

続いて、睡眠障害を有する群、睡眠障害を有しない群に分けて CDR ごとの患者基本データを比較した。CDR3 のデータ比較において、睡眠障害を有する群と睡眠障害を有しない群の両群間で、唯一、教育年数に有意差を認めしたが、他の背景因子では、有意差は認めなかった。(表 2 参照)

次に、CDR ごとに分けて、NPI 総合計得点、および NPI の各構成要素の得点を、睡眠障害を有する群と睡眠障害を有しない群とで比較した表を示した。NPI 総合計点についてみると、すべての認知症ステージにおいて、睡眠障害を有する群の方が、NPI 総合計得点が高値を示した。しかし、認知症ステージ CDR0.5、CDR 1 では、有意差を認めしたが、CDR 2 以上のステージでは、有意差を認めなかった。NPI 下位項目についても、睡眠障害を有する群と睡眠障害を有しない群とで、CDR ごとに詳しく解析した。結果、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、すなわち、10 項目中の 8 項目の BPSD 症状で、睡眠障害を有する群の方が、有意に NPI 得点が高かった。CDR 1 以上になると、各 NPI の項目の得点の有意差を有するものは減じていき、CDR 1 においては、無為得点のみが、睡眠障害を有する群において、有意に得点が高く、CDR 2 群では異常行動のみであり、CDR 3 群では NPI 下位項目には有意差を認めない結果となった。(表 3 参照)

さらに詳細に、NPI 総合計点を目的変数とし、調査時年齢、性別、教育年数、MMSE、および NPI 睡眠障害得点を説明変数とし、すべての対象

AD 患者(848名)について、重回帰分析を行い、BPSD と説明変数との関係を調べた。結果、MMSE 得点の低さと睡眠障害得点の高さが、有意に NPI 合計得点に影響を認める結果となった。また、睡眠障害得点の高さの方が、MMSE 総合計点の低さよりも BPSD の総合計点により関与していることが示される結果となった。(表 4 参照)

D. 考察

AD 患者の BPSD と睡眠障害の存在には、関連性が認められた。認知症ステージごとに見ると、睡眠障害を有する群と有しない群で BPSD の程度に差があるステージがあり、特に早期ステージ(CDR0.5)の睡眠障害を有する群で、多くの BPSD 症状が悪い傾向が確認された。一方で、認知症ステージが進行すると、睡眠障害と BPSD との間の関連性は失われていく傾向を認めた。

E. 結論

BPSD の予防・早期介入の視点から、AD の認知症ステージのごく初期の時点における睡眠障害への適切な評価と介入が、AD 患者の BPSD の軽減に寄与できる可能性が示唆される。

F. 健康危険情報

特記事項なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 睡眠障害の臨床 睡眠時随伴症群—
ンレム睡眠覚醒障害—

臨床精神医学 2014; 43(7):1013-8

足立浩祥

2. 学会発表

1) 認知症の原因疾患別による進行度と睡眠の問題との関連

足立浩祥、壁下康信、松下正輝、三上章良、
野々上茂、中内緑、重土好古、数井裕光
第6回日本臨床睡眠医学会（神戸市）8/1-3,
2014

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

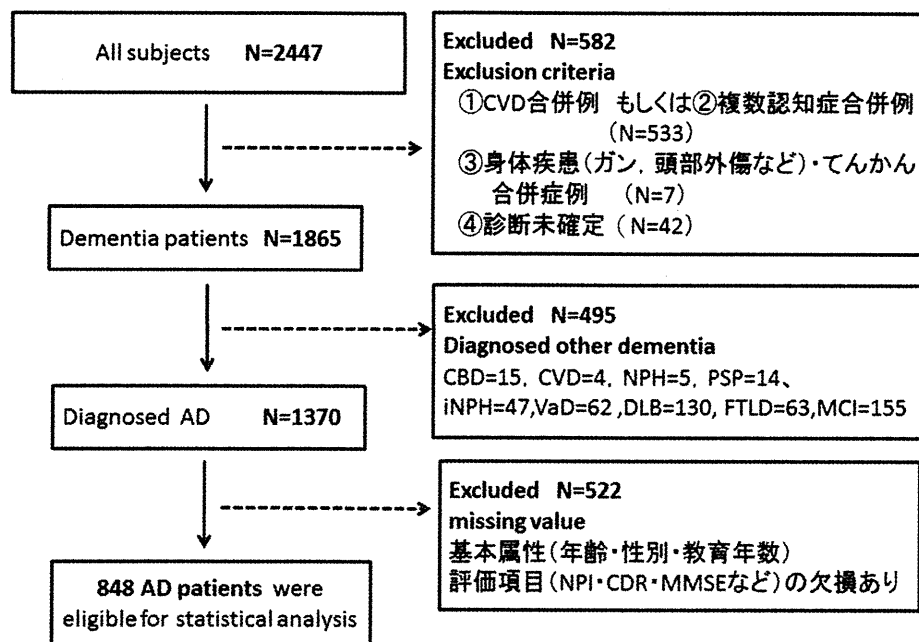
なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記事項なし。

