

原著(短報)

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(DASC-21)の
認知症初期集中支援チームにおける有用性Usefulness of the Dementia Assessment Sheet for Community-based
Integrated Care System-21 items (DASC-21) in the Initial-phase
Intensive Support Team for dementia山口智晴^{1,2)} 堀口布美子^{1,3)} 狩野寛子^{1,3)} 上山真美^{1,4)} 小山晶子^{1,4)}
黒沢一美^{1,5)} 戸谷麻衣子^{1,3)} 高玉真光^{1,3)} 山口晴保^{1,6)}Tomoharu Yamaguchi^{1,2)}, Fumiko Horiguchi^{1,3)}, Hiroko Kano^{1,3)},
Manami Kamiyama^{1,4)}, Akiko Koyama^{1,4)}, Kazumi Kurosawa^{1,5)}, Maiko Toya^{1,3)},
Masamitsu Takatama^{1,3)} and Haruyasu Yamaguchi^{1,6)}

要旨

【目的】 認知症初期集中支援チームにおける DASC-21 の特徴と有用性を明らかにする。

【方法】 認知症初期集中支援チームの対象者のうち、健常4名、MCI 11名、認知症87名および精神疾患9名の計111名(80.5±5.9歳)におけるDASC-21の群間差や認知症診断の感度・特異度、MMSE、HDS-Rとの関係、DASC-21下位項目における群毎の特徴などを検討した。

【結果】 年齢を統制したDASC-21とMMSEの偏相関係数は $r = -0.70$ ($p < 0.001$, $n = 64$) で比較的強い有意な負の相関を示し、HDS-Rでも同偏相関係数は $r = -0.62$ ($p < 0.001$, $n = 67$) と有意な負の相関を示した。また、DASC-21合計点は健常とMCI、精神疾患の3群と比して認知症で有意に高く($p < 0.001$)、DASC-21は健常と認知症を有意に弁別し($AUC = 0.974$, $p = 0.001$)、カットオフを30/31点とした場合の感度は92%、特異度は100%であった。健常とMCI、認知症、精神疾患の4群間においてDASC-21の7つの下位項目での差は、身体的ADL①と身体的ADL②を除く、記憶($F_{(3, 107)} = 8.30$, $p < 0.001$)、見当識($F_{(3, 107)} = 7.50$, $p < 0.001$)、問題解決($F_{(3, 107)} = 9.42$, $p < 0.001$)、家庭外

キーワード：認知症、DASC、認知機能、認知症初期集中支援チーム、アセスメント

- 1) 前橋市認知症初期集中支援チーム
[〒 371-0847 群馬県前橋市大友町 3-22-9]
- 2) 群馬医療福祉大学リハビリテーション学部
[〒 371-0023 群馬県前橋市本町 2-12-1]
- 3) 老年病研究所附属病院
[〒 371-0847 群馬県前橋市大友町 3-26-8]
- 4) 群馬大学大学院保健学研究科
[〒 371-8514 群馬県前橋市昭和町 3-39-22]
- 5) 株式会社 孫の手・群馬
[〒 379-2304 群馬県太田市大原町 156-3]
- 6) 認知症介護研究・研修東京センター
[〒 168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1]

責任著者：山口智晴
連絡先：群馬医療福祉大学リハビリテーション学部
〒 371-0023 群馬県前橋市本町 2-12-1 前橋プラザ元気
21ビル6階
TEL : 027-210-1294 FAX : 027-260-1294
メール : yamaguchi@shoken-gakuen.ac.jp

(受領日:2018年1月19日, 再受領日:2018年1月26日,
採択日:2018年1月30日)
英文誌名: Tokyo Journal of Dementia Care Research

IADL ($F_{(3, 107)} = 12.18, p < 0.001$)、家庭内IADL ($F_{(3, 107)} = 11.09, p < 0.001$) の5つの下位項目で統計学的有意差を認めた(一元配置分散分析)。VD群が身体的ADLにおいて他群より高値な傾向を示し、DLB群ではIADLやADLの項目が低値な傾向、AD群では特に記憶とIADLが高値な傾向を認めたが、各群におけるDASC-21下位項目毎において統計学的有意差は認めなかった。

