

高齢者在宅医療・介護サービス ガイドライン2019

編集・発行

日本老年医学会
日本在宅医学会
国立長寿医療研究センター

序 文

－高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン作成に当たって－

超高齢社会に突入しているわが国において、持続可能な医療・介護システムを構築することは喫緊の課題である。わが国においては今後ますます高齢者、特に後期高齢者が増加するという人口構造の変化は、医療の現場では疾病構造の大きな変化をもたらしている。この変化に対応するために、日本では地域包括ケアシステムが現在推進されつつある。

在宅医療は地域包括ケアシステムにおける医療の要であり、この分野の推進は地域包括ケアを推進する上で紛れもなく重要である。さらに地域における訪問看護、介護サービスなどの様々な在宅サービスは在宅医療とともに、地域包括ケアの中で大変重要な役割を担っていることも明らかである。一方、在宅医療はなお発展途上であり、今後の需要を考えてもさらに発展する必要がある。この発展途上段階でのガイドライン作成は時期尚早との意見もあると思うが、現時点での在宅医療・介護サービスの立ち位置、診療上明確なこと、不明なことを明らかにしておくことは、今後の在宅医療の発展に向けてのチャレンジであり、必要不可欠なマイルストーンである。

今回、高齢者を対象とした在宅医療のみならず、在宅、特に自宅で行われている様々な介護サービスに関して日本老年医学会、日本在宅医学会ならびに国立長寿医療研究センターから委員を募り、合同委員会を構築しシステマティックレビューを行い、高齢者在宅医療・介護サービスガイドラインを作成した。したがって、本ガイドラインは非高齢者を対象とはしていない。

本ガイドラインは、多くの他の診療ガイドラインが求める生命予後とか疾患治癒率のみならず、むしろ在宅療養中の高齢者のQOL、満足度、ADL、さらにはその介護者のQOL、満足度、介護負担などもアウトカムとして重要視した。

また本ガイドラインは、決して医療の場(病院医療と在宅医療)の比較を目的としたものではなく、在宅医療・介護サービスの意義や問題点を明らかにすること、さらにはなお明らかになっていない事項を明確にし、今後の在宅医療・介護の発展に寄与することを目的としている。また今回システマティックレビューでは、日本からの論文以外に多くの諸外国からの論文を採用している。医療・介護保険制度や文化の異なる諸外国の報告が、本邦でどれほどのエビデンスとして使用できるのかは慎重であるべきである。

最後に、本ガイドライン作成に当たりご指導ご支援をいただいた、日本在宅ケアアライアンスおよびその加盟団体、公表前の段階で査読いただきご助言をいただいた多数の関連の学会に改めて深謝の意を表する。本ガイドラインが、今後のさらなる日本の在宅医療・看護の発展に多少なりとも貢献できれば幸いである。

2018年11月6日

高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン作成委員会代表 葛谷 雅文

目 次

高齢者在宅医療・介護サービスガイドラインについて	6
わが国における在宅医療の役割と立ち位置	13
高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン作成用CQ	15
本ガイドラインで使用した主要な略語	17

重要課題 1：慢性期医療に対する在宅医療・介護サービス

認知機能障害

CQ 1 認知症者に対して在宅サービスの意義は？	19
CQ 2 認知症者に対して介護施設におけるケアの意義は？	23

うつ病

CQ 3 うつ症状を有する在宅療養者に対して在宅サービスの意義は？	26
---	----

脳血管障害

CQ 4 脳卒中患者に対して在宅サービスの意義は？	29
---------------------------------	----

神経変性疾患

CQ 5 神経変性疾患患者(認知症を除く)に対する在宅サービスの意義は？	35
CQ 6 神経変性疾患患者に対して在宅人工呼吸療法は有用か？	38

運動器疾患

CQ 7 運動器疾患患者に対して在宅サービスの意義は？	42
-----------------------------------	----

重要課題 2：急性期医療に対する在宅医療・介護サービス

肺炎

CQ 8 肺炎患者に対する在宅医療は有用か？	46
CQ 9 在宅療養者に対して口腔ケアは肺炎予防に有用か？	52
CQ10 在宅療養者に対して肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンは有用か？	55

急性疾患全般

CQ11 急性期疾患(骨折・外傷を含む、感染症除く)に対する在宅サービスは有用か？ ..	59
--	----

重要課題 3：摂食・排泄障害に対する在宅医療・介護サービス

摂食嚥下障害

CQ12 摂食嚥下障害に対する在宅サービスの意義は？	64
CQ13 摂食嚥下障害のある在宅療養者に経管(経腸)栄養、経静脈栄養は有用か？	68

排泄障害

CQ14 下部尿路機能障害(尿失禁、尿閉)・便秘に対して在宅サービスの意義は？	71
CQ15 下部尿路機能障害(尿失禁、尿閉)に在宅での尿道カテーテルなどの 専門的治療は有用か？	74

重要課題 4：臓器不全、悪性腫瘍に対する在宅医療・介護サービス**臓器不全**

- CQ16 臓器不全患者(心不全、呼吸不全、肝不全、腎不全)に対する
在宅サービスの意義は？ 77
- CQ17 腎不全患者に対して腹膜透析ならびに在宅血液透析は有用か？ 82
- CQ18 呼吸不全患者に対しての在宅酸素療法は有用か？ 86

悪性腫瘍

- CQ19 がん患者に対する在宅サービスの意義は？ 91
- CQ20 がん患者に対する在宅がん薬物療法は有用か？ 94

重要課題 5：エンド・オブ・ライフケアに対する在宅医療・介護サービス**緩和ケア**

- CQ21 在宅療養者に対する在宅緩和ケアは有用か？ 97

エンド・オブ・ライフ

- CQ22 在宅療養者に対して医療従事者が提供する
エンド・オブ・ライフケアの意義は？ 101
- CQ23 在宅療養者に対するアドバンス・ケア・プランニングの意義は？ 104