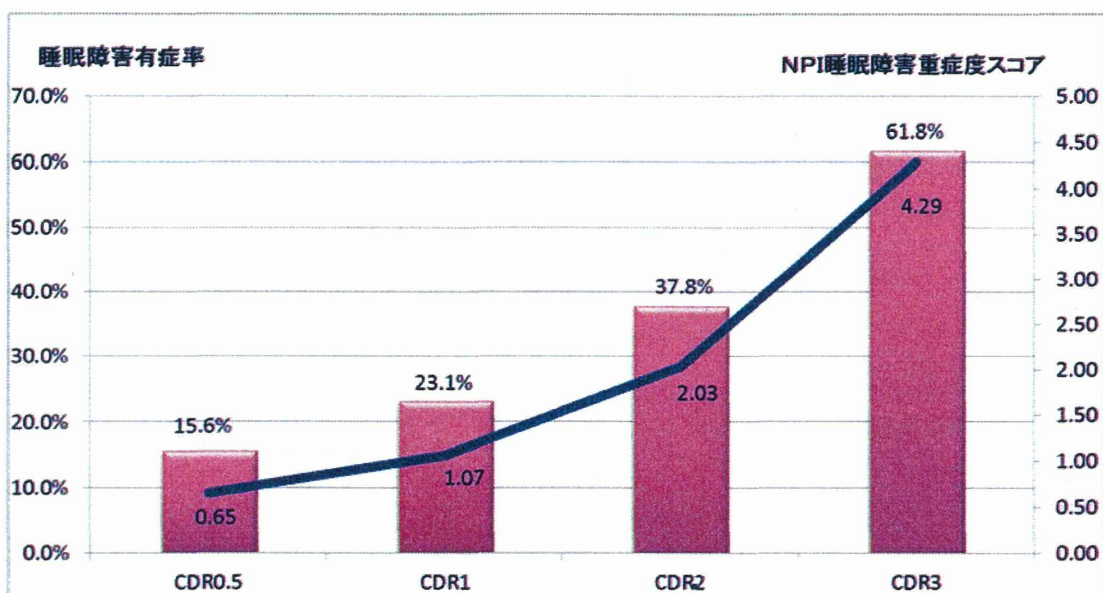


(図1) 対象者のフローダイアグラム

	Without sleep problem		With Sleep problem		t/χ^2	P
	Mean	SD	Mean	SD		
<i>n</i>	642		206			
Age	76.00	8.396	76.11	8.886	-0.17	0.866 <i>n.s</i>
Years of education	11.10	2.938	10.81	2.743	1.28	0.200 <i>n.s</i>
MMSE score	19.70	5.326	18.09	5.972	3.45	0.001 **
Sex (male, % of male)	209	(32.6%)	82	(39.8%)	3.64	0.064 <i>n.s</i> †
Clinical Dementia Rating (<i>n</i> , %)						
CDR 0.5	271	(42.2%)	50	(24.3%)		
CDR 1	269	(41.9%)	81	(39.3%)		
CDR 2	89	(13.9%)	54	(26.2%)		
CDR 3	13	(2.0%)	21	(10.2%)		

CDR, Clinical Dementia Rating; MMSE, Mini-Mental State Examination. †, χ^2 -test
 Without sleep problem, NPIsleep=0; With Sleep problem, NPIsleep \geq 1
 *** P < 0.001, ** P < 0.01, * P < 0.05.

(表1) 患者基本データ (睡眠障害の有無別)



(図2) ADのCDRごとの睡眠障害有症率と重症度

	AD without sleep problem	AD with Sleep problem	t/ χ^2	p Value
CDR = 0.5 (N=321)	N=271	N=50		
Age	75.24 ±8.802	72.84 ±8.643	1.78	0.076 <i>n.s</i>
Sex (male, % of male)	99 (36.5%)	24 (48.0%)	2.35 †	0.154 <i>n.s</i>
Years of education	11.38 ±2.743	11.70 ±2.558	-0.76	0.450 <i>n.s</i>
MMSE score	22.78 ±3.484	23.24 ±3.223	-0.86	0.389 <i>n.s</i>
CDR = 1 (N=350)	N=269	N=81		
Age	76.29 ±8.126	76.53 ±7.937	-0.23	0.817 <i>n.s</i>
Sex (male, % of male)	78 (29.0%)	30 (37.0%)	1.89 †	0.173 <i>n.s</i>
Years of education	10.97 ±3.055	11.10 ±2.737	-0.33	0.742 <i>n.s</i>
MMSE score	18.94 ±4.276	19.30 ±4.241	-0.66	0.507 <i>n.s</i>
CDR = 2 (N=143)	N=89	N=54		
Age	77.20 ±8.048	77.41 ±9.785	-0.14	0.892 <i>n.s</i>
Sex (male, % of male)	27 (30.3%)	20 (37.0%)	0.68 †	0.464 <i>n.s</i>
Years of education	10.56 ±3.089	10.09 ±2.715	0.92	0.359 <i>n.s</i>
MMSE score	14.47 ±5.294	14.72 ±4.562	-0.29	0.773 <i>n.s</i>
CDR = 3 (N=34)	N=13	N=21		
Age	77.31 ±6.738	78.95 ±8.947	-0.57	0.573 <i>n.s</i>
Sex (male, % of male)	5 (38.5%)	8 (38.1%)	0.00 †	1.000 <i>n.s</i>
Years of education	11.62 ±2.959	9.38 ±2.397	2.41	0.022 *
MMSE score	6.85 ±4.337	9.81 ±6.178	-1.51	0.141 <i>n.s</i>

CDR, Clinical Dementia Rating; MMSE, Mini-Mental State Examination. †, χ^2 -test
 Without sleep problem, NPIsleep=0; With Sleep problem, NPIsleep \geq 1
 * $P < 0.05$.

