

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症のための縦断型連携パスを用いた
医療と介護の連携に関する研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 池田 学

平成 27 (2015) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告書	
認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究	----- 1
熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 池田 学	
II. 分担報告書	
1. 認知症患者における体感温度調査 ～認知症患者は寒がりになるか～	----- 7
熊本大学医学部附属病院神経精神科 橋本 衛	
2. 意味性認知症における食行動異常と側頭葉萎縮優位側の関係	-----12
熊本大学医学部附属病院神経精神科 福原竜治	
3. 有明圏域認知症疾患医療センターの患者調査結果に関する考察と、認知症連携パスの展開を見据えた老年歯科の地域住民への啓発活動	-----17
熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 石川智久	
4. アルツハイマー病患者における通所サービス導入の成否に関連する要因の検討	-----21
熊本大学医学部附属病院神経精神科 矢田部裕介	
5. 認知症患者における未治療期間の検討-受診経路別の分析	-----24
高知大学医学部神経精神科学教室 上村直人	
6. 認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究	-----29
愛媛大学大学院医学系研究科 谷向 知	
7. 認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究	-----32
公益財団法人浅香山病院 釜江（繁信）和恵	
8. 本邦における前頭側頭型認知症に対する非専門医による処方の実態調査	-----35
東京慈恵会医科大学 精神医学講座 品川俊一郎	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 39
IV. 研究成果の刊行物・別刷	----- 47

認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究

主任研究者 池田 学 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

研究協力者 丸山貴志 畑田 裕 田中 響 小嶋誠志郎 板橋 薫

熊本大学医学部附属病院神経精神科

研究要旨 昨年度は、「火の国あんしん受診手帳」について配布 6 か月後にアンケート調査を実施し、手帳の使用状況を明らかにした。アンケート集計結果から手帳の持参率を上げることが課題であると考え、今年度は 4 種類の別々の方法で持参率を上げるために具体的な取り組みを行い検証した。

手帳持参者の血圧を測定し手帳に記載、非持参者には次回通院時に血圧測定・記載することを伝える（対象 32 名） 受診予約の前日に電話で手帳の持参を依頼する（58 名）

次回受診日記録部分（診察券の裏など）に持参するように記載する（79 名） 診察室などに持参を啓発するポスターを掲示し、持参した手帳のポケットに「診察券入れ」「お薬手帳入れ」の文字を表示したテープを張る（75 名）の、何らかの働きかけを行った 4 群、そして全く何もしなかった群（コントロール群、107 名）の計 5 群で比較をした。

それぞれの群の手帳持参率は、61.5%、78.3%、93.8%、59.7%、8.6%であり、具体的な働きかけを行った 4 群では、全く何もしなかった群と比べ持参率が明らかに上がった。

今回の取り組みは限られた対象・期間であったため施行できたが、今後すべての認知症患者を対象とした場合、負担の大きさから同じ方法を用いることが困難であることが予想される。他の方法も模索しつつ高い持参率を維持することが今後の課題である。

今年度後半には手帳持参者が施設入所となった際に手帳に記載された情報が活用されたかどうかを検証するためのアンケートを行った。対象者は少ないものの手帳について肯定的に捉える回答が多くを占め、手帳の存在意義を確認する結果であった。今後認知症を中心とした高齢者用連携パスを普及させることを目指し、より洗練されたものにするべく更に検討を進めたい。

A. 研究目的

認知症ケアに関するこれまでの医療と介護の連携は、かかりつけ医のケア会議への参加、連携パスなど、横断的な連携である。本研究では横断的だけでなく縦断的連携を重視することにより、医療と介護のさらなる有機的な連携を行うために有用なシステムの構築を確立することを目的とする。

昨年度は、6 か月後にアンケート調査を実施し、その使用状況を明らかにしたが、アンケート集計結果から、患者と介護者の携行率を上げることが課題であると考えられた。そのため今年度は携行率を上げるための取り組みを行い検証した。

また、最終年度であるため、例数はまだ少ないものの、入所例について、入所時の手帳の有用性について検証した。

B. 研究方法

1. 携行率向上の試み

対象は、熊本県内の認知症疾患医療センター10ヵ所において、「火の国あんしん受診手帳」を配付した認知症患者、ならびにその家族とした。

以下の5種類の別々の方法で携行率を上げるための取り組みを行い検証した。平成26年5月から手帳配付者の中で、現在も継続して通院している患者388名に対して各センター2か所ずつで以下の5種類の方法で行った。

担当者が通院継続者すべてに受診時に声をかけ確認。持ってきていた場合は、血圧測定、血圧表を追加し記載する。持ってきていない場合は次回から血圧測定を行い手帳に記録することを伝える。(通院継続者32名)

担当者が患者、家族に受診予約前日に電話で携帯を依頼する。(通院継続者58名)

次回の受診日記録(診察券の裏など)に手帳持参を記載する。(通院継続者79名)

受付や診察室に手帳携帯お願いのポスターを掲示する。持参された手帳のポケットに「診察券入れ」「お薬手帳入れ」とテプラを張る。(通院継続者75名)

何もしない。(コントロール群)持ってきているかどうかの確認は、受診時でも電話をかけてでも可。すでに把握している場合は不要。(通院継続者107名)

2. 入所時における手帳の有用性検証

今年度後半には、手帳携帯者が施設入所となる際に手帳の情報が活用されたかどうかを検証するため、入所施設に対してアンケートを行った。アンケートは郵送にて行い、「誰があんしん受診手帳を持ち込まれましたか」、「入所時の情報として役に立ちましたか」、「どの項目が役に立ちましたか」、「どのようなケアに役立ちましたか」、「今後すべての患者に必要なだと思いますか」などの質問項目を設けた。

C. 研究結果

1. 携行率向上の試み

それぞれの群の手帳持参率は、61.5%、78.3%、93.8%、59.7%、8.6%であり、具体的な働きかけを行った4群では、全く何もしなかった群と比べ持参率が明らかに上がった。

2. 入所時における手帳の有用性検証

手帳を配付してからの期間が短いため(長い者で2年半)対象者は14名と少数であるが、以下のような結果であった。「誰があんしん受診手帳を持ち込まれましたか」という質問では、「子」が最も多く72%であった。一方「配偶者」は7%にとどまった。「入所時の情報として役に立ちましたか」という質問には77%が「役に立った」と答えていた。また「どの項目が役に立ちましたか」という質問には、ほぼすべての項目にチェックが付いており、具体的に「どのようなケアに役立ちましたか」という質問には「ノート記載で診断がついてから入所までの経過が分かった」ことや「かかりつけ医や介護事業所担当者、家族情報といったこれまでの社会資源との関わりや家族とのやり取りなどが役に立った」といった回答が得られた。具体的な意見の中には、連絡ノートに書かれた家族の記載により当時の家族の気持ちを知ることができ、今後も家族とも長く付き合っていく上でとても参考になったという意見もあった。この受診手帳について「今後すべての患者に必要なと思いますか」という質問については「すべてに必要」もしくは「すべてではないが必要」という回答が合わせて92%であった。

D. 考察

手帳をただ配付するだけでは本人・家族の携行率は低い、何らかの意識づけにより携行率が比較的簡単に上がることが明らかになった。今後手帳の携行率を上げるために今回用いたような何らかの具体的な方法が必要であると考えられる。ただし、今回の方法は対象・期間が限られていたため施行できたが、今後すべての認知症患者を対象

とした場合、負担の大きさから同じ方法を用いることが困難であることが予想される。他の方法も模索しつつ高い持参率を維持することが今後の課題である。

今年度後半に行ったアンケートに関しては、受診手帳について肯定的に捉える回答が多くを占めた。初診からその後の通院期間だけでなく、最終的な受け入れ施設における有用な情報ツールとしての手帳の存在意義を確認することができた。また、入所時に施設へ手帳を持ち込み情報を活用したのは子供が圧倒的に多かった。これは患者が入所となる場合は対象者が高齢になっていることが多く、既に配偶者が存在しない場合や、配偶者も高齢のため対応できない状況になっていることなどが考えられる。ただし今回は対象数が少ないため、今後もデータの収集を進め、より詳細な検討を加え、必要に応じて手帳の内容・運用等を修正し、より洗練されたものにしていくことが重要である。

E . 結論

本研究において、「火の国あんしん受診手帳」の内容・運用等について様々なノウハウを蓄積するとともに、「医療と介護の縦断型連携パス」として、初診時から施設入所に至るまで手帳が有用なツールであることが確認できた。ただし何らかの働きかけをしなければ携帯率が低下することは明らかで、今回試みた方法のみでなく、今後より実際の現場に則した方法を模索していくことが必要である。更に検討を進めたい。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

Ito H, Hattri H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M. Integration psychiatric services into comprehensive dementia care in the community. Open J Psychiatr [in press]

Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. J Clin Psychiatry [in press]

Ikeda M, Mori E, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K. Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized placebo-controlled, confirmatory phase III trial. Alzheimer's Research & Therapy 7 : 4. eCollection.

Mori E, Ikeda M, Nagai R, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K. Long-term donepezil use for dementia with Lewy bodies: results from an open-label extension of phase III trial. Alzheimer's Research & Therapy 7 : 5. eCollection.

Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe T, Honda K, Yuuki S, Araki K, Ikeda M. Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home. Journal of the American Medical Directors Association 15:371.e15-18

Sakamoto F, Shiraishi S, Yoshida M, Tomiguchi S, Hirai T, Namimoto T, Hashimoto M, Ikeda M, Uetani H, Yamashita Y. Diagnosis of dementia with Lewy bodies: diagnostic performance of combined ¹²³I-IMP brain perfusion SPECT and ¹²³I-MIBG myocardial scintigraphy. Ann Nucl Med 28(3):203-211, 2014

Fukuhara R, Ghosh A, Fuh JL, Dominguez J, Ong PA, Dutt A, Liu YC, Tanaka H, Ikeda M. Family history of frontotemporal lobar degeneration in Asia - an international multi-center research. Int Psychogeriatr 2014

Matsushita M, Ishikawa T, Koyama A, Hasegawa N, Ichimi N, Yano H, Hashimoto M,

Fujise N, Ikeda M. Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia? Psychogeriatrics 14 : 87-92, 2014

Matsushita M, Koyama A, Ushijima H, Mikami A, Katsumata Y, Kikuchi Y, Ichimi N, Jono T, Fujise N, Ikeda M. Sleep Duration and its Association with Sleepiness and Depression in Ronin-sei Preparatory School Students. Asian Journal of Psychiatry 9 : 61-66, 2014

Koyama A, Fukunaga R, Abe Y, Nishi Y, Nakagawa Y, Fujise M, Ikeda M. Item non-response on self-reported depression screening questionnaire among community-dwelling elderly. Journal of Affective Disorders. 162 : 30-3, 2014

Koyama A, Matsushita M, Ushijima H, Jono T, Ikeda M. Association between depression, examination-related stressors, and Sense of Coherence: the “ronin-sei” study. Psychiatry and Clinical Neurosciences 68 : 441-447, 2014

池田 学. 前頭側頭葉変性症の症候学. 日常臨床に必要な認知症症候学(池田 学編). 新興医学出版社, 東京, 50-62, 2014

池田 学. 認知症原因疾患の臨床診断を現場で行う 予測を立てるための症候学(木之下 徹編). 中山書店, 東京, 103-108, 2014

池田 学. 医療と介護の縦断型連携パス .在宅の高齢者を支える-医療・介護・看取り-Advances in Aging and Health Research 2013. 長寿科学医療財団, 愛知, 117-124, 2014

池田 学, 宇野準二. もの忘れを主訴として,その後アルツハイマー病と診断され,薬物療法を開始された患者. 精神科医×薬剤師 クロストークから読み解く精神科薬物療法(鈴木利人, 渡邊衡一郎, 松田公子, 林 昌洋編). 南山堂, 東京, 275-279,

2014

池田 学. レビー小体型認知症における BPSD の治療. レビー小体型認知症の診断と治療(小阪憲司編), harunosora, 川崎, 2014

長谷川典子, 池田 学. せん妄. 日常臨床に必要な認知症症候学(池田 学編). 新興医学出版社, 東京, 81-87, 2014

石川智久, 西 良知, 池田 学. 周辺症状(BPSD)の予防, 早期発見, 家族への説明. 内科医のための認知症診療はじめの一步(浦上克哉編). 羊土社, 東京, 224-228, 2014

西 良知, 石川智久, 池田 学. 精神医学的診察 うつ状態, BPSD の評価. 内科医のための認知症診療はじめの一步(浦上克哉編). 羊土社, 東京, 109-114, 2014

西 良知, 石川智久, 池田 学. 周辺症状(BPSD). 内科医のための認知症診療はじめの一步(浦上克哉編). 羊土社, 東京, 180-191, 2014

池田 学. 認知症に対する自立と支援. 岩波講座コミュニケーションの認知科学第5巻「自立と支援」(安西祐一郎編). 岩波書店, 東京, 11-28, 2015

池田 学. レビー小体型認知症における BPSD の治療. レビー小体型認知症の診断と治療(小阪憲司編). harunosora, 川崎, 129-140, 2014

2. 学会発表

(Plenary lecture) Ikeda M. Fronto-temporal dementia. 8th Congress of Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, November 14-16, 2014

(Symposium) Ikeda M. Symposium: Epidemiology & Risk. Epidemiology of

early-onset dementia. 8th Congress of Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, November 14-16, 2014

(Symposium) Ikeda M. Symposium: Young onset dementia: need for more research. Care situations for young onset dementia in Asian countries. International Psychiatric Association 2014 International Meeting, Beijing, China, October 23-26, 2014

Hashimoto M, Fukuhara R, Ichimi I, Ogawa Y, Ikeda M. The relationship between abstract attitude and stereotyped behavior in patients with frontotemporal lobar degeneration (FTLD). 9th International Conference on Frontotemporal Dementias, Vancouver Canada, October 23-26, 2014.

