

5. 終末期ケア

以下、順に結果を述べ、最後に文献検討のまとめを行い、アルツハイマー型痴呆高齢者に対する看護のための勧告を示し、看護ガイドラインとする。

文献検討結果

1. アセスメント/ツール開発

日常的に痴呆性高齢者の状態を的確に把握するのは困難を伴うことが多い。できるだけ客観的に状態を把握できる方法を探求し、痴呆性高齢者のいくつかの側面に焦点を当てたアセスメントツールが開発されてきている。痴呆性高齢者の認知力については、認知力アセスメントツールの開発状況を文献レビューしているもの(Danner et al., 1993)がみられた。痴呆性高齢者の行動変化のアセスメントツールについては、介護者を対象にしたもの、痴呆性高齢者とその介護者への面接から測定するもの、高齢者を対象にしたものを分類し、紹介している(Tariot et al., 1996)。機能変化の測定ツール(McCracken et al., 1993)や、行動障害の評価ツール(朝田他, 1994)が開発されていた。痴呆性高齢者の感情については、不快に関するアセスメントツール(Hurley et al., 1992)、感情アセスメント方法の開発(Lawton, 1996)がみられた。

以上、アセスメントツールとしては、臨床的に有用なものは活用しながら、今後も信頼性や妥当性の検証を積み重ね洗練されていく必要がある。

2. 行動障害

1) 行動障害の状態

(1) 要因分析

痴呆性高齢者の行動障害に影響するもののうち、環境が痴呆性高齢者に与える影響については、痴呆性高齢者のための特別ケアユニットと一般的なユニットにおける痴呆性高齢者の状態を比較することを通して調査されている。

アルツハイマーの長期ケア施設の入居者を対象に特別介護病棟のケアの効果を実験群と対照群に分け

て比較した準実験研究では(Swanson, et al., 1993)、特別介護病棟に入居しているアルツハイマー型痴呆高齢者の方が(実験群)、従来の病棟に入居している痴呆高齢者(対照群)よりも明らかに破壊的反応の頻度が低下していた。また特別ケアユニットの方が、スタッフや家族との相互作用が増え、高齢者の活動性も高まっていた(Swanson, et al., 1994)。

このように、痴呆性高齢者のために配慮されたケアユニットの方が、行動障害の出現頻度は低く、高齢者がいきいきとしているということがいえる。その要因としては、環境や介入の適切さ、抑制の頻度の低下、機能的自立度の低下、小規模であること(Sloane, et al., 1998)があげられていた。

今後、ケアユニットの内容とケアユニットの何が効果をもたらしたのか、さらに探求が必要である。

高齢者の行動障害の発生を日中の活動性との関連でみると、急性期病院での痴呆高齢者の活動内容と興奮度との関連をみた研究では(Kovach & Wells, 2002)、高齢者にとって日中の時間帯は入浴や排泄などのケアが集中し、時間も長くなり、患者にとって快適ではない活動が多いことがわかり、興奮度も午後が最も高く、また長い継続活動の時にも高くなることが明らかとなった。検査で引き起こされる痴呆性高齢者の混乱や興奮などの行動も紹介されている(Day, et al., 1999)。このように、痴呆性高齢者の行動障害を予防、緩和する要因として、日中ゆったりとした過ごし方ができるかどうかの影響している。

痴呆性高齢者にとって介入が適切で、拘束がなく、小規模であること、またゆったりとした時間を過ごせるような環境であることが、行動障害を出現しにくいものにしていったといえる。

急性期病院のような、治療、検査が多く、限定された時間の中でケアを行っている環境は、痴呆性高齢者の行動障害を促進させている。今後、急性期病院のような場で、行動障害を減少させる方法の解明とその効果が明らかにされていく必要がある。

(2) 行動分析

痴呆性高齢者の行動分析から、行動障害は痴呆の進行段階(中等度と重度)に関連していること(Lucero, et al., 1993)、興奮の発生は全体時間の2%であり(永江他,1993)、特定の時間一タ方の時間帯に多くみられていた(Matteson & Linton,1996)。痴呆性高齢者の興奮を表す行動、要因、アセスメント、ケアについて文献レビューで概観しているもの(Gerdner & Buchwalter,1994)もあった。

以上から、痴呆性高齢者の行動障害への対応は、1日 24 時間の動きを観察し、その高齢者に行動障害が起りやすい時間帯を把握することで、早めの対応や予防的対応が可能であることが示唆された。

2) 介入

(1) 全般的な介入

Forbes は、行動障害に対する効果的な看護介入について、27 文献のシステマティックレビューを行った結果、行動障害に効果が見られたのは、歩行、ペット療法、身体機能訓練、音楽を挙げている(Forbes, 1998)。

アルツハイマー病患者のケアとして、音、空間などの物理的環境への配慮、活動のバランス、日常生活のニーズの把握、自尊心へのサポート、ストレス管理が重要であると述べられている(Boyd, 2001)。高齢者の環境を整えることにより、不安や興奮といった行動障害の要因を減らすためのケアとして PLST モデルを紹介していた(Hall, et al., 1995)。痴呆性高齢者に対する活動や薬剤などについてのスタッフの教育ケアプログラムは、高齢者の行動障害の発生、適切な精神薬の使用、身体拘束の軽減に役立つと述べていた(Rovner et al.,1996)。

今後も、行動障害へのケアモデルの開発と、どのように効果を測定するのかを含めた効果分析の検討が必要である。

(2)具体的な介入

アルツハイマー病介護病棟の高齢者へのハンドマッサージとセラピュティック・タッチの効果に関する研究では(Snyder et al., 1995)、この2つの介入前後で高齢者のリラクゼーション、脈拍、不安行動の変化量に有意差が見られた。介入後に興奮行動が減少することはなかったが、特別ケア病棟におけるアルツハイマー型痴呆高齢者の興奮の頻度とセラピュティック・タッチの効果に関する研究では(Woods et al., 2000)、セラピュティック・タッチの実施中あるいは実施直後に興奮行動の頻度の低下が見られた。

徘徊をする痴呆性高齢者の安全確保のために、ブザー音や音楽が流れる小型装置を開発し、音がすると立ち止まったり、ゆったりした音楽が流れると少し待つという反応がみられたという報告があった(Takada, et al., 1998)。

また、痴呆高齢者における徘徊行動に対処するための根拠に基づいた臨床プロトコルを概観した文献では(Futrell & Mellillo, 2002)、多くの研究論文を引用して、徘徊のアセスメントツールやそのポイントを解説し、ケアについては環境調整、技術と安全、身体的・心理的介入、介護者のサポートと教育の 4 つの視点で具体的な説明を行っていた。

以上より、痴呆性高齢者の行動障害への具体的ケア方法として、ハンドマッサージ、セラピュティック・タッチに即時的な効果がみられている。行動障害への介入には、即時的なものと継続的な効果をもたらすものと、今後さらに両側面からの探求が必要である。

3. 日常生活行動

1) 食事

痴呆性高齢者への食事の援助行動の実態を調査し、食事行動を導き出す、支える、終了するという側面からの行動分析が行われている(Ort & Phillips,1992)。食事行動や食物摂取についてアセスメントツールの文献レビューが行われ(山田他,1997)、

失行症との関連からアセスメントすることの重要性が述べられている(LeClerc & Wells, 1998)。

具体的援助方法として、痴呆性高齢者の摂食状況を観察し、重度痴呆以外はインターバルがほとんど一定であり、介入によりインターバルが短縮するため、他動的摂食の場合はリズムの回復を促す必要がある(山田他, 1999)といわれている。全介助であったアルツハイマー病高齢者が一人で食事をとることができるようになった事例では、高齢者の手を取って介助し、手に持てるくらいの器に小分けするなどの具体的報告(館山、石村, 2000)もみられた。痴呆性高齢者の労作に応じた必要カロリーの計算、食に興味をもたせる工夫(工藤, 2001)もあげられていた。

2) 清潔

入浴時の痴呆高齢者の興奮行動に関して(Kovach & Meyer-Amold, 1997)、介護者の高齢者を急がせたりする業務中心の対応、浴室の温度や水温といった環境的要因が痴呆高齢者の興奮行動に関連していたことを説明し、浴室の環境的要因、スタッフの対応について具体的方法が報告されている。

3) 排泄

痴呆のマネージメントについての調査と文献レビューに基づいた治療の提案のためシステムティックレビューにより、非薬物的療法について痴呆性高齢者の行動を変え、定期的な排泄を促し、排泄の欲求に迅速に対応することで尿失禁を改善することができると述べられている(Doody, et al., 2001)。尿量計測のより高齢者の水分不足や夜間の尿量が多いこと、高齢者個々の状況によるおむつの選別を述べているものがあった(板倉他, 2002)。痴呆性高齢者の尿失禁に関する総説で、失禁の種類と原因、身体診査やアセスメント、排泄ケア、スキンケアなどについて述べられていた(Smith & Newman, 1991)。

4) 生活動作

痴呆性高齢者の転倒に関する実態調査から、起居・移動動作の失敗が要因の一つとして挙げられ、転

倒頻度の高い高齢者はNMスケールが低値であり、歩行状態においては上肢の振りの消失が多く見られていた(北川他, 1997)。痴呆性高齢者の経過に伴う日常生活動作の移行順は、まず複雑な生活動作が難しくなる、生活関連動作が難しくなる、複雑な身の回りの動作が難しくなる、更衣・整容・入浴といった生活動作が難しくなる、排泄・移動を中心とした生活動作が難しくなる、食事を中心とした身の回りの動作が難しくなるという順であったという報告が見られた(大橋, 1999)。