重要課題 6：その他重要な事項に対する在宅医療・介護サービス**脱水**

- CQ24 在宅療養者に対する皮下輸液または経口補水は脱水症、
熱中症の予防ならびに治療に有用か？ 108

褥瘡

- CQ25 在宅療養者への褥瘡予防と治療に対する在宅サービスの意義は？ 111

栄養関連

- CQ26 在宅療養者に対する栄養療法は有用か？ 114

CGA

- CQ27 在宅療養者に対して高齢者総合機能評価(CGA)の実施は有用か？ 119

介護者関連

- CQ28 介護者に対する在宅サービスの意義は？ 124

包括ケア

- CQ29 在宅療養者やその介護者に対する多職種による包括ケアの意義は？ 128

付表1 『高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン』策定参加者の利益相反状況 133

付表2 『高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン』外部評価委員の利益相反状況 136

高齢者在宅医療・介護サービスガイドラインについて

目 的

超高齢社会を迎えた日本において、住み慣れた地域での包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築は喫緊の課題である。在宅医療は、地域包括ケアシステムの中で欠くことのできない重要な医療と位置づけられており、今後在宅医療の進展は、超高齢社会での持続可能な医療・介護を構築する上で欠くことのできない重要な課題である。

一方で在宅医療、さらには在宅医療の現場で医療保険、介護保険制度の中で提供される様々な在宅サービスの効果、さらには適切な対象者の選定などは必ずしも明らかになっているわけではない。今後この在宅医療・介護が発展するには、その科学的根拠の礎が大変重要である。今回のガイドラインは、在宅の現場での医療ならびに様々な在宅サービスに関して、どこまでその意義、有用性が明らかにされているのか、または不明なのかを明らかにする。また、他の診療ガイドラインと異なり、生命予後、治癒率などを主要なアウトカムにするのではなく、むしろ患者の満足度、QOL、ADL、介護者のQOL、介護負担などを重視した。

在宅医療と病院(入院)医療はそれぞれの役割が明らかに異なり、両者とも必要欠くことができない医療であり、患者の状態に応じて両者が連携してシームレスな医療・介護サービスを提供することが重要であり、両者の優劣を比較することはこのガイドラインの目的ではない。本ガイドラインが今後の在宅医療・介護サービスの指針となり、さらには今後求められ在宅医療・介護の臨床研究課題が明確となり、さらにこの分野が進展することを目的とする。

対 象(本ガイドラインの利用者)

本ガイドラインを利用する対象者として想定しているのは、在宅医療に従事している医療・介護従事者、在宅医療との連携に関与する病院、診療所、ならびに地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の医療・介護従事者・メディカルソーシャルワーカー、事務職員などである。

ガイドライン作成委員会の設置

本ガイドライン作成主体である日本老年医学会ならびに日本在宅医学会、および国立長寿医療研究センターから主に作成委員を募り、ガイドライン統括委員会、ガイドライン作成グループ、システマティックレビュー・チーム、外部委員、事務局を以下のように構築した。

1. ガイドライン作成主体

一般社団法人	日本老年医学会
一般社団法人	日本在宅医学会
国立研究開発法人	国立長寿医療研究センター

2. ガイドライン統括委員会

葛谷 雅文(代表)	名古屋大学老年内科
楽木 宏実	大阪大学老年・総合内科学
石垣 泰則	医療法人悠輝会 コーラルクリニック
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター
荒井 秀典	国立長寿医療研究センター
秋下 雅弘	東京大学老年病科

3. ガイドライン作成グループ

沖永 壯治	東北大学加齢医学研究所
和田 泰三	医療法人理智会 たなか往診クリニック
宮野伊知郎	高知大学公衆衛生学
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター
鈴木 裕介	名古屋大学地域連携・患者相談センター
山中 崇	東京大学在宅医療学
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構
茅根 義和	東京共済病院緩和ケア内科
大友 宣	医療法人財団老蘇会 静明館診療所

4. システマティックレビュー・チーム

富田 尚希	東北大学病院加齢・老年病科
中塚 晶博	東北大学CYRIC高齢者高次脳医学寄附研究部門
葛目 大輔	近森病院脳神経内科
千田 一嘉	国立長寿医療研究センター
中嶋 宏貴	名古屋大学地域連携・患者相談センター
生沼 幸子	東京女子医科大学東医療センター在宅医療部
松本 佳子	東京大学高齢社会総合研究機構
濱田なみ子	東京大学医療倫理学
弘田 義人	京都大学医療経済学分野
濱井 彩乃	安房地域医療センター総合診療科

5. 外部委員

藤田 敦子	NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア
-------	-------------------------

6. 事務局

森田 智美	名古屋大学老年内科
-------	-----------

本ガイドラインの策定手順

1. 基本概念と対象

当該ガイドラインは、個々の疾病の治療方法をターゲットとしたものではなく、在宅医療・介護サービスの中で行われる治療ならびに様々な地域で展開されるサービスの意義、効果について、過去の文献のシステマティックレビューを実施することにより構築する。また、本来在宅医療・介護サービスは小児から高齢者まで幅広い対象者がターゲットになる。しかし、対象者を広げることにより膨大なClinical Question(CQ) が想定されることもあり、今回の調査ターゲットは65歳以上の高齢者に限った。さらに、地域で元気に生活している自立した高齢者ではなく、自宅で療養している高齢者を対象者とした。原則的に医療施設に入院している、また介護施設に入所している施設介護対象者は一部のCQを除き、除外している。

2. Clinical Question : CQの策定

世界的にも今まで在宅医療・介護サービスをターゲットとしたガイドラインと称するものは公表されていない。それに近いものとして、平成27年3月に厚生労働省科学研究費補助金、地域医療基盤開発推進事業「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(班長：大島伸一、系統的レビュー作成分担研究者：秋下雅弘)より出された『在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー』が存在する。このレビュー作業では、膨大な幅広い分野を網羅するCQを作成することが困難であると判断され、12項目の疾患・病態(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))にターゲットを絞り、さらに介入方法を「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」と設定された。

