

2 学会発表

- 1) 梅本充子、神保太樹、柴田悦代、遠藤英俊（内科総合診療部） 地域在住高齢者における匂いを使った回想法の有効性. 第 28 回日本老年精神医学会, 2013 年 6 月 5 日, 大阪府
- 2) Shohei Kato, Hidetoshi Endo, Risako Nagata, Takuto Sakuma, Keita Watanabe. Toward Personalized Cognitive Training for Elderly with Mild Cognitive Impairment Using Cerebral Blood Flow Activation The 27th Annual Conference of Japanese Society for Artificial Intelligence (人工知能学会第 27 回全国大会) Toyama, June 4-7, 2013 Session: IOS-1 COGNITIVE TRAINING AND ASSISTIVE TECHNOLOGY FOR AGING
- 3) 清家理、住垣千恵子、武田章敬、櫻井孝、遠藤英俊、鳥羽研二. 認知症介護当事者に対する「介護者支援人材育成プログラム」の効果測定研究 -内発的動機づけに主眼を置いた「家族教室アドバンストコース」からの考察-. 第 14 回日本認知症ケア学会大会, 2013 年 6 月 2 日, 福岡県
- 4) Shohei Kato, Hidetoshi Endo, Akira Homma, Takuto Sakuma, Keita Watanabe. Early Detection of Cognitive Impairment in the Elderly Based on Bayesian Mining Using Speech Prosody and Cerebral Blood Flow Activation The 35th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC'13) July 4-7, 2013, Osaka, Japan

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
なし

III-2) 音楽療法

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

音楽療法に参加した認知症患者の BPSD ならびに家族介護負担度の変化に関する研究

神崎 恒一・杏林大学医学部高齢医学 教授

研究要旨

認知症高齢者の非薬物療法としての音楽療法の効果について検証するため、杏林大学病院もの忘れセンターで専門の音楽療法士が提供する 1 時間のプログラムに参加した 6 名の患者を対象に、音楽療法参加前もしくは受講直後と受講開始後一定期間経過後の **Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)**、家族介護負担度 **Zarit Burden Interview (ZBI)** の変化を調べた。症例は①83 歳女性(AD), 音楽療法参加歴 5 年以上、②87 歳女性(AD), 参加歴 5 年以上、③78 歳男性, 参加歴 2 ヶ月、④77 歳男性(AD), 参加歴 11 ヶ月、⑤76 歳女性(AD), 参加歴 8 ヶ月、⑥77 歳女性(AD), 参加歴 11 ヶ月である。各症例の音楽療法参加前後での **DBD**, **ZARIT** 介護負担度の数値はそれぞれ①35→26, 52→50、②11→8, 8→11、③14→8, 25→21、④21→17, 34→30、⑤21→29, 23→27、⑥8→12, 13→18 であった (各 pts)。以上の結果から、音楽療法参加前後で **DBD**, **ZARIT** に大きな変化はみられなかったが、症例 1 と症例 2 は 5 年以上継続参加していることから、**DBD** や **ZARIT** では測れない何らかの理由 (例えば本人の well-being) が存在している可能性がある。

A. 研究目的

認知症高齢者の非薬物療法には回想法、リアリティオリエンテーション、音楽療法、理学療法、作業療法、レクレーション療法、園芸療法、演芸療法、社会心理療法、ダンス、散歩、各種体操などがある。音楽療法は心身をリラックスさせ、不安やストレスを軽減させたり、自発性を向上させたり、人との交流を改善させるなどの効果がある。したがって、**BPSD** の軽減やひいては同居家族の介護負担軽減につながる可能性がある。そのような効果を期待して、杏林大学病院もの忘れセンターでは以前より 1 時間のプログラムの音楽療法を実施しており、これに本人が家族と一緒に参加してもらっている。なお、音楽は専門の音楽療法士がプログラムを提供している。

本研究ではこれまで杏林大学病院もの忘れセンターで 6 年以上続けている音楽療法の成果を研究テーマに沿って、認知症患者本人の **BPSD** ならびに家族の介護負担度を音楽療法参加前後で調べることによって、客観的に評価するよう試みる。

B. 研究方法

杏林大学病院もの忘れセンターを定期的に受診し、音楽療法を受けた患者のうち6名を対象として、音楽療法参加前もしくは受講直後と受講開始後一定期間経過後の Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)、家族介護負担度 Zarit Burden Interview (ZBI)の変化を調べた。

(倫理面への配慮) 本研究は、杏林大学医学部医の倫理委員会の承認のもと実施した。

C. 研究結果

症例1は83歳の女性で、アルツハイマー型認知症の診断で5年以上音楽療法に参加している。評価を行ったのは2010年10月～2011年6月の8ヶ月間である。音楽療法受講前後の DBD, ZARIT, MMSE はそれぞれ 35→26, 52→50, 17→15 であり、DBD は減少したが、ZBI, MMSE には明らかな変化は見られなかった。

症例2は87歳の女性で、アルツハイマー型認知症の診断で症例1と同じく5年以上音楽療法に参加した(後に死去)。評価を行ったのは2008年4月～2008年8月の5ヶ月間である。音楽療法受講前後の DBD, ZARIT, MMSE はそれぞれ 11→8, 8→11, 20→23 であり、DBD, ZBI はもともと高くなかった。MMSE には有意な上昇が見られた。

症例3は78歳の男性で2ヶ月間音楽療法に参加した。評価を行ったのは2010年7月～同年10月の3ヶ月間である。音楽療法受講前後の DBD, ZARIT はそれぞれ 14→8, 25→21 であった。DBD, ZBI ともにやや低下した。

症例4は77歳の男性で、アルツハイマー型認知症の診断で11ヶ月間音楽療法に参加した。評価を行ったのは2010年10月～2011年7月の9ヶ月間である。音楽療法受講前後の DBD, ZARIT はそれぞれ 21→17, 34→30 であった。症例3と同様、DBD, ZBI いずれもやや低下した。

症例5は76歳の女性で、アルツハイマー型認知症の診断で1年間音楽療法に参加した。評価を行ったのは2007年5月～2008年3月の8ヶ月間である。音楽療法受講前後の DBD, ZARIT, MMSE はそれぞれ 21→29, 23→27, 15→16 であり、DBD, ZBI ともにやや増悪したが、MMSE はほぼ不変であった。