痴呆性高齢者の睡眠障害に対するケアとして、高齢者が朝目覚めたら、更衣、洗顔を行い、午前中に活動的なプログラムに参加し、日光浴を行うことが望ましいと述べられていた(青木, 2001)。

介護者に高齢者の自立を促すための関わりについてのワークショップを行い、実施後の高齢者の更衣に関する自立度が上がり、関節可動域も改善したと報告されている(Engelman et al., 2002)。

5) 日常生活の活性化

日常生活の活性化を図る研究では、高齢者の人生の思い出について家族が作成したオーディオテープを電話形式で高齢者に聞いてもらうことで、高齢者の表情がよくなり、関心の度合いも高くなったという擬似刺激直面法(Stimulated presence)の有効性を検証した報告がみられた(Camberg, et al., 1999)。

大腿骨頸部骨折で入院し、手術を受けた痴呆性高齢者に教育指導、薬物療法、理学・言語療法などで構成されているリハビリテーションを行ったところ、軽度から中等度の痴呆性高齢者の在院日数が短縮し、退院後に自立した生活を3ヶ月間送ることができたという報告があった(Huusko, et al., 2000)。同じく、大腿骨頸部骨折で入院し、手術を受けた痴呆性高齢者に対し、遊びリテーションを導入しその効果を測定した結果、遊びリテーションを実施した群は、しなかった群に比べ有意に精神状態の低下が示されなかったという報告があった(砂田他, 2000)。

6) ケア効果尺度

痴呆性高齢者に対するケアの効果を評価するために、ケアに携わる看護職へのインタビューにより、自立性の回復、情緒の安定、行動の安定、ケアの受け入れ、自発性の発現、対人関係・社会性の広がりからなる尺度開発がなされていた(山地他, 2000)。

4. コミュニケーション、言動の意味

痴呆性高齢者の不可解で気になる行動の本人にとっての意味を解明(阿保, 1999)し、看護者はどのように捉えているか(湯浅他, 2001)について研究がなされている。痴呆性高齢者の言動や会話の持つ意味を解明し(高山, 水谷, 2000, 諏訪他, 2001)、他者との関係で痴呆性高齢者が表す表現(高山, 水谷, 2001)をとらえようとしているものがある。痴呆性高齢者との相互作用については、痴呆性高齢者と家族介護者との家庭における相互作用の実態をみたもの(太田, 1994)と、痴呆性高齢者とケアスタッフとの相互作用のズレを明らかにしようとしたもの(天津, 中田, 1998)があった。

専門看護師が、中等度から重度の痴呆性高齢者との会話を繰り返すことで、感情、満足、楽しみ、信頼についての言語による表現がなされるようになった報告があった(Williams & Tappen, 1999)。痴呆性高齢者との関わり方(アイコンタクト、表情、キーワードを繰り返すなど)がまとめられていた(Hendryx-Bedaly, 2000)。

5. 終末期ケア

痴呆の終末期とホスピスを関連づけたケア体制について、長期ケア施設に痴呆終末期の入居者のためにホスピス病棟が開設され、介入の効力についての調査に基づき快適さ、生活の質、尊厳、家族のサポート、スタッフへのサポートの5つの側面からなる痴呆終末期ホスピスモデルが提示されている(Wilson, et al., 1996)。

痴呆終末期の疼痛に関する看護者を対象にした研究では(Kovach, et al., 2000)、痴呆の終末期

では言語的に痛みを表現する能力はないが、動作の変化により痛みのシグナルや手がかりをとらえ、入居者にとっての安楽を優先するために鎮痛薬を初期の薬物療法として用いるべきと述べている。また、痴呆終末期の入居者を対象に、不快に関するアセスメントプロトコル(ADD Protocol)の使用前後での不快、薬物、非薬物療法の使用頻度について変化をとらえた研究では、ADD Protocolの使用後で不快の行動の頻度が有意に減少し、計画的な鎮静剤の使用と非薬物療法の使用が増加していることが統計的に明らかになった。使用後に多く使われた非薬物療法は、支持的な言語的コミュニケーション、タッチ、身体運動、感覚的刺激などで、その中でも音楽療法、治療的マッサージが最もよく使われていたという報告がある(Kovach, et al., 1999)。

D. まとめと痴呆性高齢者看護への活用の推奨の度合い(勧告)

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について、文献検討を行った。今回の結果は、検索のキーワードの設定を大きくしたため、痴呆性高齢者に対する看護の概要を把握する範囲にとどまっている。

検索の結果、実態を明らかにするための記述的研究や比較対照をもたない研究が多くみられた。看護実践の特性と場の状況からみて、看護研究をランダム化比較試験で行うのはかなり困難である。このような理由からガイドラインにおけるエビデンスレベルは高いとはいえない。また、看護ケア分類毎の文献検索をさらに具体的に行うことが必要であり、それにより効果的なケア方法を導き、かつ具体的な検討課題を明らかにすることができる。全般的にいえば、看護ケア効果を導き出すため、より緻密な記述的研究や臨床的な準実験研究などよく練られた計画に基づいた研究がさらに多く行われ、その上ひとつひとつの研究成

果を積み重ね、系統的にレビューしていくための方策を立てることが重要な課題である。

今回の文献検索結果を1～13にまとめ、まとめ毎の痴呆性高齢者看護への活用の推奨の度合いは以下に示した通りである。

1. アセスメントツールとしては、臨床的に有用なものは活用しながら、今後も信頼性や妥当性の検証を積み重ね、一般化に向けてさらに洗練されていく必要がある。(B)
2. 痴呆性高齢者の行動障害を予防、緩和する要因としては、痴呆性高齢者のために配慮された小規模のユニットであることや、身体拘束がないこと、日中ゆったりとした過ごし方ができることがあげられる。(A)
3. 痴呆性高齢者の行動障害への対応は、1日24時間の動きを観察し、その高齢者に行動障害が起こりやすい時間帯を把握する。これにより早めの対応や予防的対応ができることが示唆された。(B)
4. 痴呆性高齢者の行動障害への全般的ケア方法として、身体的には歩行や身体機能訓練があり、環境としてはペット療法や音楽、空間の配慮があり、心理的にはニーズの把握、自尊心へのサポート、高齢者が対処できる範囲にストレスをおさえることがあげられる。またスタッフへの計画された教育ケアプログラムは行動障害への対応に役立つものである。(B)
5. 痴呆性高齢者の行動障害への具体的ケア方法としては、ハンドマッサージとセラピューティック・タッチに効果がみられた。(B)
6. 痴呆性高齢者の食事の援助については、食事行動をよく観察し、高齢者にとってのいつものリズムを大切にすることがあげられる。(B)
7. 入浴時に痴呆性高齢者が興奮する事を防ぐには、急がせないような対応の仕方、浴室の温度や水温への配慮が必要であることが示唆された。(B)

8. 痴呆性高齢者の尿失禁に対しては、原因を明らかにした上での、定期的な排泄の誘導と迅速な対応に効果があること、また個別の原因への対応が必要であることが示された。(B)

9. 痴呆性高齢者の生活動作に関しては、転倒の要因として認知状態の低下や上肢の振りの消失の有無を良く見ること、生活動作能力の変化を捉えること、良好な睡眠が得られるためにも口中の活動性の保持や日光浴が望ましいこと、さらに高齢者の自立度はケア提供者のかかわり方により影響されることが示された。(B)

10. 痴呆性高齢者の活性化は、家族の参加を得て人生の思い出を語る機会を作ることで、表情や関心に変化が見られた。また、骨折後も積極的なリハビリテーションを行うことが身体的回復をもたらし、精神状態の低下を防ぐ可能性が示唆された。(B)

11. 痴呆性高齢者へのケア効果を測るポイントが示された。(B)

12. 痴呆性高齢者の言動の意味を探ろうといくつかの試みがなされ、痴呆性高齢者を理解する糸口が示された。痴呆性高齢者との関係を作っていくことのできる可能性と、相互作用の方法が示唆された。(B)

13. 痴呆の終末期におけるホスピスケアでは、快適さ、生活の質、尊厳、家族のサポート、スタッフへのサポートが重要であること、痛みは痴呆性高齢者の動作の変化から読み取ること、不快に対してはアセスメントプロトコルに有用性がみられ、音楽療法と治療的マッサージがよく使われていた。(B)

アルツハイマー型痴呆性高齢者の看護に関する文献
一覧

(項目別アルファベット順)

1. アセスメント／ツール開発

1. 朝田隆、吉岡充、森川三郎、他5名.痴呆患者の問
題行動評価票(TBS)の作成.日本公衆衛生誌
1994;41(6):518-526.
2. Danner C, Beck C, & Heacock P, et al.
Cognitively impaired elders: using research
findings to improve nursing care. Journal of
Gerontological Nursing April 1993; 19(4):5-1.
3. Hurley AC, Volicer BJ, Hnrahan PA, Houde S, &
Volicer L Assessment of discomfort in advanced
Alzheimer patients. Research in Nursing &
Health 1992; (15): 369-377.
4. Lawton MP, Haitsma KV, & Klapper J Observed
affect in nursing home residents with
Alzheimer's disease. Journal of Gerontology:
Psychosocial Sciences 1996; 51(B): 3-14.
5. McCracken A, Gilster S, Connerton E, Canfield H,
& Romanello M Developing a tool to measure
functional changes in advanced dementia.
Nursing Connection Summer 1993; 6(2): 55-66.
6. Tariot PN, Porsteinsson A, Teri L, & Weiner MF
Measurement of behavioral disturbance in
chronic care populations. Journal of Mental
Health and Aging 1996; 2(3): 213-229.