(シンポジウム) 池田 学 . シンポジウム：び慢性白質障害の臨床的鑑別と病理．精神症状から鑑別する白質障害．第 55 回日本神経学会総会，福岡市，5 月 24 日，2014

(教育セミナー) 池田 学 . 日本神経学会第 2 回メディカルスタッフ教育セミナー：認知症の病態の理解に基づく合理的なケア・リハビリテーション．前頭側頭葉変性症の病態とケア・リハビリテーション．第 55 回日本神経学会総会，福岡市，5 月 24 日，2014

(シンポジウム) 池田 学 . シンポジウム：精神疾患の医療計画への追加の意義と効果—地域医療連携の必要生と可能性と効果の観点から考察する．認知症と地域連携．第 110 回日本精神神経学会学術総会，横浜市，6 月 26-28 日，2014

(シンポジウム) 池田 学 . シンポジウム：認知症と高次脳機能障害．認知症の医療連携 —熊本モ

デルの概要と今後の課題—第 64 回日本病院学会，高松市，7 月 3-4 日，2014

(基調講演) 池田 学 . 「認知症疾患医療センターの現状と今後の課題」．第 2 回認知症疾患医療センター全国研修会，砂川市，9 月 13 日，2014

(市民公開講座) 池田 学 . 心の病気の臨床 求められていること、脳科学にできること．「認知症の臨床：求められていること、脳科学にできること」．第 37 回日本神経科学会，京都，9 月 21 日，2014

(特別講演) 池田 学 . 「認知症の人と家族を支える地域連携」第 20 回全国の集い in 岡山 2014，在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク，9 月 14-15 日，岡山市

(特別講演) 池田 学 . 認知症の初期発見からケア推進まで～認知症独居高齢者をどう支えるか～「認知症の治療と予防のための地域連携 —熊本モデルを中心に—」．第 4 回認知症予防学会，江戸川区，9 月 27-28 日，2014

(パネリスト) 池田 学 . 「認知症の治療と予防のための地域連携 —熊本モデルを中心に—」．第 15 回介護保険推進全国サミット in くまもと，熊本，10 月 30-31 日，2014

(市民公開講座) 池田 学 . 認知症の予防・治療・介護．「認知症の予防・治療・介護と地域連携」．第 73 回日本公衆衛生学会，宇都宮，11 月 7 日，2014

(シンポジウム) 池田 学 . 認知症予防とケア—適時適切な支援の提供．「認知症の地域連携とアウトリーチ」. G7 Dementia Summit Legacy Event，東京，11 月 5-6 日 東京

(シンポジウム) 池田 学 . シンポジウム．「認知症の言語症状を徹底的に討論する」．第 38 回日

本高次脳機能障害学会学術総会，仙台，11月
28-29日，2014

(教育講演) 池田 学。「前頭側頭葉変性症」。第
33回日本認知症学会，横浜，11月29-31日，
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

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

認知症患者における体感温度調査～認知症患者は寒がりになるか～

研究分担者 橋本 衛 熊本大学医学部附属病院神経精神科

研究要旨 研究目的：日常の診療場面で、認知症患者がまるで寒がりになっているかのように感じるケースをしばしば経験する。そこで本研究では、認知症と“寒がり症状”との関連を検討した。研究方法：熊本大学神経精神科認知症外来通院中の認知症患者(130名)の介護者に対して、我々が独自に作成した“寒がり症状”チェックリストを実施し、認知症における“寒がり症状”の頻度を調べた。さらに、寒がり群と非寒がり群の二群間で、年齢、性別、教育歴、MMSE得点、NPI下位項目、BMI、体温、甲状腺機能を比較し、“寒がり症状”と関連する要因を検討した。結果：130名中43名(33.1%)に“寒がり症状”が認められた。対照的に、暑がりになった患者はわずか1名(0.8%)であった。寒がり群と非寒がり群の二群間の比較では、寒がり群が非寒がり群よりも有意に年齢が若かった。また、不安、無為、睡眠障害の頻度が寒がり群で有意に高かった。BMIならびに甲状腺機能には有意差は認めなかった。まとめ：“寒がり症状”は認知症では一般的にみられる症状であることが示された。“寒がり症状”を引き起こす要因については、身体症状よりもむしろ心理面との関連が強い症状である可能性が考えられた。本研究で得られた知見は、認知症患者のより良いケアマネジメントの実践に大いに寄与するものとする。

A. 研究目的

日常の診療場面で、認知症患者がまるで寒がりになっているかのように感じるケースをしばしば経験する。具体的には、「暑い部屋の中でクーラーをつけずに窓を閉め切っている」、「5月や6月になってもコタツに入っている」、「何枚も重ね着をしている」といった行動である。このような行動は、窓の開け閉めやクーラーの温度調節などをめぐって家族とトラブルになるだけでなく、脱水や熱中症などの重篤な病態を引き起こす可能性もあり、適切な対応が必要な症状である。しかしながらこのような“寒がり症状”は、認知症に関する成書や文献には全く記載されておらず、その頻度や病態さらにはその発現機序については全く不明な症候である。

本研究では、“寒がり症状”が認知症患者において、どの程度の頻度でみられる症状なのか、

本症状の発現に関連する要因は何か、の2点について検討した。

B. 研究方法

(研究対象)

平成25年8月13日～12月24日の期間に、熊本大学医学部附属病院神経精神科の認知症専門外来を受診した患者の中から、下記の～の基準を満たす者を対象として選択した。

認知症(DSM- R)、もしくは軽度認知障害(MCI)(Petersen,2003)である

上記の期間中に心理検査を受けた(MMSE、Neuropsychiatric Inventory ; NPI など)

信頼出来る介護者がいる

本研究の同意を得られた

対象患者総数は130名(男性44名、女性86名)、平均年齢は78.2±8.4歳、平均教育年数は11.5±2.7年、平均MMSEスコア20.3±6.0点であ

った。認知症重症度は、CDR0.5が46名、CDR1が49名、CDR2が19名、CDR3が5名と軽症例が多かった。疾患別には、アルツハイマー病（脳血管障害を伴うアルツハイマー病を含む）が79名（60.7%）、MCIが21名（16.2%）、血管性認知症（VaD）が11名（8.5%）、レビー小体型認知症（DLB）が8名（6.2%）、糖尿病や甲状腺機能低下症などの代謝性疾患による認知症が4名、前頭側頭葉変性症（FTLD）2名、正常圧水頭症（NPH）2名、その他もしくは不明3名（5.4%）であった。

（評価方法）

“寒がり症状”は、表1に示す“寒がり症状”チェックリストを介護者に実施し評価した。本チェックリストでは、主質問として「患者さんは以前と比べて寒がりになったと感じますか」という質問を行い、その質問に対して「はい」と回答した患者を「寒がり群」に、「いいえ」と回答した患者を「非寒がり群」に分類した。さらに「寒がり群」に対しては、10項目の下位項目を質問した。

次に“寒がり症状”に関連する要因を検討するため、患者の身長、体重、体温を受診時に測定した。さらに甲状腺機能を最も近い時点で実施された血液データから参照した。認知機能をMMSE、認知症重症度をCDR、精神症状をNPIを用いて評価した。

表1.“寒がり症状”チェックリスト

患者さんは以前と比べて寒がりになったと感じますか？

→「はい」or「いいえ」

「はい」の場合は次のどれに当てはまりますか？

1. 暑いのに窓を閉め切る
2. 暑いのにクーラーをつけない
3. 暑いのに長袖を着ていたりする
4. 夏になっても冬の布団に入る
5. 暖かくなってもコタツに入っている
6. 「寒い寒い」という
7. 家族と体感温度が合わない
8. 脱水、熱中症になったことがある
9. 重ね着が増えた
10. その他の寒がりと感じる言動

（倫理面への配慮）

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部倫理委員会の承認を得た上で実施された。

C. 研究結果

130名中43名(33.1%)に“寒がり症状”が認められた。下位項目の頻度を図1に示すが、「寒い寒い」と言う、重ね着が増えたといった、寒いのを異常に寒がっているようにみえる項目だけではなく、暑いのに窓を閉め切る、クーラーをつけない、暑いのに長袖を着ていたりするといった、暑いのを感じにくくなっているようにみえる項目も多くみられた。その他の項目の中には、「掛け物が増えた」「体温が上がった」「シャワーの温度が高い」といった内容が含まれていた。一方、本調査において、「暑がりになった」と回答した患者はわずか1名(0.8%)であった。

図 1

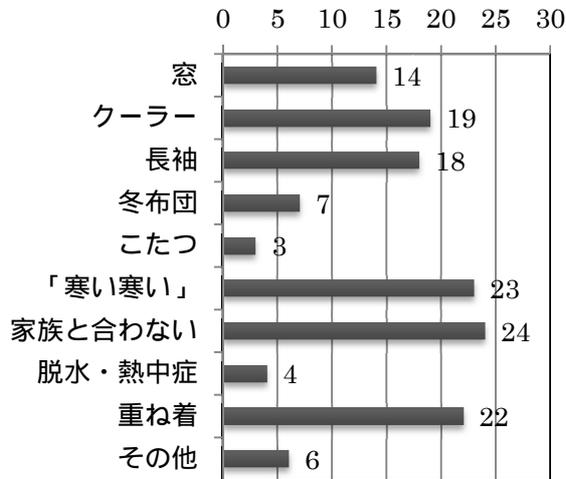


表 2 に寒がり群と非寒がり群との間の患者背景と基礎代謝に関連する要因の比較を示すが、寒がり群が非寒がり群よりも有意に年齢が若かった。また寒がり群のほうが男性が多く、MMSE が低い傾向があった。

表 2 . 患者背景の 2 群間の比較

	寒がり群	非寒がり群	p 値
性別(男性%)	43.2	27.9	0.08
年齢 (歳)	72.9±8.7	81.0±6.7	<0.001
教育歴 (年)	11.7±2.5	11.4±2.8	0.55
MMSE 得点	18.7±7.0	21.1±6.0	0.053
CDR(0.5/1/2/3)	16/16/6/4	30/33/13/1	0.17
BMI	21.5±3.9	22.7±4.6	0.20
体温 ()	36.4±0.4	36.4±0.4	0.59
甲状腺機能			
TSH	2.06±1.47	2.53±2.56	0.31
FT4	1.25±0.45	1.23±0.17	0.79

図 2 に寒がり症状と背景疾患との関連を示すが、疾患によって多少の頻度の差はあるものの、その差は有意水準には至らなかった。次に、寒がり症状と精神症状との関連について図 3 に示す。NPI の下位項目において、不安、無為、睡眠障害の 3 つの項目で、寒がり群が非寒がり群よりも有意に高い頻度で認められた。

図 2 ■寒がり群 ■非寒がり群

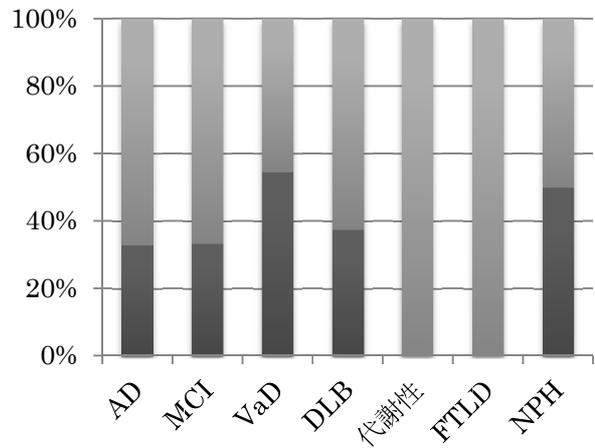
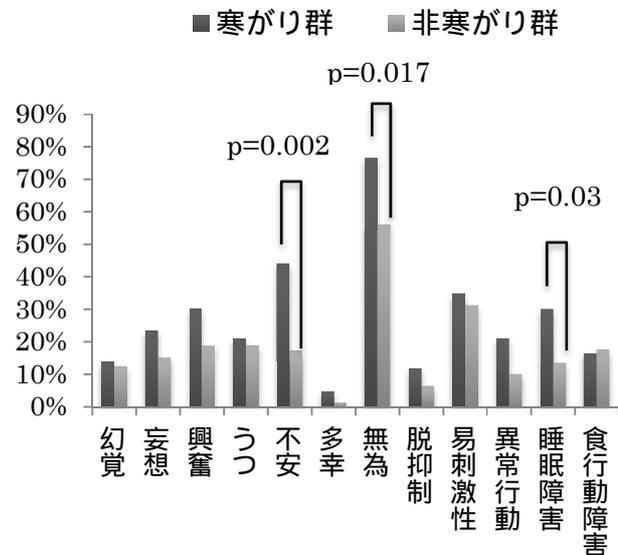


図 3



D . 考察

“寒がり症状”は同居家族とのトラブルを引き起こすだけではなく、脱水や熱中症などの重篤な合併症を引き起こし得る重要な症候である。にもかかわらず、認知症患者が寒がりになることについてはこれまで全く注目されていなかった。本研究では“寒がり症状”が認知症患者の約 3 分の 1 にみられるなど、認知症では一般的にみられる症状であることが示された。

本研究において注目すべき事実は、暑がりになる患者がわずか 1 名であったことである。認知症者が単に気温を把握できないだけであるならば、暑がり患者と寒がり患者が同等数みられても良いは

ずである。しかし暑がり患者がほとんどいなかった本研究結果は、「寒がる」ことに何らかの意味があることを示している。

“寒がり症状”を引き起こす神経基盤については明らかではないが、寒がり群の方が MMSE 得点が低い傾向がみられたことから、認知機能がより強く障害されることにより周囲の環境を把握出来ない可能性が考えられた。また、寒がり群の方が年齢が低かったことから、単に加齢による症状ではないと考えられた。さらに、不安、無為、睡眠障害などの精神症状が寒がり群で頻度が高かったことから、精神的な不安定さが“寒がり症状”を誘発しているの可能性が考えられた。一方で、“寒がり症状”により、無為や睡眠障害などの精神症状が引き起こされている可能性も考えられた。代謝機能には二群間で差がなかったことも併せて考えれば、この“寒がり症状”は、身体症状よりもむしろ心理面との関連が強い症状である可能性が高い。

本研究でえられた知見は、認知症患者のより良いケアマネジメントの実践に対して大いに寄与するものと考えられる。

E . 結論

認知症と“寒がり症状”との関連を検討した。認知症患者の約 3 分の 1 に“寒がり症状”を認め、“寒がり症状”は認知症では一般的にみられる症状であることが示された。“寒がり症状”を引き起こす要因については、身体症状よりもむしろ心理面との関連が強い症状である可能性が考えられた。本研究で得られた知見は、認知症患者のより良いケアマネジメントの実践に大いに寄与するものと考えられる。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1.論文発表

Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. J Clin Psychiatry [in press]

Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe T, Honda K, Yuuki S, Araki K, Ikeda M. Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home. Journal of the American Medical Directors Association 15:371.e15-18

Matsushita M, Ishikawa T, Koyama A, Hasegawa N, Ichimi N, Yano H, Hashimoto M, Fujii N, Ikeda M. Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia? Psychogeriatrics 14 : 87-92, 2014

Sakamoto F, Shiraishi S, Yoshida M, Tomiguchi S, Hirai T, Namimoto T, Hashimoto M, Ikeda M, Uetani H, Yamashita Y. Diagnosis of dementia with Lewy bodies: diagnostic performance of combined ¹²³I-IMP brain perfusion SPECT and ¹²³I-MIBG myocardial scintigraphy. Ann Nucl Med 28(3):203-211, 2014

Nishio Y, Hashimoto M, Ishii K, Ito D, Mugikura S, Takahashi S, Mori E. Multiple thalamo-cortical disconnections in anterior thalamic infarction: complications for thalamic mechanisms of memory and language. Neuropsychologia. 2014; 53: 264-273.

