

Lancot KL(25)2002	agitationや攻撃がある ProbableAD22名が対象。抑うつ状態を認めない患者。	薬剤はSertraline。二重盲検、クロスオーバー、プラセボ対照。	8名がSertralineにより改善。攻撃、agitationについてプラセボと比較すると改善傾向。統計的には有意差なし。p=0.08	II
Lyketsos CG(34)2003	外来患者44名。大うつ病を伴うアルツハイマー病の患者。	薬剤はSertraline。平均95mg/日。プラセボ対照の二重盲検。期間は12週。Cornell Scale for Depression on DementiaとHAM-Dで評価。	プラセボ群と比較して抑うつについて有意に改善がみられた。Sertraline群では十分改善は38%、部分的に改善は46%であったのに対し、プラセボ群では十分改善が20%、部分的に改善が15%であった。	II
Pollock BG(45)2002	85名。攻撃、agitation、猜疑心、幻覚妄想のある入院痴呆患者。	薬剤はシタロプラムとベルフェナジン。プラセボ対照二重盲検。Neurobehavioral rating scaleにて評価。期間は17日間。	シタロプラムはベルフェナジンと同等に有効であり、プラセボ群と比較して有意に改善。SSRIでもagitation、精神病症状に対する効果が期待できる。有害事象はプラセボと同等。	II

別表4.睡眠導入剤など

論文コード	対象	方法	結果	評価
Stotsky BA(57)1971	53名の精神障害、痴呆疾患の入院患者。年齢は65歳-88歳	薬剤はブタバルビタール。プラセボ対照の二重盲検、クロスオーバー。1週間のウォッシュアウトの後、ブタバルビタール50mg、100mg、プラセボの3群について比較。期間は1週間。	53名中29名で50mg群、100mg群のいずれも睡眠に改善がみられた。日中の副作用については50mg群が有意に少なかった。短期間であればブタバルビタールの50mgの使用は有用かもしれない。	II
Harenko A 17)1975	68名の痴呆入院患者。62-91歳。	ニトラゼパム10mgとchormethiazole edisylate500mgの比較。二重盲検、クロスオーバー。ウォッシュアウトの後、各1週間ずつ。	いずれも睡眠は改善した。日中の眠気、筋弛緩はニトラゼパムの方が強い。使用期間は短い。	II
Linnoila M(27)1976	痴呆患者を含む高齢の精神科入院患者。平均72歳の20名。	プラセボ対照二重盲検。クロスオーバー。プラセボと実薬と各2週間ずつ。薬剤はチオリダジン25mgとニトラゼパム10mg。	チオリダジンで睡眠に改善がみられた。ニトラゼパムでは日中の活動性が減少し、失禁がみられた。期間が短く、症例数も少ない。	II
Viukari M(66)1978	高齢の精神科入院患者17名。うち痴呆患者は8名。平均年齢77歳	二重盲検。クロスオーバー。2週のウォッシュアウトの後、flurazepam15mg、fosazepam60mg、nitrazepam10mgを1週間。その後プラセボを1週間。	3剤とも睡眠は改善。とくにflurazepamでの改善が大きかった。Nitrazepamでは反跳性不眠がみられるなどほかの薬剤よりも副作用の危険が大きかった。期間が短く、症例数も少ない。	II
Linnoila M(28)1980	高齢の軽度の痴呆入院患者。平均77歳。19名	プラセボ対照二重盲検。2週のウォッシュアウト期間の後、プラセボ群、L-tryptophan3g群、抱水クロラール500mg群の3群について1週間。その後プラセボ1週間使用した後クロスオーバー。	抱水クロラールにより睡眠に改善がみられたものの、反跳性不眠もみられた。期間が短く、症例数も少ない。	II
Linnoila M(29)1980	高齢の入院患者20名。うち痴呆患者は10名。平均78歳。	二重盲検。2週のウォッシュアウト期間の後、ロラゼパム2mg群、オキサゼパム30mg群、temazepam20mg群の3群について1週間。その後プラセボ1週間使用した後クロスオーバー。	睡眠時間はいずれの薬剤でも改善した。オキサゼパムは反跳性不眠が出現しやすく、ロラゼパム、オキサゼパムでは覚醒後の筋弛緩がみられた。	II
Shaw SH (53)1992	119名の精神科入院中の老人。	薬剤はゾルピデム。二重盲検、プラセボ対照。パラレルグループ。7日間のウォッシュアウトの後、試験開始。10mg、20mg、プラセボの3群、21日間。その後7日間プラセボ。0、1、7、14、21、22、28日に評価。	開始直後から21日目まで10mg、20mgではプラセボ群より有意に睡眠は改善。服薬終了後の離脱症状なし。日中の眠気は20mg群で3名、10mg群で1名、失調は20mg群で2名、10mg群とプラセボ群で各1名。日中の眠気が少なく安全であるため10mg/dayが推奨される。	II
Shelton PS(54)1997	87歳と90歳の2名の入院中の痴呆患者	2名についての使用経緯。ゾルピデム5mgで開始し、漸増し最大10mg、15mg。3ヶ月間内服。	睡眠、夜間の徘徊が改善。ハロペリドール併用の1例で眠気、無気力がみられた。	V

別表5. その他

論文コード	対象	方法	結果	評価
Lyketsos CG(32)1999	15名、agitationと痴呆のある患者。	高照度光線療法。二重盲検、クロスオーバー試験。高照度光線暴露(1日1時間)4週間→暴露なし1週→低照度光線暴露(1日1時間)4週間。対照群は逆順で暴露。15名中8名が終了。残りの人も2wは継続。	夜間不眠は有意に改善。睡眠時間6.4時間→8.1時間に。低照度では開始時と比較して有意な改善なし。Behave-ADは両群改善なし。	II
Wang PN(67)2000	50名の女性AD (probable AD)	複合エストロゲン。50名のAD女性患者対象の二重盲検。対照群はプラセボ群。期間は12週。エストロゲン 1.25mg/day(1日1回)とプラセボ/day(1回)	12週内服 Behave-AD有意差なし	0
Teri LJ(63)2000	149名のAD。agitationのある患者が対象。	無作為にBMT(behavior management techniques 介護者が痴呆患者の行動異常についてビデオなどで対処法を学習する)群、ハロペリドール群、トラゾドン群、プラセボ群に割り当て。期間は16週。	プラセボ群以外の3群ではプラセボ群より有意に改善がみられた。プラセボをのぞく3群間では有意差なし。	II