2. 行動障害

1) 状態に関するもの

(1) 要因分析

1. Kovach, C. R. & Wells, T Pacing of activity as a
predictor of agitation for persons with
dementia in acute care. Journal of
Gerontological Nursing 2002; 22(1): 28-35.

2. Sloane P, Mitcheil MC, & Preisser JS
Environmental correlates of resident agitation in
Alzheimer's disease special care units. Journal of
the American Geriatrics Society 1998; 46(7):
862-869.

3. Swanson AS, Mass ML, & Buckwalter KC
Catastrophic reactions and other behaviors of
Alzheimer's residents: Special unit compared
with traditional units. Archives of Psychiatric
Nursing 1993; 7(5): 292-299.
4. Swanson EA, Maas ML & Buchwalter KC
Alzheimer's residents' cognitive and
functional measures. Clinical Nursing Research
1994; 3(1): 27-41.

5. Yurick A, Burgio L, & Paton SM Assessing
disruptive behaviors of nursing home
residents: Use of microcomputer technology to
promote objectivity in planning nursing
interventions. Journal of Gerontological Nursing
April 1995; 29- 34.

(2) 行動分析

1. Day N, Musallam K, & Wells M Observed
behaviors of patients with probable
Alzheimer's disease who are hospitalized for
diagnostic tests. Journal of Gerontological
Nursing November 1999; 35-39.
2. Draper B, Brodaty H, Low C, & Lee-Fray H
Self-Destructive behaviors in nursing
home residents. Journal of the American
Geriatrics Society 2002; 50(2): 352.
3. Gerdner LA & Buchwalter KC A nursing challenge:
Assessment and management of
agitation in Alzheimer's patients. Journal of
Gerontological Nursing April 1994; 11-20.
4. Lucero M, Hutchinson S, Leger-Krall S, & Wilson

- HS Wandering in Alzheimer's dementia patients. *Clinical Nursing Research* 1993; 2(2): 160-175.
5. Matteson MA & Linton A Wandering behaviors in institutionalized persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* September 1996; 22(9): 39-46.
6. 永江美千代、古川英敏、佐藤弘美、黒田久美子、他. 痴呆老人の徘徊とその援助に関する一考察. *日本看護学会24回収録老人看護* 1993; 24: 217-219.
- 2) 介入
- (1) 全般的
1. Boyd MA Behavioral disturbances associated with dementia: Nursing implications. *Journal of the American Psychiatric Association* 2001; 7(6): 14-21.
2. Doody RS, Stevens JC, & Beck C, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; (56): 1154-1166.
3. Fobes DA Strategies for managing behavioral symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: A systematic overview. *Canadian Journal of Nursing Research* 1998; 30(2): 67-86.
4. Hall GR, Buckwalter KC, & Stolley JM, et al. Standardized care plan: Managing Alzheimer's patients at home. *Journal of Gerontological Nursing* January 1995; 37-49.
2. Rovner BW, Steele CD, & Shmueli Y, et al. A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of American Geriatric Society* 1996; 44: 7-13
3. Snyder M, Egan EC, & Burns KR Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 1995; 34-40.
4. Takahiro Takada 他 A New System to Prevent Elderly Person with Dementia for Wandering (痴呆老人の徘徊を音楽で阻止する新しいケアシステム). *医療情報学* 1998; 18(1): 57-61.
5. Woods D L, Dimond M, Heitkemper M, Lentz M, Elmore S, & Diaz J Therapeutic touch effect on agitation and cortisol in Alzheimer's disease. *Communicating Nursing Research* 2000; (33): 189.
3. 日常生活行動
- 1) 食事
1. Ort SV & Phillips L Feeding nursing home residents with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing September/October* 1992; 249-253.
2. 工藤美香. 痴呆性高齢者の食を見つめる(2) 食べる援助・意欲の向上・異食のとりえ方 食べ散らかしの多い痴呆性高齢者 そのとき看護・介護職員はどう対処する? *痴呆介護* 2001; 2(2): 24-30.
3. 舘山光子、石村敏子. 手の抑制によって食べることをやめてしまった痴呆性高齢者 食行動の回復をはかる過程で見えてきたもの. *臨床看護研究の進歩* 2000; 11: 152-158
4. 山田律子、中島紀恵子、北川公子. 痴呆性老人の食事摂取困難に関する研究の動向. *北海道医療大学看護大学看護福祉学部紀要*
- (2) 具体的
1. Futrell, M & Mellillo KD Evidence-based protocol: wandering. *Journal of Gerontological Nursing* 2002; (18)3: 14-22.

1997;4:97-102.

5. 山田律子、磯田順子、中島紀恵子、他. 痴呆の程度別「摂食リズムの乱れ」の特徴 作成したシートを用いて. 老年看護学 1999;4(1):73-82.
6. LeClerc C & Wells D Use of content methodology process to enhance feeding abilities threatened by ideational apraxia in people with Alzheimer's-type dementia. Geriatric Nursing September/October 1998; 19(5): 261-268.

2)清潔

1. Kovach CR, & Meyer-Amold EA Preventing agitated behaviors during bath time; To move the bathing experience out of the realm of task and the arena of therapeutic intervention, nursing involvement is necessary. Geriatric Nursing 1997;(18)3; 112-114.

3)排泄

1. 板倉照美、青柳京子、山本佐代子、他. 痴呆老人の排せつ援助の振り返り. 聖マリアンナ医学研究誌 2002;77:57-63.
2. Smith D & Newman DK Nursing management of urinary incontinence associated with Alzheimer's disease. Journal Home Care Practice August 1991; 3(4): 25-32.

4)生活動作

1. 青木萩子. 生活のリズムが大切 3) 痴呆性高齢者の生活のメリハリを取り戻す技術 痴呆高齢者が明日の活力を失わないための安眠・快眠術. 痴呆介護 2001;2(1):28-32.
2. Engelman KK, Mathews RM, & Altus DE Restoring dressing independence in persons with Alzheimer's disease: a pilot study. American Journal of Alzheimer's disease and other

dementia 2002; 17(1): 37-43.

3. 大橋美幸. 痴呆性老人の生活関連動作および身の回り動作 問題の経過と介護が必要になる状況. 理学療法学 1999;26(2):53-61.
4. 北川公子、中島紀恵子、竹田恵子. 痴呆老人の転倒と障害の進行に関する研究. 老年看護学 1997;2(1):79-86.

5)日常生活の活性化

1. Camberg L., Woods P, & Ooi WL, et al. Evaluation of stimulated presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. Journal of American Geriatrics Society April 1999; 47(4): 446-452.
2. 砂田万里子、皆田香水理、松村鶴代. 痴呆のある大腿骨頸部骨折手術患者に遊びリテーションを取り入れた効果. 日本看護学会論文集(30回老年看護号) 2000;63-65.
3. Huusko TM, Karppi P & Avikainen V, et al. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. BMJ 2000; 4(321): 1107-1111.

6)ケア効果尺度

1. 山地佳代、竹崎久美子、塩塚優子、他3名. ケア効果としての痴呆性老人の変化の構造～痴呆棟で働く看護職への質問紙調査を通して～. 老年看護学 2000;5(1):107-114.

4. コミュニケーション、言動の意味

1. 阿保順子. 痴呆老人とる微小な行動の意味に関する考察. 看護研究 1999;32(5):413-427.
2. 天津栄子、中田まゆみ. 老人保健施設における痴呆性老人とケアスタッフの相互作用にみられるず

れの特徴.老年看護学 1998;3(1):53-63.

3. Williams CL & Tappen RM Can we create a therapeutic relationship with nursing home residents in the later stages of Alzheimer's disease? Journal of Psychosocial Nursing 1999; 37(3): 28-35.
4. 太田喜久子.痴呆性老人と主たる介護者との家庭における相互作用の特徴 痴呆性老人の「確かさ」へのこだわりに焦点をあてて.日本看護科学会誌 1994;14(4):29-37.
5. 諏訪さゆり、吉尾千世子、瀧断子、桑田美代子.痴呆性高齢者の言動の意味の分析 その人らしさを尊重したケア技術確立に向けて.東京女子医科大学看護学部紀要 2001;4:11-18.
6. 高山成子、水谷信子.中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究.老年看護学 2000;5(1):88-95.
7. 高山成子、水谷信子.中等度・重度痴呆症高齢者に残された現実認識の力についての研究 看護者との対話から.日本看護科学会誌 2001;21(2):46-55.
8. Hendryx-Bedalov PM Alzheimer's dementia: Coping with communication decline. Journal of Gerontological Nursing August 2000; 21-24.
9. 湯浅美千代、小野幸子、野口美和子.老人痴呆患者の問題行動に対処する方法.千葉大学看護学紀要 2001;23:39-45.

5. 終末期

1. Kovach, CR, Weissman DE, Griffie J, Matson S, & Muchka S Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. Journal of Pain and Symptom Management 1999; (18)6: 412-419.
2. Kovach CR, Griffie J, Muchka S, Noonan PE, & Weissman DE Nurses' perception of pain

assessment and treatment in the cognitively impaired elderly; It's not a guessing game.

Clinical Nurse Specialist 2000; (14)5; 215-220.

3. Wilson SA, Kovach CR, & Stearns SA Hospice concepts in the care for end-stage dementia: Hospice concepts may be incorporated in the care of residents with end-stage dementia with little additional cost to the facility. Geriatric Nursing 1996; (17)1: 6-10.

