

博士論文

認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の
治療状況および
認知機能改善プログラムに関する研究

令和 元年度
(2019 年度)

筑波大学人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻
新田 千枝
筑波大学

Doctoral Thesis: Abstract

Clarifying Clinical Characteristics and Developing a Cognitive Rehabilitation Program for Older Patients with Alcohol Use Disorder in Japan

*Graduate School of Comprehensive Human Sciences
Doctoral Program in Human Care Science,
University of Tsukuba*

Chie Nitta

Advisor: Nobuaki Morita, M.D., Ph.D.

2019

Doctoral Thesis, Abstract

Title: Clarifying Clinical Characteristics and Developing a Cognitive Rehabilitation Program for Older Patients with Alcohol Use Disorder in Japan

Author: Chie Nitta

Affiliation: Graduate School of Comprehensive Human Sciences Doctoral Program in Human Care Science, University of Tsukuba

Advisor: Nobuaki Morita, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

Objective:

According to Annual Report on the Ageing Society by Cabinet Office Japan in 2018, 27.7% of the Japanese population was aged 65 and over. In this aging society, the number of older patients with alcohol use disorder (AUD) is increasing. It has been established that older patients with AUD do not usually seek treatment immediately because of the perceived stigma attached to having an alcohol problem. Therefore, their problem has been more likely to be under recognized compared to younger patients. However, these patients are at greater risk of cognitive impairment than younger patients. It is generally known that patients with AUD are often associated with cognitive impairment called alcohol-related dementia (ARD). ARD is understood to be a reversible dementia. However, when older patients with AUD experience cognitive impairment, it tends to be more prolonged and worse than in younger patients. Research in this field has been limited to case reports or small sample size surveys in quantitative research, and a nationwide survey of the clinical status of this population has not been carried out in at least 10 years. In addition, there has been no effective treatment program established for this population. Accordingly, the purpose of this study was, first, to clarify the clinical characteristics of cognitive impairment among older patients with AUD and ARD and, second, to develop a cognitive rehabilitation program for older patients with ARD and examine its effectiveness.

Methods:

This research was conducted in three studies:

Study 1: For this study, we administered a nationwide survey for medical staff working in psychiatric institutions that provide specialized treatment for AUD (hereafter, referred to as “specialized medical institutions”), using a questionnaire on the treatment offered to older patients with AUD. This survey, which was mailed to these institutions, aimed to understand the treatment of older patients with AUD from the perspective of the medical staff.

Study 2: Here, we conducted a retrospective chart review. Data were extracted at three specialized medical institutions. Extraction criteria of the sample were: between 65 and 85 years of age, clinically diagnosed as alcohol dependent, and hospitalized at least once. Subsequently, we divided the samples into three groups to compare the clinical characteristics by types of dementia diagnosis: AUD; AUD and other dementia—mixed dementia (MD); and non-demented patients (Non-D).

Study 3: For this study, we conducted a pilot randomized controlled trial at Kurihama Medical and Addiction Center. Male AUD inpatients aged 65 years or older, with an MMSE score of 18 to 28, were randomly allocated to the intervention group or the comparison group. To verify the efficacy of the cognitive rehabilitation program, several neuropsychological tests and self-rating scales were conducted.

Results:

The survey in the first study was distributed to 130 facilities, and 79 facilities responded (response rate: 60.8%). Approximately 80% of the specialized medical institutions surveyed reported that over 30% of their patients with AUD were older adults. Also, 12%–13% of the older patients with AUD in these specialized medical institutions were unable to adapt to current treatment practices due to either physical or cognitive impairment. Furthermore, under these circumstances, the staff struggled with setting treatment goals because their patients were unable to understand the necessity of treatment and were unmotivated to continue treatment. Analysis of free-response questions indicated that on being discharged, if older patients with AUD applied for nursing services, their support needs were often underestimated, causing them to not receive sufficient or appropriate care.

From our review of medical charts in the second study, a total of 200 samples were extracted and distributed for each group—AUD (n=54), MD (n=28), and Non-D (n=118). The MD group was significantly higher than the other two groups regarding the unmarried status frequency of memory loss and violence, comorbidity of diabetes, and the proportion of patients who could not participate in the treatment. Conversely, there were no significant differences between the AUD and MD groups for an MMSE score and the age of onset for problem drinking. Compared with Non-D, both AUD and MD groups had a high proportion of patients who transferred to a nursing home as a discharge destination.

Additionally, over 70% of the cases in the sample population involved older patients with AUD whose alcohol use problems began after the age of 50.

In the third study, the efficacy of a cognitive rehabilitation program for older patients with AUD was tested via a randomized controlled trial. Thirty individuals participated, of which four dropped out; ultimately, 13 patients in the intervention group and 13 patients in the control group (n=26) were analyzed. The results of pre- and post-intervention neuropsychological testing and psychological evaluation were compared. In comparison to the control group, the intervention group showed significantly improved frontal lobe function, especially in working memory and executive function. Finally, in the intervention group, a trend toward lower apathy was suggested. However, this study was unable to demonstrate how these improvements in cognitive function affected the AUD treatment outcomes.

Discussion:

The results of the first study clarified that older patients with AUD are often unable to adapt to traditional AUD therapies designed for younger patients. It is clear that there is a need for treatment programs, goals, and recovery support models that serve the needs of these patients.

The results of the second study demonstrated that in order for older patients with AUD and cognitive impairment to participate actively in treatment and have good prognoses, treatment dropout must be prevented, and therapies capable of maintaining patient motivation must be implemented. Further, programs capable of preventing the development or worsening of cognitive impairment among these patients are also necessary.

The cognitive rehabilitation program tested in the third study proved effective at improving frontal lobe function. In the development of the program, the tasks were designed to improve executive function. Furthermore, the program was implemented in such a way that even if patients' cognitive functions declined, participation would not become burdensome and patients would be able to enjoy their involvement in the program. These considerations were well received by the program's older AUD participants and most likely played an important role in achieving the effects demonstrated.

Based on the fundamental findings, this study proposes the following as support options necessary to facilitate the recovery of older patients with AUD:

1. In terms of the setting of treatment goals for older patients with AUD, complete abstinence should not be the only target. Instead, efforts should be made to prevent treatment dropout; maintain the patient-therapist relationship; and improve the quality of daily life among these patients. In addition, patients should be motivated to stop or reduce their drinking of their own

accord and should be helped to reclaim a sense of meaning and direction in their lives.

2. Because the number of older patients with AUD will most likely increase in the future, treatment providers must endeavor to align their treatment practices with the conditions and needs of this population group.

3. With regard to older patients with AUD who require nursing services, it is essential that their mental and physical capabilities be assessed both when under the influence of alcohol (that is, while they are impaired) and when not under the influence of alcohol.

Conclusion:

Excessive alcohol consumption in old age can cause serious mental illness and physical damage. Furthermore, once addiction (i.e., AUD) starts, the road to recovery is long and hard. The findings of this study demonstrate that older patients with AUD and cognitive impairment have trouble adapting to current treatment practices, and after being discharged from specialized medical facilities, they often are unable to return home and are instead transferred to housing facilities or other institutions, indicating impaired social ability. Providing these patients with a cognitive rehabilitation program aimed at improving their cognitive function is therefore crucial.

This investigation of older patients with AUD revealed that the majority develop the alcohol problem in later life. For this reason, in terms of preventative measures, it is important that older people make an effort to alter their alcohol consumption habits and avoid alcohol problems with aging.

【博士論文要旨】

論文題目：認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の治療状況および認知機能改善プログラムに関する研究

著者：新田 千枝

所属：筑波大学 人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻

指導教員：筑波大学医学医療系 准教授 森田 展彰

目的：

我が国では高齢者のアルコール依存症患者（以下、高齢 AL）が増加している。これまで、高齢 AL は、若年者に比べて、治療につながるきっかけが少なく問題が潜在化しやすいこと、脳機能への影響が出やすいことなどが指摘されてきた。特に、高齢 AL に高頻度に伴う認知機能障害は、治療成績に影響を及ぼすと考えられ、重要な問題である。若年のアルコール依存症に伴う認知機能障害は、断酒後に大部分に自然回復がみられる。一方、高齢者の場合は、断酒後も蔓延化や増悪がみられる。これまで、認知機能低下を伴う高齢 AL に関する研究は、事例報告や、少数症例の調査による転帰が報告されているが、全国規模の実態調査はこの 10 年実施されておらず不足している。

そこで本研究では、認知機能低下を伴う高齢 AL に注目し、以下の点を明らかにすることを目的とした。第一に、認知機能低下を伴う高齢 AL について、最新の治療状況および臨床特徴を把握する。第二に、これらの知見をもとに、認知機能が低下した高齢 AL の状態や支援ニーズに即した認知機能改善アプローチを開発し、有効性を検証する。

方法：

本研究では、以下の 3 つの研究に取り組んだ。まず、研究 1 では、日本全国にある、アルコール依存症の専門治療を提供する精神科医療機関（以下、専門医療機関）のスタッフを対象に、「高齢 AL の治療に関するアンケート調査」を実施した。郵送による質問紙調査を用いて、日常的にアルコール依存症治療に従事するスタッフからみた、高齢 AL の治療状況を把握した。次に、研究 2 では、専門医療機関に入院した高齢 AL が、どのような治療を受けていたのかについて、後方的カルテ調査を実施した。この調査では、得られたサンプルを、①認知機能正常群 (Non-Demented)、②アルコール性認知症群 (Alcohol Related Dementia: ARD)、③アルコール性認知症にさらに他の認知症を合併した混合認知症群 (Mixed Dementia: MD)、のそれぞれ 3 群に分けて、臨床特徴、治療経過、そして退院後の転帰を比較した。さらに研究 3 で

は、研究 1 および 2 の実態調査で得られた知見に基づいて、高齢 AL の認知機能改善をねらいとしたプログラムを開発した。そしてランダム化比較対照試験 (Randomized Controlled Trail: RCT) によりこのプログラムの有効性を検証した。

結果：

研究 1 のアンケートは、130 施設に配布し 79 施設から回答を得た (回収率 60.8%)。その結果、今回の調査対象の専門医療機関の約 80% が、AUD 患者に占める高齢者の割合は、30% 以上と回答した。また、専門医療機関を利用する高齢 AL のうち、身体機能や認知機能の低下から、現状の治療プログラムに適應できない患者が 12%~13% 程度存在することが明らかになった。さらにこの状況下で、専門医療機関のスタッフは、患者自身、治療への動機づけが低く、治療の必要性を理解できないために、治療目標が設定できないことに困っていた。自由記述回答の分析結果から、高齢 AL が、退院後に介護サービスの利用申請をすると、支援ニーズが過小に評価されて、十分なサービスを受けられないという課題が明らかになった。

研究 2 の後方視的カルテ調査から N=200 のサンプルを得た。アルコール性認知症群 (ARD) n=54、アルコール性認知症にさらに他の認知症を伴った混合認知症群 (MD) n=28、認知機能障害を伴わない非認知症群 (Non-demented) n=118 の 3 タイプに分けて比較した。これより、認知機能障害を併発した ARD と MD は、Non-demented に比べて、治療への参加率が低く、退院後は自宅に戻れず、施設入所や転院となる症例が多かった。また、MD は ARD に比べ、社会的に孤立し、高頻度に暴言暴力を伴い、病状が複雑化する傾向が示された。また、対象サンプルの 70% は、50 歳以降にアルコール問題が開始した高年発症型のアルコール依存症であった。

研究 3 では、高齢 AL に対する認知機能改善プログラムの有効性を RCT によって検証した。30 名が参加し、4 名が脱落、最終的に介入群 n=13、対照群 n=13 の合計 26 名が解析対象となった。そして、介入前後の神経心理検査と心理尺度の成績の変化を比較した。その結果、対照群に比べ、介入群では、ワーキングメモリや遂行機能を中心とした前頭葉機能が有意に改善していた。また、介入群では「無気力状態 (Apathy)」が減少する傾向が示唆された。しかし、この認知機能改善が、依存症治療成績に、どのような効果をもたらすかについては、本研究では実証できなかった。

考察：

研究1の結果から、若年から中年世代をターゲットに設計された、従来の依存症治療に適應できない高齢ALの実態が明らかになった。今後、高齢者のニーズに合わせたプログラムおよび治療ゴールの設定、回復支援のモデルが必要と思われた。研究2の結果から、認知機能低下を伴う高齢ALが、積極的に治療に参加し、予後を良好にするには、治療からの脱落を防ぎ、モチベーションを維持できる治療法が必要と考えた。さらに、高齢ALに併存する認知機能障害に対し、固定化や悪化を予防できるプログラムが必要と考えた。研究3で有効性を検証した、認知機能改善プログラムは、前頭葉機能改善に有効であった。我々は、このプログラムを遂行機能改善に焦点化した課題で構成し、認知機能が低下していても、負担が少なく、楽しく参加できるように最大限配慮して実施した。これらの配慮が、高齢の参加者にも受け入れられ、効果を発揮するのに重要な役割を担ったと思われる。以上、本研究を通じて得た基礎資料を基に、高齢ALの回復に必要な支援について、以下のことを提案する。

- 1) 高齢ALの治療目標の設定に関して、完全断酒を唯一の治療目標にはしないで、依存症治療からの脱落を防ぎ、患者—治療者の信頼関係を維持しつつ、生活機能、ADL、QOLを向上させる関わりが大切である。そのうえで、本人が酒をやめたり、飲酒量を控えたりすることへの動機づけを行い、生きがいを取り戻せるよう援助することが求められる。
- 2) 今後、高齢患者は増加すると思われる。そのため、治療内容を高齢患者の状態やニーズに合わせていく努力が、治療提供をする側に求められる。
- 3) 介護サービスの利用を希望するアルコール依存症の取り扱いについて、飲酒下で、本人の心身の機能が低下する場合と、飲酒していない場合の双方を丁寧にアセスメントしすることが不可欠である。

結論：

高齢期における過剰飲酒は、心身に健康障害をもたらすリスクが高い。そして一度、アルコール依存症になると、回復には長い時間が必要である。認知機能障害を併発した高齢ALについて調べると、治療への適應は悪く、退院後は自宅に帰れず施設や病院へ転院という社会生活機能の低下がみられた。これを予防するためにも、認知機能改善に焦点化したプログラムを提供することには意義がある。さらに、高齢ALを調べると大部分が高齢発症型であったため、予防的観点から、各個人が加齢に伴い飲酒習慣を変え、過剰飲酒を避ける努力をすることも重要である。

目次

目次	i
緒言	1
第1章 文献展望	3
1. 高齢者におけるアルコール問題	3
1) 高齢者とアルコール問題	4
2) 高齢アルコール依存症の治療および回復支援に関する先行研究の概観	9
3) 高齢アルコール依存症の治療および回復支援における問題点	11
2. 高齢アルコール依存症に伴う認知機能障害に関する研究動向	13
1) アルコール性認知症の診断基準, 疫学データ, 神経病理学的背景	13
2) アルコール性認知症とその他の認知症との違いに関する研究	15
3) 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の臨床特徴や転帰	20
4) 高齢アルコール依存症に伴う認知機能障害の理解および対応に関する問題点	21
3. アルコール依存症を対象とした認知機能改善プログラムに関する研究動向	22
4. 用語の定義・解説	24
第2章 本研究の目的	25
1. 本研究の目的	25
2. 本論文の構成	25
第3章 高齢アルコール依存症の治療状況	27
～全国専門医療機関のスタッフを対象としたアンケート調査～(研究1)	27
1. 目的	27
2. 方法	27
1) 対象	27
2) 調査内容	27

3)	統計解析	29
4)	倫理的配慮.....	30
3.	結果.....	31
1)	対象施設および回答者の概要.....	31
2)	専門医療機関における高齢アルコール依存症の治療状況	31
3)	専門医療機関における高齢化率	36
4)	認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に対するスタッフの困り・負担感.....	36
4.	考察.....	45
1)	対象施設および回答者の特徴.....	45
2)	専門医療機関のスタッフからみた高齢アルコール依存症の治療状況	45
3)	専門医療機関における高齢化の現状.....	46
4)	認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に対する困り・負担感と現状の課題..	46
5.	小括.....	49
第4章 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の臨床特徴.....		50
～専門医療機関入院患者を対象としたカルテ調査による検討～（研究2） ...		50
1.	目的.....	50
2.	方法.....	51
1)	サンプルの抽出方法	51
2)	調査項目	51
3)	認知症診断タイプによるグループ分け基準.....	52
4)	各調査対象施設のアルコール依存症に伴う認知機能障害の診断手続き	53
5)	倫理的配慮.....	54
6)	統計解析	55
3.	結果.....	55
1)	抽出されたサンプルと認知症診断タイプによるグループ分け	55
2)	各調査対象施設のサンプルの特徴	57
3)	全サンプルの社会人口統計学的特徴.....	57

4)	高齢アルコール依存症の入院時の身体的合併症 (Table 9).....	62
5)	高齢アルコール依存症の入院理由	62
6)	高齢アルコール依存症の入院時の精神症状 (Figure 7).....	62
7)	高齢アルコール依存症の入院中の検査所見および精神科薬物療法.....	62
8)	高齢アルコール依存症の治療転帰	63
4.	考察	71
1)	専門医療機関に入院した高齢アルコール依存症の特徴.....	71
2)	認知症診断タイプによる臨床特徴の差異.....	71
3)	認知症診断タイプによる治療転帰の差異.....	73
5.	小括	74
5章	高齢アルコール依存症に対する認知機能改善プログラムの開発～ランダム化比較対象試験による有効性の検証～ (研究3)	76
1.	目的	76
2.	方法	79
1)	研究デザイン	79
2)	対象者	79
3)	割り付け方法	81
4)	研究実施体制	82
5)	介入の手続き	82
6)	介入内容	83
7)	効果指標	86
8)	倫理的配慮.....	88
9)	統計解析	89
3.	結果	90
1)	対象者の特徴.....	90
2)	臨床介入試験「いきいきトレーニング」の実施状況および参加者の反応.....	93
3)	効果指標の分析結果	93
4.	考察 高齢アルコール依存症に対する認知機能改善プログラムの有効性	102

5. 症例提示 「前医にて依存症治療適応なしと判断されたが、『いきいきトレーニング』を経て、デイケアに継続参加となった高齢アルコール依存症」	104
6. 小括.....	112
第6章 総合考察	114
1. 高齢アルコール依存症の治療状況に関する最新動向.....	114
2. 高齢アルコール依存症に併存する認知機能障害の特徴および認知機能改善プログラムの効果.....	114
3. 高齢アルコール依存症の治療ゴールと必要な回復支援	116
4. 本研究の限界と今後の展望	117
結語	121

謝辞

引用文献一覧

参考資料

- 研究1：高齢アルコール依存症の治療に関するアンケート
- 研究2：カルテ調査 情報開示文書
- 研究2：高齢アルコールカルテ調査 転記シート
- 研究3：患者さまへの説明文書
- 研究3：いきいきトレーニング 配布資料
- 研究3：MMSE, FAB検査用紙
- 倫理委員会承認書
- 本研究に関連した研究業績一覧

緒言

最新の統計(平成 30 年版高齢社会白書, 内閣府, 2018)によると, わが国の 65 歳以上の人口は, 3515 万人であり, 高齢化率は 27.7%に到達した.これは, 世界を見渡しても前代未聞の数値であり, 2 位のドイツ, 21.1%, 3 位のスウェーデン, 19.6%¹を大きく引き離し, 世界一である. さらに推計では, わが国の高齢化率は, 2030 年に 30%を超える予測されている. このように, 日本は世界のどの国よりも早く超高齢社会を経験しているが, この加速度的な変化に医療福祉的な側面では, 十分に対応できているとは言えない.

最近, わが国の高齢者における飲酒実態について「高齢男性の半数が飲みすぎ, 女性も 25%」という見出しで, メディアでも取り上げられた(日本経済新聞電子版, 2017/10/1/21:00). これは, 厚生労働省の研究班が, 2013 年に実施した「国民生活基礎調査」の 2 次解析から導き出された結果である. この報告によると, 調査対象となった 15 万人の高齢者のうち, 月 1 日以上飲酒する者は, 4 万 8 千人おり, そのうち男性の 56.4%, 女性の 24.9%が, 厚生労働省の生活習慣病を減らすための政策「健康日本 21」で推奨する適正量(1 日当たり純アルコール量 20 g)より多い量を飲酒していたことがわかった. また, 1 日あたりの適正飲酒量の正しい知識の普及も不十分であったことがわかった.

このような状況下で, 我が国の高齢者におけるアルコール依存症患者の増加も指摘されている. アルコール依存症の専門治療に関し, わが国でも最も古い歴史を持つ久里浜医療センター(神奈川県, 横須賀市)の資料によると, 外来に訪れる初診患者のうち 65 歳以上の人数割合は, 1991 年ごろは全体の 6%程度であったが, 徐々に上昇し, 2000 年には全体の約 15%程度を占め, 2012 年では全体の 25%程度, 初診患者の 4 人に一人が 65 歳以上であると報告している(松井ら, 2016).

以上のことから, 我が国では高齢者とアルコールとの関係について, 正しい知識が普及しているとはいえない. また, 習慣的に飲酒する高齢者は飲みすぎている傾向が確認

¹ 数値は 2015 年時点での国際比較に基づく.

された。しかし、我が国では、これまでに高齢者のアルコール問題が心身や社会的機能に及ぼす影響や、高齢アルコール依存症に関する治療や回復に関する研究は少なく(北林, 上田, 國澤 & 福居, 2004; 松下, 2010a), 詳しい状況は明らかになっていない。

アルコール依存症とは、飲酒のコントロール障害であり、飲酒する人なら誰でもなりうる疾患である。わが国では、アルコールはタバコと同様に最も入手しやすい依存物質である。また、日本は酒類販売の規制が緩い国の1つであり、酒類自体の販売を禁止するイスラム圏の国や、公共の場所での飲酒を規制する米国などと比べ、コンビニエンスストアや自動販売機など、いつでもどこでも24時間アルコールを入手することのできる環境にある。とはいえ、近年の国民のアルコール摂取総量は減少傾向にある。若年層の酒離れが一因と考えられている。しかし、すでに述べたように高齢者においては飲みすぎの傾向が指摘されているのに加え、現在でも冠婚葬祭や、社交の場では必ずといっていいほど酒宴が設けられる。このように、アルコールは、我々日本人にとって親しみがある依存物質なのである。臨床的にも、はじめは他の人と一緒に仕事のつきあいや、社交の場で飲酒をし、晩酌をしても飲みすぎることはなかったのが、そのうち自宅で独り朝から飲酒するようになり、気づいたらアルコール依存症になっていたと語る高齢の初診患者は少なくない。しかし、一度アルコール依存症になると、回復には長い時間を要す。アルコール依存症は、様々な身体的疾患、精神症状、認知機能障害などを合併する。このようなことから、アルコール依存症は身体的な合併症も相まって、死亡率が高いのも1つの特徴である。

以上の理由から、高齢者の飲酒問題およびアルコール依存症に注目し、この問題について調査研究を実施して、知見を積み重ねることは急務と思われた。したがって、この論文では、まず高齢者のアルコール依存症の現状を把握することをねらいとして研究を進めた。とりわけ、高齢のアルコール依存症患者には、記憶力や注意力、自分自身を振り返る力などの認知機能低下を高頻度に伴うことに着目して調査を計画した。そして、この実態調査から得られた知見をもとに、認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に対する有効な治療手法を開発することを最終的なねらいとして研究を行った。よって本論文は、これらの調査研究の結果を報告し、結果を踏まえた上で、今後も増加するとと思われる認知機能低下を伴った高齢アルコール依存症の対応や回復支援についての考察を試み、まとめたものである。

第1章 文献展望

1. 高齢者におけるアルコール問題

高齢者におけるアルコール問題は、国民のアルコール総摂取量や、社会の高齢化の程度によって、関心を寄せる研究者の所属国や、関心領域が時代を反映しつつ変化している。日本において、上述したように国民全体のアルコール総摂取量と、若年層の飲酒者の割合は減少している一方で、高齢者層の飲酒する人の割合は依然として高い。最新の報告(平成29年度国民健康・栄養調査, 厚生労働省, 2018)では、生活習慣病のリスクを高める飲酒²をしている高齢男性は、60歳～69歳の年齢層で17.4%、70歳以上6.9%であった。同様に高齢期の女性で生活習慣病のリスクを高める飲酒をしていたのは、60歳～69歳で、9.6%、70歳以上で2.1%であった。また、この調査において、1日あたりの飲酒量が6ドリンク(純アルコール量60g, 清酒換算で3合)を超える多量飲酒をしているものを危険な飲酒者と捉える³と次のような結果が見いだされた。すなわち、男性では、60歳～69歳では9.4%(対象者425のうち40人)が、70歳以上では3.1%(対象480人のうち15人)が危険な飲酒者であった。女性では、60歳～69歳で201名のうち4名で約2%、70歳代で0人と男性と比較すると少なかった。

このような状況下で、近年我が国では、高齢者におけるアルコール依存症(以下、高齢AL)の増加が指摘されている(松井ら, 2016; 新田, 森田, 大谷 & 斎藤, 2018)。また、海外でも同様の傾向が観察され(Emiliussen, Nielsen & Andersen, 2017)、高齢ALに対する関心が高まっている。これまで、高齢者のアルコール問題を取り上げた研究は、大別して一般住民を対象としたコホート調査、縦断調査に加え、臨床サンプルであるアルコール依存症患者を対象にした後ろ向きカルテ調査、縦断調査、前向きに実施される臨床研究等がある。なお、コホート調査とは、ある年代に生まれた人のグループを構成し、長期間におよび追跡した上で、観察対象の事象(特定の問題や疾病など)と関連するイベントの発生頻度を集計する疫学研究の一手法である。この項では、高齢化社会における

² 生活習慣病のリスクを高める飲酒は、1日当たり男性で純アルコール40g以上、女性で20g以上摂取している者を指す。定義は、健康日本21(厚生労働省)による。

³ アルコール度数15度の清酒、180mlを1合としたとき、3合以上を飲んでいると回答した者。

アルコール問題に関する内外の主要な研究を紹介し、現状の課題について論じる。

1) 高齢者とアルコール問題

高齢者のアルコール摂取と身体疾患発症のリスクに関するエビデンス

これまで、国内では高齢者とアルコール問題との関係について、直接的に焦点化した調査研究は不足している。しかし、成人の飲酒実態を把握することを目的とした研究は2003年、2008年、2013年に実施されており、最新の大規模な調査は、樋口ら(2014, 2015)がある。この研究では、成人の飲酒量と生活習慣病やがん、肝障害を含む疾病発症リスクについて検討した。この結果の一部から、高齢者の飲酒と肝細胞がん発症との関連についての知見が報告されている。すなわち、アルコール性肝細胞がん患者の中では、高齢者男性、糖尿病の合併群で肝臓合併率が高かったと報告した(堀江・菊池, 2016)。堀江ら(2016)によると、肝臓の予備能を維持したまま高齢期まで飲酒量を減らさず飲み続けたことが肝臓発症に寄与したと考えられるという。この他のわが国での調査研究は、政府が定期的に行う国民生活基礎調査や国民健康・栄養調査の飲酒状況を問う項目を用いた実態把握が主体となっている。一方、海外においては一般住民を対象とした調査は数多く蓄積されている。これらの研究では、高齢者とアルコール依存症や、がん、脳卒中、心臓病、認知症などの健康障害や疾病の発症が高まる飲酒頻度や飲酒量に関する指標が明らかになりつつある。近年、20年～30年以上前に開始したコホート調査の結果が近年多数報告されている。Daskalopoulou et al (2018)は、高齢者の喫煙および飲酒と、健康的な加齢⁴に関して、システマティックレビューにより、合計28の長期間の縦断研究を抽出し、これらにメタ解析を実施した。その結果、喫煙については、全く吸わない非喫煙者の方が、禁煙者や、喫煙者に比べ、健康的な加齢状況にあることが示された。しかし、飲酒に関しては、全く飲まない群に比べ、飲酒の方が健康的な加齢状況にあった。また、これは少量から中等度の飲酒者、1日2～4⁵ドリンクの比較的多く飲酒する群に関しても同様の傾向が認められた。しかし、この研究では、1日当たりの飲酒量

⁴ Daskalopoulou et al (2018)によると、身体の状態、認知機能、ソーシャルサポート等を含む包括的な指標と定義される。

⁵ 飲酒量を把握するために、アルコール飲料に含まれる純アルコール量を1ドリンクという単位としてわかりやすく表示する。1ドリンクに含有する純アルコール量の基準は各国で異なり8g～14g。日本は1ドリンク10gで使用している。

6ドリンク以上の多量飲酒は含まなかったことに加え、個人のアルコール摂取量に影響を与えうる他の交絡要因について、検討できていないため、慎重に結果を解釈する必要がある。また一方で、高齢者におけるアルコール摂取量と身体疾患の発症リスクについて、米国国立衛生研究所の高齢者部門は、「高齢者の飲酒と事実」として以下の点を挙げている。すなわち、高齢者の多量飲酒は、若年者とは異なり、転倒や骨折、交通事故を招きやすいこと、また数種類のガン、肝障害、免疫系疾患、脳障害、骨粗鬆症、糖尿病、高血圧、脳卒中、潰瘍、アルツハイマーに誤診されやすい物忘れ、気分障害、心臓をはじめとする血管の変化を引き起こすと警告している(NIH, May 16, 2017)。

高齢者のアルコール問題と心理社会的要因に関するレビュー

高齢者の多量飲酒は、様々な身体・精神疾患のリスクになり得ることは前項で述べた。一見、高齢期になっても適量飲酒を守って飲酒していれば、何も深刻な問題は生じないかのように見える。しかし、飲酒習慣のある高齢者のなかには、高齢期特有の心理社会的要因が引き金となって、酒量が徐々に増加する人々がいる。これらの人は、本人に飲酒量が多すぎる自覚があり、心身の健康や社会生活に悪影響を与えていることを認めていても、飲酒量を減らすことができないことがある。あるいは、若年期より酒豪で多量飲酒を続けてきたが、高齢期になってアルコールの分解、代謝能力が低下しているにもかかわらず、酒量を減らすことができないものがある。こういった人々の中には、50歳代以降の中高年期に、飲酒下で家族への暴言暴力や、物忘れなどの問題が初めて生じ、飲酒行動のコントロールが不良で、アルコール依存症の状態となり専門医療機関を訪れるものがある。Zimberg(1974)は、中高年期以降になってはじめてアルコール問題を呈する者を、高年発症(Late-Onset Type)のアルコール依存症と呼んだ。Zimberg(1974)によると、高年発症型アルコール依存症は、さみしさや、抑うつ、絶望、加齢へのストレスなどに対する「cry for help; 助けを強く求める心の叫び(著者訳)」であるという。そして、高齢者がアルコール問題を抱えるリスク要因として、高齢期特有の心理社会的側面を取り上げた。しかし、高年齢で発症するアルコール依存症のリスク要因について、Emiliussen, Nielsen & Andersen(2017)は、Zimberg(1974)による記述は、彼の個人的経験に基づいた見解が多く含まれており、エビデンスが不足していることを指摘した。そこで、Emiliussen, et al.,(2017)は、50歳代以降の高年発症型アルコール依存症および多量飲酒となる危険因子を同定することを目的に、量的研究のみに焦点化したシステムテ

ィックレビューを行った。高年発症のアルコール依存および過剰飲酒と関連するといわれている要因、すなわち「定年退職」、「社会的役割の喪失」、「配偶者の死」、「飲酒する仲間の勧め」、「心理的ストレス」について検討した。結果、「定年退職」そのものはリスク要因と断定できず、そこに「役割の喪失」や「仕事上のアイデンティ喪失」が同時に生じるときに飲酒量の増加に関連する可能性を指摘した。また、Emiliussen, et al.,(2017)は、「配偶者の死」と高年発症のアルコール問題との間に直接的な関連は見いだされなかったとしている。しかし、Emiliussen, et al.,(2017)によると、「配偶者の死」に関するシステマティックレビューで抽出された研究には、統計的検定が記載されていなかった。そのため、この結果はのみで、結論づけるのは早急である。そして、「飲酒する仲間の勧め」、「心理的ストレス」の2要因は、高齢期の問題飲酒と関連していた。いずれにしても、この問題のトピックに関連する領域のエビデンスは不足しており、Emiliussen, et al.,(2017)らは、今後、高齢発症アルコール依存症の本質を明らかにするためには、質的研究を実施した上で、方法論や定義を一致させた量的研究を積み重ねていくことの重要性を強調した。また、Kelly, Olanrewaju, Cowan, Brayne & Lafortune (2018)は、高齢者の飲酒を促進する要因、阻害要因、飲酒がおきる社会的文脈を同定するために、55歳以上の高齢者を対象とした量的研究を抽出するシステマティックレビューを実施した。その結果、高齢者の飲酒には、「社会参加」と、「アルコール摂取が健康に対し害を持つという事実への懐疑心」とが強く関連していた。また、「社会的孤立」や「ストレス」、「病気」、「死別」などの困難状況との関連も示された。その一方で、高齢者は、自身の人生経験を活かし、賢く制御しながら飲酒していることも明らかになった。これらのことから、Kelly, et al.(2018)は、高齢者に向けたアルコールの過剰摂取による健康障害を減じるために必要な介入手法に組み入れるべき要素として、社会やコミュニティに参加することを保つような代替手段や活動を提示しつつ、アルコールの害を減らせるようなアプローチを考える必要があると結論づけた。これらの研究から、高齢者のアルコール問題と心理社会的要因との関連には、エビデンスが確かめられたものとそうでないものが混在していると考えられる。ここでは海外の2つのシステマティックレビューを紹介したが、国内の調査報告は見当たらず、本邦でも、この領域の研究は依然として限られており、今後、厳密に計画された横断的な量的調査に加え、長期に及ぶ縦断的な調査研究が蓄積されていくことが望まれる。

以上、高年発症のアルコール依存症と心理社会的要因との関連について論じた。本項

では、高齢期になって初めてアルコール問題を呈した者に焦点を当てた。しかし、高齢者でアルコール問題を持つ者の中には、10歳代～30歳代など人生の早期にアルコール依存症となった「若年発症型アルコール依存症者」が年を重ね、高齢期に至った一群もいることを付記しておく。このような人々には、人生の一時期に依存症の治療を受け、一時的に断酒をしては、再飲酒を繰り返すなどをしてきたものが含まれている。

高齢者の飲酒と認知機能低下および認知症発症のリスクに関するエビデンス

高齢者の飲酒と認知機能低下および認知症の発症リスクに関して、中年期より高齢期まで1997年から2009年の22年間を追跡した研究「Whitehall II cohort study」(Sabia et al, 2014)では、男性の1日あたり、36gを超える飲酒は、10年間でより速い認知機能低下と関連していた。一方で、全く飲まない場合と、少量から中等度の飲酒(1日あたり純アルコール摂取量20g以下)はこのような傾向はみられなかった。また女性については、多量飲酒は、10年間の遂行機能低下のみに関連していた、また女性の断酒者については、9.9g/日以下の少量～中等度の飲酒者と比べて、すべての認知機能が低下していた。しかし、女性の断酒者はサンプルが小さく、人種の偏りがあったため、やや弱いエビデンスであることが報告されている。また、Kuźma, Llewellyn, Langa, Wallace and Lang(2014)らは、米国のThe Health and Retirement Studyの中年世代のコホートを対象に、アルコール使用障害(Alcohol Use Disorder: AUD)の既往歴がある人が、高齢期に深刻な認知機能障害を呈するかどうかについて、19年間追跡した。結果、AUDの既往歴がある人は、ない人に比べて、高齢期に深刻な認知機能障害を持つリスクが約2倍であることを明らかにした。

いずれにしても、これら一連の研究は、アルコール摂取と身体疾患および認知症の発症リスクが強く関連することを繰り返し示してきた。しかし、アルコールの摂取量とこれらのリスクとの関連においては、直線的ではないことが明らかになっている。すなわち、身体疾患と認知症発症リスクと飲酒量との関連において、1日あたりのおよそ純アルコール量60gを超える多量飲酒と身体疾患および認知症の発症リスクは関連することが示されている。しかし、その一方で、全く飲酒しない群と少量～中等度の飲酒をする群を比較すると、少し飲酒する群の方が、身体疾患や認知症発症リスク、死亡率が少ないというものである。これは、飲酒量と病気の発症リスクを折れ線グラフにすると、アルファベットのJやUのような曲線を描くことから、「Jカーブ」「Uカーブ」と呼ば

れている。この効果については、疾患ごとに違いがみられ、これまでの研究では、虚血性心疾患や糖尿病、認知症等にJカーブが確認されている。しかし、最新のコホート調査結果によると、全く飲まない群と少量～中等度飲酒している群を比較すると、全く飲酒しない群の方が、認知機能障害のリスクが低いことが示されている。したがって、Topiwla(2017)らは、少量～中等度の飲酒でも認知機能障害のリスクがあることを見いだした。よって、少量～中等度飲酒が認知機能障害に対して予防効果を持つかどうかについては、見解が一致していない。

高齢者の飲酒と自殺リスクに関するエビデンス

高齢者のアルコール使用と自殺に関する研究について紹介する。我が国で実施した、中年期から高齢期の地域在住人口を対象とした長期の前向きコホート研究には、「多目的コホート研究：JPHC Study」がある。これは、1989年から国立がんセンターが主体となって、約10万人の地域在住の一般人口を対象に、生活習慣についての情報を集め、長期に追跡し、生活習慣(食習慣・運動・喫煙・飲酒)と、疾病の発症リスクの関連を明らかにすることを目的とした研究である。この研究では、全国4万3833人の40～69歳の男性を平均8.5年間追跡し、飲酒と自殺の関係を調べた。その結果、1週間あたり、エタノール換算434g(1日あたり日本酒3合以上の飲酒に該当)の多量飲酒者と、全く飲酒しない群は、1か月に1回～3回の時々飲む群と比べて2.3倍自殺のリスクが高いことを明らかにした(Akechi et al, 2006)。この研究は、飲酒量と自殺リスクに関し、日本人を対象とした数少ない前向き研究の1つである。この研究は、多量飲酒者に加え、全く飲酒しない群でも自殺リスクが高まるUカーブを示した。しかし、この研究の全く飲酒しない群には、以前は飲んでいたが、断酒した者も含まれていること、対象者の社会的背景や、その他のうつ病などの自殺リスクを高める併存疾患との関連は検討されていないため、なぜ飲酒しない群で自殺リスクが高かったのかについて明確な原因は示せていない。また女性は対象でないため性差については検討できていない。とはいえ、アルコール問題と自殺の関連については、内外の研究で、繰り返し示されている(Blow, Brockmann & Barry, 2004; 赤澤, 松本, 2010; Morin, 2013; Darvishi, Farhadi, Haghtalab & Poorolajal, 2015)。そのため、高齢者のアルコール問題を考慮する際にも重要な視点である。

以上、高齢者とアルコール問題について、一般住民を対象とした比較的長期間の追跡

研究を中心に、アルコール摂取量と身体疾患、認知機能障害の発症リスク、自殺と関連について概観した。これらのことから、高齢者における多量飲酒は、健康障害のリスクが大きいことが示唆される一方、少量から中等度の飲酒には保護的な効果もみられる。しかしながら、年齢や性別、心身機能など個々の状況により、アルコールから受ける影響はさまざまであり、高齢期における安全な飲酒量ははっきりしていないのが現状である。そのため、厚生労働省の施策、健康日本21では、65歳以上の高齢者に対する飲酒量の目安は、適量飲酒量より少ない量を推奨している。

2) 高齢アルコール依存症の治療および回復支援に関する先行研究の概観

アルコール依存症の診断と標準的な治療方法

アルコール依存症とは、飲酒コントロールの障害で、人や時、場所、摂取量などの制御が効かない状態で飲酒しつづけてしまう精神疾患の1つである。診断基準は、DSM5(Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed., American Psychiatric Association: APA, 2013)におけるアルコール使用障害(Alcohol Use Disorder: AUD), ICD10(International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision ed., World Health Organization., 1992)における、アルコール依存(Alcohol Dependence)がある。アルコール依存症の治療は、アルコールの過剰摂取により影響を受けた身体をケアする解毒期(離脱期とも呼ばれる)治療と、これに続いて、アルコールに依存していた自分自身を振り返り、飲まない生活、人生を手に入れていくことを目的とした心理社会的回復を目的とした治療がある。この解毒期治療および心理社会的治療は、伝統的には2~3か月を1単位とした入院治療によって提供される。通常、アルコール依存症の治療は、精神科を中心とした専門医療機関にて提供されることが多い(一部内科や総合病院の一部門にアルコール科が設置され治療を提供している医療機関もある)。このアルコール依存症に対する包括的な治療は、アルコールリハビリテーションプログラム:ARP と呼ばれ、全国のアルコール依存症治療施設において実施されている。ARPは、年間を通じて開催され、アルコール依存症に伴う身体および精神疾患のアセスメントを目的とした各種検査の施行、医師による定期診察、看護による入院生活上のケアに加え、1週間あたり、1回60分程度で複数回、院内で実施される各種プログラムから構成されている。各種プログラムは、お酒の害について学ぶ勉強会や、集団認知行動療法、集団精神療法(ミーティング)、抗酒剤、飲酒渴望感の低減薬

の服用方法、自助会参加の準備性を高める取り組みや、軽い運動、作業療法、退院後の生活を見据えた外泊訓練といった内容で構成される。現在、それぞれの医療機関で工夫され独自の ARP を発展させてきている。我が国のアルコール依存症治療の代表的施設である久里浜医療センターで開発された ARP は多くの医療機関で取り入れられており久里浜式と呼ばれている。近年は、入院治療に依らず、外来治療の一環として、これらのプログラムを提供している医療機関もある。

これらの標準的な治療法は、完治が治療ゴールではなく、アルコールに依存する心身からの回復を目指すことが特徴である。また、この回復のためには、長らく断酒(お酒を一滴も飲まないこと)を継続することが必要と考えられてきた。しかし、近年になって、必ずしも断酒継続を目指さなくとも、節酒(以前の多量飲酒をしていた飲酒パターンを変え、飲酒量の低減する)を治療目標とすることが、患者の症状軽減や問題の深刻化を防ぐことが可能であるとする「節酒」を目標とした治療も推奨されつつある。この新しい治療目標も含むアルコール依存症の治療ガイドラインについては、樋口・斎藤・湯本(2018)が参考になる。しかし、これらの標準治療は、若年から中年世代をターゲットに設計されており、アルコールを飲みすぎてしまうというコントロール障害から回復し、最終的には就労を中心とした社会復帰を目指す回復モデルである。そのため、すでに退職している高齢者にはなじまないことがある。また、高齢者の場合は、認知や身体の機能が低下していることがあり、一定の知的能力が必要とされる疾病教育や認知行動療法は高齢者にとって適応するのが難しい可能性がある。しかし、これまでに高齢 AL のニーズに特化し、有効性が実証されたプログラムは見当たらない。

先行研究における高齢 AL の治療状況及び特徴

我が国において、近年実施された高齢 AL を含む成人のアルコール依存症を対象とした実態調査は、堀井ら(2004)、樋口ら(2007)、樋口ら(2010)がある。また国内外で、比較的早い年齢、概ね 20 歳代～40 歳代で発症する早期発症型アルコール依存症と、50 歳代～60 歳代以降に発症する遅発型を比較検討することで、高齢 AL の特徴を把握しようとする試みがなされてきた(Zimberg,1978; 北林ら, 2004)。これらの先行研究から、高齢 AL と比較的若い年齢層の患者群を比べ、治療状況や、転帰に違いがあるかどうかについてまとめると次のようになる。

①若年者のアルコール依存症に比べアルコール摂取によって悪化する精神・身体疾患を有することが多い(高柳,五十嵐,梅野, 2003)。

②飲酒量が比較的少ないため、医療機関でも見逃されやすく治療につながるきっかけが少ない(木村, 2015).

③脳への影響が出やすく、深部白質病変や脳血管病変が高頻度にみられる(樋口, 2013).

④若い年齢(20 歳代, 30 歳代)で発症する若年発症型と, 50 歳代もしくは 60 歳代以降に発症する高年発症型に分類できる. さらに高年発症型のきっかけは, 患者の遺伝負因よりも, 退職や, 配偶者の死別等のライフイベントが関与する(樋口, 2010).

④治療転帰を断酒率(1 年~3 年)でみると, 約 60%程度であり, アルコール依存症全体の 1 年断酒率 30%程度より, 良好である(村上, 1993; 村上, 1994; 大庭, 2009).

以上のような傾向を示すことが報告されてきた.

