

訪問看護記録検索

表示

検索条件

累計期間 05/11/01 ~ 06/01/31

F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10 F11 F12

参照 印刷 戻る

検索 リセット

訪問看護件数

	介護保険法の利用者										合計
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	健康保険等			
利用実人員数(人)	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3	
訪問回数(回)	0	0	0	9	6	0	0	0	0	15	
30分未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
30分以上1時間未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1時間以上1時間30分未満	0	0	0	8	6	0	0	0	0	15	
1時間30分以上2時間未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2時間以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

終了

図 16 訪問看護記録集計表示画面

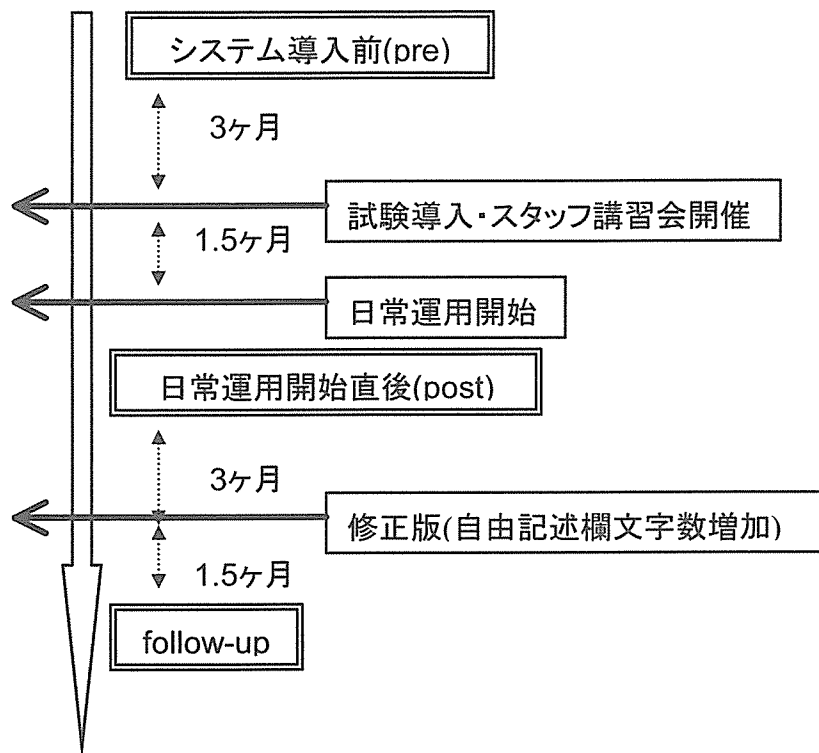


図 17 査定手続きの時間的流れ

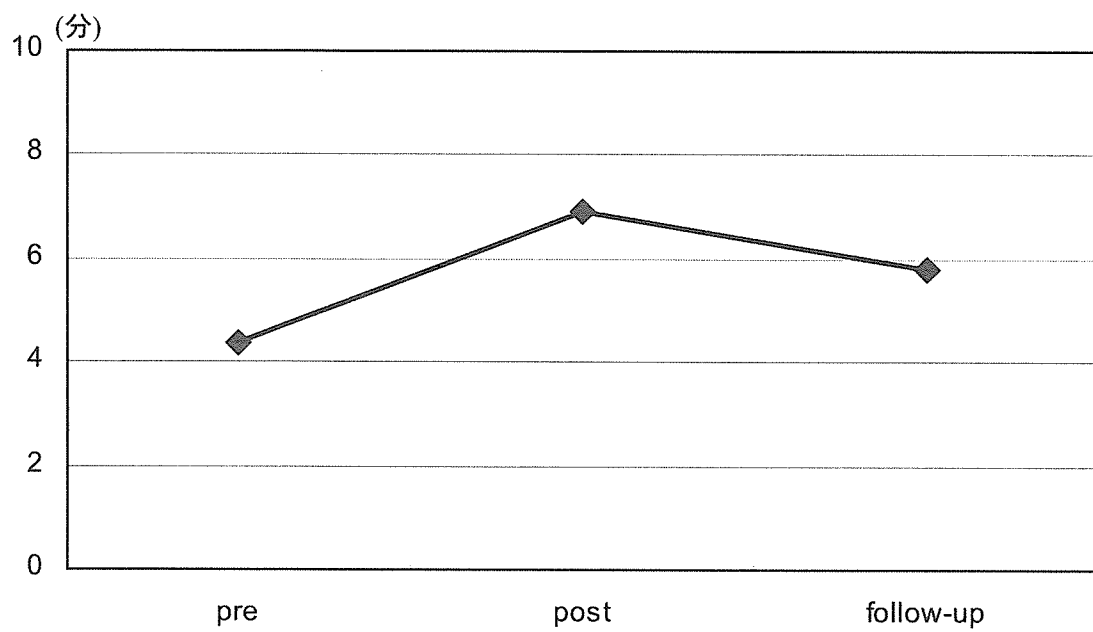


図 18 記録書 1 件あたりの平均所要時間の変化

