

認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の
開発，効果検証および普及に関する研究

認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の開発，効果検証

および普及に関する研究

主任研究者 小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
分担研究者 森 明子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
研究協力者 加藤 健吾（介護老人保健施設 メディケア栄）
河崎 千明，岩元 裕子，田中 将裕，黒田 真梨，橋本 和樹，石田 洋子
（虹ヶ丘介護老人保健施設）
山際久美子，加藤真佑美（介護老人保健施設 おとわの杜）
安田さおり，上野 菜穂，山本 博，井上 豊子，長屋 政博
（介護老人保健施設 ルミナス大府）
高田 育子，神谷 浩枝（グループホーム 百の木東海）
長谷川久美（グループホーム ルミナス大府）
寶珠山 稔（名古屋大学医学部保健学科）

研究Ⅰ．「いきいきリハビリ」の開発，効果検証

A. 目的

介護保険制度では，2006 年度から介護老人保健施設の認知症高齢者に対する個別リハビリテーションに対して加算が算定できるようになった¹⁾．この認知症短期集中リハビリテーション加算は，2009 年度に大きく単位改正（60 単位から 240 単位へ）され，根拠（エビデンス）のあるリハビリテーション・プログラムの実践がますます求められている²⁾．

認知症高齢者に対するリハビリテーション，非薬物療法においては，認知機能の改善のみならず，Quality of Life（以下 QOL）の改善も重要である．非薬物療法として，現実見当識訓練（Reality Orientation：以下 RO）法，回想法，音楽療法などがよく行われている³⁻⁶⁾．しかし，これらの有効性について，対照群をおいた報告はまだ少なく⁷⁾，非薬物療法のエビデンスの乏しさが指摘されている⁸⁾．

2003 年にイギリスで，RO や回想法の有用な要素を系統的にまとめた Cognitive Stimulation Therapy（以下 CST）が開発され^{9,10)}，大規模調査で認知機能や QOL 等における有効性が認められた^{9,11)}．CST はイギリスの認知症診療ガイドラインに採用さ

れ、実践が推奨されている^{12,13)}。CSTは介護現場で実施しやすく、有効性も明らかになっていることから、イギリスを中心に世界各国で実践されている¹⁴⁾。

そこで、われわれはCSTやわが国の先行研究を参考にし、日本人に適した内容で、1対1（個別）で実施できる「いきいきリハビリ」を開発した^{15,16)}。今回、「いきいきリハビリ」の有効性を検証することを目的とし、対照群をおいた介入研究を行った。

また、「いきいきリハビリ」の具体的な実施方法をわかりやすく説明した「いきいきリハビリ」実践ガイド（後半に掲載）を作成した。

B. 方法

1) 対象者選定

A県内の介護老人保健施設4施設、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）の2施設の計6施設へ協力を依頼した。各施設の認知症高齢者に対するリハビリテーションを担当している作業療法士や施設管理者に対して、「いきいきリハビリ」の概要、セッションの進め方を説明した。そして各施設のスタッフが、表1の対象者選定（除外）基準を用いて対象者を選定した。

表1 対象者選定基準

選定基準	除外基準
1) 65歳以上で認知症の診断がされている もしくは、DSM-IV-TRの認知症の基準に該当する	1) 重度の聴覚障害
2) 軽度から中等度の認知機能低下 (例：改訂長谷川式簡易知能スケール10～19点)	2) 重度の視覚障害
3) 病状や体調が比較的安定している	3) 体調不安定
4) 10セッションの介入終了まで、継続して入所予定	
5) 集中力が30分程度は持続する	
6) 家族の同意を得ることができる	

2) 内容

「いきいきリハビリ」は、表 2 の内容で構成した（詳細は実践ガイド参照）。週 1 回で 1 回につき 1 セッション、1 回は約 20 分とし、10 週連続で実施した。セッションの実施は、認知症高齢者に対するリハビリテーションの経験を有する作業療法士が担当した。

