

- ネジメント:総合病院の精神科医/心理士が知っておきたい一歩先のスキル. 第28回 日本総合病院精神医学会総会. 徳島市.
21. 奥山徹、明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 医学生と研修医が魅力を感じる講義と実習-精神医療を発展させる後継者を育てる 名古屋市立大学の取り組み. 第111回 日本精神神経学会総会. 大阪市.
 22. 中口智博、奥山徹、伊藤嘉則、内田恵、明智龍男 (2015年9月). シンポジウム ストレスは病気に影響するのか? がん化学療法における条件付けが関与した有害事象. 第28回 日本サイコオンコロジー学会総会. 広島市.
 23. 東英樹、明智龍男 (2015年11月). 電気けいれん療法でみられる発作時生理学的指標としての脳波、心拍、筋電図の時系列進展とそれらの脳波電極部位による差異の検討. 第45回日本臨床神経生理学会. 大阪.
 24. 内田恵、杉江愛生、吉村道央、鈴木栄治、L. J. Makenzie、芝本雄太., 平岡真寛、戸井雅和、明智龍男 (2015年9月). 雇用状況が医師との予後についての話し合いの意向に関連する. 第28回 日本サイコオンコロジー学会総会. 広島市.
 25. 川口彰子、根本清貴、仲秋秀太郎、橋本伸彦、山田峻寛、川口毅恒、西垣誠、東英樹、明智龍男 (2015年9月). 電気けいれん療法後のagitationの予測因子に関する脳画像研究. 第37回日本生物学的精神医学会. 東京.
 26. 小川成、近藤真前、井野敬子、伊井俊貴、今井理紗、岡崎純弥、古川壽亮、明智龍男 (2015年7月). パニック症の認知行動療法における身体感覚過敏と併存精神症状との関係. 第15回日本認知療法学会. 東京.
 27. 井上真一郎: 在宅医療継続の障壁となりうる「せん妄」に関する教育プログラムの有用性について. 第17回日本在宅医療学会もりおか大会, 盛岡 2015. 4. 25-26
 28. 井上真一郎, 他: せん妄に対するブロンセンの有用性について-好適症例の検討-. 第111回日本精神神経学会学術総会, 大阪 2015. 6. 4-6
 29. 井上真一郎, 他: 終末期がん患者の在宅医療継続の障壁となりうる「せん妄」に関する教育プログラムの有用性について. 第20回日本緩和医療学会学術大会, 横浜 2015. 6. 18-20
 30. 井上真一郎, 他: 呼吸器外科・消化器外科の手術予定患者を対象とした看護師による認知機能評価に関する後方視的観察研究. 第20回日本緩和医療学会学術大会, 横浜 2015. 6. 18-20
 31. 井上真一郎: 地域精神医療: 地域における精神科と身体科. 第15回外来精神医療学会, 東京 2015. 7. 4-5
 32. 井上真一郎, 他: せん妄患者における紹介病名についての後方視的研究. 第35回日本精神科診断学会, 札幌 2015. 8. 6-7
 33. 井上真一郎: 最先端のせん妄治療戦略「せん妄薬物療法の増強療法としての非薬物療法」. 第25回日本臨床精神神経薬理学会, 東京 2015. 10. 29-30
 34. 井上真一郎, 他: 岡山大学病院において一般病棟や救急病棟から精神科病棟へ転棟となった複数のケースについての検討-精神科リエゾンチームの果たす役割-. 第56回中国・四国精神神経学会, 倉敷 2015. 11. 12-13
 35. 井上真一郎: サイコオンコロジー領域における介入法開発の最前線「術後せん妄予防のためのチーム医療」. 第28回日本総合病院精神医学会総会, 徳島 2015. 11. 27-28
 36. 谷向 仁. がん治療中と治療後のメンタルヘルス ~自分たちでできること、医師に相談すべきこと~. 第8回乳がんシンポジウム@ニューヨーク, NYC, 2015. 4. 24
 37. 谷向 仁. せん妄のワークショップ: Overview. 第111回日本精神神経学会学術大会 大阪市, 2015. 6. 4
 38. 谷向 仁. 総合病院でのサイコオンコロジーの魅力 ~困難をやりがいに変わることができるか?~. 第18回有床総合病院精神科フォーラム 札幌市, 2015. 7. 11
 39. 谷向 仁, 松井智子. 乳がん患者における化学療法による認知機能障害と不安/抑うつとの関係に関する検討. 第28回

