

厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)
分担研究報告書

医療と介護との連携を図るための予備調査
－介護専門職からみた認知症診療を行う医師への印象－

分担研究者 谷向 知
(愛媛大学大学院医学系研究科 脳とこころの医学)

研究要旨 医療と福祉・介護の連携が認知症の人と家族を支援していくには不可欠である。今回、認知症のための縦断型連携パスを用いる事前調査として、介護専門職サイドから見た医療（医師）や提供される情報について現状での印象について質問紙を用いた調査を行った。医療（医師）は認知症についての知識は持っているとの評価される一方で、個々の患者の状態あるいは生活面を含めた介護指導が十分に行えているという印象を持つ介護専門職は多くない。介護保険や診療情報から得られる患者情報が介護現場でいかされているという印象をもつ専門職はわずか2割で、他（多）職種連携が行えていると感じている介護専門職は1/4にとどまっている。医療と介護現場が非常に多忙であり、十分に話し合う機会を持つことが困難な現在、進行性認知症のタイムリーな症状や介護現場での状況といった情報を共有できるコミュニケーションの手段として縦断型連携パスの活用が期待される。

A. 研究目的

認知症のための縦断型連携パスを用いることによって、医療と福祉・介護の連携がどのような効果がみられるのかを検討する目的で、介護・福祉の現場で働く職員を対象に、介護専門職側が医師、医療連携に対してどのような印象を持っている現状について質問紙を用いた調査を行った。

B. 研究方法

対象：認知症介護を行っている事業所に勤めるスタッフ。

方法：介護専門職が各事業所をサービス利用している認知症高齢者を通して、医師に対してどんな印象を持っているか自記式の質問紙(質問は「診断」、「認知症の知識」、「説明」、「介護指導」、「症状の把握」、「福祉制度の知識」、「福祉サービスの利用」、「他（多）職種との連携」の医療（医師）に関する8項目と「介護保険等でえられる患者情報は有効である」という1項目で、「思わない」

から「常に思う」の5段階で回答）を作成した。（倫理面への配慮）

質問紙は無記名で、回収は各人アンケート配布時に入れた無印の封筒に封をし、一定期間設けた回収箱に各人が入れる方法で行い、個人が同定されないよう配慮した。

C. 研究結果

9事業所、103名のスタッフに質問紙の配布を行い、93名（回収率90.3%）から回答を得た。医療（医師）に対する印象は、認知症性疾患の「診断」、「疾患の知識」の項目では認知症介護現場で働く約半数の専門職が一定の評価を実感していた。一方、「介護指導」、「他（多）職種連携」を医療（医師）が行えていると感じているものは3割程度で、逆に4割程度の専門職が十分に行えている印象を持っていない（図1）。

「介護保険や診療情報から得られる情報の有用性」については、有効に介護に反映されていると

感じている介護専門職はわずか2割程度であった。一方、有用な情報が得られているとの印象を持つと感じている介護専門職は4割にとどまっていた(図2)。

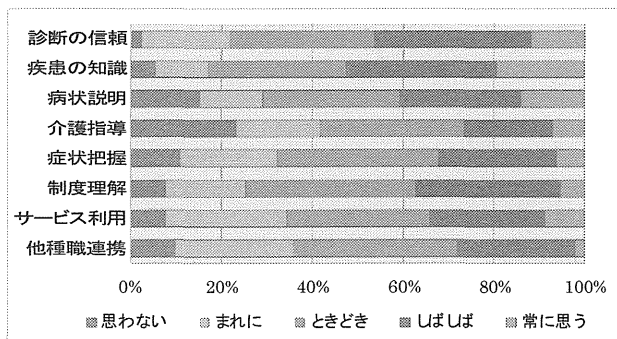


図1. 認知症の介護専門職が医療(医師)に感じている印象

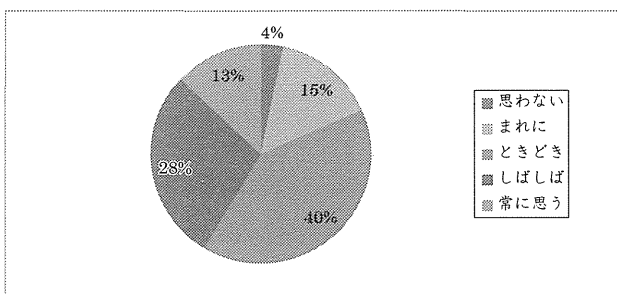


図2. 介護保険や診療情報の利用者情報は介護現場で役立っているか?

D. 考察

認知症介護の現場で勤務する専門職は、医療(医師)に対して、診断や認知症性疾患に対する知識は認めているといえる。一方で個々の患者に対しての症状の把握や状態にあわせた介護指導が十分に行っていると実感している介護専門職は決して多いとはいえない。たしかに、いったん診断をつけてしまうと、その後の診療は、時に簡易な神経心理検査を行い、お決まりの薬を処方するにとどめる医師がいるのは事実である。一方で、多忙である介護専門職が利用者の診察に同伴するケースも多いとはいえず、双方向のコミュニケーションが十分に図れていない可能性が考えられる。

介護保険や診療情報は単発的に提供される患者情報であり、進行性の経過をたどる認知症におい

てはタイムリーな情報が伝わっていない可能性が考えられる。実際、他(多)職種との連携がうまく行えていると感じている介護専門職は1/4にとどまっている現実を考えると、多忙極める介護と医療をつなぐツールとして共有して使用できる、縦断的な連携パスがいままさに必要である現状にあると考えられる。

