

201418004A

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 26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小川 朝生  
平成27（2015）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	23
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	27
明智 龍男	
3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討	35
井上 真一郎	
4. 救命救急センターに搬送された認知症患者の現状	37
上村 恵一	
5. 急性期病院入院中の認知症患者の医療の全国調査	39
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	41
金子 眞理子	
7. 認知症に対する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	45
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	49
清水 研	
9. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究	51
木澤 義之	
10. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明	55
近藤 伸介	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	59

# I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）  
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。本年度は、全国調査に向けた各種基礎調査を踏まえ、救急外来や入院の現状、退院調整に関する全国調査を開始した。解析の後、急性期病院の現状を踏まえた教育プログラムならびに対策の提言を行う予定である。

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 精神腫瘍学開発分野 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
金子真理子	東京女子医科大学看護学部 准教授
平井 啓	大阪大学未来戦略機構 准教授 医学系研究科生体機能補完医学講座 招へい教員
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
近藤伸介	東京大学医学部附属病院精神神経科 助教

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

滞すること、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、通常の身体疾患の問題に加え、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、救急をめぐる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。

昨年行った調査で、救命救急センターに搬送される自殺企図患者のうち、既遂例の17%、未遂例の8%が認知症であり、精神科救急合併症入院病棟に入院となった

患者の9%程度が認知症の診断を有していた。今後、認知症患者が急増し、急性期病院から一般療養病院への移行や、病院から在宅への移行が困難になっていく可能性がある。身体疾患重症度が極めて高い認知症患者が、急性期病院のどの過程で在宅移行の支障となっているかを把握することを目的に、救命救急センターに入院する重症身体疾患に併発した認知症患者の急性期病院での動向について調査を進めた。

### 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

前年度は、病棟看護師を対象としたフォーカスグループインタビュー(以下FG)において、認知症看護におけるアセスメントやケア技術が十分でないこと、倫理的な課題への整備があげられた。平成26年度は、前年度末に実施した大規模調査の分析を行い、教育プログラムに必要な内容・方法を検討した。

#### a. インターネット調査の分析:

2014年3月に調査会社の医療用パネルに登録している看護師2,386名を対象に認知症看護の知識、アセスメント、ケア、退院支援、他職種連携、倫理的課題等87項目についてインターネット調査を行った。項目は先行研究および前年度に実施した病棟看護師のFGの結果をもとに作成し、本研究班で内容を検討した後に行った。主な項目は、認知症の知識・アセスメント・実施・倫理的問題に対する知識や対応についてである。回答はリッカートスケールと自由記述であった。分析方法はインテージ社の統計ソフトLycheを用いて、項目毎の度数と割合を算出した。

#### b. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ(FG)

2014年8月に、老人看護専門看護師3名・精神看護専門看護師2名、認知症看護認定看護師1名の計6名を対象に、認知症看護における臨床上・教育上の課題についてFGを実施した。FGでは、本研究班の研究者ら4名が参加し、インタビューの内容分析を行った。

#### c. 急性期病院の認知症対応の現状調査

(1)急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにすること、(2)急性期病院における認知症ケアに関する教育的取り組みの実態を明らかにすることを目的に、全国の急性期病院を対象に、認知症対応の現状調査を開始した。

#### 1. 研究デザイン

質問票（郵送）を用いた横断観察研究

#### 2. 対象

全国のDPC対象病院1585施設（内、全日本病院との重複のぞく1082施設）、全日本病院協会会員施設1813施設。

#### 3. 調査項目

英国ならびにフィンランドのaudit調査をもとに、行政職とコンサルテーション・リエゾン精神科医、精神看護専門看護師、心理職、医療ソーシャルワーカーにより、わが国の医療体制に即した表現、項目に修正することを目的とした討議を経て作成した。急性期病院における病院組織の取り組みに関する質問項目、病棟に関する質問項目、療養環境に関する質問項目、入退院調整に関する質問項目が含まれる。

##### 3.1. 病院組織の取り組みに関する質問項目。

先行調査の質問票をもとに、認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルや委員会の有無、医療安全委員会での把握の有無、院内の連携体制、院内コンサルテーション体制、アセスメントの実施状況、退院支援、情報収集に関する支援、教育体制に関する評価をおこなう。

##### 3.2. 病棟に関する質問項目

先行調査の質問票をもとに、わが国の医療体制にあわせて項目を修正した。病棟スタッフの配置や病棟カンファレンス、コンサルテーション体制、病棟における情報提供体制、栄養管理、スタッフ間の連携に関する評価をおこなう。

##### 3.3. 療養環境に関する質問項目

先行調査の質問票をもとに、病棟内の案内表示や床、ベッド、トイレ、セルフケア支援に関する評価をおこなう。

#### 3.4. 入退院調整に関する質問項目

先行調査をもとに、わが国の医療体制を踏まえて項目を修正した。身体治療を目的にして入院する認知症患者の入院のバリア、入院・退院時の調整依頼の内容、時期、転帰、在宅調整時に生じる問題、精神科病院転院の状況を評価する。

#### 4. 調査方法

平成26年4月時点で、診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度を用いているDPC参加病院（予定数1585施設）を、厚生局が公開している資料を基にリストを作成する。リストをもとに、各医療機関の施設管理者、看護部、医療連携室宛に依頼状ならびに趣旨説明文書、調査票一式を郵送する。アンケートは任意にて提出を依頼する。初回発送後の1ヶ月後に、返送がない施設を対象に、再度依頼を行う。

