

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に
関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小川 朝生
平成28(2016)年 3月

目 次

・ 総括研究報告書	
急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と 医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究	----- 3
小川 朝生	
・ 分担研究報告書	
1. 認知症に対する包括的支援プログラムの開発	----- 25
小川 朝生	
2. 高齢がん患者における心身の状態の総合的評価方法に関する研究	----- 31
明智 龍男	
3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討	----- 37
井上 真一郎	
4. 救命救急センターに搬送された認知症患者の現状	----- 39
上村 恵一	
5. 急性期病院入院中の認知症患者の医療の全国調査	----- 41
谷向 仁	
6. 急性期病院における認知症ケアの質の向上に関する検討	----- 45
金子 真理子	
7. 認知症に対する包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究	----- 49
平井 啓	
8. 急性期病院における認知症医療の実態に関する研究	----- 51
清水 研	
9. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究	----- 53
木澤 義之	
10. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明	----- 57
近藤 伸介	
・ 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 63

・ 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合事業）
総括研究報告書

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究

研究代表者 小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨 高齢化社会を迎え、急性期病院においては認知機能障害を持ちつつ身体治療を受ける患者が増加している。認知機能障害にあわせて身体合併症がみられた場合でも適切な治療を受けることができるよう体制を整備する必要があり、現状の把握と対策の立案が急務である。海外を含め、急性期病院は、精神症状・ケアへの対応（認知症ならびにせん妄への対応）、認知機能障害を持つ患者の身体管理への対応（特に疼痛管理）、地域との連携（退院支援）の課題が指摘されている。本研究班は、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めることとした。本年度は、全国調査の解析をおこなうとともに解析結果を踏まえ急性期病院の現状を踏まえた支援プログラムを作成し実施可能性を検証した。

**研究分担者氏名・所属研究機関名及び
所属研究機関における職名**

小川朝生	国立研究開発法人国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野 分野長
明智龍男	公立大学法人名古屋市立大学大学院医学研究科 教授
井上真一郎	岡山大学病院精神科神経科 助教
上村恵一	市立札幌病院精神医療センター 副医長
金子真理子	東京医療保健大学 精神看護学教授
木澤義之	神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野 特命教授
近藤伸介	東京大学医学部附属病院精神神経科 助教
清水 研	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科 科長
谷向 仁	京都大学 特定准教授
平井 啓	大阪大学未来戦略機構 准教授

A. 研究目的

わが国では2013年に高齢化率が25%を超える未曾有の超高齢社会を迎えた。近代医療の発展期である1900年代の高齢者比率は1%であること、近代ホスピスが展開しだした1950年代の英国でもたかだか10%であり、わが国の高齢者をめぐる現状は従来とは全く異なる次元に入っている。欧米では、高齢化率が今後20%を超えることを危惧し、国家戦略を立てている。わが国の現状は、まったく猶予のない段階である。

わが国では、認知症に対するアプローチとして、主に老年精神医学からは精神疾患として、介護領域からは生活支援が取り上げられることが多い。精神疾患として認知症を取り上げた場合には、診断と治療が話題の中心となり、老年症候群として認知症が取り上げられた場合には、介護支援の話題となる。どちらも認知症への対応を考える上で避けて通れない面である。

一方、認知症は老年症候群の一面であり、

身体合併症を併存することは非常に多い。身体管理を担当する急性期病院では、認知症患者の行動・心理症状(BPSD)管理に不慣れな上に、せん妄のハイリスク状態であること、

疼痛管理に難渋すること、調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、退院支援が適切でないために本来であれば避けることのできた再入院を招いている問題が指摘されている。さらにプライマリケアチームが認知症を見落としがちであり、適切な評価がおこなわれにくいなどの課題も指摘されている。

海外では、治療開始時から多職種がチームを作り、総合的なアセスメントを実施し、予防的なコーディネートをとおこない、長期入院を予防するとともに医療従事者の負担を軽減するマネジメントの取り組みが行われている(Harari 2007, Marcantonio 2001)。このようなチーム医療を支援するツールとして、高齢者総合機能評価(CGA:Comprehensive Geriatric Assessment)がある。CGAは高齢者のリスク評価と、身体機能予備力を引き出す診療支援のために開発されたが、マネジメントのみならず認知症で問題となる意思決定支援にも応用されている(Finlsy, Am J Med 2001)。わが国においても、急性期病院において簡便に使用できる支援方法を開発し、早急に課題を解決する必要がある。

本研究班においては、上記の現状を踏まえ、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めた。

B. 研究方法

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

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

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

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

これまでおこなった調査で、救命救急センターに搬送される自殺企図患者のうち、既遂例の17%、未遂例の8%が認知症であり、当院精神科救急合併症入院病棟に入院となった患者の9%程度が認知症の診断を有していた。本年度は、高度救命救急センターが存在する、もしくは精神科救急をおこなっている総合病院18施設に対して認知症患者の救命救急センターへの搬送状況(全例入院もしくは死亡)について郵送にて調査を施行した。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

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

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

a. 急性期病院の認知症対応の現状調査

急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにすること、急性期病院における認知症ケアに関する教育的取り組みの実態を明らかにすることを目的に、全国の急性期病院を対象に、認知症対応の現状調査を開始した。

[研究デザイン]

質問票(郵送)を用いた横断観察研究

[対象]

全国のDPC対象病院1585施設(内、全日本病院との重複のぞく1082施設)、全日本病

[調査項目]

英国ならびにフィンランドのaudit調査をもとに、行政職とコンサルテーション・リエゾン精神科医、精神看護専門看護師、心理職、医療ソーシャルワーカーにより、わが国の医療体制に即した表現、項目に修正することを目的とした討議を経て作成した。急性期病院における病院組織の取り組みに関する質問項目、病棟に関する質問項目、療養環境に関する質問項目、入退院調整に関する質問項目、救急病棟での取り組みに関する質問項目が含まれる。

- ・病院組織の取り組みに関する質問項目：
先行調査の質問票をもとに、認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルや委員会の有無、医療安全委員会での把握の有無、院内の連携体制、院内コンサルテーション体制、アセスメントの実施状況、退院支援、情報収集に関する支援、教育体制に関する評価をおこなった。
- ・病棟に関する質問項目：
先行調査の質問票をもとに、わが国の医療体制にあわせて項目を修正した。病棟スタッフの配置や病棟カンファレンス、コンサルテーション体制、病棟における情報提供体制、栄養管理、スタッフ間の連携に関する評価をおこなった。
- ・療養環境に関する質問項目：
先行調査の質問票をもとに、病棟内の案内表示や床、ベッド、トイレ、セルフケア支援に関する評価をおこなった。
- ・入退院調整に関する質問項目：
先行調査をもとに、わが国の医療体制を踏まえて項目を修正した。身体治療を目的にして入院する認知症患者の入院のバリア、入院・退院時の調整依頼の内容、時期、転帰、在宅調整時に生じる問題、

- ・救急病棟での取り組みに関する質問項目
先行調査の質問票をもとに、病棟の構造、スタッフへのサポート体制、認知症患者への対応方法、多職種へのコンサルト、スタッフ間での情報共有と連携を評価した。

[調査方法]

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

[解析]

プライマリ・エンドポイント：

各調査項目の単純記述統計

解析方法：

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

b. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

高齢者の多くが痛みを抱えることは広く知られているが、認知症の人では痛みの表出に困難が生じてくるため、周囲が痛みを認識しにくい。このため適切な疼痛ケアがなされなかったり、苦痛の表出である不穏に対して疼痛と気づかれずに、BPSD(認知症の精神症状・行動障害)と捉えられて向精神薬が処方されたりしている可能性がある。こうした問題意識からこれまで認知症の人の痛みを客観的に評価するスケールは各種開発されてきているが、実際の臨床現場では根付いていない。

そこで、われわれは、認知症ケアの現場に

において適切な疼痛ケアが根付くために、療養型病院・入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューをおこない、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査をおこなうことで、認知症者に適した痛みの評価法、痛みが精神症状・行動障害に及ぼす影響、をそれぞれ同定し、さらに介護現場に適した疼痛管理方法の開発を目指すことで、認知症高齢者のウェルビーイングを高めることに寄与することを目的に実施した。

方法は認知症ケアを提供している事業所（萩・曲尾グループホーム [アザレアンさなだ・長野県]; 特別養護老人ホーム・サンビレッジ大垣 [新生会・岐阜県]）を訪問し、施設管理者2名、直接ケアに当たるスタッフ4名、認知症のある利用者2名を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施した。インタビューでは対象者によって以下のようなポイントを含む半構造化面接を実施した。面接は1人60分以内（認知症の当事者は30分以内）を目安とし、のちほど詳細に内容分析できるように本人または代諾者の書面同意を得た上で録音をおこなった。

[利用者（認知症当事者）] 苦痛の有無、痛みの有無、痛みの場所、対処法

[ケアにあたるスタッフ] 認知症の人の痛みについての意識、痛みサイン、他の苦痛との弁別、対処法、薬剤使用の有無、痛みスケールの有用性

[施設管理者] 認知症の人の痛みについての意識、施設ケア基準の有無、痛みサイン、対処法、薬剤使用の有無、研修の有無、痛みスケールの有用性

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

3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討

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

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

平成 25-26 年度には岡山大学病院に肺がん・食道がん手術を目的として入院した患者を対象として、術前に看護師がおこなった認知機能低下に関する主観的評価の正確性について検討した。その結果として、看護師は認知症を有する患者を正確に認識できていない可能性が示された。

それを踏まえて、本年度は岡山大学病院の肝・胆・膵外科において手術目的に入院した患者を対象として、入院時に認知機能障害の有無やその重症度、ならびに飲酒歴、薬歴、併存疾患を評価し、さらに術後せん妄の発症や重症度との相関について検討した。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