1. アセスメント/ツール開発

著者名	対象	研究方法	結果
Hurley AC, Volicer BJ, Hnrahan PA, Houde S, & Volicer L (1992)	アルツハイマー型痴呆性高齢者82名と看護師、看護助手計46名	ツール開発	重度のアルツハイマー型痴呆性高齢者は認知機能や言語によるコミュニケーション障害があるために不快に関するアセスメントや対応を看護師に依存せざるを得ない上、転倒や誤嚥、感染などに関連した不快に対しても脆弱であるために、不快に関するアセスメントツールを開発することは大切であると述べている。開発にあたっては、看護師に半構成的インタビューを行い、不快に関する26項目を18項目に減らした。さらに項目を減らし、スケールの信頼性を高め、管理的手法を開発する目的で評価者のトレーニングを行うと同時に、68名のコミュニケーション障害のある高齢者の日常生活における不快について観察した。また、6ヶ月にわたる調査研究を82名の高齢者に行った結果、9項目(音の高い呼吸、否定的な発声、表情、悲しそうな表情、おびえた表情、眉間にしわを寄せる、くつろいだ様子のボディランゲージ、緊張した様子のボディランゲージ、いらだっている)が残った。
McCracken A, Gilster S, Connerton E, Canfield H, & Romanello M (1993)	痴呆の中で主にアルツハイマー、アルツハイマー型老人性痴呆、多発性脳梗塞による痴呆と診断されている高齢者27名。	ツール開発	中等度から重度の痴呆性高齢者の機能変化を測定するためのツール(CADS: Changes in Advanced Dementia Scale)を開発するために、第1段階では長期療養型ケア施設で痴呆性高齢者のケアに関して長年の経験と知識をもつ看護助手と看護師が研究者によって組み立てた痴呆行動(自分の部屋を見つめる、示された方向に行く能力、入浴、更衣、動き、排泄、食事、会話など)10のカテゴリーからよく見られるものを回答し、それらの行動を機能の状態別にランク付けするなどを行った。第2段階ではこのツールの評価者(看護の大学院生2名、学部生で老年学の学生1名)の信頼性と基準、妥当性をテストするために27名の高齢者に4つのツール(CADS, Hycox Dementia Behavior Scale, GDS, BCS)を使用した。第1段階では看護助手は痴呆性高齢者に関する情報を豊富にもっていながらも、機能変化の状態のランク付けをするのが困難であった。結果として、評価者間やツール間で相互関係があると述べている。また、スケール開発にケアの専門家に共に参加してもらうことは有用であると述べている。
Danner C, Beck C, & Heacock P et al. (1993)	認知障害のある高齢者におけるコミュニケーション、運動、記憶、学習に関するアセスメントツールについての文献	文献レビュー	アルツハイマー型痴呆をもつ高齢者間において認知力の変化は類似しているようだが、その能力の低下は個々に異なり、それぞれがケアに対して異なった反応をする。認知障害のある高齢者の自立を目指すケアを提供するためにも認知機能のアセスメントは必要であると述べている。そこで、コミュニケーション、運動、記憶、学習について過去に開発されたアセスメントツールを紹介した上で、各々のツールについて著者の発見やツールを実践で使用する場合の提案について述べられている。高齢者個々に合ったケアを提供するためにこれらの研究で得られた情報を使い、高齢者の認知力をアセスメントすることにより、高齢者の持つ機能を最大限に発揮することが可能であることが文献レビューにより明らかになったと述べている。
朝田隆、吉岡充、森川三郎、他5名(1994)	地方在宅療養痴呆性高齢者146名と、地方圏と首都圏にある5つの病院・施設の痴呆性高齢患者167名。在宅者: 平均年齢79.4±8.2歳。男性34%、HDS-R7.3±6.2、N-ADL31.3±15.0。入院者: 79.0±8.6歳。男性35%、HDS-R7.2±7.5、N-ADL26.2±14.0	(患者評価ツール開発) 従来の報告などから問題行動と思われるものをあげ、ADL関連の問題は除き最終15の項目を作成。これを、在宅者は主たる介護家族に、施設では介護にあたるスタッフに過去1ヶ月間の出現頻度で記入依頼。信頼性: test-retest、評価者間信頼性、内的整合性を検証。妥当性: 構成概念妥当性は探索的因子分析を、因子と既存尺度の相関はGHQ、介護困難度、ABCDなどで検証。	信頼性: test-retest; κ 計数は概して良好($\kappa \geq 0.40$)。評価者間信頼性: κ は低値のためパラメータのあった2項目を削除。内的整合性: $\alpha = 0.65$ (在宅)/0.69 (施設)。妥当性: 構成概念妥当性: 在宅では①介護者に向かう行為、②1人で没頭する行為、③分化した行為、施設では①職務妨害、②観察保護する行為、③紛失物を巡る行為。3因子と既存尺度との相関: 在宅者では、①と③は介護者の精神的な不健康と関連するがADL、認知機能介護状況の良好にも関連。②は認知機能の不良に関連。総得点は、介護者の精神的な不健康とADLの良好に関連。施設患者については、①は介護困難度に関連。②はやや介護困難度に関連し、認知機能の良好に関連。③はADLの良好に関連。
Lawton MP, Haitsma KV, & Klapper J (1996)	ナースিংホームのアルツハイマー型痴呆性高齢者253名と痴呆でない高齢者43名。	痴呆性高齢者と痴呆でない高齢者の感情を観察し、比較した研究	痴呆性高齢者とそうでない高齢者の喜び、関心、満足感などの肯定的感情や悲しみ、心配/不安、怒りなどの否定的感情を明らかにするために、the Gitem Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scaleを用いてこれらの感情をアセスメントした。高齢者の表情、体の動きなどをスタッフを観察することにより、肯定的、否定的な感情をアセスメントした。それぞれの感情に関するスケールには信頼性が高かった。感情が肯定的な状態と社会や外部における行動に関する測定においてまた、感情が否定的な状態と、怒り、心配、孤立などの測定の分類において相互関係があった。さらに、肯定的な感情と否定的な感情はそれぞれが独立しているのではなく、相互に関連があった。痴呆性高齢者の感情を表す行動を観察することは痴呆性高齢者をよりよく理解することにつながるほか、施設ケアの質を判断するためのよい方法となると述べている。
Tariot & Porsteinsson et al. (1996)	痴呆に関する行動変化のアセスメントツール	アセスメントツールを信頼性、妥当性等で分析	痴呆性高齢者の行動変化に関するアセスメントツールを、介護者を対象にしたもの、痴呆性高齢者とその介護者への面接から測定するもの、痴呆性高齢者を対象にしたものに分類して紹介している。

2. 行動障害

1) 行動障害状態

(1) 要因分析

著者名	対象	研究方法	結果
Swanson & Mass et al. (1993)	アルツハイマー型痴呆の長期介護施設の入居者22名	特殊介護病棟のケアの効果を実験群と対照群に分けて比較した準実験研究	特別介護病棟に入居しているアルツハイマー型痴呆高齢者(実験群13名)が、従来の病棟に入居しているアルツハイマー型痴呆高齢者(対照群9名)よりも明らかに過激な反応の頻度が低下していた。

Swanson, E.A., Maas, M.L., & Buchwalter, K.C. (1994)	痴呆の特別ケアユニットの高齢者13名と一般のケア施設にいる痴呆性高齢者9名	特別ケアユニットと一般のケア施設のケアの効果の比較を認知機能はADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale)を用いて、機能的な能力はセルフケア能力、不適切な行動、認知機能など小スケールから成るFAC (Functional Abilities Checklist)と、髪をとく、衛生、排泄、保清、食事などの31項目から成るGRSを用いて行った研究	本調査における機能的な能力とは痴呆性高齢者が日常生活でセルフケアや社会的活動を営むための機能と定義している。さらに、破壊的行動や社会的相互作用などについて間接的な測定方法としてのIIR (Individual Incident)を用いて測定した。その結果、双方の施設における高齢者の認知、機能的な能力の違いについて有意差はなかった。しかし、間接的な測定の結果には有意な結果がみられており、特別ケアユニットの高齢者の破壊的行動が一般の施設よりも減少した。一般のケア施設よりも特別ケアユニットのスタッフとの相互作用がケアユニット開始後に増えていた。家族との相互作用も一般のケア施設より特別ケアユニットにおいてケアユニット開始後に増えていた。したがって、このような特別ケアユニットにおける高齢者のスケジュール化されていない活動が増えたことは高齢者の行動において重要である。
Yurick A, Burgio L., & Paton SM (1995)	ナーシングホームにおける痴呆性高齢者123名	痴呆性高齢者の行動障害に影響を及ぼす因子の調査の手段としてのコンピューターのデータシステムの利用を看護師に伝えたもの。	高齢者のいる場所、アクティビティ、生活空間における音の有無、拘束の有無、行動障害の状況をコンピューターでコード化した。さらに、これらに関する観察者のコメントも高齢者別に作成したファイルに記録された。コンピューターを使用することにより、複数の行動を同時に記録できるようになった。高齢者の生活環境における状況を客観的に明確化することはケアを立案する際の重要なアセスメントデータになる。このような正確なアセスメントにより、痴呆性高齢者の行動への対応ができるようになる上、高齢者のQOLにもつながると述べられている。
Sloane & Mitchell et al. (1998)	53のナーシングホームの特別ケア病棟の入居者とスタッフ	入居者の行動を観察し、興奮行動に関する横断研究を行った。	各病棟に共通する興奮行動は、繰り返される行動、逸脱した行動、徘徊であった。病棟で興奮行動が起こる 比率は0～38%であり、興奮レベルが低い要因として、環境や介入の適切さ、身体抑制の頻度の低さ、機能的自立度の低さ、小さい病棟サイズが挙げられる。
Knovich & Wells (2002)	急性期病院に入院している6名の痴呆高齢患者	高齢者の一日の活動を観察し、興奮度との関連を見る。	積極的活動は午前中、90分継続活動も日中に多く見られ、また快適ではない活動も日中に多く起きていた。夜間は閉眼しているが無目的な活動が多く、快適ではない活動は頻度が少なかった。最も興奮度が高かった時間帯は午後で、90分継続活動でも興奮度が高かった。

