

在宅高齢者の発熱実態調査：後向きコホート研究

生協浮間診療所／日生協在宅医療フェロシップ東京

横林賢一

東京慈恵会医科大学総合医科学研究センター臨床疫学研究室

松島雅人

【背景】

在宅医療における高齢患者の発熱・感染症は、症状が非典型的、コミュニケーションがとりにくい、高熱などの炎症所見が乏しい、簡単に検査を行える環境にないなどの理由のため診断・治療が困難であるが、在宅高齢患者の発熱・感染症に関する研究は報告されていない。

一方、海外の研究では在宅設定に比較的近いと思われるnursing homeに関する発熱・感染症に関する研究が複数なされている。Nursing homeにおける感染症は、4/1000 patient-daysと報告されており、その内訳として、肺炎・気管支炎などの下気道感染症(1.2/1000 patient-days)、尿路感染症、褥瘡感染などの皮膚・軟部組織感染症が多数を占めると報告されている。抗菌薬に関しては、nursing homeでの抗菌薬使用状況は0.46 antibiotic courses/100 patient-days(3899人のうち、1年間で抗菌薬の治療を受けた人が54%)であり、使用された抗菌薬の中ではβラクタム系抗菌薬が最多(54%)であった。抗菌薬の疾患別の内訳は、全使用抗菌薬のうち、尿路感染症が36%と最も多く(ただし9%の無症候性細菌尿を含む)、皮膚感染症、下気道感染症、上気道感染症がそれぞれ15%程であった。抗菌薬処方時の診断のための診察・検査が記録されているのは44%に留まり、設定された診断基準に合致するものは11%と低値であった。

在宅設定に比較的近いと思われる海外のnursing homeの研究はいくつかあるものの、日本の在宅医療設定における発熱・感染症の研究はこれまでなされていない。よって日本の在宅医療設定における高齢者の発熱の発生率、診断、抗菌薬使用状況、予後を調査することで、在宅医が判断に難渋する発熱・感染症の現状が明らかになり、それらを元に新たな診断・治療の方向性を見出すことができると考えられる。

【目的】

本研究の目的は、在宅医療管理中の高齢患者(65歳以上)が発熱(37.2度以上あるいは通常の体温より1.5度以上上昇した場合)を来たした際の発生率、診断、抗菌薬使用の有無、予後(在宅治癒、入院、死亡)を明らかにすることである。また、生命予後の予測因子として使用されているCCI scoreが発熱発生の予測因子として機能するについても検討した。

【方法】

2008年7月1日～2009年6月30日の期間、生協浮間診療所で在宅管理を行った65歳以上の患者を対象とし、2009年6月30日まで追跡した(後向きコホート研究)。基本となる臨床上の情報収集方法:対象者の診療録を閲覧し、年齢、性別、観察開始日、ADL、認知度、介護度、癌併存の有無、CCI score(併存疾患)につき記録した。アウトカムの調査方法:対象者の診療録を閲覧し、発熱の有無と発生日、診断名、抗菌薬投与の有無と経口・非経口投与の有無、発熱の予後(在宅で治癒、在宅で死亡、入院後治癒、入院後死亡、入院後不明)、死亡の有無および死亡理由につき記録した。