わが国の人口の急速な高齢化に伴い、身体疾患を有する高齢患者に対して適切な医療・介護を提供する体制の構築が喫緊の課題となっている。一方、高齢者は、身体的、精神・認知機能的に幅広い多様性を有するため、個々にとっての最適な医療・ケアを提供するために、高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment、以下CGA)を導入し、個別的な医療を提供することの重要性が示されている。中でも治療関連死など身体的な負荷が極めて強いがん化学療法などが必要な高齢がん患者に対してはCGAの施行とそれに基づいた治療・ケアプランの作成は極めて重要

な課題である。しかしCGAの施行には時間的・人的資源を必要とするため、多忙な臨床現場において全症例にCGAを実施することは困難である。

以上のような背景を受け、初発高齢血液がん患者を対象として、

1. 我が国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な方法を開発すること

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

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

b. 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発に関する研究

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

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

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定

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

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発

上記において制定された教育目標やコンテンツの骨格を基にして行動科学の手法

に基づいて行動変容を促す教育コンテンツと運用プロトコルを開発した。

3) 教育プログラムの実施と効果および実践への有用性の検討

時期：2015年10月～2016年2月

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

調査内容・方法：教育プログラム前後、3か月後に調査を実施した。

C. 研究結果

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

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

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. 急性期病院の認知症対応の現状調査

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

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

病棟の取り組みでは、認知症患者の対応について認知症の専門家と連携を図っている施設は65.9%、認知症の症状やケアについて患者・介護者と情報共有システムが整備されている施設が45%、認知症看護において、「全くそう思わない」「思わない」「あまり思わない」の合計で「認知症の基本的な病態(種類、症状、治療等)」について知識を十分をもって

いる」が 59.8%、「認知症の重症度について、知識を十分にもっている」が 70.7%、「認知症患者の疼痛評価を十分におこなっている」が 60.1%であった。

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

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

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

b. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

インタビューから得られたコーディングを提示する。

痛みのもつ個人的意味

利用者 A「ここがちくちくする」

利用者 B「別に今、痛いところはない。こころの痛みはいろいろあります」

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

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

いつもと違うことの気づき

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

介護者 F「普段と違うということ」

痛みの見極め

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

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

痛みスケールの限界

介護者 E「痛みには行きつかないと思います。紐解くきっかけにはなりうる」

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

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

スキルの獲得

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

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

経験の共有

介護者 C「共通基盤を作って、お互いにオープンになりながら、ああかもしれない、

こうかもしれない、とお互いに注意や意見を言い合う」

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

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した 周術期支援体制の検討

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

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

1. VES-13 の有用性

106 名(適格例の 85%)の患者より有効データを得た。50%の患者が脆弱性の定義に相当した。VES-13 による脆弱性群のスクリーニング能力は、カットオフポイント 2/3 点において AUC 0.85、感度 72%、特異度 79%、陰性的中率 72%であった。「興味・喜びの低下」による第二段階スクリーニングを加えた場合、AUC 0.83、感度 90%、特異度 76%、陰性的中率 88%であった。

2. 認知機能障害

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

b. 包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定

フォーカスグループインタビューで抽出された要素について専門家による検討を経て構造化をおこなった結果、以下のような項目が本研究で開発する教育プログラムの対象・教育目標・コンテンツの骨格になる要素が明らか

かとなった。

<教育プログラムの対象・教育目標・骨格>

[対象]

- ・管理者・ベテランの学び直し
- ・専門・認定看護師がファシリテーターとして教育することができる

[教育目標]

- ・認知症患者の見える・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行うことができる
- ・患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ

[コンテンツの骨格]

基本となる知識

- ・高齢者に対する理解・老人看護の知識
- ・認知症患者が理解できること

基本となる態度

- ・倫理(自律の尊重)的感受性・意志ある存在であること
- ・患者の体験を想像する力・患者目線での理解を絶えず意識する
- ・複数回の意味確認する
- ・安易な「認知症」ラベリングをしない
- ・最初にしっかりアセスメント・関わる
- ・患者は尊厳のない対応に傷ついたり、恐怖を感じたりすること
- ・ゼロリスクで考えない
- ・自らのラベリング・過大評価・過小評価に気づくことができる

認知症アセスメント

- ・認知症の病態の重症度
- ・BPSD の重症度
- ・せん妄(低活動)との鑑別
- ・身体症状・ADL

包括的・個別的なアセスメント

- ・もともとどんな人だったか?
- ・病前の生活はどうだったか?
- ・気分・意識にムラがあること

- ・表情・行動・症状の観察と記録・退院後
を考えたケア
- ・分かっているか、どうかを確認する
- ・観察できる

ケアの工夫

- ・カレンダー・時計などの認知機能を補完
する環境整備
- ・ADLを維持するための定期的な運動（リ
ハビリテーション）
- ・重症患者への薬物療法

意思決定支援

- ・言語だけでなく、意思確認の方法を複数
試す
- ・オープンアンサーではなく、Yes/No アン
サーで答えられるようにする
- ・気分の変動に対応できるようにおなじ質
問を複数回聞く
- ・質問のレパートリーを予め複数用意して
おく

レビュー・評価

- ・自分自身でケアの意味付けができる

2) 認知症に対する包括的支援のための介入 プログラムの開発と研修の実施

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

各教育資料については添付資料を参照され
たい

教育プログラム

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

（内容）

- 認知症の病態と原因、予防、治療法、ケア
について系統立てた解説が含まれている。
具体的な内容は、
- 1) 認知症の概要、2) 認知症のリスク評価、
 - 3) 認知症の症状、4) 動画で見る認知症の症
状（解説編、解説編）、5) 認知症への対応

行動科学の手法を用いて、患者の入院時
点でのせん妄のリスク確認からアッセメ
ント方法、リスクに応じた対応方法までの
流れを図示したアセスメントシートを用
意し、シートの利用方法を解説する。講義
に引き続き、アセスメントシートを実際
に用いた事例検討をおこない、習得を促進
する構成になっている。

運用プロトコル

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

（内容）

本プログラムの実際の流れは以下の手順で
進める

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

3) 教育プログラムの教育効果および実践へ の有用性の検討

介入前・直後においてt検定をおこなった
結果、31項目中、1%水準で有意であったの
は10項目であった(表1)。その主な内容は有
病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状に
ついて、疼痛のアセスメント、認知症におこ
りうる機能障害について、BPSDの原因につ
いて、せん妄についてであった。5%水準で有意
差があったのは1項目で、< 認知症が脳に何
らかの障害が起こることにより発症する > に
ついての正答を問うものであった。

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

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

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

・認知症看護に関する自信について

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

表3. 認知症看護における自信

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

・プログラムの評価について

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

表4.プログラムの評価(後調査)

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

※ 1:一致していなかった~5:一致していた
 † 1:少なすぎた~5:多すぎた
 ‡ 1:簡単だった~5:難しかった
 § 1:役立つ~5:役立ちそう

D. 考察

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

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

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. 急性期病院の認知症対応の現状調査

わが国において初めて、急性期病院における認知症ケア・対応の実態に関する全国規模の包括的調査を実施した。認知症・せん妄に関する対応マニュアルの整備は救急病棟も含めほとんどなされておらず、院内での情報共有のための体制、地域との連携についても、認知症に関する情報共有体制が整備されていない。それらの背景として、急性期病院では認知症の知識や情報が不足している可能性が推察されるため、基本的な認知症ケアや支援体制に関する普及/啓発が必要である。特に、

認知症患者のケアを中心的に担う看護師に対し、認知症看護の質の向上に資する教育が重要である。

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

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

b. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

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

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

専門・認定看護師が用いることのできるスクリーニングツールの必要性が示唆された。今後、周術期管理体制の構築について検討が

必要と思われる。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

1. VES-13の有用性

本研究結果は、日本語版VES-13が海外での報告とほぼ同程度のスクリーニング能力を有していることを示しているが、これはVES-13単独では臨床的には十分なスクリーニング能力を有しているとはいえないことを意味している。一方、VES-13と「興味・喜びの低下」による二段階スクリーニング方法は、既存の方法よりも優れたスクリーニング方法であることが示唆された。

本研究では、横断的観察研究データを用いて、事後的に二段階スクリーニングの有用性を検討したため、今後はより大規模な前向視的研究において、その有用性を検証する必要がある。

2. 認知機能障害

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

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

b. 認知症に対する包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムの対象・教育目標・その骨格を検討したところ、管理者やベテラン看護師を対象として、「認知症患者の見えている・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを

行なうことができる」・「患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ」という教育目標を設定したプログラムを開発することが必要であることが明らかとなった。

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

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

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

E. 結論

本年度は急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を把握すべく、昨年度の予備調査の知見に基づき、全国規模の調査を実施した。

急性期病院における認知症患者の実態

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

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

なお入院期間の短縮と、限られた医療資源の選択・集中を図る上では、いかに認知症患者

者の見落としを防ぐかが課題となる。本研究では教育経験が低いことや IADL 障害が認知機能障害の関連因子であることが示され、今後認知症評価の一助となることが期待された。