アルツハイマー型痴呆診断・治療・ケアガイドラインを用いた老人保健及び福祉に従事する人材の養成・研修に

関する研究

非薬物療法ガイドライン

分担研究者 長田久雄

桜美林大学大学院国際学研究科老年学専攻

研究要旨

高齢者施設で実施されているアクティビティ・ケアは多種多様な活動が実施されている。このような中で、エビデンスに基づいてアルツハイマー型痴呆の非薬物療法に関するガイドラインを提示するという目的に沿って、ここでは以下のような条件を考慮して先行研究の検討を行った。考慮した第1の点は、アルツハイマー型痴呆の診断が明確となっている対象が含まれている研究だけを選択したことである。考慮した第2の点は、治療効果に関するものである。本来、アルツハイマー型痴呆の治療効果の有無は、記憶を中心とする認知機能である中核症状に対して検討される必要があろう。実際のケア場面等での有用性を考慮すれば、周辺症状や随伴症状に対する効果を無視することはできないと考え、本ガイドラインの中に採用することとした。ただし、周辺症状や随伴症状を中心とした効果の場合にはその旨付記した。第3の点は、非薬物療法は、いつ、どこで、だれが、だれに、何を、どのような方法で実施するかという条件が極めて重大な意味を持つことである。以下に述べる勧告は、あくまで文献から得られた証拠の水準に基づくものである。非薬物療法は、現在のところ標準的方法が確立されていないものも少なくないので、実際に適用する場合には、治療担当者が治療法に関する十分な訓練を受け習熟していることが不可欠であり、種々の条件が適切に整えられていることが前提であることはいうまでもない。文献検索の結果、アルツハイマー型痴呆の非薬物療法として本ガイドラインで取り上げることとしたアプローチと勧告の強さは以下の通りであった。2)。勧告の強さがAは、「記憶の訓練・リハビリテーション」と「reality orientation therapy(見当識訓練)」であった。勧告の強さがBは、「音楽療法・音楽の使用」であった。勧告の強さがCは、「認知的リハビリテーション・介入・マネジメント・訓練」、「memory aids」、「reminiscence(回想法)」、「動物介在療法」、「光療法」および「その他の非薬物療法」であった。その他の薬物療法は多様なアプローチが含まれていたが、心理・行動面に対するアプローチ、身体的側面に対するアプローチ、社会・対人的側面に対するアプローチ、環境的側面に対するアプローチに大別された。

A. 研究目的

アルツハイマー型痴呆の非薬物的アプローチは極めて多様である。その背景には、アルツハイマー型痴呆の治療法が十分に確立されていないことが指摘できる。薬物等による効果的な治療法が不十分の中で、実際に痴呆性高齢者のケアを行っている家族や介護福祉士、ホームヘルパーなどの介護専門職、あるいは、医師、看護師、作業療法士、理学療法士などの医療専門職は、効果的な対応方法を工夫し、他の疾患等に適用されてきた既存の非薬物療法を含めて、

少しでも有効なアプローチを発見し積極的に活用しようと試行錯誤してきたといえよう。

財団法人ぼけ予防協会(1996)の痴呆高齢者ケアの全国実態調査報告書1)によれば、回答の得られた1,646 の高齢者施設で実施されているアクティビティ・ケアは、表1に示す通りであった。多種多様な活動が実施されていることがわかる。このような中で、エビデンスに基づいてアルツハイマー型痴呆の非薬物療法に関するガイドラインを提示するという目的に沿って先行研究の検討を行った。

B. 研究方法

ここでは以下のような条件を考慮して先行研究を検討した。考慮した第1の点は、アルツハイマー型痴呆の診断が明確となっている対象が含まれている研究だけを選択したことである。老人性痴呆に対して効果のある非薬物療法であっても、研究の対象としてアルツハイマー型痴呆が明示されていない場合には除外することとした。老人性痴呆に効果的な方法は、アルツハイマー型痴呆に対しても効果を持つ可能性は高いが、エビデンスに基づくという観点からより厳密な基準を採用することとした。考慮した第2の点は、治療効果に関するものである。本来、アルツハイマー型痴呆の治療効果の有無は、記憶を中心とする認知機能である中核症状に対して検討されることが必要であろう。しかし、とくに非薬物療法では、周辺症状や随伴症状に対する効果を検討した研究も少なくない。周辺症状や随伴症状は、他の精神障害にも共通する場合が少なくなく、必ずしもアルツハイマー型痴呆に固有とはいえない。しかし、実際のケア場面等での有用性を考慮すれば、周辺症状や随伴症状に対する効果を見捨てることはできないと考え、本ガイドラインの中に採用することとした。ただし、周辺症状や随伴症状を中心とした効果の場合にはその旨付記した。考慮した第3の点は、非薬物療法における「療法」に関してである。ある臨床的アプローチが、療法という言葉で記述される場合には、明確な理論や方法論、治療効果に関する検証が不可欠であろう。しかし、薬物療法と比較すると非薬物療法は介入過程が複雑であり、治療法と効果の間の因果に関する検証が容易ではない。加えて、効果の測定方法も、情緒や行動を対象とする場合には、困難な場合が多い。たとえば、音楽療法の1時間のセッションを週に1回ずつ8週間持続して実施し、初回と最終回の間で何らかの変化が認められたとしても、8週というセッションの期間において、音楽療法以外の要因によってもたらされた影響が評価されたり統制されていなければ、音楽療法そのものの効果の証明としては不十分であろう。たとえ1セッションに限って、その前後で何らかの変化が見られたとしても、そのセッションの中のどの要因がどのように結果に作用したかを明確に証明することも困難といえよう。さらに

これらに加えて、非薬物療法の大部分は治療者(セラピスト)を介して実施される方法であり、担当者の特性による影響も大きい。再び音楽療法の例でいえば、音楽療法士の経験や臨床的能力に加え、音楽だけでなく対人関係の能力など様々な要因が治療効果に大きな影響を及ぼすものである。すなわち、非薬物療法は、いつ、どこで、だれが、だれに、何を、どのような方法で実施するかという条件が極めて重大な意味を持つといえる。以下に述べる勧告は、あくまで文献から得られた証拠の水準に基づくものである。非薬物療法は、現在のところ標準的方法が確立されていないものも少なくないので、実際に適用する場合には、治療担当者が治療法に関する十分な訓練を受け習熟していることが不可欠であり、種々の条件が適切に整えられていることが前提であることはいまでもない。

