

2013/1007A

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に
関する研究

平成 25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小川 朝生

平成26（2014）年 3月

目 次

| | |
|--|----|
| I. 総括研究報告書 | |
| 急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と 医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究 | 3 |
| 小川 朝生 | |
| II. 分担研究報告書 | |
| 1. 認知症に対する包括的支援プログラムの開発 | 21 |
| 小川 朝生 | |
| 2. 高齢がん患者における心身の状態の総合的評価方法に関する研究 | 25 |
| 明智 龍男 | |
| 3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討 | 31 |
| 井上 真一郎 | |
| 4. 救急外来における認知症に関連する医療問題の検討 | 33 |
| 上村 恵一 | |
| 5. 急性期病院における認知症医療の実態に関する研究 | 35 |
| 谷向 仁 | |
| 6. 急性期病院における認知症ケアの質の向上に関する検討 | 39 |
| 金子 真理子 | |
| 7. 認知症に対する包括的支援プログラムの開発 | 43 |
| 平井 啓 | |
| 8. 急性期病院における認知症医療の実態に関する研究 | 45 |
| 清水 研 | |
| 9. 認知症患者における緩和医療に関する研究 | 47 |
| 木澤 義之 (資料) ホスピス・緩和ケア病棟の入院・入棟に関するアンケート | |
| III. 研究成果の刊行に関する一覧表 | 53 |

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合事業）
総括研究報告書

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究

研究代表者 小川朝生 国立がん研究センター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨 高齢化社会を迎え、急性期病院においては認知機能障害を持ちつつ身体治療を受ける患者への体制を整備することが必要であり、現状の把握と対策の立案が急務である。海外を含め、急性期病院は、①精神症状・ケアへの対応（認知症ならびにせん妄への対応）、②認知機能障害を持つ患者の身体管理への対応（特に疼痛管理）、③地域との連携（退院支援）の課題が指摘されている。本研究班は、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めることとした。初年度は、全国調査に向けた各種基礎調査を計画し、救急外来や入院の現状、退院調整の予備的検討をおこなった。予備調査を基に、全国調査を実施する予定である。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び
所属研究機関における職名

| | |
|-------|------------------------------------|
| 小川朝生 | 独立行政法人国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 分野長 |
| 明智龍男 | 公立大学法人名古屋市立大学 大学院医学研究科 教授 |
| 井上真一郎 | 岡山大学病院精神科神経科 助教 |
| 上村恵一 | 市立札幌病院精神医療センター 副医長 |
| 谷向 仁 | 大阪大学医学部附属病院 特任助教 |
| 金子眞理子 | 東京女子医科大学看護学部 准教授 |
| 平井 啓 | 大阪大学大学院医学系研究科/大型教育研究プロジェクト支援室 招聘教員 |
| 清水 研 | 独立行政法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科 科長 |
| 木澤義之 | 神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野 特命教授 |

A. 研究目的

わが国では2013年に高齢化率が25%を越

える未曾有の超高齢化社会を迎えた。近代医療の発展期である1900年代の高齢者比率は1%であること、近代ホスピスが展開しだした1950年代の英国でもたかだか10%であり、わが国の高齢者をめぐる状況は従来とは全く異なる次元に入っている。欧米では、高齢化率が今後20%を越えることを危惧し、国家戦略を立てている。わが国の現状は、まったく猶予のない段階である。

わが国では、認知症に対するアプローチとして、主に老年精神医学からは精神疾患として、介護領域からは生活支援が取り上げられることが多い。精神疾患として認知症を取り上げた場合には、診断と治療が話題の中心となり、老年症候群として認知症が取り上げられた場合には、介護支援の話題となる。どちらも認知症への対応を考える上で避けて通れない面である。

一方、認知症は老年症候群の一面であり、身体合併症を併存することは非常に多い。身体管理を担当する急性期病院では、認知症患者のBPSD管理に不慣れな上に、①せん妄のハイリスク状態であること、②疼痛管

理に難渋すること、③調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、④不適切な早期退院が増加し、結果として再入院を招いている問題が指摘されている。さらにプライマリケアチームが認知症に気づかないなど、適切な評価が行われないなどの課題も指摘されている。

海外では、治療開始時から多職種がチームを作り、総合的なアセスメントを実施し、予防的なコーディネートを行い、長期入院を予防するとともに医療従事者の負担を軽減するマネジメントの取り組みが行われている(Harari 2007, Marcantonio 2001)。このようなチーム医療を支援するツールとして、高齢者総合機能評価(CGA: Comprehensive Geriatric Assessment)がある。CGAは高齢者のリスク評価と、身体機能予備力を引き出す診療支援のために開発されたが、マネジメントのみならず認知症で問題となる意思決定支援にも応用されている(Finlsy, Am J Med 2001)。わが国においても、急性期病院において簡便に使用できる支援方法を開発し、早急に課題を解決する必要がある。

今回、上記現状を踏まえ、本研究班においては、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めることとした。

B. 研究方法

本研究を遂行するために、以下のように急性期病院の認知症ケアについて問題となる領域を設定し、調査研究を計画した。

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

認知症患者が一般病院を救急受診する背景には、通常的身體疾患の問題に加え、セルフケアが困難なことによる重症化ならびに外傷の問題が大きい(Pace 2011)。また、救急をめぐっては身体管理とあわせて、後方連携や福祉との調整、退院支援など受け入れ後の調整に時間を要する課題がある。ここでは救命センター、精神科救急の両面から、認知症患者の治療の実態を複数施設でレビュー

をおこない、認知症患者の救急外来受診状況ならびに入院後の医療やケアの実態、施設内外連携の実態を明らかにし、解決のための連携体制のあり方について検討を進めた。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

急性期病院に入院した認知症患者の医療・ケアの実態を、せん妄や身体管理(疼痛)、専門家への連携、退院調整の点を中心に実態調査をおこなう。あわせて、全国の精神科コンサルテーション活動、リエゾンチーム活動、緩和ケアチーム活動を対象に、認知症患者の受療過程の調査をおこなう。とくに、一部の協力施設にはミクスドメソッドに基づく、定量・定性調査をあわせた評価をおこなうことを計画した。

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

在宅および介護保険施設で生活をしている認知症患者を支援するためには、認知症患者の手術や処置等を一般病院でも対応できるようケアの質の向上を図る必要がある。チーム医療の先行事例で、周術期外来を開き、認知症と関連するせん妄やADL低下、セルフケアの問題を術前にあらかじめ同定し対応するマネジメントの有効性が報告されている。ここでは、認知症に身体疾患を合併した周術期患者を対象に、多職種介入による術前から支援体制を構築し、その実施可能性をオープントライアルで検討することを計画した。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