E. 結論

医療(医師)と満足いく連携がとれていると感じている認知症の介護専門職は少ない。多くの認知症は症状が進行するためタイムリーに十分な時間をかけて情報共有することが重要ではあるが、医療、福祉ともに多忙で、なかなかそれが行えないのがひとつの要因であると考えられる。認知症のための縦断型連携パスは、この現状を打開し医療と福祉・介護の連携促進に寄与するものと期待できる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yasuno F, Tanimukai S, Sasaki M, Hidaka S, Ikejima C, Yamashita F, Kodama C, Mizukami K, Michikawa M, Asada T. Association between cognitive function and plasma lipids of the elderly after controlling for apolipoprotein E genotype. *Am J Geriatr Psychiatry* .20(7):574-583, 2012
- 2) Yasuno F, Tanimukai S, Sasaki M, Ikejima C, Yamashita F, Kodama C, Mizukami K, Asada T. Combination of antioxidant supplements improved cognitive function in the elderly. *J Alzheimers Dis*. 32(4):895-903, 2012
- 3) 園部直美, 谷向 知. 【認知症の摂食・嚥下障害 -原因疾患別の特徴とアプローチ-】レビー小体型認知症. *地域リハビリテーション* 7(6): 453-457, 2012
- 4) 谷向 知, 坂根真弓, 酒井ミサヲ, 吉田 卓, 藤

田君子, 豊田泰孝, 小森憲治郎. 介護うつ. 老年社会科学 34 (1) : 511-515, 2013

2. 学会発表

1) 谷向 知, 原祥治, 坂根真弓, 北村伊津美, 小森憲治郎. 前頭側頭変性症の行動異常と介入. 第53回日本神経学会 5/25 (シンポジウム)

2) 坂根真弓, 松本光央, 新谷孝典, 小森憲治郎, 園部漢太郎, 木村尚人, 谷向 知. タップテストや脳脊髄液シャント術により精神症状が著明に改善したNPHの2例. 第27回老年精神医学会 埼玉 6/21-22

3) 小森憲治郎, 坂根真弓, 宮崎大輔, 園部直美, 福原竜治, 谷向 知. 意味性認知症に対する数独ドリルの試み. 第36回日本神経心理学会 東京 9/14-15

4) 谷向 知, 坂根真弓, 原祥治, 福原竜治, 森崇明, 松本光央, 園部直美, 清水秀明, 北村伊津美, 塩田一雄, 小森憲治郎. 前頭側頭変性症をみる. 第31回日本認知症学会 つくば 10/26-28

5) 小森憲治郎, 谷向 知, 原 祥治, 清水秀明, 園部直美, 坂根真弓, 豊田泰孝. 見当識/近時記憶障害と行動障害を呈した側頭葉前方部萎縮例: 高齢発症例の症候学再考. 第36回日本高次脳機能障害学会 栃木 11/22 - 23

6) 原 祥治, 小森憲治郎, 坂根真弓, 谷向 知. FTLDの食行動異常に対するルーチン化療法の試み. 第36回日本高次脳機能障害学会 栃木 11/22 - 23

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

BPSD の治療を目的とする認知症病棟における

退院時看護サマリーの改善に関する研究

分担研究者 釜江（繁信）和恵 公益財団法人浅香山病院

研究要旨 本研究では入院患者のサマリーの内容を改善するために、退院先の施設に対しサマリーに記載すべき項目および退院先の施設種類の違いによるサマリーへのニーズの違いをインタビューによって探索した。当病棟からの患者を受け入れた経験のある 23 施設のケアスタッフを対象とし、インタビューは 2 カ月間で実施された。施設の種類別には、特別養護老人ホーム 3 カ所、介護老人保健施設 8 カ所（以下老健）、グループホーム 7 カ所、小規模多機能 4 カ所であった。従来のサマリーに対しては、記載者によって記載内容に差があるとした者が多く、内容では文章が多いので読みにくい、患者の性格や ADL の概要が分かっても、それによる生活への影響などの詳細がわからない、ということが挙げられた。既存のサマリーでは、記載者によってサマリーの内容が異なることが明らかになった。そのため、インタビューによって抽出された項目を設け、記載者による違いを最小限にするための様式を構築する必要がある。また、提供していたケアの内容とともに、その根拠も記載できるように工夫する必要がある。また退院後の施設の種類によりサマリーへの異なるニーズが見いだされた理由として、老健では薬剤の処方根拠や身体に関する医療依存度についての情報を欲しており、老健は包括医療を実践する必要があるためだと考えられた。

A. 研究目的

当院の認知症専門治療病棟では、BPSD の改善を目指し多職種で工夫しながらケアを実践している。退院時には看護サマリー（以下サマリー）を作成して退院先でのケアの継続を図っているが、短期間での再入院があり、ケアの継続を徹底するために、現在のサマリーを見直す必要があった。本研究では入院患者のサマリーの内容を改善するために、退院先の施設に対しサマリーに記載すべき項目および退院先の施設種類の違いによるサマリーへのニーズの違いをインタビューによって探索した。

B. 研究方法

当病棟からの患者を受け入れた経験のある 23 施設のケアスタッフを対象とした。インタビュー

は 2 カ月間で実施された。従来のサマリーの使用状況や改善点、患者を受け入れる際の必要な情報を質問項目とした。インタビューガイドを作成して研究者間で内容を統一した。インタビューは録音して逐語録を作成し結果をまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究は当院および大阪大学保健学倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

施設の種類別には、特別養護老人ホーム 3 カ所（以下特養）、介護老人保健施設 8 カ所（以下老健）、グループホーム 7 カ所（以下 GH）、小規模多機能 4 カ所（以下多機能）であった。従来のサマリーに対しては、記載者によって記載内容に差があるとした者が多く、内容では、文章が多いの

で読みにくい、患者の性格や ADL の概要が分かっていても、それによる生活への影響などの詳細がわからない、ということが挙げられた。サマリーとして必要な情報には薬剤の処方根拠、ADL の詳細（オムツの種類、食形態、等）、既往歴、詳細な家族関係、皮膚障害や感染症などの身体的問題、睡眠パターン、居住環境、BPSD 出現時の様子や原因、等があげられた。施設別の主なニーズとして、特養では『BPSD が悪化した場合の対処法』、老健では『頓服薬の使用状況』『薬剤処方の根拠』『転倒歴』『身体情報』、GH では『集団活動』『夜間の様子』、多機能では『家族との実質的な関わり』があった。

