

## 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

### はじめに

研究代表者 大島伸一 国立長寿医療研究センター名誉総長

在宅医療とは何なのか。佐藤智先生は「病気は家庭で治すべきもの」を信念として、在宅医療を実践し学会を立ち上げ、その理論化と教育・普及の推進に尽力されてきた。科学技術至上の時代に、救命・延命を最大の使命として、その進歩・発展に尽力してきた、20世紀の医学・医療は素晴らしい成果を挙げることに成功した。精密、大型、高額の機器を利用した高度な技術を開発し、人と高額な機器を病院という場に集約化して、展開してきた病院中心の医療提供システムは、50歳台であった平均寿命を約半世紀で80歳台にまで延長することに大きく貢献したのである。

平均寿命が50歳、60歳の時代では、医療の主な目的は救命・延命にあったが、80歳を超える平均寿命を達成した現在、更なる延命を目的とした医療を目指すべきかどうか。高齢者を対象とした調査でも、高齢者を直接に診ている老年科医を対象とした調査でも、更なる延命を目的とする医療の優先度は極めて低く、自立機能の向上、あるいは自立機能を損なわない医療への要請が高く、住み慣れたところで最後までその人らしく生きることが望まれている。

東北の震災のあと、地域によっては病院を含め医療の提供体制が壊滅的な打撃を受けたが、被災者にとって必要とされたのは、先進的な機器を備えた病院の医療ではなく、生活の場に寄り添って日常の生活を支えてゆく医療であった。

「治す医療から治し支える医療へ」、社会保障制度改革国民会議では、これからの医療を「病院完結型医療から地域完結型医療へ」の転換が必要であり、病院には病院でしかできない医療に特化し、地域での中心的役割を果たすのは在宅医療であると提言している。国はすでに地域包括ケア、地域完結型医療へと政策の方向を展開しつつあり、今後は医師を中心とする現場の医療専門職能団体が、自律的に地域での医療提供体制の構築を進めてゆかねばならない。いわゆるプロフェッショナル・オートノミー、プロフェッショナル・ガバナビリティと言われるものであり、これからは特に専門職能団体の責任が問われることになる。

本ガイドは、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）による「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」で行われた研究の成果であるが、震災からの復興と在宅医療といった範囲を超えた在宅医療の全てに有益、有用な内容となっている。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

## 序論

超高齢社会の現状とパラダイムの変換の必要性

～治す医療から治し支える医療へ～

研究代表者 大島伸一 国立長寿医療研究センター名誉総長

### 1. 社会的背景

我が国は高齢化率が 25.9%（2014 年）で世界一の高齢国である。その大きな特徴は、①平均寿命の延長による高齢化と少子化による人口構造の激変と、②高齢化の速さである。人口構造の変化は疾病構造を変え医療需要を変える。これまで人口の構造を表す図を人口ピラミッドと表現してきたが、1950 年以降の人口構造の形態は、65 歳以上の高齢者層に重心が移りピラミッドという表現が適切ではない形態に変化している。

第二の特徴は、このような変化が急速に進んでいることである。高齢化率が 7%から 14%になる（高齢化のスピード）のに、1970 年から 1994 年まで 24 年間かかっているが、これがいかに速いかというと、フランスでは 1865 年から 1979 年で 114 年、スウェーデンでも 82 年かかっている。現時点では超高齢社会の指標とされる 20%あるいは 21%を超えているのは、日本とイタリア、ドイツだけであろう。

人口構造が変化すれば、それらに合わせて社会のインフラを構築しなければならない。医療は、人の生活、生死に直結する問題であるため、その深刻さが判りやすく社会的にも大きな問題となりやすいが、高齢化による変化が、他の社会インフラに与える影響の大きさを考えると氷山の一角であることに気づく。

医療需要の変化を医療費で見ると、平成 24 年度の国民医療費 39 兆 2117 億円のうち、24.1%の 65 歳以上で、全医療費の 56.3%、11.9%の 75 歳以上で 34.6%の医療費を占めており、高齢者の医療需要が突出していることが分かる。今後、高齢化率が 30%、40%となるが、医療需要がどのように変化してゆくかを想像することは難しくないだろう。

### 2. 医療のパラダイム転換

川喜田愛郎先生は、医学概論（1982 年）の冒頭に「病気があって医学が生まれ、病人のために医療がある」と述べている。よく読んでみるまでもなく当たり前のことである。逆に、医学のために病気があったり、医療のために患者がいたりするなど、本末転倒も甚だしい。

では、何故このような当たり前のことをわざわざ述べなければならなかったのか、理由は、当たり前が当たり前になっていない状況が進みつつあることを危惧されていたからであろう。そして、このことはその後、川喜田先生が危惧されていたとおりに進み、現在のような事態を迎えているのである。

高齢化が進めば人口構造が変わる、人口構造が変われば医療需要の重心が高齢者に移る。

すでに医療費の半分以上が高齢者によって使用され、どの病院でも入院患者の平均年齢は70歳を超え、今後高齢化の進展によってこの傾向は更に進む。このように医療需要が変われば需要に合わせて、医療資源を配備し、医療提供体制を構築しなければならないのは当たり前のことである。しかし、医学部のある80大学のうち23大学にしか老年科講座は設置されておらず、今後も増える予定がない。これが現実である。

このような問題がある一方で、国は「治す医療から治し支える医療」への転換が必要であり、「病院中心の医療から地域全体で診てゆく医療へと医療のパラダイムの転換が必要であることを明示し、地域での在宅医療の展開を推進しようとしている。

制度は医療の方向性を示すことはできるが、医療の中味を決めるのは職能団体であり、医師である。今後は、社会保障制度改革国民会議の報告書に「適切な場で適切な医療を提供できる医師の養成の責任が職能団体にある」と記されているように、これまで以上に専門職能団体の役割と責任が問われることになる。

### 3. 高齢者医療とは（1）

小児と成人の医療に違いがないという医師がいるだろうか。同じように成人と高齢者ではどうだろうか。恐らく同じだと言い切る医師はいないだろう。同じでないなら、それに合わせた医療を提供するのはあたりまえである。高齢者の医療は成人の医療とは大きく異なる。

20世紀の医療が「医術で病気をなおすこと」（広辞苑）であったことに、異論を唱える人はいないだろうが、これは50代までの成人に対する医療である。

治す医療とは、ひとつの臓器に一つの傷害として現れる病態に対応する医療であり、その病因は単一なものが多い。近現代の医療は臓器の障害の原因となっている要因を見つけ、技術によって、これを取り除いて、臓器の機能を正常機能に戻そうとするものである。