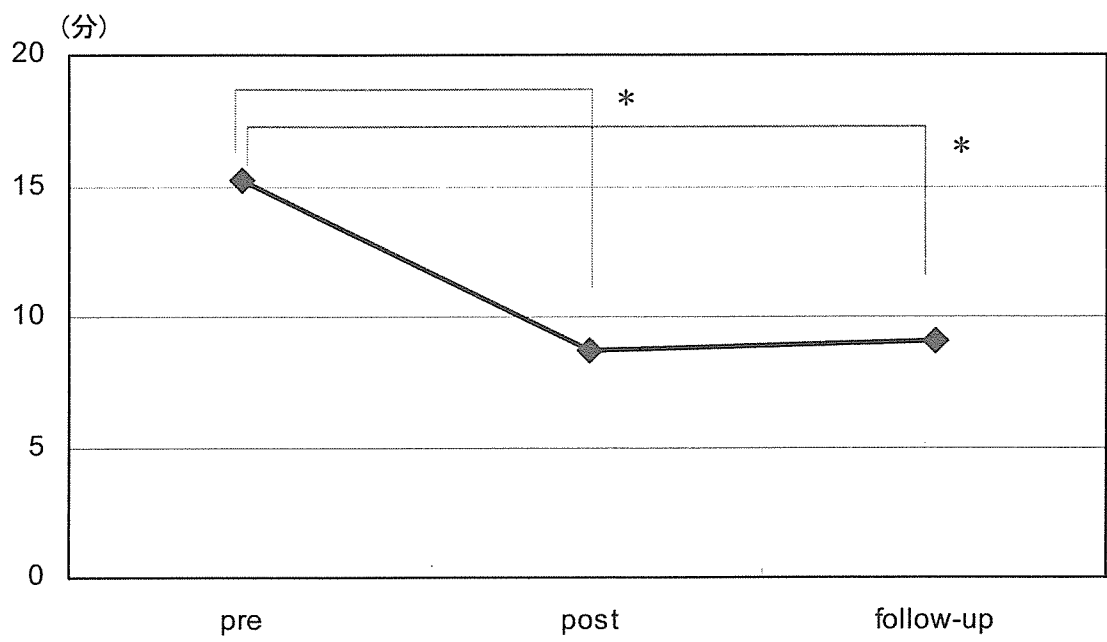


図 19 報告書 1 件あたりの平均所要時間の変化

* $p < 0.05$

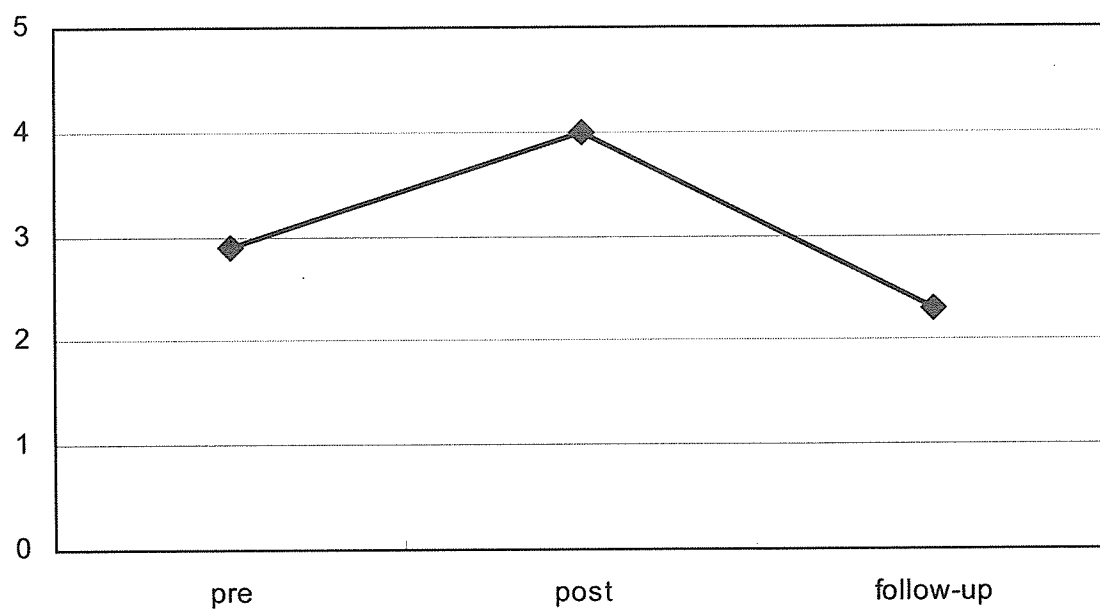


図 20 バーンアウト(疲弊感) 得点の変化

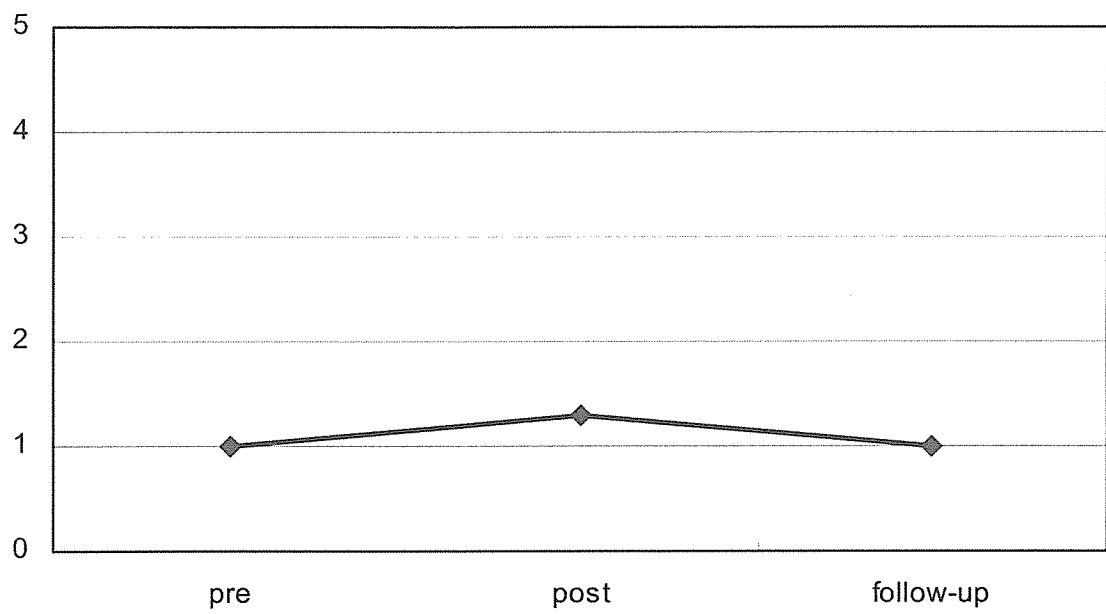


図 21 バーンアウト (シニシズム) 得点の変化

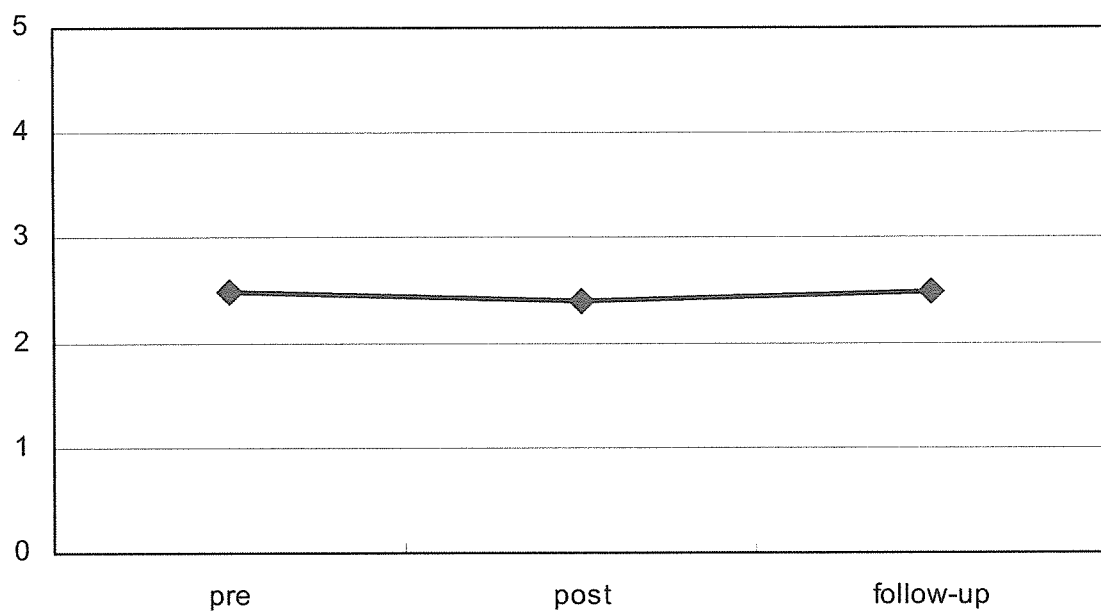


図 22 バーンアウト (職務効力感) 得点の変化

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

電子化されたヘルスケア情報データベースの利用に関する研究

分担研究者 工藤 啓 宮城大学大学院看護学研究科 教授

研究要旨 電子化ヘルスケア情報データベースとして開発された「国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システム(NCGG式システム)」を、宮城県仙台市3ヶ所と山形県山形市2ヶ所の訪問看護ステーションで評価を行った。NCGG式システムの利用者の基礎情報(利用者マスタ)、訪問看護入力(記録書)、主治医への報告書、画面の操作性については、調査した全ステーションで「非常に良い」という評価を得た。管理職クラスで評価の高いのは検索統計機能であり、スタッフで評価の高いのはバイタルサインや心身状況や家族介護力のグラフ化であった。実際の導入にあたっては個々のステーション毎の特徴を活かすアドホックな修正プログラムの必要性が示唆され、電子化については、その活用について職員スタッフ研修が不可欠であることも示唆された。

