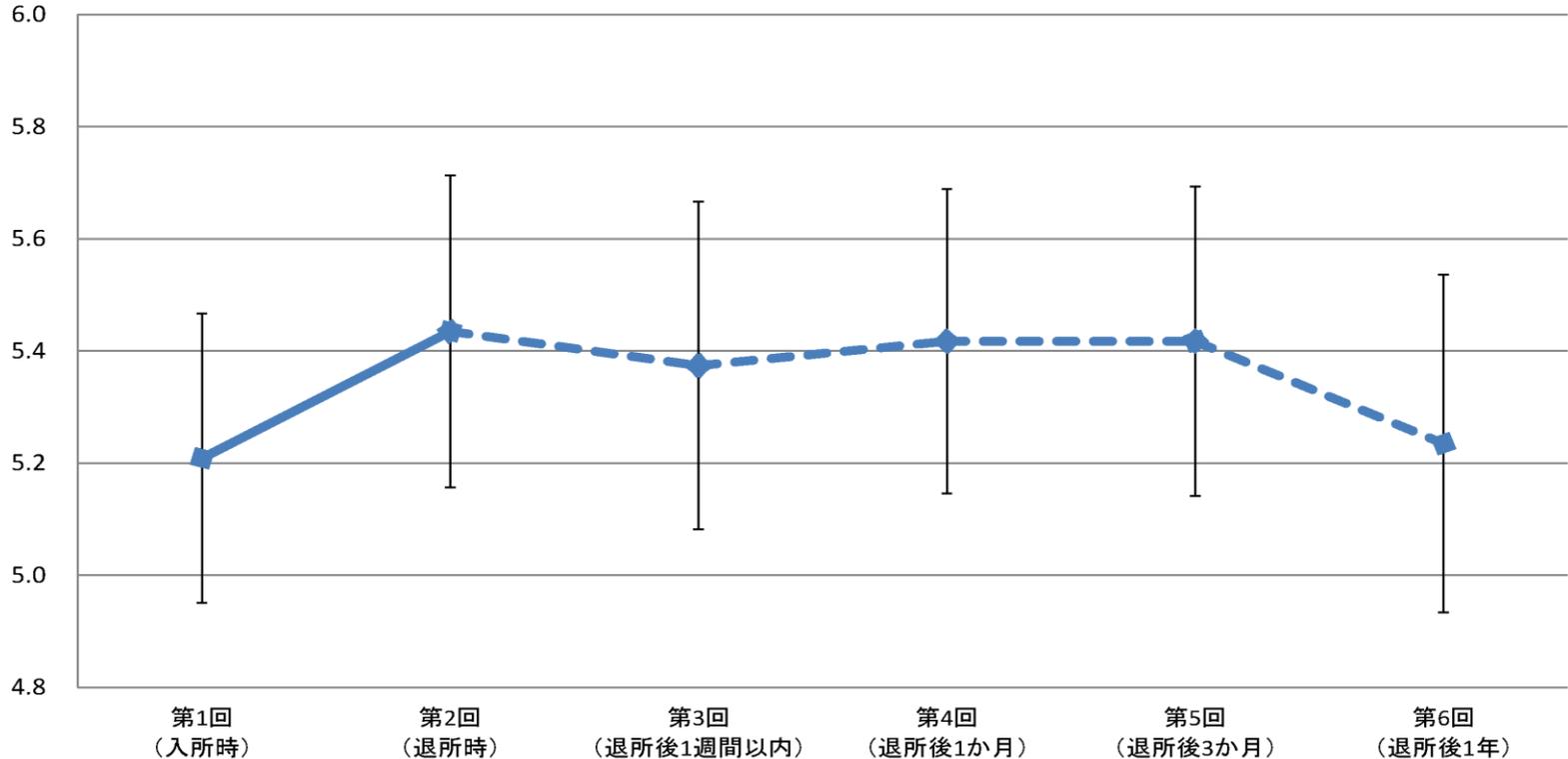
第1回調査と比べ第2回調査は改善しているが、第2回調査から第3回調査は悪化するものの、第3回調査から第4回調査、第4回調査から第5回調査にかけて改善がみられる。しかしその後、第5回から第6回にかけて再び悪化している。

#### 4. 周辺症状 n=117



要約指標「周辺症状」の平均値については、数値が低いほど状態が良いことを指す。第1回調査から第2回調査にかけて改善しているが、第2回調査から第3回調査にかけて再び悪化し、また第3回から第4回調査にかけて改善するなど、悪化と改善を繰り返し推移しているが、第1回と第6回を比較すると悪化している。「周辺症状」の平均値の差については、第1回調査と第2回調査、第2回調査と第3回調査、第3回調査と第4回調査において有意である。

## 5. 社会参加 n=115



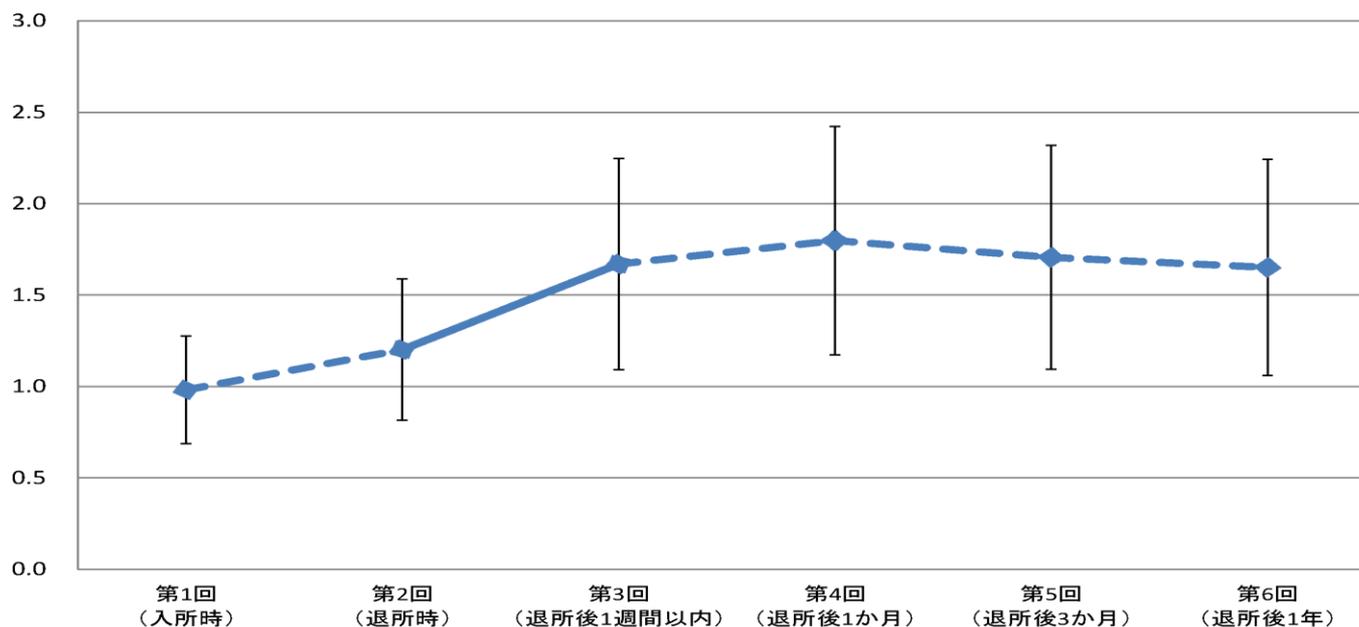
第1回調査と第2回調査の比較については大きく改善している。第2回調査から第5回調査にかけて大きな変化は見られないが、第5回調査から第6回調査にかけては悪化がみられる。なお、第1回調査と第2回調査との比較において有意差があったが、それ以外の調査回数間の平均値比較に有意差はなかった。

# 参考：日常関連動作 (IADL) の調査項目

	調査項目		
食事機能	準備	片付け	
生活機能	買い物	掃除・洗濯	ゴミ出し
自己管理	お金	電話	郵便・書類
社会機能	交通手段	散歩	

「自分でやっている(できている)」を2点、  
 「手伝っている(一部やっている)」を1点、  
 「自分でやっていない(できていない)」を0点

日常関連動作 (IADL) n=109

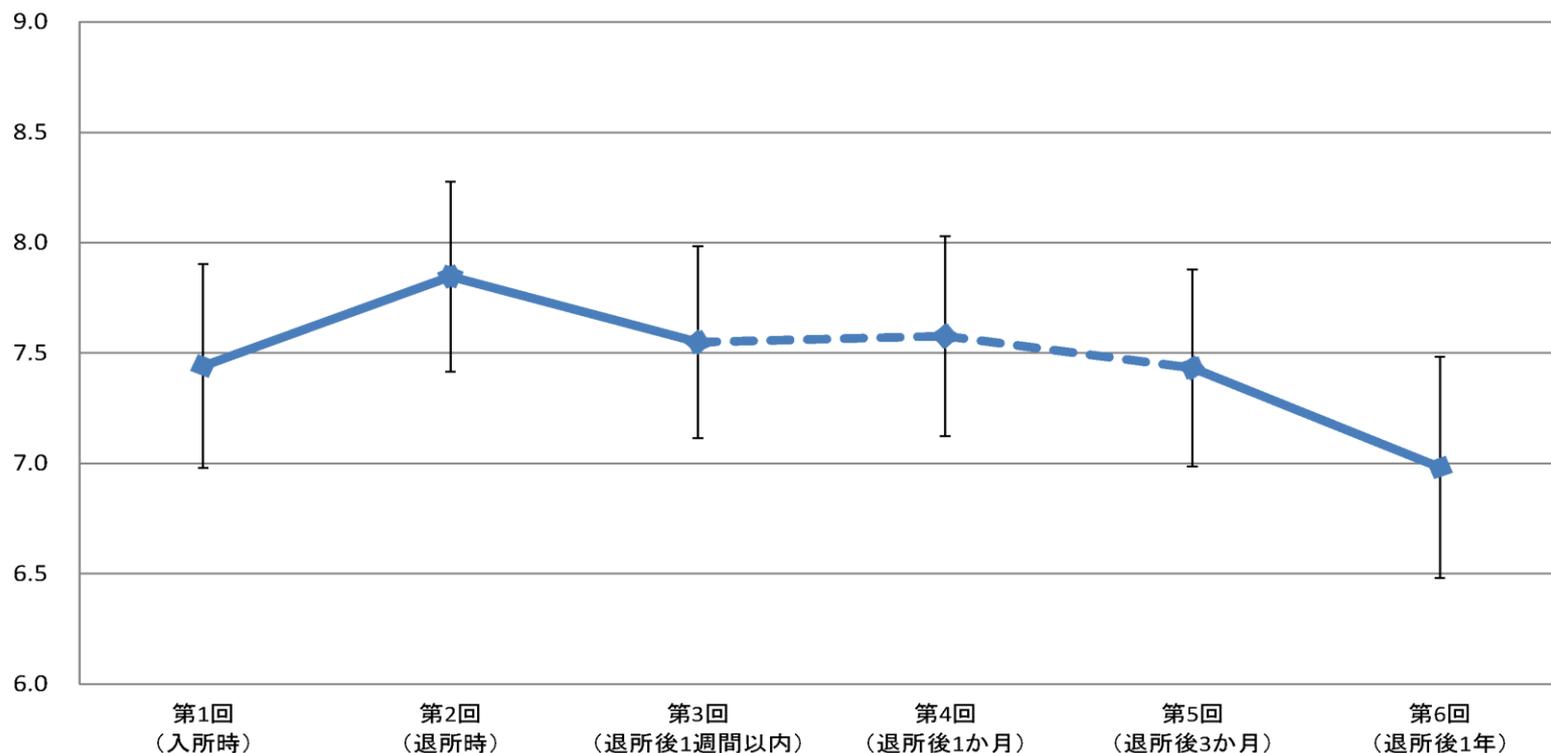


第1回調査と第2回調査から第6回調査までの各回との比較についてはいずれも改善している。  
 なお、第2回調査と第3回調査との比較においては有意であったが、それ以外の調査回数間では有意差はなかった。

# 参考：意欲の指標

「自ら」を2点、「無関心・ない」を0点、中間を1点として  
起床＋意思疎通＋食事＋排泄＋リハビリ、活動の各項目の合計点数

意欲の指標 n=111



第1回調査～第5回調査の結果と大きな変化はないが、第5回調査から第6回調査にかけて悪化していることがみてとれる。

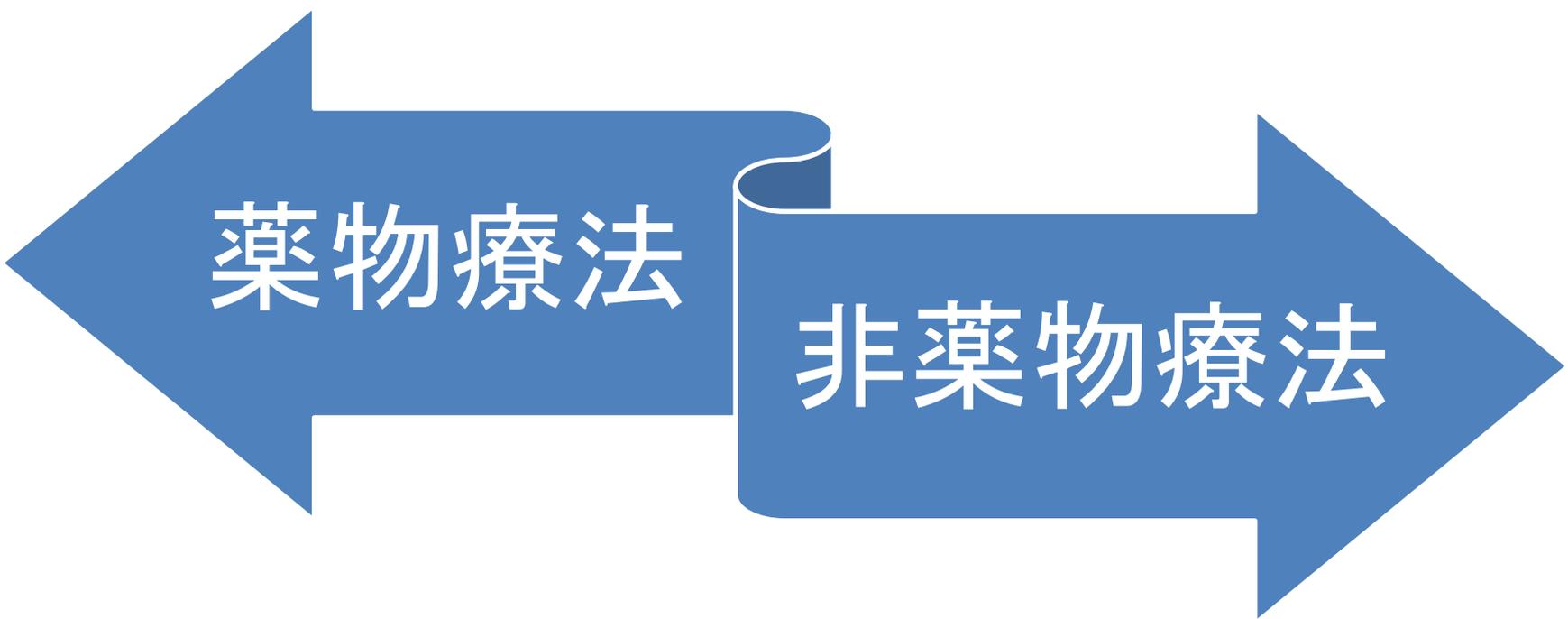
# 結果

- いずれの指標においても、利用者の機能は入所中大幅に改善した。その後、退所後3か月後までは状態が維持されているものの、退所からおおよそ1年後となる今回調査の間において低下傾向がみられた。
- 社会参加については、在宅復帰した高齢者においては、比較的長い間保たれていることが分かった。
- IADLは該当する項目が少なかったが、在宅中は高い傾向が続いていた。意欲の指標は入所中改善するが、退所後3か月で入所時レベルまで低下し、その後さらに低下した。

# 老健入所の目的

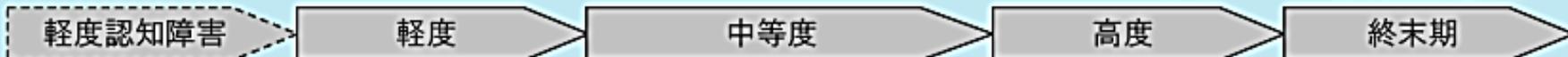
- 老人保健施設は老人ホームではありません！
- 歴史的にも中間施設として発達しました。
- H29年の法改正およびH30年の介護報酬改定で、**在宅支援施設**としての役割が明確になりました。

# 認知症の治療



薬物療法

非薬物療法



認知症医療

認知症（疑い含む）に関する相談（受診先等）  
 診察&検査&診断 ▷ 治療方針&生活支援方針の組み立て ▷ 症状の進行に合わせて随時見直し

抑うつ症状  
いらいら感  
性格変化

他の疾患の鑑別→疾患に応じた治療  
 告知→生活方針、医療側との意識共有  
 中核症状の進行抑制（薬物療法）  
 抑うつ・不眠・食欲低下等の治療

認知症に関する医療依存度

中核症状

記憶障害、見当識障害の進行（近時記憶から）  
 趣味・日課への興味の薄れ  
 家事の失敗

行動・心理症状等

もの盗られ妄想・嫉妬妄想・抑うつ・不安から来る身体的不調の訴え等の精神症状

中核症状

記憶障害の進行  
 会話能力の低下（理解力の低下）  
 基本的ADL（着脱衣、入浴）での部分的介助  
 慣れた道で迷うなど、失認、場所見当識障害

行動・心理症状等

徘徊・多動・攻撃的言動・異食等の行動障害、妄想・幻覚・せん妄等の顕著化

向精神薬の投与など適切な薬物療法による、激しい行動・心理症状への対応

薬物療法による副作用の除去

中核症状

会話能力の喪失  
 基本的ADL能力の喪失・失禁  
 覚醒・睡眠リズム不明確化

身体に関する医療依存度

身体医療

行動・心理症状をもたらす身体症状の改善

行動・心理症状をもたらす水分電解質異常・便秘・発熱・薬の副作用

身体疾患そのものに対する適切な医療

高齢期特有の疾患や大腿骨頸部骨折（特に中等度の場合）など一般的な身体疾患

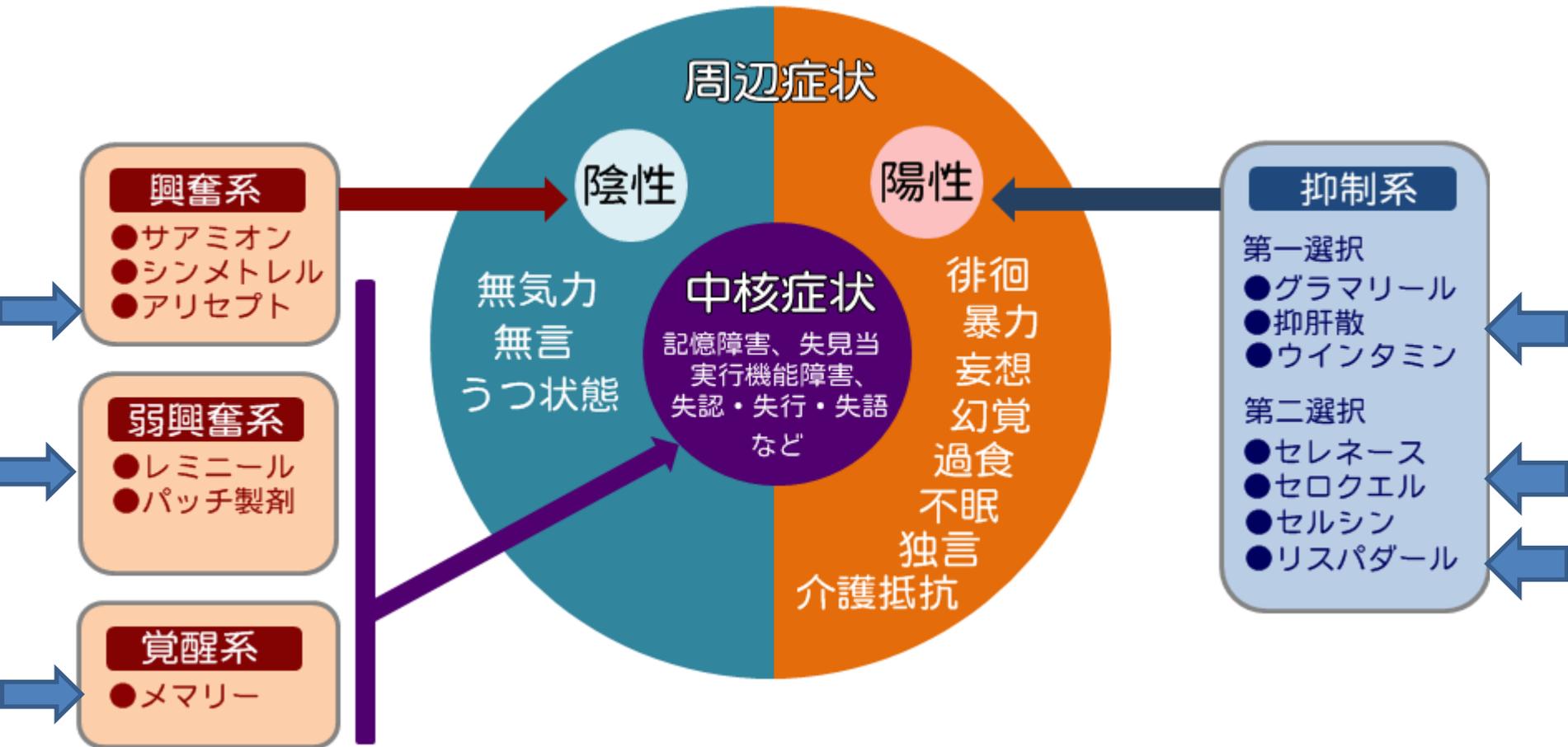
認知症特有のリスクを踏まえた全身管理

歩行&座位維持困難  
 嚥下機能低下→肺炎等のリスク

看取りに向けた全人的医療

呼吸不全

# 治療薬の選択



# d: 周辺症状

A-1	世話を拒否する	0 ない	1 ある
A-2	不適切に泣いたり笑ったりする	0 ない	1 ある
A-3	興奮して手足を動かす	0 ない	1 ある
A-4	理由なく金切り声をあげる	0 ない	1 ある
A-5	衣服や器物を破壊する	0 ない	1 ある
A-6	食物を投げる	0 ない	1 ある
B-1	食べ過ぎる	0 ない	1 ある
B-2	タンスの中身を全部出す	0 ない	1 ある
B-3	日中屋外や屋内をうろつきまわる	0 ない	1 ある
B-4	昼間、寝てばかりいる	0 ない	1 ある
B-5	同じことを何度も聞く	0 ない	1 ある
B-6	不適切な場所での放尿	0 ない	1 ある

# 周辺症状スケールの特徴

- A項目：陽性症状
  - 活発な行動障害をみている
- B項目：陰性症状
  - 比較的静かな行動障害をみている
  - 長谷川式スケールと相関
    - 中核症状の一部と関係している

