

資料①

アンケート調査票

貴病院名 () 必ずお答えください。

質問1 貴院は、認知症患者さんのBPSDの診療をされていますか？

- ① はい
- ② いいえ

以下は質問1で、①に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問2 夜間帯(17時～9時)や休日時間帯で、認知症患者さんのBPSDの診療をされていますか？

ただし、精神科救急システムを利用しないケースとしてお答えください。

- ① かかりつけの患者さんのみ、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ② かかりつけの患者さんのみ、外来対応のみならば診療している。
- ③ かかりつけの患者さん以外でも、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ④ かかりつけの患者さん以外でも、外来対応のみならば診療している。
- ⑤ 原則的に夜間や休日時間帯で、認知症患者さんのBPSDの診療はしていない。

以下は質問2で、①～④に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。⑤に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問3 当研究グループは、本年度「BPSD 対応マニュアル・精神科救急版」(仮称)を北摂限定で作成する予定です。これは、認知症患者さんやご家族、介護職、行政等に配布する予定ですが、その中に夜間休日時間帯でBPSDに困った場合の受診先として、貴医療機関の名前、住所、電話番号、質問②でお答えいただいた内容を記載してもよろしいでしょうか。具体的には、別紙のチャート(案)のような形で記載することを考えております。

- ① はい
- ② いいえ

資料②（一般病院用）

アンケート調査票

一般病院用

貴病院名（ ）必ずお答えください。

質問1 貴院は、認知症患者さんのBPSDの診療をされていますか？

- ① はい
- ② いいえ

以下は質問1で、①に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問2 夜間帯(17時～9時)や休日時間帯で、認知症患者さんのBPSDの診療をされていますか？ どれかひとつに丸をつけてください。

- ① かかりつけの患者さんのみ、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ② かかりつけの患者さん以外でも、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ③ かかりつけの患者さんのみ、外来対応のみならば診療している。
- ④ かかりつけの患者さん以外でも、外来対応のみならば診療している。
- ⑤ 原則的に夜間や休日時間帯で、認知症患者さんのBPSDの診療はしていない。

以下は質問2で、③～⑤に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。①か②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問3 夜間・休日帯に認知症患者のBPSDの診療ができない、入院対応ができない理由は何ですか？ あてはまる項目すべてに丸をつけてください。

- ① 夜間・休日帯では認知症に限らず、原則的に外来対応をしていない
- ② 夜間・休日帯では認知症に限らず、原則的に入院対応をしていない
- ③ 処遇制限（閉鎖病棟、隔離、拘束など）のできる精神科病床がない
- ④ 夜間・休日時間帯に精神科医の対応ができない。
- ⑤ 本人と治療契約が結べない
- ⑥ 徘徊、大声をあげるなど他患者の迷惑になったりして目が離せない
- ⑦ 看護師や看護助手などの人手がかかってしまう
- ⑧ 認知症患者が入院すると、平均在院日数が長くなる
- ⑨ その他（ ）

以上です。ご協力ありがとうございました。

資料③（認知症疾患医療センター及び精神科救急システム参画病院用）

アンケート調査票

精神科救急病院及び
認知症疾患医療センター用

貴病院名（ ）必ずお答えください。

質問1 統合失調症、気分障害などの精神病圏の患者さんを対象に、精神科救急システムが整備されていますが、BPSD の治療を必要とする認知症患者さんが精神科救急システムを利用することについてどのように考えますか。どれか1つに丸をつけてください。

- ① 積極的に利用すべき
- ② 現状では利用することはやむを得ない
- ③ あまり利用するべきではない

質問2 貴院は、認知症患者さんの BPSD の診療をされていますか？

- ① はい
- ② いいえ
- ③

以下は質問2で、①に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問3 夜間帯(17時～9時)や休日時間帯で、認知症患者さんの BPSD の診療をされていますか(精神科救急システムの当番を除く)? どれか1つに丸をつけてください。

- ① かかりつけの患者さんのみ、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ② かかりつけの患者さん以外でも、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ③ かかりつけの患者さんのみ、外来対応のみならば診療している。
- ④ かかりつけの患者さん以外でも、外来対応のみならば診療している。
- ⑤ 原則的に夜間や休日時間帯で、認知症患者さんの BPSD の診療はしていない。

以下は質問2で、③～⑤に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。①か②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

裏面にもつづきがあります。

資料④（上記以外の精神科病院用）

アンケート調査票

精神科病院用

貴病院名（ ）必ずお答えください。

質問1 貴院は、認知症患者さんのBPSDの診療をされていますか？

- ① はい
- ② いいえ
- ③

以下は質問1で、①に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問2 夜間帯(17時～9時)や休日時間帯で、認知症患者さんのBPSDの診療をされていますか(精神科救急システムを除く)? どれか1つに丸をつけてください。