D. 考察

既存のサマリーでは、記載者によってサマリーの内容が異なることが明らかになった。そのため、インタビューによって抽出された項目を設け、記載者による違いを最小限にするための様式を構築する必要がある。また、提供していたケアの内容とともに、その根拠も記載できるように工夫する必要がある。また退院後の施設の種類によりサマリーへの異なるニーズが見いだされた理由として、老健では薬剤の処方の根拠や身体に関する医療依存度についての情報を欲しており、老健は包括医療を実践する必要があるためだと考えられた。また、GH や特養夜勤が 1 人体制の施設職員配置もニーズが異なる理由として考えられた。さらに、施設の規模や入所者の要介護度の構成割合によって、施設で提供しなければならないケアに違いが出てくることもニーズの違いとして考えられる。この結果より、退院後の施設に合わせて退院サマリーの内容を工夫する必要がある。

E. 結論

退院後のケアに入院治療におけるケアを活かすためには、提供していたケアの内容とその根拠の記載、また退院後の施設の種類に合わせて退院サマリーの内容を工夫する必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・繁信和恵、認知症疾患医療センターの役割、臨床精神医学 41 (12) : 1705-1714, 2012.
- ・繁信和恵、柏木一恵、比良美千代、山本めぐみ、駒野敬行、谷口典男、低所得者の認知症医療と施設介護の現状と課題、老年精神医学雑誌 23 (5) : 586-591, 2012.

2. 学会発表

- ・九津見雅美、山川みやえ、土田京子、和泉谷五月、桑木智美、樫本真美、駒野敬行、山本めぐみ、島宏和、長谷川郁代、繁信和恵、認知症病棟における退院時看護サマリーの改善に関する研究 (第2報)、第13回日本認知症ケア学会、口演 2012. 5. 20 (浜松) .
- ・山川みやえ、九津見雅美、桑木智美、土田京子、田中恵美、藤本慎之介、岸奈緒子、山本めぐみ、島宏和、長谷川郁代、繁信和恵、認知症病棟における退院時看護サマリーの改善に関する探索的研究 (第2報)、第13回日本認知症ケア学会、口演 2012. 5. 20 (浜松)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

介護環境のニーズに関する調査

分担研究者 角 徳文 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 講師

研究要旨 医療と介護のよりスムーズな連携のためには、認知症患者や介護者の介護環境に関するニーズの的確な把握が必要である。本研究では、介護専門職に対する介護環境に関するアンケート調査を行った。その結果からは、本調査からは、よりより介護環境づくりのためには、①建物をつくるときから、高度の視点をもって設計しておくことが必要(尊厳を持って暮らせる住まいの視点) ②リスクマネジメントの視点が大切、また得られた結果から介護専門職者へフィードバックできるものとして③専門職に対しては、知識として得られるものばかりでなく、わかりにくいもの(実践から得るもの、雰囲気のようなもの)を学べる研修教育が必要④運営者は、利用者・患者の視点に立って、介護環境を試行錯誤していく努力が必要、といったことがわかった。

A. 研究目的

介護老人福祉施設や介護老人保健施設は療養の場ではなく生活の場であり、環境要因が認知症高齢者に与える影響がきわめて大きい。したがって認知症高齢者の QOL の維持・向上のための環境支援が不可欠であるが、従来の支援は一般高齢者の調査や認知症高齢者の行動観察に基づくもので、利用者のニーズに基づいたものではない。

そこで本研究では、認知症患者はその障害のため自らのニーズを表示することが困難なためにケアに携わる専門職を対象とし“自らが認知症を罹患して施設に入った場合”を想定して回答してもらう形式の調査を行った。この調査から得られる結果は、医療と介護の連携に関して介護環境のニーズを把握することでよりスムーズな医療連携・環境整備・支援に際して参考とし得るデータを収集することができるものと思われる。

B. 研究方法

地域における認知症対応実践講座研修会の開催に先立って、本研究の趣旨と目的、内容を説明し了承が得られた対象者に調査用紙を配布し回答を得た。調査票は研修終了後に回収しデータベース

に入力した。

調査は項目の作成に際し、下記の評価尺度を用いた。

・「地域における認知症対応実践講座」参加者に行った施行調査項目

・「包括的環境要因調査票 Comprehensive Environmental Questionnaire」

・「認知症高齢者への環境支援のための指針:

Professional Environmental Assessment Protocol(PEAP)日本語版」

(倫理面への配慮)

本研究の趣旨と目的、内容を説明し了承が得られた対象者に調査用紙を配布し回答を得た。本研究に際し、匿名性の保持および個人情報の流出には十分に配慮した。

C. 研究結果

回収結果

配布数 2,276、回収数 1,718 (回収率 75.5%)、

■全体集計の結果 (1320 サンプル)

A 認知症の告知と状況

・告知を受けるのは平均 74 歳。(平均年齢 47 歳。現在から約 27 年後)

B 認知症が軽度の状態での暮らし方、過ごし方

- ・ 6割が在宅で暮らしたい。戸建希望は78%。
- ・ 所でしたいことは、「家事」「テレビ・ラジオ」「団らん」「散歩」「趣味」など

C 認知症が進行し高度になった状態でのケア

・ 「車いす」「おむつ」はどちらかといえば‘使わない’、「食べ方」はどちらかといえば‘形のまままで’という人が多い。

・ 「薬の使用」は‘使わない’（16.3%）、‘使ってほしい’（10.9%）と、考えが分かれる。

・ 「胃ろう」は‘自然経過’で、という人が多い。

D 軽度（FAST4）の認知症の状態、施設で過ごす場合の環境に対する希望

・ 「プライバシーへの配慮」「見当識への支援」「病気やけがへの対応」、「緊急連絡体制」、「環境の調整」「自立支援の工夫」「個室（個室を選べる）」などが上位。

・ 次元（目標）別に見ると、「プライバシーの確保」、「安全と安心」、「機能的な能力への支援」、「自己選択」。下位は「見当職への支援」、「生活の継続性」、「環境における刺激の質と調整」、「ふれあいの促進」。