表 2 セッション内容一覧

セッション名	主な内容
① 季節の話	その季節にふさわしい写真を見ながら、今の季節を確認する
② なつかしい話	なつかしい教科書やおもちゃなどに触れ、思い出を話す
③ 生活の知恵	なつかしい生活道具の写真（例：蚊帳）を見て、使い方を話す
④ 名所	名所の写真を東日本と西日本に分ける、旅行等の思い出を話す
⑤ 顔写真	有名人の写真を見て、映画や歌の話をしながら男女に分ける
⑥ 食べ物	旬の食べ物、好きな料理、台所の道具などについて話す
⑦ 言葉	いろはかるたを使って、日本語の言い回しを楽しむ
⑧ お金	古いお金、昔の物の値段、小遣いなどについて思い出す、 値札のついたカードの合計金額をそろばんで計算してみる
⑨ 歌	なつかしい歌を聴いて歌う、歌や映画などの思い出を話す
⑩ 思い出カード	①～⑨の中で気に入った写真を使ってカードを作る

介入前に個人票を作成し、対象者についての詳細な情報（生活歴、教育歴、趣味、好きな音楽、住んでいた場所、馴染みの場所等）を集めた（実践ガイド 9 ページ参照）。

そして実施者（今回は作業療法士）が取り組みやすいように、「いきいきリハビリ」使用物品セット（カードセットを含む）を独自に作成した（図 1）。使用物品セットはセッション毎に袋分けし、実施方法を詳しく書いた説明書を同封した。使用物品セットには、わかりやすいカラー写真や実物を多く取り入れた。そして、写真等にタイトルや名前を貼り、対象者が想起しやすいように視覚的手がかりを工夫した。



図1 「いきいきリハビリ」使用物品セット

「いきいきリハビリ」は、居室やフロア、リハビリテーション室等の静かな場所で行った。

毎回、その日の内容を行った後に、日誌を用いて、日付、季節、実施者の氏名などを実施者と一緒に確認した(日誌は実践ガイド 11 ページ参照)。正解がわからない場合は、試行錯誤するのではなく、支持的に正解を提示するという「誤りなし学習(エラーレス・ラーニング)」の方法を取り入れた¹⁷⁾。

終わりに対象者の感想を聞き、次回の予定を伝えて終了した。

3) 手順

同意を得た直後から「いきいきリハビリ」を開始する介入群，10 週後に開始する対照群の 2 群に分け，6 か所の協力施設のうち，3 施設を介入群，3 施設を対照群とした．

後に対照群にも介入を行なったが，その結果は今回の分析から除外した(図 2)．

対象となった 41 名（男性 4 名，女性 37 名）のうち，入院や転所のため，4 名が中止となり，最終的な分析対象者は介入群 19 名（男性 2 名，女性 17 名），対照群 18 名（男性 2 名，女性 16 名）の合計 37 名であった（図 1）．中止した理由は，全て身体的疾病による入院や他の施設への転所で，拒否はなかった．

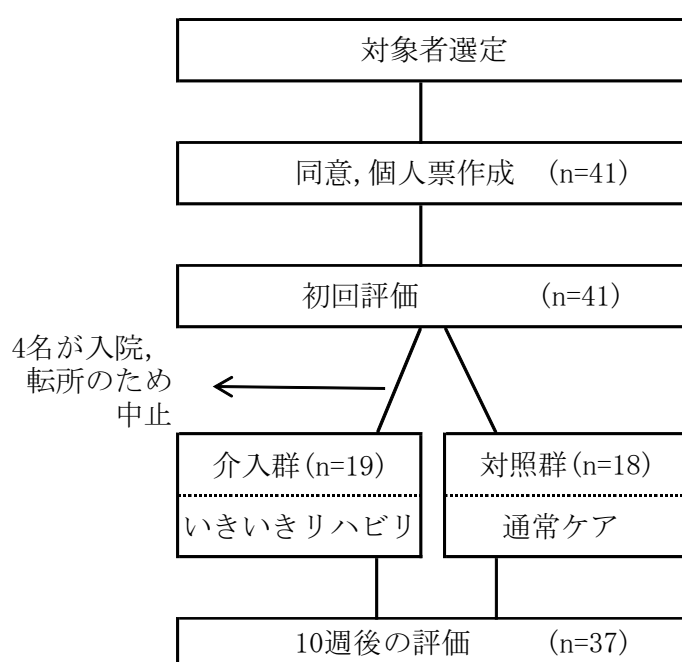


図 2 手順

対象者の認知症の原因疾患は，介入群では，血管性認知症 1 名，アルツハイマー型認知症 9 名であり，他の 9 名については詳細な診断を把握できなかったが，DSM-IV-TR¹⁸⁾の基準で認知症に該当した．対照群では，血管性認知症 1 名，アルツハイマー型認知症 6 名，他 11 名は DSM-IV-TR の基準で認知症に該当した．