- ① かかりつけの患者さんのみ、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ② かかりつけの患者さん以外でも、入院や関連施設の入所対応も含めて診療している。
- ③ かかりつけの患者さんのみ、外来対応のみならば診療している。
- ④ かかりつけの患者さん以外でも、外来対応のみならば診療している。
- ⑤ 原則的に夜間や休日時間帯で、認知症患者さんのBPSDの診療はしていない。

以下は質問2で、③～⑤に丸をつけた医療機関様のみご回答ください。①か②に丸をつけた医療機関様はここまでで終わりです。ありがとうございました。

質問3 夜間・休日帯で認知症患者さんのBPSDの診療ができない、もしくは入院対応ができない理由は何ですか? あてはまる項目すべてに丸をつけてください。

- ① 夜間・休日帯では認知症に限らず、原則的に外来対応をしていない(精神科救急システムの当番を除く)
- ② 夜間・休日帯では認知症に限らず、原則的に入院対応をしていない(精神科救急システムの当番を除く)
- ③ 認知症患者は身体合併症を持っている可能性が高く、対応が難しい

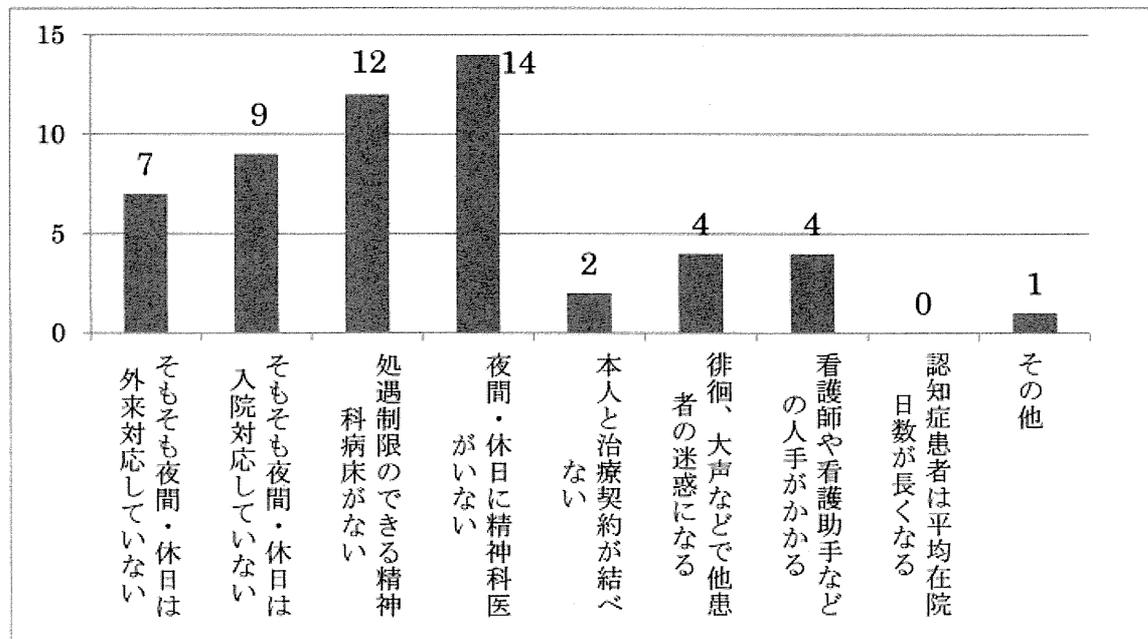
裏面にもつづきがあります

- ④ 認知症患者を受け入れる適切な病棟がない
- ⑤ 本人と治療契約が結べない
- ⑥ 徘徊、大声をあげるなど他患者の迷惑になったりして目が離せない
- ⑦ 看護師や看護助手などの人手がかかってしまう
- ⑧ 認知症患者が入院すると、平均在院日数が長くなる
- ⑨ 診察に時間がかかってしまう
- ⑩ その他（)