E 高度の認知症（FAST6）の状態、施設で過ごす場合の環境に対する希望

・ FAST4より加重平均のポイントは全体に低い。

・ 上位は「病気やけがへの対応」、「緊急連絡体制」、「転倒・転落防止」、「スタッフを探せる」、「環境調整」など。

・ 次元（目標）別に見ると、上位は「安全と安心」、「プライバシーの確保」、「環境における刺激の質と調整」。下位は「自己選択」、「生活の継続性」、「ふれあいの促進」。

F 住むことになる「居室」

・ 「個室」が76.5%、「多床室」が12.0%。

・ リビングでは「5～10人未満」（51.0%）で過ごしたい。

・ 施設の規模は、「10～30人未満」の割合が高い。

G 最期の半年間を過ごす生活の場を想像する

・ 望ましいところとしては、「明るい」、「静か」、「穏やか」などが多く、敬遠したいところとして

は、「暗い」、「冷たい」、「うるさい」、「汚い・不衛生」などの表記が多かった。

・ CEQ14項目のうち、「重要である」と回答した項目の割合は「落ち着いた気分でいられる環境」、「家族関係が良好な環境」、「必要な援助を受けられる環境」、で多い順となっており、下位3位は、「人の役に立てる」、「外出しやすい」、「集まって人と交流しやすい」。

H 基本属性

・ 女性が89%、男性が11%。平均47歳。

・ 認知症ケアに携わった通算年数は11.6年である。

・ 95%が認知症ケア専門士、6割がケアマネジャー・介護福祉士

・ 現在働いている場所は、「居宅介護支援」「特別養護老人ホーム」が13.6%ずつ、「グループホーム」が12.0%であった。比較的施設系事業所で勤務・勤務経験のある人が多いが、居宅系サービスの経験者も比較的多い。職種では介護職が37%で最も多い。

・ 夫婦+子ども世帯が過半数。持家6割。認知症の家族の介護経験者は36%にのぼる。

父母・祖父母の順で多い。

D. 考察

まず結果についてまとめる。

① 認知症になったときの暮らし方・生活のイメージ

・ 軽度の認知症になったとき、在宅で過ごしたい人は6割、高齢者住宅で暮らしたい人は2割であった。そこでは、家事、テレビ・ラジオ、団らん、散歩、趣味など日頃と同じ暮らしを続けたいと考える人が多い。そのとき介護を担うのは主に子ども、配偶者、介護スタッフ・ヘルパーなどであった。

・ 認知症になったときの生活は、専門職では女性が多いのを反映してか「家事」回答する人が多いほかは、一般市民と同様の傾向であった。いずれも認知症になっても住み慣れた自宅で過ごしたいとの希望が強い結果であった。

② 認知症が高度になった状態でのケアニーズ

・ 車いすやおむつなど、日ごろ行っているケアについて、専門職は「使わないでほしい」と思う人が多かった。薬の使用については、背景職種によって異なり、保健医療系は使ってほしい人が、福祉系は使ってほしくない人が、比較的多かった。

・ 認知症が重くなったとき、食事は形のあるまま、胃ろうにせず自然経過で、と考える人が多く、自然なかたちでの終末を迎えることを希望する人が多かった。

・ 一般市民と較べて専門職はおむつや車いすを使ってほしくない、という自立志向の人が多い結果であったが、胃ろうについては専門職も市民も同様での意見となった。

③ ハード面での環境へのニーズ

・ ケア環境のうちハード面に対する希望をたずねた。居室の形態は、専門職では、個室を希望する人が多く、また、小規模な施設を希望する人が多くみられた。

・ 一般市民の調査結果では、個室については専門職と比較しても希望する人の割合が多くみられたが、施設規模については「わからない」と回答する割合が多かった。このことから専門職は小規模、ユニットケアの視点から回答をしている。

④ 介護環境へのニーズ

・ PEAP 日本語版から項目を抽出し、軽度の場合と高度の場合での施設環境の希望についてたずねた。全体として専門職の「そのほうがよい」というこだわりが、一般市民と比較しても強い結果となった。特に『環境の刺激の質と調整』の多くの項目については、軽度・高度ともに専門職が市民の「そのほうがよい」の回答を 20 ポイント上回り、強い希望が示された。

⑤ 最期の半年間を過ごす場所のイメージ

・ 最期の半年間を過ごす生活の場のイメージも、「明るい」、「親族・家族のいる」、「静かな」、「きれい・清潔な」、「落ち着いた」環境を希望するとの記載が多かった。

・ 専門職の方が回答の種類が多く、幅広い場所のイメージを表現している。

<介護環境へのニーズの背景要因についての考察>

・ 専門職調査の調査結果は、日ごろ認知症ケアに取り組む知識や経験が反映されたものであったといえる。

・ まず、高度の状態になったときのケアについての希望は、背景となる基礎資格（医療系か福祉系か）で、薬を使ってほしいかどうかの考え方に違いがみられた。なお経験事業所での違いはあまり見られなかった。

・ 一方、介護環境ニーズについて、経験した事業所、経験した事業所の評価によって希望がどの程度強く表れているかもみた。違いがあったのは『生活の継続性』に関する項目で、医療機関や介護療養型医療施設、グループホーム、有料老人ホームの経験者などで、とりわけそのサービスを評価していない人から強い希望が確認された。また、ユニットケアの経験者ほど『生活の継続性』に関する項目への希望が強く表れた。

・ このことから、介護環境に対する理解と知見は、現場での実践と評価のなかで培われていくものであると考えられる。そのような点からは、知識として得られるものばかりでなく、わかりにくいもの（実践から得るもの、雰囲気のようなもの）を学べる研修教育が必要であるかもしれない。