A. 研究目的

昨年度の研究では電子化されたヘルスケア情報データベースの利用について文献検索を中心に考察し、我が国では未だ十分に活用されていない携帯用端末(PDA: Personal Digital assistants)の重要性について指摘した。PDAは病棟ベットサイドや訪問看護の現場で所見等のデータを入力するものである。本年度はこのPDA活用に欠かせないパーソナルコンピュータ(PC)本体の電子カルテソフトについて訪問看護ステーションでの評価を行った。すなわちPDAをナースステーションあるいは訪問看護ステーションに持ち帰り、ステーションのPC

にデータを移行させて管理活用するのがこのPC上の電子カルテソフトである。昨年度の研究で明らかなように、今後の電子カルテシステムはベットサイドや訪問看護の現場でのデータ入力やデータサンプリングはPDAで行い、これらのデータをステーションのPC本体に移行してデータ処理管理するのが最も効率的である。本年度はこのPC本体の電子カルテソフトの実用性について検討を行った。

B. 研究方法

評価対象とするPC本体の電子カルテソフトは主任研究者らが開発したHome Care Quality Assessment Index

(HCQAI) を組み込んだ「国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システム」(以下 NCGG 式システムとする)とした。すでにこの訪問看護ステーション用のデータベース電子カルテシステムは愛知県内の 0 訪問看護ステーションで試験導入され高い評価を受けているものである。