上記の各種調査で明らかとなった問題に対して、CGAをベースにした簡便で急性期病院一般で実施可能な認知症患者の支援体制を検討する。

急性期病院において、認知症患者のケアで問題となる点に、疼痛管理とせん妄、BPSDへの対応などの入院中のケアの問題と、退院後を予測した支援の組み立て方の課題がある。ここでは、特に認知症患者の疼痛ケアを適切に行うために、①認知症患者に適応できる新たな疼痛評価方法を検討する、②せん妄に対する

適切な薬物治療のあり方を多施設症例登録から検討する、③急性期病院で効果的なBPSDに対する看護ケアの検討、④CGAの負担を軽減する簡便なスクリーニングツールの開発することを計画した。

(倫理面への配慮)

本研究のプロトコールは、倫理審査委員会の審査を受け、研究内容の妥当性、人権および利益の保護の取り扱い、対策、措置方法について承認を受けることとする。インフォームド・コンセントには十分に配慮し、参加もしくは不参加による不利益は生じないことや研究への参加は自由意思に基づくこと、参加の意思はいつでも撤回可能であること、プライバシーを含む情報は厳重に保護されることを明記し、書面を用いて協力者に説明し、書面にて同意を得る。

C. 研究結果

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

認知症患者の救急対応に至る要因を分析・検討するため、高度救急救命センターに搬送される身体疾患重症度が極めて高い認知症患者の実態について調査を行い、入院後の院内連携の仕組み、入院長期化を防ぐに必要な支援方法を検討することを目的とした。本年度は、全国調査に先立ち、1施設において予備調査をおこない、調査方法を検討することとした。

平成24年4月から平成25年3月に市立札幌病院高度救命救急センターに入院し、精神科にコンサルトされた204例のうち、認知症と診断されていたもしくは入院後認知症と診断された患者42名について、①年齢②性別③身体科診断④精神科診断⑤居住状況⑥介護度⑦入院日数⑧入院後転帰について後方視的に調査を行った。

1年間で救命救急センターから当科にコンサルトされた204例のうち認知症患者は42例(21%)であった。男女比はほぼ同率で平均年齢は80歳であった。内訳としては認知症診察依頼患者のせん妄合併率が74%、認知症診察依頼患者の自殺企図症例が21%であった。自殺企図認知症患者の認知症の内訳では56%がレビー小体型認知症(以下DLB)であった。また、居住状況としては自

宅から搬送される症例が約8割を占めていた。救急科入院日数は15±14日であり、入院後転帰は、自院他科転科が36%、他院転科が26%、死亡が19%、自院精神科転科が14%、自宅退院が0.2%であった。

入院日数を比較すると、精神科転科後の入院平均35±28日に比べ、自院他科入院平均は14±13日と短い傾向(p=0.07)であった。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. 急性期病院における看護ケアの現状調査

高齢化社会に伴い、急性期病院において、認知症患者をもつ患者への質の高い医療およびケアを推進していくことは重要である。急性期病院における認知症看護の現状と課題を明らかにすることを目的に、まず質的調査をおこなった。

調査期間は2013年8月～2013年11月とした。データ収集方法は、認知症看護に携わった経験のある看護師を対象としたフォーカスグループインタビューと専門看護師、認定看護師、退院調整看護師を対象とした個別面接をおこなった。

①フォーカスグループインタビュー：東京・千葉の急性期2施設の看護師16名・4Gを対象に実施した。内容は先行研究から抽出した<認知症に関する身体管理><アセスメントの現状><認知症看護の困難感><倫理的葛藤の有無と内容><退院を含む他職種との連携>であった。

②個別インタビュー：精神看護専門看護師・老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師・退院調整看護師計5名(エキスパート群)で急性期病院における認知症看護の臨床・教育上の課題についてインタビューした。

なお、本研究は2013年6月に東京女子医科大学倫理委員会の承認を得た後に実施している。

質的調査の結果、急性期病院における認知症看護の現状と課題について、フォーカスグループインタビューおよびエキスパート群双方の結果から、アセスメント・実施・システムに関する問題点が抽出された。アセスメントに関する現状と課題について9

つのサブカテゴリーが抽出された。その内容は①身体状態②精神状態③栄養状態④セルフケア⑤危険行動⑥サポート状況⑦個別の特徴⑧予測をたてる⑨意思決定であった。

実施に関しては①転倒転落防止②治療の方向性の確認③ケアの工夫・セルフケアの指導④退院調整⑤記録の5つのサブカテゴリーが抽出された。

システムに関しては、①情報共有②連携の2つのサブカテゴリーが抽出された。

看護師が困難に感じていることとして、①BPSDに関して②理解が乏しい家族への対応③意思決定に関する倫理的ジレンマ④栄養管理について⑤業務が多忙で余裕をもって患者に対応できないことの4つがあげられた。

b. 急性期病院の認知症の対応、特に入院受け入れの段階、入院中の段階、転院あるいは退院調整の段階についての実態調査

急性期病院の連携室スタッフを中心としたフォーカスグループを実施し、連携室の構造や業務の実態、入院のバリア、入院中の問題点や依頼内容、退院・転院調整の実態、在宅へ返すことへのバリアなどについて意見交換を行う。それらを元に2014年度に予定している全国調査に向けての課題を抽出し、全国調査の計画、調査票を作成する。急性期病院6施設の連携室スタッフ計9名の協力を得てフォーカスグループを実施した。フォーカスグループでは、連携室の構造や業務の実態、入院のバリア、入院中の問題点や依頼内容、退院・転院調整の実態、在宅へ返すことへのバリアなどについて意見交換を行い、それらを元に2014年度に実施予定である全国調査に使用する調査票を作成した。

入院のバリア、入院中の問題、退院・転院調整の課題としては、精神科医の勤務状況（精神科医が不在の急性期病院あり）や認知症に精通するスタッフの有無、家族の介護体制などが影響している可能性が考えられた。また連携室のスタッフの勤務状況が依頼事例にかけられる時間に影響する可能性が考えられた。

c. 急性期病院における認知機能障害の判定

急性期病院における認知症患者の受け入れ・治療をめぐる医療提供上の問題点を把握する事を目的に、初年度は、まず総合病院において、認知機能障害がどの程度認知されているかの検討を進めた。