あわせて全日本病院協会の協力を得て、会員施設に対しても同様の調査の協力を依頼する。

#### 5. 調査期間

1年間とする。

#### 6. 解析

##### 6.1. プライマリ・エンドポイント

各調査項目の単純記述統計

##### 6.2. 解析方法

項目ごとに単純記述統計をおこない、95%信頼区間を算出する。自由記載項目は、記載内容をもとに内容分析をおこなう。

##### d. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

高齢者の多くが痛みを抱えることは広く知られているが、認知症の人では痛みの表出に困難が生じてくるため、周囲が痛みを認識しにくい。このため適切な疼痛ケアがなされなかったり、苦痛の表出である不穏に対して疼痛と気づかれずに、BPSD（認知症の精神症状・行動障害）と捉えられて向精神薬が処方されたりしている可能性がある。こうした問題意識からこれまで認知症の人の痛みを客観的に評価するスケールは各種開発されてきて

いるが、実際の臨床現場では根付いていない。そこで、われわれは、認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、療養型病院・入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューを行い、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査を行うことで、①認知症者に適した痛みの評価法、②痛みが精神症状・行動障害に及ぼす影響、をそれぞれ同定し、さらに③介護現場に適した疼痛管理方法の開発、を目指すことで、認知症高齢者のウェルビーイングを高めることに寄与することを目的に実施した。

方法は認知症ケアを提供している事業所（医療機関・入所施設・通所施設・居宅サービスなど）を訪問し、施設管理者、直接ケアに当たる施設スタッフ、認知症のある利用者を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施する。インタビューでは対象者によって以下のようなポイントを含む半構造化面接を実施する。面接は1人60分以内（認知症の当事者は30分以内）を目安とし、のちほど詳細に内容分析できるように本人または代諾者の書面同意を得た上で録音を行う。

・施設管理者：認知症の人の痛みについての意識、施設ケア基準の有無、対処法、薬剤使用の有無

・ケアに当たるスタッフ：認知症の人の痛みについての意識、痛みサイン、他の苦痛との弁別、対処法

・利用者：苦痛の有無、痛みの有無、痛みの場所、対処法

インタビューに際しては、研究責任者を含む研究従事者と訪問調査を行い、インタビューガイドに沿って実施する。インタビュワーは研究責任者のほかに東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻成人看護分野の研究従事者が行う場合もある。

インタビュー結果は逐語録を作成し、それをもとに本学および学外施設の研究従事者によって質的分析、結果の統合などの作業を共同で行い、定期的な会合を開催して、情報共有を図る。

### 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

看護師が術前患者と面談を行う際に認知症の有無について判断しているが、その評価が適切であるかどうかを検討することが前年度（平成25年度）の研究課題であった。当院に肺がん・食道がん手術を目的として入院した患者を対象として、術前に看護師が行った認知機能低下に関する主観的評価の正確性について検討した。認知症の有無についてはHDS-Rのカットオフ値を20点としたところ、感度0.56、特異度0.91、陽性的中率0.42、陰性的中率0.94という結果が得られ、看護師は認知症を有する患者を正確に認識出来ていない可能性が示された。

それを踏まえて、当院の肝・胆・膵外科において手術を目的として入院した患者を対象として、患者の入院時に認知機能障害の有無やその程度を、また周術期におけるせん妄の発症や重症度に関して評価を行うこととした。また、認知機能障害とせん妄の発症の関連についても分析・検討を行うこととした。

### 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

わが国の人口の急速な高齢化に伴い、身体疾患を有する高齢患者に対して適切な医療・介護を提供する体制の構築が喫緊の課題となっている。一方、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示されている。中でも治療関連死など身体的な負荷が極めて強いがん化学療法などが必要な高齢がん患者に対してはCGAの施行とそれに基づいた治療・ケアプランの作成は極めて重要な課題である。しかしCGAの施行には時間的・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)の有用性をわが国の高齢がん患者を対象に検討することである。

なお近年発表された、VES-13を含む既存スクリーニング方法のレビューによると、複数研究の中央値は感度68%、特異度78%であり、既存のスクリーニング方法は十分な能力を有しているとはいえないことが示されている。そこで本研究においては、スクリーニング能力が十分でないという結果が得られることを念頭に置き心理社会的因子を加えた2段階スクリーニングを行うことの有用性も検討した。

#### (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

平成24年4月から平成26年3月に市立札幌病院救命救急センターに入院し、精神科にコンサルトされた患者371名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52名について診療録を後方視的に調査を行った。

診断にはDLB MaKeith IG, 2005の診断基準を用い、その他の認知症はDSM-5の診断基準に基づき診断している。

調査した患者背景は、年齢、性別、身体科診断、精神科診断、入院日数、入院後転帰について調査を行った。

自殺企図認知症患者の62%がDLBであった。認知症患者の精神科への介入は、せん妄の発症時と、自殺企図症例が約9割をしめていた。

救急救命センター平均在所日数は34±106日で、その後、当科転科が13%、当院他科転科が38%であった。当科転科後と他科転科後入院平均日数に有意な差は認めなかつ

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

##### 1. インターネット調査分析：

看護師2,386名中、有効回答は1,311名(54.9%)であった。過去5年間に認知症看護の経験のある看護師は805名(61.4%)であり、施設の内訳は、急性期病院が38.9%、長期療養型が16.9%、急性期高齢者専門病院が1.8%、その他が45.2%であった。