3) 高齢アルコール依存症の治療および回復支援における問題点

我が国の高齢 AL の治療および回復支援については, 上記に示した通り, 全国的な実態調査の実施からすでに 10 年以上の年月が経過している. そのため, これらの過去のデータは, 急速な高齢化の渦中にあるわが国において, 現状を十分に反映しているとはいえない. また, これまでアルコール依存症の治療および回復支援は, すでに触れたように, 若年期から中年期の年齢層を主なターゲットにした治療・回復モデルによって運営されてきた. すなわち, 断酒して健康を取り戻した後に, 家族や周囲の人との人間関係において信頼を取り戻し, 仕事ができるようになり, 社会的に回復するというモデルである. しかし, 高齢者の場合, 仕事は退職しており, 復職するにも働き口を探すのは困難で, 信頼関係を回復したい家族も既に他界や疎遠になっていることも多い. また, 加齢により, 身体や認知機能が低下し既存の標準治療に適合しない可能性も考えられる. 以上の理由で, 高齢 AL にとって, 若年向けの治療内容や回復モデルとの間に, 不適合が生じていることが推測できる. 高齢 AL のニーズに特化した支援方法, 治療プログラムの開発が期待されている. しかし, これまでに高齢 AL の治療に関し, 目指すべき回復, や治療ゴールについて詳細に検討した文献や, 有効性の確認された治療手法も見当たらない.

他にも高齢 AL は, アルコール問題を持つこと自体, 当事者自身に, 「だらしがない, 意志の弱い人のように周囲から見られるのではないか」といった心配があるため, 援助を求めない傾向がある. DiBartolo and Jarosinski (2017)によると, 家族も高齢である当事者が, 彼らを選択した残りの人生を楽しむ価値があるとして, アルコールが問題化し

ている徴候を見逃したり、問題そのものを否認したりするという。また、医療や健康サービスの提供者も、加齢に伴う他の病気と誤解し、アルコール問題の兆候を飲み逃すことがあると指摘している。このように、未治療の見逃された高齢ALは地域に多数潜在していると思われるが、そもそもプライマリケアや介護に従事する専門家やスタッフが、依存症についての知識が不足しており、対応方法がわからず困惑しているという報告もある(岸,2011)。また、高齢者のアルコール問題を考えるとき、アルコールへ依存するきっかけは、定年退職による役割の喪失、配偶者との死別など心理的負荷の高いライフイベントの経験や、社会的孤立、ライフスタイルの変化といった心理社会要因が密接に関与することは、すでに述べた[第1章、第1項、1)高齢者とアルコール問題、高齢者のアルコール問題と心理社会的要因に関するレビューを参照]。これらの心理社会的ストレスへの対処は、高齢者におけるアルコール問題を予防するという観点からも検討すべき重要な課題である。

一方、高齢ALに伴う認知機能障害も見過ごすことはできない深刻な問題である。元来、アルコールの過剰摂取は年齢に関係なく、認知機能低下を引き起こす。しかし、若年者では断酒後に自然回復がみられるところ、高齢者の場合は、蔓延や増悪、変性性疾患の認知症の合併などがみられ、断酒後も回復しづらい傾向がある(松下,2010b; Caputo et al,2012)。しかしながら、高齢ALに認知機能障害を伴った場合の臨床特徴や治療状況等についての調査研究は不足している。そこで、本論文では高齢ALという問題の中の、とりわけ高齢ALに伴う認知機能障害に着目して研究を進めることにした。次の項では、アルコール依存症に伴う認知機能障害に関する研究を概観する。

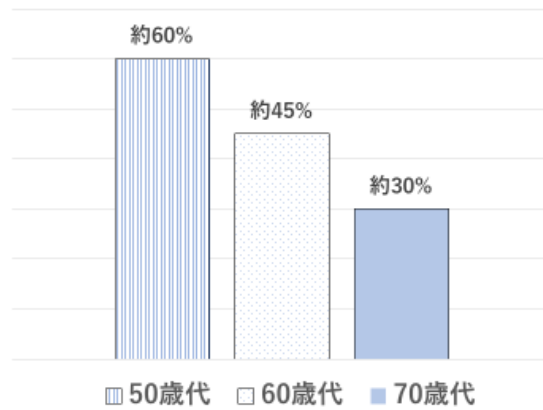
2. 高齢アルコール依存症に伴う認知機能障害に関する研究動向

アルコール依存症は、高頻度で認知機能障害が伴うことが知られている。これは、アルコール性認知症(Alcohol-Related Dementia: ARD)と呼ばれる。ARDは、断酒後に自然回復がみられる(Goldman, 1983; Asada et al, 2010; Draper, Karmel, Gibson, Peut & Anderson, 2011a)。そのため、回復可能な認知機能障害(reversible cognitive impairment)とされる。しかし、高齢ALに伴う認知機能障害は、断酒後のMMSE得点の改善する割合で若年層と高齢者を比べると、改善する割合が低いという報告がある(松下,松井 & 樋口, 2010)。松下ら(2010)の掲載図を参考に、Figure1に年代別の断酒後のMMSE得点の改善率を視覚的に理解しやすいようにモデル図を提示した。これより、高齢者のアルコール依存症に伴う認知機能低下は、断酒後一定期間を経た後も回復しづらい傾向にあることが窺える。本項では、アルコール依存症に伴う認知機能障害について、以下、ARDと表記し、研究動向について取り上げる。

1) アルコール性認知症の診断基準、疫学データ、神経病理学的背景

ARDは、病因や臨床像が複雑で、病理学的実証が難しいため、単一の疾患として診断基準は確立していない。しかし、臨床現場では高頻度に経験する病態のため、ARDの診断には、主に以下の基準が主に用いられている。すなわち、DSM5(Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed., American Psychiatric Association: APA, 2013)における物質誘発性神経認知障害(substance-induced major neurocognitive disorder)、そして、ICD10(International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision ed., World Health Organization., 1992)では、アルコール誘発性持続性認知症を伴うアルコール依存症(Alcohol dependence with alcohol-induced persisting dementia)、さらにOslinらの暫定的臨床診断基準(Probable alcohol related dementia)がある(Oslin, Atkinson, Smith & Hendrie., 1998)。あるいは、より広義にAlcohol Related Cognitive Disorder: ARCD(Kapaki, Liappas, Paraskevas, Theotoka & Rabavilas, 2005)や、Alcohol Related Brain Damage: ARBD(Heirene, John & Roderique-Davies., 2018)と表記されることもある。これらの診断基準はそれぞれ、含める症状や状態が異なっている。

断酒後のMMSE得点の改善率のモデル
(入院後1か月時点と3か月時点のMMSE得点を比較, 10%以上得点が改善した割合)



出典：松下ら(2010),p776,図2を基に簡略化して掲載

Figure1 断酒後の年代ごとの MMSE 得点の改善率のモデル図

※年齢が上がると,断酒後も MMSE 得点が改善しづらいことを示すため,著者が松下ら(2010),p776, 図2を参考に独自に作成. 図表内の数値は,実数ではなく目安の数値である.

以上のように、診断基準がはっきりしないため、先行研究間の比較をすることは容易ではないが、ARDの疫学データについて、Cheng et al(2017)は、過去25年間の研究を対象にシステマティックレビューを行った。その結果、9つの論文が抽出され、ARDの男女比率は、0.56(Rains & Ditzler, 1993)～4.56(Draper, Karmel, Gibson, Peut & Anderson, 2011b)で、有病率は、入院患者で1.19/1000(Draper et al., 2011b)から、高齢者ケアを専門とするクリニックにおけるアルコール依存症患者の頻度は、25.6%(Saxton, Munro, Butters, Schramke & McNeil, 2000)と報告した。また、若年層30歳～64歳を対象とした有病率は、対人口10万人に8.27人であるのに対し、45歳～64歳では、対人口10万人に13.91人であった(Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. : DSM-IV, APA, 1994)。

また、ARDの神経病理学的要因として、アルコールは直接的に、前頭葉皮質、視床下部、小脳にダメージを与える(Harper, 1998)。ARDの発症機序を説明する仮説には、アルコールという物質がもつ神経毒による影響と、多量飲酒による代謝異常と栄養障害が重なることで引き起こされるチアミン(ビタミンB1の1種)の欠乏による認知機能障害の両方がある。このうちチアミン欠乏による記憶障害を中心とした病態は、ウェルニッケ・コルサコフ症候群(Wernicke's-Korsakoff syndrome: WKS)と呼ばれている。WKSは、眼球運動障害、失調性歩行、意識障害を3徴とする急性の病態であるウェルニッケ脳症と、これが慢性化し、前向き健忘や、見当識障害を呈したコルサコフ症候群を合わせた疾患名である。WKSとARDの違いは、ARDは全般認知機能とともに短期記憶も障害されるが、WKSは記憶障害が目立ち、見当識障害や作話がみられることがよく知られている。その一方で、ARDの解剖学的分析から、WKSが生前中は臨床上診断されることは少なく、見逃されている可能性が指摘されている(Harper, 1983)。ARDはWKSの1種であると考える人もいる(Oslin, 1998; Zahr, 2011)。このように両者を病理学的、神経学的に区別するかどうかについては、未だ見解は一致していない。

2) アルコール性認知症とその他の認知症との違いに関する研究

これまで多くの研究者が、ARDとその他の認知症とを見分けるため、これらの違いについて、神経心理検査、脳画像検査、生理指標、カルテ調査を用いて、AD(Alzheimer's Disease)やVaD(Vascular Dementia)などの認知症と比較を試みてきた。以下、ARDとその他の認知症との違いを比較検討した研究を概観する。

神経心理検査は、通常複数の心理検査や知的機能の諸側面を評価するために開発された課題を組み合わせたものである。神経心理検査は、患者の認知機能障害のスクリーニングや、個人内の偏り、機能障害の重症度などを評価するために用いられる。この神経心理検査を施行し、得られた結果の所見パターンから、ARD とその他の認知症の違いを把握しようと試みた研究がある。例えば、Schmidt et al(2005)によると、ARD は、VaD と同等の遂行機能障害を示し、AD に比べると記憶障害の程度は深刻ではない。しかし、皮質下認知症の患者に比べ、短期記憶を評価する単語の自由再生と再認課題で成績が低下していた。これより、Schmidt et al(2005)は、ARD は大脳皮質と大脳皮質下の両方の神経病理との関連が示唆されたと結論づけた。また、Saxton et al(2000)は、ARD と認知機能が正常のアルコール依存症患者、AD 患者、健常者を対象に神経心理検査を実施し、4 群を比較した。結果、AD 患者は、ARD と比べ、命名課題、記憶の再認課題、動物名称の流暢性、見当識に関して成績が低下した。一方、ARD は、言語記憶の再認課題については健常者と有意差はなかったと報告した。しかし、この研究はサンプル数が小さいため、予備的な結果と捉えることが妥当である。この他 ARD は、遂行機能障害と見当識障害、脱抑制、不注意などの行動変化も含むという特徴がある(Ikeda, 1991)。また、Liappas et al(2007)においても、ARD と中等度の進行段階の AD、健常者に神経心理検査を複数施行しプロフィールを比較した。その結果、ARD における語の流暢性、ワーキングメモリ、前頭葉機能は AD と同程度に障害されていた。一方記憶に関する問題の成績低下は、AD の方がより顕著であった。これらを総括すると、神経心理検査による ARD の特徴は、AD と比べて全般的な認知機能障害の程度は軽く、言語機能は比較的保持されやすい。しかし語の流暢性は ARD では低下する傾向にある。また、前頭葉機能障害を中心とした遂行機能障害が特徴的である。一方、ARD と健常者を比較した場合は ARD の方が短期記憶を含む認知機能障害が認められる傾向が示唆される。

次に、磁気共鳴画像、Magnetic resonance imaging: MRI で撮影した頭部画像を検証することで、ARD に特徴的な脳の組織的な形態変化や、認知機能障害の責任病変部位を特定しようとする試みに関する研究を紹介する。O'Brien et al(1997)は、MRI, T1 強調画像を用いて、AD, VaD, うつ病患者、さらに ARD を含むその他の認知症患者と健常者を比較した。この研究では、特定の脳領域の萎縮度を正常、軽度、中等度、高度の 4 段階で評価した。結果、側頭葉の内側に位置する海馬前部の萎縮は、AD で最も高度

であり、海馬前部の萎縮度は AD と ARD を含むその他の認知症を区別するのに有用であると結論づけた。また、本邦の報告によると、アルコール依存症者の頭部 MRI 画像の特徴として、前頭葉萎縮や脳室(脳側室および第 3, 4 脳室)、脳室全体の拡大、脳溝の拡大が認められる。これらの兆候に加えて、高齢 AL では、深部白質病変が高頻度に認められる。さらに、脳梗塞の頻度も高く、60 歳代のアルコール依存症者は、健常高齢者の 3~4 倍であるという(松井ら, 2016)。高齢 AL に伴う脳梗塞の大部分は無症候性多発性脳梗塞の所見が多いことも特徴である。また、松下ら(2010b)は、MRI の脳形態画像の統計解析システム、VSRAD を用いて、アルコール依存症者と、飲酒には問題のない AD、健常高齢者について、海馬傍回および脳全体の萎縮度を計測し比較した。その結果、海馬傍回の萎縮度は、AD より、アルコール依存症の方が低かった。一方、健常高齢者と比べると、アルコール依存症者は有意に海馬傍回の萎縮度が高かった。さらに、脳全体の萎縮度は、ARD 患者と AD を比べると、ARD の方が脳全体の萎縮が高い傾向を認めた。また、Mochizuki et al(2005)は、びまん性の白質萎縮の程度の指標である CSCT(central sensory conduction time)および MRI 所見と、代表的な認知機能テストである MMSE の得点との関連を比較した。それぞれ軽度、中等度の ARD と AD、健常者の 4 群で比較したところ、軽度~中等度の ARD で、MRI 所見と CSCT で得られた脳ダメージの予測値と、中等度~重度の認知機能障害が関連していた。これより、画像検査で観察されるびまん性白質萎縮は、ARD の認知機能障害を引き起こす 1 つの原因である可能性を指摘した。以上のことから、ARD の MRI 画像所見の特徴として、前頭葉を中心に脳全体の萎縮を認めること、脳室や脳溝、白質などの脳の深部の病変がみられるのが特徴である。また、ARD と AD を比較すると、記憶や学習に関与している海馬は AD の方が萎縮していた。一方、脳全体でみると、ARD の方が、萎縮度が高い傾向にあった。また、ARD における認知機能障害の責任病変は特定領域のみでなく、白質におけるびまん性の萎縮をはじめ複数の領域が関与している可能性があげられる。ただし、いずれも比較的小さいサンプルでの比較検証であるため、ARD における MRI 所見の特徴と認知機能との関連性については、今後も引き続き検証が必要である。

また、生化学指標による比較は、脳脊髄液検査を用いた研究がある。Kapaki et al(2005)は、AD のバイオマーカーとして知られる CSF(Cerebrospinal Fluid;脳脊髄液)tau と β -amyloid(1-42)($A\beta$ 42)、およびそれらの比率 tau/ $A\beta$ 42 ratio を用いて、AD から ARD

を区別することを試みた。その結果、CSF tau と $A\beta 42$ を組み合わせた指標は、早期の AD から ARD を鑑別診断するのに有用と結論づけている(特異度 100%, 感度 97%)。また、本邦では、Matsushita et al(2008)による脳脊髄液中の総タウ蛋白(CSF total tau protein), CSF p-tau₁₈₁, $A\beta 42$ を用いた研究がある。Matsushita et al(2008)は、ウェルニッケ脳症とその他の認知機能低下の状態にある患者(アルコール離脱せん妄, コルサコフ症候群, アルコール依存歴のない AD)と比較した。その結果、急性期のウェルニッケ脳症患者における CSF total tau 濃度は、アルコール離脱せん妄患者、コルサコフ症候群患者、およびアルコール依存歴のない AD 患者と比べ有意に上昇するが、慢性期には減少することを報告した。これより、アルコール依存症患者に伴うウェルニッケ脳症の急性期には、急激な神経細胞死が生じるが、これらは一過性であり、脳の神経細胞が徐々に減少する進行性の神経変性疾患である AD との違いを指摘した。

これらの脳脊髄液を用いてアルコールによる認知症とその他の認知症を比較する方法は、脳内で生じている生物学的な変化を捉えるのに精度の高い手法の1つである。しかし、今のところ日本では検査が実施可能な施設に限られるのに加え、患者への身体的負担が大きいため日常診療に普及しているとは言えない。

次に、カルテ調査を用いて ARD とその他認知症を比較して、病歴やリスク因子、心理社会的背景を報告した研究を紹介する。この手法は、既に起きた事象について、過去に遡ってある要因と関連する要因の関連性を明らかにすることを目的に、患者の情報が集約、蓄積された記録を用いて、ある疾患とその治療を経験した特定の患者層を抽出し、関心対象の要因について検討する。Clinical record review, あるいは Medical chart review と呼ばれる(Vassar & Holzmann, 2013; Sarkar & Seshadri, 2014)。以下、この手法を用いて ARD とその他の認知症を比較した代表的な研究3つを紹介する。

第一に Carlen et al(1994)の研究がある。この研究は、カナダのオンタリオ州にある5つの精神科病院や老人ホームを含む、長期入所施設にいる50歳以上の320人を対象とした。対象者全員に、面接を行い、認知症の診断タイプを明確したうえで、カルテから背景情報を収集した。平均年齢は、 81 ± 9 歳で、52%が女性であった。さらに、この320人から130人をランダムに抽出し、認知症診断について詳細に検討した。その結果、認知症の診断タイプごとに4つに群分けした。内訳は、ARD31人(24%), AD46人(35%), VaD19人(25%), その他複数が混ざった群、28人(22%)であった。これらの群

間には男女比率と年齢，入所期間に有意差を認めた。まず，男女比について，AD は 1:2 で，女性が多く，ARD は 3:1 で男性が多かった。そして VaD とその他認知症群の男女比は，1:1 であった。また，各群の平均年齢は，ARD が他の 3 群よりも 10 歳以上若かった。入所期間の長さは，他の認知症群における約 4 年間に比べ，ARD はその約 2 倍で 7.5 ± 5.4 年で長期に及んでいた。また，認知症の重症後評価の簡易尺度である CDR: Clinical Dementia Rating (Morris, 1993) を測定すると，ARD 群とその他複数が混ざった群は，AD，VaD に比べて，認知障害がより軽かった。また，全般的な認知機能を短時間でスクリーニング可能な MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) の各群の平均点比較では，AD が 11.0 ± 7.1 ，ARD が 14.5 ± 6.2 ，VaD が 15.7 ± 6.0 ，その他の認知が 17.4 ± 7.3 で，ARD が AD に次いで低成績だった。しかし，この研究で判明した最も興味深い結果は，調査班が ARD と診断した 31 名のうち，事前に ARD と診断されカルテに記載されていたのは，わずか 7 名に過ぎなかった。残り 26 名は，原因不明の認知症や器質性脳障害など他の診断が下されていた。

第二に，Oslin and Cary (2003) は，米国の退役軍人の老人ホーム入所者を対象に，認知機能について，入所日から 2 か月以内に，構造化面接およびカルテ調査を用いて，該当する認知症診断のタイプについて調べた。結果，192 人のデータが得られ，そのうちの 82% にあたる 158 人は何らかの認知症タイプに該当した。このうち，ARD は 16 人 (10.1%) にあたり，AD 疑いは 26 人 (16.5%)，VaD は，46 人 (29.1%)，混合型や，原因が確定できないものは，70 人で全体の 44.3% を占めた。そして ARD の特徴として，MD や VaD など他の認知症と比べて，年齢が若く，認知機能障害が軽症，未婚の傾向が高く，社会的に孤立して，男性が多かったと報告した。

第三に，Draper et al (2011b) は，オーストラリアのニューサウスウェールズ州における 222 病院を対象とした大規模な電子カルテ調査を実施した。これは，The Hospital Dementia Services Project (HDS) と呼ばれる。この研究で Draper らは，50 歳以上で入院歴のある ARD を抽出し，その他の認知症と比較した。注意すべきは，この研究では，ARD の中に，ARD の臨床診断に加えて，AD や VaD，レビー小体型認知など，その他の認知症を合併しているものも (ARD with mixed diagnosis: 混合診断の ARD) として ARD に含んだ点である。最終的に 20793 人の 50 歳以上で認知症を持つ患者カルテが抽出され，このうち 300 症例が ARD に分類された。その結果，ARD 患者全体の傾向として，他の認知症に比べ，平均年齢が若く (63.9 ± 9.3 歳)，男性 (全体 82%) が多く，

てんかん発作と肝障害の合併率が高く、大腿骨骨折と脳卒中の合併は少なかった。また、入院理由は、精神的および行動面の障害が多く、認知症症状を理由とした入院は全体の6%であった。またARDは、他の認知症に比べ、身体疾患の症状悪化(1/3は肝障害)で入院する頻度が高かった。退院時は全882回の延べ入院回数の中の約7%が老人ホームへ入所、死亡が5%、自己都合退院が3.7%、転院2.8%であった。全体の80%は自宅に戻っていた。さらに、上述したように、この研究では、ARD群に混合診断のARDを含んでいたが、部分的に混合診断のARDの特徴が報告されている。混合診断のARDは、アルコール急性中毒と、アルコール誘発性精神病症状の合併が多かった。また、輸血と消化器系の処置の頻度は低く、健康関連サービス^{脚注6}の利用頻度は高かった。また混合診断のARD群の平均年齢は71.3±8.8で、ARDのみの群より高い傾向にあった。以上をまとめると、ARDとその他認知症を比較して、病歴やリスク因子、心理社会的を検討すると、ARDは年齢が若く、男性が多く、単身者や施設の長期入所者が多い傾向にあった。また入院理由は、肝障害を中心とする身体疾患が多く、ARDの診断や、アルコール依存症診断が見逃される傾向が顕著で、アルコール依存症としての治療を受ける機会のない症例が多く存在する可能性が窺える。

3) 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の臨床特徴や転帰

これまで、高齢ALは、若年患者に比べて、専門治療後の予後として、治療へのアドヒアランスや、断酒率が良いことが報告されてきた。しかし、認知機能低下を合併した高齢ALの臨床特徴や転帰に関する調査研究は少ない。本邦では、三富ら(1999)の報告があり、認知症または健忘障害を合併した高齢の男性患者を対象に、専門医療機関治療後の追跡調査を行った。これらの対象者にはARD、VaD、多発性脳梗塞を伴う症例、頭部外傷後の認知機能障害を含んでいた。この調査では、79例からデータを得て、退院後約2年時点(625.9±239.8日)での予後および断酒率を調べた。結果、8例(10.1%)が死亡していた。死亡例を除く69例のうちの断酒率は47.9%、飲むこともあったが断酒している率は16.9%、節酒14.1%、再飲酒は21.1%であったと報告した。これより、一般的に専門医療機関で治療を受けたアルコール依存症の断酒率が2~3割と比べると、

⁶ オーストラリアでは、医学的処置以外の医療サービス(ソーシャルワーク、作業療法、心理療法などの総称をAllied Health Servicesと呼んでいる。

全体で6割程度が断酒していたことになり、認知機能障害を合併した高齢ALは断酒率で予後を評価すると比較的良好といえる。しかし、この調査対象者の年齢は、 62.3 ± 7.6 歳と2019年現在の高齢者の定義、65歳からすると少し若い年齢層であったこと、また家族と同居している者の率が63.3%と高率で家族のサポートが得られる患者層であったこと、調査時点で、対象者の21.5%が入院中、施設入所中が6.3%と約3割が自宅外にいたことなども考慮した上でこの結果を解釈する必要はある。さらに、この研究の注目すべき点は、入院中のMMSE得点と退院後の断酒率との関連が検討されていることである。結果、専門医療機関の入院中に測定したMMSEスコアと、退院後約2年が経過した時点での断酒率に有意差はなかったと報告している。この結果は、退院後、認知機能障害が自然回復した症例も数多く含まれていた可能性も考えられるが、MMSEで評価される認知機能障害と断酒予後との関連について検討している稀少な研究である。しかしながら入院中のMMSE得点と断酒予後との関係を結論づけるには、今後より詳しい検討が必要である。

以上、認知機能低下を伴う高齢ALの予後調査について紹介したが、これ以外の先行研究をまとめると、上記の報告同様に、予後は比較的良好とする報告(村上ら, 1993 & 1994)がある。また和気(2015)は、環境調整を中心に治療計画を立てることで、断酒生活が維持される症例を多く経験していると報告した。その一方で、家族の介護負担が大きく、困りを抱えている(福田, 井上, 加島, 2012)という報告や、認知機能低下を伴う高齢ALの治療では、教育アプローチが容易ではなく、解毒治療のみに終始しがちである(遠山, 樋口, 2017)という報告もあり、断酒率や、専門治療を受けた場合の予後は良好とする場合と、対応には困難を要するという報告があり見解は一致していない。いずれにしても少数例の調査や症例検討が多く、実証的データが不足しており、明らかになっていないことが多い。

4) 高齢アルコール依存症に伴う認知機能障害の理解および対応に関する問題点

以上、病理学的背景や臨床特徴から、ARDは、AD、VaDなどの他の認知症とは異なる性質を持つことを紹介してきた。しかし、アルコール依存を疑う飲酒歴があり、認知機能障害を呈する高齢患者のアセスメントでは、認知機能低下の原因を特定するのは難しい。その理由として、認知機能低下の原因をきたす要因には、過度のアルコール摂取によるエタノールの毒性効果の他に、進行性の認知症や、チアミン欠乏によるウェルニ

ッケ脳症、肝性脳症等さまざまな原因が想定され、それらが交絡している。例えば、早期段階の AD と ARD の臨床症状は、記憶や学習が障害されるといった点で似ているため、臨床現場で両者を見分けるのには臨床家にジレンマを生じさせるという (Kapaki et al,2005)。そして実際の臨床現場では、ARD にさらに、AD や FTD(Front Temporal Dementia: 前頭側頭型認知症)などの認知症が合併している症例(混合認知症: Mixed Dementia:MD)も、しばしば経験する。したがって、ARD とその他の認知症では、治療方法や経過が異なるために、これらを区別することは重要である。しかし、ARD に他の認知症が合併している MD と、ARD のみの場合には、経過や治療法が異なると思われるが、これらの違いはよくわかっていない。これらの適切な治療方針の決定や、予後の予測のためにも、両者の違いを捉えることは重要である。さらに、高齢 AL で認知機能障害を伴うとき、どのような治療・対応がなされているのかについて、先行研究は少数サンプルの転帰調査や事例研究が主であり、これまで量的に検討した報告は見あたらない。以上のことから、認知機能低下のある高齢 AL 患者の臨床特徴や転帰は十分明らかになっておらず、量的な調査を実施し、より詳しく調べる必要がある。

3. アルコール依存症を対象とした認知機能改善プログラムに関する研究動向

本章第 1 項および第 2 項で述べたように、高齢者の多量飲酒は、身体および認知機能にダメージを与え、様々な疾患の発症や自殺のリスクを高める。そして、不運にも高齢期にアルコール依存症に罹患し専門治療を受けた場合、治療への反応は比較的良いという報告がある一方、専門治療につながっても、若年～中年者向けに作られたプログラムには適応せず解毒治療に留まるといった意見もある。総じて、現状は高齢 AL に適した治療回復のモデルはいまだはっきりしていない。さらに、高齢 AL に認知機能障害を合併し、ARD となると他の認知症との鑑別が困難になり、アルコール依存の問題が見逃される。このような状況に対し、海外では、対象は高齢者ではないが、ARD の認知機能改善を目的としたセラピーやプログラムの開発がなされてきた。これらの一連の認知機能改善プログラムは、認知リハビリテーション(Cognitive Rehabilitation: CR)と呼ばれ、注意、記憶、遂行機能等の障害に対して一定の訓練を実施し、認知機能改善を目指すアプローチである。CR は、もともと脳損傷や脳卒中に伴う認知機能低下に対し実践され知見が蓄積されてきた。しかし、近年になって、CR は統合失調症や ADHD 患者の前頭葉機能の改善をねらった治療に応用されてきている(宮 et al., 2017; Azami,

Talepasand, Nazifi & Boogar, 2017). さらに海外において、アルコール依存症を含む物質依存症患者に対しても CR が、試みられており、レビュー文献(Bates et al., 2013)や、アルコールを含む複数の物質依存症患者に対する CR の効果を検証する臨床介入試験(Mathai et al., 1998; Alfonso, et al., 2011; Rupp et al., 2012; Gamito et al., 2014; Carlos, Alfonso, Antonio, 2016; Cindy et al., 2018)が実施されてきている。これらの研究結果から、全般的認知機能、遂行機能障害を含む前頭葉機能、ワーキングメモリ、情報処理速度の改善、Quality Of Life: QOL などへの改善効果が報告されている。なお、CR の具体的な手法には、多面的な認知機能の中でも、どの側面の機能回復をターゲットとするかにより様々な訓練課題が開発されている。例えば、コンピューターに代表される電子デバイスを用いたもの(Gamito et al., 2014)や、特定の作業訓練課題を用いた、Goal Management Training: GMT(Brian et al., 2011; Stamenova, Levine, 2018)がある。電子デバイスを用いる場合には、テレビゲームやクイズのようなソフトウェアもしくはアプリケーションの形式を採ることが多い。具体的な課題としては、画面上に様々なイラストや文字などが出てきて、条件に合うものを選択したり、合理的な問題解決をする手順などを学習したりする。これによりワーキングメモリや、遂行機能の改善を図る。そして、このようなソフトウェアを用いることの利点は、対象者のレベルに合わせて難易度が調整されるようにできているため、モチベーションが維持しやすいことである。一方、作業訓練を用いたものには、紙と鉛筆を用いて、処理速度や運動機能の回復を狙ったものにはじまり、料理や掃除など日常生活に必要な動作を通じて、注意や記憶、目標管理スキルを学習するもの、または、数学的なゲームやパズル(ロンドン塔,ハノイの塔)などの作業に取り組み、そのプロセスをリハビリテーションに活用する課題がある。このように CR は、様々な手法があるが、これまで高齢 AL に対する認知リハビリテーションの介入効果については、海外でも本邦でも報告されていない。そこで、本研究では、特に Bates et al(2013)らの、前頭葉機能障害患者における認知機能障害と ARD における認知機能障害の様相が一致するという指摘に着眼した。そして、高齢 AL、および高齢患者の ARD に対し、前頭葉機能すなわち遂行機能障害の改善をねらった CR の実施を試行することを着想した。本研究では(柴崎, 2012)に紹介された手法から、高齢 AL に無理なく楽しく実施でき、負担が少ない訓練課題を選定して、プログラムを開発し、効果検証をすることとした。本研究計画および結果の概要は、第 5 章に記す。

4. 用語の定義・解説

以下、本研究で用いている用語について簡潔に説明する。

① 高齢者の定義

研究1では、60歳以上を高齡患者、研究2、研究3では65歳以上を高齡患者とした。

② 高齡アルコール依存症[高齡AL]

DSM5 および ICD10 で診断基準に該当する者のうち、概ね60歳以上の高齡期にアルコール依存症に罹患している患者のこととした。

③ 専門医療機関

アルコール依存症に対し、専門的に治療するための知識、技能、人材、治療プログラム等が整備されている医療機関のことを指す。主に精神科病院や精神科クリニックで上述した専門的な治療を提供しているが、一部には総合病院や内科病院でも専門治療を提供している施設がある。

④ 認知機能障害・認知機能低下

本研究における認知機能とは、理解・判断・論理などの知的機能の総体を指しており、知覚・判断・想像・推論・決定・記憶・言語理解といったさまざまな要素が含まれる。また、本研究では、認知機能の障害と認知機能低下は同義で用いている。主な症状は、物忘れからはじまる記憶の障害のほか、判断・計算・理解・学習・思考・言語などを含む脳の高次の機能に障害がみられる状態といえる。本研究では、ある特定患者における認知機能障害または、認知機能低下の有無の判断基準は、その患者の主治医の臨床診断に基づくこととした。

⑤ アルコール性認知症:Alcohol Related Dementia

本研究では、ARDを「アルコール依存症に伴う認知機能障害のうち、主な発症原因がアルコールの過剰摂取が影響を受けており、断酒後も持続していて、かつ他の特定の認知症を除いたもの」と定義した。

⑥ 遂行機能 Executive Functions

行動を認知的に制御するのに不可欠な一連の過程で、Lezak (1995) は、遂行機能を①目標の設定、②計画の立案、③目標志向的活動、④効果的な行動の4段階で捉えるモデルを提示した。高次脳機能の中でも、大脳の前頭前野の働きとの関連が指摘されている。

第2章 本研究の目的

1. 本研究の目的

本研究の目的は、第一に、高齢ALおよび認知機能低下を伴う高齢ALに関して、最新の治療状況および臨床特徴を把握することである。そして第二に、これらの知見をもとに、高齢ALに併存する認知機能障害に対し、良好な認知機能の維持および増悪の予防を狙った認知機能改善プログラムを開発し、その有効性を検証することである。これらの問題を解決することで、高齢ALの依存症治療ゴール設定と、回復のために必要な支援についての基礎資料を得ることが期待できる。

2. 本論文の構成

本論文の構成は、Figure 2 に示した。まず、研究1で、日本全国の専門医療機関のスタッフに向けて高齢AL治療に関するアンケート調査を実施した。これにより、日常的にアルコール依存症治療に従事するスタッフからみた高齢ALの治療状況を把握した。

次に、研究2では、専門医療機関に入院した高齢ALが実際にどのような治療、サービスを受けていたのかについて、患者ごとに把握するため、後方的カルテ調査を実施した。さらに研究3では、研究1および2の実態調査で得られた知見に基づいて、高齢ALの認知機能改善をねらいとした認知リハビリテーションプログラムを開発した。そしてランダム化比較対照試験によりこのプログラムの有効性を検証した。本論文では、以上の3つの研究を通じて得られた知見を基に、高齢ALの治療状況に関する最新動向を提示し、高齢ALに対する認知機能障害の特徴および認知機能改善プログラムの効果について論じる。そして最後に、高齢ALにとっての治療ゴールの設定と回復のために必要な支援について考察する。

本論文の構成 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の治療状況および認知機能改善プログラムに関する研究

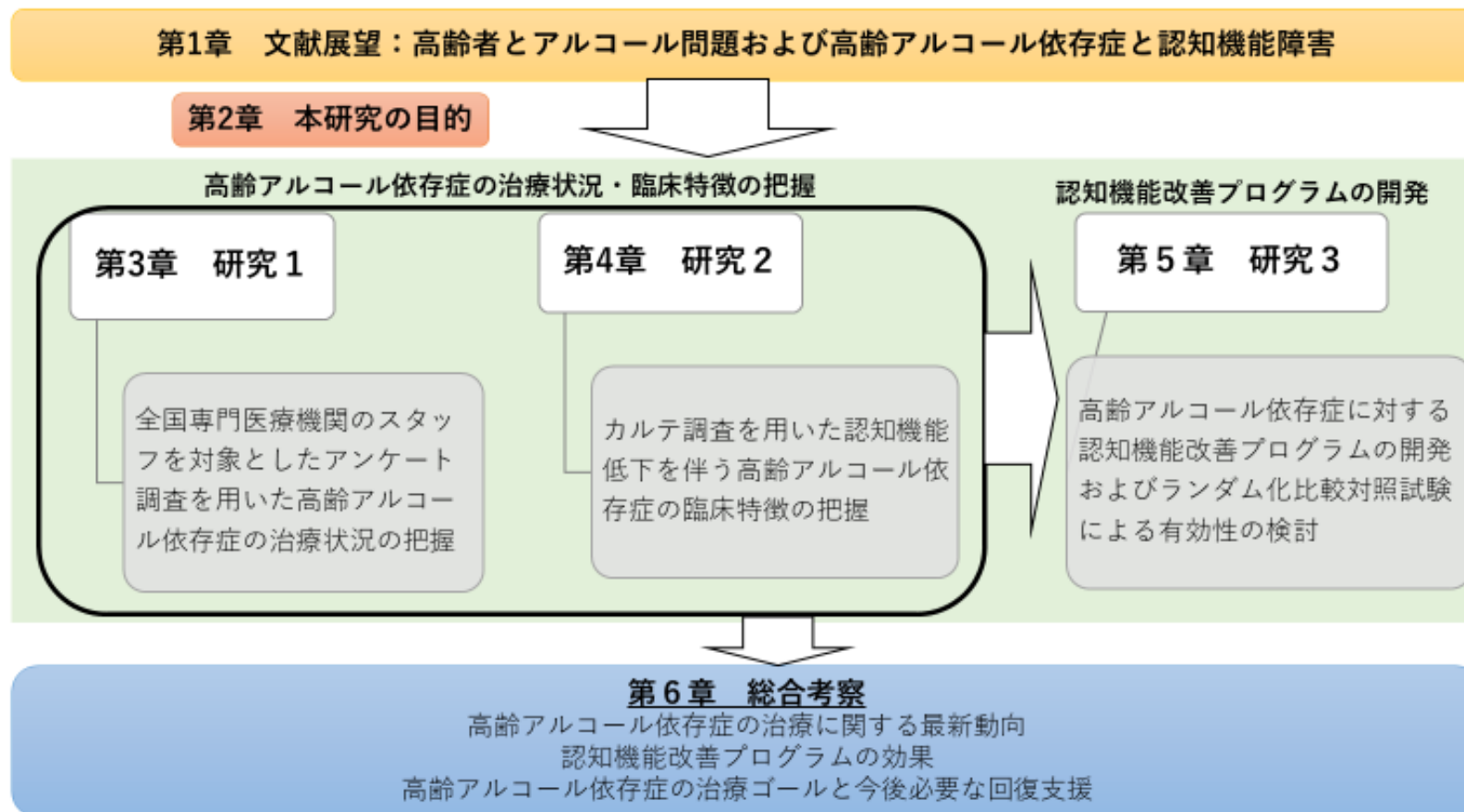


Figure 2 本論文の構成

第3章 高齢アルコール依存症の治療状況

～全国専門医療機関のスタッフを対象としたアンケート調査～(研究1)

1. 目的

第1章で述べた通り、高齢ALへの対応や予後について、先行研究では症例報告や少数サンプルの調査は存在しているが、一般化可能な実証的データは不足している。また、高齢ALに認知機能低下を伴った場合の治療状況や、必要とされる支援について、量的に検討した報告はこれまで見当たらない。そこで研究1では、専門医療機関における高齢患者の治療状況を把握した上で、認知機能低下を伴う高齢ALの現状を明らかにすることを目的としてアンケート調査を実施した。この調査では、アルコール医療に従事する支援者、サービス提供側の観点からの実態把握に焦点化して実施した。以下、調査方法、結果について報告し、高齢ALに関する治療状況および今後必要な支援について新たな知見が得られたので報告する。

2. 方法

1) 対象

対象施設は、インターネット上に公開されている情報、および先行研究、白川(2016)を参考に、アルコール依存症に対する専門医療を提供し、治療プログラムを有している医療機関を著者が独自に選定した。対象施設の選定期間は、2016年9月15日から同年11月1日であった。1施設あたり1部の無記名式アンケート調査票を郵送配布した。配布部数は、合計130施設(130部)であった。アンケートの回答者は、専門医療機関に勤務し、日常的にアルコール治療に関わっている専門職スタッフ(医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士等)1名を施設の責任者に選出してもらうよう依頼した。あらかじめ返信用封筒を同封し、郵送にて回収した。調査の実施期間は、2016年10月～2017年2月であった。

2) 調査内容

調査票は樋口, 杠, 松下 & 宮川ら(2007)を参考に、著者が独自に作成した。今回の分析に用いた項目は以下のとおりである。

(1) 基本属性

回答者の職種、性別、年齢、アルコール治療に従事した経験年数、および施設の所在地(都道府県)、施設種別(病院・診療所)について情報を得た。

(2) 各施設のアルコール治療形態・治療プログラム内容

各施設が提供する治療体制・形態について尋ねた。アルコール専門外来(以下;専門外来)、アルコール専門デイケア(以下;専門デイケア)、アルコール専門病床(以下;専門病床)、アルコール専門病棟(以下;専門病棟)の有無について回答を求めた。なお、用語の定義は以下のように定めた。「専門外来」は、来院時の主訴がアルコール問題である方を対象とし、専門外来枠を標榜している場合とした。「専門デイケア」は、アルコール依存症の外来治療の一環として実施されるデイケアとした。「専門病棟」は、常時入院患者の50%以上がアルコール依存症である病棟とした。「専門病床」は、専門病棟の基準は満たさないが、常時5名以上のアルコール依存症の患者が入院している病床とし、それぞれアンケート調査票に注釈を加えた。また、各治療形態で提供しているアルコール治療プログラムの内容、種類についての設問(例:「酒害教育」「認知行動療法」「グループミーティング」)を作成し、回答を求めた。

(3) 各施設の利用者人数および高齢者の占める割合

アンケート記入日時点における各治療形態の利用者人数、さらに高齢や認知機能低下のため既存のプログラに適応できていない患者数について尋ねた。また、治療形態ごとに高齢者の占める割合(以下、高齢化率)を、{10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%}のうちいずれか1つを選択するよう求めた。なお、高齢ALについて、今回の調査では、先行研究(樋口, 2010; 村上, 1993; 村上, 1994; 堀井 et al., 2004; 樋口 et al., 2007)と比較するため、60歳以上を高齢者とした。

(4) 高齢ALへの対応に関する項目

「認知機能低下を伴う高齢ALに対応するときに、負担に感じていること、困っていること」について尋ねた。項目は著者が独自に作成し、複数回答可とした。項目内容は、1)入院が長期化する、2)家族の協力が得られにくい、3)プログラムに参加できない、4)身体的ケアが多く援助に時間がかかる、5)治療目標(ゴール)が設定しづらい、6)本人の理解力不足で治療が思うように進まない、7)否認が強い、8)本人がアルコール治療に対するやる気がない、9)外出して戻ってこないことが頻繁にある、10)金銭管理が困難で生活面の見守りが必要、11)キーパーソンが不在で相談できるひとがない(合

計11項目)であった。

また、他にも自由記述で回答を求めた項目には、「高齢ALへの対応に関する項目」のうち、「認知機能低下を伴う高齢ALに対応するときに、負担に感じていること、困っていること」であった。なお、「認知機能低下を伴う高齢AL」という用語について、何を根拠に「認知機能が低下している」と判断するかという点について、本アンケート調査では明確な診断や検査に基づいた基準を回答者に提示しなかった。したがって本研究では、「認知機能低下」という用語は、「当事者の年齢で期待される正常な認知機能より劣る」を含む広義の概念とし、どの程度の認知機能の衰えを「認知機能低下」とするかは、回答者の臨床的判断に委ねた。

3) 統計解析

(1) 基本属性、各施設のアルコール治療体制・形態の分析

数値は基本統計量を算出した。また、カテゴリカル変数については、頻度および全体に対する割合を算出した。

(2) 治療形態別の高齢化率の分析

高齢者の占める割合について、「専門外来」、「専門デイケア」、「専門病床」、「専門病棟」ごとに、頻度・割合を算出した。次に、治療形態ごとに累積%を算出し、治療形態間の高齢化率を比較した。

(3) 高齢ALへの対応に関する項目の分析

「認知機能低下を伴う高齢ALに対応するときに、負担に感じていること、困っていること」(11項目)への回答について、頻度および全体に対する割合を算出した。次に、11項目について、相互の関連を調べるため、Spearmanの順位相関係数を算出した。さらに11項目の内的一貫性を見るため、クロンバックの α 係数を用いて信頼性分析を実施した。内的一貫性の確認後、11項目の合計得点を「認知機能低下を伴う高齢ALに対する困っている度合を表す指標(以下;困り度得点)」とした。すなわち、この得点が高いほど、患者への対応に負担感、困難感を強く感じていることを表す。次に、「困り度得点」と関連する要因を調べるため、「高齢化率」、「治療プログラムに適応できない利用者の割合」との間でSpearmanの順位相関係数を算出した。これは、「専門病棟」と「専門病床」に分けて分析した。なお、本研究では高齢ALの中でも、入院患者に対するスタッフの困り度を把握することに主眼を置いたため、「困り度得点」と関連する要因の分析は、「専門外来」および