# Rasch分析

- DBDの陽性症状および陰性症状についてRaschモデルで検討し、モデル適合度が高い項目を選択した。

表3 Raschモデルに適合した2つのスケール

DBD 陽性症状	Location	SE	FitResid	ChiSq	Prob
DBD-11 不適切に泣いたり笑ったりする	-1.021	0.163	-0.207	5.346	0.254
DBD-12 世話を拒否する	-1.535	0.166	-0.217	15.853	0.003
DBD-14 興奮して手足を動かす	-0.750	0.163	-0.825	10.598	0.031
DBD-23 理由なく金切り声をあげる	-0.700	0.164	-1.079	16.459	0.002
DBD-26 衣服や器物を破壊する	1.538	0.213	-0.772	12.807	0.012
DBD-28 食物を投げる	2.469	0.276	0.265	7.852	0.097
DBD 陰性症状	Location	SE	FitResid	ChiSq	Prob
DBD-1 同じことを何度も聞く	-1.43	0.13	0.53	7.50	0.38
DBD-6 昼間、寝てばかりいる	-1.16	0.13	1.18	5.82	0.56
DBD-15 タンスの中身を全部出す	0.58	0.13	-2.28	14.93	0.04
DBD-17 家の外に出てってしまう	1.92	0.18	-0.95	4.12	0.77
DBD-18 食事を拒否する	1.20	0.15	-1.10	5.82	0.44
DBD-19 食べ過ぎる	1.82	0.18	-0.42	6.07	0.53
DBD-20 尿失禁する	-2.27	0.15	0.85	12.32	0.06
DBD-21 日中屋外や屋内をうろつきまわる	-0.66	0.12	-1.68	16.67	0.02

# 長谷川式スケールとの変化の相関の検討

陽性症状の変化

	度数	パーセント
点数変化	-6	1
	-5	1
	-4	8
	-3	5
	-2	4
	-1	20
	0	59
	1	13
	2	11
	3	2
	4	1
	6	1
合計	126	45.8

陰性症状の変化

	度数	パーセント
点数変化	-8	1
	-7	3
	-6	2
	-5	1
	-4	8
	-3	10
	-2	4
	-1	22
	0	47
	1	15
	2	9
	3	3
	5	1
合計	126	45.8

表4 各指標の合計の変化(5ヶ月間)の、長谷川式スケールとの相関

陽性症状スケールの変化 陰性症状スケールの変化

HDRS点数変化との相関係数	0.141	0.415
有意確率	0.361	0.005

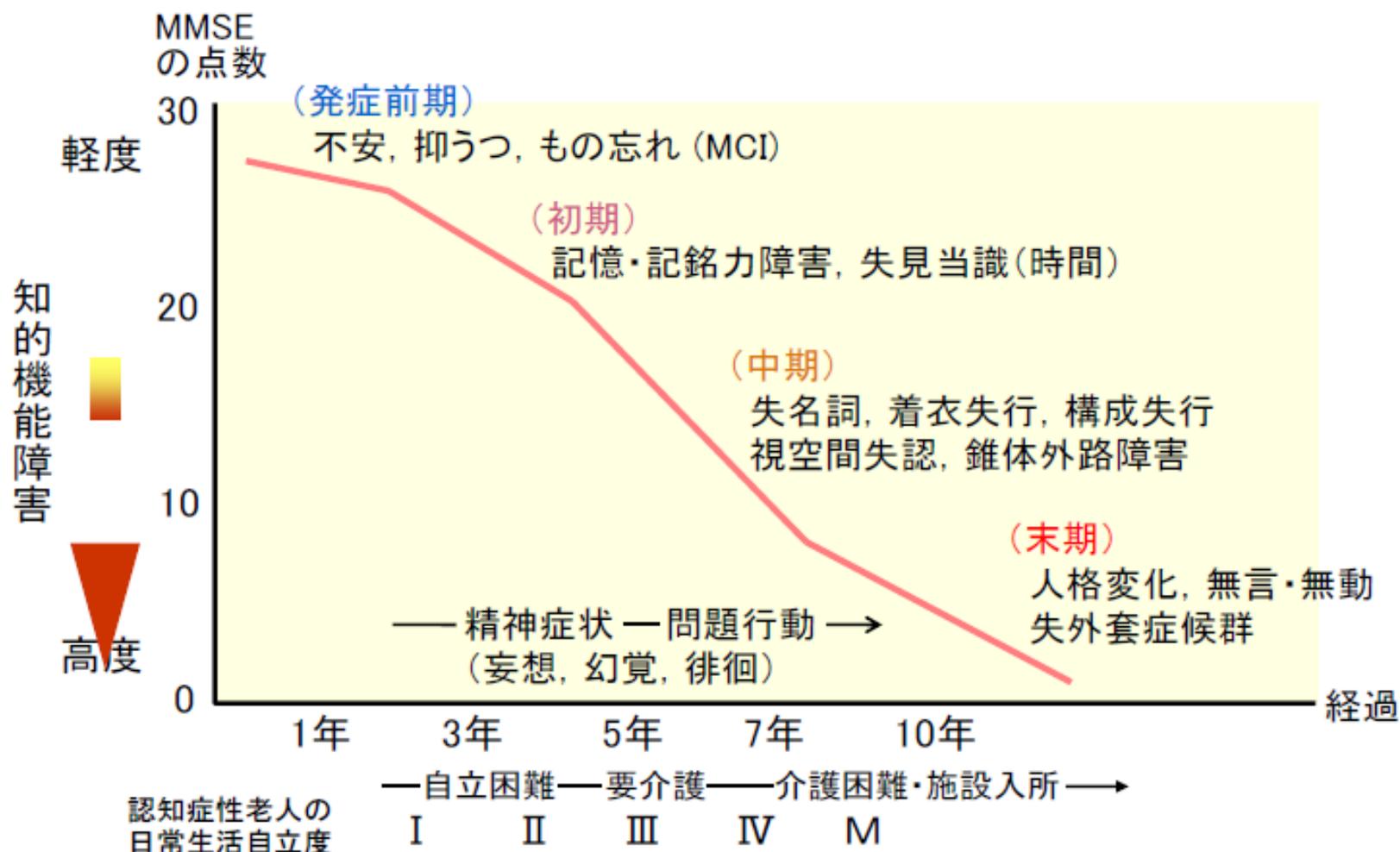
# 陽性症状と陰性症状

- 行動障害の判定基準を簡素化し陽性および陰性の二つの群にわけられる。
- 二つのスケールのうち、陰性症状群のみがHDSRで示される記憶スケールの変化と相関していた。
  - 既存の行動障害スケールには異なる次元が混在
- これらの結果は二つの行動障害スケールの単一次元性を示しており、二つのスケールにわけることにより対象者の変化を的確に把握できる。
  - 従って薬物やリハビリテーションなどの介入試験前後の比較に適している。

# 認知症薬の種類

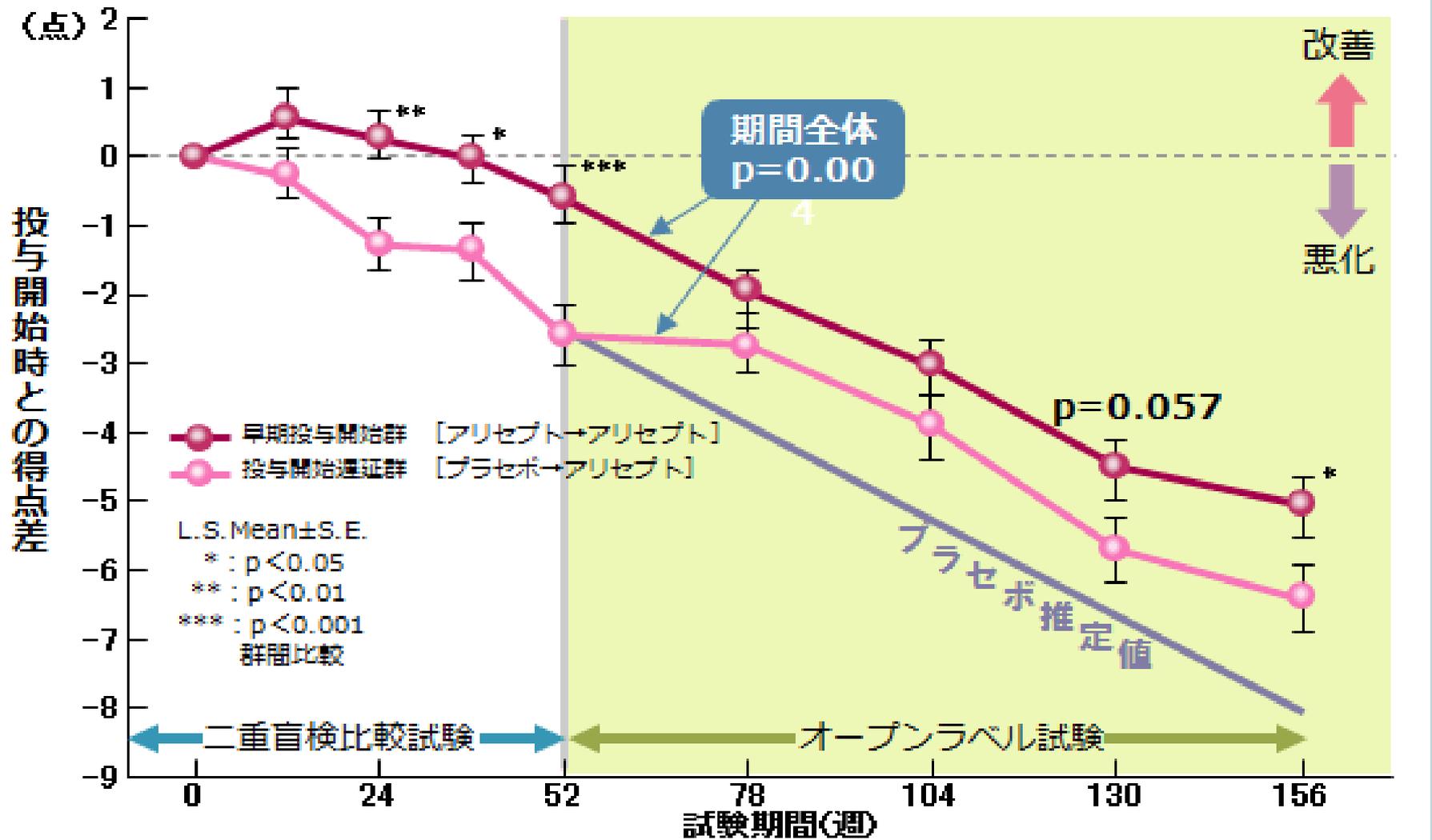
分類	名称	適応				剤形	使用回数
		アルツハイマー型認知症			レビー小体 型認知症		
		軽度	中等度	高度			
アセチルコリンエステラーゼ阻害薬	アリセプト（ドネペジル塩酸塩）	○	○	○	○	内服	1日1回
	レミニール（ガランタミン）	○	○			内服	1日2回
	リバスタッチパッチ/イクセロンパッチ（リバスチグミン）	○	○			貼付剤	1日1回
NMDA受容体拮抗薬	メマリー（メマンチン）		○	○		内服	1日1回

# アルツハイマー型認知症の経過を追った症状の変化



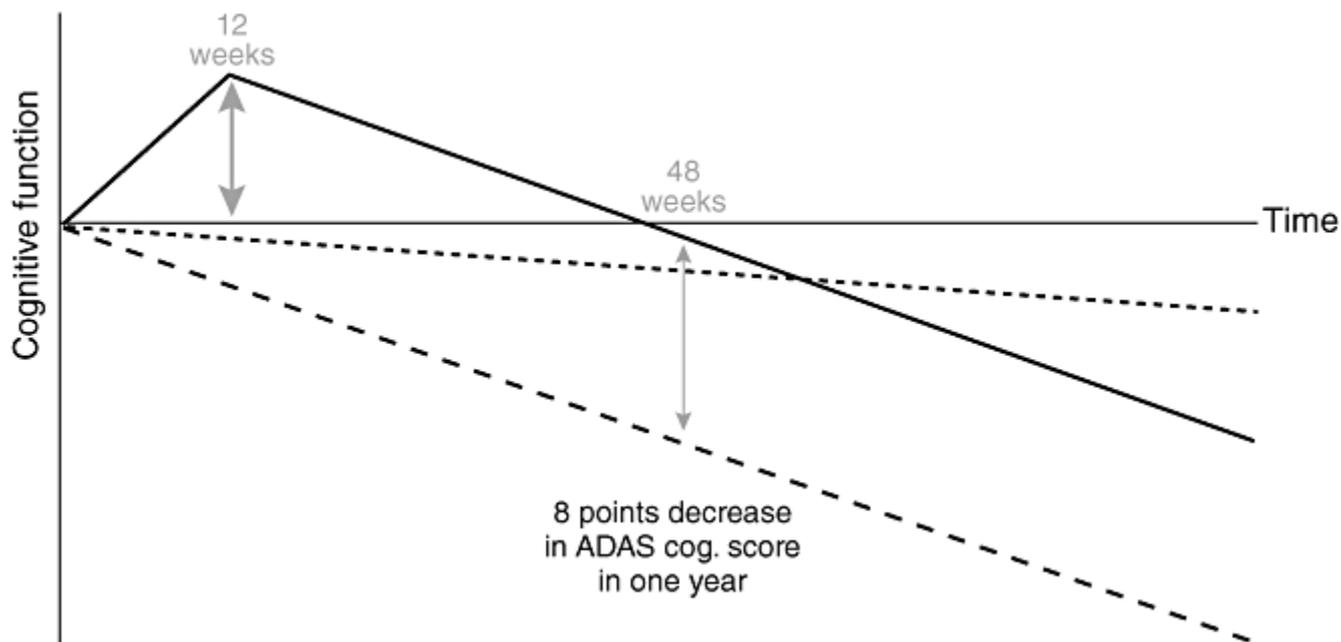
# ドネペジルの効果

MMSEスコアの推移 (mixed regression解析)



試験期間(週)	早期投与開始群 (n)	投与開始遅延群 (n)
0	135	137
24	121	120
52	91	98
78	76	68
104	69	64
130	63	60
156	54	52

# アルツハイマー病の薬物治療



**Figure 2.** Broken line (----) shows natural course of cognitive decline with dementia patients. Solid line (—) shows the cognitive function of the patients treated with symptomatic drugs such as AChE inhibitors. Short broken line (···) represents the cognitive decline of the patients treated with disease-modifying drugs.

# 認知症疾患治療ガイドライン2017

- 監修 日本神経学会
- 編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会
- 発行: 医学書院 2017年8月
- [日本神経学会 ホームページからガイドラインを選択](#)
- [https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo\\_2017.html](https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html)

# CQ3A-4 高齢の認知症者への薬物治療の注意点と原則は何か

- 推奨：高齢の認知症者では過剰反応や有害事象を生じやすい。治療の3S
  1. 薬物治療は少量で開始し、若年者の容量より少なく(small)
  2. 薬効を短期間で評価し(short)
  3. 服薬方法を簡易にする(simple)

特有の有害事象に注意を払いながら、多剤服用をなるべく避けて定期的に薬剤の種類、過量投与、長期投与等処方の見直しを行い、服薬コンプライアンスを確認することが重要である。

# ドネペジル使用後の家族の評価

- 良くなったと評価する家族
  - 「しゃべるようになった」
  - 「動くようになった」
  - 「自分を取り戻した」
- 悪くなったと評価する家族
  - 「落ち着きがなくなった」
  - 「怒りっぽくなった」
  - 「目が離せない」
  - 「人が変わってしまった」
  - 「世話が大変になった」

# 薬の継続をするかどうか

- ドネペジルによりアセチルコリンが働くようになり、神経細胞が刺激され、行動の賦活が起こった。
- この症状は薬の効果、かつ副作用
- 薬の中止の判断
  - この効果をご本人にとって辛いものと判断
  - ご家族にとってお世話がかえって大変になった

# 重大な副作用

- QT延長、心室頻拍、失神
- 心筋梗塞、心不全
- 消化性潰瘍、潰瘍穿孔、消化管出血
- 肝炎、肝機能障害、黄疸
- 脳性発作、脳出血、脳血管障害
- 錐体外路障害
- 悪性症候群(Syndrome malin)
- 横紋筋融解症
- 急性膵炎
- 急性腎不全
- 原因不明の突然死
- 血小板減少

# ドネペジルの注意点

- 「本剤の投与により、QT延長、心室頻拍 (torsades de pointes を含む)、心室細動、洞不全症候群、洞停止、高度徐脈、心ブロック (洞房ブロック、房室ブロック)等があらわれることがあるので、特に心疾患 (心筋梗塞、弁膜症、心筋症等) を有する患者や電解質異常 (低カリウム血症等) のある患者等では、観察を十分に行うこと。」

# 認知症治療薬

		のみぐすり					外用薬
		錠剤	OD錠 (口腔内崩壊錠)	粉薬	液剤	ゼリー	貼り薬
アセチルコリンエステラーゼ阻害薬	ドネペジル (アリセプト®)						
	ガランタミン (レミニール®)						
	リバスチグミン (リバスタッチ®)						
拮抗薬 NMDA受容体	メマンチン (メマリー®)						

\* アセチルコリンエステラーゼ阻害薬とメマンチンはそれぞれ単独または組み合わせてのむことができます。



# メマンチン

- メマンチン塩酸塩(商品名メモリー)はNMDA受容体拮抗
- 対照試験で認知機能の指標では有意差が示されましたが、全般的臨床症状の指標では有効性を示せませんでした。

# メマンチン 副作用

- アマンタジンと類似構造で、もともとドーパミン遊離促進作用を利用したパーキンソン症候群治療薬として開発された薬剤
- 活気がなくなるなど抑制性の副作用
- 攻撃性、異常興奮と興奮系の副作用
- 痙攣・意識消失・肝障害

# 認知症薬の飲み方についての注意点

- 服用する薬の数は少ない方が、また一日の服用回数も少ない方がよい
- 家族が介助しやすい時間帯の服用を相談
- 一回に飲むお薬を一袋にまとめる
- 服用後は、口の中に薬が残っていないか確認
- かかりつけの調剤薬局・薬手帳
- 他の病院や診療所の薬もできれば、同じ調剤薬局で＝重複投与の予防

## 不穏症状の治療

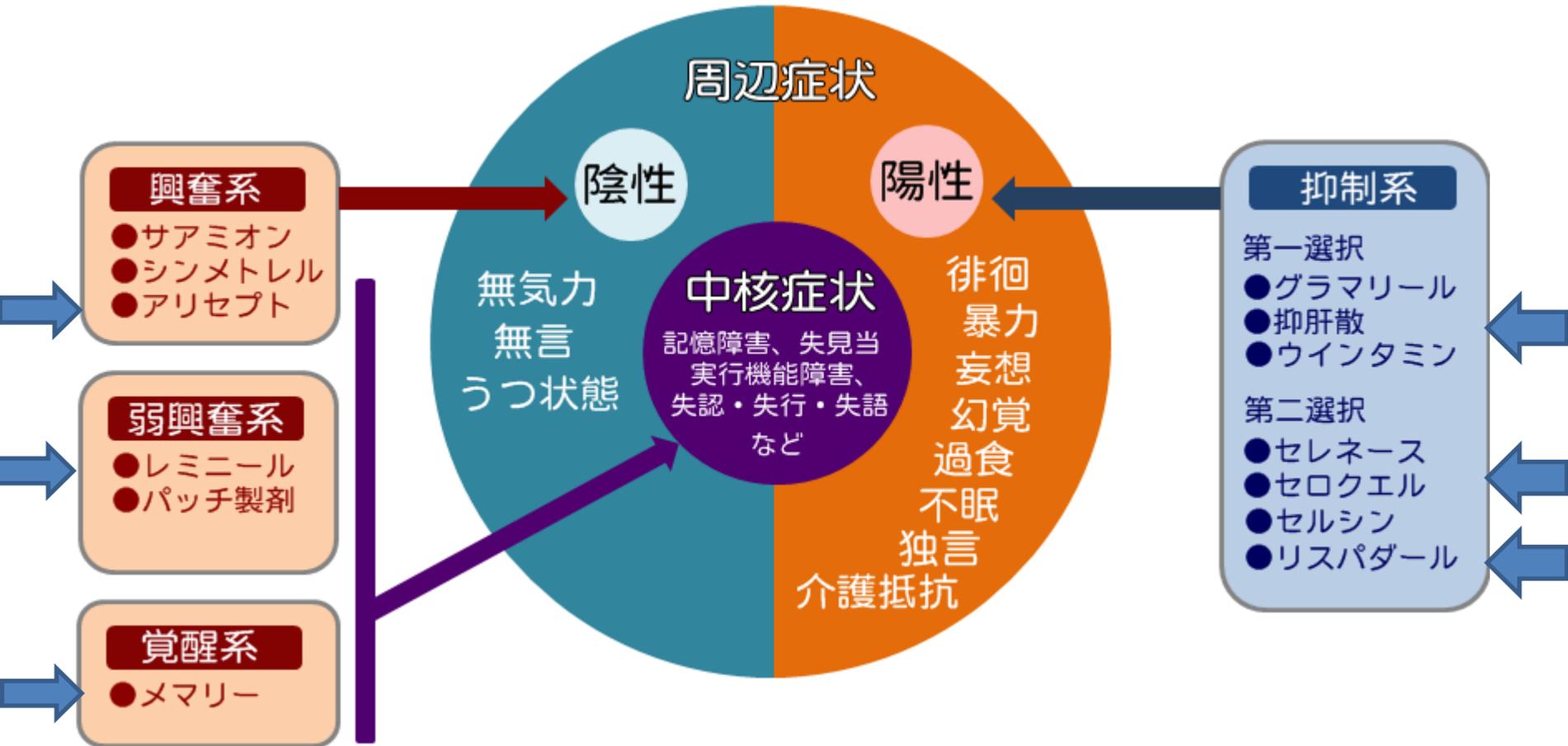
### 認知症の焦燥性興奮に対する有効な薬物はあるか

- 推奨：認知症の焦燥性興奮を改善する目的では、非定型抗精神病薬である
- リスペリドン
- クエチアピン
- オランザピン
- アリピプラゾールが有効である。
  
- バルプロ酸、カルバマゼピンの有効性が報告されているが、科学的根拠は十分でなく、必要な場合には使用を考慮してもよい。

# 認知症の注意喚起

- 米国食品医薬品局(FDA)より、高齢認知症患者の行動障害の治療に対する非定型抗精神病薬の適応外使用について、注意喚起を要請する文書が 2005年4月11日付で発表されている。
- (FDA Talk Paper 概要)
- FDA は、非定型抗精神病薬オランザピン、アリピプラゾール、リスペリドン、クエチアピンについて、高齢の認知症患者における行動障害を対象とした 17件のプラセボ対照比較試験の 5,106 例を解析した。その結果、非定型抗精神病薬使用による死亡率がプラセボと比較して約1.6～1.7 倍高いと結論が得られた。死因はさまざまであったが、主として心臓疾患(心不全、突然死等)、感染症(肺炎)等であった。この結果、FDA は高齢の認知症患者に非定型抗精神病薬を使用した場合、死亡率が高くなる危険性と、高齢の認知症患者の行動障害に対してこれらの薬剤が適応外であることを非定型抗精神病薬の添付文書に警告として記載するよう要請した。

# 治療薬の選択



# 非定型抗精神病薬

- 重症のBPSDに対して有効である
- 保険適用はない
- 脳血管性の有害事象および死亡率の増加を伴う。
- 本人と家族に十分説明して有害事象に留意しながら使用する。
- 長期投与は行わない。1週間程度で見直す。

