

## 高齢者看護ケアガイドライン作成に向けた教育・研究活動成果報告書

### 本学会ホームページへの公開にあたって

2016・2017年度に本学会研究・教育活動推進委員会の活動として、高齢者看護ケアガイドライン作成にむけた取り組みをいたしました。亀井智子委員長はじめ委員や協力者の方々には、多大なご尽力をいただき感謝申し上げます。2年前の情報であります。活動成果として報告いたします。

この取り組みは、Minds（日本医療機能評価機構 EBM 普及推進事業）による診療ガイドライン作成方法を参照し、広く文献検索とレビューを行い検討したものです。そのため根拠とする文献は、研究デザインが RCT（ランダム化比較試験）のみに限定されています。RCT は介入に対する効果について、コントロール（非介入）群と介入群が比較されます。両群の比較は各研究者が設定した要因（効果指標）について、統計学的な推論に基づき示される点に留意してください。つまり、ここで示されている結論（推奨）は、ケアを実践する上では絶対的なものではないことを念頭においていただきたいと思います。

高齢者は身体の老化や疾病による影響を受け、時代の変化とともに長い人生を歩んできた人であるが故に一人ひとりの個別性が強く、多様性があることを特徴としています。高齢者に対する看護ケアについては、本報告書に示した先行研究の知見を参考にケアを選択しつつも、一人ひとりを観察し個別性に応じたアセスメントをして実施することが重要になります。推奨レベルが高いからといって、その高齢者にとっては適切なケアではないかもしれません。推奨レベルが低いものでも、試してみる価値がある介入かもしれません。RCT では実証しにくい卓越した看護実践や先進的な取り組みにも、価値ある介入があるはずで、本報告書の 47 ページには「利用にあたっての注意」が書かれておりますので、ご参照の上、ご活用ください。なお、47 ページに書かれている通り、本報告書の活用について本学会が責任を負うものではありません。

また、介入を決定するにあたり、日本における制度上の問題や高齢者の特性、各施設・部署のもつ課題に合致しているかなど、さまざまな点から検討する必要があることにも留意してください。

看護やリハビリテーションなど、ケアの実践に関わる領域の研究では RCT を行いづらく、日本では研究が乏しい現状があります。そのため、今回検証に用いられた RCT も、海外の文献がほとんどです。この報告書には、それぞれの CQ（クリニカルクエスチョン）について今後の課題が書かれておりますので、研究課題を探索する上でご活用いただければ幸いです。

2019年12月12日

一般社団法人日本老年看護学会

理事長 大塚真理子

本報告書の記載内容によって不測の事故等が起こった場合について、本学会はその責を負いかねますことをご了承ください。

## 高齢者看護ケアガイドライン作成に向けた 教育・研究活動成果報告書



2018 年 4 月 30 日

一般社団法人日本老年看護学会 研究・教育活動推進委員会

日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会 2016年度～2017年度  
教育・研究活動成果報告書発刊にあたって

一般社団法人日本老年看護学会  
研究・教育活動推進委員会  
委員長 亀井智子

本報告書は、2016年度から2年間にわたる日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会の教育・研究活動の経過、および活動成果をまとめたものである。

2016年度第1回理事会において、日本老年看護学会による高齢者看護ケアに関するガイドライン作成に向けた活動を当委員会が担うことが了承され、エビデンスに基づく高齢者看護ケアガイドライン(仮称)を作成するための活動を開始することになった。当委員会の目的は、高齢者看護に関する研究と教育の2つを推進することである。そのため、当期の活動内容は、①高齢者看護ケアガイドライン作成に関する会員等への教育の機会の提供、②研究的な取り組みによる高齢者看護ケアガイドライン作成に向けたシステマティックレビューの推進とエビデンスの確認、推奨の提案とした。

一般にガイドラインとは、質を担保し、国民、とりわけ高齢者とその家族に寄与するものとして科学的根拠に基づき、系統的な手法により作成された推奨を含む文書(日本医療評価機構,2014)を指す。当委員会では、看護のケアガイドラインの作成に質の担保は不可欠であると認識し、開発手法としては、日本医療機能評価機構 EBM 普及推進事業(以下; Minds)による診療ガイドライン作成方法を参照する方針とした。当期活動中に Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2017 へ改定があったため、途中から新版に切り替えて再度参照を行った。

具体的な活動内容としては、高齢者看護ケアガイドライン作成に関する考え方や方法等について、会員等への教育の機会を提供し、Minds に沿ったガイドライン作成に関するセミナーを3回主催した。

もう1つの活動の柱である、研究的な取り組みによる高齢者看護ケアガイドライン作成の作業の推進については、以下のように進めた(日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会活動報告,2017)。

2016年度第1回委員会において、作成する高齢者看護ケアガイドラインの方向性や内容の検討、近接する他学会から刊行されているガイドライン類の確認、ガイドライン作成作業全体の検討を行った。第2回から第5回の委員会、および2017年度第1回・第2回の委員会では、クリニカルクエスションの候補となる臨床的な高齢者看護のクエスションを挙げ、文献レビューを委員が少しずつ進め、報告しあった。各クリニカルクエスションはレビューを進める中で更新し、レビューが終了した段階で回答と解説を文章化し、確認していった。エビデンスの強さ、確実性の評価については理事会による投票を得て、それを受けて委員会で最終化を行った。

今後も引き続き、学会内の体制を整備して、看護の受け手である市民、および学会外部者を含む委員会等を組織して、市民目線での理解のしやすさ等の事項を検討することが必要である。

最後になったが、文献レビューと推奨の作成には膨大な資料の読み込みや、根拠を必要とする緻密な作業が必要であった。これらを共に2年間継続し、協働して頂いた委員会メンバーには心から御礼を申し上げたい。以上、研究・教育活動推進委員会の活動成果として本書をご一読いただければ幸いである。

引用文献

奥村晃子, 河合富士美, 清原康介, 小島原典子, 佐藤 康仁, 畠山洋輔, ... 吉田雅博 (2014). Minds 診療ガイドライン作成の手引き. 東京: 医学書院.

日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会 (2017). 日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会活動報告. 老年看護学, 22(1), 148-151.

参考サイト 公益財団法人日本医療機能評価機構(2017). <https://minds.jcqh.or.jp/>

## 序

### 資金源、および利益相反 (Conflict of Interest : COI)

一般社団法人日本老年看護学会の理事である本委員会委員長は、学会に対して COI 関係にある企業等の申告を行っている。委員長、およびいずれの委員にも本報告書作成にあたり開示すべき COI 関係にある企業等はない。

本報告書作成に必要な資金は一般社団法人日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会費用の負担で行った。委員会開催の経費や委員会出席のための交通費等の費用を負担した。原稿作成や会議参加等についての委員への報酬は支給しなかった。一般社団法人日本老年看護学会倫理綱領を遵守し、適切な COI マネジメントのもとに本報告書、および本ガイドラインを作成した。

### 著作権

本書の著作権の帰属は一般社団法人日本老年看護学会である。本書の無断転載・複製・印刷・販売・貸与は当学会が明確に承諾している場合を除きこれを認めない。

### 謝辞

本委員会主催のセミナー講師、および多大なご尽力をいただいた本委員会委員、協力者の方々に深謝申し上げます。

2018年4月

一般社団法人日本老年看護学会  
研究・教育活動推進委員会  
委員長 亀井智子

# 目次

報告書の発行にあたって	1
序	2
<b>第1章 高齢者看護ガイドライン作成に向けた教育活動報告</b>	<b>7</b>
1.1 第1回教育セミナー 高齢者ケアのためのガイドライン作成セミナー	7
1.2 第2回教育セミナー 〈講義〉 クリニカルクエスチョン作成について	19
〈演習〉 Review Manager の使い方	23
1.3 第3回教育セミナー 看護ケアガイドライン作成のための系統的レビュー手法を学ぼう	27
<b>第2章 エビデンスに基づく高齢者看護ケアの推奨作成に関する研究活動報告</b>	<b>43</b>
2.1 作成までの経過	43
2.2 研究・教育活動推進委員会スケジュールと活動内容	44
2.3 本高齢者看護ケア推奨集の目的とスコープ	46
2.4 クリニカルクエスチョン(CQ)	50
2.5 エビデンスの探索：システマティックレビューの方法	82
2.6 エビデンスの質の評価と統合の方法	83
2.7 エビデンスから推奨の作成	84
2.8 高齢者看護ケアの推奨の執筆	84
2.9 作成した CQ 別高齢者看護ケア推奨一覧	85
2.10 高齢者看護ケアの推奨集	89
2.11 今後の課題	144

## **第1章 高齢者看護ガイドライン作成に向けた教育活動報告**

## 第1章 高齢者看護ガイドライン作成に向けた教育活動報告

### 1.1 第1回教育セミナー 高齢者ケアのためのガイドライン作成セミナー

開催日：2016年8月6日

講師：八重 ゆかり氏(聖路加国際大学大学院)

概要：ガイドライン作成に向けた講義

診療ガイドライン作成の実際、クリニカルクエスションの設定とシステムティックレビューの概要等

具体的内容：講義スライドを参照

スライド非公開

## 1.2 第2回教育セミナー 〈講義〉 クリニカルクエスチョン作成について

開催日：2016年12月28日

講師：八重 ゆかり氏(聖路加国際大学大学院)

概要：ガイドライン作成の詳細についての講義

作成中のCQについて設定の表現方法やアウトカム項目についての具体的な助言

具体的内容：講義スライドを参照

スライド非公開



## 〈演習〉 Review Manager の使い方

開催日：2016年12月28日

講師：藤井 伽奈氏(聖路加国際大学)

概要：ソフトウェア(Review Manager)の使用方法についてパソコンを用いた演習

具体的内容：演習スライドを参照

スライド非公開

### 1.3 第3回教育セミナー 看護ケアガイドライン作成のための系統的レビュー手法を学ぼう

開催日：2017年8月9日

講師：大田えりか氏(聖路加国際大学大学院)

概要：システマティックレビューに焦点をあてた基礎的な講義と、後半では「PICO」の設定、「網羅的検索」と「RCTの批判的吟味」の具体的方法や、「メタ解析」では具体例を用いたレクチャー等

具体的内容：講義スライドを参照

スライド非公開

## 第2章 エビデンスに基づく高齢者看護ケアの 推奨作成に関する研究活動報告

## 第2章 エビデンスに基づく高齢者看護ケアの推奨作成に関する研究活動報告

### 2.1 作成までの経過

2016年度～2017年度の日本老年看護学会研究・教育活動推進委員会では、当期の研究・教育を推進する活動として、当学会によるエビデンスに基づく高齢者看護ケアガイドライン(仮称)を作成することを柱とした計画を立て、2016年度第1回理事会で了承を得てその活動を開始することになった。

当委員会の目的は、研究と教育の2つを推進することである。そこで当期の活動内容は、①高齢者看護ケアガイドライン作成に関する会員等への教育の機会の提供とその普及、②研究的な取り組みによるエビデンスに基づく高齢者看護ケアガイドライン作成に向けた臨床課題の精選とエビデンスの探索とその評価、推奨文の作成の2つとした。理事会には各進捗を報告し、その意見は委員会で共有した。最終化に当たっては、理事会による推奨の強さとエビデンスの確実性の投票を得て、その結果を集約した。

#### ◆ 本報告書作成組織

作成組織は、研究・教育活動推進委員会のメンバー11名(2017年度は10名)と、文献のレビュー等を行う協力者9名の計20名であった(表1)。作成上の役割として、委員会メンバーはスコープ・クリニカルクエスション(CQ)の作成、文献のレビュー、エビデンスの確認と評価、最終化等、一連の作業をすべて行った。作成協力者は主に文献精読、およびシステマティックレビューを行った。

表1. 本報告書 作成組織

(1) 本報告書 作成主体	学会・研究会名		一般社団法人 日本老年看護学会	
	関連・協力委員会		2016-2017年度研究・教育活動推進委員会	
(2) 本報告書 作成 グループ	役職	氏名	所属機関/専門分野	作成上の役割
	委員長	亀井 智子	聖路加国際大学大学院	スコープ・CQの作成、 文献検索・精読、 システマティックレビュー、 エビデンスの確認
	2017年度 副委員長	坂井 志麻	東京女子医科大学	
	2016年度 副委員長	松本 佐知子*	松戸ニッセイエデンの園	
		阿部 慈美	公益社団法人 兵庫県看護協会	
		菅原 峰子	共立女子大学	
		萩野 悦子	北海道医療大学	
		川上 千春	聖路加国際大学大学院	
		黒河内 仙奈	神奈川県立保健福祉大学	
		金盛 琢也	聖路加国際大学大学院	
		桑原 良子	聖路加国際大学大学院	
		目黒 斉実	聖路加国際大学大学院	
	事務局	目黒 斉実	聖路加国際大学大学院	
(3) 作成 協力者	役職	氏名	所属機関/専門分野	
		鈴木 みずえ	浜松医科大学	文献精読、 システマティックレビュー
		山田 律子	北海道医療大学	
		荒木 亜紀	共立女子大学	
		小川 将	東京都健康長寿医療センター研究所	
		猪飼 やす子	聖路加国際大学大学院 博士課程	
		河田 萌生	聖路加国際大学大学院 修士課程	
		藤村 芳子	聖路加国際大学大学院 修士課程	
		根岸 由依	聖路加国際大学大学院 修士課程	
	藤井 伽奈	聖路加国際病院		

\* 2016年度のみ

## 2.2 研究・教育活動推進委員会スケジュールと活動内容

本委員会は、2016年度に5回、2017年度に4回開催した。2年間の全経過は表2に示した。

### ◆ 教育活動

本学会が取り組むべきガイドラインの方向性は、看護ケアの質を担保し、国民、とりわけ高齢者とその家族に寄与する科学的根拠に基づき、系統的な手法により作成された推奨を含む文書(日本医療評価機構 Minds,2014)である。ケアガイドラインの質の担保は不可欠であるため、本委員会では、公益財団法人日本医療機能評価機構(以下; Minds)による診療ガイドライン作成方法を参照することとした。

高齢者看護ケアガイドライン作成に関する会員等への教育の機会の提供では、Minds に沿ったガイドライン作成に関するセミナーを3回主催した。

2016年度は、セミナー講師に八重ゆかり氏(聖路加国際大学大学院)を迎え、高齢者ケアガイドライン作成セミナーを2回開催した。第1回セミナーは59名(会員30名、非会員17名、本委員会委員および協力者12名)の参加があり、なぜガイドラインが必要なのか、その背景や、作成の手順と具体的方法等について講義を受けた。質疑の時間には、ガイドライン作成に学会としてどのように取り組むべきか、クリニカルクエスチョン(CQ)の設定方法等、具体的な質問への回答を頂いた。

第2回セミナーでは、本委員会メンバー、および理事等、直接的にガイドラインの作成・執筆に携わるメンバーを対象として、再度八重ゆかり氏を講師に迎え18名が参加して開催された。ここではガイドライン作成のより詳細な内容について講義を受け、各委員が作成中のCQについて設定の表現方法やアウトカム項目についての具体的・個別的な助言を頂き、集中的な学習の機会となった。また、委員会内の勉強会として、実際に各自パソコンを持ち込み、メタアナリシスのためのソフトウェア(Review Manager)を用いた演習も行った。

第3回(2017年度第1回)のセミナーでは、セミナー講師に大田えりか氏(聖路加国際大学大学院)を迎え、システムティックレビューに焦点をあて、48名(会員24名、非会員13名、本委員会委員、および協力者11名)の参加があった。ガイドラインを作成する過程で欠かせない作業となるシステムティックレビューについて、基礎的な講義に加え、後半では「PICO」の設定、「網羅的検索」と「RCTの批判的吟味」の具体的方法や、「メタアナリシス」では具体例を用いた講義もあり、ガイドラインの概要からシステムティックレビューの具体的な方法まで学ぶことのできる内容となった。

これら3回の各セミナーの詳細な内容は第1章に資料を全て掲載した。

尚、Minds のガイドライン作成マニュアルは現在2017年版が刊行されており、本委員会の発足当時はVer.1(2014.3.31)を参考にしてしたが、2年目は新マニュアルを参照しなおし2017年度版で対応した。

### ◆ 研究活動

研究的な取り組みによる、エビデンスに基づく高齢者看護ケアガイドライン作成に向けた作業の推進については、理事会との連動により以下のように行った。

2016年度は、ガイドラインの作成を進めるために、エビデンスに基づく高齢者看護ケアガイドライン作成に関する会員等への教育の機会とその普及、および研究的な取り組みによるエビデンスの探索と、ガイドラインの Scope や臨床課題の明確化を進めた。

第1回委員会を2016年6月に開催し、委員会の活動方針を決定し委員会内で確認した、近接する領域の他学会から刊行されているガイドライン類を読み、本委員会で作成するガイドラインの位置づけ、および方向性と内容を検討して、作成作業全体の作業計画を検討した。第2回委員会(2016年8月6日)では、

どのようなガイドラインが必要とされているかという点からスコープの内容を吟味し、想定される CQ を挙げて内容や表現方法等について意見交換を行った。第 3 回(2016 年 10 月 15 日)、第 4 回(2016 年 12 月 28 日)、第 5 回(2017 年 2 月 25 日)委員会では、スコープの確定とともに臨床重要課題から CQ を絞り、CQ を一覧表に整理しながら精選していく作業を進めた。この間、委員はそれぞれ担当の CQ についての文献レビューを少しずつ進め、委員会内で報告しあい、委員全員で内容を吟味する作業を繰り返し進めていった。

2017 年度第 1 回委員会(2017 年 5 月 20 日)では作業全体を再度見直し、レビューが進んでいる CQ を中心に進めることとし、約 20 の CQ を選択してエビデンスの確認作業を集中して進めることとした。第 2 回委員会(2017 年 8 月 9 日)、第 3 回委員会(2017 年 11 月 25 日)では、委員それぞれが担当の CQ の文献レビューを進め、委員会内で報告し、委員全員で内容を吟味した。第 4 回委員会(2018 年 3 月 10 日)で委員会内での推奨レベル案を確認した。

理事会には親委員会や市民の参加の必要性等を提案していった。また、各活動経過を報告し、理事会からの意見は本委員会ですの都度共有した。2018 年 4 月末に理事会に各 CQ の推奨の強さとエビデンスの確実性の評価について投票を得て、最終化を行った。

表 2. 委員会活動のスケジュールと活動内容

		2016年度					2017年度			
		第1回 2016.6.11	第2回 2016.8.6	第3回 2016.10.15	第4回 2016.12.28	第5回 2017.2.25	第1回 2017.5.20	第2回 2017.8.9	第3回 2017.11.25	第4回 2018.3.10
教育活動	教育セミナーの開催	第1回 ガイドライン 作成セミナー		第2回 ガイドライン 作成セミナー		第3回 ガイドライン 作成セミナー				
	ガイドラインの方向性や スコープの検討 作業計画の検討	→				→				
研究活動	スコープ、CQの提案、 CQ一覧表の作成	→								
	CQの精選と 内容の検討			→						
	文献レビュー			→						
	エビデンスの確認、 推奨文の作成					→				

## 2.3 本高齢者看護ケア推奨集の目的とスコープ

高齢者看護ケア推奨集の作成にあたって、スコープを定めることが必要である。スコープとは、診療ガイドラインの作成にあたり、診療ガイドラインが取り上げる疾患トピックの基本的特徴、診療ガイドラインがカバーする内容に関する事項、システムティックレビューに関する事項、推奨作成から最終化(finalization)、公開に関する事項等を明確にするために作成される文書であり、診療ガイドライン作成の企画書とも言える文書(Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017)である。

どのようなガイドラインにするべきかは委員会内で度々議論された。現場で求められているのはどのようなものかという議論の中で、健康高齢者の介護予防や地域連携、入所施設での高齢者ケア、認知症高齢者のケア等、病院内における看護だけでなく、高齢者の生活の場や健康課題が多様化している昨今の現状に合わせた幅の広いものであるべきだという意見が多かった。この方向性から、作成する高齢者看護ケアガイドラインのタイトルや目的、重要臨床課題等について Minds,2014 Ver.2 のフォーマット(【3-3 スコープ】)に沿ってまとめ、セミナー講師によるアドバイスを得て修正したうえで、下記のとおり高齢者看護ケア推奨集がカバーする内容に関する事項を確定した(2016年度第4回委員会にて承認)。

スコープは、①高齢者看護ケア推奨集がカバーする内容に関する事項、②システムティックレビューに関する事項、③推奨文の作成と最終化、公開までに関する事項の3部で構成されている。

### 2.3.1 タイトル

エビデンスに基づく高齢者看護ケア推奨集

### 2.3.2 目的

高齢者の介護予防、およびフレイル予防、認知症をもつ高齢者の増悪・進行予防、身体症候・障害をもつ高齢者の回復促進、および身体機能維持、エンドオブライフについて、本推奨集の重要臨床課題、およびスコープをおき、これらに関する非薬物療法である看護ケアを取り上げる。看護ケアを提供する具体的な場としては、地域・在宅(自宅)、入所施設、医療機関等である。これらの看護提供機関で行う高齢者への看護ケアによる、以下のアウトカムを改善することを目的とする。

- フレイル予防
- 食事摂取の促進
- ドライスキン予防
- 低栄養予防
- 尿失禁予防
- 下剤の定期的使用
- 転倒予防
- BPSD の改善
- 尿路感染予防
- 褥瘡予防
- せん妄予防
- パーソン・センタード・ケア
- ユマニチュード
- 認知症初期集中支援チーム
- 認知症ケアパス
- 福祉機器の利用

- 徘徊に対する非薬物療法
- 心理支援
- 意思決定支援
- 虐待の早期発見
- 施設内アクティビティ・病棟デイケア
- 認知症教育を受けた看護師の導入
- せん妄対策チーム
- チーム医療
- 身体拘束の悪影響
- 入院による機能低下予防のリハビリ
- 入院合併症・安静臥床・生活機能低下
- 退院支援と地域連携パス
- 終末期家族支援
- アドバンスケアプランニング
- エンドオブライフケア
- 認知症家族支援

### 2.3.3 トピック

地域・在宅(自宅)、入所施設、医療機関入院中の高齢者への看護ケア

### 2.3.4 本推奨集の利用者、および利用施設

地域包括ケアシステムとして、高齢者への看護ケアを提供する下記の機関の看護職等。

- 在宅ケア関連機関(訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、医療機関の訪問看護)
- 地域包括支援センター
- 保健所・保健センター
- デイサービス・デイケア
- ケアハウス
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- 認知症対応型グループホーム
- 介護老人保健施設
- 介護特別養護老人ホーム
- 一般病院(特定機能病院・急性期病院等を含む)・診療所
- 療養型病床
- 地域包括支援病棟
- 回復期リハビリテーション病院・病棟
- 認知症専門病院・病棟
- 精神科病院・病棟の認知症ケアユニット 他

### 2.3.5 利用にあたっての注意

本報告書は、高齢者看護ケアのためのガイドライン作成に向けた推奨集として、エビデンス関連のレビューと推奨を提供するものである。提示されている看護ケアの推奨には必ず従うことを強要しているの



ではなく、看護ケアの利用者や家族の価値観、希望や好み、費用負担、現場の人的・物的リソースを踏まえ、個別の高齢者の状況に合わせて、尊厳を重視した最良の看護ケアを選択することが重要である。また、各機関で標準的に日常行われるべき看護ケアを行わずに本推奨の看護ケアを行うことは全く想定していない。

本高齢者看護ケア推奨集は、これに沿って看護ケアを提供することによって、利用者のアウトカムが改善することを保証するものではない。本高齢者看護ケア推奨集を参考にした看護ケアの提供によって生じた高齢者や家族の反応、結果に対して本委員会は一切の責任を負うものではない。また、本高齢者看護ケア推奨集は、医療・介護裁判の証拠として利用することは想定していないため、本高齢者看護ケア推奨集の通りに看護ケアが行われなかったという理由で過失や責任を問われることは適切ではない。本委員会は、本高齢者看護ケア推奨集を裁判や訴訟等の証拠として利用することを認めない。

### 2.3.6 重要臨床課題

#### (1) 重要臨床課題 1

【高齢者の介護予防、およびフレイルの予防、並びに認知症をもつ高齢者の増悪・進行予防のための看護ケア】

高齢者の健康寿命の延伸や虚弱化を防ぐ予防的看護支援は、健康増進・介護予防の観点から重要である。また高齢者人口の約70%は認知症でなく、MCIでもないと考えられ、これらの高齢者への予防的看護による生活の質の向上は、高齢者の社会参加の点からも重要といえる。

フレイルには、高齢者の移動能力、筋力、バランス、運動処理能力、認知機能、栄養状態、持久力、日常生活の活動性、疲労感等広範な要素が含まれているが、フレイルは可逆的で改善が可能であり、機能低下の予防を意図した看護ケアによってこれらを向上させることが必要である。こうした高齢者のフレイルを評価して適切な介入を進めていく看護ケアの取り組みは不可欠であり、日本老年医学会とも通じる見解である。また、認知症をもつ高齢者の半数以上は在宅で生活しており、認知症と診断された後にも増悪と進行を予防する看護ケアは重要となる。

常に様々な機能低下のリスクをもつ高齢者にとって、予防的看護は地域・在宅だけでなく、入所施設や医療機関においても提供されるべき重要なケアである。

1) 厚生労働省(2014). 認知症施策の現状について (社保審－介護給付費分科会 第115回 参考資料1). Retrieved from [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf)  
平成24年認知症高齢者数推計値(認知症有病者数462万人、MCI有病者数400万人、65歳以上高齢者人口3,079万人)より算出

#### (2) 重要臨床課題 2

【高齢者の身体症候・障害の回復、および身体機能維持のための看護ケア】

高齢者は様々な身体症候・障害を持ちやすく、常に疾患のリスク状態にあるため、治療の場においての健康の回復と心身の機能維持のための看護ケアが大変重要である。

各疾患と治療やケアについては、各疾患の診療ガイドラインを参照する必要がある。

現在、身体症候・障害をもつ高齢者、および疾患をもつ高齢者は、医療機関や入所施設だけでなく、地域包括ケアシステムに支えられながら、多くが住みなれた地域や自宅で生活している。高齢者の生活の場所を考慮し、また、移動も考慮してそれぞれの看護提供の場の理念や目的に合わせた、本人を中心とした看護ケアを考えていくことが必要である。

##### ・地域・在宅(自宅)

健康な高齢者、また、フレイルに加え慢性疾患や認知症をもちながら在宅生活を送る高齢者が増加しており、これらの高齢者に対する増悪予防や生活の質の向上を図る看護の提供が重要である。特に認知症高齢者の在宅介護では、家族・介護者へのケアも重要であり、家族も看護の対象とすることが

必要である。

・入所施設

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、およびグループホーム等、介護施設に入所した高齢者へのケアは、主として介護保険サービスとして提供される。これらの施設は高齢者にとっての生活の場であり、治療や医療的介入は少ない。しかし多くの高齢者が慢性疾患、および認知機能の低下等の健康課題を抱えているため、身体症候の改善や身体機能と認知機能の維持による生活の質を向上することが重要である。そのため、各々の施設の理念や特性等に応じて、最適な看護ケアを行うことが必要である。

・医療施設

身体症候・障害や疾患の治療目的等で医療機関に入院した高齢者にとって、入院生活への適応は困難である場合もあり、入院そのものがせん妄発症や過度な安静による身体機能の低下、廃用症候群の発症、認知症をもつ高齢者の行動・心理症状をきたす要因となり得る。これらの予防のため、入院した高齢者には特別な配慮をもった看護ケアを行うことが必要である。さらに入院時からの退院支援、地域連携を図ることが大切である。

### (3) 重要臨床課題 3

#### 【エンドオブライフと看護ケア】

高齢者の終末期の予後の予測は困難であり、いつからエンドオブライフ期、または看取り期であるのかの正確な判断は行うことができない場合がある。そのため、特に後期高齢者は人生のエンドオブライフステージにあることを常に念頭におくことが必要である。そのため、苦痛の緩和や症状の管理等の緩和ケアや、看取りを念頭に置いたアドバンスケアプランニング等、本人の意思や希望を取り入れた尊厳を重視した看護ケアを行うことが必要である。

#### 2.3.7 高齢者看護ケアガイドラインがカバーする範囲

- 一般高齢者(在宅)
- 健康増進が必要な高齢者
- 介護予防が必要な高齢者
- 虚弱高齢者
- 要支援高齢者
- 要介護高齢者
- 認知機能低下者
- 認知症高齢者
- エンドオブライフ期の高齢者
- 看取り期にある高齢者
- 家族と介護者
- 施設入所中の高齢者
- 身体疾患等により入院した高齢者

#### 2.3.8 クリニカルクエスチョン(Clinical Question; CQ) リスト

各委員からクリニカルクエスチョン(CQ)を募り、最初の段階で 134 の案が挙げられた。それらの内容を吟味したうえで精選し、59 の CQ に絞りそれぞれの構成要素を設定した(表 3)。

本報告書では、このうち 17 の CQ のエビデンスをまとめ高齢者看護ケアの推奨を掲載している。

## 2.4 クリニカルクエスチョン(CQ)

スコープを検討する中で、高齢者看護ケアのガイドラインを作成するにあたり重要な点として、2点が挙げられた。一つは、高齢者の健康課題は一次予防(健康増進)から三次予防、エンドオブライフケアまで一連ではあるが多様な段階があること。もう一つは、高齢者の生活の場が在宅、施設、病院と様々に移行することがあるため、生活の場、つまり看護を提供する場も多様化しているが、多くの場で活用できるものが必要であるという点である。これらのことをふまえ本報告書では、高齢者の健康課題と生活の場の多様性を基軸としてすべての場が網羅されるようにした。

このように多様で、幅の広い現場での看護ケアの推奨集であるため、各クリニカルクエスチョン(CQ)がどこの場でどのような人を対象にしているものなのか位置づけを明確にするため、高齢者の健康レベル/課題と看護を提供する場をそれぞれ軸にして CQ を配置し、一覧表(委員会内では「CQ マトリックス表」と呼称)に整理した(表 3)。

高齢者の健康レベルを縦軸(ABC)として A.介護予防と看護ケア、B.身体症候・障害と看護ケア、C.エンドオブライフと看護ケアにわけ、看護を提供する場は横軸(XYZ)として、X.地域・在宅、Y.入所施設、Z.医療施設に便宜的にわけた。これにより、XA には地域・在宅高齢者への介護予防と看護ケア、YB には入所施設における身体症候・障害と看護ケア、ZC には医療施設への入院高齢者へのエンドオブライフケアと看護ケアのように表すことで、CQ の対象者と健康課題を一目で把握できるようにした。しかし CQ の中には、看護を提供する場を限定しないものも多くあり、それらは横軸(XYZ)を複数に横断させて、例えば入所中、または入院中の高齢者を対象にしたケアは YZ、いずれの場においても重要となるエンドオブライフケアは XYZ のように表した。

また、先行のシステマティックレビュー、およびメタアナリシスでは、高齢者の認知機能について明確に示されていないものがあり、CQ の設定においても、認知症と診断を受けている者、診断は受けていないが認知機能の低下が認められる者、認知症ではない者を、明確に区別できるものと、区別は困難なものがあることがわかった。明確に非認知症高齢者を対象としたエビデンスが報告されているものについては、その点を区分けして CQ マトリックス表に整理した。

### ◆ クリニカルクエスチョンの設定

クリニカルクエスチョン(CQ)とは、「スコープで取り上げることが決まった重要臨床課題(Key Clinical Issues)に基づいて、診療ガイドラインで答えるべき疑問の構成要素を抽出し、一つの疑問文で表現したもの(Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017)」である。CQ の設定はシステマティックレビューにも影響する大変重要な作業であり、委員会では各 CQ について繰り返し吟味し検討を重ねた。

CQ は Minds,2014 Ver.2 のフォーマット(【3-4 クリニカルクエスチョンの設定】)に沿ってまとめた。フォーマット上、最初の項目は「スコープで取り上げた重要臨床課題(Key Clinical Issue)」であるが、より具体的な内容として「クリニカルクエスチョン(CQ)の背景」とした。これは本委員会で作成するガイドラインは、一つの重要臨床課題から複数の CQ を立てているので、重要臨床課題は同じものが多くなる。そのため、CQ 個々の個別的な内容を記載する項目として、「クリニカルクエスチョン(CQ)の背景」に変更したものである。その他 CQ の構成要素としては、対象者(P : Patients, Problem, Population)、介入内容(I : Interventions / C : Comparisons, Controls)と、アウトカム(O : Outcomes)、略して PICO の形で定式化した。アウトカムは複数挙げて益だけでなく害となるものも設定し、これらの構成要素を一文に表したものが CQ となっている。これらに対するアウトカムの設定は益と害の両者から検討することが大切であるため、両視点からアウトカムを検討し、セミナー講師からの助言も参考にしていた。

表 3. 高齢者看護ケアガイドライン CQ 一覧表

	X: 地域・在宅高齢者のケア				Y: 入所施設における高齢者ケア				Z: 医療施設における高齢者ケア							
	CQ番号	出典	高齢者の属性	看護の提供	CQ(クリニカルエーション)	CQ番号	出典	高齢者の属性	看護の提供	CQ(クリニカルエーション)	CQ番号	出典	高齢者の属性	看護の提供	CQ(クリニカルエーション)	
A 介護予防と看護ケア	A1		N	X	女性高齢者に対する骨盤底筋群体操は尿失禁発症率の改善等に有効か？											
	A2		N	X	地域在住高齢者に対する定期的な運動療法は、ADLの改善等に有効か？											
	A3		N	X	高齢者に対する口腔ケア保健指導は肺炎発症の予防等に有効か？											
	A4	Co	N	X	高齢者に対する多角的介入プログラムは転倒発症予防等に有効か？											
	A5		N	X	高齢者に対するアクティビティケアは認知機能低下の予防等に有効か？											
	A6	Co	N	X	視覚障害のある高齢者に対する環境的行動的介入は身体活動制限の改善等に有効か？											
	A7	Or	D	X	認知症高齢者に対する運転中止基準の適応は事故発症率の減少等に有効か？											
	A8		D	X	軽度～中等度認知症高齢者とその家族・介護者に対する心理社会的介入は社会的コストの改善等に有効か？											
	A9	Co	D	X	軽度認知障害、または認知症高齢者に対するコンピューター認知トレーニングは認知機能の改善等に有効か？											
	A10		D	X	認知症高齢者に対するスマートホームテクノロジーはQOLの改善等に有効か？											
	A11	Or	D	X	認知症高齢者に対する非直接的食事支援は体重、またはBMIの改善等に有効か？											
	A12		N	XY	在宅、および施設入所高齢者に対する経口補水療法は脱水の予防に有効か？											
	A13	Co	D	XY	認知症高齢者に対する長期投与抗精神病薬の中止は精神症状の改善等に有効か？											
	A14		N	XYZ	慢性便秘をもつ高齢者に対する経口下剤の調整は排便周期の改善等に有効か？											
	A15		N	XYZ	高齢者に対する石鹸泡洗浄と保湿剤塗布はドライスキン予防に有効か？											
	A16		N	XYZ	尿失禁がある高齢者に対する排尿の時間誘導は尿失禁回数の改善等に有効か？											
	A17	Co	N	XYZ	高齢者に対する栄養療法は死亡率の改善等に有効か？											
B 身体症状・障害と看護ケア	B1	J	N	X	心疾患または慢性閉塞性肺疾患をもつ高齢者に対する遠隔看護、電話サポートは急性増悪発生割合の低下等に有効か？						B25	N	Z	入院中の高齢者に対する術後疼痛緩和への非薬物的介入は疼痛緩和等に有効か？		
	B2		N	X	在宅高齢者の虐待予防と発生数の減少にどのようなプログラムが有効か？							B26	N	Z	入院中の高齢者に対するクリニカルバスによる離床の促進は筋力低下の予防等に有効か？	
	B3	Co	D	X	徘徊のある認知症高齢者に対する非薬物療法は徘徊の減少等に有効か？							B27	Co	N	Z	入院中の高齢者に対する運動療法は運動機能評価の改善等に有効か？
	B4		D	X	在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する教育プログラムは介護負担感の軽減等に有効か？							B28	J	N	Z	入院中の高齢者に対するせん妄予防の多面的介入はせん妄発症率の改善等に有効か？
	B5	Co	D	X	家族・介護者に対するケースマネジメントは在宅認知症高齢者の施設入所率の改善等に有効か？							B29		N	Z	入院中の高齢者に対するHELPを用いた介入はせん妄発症率の改善等に有効か？
	B6	Co	D	X	在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する認知行動療法は介護負担感の軽減等に有効か？							B30		N	Z	入院中の高齢者に対する身体拘束判断基準の使用は身体拘束実施率の改善等に有効か？
	B7	Co	D	XY	家族・介護者に対するレスパイトケアは在宅認知症高齢者の施設入所率の改善等に有効か？							B31		N	Z	入院中の高齢者に対する専門職者との討議によるアドバンスケアプランニングは自己決定の促進等に有効か？
	B8	Co	D	XY	認知症高齢者に対する認知刺激療法は認知機能の改善等に有効か？							B32	Co	N	Z	入院中の高齢者に対するPEGとNGTはどちらが栄養状態の改善等に有効か？
	B9	Co	D	XY	認知症高齢者に対する光刺激療法は睡眠障害の改善等に有効か？							B33	Co	N	Z	入院中の高齢者への個別退院支援計画介入は入院日数の短縮等に有効か？
						B10	Co	D	Y	施設入所認知症高齢者に対する心理社会的介入は抗精神病薬の減量等に有効か？			B34	D	Z	入院中の認知症高齢者に対する老年専門チームによる医療の提供は在院日数減少・せん妄発症率の改善等に有効か？
						B11	Co	D	Y	認知症を含む施設入所高齢者に対する非薬物的せん妄予防介入はせん妄発症率の改善等に有効か？			B35	D	Z	入院中の認知症高齢者に対する認知症ケアの実施は入院日数の短縮等に有効か？
						B12	Co	D	Y	認知症を含む施設入所高齢者に対するスタッフ教育等の介入は身体拘束の回避・削減等に有効か？			B36	D	Z	入院中の認知症高齢者に対する病棟ケアの実施は入院日数の短縮等に有効か？
						B13	Co	D	Y	施設入所認知症高齢者に対するスペシャルケアユニットは行動・心理症状の改善等に有効か？						
						B14		D	Y	施設入所認知症高齢者に対する物理的・空間的環境調整介入は行動・心理症状の改善等に有効か？						
						B15	Co	D	Y	施設入所認知症高齢者に対するパーソナル・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM)を用いたケア実践は、認知症者の行動・心理症状の改善等に有効か？						
						B16		N	YZ	寝たきり高齢者に対する体位交換に加えたドレッシング材の貼付は新たな褥瘡発症予防等に有効か？						
						B17	Or	N	YZ	膀胱カテーテル留置中高齢者に対するカテーテル抜去は尿路感染発症率の改善等に有効か？						
						B18	Co	U	Z	認知症を含む高齢者に対する身体拘束は転倒転落事故の減少等に有効か？						
						B19	Co	D	YZ	認知症高齢者に対するアロマセラピーはアジテーション(焦燥、不穏、興奮等)の改善等に有効か？						
						B20		D	YZ	認知症高齢者に対する音楽に基づく治療的介入は抑うつ等の改善等に有効か？						
						B21		D	YZ	認知症高齢者に対するユマニティードを用いたケアは中核症状の改善等に有効か？						
						B22	Or	D	YZ	重度認知症高齢者に対する肺炎の抗菌治療は生存期間の延長等に有効か？						
						B23	Co	D	YZ	重度認知症高齢者に対する経管栄養は死亡率の改善等に有効か？						
						B24		D	YZ	施設または病院への認知症ケア教育を受けた看護師の導入は入所・入院認知症高齢者のQOLの向上に有効か？						
	B37	Co	D	XYZ	認知症高齢者に対する運動療法はADLの改善等に有効か？											
	B38		U	XYZ	高齢者のポリファーマシーに関する適切な介入は何か？											
C エンドオブライフと看護ケア	C1	J	D	XY	重度認知症高齢者と家族・介護者に対する緩和ケアアプローチは疼痛の緩和等に有効か？											
						C2	Co	N	Y	施設入所高齢者に対する緩和ケアはQOLの改善等に有効か？						
	C3		N	XYZ	終末期高齢者に対するアドバンスケアプランニングの導入は、高齢者と家族のQOLの改善等に有効か？											
	C4	Co	N	XYZ	終末期高齢者と家族介護者に対するエンドオブライフケアパスウェイによるケアは身体症状の緩和等に有効か？											