対象者の平均年齢，教育歴，要介護度，初回評価の Mini-Mental State Examination (MMSE)¹⁹⁾ において，介入群と対照群の背景の差を t 検定，MMSE については Mann-Whitney の U 検定を用いて分析したところ，2 群間で有意な差は認められなかった（表 3）．

表 3 対象者の属性

	介入群 (n=19)	対照群 (n=18)	p値
性別 [男性/女性] (人)	2/17	2/16	
年齢 [平均±標準偏差 (範囲)] (歳)	82.7±5.3 (75-93)	86.2±6.6 (78-94)	0.47
教育歴 [平均±標準偏差 (範囲)] (年)	7.6±2.1 (6-12)	8.0±2.5 (6-12)	0.30
要介護度 [平均±標準偏差 (範囲)]	2.8±1.3 (1-5)	2.9±0.9 (2-5)	0.92
MMSE [平均±標準偏差 (範囲)] (点)	15.0±5.5 (5-23)	12.4±5.5 (6-26)	0.13

t検定, MMSEはMann-WhitneyのU検定

4) 倫理的配慮

本人と家族に対し、研究の目的、内容・方法・プライバシーの保護、途中での中断が可能であること等について書面を用いて説明し、同意を得た者を対象者とした。本研究は、認知症介護研究・研修大府センター倫理委員会の承認を得て行った。

5) 評価指標

初回評価と 10 週後評価には以下の指標を用いた。評価は実施者とは別のスタッフが行なった。

① 認知機能

認知機能の評価として広く用いられている MMSE を用いた。MMSE は、日時、場所、物品名、計算、短期記憶、言語指示理解、図形模写などの 11 項目から構成されている。認知機能を広範に把握することができる。30 点満点で、カットオフ値は 23/24 点である。

② Activities of Daily Living (以下 ADL)、精神・行動面

ADL、精神・行動の評価には、高齢者用多元観察尺度(Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects; 以下 MOSES)²⁰⁾を用いた。下位尺度として、「セルフケア」、「失見当」、「抑うつ」、「イライラ・怒り」、「引きこもり」の 5 領域があり、40 項目の下位項目がある。各項目において、過去 1 週間の日常生活の行動をふまえて、対象者に当てはまる選択肢を 1 つ選ぶ。正常もしくは全く問題なしが 1 点、重度の障害が 4 点となる。通常は下位尺度ごとに加算して算出する。点数が高いほど障害が高度と判断する。

③ QOL 面

認知症高齢者に適した QOL 指標として、寺田らの The QOL questionnaire for dementia (以下 QOL-D)^{21,22)}を用いた。QOL-D は、「陽性感情」、「陰性感情・陰性行動」、「コミュニケーション能力」、「落ち着きのなさ」、「他者への愛着」、「自発性&活

動性」の 6 領域 31 項目から構成されている。各項目を 1～4 点の 4 段階で採点し、下位領域ごとに加算して算出する。6 領域のうち、陰性感情&陰性行動、落ち着きのなさの 2 領域は点数の低下を改善と判断する。

6) 分析方法

初回評価と10週後評価を対象者全員に実施した。初回評価と10週後評価の得点をノンパラメトリックのWilcoxonの符号付順位検定を用いて比較した。統計的な有意水準は5%未満とした。分析ソフトはSPSS for Windows Ver.17.0 Jを用いた。