# 抑肝散

## メタ解析結果

項目	論文数	$I^2$ (%)	WMD	95%信頼区間	p値*
<b>NPI総スコア</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>-7.20</b>	<b>-11.44, -2.96</b>	<b>0.0009</b>
<b>NPIサブスコア</b>					
妄想	4	37	-2.46	-3.90, -1.01	0.0009
幻覚	4	0	-2.69	-3.88, -1.51	< 0.00001
興奮/攻撃性	4	0	-1.66	-2.63, -0.70	0.0007
うつ	4	62	-0.56	-2.24, 1.11	0.51
不安	4	0	-1.03	-2.08, 0.02	0.06
多幸	4	0	-0.32	-1.18, 0.53	0.46
無関心	4	0	-0.56	-1.70, 0.57	0.33
脱抑制	4	0	-0.37	-1.53, 0.79	0.53
焦燥感/易刺激性	4	52	-0.96	-2.43, 0.51	0.20
異常行動	4	31	-0.45	-2.05, 1.14	0.58
<b>MMSE</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>-0.32</b>	<b>-2.04, 1.41</b>	<b>0.72</b>
<b>SMD</b>					
<b>Barthel Index/DAD</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>-0.32</b>	<b>-0.62, -0.01</b>	<b>0.04</b>
<b>リスク比</b>					
<b>治療中止(原因を問わない)</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1.04</b>	<b>0.20-5.50</b>	<b>0.97</b>

$I^2$ : 異質性(Heterogeneity)、WMD: 加重平均値の差、SMD: 標準化平均差、NPI: Neuropsychiatric Inventory、MMSE: Mini-Mental State Examination、DAD: Disability Assessment for dementia

\*p<0.05を有意差ありとした。

**Matsuda, Kishi, Yokukansan in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.**

**Human Psychopharmacology 2013**

# 抑肝散

- Furukawa et al.
- Randomized double-blind placebo-controlled multicenter trial of Yokukansan for neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease
- *Geriatr Gerontol Int* 2017; **17**: 211–218
- 22施設のRCT 145名 mild to moderate
- 結果：効果なし

- 抑肝散は激しいBPSDに効果がある
- 激しいBPSDに対して一時的に使用すべき薬

# 高齢者 のための 漢方診療

*Essence of Kampo Medicine for Geriatrics*

岩崎 銅 著  
高山 真 著  
岩田健太郎 監修

伝統は、進歩発展するからこそ  
「伝統」なのである

「エビデンス」に裏打ちされた漢方診療の「世界観」がここにあります

岩田健太郎・シリーズ総監修

丸善出版

# 認知症薬の効果には限界がある

- 多くの医師にとって、他の選択肢が無いため、薬剤を継続せざるを得ない状況
- 認知症リハビリテーションは
  - 薬物療法開始前の治療
  - 薬物療法使用中に併用
  - 薬物療法後の治療
- いずれも可能

# 調査方法の概要

全国老人保健施設協会(全老健)の会員施設(3,598施設)に郵送調査

## 【調査項目】

- 入所者の背景情報(年齢、性別、要介護度、自立度等)
- 入所時～入所2カ月後までの処方薬

この間に処方調整

## 【解析対象】

- 65歳以上で2カ月間継続入所 ➡ 全対象者:  
1,324人(350施設)
- 定期処方薬

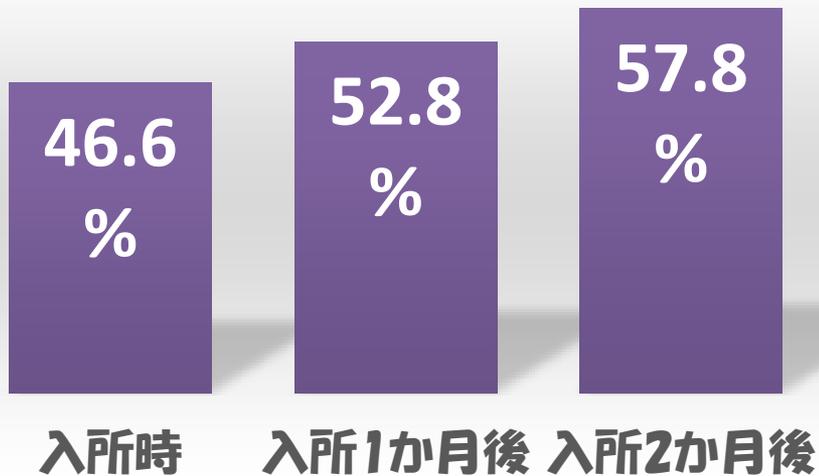
# 入所後の使用薬剤の変化



## <処方薬剤種数の変化>

処方の薬剤数は当初減少、

その後追加調整。

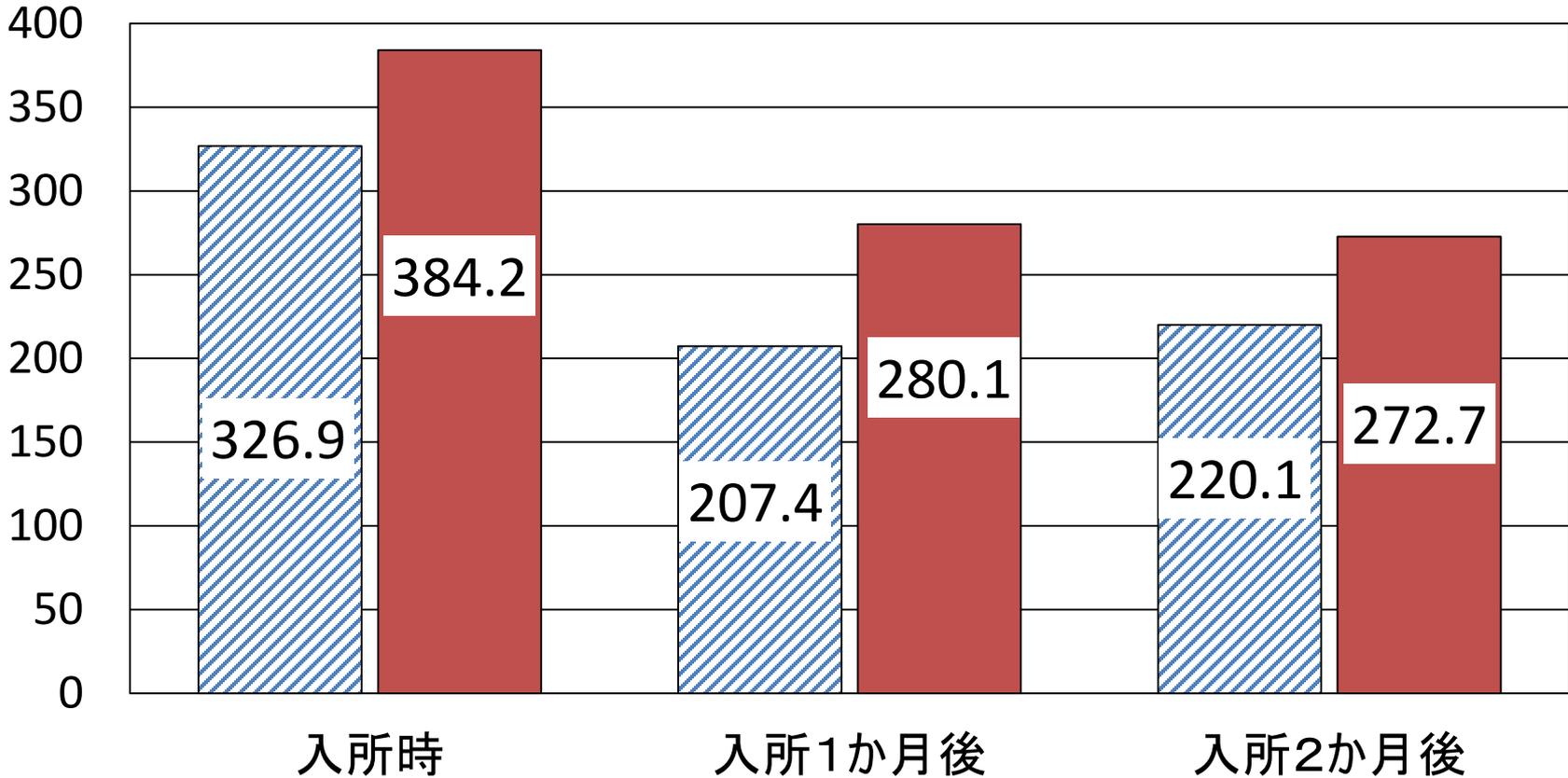


## <ジェネリック薬の使用割合の変化>

使用頻度は徐々に増加

# 入所後2か月の薬剤費の変化

(円)



■ 服薬薬剤単価合計  
(H27分析結果 n=1375)

■ 1日あたりの薬価  
(H28分析結果 n=570)

# 入所時の疾患別 1日当たりの薬剤費(H28分析結果)

(円)

600

500

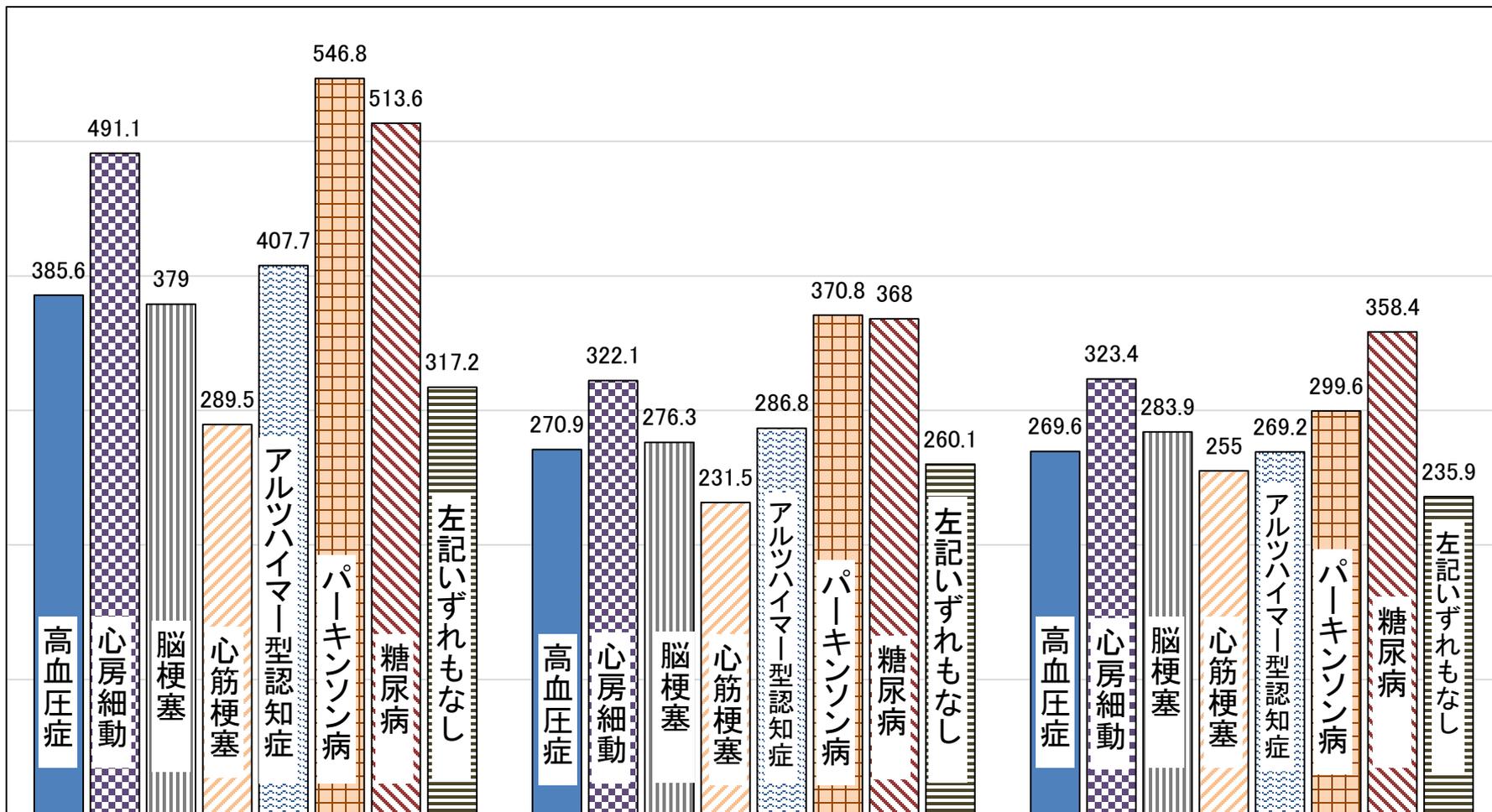
400

300

200

100

0



入所時

入所1か月後

入所2か月後

■ 高血圧症

(n=335)

■ 心房細動

(n=71)

■ 脳梗塞

(n=172)

■ 心筋梗塞

(n=21)

■ アルツハイマー型認知症

(n=176)

■ パーキンソン病

(n=31)

■ 糖尿病

(n=101)

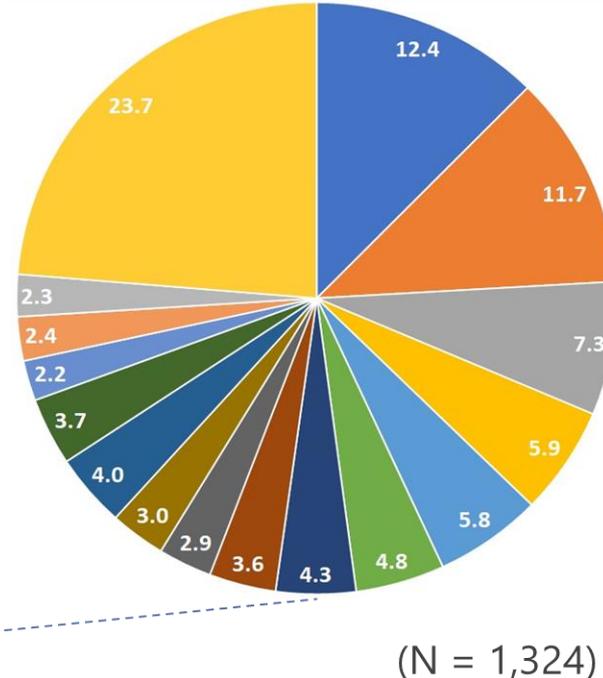
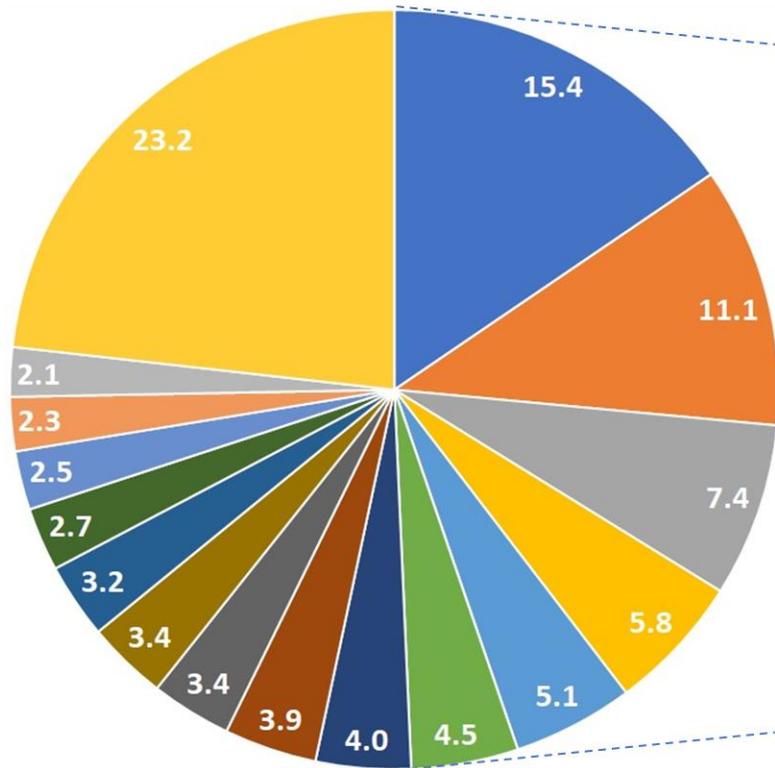
■ 左記いずれもなし

(n=80)

# 薬剤カテゴリーごと

入所時：平均10,800円

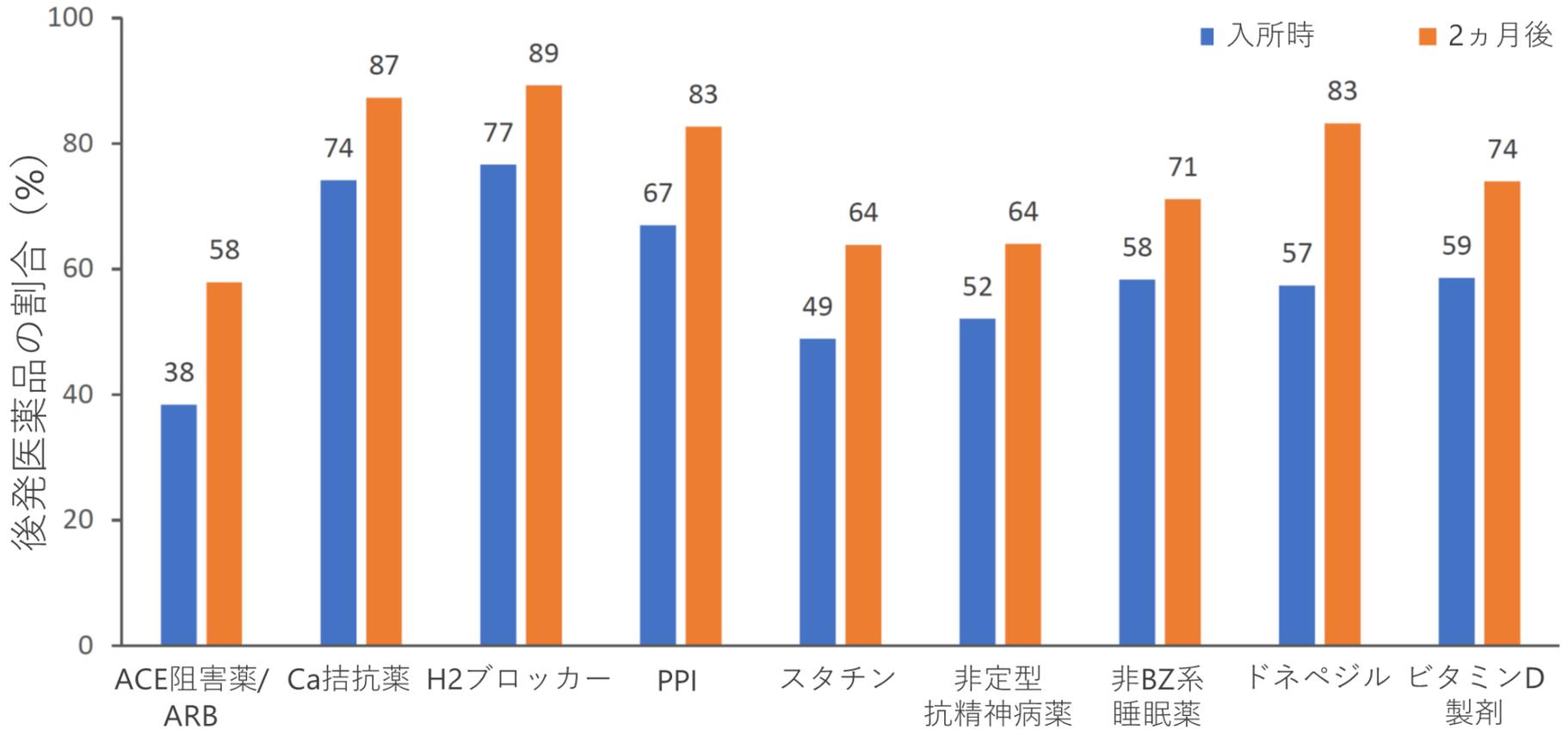
2ヵ月後：平均7,300円  
(-32%)



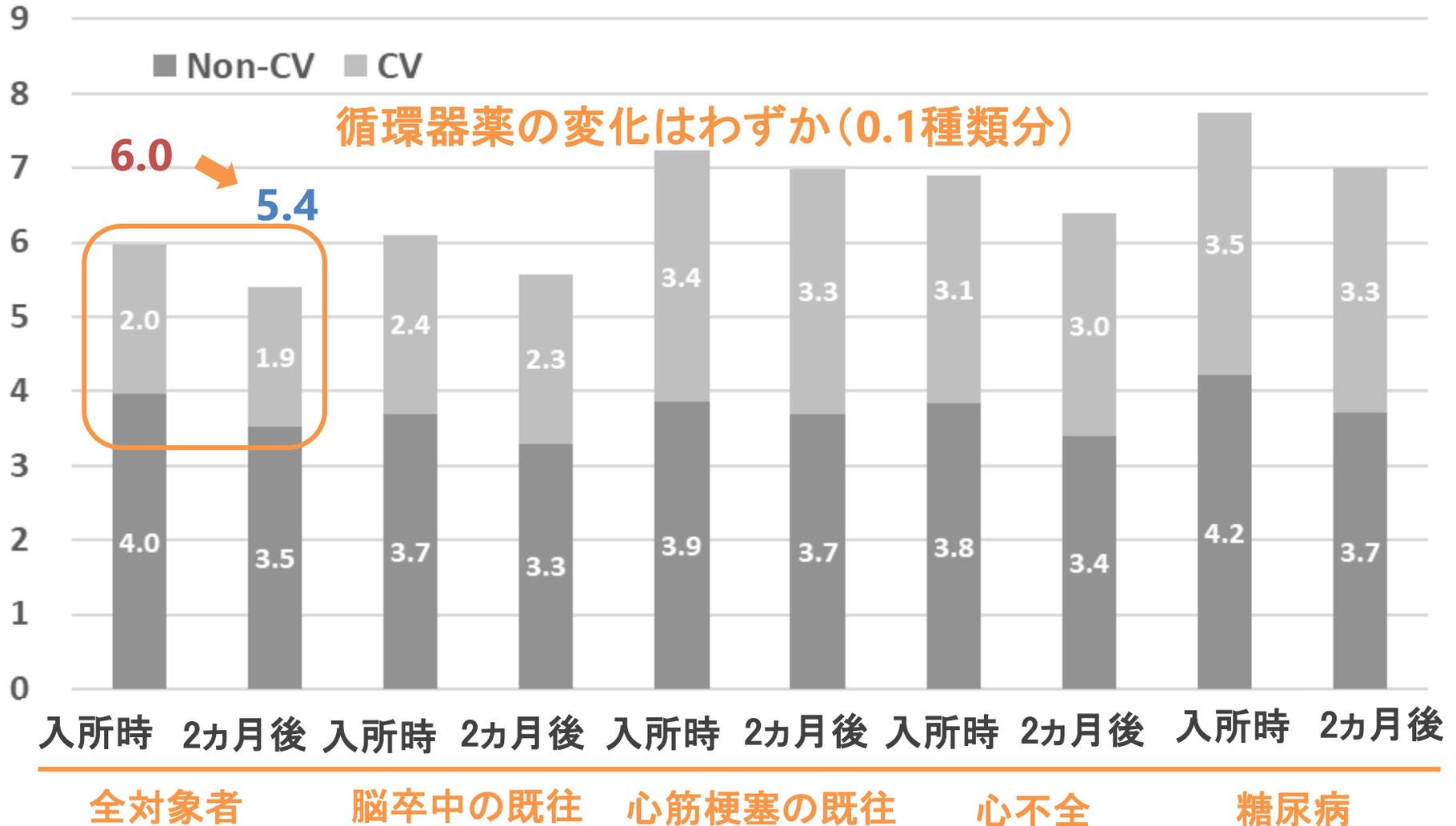
(N = 1,324)