症例6は77歳の女性で、血管性認知症の診断で6ヶ月間音楽療法に参加した。評価を行ったのは2007年4月～2008年3月11ヶ月間である。音楽療法受講前後の DBD, ZARIT はそれぞれ 8→12, 13→18 であった。症例5と同様、DBD, ZBI いずれもやや悪化した。

D. 考察

音楽療法に参加した6症例の音楽療法参加前後の DBD, ZBI の数値を表と図で示す。平均値で見た場合 DBD も ZBI も音楽療法参加前後で有意な変化はみられなかった。症例3～6は音楽療法参加期間が2ヶ月～1年と比較的短く、症例3, 4は DBD, ZBI ともにやや改善、症例5, 6は DBD, ZBI ともにやや悪化がみられた。いずれの症例も DBD の変化と ZBI の変化が同じ

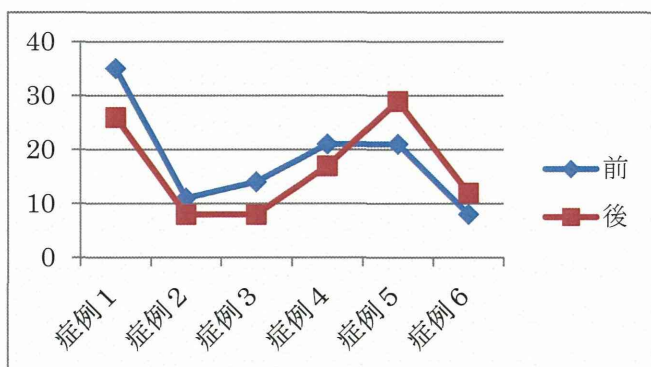
音楽療法前後でのDBD, ZARITの変化

	年齢	性別	DBD		ZARIT	
			前	後	前	後
症例1	83	女性	35	26	52	50
症例2	87	女性	11	8	8	11
症例3	78	男性	14	8	25	21
症例4	77	男性	21	17	34	30
症例5	76	女性	21	29	23	27
症例6	77	女性	8	12	13	18
平均			18.3	16.7	25.8	26.2

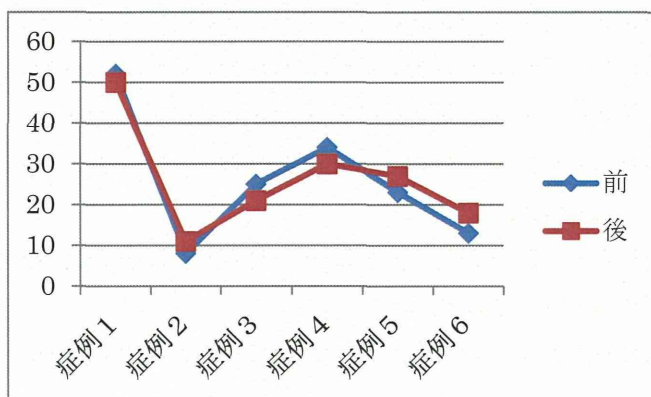
方向に連動している点は注目である。

症例1と症例2は5年以上参加しているのも注目点である。

いずれの症例も DBD は軽度改善がみられたが ZBI には明らかな変化はみられなかった。しかしながら、症例1は音楽療法参加5年後の MMSE が途中で塩酸ドネペジルを中止したにもかかわらず15点を維持しており、本人が音楽療法を楽しんでいると感想を述べており、家族の介護負担は変わらない(高い)ものの、本人の認知機能、QOL が維持できているのが、音楽療法を継続している理由になっていると思われる。症例2も死去する直前まで音楽療法を継続しており、具体的な理由は不明ながら、何らかの理由があったはずである。ZARIT では評価できない理由、例えば本人の well-being が関与している可能性があり、それを評価する尺度が必要と思われる。



音楽療法参加前後での DBD の変化



音楽療法参加前後での ZBI の変化

E. 結論

杏林大学病院もの忘れセンターで音楽療法に参加した6名の患者を対象に、参加前後で DBD、Zarit 家族介護負担度(ZBI)の変化を調べた。その結果、DBD、ZARIT に大きな変化はみられなかった。しかしながら、症例1と2は5年以上参加を続けていることから、DBD や ZARIT では測れない何らかの理由(例えば本人の well-being)が存在している可能性がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 永井久美子, 小柴ひとみ, 小林義雄, 山田如子, 須藤紀子, 長谷川浩, 松井敏史, 神崎恒一 : 老年症候群の適切な把握のためのもの忘れセンター予診票の作成に関する検討—予診票の妥当性と信頼性および回答者による回答率の差異についての検証—. 日本老年医学会雑誌 51 (2) : 2014. In press.
- 2) Koji Shibasaki, Sumito Ogawa, Shizuru Yamada, Katsuya Iijima, Masato Eto, Koichi Kozaki, Kenji Toba, Masahiro Akishita and Yasuyoshi Ouchi : Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of older adults in long-term care. Geriatr Gerontol Int 14.: 159-166, 2014.
- 3) Tanaka M, Nagai K, Koshihara H, Sudo N, Obara T, Matsui T, Kozaki K : Weight loss and homeostatic imbalance of leptin and ghrelin levels in lean geriatric patient. J Am Geriatric Soc 61: 2234-2236, 2013.
- 4) Kumiko Nagai, Shigeki Shibata, Masahiro Akishita, Noriko Sudoh, Toshimasa Obara, Kenji Toba, Koichi Kozaki : Efficacy of combined use of three non-invasive atherosclerosis tests to predict vascular events in the elderly; carotid intima-media thickness, flow-mediated dilation of brachial artery and pulse wave velocity. Atherosclerosis 231(2): 365-370, 2013.
- 5) Masahiro Akishita, Shinya Ishii, Taro Kojima, Koichi Kozaki, Masafumi Kuzuya, Hidenori Arai, Hiroyuki Arai, Masato Eto, Ryutaro Takahashi, Hidetoshi Endo, Shigeo Horie, Kazuhiko Ezawa, Shuji Kawai, Yozo Takehisa, Hiroshi Mikami, Shogo Takegawa, Akira Morita, Minoru Kamata, Yasuyoshi Ouchi, Kenji Toba : Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly. JAMDA 14 : 479-484, 2013.
- 6) 木村紗矢香, 山田如子, 町田綾子, 杉浦彩子, 鳥羽研二, 神崎恒一 : 高齢者の耳掃除と高齢者総合的機能評価. 日本老年医学会雑誌 50(2) : 264-265, 2013.
- 7) 長谷川浩, 神崎恒一 : 三鷹市・武蔵野市の取り組み. 日本老年医学会雑誌 50(2) : 194-196, 2013.
- 8) 木村紗矢香, 神崎恒一 : 1. 非薬物療法と啓発運動 4) 「もの忘れ教室」の実際とその効果. Geriatric Medicine 51(1) : 31-34, 2013.