- 出典: すでにレビューがあるもの出典元を表す  
C(The Cochrane Library), J(The Joanna Briggs Institute data-base), Or(Others CとJ以外の論文等), 空欄: システマティックレビュー実施予定
- 高齢者の属性: レビューの対象とした高齢者の属性を表す  
N(Non-dementia 非認知症の高齢者全般), D(Dementia 認知症高齢者), U(Unknown 認知症含むか否か不明確 認知症に集約)
- 看護提供の場  
X: 地域・在宅, Y: 入所施設, Z: 医療施設

その他、CQにはならないが必要と考えられる項目例
<ul style="list-style-type: none"> <li>入院合併症はどのようなのか</li> <li>アセスメントツールの解説</li> <li>せん妄アセスメントツール</li> <li>ADL尺度等</li> <li>AHプロトコル</li> <li>疼痛アセスメントツール</li> <li>認知症のタイプ、症状と対応方法</li> <li>認知症診断後の家族の支援ニーズ</li> </ul>

◆ クリニカルクエスチョン(CQ)リスト

1. 重要臨床課題 1

**高齢者の介護予防、およびフレイルの予防、並びに認知症をもつ高齢者の増悪・進行予防のための看護ケア**

重要臨床課題 1 からは 17 項目の CQ が挙げられた。これらの CQ は、表 3 の「A 介護予防と看護ケア」に該当する。以下に CQ : A 項目の各設定内容を示す。

**CQ:A1**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
女性高齢者の尿失禁は、閉じこもりや抑うつに関連しているとの報告があり、尿失禁予防・改善に向けた骨盤底筋群体操の取り組みは重要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	女性			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 骨盤底筋群体操の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	尿失禁発生率の改善	益	9点	
O2	QOL(SF-8)の改善	益	9点	
O3	尿路感染発生	害	7点	
O4	身体機能(握力、バランス、歩行速度)の改善	益	4点	
作成したCQ				
<b>女性高齢者に対する骨盤底筋群体操は尿失禁発生率の改善等に有効か？</b>				

**CQ:A2**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
加齢性変化により高齢者には様々な機能低下が生じやすい。身体的機能の低下も加齢性変化の一つであり、歩行速度が身体機能の評価として注目されている。日常生活行動や介護を要する状態の予防に向けた運動療法の有効性が注目されている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者・虚弱高齢者・認知症と診断されている人			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 定期的な運動療法(エクササイズ)の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	ADLの改善	益	9点	○
O2	認知機能の改善	益	9点	○
O3	QOLの改善	益	9点	○
O4	うつ状態の改善	益	8点	○
O5	転倒発生	害	7点	○
O6	生活機能評価(厚労省基本チェックリスト)の改善	益	4点	×
作成したCQ				
<b>地域在住高齢者に対する定期的な運動療法は、ADLの改善等に有効か？</b>				

## CQ:A3

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者の口腔機能の低下が低栄養やフレイルに関連していることが報告されている。介護予防に向けて、高齢者の口腔機能の維持・向上は重要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 口腔ケアに関する保健指導 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	肺炎発症の予防	益	9点	
O2	口腔機能の改善	益	9点	
O3	QOL(SF-8)の改善	益	9点	
O4	口腔内トラブル(歯列・皮膚等)の発生	害	7点	
O5	BMIの改善	益	6点	
O6	ADL(バーセルインデックス)の改善	益	4点	
作成したCQ				
高齢者に対する口腔ケア保健指導は肺炎発症の予防等に有効か？				

## CQ:A4

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者の1年間の転倒発生割合は20~30%といわれ、けがや転倒恐怖感を生じやすい。転倒者のうち約10%に骨折が生じるなど、高齢者の転倒では、寝たきりや閉じこもりの引き金になりやすく、生活の質の低下につながりやすい。そのため、転倒予防の取り組みが必要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 地域在住高齢者への転倒、および転倒関連のけが予防のための多角的介入プログラム(運動、太極拳、多角的アセスメント、自宅の安全対策) C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	転倒発生の予防	益	9点	
O2	転倒に関連したけがの発生の予防	益	9点	
O3	転倒に関連した骨折の予防	益	9点	
O4	コストの増大	害	5点	
作成したCQ				
高齢者に対する多角的介入プログラムは転倒発生予防等に有効か？				

## CQ:A5

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
健康増進、介護予防の一環として、アクティビティ(ウェルビーイング)の感覚を得るためや自尊心、楽しみ、快さ、健康教育、創造性、成功感、経済的・感情的自立を得るために追求される活動:Allen、J.E.(2011).Nursing Home Federal Requirements Guidelines to Surveyors and survey Protocols 7th Edition.(pp.53-66).New York、NW:Springer がある。アクティビティが認知症予防に有効であるか、検討を要する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	地域・在宅			
その他				
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: デイサービスの実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	認知機能低下の予防	益	9点	
O2	ADLの改善	益	7点	
O3	QOLの改善	益	7点	
O4	転倒の発生	害	7点	
作成したCQ				
高齢者に対するアクティビティケアは認知機能低下の予防等に有効か？				

## CQ:A6

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
視覚障害をもつ高齢者は視覚からの情報が入りにくくなるため、転倒発生や生活の質の低下につながりやすい。そのため、環境の改善や行動の変容を促進する働きかけが必要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	不可逆的な視力障害がある人			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 環境改善介入(ラグマットを取り除く、廊下の電気を増やす、階段の縁に縞模様をつけるなど) 行動介入(行動が良い方向に変わるための方法; スキルの獲得や問題となる行動を減らす、などを伝えることなど)				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	身体活動制限の減少	益	9点	
O2	転倒の発生	害	7点	
O3	QOLの改善	益	9点	
作成したCQ				
視覚障害のある高齢者に対する環境的行動的介入は身体活動制限の改善等に有効か？				

## CQ:A7

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
運転免許保有者10万人あたりの死亡事故件数は、75歳未満4.1に対し、75歳以上では10.5と約2.6倍に上る。また年齢のほか、認知機能低下が事故発生に影響することが知られており、本邦では75歳以上の運転者は3年ごとの免許更新時に認知機能検査が課されている。しかしながらハイリスクと考えられる高齢者が自主的に運転を中止するとは限らず、また認知機能が低下した高齢者による運転の安全性を客観的方法はなく、事故を予防するために有効な支援方法については明確になっていない。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上の高齢者			
疾患・病態	認知機能低下			
地理的要件	指定なし			
その他	指定なし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知機能評価に基づく運転中止の勧告 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	事故発生率の減少	益	8点	
O2	死亡事故発生率の減少	益	9点	
O3	交通違反件数の減少	益	8点	
O4	QOLの改善	害	7点	
O5	社会活動の維持	害	7点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対する運転中止基準の適応は事故発生率の減少等に有効か？				

## CQ:A8

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症者の増加と共に、認知症に関する社会的認知も広がってきている。認知症は認知機能低下により生活行動障害を伴う疾患であり、その経過は、原因疾患による差はあるものの発症から終末期まで10～20年と長い経過をたどる疾患である。そのため、認知症の診断後は薬物療法と共に、認知症について正しい理解を促し、生活環境を整えることで、認知症の進行を予防し、健康状態を維持できる期間を延長できる可能性がある。そこで、認知症発症後の軽度から中等度の認知症者への心理社会的介入プログラムの有効性について検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	軽度～中等度の認知症と診断されている者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 看護師が行う軽度～中等度認知症者および家族・介護者への心理社会的介入プログラム C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	社会的なコストの改善	益	10点	○
O2	認知症の重症度の改善	益	10点	○
O3	認知機能の改善	益	10点	○
O4	日常の活動性の改善	益	10点	○
O5	QOLの改善	益	10点	○
O6	介護者の抑うつ発症	害	10点	○
O7	介護者の心理的苦痛の改善	益	10点	○
作成したCQ				
軽度～中等度認知症高齢者とその家族・介護者に対する心理社会的介入は社会的コストの改善等に有効か？				



## CQ:A9

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者に対する認知機能の維持・改善の支援のひとつとして、認知トレーニングが注目されている。対面式で行われるものや記述式のものなど種類は多数存在し、その有効性に関する研究も進められている。専門的な知識や手法を獲得したトレーナーによるものが多い中、操作も単純で取り入れやすいコンピューターを用いた認知トレーニングもまた、注目されつつある。そこで、従来と比較し、コンピューターを用いた認知トレーニングが高齢者に有益であるかを検証する必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	軽度認知障害または認知症と診断されている人			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: コンピュータ化された認知トレーニング(明確な科学的根拠のある、少なくとも4時間のトレーニング、ビデオゲーム、バーチャルリアリティ)の実施				
C: 受動的、能動的、鉛筆と紙を用いた認知トレーニング				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	認知機能の改善	益	9点	
O2	日常生活活動の改善	益	7点	
O3	手段的日常生活活動の改善	益	7点	
O4	疲労感の出現	害	7点	
作成したCQ				
軽度認知障害または認知症高齢者に対するコンピューター認知トレーニングは認知機能の改善等に有効か？				

## CQ:A10

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
地域で暮らす認知症高齢者の課題のひとつとして、体調不良や緊急事態時に自分から周囲へ訴えることが困難な状況がある。緊急な状況を自覚することが難しい場合や、サポートをする家族やケア提供者がいない場合など個人により様々な状況がある。それらの解決策として、近年スマートホームテクノロジーの活用が注目されている。高齢者の身体的変化への影響だけでなく、医療費やケア提供者への効果へつながる可能性があり、研究が進められている。そこで、スマートホームによる高齢者支援の有効性を検証する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている人			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: スマートホームテクノロジー(ソーシャルアラーム、電子補助具、テレケア社会的警戒プラットフォーム、環境制御システム、自動の家庭環境およびユビキタスホーム)を使用する				
C: スマートホームテクノロジーを使用しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	QOLの改善	益	9点	
O2	医療従事者の作業負荷の改善	益	7点	
O3	経済的なアウトカムの改善	益	7点	
O4	医療従事者の費用の改善	益	7点	
O5	コストの増大	害	9点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対するスマートホームテクノロジーはQOLの改善等に有効か？				

## CQ:A11

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
加齢や身体機能の変化に伴い、高齢者の食事習慣や栄養状態は変化しやすくなる。特に、認知症をもつ高齢者は、食事環境や提供の仕方において介護者の支援が欠かせない。直接的な支援だけでなく、本人の習慣や運動などによる間接的な支援にも、近年注目が集まっている。食事に関する非直接的な支援についてのエビデンスを検証し、食事支援ケアの確立を目指す。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	軽度認知障害または認知症と診断されている人			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 非直接的食事支援(食事環境や食事提供方法の変更、本人または介護者への教育や訓練、行動的介入、運動療法、複合的な介入(少なくとも2つ以上はリスト上にある介入を含む))の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	体重またはBMIの改善	益	8点	
O2	脱水の改善	益	7点	
O3	食事に対する満足度の改善	益	6点	
O4	QOLの改善	益	6点	
O5	摂食の自立度の改善	益	8点	
O6	誤嚥の出現	害	8点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対する非直接的食事支援は体重またはBMIの改善等に有効か？				

## CQ:A12

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者は加齢や健康障害などに伴う脱水症リスクが高くなる。経口摂取量の低下や嚥下機能の低下、排尿回数を減らしたいなどの社会的要因も考えられる。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	医師による飲水制限指示を受けていない者			
地理的要件	地域・在宅、入所施設			
その他	除外: 飲水制限の指示を医師から受けている者、循環器疾患、腎臓疾患、悪性疾患等、体液および電解質に異常をきたす疾患の者			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 経口補水療法 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	体重変化率の低下	益	8点	○
O2	血清ナトリウム値ならびに血清カリウム値の改善	益	8点	○
O3	口腔内乾燥の発現	益	8点	○
O4	体液増加効果の発現	益	8点	○
O5	尿中ナトリウム濃度の改善	益	8点	○
O6	脱水発生率の減少	益	8点	○
O7	精神神経症状(せん妄・認知症)の減少	益	8点	○
O8	心不全の発現	害	8点	○
作成したCQ				
在宅、および施設入所高齢者に対する経口補水療法は脱水の予防に有効か？				

## CQ:A13

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者の神経精神症状に対し、しばしば抗精神薬が使われている。薬物の効果は限定的で、長期使用による死亡率の増加を含め副作用の懸念があり、文献上薬物の長期使用は懐疑的なものとして報告されている。また、薬物療法中は使用を中止するよう試みることが推奨されているが、医師・看護師・家族らは神経精神症状の悪化を恐れて抗精神薬の内服を中止できない現状がある。(コクランより)そこで、抗精神薬の長期内服を中止することが高齢者・家族らにとって有益なことであるのか、そのエビデンスを検証する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65才以上			
疾患・病態	認知症と診断されている人、抗精神薬を3ヶ月以上内服している人（認知症の種類と重症度は問わない）			
地理的要件	地域・在宅、入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 抗精神薬使用の中止 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	抗精神薬中止の成功	益	9点	
O2	1ヶ月以内の離脱症候群の発生	害	9点	
O3	神経精神症状スケールスコアの改善	益	9点	
O4	転倒・錐体外路症状等の副作用発生率の改善	益	9点	
O5	認知機能スケールの改善	益	8点	
O6	本人・家族・介護者のQOLの改善	益	8点	
O7	抗精神薬が繰り返し処方されるまでの期間の改善	益	8点	
O8	身体拘束使用の減少	益	8点	
O9	死亡率の改善	益	8点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対する長期投与抗精神薬の中止は精神症状の改善等に有効か？				

## CQ:A14

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
排便障害は加齢とともに増加するものであるが、高齢者の場合、併存する疾患も多く関連要因も複雑である。排便障害で最も多いのは、機能的便秘(特に弛緩性便秘)であるが、様々な要因が影響することや慢性化しやすいことから個別性の高い対応が求められる。たとえば緩下剤の使用も、個別に調整していることが多く効果の判定が難しい現状がある。そこで、排便周期やリズムといった習慣的な要素や便の性状にあわせた緩下剤の使用が、定期的な排便をもたらすかどうかを検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	慢性便秘の高齢者			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他				
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 緩下剤の調整 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	排便周期の改善	益	9点	
O2	排便時間の安定化	益	7点	
O3	1回の排便量の増加	益	7点	
O4	有形便の排出頻度の増加	益	7点	
O5	腹部膨満感の減少	益	7点	
O6	腹痛の減少	益	7点	
O7	下痢の発生	害	9点	
作成したCQ				
<b>慢性便秘を持つ高齢者に対する経口下剤の調整は排便周期の改善等に有効か？</b>				

## CQ:A15

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者の皮膚は角質層の脆弱化に伴い、バリア機能が低下する。特にドライスキンの状態は、バリア機能を低下させ、外部からの刺激を受けやすくさせるため、湿疹やかゆみを引き起こし、皮膚の損傷につながる。ドライスキンを回避するためにスキンケアが必要とされ、石鹸の泡による洗浄、保湿剤の塗布などがある。これらのケアがドライスキン予防に有効であるかを検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	特になし			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他				
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 石鹸の泡による洗浄と保湿剤の塗布 もしくは I: 石鹸の泡による洗浄 もしくは I: 保湿剤の塗布 C: Iを実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	皮膚(角質層)の水分量の維持・増加	益	9点	
O2	かゆみの発生率の改善	益	8点	
O3	皮膚損傷の発生率の改善	益	8点	
O4	かぶれの発生	害	8点	
O5	費用負担の発生	害	6点	
作成したCQ				
<b>高齢者に対する石鹸泡洗浄と保湿剤塗布はドライスキン予防に有効か？</b>				

## CQ:A16

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
排泄障害—特に尿失禁が高齢者本人に及ぼす影響は、身体のみならず本人の自尊心や自己肯定感の低下といった精神的苦痛にもつながる。60歳以上の高齢者の約半数に尿失禁があるといわれるが、多くは加齢を理由に対応やケアがなされずオムツ対応から徐々に高齢者のADLや自尊心も低下していく現状がある。そこで、排尿間隔などの習慣に配慮した排尿誘導が尿失禁に対して有効であるか、そのエビデンスを検証必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	尿失禁がある人			
地理的要件	地域・在宅、入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 時間を決めた排尿誘導の実施				
C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	尿失禁回数の改善	益	9点	
O2	尿失禁量の減少	益	9点	
O3	スタッフ・介護者の負担感の増大	害	8点	
作成したCQ				
尿失禁がある高齢者に対する排尿の時間誘導は尿失禁回数の改善等に有効か？				

## CQ:A17

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者に合併する低栄養状態は、敗血症等の感染症のリスク因子である。また、病院から退院後の日常生活動作の低下が起こりやすく、介護施設に入所しやすいことが明らかとなっている。そのため、低栄養状態の改善または回避目的で栄養療法は主疾患の治療と平行して必要となる。高齢者における栄養療法のエビデンスを検証し、その有効性を確認する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	救命救急診療または特別な栄養介入を必要とする癌患者以外の病態全て			
地理的要件	地域・在宅、入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 栄養療法(経口栄養補助食品の提供、経腸栄養の投与、栄養指導、食事栄養価の強化)				
C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	死亡率の低下	益	10点	○
O2	在院日数の短縮	益	9点	○
O3	予定外再入院率の低下	益	9点	○
O4	合併症発生率の低下	益	9点	○
O5	栄養摂取量の改善	益	9点	○
O6	栄養状態の改善	益	9点	○
O7	身体機能レベルの向上	益	9点	○
O8	有害事象の発現	害	9点	○
作成したCQ				
入院または施設入所高齢者に対する栄養療法は死亡率の改善等に有効か？				

## 2.重要臨床課題 2

### 高齢者の身体症候・障害の回復、および身体機能維持のための看護ケア

重要臨床課題 2 からは 38 項目の CQ が挙げられた。これらの CQ は表 3 の「B 身体症候・障害と看護ケア」に該当する。以下に CQ : B 項目の各設定内容を示す。

#### CQ: B1

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
慢性閉塞性肺疾患Ⅳ期の者への療養支援の方法として、ICTを活用した遠隔看護の導入が目され、遠隔モニタリングは平成30年度診療報酬改定において、診療報酬化が図られた。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	在宅酸素療法を行う慢性閉塞性肺疾患Ⅳ期の高齢者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	特になし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 慢性閉塞性肺疾患をもつ在宅高齢者への遠隔看護・電話サポートを行う				
C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	急性増悪発症者割合の低下	益	9点	
O2	救急受診者割合の低下	益	9点	
O3	入院者割合の低下	益	9点	
O4	生活の質の向上	益	8点	
O5	コストの増大	害	8点	
作成したCQ				
認知症を含む施設入所高齢者に対する非薬物的せん妄予防介入はせん妄発症者割合の改善等に有効か？				

#### CQ: B2

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者虐待は、身体的虐待、心理的虐待、介護・世話の放棄・放任、経済的虐待、性的虐待など多様である。高齢者虐待の臨床症状は、虐待の種類によって異なり、予防に向けた家族支援や教育、生活や経済支援の有効性を検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	要支援高齢者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	特になし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 地域包括支援センターの支援がある				
C: ない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
Q1	介護者の虐待行動の減少	益	9点	○
Q2	入居高齢者間の虐待行動の減少	益	7点	○
Q3	介護者の虐待に関する知識と態度の向上	益	9点	○
Q4	介護者の不安とうつの減少	益	8点	○
Q5	専門職のアセスメントの向上	益	8点	○
Q6	虐待の発見割合の向上	益	9点	○
Q7	虐待の再発割合の減少	益	9点	○
作成したCQ				
在宅高齢者の虐待予防と発生数の減少にどのようなプログラムが有効か？				

### CQ: B3

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)の一つに徘徊が挙げられる。BPSDに非薬物療法として、行動・感情・認識・刺激に働きかけ、認知症高齢者が心地よさを感じる環境提供が注目されている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65才以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者、徘徊がある者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 徘徊に対する非薬物療法(計画的な歩行(散歩)、ペットセラピー、音楽療法、運動療法、電気刺激療法、視覚的バリア=ドアマット・ドアカモフラージュ、光療法、夜間の入浴、センサーの使用など)の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	徘徊の減少	益	9点	
O2	QOLの改善	益	9点	
O3	施設入所(入院)率の改善	益	9点	
O4	日課活動の増加	益	9点	
O5	気分の改善	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	9点	
O7	介護者のQOLの改善	益	8点	
O8	介護者のストレスの改善	益	8点	
O9	介護者の抑うつ気分の改善	益	8点	
O10	コストの増大	害	8点	
作成したCQ				
徘徊のある認知症高齢者に対する非薬物療法は徘徊の減少等に有効か?				

### CQ: B4

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者を介護する家族には心身の介護負担が生じることが報告されている。また認知症の症状への対処法が分からず、さらなる認知症の症状の増悪や介護負担が増大しているという現状がある。認知症高齢者が在宅生活を継続するうえでは家族介護者への介護負担軽減をはかるための看護介入が重要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症高齢者を在宅介護する家族介護者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	特になし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知症高齢者を在宅介護する家族介護者への介護負担軽減のための教育プログラム(認知症の経過などの説明、介護者同士の話し合いなどを含む)を行う C: 行わない ①認知症の症状などの情報共有を行っている ②認知症の症状への対処法の教育プログラムを実施している ③対象者(家族介護者)同士の交流がある ①~③をすべて満たすものをIとし、①~③を行っていない介入方法をCとした				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	介護負担感の軽減	益	10点	○
作成したCQ				
在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する教育プログラムは介護負担感の軽減等に有効か?				

**CQ: B5**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
在宅認知症高齢者と家族への介護保険に基づくケアプランの作成とサービス提供にあたっては、個別のケアマネジメントが必要であり、それらは地域においてサービス提供を行う多職種チームによって行われることが求められている。 (備考) ケースマネジメントの定義: 長期ケアサービスの最適なパッケージを整理し、監視するためのヒューマンサービスの専門家(通常は看護師またはソーシャルワーカー)を使用する介入(Applebaum, 1990)。 機能(協調と結び付き)、目標(家庭内または独立した脆弱な人々を維持すること)、コアタスク(ケース発見、アセスメントなど)、ターゲットグループ、差別化された特徴(関与の強度、監視されるサービスの幅、関与の期間);多レベルの対応(クライアントレベルの目標とシステムレベルの目標)(Challis, 1995; Challis, 2002)を含む				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: ケースマネジメントを行う。認知症高齢者のニーズを満たすために必要なケアの計画と調整に主に焦点をあてた(病院や入所施設ではなく)コミュニティで行われた症例管理の介入 C: ケースマネジメントを行わない。				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	10-12ヶ月後の施設入所割合の改善	益	9点	
O2	12ヶ月時点の入所までの期間改善	益	9点	
O3	12ヶ月時点の入院数の改善	益	9点	
O4	12ヶ月時点の入院数死亡数の改善	益	9点	
O5	12ヶ月時点の認知症高齢者のQOLの改善	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	8点	
O7	12ヶ月時点の介護者のQOL疲労改善	益	8点	
O8	コストの増大	害	8点	
作成したCQ				
<b>家族・介護者に対するケースマネジメントは在宅認知症高齢者の施設入所率の改善等に有効か?</b>				

**CQ: B6**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者を介護する家族には心身の介護負担が生じることが報告されている。しかし高齢者の介護度に関わらず、介護する生活に慣れることができる家族もあれば、困難な家族もある。それぞれがうまく状況に対応できるような支援を検討する必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	指定なし			
疾患・病態	認知症高齢者を在宅で介護している家族介護者			
地理的要件	地域在住、在宅ケア			
その他				
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知行動療法、ストレス・コーピング方法の導入 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	介護負担感の軽減	益	9点	
O2	ストレスの軽減	益	9点	
O3	介護満足感・QOLの向上	益	9点	
O4	不安の軽減	益	7点	
O5	介護者のコーピング能力の向上	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	害	9点	
O7	うつ病発症率の改善	益	9点	
O8	認知症者の施設入所率	益	7点	
作成したCQ				
<b>在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する認知行動療法は介護負担感の軽減等に有効か?</b>				



## CQ: B7

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者を在宅で介護する家族が、介護を継続する困難さを感じ、施設へ本人を入所させる決断をするケースは多い。その理由のひとつには、家族の在宅介護のみでバーンアウトしてしまうことが指摘されており、在宅介護を継続するにあたり、いかに外部の支援やサポートを活用するかは議論が絶えない。そこで、高齢者本人と家族が離れ休息をとる時間を提供するサポートのひとつであるレスパイトケアの活用が施設入所率にどのように影響するのかが検証する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上(問わない)			
疾患・病態	認知症と診断されている者、その主介護者			
地理的要件	地域・在宅			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: レスパイトケア(時間や場所は問わず、数時間のものから宿泊するものまで含む。主介護者からトータルで50%以上の時間離れてケアを受けるもの) C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	施設入所率の改善	益	9点	
O2	認知症高齢者の死亡率の改善	益	8点	
O3	認知症高齢者の身体疾患の発生率の改善	益	8点	
O4	認知症高齢者の薬の使用量の改善	益	8点	
O5	認知症高齢者のQOLの改善	益	8点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	8点	
O7	介護者のメンタルヘルスの改善	益	8点	
O8	介護者の身体的健康度の改善	益	8点	
O9	コストの増大	害	8点	
O10	介護者のQOLの改善	益	8点	
作成したCQ				
家族・介護者に対するレスパイトケアは在宅認知症高齢者の施設入所率の改善等に有効か？				

## CQ: B8

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者への認知刺激療法について様々な取り組みが始められているが、その効果について検証していく必要がある				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている人			
地理的要件	地域・在宅、入所施設			
その他	指定なし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知刺激療法を実施する C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	認知機能の改善	益	9点	
O2	ADLの改善	益	9点	
O3	QOLの改善	益	9点	
O4	介護負担感の増大	害	7点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対する認知刺激療法は認知機能の改善等に有効か？				

## CQ:B9

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
安静-活動および睡眠-覚醒の周期は、視床下部の視交叉上核(SCN)によって生じる内因性サーカディアン(概日)リズムでコントロールされている。SCNの変性変化が認知症高齢者の概日リズム障害に対する生物学的基礎にあると考えられ、光によるSCNの刺激によって回復が見込まれる。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	地域・在宅、入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 光刺激を使用した介入(時間や方法は限定しない)				
C: 通常ケア、ぼんやりした赤い光、ぼんやりした低頻度の300ルクス以下の光				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	睡眠-覚醒障害の改善	益	9点	
O2	認知機能の改善	益	8点	
O3	ADLの改善	益	8点	
O4	興奮等の陽性症状の改善	益	8点	
O5	心理的障害(うつ等)の改善	益	8点	
O6	抗精神薬使用の減少	害	8点	
O7	施設入所率の改善	益	7点	
O8	コストの増大	害	7点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対する光刺激療法は睡眠障害の改善等に有効か？				

## CQ:B10

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
抗精神薬は行動・心理症状を抑えることを目的に、適度な効果と明らかな副作用、非薬物療法の選択肢があるにも関わらずケア施設で一般的に処方されている。ケア施設の入居者に対する抗精神薬の減量のための心理社会的な介入の効果を評価することが求められている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者、BPSDに対して抗精神薬が処方されている者			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 生物学的な要素より心理的または社会的な要素が強調されているものであればどのような介入も含む。プログラムはさまざまな非薬物療法の項目からなっているもの: セラピー、健康教育、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワークの実施				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	抗精神薬使用の減少	益	9点	
O2	抗精神薬のタイプ、用量、数、期間の改善	益	9点	
O3	抗精神薬の頓用使用頻度の改善	益	9点	
O4	転倒、けが、入院、死亡等の負の効果の発生	害	9点	
O5	認知機能状態の改善	益	8点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	8点	
O7	身体拘束実施率の改善	益	8点	
O8	コストの増大	害	7点	
作成したCQ				
施設入所認知症高齢者に対する心理社会的介入は抗精神薬の減量等に有効か？				

**CQ: B11**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
施設入所高齢者のせん妄発症は時折見られ、転倒発生やそれに伴うQOLの低下につながりやすく、多角的な視点からのアセスメントとケアが求められる。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者、認知症を含む			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 非薬物療法(感染症の発見・治療、不要な尿管留置カテーテルの回避、せん妄のリスク増加に関連する投薬を特定するために投薬のレビューを行う、痛みの評価と治療、感覚(視覚・聴覚)障害の補助)および薬物療法を実施する C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	せん妄発症者割合の改善	益	9点	
O2	入院率の改善	益	9点	
O3	死亡率の改善	益	9点	
O4	転倒率の改善	益	9点	
O5	スタッフの負担感	害	9点	
作成したCQ				
認知症を含む施設入所高齢者に対する非薬物的せん妄予防介入はせん妄発症者割合の改善等に有効か？				

**CQ: B12**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
身体拘束は高齢者の尊厳や自律を低下させ、身体拘束に伴う二次的合併症のリスクも示唆されており、身体拘束の回避・削減に向けたスタッフの意識改善に向けた介入が求められている				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者、認知症を含む			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 身体拘束を回避または削減するための介入の実施 スタッフへの教育プログラム(下記の内容を含む: 身体拘束の影響、入居者の権利と自律、身体拘束使用についての神話と誤解、倫理的問題、法律、最小限の拘束、身体拘束使用のリスクと不利益のアウトカム、特別な行動に関する問題の理由とマネジメント、身体拘束の代案) コンサルテーション(多職種によるミーティング、入居者個人の身体拘束使用の評価、身体拘束をしないケアにおける困難についての検討、身体拘束の代案あるいはより少ない制限のシミュレーション。問題行動や複数の転倒歴のある入居者についての討議) ガイドランス(個々の入居者のケアプランの開発、新しいスキルの実装と強化について) C: 上記の介入を実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	身体拘束を1つ以上装着している入居者の数と割合の減少	益	9点	
O2	身体拘束の予防(新たな身体拘束の導入を防止)	益	9点	
O3	身体拘束の削減(以前に使用していたものの撤去)	益	9点	
O4	身体拘束の種類の改善	益	9点	
O5	向精神薬使用率の改善	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	9点	
O7	スタッフの負担感の増大	害	8点	
作成したCQ				
認知症を含む施設入所高齢者に対するスタッフ教育等の介入は身体拘束の回避・削減等に有効か？				

**CQ:B13**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
1980年代、米国の養護施設では、認知症の人々の特別なニーズに対応するために施設内特別ケアユニット(SCU)を開発し、長期ケア提供者に人気がある。しかし、SCUの費用は一般に「標準的」な高齢者施設で受ける介護よりも高いにも関わらず、特定の特性や顧客の満足度に関する統一的な合意は存在していない。認知症高齢者のための物的・人的な環境づくりに対するニーズは高く、そのエビデンスを確認する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている人、行動・心理症状がある人			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知症高齢者のためのスペシャルケアユニット(工夫された物的環境、トレーニングを受けた職員、特別なプログラムの提供、家族の参加等の特徴を持ったユニット)				
C: 従来の標準的な施設環境				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	行動・心理症状の改善	益	9点	○
O2	身体拘束の減少	益	9点	○
O3	抑うつ改善	益	9点	○
O4	抗精神薬使用の減少	益	9点	○
O5	QOLの向上	益	9点	○
O6	コストの増大	害	9点	×
作成したCQ				
施設入所認知症者に対するスペシャルケアユニットは行動・心理症状の改善等に有効か？				

**CQ:B14**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
介護施設内への環境の配慮は認知症高齢者への行動・心理症状発症の予防となることが知られるようになり、認知症高齢者の心地よい空間づくりに向けた物理的な整備が求められている				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 環境介入(既存の物理空間の変更・再設計、家具の配置、および生活環境のタイプ)を行う				
C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	行動・心理症状の改善	益	9点	
O2	QOLの改善	益	9点	
O3	行動・心理症状の出現	害	8点	
作成したCQ				
施設入所認知症高齢者に対する物理的・空間的な環境調整介入は行動・心理症状の改善等に有効か？				

**CQ: B15**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
パーソン・センタード・ケアおよびDementia Care Mapping(DCM)は年齢や健康状態に関わらず、すべての人に価値があることを認めて尊重し、一人ひとりの個性に応じた取り組みや認知症をもつ人の視点や人間関係の重要性を強調したケアのことであり、日本でも認知症高齢者のケアに広く取り入れられている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: パーソン・センタード・ケア/DCM/VIPS(ドーンブルッカー)によるパーソン・センタード・ケア C: 通常のケア				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	焦燥の減少	益	9点	○
O2	経済的効果	益	9点	○
O3	攻撃性の減少	益	8点	○
O4	介護者の介護負担感の増大	害	8点	×
O5	コミュニケーションの促進	益	8点	○
作成したCQ				
施設入所認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM)を用いたケア実践は、認知症者の行動・心理症状の改善等に有効か？				

**CQ: B16**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者に対する褥瘡の予防としてポリウレタンドレッシング材などの使用の有効性を検討する。2014年の褥瘡予防・管理ガイドラインでは骨突出部位の褥瘡発生予防に対するスキンケアとしてポリウレタンドレッシング材、ポリウレタンフォーム/ソフトシリコンドレッシング材の貼付が奨められている(B)。これを寝たきり高齢者に対して介入した場合の有効性を検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	体動に制限がある高齢者			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 通常の褥瘡予防(体位交換)にポリウレタンドレッシング材の貼付を加える C: 通常の褥瘡予防(体位交換)のみ				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	新たな褥瘡の発生予防	益	9点	○
O2	新たな褥瘡の重症度の軽減	益	9点	○
O3	コストの増大	害	7点	○
作成したCQ				
寝たきり高齢者に対する体位交換に加えたドレス材の貼付は新たな褥瘡発生予防等に有効か？				