上記の3点に加え、非薬物療法の文献検索を行う際のキーワードの設定に関して述べておきたい。本ガイドラインは、senile dementia, Alzheimer disease, non-pharmacological, memory, reminiscence, cognitive rehabilitation, reality orientation, music therapy, activityなどをキーワードとして、2002年1月28日に、文献検索システムであるMEDLINE, psychLIT, CINAHLによって、1967年から2001年12月までの文献を検索した結果に基づいている²⁾。先述したように、痴呆に対する非薬物療法ないし非薬物的アプローチ、あるいはアクティビティは極めて多種多様であるため、必要十分なキーワードを設定し得なかった可能性もある。この点は今後に残された課題である。

C. 結果と説明

文献検索の結果、アルツハイマー型痴呆の非薬物療法として本ガイドラインで取り上げることとしたアプローチと勧告の強さは以下の通りであった²⁾。勧告の強さがAは、「記憶の訓練・リハビリテーション」と「reality orientation therapy(見当識訓練)」であった。勧告の強さがBは、「音楽療法・音楽の使用」であった。勧告の強さがCは、「認知的リハビリテーション・介入・マネジメント・訓練」、「memory aids」、「reminiscence(回想法)」、「動物介在療法」、「光療法」および「その他の非薬物療法」であった。その他の薬物療法は多様な

アプローチが含まれていたが、心理・行動面に対するアプローチ、身体的側面に対するアプローチ、社会・対人的側面に対するアプローチ、環境的側面に対するアプローチに大別された。勧告の強さがAおよびBとならなかった方法や、今回のガイドラインには含まれなかった方法の中にも、臨床美術、回想法3)やバリエーション4)など、広く知られている方法もある。また、これら以外にも、臨床的には何らかの効果を持つことが経験的に知られており、また害も無いというアプローチもあり、そうしたアプローチを実施することに意義があることを強調する立場もあろう。しかし、本ガイドラインの目的であるエビデンスの確立という観点からいえば、アルツハイマー型痴呆の非薬物療法は、中心症状に対する効果においても、周辺症状や随伴症状に対する効果においても、今後一層の実証的研究成果の蓄積が望まれる。以下には、代表的な治療的アプローチについて簡単に紹介するが、以下の3点を補足的説明として加えておきたい。

1. 非薬物療法は、個人に対して行われる場合もあれば、集団で実施される場合もある。記憶の訓練・リハビリテーションや見当識訓練、音楽療法、回想法、動物介在療法などは集団で一定のプログラムに基づいて行われることが多いが、こうした場合には、アルツハイマー型痴呆だけを対象として集団を構成することはむしろ少ないといえる。また、非薬物療法には、必ずしも標準的な方法が確立されているとはいえないものが少なくないが、先述したように、実施する場合には、一定以上の訓練を受けた専門的な能力を有する者が担当することが不可欠である。

2. 「記憶の訓練・リハビリテーション」は、勧告の強さをCと判定した「認知的リハビリテーション・介入・マネジメント・訓練」と重複する部分が多い。とくに、記憶のリハビリテーションと認知的リハビリテーションは、ほぼ同義語として用いられることもあるが、ここでは明確に記憶機能に焦点を当てている場合のみを「記憶の訓練・リハビリテーション」と位置づけた。ちなみに、「認知的リハビリテーション・介入・マネジメント・訓練」は痴呆以外の認知機能障害に対して効果をもつことが知られている。本ガイドラインでは、アルツハイマー型痴呆が明確とされている研究に限定したために除外された研究

も少なくなかった可能性があるが、こうした事情は他の治療的アプローチにも共通すると考えられる。

3. 非薬物療法の治療プログラムにおいては、幾つかの方法が組み合わせて取り入れられることも多い。たとえば、一つのセッションにおいて見当識訓練と音楽療法と光療法が行われるなどである。本ガイドラインの検討においては、可能な限りそれぞれ独立した方法を探り上げて、固有の治療法の効果という観点から勧告の強さを決定したが、エビデンスや結果の水準が低い治療的方法の中には、実際には他の治療法と組み合わせることで用いることによって治療効果に寄与しているものも少なくない。

* 記憶の訓練・リハビリテーション

記憶の訓練・リハビリテーションの究極の目的は、痴呆の中核症状の一つである記憶機能低下の改善にあることはいうまでもない。その方法には様々なものがある。エピソード記憶の障害に対して、コード化や検索の補助をする方法、潜在記憶や手続き記憶、昔からの習慣を利用するなど、痴呆性高齢者が保持している記憶機能を活用してそれに働きかける方法、クイズを用いる方法、手帳などを用いて想起を支援する方法などがある。また、学習対象が失敗経験をしなくて学習を行うことを可能にする errorless learning の手続きも用いられるようになってきている。

* 見当識訓練

痴呆の中核症状の一つである見当識障害を改善するための訓練である。見当識訓練には、カレンダーを目立つところに設置するというような 24 時間の生活の環境を改善したり、日常生活の中で随時介入を行う informal な見当識訓練とグループやクラスルームを設定して行う formal なアプローチとがある5)。本ガイドラインで効果が得られた見当識訓練は、グループで一定の課題のトレーニングや訓練プログラムを含むセッションからなる formal なアプローチであった。見当識訓練の効果を維持するためには、継続的なプログラムが必要であると考えられるとの報告もみられた。

* 音楽療法

音楽療法とは、音楽に内在する機能性を活用して、心身に失調や障害のある人々を改善に導き、社会復帰の援助や QOL 向上のための療法療法の一つであ

る6)といわれる。音楽療法は広範囲な対象に様々な方法が適用されているが、アルツハイマー型痴呆においては、一定のプログラムの基に音楽療法士が歌唱や楽器の演奏を行うセッションを実施することを中核とする方法が一般的であった。治療的の効果は、認知機能の改善よりも、徘徊や他者との交流、興奮の減少など、情緒や意欲面の方がより大きかった。

＊memory aids、回想法、動物介在療法、光療法

memory aids は、会話などを行う際に、想起を促すための写真などを用いる方法である。memory aids を用いることで、会話の内容や量に改善がみられるという報告が認められた2)。回想法は、自己の人生を思い出して振り返ることにより、精神的活性化や自我の再統合、情緒の安定などを目的とする治療法である。回想法は、個人でも集団でも行われるが、個人が自我の統合を目指して行う回想はライフ・レビューといわれることもある7)。動物介在療法は、犬や猫などと触れ合うことを通して、情緒の安定や社会的交流を促進する方法である。高齢者に対する動物介在療法もしくは動物介在活動は、わが国では、施設等に一定の機会を設けて犬や猫などを連れて訪問し、集団で交流するという方法が一般的である。光療法は、2,000 ルクス、3,000 ルクスといった強度の光照射を、毎日一定