橋本 衛, 眞鍋雄太, 森 悦朗, 博野信次, 小阪憲司, 池田 学 . 認知機能変動評価尺度 (Cognitive Fluctuation Inventory : CFI) の内容妥当性と評価者間信頼性の検討 . Brain and Nerve 66 : 1463-1469, 2014

宮川雄介, 橋本 衛, 池田 学 . 軽度認知障害の

長期予後 . 臨床精神医学 43 : 1475-1480 ,
2014

畑田 裕 , 橋本 衛 , 池田 学 . 診断の進め方
臨床と研究 91 : 873-878 , 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

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

「意味性認知症における食行動異常と側頭葉萎縮優位側の関係」

研究分担者 福原竜治（熊本大学附属病院神経精神科）

研究要旨 認知症におこる食行動異常は、介護において対応が難しい症状の一つである。特に、主に初老期で発症する前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia: FTD）では、食行動異常の出現する頻度は高い。今回は FTD の臨床亜型の一つである意味性認知症（semantic dementia: SD）に着目し、特有の左右差のある脳萎縮が食行動異常の発現のパターンにどのように影響しているかを調べた。食行動の評価は、36 の項目からなる評価尺度を用いた。その結果、口唇傾向および食物を溜め込んでしまう行動は右優位萎縮例の方が左優位萎縮例に比して有意に頻度が高く、食物に香辛料を多くかける行動は、左優位萎縮例の方が、有意に頻度が高かった。この結果から、SD において側頭葉萎縮の左右差は、認知機能と同様に食行動異常の発現に影響を及ぼしていると考えられた。今回の検討では、そのほかの項目においては統計学的な差異を認めなかったが、萎縮の左右で差がある傾向を示す食行動異常も認められ、さらに例数を増やし解析する必要があると考えられた。

A. 研究目的

認知症におこる食行動異常は、介護において対応が難しい症状の一つである。特に、主に初老期で発症する前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia: FTD）では、食行動異常の出現する頻度は高い。今回は FTD の臨床亜型の一つである意味性認知症（semantic dementia: SD）に着目した。SD においては側頭葉萎縮に左右差があることが知られているが、どちらが優位であるかによって言語や他の認知機能の顕われる症状に差異があることが示されている。しかし、食行動に関する同様の先行研究はほとんどない。そこで 5 つのドメインに分かれた 36 の質問項目をもつ食行動評価尺度(Ikeda M et al. 2004)を用いて、食行動異常を内容別に評価し、側頭葉萎縮優位側の左右の違いによる出現頻度の差異について検討した。

B. 研究方法

対象は 2007 年から 2014 年までに熊本大学附属病院神経精神科認知症専門外来を受診した連続例から抽出され、意味性認知症の診断基準(Neary C et al. 1998)を満たし下記の食行動評価が施行することができた 24 名の患者および、対象数を増やすため同様の基準を用いて 1996 年から 2009 年までに愛媛大学附属病院精神科認知症専門外来を受診した連続例より抽出した SD の 11 名を加えた、合計 35 名（表）である。

食行動評価は、われわれが 2002 年に開発した「食行動評価尺度」を用いた。これは「嚥下」、「食欲」、「食の好み」、「食習慣」、「その他の食行動異常」の 5 つのドメインに分けて評価できるものであり、36 項目の質問から作られている。また、側頭葉萎縮の左右差の評価については、複数の神経精神科医師が MRI 画像の視覚的評価を行うことにより萎

縮優位側が決定された。

統計解析は、食行動異常尺度のそれぞれのドメインの症状出現の有無ならびに各質問における症状出現の有無および、右優位萎縮と左優位萎縮の2つの水準間で、Fisherの正確確率検定を用いた(有意水準 $\alpha=0.05$)。

(倫理面への配慮)

調査は、本人または介護者に本研究への参加について口頭および書面にてインフォームドコンセントをしたうえで行った。患者の匿名性には十分配慮し情報を取り扱った。

C.研究結果

「嚥下」、「食欲」、「食の好み」、「食習慣」、「その他の食行動異常」の5つのドメインにおいて、「その他の食行動異常」のみ統計学的有意差を認めた($p=0.041$)。

各質問項目(図)では、「甘いお菓子や他の食べ物を貯め込む」が右萎縮優位群に有意に頻度が高かった($**p=0.015$)。また、「食事(食べ物)にさらに味付けを加える」が左萎縮優位群に、「食べようとしないで、物を噛んだり吸ったりしていることがある」が右萎縮優位側に頻度が高い傾向を示した($*p=0.072$) ($*p=0.082$)。

D.考察

SDの側頭葉萎縮の優位側の左右による、食行動異常のパターンの違いについて検討した。

統計学的に有意差を認めたドメインである、「その他の食行動異常」は、以下の質問項目により構成されている。1.「食べ物で口をあふれるほど一杯にする傾向がある」2.「食べようとしないで、物を噛んだり吸ったりしていることがある」3.「食べ物ではない物や、一般的には食べない物を食べたことがある」4.「手の届く範囲にある食べ物をひったくったり、つかむ傾向がある」5.「以前よりタバコを吸う本数が増えたり、再び吸い始めたり

した」6.「自然に嘔吐をした」7.「自分の口の中に指を入れて嘔吐をしたことがある」。このように右側頭葉優位例では、異食や口唇傾向などの出現頻度が高いことが示された。先行研究(Tompson et al. 2003)ではSDの萎縮の左右差によって認知機能障害の発現様式に差異があるものの、食行動異常には差を認めなかった。しかし本研究では同研究と比して、食行動異常を詳細に分類した質問項目により評価していることにより、症状の頻度の差異を検出できたものと思われる。

また、図に示されるように、各質問項目での解析にて統計学的に有意差が示されなかったものの、萎縮優位の左右によって出現頻度に違いがみられる質問項目も複数個認められた。今後、症例数を蓄積した上でさらなる解析をする必要があると考えられた。さらに本研究の結果を基礎に食行動異常の神経基盤の解析を試みる予定である。

E.結論

SDの側頭葉萎縮には左右差がある例が多いが、萎縮優位側の左右の違いによって、食行動異常の症状に差異があることを明らかにした。

F.研究発表

1.論文発表

Fukuhara R, Ghosh A, Fuh JL, Dominguez J, Ong PA, Dutt A, Liu YC, Tanaka H, Ikeda M. Family history of frontotemporal lobar degeneration in Asia - an international multi-center research. International Psychogeriatrics 26(12):1967-71, 2014

2.学会発表

Fukuhara R, Tanaka H, Hatada Y, Ishikawa T, Yatabe Y, Yuki S, Shiraishi S, Hirai T, Hahimoto M, Ikeda M. Neural correlates of

abnormal eating behaviors in semantic dementia: preliminary semi-quantitative analysis . The 9th International Conference in Frontotemporal Dementias, Oct 23-25, 2014, Vancouver, Canada

Fukuhara R, Shinagawa S, Hashimoto M, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Kawahara K, Yuki S, Ikeda M. The differences in characteristics of abnormal eating behaviors in semantic dementia between right and left dominant temporal lobe atrophy. 8th Annual Congress of the Association of Sri Lankan Neurologists and 8th International Congress of the Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, 14-16 November 2014

甲斐恭子，天野浩一郎，田中 響，畑田 裕，福原竜治，遊亀誠二，石川智久，橋本 衛，池田学．アルツハイマー病における食行動障害についての調査．第 33 回日本認知症学会，横浜，11月29-31日，2014．

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

特になし

表 患者基本情報

N=35	Total	Left dominant atrophy(N=24)	Right dominant atrophy(N=11)	p-value
age(y), mean(SD)	67.6(8.4)	67.3(9.4)	68.2(5.7)	0.080
sex, M/F	18/17	13/11	5/6	0.725
education(y),mean(SD)	11.6(2.5)	11.8(2.6)	11.0(2.3)	0.372
MMSE, mean(SD)	14.6(9.6)	14.5(10.0)	14.7(8.9)	0.949
CDR, (0.5/1/2/3)	11/11/9/4	10/5/6/3	1/6/3/1	0.127

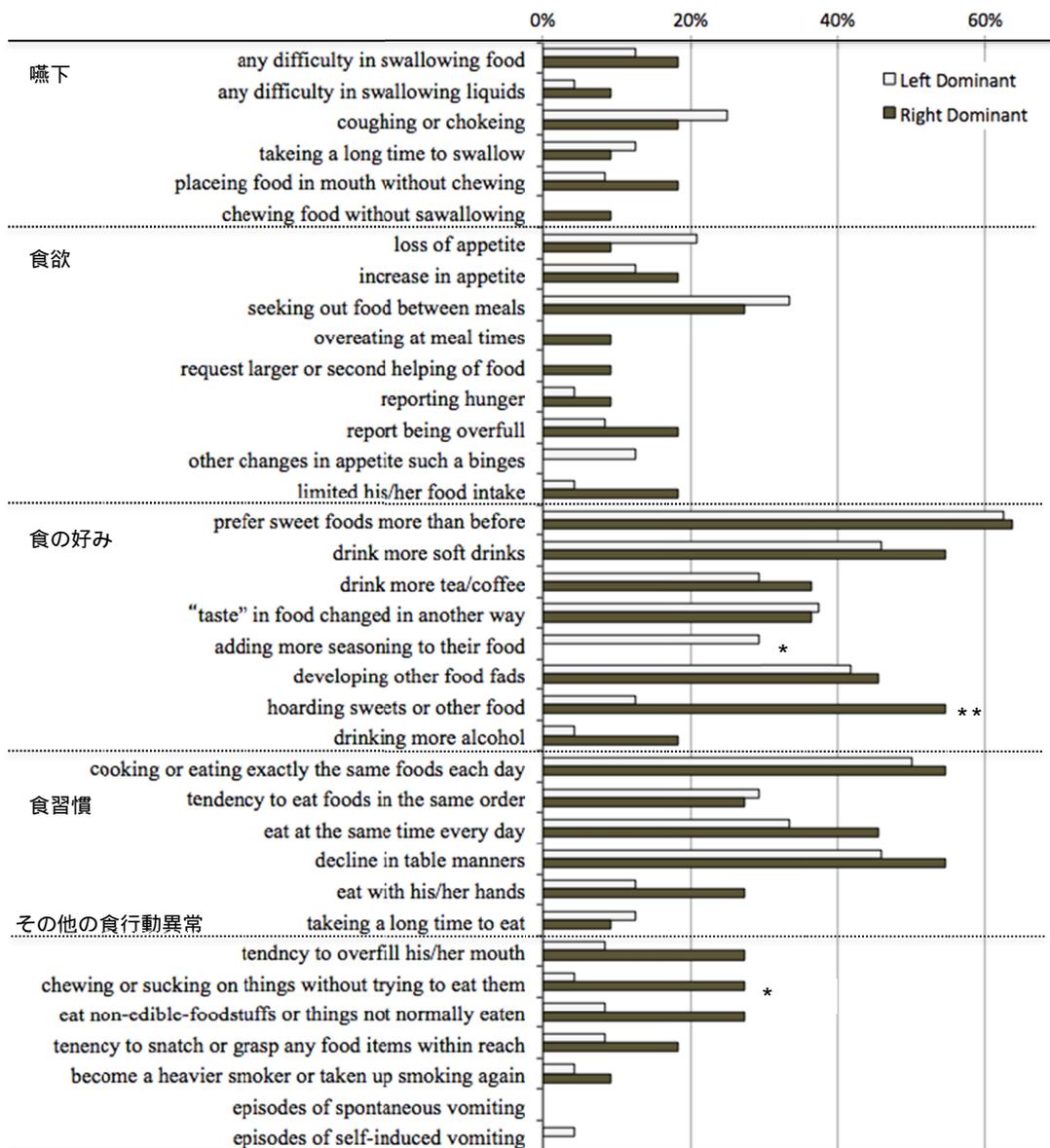


図 食行動異常評価尺度の各質問項目別の症状出現頻度

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

「有明圏域認知症疾患医療センターの患者調査結果に関する考察と、
認知症連携パスの展開を見据えた老年歯科の地域住民への啓発活動」

研究分担者 石川智久（熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野）

研究協力者 宗 久美（熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター

（荒尾こころの郷病院）

田中みどり（ふみ歯科医院）

○**研究要旨** 我々は、荒尾市・玉名市を中心とする熊本県北部の有明医療圏域を管轄する熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター（以下、疾患センター）とともに、かかりつけ医・歯科医との認知症高齢者医科-歯科連携システムの構築をすすめている。医科連携の成果を探る目的で、疾患センターのこれまでの受診状況と、患者居住市町別について調査した。調査期間は平成 23 年 4 月から平成 26 年 12 月までである。その結果、受診件数、相談件数ともに急増しており、圏域における疾患センターの存在が、地域に定着してきていることがわかった。患者の居住市町別では、開設当初は、その所在地である荒尾市近辺からの患者が多かったが、年を追うごとに圏域全体からの受診へと広がっており、圏域のかかりつけ医との連携が進んでいることがわかった。また、疾患センター所在地である荒尾市からの紹介受診は、徐々に減っていることから、荒尾市域のかかりつけ医の認知症診療に対する理解が深まり、かかりつけ医の認知症診療スキルの向上に、疾患センターが一定の役割を果たしていることが推察される。このことから、疾患センターの役割は、専門医療の提供のみにとどまらず、紹介/逆紹介を繰り返す中で、かかりつけ医や医療スタッフへの教育的効果が期待できると考えられる。