国立がん研究センター東病院において抗悪性腫瘍薬による薬物療法（ファーストライン、セカンドライン）を予定しているがん患者を対象とし、治療方針を決定する面談を受ける患者を連続サンプリングし、研究者および研究分担者より患者に対して面接調査を実施した。

調査内容

1. MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment (MacCAT-T)

MacCAT-Tは精神科入院や外来治療、身体治療、臨床試験などさまざまな場面での使用を想定して作成された患者の治療同意能力を評価する半構造化面接であり、世界的に標準的な治療同意能力評価方法として用いられている (Grisso, et al., Psychiatric Service 1997)。本面接で、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益などの理解を評価した。

2. 担当医による患者の理解度の評価

MacCAT-Tの項目に沿って、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測できる危険の理解、代替手段に関する理解、無治療の場合の利益それぞれについて、「理解できている・具体的に提示できる」、「一部理解している、理解できていると言うが具体的には提示できない」、「理解していない」の3段階で評定をつけた。

施設内の研究倫理審査委員会の承認を得た後、期間中入院した173名にリクルートを行い、114名を対象とした。

MacCAT-Tを用いた精神科医1名による簡易判定の結果、意思決定能力の障害（部分的、全能力を含む）を27名(24%, 95%CI: 16-31%)に認めた。

意思決定能力の障害を認めた患者27名のうち、担当医が理解力が不十分であると判断した者は、6名(22.2%)であった。逆に、意思決定能力の障害を認めなかった患者87

名のうち、担当が理解力が不十分であると疑った者が8名(8.1%)あった。

d. 認知症合併がん患者の緩和ケア病棟での受け入れ状況に関する調査

認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。わが国における認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアを明らかにするための一つの基礎資料として、認知症合併がん患者の緩和ケア病棟が認知症患者、意思決定能力のない患者が入院可能な病院がどの程度あるかを明らかにすることを目的に全国調査を行った。

日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する緩和ケア病棟 251 か所の責任医師似たいし、郵送法でアンケート調査を施行した。アンケート項目はホスピス・緩和ケア病棟の入院に関することであり、認知症併存患者に関する質問は以下の5つであった。それぞれ、以下の患者の入院が可能な程度を4件法(可能である一状態・事情によるが原則可能である一状態・事情によるが原則不可能である一不可能である)で尋ねた。

- ・自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症
- ・認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める
- ・過活動型のせん妄がある(認知症を除く)
- ・活動性の低下など低活動性のせん妄がある
- ・意思決定能力がない

2014年2月7日時点で155施設(62%)が回答した。以下の状態の患者の入院が可能である、もしくは状態・事情によるが原則可能である、と回答した施設は以下の割合であった。

1) 自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症(92.2%) 2) 認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める(72.8%)、3) 過活動型のせん妄がある(認知症を除く)(87.7%)、4) 活動性の低下など低活動性のせん妄がある(98%)、5) 意思決定能力がない(92.2%)。

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

近年術式の多様化や麻酔法の進歩などにより手術の安全性が大きく改善しているため、高齢者への手術適応が拡大している。高齢者における精神医学的問題として認知症があるが、認知症患者はせん妄の発症リスクが高いことが従来から指摘されており、また治療に関する意思決定への影響が懸念されるなど、周術期において多くの問題が存在している。

近年、一部の施設では周術期の包括的管理を目指して周術期管理センターを立ち上げ、組織横断的な活動を行っている。そこで、術前患者における認知症の有無について、専門・認定看護師が適切な評価を行っているかについての実態把握を行い、周術期支援体制として認知症患者の意思決定支援やせん妄発症予防対策などが可能かどうかを予備的に検討した。

岡山大学病院に肺がん・食道がん手術を目的として入院した患者を対象とし、術前に専門・認定看護師が患者と面談した際に認知機能低下の有無を判断した。その後、全ての患者に対して施行したHDS-Rと比較しカットオフ値を20点とした場合の認知症の有無の判断とHDS-Rの得点の相関関係を検討した。その結果、専門・認定看護師の臨床的判断は、感度0.56、特異度0.91、陽性的中率0.42、陰性的中率0.94であった。専門・認定看護師の術前面談における臨床判断のみでは、認知症を有する患者を正確に把握できない可能性が示された。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

高齢者は、身体的、精神・認知機能的に幅広い多様性を有するため、個々にとっての最適な医療・ケアを提供するために、高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment、以下CGA)を導入し、個別的な医療を提供することの重要性が指摘されている。

しかしCGAの施行には多くの時間的・人的資源を必要とするため、多忙な臨床現場において全症例にCGAを実施することは困

難である。以上のような背景を受け、CGAの実施が望まれる患者を簡便な方法でスクリーニングし、スクリーニングで陽性であった患者のみにCGAを実施することがガイドラインなどで推奨されている。

本研究の目的は、自己記入式の高齢者総合的機能のスクリーニングツールであるVulnerable Elders Survey (VES-13)日本語版の有用性をわが国の高齢がん患者を対象に検討した。

名古屋市立大学病院に入院し、新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上のがん患者を対象とした。研究対象候補者を連続的にサンプリングして適格性評価を行い、適格患者に対して、抗がん治療開始前にVES-13を実施した。併せてCGAとして、身体的機能(日常生活動作、手続き的日常生活動作)、合併症、栄養状態、抑うつ、認知機能障害の6領域に渡る評価を実施した。CGAで2領域以上の問題を有している患者を脆弱性群と定義し、VES-13による脆弱性群のスクリーニング可能性についてROCカーブなどを用いて統計学的に検討した。

86名の患者より有効データを得た。平均年齢は74歳、男性47名(54%)、診断は悪性リンパ腫が64名(74%)、多発性骨髄腫が22名(26%)であった。診断時のECOG PSが2またはそれより不良である患者は25名(52%)であった。

包括的評価の結果、57%の患者が脆弱性群の定義に相当した。VES-13による脆弱性スクリーニング能力は、2/3点において感度0.63、特異度0.83、陽性尤度比2.2、ROC曲線下面積0.80であった。

b. 包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

本研究では、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムを開発する。学習理論と呼ばれる理論的枠組では、特定の場面における人間の行動を、先行条件(Antecedents)・行動(Behavior)・結果(Consequences)の3つに分類し、一つの行動にまつわるエピソード全体の情報を得ることができるようになる。このモデルを