(表2) CDRごとの各背景因子・認知機能と睡眠障害別の関連

	Without sleep problem		With sleep problem		<i>t</i>	<i>P</i>
	Mean	SD	Mean	SD		
<u>CDR 0.5</u>						
NPI total score	10.00	10.288	17.03	13.034	-7.07	< 0.001 **
Delusion	1.03	2.501	1.86	3.185	-3.41	< 0.001 **
Hallucinations	0.31	1.387	0.75	2.103	-2.80	0.006 *
Agitation	0.99	2.138	1.80	2.821	-3.78	< 0.001 **
Depression	0.91	1.879	1.17	1.912	-1.73	0.084
Anxiety	0.95	2.168	1.49	2.583	-2.73	0.007 *
Euphoria	0.08	0.572	0.13	0.735	-0.92	0.359
Apathy	3.54	3.292	4.96	3.938	-4.69	< 0.001 **
Disinhibition	0.37	1.353	0.84	2.110	-3.01	0.003 *
Irritability	0.93	2.178	1.64	2.685	-3.44	< 0.001 **
Aberrant motor behavior	0.89	2.362	2.39	3.767	-5.41	< 0.001 **
<u>CDR 1</u>						
NPI total score	6.14	7.400	13.50	13.488	-3.75	< 0.001 **
Delusion	0.55	1.847	1.70	3.340	-2.36	0.022
Hallucinations	0.17	0.827	0.72	2.339	-1.63	0.108
Agitation	0.48	1.401	1.38	2.594	-2.39	0.020
Depression	0.77	1.805	1.10	2.243	-1.12	0.262
Anxiety	0.64	1.700	1.58	2.658	-2.42	0.019
Euphoria	0.03	0.284	0.16	0.710	-1.28	0.206
Apathy	2.20	2.513	3.78	3.495	-3.06	0.003 *
Disinhibition	0.24	1.144	0.82	2.229	-1.80	0.078
Irritability	0.78	2.108	1.04	1.761	-0.81	0.417
Aberrant motor behavior	0.28	1.109	1.22	2.951	-2.23	0.030
<u>CDR 2</u>						
NPI total score	11.23	10.106	14.44	12.400	-2.13	0.035
Delusion	1.28	2.801	1.26	2.668	0.07	0.947
Hallucinations	0.39	1.730	0.40	1.301	-0.02	0.982
Agitation	1.08	2.040	1.42	2.650	-1.23	0.220
Depression	0.96	1.846	0.89	1.761	0.29	0.774
Anxiety	0.97	2.162	1.36	2.763	-1.17	0.244
Euphoria	0.07	0.483	0.06	0.366	0.22	0.828
Apathy	4.09	3.276	4.15	3.328	-0.13	0.895
Disinhibition	0.38	1.138	0.74	2.066	-1.51	0.135
Irritability	0.99	2.096	1.64	3.079	-1.80	0.075
Aberrant motor behavior	1.02	2.565	2.53	4.038	-3.18	0.002 *
<u>CDR 3</u>						
NPI total score	16.00	11.068	23.43	12.659	-1.74	0.091
Delusion	0.69	1.702	2.81	3.356	-2.43	0.021
Hallucinations	0.69	1.377	2.14	3.798	-1.59	0.123
Agitation	2.38	3.731	2.29	2.572	0.09	0.928
Depression	0.62	1.325	1.52	1.721	-1.73	0.094
Anxiety	1.38	2.256	1.43	2.111	-0.06	0.955
Euphoria	0.00	NA	0.00	NA	NA	NA
Apathy	6.92	3.861	8.24	3.659	-1.00	0.326
Disinhibition	0.69	2.213	0.67	1.560	0.04	0.969
Irritability	0.92	2.178	1.00	1.517	-0.12	0.904
Aberrant motor behavior	1.69	3.816	3.33	4.103	-1.16	0.253

CDR, Clinical Dementia Rating; MMSE, Mini-Mental State Examination ; NA, not available
Without sleep problem, NPIsleep=0; With Sleep problem, NPIsleep \geq 1

** P < 0.001, * P < 0.01

(表3) CDR ごとの睡眠障害の有無とNPI

	β	t	P
Age			<i>n.s</i>
Sex			<i>n.s</i>
Years of education			<i>n.s</i>
MMSE score	-0.18	-5.74	< 0.001 ***
Score of sleep	0.36	11.37	< 0.001 ***

*** $P < 0.001$. The *n.s* means not significance.

MMSE, Mini-Mental State Examination.

(表 4) NPI 合計得点と他の因子との関連 (重回帰分析)

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

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

分担研究者 遠藤英俊（独立行政法人国立長寿医療研究センター）

研究要旨：

研究目的：Elizabeth Mackinleyらが開発したスピリチュアル回想法を日本に導入し、特別養護老人ホームにおいてその有用性について検討した。

研究方法：対象は軽度の6名の認知症患者であり、毎週1回、介入群6名を対象として6週間を1クールとして、4回繰り返した。対照群は6名である。

研究結果：スピリチュアリティ尺度は6か月後、3回目の評価において、改善を示し、PGCにおいて有意なQOLの改善が観察された。まとめ：スピリチュアルケアはライフレビューを基礎において、グループセッションを行うことにより、スピリチュアリティ尺度やPGCにおいて心理症状の改善が観察され、BPSDの軽減やQOLの改善を図ることができた。日本においてもBPSDの軽減に対して、十分に有効な認知症ケアの方法と考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、認知症のBPSDの症状はさまざまであり、個別性が高いために、対応が困難な場合がある。具体的には妄想や徘徊、感情失禁などの症状があり、その程度も様々である。そこで本研究ではケアへの影響を及ぼすとされる認知症のスピリチュアルケアを導入し、その長期的な有用性について検討した。