また、医科 - 歯科連携を深めることを目標に、地域高齢者を対象に認知症と歯科口腔ケアに関する地域住民への啓発を目的として、地域で実施されている高齢者サロンへ参画し、地域住民への啓発活動を行った。今後は、地域連携のための活動を充実、継続させるために、地域包括支援センターでの予防歯科事業、保健師歯科検診の機会や、民生委員、認知症サポーターの活性化などと連携の輪を広げていくことが重要であると思われる。

A. 研究目的

圏域のかかりつけ医との連携の成果を考察することを目的に、疾患センターの患者受診状況、相談件数、患者の居住地別受診状況を疾患センター記録から調査する。地域在住高齢者への認知症診療・歯科診療への関心を高めてもらうことを目的に、認知症疾患医療センター連携担当者および歯科医師による、地域高齢者サロンでの啓発活動を

行う。

B. 研究方法

疾患センターの相談記録を後ろ向きに調査し、受診数、相談件数、患者の居住地別集計をおこなう。調査期間は平成 23 年 4 月から平成 26 年 12 月までである。熊本県荒尾市において、学校区ごとに民生委員などを中心とした高齢者向けのデイ

ケアサロン「いきいきサロン」が定期的開催されている。今回は北増永区と猫宮区の協力を得て、サロンに参加している地域在住の高齢者を対象に、認知症疾患医療センター連携担当者および歯科医師による、高齢者・認知症と歯科衛生の重要性に関する講演会を開催する。

(倫理面への配慮)

患者の個人情報をご個別に取り扱うことはせず、個人が特定されることはない。また、高齢者いきいきサロンへの参加は自由であり、途中参加・途中退室は自由である。

C. 研究結果

調査期間中の外来件数は、平成 23 年度 88 件、平成 24 年度 1101 件、平成 25 年度 1192 件、平成 26 年度(～12 月まで) 1085 件であった。新患者数は、23 年度 157 件、24 年度 169 件、25 年度 160 件、26 年度 137 件であった。鑑別診断目的での受診は、23 年度 154 件、24 年度 162 件、25 年度 145 件、26 年度 119 件であった。疾患センターへの電話相談件数は、23 年度 405 件、24 年度 678 件、25 年度 888 件、26 年度 661 件であった(図 1)。

調査期間中の新患者の居住地を圏域内の市町別でみると、23 年度は、荒尾市 55%、玉名市 22%、長洲まひ 12% などであった。24 年度は、荒尾 50%、玉名 27%、長洲 16% などであった。25 年度は、荒尾 37%、玉名 39%、長洲 15% などであった(図 2～図 5)。さらに、実際の患者数の推移をみると、荒尾市は、23 年度 87 人、24 年度 84 人、25 年度 59 人、26 年度 46 人と、減少しているのに対し、玉名市は、23 年度 35 人、24 年度 46 人、25 年度 62 人、26 年度 58 人、長洲町は、23 年度 18 人、24 年度 28 人、25 年度 24 人、26 年度 23 人と、横ばいもしくは増加していた(図 6)。

医科 - 歯科連携の地域住民への啓発活動は以下のとおりである(参考資料 1)。

会場：熊本県荒尾市 北増永区公民館、猫宮区公

民館(7 月 16 日のみ)

時間：午前 10 時から 12 時 30 分

スタッフ：荒尾市洗心会在宅連携担当看護師、疾患センター連携担当者、地域かかりつけ歯科医師
内容：健康体操、口腔体操、食事会・嚥下見守り、
血圧測定、ミニ講演会

講演会内容：

平成 26 年

2 月 27 日 初回ごあいさつと口腔体操

5 月 22 日 歯周病原菌と虚血性心疾患、栄養管理、認知症予防、もしもの時の意思表示や老いの準備について

7 月 16 日 美味しく食べるコツ

7 月 24 日 嚥下障害の話と認知症の食異常のサイン

9 月 25 日 食中毒と歯科、口腔ケアと疾患予防、荒尾市の在宅や施設入所事情、歯科訪問診療の現状について、認知症の受け入れ事情

参加人数：各回 10～20 名

D. 考察

疾患センター発足から 4 年が経過したが、外来件数、相談件数ともに急増しており、疾患センターの存在は地域に確実に定着していると考えられる。新患者数は、新患予約制となっているため、年間 160 件前後で一定しており、そのほとんどが、認知症疾患の鑑別依頼であることから、地域のかかりつけ医が疾患センターへ紹介する理由の多くが、認知症の有無・疾患鑑別の目的であることが推察される。

圏域内での患者住所別集計では、開設当初は疾患センターの地元荒尾市からの紹介が 55% と半数以上を占めており、当初は荒尾市のかかりつけ医の利用が多かったことが推察される。しかしその後、年を追うごとに荒尾市からの紹介は率・実数ともに減少し、隣接する玉名市からの紹介が倍増している。荒尾市人口およそ 5 万 5 千人、玉名市人口およそ 6 万 8 千人であり、荒尾市医師数 123 人(平成 23 年末現在)、玉名市医師数 136 人(平成 23 年末現在)、人口規模も構成もそ

れほど変わらないなかで、玉名市側からの紹介が増加している理由として、玉名郡市のかかりつけ医の、疾患センターに対する認知度が上がったことが考えられる。また同時に、荒尾市域のかかりつけ医は、疾患センターへ紹介する患者層を選択してきており、疾患センターを利用していく中で、かかりつけ医自身の認知症診療スキルアップが図られてきていることの表れではないかと推察される。あるいは、荒尾市域の医療・介護スタッフの働きも、スキルアップされていることも考えられる。すなわち、疾患センターを中心としたかかりつけ医との連携、情報交換が、かかりつけ医に対して教育的効果が表れていると考えられる。この点については、今後さらに調査、分析が必要である。

医科 - 歯科連携を踏まえた地域啓発活動については、従来はこのような住民対象のサロンなどは、行政主導で行われる取り組みがなされていたが、マンパワーの問題や運営費用の問題、実施主体の事情（担当者の異動や転勤など）により、地域に根差した継続的な活動にならない現状にしばしば直面化する。しかし、地域では、高齢者自らが運営するサロンなどがすでに展開されていることがあり、いずれも同好会などから自主的に運営されていたり、地域自治のなかで運営されていたりする。参加者も常時 10 - 20 名あり、定着度の高さを示している。今回の我々の活動は、このような地域での活動のなかへ、専門職スタッフが、地域住民の一員としてかわりを持つことで、より地域に根差した活動へ展開できる可能性を示した。

E . 結論

地域拠点型認知症疾患医療センターを中心とした地域かかりつけ医との連携は、圏域全体の疾患センターの認知を高めたと同時に、地域かかりつけ医や医療介護スタッフのスキルアップにつながることを示唆された。

地域活動の一環として実施されている地域高齢者サロンへ、専門職スタッフが一地域住民として関わることは、認知症高齢者を地域で支えるシス

テムづくりに対する一つの新たなアプローチとなりうる。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1.論文発表

Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home.

Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe Y, Honda K, Yuuki S, Araki K, Ikeda M.

J Am Med Dir Assoc. 2014 May;15(5):371.e15-8.

Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia?

Matsushita M, Ishikawa T, Koyama A, Hasegawa N, Ichimi N, Yano H, Hashimoto M, Fujii N, Ikeda M.

Psychogeriatrics. 2014 Jun;14(2):87-92.

シンポジウム3「誤診」「認知症の過剰診断・過小評価」

石川智久

精神科診断学 7巻1号 Sep.2014 Vol.1 No.1 pp. 43 - 49, 日本精神科診断学会

2.学会発表

「就学後に視覚認知障害が明らかとなった発達障害の一例」

北村 伊津美, 堀内 史枝, 福原 竜治, 石川 智久, 上野 修一, 池田 学

高次脳機能研究 34 巻 1 号 Page70-71(2014.03)

「SMQ を用いた軽度アルツハイマー病患者の生活障害の検討 軽度血管性認知症患者との差異も含めて」

田中 響, 橋本 衛, 福原 竜治, 石川 智久, 矢田

部 裕介, 遊亀 誠二, 松崎 志保, 露口 敦子, 畑
田 裕, 池田 学
老年精神医学雑誌 25 巻増刊 II
Page160(2014.05)

該当なし
3.その他
該当なし

「認知症の介護負担感と Sense of coherence の関係」

松下 正輝, 石川 智久, 小山 明日香, 長谷川 典子, 一美 奈緒子, 池田 学
老年精神医学雑誌 25 巻増刊 II
Page217(2014.05)

「早期診断・早期支援に向けた『認知症初期集中支援チーム』の取り組み 荒尾市における初期集中支援の実際 チーム員の立場から(解説)」

宗 久美(熊本県認知症疾患医療センター)
認知症予防研究 18 巻 1 号 Page42-48(2014.07)

「三大認知症における重症度と家族の介護負担感の関連」

小山 明日香, 石川 智久, 松下 正輝, 長谷川 典子, 橋本 衛, 池田 学
日本社会精神医学会雑誌 23 巻 3 号
Page263(2014.08)

「認知症患者における体感温度調査 認知症患者は寒がりになるか」

甲斐 恭子, 橋本 衛, 石川 智久, 遊亀 誠二, 田中 響, 畑田 裕, 池田 学
日本神経心理学会総会プログラム・予稿集 38 回
Page106(2014.08)

「認知症地域連携における荒尾市歯科医師会の取り組み」

田中 みどり(荒尾市歯科医師会)
老年歯科医学 29 巻 2 号 Page85-86(2014.09)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1.特許取得

該当なし

2.実用新案登録

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

アルツハイマー病患者における通所サービス導入の成否に関連する要因の検討

研究分担者 矢田部 裕介（熊本県精神保健福祉センター）

○**研究要旨** 目的：認知症患者の円滑なデイサービス、デイケアなどの通所サービス（以下、デイ）導入の手法を探るため、これを促進・阻害する要因を調べた。方法：2011 年 1 月-12 月の期間に当院認知症外来を初診した高齢アルツハイマー病（AD）連続 157 例の診療録を調べ、主治医の通所促しによりデイが導入された群（N=19）と通所を拒否した群（11 名）を対象とした。二群間で患者背景、認知機能（ADAS-J cog）、精神症状（NPI）を比較した。結果：患者背景や MMSE、ADAS-J cog、NPI の各合計スコアは二群間で有意差を認めなかった。NPI 下位項目スコアの比較では、デイ拒否群において興奮が高い一方で不安が低かった。NPI 下位項目有症率の比較ではデイ拒否群の不安やアパシーの頻度が低かった。考察：AD 患者のデイ導入においては興奮の治療が重要である。また、不安やアパシーがみられる患者では、スムーズなデイ導入が期待される。

A . 研究目的

アルツハイマー病（Alzheimer's disease: AD）をはじめとする多くの認知症で根治的な治療法は確立されておらず、認知症患者においては対応や関わり、見守りなどのケアが重要である。介護保険制度下のわが国では、在宅認知症患者の専門的ケアは主としてデイサービスやデイケアなどの通所サービス（以下、デイ）によって提供される。認知症医療においてデイ利用の促しは、医療介護連携の最初の入口であり、デイ導入の成否はその後の患者や介護者の生活の質（quality of life: QOL）へ大きく影響する。活動性の低下した患者がデイへの通所を拒否した場合、廃用性に認知機能が進行する懸念が生じ、妄想や攻撃性が家族へ向く患者では、家族の介護負担を軽減するためにもデイ利用は不可欠である。しかし、様々な理由からデイを拒否する認知症高齢者は多い。男性、若年者、高学歴、知的職業、認知機能障害が軽い、興奮や易怒性を有するなどの要因がデイを拒否する患者像として考えられているが、デイ導入の成否と関連する要因を系統的に検討した調査はない。

そこで今回、デイ導入を通じた円滑な医療介護連携の手法を探るため、デイ導入の成否に関連する患者要因を調べた。

B . 研究方法

2011 年 1 月から 12 月の期間に熊本大学医学部附属病院認知症外来を初診した高齢発症 probable AD（NINCDS-ADRDA）の連続例（N = 157）を抽出した。全例の診療録を後方視的に精査し、初診時には通所サービスを利用しておらず、初診後の評価を経て主治医からデイ導入を促された患者（N = 53）の中から、転医などの理由により経過を確認できなかった患者（N = 13）、家族の判断で介護保険申請を見合わせたなど、明らかに家族側の要因でデイ導入がなされなかった患者（N = 9）、入院した患者（N = 1）を除外した 30 名が本研究の対象である。対象 30 名を主治医の促しから 3 ヶ月以内にデイ導入がなされたデイ導入群（N = 19）と通所を拒否したデイ拒否群（N = 11）の二群に分け、性別、年齢、教育年数、職歴、罹病期間、認知機能障害、精神症状・行動障