C. 結果

評価指標による初回評価と 10 週後評価の比較の結果を表 4 に示した。

表 4 評価指標による変化

	介入群 (n=19)			対照群 (n=18)		
	初回	10週後	p値	初回	10週後	p値
MMSE (平均±標準偏差)	15.0±5.5	16.0±6.4	0.02*	12.4±5.5	12.1±5.4	0.78
MOSES (平均±標準偏差)						
セルフケア	15.5±4.8	15.5±4.8	1.00	17.7±4.2	18.0±4.2	0.13
失見当	19.3±4.6	18.8±4.4	0.04*	19.7±5.3	19.7±5.3	1.00
抑うつ	9.9±2.7	9.8±2.8	0.45	10.0±2.9	10.2±3.0	0.32
イライラ感・怒り	9.5±2.2	9.5±2.2	1.00	12.1±3.4	11.9±3.6	0.08
引きこもり	15.0±6.0	15.1±6.2	0.65	18.4±6.9	18.7±6.9	0.10
QOL-D (平均±標準偏差)						
陽性感情	23.3±3.5	23.7±3.7	0.27	22.2±4.8	22.1±4.9	0.56
陰性感情&陰性行動	7.4±2.2	6.9±1.6	0.04*	7.9±2.1	7.9±2.1	0.32
コミュニケーション能力	18.5±2.4	18.6±2.1	0.18	17.2±3.1	17.2±3.1	1.00
落ち着きのなさ	6.3±1.4	5.9±1.4	0.08	6.5±1.6	6.4±1.6	0.32
他者への愛着	12.0±2.9	12.3±2.9	0.05	10.8±4.3	10.7±4.4	0.32
自発性&活動性	12.5±3.5	12.5±3.5	0.56	9.2±4.2	9.1±4.2	0.32

下線の項目は逆転項目で、得点の低下が改善を示す

*p<0.05

1) MMSE

介入群では、有意な改善を認めた（初回 15.0 ± 5.5 点，10 週後 16.0 ± 6.4 点， $z = -2.33$ ， $p = 0.02$ ）。対照群では、有意な変化がみられなかった。

2) MOSES

MOSES では点数の低下を改善と判断する。介入群では「失見当」の下位尺度で有意な改善を認めた（初回 19.3 ± 4.6 点，10 週後 18.8 ± 4.4 点， $z = -2.04$ ， $p = 0.04$ ）。対照群では、いずれの下位尺度においても有意な変化がみられなかった。

3) QOL-D

介入群では、「陰性感情&陰性行動」（逆転項目であり点数の低下を改善と判断する）の領域で有意な改善を認めた（初回 7.4 ± 2.2 点，10 週後 6.9 ± 1.6 点， $z = -2.06$ ， $p = 0.04$ ）。対照群では、いずれの領域においても有意な変化を認めなかった。

D. 考察

1. 介入群と対照群の評価指標による変化による効果検証

初回評価と 10 週後評価で MMSE の得点を比較したところ、介入群で有意な改善が認められ、対照群では変化がみられなかった。このように介入群で認知面の改善を認めたのは、写真等の視覚的手がかりを効果的に利用しながら、さまざまな認知刺激を含む作業活動を行ったこと、人生初期の記憶や手続き記憶や意味記憶といった、認知症が進行しても保たれやすい能力を賦活したことが良い影響を与えたと考える。

MOSES では、介入群において「失見当」の下位尺度で改善を認めた。これは、毎回日誌を書くという作業活動を通して、「誤りなし学習」を取り入れた RO を行ったことが改善につながったと考える。その他の下位尺度である「セルフケア」、「抑うつ」、「イライラ感・怒り」、「引きこもり」の各項目では、いずれも有意な変化が認められなかった。「いきいきリハビリ」には ADL 等に直接関与する要素が含まれていないこと、週 1 回という低頻度であったことから、これらの項目に変化がなかった可能性が考えられる。

そして、QOL-D の「陰性感情&陰性行動」の領域で、介入群において有意な改善を認めた。この「陰性感情&陰性行動」の領域には、「怒りっぽい」、「周囲の人とトラブルになる」、「介護に抵抗する」といった下位項目が含まれている。このような結果から「いきいきリハビリ」は、心理的安定をもたらすことが示唆された。

2. 「いきいきリハビリ」の介護現場における活用

認知症短期集中リハビリテーション加算では、有効なプログラムパッケージが必要であると言われている²³⁾。「いきいきリハビリ」は系統的なプログラムパッケージであり、認知面、QOL面の改善が期待できることから、認知症短期集中リハビリテーション加算プログラムの1つとして活用できると考える。

