

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）  
分担研究報告書

介護者の心理支援を行う教育プログラム（CEP）の作成と検証

研究分担者 櫻井 孝 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長

**研究要旨**

新オレンジプランの骨格は、認知症の人・家族を中心とした認知症医療・ケアを提供することである。今後、どのように認知症の人や家族をサポートすべきかについて、具体的な方策を明らかにする必要がある。私どもは、これまで認知症疾患センターで認知症の人を介護している家族を対象に家族教室を行ってきた。家族のニーズ調査から始め、個々の課題に対して家族教育を実践し、家族教室で求められるプログラムを抽出してきた。本研究では、作成された介護者心理支援プログラム（CEP：3か月が1コース、6回のセッションから成る）の効果を検証するために、RCTによる検証を行った。

対象はもの忘れセンターに通院する認知症高齢者の介護者54名である。医学（認知症の種類、治療法）、認知症ケア（パーソンセンタードケア・BPSDの種類とケア方法・認知症をもつ人の理解方法）、心理（認知症をもつ人とのコミュニケーション）、社会福祉（介護者を取り巻く環境・社会的支援の利用）からなるCEPの効果をRCTで検証した。BPSD（DBD）、介護負担尺度（J-ZBI）、うつ（CES-D）、介護コーピング（Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale）、介護認知評価（Cognitive Caregiving Appraisal）を評価した。CEPによる介入により、うつの指標が改善し、対照（自習）群では増悪した。また、CEPにより、「介護充足感」、「認知症の人への愛情」、「介護による自己成長感」と、3つのコーピング技術（介護をポジティブに受容すること、インフォーマルサポートの活用、フォーマルサポートの活用）が改善した。レクチャーと相互交流で提供されるCEPが、介護者の介護コーピングや肯定的介護評価を上昇させること、介護ストレスを低減させることが実証された。

本研究で検証されたCEPプログラムは、テキスト化（DVD含む）した。また、家族教室の企画・運営ガイドブックを作成した。今後は地域での介護者教室での利用について調整したい。

**A．研究目的**

新オレンジプランでは、本人・家族を中心とした認知症医療・ケアを提供することが明記されている。地域でも介護教室・認知症カフェの設置が進んでいるが、その効果、質についてはいまだ不明なところが多い。どのように本人や家族をサポートすべきかについて、具体的な方策を提示していく必要がある。

私どもは、認知症疾患センターで認知症の人を介護している家族を対象に、家族教室を5年以上に渡り実践してきた。「家族のニーズは病期により異なる」、また、「介護負担は家族の受け止め方によっても変わる」と仮説し、まずニーズ調査を行い、個々の課題に対する指導内容を考え指導を実践してきた。教室では必ずアンケートで参加者の評価を調査し、私

子どもが提供した教育内容が役立つものを検証してきた。その結果、作成された介護者心理支援プログラム（CEP）は3か月が1コース、6回の教育セッションから成る。本研究では CEP の効果を、RCTにより検証した。

本年度は CEP の有効性を論文化（投稿中）し、家族教室の運営マニュアルを作成し書籍としてまとめた。私どもの家族教室のこころみが、地域でのカフェや介護教室で役立つことを期待している。

## B．研究方法

本研究は、ランダム化比較試験（無作為比較試験）である。

### ．対象の設定

#### 研究対象

国立長寿医療研究センター・もの忘れセンターを受診する認知症の人の介護者 54 名である。その臨床特性を表 1 にまとめた。すでに 2 年以上の介護年数を持つものを対象とした。被介護者の平均年齢は 77.5 歳、アルツハイマー型認知症（AD）が約 80%を占めた。