【結論】DASC-21はMMSEやHDS-Rと相関し、正常と認知症の判別にも有用であった。DASC-21は認知症初期集中支援事業だけでなく、認知機能検査の実施が困難な地域実践の現場で特に有用であり、地域包括支援センターにおける支援者の評価や介護支援専門員によるケアマネジメントなどにも役立つ指標だと考える。

はじめに

わが国の認知症国家施策である認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるための具現策として認知症初期集中支援チームの設置がうたわれている¹⁾。認知症初期集中支援チームは、一定条件を満たす認知症医療・介護系の専門家が認知症の人やその家族を訪問し、早期診断・早期対応のための体制整備にむけた支援を行う事業で、2013(平成25)年度に全国14市区町村にてモデル事業が実施された。その後、認知症初期集中支援チームは介護保険における地域支援事業(包括的支援事業)に位置づけられ、2018(平成30)年度から全ての市町村で運用されることが決まっており、現在はその体制整備に追われる市町村が多い。チーム員は初回訪問で適切なアセスメントを実施し、得られた結果を元にチーム員会議にて医師を含む多職種での支援方針を検討する。しかし、認知症初期集中支援チームの支援対象者は、家族などの周囲の人が異変に気づき受診を促すも、本人は受診を拒否しているといった事例も多いため、いかに短時間で適切なアセスメントを実施するかは大きな課題である²⁾。そのため、支援対象者本人に対する認知機能検査の実施は難しいことが多く、介護家族などからの情報収集も重要なアセスメントとなる³⁾。2013(平成25)年度の認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業では、初回アセスメントに用いる評価指標は、栗田らが開発した地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items; DASC-21)⁴⁾と、認知症の行動障害を評価するdementia behavior

disturbance scale-13 item version (DBD13)、Zarit介護負担尺度日本語版の8項目短縮版(J-ZBI_8)、身体状態のチェック票の実施が定められており、その後も実施要綱上でこれらのアセスメントの利用が推奨されていた経緯がある。

DASC-21は地域住民の認知機能障害と生活障害を把握し、認知症を検出し、認知症重症度を評価するための観察評価尺度として作成されたため、認知症初期集中支援チームの実践でも活用しやすい。DASC-21の信頼性と妥当性については、栗田らが都内在住65歳以上高齢者1,270名を対象として実施しているが、認知症者はうち23名であったため全対象者DASC-21の平均値23.8、中央値22という偏りがあった⁴⁾。また、18項目から成るDASC-18を用いて認知症と非認知症のDASC下位項目の特徴については、扇澤らが物忘れ外来患者を対象として報告しているが⁵⁾、DASC-21ではその傾向についての報告がない。そこで今回、DASC-21の実施協力が得られた認知症初期集中支援チームの支援対象者で、その有用性を検討したので報告する。

方法

1. 対象

平成25年8月～28年4月の前橋市認知症初期集中支援チームの支援対象者のうち、DASC-21の実施協力が得られた111名を本研究の対象とした。対象となった111名の年齢は 80.5 ± 5.9 歳(平均±標準偏差)で、性別は男性38名と女性73名、世帯としては独居が23名、夫婦のみが50名、その他が38名であった(表1)。なお、111名のうち健常が4名、認知症が87名で、軽度認知障害(mild cognitive impairment; MCI)が11名、精神疾患

表1 対象者の基本属性(mean ± SD)

	全体	健常	MCI	認知症	精神疾患
数	111	4	11	87	9
性別(男/女)	38/73	3/1	3/8	29/58	3/6
年齢(歳)	80.5±5.9	82.3±1.3	78.9±5.5	80.8±6.1	78.4±5.5
世帯(独居/夫婦のみ/その他)	23/50/38	1/2/1	3/5/3	17/38/32	2/5/2
DASC-21(点)	44.1±13.5	25.5±1.7	30.6±6.1	47.6±12.5	35.2±10.9
MMSE(点)	20.2±5.9 (n=64)	28 [※] (n=1)	26.7±2.4 (n=7)	18.8±5.9 (n=52)	25.0±4.1 (n=4)
HDS-R(点)	16.9±6.4 (n=67)	25 [※] (n=1)	23.0±3.8 (n=7)	15.3±5.9 (n=55)	25.0±3.6 (n=4)

