

- 9) 杉原久仁子、沖田裕子、平井美穂、竹内さをり、住田淳子、中西誠司、小長谷陽子。若年認知症の人と家族のための社会資源開発—介護保険制度までに利用できる社会資源の確保について— 第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 10) 渡邊智之、藤掛和広、小長谷陽子、柳務、向井希宏、柴山漠人。ドライブレコーダーを用いた高齢者の日常運転特性の検討—認知症の人の運転能力評価システム開発を目指して— 第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 11) 竹内さをり、平井美穂、沖田裕子、住田淳子、杉原久仁子、小長谷陽子。若年認知症の人と家族のための社会資源開発—アートの実施内容とその効果について— 第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 12) 平井美穂、竹内さをり、沖田裕子、住田淳子、杉原久仁子、小長谷陽子。若年認知症の人と家族のための社会資源開発—アートの実施内容とその効果について— 第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 13) 高見雅代、杉原直樹、鈴木亮子、小長谷陽子、森明子、田中千枝子。若年認知症患者と家族へのソーシャルワーク的関わり方の検討— 認知症専門機関内の連携を通して— 第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 14) 杉原直樹、高見雅代、鈴木亮子、小長谷陽子、森明子、田中千枝子。精神障害者通所授産施設での若年認知症患者の受け入れの試み。第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 15) 森明子、鈴木亮子、小長谷陽子、大嶋光子。若年認知症の本人と家族が必要とする支援。第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 16) 鈴木貴子、渡邊浩文、佐藤美和子、今井幸充、本間昭、浅野弘毅、五十嵐禎人、池田恵利子、長田久雄、小長谷陽子、荻原正子、橋本泰子。介護保険サービスの説明に関する意識調査。第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 17) 渡邊浩文、鈴木貴子、佐藤美和子、今井幸充、本間昭、浅野弘毅、五十嵐禎人、池田恵利子、長田久雄、小長谷陽子、荻原正子、橋本泰子。介護保険サービス説明時における利用者の理解力の評価に関する研究。第9回日本認知症ケア学会。2008.9.26~28。高松
- 18) 渡邊智之、藤掛和広、宮尾克、小長谷陽子。映像記録型ドライブレコーダーを用いた高齢者の日常運転特性の検討。第67回日本公衆衛生学会総会。2008.11.5~7。福岡

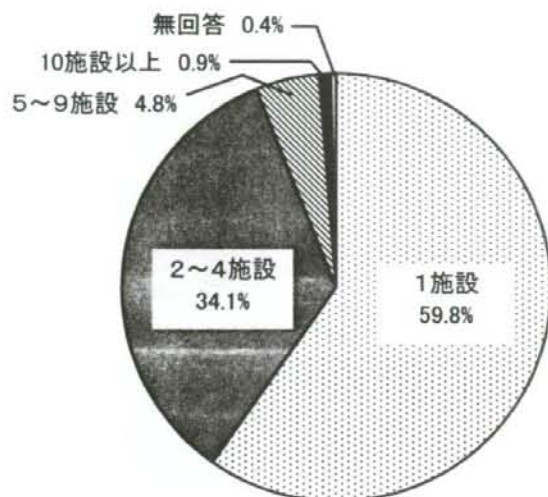


図1. グループホーム施設数 (N=848)

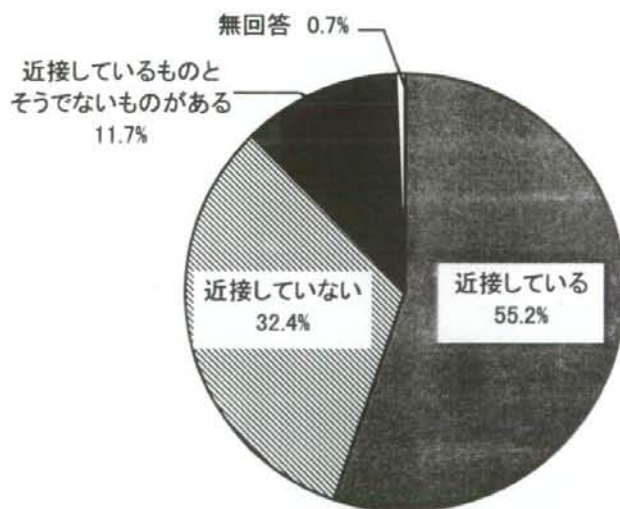


図2. 医療施設と近接の有無 (N=848)

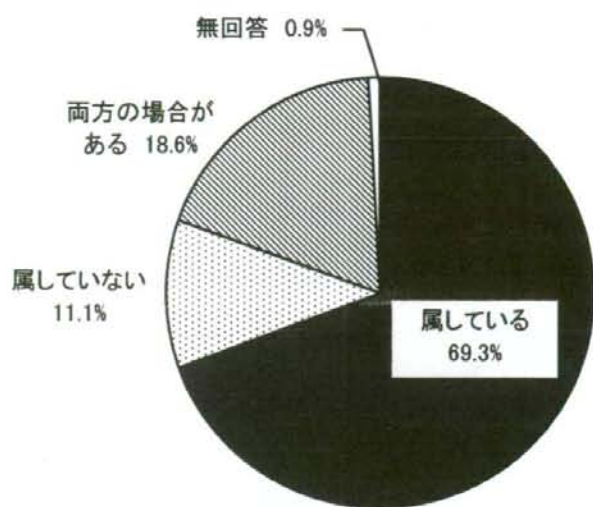


図3. 協力医療機関は貴法人に属しているか (N=848)

