

201418005A

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業

BPSD の予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 数井裕光

平成27年(2015)年3月

目 次

I.	総括研究報告	
	BPSD の予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究	1
	数井裕光	
II.	分担者報告書	
1.	BPSD に有効な介護サービスに関する調査研究	5
	数井裕光	
2.	SCI 及び MCI における無為・無関心の脳内基盤に関する研究	26
	田中稔久	
3.	認知症患者の嫉妬妄想に対する治療ガイドラインの作成に関する研究 . . .	30
	池田 学	
4.	BPSD の発現機序に基づいた BPSD 治療・対策プロトコルの開発研究 . . .	43
	森 悦朗	
5.	Semantic dementia (SD) の症状発現マップに基づく FTLD ケアモデル構築に関する基礎的研究	46
	谷向 知	
6.	VaD および AD 患者に対する通院リハビリテーション療法の精神症状、 生活障害、介護負担に対する効果に関する研究	49
	横山和正	
7.	認知症の睡眠障害の発現機序の解明と他の BPSD に対する 影響に関する研究	55
	足立浩祥	
8.	スピリチュアルケアによる BPSD の予防・対応方法の 開発に関する研究	63
	遠藤英俊	
9.	症候からの簡便な認知症鑑別診断法の開発研究 (もの忘れ問診表の有用性に関する研究)	66
	山本泰司	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	73
IV.	研究成果の刊行物・印刷	77

I . 総括研究報告

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

BPSDの予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究

主任研究者 数井裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 講師

研究要旨

研究目的: 一度出現したBPSDを治療することは困難である。また個々人の経験に基づいたBPSD対応法の有効性は浮動的である。本研究ではBPSDの予防法の開発とBPSDの発現機序に基づいた対応法の構築を行う。

研究方法: BPSD予防的介入を促進するために初年度に作成したBPSD出現予測マップを円滑に使用するために、①それぞれのBPSDに有用な介護サービスを大阪府での調査で明らかにした。またスピリチュアル回想法の有用性も検討した。②初年度の検討でMCI患者はアパシーが多く、かつこれを有する患者は認知症に移行する確率が高いことが明らかになった。そこでMCI、さらに前段階のSCIのアパシーの脳内基盤を明らかにした。③ADにおける睡眠障害の他のBPSDに対する影響を明らかにした。BPSDの発現機序に基づいた対応法の構築研究では、④ADを中心とした認知症に対する嫉妬妄想治療ガイドラインの作成、⑤VaDを中心とした患者に対する通院リハビリテーション療法の有用性検証、⑥DLBの幻視、錯視を利用し作成したパレイドリアテストの早期診断と治療効果判定への有用性を検証、⑦FTLDのサブタイプであるSDにおける様々なBPSDの出現時期と頻度の検討を縦断データで明らかにした。⑧さらに介護施設で認知症診断を促進するために、症候からの簡便な認知症鑑別診断が物忘れ問診票を利用して行えるか否かについて検討した。

結果: ①大阪府社会福祉協議会に所属する介護事業所での調査の結果、認知症対応型共同生活介護が有用なBPSDが多かったものの居宅サービスも有用で、いくつかのBPSDには特別有用と考えられる介護サービスがあった。②SCIとMCIのアパシーには、右海馬傍回、右側坐核、右扁桃核、右尾状核の萎縮という器質的障害が関与していた。③ADにおいて睡眠障害を有する患者の方が他のBPSDが重度であった。この傾向は軽症例で特に強かった。④初年度に明らかになった嫉妬妄想に関連する因子を基に、嫉妬妄想治療ガイドラインを作成し検証作業を開始した。⑤通院リハビリテーション療法の有用性と有用性の高い患者の特徴を明らかにした。⑥パレイドリアテストを標準化し、一般に公開した。⑦SD患者では進行期に高い確率でKlüver-Bucy症候群を認めることを明らかにした。⑧物忘れ問診票は実用に耐えうるレベルに②は至っていないことが明らかになった。

まとめ: BPSDを予防法の開発研究を進めた。また神経心理学的観点を中心にBPSDの発現機序を解明し、その知見に基づいたBPSD対応法の構築研究を進めた。

分担研究者氏名・所属施設名及び職名

田中稔久・大阪大学精神医学・准教授

池田 学・熊本大学神経精神医学・教授

谷向 知・愛媛大学神経精神医学・教授

森 悦朗・東北大学高次機能障害学・教授

横山和正・西播磨総合リハセンター・院長

足立浩祥・大阪大学睡眠医療センター・准教授

遠藤英俊・長寿医療センター・内科総合診療部長

山本泰司・神戸大学精神医学・講師

A. 研究目的

一度出現したBPSDを治療することは困難である。また個々人の経験に基づいたBPSD対応法の有効性は浮動的である。本研究ではBPSDの予防法の開発とBPSDの発現機序に基づいた対応法の構築を行う。

B. 研究方法

(1) BPSD 予防法の開発研究

① BPSD に有効な介護サービス調査

介護サービスを早期から利用することによりBPSDが予防されることはしばしば経験する。しかしどのような介護サービスがどのようなBPSDに有用なのかについては明らかにされていない。そこで大阪府社会福祉協議会に所属する介護事業所452とその他1施設を対象に無記名郵送式のアンケート調査を行った。このデータは初年度に作成したBPSD出現予測マップとともに公開する予定である。またスピリチュアル回想法の有用性についても検討した。

②主観的もの忘れ (Subjective cognitive impairment: SCI) 患者と軽度認知障害 (Mild cognitive impairment: MCI) 患者のアパシーの脳内基盤の解明

初年度にMCI患者にはアパシーが多く、かつアパシーを有する患者は後に認知症に移行することが多いことを明らかにした。今年度はSCI患者とMCI患者を対象に、NPIの無為・無関心の得点と脳容積との関係を、SPM8を用いてvoxel baseの相関解析で明らかにした。

③ アルツハイマー病 (AD) における睡眠障害と他のBPSDとの関連

初年度に収集した班内の6施設のNPIデータをうちADのデータを用いて、睡眠障害の他のBPSD出現に対する影響を重症度別に解析した。

(2) 発現機序に基づいたBPSD治療法・対応法の実験研究

現在でも対応に難渋するBPSDを認知症の原因疾患別にとりあげ、その発現機序を解明し、その知見に基づいた対応法を開発した。すなわち①ADについては妄想、その中でも暴力に発展する可能性が高いため重要であるにも関わらず研究が遅れている嫉妬妄想を対象とした。②VaDに対しては無為、うつを中心に、③DLBについては幻視、誤認を中心に、④FTLDについては脱抑制を中心に開発した。⑤さらに介護施設には認知症の診断を受けずに入所した患者が多くいる。そこで認知症の診断を受けるべき患者を簡便に抽出するのに、物忘れ問診票が利用可能か否かについて検討した。

(倫理面への配慮)

本研究では、患者のデータを扱う場合があるが、その場合は、データを匿名化して行った。また臨床研究に対しては、それぞれの施設の倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