※健常のMMSEとHDS-Rは実施協力者が1名のため実数値

表2 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(DASC-21)の項目

	質問項目	下位項目
A	もの忘れが多いと感じますか	導入質問 (採点外)
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがあります	
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	
4	今日が何月何日かわからないときがあります	見当識
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがあります	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	問題解決・ 判断力
8	一日の計画を自分で立てることができますか	
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	
10	一人で買い物はできますか	家庭外 IADL
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	
13	電話をかけることができますか	家庭内 IADL
14	自分で食事の準備はできますか	
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	
16	入浴は一人でできますか	身体的 ADL①
17	着替えは一人でできますか	
18	トイレは一人でできますか	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	身体的 ADL②
20	食事は一人でできますか	
21	家のなかでの移動は一人でできますか	

文献4)より引用

が9名であった。認知症の内訳はアルツハイマー型認知症(Alzheimer's disease dementia; AD)が68名、脳血管性認知症(vascular dementia; VD)が4名、レビー小体型認知症(dementia with Lewy bodies; DLB)が4名、AD/VD/DLB以外の

認知症が11名であった。

2. 評価項目

DASC-21の下位項目は「記憶」、「見当識」、「問題解決・判断力(以下、問題解決)」、「家庭外

IADL)、「家庭内IADL」、「身体的ADL①」、「身体的ADL②」の7つで、各下位項目は3つの質問から成り(表2)、問題なくできる～まったくできない等の4件法で採点し、各下位項目は3～12点となる。そのため全21項目の配点は21～84点で、認知症と非認知症の弁別における最適なカットオフ値は30/31点とされる⁴⁾。基本的にDASC-21は研修を受けたチーム員が対象者の同居者または近隣に住んで良く状況を知る者から日常生活の様子を聞きながら実施したが、一部は対象者の家族介護者が自分で記入したものをチーム員がチェックした結果も用いた。日本語版Mini-Mental State Examination (MMSE)⁶⁾と改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa dementia scale-revised; HDS-R)⁷⁾は、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関の受診につながった対象者のうち情報が得られた対象者のみで、MMSEは 20.2 ± 5.9 点($n = 64$)、HDS-Rは 16.9 ± 6.4 点($n = 67$)であった(表1)。

3. 分析

DASC-21における認知機能(MMSE、HDS-R)との関連については、散布図と相関係数などを用いて検討した。また、DASC-21の合計点と認知症の有無や、認知症の原疾患毎のDASC-21下位項目の特徴については、分散分析やBonferroni

またはDunnnettの多重比較検定を用いて検討した。統計はSPSS statistics 23 for Windows (IBM)を用いて、有意水準は5%未満に設定した。

4. 倫理的配慮

支援対象や家族からは匿名化した臨床データの学術目的における利用と発表について書面にて承諾を得た。なお、筆頭著者の所属先大学および、認知症初期集中支援チームの実施機関である老年病研究所附属病院の2つの倫理委員会において、審査を受けて承認を得た。

結果

1. DASC-21合計得点と認知機能との関連

DASC-21とMMSE、HDS-Rとの関係を示した散布図が図1である。DASC-21とMMSE($n = 64$)は有意な負の相関を示し($r = -0.64$, $p < 0.001$; Spearman)(図1-a)、年齢を統制したDASC-21とMMSEの偏相関係数は $r = -0.70$ ($p < 0.001$)で、比較的強い有意な負の相関を示した。一方、HDS-R($n = 67$)でも同様にDASC-21と有意な負の相関を示し($r = -0.61$, $p < 0.001$; Spearman)(図1-b)、年齢を統制したDASC-21との偏相関係数は $r = -0.62$ ($p < 0.001$)と、同様に有意な負の相関を示した。

