

特別企画

特別企画1・2

特別企画 1

「大規模災害と在宅医療 ～途上の提言とこれからに向けて～」

座長略歴

□ 古屋 聡

山梨市立牧丘病院

山梨県生まれ

1987年 自治医科大学卒

1989年 牧丘町立(当時)牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立(当時)塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

2008年 同院長

外来・入院・在宅診療を行っている。

東日本大震災においては2011/3/16に現地いりし、それ以後気仙沼を中止に活動を展開、気仙沼市立本吉病院の外来、仮設住宅・復興住宅への訪問、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションに関わるサポートを展開してきて、現在にいたる。このたびの熊本大分地震においても、2016/4/18から複数回、現地に赴いて活動している。

□ 石垣 泰則

昭和57年6月 順天堂大学医学部 脳神経内科 入局

平成2年5月 城西神経内科クリニック開業 院長

平成21年5月 コーラルクリニック開院

役職：順天堂大学医学部リハビリ医学講座／神経学講座 講師（非常勤）・日本リハビリテーション医学会 代議員・日本在宅医学会 理事
・日本老年医学会 代議員・日本早期認知症学会 副理事長・全国在宅療養支援診療所連絡会 副会長 他

資格：医学博士・日本神経学会 神経内科専門医・日本リハビリテーション医学会 専門医・日本リウマチ学会 専門医

・日本内科学会 認定内科医・日本在宅医学会 認定専門医・日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医

演者略歴

□ 古屋 聡

山梨市立牧丘病院

山梨県生まれ

1987年 自治医科大学卒

1989年 牧丘町立(当時)牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立(当時)塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

2008年 同院長

外来・入院・在宅診療を行っている。

東日本大震災においては2011/3/16に現地いりし、それ以後気仙沼を中止に活動を展開、気仙沼市立本吉病院の外来、仮設住宅・復興住宅への訪問、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションに関わるサポートを展開してきて、現在にいたる。

このたびの熊本大分地震においても、2016/4/18から複数回、現地に赴いて活動している。

□ 小早川義貴

2004年3月 島根医科大学医学部医学科 卒業

2004年4月 島根県立中央病院 初期臨床研修医

2006年4月 島根県立中央病院 後期臨床研修医(救命救急科)

2009年4月 島根県立中央病院 救命救急科 医長

2011年7月 国立病院機構災害医療センター 臨床研究部

2015年4月 国立病院機構災害医療センター 災害医療企画
運営部 福島復興支援室・DMAT事務局運営室、
臨床研究部 災害復興・復旧研究室

2016年4月 国立病院機構災害医療センター 災害医療部
福島復興支援室・DMAT事務局運営室、
臨床研究部 災害復興・復旧研究室

□ 長 純一

石巻市立病院開成仮診療所長・市包括ケアセンター長

東京生まれ

93年信州大医学部卒業、農村医療の父若月俊一院長(当時)に惹かれ、佐久病院研修医

96年～3年間、健和会(みさと健和・柳原病院)に出向、在宅ケア他に従事

99年～7年間、国保川上村診療所長に派遣され地域包括ケアに取り組む

09年～小海診療所長

12年佐久病院を退職し石巻市へ

石巻仮設住宅自治連合推進会理事

在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク理事

編著：大規模災害時医療(中山書店)

TV：東北発未来塾(NHK)ほか多数

□ 前田 圭介

1998年熊本大学医学部卒

2011年現職 NSTチェアマン

専門は高齢者の栄養障害と摂食嚥下障害

[学会/資格] 日本静脈経腸栄養学会 学術評議員、

日本リハビリテーション栄養研究会 世話人、

日本病態栄養学会 NSTコーディネーター、

日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医、

たまな在宅ネットワーク 事務局長、介護支援専門員

[受賞] 第37回ヨーロッパ臨床栄養代謝学会 ポスター賞

[on line] <http://facebook.com/kskmaeda>

https://www.researchgate.net/profile/Keisuke_Maeda2

SK-1-1

日本在宅医学会 災害関連の取り組み

古屋 聡

山梨市立牧丘病院

東日本大震災において、災害弱者とよばれる要援護者に大きく関わる在宅医療も大きなダメージを受けた。その経験は多岐にわたるものであったが、在宅医学会としても、その経験や知見をすこしでもまとめ、今後の災害に備えるものとして、3年連続のシンポジウムを行い、たとえば在宅医療機関の災害マニュアルや、在宅患者のアクションカード的なものなど、プロダクツを残すことを計画した。