2. 学会発表

- 1) 神崎恒一 : 認知症と治療薬の効果. 武蔵野市薬剤師会在宅勉強会, 武蔵野, 2013.4.25.
- 2) 神崎恒一 : 認知症と転倒. 第55回日本老年医学会学術集会, 大阪, 213.6.4.
- 3) 小林義雄, 名古屋恵美子, 長谷川浩, 神崎恒一 : 杏林大学病院の認知症疾患医療センターとしての役割. 第55回日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.5.
- 4) 木村紗矢香, 山田如子, 町田綾子, 神崎恒一, 鳥羽研二 : MCI 患者の予後予測のための

COGNISTAT の有用性に関する検討. 第 55 回日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.6.

- 5) 神崎恒一: 三鷹市・武蔵野市 認知症連携シートについて. 多摩エリア認知症疾患医療センター連絡会, 立川, 2013.7.29.
- 6) 神崎恒一: 認知症の診断と治療—大島で認知症高齢者の方を支えるために—. 離島医療圏認知症講演会, 大島, 2013.8.21.
- 7) 神崎恒一: 認知症診療の地域連携—三鷹市・武蔵野市の取り組み—. 日野市認知症の地域連携を語る会, 日野, 2013.9.19.
- 8) 神崎恒一: 認知症と向き合う. 杏林大学文化講演会, 羽村, 2013.9.21.
- 9) 神崎恒一: 認知症医療連携～薬剤師に求めること～. 西部薬剤師会講演会, 東村山, 2013.10.27.
- 10) Koichi Kozaki: Team approach for dementia care from the early symptoms to the end of life. 4th International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Master Class on Ageing, Kyoto, Oct 31. 2013.
- 11) 松井敏史, 松下幸生, 木村充, 伊藤満, 神崎恒一, 樋口進: アルコール依存症の脳萎縮におけるアセトアルデヒド脱水素酵素遺伝子多型の関与. 第 32 回日本認知症学会学術集会, 松本, 2013.11.8.
- 12) 中居龍平, 長谷川浩, 小林義雄, 神崎恒一: 高齢認知症における移動準備動作および準備量に対する動的脳血流分布の検討. 第 32 回日本認知症学会学術集会, 松本, 2013.11.8.
- 13) 名古屋恵美子, 長谷川浩, 小林義雄, 松井敏史, 神崎恒一: 杏林大学医学部附属病院認知症疾患医療センターとしての役割. 第 32 回日本認知症学会学術集会, 松本, 2013.11.8.
- 14) 神崎恒一: (ランチョンセミナー) 生活習慣病と認知症. 第 32 回日本認知症学会学術集会, 松本, 2013.11.10.
- 15) 神崎恒一: 認知症と転倒・骨折. 医療マネジメント講演会～認知症と骨折～, 高山, 2013.12..
- 16) 神崎恒一: 認知症の地域連携. 物忘れケア研究会学術講演会, 京都, 2014.1.11.
- 17) 神崎恒一: 認知症を知る—認知症のことを正しく理解するために—. 国立市市民公開講座, 国立, 2014.2.4.
- 18) 神崎恒一: 認知機能障害における地域連携、物忘れ外来の実臨床. お茶の水老年医学セミナー, 東京, 2014.2.25.

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
なし

III-3) 訪問看護のケア

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

（総括・分担）研究報告書

在宅医療・ケアにおける認知症 BPSD 対応指針作成に関する研究

服部英幸

独立行政法人国立長寿医療研究センター 行動心理療法部

研究要旨

認知症例の在宅医療・ケアにおいて BPSD への対応は困難な課題である。在宅医療・ケアの担い手は行政、介護士、看護師、医師など多職種にわたっており、現状ではそれぞれがもつ知識の背景、内容、視点には相違がある。本研究では、最も BPSD への対応を迫られる機会がおおいと思われる訪問看護師を対象とした指針作りを行うことを目指す。本年度は、地域の訪問看護師に対する小規模なアンケート調査を行い、BPSD 対応において求められる事項を調査した。その結果、BPSD の中で妄想、不眠などへの対応が困難であることがわかった。認知症患者の介護拒否（セルフネグレクト）および家族への対応の悩みが大きかった。現場で有用な知識として、BPSD の症状把握、経過、多職種との連携方法が重要と考えられた。これらの結果をふまえて、次年度以降、具体的な指針項目の絞り込みに入る予定である。

A. 研究目的

認知症例の在宅医療・ケアにおいて BPSD への対応は困難な課題である。平成 24 年に厚生労働省から示された「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」（平成 25 年度から 29 年度までの計画）においても、認知症在宅医療の重要性が指摘され、「認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。」ことが明示された。その中で、重要なものとして、認知症在宅医療における初期集中支援チームの設置があげられている。在宅での BPSD 対応は支援チームの重要な課題であると考えられるが、支援を行うための具体的な手引きはまだ未整備である。本研究においては、在宅における BPSD 対応（特に初期段階）の指針作成を目的とする。

B. 研究方法

平成 25 年度の研究は国立長寿医療センター近辺の知多地域における在宅医療担当医師お

よび訪問看護師へのアンケート調査である。

研究1：在宅医療担当医師へのアンケート調査。

対象：知多地域における在宅医療をおこなっており、国立長寿医療研究センター在宅支援病棟に登録されている開業医。

方法：当院が主催する在宅医療連携会議に出席した医師に対するアンケート調査。

質問内容：

在宅患者における認知症の有無、比率%

認知症 BPSD の頻度

対応困難な BPSD 症状

BPSD への対応方法

主として BPSD 対応に責任を持つのは誰か

地域連携

研究2：訪問看護師へのアンケート調査。

対象：知多地域で在宅看護を実施している訪問看護師。国立長寿医療センターとの連携の経験がある人

方法：郵送による調査。質問内容は訪問看護実施の際に遭遇する、認知症 BPSD 関連の諸問題について（対応困難な症状、連携、家族への対応など）

質問内容：

認知症で対応に困るもの（中核症状、BPSD）

認知症患者の環境に関して対応困難なもの

処方された薬剤に関して不安を感じる事柄

認知症に関して研修をうけたい事柄

C. 研究結果

研究1：連携会議に出席した医師11名より回答を得た。在宅医療を実施している患者のなかで、認知症の比率は医師によりさまざまであったが、大部分（80%以上）が認知症であると回答した医師が18%あった（図. 1）。対応困難と感じる BPSD では昼夜逆転、易怒性、妄想などの過活動症状とともに抑うつ、意欲低下、拒食といった低活動症状も多く、多様な BPSD の対応に困難を感じていることがわかった（図. 2）。認知症在宅医療の主たる担当は医療機関と介護機関で意見がわかれた。家族が主となるべきという意見は少数であった（図. 3）。BPSD 患者の専門医療機関への紹介先は決まっていな
いか、決まっても入院までに時間がかかるとする医師が大半であった（図. 4）。