「いきいきリハビリ」では、毎回同じ実施者と1対1で密に関わることから、実施者と認知症高齢者が馴染みの関係を構築できる。加えて、「いきいきリハビリ」の10セッションの内容は、いずれも認知症高齢者が楽しく、安心して取り組むことができるので実施しやすい。「いきいきリハビリ」では特定の低下した機能を改善させるのではなく、強み、保持されている能力を多面的に活用する。そのような要素が「いきいきリハビリ」にあるため、認知面のみならずQOL面の改善にもつながったと考える。そして、「いきいきリハビリ」を実施することによって、対象者の保たれている能力、適している活動、話題などを把握できることから日頃の介護に有用な情報を把握できると考える。

E. 結語

認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラム「いきいきリハビリ」を開発し、その有効性を検証した。対照群と比較した結果、

1. 「いきいきリハビリ」の認知面、QOL面に対する有効性が示唆された。
2. 「いきいきリハビリ」は、対象者に受け入れられやすく、介護現場で実施しやすい系統的なプログラムパッケージであり、認知面、QOL面の改善が期待できることから、介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションの1つの方法として活用できると考える。

F. 文献

- 1) 認知症短期集中リハビリテーションの実態と効果に関する研究事業報告書。平成18年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）。全国老人保健施設協会，2007。
- 2) 鳥羽研二：認知症短期集中リハビリテーション研修（医師対象）～非薬物性治療を含む認知症の治療について。老健20：19－23，2009。
- 3) 駒井由紀子，繁田雅弘：認知症のリハビリテーションに対する文献研究。作業療法

25 : 423－438, 2006.

- 4) 長田久雄：非薬物療法ガイドライン；アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン．老年精神医学雑誌 16 : 92－109, 2005.
- 5) 若松直樹, 三村 將, 加藤元一郎, 塚原敏正, 正木かつら, 他：痴呆性老人に対するリアリティ・オリエンテーション訓練の試み．老年精神医学雑誌 10 : 1429－1435, 1999.
- 6) 相星さゆり, 浜田博文, 稲益由紀子, 尾堂友予, 森越ゆか, 他：老年期痴呆患者に対して現実見当識訓練 (RO)法と回想法を併用した心理的アプローチの結果．老年精神医学雑誌 12 : 505－512, 2001.
- 7) 森 朋子, 吉田 拓, 畠山佳久, 中野倫仁：軽度～中等度アルツハイマー型認知症への認知リハビリテーションの効果判定．老年精神医学雑誌 19 : 891－899, 2008.
- 8) 日本神経学会：認知症疾患治療ガイドライン 2010, pp115－120, 医学書院, 2010.
- 9) Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, et al : Efficacy of an evidence－based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia－Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 183 : 248－254, 2003.
- 10) Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Orrell M : Making a difference. An evidence－based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders. Hawker Publications, London, 2007.
- 11) Woods B, Thorgrimsen L, Spector A, Royan L, Orrell M : Improve quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. Aging Ment Health 10 : 219－226, 2006.
- 12) Salmon N : Cognitive stimulation therapy versus Acetyl Cholinesterase Inhibitors for Mild to Moderate Dementia : a latter-day David and Goliath?. Br J Occup Ther 69 : 528－530, 2006.
- 13) 本間 昭：イギリスの認知症診療ガイドラインと課題．老年精神医学雑誌 20 : 414－419, 2009.
- 14) Cognitive Stimulation Therapy for Dementia<[http : //www.cstdementia.com](http://www.cstdementia.com)>
- 15) 森 明子, 小長谷陽子, 加藤健吾, 加藤千明, 上原有未, 他．認知症高齢者に対する個別リハビリテーションの効果－「いきいきリハビリ」の開発に向けた予備研究－．愛知作業療法 18 : 49－56, 2010.
- 16) 森 明子, 小長谷陽子, 加藤 健吾, 河崎 千明, 岩元 裕子：認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラムの効果．臨床作業療法 7 : 454－459, 2010.
- 17) 三村 將, 菅野圭子：軽度認知症患者の学習効率に関与する要因．精神神経学雑誌 107 : 1314－1319, 2005.
- 18) American Psychological Association・編 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸・訳) :

DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002.

