

201515001A

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 27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小川 朝生
平成28（2016）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	25
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	31
明智 龍男	
3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討	37
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	39
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	41
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	45
金子 真理子	
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	49
平井 啓	
8. 認知症に対する包括的支援プログラムの開発	51
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	53
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	57
近藤 伸介	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	63

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先端医療開発センター
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が増加している。認知機能障害にあわせて身体合併症がみられた場合でも適切な治療を受けることができるよう体制を整備する必要があり、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、全国調査の解析をおこなうとともに解析結果を踏まえ急性期病院の現状を踏まえた支援プログラムを作成し実施可能性を検証した。

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	国立研究開発法人国立がん研究センター 先端医療開発センター 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
金子真理子	東京医療保健大学 精神看護学 教授
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
清水 研	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科 科長
谷向 仁	京都大学 特定准教授
平井 啓	大阪大学未来戦略機構 准教授

A. 研究目的

わが国では2013年に高齢化率が25%を越える未曾有の超高齢社会を迎えた。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現状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

者の行動・心理症状(BPSD)管理に不慣れな上に、①せん妄のハイリスク状態であること、②疼痛管理に難渋すること、③調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、④退院支援が適切でないために本来であれば避けることのできた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を見落としがちであり、適切な評価がおこなわれにく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とおこない、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(Finlsey, 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。

本研究班においては、上記の現状を踏まえ、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・研究を進めた。

B. 研究方法

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

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

認知症患者が一般病院を救急受診する背景には、通常的身體疾患の問題に加え、セルフケアが困難なことによる重症化ならびに外傷

の問題が大きい(Pace 2011)。また、救急をめぐっては身体管理とあわせて、後方連携や福祉との調整、退院支援など受け入れ後の調整に時間を要する課題がある。

これまでおこなった調査で、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、当院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。本年度は、高度救命救急センターが存在する、もしくは精神科救急をおこなっている総合病院18施設に対して認知症患者の救命救急センターへの搬送状況(全例入院もしくは死亡)について郵送にて調査を施行した。

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、看護師2,386名を対象にインターネット調査を実施した結果、急性期病院での認知症のアセスメントやケア技術が十分でないことがあげられた。従って、急性期病院での認知症看護の質の向上を図るため、教育プログラムを開発した。

平成27年度は、開発した教育プログラムの実施可能性を検討するとともに、急性期病院を対象とした大規模調査の分析をおこない、認知症対策のガイドラインの策定や教育プログラムの普及啓発に向けた内容・方法を検討した。

a. 急性期病院の認知症対応の現状調査

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、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。

[研究デザイン]

質問票(郵送)を用いた横断観察研究

[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

[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、救急病棟での取り組みに関する質問項目が含まれる。

- ・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った。
- ・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った。
- ・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った。
- ・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した。

- ・救急病棟で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、病棟の構造、スタッフへのサポート体制、認知症患者への対応方法、多職種へのコンサルト、スタッフ間での情報共有と連携を評価した。

[調査方法]

平成26年4月時点でのDPC対象施設については、平成26年4月時点で厚生局が公開している資料をもとにリストを作成した。あわせて全日本病院協会の協力を得た。対象施設に対して、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、調査票一式を郵送し、回答を依頼した。調査票は任意にて提出を依頼した。初回発送後の1ヶ月後に、返送のない施設を対象に、再度依頼をおこなった。

[解析]

プライマリ・エンドポイント：

各調査項目の単純記述統計

解析方法：

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

b. 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おこない、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査をおこなうことで、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（萩・曲尾グループホーム〔アザレアンさなだ・長野県〕；特別養護老人ホーム・サンビレッジ大垣〔新生会・岐阜県〕）を訪問し、施設管理者2名、直接ケアに当たるスタッフ4名、認知症のある利用者2名を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施した。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した。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おこなった。

[利用者（認知症当事者）] 苦痛の有無、痛みの有無、痛みの場所、対処法

[ケアにあたるスタッフ] 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、薬剤使用の有無、痛みスケールの有用性

[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、痛みサイン、対処法、薬剤使用の有無、研修の有無、痛みスケールの有用性

インタビューは、研究責任者を含む研究従事者が訪問調査をおこない、インタビューガイドに沿って実施した。インタビューの録音データから逐語録を作成し、それをもとに質的分析、結果の統合などの作業をおこなった。

3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討

認知症患者はせん妄の発症リスクが高いことが従来から指摘されており、また治療に関する意思決定への影響が懸念されるなど、周術期において多くの問題が存在している。

岡山大学病院では、2008年より周術期管理センターを立ち上げ、周術期の患者支援を目的として組織横断的な活動をおこなっている。そこで、術前患者における認知症の有無について、専門・認定看護師が適切な評価をおこなっているかについての実態把握をおこなった。さらに、周術期支援体制として認知症患者のせん妄発症予防対策などが可能かどうかを検証した。

平成25-26年度には岡山大学病院に肺がん・食道がん手術を目的として入院した患者を対象として、術前に看護師がおこな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。その結果として、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、本年度は岡山大学病院の肝・胆・膵外科において手術目的に入院した患者を対象として、入院時に認知機能障害の有無やその重症度、ならびに飲酒歴、薬歴、併存疾患を評価し、さらに術後せん妄の発症や重症度との相関について検討した。

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

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

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・認知功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、初発高齢血液がん患者を対象として、