シンポジウムは下記のように施行された。

2013 第15回大会 被災地に学ぶ～医療過疎地域で在宅医療をどう展開するか？

気仙沼、石巻の在宅医療に関わる4先生をお招きし、現地の実際の被災状況や在宅医療に与えたダメージやその経過、今後の展開の可能性について共有した。

2014 第16回大会 大規模災害と在宅医療～東日本大震災後2年の被災地在宅医療について学ぶ～

釜石、気仙沼、石巻の在宅医療に関わる先生がたにお越しいただき、震災前後の在宅医療の状況について伺い、地域包括ケアとの関わりにおいて論議した。

2015 第17回大会 次なる大規模災害にそなえる

震災前後を通じて釜石の在宅医療を担ってきた寺田先生、DMAT本部と福島復興支援室に所属する小早川先生、南海トラフ地震に備える高知医療センターの澤田先生を招き、在宅医療と要援護者をめぐる、今後の地域の体制をどのように作っていくかについて論議した。

このシンポジウムの成果を踏まえ、「災害対策は地域包括ケアそのものである」として、担当理事の古屋は、杉浦記念財団の補助金を得て、自身の活動する山梨県峡東地域において、三本立ての防災研修会を企画（資料供覧）、さらに、前述の在宅医療機関のBCP（事業継続計画）ひな型の作成、在学患者のアクションカードの作成に取り組んでいたところ、このたびの熊本地震が起こった。

熊本地震は、あらためて災害における、在宅医学会としての対応の再検討を促した

つまり、これまでの「在宅医療と防災を地域包括ケアにおける要援護者対策とからめて考える」だけでなく、

0) 大規模災害時、学会内に災害対策本部を設置

（今回の熊本地震では設置された）

1) 災害時在宅医療機関の安否確認と被災状況の把握

2) 被災した在宅医療機関への人的・物的支援の検討

3) 在宅患者・潜在的在宅患者をふくむ要援護者への直接サポート

などのミッションを検討していくことが求められた。本大会での災害企画においては、これまでの経緯を踏まえながらも、今回の熊本地震で、在宅医療に関してどのような支援活動がなされたかの報告を受けつつ、在宅医学会として、今後の災害への備えをどのように行っていくかを、あらためて論議する場としたい。

SK-1-2

平成28年熊本地震における災害医療センターの活動

小早川義貴

国立病院機構災害医療センター 福島復興支援室

平成28年4月14日から連続して発生している平成28年熊本地震では、全国からのDMAT (Disaster Medical Assistance Team) が熊本県に参集し、東日本大震災以降、一番規模の大きいオペレーションとなった。国立病院機構災害医療センター（東京都立川市。以後、災害医療センター）は国立病院機構大阪医療センターとともに厚生労働省DMAT事務局としての機能があり、災害医療センターに本部を立ち上げ対応するとともに、熊本県庁（熊本市）に設置された災害医療調整本部へ人員を派遣し、県職員や熊本県災害医療コーディネーターを支援し、病院避難等の被災地域の医療ニーズ把握とDMAT派遣調整を行った。

被災地では地元DMATや医師会、日本赤十字社等が発災直後から活動を行っているが、もっとも早く支援に入るDMAT活動がひと段落する頃、全国からは全国知事会派遣調整による自治体救護班、日本医師会災害医療チーム(JMAT)や日本赤十字社救護班、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)等、様々な救護班が参集する。逆にいえば、全国から様々な救護班が参集し活動するまではDMATは活動を継続する必要がある。災害医療調整本部ではDMATに引き続き、これらの救護班の派遣調整も実施した。熊本県で活動する救護班は熊本県庁で登録をし、その上で二次保健医療圏に派遣され活動を行った。

二次保健医療圏では、多くの救護班が参集することとなるため、災害拠点病院や保健所では地域災害医療本部を設置し、地域の医療ニーズを整理し、救護班の派遣調整を行う必要がある。この業務もなかなか負担は大きく、日本集団災害医学会では災害医療コーディネートサポートチームを組織し、これらの業務を支援した。