- 19) 大塚俊男, 本間昭監修: 北村俊則著: Mini-Mental State (MMS). 高齢者のため知的機能検査の手引き. ワールドプランニング, 東京, 1991, pp35-42.
- 20) 新井平伊: 老年精神医学関連領域で用いられる測度 14-観察式による痴呆の行動評価(3). 高齢者用多元観察尺度 Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). 老年精神医学雑誌 7: 913-926, 1996.
- 21) 寺田整司, 石津秀樹, 藤沢嘉勝, 山本 真, 藤田大輔, 他: 痴呆性高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行: 臨床精神医学 30: 1105-1120, 2001.
- 22) Terada S, Ishizu H, Fujisawa Y, Fujita D, Yokota O, et al : Development and evaluation of a health - related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan. Int J Geriatr Psychiatry 17: 851-858, 2002.
- 23) 宮内順子: 認知症ケア研修会～認知症短期集中リハビリテーション研修 (医師対象) ～認知症短期集中リハビリテーションのアセスメントとプログラム. 老健 20: 28-31, 2009.

研究Ⅱ. 「いきいきリハビリ」の普及に関する研究

A. 目的

「いきいきリハビリ」の普及を目的として、認知症高齢者のリハビリテーションや介護にたずさわっている医療・介護スタッフを対象に研修を行った。

B. 方法

愛知県認知症研究会(代表：来島修志氏)の協力を得て、認知症介護やリハビリテーションに関わっている専門職(スタッフ)に対し、紹介パンフレット、実践ガイド、使用物品セットを用いて「いきいきリハビリ」に関する研修を行い、アンケート調査を実施した。

日時	平成22年9月24日	19:00～21:00	講師	森 明子
内容	・認知症のリハビリテーションの現状と課題, 非薬物療法のエビデンス概説 ・「いきいきリハビリ」の紹介 ・「いきいきリハビリ」の実践ガイド, 使用物品セット, 「かけはし票」と「思い出帖」^{1)*}についてグループ討議 ・全体での質疑応答, 意見交換 ・アンケート記入			
参加者	認知症高齢者のリハビリテーションや介護にたずさわっている医療・介護スタッフ 50名			

*1) 「かけはし票」は、いきいきリハビリで把握した情報から、プライバシーを考慮した上で、対象者理解やケアに役立つ内容を、①現在の能力、②おすすめ活動、③おすすめ会話の3項目でまとめた(図1)。

「思い出帖」は、セッションの中で特にいきいきと語った語りと、関連する具体的な写真を載せた冊子である(図2)。

いきいきリハビリ かけはし票

<現在の能力など>

認知

MMSEは 19 点です。

季節や日時、場所(ルミナス)は覚えることができませんが、掲示すれば理解できます。

計算は、そろばんで行なうことが多かったそうです。

文字は、とてもきれいに書くことができます。

行動や心理

お話は好きで、身振り手振りもとても多く、いきいきとお話されます。

最近の出来事などは覚えることが難しいので、話ははじめは緊張もされますが、すぐに打ち解けられます。

人に話したり、教え伝えるという役割を持つことが適していて、「知っていることを話すのはいつでもしてあげる」と役立つことは楽しいという思いを持っていらっしゃいます。



<おすすめ活動>

1	囲碁の記録	囲碁を余暇でされています。字を上手に書くことができるので、囲碁の勝ち負けや、対戦相手など、囲碁に関する記録(日誌のようなもの)を書いてもらうとよいでしょう。	できる活動を行い、記憶を補う
2	盆踊り	阿波踊りについては、上手に見本を見せてくださいます。踊り方を教えてもらうことができると思います。	ご本人が役立ち感を持つ



<おすすめ会話>

- 1 何月かを提示すれば、季節は理解できるので**季節の話題**はお勧めです。
- 2 今いる場所(ルミナス、大府市)は覚えることができませんが、言葉でお伝えすれば理解できます。
- 3 子供のころ、**剣玉**で遊んだということで、どのように穴を削ると良いかという工夫について、丁寧に教えてくださいます。
- 4 阿波踊りの思い出を多く語られます。とても上手で細かい手さばきなども教えて下さいます。
- 5 **そろばん**は、実家の家業で使っていて、値段交渉の再現など身振りを交えていきいきと話してくださいます。5つ玉のそろばんの写真を「いきいき思い出カード」に貼り、青いカードを作成しましたので、これを見ながら、そろばんにまつわる話やご実家での話をしてもらうと良いでしょう。
- 6 昔のお風呂(五右衛門風呂)について、炭屋さんで薪を買ってきて5分に1度づつ入れることなど、楽しくお話されます。子供の頃、薪を割る手伝いをしたので、「こつ」を身振り手振りを使って教えて下さいます。