1. 我が国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な方法を開発すること

2. 治療開始時の認知機能障害の頻度とその関連因子を明らかにすることを目的として調査をおこなった。

対象は、名古屋市立大学病院に入院となった、新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上のがん患者とした。対象に対して、抗がん治療開始前にVES-13を実施し、併せて認知機能障害、身体的機能(日常生活動作、手続きの日常生活動作)、合併症、栄養状態、抑うつ、多剤併用の7領域を含むCGAを実施した。

b. 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発に関する研究

急性期病院では、入院患者の約50%に認知機能障害を認め、周術期を中心にせん妄や疼痛管理、行動心理症状(BPSD)への対応が不十分なために、入院期間の長期化、再入院の増加などの問題を生じているが、我が国では支援体制が十分に整備されていない。

そこで、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づいた認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発をおこなった。

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定

他の分担研究者のおこなった専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果を元に教育プログラムの対象、教育目標とそのコンテンツの骨格について開発をおこなった。

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発

上記において制定された教育目標やコン

テンツの骨格を基にして行動科学の手法に基づいて行動変容を促す①教育コンテンツと②運用プロトコルを開発した。

3) 教育プログラムの実施と効果および実践への有用性の検討

①時期：2015年10月～2016年2月

②対象：1) 施設：関東近郊の約1000床の大学病院1施設および急性期の約400床の病院1施設の計2施設で実施した。2) 対象者：本研究プログラムについて案内チラシを配布し、希望者を募り実施した。参加者は看護師71名であった。

③調査内容・方法：教育プログラム前後、3か月後に調査を実施した。

C. 研究結果

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

65歳以上の搬送者の48%に認知症の可能性があると診断され、呼吸不全が原因での搬送が4割を占めた。また自殺企図者の52%がレビー小体型認知症であった。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. 急性期病院の認知症対応の現状調査

送付できた2893施設の内、1291施設より回答を得た。特に、DPC対象施設に関しては、1578施設に送付をし、その内848施設より回答を得た。回答率は53.7%であった。

病院組織の取り組みでは、入院中の認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルを整備している施設は6.2%、BPSDへの対応マニュアルを整備している施設は7.1%、せん妄への対応マニュアルを整備している施設は12.4%であった。

病棟の取り組みでは、認知症患者の対応について認知症の専門家と連携を図っている施設は65.9%、認知症の症状やケアについて患者・介護者と情報共有システムが整備されている施設が45%、認知症看護において、「全くそう思わない」「思わない」「あまり思わな

い」の合計で「認知症の基本的な病態（種類、症状、治療等）について知識を十分にもっている」が 59.8%、「認知症の重症度について、知識を十分にもっている」が 70.7%、「認知症患者の疼痛評価を十分におこなっている」が 60.1%であった。

療養環境では、認知症患者が理解しやすいように病棟の案内表示や地図を明示している施設が 25.4%、患者のベッドから時計が見える位置に設置している施設が 22.8%、カレンダーでは 24.3%であった。

入退院調整に関して、精神科、神経内科、老年科の常勤医および非常勤医がいない施設はそれぞれ、46%、37%であった。また、老年看護、精神看護、認知症看護の専門/認定看護師および認知症/老年精神医学専門医のいない施設は、それぞれ94%、93%、83%、70%と高率であった。認知症患者の入院依頼のうち、認知機能障害あるいは精神症状が理由で、それぞれ31.6%、40.1%が入院できていなかった。その精神症状の内訳は、不穏・興奮(18.4%)、徘徊(14%)、大声(13.6%)、幻覚(9.4%)の順に多かった。また、患者が入院中に連携室に依頼された全相談のうち、29.8%が在宅調整であったのに対し、28.4%が転院調整、12.9%が施設入所調整であった。転院調整の内訳では、療養病棟が40.5%と最も多かった。単科精神科病院は4.5%であった。在宅に帰せない理由としては、介護力の問題が28.8%と最も多く、精神症状(21%)、入院後のADL低下(16.9%)が続いた。精神症状の内訳としては、不穏・興奮(14.1%)、徘徊(12%)、大声(9.9%)、食欲不振(9.6%)の順で多かった。

救急病棟の取り組みでは、認知症患者へのマニュアルを整備している施設は9.9%、身体拘束や鎮静の手順書を作成している施設は55.7%、地域包括ケア病棟と連携を図っている施設は31.7%であった。

b. 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

インタビューから得られたコーディングを提示する。

《痛みのもつ個人的意味》

利用者 A「ここがちくちくする」

利用者 B「別に今、痛いところはない。ここの痛みはいろいろあります」

介護者 C「お腹が痛いという場合でも、本当に腹痛なのか、心理的な側面で構ってほしいとか、隣の人がいやだからその場を離れるために訴えているのか」

管理者 D「痛みという捉え方をからだの痛みだけで捉えていない。ここの痛みでも捉えている。社会関係による痛みも捉えている。関係性を分断された痛み。人間関係や社会環境からの分断」