の時間一定の期間継続する方法である。アルツハイマー型痴呆の睡眠障害には一貫した効果が認められなかったとする報告もあったが、アルツハイマー型痴呆軽度群では認知機能の改善が認められたという報告が見られた2)。

文献

- 1)鎌田ケイ子(委員長)1996「痴呆高齢者ケアの全国実態調査報告書」財団法人ぼけ予防協会
- 2)本間昭(主任研究者)2003「アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインの作成(一般向け)に関する研究 平成 14 年度 総括・分担研究報告書」厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業
- 3)宇野正威 2003「非薬物的介入療法」『老年期痴呆の克服をめざして』財団法人 長寿社会振興財団 221-229
- 4)Feil,N.藤沢嘉勝監訳 2002「バリデーション」筒井書房
- 5)鹿島晴雄・加藤元一郎・本田哲三 2001「認知リハビリテーション」医学書院
- 6)貫行子 1998「高齢者の音楽療法」音楽之友社
- 7)野村豊子 1998「回想法とライフレビュー」中央法規

表1 各施設で行われている具体的なアクティビティ・ケア

活動:	活動内容(数字は行っていると回答した施設数)
座って行う趣味活動(能動的):	書道・写字(395)、囲碁(13)、手芸・工作・作業療法(886)、陶芸・ガラス工芸(122)、美術(105)、華道(204)、茶道(69)、詩吟(52)、短歌・俳句(39)
座って行う趣味活動(受動的):	本の読み聞かせ・朗読・紙芝居(26)、芸術鑑賞(73)
宗教に関連した活動:	精神の安定を図る(29)
体を動かす趣味活動:	民謡・歌謡(107)、踊り(226)、謡(26)
体操(ホームプログラムとして展開):	体操・歌体操・音楽体操(886)、ダンスムーブメント体操(1)、指先の訓練・体操(45)、臥位体操(1)、歩け歩け運動(16)、嚥下体操(1)
音楽活動・音楽療法:	カラオケ(380)、コーラスと合奏(644)、楽器くらぶ・器楽演奏(179)、音楽療法・療育音楽(74)
演劇活動:	演劇療法・活動・寸劇(42)、ビデオ劇制作(1)、指人形(1)
動物飼育:	動物とのふれあい(2)、熱帯魚・鈴虫を飼う(2)
言語療法:	言語療法(1)
化粧:	化粧療法・化粧クラブ(6)、連日化粧を行う(3)
料理教室・調理活動:	料理教室、料理クラブ、クッキングセラピー、調理実習、軽食作り、おやつ作り(合計 362)
集団機能訓練:	遊びリテーション・グループリハビリ(988)、運動クラブ(58)、ボーリング各種(144)、ゴルフ各種(13)、集団マット上訓練(1)
機能訓練・娯楽:	ゲーム各種(35)
茶話会・交流会:	ティー・コーヒータイム(100)、ホーム喫茶(433)、茶話会(85)、音楽喫茶(1)
祝賀行事・季節行事:	誕生会(1,012)、敬老会・金婚式(273)、季節行事(433)、ダンスパーティ(1)
会食:	定期的な会食(40)、収穫のときに全員で味見(1)、お酒の日の設定(7)、カラオケバー・ホームスナック(3)
自然とのふれあい:	ハイキングなど(222)、屋外散歩(263)、野外クラブ(1)、登山(2)、写真クラブ(3)
外出・旅行:	少人数でドライブ(158)、各種ツアー(3)、喫茶店への外出(9)、美術鑑賞(3)、スポーツ観戦(3)、外出食事会・食べ歩き(99)、故郷訪問・日帰り帰り(19)、宿泊旅行(168)、日帰り旅行・バスハイク(719)、園外への買い物(590)、市内遊覧・地域探索(13)、神社参拝・お寺巡り(20)、忘年会をホテルで行う(1)
演芸発表会・作品展示会:	演芸・カラオケ発表(277)、紙芝居を作り行う(10)、老人主張大会(2)、ミュージカル(1)、老人フィルハーモニー(1)、作品の展示・販売会(42)
リラクゼーション:	日向ぼっこ・日光浴(51)、季節を味わう入浴(1)、夜間入浴(1)、有線放送を常時流す(3)
施設内販売サービス:	ワゴンサービス(2)、100円市(1)、施設内売店(7)
世代間を超えた交流:	園児との交流(3)、学校との交流(10)、学童との合同演奏会(3)、運動会や文化祭への参加(38)
地域との演芸交流:	合同文化祭・祭りなどに参加(182)
文化交流:	カルチャースクール(3)
役割活動:	掃除(26)、洗濯(4)、洗濯物たたみ(81)、洗濯物干し(2)、寝具の始末(2)、昼食作り(2)、調理(2)、食器洗い・配膳(15)、大工(3)、庭木の手入れなど(90)、ベルマーク収集(1)、新聞収集(1)、新聞たたみ(1)、新聞紙でゴミ箱作り(1)、古切手収集(1)、環境美化訓練(1)、神社の掃除(1)、リサイクル(2)、介護者教室(4)、クラブ活動の分担役割(1)、自治会行事・活動(6)、動物の餌やり(2)

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

分担研究報告書

アルツハイマー型痴呆診断・治療・ケアガイドラインを用いた老人保健及び福祉に従事する人材の育成・研修
に関する研究

ケアマネジメントのガイドライン

分担研究者 加瀬裕子 桜美林大学経営政策学部 教授

研究要旨 本研究は、医療・保健・福祉にかかわる専門職を対象として、アルツハイマー型痴呆のケアに関するケアマネジメントのガイドラインを開発することを目的として、文献検索を行い、得られた文献のエビデンスのレベルを分析した。

エビデンスのレベルを基盤として、勧告のレベルを明記したガイドラインをケアマネジメントの過程に沿って記述し、専門職がケアプラン作成に活用できるガイドラインを開発した。

A 研究目的

介護保険制度により、2000年4月より介護支援専門員によるケアマネジメントが導入され、高齢者の在宅ケアを効果的に行い、また効率的に運営する方法として期待されている。しかし、その具体的方法は、担当するケアマネジャー自身によって差があり、ケアマネジメントが十分に機能を果たすためには、科学的ガイドラインの必要性が指摘されるところである。