害 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)、介護負担度について比較を行った。認知機能の評価には Mini Mental State Examination (MMSE) ならびに Alzheimer's Disease Assessment scale-cognitive subscale 日本語版 (ADAS-J cog) を用いた。BPSD の評価には Neuropsychiatric Inventory (NPI)、介護負担度の評価には Zarit caregiver burden interview (ZBI) を用いた。解析は二群間の年齢、教育年数、罹病期間、MMSE スコア、ADAS-J cog スコア、NPI 合計スコアの比較には student-t 検定を用い、NPI 下位項目スコアの比較には Mann-Whitney U 検定を用いた。二群間の性別、NPI 下位項目有症率の比較には Fisher の正確確率検定を行った。職歴については厚生労働省編職業分類に基づき、二群間における各職種の頻度を Fisher の正確確率検定を用いて比較した。すべての検定は Windows 版 SPSS version 17.0.にて行い、統計学的有意水準は 0.05 (両側) とした。(倫理的配慮) 本研究は熊本大学倫理委員会の承認を得た「熊本大学における認知症の縦断的症候学的研究」の一環として実施した。また、すべての患者もしくは家族から研究参加への同意を書面で得た。

C. 研究結果

デイ導入群とデイ拒否群との間で、性別、年齢、教育年数、罹病期間といった患者背景に有意差は認めなかった。職歴の比較においても、管理的職業や専門的・技術的職業等の知的職業の割合がデイ拒否群に多いというわけではなく、無職(主婦)であった患者も含めて二群間で職種の偏りはみられなかった。MMSE スコアや ADAS-J cog スコア、NPI 合計スコア、ZBI スコアのいずれの評価項目においても、二群間で有意差は認めなかった。NPI 下位項目スコアの比較では、デイ導入群においてデイ拒否群と比べて有意に興奮が低く (0.389 vs 1.500, $P = 0.048$)、不安が有意に高かった ($P = 0.047$)。NPI 下位項目の有症率を比較すると、デイ導入群において有意に不安が高く

(41.2% vs 9.1%, $P = 0.042$)、アパシー (82.4% vs 63.6%, $P = 0.062$) が高い傾向がみられた。

D. 考察

本研究の結果から、予想に反して男性や若年、高学歴、知的職業の就労歴などの個人背景は、デイ導入を困難とする要因ではないことが明らかになった。一方で、特定の BPSD パターンがデイ導入の成否を規定する可能性が示唆された。症候の重症度を反映する NPI スコアにおいては、デイ導入群において有意に興奮スコアが低く、不安スコアが高かった。このことは興奮が軽く、不安が強い場合にデイ導入しやすいことを示唆する。一方で、有症率でみた場合には、興奮の頻度に有意差はなくなり、不安とアパシーがデイ導入群で高頻度であった。これらの NPI の結果を総合的に解釈すると、興奮はその有無よりも程度の強さがデイ導入を阻害し、不安は有無ならびに程度の強さがデイ導入を促進する、さらに、アパシーは程度に関係なくその有無がデイ導入の成否をわける可能性が示唆された。研究限界としては、第一に、本研究は小規模サンプルサイズであり、統計学的評価の正確性が十分ではない可能性がある。第二に、本研究は後方視的研究デザインであり、結果の妥当性を証明するには前方視的な検討が必要になると考えられる。第三に、いくつかの限られた指標を二群間で比較したが、デイ導入の成否に深く関わると考えられる病前性格やケアマネージャーの熟練度についての比較がなされていない。これらの限界を踏まえても、デイ導入の成否に関連する要因を示唆した本研究の結果は医療介護連携の観点からも非常に有用と考えられる。より良質な医療介護連携のために、さらなる検討が望まれる。

E. 結論

デイ導入にあたっては、患者背景から先入観を持たず、BPSD パターンに注目して導入を行なうことでスムーズになし得る可能性が示唆された。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1.論文発表

Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe Y, Honda K, Yuuki S, Araki K, Ikeda M. Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home. Journal of American Medical Directors Association 15:371.e15-18

藤瀬 昇, 矢田部裕介, 池田 学 . コタール症候群と認知症の抑うつ . Dementia Japan 28 : 245-251, 2014

2.学会発表

Fukuhara R, Tanaka H, Hatada Y, Ishikawa T, Yatabe Y, Yuki S, Shiraishi S, Hirai T, Hashimoto M, Ikeda M. Neural correlates of abnormal eating behaviors in semantic dementia –a preliminarily semi-quantitative analysis-. 9th International Conference on Frontotemporal Dementias, Vancouver, Canada, October 23-26, 2014

川上遥平, 石川智久, 遊亀誠二, 矢田部裕介, 橋本 衛, 池田 学 . 遺伝性脳小血管病から高次脳機能障害をきたした1例 . 第 67 回九州精神神経学会, 北九州, 12月 4-5 日, 2014

田中 響, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 矢田部裕介, 遊亀誠二, 松崎志保, 露口敦子, 畑田裕, 池田 学 . SMQ を用いた軽度アルツハイマー病患者の生活障害の検討 ; 軽度血管性認知症患者との差異も含めて . 第 29 回日本老年精神医学会, 東京, 6月 12-13 日, 2014 .

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

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症研究開発事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

研究分担者 谷向 知 愛媛大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨 「医療-介護連携のための火の国あんしん受診手帳【愛媛版】」（以下、手帳）を配布し、その利用状況や実際に利用しての感想を、介護者家族（以下、家族）、介護・福祉施設職員（以下、専門職）、かかりつけ医にアンケートを行い、手帳の有用性について検討した。利用状況に関しては「使用している・時々使用している」が 42%で、2/3 の方は「使いやすい」と感じていた。一方、「あまり使用しない・使用していない」に関してはその他を除くと「必要を感じない」が 25%であったが、83%の家族が「今後使用したい」と手帳には肯定的であった。53%の専門職で手帳を持ってこられるとのことで、持ってこられている 65%の施設で「活用している・時々活用している」されており、8 割以上で「利用者に役に立っている・少しは役に立っている」と回答がみられた。かかりつけ医からでは、「持ってこられる・時々持ってこられる」が 42%で、手帳を持参されていたかかりつけ医では「利用者に役に立っている」「少しは役に立っている」のいずれかであった。

家族、福祉、かかりつけ医いずれもが手帳の必要性は感じているものの、利用の仕方はさまざまである。また急な受診や入院の際に手帳を持参しないケースが少なくないことから、本当に浸透し、十分に活用されるためには時間を要すると考えられる。

A . 研究目的

認知症の診断を受けた人が、デイサービスやショートステイ、施設入所などの福祉施設を利用したり、通院や入院において、嘱託医や介護専門職、かかりつけ医にこれまでの受診や治療の経緯がわかり、本人に応じた適切なケアや治療が提供されることを目的とした、「医療-介護連携のための火の国あんしん手帳【愛媛版】」（以下、手帳）を活用していただく。また、手帳の利用状況や実際に利用しての感想を、介護者家族（以下、家族）、介護・福祉専門職（専門職）、かかりつけ医にアンケートを行い、手帳の有用性について検討することを目的とする。

B . 研究方法

愛媛大学医学部附属病院（愛大）を受診し、認知症と診断された本人・家族に本研究の趣旨を説明し、同意を得た家族にきちんと保管するように指導し手帳を配布した。その後、手帳の利用状況や使いやすさなどについて家族、介護専門職、か

かりつけ医にアンケートを実施した。アンケートは無記名とし、愛大を受診フォローする家族を除き、原則郵送にて行った。

（倫理面への配慮）本研究は愛媛大学医学部が定める倫理委員会の承認を得た。手帳を配布する前には本人・家族から文書による同意を得て行った。

C . 研究結果

86 人から同意を得、手帳を配布した。配布したうち、57 人がデイサービスなどの介護福祉施設（67 箇所）を利用していた。また、かかりつけ医でフォローされている医療機関は 32 か所であった。これらに前述の方法でアンケート用紙を配布し、64 家族（74%）、47 施設（72%）、19 かかりつけ医（59%）から回答を得た。

【家族】

使用状況は、「使用している」26%、「時々使用している」16%、「あまり使用していない」40%、「全く使用していない」は 18%であり、4 割強の家族

が手帳をしようしていた。使用しない理由としては、その他・未記入を除くと、「必要を感じないため」が25%と最も多かった。手帳の使いやすさでは、「非常に使いやすい」という回答はなかったものの、3人に1人の使用者(35%)は「使いにくい」と感じていた。使用しにくい理由としては、『忙しそうにしているので外来に持って行っても出せずにいる』や『外来の受付で出すとこれは違いますといわれた』といった回答が散見した。しかし、現在あまり使用していない家族も含め「今後も使用したい」との回答は83%にも上った。手帳に記載情報としては、「追加の必要なし」83%、「不要な項目なし」93%で、おおむね必要な情報が盛り込まれていると判断される。しかし、自由記載欄の中には、『女性だけの世帯であるため、何もかも情報を書くのは不安も大きい』、『(施設利用時に)どんなスタッフがみているのかわからないので心配』といった記載がみられた。

【専門職】

手帳の使用は、「持ってこられている」30%、「時々持ってこられる」21%と併せると5割強で、デイサービスやショートステイなど介護福祉施設利用時に「あまり」あるいは「まったく」持参されていない状況であった。専門職サイドが手帳を活用しているかに関しては、あまり持ってこられないとの回答のあった専門職も含め「活用している」と「時々活用している」あわせて65%であった。その他・未記入を除けば、かかりつけ医療機関の記載と認知機能スケールが情報として活用されていたが、お薬の情報や検査情報の活用は高くなかった。手帳を活用することによる改善点としては、無記入を除くと「医療機関との情報交換がスムーズになった」が最も多く、次いで「よいケアができるようになった」、「必要な情報が入手しやすくなった」と続いた。一方、「あまり使用していない」、「使用していない」理由としては、「タイムリーな情報が得づらい」、「デイで用いている連絡帳と統一が図れればよい」、「ページ数が多いため確認に時間がかかるので、新たに記入された

ページに付箋をしてくれたら助かる」といった記載がみられた。また、自由記載欄には『『連絡ノート』に加え、『先生に伝えたいこと、困っていること』の項目の中で特に本人の様子の変化を把握し易い項目を簡単にして(10項目くらい?) 毎受診時にチェックし、状態を確認してはどうか』や『介護サービスをまだ利用されていない方や同じ立場の方が集う家族会などでの情報を記載したシートなどもあると、家族や先生や専門職に相談などがしやすい』などの意見が寄せられた。

【かかりつけ医】

かかりつけ医の53%で患者の方が手帳を「持って来られている」、「時々持って来られる」と回答した。しかし、「活用している」、「時々活用している」は46%であった。役立つ情報としては、「お薬情報」が最も多く、アルツハイマー型認知症の患者で今後の経緯について情報記載をした内容に『処方箋の意図まで記載しているのに感心』と記載がみられたものがあった。手帳を活用していない理由としては、その他で「患者が持って来ない」という回答がほとんどであった。また、それぞれの診療において独自にも、もの忘れ問診票とフェイスシート、あるいは製薬会社が作成している「ノート」を利用しているとの回答があった。患者(家族)にお役立っているかとの質問には、否定的な回答は見られなかった。

D. 考察

今回の手帳の使用状況をみると、家族が使用しているのが4割強であった。この理由としては、14名が若年発症の認知症であり、社会福祉資源の活用に至っている人が少なかったことが考えられる。また、症状が軽度であることや、症状が安定していると改めて記載する必要がないと考えられていることがあげられる。家族と福祉施設とのなかでは、デイサービス利用時に使われている連絡帳との使い分けをどうしたらいいのか戸惑っていることが少なくなかった。家族と医療機関との関係においては、アンケートの回答では見られなか

ったが、かかりつけ医以外の急な体調不良による入院に際し、手帳が十分使用されていないことがあげられる。専門職は「医師との意見交換が図りやすくなった」と感じられる反面、本当に困った時に、なかなかタイムリーな情報のやり取りができない不便さを感じていた。かかりつけ医では、手帳に関して否定的な回答はほとんど見られなかったが、役立つ情報として、「介護サービス利用状況」は少なく、多職種との情報共有というよりは、「お薬情報」が最も役立っているという興味深い結果であった。アンケート回答の中ではこのような結果であったが、実際に当院受診時に持参される手帳を拝見すると、非常によく使われている印象のある手帳もあれば、当初は手帳が移動するのみでなかなか記載のない例も少なくない。手帳の必要性は家族、専門職、かかりつけ医いずれもが必要と感じている。手帳を持つものが、それぞれの必要性のなかで使用していくのがよいと考えられる。ただ、この人は使用した方がよいと考えられる場合には、最初に配布するものが、介護福祉施設やかかりつけ医に何らかのメッセージを記載し、家族に「○●(介護施設やかかりつけ医)宛に本人の様子を書いているので見せてください」と手渡すことから始めることが重要であると考えられた。

E . 結論

手帳を配布して家族、専門職、かかりつけ医から使用状況などのアンケートを行った。それぞれの立場で、連携が必要であること、また有用であると感じていることが示された。配布時に専門職やかかりつけ医に患者の様子を連絡欄に記載し置くことが、手帳を使用してもらうためには大切である。しかし、使用されるに至っても、いざ本人が急な受診や入院になった際に手帳を持参することは多くないようである。タイムリーな情報のやり取りをどうすれば図れるのか、既存のノートや連絡帳と本手帳をどう連携すればよいのか、今後の課題もみられた。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1. 論文発表

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): 1-9, 2014.