(1) BPSD 予防法の開発研究

① BPSD に有効な介護サービス調査

認知症対応型共同生活介護は多くのBPSDに有効と回答された。BPSDがある程度顕著になると在宅での介護が困難になることをしめしていると考えられた。居宅サービスの中では、妄想、幻覚に対しては通所介護、不安に対しては訪問介護や訪問看護、無為に対しては訪問介護と通所介護というようにそれぞれのBPSDに対して有用なサービスがあった。また少人数での検討ではあるが、スピリチュアル回想法でBPSDの軽減やQOLの改善を図ることができた。

② SCI と MCI のアパシーの脳内基盤の解明

SCIとMCI合計80名で解析した結果、右海馬傍回、右側坐核、右扁桃核、右尾状核の萎縮が強いほどアパシーが強いことがわかった。この結果より、SCI、MCIのアパシーは器質的障害が関与している可能性が示唆された。

③ AD における睡眠障害と他のBPSDとの関連

848名のAD患者の中で睡眠障害を有する患者は24.29%であった。CDRの得点が増加するに従い睡眠障害の頻度も重症度も増大した。また睡眠障害を有する群の方が、NPI総合計得点が高値であった。CDR0.5という認知症のごく初期のステージにおいて、NPIの項目で、妄想、幻覚、興奮、不安、無為、脱抑制、易怒性、および異常行動の項目で、睡眠障害を有する群の方が、有意にNPI得点が高かった。この傾向は認知症が重症になるとともに小さくなった。

(2) 発現機序に基づいたBPSD治療法・対応法の実験研究

①嫉妬妄想に対する治療ガイドラインの作成

初年度に熊本県で実施した調査結果ならびに認知症患者の嫉妬妄想に関する過去の研究の結果から、嫉妬妄想の危険因子、臨床特徴を抽出した。抽出された危険因子、臨床特徴を基に、複数の認知症専門医が共同で嫉妬妄想治療ガイドラインを作成した。

②VaDの精神症状に対する通院リハビリテーション療法の有効性

VaDとAD患者に対する通院リハビリテーション療法の精神症状および日常生活動作、介護負担に対する効果と介入が有効な症例の特徴を明らかにした。その結果、通院リハビリテーション療法は全例に有効な治療法ではなかった。治療前に興奮、脱抑制、易刺激性が強いVaD患者では、治療により介護負担が増大する傾向を認めた。しかし家族の介護負担が治療により軽減した症例では無為・無関心が改善していた。

③DLBの幻視・誤認妄想に対する対応法開発と幻視・錯視を利用した検査の開発

幻視と関連したパレイドリアと呼ばれる錯視を検出・測定する2種類のパレイドリアテスト（風景版、ノイズ版）を開発した。ノイズ版は、5分程度で施行可能で、かつ優れた信頼性と十分な鑑別診断能と幻視との相関性を示した。今年度中に本検査を公開する。またDLB患者の幻視に対しては、安心感を持ってもらうことが重要で、そのため幻視が幽霊ではないということを繰り返し説明する教育的精神療法が有効だと考えられた。このような精神療法が有用な理由として、DLBはADとは異なり、記憶障害が軽度であるため説明を覚えられることがあげられる。

④Semantic dementia (SD) の症状発現マップに基づくFTLDケアモデル構築

今年度は、FTLDのなかのSDを対象に脱抑制症状などの特徴的症状がどんな進行期に出現するかを明らかにした。10例の長期観察により、BPSDは発症5年以内に全例で認められた。また食行動異常は早期から現れるが、進行期（平均9年）にはKluver-Bucy症候群である異食が高頻度で現れた。従って、Kluver-Bucy症候群の対応法の習得がSD患者の家族には必須であると考えられた。

⑤介護施設で認知症早期診断する方法の開発

物忘れ問診票をもとに、認知症早期診断のための問診票を作成し、試験的に使用したが、実用にとり得るレベルには至っていなかった。

D. 考察

認知症患者のBPSDは、介護者の介護負担を増加させ、また患者の生活の質を低下させる。従って、BPSDの治療は認知症診療に於いて非常に重要な課題である。BPSDの治療の原則は、患者に対して適切な対応法をとることである。しかし「適切な対応」とはどういう対応法であるかは必ずしも明確ではない。Person centered careすなわち、患者の気持ちや状態を基本としたケアが重要であることは疑う余地はないが、この基本となる患者の気持ちが、いつも明確であるとは限らない。病識や言語機能が障害される認知症のような脳の疾患では、患者自身からそのときの気持ちを正確に表出することは難しいからである。そこで、介護する人が患者の気持ちを推し量ることになるが、この推測が正しいとは限らない。

本研究では、神経心理学の専門家が集い、神経心理学的観点から、BPSDが出現する機序を解明し、この知見に基づき対応法を検討している。この手順で考案される対応法は、個々人の経験に基づいて個々人が推測して選択される従来の対応法よりも有用性が高いと考えられる。今年度は、認知症の嫉妬妄想に対して発現機序に基づいた嫉妬妄想治療ガイドラインが作成された。またVaDを中心とした患者群に対する外来リハビリテーション療法の有用性と制限が明らかになった。この制限、すなわち、元々興奮、脱抑制、易刺激性が強い患者では、この治療を行うことにより逆に介護負担が増大したという知見から、BPSD対応法を導入する際には、適応患者の選択が重要であることが明らかになった。DLBに対しては、錯視（パレイドリア）症状を利用したパレイドリアテストを標準化した。この検査は今年度中に広く一般に公開する。また幻視、錯視、誤認が視覚認知障害と関係し、かつ記憶障害が軽度であるというDLBの特徴を利用した教育的精神療法を考案した。FTLDに対してはサブタイプであるSDの進行期には高い確率でKluver-Bucy症候群を認めることを明らかになった。この知見より進行期のSDにおけるKluver-Bucy症候群の対応法の構築と啓発は重要であると考えられた。

以上のような神経心理学的知見に基づく効果的なBPSD対応法の構築とともに、BPSDを予防する、少なくとも悪化を予防するという働きかけも重要である。BPSDは一度、顕著となるとその治療に難渋することが多いからである。

まず我々は、どのような原因疾患の認知症患者に、どのようなBPSDがどのような割合で出現するかという知見を広く知らせることは有用だと考えている。認知症になったら、家族介護者やケア職員はあらかじめ出現しうるBPSDを把握し、これに対して観察を密にし、もしもこの症状が出現したなら軽症

のうちに対応するのである。そこでBPSD出現予測マップを昨年度に作成した。今年度は、このBPSD出現予測マップに付属して使用するための、様々なBPSDに有用な介護サービスを調査により明らかにした。

さらにBPSDの予防を考える上で鍵となるMCIのBPSDの頻度と種類を昨年度に調査したが、その結果、アパシーが多く、かつアパシーを呈した患者は後に認知症に移行する確率が高いことを明らかにした。今年度はMCIとさらにその前段階のSCI患者を対象にアパシーの脳内基盤を検討した。その結果、右半球の海馬傍回、側坐核、扁桃核、尾状核の萎縮とアパシーとの関連が明らかになった。この結果より、これらの患者のアパシーは器質的障害による、すなわち、認知症自体の症状であると考えられた。この結果より、MCI、SCI患者においては、まず原因疾患の診断が重要で、もしもADが基礎疾患であると考えられれば、早期にADの治療をするのがよいのではないかと考えている。