- 抗認知症薬
- 降圧薬
- PPIs/H2ブロッカー
- 抗血小板薬
- 糖尿病用薬
- 排尿障害等用薬
- 抗凝固薬
- パーキンソン病用薬
- 利尿薬
- 骨粗鬆症用薬
- 緩下剤/整腸剤
- 抗精神病薬
- 脂質異常症用薬
- 喘息/COPD
- 睡眠薬
- その他

# 後発医薬品の占める割合



# 平均薬剤種類数



# 抗認知症薬及び向精神薬

	入所時 n (%)	入所2ヵ月時 n (%)	P値
抗認知症薬	233 (19)	156 (13)	<0.001
抗精神病薬	158 (13)	165 (14)	0.464
睡眠薬	300 (25)	270 (22)	0.002
抗不安薬	148 (12)	128 (11)	0.005
抗うつ薬	89 (7)	81 (7)	0.134

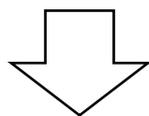
- 抗認知症薬は明らかに減少;睡眠薬・抗不安薬はやや減少
- 抗精神病薬は減少していない → 死亡・脳卒中リスク↑

# 総括

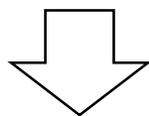
- 老健管理医師は積極的な減薬を行っていた。
- 入所時の服薬種類数は平均5.89種で、1か月後に5.05種と減少し、2か月目には5.35種と微増した。
- ジェネリック薬の割合は増える傾向があった。
- 循環器系の薬剤はあまり減らしていない
- 抗認知症薬は減らしている。一方抗精神病薬はあまり減らしていない。
- 減薬による有害事象の発症頻度は低く、適正な薬剤調整が達成されている可能性が示唆された。

# 認知症短期集中リハビリテーションの歴史

平成16年に全国老人保健施設協会が行った国庫補助事業が始まり



平成18年に初めて介護報酬上で評価（20分：60単位）



その有効性が確認され平成21年には報酬単価が大幅に上がる（20分：**240**単位）

# 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」の構造・要件

通所リハ

入所

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

報酬上の評価

1月1920単位

月4回以上実施

報酬上の評価

1日240単位

週2日まで算定可

週3日まで算定可

対象

認知症高齢者で、MMSE、HDS-Rが概ね5～25点に相当する者

目的

生活機能の改善

在宅復帰

実施場所

介護老人保健施設

実施者

医師、医師の指示を受けたOT、PT、ST

実施方法

- ・居宅を訪問し計画作成
- ・計画に実施頻度・時間を定める
- ・個別又は集団リハ
- ・居宅を訪問し評価
- ・評価結果を家族に伝達

実施方法

- ・実施者と対象者が1対1で実施。
- ・個別リハビリテーションを20分以上。
- ・記憶の訓練、日常生活の訓練等を組み合わせたプログラム

記録

実施時間、訓練内容、評価内容、担当者などを記録し、利用者ごとに保管

+

+

それぞれは独立した加算なので、要件を満たせば両方の算定が可能

短期集中リハビリテーション実施加算

併算定が不可

生活行為向上リハビリテーション実施加算  
及び  
短期集中個別リハビリテーション実施加算

リハビリテーション  
マネジメント加算Ⅱ～Ⅳ  
いずれかを算定

リハビリテーション  
マネジメント加算Ⅰ～Ⅳ  
いずれかを算定

※入所のリハビリテーションマネジメント加算は、  
本体報酬に包括化

## 〈 認知症短期集中リハビリテーション 〉

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、通所リハビリテーションにおいて、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認知症者に対して、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせた20分以上のプログラムを個別に週3日（通リハでは（Ⅰ）は週2日、（Ⅱ）は1月に4回以上）実施（3月以内の期間）。

# 認知症リハビリテーションの特徴

- 医師の指導のもと
- プログラムの個別性・多様性
- 開始前のアセスメント・終了時のアセスメント
- 在宅の状況の把握（環境因子）

	認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅰ) 240点/日	認知症短期集中リハビリテーション実 施加算(Ⅱ) 1920点/月
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MMSE(認知機能検査)またはHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)で、概ね5～25点に相当する者であること</li> </ul>	
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症を有する利用者の認知機能や生活環境などを踏まえ、応用的動作能力や社会適応力(生活環境または家庭環境へ適応するなどの能力をいう)を最大限に活かしながら、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</li> <li>・医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士または言語聴覚士がリハビリテーションを集中的に行う</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1週間に2日を限度として、個別に20分以上リハビリテーションを実施する</li> <li>・20分未満の場合は算定不可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別または集団で1月に8回以上の実施が望ましいが、<u>1月に4回以上実施した場合に算定できるものである。その際は、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施場所、実施方法を定めた上で、実施するものであること</u></li> <li>・通所リハビリテーション計画の作成に当たっては 生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、<u>利用者の居宅を訪問し、あらかじめ生活環境を把握すること</u></li> <li>・評価に当たって、利用者の居宅を訪問し、居宅における応用的動作能力や、社会適応能力の評価を行い、その結果を利用者と家族へ伝達する。なお、居宅を訪問した際リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること</li> </ul>
	<p>加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること</p>	
留意点	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)から(Ⅳ)のいずれかを算定していること	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)から(Ⅳ)のいずれかを算定していること

## Editorial

## Non-pharmacological intervention for dementia patients

OWING TO THE prolonged average life span of human beings since the 19th century, the ratio of the elderly population in the world has rapidly increased, and it will continue to increase, especially in developing regions, including Asia. One consequence of increased longevity is the growing prevalence of dementia in these regions, especially in Asia.<sup>1</sup> In the year 2005, there were 13.7 million dementia patients in the Asian region (5.5 million in China, 3.2 million in India, and 1.9 million in Japan) and this number is expected to increase to 64.6 million (27.0 million in China, 16.3 million in India, and 4.9 million in Japan) by the year 2050.<sup>1</sup> Reflecting the faster increase of the elderly population in developing countries, more dementia patients will be observed in Asia, and in other developing countries, than in developed countries in the near future.<sup>2</sup>

Donepezil, a choline esterase inhibitor, was developed and approved in Japan in November 1999, and it has been the only drug for Alzheimer's disease available in Japan for 12 years. This year (2011), three new compounds (galantamine, rivastigmine, and memantine) have been approved for Alzheimer's disease by the Japanese Government, which has provided alternatives for patients.<sup>3</sup> Even though all of

**Table 1. Non-pharmacological intervention to Alzheimer patients**

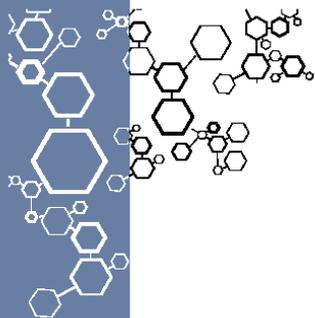
Therapy	Cognitive	ADL	BPSD
Cognitive training	+	+	+
Cognitive rehabilitation	+	+	+
Cognitive stimulation therapy	+	+	+
Snoezelen/multisensory stimulation	+	+	+
Reality orientation	+	+	+
Reminiscence therapy	+	–	+
Validation therapy	+	–	+
Physical activity	+	+	+
Light therapy	+	–	+
Music therapy	+	–	+
Aromatherapy	–	–	+
Animal-assisted therapy	–	–	+

ADL, activities of daily living; BPSD, behavioral and psychological symptoms of dementia.

# 『日々の暮らしにつなげる 認知症リハビリテーション実践ガイド』

事例紹介動画付き

日々の暮らしにつなげる  
認知症リハビリテーション  
実践ガイド



公益社団法人 全国老人保健施設協会

事例1

精神面が安定し意欲向上、安定した食事摂取が可能となり運動機能向上につながった事例

事例2

初回介入時のアセスメント不足により拒否強くなるが、再介入後の工夫で拒否が軽減した事例

事例3

できることは最大限に発揮し、できないことは期待しない視点でかわり、物的環境整備と家族の気持ちの変化で在宅生活が継続できている事例

事例4

入所し「できていたことができなくなった」と悲観しながらも、在宅復帰につながった事例

## 【はじめに（抜粋）】

「認知症短期集中リハビリテーション」は、その先駆的モデルとして評価されました。認知症短期集中リハビリテーションから得られた教訓は、個人史を生かした非薬物療法の選択と、その日の体調にあわせたプログラムの実施というノウハウであり、医療現場だけでなく、悩んでいる家族の日常対応にも大きな福音となっています。しかし、そのノウハウの伝達、普及は過去のテキストと毎年の講習では十分とはいいがたい状況でした。

成功例と課題例の事例を通して、個人の多様性を知って現場に生かすことが求められているなか、本事例集を生かすことで、日々の暮らしに生かすリハビリテーションが実現することを願ってやみません。

国立長寿医療研究センター  
理事長・総長 鳥羽 研二

2018年発行

# プログラムの多様性

## リハビリテーションプログラム選択のめやす

▷▷▷ 生活機能の向上を目指す内容を探す手がかり

内容	回想法	見当識訓練	記憶訓練	音楽療法	運動療法など	手工芸・アートなど	言語・コミュニケーション訓練	認知機能賦活訓練
効果の期待される領域								
記憶・記銘力		★	★		★			★
ADL/IADL等		★			★	★		★
意欲					★	★		
BPSD	★			★	★	★	★	
抑うつ	★			★	★	★		

▷▷▷ 活用できる多種多様なプログラムの例

<b>回想法</b>   P.120 個人回想法 集団回想法	<b>見当識訓練</b>   P.118～119 時の見当識確認* 場の見当識確認* 名前確認 新聞を読む* カレンダー作成 季節の話をする	<b>記憶訓練</b>   P.120, 127 人の名前を覚える パズル* 過去を思い出す 神経衰弱 趣味活動 家事を行う(手順を思い出す)*
<b>音楽療法</b>   P.125～126 歌う(カラオケ)* 音楽を聴く* 楽器の演奏* 作詞作曲 浪曲 詩吟 民謡	<b>運動療法など</b>   P.124～125 有酸素運動 コグニサイズ 散歩* 体操* 踊り ゲーム スポーツ	<b>手工芸・アートなど</b>   P.118, 122, 123, 126, 127 編み物* 家事活動* 塗り絵・絵画* なぞり書き* ちぎり絵* 刺し子* 折り紙・箱作り* 園芸*
<b>言語・コミュニケーション訓練</b>   P.118, 121 語想起* 俳句* 昔話をする しりとりに ことわざ 歌 書字	<b>認知機能賦活訓練</b>   P.118, 122 読み* 書き* 数字探し* 計算* 絵カード* カルタ*	

・医師 ・リハビリテーション専門職 ・看護師

情報共有・伝達

意思決定支援

非薬物療法・リハビリテーションカンファレンス

ベースライン  
アセスメント



最終評価

カンファレンス

在宅復帰支援

協働

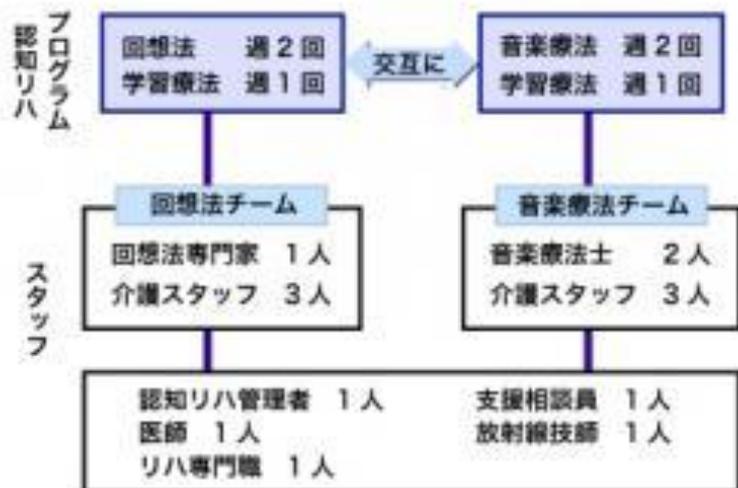
・介護士 ・家族 ・相談員

# 認知症リハビリテーションの特徴

- 医師の指導のもと
- プログラムの個別性・多様性
- 開始前のアセスメント・終了時のアセスメント
- 在宅の状況の把握（環境因子）

## アルボースの認知症短期集中リハビリテーション実施状況

### ●プログラムとスタッフ体制



### ●実施の流れと担当スタッフ



(アルボースの資料を基に編集部が作成)

# 結 論

認知機能短期集中リハビリテーション  
は極めて有効であり

臨床的認知症重症度の進行予防  
心の健康維持（意欲、活動性）を通じ  
ADLの改善が認められる。  
更に周辺症状の改善によって在宅系  
への復帰効果が期待される。

# いこいの森における認知症短期集中リハビリテーションの実績とその効果

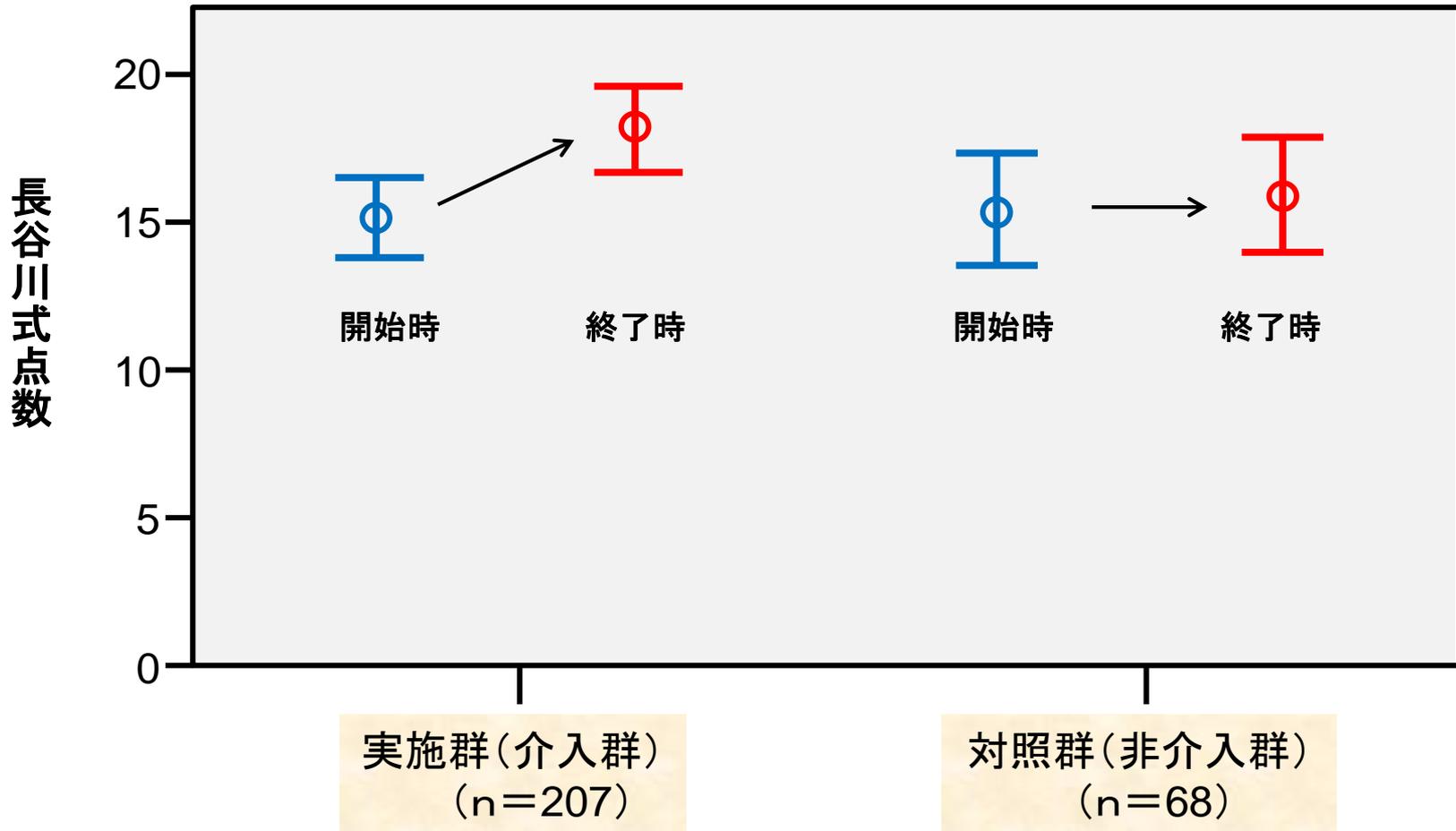
- ☆ 平成18年4月にその取り組みを開始した。
- ☆ 約6年間に約430例の実施例がある。
- ☆ 今回分析可能であった、実施群(介入群)207例と対照群(非介入群)68例、計275例について検討した。

## <その結果>

- ① 認知症短期集中リハビリテーションは、長谷川式の点数を有意に改善させるものであり、その効果は、アリセプトの使用の有無や身体リハの併用の有無に影響されないことが示された。
- ② 対照群と比較し、平均70日以上のある有意な(P=0.001)入所期間の短縮効果を認め、認知症短期集中リハビリテーションは、認知症患者の早期在宅復帰に有効であると思われた。

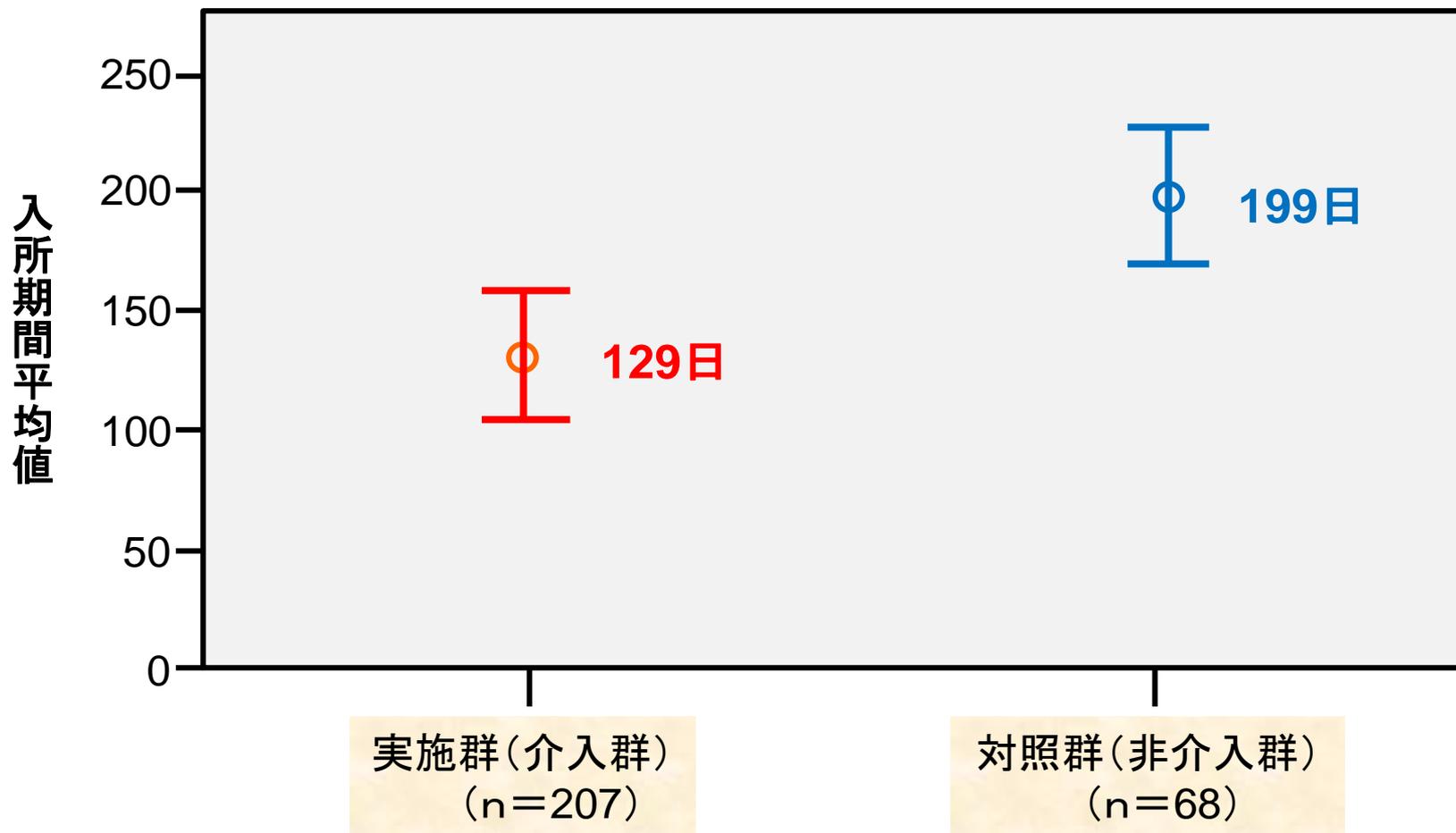
# いこいの森における認知症短期集中リハビリテーションの実績とその効果

## 長谷川式点数の前後比較



# いこいの森における認知症短期集中リハビリテーションの実績とその効果

## 入所期間の差



# 老健のリハは回復期リハを超えた！ (認知症高齢者に関して)

- ① 回復期リハ病棟においては、当然のこととして拘束が行われている。
- ② 老健においては身体のリハビリに加え、認知症へのリハビリも提供している。
- ③ 老健においては、24時間生活の場がリハビリの現場となっている。  
(多職種協働のチームアプローチリハビリ)

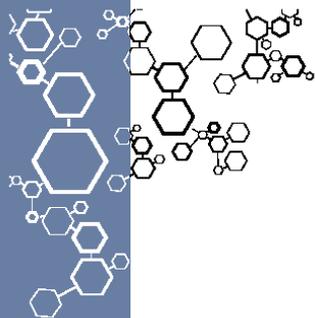
# 認知症短期集中リハは

- 対象者の個別性に合わせたテイラーメイド医療
- 薬剤より効果があるので、薬を中断できる
- 在宅復帰につながる

# 『日々の暮らしにつなげる 認知症リハビリテーション実践ガイド』

事例紹介動画付き

日々の暮らしにつなげる  
認知症リハビリテーション  
実践ガイド



公益社団法人 全国老人保健施設協会

事例1

精神面が安定し意欲向上、安定した食事摂取が可能となり運動機能向上につながった事例

事例2

初回介入時のアセスメント不足により拒否強くなるが、再介入後の工夫で拒否が軽減した事例

事例3

できることは最大限に発揮し、できないことは期待しない視点でかかわり、物的環境整備と家族の気持ちの変化で在宅生活が継続できている事例

事例4

入所し「できていたことができなくなった」と悲観しながらも、在宅復帰につながった事例

## 【はじめに（抜粋）】

「認知症短期集中リハビリテーション」は、その先駆的モデルとして評価されました。認知症短期集中リハビリテーションから得られた教訓は、個人史を生かした非薬物療法の選択と、その日の体調にあわせたプログラムの実施というノウハウであり、医療現場だけでなく、悩んでいる家族の日常対応にも大きな福音となっています。しかし、そのノウハウの伝達、普及は過去のテキストと毎年講習では十分とはいえない状況でした。

成功例と課題例の事例を通して、個人の多様性を知って現場に生かすことが求められているなか、本事例集を生かすことで、日々の暮らしに生かすリハビリテーションが実現することを願ってやみません。