評価方法は、このデータベース電子カルテシステムを組み込んだノートパソコンとその出力サンプルを対象の訪問看護ステーションに持ち込み、実際の入力作業や出力画面の取り扱い方法を提示したあと、インタビュー形式で具体的な評価意見を聴取した。

調査協力訪問看護ステーションは宮城県仙台市 3ヶ所と山形県山形市 2ヶ所とし、訪問看護ステーションの概要は Aステーション(スタッフ 9名、利用者約 70人)、Bステーション(スタッフ 6名、利用者約 70人)、Cステーション(スタッフ 24名、利用者約 80人)、Dステーション(スタッフ 28名、利用者約 130人)、Eステーション(スタッフ 19名、利用者約 100人)であり、Bステーション以外は事務スタッフを含むスタッフ数で、Bステーションは病院附属のため事務スタッフは病院管理部門に属しているのでスタッフにカウントしてない。

このうち Cステーションと Eステーションでは所長とスタッフ全員を含むフォーカスグループインタビュー形式での意見聴取とした。Dステーションは所長と実務リーダースタッフの 2名、残りの Aと Bステーションは

所長からのみの意見聴取とした。

(倫理面への配慮)

倫理的に問題となる具体的な診療情報やカルテ情報などの個人情報については本件研究で扱わないこととした。

C. 研究結果

訪問看護電子カルテ NCGG 式システムは Microsoft データベースソフト Access をベースに開発されたものである。よってその操作方法はほぼ Microsoft Access の操作となる。操作画面、画面出力 (Look & Feel) と実際の操作については、5ヶ所すべての訪問看護ステーションから高い評価が得られた。具体的には、利用者の基礎情報 (利用者マスタ)、訪問看護入力 (記録書)、主治医への報告書、画面の操作性については、調査した全ステーションで「非常に良い」という評価を得た。また操作画面やその出力印刷についても極めて高い評価を得た。

利用者マスタの訪問看護サービス、医療処置、リハビリ、看護援助の項目については 5ヶ所のどの訪問看護ステーションにおいても不足する項目はなく、非常に完成度の高い訪問看護電子カルテシステムであることが示された。NCGG 式システムは愛知中京地区で開発されたものであるが、これらの項目については東北地区 (宮城県、山形県) と全く変わらなかった。このことは NCGG 式システムは全国のどこの訪問看護ステーションでも活用が可能な汎用性を示している。

本システムについては非常に関心が高いが、その評価と実際の導入についての修正希望は各ステーションからステーション毎に次のような意見が出た。

1) Aステーション

Aステーションでは独自の事業評価マトリックスを作成して訪問看護の質を担保しようとしていた。特に重視しているのは訪問看護サービスの中長期の目標設定をしているところである。このような独自の事業評価方法を行う背景にはこの地域の訪問看護ステーションによる市場競争があり、訪問看護サービスの質の向上により依頼契約数を増やす取り組みがなされているためと思われる。そのため、プレゼンテーションした NCGG 式システムに高い評価を与えるものの、このステーションが現在行っている事業評価マトリックスを反映した電子カルテへの修正、あるいはアドホックなプログラムの追加が導入の上で必要となることが示唆された。プレゼンテーションした NCGG 式システムで最も高い評価はデータベース管理機能、利用者検索統計機能であった。現在は一々紙のカルテを各集計毎に手作業で集計している状態であり、この手入力作業は他の4つのステーションでもほぼ同様であった。

2) Bステーション

Bステーションは民間病院付属であり、報告書作成、各種出力印刷、事務会計処理等はすべて病院管理部門で

行われていた。また各種の統計統計なども病院管理部門に指示するだけで済むことから、今回調査した5ヶ所のステーションのうちもっとも電子化を行う意識が希薄であり、現在の状況は看護職は看護に集中できる体制であるため、看護職からはIT化の必然性は余りないという意見であった。ただし NCGG 式システムでバイタルサインのグラフ化やレーダーチャートで利用者の心身状況や家族介護力のグラフ化する機能については高い評価を与えていた。このステーションでは病院管理部門による事務処理の強力な支援体制があるため電子化には消極的であると思われた。

3) Cステーション

CステーションもBと同様に民間病院付属から発達してきたステーションであるが、現在は完全に経営運営は別組織となっている。利用者の約三分の一がもともとの病院の入院外来患者であるが、他の三分の二は病院とは全く関係がない地域住民である。ステーションは病院と同じ建物内にあり、病院側とはオンラインでデータのやり取りが可能であり、三分の一を占める利用者については主治医とそのままオンラインでの情報交換が可能となっている。所長からは特に統計処理・検索機能については高い評価を得た。また、入力については可能性のある項目がポップアップメニューで自動的に出てきて、その中のポップアップメニューが選べるような工夫が欲しいという意見が出た。

4) Dステーション

Dステーションは公的病院と同じビルディングに事務所があるが、この公的病院にかかっている利用者も多いがステーションとのオンライン化はされておらず、今回のプレゼンテーションではオンライン化が可能かどうかという質問がまず先に上がった。Bステーションと同様にバイタルサインや心身状況や家族介護力のグラフ化は高い評価であった。もっとも高い評価は管理者の所長による統計処理・検索機能であり、この機能だけの為でもすぐに導入したいという意見であった。

5) Eステーション

Eステーションでも電子カルテ化については、主治医とのオンライン化が可能かどうかということが最初に問われた。主治医への報告書がオンラインで主治医に送れること、褥瘡の状況を電子カメラで撮りそのまま E-mail 添付写真で送れるかなどの質問が出た。どのステーションでも高い評価の統計処理・検索機能についてはここでも高い評価であった。Cステーションと同様に可能性のある項目は予めポップアップメニューで画面上に出てクリック操作で簡単に入力可能なものが欲しいとコメントがあった。