臓器の機能を正常に戻すには臓器機能が異常であることを示す指標が必要である。そのため、正常とは何かの規定されなければならない。いわゆる正常の定義である。正常とは健康な成人の臓器の機能を数値化したものと形態を画像で示したものである。しかし、この正常の概念がそのまま通用するのは50代までである。老化が進んでくる60歳以降では、老化という肉体の脆弱化のなかに生活習慣病のような慢性疾患が加わるため、老化と異常との区別がつきにくくなり、成人における正常の基準が通用しなくなる。

これまで私達が診療上、使用してきた正常値や正常の形態は、診療上の参考にはなっても、これを目標にして治療を進めることは適切ではないだけでなく、時に害をもたらすこともありうる。

超高齢時代を迎えて疾病構造、医療需要が大きく変わるなかで、あらためて医療とは何か、医療提供の在り方とはどうあるべきかが問われており、何よりもプロフェッショナルオートノミーとかプロフェッショナルフリーダムに基づく専門職能団体による自主的な改革が求められているのである。

#### 4. 高齢者医療とは（2）

老化に疾患が加わる高齢者に対する医療では、臓器の機能を若い頃の機能にまで戻すことはできない。このことを前提にして診療に向かわなければならない。臓器の機能をもとにしたこれまでの正常という概念は、高齢者には適用できないが、では、高齢者の正常とは何かである。高齢者は老化という変化が表出してくる過程にあり、臓器の機能や形態で成人の正常を示したように示すことはできない。しかもその変化は個人によって大きく異なるため、70歳の正常、80歳の正常というものはない。

成人では、臓器の障害を治し、その機能を正常に戻すことは、他の臓器に障害がなければ、そのまま完全治癒であり、完全な社会復帰を意味する。

しかし、高齢者の場合には、いわゆるこれまでの正常の閾値にまで治しきることができないことも多く、治すことのみを治療の目的とすることは適切ではないのである。医療の目的が苦痛を除き、その人の望む人生を実現するために支援することであれば、高齢者では、自立した生活への復帰を第一の目標にすべきである。そのためには、何よりも高齢者総合機能評価（CGA）等により全身の状況を把握したうえで、全身の状態と臓器の機能の至適な調和状態を見つけ、自立した生活が保証されるように治療計画が立てられなければならない。

勿論、高齢者であっても治すことが可能な病気は治さなければならないが、治すことによる侵襲が生活機能を低下させるようなことはあってはならず、何よりも、日常の生活をしつづけるうえで自立機能が障害されないこと、更には向上することを治療目的としなければならないのである。

#### 参考文献

川喜田愛郎：医学概論，真興交易医書出版部，東京，1982.

## 1. 在宅医療は患者家族にとっていいものか？

1-1) 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

### 分担研究報告書

#### 在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー

研究分担者 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学 教授  
研究分担者 鳥羽研二 国立長寿医療研究センター総長  
研究協力者 石井伸弥 東京大学大学院医学系研究科加齢医学  
石井正紀 同上  
木棚 究 同上  
田宮寛之 同上  
七尾道子 同上  
矢可部満隆 同上  
山賀亮之助 同上  
杉浦彩子 国立長寿医療研究センター  
古田勝経 同上  
葛谷雅文 名古屋大学地域在宅医療学・老年科学分野  
鈴木裕介 名古屋大学地域包括ケアシステム学  
飯島勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構  
荒井秀典 国立長寿医療研究センター  
三浦久幸 同上  
石垣泰則 泰平会城西神経内科クリニック  
平原佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所  
辻 彼南雄 ライフケアシステム、水道橋東口クリニック  
羽生春夫 東京医科大学高齢診療科  
冲永壯治 東北大学老年科  
小川滋彦 小川医院  
加藤節司 仁寿会加藤病院  
宮野伊知郎 高知大学医学部公衆衛生学  
山中 崇 東京大学医学部在宅医療学拠点  
平野 央 同上  
吉江 悟 同上  
野口麻衣子 同上  
山口 潔 ふくろうクリニック等々力  
野村秀樹 あいち診療所野並  
神田 茂 かなめ病院

#### 研究要旨

在宅医療の阻害要因の一つとして、有効性等のエビデンスが乏しいと一般に考えられ、ガイドラインもないことが挙げられる。そこで、在宅医療に関する研究論文から系統的レビューの手法を用いてエビデンスを抽出、集積することを試みた。12 の疾患・病態を選定し、Medline, Cochrane, 医中誌の3つのデータベース（2000年～2013年の論文を対象）から、テストサーチ、一次選択に続いて採択論文を決定した。続いて、採択論文を精読の

上、構造化抄録を作成し、それに基づいてクリニカルクエスションと回答からなる箇条書きのサマリーおよびその解説文を執筆した。一次選択論文数は合計 2,366 件(197 件/疾患・病態)、採択論文数は合計 531 件(44 件/疾患・病態)であった。さらに、ハンドサーチ文献のうち 66 件を引用に含めることを作成グループ内で承認した。系統的レビューの結果、在宅医療には一定のエビデンスがあり、領域によって入院医療よりも在宅医療の方が優れているとするエビデンスも得られた。一方で、エビデンスに乏しい、あるいはエビデンスレベルの低い領域が広く存在することがわかり、これらの領域については喫緊の研究課題としてその遂行とサポートが望まれる。今後、このエビデンス集をもとにした専門家のコンセンサスによりガイドラインが作成されることが期待される。

作成にあたって

[作成グループ・団体]

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

[作成メンバー]

分担研究者；

秋下雅弘（東京大学大学院医学系研究科加齢医学）、鳥羽研二（国立長寿医療研究センター）

研究協力者（執筆者）；

石井伸弥、石井正紀、木棚 究、田宮寛之、七尾道子、矢可部満隆、山賀亮之助（以上、東京大学大学院医学系研究科加齢医学）、杉浦彩子、古田勝経（以上、国立長寿医療研究センター）

研究協力者（査読、立案など）；

葛谷雅文（名古屋大学地域在宅医療学・老年科学分野）、鈴木裕介（名古屋大学地域包括ケアシステム学）、飯島勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構）、荒井秀典、三浦久幸（以上、国立長寿医療研究センター）、石垣泰則（泰平会城西神経内科クリニック）、平原佐斗司（東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所）、辻 彼南雄（ライフケアシステム、水道橋東口クリニック）、羽生春夫（東京医科大学高齢診療科）、沖永壯治（東北大学老年科）、小川滋彦（小川医院）、加藤節司（仁寿会加藤病院）、宮野伊知郎（高知大学医学部公衆衛生学）、山中 崇、平野 央、吉江 悟、野口麻衣子（東京大学医学部在宅医療学拠点）、山口 潔（ふくろうクリニック等々力）野村秀樹（あいち診療所野並）、神田 茂（かなめ病院）

[目的]