知識について、認知症の病態に関する十分な知識をもっているかについては、<そう思わない>が45.8%、認知症患者のコミュニケーションの特徴と対応の留意点について十分な知識をもっているかについては、<そう思わない>が42.9%、意思決定できない場合の対応について十分に知識をもっているについては、<そう思わない>が51.7%であり、半数程度が十分な知識をもっているとは認識していないことが明らかになった。

一方、アセスメントについて、認知症であることをふまえた栄養状態のアセスメントをしていたかについては、<はい>が55.8%、食事介助が必要な場合の認知症症状や個別のアセスメントをしていたかでは<はい>が64.5%、認知症であることをふまえて痛みを訴えられない事をふまえたアセスメントを実施していたかは<はい>が47.7%であった。

ストレスを引き起こす要因を最小限にするアセスメントをしていたかは<はい>が34%であった。転倒転落しないための工夫は、4段階で<<非常に><かなり><少し>を併せると96.7%が工夫をしていたと回答した。多職種連携の時間があつたかは、上記同様の回答様式で85.6%があつたと回答した。介護者との連携についても81.7%があつたと回答した。

##### 2. 専門家を対象としたFGの結果

専門看護師・認定看護師ら6名を対象に実施した。その結果、【看護のコアとなる態度】として、認知症患者の体験している世界を理解し、患者を意志ある存在として対応を基盤とし、下記を強化した教育が必要であることが示唆された。

①【認知症のアセスメント】(病態、BPSDの

重症度、せん妄との鑑別、身体症状・ADL)

②【包括的・個別的アセスメント】(どのような人だったのか、表情・行動・症状の観察と記録等)

③【ケアの工夫】(認知機能の維持や薬に頼らないケア、早期退院を考えたケア等)

④【意思決定支援】(言語だけでなく複数回確認する等)。

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

2015年2月より調査票配布を開始した。再依頼を3月に実施し、4月末までに改修予定である。

c. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

2015年2月4日現在、1施設にて認知症当事者、介護職員、施設管理者とそれぞれインタビューを実施した。質的分析については次年度以降のインタビューの集積を待って進める。

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

現在プロトコール作成を終え、当院倫理委員会に申請書を提出したところである。通過後の平成27年4月より研究を開始する予定である

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

106名(適格例の85%)の患者より有効データを得た。平均年齢は74歳、男性53%、診断は悪性リンパ腫が72%であった。50%の患者がフレイルの定義に相当した。VES-13によるフレイル群のスクリーニング能力は、カットオフポイント2/3点においてAUC 0.85、感度72%、特異度79%、陰性的中率72%であった。「興味・喜びの低下」による2段階スクリーニングを加えた場合、AUC 0.83、感度90%、特異度76%、陰性的中率88%と改善した。

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

昨年度明らかとなった本研究で開発する教育プログラムの必須コンテンツ(アセスメン

トに関する基本的知識・ケアの方法)を基にして、フォーカスグループインタビューで抽出された要素について専門家による検討を経て構造化を行った結果、以下のような項目が本研究で開発する教育プログラムの対象・教育目標・コンテンツの骨格になる要素が明らかとなった。

<教育プログラムの対象・教育目標・骨格>

【対象】

- ・管理者・ベテランの学び直し
- ・専門・認定看護師がファシリテーターとして教育することができる

【教育目標】

- ・認知症患者の見えている・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる
- ・患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ

【コンテンツの骨格】

■基本となる知識

- ・高齢者に対する理解・老人看護の知識
- ・認知症患者が理解できること

■基本となる態度

- ・倫理(自律の尊重)的感受性・意志ある存在であること
- ・患者の体験を想像する力・患者目線での理解を絶えず意識する
- ・複数回の意味確認する
- ・安易な「認知症」ラベリングをしない
- ・最初にしっかりアセスメント・関わる
- ・患者は尊厳のない対応に傷ついたり、恐怖を感じたりすること
- ・ゼロリスクで考えない
- ・自らのラベリング・過大評価・過小評価に気づくことができる

■認知症アセスメント

- ・認知症の病態の重症度
- ・BPSDの重症度
- ・せん妄(低活動)との鑑別
- ・身体症状・ADL

■包括的・個別的なアセスメント

- ・もともとどんな人だったか?
- ・病前の生活はどうだったか?
- ・気分・意識にムラがあること
- ・表情・行動・症状の観察と記録・退院後を

考えたケア

- ・分かっているか、どうかを確認する
- ・観察できる

#### ■ケアの工夫

- ・カレンダー・統計などの認知機能を補完する環境整備
- ・リハビリテーション：定期的な運動 ADL維持
- ・重症患者への薬物療法

#### ■意思決定支援

- ・言語だけでなく、意思確認の方法を複数試す
- ・オープンアンサーではなく、Yes/No アンサーで答えられるようにする
- ・気分の変動に対応できるようにおなじ質問を複数回聞く
- ・質問のレパトリーを予め複数用意しておく