本研究は、介護支援専門員が現場で活用できるガイドラインを科学的根拠に基づいて開発することを目的としている。

B 研究方法

ガイドラインの開発にあたっては、MEDLINE を用いて、2002 年 2 月 1 日と2003 年 2 月 2 日 2004 年 2 月 1 日に Alzheimer, care, case management, care management, caregiver, education のキーワードで文献検索し、North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761 およびPractice parameter ; Management of dementia(an

evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1156-1166 に記載された文献で補填した。

対象とした文献は、ケアマネジメントの原点であるケースマネジメントが成立した時期が1970年代後半であるため、1970年から2003年までのものとした。リサーチクエスションとキーワード、採用した文献数とその基準については、表1に示した。

エビデンスのレベルは、

- I システマティックレビュー メタアナリシス
 - II 一つ以上のランダム化比較試験
 - III 非ランダム化比較試験
 - IV 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究)
 - V 記述的研究(事例報告やケースシリーズ)
 - VI 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見
- 以上の6段階とした。

勧告については、

- A 行うよう強く勧められる

- B 行うよう勧められる
 - C 行うよう強く勧められるだけの根拠がない
 - D 行わないよう勧められる
- 以上の4段階とした。

C 結果(ケアマネジメントのガイドライン)

1 ケアマネジメントとは何か

アルツハイマー型痴呆をもつ人々のためのサービス制度は、医療、介護、福祉などシステム毎に作られている。しかし実際は、個人の日常生活は、衣食住から医療を受けることまで、切り離すことのできない一連の営みである。よって、個人の必要を満足するという観点をもって、縦割りで存在しているサービスを統合して提供していかなければ、効果的な生活支援が実現できない。

また、患者の身体状況や介護者の状況の変化に合わせて、ケアの焦点や分担を変える事で、効率的なケアが可能となる。体調の悪いときには、多くのサービスを利用し、回復すれば減らすというように、時期に合ったサービスと支援の体制が運営できれば、人々の在宅生活を効率的に支えることが可能となる。

このようにして、在宅ケアの効果と効率を高めるため、個人の事情にあわせて、サービスと支援のネットワークを作り運営する方法が、1970年代半ばに登場した。この方法は、ケースマネジメントと呼ばれたが、1980年代になって、欧米高齢者の長期ケアの分野で、徐々にケアマネジメントとも呼ばれるようになる。ケアマネジメントは、複数のニーズを持ち、複数の専門職がそのケアにかかわるような人を対象に行われる、在宅のチームケアにとって欠くことのできない技法である。

2 ケアマネジメントの展開

ケアマネジメントは、段階をおって展開される。質の高いケアを達成するため、本人、家族、専門職などの役割分担を明らかにし、ネットワーク全体がどのような方向で動くべきか、目標を示し、実践をモニターし、ケ

アのあり方を見直していく。

アセスメント→ケアプランの策定→サービスの実施→モニタリング→評価、がケアマネジメントの過程である。この過程が繰り返され、利用者の状況の変化にあわせて、サービスと支援のネットワークを運営することで、ケアの効果と効率を高めることができる。

3 介護保険のケアマネジメント

2000年4月より日本で実施された介護保険では、サービス利用に際しては、ケアプランを立て、それに沿った介護サービス提供がなされる。このケアプラン策定は、介護支援サービスと呼ばれ、利用者が自宅でサービスを利用する場合は居宅サービス計画、施設に入所している場合は施設サービス計画が策定される。介護支援サービスは、介護支援専門員の資格がある者が行わなければならない、ここにはケアマネジメントの考え方が応用されている。

しかし、介護保険における居宅介護支援サービスはケアマネジメントの考え方を援用したものであるにもかかわらず、実際には介護保険のサービスの調整におわっていて、入院医療や保健サービス、またインフォーマルな支援の総合的活用が実現できる体制とはなっていない。

4 アルツハイマー型痴呆のケアマネジメントについてのガイドライン

アルツハイマー型痴呆の人々は、様々な側面で生活の継続に困難を生じるため、チームによるケアとケアマネジメントを必要とする。多くの場合、ケアマネジメントをする際に、生活の質を向上する要因は何だろうか。アルツハイマー型痴呆の人々のケアマネジメントにとって鍵となる目標は、どのように設定することができるだろうか。そうしたガイドラインが示されていれば、介護支援専門員や家族が見通しを持って、時期に合ったケアマネジメントを行うことが容易となろう。

以下にアルツハイマー型痴呆を持つ人々に対するケアマネジメントのガイドラインについて記述する。なお、これはアセスメントやケアプランを作成する時に配

慮すべきことではあるが、必ずしもケアマネジャーが全て行うということを意味しない。例えば、医学的診断は医師、身体的アセスメントは看護職、心理社会的アセスメントは福祉職が担当すべきとされているが、適切な専門職に適切な依頼をすることがケアマネジメントの機能である。そのような観点から、アルツハイマー型痴呆症の人々のケアマネジメントの留意点を列挙した。

エビデンスは、2002年2月1日と2003年2月2日2004年2月1日に Alzheimer, care, case management, care management, caregiver, education で検索し、North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761 および Practice parameter ; Management of dementia(an evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1156-1166 に記載された文献で補填した。

(1) ケアマネジメントの有効性1: 介護負担軽減 勧告(ガイドライン)

ケアマネジメントは、介護者の介護負担を軽減し、アルツハイマー型痴呆のある人々の在宅生活を維持する方法として、画一化することはできない。患者の状況の個別性に対応したケアマネジメントが必要である。

(B)

ケアマネジャーがいることで、介護者の負担が軽くなると考えるべきではない。(D)

エビデンス

- ・ 介護者の介護負担軽減、うつ状態にケアマネジメントは影響を与えているが、明確な改善に結びつくものではない。(II)
- ・ ケアマネジメントは、アルツハイマー型痴呆患者の治療結果にほとんど影響を与えず、施設入所を防ぐ効果をあげているとは言えない。(II)

・ ケアマネジメントは、サービス利用を促進するが、それによって必ずしも介護者の介護時間が減少はしない。(II)

・ ケアマネジメントのスタイルは、患者の痴呆の程度に関連するのではなく、行動障害、介護者の介護負担、サービス利用のあり方によって分化する。(IV)