「専門デイケア」については、実施しなかった。

(4) 自由記述による回答の分析

アンケート項目のうち、自由記述にて回答を求めた以下の項目について、計量テキスト分析ソフト「KH Coder」を用いた(樋口,2004)。「KH Coder」は、アンケートの自由記述・インタビュー記録・新聞記事など、さまざまな社会調査データを分析するために、樋口(2004)が開発した手法である。分析手順は、第1に分析対象のテキストから自動処理で頻出語・重要語を抽出した。次に上位にランク付けられた語句を中心に、KWIC コンコーダンス機能を用いて、頻出語がデータの本文でどのような文脈で用いられたのかを確認した。これを基に、著者が結びつきの強い複数の語句を関連類似性にまとめ、コーディング・ルールを作成した。このコーディング・ルールを用いて「KH Coder」で処理すると、テキストデータは段落ごとに各コードに自動的に割り振られた。「認知機能低下を伴う高齢ALに対応への負担、困っていることの自由記述」については、各コードに振り分けられたテキストを要約し、解釈した。なお、数値やカテゴリカル変数の統計解析には、EXCEL2017、IBM SPSS Statistics Version24を用い、有意水準は5%未満、1%未満、0.1%未満とした。

4) 倫理的配慮

本研究は、平成28年度筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得た。本調査の実施にあたり、施設責任者に向けて、本研究の概要と調査内容について、文書および口頭にて説明し同意を得た。アンケート回答者は、施設責任者へ適任者を1名選ぶようにと依頼した。その際、研究協力について責任者から回答者に強制することのないように配慮をお願いした。また、アンケートの表紙には、調査目的、自由意志に基づく研究協力への同意、同意の撤回、個人情報の保護等の研究上の倫理に関する記載をした。アンケート回答者に対する説明と同意は、アンケートへの回答と返送をもって同意を得たとした。なお、アンケートへの回答は無記名とし、匿名性の保持に配慮した。また一度調査票を提出し本研究への参加を同意した場合でも、随時撤回可能である旨をアンケートの表紙に明記した。しかし、一度匿名化処理後は、アンケート回答者が特定できないため、撤回ができない旨も併記した。郵送によって回収されたアンケート用紙は所定の回収箱に収納し、施錠された研究実施場所にて保管した。また、回収済みアンケート用紙は本研究目的にのみ使用した。本調査により得られたデータは全て電子化され、統計的に処理され個人は特定しなかった。さらに電子化されたデータ及びアンケート用紙原本は、第三者の目に触れない場所で研究

終了後も 10 年間厳重に保管される。保管期間以後は、電子化データは専用のソフトを用いて記録を抹消し、アンケート用紙原票についてはシュレッダーにより粉碎処理される。

3. 結果

1) 対象施設および回答者の概要

対象施設および回答者の概要について、頻度と割合を 1 に示す。分析対象は、有効回答が得られた 79 施設(回収率 60.8%)であった。施設の種別は、病院が 65 カ所(82.3%)、診療所が 12 カ所(15.2%)で、入院病床を持つ施設が全体の 8 割を占めた。各施設の治療形態の有無は、「専門外来あり」50 施設(63.3%)、「専門デイケアあり」29 施設(36.7%)、「専門病棟あり」35 施設(44.3%)、「専門病床あり」28 施設(35.4%)であった。したがって、専門外来のある施設の割合が最も多く、次いで専門病棟を有する施設が多かった。また、対象施設の地域分布は、全国 39 都道府県であり、回答が多かったのは、関東地方 20 (25.3%)、中部地方 15 (19.0%) 九州沖縄地方 13 (16.5%) であった。

回答者の性別は、男性 64 名(81%)、女性 13 名(16.5%)だった。年齢は、50 歳代(53.2%)が最も多く、次いで 40 歳代(26.6%)、30 歳代(15.2%)、20 歳代(2.5%)であった。職種は、医師 43 名(54.4%)が最も多く、次いで精神保健福祉士 16 名(20.3%)、看護師 15 名(19.0%)であり、臨床心理士、その他はいずれも 1 名(1.3%)であった。アルコール治療に従事した経験年数は、全体の 84.8%にあたる 67 名が 5 年以上で、1~3 年未満が 6 名(7.6%)、3~5 年未満が 4 名(5.1%)であった。

2) 専門医療機関における高齢アルコール依存症の治療状況

治療形態別の利用者数および治療に適應できない高齢 AL の人数、割合、治療プログラムの種類について Table 2 に示す。

(1)治療形態別 1 日あたりの利用者数

調査時の治療形態別 1 日あたりの利用者数平均 (SD, 最小値~最大値) は、専門外来 27.7 人(SD23.5, 1~113)、専門デイケア 26.9 人(SD21.4, 5~80)、専門病棟 50.3 人(SD39.3, 3~162)、専門病床 19.3 人 (SD25.7, 2~123) であった。よって、1 日あたりの利用者数は、専門病棟に入院する患者数が最も多かった。いずれも、施設間のばらつきが大きかった。次に 1 日あたりの利用者数の合計を算出し、「a:延べ合計人数」として Table 2 に示す。それぞれ専門外来は、1384 人、専門デイケアは、779 人、専門病棟は 1759 人、専門

病床は 540 人であった。1 日当たりの利用者の延べ合計人数は、専門病棟が最も多く、次いで専門外来が多かった。

(2) 既存の治療プログラムに適応できない高齢 AL の人数および割合

調査時に、「高齢や認知機能低下のため既存のプログラムに適応できていない」とされる人数の平均 (SD, 最小値～最大値) は、専門デイケアで 3.5 人 (SD5.9, 0～30), 専門病棟 6.2 人 (SD8.7, 0～36), 専門病床で 2.6 人 (SD4.0, 0～72) であった。さらに、各治療形態別に合計を算出し、「b:延べ合計人数」として示した。そして、治療プログラムに適応できていない高齢 AL の割合についての指標を得るため、「b:延べ合計人数」÷「a:延べ合計人数」を算出した。その結果、「専門デイケア」12.8%、「専門病棟」12.3%、「専門病床」13.3%であった。これより、調査時に専門医療機関を受診・利用しているが、実際には治療プログラムに適応していない患者の割合が、およそ 12%以上であったことが明らかになった。

Table 1 対象施設および回答者の概要

		N=79	度数 n	割合 %
対象施設の概要				
地域分布	北海道		3	3.8%
	東北		7	8.9%
	関東		20	25.3%
	中部		15	19.0%
	近畿		7	8.9%
	中国		9	11.4%
	四国		4	5.1%
	九州・沖縄		13	16.5%
	無回答		1	1.3%
治療形態	専門外来	あり	50	63.3%
		なし	29	36.7%
	専門デイケア	あり	29	36.7%
		なし	50	63.3%
	専門病棟	あり	35	44.3%
		なし	44	55.7%
	専門病床	あり	28	35.4%
		なし	51	64.6%
施設種別	病院		65	82.3%
	診療所		12	15.2%
	無回答		2	2.5%
回答者の特徴				
性別	男性		64	81.0%
	女性		13	16.5%
	無回答		2	2.5%
年齢	20歳代		2	2.5%
	30歳代		12	15.2%
	40歳代		21	26.6%
	50歳以上		42	53.2%
	無回答		2	2.5%
職種	医師		43	54.4%
	看護師		15	19.0%
	精神保健福祉士		16	20.3%
	臨床心理士		1	1.3%
	その他		1	1.3%
	無回答		3	3.8%
経験年数	1~3年未満		6	7.6%
	3~5年未満		4	5.1%
	5年以上		67	84.8%
	無回答		2	2.5%

Table 2 治療形態別の利用者数および治療プログラムの種類

	専門外来 (n=50)	専門デイケア (n=29)	専門病棟 (n=35)	専門病床 (n=28)	
調査時の治療形態別 利用者数					
平均値(SD)	27.7(23.5)	26.9(21.4)	50.3(39.3)	19.3(25.7)	
最小値～最大値	1~113	5~80	3~162	2~123	
a:延べ合計人数	1384	779	1759	540	
調査時の治療プログラムに適應できない利用者数					
平均値(SD)	—	3.5(5.9)	6.2(8.7)	2.6(4.0)	
最小値～最大値	—	0~30	0~36	0~20	
b:延べ合計人数	—	100	216	72	
c:治療形態別のプログラムに 適應できない利用者割合 (b/a%)	—	12.8%	12.3%	13.3%	
治療形態別 提供されている治療プログラムの種類					
		頻度および割合(%)			
酒害教育(ビデオ,講義,テキスト学習)	—	24 82.8%	34 97.1%	27 96.4%	
SST(ソーシャルスキルトレーニング)	—	8 27.6%	15 42.9%	8 28.6%	
グループミーティング	—	28 96.6%	33 94.3%	25 89.3%	
個人精神療法	—	14 48.3%	28 80.0%	18 64.3%	
認知行動療法	—	18 62.1%	25 71.4%	17 60.7%	
OBとの交流	—	15 51.7%	31 88.6%	20 71.4%	
作業療法	—	20 69.0%	28 80.0%	25 89.3%	
運動(体操・ウォーキングなど)	—	26 89.7%	28 80.0%	21 75.0%	
自助会への参加	—	18 62.1%	35 100.0%	27 96.4%	
その他	—	2 6.9%	4 11.4%	4 14.3%	

「治療形態別 提供されている治療プログラムの種類」について、「専門外来」で治療プログラムを実施する施設は少数であることが想定されたため、「専門外来」については尋ねなかった。

Table3 治療形態別高齢化率の度数分布

	専門外来 (n=47,無回答3)			専門デイケア (n=25,無回答4)			専門病棟 (n=35)			専門病床 (n=27,無回答1)		
	頻度	%	累積%	頻度	%	累積%	頻度	%	累積%	頻度	%	累積%
10%	6	12.8%	12.8%	4	16.0%	16.0%	0	0.0%	0.0%	4	14.8%	14.8%
20%	7	14.9%	27.7%	1	4.0%	20.0%	5	14.3%	14.3%	4	14.8%	29.6%
高 30%	15	31.9%	59.6%	2	8.0%	28.0%	9	25.7%	40.0%	6	22.2%	51.9%
齡 40%	9	19.1%	78.7%	7	28.0%	56.0%	13	37.1%	77.1%	3	11.1%	63.0%
化 50%	7	14.9%	93.6%	4	16.0%	72.0%	3	8.6%	85.7%	3	11.1%	74.1%
率 60%	3	6.4%	100%	2	8.0%	80.0%	4	11.4%	97.1%	4	14.8%	88.9%
70%	0	0.0%	100%	3	12.0%	92.0%	1	2.9%	100%	3	11.1%	100%
80%	0	0.0%	100%	2	8.0%	100%	0	0.0%		0	0.0%	100%

(3) 専門医療機関で提供される治療プログラムの種類

各専門医療機関で提供されるアルコール治療プログラムの種類について、治療形態別に頻度および割合をまとめて Table 2 に示す。特に高い頻度で実施されていたプログラムを順番にあげると、「専門デイケア」は、「グループミーティング」が 28 カ所 (96.6%)、「運動」が 26 カ所 (89.7%)、「酒害教育」が 24 カ所 (82.8%) であった。また、「専門病棟」は、「自助会への参加」が 35 カ所 (100%)、「酒害教育」が 34 カ所 (97.1%)、「グループミーティング」が 33 カ所 (94.3%) であった。「専門病床」では、「自助会への参加」、「酒害教育」が、いずれも 27 カ所 (96.4%) で、「グループミーティング」と「作業療法」が 25 カ所 (89.3%) であった。これより各治療形態に共通して、「酒害教育」、「グループミーティング」が高頻度で実施されていた。また、「認知行動療法」、「OB との交流」、「作業療法」、「運動」、「自助会への参加」はいずれの治療形態でも 50%以上の施設で実施されていた。

3) 専門医療機関における高齢化率

治療形態別の高齢化率について、度数分布表を Table 3 に示す。最頻値は、「専門外来」は高齢化率 30%以上 40%未満が 15 施設(31.9%)、「専門デイケア」は、高齢化率 40%以上 50%未満が 7 施設 (28%) であった。また、「専門病棟」は、高齢化率 40%以上 50%未満が 13 施設(37.1%)、「専門病床」は、高齢化率 30%以上 40%未満が 6 施設(22.2%)であった。次に、治療形態別の高齢化率を比較するため、累積%を用いて Figure3 に示した。

これより、高齢化率 40%以上と回答した施設が多かったのは、「専門デイケア」72.0%、次いで「専門病棟」60.0%、「専門病床」48.1%、「専門外来」40.4%であった。また、高齢化率 60%を超えていると回答した施設は、「専門デイケア」28.0%、「専門病床」25.9%であった。よって、治療形態ごとの高齢化の傾向を比較すると、「専門デイケア」では、高齢化率 40%を超えている施設が 72%、高齢化率 60%を超えていたのが 28%で他の治療形態に比べ、高い傾向にあった。また全体的な傾向として、今回の対象施設の 81.7%は、高齢化率が 30%以上であった。

4) 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に対するスタッフの困り・負担感

「認知機能低下を伴う高齢 AL に対応するときに、負担に感じていること、困っていること」(以下;「スタッフの困り・負担感」)に関する分析結果は以下の通りであった。

(1) 「スタッフの困り・負担感」11項目のランキング (Figure 4)

Figure 4 に、各項目の頻度および全体に対する割合を示す。「スタッフの困り・負担感」のうち、頻度 (%) が高い項目を順にあげると、「本人の理解力不足で治療が思うように進まない(以下; 本人の理解力不足)」が 61(77.2%), 次いで「プログラムに参加できない(以下; プログラム不参加)」が 52(65.8%), 「治療目標(ゴール)が設定しづらい」41 (51.9%), 「入院が長期化する (以下; 入院の長期化)」36(45.6%), 「本人がアルコール治療に対するやる気がない (以下; 本人がやる気がない)」および「身体的ケアが多く援助に時間がかかる (以下; 身体的ケア)」が 29(36.7%)であった。一方、「否認が強い」14(17.7%), と「外出して戻ってこないことが頻繁にある」5 (6.3%) は、頻度が低かった。

(2) 「スタッフの困り・負担感」各項目の相関

11項目間の Spearman 相関係数を示す (Table 4)。5%水準で有意な相関を認めたのは、「本人がやる気がない」と、「入院の長期化」($\rho = 0.25$), 「家族の協力が得られにくい (以下; 家族の非協力)」($\rho = 0.26$), 「身体的ケア」($\rho = 0.31$)であった。また、1%水準で有意な正の相関がみられたのは、「本人がやる気がない」と「プログラム不参加」($\rho = 0.33$), 「治療目標が設定しづらい」($\rho = 0.37$), 「本人の理解力不足」($\rho = 0.35$)であった。さらに、「入院の長期化」と「身体的ケア」($\rho = 0.31$)および「治療目標が設定しづらい」($\rho = 0.32$)との間に 1%水準で有意な相関を認めた。また、「家族の非協力」と「プログラム不参加」($\rho = 0.31$)および「否認が強い」($\rho = 0.35$)との間に 1%水準で有意な相関を認めた。さらに、「金銭管理が困難」と、「身体的ケア」($\rho = 0.31$)および「キーパーソンの不在」($\rho = 0.38$)との間に 1%水準、「外出して戻ってこない」との間に 5%水準で有意な相関を認めた。

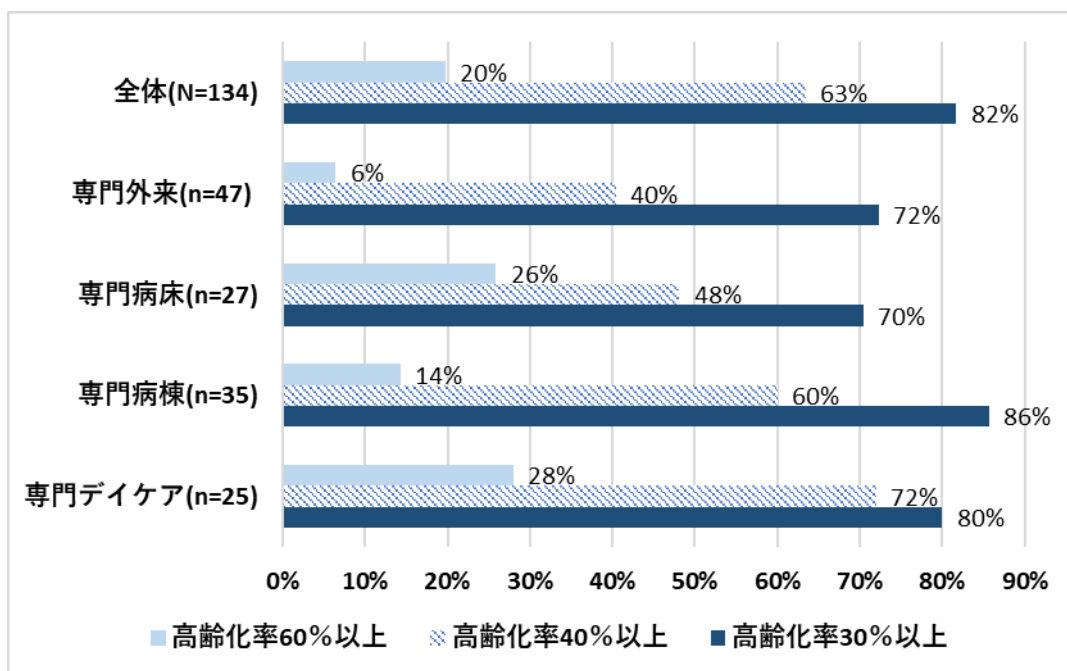


Figure 3 治療形態別の高年齢化率の比較

(3) 「困り度得点」の算出

「認知機能低下を伴う高齢ALに対する困っている割合」を表す指標を得るため、11項目の合計得点を「困り度得点」とした。なお、クロンバック α 係数を用いて11項目の内的一貫性を確認したところ $\alpha = .67$ が得られた。「困り度得点」の平均値、標準偏差は、4.28(SD2.40)、範囲は0~11であった。すなわち、この得点が高いほど、患者への対応に困り、負担感を強く感じていることを示す指標とした。

(4) 「困り度得点」と関連する要因の検討 (Table 5)

次に、関連する要因を調べるため、「困り度得点」と「治療形態別の高齢化率」、「治療プログラムに適応できない利用者の割合(以下;プログラム不適合率)」との間で相関係数を算出した。これは「専門病棟あり」の施設と「専門病床あり」の施設を分けて算出した。これより、「専門病床」において、「困り度得点」と「高齢化率」($p < 0.05$, $\rho = 0.39$)と間に有意な正の相関を認めた。一方、この関連は「専門病棟」では認められなかった。

以上のことより、「専門病床」において、「高齢化率」が高くなると、スタッフの困り、負担感も強くなるが、「専門病棟」では、これらの傾向がみられなかったことを示す。また「専門病棟」において、「高齢化率」と「プログラム不適合率」($p < 0.05$, $\rho = 0.36$)に有意な正の相関を示した。これは、「専門病床」では認められなかった。このことは、「専門病棟」において、「高齢化率」が高いと、プログラムに適応できない患者の割合も増えるが、スタッフの困り度とは関連しないことを示唆する。以上のことより、認知機能低下を伴う高齢ALの入院治療は、「専門病床」と「専門病棟」でスタッフの困り度に関連する要因には差異がみられた。

(5) 「スタッフの困り・負担感」に関する自由記述の解析結果 (Table 6)

自由記述欄には、23名(29.1%)からの回答が得られた。分析対象は、67の文章(992語、451文節、28段落)であった。抽出された頻出語のうち、2回以上登場した単語をもとに、コーディング・ルールを作成し、分類された文章の共通点に着目し、コード名を付与した。最終的には、8種類のコードに分類された。各コードの概要をTable 6にまとめて提示し、下記に要点を記した。なお以下に示す分析結果においては、【】はコード名、「」は、回答者の自由記述から抜粋したキーワードを示す。

【高年齢に起因する困り】は、「治療生活が長い」「次の行き先がない」など年齢が高い

がために、就労や社会参加を治療の目標とすることが難しく、漫然と治療が継続されるという点が含まれた。また、患者本人が高齢になるにつれ、周囲のキーパーソンも高齢であることが、「老老介護」という語句で示された。【施設探しに伴う困り】は、高齢ALは一度入院すると「認知症状が進行し自宅に帰れず」施設を探すことが多い。しかし、その受け皿となる「施設が不足」して、「アルコール依存症」という診断名を施設側に伝えると「断られる」という内容が示された。【家族の非協力・理解不足】は、依存症についての疾病理解や知識が不足している家族が、患者本人に「飲ませてやりたい」、「好きにさせてやりたい」と主治医に訴えたり、逆に「これ以上関わりたくない」家族がいたり、治療に際し、家族の協力が得られず、対応に苦慮する内容が含まれた。【介護保険の利用しづらさ】は、「介護保険を申請しても」、「飲酒していない時には、ADLが自立しているため」、低い要介護度しか認定されず、「必要なサービス量が確保できない」という内容が含まれた。支援のニーズと既存のサービスが適合せず、活用するのが難しい状況が示された。【具体的な対応方法がわからない】は、アルコール依存症の「治療へつなぐのが難しい」ことや、「抗酒剤を使用」できず断酒が難しいが、具体的な対処方法が見いだせないという内容が含まれた。また、他者に対する「迷惑行為」への対応や、症状が「認知機能低下」に依るものかどうか判断が難しいといった内容が含まれた。【入院治療に伴う困り】は、高齢ALが入院し「認知機能低下が著しい場合」には、「開放病棟での対応が難しく」、適切な治療環境を探すのに困る点に加え、「長期入院」となり、「退院困難」となることが示された。【地域生活に関する困り】は、高齢ALが「単身独居や、高齢者と同居の場合」は、「生活支援が必要」であること、「家族の負担」が大きいこと、また「アルコール認知症のため」患者本人に「断酒の意思」がない場合は、「社会適応困難」となることが含まれた。【認知機能低下による困り】は、「既存のプログラム(ARP)にのれない患者」が多数おり、「認知機能低下を伴う高齢AL」に適した治療プログラムの必要性」という意見が含まれた。また認知機能の中でも、「前頭葉機能の著しい低下」があるとより対応困難であることが含まれた。

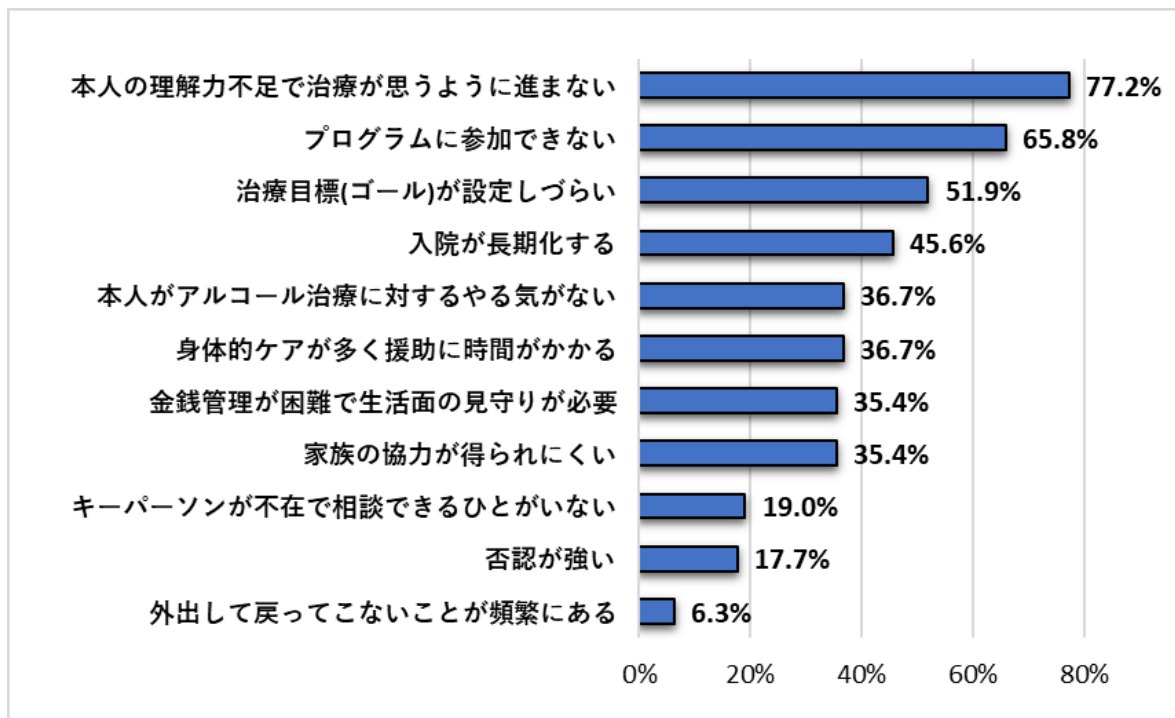


Figure 4 認知機能低下を伴う高齢ALへの「スタッフの困り・負担感」

Table 4 認知機能低下を伴う高齢ALへの「スタッフの困り・負担感」項目間の相関

	入院 長期化	家族の 非協力	プログラ ム不参加	身体的ケ アが多い	治療目標 設定しづ らい	本人の理 解力不足	否認が強 い	本人がや る気がな い	外出して 戻ってこ ない	金銭管理 困難	キーパー ソン不在
1)入院長期化	—	.12	.02	.31**	.32**	.07	.17	.25*	.18	.23*	.21
2)家族の非協力		—	.31**	.04	.18	.21	.35**	.26*	.13	.00	.18
3)プログラム不参加			—	.05	.05	.25*	.05	.33**	.08	.03	.14
4)身体的ケアが多い				—	.16	.10	-.01	.07	.13	.31**	.17
5)治療目標設定しづらい					—	.32**	.12	.37**	-.06	.02	.21
6)本人の理解力不足						—	.09	.35**	.02	.15	.19
7)否認が強い							—	.20	.15	.00	.11
8)本人がやる気がない								—	.02	.04	.17
9)外出して戻ってこない									—	.24*	.27*
10)金銭管理困難										—	.38**
11)キーパーソン不在											—

Spearmanの順位相関係数 ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Table5 「困り度得点」と関連する要因

専門病棟 n=35 専門病床 n=28	困り度得点		高齢化率		プログラム 不適合率	
	専門病棟	専門病床	専門病棟	専門病床	専門病棟	専門病床
困り度得点	—		-.14	.39*	-.11	.12
高齢化率			—		.36*	.16
プログラム不適合率					—	

Spearmanの順位相関係数 * p < 0.05 ☒

Table 6 「認知機能低下を伴う高齢ALに対するスタッフの困り・負担感」に関する自由記述の解析結果

コード名	コーディング・ルール	コードに振り分けられた文章内容(要約して掲載)
高齢者が起因する困り	患者・高齢AL患者・高齢者・高齢者断酒・飲む・飲酒・アルコール・アルコール依存患者・アルコール	<ul style="list-style-type: none"> ・治療生活が長きにわたり、既存の治療プログラムに飽きてしまう患者がいる。 ・高齢ALがデイケアに参加すると、次の行き先がなく、漫然と通所することになり、若年患者が戸惑う。 ・キーパーソンも高齢で老々介護となっている。
施設探しに伴う困り	施設・施設入所・引き受け・探す・入所・入る・空き待ち	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中に認知症状が進行し自宅に帰れず、退院後は施設に頼らざるを得ないが、アルコール依存症があると受け入れてくれる高齢者施設が少ない、アルコール依存症診断があると断られる。 ・見合う施設が不足しているか、空き待ちが多く、退院後の行き先、受け皿探しに苦労する。
家族の非協力・理解不足	家族・子供たち・キーパーソン	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が断酒が必要な患者に対して、「もういい年齢だから飲ませてやりたい」「ここまで生きたから好きにさせてやりたい」という意見が多く、治療方針と合致しない。 ・子供は長期に飲酒問題と関わっており、これ以上は関わりたくない様子で、退院調整に非協力。
介護保険の利用しづらさ	介護・ケアマネ・サービス・サービス量・ヘルパー派遣・介助・介護保険	<ul style="list-style-type: none"> ・単身の高齢ALは孤立し、孤独で、生活が維持できなくなっており、生活に見守りが必要だが、介護保険を申請しても、非該当や要支援レベルとなり必要なサービス量が確保できない。(飲酒していない時には、ADLが自立しているため)・介護保険のサービスが適合しない、利用できずに困っている。
具体的な対応方法がわからない	困難・困る・悩ましい・負担・戸惑う	<ul style="list-style-type: none"> ・AL問題のある在宅生活の高齢者を治療へつなぐのが難しく、介入困難、 ・60歳以上は抗酒剤を使用しないため、断酒が困難。・注意や指示が入らず、迷惑行為への対応が分らず負担。 ・アルコール離脱による症状か、認知機能低下によるものかの判断がつきにくい、
入院治療に伴う困り	入院・退院・移棟先・開放病棟・閉鎖病棟・初回入院・退院調整・治療・医療・治療生活・治療方針・受診	<ul style="list-style-type: none"> ・コルサコフ症状が目立つ人は長期入院(半年以上)しないと改善が見込めない。 ・認知機能低下著しい場合は、開放病棟での対応が難しく、移棟先を探すのに困る。 ・入院中にアルコール認知症として症状固定し、退院困難となる。
地域生活に関する困り	生活・自宅・自立・帰れる・単身生活	<ul style="list-style-type: none"> ・単身独居や、高齢者と同居の場合、生活をする能力が極めて低く、アルコールの問題以上に、生活支援が必要なことが多い。 ・本人を介助する家族の負担を考えると、退院後、自宅に帰れない。 ・アルコール性認知症のため、断酒の意思がなく、社会適応困難な患者を家族が引き受けるのは負担。
認知機能低下による困り	認知機能・認知機能低下・低下・低い・アルコール性認知	<ul style="list-style-type: none"> ・患者層の高齢化に伴い、既存のプログラム(ARP)にのれない患者が急増している。 ・前頭葉機能が著しく低下している場合、閉鎖病棟でも適応が悪く、治療の場を探すのに困る。 ・認知機能低下を伴う高齢ALをカバーする治療プログラムの必要性を感じる。

自由記述 23 名(29. 1%)から得られた回答を計量テキスト分析ソフト「KH Coder」で処理した結果を整理した。コーディングに用いた頻出語は、文章中に 2 回以上登場した単語を基準にした。文脈を考慮し、結びつきの強い複数の語句を関連類似性にまとめ、コーディング・ルールを作成した。分類された文章の共通点に着目し、コード名を付与した。各コードに振り分けられた文章は、主なものを要約して記載した。

4. 考察

1) 対象施設および回答者の特徴

対象施設の地域分布は、全国 39 都道府県から回答が得られ、特定の地域に偏りはなかった。施設の種別では、入院病床のある医療機関からの回答が全体の 8 割を占めた。また、回答者の特徴として、50 歳以上、男性、職種は医師、経験年数 5 年以上が約半数を占めた。白川(2016)の報告によると、平成 28 年時点で、治療プログラムがあるアルコール依存症の専門医療機関は全国に病院 163 施設、診療所 39 施設、総計 202 施設あるとされている。これより、本研究では、我が国の治療プログラムを持つ専門医療機関の約 4 割程度にあたる施設から回答を得たことになる。したがって本研究にて収集されたデータは、我が国の高齢 AL の治療状況を理解するための基礎的な資料として有用であると考えた。

2) 専門医療機関のスタッフからみた高齢アルコール依存症の治療状況

専門医療機関における高齢患者の治療状況について、実施されている治療の形態は「専門外来」の実施頻度が最も多く、「専門病床」が少なかった。これは、近年精神科医療全般が入院中心から外来治療へシフトしており、アルコール依存症治療においても、同様の変化が起きていると考えられる。また 1 日の利用者延べ人数は、「専門病棟」が最も多かったが、施設の規模によりけりであり、ばらつきが大きかった。治療プログラムの種類は、「酒害教育」、「グループミーティング」が各治療形態に共通して、高頻度に取り入れられていた。また、「認知行動療法」「OB との交流」「作業療法」「運動」「自助会への参加」は、50% 以上の施設で取り組まれていた。一方で、これらの既存の治療プログラムに適応できない高齢 AL の割合が、調査時点で 12%~13% 程度存在することが明らかになった。以上のことより、専門医療機関につながっても、プログラムに参加できず、専門職スタッフからみて、適切なケアや治療が受けられていないとされる高齢 AL が一定数存在することが明らかになった。もちろん、治療プログラムに参加できないことが、直接的に予後に悪影響を及ぼすかどうかについては、本研究結果からは言及できない。しかし、Oslin, Pettinati and Volpicelli(2002), および Oslin, Slaymaker, Blow, Owen and Colleran(2005)らによると、高齢 AL は、心理療法的アプローチと個別化したプログラムを施行した場合に、中年や若年世代より治療へのアドヒアランスは良好であり、年齢に応じたアプローチの必要性を強調している。また、高齢 AL は教育アプローチが容易ではないとする遠山ら(2017)の指摘を支持する。したがって、これまで高齢 AL は、若年層の患者と比べ断酒予後が良好であ

ることが示されてきた(村上,1993; 村上,1994; 三富ら,1999; 大庭ら,2009). しかし, 今後は治療プログラムに適応しない高齢ALの予後についても同様の結果が示されるかどうか検討する必要があると思われる.

3) 専門医療機関における高齢化の現状

次に, 本研究結果より専門医療機関におけるアルコール依存症の高齢化率は, 対象施設の8割が30%を超えていた. なお, これまで先行研究で示された専門医療機関におけるアルコール依存症の高齢化率は, 都立松沢病院の入院患者における65歳以上の占める割合が, 1989年1.5%, 1999年7.5%であった(高柳,五十嵐 & 梅野,2003). また, 久里浜医療センターによる“新規受診者に占める60歳以上の割合は, 1997年が約23%, 2002年が約24%, 2007年が約27%”であった(遠山ら,2017). また, 2005年に実施された大規模な実態調査により, 全国48施設から767症例を集積し分析した報告, 樋口ら(2007)によると, 調査時点において, 60歳代以上の入院患者の占める割合は, 男性24.7%, 女性14.4%であった. 以上のことより, アルコール依存症の高齢化率は, 過去のいずれの調査結果よりも増加していることが, 本研究の結果により改めて示された. 我が国では, 一般人口における65歳以上の高齢者割合が, すでに27.7%を超えた(平成30年版高齢社会白書, 内閣府, 2018). 高齢ALは今後も益々増加することが予測できる. したがって, アルコール依存症者の中でも, 高齢の事例は, 少数派ではないと捉える視点が必要である. さらに, 治療形態別の高齢化率をみると, 「専門病棟」や「専門病床」といった入院より, 外来治療の一環として提供されている「専門デイケア」で顕著に高かった. 驚くべきことに, 「専門デイケア」では, 対象施設の20%(n=5)で, 高齢化率70%を超えていた. これは, 高齢ALが退院後, デイケア通所へとつながり, 治療が継続できていることの現れである一方, 次の行き先がなく, 長年にわたり日中活動の場所として利用する現状を反映していると思われる.

4) 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に対する困り・負担感と現状の課題

<認知機能低下を伴う高齢ALに対する困り・負担感11項目の頻度>

高齢ALの治療に従事する専門職スタッフが, 「認知機能低下を伴う高齢ALに対応するときに, 負担に感じていること, 困っていること」で最も頻度が高かったのは, 「本人の理解力不足で治療が思うように進まない」, 続いて「プログラムに参加できない」であった. これより, 対象施設の大部分のスタッフが, 認知機能低下を伴う高齢ALへ対応する際に, 患者本人が治療の必要性を理解できず, 治療のために準備されたプログラムに参加しない

ことが、最大の困り・負担と感じていることが明らかになった。また、「プログラムに参加できない」ことの背景に、「酒害教育」や、「グループミーティング」中心の既存の治療プログラムと、認知機能低下を伴う高齢ALが対応できることに不適合が生じている可能性が示唆された。そもそも、認知機能低下を伴う高齢ALにとって、酒害教育を受け、新たな知識を習得し、ミーティングで自己を振り返るといった作業は、高度な知的能力を必要とするため、難易度が高い。さらに、「治療ゴールが設定できないこと」は第3のスタッフの困り・負担感としてあげられた。

<認知機能低下を伴う高齢ALに対する11項目の相互の関連性>

スタッフの困り・負担感に関する11項目について、項目間の相関分析から、本人の治療に対する動機づけの低さは、スタッフの感じる様々な次元の困り・負担感と関連していたことが明らかになった。また、身体的な介助を多く必要とする患者がいること、治療目標が定まらないことが、入院の長期化を負担に感ずることに関連していた。さらに、家族からの協力が得づらいことは、同時に患者自身のアルコール問題への否認、治療プログラムに参加しないことと関連していた。この他にも、認知機能低下を伴う高齢ALは、金銭管理ができないことに加え、身体的ケアが必要であるにもかかわらず、頼れるキーパーソンがいない、そして外出して戻らず探しに行かなくてはならないことが、スタッフの負担感と相互に関連していた。

<スタッフの困り度得点に関連する高齢化率と病棟機能>

スタッフの困り度得点を算出し、これと関連する要因について検討した結果、「専門病床」では、高齢化率とスタッフの困り度に正の相関があったが、「専門病棟」ではこの関連は見られなかった。まずここで考慮すべきなのは、「専門病床」はアルコール依存症と、これ以外の精神疾患（統合失調症やうつ病など）が混在して入院している病棟の一部に、依存症患者用のベッドを設けていることを意味する。このように考えると、「専門病床」より「専門病棟」の方が、依存症のニーズに特化した治療環境を整備しやすく、「専門病床」では多様なニーズを持ち合わせた患者を同じ空間でケアせねばならず、専門職スタッフの負担がより一層大きい。こうした治療環境の差異が結果に影響した可能性がある。

<認知機能低下を伴う高齢ALに対応への負担、困っていることの自由記述解析結果>

計量テキスト分析より、【高年齢に起因する困り】、【施設探しに伴う困り】、【家族の非協力・理解不足による困り】、【介護保険の利用しづらさ】、【具体的な対応方法がわからない】、【入院治療に伴う困り】、【地域生活に関する困り】、【認知機能低下による困り】の8種類のコードに整理された。この結果から、認知機能低下を伴う高齢ALに対応する専門職スタッフは、さまざまな種類の困りを抱えていることが明らかになった。とりわけ、注目すべきは、【介護保険の利用しづらさ】である。これまでの研究では、認知機能低下を伴う高齢ALの介護者は、介護保険を上手に活用して、負担軽減を図ることが提案されている(福田,井上,加島,2012)。しかし、本研究で得られた知見によると、現状は、高齢ALは、介護保険を申請しても、低い要介護度しか認定されず、必要なサービス量が確保できないといった問題が明らかになった。これは、介護保険の要介護度を定めるための認定調査に用いる項目が、認知機能の重症度の評価とADLの自立度の評価に偏っていることに由来すると考えられる。

<治療への動機づけが低い高齢ALへの治療ゴール設定>

以上のことから、専門職スタッフは、主に本人の治療に対する動機づけの低さに困っていることがわかった。高齢ALの治療への動機づけに関し、堀井ら(2004)は、60歳以上の断酒会会員と専門医療機関の入院・通院患者を対象に、断酒の動機や継続の要因について検討した。その結果、断酒の動機は、「健康を取り戻したかった」という回答が高頻度に見られ、続いて、「人間らしく生きたかった」「医療機関からの説得」が主な要因であった。よって堀井ら(2004)は、高齢ALの断酒や治療継続への動機づけには「生きがい」が必要であると結論づけている。一方、本研究結果から、認知機能低下を伴う高齢ALの治療では、本人にやる気がなく、治療の必要性を理解せず、プログラムにも適応しないなどの問題があり、専門職スタッフの観点からすると、「何のために治療をしているのか」と、先の見通しが立ちにくい状況が窺えた。そして、専門職スタッフ側が、やる気のない患者に対応していると、治療する意欲が減ってしまう可能性も考えられる。しかし、大庭ら(2009)は、アルコール依存症の専門治療プログラムを有する内科病院を退院した高齢ALの追跡調査により、通院継続している人の方がしていない人よりも、生命予後が良好であることを明らかにした。これは、明確な治療ゴールがみえなくとも、医療機関につながっていることが、高齢ALの命綱であることを示唆する。したがって、高齢ALの治療ゴールの設定は、本人や家族に対し、最終目標として断酒を提示しつつも、まずは短期的な目標とし

て、「治療につながり続けること」を念頭に置くこと、また「酒害教育」や「グループミーティング」に偏らない、本人が「生きがい」を見いだせるような治療プログラムを提供していくことが必要である。

5. 小括

本研究の目的は、全国のアルコール依存症専門医療機関に勤務する専門職スタッフに向けたアンケート調査を通じて、高齢患者の治療状況を把握し、認知機能低下を伴う高齢ALへの対応の現状を明らかにすることであった。本研究結果より、専門医療機関における高齢化は、特に「専門デイケア」で顕著であった。また全体では、高齢化率30%以上の施設が全体8割程度あることが明らかになった。また、身体機能や認知機能の低下から、現状の治療プログラムには適応できない高齢ALが12%~13%程度存在することが明らかになった。また、この状況に対し、日ごろ治療に関わるスタッフは、本人の治療への動機づけの低さが複数の要因に関連し、負担を感じ困っていることが明らかになった。さらに、高齢ALが介護サービスの利用を申請すると、要介護度が実際の生活上の困難さより低く見積もられ、必要なサービス量を確保できないという課題が浮き彫りになった。したがって、これらの課題を解決するために、今後は高齢で身体や認知機能が低下しているアルコール依存症者の状態に則した治療プログラムの開発が期待される。また、高齢ALが地域生活を維持するための必要かつ十分な介護保険サービスの支給決定を受けるため、依存症による生活上の困難さを要介護度認定調査の評価に含めることが望まれる。具体的には、アルコール依存症は、飲酒が止められないことが疾患の主症状であるので、飲酒していない状態で本人の機能評価を行うと、本人の生きづらさや必要支援ニーズが低く見積もられてしまう。したがって飲酒が止められない状態を想定し、考慮した上で、介護ニーズの評価を行うことが望まれる。

第4章 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の臨床特徴

～専門医療機関入院患者を対象としたカルテ調査による検討～

(研究2)

1. 目的

第1章で概観したように、アルコール依存症に伴う認知機能障害は、ARDやARCD、ARBDとして研究されてきた。しかし、アルコール依存症に伴う認知機能障害は、病因や臨床像が複雑で、病理学的実証が難しいため、単一の疾患として診断基準は確立していない。また、第3章(研究1)では、専門医療機関のスタッフからみた高齢ALの治療状況について把握した。しかし、高齢AL患者個人の心理社会的背景や、治療へつながった経緯、受けた診断名や併存疾患、治療内容、転帰等の臨床特徴についての知見は得ていない。

そこで本章(研究2)では、専門医療機関に入院していた高齢AL患者のカルテを後方視的に分析し、臨床特徴や治療転帰について検討することを第1の目的とする。

さらに研究2では、高齢ALで入院歴のある患者カルテを、認知症診断タイプによって、サブグループに分けて各々の臨床特徴と転帰の違いを比較検討する。なお、グループ分けは以下の3つの群、①アルコール認知症のみの群(アルコール認知症群:ARD)、②ARDにさらに他の認知症(アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型認知症等)を合併した群(混合認知症群:Mixed Dementia:MD)、③認知機能障害のない群(非認知症群:Non-Demented:NonD)である。なお、認知症診断タイプに分けて比較検討する理由として以下のことがあげられる。臨床実践において、多くの場合、多量飲酒歴が背景にあり、認知機能低下を呈する高齢AL患者のアセスメントでは容易ではない。なぜなら、認知機能低下の原因をきたす要因には、過度のアルコール摂取によるエタノールの毒性効果の他に、アルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症など進行性の認知症や、チアミン欠乏によるウェルニッケ脳症、肝性脳症等が想定され、それらが交絡しているからである。したがって、専門医療機関における日常診療では、次項【方法4】に記載した手順で、可能な限り認知機能低下の原因を特定し、アルコール性認知症(ARD)とその他の変性性疾患(AD, VaD, DLB等)との鑑別を実施している。これにより、専門医療

機関に入院する高齢 AL 患者は、認知機能低下のない者(非認知症群：Non-Demented: Non-D)、アルコール性認知症 (ARD)、そして、アルコール過剰摂取の影響による認知機能低下に加えて、特定の変性性認知症を合併している者(混合認知症群：Mixed Dementia: MD)に分けることができる。しかし、これまでの研究では、高齢 AL に認知機能障害が合併した場合に、認知症診断のタイプによって、治療の経過や転帰がどのように異なるかについては、明らかになっていない。適切な治療方針の決定や、予後の予測のためにも、これらの特徴を捉えることは重要である。したがって研究 2 では、高齢 AL 患者カルテを対象に、認知症の診断型による臨床特徴や転帰における違いを明らかにすることを目的とする。

2. 方法

1) サンプルの抽出方法

後方視的カルテ調査を実施した。データは、研究者らにより 3 つの専門医療機関のカルテから抽出された。調査フィールドは、いずれも日本の関東地方、都市部に位置する K 病院 (神奈川県)、N 病院(東京都)、A 病院(千葉県)であった。対象サンプルの抽出基準は、(1)65 歳以上~85 歳未満、(2)アルコール依存症(ICD10;the 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)⁷の臨床診断があり、(3)これらの病院に 2013 年 1/30~2017 年 2/17⁸の期間に少なくとも 1 回以上入院した症例とした。なお、複数回の入院歴があるものは、直近の入院について、情報を抽出した。

2) 調査項目

あらかじめ「抽出項目・転記シート」(添付資料参照)を作成し、このシートに転記する方法で、以下のデータが収集された。

(1) 社会人口動態要因：年齢、性別、アルコール依存症の家族負因、結婚歴、学歴、居住形態

⁷ 本邦では現在、カルテに記載する標準病名として ICD10 コードが用いられている。カルテに登録されている主傷病名を基準にした。

⁸ 秋元病院は、H27.12.12~H29.4.25、久里浜医療センターH26.1.28~H29.2.17、成増厚生病院 H25.1.30~H29.2.14 の期間に入院歴のある者を対象とした。

(2) 入院前の生活様式:入院前の1日あたりの飲酒量,喫煙状況,問題飲酒の開始時期,就労状態,定年退職の有無,専門病院入院前の内科入院の有無,精神科入院の回数,入院前の全てのタイプのがん既往歴および脳梗塞の既往歴

(3)医学的状态

入院時の精神・内科疾患の合併症(一人の患者に複数の診断名が登録されている場合は,精神科,内科それぞれ上位3つを抽出した),離脱後に実施した認知機能検査(MMSEの総得点)(the total scores of MMSE),脳波異常の有無,脳画像検査:CT/MRI/SPECT.脳画像検査については,いずれか1つ以上実施している場合に,読影結果を基に次の4項目を用いて所見の有無を調べた.

a)全体萎縮の有無, b)前頭葉萎縮の有無, c)側頭葉萎縮の有無, d)脳室拡大の有無.
専門病院への入院治療を求めた理由,入院中に処方された精神科薬の種類(向精神薬,非定型向精神薬,抗不安薬,睡眠薬,抗うつ薬,抗酒剤,断酒補助薬)

(4)転帰(入院期間,自己退院,退院先の種類,アルコール依存症リハビリテーションプログラム(ARP)への参加の有無および断酒意思の有無⁹)

3) 認知症診断タイプによるグループ分け基準

認知症診断のタイプによる比較をするため,以下の基準で3群に分けた.