図 1 「かけはし票」(例)



図2「思い出帖」(例)

(写真提供：北名古屋市歴史民俗資料館)

C. 結果

アンケート回答者の背景

・性別 男性：女性 13名：37名 (計50名)

・平均年齢 30.6±7.9歳

・職種

作業療法士	41名 (82%)
理学療法士	3名 (6%)
言語聴覚士	1名 (2%)
看護師	2名 (4%)
介護福祉士	3名 (6%)

・勤務先

介護老人保健施設	23名 (46%)
病院	20名 (40%)
通所サービス (デイケア, デイサービス)	3名 (6%)
訪問サービス (訪問リハ, 訪問看護)	3名 (6%)
有料老人ホーム	1名 (2%)
大学・専門学校	2名 (4%)

・経験年数

3年未満	17名 (34%)
4～6年	20名 (40%)
7～9年	4名 (8%)
10年以上	9名 (18%)

アンケート結果

1) 「いきいきリハビリ」の紹介はわかりやすかったですか？

	数	(%)
1. とてもわかりやすかった	24	48
2. わかりやすかった	26	52
3. ややわかりにくかった	0	0
4. わかりにくかった	0	0

(n=50)

2) 「いきいきリハビリ」に興味を持たれましたか？

	数	(%)
1. とても興味を持った	24	48
2. 興味を持った	26	52
3. あまり興味が持てなかった	0	0
4. 興味が持てなかった	0	0
(n=50)		

3) 「いきいきリハビリ」は臨床（現場）で実施しやすいと思いますか？

	数	(%)
1. とても実施しやすい	5	10
2. 実施しやすい	35	70
3. やや実施しにくい	10	20
4. 実施しにくい	0	0
(n=50)		

4) 「いきいきリハビリ」を臨床（現場）で実施してみたいと思いますか？

	数	(%)
1. ぜひ実施してみたい	16	32
2. 実施してみたい	34	68
3. あまり思わない	0	0
4. 思わない	0	0
(n=50)		

「いきいきリハビリ」に対する自由記載

<「いきいきリハビリ」の実施しやすさに関するコメント>

- ・ 新人や職種に関係なく実施できる点が良いと思う。
- ・ 実施しやすいので、関係が十分にとれていない対象者との関係作りのきっかけとしても活用できる。
- ・ 内容が多岐に渡るため、回復期病院でも導入の可能性があると感じた。
- ・ 在宅（訪問サービス）でも充分活用できる。
- ・ 急性期病院で手術を受け、その後、認知機能低下を合併した状態で、回復期リハビリテーション病院に転院してこられる患者様も多い。回復期でも取り組める内容である。3か月という短期間での実施と効果の検証を今後も続けてほしい。

- ・ 場所を選ぶことなく実施できる点が良い。
- ・ 対象者との関係が十分でない初期の時点からでも導入できる点と、20分で実施できるように考えられているので実施しやすい。
- ・ スタッフやご家族，ボランティアの方も利用できる点がとても役立ちそうである。
- ・ 10種類のセッションがテーマごとに分かれているので，利用者にとってもわかりやすいと思った。
- ・ 若いスタッフや，回想法を知らないスタッフでも実施できそうと思った。
- ・ 失語症や右半球損傷後のコミュニケーション障害の訓練のフリースペースでも活用できる内容である。
- ・ 実施者（セラピスト）がいなくても，対象者どうしても可能であろう。