以上です。アンケートのご協力ありがとうございました。

データ①

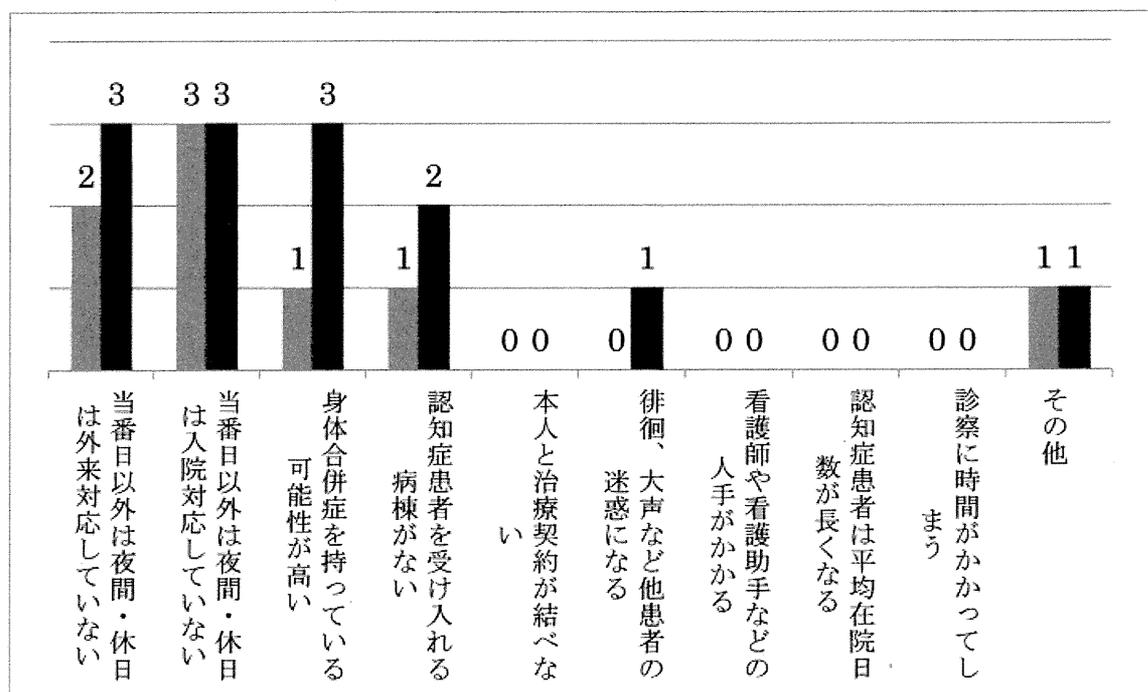
夜間・休日に BPSD 患者の入院治療や、外来診療ができない理由
 一般病院 (N=18) 複数回答



データ②

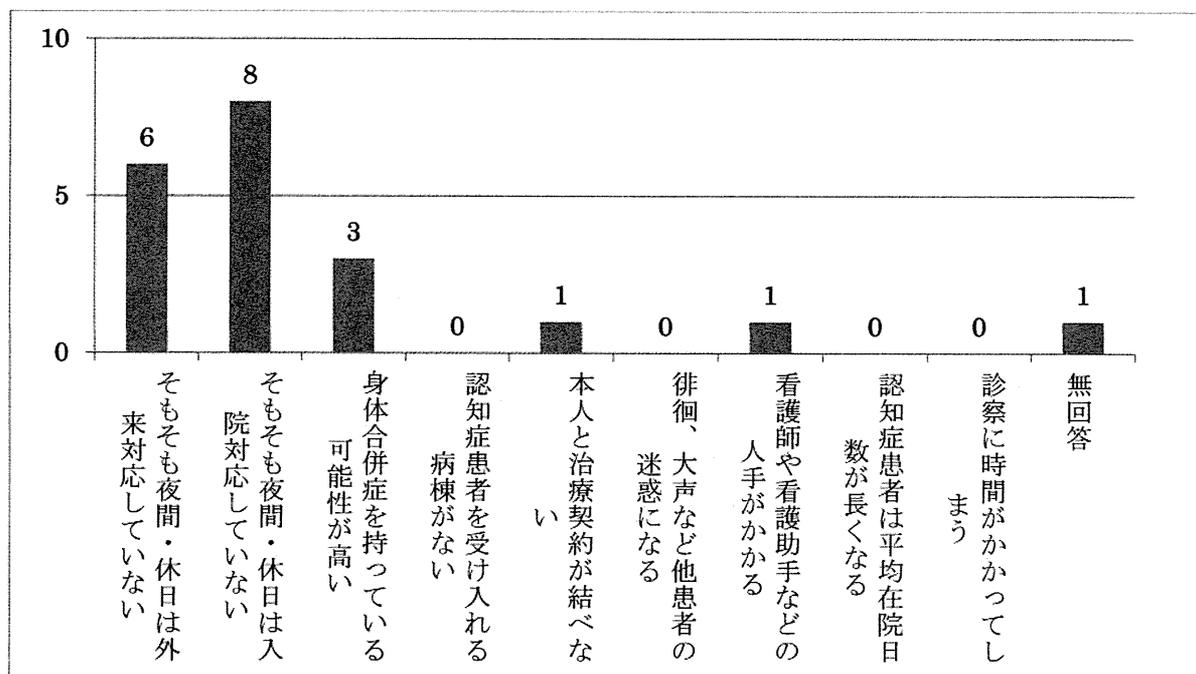
夜間・休日に BPSD 患者の入院治療や、外来診療ができない理由。

認知症患者医療センター (N=4 灰色)、精神科救急システム参画病院 (N=5 黒色) 複数回答



データ③ 夜間・休日に BPSD 患者の入院治療や、外来診療ができない理由。

上記以外の精神病院 (N=10) 複数回答



平成23年度厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

『アルツハイマー病と血管性認知症のBPSDの差異に関する調査
および アルツハイマー病の食行動異常に関する研究』

分担研究者 西川 隆 （大阪府立大学総合リハビリテーション学部）
研究協力者 大西久男 （大阪府立大学総合リハビリテーション学部）
田中寛之 （医療法人晴風園今井病院）
植松正保 （医療法人晴風園今井病院）
坂井麻里子 （済生会茨木病院リハビリテーション科）
繁信和恵 （浅香山病院精神科）
数井裕光 （大阪大学大学院医学系研究科精神医学）