用いて認知症・認知機能障害の疑われる患者の行動とその状況に関する情報抽出が行えるようなスキルの習得が可能な教育プログラムを開発することを目標とした。

本年度は本研究の分担研究者等による専門家間で教育プログラムのあり方について議論を行い、以下の内容が本研究で開発する教育プログラムに必須であることが明らかとなった。

- ①アセスメントに関する基本的知識：認知症・せん妄等
- ②ケアの方法：BPSDの管理等 退院支援の方法

これらの2つの内容についてそれぞれ「〇〇できる」という行動の記述を行った教育目標の設定が必要であることを検討された。また、本教育プログラムには以下の教育方法を導入することが効果的である可能性が明らかとなった。

- ①体験型ワークショッププログラムの構築
- ②ケースメソッド法などによる症例を用いた体験学習教材の使用

D. 考察

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

今後、高齢者数の急速な増加とともに認知症高齢者の救急事例が増加することは確実である。高橋らによると、55人のDLB患者(50歳以上)の初期診断名を調べた結果、うつ病が46%と最多で最初から正しく診断された人は、22%のみであったと報告されている。罪業妄想や希死念慮を訴えるDLB患者は少なくなく、抑うつ症状の他にさまざまな精神症状が同時にみられる可能性が示唆される。

認知症、特にDLB患者への自殺企図へは事前に注意を喚起していくこと、また正確な診断を早期に考慮できることが必要である。また、精神科への転科を介すると身体科転院調整が困難となる傾向にあった。そのため、身体合併症に対応可能な長期療養可能な精神科病院の整理、身体科でも精神科医の関わりが密な環境が望まれる。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. 急性期病院における看護ケアの現状調査
急性期病院における認知症看護の現状では、認知症に関する知識やアセスメント、個別の特徴をとらえたケア技術が十分ではない。

一方、看護師が困難に感じていることには、BPSD への対応や意思決定、マンパワーの問題等、知識、技術の向上だけではなく、チーム連携により、困難感を緩和できる可能性も考えられる。

今後、超高齢化社会に伴い、医療が高度化していくことを考えると、急性期病院において、認知症看護の質を均てん化し、適切なケアを提供できる体制を構築していくことは重要である。

c. 急性期病院における認知機能障害の判定

がん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力を評価した結果、24%に何らかの意思決定能力の障害を認めた。しかし、医療従事者が治療同意能力がない患者で、理解力が不十分であると疑った症例は22%に留まっていた。多忙な臨床の中、経験のみに基づいた治療同意能力の評価では、患者が理解をしているかどうかの判定は難しいことが示唆された。

d. 認知症合併がん患者の緩和ケア病棟での受け入れ状況に関する調査

認知症合併がん患者の大多数は、そのエンド・オブ・ライフにおいて、緩和ケア病棟に入院が可能であることが明らかとなった。その一方で、BPSD を認める患者においては約 4 分の 1 の施設で入院が難しいことが明らかとなり、緩和ケア病棟に対する教育啓発活動、並びに精神症状のマネジメント技術の向上などが、その受入れの改善に有用な可能性が示唆された。

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

専門・認定看護師は、非精神保健の専門家ながらも高い陽性率が得られたが、面接のみの評価ではなくスクリーニングツールの必要性が示唆された。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

脆弱性を有する高齢がん患者のスクリーニングに関する系統的レビューによると、海外での VES-13 のスクリーニング能力は感度の中央値 68%、特異度の中央値 78%であることが示されている。よって本研究結果は、日本語版 VES-13 が海外での報告とほぼ同程度のスクリーニング能力を有していることを示している。一方で、中でも感度が低く、十分なスクリーニング能力を有しているとはいいがたいことが示唆された。今後スクリーニング性能をより詳細に検証し、特に感度を向上させるための方略が必要であることが示唆された。

b. 包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

本年度は、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムのあり方を検討したところ、認知症・せん妄に関するアセスメント・BPSD の管理を含むケアの方法を内容に含み、対象者の教育目標を行動レベルで適切に設定したプログラムを開発すべきであることが明らかになった。今後フォーカスグループインタビューをの実施し、「〇〇できる」のように具体的な行動の抽出とそれに基づく、教育目標の設定を行う。

E. 結論

本年度は、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握することを目的に、調査・研究を進めることとした。

救急外来受診における実態調査では、一施設における予備調査をおこなった。認知症患者の救急受診状況で、従来の全身状態の重篤度に加え、自殺企図と関連した搬送が多いこと、特に DLB 患者に多いことは、新しい知見である。今回の予備調査を反映させて調査項目を確定し、次年度の全国調査につなげる予定である。

急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの把握に関しては、看護師・医療ソーシャルワーカーを中心に、フォーカスグループインタビューを用いた予備調査を

おこなった。その結果、急性期病院において認知症患者に対するケアで課題となる点は、①精神症状、特にBPSDに関して、②認知症に関する理解が乏しい家族への対応、③意思決定に関する倫理的ジレンマ、④身体症状上管理、⑤業務が多忙で個別ケアに限界があることが明らかとなった。

急性期病院は、身体治療と認知症へのケアの両面を提供する必要がある。特に、認知症に関しては、BPSDへの対応に加え、意思決定等の対応が求められる課題がある。

認知症と身体機能、合併症

認知症（アルツハイマー病）と身体疾患との関連は詳しくは明らかになっていない。認知症患者は、一般的な加齢に関連する老年症候群を合併する。しかし、一部の疾患はアルツハイマー病でより多く認められ、特に進行期で目立つようになる。7000人規模のケースコントロールでは、アルツハイマー病の患者には、パーキンソン病やてんかん、感覚障害、感染、低栄養、大腿骨頸部骨折を含む外傷、褥瘡が、対照群に比較してより多く発症していたとの報告がある。これらの合併症は、大きく神経学的合併症と感染、低栄養の3つに分けることができる。大腿骨頸部骨折や外傷は、運動機能障害と関連し、活動が低下すれば感染の発生活リスクとなる。褥瘡も運動障害と低栄養に関連する。

BPSDと身体症状

多くの患者が、痛み、呼吸困難および興奮/不安に苦しむ。身体症状において、認知症患者は過小診断と過小治療の危険がある。認知症の行動心理症状は身体症状とあわせて対処される必要がある。なぜなら、認知症において行動的症状は顕著で典型的であり、相互に関連しているからである。例えば、疼痛緩和は興奮を抑える場合があり、抑うつ症状又は身体的活動の変化が興奮のレベルを変えることもある。したがって、行動の変化があれば身体症状評価を行う必要があり、疼痛が疑われれば積極的に鎮痛薬を試みることが望まれる。