表 1

| Characteristics                    | Initial sample (n = 54) | PEP group (n=27)   | Control group (n=27) | P-value [PEP vs Control] |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|--------------------------|
|                                    | n (%), Mean ± SD        | n (%), Mean ± SD   | n (%), Mean ± SD     |                          |
| <b>Caregivers</b>                  |                         |                    |                      |                          |
| Male/Female, n (%)                 | 6 (11.1) / 48 (88.9)    | 3 (11.1)/24 (88.9) | 3 (11.1)/24 (88.9)   | 0.610 ‡                  |
| Age group (years), n (%)           |                         |                    |                      | 0.661 †                  |
| 20s                                | 1 (1.9)                 | 1 (3.7)            | 0 (0.0)              |                          |
| 30s                                | 1 (1.9)                 | 1 (3.7)            | 0 (0.0)              |                          |
| 40s                                | 12 (22.2)               | 6 (22.2)           | 6(22.2)              |                          |
| 50s                                | 14 (25.9)               | 5 (18.5)           | 9(33.3)              |                          |
| 60s                                | 19 (35.2)               | 10 (37.0)          | 9 (33.3)             |                          |
| 70s                                | 7 (12.9)                | 4 (14.9)           | 3 (11.2)             |                          |
| Years of education                 | 13.9 ± 1.9              | 12.9 ± 2.2         | 13.2 ± 1.7           | 0.670 *                  |
| Caregiving experience (yes), n (%) | 12 (22.2)               | 5 (18.5)           | 7 (25.9)             | 0.745 ‡                  |
| Years of caregiving                | 2.6 ± 2.0               | 2.4 ± 2.0          | 2.6 ± 1.9            | 0.965 *                  |
| Time of caregiving (hours per day) | 4.9 ± 4.2               | 4.5 ± 3.7          | 5.2 ± 4.7            | 0.579 *                  |
| Family attributes, n (%)           |                         |                    |                      | >0.999 ‡                 |

|  |             |                |             |          |
|--|-------------|----------------|-------------|----------|
| Spouse   | 20 (37.0)   | 10 (37.0)      | 10 (37.0)   |          |
| Daughter or son  | 21 (38.9)   | 10 (37.0)      | 11 (40.6)   |          |
| Daughter- or son-<br>in-law  | 7 (13.0)    | 4 (14.8)       | 3 (11.2)    |          |
| Other  | 6 (11.1)    | 3 (11.2)       | 3 (11.2)    |          |
| <b>Cohabiting with people<br/>with dementia (yes), n (%)</b>       | 47 (87.0)   | 23 (85.2)      | 24 (88.9)   | >0.999 † |
| <b>Use of long-term care<br/>insurance system (yes), n<br/>(%)</b> | 27 (50.0)   | 13 (48.1)      | 14 (51.2)   | 0.395 †  |
| <b>Japanese Zarit Caregiver<br/>Burden Interview (J-ZBI)</b>       | 28.8 ± 17.7 | 32.1 ±<br>20.0 | 25.5 ± 14.7 | 0.182 *  |

参加基準

1 : 認知症患者が国立長寿医療研究センター外来通院中、2 : 在宅介護を継続中、3 : 認知症確定診断がついており、2年以上が経過している、4 : 研究への説明同意が得られていること。

介入と期間

CEP/自習はそれぞれ3カ月間とした。CEPのプログラムを表2に示す。

対象者の割付と盲検化

ブロックランダム化を用いて対象者を無作為に割り付けた。本研究は非薬物的介入であるため、対象者および介入者の盲検化は困難であった。

表 2

| Number | Lecturer      | Topic             | Contents   | Methods and duration (min) |
|--------|---------------|-------------------|--|----------------------------|
| 1      | Physician     | Medical treatment | Types of dementia, treatment methods (including non-pharmacotherapy) | Lecture, Q&A (90)          |
| 2      | Nurse         | Dementia care 1   | Concept of person centered care                                      | Lecture, group work (90)   |
| 3      | Nurse         | Dementia care 2   | Methods of coping with dementia                                      | Lecture, group work (90)   |
| 4      | Nurse         | Dementia care 3   | Skills for dealing with people with dementia                         | Lecture, case study (90)   |
| 5      | Psychologist  | Psychology        | Skills for listening to people with dementia                         | Lecture, case study (90)   |
| 6      | Social worker | Social welfare    |  | Lecture, group work (90)   |

Caregivers' relationships with people and environment; Lecture, group work and practice; selecting and using my caregiving map (90) social support