**CQ:B17**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
トイレでの排泄ができない、排尿量の管理の必要性などの理由により、膀胱留置カテーテルを挿入することがある。この場合、カテーテル留置による尿路感染症(カテーテル関連尿路感染症)のリスクが高くなる。膀胱留置カテーテルの抜去はカテーテル関連尿路感染症の予防に有効であるか検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者、膀胱留置カテーテルを挿入している者(排尿自立の可能性のある者)			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	特になし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 膀胱留置カテーテルの抜去				
C: 抜去しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	尿路感染症の症状がない	益	9点	
O2	細菌尿がない	益	9点	
O3	ADLの向上	益	7点	
O4	介護者の負担感の増大	害	7点	
作成したCQ				
<b>膀胱カテーテル留置中高齢者に対するカテーテル抜去は尿路感染症発生率の改善等に有効か?</b>				

**CQ:B18**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
施設入所や病院入院中の高齢者の転倒転落事故の予防に、身体抑制が用いられることが少なくない。しかし身体拘束によって実際に事故件数が減少するかどうかは明確でなく、さらに抑制によって高齢者の尊厳や自立を低下させ、身体拘束に伴う二次的合併症のリスクも示唆されている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者、認知症を含む			
地理的要件	入所施設、急性期医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 抑制具(体幹ベルト、ミトン、ベッド柵、ベッドセンサー)を使用しない				
C: 抑制具を使用する				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	転倒転落件数の減少	益	9点	
O2	転倒と転倒に関連した外傷の減少	益	9点	
O3	肺炎の発症の増加	害	9点	
O4	ADLの改善	益	9点	
O5	入院期間の短縮	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	害	9点	
作成したCQ				
<b>認知症を含む高齢者に対する身体拘束は転倒転落事故の減少等に有効か?</b>				

**CQ:B19**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
アロマテラピーの治療効果は、リラクゼーションの促進や睡眠の改善、痛みや抑うつ症状の軽減などがあると言われている。このため、アロマテラピーは認知症高齢者の興奮や不穏の改善や抑うつ症状の改善のための非薬物療法として注目されている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 芳香植物を用いた介入(植物の種類や容量、介入の方法や頻度は問わない。他のセラピーとの複合プログラムは除く)				
C: 実施しないまたはプラセボの実施				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	アジテーション(焦燥、不穏、興奮等)の改善	益	9点	○
O2	行動症状の改善	益	9点	○
O3	抑うつ症状の改善	益	9点	○
O4	有害事象の出現	害	9点	○
O5	QOLの改善	益	8点	○
O6	ADLの改善	益	8点	○
作成したCQ				
<b>認知症高齢者に対するアロマテラピーはアジテーション(焦燥、不穏、興奮等)の改善等に有効か?</b>				

**CQ:B20**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症は、認知・行動・社会的および感情的機能の低下を特徴とする多様な原因を伴う臨床的症候群で、情緒障害や行動障害を伴うことが多く、QOLを低下させる場合もある。一方で認知症の後期に言葉を使った意思疎通が困難になったとしても、ハミング(鼻歌)や音楽に合わせて演奏することはできる場合もある。このため、音楽を使った治療は認知症高齢者に適した方法であると考えられている。				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	特になし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 音楽を用いたセッションの5回以上の介入				
C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	抑うつ症状の改善	益	9点	○
O2	ウェルビーイングとQOLの向上	益	9点	○
O3	不安の軽減	益	9点	○
O4	興奮または攻撃性の改善	益	9点	○
O5	行動・心理症状の改善	益	9点	○
O6	社会的交流の向上	益	9点	○
O7	認知機能の改善	益	9点	○
O8	コストの増大	害	9点	×
作成したCQ				
<b>認知症高齢者に対する音楽に基づく治療的介入は抑うつ症状の改善等に有効か?</b>				

## CQ:B21

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
「ユマニチュード」とは、フランス語で「人間らしさへの回帰」を意味し、“病人”ではなく、あくまで“人間”として接することで認知症高齢者との間に信頼関係が生まれ、症状が改善するといわれ、広く取り入れられている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	地域・在宅、入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: ユマニチュード(Humanitude)の実施				
C: 通常ケア				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	中核症状の改善	益	9点	
O2	NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire) の改善	益	9点	
O3	QOLの改善	益	9点	
O4	ADLの改善	益	9点	
O5	意欲の改善	益	9点	
O6	スタッフ満足度の向上	益	9点	
O7	行動・心理症状の出現	害	7点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対するユマニチュードを用いたケアは中核症状の改善等に有効か？				

## CQ:B22

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者の死因にしめる肺炎は多く、65歳以上では死因の第4位、80歳以上では第3位となっている。老健施設入所中の進行した認知症患者を対象に行った研究では、1年間で3人中2人が何らかの感染症を合併し、そのうち約3割が呼吸器感染症である。また別の研究では同様の患者240人中154人(64%)が、死亡前の6ヶ月間に肺炎を疑う229のエピソードを経験し、126人(53%)は死亡前の30日以内に肺炎を合併していたという報告もある。施設入所・病院入院中の重度認知症高齢者の肺炎へのケアを考えることは大変重要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	重度認知症と診断されている者、肺炎症状のある者			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 抗菌治療の実施				
C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	せん妄発症割合の改善	益	9点	
O2	症状緩和	益	9点	
O3	苦痛の増大	害	9点	
作成したCQ				
重度認知症高齢者に対する肺炎の抗菌治療は生存期間の延長等に有効か？				



## CQ: B23

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
進行した重度の認知症になった人が食べられなくなった場合の栄養法としては、経管栄養が一般に使用されている(米国での1件の調査で、高度認知障害のあるナースィングホーム居住者186,835名のうち34%が経管栄養を使用していた)。しかしこの医療の利益や害は不明である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上 (50歳以上)			
疾患・病態	認知症と診断されている者、栄養摂取が低下しているか嚥下障害がある者、FAST7以上の重度認知症か同等のレベルの者			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: PEGまたはNGTによる栄養法 ビタミンやミネラルを経口から摂取している人は含まない C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	死亡率の改善	益	9点	
O2	栄養状態の改善	益	8点	
O3	栄養データの改善	益	8点	
O4	褥瘡の予防、または治癒	益	7点	
O5	行動・心理症状の出現	害	6点	
O6	抗精神薬使用の減少	害	6点	
O7	介護者の負担感の増大	害	7点	
作成したCQ				
重度認知症高齢者に対する経管栄養は死亡率の改善等に有効か？				

## CQ: B24

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
老人看護専門看護師や認知症看護認定看護師など、専門的な教育を受けた看護師が増えている。高齢社会に向けてさらに活躍が期待され、これらの看護師を導入することによる効果を探っていくことが必要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	指定なし			
疾患・病態	認知症ケア教育を受けた看護師			
地理的要件	入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知症ケア教育を受けた看護師の導入 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	認知症患者・入居者のQOLの向上	益	10点	
O2	スタッフの認知症ケア能力の向上	益	8点	
O3	費用対効果の向上	益	8点	
O4	コストの増大	害	7点	
作成したCQ				
施設または病院への認知症ケア教育を受けた看護師の導入は入所・入院認知症高齢者のQOLの向上に有効か？				

**CQ: B25**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者は、加齢により変形性関節炎などの手術を受ける機会をもつことが多いが、認知機能の低下により、痛みの訴えや表現方法が限られるため、術後疼痛の管理は重要である。薬物的療法を組み合わせた術後の疼痛緩和については、ハンドマッサージや手術中に音楽を聴くこと、手術後の歩行などの方法が調査されている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者、全身麻酔または腰椎麻酔で手術をし、術後疼痛のある者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 術後疼痛管理の看護介入1つ以上(鎮痛剤の使用、術前教育、痛みの強さの定時アセスメントと記録、疼痛プロトコルの使用、非薬物療法=マッサージ・リラクゼーション) C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	疼痛の緩和	益	8点	○
O2	疼痛の悪化	害	8点	○
作成したCQ				
入院中の高齢者に対する術後疼痛緩和への非薬物的介入は疼痛緩和等に有効か？				

**CQ: B26**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
大腿骨骨折後の高齢者の入院生活においては、治療上または症状により安静臥床で過ごさざるを得ない時期がある。この場合心身の加齢変化により、高齢者には著しい身体機能の低下がおこる。身体機能低下の予防に対する安静臥床期間短縮(早期離床)の有効性を検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	大腿骨骨折術後の高齢患者			
地理的要件	医療機関			
その他	特になし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 大腿骨骨折後の入院高齢者に対してクリニカルパスに沿った離床の促進 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	筋力低下の予防	益	9点	
O2	認知機能低下の予防	益	8点	
O3	起立性低血圧の予防	益	7点	
O4	ADL低下の予防	益	7点	
O5	疲労の増加	害	7点	
作成したCQ				
認知症を含む施設入所高齢者に対する非薬物的せん妄予防介入はせん妄発症者割合の改善等に有効か？				

**CQ : B27**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者は入院治療による安静によりADLが容易に低下しやすいことが報告されている。安静による弊害として、ADL低下に加えて尿路感染、誤嚥性肺炎等の合併症が挙げられている。これら有害事象の発生が在院日数の延長や医療費の増大へとつながるため、これらの発症を予防する取り組みが求められている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	急性期医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 入院高齢者への多職種協働による運動療法の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	機能評価(FIM/BI)の改善	益	9点	
O2	有害事象(転倒、合併症)の発生	害	7点	
O3	自宅退院の増加	益	9点	
O4	在院日数短縮	益	7点	
O5	費用対効果の改善	益	7点	
作成したCQ				
認知症を含む施設入所高齢者に対する非薬物的せん妄予防介入はせん妄発症者割合の改善等に有効か？				

**CQ : B28**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
一般病院への入院高齢者のせん妄発症は様々な要因があるため頻繁に見られ、転倒発生やそれに伴うQOLの低下につながりやすく、多角的な視点からのアセスメントとチームによるケアが求められる。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	医療機関(ICU以外の病棟)に入院している者			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 入院高齢者のせん妄を予防するために多面的な介入(個別ケア、チェックリスト/プロトコル、教育/訓練、再オリエンテーション、感覚奪取への注意、なじみの物、認知刺激、栄養/水分補給、感染の識別、睡眠衛生、多職種チームによるケア、総合的な高齢者アセスメント、酸素化、電解質疼痛コントロール、薬剤の確認、気分、腸/膀胱ケア)を実施する				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	せん妄発症者割合の改善	益	9点	
O2	せん妄発症期間の短縮	益	9点	
O3	せん妄の重症度の改善	益	9点	
O4	入院期間の短縮	益	9点	
O5	認知機能状態の改善	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	9点	
O7	日常生活活動の改善	益	9点	
O8	再入院数(率)の改善	益	9点	
O9	QOLの改善	益	9点	
O10	介護者の精神疾患の罹患率の改善	益	9点	
O11	スタッフの精神疾患の罹患率の改善	益	9点	
O12	コストの増大	害	9点	
作成したCQ				
入院中の高齢者に対するせん妄予防の多面的介入はせん妄発症者割合の改善等に有効か？				

**CQ : B29**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
一般病院への入院高齢者のせん妄発症は様々な要因があるため頻繁に見られ、適切な治療が出来ない、在院日数の延長、また本人の苦痛の原因となる。入院した高齢者のせん妄は積極的に予防していく必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	75歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 入院高齢者のせん妄を予防するためにHELPによる介入(①毎日のボランティアによるケア(非医療行為)、②適度な刺激のある活動、③適度な運動療法の実施、④非薬物的睡眠プロトコルの実施、⑤視覚・聴覚の評価、⑥食事のサポート、⑦高齢者ケア専門チームの関与、⑧介護者への教育、⑨地域との連携)を実施する C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	せん妄発症者割合の改善	益	9点	
O2	せん妄発症期間の短縮	益	9点	
O3	せん妄の重症度の改善	益	9点	
O4	入院期間の短縮	益	9点	
O5	認知機能状態の改善	益	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	9点	
O7	日常生活活動の改善	益	9点	
O8	再入院数(率)の改善	益	9点	
O9	コストの増大	害	9点	
作成したCQ				
入院中の高齢者に対するHELPを用いた介入はせん妄発症者割合の改善等に有効か？				

**CQ : B30**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症ケア加算においても身体拘束は減算の対象になっている。身体拘束はそれぞれの施設で、拘束適応基準と拘束介助の基準を文章化しておく必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 身体拘束を実施する際に判断基準(適用される拘束のレベルについて文書化されたもの)、またはプロトコルを用いて、身体拘束の実施を決定する。 C: 判断基準、またはプロトコルがない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	抑制具を1つ以上装着している入居者の数と割合の減少	益	9点	
O2	身体拘束の予防(新たな身体拘束の導入を防止)	益	9点	
O3	身体拘束の削減(以前に実施していたものの撤去)	益	9点	
O4	身体拘束の種類改善	益	9点	
O5	抗精神薬使用率の改善	益	9点	
O6	転倒数と転倒に関連した外傷の減少	益	9点	
作成したCQ				
入院中の高齢者に対する身体拘束判断基準の使用は身体拘束実施率の改善等に有効か？				

**CQ:B31**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
アドバンスケアプランニング(Advance Care Planning; 以下ACP)とは、「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について本人・家族と医療職者が事前に話し合い、望む場合には、病気が進行し意思決定能力が失われた場合に自分の治療やケアの方針や代理意思決定者について記録するプロセス」(NHS,2011)である。病状の変化により急性期病院に入院している高齢者やその家族では、治療や療養方針についての自己決定に迫られ、判断による葛藤やストレスが生じ、抑うつや主観的QOL低下などにつながるものが少なくない。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定なし			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 看護師、社会福祉士などの専門職が、高齢者の健康状態に応じて、面談による終末期医療等への移行についての意思決定支援を行う。 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	事前指示書の作成者割合の向上	益	9点	○
O2	ACPへの満足度の向上	益	9点	○
O3	ACPの決定に伴う心理的負担感の軽減	益	7点	○
O4	介護者の負担感の増大	害	6点	×
作成したCQ				
<b>入院中の高齢者に対する専門職者との討議によるアドバンスケアプランニングは自己決定の促進等に有効か？</b>				

**CQ:B32**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
嚥下機能が低下した高齢者に対する人工的水分栄養補給法の方法として、胃瘻(PEG)や経鼻胃管チューブ(NGT)がある。長期で挿入する際には、有害事象も報告されており、どちらによる方法が有害事象の発生が少ないのが検討する必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	摂食・嚥下に問題がある者、栄養サポートの適応がある者、基礎疾患は問わない			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: PEGによる経管栄養 C: NGTによる経管栄養				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	チューブ挿入ミス、チューブのリークなどの発生割合の増加	害	9点	
O2	栄養状態の改善	益	9点	
O3	死亡率の改善	益	9点	
O4	誤嚥性肺炎の発生割合の増加	害	9点	
O5	注入時間の短縮	益	7点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	8点	
O7	在院日数の短縮	益	8点	
O8	コストの増大	害	7点	
作成したCQ				
<b>入院中の高齢者に対するPEGとNGTはどちらが栄養状態の改善等に有効か？</b>				

**CQ: B33**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢化による慢性疾患をもつ者の増加、家族形態の変化による家族介護力の低下を背景として、退院支援の重要性が高まっている。医療的管理やADLの援助を必要とする高齢者の自宅退院が困難で在院日数が延長することや慢性疾患の増悪等で再入院を繰り返す高齢者の増加が報告されており、これらの課題への対策が求められている。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	一般高齢者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 個別退院支援計画による介入の実施(入院早期のスクリーニング、本人のニーズに合わせた個別退院支援計画の策定、退院に向けた院内多職種カンファレンスの実施) C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	在院日数の短縮	益	10点	○
O2	再入院者の減少	益	10点	○
O3	自宅退院者の割合の増加	益	9点	○
O4	満足度の改善	益	10点	○
O5	コストの改善	益	9点	○
O6	退院後のかかりつけ医への受診割合の増加	益	7点	○
作成したCQ				
入院中の高齢者への個別退院支援計画介入は在院日数の短縮等に有効か？				

**CQ: B34**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症看護を提供する機関は医療・介護・在宅ケア機関など多様である。各機関とも、チームケアが前提であり、看護職が主導する多職種連携によるチーム医療が重要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症、および認知機能低下があり、身体疾患の治療目的で入院した高齢者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知症をもち身体疾患で医療機関に入院した高齢者を対象とした老年専門職チームによる医療の提供(3職種以上の多職種アセスメント、カンファレンスを含む) C: 通常ケア				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	在院日数の短縮	益	9点	○
O2	せん妄発症者割合の減少	益	9点	○
O3	入院中の死亡割合の低下	益	8点	○
O4	退院時のナーシングホーム入所割合の増加	害	7点	○
O5	1年後のナーシングホーム入所割合の増加	害	8点	○
作成したCQ				
入院中の認知症高齢者に対する老年専門職チームによる医療の提供は在院日数減少・せん妄発症者割合の改善等に有効か？				

**CQ: B35**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症施策の方向性として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会を目標としている。そのために、医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが地域で包括的に提供することができる体制を目指し、標準的な認知症ケアパスの作成と普及に取り組んでおり、その効果について検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断され入院した高齢者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 認知症ケアパス(ケアパスによる認知症の状態に応じた適切なサービスの提供)の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	在院日数の短縮	益	9点	○
O2	在宅復帰率の増加	益	9点	○
O3	ADLの改善	益	8点	○
O4	身体活動性の改善	益	9点	○
O5	再入院の予防	益	7点	○
O6	抗精神薬使用の減少	益	7点	○
O7	QOLの向上	益	9点	○
O8	介護者の負担感の増大	害	4点	○
作成したCQ				
入院中の認知症高齢者に対する認知症ケアパスの実施は在院日数の短縮等に有効か？				

**CQ: B36**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者の一般病院への入院によって、せん妄や行動・心理症状の発症、さらにADL低下から、在院日数の長期化や、在宅復帰が困難となることが問題となっている。そのため、入院による心身機能低下の予防を目的に病棟デイケアの取り組みが広がっており、その効果を検討する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 病棟デイケアの実施(対象を入院中の認知機能低下者としている者) C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	在院日数の短縮	益	8点	
O2	在宅復帰率の改善	益	8点	
O3	ADLの改善	益	7点	
O4	身体活動性の改善	益	9点	
O5	せん妄発症者割合の増加	害	9点	
O6	抗精神薬使用の減少	益	9点	
O7	行動・心理症状の出現	害	9点	
O8	行動・心理症状の認める期間の減少	益	9点	
O9	転倒リスクの増大	害	5点	
作成したCQ				
入院中の認知症高齢者に対する病棟デイケアの実施は在院日数の短縮等に有効				

**CQ: B37**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
認知症高齢者の増加は、家族介護者や地域ケアの負担を増加させる。運動療法は、認知症に伴う症状の進行を遅らせる可能性がある要因のひとつとして注目されている				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65才以上			
疾患・病態	認知症と診断されている者			
地理的要件	地域・在宅、入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 運動療法(認知機能、ADL、神経精神症状、うつ、死亡率の改善、または家族介護者の負担感、健康状態、QOLの改善と介護者の死亡率の減少、ヘルスケアサービスの利用等を目的としたもの。時間や種類、頻度、期間などは問わない→エアロビクスやバランストレーニング等々)の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	ADLの改善	益	9点	
O2	認知機能の改善	益	9点	
O3	神経精神症状の改善	益	9点	
O4	うつの改善	益	9点	
O5	死亡率の改善	益	7点	
O6	抗精神薬使用の減少	害	7点	
O7	家族介護者のQOLの改善	益	7点	
O8	家族介護者の死亡率の改善	益	7点	
O9	家族介護者の利用コストの増大	害	7点	
作成したCQ				
認知症高齢者に対する運動療法はADLの改善等に有効か？				

**CQ: B38**

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
高齢者は複数の疾患を抱えることが多く、多剤併用になりやすい。近年ポリファーマシー(一般的に5剤以上の内服)が注目され有害事象に関する報告がされるようになった。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	長期に疾患を抱え4種類以上の薬剤を内服している多剤併用者			
地理的要件	地域・在宅、施設入所、医療機関			
その他	終末期およびがん化学療法中を除く			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 適切な内服療法に向けた取り組み C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	内服評価ツールの値の改善	益	8点	○
O2	入院者割合の改善	益	8点	○
O3	高齢者の薬剤関連問題の増加	害	8点	○
O4	薬剤使用のアドヒアランスの改善	益	8点	○
O5	QOLの改善	益	8点	○
作成したCQ				
高齢者のポリファーマシーに関する適切な介入は何か？				



### 3.重要臨床課題 3

#### エンドオブライフと看護ケア

重要臨床課題 3 からは 4 項目の CQ が挙げられた。これらの CQ は表 3 の「C エンドオブライフと看護ケア」に該当する。以下に CQ : C 項目の各設定内容を示す。

#### CQ : C1

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
重度認知症の高齢者は、家族や介護者・医療者が本人の意思や今ある症状の表出などを把握することが難しいことから、「本人らしさ」を尊重したケアに悩む現状が見られる。そのような困難のある状況へ、多職種が全人的視点をもち本人・家族へ関わる緩和ケアアプローチが有効であるか検証する。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上			
疾患・病態	重度認知症と診断されている者、その家族			
地理的要件	地域・在宅、入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 緩和的ケアアプローチの実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	疼痛の緩和	益	9点	
O2	症状の緩和	益	9点	
O3	QOLの改善	益	8点	
O4	感染症の発生率の改善	益	8点	
O5	コストの増大	害	7点	
O6	意思決定に対する満足度の改善	益	9点	
O7	AHN(Artificial Hydration and Nutrition)の使用率の低下	益	7点	
O8	急性期病院への搬送率の増加	害	7点	
作成したCQ				
重度認知症高齢者と家族・介護者に対する緩和ケアアプローチは疼痛の緩和等に有効か？				

#### CQ : C2

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
施設に入所している高齢者の緩和ケアを考える際、医療・介護・福祉といった職種を超えた連携と多面的なケアの視点は重要である。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上(問わない)			
疾患・病態	一般高齢者、(診断や予後は問わない)			
地理的要件	入所施設			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 複合的な緩和ケア(身体面・心理面・スピリチュアル面のアセスメントと管理、アドバンスケアプランニングなど。具体的な疼痛緩和ケアなどは含まないもの)の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	QOLの改善	益	9点	
O2	症状の緩和	益	8点	
O3	ケアへの満足度の改善	益	8点	
O4	疲労感の増大	害	7点	
作成したCQ				
施設入所高齢者に対する複合的緩和ケアはQOLの改善等に有効か？				

### CQ:C3

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
終末期には半数以上の高齢者で意思決定は不可能になると言われており、がんや慢性疾患をもつ高齢者や終末期にある高齢者が、最期の時期をよりよく過ごすためには、早い時期からの取り組みが必要である。アドバンスケアプランニングは、今後の治療・療養について本人・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスであり、今後ますます実施が増えると考えられる。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	65歳以上の本人およびその家族			
疾患・病態	慢性疾患、がんと診断された者、終末期であると判断された者			
地理的要件	特になし			
その他				
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: 2職種以上で関わり、紙面を使用したアドバンスケアプランニングおよび意思決定支援の実施 C: 実施しない				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	本人のQOLの改善	益	9点	
O2	本人の満足度の向上	益	9点	
O3	家族のQOLの改善	益	9点	
O4	家族の満足度の向上	益	9点	
O5	本人のパフォーマンスの向上	益	8点	
O6	看取り後の遺族の満足度の向上	益	9点	
O7	家族・遺族の心理的混乱の増大	害	8点	
作成したCQ				
終末期高齢者に対するアドバンスケアプランニングの導入は、高齢者と家族のQOLの改善等に有効か？				

### CQ:C4

クリニカルクエスチョン(CQ)の背景				
様々な領域において統合的なケアパスウェイが存在するが、その多くが疾患や診断の限られた対象である。エンドオブライフケアパスウェイは、その有効性は未だ検証中であるものの、疾患や診断に限らず全ての人の終末期ケアを広く支え得るものである。そこで、エンドオブライフケアパスウェイの終末期ケアにおける有効性を検証する必要がある。				
CQの構成要素				
P (Patients, Problem, Population)				
性別	指定なし			
年齢	指定なし			
疾患・病態	終末期にある者をもつ家族および介護者			
地理的要件	地域・在宅、入所施設、医療機関			
その他	指定しない			
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls) のリスト				
I: エンドオブライフケアパスウェイによるケア C: 従来のケア または 別のパスウェイによるケア				
O (Outcomes) のリスト				
	Outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	疼痛コントロールの改善	益	9点	○
O2	息切れの低減	益	9点	○
O3	嘔気・嘔吐の減少	益	9点	○
O4	心理的症状の向上	益	9点	○
O5	QOLの向上	益	9点	○
O6	有害事象の増加	害	9点	○
作成したCQ				
終末期高齢者と家族介護者に対するエンドオブライフケアパスウェイによるケアは身体症状の緩和等に有効か？				

## 2.5 エビデンスの探索：システマティックレビューの方法

Minds の診療ガイドライン作成マニュアル(2017)によれば、「診療ガイドラインは推奨を作成するために、存在するすべてのエビデンスを科学的に活用することが望まれる。」とある。そのため、システマティックレビューは、エビデンスに基づいたケアの推奨を考える上で必要不可欠なものである。

システマティックレビューとは、「特定の問題に絞って、類似したしかし別々の研究の知見を見つけ出し、選択し、評価し、まとめるために、明確で計画された科学的方法を用いる科学研究。別々の研究からの結果の定量的統合(メタアナリシス)を含むことも含まないこともある」(Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017)とされる。またメタアナリシスとは「研究標本から特定の集団に対する推定と適用を可能とすることを企図して、類似した研究の結果を定量的に結合するために統計学的方法を用いるシステマティックレビューである」(Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017)とされ、メタアナリシスを含まないシステマティックレビューもあるため同義語ではない。

本ガイドラインでは、システマティックレビューに関して下記のとおり定め、これにそってレビューを進めた。

### 1) 実施スケジュール

2017年1月～2018年2月

### 2) 文献の検索

#### (1) エビデンスタイプ

○The Cochrane Database(以下:コクランと表記する)で公開されている5～10年以内に刊行された既存のシステマティックレビュー(SR)・メタアナリシス(MA)文献を検索した。システマティックレビューが見いだされた場合は、そこで検索を終了して、エビデンスの評価に取り組んだ。

○5～10年以内に刊行されたシステマティックレビューが確認できない場合、個別研究文献のシステマティックレビューとメタアナリシスを行った。ランダム化比較試験を検索の対象とした。質的研究は検索からは除外した。

#### (2) 文献データベース

○SR・MA 文献については、The Cochrane Library、PubMed、CINAHL with Full Text、MEDLINE、PsycINFO、SocINDEX、eBook Collection、Embase。

○個別研究文献については、CINAHL with Full Text、MEDLINE、PsycINFO、SocINDEX、eBook Collection、Embase、医中誌 Web、国立情報学研究所学術情報ナビゲーター(CiNii)、科学研究費助成事業データベース(KAKEN)、厚生労働省科学研究助成データベース。

#### (3) 検索の基本方針

看護ケア介入の検索に際しては、PICO フォーマットを作成し、用いた。P と I の組み合わせを基本とし、ときに C も特定する。O については特定しないこととした。

(4) 検索対象期間:すべてのデータベースについて、2017年12月末まで、The Cochrane Library は 2016 issue 4 までとする。

### 3) 文献の選択基準、除外基準

- キーワードは各 CQ ごとに設定する
- SR・MA が存在する場合はそれを第一優先とする。ただし、刊行年月を考慮し、2006 年以前の刊行である場合は、不採択とする。
- 上記で不採択となった SR・MA のうち、最近の文献を追加することでそれまでの蓄積を生かすことができ、単に不採択とするよりも、活用することが妥当であると委員会で判断された場合、同じキーワードを用いて、前回の検索以降の個別研究を検索し、追加のレビューを行う。
- SR・MA が存在しない場合は、個別研究を検索して SR を行う。
- 質的研究のメタ統合は行わない。
- 既存の SR を利用する場合の方針は、レビューの質が高いものであれば統合結果をそのまま利用する。または文献で採択されているもとの研究のデータを再評価し、もとの研究から CQ に適合するものを選択して SR を行う。実施年が古い等の場合、同じ文献検索戦略を用いて得られた文献で新たに SR を行う。

## 2.6 エビデンスの質の評価と統合の方法

- エビデンス総体の統合は、質的な統合を基本とし(定性的レビュー)、適切な場合は量的な統合(MA)も実施した。各 CQ の個々のアウトカムを MA に組み入れた文献に対し、2 名以上のメンバーがそのエビデンスの質を一度評価した。最終化の前に、理事会でも GRADE working group が提唱する方法に従って、エビデンスの確実性は、高・中・低・非常に低の 4 段階(A~D)で評価した(表 6)。RCT を基本的に採択したが、一部 non-RCT を含んでいるため、RCT ではエビデンスの質は高から開始し、グレードを下げる 5 つの要因を評価して、最終判断した。グレードを下げる要因は表 4 に示した。

表 4. グレードダウン 5 要因

要因	説明
バイアスのリスク	個々の研究の結果を歪めるバイアスが含まれる可能性が研究方法にどのくらい存在しうるか
非一貫性	研究間の治療効果の推定値のばらつき
非直接性	集められた研究の PICO が推奨を作成する CQ の想定している PICO とどれだけ乖離しているか(外的妥当性)
不精確さ	研究に含まれる患者数(サンプルサイズ)やイベント数が少ないためにランダム誤差が大きくなって効果推定値の確信性が損なう程度
出版バイアス	出版されていない研究結果が存在するために効果推定値が正しい値を示さないこと

Minds, 2017 より



## 2.7 エビデンスから推奨の作成

○エビデンスの評価と推奨の作成は、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017 に基づき表 5、表 6 のとおりとした。推奨は、エビデンスの質と利益と害のバランスを検討し、高齢者と家族の価値観、費用、各機関がもつ人的・物的資源を加味して決定していった。委員会による討議に加え、理事会投票による結果をふまえ、最終的に 1.強く推奨するか、または 2.弱く推奨するの判断を行った。

表 5. 推奨の強さのグレード (Minds, 2017 より)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 推奨の強さ：強く推奨する                 |
| 2. 推奨の強さ：弱く推奨する(提案する、条件付きで推奨する) |
| (推奨の強さ「なし」：明確な推奨ができない)          |

表 6. 推奨決定のための、アウトカム全般のエビデンスの確実性(強さ) (Minds, 2017 より)

- |                                       |
|---------------------------------------|
| A(強)：効果の推定値が推奨を支持する適切さに強く確信がある        |
| B(中)：効果の推定値が推奨を支持する適切さに中程度の確信がある      |
| C(弱)：効果の推定値が推奨を支持する適切さに対する確信は限定的である   |
| D(とても弱い)：効果の推定値が推奨を支持する適切さにほとんど確信できない |

なお、エビデンスの評価について Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017 では次の説明をしている。「エビデンスに対する評価について、質、レベル、限界、強さ、確信度、確実性等の言葉が同じ意味で用いられてきている。Minds では、広義のエビデンスに対する評価を「エビデンスの確実性」とし、推奨を考慮しない段階で行われるシステマティックレビューでは効果指標の確実性に対する確信という意味で「エビデンスの確実性(質)」、もしくは、「エビデンスの質」という言葉を用い、推奨作成の段階では推奨を支持する強さに対する確信という意味で「エビデンスの確実性(強さ)」、もしくは、「(エビデンス総体の)エビデンスの強さ」という言葉を用いる。」とあり、本委員会ではこれを用いることとした。

また、一般的に研究デザインとエビデンスレベルの分類としレベル I～IV(表 7)があり、これを参考にした。ただし、診療ガイドラインを作成するには研究報告単位の研究デザインのみに基づいたエビデンスのレベル付けは行わないため、本ガイドラインの作成にあたってはメタアナリシスが実施されているだけでエビデンスの質が高いとは判断していない。

表 7. エビデンスのレベル分類(質の高いもの順)

- |     |                           |
|-----|---------------------------|
| I   | システマティックレビュー/RCT のメタアナリシス |
| II  | 1つ以上のランダム化比較試験による         |
| III | 非ランダム化比較試験による             |
| IVa | 分析疫学的研究(コホート研究)           |
| IVb | 分析疫学的研究(症例対照研究、横断研究)      |
| V   | 記述研究(症例報告やケース・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 |

Minds 診療ガイドライン作成の手引 2007 ,p15 より

## 2.8 高齢者看護ケアの推奨の執筆

委員会内での検討、および理事会投票によるエビデンスの評価を元に、各文献の知見をまとめ、CQ ごとの回答と解説文を委員会で執筆した。本報告書は理事会の評価を受けたのち最終化した。

### 引用文献

- 1) GRADE working group. <http://www.gradeworkinggroup.org/>

## 2.9 作成した CQ 別高齢者看護ケア推奨一覧

### 高齢者看護ケアの推奨研究活動報告

### CQ 一覧ダイジェスト

<b>CQ:A2</b>	地域在住高齢者に対する定期的な運動療法は ADL の改善等に有効か？
<b>推奨</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域在住の一般高齢者に対する週 1 回以上の定期的な運動療法(エクササイズ)は、高齢者の筋力向上や歩行能力の向上、認知機能のわずかな改善に有効であるため、行うことを推奨する。</li> <li>・フレイルのある在宅高齢者への定期的なエクササイズは、日常生活行動(ADL)の自立度そのものの改善効果は明確ではないが、生活機能や身体機能のパフォーマンスを有意に改善するため、行うことを提案する。</li> <li>・認知症をもつ高齢者への定期的な運動療法(エクササイズ)は、ADL、および認知症を含む高齢者群の手段的 ADL(IADL)の向上にわずかに有効である。また、認知症を含む高齢者群のバランス能力の改善への有意性が示唆されるため、行うことを提案する。</li> <li>・認知症高齢者を対象とした運動療法は、転倒発生割合の減少効果が報告されているため、行うことを提案する。</li> </ul>
<b>推奨の強さ</b>	<span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px;">弱い推奨</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">エビデンスの確実性</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">中</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">GRADE</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">2B</span>
<b>付帯事項</b>	週 1 回 45 分以下、運動継続期間が 10 週未満の運動療法の効果については検証されていないため、運動療法のプログラム内容や期間等はさらなる検証が必要である。

<b>CQ:A8</b>	軽度～中等度認知症高齢者とその家族・介護者に対する心理社会的介入は社会的コストの改善等に有効か？
<b>推奨</b>	<p>軽度～中等度認知症高齢者、およびその介護者に対して、教育、個別や小グループでの心理カウンセリング等の心理社会的介入による費用対効果、およびその他の副次的なアウトカムへの有効性は認めていない。</p> <p>軽度～中等度認知症高齢者、およびその介護者を対象としたサポートプログラムは、対象者のニーズがある場合にその地域で得られる資源に応じて行うことを提案する。</p>
<b>推奨の強さ</b>	<span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px;">弱い推奨</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">エビデンスの確実性</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">低</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">GRADE</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">2C</span>

<b>CQ:A12</b>	在宅、および施設入所高齢者に対する経口補水療法は脱水の予防等に有効か？
<b>推奨</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養型医療施設入院中の高齢者の脱水に対する経口補水療法(oral rehydration therapy; ORT) (電解質と糖質の配合バランスを考慮した病者用食品)は水・電解質補給に有効で、安全性があるため、行うことを提案する。</li> <li>・訪問看護を受けている脱水症と診断されている高齢者に対する ORT は、血清ナトリウム低下、腋窩と口腔内乾燥の改善への有効性が示唆され、有害事象はないため、行うことを提案する。</li> <li>・訪問看護を受けている脱水症と診断されている高齢者に脱水の他覚所見(腋窩と口腔乾燥)を認める場合には、使用することを推奨する。</li> <li>・介護施設に入所中の脱水症を生じていない高齢者への予防的 ORT の有効性は報告されていないが、飲用することで体液増加効果を認めているため、行うことを提案する。</li> </ul>
<b>推奨の強さ</b>	<span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px;">弱い推奨</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">エビデンスの確実性</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">中</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">GRADE</span> <span style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; margin-left: 10px;">2B</span>
<b>付帯事項</b>	経口補水療法とは、経口補水液(oral rehydration solution)を用いた軽度から中等度の脱水症に対する治療法である。経口補水液とは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した病者用食品である。

<b>CQ:A17</b>	高齢者に対する栄養療法は死亡率の改善等に有効か？				
<b>推奨</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院または施設入所高齢者に対する包括的な栄養療法(経口栄養補助食品の提供、経腸栄養の投与、栄養指導、食事栄養価の強化の総称)に関する死亡率、在院日数、合併症発症率、身体機能改善への有効性は示されていない。しかし、予定外再入院割合の低下、栄養摂取量、および栄養状態の改善の有効性が示されているため、対象者個別の栄養摂取法と適応を検討した上で、いずれかを行うことを提案する。</li> <li>・高齢者への栄養療法後には、有意なエネルギー摂取量の増加、タンパク質摂取量増加、体重増加が示唆されるが、有効性は結論づけられない。</li> <li>・経口栄養補助食品を摂取した在宅・入所・入院高齢者では、わずかではあるが体重増加が示唆されるため、対象者の適応を検討した上で、行うことを提案する。</li> <li>・重度認知機能障害を有する高齢者に対する経腸栄養は、死亡率、合併症発症率、栄養摂取量、栄養状態の改善への効果はない。</li> <li>・有害事象(誤嚥性肺炎)の発生が重度認知機能障害を有する高齢者で報告されているため十分に検討することを提案する。</li> </ul>				
推奨の強さ	弱い推奨	エビデンスの確実性	低	GRADE	2C