- 日本サイコオンコロジー学会 広島市, 2015. 9. 18
40. 松井智子, 谷向 仁. 乳がん患者における心理社会的サポートサービスの利用の実態.
41. 第 28 回 日本サイコオンコロジー学会 広島市, 2015. 9. 18
42. 金子真理子, 柳修平, 小山美樹: がん看護における心理面の対応および看護師自身のストレスマネジメントに関する認識と課題, 第 34 回日本看護科学学会学術集会, (於広島)2015, 12.
43. 岡田佳詠, 金子真理子: ストレスを吹きとばそう, ナースのための認知療法活用術, 第 34 回日本看護科学学会学術集会交流集会, (於広島)2015, 12.
44. 金子真理子: コミュニケーション技術はスタッフ間に応用できるか, 第 56 回日本肺癌学会シンポジウム (於 横浜), 2015, 11.
45. 金子真理子, 小川朝生, 小山美樹: がん患者の精神心理面のアセスメントとコミュニケーションに関する看護師の認識, 日本サイコオンコロジー学会 (於 広島), 2015, 9.
46. 山崎千草, 栗田直央子, 小泉雅子, 金子真理子他: A 大学病院における専門看護師の活用およびニーズに関する実態調査, 東京女子医科大学看護学会, 2015. 10
47. 平井 啓: まず身に付けたいスキル: マイクロカウンセリングと問題解決技法. シンポジウム「がん患者相談面接を行う看護師に求められるカウンセリングスキル」第 20 回日本緩和医療学会学術大会, 2015. 6. 19 横浜
48. 平井 啓: アウトリーチとしての心理コンサルティング活動. シンポジウム「緩和ケアのアウトリーチはどこまで進んだか」第 20 回日本緩和医療学会学術大会, 2015. 6. 20 横浜
49. 平井 啓: 心理コンサルテーションの観点から. シンポジウム「総合病院でのサイオンコロジーの魅力」 2015. 7. 11 総合病院精神医学会有床フォーラム 札幌
50. 平井 啓: がん患者の意思決定支援のための認知行動的アプローチ - 行動経済学との融合によるさらなる発展を目指して- . 日本認知行動療法学会第 41 回大会, 2015. 10. 3 仙台
- 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
特記すべきことなし。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

認知症に対する包括的支援プログラムの開発

研究分担者 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、認知症患者が増加するなかで、認知症を併存した身体治療の機会が増加している。急性期病院においては、認知症の精神症状に関するケアに加えて、身体治療の意思決定能力の評価やセルフケア能力の評価と対応、社会的支援の評価と継続的なケアの組み立てなど、身体治療に伴う評価と調整が必要であることが明らかになっている。そこで、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している施設（DPC 対象病院）を対象に調査を実施した結果、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。

A. 研究目的

わが国は超高齢社会を迎え、認知症を合併した身体治療を要する患者の入院機会が増えている。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が本来であれば避けることができた再入院を招いている問題が指摘されている。

そこで本研究では、急性期病院における認知症患者の受け入れ・治療をめぐる医療提供上の問題点を把握すると共に、抽出された課題に基づき医療従事者の負担を軽減し、医療・ケアの質の向上に資する支援プログラムを検討した。

本年度は、急性期病院での認知症ケアの実態を把握する基礎資料を得ることを目的に、全国のDPC病院を対象に、調査を実施し、解析結果から課題を抽出した。また、全国調査の結果を踏まえ、急性期病院の認知症対応の現状に即した支援プログラムを開発した。