D. 考察

今回の研究では当初、NCGG 式システムの試験導入を行っての評価の予定であったが、多くの施設で試験導

入については消極的であった。この消極的な理由は実際の新システムの導入の困難理由そのものとも考えられる。すなわち、上記のように NCGG 式システムについては単体のコンピュータ端末としての Look & Feel は極めて良好であり、機能については特に統計や検索機能には非常に高い評価である。しかし、試用のために1台だけのシステムを導入しても、全体としては今までの記録や報告書の作成も平行して行う状態となり、効率的なシステム構成とはならない。よって試用の為の1台の PC 導入はかえって全体のパフォーマンスを損なうことが示唆される。このことは、実際に NCGG 式システムの導入を決定した場合は、サーバ・クライアント式への全面変更(サーバとパソコン数台)しか選択肢がないことを示すものである。部分的なスタンドアローンのパソコンの導入では効率は上がらず、導入のためには全面的なシステム構築(サーバ1台と数台のパソコン端末)が必要となり、現在の平均的な規模の訪問看護ステーションには決して安価な初期コストではなく、コストを考えた導入計画が不可欠となる。

すなわち、サーバに基本ソフトを置き、ネットワークで数台のクライアントのパソコン端末から入力するシステムの構築が基本となる。サーバにあるマイクロソフトアクセスの NCGG 式システムに数台のパソコンから入力する形にしないと、デー

データベースの更新にも混乱が生じる。さらに、訪問看護ステーションの業務形態をみると日中に訪問看護サービスを行い、夕方にステーションに戻り入力作業を集中することになり、同時に複数のスタッフが入力する場合は入力用のパソコン端末は最低でも数台は必要となる。また現実のステーションはどこでもデスクトップパソコンを置く物理的スペースが極めて狭く、移動が自由に出来る無線 LAN ノートパソコン方式が実用的であることも示唆された。

以上、訪問看護ステーション5ヶ所からの評価としては、NCGG 式システムは非常に高い評価を受け今の機能については問題となるものはなく、統計処理・検索機能については高い評価を受けた。一方で、統計処理・検索機能について高い評価をしているのは例外なく所長クラスであり、これはとりもなおさず、管理職業務では必要とされる機能であり、現在は紙の書類を一々必要に応じて集計している状態であるからこそ高い評価となっている。しかし、スタッフからはこの統計処理・検索機能の評価よりもバイタルや心身状況や家族介護力のグラフ化などに評価が高かった。

現場スタッフからはよく出来たソフトで過不足ない項目であると評価を得たが、現時点ではどうしても IT 化が必要だという意見は聞かれなかった。導入すればある程度の便利さがあるとは評価しているが、どうし

てもこの電子化しなければ困るといふほどの意見はなかった。これは現在のシステムは日々の看護データのデータベース化という面に力点が置かれている一方で、実際の看護の質の向上とどう結びつける IT 化であるかが不明瞭となっていることが推測される。また管理職のみが統計処理・検索機能が低い評価を与えるという背景には、管理職以外のスタッフでは統計処理・検索機能についてどう活用するかわからないという背景も推測される。この為、NCGG 式システムなどの導入による IT 化については、IT 化による具体的な活用などの職員スタッフ研修が不可欠であることが示唆される。

E. 結論

各ステーションの意見をまとめると現在の NCGG 式システムは非常に高い評価を受けたが、その導入については個々の訪問看護ステーションのニーズを吸い上げる手直しや NCGG 式システムをベースシステムとしてアドホックなソフトでの対応が示唆された。導入についてはサーバ・クライアント形式が効率的であり、同時入力が可能とするため最低数台の PC 設置が妥当であり、主治医との情報交換のため外部へのネットワーク化についても配慮が必要と思われた。また IT 化については、その活用について職員スタッフ研修が不可欠であることも示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

工藤 啓、荒井由美子 『住民検診を基にした地区診断について—宮城県大和町の年齢層にも留意した地区診断—』 公衆衛生情報みやぎ 2006 No351 p21-25

工藤 啓、瀬川香子、荒井由美子 『中高年筋力トレーニング自主グループの活動支援とその医学的な効果について—宮城県大和町における自主グループ育成支援の試み—』 公衆衛生情報みやぎ 2006 No353 p13-16

工藤 啓、高橋和子、荒井由美子 『訪問看護ステーション電子カルテシステムの導入検討評価について』 2007 (印刷中)

2. 著書

なし

3. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他、特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index : HCQAI) の
若年性認知症における使用の検討

分担研究者 池田 学 熊本大学大学院医学薬学研究部 脳機能病態学分野 教授

研究要旨 若年性認知症患者の在宅介護支援については、背景疾患の多様性、進行速度の速さ、経済的支援の必要性などから、老年期の認知症患者とは異なる対応が求められている。本研究では、看護師による若年性認知症患者の訪問看護における在宅介護の評価に関して、在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index : HCQAI) を用い、その有用性を検討した。対象は大学病院の専門外来を受診した 65 歳未満の認知症患者のうち、1 年以上経過を観察できた患者で、51 歳のアルツハイマー病男性患者と 61 歳の意味性認知症 (ピック病) 男性患者ならびにその介護者とした。その結果、HCQAI は、若年性認知症患者に対する訪問看護の在宅ケアの評価においても有用であった。しかし、若年性認知症患者特有の症状とその対応を十分に評価することが困難な点もあり、Zarit 介護負担尺度や各精神症状・行動異常に対する介護者の負担が評価できる Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale などの介護者の負担尺度を併用し、間接的にもケアの状況を把握することが重要であると思われた。