研究要旨

23年度は、研究1として、介護療養型病床において、BPSDの発生頻度、種類、原疾患、認知症重症度、認知機能、介護負担度を調査し、主にアルツハイマー病(AD)と血管性認知症(VaD)のBPSDの種類を比較した。また、研究2として、BPSDのうち食行動をとりあげ、別の3病院に通院中のAD患者に関して、味覚機能と食行動異常の関連を検討した。

BPSDの種類は、ADでは、興奮、脱抑制、異常行動、睡眠、無為・無関心、妄想、VaDでは、睡眠障害、無為・無関心、興奮、うつ・不快であった。VaDはADに比べて、脱抑制が少なく、睡眠障害が多い傾向があった。

AD患者には過剰な甘味嗜好が認められ、甘味と酸味の味覚閾値が高い一方、甘味と他の味覚識別は良好であった。AD患者は分り易い味覚刺激を求めて甘味を好むのかもしれない。

<研究1> ADとVaDにおけるBPSDの比較

A. 研究目的

介護療養型病床の入院患者にみられるBPSDの実態を明らかにする。

B. 研究方法

兵庫県下の1介護療養型病院の入院患者における過去1ヶ月にみられたBPSDの発生頻度とその種類・重症度・介護負担度、ならびに、対象者の性・年齢・神経学的症候・認知症尺度・認知機能・ADLを調査した。

BPSDの頻度・重症度・介護負担度はNPI-Q、ADLの介護負担度は兵庫脳研式ADLスケール、認知症の重症度にはCDR、認知機能の評価には直近のMMSE、HDS-Rの成績を用いた。

(倫理面への配慮)

個人情報について厳重に管理し、データの

解析は匿名化して行った。

C. 研究結果

1. 対象者

入院中の認知症患者82名（男21・女61）、
年齢 86.6±7.1 歳

2. 原疾患と認知症重症度の関連

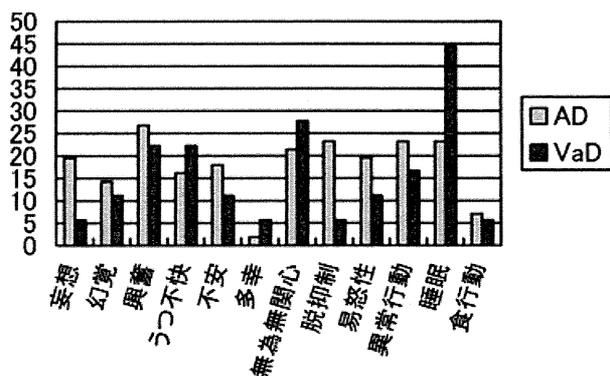
原疾患とCDRの分布を表に示す。

表1 原疾患とCDRの分布

	CDR					計
	0	0.5	1	2	3	
アルツハイマー病			11	11	35	57
脳血管障害			7	4	8	19
混合型			1		2	3
レビー小体型					3	3
計			19	15	48	82

3. ADとVaDのBPSDの比較

AD と VaD に多い BPSD はそれぞれ順に、AD では、興奮、脱抑制、異常行動、睡眠、無為・無関心、妄想、VaD では、睡眠障害、無為・無関心、興奮、うつ・不快であった。VaD は、AD に比べて、脱抑制($p=0.096$)が少なく、睡眠障害($p=0.082$)が多い傾向があった (χ^2 検定両側)。



D. 考察

AD と VaD における BPSD の種類に関しては、異なるという報告と、異なるないという報告がみられる。差異があるという報告では、AD に妄想が多く、VaD に抑うつの多いことが指摘されている。本研究の結果が過去の報告とことなっていたことは、①介護療養型病床では重度認知症者が対象であったこと、②対象数が少なかったことによると考えられる。

<研究2>ADの食行動異常と味覚機能の関連

A. 研究目的

AD患者における味覚機能と食行動異常の関連を検討する。

B. 研究方法

テーストディスク® (三和化学研究所) を用いて、甘味・塩味・酸味・苦味の4基本味覚に関する味覚閾値、味覚識別、味覚同定を検査するとともに、食行動評価尺度 (Ikeda M, et al, 日本版) を用いた食行動の調査を行った。MMSEにより認知機能を評価した。

(倫理面への配慮)