#### ■レビュー・評価

- ・自分自身でケアの意味付けができる

### D. 考察

#### 1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

特に DLB 患者は自殺企図へ繋がる頻度が高く、希死念慮に対しては、家や周囲からの注意深い観察と早期受診が勧奨されると考えられる。また今回の結果において、当科転科と他科転科後入院平均日数に優位な差は認めなかった。この結果から認知症に伴う「精神症状」が問題で在院日数が長くなっているわけではなく、「身体疾患」重症例が在院日数を長くしている可能性が考えられ、疾患による在院日数の違いはない可能性が示唆された。このことから身体治療を優先する病棟において精神科医のリエゾン 介入を密に在宅以降を支援することが望まれる。

#### 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

認知症看護において、安全面の工夫や看護師・介護者を含めたケア方法や対応の連携は行われているものの、病態やせん妄との鑑別等の知識やアセスメント、個別的・包括的アセスメント、ケアの工夫や意思決定支援に

ついては十分とは言えない現状であることが明らかになった。急性期病院においては、治療や療養の場の意思決定等の対応をふまえ、知識とアセスメントを、効果的なケアにつなげられる実践的教育プログラムの開発と評価は必要である。

##### 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

急性期病院での認知症ケアの実態を把握するための基礎資料を作成することを目的に、全国の診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度を導入（DPC 対象病院）を対象に調査を開始した。調査票回収後、解析を行い、実態に基づく支援プログラムとともに公開する予定である。

#### 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・認定看護師が用いることのできる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

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が、これは VES-13 単独では臨床的には十分なスクリーニング能力を有しているとはいえないことを意味している。一方、VES-13 と「興味・喜びの低下」による 2 段階スクリーニング方法は、既存の方法よりも優れたフレイルのスクリーニング方法であることが示唆された。

本研究では、横断的観察研究データを用いて、事後的に 2 段階スクリーニングの有用性を検討したため、今後はより大規模な前向視的研究において、その有用性を検証する必要がある。

##### 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対象・教育目標・その骨格を検討したところ、管理者やベテラ

ン看護師を対象として、「認知症患者の見える・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる」・「患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ」という教育目標を設定したプログラムを開発することが必要であることが明らかとなった。

#### 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 5、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を望まれる。

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. Nakanotani, T, Akechi, T, Ogawa, A. et al: Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. *Jpn J Clin Oncol.* 2014;44(5):448-55.
2. Yokoo, M, Akechi, T, Ogawa, A. et al: Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Jpn J Clin Oncol.* 2014 Jul;44(7):670-6.
3. Shibayama, O, Akechi, T, Ogawa, A. et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Medicine.* 2014;3(3):702-9.
4. Umezawa, S, Ogawa, A. et al: Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. *Psychooncology.* 2014 Oct 6. [Epub ahead of print]
5. Akechi T, et al: Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 145:205-10, 2014
6. Azuma H, Akechi T: What domains of quality of life are risk factors for depression in patients with epilepsy? *Austin journal of psychiatry and behavioral sciences* 1:4, 2014
7. Azuma H, Akechi T: Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 41:18-20, 2014
8. Banno K, Akechi T, et al: Neural basis of three dimensions of agitated behaviors in patients with Alzheimer disease. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:339-48, 2014
9. Katsuki F, Akechi T, et al: Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 15:320, 2014
10. Momino K, Akechi T, et al: Psychometric Properties of the Japanese Version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Jpn J Clin Oncol* 44:456-62, 2014
11. Morita T, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med* 17:887-93, 2014

12. Nakanotani T, Akechi T, et al: Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. *Jpn J Clin Oncol* 44:448-55, 2014
13. Reese JB, Akechi T, et al: Cancer patients' function, symptoms and supportive care needs: a latent class analysis across cultures. *Qual Life Res*, 2014
14. Shibayama O, Akechi T, et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Med* 3:702-9, 2014
15. Shiraishi N, Akechi T, et al: Relationship between Violent Behavior and Repeated Weight-Loss Dieting among Female Adolescents in Japan. *Evid Based Ment Health* 9:e107744, 2014
16. Shiraishi N, Akechi T, et al: Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 202:35-9, 2014
17. Suzuki M, Akechi T, et al: A failure to confirm the effectiveness of a brief group psychoeducational program for mothers of children with high-functioning pervasive developmental disorders: a randomized controlled pilot trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:1141-53, 2014
18. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med* 76:452-9, 2014
19. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology* 23:1034-41, 2014
20. Yokoo M, Akechi T, et al: Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 44:670-6, 2014
21. Shiraishi N, Akechi T, et al: Contribution of repeated weight-loss dieting to violent behavior in female adolescents. *PLOS ONE*, in press
22. Kondo M, Akechi T, et al: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, in press
23. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy in a patient with social anxiety disorder: a case report *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, in press
24. Akechi T, et al: Depressed with cancer can respond to antidepressants, but further research is needed to confirm and expand on these findings. in press
25. Akechi T, et al: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, in press
26. Ito Y, Akechi T, et al: Good death for children with cancer: a qualitative Study. *Jpn J clin Oncol*, in press
27. Tanimukai H, et al: Novel therapeutic strategies for delirium in patients with cancer: A preliminary study. *Am J Hosp Palliat Care*, in press
28. Tanimukai H, et al: Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer*, in press
29. Hara S, Tanimukai H, et al: An audit of transmucosal immediate-release Fentanyl prescribing at an university hospital. *Palliative Care Research*, 10(1):107-12, 2015