またアウトカムは、「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、さらに「高齢者」を共通キーワードとして、文献データベースとしてMedline、The Cochrane Library、医中誌Webを使用し、2000～2013年の論文を対象に検索された。このレビュー結果から、CQとその回答からなるものが作成され、『在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー』として公表された¹⁾。

¹⁾ https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/20150513_01.html

今回のガイドライン作成は『在宅医療に関するエビデンス：系統的レビュー』を生かし、そこで抽出されたCQをベースに日本老年医学会、日本在宅医学会、さらには国立長寿医療研究センターからの統括委員会、ガイドライン作成グループが議論し、以下の重要課題を抽出してCQを集約し、さらに肉付けしたものを今回のガイドライン作成用のCQとして設定した。

重要課題：在宅医療・介護の現場での対象者の抱える病期ならびに重要な病態に対する課題を挙げた。

- 1) 重要課題1：慢性期医療に対する在宅医療・介護サービス
- 2) 重要課題2：急性期医療に対する在宅医療・介護サービス
- 3) 重要課題3：摂食・排泄障害に対する在宅医療・介護サービス

- 4) 重要課題4：臓器不全、悪性腫瘍に対する在宅医療・介護サービス
- 5) 重要課題5：エンド・オブ・ライフケアに対する在宅医療・介護サービス
- 6) 重要課題6：その他重要な事項に対する在宅医療・介護サービス

また、CQごとのキーワードを統括委員、ガイドライン作成グループが提示し、持ち回りの審議で確定した。

3. 検索

遡及検索年代：1990年1月1日～2016年8月31日。

検索データベースはPubMed、The Cochrane Library (CDSR CCRCT)、医中誌Webを使用し、CQごとに設定したキーワードをもとに、特定非営利活動法人 日本医学図書館協会に検索を委託した。さらに適宜ハンドサーチによる論文も追加した。

なお、検索に使用したキーワードは各CQの最後に記載した。検索式には「高齢者」を原則入れたが、一部ヒットした論文があまりにも少ないCQに関しては、「高齢者」を入れずに検索した。したがって、ほとんどのCQは65歳以上の高齢者をターゲットとした検索であるが、一部の論文はいくらかの成人を含んだものである。なお、各CQの検索式に関しては各学会Webサイトに掲載する予定である。

4. スクリーニング作業

CQごとに検索された論文のタイトルならびに抄録をもとにシステマティックレビュー・チームが中心となって一次スクリーニングを実施し、さらに一次スクリーニングで選択された論文を入手し、それをもとに二次スクリーニングを実施した。一次スクリーニングは論文タイトル、アブストラクトからCQに合っていないものを除外した。二次スクリーニング用のデータセットとして、一次スクリーニングで残った全ての文献本文を収集した。二次スクリーニングでは上記で収集されたフルテキストをもとに、アウトカムを生命予後、疾病発症、入院、要介護度、ADL低下のみならず、本人のQOL、介護者のQOLや健康障害などにもフォーカスし、さらにRCTが少ないことを考慮して、non-RCT、観察研究、ケースコントロールスタディなども選択するとした。

また、基本的には高齢者をターゲットとした論文を収集したが、数が少ないこともあり、一部65歳未満を含む論文も除外しなかった。システマティックレビュー・チームは、二次スクリーニングで選択された論文の構造化抄録を作成し、CQごと、アウトカムごとにエビデンス総体を構築した。CQによって複数のRCTが存在する場合は、適宜メタアナリシスを実施した。

5. 推奨文、エビデンス・推奨レベル、解説文の構築

システマティックレビュー・チームにより作成されたエビデンス総体をもとに、ガイドライン作成グループは担当のCQ、アウトカムごとのエビデンス総体を統括し、CQごとに推奨、推奨の強さを決定するための資料として推奨文草案を作成した。推奨文草案は、各CQの複数アウトカムの中で最も重要と考えられる価値を有するアウトカムを中心に作成した。しかし、重要なアウトカムが複数ある場合は、複数の推奨文草案を作成した。

エビデンスレベル、推奨レベルの決定に関しては下記に従って決定した。またガイドライン作成グループはCQごとに、その背景ならびに推奨に関する解説文(案)を作成した。これらの内容を持ち回りで統括委員会ならびにガイドライン作成グループで査読を実施、さらに複数回の合意形

表1 エビデンスレベル

A「高」	効果の推定値に強く確信がある。
B「中」	効果の推定値に中程度の確信がある。
C「低」	効果の推定値に対する確信は限定的である。
D「非常に低」	効果の推定値がほとんど確信できない。

表2 エビデンスレベルの参考にした研究デザイン

A「高」	RCTが複数存在し、メタアナリシスが実施されている。
B「中」	RCTが少なくとも1つは存在している。
C「低」	非ランダム化比較試験またはコホート研究(前向き観察研究)が存在。
D「非常に低」	ケースコントロール、その他。

成会議(統括委員会ならびにガイドライン作成グループ全体会議)を開催し、審議を繰り返しコンセンサスを得ながら逐次改訂を加え、推奨文、推奨レベル、エビデンスレベル、ならびに解説文を作成した。でき上がった推奨文、解説文をさらに統括委員会、ガイドライン作成グループにより複数回査読を実施した。上記の行程を経て完成したものを、外部評価を得て改訂作業を実施した。

6. エビデンス・推奨グレードについて

エビデンスレベルは『Minds診療ガイドライン作成マニュアルVer 2.0 (2016, 03.15)』『診療ガイドラインのためのGRADEシステム—治療介入—』を参照し、エビデンスの強さをA～D(A「高」、B「中」、C「低」、D「非常に低」)で評価した。それぞれのレベルは介入効果推定値に対する確信性により、表1のように分類した。

また、研究デザインはエビデンスレベルを決定する出発点として使用し(表2)、エビデンスの質をグレードダウンする可能性がある要因(限界、非一貫性、非直接性、不精確さ、出版バイアス)と、グレードアップさせる可能性のある要因(効果の程度が大きい、用量反応勾配、交絡因子)を考慮して、担当CQのガイドライン作成グループにより案が示され、その後、上記のように統括委員会ならびにガイドライン作成グループの複数回の合議により決定した。