益城町では避難所の過密化やテント避難、車中泊の問題から避難所対策チームが設置され、災害医療センターからも要員を派遣した。6月末の段階でまだ活動を継続しているが、保健医療福祉の連携を通じ、住民の安全・安心確保を図るため引き続き要員の派遣を行う予定である。

本発表では平成28年熊本地震における災害医療センターの活動を振り返りながら、特に座長から要望のあった本部活動に焦点を当て、発表する予定である。

SK-1-3

災害時医療と地域包括ケア

長 純一

石巻市立病院開成仮診療所長・石巻市包括ケアセンター長

1. 熊本 行政と専門職支援を目指して

熊本にはGW前後に11日間滞在した。被災地復興の経験や地元精通する知人の紹介などのおかげで、被災者支援に関わる特に地元の方々、医師会長・県・被災各町村・町村会・社協・地域包括支援センター・福祉関係者など、その中でも多くの要職の方々からお話を伺った。超多忙で大混乱する中で貴重な時間をいただき、各所の混乱状況を把握し、僭越ながら混乱を軽減するためと、先々問題になることを少しでも意識したほうがよいと思われることなどいくつかをアドバイスさせていただいた。

また被災地の診療圏であり強力な援軍となると思われる熊本市内の在宅医と出会い、共に行動し要職に会える立場と地元精通する者が情報交換・紹介しあうことで、人や情報をつなぐことを行った。

今後も熊本の医師と連携しながら被災者支援を行う行政や保健師、医師などの支援として、被災後を知る立場と人や情報をつなぐことを中心に、継続して長期的に関わらせていただければと考えている。

2. 石巻 被災地での地域包括ケア

演者は、阪神淡路大震災後から仮設住宅終焉に至る支援に関わった経験や、災害時福祉を学んでいたこと、長らく佐久・川上村で地域包括ケア他の活動を行ってきたことを生かすべく、東日本大震災後約一年で、最大被災地石巻の1882戸の巨大仮設住宅内で診療所を開設してもらい活動してきた。短期的な被災者支援ではなく、被災地復興の中で超高齢社会における健康問題を強く意識した被災者支援・復興政策が重要であり、行政に関わることが何より重要と考え、以下を開設時の活動目標とした。

当面の課題と取り組み

1. 仮設住宅のPC：内科標榜だがメンタルケアに取り組む
2. 市という立場を生かした多職種協働を進め、仮設住宅でのPHCと介護予防を強化
3. 仮設内のボランティア・住民自治などと連携し、コミュニティづくりを支援
4. 急増する訪問診療・訪問看護などの強化（開設前より在宅医療連携拠点事業受託）

将来に向けて

1. 被災者支援のみならず、市全体の地域包括ケア体制構築を目指す
2. 医療・保健・介護・福祉を超高齢社会を支える点のみでなく、雇用など地域活性化の基盤となることを提起（その後の地方創成に重なる）
3. 被災地の地域包括ケアの構築に寄与できる、在宅医療を含むPC医の育成拠点をめざし、将来石巻に限らず東北の復興に寄与できる人材を養成・派遣する機能を目指す

演者が提起した「被災地における地域包括ケア」は市の最重要政策と位置付けられ、復興庁「新しい東北」、内閣府の中心市街地活性化、地方創成の地域再生事業など国のモデルに選ばれ、その推進のため包括ケアセンターが新設された。

SK-1-4

食べる支援でケア空白期間に介入した熊本地震摂食サポート

前田圭介

玉名地域保健医療センター 摂食嚥下栄養療法科

本年4月14日から一連の熊本地震が発震し、熊本空港がある益城町を中心とした周辺地区に甚大な被害が及びました。私たちは全国の有志の支援により被災地区避難所で早期「食べる支援」活動を行いました。本発表では私自身の被災体験、熊本地震摂食サポートの活動を示し、現場で感じた課題、「食べる支援」チームの必要性について述べます。

熊本地震摂食サポートの活動

口腔ケア、摂食支援、姿勢調整、活動量確保、食形態調整、水分ゼリー・栄養補助ドリンク類の直接手渡し、医療班・避難所運営者・担当保健師・担当栄養士との情報交換・調整、自衛隊食料班とのお粥炊き出し調整
関わりをもった避難所：益城町6、大津町2、西原村3、南阿蘇村5、熊本市13。物資支援：（手渡し）水分ゼリー1,728本以上、栄養補助ドリンク類1,248本以上、口腔衛生材料多数、介護食多数