研究2：訪問看護師42名に郵送、17名より回答を得た。在宅患者の対応で困難を感じた症状は、中核症状の中ではさまざまであったが、遂行機能障害の頻度も高かった（図. 5）。BPSD では妄想、幻覚などの過活動症状とともにうつ、無為などの低活動症状も高

頻度にみられた。医師のアンケートに近似した結果となった（図. 6）。認知症患者の環境面での問題点としては家族の理解の悪さ、ケア拒否、経済的負担が目立っていた（図. 7）。処方薬剤に関しては服薬アドヒアランスの心配が最も多く、ついで副作用、効果についての疑問、不安が多かった（図. 8）。認知症に関連して、研修したい事柄としては認知症の経過、治療方法などの基礎知識に関するものが多く、連携方法がそれに次いだ（図. 9）。

（倫理面への配慮）

アンケート調査に当たっては、趣旨について十分な説明をおこなった。データは匿名化し、個人情報保護には十分な配慮をおこなった。

研究 1：知多地域在宅医療実施医師へのアンケート調査

図. 1 在宅患者のうち、精神症状・行動異常

(BPSD) (せん妄疑いも含) があると考えられる比率

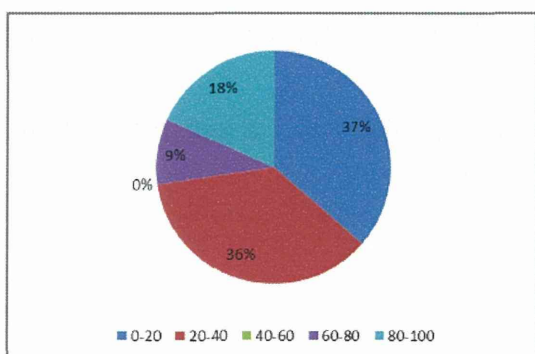


図. 3 認知症の在宅療養は誰が主となるのがよいと考えるか

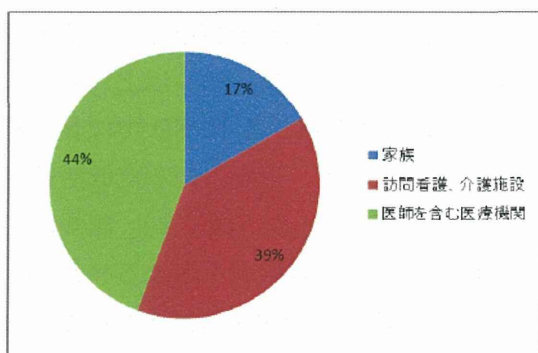


図. 2 BPSDで対応が困難とおもわれた状態

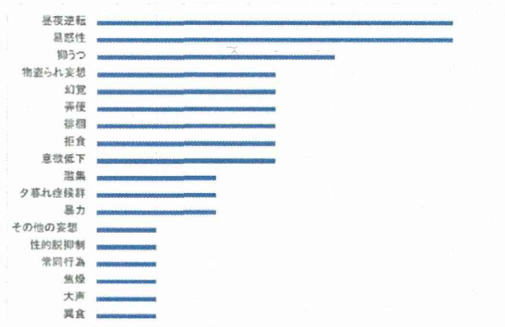
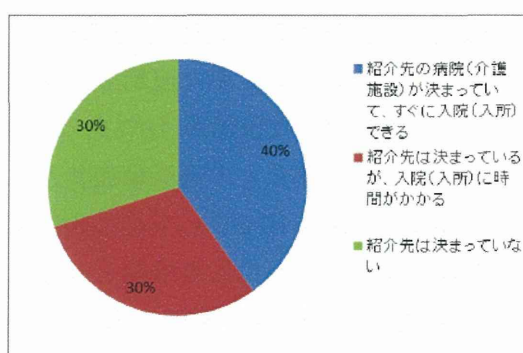