《いつもと違うことの気づき》

介護者 E「いつもと様子が違うということから推測していく。その中に痛み、苦痛も含まれる」

介護者 F「普段と違うということ」

《痛みの見極め》

介護者 E「消去法ですね」「今そのその様子が何かをすることで緩和されれば、別に追及しなくてもいいということです」

介護者 F「いろんな原因とか症状とか、情報収集して。観察からスタートする。本人にも聞いてみる」

《痛みスケールの限界》

介護者 E「痛みには行きつかないと思います。紐解くきっかけにはなりうる」

介護者 F「大規模な施設だと使える。共有することで重要性がわかる。何かしないと気付かれないままになってしまう」

管理者 D「これは現状の評価。その先がない。実際はその場で対応していっちゃう」

《スキルの獲得》

介護者 E「先輩職員の方に教えてもらったり。やってみて失敗して、それを何回も繰り返して、それを積み重ねて観察力が身に着いたのじゃないかと思います」

介護者 F「いいケアを見てる。教科書じゃない。目の前でお手本を見せてくれる先輩がいたから、技が引き継げる」

《経験の共有》

介護者 C「共通基盤を作って、お互いにオープンになりながら、ああかもしれない、こうかもしれない、とお互いに注意や意見を言い合う」

介護者 E「話し合える場も作って、情報を交換し新人さんにもわかりやすいように伝えていく」

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

平成 27 年 4 月から研究を開始し、同年 12 月 16 日時点で 121 例に実施した。現在症例集積中である。

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

1. VES-13 の有用性

106 名(適格例の 85%)の患者より有効データを得た。50%の患者が脆弱性の定義に相当した。VES-13 による脆弱性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」による第二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%であった。

2. 認知機能障害

145 名(適格例の 74%)の患者より有効回答を得た。MMSE が 23 点以下であったのは 29 名で、全体の 20%を占めた。多重ロジスティック回帰分析の結果、教育経験が短いこと(オッズ比:4.9 95%CI:1.78-13.27)と IADL 障害があること(オッズ比:3.7 95%CI:1.25-11.23)が有意な変数であることが示された。

b. 包括的支援のための教育プログラムの開 発に関する研究

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定

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

造化をおこなった結果、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・時計などの認知機能を補完する環境整備
- ・ ADL を維持するための定期的な運動（リハビリテーション）
- ・ 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

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発と研修の実施

上記のように制定された教育目標やコンテンツの骨格を基にして行動科学の手法に基づいて行動変容を促す①教育コンテンツと②運用プロトコールを開発した。

※各教育資材については添付資料を参照されたい

① 教育プログラム

看護師や薬剤師、医師を対象にした職種ごとの講義と事例検討の90分で構成されている。

(内容)

認知症の病態と原因、予防、治療法、ケアについて系統立てた解説が含まれている。

具体的な内容は、

- 1) 認知症の概要、
 - 2) 認知症のリスク評価、
 - 3) 認知症の症状、
 - 4) 動画で見る認知症の症状（解説編、解説編）、
 - 5) 認知症への対応
- 行動科学の手法を用いて、患者の入院時点でのせん妄のリスク確認からアセスメント方法、リスクに応じた対応方法までの流れを図示したアセスメントシートを用意し、シートの利用方法を解説する。講義に引き続き、アセスメントシートを実際に用いた事例検討をおこない、習得を促進する構成になっている。

② 運用プロトコール

内科・外科両者に対応できる形で組まれた一般病棟の入院患者に対する認知症対応のコンポーネントをまとめたプログラムとなっている。

(内容)

本プログラムの実際の流れは以下の手順で進める

- 1) 患者の入院
 - ・ 70歳以上の入院
 - ・ 治療、ケアを進めるうえでの課題の発生
- 2) せん妄の確認
- 3) 認知症の診断の有無
- 4) 認知症症状の確認
(記憶、実行機能、社会的認知、IADLなど)
- 5) 身体の苦痛の確認
- 6) 認知機能障害への配慮
- 7) 評価の共有
- 8) 連携・退院支援

3) 教育プログラムの教育効果および実践への有用性の検討

介入前・直後においてt検定をおこなった結果、31項目中、1%水準で有意であったのは10項目であった(表1)。その主な内容は有病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状について、疼痛のアセスメント、認知症におこりうる機能障害について、BPSDの原因について、せん妄についてであった。5%水準で有意差があったのは1項目で、<認知症が脳に何

らかの障害が起こることにより発症する>についての正答を問うものであった。

	解答	正答率		P
		介入前	介入後	
1 認知症は、65歳以上の高齢者人口の15%にみられる	○	67%	89%	**
2 認知症は、脳に何らかの障害が起こることにより発症する	○	79%	91%	*
認知症の診断基準として、認知機能障害、IADLの障害が挙げられ、せん妄とうつ病も含まれる	×	72%	93%	**
4 全ての認知症患者に中核症状がみられる	○	25%	79%	**
5 認知症患者は、予測が立てられない、後取りを頼むことができない	○	91%	100%	**
6 認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離	×	56%	92%	**
7 認知症患者の疼痛は過大評価されている	×	85%	99%	**
8 認知症患者は、緊急時の対応がとれなくなる	○	93%	100%	**
9 認知症患者は、治療同意能力が無いため、家族の意向を優先にする	×	85%	94%	**
10 BPSD(随伴症状/周辺症状)の原因に苦痛や不快感がある	○	88%	100%	**
11 せん妄は、意識障害である	○	75%	91%	**
** p<0.1				
* p<0.05				

一方、有意差がなかったのは20項目であり(表2)、介入前に既に60~100%の知識があった。主な内容は急性期病院における認知症患者の重症度の割合、痛みや苦痛の評価と患者の行動との関連、身体拘束とBPSDのケア等、多職種連携の必要性等であった(表2)。