・ なお、今回回答のあった専門職には認知症の介護経験がある人の割合が 36%であった。この点も、間接的に介護環境への希望につながっているものと推察される。

E. 結論

本調査からは、よりよい介護環境づくりのためには以下のようなことが必要と考えられた。

建物をつくることから、高度の視点をもって設計しておくことが必要（尊厳を持って暮らせる住まいの視点）

リスクマネジメントの視点が大切

得られた調査からから介護職へのフィードバックとして

知識として得られるものばかりでなく、わかりに

くいもの（実践から得るもの、雰囲気のようなもの）を学べる研修教育が必要

運営者は、利用者・患者の視点に立って、介護環境を試行錯誤していく努力が必要

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

投稿中

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

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
池田 学, 橋本 衛	認知症治療薬	水澤英洋, 鈴木則宏, 梶龍兒, 吉良潤一, 神田隆, 齋藤延人	今日の神経疾患治療指針	医学書院	東京	2013	151-154
池田 学	アルツハイマー型認知症	山口 徹, 北原光夫, 福井次矢	今日の治療指針2013年版-私はこう治療している	医学書院	東京	2013	862-864
Ikeda M, John Hodges	Dysphagia and eating behavior of Dementias	Reza Shaker, Peter Blafsky, Gregory Postma, and Carolyn Easterling	A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders	Springer	New York	2012	411-420
池田 学	認知症と高齢期の精神疾患	樋口輝彦	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2012	378-381
池田 学	せん妄の治療方針や、薬物療法はどのようにするのがよいのでしょうか？	中島健二, 和田健二	認知症診療Q&A	中外医学社	東京	2012	147-149
池田 学	常同行動（同じ行動の繰り返し）、意欲低下（アパシー）、拒食・摂食障害	服部英幸	BPSDの初期対応ガイドライン	ライフ・サイエンス	東京	2012	80-82, 93-95, 96-97
橋本 衛, 池田 学	失認、失行、失語	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田隆, 中込和幸	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2012	18-21
矢田部裕介	認知症者で性的行動の亢進がみられた時には、どのように対応し、治療すればよいのでしょうか？	中島健二, 和田健二	認知症診療Q&A	中外医学社	東京	2012	167-169
上村直人, 井関美咲	VI. 社会的対応について（自動車運転）	中島健二, 和田健二	認知症診療Q&A	中外医学社	東京	2012	256-258
上村直人, 諸隈陽子	VI. 社会的対応について（介護保険の書き方）	中島健二, 和田健二	認知症診療Q&A	中外医学社	東京	2012	259-261

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
Adachi H, <u>Ikeda M</u> , Komori K, <u>Shinagawa S</u> , Toyota Y, Kashibayashi T, <u>Ishikawa T</u> , Tachibana N	Comparison of the utility of the everyday memory test and Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognition part (ADAS-Cog) for evaluation of mild cognitive impairment (MCI) and very mild Alzheimer's disease	Psychiatry and Clinical Neurosciences	67	148-153	2013
<u>Yatabe Y</u> , <u>Hashimoto M</u> , Kaneda K, Honda K, Ogawa Y, Yuuki S, <u>Ikeda M</u>	Efficacy of increasing donepezil in mild to moderate Alzheimer's disease patients who show a diminished response to 5 mg of donepezil: a preliminary study	Psychogeriatrics		in press	2013
Honda K, <u>Hashimoto M</u> , <u>Yatabe Y</u> , Kaneda K, Yuuki S, Ogawa Y, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Kashiwagi H, Hasegawa N, <u>Ishikawa T</u> , <u>Ikeda M</u>	The usefulness of monitoring sleep talking for the diagnosis of dementia with Lewy bodies	Int J Geriatric Psychiatry		Epub ahead of print	2013
Ogawa Y, <u>Hashimoto M</u> , <u>Yatabe Y</u> , Kaneda K, Honda K, Yuuki S, Hirai T, <u>Ikeda M</u>	Association of cerebral small vessel disease with delusions in patients with Alzheimer's disease	Int J Geriatric Psychiatry	28(1)	18-25	2013
石川智久, 池田学	認知症に関わる医療連携	Progress in Medicine	32	2585-2590	2013
津野田尚子, 橋本衛, 池田学	アルツハイマー病の周辺症状 (BPSD) 治療	Brain Medicine	25	23-28	2013
稲富雄一郎, 池田学	症例NA	神経内科	78	441-445	2013
池田学	認知症治療薬は使い分けのべきか -使い分けの前に-	老年精神医学雑誌	24	93-97	2013
長谷川典子, 石川智久, 池田学	認知症の周辺症状に着目した治療薬の使用法と注意点 (使用基準が緩和された抗精神病薬も含めて)	Geriatric Medicine	51	47-50	2013

Shinagawa S, Yatabe Y, Hashimoto M, Nakayama K, Ikeda M	A comparison of family care infrastructure for demented elderly in inner cities and regional areas in Japan	Psychogeriatrics	12	159-164	2012
Uetani H, Hirai T, Hashimoto M, Ikeda M, Kitajima M, Sakamoto F, Utsunomiya D, Oda S, Sugiyama S, Matsubara J, Yamashita Y	Prevalence and Topography of Small Hypointense Foci Suggesting Microbleeds on 3T Susceptibility-Weighted Imaging in Various Types of Dementia	Am J Neuroradiol	1	Epub ahead of print	2012
Mori E, Ikeda M, Kosaka K	Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized, placebo-controlled trial	Ann Neurol	72	41-52	2012
和泉美和子, 小森憲治郎, 池内 健, 田中 弘, 田中政春, 今村 徹, 池田 学	意味性認知症の1例における常同行動の変遷の検討	精神医学	54	1191-1199	2012
品川俊一郎, 今村 徹, 矢田部裕介, 橋本 衛, 中山和彦, 池田 学	3地域における認知症家族介護基盤の比較検討ー専門外来を受診する患者の初診時同居者・同伴者に注目してー	精神医学	54	501-507	2012
松崎志保, 橋本 衛, 小田篤介, 池田 学	病初期にアルツハイマー病類似の症候を呈した神経梅毒の一例	精神医学	54	899-905	2012
繁田雅弘, 河野禎之, 安田朝子, 木之下 徹, 内海久美子, 奥村 歩, 繁信和恵, 川嶋乃里子, 高橋 智, 玉井 顯, 平井茂夫, 水上勝義, 山田達夫, 八森 淳, 元永拓郎, 池田 学, 朝田 隆, 本間 昭, 小阪憲司	専門医を対象とした認知症診療のあり方とその手法に関する面接調査	老年精神医学雑誌	23	466-480	2012
池田 学	認知症は症候学とCTのみでどこまで診断できるか	精神科診断学	5	52-56	2012
畑田 裕, 橋本 衛, 池田 学	アルツハイマー病の病態と検査・診断・治療ーアルツハイマー病研究の新しい知見を交えて	作業療法ジャーナル	46	1418-1425	2012