認知症ケアに関する教育プログラム

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

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Umezawa S, Ogawa A, et al. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. *Psychooncology*. 2015;24(6):635-42.
2. Yokomichi N, Ogawa A, et al. Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015.
3. Mori M, Ogawa A, et al. A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions?. *Oncologist*. 2015;20(11):1304-11.
4. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol*. 2015 May;45(5):456-63.
5. Akechi T, Uchida M, Nakaguchi T, Okuyama T, Sakamoto N, Toyama T, Yamashita H: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis *Jpn J Clin Oncol* 45: 75-80, 2015
6. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T: Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information *Jpn J Clin Oncol* 45: 929-933, 2015
7. Akechi T, Momino K, Iwata H: Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors *Breast Cancer Res Treat*, 153: 475-476, 2015
8. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer: A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015 ;13:1525-31
9. Yonemoto N, Tanaka S, Furukawa TA, Kato T, Mantani A, Ogawa Y, Tajika A, Takeshima N, Hayasaka Y, Shinohara K, Miki K, Inagaki M, Shimodera S, Akechi T, Yamada M, Watanabe N, Guyatt GH: Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUN(^_^) D protocol update and statistical analysis plan *Trials* 16: 459, 2015
10. Watanabe N, Horikoshi M, Yamada M, Shimodera S, Akechi T, Miki K, Inagaki M, Yonemoto N, Imai H, Tajika A, Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Furukawa TA: Adding smartphone-based

- cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial *Trials* 16: 293, 2015
11. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E: The Association Between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study *J Pain Symptom Manage*, 2015
 12. Takeuchi H, Saeki T, Aiba K, Tamura K, Aogi K, Eguchi K, Okita K, Kagami Y, Tanaka R, Nakagawa K, Fujii H, Boku N, Wada M, Akechi T, Udagawa Y, Okawa Y, Onozawa Y, Sasaki H, Shima Y, Shimoyama N, Takeda M, Nishidate T, Yamamoto A, Ikeda T, Hirata K: Japanese Society of Clinical Oncology clinical practice guidelines 2010 for antiemesis in oncology: executive summary *Int J Clin Oncol*, 2015
 13. Sugano K, Okuyama T, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Uchida M, Nakaguchi T, Kubota Y, Ito Y, Takahashi K, Akechi T: Medical Decision-Making Incapacity among Newly Diagnosed Older Patients with Hematological Malignancy Receiving First Line Chemotherapy: A Cross-Sectional Study of Patients and Physicians *PLoS One* 10: e0136163, 2015
 14. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T, Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y: Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors *Jpn J Clin Oncol* 45: 456-463, 2015
 15. Onishi H, Ishida M, Toyama H, Tanahashi I, Ikebuchi K, Taji Y, Fujiwara K, Akechi T: Early detection and successful treatment of Wernicke encephalopathy in a patient with advanced carcinoma of the external genitalia during chemotherapy *Palliat Support Care*: 1-5, 2015
 16. Okuyama T, Sugano K, Iida S, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer: A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* : JNCCN 13: 1525-1531, 2015
 17. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y, Akechi T: Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial *Psychooncology*, 2015
 18. Kondo M, Kiyomizu K, Goto F, Kitahara T, Imai T, Hashimoto M, Shimogori H, Ikezono T, Nakayama M, Watanabe N, Akechi T: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form *Health Qual Life Outcomes* 13: 4, 2015
 19. Ito Y, Okuyama T, Ito Y, Kamei M, Nakaguchi T, Sugano K, Kubota Y, Sakamoto N, Saitoh S, Akechi T: Good death for children with cancer: a qualitative study *Jpn J Clin Oncol* 45: 349-355, 2015
 20. Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Mimura M, Shimizu K, Uchitomi Y: Impact of depression on health utility value in cancer patients *Psychooncology*, 2015
 21. Akechi T, Uchitomi Y: Depression/Anxiety. In: Bruera E, Higginson I, C FvG (eds) *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press, New York, pp. 691-702, 2015
 22. Tanimukai H, et al. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer* 23(7):1925-31, 2015.
 23. Tanimukai H, et al. Novel therapeutic strategies for delirium in patients with cancer: A preliminary study. *Am J Hosp Palliat Care* 10(1): 107-112,

- 2015.
24. Tanimukai H, et al. Fluvoxamine alleviates paclitaxel-induced neurotoxicity. *Biochem Biophys Res Commun*, 4, 202-206, 2015
 25. Hara S, Tanimukai H, et al. An audit of transmucosal immediate-release Fentanyl prescribing at an university hospital. *Palliative Care Research*, 10 (1):107-12, 2015
 26. Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Kakehi R. Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses. *International Archives of Nursing and Health Care*, Vol 2(1):2469-5823, 2016.
 27. Kaneko M, Kakehi R, Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital. *International Archives of Nursing and Health Care*, 1(3):2469-5823. 2015
 28. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer patients, their families, and the general public. *Supportive Care in Cancer*, 24(1): 347-56, 2016.
 29. Tanimukai H, Adachi H, Hirai K, Matsui T, Shimizu M, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Support Care Cancer* 23:1925-31, 2015.
 30. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, Manabe A, Suzuki S. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society* 57:239-46, 2015.
 31. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y. Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *J Pain Symptom Manage* 49:45-54, 2015.
 32. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Dec 8. [Epub ahead of print]
 33. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*. 13(6):1529-33, 2015.
 34. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage*, 50(2):232-40, 2015.
 35. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoas Syndrome: Case Series of Three Patients. *J Palliat Med*, 18(7):645-52, 2015.
 36. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care*. 13(2) : 327-34, 2015.
- 論文発表（日本語論文）
1. 小川朝生、他. 実習お役立ちカード 精神. 看護学生. 2015;62(12):巻末付録.
 2. 小川朝生. トータルペインの視点に基づく治療抵抗性疼痛へのアプローチ-医師の立場より-. *がん治療と対処療法*. 2015 2015/8/31;26(1):39-43.
 3. 小川朝生. 高齢がん患者のメンタルサポート 地域のかかりつけ医、精神科医の貢献を期待. *Medical Tribune*. 2015 2015/8/20;48(34):20.
 4. 小川朝生. 認知症の緩和ケア - 総合病院

- の精神科医が果たす役割 - . 総合病院精神医学. 2015 2015/4/15;27(2):115-22.
5. 小川朝生. -9 認知症治療薬・抗うつ薬・統合失調症に対する抗精神病薬など既存の精神疾患に対する治療薬. 緩和ケア. 2015;25(suppl):37-42.
 6. 小川朝生. せん妄を知る. がん看護. 2015 2015/7/20;20(5):499-502.
 7. 小川朝生. がん患者の心理・社会的支援総論. 臨床栄養. 2015 2015/7/1;127(1):71-6.
 8. 小川朝生. 高齢がん患者の心のケア. 加仁. 2015;42:13-6.
 9. 小川朝生. がんと「こころ」 -患者さんとご家族のために、病気や心、暮らしのことまでも一緒に考えていきます. 「がん治療」新時代. 2015;7:23-5.
 10. 小川朝生. 認知症患者の意思決定支援. 緩和ケア. 2015;25(3):187-91.
 11. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 発達障害の総論. 看護人材育成. 2015 2015/4/30;12(1):98-102.
 12. 小川朝生. 高齢がん患者のケア～高齢がん患者の認知機能の特徴とアセスメントと対応～. がん看護. 2015:239-43.
 13. 小川朝生. 精神的苦痛から解放されるには-精神腫瘍科医の役割とメンタルケアの必要性. がんサポート. 2015;142(1):20-5.
 14. 佐々木千幸、上田淳子、小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方. 看護人材育成. 2015 2015/8/31;12(3):123-7.
 15. 金子真理子、小川朝生、佐々木千幸、小山千加代. 急性期病院の認知症看護における現任教育に求められていること～認知症看護に携わる看護師へのインタビュー結果からの一考. 月刊ナースマネジャー. 2015;16(12):41-5.
 16. 小川朝生. 患者を支える家族が危ない！ 家族は「第二の患者」. やましん 暮らしの知恵. 2015 2015/10;435:1-5.
 17. 佐々木千幸、小川朝生、他. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 何度教えても覚えられない！ . 看護人材育成. 2015 2015/8/31;12(3):123-7.
 18. 明智龍男: サイコオンコロジー: 佐藤隆美, 藤原康弘, 古瀬純司, 大山優 (eds) がん治療エッセンシャルガイド改訂3版 What's New in Oncology. 南山堂, 東京, pp. 198-203, 2015
 19. 明智龍男: 癌に伴う精神医学的問題: 金澤一郎, 永井良三 (eds) 今日の診断指針第7版. 医学書院, 東京, pp. 159-160, 2015
 20. 明智龍男: コンサルテーション・リエゾン精神医学: 尾崎紀夫, 朝田隆, 村井俊哉 (eds) 標準精神医学. 医学書院, 東京, pp. 177-188, 2015
 21. 明智龍男: 患者の自殺を経験した医療スタッフのケア(ポストベンション) 臨床栄養 127: 618-619, 2015
 22. 明智龍男: 現代のがん医療院におけるサイコオンコロジーの役割-がんと共に生きる時代を背景に Depression Strategy 5: 1-4, 2015
 23. 明智龍男: 身体疾患とうつ病 精神科 26: 409-412, 2015
 24. 明智龍男: がん患者に対する自殺予防の実践 精神科治療学 30: 485-489, 2015
 25. 明智龍男: 特定の場面におけるうつ状態への対応 内科 115: 241-244, 2015
 26. 明智龍男: 仕事人の楽屋裏 緩和ケア 25: 74-75, 2015
 27. 稲垣正俊, 明智龍男: がん患者のうつ病・うつ状態の病態 総合病院精神医学 27: 2-7, 2015
 28. 井上真一郎: せん妄に対するプロナセリンの有用性に関する検討. 精神医学 57(3): 219-224, 2015
 29. 井上真一郎, 他: せん妄の原因, メカニズム. 精神科 27(1): 52-57, 2015
 30. 上村恵一: 生活することを阻害する心の変化とケア 眠ることを阻害する症状 睡眠障害のメカニズムと治療, がん看護 20(2)182-187, 2015
 31. 上村恵一: 精神科医だからこそできる鑑別できる「身の置き所のなさ」, 緩和ケア 25(2), 99-102, 2015
 32. 上村恵一; 特集・せん妄の診断・治療 update
 33. いつまで治療を続けるか - 抗精神病薬の中止基準-, 精神科 27(1) 88-91, 2015

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

学会発表 (海外学会)

1. Uchida, M., C. Sugie, M. Yoshimura, E. Suzuki, Y. Shibamoto, M. Hiraoka and T. Akechi (2015 Nov). The experiences and preferences of shared decision making and their associated factors among cancer patients undergoing radiation therapy. 42th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia. Hobart.
2. Ogawa, S., M. Kondo, J. Okazaki, R. Imai, K. Ino, T. A. Furukawa and T. Akechi (2015 Nov). Catastrophic cognitions and comorbid psychological symptoms in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. Association for behavioral and cognitive therapies 49th annual convention. Chicago.
3. Kondo S: "On dementia and pain: preliminary report of a qualitative study from long-term care facilities of good practice in Japan." The 4th BESETO International Psychiatry Conference. (20150905). Seoul, South Korea.