	解答	正答率	
		介入前	介入直後
急性期病院では、医療依存度の高い高齢者が多く、軽度の認知症に比べ重度の認知症が多い	×	61%	61%
認知症は、急速に進行する	×	76%	83%
認知症は、患者にとって精神心理的な苦痛を伴うものである	○	90%	96%
認知症は、アルツハイマー型認知症が最も多い	○	76%	88%
認知症による物忘れと加齢によるもの忘れは一緒である	×	100%	100%
認知症患者の食欲低下の要因として、失行や注意障害がある	○	91%	97%
認知症患者の痛みや苦痛の評価は、患者の行動からも評価することが重要である	○	99%	99%
認知症患者は、服薬の自己管理が難しくなる	○	100%	100%
認知症患者は、意思決定の障害として、記憶ができないこと、BPSD(随伴症状/周辺症状)は、中核症状による環境への	×	62%	52%
BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い	×	59%	55%
身体拘束は、BPSDのケアの1つである	×	82%	73%
身体拘束は、安全を確保するためやもて得ず実施する場合は、誤嚥や深部静脈血栓の予防に努める	○	97%	96%
せん妄の薬物療法として、抗精神病薬が推奨されており、副作用としてアカンジアに注意する必要がある	○	91%	94%
認知症患者の家族は、介護負担、スティグマ、意思決定代理などに伴う苦痛を感じている	○	96%	99%
認知症患者の家族への支援として、情緒的サポートと情報提供が重要である	○	100%	100%
認知症患者の退院調整は、治療が終了してから行う	×	100%	100%
認知症患者の治療やケアの方針について、看護師間、多職種間で情報を共有する	○	100%	100%
地域包括支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である	×	19%	16%

・認知症看護に関する自信について

認知症看護に関する自信について、介入前、直後において16項目すべてにおいて1%水準で有意差がみられた(表3)。

表3. 認知症看護における自信

	介入前	介入後
ルート類やチューブ類の自己抜去の予防	6.1	7.0
転倒・転落の予防	6.1	7.1
患者合わせ、1日のスケジュールを決めて書く	5.3	6.8
患者合わせ、考えの流れを注目し、細かい言葉にこだわらない	5.6	6.9
視野に入って声をかけるようする	6.2	7.6
会話はゆっくりはっきりと話すようにする	6.8	7.6
低栄養や脱水について、食事量や飲水量、体重変化の確認	5.7	7.0
便秘について、腹部の張りや圧痛、排便のリズムなどを確認	6.2	7.1
睡眠について、日中の活動状況や眠気の確認	6.1	6.9
痛みについて、表情や行動、自律神経症状の確認	4.6	6.7
視空間認知障害(方向や距離感)の確認	4.4	6.6
自分のおかれている状況を正しく理解できているか確認する	4.6	6.6
実行機能障害の確認(今まで出来ていたことが出来ているか)	4.7	6.5
記憶障害の確認(入院理由・治療スケジュール)	5.6	6.8
認知症とせん妄の鑑別	4.3	5.7
入院時に認知症に気づく	4.8	5.9

・プログラムの評価について

プログラムの評価について、表4に示す。介入直後に「明日からの臨床に役立つ」の項目において5段階評価のうち4と5に回答したものをあわせると59名(88%)であった。

表4.プログラムの評価(後調査)

	n (%)	Low Moderate High			
		1	2	3	4
自分が期待していたものと一致していた※	0(0)	4(6)	11(16.4)	29(43.3)	23(34.3)
情報量は適切だった€	0(0)	2(3)	52(77.6)	13(19.4)	0(0)
内容の難易度¶	0(0)	4(6)	58(86.6)	5(7.5)	0(0)
明日からの臨床に役立つ§	0(0)	1(1.5)	7(10.4)	22(32.8)	37(55.2)

※ 1: 一致していた、2: ほぼ一致していた、3: 一致していた、4: ほぼ一致していた、5: 一致していた
 € 1: 少なすぎた、2: 適当、3: 多すぎた
 ¶ 1: 難しかった、2: 難しかった、3: 難しかった、4: 難しかった、5: 難しかった
 § 1: 役に立たない、2: 役に立たない、3: 役に立たない、4: 役に立たない、5: 役に立たない

D. 考察

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

全国調査の結果からは、身体的重症度が高く、救命センターや精神科救急に搬送される65歳以上の高齢者の中には半数近い認知症患者がいることが想定される。これらの認知症患者は、病態が重症化し、入院期間が長くなる可能性が高く外来通院中からの自覚症状の把握とバイタルサインの確認が重要であると思われた。

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. 急性期病院の認知症対応の現状調査

わが国において初めて、急性期病院における認知症ケア・対応の実態に関する全国規模の包括的調査を実施した。認知症・せん妄に関する対応マニュアルの整備は救急病棟も含めほとんどなされておらず、院内での情報共有のための体制、地域との連携についても、

認知症に関する情報共有体制が整備されていない。それらの背景として、急性期病院では認知症の知識や情報が不足している可能性が推察されるため、基本的な認知症ケアや支援体制に関する普及/啓発が必要である。特に、認知症患者のケアを中心的に担う看護師に対し、認知症看護の質の向上に資する教育が重要である。

入退院の調整に際しては、認知機能障害あるいは精神症状が理由で急性期病院への入院が困難となる例が約30%~40%にのぼることが明らかとなった。また、受け入れが困難な精神症状では、不穏・興奮の頻度が最も高かった。一方、精神症状を含む認知症診療やケアをおこなう専門医や専門/認定看護師の急性期病院への配置は圧倒的に少なく、このことが認知症患者の受け入れ状況に影響している可能性が考えられた。