認知症患者の身体症状を拾い上げ、患者の不快を最大限取り除くために、多職種のアセスメントを統合することが重要であり、

わが国の臨床に即した教育プログラムを開発する必要がある。

疼痛評価の必要性

海外では、認知症患者は疼痛を過小に評価されているとの報告がある。軽度及び中等度の認知症の場合には、疼痛評価に自己評価法を利用することができるが、重度認知症の場合は自己評価が困難となり、身振りや顔つきがを手掛かりとして対応せざるを得ない。認知症の痛みの評価に関してはこれまでに様々なツールが開発され、その一部は複数の研究で検証されて肯定的な成果が得られており、わが国においても臨床応用を目指した取り組みが望まれる。

認知症の経過と家族への支援

認知症の経過と関連する健康上の問題について、家族の多くはほとんど理解していないことが知られている。特に、認知症の進行に伴い、家族は意思決定の共有あるいは代理をせざるを得なくなることを事前に知り、あらかじめ心構えを持つことは、家族の生活の質を高めるために重要な取り組みである。

認知症は文化的な背景など恥などスティグマとも関連し、家族の恥という意識が介護者の負担を増悪させる点にも注意が必要であり、急性期病院においても教育の取り組みが必要であることが示唆された。

わが国では2013年に高齢化率が25%を超える未曾有の超高齢化社会を迎えた。高齢化社会の到来が近年強調されるがゆえに、20%という数字にともすれば慣れがちで当たり前前に感じられるかもしれない。しかし、近代医療の発展期である1900年代の高齢者比率は1%であること、近代ホスピスが展開しだした1950年代の英国でもたかだか10%であったことを考えると、今我々は全く異なる次元に入っていることが改めてわかる。欧米では、高齢化率が今後20%を超えることを危惧し、国家戦略を立てている。わが国の現状は、まったく猶予のない段階である。

わが国では、認知症に対するアプローチとして、主に老年精神医学からは精神疾患として、介護領域からは生活支援が取り上

げられることが多い。精神疾患として認知症を取り上げた場合には、診断と治療が話題の中心となり、老年症候群として認知症が取り上げられた場合には、介護支援の話題となる。どちらも認知症への対応を考える上で避けて通れない面である。一方、認知症は老年症候群の一面であり、身体合併症を併存することは非常に多い。身体ケアを含めたトータルケアの視点を取り入れたあり方を検討し、示すことが急務である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Kondo K, Ogawa A, et al.: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. *Patient Educ Couns*, 93(2):350-3, 2013
2. Akechi T, et al.: Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*:1-5, 2013
3. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 22:995-1001, 2013
4. Fielding R, Akechi T, et al.: Attributing Variance in Supportive Care Needs during Cancer: Culture-Service, and Individual Differences, before Clinical Factors. *PLOS ONE* 8:e65099, 2013
5. Furukawa TA, Akechi T, et al.: Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices. *Psychiatry Clin Neurosci* 67:139-47, 2013
6. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 21:2097-106, 2013
7. Kawaguchi A, Akechi T, et al.: Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9:267-75, 2013
8. Nakaguchi T, Akechi T, et al.: Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 43:369-76, 2013
9. Nakano Y, Akechi T, et al.: Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag* 6:37-43, 2013
10. Tanimukai H, et al: An Observational Study of Insomnia and Nightmare Treated With Trazodone in Patients With Advanced Cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 30 (4) : 359 - 362, 2013
11. Okamoto Y, Tanimukai H, et al: Can Gradual Dose Titration of Ketamine for Management of Neuropathic Pain Prevent Psychotomimetic Effects in Patients With Advanced Cancer? *Am J Hosp Palliat Care*, 30 (5) : 450-454, 2013
12. Tanimukai H, et al: Paclitaxel induces neurotoxicity through endoplasmic reticulum stress. *Biochem Biophys Res Commun*, 437(1):151-155, 2013
13. Sakagami Y, Tanimukai H, et al: Involvement of endoplasmic reticulum stress in tauopathy. *Biochem Biophys Res Commun*, 430(2):500-504, 2013
14. Takahashi H, Tanimukai H, et al: The AKT1 gene is associated with attention and brain morphology in schizophrenia. *World J Biol*

- Psychiatry. 14(2):100-13, 2013
15. Nakajima S, Tanimukai H, et al: Two advanced cancer patients in whom escitalopram was useful for depression. Palliative Care Research, 8(2) : 548-553, 2013
 16. Mariko Kaneko, Nursing Roles and Issues in Psycho-oncology :An investigation using supportive interview and cognitive behavioral therapy, Journal of clinical Trials, doi. org/10.4172/2167-0870,S1-002, 2013.
 17. Mariko Kaneko et al, Current Status and Issues in Nurses' Roles in Counseling Cancer Patient-Perception of Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing. Journal of Tokyo Women's Medical University, 83(2), 79-85, 2013.
 18. Mariko Kaneko et al, Requirements with regard to nursing consultation by mental health consultation liaison nurses and suggestions for their intervention , Journal of Nursing & Care , doi:10.4172/2167-0870, 2013.
 19. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. The lancet oncology. 2013. Epub 2013/05/15.
 20. Hirai K, Harada K, Seki A, Nagatsuka M, Arai H, Hazama A, et al. Structural equation modeling for implementation intentions, cancer worry, and stages of mammography adoption. Psychooncology. 2013 May 10. doi: 10.1002/pon.3293.
 21. Shimizu K:Effects of Integrated Psychosocial Care for Distress in Cancer Patients. Jpn J Clin Oncol. 43(5): 451-457, 2013
 22. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takayashiki A, Abe Y, Hamano J, Maeno T. Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. Am J Hosp Palliat Care. 2013. [Epub ahead of print]
 23. Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y. The Activity of Palliative Care Team Pharmacists in Designated Cancer Hospitals: A Nationwide Survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2013. [Epub ahead of print]
 24. Kizawa Y, Morita T, Hamano J, Nagaoka H, Miyashita M, Tsuneto S. Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. Am J Hosp Palliat Care. 2013 Sep;30(6):552-5.
 25. Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama M, Kosako F, Hama Y, Kizawa Y, Sasahara T, Eguchi K. Progressive Development and Enhancement of Palliative Care Services in Japan: Nationwide Surveys of Designated Cancer Care Hospitals for Three Consecutive Years. J Pain Symptom Manage. 2014 Jan 16. [Epub ahead of print]
 26. Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M. One-year Follow-up of an Educational Intervention for Palliative Care Consultation Teams. Jpn J Clin Oncol. 2013 Dec 4. [Epub ahead of print]
 27. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Sakamoto N, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. Palliat Support Care. 2013 Oct 21:1-5.
 28. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative

- care knowledge among physicians. J Palliat Med. 2013 Nov;16(11):1423-8.
29. Hamano J, Kizawa Y, Maeno T, Nagaoka H, Shima Y, Maeno T. Prospective Clarification of the Utility of the Palliative Prognostic Index for Patients With Advanced Cancer in the Home Care Setting. Am J Hosp Palliat Care. 2013 Sep 16. [Epub ahead of print]
 30. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol. 2013 Jun;14(7):638-46.
 31. Morita T, Kizawa Y. Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. Curr Opin Support Palliat Care. 2013 Jun;7(2):207-15.
 32. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. Jpn J Clin Oncol. 2013 Mar;43(3):286-93.
 33. Hamano J, Maeno T, Kizawa Y, Shima Y, Maeno T. Usefulness of Palliative Prognostic Index for patient with advanced cancer in home care setting. Am J Hosp Palliat Care. 2013 May;30(3):264-7.
 34. 小川朝生: がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. PSYCHIATRIST, 18:54-61, 2013
 35. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. 看護技術, 59(5):422-6, 2013
 36. 小川朝生: せん妄の予防-BPSD に対する薬物療法と非薬物療法-. 緩和ケア, 23(3):196-9, 2013
 37. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. 精神科, 23(3):283-7, 2013
 38. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学, 28(9):1157-62, 2013
 39. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌, 22(2):123-30, 2013
 40. 明智龍男: がん患者の抑うつの評価と治療. NAGOYA MEDICAL JOURNAL 53:51-55, 2013
 41. 明智龍男: 一般身体疾患による気分障害, 今日の治療指針, 山口徹., 北原光夫., 福井次矢. (編), 医学書院, 868, 2013
 42. 明智龍男: 精神症状マネジメント概論, 緩和医療薬学, 日本緩和医療薬学会 (編), 南江堂, 79, 2013
 43. 伊藤嘉規, 奥山徹, 中口智博, 明智龍男: 小児がん患者とその家族のこころのケア. 精神科 23:288-292, 2013
 44. 明智龍男: がんこころのケア-サイコオンコロジー. 精神科 23:271-275, 2013
 45. 明智龍男: がん患者の自殺に関する最新データ. 緩和ケア 23:195, 2013
 46. 明智龍男: せん妄の向精神薬による対症療法と処方計画. 精神科治療学 28:1041-1047, 2013
 47. 明智龍男: 緩和医療とせん妄. 臨床精神医学 42:307-312, 2013
 48. 明智龍男: 希死念慮を有する患者のアセスメントとケア. 緩和ケア 23:200, 2013
 49. 明智龍男: 術後せん妄. 消化器外科 36:1643-1646, 2013
 50. 明智龍男: 抑うつとがん. レジデントノート 15:2440-2443, 2013
 51. 明智龍男, 森田達也: 臨床で役立つサイコオンコロジーの最新エビデンス-特集にあたって. 緩和ケア 23:191, 2013
 52. 井上真一郎: 色々な不眠への対処~こんなときどうする? 薬剤に依存的な場合内科医のための不眠診療 はじめの一步, 小川朝生, 谷口充孝編集, 羊土社, 161-163, 2013
 53. 井上真一郎: 色々な不眠への対処~こんなときどうする? 内科医のための不眠診療 はじめの一步, 小川朝生, 谷口充孝 編集, 羊土社, 164-165, 2013
 54. 井上真一郎: 色々な不眠への対処~こんなときどうする? 睡眠中にパニック

- ク発作を起こした場合 内科医のための不眠診療 はじめの、の一步, 小川朝生, 谷口充孝 編集, 羊土社, 172-174, 2013
55. 井上真一郎, 他: せん妄の要因と予防, 臨床精神医学 42(3):289-297, 2013
 56. 井上真一郎: 認知症・せん妄・うつ病の違いを知ろう 病態の違い, 看護技術 59 (5):19-28, 2013
 57. 井上真一郎, 他: がん診断早期から行うべき緩和薬物療法の実際—精神的ストレスの観点から—, Mebio 30(7):23-29, 2013
 58. 井上真一郎, 他: せん妄を見逃さないための注意点, 精神科治療学 28(8):1011-1017, 2013
 59. 井上真一郎: 誤解から学ぶうつ病, 岡山県警察機関誌「後楽」68(9):43-45, 2013
 60. 谷向 仁 他: 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の事態調査. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2 (J-HOPE2), 32-36, 2013
 61. 8. 谷向 仁: 認知症のマネジメント—BPSD に対する薬物療法と非薬物療法—. 緩和ケア, 23(3):201-204, 2013
 62. 9. 谷向 仁: 一般病棟における認知症・せん妄・うつ病患者へのケア ~治療薬の違い~. 看護技術, 59 (5):54-60, 2013
 63. 10. 谷向 仁: がん患者の精神症状へのアプローチ: がん患者にみられる不眠. 月刊薬事, 55 (12):31-35, 2013
 64. 11. 原 伸輔, 谷向 仁 他: がん疼痛治療におけるメサドン導入に際しての地域がん診療連携拠点病院の取り組み. 緩和ケア, 23 (6):469-471, 2013
 65. 清水 研: ナショナルセンターとしてのあり方. 総合病院精神医学, 25 (2):151-155, 2013
- 学会発表
1. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第32回日本社会精神医学会, 熊本市, 2013/3/7, シンポジウム演者
 2. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神的ケアの在宅連携, 第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 仙台市, 2013/5/19, シンポジウム座長
 3. 小川朝生: がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発, 第18回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6/21, シンポジウム演者
 4. 小川朝生: 各職種の役割 精神症状担当医師, 第18回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6/22, フォーラム演者
 5. 小川朝生: 不眠 意外に対応に困る症状, 第18回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6/22, 特別企画演者
 6. 小川朝生: がん領域における取り組み, 第10回日本うつ病学会総会, 北九州市, 2013/7/19, シンポジウム演者
 7. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric Assessment 日本語版の開発, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8/29, 一般口演
 8. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8/29, 一般口演
 9. 小川朝生: チーム医療による診断時からの緩和ケア, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8/31, 合同シンポジウム司会
 10. 小川朝生: がん治療と不眠, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, ランチョンセミナー演者
 11. 小川朝生: 緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, ポスターセッション
 12. 小川朝生: 個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, 合同シンポジウム司会
 13. 小川朝生: 高齢がん患者と家族のサポート: サイコオンコロジーに求められるもの, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, シンポジウム