睡眠障害によってBPSDが悪化することは多くの臨床家が経験していることである。そこで昨年度は、睡眠障害と他のBPSDとの関連を調べ、このことを確認した。今年度はさらに一步すすめて、ADにおいて特に軽症の時期に睡眠障害が他のBPSDを悪化させる要因であることを明らかにした。この知見は臨床的に有用である。昨今安全性の高い睡眠薬が開発されている。従って、MCI患者に睡眠障害を呈していた場合には、睡眠教育とともに安全な睡眠薬の使用により早期にこれを治療することが重要で、この治療によりその後の他のBPSDが予防されると考えられた。

E. 結論

BPSDを予防法の開発研究を進めた。また神経心理学的観点を中心にBPSDの発現機序を解明し、その知見に基づいたBPSD対応法の構築研究を進めた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

各分担研究者の成果報告書に記載

II. 分担研究報告

BPSD に有効な介護サービスに関する調査研究

研究分担者 数井裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師

我々が昨年度に作成した「BPSD 出現予測マップ」の有用性を増すために、今年度はどのような BPSD に対して、どのような介護サービスが有用であるかを明らかにするための調査研究を行った。

対象：大阪府社会福祉協議会に所属する介護事業所 452 とその他 1 施設。

方法：無記名郵送式のアンケート調査。NPI-12 の項目から多幸を除いた項目別に、12 の介護サービスの中から有用性を経験した、あるいは有用と考えられる介護サービスを、順位を付けて 3 つ選択させた。1 番目に選択されたサービスに 3 点、2 番目に 2 点、3 番目に 1 点とし各サービスごとに合計点を計算。

結果：有効回答数は 105 (23.2%)。妄想、幻覚、興奮、不安、脱抑制、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害に対して認知症対応型共同生活介護の得点が最も高かった。居宅サービスの中では、妄想、幻覚、うつ・不快、無為・無関心、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害、食行動異常に対しては通所介護が、興奮、不安、脱抑制に対しては訪問介護が最も高得点であった。施設サービスよりも居宅サービスの方が高得点であった BPSD は、うつ・不快、無為・無関心、食行動異常であった。

まとめ：多くの BPSD に対して、認知症対応型共同生活介護が選択され、BPSD を有する患者が在宅生活を送ることの困難さが示唆された。しかし通所介護、訪問介護、訪問看護の有用性も評価されており、BPSD が軽症の時に居宅サービスを利用しながら適切な対応を行えば、在宅生活を長く送ることが出来る可能性はあると考えられた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

吉山顕次・大阪大学精神医学・助教

田中稔久・大阪大学精神医学・准教授

鐘本英輝・大阪大学精神医学・大学院生

鈴木由希子・大阪大学精神医学・大学院生

佐藤俊介・大阪大学精神医学・大学院生

榎林哲雄・西播磨総合リハセンター・医長

横山和正・西播磨総合リハセンター・院長

A. 研究目的

認知症患者の BPSD は患者の予後、介護者の介護負担を増悪させる因子である。このため、長きにわたる認知症患者の療養生活の中で、BPSD を予防したり、治療したりすることは重要である。認知症患者では、脳損傷による機能低下が生じるが、その低下を補おうと意識的、あるいは無意識的に患者が残存機能を働かせる。その働きが結末が不適當な活動と周囲の人から受け取られたときに BPSD と表現される。従って、BPSD の治療法には非薬物的対応法と薬剤による治療とがある。非薬物的対応法の中には

介護サービスによる治療も含まれる。介護サービスの利用は現実的で、かつ有効な治療法であるが、どのような介護サービスがどのような BPSD に有効であるかについてはこれまで明らかにされてこなかった。昨年度、我々が作成した BPSD 出現予測マップにこの情報を付帯させることを意図して、今年度は各 BPSD に有効な介護サービスを明らかにした。

B. 研究方法

対象は、大阪府社会福祉協議会に属する事業所（452 施設）とその他 1 施設。これらの施設に対して、平成 26 年 9 月 18 日に無記名式アンケート調査用紙（巻末に資料として添付）を郵送し調査を依頼した。締切りは 10 月 20 日とした。アンケートでは、NPI-12 の項目から多幸を除いた 11 の項目別に、12 の介護サービスの中から「有用性を経験した、あるいは有用と考えられる介護サービスを、順位を付けて 3 つ選択」させた。回答者は、各施設で最もこのアンケートに答えるのに相応しい方お一人に回答していただくようにした。対象とした介護サービスは、訪問介護（訪介）、訪問看護（訪看）、訪問リハビリ（訪リ）、通所介護（通介）、通所リハビリ（通り）、短期入所生活介護（短生）、短期入所療養介護（短療）、特定施設入居者生活介護（特

生)、介護老人福祉施設(介福)、介護老人保健施設(介保)、介護療養型医療施設(介医)、認知症対応型共同生活介護(認共)であった。

(倫理面への配慮)

本研究でおこなったアンケート調査の基本は、無記名形式であったため、殆どのアンケート用紙には個人情報に含まれない。しかしBPSD出現予測マップ研究参加希望施設を同時にこのアンケート内で募集しており、希望施設は担当者名が記載される。従って患者の情報は一切含まれないが、被験者情報は含まれる可能性がある。これらの情報管理は徹底した。

C. 研究結果

アンケートは105施設から返送された(回収率23.2%)。回答者の内訳は、ケアマネジャーが46%と最も多かった。次いで、ソーシャルワーカー、施設管理者、介護職員がそれぞれ11%、看護師、相談員がそれぞれ5%、介護福祉士が4%、社会福祉士が2%、保健師が1%、その他が4%であった。

NPI項目ごとの結果を巻末に添付するが、1番目に選択されたサービスに3点、2番目に2点、3番目に1点とし、各サービスごとに合計点を計算しグラフにした。妄想、幻覚、興奮、不安、脱抑制、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害に対して認知症対応型共同生活介護の得点が最も高かった。居宅サービスの中では、妄想、幻覚、うつ・不快、無為・無関心、易刺激性・不安定性、異常行動、睡眠障害、食行動異常に対しては通所介護が、興奮、不安、脱抑制に対しては訪問介護が最も高得点であった。施設サービスよりも居宅サービスの方が高得点であったBPSDは、うつ・不快、無為・無関心、食行動異常であった。

それぞれのサービスがよいと思われる理由についても聴取したが、様々なBPSDに対して効果が高いとされた認知症対応型共同生活介護については以下のようなものがあつた。すなわち、妄想に対しては「少人数で、より個別的な関わりができる。専門性が高い、もしくは同じ症状の方が利用されることが多いため」、幻覚に対しては「認知症専門のスタッフが常駐しており、少人数のグループで対応している為。老健に比べて人員配置が厚いため」、興奮に対しては「少人数で、より個別的な関わりができるため。共同生活により、その人に合った時間の過ごし方や役割を作る事ができる」、不安に対しては「認知症に特化したケアを同じ場所で継続的にやる」などであった。

一方、居宅サービスについては、最も高得点であることが多かった通所介護では、妄想に対

して、「他者との交流。環境をかえ、訴えを傾聴して対応することが有効」、幻覚に対しては、「共感できる人、傾聴する人が居る。レクやリハビリで気をそらす事が出来る」、うつ・不快に対しては、「他者との関わりを増やしてみる。自宅から出て環境をかえることが有効」などであった。