. データ収集方法と解析  
データ収集先と期間

介入開始時および介入開始 3 カ月後にデータ収集のために自記式アンケート調査を行った。同時に、電子カルテに所蔵されている、本研究参加直近の包括的アセスメント評価結果から要介護者の属性データを抽出した。

評価項目

1：要介護者の状況

認知症の状態：MMSE、認知症の周辺症状の状態：DBD スケール、  
身体機能状態：Barthel-Index、身体疾患の有無と種別、要介護度、日常生活自立度

2：介護者の状況

介護年数、性別、教育歴、介護サービス利用状況と経費、介護から離れる時間の確保状況、支援家族の有無、相談相手の有無、要介護者との関係、就労有無、  
認知的介護評価：介護に対する肯定的評価と否定的評価の両側面を評価する Cognitive Caregiving Appraisal (CCA) scale を用いた。  
介護者の対処方略：介護者の対処方法等を Coping Strategies Scale (CSS) で評価。

介護負担感：日本語版 Zarit-Burden-Interview 等

精神状態：CES-D

(倫理面への配慮)

本研究は疫学研究に該当する。「臨床研究に関する倫理指針」(厚生労働省,平成20年7月31日全部改正)に則り、研究を遂行した。

対象となる介護者教室参加者に対し、調査主旨について、別に定める同意説明文書に基づいて十分に説明し、参加者が内容をよく理解したことを確認の上で、自由意思による同意を文書で得た。

同意取得日を記入した同意書は、研究実施機関内の施錠が可能な保管庫で一括管理した。本研究で実施するアンケート調査は、倫理・利益相反委員会に諮り、承認後に実施した。

得られたデータは、連結可能な匿名化状態で保存した。匿名化データは、ファイルをパスワード管理した上で、外部記憶装置に保存し、その上で、匿名対応票と共に、研究代表者および研究分担者が、鍵のかかる保管庫(国立長寿医療研究センター臨床研究推進部)にて管理した。

### C . 研究結果

介入プログラム群の効果 (表3) 介入プログラムにより、抑うつ (CES-D) の成績が有意に改善した。また、CEP によりポジティブな変化をしたものは、CCA-1: 介護充足感, CCA-2: 認知症の人への愛情, CCA-3: 介護による自己成長感

と、3つのコーピング (CSS-2: 介護をポジティブに受容, CSS-4: インフォーマルサポートの活用, CSS-5: フォーマルサポートの活用)項目であった。一方、両群でJ-ZBIは増加し、DBDはCEP群で増加傾向を示した。

表3

|                         | PEP intervention (n=23) |             |                  |                            | Control (n=24) |             |                  |                            | PEP vs. Control |                     |                           |
|-------------------------|-------------------------|-------------|------------------|----------------------------|----------------|-------------|------------------|----------------------------|-----------------|---------------------|---------------------------|
|                         | before                  | after       | vs. after change | P-value (before vs. after) | before         | after       | vs. after change | P-value (before vs. after) | 95%CI           | partia <sup>2</sup> | P-value (PEP vs. control) |
| CES-D                   | 20.6 ± 7.1              | 13.4 ± 6.1  | -7.2 ± 6.4       | <0.01**                    | 19.3 ± 10.4    | 24.6 ± 7.9  | 5.3 ± 7.4        | <0.001**                   | [-14.7, -9.2]   | 0.63                | <0.001**                  |
| BI                      | 91.7 ± 15.2             | 88.9 ± 16.6 | -2.8 ± 2.6       | 0.287                      | 88.8 ± 15.1    | 84.6 ± 25.1 | -4.2 ± 19.0      | 0.299                      | [-8.1, 11.3]    | 0.00                | 0.744                     |
| DBD                     | 24.0 ± 14.9             | 28.0 ± 12.5 | 4.0 ± 7.7        | 0.020*                     | 24.4 ± 14.8    | 27.2 ± 15.9 | 2.8 ± 0.5        | 0.206                      | [-4.0, 6.3]     | 0.00                | 0.651                     |
| Caregiving times (hour) | 4.2 ± 3.5               | 6.1 ± 5.6   | 1.9 ± 0.9        | 0.053                      | 4.9 ± 3.5      | 5.8 ± 5.0   | 0.9 ± 1.6        | 0.288                      | [-1.5, 3.2]     | 0.01                | 0.467                     |