谷向 知. 症候学から認知症の人を理解する.-「日常診療に必要な認知症症候学,池田学編, 新興医学出版(東京)2014;pp178-180

Mori T, Shimada H, Shinotoh H, Hirano S, Eguchi Y, Yamada M, Fukuhara R, Tanimukai S, Kuwabara S, Ueno S, Suhara T. Apathy correlates with prefrontal amyloid beta deposition in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 ;**85**: 449-455

2. 学会発表

小森憲次郎, 豊田泰孝, 吉田 卓, 森 崇明, 谷向 知. 失名辞と緩徐に進行する近時記憶障害を呈した側頭葉前方部萎縮例. 第 38 回日本神経心理学会学術集会. 2014.9.26-27(山形)

小森憲治郎, 豊田泰孝, 森 崇明, 吉田 卓, 清水秀明, 谷向 知, 上野修一. 緩徐な進行を示した意味性認知症例の語彙消失過程に関する検討. 第 38 回日本高次脳機能障害学会. 2014.11.28-29(仙台)

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

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

「認知症患者における未治療期間の検討-受診経路別の分析」

分担研究者 上村直人 高知大学医学部神経精神科学教室
研究協力者 今城由里子 藤戸良子

研究要旨 認知症が発症してから適切な治療を受けるまでの期間について、受診経路による影響を分析した。対象は、高知大学医学部附属病院精神科物忘れ外来を平成 25 年 1 月 1 日～平成 26 年 12 月 26 日までに受診した認知症患者である。認知症はアルツハイマー病、レビー小体病、前頭側頭葉変性症、血管性認知症と診断されたものを分析対象とした。評価内容は大学病院の初診時年齢、性別、生活形態（独居・同居）発病年齢、MMSE、CDR、IADL、初診時 NPI、ZBI、DUP（認知症発症から初診までの期間）認知症の精査目的で受診した前医の有無、臨床診断、前医から大学病院専門外来受診までの期間を分析した。対象者 110 名（男性 37 名、女性 73 名）で、初診時年齢は 77.3±9.7 才（49～95 才）、発症時年齢：74.4±9.9 才（46～90 才）であった。平均 MMSE19.6±4.4(7-29)、平均 IADL5.0±2.1、NPI16.9±16.3、ZBI21.6±17.6 であった。CDR（Clinical Dementia Rating）は 0.9±0.4（0.5～2）であった。認知症発症から大学病院受診までの平均期間は 2.8±2.4 年（0～11 年、中央値は 2.1 年であった。受診経路別では前医なし：30 例、前医あり：80 例であった。前医から大学病院受診までの期間が分析で来た 54 例をさらに分析し、紹介あり群では受診までに平均 15.8 か月かかっていたのに対し、紹介無し群では平均 26.8 か月かかっていた。受診経路による未治療期間と臨床背景については、前医なし群（N = 30）：2.8±2.7 年（中央値：1.8 年）、前医あり群（N = 80）：2.9±2.4 年（中央値 2.2 年）であり、平均値に差異はないが、中央値比較では前医あり群でやや長い傾向が認められた。臨床診断群での未治療期間では、ビンスワングー病群が 4.3±2.9 年（中央値 3.4 年）と他の認知症群と比較し長い傾向であった。前医から大学病院受診までの期間を評価で来た 54 例の分析では、前医からの紹介あり群：平均 15.8 か月（N = 49 例）、前医からの紹介無しのみまでの受診群：平均 26.8 か月（N = 5 例）と 12 カ月（約 1 年）の遅れがあった。4 大認知症であるアルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病、前頭側頭葉変性症では、受診経路による未治療期間に大きな影響を認めなかったが、ビンスワングー病では影響が見逃せないものであったため、今後臨床診断の遅れ、専門医とかかりつけ医との間において画像診断の技術上の問題や認識の差異の存在がありえる。そのため、今後、かかりつけ医と専門医での連携の中で認知症の精神医学的管理体制の構築が重要であると思われる。

A . 研究目的

認知症の症状が出現してから適切な臨床診断が下されるまでの期間をいかに短縮化し、早期治療に結びつけることが、今後の認知症予防対策の重要な課題と考えられる。認知症の診断は近年、認知症疾患医療センターやかかりつけ医の認知症対策向上など様々な対応が地域ごとに構築されているが、認知症の鑑別診断や早期診断に対するシステムティックな体制はまだ十分であるとは言い難い。そこで、今回我々は、認知症発症から臨床診断を下されるまでの認知症の未治療期間について、専門機関を受診するまでの受診経路の関連性について検討した。

B . 研究方法

対象は、高知大学医学部附属病院精神科物忘れ外来を平成 25 年 1 月 1 日～平成 26 年 12 月 26 日までに受診した認知症患者 110 名。認知症はアルツハイマー病、レビー小体病、前頭側頭葉変性症、血管性認知症、ピンスワンガー病と診断されたものを分析対象とした。評価内容は大学病院の初診時年齢、性別、生活形態（独居・同居）発病年齢、MMSE,CDR(Clinical Dementia Rating),IADL、初診時 NPI、ZBI、DUP(認知症発症から初診までの期間)認知症の精査目的で受診した前医の有無、臨床診断、前医から大学病院専門外来受診までの期間を分析した。なお、認知症発症の時期の定義は、「明らかに以前から比べて客観的に記憶障害、認知能力が低下し、生活上の行為に支障をきたした時期、判断される時期を認知症の発症開始とした。分析内容は、認知症の未治療期間に対する受診経路の影響について性差、居住形態、背景疾患別に分析した。統計分析は Stat-View4.5 を用いた。なお本調査研究施行に当たっては高知大学倫理委員会での承認を得て行なった。

(倫理的配慮)

本調査研究施行に当たっては高知大学倫理委員会での承認を得て行なった。

C . 研究結果

対象者 110 名（男性 37 名、女性 73 名）で初診時年齢は 77.3±9.7 才（49～95 才）、発症時年齢：74.4±9.9 才（46～90 才）であった。平均 MMSE：19.6±4.4(7-29)、平均 IADL：5.0±2.1、NPI：16.9±16.3、ZBI:21.6±17.6 であった。CDR(Clinical Dementia Rating)は 0.9±0.4(0.5～2)であった。認知症発症から大学病院受診までの平均期間は 2.8±2.4 年（0～11 年、中央値：2.1 年）であった。平均 MMSE 背景疾患別ではアルツハイマー病 28 例、レビー小体病 29 例、前頭側頭葉変性症 14 例、血管性認知症 28 例、ピンスワンガー病 11 例であった。受診経路別では前医なし：30 例、前医あり：80 例であった。前医から大学病院受診までの期間が分析できた 54 例をさらに分析し、紹介あり群では受診までに平均 15.8 カ月かかっていたのに対し、紹介無し群では平均 26.8 カ月かかっていた。

1)受診経路の有無による未治療期間及び臨床背景の差異（表 1）

表 1 に示すように、受診経路による未治療期間と臨床背景については、前医なし群（N = 30）：2.8±2.7 年（中央値：1.8 年）、前医あり群（N = 80）：2.9±2.4 年（中央値 2.2 年）で、平均値に差異はないが、中央値比較では前医あり群でやや長い傾向が認められた。しかしながら両群とも、初診時年齢、MMSE、CER、IADL、NPI、ZBI などの臨床背景の大きな差はなかった。

表 1：受診経路による未治療期間と臨床背景

	前医あり (N = 80)	前医なし (N = 30)
未治療期間 (年)	2.8 (中央値 2.2)	2.8 (中央値 1.8)
初診時年齢	76.7	78.8
MMSE	19.7	19.6
CDR	0.9	0.9
IADL	4.9	5.2
NPI	18	14.1
ZBI	22.9	18.2

2) 背景疾患による影響と受診経路の関連性

表 2 に示すように臨床診断群での未治療期間では、ピンスワンガー病群が 4.3±2.9 年 (中央値 3.4 年) と他の認知症群と比較し長い傾向であった。また表 3 に示すように、前医から大学病院受診までの期間を評価で来た 54 例の分析では、前医からの紹介あり群: 平均 15.8 か月 (N = 49 例)、前医からの紹介無し受診群: 平均 26.8 か月 (N = 5 例) と 12 カ月 (約 1 年) の遅れがあり (表 4)、後者の 5 例の診断内容では、前医と大学病院での臨床診断が異なっている事例 2 例 (意味性認知症をアルツハイマー病、ピンスワンガー病をアルツハイマー病と診断)、不適切な薬剤の調整 2 例 (血管性認知症に対するコリンエステラーゼ阻害剤の処方)、認知症にせん妄状態合併 1 例認められた。

表 2: 背景疾患別の未治療期間 受診経路の影響

	平均 DUP (年) (中央値)	前医あり	前医なし
アルツハイマー病 (N = 28)	2.7 (2.1)	2.7 (2.0)	2.9 (2.0)
レビー小体病 (N = 29)	2.6 (1.9)	2.5 (1.9)	2.8 (1.0)
前頭側頭葉変性症 (N = 14)	2.4 (2.4)	2.6 (2.5)	1.5 (1.0)
血管性認知症 (N = 28)	2.9 (1.8)	3.0 (2.2)	2.8 (1.6)
ピンスワンガー病 (N = 11)	4.3 (3.4)	4.0 (3.4)	6.8 (-)
全体 (N = 110)	2.8 (2.0)	2.8 (2.2)	2.8 (1.8)

表 3: 未治療期間に対する受診経路の影響と紹介状の有無

	前医なし(N=30) (中央値)	前医あり(N=30) (中央値)
未治療期間	2.8(1.8)	2.8(2.2)

表 4: 紹介の有無による大学受診までの期間の差異

	紹介状あり (N=49) (中央値)	紹介状なし (N=5) (中央値)
前医から大学病院受診 までの期間(月)	15.8 (8)	26.8 (24.0)

3) 居住形態による影響と受診経路の関連性

同居、独居別の違いによる受診経路や未治療期間への影響では独居群 (N = 22): 2.5 年 (中央値 2.3 年)、同居群 (N = 81): 2.8 年 (中央値 2.0 年) であったが MMSE, CDR では両群に差はなく、IADL では若干、独居群がより健常である一方、同時に NPI では精神状態が悪く、ZBI でも介護負担が大きい傾向であった。

D. 考察

今回の認知症医療における未治療期間の課題について、受診経路の視点で分析を行った。未治療期間とは発症から適切な治療が開始されるまでの期間を意味しており、統合失調症研究における未治療期間の比較では平均期間より中央値比較が、実臨床を反映しているという先行研究が多く、今回前医有り無し群比較での中央値比較は前医あり群が、若干未治療期間が長い傾向にあったが、前医での治療が適切に開始されているとすれば問題はないが、専門医への相談や応需が適時に行われていないことの反映とすると、今後どのような場合に専門医への相談や紹介をすべきかなどの具体的な分析が必要であろう。また、4大認知症であるアルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病、前頭側頭葉変性症では、受診経路による未治療期間に大きな影響を認め

なかったが、ピンスワンガー病では影響が見逃せないものであったため、今後臨床診断の遅れ、専門医とかかりつけ医との間において画像診断の技術上の問題や認識の差異の存在がありえる。そのため、今後の対策が必要かもしれない。前医の有り無し群をさらに紹介状の有無で分析した結果、紹介状の有無5例とも臨床診断が異なっており、不適切な薬剤、およびせん妄状態の鑑別や観察が認知症の診断後においても重要であり、定期的な見直しや、再評価の重要性、また薬剤開始後においても漫然とした使用をさげ、効果や副作用の管理体制の構築が重要であると思われる。同居や独居別での分析では認知症の未治療期間に大きな影響はなかったが、独居群では認知機能の低下がありながらもADLがある程度保たれていること、また精神症状や介護負担は同居群より大きいことから早期の適切な診断体制が今後必要であると考えられる。

E. 結論

発症から適切な治療に結びつけるまでの期間を示す、認知症の未治療期間に対する受診経路の分析から、今後専門医とかかりつけ医との間において画像診断の技術上の問題や認識の差異の解消や、不適切な薬剤、およびせん妄状態の鑑別や観察が認知症の診断後においても重要であり、定期的な見直しや、再評価の重要性、また薬剤開始後においても漫然とした使用をさげるなどの認知症の精神医学的管理体制の構築がさらに重要であると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文・著書

井関美咲, 上村直人 : 前頭側頭葉変性症・ピック病 ~ 人格障害・行動障害を伴う認知症 高齢者のこころとからだ事典大川一郎編 中央法規出版 東京 156-157, 2014

上村直人 : 認知症患者の自動車運転と社会参加 高

次脳機能障害者の自動車運転再開とリハビリテーション 1 蜂須賀研二編 P46-54 金芳堂 東京 2014

上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 大石りさ : 第4章 症候学から生活支援へ 自動車運転 日常臨床に必要な認知症症候学 池田学編 P173-177 新興医学出版 東京 7月刊 2014

井上新平, 上村直人 : 高齢者のメンタルヘルス 総論 心と社会 158 45巻4号 P94-98 日本精神衛生会 158 東京 2014

上村直人 : 編集室への手紙 抑肝散で見られた髪の色黒髪化について 精神医学 4月号 56巻 330-331 医学書院 東京 2014

上村直人, 藤戸良子, 大石りさ, 諸隈陽子 : 認知症と運転 高知県医師会医学雑誌第19巻1号 P72-81 高知県医師会 高知 2014

上村直人, 明神恵美, 大石りさ, 諸隈陽子, 福島章恵, 井上新平 : 若年期アルツハイマー病の在宅ケア 破綻予防と家族史のアプローチの試み ~ ケアマネのエンパワーメント向上を目的とした生活臨床的試み 老年期の精神医療における多職種協働の実践例報告 老年精神医学雑誌 4. 実践例報告 P685-691 ワールドプランニング 東京 2014