B. 研究方法

1. 目的

- (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
- (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

2. 研究方法

2.1. 研究デザイン

質問票（郵送）を用いた横断観察研究

2.2. 対象

全国のDPC対象病院1585施設（内、全日病院と重複除く1,082施設）
全日本病院協会の1,813施設。

2.3. 調査項目

2.3.1. 調査項目について

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、救急病棟での取り組みに関する質問項目が含まれる。

2.3.2. 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。

2.3.3. 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。

2.3.4. 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。

2.3.5. 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。

2.4. 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。

2.5. 調査期間

1年間とした。

2.6. 解析

2.6.1. プライマリ・エンドポイント

各調査項目の単純記述統計

2.6.2. 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った。

2.7. 予想される利益と不利益

2.7.1 研究に参加することにより期待される利益

本研究に参加することにより期待される直接の利益はない。

2.7.2 研究対象者に対する予測される危険や不利益

本調査は、一般的な保健医療に関する実態調査であるため、有害事象としての身体的な問題は生じない。質問票を記載するのに15分程度の時間を要する。

2.7.3 社会に対する貢献

本調査は、わが国の身体疾患治療場面における認知症ケアの実態を明らかにするための調査である。本調査を実施する事で、認知症患者の身体治療・ケアの場面での課題が明らかとなり、今後の認知症ケアの教育や支援方法について検討することが可能となる。

2.8. 結果の告知・公表

本研究の成果は、国内外の学会や学術論文にて発表する。研究グループとして、一般の幅広い理解を得るためにマスメディア等に情報提供するとともに、全体としての結果概要は一般人にもわかりやすい形で報告書を作成し、ホームページなどで公開する。

3. データ管理

調査票は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内の施錠できる部屋の施錠できるキャビネットに保管し、電子データは同施設内のパスワードで保護されたPC内で管理する。調査票集計後に調査票は機密文書として破棄する。結果は数量的に集計する。個人の回答が明らかになることはない。

4.1. インフォームドコンセント

本研究は、医療従事者に任意で回答を求めるアンケート調査であり、人体から採取された試料等を用いないため、「疫学研究に関する倫理指針」に従うと、必ずしもインフォームドコンセントを必要としない。そのため、倫理指針に従った趣旨説明書による調査協力の依頼を行い、調査票への回答をもって調査への協力の同意とした。

4.2. 説明

趣旨説明書を添付して調査票を送付する。趣旨説明書には以下の事項について記載した。調査に協力をいただける方のみ任意に記入し、同封した返信用封筒を用いて返送を依頼した。

- (1) 背景・目的
- (2) 対象・方法
- (3) 分析・発表
- (4) 個人情報の保護、倫理的事項
- (5) 研究組織

4.3. 同意

調査票への記入・返送をもって同意とした。

4.4. 個人情報の保護

本研究では無記名の調査票を用い、個人情報は扱わない。結果の公表は数量的に集計しておこない、個人の回答が明らかになることはない。

(倫理面への配慮)

調査に先立ち文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行った。すなわち、研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報は完全に保護されること、等を説明した。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることはないように対応した。

C. 研究結果

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。

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。

D. 考察

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。

E. 結論

全国の急性期病院での認知症ケアの実態を把握するための質問紙調査を実施した結果、急性期病院では認知症対応の整備が十分進んでおらず、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。

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. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 小川朝生. せん妄を知る. *がん看護*. 2015 2015/7/20;20(5):499-502.
11. 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.
12. 小川朝生. 高齢がん患者の心のケア. *加仁*. 2015;42:13-6.
13. 小川朝生. がんと「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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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. *月刊ナースマネジャー*. 2015;16(12):41-5.
20. 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.
21. 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.

学会発表

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.