国立長寿医療研究センター  
理事長・総長 鳥羽 研二

2018年発行

# 竜間之郷におけるリハビリテーションの特長

- 生活機能回復のための充実したリハビリテーション・プログラム  
(身体機能(基本動作・ADL)・認知機能トレーニング)
- 強力な在宅生活の支援体制



高い在宅復帰率

# 竜間之郷で提供している訓練内容



歩行・階段昇降



トイレのリハビリ



食事のリハビリ



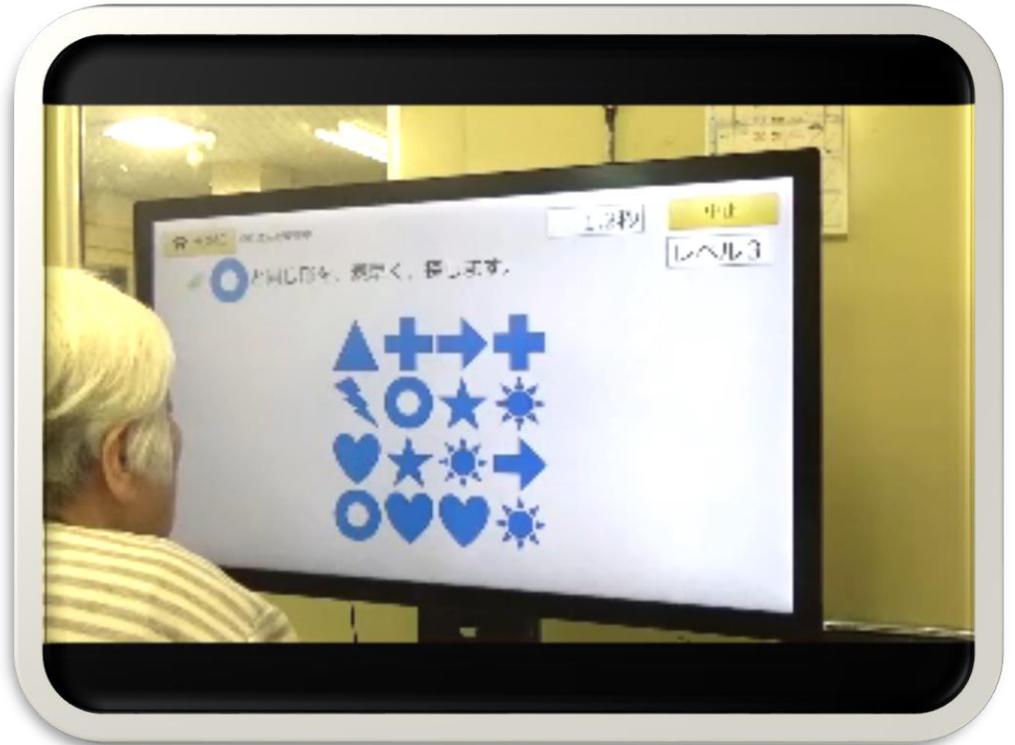
料理のリハビリ

# 認知症のリハビリテーション

新しいICT技術を利用したトレーニング



読み書きや手芸、計算問題  
などの趣味のトレーニング



頭の健康管理ゲーム  
を活用したトレーニング

# ICTを活用したトレーニングの狙い

## ① トレーニング結果を蓄積し、「見える化」したい

⇒ 誰が訓練しても客観的なデジタル評価

⇒ 利用者・ご家族へわかりやすい結果説明

## ② 療法士の作業効率をアップさせたい

⇒ 訓練の準備や結果の集計の手間を削減

⇒ 訓練結果のリアルタイム状況把握ができ、  
訓練内容の見直し等により、訓練の成果  
アップに繋げる

## ③ 訓練結果の管理をしやすくしたい

⇒ 訓練結果データがクラウドで管理される  
ので、管理がしやすくなる

⇒ 将来的な変化の予測にも活用したい

# 課題 1 : 高齢者が本当に使えるか？

## 利用者のプロフィール

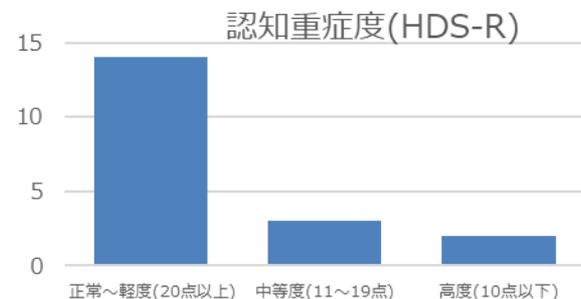
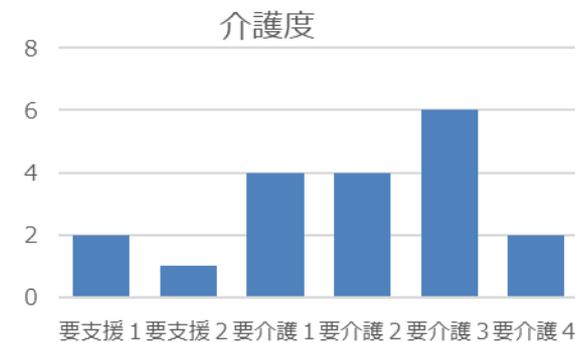
- 利用対象者 : 20名
  - 入所者 : 6名、男性 : 1名・女性 : 5名
  - 通所者 : 14名、男性 : 9名・女性 : 5名
- 平均年齢 : 76.24歳
- 所要時間 : 約15~30分

## 導入時の声掛け

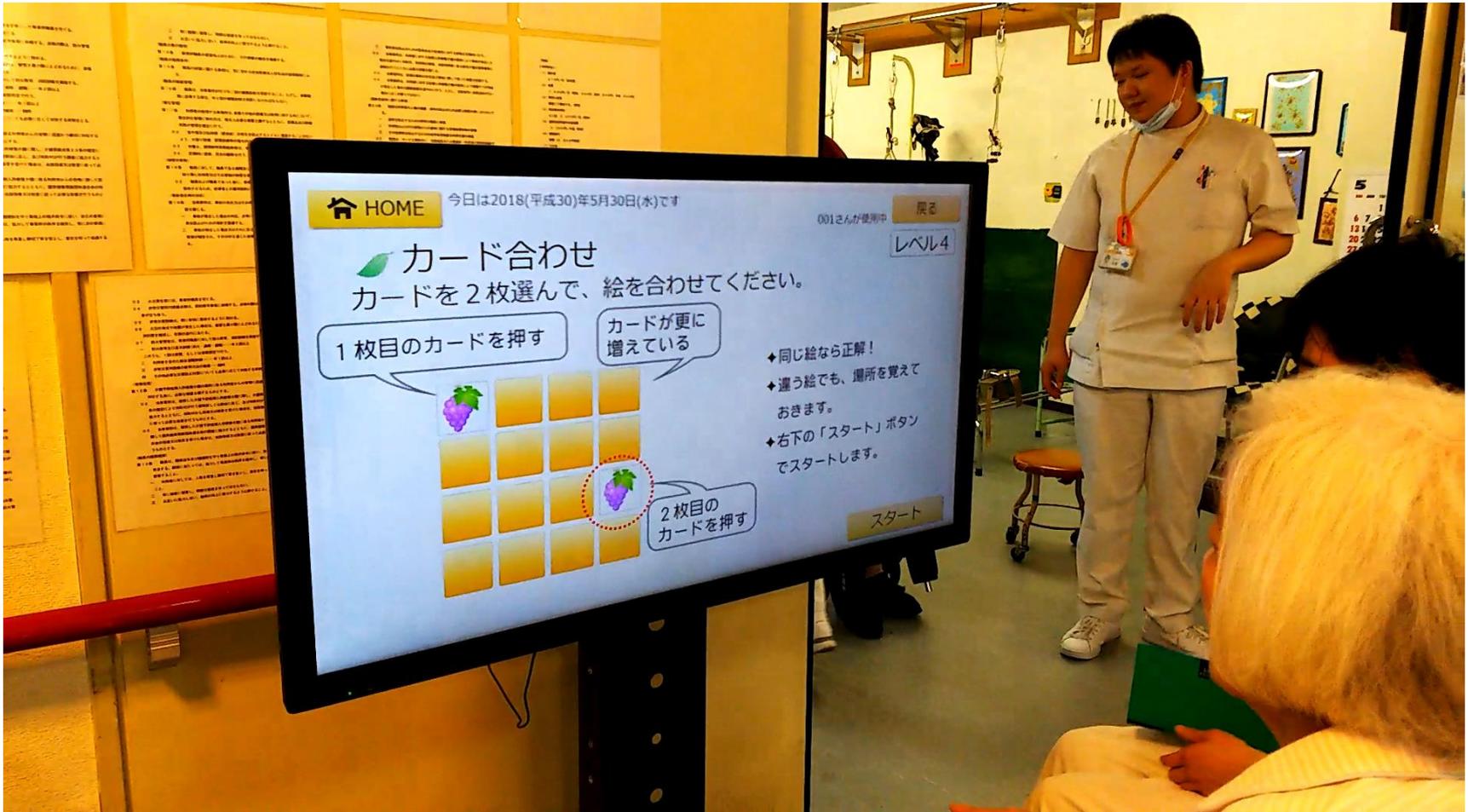
- 「頭の体操」や「脳トレゲーム」と機器を紹介し、実施してもらう。  
⇒ 認知機能トレーニングというものの理解
- 次に実施してもらう方に対しては、後ろでやり方を見てもらう。  
⇒ ICT機器に対しての抵抗感を下げる

## 結果

- 要支援1~要介護4の利用者が利用できた。
- 認知重症度(HDS-R)は軽度の利用者が多かった。
- 利用前は拒否傾向があっても、やりはじめると反応が良く、最後までできた。
- 普段触れることのない物に触れることで、新しい刺激になった。
- 実施後は、「楽しかった」という返答が多く認められ、「あれがしたい」と自らゲームを希望する利用者もおられた。
- 参加しなくとも、大画面であるため後方で見て、一緒に楽しめる。
- ご家族が興味を持ち、一緒に取り組まれる事例もみられる。



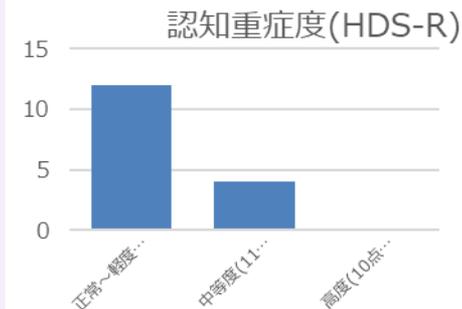
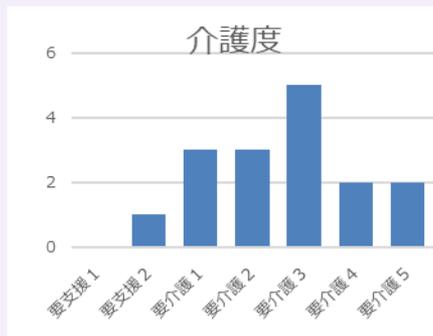
# 課題 1 : 高齢者が本当に使えるか？



# 課題2：トレーニング結果は「見える化」できるか？

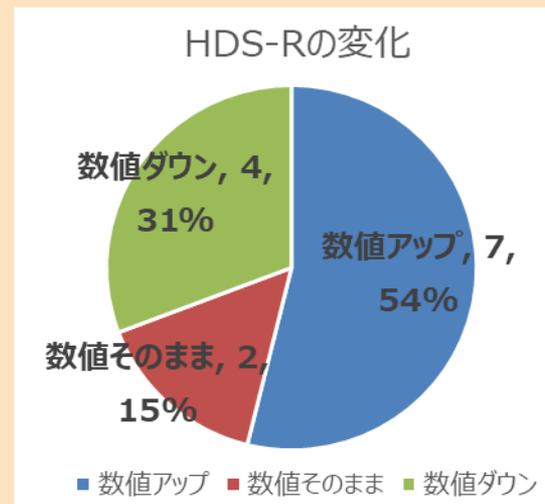
## 利用者のプロフィール (2018年10月から2019年1月)

- 利用対象者：16名
  - 入所者：7名、男性：3名・女性：4名  
うち女性2名は在宅復帰
  - 通所者：9名、男性：5名・女性：4名
- 平均年齢：77.19歳
- 所要時間：約15～30分



## 利用状況とHDS-Rの変化

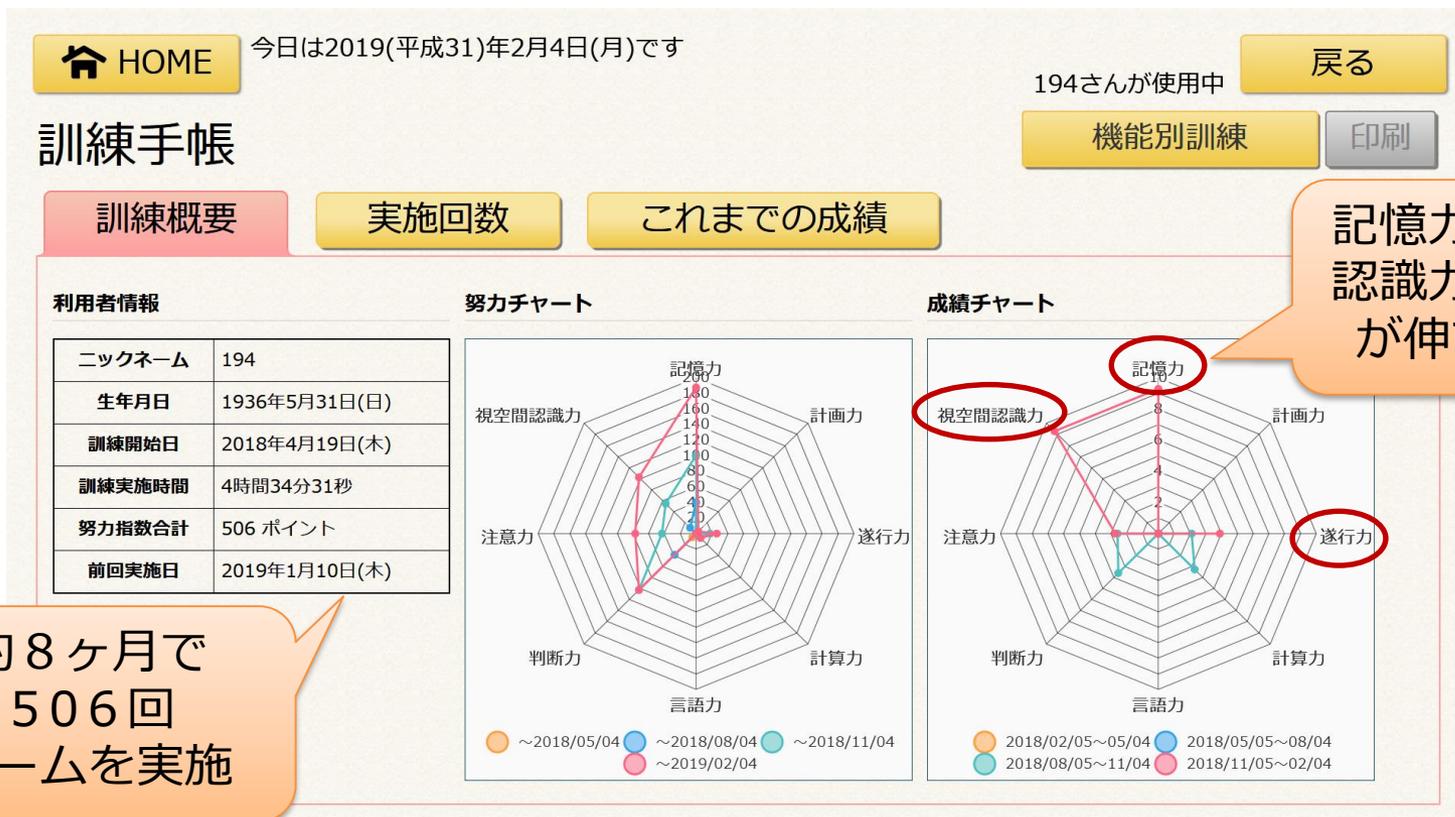
- ゲームの利用は、300～400回/週で、平均20～30回/週・人。
- 利用後にHDS-Rが向上：前後測定結果のある13人うち7人(54%)。 ※低下は、全て通所者。



# 課題2：トレーニング結果は「見える化」できるか？

【事例1：概要】 通所：82歳・女性（長期利用者）  
直近3ヶ月で355回（平均29.6回/週、14.8回/日(週2回) 利用）

HDS-R		ICF移動 およびADL		ICF食事および Self care		ICF認知機能		ICF社会参加		介護度	
前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
23	28	17	17	16	16	13	13	6	6	4	1



# 課題2：トレーニング結果は「見える化」できるか？

【事例1：詳細 - 記憶力】 通所：82歳・女性（長期利用者）  
直近3ヶ月で355回（平均29.6回/週、14.8回/日(週2回) 利用）

HDS-R		ICF移動 およびADL		ICF食事および Self care		ICF認知機能		ICF社会参加		介護度	
前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
23	28	17	17	16	16	13	13	6	6	4	1



# 課題 3 : 療法士の作業効率は上がったか？

- ゲームが認知機能ごと(記憶・計算・判断、等)に分かれているので、トレーニングのプログラム作りが容易となる。作業効率削減になる。
- ゲーム利用度・評価が利用者ごとにレーダーチャートで見えるので、利用者の認知機能がアップしているのか、ダウンしているのか確認ができる。(認知機能の低下があれば、推移は右下がり)に推移する)  
トレーニングのプログラムに臨機応変な対応ができる。
- これまではプリントのコピー等の準備が必要であったが、この必要がなく、課題作成の時間短縮になる。また訓練結果を随時記録する手間も省け、30~40%は時間削減ができる。

# 認知症リハ再調査

介護老人保健施設における認知症リハビリテーションの効果に関する調査研究事業 報告書より

全国老人保健施設協会の会員施設(3,621施設)のうち、事前調査(2019年4月)にて調査に「協力可」と回答した715施設を対象に郵送アンケート調査を実施した。

個別調査は、以下A～Cを全て満たす入所者を対象とした

A. 2019年9月1日～9月20日に入所(短期入所除く)した方※

この期間内に入所利用を開始した方、再入所含む

B. 以下のいずれの状態でもない方(以下に該当する方は個別調査非該当)

- ・急性疾患があり、状態が落ち着いた後もリハビリが困難と考えられる者
- ・看取りを目的とした者(回復の見込みがなく、看取り前提のケアを行う予定の者)

C. 本事業の協力について同意を得られた方

※入所日が設定した期間(2019年9月1日～20日)と異なる回収票について:

大幅に異なる票は除外し、2019年8～10月の入所であれば有効票として集計することとした

# 調査内容

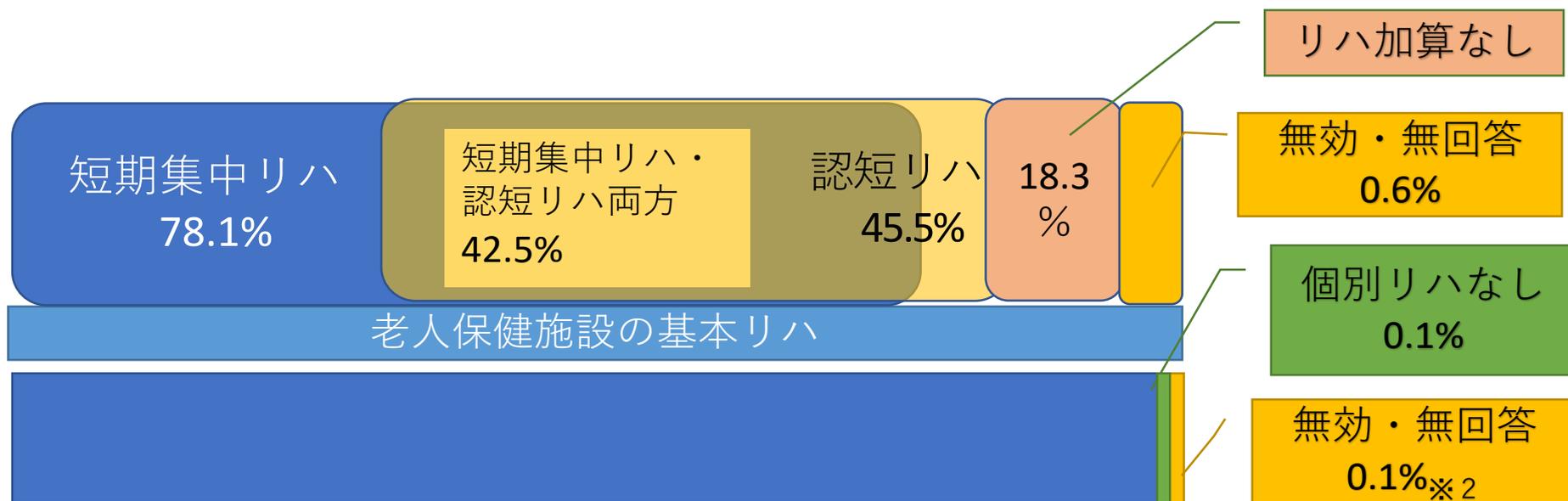
- 1) 施設調査票
- 2) 個別調査票(初回:入所時)
- 3) 個別調査票(個別リハビリテーション提供状況)
- 4) 個別調査票(3か月後または退所時)

# 結果 施設概要

- 今回、施設調査票に回答した施設(341施設)
- 超強化型が41.3%(141施設)、在宅強化型が12.9%(44施設)であり、両者を併せると約54%と過半数を占めた。
- 調査時の情報(介護給付費等実態統計月報:令和元年10月審査分)では、超強化型の割合が19.8%、在宅強化型が9.4%となっていることから、これよりも超強化型と在宅強化型の施設が多かった。

# 得られたデータ(個別調査)

- 基本データ 回答数:890名 男性256名(28.8%) 女性622(69.9%) 不明12名(1.3%)
- 平均86.2歳 SD7.4
- 今回の個別調査票の集計対象となった対象者(890名)のうち、405名(45.5%)は認知症短期集中リハ加算を、695名(78.1%)<sup>※1</sup>は短期集中リハ加算を算定していた。一方、個別リハを受けていない方は1名(0.1%)のみであった。
- 短期集中リハ加算は算定せず、認知症短期集中リハ加算のみ算定したのは3.0%



※1. 短期集中リハ加算を算定した者は全部で698名いたが、その内3名は認知症短期集中リハ加算の算定状況が不明であったため、上図では無効・無回答として集計している。

※2. 個別リハ提供時には回答がなかったが、短期集中リハ加算は算定されていたため個別リハは提供されていたと考えられる

# 分析対象者（個別調査）

- 3ヶ月間入所を継続
- 認知症あり(認知症自立度 I 以上)
- 該当者: 579名 男性170名(29.4%) 女性402名(69.4%) 不明7名(1.2%)
- 平均年齢 86.5歳 SD7.5
- 短期集中リハ加算は算定せず、認知症短期集中リハ加算のみ算定したのは3.6%