通所介護と訪問介護との使い分けについては、無為・無関心に対して、通所介護は「人との交流や外出の機会をもち、会話や活動をともにすることで刺激がえられる。社会への参加。生活意欲を向上させる。新しい人間関係の構築。」との理由であった一方、訪問介護は「まずは訪問を入れ、家事等をフォロー、次に通所系を入れて外部との接触を行う事を考える。馴染みの環境で、安心できる環境での援助が必要。」と理由が書かれていた。

訪問介護と訪問看護との使い分けについては、不安に対して、訪問介護は「住み慣れた自宅での支援の方が本人が安定する。その人にあつた接し方が大切なので集団より個別対応が必要」との理由であった一方、訪問看護は「精神科の訪問看護を利用し、症状の観察を行いながら、不安定な心身をサポートできる。医療職の介入による適切な状況判断」と理由が書かれていた。

D. 考察

認知症患者のBPSDに対しては、介護サービスは有効だと考えられていることが明らかになった。そして最も有効性が高いと考えられているサービスは、認知症対応型共同生活介護であった。小人数の患者さんが比較的人員配置の密な中で対応できる環境が提供できるからのようである。またこのことはBPSDが出現してしまうと居宅サービスでは困難であるということかもしれない。

居宅サービスの中では通所介護、訪問介護、訪問看護が高得点であった。通所介護が最も高得点であったが、通所介護につなげる前に訪問介護で患者さんに介護サービスに慣れてもらうという対応がとられているようである。また精神医学的専門知識を有している看護師の訪問が望まれる場面も多いと思われる。

本調査は実態調査である。従って、良いサービスであっても身近に利用できる環境でなければ、低得点となったと考えられる。例えば上記した訪問看護もさらに使用しやすい環境にあればもっと高得点になった可能性がある。また訪問リハ、通所リハについてもどこでもこのサービスが受けられるという状況にあれば、もっと高得点になった可能性がある。BPSD対応についてはやはり医学的知識は重要であるため、こ

これらの医学系サービスがより使用しやすくなると居宅サービスでBPSDを今以上に治療できると考えられた。

E. 結論

多くのBPSDに対して、認知症対応型共同生活介護が選択され、BPSDを有する患者が在宅生活を送ることの困難さが示唆された。しかし通所介護、訪問介護、訪問看護の有用性も評価されており、BPSDが軽症の時から居宅サービスを利用しながら適切な対応を行えば、在宅生活を長く送ることが出来る可能性はあると考えられた。さらに今後は訪問看護、通所リハ、訪問リハなどの医学系サービスが充実すれば、さらに在宅でBPSD対応が可能になるのではないかと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 数井裕光. 『認知症』今日の診療のためのガイドライン外来診療 2014 (泉孝英 編)、pp423-432, 2014、日経メディカル開発、東京
- 2) 数井裕光. 正常圧水頭症と慢性硬膜下血腫の症候学. 日常診療に必要な認知症症候学. (池田学 編)、pp72-77, 2014、新興医学出版社、東京
- 3) 数井裕光、吉山顕次、武田雅俊. アルツハイマー病における扁桃体萎縮と症候. *Clinical Neuroscience* 2014;32(6):662-4.
- 4) 清水芳郎、数井裕光、武田雅俊、澤 温. 精神科救急における Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) 治療の実際. *臨床精神医学* 2014;43(5):739-47.
- 5) 数井裕光、武田雅俊. 認知症クリニカルパスの基本的な考え方と情報共有ノートを用いた地域連携システムの運用経験. eらぼーる (<https://www.e-rapport.jp/team/clinical/path/sample/sample22/01.html>), 2014. 06. 13 掲載
- 6) 吉山顕次、数井裕光. 認知障害. 特発性正常圧水頭症の診療 (新井 一監修、石川正恒、森悦朗編集) pp60-68、金芳堂、京都、2014

- 7) 鈴木由希子、数井裕光、武田雅俊. パーキンソン病の認知機能障害. *老年精神医学*. 2014;25(11):1218-21.

2. 学会発表

- 1) 数井裕光. これからの認知症診療 ～鑑別診断の重要性と薬物治療～ 第7回難病フォーラム、神戸市、2014. 4. 5.
- 2) 数井裕光. 認知障害の初期症状. アルツハイマー病研究会第15回学術シンポジウム、東京、2014. 4. 19.
- 3) 数井裕光. BPSDに対する治療と対応. 第8回兵庫認知症診療連携会、神戸市、2014. 7. 26.
- 4) 数井裕光. その物忘れ大丈夫? 知っておきたい認知症の話. 福島県言語聴覚士会認知症フォーラム in 郡山、郡山市 2014. 8. 31.
- 5) 数井裕光. 認知症の症候の理解と対応法・治療法の構築. 第10回福岡市認知症疾患医療センター研修会、福岡市、2014. 9. 12.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

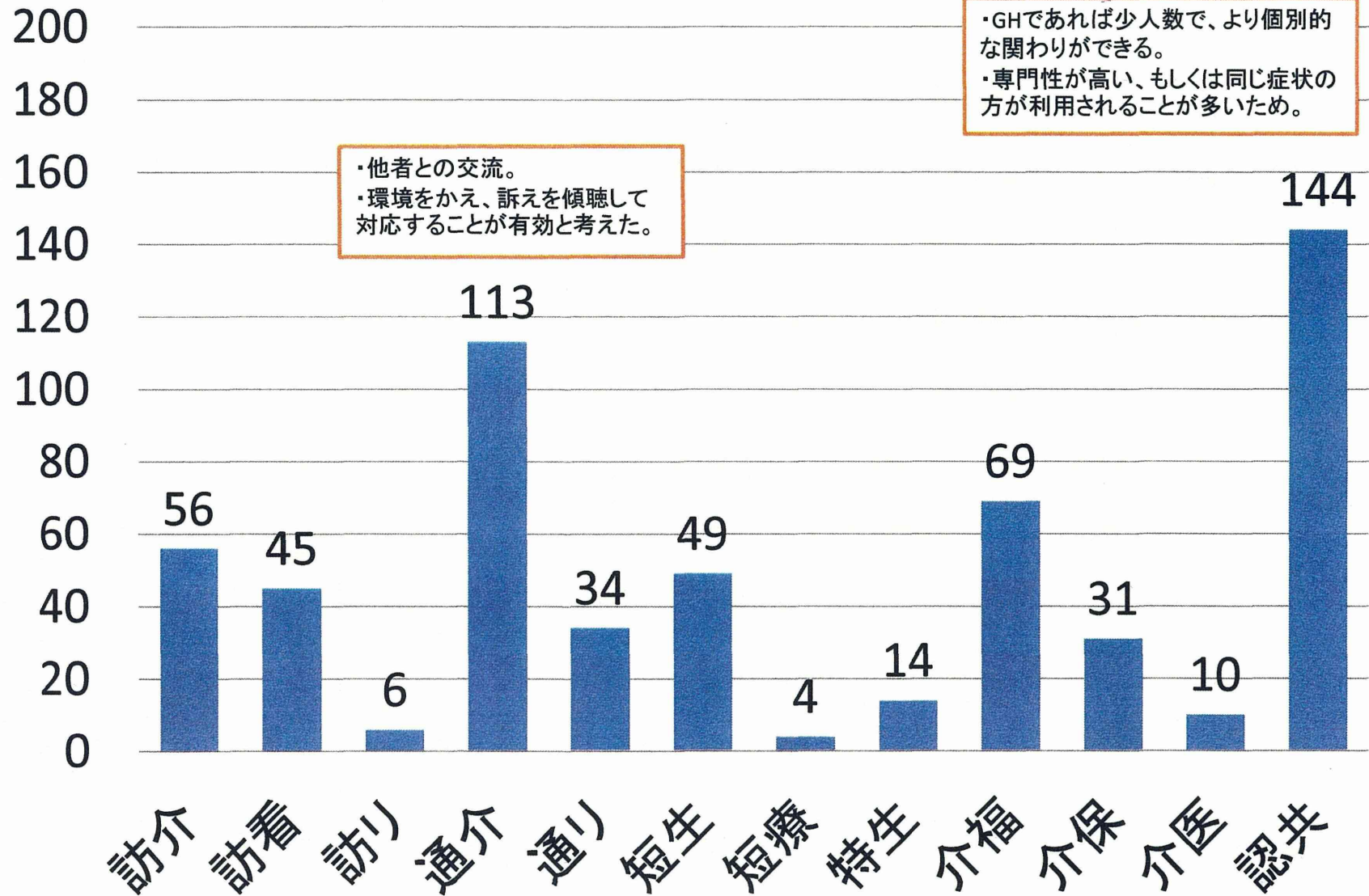
2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