推奨レベルに関しては『Minds診療ガイドライン作成マニュアルVer 2.0 (2016, 03.15)』を参照し、

- 1) 行うことを強く推奨する(強い推奨:「1」)。
- 2) 行うことを弱く推奨する(提案する、または条件付きで推奨する)(弱い推奨:「2」)。
- 3) 行わないことを弱く推奨する(提案する、または条件付きで推奨する)(弱い推奨:「2」)。
- 4) 行わないことを強く推奨する(強い推奨:「1」)。

ただし、以下の3つの理由から、推奨を示すべきではないと考えざるを得ない場合は「推奨なし」とした。

- (ア)エビデンスの質(効果推定値の確信性)が非常に低い、またはエビデンスがないため、推奨は推測の域を出ないと判断した場合。
- (イ)効果のばらつきが大きく推奨の方向性を決めかねる場合。
- (ウ)検討することがほぼ無意味であると考えられる場合。

記載する場合は、「推奨の強さ」と「エビデンスの質」との組み合わせで、「推奨の強さ」、「エビデンスの質」の順で記述した。すなわち、「推奨の強さ」（1＝「強い」、2＝「弱い」の2分類）と「エビデンスの質」（A＝「高」、B＝「中」、C＝「低」、D＝「非常に低い」、の4段階）の組み合わせで記載した。結果として、GRADE 1AからGRADE 2Dまでの8通りの記載がある。

利益相反

本ガイドライン作成に入る前に、全作成委員（外部委員・事務局を除く）に利益相反申告書の提出を求め、全ての作成委員が本ガイドラインの作成に影響を及ぼす利益相反はないことを確認した。日本医学会診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス（平成29年3月）に則って、ガイドライン公表時の前年から遡って過去3年間の策定参加者ごとの利益相反状況を巻末の付表1に開示した。

ガイドライン策定費用

本ガイドラインの作成費用は全額日本老年医学会、日本在宅医学会ならびに国立長寿医療研究センターからの資金により賄われ、企業からの資金提供はない。

外部評価

日本老年医学会、日本在宅医学会の理事、監事、幹事、ならびに以下の関連学会に査読を依頼し（表3）、その査読結果をもとに適宜修正を加えた。さらに、そのガイドライン（案）を日本老年医学会、日本在宅医学会の会員にWebサイト上で公開し意見を求め、その上でガイドラインを最終化した。なお、外部評価委員に関しても、過去3年間の個々の利益相反状況を巻末の付表2に開示した。

表3 査読依頼学会一覧

日本緩和医療学会
日本呼吸器学会
日本耳鼻咽喉科学会
日本循環器学会
日本静脈経腸栄養学会
日本褥瘡学会
日本神経学会
日本透析医学会
日本脳卒中学会
日本排尿機能学会
日本臨床腫瘍学会
日本老年看護学会
日本老年歯科医学会
日本老年精神医学会

さいごに

本ガイドラインは、あくまでも在宅医療ならびに在宅介護サービスを行う際の「判断指針」であり、強制力をもつものではないし、推奨、提案はそれらに従って医療・介護サービスを行えば、患者の転帰が必ず改善することを保証するものではない。特に在宅医療の現場では、患者本人ならびに家族の意思が大変重要であり、その意味で本ガイドラインは在宅医療・介護サービスの下支えをするものに過ぎない。

本ガイドラインは多くの海外からの報告も参考にしている。日本と同様な在宅医療・介護サービスを実践できている国はないといってもよい現状で、これらの海外からのエビデンスがはたして日本で実施されている在宅医療・介護サービスの現場でどれほど有用なのかは、本ガイドライン作成に関与した全メンバーの共通の悩みであった。したがって、ガイドライン作成のもとになったエビデンスはある特定の症例集団をもとにした臨床試験の結果であり、日本における医療・介護保険システムのもとでの日常の診療・介護においては、これらのデータがそのまま実践に応用できるとも限らないことを十分に認識して、このガイドラインを使用していただきたい。

今回のシステマティックレビューでは、エビデンスの質が非常に低い、またはエビデンスがないといった理由で推奨や提案には至らないいくつかの課題が存在した。今後、これらの課題について、この分野の牽引者であるべき日本の研究者によるエビデンスの構築に期待したい。

また在宅医療・介護サービスに関するCQは、無限といえるほど存在する。今回われわれが重要と考えたもの以外にも、多数の重要なCQの積み残しがあるのは明らかである。今後多方面の意見を聞きながら、CQをさらに追加していく必要がある。その意味で、本ガイドラインはなお未完成なものであり、今後も継続的に改訂する必要があることはいうまでもない。可能な限り5年に一度程度の改訂作業を計画する。

日本において、在宅医療・介護サービスはなお発展途上にあり、個々の力量に左右される部分も多く、いまだ質的な評価が図られているとはいえない。今後、在宅医療・介護サービスの発展につながる重要課題に関する研究がわが国で行われ、高齢者が様々な疾患や障害を抱えながらも、安心して住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようになることを期待したい。

最後に、本ガイドライン作成に関して日本在宅ケアアライアンス、その加盟団体には多くのご助言ご支援を賜り深謝する。

2019年1月

『高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン2019』作成委員会代表
葛谷 雅文

わが国における在宅医療の役割と立ち位置

昭和の時代、疾病構造が変化し、医学・医療技術が進歩するとともに、また高度経済成長期という社会の変化もあいまって、病院での医療を求める動きが強くなり、治療のみならず療養場所としても病院を選択する者が多くなった。このような背景により、1950年代では自宅で亡くなる者の割合は8割を超えていたが、1976年に医療機関で亡くなる者の割合が自宅で亡くなる割合を上回り、近年では1割強が自宅で亡くなっている。一方、複数の疾患や後遺症を有し、長期間療養生活を送る高齢者が増加している。急性期医療から療養、看取りまですべて病院で完結させる医療、「病院完結型医療」では今後さらに高齢者が増えるわが国において、多くの支障を来すことは明らかである。また、病院は生活する場として必ずしもふさわしくなく、高齢者自身もできるだけ住み慣れた地域での生活や療養を希望していることも多く、病院完結型の医療提供体制ではニーズとのギャップが生じていた。