(2)行動分析

著者名	対象	研究方法	結果
永江英千代、古川英敏、佐藤弘英、黒田久美子、他 (1993)	特別養護老人ホーム。回廊式の広い廊下を有する特別養護老人ホームに入居している痴呆老人10名。年齢64-91歳。男性4名、女性6名。痴呆の程度は柄澤式で軽度～高度。	(対象理解研究) 10名について、一人の研究者が16:00～19:00の3時間、後をつけて観察。停留を天で記録し徘徊の軌跡を記録すると共に、動作や他者との交流を記録した。各日の歩行距離、食事料、体重の変化をあわせて分析。	徘徊のコース、停留地点、動作には各自によりある程度の法則性がある。また男性患者は椅子をひっくり返して移動したりしようとする。歩行距離や食事料などをみると、食事を全量摂取している患者でも歩行距離が長い患者は体重減少がみられたり、盗食が見られた。
Lucero & Hutchinson et al. (1993)	ナーシングホームの特別痴呆病棟に入居している7人ツハイマー型痴呆性高齢者10名	入居者の行動を2ヶ月間ビデオで観察した。	対象の行動パターンは痴呆の進行段階(中等度と重度)に関連していることがわかった。痴呆の中等度と重度の段階別に、動作能力、セルフケア能力、活動、時間に基づいた対象の行動パターンを記述していた。

Gardner LA & Buchwalter KC (1994)	高齢者の興奮を表す行動の内容、高齢者個々の健康における行動の効果、興奮を引き起こす要因、興奮の状態に関するアセスメントツール、看護ケアについての文献レビューに基づく概観	文献レビュー	興奮を表わす内容についてCohen-Mansfield, Patrick, Rosen他による分類があった。興奮が及ぼす高齢者への影響として長期療養型施設における興奮と転倒率の増加の関連性や、米国において生じた致命的な転倒の70%は65歳以上の高齢者であったこと、OBRAの規定により身体拘束が減少した後の転倒防止の困難について述べられている。身体的且つ、非攻撃的な行動と攻撃的な行動が入眠やトイレなど夜間の睡眠を妨げる外的因子の増加に関係していることが報告されている。睡眠と興奮のレベルの関係性が報告されている。興奮の要因には認知障害、精神障害、内因的・外因的刺激による不安、感覚機能障害、身体機能障害、薬剤による影響がある。興奮状態のアセスメントツールとしてCMAI, Pittsburgh Agitation Scale, Confusion Inventory, Ryden Aggression Scale, Behavior Inventoryがある。看護について、高齢者の安楽と安全を図ること、毎日の生活の中で行っていることを継続すること、食事や更衣などにおいて自分で選択するなどの自己の感覚をいつもコントロールできる機会を提供すること、感覚機能や認知機能の障害に対する関わり、コミュニケーション方法、興奮を引き起こす要因を減らすために環境を整えること、療法的なケア(楽しかった思い出を語る、音楽、人形や動物のぬいぐるみを使用した療法)について述べられている。
Matteson MA & Linton A (1996)	痴呆性高齢者49名	2つの痴呆特別ケアユニットにおける高齢者の徘徊行動とそれに関連する行動その他のを観察した調査研究	徘徊行動とそれに関連する行動を観察したところ、殆ど的高齢者は覚醒しており、自分の部屋にいたことが多く、臥床していることが多かった。興奮がみられたのは観察した時間全体の2%と少なかったが、歩行はこれよりも多くみられ、特定の時間に興奮する高齢者が全体の半数近くいた。3つの時間帯(昼:8時~16時、夕:16時~0時、夜:0時~8時)における高齢者の活動に大きな違いがみられた。高齢者は昼間、覚醒しており、歩行や立位など活動的であった。夜間は自分の部屋で臥床していたり、入眠していた。興奮したり、休息していない状況があるのは昼間、夜間、夕方の順に多かった。身体拘束は夕方、昼間、夜間の順に多く行われていた。使用している薬剤の数と観察された高齢者の行動との間に関係はなかったが、向精神薬の使用と観察された立位と歩行を合わせた時間との間に肯定的な関係があった。向精神薬と観察された興奮の回数には関係はなかった。
Day N, Musallam K, & Wells M (1999)	入院中のアルツハイマー型痴呆性高齢者30名	慢性的検査を受ける際に痴呆性高齢者が起こす行動について分析した研究	高齢者30名の入院記録を基に行動の分析をした結果、検査時に多く見られた状況は落ち着きのなさ、混乱、不安、興奮、身体面の不調に関する訴え、睡眠パターンの変化、ひきこもりであった。高齢者の心理、社会、身体的なニーズについて計画に基づいたケアを行うことができれば、高齢者の慢性的検査への印象も最小限なものにすることができであろうと述べられている。このような知識を持ち合わせたケア提供者が高齢者を支援していくことは高齢者にとって必要な検査を確実にに行えることにもつながるとしている。
Draper & Brodaty et al. (2002)	ナーシングホームの65歳以上の入居者610名	自傷行動とうつ、痴呆、機能的障害との関連を見た。	間接的自傷行動は対象者の61%、直接的自傷行動は14%であった。Harmful Behaviors Scale(HBS)の総得点は、有意にBehavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale(BEHAVE-AD)と関連していたが、Even Briefer Assessment Scale of Depression(EBAS-De)との関連は見られなかった。

2) 介入

(1) 全般的

著者名	対象	研究方法	結果
Hall GR, Buckwalter KC, & Stolley JM, et al. (1995)	なし	アルツハイマー型痴呆性高齢者の在宅ケアについての解説	痴呆の症状の理解やケアにかかるコストについて、ケア施設よりも在宅でかかるコストの方が安いと説明した上で、家族の介護者のストレスや過去に著者らによって開発されたPLSTモデルに関する説明がされている。高齢者が不安になったり、興奮したりするのは環境的因子や内因的因子によるものとされており、PLSTモデルは高齢者の環境を整えることによりその行動障害の因子となるものを減らすものであるが、本文献ではこのモデルを特に在宅や地域における介護者の個々のニーズに合わせるように変更したものを紹介している。内容としては痴呆の症状別に高齢者の短期目標とそれに対する標準的ケアプランと徘徊の種類の応じ対応の仕方について紹介されている。行動障害は介護者の負担の原因となるために家族による痴呆性高齢者へのケアを困難にしているため、行動障害への対応についてこのような介護者への教育指導を行うことで簡単にすることができると述べられている。
Fobes DA (1998)	アルツハイマー型痴呆性高齢者の行動障害に対する看護介入に関する45の文献	文献レビュー	研究の妥当性を評価した結果、妥当性が高い論文が1編、中程度が6編、低いものが20編、妥当性に乏しいもの18編は分析から削除された。歩行、ペット療法、身体機能訓練、音楽などは、アルツハイマー型痴呆の攻撃的行動などの緩和、社会性の改善に効果があった。
Boyd (2001)	アルツハイマー型痴呆性高齢者のケアと治療に関する文献	文献レビュー	認知機能障害、行動・心理の障害、介護者の視点で情報収集し、音、空間などの物理的環境への配慮、活動のバランス、日常生活のニーズの把握、自尊心へのサポート、ストレス管理(PLSTモデル)が重要としている。
Doody RS, Stevens JC & Beck C, et al. (2001)	痴呆に対する薬物、非薬物療法に関する文献	痴呆のマネージメントにおいて重要なことは何かを調査し、文献レビューに基づいた治療の提案をすることを目的としたシステムティックレビュー	家族への教育的介入は介入しない群と比較して、高齢者や介護者の状況を改善することができるのかという投げかけに対して、痴呆性高齢者の施設入所を遅らせたり、介護者の満足度を向上させるためにも教育的プログラムを通して家族の痴呆に関する知識や管理能力を高めることは必要であると述べている。短期間の教育プログラムは家族に好まれ、家族の疾患についての知識が増えるほか、家族の大きな自信にもつながっていると述べている。また、長期間にわたる家族へのトレーニングによって高齢者の長期療養型施設への入所を遅らせることの可能性を述べている。さらに、行動障害を悪化させることなく不必要な精神薬の使用を避けることや、定期的な排泄助助、尿失禁への対策など長期療養型施設スタッフにも教育が必要であると述べている。教育的介入にあたっての提案として、痴呆の状況に合わせた対応や、ケア技術の実践などによって高齢者の機能的自立を向上させることができる。教育以外の非薬物的療法は薬物的療法を行っている群と比較して、高齢者や介護者の状況を改善することができるのかという投げかけに対しては、行動を変える、定期的な排泄、迅速に排泄することにより尿失禁を改善することができると述べている。