学会発表（国内学会）

1. 小川朝生, 不眠へのアプローチ. 第28回日本サイコオンコロジー学会総会; 2015/9/18; 広島県広島市. シンポジウム
2. 小川朝生, 高齢がん患者への支援 高齢者総合機能評価. 日本外科代謝栄養学会第52回学術集会; 2015/7/3; 東京都品川区. シンポジウム
3. 小川朝生, 認知症の緩和ケア. 第65回日本病院学会; 2015/6/18; 長野県北佐久郡軽井沢町. ワークショップ
4. 小川朝生, がん医療における意思決定～サイコオンコロジーの立場から～. 第29回日本がん看護学会学術会; 2015/2/28; 神奈川県横浜市. 教育講演
5. 藤澤大介, 小川朝生, 他. がん患者の不安症状に対する短期認知行動療法の開発. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/28; 徳島県徳島市. ポスター.
6. 小川朝生, 他. がん患者へのICTを用いた在宅支援. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/27; 徳島県徳島市. シンポジウム.
7. 小川朝生, 平井啓, 他. 多職種によるせん妄対応プログラムの開発. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/27; 徳島県徳島市. ポスター.
8. 小川朝生, 高齢者機能評価スクリーニングツールG8日本語版の評価. 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会; 2015/7/16; 札幌市. ポスター.
9. 小川朝生, ICTを用いた高齢がん患者に対する外来診療支援システムの実施可能性の検討. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市. ポスター.
10. 小川朝生, 精神疾患を持つ患者の意思決定をサポートする. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市. シンポジウム.
11. 小川朝生, 高齢者機能評価. 第28回日本内視鏡外科学会総会; 2015/12/10; 大阪市. シンポジウム.
12. 小川朝生, 認知症をもつがん患者の治療に関する主治医・緩和ケアチームの意向調査. 第20回日本緩和医療学会学術大会; 2015/6/20; 横浜市. ポスター.
13. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 死にゆく患者/遺族に対する精神療法的接近 ころの中に安易に踏み込んではいけないこともある: 「否認」をケアすることの大切さ. 第111回日本精神神経学会総会. 大阪市.
14. 明智龍男 (2015年6月). シンポジウム 「がん患者の希死念慮と自殺: プリベンション、インターベンション、そしてポストベンション」 自殺後のポストベンション(事後対応): 特にスタッフのケアを中心に. 第20回日本緩和医療学会総会. 横浜.
15. 明智龍男 (2015年7月). シンポジウム 「医師が考える「抗がん薬」の止め時と患者サポート」 抗がん治療中止に際しての患者心理. 第13回日本臨床腫瘍学会総会. 札幌.
16. 明智龍男 (2015年10月). ワークショップ 他分野からの提言 精神病理学への提言-サイコオンコロジーの立場から. 第38回 日本精神病理学会総会. 名古屋.
17. 明智龍男 (2015年10月). 特別講演 がん医療におけるころの医学: サイコオンコロジー. 日本肺癌学会北海道支部会. 札幌.
18. 明智龍男 (2015年11月). シンポジウム サイコオンコロジー領域における介入法開発の最前線 がん患者の再発不安・恐怖に対するInformation and communication technology (ICT) 技術の活用. 第28回 日本総合病院精神医学会総会. 徳島市.
19. 明智龍男 (2015年11月). メディカルスタッフシンポジウム 医療スタッフのケア: 燃え尽きないためのセルフケアに焦点をあてて. 第56回 日本肺癌学会総会. 横浜市.
20. 明智龍男 (2015年11月). ランチョンセミナー がん患者の精神症状の評価とマネジメント: 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: せん妄に対するプロナ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
 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
 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
2. 実用新案登録なし。
3. その他特記すべきことなし。

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。

・ 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、せん妄のハイリスク状態であること、疼痛管理に難渋すること、調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、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. -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」 -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.

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.

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

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
2. 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 ところの中に安易に踏み込んではいけないこともある:「否認」をケアすることの大切さ. 第111回日本精神神経学会総会. 大阪市.
 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ころの医学:サイコオンコロジー. 日本肺癌学会北海道支部会. 札幌.
 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。

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 回日本総合病院精神医学会総会，徳島 2015.11.27-28

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*に应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（病院の規模と構造、連携室の構造、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%)の順に多かった。また、患者が入院中に連携室に依頼された全相談のうち、29.8%が在宅調整であったのに対し、28.4%が転院調整、12.9%が施設入所調整であった。転院調整の内訳では療養病棟が40.5%と最も多かった。単科精神科病院は4.5%であった。在宅に帰せない理由としては、介護力の問題が28.8%と最も多く、精神症状(21%)、入院後のADL低下(16.9%)が続いた。精神症状の内訳としては、不穏・興奮(14.1%)、徘徊(12%)、大声(9.9%)、食欲不振(9.6%)の順で多かった。

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 Commun* 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

5. 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 .

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

急性期病院における認知症ケアの質の向上に関する検討

研究分担者 金子真理子 東京医療保健大学東が丘・立川看護学部 精神看護学教授
国立がん研究センター東病院 看護部
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

研究協力者

菅野雄介^{1,2)} 河野佐代子³⁾ 木野美和子⁴⁾ 田中久美⁴⁾ 佐々木千幸⁵⁾
岩田愛雄¹⁾ 野畑宏之¹⁾ 田中弘子¹⁾ 西村知子¹⁾ 柿沼里奈¹⁾
1) 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
2) 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野
3) 慶應義塾大学病院 看護部
4) 筑波メディカルセンター病院 看護部
5) 国立がん研究センター東病院 看護部

研究要旨 本研究の目的は、認知症ケアの質の向上に向けて、教育プログラムの開発と評価を行うことである。看護師を対象としたインターネット調査および専門看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果から、急性期病院の認知症看護に関する包括的教育プログラムを作成し、急性期病院 2 施設を対象にプログラム実施前、直後、3 か月後で看護師の知識、自信、教育プログラムについて評価した。現在、データ収集中であるため、今回の報告書ではプログラム実施（以下介入と略記載）直前直後の分析までを報告する。有効回答は 67（94.3%）であった。介入直前直後の結果から、急性期病院における看護師の認知症看護への知識は 31 項目中 11 項目において介入直後に有意に知識の改善が認められ、自信については 16 項目すべてに有意に改善が認められた。尚、知識について 30 項目中 26 項目は 60%以上の正答率が得られたものの、看護師自身が自信をもていない状況にあった。今後、急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような現任教育を実施し、急性期病院における認知症ケアの質の向上につなげることが必要である。

A. 研究目的

本研究の目的は、急性期病院において、看護師を対象とした認知症教育プログラムを実施し、看護師の認知症看護に関する知識および自信に関する教育効果および実践への有用性について検討することである。

1) 施設：関東近郊の約 1000 床の大学病院と 1 施設および急性期の約 400 床の病院 1 施設の計 2 施設で実施した。

2) 対象者：本研究プログラムについて案内チラシを配布し、希望者を募り実施した。参加者は看護師 71 名であった。

3. 調査内容・方法：教育プログラム前後、3 か月後に調査を実施した。

B. 研究方法

1. 時期：2015 年 10 月～2016 年 2 月
2. 対象

1) 教育プログラムについて：

主に認知症の病態、セルフケアが必要な事柄に対するケアの工夫に関する 90 分の講義およびアセスメントの視点をシートにした「認

知症アセスメントシート」をもとにDVDを視聴し、アセスメントを行う90分の演習トレーニングでの計180分からなるプログラムであった。

2) 調査用紙の構成：文献レビューならびに研究者間の協議により認知症に関する知識(30項目)・認知症看護に関する自信(31項目)、教育プログラムの評価4項目の合計65項目を設定した。知識については、主に認知症有病率、病態、認知症から生じる機能障害、アセスメント・評価の視点、患者の体験、多職種連携の必要性、地域支援体制に関する必要性に関するものであった。

(倫理面への配慮)

研究参加は対象者の自由意思をもとに行った。2014年東京女子医科大学倫理委員会の承認ならびに協力施設の許可を受け実施した。

C. 研究結果

1) 対象者の特性

有効回答は67(94.3%)であった。性別は女性58名(86.6%)、男性8名(11.9%)であった。年代についてもっとも多かったのは29歳以下が37名(55.2%)、次に30歳代が21名(21%)、40歳代が6名(9%)、50歳代が3名(4.5%)であった。経験年数は1~4年および5~9年が各23名でそれぞれ34.3%であり、これらをあわせると10年未満が68.6%であった。10~14年は11名(16.4%)であった。最終学歴は大学卒が37名(55.2%)、専門学校卒が20名(29.9%)、短大卒が10名(14.9%)であった。勤務場所の経験として最も多かったのは混合病棟で29名(43.3%)他に、内科病棟が12名(17.9%)、外科病棟が11名(16.4%)その他(ICU・外来、精神科、緩和ケア病棟)は14名(20.9%)であった。