<b>CQ:B2</b>	在宅高齢者の虐待予防と発生数の減少にどのようなプログラムが有効か？				
<b>推奨</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅高齢者への虐待予防のためのサービス提供者(専門職)、および家族介護者を対象とした虐待意識を高める教育プログラムによる虐待発生数減少への効果はエビデンスの高い報告が少ないため、不明確である。</li> <li>・家族介護者の不安とうつの改善効果が示唆されるため、家族介護者が虐待に関する教育を受ける機会を持てるよう、身近な地域等に虐待の知識を得られる教育の場を設けることを提案する。</li> </ul>				
推奨の強さ	弱い推奨	エビデンスの確実性	非常に低	GRADE	2D

<b>CQ:B4</b>	在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する心理教育プログラムは介護負担感の軽減等に有効か？				
<b>推奨</b>	在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する認知症の情報や症状への対処と介護者の相互交流で構成する心理教育プログラムは、家族の介護負担感を軽減するため、行うことを提案する。				
推奨の強さ	弱い推奨	エビデンスの確実性	低	GRADE	2C

<b>CQ:B13</b>	施設入所中の認知症者に対するスペシャルケアユニットは行動・心理症状の改善等に有効か？				
<b>推奨</b>	認知症者を対象とした入所施設において、認知症者がもつ特別なニーズに対応するための環境とスタッフを設けることで、認知症者の行動・心理症状の変化、うつの変化、および入所12ヶ月間の身体拘束を減少する可能性があるため、設けても良いことを提案する。ただし、エビデンスの確実性は非常に低いため、導入にあたっては、各施設の資源や状況に合わせて検討する。				
推奨の強さ	弱い推奨	エビデンスの確実性	非常に低	GRADE	2D
付帯事項	スペシャルケアユニットを作るためには、施設内環境の物理的改善、および職員教育の両者を行う必要があるため、費用対効果も検討する必要がある。特殊なケア環境を提供するよりもベストプラクティスを実装することが重要である。				

<b>CQ:B15</b>	施設入所認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM)を用いたケア実践は、認知症者の行動・心理症状の改善等に有効か？				
<b>推奨</b>	施設入所の認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM)を用いたケア実践は、認知症者の行動・心理症状の改善に有効であるため、行うことを推奨する。				
推奨の強さ	強い推奨	エビデンスの確実性	低	GRADE	1C

<b>CQ:B16</b>	寝たきり高齢者に対する体位交換に加えたドレッシング材の貼付は新たな褥瘡発生予防等に有効か？
<b>推奨</b>	高齢者に対する褥瘡予防のためのドレッシング材の貼付の有益性は明確ではない。しかしながら、新たな褥瘡発生低下の報告もみられるため、予防的ケアとしての使用を提案する。
推奨の強さ	弱い推奨    エビデンスの確実性    低    GRADE    2C
付帯事項	新たな褥瘡の重症度を軽減するというエビデンスはなく、予防ケアのための提案を行う場合、コストについても検討することが必要である。

<b>CQ:B19</b>	認知症高齢者に対するアロマセラピーはアジテーション(焦燥、不穏、興奮等)の改善等に有効か？
<b>推奨</b>	認知症高齢者に対するアロマセラピーをアジテーション(焦燥、不穏、興奮等)や行動症状の軽減、抑うつ改善等を目的に行うことへの明確な有益性はないが、有害作用の報告はないため試みることを提案する。
推奨の強さ	弱い推奨    エビデンスの確実性    非常に低    GRADE    2D

<b>CQ:B20</b>	認知症高齢者に対する音楽に基づく治療的介入は抑うつの改善等に有効か？
<b>推奨</b>	音楽に基づく治療的介入を5回以上のセッションとして行うことは、認知症高齢者の介入終了時の抑うつ症状を3ヶ月時点で低減することが示唆されている。ただし、興奮や攻撃性の低減、生活の質、行動障害全般、認知機能、不安、および社会的交流の向上に対する効果はないか、もしくはエビデンスを示すことができない。そのため、本人や家族の希望に応じて行うことを提案する。
推奨の強さ	弱い推奨    エビデンスの確実性    低    GRADE    2C
付帯事項	ここでは音楽療法士の資格の有無については問わず、音楽を用いた治療的介入を指している。

<b>CQ:B25</b>	入院中の高齢者に対する術後疼痛緩和への非薬物的介入は疼痛緩和等に有効か？
<b>推奨</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 腰椎麻酔下で片側の全人工膝関節置換術(Total Knee Arthroplasty: TKA)を受ける高齢者が手術中に音楽を聴くことは、術後一定時間の痛みを軽減し、疼痛緩和に有用であるため、使用を提案してもよい。</li> <li>・ 腰椎麻酔から回復したTKA後の高齢者に対し、術後4-6時間の時期に歩行器を用いた15分の歩行を行うことは、疼痛緩和としては有効ではない。</li> <li>・ ICU入室中の心臓手術後の者に15分間のラベンダークリームを用いたハンドマッサージを行うことは、1回目の施行後疼痛緩和の効果を確認するため、使用を提案しても良い。</li> </ul>
推奨の強さ	弱い推奨    エビデンスの確実性    非常に低    GRADE    2D

<b>CQ:B31</b>	入院中の高齢者に対する専門職者との討議によるアドバンスケアプランニングは自己決定の促進等に有効か？
<b>推奨</b>	急性期病院入院中の高齢者に対する専門職者との討議に基づくアドバンスケアプランニングの実施は、事前指示書の作成割合を向上させる等、意思決定の促進に有効である。またケア満足度の向上にも有効である。本人の心理的負担がない場合、行うことを推奨する。
推奨の強さ	弱い推奨    エビデンスの確実性    低    GRADE    2C



<b>CQ:B33</b>	入院中の高齢者への個別退院支援計画介入は在院日数の短縮等に有効か？
<b>推奨</b>	内科疾患で入院した高齢者への個別退院支援計画(入院早期のスクリーニング、対象者のニーズに合わせた個別退院支援計画の策定、退院に向けた院内多職種カンファレンスの実施)は、在院日数の短縮をもたらし、3ヶ月以内の予期せぬ再入院のリスクを減らす可能性がある。また、個別退院支援計画は対象者の満足度と専門職のケアに対する満足度を高めることも示唆されるため、行うことを推奨する。しかし、医療費削減への有効性はないため、それを目的として行わないことを提案する。
推奨の強さ	強い推奨
	エビデンスの確実性
	中
	GRADE
	1B
付帯事項	転倒後のフォローアップ入院高齢者における個別退院支援計画による再入院リスク減少への効果は不確かである。

<b>CQ:B34</b>	入院中の認知症高齢者に対する老年専門職チームによる医療の提供は在院日数減少、せん妄発症者割合の改善等に有効か？
<b>推奨</b>	認知症、あるいは認知機能が低下した高齢者が、身体疾患の治療目的で一般病院に入院した場合、老年学に関する教育を受けた複数の専門職で構成する「老年専門職チーム」(老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、精神看護専門看護師、老年科医師、精神科医師、担当科医師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、栄養士、アクティビティコーディネーター、ケアマネジャー、ケアの補助スタッフ等)でアセスメントを行い、それに基づいてチームで直接的ケアを行うことは、在院日数減少に有効である。せん妄発生割合を低下する報告もあるため、行うことを推奨する。
推奨の強さ	強い推奨
	エビデンスの確実性
	中
	GRADE
	1B
付帯事項	2016年4月から、身体疾患のために入院した認知症者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るため、病棟での取組や多職種チームによる介入に対する「認知症ケア加算1・2」が診療報酬化された(厚生労働省平成28年度診療報酬改定)。認知症ケア加算には、本人の自己負担が生じるため、老年専門職チームによる認知症ケアを開始する際には、家族への説明と家族の理解が必要である。

<b>CQ:B38</b>	高齢者のポリファーマシーに関する適切な介入は何か？
<b>推奨</b>	高齢者のポリファーマシーを改善する有用な介入は不明確であるが、不適切な処方を減らす観点から、MAI(Medication Appropriateness Index)の利用や、医師、薬剤師、看護師による薬剤レビューを行うことを提案する。
推奨の強さ	弱い推奨
	エビデンスの確実性
	低
	GRADE
	2C

<b>CQ:C4</b>	終末期高齢者と家族介護者に対するエンドオブライフケアパスウェイによるケアは身体症状の緩和等に有効か？
<b>推奨</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>終末期がん療養者に対するエンドオブライフケアパスウェイとして、イタリアの病院におけるリバプールケアパスウェイがあり、息切れの改善にわずかながら有効性が報告されている。しかし、疼痛や嘔吐等、その他の身体的症状や心理学的症状、Quality of life(QOL)、有害事象等の臨床的・身体的・心理的または感情面での有効性に関するエビデンスは報告がない。そのため、医療機関、施設、在宅の状況や本人・家族の希望に応じて行っても良いことを提案する。</li> <li>終末期高齢者に限定したエンドオブライフケアパスウェイの評価はなされておらず、精神症状やQOL、療養者・介護者の満足度、ケアの費用、介護者と医療者のコミュニケーションの質についてのエビデンスは報告自体がないため、有効性は現時点ではない。</li> </ul>
推奨の強さ	弱い推奨
	エビデンスの確実性
	非常に低
	GRADE
	2D

## 2.10 高齢者看護ケアの推奨集

### CQ:A2

地域在住高齢者に対する定期的な運動療法は ADL の改善等に有効か？



### 推奨

- ・地域在住の一般高齢者に対する週 1 回以上の定期的な運動療法(エクササイズ)は、高齢者の筋力向上や歩行能力の向上、認知機能のわずかな改善に有効であるため、行うことを推奨する。
- ・フレイルのある在宅高齢者への定期的なエクササイズは、日常生活行動(ADL)の自立度そのものの改善効果は明確ではないが、生活機能や身体機能のパフォーマンスを有意に改善するため、行うことを提案する。
- ・認知症をもつ高齢者への定期的な運動療法(エクササイズ)は、ADL、および認知症を含む高齢者群の手段的 ADL(IADL)の向上にわずかに有効である。また、認知症を含む高齢者群のバランス能力の改善への有意性が示唆されるため、行うことを提案する。
- ・認知症高齢者を対象とした運動療法は、転倒発生割合の減少効果が報告されているため、行うことを提案する。

### 付帯事項

週 1 回 45 分以下、運動継続期間が 10 週未満の運動療法の効果については検証されていないため、運動療法のプログラム内容や期間等はさらなる検証が必要である。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

中

GRADE

2B

### 解説・エビデンス

介護予防として運動機能、栄養状態、および口腔機能の向上が重要とされている。中でも、運動機能の向上は高齢者が要介護状態になることや、要介護状態を重度化することを防ぐ効果があると報告されており<sup>1)</sup>、フレイルの予防に向けた様々な運動療法の取り組みがなされている。

加齢による生理的变化により様々な機能低下が高齢者には生じるが、身体機能の低下の評価指標として、歩行速度が注目されている。さらに、平衡感覚(バランス)の低下と転倒との関連性が示唆されており、高齢者の ADL の評価指標として、歩行速度やバランスを用いた研究が報告されている。

本 CQ に関して、本委員会ではメタアナリシス文献のシステマティックレビューを行った。

文献抽出方法は、CINAHL、PubMed、Cochrane Library、PsycINFO のデータベースを使用し、2008 年～2017 年に刊行されたレビュー文献を検索した。

検索キーワードは、“older adults” “elderly” “community-dwelling older adults” “frail” “dementia people” “activities of daily living” “ADL” “meta analysis” “meta-analysis” “exercise”を用いた。

その結果、23 件文献が抽出された。そのうちメタアナリシスでないもの、フルテキストがないものを除外し、最終的に 8 件のメタアナリシス文献が選定された。これらのリスクオブバイアスは、Cochrane Systematic Review の 9 つの指標で 5 ポイント以上である文献や、Physiotherapy Evidence Database スコアが 5 以上の文献で構成されていた。

#### ◆ADL 向上への効果：フレイル高齢者対象

65 歳以上の身体的フレイルに該当する高齢者を対象とした 8 件の RCT<sup>2)</sup> のメタアナリシスでは、柔軟

性、協調性、平衡性、筋力トレーニング、太極拳等のエクササイズを 60～90 分間、毎日あるいは毎週、3～12 ヶ月実施することにより、歩行速度、バランス能力、ADL が有意に改善している(WMD = 5.33; 95%CI = 1.01–9.64、I<sup>2</sup> = 77)が、異質性が高いため、研究間のばらつきが大きいととらえられる。

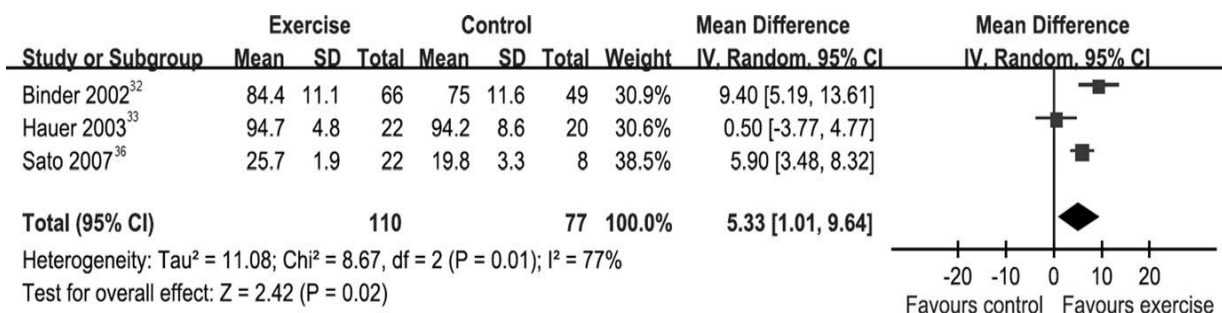


図 1. 柔軟性、協調性、平衡性、筋力トレーニング、太極拳等のエクササイズを毎日あるいは毎週 60～90 分間、3～12 ヶ月実施群 vs 実施しない群の歩行速度、バランス能力、ADL のフォレストプロット(文献 2)

また、65 歳以上の健常高齢者、フレイル、機能障害のある高齢者の混合を対象とした 19 件の RCT<sup>3)</sup>からは、生活機能の自立度(効果量(小) d = .370)、椅子からの立ち上がり(効果量(小) d = .300)、歩行速度(効果量(小) d = .260)、歩行持続時間(効果量(小) d = .250)、バランス(効果量(小) d = .270)への効果が報告され、生活機能や身体機能のパフォーマンスは有意に改善するが、日常生活の自立度そのものを改善する効果は明確ではない。

Giné-Garriga ら<sup>4)</sup>のメタアナリシスでは、12 件の RCT により、先述した同様のエクササイズを 45 分～60 分、毎日あるいは毎週、10 週～12 ヶ月実施し、歩行速度(MD = 0.06m/s; 95%CI = 0.04–0.09)、下肢機能の有意な上昇(MD = 2.18units; 95%CI = 1.56–2.80)が認められたと報告している。

一方でバランス能力の向上や ADL 指標である機能的運動性の改善についての効果は不確かであることが示唆されている。

#### ◆ADL 向上への効果：認知症高齢者対象

認知症(平均 MMSE ≤ 14～27)を含む 65 歳以上の地域在住高齢者を対象とした 6 件の RCT<sup>5)</sup>のメタアナリシスからは、有酸素運動、筋力トレーニング、バランス、歩行、柔軟運動を 3 ヶ月以上実施することにより、認知症高齢者の ADL(効果量(中) SMD = 0.77)、認知症を含む高齢者群の IADL(効果量(小) SMD = 0.44)の向上効果を報告している。また、認知症を含む高齢者群のバランス能力が有意に改善するとしているが、I<sup>2</sup> = 76%で研究間の異質性が高い。認知症高齢者を対象とした転倒発生割合が 30%減少(RR = .68, 95%CI = .50–.94)したことが報告されている。

Karssemeijera ら<sup>6)</sup>は MCI、または認知機能障害を持つ高齢者へ運動と認知訓練の混合のエクササイズを実施した 10 件の RCT より、ADL の向上に中程度の効果がみられている(効果量(中) SMD = 0.66)。

#### ◆ADL 向上への効果：健常高齢者・慢性疾患高齢者対象

エクササイズの多様性としてピラティスによる効果が検証されている。Bullo ら<sup>7)</sup>は、6 つの RCT のメタアナリシスで、1.5 ヶ月～12 ヶ月間、週 1～3 回 1 時間のピラティスにより 60 歳以上の健常高齢者と慢性疾患やパーキンソン病をもつ高齢者で、筋力の向上や歩行能力向上においても大きな効果があることを示している。

運動やバランスボール等の個人に合わせたエクササイズと Wii Fit 等のコンピューターゲームを使用したエクササイズの効果についても検討されている。61 歳以上の健常高齢者を対象としたメタアナリシス<sup>8)</sup>では、個別運動群がバランス能力評価への効果がわずかに高く、コンピューターゲームを使用したエクササイズの効果については今後観察期間や様々な評価指標による効果測定の必要性が示唆されている。

#### ◆認知機能向上への効果：健常高齢者-認知症高齢者対象

Karssemeijera ら<sup>6)</sup>はMCI、または認知機能障害をもつ高齢者へ運動と認知訓練の混合のエクササイズを実施した10件のRCT文献より、認知機能の改善に効果がある(効果量(小)SMD = 0.32)ことを報告している。Karr ら<sup>9)</sup>も運動と認知訓練の混合のエクササイズを健常高齢者と認知症高齢者両者を対象としたシステマティックレビューにより、グループ介入(効果量(小)dppc = 0.12)、個別介入(効果量(小)dppc = 0.19,  $p = .29$ )ともに認知機能に効果があったとしている。

#### ◆QOL、うつ状態への効果

Karssemeijera ら<sup>6)</sup>によるメタアナリシスにより、認知機能障害をもつ高齢者への運動と認知訓練の混合のエクササイズは、うつ傾向の改善に小さな効果(SMD = 0.27)があったことが示されている。また、Bullo らによるメタアナリシスでは、60歳以上の健常高齢者と慢性疾患やパーキンソン病の高齢者において、1.5ヶ月～12ヶ月間、週1～3回1時間のピラティスによりQOL、うつ傾向の改善に効果があることを報告している<sup>7)</sup>。フレイルの高齢者に対する柔軟性、協調性、平衡性、筋力トレーニング、太極拳は、QOL(SF-36)への有効性は示されていない<sup>2)</sup>。

#### ◆転倒予防効果

定期的運動療法による転倒予防効果については報告されていない。

週1回45分以下、運動継続期間が10週未満の運動療法の効果については検証されていないため、運動療法のプログラム内容や期間等はさらなる検証が必要である。

## 文献

- 1) 厚生労働省, 介護予防の推進に向けた運動器疾患対策に関する検討会 (2008). 介護予防の推進に向けた運動器疾患対策について報告書. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0701-5a.pdf>
- 2) Chou, C. H., Hwang, C. L., & Wu, Y. T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *93*(2), 237-244. doi:10.1016/j.apmr.2011.08.042
- 3) Gu, M. O., & Conn, V. S. (2008). Meta-analysis of the effects of exercise interventions on functional status in older adults. *Research in Nursing & Health*, *31*(6), 594-603. doi:10.1002/nur.20290
- 4) Giné-Garriga M., Roqué-Figuls, M., Coll-Planas, L., Sitjà-Rabert, M., & Salvà, A. (2014). Physical Exercise Interventions for Improving Performance-Based Measures of Physical Function in Community-Dwelling, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, *95*(4), 753-769.e3. doi:10.1016/j.apmr.2013.11.007
- 5) Lewis, M., Peiri, C. L., & Shields, N. (2017). Long-term home and community-based exercise programs improve function in community-dwelling older people with cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, *63*(1), 23-29. doi:10.1016/j.jphys.2016.11.005
- 6) Karssemeijer, E. G. A., Aaronson, J. A., Bossers, W. J., Smits, T., Olde Rikkert, M. G. M., & Kessels, R. P. C. (2017). Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *40*, 75-83. doi:10.1016/j.arr.2017.09.003
- 7) Karr, J. E., Areshenkoff, C. N., Rast, P., Garcia-Barrera, M. A. (2014). An empirical comparison of the therapeutic benefits of physical exercise and cognitive training on the executive functions of older adults: a meta-analysis of controlled trials. *Neuropsychology*, *28*(6), 829-845. doi:10.1037/neu0000101
- 8) Bullo, V., Bergamin, M., Gobbo, S., Sieverdes, J. C., Zaccaria, M., Neunhaeuserer, D., & Ermolao, A. (2015). The effects of Pilates exercise training on physical fitness and wellbeing in the elderly: A systematic review for future exercise prescription. *Preventive Medicine*, *75*, 1-11. doi:10.1016/j.ypmed.2015.03.002
- 9) Tahmosybayat, R., Baker, K., Godfrey, A., Caplan, N., & Barry, G. (2017). A systematic review and meta-analysis of outcome measures to assess postural control in older adults who undertake exergaming. *Maturitas*, *98*, 35-45. doi:10.1016/j.maturitas.2017.02.003

## 検索式

1) PubMed、CINAHL、Cochran Library、PsycINFO Date searched : 2017年10月5日

- #1 "older adults":ti,ab,kw or "elderly":ti,ab,kw or "community-dwelling older adults" or "frail" or "dementia people"
- #2 "activities of daily living":ti,ab,kw or "ADL":ti,ab,kw
- #3 "meta analysis":ti,ab,kw or "meta-analysis"
- #4 "exercise":ti,ab,kw
- #5 #1 and #2 and #3 and #4

## CQ:A8

軽度～中等度認知症高齢者とその家族・介護者に対する心理社会的介入は社会的コストの改善等に有効か？



## 推奨

軽度～中等度認知症高齢者、およびその介護者に対して、教育、個別や小グループでの心理カウンセリング等の心理社会的介入による費用対効果、およびその他の副次的なアウトカムへの有効性は認めていない。

軽度～中等度認知症高齢者、およびその介護者を対象としたサポートプログラムは、対象者のニーズがある場合にその地域で得られる資源に応じて行うことを提案する。

## 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

2C

## 解説・エビデンス

世界アルツハイマー協会の報告<sup>1)</sup>では、認知症者は世界中で 4,600 万人を超えるとされ、2050 年には 1 億 1,350 万人に増加すると推定されている。認知症は経済的に大きな影響を与え、世界全体の推定コストは 8,182 億ドルで、2018 年には 1 兆ドルになるとされている。認知症者の増加と共に、認知症者本人、および共に生活する家族・介護者を支援するための質の高い教育、および支援プログラムの必要性が高まっている<sup>2)</sup>。軽度認知症者とその介護者への心理社会的介入が社会的コスト軽減につながるか、またその他に副次的な有益なアウトカムがあるか報告されている。

本 CQ に関して、本委員会ではシステマティックレビューを行い、それをもとに評価を行った。

PubMed、Embase、CENTRAL、CINAHL with Full Text を用いて 2017 年 11 月に検索を行った。検索された 6,601 文献の中から、重複した 1,839 文献を除き、次の適格基準を満たす文献をスクリーニングした。

適格基準は、①ランダム化比較試験、②対象が軽度から中等度の認知症高齢者、およびその介護者、③対象は認知症の診断を受けている、④介入方法が教育やカウンセリングといった心理社会的介入であることとした。また、⑤認知機能の進行予防を目的とした運動や脳のトレーニングは除外した。⑥グループセッションと個別的セッションについては、直接対面しての介入と電話やメールといった非対面式の介入は問わなかった。その結果、適格基準をすべて満たした文献は 2 文献であった。

### ◆社会的なコストの改善

330 組の認知症高齢者と介護者を対象としたデンマークの RCT<sup>3)</sup> では、3 年間にわたり軽度認知症者とその家族に対して、認知症の診断後 8～12 ヶ月の間に多様な方法による心理社会的介入(個別、およびグループでの心理カウンセリングやセッション、電話カウンセリング、情報提供等)を行っている。アウトカム指標は、QALYs(Quality-Adjusted Life Years : 質調整生存年)、社会的コスト(医療費、社会的ケアの費用、インフォーマルケアの費用、生産損失による費用等)を用いて調査していた。

その結果、心理社会的介入は費用面や QALYs の面においても介入群と対照群では差を認めず、むしろインフォーマルケアの費用を高めたことから、デンマークでは費用対効果が高いとはいえないと結論し、ここでの心理社会的介入の費用対効果受容曲線(cost-effectiveness acceptability curves)は、36%以下であるとしている。ただしこの研究では 66 組が本人、または介護者の死亡により途中で脱落しており、症例減少バイアスを認めている。また、施設ケアは在宅ケアに比べコストがかかるとされている。

軽度アルツハイマー病者とその介護者に対して心理社会的介入(教育、カウンセリング、社会的支援等)を行った RCT 研究<sup>4)</sup>では、アウトカムとして施設入所時期を評価しているが、介入群と対照群での差異は認めなかったと報告している。この研究の対象は 236 組で、最終的に 106 組(45%)が 36 ヶ月間のフォローアップを受けている。脱落率が高く、介入群 84 名のうち 30 名、対照群 152 名のうち 76 名が脱落し、36 ヶ月間で介入群 18 名(21%)、対照群 24 名(16%)が施設入所している。この調査では、施設入所後 1 年以内に対象者が死亡しており、家族が可能な限り在宅でケアをしていた可能性もあると報告している。この研究においては、介入群と対照群の割合が 1 : 2 と割付に偏りがあり、対照群の脱落率も高いことから、選択バイアスや症例減少バイアスを認め、バイアスのリスクがある。

#### ◆アルツハイマー病の重症度、認知機能、日常の活動性、介護者の抑うつ等の改善

先の RCT<sup>4)</sup>では、アルツハイマー病の重症度の改善、認知機能の改善、日常の活動性の改善、健康に関連した QOL の改善、介護者の抑うつの発症、心理的苦痛の改善が評価されているが、いずれも介入群と対照群での差異は認めなかったと報告している。

日本における軽度～中等度認知症者とその家族を対象とした教育プログラムの RCT は報告がなく、今後研究を進める必要がある

## 文献

- 1) Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer Report 2015: *The Global Impact of Dementia*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
- 2) Peeters, J. M., Beek, A. P. V., Meerveld J. H., Spreeuwenberg, P. M., & Francke, A. N. L. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme, *BioMed Central Nursing*, 9(9), doi:10.1186/1472-6955-9-9
- 3) Sogaard, R., Sorensen, J., Waldorff, F. B. , Eckermann, A., Buss, D. V., Phung, K. T., & Waldemar, G.(2014). Early psychosocial intervention in Alzheimer's disease: cost utility evaluation alongside the Danish Alzheimer's Intervention Study (DAISY). *BMJ open*, 4(1). Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/1/e004105.full.pdf>
- 4) Koivisto, A. M., Hallikainen, I., Valimaki, T., Hongisto, K., Hiltunen, A., Karppi, P., ... Martikainen, J. (2016). Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild Alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers' well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 31(3), 273-283. doi:10.1002/gps.4321

## 検索式

### 1) PubMed. Embase.CENTRAL.CINAHL : 2017 年 11 月 1 日

```
#1 (((("early stage") OR (mild) OR (moderate)) AND ((dementia) OR (cognitive dysfunction[MeSH Terms]) OR (cognitive impairment[Text Word]))) AND ((educat*[tw] OR teach*[tw] OR train*[tw] OR (health education[MeSH Terms]))) AND (((((((((((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR drug therapy[sh] OR randomly[tiab] OR trial[tiab] OR groups[tiab])) NOT ((animals[mh] NOT humans[mh]))) AND ("2007/01/01"[edat] : "2017/10/31"[edat])
```



## CQ:A12

在宅、および施設入所高齢者に対する経口補水療法は脱水の予防等に有効か？

### 推奨

- ・療養型医療施設入院中の高齢者の脱水に対する経口補水療法(oral rehydration therapy; ORT)(電解質と糖質の配合バランスを考慮した病者用食品)は水・電解質補給に有効で、安全性があるため、行うことを提案する。
- ・訪問看護を受けている脱水症と診断されている高齢者に対する ORT は、血清ナトリウム低下、腋窩と口腔内乾燥の改善への有効性が示唆され、有害事象はないため、行うことを提案する。
- ・訪問看護を受けている脱水症と診断されている高齢者に脱水の他覚所見(腋窩と口腔乾燥)を認める場合には、使用することを推奨する。
- ・介護施設に入所中の脱水症を生じていない高齢者への予防的 ORT の有効性は報告されていないが、飲用することで体液増加効果を認めているため、行うことを提案する。

### 付帯事項

経口補水療法とは、経口補水液(oral rehydration solution)を用いた軽度から中等度の脱水症に対する治療法である。経口補水液とは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した病者用食品である<sup>1)</sup>。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

中

GRADE

2B

### 解説・エビデンス

経口補水療法(ORT: oral rehydration therapy)とは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液を用いた軽度から中等度の脱水症の治療のことである。

高齢者は、口渴中枢の機能低下に伴う口渴感の低下や、食事摂取量の低下等により潜在的な体液不足が生じやすく、脱水傾向が存在すると考えられている<sup>1)</sup>。

経口補水療法を実施する群と実施しない群を比較して、脱水予防に有効か、本 CQ に関するシステマティックレビューとメタアナリシスを行い、本委員会が評価した。

文献検索は、医中誌 Web、CINAHL with Full Text、PubMed、The Cochrane Library、EMBASE、MEDLINE、PsycINFO を用いて 2017 年 7 月 14 日に検索を行った。

適格基準は①ランダム化比較試験、②65 歳以上を対象としている、であった。

検索の結果、1,575 件が検索され、3 文献<sup>2)4)</sup>が適格基準を満たした。また、メタアナリシスには 2 文献<sup>2)3)</sup>の結果を統合した。

脱水を予防する方策に関する研究は、多くは子ども、あるいは術後の病者を対象としていた。高齢者を対象とした研究は、わが国において実施されていた。また、「在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(2015)」では<sup>5)</sup>、「CQ：在宅高齢者に経口補水液は有効か」において、「訪問看護管理下の在宅高齢者での経口補水療法は有害事象なく施行可能であり、脱水の他覚所見(腋窩と口腔の乾燥)が改善する(レベル II)」と報告している。

#### ◆体重変化率

北川ら<sup>4)</sup>は、療養型医療施設に入院した軽度から中等度の脱水のある高齢者を対象に、介入群には食事に加え経口補水液(大塚製薬 OS-1)を 1 日 600mL まで 7 日間摂取する群(21 名)とミネラルウォーターを摂



取する群(20名)の体重変化率について分析を行い、介入群で有意に高値であった(介入群：0.7±1.9% vs 対照群：-0.7±1.9%,  $p=0.0234$ )。その結果から、経口補水療法は、水、電解質補給に有用であり、安全性があると報告されている。

### ◆血清ナトリウム値、ならびに血清カリウム値

血清ナトリウム値、血清カリウム値等の臨床検査値は、大谷ら<sup>2)</sup>が訪問看護を受けている脱水症の在宅高齢者を対象に検討している。経口補水液(大塚製薬 OS-1)を12週間摂取する群(8名)とミネラルウォーター群(9名)の間に有意差は認めなかったとしている。

血清ナトリウム値、血清カリウム値のメタアナリシスの結果は、血清ナトリウム値は、統合値において介入群で有意な低下が認められ(MD = -1.56 (95%CI = -3.08--0.04),  $p=0.04$ ,  $I^2=0\%$ )(図1)、ファンネルプロットでは、報告バイアスを示唆する分布は認められなかった。一方、血清カリウム値の統合値は有意差を認めなかった。

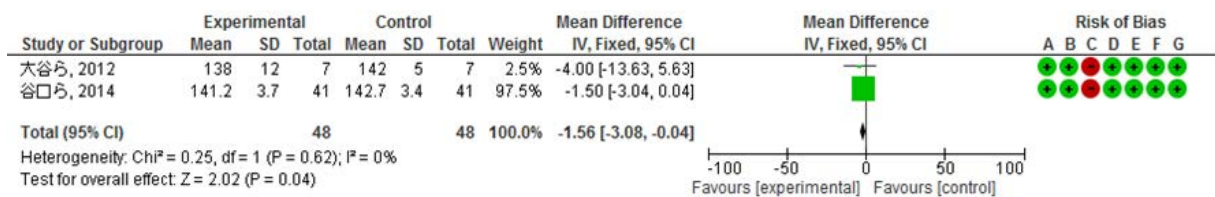


図1. 経口補水液群 vs ミネラルウォーター群の血清ナトリウム値

図1のメタアナリシスから、訪問看護を受けている脱水症のある在宅高齢者への経口補水療法は血清ナトリウムの低下に有効であるが、もともと高血清ナトリウム値までを示していない脱水であることに留意する必要がある。

### ◆口腔内と腋窩乾燥

大谷ら<sup>2)</sup>が訪問看護を受けている脱水症の在宅高齢者を対象に経口補水液(大塚製薬 OS-1)を12週間摂取する群(8名)とミネラルウォーター群(9名)を検討し、腋窩と口腔内乾燥の改善を認め、経口補水液は安全で有用性があると報告している。

### ◆体液増加、および尿中ナトリウム濃度、

尿中ナトリウム濃度、血液検査値の比較検討は、谷口ら<sup>3)</sup>が介護施設に入所中で非脱水の高齢者を対象に、経口補水液(OS-1)を30日間摂取する群(41名)と摂取しない群(41名)の体液増加効果(ナトリウム部分排泄率の上昇、BUN/Cr比、および血漿浸透圧の低下)を認めたが、対照群では脱水発生を認めず、脱水予防効果の証明には至らなかったと報告されている。

### ◆脱水発生割合、精神神経症状、心不全

脱水発生割合の減少、精神神経症状(せん妄・認知症)の減少、心不全の発現については、報告がなく、エビデンスは不明である。

経口補水液は病者用食品として市販され、現在入手が可能であるため、活用の可能性が高くなっているが、一般高齢者の脱水予防への明確なエビデンスの報告はないため、さらに検証を進める必要がある。

訪問看護、および療養型医療施設入院中の高齢者において脱水と診断された者、高齢者介護施設入所者で脱水が疑われる者への使用に関して害は示されていないため、使用を提案してよいと考えられる。

## 文献

- 1) Salehi, S., Daneshian, M., Forsberg, BC., Birkhed, D. (2013). Oral rehydration therapy products – a plaque PH study under normal and dry mouth conditions. *International Dental Federation*, 63, 254-358. doi: 10.1111/idj.12041
- 2) 大谷順(2012). 訪問看護管理下の在宅高齢者を対象とした経口補水液 OS-1 の水・電解質補給効果の検討. *機能性食品と薬理栄養*, 7, 175-185.
- 3) 谷口英喜, 岡本涼子, 上島順子, 阿部咲子, 岡本葉子, 牛込恵子 & 石井良昌 (2014). 高齢者介護施設における長期の経口補水療法実施の安全性と有効性に関する研究—非脱水症例を対象にした 30 日間の実施—. *静脈経腸栄養*, 29, 733-740.
- 4) 北川素, 松本孝文, 池上充彦, 大森義信, 上村致信, 北川中行, ... 白鷹増男 (2003). 高齢者の脱水患者を対象とした OS-1(食品)の水・電解質補給効果の検討—市販ミネラルウォーターを対照とした多施設共同並行群間比較試験—. *薬理と治療*, 31(10), 855-868.
- 5) 厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進事業(国立高度専門医療研究センターによる東日本大震災からの医療の復興に資する研究), 「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」(H25・医療・指定-003(復興))研究班、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座、東京大学医学部在宅医療学拠点、国立長寿医療研究センター、日本老年医学会 (2015). *在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー* (pp. 23-25). Retrieved from [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20150513\\_01\\_01.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20150513_01_01.pdf)

## 検索式

### 1) 医中誌 Web : 2017 年 7 月 14 日

- #1 ((高齢者/TH or 高齢者/AL) and (脱水症/TH or 脱水/AL)) and ((PT=症例報告除く) AND (PT=原著論文,会議録除く) CK=ヒト)
- #2 ((脱水症/TH or 脱水症/AL) and (看護/TH or 看護/AL) and (高齢者/TH or 高齢者/AL)) and ((PT=症例報告除く) AND (PT=原著論文) CK=ヒト)
- #3 ((高齢者/TH or 高齢者/AL) and (保健指導/TH or 保健指導/AL) and (脱水症/TH or 脱水症/AL)) and ((PT=症例報告除く) AND (PT=原著論文,会議録除く) CK=ヒト)

### 2) The Cochrane Library : 2017 年 7 月 14 日

- #1 elderly, dehydration in Trials

### 3) PubMed : 2017 年 7 月 14 日

- #1 ("preventive health services"[MeSH Terms]) AND (("dehydration"[MeSH Terms]) AND "aged"[MeSH Terms])
- #2 Search (((((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh]))) AND "dehydration"[MeSH Terms]) AND "aged"[MeSH Terms])

### 4) Embase : 2017 年 7 月 14 日

- #1 'dehydration' AND 'elderly care'

### 5) CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE Complete;PsycINFO : 2017 年 7 月 14 日

- #1 elderly people AND dehydration
- #2 elderly people AND dehydration in elderly