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
特記すべきことなし。

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

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

研究分担者 明智龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野教授

研究協力者 奥山 徹 名古屋市立大学病院 緩和ケア部 副部長
相木佐代 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野大学院生

研究要旨 高齢のがん患者において、認知機能障害の早期発見はその後の支援を考える上で極めて重要であるが、早期発見に資する知見は世界的にみても存在しない。本研究では、初発高齢血液がん患者を対象として、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た。対象は、名古屋市立大学病院に入院し、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。認知機能の評価は Mini-Mental State Examination（以下：MMSE）を用いて行うとともに、日常生活活動度や抑うつなどを含む高齢者総合的機能評価（Comprehensive geriatric assessment: CGA）に加え、がん診療で一般的に評価される臨床要因を評価した。MMSE が 23 点以下であった場合を認知機能障害ありとし、その関連因子を検討するために多重ロジスティック回帰分析を実施した。適格患者 196 名のうち、145 名（74%）から有効回答を得た。29 名（20%）に認知機能障害が認められ、有意な関連因子として、教育経験が短いこと（9 年以下）と手続き的日常生活動作（IADL）障害が示された。

A. 研究目的

がん罹患の最大の危険因子が加齢であることから、がん患者の半数以上は高齢者である。その一方で、高齢者は身体的機能、認知機能を含めた精神状態、置かれた社会状況、個人の価値観や意向などにおいて異質性が高いことが知られている。

中でも、加齢に伴い低下してくる認知機能については、その障害が看過されやすく、ひいては適切なインフォームド・コンセントを阻害する要因になるのみならず、服薬アドヒアランスの障害を含めた適切なセルフケア能力の低下、介護者の負担増大等さまざまな問題点の原因となることが知られている。わが国は 65 歳以上の高齢者が 25%を超えた超高齢化社会であるが、65 歳以上の高齢者のうち 15%程度に認知症がみられることが示唆されている。その一方で、高齢のがん患者における認知機能障害については、その有病率を含めた実態、縦断的経過、関連する臨床的要因などに関しての知見は内外を通して極めて乏しいのが現状であり、相応しい医療やケアの

あり方に関する確固たる指針が存在しない。

特に血液がんはその治療として抗がん剤治療を長期にわたり受けることが多く、初回治療前の認知機能障害に関する知見は、その後の患者の包括的支援を考える上で極めて重要である。加えて、固形がんと比較すると稀ながんであることもあって、血液がん患者の包括的支援に資する系統だった研究は世界的に見ても行われていない。

近年、先に述べた高齢者の多様性を包括的に評価し、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。本研究では、初回治療開始前的高齢血液がん患者を対象として、認知機能障害を評価し、その頻度と日常生活活動度や抑うつなどを含む高齢者総合的機能評価（Comprehensive geriatric assessment: CGA）に加え、がん診療で一般的に評価される臨床要因を評価した。その関連因子を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

対象：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、名古屋市立大学病院に入院した65歳以上のがん患者を対象とした。

調査概要：研究対象候補者を連続的にサンプリングして適格評価を行い、適格患者に対して書面による研究同意取得後、抗がん治療開始前にMMSEによる認知機能障害評価を実施し、併せて身体的機能(日常生活動作、手続き的日常生活動作)、合併症、栄養状態、抑うつ、多剤併用を含むCGAおよび高齢者のがん診療で一般的に評価される臨床要因を実施した。

評価項目については以下の通りである。

- ・認知機能障害：Mini Mental Status Examination(MMSE)を用いた。本評価は、見当識、短期及び長期記憶、計算、語想起、空間認識などを問う質問から構成されている。30点満点で評価し、23点以下を「認知機能障害あり」とした。

- ・日常生活動作(ADL)：Barthel Indexを用いて評価した。Barthel Indexとは食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便自制、排尿自制の10項目を、それぞれ自立、部分介助など数段階の自立度で評価する。完全に自立している場合を100点とし、90点以下を障害ありとした。