30. Tanimukai H, et al: Sleep problems and psychological distress in family members of patients with hematological malignancies in the Japanese population. *Ann Hematol.* 93(12):2067-75, 2014
31. Omi T, Tanimukai H, et al: Fluvoxamine alleviates ER stress via induction of Sigma-1 receptor. *Cell Death Dis.* 5:e1332, 2014
32. Yoshida S, Amano K, Ohta H, Kusuki S, Morita T, Ogata A, Hirai K. A Comprehensive Study of the Distressing Experiences and Support Needs of Parents of Children with Intractable Cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2014.
33. Tanimukai H, Hirai K, Adachi H, Kishi A. Sleep problems and psychological distress in family members of patients with hematological malignancies in the Japanese population. *Annals of hematology.* 2014.
34. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, et al. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.* 2014.
35. Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Why People Accept Opioids: Role of General Attitudes Toward Drugs, Experience as a Bereaved Family, Information From Medical Professionals, and Personal Beliefs Regarding a Good Death. *J Pain Symptom Manage.* 2014.
36. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, et al. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliative & supportive care.* 2014:1-8.
37. Kuroda Y, Iwamitsu Y, Miyashita M, Hirai K, et al. Views on death with regard to end-of-life care preferences among cancer patients at a Japanese university hospital. *Palliative & supportive care.* 2014:1-11.
38. 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.* 31(8):820-4, 2014.
39. 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.* 47(3):588-93, 2014.
40. Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama M, Kizawa Y, et al. 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;48(3):364-73, 2014, Epub ahead of the print.
41. Morita T, Sato K, Miyashita M, Yamagishi A, Kizawa Y, Shima Y, et al. Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatient cancer patients? *Support Care Cancer.* 2014, Epub ahead of the print.
42. Nakajima K, Iwamitsu Y, Matsubara M, Oba A, Hirai K, Morita T, Kizawa Y, et al. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care.* 1-8, 2014.
43. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takayashiki A, Abe Y, Hamano J, et al. Palliative care physicians' practices and attitudes regarding advance care planning in palliative care units in Japan: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care.* 31(7):699-709, 2014.
44. 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. *Japanese journal of clinical oncology.* 44(2):172-9, 2014.

45. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, et al. Changes in Quality of Care and Quality of Life of Outpatients With Advanced Cancer After a Regional Palliative Care Intervention Program. J Pain Symptom Manage. 2014, Epub ahead of the print.
46. Sakashita A, Kishino M, Nakazawa Y, Yotani N, Yamaguchi T, Kizawa Y. How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals: A Qualitative Study. Am J Hosp Palliat Care. 2015, Epub ahead of the print.
47. Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Ohde S, Tetsumi S, Miyashita M. Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education: nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. J Palliat Med. 18(1):45-9, 2015.
48. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, Shinjo T, Yamagishi A, et al.. Improvements in physicians' knowledge, difficulties, and self-reported practice after a regional palliative care program. J Pain Symptom Manage. 2015, in press.
49. 小川朝生. がんとうつ病の関係. 看護技術. 2014;60(1):21-4.
50. 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア. 2014;56(2):113-22.
51. 小川朝生. 高齢がん患者のサイコオンコロジー. 腫瘍内科. 2014;13(2):186-92.
52. 小川朝生. 患者・家族へのがん告知をどう行うか. 消化器の臨床. 2014;17(3):205-9.
53. 小川朝生. DSM-5. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):402.
54. 小川朝生. CAM. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):403.
55. 小川朝生. HADS. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):404-5.
56. 小川朝生. いまや、がんは治る病気. 健康365. 2014;10:118-20.
57. 小川朝生. 急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点. 看護師長の実践! ナースマネージャー. 2014;16(6):48-52.
58. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき (1). CBnews management. 2014.
59. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき (2). CBnews management. 2014.
60. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき (3). CBnews management. 2014.
61. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき (4). CBnews management. 2014.
62. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき (5). CBnews management. 2014.
63. 小川朝生. 認知症患者のがん診療. 癌と化学療法. 2014;41(9):1051-6.
64. 比嘉謙介, 小川朝生. 肝癌に対する栄養療法と精神腫瘍学. 臨床栄養. 2014;125(2):182-5.
65. 小川朝生. 高齢者を中心としたがん患者の大規模対面調査の実施-その意義と課題について. 月刊新医療. 2014;41(12):22-5.
66. 黒田純子, 明智龍男, et al: 新規制吐剤の使用開始前後における外来がん患者の予期性悪心の検討. 医療薬学 40:165-173, 2014
67. 明智龍男: 大学病院で総合病院精神科医を育てる. 総合病院精神医学 26:1, 2014
68. 明智龍男: 総合病院における精神科医のがん医療 (サイコオンコロジー). 臨床精神医学 43:859-864, 2014
69. 明智龍男: 精神腫瘍学の進歩. 最新がん薬物療法学 72:597-600, 2014
70. 明智龍男: サイコオンコロジー-うつ病、うつ状態の薬物療法・心理療法. 心身医学 54:29-36, 2014
71. 古川壽亮, 明智龍男, et al: 臨床現場の自然史的データから治療効果を検証する: 名古屋市立大学における社交不安障害の認知行動療法. 精神神経学雑誌 116:799-804, 2014
72. 古川壽亮, 明智龍男, et al: SUND 大うつ病に対する新規抗うつ剤の最適使用戦略を確立するための大規模無作為割り付