## CQ:A17

### 高齢者に対する栄養療法は死亡率の改善等に有効か？



#### 推奨

- ・入院または施設入所高齢者に対する包括的な栄養療法(経口栄養補助食品の提供、経腸栄養の投与、栄養指導、食事栄養価の強化の総称)に関する死亡率、在院日数、合併症発症率、身体機能改善への有効性は示されていない。しかし、予定外再入院割合の低下、栄養摂取量、および栄養状態の改善の有効性が示されているため、対象者個別の栄養摂取法と適応を検討した上で、いずれかを行うことを提案する。
- ・高齢者への栄養療法後には、有意なエネルギー摂取量の増加、タンパク質摂取量増加、体重増加が示唆されるが、有効性は結論づけられない。
- ・経口栄養補助食品を摂取した在宅・入所・入院高齢者では、わずかではあるが体重増加が示唆されるため、対象者の適応を検討した上で、行うことを提案する。
- ・重度認知機能障害を有する高齢者に対する経腸栄養は、死亡率、合併症発症率、栄養摂取量、栄養状態の改善への効果はない。
- ・有害事象(誤嚥性肺炎)の発生が重度認知機能障害を有する高齢者で報告されているため十分に検討することを提案する。

#### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

2C

#### 解説・エビデンス

入院、または施設入所中の高齢者に合併する低栄養状態は、敗血症等の感染症のリスク因子である。また、退院後の日常生活動作の低下が起りやすく、介護施設に入所しやすいことが明らかとなっている<sup>1)</sup>。そのため、低栄養状態の改善、または回避目的で、栄養療法は主疾患の治療と平行して必要となる。

高齢者における栄養療法に関する本 CQ に関して、本委員会ではシステマティックレビューを行い、それをもとに評価を行った。

PubMed、The Cochrane Library を用いて 2017 年 2 月に検索を行い、検索された文献の中から、次の適格基準を満たす文献をスクリーニングした。

適格基準は、①メタアナリシス、またはシステマティックレビュー、②65 歳以上の入院、または施設入所高齢者を対象としている、③栄養療法の介入効果を評価している、④救命救急診療、または特別な栄養介入を必要とする癌療養者を対象としていない、であった。

#### ◆死亡率

栄養療法(経口栄養補助食品の提供、経腸栄養の投与、栄養指導、食事栄養価の強化すべてを含む)の有効性を評価した 14 件の RCT によるメタアナリシスから<sup>2)</sup>、死亡率への有効性は示されていない (OR = 0.96、95%CI = 0.72–1.27)。また、低栄養の者に限定したサブグループ解析においても同様の結果であったことが報告されている (OR = 0.70、95%CI = 0.43–1.13)。ただし、研究間の異質性が高く ( $I^2 = 49%$ )、多くの研究で対象者の盲検化が行われていないことや結果報告が不完全であるためバイアスリスクは高い。

経口栄養補助食品の有効性を評価した 42 件の RCT、または準 RCT のメタアナリシスにおいても、死亡率の有意な減少は認められていない (RR = 0.92、95%CI = 0.81–1.04)<sup>3)</sup>。しかし、サブグループ解析において、低栄養の者に限定した場合 (RR = 0.79、95%CI = 0.64–0.97) と 1 日あたり 400kcal 以上摂取した場合 (RR = 0.89、95%CI = 0.78–1.00) では、有意または限りなく有意に近い死亡率の減少が認められている。

ただし、割付けの隠蔽化や ITT 解析が実施されている研究、および対象者、医療提供者、アウトカム評価者の盲検化が行われている研究が限定的であったことから、バイアスリスクは高い。

重度認知機能障害を有する高齢者に対する経腸栄養の有効性に関するシステマティックレビュー<sup>4)</sup>では、6 件の観察研究すべてにおいて経腸栄養の投与による死亡率の減少を認めていない。ただし、認知機能障害ではない高齢者が含まれている研究や、対照群が認知機能障害を有する高齢者であったかが不明瞭である研究、介入群と対照群の属性の同等性が報告されていない研究が多くを占めバイアスリスクが高い。

#### ◆在院日数

栄養療法の有効性を評価した 13 件の RCT のメタアナリシスにおいて<sup>2)</sup>、多様な科に入院中の高齢者の在院日数の短縮効果は認められていない(MD = -0.42 日、95%CI = -1.09-0.24 日)。

経口栄養補助食品の有効性を評価した 12 件の RCT、または準 RCT のメタアナリシスにおいても、在院日数短縮効果は示されないと報告している<sup>3)</sup>(MD = -0.8 日、95%CI = -2.8-1.3 日)。

#### ◆予定外再入院割合

栄養療法の有効性を評価した 6 件の RCT のメタアナリシスでは<sup>2)</sup>、多様な科に入院中の高齢者において有意な予定外再入院率の減少が認められている(RR = 0.72、95%CI = 0.57-0.87)。

#### ◆合併症発症割合

栄養療法の有効性を評価した 2 件の RCT のメタアナリシスでは<sup>2)</sup>、多様な科に入院中の高齢者の感染症発生割合の減少への有効性は認められていない (OR = 0.75、95%CI = 0.50-1.11)。

経口栄養補助食品の有効性を評価した 24 件の RCT、または準 RCT のメタアナリシスでは<sup>3)</sup>、介入群で有意な合併症の減少が認められている(RR = 0.86、95%CI = 0.75-0.99)。ただし、合併症の定義付けが研究により様々であることが指摘されている。

重度認知機能障害の高齢者に対する経腸栄養の有効性を評価した 2 件の観察研究では、いずれも経腸栄養群と経口摂取群での褥瘡発生率に有意差はなかったと報告しているが、1 件の観察研究にて、1 人あたりの平均褥瘡数が経腸栄養群で有意に少なかったと報告している(経腸栄養群 0.92、経口摂取群 1.92、 $p = 0.03$ )<sup>4)</sup>。

#### ◆栄養摂取量・栄養状態

栄養療法の有効性を評価した 16 件の RCT または準 RCT のメタアナリシスにて<sup>2)</sup>、介入群で有意なエネルギー摂取量の増加(MD = +397kcal、95%CI = 279-515kcal)、タンパク質摂取量増加(MD = +20.0g、95%CI = 12.5-27.1g)、体重増加(MD = +0.72kg、95%CI = 0.23-1.21kg)が認められている。しかし、試験間での異質性が高いことが指摘されている( $I^2 = 89-92\%$ )。

経口栄養補助食品の有効性を評価した 42 件の RCT または準 RCT のメタアナリシスでは<sup>3)</sup>、介入群でわずかではあるが体重増加があると報告している(体重変化率 2.2%、1.8-2.5%)。

重度認知機能障害の高齢者に対する経腸栄養の有効性を評価した 3 件の観察研究では<sup>4)</sup>、いずれも体重、BMI(Body Mass Index)、アルブミン値、ヘマトクリット値、コレステロール値の改善を認めた報告はない。

#### ◆身体機能

栄養療法の有効性を評価した 4 件の RCT のメタアナリシスにて<sup>2)</sup>、介入群、対象群共に平均 Barthel index は 16.7 点であり介入群での有意な身体機能の向上は認めていない(MD = 0.33 点、95%CI = 0.88-1.55 点)。

経口栄養補助食品の有効性を評価した 11 件の RCT、または準 RCT の研究のうち、ADL の改善効果を認

めたものは1件であったと報告されている<sup>3)</sup>。また、13件のRCT、または準RCTのうち握力の改善効果を認めた報告はない。

#### ◆有害事象

栄養療法に関するシステマティックレビューでは<sup>2)</sup>、有害事象を評価した研究間の異質性が高く統合不能であったと報告している。

経口栄養補助食品に関するシステマティックレビューでは<sup>3)</sup>、嘔気、嘔吐や下痢、誤嚥の発生が認められているが、その発現率について対照群と比較した報告は極めて少ないことを報告している。

重度認知機能障害の高齢者に対する経腸栄養に関するシステマティックレビューでは<sup>4)</sup>、1件の観察研究で経腸栄養投与群が経口摂取群と比較して有意に誤嚥性肺炎の発生率が高かったと報告している(58% vs 17%  $p \leq 0.01$ )。

以上から、施設入所高齢者に対する包括的な栄養療法を行うこと(経口栄養補助食品の提供、経腸栄養の投与、栄養指導、食事栄養価の強化の総称)に関する死亡率、在院日数、合併症発症率、身体機能改善への有効性は示されなかった。

一方で、予定外再入院割合の低下、栄養摂取量、および栄養状態の改善の有効性が示されているため、対象者個別の認知や嚥下機能、栄養摂取法と適応を検討した上で、適切に栄養を補給していくことが必要である。高齢者への栄養療法後には、有意なエネルギー摂取量の増加、タンパク質摂取量増加、体重増加が示唆されるが、有効性は結論づけられなかった。

誤嚥性肺炎の有害事象の発症が重度認知機能障害を有する高齢者で報告されているため、重度認知機能低下者に栄養療法を行う場合には、この点に留意する必要がある。

## 文献

- 1) Covinsky, K. E., Martin, G. E., Beyth, R. J., Justice, A. C., Sehgal, A. R., & Landefeld, C. S. (1999). The relationship between clinical assessments of nutritional status and adverse outcomes in older hospitalized medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(5), 532-538.
- 2) Bally, M. R., Blaser Yildirim, P. Z., Gloy, V. L., Mueller, B., Briel, M., & Schutz, P. (2016). Nutritional Support and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 176(1), 43-53.
- 3) Milne, A. C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2), 1-96.
- 4) Sampson, E. L., Candy, B., & Jones, L. (2009). Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2), 1-24.

## 検索式

### 1) PubMed : 2017年2月8日

#1 (("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) OR #2 ("malnutrition"[MeSH Terms] OR "malnutrition"[All Fields])) AND #3("nutritional support"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "support"[All Fields]) OR "nutritional support"[All Fields]) AND (Meta-Analysis [ptyp] OR systematic [sb] )

### 2) The Cochrane Library : 2017年2月8日

#1 aged OR #2 malnutrition and #3 nutritional support

## CQ:B2

在宅高齢者の虐待予防と発生数の減少にどのようなプログラムが有効か？



### 推奨

- ・在宅高齢者への虐待予防のためのサービス提供者(専門職)、および家族介護者を対象とした虐待意識を高める教育プログラムによる虐待発生数減少への効果はエビデンスの高い報告が少ないため、不明確である。
- ・家族介護者の不安とうつの改善効果が示唆されるため、家族介護者が虐待に関する教育を受ける機会を持てるよう、身近な地域等に虐待の知識を得られる教育の場を設けることを提案する。

### 付帯事項

わが国では、地域包括支援センター、および自治体を含めた連携により在宅高齢者の虐待への早期対応が行われている。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

非常に低

GRADE

2D

### 解説・エビデンス

高齢者虐待には、心理的・身体的・性的虐待、ネグレクト、および経済的搾取が含まれる。高齢者の10%が何らかの虐待を経験しているが<sup>1)</sup>、支援機関に報告された症例はほんのわずかである<sup>1)</sup>。高齢者虐待は重大な罹患率および早期死亡率と関連している<sup>2)</sup>。

在宅、施設を含む地域全体において、高齢者虐待の予防、および発生数の減少を目的として、どのような介入プログラムが有効であるか、本CQに関して、本委員会がコクランレビューをもとに評価した。

コクランレビュー<sup>3)</sup>では、60歳以上の高齢者を対象とした7つの虐待予防プログラムの試験が採用されていた。しかし、研究デザインの異質性が高かったとして、メタアナリシスは行われていなかった。

7文献のうち、RCTは4文献、クラスター無作為化比較試験等の準RCT<sup>1</sup>文献、前後比較試験が2文献あった。バイアスリスクが高いドメインがなかった文献は1件のみで、11のドメインのうちバイアスリスク2つが高い文献は2件であった。その他はいずれもバイアスリスクが高く、そのうち1件では8つのドメインにおいてバイアスリスクが高かった。

#### 虐待予防プログラムの種類とアウトカム

##### 介入1. サービス提供者、介護者への教育介入

高齢者虐待に関するサービス提供者への虐待への理解を高める専門的な教育、および高齢者、介護者、その他の専門職皆が問題意識を高め、態度と知識を改善するプログラム

#### アウトカム

##### ◆介護者の虐待行動

112名の介護者を対象とした1件のnon-RCTでは、プログラムを受けた介護者グループでは、受けないグループよりも虐待行動は少ないと報告している(MD: -3.46, %変化: 11.4%)。

#### ◆入居高齢者間の虐待行動

居住者 1,405 名(介入群 720 名 vs 対照群 685 名)と 325 名の看護師を対象とした 1 件のクラスター無作為化比較研究では、介入群は対照群と比較して、6 ヶ月と 12 ヶ月で居住高齢者間の虐待行動はより多いと報告している(MD : 対照群 304% ; 6 ヶ月 420% ; 12 ヶ月)。

#### ◆介護者の虐待に関する知識と態度(6 ヶ月～12 ヶ月)

523 名の介護者を対象とした 1 件の non-RCT を含む 3 件の研究では、一般的な知識が介入後に改善した(KAMA スコア変化 : 25.8%)。ただし異質性が高く、バイアスリスクは高い。

### 介入 2. 高齢者虐待に影響をおよぼす要因を減らすプログラム

リスク要因を減らす介入として、①精神・心理的プログラム(怒りとストレス管理)、行動療法、レスパイトケアの提供、介護者のための社会的支援グループ)、②不必要な身体拘束を制限するための「身体拘束を減らすプログラム」、③制度政策、高齢者が積極的な態度をとるような世代間交流プログラムを含む介入。

#### アウトカム

##### ◆介護者の虐待行動

260 名の介護者を対象とした 1 件の RCT(Pragmatic randomised parallel group superiority trial)研究では、介入群と対照群に有意差は認めなかったと報告している(OR = 0.48、95% CI = 0.18–1.27)。また、検出力が不十分であるが、バイアスリスクは低かった。

##### ◆介護者の不安とうつ

260 人の介護者を対象とした 1 件の RCT(Pragmatic randomised parallel group superiority trial)研究では、介入を受けた介護者グループでは、介入を受けないグループよりも平均 HADS スコアがより 1.80 ポイント少ないと報告している(95%CI = -3.29–-0.31、 $p = 0.02$ )。また、バイアスリスクは低かった。

### 介入 3. 高齢者虐待の疑いを発見するプログラム

自宅訪問、在宅での高齢者アセスメント、ヘルプライン、医療者とソーシャルワーカー向けの訓練、ガイドライン、スクリーニングのためのプロトコル等の虐待の疑いの発見を高めるプログラム

#### アウトカム

##### ◆高齢者虐待の発生

アウトカムを比較した研究は報告がなかった。

##### ◆臨床家のアセスメント(1 年)

13 機関 44 名の臨床家と 100 人の高齢者を対象とした 1 件の non-RCT では、研究の著者はネグレクトと虐待のドメインにおいて臨床学的な有意な増加があったと主張したが、統計分析に問題があると指摘されている。また、バイアスリスクは高い。

## 介入4. 高齢者虐待の被害者を対象としたプログラム

高齢者の保護サービス、緊急シェルター、危機管理のための一時的な居住サービス、長期的リロケーション(転居)のような被害者を対象としたプログラム

### アウトカム

#### ◆身体的虐待の発見

身体的虐待の被害者 15 名を扱った 1 件の RCT が報告されている。介入群には、構造化された学習カリキュラムを含めた心理社会的支援グループが提供された。8 週間連続の各 2 時間のセッションを受ける群 9 名、非介入群 6 名であった。サンプルサイズが小さいため結果は断定できない。

#### ◆高齢者虐待の再発

虐待を受けたことがある 403 名の地域住民を対象とした 1 件の RCT が報告されているが、虐待と虐待の再発率の増加は明確ではなかった。

以上から、虐待予防としての専門職と介護者への教育プログラムの有効性のエビデンスは現時点では不明確である。しかし、教育プログラムは介護者の不安とうつの改善への有効性が示唆されると考えられる。

## 文献

- 1) 高齢者権利擁護研究会(編) (2000). *Q&A 高齢者の生活・介護支援の手引*. 愛知: 新日本法規出版.
- 2) WHO (2018). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- 3) Baker, P. R., Francis, D. P., Hairi, N. N., Othmans, S., & Choo, W. Y. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(8), CD010321. doi: 10.1002/14651858.CD010321.pub2

## 検索式

### 1) The Cochrane Library : 2018 年 2 月 14 日

- #1 older\*[Tiabkey]
- #2 elder\*[Tiabkey]
- #3 Frail\*[Tiabkey]
- #4 abuse\*[Tiabkey]
- #5 "Community Health\*"
- #6 (#1or#2or#3)and#4and #5

### 2) 医中誌 Web : 2018 年 2 月 14 日

- #1 高齢者/TH or 高齢者/AL
- #2 虚弱高齢者/TH or 虚弱高齢者/AL
- #3 虚弱/AL
- #4 虐待/TH or 虐待/AL
- #5 地域包括支援センター/TH or 地域包括支援センター/AL
- #6 (#1or#2or#3)and#4and#5
- #7 (RD=ランダム化比較試験)

### 3) PubMed : 2018 年 2 月 14 日

- #1 older\*[Title/Abstract]
- #2 elder\*[Title/Abstract]
- #2 Frail\*[Title/Abstract]
- #4 abuse\*[Title/Abstract]
- #5 "Community Health\*"
- #6 (#1or#2or#3)and#4and #5
- #7 (#1or#2or#3)and#4and #5 Filters: Clinical Trial



## CQ:B4

在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する心理教育プログラムは介護負担感の軽減等に有効か？



### 推奨

在宅認知症高齢者を介護する家族・介護者に対する認知症の情報や症状への対処と介護者の相互交流で構成する心理教育プログラムは、家族の介護負担感を軽減するため、行うことを提案する。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

2C

### 解説・エビデンス

認知症高齢者を介護する家族介護者に対する心理教育とは

認知症高齢者を介護する家族介護者において、高い介護負担感介護困難の要因となりやすいことが知られている。認知症高齢者を介護する家族・介護者への心理教育(Psychological education)は、介護負担感を軽減するために実施されている報告があり、うつ軽減や介護負担感の軽減に有効との報告がされている。

そこで本 CQ について、認知症高齢者を介護する家族介護者に対する教育プログラムの有効性について本委員会がシステマティックレビューを行い、それをもとに評価した。

本推奨文作成にあたり、文献の適格基準を次のように定め、システマティックレビューを実施した。

①認知症、またはアルツハイマー病と診断された人を自宅で介護する家族介護者を対象としている、②プログラムの内容には、介護者に対して認知症の症状等に関する情報共有、症状への対処法について含んでおり、かつプログラム参加者同士の交流の機会を持っているもの、③RCTとした。

使用した文献データベースは The Cochrane Library, PubMed, CINAHL, PsycINFO, Embase, SocINDEX, 医中誌 Web, CiNii, 厚生労働科学研究成果データベースを検索した。

638 文献が同定され、スクリーニングの結果、3 件のランダム化比較試験を採択した。

#### ◆介護者の介護負担感

Zarit 介護負担尺度得点は 3 文献で検討されていた。メタアナリシスの結果、心理教育プログラムは認知症高齢者の家族介護者の Zarit 介護負担尺度得点を有意に減少させることが示された(MD = -4.57, 95%CI = -8.47-0.68)(図 1)。リスクオブバイアスでは、参加者と評価者の盲検化にリスクが認められた。

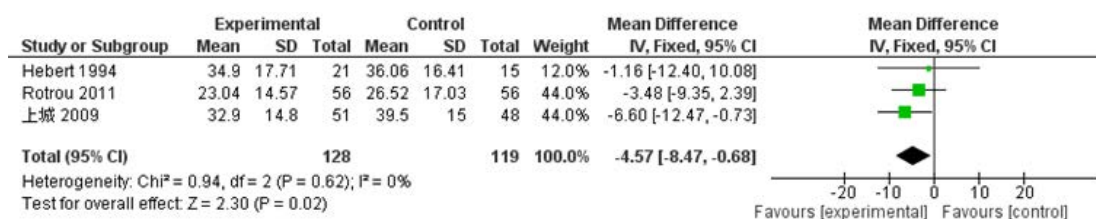


図 1. 介護者への教育プログラムの提供群 vs 非提供群の Zarit 介護負担尺度のフォレストプロット

また、VAS(得点が高いほど介護負担感が低い)による介護負担感の検討は、2 文献で報告され、212 名を統合した。その結果、MD = 0.45(95%CI = 0.18-0.72)で、教育プログラムは認知症高齢者の家族介護者の介護負担感を有意に減少させることが示された(I<sup>2</sup> = 0%)。

以上から、認知症高齢者の家族介護者への心理教育プログラムは、認知症に関する情報の提供に加え、参加者相互の交流を含む内容であるものが望まれるが、RCT のリスクオブバイアスが認められるため、エビデンスは限定的と考えられる。

## 文献

- 1) Rotrou, J., Cantegreil, I., Faucounau, V., Wenisch, E., Chausson, C., Jegou, D., ... Rigaud, A. S. (2011). Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 833-842. doi:10.1002/gps.2611
- 2) Hébert, R., Lévesque, L., Vézina, J., Lavoie, J. P., Ducharme, F., Gendron, C., ... Dubois, M. F. (2003). Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(1), s58-s67.
- 3) Andren, S., & Elmståhl, S. (2008). Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 98-109.
- 4) 上城憲司, 中村貴志, 納戸美佐子, 荻原喜茂 (2009). デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラム」の効果. *日本認知症ケア学会誌*, 8(3), 394-402.

## 検索式

### 1) Cochrane Libraly(CENTRAL) : 2016年8月26日

- #1 MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Family] explode all trees
- #3 MeSH descriptor: [Caregivers] explode all trees
- #4 psycho\*
- #5 education
- #6 MeSH descriptor: [Peer Group] explode all trees
- #7 MeSH descriptor: [Self-Help Groups] explode all trees
- #8 #2 and #3
- #9 #4 and #5
- #10 #9 or #6 or #7
- #11 #1 and #8
- #12 #11 and #9 and #10

### 2) PubMed : 2016年8月26日

- #1 "Dementia" [Mesh]
- #2 "Alzheimer Disease"[Mesh]
- #3 "Family" [Mesh]
- #4 "Caregivers" [Mesh]
- #5 psycho\*
- #6 education
- #7 "Peer Group" [Mesh]
- #8 "Self-Help Groups"[Mesh]
- #9 #1 OR #2
- #10 #3 OR #4
- #11 #5 AND #6
- #12 #7 OR #8
- #13 (((((randomized controlled trial [pt]) OR controlled clinical trial [pt]) OR randomized [tiab]) OR randomly [tiab]) OR trial [tiab]) OR placebo [tiab]) OR clinical trials as topic [mesh:noexp]
- #14 (animals [mh] NOT humans [mh])
- #15 #13 NOT #14
- #16 #11 OR #12
- #17 #9 AND #10 AND #16 AND #15

### 3) Embase : 2016年8月26日

- #1 'dementia'/exp OR dementia
- #2 Alzheimer
- #3 Family

- #4 Caregiver
- #5 psycho\* AND education
- #6 peer
- #7 self AND help AND group
- #8 'clinical trial'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'randomization'/de OR 'single blind procedure'/de OR 'double blind procedure'/de OR 'crossover procedure'/de OR 'placebo'/de OR 'prospective study'/de OR 'randomized controlled' NEXT/1 trial\* OR rct OR 'randomly allocated' OR 'allocated randomly' OR 'random allocation' OR allocated NEAR/2 random OR single NEXT/1 blind\* OR double NEXT/1 blind\* OR (treble OR triple) NEAR/1 blind\* OR placebo\*
- #9 #1 OR #2 #10. #3 OR #4 #11. #5 OR #6 OR #7 #12. #8 AND #9 AND #10 AND #11

#### 4) CINAHL : 2016年8月26日

- #1 (MH "Dementia")
- #2 (MH "Alzheimer's Disease")
- #3 (MH "Family")
- #4 (MH ¥"Caregivers")
- #5 psycho\*
- #6 education
- #7 (MH "Psychotherapy, Group")
- #8 #1 OR #2
- #9 #3 OR #4
- #10 #5 AND #6
- #11 #7 OR #10
- #12 (MH "Clinical Trials+")
- #13 PT Clinical trial
- #14 TX clinic\* n1 trial\*
- #15 TX((singl\* n1 blind\*) or (singl\* n1 mask\*)) or TX((doubl\* n1 blind\*) or (doubl\* n1 mask\*)) or TX((tripl\* n1 blind\*) or (tripl\* n1 mask\*)) or TX((trebl\* n1 blind\*) or (trebl\* n1 mask\*))
- #16 TX randomi\* control\* trial\*
- #17 (MH "Random Assignment")
- #18 TX random\* allocat\*
- #19 TX placebo\*
- #20 (MH "Placebos")
- #21 (MH "Quantitative Studies")
- #22 TX allocat\* random\*
- #23 #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22
- #24 #8 AND #9 AND #11 AND #23

#### 5) PsycINFO : 2016年8月26日

- S1 DE "Dementia"
- S2 DE "Alzheimer's Disease"
- S3 DE "Family"
- S4 psycho\*
- S5 education
- S6 DE "Group Psychotherapy"
- S7 SU.EXACT("Treatment Effectiveness Evaluation") OR SU.EXACT.EXPLODE("Treatment Outcomes") OR SU.EXACT("Placebo") OR SU.EXACT("Followup Studies") OR placebo\* OR random\* OR "comparative stud\*" OR clinical NEAR/3 trial\* OR research NEAR/3 design OR evaluat\* NEAR/3 stud\* OR prospectiv\* NEAR/3 stud\* OR (singl\* OR doubl\* OR trebl\* OR tripl\*) NEAR/3 (blind\* OR mask\*)
- S8 S1 OR S2
- S9 DE "Caregivers"
- S10 (DE "Caregivers") AND (S3 OR S9)
- S11 S3 OR S9
- S12 S4 AND S5
- S13 S6 OR S12
- S14 S7 AND S8 AND S11 AND S13

#### 6) SocINDEX : 2016年8月26日

- S1 dementia
- S2 alzheimer
- S3 DE 'FAMILIES'
- S4 DE "CAREGIVERS"
- S5 psychological education
- S6 DE "PEERS"

S7 DE "SUPPORT groups"  
S8 S1 OR S2  
S9 S3 OR S4  
S10 S5 OR S6 OR S7  
S11 S8 AND S9 AND S10

**7) 医中誌 Web : 2016年8月26日**

#1 (認知症/TH or 認知症/AL)  
#2 (Alzheimer 病/TH or アルツハイマー病/AL)  
#3 (家族介護者/TH or 家族介護者/AL)  
#4 (家族/TH or 家族/AL)  
#5 (介護者/TH or 介護者/AL)  
#6 (心理教育/TH or 心理教育/AL)  
#7 (ピアグループ/TH or ピアグループ/AL)  
#8 (自助グループ/TH or 自助グループ/AL)  
#9 #1 or #2  
#10 #3 or #4 or #5  
#11 #6 or #7 or #8  
#12 #9 and #10 and #11  
#13 (ランダム化比較試験/TH or ランダム化比較試験/AL)  
#14 ランダム割り付け/AL  
#15 #13 or #14  
#16 #12 and #15

**8) CiNii, 厚生労働科学研究成果データベース : 2016年8月26日**

(認知症 OR アルツハイマー病) AND (家族 OR 介護者) AND (心理教育 OR ピアグループ OR 自助グループ)

## CQ:B13

施設入所中の認知症者に対するスペシャルケアユニットは  
行動・心理症状の改善等に有効か？



### 推奨

認知症者を対象とした入所施設において、認知症者がもつ特別なニーズに対応するための環境とスタッフを設けることで、認知症者の行動・心理症状の変化、うつの変化、および入所 12 ヶ月間の身体拘束を減少する可能性があるため、設けても良いことを提案する。ただし、エビデンスの確実性は非常に低いため、導入にあたっては、各施設の資源や状況に合わせて検討する。

### 付帯条件

スペシャルケアユニットを作るためには、施設内環境の物理的改善、および職員教育の両者を行う必要があるため、費用対効果も検討する必要がある。特殊なケア環境を提供するよりもベストプラクティスを実装することが重要である。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

非常に低

GRADE

2D

### 解説・エビデンス

1980 年代、米国のナーシングホーム(日本の特別養護老人ホームに該当)では、認知症の人々の特別なニーズに対応するために施設内特別ケアユニット(SCU)が開発された。SCU とは、標準的な定義はないものの認知症、特にアルツハイマー型認知症者のために特別に設計された住居ケア施設を指し、特別なトレーニングを受けたスタッフの配置や、特別に設計されたアクティビティプログラム、家族の積極的関与を含むものを指している。

SCU は 1980 年代から広まり、1990 年代に増加し<sup>1)</sup>、長期ケア施設として普及した。しかし、SCU の利用料は一般に、標準的な高齢者施設よりも高額である。にも関わらず、特定の特性や顧客の満足度に関する統一的な合意は存在していない<sup>2)</sup>。

これらの背景から、行動・心理症状のある認知症高齢者への SCU の有効性について、本 CQ に関するエビデンスを評価するために、本委員会では、コクランレビュー<sup>3)</sup>をもとにエビデンスを評価し、さらに最近の文献検索を加えて行った上で最終判断を行った。

それによれば、適格基準を満たす RCT 文献は報告がみられなかった。SCU において RCT が実施されることは現実的には困難であるため、同じプロトコルと基準を用いた non-RCT のシステマティックレビューが報告されていた。

適格基準を満たす non-RCT は 8 件であった。このうち、non-RCT 4 件のメタアナリシスが行われた。

#### ◆認知症高齢者への行動・心理症状

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)、および Neuropsychiatric Inventory (NPI)を用いて行動・心理症状の改善を評価していた。

3 ヶ月での有意な変化は見られないが、6 ヶ月(WMD -4.30 : 95% CI(-7.22 -- -1.38)、Z = 2.88 ( $p = 0.004$ ))、12 ヶ月(WMD -5.90 : 95% CI(-8.99 -- -2.81)、Z = 3.74 ( $p = 0.0002$ ))、18 ヶ月(WMD -5.40 : 95% CI = -9.16

-1.65)、 $Z = 2.82$  ( $p = 0.005$ )と時間の経過と共に、わずかながら SCU 群で有意に認知症高齢者への行動・心理症状が改善したと報告されている<sup>3)</sup>。

#### ◆身体拘束

SCU の利用群に身体拘束の使用割合が 6 ヶ月、および 12 ヶ月時点で有意に少ない結果が示されている。6 ヶ月 ( $OR = 0.46 : 95\% CI = 0.27 - 0.80$ )、 $Z = 2.75$  ( $p = 0.006$ )、12 ヶ月 ( $OR = 0.49 : 95\% CI = 0.27 - 0.88$ )、 $Z = 2.36$  ( $p = 0.02$ ) (図 1)<sup>3)</sup> であった。

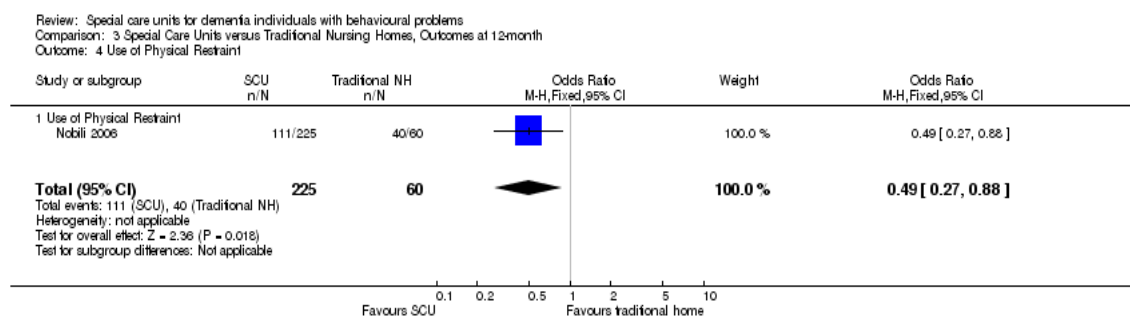


図 1. SCU vs 標準的な施設の 12 ヶ月時点の身体拘束の使用のフォレストプロット (non-RCT) (文献 3)

#### ◆抑うつ

Cornell Scale を用いて 1 文献で調査されており、3 ヶ月時点で SCU 群に有意に抑うつが少なかった。WMD =  $-6.30 : 95\% CI = -7.88 - -4.72$ )、 $Z = 7.81$  ( $p < 0.00001$ ) (図 2) (non-RCT)<sup>3)</sup>。

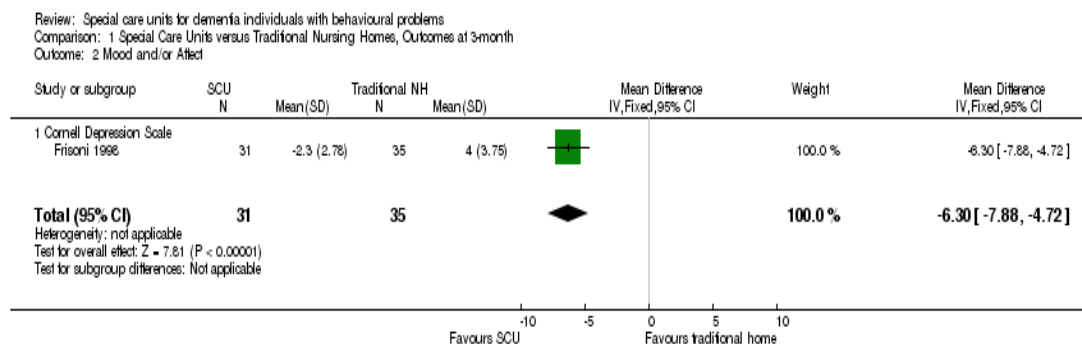


図 2. SCU vs 標準的な施設の 3 ヶ月時点のうつ (CDSS) のフォレストプロット (non-RCT) (文献 3)

#### ◆抗精神薬の使用

SCU の利用群に身体拘束の使用が 6 ヶ月、および 12 ヶ月時点で少ないという結果が示されている。6 ヶ月 ( $OR = 0.46 : 95\% CI = 0.27 - 0.80$ )、 $Z = 2.75$  ( $p = 0.006$ )、12 ヶ月 ( $OR = 0.49 : 95\% CI = 0.27 - 0.88$ )、 $Z = 2.36$  ( $p = 0.02$ )<sup>3)</sup>。

#### ◆QOL の向上

活動への参加や他者との相互交流によって QOL を評価しているが有意差は報告されていない<sup>3)</sup>。

#### ◆コスト

スペシャルケアユニットの導入によるコストへの影響については検討されていない。

前述のコクランレビューが行われた 2009 年(検索は 2007 年)以降の 2009～2017 年において、SCU を対象とした RCT を検索したが、文献は同定されなかった。報告されていたのは、SCU で過ごす認知症高齢者の行動・心理症状の改善や QOL の向上を示唆する研究が non-RCT が複数となっていた<sup>4-6)</sup>。また、SCU のスタッフと入居者との関わりがアウトカムに影響することも示唆されている<sup>7)</sup>。しかし、SCU の規模によっても認知症高齢者の ADL、行動・心理症状、および QOL 等のアウトカム評価が異なるため、さらなる検証が必要である。

## 文献

- 1) Aud, M., Parker-Oliver, D., Bostick, J., Schwarz, B., & Tofle, R. (2005). Social model care units for persons with dementia: The Missouri Demonstration Project. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(4), 306-315.
- 2) Parker-Oliver, D., Aud, M., Bostick, J., Schwarz, B., & Tofle, R. B. (2005). Dementia Special Care Units: A Policy and Family Perspective. *Journal of Housing For The Elderly*, 19(1), 113-125. doi:10.1300/J081v19n01\_08
- 3) Lai, C., Yeung, J., Mok, V., & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N.PAG. doi:10.1002/14651858.CD006470.pub2
- 4) Kok, J. S., Berg, I. J., & Scherder, E. A. (2013). Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 360-375. doi:10.1159/000353441
- 5) Thunborg C, von Heideken Wågert P, Götell E, Ivarsson A, Söderlund A. Development of a new assessment scale for measuring interaction during staff-assisted transfer of residents in dementia special care units. *BMC Geriatrics* [serial online]. February 10, 2015;15:6.
- 6) Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 153-162. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x
- 7) Abbott K, Sefcik J, Van Haitisma K. Measuring social integration among residents in a dementia special care unit versus traditional nursing home: A pilot study. *Dementia (14713012)* [serial online]. April 2017; 16(3):388-403.