妄想

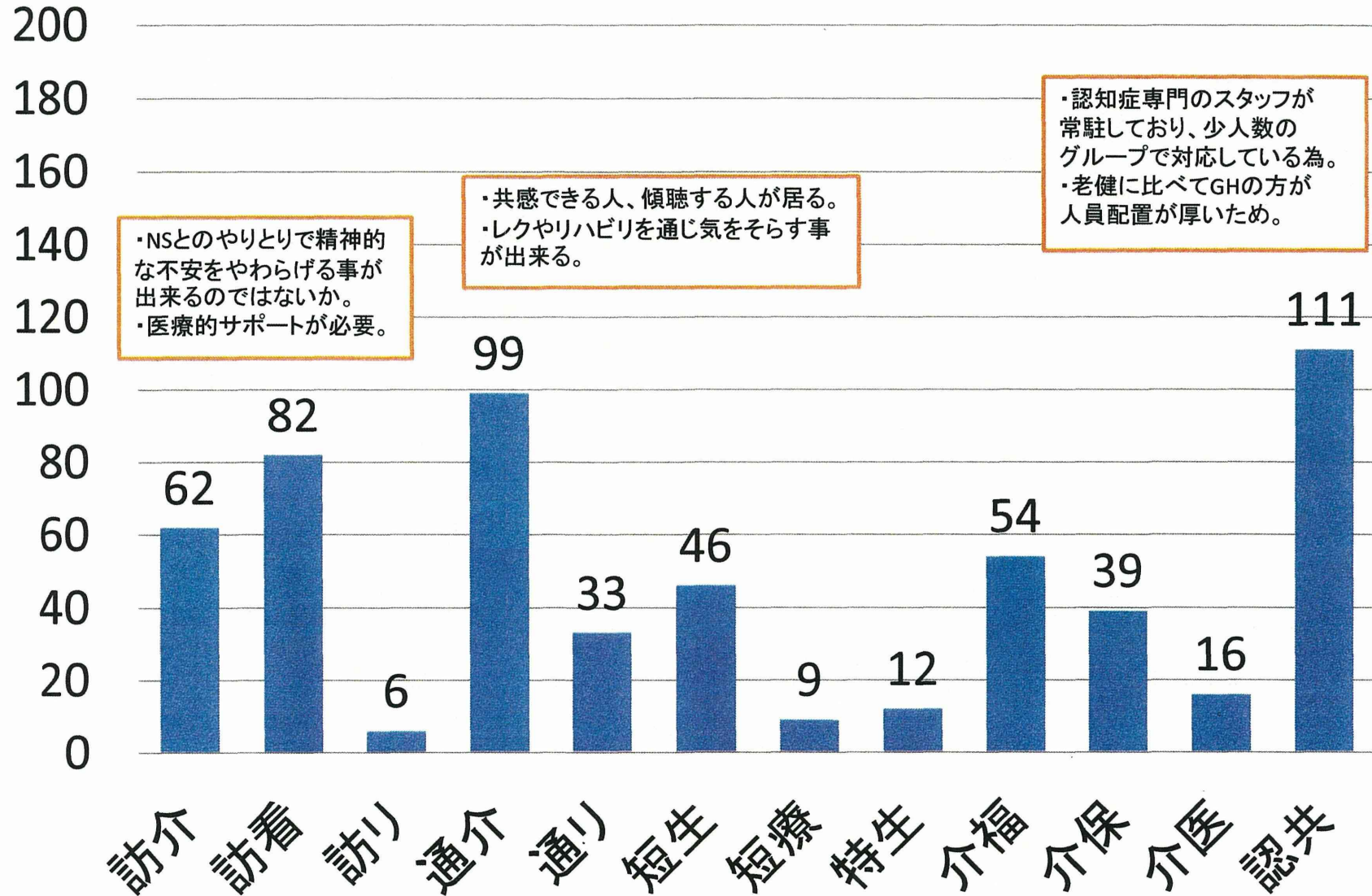


・他者との交流。
・環境をかえ、訴えを傾聴して
対応することが有効と考えた。

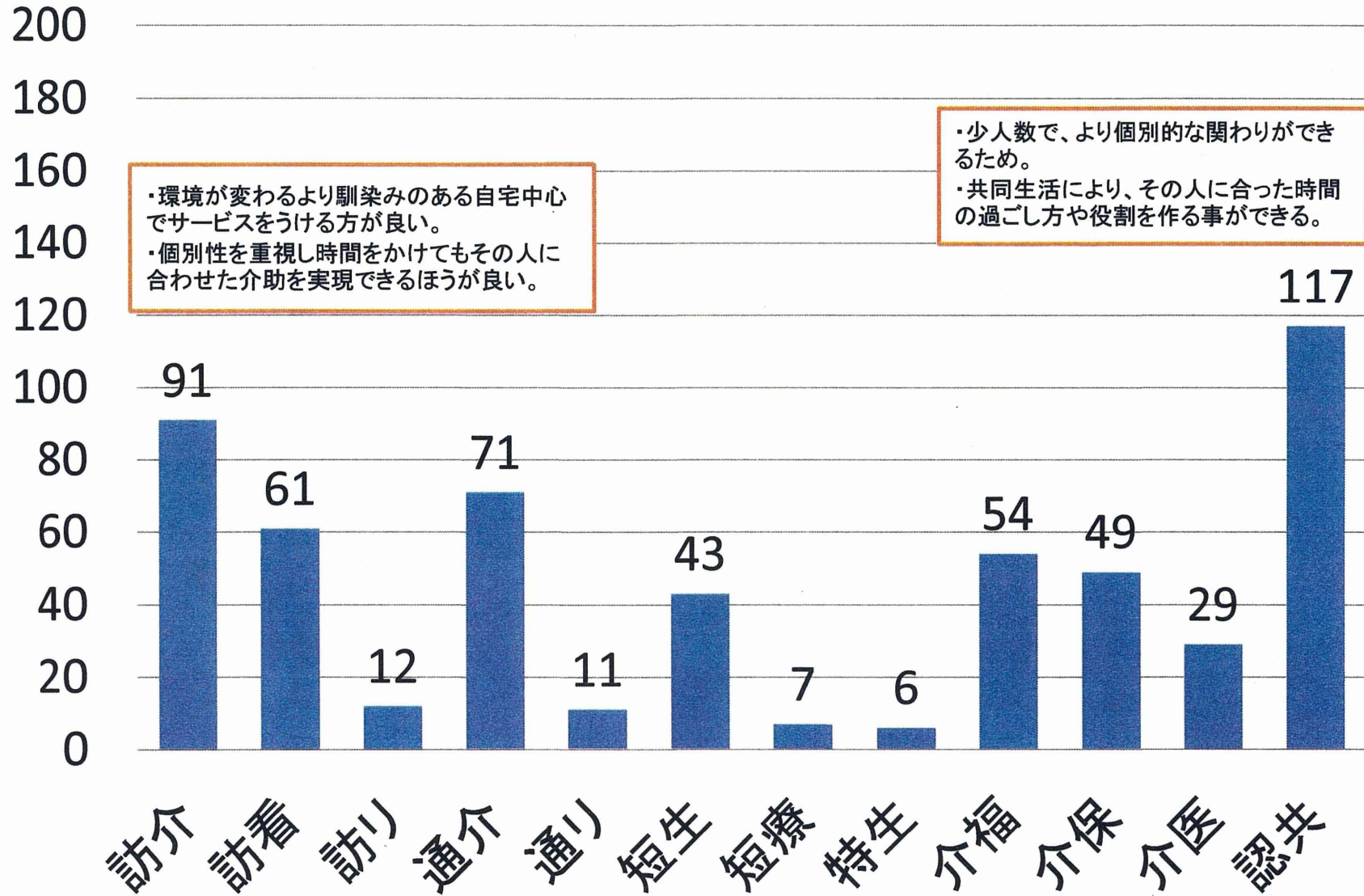
・GHであれば少人数で、より個別的
な関わりができる。
・専門性が高い、もしくは同じ症状の
方が利用されることが多いため。