災害時栄養サポートチーム（D-NST）の必要性

1. 災害早期の食べる支援は急性期病院のNSTに似ています。避難者は急性ストレス、摂食量不足、活動量低下の状況です。
2. 生活期のNSTに似ています。もともと少なからず介護や他者からの支援が必要だった人は、突然ケアが中断してしまっていますので生活者として必要な食べる支援が有効です。
3. フレイル、サルコペニア高齢者の摂食嚥下リハに似ています。栄養、身体機能ケア、口腔ケアなど多面的で包括的な評価と支援が求められます。口腔不衛生、低栄養や低ADLは続発症発生リスクです。

NSTが早期介入でその真骨頂を発揮するように、D-NSTも可能な限り早期に、可能な限り包括的に支援するチームであるほうが良いと感じています。特に災害早期は避難所内が混乱していて、災害弱者のニーズは拾い上げられにくく、ケアが必要な人に目が向かない状況にあります。D-NSTが届けるケアの多くはスペシャルニーズです。スペシャルニーズへのケアは、直接対象者に手を加える、手渡しする等の方法でないと災害早期には届かないということも実感しました。フロアレベルで活躍する多職種が必要で、患者待ちブース設置では決して力を発揮できません。医療/介護/福祉と幅広い視点を持つプライマリケア医がチームリーダーとして適している可能性があります。

特別企画 2

共同企画：一般社団法人日本老年医学会

「在宅医療における生活習慣病ならびに疾病管理基準
－ガイドラインとの整合性と抱えている課題」

座長略歴

□ 葛谷 雅文

平成元年 名古屋大学大学院医学研究科（内科系老年医学）卒業
 平成3年 米国立老化研究所 研究員
 平成8年 名古屋大学医学部附属病院（老年科）助手
 平成11年 同上 講師
 平成19年4月 名古屋大学大学院医学系研究科 老年科学分野 准教授
 平成23年4月より現職
 名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学講座（老年内科）教授
 専門分野：老年医学、地域在宅医療、栄養・代謝、サルコペニア・フレイル、動脈硬化、認知症

□ 飯島 勝矢

東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
 医学博士
 東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、2011年から東京大学高齢社会総合研究機構准教授、現在に至る。2015年秋から「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。専門は老年医学、老年学（ジェロントロジー：総合老年学）、特に①千葉県柏市をフィールドとする課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり、②フレイル（虚弱）予防～介護予防の臨床研究、③在宅医療に関する推進活動と臨床研究、およびその大学卒前教育や多職種連携教育。

演者略歴

□ 飯島 勝矢

東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授
 医学博士
 東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、2011年から東京大学高齢社会総合研究機構准教授、現在に至る。2015年秋から「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。専門は老年医学、老年学（ジェロントロジー：総合老年学）、特に①千葉県柏市をフィールドとする課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり、②フレイル（虚弱）予防～介護予防の臨床研究、③在宅医療に関する推進活動と臨床研究、およびその大学卒前教育や多職種連携教育。

□ 梅垣 宏行

1990年 名古屋大学医学部卒業
 1990-1993年 市立四日市病院
 1995-1997年 米国立衛生研究所、老化研究所
 1998年 名古屋大学医学部大学院卒業、医学博士取得
 2002年 名古屋大学附属病院老年科助手
 2007年 同 助教
 2012年10月 同 講師

□ 荒井 秀典

昭和59年京都大学医学部卒業、平成3年京都大学医学部大学院医学研究科博士課程修了、平成3年京都大学医学部老年科助手、平成5年～9年カリフォルニア大学サンフランシスコ校研究員、平成9年京都大学医学部老年内科助手、平成15年同講師、平成21年より京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授、平成27年1月より国立長寿医療研究センター副院長、平成27年4月国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター長兼務、日本老年医学会 副理事長、日本動脈硬化学会 理事、日本循環器学会 幹事、日本病態栄養学会 評議員、日本臨床分子医学学会 評議員、日本サルコペニア・フレイル研究会世話人代表