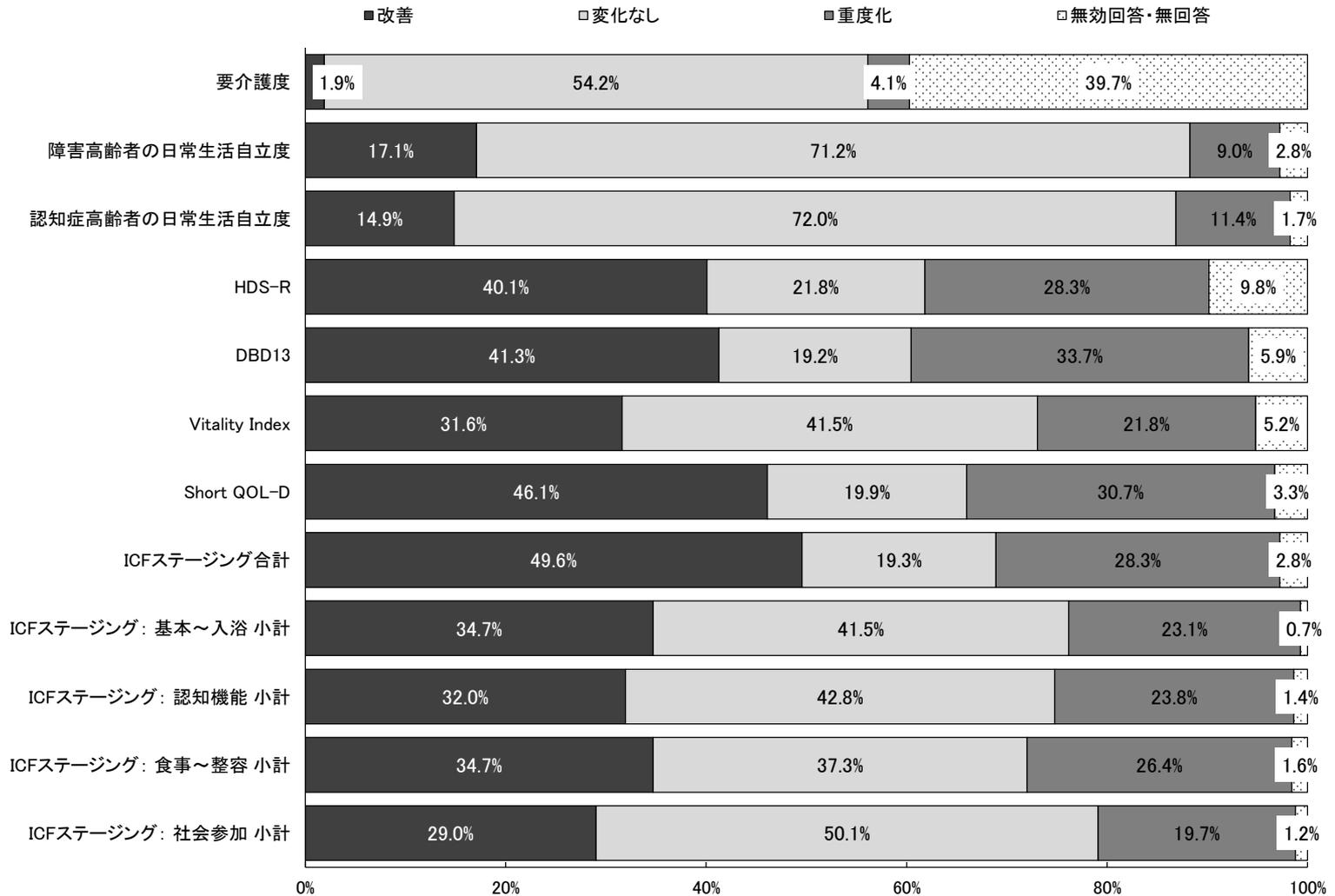


# 調査内容

- ① 対象者の属性
- ② 入所前の居場所・リハビリテーション提供状況、③ 入所時の状況、自宅の介護力、障害等の有無
- ④ 使用中の抗認知症薬
- ⑤ HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)による評価
- ⑥ DBD13(認知症行動障害尺度)による評価
- ⑦ Vitality Index(意欲の指標)による評価
- ⑧ Short QOL-Dによる評価
- ⑨ ICFステージングによる評価
- ⑩ 調査期間中の認知症短期集中リハビリテーション実施加算等の算定有無
- ⑪ 調査期間中の個別リハビリテーション提供時間
- ⑫ 個別リハビリテーションの重視項目および提供したプログラム内容
- ⑬ 3か月後の入所継続状況や退所先
- ⑭ 3か月後または退所時の上記③～⑨の状況および変化 …など

# 各指標の変化の割合

(入所時と3か月後の比較)



図表2 579人における入所時と3か月後の評価結果の平均比較  
(すべてのリハビリテーションを含む)

評価指標	n	入所時の 平均	3か月後の 平均	前後差	
HDS-R	522	12.8	13.2	0.4	P=0.009<0.01**
DBD13	545	9.6	9.4	-0.2	
Vitality Index	549	7.1	7.3	0.2	P=0.000<0.01**
Short QOL-D	560	27.2	27.9	0.6	P=0.000<0.01**
ICFステージング合計	563	44.1	45.0	0.9	P=0.000<0.01**
ICFステージング:基本～入浴小計	575	12.0	12.3	0.3	P=0.000<0.01**
ICFステージング:認知機能小計	571	10.3	10.5	0.2	P=0.012<0.05*
ICFステージング:食事～整容小計	570	17.0	17.3	0.3	P=0.004<0.01**
ICFステージング:社会参加小計	572	4.9	5.0	0.1	P=0.013<0.05*

# 認短リハの効果 (短期集中リハは問わない)

評価指標	認短リハ算定あり		認短リハ算定なし		
	n	前後差の平均	N	前後差の平均	
要介護度	168	-0.07	180	-0.07	
障害高齢者の日常生活自立度	269	0.15	293	0.09	
認知症高齢者の日常生活自立度	272	0.06	296	0.04	
HDS-R	257	0.8	264	0.1	P=0.038 < 0.05*
DBD13	265	-0.3	279	-0.1	
Vitality Index	266	0.3	282	0.1	
Short QOL-D	268	0.6	291	0.7	
ICFステージング合計	269	1.4	293	0.4	P=0.015 < 0.05*
ICFステージング:基本～入浴小計	276	0.4	298	0.2	
ICFステージング:認知機能小計	272	0.2	298	0.1	
ICFステージング:食事～整容小計	273	0.5	296	0.1	
ICFステージング:社会参加小計	275	0.2	296	0.0	P=0.019 < 0.05*

# 短期集中リハビリテーションの効果 (認短リハは問わない)

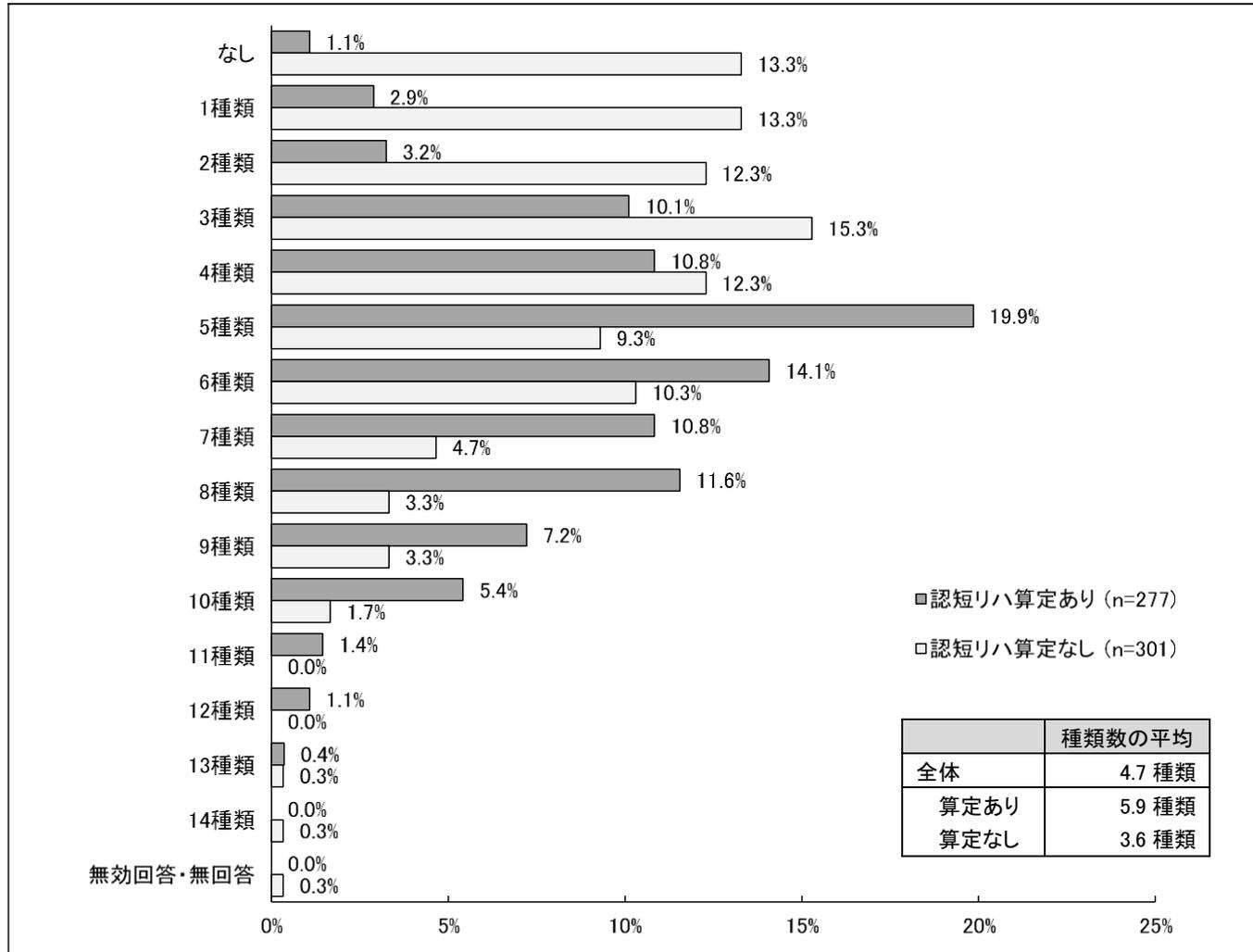
評価指標	短リハ算定あり		短リハ算定なし		
	n	前後差の平均	N	前後差の平均	
要介護度	265	-0.08	83	-0.06	
障害高齢者の日常生活自立度	437	0.18	125	-0.11	P=0.000<0.01**
認知症高齢者の日常生活自立度	442	0.04	126	0.06	
HDS-R	406	0.5	115	0.1	
DBD13	422	-0.2	122	-0.2	
Vitality Index	423	0.2	125	0.1	
Short QOL-D	434	0.6	125	0.7	
ICFステージング合計	435	1.1	127	0.2	P=0.048<0.05*
ICFステージング:基本～入浴小計	446	0.4	128	-0.1	P=0.002<0.01**
ICFステージング:認知機能小計	442	0.2	128	-0.1	
ICFステージング:食事～整容小計	441	0.3	128	0.3	
ICFステージング:社会参加小計	444	0.1	127	0.0	

# 上乗せリハ 短期集中 または 認短リハ

上乗せリハの有無	評価指標	N	入所時の平均	3か月後の平均	前後差	
上乗せリハ算定なし (n=107)	HDS-R	96	12.8	12.9	0.1	
	DBD13	102	10.2	10.1	-0.2	
	Vitality Index	104	7.0	7.1	0.1	
	Short QOL-D	104	27.5	28.2	0.7	
	ICFステージング合計	106	44.3	44.5	0.2	
	ICFステージング:基本～入浴小計	107	11.9	11.9	0.0	
	ICFステージング:認知機能小計	107	10.5	10.4	-0.1	
	ICFステージング:食事～整容小計	107	16.9	17.2	0.3	
	ICFステージング:社会参加小計	106	5.0	4.9	0.0	
上乗せリハ算定あり (n=471)	HDS-R	425	12.8	13.3	0.5	P=0.007<0.01**
	DBD13	442	9.4	9.2	-0.2	
	Vitality Index	444	7.1	7.3	0.2	P=0.000<0.01**
	Short QOL-D	455	27.2	27.8	0.6	P=0.000<0.01**
	ICFステージング合計	456	44.1	45.1	1.0	P=0.000<0.01**
	ICFステージング:基本～入浴小計	467	12.0	12.3	0.4	P=0.000<0.01**
	ICFステージング:認知機能小計	463	10.3	10.5	0.2	P=0.002<0.01**
	ICFステージング:食事～整容小計	462	17.0	17.3	0.3	P=0.014<0.05*
	ICFステージング:社会参加小計	465	4.8	5.0	0.1	P=0.005<0.01**

# 提供リハメニューの数

図表8 579人における期間中に提供したプログラムの種類数(認知症短期集中リハで提供されるプログラムの種類数)

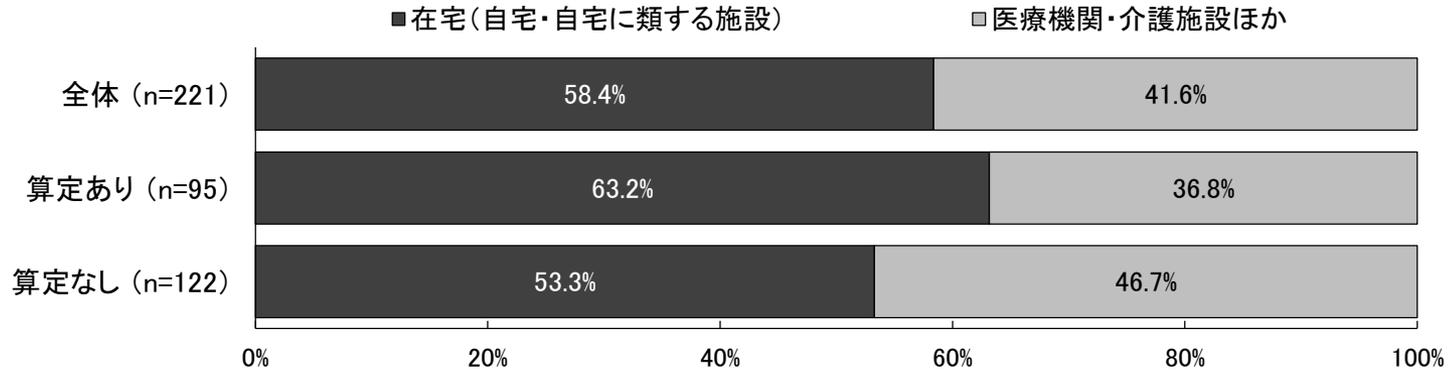


# プログラム種類数と効果

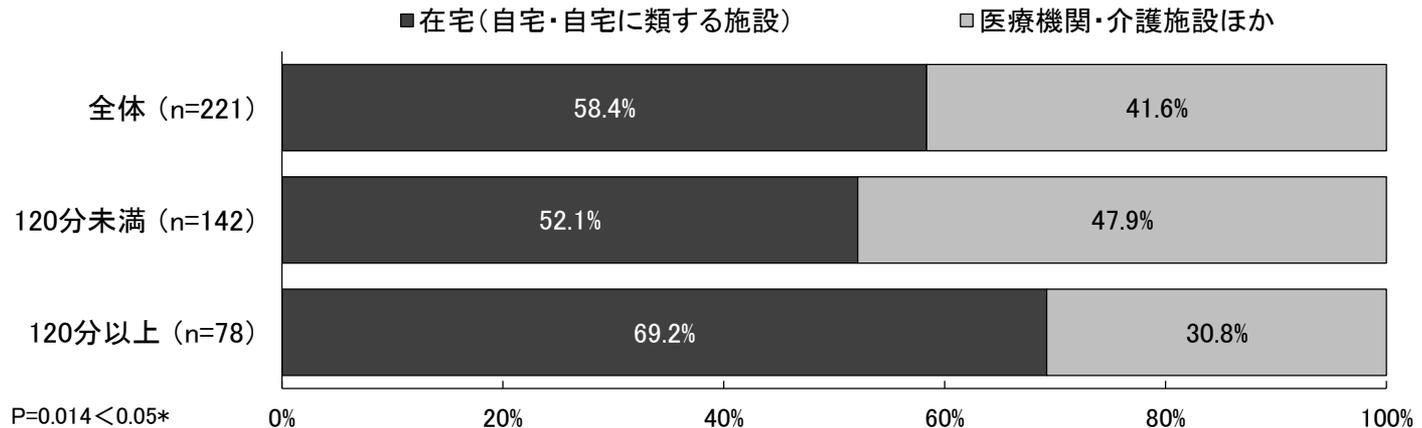
プログラム種類数	評価指標	n	入所時の平均	3か月後の平均	前後差	
5種類未満 (n=279)	HDS-R	247	12.2	12.5	0.3	
	DBD13	262	8.8	9.1	0.3	
	Vitality Index	264	6.9	7.0	0.1	
	Short QOL-D	273	26.6	27.1	0.5	P=0.031<0.05*
	ICFステージング合計	275	42.6	43.4	0.8	P=0.009<0.05*
	ICFステージング:基本～入浴小計	277	11.4	11.7	0.3	P=0.005<0.05*
	ICFステージング:認知機能小計	278	10.2	10.3	0.1	
	ICFステージング:食事～整容小計	276	16.3	16.5	0.2	
	ICFステージング:社会参加小計	277	4.7	4.8	0.1	
5種類以上 (n=299)	HDS-R	274	13.3	13.8	0.5	P=0.023<0.05*
	DBD13	282	10.2	9.6	-0.6	P=0.044<0.05*
	Vitality Index	284	7.2	7.6	0.3	P=0.000<0.01**
	Short QOL-D	286	27.9	28.6	0.8	P=0.001<0.01**
	ICFステージング合計	287	45.5	46.5	0.9	P=0.001<0.01**
	ICFステージング:基本～入浴小計	297	12.5	12.7	0.2	P=0.021<0.05*
	ICFステージング:認知機能小計	292	10.4	10.7	0.2	P=0.028<0.05*
	ICFステージング:食事～整容小計	293	17.6	18.0	0.3	P=0.014<0.05*
	ICFステージング:社会参加小計	294	5.0	5.1	0.1	

# 在宅復帰に対する効果

図表10 退所者221人の退所先（認短リハ算定有無による比較）



図表11 退所者221人の退所先（週あたり個別リハビリテーション提供時間による比較）

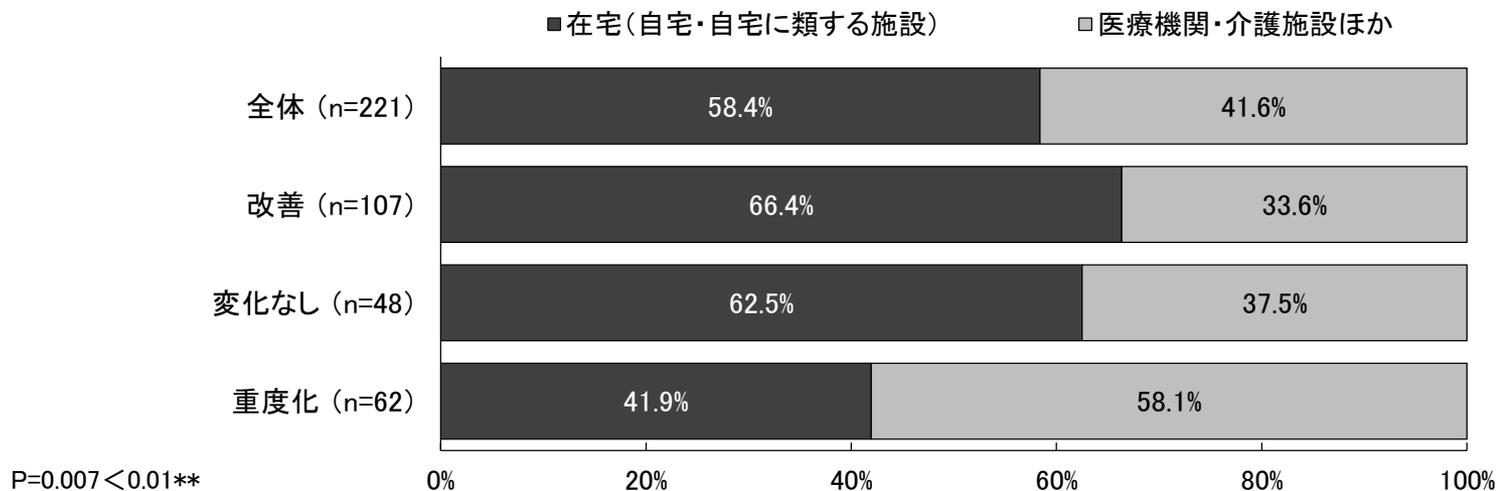


※図表10の全体には算定あり・なしについて無効回答・無回答の票を含む

※図表11の全体には個別リハビリ提供時間について無効回答・無回答の票を含む

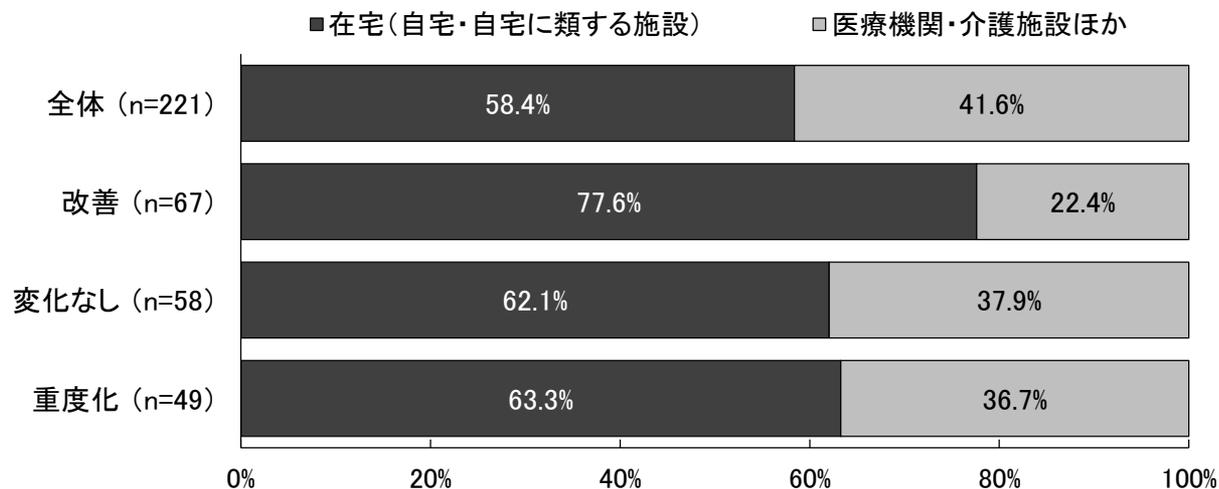
※「自宅」「自宅に類する施設」を「在宅」、「介護施設」「医療機関」「その他」を「医療機関・介護施設ほか」の2群に分けている

図表13 退所者221人の退所先（HDS-Rの前後変化による比較）



※全体には「改善」「変化なし」「重度化」について無効回答・無回答の票を含む

図表14 退所者221人の退所先（ICFステージング合計の前後変化による比較）



※全体には「改善」「変化なし」「重度化」について無効回答・無回答の票を含む

※「自宅」「自宅に類する施設」を「在宅」、「介護施設」「医療機関」「その他」を「医療機関・介護施設ほか」の2群に分けている

# まとめ1

- HDS-R、DBD13、ShortQOL-D、ICFステージングは比較的变化に対する感度が高く、入所者の状態変化、リハビリの効果等を捉えるうえで有用な指標であるということが示唆された。
- 認知症短期集中リハ実施加算、短期集中リハ実施加算を算定した方はどちらも算定しなかった方よりも状態が改善しており、これらのリハビリの提供が入所者の状態改善に資することが示唆された。
- 認知症短期集中リハ実施加算を算定した方は、算定しなかった方と比較してHDS-R、ICFステージング合計、ICFステージング社会参加小計で有意に改善した。