(1)除外基準:認知機能障害の主要な理由がARDや認知症ではない場合,分析から除外した.

(2)混合認知症群:アルコールによる認知症(ARD)が想定され,加えて,アルツハイマー型,血管性,レビー小体型,前頭側頭型などの特定の認知症の臨床診断がある症例を混合群(Mixed Dementia:MD)とした.

(3)アルコール性認知症群:特定の認知症診断がなく,退院時に認知機能障害の臨床診断が記載されていた場合,アルコール性認知症群(ARD)とした.

(4)入院期間を通じて,認知機能障害の診断がない群を非認知症群(Non-demented: NonD)とした.

以下,本研究におけるARDの定義について,方法論上の限界点について述べる.アルコール性認知症:ARDの診断基準は,第1章,第2項,1),P10で紹介したように,

⁹ 退院時の看護サマリーに記載された情報から取得した.

DSM5 における物質誘発性神経認知障害, ICD10 におけるアルコール誘発性持続性認知症を伴うアルコール依存症, Oslin et al(2003)の暫定的臨床診断がある. 現在まで ARD は, 独立した疾患として確立はしていないが, 厳密に症例を鑑別診断するのであれば, これらの診断基準に基づく面接を各症例に実施する手続きが必要である. しかし, 本研究は後方視的調査であり, 対象症例に対し診断面接を実施することは不可能であった. そのため, カルテに既に記載された「認知機能障害」または, 「認知機能低下」という暫定的臨床診断を ARD とした. したがって, 本研究における ARD は, 他の認知症の確定診断がなく, 認知機能障害の主たる原因がアルコールによるものと推定される症例に対し, 操作的に定義したものである.

4) 各調査対象施設のアルコール依存症に伴う認知機能障害の診断手続き

本研究における調査対象の3施設において, アルコール依存症に認知機能障害の合併が疑われる症例に対し, ICD10 に基づき鑑別を実施した. 以下, 施設ごとに診断手続きを記載する. なお, いずれの施設も入院中に, ARD とその他の認知症の鑑別に必要な精査を実施しているが, ARD は自然回復がみられることを鑑み, 入院中の経過を慎重に観察し, 最終的な診断は退院時に確定していた. したがって, 本研究におけるグループ分けの基準には, カルテに記載された退院時の診断名を用いた.

●K 病院(神奈川県)

ICD10 に基づき, アルコール依存症の診断基準を満たす患者のうち, 認知機能低下が疑われる場合は, 入院時に実施した生化学検査(血液検査), 腹部超音波および CT 検査, 上部消化管内視鏡検査結果を勘案し, アルコールの影響以外で直接的に認知機能低下をきたす疾患(糖代謝異常, 肝硬変等)を除外した. 続いて, 全例脳画像検査 MRI を施行し, MRI が禁忌の場合は CT 検査を実施し, 脳外科的, 器質的疾患を除外した. 入院前後の経過や入院後の認知機能レベル等より変性性疾患が疑われ, 精査が必要な症例に対し, 脳機能画像診断として脳血流シンチ(SPECT)を実施した. なお, MRI の脳画像解析には, VSRAD (Voxel-Based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease) を用いて, アルツハイマー型認知症との鑑別の参考にした. さらに実施可能な全症例に対し, 認知症スクリーニング検査 MMSE を実施した. 以上の診察所見, 脳画像検査結果, 心理検査結果を勘案し, ICD10 に基づき, アルコールの過剰摂取による

認知障害と、変性性疾患であるその他の認知症の鑑別を実施した。

●N 病院(東京都)

ICD10 に基づき、アルコール依存症の診断基準を満たす患者のうち、認知機能低下が疑われる場合は、入院時に実施した生化学検査（血液・尿検査）結果を勘案し、アルコールの影響以外で直接的に認知機能低下をきたす疾患（糖代謝異常、肝硬変等）を除外した。さらに、アルコールの過剰摂取による認知障害以外の疾患が疑われる場合には、頭部 CT 検査を実施し、脳外科的、器質的疾患を除外した。また同時に認知症のスクリーニング検査、MMSE 等の心理検査を実施し、症例の認知機能障害の重症度を把握した。診察所見、脳画像検査結果、心理検査結果を勘案し、ICD10 に基づき、アルコールの過剰摂取による認知障害と、変性性疾患であるその他の認知症の鑑別を実施した。

●A 病院(千葉県)

ICD10 に基づき、アルコール依存症の診断基準を満たす患者のうち、認知機能低下が疑われる場合は、入院時に実施した生化学検査（血液・尿検査）結果を勘案し、アルコールの影響以外で直接的に認知機能低下をきたす疾患（糖代謝異常、肝硬変等）を除外した。続いて、施行可能な全症例に頭部 CT 検査を実施し、脳外科的、器質的疾患を除外した。さらに、CT 検査結果や、入院前後の経過、入院後の認知機能レベル等より変性性疾患が疑われ、精査が必要な症例に対し、MRI 検査を施行した。必要に応じて認知症のスクリーニング検査 MMSE,HSD-R,FAB 等の心理検査を実施し、症例の認知機能障害の重症度を把握した。診察所見、脳画像検査結果、心理検査結果を勘案し、アルコールの過剰摂取による認知障害と、変性性疾患であるその他の認知症の鑑別を実施した。

5) 倫理的配慮

筑波大学医学医療系医の倫理委員会および、久里浜医療センター、成増厚生病院における倫理委員会の承認を得て実施した。対象者からのインフォームド・コンセントの取得方法は、研究開始の1か月前に、研究実施概要を記した説明文書を施設内に掲示、もしくは各施設の WEB Page に掲載した(参考資料添付)。そして、対象に該当する患者が、研究協力に同意しない場合に辞退できるように配慮した。掲示期間の終了後、辞退の申し出がなかった患者の医療記録を本研究のサンプルとした。また、上記の期間を過ぎて、

一度カルテより情報が抽出され、連結不可能匿名化された後は、研究対象から削除できないことを情報公開文書に明記した。本研究における個人情報の取り扱いは、既に得られた診療情報を活用するが、氏名、生年月日等の個人を特定し得る情報は一切得なかった。また抽出した患者 ID はデータ取得時に、調査協力施設内にて、任意のデータ処理用整理番号へ置き換え、連結不可能匿名化データとした。なお、患者 ID と整理番号の対照表は作成しなかった。調査協力施設外へのデータ持ち出しは、連結不可能匿名化されたデータのみとし、電子的記録媒体及び抽出項目・転記シートのみとした。またこの電子的記録媒体および転記シートは、研究責任者の管理する鍵のかかる場所で、研究終了後も 10 年間厳重に保管する。保管期間以後は、電子化データは専用のソフトを用いて記録を抹消し、記録用紙はシュレッダーにて粉碎処理する。

6) 統計解析

統計解析には SPSS ver. 24 を用いた。カテゴリカル変数の比較には χ^2 二乗検定を実施した。量的変数の群間比較には、等分散を仮定しない方法を採用し、Welch 検定に基づく Games-Howell post-hoc test を用いた。

3. 結果

1) 抽出されたサンプルと認知症診断タイプによるグループ分け

合計 205 症例をカルテから抽出した。このうち、5 症例は除外基準に該当し、持続性せん妄(n=1)、外傷性脳損傷(n=2)、肝性脳症(n=2)を合併していたため除外した。したがって、200 症例を分析対象とし、それぞれ MD, ARD, Non-D の 3 つの群に分けた。はじめに、28 症例が MD 群に割り振られた。内訳は、アルツハイマー型認知症(n=19)、血管性認知症(n=5)、レビー小体型認知症(n=1)、前頭側頭型認知症(n=3)であった。次に、ウェルニッケ・コルサコフ症候群(WKS, n=6)を含む 54 症例が ARD 群に入った。WKS を ARD に含めることについては、いまだに意見が分かれていることは第 1 章でふれた。しかし、本研究では、アルコール過剰摂取によって引き起こされる WKS は、ARD の 1 つの兆候の現れであるという Oslin, D ら(1998)の見解に従い、WKS を ARD 群に含めた。最後に、残りの 118 症例を非認知症群と定義した。以上の内容を Figure 5 に示す。

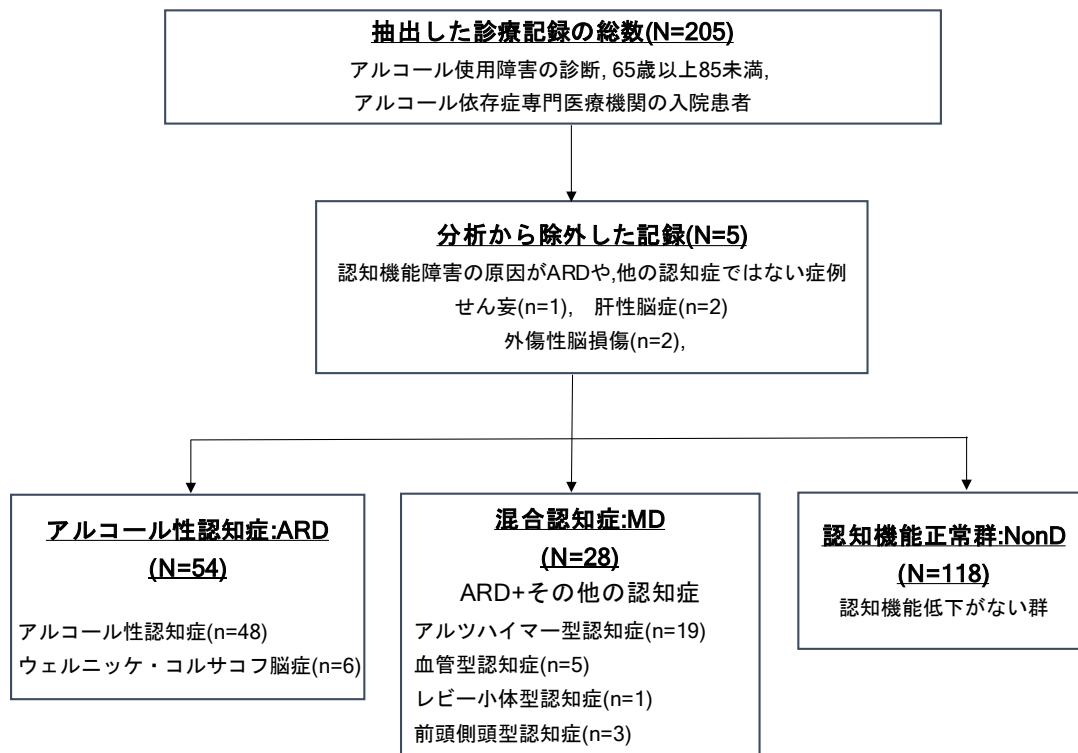


Figure 5. 認知症診断タイプによる群分けのフローチャート

2) 各調査対象施設のサンプルの特徴

本研究でデータを収集した3カ所の専門医療機関は、いずれも首都圏にある代表的なアルコール依存症の専門医療機関であり、各施設の性質は相互に類似性が高いといえる。しかし、この3施設は異なる機関であり、立地や対象としている患者層、提供している医療サービスにはそれぞれの特色がある。したがって、3カ所から得られたデータを統合し、全サンプルをまとめて分析をする前に、施設ごとの対象サンプルの特徴を確認した。ここでは、認知機能に影響を与えうる社会人口統計学的要因(年齢、男女比率、教育年数、MMSE得点、飲酒量、婚姻状態、居住形態(单身独居の割合))について、施設の頻度や平均値を算出した結果をTable 7に示した。これより、A病院における女性の割合が、他の2施設(K病院;n=9,9.6%, N病院;n=8,11.9%)と比べ少なかった(n=1,2.6%)。しかし、これ以外の要因については、3施設の間には大きな違いは認められなかったため、3施設のデータを統合して以後の分析や検討に用いることとした。

3) 全サンプルの社会人口統計学的特徴

以下、今回得られたサンプル(Total N=200)に対する社会人口統計学特徴の各要因の割合を記す(Table 8)。

男性が91.0%に対して、女性は9.0%と少ない割合だった。各群に割り振られた男女比に有意差は認めなかった。そのため、本研究では男女を分けずに分析した。平均年齢は71.8歳(SD5.1)で、入院直前の飲酒量は全体の70.0%が一日あたり6ドリンク(純アルコール摂取量60g)以上の多量飲酒者であった。アルコール依存症の家族歴を持つものは、23%、問題飲酒の開始年齢は、60歳以降が72.0%で大部分が高年発症型アルコール依存症であった。精神科入院歴は初回が63.0%、既婚者の割合は72.0%で、未婚者は10.5%、離婚歴のある者は11.5%(n=23)、家族と同居は53.0%、一人で暮らしていた者は29.5%であった。現在も就労中は、20.0%、生計は、年金収入46.0%(n=92)であった。43.5%(n=87)が定年退職の経験があった。なんらかの認知機能障害を有していた者の割合は、全体の41.0%(n=82)であった。専門病院へ入院前にも身体疾患で他の病院に入院していたものは、全体で27.5%であった。教育歴は12年以下(日本の高等学校卒業)が39.5%で最も多かった。喫煙歴は、現在の喫煙者が全体の39.5%(n=79)で最も多く、非喫煙者は23.0%、禁煙者14.5%であった。

続いて、ARD、MD、Non-Dの群間比較で、有意差があったのは以下の要因であっ

た。年齢は、Welch 検定を実施したところ有意であった [$F(2, 61.71)=9.02, p<.001$]。その後 Games-Howell post-hoc test を用いて、多重比較を行ったところ、ARD 群と MD 群には差がなく、Non-D 群が有意に若かった。就労率は、Non-D 群が有意に高く、ARD 群と MD 群には差がなかった [$\chi^2(2)=9.30, p=.010$]。一方、未婚率、独居率、専門病院入院前に身体疾患で入院していた割合は、MD 群が他の 2 群に比べて有意に高かった [未婚率、 $\chi^2(2)=7.84, p=.020$; 独居率、 $\chi^2(2)=7.03, p=.030$; 入院していた割合、 $\chi^2(2)=6.04, p=.049$]。また、喫煙率は MD 群が他の 2 つに比べて有意に低かった [$\chi^2(2)=6.95, p=.031$]。また、入院前の脳梗塞の既往歴は、サンプルが少ないため統計的検定は適応できなかったが、ARD 群が他の 2 つに比べて、18.5%($n=10$)で頻度が高い傾向にあった。

Table 7 各調査対象施設のサンプルの特徴

	K 病院 (n=94)	N 病院 (n=67)	A 病院 (n=39)	Total (N=200)
年齢, 平均 (SD), 歳	71.2(5.3)	72.1(5.0)	70.92(5.1)	71.8(5.1)
男性, n (%)	85(90.4)	59(88.1)	38(97.4)	182(91.0)
女性 n(%)	9(9.6)	8(11.9)	1(2.6)	18(9.0)
教育,年数,n(%)				
9 年以下	26(27.7)	16(23.9)	13(33.3)	55(27.5)
12 年以下	38(40.4)	27(40.3)	14(35.9)	79(39.5)
12 年以上	28(29.8)	16(28.6)	12(30.8)	56(28.0).
MMSE, 平均(SD), 得点	n=87 23.7(4.48)	n=18 23.1(3.5)	n=13 24.3(3.4)	23.7(4.2)
アルコール摂取量 6ドリンク以上/ 日 ,n(%)	68(72.3)	45(67.2)	27(69.2)	140(70.0)
結婚歴, n (%)既婚	67(71.3)	50(74.6)	27(69.2)	144(72.0)
居住形態,单身独居, n (%)	32(34.0)	17(25.4)	10(25.6)	59(29.5)

Table 8 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプによる人口統計学的特徴

	NonD (n=118)	ARD (n=54)	MD (n=28)	Total (N=200)	p-Value post hoc test ^b
年齢, 平均 (SD), 歳	70.6(4.4)	72.8(5.4)	74.9(5.9)	71.8(5.1)	.000** ARD≠MD**>Nor
男性, n (%)	109(92.4)	49(90.7)	24(85.7)	182(91.0)	.435 ^d
教育, 年数, n (%)					
9 年以下	27(22.9)	16(29.6)	12(42.9)	55(27.5)	.095 ^c
12 年以下	49(41.5)	21(38.9)	9(32.1)	79(39.5)	.655 ^c
12 年以上	36(30.5)	13(24.1)	7(25.0)	56(28.0)	.636 ^c
問題飲酒開始年齢, n (%)					
50 歳未満	35(29.7)	15(27.8)	6(21.4)	56(28.0)	
50 歳以降	83(70.3)	39(72.2)	22(78.6)	144(72.0)	.683 ^c
アルコール依存家族歴, n (%)	26(22.0)	13(24.1)	7(25.0)	46(23.0)	.923 ^c
アルコール摂取量 6 ドリンク以上/日, n (%)	83(70.3)	33(61.1)	24(85.7)	140(70.0)	.070 ^c
喫煙者, n (%)	53(44.9)	21(38.9)	5(17.9)**	79(39.5)	.031**
結婚歴, n (%)					
既婚	91(77.1)	36(66.7)	17(60.7)	144(72.0)	.131 ^c
未婚	11(9.3)	3(5.6)	7(25.0)**	21(10.5)	.020**
定年退職の経験, n (%)	50(42.4)	23(42.6)	14(50.4)	87(43.5)	.756 ^c
入院直前就労していた, n (%)	32(27.1)**	6(11.1)	2(7.1)	40(20.0)	.010**
単身独居, n (%)	29(24.6)	16(29.6)	14(50.0)**	59(29.5)	.030**
専門病院転院前に身体状態不良のため他院入院していた, n (%)	30(25.4)	12(22.2)	13(46.4)**	55(27.5)	.049**

NonD, Non-Demented. ARD, Alcohol Related Dementia. MD, Mixed Dementia.

a Welch 検定, b Games-Howell post-hoc test, c χ^2 二乗検定, d 残差分析

*p<.05, **p<.001

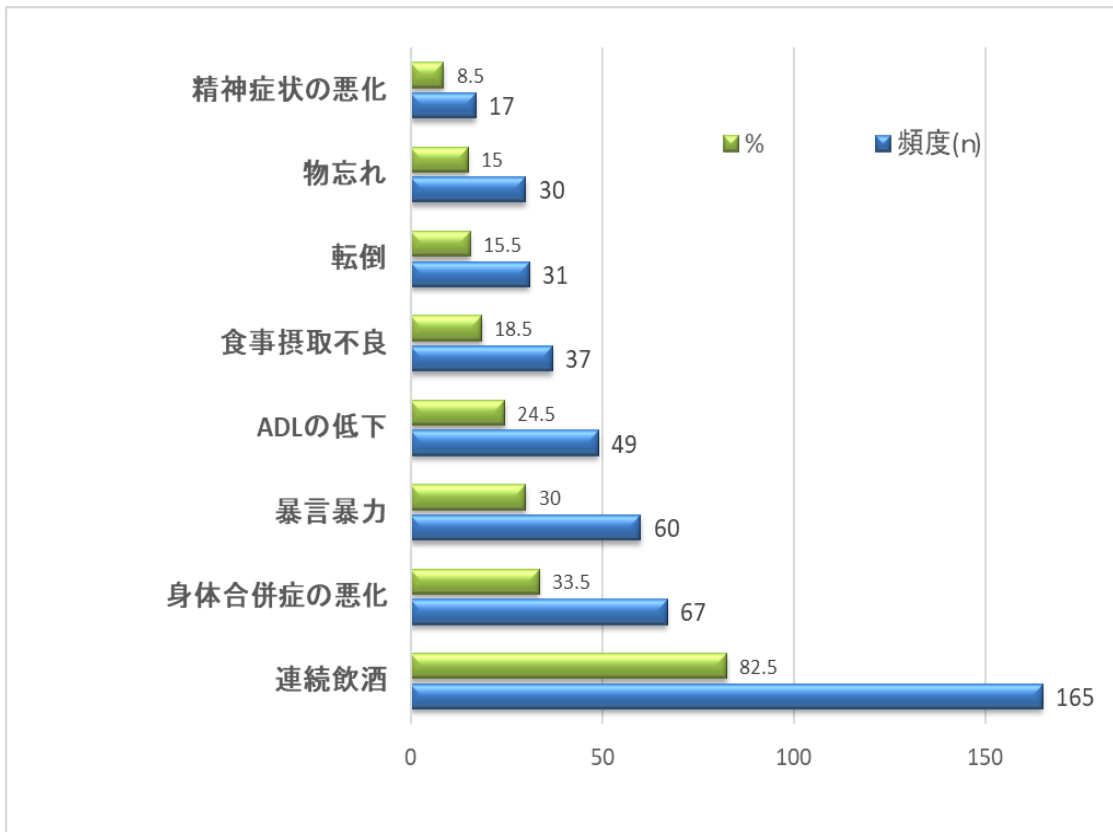


Figure 6 高齢アルコール依存症患者の主な入院理由

4) 高齢アルコール依存症の入院時の身体的合併症 (Table 9)

サンプル全体において、高頻度に合併していた内科疾患は、アルコール性肝障害 41% (n=82), 高血圧症 29.5% (n=59), 糖尿病 24.5% (n=49), アルコール性肝硬変 11.5% (n=23)であった。3つの群間比較では、糖尿病のみ有意差を認め、MDがARDに比べ合併している頻度が高かった [$\chi^2(2)=8.98, p=.011$]。さらに、糖尿病合併率は、3群の中でARDが11.1% (n=6)で最も低かった。

5) 高齢アルコール依存症の入院理由

サンプル全体において、専門病院に入院治療を求めた理由について頻度が高い順に Figure 6 に示す。これより入院理由は、連続飲酒(お酒を飲み続けになってしまう状態)が最も多かった。2番目は、内科的疾患の合併症の悪化、3番目は、患者本人による家族や周囲の者への暴言と暴力行為であった。また、ADLの低下、食事がとれないこと、転倒、物忘れなども入院の主な理由としてあげられた。3つの群間比較 (Table 10) では、MDがNonDに比べ、暴言暴力の頻度が高かった [$\chi^2(2)=6.50, p=.039$]。また、物忘れは、MD群の42.9%、ARD群の25.9%にみられ、NonD群3.4%より有意に高かった [$\chi^2(2)=34.57, p=.000$]。

6) 高齢アルコール依存症の入院時の精神症状 (Figure 7)

入院時に観察された精神症状の頻度が高い順に Figure 7 に示す。これより、高齢ALが入院時に最も観察された症状は、連続飲酒であった。これは入院のきっかけとなった理由と同様であった。また2番目は、飲酒への渴望感、3番目は、記憶障害、続いて、アルコールからの離脱症状、食欲不振であった。

7) 高齢アルコール依存症の入院中の検査所見および精神科薬物療法

(1)MMSE 得点と脳画像所見 (Table 11)

MMSE 総得点の平均値は、Welch 検定を実施し3群比較したところ有意であった [$F(2, 49.93)=26.24, p<.001$]。その後 Games-Howell post-hoc test を用いて、多重比較を行ったところ ARD(22.1 ± 4.2)と MD(20.7 ± 3.8)が、NonD(26.1 ± 2.8)に比べ、有意に低かった。なお、MMSE 総得点において、ARDとMDの間には有意差はなかった。脳波検

査の異常所見の頻度は、全体では 32.4%(n=24)で、3 群間に有意差はなかった。脳画像検査 CT/MRI/SPECT 所見において、前頭葉萎縮、側頭葉萎縮、脳室拡大の頻度については、3 群間に有意差はなかった。一方、全体萎縮の頻度は、NonD と ARD に比べ、MD が有意に高かった [$\chi^2(2)=7.142, p=.032$]。

(2)精神科薬物療法 (Table 12)

高齢アルコール依存症患者の入院中には、様々な種類の精神科薬物療法が適用されていた。そのうち、睡眠薬は全体の 69.5%、抗不安薬は、49.5%に処方されていた。抗うつ薬や抗精神病薬は全体の 10%程度に処方されていた。なお、抗うつ薬と抗精神病薬の処方頻度に関し、群間差は認められなかった。一方で、非定型抗精神病薬は、MD で、NonD と比べ、より多く使用されていた [$\chi^2(2)=10.67, p=.005$]。なお、日本で使用可能な 2 種類の抗酒剤、ジスルフィラムまたはシアナミドのいずれかが処方されていたのは、全サンプルの 10.5%(n=21)に過ぎなかった。その一方、2013 年に日本で承認が下りた、断酒補助薬アカンプロサートは、全体の 21%(n=42)に処方されていた。

8) 高齢アルコール依存症の治療転帰

Table 13 および 14 に結果を示す。全サンプルの入院期間の平均は 88.5 日(最小 1 日～最大 430 日)で、3 群間に有意差はなかった。また、全サンプルの 14%(n=28)が、治療を途中で脱落し自己退院していた。また、アルコール依存症治療の中心であるアルコールリハビリテーションプログラムに全く参加しなかったのは、MD 群で 42.9%(n=12)存在し、NonD 群 11.9%(n=14)と比べて有意に多かった。また入院期間中に、明確な断酒意思を表明したのは、NonD 群 66.1%が最も多く、次いで ARD 群 37.0%、最後に 21.4% MD 群であり、3 群間に有意差を認めた。入院治療終了時の退院先は、全体の 78.5%が自宅、残りは老人ホームや長期入院可能な病院への転院であった。3 群比較では、自宅に戻れず退院先が老人ホームや病院であったのは、MD 48.1%が最も多く、次いで ARD 34.0%、NonD 9.2%の順で、それぞれ有意差を認めた [$\chi^2(2)=25.80, p<.001$]。

Table 9 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプごとの身体合併症

	NonD n=118	ARD n=54	MD n=28	Total N=200	p-Value
アルコール性肝炎, n (%)	53(44.9)	18(33.3)	11(39.3)	82(41.0)	.351
アルコール性肝硬変, n (%)	16(13.6)	5(9.3)	2(7.1)	23(11.5)	.527
高血圧, n (%)	35(29.7)	15(27.8)	9(32.1)	59(29.5)	.917
糖尿病, n (%)	32(27.1)	6(11.1)^{b**}	11(39.3)^{b*}	49(24.5)	.011^{a*}
がん(全てのタイプを含む), n (%)	10(8.5)	2(3.7)	1(3.6)	13(6.5)	.397

NonD: Non-Demented. ARD: Alcohol Related Dementia. MD: Mixed Dementia.

a χ 二乗検定, b 残差分析

*p<.05 , **p<.001

Table10 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプごとの専門医療機関への入院理由

	NonD n=118	ARD n=54	MD n=28	Total N=200	p-Value
連続飲酒, n (%)	97(82.2)	45(83.3)	23(82.1)	165(82.5)	.982 ^a
身体合併症の悪化, n (%)	45(38.1)	11(20.4)	11(39.3)	67(33.5)	.057 ^a
暴言暴力, n (%)	28(23.7)^{b*}	19(35.2)	13(46.4)^{b*}	60(30.0)	.039^{a*}
日常生活動作の悪化 (ADL), n (%)	22(18.6)	19(35.2)	8(28.6)	49(24.5)	.056 ^a
食事摂取不良, n (%)	22(18.6)	9(16.7)	6(21.4)	37(18.5)	.869 ^a
転倒, n (%)	14(11.9)	12(22.2)	5(17.9)	31(15.5)	.205 ^a
物忘れ, n (%)	4(3.4)^{b***}	14(25.9)^{b**}	12(42.9)^{b***}	30(15.0)	.000^{a***}

NonD: Non-Demented. ARD: Alcohol Related Dementia. MD: Mixed Dementia.

a χ^2 二乗検定, b 残差分析

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Table 11 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプごとの認知機能検査と各種検査結果

	NonD	ARD	MD	Total	p-値 多重比較 ^b
MMSE 得点, 平均 (SD)	n=55 26.1(2.8)	n=41 22.1(4.2)	n=22 20.7(3.8)	N=118 23.7(4.2)	.000^{***} ARD^{**}≠MD^{**}<Nor
脳画像検査所見 ^e , n (%)					
全体萎縮	n=87 25(28.7)	n=42 12(28.6)	n=23 13(56.6) ^{***}	N=152 50(32.9)	.032^{**}
前頭葉萎縮	n=87 25(28.7)	n=42 9(21.4)	n=23 5(21.7)	N=152 39(25.7)	.603 ^c
側頭葉萎縮	n=87 13(14.9)	n=42 9(21.4)	n=23 5(21.3)	N=152 27(17.8)	.574 ^c
脳室拡大	n=87 28(32.2)	n=42 20(47.6)	n=23 11(47.8)	N=152 59(38.8)	.152 ^c
脳波異常, n (%)	n=37 8(21.6)	n=26 11(42.3)	n=11 5(45.5)	N=74 24(32.4)	.137 ^c

NonD: Non-Demented. ARD: Alcohol Related Dementia. MD: Mixed Dementia.

a Welch 検定, b Games-Howell post-hoc test, c χ^2 二乗検定, d 残差分析

^e 脳画像所見は, 日常診療で実施されていた場合に, CT/MRI/SPECT の結果を診療録から転記した.

* $p < .05$, ** $p < .001$

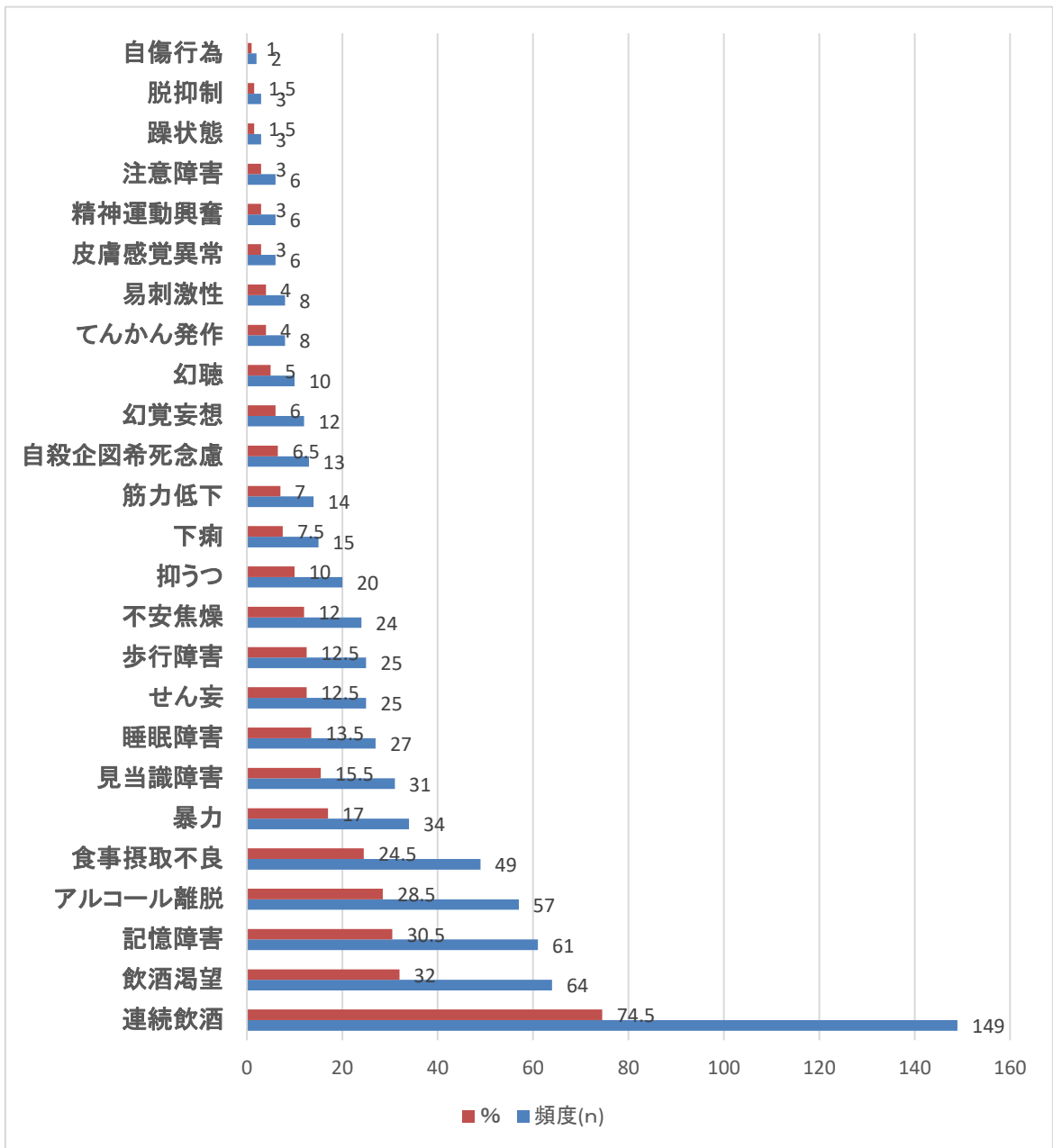


Figure 7 高齢アルコール依存症の入院時の精神症状 (Total N=200)

Table 12 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプごとの

専門医療機関入院中の精神科薬物療法

	NonD n=118	ARD n=54	MD n=28	Total N=200	<i>p</i> -Value
睡眠薬, n (%)	84(71.2)	39(72.2)	16(57.1)	139(69.5)	.307
抗不安薬, n (%)	64(54.2)	26(48.1)	9(32.1)	99(49.5)	.107
抗うつ薬, n (%)	14(11.9)	6(11.1)	2(7.1)	22(11.0)	.772
抗精神病薬, n (%)	16(13.6)	7(13.0)	1(3.6)	24(12.0)	.322
非定型抗精神病薬, n (%)	14(11.9)^{b**}	14(25.9)	10(35.7)^{b*}	38(19.0)	.005^{a**}
アカンプロセート, n (%)	21(17.8)	13(24.1)	8(28.6)	42(21.0)	.367

NonD: Non-Demented. ARD: Alcohol Related Dementia. MD: Mixed Dementia.

a χ^2 二乗検定, b 残差分析

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 13 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプごとの治療転帰

	NonD n=118	ARD N=54	MD N=28	Total N=200	p-Value
入院期間(日), 平均(最小-最大)	79.7 (1-330)	103.7 (2-430)	96.1 (14-267)	88.5 (1-430)	.067 ^a
依存症治療に不参加, n (%)	14(11.9)^{d***}	16(29.6)	12(42.9)^{d**}	42(21.0)	.000^{c***}
断酒の意思決定あり, n (%)	78(66.1)^{d***}	20(37.0)^{d**}	6(21.4)^{d***}	104(52.0)	.000^{c***}
自己都合退院, n (%)	19(16.1)	6(11.1)	3(10.7)	28(14.0)	.589 ^c

NonD: Non-Demented. ARD: Alcohol Related Dementia. MD: Mixed Dementia.

a Welch 検定, c χ^2 二乗検定, d 残差分析

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Table 14 高齢アルコール依存症の認知症診断タイプごとの退院先

	NonD n=109	ARD n=50	MD n=27	Total N=186 ^a	p-Value
自宅へ退院, n (%)	99(90.8) ^{d***}	33(66.0) ^{d*}	14(51.9) ^{d***}	146(78.5)	.000 ^{c***}
施設入所または転院, n (%)	10(9.2) ^{d***}	17(34.0) ^{d*}	13(48.1) ^{d***}	40(21.5)	

NonD: Non-Demented. ARD: Alcohol Related Dementia. MD: Mixed Dementia.

c χ^2 二乗検定, d 残差分析

e 本表に掲載したデータは, 14 サンプルについて, 退院先の情報が得られなかった. したがって分析から除外し, 全 186 サンプルで割合を算出した.

4. 考察

研究2の目的は、以下の2点であった。第1に、専門医療機関に入院していた高齢AL患者のカルテを後方視的に分析し、臨床特徴や治療転帰について検討すること、第2に高齢ALに併存する認知症の診断型による臨床特徴や転帰における違いを明らかにすることであった。臨床現場では、様々な要因が交絡し、ARDとMDを区別するのが難しい上に、この問題について直接的に検討した研究はこれまでになかった。本研究では、結果として、合計200症例のカルテを抽出し、詳細な検討を行ったところ、専門医療機関に入院歴のある高齢ALについて以下のような知見を得たので解説する。なお、3つ認知症診断タイプによる群間比較については、臨床特徴と治療転帰の違いに着目し、主要な結果について考察する。

1) 専門医療機関に入院した高齢アルコール依存症の特徴

65歳以上の高齢アルコール依存症の入院患者の傾向として以下のことが明らかになった。本研究サンプルの7割が、50歳以降になってから飲酒問題を経験し、人生の遅い時期に依存症を発症する「高年発症型」(Zimberg, 1974&1978)であった。また、心理社会的背景は、定年退職の経験者が全体の4割と多く、婚姻率も高く、年金収入による生活者が大部分を占めた。これは、高年発症と若年発症を比較した本邦の先行研究の調査結果(北林ら, 2004)と一致する。これより、アルコール依存症の治療のために入院を余儀なくされた高齢患者の大部分は、晩年にアルコール依存症を発症するまでは、飲酒とうまくつきあい、社会経済地位が比較的安定していたことを示唆する。また、全体の4割が、認知機能障害の合併診断を受けていた。これを過去の報告と照らし合わせると、松下ら(2010b)では、60歳以上のアルコール患者において、認知症重症度評価CDR得点を用いて、認知症の合併頻度を調べ、若年層と比較したところ、同年齢層の43.7%に軽度認知障害～認知症の状態が該当したと報告しており、本調査の結果も概ね過去の報告と一致した。

2) 認知症診断タイプによる臨床特徴の差異

MD vs ARD, Non-D

MD群は、ARD群やNon-D群と比べ、未婚率が高く、単身独居者が多く、就労率も低く、身体疾患で他の病院に入院していた頻度が高かった。これより、混合認知症を伴う

高齢アルコール依存症患者は、ARD のみや認知機能障害のない場合に比べ、専門病院への入院前に、社会生活機能低下がみられ、孤立する傾向が示唆された。また、専門病院への入院理由に関して、MD 群では、Non-D 群に比べ、暴言暴力の頻度が高かった。これに加え、MD 群は、他の 2 群に比べ、物忘れが原因で入院する頻度も高かった。また MD 群では、Non-D 群に比べ、非定型抗精神病薬が高頻度に用いられていた。MD 群で非定型抗精神病薬の処方が多かった理由は、本研究データから直接的に示すことはできない。しかし、考えられる可能性の 1 つとして、MD 群は、暴言暴力を高頻度に伴っていたことから、患者の攻撃的行動をコントロールするために非定型抗精神病薬が使用されたかもしれない。これより ARD に混合認知症を伴う場合は、ARD のみの場合と認知機能障害のない場合に比べると、飲酒が止められないという依存症の問題に加え、2 次的問題が重複し、事例が複雑化していることが明らかになった。

MD vs ARD

一方、ARD 群と MD 群との間に、平均年齢、教育歴、アルコール問題の初発年齢、入院直前の飲酒量、MMSE 得点、脳画像検査の前頭葉、側頭葉、脳室拡大の頻度に差は認めなかった。Oslin and Cary(2003)らでは、ARD 群と混合診断の ARD を比較した場合、混合診断の ARD の方が、平均年齢が高かったため、本研究の結果と異なった。以上のことから、平均年齢、アルコール問題の初発年齢や、入院直前の飲酒量、MMSE 得点から、ARD と MD を区別するのは難しいことが示唆された。これとは反対に、両群で有意差がみられたのは、糖尿病の合併率と脳画像所見における全体萎縮の頻度であり、これらは MD 群の方が ARD 群に比べて有意に高かった。ARD の脳画像所見に関する先行研究では、AD と比べて、前頭葉および脳全体が特に萎縮する傾向があるといわれる(松井ら,2016; 松下ら,2010b)。しかし本研究では、MD と ARD の比較において、前頭葉萎縮の所見がみられた頻度に、両群間で有意差はなかった。そして、脳全体の萎縮は、ARD よりも MD に高頻度に認められた。本研究結果からは、ARD より、ARD にその他の認知症を合併している MD の方が脳の形態的变化は大きいことが推測された。したがって、本研究結果のみから断言することはできないが、脳画像所見では特定部位の萎縮より、全体萎縮が著明な場合に、ARD だけでなく、他の認知症疾患の合併を疑ってみるのがよいかもしれない。また、高齢アルコール依存症者における糖尿病の合併は、特定の認知症疾患と関連していると思われる。糖尿病診療ガイドライン(日本糖尿病学

会,2016)によると,高齢者における糖尿病は認知機能低下の重要なリスク因子であり,糖尿病患者におけるADの合併は1.5倍, VaDは約2.5倍前後多い. したがって, 本研究で得られた結果はこれらの事実を支持するものと考えた.

ARD vs Non-D

ARD群はNon-D群に比べて, MMSE得点, 就労率が低かった. また, ARD群はNon-D群に比べ, 平均年齢, 物忘れを理由に専門医療機関への入院治療を求めた頻度, 退院時に施設入所か転院となる頻度が高かった. 一方で, ARD群とNon-D群の両群間で, 上記以外の人口統計学的変数や, 身体合併症の頻度や入院期間, 脳画像所見, 処方された精神科薬の種類, 自己都合退院の頻度には有意差はなかった. さらに, 入院中に断酒の意思を決めた者の頻度, 退院時に自宅へ戻る者の頻度は, Non-D群の方がARD群より有意に高かった. これらの結果から, 高齢アルコール依存症で入院治療を受けた場合, 認知機能障害を伴わない場合の方が, 伴う場合に比べ, 現行のアルコール依存症治療への適応が良好で, 転帰は自宅に戻れる可能性が高いことが明らかになった.

3) 認知症診断タイプによる治療転帰の差異

MD vs ARD, Non-D

MD群は, Non-D群に比べ, 治療プログラムへ全く参加できていない患者が多かった. また他の2群に比べ, 入院中に断酒意思を示す患者も少なかった. 退院先も, MD群が自宅に帰れない頻度が最も高かった. 以上のことから, 混合認知症を伴う高齢アルコール患者は, ARDのみ場合や, 認知機能低下がみられない場合と比べると, 依存症専門病院における入院治療への適応と転帰も不良であった. 先行研究で, 認知機能を合併した高齢ALの断酒予後は良好という三富ら(1999)報告があるが, 退院時の断酒意思や痰飲後の行き先という指標でみると, 認知機能低下のない群の方が良好であった.