上村直人, 永野志歩, 今城由里子, 泉本雄司 : Brain Science 老年期発達障害に関する精神医学的研究の現状と課題 精神科 Vol. 25NO6 P654-660 科学評論社 東京 2014

2. 学会発表

上村直人 : (口演) 高齢者のメンタルヘルス対策としての家族史のアプローチを取り入れた一例 ~ 家族史のアプローチと森田療法の融合の可能性から現代型高齢者の精神保健予防スキルの提案 ~ 第33日本社会精神医学会 2014. 3. 20~21 学術センター,

東京

なし

3.その他

上村直人：(ポスター)高齢者のメンタルヘルス向上における家族史的アプローチの有用性について
第 33 回日本社会精神医学会 2014. 3 . 20 ~ 21 学術センター、東京

なし

上村直人,永野志歩,福島章恵,今城由里子,泉本雄司,森信繁：物忘れ外来を受診した発達障害の男性例
第 29 回日本老年精神医学会 2014 . 6.12-13 教育センター、東京

上村直人,福島章恵,今城由里子,藤戸良子,諸隈陽子,下寺信次,森信繁：高齢者のメンタルヘルスにおける家族史的アプローチの有用性 ~ 森田療法と家族史的生活臨床の統合の試み~ 多元主義を超えて
第 110 回日本精神神経学会 2014.6.26-28 パシフィコ横浜、神奈川

上村直人,須賀楓介,土居江里奈,赤松正規,下寺信次,森信繁：物忘れ外来におけるうつ状態の鑑別の重要性について ~ 認知症以外の物忘れを主訴とするうつ状態の鑑別を要した 2 事例からの考察~ 第 11 回日本うつ病学会 2014.7 . 18 ~ 19 広島国際会議場 広島

上村直人, 藤戸良子,福島章恵,今城由里子,篠森敬三：レビー小体型認知症と運転~ 他の認知症より運転は危険か? 第 7 回運転と認知機能研究会
2014.11.22 新宿パークタワー 東京

上村直人, 藤戸良子,福島章恵,今城由里子,篠森敬三：認知症者の自動車運転研究と倫理的課題 ~ 2014 年から改訂された改正道交法の影響とジレンマ 第 7 回運転と認知機能研究会 2014.11.22
新宿パークタワー 東京

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

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

研究分担者 釜江（繁信）和恵（所属名）公益財団法人浅香山病院

研究要旨 平成 24 年度に作成し、配布運用した「あんしん受診手帳」（以下「手帳」）を利用した者で、平成 26 年 12 月 1 日までに施設入所に至った者を追跡調査し、施設で「手帳」がどのように役立ったかを調査した。

A. 研究目的

平成 24 年度に作成し、配布運用を開始した「あんしん受診手帳」（以下「手帳」）の利用者の内、施設入所にいった者を調査し、「手帳」の施設への受け渡し有無等調査し、「手帳」を利用することによる認知症医療と介護の連携における効果を検証する。

B. 研究方法

平成 24 年度（11 月～3 月）に公益財団法人浅香山病院精神科・認知症疾患医療センターで認知症の鑑別診断を受けた 150 名の本人または主介護者に「手帳」を配布した。配布した主介護者に対して、平成 26 年 12 月 1 日までに施設入所しているかを調査した。施設入所に至ったことが確認された者については、「手帳」を施設提示したか否か、提示した者については、施設に受け取った「手帳」に対する感想についてのアンケートを行った。

（倫理面への配慮）

本研究は公益財団法人浅香山病院の倫理委員会の承認を得て実施した。アンケートを行うことは「手帳」配布時に本人および介護家族に同意を得て行った。

C. 研究結果

「手帳」を配布した 150 名のうち入所に至ったことが確認されたのは 14 名であった。内訳はグループホーム 7 名、特別養護老人ホーム 3 名、老

人保健施設 4 名であった。その内、「手帳」を施設に提示の者は 10 名（グループホーム 6 名、特別養護老人ホーム 3 名、老人保健施設 1 名）であった。「手帳」を持ち込んだ者は、配偶者 4 名、子 5 名、ケアマネージャー 1 名であった。持ち込んだ配偶者の平均年齢は 73.5 歳、子の平均年齢は 48.0 歳であった。持ち込まれなかった主介護者の平均年齢は 83.3 歳であった。

持ち込まれた施設では、10 施設全てで入所時の情報として役に立ったと回答した。

次に具体的どのような項目が役に立ったかを聴取した（複数回答）。介護サービス利用状況（P 9）：4 件、関わっている人一覧（P 11、12）：8 件、かかりつけの医療機関（P 13）：8 件、認知症機能評価スケール（P 15）：3 件、認知症診断名（P 15）：10 件、お薬情報（P 16）：5 件、検査データ（P 19、20）：5 件、診療情報提供書：5 件、連絡ノート（P 21、22、23）：6 件、その他：0 件であった。

次に具体的にどのようなことがケアの役に立ったかを聴取した。疾患名が分かったことでケアの役に立った：8 件、お薬情報が分かったことで薬剤調整の役に立った：5 件、認知機能検査、画像検査の結果が分かったことでケアの役に立った：3 件、ノート記載で経過が分かったことでケアの役に立った：10 件、かかりつけ医や介護事業所担当者、家族の情報がケアの役に立った：6 件、その他：0 件であった。

追加したほうが良いと思われる情報があるかに

については、「認知症が初期の頃に、本人が進行した時に受けたいケア内容の希望や、延命治療の希望の有無を記載する項目」：3件、「入院治療を行ったことがある場合に治療内容についての記載できる項目」：1件があった。

不要だと感じた項目は、どの施設からも「ない」という回答であった。

今後すべての認知症患者にあんしん受診手帳が必要だと思うかには、すべてに必要なと思う：6件、すべてではないが必要なと思う：4件、必要ではない：0件であった。

そのほか工夫するべき点などがないかについては、お薬情報が最新のものに更新されていなかったという意見が1件あった。

D．考察

主介護者が高齢であると、「手帳」が施設へ持ち込まれない傾向がみられた。確実に施設入所時に「手帳」が施設に渡るようにするには、主介護者が高齢の場合の「手帳」の管理が問題になると考えられた。1名は単身生活者であったが、ケアマネージャーが「手帳」管理していたため、入所の際に持ち込まれた。入所時に「手帳」が持ち込まれた場合は、「手帳」の存在が入所後のケアに役に立っていることが明らかになった。特に認知症診断名、かかりつけの医療機関、関わっている人一覧が役に立ったようであった。具体的にどのようなことがケアの役に立ったかでは、ノート記載で経過が分かったことでケアの役に立ったという意見が10施設全てで認められた。進行期に入所するケースが多いため、それまでどのような経過をたどって入所に至ったのかを知りたいという希望が強く聞かれた。また看取りまで行っている施設では、「手帳」から、認知症が初期の頃に本人が今後の受けたいケアについてどのように考えていたか知ることができれば、「手帳」を終末期のケアに役立てられると考えていることがわかった。

E．結論

入所先の施設も「あんしん受診手帳」が入所後のケアに役立つと感じていた。しかし、「あんしん受診手帳」を初期から切れ目無く使用し、入所時に確実に施設へ持ち込まれるようにするには、誰が「手調」を管理するのが最適かを再考する必要があると考えられた。また、認知症が初期のうちに本人の今後のケアに対する希望を示すことができるような内容を追加するか検討を要すると考えられた。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1.論文発表

Nonaka T, Suto S, Yamakawa M, Shigenobu K, Makimoto K. Quantitative evaluation of changes in the clock-watching behavior of a patient with semantic dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2014 Sep;29(6):540-547.

Yamakawa M, Yoshida Y, Higami Y, Shigenobu K, Makimoto K. Caring for early-onset dementia with excessive wandering of over 30 kilometres per day: a case report. Psychogeriatrics. 2014 Dec;14(4):255-260.

繁信和恵．認知症の言語症状の診方と代表的徴候．老年精神医学雑誌．2014；25：32-36．

繁信和恵．認知症患者の退院へ向けた連携(前半)．精神科看護．2014；41(1)：70-78．

繁信和恵．認知症患者の退院へ向けた連携(後半)．精神科看護．2014；41(2)：72-79．

2.学会発表

繁信和恵．前頭側頭葉変性症のケア．第15回日

本認知症ケア学会大会, 2014. 5. 31-6.1 東京. 口頭発表

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

なし。

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」
分担研究報告書

本邦における前頭側頭型認知症に対する非専門医による処方の実態調査

分担研究者 品川俊一郎 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 助教

研究要旨 前頭側頭型認知症（FTD）はその特徴的な行動変化のために対処に苦慮することが多い疾患群であるが、大規模な試験によって有効性が示された薬剤はなく、実際には対症的に各種の薬剤が用いられる。しかしながら、その処方の実態は明らかではない。本研究の目的は専門医以外によってFTDと診断された場合、どのような処方がなされているかを調査することである。

全国4施設の専門外来を受診した連続例から、FTD圏内の診断名で紹介された患者を抽出し、背景因子、紹介医の診療科および認知症症状に対する処方の内容などを調査した。対象は87例で、紹介医の属性は精神科医が6割、ほかに神経内科医、一般内科医、脳神経外科医などであった。約半数の例に認知症症状に対する薬剤が用いられており、コリンエステラーゼ阻害剤（ChEIs）は2割に処方されていた。向精神薬は1/3以上に処方されており、抗うつ薬、抗精神病薬の処方が多かった。ChEIsは様々な診療科で処方されていたが、向精神薬は精神科医によって処方されていた。前頭側頭葉変性症や運動ニューロン疾患と診断されていた例には薬剤は処方されていなかった。年齢や性別、罹病期間、教育歴、認知機能スケールの結果などの背景因子はこれらの薬剤の使用に影響を与えなかった。ChEIsはFTDの行動障害を悪化させると報告されており、抗精神病薬は錐体外路症状などの危険性も高い。今後はFTDへの薬物療法ガイドラインの作成が望まれる。

A. 研究目的

前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia：FTD）は前頭葉や側頭葉前部に変性がある認知症であり、病初期から前頭葉機能の障害に伴う多彩な社会行動の障害や人格変化を呈する。これらの特徴的な行動変化から病初期から介護者の負担が大きく、一方で精神疾患や他の認知症性疾患に誤診されていることも多いため、医療現場においても対象に苦慮することが多い疾患である。

現時点では、大規模な試験によって有効性が示された薬剤はなく、本邦においても主要な欧米諸国においてもFTDに適応のある薬剤はない。アルツハイマー病（AD）に対する薬剤や、行動障害を抑える目的で抗精神病薬が用いられることもある。このような本邦におけるFTDに対する処方の

実態はこれまで明らかになっていない。

本研究の目的は専門医以外によってFTDと診断を受けた場合、どのような処方がなされるのか、処方の内容に影響を与えるような因子があるのか、を明らかにすることである。

B. 研究方法

全国4施設（浅香山病院、愛媛大学医学部附属病院精神科神経科、熊本大学医学部附属病院神経精神科、東京慈恵大学医学部附属病院精神神経科）の認知症専門外来を受診した連続例から、紹介医でFTDないしはそれに類する診断名（ピック病、疑い病名含む）で紹介された患者を抽出した。そのうえで、それらの患者の年齢、性別、教育歴、罹病期間、Mini mental state examination：

MMSE 得点 8 といった背景因子、前医の診療科、前医における認知症症状に対する処方（ChEIs、他の認知機能障害に対する薬剤、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、気分調整薬、漢方薬など）の有無とその内容、介護保険取得状況、専門医の最終診断などを調査した。

（倫理面への配慮）

患者の匿名性に関しては十分な配慮がなされており、各施設の倫理委員会の承認を各々得ている。

C . 研究結果

今回対象となったのは、87 例であり、男女比はほぼ同等で、平均年齢が 66.9 歳、平均の初診時 MMSE 得点は 18.4 であった。紹介医の診断は FTD および疑い、前頭側頭葉変性症（：FTLD）および疑い、側頭葉優位型圏内、ピック病および疑い、運動ニューロン疾患（FTD-MND）圏内などであり、FTD の診断が 6 割以上を占めた。紹介医の属性は精神科、神経内科、内科、脳神経外科、その他であり、精神科が 6 割以上を占めた。

87 例のうち、何らかの認知症に対する薬剤の使用を用いていた例は 49.4% であった。認知機能に対する薬剤を用いていたのは 23% であり、ChEIs は 20.7% に用いられていた。一方で精神症状に対する薬剤（以下向精神薬：抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、気分調整薬、漢方薬を含む）は 35.6% に用いられていた。抗うつ薬が 16.1% に、漢方薬が 11.5% に、抗精神病薬が 10.3% に、抗不安薬が 9.2% に、気分調整薬が 1.1% に用いられていた。

診療科によって処方の傾向が異なるかの検討では、ChEIs は、精神科では 24.5%、神経内科では 11.8%、内科では 22.2%、その他は 12.5% であった。 χ^2 検定で有意差は認められなかった。一方で向精神薬は精神科では 49.1% に処方されていたのに対し、神経内科では 5.9%、内科では 22.2%、その他は 25.0% と χ^2 検定で有意に精神科で多く処方されていた。抗精神病薬が処方されていた 9 例のうち 8 例は精神科での処方であり、抗うつ薬は

14 例全例が精神科での処方であった。漢方薬は 10 例中 8 例が精神科での処方であった。

紹介医の診断による処方割合の検討では、ChEIs が処方されていた 18 例の内訳は、診断は FTD および疑いが 61.1%、側頭葉優位型圏内が 22.2%、ピック病および疑いが 16.7% であった。FTLD および疑い、FTD-MND 圏内には ChEIs は処方されていたなかった。向精神薬が処方されていた 31 例の診断内訳は、FTD および疑いが 67.7%、側頭葉優位型圏内が 9.7%、ピック病および疑いが 22.6% であった。FTLD および疑い、FTD-MND 圏内には向精神薬は処方されていたなかった。

ChEIs の使用に影響を与えるような背景因子があるかどうか、ChEIs の使用の有無によって 2 群に分け、比較を行った。しかしながら、性別、年齢、教育年数、罹病期間、MMSE 得点、介護保険の取得状況などいずれも 2 群間の有意差はなかった。

D . 考察

ChEIs の処方率の 2 割という割合をどのように判断するかは、意見の分かれるところである。FTD に対する ChEIs の投与の報告では、有効性は認められなかったとの結果が多い。認知症という診断で他に選択肢がなく ChEIs を使用していると推測されるが、これはなるべく避けるべきである。

一方で 35% という向精神薬の処方割合は、他の疾患より行動症状が目立ち、それに伴う介護負担も大きいはずの FTD において、それほど高くはないと考えられる。これは、まず FTD と診断された場合、不用意に向精神薬を処方せず、専門医への紹介を優先させている可能性がある。また、本研究は入院例を含まない外来例であることも関与している可能性がある。安易な向精神薬の処方を行っていないという点では、好ましいことと思われる。

向精神薬のなかで、抗うつ薬の使用が最も頻度が高かった。選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が FTD の常同行動や食行動異常に対して

有用であると報告されており、その抗うつ薬が抗精神病薬や抗不安薬よりも用いられているということは、これらの知識が普及しているということである。

E. 結論

本研究は、本邦ではじめてなされた FTD に対する薬物療法の実態調査である。約半数の例に何らかの認知症症状に対する薬剤が用いられており、ChEIs は 2 割の例に処方されていることが明らかになった。向精神薬は 1/3 以上に処方されており、中では抗うつ薬の処方が多かった。今後は薬剤使用に対する啓発や、非薬物療法を含めた FTD への治療ガイドラインの整備が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Shinagawa S, et al. Psychosis in Frontotemporal Dementia. *Journal of Alzheimer's disease* 42: 485–499, 2014.