患者・介護者より書面による同意を得た。

C. 研究結果

1. 対象者

NINCDS-ADRDAのprobable AD (CDR 0.5~2) 患者23名, 健常高齢者(NC)22名

2. ADにおける味覚機能

AD は NC に比べ、甘味と酸味の味覚閾値は有意に鈍かった ($p<0.05$)。味覚の異同判断は差を認めなかった。味覚同定は成績が有意に低かった ($p<0.01$)。誤反応の分析結果からは、AD は NC に比べ、甘味への誤りは有意に少なく、塩味への誤りが有意に多かった。

3. 味覚機能と認知機能・食行動異常の関連

各味覚機能課題とMMSEの成績に相関は認めなかった。AD群の食行動異常は、過食、甘味への嗜好の偏倚が目立った。味覚機能との関連は酸味の閾値との相関がみられたのみであった。

D. 考察

AD患者では甘味と酸味の感度が鈍く、また味の差異を感じられても、同定が困難であり、他の味を塩味に誤りやすく、甘味には誤りにくい傾向がある。AD患者の過剰な甘味嗜好は、甘味の感度が鈍い一方で、他の味覚とは区別しやすいことと関連しているかもしれない。

E. 研究発表

- 1) 大西久男, 田中宏明, 西川隆, 大川直澄, 中山博識: 認知症者の BPSD の出現と症状ごとの介護負担に関する研究 (第 26 回日本老年精神医学会, 2011)
- 2) 田中寛之, 植松正保, 西川隆: 重度認知症者の認知機能検査に関する研究; 重度認知症者のための新しい認知機能検査. (第 26 回日本老年精神医学会, 2011)
- 3) 坂井麻里子, 数井裕光, 繁信和恵, 西川隆: Alzheimer 型認知症患者における味覚機能の検討. (第 35 回日本高次脳機能障害学会, 2011)

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

認知機能が低下した高齢者に対応する家族介護者への自己効力感向上プログラムの開発と評価

研究分担者 河野あゆみ 大阪市立大学大学院看護学研究科
研究協力者 丸尾 智実 大阪市立大学大学院看護学研究科
奥田 益弘 社会福祉法人 みささぎ会 藤井寺特別養護老人ホーム
畑 八重子 社会福祉法人 みささぎ会 藤井寺特別養護老人ホーム
桑田 直弥 社会福祉法人 みささぎ会 藤井寺特別養護老人ホーム

研究要旨

本研究では、認知機能が低下した高齢者に対応する家族介護者への自己効力感向上プログラムを作成し、作為的に介入群（n=19）と対照群（n=14）を置いた比較試験でプログラムを評価した。その結果、対象者の特徴では、介入群は対照群に比べて女性が多く（94.7% vs 64.3%, $p=.025$ ）、仕事をしている人が多かった（52.6% vs 0.0%, $p=.001$ ）。outcome評価では、BPSDの負担感で、対照群はプログラム実施前後であまり得点の変化はみられなかったが、介入群でプログラム実施前に比べて実施後にBPSDの負担感が増加していたことから、2群間で統計的に傾向がある程度で差がみられた。しかし、両群の意見交換時の発言では、介入群が「他者の意見を参考にする」発言が多かったが、対照群は「自分のやり方を貫く」発言が多い傾向があった。今後はoutcomeに影響を与えた要因や持続可能で効果的な家族支援について更なる検討が必要である。

A.研究目的

認知症高齢者の増加が予想される中、認知症高齢者の支援とともに介護者への支援の重要性が指摘されている。特に、認知症の行動・心理症状（BPSD）への理解不足が、介護者の介護負担感や不安・抑うつを引き起こしていると先行研究で指摘されている。したがって、高齢者に認知機能の低下がみられる初期の段階から、介護者に認知症に伴う高齢者の変化について適切な理解を促すことが重要である。そこで本研究は、介護負担感を軽減する要因の1つとして注目される自己効力感に着目した家族介護者への自己効力感向上プログラムを開発し、その評価をすることを目的とした。

B.研究方法

1)自己効力感向上プログラムの開発

自己効力感向上プログラムの目的は、家族介護者が認知機能の低下した高齢者の変化を適切に理解し、遂行行動の達成を通じて自己効力感を向上できるとした。これには、持っている習慣を変更し、変化する環境に適切に対応するための認知的・行動的・自己制御的な手段を獲得

する必要があると指摘されている。そこで、EllisのABC理論を参考に、認知症の症状がみられる高齢者の事例を通じて客観的に状況を整理する力をトレーニングするプログラムを作成した。両群に行うプログラムの実施回数は3週間に1回、約2時間、全6回とし、そのうち、自己効力感向上プログラムは、約1時間、全5回とした。トレーニングのテーマは、「過去の事が思い出せない」「心ないことを言う」「着替えられない」等、認知症の中核症状とそれに伴うこころの変化を中心に構成した。