(2) 具体的

著者名	対象	研究方法	結果
Snyder M, Egan EC, & Burns KR (1995)	31床アルツハイマー病介護病棟(米国)。興奮行動が最も多く出現している18名(内、1名は介入途中で転院)。男性5名、女性12名、平均年齢77.7歳。	セラピューティックタッチの効果。3人ずつ6つのグループ作り、1グループずつ計45日間データ収集。45日とは、介入(マッサージとセラピューティックタッチ)をそれぞれ10日ずつと比較対照群として共生(何もせず側にいるだけ)を5日間実施。仮説1.ハンドマッサージとセラピューティックタッチを行うとリラクゼーションがすすみ不安行動は減る。仮説2.介入後は興奮行動が減る。仮説3.リラクゼーションは、共生よりもハンドマッサージやセラピューティックタッチの方が高まる。	介入前のリラクゼーション、脈拍、不安行動には有意差はないが、介入前後での変化量には有意差が認められた。マッサージとセラピューティックタッチではリラクゼーションと脈拍に介入前後で有意差が見られたが、共生の前後では有意差はなかった(仮説1.検証)。興奮行動には有意な変化はなく、仮説2.は棄却された。ハンドマッサージとセラピューティックタッチではリラクゼーションレベルに有意な差を生じたが、共生では生じなかった(仮説3.検証)。
Rovner BW, Steele CD, & Shmueli Y (1996)	ナーシングホームの痴呆性高齢者81名	AGE(Activities, Guidelines for psychotropic medications, and Educational rounds) 痴呆ケアプログラムの効果を実験群と対照群に分けて比較した研究	AGE痴呆ケアプログラムは痴呆性高齢者にアクティビティ、精神薬についてのガイドライン、その他の教育指導を行なうものである。ケアプログラム実施6ヵ月後、行動障害がみられた高齢者は実験群よりも対照群に多く見られた。また、対照群が実験群よりも2倍の多量の薬物を使用しており、それがアクティビティの時間に影響を生じていたのに対して、実験群の多くがアクティビティに参加していた。またAGEプログラムにかかるコストを通常のナーシングホームケアと比較したところ、差がなかったと述べており、むしろ通常のケアより本プログラムは資源を必要とするため、コストがかかるとしている。このようにAGE痴呆プログラムは行動障害の発生、精神薬使用、身体拘束の軽減に役立つが、今後はこのケアプログラムがコスト削減や高齢者のQOL向上につながるようになる研究を行う必要があると述べている。
Takahiro Takada 他 (1998)	老人病院。81歳男性、80歳男性。(徘徊のある痴呆性高齢者)	(介護の物品開発) 32.5mmほどの小型装置を開発。患者が近づくと、装置からの電波で音楽がなり患者に合図したり、出口付近では自動的に施錠されるなどのシステムを開発。2名の患者に装着し、実験。	患者はブザー音がすると立ち止まったり、ゆったりした音楽がなるところでは少し待つことができた。好きな曲には反応を示すなど、音の違いに興味を示し反応した。が、反応には多少個人差があった。装着場所はポケットより、ズボンの裾が良いようであった。
Woods DL, Dimond M, & Heitkemper M et al. (2000)	特別介護病棟に入居しているアルツハイマー型痴呆性高齢者10名	興奮の頻度とセラピューティックタッチの効果を観察する	セラピューティックタッチの実施中あるいは実施直後に興奮行動の頻度の低下が見られ、また唾液や尿の副腎皮質ホルモンレベルの低下も認められた。
Futrell & Mellillo (2002)	文献	文献レビュー	痴呆性高齢者における徘徊行動に対処するための根拠に基づいた臨床プロトコルを概観するために、多くの文献を引用して、徘徊のアセスメントツールやそのポイントを解説し、ケアについては環境調整、技術と安全、身体的・心理的介入、介護者のサポートと教育の4つの視点で具体的な説明を行っている。

3.日常生活行動

1)食事

著者名	対象	研究方法	結果
Ort SV & Phillips L (1992)	長期療養型施設の痴呆ケアユニットにおける食事介助を要するアルツハイマー型痴呆の高齢者10名	高齢者の食事行動を増すための看護の効果、食事介助中の高齢者の行動、両者における相互作用を明らかにするために、高齢者の食事行動とケアスタッフの食事介助の様子をビデオ撮影し、その内容を分析した研究	高齢者の食事の環境として音、照明などが不適切な状況であった。高齢者個々における食事介助の場所、どの介助者がどの高齢者を介助するのかについてパターン化したものはみられなかったが、高齢者のそばで口をあけてもらうための関わりについては系統的な試みをしていない。高齢者が食物を吐き出したり、口を閉ざしたりするときなど、食事介助をいつ終了すればよいのか判断が難しい。食事の混ぜ方や混ぜる食物の種類や数について述べられている。食事前、中、後における食事介助者の高齢者への関わり方と高齢者の介助者への関わり方の傾向について述べられている。この予備的調査に基づいて食事介助のサイクル、食事に関するエピソード、食事介助の頻度の3つについて定義づけがされ、それらに基づいて機能的な食事行動を導き出すための介助者の行動と高齢者の行動、食事行動を支えるための介助者の行動と高齢者の行動、食事を終了することに関する介助者の行動と高齢者の行動の3つにカテゴリー化された。
山田律子、中島紀恵子、北川公子 (1997)	痴呆性高齢者一般	(文献検討) '89~'96の文献索引(Medline)から「食事摂取困難」概念を整理し評価ツールの研究動向を分析	feeding difficulty: 食物摂取過程の中でも、とりわけ摂食の過程に重点を置いたモノが多い。これをさらに包括するものとしてeating difficultyがあり、これには生理学的な嚥下困難が含まれる。アセスメントツール開発: 痴呆性高齢者と援助者との相互作用に焦点化したPhillips & Van Ort(1993)らのものと、痴呆性高齢者自身に焦点をあてたOsborn & Marshall(1993), Watson(1994)の二つの流れがある。
LeClerc C & Wells D (1998)	食事の行動障害に関する文献	文献レビューとツール開発	初めに、食事の行動障害について必要な能力が確認されているがこれらの能力の程度を評価するための尺度は見当たらなかった。神経学系の文献では失行症の診断に用いるテストがあった。看護系の文献では、アセスメントツールとして、高齢者が呈している行動全てをリストアップすること、その人の食事に影響を及ぼしている環境的要因を明確にすること、食事をしている間の他の施設利用者と食事介助者の行動についても記述するようにデザインされていた。しかし、これらのツールは痴呆特に、失行症の状況における行動を定めるには不適切であるため、著者が食事をするのに必要な道具を使用する能力と同時に物事を計画し、それを遂行し、複合された行動を継続する能力における失行症の影響を測定するためのツールをデザインした。看護の文献においては環境やケア提供者の行動がその人の食べる能力の喪失の原因である例が多数あり、看護においてはその人の持っている能力を高めるケアをすることが提案されている。さらに、その人が自分のもっている機能を活かしながら、毎日の生活行動が自分で営めるように支援していくことが大切であるとしている。
山田律子、磯田順子、中島紀恵子、他 (1999)	療養型病床群。アルツハイマー病と診断された摂食リズムの乱れがある老年者6名。女性、平均年齢82.7±5.7歳。痴呆度は簡易式老年知能の臨床的診断基準とFunctional Assessment Staging(FAST)で総合判断し、中等度、高度、最高度、各2名ずつ。	(患者評価ツール開発) 6名の対象者に作成したシートを用い、初回評価と介入評価(計画的介入に基づく乱れの評価)を行い、比較検討した。	1.摂食リズムの乱れと見なされるインターバル(食事を口に運び終えてから次の摂食動作までの時間)の出現回数は、環境に影響される高度痴呆患者以外には変化が見られなかった。2.介入により総摂食時間は有意に短縮され、インターバルの短縮が総時間の短縮につながる事が明らかとなった。3.自動摂食の割合は痴呆の重症化に伴い減少。他動的摂食により、摂食リズムの回復を促進することが重要である。
館山光子、石村敏子 (2000)	町立病院精神科。68歳女性。アルツハイマー病。長谷川スケール7点。失認、当惑障害、姿勢異常あり座位時には上半身が左に傾く。頭部CT上、脳萎縮、両側基底核と視床の微細高濃。両側大脳半球灰白質深部の慢性虚血性変化。	医療処置遂行のために抑制し食事の自力摂取が困難になった患者に、自力摂取を回復させるための個別看護介入を行った経過をふりかえり、分析。	①声かけ誘導→全介助の時期; 食事開始時は声かけで数口自力摂取するが後が続かず、その後はNsが全介助を実施。②散歩等も取り入れながら患者の手を取っての介助期; 介助は二人羽織の要領で、本人の手を取って摂食を介助。徐々に後半の自力摂取が持続する。③食器も持てるよう小分け茶碗を取り入れた時期; 小茶碗により、Nsは小茶碗によそうだけで、他は自力摂食可能となる。
工藤美香 (2001)	老人保健施設	痴呆性高齢者の食事介助に関する解説	食べたことを忘れる痴呆性高齢者には、労作に応じた必要カロリー数を計算し(基礎代謝量×1.1~1.6)、過剰にならないよう補食。食べ物で遊ぶ事例には、本人の好物などで食に興味を持たせる。

2)清潔

著者名	対象	研究方法	結果
Kovach & Meyer-Amold (1997)	文献	文献レビュー	入浴時における痴呆性高齢者33名の行動に関する研究の結果、介護者が患者を急がせたりするような業務中心の態度、浴室の温度や水温といった環境的要因が痴呆高齢者の興奮行動に関連していることが明らかになった。この結果をもとに、浴室の温度などの環境的要因、スタッフの対応について具体的方法が説明されている。