2) 認知症看護の知識について

介入前の正答率の割合について、100%の正答率は5項目、80%以上のものは13項目、60%以上の正答率があったのは31項目中26項目(83.9%)であった。一方、正答率が60%未満だったのは4項目であり、<BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い>が59%、<認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離について判断することは可能である>が56%、<全ての認知症患者に中核症状がみられる>が25%、<地域包括

支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である>については19%であった。

介入前・直後においてt検定を行った結果、31項目中、1%水準で有意であったのは10項目であった(表1)。その主な内容は有病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状について、疼痛のアセスメント、認知症におこりうる機能障害について、BPSDの原因について、せん妄についてであった。5%水準で有意差があったのは1項目で、<認知症が脳に何らかの障害が起こることにより発症する>についての正答を問うものであった。

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

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

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

3) 認知症看護に関する自信について

認知症看護に関する自信について、介入前・直後において16項目すべてにおいて1%

水準で有意差がみられた(表3)。

表3. 認知症看護における自信

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

4) プログラムの評価について

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

表4. プログラムの評価(後調査)

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

※ 1: 一致していなかった～5: 一致していた
 € 1: 少なすぎた～5: 多すぎた
 ¶ 1: 簡単だった～5: 難しかった
 § 1: 役立たない～5: 役立ちそう

D. 考察

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

一方、BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については、介入前の知識が6割以下で

あり、介入直後でもBPSDにおける徘徊の頻度については55%、地域包括支援センターについては16%と正答率の割合が低かった。これらの要因として、急性期病院では在院日数の短縮化や認知症そのものが急性期では中心的な治療の対象とはならないことが多いため、教育と実践知が結びつきにくいことが考えられる。しかし、急性期病院の認知症ケアにおいては、退院後の支援システムもふまえ、ケアを計画・していくことが必要であり、知識と実践をつなげるための教育プログラムが必要である。

本研究の限界は、2施設のみの実施であったことと、3か月後の結果についてはまだデータ収集中であるため、縦断的な評価ができていないことがある。

今後は多施設でプログラムの評価を行い、急性期における認知症看護の質の向上と看護師自身が自信を持って認知症看護に取り組める教育プログラムを実施し、評価していくことが課題である。

E. 結論

本研究において、急性期病院における看護師の認知症看護への知識はあるものの、看護師自身が自信を持っていない状況にあった。今後、急性期病院において、認知症を合併する患者が増加することを鑑み、知識と実践をつなげ、看護師自身が自信をもってケアに取り組めるような現認教育を実施し、拡大していくことが必要である。特に、認知症看護BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については本プログラムにおいて特に知識を強化する点である

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. Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Kakehi R. Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses, International

- Archives of Nursing and Health Care, Vol 2(1):2469-5823, 2016.
2. Kaneko M, Kakehi R, Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital, International Archives of Nursing and Health Care, 1(3):2469-5823. 2015
 3. 金子真理子, 小川朝生, 佐々木千幸, 小山千加. 性期病院の認知症看護における現任教育に求められていることー認知症看護に携わる看護師 へのインタビュー結果からの一考, ナースマネージャー, 2月号, 41-45, 2015.
 4. 金子真理子. がん看護におけるコミュニケーション, がん患者指導管理料の導入と今, がん看護に求められること, Oncology NURSE, 77-82, 2015.
 5. 金子真理子. がん医療におけるコミュニケーションプログラムの開発と評価, 文部省科学研究費基盤研究(C) 報告書, 2015.

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

学会発表

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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

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のための教育プログラムの開発に関する研究

研究分担者 平井 啓 大阪大学未来戦略機構 准教授
医学系研究科生体機能補完医学講座
研究協力者 金子真理子 東京女子医科大学看護学部
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
佐々木千幸 国立がん研究センター東病院

研究要旨 本研究では、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムを開発することを目的としている。専門家による検討・フォーカスグループインタビューの結果、急性期病院における認知症ケアに関する看護師を対象とした教育プログラムに関して、その主たる対象、教育目標、含めるべきコンテンツの骨格が明らかとなり、それに基づいてプログラムが作成された。

A. 研究目的

急性期病院では、入院患者の約 50%に認知機能障害を認め、周術期を中心にせん妄や疼痛管理、行動心理症状（BPSD）への対応が不十分なために、入院期間の長期化、再入院の増加などの問題を生じている。海外では治療開始期から多職種がチームを作り、BPSD や身体・疼痛管理に予防的なコーディネートを行い受療従事者の負担を軽減する取組が行われているが、我が国の医療体制では十分に検討されていない。

そこで、本研究では、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムを開発する。学習理論と呼ばれる理論的枠組では、特定の場面における人間の行動を、先行条件（Antecedents）・行動（Behavior）・結果（Consequences）の 3 つに分類し、一つの行動にまつわるエピソード全体の情報を得ることができるようになる。このモデルを用いて認知症・認知機能障害の疑われる患者の行動とその状況に関する情報抽出が行えるようなスキルの習得が可能な教育プログラムを開発する。

B. 研究方法

認知症・認知機能障害を題材とした行動観察法を中心とする教育プログラムを開発する。急性期病院の医療従事者を対象とし、開発した教育プログラムを実施する。本年度は本研究の他の分担研究者の行った専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果を元に教育プログラムの対象、教育目標とそのコンテンツの骨格について開発を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は教育プログラムを開発する事が目的であり、そのためのインタビュー調査においては直接身体的・精神的影響はなく、有害事象としての不利益は直接生じない。しかしながら、インタビュー時に得られる可能性のある個人情報については回答内容と連結せず匿名化して管理することとした。

C. 研究結果

昨年度の研究で明らかにされた教育プログラムの対象・教育目標・コンテンツの骨格になる要素をもとに教育プログラムが作成された。作成されたプログラムに関して、教材の校正などについて助言を行った。

D. 考察

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムの対象・教育目標・その骨格を検討したところ、管理者やベテラン看護師を対象として、「認知症患者の見えている・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる」、「患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ」という教育目標を設定したプログラムを開発することが必要であることが明らかとなった。これらの教育目標に従い、教育プログラムが作成された。

E. 結論

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する効果的な教育プログラムを開発するためにプログラムの対象・教育目標・その骨格を検討し、急性期病院における認知症ケアに関する看護師を対象とした教育プログラムに関して、その主たる対象、教育目標、含めるべきコンテンツの骨格に従った、教育プログラムが作成された。

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. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer patients, their families, and the general public. *Supportive Care in Cancer*, , 24(1): 347-56, 2016.
2. Tanimukai H, Adachi H, Hirai K, Matsui T, Shimizu M, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving

process. *Support Care Cancer* 23:1925-31, 2015.

3. Takei Y, Ogata A, Ozawa M, Moritake H, Hirai K, Manabe A, Suzuki S. Psychosocial difficulties in adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society* 57:239-46, 2015.
4. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Shimizu M, Tsuneto S, Shima Y. Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *J Pain Symptom Manage* 49:45-54, 2015.

学会発表

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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

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 清水 研 国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科科长

研究要旨 我が国のさまざまな病院における認知症の実態を明らかにする必要がある、来年度以降本研究班において全国調査が予定されている。全国調査の基礎資料として、がん専門病院における認知症への対応の実態を知るために、国立がん研究センター中央病院において認知症の診断にて介入が開始された症例について、臨床データベースを後方視的に解析することにより検討した。期間内に紹介となった認知症患者は 29 名、軽度認知機能障害が 6 名であり、合計 35 名であった。外来診療中の患者 6 名、入院治療中の患者 29 名であった。認知症の病型については、特定不能が最も多く 26 名であり、アルツハイマー型認知症が 1 名、脳血管性認知症が 1 名、脳腫瘍に伴う認知症が 1 名であった。

A. 研究目的

我が国のさまざまな病院における認知症の実態を明らかにする必要がある、来年度以降本研究班において全国調査が予定されている。全国調査の基礎資料として、がん専門病院における認知症への対応の実態を知ることを目的に研究を行った。

は、特定不能が最も多く 26 名であり、アルツハイマー型認知症が 1 名、脳血管性認知症が 1 名、脳腫瘍に伴う認知症が 1 名であった。年齢の平均値は 67.0、がん腫は最も多かったのが肺がん 7 名、続いて大腸がん 5 名であった。身体活動度については、PS0 が 7 名、PS1 が 13 名、PS2 以上が 15 名であった。

B. 研究方法

2015 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの期間において、国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科に紹介となり、認知症あるいは軽度認知機能障害の診断にて介入が開始された症例について、臨床データベースを後方視的に解析することにより検討した。

D. 考察

当院において治療を受ける患者は比較的若年のものが多く、認知症患者の割合が他の病院に比べて少ないのかもしれないが、介入された患者数は実際の有病率に比べると少ないと思われる。

（倫理面への配慮）

本研究は既存のデータベースの後方視的検討であり、患者に対する侵襲はなく、個人が特定されるような情報は用いていない。

E. 結論

当院において認知症に対して介入された症例は少数にとどまった。認知症が見落とされている事例も多いと推測され、認知症を適切にスクリーニングして対応する必要性が示唆される。

C. 研究結果

期間内に紹介となった認知症患者は 29 名、軽度認知機能障害が 6 名であり、合計 35 名であった。外来診療中の患者 6 名、入院治療中の患者 29 名であった。認知症の病型について