2) 自己効力感向上プログラムの評価

研究デザインは、作為的に介入群と対照群を置いた比較試験である。対象者は、大阪府下の居宅介護支援事業所を利用している要介護者の家族で、プログラムの参加を希望した主介護者とした。また、参加条件として、介護者に認知症の疑いがないこと、急性期の病気でないこと等を設定した。条件に合うご家族に対し、プログラムの周知と参加者の募集を研究協力施設に依頼した。評価は、対象者の自記式質問紙調査とプログラム内の対象者の発言やワークシート

表 1：プログラム実施前後の outcome 得点と検定結果

outcome	群	平均値 (SD)		変化量の差	p 値 ^e
		実施前	実施後		
自己効力感, SE (J-RSCSE)^a					
休息を得る SE	介入群(n=15)	55.1(33.5)	59.9(21.7)	-5.2	.683
	対照群(n=11)	53.8(19.6)	63.8(23.1)		
認知症の症状に対応する SE	介入群(n=15)	49.9(28.8)	47.5(24.5)	-3.5	.590
	対照群(n=11)	53.3(26.3)	54.4(18.3)		
思考をコントロールする SE	介入群(n=16)	53.5(20.4)	53.7(17.3)	1.2	.813
	対照群(n=11)	61.8(19.2)	61.5(13.3)		
BPSD 負担感 (NPI-Q)^b					
	介入群(n=16)	11.0(10.4)	18.7(11.4)	8.0	.066
	対照群(n=11)	18.6(10.4)	18.4(8.0)		
介護負担感 (J-Zarit8)^c					
	介入群(n=16)	9.8(5.1)	10.6(4.8)	1.4	.478
	対照群(n=11)	13.7(7.5)	13.1(6.7)		
認知症の知識 (J-ADKS)^d					
	介入群(n=16)	14.9(3.8)	19.8(3.8)	1.8	.185
	対照群(n=11)	16.9(2.3)	20.0(3.6)		

a 自己効力感：下位尺度毎に得点を算出、各得点範囲 0-100、得点が高いほど自己効力感が高い

b BPSD 負担感：得点範囲 0-60、得点が高いほど認知症の心理・行動症状に負担感がある

c 介護負担感：得点範囲 0-32、得点が高いほど介護負担感がある

d 認知症の知識：得点範囲 0-30、得点が高いほど認知症の知識がある、e 2 群間の変化量の平均値の差、対応のない t 検定

の内容とした。具体的には、基本属性、認知症介護の自己効力感(J-RSCSE)、BPSD の出現と負担感 (NPI-Q)、介護負担感 (J-Zarit8)、認知症の知識 (J-ADKS) 等を質問紙調査で、自己効力感に関する発言内容を質的に評価することとした。

C. 研究結果

分析対象者は、介入群 19 人、対照群 14 人の計 33 人である。介入群の平均年齢は 64.5

(SD9.9) 歳で、平均介護期間は 4.2 (SD4.7) 年であった。対照群の平均年齢は 67.0 (SD10.9) 歳で平均介護期間は 5.0 (SD4.0) 年であった。介入群は対照群と比べて、女性が多く (94.7% vs 64.3%, p=.025)、仕事をしている人が多かった (52.6% vs 0.0%, p=.001)。

outcome 評価の結果は表 1 に示した。NPI-Q の負担感では、対照群はプログラム実施前後であまり得点の変化がみられなかったが、介入群はプログラム実施前に比べて実施後に負担感が増加していたことから、2 群間で統計的に傾向

がある程度で差がみられた。また、認知症の知識では、両群ともにプログラム後に得点が上昇していたが、2 群間での効果の差はみられなかった。しかし、両群の意見交換時の発言内容の比較では、介入群が「他者の意見を参考にする」発言が多かったが、対照群は「自分のやり方を貫く」発言が多い傾向があった。

D. 考察

介入群と対照群で背景の違いがあったことから、今後は outcome に影響を与えた要因や長期的な outcome の変化を含めて十分な検証を行い、持続可能で効果的な家族支援について検討していく。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表<学会発表>

1) Satomi Maruo, Ayumi Kono: The Revised Scale for Caregiver Self-Efficacy in Japanese Version: Reliability and Validity Studies. The 2nd Japan-Korea Joint Conference Community Health Nursing. Kobe. 2011.7