- け比較試験. 精神医学 56:477-489, 2014
73. 明智龍男: 精神症状の基本, in 小川朝生, 内富庸介 (eds): 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア. 東京, 創造出版, 2014, pp 53-60
  74. 明智龍男: 精神症状 (抑うつ・不安、せん妄), in 川越正平 (ed): 在宅医療バイブル. 東京, 日本医事新報社, 2014, pp 340-346
  75. 明智龍男: 危機介入, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 東京, 羊土社, 2014, pp 145-146
  76. 明智龍男: 支持的精神療法, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 東京, 羊土社, 2014, pp 142-144
  77. 明智龍男: 主要な精神症状のマネジメントとケア, in 恒藤暁, 内布敦子 (eds): 系統看護学講座別巻 緩和ケア. 東京, 医学書院, 2014, pp 210-232
  78. 平井啓, 小川朝生, 明智龍男, et al: 医療従事者の心理的ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 322-327
  79. 大谷弘行, 明智龍男, et al: 心理的反応, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 278-285
  80. 石田真弓, 明智龍男, et al: 家族ケアと遺族ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 313-321
  81. 清水研, 小川朝生, 明智龍男, et al: うつ病と適応障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 235-243
  82. 吉内一浩, 明智龍男, et al: コミュニケーション, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 286-294
  83. 奥山徹, 明智龍男, et al: 睡眠障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 254-258
  84. 井上真一郎: VII. クロザピンの副作用への対応 漿膜炎が生じると聞きました クロザピン100のQ&A 治療抵抗性への挑戦, 藤井康男編集, 星和書店, 229-232, 2014
  85. 井上真一郎: A 進行再発・転移乳癌の薬物療法 B 随伴症状を有する患者に対する乳癌薬物療法 5. 精神症状 (うつ・不眠) 各領域専門医にきく 乳癌薬物療法ケースファイル, 佐伯俊昭編集, 南江堂, 2014
  86. 上村 恵一. 終末期せん妄 終末期における治療抵抗性のせん妄への対応, 精神科治療学 29(4):495-500. 2014.
  87. 谷向 仁他: 認知機能改善薬. 臨床精神薬理学テキスト 改訂第3版, 日本臨床精神薬理学会専門医制度委員会 (編), 276-289, 星和書店, 2014
  88. 金子真理子: 血液・造血器疾患を持つ成人を理解するために. 新体系 看護学全書 成人看護学 血液・造血器. 溝口秀昭, 泉二登志子, 川野良子 (編). メジカルフレンド社: 2-9, 2014.
  89. 金子真理子: 血液・送血器疾患が患者に及ぼす影響と看護の役割. 新体系 看護学全書 成人看護学 血液・造血器. 溝口秀昭, 泉二登志子, 川野良子 (編). メジカルフレンド社: 174-180, 2014.
  90. 金子真理子: がん看護概論. 看護実践のためのがん看護. 林和彦 (監修). 医学映像社, DVD, 2014.
  91. 古賀晴美, 塩崎麻里子, 鈴木伸一, 三條真紀子, 下阪典子, 平井 啓. 女性がん患者の男性配偶者が感じる夫婦間コミュニケーションにおける困難: 乳がん患者に関する検討. 心身医学 54(8) 786-795, 2014.
  92. 吉津紀久子, 東井申雄, 平井 啓. がん医療において心理士に求められる介入のあり方について—大阪大学医学部附属病院心のケアチームの臨床実践データから—. 心身医学 54(3) 274-283, 2014.
  93. 木村洋輔, 木澤義之. 食欲不振と終末期における輸液. 第3章緩和医療学. 在宅医療バイブル. p324-333, 川越正平編. 日本医事新報社. 2014年2月.

94. 木澤義之、荒尾晴恵. 1. 教育, 第4章 教育・研究. 専門家を目指す人のための緩和医療学. p330-336、特定非営利法人日本緩和医療学会編. 南江堂、2014年7月.
95. 阿部泰之、木澤義之. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, p38-44、長江弘子編, 日本看護協会出版会, 2014年3月.
96. 浜野 淳, 木澤 義之. 日本における Primary Palliative Care プライマリ・ケア医による Primary Palliative Care の普及と発展. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 37(3):268-272, 2014.
97. 坂下 明大, 久保 百合奈, 太田垣 加奈子, 岸野 恵, 山口 崇, 木澤 義之. 呼吸困難のマネジメント. 死が近づいた時の症状マネジメント-質の高いエンドオブライフ・ケアを実現するために. 緩和ケア 24(4):261-268, 2014.
98. 杉原 有希, 木澤 義之. がん性疼痛治療薬の使い方. よく使う日常治療薬の正しい使い方. レジデントノート 16(7):1361-1365, 2014.