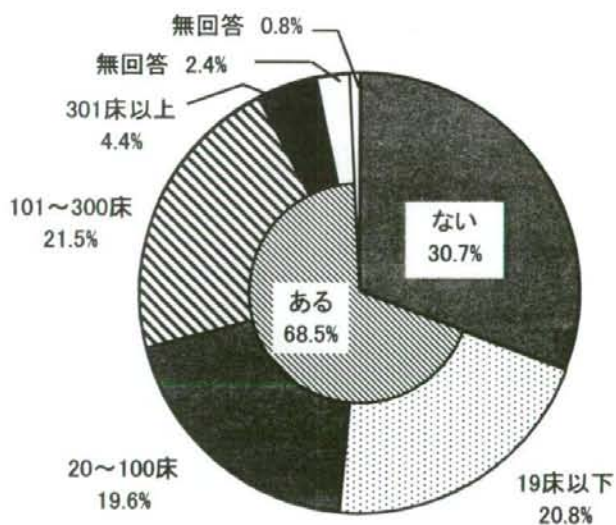


図4. 入院施設の有無とベッド数 (N=848)

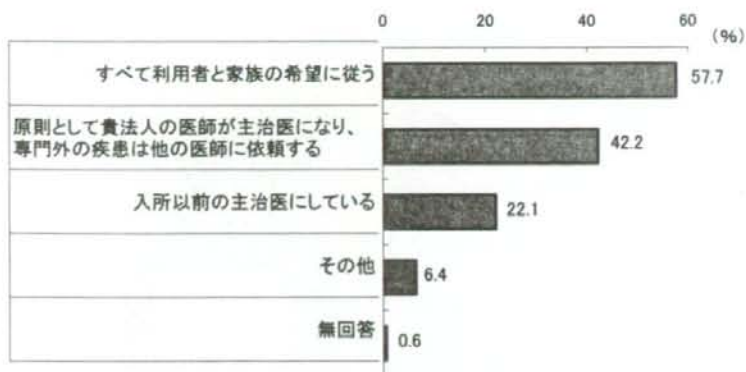


図5. 入所時に主治医がある方への対応方法 (N=848)

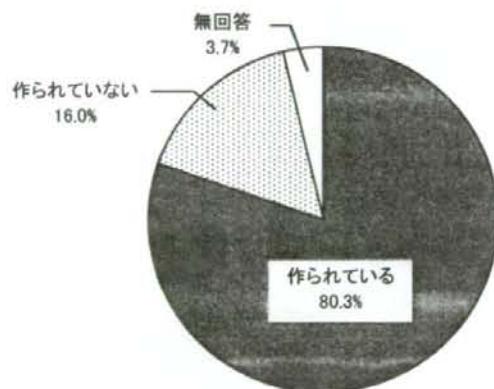


図6. 急変時のマニュアル作成の有無 (N=848)



図7. 急変時の医師への連絡について (N=848)

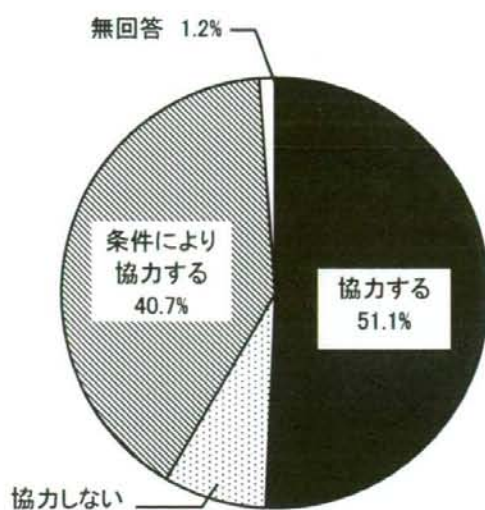


図8. 「看取り」に協力の有無 (N=848)

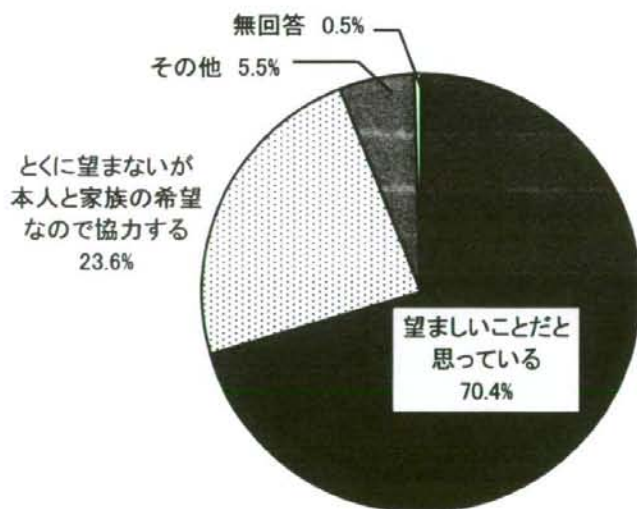


図9. 「看取り」に協力する方の意見 (N=433)