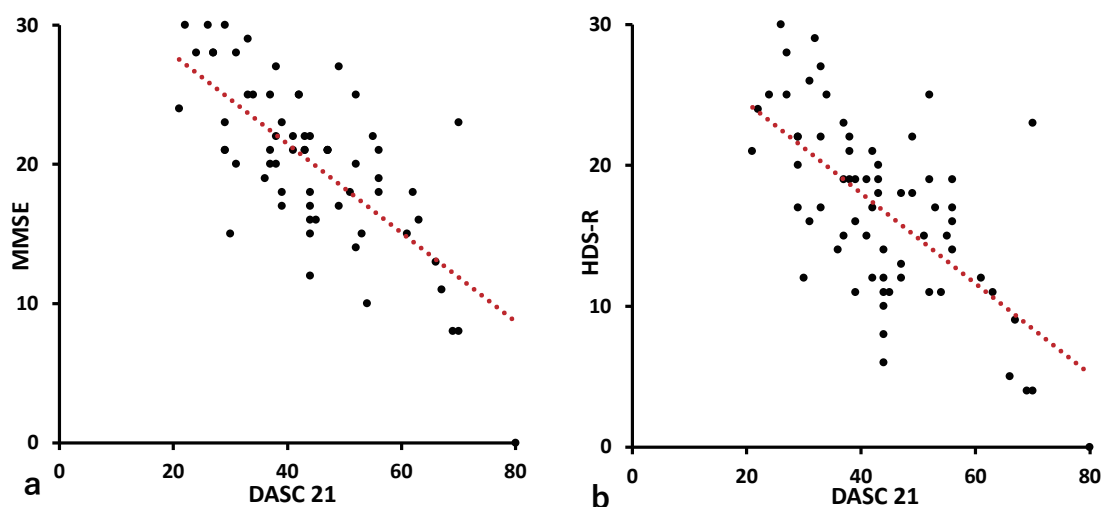


図1 DASC-21と認知機能の相関

1-a : DASC-21とMMSEは有意に負の相関を示し($r = -0.64$, $p < 0.001$, $n = 64$; Spearman)年齢を統制した偏相関係数は -0.70 であった。

1-b : HDS-Rでも同様にDASC-21と有意に負の相関を示し($r = -0.61$, $p < 0.001$, $n = 67$; Spearman)、年齢を統制した偏相関係数は -0.62 であった。

2. DASC-21 合計点の健常・MCI・認知症・精神疾患群での比較

健常とMCI、認知症、精神疾患の4群間においてDASC-21合計得点の差について、一元配置分散分析を実施した結果、統計学的有意差を認め ($F_{(3, 107)} = 12.42, p < 0.001$)、Dunnnett法による多重比較検定では、健常と認知症 ($p < 0.001$)、MCIと認知症 ($p < 0.001$)、精神疾患と認知症 ($p = 0.048$) の間にのみ有意差を認めた。

3. DASC-21 合計得点における認知症の弁別

健常とMCI、認知症、精神疾患の4群に分けた際の、DASC-21の合計得点が31点以上の者の割合を図2に示す。健常(4名)でDASC-21が31点以上であった者はおらず、MCI(11名)では31点以上の者が45.5%(5名)、精神疾患(9名)では55.6%(5名)、認知症(87名)では92.0%(80名)であった。DASC-21の合計得点が算出できた健常者(4名)と認知症者(87名)を対象とした、DASC-21における認知症と健常の弁別的妥当性の検討では、認知症を有意に弁別し(ROC曲線下の面積; Area under the curve = 0.974, 95% CI = 0.942 - 1.000, $p = 0.001$)、カットオフを30/31点とした場合の感度は92%、特異度は100%であった。

なお、認知症者でDASC-21合計得点が30点以下の7名について、DASC-21合計得点は26.7 ±

3.2点(平均±標準偏差)で、中央値は29点であった。

4. 認知症の原疾患などの基本属性毎のDASC-21各下位項目の特徴

ADとVD、DLB、MCI、健常、精神疾患、その他の認知症の7群におけるDASC-21の各下位項目の点数を表3に示すとともに、各群の特徴が分かりやすい様にレーダーチャートで図3に示す。まず、健常とMCI、認知症、精神疾患の4群間においてDASC-21の7つの下位項目での差について、一元配置分散分析を実施した結果、身体的ADL①と身体的ADL②を除く、記憶 ($F_{(3, 107)} = 8.30, p < 0.001$)、見当識 ($F_{(3, 107)} = 7.50, p < 0.001$)、問題解決 ($F_{(3, 107)} = 9.42, p < 0.001$)、家庭外IADL ($F_{(3, 107)} = 12.18, p < 0.001$)、家庭内IADL ($F_{(3, 107)} = 11.09, p < 0.001$) の5つの下位項目で統計学的有意差を認めた。また、健常と認知症の間では記憶以外の6項目で、MCIと認知症の間では全7項目で、認知症と精神疾患の間では記憶と見当識、問題解決、家庭外IADLの4項目で統計学的有意差を認めた(post hocはBonferroni法またはDunnnett法による多重比較検定; 図3-a参照)。図3-aの通り、認知症では非認知症と比して、認知機能面やIADLにおいて高値の傾向を認めた。一方で、認知症群をADとVD、DLB、それ以外の原因による認知症の4群に分け