超高齢社会を迎えるわが国において、在宅医療を推進する必要性は各方面の一致した意見で、患者側からの潜在的ニーズも大きい。ところが、在宅医療の推進は停滞していると言わざるを得ない。在宅医療の推進を阻害する要因には様々なものがあるが、その一つとして、病院や介護施設での医療に比べてエビデンスに乏しくガイドラインも確立されていないという指摘が挙げられる。その背景として、現代在宅医療の歴史が浅く、これまでに十分な研究が行われていないことが考えられる。そこで、在宅医療に関する国内外の文献を系統的レビューの手法を用いて精査し、エビデンス集を作成することを試みた。

[作成過程]

まず、どのようなクリニカルクエスチョン (CQ) を立てて文献検索を行うべきか、日本老年医学会在宅医療委員会のメンバーを中心として、在宅医療の第一線で活躍する医師から意見を聴取した。数多くの意見と具体的な CQ が提示されたが、高齢者の在宅医療は非常に幅広い領域をカバーしているため、具体的な CQ だけで網羅的な検索を行うのは難しいと判断した。そこで、12 項目の疾患・病態を対象とし、介入方法とアウトカムについて疾患・病態に共通のキーワードを設定して検索式を立てた。

疾患・病態の 12 項目は、1) 認知症、2) うつ病、3) 脳血管障害、4) 神経疾患 (認知症を除く)、5) 運動器疾患 (骨粗鬆症、変形性関節症など)、6) 臓器不全 (慢性心不全、慢性呼吸不全、慢性腎不全、肝硬変)、7) 悪性腫瘍、8) 褥瘡、9) フレイル・低栄養、10) 嚥下障害、11) 排尿障害・排便障害、12) 急性疾患 (肺炎、尿路感染症、脱水、外傷) である。介入方法は、訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問薬剤指導、訪問栄養指導、訪問リハビリテーション、ケアマネジャーによる在宅療養支援とし、すべてを or で括って検索した。アウトカムは、救急外来受診、入院、在宅死・看取り、在宅療養期間、合併症発症、薬剤数、患者 QOL・ADL、介護者 QOL、医療コストとし、すべてを or で括って検索した。また、高齢者をすべての共通キーワードとした。

使用した文献データベースは、Medline, Cochrane, 医中誌の 3 つで、2000 年～2013 年の論文を対象とした。テストサーチの後、タイトルなどから論文の一次選択を行い、次に一次選択論文の抄録から採択論文を決定した。続いて、採択論文を精読の上、構造化抄録を

表1. エビデンスのレベル分類

エビデンスレベル	分類
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	分析疫学研究 (コホート研究)
IVb	分析疫学研究 (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	患者のデータに基づかない, 専門委員会や専門家個人の意見

出典: Minds診療ガイドライン作成の手引き2007

作成し、それに基づいて CQ と回答からなる箇条書きのサマリーおよびその解説文を執筆した。エビデンスレベルは Minds2007 に従って付与した (表 1)。また、事前に提示された



CQのうち検索で漏れたものについては、改めて検索式を立てて一連の作業を行った。一次選択論文数は合計 2,366 件（197 件／疾患・病態）、採択論文数は合計 531 件（44 件／疾患・病態）であった（表 2）。さらに、追加で担当者が必要と考えたハンドサーチ文献のうち 66 件を引用に含めることを作成グループ内で承認した。

作成グループ内会議および本研究班の全体班会議での議論を経て原案を作成し、日本老年医学会在宅医療委員会に査読を依頼した。項目毎に 2 名が査読を担当し、その査読意見を反映して最終版の完成に至った。以上の作業のうち、検索式の作成、文献検索、検索論文の管理等の補助作業は（一財）国際医学情報センターに委託した。

[さいごに]

系統的レビューの結果、在宅医療には一定のエビデンスがあり、領域によって入院医療よりも在宅医療の方が優れているとするエビデンスも得られた。これらの結果については、積極的に在宅医療の実践に取り入れ、また在宅医療の推進に用いるべく、広く普及啓発することが重要と考えられる。一方で、エビデンスに乏しい、あるいはエビデンスレベルの低い領域が広く存在することがわかり、これらの領域については喫緊の研究課題としてその遂行とサポートが望まれる。

尚、このエビデンス集は系統的レビューの結果を忠実に記載したものであり、診療現場での推奨を述べた、いわゆるガイドラインではないことを申し添える。今後、このエビデンス集をもとにした専門家のコンセンサスによりガイドラインが作成されることが期待される。

表2. 項目別採択論文数

項目	一次選択論文				採択論文				ハンドサーチ論文
	Medline	Cochrane	医中誌	計	Medline	Cochrane	医中誌	計	
1 認知症	111	47	104	262	28	14	21	63	7
2 うつ病	97	45	56	198	21	14	14	49	2
3 脳血管障害	76	23	60	159	33	2	36	71	2
4 神経疾患(認知症を除く)	113	64	86	263	13	2	3	18	3
5 運動器疾患(骨粗鬆症 変形性関節症など)	98	56	63	217	11	12	12	35	0
6 臓器不全(心不全、呼吸不全、 腎不全、肝硬変)	95	41	85	221	10	2	2	14	0
7 悪性腫瘍	69	24	56	149	7	0	4	11	1
8 褥瘡	17	17	31	65	14	2	15	31	5
9 フレイル・低栄養	153	49	84	286	51	17	9	77	11
10 嚥下障害	85	7	79	171	39	1	27	67	2
11 排尿・排便障害	88	12	83	183	8	4	5	17	0
12 急性疾患(肺炎、尿路感染、 脱水、発熱、外傷)	101	28	63	192	28	20	30	78	21
計:	1,103	413	850	2,366	263	90	178	531	54

採択論文がすべて本文に引用されたわけではない。引用文献数については本文を参照。



<領域名： 認知症>

担当者名： 木棚 究

**【サマリー】**

1. CQ:認知症の早期診断に高齢者総合機能評価(CGA)は有効か？

在宅での高齢者総合機能評価(CGA)は認知症の早期診断に有効である。(レベルⅡ)

また、認知症患者の包括的医療の実践に有効と考えられる。(レベルⅣb)

2. CQ:認知症患者に在宅医療を行うメリットは何か？

在宅医療の方が一般入院に比べ、認知症の行動障害は少なく、抗精神病薬の使用も少ない。(レベルⅡ)

3. CQ:認知症高齢者の行動障害に投薬は有効か？

認知症高齢者の行動障害に対して、コリンエステラーゼ阻害薬やメマンチン、抗精神病薬といった投薬は介護負担および介護時間を減らすが、副作用にも注意が必要である。(レベルⅠ)

4. CQ:アルツハイマー病に運動療法はどのような効果があるか？

在宅療養中のアルツハイマー病患者において、運動療法は転倒を少なくし、ケアサービスの費用を減らす効果がある。(レベルⅡ)