14. 小川朝生:サイコオンコロジー入門, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/21, 特別企画演者
15. 小川朝生:がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発, 第51回日本癌治療学会学術集会, 京都市, 2013/10/24, ポスター発表
16. Nagashima F, Akechi T, et al: Successive comprehensive geriatric assessment (CGA) can be prognostic factors of elderly cancer patients; in 13th Conference of the International Society of Geriatric Oncology. Copenhagen, 2013 Oct
17. Yamada M, Akechi T, et al: A pragmatic megatrial to optimise the first- and second-line treatments for patients with major depression: SUN(^_^)D study protocol and initial results; in American Society of Clinical Psychopharmacology. Hollywood, FL, 2013 May
18. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with social anxiety disorder (SAD): A case report; in The 4th Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conference. Tokyo, 2013 Aug
19. 山田光彦, 明智龍男, 他: 抗うつ薬の最適使用戦略を確立するための実践的多施設共同ランダム化比較試験 SUN☺D study: メガトライアル実践のための工夫と挑戦. 第34回日本臨床薬理学会, 2013年12月, 東京
20. 明智龍男: がんと心のケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 第27回日本泌尿器内視鏡学会総会市民公開講座, 2013年11月, 名古屋
21. 明智龍男: がん患者の精神症状のマネジメント-特に前立腺がんを念頭に. 第27回日本泌尿器内視鏡学会総会ランチョンセミナー, 2013年11月, 名古屋
22. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. 平成25年度東海オンコロジー応用セミナー2「緩和ケア」 特別講演, 2013年11月, 名古屋
23. 明智龍男: 精神腫瘍学 (サイコオンコロジー). 2013年度 がん治療認定医教育セミナー, 2013年11月, 幕張
24. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: シンポジウム 小児がん患者とその家族への心理社会的支援の在り方を考える 小児がん患者におけるgood death. 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
25. 久保田陽介, 明智龍男, 他: がん看護の専門性を有する看護師を対象としたがん患者の精神心理的苦痛に対応するための教育プログラムの有用性: 無作為化比較試験. 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
26. 菅野康二, 明智龍男, 他: 高齢がん患者における治療に関する意思決定能力障害の頻度と関連因子の検討. 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
27. 内田恵, 明智龍男他: 放射線治療中のがん患者における倦怠感と抑うつ・不安の関連. 第26回 日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
28. 平井啓, 明智龍男, 他: 術後早期乳癌患者に対する問題解決療法の有効性に関する前後比較. 第26回 日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
29. 北村浩, 明智龍男, 他: 継続的な高齢者総合機能評価は高齢がん患者の予後予測因子となりうる. 第26回 日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
30. 明智龍男: サイコオンコロジー入門 「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
31. 明智龍男: 特別企画 サイコオンコロジー入門 「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013年9月, 大阪
32. 近藤真前, 明智龍男, 他: 慢性めまいに対する前庭リハビリテーションと内部

- 感覚曝露. 第13回日本認知療法学会学術総会, 2013年8月, 東京
33. 小川成, 明智龍男, 他: 認知行動療法によるパニック障害の症状変化が社会機能やQOLに及ぼす影響. 第13回日本認知療法学会, 2013年8月, 東京
 34. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. Psycho Oncology Seminar 特別講演, 2013年8月, 京都
 35. 明智龍男: 身体疾患の不安・抑うつ-特にがん患者に焦点をあてて. 第8回不安・抑うつ精神科ネットワーク 特別講演, 2013年8月, 松江
 36. 明智龍男: シンポジウム がん緩和ケアにおけるうつ病対策-がん患者に対する精神療法. 第10回 日本うつ病学会総会, 2013年7月, 北九州市
 37. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: 小児緩和ケアにおける家族の心理的負担. 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
 38. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法中のがん患者のニードと心身の症状に関する看護師の認識度. 第157回名古屋市立大学医学会, 2013年6月, 名古屋
 39. 明智龍男: がんサバイバーに対する精神的ケア. 第62回東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会 特別講演, 2013年6月, 名古屋
 40. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. 第6回南区メンタルフォーラム 特別講演, 2013年6月, 名古屋
 41. 明智龍男: 特別企画 サイコオンコロジー入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
 42. 明智龍男: 乳がん患者に対するこころのケア-特に再発後に焦点をあてて. 第21回日本乳癌学会 モーニングセミナー, 2013年6月, 浜松
 43. 川口彰子, 明智龍男, 他: 薬物治療抵抗性うつ病への電気けいれん療法の反応性と海馬体積の関連の検討. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
 44. 白石直, 明智龍男, 他: 青年期の女性の体重とその認知、ダイエット行動は、暴力行為と関連するか?. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
 45. 明智龍男: がんの患者さんのこころを支援する: 心理療法的アプローチを中心に. 第4回北海道がん医療心身ネットワーク研究会・講演会 特別講演, 2013年2月, 札幌
 46. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法に伴う予期性悪心嘔吐と学習性食物嫌悪. 第3回東海乳癌チーム医療研究会, 2013年1月, 名古屋
 47. 井上真一郎, 他: 岡山大学病院精神科リエゾンチーム-独自性の高い活動内容-. 第109回日本精神神経学会学術総会, 福岡市, 2013. 5. 23-25, ポスター発表
 48. 井上真一郎, 他: うつ状態の復職困難者のアプローチに家族歴が参考となった一例- 産業医の立場から -, 日本産業衛生学会 第23回産業医・産業看護全国協議会, 名古屋市, 2013. 9. 26-28, ポスター発表
 49. 井上真一郎, 他: レストレスレッグス症候群の治療によりせん妄が改善した一例, 第54回 中国・四国精神神経学会, 高松市, 2013. 12. 5-6, 一般演題発表
 50. 菊地未紗子, 上村恵一 他: 救命救急センターに搬送される認知症患者の背景と転帰, 第16回 日本救急医学会総会・学術集会, 東京都, 2013/10/21~23, 一般演題
 51. 松田陽一, 谷向 仁 他: がん疼痛症候群患者のオピオイドに関する異常薬物関連行動, 第18回 日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6/22, 共同演者
 52. 2. 谷向 仁 他: 悲嘆を経験する遺族の睡眠障害の実態調査, 第18回 日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6/22, 演者
 53. 3. Sakagami Y, Tanimukai H, et al: Involvement of endoplasmic reticulum stress in tauopathy, 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013/6/24, 共同