ARD vs Non-D

ARD群は, Non-D群に比べ, 入院治療中に断酒意思を持つ割合, 他院時に自宅に帰れる割合は低かった. これらの事実より, 高齢アルコール依存症患者が, アルコール性認知症を伴う場合, 治療適応および退院時の行き先に関して, 混合認知症タイプよりは良

いが、認知機能障害のない患者と比べると、良くないことが明らかになった。

5. 小括

本章（研究2）では、専門医療機関で入院治療を受けた65歳以上の患者を対象に、後方視的カルテ調査を用いて、高齢ALの治療状況と臨床特徴について検討した。これより、対象の7割が50歳以降になってから飲酒問題が開始した「高年発症型」で、3割は50歳以前に発症していた。対象サンプルの心理社会的背景の特徴は、定年退職の経験者が全体の4割で、婚姻率も高く、年金収入による生活者が大部分を占め、社会経済的に安定した生活を送ってきたことが窺えた。しかしながら、高齢期にアルコール依存症となり専門医療機関に依存症治療のため入院し、認知機能障害を併発した場合は、認知機能障害がない場合に比べて、依存症治療への適応や、退院時の転帰は良くないことが示唆された。さらに、アルコール性認知症に、特定の認知症疾患を重複した混合認知症の場合には、アルコール性認知症のみの場合と比べ、社会的に孤立し、糖尿病の合併率が高く、脳画像検査における全体萎縮の所見が高頻度にみられる等の違いが示された。

本研究では臨床現場では見分けが難しいアルコール性認知症と混合認知症について群分けし、臨床特徴を比較した。これより、アルコール性認知症に変性性疾患である特定の認知症を併発した場合は、病状が複雑化する傾向が示された。これらの結果は、一見区別しづらい両者の臨床特徴の差異を示す基礎的な資料を得た点で意義があったと思われる。

以上のことから、高齢ALの治療成績を向上するためには、認知機能低下を伴っていても、治療参加へのモチベーションを保ち、無理なく適応できる高齢者用プログラムが必要である。さらに、本来は断酒による自然回復が期待できるアルコール性認知症であるが、高齢者の場合は断酒後も認知機能障害が固定化し回復しづらい傾向や、加齢の影響で変性性の認知症を合併する頻度が高い。これを考慮に入れると、高齢ALに併存する認知機能障害に対し、固定化や悪化を予防するため、依存症治療の一部に認知機能そのものに働きかけるプログラムの開発について検討する余地がある。高齢化は今後も深刻化することは自明の事実であり、これに伴い高齢ALの増加も見込まれる。よって、依存症治療の専門家ではない、医療福祉サービスの従事者や援助者が、飲酒問題と認知機能障害を合併し、鑑別が難しい高齢患者に出会う頻度は増加すると思われる。本研究から得られた結果は、依存症治療の専門家ではない者が、飲酒習慣があり、認知機能低

下がみられる高齢者に現場で出会った際に、彼らの臨床特徴をより詳しく理解するための基礎資料として役立つであろう。

5 章 高齢アルコール依存症に対する認知機能改善プログラムの開

発～ランダム化比較対象試験による有効性の検証～（研究3）

1. 目的

研究1の高齢ALに関する実態調査から、専門医療機関における高齢化率は30%以上であり過去の調査に比べ増加していたこと、また専門医療機関を利用する高齢ALの12~13%程度が、身体症状や認知機能低下のため、現行の依存症治療に適応できていなかったことが明らかになった。さらに、高齢ALに対応するスタッフは、「本人の理解不足で治療が進まない」ことや、「プログラムに参加できないこと」に負担を感じ、「認知機能が低下していても参加できるプログラムが必要」という意見をあげていた。さらに、研究2の専門医療機関の入院患者を対象としたカルテ調査から、65歳以上の入院患者の40%に、認知症および認知機能障害の合併診断があった。そして、入院中に認知機能が低いとそうでない場合に比べ、断酒意思を持つものやプログラムに参加する者が少なく、退院後に自宅に帰れず、施設や転院となる可能性が高いことが明らかになった。

以上のことから、専門医療機関において治療を受ける高齢ALに対し、依存症治療への適応を促し、退院後の社会生活機能を保持するには、認知機能を良好に保つことが重要と考えた。そのためには、従来の依存症治療の一部に、高齢でADLや認知機能が低下していても、楽しく参加でき、治療継続へのモチベーションを高めるプログラムを新たに導入することが必要と考えた。そこで本研究では、目標を持って依存症治療へ継続的に参加すること(目標志向性)や、退院後も断酒や飲酒以外の活動に興味を持てる活動や生きがいを見いだす(思考の柔軟性や発想の転換、創造的、発散的思考)を刺激する認知機能改善プログラムを開発することを着想した。「目標志向性」や、「思考の柔軟性、発散的思考」は認知機能の中でも、主に前頭葉機能の関与が大きいと言われている。これら一連の脳の働きは、「遂行機能」¹⁰とも呼ばれる。すでに第1章で紹介したように、Bates, et al.(2013)によると、前頭葉機能損傷患者とアルコール依存症患者の認知機能障害の特徴が一致する。そこで本研究では、この点に着眼し、前頭葉機能損傷患者に一定の効果が見られ、「遂行機能」の改善に焦点化した認知機能改善プログラムを高齢ALに実施することとした。すなわち、

¹⁰ 遂行機能の用語の定義、説明は第1章4.用語の定義・解説に記載した。

研究3では、専門医療機関に入院中の高齢ALを対象に、認知機能改善プログラムを開発し、その有効性を検証することを目的とした。研究3により期待される成果として、認知機能改善プログラムの有効性が実証されれば、臨床現場に新たな治療の選択肢を提示することができるであろう。従来治療に適応することが難しく、専門医療機関においても対応困難ケースとみなされていた認知機能が低下した高齢AL患者に対して、効果的な取り組みが開始できる。前述したとおり、アルコール依存症に伴う認知機能障害は、若年者では自然回復がみられるのに比べ、高齢ALでは回復しづらい傾向にある。また、臨床的にも、高齢患者は入院期間が長期化し、食事や身の回りの世話などケアしてもらえる生活環境に慣れると、入院前は自立して生活していた患者でさえも、能動性や自発性が低下することがしばしば観察される。そこで本研究で開発した介入プログラムは、自発的に自分自身の退院後の生活について考えることや、認知機能を活性化することが期待できる手先を動かす作業課題に取り組む活動で構成された。したがって、本研究における高齢ALに対する認知機能改善プログラムは、高齢ALの認知機能障害の増悪や蔓延化を予防し、退院後により望ましい治療へつなげていくための橋渡しの役割を果たすことを狙いとした。なお、本プログラムを実施することにより期待される効果に関するモデル図を、Figure 8に示した。Figure 8より、依存症治療に不適であった高齢AL患者が、認知機能改善プログラムに参加し、認知機能改善が生じると、退院後の標準治療として推奨されている「専門医療機関への外来通院の継続」、「自助会の参加」、「デイケアの参加」等を活用できるようになるであろう。また、これらの標準的治療メニューが活用できなくとも、ひいては完全な断酒が達成されなかったとしても、本プログラムを通じて、遂行機能が改善されることにより、患者の希望や意図が治療スタッフ側に見えやすくなり、患者の状態やニーズに合わせた治療ゴールを設定できるようになることが見込まれる。これにより、目標を持って計画的な毎日を過ごせるようになり、最終的には退院後に飲酒すること以外の生きがいや楽しみを人生に取り戻すことにつながるようになることが見込まれる。研究3では、以上の効果を期待し、臨床介入試験を実施した。

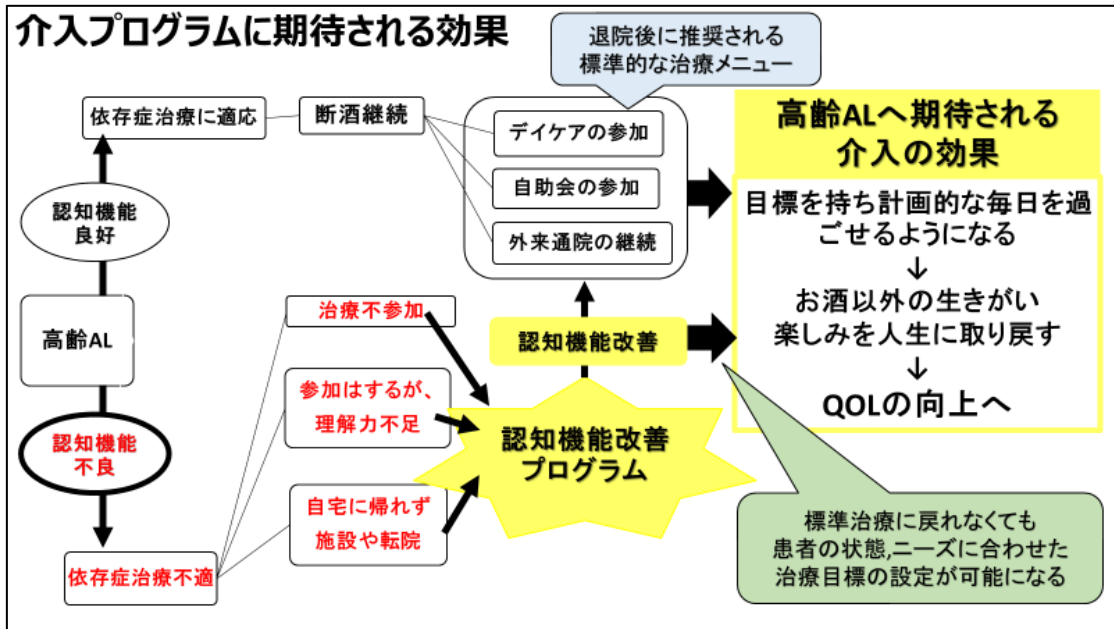


Figure 8 介入プログラムに期待される効果

2. 方法

本研究では、先行研究を参考に独自に開発した認知リハビリテーションプログラムを「いきいきトレーニング」と名付け下記の手順で臨床介入試験を実施した。

1) 研究デザイン

介入群と対照群を比較するランダム化比較対象試験とした。選定基準を満たした対象者へ、インフォームド・コンセントを実施し同意が得られた者から、介入群と対照群の2群にランダムに割り付けた。さらに平行群間比較試験とし、介入群には標準治療に加え「いきいきトレーニング」を実施し、対照群には標準治療のみを実施した。そして、効果測定は、両群ともに観察期間の前後(ベースライン測定、事後測定)に1回ずつ計2回実施した。介入効果の判定には、両群の効果指標の変化量を比較した。これにより、各群間に生じる交絡要因を最小限にし、単に入院して断酒したことによる自然回復を超えて、認知機能改善プログラムによって生じた機能改善を評価する計画とした。なお本研究では、参加者、セラピスト、評価者ともに盲検化はしなかった。また、本研究では人員の都合上、介入実施者の一部の人が効果測定も実施しており、独立評価者ではなかった。

2) 対象者

◆選択基準は以下とした。

- ①主傷病名：F10 アルコール依存症と診断されている。
- ②アルコール依存症治療専門医療機関に入院中の65歳以上男性
(本研究による介入実施施設が男性専用病棟のため男性のみ対象)
- ③MMSEスコア18点～28点。

なお、MMSEスコアによる上限下限の設定根拠は、MMSE29点以上の場合は、全般的な認知機能が良好に保持されていることが推測され、本介入プログラムで提供する課題内容と対象者の能力が合致しない可能性が高いためであった。一方、MMSE17点以下の場合には、認知機能低下が中等度以上～重度であると考えられ、本介入プログラムに継続的に参加するための能力が不十分であり、負担が大きいと考えられたため。また、MMSEスコアによる上限下限の設定に際し、我が国における日本語翻訳版MMSEに関する先行研究より、認知機能障害の判定に用いるMMSEのカットオフポイントは、20/21、23/24、26/27と幅広く、年齢や教育年数などが影響することが知られている。したがって現在のところ、

認知機能の重症度の判断として明確な判断基準が存在していない。そのため、本研究では、原板 MMSE を用いた研究で得られている一定の基準 Tombaugh and McIntyre(1992)に基づき、認知機能障害なし(no cognitive impairment)は 24-30 点、軽度～中等度認知機能障害(mild cognitive impairment)は 18-23 点、中等度以上～重度認知機能障害(severe cognitive impairment)は 0-17 点を参考に上記の基準を設けた。

④入院日より 2 週間以上経過し、アルコールによる離脱症状が目立たず、主治医の判断により本介入プログラムに参加することが可能と判断されている。

⑤本研究の主旨を理解し、本研究の参加へのインフォームド・コンセントが可能である。インフォームド・コンセント説明時点で、本人に本研究の主旨が理解できず同意能力に欠くとみなされる場合は対象に含めないこととした。

◆除外基準は下記とした。

- ① ICD10 において F00～F09「症状性を含む器質性精神障害」確定診断がある場合。
- ② 主治医の判断により本介入プログラムへの参加が不適と判断される場合。

なお、除外基準①を設けた理由は、アルコールの影響因以外で、認知機能低下の状態にある患者を可能な限り除外するためであった。また、除外基準①について、認知症の鑑別診断は、久里浜医療センターにおける認知症診断の手順を踏んで実施した。診断手続きの概要について以下に記す。

【久里浜医療センターにおける認知症診断の手続き】

ICD10 に基づき、アルコール依存症の診断基準を満たす患者のうち、認知機能低下が疑われる場合は、入院時に実施した生化学検査（血液検査）、腹部超音波および CT 検査、上部消化管内視鏡検査結果を勘案し、アルコールの影響以外で直接的に認知機能低下をきたす疾患（糖代謝異常、肝硬変等）を除外した。続いて、全例脳画像検査 MRI を施行し、MRI が禁忌の場合は CT 検査を実施し、脳外科的、器質的疾患を除外した。入院前後の経過や入院後の認知機能レベル等より変性性疾患が疑われ、精査が必要な症例に対し、脳機能画像診断として脳血流シンチ（SPECT）を実施した。なお、MRI の脳画像解析には、VSRAD（Voxel-Based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease）を用いて、アルツハイマー型認知症との鑑別の参考にした。さらに実施可能な全症例に対し、認

知症スクリーニング検査 MMSE を実施した。以上の診察所見，脳画像検査結果，心理検査結果を勘案し，ICD10 に基づき，アルコールの過剰摂取による認知障害と，変性性疾患であるその他の認知症の鑑別を実施した。

しかし，上述の鑑別診断の手順を踏んでもなお，アルコール性認知症かその他の変性性疾患なのか，確定診断に至るのに長期的な経過観察が必要とされる判断の難しい症例については対象としなかった。また，全ての症例は本研究の組入れ時の診断に基づいて，対象者に含むべきか除外すべきかを決定した。したがって，研究3の対象者は，研究2で取り上げたアルコール性認知症(ARD)に該当する症例が中心となった。アルコール性認知症に他の認知症を合併した混合性認知症(MD)に該当する患者は，対象に含まなかった。この理由として，第一に本研究では，純粋に合併病理のないアルコール性認知症(ARD)について対象とすることで，ARD に対する介入効果を判定することを目的としたためである。さらに，混合性認知症(MD)の状態にあるものは，入院中の臨床症状が，ARD のみの場合と比べて多彩で，暴言暴力がみられたり，易怒的であったり，隔離室で処遇されている症例等が存在し，病状が複雑であったため，継続的にプログラムに参加を依頼する本プログラムの対象とすることが倫理上適切でないと判断したためである。

◆ドロップアウト基準は下記を設けた。

- ①介入プログラム開始後に，本人から辞退の申し出があった場合。
- ②介入プログラム開始後に，本人の心身機能の状態変化により，本プログラムへの参加継続が困難であると主治医が判断した場合。
- ③ 当初の見込まれた入院診療計画上の期間より早期退院となった場合。
- ④ 介入セッション第1回～第12回のうち3回以上の欠席が認められた場合。なお，プログラム完遂率：83.3%，2回の欠席まではドロップアウトとはしないこととした。

なお，本介入試験の目標参加者人数は，合計40名（介入群20名，対照群20名）に設定した。この設定根拠は，海外の先行研究を参考に，介入実施施設における入院患者数を勘案し，実現可能性を考慮した上で最小限の規模で設定した。

3) 割り付け方法

乱数表を用いたブロックランダム割り付けを用いた。なお，本研究の対象者が介入群も

しくは対照群にランダム割り付けられることについて、「患者さまへの説明文書」を用いて、次のように説明した。①認知機能そのものへ働きかける認知リハビリテーション (Cognitive Rehabilitation ; CR)は、高次脳機能障害患者および、高齢者ではないアディクション患者を対象とした海外先行研究において、既にエビデンスがあること。②本研究で実施するプログラムは、新しい治療法を『試験的に』『無料で』提供するものであること。③本研究で実施するプログラムは、高齢アルコール依存症患者用に、独自のプログラムを作成した上で実施すること。④認知機能改善プログラムを実施する介入群に属するか、標準治療のみを受ける対照群のいずれに属するかについては、インフォームド・コンセント (以下 I.C.) 取得後、ランダムに決定されるため、I.C.取得時点では不明であること。以上の事柄について、あらかじめ対象者に説明し同意を得られた者のみを本研究の対象者に組み入れた。さらに「患者さまへの説明文書」では、介入群、対照群にそれぞれ属した際に受ける内容、対象者に協力が求められる事項等についての情報をあらかじめ提供し、対象者の理解を得た。

4) 研究実施体制

筑波大学医学医療系(茨城県つくば市)を代表とし、久里浜医療センター(神奈川県横須賀市)との共同研究で実施した。介入試験の実施場所は、久里浜医療センター(高齢アルコール依存症、男性患者専用病棟：東1病棟)であった。研究事務局は筑波大学医学医療系が務めた。

5) 介入の手続き

介入試験の参加者は、介入群と対照群に割り付けられ、以下のスケジュールに沿って、治療プログラム、効果測定を受けた。なお、研究参加者への謝礼は、両群ともベースライン測定と事後測定の終了時に「QUO カード 1000 円」とした。よって研究への参加を完遂した場合、参加者は合計 2000 円分の QUO カードを受け取った。

(1)介入群に割り付けられた参加者

介入群は、標準治療に加えて、認知リハビリテーション「いきいきトレーニング」に参加した。「いきいきトレーニング」開始前の約1週間前～1日前の期間に、1回約60分のベースライン測定(心理検査およびアンケート)を受検した。その後、週2回、1回60分、全10回(合計10時間)の「いきいきトレーニング」に参加した。10回目のプログラム終了

直後から1週間の間（ベースライン測定時から約5~6週間経過）に、事後測定（ベースライン測定時と同一の心理検査およびアンケート）を受検した。

(2) 対照群に割り付けられた参加者

対照群は、標準治療のみ参加した。本研究への参加同意後、約1週間以内に、1回約60分のベースライン測定（介入群と同一）を受検した。その後、5週間は通常通り標準治療に参加した。ベースライン測定時から、約5~6週間経過後に事後測定（介入群と同一）を受検した。

6) 介入内容

(1) 標準治療の内容

本研究における標準治療とは、久里浜医療センターにて入院患者向けに実施されるアルコールリハビリテーションプログラム:ARPのことを指す。ARPは、依存症治療の要であり、約2~3か月間を1クールとして年間を通じて開催されている。具体的なプログラムとして、週2~3回、1回60分程度、院内で実施されるお酒の害について学ぶ勉強会や、集団認知行動療法、集団精神療法（ミーティング）に参加することが含まれる。また、抗酒剤や飲酒渴望低減薬の服用に加え、自助会参加の準備性を高める取り組みや、軽い運動、作業療法、退院後の生活を見据えた外泊訓練といったプログラムも取り入れられている。どのプログラムに参加するかは、対象者の能力に応じて、個々に主治医が判断するが、入院患者は、あらかじめ用意された1週間のスケジュールに沿って、可能な限りこれらのプログラムに参加することが推奨されている。

(2) 認知機能改善プログラム「いきいきトレーニング」の内容

① 「いきいきトレーニング」の実施者

セラピストとして、有資格者1名（臨床心理士および精神保健福祉士）と、アシスタント（看護師、精神保健福祉士、心理系大学院生）1名の計2名で実施した。なお、セラピストはプログラムの実施にあたり、認知リハビリテーション並びにアルコール依存症治療経験が豊富なスーパーバイザー（精神科専門医）より、随時助言を受けた。

② プログラムの実施単位および運営方法

各回、1~5名程度で実施した。ランダム割付のため、対象者の新規エントリーする時期、

人数が予測不可能であったことから、対象者が1名集まり次第、プログラムの第1回目から開始し、次の対象者がエントリーした時点で随時グループに追加参入する方式とした。そのため、プログラムは全10回を1クールとし、同じ内容を繰り返し実施し、参加者がどの回から参加しても、全10回をこなせば、一通りプログラム内容を終わられるようにした。(参考資料添付)

③いきいきトレーニング課題内容 (添付資料参考)

「いきいきトレーニング」は、前頭葉機能障害および遂行機能障害の改善をねらいとした2つの課題「計画づくり訓練」と「つぶやき訓練」を組み合わせて実施した。

【計画づくり訓練】

計画づくり訓練とは、プランニングタスクと呼ばれる課題であり、退院後の生活を主体的に計画・行動をする能力の向上をねらいとして、実現可能かつ効率的な計画を立てるための知識・技術を伝達し、日常生活に密着した場面を想定した上で、繰り返し計画を立てる練習をする。計画づくり訓練課題は、「カレーライスづくり」「外出プラン～日帰り温泉～」「買い物シミュレーション」等を実施した。参加者は、達成すべき条件があらかじめ提示され、その条件を満たすように効率的、具体的な計画を作るように教示を受けた。例えば、「カレーライスづくり」では、昼の12時までに4人分のカレーライスを準備するための計画を作成する。朝起きてから12時までの時間軸を意識しながら、カレーライスの材料を考え、買い物に行き、調理するという一連の手順、行動計画を構成し、スケジュール表の中に書き込んでいくという作業を行った。これらには、自宅から目的地までの電車経路を考える、食品スーパーの見取り図を基に、買い物の際、ピックアップする商品の順番を考案する等も含まれた。

【つぶやき訓練】

つぶやき訓練とは、「自己教示訓練」のことである。「自分自身の行動を振り返り、行き当たりばったりではない、計画に基づいた、より効率的に行動する能力の向上を目指すトレーニング」である。遂行機能障害の認知リハビリテーションで用いられるメタ認知方略の1種であり、訓練対象者へ自己教示(自分で自分自身につぶやく、独り言を言う)の活用方法を教えることで、自らの行動を客観的な視点から見つめ、制御・調節できるようにする。いいかえれば、“行動する前に、立ち止まって考える”プロセスを癖づける方略ともいえる。通常、自己教示訓練は、目標(ゴール)を達成するような作業(目標志向的活動)と組

み合わせて実施される（例：ロンドン塔課題，料理等）。

そこで，本研究では，自己教示訓練用の作業として Tinker Toy を用いた。Tinker Toy は元来，米国の組み立て玩具であるが，Lezak(1982)により 遂行機能障害評価法として Tinker Toy Test(TTT)として開発された。TTT は，加藤(2009)によると，“発散性思考，アイデアの流暢性，および計画性などの能力が関与する課題である”。

著者らは，Tinker Toy が，課題の難易度が調整しやすく，作品の製作に視空間認知能力や，部品を接続するときに指先の力が求められる道具であり，高齢 AL の認知リハビリテーションのツールとして有用と考えた。本邦ではすでに，TTT を認知リハビリテーションに使用した報告が散見される（三村，2004；加藤，2009；穴水，2012）。本研究では，原典の Lezak(1982)にならい，Hasbro 社および Knex 社の市販品の木製ティンカートイを用いた。TTT 本来の施行法は，形状の異なる 50 個の部品を組み合わせて，被験者の自由な発想で作品を創作してもらうよう教示する。採点方法は，完成された作品について，使用した部品数や，部品の接続の精確さなどの複数の指標で評価する。しかし，今回のいきいきトレーニングでは，自己教示訓練の作業として Tinker Toy を導入したため，参加者に対し以下のような独自の教示法で実施し，採点はしなかった。以下，つぶやき訓練の教示法について概要を記す。

A.目標の設定

「どのような作品を作りたいか？」「今日の作品の目標は何か？」をあらかじめ参加者に言語化するよう教示し，時間制限を 7 分程度に設定し作品づくりを開始する。

B.ストップ

3~4 分経過後，途中で一度「ストップ」と作品づくりの作業を中断するように声掛けをし，その時点で，当初想定した目標の，どの段階まで完成しているかを報告させる。すなわち参加者には，自分の作業の進捗状況を振り返り言語化することが求められる。最終的な目標を再認識し，必要に応じて，目標を実現可能なものに再設定する。

C.作業の再開

B の段階で，認識し言語化した進捗状況および目標を維持できるように，つぶやき(独り言)を活用しながら作業を進めるように促す。

D.終了 振り返り

A の段階で当初想定した目標と実際に完成した作品のズレ，違い，工夫した点などにつ

いてグループで発表しあう。できる限り、製作した作品に命名するよう促す。万一、作品づくりが途中の場合は制限時間を超えても、参加者が区切りの付くところまで待つが、適度なところで終えるようセラピストが声掛けする。

さらに、「スリップ場面の練習」では、つぶやき訓練の応用編として実施した。具体的には、自己教示が日常生活場面でも活用できるよう、「ついうっかり再飲酒してしまいそうな場面」に当てはめてグループで話し合いをしながら、上記 A～D の教示を用いて、「つぶやき」を活用し、自分の行動を振り返る練習を行った。

以上の課題に取り組みながら、セラピストから参加者に対し、これまでの人生でお酒を飲むこと以外に大切だったことを思い出すこと、退院後に取り組んでみたいことを探すこと、退院後、1 日を計画的に過ごすこと、目標志向的活動を生活に取り入れるとお酒から適度に距離をとれること等を伝達し、「いきいきトレーニング」での取り組みが日常生活場面に般化するよう促した。また、グループ活動の利点を活かし、参加者が自身の思いや考えを安心して言語化する場面を多数設け、楽しい雰囲気での活動ができるよう配慮した。

7) 効果指標

(1) 認知機能の諸側面を測定する神経心理学的検査

●MMSE ; Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975) (11 項目) 認知機能障害のスクリーニングテストで、全般的認知機能を評価する。30 点満点中、cut off 得点は諸説あるが 23 点が用いられる。【本研究で用いた様式は参考資料参照】

●FAB ; Frontal Assessment Battery (Dubois, Slachevsky, Litvan & Pillon, 2000; 小野, 2001) (6 項目) 前頭葉機能検査 18 点満点中 cut off は 11 点である。【本研究で用いた様式は参考資料参照】

●動物園地図(その 1, その 2) BADS: 遂行機能検査(鹿島, 2003) の下位検査の 1 つであり、被検者に動物園の地図を提示し、設定された規則や条件に従って、目的地までの道のりを考えて、図中に記入するよう求める課題である。遂行機能の評価のために用いた。採点は、規則や条件に追従できたかどうか、所要時間等で評価し、素点は 16 点満点だが、ミスが減点で評価するため、総合得点が負の数(マイナス)となる場合もある。

●TMTA (Trail Making Test A) 縦版 (Reitan, 1958)

注意力や遂行機能を評価することを目的とした TMT は A と B があるが、TMTB は高齢

ALには負担が大きく実施しなかった。検査方法は、被検者に、①~⑤の数字ランダムに並んだ用紙を提示し、小さい数字から順に線で結ぶことを求める。所要時間を測定し、時間(秒)で評価する。

(2)日常生活場面での前頭葉機能に関連した問題行動の程度を評価する尺度

FrSBe: Frontal Systems Behavior Scale 前頭葉機能行動評価尺度日本版(46項目)(吉住ら, 2007)。FrSBeは、前頭葉損傷に伴う行動変化をとらえるための尺度であり、日本版は吉住ら(2007)によって標準化されている。本尺度使用に際し、出版元である米国PAR社の許諾を有料にて取得した。FrSBeは、年齢、教育歴の影響を考慮し、標準化得点が算出できること、下位尺度(遂行機能障害、脱抑制、アパシー)の因子が安定し、優れた尺度である。また、本人用と観察者用があり同内容の項目で構成されている。原版では、脳障害の受傷前と受傷後についてそれぞれ回答させるが、本研究では介入効果測定指標として用いたため、「ここ1週間以内の行動パターンについてあてはまるもの」について、本人に「本人用」様式を用いて回答するよう教示した。また、本研究では観察者用は受け持ち看護師に記入を依頼するよう調査を計画した。しかし、実際には欠損が多く発生し、分析に耐えうる数のデータが収集できなかったため分析対象から除外した。得点は、「まったくない」～「よくある」の5件法(1~5点)、230点満点の値をとる。

(3)アルコール問題に対する自己の気づきを測定する尺度

アルコールに問題に関する自己の気づきが深まっているかどうかを評価する。VAS: Visual Analogue Scale 3項目は、①私には、アルコールの問題がある。(アルコール問題の認識)②今日の前にアルコールがあったら飲みたい(飲酒渴望)。③アルコールを飲まないでやっつけられる自信がある(アルコールをやめる自信)を独自に作成した。各質問に対し、回答欄として、1~10の数値を等間隔でふたつ棒線図をあらかじめ用意し、「全くあてはまらない」を1、「かなりそうである」を10としたときに、「今のあなたの考え、気持ちは何番くらいですか?数値に○をつけてください」と教示した。

(4)対象者本人の目標志向性、現在の充実感

対象者の主観的な生活の満足度を評価する尺度として、「時間的展望体験尺度」白井(1994, 1997)の下位尺度を用いた。「時間的展望」とは、個人が自分の未来や将来に対して、どの

程度の見通しをもっているかを測定する尺度である。4因子18項目で構成され、高齢者にも適用可能である。今回は、下位尺度のうち「目標志向性」5項目、「現在の充実感」5項目、合計10項目を抜粋して使用した。効果測定として用いるため、回答にあたり、「ここ1週間以内のあなたの様子にあてはまるものについて○をつけてください」と教示した。得点は、「あてはまらない」～「よくあてはまる」、5件法(1点～5点)をとり、各下位尺度は25点満点とした。なお、効果測定の実施者は、プログラム実施者と一部重複したスタッフ(臨床心理士、看護師、心理系大学院生)が担当した。

8) 倫理的配慮

本臨床介入試験の施行に際し、下記の要領にて倫理的配慮を行った。

【インフォームド・コンセントの手順】

対象の選定条件を満たした本人へ、文書および口頭にて本研究に関する説明と同意を行った。同意取得のタイミングは、久里浜医療センター東1病棟へ入院後、選定基準を満たしたことが確認された時点であった。

【有害事象への対応】

プログラムの性質上、侵襲はなく、有害事象が起こる可能性は低いものと判断した。万一、プログラム参加中、対象者の病状増悪がみられた場合は、一時中断し、主治医に迅速に報告し必要な対応をすることとした。また、本研究への参加を中断するかどうかの判断は、本人の意見を最大限に尊重し、研究者による不用意な研究参加への留保がないように配慮した。

【倫理委員会における審査】

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会、久里浜医療センター倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【研究への参加協力の自由意思と拒否権】

研究への参加・協力は自由意思によるものとし、一度参加・協力に同意した場合でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できることをあらかじめ伝えた。また、本研究における対象者が高齢および認知機能低下が伴うものであることを鑑み、研究参加の意思を十分に表明できない可能性を考慮して、負担度、疲労具合について「プログラム参加継続意思確認シート」を手渡し、対象者の健康状態について把握するとともに、研究参加継続について意思の確認を行う計画とした。しかし、実際の対象者は口頭で、負担や疲労度、

参加の意思を表明できたため、結果として意思確認シートは用いなかった。

【対象者への参加に伴う利益と不利益】

本研究の対象者の不利益として、認知機能改善プログラムに参加することで、不安や、疲労の蓄積などが想定できた。しかし、これは対象者の選定、実施中の対象者の健康状態への配慮を最大限に行うことで、最小限となるよう配慮した。参加者に、極度の不安や疲労などが生じた場合は、主治医へ報告し、研究対象となることを一時中断した。対象者への利益として、事前事後評価の心理検査、アンケートへの回答協力に対する謝礼金として、事前・事後評価実施後にそれぞれ1000円相当の金券(1人あたり合計2000円)を配布した。

【プライバシー及び個人情報の取扱い】

研究によって得られた個人情報は、介入実施施設内においては、施錠された空間にて厳密管理した。なお、介入実施施設外に情報を持ち出す際は、暗号化、匿名化を施した上で電子データのみを取り扱いとし、施錠が可能な場所にて保管した。研究終了後、10年間は筑波大学医学医療系 D 棟 743 号室にて保管し、その後は情報漏洩のないように十分注意して廃棄する。なお研究公表にあたっては、匿名化された情報および統計的処理が施されるため、個人が特定されることがないように配慮した。

9) 統計解析

本研究では以下の仮説を検証する。すなわち、介入群は、標準治療のみを施した対照群と比べて、前頭葉機能および遂行機能を含む認知機能検査の得点の有意な改善がみられるであろう。さらに、これらの認知機能の改善は、自身のアルコール問題への気づきを向上させ、本人の生活満足度を向上させるであろう。統計解析には、SPSS Ver.24.0 を用い、有意水準はそれぞれ、 $p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$ で設定した。なお本研究は少数サンプルを対象とした臨床介入試験のため、 $0.05 < p < 0.1$ を有意傾向とし、全体的な傾向を把握するための参考とした。ベースライン時の群間差の検証には、t 検定を適用した。また、事後測定時の両群の効果指標の得点比較には、ベースライン時の得点を共変量として投入した ANCOVA(共分散分析)を適用した

3. 結果

1) 対象者の特徴

対象者の募集時期は、2018年2月～12月、介入試験実施場所の久里浜医療センター東1病棟に入院順に組入れを行った。Figure 9に介入試験参加者のフローチャートを示す。介入試験参加への適格性を満たしたのは、39名で、うち9名が参加を拒否し、I.C.が得られなかった。よって、30名がランダム割付の対象となり、介入群15名、対照群15名が介入試験に参加した。両群とも2名ずつ、早期退院のため、脱落(脱落率13.3%)となった。最終的には、介入群13名、対照群13名、合計26名を解析対象とした。続いて、両群のベースライン時の年齢、教育年数、追跡期間、および問題飲酒の開始年齢についてTable 15に示す。さらに両群の平均値を基にt検定で比較したところ有意差はなかった。したがって、ランダム割付によって、両群の参加者のベースライン時の特性は同質であることが確認された。

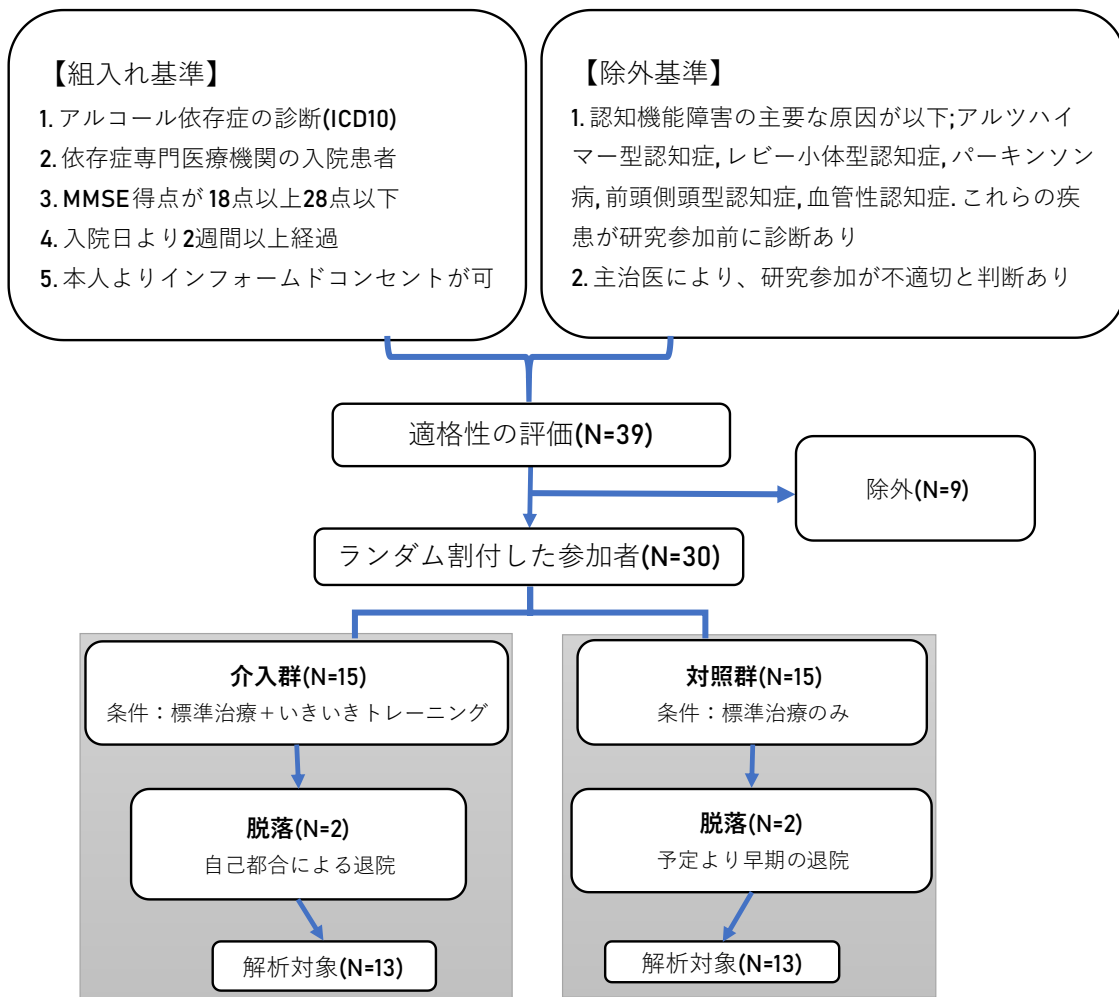


Figure 9 ランダム化比較対照試験対象者のフローチャート

Table 15 ベースライン時の対象者の特徴

	介入群n=13 平均値±SD	対照群n=13 (平均値±SD)	▶	p値*
年齢 (歳)	74.0±5.7	72.5±3.9	▶	0.43
教育年数 (年)	12.9±2.0	11.6±1.9	▶	0.12
追跡期間 (日)	37.5±5.5	38.9±5.6	▶	0.55
問題飲酒の開始年齢 (歳)	62.2±14.5	62.2±13.3	▶	1.00

※p値はt検定による両群の平均値の差の検定結果

2) 臨床介入試験「いきいきトレーニング」の実施状況および参加者の反応

「いきいきトレーニング」は、2018年2月13日に開始し、2018年12月20日に終了した。全10回(5週間)を1クールとし、合計6クール(延べ30週間)施行した。「計画づくり訓練」「つぶやき訓練」とともに、参加者に好評であった。参加者の感想は、「楽しい、あっという間に時間が過ぎる」「(Tinker Toy について) 案外むずかしい、発想がないことに気づいた」「(計画づくりについて) 昔、今は亡き妻と一緒に掛けた新婚旅行の場所を思い出した」「もともと自分は物作りが好きだったことを思い出した」等であった。また、プログラム参加者は、Tinker Toy を用いたつぶやき訓練の作品づくりを通じて、自分自身の変化を把握することができていた。以上のように、「いきいきトレーニング」を構成した2種の課題は、いずれも高齢ALに適用したのは本研究が初の試みであったが、参加者は意欲的に取り組み、このプログラムへの参加を肯定的に捉えた。なお、介入群のプログラム完遂率は、86.6%(13名/15名)と非常に良好であった。以上のことから、「いきいきトレーニング」は高齢ALによく受け入れられ、高齢で認知機能が低下していても、無理なく参加できるプログラムであることが示された。

3) 効果指標の分析結果

ベースラインと事後の2時点で測定した効果指標の平均値の一覧および、介入効果を検証した結果を Table16 に示す。これより、ベースライン時の介入群と対照群の平均値に有意差は認めなかった。続いて、「いきいきトレーニング」の介入効果を検証するため、ANCOVA を施行し、ベースライン時の得点を共変量に投入し調整した上で、介入群と対照群の事後の得点を比較した。以下、尺度ごとに結果を記す。

(1) 認知機能を測定する神経心理検査得点の比較

事後で測定した介入群の MMSE と FAB の平均値は、ベースライン時の得点を調整した上でも、対照群よりも有意に上昇していた($p < .01$) [MMSE:F(1, 23)=13.84, $p=0.001$, FAB:F(1, 23)=12.26, $p=0.002$]。それぞれ結果を Figure 10(MMSE), Figure 11(FAB) に示す。TMTA および ZOOMAP では両群に有意差は認めなかった。続いて、有意差がみられた MMSE, FAB において、いずれも複数の下位検査項目から構成されるスクリーニング検査であることを鑑み、各検査のどの下位項目に得点の上昇がみられたのかを検討した。MMSE の各下位項目の平均値、標準誤差を Table 17, FAB について Table 18 に示し

た。そして介入前後の下位項目ごとの得点の変化について、ANCOVA を用いて両群を比較した。その結果、ベースライン時の得点を調整した上での事後評価時点における介入群の平均値は、対照群に比べ MMSE では計算(Serial sevens), FAB では運動プログラミングもしくは運動系列(Luria の系列動作)の項目得点が有意に上昇していた[計算: $F(1, 22)=29.97, p=0.00, p<.001$, 運動プログラミング: $F(1, 23)=7.296, p=0.013, p<.05$]。なお、下位項目の分析において、MMSE は介入群の 1 名について総合得点のみしか把握できず、下位項目ごとの得点が欠損していた。そのため MMSE の下位項目の分析は、介入群 $n=12$, 対照群 $n=13$, 合計 $N=25$ で分析した。FAB 得点については、今回解析対象に含めた $N=26$ 全員の下位項目得点を入手できたため、介入群 $n=13$, 対照群 $n=13$ にて分析を実施した。それぞれ ANCOVA の結果は、Figure 12, Figure13 に示した。なお MMSE, FAB ともに下位項目得点は、厳密には連続変数 (continuous variable) ではなく、ある一定の範囲の値をとる順序変数 (ordinal variable) であるが、本分析においては連続変数として扱い、ANCOVA にて両群の得点を比較した。そのため、本研究で得られた下位項目ごとの分析結果は、参考程度に解釈するのが適当である。

(2) 飲酒に関する V A S 尺度得点の比較

事後で測定した対照群の飲酒渴望の平均値は、ベースライン時の得点を調整した上でも、介入群より低下し、有意傾向を示した [$F(1, 23)=3.964, p=0.058$]。「自分のアルコール問題の認識」および、「アルコールをやめる自信」については両群に有意差は認めなかった。

(3) 主観的な生活満足度 (充実感, 目標志向性) 得点の比較

「目標志向性」「充実感」ともに両群に有意差は認めなかった。

(4) 前頭葉機能障害に関する問題行動評価 FrsBe 尺度得点の比較

Table18 には、本人が「本人用」を用いて自己評価した FrSBe の結果を示す。「FrSBe Total(総合得点)」および下位尺度の「遂行機能障害」, 「脱抑制」は両群に有意差を認めなかった。一方、事後で測定した「アパシー」の平均値は、ベースライン時の得点を調整後、介入群で低下、対照群で上昇し、有意傾向を示した [$F(1, 23)=3.291, p=0.083$]

Table 16 効果指標結果一覧

評価項目の説明	測定尺度	ベースライン			事後		介入効果 p 値*2	
		介入群 (n=13)	対照群 (n=13)	p 値*1	介入群 (n=13)	対照群 (n=13)		
認知機能	全般的認知機能	MMSE	25.0 (2.9)	24.6 (3.0)	0.74	28.2 (1.9)	25.2 (2.0)	0.001**
	前頭葉機能	FAB	13.7 (1.7)	11.9 (2.8)	0.05	15.4 (1.3)	12.5 (1.9)	0.002**
	計画性及び注意機能	TMT-A	61.9 (24.7)	56.9 (22.6)	0.60	50.4 (24.8)	46.4 (16.8)	0.788
	遂行機能 (From BADS)	ZOOMAP	3.85 (5.4)	1.77 (7.9)	0.15	9.2 (5.3)	4.7 (10.5)	0.223
生活の満足度	目標志向性		18.0 (6.7)	18.4 (4.6)	0.88	18.8 (3.5)	20.0 (4.0)	0.317
	充実感		15.5 (4.9)	13.4 (6.3)	0.36	14.4 (4.9)	13.2 (6.8)	1.000
心理尺度	飲酒に関するヴィジュアルアナログスケール (1-10)	自分のアルコール問題の認識	6.5 (2.1)	7.5 (2.6)	0.30	6.6 (2.9)	5.6 (2.9)	0.247
		飲酒渴望	4.2 (3.2)	5.2 (4.0)	0.49	4.1 (3.5)	2.6 (2.2)	0.058 †
		アルコールをやめる自信	5.6 (3.5)	5.6 (2.9)	1.00	6.3 (3.1)	7.2 (3.1)	0.446
前頭葉機能障害に関する問題行動の尺度 (自己評定)	FrsBe Total		91.2 (15.9)	100.2 (25.2)	0.29	89.7 (15.0)	98.0 (21.2)	0.600
	FrsBe遂行機能障害		34.6 (6.6)	39.9 (10.7)	0.14	33.9 (6.7)	37.0 (9.0)	0.974
	FrsBeアパシー		29.8 (7.6)	32.5 (8.8)	0.41	28.8 (6.5)	34.0 (7.5)	0.083 †
	FrsBe脱抑制		27.8 (4.3)	27.7 (8.0)	0.71	26.9 (5.1)	26.9 (7.7)	0.721

*1 p 値は、ベースライン時の両群の平均値を t 検定により比較した結果を示す。

*2 p 値は、ANCOVA(共分散分析)により、両群のベースライン時の得点の調整後、両群の追跡後得点の差を比較した結果を示す。

† p<.05~.10 * p<.01

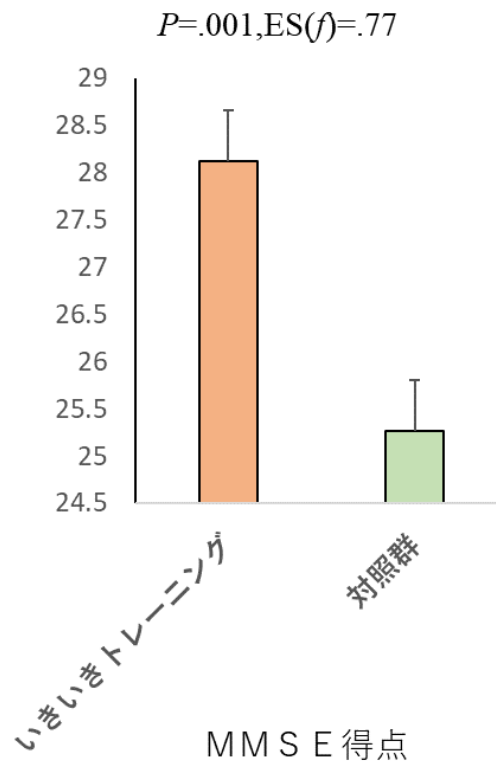


Figure 10 ベースラインスコアを調整後の事後の MMSE 得点

Note: いきいきトレーニング=介入群を指す。

図中の P 値は、MMSE ベースライン得点を共変量とした MMSE 事後得点の ANCOVA による検定結果。ES は G-power にて算出した効果量。

作図に用いた値は、統計ソフト SPSS を用いた ANCOVA 実施後の推定周辺平均値(介入群=28.12, 対照群=25.27 に基づく。エラーバーは、標準誤差=0.542 を示す。

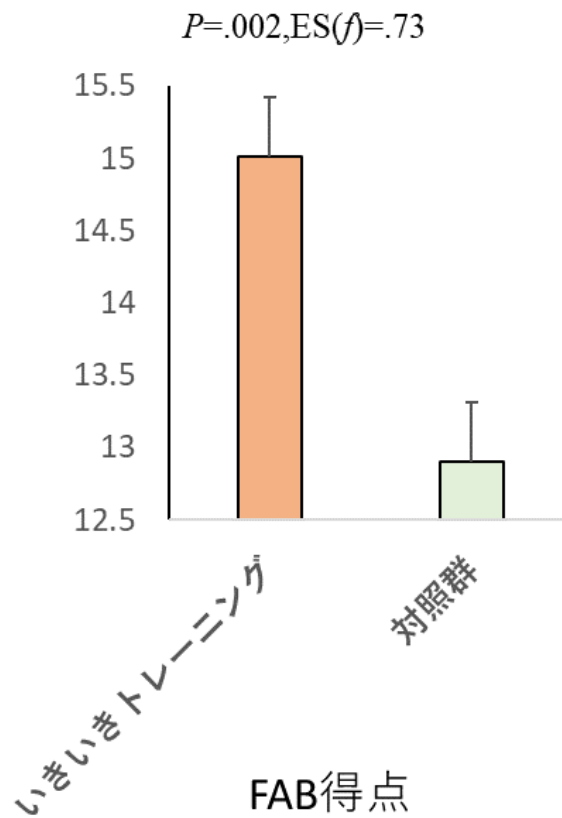


Figure 11 ベースラインのスコアの調整後の事後の FAB 得点

Note: いきいきトレーニング=介入群を指す.