- ・手段的日常生活動作(IADL)：Lawton & Brodyの尺度を使用した。身体的活動能力より高次の活動能力を手段的活動能力と名付け、電話、買物、家事、移送、服薬管理、金銭管理などの8項目について評価する。完全に自立している場合を8点とし、7点以下を障害ありとした。尚、本邦における男女の社会的役割の差異を鑑み、評価基準を調整して行った。

- ・多剤併用：血液がんの治療に関連しない持病などに対して定期的に処方されている薬剤が5剤以上を多剤併用とした。

- ・合併症：Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G)を用いて評価した。14領域について5段階で各領域の重症度を評価し、grade3以上の領域が1つ以上あれば障害ありとした。

- ・栄養状態：BMI (Body Mass Index) 18.5未満を栄養障害とした。

- ・抑うつ：Patient Health Questionnaire 9(PHQ-9)という自記式質問票を用いて評価した。本尺度は、抑うつ症状を尋ねる9項目と、気持ちの問題による日常生活への支障を問う

1項目からなる。各項目は0-4点評価となっており、抑うつ気分、または興味・喜びの低下のいずれかが2点以上、かつ第一から第九項目のうち2点以上の項目数が2つ以上の場合を障害ありとした。

以上のCGA項目に加えて、多頻度身体症状および近年注目されているpatient reported outcome (PRO)として下記の症状項目を評価した。

- ・症状：M.D. Anderson Symptom Inventoryを用いて評価した。この24時間における症状の強さ13項目について、全くないを0、これ以上考えられないほど強いを10として0~10の11段階で評価する。今回は13項目のうち特にがん患者において頻度の高い問題である「痛み」、「倦怠感」、「息切れ」の3項目と、主観的認知機能障害と考えられる「物忘れ」のみを解析対象とした。なお、「物忘れ」項目はPROとして評価した。

- ・その他：人口統計学的因子、医学的情報(ECOG performance status (PS)など)などを収集した。

統計解析

認知機能障害の頻度については記述統計を用いた。認知機能障害の関連因子については、認知機能障害の有無を従属変数、その他の調査因子を独立変数として、まず単変量解析を行った。その上でp値が0.10未満の変数を独立変数として強制投入した多重ロジスティック回帰分析を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は名古屋市立大学病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。本研究への協力は自由意思によるものとし、本研究に同意した後でも随時撤回可能であり、不参加や撤回による不利益は生じないことを文書にて説明した。また、得られた結果は統計学的な処理に使用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明した。本研究への参加に同意が得られた場合は、同意書に参加者本人からの署名を得た。また同意能力がないと推定された場合は、患者からの口頭同意に加え代諾者からの文書同意を得ることとした。

C. 研究結果

- ・患者背景
適格患者196名のうち、145名(74%)から有

効回答を得た。平均年齢 73.8 歳（標準偏差 ± 5.9）で、男性 82 名（56%）であった。診断は悪性リンパ腫が 105 名（72%）であった。教育経験として最終学歴が中学卒業以下だった者は 54 名（37%）であった。

・認知機能障害の頻度

MMSE が 23 点以下であったのは 29 名で、全体の 20% を占めた。

・認知機能障害の関連因子

単変量解析の結果、PS 不良、教育経験が低いこと、日常生活活動度 (ADL) 障害があること、手段的日常生活動作 (IADL) 障害があること、合併症があること (CIRS-G)、抑うつであること (PHQ-9)、もの忘れの自覚があること (MDASI 物忘れ) が、認知機能障害があることと $p < 0.10$ 水準の関連を認めた。これらの変数を多重ロジスティック回帰分析に投入したところ、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) が有意であることが示された。

D. 考察

本研究の結果、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て示唆されている。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。

本研究の強みとして、抗がん剤治療を長期にわたり受けることが多い血液がん患者を対象とした新奇性、認知機能評価をはじめ全ての評価は妥当性が示された尺度を用いた点、などが挙げられる。