|                        |           |           |          |        |           |           |          |          |      |             |      |        |
|------------------------|-----------|-----------|----------|--------|-----------|-----------|----------|----------|------|-------------|------|--------|
| <b>J-ZBI</b>           | 29.9±17.7 | 37.7±14.0 | 7.6±12.4 | 0.008* | 26.5±14.7 | 38.3±15.4 | 11.8±9.7 | <0.001** | -3.1 | [-9.0, 2.8] | 0.02 | 0.295  |
| <b>CCA<sup>§</sup></b> |           |           |          |        |           |           |          |          |      |             |      |        |
| CCA-1                  | 15.1±3.1  | 17.2±2.8  | 2.1±3.7  | 0.012* | 16.4±3.4  | 15.5±2.7  | -0.9±2.5 | 0.101    | 2.2  | [0.7, 3.7]  | 0.17 | 0.005* |
| CCA-2                  | 9.8±2.1   | 11.2±2.1  | 1.4±1.8  | 0.001* | 10.3±2.3  | 10.1±2.7  | -0.2±2.4 | 0.681    | 1.3  | [0.5, 2.2]  | 0.12 | 0.020* |
| CCA-3                  | 8.7±2.0   | 9.3±2.4   | 0.7±1.5  | 0.048* | 9.1±2.0   | 8.3±2.0   | -0.8±2.1 | 0.069    | 1.3  | [0.3, 2.4]  | 0.13 | 0.012* |
| CCA-4                  | 13.9±3.2  | 12.8±2.9  | -1.1±2.1 | 0.017* | 14.2±2.5  | 13.5±2.8  | -0.7±1.4 | 0.032*   | -0.5 | [-1.5, 0.5] | 0.00 | 0.300  |
| CCA-5                  | 10.9±3.7  | 10.4±3.9  | -0.4±2.9 | 0.476  | 12.0±3.0  | 11.3±3.9  | -0.7±2.7 | 0.162    | 0.1  | [-1.5, 1.8] | 0.00 | 0.858  |
| CCA-6                  | 6.7±2.0   | 6.4±1.6   | -0.3±1.5 | 0.398  | 7.4±2.5   | 7.1±2.4   | -0.3±1.8 | 0.514    | 0.3  | [-1.1, 0.6] | 0.00 | 0.563  |
| <b>CSS<sup>†</sup></b> |           |           |          |        |           |           |          |          |      |             |      |        |
| CSS-1                  | 9.1±1.9   | 10.0±1.8  | 0.8±1.7  | 0.031* | 9.5±2.6   | 9.5±2.8   | 0.0±2.2  | 0.999    | 0.6  | [-0.4, 1.6] | 0.03 | 0.219  |
| CSS-2                  | 11.4±2.3  | 12.1±2.0  | 0.7±1.9  | 0.096  | 11.3±2.5  | 11.1±1.9  | -0.2±2.7 | 0.649    | 1.0  | [0.0, 2.0]  | 0.08 | 0.052  |
| CSS-3                  | 6.0±1.0   | 6.5±1.2   | 0.5±1.3  | 0.062  | 6.3±2.3   | 6.2±2.8   | -0.2±1.6 | 0.622    | 0.5  | [-0.3, 1.4] | 0.04 | 0.204  |
| CSS-4                  | 7.9±2.2   | 8.5±1.8   | 0.6±1.9  | 0.163  | 8.2±2.2   | 7.7±2.4   | -0.5±2.0 | 0.263    | 0.9  | [-0.1, 1.9] | 0.07 | 0.073  |
| CSS-5                  | 9.3±2.9   | 10.2±2.7  | 0.8±2.0  | 0.059  | 9.3±2.8   | 8.7±2.2   | -0.6±2.0 | 0.193    | 1.4  | [0.4, 2.4]  | 0.16 | 0.006* |

## D．考察

本研究で用いた CEP は、認知症の病態に関する知識よりも、BPSD への対応方法、認知症を持つ人の思いを聴く方法、介護者の内的・外的状況を把握し対処方法を検討する自己覚知方法など、介護の実践的な内容から構成されていた。これらのコンテンツは、先行研究で実施した家族介護者のニーズに即したものである (Seike, et al. 2016)。また、講義方法も座学だけではなく、グループワークやグループディスカッションを多用し、相互交流を図った。