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

本研究に関してはなし。

学会発表

本研究に関してはなし。

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

認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

研究分担者 木澤義之 神戸大学大学院 医学研究科
内科系講座 先端緩和医療学分野

研究要旨 高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。今回われわれは、意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行い、その教育効果の検証を行った。37名が参加し、全日程参加した34名を解析対象とした。知識テストは研修実施後有意に改善し、（前 18.1点、後 23.9点、 $p < 0.0001$ ）、コミュニケーションの困難感は、13項目中7項目で有意に改善した。E-FIELDを用いたACPと臨床倫理に関する研修会は、医療従事者のACPに関する知識とEOLコミュニケーションの困難感を改善する可能性があることが示唆された。

A. 研究目的

高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。今回われわれは、意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行い、その教育効果の検証を行った。

B. 研究方法

【対象】がん医療に携わる医師のための緩和ケア研修会（通称 PEACE プログラム）を修了した医療従事者を対象として行われた、2014年度兵庫県緩和ケアフォローアップ研修会の参加者37名。

【方法】前後比較研究。2014年12月神戸市において、ACPと臨床倫理に関する550分の参加型研修会を開催した。プログラムはACPと臨床倫理に関する550分（講義230分、ロールプレイ320分）にわたる参加型研修会とし、国立長寿医療センターで開発された、平成26年度人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会（Education For Implementing End-of-Life Discussion：以下E-FIELDと略）を一部改編して用いた。

研修の実施前に参加者の背景情報（年齢、性別、勤務先の類型、臨床経験年数、昨年1年間で経験したがん患者の看取り数）とACPの実践に関する自信を、研修会前後で、エンド・オブ・ライフ（End-of-Life：以下EOLと略）コミュニケーションに関する困難感、死にゆく患者に対する医療者のケア態度、ACPと臨床倫理に関する知識を評価した。ACPの実践に関する自信は、E-FIELD相談員研修事業のために専門家討議により作成され、「人生が限られていることを自覚している患者さんと、これからの治療・ケアについて話し合うことについて、あなたはどの程度自信を持って実践することができますか？」について、まったく自信がない、自信がない、やや自信がない、どちらとも言えない、やや自信がある、自信がある、とても自信がある、の7段階のリッカート尺度である。表面妥当性とテスト再テスト信頼性が緩和ケアを専門とする看護師26名で確認した（unpublished data, 級内相関係数 0.93（95%信頼区間 0.86-0.97））。EOLコミュニケーションの困難感は、E-FIELD相談員研修事業のために、専門家討議と研修会参加者のフォーカスグループインタビューを通じて開発された13項目の6段階リッカート尺度（全くそう思わない、そう思わない、あまりそう思わない、ややそう思う、そう思う、非常にそう思う）で

ある。表面妥当性を 10 名の緩和ケア専門家によって確認した。ACP と臨床倫理に関する知識については、E-FIELD 相談員研修事業のために、専門家討議によって作成された 29 項目の知識テストを用いた。知識テストについては表面妥当性を 26 名の緩和ケアを専門とする看護師により確認した。死にゆく患者に対する医療者のケア態度に関しては、妥当性と信頼性が確認された Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版の短縮版を用いた。

統計解析：対象者の背景と ACP に関する自信についてその度数と割合を記述した。ACP に関する困難感の変化については、各質問項目の値について Wilcoxon の順位和検定を行った。研修会前後の ACP と臨床倫理に関する知識の変化については作成したテスト各項目が正解だった場合を 1 点としてその合計点を、死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点について、対応のある t 検定を行った。統計解析は統計ソフトである JMP11,2,1 SAS Institute Inc.2013 を用いて行った。

(倫理面への配慮)

研究の実施については、研修会参加者に口頭および文書にて説明し、質問票の提出を持って研究の同意とみなした。研究は、ヘルシンキ宣言並びに厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針に則って実施した。

C. 研究結果

37 名が研修会に参加し、うち全日程参加した 34 名を解析対象とした。参加者は医師 16 名、看護師 14 名、その他 4 名、年齢は 39 歳 (37.3-43.9) (中央値,95%信頼区間) 臨床経験年数は 13.5 年 (12.4-18.4) 昨年 1 年間の看取り患者数は 20 名 (22.7-76.4) であった。ACP に関する自信については、やや自信がある、自信がある、とても自信があると答えた参加者の合計は 9 名 (26%,95%信頼区間 12-41%) であった。29 点満点の ACP に関する知識テストの結果は前後で有意に改善した (前 18.1 点, 後 23.9 点, $P < 0.0001$, 対応のある t 検定)。また、終末期のコミュニケーションの困難感については、13 項目中 7 項目で困難感が有意に改善し ($p < 0.05$, Wilcoxon の順位和検定) その項目は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難

である ($P = 0.0172$)」、「せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる ($P = 0.007$)」、「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である ($P = 0.0015$)」、「病状や予後など悪い知らせを伝えられた後の家族への対応が難しい ($P = 0.0028$)」、「家族と十分に話をする時間がとれない ($P = 0.0309$)」、「家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる ($P = 0.0215$)」、「家族から死に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる ($P = 0.0033$)」であった。死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点は研修前後で変化しなかった (研修前 22.3 点, 研修後 22.3 点, $P = 1.00$)。

D. 考察

本研究は、わが国で開発された ACP と臨床倫理に関する系統的な相談員養成プログラムである E-FIELD を用いた集合型研修会の医療従事者に対する学習効果を評価した本邦初の研究である。550 分の研修会の実施によって、医療従事者の知識は向上し、EOL コミュニケーションの困難感は部分的に改善した。困難感が改善した主たる部分として、病状告知が十分にされていない患者への対応、並びに家族とのコミュニケーションが挙げられた。しかしながら、本来 ACP は、自律尊重を第一としており、この結果は研修会の意図するところと乖離がみられる。今後プログラムの改善を図り、より患者本人とどのように、ACP のプロセスを進めるかについて重点を置いた研修を実施する必要があるかもしれない。また、研修会は医療従事者の死にゆく人への態度に変化を与えなかった。しかしながら、FATCOD-B-J のスコアが高値であること、研修会参加者が緩和ケアの経験が豊かで、看取り経験が多い医療従事者であったことから、医療従事者の死にゆく人への態度については前後で変化しえなかったと解釈できる。本研究の限界として以下の 3 点があげられる； 1) 困難感並びに知識を測定した尺度が十分な信頼性と妥当性を検証したものではないこと、2) 対象者が少数で、かつ緩和ケアの経験がある医療従事者であることから、結果の一般化が難しいこと、3) 医療従事者のアウトカムを調査したものであり、患者・家族のアウトカムを改善するかは不明であるこ

と。しかしながら、本研究会の実施によって、経験豊富な医療従事者においても ACP や臨床倫理の知識や困難感が改善することが明らかになったことから、E-FIELD プログラムは ACP の実践と普及に有用な可能性がある。今後さらにプログラムの改善を図るとともに、知識・困難感に関する尺度開発を進め、より大規模な医療従事者に対する研修効果の調査を行うことが望まれる。

E. 結論

意思決定能力の低下に備えてあらかじめ、医療・ケアについて話し合う、アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発を行い、その教育効果の検証を行った。E-FIELD プログラムを用いた ACP と臨床倫理に関する集合型研修会は、医療従事者の ACP と臨床倫理に関する知識を改善し、EOL コミュニケーションの困難感を改善する可能性があることが示唆された。

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. 木澤義之他. 緩和ケアの定義, 緩和ケアを開始する時期. 木澤義之, 齊藤洋司, 丹波嘉一郎編. 緩和ケアの基本 66 とアドバンス 44, 2-5. 南江堂, 東京都 2015.
2. 木澤義之他. 入院患者の痛みの診かた. 木澤義之編. レジデントノート, 672-739. 羊土社, 東京都, 2015.
3. Nakazawa Y, Kizawa Y. Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study. J Pain Symptom Manage. 2015 Dec 8. [Epub ahead ofprint]
4. Akechi T, Kizawa Y. Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. Palliat Support Care. 13(6):1529-33, 2015.
5. Kizawa Y, Morita T. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties,

and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. J Pain Symptom Manage, 50(2):232-40, 2015.

6. Takase N, Kizawa Y. Methadone for Patients with Malignant Psoriasis Syndrome: Case Series of Three Patients. J Palliat Med, 18(7):645-52, 2015.
7. Nakajima K, Kizawa Y. Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. Palliat Support Care. 13(2) : 327-34, 2015.
8. 岸野 恵, 木澤 義之. 大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査. Palliative Care Research, 10 巻 3 号:155-160, 2015.
9. 田中 祐子, 木澤 義之, 坂下 明大. アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価. Palliative Care Research 10 巻 3 号: 310-314, 2015
10. 白土 明美, 木澤 義之. ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査. 癌と化学療法 42 巻 9 号:1087-1089, 2015.
11. 山本 亮, 木澤 義之. PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から. Palliative Care Research. 10 巻 1 号:101-106, 2015.
12. 山口 崇, 木澤 義之. 【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識. 緩和ケア. 25 巻 5 号:366-370, 2015.
13. 木澤 義之, 山口 崇, 余谷暢之. 【緩和医療の今】包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング. ペインクリニック. 36 巻 別冊秋, S613-S618, 2015.
14. 長谷川 貴昭, 木澤 義之. 急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり. 死の臨床. 38 巻 1 号 :115-116, 2015.
15. 木澤 義之. 【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】がん緩和医療 症状緩和とエンド・オブ・ライフケア. 臨床泌尿器科, 69 巻 9 号: 706-709, 2015.

16. 木澤 義之. アドバンス・ケア・プランニング "もしもの時"に備え、"人生の終わり"について話し合いを始める. ホスピスケアと在宅ケア .23 巻 1 号: 49-62, 2015.
17. 木澤 義之. 【現場で活用できる意思決定支援のわざ】 アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. 緩和ケア .25 巻 3 号:174-177, 2015.