また、治療後自宅への退院が困難なケースが約40%あり、その理由として精神症状以外にも、介護力の問題、入院中のADL低下などが大きなウェイトを占めることが示された。これらの結果は、急性期病院における認知症診療専門医ならびに専門/認定看護師の充足の必要性、一般医療者に対する認知症医療・ケアの教育の充実、そして入院早期からの多職種連携による精神症状のマネジメント、ADL低下の防止、ソーシャルサポートの拡充などに努めていく必要があることを示していると考えられた。

b. 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

痛みのもつ個人的意味、いつもと違うことの気づき、痛みの見分け方、既存スケールの限界、モデリングによるスキルの獲得などの概念が抽出された。現場の設定では、発見と介入が同時進行していること、良質のケアスキルの獲得は試行錯誤・モデリング・経験共有によってなされること、良質のケアの根底には共感と関わりに基づく観察と介入があることが示唆された。

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

専門・認定看護師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。今後、周術期管理体制の構築について検討が必要と思われる。

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

1. VES-13の有用性

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」による二段階スクリーニング方法は、既存の方法よりも優れた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、事後的に二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。

2. 認知機能障害

高齢の初発血液がん患者において、認知機能障害の頻度は約20%と低くないことが示された。CGA などにおいて、認知機能障害がルーティンに評価されることの重要性が示唆された。

しかし認知機能障害については、一般の医療においては気付かれにくい問題であることが繰り返し示唆されている。本研究で示された教育経験が低いこと、IADL 障害があるという認知機能障害関連因子は、認知機能障害に関する詳細な評価を要する患者を同定することに有用であろう。

b. 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

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」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。

これらに基づいて教育目標・コンテンツの骨格が制定され介入プログラムを作成した。2015年9月および10月に一般病院2施設で教育プログラムを実施した。

本プログラムにおける認知症看護の知識について、31項目中26項目(83.9%)は60%以上の正答率であったことから、本研究の参加者において、認知症看護の知識は習得されていたといえよう。その背景として、本研究の対象者は大学卒が半数以上を占めていたことや、自主的に研修会に参加していたことから学習に主体的な対象群であったことが考えられる。その一方で、認知症看護に対する自信についてはすべての項目で介入直後に有意差がみられたことより、もちあわせている知識と実践のつながりに十分に自信が持っていない状況であることが示唆された。その要因の1つには急性期病院における認知症患者の位置づけは、経験的には既往や合併症であることが多く、認知症そのものについての看護師の意識や認知症ケアへの動機づけの優先順位が低いことも考えられる。

一方、BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については、介入前の知識が6割以下であり、介入直後でもBPSDにおける徘徊の頻度については55%、地域包括支援センターについては16%と正答率の割合が低かった。これらの要因として、急性期病院では在院日数の短縮化や認知症そのものが急性期では中心的な治療の対象とはならないことが多いため、教育と実践知が結びつきにくいことが考えられる。しかし、急性期病院の認知症ケアにお

いては、退院後の支援システムもふまえ、ケアを計画・していくことが必要であり、知識と実践をつなげるための教育プログラムが必要である。

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・ケアの実態を把握すべく、昨年度の予備調査の知見に基づき、全国規模の調査を実施した。

急性期病院における認知症患者の実態

わが国では2015年(平成27年)1月に、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)において「本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする」ことを目標と定めた。本目標を達成するためには、「身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される」必要があり、急性期病院においても認知症対応のための院内体制を整備する必要がある。しかしながら今回の全国調査においては、病院や病棟におけるソフト面、ハード面双方の整備に加え、それらに関するスタッフへの教育も進んでいないことが明らかとなった。また全国の急性期病院においては、認知症に対応するスキルを有する専門/認定看護師や専門医が少なく、認知機能障害や精神症状の影響により入院治療を断らざるを得なかったケースも報告された。連携室への全相談のうちで在宅調整が行われたのは3割程度にとどまり、それ以外は他院への転院や施設への入所調整であったという結果も得られた。これは退院時に処置など介護を要する状態が生じていること、入院後のADL低下により介護力の強化が求められていることを反映し、海外の結果と同様である。今後、急性期病院における一般医療者への認知症診療・ケアの教育、多職種チームによるサポートを整備する必要がある。

本調査においては、身体的重症度が高く救命センターや精神科救急に搬送される 65 歳以上の高齢者のうち、半数近くに認知症の存在が疑われるとの結果が得られた。これらの患者は病態が重症化し、入院期間が長くなり、救命センターにおける受け入れの障害になる可能性がある。

なお入院期間の短縮と、限られた医療資源の選択・集中を図る上では、いかに認知症患者の見落としを防ぐかが課題となる。本研究では教育経験が低いことや IADL 障害が認知機能障害の関連因子であることが示され、今後認知症評価の一助となることが期待された。

認知症ケアに関する教育プログラム

一方で、本研究において、急性期病院における看護師の認知症看護への知識はあるものの、看護師自身が実際のケアに際して自信を持っていない状況が明らかとなった。今後急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような教育プログラムが求められる。開発にあたっては、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づき、行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する効果的な教育プログラムを計画した。急性期病院における認知症ケアに関わる看護師を対象とし、その主たる対象、教育目標、含めるべきコンテンツの骨格に従った、教育プログラムが作成された。特に、認知症看護 BPSD や中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については本プログラムにおいて特に知識を強化すべき点と考えた。