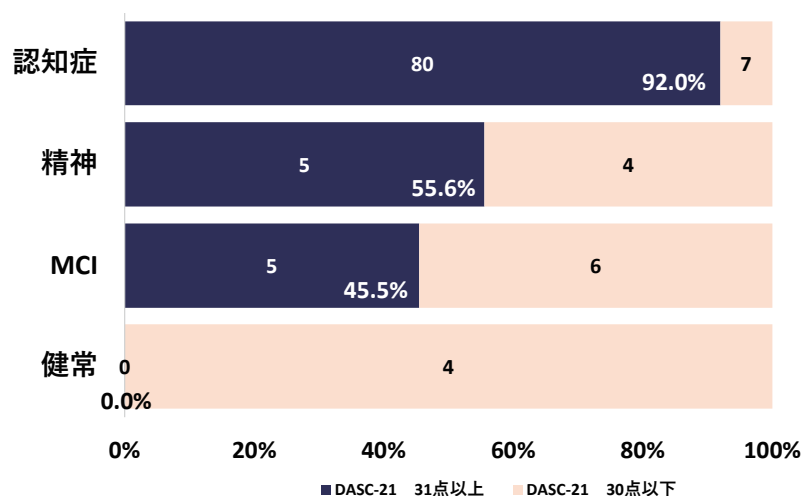


図2 DASC-21が31点以上の者の割合

健常(4名)、軽度認知障害(mild cognitive impairment; MCI, 11名)、精神疾患(9名)、認知症(87名)の各群でDASC-21が31点以上であった者の割合を示す(紺色)。健常でDASC-21が31点以上の者はおらず、認知症では92%(80名)が31点以上であった。

表3 対象者属性毎のDASC-21 各下位項目の点数(mean ± SD)

	健常	MCI	AD	VD	DLB	Other D	精神疾患
人数	4	11	68	4	4	11	9
記憶	4.5±1.3	5.5±1.3	7.7±2.0	6.0±2.2	7.3±2.2	6.8±3.0	5.3±1.1
見当識	3.3±0.5	3.8±1.0	6.1±2.1	6.0±2.5	6.0±1.8	5.7±2.4	4.6±1.0
問題解決	4.3±1.0	5.2±2.1	8.1±2.3	8.3±3.4	7.5±3.0	7.9±3.6	5.6±2.0
家庭外 IADL	3.5±1.0	5.5±2.6	9.2±2.2	7.8±4.0	6.7±3.3	9.1±3.8	6.4±3.3
家庭内 IADL	4.0±0.8	4.5±1.1	8.2±2.4	8.0±3.6	6.8±1.7	8.0±3.5	6.2±2.1
身体的 ADL①	3.0±0.0	3.2±0.4	4.4±2.3	7.3±3.8	4.3±2.5	5.2±2.8	3.7±2.0
身体的 ADL②	3.0±0.0	3.0±0.0	4.0±1.6	6.5±3.5	4.0±1.2	4.3±2.5	3.4±1.3