Shinagawa S, et al. Non-pharmacological Management for Patients with Frontotemporal Dementia –a systematic review. *Journal of Alzheimer's disease*, 2015.

品川俊一郎, ほか. 本邦における FTD に対する off-label 処方の実態について. *Dementia Japan*, 2015. in press.

Inamura K, Tsuno N, Shinagawa S, et al. Correlation between cognition and symptomatic severity in patients with late-life somatoform disorders. *Aging and Mental Health* 29: 1-6, 2014.

Inamura K, Sinagawa S, Tsuno N, et al. Cognitive Dysfunctions in Patients with

Late-Life Somatic Symptom Disorder: A Comparison According to Disease Severity. *Psychosomatic*, 2015. in press.

品川俊一郎, ほか. アセチルコリンと神経疾患研究の現在地を知る アルツハイマー病治療. *Brain and Nerve* 66: 507-516, 2014.

2. 学会発表

品川俊一郎, ほか. 邦における FTD に対する off-label 処方の実態について. 第 33 回日本認知症学会学術集会. 2014 年 11 月. 横浜.

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
池田 学	前頭側頭葉変性症の症候学	池田 学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版社	東京	2014	50-62
池田 学	認知症原因疾患の臨床診断を現場で行う	木之下 徹	予測を立てるための症候学	中山書店	東京	2014	103-108
池田 学	医療と介護の縦断型連携パス		在宅の高齢者を支える-医療・介護・看取り-Advances in Aging and Health Research 2013	長寿科学医療財団	愛知	2014	117-124
池田 学, 宇野準二	もの忘れを主訴として、その後アルツハイマー病と診断され、薬物療法を開始された患者	鈴木利人, 渡邊 衡一, 松田公子, 林 昌洋 編	精神科医×薬剤師 クロストークから読み解く精神科薬物療法	南山堂	東京	2014	275-279
池田 学	前頭側頭葉変性症 (含: 進行性失語症)	井村裕夫	第4版 わかりやすい内科学	文光堂	東京	2014	600-601
池田 学	レビー小体型認知症におけるBPSDの治療	小阪憲司	レビー小体型認知症の診断と治療	harunosora	川崎	2014	129-140
長谷川典子, 池田学	せん妄	池田 学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版社	東京	2014	81-87
石川智久, 西良知, 池田学	周辺症状 (BPSD) の予防, 早期発見, 家族への説明	浦上克哉	内科医のための認知症診療はじめの一步	羊土社	東京	2014	224-228
西良知, 石川智久, 池田学	精神医学的診察うつ状態, BPSD の評価	浦上克哉	内科医のための認知症診療はじめの一步	羊土社	東京	2014	109-114
西良知, 石川智久, 池田学	周辺症状 (BPSD)	浦上克哉	内科医のための認知症診療はじめの一步	羊土社	東京	2014	180-191

池田 学	認知症に対する自立と支援	安西祐一郎	岩波講座コミュニケーションの認知科学第5巻「自立と支援」	岩波書店	東京	2014	11-28
橋本 衛	非アルツハイマー型変性認知症	山口徹	今日の治療指針Today's therapy 2014	医学書院	東京	2014	919-920
橋本 衛	妄想	池田学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版	東京	2014	120-124
福原竜治	画像と症候学	池田学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版	東京	2014	18-22
井関美咲, 上村直人	前頭側頭葉変性症・ピック病～人格障害・行動障害を伴う認知症	大川一郎	高齢者のこころとからだ事典	中央法規出版	東京	2014	156-157
上村直人	認知症患者の自動車運転と社会参加	蜂須賀研二	高次脳機能障害者の自動車運転再開とリハビリテーション1	金芳堂	東京	2014	46-54
上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 大石りさ	自動車運転	池田学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版	東京	2014	173-177
井上新平, 上村直人	高齢者のメンタルヘルス 総論	日本精神衛生会	心と社会	真興社	東京	2014	94-98
谷向 知	症候学から認知症の人を理解する	池田学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版	東京	2014	178-180
繁信和恵	常同・強迫行動	池田学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版	東京	2014	125-129
品川俊一郎	食行動異常	池田学	日常臨床に必要な認知症症候学	新興医学出版	東京	2014	130-136

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
Mori E, <u>Ikeda M</u> , Nagai R, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K	Long-term donepezil use for dementia with Lewy bodies: results from an open-label extension of phase III trial	Alzheimer's Research & Therapy	7	5 doi: 10.1186/s13195-014-0081-2	2015
Hasegawa N, <u>Hashimoto M</u> , Koyama A, <u>Ishikawa T</u> , <u>Yatabe T</u> , Honda K, Yuki S, Araki K, <u>Ikeda M</u>	Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home	Journal of the American Medical Directors Association	15:371	e15-18	2014
Sakamoto F, Shiraiishi S, Yoshida M, Tomiguchi S, Hirai T, Namimoto T, <u>Hashimoto M</u> , <u>Ikeda M</u> , Uetani H, Yamashita Y	Diagnosis of dementia with Lewy bodies: diagnostic performance of combined ¹²³ I-IMP brain perfusion SPECT and ¹²³ I-MIBG myocardial scintigraphy	Ann Nucl Med	28(3)	203-211	2014
<u>Fukuhara R</u> , Goshoh A, Fuh L, Dominguez J, Ong PA, Dutta A, Liu YC, Tanaka H, <u>Ikeda M</u>	Family history of frontotemporal lobar degeneration in Asia - an international multi-center research	Int Psychogeriatr	26(12)	1967-71	2014
Matsushita M, <u>Ishikawa T</u> , Koyama A, Hasegawa N, Ichimi N, Yano H, <u>Hashimoto M</u> , Fujise N, <u>Ikeda M</u>	Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia?	Psychogeriatrics	14(2)	87-92	2014

Koyama A, Fukunaga R, Abe Y, Nishi Y, Nakagawa Y, Fujise M, Ikeda M	Item non-response on self-reported depression screening questionnaire among community-dwelling elderly	Journal of Affective Disorders	162	30-3	2014
Ikeda M, Mori E, Matsuo K, Nakagawa M, Kotaka K, Donepe	a randomized placebo-controlled, confirmatory phase III trial of donepezil for dementia with Lewy bodies	Alzheimer's Research & Therapy	7	4 doi: 10.1186/s13195-014-0083-0	2015
Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M	Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia	J Clin Psychiatry			online ahead of print
Nishio Y, Hashimoto M, Ishii K, Ito D, Mugikura S, Takahashi S, Mori E	Multiple thalamo-cortical disconnections in anterior thalamic infarction: complications for thalamic mechanisms of memory and language	Neuropsychologia	53	264-273	2014

Mori T, Shimada H, Shinotoh H, Hirano S, Eguchi Y, Yamada M, <u>Fukuhara R</u> , <u>Tanimukai S</u> , Kuwabara S, Ueno S, Sahara T	Apathy correlates with prefrontal amyloid beta deposition in Alzheimer's disease	J Neurol Neurosurg Psychiatry	85	449-455	2014
Nonaka T, Suto S, Yamakawa M, <u>Shigenobu K</u> , Makimoto K	Quantitative evaluation of changes in the clock-watching behavior of a patient with semantic dementia	Am J Alzheimer's Dis Other Dement	29(6)	540-547	2014
Yamakawa M, Yoshida Y, Higami Y, <u>Shigenobu K</u> , Makimoto K	Caring for early-onset dementia with excessive wandering of over 30 kilometres per day: a case report	Psychogeriatrics	14(4)	255-260	2014
<u>Shinagawa S</u> , et al	Psychosis in Frontotemporal Dementia	Journal of Alzheimer's Disease	42	485-499	2014

Shinagawa S	Non-pharmacological Management for Patients with Frontotemporal Dementia –a systematic review	Journal of Alzheimer's disease	45	283-293	2015
Inamura K, Tsuno N, Shinagawa S, Nagata T, Tagai K, Nakayama K	Correlation between cognition and symptomatic severity in patients with late-life somatoform disorders	Aging and Mental Health	29	1-6	2014
Inamura K, Shinagawa S, Nagata T, Tagai K, Nukariya K, Nakayama K	Cognitive Dysfunction in Patients with Late-Life Somatic Symptom Disorder :A Comparison According to Disease Severity	Psychosomatics			in press
池田 学, 藤瀬 昇	老年期うつ病について	分子精神医学	14	305-307	2014
池田 学	前頭側頭型認知症または前頭側頭型軽度認知障害	老年精神医学雑誌	25	862-867	2014
池田 学	認知症医療における基幹型認知症疾患医療センターの役割と課題	老年精神医学雑誌	25	738-743	2014
池田 学	認知症患者を支える地域ネットワーク –熊本モデルにおける実践を通して–	精神神経学雑誌	116	395-400	2014
池田 学	進行性失語の症状と対応 –PNFAとSDを中心に–	老年精神医学雑誌	25増刊号I	37-42	2014

池田 学, 一美奈 緒子, 橋本 衛	進行性失語の概念と診 断	高次脳機能研 究	33	304-309	2014
小阪憲司, 池田 学	レビー小体型認知症に 対する薬物療法	精神医学	56	191-197	2014
藤瀬 昇, 矢田部 裕介, 池田 学	コータル症候群と認知 症の抑うつ	Dementia Ja pan	28	245-251	2014
長谷川典子, 池田 学	認知症とせん妄	日本老年医学 会雑誌	51(5)	422-426	2014
西 良知, 藤瀬 昇, 池田 学	高齢者のうつ病	臨床と研究	91	639-642	2014
西 良知, 藤瀬 昇, 池田 学	日常診療に役立つうつ 病の知識 高齢者のう つ病	臨床と研究	91(5)	55-58	2014
畑田 裕, 橋本 衛, 池田 学	診断の進め方	臨床と研究	91	873-878	2014
宮川雄介, 橋本 衛, 池田 学	軽度認知障害の長期予 後	臨床精神医学	43	1475-1480	2014
小嶋誠志郎, 池田 学	認知症医療における基 幹型認知症疾患医療セ ンターの役割と課題	老年精神医学 雑誌	25(7)	738-743	2014
橋本 衛, 福原竜 治, 池田 学	田邊敬貴-神経症候学 と認知心理学の融合を 目指して-	Brain and N erve	66	1355-1362	2014
橋本 衛, 眞鍋雄 太, 森 悦朗, 博 野信次, 小阪憲 司, 池田 学	認知機能変動評価尺度 (Cognitive Fluctuati on Inventory : CFI) の内容妥当性と評価者 間信頼性の検討	Brain and N erve	66	1463-1469	2014
石川智久	シンポジウム3「誤診」 「認知症の過剰診断・過 小評価」	精神科診断学	7(1)	43-49	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)	1-9	2014
上村直人	編集室への手紙 抑肝 散で見られた髪の毛の黒髪 化について	精神医学	56(4)	330-331	2014
上村直人, 藤戸良 子, 大石りさ, 諸隈 陽子	認知症と運転	高知県医師会 医学雑誌	19(1)	72-817	2014

上村直人,明神恵美,大石りさ,諸隈陽子,福島章恵,井上新平	若年期アルツハイマー病の在宅ケア破綻予防と家族史的アプローチの試み～ケアマネのエンパワーメント向上を目的とした生活臨床的試み	老年精神医学雑誌	25(6)	691-695	2014
上村直人,永野志歩,今城由里子,泉本雄司	Brain Science 老年期発達障害に関する精神医学的研究の現状と課題	精神科	25(6)	654-660	2014
繁信和恵	認知症の言語症状の診方と代表的徴候	老年精神医学雑誌	25	32-36	2014
繁信和恵	認知症患者の退院へ向けた連携（前半）	精神科看護	41(1)	70-78	2014
繁信和恵	認知症患者の退院へ向けた連携（後半）	精神科看護	41(2)	72-79	2014
品川俊一郎,ほか	アセチルコリンと神経疾患研究の現在地を知る アルツハイマー病治療	Brain and Nerve	66	507-516	2014