5. CQ:認知症患者の介護者に対する介入はどのような効果があるか？

認知症患者の家族介護者に対するサポート介入は認知症患者のQOLを改善する。(レベルⅠ)

また、施設入所を減らし、介護者のうつ症状を軽減する。(レベルⅡ)

介護者に対する教育は、認知機能や認知症患者の問題行動に良い効果をもたらす。(レベルⅡ)

6. CQ:施設サービスの利用にはどのようなメリットがあるか？

デイサービス、デイケア、ショートステイは介護負担を減らす(レベルⅢ)。また、認知症患者の生活状態や認知機能の低下を抑え、周辺症状、向精神病薬の使用も減らす可能性がある。(レベルⅣb)

**【本文】**

認知症は、年齢と共に有病率は高くなり、日本全国に 462 万人存在すると推定されており、その予備軍と考えられる軽度認知障害の患者は 400 万人と推定されている。そして、その多くは自宅で過ごされており、患者本人のみでなく、介護者への負担も考えると、かなり大きな問題となっている。

そこで、認知症に対して、早期発見、早期診断がまず重要である。

同居者がおらずに一人暮らしのケースや、同居人がいる場合でも、認知機能低下が少しずつ進行するため、認知症に気づかれないでいるケースも多い。ドイツで行われた RCT(Randomized Controlled trial)では、自宅住まいの高齢者に高齢者総合機能評価(CGA)、およびその結果に伴う管理を行った場合、認知症の早期診断がつきやすくなったことが報

告されており 1)、本人、家族の話だけでなく、MMSE、HDS-R、ADL などのスケールを用いて評価を行うことが早期発見、早期診断に重要と考えられる。また、施設入所中の高齢認知症女性患者を調査した結果、MMSE が ADL だけでなく、老年症候群数や貧血、栄養状態などとも関連しており、高齢者総合機能評価 (CGA) が認知症患者の包括的医療の実践に有効とする論文も報告されている 2)。

次に、認知症患者において問題となってくるのは、興奮、妄想、徘徊などといった周辺症状 (BPSD) である。こういった症状は、環境やストレス、気分の変化に伴って出現することが多い。認知症が背景にあり、急性疾患 (感染症、脳血管障害、低栄養など) のため、救急部に来院した患者を対象とした RCT では、在宅医療にした群と入院治療にした群の間で死亡率に差はなく、在宅医療にした群では、退院の時に睡眠障害、攻撃性、摂食障害といった行動障害は有意に少なく ( $P < 0.001$ )、抗精神病薬の使用も有意に少なかった ( $P < 0.001$ ) と報告されている 3)。ただし、この在宅医療は、入院医療と同じくらいの医療レベルで行っており、注意が必要である。ただし、環境変化により周辺症状が出現することは多いため、可能な限り在宅医療で診ていく方が良いことには変わりないと思われる。また、認知症患者の行動異常に対し、コリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬といった投薬が介護負担をわずかながら有意に軽減し (抗精神病薬では平均差: 0.27、95% CI 0.13-0.41、コリンエステラーゼ阻害薬では平均差: 0.23、95% CI 0.08-0.33)、介護時間を減らした (平均差: 41.65 分/日、95% CI 25.29-58.02)、との報告がある 4)。ただし、抗精神病薬の論文は 1 報しか含んでおらず、副作用にも注意が必要である。同様にメマンチンについても、メタ解析があり、神経精神症状を評価する NPI (the Neuropsychiatric Inventory) スコアが 1.99 ( $P = 0.041$ ) 改善したと報告されている 5)。

認知症の非薬物療法としては、心理学的なもの、認知訓練的なもの、運動、音楽など芸術的なものに大別できるが、認知症自体に効果があるというエビデンスはまだ乏しい。ただし、グループ運動群、自宅運動群、通常地域ケア群に分けて 12 か月経過を追った RCT では、運動機能を示す FIM (Functional Independence Measure) が、グループ運動群 -7.1 (95% CI, -3.7 to -10.5)、自宅運動群 -10.3 (95% CI, -6.7 to -13.9)、通常地域ケア群 -14.4 (95% CI, -10.9 to -18.0) であり、全ての群で低下しているものの、介入群では低下が少なかった。また、介入群の方が転倒も少なかった ( $P = 0.005$ )。社会的および健康的ケアサービスの費用は、通常地域ケア群が最も高く、それと比べると自宅運動群は有意に少なかった ( $P = 0.03$ ) 6)。以上から、予後を考えた場合に安全な範囲での運動療法は勧められると考えられる。

また、認知症患者だけでなく、介護者も含めて治療を考える必要がある。実際、ケアマネジャーが定期的に訪問し、家族の健康状態を把握し、ケアについての教育や精神的サポートをした群では、通常ケア群に比べ、認知機能を示す MMSE は変化しなかったが、介護負担を示す FCBI (the Family Caregiving Burden Inventory) ( $p < 0.001$ )、QOL を示す WHOQOL-BREF (the World Health Organisation Quality of Life Measure Brief Version) ( $p < 0.001$ )、NPI ( $p < 0.01$ ) が改善し、施設入所数 ( $p < 0.01$ )、施設入所期間 ( $p < 0.001$ )、

サービス利用を示す FSSI (the Family Support Services Index) ( $p < 0.01$ ) の減少を認めたと報告されている 7)。その他にも、ストレス刺激閾値漸減モデルに基づく介護の精神教育を行った群では、認知機能や認知症患者の問題行動を示す MBPC (the Memory and Behavioral Problems Checklist 1989R) が改善した ( $p < 0.01$ ) と報告されている 8)。デイサービス、デイケア、ショートステイといった施設利用は介護負担を減らす 9)。また、デイケア使用群と非使用の対照群を 9 カ月フォローした結果、認知症患者の生活状態や認知機能の低下を抑えた ( $P < 0.01$ ) との報告がある 10)。その他、デイサービス、デイケア利用により、認知症患者の周辺症状を減らし、向精神病薬の使用を減らしたといった報告もある 11)12) が、ショートステイが問題行動を改善するかどうかについては、報告によって差があり、どちらとも言えない 13)。

#### 【検索キーワード】

高齢者, 訪問診療, 救急外来受診, 訪問歯科診療, 入院, 訪問看護, 在宅死・看取り, 訪問薬剤指導, 在宅療養期間, 訪問栄養指導, 合併症発症, 訪問リハビリテーション, 薬剤数, ケアマネージャーによる在宅療養支援, 患者 QOL・ADL, 介護者 QOL, 医療コスト, 認知症