図中の P 値は, FAB ベースライン得点を共変量とした FAB 事後得点の ANCOVA による検定結果. ES は G-power にて算出した効果量.

作図に用いた値は,統計ソフト SPSS を用いた ANCOVA 実施後の推定周辺平均値(介入群=15.02, 対照群=12.91 に基づく. エラーバーは,標準誤差=0.409 を示す.

Table 17 各群の MMSE 下位項目得点のベースライン-事後の比較

	平均值(点)		標準誤差(点)	
	ベースライン	事後	ベースライン	事後
1. 場所見当識				
対照群	4.23	4.38	0.30	0.24
介入群	3.92	4.67	0.34	0.19
2. 時間見当識				
対照群	4.08	4.62	0.27	0.21
介入群	4.17	5.00	0.27	0.00
3. 即時想起				
対照群	2.92	3.00	0.08	0.00
介入群	2.83	2.83	0.11	0.11
4. 計算				
対照群	3.38	2.46*	0.35	0.39
介入群	3.75	4.83*	0.41	0.11
5. 遅延再生				
対照群	1.69	2.31	0.29	0.24
介入群	2.08	2.50	0.29	0.20
6. 文の復唱				
対照群	0.92	0.92	0.08	0.08
介入群	0.83	0.83	0.11	0.11
7. 口頭指示				
対照群	2.77	2.92	0.17	0.08
介入群	2.75	3.00	0.18	0.00
8. 自発書字				
対照群	0.69	0.85	0.13	0.10
介入群	0.83	0.83	0.11	0.11
9. 図形模写				
対照群	0.92	0.77	0.08	0.12
介入群	1.00	1.00	0.00	0.00

*p<.001: 事前得点を共変量とした MMSE 下位項目ごとの事後得点について ANCOVA による検定結果で有意差がみられた項目.

Table 18 各群の FAB 下位項目得点のベースライン-事後の比較

	平均値(点)		標準誤差(点)	
	ベースライン	事後	ベースライン	事後
1. 類似性				
対照群	1.54	1.46	0.31	0.24
介入群	1.64	1.86	0.20	0.17
2. 語の流暢性				
対照群	1.54	2.00	0.27	0.28
介入群	2.00	2.29	0.21	0.19
3. 運動プログラミング				
対照群	1.85	1.77*	0.30	0.26
介入群	1.86	2.57*	0.29	0.17
4. 葛藤指示				
対照群	2.23	2.85	0.30	0.10
介入群	2.93	2.93	0.07	0.07
5. GO/NO GO				
対照群	1.69	2.00	0.33	0.28
介入群	2.57	2.36	0.20	0.23
6. 把握行動				
対照群	3.00	2.46	0.00	0.29
介入群	2.57	3.00	0.23	0.00

* $p < .005$: ベースライン得点を共変量とした FAB 下位項目ごとの事後得点について ANCOVA による検定結果で有意差がみられた項目

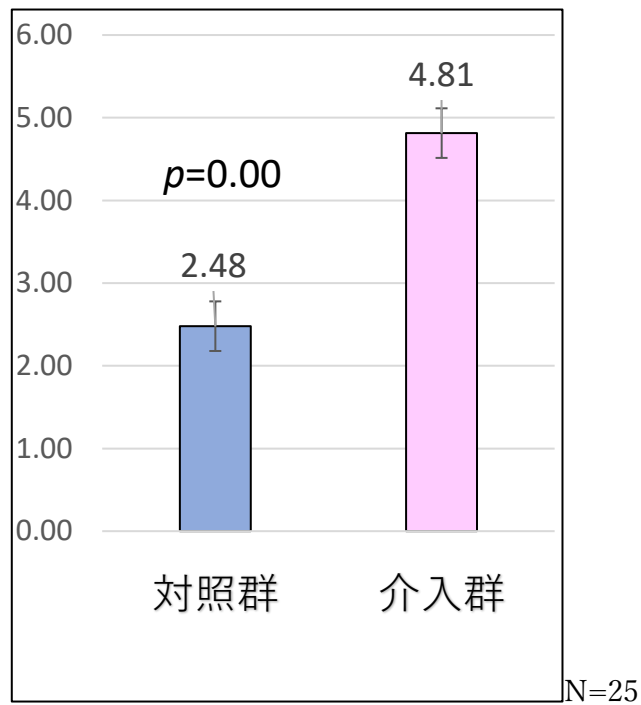


Figure12 ANCOVA による MMSE 下位項目 計算の得点比較

Note : 図中の P 値は, MMSE 計算ベースライン得点を共変量とした MMSE 計算の事後得点の ANCOVA による検定結果.

作図に用いた値は,統計ソフト SPSS を用いた ANCOVA 実施後の推定周辺平均値(介入群=4.81, 対照群=2.48 に基づく. エラーバーは,標準誤差=0.3(介入群=0.30,対照群=0.29)を示す.

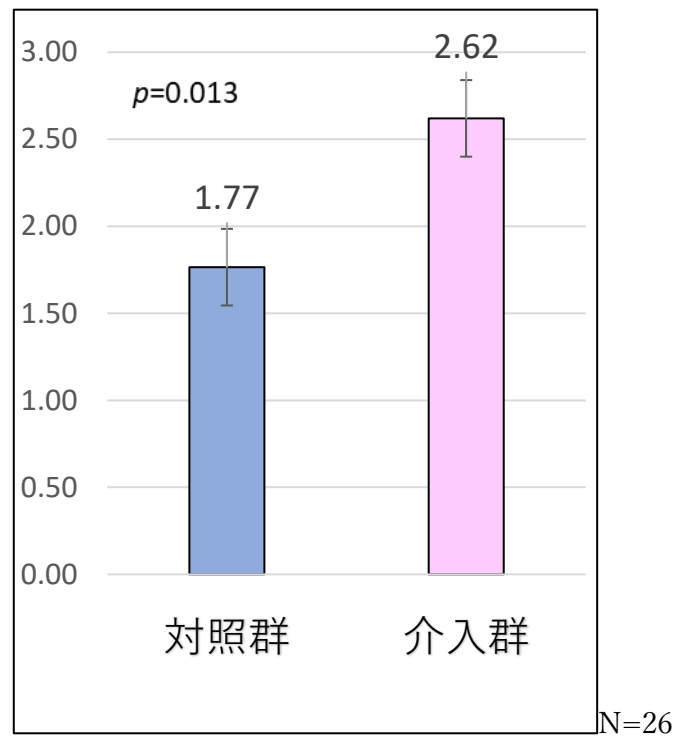


Figure13 ANCOVA による FAB 下位項目 運動系列得点比較

Note：図中の P 値は，FAB 運動系列ベースライン得点を共変量とした FAB 運動系列の事後得点の ANCOVA による検定結果。

作図に用いた値は,統計ソフト SPSS を用いた ANCOVA 実施後の推定周辺平均値(介入群=2.62, 対照群=1.77 に基づく。エラーバーは,標準誤差=0.22 を示す。

4. 考察 高齢アルコール依存症に対する認知機能改善プログラムの有効性

以上より、対照群と比較し、介入群において、ベースラインから5~6週間経過後の事後測定時に、MMSE 得点および FAB 得点に有意な改善が認められた。また、前頭葉機能障害に関する問題行動尺度の「アパシー」得点は、介入群において改善し、対照群では増悪する傾向にあった。一方、事後測定時の飲酒渴望は、介入群に比べて、対照群で減少する傾向にあった。その他の尺度には両群に有意差は認めなかった。

これより、高齢 AL に対する「いきいきとレーニング」の介入効果として、全般的認知機能および前頭葉機能の改善をもたらし、前頭葉機能障害の1つである「アパシー」を改善させる傾向があることが示された。先行研究では、認知機能改善プログラムを施行した群で、MMSE 得点(Rupp et al., 2012; Cindy et al., 2018) , FAB 得点(Gamito et al., 2014) の改善が報告されており、本研究でも同様の結果が得られた。さらに、MMSE と FAB は複数の下位検査の組み合わせから成るスクリーニング検査であることを考慮し、各検査のどの項目に変化が見られたか検証した。その結果、MMSE では計算(Serial sevens), FAB では運動系列(Luria の系列動作)について、介入群が対照群に比べ有意に改善していた。Serial sevens は、 を測定することを狙いとした課題である。一方、FAB の運動系列は、検査者が実演する一連の手の動き(グー,チョキ,パー,合掌)を被検者が記憶し、模倣しながら繰り返す課題である。この課題に成功するためには、順序のある動きを視覚情報として取り込んで、即時に記憶し、運動を構成していくことが必要で、主に短期記憶や遂行機能を測定している。以上のことから、本介入プログラムは認知機能の中でも、ワーキングメモリや、即時記憶、遂行機能の改善に有効であった可能性が示唆された。また、「アパシー」の改善傾向については、「いきいきトレーニング」が、計画を立てて行動することや、創造的活動へ従事すること、飲酒以外の楽しい活動に着目するよう促す内容のものであったことが影響したものと推察された。

一方、本研究では、「いきいきトレーニング」への参加が、アルコール問題への理解を促進し、主観的な生活満足度を高めるかどうかについては証明することはできなかった。しかし、今回得られたデータから、これらの関連が全くないと結論づけるには早急である。今後は、認知機能の改善がアルコール依存症治療や、治療を受けた後の転帰にどのように影響するかを検証することが必要である。

さらに、「飲酒渴望」について予想とは異なり、介入群でベースラインと事後の比較で変化みられなかった一方で、対照群で減少する傾向がみられた。この理由として、認知機能

が低下していると、入院という飲酒できない状況下で、飲酒に対する期待が減じる可能性が考えられた。Rupp et al (2012) の AL 入院患者を対象に認知機能改善プログラムを実施した研究においても、渴望を OCDS:強迫的飲酒尺度を用いて測定している。その結果、飲酒渴望に関する行動的側面(Compulsion) は介入群で有意に低下していたが、思考的側面(Obsession)については、対照群も介入群と同様に低下しており有意差がみられなかった。したがって、本研究で用いた VAS は「今日の前にアルコールがあつたら飲みたいか?」という質問であり、「飲酒に対する期待」、すなわち記憶想起が必要な思考的側面を参加者に尋ねたため、対照群でより低い得点を報告する傾向にある可能性が推察された。

また、本研究の限界として、対象者の介入群、対照群の割付にはランダム化を用いたものの、参加者、セラピスト、評価者ともに盲検化はしなかった。介入実施者の一部の人が効果測定も実施しており、独立評価者ではなかった。さらに効果測定のタイミングは、介入前と介入プログラム終了後の直後と 2 時点でしか評価していないため、この効果がどの程度の期間持続するかについては検証できていない。また、今回は対象者の認知機能に影響を与えうる薬剤の影響については、データを取得しなかったため評価できなかった。しかし、本研究では介入群と対照群はランダム割付を経ているため、これらの交絡要因については、ランダム割付をしない研究デザインを採用した場合と比べ、比較的バラツキが小さいことが推察された。以上のことから、本研究で得られた結果は、予備的な報告に留まる。今後、より多くのサンプルを対象に、多施設での実施や長期的な追跡調査による効果測定の実施など、より詳しく検討していくことが必要である。

5. 症例提示 「前医にて依存症治療適応なしと判断されたが、『いきいきトレーニング』を経て、デイケアに継続参加となった高齢アルコール依存症」

【本症例提示の理由】

本症例は、専門医療機関の入院当初、本人の依存症治療へのモチベーションが低く、依存症治療に不適と思われた典型的な認知機能低下を伴う高齢ALである。本症例は、本研究にて実施した認知機能改善プログラムに参加を依頼し継続的に参加完了した。その結果、事後測定時に認知機能の著明な改善がみられたのに加え、治療意欲が高まり、自発的に「退院後にデイケアに通所する」という明確な目標を持つことができたという転帰に至った。この点で、本症例は、本研究における認知機能改善プログラムに良好に反応した高齢ALのモデル事例として本項で紹介する。なお、倫理的配慮として、本症例の公表に関し、本人から口頭で同意を得た。また、個人が特定されないように一部改変している。

【主訴】両肩痛、全身倦怠感

【現病歴】X年68歳、男性。18歳高卒後、百貨店で販売員として勤務していた。20歳ごろに初めて飲酒した。その後まもなく週3日以上、習慣的に飲酒するようになった。25歳ごろより、仕事の終業後、ウイスキーボトル1本/日開けるようになった。42歳から、糖尿病になり、量は飲めなくなったが、朝から飲酒するようになった。45歳ごろには、販売の仕事で退職し、とび職に転職した。55歳から66歳の間は、清掃の仕事に従事していたが、66歳のときに、仕事中心房細動で倒れ退職した。以後無職であった。家族関係は、45歳ごろに妻と別居し、それからは単身独居であった。現在も妻、長女との交流あるが疎遠であった。

【S病院(前医)の経過】

X-1年、12月、血液検査で低カリウム血症(2.4mEq/L)認め、X年1月、精査加療目的で、地元の総合病院であるS病院に入院した。原因は食事摂取不良であることが判明した。X年2月、自宅の引っ越し中に両肩痛、全身脱力感出現し、S病院再入院となった。

【S病院入院時の診断・方針】

下記の通り、複数の内科疾患および精神医学的状态を認めていた。

内科疾患：糖尿病性ケトアシドーシス、2型糖尿病(退院時：空腹時血糖140-160mg/dl、食後160-240mg/dl)、糖尿病性神経障害、増殖性糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症第2期、

高尿酸血症，本態性高血圧症，慢性心不全，発作性心房細動。

精神医学的状态：①アルツハイマー型認知症の診断あり。X年2月に撮影した頭部CTにて，びまん性軽度萎縮あり，HSDR 15点であった。また脳血流SPECT，VSRADによる所見は，両側側脳室下角拡大，海馬萎縮であった。以上より，アルツハイマー型認知症と診断された。X年2月よりアリセプト3mg/日開始し，同年3月には，5mg/日に増量し経過をみていた。②アルコール依存症疑い。背景に入院前自宅でアルコール多飲し，偏食していた。S病院入院中に外出して，酒を購入し，室内飲酒があった。CAGE(アルコール依存症スクリーニングテスト)：2/4点であった。入院中，S病院の精神科をリエゾン受診するも，精神科担当医より，本人に断酒意思なく，禁酒外来受診の意思もなく，アルコール依存症の治療適応なしと判断された。

【専門医療機関Y病院への転院】

X年3月，Y病院へ転院。依存症治療に適応がないと判断されたにもかかわらず，専門医療機関に転院となった主な理由は下記の通りであった。まず，アルツハイマー型認知症，アルコール依存症疑いあるため，糖尿病の血糖コントロールが患者本人で難しいことが予測された。また，本症例はS病院入院前にアパートにて単身独居生活を送っていたが，入院を契機に，娘の判断で住居は解約していた。そのため，S病院退院後に帰住先がない状態であった。さらに，キーパーソンである娘は，本症例に対し施設入所を検討していた。以上のことから，退院後の行き先がみつかるまでの期間，アルコール依存症治療を実施しており，かつ閉鎖病棟を有するY病院へ転院となった。

【Y病院転院時のアセスメント】

神経所見・精神症状は，40歳代より，離脱症状(手指振戦あり)，飲酒下でイライラ，暴言暴力，かっとなって車で客同士トラブルを起こす，警察介入もたびたびあった。本症例曰く，物忘れの自覚あり，具体的なエピソードとして，「やろうとしていたことを忘れる，インシュリンを打ち忘れてたり」があげられた。ADLは，自立していた。しかし歩行は不安定で，入院初期～中期にワイドスペース歩行認めていた。最終飲酒は，X年2月で焼酎200ml/日であり，S病院入院直前まで飲酒していた。アルコール以外の依存・嗜癖について，競馬が趣味で，喫煙は1日あたり20本を48年間続けていた。本症例の転院時の様子として，「うすうすアルコール依存で入ったのかなと気づいているけど，タバコ，酒やめようかな，でも飲酒は一人だったら何もいわれない朝から飲んで眠るのは普通だと思う」と発言あり。担当看護師より，入院目的についてたずねると，「断酒じゃないの?」と回答し，

どこか他人事のような、現実感に乏しい感じであった。Y 病院精神科主治医における臨床診断は、①アルコール依存症、②軽度認知機能障害：X 年 3 月に実施した MMSE 得点は 21/30 であった。精神科薬物療法はアリセプトからメマリーへ変更し、5 mg/日開始した。その後漸増し、退院時処方は 20 mg/日であった。③糖尿病④アルコール性肝炎⑤高血圧であった。これより、Y 病院転院当初、見当識障害、ワーキングメモリ低下、構文障害などの認知機能障害がみられた。また、高血糖やアルコールの影響による軽い意識障害があったことが推測された。

【いきいきトレーニング導入期】

アルコール離脱期を経て、Y 病院における病棟生活に慣れてきた X 年 4 月、介入プログラム参加に声掛けしたところ、本症例の反応は、「なんでもやってみないとわからない」予想外に、積極的な反応であったが、プログラムの趣旨の理解が乏しいようにうかがえた。

【いきいきトレーニングへの参加中の変化】

以下、全 10 回のプログラム施行における本症例の様子、変化について記述する。開始当初は、プログラム開始時間になっても自床で寝ており、スタッフの声かけで起きてくる状態であった。また、プログラム中の本症例の発言は「イライラしている、肩が痛い」であり、1 回目～3 回目は、訓練課題には取り組むが、スタッフのサポートによりやっと完成させていた。Tinker Toy を用いたつぶやき訓練では、「何をしているのかわからない」とつぶやきながら取り組んでいた。しかし、4 回目から本症例の様子に変化がみられ、「とりあえず、朝起きたら一杯飲む生活、お酒をやめるとか考えたことはなかった。」とこれまでの自身の生活を振り返る発言が表出した。プログラム 5、6 回目には、計画づくりで退院の翌日のスケジュールを立てる課題に取り組む途中、本症例より「退院しても何もやることのないことに気づいた」と発言あり。介入スタッフから退院後日中、自分では日課が見つからない人は、アルコールデイケアやデイサービスなどの利用が有効と情報提供する。本人は、熱心に説明を聞いていた。また、つぶやき訓練の課題の作業中には、「自分はいったい何がしたいのか。一体ここで何をしているのか？」と自問自答のような発言がみられた。この時点での Tinker Toy 作品は、あらかじめ目標物を設定することはできず、手あたり次第にパーツを結びつけて作品を完成させていた。プログラム 7、8 回目には、時折笑顔がみられるようになり、計画づくりで 1 泊 2 日の旅行計画を立てる課題には、「新婚旅行で訪れた場所にもう一度行ってみたい」と発言し熱心に取り組んでいた。つぶやき訓練では、プログラム開始して初の「乗り物」と目標設定し、作品を構成した。X 年 4 月下旬、7 回目訓練終了直後

に本症例から、訓練スタッフに対し、「これから先、どうやって生活していけばいいか不安. これからのことを相談したい」と発言あり.訓練スタッフより担当看護師に、本症例から退院後について相談希望ある旨伝達した.その後、Y病院の担当看護師、ケースワーカーによる面談時に、本症例より「退院後はY病院のデイケアに通いたい」との意向が表明される.主治医は、認知機能の低下だけでなく、断酒意思もあいまいで、デイケアにつながるようなタイプの患者ではないと考えていたが、本症例の意向を尊重し、退院後はY病院の近隣にアパートを借りて、単身独居でY病院のデイケアに通所するという方針で進めることに決まった.プログラム終盤の9、10回目では、「カレーライスづくり」をテーマとした計画づくり訓練で、料理を作るのはもともと好きだったことが語られる.また、日帰り温泉に行く計画づくりでは、お気に入りの北関東にあるN温泉に行くプランを作成した.つぶやき訓練では、目標をあらかじめ設定し、「荷台のあるトラック」と作品に命名し、左右対称の作品を構成した. Figure14に、Tinker Toy作品の変遷を示す.

【退院後の経過】

X年6月、Y病院退院.Y病院から徒歩圏内にアパートを借りて単身独居.退院翌日から月～金まで、週5日ほぼ休まず自力でデイケア通所していた. 飲酒について、本症例にたずねると、「断酒ではなく節酒をしている、デイケアに通所したいのでデイケアで毎朝実施するアルコールチェッカーで反応が出ないように工夫して、1日焼酎1杯を毎晩19時までには飲み終えるようにしている、現在の生活に大変満足している,家に一人でいるよりずっといい」と語っていた. X年12月、退院後6か月後もデイケア通所は継続していた.

【いきいきトレーニング前後の効果指標の変化】

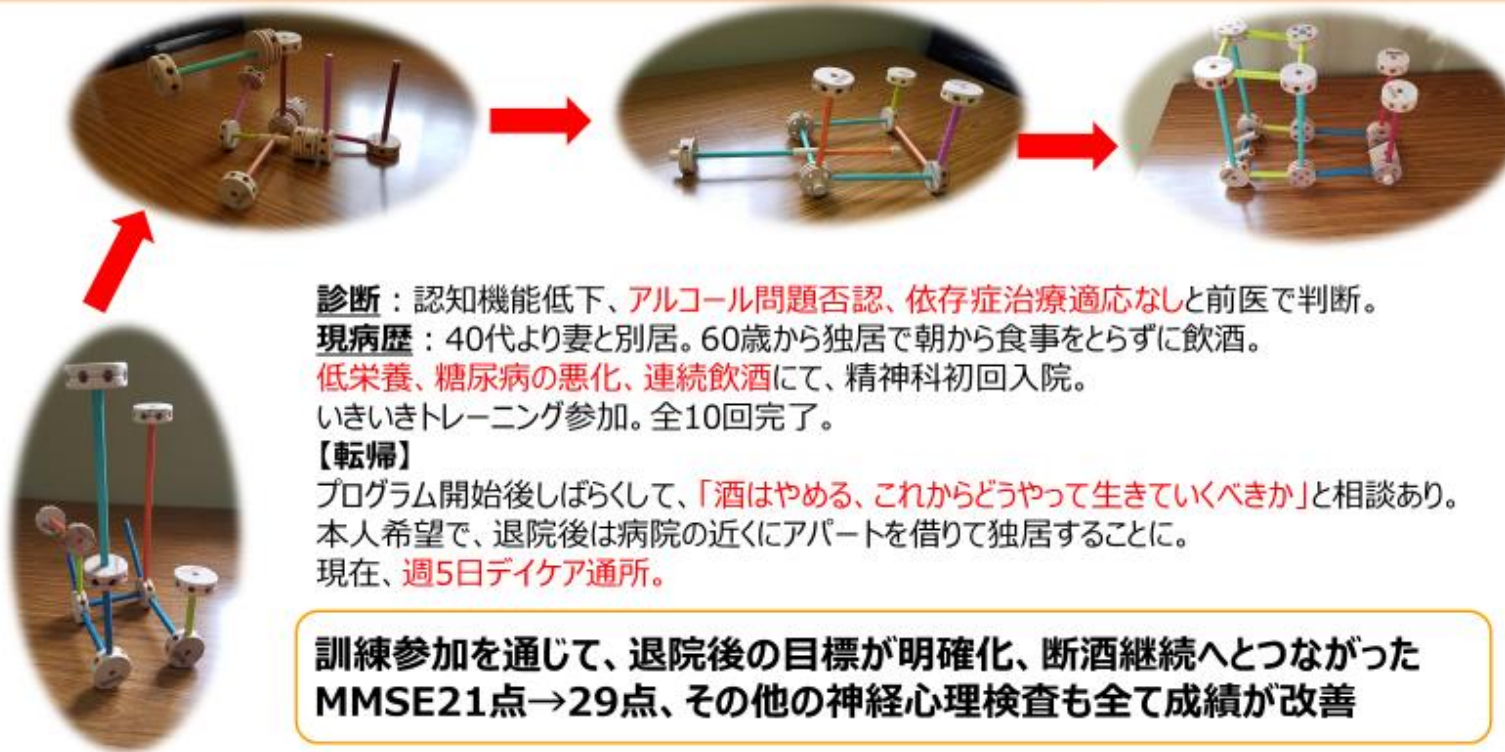
Table 19に症例の事前評価と事後評価の神経心理検査結果、Table 20に心理尺度の結果を示す.これより、プログラム終了後、遂行機能、注意を含む認知機能は全ての指標で改善した.一方で、主観的な充実感、目標志向性、断酒への自信は低下していた.また、飲酒渴望と主観的なアルコール問題の深刻さへの認識は高まっていた.

【本症例に関する考察】

以上、認知機能障害を伴う高齢ALに対し、「いきいきトレーニング」を実施した症例について報告した.本症例の事後評価の神経心理検査の値が、事前評価に比べて著明に改善していた.また「いきいきトレーニング」参加を通じて、単に神経心理検査の点数が改善しただけにとどまらず、本人自身の「アルコール依存症」という病気に対する気づきが向上したことが窺えた.具体的には、本症例は、プログラムの課題施行をきっかけに、退院後の日

中生活について思いを巡らした。その結果、アルコール依存症の外来治療の一環であるデイケアに通所するという意思が形成された。また、事後評価では MMSE 得点が 29 点まで改善し、退院後 6 か月経過後も、自立生活をしていることから、前医でのアルツハイマー型認知症という診断は妥当でなかった可能性がある。なお、本研究における認知機能改善プログラム組入れ時は、専門医療機関 Y 病院転院後の主治医による臨床診断は、「軽度認知機能障害」であり、除外基準に該当しなかったため、本研究に組み入れた。したがって、入院当初にみられた本症例に併存した認知機能障害は、ARD の状態に該当していたことが推測された。また、事後評価で、主観的な充実感、目標志向性、断酒への自信は低下し、飲酒渴望が高まった。この理由として、認知機能が改善し、アウェアネスが高まったことにより、現実的な判断や客観的に自己が置かれた状況を評価する能力が反映されたと考えた。本症例における治療転帰として、結果的に断酒ではなく節酒であったが、本人の中ではデイケアに通所し続けることが、飲酒することよりも優先順位が高く位置付けられており、そのために時間管理をし、日常生活を送っていた。これより、必ずしも治療ゴールが断酒でなかったとしても、本人からすると満足度の高い生活を送り、治療につながり続けることができているという点で、Y 病院における入院治療および認知機能改善プログラムは、回復につながる支援を提供したと評価することができるであろう。

結果 いきいきトレーニング参加 69歳男性 TinkerToy作品変遷



診断：認知機能低下、アルコール問題否認、依存症治療適応なしと前医で判断。
現病歴：40代より妻と別居。60歳から独居で朝から食事をとらずに飲酒。
低栄養、糖尿病の悪化、連続飲酒にて、精神科初回入院。
いきいきトレーニング参加。全10回完了。
【転帰】
プログラム開始後しばらくして、「酒はやめる、これからどうやって生きていくべきか」と相談あり。
本人希望で、退院後は病院の近くにアパートを借りて独居することに。
現在、週5日デイケア通所。

**訓練参加を通じて、退院後の目標が明確化、断酒継続へとつながった
MMSE21点→29点、その他の神経心理検査も全て成績が改善**

Figure 14 症例の概要および Tinker Toy 作品の変遷

Table 19 症例の介入前後の効果指標[神経心理検査の変化]

	介入前	介入後	変化*
MMSE	21/30	29/30	↑
FAB	14/18	16/18	↑
ZOOMAP1(素点)	-5	0	↑
ZOOMAP2(素点)	8	8	→
ZOOMAP (素点/プロフィール得点)	-3/0	8/1	↑
TMTA[秒]	79	62	↑

*矢印は↑が向上もしくは改善, →変化なしを示す.

Table 20 症例の心理尺後の介入前後[事前事後]の変化

尺度名	尺度説明	事前	事後	変化*
時間的展望体験尺度 合計得点	自分の人生にどのくらい見通し を持っているかを測定	48/50	31/50	↓
目標志向性	未来に向けてどの程度具体的に 目標志向的に行動しているか	23/25	20/25	↓
現在の充実感	現在の生活を肯定的にとらえて いるか？ 生活の満足度 主観的幸福感に関連	25/25	11/25	↓
VAS1 アルコール問題の認識	Q1 自分にはアルコールの問題 があると思う	1/10	5/10	↑
VAS2 飲酒渴望	Q2 今日の前にお酒があったら どのくらい飲みたいですか？	8/10	10/10	↑
VAS3 断酒への自信	Q3 断酒でやっていける自信が ある	10/10	4/10	↓

*矢印は↑が改善， ↓は減少， →変化なしを示す。

6. 小括

研究3では、従来の依存症治療の一部に、高齢でADLや認知機能が低下していても、楽しく参加でき、治療継続へのモチベーションを高め、認知機能改善に有効なプログラムを開発することを目的とした。そして、エビデンスレベルの高い研究デザインであるランダム化比較対象試験によって有効性が検証された。本研究で開発した介入プログラムは、自発的に自分自身の退院後の生活について考えることや、遂行機能を活性化することが期待できる手先を動かす作業課題に取り組む活動で構成され、高齢ALの認知機能障害の増悪や蔓延化を予防し、退院後により望ましい治療へつなげていくための橋渡しの役割を果たすことを狙いとして実施された。また、完全な断酒が達成されなかったとしても、本プログラムを通じて、遂行機能が改善されることにより、患者の希望や意図が治療スタッフ側に見えやすくなり、患者の状態やニーズに合わせた治療ゴールを設定できるようになることが見込まれた。結果、高齢ALを対象とした「いきいきトレーニング」は、参加者の全般的認知機能および前頭葉機能に改善をもたらした。また、「アパシー」を改善させる傾向が示唆された。しかし、統計解析ではこの認知機能の改善が、対象者の主観的な目標志向性や、充実感、アルコール問題への理解度等の心理的、予後の側面にどのような影響を与えたかを実証することはできなかった。しかし、個別の症例で検討すると、全く依存症治療に適さないと考えられた高齢ALの希望やニーズが、入院中に明確になり、結果として標準治療で提供される「デイケア」通所に至るという好事例を経験することができた。以上のことから、本研究で開発したプログラムは、高齢AL患者に直接的にアルコール問題を取り上げ、断酒する意味や手段について検討するプログラムではないが、結果として治療からの脱落を防ぎ、治療への参加意欲を高めるきっかけとなったという点で意義があると考えられる。また、高齢ALに本プログラムが受け入れられた要因として、個別ではなく小グループで実施したことが、対象者にとって他の入院患者との交流の機会を提供し、参加することの楽しみにつながったものと推察された。

今後、これらの研究成果を臨床現場に応用するためには、依然として以下の通り課題が残されている。すなわち、「いきいきトレーニング」参加により生じた認知機能の改善が、依存症の治療成績にどのように影響するか、またこの今回実証された効果はどのぐらいの期間持続するのか等について、サンプル数を増やし、確認する必要がある。また、誰でも簡単に施行できるようにするため、プログラム内容をより精緻化し、標準化、マニュアル化することが求められる。我々が知る限り、高齢ALを対象に認知機能改善プログラムを施

行し、有効性を確認した研究は、本邦でも海外でも本試験が初の試みである。そのため、認知機能低下を伴う高齢者の依存症治療の分野へ新たな知見を追加したという点で、本研究の意義は大きいものと考えた。

第6章 総合考察

1. 高齢アルコール依存症の治療状況に関する最新動向

本研究の第一の目的は、認知機能低下を伴う高齢 AL に関して、最新の治療状況および臨床特徴を把握することであった。このために、研究1では、日本全国の専門医療機関のスタッフに向けて高齢 AL 治療に関するアンケート調査を実施した。これより、以下のことが明らかになった。すなわち、現在アルコール依存症の専門医療における、全国的な流れとして、専門病床における入院治療から外来にシフトしつつあること、これに対応するように、専門医療機関における高齢化は、特に「専門デイケア」で顕著であった。また全体では、調査対象の専門医療機関の8割が高齢化率30%以上であった。これは過去のいずれの報告よりも高い高齢化率であった。また、高齢 AL は専門医療機関に受診しても、身体機能や認知機能の低下から、現状の治療プログラムに適応できない患者が12%~13%程度存在することが明らかになった。また、この状況に対し、日ごろ治療に関わるスタッフは、本人の治療への動機づけの低さが複数の要因に関連し、負担を感じ困っていることが明らかになった。さらに、高齢 AL が介護サービスの利用を申請すると、要介護度が実際の生活上の困難さより低く見積もられ、必要なサービス量を確保できないという課題が浮き彫りになった。したがって、これらの事実より、これまで若年から中年世代の回復を中心に設計されてきた依存症治療回復モデルに適応できない高齢 AL の姿が浮き彫りになった。しかし、今回の調査から、現在治療を受けているアルコール依存症患者の全体の約3割は高齢患者であることを鑑みると、高齢者の身体の状態や認知機能に合わせた治療プログラムや治療ゴール、そして回復支援のモデルを策定する時期に来ているといえる。また、高齢 AL が介護サービスを利用しようとするときに立ちはだかる障壁については、介護認定調査の際に、依存症の重症度や、そこから生じうる生活上の問題についても考慮した上で判断するべきと考える。

2. 高齢アルコール依存症に併存する認知機能障害の特徴および認知機能改善プログラムの効果

研究2では、専門医療機関に入院した高齢 AL が実際にどのような治療、サービスを受けていたのかについて、患者ごとに把握するため、後方的カルテ調査を実施した。特に高齢 AL に認知機能低下を伴う場合の特徴を把握するため、得られた高齢 AL のカルテをア

アルコール性認知症群，アルコール性認知症にさらに他の認知症を伴う群，認知機能障害を伴わない患者群の3タイプに分けて比較した。これにより，高齢期にアルコール依存症となり，認知機能障害を併発した場合は，認知機能障害がない場合に比べて，治療適応や退院時の転帰は良くないことが示唆された。また，アルコール性認知症に，特定の認知症疾患を重複した混合認知症の場合は，アルコール性認知症のみの場合に比べ，社会的に孤立し，病状が複雑化する傾向が示された。したがって，高齢アルコール依存症患者の治療成績を向上するためには，併存する認知機能障害に対し，固定化や悪化を予防する治療的介入が必要である。そして，博士論文全体を通じての第2の目的は，高齢ALに対する効果的な治療アプローチを開発し，その有効性を検証することであった。したがって，研究3では，研究1および2の実態調査で得られた知見に基づいて，高齢ALの認知機能改善をねらいとした認知リハビリテーションプログラムを開発した。そして，ランダム化比較対照試験によりこのプログラムの有効性を検証した。その結果，高齢ALを対象とした「いきいきトレーニング」は，参加者の全般的認知機能および前頭葉機能に改善をもたらした。また，「アパシー」を改善させる傾向が示唆された。著者が知る限り，高齢ALに対して，認知機能改善をねらいとした認知リハビリテーションプログラムを実施し効果を実証したのは，本研究が初である。この「いきいきトレーニング」は，高齢者で認知機能が低下していても，負担が少なく，楽しく参加できるように最大限配慮して構成した点が，参加者にも受け入れられたものと考えた。そして，遂行機能改善を目的とした課題を通じて，自分のことを振り返り，飲酒以外のことを大切にすることを思い出し，考えるプログラムでもあった。このプログラムの参加者たちは，「楽しかった，あつという間に時間が過ぎる」「お酒を飲みすぎていたことについて，私たち高齢の患者が傷つかないように，でも自然に気付くような時間を作ってくれて本当にありがとう」「思ってもみないことをたくさん考えることで自分の人生にとって大切なことを思い出したよ」と感想を語った。本研究では実証的に確認はしていないが，プログラムを実施したセラピストの感想として，「いきいきトレーニング」への参加は，高齢AL患者にとって，自尊心の回復にも作用していたのではないかと考えた。こうした意味で，日ごろ治療に関わるスタッフの心構えとして，「高齢ALで認知機能が落ちており，やる気がないから，積極的な治療介入をしても意味がない」と考えるのではなく，彼らの身体機能の状態や認知機能に合わせてアプローチすることが大切である。今後，本研究で開発した「いきいきトレーニング」を高齢ALに対する新たな取り組みとして臨床現場に普及するため，手順の標準化や実施マニュアルの作成等

が必要である。

3. 高齢アルコール依存症の治療ゴールと必要な回復支援

研究手法上の限界があり、検討すべき課題は残されているが、本論文の研究1～3で得られた結果を通じて、認知機能低下を伴う高齢ALの治療ゴール設定および回復のために必要な支援について、一定の基礎資料を得ることができたと考える。これをもとにした、提案事項を下記に記す。

1. 高齢ALの治療ゴールは、はじめから完全に飲酒をやめさせる、すなわち断酒を強いるのではなく、依存症の治療環境を提供し、患者との関係を維持しつつも、生活機能、ADL、QOLを向上させるケアが大切である。すなわち、援助者側には、本人が酒をやめたり、飲酒量を控えたりすることの動機となる生きがいを取り戻せるよう援助することが求められる。なお、本人から強い断酒意思がある場合は、これを全力で支援するのは、若年～中年世代の患者と同様である。

2. 援助者側、治療を提供する側に、治療内容を高齢ALの身体状況や認知機能の状態に合わせていく努力が必要である。とりわけ前頭葉機能・遂行機能低下のある高齢ALは、新しい考え、アイデアが広がらないため、専門医療機関で治療を受けて断酒や節酒をしても、飲酒で紛らわしていた孤独感や、空いた時間をどのように使うのか、より価値のある時間の使い方が見いだせないという問題がある。この問題の解決のための選択肢の1つとして、本研究で開発した認知機能改善プログラム「いきいきトレーニング」は有用である。

3. 高齢者介護の領域における高齢ALの問題について、以下の2点を提案する。

まず、要介護度認定調査における依存症の取り扱いについて、飲酒下であり心身の機能が低下しているときと、飲酒していないときの両面を丁寧にアセスメントすることが必要である。その上で、高頻度に認知機能低下をする併発するアルコール依存症に罹患していることを考慮した上で、要介護度を判定することが大切である。これと同時に、高齢者におけるアルコール問題への適切な対応方法について、地域における高齢者ケアに従事する人々に対し、アルコール依存症についてノウハウを持った専門医療機関のスタッフが、一定の知識・技術を伝達していくことも必要である。医療機関のスタッフと地域の介護ケア

に従事する者が、相互に連携し早期に異変に気づき、治療につなげることができれば、アルコール依存症に伴う身体合併症の重症化や、飲酒した上での自殺などを未然に防ぐことにつながるであろう。

4. 本研究の限界と今後の展望

本研究は、高齢アルコール依存症とその認知機能障害に関連した 3 つの研究を実施し、上述したように、この領域に新しい知見を提供した。しかしながら、本研究にはいくつかの方法論上の限界があるので、以下に整理する。

まず、研究 1 では、全国のアルコール依存症専門医療機関に勤務するスタッフへのアンケート調査から、高齢 AL の現在の治療状況および認知機能低下を伴う高齢 AL に関する治療上の課題について把握することができた。しかし、本研究における対象施設は、インターネットに公開されている情報を基に選定したため、ホームページを持たない小規模の診療所が対象から落ちてしまった可能性は否定できない。したがって、今回の対象は、病院の数が多く、病床を持たない診療所の状況は、過小評価された可能性がある。また、女性や若年で経験の浅いスタッフ、医師以外の職種からの回答は少数であり、これらの人々の意見が十分に反映されなかった可能性がある。今後、より精確な実態把握を行うためには、専門医療機関を標榜する全ての施設を対象とし、職種ごとに調査を実施することが望まれる。また、本研究では「認知機能低下」という用語を用いたが、どの程度の状態を「認知機能低下」とみなすかは回答者の判断に委ねた。そのため、「認知機能低下」という用語が示す意味が曖昧であったことがアンケート調査の結果を歪めた可能性は否定できない。今後の研究では、アンケートの回答者に対し「認知機能低下」についての定義を明確に提示することが必要である。

続いて研究 2 では、第 1 に、サンプリングバイアスがある。過去 4 年間にさかのぼり、日本の都市部の 3 カ所の専門病院に入院歴のある患者のカルテを調べたが、ランダムサンプリングではないため、調査を実施した施設の独自の特徴や地域性などの影響を受けているかもしれない。第 2 に、認知症診断タイプによる群分けの手続きは、カルテに記載された臨床診断を基に行ったため、診断の妥当性について曖昧さを残している。第 3 に MD 群のサンプルが小さかったため、項目によっては検出力が不十分であった可能性がある。しかし、上記のような限界があるにしても、高齢 AL 患者を対象に、後方視的カルテ調査を実施し、ARD と MD の特徴の違いを量的に検討したのは、我々の知る限り、本研究が初め

