

第 3 回 全 国 在 宅 医 療 会 議	参 考 資 料 4
平 成 2 9 年 1 1 月 8 日	

第 4 回 全 国 在 宅 医 療 会 議 ワ ー キ ン グ グ ル ー プ	資 料 1 - 3 一 部 改 変
平 成 2 9 年 1 0 月 2 0 日	

重点分野に関する主な取組について (国立長寿医療研究センター)

在宅医療に関するエビデンス～検索ウェブサイト構築～

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
在宅連携医療部、在宅医療・地域連携診療部
三浦久幸

事業内容

- 2015年3月に発行された「在宅医療に関するエビデンス・系統的レビュー」集（東京大学 秋下雅弘教授とりまとめ）

及び

- 現在、日本老年医学会、日本在宅医学会合同で作成を進めている「在宅医療診療ガイドライン」（名古屋大学 葛谷雅文教授とりまとめ）

において抽出されたエビデンス(Clinical Question; CQ)を、マトリクス状に分類することで、在宅医療の各領域におけるエビデンスの有無を見える化し、ウェブサイトで公開する。

→今後、国内でのエビデンス構築に資する

「在宅医療に関するエビデンス・系統的レビュー」集(2015年3月)

CQを立てずに、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作成→論文の抽出後、CQを構築し、箇条書きのサマリー、解説文を作成

疾患・病態の12 項目:

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(心不全, 呼吸不全, 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, 発熱, 熱中症)

介入方法:

「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, ケアマネージャーによる在宅療養支援」

アウトカム:

「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」

共通キーワード: 高齢者

検索: Medline, Cochrane ライブラリ, 医中誌Web (2000 年～2013年)

エビデンスレベル: Minds2007に準拠

在宅医療に関するエビデンス: 系統的レビュー

<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

平成 27 年 3 月

Minds2007エビデンスレベルの分類

エビデンスレベル	分類
I	システマティック・レビュー/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

項目別採択論文数→結果的に79のCQが作成された

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 染症, 脱水, 外傷, 発 熱, 熱中症)	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。

在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(CQ数)

🏠 ホーム > 在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(CQ数)(現在のページ)

在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(CQ数)

79CQをマトリクス状に分類しウェブサイト上で閲覧可能に

トピック
(CQのテーマとなったもの)



	認知症	うつ病	脳血管障害	神経疾患 (認知症を除く)	運動器疾患 (骨粗鬆症, 変形性関節症など)	臓器不全 (心不全, 呼吸不全, 腎不全, 肝硬変)	悪性腫瘍	褥瘡	フレイル・低栄養	嚥下障害	排尿・排便障害	急性疾患 (肺炎)	急性疾患 (尿路感染症)	急性疾患 (脱水)	急性疾患 (外傷)	急性疾患 (発熱, 熱中症)	急性疾患 (全般)
有病率・疫学							1					3					
リスク・予防		1	1		2		1	3				1					
診断・評価法	1	1							1								
在宅医療(訪問診療・訪問看護)	1					2	1	1						1			3
薬物療法	1	1	1				1					2	2				
リハビリ・運動療法	1		2	1	1				2	1	1						
ケア	2		1				1		2								
多職種協働	1	1							1								
QOL			2				1										
在宅療養上の影響因子			2	1						1	3					1	
医療・介護技術(ICT含む)				2		2	1	1	1	1	3			2	1		
自己管理・環境調整				2							1						
サマリー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
文献リスト	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

← 疾患

在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(CQ内容)

ホーム > 在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(CQ内容)(現在のページ)