B. 研究方法

研究方法としては有料老人ホームへの入所者でコントロール群6名と介入群6名を無作為に選択し、臨床心理士が回想法のリーダーとして、週1回のセッションを6回を1クールとして2クール行った。その際介入の前後でMMSE、スピリチュアリティスケール、PGCモラルスケールの評価を別の臨床心理士が行った。計6か月の介入研究を繰り返し行った。今回は6か月間のデータを

分析した。

（倫理面への配慮）本研究は国立長寿医療研究センターの倫理委員会の承認を得て行った。研究発表、研究報告にあたっては匿名性に配慮し、個人情報の保護に留意する。

C. 研究結果

認知症の人へのスピリチュアルケアを実施し、その6か月間の有用性について検討した。その研究の評価としては図1に示したように、スピリチュアリティ尺度は90点満点で介入前の61.8から介入後は65.8へ、対照群ではそのスコアが低下した。また図2に示したようにコントロール群では変化がなかったが、介入群ではPGCモラルスコアが4.3から5.8へ改善した。対照群では変化がみられなかった。

D. 考察

スピリチュアル回想法はオーストラリア

で開発され、2010年に日本に導入された。本研究ではその日本での効果について検証したところ、プリミティブではあるが、認知症の人のQOL, 心理行動に対してよい影響がある可能性が示唆された。本ケアを広めるためにはさらに、検討を加え、介護職への有用性の調査を行い、その後介護職むけの研修が必要となるが、その価値は大きいものと思われる。

E. 結論

認知症のBPSDに対する新しいケア、すなわちスピリチュアルケアを導入したところ、認知症の人にもスタッフ側にもよい効果が観察され、BPSDへの治療とケアの一つの手段となりうることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hiroyuki Umegaki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirotaka Nakashima, Masafumi Kuzuya, Hidetoshi Endo
Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan Archives of Gerontology and Geriatrics 58:130-133,2014

2. 学会発表

- 1) 遠藤英俊、遠矢純一郎、小宮山恵美、大谷るみ子 (内科総合診療部) シンポジウム1 これからの認知症ケアと在宅医療. 第16回日本在宅医学会大会, 2014年3月1日, 浜松市.
- 2) 遠藤英俊 (長寿医療研修センター) 認知症治療薬に関する最新情報の提供 (座長). 第55回日本神経学会学術大会, 2014年5月21日, 福岡市博多区.
- 3) 遠藤英俊 (長寿医療研修センター) 学会企画セッション【超高齢化社会における内科医療の役割を再考する】 演題:「虚弱高齢者診療の現状と課題」米国内科学会日本支部 年次総会, 2014年5月31日, 京都大学.
- 4) 服部英幸, 鷺見幸彦, 櫻井孝, 遠藤英俊, 鳥羽研二 (行動・心理療法部, 脳機能診療部,

もの忘れ外来部, 長寿医療研修センター, 理事長室) 急性期病院内の認知症治療病棟での実践 第56回日本老年医学会学術集会, 2014年6月13日, 福岡市.

- 5) 佐竹昭介, 洪英在, 小林正樹, 西原恵司, 川嶋修司, 三浦久幸, 遠藤英俊 (高齢者総合診療科, 在宅連携医療部) 高齢者総合診療科外来受診者の服薬数と基本チェックリストによる虚弱評価 第56回日本老年医学会学術集会, 2014年6月13日, 福岡市.
- 6) 千田一嘉, 佐竹昭介, 西川満則, 徳田治彦, 三浦久幸, 遠藤英俊 (呼吸器科, 高齢者総合診療科, 臨床検査部, 在宅連携医療部) 基本チェックリストの継時的変化で見た高齢睡眠時無呼吸症候群患者(OSAS)のケア 第56回日本老年医学会学術集会, 2014年6月13日, 福岡市.
- 7) 千田一嘉, 佐竹昭介, 西川満則, 徳田治彦, 近藤和泉, 三浦久幸, 遠藤英俊 (呼吸器科, 高齢者総合診療科, 臨床検査部, 機能回復診療部, 在宅連携医療部) 高齢 COPD 患者のための呼吸リハビリテーションを核とした「包括的ケア」への基本チェックリストの導入 第56回日本老年医学会学術集会, 2014年6月13日, 福岡市.

G. 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

図1. スピリチュアル回想法のスピリチュアリティへの効果

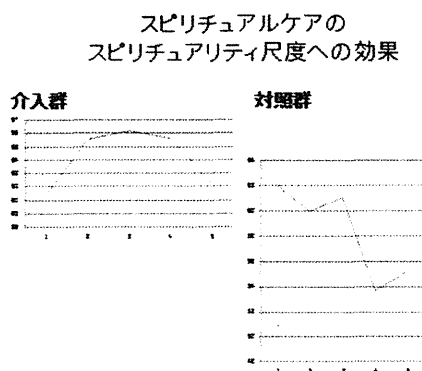
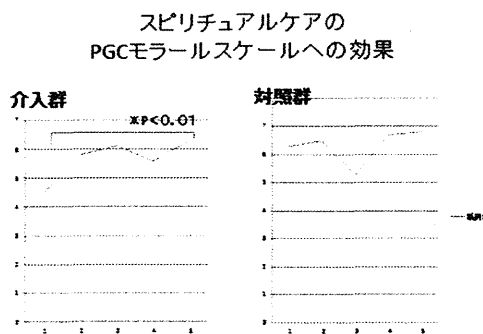