1992年の第二次医療法改正において、「居宅」が「医療提供の場」と位置づけられ、以後今日まで在宅医療ならびに在宅サービスに関する政策が推進されている。そもそも在宅医療と外来・通院医療、入院医療は対立する概念ではなく、それぞれの役割、適応が異なり、相互に補完すべき医療形態である。診断や治癒を目指す治療が必要な場合は、外来通院あるいは入院して治療し、定期的な通院が困難になったときには、在宅医療を受けながら生活の場で療養するのが自然である。在宅医療は「治し支える医療」と表現されるように、疾患を治す役割とともに、生活を支える役割を有する。希望すれば最期まで住み慣れた地域で過ごすことができるように支援することが求められている。高齢者は医学的支援だけで地域での療養をなし遂げることは困難であり、様々な在宅ケアサービスや地域での支え合いも受けることによって、より高いQOLを維持することが可能になる。したがって、通院が困難な者に対し医療を提供するだけでなく、地域包括ケアシステムの構築を推進し、介護予防および生活支援を含めた地域の仕組みづくりに努めることが重要である。

このように在宅医療は高齢者の生活を支えるために不可欠な医療形態であるが、長期入院を回避し在宅医療に移行することで、医療費が削減される効果も期待される。しかし、在宅医療と入院医療の費用を比較した海外での調査では、在宅医療に関わる医療費は対象疾患や年齢により一貫した結果が得られておらず、現段階で在宅医療の経済性について明確に結論づけることはできない。

また、介護者が働いていたら得られたと推測される損失を見積もることは容易ではなく、国により医療制度、介護制度を含む社会保障制度は大きく異なることから、海外の知見のみに基づいてわが国の医療費を論じることは困難である。現在、在宅医療が推進されているのは、単に経済性の観点からではなく、住み慣れた地域に生活の場があるからということをも今一度確認しておきたい。

治し支える医療としての在宅医療は日本だけで求められているのではない。高齢化が進行する多くの先進国では、生活の場で医療・ケアを提供することが求められるようになっている。文化や制度が異なる海外の知見をそのまま日本に適用することは困難な場合が多いが、海外での取り組みを参考にし、また日本の取り組みを海外に向けて発信することにより、よりよい医療・ケア

のあり方を追求していくことが望まれる。その意味でも、本ガイドラインが果たす役割は大きい。

東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座 山中 崇

高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン作成用CQ

重要課題 1：慢性期医療に対する在宅医療・介護サービス		
認知機能障害	CQ 1	認知症者に対して在宅サービスの意義は？
	CQ 2	認知症者に対して介護施設におけるケアの意義は？
うつ病	CQ 3	うつ症状を有する在宅療養者に対して在宅サービスの意義は？
脳血管障害	CQ 4	脳卒中患者に対して在宅サービスの意義は？
神経変性疾患	CQ 5	神経変性疾患患者(認知症を除く)に対する在宅サービスの意義は？
	CQ 6	神経変性疾患患者に対して在宅人工呼吸療法は有用か？
運動器疾患	CQ 7	運動器疾患患者に対して在宅サービスの意義は？
重要課題 2：急性期医療に対する在宅医療・介護サービス		
肺炎	CQ 8	肺炎患者に対する在宅医療は有用か？
	CQ 9	在宅療養者に対して口腔ケアは肺炎予防に有用か？
	CQ10	在宅療養者に対して肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンは有用か？
急性疾患全般	CQ11	急性期疾患(骨折・外傷を含む、感染症除く)に対する在宅サービスは有用か？
重要課題 3：摂食・排泄障害に対する在宅医療・介護サービス		
摂食嚥下障害	CQ12	摂食嚥下障害に対する在宅サービスの意義は？
	CQ13	摂食嚥下障害のある在宅療養者に経管(経腸)栄養、経静脈栄養は有用か？
排泄障害	CQ14	下部尿路機能障害(尿失禁、尿閉)・便失禁に対して在宅サービスの意義は？
	CQ15	下部尿路機能障害(尿失禁、尿閉)に在宅での尿道カテーテルなどの専門的治療は有用か？
重要課題 4：臓器不全、悪性腫瘍に対する在宅医療・介護サービス		
臓器不全	CQ16	臓器不全患者(心不全、呼吸不全、肝不全、腎不全)に対する在宅サービスの意義は？
	CQ17	腎不全患者に対して腹膜透析ならびに在宅血液透析は有用か？
	CQ18	呼吸不全患者に対しての在宅酸素療法は有用か？
悪性腫瘍	CQ19	がん患者に対する在宅サービスの意義は？
	CQ20	がん患者に対する在宅がん薬物療法は有用か？
重要課題 5：エンド・オブ・ライフケアに対する在宅医療・介護サービス		
緩和ケア	CQ21	在宅療養者に対する在宅緩和ケアは有用か？

エンド・オブ・ライフ	CQ22	在宅療養者に対して医療従事者が提供するエンド・オブ・ライフケアの意義は？
	CQ23	在宅療養者に対するアドバンス・ケア・プランニングの意義は？
重要課題 6：その他重要な事項に対する在宅医療・介護サービス		
脱水	CQ24	在宅療養者に対する皮下輸液または経口補水は脱水症、熱中症の予防ならびに治療に有用か？
褥瘡	CQ25	在宅療養者への褥瘡予防と治療に対する在宅サービスの意義は？
栄養関連	CQ26	在宅療養者に対する栄養療法は有用か？
CGA	CQ27	在宅療養者に対して高齢者総合機能評価(CGA)の実施は有用か？
介護者関連	CQ28	介護者に対する在宅サービスの意義は？
包括ケア	CQ29	在宅療養者やその介護者に対する多職種による包括ケアの意義は？