＜実践ガイドや使用物品セットに関するコメント＞

- ・ 将来的に「いきいきリハビリ」の使用物品セットを広めてほしい。
- ・ 使用物品セットをレンタルや購入できるようにしてほしい。
- ・ さまざまな場面で利用できるように，資料をホームページ上で公開してほしい。
- ・ ぜひカードセットが安く簡便に入手できるようになることを期待している。
- ・ 使用物品セット（教科書や写真，そろばん等）の準備が大変そうであるが，それができれば，実施しやすいと思う。
- ・ 写真などの道具があると話のきっかけ等に結びつきやすい。
- ・ 地域に合った写真や道具の準備が必要であると思った。
- ・ 使用物品セットの準備さえできれば，実施しやすい。
- ・ 理想的には写真等は各個人で違う物が必要になってくるであろう。
- ・ 写真だけでなく，教科書やそろばんといった実物を手に取って行うことができる点がとても良い。
- ・ 実践ガイドがあり，使用物品が体系化されている事がすごいと思う。
- ・ 名所のセッションでは，地方別の写真を揃えると対象者に適した写真を選択できる。
- ・ 年代や世代別に使用物品セットを用意できれば，さらに幅広い対象者に活用できると思う。
- ・ 普段の日常の会話で回想を引き出すことがあるが，今回のようなわかりやすい具体的な写真があると，患者さんの興味や話したいことを引き出せると思う。
- ・ 歌や顔写真は年代別に分かれているとさらに使いやすい。
- ・ カードに，実施者が参考になる豆知識があると役立つ。
- ・ 「いきいきリハビリ」の使用物品セットが，対象者の年代別（大正生まれ，戦前，戦後など）に開発されるとさらに良い。

<「いきいきリハビリ」をケアへつなげる工夫に関するコメント>

- ・ 10回のセッションを終えて、対象者に適したアクティビティを探し、その後のフロアでの生活の場にいかに関わっていくかが重要であり、難しいと思った。
- ・ 実施後に家族や他部門にも対象者のことを伝える「思い出貼」「かけはし票」は、とてもわかりやすい。
- ・ 「かけはし票」のような情報提供書が大切であると思った。
- ・ 良い反応を引き出して、その後、どのように普段の生活、フロアでのケアへつなげていくかが課題である。
- ・ 病院でも認知症の患者さんへの対応は難しいとされているので、患者さんを理解する糸口になると思った。

<研修内容についてのコメント>

- ・ 認知症の方へのリハビリテーションを立ち上げていく中で、とても参考になった。
- ・ 病院の認知症の方へのリハビリシステムを作り直す参考にしたい。
- ・ やってみたい内容がたくさんあった。
- ・ 実際に行っている場面や動画を見たかった。
- ・ とても内容がわかりやすく、現場でもすぐ取り入れてみたいと思った。
- ・ このような「いきいきリハビリ」を毎日患者さんと1対1で行うことができ、楽しい時間が共有できたら本当に素晴らしいと思う。現実には時間との戦いの日々である。
- ・ とても興味深かった。明日からの現場で可能な内容から実施していきたい。

D. 考察

研修の参加者は、認知症高齢者に対するリハビリテーションを担当しているスタッフが多かった。「いきいきリハビリ」は、認知症介護やリハビリテーションの現場で使いやすく、現場で使ってみようという意見が多かった。また介護施設のスタッフのみでなく、病院や訪問事業所のスタッフからも、現場で活用できるというコメントを得た。

「いきいきリハビリ」をいつでも、どこでも実施できるように、「いきいきリハビリ」の具体的な実施方法をわかりやすく説明した「いきいきリハビリ」実践ガイドと使用物品セットを作成した。そしてこれらの普及に対する期待が大きいことがわかった。

さらに介護経験の浅いスタッフにとっても、実践ガイドがあるので実践しやすいという評価を得た。実践ガイドと使用物品セット等をさらに充実させていくことによって、介護やリハビリテーションにたずさわる多くのスタッフが「いきいきリハビリ」を実施しやすくなり、認知症高齢者のQOLの改善に寄与できると考える。

E. 結語

「いきいきリハビリ」の普及を目的に研修を行った。「いきいきリハビリ」は、認知症ケアの現場で使いやすく、認知症高齢者との関係作りに寄与する点が現場スタッフに好評であった。

「いきいきリハビリ」で使用する資料や、認知症高齢者の記憶を紡ぐきっかけとなる写真、使用物品セット等のさらなる普及、充実が求められていることがわかった。

F. 文献

- 1) 森 明子，小長谷陽子，加藤 健吾，河崎 千明，上原 有未，他：認知症高齢者に対するいきいきリハビリの開発と効果検証に関する研究. 老人保健健康増進等事業による研究報告書 平成 21 年度認知症介護研究報告書 施設における認知症高齢者の進行予防および QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果検証に関する研究事業，12－19，2010.