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. Umezawa S, Ogawa A, et al. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. *Psychooncology*. 2015;24(6):635-42.
2. Yokomichi N, Ogawa A, et al. Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015.
3. Mori M, Ogawa A, et al. A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions?. *Oncologist*. 2015;20(11):1304-11.
4. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol*. 2015 May;45(5):456-63.
5. Akechi T, Uchida M, Nakaguchi T, Okuyama T, Sakamoto N, Toyama T, Yamashita H: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis *Jpn J Clin Oncol* 45: 75-80, 2015
6. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T: Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information *Jpn J Clin Oncol* 45: 929-933, 2015
7. Akechi T, Momino K, Iwata H: Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors *Breast Cancer Res Treat*, 153: 475-476, 2015
8. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer:A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015 ;13:1525-31
9. Yonemoto N, Tanaka S, Furukawa TA, Kato T, Mantani A, Ogawa Y, Tajika A, Takeshima N, Hayasaka Y, Shinohara K, Miki K, Inagaki M, Shimodera S, Akechi T, Yamada M, Watanabe N, Guyatt GH: Strategic use of new generation

- antidepressants for depression:
SUN(^_^) D protocol update and
statistical analysis plan *Trials* 16:
459, 2015
10. Watanabe N, Horikoshi M, Yamada M, Shimodera S, Akechi T, Miki K, Inagaki M, Yonemoto N, Imai H, Tajika A, Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Furukawa TA: Adding smartphone-based cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial *Trials* 16: 293, 2015
 11. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E: The Association Between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study *J Pain Symptom Manage*, 2015
 12. Takeuchi H, Saeki T, Aiba K, Tamura K, Aogi K, Eguchi K, Okita K, Kagami Y, Tanaka R, Nakagawa K, Fujii H, Boku N, Wada M, Akechi T, Udagawa Y, Okawa Y, Onozawa Y, Sasaki H, Shima Y, Shimoyama N, Takeda M, Nishidate T, Yamamoto A, Ikeda T, Hirata K: Japanese Society of Clinical Oncology clinical practice guidelines 2010 for antiemesis in oncology: executive summary *Int J Clin Oncol*, 2015
 13. Sugano K, Okuyama T, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Uchida M, Nakaguchi T, Kubota Y, Ito Y, Takahashi K, Akechi T: Medical Decision-Making Incapacity among Newly Diagnosed Older Patients with Hematological Malignancy Receiving First Line Chemotherapy: A Cross-Sectional Study of Patients and Physicians *PLoS One* 10: e0136163, 2015
 14. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T, Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors *Jpn J Clin Oncol* 45: 456-463, 2015
 15. Onishi H, Ishida M, Toyama H, Tanahashi I, Ikebuchi K, Taji Y, Fujiwara K, Akechi T: Early detection and successful treatment of Wernicke encephalopathy in a patient with advanced carcinoma of the external genitalia during chemotherapy *Palliat Support Care*: 1-5, 2015
 16. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer: A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* : JNCCN 13: 1525-1531, 2015
 17. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y, Akechi T: Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial *Psychooncology*, 2015
 18. Kondo M, Kiyomizu K, Goto F, Kitahara T, Imai T, Hashimoto M, Shimogori H, Ikezono T, Nakayama M, Watanabe N, Akechi T: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form *Health Qual Life Outcomes* 13: 4, 2015
 19. Ito Y, Okuyama T, Ito Y, Kamei M, Nakaguchi T, Sugano K, Kubota Y, Sakamoto N, Saitoh S, Akechi T: Good death for children with cancer: a qualitative study *Jpn J Clin Oncol* 45: 349-355, 2015
 20. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Mimura M, Shimizu K, Uchitomi Y: Impact of depression on health utility value in cancer patients *Psychooncology*, 2015
 21. Akechi T, Uchitomi Y: Depression/Anxiety. In: Bruera E, Higginson I, C FvG (eds) *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press, New York, pp. 691-702, 2015

22. Tanimukai H, et al. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer* 23(7):1925-31, 2015.
 23. Tanimukai H, et al. Novel therapeutic strategies for delirium in patients with cancer: A preliminary study. *Am J Hosp Palliat Care* 10(1): 107-112, 2015.
 24. Tanimukai H, et al. Fluvoxamine alleviates paclitaxel-induced neurotoxicity. *Biochem Biophys Res*, 4, 202-206, 2015
 25. 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
 26. Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Takehi R. Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses, *International Archives of Nursing and Health Care*, Vol 2(1):2469-5823, 2016.
 27. Kaneko M, Takehi R, Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital, *International Archives of Nursing and Health Care*, 1(3):2469-5823. 2015
 28. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer patients, their families, and the general public. *Supportive Care in Cancer*, , 24(1): 347-56, 2016.
 29. Tanimukai H, Adachi H, Hirai K, Matsui T, Shimizu M, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer* 23:1925-31, 2015.
 30. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, Manabe A, Suzuki S. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society* 57:239-46, 2015.
 31. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y. 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* 49:45-54, 2015.
 32. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Dec 8. [Epub ahead ofprint]
 33. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*. 13(6):1529-33, 2015.
 34. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage*, 50(2) :232-40, 2015.
 35. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoas Syndrome: Case Series of Three Patients. *J Palliat Med*, 18(7) :645-52, 2015.
 36. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care*. 13(2) : 327-34, 2015.
- 論文発表 (日本語論文)
1. 小川朝生, 他. 実習お役立ちカード 精神. 看護学生. 2015;62(12):巻末付録.
 2. 小川朝生. トータルペインの視点に基づく治療抵抗性疼痛へのアプローチ-医師