AGED, AGING, GERIATRICS, GERIATRIC ASSESSMENT, DENTAL CARE FOR AGED, GERIATRIC DENTISTRY, GERIATRIC NURSING, HOUSING FOR THE ELDERLY, HEALTH SERVICES FOR THE AGED, HOME CARE SERVICES, HOMEBOUND PERSONS, COMMUNITY HEALTH NURSING, HOME CARE AGENCIES, FAMILY PRACTICE, EMERGENCY MEDICAL SERVICES, HOSPITALIZATION, ATTITUDE TO DEATH, TERMINAL CARE, CONTINUITY OF PATIENT CARE, LONG-TERM CARE, COMORBIDITY, DRUG UTILIZATION, DRUG PRESCRIPTIONS, QUALITY OF LIFE, ACTIVITIES OF DAILY LIVING, ECONOMICS, DEMENTIA

#### 【引用文献】

- 1) Perry M, Melis RJ, Teerenstra S, et al. An in-home geriatric programme for vulnerable community-dwelling older people improves the detection of dementia in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(12):1312-9.
- 2) Riccio D, Solinas A, Astara G, et al. Comprehensive geriatric assessment in female elderly patients with Alzheimer disease and other types of dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44 Suppl 1:343-53.
- 3) Tibaldi V, Aimonino N, Ponzetto M, et al. A randomized controlled trial of a home hospital intervention for frail elderly demented patients: behavioral disturbances and caregiver's stress. *Arch Gerontol Geriatr* 2004(9):431-6.
- 4) Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. Can pharmacological treatment of behavioural disturbances in elderly patients with dementia lower the burden of their family caregiver? *Fam Pract* 2009;26(4):279-86.
- 5) Maidment ID, Fox CG, Boustani M, et al. Efficacy of memantine on behavioral and psychological symptoms related to dementia: a systematic meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2008;42(1):32-8.

- 6) Pitkälä KH, Pöysti MM, Laakkonen ML, et al. Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial. *JAMA Intern Med* 2013;173(10):894-901.
- 7) Chien WT, Lee IY. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs* 2011;67(4):774-87.
- 8) Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nurs Res* 2002;51(6):363-74.
- 9) Gaugler JE, Jarrott SE, Zarit SH, et al. Adult day service use and reductions in caregiving hours: effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(1):55-62.
- 10) Zank S, Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *J Gerontol Psychol Series* 2002;57B:348-57.
- 11) Mossello E, Caleri V, Razzi E, et al. Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(10):1066-72.
- 12) Femia EE, Zarit SH, Stephens MA, et al. Impact of adult day services on behavioral and psychological symptoms of dementia. *Gerontologist* 2007;47(6):775-88.
- 13) Neville CC, Byrne GJ. The impact of residential respite care on the behaviour of older people with dementia: literature review. *Int J Older People Nurs* 2007;2(1):2-8.

<領域名： 認知症>

担当者名： 木棚 究

【サマリー】

1. CQ: 認知症の早期診断に高齢者総合機能評価 (CGA) は有効か？

在宅での高齢者総合機能評価 (CGA) は認知症の早期診断に有効である。(レベルⅡ)

また、認知症患者の包括的医療の実践に有効と考えられる。(レベルⅣb)

2. CQ: 認知症患者に在宅医療を行うメリットは何か？

在宅医療の方が一般入院に比べ、認知症の行動障害は少なく、抗精神病薬の使用も少ない。

(レベルⅡ)

3. CQ: 認知症高齢者の行動障害に投薬は有効か？

認知症高齢者の行動障害に対して、コリンエステラーゼ阻害薬やメマンチン、抗精神病薬といった投薬は介護負担および介護時間を減らす、副作用にも注意が必要である。(レベルⅠ)

4. CQ: アルツハイマー病に運動療法はどのような効果があるか？

在宅療養中のアルツハイマー病患者において、運動療法は転倒を少なくし、ケアサービスの費用を減らす効果がある。(レベルⅡ)

5. CQ: 認知症患者の介護者に対する介入はどのような効果があるか？

認知症患者の家族介護者に対するサポート介入は認知症患者のQOLを改善する。(レベルI)

また、施設入所を減らし、介護者のうつ症状を軽減する。(レベルII)

介護者に対する教育は、認知機能や認知症患者の問題行動に良い効果をもたらす。(レベルII)

6. CQ: 施設サービスの利用にはどのようなメリットがあるか？

デイサービス、デイケア、ショートステイは介護負担を減らす(レベルIII)。また、認知症患者の生活状態や認知機能の低下を抑え、周辺症状、向精神病薬の使用も減らす可能性がある。(レベルIVb)

#### 【本文】

認知症は、年齢と共に有病率は高くなり、日本全国に 462 万人存在すると推定されており、その予備軍と考えられる軽度認知障害の患者は 400 万人と推定されている。そして、その多くは自宅で過ごされており、患者本人のみでなく、介護者への負担も考えると、かなり大きな問題となっている。

そこで、認知症に対して、早期発見、早期診断がまず重要である。

同居者がおらずに一人暮らしのケースや、同居人がいる場合でも、認知機能低下が少しずつ進行するため、認知症に気づかれないでいるケースも多い。ドイツで行われた RCT(Randomized Controlled trial)では、自宅住まいの高齢者に高齢者総合機能評価(CGA)、およびその結果に伴う管理を行った場合、認知症の早期診断がつきやすくなったことが報告されており 1)、本人、家族の話だけでなく、MMSE、HDS-R、ADL などのスケールを用いて評価を行うことが早期発見、早期診断に重要と考えられる。また、施設入所中の高齢認知症女性患者を調査した結果、MMSE が ADL だけでなく、老年症候群数や貧血、栄養状態などとも関連しており、高齢者総合機能評価(CGA)が認知症患者の包括的医療の実践に有効とする論文も報告されている 2)。

次に、認知症患者において問題となってくるのは、興奮、妄想、徘徊などといった周辺症状(BPSD)である。こういった症状は、環境やストレス、気分の変化に伴って出現することが多い。認知症が背景にあり、急性疾患(感染症、脳血管障害、低栄養など)のため、救急部に来院した患者を対象とした RCT では、在宅医療にした群と入院治療にした群の間で死亡率に差はなく、在宅医療にした群では、退院の時に睡眠障害、攻撃性、摂食障害といった行動障害は有意に少なく( $P<0.001$ )、抗精神病薬の使用も有意に少なかった( $P<0.001$ )と報告されている 3)。ただし、この在宅医療は、入院医療と同じくらいの医療レベルで行っており、注意が必要である。ただし、環境変化により周辺症状が出現することは多いため、可能な限り在宅医療で診ていく方が良いことには変わりないと思われる。また、認知症患者の行動異常に対し、コリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬といった投薬が介護負担をわずかながら有意に軽減し(抗精神薬では平均差: 0.27、95% CI 0.13-0.41、コリンエ