図. 4 在宅認知症例で BPSD があり紹介を必要と判断したときの状況



研究 2：知多地域在宅訪問看護師対象のアンケート調査

図. 5

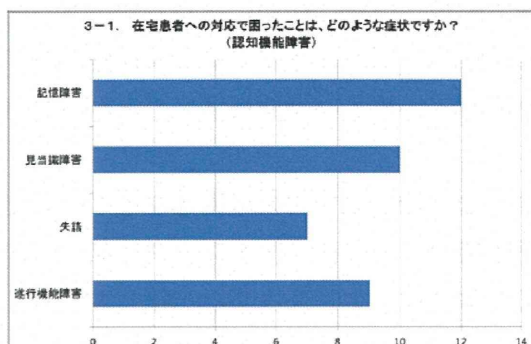


図. 6

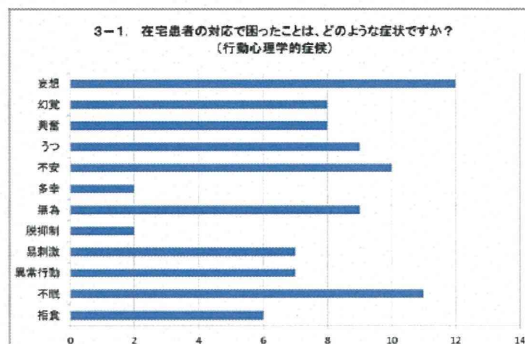


図. 7

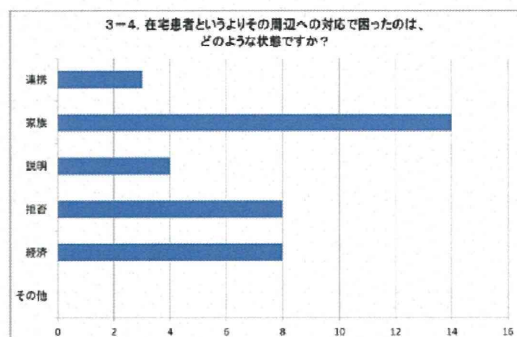


図. 8

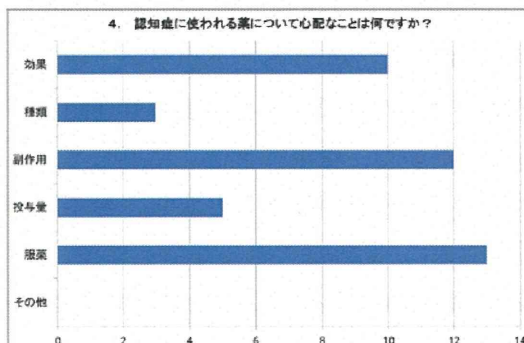


図. 9

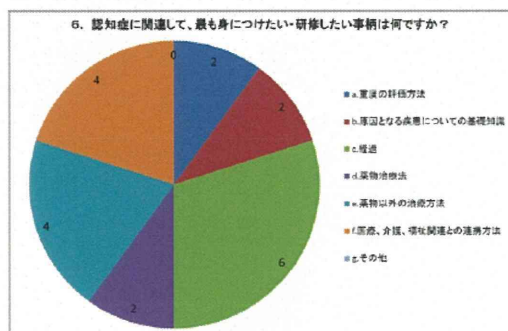
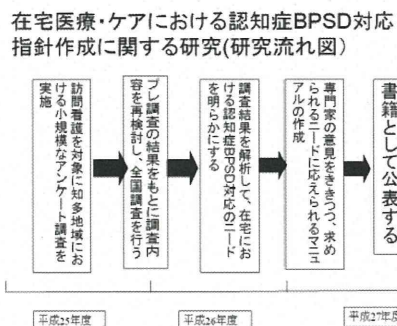


図. 10 本研究の年度別計画の流れ



D. 考察

在宅医療を必要とする患者のニーズはさまざまであるが、高齢化がすすむにつれて認知症をともなう症例が増加していると考えられる。在宅診療においては、BPSD への治療を求められる場面もあると思われる。医学的な常識で言えば、まずきちんとした診断をつけそれに基づいて治療を決定すべきだが、現実問題として認知症の診断は専門機関

が少ないことや、本人・家族が受診したがないなどの理由ではっきりとつけられないままに対応を迫られることも多い¹⁾。

本研究の結果、担当患者の大半が認知症である医師も少なくないことがわかった。そのなかで BPSD は対応困難な症状であり、過活動症状、低活動症状を問わず困難を感じていることが明らかとなった。地域連携では緊急対応が難しい事例が多いことが示唆された。

訪問看護師も認知症 BPSD について医師と同じような症状での対応困難を感じていた。さらに、認知症患者家族への対応、患者および家族のケア拒否（セルフネグレクト）が高頻度にみられることは、病院などの施設における医療・ケアとは異なる難しさがあることを示唆していた。

E. 結論

在宅医療を行う医師と訪問看護担当者は、認知症の経過の中で身体合併症と BPSD がしやすい時期にかかわることが多い。その中でも、訪問看護師は、認知症やその背景疾患、状態について医師とある程度の共通認識があるいっぽうで、介護スタッフと共同で作業することが多く、現場の事情に精通しており、医療と介護の仲立ちをしている。そのぶん悩みも大きいと思われることから、今年度の研究を基に、今後の方針として、訪問看護担当者を対象に、認知症のある患者を診療、ケア、介護する上での必要最小限の知識 (minimum requirement) を抽出し、それに応じるガイドブック作成をおこなう。図. 10 に今後の年度別研究計画をまとめた。

文献：

1) 服部英幸：高齢者在宅医療の実際 3) 認知症への対応。 Geriat. Med. 48, 1511-1517, 2010

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸：心気症・不安障害。医学書院、東京、77-98,2013

服部英幸：高齢者の災害医療—精神面への中長期対応。日本老年医学会雑誌、第 50 巻、79-81,2013

服部英幸：虚弱高齢者の精神症状。日本老年医学会雑誌、第 50 巻、759-761,2013

服部英幸：認知症に伴う精神症状・行動異常 (BPSD)。日本臨牀、第 71 巻、981-987,2013

服部英幸：精神疾患による意識障害—せん妄・てんかん・認知症—。Geriatric

Medicine, Vol.51, No.8, 769-773, 2013

服部英幸：認知症にともなう精神症状・行動異常（BPSD）とその対応。明日の臨床、Vol.25, No.1, 1-9, 2013

2. 学会発表

藤崎あかり、服部英幸他：病院内 DST(Dementia Support Team)ラウンドの活動報告と課題。第 14 回日本認知症ケア学会大会、福岡、2013、6

服部英幸、福田耕嗣、吉田裕子：介護施設における認知症 BPSD に対する精神科療養指導の実践。第 28 回老年精神医学会、大阪、2013,6,5

服部英幸：認知症とうつ。虚弱高齢者の精神症状。第 28 回日本老年精神医学会、第 50 回日本老年医学会合同パネルディスカッション。大阪、2013,6,6

服部英幸：高齢者うつ病への対応—認知症、身体合併症との関連から 第 10 回日本うつ病学会 シンポジウム。小倉 2013 年 7 月

服部英幸：教育講演：認知症に伴なう精神症状・行動異常（BPSD）初期対応および災害時の対応について。日本老年医学会東海地方会、名古屋、2013,10,26

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

III-4) 認知症の生活障害をよりきめ細かく理解する

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

（H25-認知症-一般-008）鳥羽班

平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した
地域包括的ケア研究」

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

朝田隆 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 教授

研究要旨 目的は生活障害にどのようにして系統的な対応をすればよいのかの基本指針と具体的な対応方法を明らかにする。①本来の日常生活上の行為とはいかなるものかの確認である。②認知症患者の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱しているかの分析である。③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集することである。認知症ケアの理念は、「してあげる」のではなく当事者の能力を最大限に活かすこと、あるいはそのパフォーマンスを高めることである。そのためには流れの乱れが失敗の基本にあることを踏まえて、リズムに乗せることが大事である。それとともに失敗の端緒がどこかを確実に見つけることが重要である。