本ガイドラインで使用した主要な略語

ACP	Advance care planning(アドバンス・ケア・プランニング)
AD	Advance directive(事前指示書)
ADL	Activities of daily living(日常生活活動・日常生活動作能力)
ALS	Amyotrophic lateral sclerosis(筋萎縮性側索硬化症)
BADL	Basic activities of daily living(基本的日常生活動作)
BCV	Biphasic cuirass ventilation(陽・陰圧式体外式人工呼吸療法)
BUN/Cr	Blood urea nitrogen(BUN)/ creatinine(Cr)
CAP	Community-acquired pneumonia(市中肺炎)
CI	Confidence level(信頼区間)
CIC	Clean intermittent catheterization(清潔間欠導尿)
CGA	Comprehensive geriatric assessment(高齢者総合機能評価)
CKD	Chronic kidney disease(慢性腎臓病)
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease(慢性閉塞性肺疾患)
CQ	Clinical question(診療上の(臨床の)疑問)
CRQ	Chronic respiratory questionnaire(COPDを対象とした健康関連QOL評価尺度)
DNAR	Do not attempt resuscitation(蘇生措置拒否)
FIM	Functional independence measure(機能的自立度評価表)
GDS-15	Geriatric depression scale 15(老年期うつ病評価尺度)
GFR	Glomerular filtration rate(糸球体濾過量)
HAP	Hospital-acquired pneumonia(院内肺炎)
HaH	Hospital at home
HEN	Home enteral nutrition(在宅経腸栄養法)
HPN	Home parenteral nutrition(在宅静脈栄養法)
HDS-R	Revised Hasegawa's dementia scale(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)
HR	Hazard ratio(ハザード比)
IADL	Instrumental activities of daily living(手段的日常生活動作)
MMSE	Mini mental state examination(ミニメンタルステート検査)
MNA[®]-SF	Mini nutritional assessment-short form(簡易栄養状態評価表―簡易版)
MUST	Malnutrition universal screening tool(成人用栄養障害スクリーニングツール)
NIV	Non-invasive ventilation(非侵襲的人工呼吸療法)
NHCAp	Nursing and healthcare-associated pneumonia(医療・介護関連肺炎)
NPPV	Non-invasive positive pressure ventilation(非侵襲的陽圧人工呼吸療法)
NST	Nutritional support team(栄養サポートチーム)
ONS	Oral nutrition supplementation(経口的栄養補助)
OR	Odds ratio(オッズ比)
PCV13	Pneumococcal conjugate vaccine 13(13価蛋白結合型肺炎球菌ワクチン)

PEG	Percutaneous endoscopic gastrostomy (経皮内視鏡的胃瘻造設術)
POLST	The physician orders for life-sustaining treatment (主治医の延命治療指示書)
PPSV23	Pneumococcal polysaccharide vaccine 23 (23価莢膜多糖体型肺炎球菌ワクチン)
QALY	Quality adjusted life years (質調整生存年)
QOL	Quality of life (生活の質)
RCT	Randomized controlled trial (ランダム化比較試験)
RR	Relative risk (相対危険度)
SGA	Subjective global assessment (主観的包括的アセスメント)
SMD	Standardized mean difference (標準化平均差)
TIV	Trivalent inactivated influenza vaccine (3価不活化インフルエンザワクチン)
TPPV	Tracheotomy positive pressure ventilation (気管切開下陽圧人工呼吸療法)
VAP	Ventilator-associated pneumonia (人工呼吸器関連肺炎)
Vs	versus (対)
WOC nurse	Wound ostomy continence nurse (皮膚・排泄ケア認定看護師)

認知機能障害

CQ 1

認知症者に対して在宅サービスの意義は？

推奨文

- 認知症者に対する訪問による非薬物療法（認知リハビリテーション・運動療法など）は、認知症者の日常生活活動改善、介護者の介護負担軽減、認知症者および介護者のQOL向上の効果が期待でき、行うことを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中）

- 認知症者および介護者に対するケースマネジメントを用いた包括的ケアは、認知症者の行動障害の改善、介護者の介護負担軽減の効果を有し、行うことを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

- 認知症者に対する通所系サービス（デイケア・デイサービス）の利用は、認知症者の行動・心理症状の改善、介護者の介護負担軽減の効果を有し、行うことを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

認知機能障害

CQ 2

認知症者に対して介護施設におけるケアの意義は？

推奨文

- 介護施設入所中の認知症者に対する非薬物療法(感覚刺激)は、行動・心理症状改善の効果を有し、行うことを推奨する。

GRADE 1B (推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：中)

- 介護施設入所中の認知症者に対するリハビリテーションおよび非薬物療法(ADL訓練、バーンデーション療法、パーソンセンタードケア、運動療法)は、ADL改善、行動・心理症状改善の効果を有し、行うことを提案する。

GRADE 2C (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低)

うつ病

CQ 3

うつ症状を有する在宅療養者に対して在宅サービスの意義は？

推奨文

- うつ症状を有する在宅療養者に看護師による生活習慣介入、内服薬の調整、運動指導、介護者・家族への教育などの包括的ケアマネジメントを含めた在宅サービスは、うつ症状の改善、入院リスクの軽減効果が期待でき、行うことを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中）

- うつ症状を有する在宅療養者にソーシャルワーカーによる社会的・医学的サービスの調整を含めたケアマネジメントは、うつ症状の改善効果が期待でき、行うことを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中）

脳血管障害

CQ 4

脳卒中患者に対して在宅サービスの意義は？

推奨文

- 脳卒中患者に対する早期サポート退院後の十分なサポート体制のある在宅サービスの導入は、入院期間の短縮、入所率の減少、身体的依存の減少、ADLの改善、満足度についての効果があり、行うことを推奨する。

GRADE 1A（推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：高）

- 脳卒中患者に対する多職種介入は、社会活動の改善、脳卒中に関する知識、脳卒中リスクに関わる生活習慣の改善に関して効果が期待でき、行うことを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中）

- 脳卒中患者に対する訪問看護サービスは、患者のQOLに関して効果が期待でき、行うことを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中）

- 脳卒中患者に対する訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションに関してはADLの悪化予防に対する効果が確実であり、行うことを推奨する。