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
木藤友実子、数井裕光、武田雅俊	正常圧水頭症と精神症状	松下正明監修、栗田圭一編集	日常診療で出会う高齢者精神障害のみかた	中外医学社	東京	2011	241-246
吉山顕次、数井裕光、武田雅俊	幻覚と妄想	堀口 淳	脳とこころのプライマリケア	シナジー	東京	2011	405-409
数井裕光、杉山博通、板東潮子	認知症 知って安心、症状別対応ガイド	武田雅俊監修	認知症 知って安心、症状別対応ガイド	メディカルレビュー社	印刷中	2012	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kazui H, Yoshida T, Takaya M, Sugiyama H, Yamamoto D, Kito Y, Wada T, Nomura K, Yasuda Y, Yamamori H, Ohikawa K, Fukumoto M, Iike N, Iwase M, Morihara T, Tagami S, Shimosegawa E, Hatazawa J, Ikeda Y, Uchida E, Tanaka T, Kudo T, Hashimoto R, Takeda M	Different characteristics of cognitive impairment in elderly schizophrenia and Alzheimer's disease in the mild cognitive impairment stage	Dement Geriatr Cogn Disord Extra	1	20-30	2011
Kazui H, Mori E, Hashimoto M, Ishikawa M, Hirono N, Takeda M	Effect of shunt operation on idiopathic normal pressure hydrocephalus patients in reducing caregiver burden: Evidence from SINPHONI	Dement Geriatr Cogn Disord	3	363-70	2011
Yoshida T, Kazui H, Tokunaga H, Kito Y, Kubo Y, Kimura N, Morihara T, Shimosegawa E, Hatazawa J, Takeda M	Protein synthesis in the posterior cingulate cortex in Alzheimer's disease	Psychogeriatrics	11	40-5	2011

数井裕光、武田雅俊	意味認知症 緩徐進行性高次脳機能障害の病態	BRAIN and NERVE	63	1047-1055	2011
杉山博通、数井裕光、武田雅俊	Treatable dementia -正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、薬剤性認知症の診断と治療-	総合臨床	60	1869-1874	2011
数井裕光、武田雅俊	認知症はどのようにして診断されるか	日本認知症ケア学会誌	10	114-121	2011
山本大介、数井裕光、武田雅俊	Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III)	日本臨床	69 巻 増刊号 8:	403-407	2011
数井裕光、武田雅俊	特集 2 特発性正常圧水頭症 iNPH 診療の Next Step iNPH に対するシヤント術の介護負担への効果	脳 21	14	150-153	2011
野村慶子、数井裕光、武田雅俊	認知症の神経心理学 認知症における記憶障害	老年精神医学雑誌	22	1233-1240	2011
数井裕光	認知症診療における地域連携パスの可能性	Nursing Business	5	1004-1005	2011
数井裕光、吉山頭次、武田雅俊	精神科・わたしの診療手続 正常圧水頭症	臨床精神医学 第 40 巻増刊号	印刷中		2012
数井裕光、和田民樹、野村慶子、山本大介、杉山博通、清水芳郎、吉山頭次、武田雅俊	特集 認知症の終末期医療・ケア 進行期認知症の臨床症状 -原因疾患による相違と対応法-	老年精神医学雑誌	第 22 巻 第 12 号	1376-1383	2012
数井裕光、吉山頭次、武田雅俊	特集: 認知症の臨床的診断 - 薬剤投与の前に鑑別を要する病態 正常圧水頭症	認知症の最新医療	3	126-131	2011
杉山博通、数井裕光、釜江(繁信)和恵、田伏薫、武田雅俊	認知症地域連携パス	老年精神医学雑誌	印刷中		2012

遠藤英俊	高齢者の薬物療法		2011年版	1387-1396	2011
遠藤英俊	アルツハイマー病 地域の取組み, 介護保険サービスの利用法	最新医学	66(9月増刊号)	124-131	2011
遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介	認知症の終末期医療のあり方	診断と治療3	99(3)	523-525	2011
遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介、洪英在	6 認知症の包括的ケア	JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION	20(6)	567-570	2011
遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸、小杉尚子	5. 認知症のケアと非薬物療法の最前線	Geriatric Medicine	49(7)	795-799	2011
遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介	2. ガランタミンの長期臨床効果	医薬ジャーナル	47(8)	2114-2118	2011
遠藤英俊、三浦久幸	介護保険改正の焦点は	医学のあゆみ	239(5)	580-584	2011
今井幸充、長田久雄、本間昭、萱間真美、三上裕司、加藤伸司、木村隆次、石田光広、沖田裕子、遠藤英俊、池田学、半田幸子	認知機能障害を伴う要介護高齢者の日常生活動作と行動・心理症状を測定する新評価票	老年精神医学雑誌	22(10)	1155-1165	2011
遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸	ケアプランとアセスメント	精神科	19(2)	116-119	2011
遠藤英俊、三浦久幸、田代真耶子	回想法によるBPSDへの影響	エイジングアワードヘルス	7	19-23	2011
加藤昇平、遠藤英俊、鈴木祐太	認知機能障害の早期スクリーニングを目指して	人工知能学会論文誌	27(0)SP-X		2012