図2. スピリチュアル回想法のPGCへの効果



症候からの簡便な認知症鑑別診断法の開発研究

（もの忘れ問診票の有用性に関する研究）

研究分担者 山本泰司

神戸大学医学部 精神科神経科 講師

現在、我々は「もの忘れ問診票」を用いて、この問診票が認知症スクリーニングや原因疾患の推定にどの程度有用であるかを見積もる研究を行っている。この問診票の実際の診断との一致率の解析を行ったうえで、その有用性と限界の見積もり、認知症精査への啓発活動への活用方法の検討が本研究の目的である。そこで、今年度は上記問診票（パイロット版）を作成したうえで、それらの有用性に関する検証を行った。

対象：神戸大学医学部附属病院（精神神経科）の認知症外来を受診した患者のうち、任意に抽出して協力同意を得た患者の介護者 12 名を対象とした。

方法：無記名の問診票（33 項目の症状チェックリストおよび 5 者択一の進行パターンチェックリスト）を作成し、これを用いて当院認知症外来患者の介護者にアンケート調査を行った。さらに、本研究における独自の診断アルゴリズムに基づいた主診断および副診断を決定した。

結果：主診断と臨床診断の一致率は 25%（3/12）にとどまった。さらに副診断を考慮すると、臨床診断との一致率は 67%（8/12）まで上昇した。

まとめ：「もの忘れ問診票」（パイロット版）を用いた現時点の検証結果では、問診票の内容および診断アルゴリズムも未熟であり、実用に足りうる完成版のレベルには至っていない。今後、その内容と診断アルゴリズムを見直すことで診断一致率を上げ、次年度は 300 名程度の症例で調査を行う予定である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

松山賢一・神戸大学精神医学・大学院生

阪井一雄・神戸大学精神医学・非常勤講師

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大きな因子であるが、認知症の疾患別に出現しやすい BPSD の種類と頻度が大きく異なる。そこで、早期の認知症鑑別診断をおこなう事はその後生じやすい BPSD の発現予測にとって重要である。そこで、我々は認知症の専門医のいない医療機関においても簡便で利用しやすい認知症診断ツールの開発を目的に、今回の「もの忘れ問診票」を作成することとした。

B. 研究方法

対象は、神戸大学附属病院（精神科神経科）の認知症外来に通院する患者の介護者（12 名）。これらの介護者に対して、平成 26 年 10 月から 12 月までにももの忘れ問診票（無記名式）を用い

たアンケート調査用紙（別紙：資料 1 参照）を行った。

もの忘れ問診票の具体的な内容は、「患者と記入者の関係」、「居住形態」、「入院歴」、「発症時期」、「33 項目の症状チェック」、「5 者択一の進行パターンチェック」である。症状チェックの内容は、「記憶障害」、「記憶障害以外の中核症状」、「4 大認知症をはじめとする認知症疾患ごとの特異的な症状」からなる。介護者は各症状に対して、「はい」、「時々」、「いいえ」のいずれかを選ぶ。診断アルゴリズムは、症状チェックと進行パターンチェックの結果から、記憶障害の程度、主診断、副診断を結果として出力する。主診断とは「最も可能性が高いと思われる診断」であり、副診断とは「可能性としての残すべき診断」のことであり、複数の診断を許すこととした。なお、診断アルゴリズムの内容を添付する（別紙：資料 2 参照）。

（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り、殆どのアンケート用紙には個人情報に含まれない。介護者より提供を受けた記入済みの問診票は研究期間中「連結可能匿名化」した状態で、神戸大学大学院医学研究科

において厳重に保管する。

C. 研究結果

計 12 名の介護者に対してアンケート調査を行った結果を Excel 表にまとめたものを添付する (表 1)。

表 1 には、アンケートの回答結果を数値化してまとめた。また、それをもとにした診断アルゴリズムの出力結果およびカルテより収集した臨床診断 (専門医による診断) を併記した。なお、診断アルゴリズムは、資料 2 の内容を Excel のマクロ言語で記述し自動診断をおこなった。

D. 考察

主診断と臨床診断の一致率は 25%(3/12)にすぎなかった。もの忘れ問診票のみで診断を行うことには、診断一致率の向上におのずから限界があると思われる。また、診断の誤りの多くは、MCI と AD の診断を互いに取り違えていること (8/9) であり、MCI と AD の鑑別を問診票のみで行うことは特に困難があると思われる。しかし、アルゴリズムや質問項目のさらなる見直しで、ある程度の改善が得られる可能性は期待できる。

さらに、副診断を考慮すると臨床診断との一致率は 67%(8/12)まで上昇する。しかし、うち 2 例では 3 つ以上の副診断が併記されており、これでは十分な鑑別診断に至っているとはいえない。診断アルゴリズムや質問項目のさらなる見直しで、副診断の数を絞り、副診断を含めた場合の診断一致率を実用的なレベルまで向上させることは可能と思われる。

E. 結論

上記のように、現時点ではもの忘れ問診票の内容も診断アルゴリズムもまだ不十分であり、実用には堪えないが、今後さらにその内容を見直すことで診断一致率を上げ、来年度は他の医療機関の協力を得て 300 名程度の症例に対してアンケート調査を行ない結果の解析を行いたいと考えている。