長谷川典子, 石川智久, 橋本 衛, 池田 学	前頭側頭葉変性症と高次脳機能障害	Cognition and Dementia	11	34-41	2012
小嶋誠志郎, 池田学	認知症診療を身近な地域で展開するためにー認知症疾患医療センターの人材育成機能ー	Cognition and Dementia	11	76-78	2012
橋本 衛	FTLDに特有のBPSD発生メカニズムと具体的対処法	老年精神医学雑誌	23	89-94	2012
津野田尚子, 橋本 衛	レビー小体型認知症症例におけるカプグラ症候群. 一症候学的経過に注目してー	臨床精神医学	41	707-713	2012
一美奈緒子, 橋本 衛, 小松優子, 池田 学	意味性認知症における言語訓練の意義	高次脳機能研究	32	417-425	2012
田中 響, 橋本 衛, 池田 学	精神症状の見方と対応 認知症	臨牀と研究	89	1179-1184	2012
池田 学	老年期うつ病と認知症の関係	日本医事新報	4606	50-51	2012
品川俊一郎, 池田学	認知症の摂食・嚥下障害ー原因疾患別の特徴とアプローチ 前頭側頭型認知症	地域リハビリテーション	7	431-520	2012
北川泰久, 中島健二, 池田 学, 三上裕司, 羽生春夫	座談会 認知症診断・治療の進歩と医療連携	日本医師会雑誌	141	501-513	2012
池田 学	認知症の診断	日本医師会雑誌	141	523-527	2012
橋本 衛	脱抑制行動、常同行動	Clinician	59	37-41	2012
丸山貴志, 西田まゆみ, 坂本眞一, 池田 学	既存の精神科病院をつなぐ地域ネットワーク, 熊本方式の現状と課題	老年精神医学雑誌	23	568-571	2012
池田 学	Q. 認知症患者の自動車運転について教えてください	治療	94	893-895	2012
藤瀬 昇, 池田学	うつ病と認知症の関連について	精神神経学雑誌	114	276-281	2012
橋本 衛, 兼田桂一郎, 池田 学	レビー小体型認知症のBPSDの特徴と治療	Demantia Japan	26	82-88	2012
池田 学	現代社会とうつ病 (9) うつ病と認知症	最新医学	67	116-119	2012

矢田部裕介, 石川智久, 池田 学	ガランタミン投与により精神症状の改善をみたアルツハイマー病の一例	Cogn Dement	11	341-346	2012
檜村仁美, 矢田部裕介, 宮川雄介, 田中さくらこ, 兼田桂一郎, 牛島洋景, 宮谷高史, 池田 学	右視床背内側核病変の関与が推定された音楽性幻聴にcarbamazepineが奏効した1例	精神科	21(4)	468-473	2012
品川俊一郎, 今村徹, 矢田部裕介, 橋本 衛, 中山和彦, 池田 学	3地域における認知症家族介護基盤の比較検討—専門外来を受診する患者の初診時同居者・同伴者に注目して—	精神医学	54(5)	501-507	2012
Shimodera S, Imai Y, Kamimura N, Morokuma I, Fujita H, Inoue S, Furukawa TA	Mapping hypofrontality during letter fluency task in schizophrenia; a multi-channel near-infrared spectroscopy study	Schizophr Res	136	63-69	2012
Kubo T, Sato T, Noguchi T, Kitahooka H, Yamasaki F, Kamimura N, Shimodera S, Iiyama T, Kurumagai N, Kakimura Y, Diedrich A, Jordan J, Robertson D, Doi LY	Influences of donepezil on cardiovascular system—possible therapeutic benefits for heart failure—Donepezil Cardiac Test Registry (DOCTER) Study	Journal of Cardiovascular Pharmacology	60	310-314	2012
Shimodera S, Imai Y, Kamimura N, Morokuma I, Fujita H, Inoue S, Furukawa TA	Near-infrared spectroscopy (NIRS) of bipolar disorder may be distinct from that of unipolar depression and of healthy controls	Asia-Pac Psychiatry			2012 in press
上村直人, 福島章江, 今城由里子, 諸隈陽子, 下寺信次	認知症の自動車運転をどう考えるか—背景疾患別の運転行動の特徴と運転中断について—高齢者の運転をめぐる	Geriat.Med	50(2)	151-154	2012
上村直人	認知症者の自動車運転特集 認知症UPDATE	日本医師会雑誌	141(3)	560	2012
上村直人, 井上新平	初老期アルツハイマー病患者への診断告知を行った1例	精神科	20(2)	221-227	2012

上村直人, 福島章 恵, 今城由里子, 下寺信次	認知症と自動車運転-医 療からみた認知症患者 の運転研究の現状と対 策	Progress in Medicine	32(6)	1637-1642	2012
上村直人, 福島章 恵	認知症性疾患における 未治療期間 (DUP) 概念 の適応 Brain Science	精神科	20(6)	654-661	2012
繁信和恵	認知症疾患医療センタ ーの役割	臨床精神医学	第41巻第12 号	1705-1714	2012
繁信和恵	精神科病床における認 知症医療;入院期間短縮 を目指して 低所得者の認知症医療 と施設介護の現状と課 題	老年精神医学 雑誌	第23巻第5 号	586-591	2012

IV . 研 究 成 果 の 刊 行 物 ・ 別 刷

The usefulness of monitoring sleep talking for the diagnosis of dementia with Lewy bodies