- の立場より。がん治療と対処療法。2015
2015/8/31;26(1):39-43.
3. 小川朝生. 高齢がん患者のメンタルサポート 地域のかかりつけ医、精神科医の貢献を期待。Medical Tribune. 2015
2015/8/20;48(34):20.
 4. 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—。総合病院精神医学。2015 2015/4/15;27(2):115-22.
 5. 小川朝生. I-9 認知症治療薬・抗うつ薬・統合失調症に対する抗精神病薬など既存の精神疾患に対する治療薬。緩和ケア。2015;25(suppl):37-42.
 6. 小川朝生. せん妄を知る。がん看護。2015 2015/7/20;20(5):499-502.
 7. 小川朝生. がん患者の心理・社会的支援総論。臨床栄養。2015
2015/7/1;127(1):71-6.
 8. 小川朝生. 高齢がん患者の心のケア。加仁。2015;42:13-6.
 9. 小川朝生. がん「こころ」①-患者さんご家族のために、病気や心、暮らしのことまでも一緒に考えていきます。「がん治療」新時代。2015;7:23-5.
 10. 小川朝生. 認知症患者の意思決定支援。緩和ケア。2015;25(3):187-91.
 11. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 発達障害の総論。看護人材育成。2015
2015/4/30;12(1):98-102.
 12. 小川朝生. 高齢がん患者のケア～高齢がん患者の認知機能の特徴とアセスメントと対応～。がん看護。2015:239-43.
 13. 小川朝生. 精神的苦痛から解放されるには—精神腫瘍科医の役割とメンタルケアの必要性。がんサポート。2015;142(1):20-5.
 14. 佐々木千幸、上田淳子、小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方。看護人材育成。2015 2015/8/31;12(3):123-7.
 15. 金子真理子、小川朝生、佐々木千幸、小山千加代. 急性期病院の認知症看護における現任教育に求められていること～認知症看護に携わる看護師へのインタビュー結果からの一考。月刊ナースマネジ
ヤー。2015;16(12):41-5.
 16. 小川朝生. 患者を支える家族が危ない！家族は「第二の患者」。やましん 暮らしの知恵。2015 2015/10;435:1-5.
 17. 佐々木千幸、小川朝生、他. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 何度教えても覚えられない！看護人材育成。2015
2015/8/31;12(3):123-7.
 18. 明智龍男: サイコオンコロジー: 佐藤隆美, 藤原康弘, 古瀬純司, 大山優 (eds) がん治療エッセンシャルガイド改訂3版 What's New in Oncology. 南山堂, 東京, pp. 198-203, 2015
 19. 明智龍男: 癌に伴う精神医学的問題: 金澤一郎, 永井良三 (eds) 今日の診断指針第7版. 医学書院, 東京, pp. 159-160, 2015
 20. 明智龍男: コンサルテーション・リエゾン精神医学: 尾崎紀夫, 朝田隆, 村井俊哉 (eds) 標準精神医学. 医学書院, 東京, pp. 177-188, 2015
 21. 明智龍男: 患者の自殺を経験した医療スタッフのケア (ポストベンション) 臨床栄養 127: 618-619, 2015
 22. 明智龍男: 現代のがん医療院におけるサイコオンコロジーの役割-がんと共に生きる時代を背景に Depression Strategy 5: 1-4, 2015
 23. 明智龍男: 身体疾患とうつ病 精神科 26: 409-412, 2015
 24. 明智龍男: がん患者に対する自殺予防の実践 精神科治療学 30: 485-489, 2015
 25. 明智龍男: 特定の場面におけるうつ状態への対応 内科 115: 241-244, 2015
 26. 明智龍男: 仕事人の楽屋裏 緩和ケア 25: 74-75, 2015
 27. 稲垣正俊, 明智龍男: がん患者のうつ病・うつ状態の病態 総合病院精神医学 27: 2-7, 2015
 28. 井上真一郎: せん妄に対するブロンセリンの有用性に関する検討. 精神医学 57(3): 219-224, 2015
 29. 井上真一郎, 他: せん妄の原因, メカニズム. 精神科 27(1): 52-57, 2015
 30. 上村恵一: 生活することを阻害する心の変化とケア 眠ることを阻害する症状 睡眠障害のメカニズムと治療, がん看護