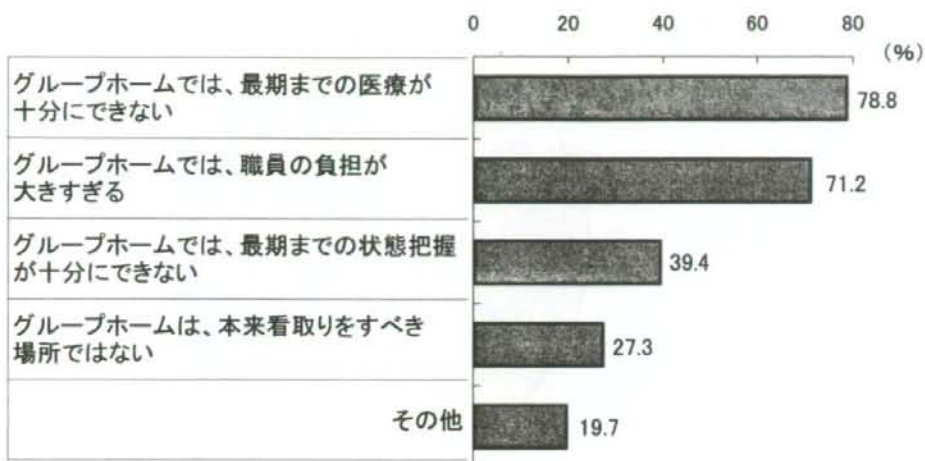


図10. 「看取り」に協力しない理由 (N=66)

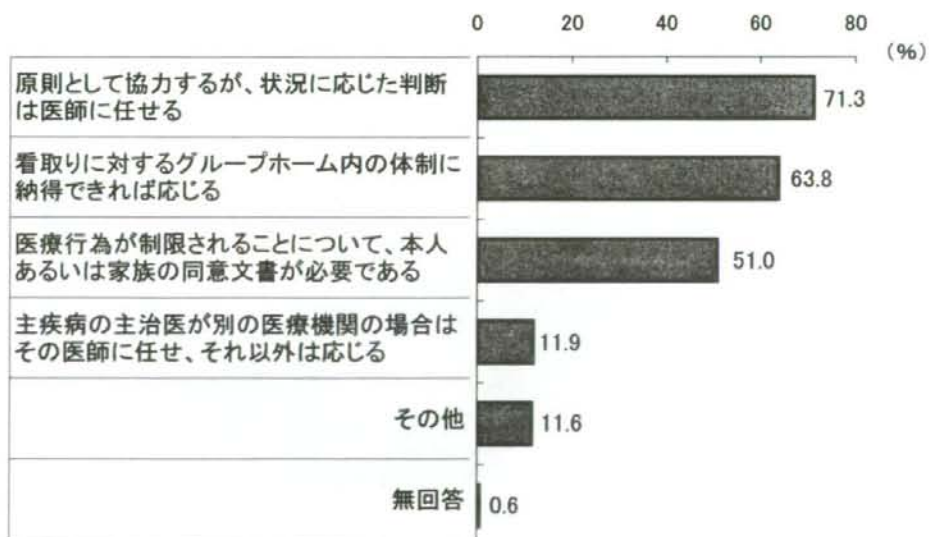


図11. 「看取り」に協力する条件 (N=345)

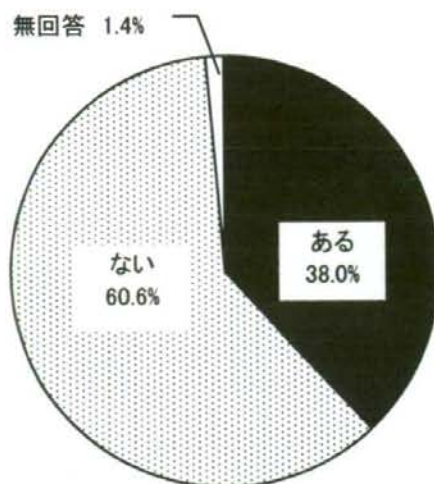


図12.「看取り」に関わった経験の有無 (N=848)

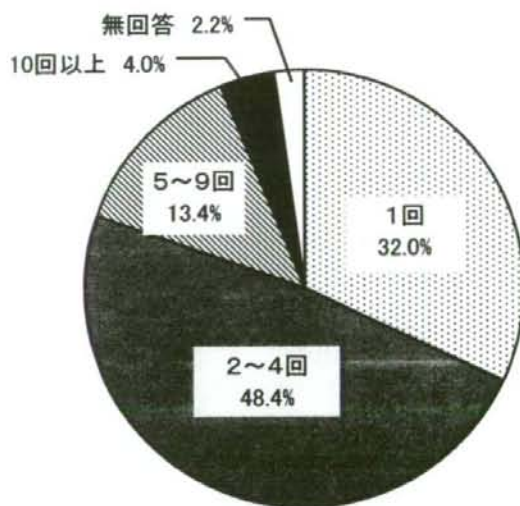


図13.「看取り」経験回数 (N=322)