A. 研究目的

近年、若年性認知症患者の在宅介護支援については、とくに背景疾患の多様性、進行速度の速さ、経済的支援の必要性などから、老年期の認知症患者とは異なる対応が求められている。本研究では、若年性認知症患者の訪問看護における在宅介護の評価に関して、研究総括者の荒井らが開発している在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index : HCQAI) を用い、その有用性を検討した。

B. 研究方法

対象は、愛媛大学医学部附属病院精神科神経科高次脳機能外来を受診した 65 歳未満の認知症患者のうち、1 年以上経過を観察できた患者で、本研究の内容を十分説明したのちに患者ならびに家族から同意を得られた者とした。これらの対象に対する訪問看護の際の在宅介護の評価において HCQAI を用い、本尺度の使いやすさ、評価項目の過不足などを検討した。

C. 研究結果

[症例1] 51歳 男性 アルツハイマー病 (表1)

単身赴任で公務員幹部として働いていたが、X年秋頃から物忘れ、計算ミス、書字の間違いなどを認め仕事に支障をきたすようになった。X年12月、近医を受診し、認知症を疑われ同月当科を紹介初診した。初診時 MMSE 29/30 (Serial - 7 -1)、ADAS 5.7 (単語再生 3.7、見当識 1、単語再認 1)、リバーミード行動記憶検査で標準プロフィール 12/24、スクリーニング 5/12 であり、軽度の記憶障害が認められた。また、頭部 MRI で海馬を含む側頭葉内側と外側、前頭葉の萎縮が強く、頭頂葉にも軽度の萎縮があり、アルツハイマー病と診断した。家族、職場の上司、保健師に病気について説明を行い、X+1年4月からは自宅から通勤可能な職場へ異動とし、職務内容も本人に負担のならない程度のものへ変更し、仕事を続けていた (X+1年時 MMSE 28/30 <想起-2>、ADAS 10.4 <単語再生 5.7、口頭命令 1、見当識 2、単語再認 1.7>)。X+2年に入り、休日出勤、早朝出勤 (夕食後に寝て、午前2、3時に起きて出勤) が頻回に出現し、職場では終日コンピューターゲームをして過ごすようになった。外来にて薬物治療を行ったが、症状の改善が認められなかったため、生活リズムの改善、今後の処遇の決定のため、X+2年9月4日、当科へ医療保護入院となった。

入院後の検査で、MMSE 11/30 (見当識-8、Serial - 7 -4、三段階命令-2、

想起-3、書字-1、構成-1)、ADAS 29/70 (単語再生 6.7、口頭言語能力 2、言語の聴覚的理解 2、自発語における換語困難 3、口頭命令 2、構成行為 1、見当識 7、単語再認 5.3) であり、認知機能の低下は著明であった。気分の変動が激しく、時に易怒的となりスタッフや他患者に対する暴言を認めたため薬物治療を開始し、対応が困難な際には適時夜間の個室施設を行い対応した。その後ある程度の精神症状のコントロールはついたものの、認知機能低下が進行し更衣や入浴など日常生活全般に渡っての介護が必要であり、家庭での適応は困難と判断し、精神科病院認知症専門病棟での入院を継続することが妥当であると考え、X+3年1月、他院へ転院となった。なお、ケアの質の評価は、当院入院直前の時点のものである。

[症例2] 61歳 男性 意味性認知症 (ピック病) (表2)

X-1年 (57歳) 頃より人の名前が出てこない事を自覚した。その後、物の名前も思い出せなくなったため、本人が近医を受診しアルツハイマー病と診断された。上記の症状はさらに悪化し、しだいに物の名前の言い誤り、自発性の低下、易怒性を認めるようになった。心配した家族が近医に相談したところ、精査を勧められ X年12月当科初診し、認知症の精査目的で X+1年1月当科に任意入院した。入院時 MMSE 23/30 (見当識-1、serial7 -3、想起-3)、ADAS 17.4/70、RCPM 33/36 と言語性の記憶検査の成績は低下してい

たが、非言語性の検査では記銘力障害を認めず、その他見当識障害・構成障害は認めなかった。熟字訓の読みでは、海老をかいろうと読む類音的錯読を認めた。頭部MRIでは左側優位に両側側頭葉前方部の限局性萎縮を認め、SPECTでも同部位の血流低下を認めた。以上の検査結果より意味性認知症と診断し、本人・家族に説明を行い、語彙再獲得訓練の為の通院を指導し退院となった。退院後は2週間に1度通院し言語訓練を施行した。X+1年9月頃より甘いものを大量に食べるなどの偏食傾向が強まった。家業の農業に関しても柔軟な対応ができなくなり、妻より注意されると怒るようになったため、フルボキサミン 50mg の処方を開始し、易怒性は軽快した。一方、言語症状は徐々に悪化し、当初はあった病感も徐々に薄れてきたため、X+2年3月から介護保険を申請し、週1回デイサービスの利用を開始し、デイサービスでも言語訓練を行うこととした。X+3年に入ると、日常生活上、除草剤を畑にまく、訪問時に仕事着を着るといった不適切な行動が出現し、易怒性も再び出現してきた。その為、X+3年1月よりフルボキサミン 100mg に増量した。また同時に、農作業が以前の様には行えず収入も減少してきたことから、障害者年金の申請を行った。フルボキサミン増量後も妻に対する易怒性を認めていたことから、X+3年8月にはフルボキサミン 150mg に増量した。その後、易怒性は若干軽快したものの、言語症状は増悪し、自発性