てである。今後、より厳密な結果を得るためには、十分なサンプル数を確保した上で、前向き研究が望まれる。具体的には、高齢 AL に併存する認知症について、統一した基準を用いて診断をして、その後の治療経過および転帰を追跡する研究を実施することが必要である。

研究3では、ランダム化比較対象試験による認知機能改善プログラムの有効性の検証を行った。しかし、分析対象の症例が $N=26$ と非常に小さかったため、対象者間で分散の大きい効果指標については、有意差が認められず、検出力が減じた可能性がある。また、対象者のリクルートは、入院してきた順に実施したが、治療へのモチベーションが低く、研究に参加を希望しない者はインフォームド・コンセントを取得できず、対象者となることから除外された。このことは、臨床介入試験に参加したものは、もともと治療に対する動機付けの高い患者群であり、対象者のリクルートの時点ですでに、選択バイアスが作用していた可能性がある。さらに、研究3の結果からは、認知機能改善プログラムを受けて改善した全般的認知機能や前頭葉機能が、依存症治療成績や、患者の生活満足度にどのような影響や意味をもつのかを証明することができなかった。これは、比較的短い研究期間の設定であったこと、今回設定した効果指標で測定し得なかったことが原因であると推測できる。したがって、今後は、対象者数を増やすこと、治療へのモチベーションが低い患者へ認知機能改善プログラムを適用した際の反応も検証すること、効果指標のセットを再考すること、プログラム終了後の追跡期間を長く設定するよう研究計画を立てることが必要である。また、研究3で開発したプログラムは、認知機能改善に特化したものであるが、今後高齢 AL 向けにプログラムを考案する際は、アルコール問題が生じてしまう高齢者特有の心理社会的要因との関連性や、これらを含めた包括的なプログラムの開発が望まれる。

さらに、上記3つの研究を通じた研究手法上の限界として、いずれの調査研究も専門医療機関を利用した患者を対象にしたため、専門医療機関を利用しない高齢アルコール依存症に関する治療状況や臨床特徴については把握できなかった。さらに、専門医療機関を利用する患者の男女比率に偏りがあるため、本研究の対象サンプルにも男女の比率に偏りが生じた。従来から、アルコール依存症がもつスティグマが一因と考えられているが、専門医療機関を訪れる女性は男性に比べて圧倒的に少ない。このため、本研究で得られた結果は、女性の高齢 AL 患者の特徴が過少評価された可能性がある。実際に研究2では、男性に対する女性サンプルの割合は 9:1 であり、ごく少数を取り上げただけにとどまった。また、研究3においては、対象者を集めることの実現可能性を考慮した上で、男性患者のみ

を対象に限定した。これらのことより、本研究において、アルコール問題のある高齢女性の実態把握や認知機能改善プログラムの効果検証は十分とは言えず課題が残された。

以上の限界を踏まえ、高齢者のアルコール問題に関して、今後必要な研究は、医療経済的観点からの研究と縦断的なコホート調査の実施があげられる。まず、医療経済的観点からの研究が必要な理由を以下に述べる。本研究のカルテ調査結果からもわかるように、高齢ALは、多くの精神及び身体疾患を合併していた。これより、高齢期にアルコール依存症を発症することは、健康寿命を短縮していることが明らかであり、ひとたびアルコール依存症になると、全身に及ぶ心身の障害が誘発される。樋口ら(2013)の報告では、我が国においてアルコール依存症で治療や支援を受けている人は、約4.9万人に過ぎず氷山の一角であり、アルコール依存症障害経験有病率から推定すると、全国に100万人いるとされる。多くはアルコール多飲により誘発される疾患によって、救急科や消化器内科、外科などで治療を受けているといわれる。したがって、高齢者におけるアルコール依存は、本来予防可能な疾患を誘発しているのである。この点を考慮すると、高齢ALは医療経済的にも多大なコストが発生していると思われる。しかし、これまでに高齢期の多量飲酒者が、節酒した場合とそうでない場合に医療経済コストがどの程度変わるかについて検討された研究はない。そのため、今後はこの問題について、医療経済的観点からの研究が必要である。

また、本研究で明らかになった事実として、大部分の高齢ALは50歳代以降に問題飲酒が発現していた。また、高齢ALは、発症後専門医療機関につながっても、認知機能が低下していると、依存症治療への適応はよくなかった。このことから、予防的な観点より、患者対象ではなく、依存症を発症する以前の高リスクな飲酒をしている高齢のアルコール依存症予備軍を対象とした介入研究が必要である。具体的には、50歳代以降の飲酒の仕方、もしくは徐々にお酒をやめていく方法などについての知識、手法の普及啓発がより一層求められる。現在、アルコール依存症予備軍への介入方法としては、ブリーフインターベンションが開発されている(石井, 2010)。さらに、DiBartolo et al(2017)は依存症治療を受けることに抵抗感がある高齢者の場合、ブリーフインターベンションが初期介入の鍵となり得ると主張している。また、問題が起きた後に断酒するのではなく、加齢にともなうアルコールからの影響を最小限にするため、飲酒習慣のある者が、自発的にアルコールをやめていくという「飲酒習慣の卒業」といった考え方の普及や、取り組みも必要と思われる。以上をまとめると、今後は、アルコール依存症予備軍の中年から高齢者世代を対象に、コ

ホートを構成し、縦断的に観察するとともに、節酒や卒酒などの介入研究を実施し、その効果を検証していくことも必要である。もちろん、いずれの手法を用いるにせよ、十分な数の女性を対象に含まれるようリクルート方法に配慮が必要である。

結語

本論文を通じて、高齢者のアルコール依存症に関して主張できることは以下のことである。まず、高齢期における過剰飲酒は、身体および精神的健康の両面に障害をもたらすリスクが高い。そして、依存症に罹患し、専門医療機関にて治療を受ける機会を得たとしても、高齢者の場合は、身体状況の悪化や認知機能低下などがあり、現行の依存症治療に適応できない患者がいる。高齢のアルコール依存症に認知機能低下を伴った場合は、そうでない場合に比べて、退院後は自宅に帰れず施設や病院へ転院という社会生活機能の低下がみられる。しかし、本研究で開発した認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症患者を対象とした認知機能改善トレーニングは、対象者のワーキングメモリや遂行機能改善に有効であった。これより、高齢アルコール依存症の認知機能改善に特化した治療プログラムを提供することは有用であるといえる。しかし、本研究では、この認知機能の改善が、アルコール依存症の治療成績にどのように影響するかについては実証できなかった。そのため、今後は長期的な追跡に基づく、介入の波及効果を検証する研究が必要である。

以上のように、現状では高齢者のアルコール依存症は、専門医療機関につながっても、十分な治療や回復の支援を受けることが難しい状況にある。しかし、今後は高齢社会の進行に伴い、高齢者のアルコール依存は増加することが見込まれる。そのため、医療サービスの提供側としては、高齢患者の状態に見合った治療を受ける機会を保障することが肝要である。これにより、患者の治療へのモチベーションが高まり、お酒以外の楽しみを見だし、生きがいを取り戻す等のポジティブな変化を生み出す可能性がある。さらに本研究における重要な知見として、高齢者のアルコール依存は、大部分が50歳代以降の高年発症型であった。このことから、高齢期に依存症になるリスクを減らし、過剰飲酒に伴う心身の健康障害を予防するためにも、依存症に至る前の時期に、各個人が加齢に伴い飲酒習慣を変えて、過剰飲酒を避ける努力や工夫をすることが大切である。

謝辞

はじめに、本論文に収載しましたアンケート調査および介入プログラムに協力してくださった対象者の皆様に深く感謝申し上げます。ご多忙の中、自由記述欄にびっしりと詰まった回答を拝見した時には、皆様の熱い思いを必ず形にしようと思いました。また、「いきいきトレーニング」に参加してくださった30名の皆様、退院後お手紙をくださったNさん、精巧なくす玉を贈ってくださったSさんをはじめ、みなさまお一人お一人のこと一生忘れません。本当にありがとうございました。

2007年に修士号を取得後、すっかり研究から離れていた私を大学院生として快く向かい入れ、約4年間にわたり、温かいご指導をしてくださった森田展彰先生に感謝申し上げます。森田先生は、私の研究へのモチベーションが散漫になっているときに、いつも優しく厳しく軌道修正をしてくださいました。森田先生は、研究者としての生き方や考え方、振る舞いについて大切なことを教えてくださったように感じます。

カルテ調査および介入研究を実施するために多くのお力添えをいただきました。久里浜医療センター副院長の松下幸生先生に深く感謝申し上げます。もし、松下先生の温かいご厚意と丁寧なご指導、激励がなかったら、この博士論文はなかったものと思います。博士論文完成までの道のりをサポートしてくださったことに心から感謝申し上げます。

久里浜医療センター精神科診療部長の木村充先生には、倫理講習や倫理審査、介入現場での対応など多くの無理難題に嫌な顔一つせず、応じていただき、その懐の深さに感謝申し上げます。国際医療福祉大学赤坂心理・医療福祉マネジメント学部准教授、穴水幸子先生に心から感謝申し上げます。穴水先生には、Tinker Toyを用いた認知機能改善プログラムの実施について、多くの助言をいただくとともに、学会発表の際のきめ細やかなご指導、励ましをいただきました。そして、ご多忙中にもかかわらず、貴重な時間を論文審査に割いて下さった水上勝義先生、岡本紀子先生、吉本尚先生にも感謝申し上げます。

筑波大学社会精神保健学分野の斎藤環教授、大谷保和助教にも、肝心なところでいつも的確なご指導をいただきました。何どきも、笑顔でさわやかでアサーティブなご指導をしてくださり、素敵な先生方だなといつも感じていました。また、ゼミの仲間のみなさま、誰一人欠けても、あの雰囲気は生まれません。とっても温かくて時に切磋琢磨する向上心がありつつも、排他的、過度に競争的でない雰囲気は、私にとって心のオアシ

スでもあり、ずっと居座り続けたいとさえ思っている場所です。本当にありがとうございました。

また、カルテ調査にご協力いただきました成増厚生病院副院長、垣渕洋一先生と同病院のスタッフの皆様へ感謝します。そして、アディクションについて無知だった私に、アルコール依存症とは何か、援助者がすべきことは何かを教えてくださいました故秋元豊先生へ感謝いたします。ならびに本研究のフィールドとして協力してくださいました秋元病院の秋元伸夫理事長様、そしてスタッフの皆様へ感謝いたします。介入研究の実施およびデータ収集にあたり多大なるご尽力を賜りました、菅原田鶴子氏、飯塚由樹氏、伊藤翼氏、楊楽氏、菊地創氏、桂明子氏、久里浜医療センター東1病棟の看護師の皆様、元師長の古屋様、師長橋本様、副師長海老澤様、同センターの医事課、庶務課ご担当者様、心理療法室の皆様へ心から御礼申し上げます。また、介入研究で Tinker Toy の使用について、ご理解とご支援をいただいた慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 三村 将教授、日本福祉大学の中村泰久先生へ感謝申し上げます。本研究は、2017 年度 NPO 法人依存学推進協議会研究助成および、2018 年度、2019 年度 JSPS 科研費 18J12808 の助成を受けて実施されました。その他、本論文執筆に関わってくださいました全ての方に感謝の気持ちを表します。

最後に私のハードワークを後方支援してくれた家族および父の保佐人でいらっしゃる行政書士、佐藤絵里氏へ心から感謝の意を表したいと思います。

本当にありがとうございました。

2019 年 7 月吉日 新田千枝

引用文献一覧

Akechi, T., Iwasaki, M., Uchitomi, Y., Tsugane, S., & Group, J. S. (2006). Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 231-236.

Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-García, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 78-81.

穴水 幸子・三村 将 (2012). 遂行機能障害のアセスメント・リハビリテーション 武田 克彦・長岡 正範(編). 高次脳機能障害 : その評価とリハビリテーション 中外医学社. 129-137.

Asada, T., Takaya, S., Takayama, Y., Yamauchi, H., Hashikawa, K., & Fukuyama, H. (2010). Reversible Alcohol-related Dementia: A Five-year Follow-up Study Using FDG-PET and Neuropsychological Tests. *Internal Medicine*, 49, 283-287.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Azami, S., Talepasand, S., Nazifi, M., & Boogar, E. R. (2017). Response inhibition, planning skills and speed processing training for children with ADHD: comparison between cognitive-motor rehabilitation and drug therapy approaches. *Muṭālīāt-i Ravān/Shināsī-i Bālīnī*, 7, 31-55.

Bates, M. E., Buckman, J. F., & Nguyen, T. T. (2013). A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychology Review*, 23, 27-47.

Bell, S., Archana (2014). Alcohol consumption and cognitive decline in early old age. *Neurology*, 82, 332-339.

Blow, F. C., Brockmann, L. M., & Barry, K. L. (2004). Role of alcohol in late, life suicide. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 48S-56S.

Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology*, 47, 411-416.

Carlen, P. L., McAndrews, M. P., Weiss, R. T., Dongier, M., Hill, J. M., Menzano, E., Farcnik, K., Abarbanel, J., & Eastwood, M. R. (1994). Alcohol-related dementia in the institutionalized elderly. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, 1330-1334.

Cheng, C., Huang, C., Tsai, C., Chou, P., Lin, C., & Chang, C. (2017). Alcohol-related dementia: a systemic review of epidemiological studies. *Psychosomatics*, 58, 331-342.

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*, 10, e0126870.

Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., & Prina, A. M. (2018). Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMJ Open*, 8, e019540.

DiBartolo, M. C., & Jarosinski, J. M. (2017). Alcohol use disorder in older adults: challenges in assessment and treatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 25-32.

Draper, B., Karmel, R., Gibson, D., Peut, A., & Anderson, P. (2011). Alcohol-related cognitive impairment in New South Wales hospital patients aged 50 years and over. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 985-992.

Draper, B., Karmel, R., Gibson, D., Peut, A., & Anderson, P. (2011). The Hospital Dementia Services Project: age differences in hospital stays for older people with and without dementia. *International Psychogeriatrics*, 23, 1649-1658.

Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1626.

Emiliussen, J., Nielsen, A. S., & Andersen, K. (2017). Identifying Risk Factors for Late-Onset (50+) Alcohol use disorder and heavy drinking: a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 52, 1575-1588.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189 -198.

Frías-Torres, C., Moreno-España, J., Ortega, L., Barrio, P., Gual, A., & Teixidor López, L. (2018). Remediation therapy in patients with alcohol use disorders and neurocognitive disorders: A pilot study. *Adicciones*, 30(2), 93-100.

福田 久恵・井上 清子・加島 百合子 (2012). 認知症を伴うアルコール依存症者の家族の困り (第 19 回 日本精神科看護学術集会専門 I 看護研究論文) 日本精神科看護学術集会誌, 55, 192-196.

Gamito, P., Oliveira, J., Lopes, P., Brito, R., Morais, D., Silva, D., Silva, A., Rebelo, S., Bastos, M., & Deus, A. (2014). Executive functioning in alcoholics following an mHealth cognitive stimulation program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16, e102.

Goldman, M. S. (1983). Cognitive impairment in chronic alcoholics. Some cause for optimism. *The American Psychologist*, 38, 10, 1045-1054.

Harper, C. (1998). The neuropathology of alcohol-specific brain damage, or does alcohol damage the brain?. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 57, 101-110.

Harper, C. (1983). The incidence of Wernicke's encephalopathy in Australia: a neuropathological study of 131 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46, 593-598.

Heirene, R., John, B., & Roderique-Davies, G. (2018). Identification and evaluation of neuropsychological tools used in the assessment of alcohol-related cognitive impairment: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9:2618. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02618.

樋口 耕一 (2004). テキスト型データの計量的分析 : 2つのアプローチの峻別と統合 理論と方法, 19, 101-115.

樋口 進・齊藤 利和・湯本 洋介・新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会 (2018). 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン 新興医学出版社.

樋口 進 (2010). 平成 19 年度～平成 21 年度 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究」 総合分担研究報告書 (研究代表者:宮岡等) アルコール依存症の病態と治療に関する研究について, pp.87-104.

樋口 進 (2013). 「アルコールを含めた物質依存に対する病態解明及び心理社会的治療法の開発に関する研究」 総括研究報告書 分担研究報告書 (主任研究者：和田清) アルコール依存症の脳画像に関する研究, pp.75-81.

樋口 進 (2014). WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究：平成 25 年度総括研究報告書：平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業.

樋口,進, 杠岳,文, 松下,幸生, 宮川,朋大, 幸地,芳朗, 加藤,元一郎, 洲脇,寛 (2007). 平成 16 年度～平成 18 年度 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究」 総括研究報告書(研究代表者： 和田清) アルコール依存症の実態把握および治療の有効性評価・標準化に関する研究 The Japan Collaborative Clinical Study on Alcohol Dependence(JCSA)調査および結果の概要, pp.193-263.

樋口進 (2015). WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究：平成 26 年度総括研究報告書：平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業.

堀井 茂男・松下 武志・山本 訓也・田所 溢丕・橋本 勝之 (2004). 高齢アルコール依存症者の断酒の動機・継続の要因について：断酒会と専門医療機関のアンケート調査 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 39, 300-301.

堀江義則 菊池真大 (2016). 本邦におけるアルコール性肝細胞癌の現状—全国アンケート調査報告(2014 年度)— 肝臓, 57, 538-547.

Ikeda, H. (1991). Clinical and epidemiological studies of alcoholic dementia. *Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 26, 341-348.

医療情報システム開発センター編集・医療情報システム開発センター (2002). ICD10 対応電子カルテ用標準病名集 日経 BP 社/日経 BP 出版センター.

石井 裕正 (2010). わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究：平成 21 年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業.

鹿島 晴雄 (2003). BADS 遂行機能障害症候群の行動評価 日本版.

Kapaki, E., Liappas, I., Paraskevas, G. P., Theotoka, I., & Rabavilas, A. (2005). The diagnostic value of tau protein, beta-amyloid (1-42) and their ratio for the discrimination of alcohol-related cognitive disorders from Alzheimer's disease in the early stages. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 722-729.

加藤 元一郎 (2009). 脳損傷と認知リハビリテーション(脳神経外科手術と高次脳機能) *脳神経外科ジャーナル*, 18, 277-285.

北林 百合之介・上田 英樹・國澤 正寛 (2004). 老年期アルコール関連障害の臨床像の変化と長期予後 (特集 老年期精神障害の臨床像の変化と長期予後) *老年精神医学雑誌*, 15, 1028-1032.

岸 恵美子 (2011). 専門職がかかわる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題：地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より *高齢者虐待防止研究*, 7, 125-138.

木村 充 (2015). 高齢者と飲酒問題：高齢者のアルコール依存症への対応 (第 1 土曜特集 アルコール医学・医療の最前線 2015 Update)(女性・高齢者と飲酒) 医学のあゆみ, 254, 969-972.

厚生労働省 (2018). 平成 29 年度国民健康・栄養調査.

高齢男性の半数が飲みすぎ, 女性も 25%(2017, 10/1/21 : 00). 日本経済新聞電子版

Retrieved from <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO21759790R01C17A0CR8000/>

Kuzma, E., Llewellyn, D. J., Langa, K. M., Wallace, R. B., & Lang, I. A. (2014). History of alcohol use disorders and risk of severe cognitive impairment: a 19-year prospective cohort study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 22, 10, 1047-1054.

Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment*, 3rd Ed.; 鹿島晴雄 総監修, 三村将, 村松太郎 監訳 (2005). 遂行機能と運動行為, レザック神経心理学的検査集成. 創造出版, 375-394.

Liappas, I., Theotoka, I., Kapaki, E., Ilias, I., Paraskevas, G. P., & Soldatos, C. R. (2007). Neuropsychological assessment of cognitive function in chronic alcohol-dependent patients and patients with Alzheimer's Disease. *In Vivo*, 21, 1115-1118.

Mathai, G., Rao, S. L., & Gopinath, P. S. (1998). Neuropsychological rehabilitation of alcoholics: a preliminary report. *Indian Journal of Psychiatry*, 40, 280-288.

松井 敏史・横山 顕・松下 幸生・神崎 恒一・樋口 進・丸山 勝也 (2016). アルコール関連の諸問題 日本老年医学会雑誌, 53, 304-317.

Matsushita,S., Miyakawa,T., Maesato,H., Matsui,T., Yokoyama,A., Arai,H., Higuchi,S., & Kashima,H.(2008). Elevated cerebrospinal fluid tau protein levels in Wernicke's encephalopathy. Alcoholism Clinical and Experimental Research, 32, 1091-1095.

松下 幸生・松井 敏史・樋口 進 (2010). アルコール依存症に併存する認知症 精神神経学雑誌, 112, 774-779.

松下 幸生 (2010a). 「認知症を合併したアルコール依存症に関する研究」厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 アルコール依存症の病態と治療法の開発に関する研究：総括研究報告書 平成 19 年度～平成 21 年度, pp.32-34.

松下幸生 (2010b). 高齢化社会の中でのアルコール問題 日本アルコール関連問題学会雑誌, 12, 64-71.

三村 将 (2004). 前頭葉機能障害のリハビリテーション (特集 高齢者における前頭葉機能障害) 老年精神医学雑誌, 15, 737-747.

三富 陽子・松下 幸生・中根 潤・町田 順子・吉本 笑子・池田 保夫・樋口 進・白倉 克之 (1999). 痴呆または健忘障害を合併したアルコール依存症者の予後調査 精神医学, 41, 831-837.

Mochizuki, H., Masaki, T., Matsushita, S., Ugawa, Y., Kamakura, K., Arai, H., Motoyoshi, K., & Higuchi, S. (2005). Cognitive impairment and diffuse white matter atrophy in alcoholics. Clinical Neurophysiology, 116, 223-228.

Morin, J. (2013). Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 196-203.

森山 泰・村松 太郎・加藤 元一郎・鹿島 晴雄 (2009). アルコール依存症における軽度の認知機能障害について *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 44, 284-285.

Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-2414.

村上 優 (1993). 平成 4 年度 厚生省精神・神経疾患研究委託費アルコール依存の発症機序と治療に関する研究研究報告書(主任研究者：高木敏) 「老人のアルコール依存の病態と予後に関する研究」, pp.71-82.

村上 優 (1994). 平成 5 年度 厚生省精神・神経疾患研究委託費アルコール依存の発症機序と治療に関する研究研究報告書(主任研究者：高木敏) 「老人のアルコール依存の病態と予後に関する研究-その 2-」, pp.15-26.

内閣府 (2018). 高齢社会白書.

中山 寿一・松下 幸生・樋口 進 (2008). 高齢者のアルコール乱用・依存 (特集 高齢化と精神障害) *老年精神医学雑誌*, 19, 534-539.

NIH, National Institute on Aging (2017). Facts about Aging and Alcohol, retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/facts-about-aging-and-alcohol>, (Accessed ;25 April 2019).

日本糖尿病学会 (2016). 19. 高齢者の糖尿病(認知症を含む) . *糖尿病診療ガイドライン 2016* 南江堂 pp. 411-448.

新田 千枝・森田 展彰・大谷 保和・斎藤 環 (2018). 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の治療状況と課題：全国専門医療機関へのアンケート調査から 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 53, 182-200.

O'brien, J. T., Desmond, P., Ames, D., Schweitzer, I., Chiu, E., & Tress, B. (1997). Temporal lobe magnetic resonance imaging can differentiate Alzheimer's disease from normal ageing, depression, vascular dementia and other causes of cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 27, 1267-1275.

小野 剛 (2001). 簡単な前頭葉機能テスト 脳の科学, 23, 487-493.

大宮 秀淑・傳田 健三・山家 研司・松本 出・宮島 真貴・松井 三枝 (2017). 前頭葉・実行機能プログラム(Frontal/Executive Program ; FEP)日本語版の紹介 精神医学, 59, 275-281.

大庭佐知子・宮崎恵・橋本淳子・三好弘之・山田一郎・小杉好弘・(医) 弘心会小杉クリニック本院・(医) 弘心会小杉記念病院 (2009). アルコール専門内科病院における高齢アルコール症者の実態に関する追跡調査 日本アルコール関連問題学会雑誌, 11, 83-88.

World Health Organization. (2004). ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed.

World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/42980>.

Oslin, D., Atkinson, R. M., Smith, D. M., & Hendrie, H. (1998). Alcohol related dementia: proposed clinical criteria. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 203-212.

Oslin, D. W., & Cary, M. S. (2003). Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 441-447.

Oslin, D. W., Pettinati, H., & Volpicelli, J. R. (2002). Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 740-747.

Oslin, D. W., Slaymaker, V. J., Blow, F. C., Owen, P. L., & Colleran, C. (2005). Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behaviors*, 30, 1431-1436.

Rains, V. S., & Ditzler, T. F. (1993). Alcohol use disorders in cognitively impaired patients referred for geriatric assessment. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 55-64.

Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271-276.

Rupp, C. I., Kemmler, G., Kurz, M., Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W. W. (2012). Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73, 625-634.

Sabia, S., Elbaz, A., Britton, A., Bell, S., Dugravot, A., Shipley, M., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2014). Alcohol consumption and cognitive decline in early old age. *Neurology*, 82, 332-339.

Sarkar, S., & Seshadri, D. (2014). Conducting record review studies in clinical practice. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8, JG01-JG04.

Saxton, J., Munro, C. A., Butters, M. A., Schramke, C., & McNeil, M. A. (2000). Alcohol, dementia, and Alzheimer's disease: comparison of neuropsychological profiles. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13, 141-149.

Schmidt, K. S., Gallo, J. L., Ferri, C., Giovannetti, T., Sestito, N., Libon, D. J., & Schmidt, P. S. (2005). The neuropsychological profile of alcohol-related dementia suggests cortical and subcortical pathology. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 20, 286-291.

柴崎 光世 (2012). 前頭葉機能障害の認知リハビリテーション 明星大学心理学年報, 30, 23-40.

白井 利明 (1994). 時間的展望体験尺度の作成に関する研究 心理学研究, 65, 54-60.

白井 利明 (1997). 時間的展望の生涯発達心理学 勁草書房.

白川 教人 (2016). 平成 27 年度厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)) 「アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究」平成 27 年度 分担研究 報告書 (研究代表者: 樋口進) アルコール依存症の治療・社会復帰に対する 医療機関, 行政, 自助グループ, 社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 第 2 報.

Stamenova, V., & Levine, B. (2018). Effectiveness of Goal Management Training® in improving executive functions: A meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-31.

Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Alcohol and older people: a systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLoS One*, 13(1), e0191189-e0191189. doi:10.1371/journal.pone.0191189

高柳 陽一郎・五十嵐 禎人・梅野 充 (2003). 高齢者のアルコール依存の特徴と問題点 (特集 高齢者と社会病理) 老年精神医学雑誌, 14, 424-429.

Tombaugh, T., & McIntyre, N. (1992). The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.

Tomohiko Asada, S. (2010). Reversible alcohol-related dementia: a five-year follow-up study using FDG-PET and neuropsychological tests. *Internal Medicine (Tokyo, 1992)*, 49, 283-287.

遠山 朋海・樋口 進 (2017). アルコール依存症患者の高齢化の問題 (特集 高齢化する精神科臨床場面) -- (疾患特異性の高齢化問題) *老年精神医学雑誌*, 28, 892-897.

Topiwala, A., Allan, C. L., Valkanova, V., Zsoldos, E., Filippini, N., Sexton, C., Mahmood, A., Fooks, P., Singh-Manoux, A., Mackay, C. E., Kivimäki, M., & Ebmeier, K. P. (2017). Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ*, 357, j2353.

Valls-Serrano, C., Caracuel, A., & Verdejo-Garcia, A. (2016). Goal Management Training and Mindfulness Meditation improve executive functions and transfer to ecological tasks of daily life in polysubstance users enrolled in therapeutic community treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 165, 9-14.

Vassar, M., & Holzmann, M. (2013). The retrospective chart review: important methodological considerations. *Journal of educational evaluation for health professions*, 10, 12-12. doi:10.3352/jeehp.2013.10.12

和田 清 (2007). 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究：総括研究報告書 国立精神・神経センター。

和気 浩三 (2015). 高齢者のアルコール関連問題 (特集 高齢精神障害者支援の現状と課題) *精神障害とリハビリテーション*, 19, 175-179.

吉住 美保・上田 敬太・大東 祥孝 (2007). 前頭葉機能に関する行動評価尺度 Frontal Systems Behavior Scale 日本語版の標準化と信頼性,妥当性の検討 精神医学, 49, 137-142.

Zimberg, S. (1974). The elderly alcoholic. *Gerontologist*, 14(3), 221-224.

Zimberg, S. (1978). Psychosocial treatment of elderly alcoholics in *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*. Zimberg, S., Wallace, J., & Blume, S. B. (Eds.). Boston, MA: Springer. pp. 237-251.

参考資料

【本研究に関連した研究業績一覧】

研究1：高齢アルコール依存症の治療に関するアンケート

研究2：カルテ調査 情報開示文書

研究2：高齢アルコールカルテ調査 転記シート

研究3：患者さまへの説明文書

研究3：いきいきトレーニング 配布資料

研究3：MMSE, FAB検査用紙

倫理委員会承認書

【本研究に関連した研究業績一覧】

【原著論文】

新田千枝, 森田展彰, 大谷保和, 斎藤環,

「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の治療状況と課題－全国専門医療機関へのアンケート調査から－」, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 53, (5), pp.182-200, 2018.

【報告書】

新田千枝, 「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症への認知リハビリテーション介入効果の

検証」, 2017年度NPO法人依存学推進協議会研究助成成果報告集, 2018, 印刷中. 単著.

【著書】

新田千枝, 「依存症の回復と就労支援」 ころの科学増刊『メンタル系サバイバルシリーズ ケアとしての就労支援』, 監修: 斎藤環・松本俊彦・井原裕, 日本評論社, pp. 57-64, 2018.

【学会発表】

1) ポスター

Chie Nitta, Nobuaki Morita, Sachio Matsushita, Sachiko Anamizu, Yasukazu Ogai, Tamaki Saito., “Preliminary results of a randomized controlled trial on a cognitive rehabilitation program for elderly patients with alcohol dependence in Japan”, The 20th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting, Korea (Busan), November, 2018.

2) 口演

新田千枝, 安野勇,

「食行動異常、衝動行為にて入院したアルコール依存症、後に前頭側頭型認知症と診断した一症例」, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 51(4), pp.161, (東京, 8月, 2016年).

3) ポスター

新田千枝, 森田展彰, 松下幸生, 木村充, 垣渕洋一,

「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症の実態調査-カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討-」, 老年精神医学雑誌, 28(増刊号II), pp.227, (名古屋, 6月, 2017年)

4) 口演

新田千枝, 森田展彰, 大谷保和, 斎藤環

「認定機能低下を伴う高齢アルコール依存症の治療実態－全国専門医療機関アンケート調査から－」, 日本社会精神医学会雑誌, 26(3), pp.255, (東京, 8月, 2017年).

5) 口演

新田千枝,森田展彰「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症への対応—全国専門医療機関アンケートから見えてきたこと—」日本アルコール・薬物医学会雑誌, 52(4), pp.223, (横浜, 8月, 2017年).

6)口演

新田千枝,穴水幸子,森田展彰,松下幸生,木村充,中村泰久,菅原田鶴子,飯塚由樹,伊藤翼,楊楽,菊地創,三村將,「高齢アルコール依存症の遂行機能障害に対する Tinker Toy を用いた訓練の紹介」,第42回日本高次脳機能障害学会学術総会講演抄録, pp.137, (神戸,12月,2018年).

【その他】

- 1) 平成30年度 日本学術振興会 特別研究員 DC2採用
- 2) 研究助成金 代表：新田千枝 平成29年度 NPO法人依存学推進協議会（助成総額：420000円）研究課題名：「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症への認知リハビリテーション介入効果の検証」
- 3) 研究助成金 代表：新田千枝 平成30年～平成31年度 日本学術振興会科学研究費助成事業（特別研究員奨励費）（助成総額：1900000円）科研費 NO. 18J12808
研究課題名：「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」
- 4) ワークショップ招待講演
Chie Nitta, 「Clarifying Clinical Characteristics and Developing a Cognitive Rehabilitation Program for Older Patients with Alcohol Use Disorder in Japan」, 6th, Pusan-Kurihama Joint Workshop, 4/18/2019, Korea.

高齢アルコール依存症の治療に関するアンケート

【実施目的】

このアンケートは、高齢アルコール依存症の方の治療実態を把握することを目的としています。

全国のアルコール依存症専門医療機関に勤務されている職員の方を対象に、ご協力をお願いしております。貴施設の治療体制やプログラムについて、できるだけ現状に即して、全ての項目にご回答をお願いします。ご多用のところお手数をおかけしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

●アンケートへの回答所要時間の目安：30分～50分

●ご回答いただきたい方→日頃より高齢アルコール依存症治療に携わっている専門職スタッフ。

※経験年数や、年齢、性別、職種、雇用形態は問いません。

なお、質問1～19は貴施設のアルコール治療体制についてお尋ねしております。

大変お手数ですが、各部署の担当者に問い合わせるなどしてご記載ご協力をお願いします。

【説明と同意】

本調査票は無記名式で、個人が特定されることはありません。また、得られたデータは全て電子化され、統計的に処理されます。また、電子化されたデータ及びアンケート用紙原本は、第三者の目に触れない場所で研究終了後も一定期間厳重に保管されます。

なお、本調査へご協力いただくかどうかは、あなたの自由です。協力しないことによる不利益は一切ありません。記入済みアンケート用紙の返送をもって、回答者からの同意が得られたとみなします。また、一度同意した場合でも、いつでもこの同意を撤回することができます。

しかし、一度匿名化されたデータについては、返却が不可能となりますのでご注意ください。

●ご返送方法：記入を終えたら、同封の「アンケート返送用」返信用封筒

(切手貼付済み)にてご返送ください。

●返送期限：平成29年2月20日

※限られた期間ではございますが、ぜひともご協力をお願いします。

本調査に関する説明や質問、ご意見はその旨ご遠慮なく研究責任者および連携研究者へお申し出ください。迅速に対応させていただきますのでよろしくお願いいたします。

調査票

研究責任者：筑波大学医学医療系 准教授 森田展彰

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学総合研究棟D743号室

電子メール：nobuakim@nifty.com 電話（FAX）番号：029-853-3099

質問はここから↓ すべての質問にご回答ご協力おねがいします。

●アンケート記入日：平成 年 月 日（数字で記入してください。）

●あなたについておたずねします。

（該当するものにを入れる。その他の場合は括弧に記入してください。）

①職種

医師 看護師 精神保健福祉士 社会福祉士 臨床心理士 その他（ ）

②性別

男 女

③年齢

20歳代 30歳代 40歳代 50歳以上

④アルコール医療に従事してから現在までの年数

1年未満 1年～3年未満 3年～5年未満 5年以上

⑤所属施設の所在都道府県名を（ ）にご記入ください。

（ ）都・道・府・県

⑥貴施設の種別をご回答ください。

病院 診療所（クリニック） その他（ ）

調査票

それでは、下記の質問について、当てはまる口に✓をお願いします。

【 1 】 貴施設の治療体制についてお尋ねします。

項目番号1～4 アルコール専門外来に関する質問

1. アルコール専門外来*¹

(*¹来院時の主訴がアルコール問題である方を対象とし、専門外来枠を標榜している場合のみ該当。)

あり なし

※「あり」にの場合、下記の質問 2. ～ 9. についてお答えください。

「なし」の場合は、質問10. へお進みください。

2. アルコール専門外来の1週間あたりの実施日数→ 日/週 ※数値を記入

3. アルコール専門外来の1日あたりの受診者数（アンケート記入日現在）→ 人※数値記入

4. 1日あたりのアルコール専門外来受診者に占める60歳以上のおよその人数の割合(%)

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%以上

項目5～9 アルコール専門治療デイケアに関する質問

5. アルコール専門治療デイケアの実施

(アルコール依存症の外来治療の一環として実施されるデイケア)

あり なし

※「あり」にの場合、下記の質問 6. ～ 9. についてお答えください。

「なし」の場合は、質問10. へお進みください。

6. アルコール専門治療デイケアの1日あたりの利用人数（アンケート記入日現在）

→ 人 ※数値を記入

調査票

7. 1日あたりのアルコール専門治療デイケア利用者に占める60歳以上の人数の割合 (%)

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%以上

8. 外来通院患者様向け（デイケアでの実施も含む）に提供されているアルコール治療プログラムについて該当するものに✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 酒害教育(講義、ビデオ、テキスト学習等)	<input type="checkbox"/> OB との交流 (退院者、断酒成功者との交流)
<input type="checkbox"/> SST	<input type="checkbox"/> 作業療法
<input type="checkbox"/> グループミーティング	<input type="checkbox"/> 運動療法 (体操・ウォーキングなど)
<input type="checkbox"/> 個人精神療法	<input type="checkbox"/> 自助会 (AA/断酒会など) への参加
<input type="checkbox"/> 認知行動療法 (<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個人)	<input type="checkbox"/> その他

9. 高齢者および認知機能低下のある方の外来プログラムの参加について

高齢および認知機能の低下のため、上記の外来プログラムに十分に参加できない、もしくは参加していても

目立った効果が見られない患者さまはおよそ何名いらっしゃいますか？

アンケート記入日時点での1日当たりの人数

→ 約 人 ※数値を記入

項目番号10～14 アルコール専門病棟に関する質問

10. アルコール専門病棟（現在の入院患者さまの50%以上がアルコール依存症である病棟）

あり なし

※「あり」にの場合、下記の質問 11. ～14. についてお答えください。

「なし」の場合は、質問15. へお進みください。

11. 現在（アンケート記入日）のアルコール専門病棟 総入院者数→ 人 ※数値を記入

※複数のアルコール専門病棟を有する場合は全ての病棟について合計した数で回答ください。

調査票

12. 現在（アンケート記入日）の入院者に占める60歳以上の人数の割合

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%以上

13. アルコール専門病棟で提供されているアルコール治療プログラムについて、該当するものに✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 酒害教育(講義、ビデオ、テキスト学習等)	<input type="checkbox"/> OB との交流 (退院者、断酒成功者との交流)
<input type="checkbox"/> SST	<input type="checkbox"/> 作業療法
<input type="checkbox"/> グループミーティング	<input type="checkbox"/> 運動療法 (体操・ウォーキングなど)
<input type="checkbox"/> 個人精神療法	<input type="checkbox"/> 自助会 (AA/断酒会など) への参加
<input type="checkbox"/> 認知行動療法 (<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個人)	<input type="checkbox"/> その他

14. 高齢者および認知機能低下のある方のアルコール専門病棟プログラムの参加について

高齢および認知機能の低下のため、上記のアルコール専門病棟プログラムに十分に参加できない、もしくは参加していても目立った効果が見こめない患者さまはおよそ何名いらっしゃいますか？

→ 約 人 (アンケート記入日時点、1日当たりの人数をお答えください。) ※数値を記入

項目番号15. ～19. アルコール専門病床に関する質問

15. アルコール専門病床^{※2}

^{※2}専門病棟の基準は満たさないが、常時5名以上のアルコール依存症の患者さまが入院している病床

あり なし

※「あり」にの場合、下記の質問 16. ～19. についてお答えください。

「なし」の場合は、質問20. へお進みください。

16. 現在（アンケート記入日）のアルコール専門病床入院者数 人 ※数値を記入

※複数のアルコール専門病床を有する場合は全ての病棟について合計した数で回答ください。

17. 現在（アンケート記入日）のアルコール専門病床入院者に占める60歳以上の人数の割合

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%以上

調査票

18. アルコール専門病床で提供されているアルコール治療プログラムについて 該当するものに✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 酒害教育(講義、ビデオ、テキスト学習等)	<input type="checkbox"/> OB との交流 (退院者、断酒成功者との交流)
<input type="checkbox"/> SST	<input type="checkbox"/> 作業療法
<input type="checkbox"/> グループミーティング	<input type="checkbox"/> 運動療法 (体操・ウォーキングなど)
<input type="checkbox"/> 個人精神療法	<input type="checkbox"/> 自助会 (AA/断酒会など) への参加
<input type="checkbox"/> 認知行動療法 (<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個人)	<input type="checkbox"/> その他

19. 高齢者および認知機能低下のある方のアルコール専門病床プログラムの参加について

高齢および認知機能の低下のため、上記のアルコール専門病床プログラムに十分に参加できない、もしくは参加していても目立った効果が見こめない患者さまはおよそ何名いらっしゃいますか？

→ 約 人 (アンケート記入日時点、1日当たりの人数をお答えください。)

【 2 】 高齢アルコール依存症患者さまへの対応について

20. 貴施設にて、高齢者や認知機能低下がみられるアルコール依存症患者さま向けに実施している治療プログラムや、介入方法、実践などあれば、教えてください。特に工夫した点、役立っている点についてもご記入をお願いします。

★実施内容→
★工夫した点、役立っている点→

調査票

2 1. 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症患者さまをケアするときに、治療スタッフとしてあなたが負担に感じていること、困っていることなどについて、あてはまるところにをつけてください。※複数回

答可

入院が長期化する。

家族の協力が得られにくい。

アルコール依存症専門治療プログラムに参加できない。

身体的ケア(介護)が多く、1人あたりの援助に時間がかかる。

治療の目標(ゴール)を設定しづらい。

本人の理解力不足があり、治療が思うように進まない。

否認が強い。

本人がアルコール治療に対するやる気がない。

外出して戻ってこないことが頻繁にある。

本人は、金銭管理が困難で、生活面の見守りが必要である。

キーパーソンが不在で、いざという時に相談できる人がいない。

その他 (日ごろ困っていることについて、下記ご自由にお書きください。)

調査票

2 2. 次の架空事例に基づき、あなたのお考えについてご回答ください。

【架空事例概要】

65 歳男性。60 歳で定年退職後、朝から飲酒するようになった。6 か月前から、少し飲んで寝て、また起きては飲む生活となっていた。2 か月前から不眠、食欲不振、ふらつき、物忘れ、失禁があり妻同伴で受診。アルコール依存症の診断にて1 か月前に入院となった。入院後1 か月経過した現在も、認知機能の低下が目立ち、昨日伝えたことも忘れてしまうことが多い。一応、病棟で準備されたプログラム（勉強会やミーティングなど）には出席するが、相手の話の内容が理解できず、見当はずれの言葉を返答したり、急に怒り出してしまったりすることもある。自身のアルコール問題について本人は、「もう酒は飲まない」と言ったかと思えば、「お酒をやめる気はない」と主張するなど言動が一貫していない。妻は本人のアルコール治療に協力的であり、3 か月の治療プログラムを終えたら自宅に退院となる見込みである。上記の架空事例に対し、今後どのような対応が必要と考えますか？どのようなことでも構いません。あなたがこの事例の担当者になったことを想定し、自由にご記入ください。

2 3. 海外では、認知機能低下を伴うアルコール依存症者に対し、認知機能そのものに働きかけることで機能回復を目指す「認知ハビリテーション」が実施されており、治療に効果的であることがわかっています。このような取り組みについて、下記の質問にお答えください。（1つ回答）

- アルコール依存症者を対象とした認知リハビリテーションを実施したことがある。
- 上記のような取り組みは知っていたが、実践したことはない。
- 上記のような取り組みについて、これまで知る機会がなかった。

2 4. 今後、高齢アルコール依存症患者さまに対し、どのような治療があるとよいですか？

高齢アルコール依存症患者様が、十分な治療を受け回復を目指すため、地域社会で生活していくためにはどのようなサポートが必要でしょうか？現場でご活躍されている皆さまのご意見は大変貴重です。ぜひともご自由に意見や提案をご記入ください。

アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました。

**アルコール依存症治療のため受診中または受診経験のある患者さま、ご家族の方へ
臨床研究に対するご協力のお願い**

〇〇病院では、上記の病気で受診された方の診療情報(カルテ情報)を使用して臨床研究を実施しております。本研究の対象者として該当する可能性のある方にご協力をお願いします。この研究を実施することによる患者さまへの新たな負担は一切ありません。**本研究への協力を望まれない場合は、平成 29 年 ●月×日までに(情報公開開始日より 1 か月後の日付を期限とする)**

下記の問い合わせ先までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

なお、本研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て、皆さまに不利益がないように万全注意を払って行われています。

1. 本研究の情報公開 開始日

平成 29 年□月×日 (この文書は左記日時より 1 年間掲示されます。)

2. 研究課題名 認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究
～カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討～

3. 研究の目的 当院にて入院治療を受けた高齢のアルコール依存症患者さまで、物忘れや物事を理解する力の衰えがあった方の症状の特徴や治療経過について検討をします。

4. 対象となる方

アルコール依存症の患者さまで、平成 18 年 1 月 1 日から平成 27 年 12 月 31 日の間に当院に 1 回以上入院治療を受けたことがある方のうち、1 回目の入院時 65 歳以上であった方。