GRADE 1A（推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：高）

神経変性疾患

CQ 5

神経変性疾患患者(認知症を除く)に対する在宅サービスの意義は？

推奨文

- パーキンソン病患者に対する在宅作業療法は、自覚的および他覚的な日常生活活動改善効果が期待でき、実施することを提案する。
GRADE 2C (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低)
- Yahr II～Ⅲのパーキンソン病患者に対する在宅理学療法は、複数回の転倒を抑制する効果が期待でき、実施することを提案する。
GRADE 2C (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低)

神経変性疾患

CQ 6

神経変性疾患患者に対して在宅人工呼吸療法は有用か？

推奨文

- 筋萎縮性側索硬化症などの神経変性疾患患者に人工呼吸療法を行う場合、在宅非侵襲的人工呼吸療法によりQOLは改善する可能性があるため、患者、家族の希望や介護環境など様々な状況を考慮しながら実施することを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

運動器疾患

CQ 7

運動器疾患患者に対して在宅サービスの意義は？

推奨文

- 運動器疾患患者（特に変形性膝関節症や人工膝関節置換術後など）に対する在宅でのリハビリテーションは、身体機能、QOL、満足度を改善する効果があり、訪問リハビリテーションの実施を推奨する。

GRADE 1A（推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：高）

肺炎

CQ 8

肺炎患者に対する在宅医療は有用か？

推奨文

- 肺炎患者に対する在宅医療は、『成人肺炎診療ガイドライン2017』¹⁾におけるHAP/NHCAP（院内肺炎/医療・介護関連肺炎）の診断・治療に準じ、かつ在宅の事情を勘案した総合判断のもとに行うことを推奨する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信度：低）

- 肺炎患者に対する在宅医療は、人生の最終段階の医療になる場合もあり、個人の意思やQOLを重視した治療・ケアを推奨する。

GRADE 1C（推奨の強さ：強、エビデンスの確信度：低）

- 肺炎患者に対する在宅医療による抗菌薬治療では、注射用抗菌薬による治療を行った後に内服抗菌薬に切り替えるスイッチ療法を提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信度：中）

肺炎

CQ 9

在宅療養者に対して口腔ケアは肺炎予防に有用か？

推奨文

- 在宅療養者に対する口腔ケアは、肺炎を予防する効果が期待され、実施することを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

肺炎

CQ10

在宅療養者に対して肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンは有用か？

推奨文

- 在宅療養者への肺炎球菌ワクチン単独接種は、肺炎発症を予防する効果が期待でき、実施することを推奨する。

GRADE 1B（推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：中）

- 在宅療養者へのインフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの併用接種は、生命予後、肺炎発症、入院リスクを改善させる可能性があり、実施することを推奨する。

GRADE 1B（推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：中）

急性疾患全般

CQ11

急性期疾患(骨折・外傷を含む、感染症除く)に対する在宅サービスは有用か？

推奨文

- 急性期疾患に対して、在宅医療で治療をするメリットのある病態や患者は存在すると推定されるが、日本では慢性心不全の急性増悪、慢性閉塞性肺疾患の増悪、大腿骨頸部骨折などの急性疾患に関して、実施されている在宅サービスの効果を検証した研究は乏しく、具体的な推奨はできない。

GRADE なし（推奨の強さ：なし、エビデンスの確信性：なし）

摂食嚥下障害

CQ12

摂食嚥下障害に対する在宅サービスの意義は？

推奨文

- 摂食嚥下障害のある在宅療養者に対する口腔ケア、栄養評価・介入、日常生活活動介入、嚥下機能評価・訓練などの在宅サービスは、肺炎予防に有効な可能性があり、実施することを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

- 摂食嚥下障害により経管栄養管理中の在宅療養者に対する在宅専門栄養サポートチーム（NST）の介入により、低栄養予防および生命予後の改善が期待でき、在宅NSTによる栄養管理を提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

摂食嚥下障害

CQ13

摂食嚥下障害のある在宅療養者に経管(経腸)栄養、経静脈栄養は有用か？

推奨文

- 摂食嚥下障害のある在宅療養者における在宅での経管(経腸)栄養、経静脈栄養は、適切な栄養サポートを利用することにより、生命予後の改善、肺炎の発症予防に伴う入院回避、栄養改善に寄与する可能性があり、適応がある対象者には本人の希望を含めた倫理的判断を経て実施することを推奨する。

GRADE 2C (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低)

排泄障害

CQ14

下部尿路機能障害(尿失禁、尿閉)・便失禁に対して在宅サービスの意義は？

推奨文

- 尿失禁のある女性に対する在宅骨盤底筋訓練などの行動療法が勧められ、加えて在宅において認定看護師による行動療法の進捗管理は尿失禁症状とQOLの改善効果が期待できるため、提案する。

GRADE 2C (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低)

- 便失禁に関しては在宅サービスに関する十分な研究がなく、推奨なしとした。

GRADE なし (推奨の強さ：なし、エビデンスの確信性：なし)

排泄障害

CQ15

下部尿路機能障害(尿失禁、尿閉)に在宅での尿道カテーテルなどの専門的治療は有用か？

推奨文

- 下部尿路機能障害(尿閉)のある在宅療養者に対して、専門看護師の指導のもとでの尿道留置カテーテルの自己管理は、介入後 6 カ月以内のカテーテル閉塞を減少させる可能性があり、提案する。

GRADE 2C (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低)

- 下部尿路機能障害(尿閉)のある在宅療養者に対する清潔間欠導尿は、在宅でも有効な可能性が高く、十分な管理ができる環境下という条件での使用を推奨する。

GRADE 2B (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中)

臓器不全

CQ16

臓器不全患者(心不全、呼吸不全、肝不全、腎不全)に対する
在宅サービスの意義は？

推 奨 文

- 慢性心不全患者に看護師などからなる多職種チームによる在宅疾患管理プログラムを提供することにより、死亡率ならびに入院率は減少する可能性があり、実施することを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：中）

- 慢性心不全患者に訪問看護サービスを使用することによりQOLが改善する可能性があり、実施することを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：低）