3)排泄

著者名	対象	研究方法	結果
Smith D & Newman DK (1991)	文献	アルツハイマー型痴呆を有する高齢者の尿失禁についての総説	尿失禁の原因の多くは感染、譫妄、運動制限、便秘、薬剤の使用、疾患などであり、このような急性の尿失禁は改善が可能であるが、これらの原因がない尿失禁は尿の貯留や排泄を行う膀胱の機能低下による慢性的なものである。慢性の尿失禁には切迫性、溢()性のものであると述べられている。また、アセスメント、フィジカル・イグザミネーション、教育指導や便秘予防、排泄行動、夜間の排泄に関するケア、痴呆が重度になった時の間欠的導尿とスキングケアについて述べられている。排泄に関する一日の記録用紙の例なども掲載されている。
板倉照英、青柳京子、山本佐代子、他(2002)	痴呆療養棟、63-87歳。男性4名、女性2名。尿意は全くないか訴えても間に合わない。	適切なオムツ使用に関する取り組み報告。勉強会の後、6人のモニターに尿量測定を実施。患者の快適性と安全性、夜間の安眠、4回交換の可能性、介護者の業務省力化、効率性、容易性、経済性を尿量などの観点から分析した。	勉強会により、オムツの重ね使用による歩行の危険や羞恥心、サイズ不釣り合いの違和感などが体験できた。実際の時間ごと(17:00-19:30-5:30-9:00-17:30)の尿量計測により、水分不足、夜間量の多いこと、個性性による必要な大きさの違い、などが明らかとなった。

4)生活動作

著者名	対象	研究方法	結果
北川公子、中島紀恵子、竹田恵子 (1997)	特別養護老人ホーム。入居者44名。男性11名、女性33名、平均年齢、78.9±8.61歳(初回時)。入所時痴呆の診断書では脳血管性痴呆7名、アルツハイマー8名。研究開始時は全員歩行可能。	(実態調査による転倒の要因分析) '92年8月～'95年7月の3年間、ケース記録から「転倒あり」を拾い、6ヶ月に4回以上転倒した頻発群(20名)、3回以下の散発群(16名)、転倒なし群(8名)を分けると共に、この間の痴呆の程度、日常生活動作、歩行状態を研究者が直接観察し、最終評価についてカイ二乗検定とt検定を行った。	転倒原因では「起居・移動動作の失敗」による転倒は頻発群60%、散発群18.8%で有意差あり。最終評価時点での生存者について、NMスケールとN-ADLを比較。頻発群は他の2群に比し特にNMスケールが有意に低値。散発群と転倒無し群には両スケールとも有意差があり、初回と最終の比較ではNMスケールよりN-ADLで顕著な低下が見られる。歩行状態では、頻発群の「上肢の振り消失」が66.7%と最も高い。
大橋美幸 (1999)	在宅痴呆性高齢者。男性6名、女性25名。境界域・軽症8名、中等度15名、重症8名(NMスケール)。	(現象理解研究) 介護者に痴呆性老人のADL上の問題と介護内容を聞き取り、生活関連動作と介護内容を、「食事」「排泄」「移動」「更衣」「整容・入浴」「その他」に分け、介護段階の出現順に分類した。	レベルは6段階、I:複雑な生活動作が難しくなる、II:生活関連動作が難しくなる、III:複雑な身の回り動作が難しくなる、IV:更衣・整容・入浴といった生活動作が難しくなる、V:排泄・移動を中心とした生活動作が難しくなる、VI:食事を中心とした身の回り動作が難しくなる、に分類された。
青木秋子 (2001)		痴呆性高齢者の身の回りのケア、活動援助の行い方などの解説	痴呆性高齢者は睡眠障害を起こしやすいので、①日中の生活を丁寧に送ること、②快眠をもたらすような1日のスケジュール、③覚醒を促すレクリエーション、④昼寝、⑤不眠時のかわり、⑥代替療法などの関わりが重要である。朝目覚めたら、更衣、洗顔などすることが重要であり、特に午前中、活動的なプログラム、日光浴などを行うことが望ましい。
Engelman KK, Mathews RM, & Altus DE (2002)	痴呆ケアユニットの高齢者	看護助手向けのワークショップの効果に関する調査	高齢者の能力の回復を目的としたケアの一つにSLP(system of least prompts)があり、これは高齢者の部屋への入室時の挨拶や自己紹介といった関わりなどから徐々に自立を促すための深い関わりへと段階を進めていくものである。今回のワークショップでは看護助手に対して入所者の自立を促すためのケアサービスについて、このSLPを取り入れた45分間のワークショップを実施した。看護助手は一般に、なるべく高齢者自身に更衣をしてもらうようにすることよりも、替えてしまうことが多いが、ワークショップの後には高齢者の更衣に関する自立度が上がったほか、関節可動域(ROM)も改善した。

5)日常生活の活性化

著者名	対象	研究方法	結果
Camberg L., Woods P, & Ooi WL et al. (1999)	ナースিংホームにおける中等度から重度の認知障害をもつ痴呆性高齢者54名	疑似刺激直面法(simulated presence)の有効性を興奮に関するスケール、高齢者の気分や関心など肯定的な影響を測定するためのスケール、気分を喪失する顔の表情の図、高齢者に日々、関わるスタッフの記録などを用いて評価し、「実験群、対照群、プラセボ群で比較した研究	研究の目的はアルツハイマー型痴呆または、それに関連した痴呆を有するナースিংホーム利用者の幸福を高めるための個別的なアプローチとしての疑似刺激直面法による関わりが効果的であることを評価することである。高齢者の人生の思い出について家族が作成したオーディオテープが継続して流れるように電話による会話の形式にしたものを高齢者に提供するというユニークな試みを行った。実験群は他の群と比較して表情の図、スタッフによる実験が及ぼした高齢者への肯定的な影響についての記録、高齢者の関心の度合いのいずれにおいても有意に高い結果となった。

Huusko T.M., Karppi P & Avikainen V et al. (2000)	自宅で自立して生活していたが、大腿股関節骨折で入院した痴呆性高齢者260名	教育指導、薬物療法、理学・作業・言語療法、高齢者の話を聴くなどのIGRの導入の効果を実験群と対照群に分けて比較した研究	IGR(高齢者のための集中的リハビリテーション)は高齢者へのアドバイス、トレーニング、薬物治療、理学療法、作業療法、職業療法、言語療法や高齢者の話をきくこと、入院中の生活における補助具の提供などで構成されている。MMSEスコアが正常の高齢者とそのスコアが重度の痴呆を表す高齢者間において実験群と対照群ではIGRによる介入や在院日数に差はなかった。軽度と中等度の痴呆性高齢者の場合、実験群において在院日数が短かく、自立した生活を3ヶ月間送った。しかし、1年間でみるとこれらの差に統計的な差はみられなかった。死亡率について両者における違いはなかった。したがって、軽度から中等度の痴呆のある高齢者は高齢者のための集中的リハビリを行うことにより在院日数を短縮でき、多く的高齢者が自立した生活に戻れると述べている。
砂田万里子、皆田香水理、松村鶴代 (2000)	総合病院(整形?) 外科病棟。病棟に入院、手術を施行した75歳以上で痴呆のある大腿骨頸部骨折患者、20名(全員女性)。	遊びリテーションの効果評価。遊びを実施していた時期の患者の内、無作為に抽出した10名(A群)と、実施していない時期の患者の内、無作為に抽出した10名(B群)について、入院時と退院時のNMスケール、N-ADLスケール結果を比較した。	NM; 実験群であるA群、入院時平均31.6→退院時平均26.0(有意差なし)。実施していないB群、入院時26.6→退院時20.7(有意差あり)。B群に有意に精神状態の低下あり。N-ADL; 実験群であるA群、入院時平均35.6→退院時平均24.5(有意差あり)。実施していないB群、入院時28.4→退院時20.0(有意差なし)。A群に有意に日常生活動作の低下あり。ただし個別に見ると、N-ADLがわずかに上昇する事例もあった。

6) ケア効果尺度

著者名	対象	研究方法	結果
山地佳代、竹崎久美子、塩塚優子、他3名 (2000)	痴呆性高齢者をケアしている看護職。老人保健施設痴呆専門棟62.2%、痴呆疾患治療養棟37.8%。正看42.2%、准看57.5%。専門棟でのケア歴は平均6.2年。	(ケア効果の評価ツール開発) 痴呆老人ケア歴3年以上の看護職へのインタビューから、ケア効果が評価できる痴呆性老人の変化について6カテゴリー72項目の質問紙を作成。それを全国の専門病棟スタッフに配布し、「ケア結果として観察される患者の変化か否か」について5段階評価してもらい、クラスター分析。	クラスターの結果、55項目で6群が集積した。①自立性の回復: 自分で時計をみて行動する、日課があるなど12項目。②情緒の安定: その場その場で安心感を持つ、安心した表情など11項目。③行動の安定: 帰ると云わない、興奮しないなど、11項目。④ケアの受入: 誘導に応じる、オムツをかえさせてくれる、の2項目。⑤自発性の発現: 自分で自分の座る席を決めるなど6項目。⑥対人関係・社会性の広がり: 一日の生活リズムができる、体力がつかなど13項目。