両群において DBD スコアは両上昇傾向を示し、J-ZBI の成績も上昇を示した。進行性認知症の進行に伴い、J-ZBI で確認される介護負担は上昇した。しかし、主観的介護負担感が増加しても、CEP 参加群の 3 か月変化量につき、「抑うつ」スコアが有意に減少した。その背景には、介護コーピング：「介護をポジティブに受容すること」、「インフォーマル、フォーマルなサポートを活用できるようになったこと」、また、介護評価で「介護充足感」、「認知症の人への愛情」、「介護による自己成長感」スコアが有意に上昇した点がある。つまり、個の変化は、ストレス反応媒介要因に該当する「介護コーピング」や「肯定的介護評価」の上昇が、ストレス緩衝になり、最終的に介護ストレスを低減させると考えられた。

以上により、レクチャーと相互交流で提供される、CEP が、介護者の介護コーピ

ングや肯定的介護評価を上昇させること、介護ストレスを低減させることが実証された。

## E．結論

本研究の結果、プログラム参加前後 3 か月間の変化で、介入群 (CEP プログラム参加群) につき、J-ZBI が上昇しても、介護者の内的状態への対処、外的状態 (介護環境) への対処が上昇し、抑うつ (CES-D) が心理的反応が有意に低減する結果が示された。

これまで私どもは、認知症家族教室として、診断直後の家族が困惑している時期の教室、また本研究のように介護を数年経験して新たな悩みを持つ家族への教室を実践してきた。これらは私どもの病院で有効に機能することが実証されたが、この知見を広く周知することが重要であろう。そのために、本研究で検証された CEP プログラムは、テキスト化 (DVD 含む) して作成した。また、認知症家族教室の運営マニュアルをまとめた書籍：「認知症会議お教室」企画・運営ガイドブック (中央法規) を作成した。同書籍は平成 30 年 4 月に刊行される予定である。本書が地域での介護教室、カフェなどでも役にたつことができれば幸いである。



## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Araki A, Yoshimura Y, Sakurai T, Umegaki H, Kamada C, Imuro S, Ohashi Y, Ito H, and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Research Group. Low intake of carotene, vitamin B2, and calcium predicts cognitive decline in elderly patients with diabetes mellitus: the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial. *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Aug;17(8):1168-1175.
2. Sugimoto T, Ono R, Murata S, Saji N, Matsui Y, Niida S, Toba K, Sakurai T. Sarcopenia is associated with impairment of activity of daily living in Japanese patients with early-stage Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2017 Jul-Sep;31(3):256-258.
3. Saji N, Murotani K, Shimizu H, Uehara T, Kita Y, Toba K, Sakurai T. Increased pulse wave velocity in patients with acute lacunar infarction doubled a risk of future ischemic stroke. *Hypertens Res.* 40:371-375,2017
4. Sugimoto T, Yoshida M, Ono R, Murata S, Saji N, Niida S, Toba K, Sakurai T. Frontal Lobe Function Correlates with One-Year Incidence of Urinary Incontinence in Elderly with Alzheimer Disease. *J Alzheimers Dis.* 56(2):567-574, 2017
5. Tsujimoto M, Yamaoka A, Horibe K, Takeda A, Arahata Y, Sakurai T, Washimi Y. The Validation of the NCGG-4D (National Center for Geriatrics and Gerontology differential diagnostic tool For degenerative Dementia): -a simple and effective tool for diagnosis and longitudinal evaluation. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics* in press
6. Saji N, Sakurai T. Is gait speed a risk factor for dementia? *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Suppl 1:75-76.
7. Kamiya M, Osawa A, Kondo I, Sakurai T. Factors associated with cognitive function that affect decline in activities of daily living level in Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Aug 31. doi: 10.1111/ggi.13135.
8. Fujisawa C, Umegaki H, Nakashima H, Okamoto K, Kuzuya M, Toba K, Sakurai T. Physical Function Differences Between the Stages From Normal Cognition to Moderate Alzheimer Disease. *J Am Med Dir Assoc.* 18(4):368.e9-e368.e15,2017
9. Nakamura A, Cuesta P, Fernández A, Arahata Y, Iwata K, Kuratsubo I, Bundo M, Hattori H, Sakurai T, Fukuda K, Washimi Y, Endo H, Takeda A, Diers K, Bajo R, Maestú F, Ito K, Kato T. Electromagnetic signatures of the preclinical and prodromal stages of Alzheimer's disease. *Brain* in press
10. Ogama N, Sakurai T, Nakai T, Niida S, Saji N, Toba K, Umegaki H, Kuzuya M. Impact of Frontal White Matter Hyperintensity on Instrumental Activities of Daily Living in Elderly Women with Alzheimer Disease and Amnesic Mild Cognitive Impairment. *PLoS One* Mar 2;12(3):e0172484. doi:

- 10.1371/journal.pone.0172484.  
eCollection 2017.
11. Committee Report: Glycemic targets for elderly patients with diabetes: Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee on Improving Care for Elderly Patients with Diabetes. *J Diabetes Investig.* 2017 Jan;8(1):126-128. doi: 10.1111/jdi.12599.
  12. Tamura Y, Kimbara Y, Yamaoka T, Sato K, Tsuboi Y, Kodera Y, Chiba Y, Mori S, Fujiwara Y, Tokumaru AM, Ito H, Sakurai T, Araki A. White matter hyperintensity in elderly patients with diabetes mellitus is associated with cognitive impairment, functional disability, and a high glycoalbumin/glycohemoglobin ratio. *Front Aging Neurosci*, in press doi: 10.3389/fnagi.2017.00220. eCollection 2017
  13. Sugimoto T, Nakamura A, Kato T, Iwata K, Saji N, Arahata Y, Hattori H, Bundo M, Ito K, Niida S, Sakurai T: MULNIAD study group. Decreased glucose metabolism in medial prefrontal areas is associated with nutritional status in patients with prodromal and early Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2017;60(1):225-233.
  14. Sugimoto T, Toba K, Sakurai T. Status of glycemic control in elderly patients with cognitive impairment treated by general practitioners relative to the glycemic targets recommended for elderly patients by the Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee: a retrospective analysis. *J Diabetes Investig.* In press
  15. Ogama N, Sakurai T, Saji N, Nakai T, Niida S, Toba K, Umegaki H, Kuzuya M. Frontal White Matter Hyperintensity is Associated with Verbal Aggressiveness in Elderly Women with Alzheimer's Disease and Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA* in press 2018
  16. Saji N, Sakurai T. Cilostazol may decrease plasma inflammatory biomarkers in patients with recent small subcortical infarcts: a pilot study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* in press
  17. Sugimoto T, Sakurai T, Ono R, Kimura A, Saji N, Niida S, Toba K, Chen LK, Arai H. Epidemiological and Clinical Significance of Cognitive Frailty: a Mini Review. *Ageing Res Rev.* in press
  18. 清家 理、住垣千恵子、大久保直樹、藤崎あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、米津綾香、内山詠子、猪口里永子、梶野陽子、佐治直樹、福田耕嗣、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井孝。家族向けの認知症介護教室とは何かについて教えてください。 *Geriatric Medicine(老年医学)* 55(6): 643-646, 2017.
  19. 清家 理、住垣千恵子、大久保直樹、藤崎あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、米津綾香、佐治直樹、武田章敬、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井孝。認知症疾患医療センターにおける認知症家族介護教室の効果と課題。 *医療* 71(7):314-319, 2017
  20. 清家 理、鳥羽研二、櫻井 孝。認知症家族介護者教室・認知症カフェ等『認知症の人・家族介護者が集う場』の意義を問う。 *臨床栄養* 131(7): 886-888, 2017
  21. 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター家族教室プロジェクトチーム。認知症家族介護者教室、認知症カフェ企画・運営者向け 認知症家族介護者のための支援プログラム。監修・編集：猪口里永子、内山詠子、大久保直樹、梶野陽子、川野恵子、小林裕子、櫻井孝、佐治直樹、住垣千恵子、清家理、竹内さやか、鳥羽研二、福田耕嗣、藤崎あかり、水野伸枝、森山智晴、米津綾香。愛知県、国立長寿医療研究センターフルフィル 2017年3月
  22. 櫻井 孝。ガイドライン作成委員「高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会」日本老年医学会委員。高齢者糖尿病診療ガイドライ