今後科学的に対応する上で留意すべき基本事項は以下のことと思われる。まず生活障害の内容は、認知症のステージ、初期・中期・後期によって異なることである。次に認知症の基礎疾患、つまり AD、Lewy 小体型認知症など基礎疾患ごとに異なることである。また障害の成因と治療標的は認知機能、精神機能、身体機能だと認識することが基礎となる。その上で、まずは障害内容を脳科学の次元で抽出・整理する必要がある端緒についたばかりのこの領域であるが、学際的な脳科学研究と臨床知との融合により有用な対応法を確立する新分野として発展させる必要がある。

A. 研究目的

認知症患者の介護者にとって **BPSD**（認知症の行動・心理症状）」とは別に、食事、排尿・排便、更衣、入浴など基本的な日常生活ができなくなる「生活障害」への対応も、大きな負担である。この生活障害にどのようにして系統的な対応をすればよいのかの基本指針と具体的な対応方法を明らかにする。

B. 研究方法

認知症とくにアルツハイマー病患者のケアに精通した介護職、看護職、医療職が一堂に会して生活障害を個々に定義する。その上で認知症の各ステージでみられがちな障害パターンを明らかにし、それぞれへの対応法を実技や画像を用いて示す。具体的には①本来の日常生活上の行為とはいかなるものかの確認である。次に②認知症患者の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱しているかの分析である。そして③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集することである。

こうした一連の学習内容を画像教材化する。

(倫理面への配慮)

画像教材では、ぼかし絵やアニメ化の手法により肖像権や個人情報 を最大限に尊重した。

C. 研究結果

①について、一連の行為を一つひとつの動作に分解して、それらの順序立てを考えるのがわかりやすいのではないかと考えた。たとえば、食べるという行為は、目の前のものを食物と認識する、食物を口に運ぶ、咀嚼・嚥下するといった動作が基本である。これらが連続的に順序よくなされて完成する。認知症患者の行動を観察すると、第一歩である食物の認識すらできないことが稀でない。このような現象とその対応を参加者同士で話し合い、まとめた。このような作業を 16 の生活行為について行った。

②では、個々の事例における失敗のパターンを詳細に評価すれば問題点が認識できる。換言するなら実際の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱しているかの分析である。そうすることで、手助けすべきポイントが見えてくる。この基本パターンからの逸脱に対して 2 つの方向からアプローチした。まず経験豊かなケアスタッフによる自由な意見交換である。次に典型的な生活障害を示す若年性の AD 等の患者さんに対するケアのビデオ撮影である。

その上で③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集した。そのために生活障害対応のグッドプラクティスを披露し合う研修会の場を設けた。これは優れたケアを実践していることで評判の高いスタッフを、他薦により全国規模で募って行った。参加者には予め資料を送り、上に述べた基本パターンと、そこからの逸脱の実態について理解してもらった。研修会ではご自身の経験から得た生活障害対応のこつを実演とともに披露してもらった。この際、個々の実演と説明を画像記録として残すためにビデオに撮った。1 つの発表が済むごとに参加者全員で質疑応答とコメントの場を設けた。こうした内容は全て筆記して残した。

D. 考察

認知症ケアの理念は、「してあげる」のではなく当事者の能力を最大限に活かすこと、あるいはそのパフォーマンスを高めることである。そのためには流れの乱れが失敗の基本にあることを踏まえて、リズムに乗せることが大事である。それとともに失敗の端緒がどこかを確実に見つけることが重要である。

今後科学的に対応する上で留意すべき基本事項は以下のことと思われる。まず生活障害の内容は、認知症のステージ、初期・中期・後期、によって異なることである。次に認知症の基礎疾患、つまりAD、Lewy小体型認知症など基礎疾患ごとに異なることである。また障害の成因と治療標的は認知機能、精神機能、身体機能だと認識することが基礎となる。その上で、まずは障害内容を脳科学の次元で抽出・整理する必要がある。

E. 結論

端緒についたばかりのこの領域であるが、学際的な脳科学研究と臨床知との融合により有用な対応法を確立する新分野として発展させる必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

K Ito, E Mori, H Fukuyama, K Ishii, Y Washimi, T Asada, S Mori, K Meguro, S Kitamura, H Hanyu, S Nakano, H Matsuda, Y Kuwabara, K Hashikawa, T Momose, Y Uchida, J Hatazawa, S Minoshima, K Kosaka, T Yamada, Y Yonekura, J-COSMIC Study Group. Prediction of outcomes in MCI with 123I-IMP-CBF SPECT:a multicenter prospective cohort study Ann Nucl Med. 2013 Dec;27(10):898-906.

Kondo T, Asai M, Tsukita K, Kutoku Y, Ohsawa Y, Sunada Y, Imamura K, Egawa N, Yahata N, Okita K, Takahashi K, Asaka I, Aoi T, Watanabe A, Watanabe K, Kadoya C, Nakano R, Watanabe D, Maruyama K, Hori O, Hibino S, Choshi T, Nakahata T, Hioki H, Kaneko T, Naitoh M, Yoshikawa K, Yamawaki S, Suzuki S, Hata R, Ueno S, Seki T, Kobayashi K, Toda T, Murakami K, Irie K, Klein WL, Mori H, Asada T, Takahashi R, Iwata N, Yamanaka S, Inoue H. Modeling Alzheimer's disease with iPSCs reveals stress phenotypes associated with intracellular A β and differential drug responsiveness. Cell Stem Cell. 2013 Apr 4;12(4):487-96.

○Mizukami K, Abrahamson EE, Mi Z, Ishikawa M, Watanabe K, Kinoshita S, Asada T, Ikonovic MD. Immunohistochemical analysis of ubiquilin-1 in the human hippocampus: Association with neurofibrillary tangle pathology. Neuropathology. 2013

Jul 21. [Epub ahead of print]

Musha T, Matsuzaki H, Kobayashi Y, Okamoto Y, Tanaka M, Asada T. EEG Markers for Characterizing Anomalous Activities of Cerebral Neurons in NAT (Neuronal Activity Topography) Method. *IEEE Trans Biomed Eng.* 2013 Apr 2. [Epub ahead of print]

○Miyashita A, Koike A, Jun G, Wang LS, Takahashi S, Matsubara E, Kawarabayashi T, Shoji M, Tomita N, Arai H, Asada T, Harigaya Y, Ikeda M, Amari M, Hanyu H, Higuchi S, Ikeuchi T, Nishizawa M, Suga M, Kawase Y, Akatsu H, Kosaka K, Yamamoto T, Imagawa M, Hamaguchi T, Yamada M, Morihara T, Takeda M, Takao T, Nakata K, Fujisawa Y, Sasaki K, Watanabe K, Nakashima K, Urakami K, Ooya T, Takahashi M, Yuzuriha T, Serikawa K, Yoshimoto S, Nakagawa R, Kim JW, Ki CS, Won HH, Na DL, Seo SW, Mook-Jung I; The Alzheimer Disease Genetics Consortium, St George-Hyslop P, Mayeux R, Haines JL, Pericak-Vance MA, Yoshida M, Nishida N, Tokunaga K, Yamamoto K, Tsuji S, Kanazawa I, Ihara Y, Schellenberg GD, Farrer LA, Kuwano R. Correction: SORL1 Is Genetically Associated with Late-Onset Alzheimer's Disease in Japanese, Koreans and Caucasians. *PLoS One.* 2013 Jul 8;8(7).