ステラーゼ阻害薬では平均差：0.23、95% CI 0.08-0.33)、介護時間を減らした(平均差：41.65 分/日、95% CI 25.29-58.02)、との報告がある 4)。ただし、抗精神病薬の論文は 1 報しか含んでおらず、副作用にも注意が必要である。同様にメマンチンについても、メタ解析があり、神経精神症状を評価する NPI(the Neuropsychiatric Inventory)スコアが 1.99(P=0.041)改善したと報告されている 5)。

認知症の非薬物療法としては、心理学的なもの、認知訓練的なもの、運動、音楽など芸術的なものに大別できるが、認知症自体に効果があるというエビデンスはまだ乏しい。ただし、グループ運動群、自宅運動群、通常地域ケア群に分けて 12 か月経過を追った RCT では、運動機能を示す FIM(Functional Independence Measure)が、グループ運動群-7.1 (95% CI, -3.7 to -10.5)、自宅運動群-10.3 (95% CI, -6.7 to -13.9)、通常地域ケア群-14.4 (95% CI, -10.9 to -18.0)であり、全ての群で低下しているものの、介入群では低下が少なかった。また、介入群の方が転倒も少なかった(P=0.005)。社会的および健康的ケアサービスの費用は、通常地域ケア群が最も高く、それと比べると自宅運動群は有意に少なかった(P=0.03)6)。以上から、予後考えた場合に安全な範囲での運動療法は勧められると考えられる。

また、認知症患者だけでなく、介護者も含めて治療を考える必要がある。実際、ケアマネジャーが定期的に訪問し、家族の健康状態を把握し、ケアについての教育や精神的サポートをした群では、通常ケア群に比べ、認知機能を示す MMSE は変化しなかったが、介護負担を示す FCBI(the Family Caregiving Burden Inventory)(p<0.001)、QOL を示す WHOQOL-BREF(the World Health Organisation Quality of Life Measure Brief Version)(p<0.001)、NPI(p<0.01)が改善し、施設入所数(p<0.01)、施設入所期間(p<0.001)、サービス利用を示す FSSI(the Family Support Services Index)(p<0.01)の減少を認めたと報告されている 7)。その他にも、ストレス刺激閾値漸減モデルに基づく介護の精神教育を行った群では、認知機能や認知症患者の問題行動を示す MBPC(the Memory and Behavioral Problems Checklist 1989R)が改善した(p<0.01)と報告されている 8)。デイサービス、デイケア、ショートステイといった施設利用は介護負担を減らす 9)。また、デイケア使用群と非使用の対照群を 9 カ月フォローした結果、認知症患者の生活状態や認知機能の低下を抑えた(P<0.01)との報告がある 10)。その他、デイサービス、デイケア利用により、認知症患者の周辺症状を減らし、向精神病薬の使用を減らしたといった報告もある 11)12)が、ショートステイが問題行動を改善するかどうかについては、報告によって差があり、どちらとも言えない 13)。

#### 【検索キーワード】

高齢者、訪問診療、救急外来受診、訪問歯科診療、入院、訪問看護、在宅死・看取り、訪問薬剤指導、在宅療養期間、訪問栄養指導、合併症発症、訪問リハビリテーション、薬剤数、ケアマネジャーによる在宅療養支援、患者 QOL・ADL、介護者 QOL、医療コスト、認知症

AGED, AGING, GERIATRICS, GERIATRIC ASSESSMENT, DENTAL CARE FOR AGED, GERIATRIC DENTISTRY,



GERIATRIC NURSING, HOUSING FOR THE ELDERLY, HEALTH SERVICES FOR THE AGED, HOME CARE SERVICES, HOMEBOUND PERSONS, COMMUNITY HEALTH NURSING, HOME CARE AGENCIES, FAMILY PRACTICE, EMERGENCY MEDICAL SERVICES, HOSPITALIZATION, ATTITUDE TO DEATH, TERMINAL CARE, CONTINUITY OF PATIENT CARE, LONG-TERM CARE, COMORBIDITY, DRUG UTILIZATION, DRUG PRESCRIPTIONS, QUALITY OF LIFE, ACTIVITIES OF DAILY LIVING, ECONOMICS, DEMENTIA

【引用文献】

- 1)Perry M, Melis RJ, Teerenstra S, et al. An in-home geriatric programme for vulnerable community-dwelling older people improves the detection of dementia in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(12):1312-9.
- 2)Riccio D, Solinas A, Astara G, et al. Comprehensive geriatric assessment in female elderly patients with Alzheimer disease and other types of dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44 Suppl 1:343-53.
- 3)Tibaldi V, Aimonino N, Ponzetto M, et al. A randomized controlled trial of a home hospital intervention for frail elderly demented patients: behavioral disturbances and caregiver's stress. *Arch Gerontol Geriatr* 2004(9):431-6.
- 4)Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. Can pharmacological treatment of behavioural disturbances in elderly patients with dementia lower the burden of their family caregiver? *Fam Pract* 2009;26(4):279-86.
- 5)Maidment ID, Fox CG, Boustani M, et al. Efficacy of memantine on behavioral and psychological symptoms related to dementia: a systematic meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2008;42(1):32-8.
- 6)Pitkälä KH1, Pöysti MM, Laakkonen ML, et al. Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial. *JAMA Intern Med* 2013;173(10):894-901.
- 7)Chien WT, Lee IY. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs* 2011;67(4):774-87.
- 8)Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nurs Res* 2002;51(6):363-74.
- 9)Gaugler JE, Jarrott SE, Zarit SH, et al. Adult day service use and reductions in caregiving hours: effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(1):55-62.
- 10)Zank S, Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *J GerontolPsychol Series* 2002;57B:348-57.
- 11)Mossello E, Caleri V, Razzi E, et al. Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(10):1066-72.
- 12)Femia EE, Zarit SH, Stephens MA, et al. Impact of adult day services on behavioral

and psychological symptoms of dementia. Gerontologist 2007;47(6):775-88.

13)Neville CC,Byrne GJ. The impact of residential respite care on the behaviour of older people with dementia: literature review. Int J Older People Nurs 2007;2(1):2-8.