藤城弘樹・千葉悠平・井関栄三	認知症臨床に役立つ生物学的精神医学⑭ レビー小体型認知症の分類・病期と診断	老年精神医学雑誌	第22巻第11号	1298-1307	2011
Fujishiro H, Nakamura S, Kitazawa M, Sato K, Iseki E	Early detection of dementia with Lewy bodies in patients with amnesic mild cognitive impairment using ¹²³ I-MIBG cardiac scintigraphy	Journal of the Neurological Sciences	in press		2011
矢山 壮、繁信和恵、山川みやえ、牧本清子、田伏薫	入所施設の認知症の行動心理学的徴候(BPSD)で入院を依頼する要因の実態調査	老年精神医学雑誌	第22巻第12号	1413-1421	2011
Yamakawa M, Suto S, <u>Shigenobu K</u> , Kunimoto K, Makimoto K.	Comparing dementia patients nighttime objective movement indicators with staff observation	<i>Psychogeriatrics</i>	Acceptance for publication		
繁信和恵	ドネペジルの服薬指導と効果判定	治療	93	1852-1856	2011
繁信和恵	見当識障害の評価とリハビリテーション	老年精神医学雑誌	22	290-294	2011
澤 温	精神科救急～地域ケアにおけるネットワークの面から～	臨床精神医学誌	40-5	601-605	2011
澤 温	精神科病院で地域に貢献する立場で考える、10年、20年後に向けたキャリアパス	精神科科学評論社	19-4	348-351	2011

IV. 研究成果の刊行物・別刷

10-6 正常圧水頭症と精神症状

診療のポイント

- 歩行障害、認知機能障害、排尿障害を三徴とする。シャント術により症状の改善が期待できるため、脳形態画像、機能画像やタップテストを用いた診断が重要となる。
- 精神行動障害としては無為が最も多いが、不安や興奮なども認める。
- 活動性低下により症状が悪化する可能性があり、周囲からのサポートが悪化の予防に非常に重要である。介護支援サービスの利用が望ましいケースも多い。

I はじめに

正常圧水頭症は、歩行障害、認知機能障害、排尿障害を三徴とする進行性の疾患である。正常圧水頭症は、くも膜下出血や髄膜炎などの先行する疾患を伴う二次性正常圧水頭症と、原因不明の特発性正常圧水頭症に分けられる。特発性正常圧水頭症は、三徴が高齢者にとって非特異的であることや、潜行性に進行することなどから見逃されやすい疾患であるが、近年治療可能な認知症として注目を集めている。診断治療ガイドラインも国内外で発表され、精神行動障害を含めた症候学的な研究も多くなされている。

II 症例記載

症例① 66歳、女性

診断 くも膜下出血に伴う二次性正常圧水頭症

【既往歴】 高血圧症。

【受診に至るまでの経緯】 X年7月に突然の頭痛と意識障害で発症。A病院に救

急搬送されくも膜下出血と診断，右脈絡叢動脈の動脈瘤塞栓術を施行された。8月に退院後，徐々に歩行が小刻みとなり，物忘れを自覚するようになった。家事ができなくなり，怒りっぽくなってきたと家族が感じるようになった。10月，頭部CTにて二次性水頭症が疑われ，再入院となった。

【再入院時】 思考緩慢，動作緩慢が顕著であり，診察場面での応答は滞りがちであった。小刻み歩行，すり足と，頻尿を認めた。尿失禁は認めなかった。記憶障害や注意障害を認め，意思疎通に困難さがあり，易怒性や妄想（家族が自分を疎外しているという被害妄想）も認められた。さらに，無為でいることも増えた。Mini Mental State Examination (MMSE) 18/30点，Frontal Assessment Battery (FAB) 7/18点，10m 往復歩行試験 66 歩 37.6 秒。

【その後の経過】 タップテスト1週間後にはMMSE 22点，FAB 11点，10m 往復歩行試験 57 歩 29.9 秒となった。思考や動作の緩慢さには著明な改善を認めた。

その後腰椎-腹腔シャント術施行。三徴のいずれも改善を認めた。術後1カ月目の診察時には病前とほぼ同程度に家事が可能になった。術前は自身の身体や思考が思い通りにならずもどかしかったことを振り返った。シャント後12カ月の時点でも，症状の再燃は認めていない。

症例② 68歳，女性

診断 特発性正常圧水頭症

【受診に至るまでの経緯】 X-1年より，昼夜問わず尿失禁するようになり，オムツを使用するようになった。X年初めごろより物忘れやぼーっとしていることに周囲が気付くようになった。2月ふらつき出現。電話番号が覚えられないなど認知機能障害の悪化を本人も自覚するようになり，受診に至った。

【既往歴】 高血圧症。

【初診時の診察】 表情は乏しく活気がなく，思考緩慢，動作緩慢が顕著であった。MMSE 25/30点，FAB 8/18点，10m 往復歩行試験 47 歩 23.7 秒。精神行動障害は，Neuropsychiatric Inventory (NPI) で以下のようなスコアとなった。妄想：頻度1，重症度2，不安：頻度1，重症度3，無為：頻度4，重症度2，異常行動：頻度4，重症度2。妄想は介護者に家に乗っ取られるといった被害