4. コミュニケーション、行動の意味

著者名	対象	研究方法	結果
太田喜久子 (1994)	老人専門病院の外來通院しているアルツハイマー型痴呆性高齢者と家族25組。女性21名、男性4名。NMスケール境界領域4名、軽症10名、中等度6名、重症5名。介護者(28名)の平均年齢60.7歳、女性20名、男性8名。老人との関係は配偶者11名、娘11名、娘5名、娘の夫1名。	(現象理解研究) 研究者が家庭訪問し、痴呆性患者と介護者が直接やりとりしている時にはできるだけ介入しないよう参加観察とインタビューを実施。その場面を録画・録音し、書き起こしたものをデータとして分析。	痴呆性高齢者と介護者の相互作用において中核となるのは、「確かさ」と「自己の保ち方」。痴呆性高齢者と介護者の相互作用には痴呆性高齢者の「確かさ」が大きく影響。介護者による痴呆性高齢者の「確かさ」へのこだわりにより、「穴探し」「穴掘り」「穴埋め」と呼べる小カテゴリーが存在。また「確かさ」が確かな場合には対等な相互作用が、「不確かさ」が確かな場合は、「保護」「摩擦」「融和」「抵抗」といった相互作用が行われていた。この相互作用により痴呆性高齢者は「自己の保ち方」が違っていた。「穴掘り」では「不確かさ」の中で痴呆性高齢者は自己を低め、「穴埋め」では「不確かさ」の中でも自己を低めずに保つことができていた。

天津栄子、中田まゆみ (1998)	老人保健施設	(現象理解研究) 痴呆性高齢者とケアスタッフの相互作用を観察し、両者の意図や反応から相互作用にずれを起しているとした54場面について質的帰納的に分析。	カテゴリー1: ずれでも相手に沿っている関わり。「手探り」「引いて待つ」「向き合う」。カテゴリー2: 相手に添えないずれへの関わり「讀まない」「離れる」。カテゴリー3: 相手に全く沿おうとしない関わり。「動かす」「押さえ込む」。これらのずれに関連する要素としては、痴呆のレベル、集団ケア、個別ケア、および、看護職・介護職の違いなどがあつた。
阿保順子 (1999)	公立単科精神病院 痴呆専門病棟に入院中の痴呆性高齢者18名。長谷川式スケール10点以上4名。10点未満ないし測定不能14名。脳血管痴呆1名、老人性痴呆14名。	(対象理解研究) 参加観察により気になる行動をとる人々を追跡、その過程で得られた行動の詳細を周囲状況とともに逐次記録。得られたデータを、①行動の自然・生物学的側面、技術的側面、表現的側面、②他者や自身との関わり、③他者と関係性の3つの観点から質的に分析した。	①触る: 他者、物、自分への接触がある。自分と他者、あるいは人物と物との境界が不鮮明で、それでもなお他者とのコミュニケーションに向かう際に表れる行動。②ゴミを拾う: 実体がないゴミ拾いは触る行動に類似。ゴミを拾うという技術的行動を通して自分がいま何をしたいかを他者に伝える。③床をこする。作業の意味や達成感の表現。④紙をいじる。仲間関係にある女性同士が行う。手伝う、世話するといったコミュニケーション。⑤歩く。仲間関係にある者同士の儀式的ほか、仕事、遊び、時間つぶし、散歩、内面の不安の行動化などがある。⑥のぞく。他者との関わりを成功させるコミュニケーション手段。⑦顔をたたく。親愛の情を抱く者に対する遊び。
Williams CL & Tappen RM (1999)	アルツハイマー型痴呆と診断されている高齢者42名	ペブロウの理論に基づいたAPNs(上級専門看護師)と高齢者の会話の内容の分析	中等度から重度の痴呆のある高齢者と療法的な関係を確立することの可能性を探るために、上級専門看護師(APNs)と高齢者の会話のやりとりをテープに録音し、それを書き起こしその内容をペブロウの理論に基づいて分析した。APNsは週3回、計16週間の訪問を行い、初回と8回目、最終回にテープ録音がされた。この関わりにより、重度の痴呆にもかかわらず、83%の高齢者がAPNsとの間に言語による感情の表現、言語によるAPNsと高齢者の相互関係についての満足感や楽しみの表現、言語によるAPNsへの信頼の表現、相互関係の継続を望む表現をし、両者における療法的な関係を形成し始めた。反対に療法的な関係を形成しなかった高齢者は話すことに重度の障害があるか、異常に長く話す高齢者か、全く話しができない高齢者であった。
Hendryx-Bedalov PM (2000)	コミュニケーションが困難な痴呆性高齢者	コミュニケーションが困難な痴呆性高齢者への理解とケアについての解説	既存の研究結果に基づいて、コミュニケーションが困難な状況にある高齢者への理解について述べられている。また、高齢者のコミュニケーションを促進する方法には高齢者の注意を引く、7イコタ外を維持する、ジェスチャー、絵、表情による表現をする、キーワードやフレーズを繰り返す、高齢者が話を理解する時間を与える、簡単に直接的な言葉を使うなどがあるとしている。これらを介護者への教育指導を通して実践していくことが高齢者ケア専門の看護師の役割であるとしている。
高山成子、水谷信子 (2000)	痴呆性疾患専門病棟に入院後2ヶ月以上経過している65歳以上のアルツハイマー型痴呆性高齢者、5名(男性3名、女性2名)。MMSE20点以下、N式老年者用精神状態尺度30点以下。	(対象理解研究) 日常生活の場面でケア提供者と交わされた会話を分析し、痴呆症と共に生きる中で彼らが経験している世界を抽出した。	痴呆性疾患専門病棟に入院後2ヶ月以上経過している65歳以上のアルツハイマー型痴呆性高齢者、5名(男性3名、女性2名)。MMSE20点以下、N式老年者用精神状態尺度で30点以下を中等度・重度とした。

高山成子、水谷信子 (2001)	痴呆性疾患専門病棟に入院後2ヶ月以上経過している65歳以上のアルツハイマー型痴呆性高齢者、5名(男性3名、女性2名)。MMSE20点以下、N式老年者用精神状態尺度で30点以下を中等度・重度とした。	(対象理解研究) 日常生活の場面で、ケア提供者との会話を分析。「人と人との関係において残された力」を抽出した。	「大笑いする」「繰り返し聞き返す」「気遣いをする」「大きな声はつきりした声などで口調を変えて主張する」「行動をリードする」の5カテゴリーからなる『他者に積極的に働きかける』から、「自己決定をする」「照れ笑いする」「言い訳や言い繕いする」の3カテゴリーからなる『他者からの刺激に気持ちや感情を表現する』中から抽出された。彼らに残された現実認識の力を示す中心概念は、彼らが『他者を認識し、他者と相互作用がある』であった。
諏訪さゆり、吉尾千世子、瀧断子、桑田英代子 (2001)	痴呆専門重度痴呆棟。他者や物との関わりが頻繁に見られる痴呆性高齢患者3名。86才女性、アルツハイマー型痴呆。86才女性、脳血管性痴呆。72才女性、アルツハイマー型痴呆。いずれもADL全般に介助を要する。	(対象理解研究) 観察者が午前11～午後3時の間、3名の言動、他者との関わりなどについて参加観察。ノートに記述した。3名の研究者でそれぞれの言動について意味を吟味しコード化、分類した。	「これまでにあった関わりを示す」、「居場所にいる」、「自己存在を表出する」、「思いやりを相互にやりとりする」、などの言動が認められた。前者3つは記憶障害や見当識障害により自己の継続性実感が難しくなっている痴呆性高齢者が、時間を経ても変わらぬ主体としての存在のあり様を自分なりに保っているという「痴呆性高齢者の時間性」を。また4つ目は自己よりも他者の気持ちや行動を配慮している言動、すなわち「痴呆性高齢者のケアリング」を表すと考えられた。
湯浅英千代、小野幸子、野口美和子 (2001)	様々な背景を持つ看護婦へのインタビュー。A-Ns(臨床経験なし);コミュニケーションが取れない患者、B-Ns(一般病棟経験);疎通性はあるが暴力行為あり、C-Ns(痴呆性高齢者には一部関わり経験);食事摂取に問題ある患者、D-Ns(痴呆棟で長く勤務);特定の事例提示なし	看護婦がどのように痴呆性患者への対処行動を見いだしているか、キャリアの異なる4名のNsに痴呆性高齢者と関わり、対処行動を見いだした経験と述べてもらって分析。	Ans;ケアを通して関わり持ち患者の反応を観察し自分なりに推察、理解していった。Bns;患者の暴力の意味を考え、理解。Cns;高齢者の機能的なアセスメントとあわせて、高齢者なりの思いや意欲を見いだした。Dns;問題行動は「問題」ではなく、その人の表現方法であり、その表現に意味があると考えていた。

5. 終末期

著者名	対象	研究方法	結果
Wilson, & Kovach et al. (1996)	なし	痴呆の終末期とホスピスを関連づけたケア体制を備えたプロジェクトを説明している。	長期ケア施設に痴呆終末期の入居者のためのホスピス病棟が開設され、そこでの介入の効力についての調査をもとに、快適さ、生活の質、尊厳、家族のサポート、スタッフへのサポートの5つの特徴を視点に、痴呆終末期ホスピスモデルを説明している。
Kovach & Weissman et al. (1999)	32の長期ケア施設に入居している104名の終末期にある痴呆性入居者	施設から選ばれた管理者にADDProtocolについての教育を行い、ADDProtocol使用前後での薬物、非薬物療法の使用、問題行動の頻度を見た。	ADD Protocolを使用する前後で、行動症状の数値が32.85から23.47へ減少し、統計的に有意さがあった。使用前に最も頻度が多かった行動は、緊張した身振り、寂しい表情、落ち着きのなさ、我慢している言動、怒りの言語的表現などであった。ADD Protocolの使用後、計画的な鎮静剤の使用と非薬物的な快適療法の使用が増えていることが統計的にも明らかになった。使用前後に最も使われた非薬物療法は、支持的な言語的コミュニケーション、タッチ身体運動、感覚的刺激などで、その中でも音楽療法、治療的マッサージが最も使われた。