参考文献

- 1 Arnsberger, P., Case management styles for people with AD: Do the difference makes difference?
Geriatrics vol.52 suppl.2 September 1997
- 2 Baxter, E., Patients, caregivers, and managing care,
Geriatrics vol.52 suppl.2 s-48-s49 1997
- 3 Newcomer, R., Miller, R., Clay, T., Fox P, Effects of the Medicare's Alzheimer disease demonstration on Medicare expenditure
Health Care Financing Review. vol.20 no.4 p45-65 1997
- 4 Miller R, Newcomer R, Fox P, Effect of the Medicare Alzheimer's disease demonstration on nursing home entry
Health Serv Res ,vol.34 p691-714 1999
- 5 Arnsberger, P., Fox P, Zhang X, Case Manager defined roles in the Medicare Alzheimer Disease Demonstration: Relationship to client and caregiver outcomes, *Care Management J*. vol1 issue1 p29-37 2000
- 6 Schraeder C, Shelton P, Dworak D et. Al., Alzheimer's disease: Case management in a rural setting
Journal of Case management vol.2 p26-31.1993
- 7 Yoedi C, DuNah R, Bostrum A, Fox P, Wilkinson A, Newcomer R, Caregiver Supports:
Outcomes From the Medicare Alzheimer's disease demonstration,
Health Care Financing Review. vol.19 no.2 p97-117 1997

(2) ケアマネジメントの有効性2: 介護者教育 勧告(ガイドライン)

介護者のうつ状態を改善するためには、ケアマネジメントは有効であり、心理的支援と痴呆についての教育的支援を焦点とするケアマネジメントが効果的である。(B)

エビデンス

- ・ 情報の提供やサービスの紹介だけではなく、ケアマネジャーが介護者を心理的に支援し教育することで、介護者の鬱状態を改善できる。(Ⅱ)
- ・ 問題行動への対処方法を介護者に教育することは、特に配偶者の介護者の場合、効果がある。(Ⅱ)
- ・ 主たる家族介護者は、二次的家族介護者からの支援を得ることが少ない。(Ⅱ)
- ・ 介護する家族間での葛藤は、痴呆についての認識の違いが原因である場合が多い。(Ⅳ)

参考文献

- 8 Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D, Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems, Nurs Res, vol 51 (6) p363-374 2002
- 9 Yoedi C, DuNah R, Bostrum A, Fox P, Wilkinson A, Newcomer R, Caregiver Supports: Outcomes From the Medicare Alzheimer's disease demonstration, Health Care Financing Review. vol.19 no.2 p97-117 1997
- 10 Buckwalter KC, Gerdner L, Kohout F, Hall GR, Kelly A, Richards B, Sime M, A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia, Arch Psychiatric Nursing, vol 13(2)p80-88 1999
- 11 Gwyther LP, When "the family" is not one voice: conflict in caregiving families,

Journal of Case Management, vol 4(2)p150-155 1996

(3) ケアマネジメントの有効性3;社会的ケア費用の削減

勧告(ガイドライン)

アルツハイマー型痴呆のある人の社会的ケア費用を効果的に運用するには、ケアマネジメントは有効である。特に、早期の合併症対策を含むケアプランが必要である。(B)

入院と外来の治療を組み合わせ、継続的治療をマネジメントすることで、入院と同等の改善を得ることができ、医療費の削減が可能である。(B)

エビデンス

- ・ ケアマネジメントを活用することで、ケア経費全体の削減ができる。(Ⅱ)
- ・ アルツハイマー型痴呆のある人々の糖尿病や心臓病などの合併症に注意し、早期に対策をたてることにより、ケア費用が削減できる。(Ⅲ)
- ・ 攻撃性の行動障害がある患者でも、入院と外来の治療を組み合わせることで、入院と同等の改善を得ることができ、医療費の削減が可能であった。(Ⅲ)

参考文献

- 12 Rosenheimer L, Francis EM, Feasible without subsidy? Overnight respite for Alzheimer, Journal of Gerontological Nursing, vol 18(4)21-9 1992
- 13 Newcomer, R., Miller, R. Clay, T. Fox P, Effects of the Medicare's Alzheimer disease demonstration on Medicare expenditure Health Care Finance Rev. vol.20 no.4 p45-65 1997

14 Filt HN, Managed care decisions in Alzheimer's disease,

American Journal of Managed care vol. 6(22suppl) s1149-55 s1156-60 2000

15 Shelton P, Schrader C, Dworak D, Fraser C, Sager MA, Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site, Journal of American Geriatric Society, vol 49 (12)p1600-1605 2001

16 Mintzer J, Colenda C, Waid L, et al. Effectiveness of a continuum of care using brief and partial hospitalization for agitated dementia patients. Psychiatr Serv 1435; 48: 1435-1439

(4)アルツハイマー型痴呆患者の発生率

勧告(ガイドライン)

・年齢が増せば痴呆症の罹患率や有病率は増加するので、記憶障害を単なる老化による物忘れであると速断しないことが必要である。(D)

・主観的な記憶障害の訴えは痴呆症の有効な指標ではないが、機能喪失のヒストリーはより有効に徴候を示す。(B)

エビデンス

・軽度な痴呆は診断が難しいので、その罹患率を調査するのは困難である(II)。

・年齢が上がれば、痴呆症状の病気診断が増加する傾向が強いのがアルツハイマー型の老齢痴呆症である(II)。

・痴呆症罹患は年齢と共に増加し、80歳では約20%と推定される(II)。アルツハイマー型老年痴呆症の年間罹患率は90歳集団100人あたり34.3人であり、罹

患率は男性より女性が高い(II)。(注、この数字は英国人の統計である。)

・痴呆症は他の精神的症状(うつ病性障害、適応障害、不安障害、アルコール関連問題)と関連がある(II)。

・主観的な記憶障害の訴えは痴呆症の有効な指標とはならない。機能の変容がより重要な徴候である(II)。

17 Mowry BJ, Burvill PW. A study of mild dementia in the community using a wide range of diagnostic criteria. *Br J Psychiatry* 1998; 153: 328-334.

18 O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Roth M. A follow-up study of dementia diagnosed in the community using the Cambridge mental disorders of the elderly examination. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 78-82

19 Tobiansky R, Blizard R, Livingston G, Mann A. The Gospel Oak study stage IV: the clinical relevance of subjective memory impairment in older people. *Psychol Med* 1995; 25: 779-786

20 Brayne C, Gill C, Huppert FA, Barkley C, Gehlhaar E, Girling DM, et al. Incidence of clinically diagnosed subtypes of dementia in an elderly population. Cambridge project for later life. *Br J Psychiatry* 1995; 17: 255-262.