Kazuki Honda,¹ Mamoru Hashimoto,² Yusuke Yatabe,² Keiichiro Kaneda,² Seiji Yuki,² Yusuke Ogawa,^{2,3} Shiho Matsuzaki,¹ Atsuko Tsuyuguchi,¹ Hibiki Tanaka,¹ Hiroko Kashiwagi,¹ Noriko Hasegawa,^{1,4} Tomohisa Ishikawa² and Manabu Ikeda²

¹Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Science, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

²Department of Neuropsychiatry, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

³Department of Health Promotion and Human Behavior, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto, Japan

⁴Department of Psychiatry, Kobe University Graduate School of Medicine, Hyogo, Japan

ABSTRACT

Background: Dementia with Lewy bodies (DLB) is the second most common type of neurodegenerative dementia. It is frequently difficult to differentiate DLB from Alzheimer's disease (AD) and other types of dementia. This study examined the usefulness of monitoring sleep talking for the diagnosis of DLB.

Methods: A total of 317 patients with dementia were selected from a consecutive series at the Dementia Clinic of Kumamoto University Hospital. Diagnostic categories consisted of probable DLB (n = 55), probable AD (n = 191), frontotemporal lobar degeneration (FTLD) (n = 16), vascular dementia (VaD) (n = 18), and other/unspecified dementia (n = 37). We evaluated sleep talking in all dementia patients and normal elderly subjects (n = 32) using an originally designed sleep talking questionnaire.

Results: Sleep talking occurred most frequently in the DLB group (61.8%), followed by the VaD group (33.3%), other/unspecified dementia group (27.0%), AD group (18.8%), FTLD group (12.5%), and normal elderly subjects group (6.3%). The prevalence of sleep talking in the DLB group was significantly higher than in other groups, except in the VaD group. The sleep talking yielded high specificity (81.2%) and some sensitivity (61.8%) for the differential diagnosis of DLB from AD. Furthermore, loud sleep talking may improve the specificity (96.9%). For the differentiation of DLB from all other dementia types, the specificity of sleep talking and loud sleep talking was also high (79.4% and 95.8% respectively).

Conclusions: Assessing sleep talking, especially the volume of sleep talking, may be useful in the clinical discrimination of DLB from not only AD but also from all other types of dementia.

Key words: dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, differential diagnosis, sleep talking

Introduction

Dementia with Lewy bodies (DLB) is the second most common type of neurodegenerative dementia in late life after Alzheimer's disease (AD) and accounts for 10.9%–22.0% of all causes of dementia (Stevens *et al.*, 2002; Rahkonen *et al.*, 2003). DLB has a more malignant course in terms of the rate of cognitive decline (Williams *et al.*, 2006), mortality (Williams *et al.*, 2006), quality of life (Boström *et al.*, 2007a), and resource utilization compared to AD

(Boström *et al.*, 2007b). The accurate antemortem diagnosis of DLB is particularly important because of the development of interventions and specific pharmacologic treatments and outcome evaluations.

The clinical diagnostic criteria for DLB were first published in 1996 (McKeith *et al.*, 1996), and were modified in 2005 (McKeith *et al.*, 2005). The central or core symptoms in DLB are progressive cognitive decline, marked fluctuations in cognition, recurrent visual hallucinations, and spontaneous features of Parkinsonism (McKeith *et al.*, 1996). However, a recent study exploring the early symptoms of DLB reported that memory impairment was the most common presenting symptom (57%) in DLB, followed by visual hallucinations (44%) (Auning *et al.*,

Correspondence should be addressed to: Dr Manabu Ikeda, MD, Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University Graduate School of Medical Science, 1-1-1 Honjo, Kumamoto-City, Kumamoto, 860-8556, Japan. Phone: +81-96-373-5184; Fax: +81-96-373-5186. Email: miked@kumamoto-u.ac.jp. Received 15 Nov 2012; revision requested 8 Jan 2013; revised version received 14 Jan 2013; accepted 24 Jan 2013.

2011). Therefore, when the initial presentation of DLB is impaired cognition, it is difficult to differentiate DLB from AD during the early course of the illness. Although Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) and Iodine-123 Metaiodobenzylguanidine (123I-MIBG) myocardial scintigraphy are useful in the differential diagnosis of DLB (Lobotesis *et al.*, 2001; Yoshita *et al.*, 2001), these examinations are too expensive to be utilized generally.

Rapid eye movement (REM) sleep behavior disorder (RBD) is a parasomnia characterized by a loss of normal skeletal muscle atonia during REM sleep with prominent motor activity accompanying dreaming (American Academy of Sleep Medicine, 2005). This condition is considered to be frequently associated with an underlying synucleinopathy such as DLB, Parkinson's disease, or multiple system atrophy and only rarely with other neurodegenerative disorders (Boeve *et al.*, 2003a). Revised criteria for the clinical diagnosis of DLB have included RBD in suggestive features (McKeith *et al.*, 2005). Furthermore, Ferman *et al.* (2011) reported that the inclusion of RBD as a core feature improved the diagnostic accuracy of autopsy-confirmed DLB. Polysomnography (PSG) is necessary to confirm the diagnosis of RBD. However, it is impractical to perform PSG routinely on patients suspected of having DLB.

Sleep talking is a major symptom of RBD. A questionnaire concerning sleep talking could easily be asked from all caregivers of patients with dementia in daily medical practice. However, there have been few studies of sleep talking in patients with DLB and other types of dementia. We hypothesized that patients with DLB would exhibit a higher frequency of sleep talking compared with other demented patients, including AD, and examined the usefulness of the questionnaire for the differential diagnosis of DLB.

Methods

Subjects

The whole procedure followed the 2010 Clinical Study Guidelines of the Ethics Committee of Kumamoto University Hospital and was approved by the Internal Review Board. After a complete description of all procedures of the present study, written informed consent was obtained from the patients or their caregivers.