N=105

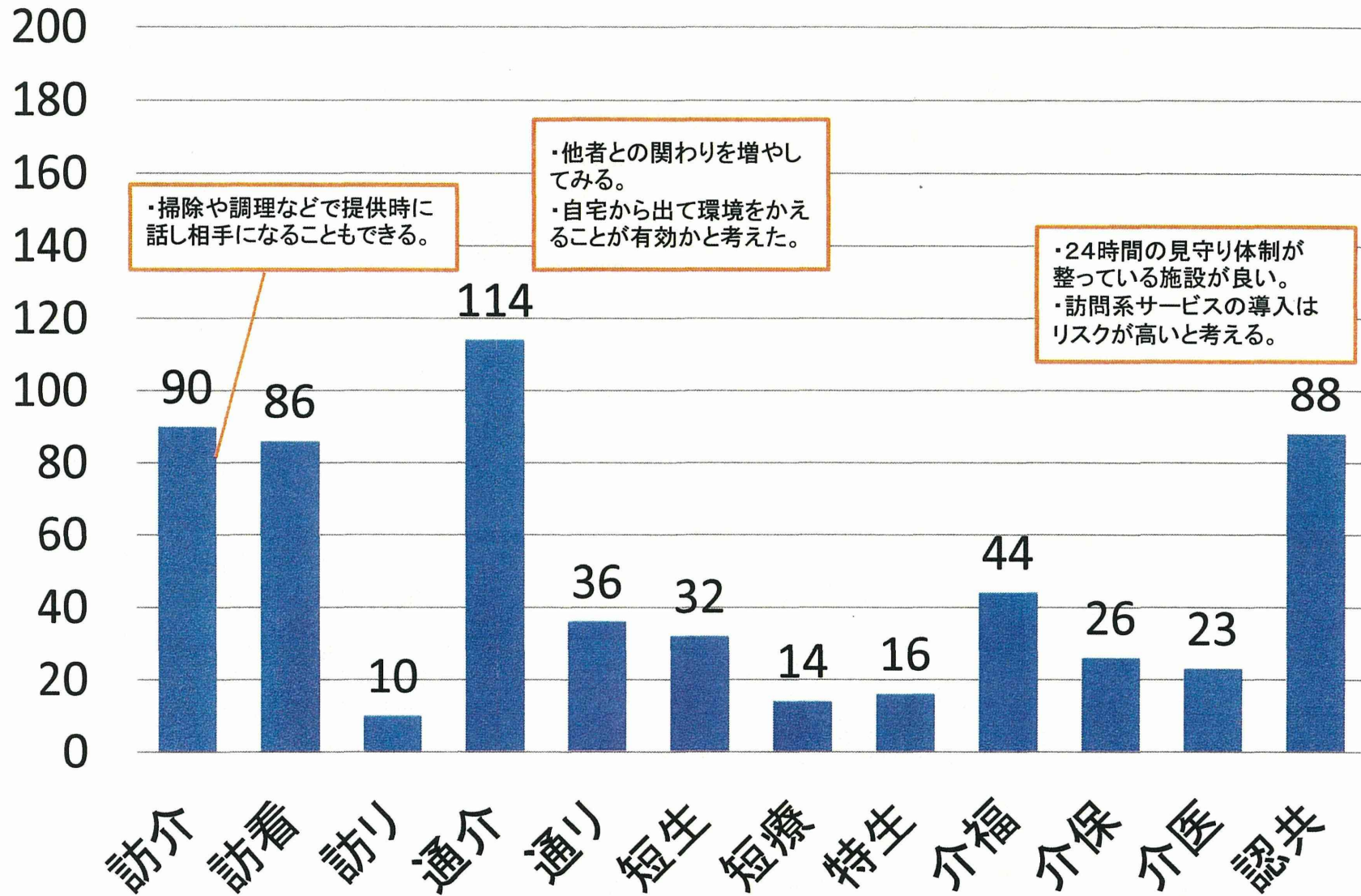
幻覚



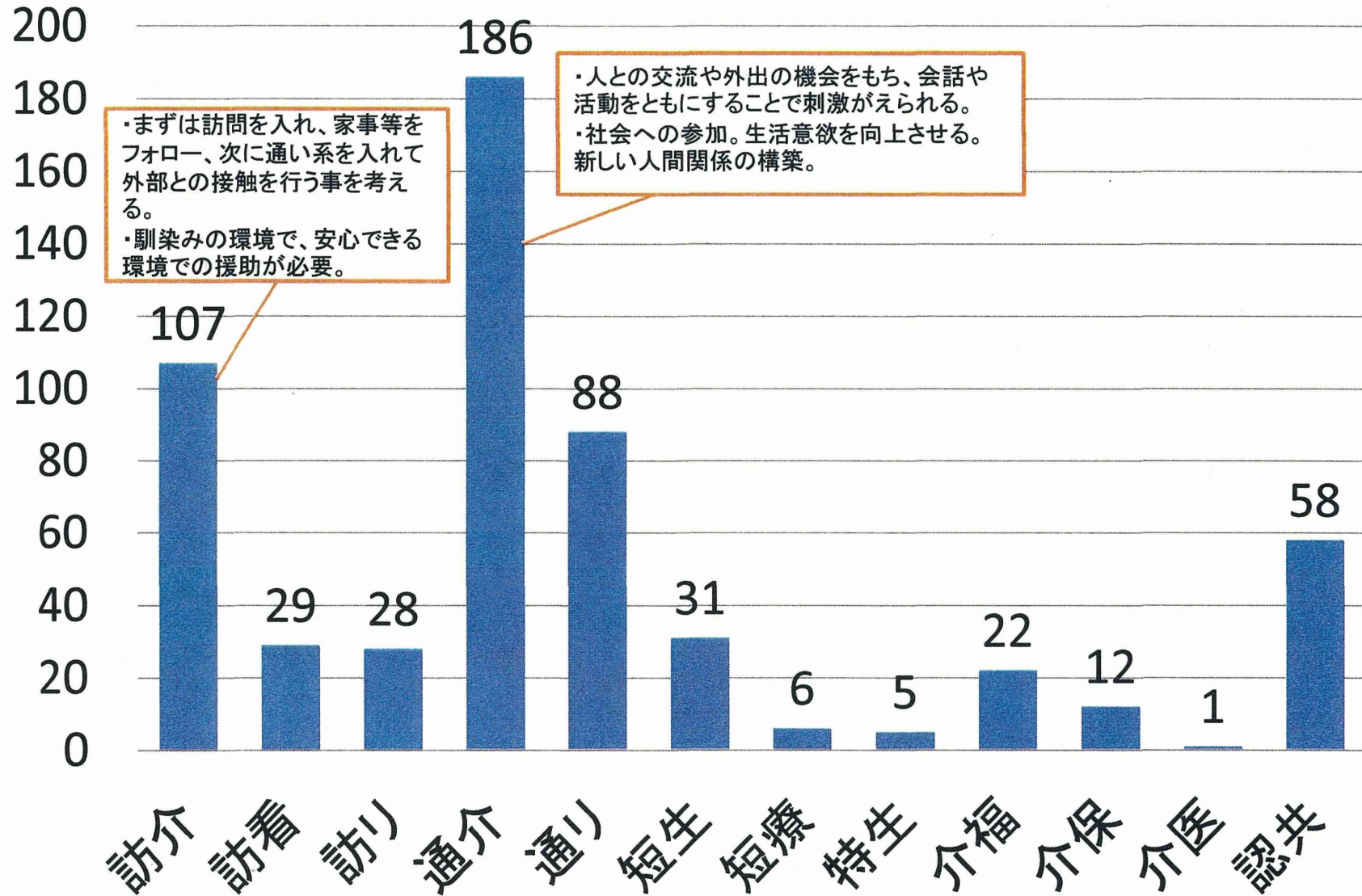