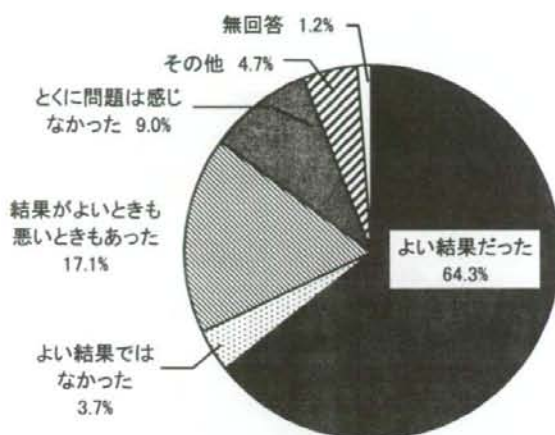


図14. 「看取り」の全体的な印象 (N=322)

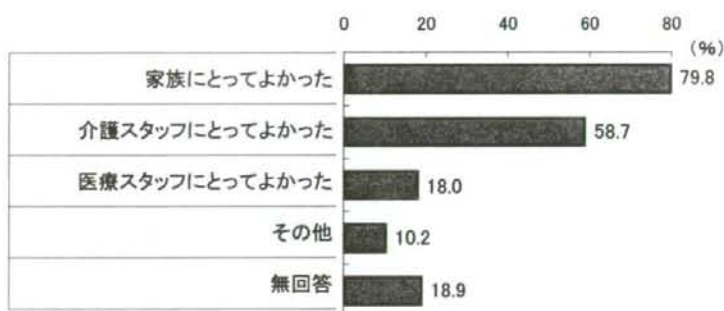


図15. よい結果の内容 (N=322)

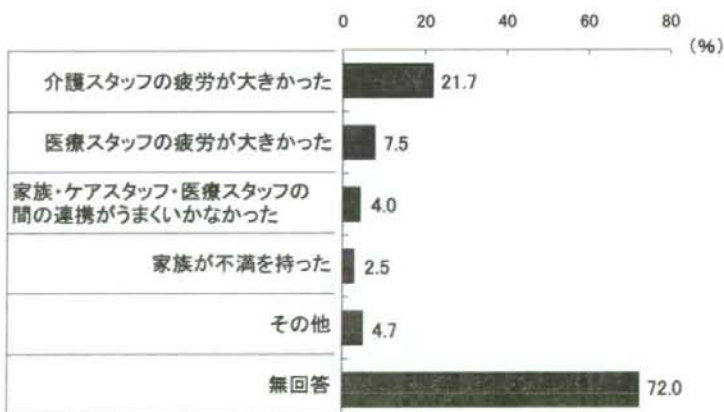


図16. よくなかった結果の内容 (N=322)



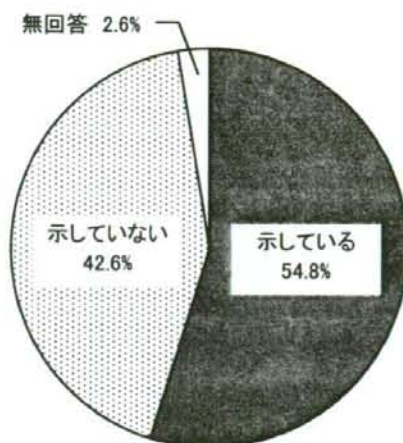


図17. 「看取り」実施の明示 (N=848)

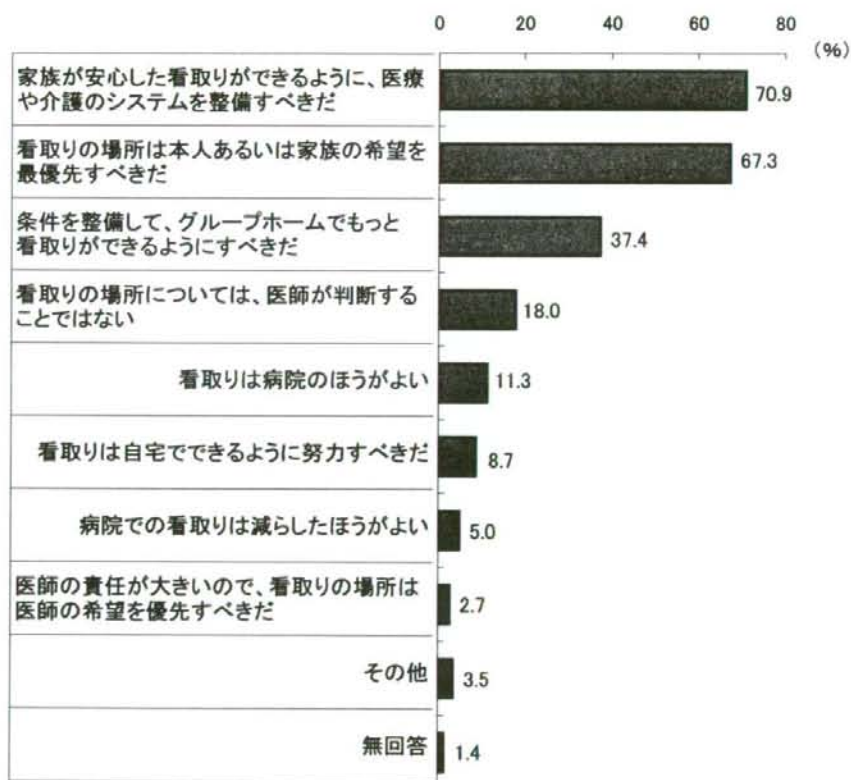


図18. 認知症の人の看取りについて今後の考え (N=848)