の低下も目立つようになった。偏食傾向はさらに強まり、一つの皿に食事をまとめてしまうとといった行動や、以前にやめていた喫煙を再開し、人が吸っているタバコをとって吸うといった行動も認めるようになった。その為、X+4年2月からはデイサービスを週2回に増やし、さらにショートステイの導入を行った。(X+4年 MMSE20/30、RCPM32/36)

D. 考察

HCQAIは、若年性認知症患者に対する訪問看護の在宅ケアの評価においても十分に利用可能であった。とくに、インプットとアウトカムの評価は若年性認知症患者においても円滑にできたが、プロセスの評価では、若年性認知症患者特有の症状を十分に評価することが困難であった。例えば、着衣や衛生と介助の項目では、主介護者である妻の用意した衣服を拒否したり、患者本人の身体に触れること自体を拒絶するといった反応を十分に評価することができなかった。また、不適切な処遇の項目でも、家族のネグレクトというよりは、患者側から家族への拒否に対する対応の困難さ、家族の困惑を評価する必要性が感じられた。しかしながら、これらの評価項目は、必ずしも認知症患者全般の在宅ケアの評価には必要でないと考えられることから、若年性認知症患者の場合は、Zarit介護負担尺度(ZBI)や各精神症状・行動異常に対する介護者の負担が評価できる Neuropsychiatric

Inventory Caregiver Distress Scale (NPI-D) など介護者の負担尺度を併用し、間接的にもケアの状況を把握することが重要であると思われた。

また、今回の事例で、訪問看護に同行したケアマネージャーが初めて患者の散らかった居室を妻から見せてもらったというエピソードがあった。このことからわかるように、若年性認知症患者の家族は、老年期認知症患者の家族以上に、患者の実態を開示することに対する抵抗が強い可能性がある。したがって、若年性認知症の在宅ケアの質を適切に評価するためには、通常の場合よりもさらに、家族と信頼関係を構築できている評価者が評価を行うことが重要であることも明らかとなった。

E. 結論

HCQAI は、若年性認知症患者に対する訪問看護の在宅ケアの評価においても有用である。しかし、若年性認知症患者特有の症状とその対応を十分に評価することが困難な点もあり、ZBI や NPI-D などの介護負担尺度を併用し、間接的にもケアの状況を把握することが重要である。

研究協力者

愛媛大学大学院医学系研究科脳とこころの医学分野

清水秀明 松本直美 石川智久

愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科地域・精神看護学講座

柴 珠実 野村美千江

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Yokota O, Tsuchiya K, Itoh Y, Ishizu H, Akiyama H, Ikeda M, Juzuhara S, Otomo E. Frontotemporal lobar degeneration with ubiquitin pathology: an autopsy case presenting with semantic dementia and upper motor neuron signs with a clinical course of 19 years. *Acta Neuropathol* 2006; 112: 739-749.

Ikeda M. Interventional studies with the aim of reducing the burden of care through drug therapy of BPSD. *Acta Neurologica Taiwanica* 2006; 15: 65-66.

Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, Shinagawa S, Ishikawa T, Mori T, Toyota Y, Matsumoto T, Adachi H, Hirono N, Tanabe H. Caregiver's burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in the local community elderly people. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 23: 219-224.

Nagao M, Sugawara Y, Ikeda M, Fukuhara R, Ishikawa T, Murase K, Kikuchi T, Mochizuki T, Miki H. Heterogeneity of posterior limbic perfusion in very early

- Alzheimer's disease. *Neuroscience Research* 2006; 55: 285-291.
- Mori T, Ikeda M, Fukuhara R, Nestor PJ, Tanabe H. Correlation of visual hallucinations with occipital rCBF changes by donepezil in DLB. *Neurology* 2006; 66: 935-937.
- Mori T, Ikeda M, Fukuhara R, Sugawara Y, Nakata S, Matsumoto N, Nestor PJ, Tanabe H. Regional cerebral blood flow change in a case of Alzheimer's disease with musical hallucinations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 236-239.
- Ikeda M. Donepezil for BPSD in dementia with Lewy bodies: a preliminary study. *PSYCHOGERIATRICS* 2006; 6: s35-s37.
- Ikeda M. Attitude of community dwelling elderly people regarding dementia and driving. *Jpn Bull Soc Psychiat* 2006; 14 suppl: 155-157.
- Ikeda M, Patterson K, Graham KS, Lambon Ralph MA, Hodges JR. A horse of a different colour: Do patients with semantic dementia recognize different versions of the same object as the same? *Neuropsychologia* 2006; 44: 566-575.
- Toyota Y, Ikeda M, Shinagawa S, Matsumoto T, Matsumoto N, Hokoishi K, Fukuhara R, Ishikawa T, Mori T, Adachi H, Komori K, Tanabe H. Comparison of behavioral and psychological symptoms in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* (in press)
- 安部幸志, 荒井由美子, 池田 学. 家族が認知症となった場合の対処行動 —一般生活者に対する調査から— . *日本医事新報* 2006; 4292 : 63-67.
- 松本光央, 池田 学, 豊田泰孝, 石川智久, 上村直人, 博野信次, 田辺敬貴. アルツハイマー病の運転能力低下に関するスクリーニング検査—ドライビングシミュレーターを用いた運転能力評価について—. *老年精神医学雑誌* 2006; 17 : 977-985.
- 松本直美, 池田 学, 福原竜治, 兵頭隆幸, 石川智久, 森 崇明, 豊田泰孝, 松本光央, 足立浩祥, 品川俊一郎, 銚石和彦, 田辺敬貴, 博野信次. 日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討. *脳神経* 2006; 58 : 785-790.
- 松本伊津美, 小森憲治郎, 池田 学, 田辺敬貴. 高齢発祥の意味認知症の一例. *愛媛十全医療学院紀要* 2006; 6: 23-26.
- 小森憲治郎, 石丸三和子, 池田 学,

田辺敬貴. 緩徐進行性失語. CLINICAL NEUROSCIENCE 2006; 24: 777-780.