Endo G, Tachikawa H, Fukuoka Y, Aiba M, Nemoto K, Shiratori Y, Matsui Y, Doi N, Asada T. How perceived social support relates to suicidal ideation: A Japanese social resident survey. *Int J Soc Psychiatry.* 2013 Aug 1. [Epub ahead of print]

Yasuno F, Asada T. Effect of plasma lipids and APOE genotype on cognitive decline. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Mar;15(1):120-6.

○Miyashita A, Koike A, Jun G, Wang LS, Takahashi S, Matsubara E, Kawarabayashi T, Shoji M, Tomita N, Arai H, Asada T, Harigaya Y, Ikeda M, Amari M, Hanyu H, Higuchi S, Ikeuchi T, Nishizawa M, Suga M, Kawase Y, Akatsu H, Kosaka K, Yamamoto T, Imagawa M, Hamaguchi T, Yamada M, Morihara T, Takeda M, Takao T, Nakata K, Fujisawa Y, Sasaki K, Watanabe K, Nakashima K, Urakami K, Ooya T, Takahashi M, Yuzuriha T, Serikawa K, Yoshimoto S, Nakagawa R, Kim JW, Ki CS, Won HH, Na DL, Seo SW, Mook-Jung I; Alzheimer Disease Genetics Consortium, St George-Hyslop P, Mayeux R, Haines JL, Pericak-Vance MA, Yoshida M, Nishida N, Tokunaga K, Yamamoto K, Tsuji S, Kanazawa I, Ihara Y, Schellenberg GD, Farrer LA, Kuwano R. SORL1 is genetically associated with late-onset Alzheimer's disease in Japanese,

Koreans and Caucasians. PLoS One. 2013;8(4):e58618.

Yamane T, Ikari Y, Nishio T, Ishii K, Ishii K, Kato T, Ito K, Silverman DH, Senda M, Asada T, Arai H, Sugishita M, Iwatsubo T; the J-ADNI Study Group. Visual-Statistical Interpretation of 18F-FDG-PET Images for Characteristic Alzheimer Patterns in a Multicenter Study: Inter-Rater Concordance and Relationship to Automated Quantitative Evaluation. AJNR Am J Neuroradiol. 2013 Aug 1. [Epub ahead of print]

Nose M, Kodama C, Ikejima C, Mizukami K, Matsuzaki A, Tanaka S, Yoshimura A, Yasuno F, Asada T. ApoE4 is not associated with depression when mild cognitive impairment is considered.

Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Feb;28(2):155-63.

2. 学会発表

なし

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

なし

III-5) 認知症サポートチーム分担 鷺見 DST

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

身体合併症を有する認知症の管理とケア

—身体合併症対応サポートチームの構築—

鷺見幸彦・独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 部長

研究要旨

様々な身体合併症を生じて入院した認知症の人の対応について難渋する医療スタッフを支援するために、2011年8月に創設した認知症・せん妄サポートチーム(Dementia and Delirium Support Team: D²ST)を運用し評価した。2013年4月から2014年1月の依頼数は延べ458件、新規依頼117件で昨年度を上回る依頼数であった。依頼内容としては多動、転倒のリスク、昼夜逆転・睡眠障害、大声が多いが、不活動性症状としては食欲不振・摂食障害が少なくない。D²STの活動を評価する指標として、新規に上がってきた問題点を翌週のラウンドで、達成：アドバイスの効果あり、不変：(1週間では判定不能も含む)、悪化：アドバイスの効果なく悪化、で評価し指標とした。対応の効果を評価しやすいのは摂食不良、大声、不眠であり、介入の効果が大きいのはルートトラブル、せん妄、大声、多動であった。

ファイルメーカーを用いたD²ST用入力ツールがほぼ完成した。他施設への貸し出しも可能である。D²STの有効性を今後さらに検討するとともに他施設での検討を行いたい。

A. 研究目的

認知症の人は高齢者が多く、経過中に身体合併症を生じ、急性期病院へ受診を余儀なくされることがあるが、入院直後のせん妄、回復期での離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。様々な身体合併症を生じて入院した認知症の人の対応について、認知症・せん妄サポートチーム(Dementia & Delirium Support Team: D²ST)を創設しその運用に関して検討を行った。

B. 研究方法

毎週木曜日に全病棟をラウンドする際に依頼のあった例や、看護日誌の要
注意者で認知症やせん妄が問題となっている例、緊急で要請があった例を中
心に認知症専門医（神経内科医および精神科医）、認知症認定看護師、老人看
護専門看護師、認知症対応病棟師長を中心にラウンドを行った。これらのデー
タが電子カルテ上に反映できるようなフォルダをファイルメーカーで作成
し、依頼箋も電子媒体で登録できるようにした。（図 1、図 2）。D²ST の活動
を評価する指標として、新規に上がってきた問題点を翌週のラウンドで、達
成：アドバイスの効果あり+1、不変：（1週間では判定不能も含む）0、悪化：
アドバイスの効果なく悪化-1 で評価し、指標とした（図 3）。

（倫理面への配慮）

病棟でのききとり、電子カルテからのデータが中心であり、直接患者、家族
への侵襲はない。また D²ST のコメント、データは閲覧可能だが、記載はパス
ワードをもつ D²ST のメンバーのみとなっている。