興奮



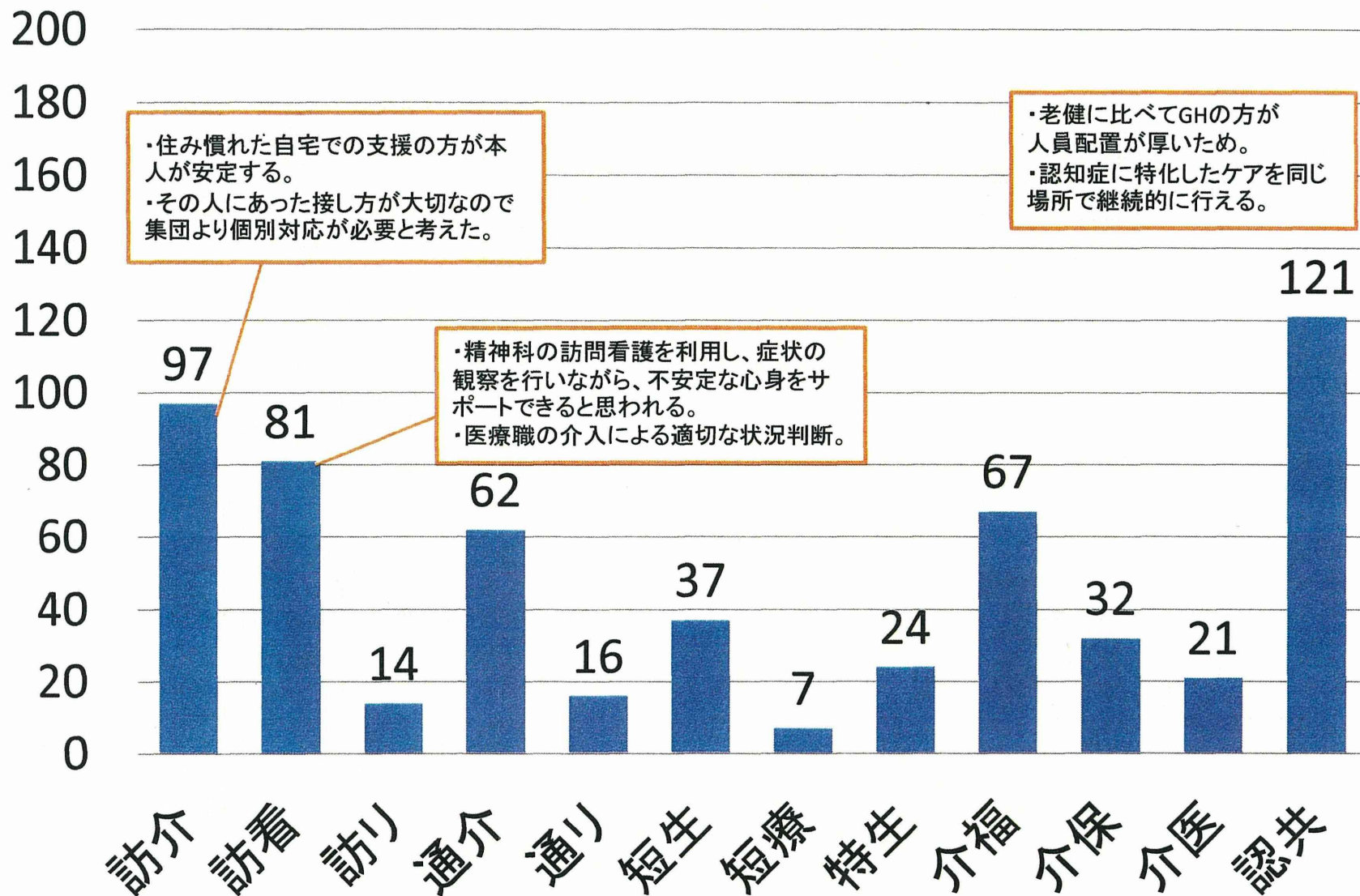
うつ・不快



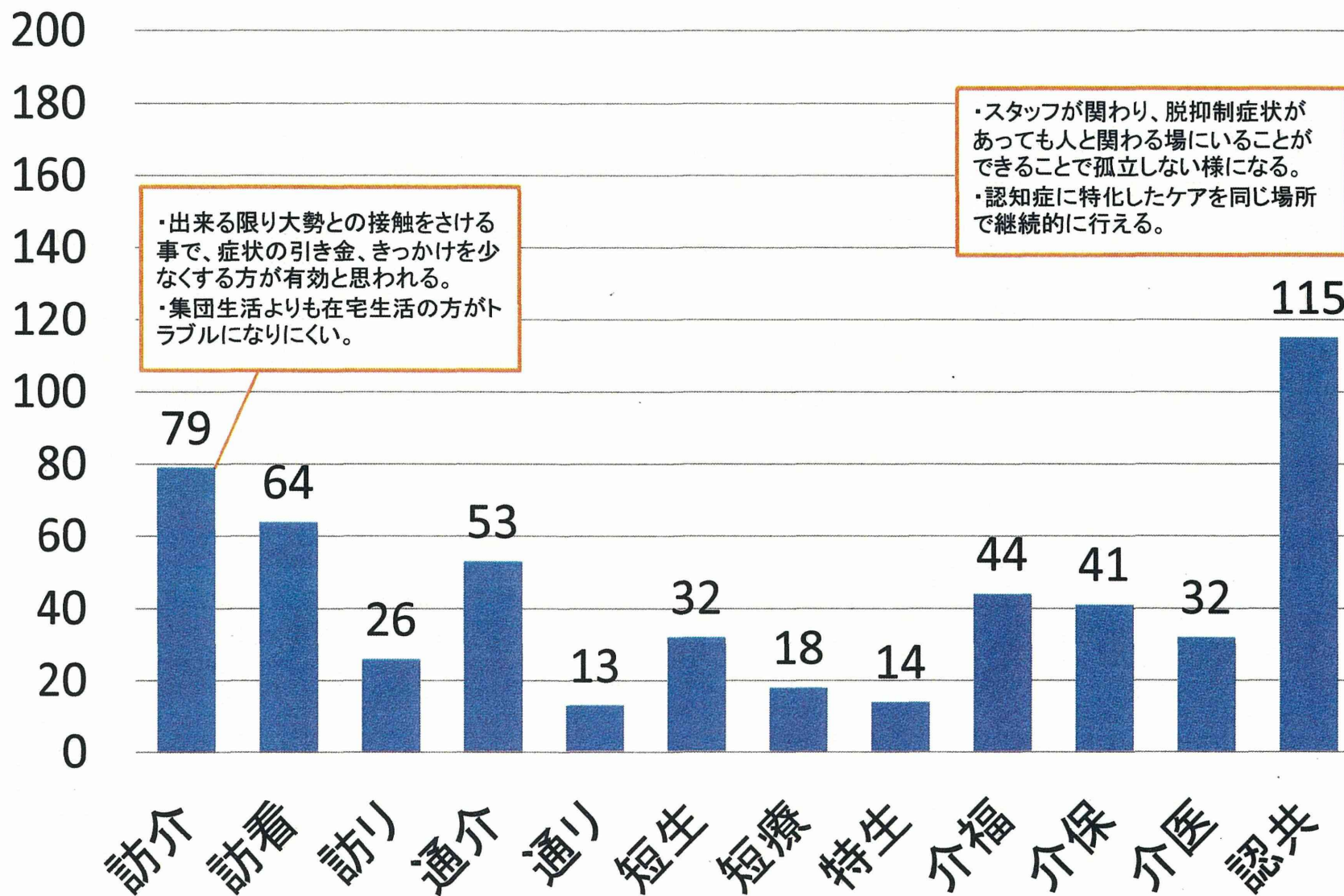