※本研究の対象となることを辞退したい方は、平成 29 年●月×日までに下記の問い合わせ先まで、お申し出いただきますようお願いいたします。なお、平成 29 年●月×日以降のお申し出について、診療情報の匿名化処理後は、個々のデータの特定が困難となることから、研究対象となることから削除ができないことをご了承ください。

5. 使用する診療情報

- ①精神医学的診断 ②身体合併症 ③入院時の状態、症状④認知機能評価結果
- ⑤脳波・脳画像検査結果 ⑥アルコール依存症重症度 ⑦年齢 ⑧性別 ⑨治療期間
- ⑩受療契機 ⑪入院形態 ⑫家族歴 ⑬生活歴 ⑭飲酒歴 ⑮入院歴 ⑯アルコール以外の問題行動
- ⑰現在の日常生活の自立度(ADL) ⑱地域の介護・障害福祉サービス等との連携の有無
- ⑲入院中の様子⑳精神科薬物療法の内容㉑アルコールリハビリテーションプログラムへの参加状況
- ㉒アルコール問題に対するご本人の理解度、認識㉓退院先(施設か自宅か)㉔退院後の状況

6. 研究期間 平成 29 年 1 月～平成 32 年 3 月 31 日

7. 個人情報の取り扱い

研究に使用する情報は、お名前、住所、生年月日など患者さま個人を特定できる個人情報は一切得ません。また、研究成果は学会や学術雑誌で発表されますが、その際も患者さま個人が特定されることはございません。

8. 研究責任者

筑波大学医学医療系 准教授 森田展彰

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学総合研究棟D743号室

【お問い合わせ先】

※研究対象となることの拒否についてのお問い合わせは下記までご連絡ください。

電子メール : nobuakim@nifty.com 電話 (FAX) 番号 : 029-853-3099

項目

A 入院時の精神医学的診断名	1	アルコール依存症	13	不安障害(神経症)
	2	アルコール精神病	14	パニック障害
	3	統合失調症	15	強迫性障害
	4	うつ病	16	摂食障害
	5	双極性障害	17	PTSD
	6	老年期精神病	18	自己愛性パーソナリティ障害
	7	器質性精神障害	19	境界性パーソナリティ障害
	8	精神遅滞(知的障害)	20	反社会性パーソナリティ障害
	9	発達障害	21	アルツハイマー型認知症
	10	ウェルニッケ・コルサコフ	22	脳血管型認知症
	11	レビー小体認知症	23	上記以外の認知症/認知機能低下(疑)
	12	その他	24	記載なし
	上位3つまで	数値	その他の場合⇒診断名記入	ICD10コード(記載ありの場合)
I				
II				
III				

B 入院時の内科的診断名	1	アルコール性肝炎	11	すい炎
	2	非アルコール性肝炎	12	糖尿病
	3	末梢神経障害	13	高血圧
	4	食道炎	14	心筋症
	5	食道静脈瘤	15	不整脈
	6	食道がん	16	十二指腸潰瘍
	7	胃がん	17	栄養障害
	8	胃炎	18	記載なし
	9	胃潰瘍	19	その他
	10	アルコール性肝硬変		
	上位3つまで	数値	その他の場合⇒診断名記入	ICD10コード(記載ありの場合)
I				
II				
III				

C 入院時の精神状態,症状

(複数回答項目) 該当を○で囲む	1	連続飲酒	14	幻聴または幻視
	2	飲酒渴望	15	精神運動興奮
	3	アルコール離脱 (振戦・発汗・動悸・嘔気)	16	易刺激性
	4	せん妄	17	不安・焦燥
	5	暴言・暴力	18	失見当識
	6	てんかん発作	19	記憶・記銘障害
	7	歩行障害	20	注意集中の欠如
	8	抑うつ状態	21	自殺企図・希死念慮
	9	躁状態	22	自傷行為
	10	脱抑制、衝動性の昂進	23	下痢
	11	幻覚妄想	24	筋力低下
	12	皮膚感覚の異常	25	その他()
	13	食欲不振	26	記載なし

D 認知機能評価結果 実施のもの○で囲む	1	MMSE	得点	備考(検査者コメント)
	2	HSDR		
	3	FAB		
	4	WAIS	FIQ()VIQ()PIQ()	
	5	COGNISTAT		
	6	記載なし		
	7	その他の心理検査		
			検査名	結果概略
上記以外、複数心理検査実施の場合、上位3つまで記載	①			
	②			
	③			

高齢アルコールカルテ調査

整理用ID:

		検査名	所見		
E	脳波・頭部画像検査 複数回答 該当○で囲む	1	MRI	1	異常なし
		2	CT	2	全体萎縮
		3	SPECT	3	前頭葉萎縮
		4	脳波	4	側頭葉萎縮
		5	実施なし	5	脳室拡大
		6	その他 下記検査名記載	6	梗塞
				7	脳波異常
				8	その他 下記概要記載

F	身体既往歴 入院以前に罹患した疾	1	アルコール性肝炎	10	肝硬変
		2	非アルコール性肝炎	11	ずい炎
		3	末梢神経障害	12	糖尿病
		4	食道炎	13	高血圧
		5	食道静脈瘤	14	心筋症
		6	食道がん	15	不整脈
		7	胃がん	16	十二指腸潰瘍
		8	胃炎	17	記載なし
		9	胃潰瘍	18	その他
上位3つまで	数値	その他の場合⇒診断名記入		ICD10コード(記載ありの場合)	
	I				
	II				
	III				

G	アルコール依存症重症度 実施したものの○印	1	AUDIT		点
		2	KAST		点
		3	いずれも記載なし	0	

H	年齢・性別 数値記入⇒	0	男	1	女
			歳		

I	嗜好品	① アルコール			
		1	ビール500ml	6	ワイン
		2	ビール350ml	7	ウイスキー
		3	缶チューハイ350ml	8	日本酒
		4	缶チューハイ500 ml	9	その他 ()
		5	焼酎	10	記載なし
		② 【入院直前の1日あたりの飲酒量】			
		1	断酒		
		2	1~2ドリンク未満		
		3	2~6ドリンク未満		
		4	6ドリンク以上 ※多量飲酒：およそ () ドリンク		
		③ タバコ			
		1	喫煙 (本/日)	2	非喫煙者
		3	禁煙中	4	記載なし

J	AL治療歴 数値記入⇒	西暦		年頃
---	----------------	----	--	----

K AL専門治療につながったきっかけ

① 治療に結びつけた人 複数回答○印	1	本人
	2	家族
	3	知人・友人
	4	公的期間の職員(警察、消防、保健所、福祉事務所CW)
	5	訪問看護
	6	民間事業所 (NPO、相談機関)
	7	精神科医の勧め
	8	精神科以外の医師からの勧め
	9	自助会 (AA/断酒会など)
	10	記載なし
	11	その他 →具体的に記載

② AL専門治療につながった直接的問題

複数回答○印	1	連続飲酒	13	器物損壊
	2	身体合併症の悪化	14	窃盗、万引き
	3	AL以外の精神症状の悪化	15	暴力による加害
	4	食事摂取不良	16	放火
	5	近隣トラブル	17	性的逸脱
	6	ADLの低下	18	飲酒運転
	7	暴言・暴力	19	危険運転(逆走、道交法違反)
	8	物忘れ	20	交通事故加害
	9	徘徊	21	交通事故被害
	10	施設で飲酒	22	自傷行為・自殺企図
	11	生活困窮	23	ブラックアウト
	12	その他→具体的に記載	24	記載なし

L 入院時入院形態	1	任意
	2	医療保護
	3	その他→入院形態を記載 ()
	4	記載なし

M 入院時入院処遇	1	開放
	2	閉鎖
	3	身体拘束
	4	記載なし

N 家族歴	①結婚歴	1	1回のみ既婚	4	結婚歴なし
		2	離婚後単身	5	その他 ()
		3	2回以上の結婚歴	6	記載なし
	②子供	1	こどもあり	2	こどもなし
		③居住形態	1	配偶者のみ同居	5
	2		兄弟姉妹と同居	6	両親と同居
	3		複数の親族と同居	7	親族以外と同居(施設以外)
	4		記載なし	8	施設入所
				9	単身独居
	④家族負担	1	血縁者にアルコール依存症者あり (ご本人との続柄→)		
		2	血縁者にアルコール依存症者なし		
		3	記載なし		
	⑤関係性	1	家族関係良好		
		2	家族関係不良		
		3	どちらともいえない		
		4	記載なし		

O 生活歴

①学歴	1 中学卒 2 高校卒 3 専門卒 4 大学卒 5 大学院卒 6 その他 7 記載なし		
②職業歴	1	1年以上の常勤雇用経験なし	
	2	1～3年未満の常勤雇用歴あり（契約社員含む）	
	3	3年以上の常勤雇用歴あり	
	4	自営業（会社経営、個人商店など含む）	
	5	記載なし	
	6	主に従事していた業種（記載あるときのみ記入）⇒	
③定年退職の経験	1	あり	2 なし（情報なし）

④入院前までの生活様式 複数回答	1	就労していた時期があった		
	2	ボランティアや、自治会など地域の活動や社会活動に積極的に参加		
	3	友人と頻繁に外出していた		
	4	趣味が充実していた		
	5	朝、日中から飲酒していた		
	6	閉居がちであった		
	7	施設入所していた		
	8	入退院をくりかえしていた		
	9	その他	⇒具体的に記載	
	10	記載なし		
⑤現在の生計 複数回答	1	就労収入	6	家賃収入
	2	年金受給	7	親族からの支援
			8	貯蓄
			9	その他⇒具体的に記載
	5	生活保護	10	記載なし

P 飲酒歴

①初飲酒	1.10歳代 2.20歳代 3.30歳代 4.40歳代 5.50歳代 6.60歳代～
②習慣飲酒	1.10歳代 2.20歳代 3.30歳代 4.40歳代 5.50歳代 6.60歳代～
③問題飲酒	1.10歳代 2.20歳代 3.30歳代 4.40歳代 5.50歳代 6.60歳代～

Q 精神科入院歴 カルテ上把握できる 他院入院歴も含む	1	1回
	2	2回
	3	3回～5回
	4	5回以上
R 直近入院在院日数 ※自動計算する	入院年月日	退院年月日

～

退院年月日

高齢アルコールカルテ調査

整理用ID:

S	アルコール以外のア デクシオン 複数回答 過去の情報も含む	1	覚せい剤	5	向精神薬
		2	有機溶剤	6	鎮痛剤
		3	麻薬	7	その他
		4	ギャンブル	8	記載なし
T	日常生活自立度 入院中の様子	①	食事 1 自立 2 部分介助 3 全介助 4 記載なし		
		②	歩行 1 自立 2 部分介助 3 車いす 4 記載なし		
		③	整容 1 自立 2 部分介助 3 全介助 4 記載なし		
		④	入浴 1 自立 2 部分介助 3 全介助 4 記載なし		
		⑤	排泄 1 自立 2 部分介助 3 全介助 4 記載なし		
U	介護・福祉サービスの 利用状況 ※該当のみ○印、詳細 記載	1 要介護認定あり 介護度：要介護（ ） 要支援（ ） 2 障がい者手帳あり 精神（ ）級 身体（ ）級 知的（ ） 3 訪問看護 利用あり 利用頻度 1週間あたり（ ）日 4 成年後見制度 利用あり（補助、保佐、後見） 5 地域包括支援センター支援あり（権利擁護 総合相談 ケアマネ） 6 障害福祉サービスの利用あり（障害程度区分： ） 7 いずれも利用なし。（記載なしも含む）			
V	入院中のトラブル、特 記事項 複数回答	1 特記されたエピソードなし 2 徘徊 3 迷子 4 転倒による骨折 5 入院中の飲酒 6 他患とのトラブル 7 服薬拒否 8 食事の拒否 9 治療プログラム参加拒否 10 暴言、暴力 11 その他（ ）			
W	精神科薬物療法 入院中処方があったも の全て※複数回答	1 睡眠薬 2 抗不安薬 3 抗うつ薬 4 抗精神病薬 5 非定型精神病薬 6 抗酒剤 7 認知症治療薬 8 その他（ ） 9 使用無し			
X	ARPの参加状況	1 ほぼ全てのプログラムの内容を理解し、きちんと参加し治療に役立っている。 2 ほぼ全てのプログラムの内容を理解しているか疑わしいが、参加することができている。 3 プログラムによって理解できるものとそうでないものがあり、部分的な参加となっている。 4 ほぼ全てのプログラムの内容を理解することができず、ほとんど参加できていない。 5 記載なし			

Y	本人のAL問題の理解度 (入院中の様子)	1 否認 2 断酒意思なし 3 断酒意思あり 4 アルコール問題そのものを理解するのが難しい 5 記載なし		
	Z	退院形態	1 軽快 2 自己都合退院 3 強制退院 4 転院 5 その他 ()	
AA	退院先	1 自宅で独居予定 2 自宅で家族と同居予定 3 施設へ入所 (特別養護ホーム、有料ホーム、グループホーム、老健など) 4 精神科へ転院 5 精神科以外へ転院 6 その他 () 7 記載なし		
	BB	退院後の飲酒状況	1 断酒 2 節酒 3 再飲酒 (再飲酒までの日数:) 4 飲酒状況の記載なし	
CC	退院後～3か月までの 自助会状況	1 自助会参加あり 2 自助会参加なし 3 自助会について情報なし		
DD	退院後～3か月までの 日中生活の様子 複数回答	1	就労していた時期があった	
		2	ボランティアや、自治会など地域の活動や社会活動に積極的に参加	
		3	友人と頻繁に外出していた	
		4	趣味が充実していた	
		5	朝、日中から飲酒していた	
		6	閉居がちであった	
		7	デイケア・デイサービス通所していた	
		8	施設入所していた	
		9	入退院をくりかえしていた	
		10	その他 ⇒具体的に記載	
		11	記載なし	
EE	退院後の認知機能 (約6か月以内)	1	認知機能低下あり、入院時と比べて改善傾向	
		2	認知機能低下あり、入院時と比べて悪化傾向	
		3	認知機能低下なし	
		4	記載なし	

以下：備考メモ欄

患者さまへの説明文書

研究課題名 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」

<研究協力について>

この研究は、アルコール依存症に対する新しい治療法が、高齢者にどの程度役に立つのかを調べ、より良い治療プログラムの開発を目的としています。

まずあなたにこの研究の内容について説明します。次に、あなたがこの説明を良く理解し、研究に協力することに同意される場合は、「同意書」に署名し、同意の表明をお願いいたします。

あなたには後ほど、この説明文書原本、同意書のコピーをお渡しします。

1. あなたの意思による研究協力と協力とりやめの自由

研究協力の同意はあなたの自由意志で決めてください。また、同意しなくても、あなたの不利益になることは一切ありません。また、一度同意した場合でも、あなたが不利益を受けることなくいつでも同意を取り消すことができます。その場合は収集された情報は廃棄され、それ以降は研究目的に用いられることはありません。ただし、同意を取り消した時すでに研究結果が論文などで公表されていた場合はあなたの情報を廃棄することができない場合がありますのでご了承ください。

2. 研究題目

高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発

3. 研究機関名および研究責任者氏名

代表施設および責任者：筑波大学医学医療系 准教授 森田 展彰

共同研究施設および責任者：久里浜医療センター 副院長 松下 幸生

4. 研究目的

この研究は、アルコール依存症で治療中の患者さまに対し、物事の理解力や、記憶、判断力、自分自身を振り返る力など、私たちが日常生活を送るのに欠かせない脳の働きの改善や、脳の働きが悪くなることを予防することをねらいとしたプログラムをお受けいただき、その効果を調べることが目的です。脳の働きを良い状態に保つことは、退院後により健やかな毎日を送るためにも役立ちます。なお、依存症患者さまを対象とした同様のプログラムは、海外では役に立つことが確認されています。今回は高齢アルコール患者さま向けに修正した新治療法を、『試験的に』『無料で』受けいただき、役立つかどうかを調べます。

5. 研究方法

5-1 対象

アルコール依存症治療のために入院中の 65 歳以上の男性で、研究計画で決めた条件^{*1}に当

てはまる方。※1詳しい条件をお知りになりたい方には詳細な研究計画を開示します。

5-2 参加の中止

あなたが研究参加に同意を表明された場合でも、あなたの健康状態、安全を最優先に考えて、主治医の判断により研究への参加をご遠慮いただくことがあります。また一度参加なさった場合でも、研究期間中にあなたの健康状態が悪くなった場合や、主治医が中止した方がよいと判断した場合は、この研究への参加を中止します。また、この研究への参加後に、あなたが研究の参加条件にあてはまっていない(あるいは参加してはいけない条件にあてはまる)ことが分かった場合も中止します。

5-3 プログラム内容

対象となった患者さまは以下 A.B の2つのグループに分かれます。なお、どちらのグループに入るかは、無作為に決まるため、あなたの意思を反映することはできません。

A:脳の働き改善プログラムを受けるグループ

院内で実施しているふだんのプログラムへの参加に加えて、週2回、1回あたり60分の脳の働き改善プログラムに参加していただきます。プログラムの実施期間は約5週間です。また、プログラム開始直前と終了直後に、約1時間の簡単なアンケート、心理テストにご協力いただきます。

このプログラムでは、4~5人の少人数のグループで、クイズや手先を動かす簡単な作業、話し合いなどを通じて、物事について考える力をより伸ばすことを目的とした活動が中心です。みなさまが楽しく気楽に参加いただけるよう工夫しています。

B:標準的な治療を受けるグループ

院内で実施しているふだんのプログラムへ参加していただきます。これに加えて、研究者から提示した日時に、第1回目の簡単なアンケート、心理テスト(約60分)にご協力いただきます。その約5週間後に第2回目の簡単なアンケート、心理テスト(約60分)にご協力いただきます。

5-4 研究期間

本研究全体の研究期間は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会承認後より、2020年3月31日です。おひとりの患者さまに、研究へ参加ご協力いただく期間は、約5~6週間です。

5-5 研究参加される患者さまへのお願い

本研究で実施されるプログラムやアンケート、心理テストには、できる限り全ての回にご出席いただきますようよろしくお願いいたします。なお、本研究に参加中に体調への異変に気付いた場合や、その他研究参加継続に支障がある場合は遠慮なく病院スタッフや研究スタッフにお知らせください。

5-6 謝礼

本研究に参加され、アンケート、心理テストへご協力が完了した方には、謝礼(おひとり様合計2000円分)の金券をお渡しします。

6. 研究計画等の開示 ご希望があれば、この研究の研究計画の詳細な内容を見ることができます。

7. 研究協力者にもたらされる利益および不利益

本研究の参加によって、不安や疲労など精神的な負担を引き起こす可能性はあります。あなたへの良くない影響を最小限にするために、不安や疲労の程度および研究参加の継続意思について、定期的にお伺いします。

8. 傷害・不利益時の治療・補償

本研究の参加によって、あなたに傷害が生じるおそれは極めて少ないですが、万一あなたに傷害や不利益が生じた場合は、プログラム担当者や主治医に遠慮せずにお知らせください。本研究への参加を直ちに中止いたします。研究協力が原因となり治療もしくは補償が必要になった場合は、その案件に応じて個別に対応させていただきます。

9. 個人情報の保護

あなた個人を特定できる情報は、この病院内において厳重に管理されます。なお、病院外にあなたの個人情報が持ち出されることはありません。

10. 研究結果の開示

あなたの資料に限って入手や閲覧を求めることが可能です。

11. 研究成果の公表

あなたの協力によって得られた研究成果は、個人情報がかんげいにならないようにした上で、学会発表や学術雑誌およびデータベース上で公に発表されることがあります。

12. 研究から生じる知的財産権の帰属

研究の結果として特許権などが生じる場合は「筑波大学知的財産ポリシー」「国立大学法人筑波大学職務発明規定」等の筑波大学の知的財産に関する取扱いに従うこととなります。

13. 研究資金源、研究に係る利益相反

本研究は、筑波大学 運営費交付金および、NPO 法人依存学推進協議会 平成 29 年度研究助成の支援を受けて実施されています。なお、本研究にかかる開示すべき利益相反はありません。

14. 研究終了後の情報等の取扱方針

研究終了後、あなたの情報は、個人を特定できないような形に加工したうえで、第3者が閲覧できない場所で、一定期間厳重に保管させていただき予定です。

15. 費用負担に関する事項

本研究に必要な費用は、あなたが負担することは一切ありません。

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会、久里浜医療センター倫理審査委員会の承認の下、適正に実施されています。

<お問い合わせ・苦情の相談窓口>

研究責任者 森田 展彰(筑波大学医学医療系 准教授)

〒305-8577 茨城県つくば市天王台 1-1-1 総合研究棟 D743 室

TEL 029-853-3099 FAX 029-853-3099 電子メール:nobuakim@nifty.com

いきいきトレーニング 全10回

プログラム内容

毎週(火)14:00～と(木)10:00～ 週2回、各60分

	日程	計画づくり訓練	つぶやき訓練
第1回	/	カレーライスづくり	ティンカーToy①
第2回	/	外出プラン ～日帰り温泉～	ティンカーToy②
第3回	/	買い物シュミレーション	スリッパ場面練習
第4回	/	外出プラン ～夜景スポット～	ティンカーToy③
第5回	/	買い物シュミレーション	ティンカーToy ④
第6回	/	外出プラン ～自助会へいこう～	スリッパ場面練習
第7回	/	退院後プラン ～朝起きてから寝るまで ～	ティンカーToy⑤
第8回	/	退院後プラン ～外出プラン～	ティンカーToy⑥
第9回	/	旅へ出よう	スリッパ場面練習
第10回	/	旅へ出よう	ティンカーToy⑦

いきいきトレーニングの流れ

1. はじめに
自己紹介+今日の気分
ウォーミングアップ
ゲーム
2. プログラムの目的説明
3. 計画づくり
テーマに沿った計画作成
発表
4. つぶやき訓練
ティンカートイ
5. 感想

参加者ID:

いきいきトレーニング 第1回



計画づくり

本日のテーマ: カレーライスづくり

条件: 朝起きて12:00までに、
4人分のカレーライスを準備する



ステップ1 必要なことがらをリストアップ

必要な材料は?	<ul style="list-style-type: none">・・・
必要な道具は?	<ul style="list-style-type: none">・・・
買い物 どこに行く?	お店の名前⇒ お店に行く方法⇒ 買い物にかかる時間⇒

ステップ2 効率的でムダのない 手順を考えよう

時間	やること
～	朝起きる
～	
～	
～	
～	
～	
～	
12:00	カレーライスを食べる

参加者ID:

いきいきトレーニング 第2回



計画づくり

本日のテーマ: 日帰り温泉に行こう

条件: 京急久里浜駅を9:00に出発して、18:00までに東1病棟に戻る

※移動は、電車、バス、タクシーのみ

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

目的地は？	①温泉名➡ ②日帰り湯の名前➡ ③場所(最寄駅)の名前➡
行き方は？	④電車の時刻、だいたいの所要時間の目安 ⑤最適なルート、電車経路を探そう

ステップ2 効率的でムダのないプランを考えよう

9:00	• 京急久里浜駅 出発
:	• 温泉の最寄り駅到着
:	• 目的地「 <input type="text"/> 」温泉に到着
:	• 「 <input type="text"/> 」温泉を出発
:	• 温泉の最寄り駅を出発
:	• 京急久里浜駅 到着
18:00	• 東1病棟 到着

参加者ID:

いきいきトレーニング 第3回



計画づくり

本日のテーマ: 買い物にいかう

条件:

- ①退院したら食べたい家庭料理の食材をそろえる。
- ②スーパーの中を効率よくまわるルートをみつける

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

メニュー	退院したら食べたいものは、「 <input type="text"/> 」
必要な食材	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

ステップ2 効率的でムダのないプランを考えよう

1. 無駄なく回るための戦略は？
2. なるべく、同じ道は2度通らない。
3. 全ての食材をかごにいれる。

いきいきトレーニング 第4回



記憶に残る、もう一度見たい景色はありませんか？



計画づくり

本日のテーマ：夜景スポットデート♡

条件①15:00に京急久里浜駅を出発して、21:00までに京急久里浜駅に戻る

条件②夜景を鑑賞して、夕食を食べて帰ってくる

※移動は、電車、バス、タクシーのみ

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

目的地は？	①夜景スポット名➡ ②目的地の最寄駅の名前➡ ③夕食はどこで？場所➡ 何を食べる？食べる店は？➡
行き方は？	④電車の時刻、だいたいの所要時間の目安 ⑤最適なルート、電車経路を探そう

ステップ2 効率的でムダのないプランを考えよう

15:00	• 京急久里浜駅 出発
:	• 夜景スポットの最寄り()駅
:	• 夜景スポット「 」に到着
:	• 夜景スポットを出発
:	• 夕食を食べる場所()
:	• ()駅 出発
21:00	• 京急久里浜駅 到着

参加者ID:

いきいきトレーニング 第5回



計画づくり

本日のテーマ: 買い物にいこう

条件:

- ①おふくろの味 定食メニューの買い物に行こう。
- ②スーパーの中を効率よくまわるルートを見つける

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

メニュー	おふくろの味 定食「 」
材料 主菜 ()	・ ・ ・ ・
材料 副菜 ()	・ ・ ・ ・
材料 汁物 その他	・ ・ ・ ・

ステップ2 効率的でムダのないプランを考えよう

1. 無駄なく回るための戦略は？
2. なるべく、同じ道は2度通らない。
3. 全ての食材をかごにいれる。

いきいきトレーニング 第6回



計画づくり

本日のテーマ: 自助グループに行こう
条件: 自宅から近い会場へ、自力でいく
※移動は、電車、バス、徒歩のみ

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

会場名	
場所	
開催日時	

ステップ2 効率的でムダのないプランを考えよう

:	• 自宅を出る
:	• 自宅の最寄り()駅
:	• 会場の最寄駅()に到着
:	• 会場到着 自助会に参加
:	• 自助会終了、会場出発
:	• 会場最寄駅() 出発
:	• 自宅最寄駅() 到着
:	• 自宅に到着

いきいきトレーニング 第7回



計画づくり

本日のテーマ： 退院した翌日の過ごし方を考えよう

条件：①ノン・アルコール お酒は飲みません。

②すき間時間はゼロにします。

③実現可能な日課を2つ取り入れる

④遠出の外出予定はいれない。自宅、近所で過ごすプラン

本当にお酒
やめられるの？



一生お酒を止め続ける
なんて想像もつかない

今日、一日。その日、その時、飲酒しないでやり過ごそう！
退院した次の日は、飲まない。まずは、3日断酒を目標に。

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

日課①退院の翌日 やること	
日課②退院の翌日 やること	

日課の選び方：「すぐ取り入れられそうなもの、これまでやったことがあること」

下絵の他にも、「部屋の片づけ、自助会へ行く、庭の雑草抜き、犬の散歩、買い出し、学習、読書、ジグソーパズル、楽器をひく、飲み薬の整理、ラジオを聴く」など



第8回 第7回の続き ステップ2 実現可能なプランを考えよう

本日の条件:①ノン・アルコール お酒は飲みません。
 ②すき間時間はゼロにします。
 ③実現可能な日課を2つ取り入れる
 ④遠出の外出予定はいれない。

朝おきてから⇒午前中 のスケジュール

↓退院翌日にチェックしてみよう。

時刻	やること	実際の行動
5:00		できた ・できない
6:00		できた ・できない
7:00		できた ・できない
8:00		できた ・できない
9:00		できた ・できない
10:00		できた ・できない
11:00		できた ・できない
12:00		できた ・できない

午後1時⇒ねるまで のスケジュール

時刻	やること	実際の行動
13:00		できた ・できない
14:00		できた ・できない
15:00		できた ・できない
16:00		できた ・できない
17:00		できた ・できない
18:00		できた ・できない
19:00		できた ・できない
20:00		できた ・できない
21:00～22:00		できた ・できない
22:00～24:00		できた ・できない

参加者ID:

いきいきトレーニング 第9回



こころのふるさと
感動した景色
もう一度、行ってみたい
場所、ありますよね？

【計画づくり】 本日のテーマ： たびに出よう

条件：

- ①1泊2日の国内旅行の計画をたてる。
- ②観光名所を2カ所めぐる。
- ③1日目横浜駅を9:00に出発し、2日目の21:00までに横浜駅にもどる計画をたてる。

※移動は、電車、バス、タクシーのみ

ステップ1 必要なことがらをリストアップ

目的地は？	①観光地の名前⇒() ②観光名所1⇒() ③観光名所2⇒() ④宿泊する宿、ホテル⇒()
行き方は？	④電車の最寄り駅、だいたい所要時間の目安 横浜駅 ⇒ 観光地の最寄り駅【 】 目的地まで片道にかかる時間【 】時間 ⑤目的地までの最適な交通手段は？ 普通電車 ・ バス ・ 新幹線 ・ 飛行機

いきいきトレーニング 第10回



ステップ2 実現可能なプランを考えよう

1日目のスケジュール

時刻	おとずれる場所	やること
9:00	横浜駅	目的地に向けて出発
11:00		
13:00		
15:00		
17:00		
19:00		
21:00		

2日目のスケジュール

時刻	おとずれる場所	やること
9:00	ホテル	観光名所に向けて出発
11:00		
13:00		
15:00		
17:00		
19:00		
21:00	横浜駅	戻ってくる

【つぶやき訓練のねらい】

自分の行いを[ふりかえる力]をつけること。
ブレーキをかけて、適切に行動できること

ストップ

- 「今何をしようとしている？」

目標の
確認

- 今日は、「 」をしよう
- 大きな目標を小さな目標にわけよう

チェック

- 今、何をしていた？

【ふりかえり】

1. はじめにやろうと思ったこと
2. 実際にできたこと
 - ➡ ちがい、ズレをふりかえってみましょう。

Mini-Mental State Examinaton (MMSE)

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 施設名：久里浜医療センター

得点：30点満点

参加者ID： _____

検査者： _____

質問と注意点		回答	得点			
1 (5点) 時間の 見当識	「今日は何日ですか」 「今年は何年ですか」 「今の季節は何ですか」 「今日は何曜日ですか」 「今月は何月ですか」	※ 最初の質問で、被験者の回答に複数の項目が含まれていてもよい。その場合、該当する項目の質問は省く。	日	0	1	
			年	0	1	
				0	1	
			曜日	0	1	
			月	0	1	
2 (5点) 場所の 見当識	「ここは都道府県でいうと何ですか」 「ここは何市（*町・村・区など）ですか」 「ここはどこですか」 (* 回答が地名の場合、この施設の名前は何かと質問をかえる。正答は建物名のみ) 「ここは何階ですか」 「ここは何地方ですか」		0	1		
			0	1		
			0	1		
		階	0	1		
			0	1		
3 (3点) 即時想起	「今から私がいう言葉を覚えてくり返し言ってください。」 『さくら、ねこ、電車』はい、どうぞ * テスターは3つの言葉を1秒に1つずつ言う。その後被験者に繰り返させる、この時点で、いくつ答えたかで得点を与える。 * 正答1つにつき1点。合計3点満点。 「今の言葉は、後で聞くので覚えておいてください」 * この3つの言葉は、質問5で再び復唱させるので3つ全部答えられなかった被験者については、全部答えられるようになるまでくり返す。(ただし6回まで)		0	1		
			2	3		
4 (5点) 計算	「100から順番に7をくり返し引いてください」 * 5回くり返し7を引かせ、正答1つにつき1点。合計5点満点。 正答例: 93 86 79 72 65 * 答えが止まってしまった場合は「それから」と促す。		0	1	2	
			3	4	5	
5 (3点) 遅延再生	「さっき私が言った3つの言葉は何でしたか」 * 質問3で提示した言葉を再度復唱させる。		0	1	2	3
6 (2点) 物品呼称	時計(又は鍵)を見せながら「これは何ですか？」 鉛筆を見せながら「これは何ですか？」 * 正答1つにつき1点。合計2点満点。		0	1	2	
7 (1点) 文の復唱	「今から私がいう文を覚えてくり返し言ってください。」 『みんなで力をあわせて綱を引きます』 * 口頭でゆっくり、はっきりと言い、くり返させる。1回で正確に答えられた場合1点を与える。		0	1		
8 (3点) 口頭指示	* 紙を机に置いた状態で教示を始める。 「今から私がいう通りにしてください。」 右手にこの紙を持ってください。それを半分に折りたたんでください。そして私にください」 * 各段階毎に正しく作業した場合に1点ずつ与える。合計3点満点。		0	1	2	3
9 (1点) 書字指示	「この文を読んで、この通りにしてください」 *被験者は音読でも黙読でもかまわない。実際に目を閉じれば1点を与える。	2ページ目に 質問有	0	1		
10 (1点) 自発書字	「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません」 *テスターが例文を与えてはならない。意味のある文章ならば正答とする。 (*名詞のみは誤答、状態などを示す四字熟語は正答)	2ページ目に 質問有	0	1		
11 (1点) 図形模写	「この図形を正確にそのまま書き写してください」 *模写は書くが10個あり、2つの五角形が交差していることが正答の条件。 手指のふるえなどはかまわない。	2ページ目に 質問有	0	1		

Mini-Mental State Examinaton(MMSE)

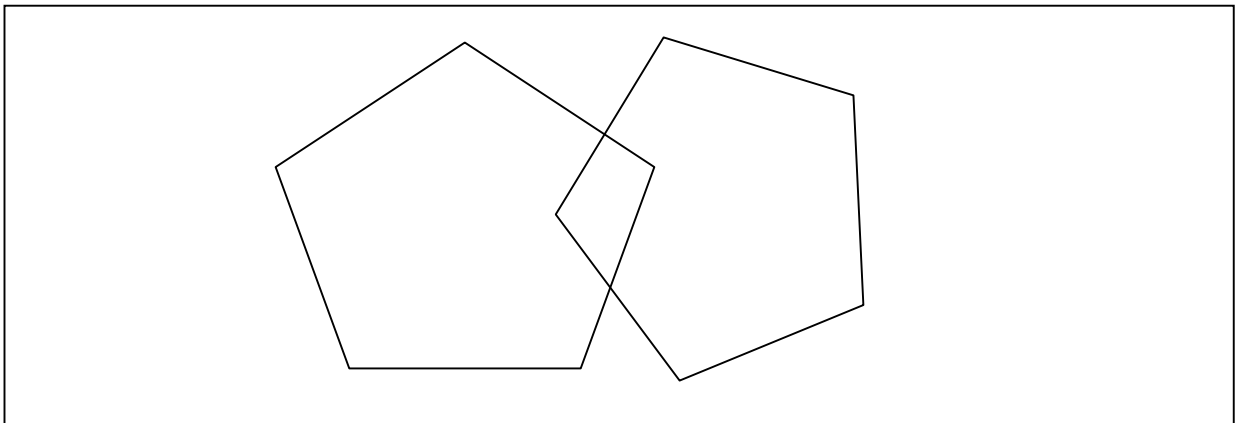
9. 「この文を読んで、この通りにしてください」

『^め目を^と閉じてください』

10. 「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません」

()

11. 「この図形を正確にそのまま書き写してください」



Blank box for copying the figure.

Frontal Assessment Battery (FAB)

参加者ID

	方法・手順	得点	採点基準	
類似性	<p>概念化 「次の2つは、どのような点が似ていますか？」 バナナとオレンジ (果物) 机と椅子 (家具) チューリップとバラとヒナギク (花)</p> <p>のみヒント可: 完全な間違いの場合や「皮がある」など部分的な間違いの場合は「バナナとオレンジはどちらも…」とヒントを出す。 はヒントなし</p>	3	3つとも正答	(回答)
		2	2つ正答	
		1	1つ正答	
		0	正答なし	
語の流暢性	<p>柔軟性 「‘か’で始まる単語をできるだけたくさん言ってください。ただし、人の名前や固有名詞は除きます」 制限時間は60秒。最初の5秒間反応がなかったら「例えば、紙」とヒントを出す。さらに10秒間黙っていたら「‘か’で始まる単語なら何でもいいですから」と刺激する。</p> <p>同じ単語の繰り返しや変形(傘、傘の柄など)、人の名前、固有名詞は正答としない。</p>	3	10語以上	(回答)
		2	6～9語	
		1	3～5語	
		0	2語以下	
運動系列	<p>運動プログラミング 「私がすることをよく見ておいてください」 検者は左手でLuriaの系列「拳 fist - 刀 edge - 掌 palm」を3回実施する。「では、右手で同じことをしてください。はじめは私と一緒に、次は独りでやってみてください。」と言う。 (メモ)</p>	3	被検者独りで、正しい系列を6回連続してできる	
		2	被検者独りで、正しい系列を少なくとも3回連続してできる	
		1	被検者独りではできないが、検者と一緒に正しい系列を3回連続してできる	
		0	検者と一緒でも正しい系列を3回連続することができない	
葛藤指示	<p>干渉刺激に対する敏感さ 「私が1回叩いたら、2回叩いてください」 被検者が指示を理解したことを確かめてから、次の系列を試行する: 1 - 1 - 1 次は、「私が2回叩いたら、1回叩いてください」 被検者が指示を理解したことを確かめてから、次の系列を試行する: 2 - 2 - 2 そして、つぎの系列を実施する 1 - 1 - 2 - 1 - 2 - 2 - 2 - 1 - 1 - 2</p>	3	間違いなく可能	(メモ)
		2	1, 2回の間違いで可能	
		1	3回以上の間違い	
		0	被検者が4回連続して検者と同じように叩く	
Go/No-Go	<p>抑制コントロール 「私が1回叩いたら、1回叩いてください」 被検者が指示を理解したことを確かめてから、次の系列を試行する: 1 - 1 - 1 次は、「私が2回叩いたら、叩かないでください」 被検者が指示を理解したことを確かめてから、次の系列を試行する: 2 - 2 - 2 そして、つぎの系列を実施する 1 - 1 - 2 - 1 - 2 - 2 - 2 - 1 - 1 - 2</p>	3	間違いなく可能	(メモ)
		2	1, 2回の間違いで可能	
		1	3回以上の間違い	
		0	被検者が4回連続して検者と同じように叩く	
把握行動	<p>環境に対する被影響性 「私の手を握らないでください」 被検者に両手の手掌面を上に向けて膝の上に置くよう指示する。検者は何も言わないか、あるいは被検者の方を見ないで、両手を被検者の手の近くに持って行って両手の手掌面に触れる。そして、被検者が自発的に検者の手を握るかどうかを見る。もし、被検者が検者の手を握ったら、「今度は、私の手を握らないでください」と言って、もう一度繰り返す。</p>	3	被検者は検者の手を握らない	
		2	被検者は戸惑って、何をすればいいのか尋ねてくる	
		1	被検者は戸惑うことなく、検者の手を握る	
		0	被検者は握らなくともいいと言われた後でも、検者の手を握る	
検査者:		合計	/ 18	

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1078 号

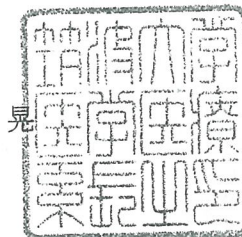
平成 28 年 10 月 6 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

原



平成28年6月14日付けで審査申請(新規)のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 研究題目 「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究」

2 判定

- 承認
- 条件付承認
- 変更の勧告
- 不承認
- 中止
- 非該当

3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等

4 その他

様式3 (第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

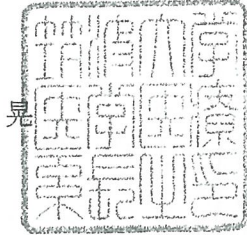
通知番号 第 1119 号

平成 28 年 12 月 5 日

申請者 (研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長
原



平成28年10月11日付けで審査申請 (新規) のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究～カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討～」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

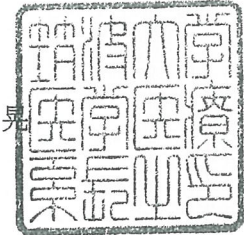
医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1119-1 号
平成 29 年 3 月 22 日

申請者 (研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長
原



平成29年3月14日付けで審査申請 (変更) のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究～カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討～」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

※前回承認：平成28年12月5日、承認No. 1119

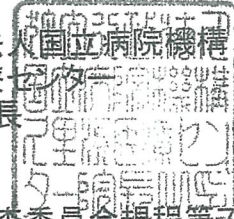
研究等に関する指示・決定通知書

平成28年11月17日

副院長

松下 幸生 殿

独立行政法人
久里浜医療センター
院長



先に申請のあった研究等について、久里浜医療センター倫理審査委員会規程第7条第3項に基づき、下記のとおり通知する。

記

1.	課題名	： 「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究～カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討～」
2.	倫理審査の結果	： 別添「写」のとおり
3.	その他の指示事項	： 特になし



様式第2-1

審査結果通知書

平成28年11月17日

独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター 院長 殿

独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
倫理審査委員会 委員長



受付番号 267

課題名 「認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究～
カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討～」

研究者 副院長 松下 幸生

上記について、平成28年11月17日 開催の 倫理審査委員会において審議し、下記のとおり判定したので、久里浜医療センター倫理審査委員会規程第7条第2項に基づき通知する。

記

判定	○ 承認 不承認	条件付承認 非該当	変更勧告
条件又は変更あるいは不承認の理由			

倫理委員会審査通知書

平成 29 年 3 月 28 日

申請代表者 垣渕 洋一 様

成増厚生病院
院長 中村 満



審査結果について

課題名	認知機能低下を伴う高齢アルコール依存症に関する研究 ～カルテ調査による臨床特徴と治療経過の検討～
-----	---

上記課題について、平成 29 年 3 月 27 日の倫理委員会において審議し、下記の通り判定しましたので通知します。

判定	<input type="checkbox"/> 該当しない <input checked="" type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 条件付で承認する <input type="checkbox"/> 変更を勧告する <input type="checkbox"/> 承認しない
理由	

※判定への不服申し立ては「異議申立書」を審査通知書発効日から 14 日以内に事務局へ提出してください。異議申立書には異議の根拠となる資料を添付してください。

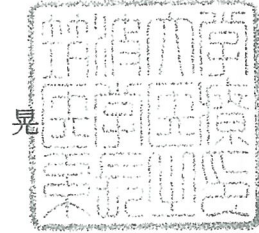
医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1169 号
平成 29 年 11 月 24 日

申請者 (研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長
原



平成29年2月7日付けで審査申請 (新規) のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

様式3 (第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1169-1 号

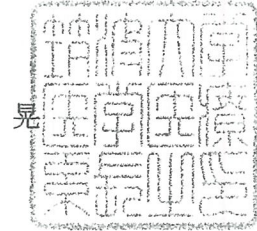
平成 30 年 2 月 19 日

申請者 (研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

原



平成30年2月6日付けで審査申請 (変更) のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

※前回承認：平成29年11月24日、承認No. 1169

医の倫理委員会審査結果通知書

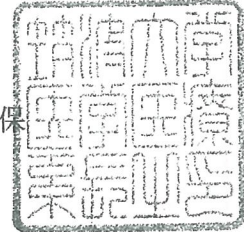
通知番号 第 1169-2 号
平成 31 年 1 月 9 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

加藤 光 保



平成30年9月12日付けで審査申請(変更)のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

※前回承認：平成30年2月19日、承認No. 1169-1

医の倫理委員会審査結果通知書

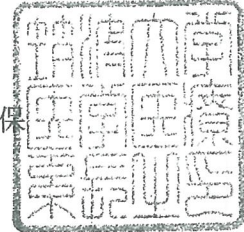
通知番号 第 1169-2 号
平成 31 年 1 月 9 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

加藤 光 保



平成30年9月12日付けで審査申請(変更)のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

※前回承認：平成30年2月19日、承認No. 1169-1

研究等に関する指示・決定通知書

平成29年12月22日

精神科診療部長

木村 充 殿

独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
院長



先に申請のあった研究等について、久里浜医療センター倫理審査委員会規程第7条第3項に基づき、下記のとおり通知する。

記

1.	課題名	： 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発」
2.	倫理審査の結果	： 別添「写」のとおり
3.	その他の指示事項	： 特になし



様式第2-1

審査結果通知書

平成29年12月22日

独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター 院長 殿

独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター
倫理審査委員会 委員長



受付番号 308

課題名 「高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラム
の開発」

研究者 精神科診療部長 木村 充

上記について、平成29年12月22日 開催の 倫理審査委員会において審議し、下記のとおり判定したので、久里浜医療センター倫理審査委員会規程第7条第2項に基づき通知する。

記

判定	○ 承認 不承認	条件付承認 非該当	変更勧告
条件又は変更あるいは不承認の理由			