## 検索式

- 1) **The Cochrane Library** : 2017 年 7 月 31 日  
#1 special care unit
- 2) **PubMed** : 2017 年 12 月 20 日  
#1 special care unit AND dementia
- 3) **CINAHL with Full Text, MEDLINE** : 2017 年 12 月 20 日  
#1 special care unit AND dementia

## CQ:B15

施設入所認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM)を用いたケア実践は、認知症者の行動・心理症状の改善等に有効か？



## 推奨

施設入所の認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM)を用いたケア実践は、認知症者の行動・心理症状の改善に有効であるため、行うことを推奨する。

## 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

強い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

1C

## 解説・エビデンス

非薬物療法としてのパーソン・センタード・ケア、および認知症ケアマッピング(DCM:Dementia Care Mapping)を用いたケア入所施設におけるケアの実践は、入居している認知症高齢者の行動・心理症状に対して有効とされているが、質の高い RCT が少ないこと、研究によるアウトカム評価指標が多様であること、施設間での異質性が高いことがこれまで指摘されている。

これまでの認知症高齢者に対するパーソン・センタード・ケアの有効性の検討は、感覚や心理的介入を用いたケア介入の効果と経済効果の評価したメタアナリシス<sup>1)</sup>、認知症高齢者の焦燥に対する非薬物療法の効果の評価したメタアナリシス<sup>2)</sup>、およびナーシングホームにおける焦燥や攻撃性に対するケア介入の効果の評価したシステムティックレビュー<sup>3)</sup>が報告されている。

本 CQ に関し、パーソン・センタード・ケアによる介入が通常ケアと比較して、認知症高齢者の行動・心理症状における臨床アウトカムが良好であるか、レビュー文献をもとに、本委員会が評価した。

文献検索は、医中誌 Web、CiNii、KAKEN、厚生労働省科学研究成果データベース、CINAHL with Full Text、PubMed、The Cochrane Library を用いて 2014 年 7 月に行った。

適格基準は、①ランダム化比較試験、②DCM や適切な研修によるパーソン・センタード・ケアの実践、③行動・心理症状については Cohen-Mansfield Agitation Inventory(CMAI)等の評価指標を用いているか、または認知症と診断しているとした。

その結果、適格基準をすべて満たした文献として、メタアナリシス 3 文献<sup>1)-3)</sup>において、計 531~2,691 名の高齢者施設の入居高齢者の結果が統合されていた。

### ◆焦燥と経済効果

1,916 文献から 160 文献を抽出し、システムティックレビューとして Standard effective size(SES)を算出して経済効果<sup>4)</sup>を分析した報告がある。それによれば、パーソン・センタード・ケアとコミュニケーション技法を用いた介入研究(SES = -1.8~-0.3)、DCM の修正版を用いたケアプランの介入研究(SES = -1.4~-0.6)では焦燥を有意に減少させていた。

経済効果では CMAI を用いた 11 文献において、アクティビティ£6~62、音楽療法£4、感覚介入£24~143、パーソン・センタード・ケアあるいはコミュニケーション技法のケアスタッフ研修費£6~62 であった。臨床的に焦燥のない認知症高齢者の医療費は 3 ヶ月£7,000、重度焦燥のある場合は£15,000 である。質の高い研究は 33 文献しかなく、さらに研究が必要である。



## ◆焦燥

33RCT を用いて非薬物療法の効果<sup>2)</sup>を検証した報告では、ケア施設におけるパーソン・センタード・ケアとコミュニケーション研修、DCM の導入は焦燥の徴候や重度な焦燥(SES range 0.3-1.8) 6ヶ月後の焦燥(SES range 0.2-2.2)を減少させていた。

アクティビティや音楽療法(SES range 0.5-0.6)、感覚介入も有意な減少がみられたが、アロマセラピーや光療法の効果はなかったと報告されている。

Jutkowitz,ら<sup>3)</sup>は焦燥と攻撃性に対する介入研究の効果を評価するために19文献(DCM3文献、パーソン・センタード・ケア3文献、抗精神薬・向精神薬3文献、感情指向ケア2文献)評価するシステマティックレビューとメタアナリシスを報告している。それによれば、DCM(standardized mean difference -0.12, 95% confidence interval (CI) = -0.66 to 0.42)、パーソン・センタード・ケア(standardized mean difference -0.15, 95% CI = -0.67 to 0.38)、抗精神薬・向精神薬を減少させるプロトコルでは行動・心理症状を評価したCohen - Mansfield Agitation Inventory(CMAD)が有意に減少した<sup>3)</sup>。

## ◆焦燥に対する療法としてのコミュニケーション促進による介入

パーソン・センタード・ケア(コミュニケーション研修・コミュニケーション技法・DCM改訂版を含む)<sup>3)</sup>文献では、焦燥を有意に減少させ(SES = 0.3-1.8)、重度焦燥の早期現減少(SES = 1.4)、6ヶ月後の減少(焦燥症状 SES = 0.2-2.2; 重度焦燥 SES = 0.1-1.5)させたと報告されている<sup>4)</sup>。

以上のメタアナリシスから、パーソン・センタード・ケア、およびDCMを用いたケアの実践は、高齢者施設に入所している認知機能の低下者を含む施設高齢者への焦燥を有意に減少することが示唆された。今後、各研究報告についてリスクオブバイアスの検討を行う必要がある。

## 文献

- 1) Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... Cooper, C. A. (2014). Systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment*, 8(39), 1-226.
- 2) Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436-442.
- 3) Jutkowitz, E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R. A., Fink, H. A., ... Kane, R. L., (2016). Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 477-488.
- 4) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N., Dementia prevention, intervention, and care(2017). *Lancet*. 390(10113):2673-2734. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-31366.

## 検索式

### 1) 医中誌 Web : 2017年2月20日

#1 (患者中心医療/TH or パーソン・センタード・ケア/AL) and (認知症/TH or 認知症/AL)

#2 ((患者中心医療/TH or パーソン・センタード・ケア/AL) and 認知症ケアマッピング/AL) and (PT=会議録除く)

### 2) PubMed : 2017年2月20日

#1 Person-centred Care AND dementia

#2 Person-centred Care dementia care mapping

### 3) CINAHL : 2017年2月20日

#1 Person-centred Care AND dementia

#2 Person-centred Care dementia care mapping



## CQ:B16

寝たきり高齢者に対する体位交換に加えたドレッシング材の貼付は新たな褥瘡発生予防等に有効か？

### 推奨

高齢者に対する褥瘡予防のためのドレッシング材の貼付の有益性は明確ではない。しかしながら、新たな褥瘡発生低下の報告もみられるため、予防的ケアとしての使用を提案する。

### 付帯条件

新たな褥瘡の重症度を軽減するというエビデンスはなく、予防ケアのための提案を行う場合、コストについても検討することが必要である。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ	弱い推奨	エビデンスの確実性	低	GRADE	2C
-------	------	-----------	---	-------	----

### 解説・エビデンス

褥瘡予防の基本とされる方法は、体圧、摩擦、ずれといった身体に加わる外力のコントロールと全身管理である。このうち外力のコントロールをする方法の一つにドレッシング材の貼付がある。

ドレッシング材は創傷治癒を目的に開発されたものであるが、褥瘡の要因の一つであるずれを軽減する機能を活かした褥瘡予防具として使用され、NPUAP/EPUAP/PPPIA による国際褥瘡ガイドライン(Clinical Practice Guideline)の<sup>1)</sup>では、予防用ドレッシングによる褥瘡予防については、頻繁に摩擦やずれの影響を浮ける骨突出部位(例:踵、仙骨)の褥瘡予防のために、その部位にポリウレタンフォームのドレッシング材を適用することを検討する、としている。日本褥瘡学会による「褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版)」<sup>2)</sup>においても高齢者の褥瘡発生予防に対するスキンケアとして、すべり機能つきドレッシング材の貼付を奨めている。

本 CQ に関し、委員会ではコクランレビューをもとにエビデンスを評価した。また、本委員会でサブグループ解析を行い、再度評価を加えた。

#### ◆ドレッシング剤使用による新たな褥瘡発生予防

ドレッシング材と局所剤による褥瘡予防に関するコクランレビュー<sup>3)</sup>では、RCT4 文献(561 名の対象者、平均年齢 67.5~86 歳、中国、米国、日本での研究)を用いて、ドレッシング材の使用の有無による褥瘡発生を比較している。各 RCT のリスクオブバイアスは、図 3 に示したように、対象者の盲検化、評価者の盲検化、アウトカムデータ収集の脱落においてバイアスが報告されている。各研究の追跡期間は 3 日から 3 週間であった。

メタアナリシス(図 1)の結果から、骨突出部にドレッシング材を用いることは褥瘡発生者割合を有意に低下した(RR = 0.21、95%CI = 0.09-0.51)。しかし、統合に用いた 4 文献のバイアスリスクについては、すべて割り付け方法と割り付けの盲検化のバイアスがあり、参加者と医療提供者の盲検化、およびアウトカム評価の盲検化のリスクが高かった。そのため、この結果から確固たる結論が得られないとしている。

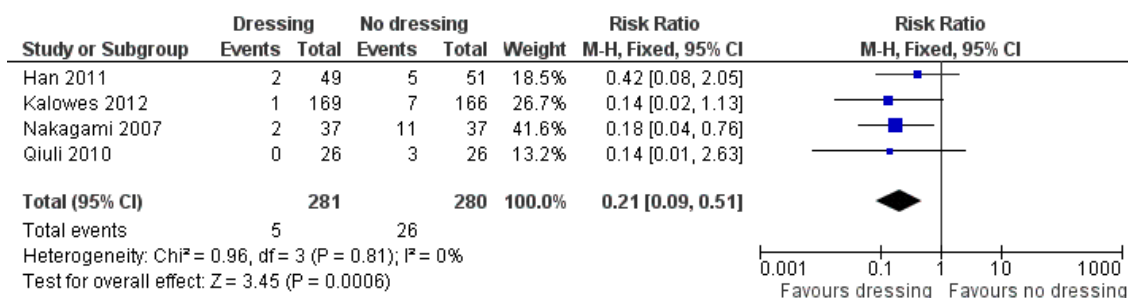


図 1. ドレッシング剤貼付 vs 貼付なしの褥瘡発生割合のフォレストプロット(文献 3, p. 18)

本コクランレビューに対し、Nakagami, et al, 2007 文献では、「褥瘡予防」をアウトカムにしておらず、その代替アウトカムとして、「反応性充血」を採用しているとの指摘があった。そのため、Nakagami, et al, 2007 を除外した Han (2011)、Kalowes (2012)、Qiuli (2010) の 3 文献を用いて、本委員会がサブグループ解析を行った(図 2)。

その結果、図 2 に示した通り(RR = 0.25、95%CI = 0.08–0.80)、骨突出部にドレッシング材を用いることは褥瘡発生者割合を有意に低下し、前述と同様の結果となった。

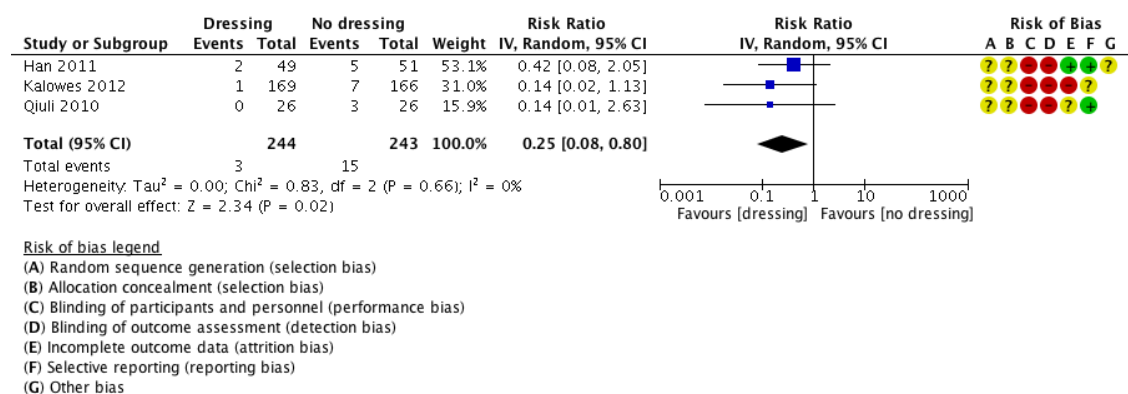


図 2. ドレッシング剤貼付 vs 貼付なしの褥瘡発生割合のサブグループ解析によるフォレストプロット:Nakagami を除外したサブグループ解析(本委員会実施)

また、Clark ら<sup>4)</sup>による RCT、コホート研究、ケースシリーズの計 21 研究を分析したシステマティックレビューにおいても、ドレッシング材の使用が褥瘡発生予防につながる示唆がされている。しかし、ドレッシング材の素材の差を示唆する根拠はないとしている。

ドレッシング材の貼付による褥瘡予防は一定の効果を得ているものの、追跡期間が短期間なものがあり、長期臥床状態にある高齢者への効果やドレッシング材の種別についてはさらに検討する必要がある。

#### ◆ドレッシング剤使用による新たな褥瘡の重症度の軽減

ドレッシング剤を使用することによる褥瘡の重症度の軽減に関する報告は見当たらなかった。

#### ◆ドレッシング剤使用によるコスト

ドレッシング材と局所剤による褥瘡予防に関するコクランレビュー<sup>3)</sup>によると、コストについてデータは不十分であるとされている。

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Green 1974	?	?	+	+	+	+	+
Han 2011	?	?	+	+	+	+	?
Houwing 2008	+	?	+	+	+	+	+
Kalowes 2012	?	?	+	+	+	?	
Nakagami 2007	?	?	+	+	+	+	?
Qiuli 2010	?	?	+	+	?	+	
Smith 1985	?	?	+	+	+	+	?
Torra i Bou 2005	?	?	+	+	+	+	+
Van Der Cammen 1987	?	?	+	?	+	+	?

図 3. レビュー文献のリスクオブバイアス(文献 3)

これらのことから、コクランレビューでは、「ドレッシングを使用して皮膚を保護することで、褥瘡の発生割合は減少するといえるが、統合に用いられた RCT の質が低いため、エビデンスとしては不十分である。これらの RCT にはバイアスと臨床的異質性の実質的なリスクが含まれていたといえる。これらのことから、本結果は決定的ではないと解釈する必要がある。また、褥瘡の発生予防と管理に関連するコストについて、検討する必要がある」<sup>3)</sup>としている。

## 文献

- 1) Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline Retrieved from <http://internationalguideline.com/guideline>)
- 2) 日本褥瘡学会 教育委員会 ガイドライン改訂委員会 (2015). 褥瘡予防・管理ガイドライン(第 4 版). *褥瘡学会誌*, 17(4), 487-557.
- 3) Moore, Z. E. H., & Joan, W. (2013). Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Wounds Group*, CD009362.
- 4) Clark, M., Black, J., Alves, P., Brindle, C. T., Call, E., Dealey, C., ... Santamaria, N. (2014). Systematic review of the use of prophylactic dressings in the prevention of pressure ulcers. *International Wound Journal*, 11(5), 460-471.

## 検索式

### 1) PubMed : 2016 年 10 月 10 日

#1 (("pressure ulcer"[MeSH Terms] OR ("pressure"[All Fields] AND "ulcer"[All Fields]) OR "pressure ulcer"[All Fields] OR ("pressure"[All Fields] AND "ulcers"[All Fields]) OR "pressure ulcers"[All Fields]) AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND ("bandages"[MeSH Terms] OR "bandages"[All Fields] OR "dressing"[All Fields])) AND ("humans"[MeSH Terms] AND English[lang] AND "aged"[MeSH Terms])

### 2) CINAHL : 2016 年 10 月 8 日

#1 (MH "Pressure Ulcer/PC") AND(dressing)

### 3) 医中誌 Web : 2016 年 10 月 8 日

#1 ((褥瘡性潰瘍/TH or 褥瘡/AL)AND 予防/AL AND(高齢者/TH or 高齢者/AL) AND (ドレッシング材/AL or 被覆材/AL or ポリウレタンドレッシング/AL or フォームドレッシング/AL)

## CQ:B19

認知症高齢者に対するアロマテラピーはアジテーション(焦燥、不穏、興奮等)の改善等に有効か？



### 推奨

認知症高齢者に対するアロマテラピーをアジテーション(焦燥、不穏、興奮等)や行動症状の軽減、抑うつ改善等を目的に行うことへの明確な有益性はないが、有害作用の報告はないため試みることを提案する。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

非常に低

GRADE

2D

### 解説・エビデンス

アロマテラピーは、芳香植物(ラベンダー、ペパーミント、ローズ等)から精製されたエッセンシャルオイルを用いて健康上の問題を取り除き、全般的な QOL を向上させるとされている<sup>1)</sup>。

アロマテラピーの治療効果には、リラクゼーションの促進や睡眠の改善、痛みや抑うつ症状の軽減等があるとされている<sup>1)</sup>。

認知症の治療においては、非薬物療法が第一選択として行われるべきであり、アロマテラピーはその選択肢の一つとして認知症者の行動・心理症状の軽減、睡眠の改善等のために用いられており、その効果は本人や家族、医療ケア従事者にとって関心が高い<sup>1)</sup>。

本 CQ に関するエビデンスに関し、コクランレビューによる文献<sup>1)</sup>をもとに、本委員会でエビデンスを評価した。

このレビュー文献では、認知症高齢者 428 名を対象とした 7 文献<sup>2)~8)</sup>が採用されている。バイアスリスクは選択的アウトカム報告が 5 文献<sup>4)~8)</sup>で高く、割り付けの隠蔽化が 6 文献<sup>2)~4)6)~8)</sup>で不明であり、いずれのアウトカムもエビデンスの質は GRADE の Very low(非常に低)であったと報告されている。

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias	Outcomes		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	
								Assumed risk	Corresponding risk				
								Control	Aromatherapy versus placebo				
Ballard 2002	+	?	+	+	+	+	?	Agitation CMAI, PAS and NPI subscales Follow-up: 4 to 12 weeks	See comment	See comment	Not estimable	218 (5 studies)	⊕⊕⊕⊕ very low 1,2,3
Burns 2011	+	?	+	+	?	+	+	Behavioural symptoms NPI Follow-up: 4 to 12 weeks	See comment	See comment	Not estimable	63 (2 studies)	⊕⊕⊕⊕ very low 2,5,6,7
Cameron 2011	+	?	+	?	?	+	+	Adverse effects Follow-up: 6 to 12 weeks	39 per 1000	38 per 1000 (6 to 253)	RR 0.97 (0.15 to 6.46)	124 (2 studies)	⊕⊕⊕⊕ very low 2,7,8,11
Fu 2013	+	+	?	?	+	+	+	Quality of life Blau QOL Scale Follow-up: 12 weeks		The mean quality of life in the intervention groups was 19 higher (23.12 lower to 61.12 higher)		63 (1 study)	⊕⊕⊕⊕ very low 2,9,10
Lin 2007	?	?	?	?	+	+	+	Activities of daily living Barthel Scale of Activities of Daily Living Follow-up: 12 weeks		The mean activities of daily living in the intervention groups was 0.5 lower (1.79 lower to 0.79 higher)		63 (1 study)	⊕⊕⊕⊕ very low 2,9,10
O'Connor 2013	+	?	?	+	?	+	?						
Smallwood 2001	?	?	?	+	+	+	+						

図 1. レビュー文献のリスクオブバイアス (文献 1)

図 2. アロマテラピー vs プラセボ、または実施しない場合のアウトカムごとの結果のまとめ(文献 1)

このコクランレビュー以降の動向を探るため、ARIS、Ovid MEDLINE、Embase、PsycINFO、CINAHL、CENTRAL でコクランのレビュー文献と同じ検索式を用いて、本委員会で新たに検索を行った。

検索された 1,771 文献の中から、次の適格基準を満たす文献をスクリーニングした。

適格基準は、①ランダム化比較試験、②認知症高齢者を対象にしている、③芳香植物を用いた単一の介入を行っている(複合プログラムでない)、とした。5 文献が該当し、そのうち 2013 年の 2 文献<sup>57)</sup>はすでにコクランレビューに採用されていたため除外し、3 文献<sup>9)・11)</sup>を検討した。

#### ◆アジテーション(焦燥、不穏、興奮等)

アジテーションを測定する尺度には、Cohen-Mansfield Agitation Inventory(CMAI)、Neuropsychiatric Inventory (NPI)、Pittsburgh Agitation Scale(PAS)が用いられている。以下尺度毎に結果を示す。

##### ① CMAI

有意な改善を報告しているものは 2 文献である。一つは 72 名を対象にした RCT<sup>2)</sup> で、介入群は対照群と比較して介入 4 週後に有意に CMAI 得点が減少(MD = -11.1, 95%CI = -19.9 - -2.2)し、アジテーションが改善したと報告している。ただし割り付けの隠蔽化については不明である。

もう一つは 186 名を対象にした RCT<sup>11)</sup> で、介入群(アロマ指圧、アロマセラピー)は対照群と比較して、介入後、介入 3 週間後に有意に CMAI 得点が減少し、その変化にはアロマ指圧がより強く影響していた(アロマ指圧:  $\beta = 16.74$ , 95%CI = 13.71-19.77, アロマセラピー:  $\beta = 4.01$ , 95%CI = 1.19 - 6.53)。ただし介入群は対照群と比較して年齢が有意に高いこと、また介入前の CMAI 得点が有様に高(悪)いことから、それらが結果に影響した可能性があり、また割り付けの隠蔽化や選択的アウトカム報告のリスクは不明でバイアスリスクが高かった。

一方 59 名を対象とした RCT<sup>10)</sup> では、介入群では 1 週目から 5 週目では改善したものの 9 週目にさらなる変化は認められず、全期間における介入群と対照群の有意差はなかったことを示している。この他 5 文献<sup>4)・7)</sup>でも CMAI 得点の有意な改善はみられていない。

##### ② NPI

有意な改善を報告しているものは 1 文献<sup>2)</sup> で、NPI のアジテーションと異常行動の項目において、介入群は対照群と比較して介入 4 週後に有意に改善したと報告している(アジテーション: MD = -2.31, 95%CI = -4.05 - -0.57, 異常行動: MD = -3.01, 95%CI = -5.42 - -0.60)。ただし割り付けの隠蔽化について不明である。また NPI-Q を用いた RCT<sup>9)</sup> においては有意な改善はみられていない。

##### ③ PAS

PAS を用いたものは 2 文献<sup>3)・4)</sup> で、いずれも有意な改善はないと報告されており、1 文献<sup>3)</sup> のみで結果が示されている(N = 63, MD = 0.00, 95%CI = -1.36 - 1.36)。

#### ◆行動・心理症状

行動症状の尺度として NPI が 4 文献で用いられていた。2 文献で NPI の総得点での評価を行っているが異質性が高く( $I^2 = 89\%$ )、結果の統合は行われていない。

1 文献<sup>2)</sup> は、71 名を対象とし、介入群は対照群と比較して介入 4 週後に有意に改善した(MD = -15.8, 95%CI = -24.4 - -7.2)と報告しているが、63 名を対象とした 1 文献<sup>3)</sup> は有意な改善はみられない(MD = 2.80, 95%CI = -5.84 - 11.44)と報告している。他の 2 文献<sup>4)・6)</sup>には結果の記載がなかった。

## ◆抑うつ

抑うつの尺度には Cornell Scale for Depression in Dementia(CSDD)が 2 文献<sup>9)10)</sup> で用いられていた。59 名を対象とした RCT<sup>10)</sup> では、介入群では対照群と比較して、CSDD の 5 つのサブスケールのうち不安感等気分の徴候( $F = 7.05$ ,  $p = 0.001$ )、態度や行動の障害( $F = 12.3$ ,  $p < 0.001$ )、食欲低下等身体的徴候( $F = 14.27$ ,  $p < 0.001$ )、入眠困難等生活リズムの障害( $F = 6.47$ ,  $p = 0.002$ )の 4 つは有意に改善し、自尊心の低下等の観念的な落ち込み( $F = 0.98$ ,  $p = 0.375$ )には有意な改善はみられなかったと報告している。ただし割り付けの隠蔽化や選択的アウトカム報告のリスクは不明でバイアスリスクがある。また、もう 1 文献<sup>9)</sup> においては有意な改善はみられていない。

## ◆有害事象の出現

2 文献<sup>3)5)</sup> がアロマセラピーとプラセボ間の有害事象の出現を評価し、124 名を対象としメタアナリシスを行っている<sup>1)</sup>。その結果、介入群と対照群に有意差はなかった( $RR = 0.97$ ,  $95\%CI = 0.15 - 6.46$ )。

## ◆QOL

1 文献<sup>3)</sup> で、QOL スケール(Blau, 1977)を用いて介入 12 週間後に評価を行っている。介入群と対照群間に QOL の有意差はなかった( $MD = 19.00$ ,  $95\%CI = -23.12 - 61.12$ )と報告している。

## ◆ADL

1 文献<sup>3)</sup> で、バーセルインデックスを用いて介入 12 週間後に評価を行っている。介入群と対照群間に ADL の有意差はなかった( $MD = -0.50$ ,  $95\%CI = -1.79 - 0.79$ )と報告している。

## アロマセラピーとは

コクランレビュー内の 7 文献と追加検索した 3 文献で、アロマセラピーの定義はなく、使用する芳香剤の種類、量や使用方法、介入の内容、頻度や期間等はさまざまであった。10 文献のアロマセラピーの詳細を下記に示す。括弧内の数字は文献数である。

- ・芳香剤の種類  
ラベンダー(5)、メリッサオイル(=レモンバーム)(3)、数種類のミックス(2)
- ・芳香剤の使用方法  
マッサージに使用する(6)、皮膚に塗布する(2)、からだの周囲にスプレーする(2)、枕元に置く(1)、指圧に使用する(1)
- ・芳香剤の濃度  
1 回あたりの使用量と介入時間、介入頻度、介入期間はすべて異なる(または記載されていない)。

以上より、現時点でのアロマセラピーには、方法論上の課題もあると考えられる。認知症高齢者に対するアロマセラピーの有効性に関する明確な結論を導くためには、より適切にデザインされた大規模ランダム化比較試験を実施する必要がある<sup>1)</sup>。

## 文献

- 1) Thorgrimsen, F. L., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A. E., Buchan, L. D., & Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003150.
- 2) Ballard, C. G., O'Brien, J. T., Reichelt, K., & Perry, E. K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 553-558.
- 3) Burns, A., Perry, E., Holmes, C., Francis, P., Morris, J., Howes, M. J. R., ... Ballard, C. (2011). A double-blind placebo-controlled randomized trial of Melissa officinalis oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease.

*Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31, 158-164.

- 4) Cameron, H., du Toit, S., Richard, G., & Bearns, L. (2011). Using lemon balm oil to reduce aggression and agitation in dementia: results of a pilot study. *Journal of Dementia Care*, 19(5), 36-38.
- 5) Fu, C. Y., Moyle, W., & Cooke, M. (2013). A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 165.
- 6) Lin, P. W., Chan, W. C., Ng, B. F., & Lam, L. C. (2007). Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: A cross-over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 405-410.
- 7) O'Connor, D. W., Eppingstall, B., Taffe, J., & van der Ploeg, E. S. (2013). A randomized, controlled cross-over trial of dermally-applied lavender (*Lavandula angustifolia*) oil as a treatment of agitated behaviour in dementia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 315.
- 8) Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F., Irvine, E., & Copland, C. (2001). Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1010-1013.
- 9) Yoshiyama, K., Arita, H., & Suzuki, J. (2015). The Effect of Aroma Hand Massage Therapy for People with Dementia. *Journal of alternative and complementary medicine*, 21, 759-765.
- 10) Yang, Y. P., Wang, C. J., & Wang, J. J. (2016). Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *Journal of gerontological nursing*, 42, 38-46.
- 11) Yang, M. H., Lin, L. C., Wu, S. C., Chiu, J. H., Wang, P. N., & Lin, J. G. (2015). Comparison of the efficacy of aromatherapy and aromatherapy for the treatment of dementia-associated agitation. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15-93.

## 檢索式

### 1) MEDLINE Ovid : 2017 年 11 月 28 日

#1 ((randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR placebo.ab. OR random\*.ab. OR trial.ab. OR groups.ab. ) NOT (animals not (human and animals).sh.) AND (exp Dementia/ OR delirium/ OR wernicke encephalopathy/ OR delirium, dementia, amnesic, cognitive disorders/ OR dement\*.mp. OR alzheimer\*.mp. OR (lewy\* adj2 bod\*).mp. OR deliri\*.mp. OR (chronic adj2 cerebrovascular).mp. OR ("organic brain disease" or "organic brain syndrome").mp. OR ("normal pressure hydrocephalus" and "shunt").mp. OR "benign senescent forgetfulness".mp. OR (cerebr\* adj2 deteriorat\*).mp. OR (cerebral\* adj2 insufficient\*).mp. OR (pick\* adj2 disease).mp. OR (creutzfeldt or jcd or cjd).mp. OR huntington\*.mp. OR binswanger\*.mp. OR korsako\*.mp. OR ((cognit\* or memory\* or mental\*) adj3 (declin\* or impair\* or los\* or deteriorat\*))).mp. ) AND("aroma therap\*.mp. OR exp \*aromatherapy/ OR aromatherapy.mp. OR "complementary therap\*.mp. OR exp complementary therapies/ OR "alternative therap\*.mp. OR "alternative therap\*.mp. OR exp complementary therapies/ OR "essential oil\*.mp. OR "aroma\*.ab.ti. OR ("lemon balm" or "rose oil\*" or "lavender oil\*").mp. )AND (2012\* or 2013\* or 2014\* or 2015\* or 2016\* or 2017\*).ed.

### 2) Embase Elsevier : 2017 年 11 月 28 日

#1 ('dementia'/exp OR 'lewy body'/de OR 'delirium'/de OR 'wernicke encephalopathy'/de OR 'cognitive defect'/de OR dement\* OR alzheimer\* OR lewy\* NEAR/2 bod\* OR deliri\* OR chronic NEAR/2 cerebrovascular OR 'organic brain disease\*' OR 'organic brain syndrome' OR 'supranuclear palsy' OR 'normal pressure hydrocephalus' AND shunt\* OR 'benign senescent forgetfulness' OR cerebr\* NEAR/2 deteriorat\* OR cerebral\* NEAR/2 insufficient\* OR pick\* NEAR/2 disease OR creutzfeldt OR jcd OR cid OR huntington\* OR binswanger\* OR korsako\* OR cadasil OR (cognit\* OR memory\* OR mental\*) NEAR/3 (declin\* OR impair\* OR los\* OR deteriorat\*)) AND ('aroma therap\*' OR 'aromatherapy'/exp OR aromatherapy OR 'complementary therap\*' OR 'alternative medicine'/exp OR 'alternative therap\*' OR 'alternative medicine'/de OR 'essential oil\*' OR aroma\*:ti,ab OR 'lemon balm' OR 'rose oil\*' OR 'lavender oil\*'))AND ('randomized controlled trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR placebo:ab OR random\*:ab OR trial:ab OR groups:ab) AND [1-1-2012]/sd NOT [31-10-2017]/sd

### 3) PsycINFO EBSCO host: 2017 年 11 月 28 日

#1 ((DE "Dementia" OR DE "AIDS Dementia Complex" OR DE "Dementia with Lewy Bodies" OR DE "Presenile Dementia" OR DE "Semantic Dementia" OR DE "Senile Dementia" OR DE "Vascular Dementia" OR DE "Delirium" OR DE "Huntingtons Disease" OR DE "Kluver Bucy Syndrome" OR DE "Wernicke's Syndrome" OR DE "Cognitive Impairment" OR dement\* OR alzheimer\* OR lewy\* N2 bod\* OR deliri\* OR chronic N2 cerebrovascular OR "organic brain disease" OR "organic brain syndrome" OR "supranuclear palsy" OR "normal pressure hydrocephalus" AND shunt OR "benign senescent forgetfulness" OR cerebr\* N2 deteriorat\* OR cerebral\* N2 insufficient\* OR pick\* N2 disease OR creutzfeldt OR jcd OR cjd OR huntington\* OR binswanger\* OR korsako\* OR "parkinson\* disease dementia" OR PDD OR "parkinson\* dementia" OR (cognit\* OR memoy\* OR mental\*) N3 (declin\* OR impair\* OR los\* OR deteriorat\*)) AND ("aroma therap\*" OR DE "Aromatherapy" OR aromatherapy OR "complementary therap\*" OR DE "Alternative Medicine" OR DE "Acupuncture" OR DE "Aromatherapy" OR DE "Faith Healing" OR DE "Folk Medicine" OR "alternative therap\*" OR "essential oil\*" OR TI aroma\* OR AB



aroma\* OR "lemon balm" OR "rose oil\*" OR "lavender oil\*") AND (DE "Clinical Trials" OR TI random\* OR AB random\* OR placebo OR TI trial\* OR AB trial\* OR AB groups)) AND DT 2012-2017

**4) CINAHL EBSCO host: 2017 年 11 月 28 日**

#1 (((MH "Dementia+") OR (MH "Delirium") OR (MH "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders") OR (MH "Wernicke's Encephalopathy") OR TX dement\* OR TX azheimer\* OR TX lewy\* N2 bod\* OR TX deliri\* OR TX chronic N2 cerebrovascular OR TX "organic brain disease" OR TX "organic brain synderome" OR TX "normal pressure hydrocephalus" shunt OR TX "benign senescent forgetfulness" OR TX cerebr\* N2 deteriorat\* OR TX cerebral\* N2 insufficient\* OR TX pick\* N2 disease OR TX creutzfeldt or jed or cjd OR TX huntington\* OR TX binswanger\* OR TX korsako\* AND TX "aroma therap\*" OR H "Aromatherapy") OR "aromatherapy" OR TX "complementary therap\*" OR (MH "Alternative Therapies") OR TX "alternative therap\*" OR TX "essential oil\*" OR AB aroma\* OR AB "lemon balm" OR "rose oil" OR "lavender oil" ) AND (AB random\* OR AB placebo OR (MH "Clinical Trials+") OR AB groups OR TX trial\*))AND EM 2012 OR EM 2013 OR EM 2014 OR EM 2015 OR EM 2016 OR EM 2017

**5) CENTRAL: 2017 年 11 月 28 日**

#1 (aroma therap\* OR aromatherapy OR alternative therap\* OR essential oil\* OR aroma\* OR lemon balm or "rose oil\*" or "lavender oil\*" OR MeSH descriptor: [Aromatherapy] explode all trees OR MeSH descriptor: [Complementary Therapies] explode all trees) AND (MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees OR MeSH descriptor: [Delirium] this term only OR MeSH descriptor: [Wernicke Encephalopathy] this term only OR MeSH descriptor: [Neurocognitive Disorders] this term only OR dement\* OR alzheimer\* OR lewy\* bod\* OR deliri\* OR chronic cerebrovascular OR organic brain disease or "organic brain syndrome" OR normal pressure hydrocephalus and "shunt" OR benign senescent forgetfulness OR cerebr\* deteriorat\* OR cerebral\* insufficient\* OR pick\* disease OR creutzfeldt or jed or cjd OR huntington\* OR binswanger\* OR korsako\*) Publication Year from 2012 to 2017



## CQ:B20

認知症高齢者に対する音楽に基づく治療的介入は抑うつ改善等に有効か？

### 推奨

音楽に基づく治療的介入を5回以上のセッションとして行うことは、認知症高齢者の介入終了時の抑うつ症状を3ヶ月時点で低減することが示唆されている。ただし、興奮や攻撃性の低減、生活の質、行動障害全般、認知機能、不安、および社会的交流の向上に対する効果はないか、もしくはエビデンスを示すことができない。そのため、本人や家族の希望に応じて行うことを提案する。

### 付帯事項

ここでは音楽療法士の資格の有無については問わず、音楽を用いた治療的介入を指している。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

2C

### 解説・エビデンス

認知症は認知、行動、社会、感情の機能の低下を特徴とする多数の異なる原因を伴う、臨床的症候群である。認知症高齢者に対する音楽に基づく治療的介入は、さまざまな方法で行われているが、エビデンスについては明確ではない。

本CQに関して、コクランレビュー<sup>1)</sup>をもとに、本委員会がエビデンスを評価した。

音楽を用いた介入が治療として与える影響を評価するために、17件のRCTをレビューしていた<sup>1)</sup>。

参加者620名から得られたアウトカムの一部は統合が可能であり、更に一部の試験では介入終了時と長期効果(4週間以上)との比較や、サブグループ解析(音楽を用いた介入と通常ケア、音楽を用いた介入と他のアクティビティ)を行うことが可能であった。すべての試験参加者は介護施設入所者であり、あらゆる重症度の認知症者が組み入れられていた。

#### ◆抑うつ症状

9件のRCTが治療終了時の分析に関与し、5件のRCTが長期効果の分析に関与した。うつ病、またはうつ症状は、GDS、BEHAVE-AD、NPIを用いて測定していた。治療終了時の音楽ベースの介入については、中等度の効果が認められた(SMD = -0.28, 95%CI = -0.48 - -0.07)が、長期的な効果は認められなかった(SMD -0.01, 95%CI = -0.27 - 0.24)(図1)<sup>1)</sup>。