- ン 2017. 編集・著者 日本老年医学会・日本糖尿病学会. 南江堂 2017年5月
23. 櫻井 孝. その他の認知症. すぐに使える 高齢者総合診療ノート 改訂版 p 229-236, 2017. 日本医事新報社 東京
  24. 櫻井 孝. 5. 高齢者糖尿病の食事療法. 6. 高齢者糖尿病の運動療法. 高齢者糖尿病治療ガイド2018. 編集・著者 日本糖尿病学会・日本老年医学会. 文光堂
  25. 櫻井 孝. 認知症予防のエビデンス. 認知症予防専門士テキストブック 改訂版 p36-46, 2017. 日本認知症予防学会編集 メディア・ケアプラス 東京
  26. 杉本大貴. 櫻井 孝. 認知症高齢者の睡眠薬の使い方と注意は p49-52. 認知症者の転倒予防とリスクマネジメント 病院・施設・在宅でのケア 第3版. 監修; 日本転倒予防学会、編著; 武藤芳照、原田敦、鈴木みずえ 東京. 日本医事新報社 2017年10月
2. 学会発表
1. 第 18 回日本認知症ケア学会大会 (2017.5.26-27 沖縄) シンポジウム. 栗田主一、櫻井孝、清家理、大久保直樹、梶野陽子、櫻井 孝、佐治直樹、竹内さやか、藤崎あかり、水野伸枝、森山智晴. 『認知症とともに生きる』ために必要な教育的支援と地域活動 「集う」ことをの意味を問い直す
  2. 第 59 回日本老年医学会学術集会 (2017.6.14-16. 名古屋). 合同シンポジウム 2. 清家理、大久保直樹、住垣千恵子、藤崎あかり、竹内さやか、森山智晴、水野伸枝、武田章敬、佐治直樹、遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井 孝. 「4. 認知症の人及び家族介護者に対する心理社会的支援の効果検証-「集う」ことの意義を問いなおす-
  3. 第 7 回日本認知症予防学会 (2017.9.22-24. 岡山). 山智晴、清家理、竹内さやか、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、鳥羽研二、櫻井 孝. 認知症の人や家族介護者のための集いの場に必要支援内容の探索研究
  4. 第 7 回日本認知症予防学会 (2017.9.22-24. 岡山). 清家理、森山智晴、竹内さやか、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、鳥羽研二、櫻井 孝. 集団的家族介護者支援従事者に対する教育的支援プログラム開発研究-持続可能な認知症カフェ・認知症家族介護者教室開催のために-
  5. 第 7 回日本認知症予防学会 (2017.9.22-24. 岡山). 竹内さやか、清家理、森山智晴、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、堀部賢太郎、鳥羽研二、櫻井 孝. 認知症家族介護者と集団的家族支援運営者の実態調査
  6. 第 36 回日本認知症学会学術集会 (2017.11.24-26. 金沢). 櫻井 孝、清家理、竹内さやか、大久保直樹、森山智晴、梶野陽子、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、鳥羽研二. 認知症家族介護者に対する心理社会的教育支援の持続効果
  7. 第 36 回日本認知症学会学術集会 (2017.11.24-26. 金沢). 竹内さやか、清家理、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、堀部賢太郎、鳥羽研二、櫻井 孝. 認知症家族介護者のニーズと集団的家族支援の地域展開への課題
  8. 第 36 回日本認知症学会学術集会 (2017.11.24-26. 金沢). 清家理、竹内さやか、森山智晴、梶野陽子、大久保直樹、藤崎あかり、水野伸枝、佐治直樹、堀部賢太郎、鳥羽研二、櫻井 孝. 認知症家族介護者教室および認知症カフェの運営者に対する支援方法の妥当性検証
- 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