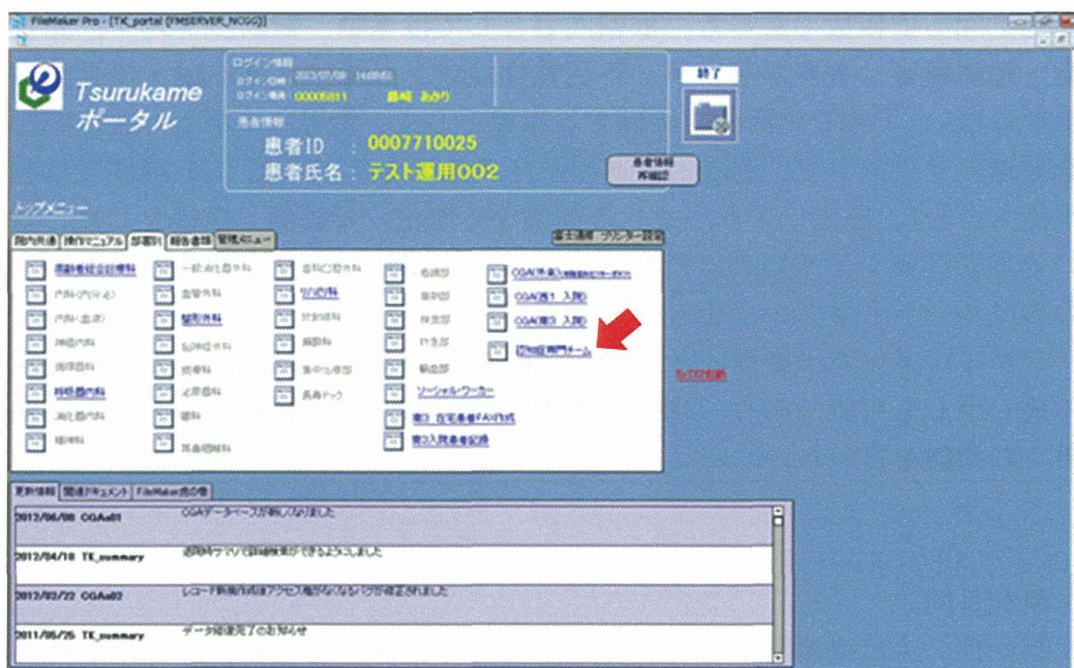


図 1

FileMaker Pro
 ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 挿入(I) 書式(M) レコード(R) スクリプト(S) ウィンドウ(W) ヘルプ(H)

作成日時: 平成25年 5月30日(木) 11:13:08 閲覧 専念
 更新日時: 平成25年 6月27日(木) 11:10:38 閲覧 専念

お助け要請用紙

病棟名	中5	病室	記録者氏名	飯見 幸彦	記録日	平成25年 月 日
入院日						
患者ID			年齢			
フリガナ			性別	○男 ●女		
患者氏名						
主科	呼吸器	循環器	泌尿器	血液内科	整形外科	外科
	皮膚科	精神科	神経内科	高齢総合	その他	()
疾患名	脳梗塞 脳梗塞	主治医		---		
認知症の有無	○有 ○無 ●当院での診断はないが認知症あり					
認知症の場合	<input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> レビ-小体型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> その他					
認知症を患っている医師						
Barthel Index	点	看護度	A-I	A-II	A-III	A-IV
			B-I	B-II	B-III	B-IV
			C-I	C-II	C-III	C-IV
現在困っている点 DST要請理由	<input checked="" type="checkbox"/> ルートラブル <input checked="" type="checkbox"/> 離床 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落リスク <input checked="" type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input checked="" type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きが悪い <input checked="" type="checkbox"/> 大声 <input checked="" type="checkbox"/> クア拒否 <input checked="" type="checkbox"/> 抑うつ・意欲低下 <input checked="" type="checkbox"/> 食事量低下・拒食 <input checked="" type="checkbox"/> 帰宅要求 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> せん妄予防 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> その他					
	<input checked="" type="checkbox"/> お薬のみボックス利用 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーション (<input checked="" type="checkbox"/> PT <input checked="" type="checkbox"/> OT <input checked="" type="checkbox"/> ST) <input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション内容					

図 2

FileMaker Pro
 ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 挿入(I) 書式(M) レコード(R) スクリプト(S) ウィンドウ(W) ヘルプ(H)

独立行政法人 国立長寿医療研究センター :: 認知症専門チーム - 編集 (国拠点)

看護上の困難点

患者ID			主科	その他		
フリガナ			主科:その他			
患者氏名	性別	年齢	主治医	---		
認知症の有無	当院での診断はないが認知症あり					
診断名	<input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> レビ-小体型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input checked="" type="checkbox"/> その他					
合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 肺炎 <input checked="" type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 狭心症 <input checked="" type="checkbox"/> 心不全 <input checked="" type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input checked="" type="checkbox"/> 肝硬変 <input checked="" type="checkbox"/> 膵石・胆のう炎 <input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 脳出血 <input checked="" type="checkbox"/> 慢性硬膜下血腫 <input checked="" type="checkbox"/> パーキンソン病 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水 <input checked="" type="checkbox"/> 腎臓 <input checked="" type="checkbox"/> 肝臓 <input checked="" type="checkbox"/> 膵臓 <input checked="" type="checkbox"/> 大腸 <input checked="" type="checkbox"/> 膵膵 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮癌 <input checked="" type="checkbox"/> 卵巣癌 <input checked="" type="checkbox"/> 前立腺癌 <input checked="" type="checkbox"/> 腎臓 <input checked="" type="checkbox"/> 膵臓 <input checked="" type="checkbox"/> 大腿骨骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 脊椎圧迫骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input checked="" type="checkbox"/> 膵膵炎					
看護上の困難点	発起日	アセスメント内容	1W	2W	3W	4W
不眠	平成25年 5月30日(木)	夜になると連日お水を飲まないと寝られない 夕方から落ち着かない。帰宅願望もあり。 年間の覚醒リズムのリハビリでおこされる。 経済的な不安がないかどうかご家族に確認	6/6(木)	6/13(木)	6/20(木)	6/27(木)
更新日時: 13/05/30 11:20:36 飯見 幸彦	飯見 幸彦			不眠	連続	連続
帰宅要求	平成25年 5月30日(木)		6/6(木)	6/13(木)	6/20(木)	6/27(木)
更新日時: 13/05/30 11:21:14 飯見 幸彦	飯見 幸彦			時々電話する。家族も	連続	連続
落ち着きがない	平成25年 5月30日(木)	夕方から落ち着かなくなる。	6/6(木)	6/13(木)	6/20(木)	6/27(木)
更新日時: 13/05/30 11:22:19 飯見 幸彦	飯見 幸彦			持續的介護 面。	ナース デーションに	

図 3