池田 学. 前頭側頭型認知症の臨床と画像診断. Mebio 2006; 23: 57-63.

福原竜治, 銚石和彦, 蓮井康弘, 池田学. 認知症を地域で支える 大学病院の役割. 老年精神医学雑誌 2006; 17: 503-509.

品川俊一郎, 足立浩祥, 池田 学. 最初期の認知障害. Pharma Medica 2006; 24: 35-38.

森 崇明, 池田 学. BPSD に対する薬物療法. 精神科 2006; 9: 43-47.

上村直人, 池田 学. 認知症と自動車運転-医療から見たわが国における現状と課題-. 実践成年後見 2006; 19: 93-101.

池田 学. BPSD に対する非定型抗精神病薬の使用をめぐって. 精神医学 2006; 48: 1165-1167.

繁信和恵, 池田 学. 前頭側頭型認知症の初期診断. モダンフィジシャン 2006; 26: 1865-1871.

石川智久, 池田 学, 田辺敬貴. 愛媛になってきた課題. 老年精神医学雑誌 2006; 17 増刊号II: 61-66.

池田 学, 上村直人, 荒井由美子, 野

村美千江, 博野信次. 認知症高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究. 公衆衛生 2006; 70: 692-694.

池田 学. 巻頭言 日本の認知症臨床のレベルと今後に期待すること. 老年精神医学雑誌 2007; 18: 6-7.

品川俊一郎, 池田 学, 豊田泰孝, 松本光央, 松本直美, 足立浩祥, 森 崇明, 石川智久, 福原竜治, 銚石和彦, 田辺敬貴. 地域在住高齢者における主観的もの忘れの背景因子の検討. 老年精神医学雑誌 (印刷中)

池田 学. FTLD 等認知症周辺症状のマネージメント. 分子精神医学: (印刷中)

檜林哲雄, 石川智久, 田辺敬貴, 秦 龍二, 池田 学. MCIとLNTD. 分子精神医学: (印刷中)

2. 著書

Ikeda M. Fronto-temporal dementia. Therapeutic strategies in dementia (Eds. Ritchie CW, Ames DJ, Masters CL, Cummings J). Clinical Publishing, Oxford, 2006: 287-299.

石川智久, 池田 学. 臨床症状(地域コホート研究を基盤として). 村山繁雄, 編. アルツハイマー病診断. 東京: 真興交易出版, 2006: 43-53.

池田 学. 認知症の診断. 池上博司,

楽木宏美, 編. 老年病・認知症-長寿の秘けつ-. 東京: メディカルビュー社, 2006: 207-211.

池田 学. 前頭側頭型痴呆に有効な薬物療法はあるか. 上島国利, 三村 将, 中込和幸, 平島奈津子, 編. EBM精神疾患の治療2006-2007. 東京: 中外医学社, 2006: 363-367.

池田 学. 記憶障害. 岩田 誠, 鹿島晴雄, 編. 言語聴覚士のための基礎知識 臨床神経学・高次脳機能障害学. 東京: 医学書院, 2006: 196-200.

池田 学, 田辺敬貴. 前頭側頭型認知症(痴呆). 平井俊作, 編. 老年期痴呆ナビゲーター. 東京: メディカルビュー社 2006: 108-109.

豊田泰孝, 池田 学. ピック病. 平井俊作, 編. 老年期痴呆ナビゲーター. 東京: メディカルビュー社 2006: 110-111.

秦 龍二, 池田 学. FTDP-17. 平井俊作, 編. 老年期痴呆ナビゲーター. 東京: メディカルビュー社 2006: 118-119.

池田 学. 前頭側頭型痴呆の治療法は. 岡本幸市, 棚橋紀夫, 水澤英洋, 編. EBM 神経疾患の治療 2006-2007. 東京: 中外医学社, 2007: 223-227.

池田 学. 非アルツハイマー型変性認

知症. 山口 徹, 北原光夫, 福井次矢, 編. 今日の治療指針 2008年版 私はこう治療している. 東京: 医学書院: (印刷中)

3. 学会発表

Ikeda M. Treatment of BPSD with atypical antipsychotics: Valid or not? "Symposium: Principles of pharmacological treatment for BPSD". The 6th Annual Meeting of International College of Geriatric Psychoneuropharmacology, Hiroshima, Japan, October 3-6, 2006

Ikeda M. non-pharmacologic treatment and care. "Symposium: Clinical Issues". 5th International Conference on Frontotemporal Dementias, San Francisco, USA, September 6-8, 2006

池田 学. 地域におけるMCIの診断法と検出後の介入に関する問題点. シンポジウム「わが国のフィールドスタディーにおけるMCI」. 第21回日本老年精神医学会, 東京, 6月30-7月1日, 2006

池田 学. BPSDの薬物療法. シンポジウム「認知症の病態と治療薬の開発」. 第16回日本臨床精神神経薬理学会, 小倉, 10月25-10月27日, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況
特記すべきことなし.