学会発表
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

認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

研究分担者 近藤伸介 東京大学医学部附属病院精神神経科

研究協力者 堀田聡子 独立行政法人労働政策研究・研修機構
高井ゆかり 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
山本則子 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
佐渡充洋 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

研究要旨 認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューを行い、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査を行った。2施設にて認知症当事者、介護職員、施設管理者の計8名とそれぞれインタビューを実施した。痛みはBPSDの原因となりうるが、介護現場では原因の同定は介入と同時進行で試行錯誤しながら行われていた。異変に気づき、即座に対処するには、ふだんの様子を把握して、共感と関わりに基づく観察と介入が基盤となる。

A. 研究目的

高齢者の多くが痛みを抱えることは広く知られているが、認知症の人では痛みの表出に困難が生じてくるため、周囲が痛みを認識しにくい。このため適切な疼痛ケアがなされなかったり、苦痛の表出である不穏に対して疼痛と気づかれずに、BPSD（認知症の精神症状・行動障害）と捉えられて向精神薬が処方されたりしている可能性がある。こうした問題意識からこれまで認知症の人の痛みを客観的に評価するスケールは各種開発されてきているが、実際の臨床現場では根付いていない。そこで、われわれは、認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッフ、施設管理者に対してインタビューを行い、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査を行うことで、認知症者に適した痛みの評価法、痛みが精神症状・行動障害に及ぼす影響、をそれぞれ同定し、さらに介護現場に適した疼痛管理方法の開発、を目指すことで、認知症高齢者のウェルビーイングを高めることに寄与したい。

B. 研究方法

認知症ケアを提供している事業所（萩・曲尾グループホーム [アザレアンさなだ・長野県]；特別養護老人ホーム・サンビレッジ大垣 [新生会・岐阜県]）を訪問し、施設管理者2名、直接ケアに当たるスタッフ4名、認知症のある利用者2名を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施した。インタビューでは対象者によって以下のようなポイントを含む半構造化面接を実施する。面接は1人60分以内（認知症の当事者は30分以内）を目安とし、のちほど詳細に内容分析できるように本人または代諾者の書面同意を得た上で録音を行った。

【利用者（認知症当事者）】苦痛の有無、痛みの有無、痛みの場所、対処法

【ケアにあたるスタッフ】認知症の人の痛みについての意識、痛みサイン、他の苦痛との弁別、対処法、薬剤使用の有無、痛みスケールの有用性

【施設管理者】認知症の人の痛みについての意識、施設ケア基準の有無、痛みサイン、対処法、薬剤使用の有無、研修の有無、痛みスケールの有用性

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

(倫理面への配慮)

研究参加者に対して説明文書を用いて説明した。研究参加者から同意を受ける場合は、同意書および同意撤回書を用いた。本人が研究参加の説明文書および同意が困難な場合は、代諾者である家族から書面でインフォームド・コンセントを受けた。研究内容を学会、論文、書籍等で発表する場合は、匿名性を保ち、個別の症例を提示する場合も個人の同定が不可能なように配慮した。録音した音声データは速やかに逐語録を作成した。作成後は音声データは消去し、逐語録には符号を付与して氏名との対応表を別に作成し、連結可能匿名化した。

C. 研究結果

インタビューから得られたコーディングを提示する。

痛みのもつ個人的意味

利用者 A「ここがちくちくする」

利用者 B「別に今、痛いところはない。こころの痛みはいろいろあります」

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

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

いつもと違うことの気づき

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

介護者 F「普段と違うということ。」

痛みの見極め

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

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

痛みスケールの限界

介護者 E「痛みには行きつかないと思います。紐解くきっかけにはなりうる。」

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

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

スキルの獲得

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

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

経験の共有

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

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

D. 考察

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

E. 結論

痛みは BPSD の原因となりうるが、介護現場では苦痛の原因の同定は介入のために介入と同時進行で行われていた。既存のスケールは啓発には有用である可能性はあるが、介護現場での実用性には疑問がある。異変に気づき、即座に対処するには、ふだんの様子を把握して、共感と関わりに基づく観察と介入が基盤となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. Kondo S: “On dementia and pain: preliminary report of a qualitative study from long-term care facilities of good practice in Japan.” The 4th BESETO International Psychiatry Conference. (20150905). Seoul, South Korea.

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

・ 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

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
Ogawa A	Long-term cognitive function.	Eduardo Bruera IH, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition.	CRC Press	New York	2015	1269-75
Akechi T, et al	Depression/Anxiety	Eduardo Bruera IH, Charles F von Gunten, Tatsuya Morita	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition.	CRC Press	New York	2015	691-702

書籍（日本語）

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
小川朝生	2-1 チームとしてどうアセスメントするか - 特にがん治療医と緩和ケア医に必要なアセスメント	上村恵一、小川朝生、谷向仁、船橋英樹	がん患者の精神症状はこう診る 向精神薬はこう使う	株式会社じほう	東京	2015	7-14
小川朝生	基本30 希死念慮	木澤義之、齊藤洋司、丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44 - 学生・研修医・これから学ぶあなたのために	株式会社南江堂	東京	2015	112-14
小川朝生	基本31 せん妄	木澤義之、齊藤洋司、丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44 - 学生・研修医・これから学ぶあなたのために	株式会社南江堂	東京	2015	115-17
小川朝生	がんと不安への対応	公益財団法人長寿科学振興財団	高齢者の不安とその対策 - 経済・健康・孤独 -	公益財団法人長寿科学振興財団	愛知	2015	75-83
小川朝生	CHAPRER5 緩和ケアの概要	小川朝生、篠崎和弘	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	98-110

小川朝生	CHAPRER6 認知症の苦痛	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	111-116
小川朝生	CHAPRER7 認知症における身体症状の評価に関する原則	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	117-138
小川朝生	CHAPRER18 選択,意思決定能力,ケア及び法律	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	437-462
小川朝生 他	巻末付録	小川朝生、 篠崎和弘	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	575-593
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	がん治療エッセンシャルガイド改訂3版	南山堂	東京	2015	198-203
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	標準精神医学	医学書院	東京	2015	177-188
上村恵一	手術後・ICU 症候群・透析移植後関連症候群	福井次夫 高木誠 小室一成	今日の治療指針 2015	医学書院	東京	2015	955-956
上村恵一	チームメンバーとの情報共有/チームメンバーとのよいコミュニケーションの重要性	木澤義之 齋藤洋司 丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44	南江堂	東京	2015	174-175
上村恵一	移植後の精神科での対応	原田浩 後藤憲彦	腎移植の病診連携	医薬ジャーナル社	東京	2015	150-151
上村恵一	がん患者の精神症状はこう診る、向精神薬はこう使う	上村恵一 小川朝生 谷向仁 船橋英樹	がん患者の精神症状はこう診る、向精神薬はこう使う	じほう	東京	2015	2-6
谷向 仁	適切なケアの提供	武田雅俊 (監修), 篠崎和弘, 小川朝生 (編集),	認知症の緩和ケア 診断時から始まる患者と家族の支援	新興医学出版社	東京	2015	481-515
谷向 仁	日本語版EuroQoI(日本語版EQ-5D)	山内俊雄, 鹿島晴雄 (総編)	精神・心理機能評価ハンドブック	中山書店	東京	2015	472-473
谷向 仁	抗精神病薬	上村恵一, 小川朝生, 谷向仁,船橋英樹(編)	がん患者の精神症状はこう診る,向精神薬はこう使う	じほう	東京	2015	155-165
金子真理子	リエゾン精神看護	森千鶴, 田中留伊	これからの精神看護学	ピラールプレス	東京	2015	134-143

金子真理子	精神症状のアセスメントと看護援助,	金子真理子 原案・監修	看護実践のためのがん看護,	医学映像 教育センター	東京	2015	DVD版
金子真理子	チーム医療におけるがん看護と倫理的課題,	金子真理子 原案・監修	看護実践のためのがん看護,	医学映像 教育センター	東京	2015	DVD版
清水 研	うつ病・適応障害	上村恵一・ 小川朝生・ 谷向仁・ 船橋英樹	がん患者の精神症状はこう診る向精神薬はこう使う	じほう	東京	2015	30-45
清水 研	スピリチュアルに生かす posttraumatic growth (外傷後成長) の視点	森田達也・ 木澤義之・ 新城拓也	続 エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル	南江堂	東京	2016	142-146
木澤義之他	はじめてのがん疼痛ケア	木澤義之	はじめてのがん疼痛ケア	メディカ出版	大阪	2015	全項
木澤義之他	緩和ケアの定義 緩和ケアを開始する時期	木澤義之 齊藤洋司 丹波嘉一郎	緩和ケアの基本66とアドバンス44	南江堂	東京	2015	2-5
木澤義之他	入院患者の痛みの診かた	木澤義之	レジデントノート	羊土社	東京	2015	672-739

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Umezawa S, <u>Ogawa A</u> , et al	Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors.	Psychooncology	24(6)	635-42	2015
Yokomichi N, <u>Ogawa A</u> , et al.	Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised	Journal of Pain and Symptom Management	50 (5)	718-723	2015
Mori M, Shimizu C, <u>Ogawa A</u> , 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	20(11)	1304-11	2015
Fujisawa D, <u>Ogawa A</u> , Okuyama T, <u>Akechi T</u> , Shimizu K, et al	Impact of depression on health utility value in cancer patients.	Psychooncology			2015
<u>Shimizu K</u> , <u>Akechi T</u> , <u>Ogawa A</u> , et al	Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors.	Jpn J Clin Oncol	45(5)	456-63	2015
<u>Akechi T</u> , et al	Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis	Jpn J Clin Oncol	45 (1)	75-80	2015