MCI: 軽度認知障害、AD: アルツハイマー型認知症、VD: 脳血管性認知症、DLB: レビー小体型認知症、Other D: AD/VD/DLB 以外の認知症

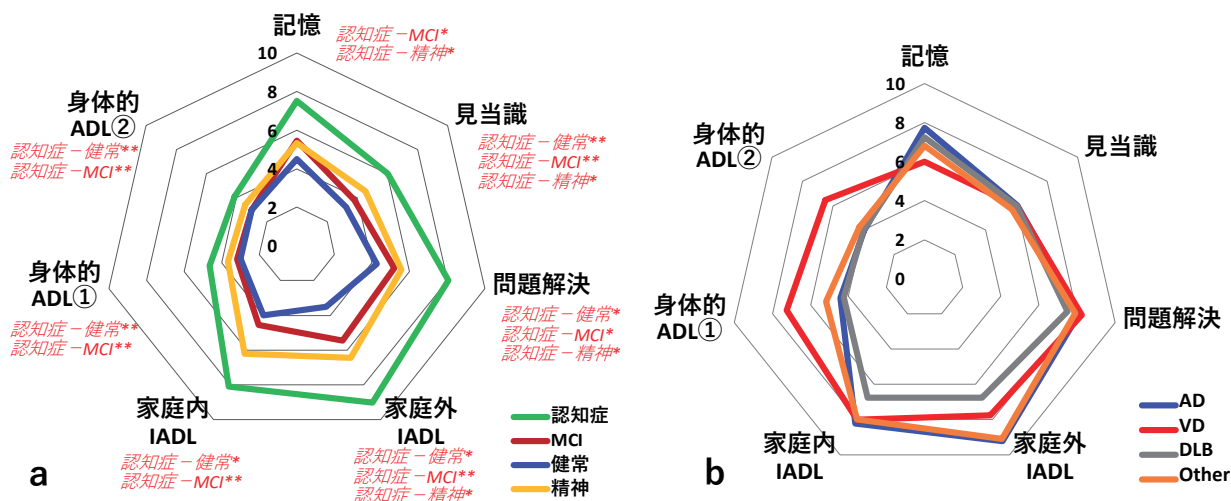


図3 各群におけるDASC-21 下位項目毎の傾向

3-a: 健常とMCI、認知症、精神疾患の各群におけるDASC-21 各下位項目の平均値を示したレーダーチャート。赤色の斜体文字は基本属性毎の多重比較検定で有意差があった群間(*p < 0.05, **p < 0.01)。記憶や見当識、問題解決、IADLでは認知症と非認知症において特に差が大きい傾向がある。

3-b: 認知症の原疾患毎におけるDASC-21 各下位項目の平均値を示す。VDでは身体的ADLにおいて他群と比して点数が高い傾向がみられた。

健常(n=4)、MCI: 軽度認知障害(n=11)、認知症(n=87)、精神疾患(n=9)、AD: アルツハイマー型認知症(n=66)、VD: 脳血管性認知症(n=4)、DLB: レビー小体型認知症(n=4)、Other D: AD/VD/DLB 以外の認知症(n=11)

てその下位項目毎の特徴を図3-bに示した。VDが身体的ADLにおいて他群より高値な傾向を示し、DLB群ではIADLやADLの項目が低値な傾向、ADでは特に記憶とIADLが高値な傾向を認めたが、各群におけるDASC-21 下位項目毎において統計学的有意差は認めなかった。

考察

今回、認知症初期集中支援チームの対象者にDASC-21を実施したところ、MMSEやHDS-Rといった全般的認知機能の指標と中～強度の有意な相関を認めた。これは栗田ら⁴⁾の先行研究結果(MMSEとDASC-21の年齢、性、教育年数を

統制した偏相関係数が -0.65)とほぼ同等の結果であった。ただし、栗田らの研究では対象者が非認知症者に偏り、全対象者のDASC-21平均値が23.8と偏っていたが、本研究では逆に認知症者の比が圧倒的に多くDASC-21平均値は44.1であった。栗田らはカットオフ値を30/31点とすることで、感度91.3%、特異度82.5%で認知症高齢者と非認知症高齢者を有意に弁別することを報告しており、本研究でも、30/31点をカットオフ値とした場合の感度は92%であった。これらのことから、DASC-21は全般的認知機能のある程度確に把握するとともに、認知症と健常を弁別する際の指標となり得ることが示された。

また、DASC-21下位項目における各群の特徴では、記憶以外の全ての項目で健常と認知症、MCIと認知症の群間に有意差を認めた。さらに、認知症の原疾患毎のDASC-21下位項目の特徴を検討すると、AD以外の群は例数が少なく各群間の統計学的有意差は認めないもののVDではそれ以外の認知症と比して、身体的ADL①と身体的ADL②の2項目で高値になる傾向を認めた。扇澤らが物忘れ外来受診者を対象としてADやVD、DLBなどにおけるDASC-18下位項目の特徴を検討し⁵⁾、それらの群間においては原疾患毎の特徴やVDが他の認知症より身体的ADLが高値ではなかったが、いずれも認知症の重症度まで加味しての検討はされていない。ただし、ADでは比較的進行してからでない運動機能障害が目立たないのに対し、VDでは早期から身体機能の低下を来しやすい。多数例での検討では⁸⁾、ADと比してVDでは全てのADLと一部のIADLの動作自立率が有意に低いとされている点は今回の結果と一致している。