表1. 入院施設の有無と看取りへの協力、経験、今後の考えの関係

	入院施設			
	あり		なし	
	実数	%	実数	%
看取りに協力する	144	55.4	286	49.2
協力しない	10	3.8	55	9.5
看取り経験あり	132	50.8	189	32.5
経験なし	124	47.7	385	66.3
看取りは自宅でするよう 努力すべき	27	10.4	45	7.7
看取りは病院のほうが よい	17	6.5	79	13.6
条件を整備してGHで 看取りをすべき	121	46.5	194	33.4

分担研究報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

分担研究者 荒井啓行

（東北大学加齢医学研究所 加齢老年医学研究分野 教授）

**研究要旨：**生活習慣病と認知症（特にアルツハイマー病：AD）との関連について東北大学病院老年科を受診している患者において調査、研究をおこなった。今回は高血圧と認知症の発症、進行との関連に重点を置き調査し、降圧剤の使用についての考察も加えた。AD発症時の血圧は、非AD群のそれに比較し、高値であり、病気の進行に伴い血圧は低下することが観察された。またAD患者が使用している降圧剤の中ではアンギオテンシン受容体拮抗薬、脳移行性の高いアンギオテンシン変換酵素阻害薬、がカルシウムチャンネルブロッカー、脳移行性の低いアンギオテンシン変換酵素阻害薬に比べADの進行を抑制していた。これらの結果より、血管性認知症に加えてADにおいても適切な血圧のコントロールと認知症に対して好ましい降圧剤の選択が重要であることが示唆された。

**A. 目的**

生活習慣病が認知症の発症と進行に何らかの影響を及ぼしていることが示唆されている。本研究では血圧に注目し、血圧と認知症、特にADの発症と進行との関連、及び使用降圧薬とADの進行との関連を調査、考察した。

**B. 研究方法**

東北大学病院老年科の外来を受診しているAD患者を対象に調査を行った。各患者の血圧を来院時、及び家庭血圧を記録した（8時、12時、20時）。また服用している以下の降圧薬の種類に沿って患者を分類し、認知機能の変化をMinimental State Examination（MMSE）、Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive（ADAS-Cog）を用いて評価、見当した。（1）アンギオテンシン受容体拮抗薬：ARB、（2）カルシウムチャンネルブロッカー：CCB、（3）脳移行性の高いアンギオテンシン変換酵素阻害：ACE-I）、（4）脳移行性の低いACE-I。

**C. 研究結果**

アルツハイマー病発症時の降圧剤服用者、非服用者全ての平均収縮期及び拡張期血圧は148.9 $\pm$ 13.2、93.4 $\pm$ 7.9（mmHg）であり、非AD患者のそれら（132.5 $\pm$ 9.2、83.5 $\pm$ 6.7）に比し、明らかに高値であった。使用降圧薬の種類の中でARB使用群と脳移行性の高いACE-I使用群はCCB使用群に比し、有意にMMSE値、ADAS-Cog値の増悪が抑制されていた。脳移行性の低いACE-I使用群では認知症進行に対する明らかな影響は認めなかった。

**D. 考察**

これまで生活習慣病と認知症との関連はいくつか報告されている。今回我々は認知症発症における血圧、及び認知症の進行に対する降圧薬の影響を調査、検討した。AD発症時の血圧が非AD群に比し高値であったことは血圧がADの発症に何らかの影響を与えている可能性が示唆する。高圧薬の中でARBと脳移行性の高いACE-IはADの進行を抑制したことは、脳内のレニンアンギオテンシンシステムの抑制

が認知機能及びADの進行予防に好影響を与えていることが示唆された。

#### E. 結論

今回、AD発症時の血圧は、非ADのそれに比し高値であり、ARB、ACE-IにADの進行を抑制する効果があることが示唆された。生活習慣病を合併した認知症患者は数限りなく存在すると言っても過言ではない。認知症診療に携わる際に生活習慣病の診断、治療も要求されることにはしばしば遭遇する。ADの根本治療薬が存在しない現在において、いかに生活習慣病を制御しADの発症、進行を抑制することが可能であれば、患者のみならず社会においても非常に有益であると考えられる。

#### G. 研究業績

発表論文

Tomita et al. Long-term cognitive benefits of

donepezil in Alzheimer's disease: A retrospective comparison between 1994-1999 and 2000-2004. *Geriatr Gerontol Int* 2007; 7: 41-47

学会発表

1. 古川勝敏、等 各種降圧剤のアルツハイマー病の進行に対する影響 第49回日本神経学会総会 2008年5月 名古屋
2. 古川勝敏、等 アルツハイマー病の進行と降圧剤の関連 第50回日本老年医学会学術総会、総会 2008年6月 千葉
3. Antihypertensive drug use modulates progression of Alzheimer's disease. International Conference on Alzheimer's disease July 2008 Chicago USA

#### H. 知的財産

なし

分担研究報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究  
認知症の地域連携・長期フォロー患者におけるニーズ解析

分担研究者 杏林大学高齢医学 鳥羽研二

研究要旨：継続して通院中の認知症患者に対して、地域連携のニーズを把握するため、高齢者総合機能評価を実施し縦断解析を行った。

【方法】対象はもの忘れセンター通院症例171名（男性57名、女性114名、平均年齢79.0歳±6.1歳）

【結果】初診時と再診時との縦断解析を行ったところ、12ヵ月以下の群ではいずれも有意差はみられなかった。一方13ヶ月以上の群では、AD群においてBarthel IndexとI-ADL、Vitality Indexが低下し、DBDとZBIが悪化した。またDLB群ではI-ADLが、MCI群ではMMSEが、VD群ではGDSが悪化していた。