#### 学会発表

1. 小川朝生: ICT による高齢がん患者外来支援システムの開発. 第52回日本癌治療学会学術集会, 横浜市, 2014/8/30, ポスター.
2. 小川朝生: がん診療連携拠点病院の新要求 傾向と対策. 第19回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2014/9/20, 緩和ケアチームフォーラム演者.
3. 小川朝生: 認知症の緩和ケア 総合病院の精神科医が果たす役割. 第27回日本総合病院精神医学会総会, 茨城県つくば市, 2014/11/28, ワークショップ.
4. Ogawa S, Akechi T, et al: Comorbidity and anxiety sensitivity among patients with panic disorder who have received cognitive behavioral therapy. The Association for behavioral and cognitive therapies 48th annual convention, Philadelphia, 2014 Nov
5. Uchida M, Akechi T, et al: Prevalence of fatigue among cancer patients undergoing radiation therapy and its associated factors. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
6. Uchida M, Akechi T, et al: Factors associated with preference of communication about life expectancy with physicians among cancer patients undergoing radiation therapy. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
7. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
8. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
9. Shibayama O, Akechi T, et al: Radiotherapy and Cognitive Function in Breast Cancer Patients Treated with Conservation Therapy. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
10. Akechi T, Miyashita M, et al: Anxiety and underlying patients' needs in disease free breast cancer survivors. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
11. 明智龍男: シンポジウム がん患者の心をどう捉えるか: Psycho-Oncologyの科学的基盤 がん患者のうつ病・うつ状態の病態. 第27回 日本総合病院精神医学会総会, つくば市, 2014年11月
12. 明智龍男: ミート・ザ・エキスパート 自分たちのケア、どうしていますか? 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
13. 明智龍男: シンポジウム「精神腫瘍医が

- いないところで、こころのケアをどうするか」日本サイコオンコロジー学会および大学医学部講座の立場から、対策・解決策を考える。第27回日本サイコオンコロジー学会総会，東京，2014年10月
14. 明智龍男：シンポジウム「高齢者がん治療のエッセンス」 高齢者がん治療の問題点-精神症状の観点から。第52回日本癌治療学会学術集会，横浜，2014年8月
  15. 明智龍男：シンポジウム「がん患者の治療意思決定支援」 がん患者の意思決定能力の判断。第12回日本臨床腫瘍学会総会，福岡，2014年7月
  16. 明智龍男：シンポジウム「がん患者・家族のうつ病治療再考」 がん患者の精神症状緩和のためのコラボレイティブケアの試み。第11回 日本うつ病学会総会，広島市，2014年7月
  17. 明智龍男：シンポジウム「がん患者・家族との良好なコミュニケーション」 希死念慮を理解し対応する。第19回日本緩和医療学会総会，神戸，2014年6月
  18. 明智龍男：がん患者・家族の精神的ケア。アルメイダ病院緩和医療研修会 特別講演，大分，2014年11月
  19. 川口彰子，明智龍男，et al：大うつ病エピソードに対する電気けいれん療法後のagitationの予測因子に関する観察研究。第27回日本総合病院精神医学会，筑波，2014年11月
  20. 三木有希，明智龍男，et al：妊娠中に希死念慮を伴ううつ病の再燃を認めた妊婦への多職種介入。第11回日本周産期メンタルヘルス研究会，大宮，2014年11月
  21. 東英樹，明智龍男：うつ病、心理社会機能と発作頻度はてんかん患者のQOLに影響する。第48回日本てんかん学会，東京，2014年10月
  22. 中野谷貴子，明智龍男，et al：日本の高齢がん患者の問題とQOLとの関係：Web調査。第27回日本サイコオンコロジー学会総会，東京，2014年10月
  23. 久保田陽介，明智龍男：がん診療に関わる看護師に向け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。第27回 日本サイコオンコロジー学会総会，東京，2014年10月
  24. 明智龍男：がんとこころのケア-がんになっても自分らしく過ごすために。愛知県医師会健康教育講座，名古屋，2014年9月
  25. 明智龍男：がん（肺がん）患者とのコミュニケーション。肺がんチーム医療推進フォーラム 特別講演，福岡，2014年9月
  26. 小川成，明智龍男，et al：社交不安障害患者における併存症に対する認知行動療法の効果予測因子。第14回日本認知療法学会，大阪，2014年9月
  27. 鈴木真佐子，明智龍男，et al：高機能広汎性発達障害児の母親に対する短期集団母親心理教育プログラムの効果：無作為化比較試験。第158回名古屋市立大学医学会総会，名古屋，2014年6月
  28. 渡辺範雄，明智龍男，et al：新世代抗うつ薬の最適使用戦略 実践的カトリアルSUND study。第110回日本精神神経学会，横浜，2014年6月
  29. 小川朝生，明智龍男，et al：がん患者の意思決定能力評価。第19回日本緩和医療学会，神戸，2014年6月
  30. 小川成，明智龍男，et al：認知行動療法終了後のパニック障害患者における併存精神症状と不安感受性。第110回日本精神神経学会，横浜，2014年6月
  31. 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2回奈良メンタルヘルス研究会 特別講演，奈良，2014年5月
  32. 明智龍男：がん患者の精神症状の評価とマネジメント。第10回備後サイコオンコロジー研究会 特別講演，福山，2014年5月
  33. 明智龍男：がん患者の精神症状の評価とマネジメント。第3回緩和ケア勉強会in半田 特別講演，半田，2014年4月
  34. 東英樹，明智龍男，et al：態の治療経過で発症した複雑部分発作重積の1例。第68回名古屋臨床脳波検討会，名古屋，2014年4月
  35. 明智龍男：がん患者の精神症状の評価とマネジメント。愛知キャンサーネットワーク 第1回精神腫瘍学を学ぶ会 特別講演，名古屋，2014年2月