<領域名： 脳血管障害>

担当者名： 七尾 道子

【サマリー】

1. CQ:在宅脳卒中患者に対する二次予防に抗凝固療法は有効か？

在宅脳卒中患者に対する抗凝固療法の二次予防効果は示されていない。再発予防を行っている在宅脳卒中患者は約3分の1に留まり、85歳以上、身体能力・認知機能の低下、独居、低教育レベルが治療の妨げとなり、心疾患の既往が治療関連因子となる。(レベルIVb)

2. CQ:在宅脳卒中患者に対する訪問リハビリの実施で問題になることは何か？

在宅脳卒中片麻痺患者が在宅リハビリを行う際、やる気・自己効力感と、潜在的な活動能力と実際に行っている活動レベルとの差(ADL差)との間には双方向の因果関係がある。(レベルIVa)

3. CQ:脳卒中患者の合併症予防に効果のあることは？

身体的後遺症をもつ脳卒中患者が後遺症によっておこる合併症を防ぐためには、地域でのフィットネスプログラムが有用である。(レベルII)

4. CQ:脳卒中患者に対する外来リハビリと訪問リハビリの効果にどのような差があるか？

通所リハビリと訪問リハビリでは、身体機能、感情面、社会的活動に対する効果、および費用に差はない。しかし、介護者のストレスは訪問リハビリ患者の介護者の方が低く、また再入院のリスクは訪問リハビリ患者が低い。(レベルII)

5. CQ:在宅脳卒中患者の閉じこもりに関連する因子は？

在宅脳卒中患者の閉じこもりに関連する因子は、「連続歩行距離」「介護サービスの有無」「手段的自立」である。(レベルIVb)

6. CQ:在宅脳卒中患者の精神状態に影響を与える因子は？

在宅脳卒中患者の自尊感情には、ADLの客観状態よりもコミュニケーション能力が強く影響する(レベルIVb)

7. CQ:在宅脳卒中患者のQOLに影響を与える因子は？

在宅脳卒中患者において、身体的レベルよりも聴覚・視覚などの感覚器の衰えがQOLに強く影響する。また、ADL自立度や失禁、排せつなど介護負担度に影響する項目がQOLに強く影響する。さらに、介護者の職業や、健康、疲労感などが大きく影響を与える。(レベルIVb)

8. CQ:在宅脳卒中患者の介護者のQOLに影響を与える因子は？

在宅脳卒中患者の介護者のQOLは、患者の障害の程度だけでなく、介護者自身の身体的・心理的・社会的側面が大きく関与している。(レベルI)

9. CQ: 在宅脳卒中患者の受けるインフォーマルケアに関連する因子は？

インフォーマルケアを受ける人の割合は脳血管障害の重症度に応じて増える。また、脳血管障害後の後遺症の有無と1週間のケア時間の長さは関連がある。(レベルIVb)

#### 【本文】

高齢在宅脳卒中患者に対する二次予防

慢性期脳血管障害の治療は、再発予防とリハビリテーションが主体となる。すでに抗凝固薬、抗血小板薬による脳梗塞の二次予防効果は、多くの研究で確立されている。また、各国の学会が、心房細動患者の長期間にわたる抗凝固薬治療または抗血小板薬治療を推奨している。しかし75歳以上の高齢心房細動患者のうち抗凝固療法を受けているのは約1/3にとどまるとされる。1) また現時点では、在宅医療を受ける高齢者に対する二次予防の有効性ははっきりと示されていない。そのためであろうか、高齢在宅脳卒中患者においては、その70%が再発予防治療を行っておらず、85歳以上、身体能力・認知機能の低下、独居、低教育レベルが治療の妨げとなると考えられた。不整脈、冠動脈疾患、心不全、末梢血管疾患などの既往は治療関連因子であった。2) アルツハイマー型認知症を抱える在宅心房細動患者では、56%が抗凝固薬または抗血小板薬を使用しており、その49%が抗凝固薬、51%が抗血小板薬を使用していた。心疾患の既往、特に高血圧が薬剤使用に関連した。一方、独居、NSAIDsの使用は治療を行わない関連因子と考えられた。また、BMI、起立性低血圧も関連因子であった。3)

在宅脳卒中患者のリハビリ

高齢在宅脳卒中片麻痺患者が在宅リハビリを行う際、意欲や自己効力感が、潜在的な活動能力(できるADL)と実際に行っている活動レベル(しているADL)との差(ADL差)に影響を及ぼす。4) 意欲が伴わない状況でも、何らかの介入により先行的にADL差を小さくすることが、意欲や自己効力感の向上につながる可能性が示唆された。

脳卒中患者は、後遺症による麻痺のために座位での生活を送ることが多い。筋力やバランス感の低下は転倒の原因となり、可動性制限や骨量低下を伴うと骨折を起こしやすくする。また、慢性期に起こる心肺機能の低下はCVDを起こすリスクとなる。脳卒中患者にとって、合併症を防ぐための健康増進の重要性は広く認識されている。

心機能や可動性、筋力、平衡機能、骨量の増加を目的にした集団リハビリプログラム(fitness and mobility exercise : FAME)を地域で行った群は、座位で上肢の運動だけを行った群と比較し、心肺機能や可動性、麻痺側の筋力維持、骨密度維持において優位に優れた結果がでた。5) 身体的後遺症をもつ脳卒中患者が、後遺症によっておこる合併症を防ぐために、地域でのフィットネスプログラムは有用であると示唆される。

通所リハビリと訪問リハビリとを比較検討した研究では、身体機能、感情面、社会的活動に対する効果、および費用に差はなかった。6) しかし、介護者のストレスは訪問リハビリ患者の介護者の方が低く、また再入院のリスクは訪問リハビリ患者が約2倍低かった。7)

退院後のリハビリにおいては、訪問リハビリの方が良い可能性が示された。

#### 在宅脳卒中患者の心理的状況・QOL

身体・精神機能に重篤な後遺症を残した脳卒中患者の在宅医療においては、患者の QOL 向上が非常に重要な評価項目である。在宅高齢者の約 10～15%が閉じこもりとなっており、閉じこもりに関連する因子は、身体的因子として「歩行能力」「手段的日常生活活動の低下」、心理的因子では「主観的健康観の低さ」「転倒不安による外出制限」、社会的因子では「親しい友人がいないこと」「散歩・体操の習慣がない」などが報告されている。一方、脳卒中後の在宅高齢者での閉じこもり患者の割合は 17%で、関連因子は「連続歩行距離」、「介護サービスの有無」「手段的自立」であった。8) 閉じこもりによりさらに身体・精神機能の低下を誘発するという悪循環を形成し、廃用症候群や寝たきりに移行するため、閉じこもりを予防することも重要である。

在宅療養中の高齢脳卒中患者においては、ADL の客観的状态よりもコミュニケーション能力が自尊感情に強く影響し、コミュニケーション能力が高ければ高いほど、自尊感情が有意に高くなる。しかし、コミュニケーション障害は外見上見えにくい障害であり、周囲に理解されないことが多い。ADL の評価のみならずコミュニケーション能力や、それに影響される自尊感情を含めた総合的なアセスメントが必要となってくる。9)

脳血管障害の既往を持つ在宅療養者を 60 歳未満の壮年者、60 歳以上の老年者に分け、その QOL 関連要因を比較した検討 10) では、老年者では身体的レベルの低さが必ずしも QOL の低さには直結せず、壮年者に比べ、聴覚・視覚などの感覚的な衰えや ADL 自立度及び歩行や排せつなど介護負担度に影響する項目が、QOL に強く影響した。また、介護者の職業、健康、疲労感などが大きく影響を与えた。