無為・無関心



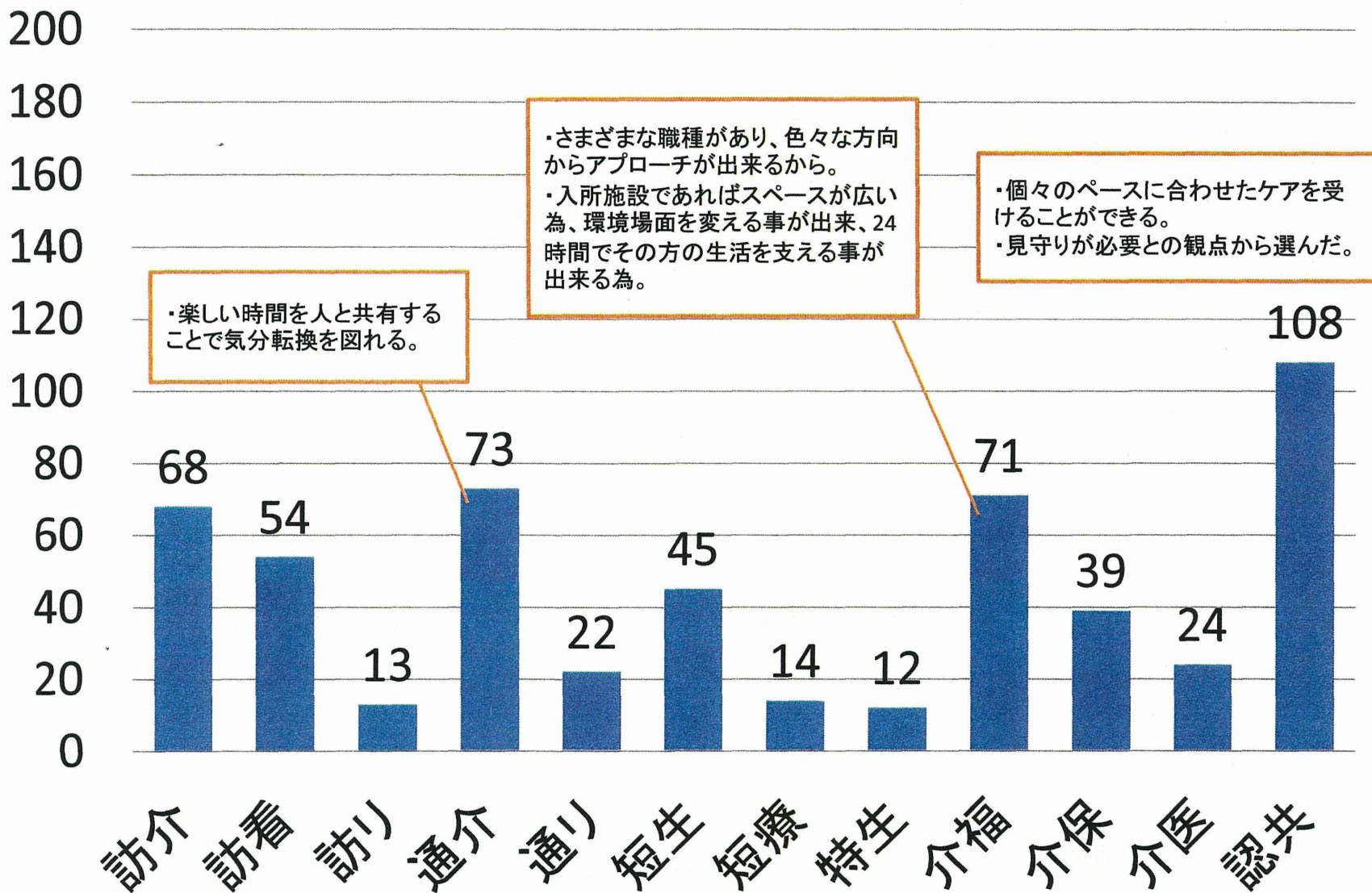
不安



脱抑制



易刺激性・不安定性



異常行動