# まとめ2

- 認知症短期集中リハ実施加算を算定した方は算定しなかった方よりも在宅復帰した割合が高かったことから、在宅復帰を進めるうえで認知症短期集中リハが有用である可能性が示唆された。
- 調査期間中(3か月間)に提供された個別リハビリのプログラム種類数※が5種類以上の場合は、5種類未満と比べて改善幅が大きかった。
- 週当たりの個別リハビリの提供時間は、120分以上の方は120分未満の方に比べて在宅に復帰している割合が高かったことから、手厚いリハビリの提供が在宅復帰につながることを示唆された。

※ここでいうプログラム種類数は認知機能向上に効果があると考えられるプログラム(認知症短期集中リハでも提供されるプログラム)の種類数

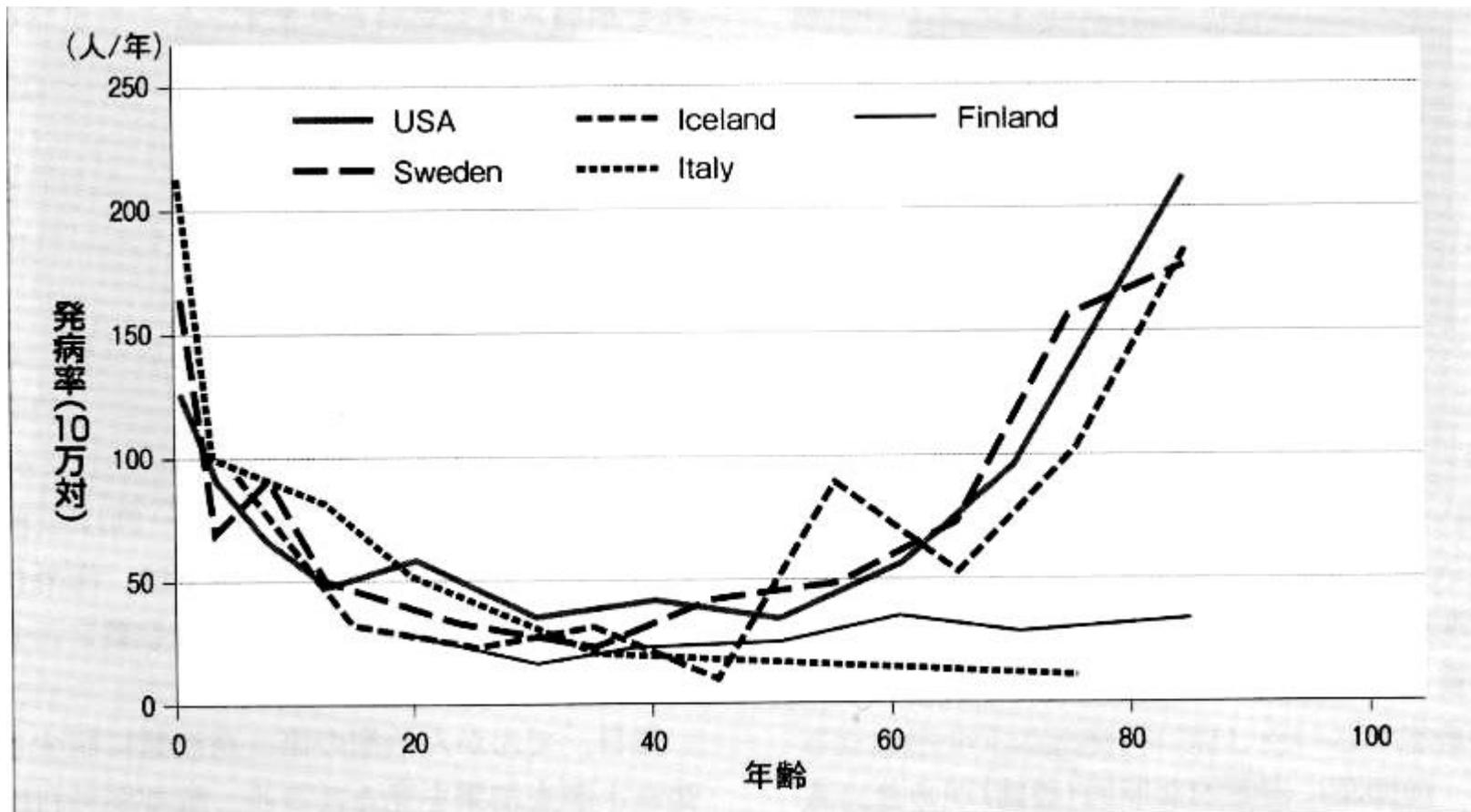
# 残された課題

- 個別リハビリと集団リハビリの差については確認ができていない。
- 個別リハビリのプログラム種類と効果の検討については、今回提示した14の選択肢※以外に、「1～14以外のリハプログラム」の回答が想定以上に多かったため、今後の検討が必要

※調査でを使用した個別リハビリのプログラムの選択肢

1. 回想法
2. 見当識訓練
3. 記憶訓練
4. 音楽療法
5. コグニサイズ
6. 有酸素運動、散歩、体操、踊り、スポーツ等
7. ゲーム
8. 手工芸、アート
9. 言語・コミュニケーション訓練
10. 認知機能賦活訓練
11. 料理・園芸
12. 学習療法①
13. 認知機能低下に伴うIADL・ADL障害へのリハ
14. 上記以外の認知機能向上を目的としたリハプログラム
15. 1～14以外のリハプログラム

# てんかん発作



- 年齢とてんかん発作の関係(Hauser WA, 1977)

# 高齢者てんかんの原因

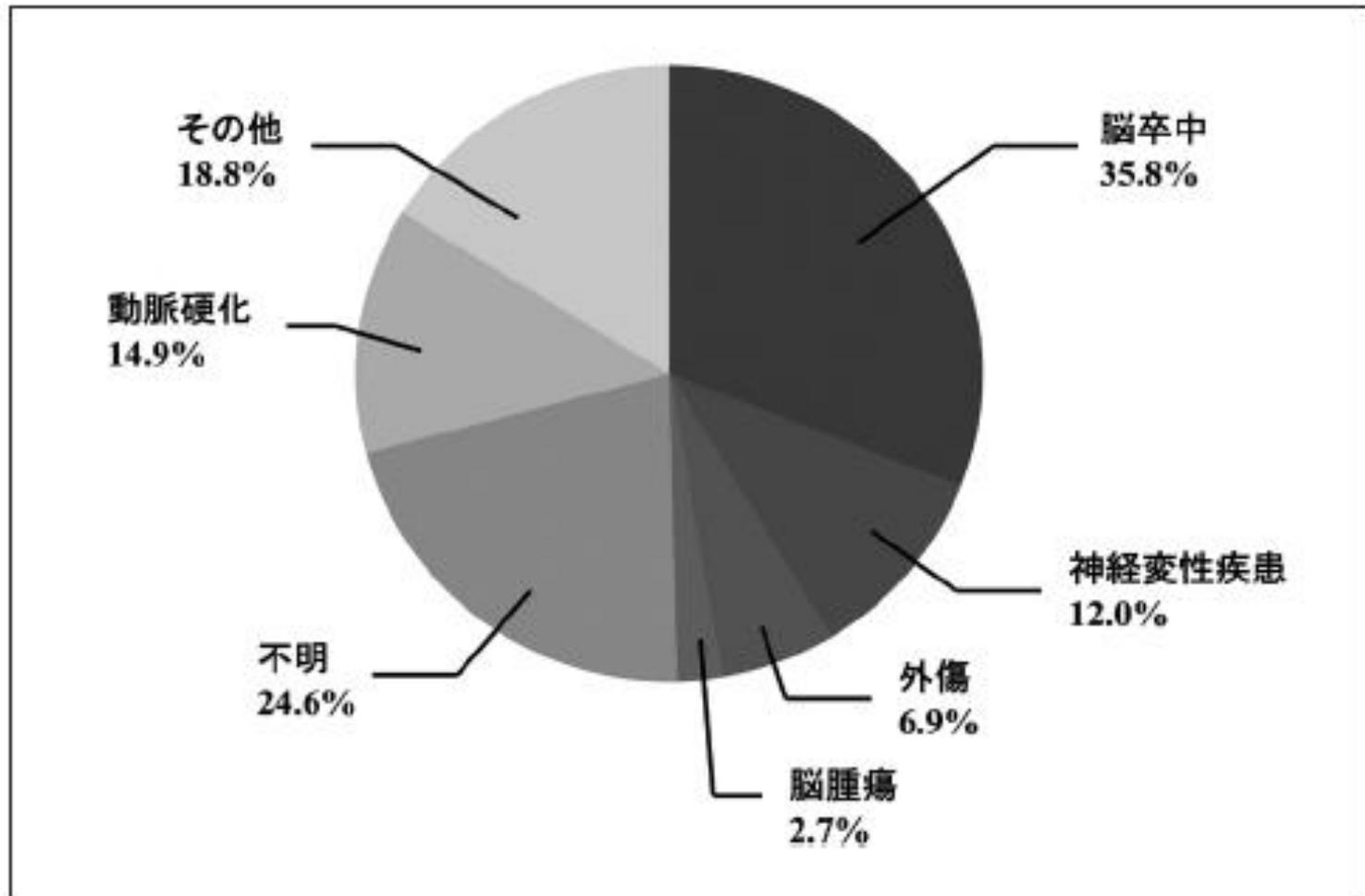


Fig. 2 高齢者てんかんの病因 (文献12) より改変)

# 高齢者のてんかん発作

- 高齢発症のてんかんはほとんどが症候性部分てんかんである
- ただし稀ではあるが全般てんかんが高齢で初発することもある
- 部分てんかん, 全般てんかん, いずれの場合でも高齢者の場合, 全般性強直間代発作を生じる割合は26%と, 若年者の65%に比べて少なく, 意識の変容, 一過性の記憶障害やめまいといったけいれんを伴わない発作が多い

# 脳出血、脳梗塞とてんかん

- 脳卒中後2週間以内に起こる
- 早期けいれん(early seizure)は2～8%に24～48時間以内
- 遅発性けいれん(late seizure) : 早期けいれんの32%が遅発性けいれんを再発も含めて遅発性けいれんと称する

# 続き

- 遅発性けいれんは再発することが多く、半数は最初の3年間のうちに症候性てんかんを生じる。脳出血，心原性塞栓，血栓性脳梗塞の順にてんかんになりやすく，また皮質に損傷があった方がてんかんになりやすい。
- 脳卒中自体の死亡率や発生率は低下しつつあり脳卒中後遺症の程度も軽くなりつつあるが，脳卒中後も生存する人が増加していること、**認知症の増加**がてんかん発症増加の一つの要因と考えられる。

### 3) 病因・症状・診断の特徴

- 1) 病因として、脳血管障害、頭部外傷、アルツハイマー病（神経変性疾患）、脳腫瘍、薬剤性などの症候性が主体で、特に脳血管障害が重要である。
- 2) 発作症状は非けいれん性が多く、軽微でかつ多彩であり、意識障害、失語、麻痺などを呈する。発作後もうろう状態が遷延することがある。
- 3) 初回発作後の再発率が高い。

# 高齢者のてんかん治療

- 1) 治療開始は、高齢者では初回発作後の再発率が高いことを考慮する。
- 2) 高齢者に伴う特有の問題を把握して、個々の患者のてんかん分類、合併症、併用薬を十分に考慮して、副作用の少ない、特に薬剤相互作用が少ない抗てんかん薬を選択して、少量から漸増使用する。
- 3) 従来薬のカルバマゼピン(CBZ)フェニトイン(PHT), バルプロ酸(VPA)は、副作用、薬物相互作用を勘案して、少量から漸増使用する。

# 高齢者のてんかん治療 つづき

4) 発作抑制投与継続率を考慮すると部分発作では、ラモトリギン(ラクミタール:LTG)ガバペンチン(ガバペン:GBP)、**カルバマゼピン(CBZ)**の順に推奨される。

内科的合併症がある場合は、**CBZ**よりも**レベチラセタム(イーケプラLEV)**が推奨される。トピラマート(トピナ:TPM)は、高齢者では若年者より少量で効果がある。

5) 高齢者に特有な治療中止基準はない。

**Table 1** 高齢者におけるてんかん発作の鑑別診断

神経疾患

- ・一過性脳虚血発作 (TIA)
- ・一過性全健忘 (TGA)
- ・片頭痛
- ・ミオクローヌス

循環器疾患

- ・神経調節性失神
- ・起立性低血圧
- ・不整脈 (Adams-Stokes 症候群)
- ・弁膜症, 心筋症
- ・頸動脈洞症候群

代謝・内分泌疾患

- ・低血糖
- ・低ナトリウム血症
- ・低カリウム血症
- ・高カルシウム血症

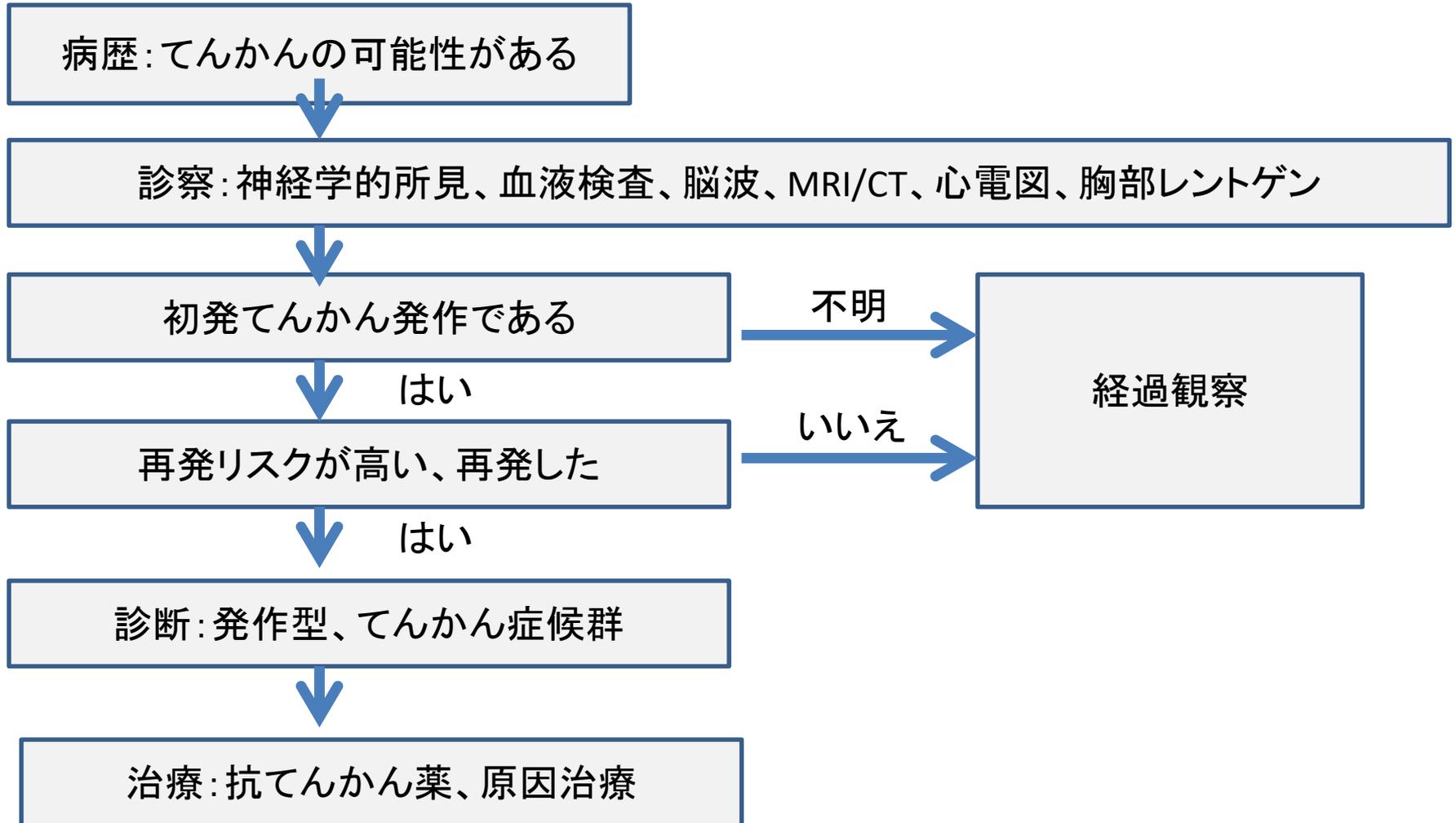
睡眠異常症

- ・睡眠時無呼吸症候群
- ・REM睡眠行動異常症
- ・入眠時ミオクローヌス

精神・心理的疾患

- ・非てんかん性心因発作
- ・パニック発作
- ・過呼吸発作

# 高齢者てんかんの診断と治療の流れ



# 高齢発症てんかんの治療

- 高齢者のてんかんはその多くは局所性病変に伴うもので部分発作をもたらす。
- 失神や一過性脳虚血発作など他の鑑別診断をせずに、一過性に生じた意識障害や麻痺を安易にてんかんと診断して、抗てんかん薬を処方しようとすることは厳に慎まねばならない

# てんかん薬

- 低アルブミン血症で注意すべき薬剤
  - phenytoin ( PHT ),
  - carbamazepine ( CBZ ),
  - valproate ( VPA )
- などの薬剤は低アルブミン血症下では結合率の低い薬剤より遊離濃度が増加する傾向にあるため、血中濃度から示唆される以上に効果が出やすい、また副作用を発現しやすい

# 治療薬の選択

- 専門家にまかせる
- 部分発作はカルバマゼピン(テグレトール)が第一選択
- バルプロ酸: 低アルブミン血症時に注意、動作時震戦、体重増加、パーキンソン病などの副作用に注意

# 日本てんかん学会ガイドライン

てんかんが、脳梗塞等の発作後2W以上たっておきた場合(遅発性てんかん)

- てんかん治療継続中に1年発作がなかった  
⇒翌年に発作がある確率は約20%
- てんかん治療継続中5年間発作がなかった  
⇒翌年に発作がある確率は10%

早発性てんかんは、そもそも予防効果が明確にならないので中止できる

# 日本神経学会ガイドライン

発作再発が起こりやすい患者：

- 全般性強直性間代性発作の病歴
- 2剤以上の多剤の抗てんかん薬を服用
- 治療開始後にも発作
- ミオクローヌス性発作の既往
- 中止前年の脳波に何らかの異常
- 繰り返す部分発作で、今まで一度も全般化したことがない
- 新生児てんかん発作の既往

# よくある悩み

- かかりつけ医がイーケプラ(あるいは、トピナ、ラクミタール)を処方していた。入所中は切り替えてよい？
- 遅発性てんかんor 早発性てんかん？
- 発作の有無と種類を確認して、2年以上発作がなければテグレトール等に変更してみる。
- 変更しても合計5年以上発作がなければ、止めることも検討

# せん妄の治療

- 誘発因子の改善、除去
  - 1) 家族、医療関係者からの話し掛け、昼夜の区別を付けるなどの刺激を与える.

看護師、介護職による早期発見の方が重要

# せん妄の治療

1. Minor tranquillizerを使用しないこと(睡眠薬等)
2. 夜間の睡眠確保と興奮抑制:

—経口摂取が可能な場合:

- ① セロクエル錠\*: 25–100mg
- ② リスパダール錠: 0.5–2mg(内用液も可)

\* 糖尿病患者には注意

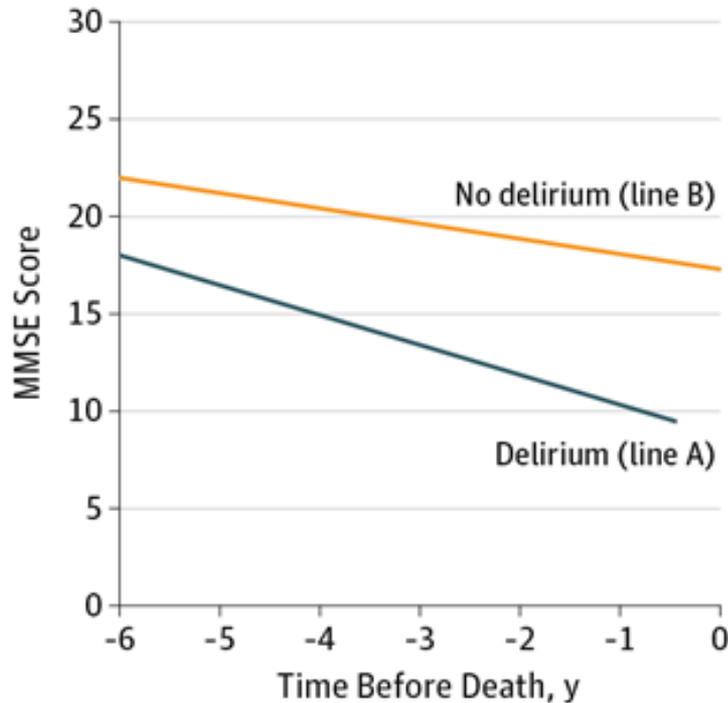
—経口摂取が不可能な場合:

- ① セレネース注: 1–3A/500ml/4–6hrs.DIV(1A:5mg)
- ② セレネース注: 1–3A/100ml saline/15–30min.DIV