各CGAのデルタ値とZBIのデルタ値との解析では、12ヵ月以下の群ではI-ADLのデルタ値のみが単相関で有意であった（ $p=.04$ ）。一方、13ヶ月以上の群の重回帰分析では、DBD（ $p=.0003$ ）とVitality Index（ $p=.001$ ）とが有意であった。

【結論】認知症の介護が1年以上の長期になると、患者の周辺症状の悪化や生活意欲の低下が、介護者の負担感の増悪につながっている可能性が示唆された。

軽症認知症に対する早期の生活支援や、周辺症状に対する認知症専門のデイケア・リハビリテーションの地域での整備が急務であることが示唆される。

分担研究課題：認知症の地域連携・長期フォロー患者におけるニーズ解析

背景と目的：

1970年には56万人であった認知症が2002年に120万人を越えてきている。65歳以上の認知症患者の有病率は8%とされ、老人人口から推計すると160万人以上である。診断されていない認知症患者が多く存在する可能性が示唆される。三鷹市においても、老人人口から推計される認知症患者は少なく見積もっても5000人以上と考えられる。

地域連携の必要性

認知症の早期発見には前年度に示したように、生活の自立度低下（買物、料理、服薬管理）が重要であり、認知症の自宅生活を計る

うえでも重要である。

生活機能変化を察知するためには、在宅の状況をきめ細かく知りうる「かかりつけ医」との連携が不可欠である。一方、専門的診断については中核病院の役割が大きく、診断根拠となった検査結果の情報提供による連携が求められている。

認知症の家族の介護負担規定要因は、我々の過去の横断研究では、単相関では認知機能、基本的ADL、手段的ADL、意欲、周辺症状など多岐にわたる項目が有意であったが、多変量解析では、IADLと周辺症状のみが有意であった（2004 町田綾子、日本老年医学会総会）。



一方、認知症の長期予後においては、介護負担は悪化する(2007 山田如子、日本老年医学会総会)。地域の中核医療機関が有効に機能するためには、認知機能を維持し、家族の介護負担の増大を抑えることが必要であるが、縦断的解析によって、これに資する地域連携の必要とされるケアニーズを探ることが必要である。

【目的】 継続して通院中の認知症患者に対して、地域連携のニーズを把握するため、高齢者総合機能評価を実施し縦断解析を行う。

#### 【方法】

##### 対象

もの忘れセンター通院症例171名(男性57名、女性114名、平均年齢79.0歳±6.1歳)、うちAD群は82名、VD群26名、MCI群23名、MIX群20名、FTD群11名、DLB群9名であった。

##### 測定項目

総合機能評価の項目から、MMSE、GDS、DBD、Barthel Index、I-ADL、意欲の指標としてVitality Index、また介護負担感の指標としてZarit Burden Interview(ZBI)を実施し、初診時と再評価時(平均期間16ヵ月)との比較を、評価

間期間別(12ヵ月以下・13ヵ月以上)で行った。また同様に評価間期間別で、各CGAのデルタ値とZBIのデルタ値との単相関を行い、有意差のついた項目で多変量解析を行った。

【結果】 初診時と再診時との縦断解析を行ったところ、12ヵ月以下の群ではいずれも有意差はみられなかった。一方13ヵ月以上の群では、AD群においてBarthel IndexとI-ADL、Vitality Indexが低下し、DBDとZBIが悪化した。またDLB群ではI-ADLが、MCI群ではMMSEが、VD群ではGDSが悪化していた(図1)。

各CGAのデルタ値とZBIのデルタ値との解析では、12ヵ月以下の群ではI-ADLのデルタ値のみが単相関で有意であった( $p=0.04$ )。一方、13ヵ月以上の群の重回帰分析では、DBD( $p=0.0003$ )とVitality Index( $p=0.001$ )とが有意であった(図2)。

【結論】 認知症の介護が1年以上の長期になると、患者の周辺症状の悪化や生活意欲の低下が、介護者の負担感の増悪につながっている可能性が示唆された。



(図1)

## CGA項目の変化量(12月~)

	初診時	最終	p値
BRTL(100)	96.21±0.75	88.56± 1.84	0.0001
I-ADL(100%)	70.29±2.37	52.60± 2.98	<0.0001
MMSE(30)	20.19± 0.45	19.56± 0.56	0.3796
DBD(28)	5.68±0.40	6.58± 0.48	0.1480
GDS(15)	5.13±0.33	4.09± 0.31	0.0241
VITL(10)	8.88±0.15	8.43± 0.16	0.0395
ZBI(88)	21.91±1.54	29.20± 1.92	0.0034

n=107.平均期間(ヶ月)=20.96±8.02

(図2)

介護負担感の増減に寄与する  
CGA項目(変化量)

ΔZART 対 5独立変数 (n=79)