This study was a prospective dementia referral center-based cohort study. A total of 317 patients with dementia were selected from a consecutive series of 573 patients who underwent a medical examination at the Dementia Clinic of

the Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University Hospital between January 2010 and December 2011. All patients were examined comprehensively by senior neuropsychiatrists with sufficient experience in examining patients with dementia, and all patients underwent routine laboratory tests, standard neuropsychological examinations, including the Mini-Mental State Examination (MMSE). Brain magnetic resonance imaging (MRI) or computed tomography (CT) and SPECT were also performed. The following patients were excluded from the current study: (1) those with developmental abnormalities, serious psychiatric diseases, such as schizophrenia or major depression, or substance abuse before the onset of dementia; (2) those living alone or in a nursing home; (3) those whose caregivers had hearing loss; and (4) those without a reliable informant.

Dementia was diagnosed according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition-revised (DSM-III-R). Probable DLB was diagnosed on the basis of the international working group criteria (McKeith *et al.*, 1996). To avoid circularity, we did not use the revised criteria in 2005 (McKeith *et al.*, 2005), in which RBD was included as a suggestive feature. Brain SPECT was also used to support the clinical diagnosis of DLB. In this study, patients whose dementia developed 12 months or later after the onset of Parkinson's disease (Parkinson's disease with dementia) were classified into the DLB group because they usually have underlying Lewy body pathology and their number was too small to analyze separately ($n = 3$). Patients were diagnosed as having AD if they met the criteria of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) guidelines (McKhann *et al.*, 1984). Patients who fulfilled both probable AD and possible DLB were classified into the AD group ($n = 6$). Diagnoses of frontotemporal lobar degeneration (FTLD) were based on the consensus clinical diagnostic criteria in an international workshop on FTLD (Neary *et al.*, 1998) and brain SPECT was used to support the clinical diagnosis of FTLD as described earlier (Pickut *et al.*, 1997). Probable vascular dementia (VaD) was diagnosed on the basis of the Criteria for the Diagnosis of Ischemic Vascular Dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC) (Chui *et al.*, 1992). Patients who fulfilled the criteria of probable AD and, in addition, displayed cerebrovascular disease (CVD) on brain MRI or CT that did not meet the criteria of VaD were classified in the AD group. Diagnostic categories consisted of probable DLB ($n = 55$), probable AD ($n = 191$), FTLD ($n = 16$), VaD

Table 1. Sleep talking questionnaire

Screening question

Q. Does the patient talk in his/her sleep?

Sleep talking is defined as present if the patient talks in his/her sleep for over 10 seconds, and once a month or more.

Sub-questions

Q1. Does the patient talk in his/her sleep in a loud voice?

Loud sleep talking is defined as present if sleep talking is loud enough to hear even in the next room.

Q2. Does the patient talk in his/her sleep frequently?

Frequent sleep talking is defined as present if the patient talks in his/her sleep once a week or more.

Q3. Has the patient's sleep talking occurred for more than 10 years?

(n = 18), and other/unspecified dementias (O/U dementias) (n = 37). The O/U dementia group consisted of patients with probable progressive supranuclear palsy (PSP) (n = 5; Litvan *et al.*, 1996), probable corticobasal degeneration (CBD) (n = 2; Boeve *et al.*, 2003b), and unspecified etiology (n = 30).

Normal elderly subjects

Thirty-two normal elderly subjects (NE subjects) were recruited from the community (14 males and 18 females). They showed normal cognitive functions (25 or above on the MMSE), normal findings in the physical and neurologic examinations, no history of psychiatric disorders, and no risk factors for CVD (hypertension, heart disease, and diabetes mellitus). All NE subjects had their family members in the same household.

Evaluation of sleep talking

We evaluated sleep talking in dementia patients and NE subjects by using a questionnaire that had originally been designed to assess sleep talking easily (Table 1). The questionnaire asks a screening question to confirm whether the subject has any sleep talking or not. If the screening question is answered in affirmative, three sub-questions about the feature of sleep talking (volume, frequency, and duration of sleep talking) are asked. The questionnaire is based on the *International Classification of Sleep Disorders*, diagnostic criteria for RBD (American Academy of Sleep Medicine, 2005), and some questionnaires that adequately screen for RBD (Boeve *et al.*, 2002; Li *et al.*, 2010). Sleep talking was assessed by a single psychiatrist (Kazuki Honda) who was blinded to all clinical information, including the dementia diagnosis.

Evaluation of sleep disturbances

In dementia patients, sleep and nighttime behavior disorder (SNBD) were assessed by using the

Japanese version of the 12-item Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings, 1997). We focused on the sleep and nighttime behavior item of the NPI. This item asks the following: (1) "Does the patient have difficulty sleeping (do not count as present if the patient simply gets up once or twice per night only to go to the bathroom and falls back asleep immediately)?"; (2) "Is he/she up at night?"; and (3) "Does he/she wander at night, get dressed, or disturb your sleep?"; these questions could be answered with "yes" or "no," and SNBD was categorized as present or absent.

Statistical analysis

Differences in patient characteristics between the six groups (DLB, AD, FTLD, VaD, O/U dementia, and NE subjects groups) were analyzed by one-way analysis of variance (ANOVA) or compared by Fisher's exact probability test. Difference in the usage of psychotropic drugs was analyzed by Fisher's exact probability test in five dementia groups.

To examine the prevalence of sleep talking, loud sleep talking, frequent sleep talking, long-term sleep talking, and SNBD, we used Fisher's exact probability test and Bonferroni Z-test for each comparison when an overall group difference was significant. A multiple logistic regression analysis was applied to identify significant independent predictors for sleep talking. Variables entered were diagnosis (DLB or not), age, sex, duration of illness, MMSE score, the use of cholinesterase inhibitors, benzodiazepine anxiolytics, antipsychotics and antidepressant, and bedroom sharing. In addition, we calculated the sensitivity and specificity of sleep talking, three features of sleep talking, and SNBD for the differential diagnosis of DLB from AD and that of DLB from all other dementias. A significance level of 0.05 was set for all analyses. All analyses were carried out using SPSS for Windows, version 17.0.