\* 上記でも不穏の場合 セレネース注: 1/2 - 2A, iv or im

# せん妄は本当に可逆的か？

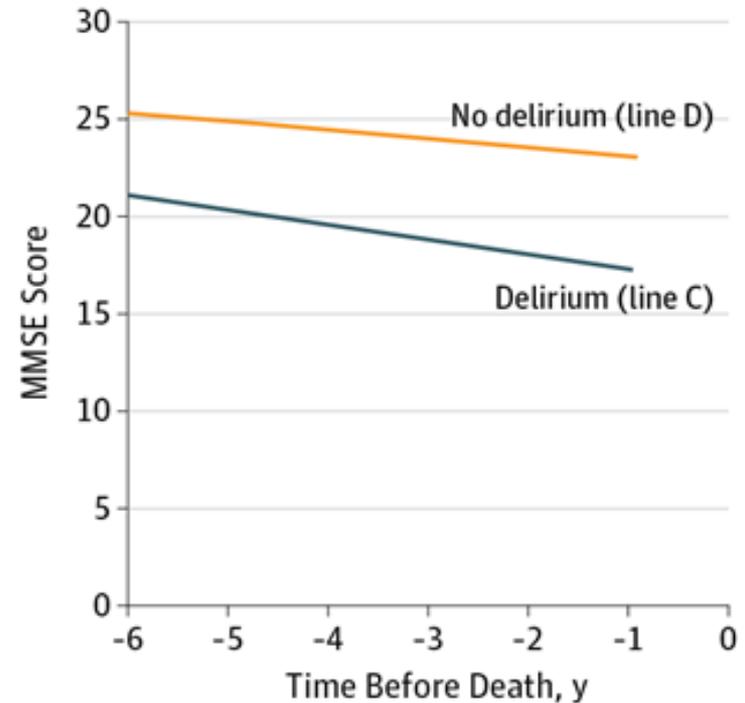
**A** Most dementia pathologic burden



No. of patients alive

No delirium	261	336	385	439	500	553
Delirium	141	165	193	215	227	236

**B** Least dementia pathologic burden



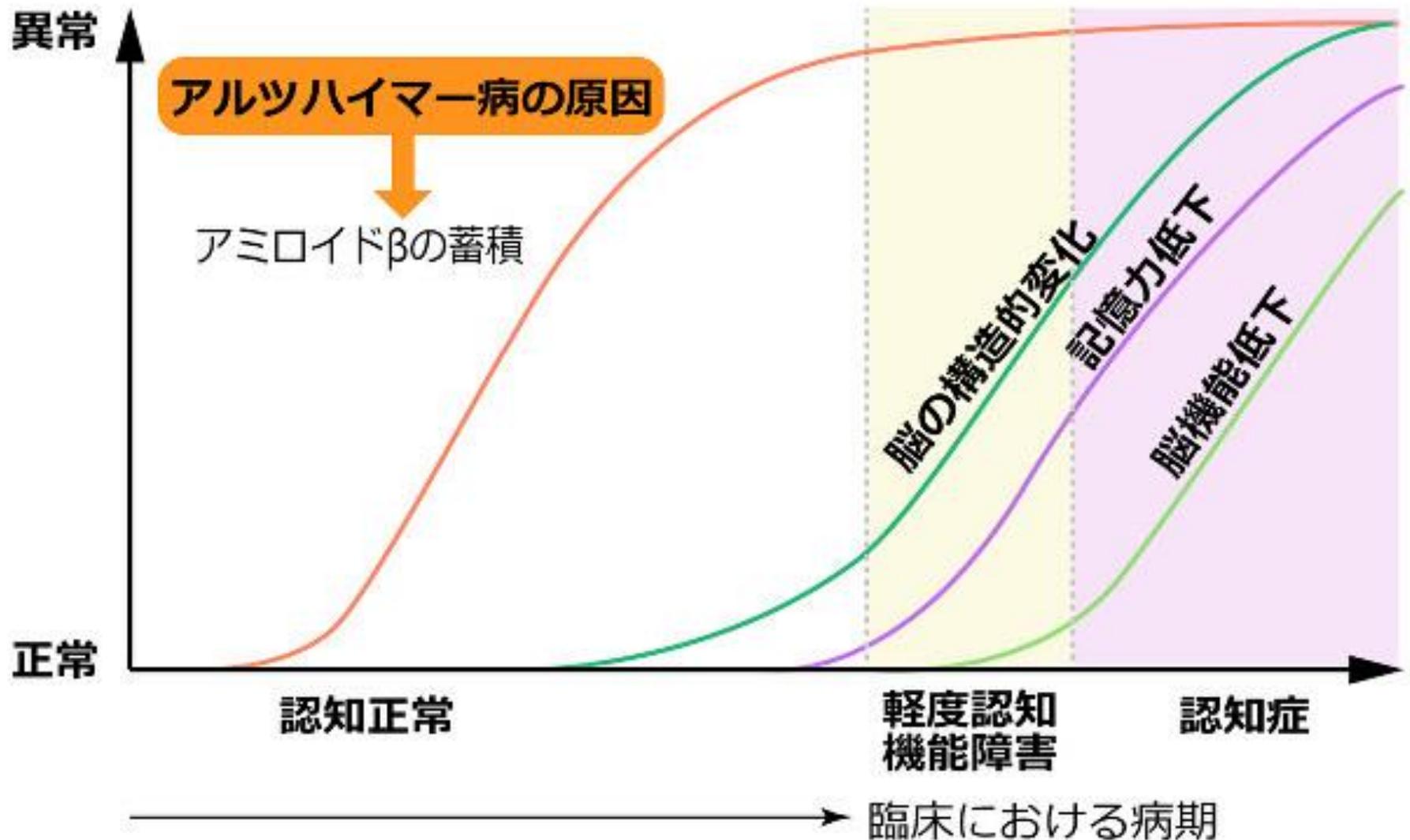
No. of patients alive

No delirium	77	90	104	110	117	120
Delirium	34	37	37	39	40	40

*D.H.J. Davis et al. Association of Delirium With Cognitive Decline in Late Life A Neuropathologic Study of 3 Population-Based Cohort Studies JAMA Psychiatry. 2017;74(3):244-251*

# これからの認知症対策

図：アルツハイマー病における脳内変化と症状の推移

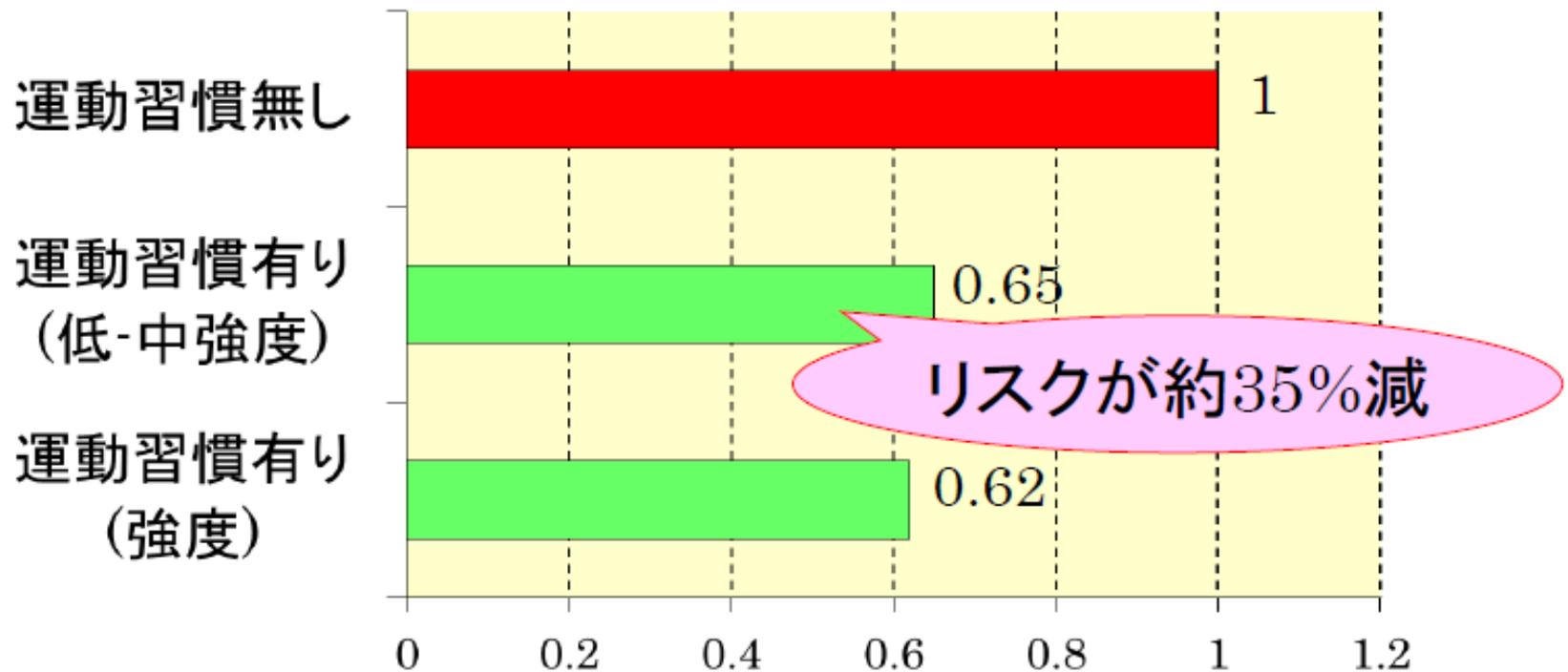


# 若年からの認知症予防

- 認知症は、脳にアミロイドやタウなどの物質が溜まった状態
- 溜まる前に対策をたてないとゴミは溜まる
- 従って現在あるエビデンスは重要
  - 有酸素運動
  - 頭を若いころからできるだけ使う

# 運動の認知症発症予防効果

15のコホート研究、健常中高年者33816名を1-12年追跡



Sofi F, et al.: J Intern Med. 269(1):107-117, 2011.

# Can Exercise Improve Cognitive Symptoms of Alzheimer's Disease?

Gregory A. Panza, MS,<sup>\*†</sup> Beth A. Taylor, PhD,<sup>\*†</sup> Hayley V. MacDonald, PhD,<sup>‡</sup> Blair T. PhD,<sup>§</sup> Amanda L. Zaleski, MS,<sup>\*†</sup> Jill Livingston, MS,<sup>¶</sup> Paul D. Thompson, MD,<sup>†</sup> and Lin Pescatello, PhD<sup>\*</sup>

---

**OBJECTIVES:** To examine the effects of exercise training on cognitive function in individuals at risk of or diagnosed with Alzheimer's disease (AD).

**DESIGN:** Meta-analysis.

**SETTING:** PubMed, Scopus, ClinicalTrials.gov, and ProQuest were searched from inception until August 1, 2017.

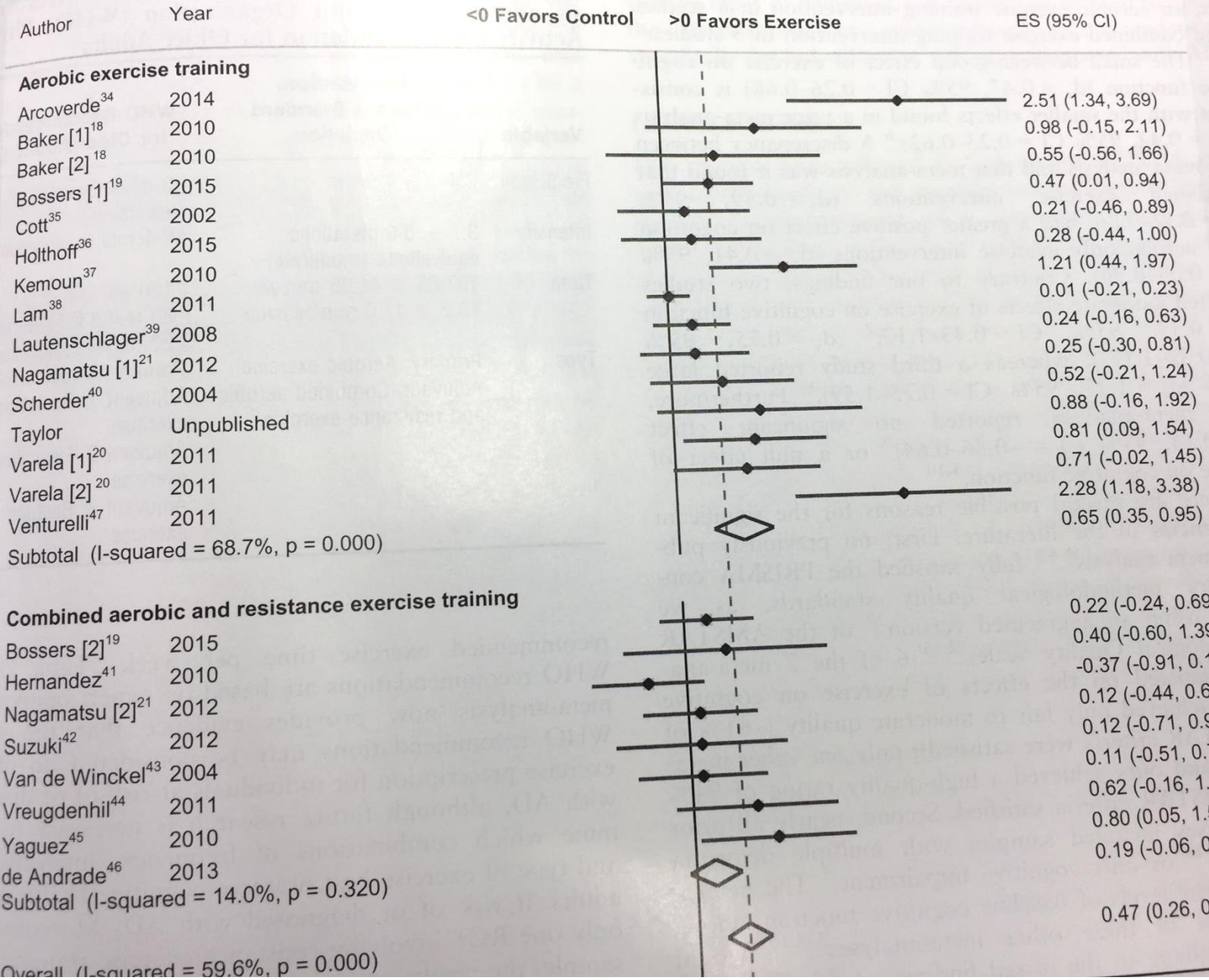
**PARTICIPANTS:** Nineteen studies with 23 interventions including 1,145 subjects with a mean age of  $77.0 \pm 7.5$  were included. Most subjects were at risk of AD because they had mild cognitive impairment (64%) or a parent diagnosed with AD (1%), and 35% presented with AD.

**INTERVENTION:** Controlled studies that included an exercise con-

**CONCLUSION:** Our findings suggest that exercise may delay the decline in cognitive function in individuals who are at risk of or have Alzheimer's disease. Future research should include larger, longer-term, objective measurements of cognitive function in a randomized controlled clinical trial to confirm our findings. *J Am Geriatr Soc*

**Key words:** cognition; brain; old activity; aging

---



# 推奨される運動

	メタアナリシス	WHO推奨(65歳以上)
頻度	2-5日/週	有酸素3日/週以上 レジスタンス 2日/週
強度	3.1-4.3METS(中等度)	中等度から強度
時間	93-180分/週 28-62分	150分/週 中等度の場合 30分以上 強度の場合 20分以上
運動のタイプ	基本:有酸素運動 追加:有酸素とレジスタンス運動のミックス	基本:有酸素運動 追加1:レジスタンス 追加2:柔軟性 追加3;バランス



レジスタンス

# 介護施設内での転倒に関するステートメント の介護現場における意義とこれから

全国老人保健施設協会  
大河内二郎



# 老人保健施設入所者1年間に起こった望まれない事象 (n=862)

転倒	281 (32.6%)
骨折	147 (17.1%)
誤嚥 (誤嚥性肺炎)	51 (5.9%)
褥瘡	93 (10.8%)
脱水	66 (7.7%)
発熱	172 (20.0%)
感染症	66 (7.7%)

Effectiveness of training care managers in a multidisciplinary plan-do-check-adjust cycle in regard to preventing undesirable events among residents of geriatric-care facilities  
Shino Ikeda-Sonoda, Jiro Okochi, Nao Ichihara, and Hiroaki Miyata. *Geriatrics and Gerontology International*: in press

## 介護のジレンマ①見守りが不足している？

### 85歳男性

\* 75歳時発症した脳梗塞のため右片麻痺、MRI上多発性脳梗塞。心房細動、高血圧。今回は、自宅で一人で倒れているところを知人に発見され、脳梗塞再発を疑われて入院した。新たな麻痺の出現はなかったが、入院にともない下肢機能が低下しており、また転倒を繰り返すようになっていた。退院後自宅に帰りたかったが、安定歩行獲得のため、老人保健施設でリハビリを行うこととなった。

\* 入所後2日目室内から「ドン」という物音がしたため、職員が居室へ行ったところ、床の上で頭部をおさえていた。頭部打撲。ベッドから車椅子に移乗しようとして転倒したらしい。

**見守り強化には限界がある。また1対1で介護できない状況も多く転倒を防ぐことが困難な場合がある。**

## 介護のジレンマ②拘束ゼロ

- 窓が開かない閉鎖的な居室、施設の入り口は常に施錠されており、自由に入出入りはできない。定期的に散歩に行く程度。
- ベットのサイドレールで転倒を回避。
- 安全確保のため、立ち上がることを制限されたり、「ちょっと待って」等強い口調で常に行動が制限されたりする。
- 転倒事故防止のため、無理に離床させず、できるだけベッド上での生活が止められる

- 窓が開く開放的な居室。許可を得て敷地内の庭園を散歩し四季折々の花を観賞。
- その人らしく生きるために、リスクがあっても行動を制限されない。
- リスクが高くても、できる限り、自分で立ち上がり、次の行動ができる
- 在宅復帰・自立支援に向けて積極的なリハビリが提供される施設。

**本来、自由を奪うことはあってはならない。  
リスクを職員・本人・ご家族が認識したうえで、人間の自由と尊厳を社会全体で理解していくことが必要。**

# 私たちのジレンマ

- 安心・安全に  
VS
- 自立支援
- 自己決定
- 在宅支援(在宅復帰)
- 高齢者(利用者)の尊厳を守る

**どうしても転倒などが  
発生しやすくなる**

## 介護における課題と提言

転倒においては、転倒から骨折等の被害に至るまでは一瞬で発生する為、気付いたときには手遅れとなる。また、介助中であつたとしても防ぐことが不可能なケースが存在する。

自宅で生活していても、転倒すれば骨折する。また誤嚥も不可避免的に発生しうる。現行の介護保険法の下では、見守りを強化したとしても、不可避免的に発生するという前提でこういった有害事象を捉えなおす必要がある。

介護現場には、「防ぐべき有害事象」と「防げない有害事象」がある。

このことをご家族に理解してもらう必要

# 老人保健施設でのステートメントの意義



医師による転倒リスクの診断  
リスクの説明と情報の共有



施設の環境因子の整備  
職員教育

# 転倒に関する評価と説明例（施設職員と入所者およびその家族などが共有すべき情報の例）

## 1. 入所時に転倒リスク評価の実施

- 施設ケアプランに転倒リスク評価・対策の記入（入所時と定期的な見直し）

## 2. 入所者・家族への説明の実施（入所時、必要に応じて追加で実施）

- 転倒リスク評価の結果
- 入所時および入所中の健康状態悪化やADL低下に伴う転倒の危険性
- 施設に移るという環境の変化による転倒の危険性の増大
- リハビリテーションや治療に伴って運動能が回復することに伴い転倒リスクが高まる例があること
- 原則として身体拘束をしないこと、及びその理由
- 施設内で実施している転倒防止対策
- 本人および家族に気を付けてほしいこと
- 転倒の発生機序と転倒予防策を講じていても一定の確率で転倒が発生しうること。特に転倒リスクの高い人ではその可能性が高いこと
- 転倒に伴って骨折や頭蓋内出血などが発生して生活機能の低下や生命に影響を及ぼすことがあり得ること
- 転倒発生時の施設の対応手順（頭部外傷時のCT撮影の考え方、骨折時の対応など）

# 転倒に関する評価と説明例（続き）

## 3. 転倒予防、転倒関連死や骨折予防のための医師による医療内容の見直し

- 抗血小板薬・抗凝固薬
- 睡眠薬、抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ薬
- 降圧薬や血糖降下薬
- ポリファーマシー
- 骨粗鬆症薬の適応

# 転倒（転落を含む）発生時の対応手順例

## 1. 受傷発見者による受傷者の病状の把握

- 受傷部位の状況（外傷の状況や骨折の有無）
- 意識レベル、声かけへの反応、指示動作への反応
- 自覚症状（頭痛、嘔気、動作時の痛み）
- 他覚所見（嘔吐、瞳孔左右差、麻痺）

## 2. 関係者への報告と情報共有

- 医師への報告（管理医師がいる施設）
- 早急な家族への連絡
- 詳細な転倒記録の記載
- 職員間での情報共有
- 市区町村への届出（骨折等の場合）

## 3. 医師の対応

- 救急搬送の必要性の判断
- X線撮影の必要性の判断
- 頭部CTの必要性の判断
- 抗血栓薬中止の必要性の判断
- 経過観察の時間の設定

# 介護老人保健施設リスクマネジャー 資格認定制度

- リスクマネジャー養成講座の受講

2部 約30 時間のカリキュラム



- インターネット模擬試験

- 認定資格試験



- 資格認定

現在リスクマネジャー資格認定者 1785名 (1085施設/3594施設)

※会員施設の30.2%の施設に在籍

昨年度(2020年度)と今年度(2021年度)で

さらに約2000名のリスクマネジャー資格認定者が誕生する予定



講義内容		時間	講師
1	患者（利用者）本人の視点に立ったチーム医療 老人保健施設管理医師について 施設内連携・施設外連携・老人保健施設における多職種協働 R4システム	約40分	介護老人保健施設「こもれび」・「ふるさと」 顧問 折茂 賢一郎（全老健 副会長）
2	生活の場に則した医療提供 1 生活環境の変化に対応した医療提供、在宅医療（かかりつけ医との連携） 新型コロナウイルス感染症対策	約60分 約30分	介護老人保健施設竜間之郷 施設長 大河内 二郎（全老健 常務理事）
	生活の場に則した医療提供 2 感染症対策・薬剤耐性菌等について	約30分	東京都健康長寿医療センター呼吸器内科 部長 山本 寛
3	QOL維持・向上を目指したケア 老人保健施設の役割について 老人保健施設の在宅復帰・在宅生活支援機能	約60分	介護老人保健施設紀伊の里 施設長 山野 雅弘
	QOL維持・向上を目指したケア1 リハビリテーション処方箋の書き方	約60分	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 東京湾岸リハビリテーション病院 副会長/院長 近藤 国嗣
	QOL維持・向上を目指したケア2 在宅復帰のためのリハビリテーション	約60分	介護老人保健施設清雅苑 施設長 野尻 晋一
4	患者（利用者）の意思決定を支援 老人保健施設における終末期医療 終末期医療（老年医学会の立場表明など）	約60分	東京大学大学院 人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授 会田 薫子
5	家族などの介護者もケアの対象に 家族・介護者のケア 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入	約60分	京都大学こころの未来研究センター 講師 清家 理
6	高齢者の多病と多様性 1 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する；高齢者総合機能評価	約60分	東京都健康長寿医療センター 理事長 鳥羽 研二
	高齢者の多病と多様性 2 高齢者の栄養とフレイル・サルコペニア	約60分	東京大学高齢社会総合研究機構 教授 飯島 勝矢
	高齢者の多病と多様性 3 老人保健施設の疾病の特性と早期介入（皮膚疾患、褥瘡、疥癬、帯状疱疹等）	約60分	聖隷三方原病院 皮膚科 白濱 茂穂
	高齢者の多病と多様性 4 老人保健施設の疾病の特性と早期介入（排尿、排便、尿路感染症等）	約60分	桜十字病院 泌尿器科 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 吉田 正貴
	高齢者の多病と多様性 5 老人保健施設の疾病の特性と早期介入（発熱、肺炎、口腔ケア等）	約60分	東邦大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学講座 教授 海老原 覚
	高齢者の多病と多様性 6 老人保健施設の疾病の特性と早期介入（精神・神経疾患等）	約50分	介護老人保健施設竜間之郷 施設長 大河内 二郎（全老健 常務理事）
7	高齢者の生活習慣病対策 コストと効果のバランスを考慮したケア	約50分	東京大学大学院医学系研究科老年病学 教授 秋下 雅弘
8	高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方 多剤併用の問題点など	約60分	東京大学大学院医学系研究科老年病学 教授 秋下 雅弘
9	老人保健施設の認知症ケア 1 認知症について（総論）	約60分	総合東京病院認知症疾患研究センター センター長 羽生 春夫
	老人保健施設の認知症ケア 2 認知症の非薬物療法	約60分	認知症介護研究・研修東京センター センター長 山口 晴保
	老人保健施設の認知症ケア 3 認知症の薬物療法（特にBPSDへの対応、向精神薬の適切な使用方法）	約60分	杏林大学医学部付属病院高齢診療科 教授 神崎 恒一

# 老人保健施設管理 医師研修会

日本老年医学会  
全国老人保健施設協会

これまで1830人  
（1621施設/3594施設）  
※会員施設の45.1%に在籍

昨年度（2020年度）と今年  
度（2021年度）で約650名の  
医師が研修受講予定

# 老人保健施設における転倒等老年症候群に伴うリスク説明 と家族・本人におけるその理解に関する研究

## 目的

1. 老年医学会転倒ステートメントをもとに、利用者・家族への説明ツールを作成する
2. 医師および多職種による利用者の説明の効果を検証する。

## 方法

- 1 入所前の利用者・家族に対して、転倒等のリスクの理解度の調査
- 2 入所時に医師による説明
- 3 入所後に利用者・家族に対して、転倒等のリスクの理解度の調査

分析：利用者・家族の転倒リスクについての理解について説明の前後の変化を検討する。