	回帰係数	標準誤差	標準回帰係数	t値	p値
切片	3.106	1.510	3.106	2.057	0.0433
ΔBRTL	-0.011	0.096	-0.011	-0.114	0.9097
ΔI-ADL	-0.046	0.060	-0.080	-0.770	0.4435
ΔMMSE	0.385	0.336	0.113	1.145	0.2558
ΔDBD	1.259	0.335	0.387	3.758	0.0003
ΔVITL	-2.959	0.875	-0.357	-3.382	0.0012

これらを踏まえた地域連携会議での周辺症状に関する受け入れ施設の関する討議の議事録を資料とする

資料

## 『三鷹・武蔵野認知症連携を考える会』 第2回ワーキンググループ会議 議事録

日時：2008年2月2日（月） 19:00-21:20

場所：杏林大学病院外来棟10階 会議室

出席者：行政（萩原勤也、高橋利恵子、小川悦子、吉田竜生）

地域包括支援センター（伊藤真由美、中村真理、金丸絵里、佐久間美苗、池川明美、  
工藤正樹）

医師会（田原順雄、若林研司、本田理）

基幹病院（鳥羽研二、神崎恒一、長谷川浩、平田浩一、加藤雅江、山浦麗章、  
浦川直美、藤ヶ崎浩人、大川真央、宇野正威）

（敬称略、順不同）

記

司会 杏林大学高齢医学 神崎恒一

### 1. 周辺症状が著しい患者の受け入れ先候補について

#### ①武蔵野市医師会アンケートの結果について（田原先生）

・診療所99/149施設、病院9/9施設からのアンケート結果をご報告いただいた。

#### 【質問】

・認知症診療を積極的に行っている6施設についての診療所像は？

→ 神経内科3施設と内科(サポート医ではない)

その施設名を明らかにすることは今後可能。(確認取り次第)

・認知症対応力向上研修の参加数について

→ 10数名のみ出席した状況

・訪問診療、往診をされている先生の人数は？

→ 不明確だが、在宅専門の先生は2、3名。

・武蔵野市の行政に認知症疑いのある患者さんが訪れたときの対応は？

→ 杏林大病院、慈雲堂内科病院、浴風会病院などを紹介している。  
診療所は紹介していない。

#### 【その他】

武蔵野市医師会アンケートの内容を三鷹市でも行うことの諾否を若林先生(三鷹医師会副会長)より打診があり、了承された。

#### ②周辺症状が著しい患者のリストに関する情報交換

・石塚先生がまとめたリストをベースにメンバーから寄せられた情報を加えたものを紹介

#### 【受け入れてもらったことのある病院について報告された先を紹介】

・親愛病院ではBPSDの強い方でも受け入れてくれる。寝たきりは不可。海道病院についても、受け入れてもらったことがある。(弘済園：工藤氏)

- ・浴風会の医師からの紹介で駒木野病院に入院。最近では、BPSDの強い場合でも井の頭病院で対応いただいている。(ゆとりえ：中村氏)
- ・青梅市等比較的遠方の病院へ受け入れてもらっている。(日赤：大川氏)
- ・青梅等遠い病院を当たる。井の頭病院では過去に受診し歴があると受け入れてもらいやすい。(桜堤：金丸氏)
- ・有料老人ホームでのショートステイを利用することもある。(杏林：加藤氏)
- ・海道病院、駒木野病院に対応いただくことが多い。山田病院では内科疾患の合併症のある方は断られた。紹介先は青梅・八王子が多い。(高齢者総合センター：伊藤氏)

#### 【その他】

- ・次の病院、施設が決まっていればより相談しやすくなる。(加藤氏・大川氏)

## 2. 現状紹介

### 【杏林大学、武蔵野赤十字病院の患者受け入れ方法の紹介】

- ・杏林大学：予約が無い場合、患者さんが来院しても次回の予約をいただくのみになるので、可能な限り医療機関からFAXで地域医療連携室に予約を取っていただきたい。WG地域包括枠として地域医療連携室を通じて毎週木曜日に月4人の予約が可能。
- ・武蔵野赤十字：新患10～15名/月。多くは近隣の医療機関からの紹介。身体合併症を契機に入院いただくことはある。BPSDで困るケースは殆どない。
- ・吉岡リハビリテーションクリニック：周辺症状の相談が多い。ドグマチール半錠、クエチアピン半錠等で大体収まる。8年間で1000名を見てきたが、松沢病院等に送った方は10数名と少ない。

### 【武蔵野市】

- ・認知症関係の問い合わせがあった場合には「武蔵野市介護サービス事業者リスト」を紹介している。
- ・認知症サポーター1200名。現在メイトは40～50名。そのメイトで今年度認知症サポーター養成講座を積極的に行う予定。また、信託銀行、民生委員、老人クラブの方々からの依頼を受けて(5名以上の依頼で)メイトを派遣している。
- ・認知症啓発・相談・在宅生活の支援の3本の柱をもって事業を運営している。

### 【三鷹市】

- ・認知症関係の問い合わせがあった場合には「お年寄りの為のしおり」「介護保険事業者リスト」を用い紹介している。
- ・「お年寄りの為のしおり」を作成し紹介している。
- ・三鷹市高齢者入院ベッド確保事業について説明。(本田先生)  
→S43年から発足し、井の頭病院と10床の契約をしている。稼働状況は、2750床延べ22名が利用。(平成20年4月30日～12月31日まで)