CQ内容を確認

在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー(CQ内容)1

	認知症	うつ病	脳血管障害	神経疾患 (認知症を除く)	運動器疾患 (骨粗鬆症、 変形性関節症など)	臓器不全 (心不全、呼吸不全、 腎不全、肝硬変)	悪性腫瘍	褥瘡
有病率・疫学								8-1:病院と在宅では褥瘡有病率に差はあるか?
リスク・予防		2-5:在宅高齢者のうつを予防する方法は?	3-3:脳卒中患者の合併症予防に効果のあることは?		5-2:在宅高齢者における骨粗鬆症の評価と治療の意義は? 5-3:在宅高齢者の転倒・骨折予防に有効なことは?		7-1:担瘤という因子は、在宅高齢者の転倒リスクになるか?	8-2:在宅においても褥瘡の予防・治療にガイドラインは有効か? 8-3:褥瘡発症予防にリスクアセスメント・スケールは有効か? 8-4:在宅において褥瘡発症予防に栄養サポートは有効か?
診断・評価法	1-1:認知症の早期診断に高齢者総合機能評価(CGA)は有効か?	2-3:在宅高齢者のうつを診断、治療するメリットは?						
在宅医療(訪問診療・訪問看護)	1-2:認知症患者に在宅医療を行うメリットは何か?					6-1:訪問診療による医療介入は、在宅高齢慢性心不全患者に有効か? 6-2:訪問看護による管理は、高齢慢性心不全患者のQOLや精神症状に有効か?	7-2:症手術後の在宅高齢者に対する訪問診療による介入は生存率の改善効果があるか?	
薬物療法	1-3:認知症高齢者の行動障害に投薬は有効か?	2-1:在宅高齢者のうつの実情はどうなっているのか?	3-1: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?				7-4:疼痛管理に関する在宅高齢症患者の疼痛の程度、また薬剤の使用に関するエビデンスはどのようなものか?	

CQ欄のクリックにより、エビデンス内容を確認

在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー

🏠 [ホーム](#) > [6-2\(現在のページ\)](#)

CQ2：訪問看護による管理は、高齢慢性心不全患者のQOLや精神症状に有効か？

在宅の高齢慢性心不全患者に対する訪問看護による介入は、QOLやうつ症状の改善に有効である(レベルⅡ)。

Copyright © National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

サマリーの閲覧 6.臓器不全

高齢者における循環器・呼吸器系の臓器不全患者は、増加傾向にある。特に介護を必要とする臓器不全を呈する高齢者においては、外来通院が困難な患者も多く、訪問診療や訪問看護による疾病管理の重要性が高まっている。高齢者では認知機能や身体活動が低下しているために、労作時呼吸困難等の心不全症状が出現しづらい。また、高齢者では心不全の増悪を背景に、短期間のうちに入院を繰り返すことも多い。したがって、高齢者の慢性心不全の治療に関しては、定期的な通院による管理だけでなく、日常的な全身症状の変化にも注意を向けることが重要である。高齢者の慢性心不全の管理として、日常的な全身症状の変化を早期に発見すべく導入された、電話やインターネットを用いた遠隔モニタリングを含む在宅疾患管理システムが、慢性心不全患者の入院率の抑制に有効であることが示されている。また、訪問診療は再入院の抑制やQOLの改善に有効であることや、訪問看護による介入がQOLやうつ症状の改善に効果的であることが示されている。在宅の高齢慢性心不全患者においては、定期的な外来通院のほか、こうした在宅医療により、日常レベルでの全身症状の変化を発見することが、心不全増悪の抑制やそれに伴うQOLやメンタルヘルスの改善に重要であるといえる。在宅酸素療法は、日本では1985年より保険適応となり、その後、急速に普及した在宅医療の1つである酸素療法は、従来、医療機関で実施されていた治療法であるが、在宅医療の導入により在宅での治療継続が可能になってきた。特に、在宅酸素療法施行患者の多くは高齢者であり、高齢者における代表的な在宅医療の1つと考えられる在宅酸素療法は動脈血酸素分圧が55Torr以下、および80Torr以下で、睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症を示す慢性呼吸不全の患者に主に適応となる。そのほか、肺高血圧症、またはNYHAⅢ度以上で、チェンストークス呼吸を示す睡眠時無呼吸症候群(無呼吸低呼吸指数20回以上/時間)チアノーゼ型先天性心疾患患者が適応になるが、対象の多くは、慢性呼吸不全患者である。特に、非高齢者における慢性呼吸不全に対する在宅酸素療法のエビデンスのなかで最も確立されているのは、COPD患者の生存率の延長であるが、高齢者の場合はCOPDの慢性呼吸不全患者に在宅酸素療法を施行しても、必ずしも生存率の延長がみられるわけではないとされている。しかしながら、高齢者のQOLの改善などに関しては在宅酸素療法による効果が認められることから、総合的な機能改善が目的であれば有効性が示唆される。このような意味から、高齢者の在宅酸素療法は、QOLの向上が期待できる状況であれば有用な在宅医療の1つと考えられる。なお、在宅高齢者における肝硬変を中心とした肝不全や腎不全患者に関する明確なエビデンスは現状として確立されていない。