その結果から、問診票の有用性を明らかにしたうえで一般医療機関への導入を計る。さらに、本研究における問診表の鑑別診断精度を考慮したうえで、一般医療機関から認知症専門医療機関への受診を促進し、認知症啓発活動への活用を考えていきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Prediction of outcomes in MCI by using 18F-FDG-PET: A multicenter study
Kengo Ito, Hidenao Fukuyama, Michio Senda, Kazunari Ishii, Kiyoshi Maeda, Yasuji Yamamoto, Yasuomi Ouchi, Kenji Ishii, Ayumu Okumura, Ken Fujiwara, Takashi Kato, Yutaka Arahata, Yukihiko Washimi, Yoshio Mitsuyama, Kenichi Meguro, Mitsuru Ikeda, SEAD-J Study Group (2015, Journal of Alzheimer's Disease. in Press)

2. 学会発表

- 1) 山本泰司. 老年期うつ病、その鑑別と診療の注意点とは. 神戸市中央区医師会学術例会、神戸市、2014. 5. 21.
- 2) 山本泰司. 認知症診療の課題と展望 第 29 回日本老年精神医学会ランチョンセミナー、東京、2014. 6. 12.
- 3) 山本泰司. 認知症診療の課題と展望. 認知症ケア勉強会、京都市、2014. 8. 29.
- 4) 山本泰司. アルツハイマー型認知症と診断されたアミロイドアミロイド PET 検査で陰性であった 3 症例. 第 4 回日本認知症予防学会、東京、2014. 9. 27. (学会浦上賞、受賞演題)
- 5) 山本泰司. 認知症の予防と早期発見に有用な最近の話題. 第 4 回日本認知症予防学会市民公開講座、東京、2014. 9. 28.
- 6) 山本泰司. うつ病診療の基本、薬物療法と精神療法の重要性. 神戸市医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会、神戸市、2014. 11. 1.
- 7) 山本泰司. 現在の認知症認知症診療、課題と展望. 第 5 回出雲認知症セミナー、出雲市 (島根)、2014. 11. 14.

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

研究成果の刊行

なし

問診	男	記入者	居住形態	入院歴	発症時期	症1	症2	症3	症4	症5	症6	症7	症8	症9	症10	症11	症12	症13	症14	症15	症16	症17	症18	症19	症20
1	2	3			2	1	2	1	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	
2	1	2	0		2	0	0	2	1	2	0	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
3	2	2	1		2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	
4	2	3	1		2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
5	3	1	0		2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	3	2	0		2	2	1	1	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	
7	2	2	0		5		1	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	
8	1	2	1		2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	
9	1	2	1		3	1	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	
10	1	2	1		2	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	
11	1	2	1		2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	
12	2	1	0		2	1	1	2	2	0	1	2	2	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	

記入者 1:配偶者 2:子供 3:嫁 4:ヘルパー 5:施設職員 6:その他

居住形態 1:独居 2:記入者と同居 3:記入者以外と同居 4:施設

入院歴 1:あり 0:なし

発症時期 1:5年以上前 2:1~5年前 3:半年~1年前 4:1か月~半年前 5:1か月以内

症状 2:はい 1:時々 0:いいえ

症21	症22	症23	症24	症25	症26	症27	症28	症29	症30	症31	症32	症33	進行/記憶	主診断	副診断	臨床診断
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	B	中等AD	DLB, うつ病	うつから初期ADへの移行
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	B	中等MCI	AD	MCI
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	A	中等MCI	AD	AD
1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	C	中等AD	DLB, うつ病	MCI
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		中等MCI	AD	初期AD
1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	B	中等MCI	AD	AD
0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	D	中等急性疾患	MCI, AD, DLB	MCI疑い
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	C	中等AD	うつ病	うつ, AD
1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	2	2	0	B	中等AD	PA, うつ病	MCI
0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	B	中等MCI	AD, PA, うつ病	中等度AD、失語あり
0	0	1	0	0	2	0	1	2	0	0	0	0	B	中等AD	VD	MCI, CVDあり
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	B	中等AD	うつ病	MCI、被害妄想あり

資料1：<もの忘れ問診票パイロット版>

(記入日 平成 年 月 日)

このアンケートはご家族または介護者の方がご記入下さい。

【該当するところの□にチェックを入れてください】

*ご記入頂いている方は □配偶者 □子供 □嫁 □ヘルパー □施設職員
□その他()

*患者さんは □独居 □記入者と同居 □記入者以外の人と同居 □施設入所

*患者さんは入院したことが □ある(病名:) □ない

*もの忘れが始まったのは □5年以上前 □1~5年前 □半年~1年前
□1か月~半年前 □ここ1か月以内

【1】症状チェック (はい、時々、いいえのうち最も近いものに○をつけてください)

- 1 人や物の名前が出てこない。 (はい 時々 いいえ)
- 2 財布や保険証など、身の回りのものを置き忘れる。 (はい 時々 いいえ)
- 3 朝ご飯に何を食べたか、思い出せない。 (はい 時々 いいえ)
- 4 薬をよく飲み忘れる。 (はい 時々 いいえ)
- 5 よく知った道でも迷う。 (はい 時々 いいえ)
- 6 ご飯を食べたことを忘れて「食べてない」と言う。 (はい 時々 いいえ)
- 7 すぐに忘れて同じ話を何度もする。 (はい 時々 いいえ)
- 8 メモをとってもメモしたことを忘れる。 (はい 時々 いいえ)
- 9 昔のことを覚えていない。 (はい 時々 いいえ)
- 10 家族や親しい人の顔を覚えていない。 (はい 時々 いいえ)
- 11 日付や曜日がわからない。 (はい 時々 いいえ)
- 12 自宅を「自分の家ではない」と言う。 (はい 時々 いいえ)
- 13 料理や買い物ができない。 (はい 時々 いいえ)
- 14 着替えをきちんとできない。 (はい 時々 いいえ)
- 15 使い慣れた道具(リモコン、電子レンジなど)をうまく使えなくなった。 (はい 時々 いいえ)
- 16 意欲がなくなり、まわりの出来事に無関心になった。 (はい 時々 いいえ)
- 17 援助なしでは、もの忘れて日常生活にかなりの支障をきたす。 (はい 時々 いいえ)
- 18 1日の中でもしっかりしている時とぼんやりしている (はい 時々 いいえ)