36. 明智龍男：がん患者の精神症状のケア。在宅医療緩和推進プロジェクト第2回研修会 特別講演，名古屋，2014年2月
37. 川口彰子，明智龍男，et al：社交不安障害患者における自己意識関連情動の神経基盤：機能的MRIによる解析。第5回日本不安障害学会学術大会，札幌，2014年2月
38. 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172回東海精神神経学会 特別講演、名古屋、2014年1月
39. 佐藤博文，明智龍男，et al：フルボキサミンにアリピプラゾールを併用し奏功した強迫性障害の1例。第172回東海精神神経学会，名古屋，2014年1月
40. 井上真一郎：在宅医療におけるがん患者・家族の精神心理的ケア，第16回日本在宅医学会大会，浜松，2014. 3. 1
41. 井上真一郎：終末期におけるせん妄マネジメント，第19回日本緩和医療学会学術大会，神戸，2014. 6. 20
42. 井上真一郎：多職種チームによる術後せん妄の予防的介入が無効であった症例の検討，第110回日本精神神経学会，横浜，2014. 6. 27
43. 井上真一郎：せん妄に対するチームアプローチ，第27回サイコオンコロジー学会，船橋，2014. 10. 4
44. 井上真一郎：プロナンセリンによるせん妄薬物治療の一考察，第55回中国・四国精神神経学会，山口，2014. 10. 24
45. 井上真一郎：特別講演「精神医学と緩和医学の接点の研究について」，第14回中国地区GHP研究会，広島，2014. 11. 1
46. 井上真一郎：がん専門病院、大学病院、総合病院における精神腫瘍医～それぞれの立場で果たすべき役割の違いとは～，第27回日本総合病院精神医学会，つくば，2014. 11. 29
47. 上村恵一：公立総合病院における精神科救急合併症病棟の役割。第22回日本精神科救急学会学術総会。旭川市。2014/9/6, シンポジウム
48. 谷向 仁：認知機能に配慮したコミュニケーションを考える，第16回 日本緩和医療学会教育セミナー 博多市，2014/1/11， 演者
49. 谷向 仁：新規睡眠薬を使いこなす - 従来薬との違いを含めて，第19回 日本緩和医療学会学術大会 神戸市，2014/6/21， 演者
50. 谷向 仁：せん妄の診断、治療、チームアプローチに際してぜひ若手精神科医に知っておいて欲しい必須知識，第110回日本精神神経学会学術大会 横浜市，2014/6/27， 演者
51. 平井啓，谷向 仁他：メンタルヘルス受療行動の適正化に有用なメッセージ開発，日本心理学会 第78回大会，京都市，2014/9/12， 共同演者
52. 佐々木淳，谷向 仁他：メンタルヘルスの専門機関の利用と心理的問題の原因認知の変化，第14回 日本認知療法学会、大阪市，2014/9/12-9/14， 共同演者
53. 中村菜々子，谷向 仁他：メンタルヘルス受療行動を実行した者の特徴：受療を決めた理由の質的分類，第14回 日本認知療法学会、大阪市，2014/9/12-9/14， 共同演者
54. 谷向 仁：がん患者にみられるせん妄に対する新たな薬物療法アルゴリズム作成に関する検討，第27回 日本サイコオンコロジー学会総会，東京，2014/10/4， 演者
55. 谷向 仁：精神科医として緩和ケアチームに参加して学んだこと、感じたこと，西宮市精神科医会学術講演会 芦屋市，2014/11/13， 演者
56. 長坂育代，眞島智子，金子眞理子他，チーム医療を促進する専門看護師の臨床判断，第34回日本看護科学学会学術集会、名古屋。2014/11/30。ポスター。
57. 金子眞理子，小川朝生他，急性期病院における認知症看護の現状と課題，第27回総合病院精神医学会総会，S-170，2014/11/28。ポスター。
58. 金子眞理子，急性期病院における認知症ケアの現状と今，求められていることー看護の立場から，第27回日本サイコオンコロジー学会総会 2014/10/4。シンポジウム
59. 嵐弘美，山内典子，金子眞理子他，3 施

設のリエゾンナースによる看護職へのメンタルヘルス支援の実態と課題, 第 10 回東京女子医科大学学会学術集会 2014/10/4.

特記すべきことなし。

60. 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
61. 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
62. 平井 啓: がん検診受診率向上のための行動変容アプローチ. シンポジウム「ヘルスプロモーション最前線—行動医学および認知行動療法の貢献—」 第 21 回日本行動医学会学術総会シンポジウム 2014.11.22. 所沢
63. 平井 啓: 実行意図と計画意図の形成と行動変容: 乳癌検診の受診行動への介入研究からの示唆. 日本社会心理学会第 55 回大会 2014.7.27 札幌
64. 平井 啓: 問題解決のための交渉学. シンポジウム「緩和ケアの現場で起こる意見の違い・対立をどう克服するか」 第 19 回日本緩和医療学会学術大会 2014.6.20 神戸
65. 近藤伸介: 認知症国家戦略と精神医療 第 29 回日本老年精神医学会大会, 東京, 2014/6/13 演者
66. 近藤伸介: 認知症 疫学から政策、コミュニティ支援、社会的包摂まで WPA Section on Epidemiology and Public Health 2014 Meeting, 奈良, 2014/10/16 座長

#### 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