一方、本研究の限界としては、単一施設による研究のため施設バイアスの可能性があること、血液がん以外のがん種への一般化可能性が不明であること、などが挙げられる。

E. 結論

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% と低いこと、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. [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
2. [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
3. [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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
 8. 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
 9. 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
 10. 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
 11. 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
 12. 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
 13. 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
 14. 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
 15. 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
 16. 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
 17. 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
 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

学会発表

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. 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 ころ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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 明智龍男 (2015年10月). 特別講演 がん医療におけるころろの医学: サイコオンコロジー. 日本肺癌学会北海道支部会. 札幌.
8. 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.
9. 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.
10. 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ネジメント: 総合病院の精神科医/心理士が知っておきたい一歩先のスキル. 第28回 日本総合病院精神医学会総会. 徳島市.
11. 奥山徹, 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 医学生と研修医が魅力を感じる講義と実習-精神医療を発展させる後継者を育てる 名古屋市立大学の取り組み. 第111回 日本精神神経学会総会. 大阪市.
12. 中口智博, 奥山徹, 伊藤嘉則, 内田恵, 明智龍男 (2015年9月). シンポジウム ストレスは病気に影響するのか? がん化学療法における条件付けが関与した有害事象. 第28回 日本サイコオンコロジー学会総会. 広島市.

13. 東英樹、明智龍男 (2015年11月). 電気けいれん療法でみられる発作時生理学的指標としての脳波、心拍、筋電図の時系列進展とそれらの脳波電極部位による差異の検討. 第45回日本臨床神経生理学学会. 大阪.
14. 内田恵, 杉江愛生, 吉村道央, 鈴木栄治, L. J. Makenzie, 芝本雄太., 平岡真寛, 戸井雅和, 明智龍男 (2015年9月). 雇用状況が医師との予後についての話し合いの意向に関連する. 第28回 日本サイコロジ学会総会. 広島市.
15. 川口彰子, 根本清貴, 仲秋秀太郎, 橋本伸彦, 山田峻寛, 川口毅恒, 西垣誠, 東英樹、明智龍男 (2015年9月). 電気けいれん療法後のagitationの予測因子に関する脳画像研究. 第37回日本生物学的精神医学会. 東京.
16. 小川成, 近藤真前, 井野敬子, 伊井俊貴, 今井理紗, 岡崎純弥, 古川壽亮、明智龍男 (2015年7月). パニック症の認知行動療法における身体感覚過敏と併存精神症状との関係. 第15回日本認知療法学会. 東京.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特記すべき事項なし。
2. 実用新案登録
特記すべき事項なし。
3. その他
特記すべき事項なし。

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

認知症合併患者の周術期管理に関する検討

研究分担者 井上真一郎 岡山大学病院 精神科神経科 助教

研究協力者 川田 清宏 岡山大学病院 精神科神経科 助教
小田 幸治 岡山大学病院 精神科神経科 助教
矢野 智宣 岡山大学医学部 客員研究員
土山 璃沙 岡山大学病院 医療技術部
馬場華奈己 岡山大学病院 看護部

嶋本 恵 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学
大柳 貴恵 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学

研究要旨 近年術式の多様化や麻酔法の進歩などにより手術の安全性が大きく改善しているため、高齢者への手術適応が拡大している。高齢者における精神医学的問題として認知症があるが、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。

当院では、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行っている。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行っているかについての実態把握を行う。さらに、周術期における認知機能と術後せん妄の関係をより明らかにし、周術期管理体制としてせん妄発症予防対策などが可能かどうかについて検証する。

A. 研究目的

近年術式の多様化や麻酔法の進歩などにより手術の安全性が大きく改善しているため、高齢者への手術適応が拡大している。高齢者における精神医学的問題として認知症があるが、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。

そこで、平成27年度は、術前患者の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することを目的として研究を行った。

B. 研究方法

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する。

なお、本研究は当院倫理審査委員会の承認を受けており、対象となる患者にはすべて口頭および文書にて同意を得ている。

C. 研究結果、D. 考察、E. 結論

平成27年4月から研究を開始しており、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り、まだ結果・考察・結論に至っていない。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