- 心不全以外の臓器不全に関して推奨に資する論文は抽出されず、推奨なしとするが、今後検討する必要性が高い。

GRADE なし（推奨の強さ：なし、エビデンスの確信性：なし）

臓器不全

CQ17

腎不全患者に対して腹膜透析ならびに在宅血液透析は有用か？

推奨文

- 腎不全患者に対する腹膜透析はQOLを改善する可能性があり、メリット、デメリットを十分考慮し、適応のある対象者に治療の選択肢(腎代替療法)として提案する。
GRADE 2D (推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：非常に低い)
- 腎不全患者に対する在宅血液透析については、日本で現在一般的に広く行われている治療とはいえ、日本における十分なエビデンスがなく、推奨なしとする。
GRADE なし (推奨の強さ：なし、エビデンスの確信性：なし)

臓器不全

CQ18

呼吸不全患者に対しての在宅酸素療法は有用か？

推奨文

- 中等症以上の呼吸不全を呈する慢性閉塞性肺疾患患者については在宅酸素療法により、運動機能改善と生命予後延長の可能性があり、在宅酸素を使用することを推奨する。なお、他疾患・他病態については在宅酸素療法の適応基準に応じて行うことが望ましい。

GRADE 2C（推奨の強さ：強、エビデンスの確信性：低）

悪性腫瘍

CQ19

担がん患者に対する在宅サービスの意義は？

推奨文

- 担がん患者に訪問看護サービスや適切に統合された多職種介入は、QOLの維持・向上、症状改善に有効であり、実施することを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱い、エビデンスの確信性：中）

- 担がん患者に対する訪問リハビリテーションは、移動能力、倦怠感、睡眠満足度の改善に有効であり、実施することを提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱い、エビデンスの確信性：中）

悪性腫瘍

CQ20

担がん患者に対する在宅がん薬物療法は有用か？

推奨文

- 担がん患者に対する在宅がん薬物療法については十分な経験を積んだ医師のもと、個別に適応を慎重に検討する必要があるが、効果、安全性に関して外来がん薬物療法との比較研究が乏しいことから、推奨なしとした。

GRADE なし（推奨の強さ：なし、エビデンスの確信性：なし）

緩和ケア

CQ21

在宅療養者に対する在宅緩和ケアは有用か？

推奨文

- 在宅療養するがん患者、心不全患者には、症状緩和、患者満足度、QOL向上、介護者の負担軽減を考慮した場合、在宅緩和ケアを行うことを推奨する。

GRADE 1B（推奨の強さ：強 エビデンスの確信性：中）

エンド・オブ・ライフ

CQ22

在宅療養者に対して医療従事者が提供する
エンド・オブ・ライフケアの意義は？

推奨文

- 在宅療養者に対して医療従事者がエンド・オブ・ライフケアを在宅で提供することにより、在宅で最期を迎える機会が増え、患者の満足度、家族の満足度・QOLが向上する可能性があり、患者家族の希望や状況に合わせて実施することを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：低）

エンド・オブ・ライフ

CQ23

在宅療養者に対するアドバンス・ケア・プランニングの意義は？

推奨文

- アドバンス・ケア・プランニングの実施により、患者本人が希望する在宅療養の継続、在宅看取りに対して尊重される可能性が高く、アドバンス・ケア・プランニングを行うことを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：低）

脱水

CQ24

在宅療養者に対する皮下輸液または経口補水は脱水症、熱中症の
予防ならびに治療に有用か？

推奨文

- 在宅医療において脱水症の症状を認める回復可能な病態にある高齢者に対して、皮下輸液は静脈点滴と同等の効果が期待できるため、脱水症の改善を目的とした皮下輸液を行うことを提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱、エビデンスの確信性：低）

- 経口補水については、在宅療養中の高齢者の脱水症・熱中症を対象としたエビエンスが乏しいために推奨は行わない。しかしながら、この判断は臨床において経口補水を否定するものではない。

GRADE なし（推奨の強さ：なし、エビデンスの確信性：なし）

褥瘡

CQ25

在宅療養者への褥瘡予防と治療に対する在宅サービスの意義は？

推奨文

- 在宅療養者への褥瘡に十分な知識がある医師あるいは訪問看護師を含む多職種介入は、在宅での褥瘡発症予防、治療に効果がある可能性があり、提案する。

GRADE 2C（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：低い）

栄養関連

CQ26

在宅療養者に対する栄養療法は有用か？

推奨文

- 在宅療養者への栄養療法は、体重増加、ADL改善に効果がある可能性があり、栄養療法ならびに栄養士による介入を提案する。

GRADE 2B（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：中）

CGA

CQ27

在宅療養者に対して高齢者総合機能評価(CGA)の実施は有用か？

推奨文

- 在宅療養中の高齢者へのCGAの実施は、基本的ADLの維持効果が期待され、行うことを推奨する。

GRADE 1B（推奨の強さ：強 エビデンスの確信性：中）

介護者関連

CQ28

介護者に対する在宅サービスの意義は？

推奨文

- レスパイトケアは、介護者の満足度、負担軽減に関して効果を有し、行うことを推奨する。
GRADE 1A（推奨の強さ：強 エビデンスの確信性：高）
- 在宅療養者への看護師による介入は、介護者のQOLの改善に効果を有する可能性があり、行うことを提案する。
GRADE 2B（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：中）
- 在宅療養者への訪問ならびに通所リハビリテーションは、介護者の負担を軽減する可能性があり、行うことを提案する。
GRADE 2B（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：中）

包括ケア

CQ29

在宅療養者やその介護者に対する多職種による包括ケアの意義は？

推奨文

- 在宅療養者やその介護者に対する多職種協働によるケアの提供は、在宅療養者の健康関連 QOLの向上と再入院の減少に効果がある可能性があり、行うことを提案する。
GRADE 2B（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：中）
- 在宅療養者やその介護者に対する多職種協働によるケアの提供および多職種介入は、その介護者のQOL向上と介護負担軽減に効果がある可能性があり、行うことを提案する。
GRADE 2B（推奨の強さ：弱 エビデンスの確信性：中）