時の差が大きい。

- 19 実際にいないもの(例：人、動物、虫)が見えると訴える。 (はい 時々 いいえ)
- 20 歩き方が、小刻みになったり、こげやすくなった。 (はい 時々 いいえ)
- 21 夜間に限って混乱した行動がある。 (はい 時々 いいえ)
- 22 早い時期から、性格が変わり、迷惑な行動が増えた。 (はい 時々 いいえ)
- 23 思いやりがなくなり、わがままになった。 (はい 時々 いいえ)
- 24 毎日同じ行動パターンをやめることができない。 (はい 時々 いいえ)
- 25 食べ物の好みや食べ方が明らかに変わった。 (はい 時々 いいえ)
- 26 物を置いた場所を忘れて、「物を盗られた」と言う。 (はい 時々 いいえ)
- 27 簡単な言葉の意味を理解できない。例：「めがねって何？」と訊き返す、など。 (はい 時々 いいえ)
- 28 言葉がスムーズに出ず、言い間違ったりする。 (はい 時々 いいえ)
- 29 過去に脳出血や脳梗塞になったことがあり、その後3か月以内に認知機能が低下した。 (はい いいえ)
- 30 感情に波がある。例：すぐに泣いたり、怒ったりする。 (はい 時々 いいえ)
- 31 食欲の低下、または体重減少が目立つ。 (はい いいえ)
- 32 認知症になることを本人は非常に心配している。 (はい 時々 いいえ)
- 33 最近まで長年、お酒をほぼ毎日2合以上飲んでいて。 (はい いいえ)

【2】もの忘れの進行パターンチェック (最も近いもの1つに○をつけてください)

[A]	[B]	[C]	[D]	[E]
半年以上前から、ほとんど変化なし	半年以上前から、ゆっくりと明らかに進行	半年以上前から、波状または階段状に悪化	数日または数週間前から、急激に発症し悪化	悪化し、その後改善、またはその繰り返し。

(医師記入欄) この部分は医師が記入しますので、記載しないでください

ID:() 年齢:()歳 性別(男・女)
施設名() 医師名() Ver.20141208

資料2 <診断アルゴリズム Ver. 20150105>

I. 回答の「時々」は以下のように扱う。

1-8 : 「はい」に含める。

9,10 : 「いいえ」に含める。

11-17 : 「はい」に含める。

18-33 : 「いいえ」に含める。

II. 記憶障害の評価

1-3のうち、1つでも「はい」なら、軽度の記憶障害

4-8のうち、1つでも「はい」なら、中等度の記憶障害

9-10のうち、1つでも「はい」なら、重度の記憶障害とする。

III. 原因疾患の診断

以下の流れに従い診断する。主診断は1つだけ、副診断は該当する疾患をすべて併記する。主診断が複数になった場合は、先に診断されたものを主診断として残し、あとのものは副診断に入れる。

IV. 進行パターンがD

急性疾患を主診断とする。

V. 進行パターンがE

発症が「ここ1か月以内」で、1~28のいずれかの症状があるなら、せん妄を主診断とする。

VI. 17が「いいえ」なら、認知症ではない。

記憶障害が軽度で他の症状がなければ、正常加齢変化を主診断とする。

それ以外なら、軽度認知障害を主診断とする。

VII. 17が「はい」の場合

記憶障害以外の症状がなければ、認知症とは診断できない。軽度認知障害を主診断とする。

VIII. 原因疾患の鑑別

ADの可能性：

記憶障害+他の中核症状（11~16）が1つ以上あれば、ADを副診断に入れる。

DLBの診断：

DLBの中核症状（18~20）のうち2つ以上があれば、DLBを主診断とする。DLBの中核症状が1つでも、21が「はい」ならDLBを主診断とし、21が「いいえ」なら副診断とする。

SDの診断：

SDの中核症状（27）があれば意味性認知症（SD）を副診断に入れる。

PAの診断：

PAの中核症状（28）があれば進行性非流暢性失語（PA）を副診断に入れる。

FTDの診断：

FTDの中核症状（16、22~25）のうち3つ以上があり、26が「いいえ」なら、FTDを主診断とする。このとき、26が「はい」なら、FTDを副診断に入れる。

VDの診断：

29と30が「はい」なら、VDを主診断とする。29が「はい」、30が「いいえ」なら副診断とする。

アルコール性認知症の診断：

アルコール多飲歴（33）があり、記憶障害があり、見当識障害（11、12）が1つ以上「はい」ならば、アルコール性認知症を主診断とする。アルコール多飲歴と記憶障害だけなら、副診断とする。

うつ病の診断：

うつ症状（16、31、32）のうち2つ以上が「はい」ならば、うつ病を副診断に入れる。

ADの診断：

ここまで主診断が決まらず、ADが副診断に入っている場合は、ADを主診断に移す。

鑑別不能の認知症：

ここまで主診断が決まらないなら、主診断を「鑑別不能」とする。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
数井裕光	認知症	泉孝英	今日の診療のためのガイドライン外来診療 2014	日経メディカル開発	東京	2014	423-432
数井裕光	正常圧水頭症と慢性硬膜下血腫の症候学	池田学	日常診療に必要な認知症症候学	新興医学出版社	東京	2014	72-77
吉山顕次、数井裕光	認知障害	新井一	特発性正常圧水頭症の診療	金芳堂	京都	2014	60-68