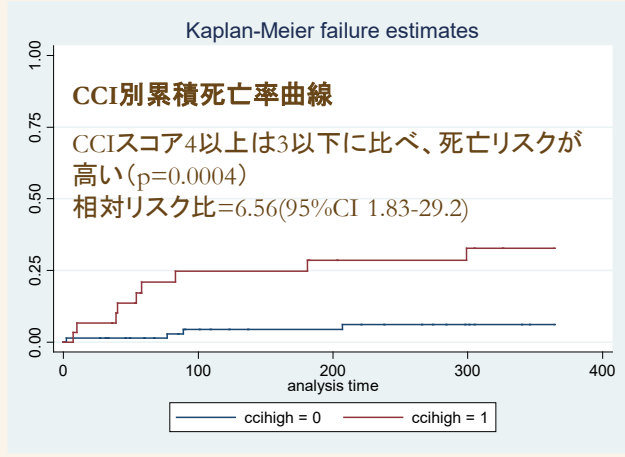
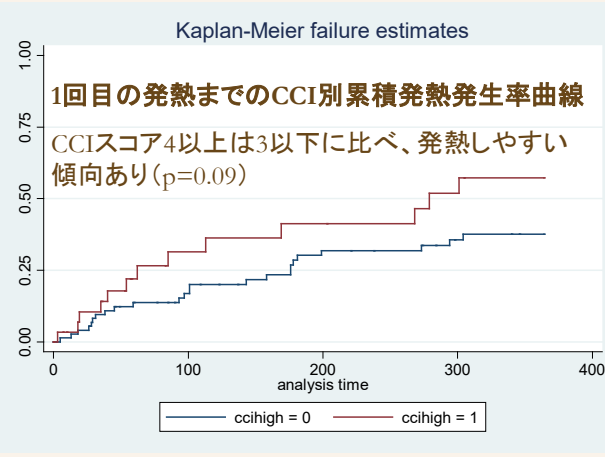
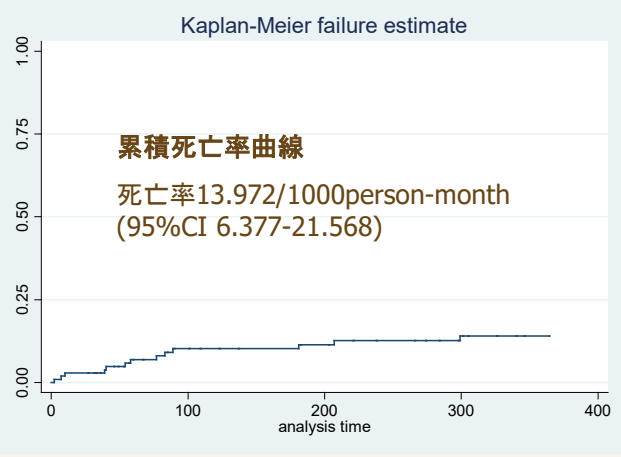
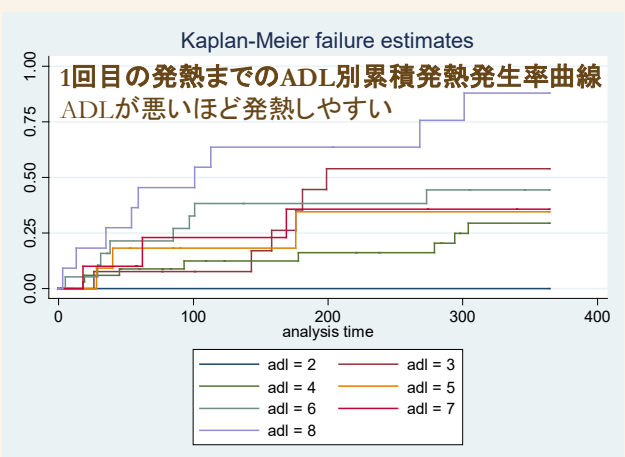
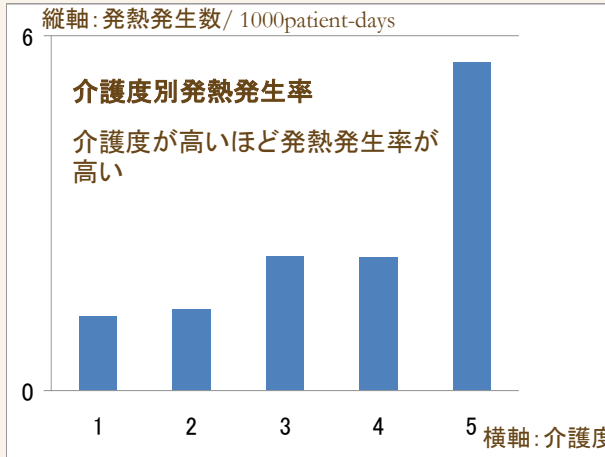
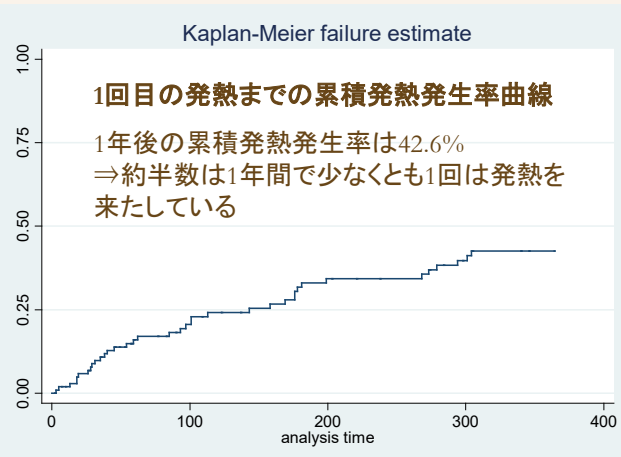
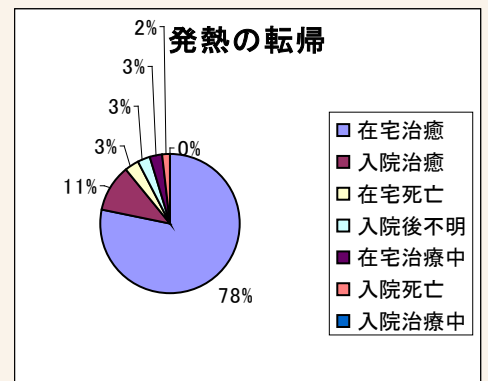
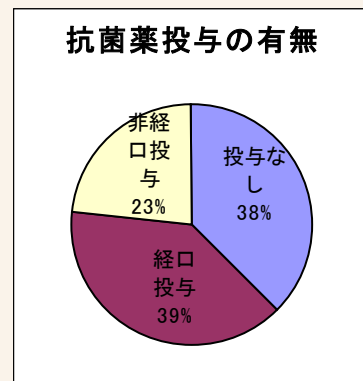
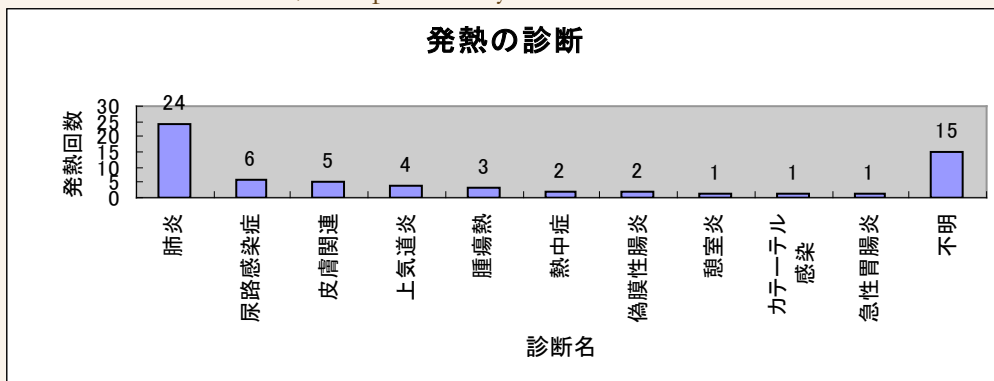
【結果】

・N:105

・総観察人日:27546人日

・観察人日:262.34±134.62(平均値+SD)、364(平均値)

・発熱発生率=2.3233 /1000patient-days (95%CI 1.75-2.89)



【結論・考察】

発熱の原因の上位3疾患は、肺炎、尿路感染症、皮膚軟部組織感染症であった。抗菌薬は発熱発生中、62%で投与されており、転帰に関しては78%が在宅で治癒していた。約半数の在宅高齢者が1年間で少なくとも1回は発熱を来たしていた。介護度、ADL、CCIスコアの数値が高いほど発熱頻度が上昇する傾向にあった。CCIスコアは在宅高齢者の死亡率の推定にも有用であった。今回、発熱に関連する様々な結果を得られたが、1施設のみという偏りや診断の精度が不十分という問題点が挙げられる。現在、5施設で前向きコホート研究を行っており、これらの問題点の解消に加えさらなる発熱・死亡の予測因子の設定が可能になると予測される。