(5)アルツハイマー型痴呆のアセスメント

勧告(ガイドライン)

・痴呆が進行すると識見は減少するため、患者から聴取した履歴は信用できなくなる。

認知障害の人をアセスメントするには、患者と同様に介護者から記憶障害のヒストリーを求めるべきである。

(B)

・痴呆症や他の精神的症状(シンプルな妄想、幻覚、またはその両者)が同時に存在する可能性に配慮する。(B)

エビデンス

・痴呆症が進行すれば、患者の言う経歴の信頼性が低下すると同時に、記憶障害の自覚は減少する(II)。
・痴呆症患者が記憶困難を訴えても信頼すべきではない(II)。
・患者による記憶の訴えはうつ病と関連する。患者の記憶に関する介護者の訴えは痴呆症と関連する(II)。

参考文献

- 21 McGlone J, Gupta S, Humphrey D, Oppenheimer S, Mirsen T, Evans DR. Screening for early dementia using memory complaints from patients and relatives. *Arch Neurol* 1990; 47: 1189-1193.
- 22 Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 57-63
- 23 Feher EP, Larrabee GJ, Sudilovsky A, Crook 3rd TH. Memory self-report in Alzheimer's disease and in age-associated memory impairment. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 1994; 7: 58-65
- 24 McCormick WC, Kukull WA, van Belle G, Bowen JD, Teri L, Larson EB. The effect of diagnosing Alzheimer's disease on frequency of physician visits: a case-control study. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 187-193

(6)認知障害のアセスメント

勧告(ガイドライン)

・一般医師は臨床的判断を高める公式な認知テストの活用を考慮すべきである。(B)

・一般医師を含む保健医療の専門従事者は、認知障害の認定にスクリーニングテストの活用を考慮すべきである。(B)

・MMSE、時計描写テスト、日常生活動作を測定する検査法、短縮されたメンタルテストなどの得点を知ることとは、認知障害の認定に役立つ。(B)

・介護者からの訴えによって、これらのスクリーニングツールを完成させることは、認知障害の把握に役立つ。(B)

エビデンス

・単独の一般医の痴呆に関する臨床的判断は、公式な痴呆診断認知テストの利用と比べると劣っている(II)。

・正確さにわずかに欠けるが、プライマリーケアに用いるためには MMSE (mini-mental state examination) を簡素化することは可能である(II)。

・MMSE は、言語能力、年齢、教育、社会的集団分類に影響されるかもしれない(II)。

・MMSE の 4 つの課題—口時の見当識、WORLD を逆につづる、3 単語を記憶する、文を書く—は痴呆症の予測に有効である(II)。MMSE の 2 つの課題—記憶と見当識—to 減らすと、特殊性をごくわずか損なうだけである(II)。

・時計描写テストでは、時計面の 4 分儀の正確さが、最大で敏感度(87.5%)と特異度(82.3%)を表す。(II)

・手段的日常生活動作での 4 領域の悪化は認知障害と非常に関連している。それらの領域とは、薬剤管理、電話の使用、予算の管理、交通機関の利用である(II)。

・通常と異常、妄想のある者と痴呆症と妄想が混合する者、痴呆症の者と痴呆症と妄想が混合する者、痴呆症のない者と妄想のある者を区別することに、短縮した MMSE の得点は統計的に有意であることが明らかで

ある(III)。

・簡潔なメンタル調査票は、軽度の痴呆を測定する高感度なスクリーニングツールである。それは介護者によって完成されれば、痴呆症を認定するための有用な部分を担うであろう(II)。

参考文献

25 Bowers J, Jorm AF, Henderson S, Harris P. General practitioners' detection of depression and dementia in elderly patients. *Med J Aust* 1990; 153: 192-196.

26 Cooper B, Bickel H, Schaufele M. The ability of general practitioners to detect dementia and cognitive impairment in their elderly patients: a study in Mannheim. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992; 7: 591-598.

27 O'Connor DW, Fertig A, Grande MJ, Hyde JB, Perry JR, Roland MO, et al. Dementia in general practice: the practical consequences of a more positive approach to diagnosis. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 185-188.

28. Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short portable mental status questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 412-416

29 Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 725-729

30 Gagnon M, Letenneur L, Dartigues JF, Commenges D, Orgogozo JM, Barberger-Gateau P, et al. Validity of the

mini-mental state examination as a screening instrument for cognitive impairment and dementia in French elderly community residents. *Neuroepidemiology* 1990; 19: 143-150.

31 Galasko D, Klauber MR, Hofstetter CR, Salmon DP, Lasker B, Thal LJ. The mini-mental state examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1990; 47: 49-52.

32 Livingston G, Sax K, Willison J, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak study stage II: the diagnosis of dementia in the community. *Psychol Med* 1990; 20: 881-891.

33 Kokmen E, Smith GE, Petersen RC, Tangalos E, Ivnik RC. The short test of mental status. Correlations with standardized psychometric testing. *Arch Neurol* 1991; 48: 725-728

34 Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. *Age Ageing* 1991; 20: 332-336.

35 Uhlmann RF, Larson EB. Effect of education on the mini-mental state examination as a screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 876-880.

36 Huntzinger JA, Rosse RB, Schwartz BL, Ross LA, Deutsch SI. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 142-144

- 37 Wells JC, Keyl PM, Chase GA, Aboraya A. Discriminant validity of a reduced set of mini-mental state examination items for dementia and Alzheimer's disease. Annual Scientific Meeting of the American Psychiatric Association (New Orleans, Louisiana). *Acta Psychiatr Scand* 1991; 86: 23-31.
- 38 Ylikoski R, Erkinjuntti T, Sulkava R, Juva K, Tilvis R, Valvanne J. Correction for age, education and other demographic variables in the use of the mini-mental state examination in Finland. *Acta Neurol Scand* 1992; 85: 391-396
- 39 Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1129-1134
- 40 Mendez MF, Ala T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1095-1099
- 41 Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: an objective screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 1235-1240
- 42 Fillenbaum GG, Wilkinson WE, Welsh KA, Mohs RC. Discrimination between stages of Alzheimer's disease with subsets of mini-mental state examination items. An analysis of consortium to establish a registry for Alzheimer's disease data. *Arch Neurol* 1994; 51: 916-921
- 43 Troster AI, Moe KE, Vitiello MV, Prinz PN. Predicting long-term outcome in individuals at risk for Alzheimer's disease with the dementia rating scale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6: 54-5744 Iliffe S, Mitchley S, Gould I, Haines A. Evaluation of the use of brief screening instruments for dementia, depression and problem drinking among elderly people in general practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 503-507
- 45 Braekhus A, Laake K, Engedal K. A low, 'normal' score on the mini-mental state examination predicts development of dementia after three years. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 656-661
- 46 Koss E, Patterson MB, Ownby R, Stuckey JC, Whitehouse PJ. Memory evaluation in Alzheimer's disease. Caregivers' appraisals and objective testing. *Arch Neurol* 1993; 50: 92-97.
- Wilcock GK, Ashworth DL, Langfield JA, Smith PM. Detecting patients with Alzheimer's disease suitable for drug treatment: comparison of three methods of assessment [with comment]. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 30-33