- 20(2)182-187, 2015
31. 上村恵一: 精神科医だからこそできる鑑別できる「身の置き所のなさ」, 緩和ケア 25(2), 99-102, 2015
 32. 上村恵一; 特集・せん妄の診断・治療 update
 33. いつまで治療を続けるか - 抗精神病薬の中止基準-, 精神科 27(1) 88-91, 2015
 34. 上村恵一: がん緩和ケアに応用できる認知症の薬物療法, 緩和ケア 25(4), 279-284, 2015
 35. 上村恵一: 誰も教えてくれなかった緩和医療- 最新知識と実践, 臨床泌尿器科 69(9), 766-769 2015
 36. 谷向 仁. がん患者に認められる様々な認知機能障害 ~これまでの知見と今後の課題~. 精神神経学雑誌 117(8) : 585-600, 2015.
 37. 金子真理子, 小川朝生, 佐々木千幸, 小山千加. 性期病院の認知症看護における現任教育に求められていること-認知症看護に携わる看護師 へのインタビュー結果からの一考, ナースマネージャー, 2月号, 41-45, 2015.
 38. 金子真理子. がん看護におけるコミュニケーション, がん患者指導管理料の導入と今, がん看護に求められること, Oncology NURSE, 77-82, 2015.
 39. 金子真理子. がん医療におけるコミュニケーションプログラムの開発と評価, 文部省科学研究費基盤研究 (C) 報告書, 2015.
 40. 岸野 恵, 木澤 義之. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. Palliative Care Research, 10 巻 3号:155-160, 2015.
 41. 田中 祐子, 木澤 義之, 坂下 明大. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. Palliative Care Research 10 巻 3号: 310-314, 2015
 42. 白土 明美, 木澤 義之. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. 癌と化学療法 42 巻 9号:1087-1089, 2015.
 43. 山本 亮, 木澤 義之. PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から .Palliative Care Research. 10 巻 1号:101-106, 2015.
 44. 山口 崇, 木澤 義之. 【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】 悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識. 緩和ケア. 25 巻 5号:366-370, 2015.
 45. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷暢之. 【緩和医療の今】 包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング. ペインクリニック. 36 巻別冊秋, S613-S618, 2015.
 46. 長谷川 貴昭, 木澤 義之. 急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり. 死の臨床. 38 巻 1号 :115-116, 2015.
 47. 木澤 義之. 【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】 がん緩和医療症状緩和とエンド・オブ・ライフケア. 臨床泌尿器科, 69 巻 9号: 706-709, 2015.
 48. 木澤 義之. アドバンス・ケア・プランニング “もしもの時”に備え, “人生の終わり”について話し合いを始める. ホスピスケアと在宅ケア. 23 巻 1号:49-62, 2015.
 49. 木澤 義之. 【現場で活用できる意思決定支援のわざ】 アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. 緩和ケア. 25 巻 3号:174-177, 2015.
- 学会発表 (海外学会)
1. Uchida, M., C. Sugie, M. Yoshimura, E. Suzuki, Y. Shibamoto, M. Hiraoka and T. Akechi (2015 Nov). The experiences and preferences of shared decision making and their associated factors among cancer patients undergoing radiation therapy. 42th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia. Hobart.
 2. Ogawa, S., M. Kondo, J. Okazaki, R. Imai, K. Ino, T. A. Furukawa and T. Akechi (2015 Nov). Catastrophic cognitions and comorbid psychological symptoms in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. Association for behavioral and cognitive therapies 49th annual convention. Chicago.
 3. Kondo S: “On dementia and pain:

preliminary report of a qualitative study from long-term care facilities of good practice in Japan.” The 4th BESETO International Psychiatry Conference. (20150905). Seoul, South Korea.

学会発表（国内学会）

1. 小川朝生, 不眠へのアプローチ. 第28回日本サイコオンコロジー学会総会; 2015/9/18; 広島県広島市. シンポジウム
2. 小川朝生, 高齢がん患者への支援 高齢者総合機能評価. 日本外科代謝栄養学会第52回学術集会; 2015/7/3; 東京都品川区. シンポジウム
3. 小川朝生, 認知症の緩和ケア. 第65回日本病院学会; 2015/6/18; 長野県北佐久郡軽井沢町. ワークショップ
4. 小川朝生, がん医療における意思決定～サイコオンコロジーの立場から～. 第29回日本がん看護学会学術会; 2015/2/28; 神奈川県横浜市. 教育講演
5. 藤澤大介, 小川朝生, 他. がん患者の不安症状に対する短期認知行動療法の開発. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/28; 徳島県徳島市. ポスター.
6. 小川朝生, 他. がん患者へのICTを用いた在宅支援. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/27; 徳島県徳島市. シンポジウム.
7. 小川朝生, 平井啓, 他. 多職種によるせん妄対応プログラムの開発. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/27; 徳島県徳島市. ポスター.
8. 小川朝生, 高齢者機能評価スクリーニングツールG8日本語版の評価. 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会; 2015/7/16; 札幌市. ポスター.
9. 小川朝生, ICTを用いた高齢がん患者に対する外来診療支援システムの実施可能性の検討. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市. ポスター.
10. 小川朝生, 精神疾患を持つ患者の意思決定をサポートする. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市. シンポジウム.
11. 小川朝生, 高齢者機能評価. 第28回日

本内視鏡外科学会総会; 2015/12/10; 大阪市. シンポジウム.

12. 小川朝生, 認知症をもつがん患者の治療に関する主治医・緩和ケアチームの意向調査. 第20回日本緩和医療学会学術大会; 2015/6/20; 横浜市. ポスター.
13. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 死にゆく患者/遺族に対する精神療法的接近 こころの中に安易に踏み込んではいけないこともある:「否認」をケアすることの大切さ. 第111回日本精神神経学会総会. 大阪市.
14. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 「がん患者の希死念慮と自殺:プリベンション、インターベンション、そしてポストベンション」 自殺後のポストベンション(事後対応):特にスタッフのケアを中心に. 第20回日本緩和医療学会総会. 横浜.
15. 明智龍男 (2015年7月). シンポジウム 「医師が考える「抗がん薬」の止め時と患者サポート」 抗がん治療中止に際しての患者心理. 第13回日本臨床腫瘍学会総会. 札幌.
16. 明智龍男 (2015年10月). ワークショップ 他分野からの提言 精神病理学への提言-サイコオンコロジーの立場から. 第38回 日本精神病理学会総会. 名古屋.
17. 明智龍男 (2015年10月). 特別講演 がん医療におけるこころの医学:サイコオンコロジー. 日本肺癌学会北海道支部会. 札幌.
18. 明智龍男 (2015年11月). シンポジウム サイコオンコロジー領域における介入法開発の最前線 がん患者の再発不安・恐怖に対するInformation and communication technology (ICT) 技術の活用. 第28回 日本総合病院精神医学会総会. 徳島市.
19. 明智龍男 (2015年11月). メディカルスタッフシンポジウム 医療スタッフのケア:燃え尽きないためのセルフケアに焦点をあてて. 第56回 日本肺癌学会総会. 横浜市.
20. 明智龍男 (2015年11月). ランチョンセミナー がん患者の精神症状の評価とマ