引用文献についてはPDF入手可能なものにリンクを作る予定

引用文献

- 1) Antonicelli R, Testarmata P, Spazzafumo L, et al. Impact of telemonitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure. *J Telemed Telecare* 2008;14(6):300-5.
- 2) Vavouranakis I, Lambrogiannakis E, Markakis G, et al. Effect of home-based intervention on hospital readmission and quality of life in middle-aged patients with severe congestive heart failure: a 12-month follow up study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2(2):105-11.
- 3) Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. *J Cardiovasc Nurs* 2010;25(5):E27-40.
- 4) Tanni SE, Vale SA, Lopes PS, et al. Influence of the oxygen delivery system on the quality of life of patients with chronic hypoxemia. *J Bras Pneumol* 2007;33(2):161-7.

系統的レビューの中での訪問系医療サービスのエビデンス(II以上)

認知症: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)。

うつ病:在宅訪問による精神科医・臨床心理士・ソーシャルワーカーによる包括的チーム医療介入によって、うつ高齢者のうつ、生活機能、QOLの改善を認める(レベルII)。

脳血管障害:外来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の方が低い(レベルII)。

神経疾患:エビデンス(一)

運動器疾患:亜急性期から慢性期における在宅での訪問リハビリは、入院リハビリと比較して、生活機能・認知機能・QOL・患者満足度において、同等もしくは優れている(レベルI)。

臓器不全:在宅の高齢慢性心不全患者における訪問診療は、再入院の抑制やQOLの改善に有効である(レベルII)。在宅の高齢慢性心不全患者に対する訪問看護による介入は、QOLやうつ症状の改善に有効である(レベルII)。

悪性腫瘍:固形癌術後の在宅高齢者に対する訪問診療による介入は、生存率の改善に寄与する(レベルII)。非高齢者がん患者では在宅死よりも病院死でQOLが増悪し、介護者のメンタルヘルスが増悪することが示されている(レベルII)。

葛谷雅文、H28年度第1回全国在宅医療会議WG提示内容を参考に、訪問系医療サービスのみの内容に変更

系統的レビューの中での訪問系医療サービスのエビデンス(Ⅱ以上)

フレイル・低栄養:在宅リハビリテーションは、フレイルな高齢者の身体機能を改善させる(レベルⅡ)。訪問看護は、ADL低下予防効果はない(レベルⅡ)。多職種によるチーム医療は、フレイルな高齢者の身体機能や精神状態の改善、入院の減少、医療費抑制をもたらす(レベルⅡ)。

嚥下障害:エビデンス(ー)

排泄障害:時間排尿、排尿誘導は尿失禁を改善させる(在宅医療でのsetting)(レベルⅡ)。排尿に必要な日常生活動作の訓練によって、尿失禁を改善させる可能性がある(レベルⅡ)。

肺炎:エビデンス(ー)

尿路感染症:エビデンス(ー)。

脱水:訪問看護管理下の在宅高齢者での経口補水療法は、脱水の他覚所見(腋窩と口腔の乾燥)が改善する(レベルⅡ)。

外傷:エビデンス(ー)

発熱・熱中症:エビデンス(ー)

急性疾患:エビデンス(ー)

葛谷雅文、H28年度第1回全国在宅医療会議WG提示内容を参考に、訪問系医療サービスのみの内容に変更