### 【意見・提案】

- ・認知症サポート医の活躍の場がないので、地域でその場を持ちたい。(若林先生)
- ・サポート医という呼称でなくとも、三鷹武蔵野地区認知症医療連携という形で、地域の方々を救う会を広い範囲とするのはどうか？(宇野先生)
- ・武蔵野三鷹地区地域連携パス作成委員会(肺・前立腺・乳腺・大腸・胃)があるが、認知症に関しても医療連携パス作りが必要と考える。(本田先生)





Yamaguchi, H. Hanyu, Kanaya, T Takao, M. Okada S. Kudo, H Kotoku, M. Iwakiri, H. Kurita, T. Miyamura Y. Kawasaki, K. Omori, K. Shiozaki, T. Odawara, T. Suzuki, S. Yamada, Y. Nakamura, K. Toba :

"A Randomized Crossover Study of a Traditional Japanese Medicine (Kampo) "Yokukansan" in the Treatment of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia", The International Journal of Neuropsychopharmacology (in press), 2008

園原和樹, 鳥羽研二, 中居龍平, 小林義雄, 守屋佑貴子, 長谷川浩, 神崎恒一, 松田博史: 認知症高齢者の意欲低下に関連する脳血流分布. 日老医誌45(6); 615~621, 2008.

鳥羽研二: 高齢診療科における認知症専門外来の役割と問題点—新しい認知症ケアセンターとしての「もの忘れセンター」. Cognition and Dementia8(1); 26~30, 2009.

鳥羽研二, 長田正史, 岩田安希子, 須藤紀子, 長谷川浩: 老化の臨床—高齢者疾患の特徴. 画像診断 29(2); 124~128, 2009.

鳥羽研二, 菊地令子, 岩田安希子, 神崎恒一: 臨床医に役立つ易転倒性発見のための「転倒スコア」. 日本医師会雑誌 137(11); 2275~2279, 2009.

#### 書籍

・《共著》鳥羽研二: 「高齢者及びその家族を支えるための基本的な心構えと診察方法」 p17-20 「チーム医療の考え方と手順 (鳥羽研二, 野中博)」 p25-28 「高齢者の病態の一般的特徴」 p29-32 「要介護に至る疾患」 p33-36 「寝たきりと廃用症候群」 p91-92 「食欲低下と脱水」 p97-102 「浮腫」 p103-106 「高齢者

の検査値の読み方」 p117-122 「包括的高齢者総合評価 (CGA)」 p153-156 「身体的機能評価」 p157-160 「精神心理機能評価」 p161-168 「社会状況の評価」 p169-174 「認知症」 p223-232 「水・電解質異常」 p295-298. 高齢者を診療する医師のための研修カリキュラム, 2008. 3月 監修…大内尉義. 発行所…財団法人長寿科学振興財団 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1あいち健康の森 健康科学総合センター4階

・《共著》鳥羽研二: 改定第3版「老年医学テキスト」, 2008. 6月 編集…社団法人日本老年医学会. 発行所…株式会社メジカルビュー社 東京都新宿区市谷本村町2-30

・《共著》清水昌彦, 長谷川浩, 鳥羽研二: 脱水. 老年医学の基礎と臨床 I, 203-207, 2008. 6月 編集…大内尉義, 監修…浦上克哉. 発行所…株式会社ワールドプランニング 東京都港区虎ノ門3-7-2

・《共著》鳥羽研二, 木村紗矢香, 山田如子, 小林義雄, 長谷川浩, 神崎恒一: 認知症疾患患者のCGA. 老年医学update2008-09; 10~17, 2008. 7月 編集…日本老年医学会雑誌編集委員会. 発行所…株式会社メジカルビュー社 東京都新宿区市谷本村町2-30

・《共著》鳥羽研二: 転倒ハイリスク者の早期発見のための「転倒スコア」. 転倒予防医学百科; 208-210, 2008. 8月 編集…武藤芳照.

発行所…日本医事新報社 東京都地養田区神田駿河台2-9

・《共著》神崎恒一, 鳥羽研二: 転倒・骨折と寝たきり p93-95. 低栄養 p95-96. 褥瘡 p96-102.

長谷川浩、鳥羽研二：高齢者の薬物動態  
p164-165. 高齢者における薬物療法の注意  
点：有害事象を含む p165-167.

認知症テキストブック，2008. 10月 編  
集・・・日本認知症学会. 発行所・・・株式会社中  
外医学社 東京都新宿区矢来町62

・《共著》鳥羽研二：高度の意欲低下でも測  
定可能なアパシー（意欲障害）の評価－  
Vitality Index. 脳疾患によるアパシー（意  
欲障害）の臨床；19-25, 2008. 11月

編集・・・小林祥泰. 発行所・・・株式会社新興  
医学出版社 東京都文京区本郷6-26-8

・《共著》鳥羽研二：実地医家のための高齢  
者診療ガイド，2008. 11月 編著・・・大内尉  
義. 監修・・・社団法人日本医師会 社団法人  
日本老年医学会 国立長寿医療センター. 発  
行所・・・株式会社同人社 東京都港区南青山  
1-3-1-1911パークアクセス青山1丁目タワー

・《共著》鳥羽研二：系統看護学講座 専門  
分野Ⅱ 老年看護 病態・疾患論，2008. 12  
月 著者代表・・・佐々木英忠 発行所・・・株式  
会社医学書院 東京都文京区本郷1-28-23