(7) 痴呆患者の身体的状況のアセスメントとケアプラン
 ン
 勧告(ガイドライン)

- ・専門職は、痴呆症の可逆的原因の存在に配慮するべきである。(B)
- ・一般の者と同様の割合で、痴呆症者は身体的疾病

に罹るが、症状を訴えない傾向にある。患者の身体的状況が、痴呆症状の原因となっていないか注意する必要がある。(B)

・赤血球沈降速度を含む血液学、生化学、血清カルシウムとリン酸塩、甲状腺機能、単純尿分析などの通常の検査が確実に行われていることを確認する必要がある。(B)

エビデンス

・少数の痴呆症者は隠れた特異性があり、これが治療されれば認知機能が向上する。研究された数の問題により、そのように影響された正確な人数は明らかではない(II)。

・アルツハイマー型痴呆の患者は一般的な身体的症状を訴えないが、一般の者と同様の疾病の罹患率を示す(II)。

参考文献

47 Fox JH, Topel JL, Huckman MS. Dementia in the elderly: a search for treatable illnesses. *J Gerontol* 1975; 30: 557-564.

48 Delaney P. Dementia: the search for treatable causes. *South Med J* 1982; 75: 707-709

49 Larson EB, Reifler BV, Sumi SM, Canfield CG, Chinn NM. Diagnostic tests in the evaluation of dementia. A prospective study of 200 elderly outpatients. *Arch Intern Med* 1986; 146: 1917-1922.

50 Kotsores H, Barclay LL, Kheifets S, Hulyalkar A, Dougherty J. Urinary and gait disturbances as markers for early multi-infarct dementia. *Stroke* 1987; 18: 138-141.

51 McIntyre L, Frank J. Evaluation of the demented patient. *J Fam Pract* 1987; 24: 399-404.

52 Bayer AJ, Pathy MS, Twining C. The memory clinic. A new approach to the detection of early dementia. *Drugs* 1987; 33(Suppl 2): 84-89.

53 Kasa M, Bierma TJ, Waterstraat Jr F, Corsaut M, Singh SP. Routine blood chemistry screen: a diagnostic aid for Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology* 1989; 8: 254-261.

54 Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med* 1991; 115: 122-132

55 Levitt AJ, Karlinsky H. Folate, vitamin B12 and cognitive impairment in patients with Alzheimer's disease. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 301-305.

56 Richards M, Stern Y, Mayeux R. Subtle extrapyramidal signs can predict the development of dementia in elderly individuals. *Neurology* 1993; 43: 2184-2188.

57 Burke WJ, McLaughlin JR, Chung HD, Gillespie KN, Grossberg GT, Luque FA, et al. Occurrence of cancer in Alzheimer and elderly control patients: an epidemiologic necropsy study. *Alzheimer Dis Associated Disord* 1994; 8: 22-28.

58 McCormick WC, Kukull WA, van Belle G, Bowen JD, Teri L, Larson EB. Symptom patterns and comorbidity in the early stages of

表1. リサーチクエスチョン、キーワード、採用した文献数とその基準

文献の検索時期	1970-2003	1970-2003	1970-2003
キーワード	アルツハイマー ケアマネジメント 介護者 介護負担	アルツハイマー ケアマネジメント コスト	アルツハイマー ケアマネジメント 介護者 教育
リサーチクエスチョン	ケアマネジメントにより介護者の介護負担は軽減するか	ケアマネジメントは社会的ケア費用を削減できるか	介護者が介護知識を得るためのケアマネジャーの支援は、効果があるか
対象とした文献	7件	74件	30件
その選択基準	患者データに基づいた調査研究	患者データに基づいた調査研究	患者データに基づいた調査研究

アルツハイマー型痴呆診断・治療・ケアガイドラインを用いた老人保健及び福祉に従事する人材の育成・研修に
関する研究
看護ガイドライン

分担研究者 太田喜久子 慶應義塾大学看護医療学部教授

研究要旨

アルツハイマー型痴呆高齢者への看護ガイドラインを作成することを目的に、文献検索、検討を行い、その成果を看護ケア毎に分類し、エビデンスレベルⅠ～Ⅵにより評価した。また看護ケアへの活用の推奨の度合いをA～Dに区分し看護ガイドラインの作成を試みた。アルツハイマー型痴呆への看護に関する文献検索から看護ガイドラインの作成を試みたところ、実態を明らかにするための記述的研究や比較対照を持たない研究が多かった。エビデンスレベルが高いとはいえないが、実践に役立つ知見を認めることができた。

A. 研究目的

アルツハイマー型痴呆の看護・ケアのガイドラインを作成することを目的として先行研究をEBMの手法に従って検討した。

B. 研究方法

文献検索の期間は、1990年から2002年までで、キーワードは、Alzheimer's, aged, nursing、アルツハイマー、痴呆である。

Research Questionは、アルツハイマー型痴呆高齢者または痴呆性高齢者に対する効果的なケアにはどのようなものがあるか、ということであった。

データベースは、英文献ではCINAHL、MEDLINEであり、和文献では医中誌とJOISであった。痴呆性高齢者への直接的ケアを看護の視点で捉えたものに限定し、研究英文献は、256件から35件を採用し、和文献では200件から20件を採用した。

エビデンスレベルについては、看護ケア文献の特性を考慮し、下記の判断基準を用いた。

Ⅰ システマティックレビュー/メタアナリシス

Ⅱ 1つ以上のランダム化比較試験

Ⅲ 非ランダム化比較試験

Ⅳ 対象数11以上で実態を明らかにするための記述的研究、比較対照を持たない1群による研究

Ⅴ 対象数10以下の記述的研究、事例研究、多数の文献をもち総合的にまとめられている文献レビュー

Ⅵ 解説、文献数が少ない概説的な文献レビュー

C. 結果

アルツハイマー型痴呆への看護に関する文献検索から看護ガイドラインの作成を試みたところ、実態を明らかにするための記述的研究や比較対照を持たない研究が多かった。エビデンスレベルが高いとはいえないが、実践に役立つ知見を認めることができた。文献検討の結果、次のようなアルツハイマー型痴呆高齢者への看護ケア毎に分類した。

1. アセスメント/ツール開発

2. 行動障害

1) 行動障害の状態

(1)要因分析, (2)行動分析

2) 行動障害への介入

(1)全般的な介入, (2)具体的な介入

3. 日常生活行動

4. コミュニケーション, 言動の意味