- 演者
54. 4. Tanimukai H, et al: BiP inducer X attenuates paclitaxel induced endoplasmic reticulum stress related neurotoxicity, 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013/6/25, 演者
 55. 5. Omi T, Tanimukai H, et al: Fluvoxamine alleviates ER stress via induction of Sigma-1 receptors (Sig-1Rs), 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto, 2013/6/27, 共同演者
 56. 6. 谷向 仁: サイコオンコロジー領域における精神症状の生物学的脳内基盤～せん妄の病態生理とその介入について考える～, 第26回 日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, 座長
 57. 7. 谷向 仁: せん妄の多施設研究紹介 ～高次機能障害からみた薬剤選択を考える～, 第26回 日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, 演者
 58. 8. 谷向 仁 他: 医療者はがん患者の抑うつ症状をどのように捉えているか?, 第26回 日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, 演者
 59. 9. 谷向 仁: 老年期に見られる精神症状とその問題 ～認知症とせん妄を中心に～, 西宮精神科医会学術講演会, 西宮市, 2013/12/19, 演者
 60. 嵐弘美, 金子真理子 他, 3 施設のリエゾンナースの連携の取り組みの成果と課題, 第9回東京女子医科大学学会学術集会, 2013・10/6,
 61. 異議田はづき, 金子真理子 他, リエゾンナースによる看護師のメンタルヘルス相談における実態報告～新人看護師と新人以外の看護師の相談の特徴、第9回東京女子医科大学学会学術集会, 2013・10/6,
 62. 山崎千草, 金子真理子 他, 専門看護師連絡会の活動と今後への示唆, 第9回東京女子医科大学学会学術集会, 2013・10/6
 63. 平井 啓, 原田和弘: 乳がん検診の受診率向上のためのテイラード介入の効果ならびに費用対効果—地域における乳がん検診受診ノン・アドヒアラーに対する無作為化比較試験 日本健康心理学会第26回大会 2013.9
 64. 平井 啓, 石川善樹, 原田和弘, 斉藤博, 渋谷大助: 乳癌検診の受診率向上のためのテイラードメッセージ介入の有効性と費用対効果に関する無作為化比較試験 第26回日本サイコオンコロジー学会総会 2013.9
 65. 清水 研: がん患者に合併する抑うつに関する最新の知見と臨床の実際, 第19回日本行動医学会学術総会, 2013/3/8, 東京
 66. 清水 研: 精神腫瘍医の自身の経験を振り返って, 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013/5/22, 福岡
 67. 清水 研: 「Clinical bio-psycho-social risk factors for depression in lung cancer patients :a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project」, 韓国心身医学会, 2013/6/7, 韓国
 68. 清水 研: うつ状態の早期発見、早期治療への取り組み, 第10回日本うつ病学会総会, 2013/7/19, 福岡
 69. 清水 研: 精神腫瘍医が担っていく役割 (精神症状のスクリーニングについて), 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013/9/21, 大阪
 70. Shimizu K: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors, 15th. IPOS, 2013/11/6, ロッテルダム (オランダ)
 71. 清水 研: 精神科医がサイコオンコロジーを始めるときの苦勞, 第26回日本総合病院精神医学学会総会, 2013/11/29, 京都
- H. 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
特記すべきことなし。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合事業）
分担研究報告書

認知症に対する包括的支援プログラムの開発

研究分担者 小川朝生 国立がん研究センター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨 医師が治療開始時に患者の認知機能を評価し、認知機能障害の有無とセルフケア能力の評価、治療同意能力を評価することが適切な医療を提供するためにも重要であるが、これまでに医療者が患者の認知機能障害をどれくらい同定しているか評価した先行研究はない。

そこでがん患者の治療方針決定時において、患者の治療同意能力の詳細を構造化面接である MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)を実施し、医療者の臨床上的判断と比較した。その結果、治療開始時の患者の24%に認知機能障害を認めたと、医療者が臨床上的認知機能障害を疑った症例は22%に留まっていた。今後、臨床上的簡便に認知機能障害の有無を判定でき、治療同意能力の評価に資する支援方法の開発が必要である。

A. 研究目的

わが国は超高齢化社会を迎え、認知症を合併した身体治療を要する患者の入院機会が増えている。急性期病院では、認知症患者のBPSD管理に不慣れな上に、①せん妄のハイリスク状態であること、②疼痛管理に難渋すること、③調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、④不適切な早期退院が増加し、結果として再入院を招いている問題が指摘されている。

そこで本研究では、急性期病院における認知症患者の受け入れ・治療をめぐる医療提供上の問題点を把握すると共に、抽出された課題に基づき医療従事者の負担を軽減し、医療・ケアの質の向上に資する支援プログラム開発し、その実施可能性を検証する事を目的とした。特に初年度は、まず総合病院において、認知機能障害がどの程度認知されているかの検討を進めた。

B. 研究方法

対象

国立がん研究センター東病院において抗悪性腫瘍薬による薬物療法(ファーストライン、セカンドライン)を予定しているがん患者を対象とする。

適格基準 : 入院時に以下の基準を満たすものを対象とする。

1. 組織学的に原発性肺がんの診断が得られている患者
 2. 告知を受けている患者
 3. 研究に関するインフォームド・コンセントが得られている患者
 4. 日本語の読み書きが可能である患者
- 除外基準

1. 身体症状・精神症状が重篤で面接調査に耐えられない患者
2. 担当医が本研究参加に不適切であると判断した患者

対象の選択手順

連続サンプリングを実施する。

調査手順

薬物療法の治療方針を決定する面談を受ける患者を連続サンプリングし、研究者および研究分担者より患者に対して本研究の概要について文書を用いて説明をおこなった後、同意の得られた患者に対して面接調査を実施する。

調査内容

1. MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment (MacCAT-T)

MacCAT-Tは精神科入院や外来治療、身体治療、臨床試験などさまざまな場面での使用を想定して作成された患者の治療同意能力を評価する半構造化面接であり、世界的に標準的な治療同意能力評価方法として用いられている (Grisso, et al. Psychiatric Service 1997)。本面接で、同意・不同意の選択の表示、期待できる利益の理解、予測