ただし、本研究では以下の限界点がある。第1に、DASC-21における認知症と健常の弁別的妥当性について検討したが、認知症者87名に対して健常者が4名と対象者の偏りが大きかった。これは、健常高齢者が基本的に認知症初期集中支援チームの事業対象外であることに起因するが、対象者が健常者に偏っていた栗田らの報告⁴⁾と同等な結果が得られていることから、弁別的妥当性があると考えた。第2に、DASC-21下位項目における各群の特徴を検討したが、本研究では交絡要

因としての各認知症の重症度について考慮できていない。原疾患ではなく重症度によりDASC-21下位項目が影響を受ける可能性も残存しており、この点については今後、更なる検証をしていきたい。

新オレンジプランでは、認知症初期集中支援チームの役割の一つに、早期診断・早期対応がうたわれている。早期診断・早期対応のために、鑑別診断の必要性判断や受診勧奨、診断後の本人や家族のフォロー、認知機能障害によって生じる在宅生活継続に向けた困りごと解決こそが、認知症初期集中支援チームの役割である。認知症初期集中支援チームのように介護や保健の領域における地域実践では周囲の関わりを拒否する様な困難事例も多く⁹⁾、認知機能検査の実施が関係性をより悪化させる。また、認知機能障害と生活機能障害を結びつけて評価する必要があり、単に認知機能検査を実施して合計得点を算出するだけでは有効な支援に結びつかずにその意味が乏しい。MMSEよりも簡便な認知機能テストが報告されているが、初対面の他人に記憶などの認知機能を測られるのは気分が良いものでなく、たとえ認知機能を測定しても、適切な支援策につながらないのであれば意味がない。その点、DASC-21は観察尺度なので基本的には本人への侵襲がなく、認知症のスクリーニングに有用なことに加え、認知機能と生活機能(例えば内服管理能力や買い物の能力)を同時に評価するので、DASC-21の評価結果が生活支援に直結する。介護保険法の第五条の二では、認知症について「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能およびその他の認知機能が低下した状態をいう」と定義づけている。つまり、認知症初期集中支援においては認知機能だけでなく生活機能における問題をしっかりと把握する必要があり、その点においてDASC-21は有用であると考えた。

認知症の根治療法が確立されていないことを踏まえると、初期集中支援のためには、認知障害・生活障害の状態をDASC-21でとらえ、同時に周囲との関係性の綻びなどを適切に把握することが必要である。そして、新オレンジプランの基本的考えである「その人の意思が尊重され、できる限

り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続ける」ことの支援を行うのである。

今回われわれは、DASC-21がMMSEやHDS-Rといった認知機能検査とよく関連し、正常と認知症の弁別にも有効なことを示した。DASC-21は認知症初期集中支援事業だけでなく、地域包括支援センターにおける支援者の評価や介護支援専門員によるケアマネジメントなどにも役立つ指標だと考える。

COI : なし

文献

- 1) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)―認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、2015. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html> (平成29年12月31日参照)
- 2) 山口智晴：認知症初期集中支援チームにおける作業療法士のかかわり. OTジャーナル 49 (7) : 656-661, 2015.
- 3) 前橋市認知症初期集中支援チーム：依頼からアセスメントそして対応. 本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣―初期集中支援チームの実践20事例に学ぶ―(山口晴保, 山口智晴編集). 協同医書出版, 28-68, 2017.
- 4) 栗田主一, 杉山美香, 井藤佳恵, 他：地域在住高齢者を対象とする地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)の内的信頼性・妥当性に関する研究. 老年精神医学雑誌 26 (6) : 675-686, 2015.
- 5) 扇澤史子, 古田光, 磯谷一枝, 他：地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC)の得点分布―主な認知症と非認知症の比較―. 老年精神医学雑誌 27 (増刊-2) : 244, 2016.
- 6) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12 (3) : 189-198, 1975.
- 7) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 他：改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成. 老年精神医学雑誌 2 (11) : 1339-1347, 1991.
- 8) 吉浦和宏：血管性認知症の認知機能低下に伴う生活障害の特徴. 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」. 平成28年度総括・分担研究報告書(主任研究者：池田学) : 61-63, 2017.
- 9) 山口智晴, 堀口布美子, 狩野寛子, 他：前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討. Dementia Japan 29 : 586-595, 2015.