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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.	老年精神医誌	25	1218-1221	2014
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	32	662-664	2014
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/clinicalpath/sample/sample22/01.html	2014
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	43	739-747	2014
Asaduzzaman M, Uddin MJ, Kader MA, Alam AH, Rahman AA, Rashid M, Kato K, Tanaka T, Takeda M, Sadik G.	In vitro acetylcholinesterase inhibitory activity and the antioxidant properties of Aegle marmelos leaf extract: implications for the treatment of Alzheimer's disease.	Psychogeriatrics	14(1)	1-10	2014

Morihara T, Hayashi N, Yokokoji M, Akatsu H, Silverman MA, Kimura N, Sato M, Saito Y, Suzuki T, Yanagida K, Kodama TS, <u>Tanaka T</u> , Okochi M, Tagami S, Kazui H, Kudo T, Hashimoto R, Itoh N, Nishitomi K, Yamaguchi-Kabata Y, Tsunoda T, Takamura H, Katayama T, Kimura R, Kamino K, Hashizume Y, Takeda M	Transcriptome analysis of distinct mouse strains reveals kinesin light chain-1 splicing as an amyloid- β accumulation modifier.	Proc Natl Acad Sci U S A.	111(7)	2638-2643	2014
Ikeda S, Kazui H, <u>Tanaka T</u> , Ishii R, Aoki Y, Hata M, Canuet L, Yoshiyama K, Iwase M, Takeda M.	Association of CSF tap-related oscillatory activity and shunt outcome in idiopathic normal pressure hydrocephalus.	Psychogeriatrics.	In press		
Aoki Y, Kazui H, <u>Tanaka T</u> , Ishii R, Wada T, Ikeda S, Hata M, Canuet L, Katsimichas T, Musha T, Matsuzaki H, Imajo K, Yoshida T, Nomura K, Yoshiyama K, Iwase M, Takeda M.	Noninvasive prediction of shunt operation outcome in idiopathic normal pressure hydrocephalus.	Scientific Reports	In press		
吉山顕次	特集：高齢者によくみられるうつ病 臨床に役立つ Q&A 1. うつ症状を起こす薬剤はありますか	Geriatric Medicine (老年医学)	52(10)	1217-1220	2014
Chiaki Ikejima, Manabu Ikeda, Mamoru Hashimoto, Yusuke Ogawa, Satoshi Tanimukai, Tetsuo Kashibayashi, Kazuo Miyanaga, Kimie Yonemura, Tatsuyuki Kakuma, Kenta Murotani, Takashi Asada	Multicenter population-based study on the prebalence of early onset dementia in Japan: Vascular dementia as its prominent cause	Psychiatry and Clinical Neurosciences	68	216-224	2014
Noriko Hasegawa, Mamoru Hashimoto, Asuka Koyama, Tomohisa Ishikawa, Yusuke Yatabe, Kazuki Honda, Seiji Yuuki, Kunio Araki, Manabu Ikeda	Patient-Related Factors Associated With Depressive State in Caregivers of Patients With Dementia at Home	JAMDA	15	371.e15-371.e18	2014

Masateru Matsushita Tomohisa Ishikawa, Asuka Koyama, Noriko Hasegawa, Naoko Ichimi, Hiroyuki Yano, Mamoru Hashimoto, Naoki Fujii, Manabu Ikeda	Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia?	PSYCHOGERIATRI CS	14	87-92	2014
Ryuji Fukuhara, Amitabha Ghosh, Jong-Ling Fuh, Jacqueline Dominguez, Paulus Anam Ong, Aparna Dutt, Yi-Chien Liu, Hibiki Tanaka, Manabu Ikeda	Family history of frontotemporal lobar degeneration is Asia-an international multi-center research	International Psychogeriatrics		1-5	2014
Asuka Koyama, Ryuta Fukunaga, Yasuhisa Abe, Yoshitomo Nishi, Noboru Fujise, Manabu Ikeda	Item non-response on self-reported depression screening questionnaire among community-dwelling elderly	Journal of Affective Disorders	162	30-33	2014
Yokoi K, Nishio Y, Uchiyama M, Shimomura T, Iizuka O, Mori E.	Hallucinators find meaning in noises: Pareidolic illusions in dementia with Lewy bodies	Neuropsychologia	56	245-254	2014
Shoji Y, Nishio Y, Baba T, Uchiyama M, Yokoi K, Ishioka T, Hosokai Y, Hirayama K, Fukuda H, Aoki M, Hasegawa T, Takeda A, Mori E.	Neural substrates of cognitive subtypes in Parkinson's disease: a 3-year longitudinal study.	PLoS One	9	e110547	2014
小森憲治郎, 谷向 知, 数井裕光, 上野 修一.	意味性認知症の臨床像から	基礎心理学研究	33	1-9	2014
足立浩祥	睡眠障害の臨床 睡眠時随伴症群－ノン レム睡眠覚醒障害－	臨床精神医学	43 卷 7 号	1013-1018	2014
Hiroyuki Umegaki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirotaka Nakashima, Masafumi Kuzuya, Hidetoshi Endo	Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan	Archives of Gerontology and Geriatrics	58	130-133	2014

IV. 研究成果の刊行物・別刷