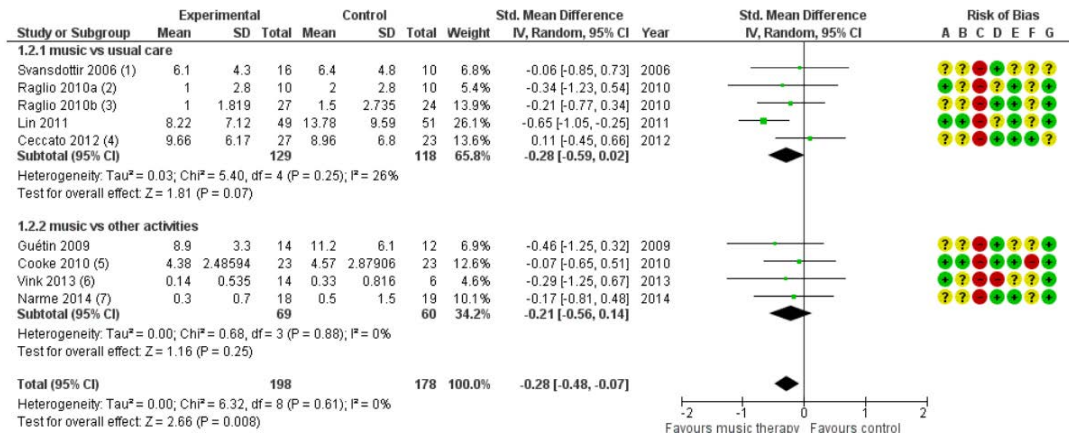


図 1. 音楽に基づく治療的介入群 vs 通常のケア、またはその他のアクティビティの抑うつ症状のフォレストプロット(文献 1)

◆生活の質を含む情動的ウェルビーイング(emotional well-being)

音楽に基づく治療的介入の有効性を評価した 6 件の RCT のメタアナリシスにて、治療終了時の生活の質を含むウェルビーイングについて有意差は認められなかった(SMD = 0.32, 95%CI = -0.08 - 0.71)(図 2)。長期間の介入の影響についても有意差は認められなかった(SMD = 0.47, 95%CI = -0.10 - 1.05)<sup>1)</sup>。

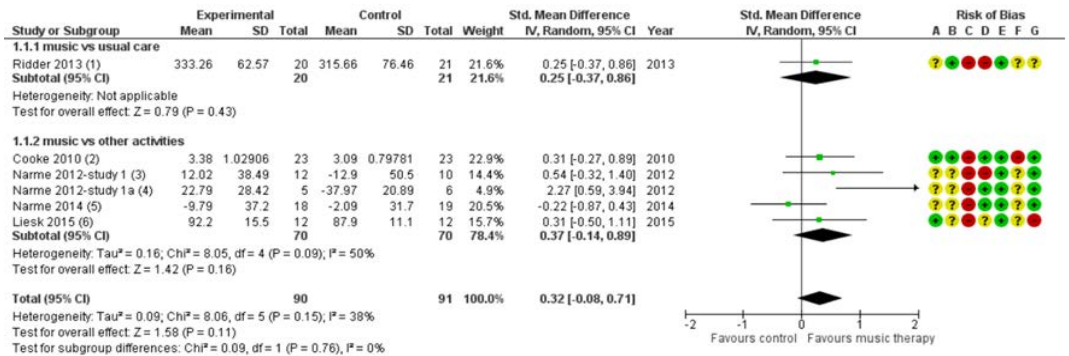


図 2. 音楽に基づく治療的介入 vs 通常のケア、またはその他のアクティビティのウェルビーイングと QOL のフォレストプロット(文献 1)

◆不安

11 件の RCT のメタアナリシスでは、治療終了時において介入群で不安の軽減効果が認められていた(SMD = -0.50, 95%CI = -0.84 - -0.16)。しかし、様々な評価尺度が使用されており、異質性が高かった(治療終了時 I<sup>2</sup> = 56%、長期介入 I<sup>2</sup> = 72%)。また、公表バイアスも確認されたことから、治療終了時との結果に関しても、メタアナリシスの結果の妥当性は非常に低い(図 3)<sup>1)</sup>。

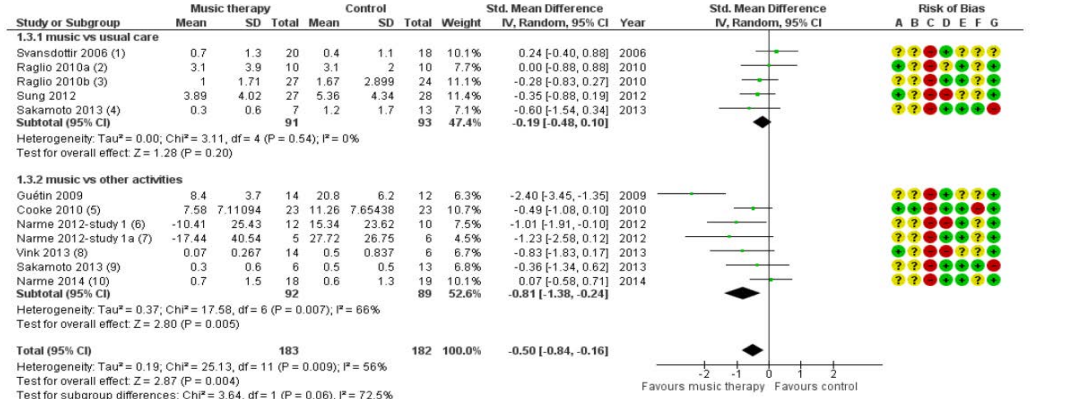


図 3. 音楽に基づく治療的介入 vs 通常のケア、またはその他のアクティビティの不安のフォレストプロット(文献 1)

### ◆興奮、または攻撃性

12 件の RCT が治療終了時の分析に関与し、4 件の RCT が長期効果の分析に関与した。治療終了時、長期介入共に異質性は低かったが( $I^2 = 27\%$ ,  $I^2 = 37\%$ )効果は認められなかった(治療終了時:SMD-0.08,95%CI = -0.29-0.14、長期介入:SMD-0.02,95%CI = -0.36-0.33)(図 4) 1)。

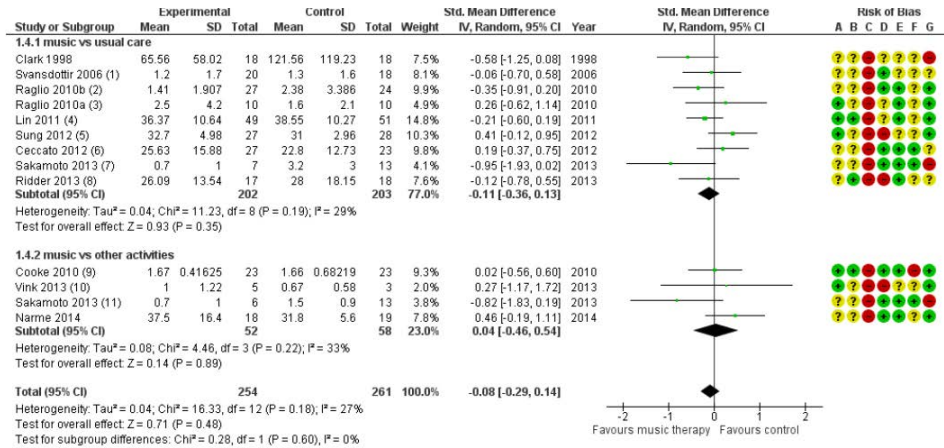


図 4. 音楽に基づく治療的介入 vs 通常のケア、またはその他のアクティビティの興奮、または攻撃性のフォレストプロット(文献 1)

### ◆行動・心理症状

6 件の RCT が治療終了時の分析に関与し、3 件の RCT が長期効果の分析に関与した。BEHAVE-AD、NPI を評価尺度として使用し、異質性は高くはなかったが( $I^2 = 36\%$ )治療終了時、長期的共に効果は認められなかった(治療終了時:SMD = -0.20,95%CI = -0.56-0.17、長期介入:SMD = 0.05,95%CI = -0.30-0.41)(図 5) 1)。

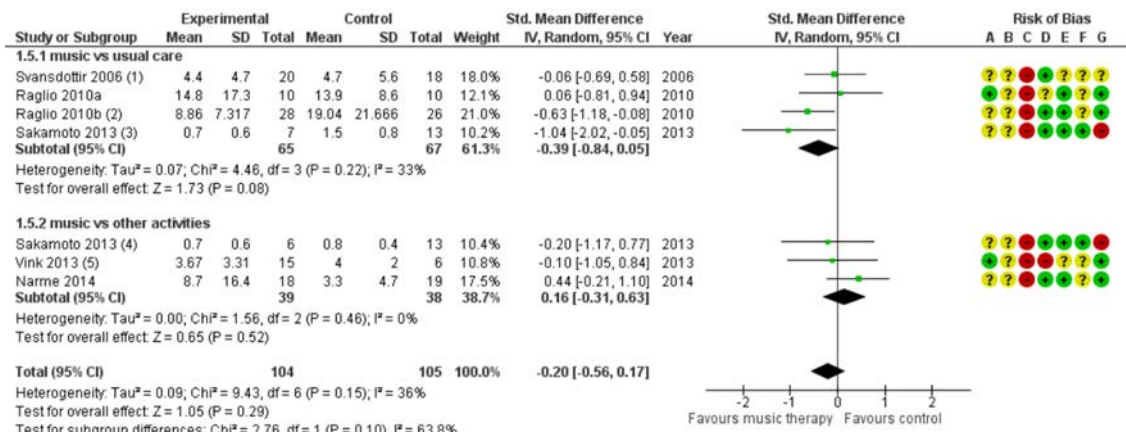


図 5. 音楽に基づく治療的介入 vs 通常のケア、またはその他のアクティビティの行動・心理症状のフォレストプロット(文献 1)

### ◆社会的交流

執筆者が同じ 3 件の RCT が治療終了時の分析に関与し、そのうちの 2 件の RCT が長期効果の分析に関与した。評価は自作のアンケートで行い、社会的行動のための指標が存在しないため、メタアナリシスは行われていない。

### ◆認知機能

6 件の RCT が治療終了時の分析に関与し、1 件の RCT が長期効果の分析に関与した。評価尺度にはミニメンタルステート検査(MMSE)、Severe Impairment Battery(SIB)を使用した。異質性は低かったが( $I^2 =$

0%)、バイアスの影響によりエビデンスの質は低く、治療終了時、長期的共に効果は認められなかった(治療終了時 :SMD = 0.21,95%CI = -0.04-0.45、長期介入:SMD = 0.13,95%CI = -0.26-0.52)(図 6) 1)。

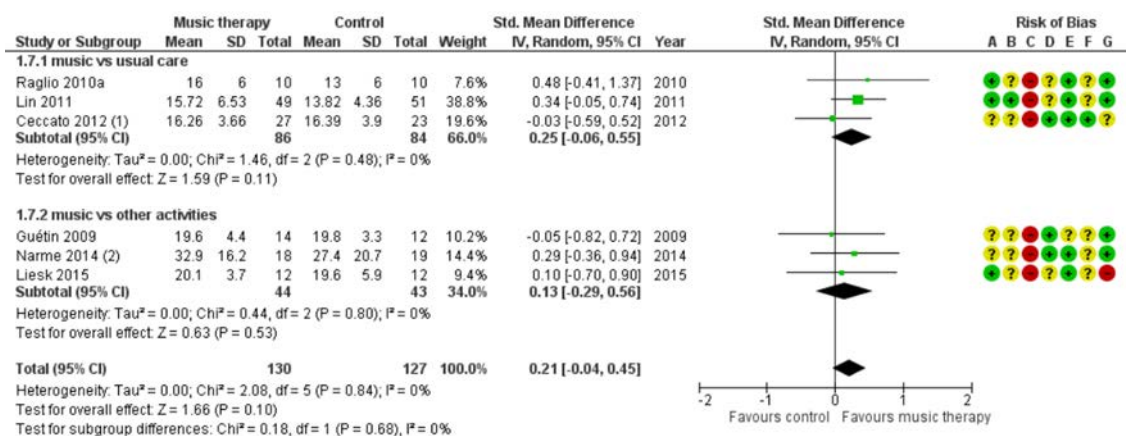


図 6. 音楽に基づく治療的介入 vs 通常のケアまたはその他のアクティビティの認知機能のフォレストプロット(文献 1)

以上のメタアナリシスにおいて、対象者と音楽療法提供者の盲検化には、とんどの研究においてリスクオブバイアスが報告されており、研究の質、および報告の程度は研究によって異なっていた。

少なくとも 5 回以上の音楽に基づく治療的介入を認知症高齢者に対して行うことで、うつ症状を減少する可能性が示唆されるが、興奮や攻撃性の低減効果はない。また、情動的ウェルビーイング、あるいは QOL、全体的な行動上の問題、認知機能改善への有効性はない。不安、社会的行動、および長期的効果は明確でない。

今後、より大規模、かつ重要なアウトカム、とくに肯定的なアウトカム(情動的ウェルビーイング、社会的アウトカム)を全て含む研究を行うべきである。また、今後の研究では、音楽的介入の期間とセッションの回数を検討すべきであるとされている 1)。

## 文献

- 1) van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 5: CD003477. doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub3

## CQ:B25

入院中の高齢者に対する術後疼痛緩和への非薬物的介入は疼痛緩和等に有効か？



### 推奨

- ・ 腰椎麻酔下で片側の全人工膝関節置換術(Total Knee Arthroplasty: TKA)を受ける高齢者が手術中に音楽を聴くことは、術後一定時間の痛みを軽減し、疼痛緩和に有用であるため、使用を提案してもよい。
- ・ 腰椎麻酔から回復したTKA後の高齢者に対し、術後4-6時間の時期に歩行器を用いた15分の歩行を行うことは、疼痛緩和としては有効ではない。
- ・ ICU入室中の心臓手術後の者に15分間のラベンダークリームを用いたハンドマッサージを行うことは、1回目の施行後疼痛緩和の効果を認めるため、使用を提案してもよい。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

非常に低

GRADE

2D

### 解説・エビデンス

高齢者は、加齢により変形性関節炎等の手術を受ける機会がある場合があるが、認知機能の低下により、痛みの訴えや表現方法が限られる場合、術後疼痛管理はより重要となる。

そこで、本CQに関し、非薬物的療法を実施することによる術後疼痛の緩和にとって有効かをシステマティックレビューとメタアナリシスを本委員会が行い、それをもとに評価した。

文献データベースは、医中誌Web、CINAHL、PubMed、The Cochrane Library、EMBASE、MEDLINE、PsycINFOを用い、2017年12月28日に検索を行った。

適格基準は①ランダム化比較試験、②65歳以上の者、とした。

その結果、233件が同定され、3文献が適格基準を満たしたが、アウトカムが異なるため、メタアナリシスは行えなかった。

薬物的療法を組み合わせた疼痛緩和については、ハンドマッサージや手術中に音楽を聴くこと、手術後の歩行等の方法が調査されていた。

#### ◆腰椎麻酔下の片側全人工膝関節置換術(Total Knee Arthroplasty: TKA)を受ける高齢者への術中音楽療法

手術中に好みの音楽を聴くことの疼痛緩和への効果を検討したSimcockら<sup>1)</sup>では、片側のTKAを受ける30名を対象にした、ランダム化プラセボ比較試験を実施した。調査者は検化されたが、割り付け方法の記述はなかった。手術中に好みの音楽をヘッドフォンを用いてMP(Mpeg Layer)プレーヤーから聴く介入群15名(67.9±9.0歳)と対照群にはノイズキャンセリングヘッドフォンのみを用いて、音楽は流れないものを提供した15名(66.5±9.6歳)において、術後3時間、6時間、24時間時点の疼痛をVAS(Visual analogue ascale)スケールにより測定した。除外基準は、難聴、末梢神経障害、精神障害の診断を受けた者とした。その結果、介入群では、術後3時間(1.47±1.39 vs 3.87±3.44、 $p = 0.01$ )、ならびに24時間(2.41±1.67 vs 4.03±2.89、 $p = 0.04$ )でVASが有意に低下した。

#### ◆腰椎麻酔から回復したTKA4-6時間後に歩行器を用いた15分歩行試験

Zietekら<sup>2)</sup>は、TKA後の者66名を対象に、ランダム化一重盲検試験を用い、腰椎麻酔から回復した4-

6 時間後に歩行器を用いて 1 回目の 15 分間歩行を行う介入を行った。

3 時間後 2 回目の 15 分間歩行を行うファストトラック群 31 名(67.9±7.8 歳)、腰椎麻酔から回復 4-6 時間後に歩行器を用いて 1 回目の 15 分間歩行を行う標準群 31 名(69.5±8.2 歳)とし、歩行した後の疼痛、歩行した後仰臥位での疼痛を調査した。除外基準は、関節リウマチ、全身性かつメタボリック症候群、米国麻酔科医(ASA)スコア Class 3 (高度の全身疾患を有するが運動不可能ではない)、関節の罹病歴あり、精神神経疾患、アルコールの乱用の者であった。

その結果、歩行後の VAS の平均値は、ファストトラック群 6.4±1.85、対照群 6.2±1.98( $p=0.68$ )、歩行した後仰臥位の VAS の平均値は、ファストトラック群 3.1±2.98、対照群 3.0±2.51( $p=0.83$ )で、有意差は認めなかった。

#### ◆心臓手術後 ICU 入室中のラベンダークリームによるハンドマッサージ

ラベンダークリームによるハンドマッサージによる疼痛緩和の効果は、Boitor ら<sup>2)</sup>が ICU 入室中の心臓手術後の者 40 名を対象に、ブロックランダム法によるランダム化比較試験(盲検化されたパイロットスタディ)を実施した。15 分間のラベンダークリームを塗布したハンドマッサージを実施し、その後 30 分間の休憩をとることを術後 24 時間以内に 2~3 回実施する介入群 21 名(67.9±10.2 歳)と、15 分間マッサージをせずにラベンダークリームを塗布して手を握り(hand-holding)、その後 30 分間の休憩をとる対照群 19 名(66.5±11.0 歳)を調査した。除外基準は、認知症、または精神障害の診断を受けている者、50mmHg 以上の肺動脈圧の者、右心室機能不全の者、BMI30 以上の者であった。

調査項目は、①0-10FPT for pain intensity(痛みの強さ)、②CPOT(Critical-Care Pain Observation Tool)(痛みの行動)を休憩後に評価、③Brief Pain Inventory(BPI; 痛みの経験)を術後 24-48 時間に評価した。

その結果、①0-10FPT は、初回介入時には改善効果は認めなかったが、介入 2 回目において改善傾向を示し( $F(2, 74) = 3.20, p = 0.088$ )、介入 3 回目においてベースラインからの有意な改善が認められた( $F(2, 20) = 6.30, p = 0.008$ )。②CPOT は、介入 1 回目の 30 分後に対照群では悪化したのに対し、介入群では変化が認められなかった(介入 30 分後 CPOT: 介入群 0.00(0.00-2.00)、対照群 1.00(0.00-4.00)、 $p = 0.047$ )、筋緊張の緩和が認められた。③BPI は、介入群 4.8±2.4、対照群 3.6 ±2.1( $p = 0.10$ )であった。よって、ハンドマッサージは、部分的ではあるが術後疼痛への効果を示唆していた。

高齢者の術後疼痛への非薬物的療法は、術中の音楽による介入以外は、術後疼痛を緩和させる有用性は明確でなく、今後さらなる調査が必要であると考えられた。

## 文献

- 1) Simcock, X. C., Yoon, R. S., Chalmers, P., Geller, J. A., Kiernan, H. A., & Macaulay, W. (2008). Intraoperative music reduces perceived pain after total knee arthroplasty: A blinded, prospective, randomized, placebo-controlled clinical trial. *The Journal of Knee Surgery*, 21(4), 275-278.
- 2) Boitor, M., Martorella, G., Arbour, C., Michaud, C., & Gélinas, C. (2015). Evaluation of the preliminary effectiveness of hand massage therapy on postoperative pain of adults in the intensive care unit after cardiac surgery: A pilot randomized controlled trial. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(3), 354-366. doi:10.1016/j.pmn.2014.08.014
- 3) Zietek, P., Zietek, J., Szczypior, K., & Safranow, K. (2015). Effect of adding one 15-minute-walk on the day of surgery to fast-track rehabilitation after total knee arthroplasty: A randomized, single-blind study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(3), 245-252.

## 検索式

- 1) 医中誌 Web : 2017 年 12 月 28 日

#1 ((術後痛/TH or 術後疼痛/AL) and (高齢者/TH or 高齢者/AL) and ケア/AL) and (PT=原著論文 RD=ランダム化比較試験, 準ランダム化比較試験, 比較研究, 診療ガイドライン CK=ヒト)

**2) The Cochrane Library : 2017年12月28日**

#1 "postoperative pain therapy" aged

**3) PubMed : 2017年12月28日**

#1 ((postoperative) AND inpatient) AND pain

#2 ((postoperative) AND inpatient) AND pain Filters: Randomized Controlled Trial; Aged: 65+ years

#3 ((postoperative) AND inpatient) AND pain Filters: Clinical Trial; Aged: 65+ years

**4) Embase : 2017年12月28日**

#1 ('postoperative pain'/exp OR 'postoperative pain') AND ('aged'/exp OR aged) AND ('inpatient'/exp OR inpatient) AND ('pain'/exp OR pain) AND ('relief'/exp OR relief) AND 'randomized controlled trial'/de

**5) CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE Complete; PsycINFO : 2017年12月28日**

#1 aged AND postoperative pain management AND care AND trial



## CQ:B31

入院中の高齢者に対する専門職者との討議によるアドバンスケア  
プランニングは自己決定の促進等に有効か？



### 推奨

急性期病院入院中の高齢者に対する専門職者との討議に基づくアドバンスケアプランニングの実施は、事前指示書の作成割合を向上させる等、意思決定の促進に有効である。またケア満足度の向上にも有効である。本人の心理的負担がない場合、行うことを推奨する。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

2C

### 解説・エビデンス

アドバンスケアプランニング(Advance Care Planning;以下:ACP)は「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について本人・家族と医療職者が事前に話し合い、望む場合には、病気が進行し意思決定能力が失われた場合に自分の治療やケアの方針や代理意思決定者について記録するプロセス」<sup>1)</sup>である。病状の変化により急性期病院に入院している高齢者やその家族では、治療や療養方針についての自己決定に迫られることがあるため、その選択や決定による心理的葛藤やストレスが生じ、抑うつや主観的 QOL の低下等につながることを懸念される。

本 CQ に関して検討するため、急性期病院に入院中の高齢者に焦点をあて、専門職との討議に基づいて ACP を作成することについてシステマティックレビューとメタアナリシスを本委員会が行った。

文献の採択基準は、①65 歳以上の入院した高齢者を対象としている、②看護師や医師、社会福祉士等の専門職者との討議を含む ACP の作成が含まれている、③ランダム化比較試験とした。

文献データベースは PubMed, CINAHL Plus with Full Text, PsycINFO, Embase とし、キーワードは”Advance Care Planning” “Advanced Care Planning”とした。

720 文献が同定され、スクリーニングの結果、4 件のランダム化比較試験を採択した。

採択した 4 文献はいずれもエンドオブライフ期にある入院高齢者を対象としており、認知症者を対象とした RCT1 文献<sup>2)</sup>、慢性心不全療養者を対象とした RCT1 文献<sup>3)</sup>、疾患の限定のないものが 2 文献<sup>4)5)</sup>であった。

#### ◆事前指示(事前意思表示)書の作成者割合への有効性

事前指示書の作成者割合については 3 文献合計 823 名の結果の統合から、急性期病院入院中の高齢者に対する ACP は事前指示書作成率を有意に向上させることが示された (RR = 1.56, Z = 7.94, p < 0.00001)。

対象となった 3 文献はいずれも急性期病院入院高齢者に対して ACP が提供された文献であったが、統計学的異質性が非常に高く、統合結果の信頼性は高いとは言えない。また、介入の特性から参加者と研究者の盲検化が困難であり、効果が過剰に評価されている可能性がある。

対象となった 3 文献すべてにおいて、ACP を受けた群は受けていない群に比べて事前指示書を作成者数が多く、ACP は急性期病院入院高齢者の事前支持書作成を促進する可能性がある。しかし統計学的異質性の高さ等から、本エビデンスの確実性は不十分であり、今後さらに研究動向を追う必要がある。

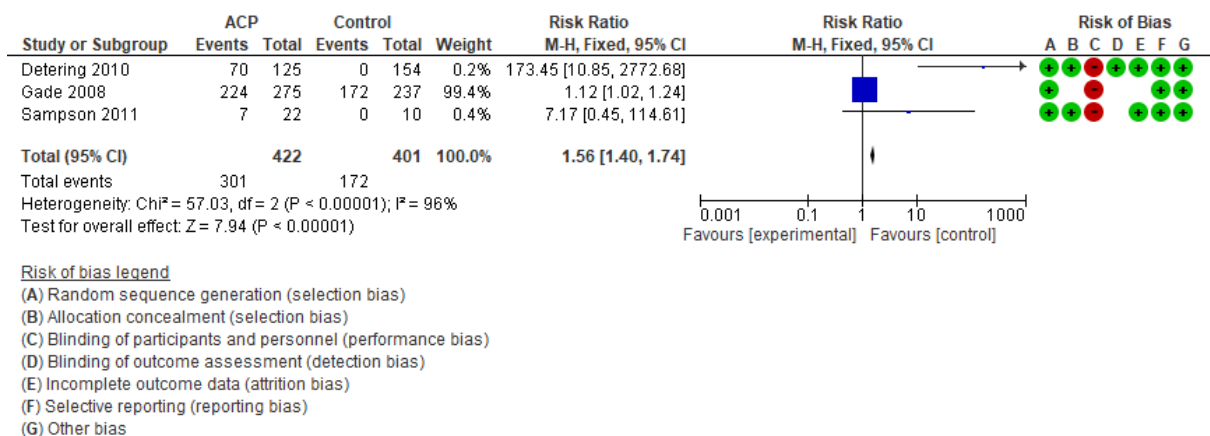


図 1. ACP 群 vs ACP を行わない群の事前指示書の作成者割合

### ◆ACP への満足度

ACP を行うことにより、ケアの満足度を高めるかを検討した研究では、終末期状態にある高齢者のケアの満足度の向上<sup>5)</sup>、および利用者が死亡した場合の家族のケアへの満足度が向上する<sup>24)</sup>ことが報告されている。

### ◆ACP の決定に伴う心理的負担

入院高齢者に対する ACP では、入院高齢者の抑うつを減少させると報告されている<sup>34)</sup>。一方で、決定に伴う葛藤やストレスの軽減、主観的 QOL の向上については評価が割れており、今後の研究動向を追う必要がある。

急性期病院に入院した高齢者の ACP については、報告されている研究が少ないため、今後さらに大規模な調査を行う必要がある。

## 文献

- 1) NationalHealthServes (2008). *Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff*. Retrieved from [http://www.endoflifecare.nhs.uk/assets/downloads/pubs\\_Advance\\_Care\\_Planning\\_guide.pdf](http://www.endoflifecare.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf)
- 2) Sampson, E. L., Jones, L., Thuné-Boyle, I. C. V., Kukkastenvehmas, R., King, M., Leurent, B., ... Blanchard, M. R. (2011). Palliative assessment and advance care planning in severe dementia: An exploratory randomized controlled trial of a complex intervention. *Palliative Medicine*, 25(3), 197-209. doi:10.1177/0269216310391691
- 3) Sidebottom, A. C., Jorgenson, A., Richards, H., Kirven, J., & Sillah, A. (2015). Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: Outcomes from a randomized trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 234-240. doi:10.1089/jpm.2014.0192
- 4) Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*, 340, c1345-c1345. doi:10.3410/f.2807962.2474061
- 5) Gade, G., Venohr, I., Conner, D., McGrady, K., Beane, J., Richardson, R., & Della Penna, R. (2008). Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 180-190. doi:10.1089/jpm.2007.0055

## 検索式

### 1) PubMed : 2017 年 7 月 4 日

#1 advance care planning [Mesh] AND aged [Mesh] AND Randomized Controlled Trial [ptyp]

### 2) CINAHL Plus with Full Text, PsycINFO, Embase : 2017 年 7 月 4 日

#1 advance care planning AND aged AND Randomized Controlled Trial



## CQ:B33

入院中の高齢者への個別退院支援計画介入は在院日数の短縮等に有効か？

### 推奨

内科疾患で入院した高齢者への個別退院支援計画(入院早期のスクリーニング、対象者のニーズに合わせた個別退院支援計画の策定、退院に向けた院内多職種カンファレンスの実施)は、在院日数の短縮をもたらし、3ヶ月以内の予期せぬ再入院のリスクを減らす可能性がある。また、個別退院支援計画は対象者の満足度と専門職のケアに対する満足度を高めることも示唆されるため、行うことを推奨する。

しかし、医療費削減への有効性はないため、それを目的として行わないことを提案する。

### 付帯事項

転倒後のフォローアップ入院高齢者における個別退院支援計画による再入院リスク減少への効果は不確かである。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

強い推奨

エビデンスの確実性

中

GRADE

1B

### 解説・エビデンス

高齢化による慢性疾患の増加、家族形態の変化による家族介護力の低下を背景として、退院支援の重要性が高まっている。

医療的管理やADLに援助を必要とする者が在宅に退院する場合、介護力等の面で困難がある場合、その調整のために在院日数が長くなることがある。また、慢性疾患の増悪等で再入院を繰り返す高齢者の増加も報告されており、これらの課題への対策が求められている。

本CQに関して、コクランレビュー<sup>1)</sup>をもとに、本委員会がエビデンスを評価した。

このレビューでは、Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (2015, Issue 9)、MEDLINE、EMBASE、CINAHL、the Social Science Citation Index (last searched in October 2015)、the US National Institutes of Health trial register (ClinicalTrials.gov)を使用し、退院支援プロセス全体でないもの、フルテキストがないもの、RCTでないものを除外し、30文献を採択している。このうち21文献のアウトカムについてバイアスリスクが低いと判定されている(図1)。

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding (performance bias and detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Overall data
Balaban 2008	+	+	+	+	+	+
Bolas 2004	+	+	+	+	+	+
Eggink 2010	+	+	+	+	+	+
Evans 1993	+	+	+	+	+	+
Farris 2014	+	+	+	+	+	+
Gillespie 2009	+	+	+	+	+	+
Goldman 2014	+	+	+	+	+	+
Harrison 2002	+	+	+	+	+	+
Hendriksen 1990	+	+	+	+	+	+
Jack 2009	+	+	+	+	+	+
Kennedy 1987	+	+	+	+	+	+
Kripalani 2012	+	+	+	+	+	+
Lainscak 2013	+	+	+	+	+	+
Laramée 2003	+	+	+	+	+	+
Legrain 2011	+	+	+	+	+	+
Lin 2009	+	+	+	+	+	+
Lindpaintner 2013	+	+	+	+	+	+
Moher 1992	+	+	+	+	+	+
Naji 1999	+	+	+	+	+	+
Naughton 1994	+	+	+	+	+	+
Naylor 1994	+	+	+	+	+	+
Nazareth 2001	+	+	+	+	+	+
Pardessus 2002	+	+	+	+	+	+
Parfrey 1994	+	+	+	+	+	+
Preen 2005	+	+	+	+	+	+
Rich 1993a	+	+	+	+	+	+
Rich 1995a	+	+	+	+	+	+
Shaw 2000	+	+	+	+	+	+
Sulch 2000	+	+	+	+	+	+
Weinberger 1996	+	+	+	+	+	+

図1 レビュー文献によるリスクオブバイアスの評価結果(文献1)

◆在院日数

内科疾患で入院した高齢者を対象とした12文献より、個別退院支援計画の実践はわずかな(-0.73日)在院日数の短縮に効果がみられていた(95%CI = -1.33 - -0.12)(図2)。

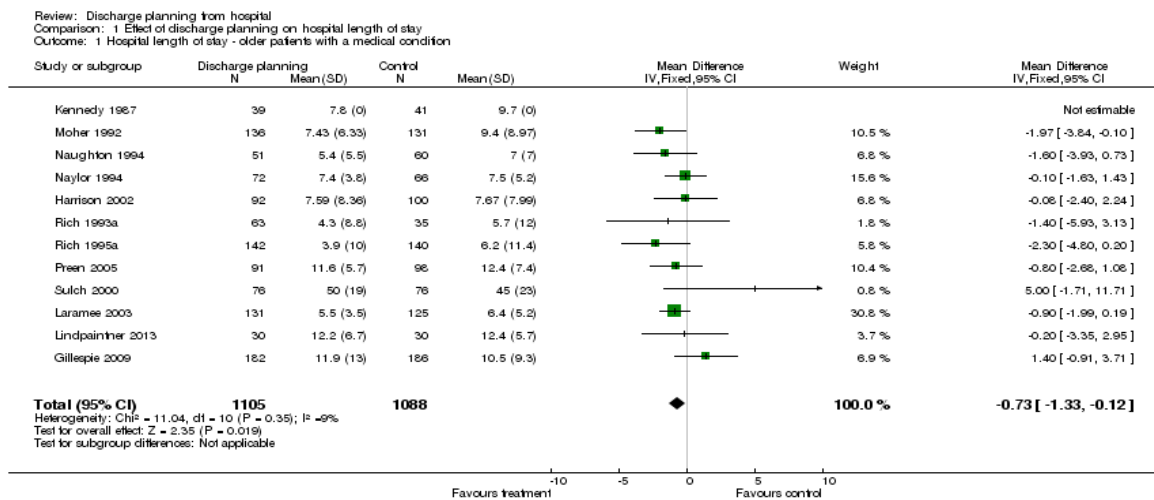


図2. 個別退院計画 vs コントロール群の在院日数に関するフォレストプロット(文献1)

◆再入院者の割合

内科疾患で入院した高齢者を対象とした15文献では、個別退院支援計画の実践は、退院後3ヶ月間の再入院率が有意に低下していた(RR = 0.87, 95%CI = 0.79-0.97)。これらの文献のうち、転倒後のフォローアップ入院に対象者を絞ると、再入院率割合への効果は不確かであった(RR = 1.36, 95%CI = 0.46-4.01)(図3)。

さらに、内科外科疾患を混合している者を対象とした研究では、4週間以内の予定外の再入院者割合は減少したが、9ヶ月間では有意差はみられなかった。

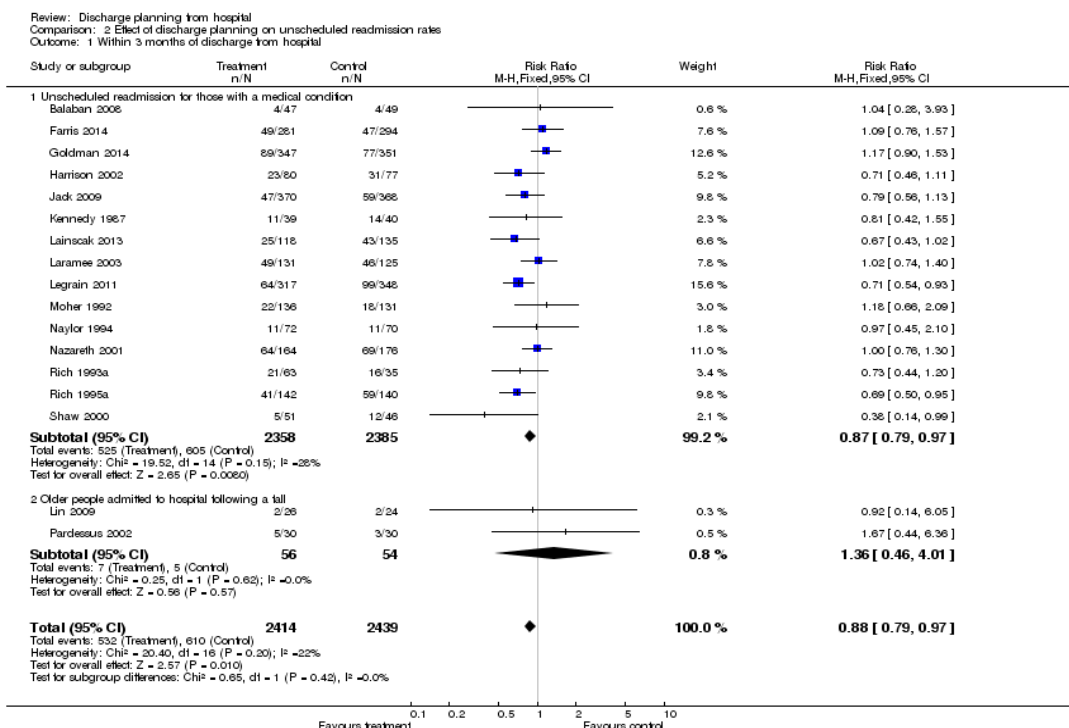


図 3. 個別退院計画 vs コントロール群の再入院に関するフォレストプロット(文献 1)

### ◆退院先(自宅退院か否か)

内科外科疾患を混合している者を対象とした研究では、退院後の転帰として、自宅あるいは居住型施設か療養型施設のいずれにおいても、介入による退院先の場所の相違はみられなかった。

### ◆満足度

対象者の満足度や専門職のケアに対する満足度の向上には、個別退院支援計画の実践が寄与する可能性が報告されている。病院での治療やケア、ケアへの説明、家での回復状況について、介入群において、本人・家族の満足度が高い傾向にあった(MD = 0.20(SD 1.19), 95%CI = 0.01-0.4)。退院後 1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後のフォローアップ調査においても、介入群の利用者満足度が高いことが示唆されている。また、個別退院支援計画の実践は地域のかかりつけ薬剤師、かかりつけ医師、訪問看護師への満足度の向上にも影響することが報告されている。

### ◆コストの削減

内科疾患高齢者を対象とした個別退院支援計画の実践が、医療費削減に与える影響についてはエビデンスが明らかにされていない。個別退院支援計画の実践が、再入院者割合の減少に寄与する可能性があることから、短期間における医療費削減の効果はあるかもしれない。