本総合病院精神医学会総会，徳島
2015. 11. 27-28

G. 研究発表

論文発表

1. 井上真一郎：せん妄に対するプロナンセリンの有用性に関する検討．精神医学 57(3)：219-224，2015
2. 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

学会発表

1. 井上真一郎：在宅医療継続の障壁となりうる「せん妄」に関する教育プログラムの有用性について．第17回日本在宅医療学会もりおか大会，盛岡 2015. 4. 25-26
2. 井上真一郎，他：せん妄に対するプロナンセリンの有用性について－好適症例の検討－．第111回日本精神神経学会学術総会，大阪 2015. 6. 4-6
3. 井上真一郎，他：終末期がん患者の在宅医療継続の障壁となりうる「せん妄」に関する教育プログラムの有用性について．第20回日本緩和医療学会学術大会，横浜 2015. 6. 18-20
4. 井上真一郎，他：呼吸器外科・消化器外科の手術予定患者を対象とした看護師による認知機能評価に関する後方視的観察研究．第20回日本緩和医療学会学術大会，横浜 2015. 6. 18-20
5. 井上真一郎：地域精神医療：地域における精神科と身体科．第15回外来精神医療学会，東京 2015. 7. 4-5
6. 井上真一郎，他：せん妄患者における紹介病名についての後方視的研究．第35回日本精神科診断学会，札幌 2015. 8. 6-7
7. 井上真一郎：最先端のせん妄治療戦略「せん妄薬物療法の増強療法としての非薬物療法」．第25回日本臨床精神神経薬理学会，東京 2015. 10. 29-30
8. 井上真一郎，他：岡山大学病院において一般病棟や救急病棟から精神科病棟へ転棟となった複数のケースについての検討－精神科リエゾンチームの果たす役割－．第56回中国・四国精神神経学会，倉敷 2015. 11. 12-13
9. 井上真一郎：サイコオンコロジー領域における介入法開発の最前線「術後せん妄予防のためのチーム医療」．第28回日

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
特記すべきことなし。

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

救命救急センターに搬送された認知症患者の現状

研究分担者 上村 恵一 市立札幌病院 精神医療センター

研究協力者 なし

研究要旨 2030年、我が国はどの国も経験したことのない高齢者の急増が進むだけでなく、未婚や離別による単身世帯の急増によって極めて多くの中高年の単身者が、都市部にあふれる時代が来ると言われている。これまで行った調査で、当院の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。今後、本邦では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ことが指摘されている。しかし、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した研究はない。そこで、全国の救命救急センターや精神科救急に搬送され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把握することを目的に本研究を実施した。

A. 研究目的

今後、本邦では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ことが指摘されているが、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した研究はない。そこで、全国の総合病院において救命救急センターおよび精神科救急に搬送され入院した重症身体疾患に併発した認知症患の動向について把握することを目的に本研究を実施した。

B. 研究方法

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行っている総合病院 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。

(倫理面への配慮)

個人が特定されないような個人 ID とは異なる連結不可能な乱数 ID にて第三者が情報を管理した。本研究は当院倫理委員会の承認

を得ている。

C. 研究結果

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。

D. 考察

65 歳以上の認知症患者は人口の 10.2%と推定されるため、救命救急センターや精神科救急に搬送される 65 歳以上のうち 48%が認知症の可能性のあることは注目すべき割合である。搬送患者は、入院が必要な身体疾患を発症しているか増悪していることが大多数である。日中の適切な受診が得られていないことや、自覚症状に乏しくバイタルに問題が生じたショックなどの状態で搬送になっている症例が多いことが推察される。認知症の可能性のある患者が身体疾患に罹患している場合や、通院中の認知症患者の場合訴えにくい自覚症状の確認や、バイタルサインの把握がより重要になると思われる。

E. 結論

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。

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. 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
2. 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
3. 上村恵一; 特集・せん妄の診断・治療 update
4. 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
5. 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
6. 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