<u>Akechi T, et al</u>	Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information	Anxiety in disease free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information	45(10)	929-933	2015
<u>Akechi T, et al</u>	Brief screening of patients with distressing fear of recurrence in breast cancer survivors	Breast Cancer Res Treat	153(2)	475-476	2015
<u>Okuyama T, Akechi T, et al</u>	Screening Performance for Frailty Among Older Patients With Cancer:A Cross-Sectional Observational Study of Two Approaches	J Natl Compr Canc Netw	13(12)	1525-31	2015
<u>Yonemoto N, Akechi T, et al</u>	Strategic use of new generation antidepressants for depression: SUN(^_^) D protocol update and statistical analysis plan	Trials	16:459		2015
<u>Watanabe N, Akechi T, et al</u>	Adding smartphone-based cognitive-behavior therapy to pharmacotherapy for major depression (FLATT project): study protocol for a randomized controlled trial	Trials	16:459		2015
<u>Wada S, Akechi T, et al</u>	The Association Between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study	J Pain Symptom Manage	50(6)	768-77	2015
<u>Sugano K, Akechi T, et al</u>	Medical Decision-Making Incapacity among Newly Diagnosed Older Patients with Hematological Malignancy Receiving First Line Chemotherapy	PLoS On.	10(8)		
<u>Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, et al</u>	Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors	Jpn J Clin Oncol.;	45(5)	456-463	2015
<u>Kondo M, Akechi T, et al</u>	Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form	Health Qual Life Outcomes	13	4	2015
<u>Ito Y, Akechi T, et al</u>	Good death for children with cancer: a qualitative study	Jpn J Clin Oncol	45(4)	349-355	2015
<u>Fujisawa D, Ogawa A, Akechi T, Shimizu K, et al</u>	Impact of depression on health utility value in cancer patients	Psychooncology	in press		2015

Kubota Y, <u>Akechi T</u> , et al	Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial	Psychooncology	in press		2015
Takeuchi H, <u>Akechi T</u> , et al	Japanese Society of Clinical Oncology clinical practice guidelines 2010 for antiemesis in oncology: executive summary	Int J Clin Oncol	in press		2015
Onishi H, <u>Akechi T</u> et al	Early detection and successful treatment of Wernicke encephalopathy in a patient with advanced carcinoma of the external genitalia during chemotherapy	Palliat Support Care	in press		2015
<u>Tanimukai H</u> , et al.	Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process	Support Care Cancer	23(7)	1925-31	2015
<u>Tanimukai H</u> , et al.	Novel therapeutic strategies for delirium in patients with cancer: A preliminary study	Am J Hosp Palliat Care	10(1)	107-12	2015
<u>Tanimukai H</u> , et al.	Fluvoxamine alleviates paclitaxel-induced neurotoxicity	Biochem Biophys Rep	4	202-206	2015
<u>Kaneko M</u> et al	, Perspectives and Challenges in the Psychological Care of Cancer Patients and in Stress Management for Oncology Nurses: an Online Survey among Japanese Nurses	International Archives of Nursing and Health Care	Vol2 Issue1	ISSN:24 69-5823	2016.2
<u>Kaneko M</u> et al	Difficulties with Stress Management Faced by Nurse Managers: A Survey of Nurse Managers at a University Hospital	International Archives of Nursing and Health Care	1(3)	ISSN:24 69-5823	2015, 12
<u>Shimizu K</u> , et al	Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors.	Jpn J Clin Oncol.	45	456-63	2015
Fujisawa D, <u>Shimizu K</u> , et al	Impact of depression on health utility value in cancer patients.	Psychooncology.			In press
Wada S, <u>Shimizu K</u> , et al	The Association between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study.	J pain Symptom Manage.	50	768-77	2015
Akizuki N, <u>Shimizu K</u> , et al	Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study.	Jpn J Clin Oncol.			In press
Nakazawa Y, <u>Kizawa Y</u> .	Population-Based Quality Indicators for Palliative Care Programs for Cancer Patients in Japan: A Delphi Study.	J Pain Symptom Manage.			2015 Dec 8. [Epub ahead of print]

Akechi T, <u>Kizawa Y.</u>	Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument.	Palliat Support Care.	13(6)	1529-33	2015
<u>Kizawa Y.</u> , Morita T.	Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program.	J Pain Symptom Manage	50(2)	232-40	2015
Takase N, <u>Kizawa Y.</u>	Methadone for Patients with Malignant Psoas Syndrome: Case Series of Three Patients.	J Palliat Med.	18(7)	645-52	2015
Nakajima K, <u>Kizawa Y.</u>	Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey.	Palliat Support Care.	13(2)	327-34	2015

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>小川朝生</u> 他	実習お役立ちカード 精神	看護学生	62(12)	巻末付録	2015
<u>小川朝生</u>	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-	がん患者と対処療法	26(1)	39-43	2015
<u>小川朝生</u>	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	27(2)	115-22	2015
<u>小川朝生</u>	-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	25(sup pl)	37-42	2015
<u>小川朝生</u>	せん妄を知る	がん看護	20(5)	499-502	2015
<u>小川朝生</u>	がん患者の心理・社会的支援総論	臨床栄養	127(1)	71-6	2015
<u>小川朝生</u>	高齢がん患者の心のケア	加仁	42	13-6	2015
<u>小川朝生</u>	がんと「こころ」 -患者さんとご家族のために、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	7	23-5	2015
<u>小川朝生</u>	認知症患者の意思決定支援	緩和ケア	25(3)	187-91	2015
<u>小川朝生</u>	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	12(1)	98-102	2015
<u>小川朝生</u>	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		239-43	2015

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	142(1)	20-5	2015
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	看護人材育成	12(3)	123-7	2015
金子真理子、小川朝生 他	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	16(12)	41-5	2015
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	435	1-5.	2015
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	12(3)	123-7	2015
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
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
明智龍男	身体疾患とうつ病	精神科	26	409-412	2015
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
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
明智龍男	仕事人の楽屋裏	緩和ケア	25	74-75	2015
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
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
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
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
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
上村恵一	特集・せん妄の診断・治療update 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
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
上村恵一	特集 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

森啓, 谷向 仁 他	神経難病の終末期医療	BRAIN and NERVE	67(8)	983-992	2015
谷向 仁	不眠の評価	緩和ケア	25(2)	422	2015
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
原 伸輔, 谷向 仁他	フェンタニル口腔粘膜吸収剤の使用実態調査	Palliative Care Research	10(1)	107-12	2015
足立由美, 谷向 仁他	新入生健診におけるメンタルヘルスチェック尺度の検討 - UPI, K6, レリジエンス尺度の比較 -	CAMPUS HEALTH	52(2)	149-154	2015
金子真理子, 小川朝生, 他	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ー認知症看護に携わる看護師 へのインタビュー結果からの一考	ナースマネージャー	2月号	41-45	2015
金子真理子	がん看護におけるコミュニケーション, がん患者指導管理料の導入と今, がん看護に求められること	Oncology NURSE	1・2月号	77-82	2015
清水研	がん患者のケアに生かす心的外傷後成長の視点	心身医学	55	399-404	2015
清水研	内服できず、予後が週~短い月の単位と考えられる場合のうつ病	緩和ケア臨床日々の悩む場面のコントラバナー	25	115-119	2015
清水研	がん医療・緩和医療におけるうつ病患者への薬物療法の実際	Depression Strategy うつ病治療の新たなストラテジー	5	14-16	2015
清水研	がんサバイバーシップ-精神腫瘍科の立場から-	Monthly Book MEDICAL REHABILITATION	191	7-11	2015
岸野 恵, 木澤 義之	大学病院入院中のがん患者の突出痛の頻度に関する予備調査	Palliative Care Research	10 巻 3 号	155-160	2015
田中祐子, 木澤 義之, 坂下 明大	アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価	Palliative Care Research	10 巻 3 号	310-314	2015
白土 明美, 木澤 義之	ホスピス・緩和ケア病棟の入院予約と外来機能に関する全国実態調査	癌と化学療法	42 巻 9 号	1087-1089	2015
山本 亮, 木澤 義之	PEACE 緩和ケア研修会を受講したことによる変化と今後の課題 フォーカスグループ・インタビューの結果から	Palliative Care Research	10 巻 1 号	101-106	2015
山口 崇, 木澤 義之	【悪性消化管閉塞にどう対応する? どうケアする?】 悪性消化管閉塞とオクトレオチド これからの議論のための背景知識	緩和ケア	25 巻 5 号	366-370	2015
木澤 義之, 山口 崇	【緩和医療の今】 包括的アセスメント これからのことを話し合う アドバンス・ケア・プランニング	ペインクリニック	36 巻 別冊秋	S613-S618	2015

Author：長谷川 貴昭 (岐阜市民病院 呼吸器・腫瘍内科), 木澤 義之	急性期病棟での看取りにおける信念対立 終末期せん妄を発症したがん患者と家族への医療スタッフの関わり	死の臨床	38 巻 1 号	115-116	2015
木澤 義之	【誰も教えてくれなかった緩和医療-最新知識と実践】がん緩和医療 症状緩和とエンド・オブ・ライフケア	臨床泌尿器科	69 巻 9 号	706-709	2015
田中祐子, 木澤 義之, 坂下 明大	アドバンス・ケア・プランニングと臨床倫理に関する研修会の実施とその評価	Palliative Care Research	10 巻 3 号	310-314	2015
木澤 義之	アドバンス・ケア・プランニング "もしもの時"に備え、"人生の終わり"について話し合いを始める	ホスピスケアと在宅ケア	23 巻 1 号	49-62	2015
木澤 義之	【現場で活用できる意思決定支援のわざ】アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ	緩和ケア	25 巻 3 号	174-177	2015
近藤伸介	フランスの認知症国家戦略	海外社会保障研究	190	14-23	2015