Naylor は、最初の在院期間では両群の費用に差はみられないとし、2 週間や 4 週間後のフォローアップで再入院も含めて検討している。その結果、介入群の医療費は低いことを報告している。他にも医療費の総額が対照群に比較して低いことが報告されているが、統計学的な有意差はみられずエビデンスとしては不確かである。

さらに、退院後のプライマリケアやコミュニティケア費用についても検討されているが、両群間に統計学的な差はみられていない。

### ◆退院後のかかりつけ診療所への受診割合

退院後のかかりつけ診療所への受診割合は 30 日間、90 日間のフォローアップにおいて、両群ともにほぼ

同じ割合であるか、わずかに介入群で高かった。また訪問看護の利用割合も介入群が高い傾向にあった。

以上から、個々の対象者に合わせた退院計画は、在院日数の減少をわずかにもたらし、治療が必要な高齢者の退院後3ヶ月間の再入院リスクを軽減する。また、退院計画は、対象者や専門家の医療に対する満足度の向上につながる可能性がある。退院計画が医療サービスの費用を削減するというエビデンスはほとんどない」と報告されている。

## 文献

- 1) Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital, *Cochrane Database Systematic Review*, 2(1), CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub5

## 検索式

### 1) Cochrane Central Register of Controlled Trials vid Cochrane Library : 2015年10月5日

- #1 "discharge and (plan or services or program or interventions)"
- #2 [MeSH] "descriptor Patient Discharge explode all trees"
- #3 [MeSH] "descriptor Patient Discharge explode all trees" OR "patient\* near2 discharge" OR "hospital near2 discharge" OR "discharge near2 plan" OR "discharge service" OR "discharge program" OR "discharge procedure"
- #4 [MeSH] "descriptor Patient Readmission explode all trees" OR [MeSH] "descriptor Length of Stay explode all trees" OR [MeSH] "descriptor Continuity of Patient Care, this term only" OR "readmission or readmitted or re-admission or re-admitted" OR "rehospitalisation or re-hospitalisation or rehospitalised or re-hospitalised" OR "length of stay" OR "(hospital or hospitalised or bed) near2 days"
- #5 (#2 AND #4)
- #6 (#1 OR #5), from 2012 to 2015

### 2) Embase (OvidSP) : 2015年10月5日

- #1 "discharge and (plan or services or program\* or interventions)"
- #2 "Patient Discharge" OR "patient adj2 discharge" OR "hospital adj2 discharge" OR "discharge adj2 plan" OR "discharge adj service" OR "discharge adj program" OR "discharge adj procedure"
- #3 "Continuity of Patient Care" OR "Length of Stay" OR "Patient Readmission" OR "readmission or readmitted or re-admission or re-admitted" OR "rehospitalisation or re-hospitalisation or rehospitalised or re-hospitalised" OR "length of stay" OR "length of hospital stay" OR "(hospital or hospitali?ed or bed) adj2 days"
- #4 #2 and #3
- #5 #1 or #4
- #6 "random or factorial or crossover or cross over or cross-over or placebo or (doubl adj blind) or (singl adj blind) or assign or allocat or volunteer" OR "crossover-procedure or double-blind procedure or randomized controlled trial or single-blind procedure" not "nonhuman"
- #7 #5 and #6

### 3) MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and MEDLINE(R) (OvidSP) :

2015年10月5日

- #1 (discharge and (plan\* or service? or program\* or intervention?)).ti.
- #2 "Patient Discharge" OR "patient adj2 discharge" OR "hospital adj2 discharge" OR "discharge adj2 plan" OR "discharge adj service" OR "discharge adj program" OR "discharge adj procedure"
- #3 "Continuity of Patient Care" OR "Length of Stay" OR "Patient Readmission" OR "readmission or readmitted or re-admission or re-admitted" OR "rehospitalisation or re-hospitalisation or rehospitalised or re-hospitalised" OR "length of stay" OR "length of hospital stay" OR "(hospital or hospitali?ed or bed) adj2 days"
- #4 #2 and #3
- #5 #1 or #4
- #6 "randomized controlled trial" OR "randomized" OR "placebo" OR "drug therapy" OR "randomly" OR "trial" OR "groups" not "animals"
- #7 #5 and #6

## CQ:B34

入院中の認知症高齢者に対する老年専門職チームによる医療の提供は在院日数減少、せん妄発症者割合の改善等に有効か？



### 推奨

認知症、あるいは認知機能が低下した高齢者が、身体疾患の治療目的で一般病院に入院した場合、老年学に関する教育を受けた複数の専門職で構成する「老年専門職チーム」(老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、精神看護専門看護師、老年科医師、精神科医師、担当科医師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、栄養士、アクティビティコーディネーター、ケアマネジャー、ケアの補助スタッフ等)でアセスメントを行い、それに基づいてチームで直接的ケアを行うことは、在院日数減少に有効である。せん妄発生割合を低下する報告もあるため、行うことを推奨する。

### 付帯事項

2016年4月から、身体疾患のために入院した認知症者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るため、病棟での取組や多職種チームによる介入に対する「認知症ケア加算 1・2」が診療報酬化された(厚生労働省平成 28 年度診療報酬改定)。認知症ケア加算には、本人の自己負担が生じるため、老年専門職チームによる認知症ケアを開始する際には、家族への説明と家族の理解が必要である。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性(強さ)

推奨の強さ

強い推奨

エビデンスの確実性

中

GRADE

1B

### 解説・エビデンス

認知症、あるいは認知機能が低下した高齢者が、肺炎や骨折等、身体疾患の治療目的で一般病院に入院した場合、せん妄発症や転倒リスクが潜在するため、対象の個別性やニーズに応じた、多職種チームによる環境調整や予防的ケアによる入院生活中の支援、また、早期からの退院支援・調整を行うことが重要である。

一般病院に勤務する医療専門職は、このような高齢者へのニーズに対応するため、高齢者ケアに関する専門的知識をもつ「老年専門職チーム」を作り、協働的ケアを行うことが必要である。わが国における老年専門職には、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師、認知症看護認定看護師、一般の看護師、老年科医師、精神科医師、担当科医、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、栄養士、アクティビティコーディネーター、ケアマネジャー等が含まれる。特に高齢者が入院する病棟では、看護職が中心となって対象者のニーズに応じた職種で構成する「老年専門職チーム」を作り、牽引する役割を發揮することが必要である。

この老年専門職チームによる介入が、通常ケアと比較して、認知症、および認知機能の低下者を含む入院高齢者群について、在院日数の減少やせん妄発症等の臨床アウトカムが良好であるかをシステマティックレビューとメタアナリシスにより日本老年看護学会が評価した<sup>1)</sup>。

文献検索のデータベースは、医中誌 Web、CiNii、KAKEN、厚生労働省科学研究成果データベース、CINAHL with Full Text、PubMed、The Cochrane Library、EMBASE を用い 2014 年 7 月に検索を行い、次の適格基準を満たす文献をスクリーニングした。

適格基準は①ランダム化比較試験、②65 歳以上の入院高齢者への医療を提供している、③高齢者に対しミニメンタルステート検査(MMSE)等により認知機能をスクリーニングしているか、または認知症と診断し

ている、④老年科医や老年専門看護師等の複数の職種で構成する老年専門職チームによるアセスメントと直接的な介入を行っている、であった。

メタアナリシスには変量効果モデルを用い、リスク比と平均差を算出し、異質性は I<sup>2</sup> 統計量により評価した。その結果、適格基準をすべて満たした文献として、メタアナリシスに 7 文献<sup>2)~8)</sup>、計 301~999 名の入院高齢者の結果を統合した。

### ◆在院日数

メタアナリシスの結果から、老年専門職チームによるアセスメント、および直接的介入は、認知症、および認知機能の低下者を含む入院高齢者群への平均在院日数が有意に減少した(MD = -5.94、95%CI = -10.48 - -1.40、I<sup>2</sup>=23%)(図 1)。ただし、リスクオブバイアスとして、ランダム化の方法、割り付けの隠蔽化、盲検化に高いバイアスリスクがあった。文献数が少ないため出版バイアスの確認は行えなかった。

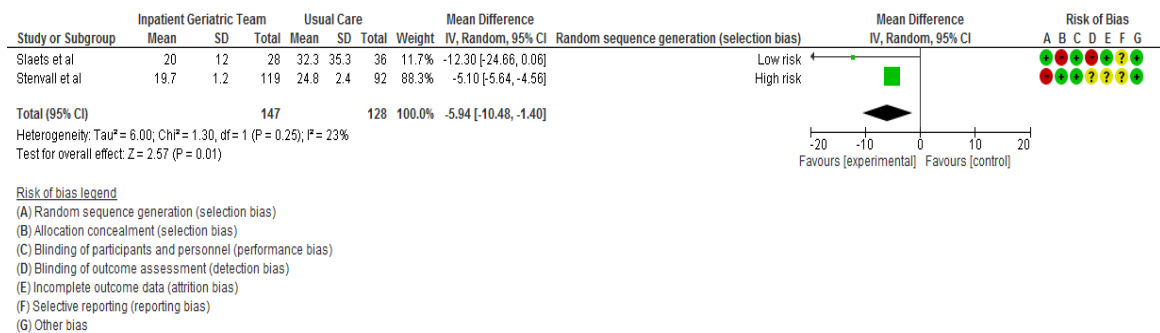


図 1. 認知症・認知機能低下者を含む高齢入院者群への老年専門職チーム介入 vs 通常ケアの平均在院日数のフォレストプロット(文献 1)

### ◆せん妄発症者割合

せん妄発症については、統計学的異質性が高く、統合はできなかったが、3つのランダム化比較試験<sup>4)~8)</sup>において、各々介入群に有意にせん妄発症が少なかった<sup>1)</sup>。

### ◆入院中の死亡割合

入院中の死亡割合に両群間の違いは認められなかった(RR = 0.96、95%CI = 0.29-3.17、I<sup>2</sup> = 0%)(図 2)。

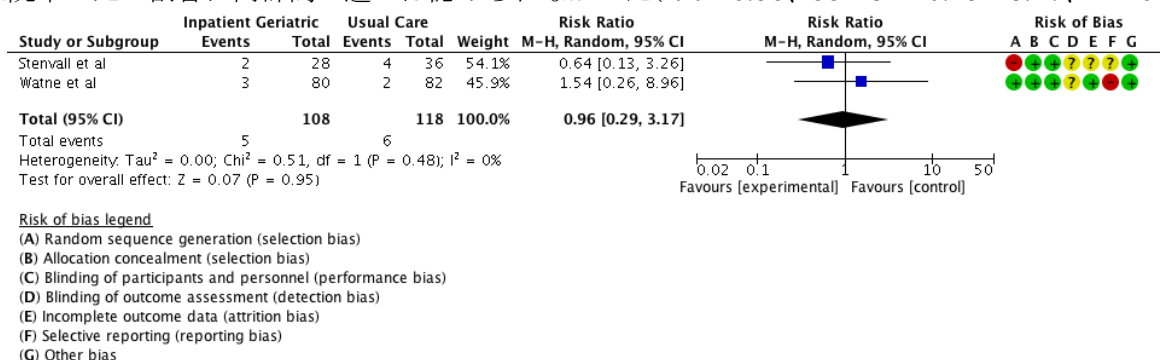


図 2. 認知症・認知機能低下者を含む高齢入院者群への老年専門職チーム介入 vs 通常ケアの入院中の死亡率のフォレストプロット(文献 1)

### ◆ナーシングホーム入所割合

退院時に直接ナーシングホームに入所した者の割合に有意差は認めなかった(RR=0.76、95%CI = 0.50-



1.13、 $I^2 = 0\%$ )(図 3)。

退院後 1 年間のナーシングホーム入所の減少効果は明確ではなかった( $RR = 0.96$ 、 $95\%CI = 0.29 - 3.17$ 、 $I^2 = 0\%$ )。

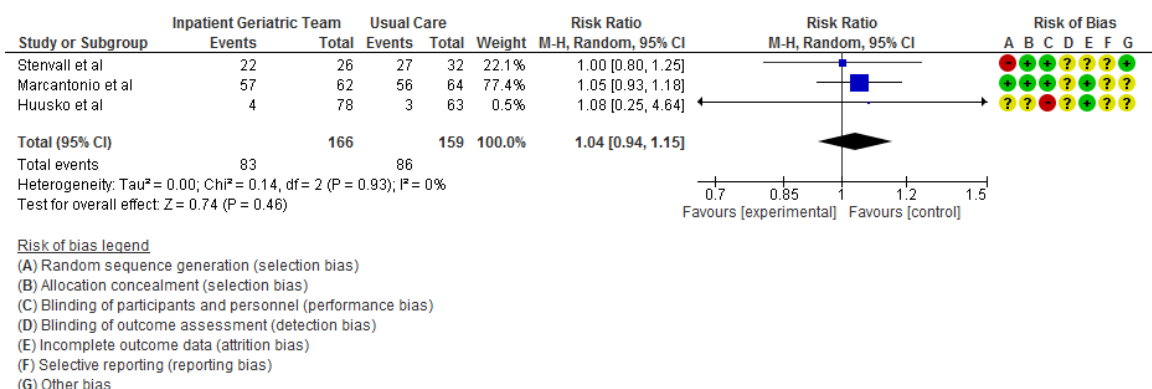


図 3. 認知症・認知機能低下者を含む高齢入院者群への老年専門職チーム介入 vs 通常ケアの退院時ナーシングホーム入所者のフォレストプロット(文献 1)

以上の結果から、老年専門職チームによるアセスメントと直接的介入は、認知症、および認知機能の低下者を含む入院高齢者群への平均在院日数の減少に主に有効であり、リスクオブバイアスも低いと考えられる。

日本老年看護学会による認知症患者へのチーム体制加算に関する診療報酬化の提案をきっかけに、平成 28 年度診療報酬改定により、認知機能低下者を含む認知症をもつ高齢者へのチーム医療に「認知症ケア加算 I・II」が新設された<sup>9)</sup>。

認知症ケア加算 1 を算定する場合は、保険医療機関内に、次の①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されていることが必要である。またこのチームは、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用することとしている。

- ① 認知症者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
- ② 認知症者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- ③ 認知症者の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

ケア加算 I の施設要件にある、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師とは、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師を指している。従って、老人看護専門看護師、および認知症看護認定看護師は、入院した認知症高齢者について多職種チームを作り、牽引する役割を持つことが期待され、対象者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士等をチームに加えて直接的ケアを推進することが望まれる。

一方、認知症ケア加算 2 では、認知症者が入院する病棟には、認知症者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置すること、および身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用するとされている。

ケア加算 2 では、原則として、すべての病棟(小児科等身体疾患を有する認知症者が入院しない病棟、および精神病床は除く)に、認知症者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置することとされ、いずれも看護師の配置とチームを牽引する役割を発揮することが要件となっている。

診療報酬点数では、ケア加算 I (老人看護専門看護師、あるいは認知症看護認定看護師を配置)は一日 150

点(14日以内)、または30点(15日以降)、ケア加算Ⅱは30点(14日以内)、または10点(15日以降)が加算され、退院まで算定が可能である。ただし、身体拘束を行った場合、6割に減算される。一方、利用者の自己負担額は(自己負担2割の場合)、ケア加算Ⅰは一日300円(14日以内)、ケア加算Ⅱでは一日60円となる。せん妄発症や転倒の発生によるけが等が生じて在院日数が長期化することによる入院医療費の自己負担額と比較した場合、この認知症ケア加算に伴う自己負担は決して高額とはいえないが、所得の低い高齢者世帯もあることを認識し、事前の説明と同意を得る等の配慮が必要である。

## 文献

- 1) 亀井智子, 千吉良綾子, 正木治恵, 泉キヨ子, 松本佐知子, 島橋誠, 堀内ふき (2016). 認知症および認知機能低下者を含む高齢入院患者群への老年専門職チームによる介入の在院日数短縮等への有効性; システムティックレビューとメタアナリシス. *日本老年看護学会誌*, 20(2), 23-35.
- 2) Goldberg, S. E., Bradshaw, L. E., Kearney, F. C., Russell, C., Whittamore, K. H., Foster, P. E., ... Harwood, R.H. (2013). Care in specialist medical and mental health unit compared with standard care for older people with cognitive impairment admitted to general hospital: randomised controlled trial (NIHR TEAM trial). *BMJ*, 2013 Jul 2, 347, doi:10.1136/bmj.f4132
- 3) Huusko, T. M., Karppi, P., Avikainen, V., Kautiainen, H., & Sulkava, R. (2000). Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *British Medical Journal*, 321, 1107-1111.
- 4) Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 516-522.
- 5) Saltvedt, I., Opdahl, Mo, E. S., & Fayers, P. (2002). Reduced Mortality in Treating Acutely Sick, Frail Older Patients in a Geriatric Evaluation and Management Unit. A Prospective Randomized Trial. *Journal of American Society*, 50, 792-798.
- 6) Slaets, J. P. J., Kauffmann, R. H., Duivenvoorden, H. J., Pelemans, W., & Schudel, W. J. (1997). A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 59, 585-591.
- 7) Stenvall, M., Berggren, M., Lundström M., Gustafson, Y., & Olofsson, B. (2012). A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia-Subgroup analyses of a randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, e284-e289.
- 8) Watne, L. O., Torbergsen, A. C., Conroy, S., Engedal, K., Frihagen, F., Hjorthaug, G. A., ... Wyller, T. B. (2014). The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial(Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Medicine*, 15, 12-63. doi:10.1186/1741-7015-12-63
- 9) 厚生労働省.(2016).平成28年度診療報酬改定について. Retrieved from [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku.../0000115365\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku.../0000115365_1.pdf)

## 検索式

### 1) 医中誌 Web/CiNii/KAKEN/厚生労働省科学研究成果データベース : 2014年7月31日

#1 (((((チーム/TA) or (学際的/TA) or (多職種/TA)) and (((認知症/TH or 認知症/AL)) or (神経認知障害/AL) or ((認知症/TH or 痴呆/AL)))))) and (PT=原著論文))

### 2) PubMed/CINAHL with Full Text/The Cochrane Library/EMBASE : 2014年7月31日

#1 # dementia AND # neuro cognitive disorder ( # team OR # interdisciplinary OR # inter- professional) Filters(または Limiter): Clinical Trials: Comparative Study: Controlled Clinical Trial: Randomized Control Trial: Systematic Review : Meta-analysis



## CQ:B38

### 高齢者のポリファーマシーに関する適切な介入は何か？

#### 推奨

高齢者のポリファーマシーを改善する有用な介入は不明確であるが、不適切な処方を減らす観点から、MAI(Medication Appropriateness Index)の利用や、医師、薬剤師、看護師による薬剤レビューを行うことを提案する。

#### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

低

GRADE

2C

#### 解説・エビデンス

高齢者は複数の疾患を抱えることが多く、多剤併用になりやすい。近年、高齢者のポリファーマシーが注目され、有害事象に関する報告がされるようになった<sup>1)</sup>。ポリファーマシーとは、一般的に5剤以上を指すことが多く、4剤以下と比較して、転倒や副作用等の有害事象の増加が示唆されている。

本CQに関し、本委員会ではコクランレビュー<sup>2)</sup>による高齢者のポリファーマシーに対する介入のレビューをもとに評価を行った。

スクリーニングの対象は、RCT、クラスターRCT、non-RCT、前後比較臨床試験(準実験研究)、(分割)時系列研究、EPOCの学会発表録であった。RCT9件、クラスターRCT2件、前後比較試験(準実験研究)2件が採択されている。

対象者は22,438名で、65歳以上で長期に疾患以上を抱え、4種類以上の薬剤を併用している高齢者である。終末期およびがん化学療法者は除外されている。

介入の場所は、病院7文献、病院と在宅1文献、入院3文献、地域をベースとした家庭医(診療所)2文献、特別養護老人ホーム3文献であった。

いずれの統合においても異質性が高く、メタアナリシスは行われていない。また、いずれのアウトカムについても、エビデンスの質はGRADEの非常に低～低に該当した。

介入には、処方適切性を測定するツールとしてMAI(Medication Appropriateness Index)(8試験)、ピアーズ基準(4試験)、STOPP(Screening Tool of Older person's Potentially inappropriate Prescriptions)(2試験)、およびSTART(Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)(1試験)が使用されていた。

各ツールは下記のものであった。

\*MAI: 10項目からなる薬剤使用の評価ツール

\*ピアーズ基準: 高齢者に対する医薬品の潜在的な不適切使用に伴う有害事象を減少させるための基準の一覧表。

\*START: 高齢者に対する処方として考慮されるべき薬剤を列挙している一覧表。

\*STOPP: 高齢者に対する処方として不適切な薬剤のスクリーニング手段として用いられる。

介入には、以下が含まれていた。

・処方者への教育プログラムのような専門的介入

- ・多職種協働(skill-mix)の変更
- ・薬剤師主導の投薬レビューサービス
- ・専門クリニック
- ・臨床意思決定支援システムやリスクスクリーニングツールの使用等の情報通信技術 (ICT) 等の組織的な介入
- ・処方により診療報酬評価がされる財政的な介入
- ・処方に影響を及ぼす政策や法律の変更等の規制介入

アウトカムには、以下が設定されていた。

プライマリアウトカム

- ・内服評価ツールの値の改善(例：MAI、ビアーズ基準、による評価)
- ・内服評価ツールの値 (例：START による評価)
- ・病院への入院

セカンダリアウトカム

- ・高齢者の薬剤関連問題
- ・薬剤使用のアドヒアランス
- ・QOL の改善

### ◆MAI (Medication Appropriateness Index) による評価

介入前からフォローアップ期間までの MAI スコアは介入群で有意に変化していた (4 研究;MD-6.78 95%CI -12.34 -1.22)。

介入後では、MAI スコアは有意に改善した(5 研究;平均差-3.88,95%CI -5.40—-2.35、 $I^2 = 0\%$ )(2 研究;平均差-0.1,95%CI -0.28—0.09)と報告されている(図 1)。

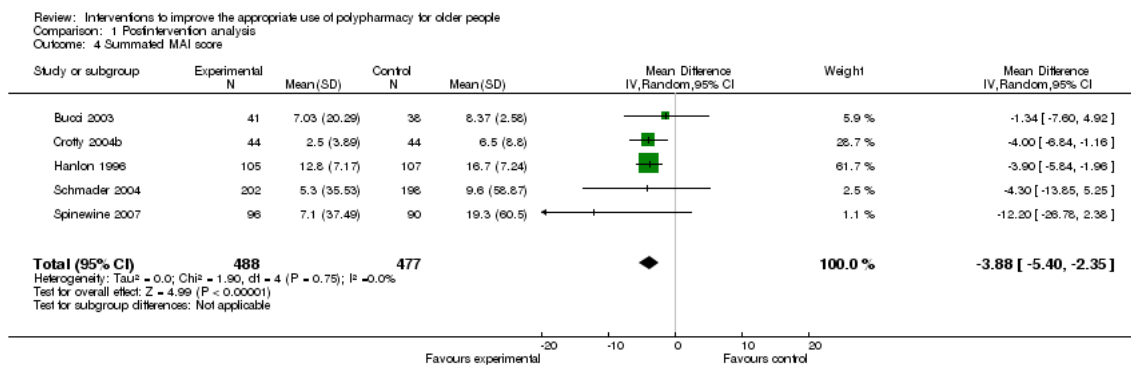


図 1. 高齢者のポリファーマシーの適切化のための介入 vs 通常ケアのフォレストプロット(文献 2)

### ◆内服評価ツールの使用(例:START による評価)

START による評価は、1 文献で実施されていた。退院時、退院後 2・4・6 ヶ月後で、START に記載された薬剤を内服している高齢者の割合は介入群で低かった( $p = <0.001$ )<sup>2)</sup> と報告されている。

### ◆入院者割合<sup>2)</sup>

薬剤師による対象者との定期的な面談やモニタリングにより、年間の入院回数と救急外来の受診回数が

介入前と比較して有意に改善したという報告、および病院から長期療養施設への薬剤師による薬剤情報の提供により受診回数の減少効果を認めた報告(RR = 0.38, 95%CI = 0.15-0.99)、ガイドラインに基づいた定期的な処方箋の見直しにより入院割合の減少を認めた報告(RR = 0.84, 95%CI = 0.71-1.00)が示されている。しかしながら、入院割合の算出方法や結果の提示形式に相違があるためメタアナリシスが行えず、入院割合の減少効果については結論づけられていない。

#### ◆薬剤関連有害事象<sup>2)</sup>

多剤併用への介入により生じた有害事象に関する報告は示されていない。

#### ◆内服アドヒアランス<sup>2)</sup>

1 文献で高齢者の服薬間違いや飲み忘れの報告を算出したスコアを評価していた。介入群の平均スコアの標準偏差は 84.9±6.7% から 100%に上昇したが、対照群には変化がみられなかった(ベースライン 88.9%±5.8%, 12ヶ月時点 88.9%±6.3%,  $p = 0.115$ )。

#### ◆QOLの改善<sup>2)</sup>

2 文献が健康関連 QOL を評価していた。ベースライン時、またはエンドポイント時の両群間において、健康関連 QOL スコア(SF-36)の差異は観察されなかった。

提供された介入が適切なポリファーマシーを改善し、臨床的に有意な改善をもたらすかは不明であった。しかしながらこれらの介入は、不適切な処方を減らし、適切な薬剤使用を推奨するという点では有益であると思われる。

## 文献

- 1) 日本老年医学会 (2015). 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン. Retrieved from [https://www.jpn-geriatricsoc.or.jp/info/topics/pdf/20170808\\_01.pdf](https://www.jpn-geriatricsoc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf)
- 2) Patterson, S. M., Cadogan, C. A., Kerse, N., Cardwell, C. R., Bradley, M. C., Ryan, C., & Hughes, C. (2014). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people(Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(5), CD008165. doi: 10.1002/14651858.CD008165.pub2

## 検索式

### 1) The Cochrane Library : 2018年1月28日

- #1 older\*[Tiab]
- #2 elder\*[Tiab]
- #3 frail\*[Tiab]
- #4 polypharmacy[Tiab]
- #5 hospital\*[Tiab]
- #6 (#1or#2or#3)and#4and#5

### 2) 医中誌 Web : 2018年1月28日

- #1 高齢者/TH or 高齢者/AL
- #2 虚弱高齢者/TH or 虚弱高齢者/AL
- #3 虚弱/AL
- #4 多数薬剤投与/TH or ポリファーマシー
- #5 (多剤併用療法/TH or 多剤併用/AL)or (多数薬剤投与/TH or 多剤併用/AL)多剤併用療法
- #6 入院/TH or 入院/AL
- #7 (#1or#2or#3)and(#4or#5)and#6and(PT=原著論文,総説)

## CQ:C4

終末期高齢者と家族介護者に対するエンドオブライフケアパスウェイによるケアは身体症状の緩和等に有効か？



### 推奨

- ・終末期がん療養者に対するエンドオブライフケアパスウェイとして、イタリアの病院におけるリバプールケアパスウェイがあり、息切れの改善にわずかながら有効性が報告されている。しかし、疼痛や嘔吐等、その他の身体的症状や心理学的症状、Quality of life(QOL)、有害事象等の臨床的・身体的・心理的または感情面での有効性に関するエビデンスは報告がない。そのため、医療機関、施設、在宅の状況や本人・家族の希望に応じて行っても良いことを提案する。
- ・終末期高齢者に限定したエンドオブライフケアパスウェイの評価はなされておらず、精神症状や QOL、療養者・介護者の満足度、ケアの費用、介護者と医療者のコミュニケーションの質についてのエビデンスは報告自体がないため、有効性は現時点ではない。

### 推奨の強さ・エビデンスの確実性 (強さ)

推奨の強さ

弱い推奨

エビデンスの確実性

非常に低

GRADE

2D

### 解説・エビデンス

エンドオブライフケアパスウェイは、終末期状態にある人に対し、意思決定支援や効果的なケアを提供できるツールとして英国等で用いられている<sup>1)</sup>。

エンドオブライフケアパスウェイの中に、英国において使用されているリバプールケアパスウェイ(LCP)がある。プライマリアウトカムとして、身体的・精神的症状、QOL が設定されているが、質の高い RCT、準 RCT が実施されておらず<sup>1)</sup>、エンドオブライフケアパスウェイ自体の有効性も未だ検証中である。

これらのエビデンスを評価するために、コクラン Pain, Palliative and Supportive Care グループは、2013年に刊行されたレビューを2016年にアップデートし、再度レビューを行っている<sup>2)</sup>。本委員会ではこれをもとに本 CQ に関する評価を行った。

それによれば、病院、入所施設、在宅の多様な分野において、対象者の特定の臨床的な問題について詳細で重要なステップによるケアを行うために構造化された多職種によるケア計画をパスウェイとして用いていた<sup>2)</sup>。

特に、死にゆく人へのケアのパスウェイは、人生最後のケアをより向上するためのモデルとして開発されている。ケアのパスウェイは、最も適切な管理が最も適切な時期に行われ、最も適切な医療専門職によって提供されることを保証する目的で作られている。特に英国では、終末期ケアの実施の安全性に関する懸念が継続しているとされ、臨床医および政策立案者に、終末期ケアパスウェイの効果について体系的なレビューの情報を提示することが重要であるとしている<sup>2)</sup>。

文献は、すべてのランダム化比較試験(RCT)、準ランダム化試験、または質の高いコントロールされた前後比較試験を収集し、死にゆく人へのケアにおいて、終末期ケアパスウェイを使用する群と非使用群を比較している。

3,028 文献がスクリーニングされ、その中から Costantini<sup>3)</sup> によるイタリアの医療機関の入院病棟において、231 名のがん療養者を看取った家族介護者を対象としたクラスター RCT の 1 文献のみがアップデート

に採用されている。

この文献のリスクオブバイアスは、盲検化、アウトカム評価の盲検化、脱落の点でバイアスリスクが高かった。また、参加者の34%(各病棟の14%~75%)のみが計画通りのケアパスウェイに沿ってケアされたにとどまり、実施率は低かった。この背景は、介入や対象者の状態に起因するため、予測されたものであった<sup>2)</sup>としている。

研究対象者は、すべてイタリアで終末期がん療養者を看取った家族介護者であり、イタリアの医療機関において、イタリア版リバプールケアパスウェイ(LCP-I)を使用する群か、または通常のケアを群との比較が行われた。

このレビューのプライマリアウトカムは、身体症状の重篤度、心理的症状の重症度、生活の質、およびあらゆる有害事象であった。身体症状の重篤度は、痛み、息切れ、悪心および嘔吐の全体的なコントロールで評価していた。

その結果、リバプールケアパスウェイ使用群が通常ケアに比べて、息切れのコントロールに有意な効果が報告されたか、エビデンスの質は非常に低かった<sup>2)</sup>。

セカンダリアウトカムは信頼できない結果であったため、評価されなかった。

結果として、対象者はすべて終末期がん療養者であった。

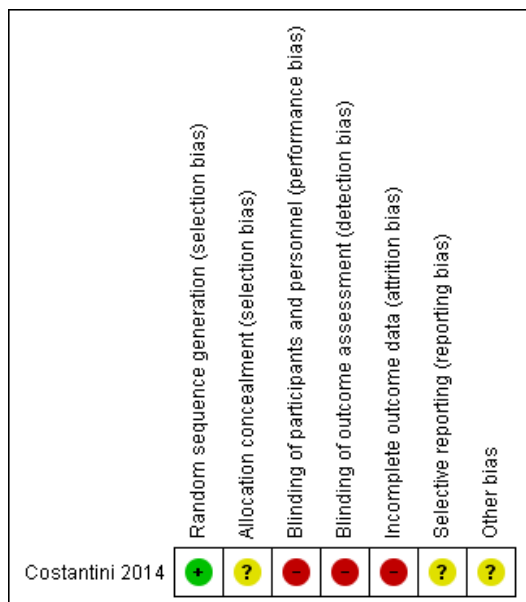


図 1. 各文献のリスクオブバイアス(文献<sup>2)</sup>)

#### ◆息切れ

通常のケアと比較して、LCP-I 群に有意に息切れのコントロールがされていた(OR = 2.0, 95% CI = 1.1–3.8,  $p = 0.026$ )<sup>2)</sup>。

#### ◆疼痛コントロール

疼痛は両群間に差を認めなかった(OR = 1.3, 95% CI = 0.7–2.6,  $p = 0.461$ )<sup>2)</sup>。

#### ◆嘔気・嘔吐

嘔気・嘔吐は両群間に差を認めなかった(OR 1.5, 95%CI = 0.7–3.2,  $p = 0.252$ )<sup>2)</sup>。

#### ◆心理的症状、QOL、悪影響

この報告では、その他のプライマリアウトカムの結果は報告されていなかった。

その他の療養者・スタッフ・介護者の満足度、費用対効果、グリーフ等のセカンダリアウトカムは、こ

の研究では評価されなかった。

エンドオブライフケアパスウェイは、息切れをより良くコントロールするには有効であるが、対象数が少ない RCT の報告であるため、エビデンスは限定的である。

そのほかの身体的症状や心理学的症状、**Quality of Life**、有害事象等、臨床的・身体的・心理的または感情的な有効性に関するエビデンスは報告がなく、介護の満足度、かかるコスト、介護者と医療提供者とのコミュニケーションの質については、問いすらもあげられていない<sup>2)</sup>。今後アウトカムの検討とともに、大規模調査が必要である。

## 文献

- 1) Cnan RJ, Webster J. (2013). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11*. Art. No.: CD008006. doi: 10.1002/14651858.CD008006.pub3.
- 2) Costantini, M., Pellerini, F., Di Leo, S., Beccaro, M., Rossi, C., Flego, G., ... Higginson, I.J. (2014). The Liverpool Care Pathway for cancer patients dying in hospital medical wards: a before-after cluster phase II trial of outcomes reported by family members. *Palliative Medicine, 28*(1), 10-17. doi:10.1177/0269216313487569
- 3) Verhofstede, R., Smets, T., Cohen, J., Costantini, M., Van Den Noortgate, N., & Deliens, L. (2015). Improving end-of-life care in acute geriatric hospital wards using the Care Programme for the Last Days of Life: study protocol for a phase 3 cluster randomized controlled trial. *BMJ Geriatrics, 15*, 13. doi:10.1186/s12877-015-0010-7



## 2.11 今後の課題

本報告書では、高齢者看護に関する臨床設問を多様な観点から網羅的に上げ、それらを看護を提供する場と看護を受ける高齢者の状況の2軸によるマトリックス表としてまず整理した。その後 Minds によるエビデンスに基づくガイドラインの作成方法を研修を通じて教育・学習し、その方法に沿って、マトリックス表から17項目の高齢者看護の臨床設問を取り上げた。そして、研究的取り組みにより、コクランレビューによるシステマティックレビューの評価、もしくは委員会によるシステマティックレビューの実施、または個別のレビュー文献の収集を計画的に進め、現時点での各臨床設問への回答、および解説文とエビデンス評価等を最終化し報告書としてまとめるに至った。

今後、本学会として看護ガイドラインの正式な作成を進める上では、学会内に高齢者看護ケアガイドライン作成委員会とともに、外部委員や市民を交えた組織的体制を構築していくことや、老年学に関連する他学会との協働等が必要である。

また、システマティックレビューチーム等の組織基盤をつくり、学会として不断のアウトカムデータの蓄積とレビューの遂行を進めること、また、これらの活動に若手学会員の登用を積極的に行い、エビデンスやガイドライン作成への理解の裾野を広げていくこと、そしてガイドライン作成に携わるすべてのメンバーがレビューやエビデンス評価のためのたゆまぬ自己研鑽を継続することが求められるといえる。

高齢者看護ケアガイドラインは、看護ケアを受ける高齢者、家族・介護者等、市民に開かれ、学会内外の意見を取り入れ、また定期的に更新することによって、その価値と客観性が保たれることが望ましいと考える。そのため、日本老年看護学会が取り組むべき一つの継続的な課題であると考えられる。本報告書はそれに向けた本学会の教育・研究委員会活動の成果として活用されることを期待している。

本報告書の作成にあたり、本委員会、理事会、レビュー協力者の方々には多大なご協力を頂きました。末筆となりましたが、再度あらためてここに謝意を表します。

---

### 高齢者看護ケアガイドライン作成に向けた教育活動、および活動成果報告書

発行・編集	一般社団法人日本老年看護学会 2016-2017 年度研究・教育活動推進委員会
委員長	亀井智子(聖路加国際大学大学院)
副委員長	坂井志麻(東京女子医科大学)(2017年度) 松本佐知子(松戸ニッセイエデンの園)(2016年度)
委員	阿部慈美(公益社団法人兵庫県看護協会) 菅原峰子(共立女子大学) 萩野悦子(北海道医療大学) 川上千春(聖路加国際大学大学院) 黒河内仙奈(神奈川県立保健福祉大学) 金盛琢也(聖路加国際大学大学院) 桑原良子(聖路加国際大学大学院) 目黒斉実(聖路加国際大学大学院)
事務局	目黒斉実(聖路加国際大学大学院)
発行日	2018年4月30日

---

本書の無断引用・転載はご遠慮ください。引用の際には、上記の書誌情報を明記してください。

本報告書の電子公開版では、第1章の一部の情報は非公開としています。