学会発表

特記なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

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

急性期病院入院中の認知症患者の医療の全国調査

研究分担者 谷向 仁 京都大学大学院医学研究科
臨床腫瘍薬理学・緩和医療学講座 特定准教授

研究協力者 なし

研究要旨 急性期病院の認知症の対応、特に入院受け入れ時、入院中、転院あるいは退院調整時についての実態把握およびその課題や問題点について、医療連携室を通して全国的に調査した。解析可能であった 784 施設のうち、認知症疾患センターの指定を受けている施設はわずかに 4.8%であった。また、老年/精神/認知症看護の専門/認定看護師および認知症-老年精神医学の専門医がいない施設は 94%、93%、83%および 70%と高率であった。認知症患者の入院依頼のうち、認知機能障害および精神症状が理由で、それぞれ 31.6%、40.1%が入院できていなかった。また、入院した認知症患者についての連携室への全相談のうち、29.8%が在宅調整であるのに対し、28.4%が転院調整、12.9%が施設入所調整であった。在宅に帰せない理由としては、介護力の問題（28.8%）、精神症状（21%）、入院後の ADL 低下（16.9%）が多くみられた。

以上の結果から、急性期病院における認知症診療専門医/看護師の充足および一般医療者への認知症診療・ケアの教育の充実、さらには入院早期から多職種チームによる多面的なケアやサポート体制を構築していくことが今後重要であると考えられた。

A. 研究目的

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把握およびその課題や問題点について、医療連携室を通して全国的に調査する。

員会の規程に従い、研究倫理審査委員会の審査は免除された。

（倫理面への配慮）
特記事項なし。

B. 研究方法

昨年度までに完成させた調査票（①病院の規模と構造、②連携室の構造、③認知症が合併している身体治療の依頼ケース（入院受け入れ・入院中・退院調整）に関する内容）を、全国の DPC を用いている病院 1585 施設ならびに全日本病院協会会員施設 1315 施設（DPC 施設との重複を除く）の医療連携室宛に、依頼状、趣旨説明文書とともに郵送し、回答を依頼した。なお、本調査は、医療従事者に対して任意で回答を求めるアンケート調査であり、各種研究倫理指針の対象外であるため、施設（国立がん研究センター）の研究倫理審査委

C. 研究結果

回答の得られた 820 施設のうち、解析可能となったものは 784 施設であった。このうち、認知症疾患センターの指定を受けている施設は 4.8%のみであった。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%および 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%) の順が多かった。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。

D. 考察

今回の調査から、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行う専門医や専門/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。

E. 結論

急性期病院における認知症患者の受け入れ及び退院調整の実態が明らかとなった。今後、急性期病院における認知症診療専門医・専門/認定看護師の充足、一般医療者への認知症診療・ケアの教育、さらには入院早期から多職種チームによる多面的なケアやサポートを行っていくことが一層大切になってくると考えられた。

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. 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.
2. 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.
3. Tanimukai H, et al. Fluvoxamine alleviates paclitaxel-induced neurotoxicity. *Biochem Biophys Res*, 4, 202-206, 2015
4. 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
5. 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.

学会発表

1. 谷向 仁. がん治療中と治療後のメンタルヘルス ~自分たちでできること、医師に相談すべきこと~. 第8回乳がんシンポジウム@ニューヨーク, NYC, 2015. 4. 24
2. 谷向 仁. せん妄のワークショップ: Overview. 第111回日本精神神経学会学術大会 大阪市, 2015. 6. 4
3. 谷向 仁. 総合病院でのサイコオンコロジーの魅力 ~困難をやりがいに変えることができるか?~. 第18回 有床総合病院精神科フォーラム 札幌市, 2015. 7. 11
4. 谷向 仁, 松井智子. 乳がん患者における化学療法による認知機能障害と不安/抑うつとの関係に関する検討. 第28回日本サイコオンコロジー学会 広島市, 2015. 9. 18