一方、在宅介護においては、介護保険制度の導入によって家族の負担は軽減してきているものの、家族による介護の時間が大半を占めている。よって、介護者の健康維持、介護負担の軽減による QOL の維持・向上が在宅医療を継続するために重要となる。介護者の QOL は、脳卒中患者の後遺症や ADL 自立度と介護者の介護負担感によって影響を受ける 11) が、最も介護者の介護負担感や QOL に関係することは、介護者自身の身体的、心理的、社会的側面であった。12) 身体的側面では、介護者自身の健康を保たなければ QOL は維持されない。しかし 6 年間の介護者縦断調査では、抑うつ状態や不安感などの精神的な疲労感は改善するが、慢性疲労、イライラ、気力の減退などは持続することが示された。副介護者の存在や、地域でのサポートシステムの充実も期待される。また、心理的側面では、介護者は精神的つらさを感じており、介護者に対しての心理的サポートも重要になると考えられる。社会的側面では、介護者自身の仕事の制約や余暇活動の制約、経済的な問題などが生じることが介護負担感を強めていた。在宅医療に移行する前に、看護職が介護者へ関わっておくことの重要性が示唆された。介護者の高齢化も指摘されており、介護者自身の高齢化も視野に入れた介入が必要である。

インフォーマルケア

介護保険などによらず、家族や友人、地域住民やボランティアらによるインフォーマルケアを受けている人も一定数存在する。その割合は、脳血管障害の重症度に応じて増える。また、1週間に受けるケア時間と脳血管障害後遺症の有無とは関連がある。13)

【検索キーワード】

高齢者, 訪問診療, 救急外来受診, 訪問歯科診療, 入院, 訪問看護, 在宅死・看取り, 訪問薬剤指導, 在宅療養期間, 訪問栄養指導, 合併症発症, 訪問リハビリテーション, 薬剤数, ケアマネージャーによる在宅療養支援, 患者QOL・ADL, 介護者QOL, 医療コスト, 脳血管障害

AGED, AGING, GERIATRICS, GERIATRIC ASSESSMENT, DENTAL CARE FOR AGED, GERIATRIC DENTISTRY, GERIATRIC NURSING, HOUSING FOR THE ELDERLY, HEALTH SERVICES FOR THE AGED, HOME CARE SERVICES, HOMEBOUND PERSONS, COMMUNITY HEALTH NURSING, HOME CARE AGENCIES, FAMILY PRACTICE, EMERGENCY MEDICAL SERVICES, HOSPITALIZATION, ATTITUDE TO DEATH, TERMINAL CARE, CONTINUITY OF PATIENT CARE, LONG-TERM CARE, COMORBIDITY, DRUG UTILIZATION, DRUG PRESCRIPTIONS, QUALITY OF LIFE, ACTIVITIES OF DAILY LIVING, ECONOMICS, CEREBROVASCULAR DISORDERS

【引用文献】

- 1) Gage BF, Yan Y, Milligan PE, et al. Clinical classification schemes for predicting hemorrhage: results from the National Registry of Atrial Fibrillation (NRAF). *Am Heart J* 2006;151(3):713-9.
- 2) Landi F, Cesari M, Onder G, et al. Antithrombotic drugs in secondary stroke prevention among a community dwelling older population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(8):1100-4.
- 3) Tavassoli N, Perrin A, Bérard E, et al. Factors associated with undertreatment of atrial fibrillation in geriatric outpatients with Alzheimer disease. *Am J Cardiovasc Drugs* 2013;13(6):425-33.
- 4) 盛田 寛明, 塩中 雅博, 古井 透, 他. 在宅高齢脳卒中片麻痺者のできるADLとしているADLの差と意欲・自己効力感との双方向因果分析 構造方程式モデルを用いて. *保健の科学* 2002;44(9):727-33.
- 5) Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, et al. A community-based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(10):1667-74.
- 6) Roderick P, Low J, Day R, et al. Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day-hospital care. *Age Ageing* 2001;30(4):303-10.
- 7) Crotty M, Giles LC, Halbert J, et al. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2008;37(6):628-33.

- 8) 大山 幸綱, 吉本 好延, 浜岡 克伺, 他. 在宅で生活する脳卒中患者の閉じこもりに関連する因子の検討. 訪問看護と介護 2011;16(10):850-3.
- 9) 十川 千夏, 猪木 美里, 高木 永子. ADL, コミュニケーションと自尊感情との関連性 脳卒中後遺症をもつ在宅療養高齢者の場合. 日本看護学会論文集: 地域看護 2003(33):102-4.
- 10) 習田 明裕. 脳血管疾患の既往をもつ在宅療養者の QOL に影響を及ぼす要因分析 老年者と壮年者の比較を通して. 東京保健科学学会誌 2000;3(2):88-97.
- 11) 武政 誠一, 出川 瑞枝, 杉元 雅晴, 他. 在宅高齢脳卒中片麻痺者の家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因について. 神戸大学医学部保健学科紀要 2006;21:23-30.
- 12) 東島 裕紀. 在宅脳血管障害者の介護者の QOL に関する文献の検討. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 2004(29):250-7.
- 13) Hickenbottom SL, Fendrick AM, Kutcher JS, et al. A national study of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with stroke. Neurology 2002;58(12):1754-9.

<領域名: 神経疾患>

担当者名: 木棚 究

【サマリー】

1. CQ: 在宅神経疾患患者の生命予後に何が影響するか?  
神経疾患により在宅治療を受けている方の生命予後と関連が強いのは、年齢と嚥下機能である(レベルIVa)。
2. CQ: 神経疾患による身体障害に対する補助的な技術は有効か?  
神経疾患による身体障害者に補助的な技術を使う事は有効である。(レベルII)
3. CQ: パーキンソン病に対する在宅運動療法はどのような効果があるか?  
パーキンソン病患者への運動療法は、歩行速度やバランス能力、機能を改善する。(レベルI)
4. CQ: ALS に対する呼吸管理の効果は?  
ALS 患者に対して、非侵襲的人工呼吸管理(NPPV)は、生存期間延長や QOL 改善をもたらす。(レベルII)また、気管切開による人工呼吸管理も生存期間延長をもたらす(レベルIVa)が、介護負担は非常に高くなる。(レベルIVb)
5. CQ: 慢性疼痛に対する自己管理プログラムは有効か?  
慢性疼痛に対して、ヨガ、マッサージ、太極拳、音楽療法などといった自己管理プログラムは有効であり、各々に適した治療が推奨される。(レベルI)
6. CQ: 視覚障害を持った高齢者に自宅の安全点検は有効か?  
重度の視覚障害を持った高齢者では、作業療法士による自宅の安全点検を行うと転倒の発生を減らす事が出来る。(レベルII)