□ 冲永 壮治

1986年 東北大学医学部卒業
 1992年 東北大学大学院医学研究科内科学系修了
 東北大学附属病院老人科入局
 1998年 米国ハーバード大学医学部小児病院留学
 2003年 東北大学病院老年・呼吸器内科院内講師
 2005年 公立気仙沼総合病院／気仙沼市立病院
 2011年 東北大学病院老年科准教授
 2016年 東北大学加齢医学研究所老年医学分野准教授
 所属学会、資格：
 日本在宅医学会、日本内科学会（認定内科医）、日本老年医学会（専門医）、日本呼吸器学会（専門医）、日本認知症学会、日本肺癌学会、インフェクションコントロールドクター、肺癌CT検診認定医師

SK-2-1

フレイルおよび在宅療養患者における 血圧管理：何を目安にすれば良いのか

飯島勝矢

東京大学 高齢社会総合研究機構

我が国は超高齢化を目前にして後期高齢者が倍増し、同時にフレイル（虚弱）や認知症を持ち合せる高齢者も激増する。その中で我が国の医療政策が問い直されており、幅広い視点から医療・介護提供体制を大きく進化させていく時期に来ている。従来の「治す医療」から『治し支える医療』を目指すなか、その象徴的存在の在宅医療において、生活の質を重視した形での管理が求められている。フレイルの程度が強い在宅療養患者においても、生活習慣病の中で特に血圧管理に関しては、目標設定（管理目標値）という視点では地域の自立高齢者とは全く同じにならないであろうと医療関係者は思っているが、十分なエビデンスを基盤とするガイドラインも存在しない現状がある。また、過剰な血圧変動（日間変動、日内変動、等）に対してその管理の難しさや過降圧による臓器血流低下も危惧する等、日々実感しやすい。既存のエビデンスから見直すと、特に後期高齢者を視野に入れ、高齢者における降圧効果を検討した幾つかの大規模試験（SHEP試験やHYVET試験等）から、降圧による臓器保護作用や死亡率の改善が示されている。さらに、高齢者の身体機能に着目したものとして、米国Oddenらは6メートル歩行テストによって測定される歩行速度で高齢者を層別化し、血圧と死亡の関係を調べた。その結果、歩行速度が速い高齢者では高血圧は死亡リスク上昇をもたらすが、歩行速度が遅い高齢者では死亡リスクの上昇は見られず、歩行を完遂できないようなフレイルの程度が強い高齢者においては、高血圧が反対に死亡リスク低下に関係していることが明らかになった。それを踏まえ、わが国のJSH2014でも後期高齢者では目標を150/90mmHgに設定することに加え、転倒・骨折、脱水、生活環境変化などを持ち合せるフレイルの強い患者層に対しても、個別判断を重ね合わせた適切な服薬管理や減薬にも言及している。在宅療養患者を「病人である前に『生活者』である」という理念の下に、住み慣れた街や地域全体で支えていくという地域完結型の医療への進化が求められるなか、生活の質と尊厳を重視した形での全人的・包括的な管理を全職種によるチーム医療で達成したい。

SK-2-2

在宅医療における糖尿病管理

梅垣宏行

名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学

糖尿病は、高齢になるとその発症が増加し、年齢とともに糖尿病状態のものが多くなる。近年、わが国においては、人口の高齢化にともなって、高齢者の糖尿病が増加している。また、糖尿病患者全体の平均年齢も上昇し、糖尿病患者全体が高齢化しているといえる。高齢期の糖尿病患者は、その病歴の長さ、代謝異常の程度、合併・併存疾患、身体・精神心理機能において、バラエティに富むため、個々人の状態を適切に把握したうえで、それに合わせた糖尿病の治療が提供されるべきであろう。

現在の糖尿病治療のガイドラインにおける糖尿病の血糖管理目標値は、主に腎症、網膜症、神経障害などの最小血管障害合併症の発症予防のエビデンスから定められている。しかしながら、高齢の糖尿病患者では、高齢者に特有な、認知機能障害サルコペニア・フレイルといった合併症は問題となってくるものが多く、これらの病態の進展予防などのための血糖コントロール目標値については、未だデータが不足しているといわざるを得ない。

在宅医療の現場では、より高齢で、多くの合併症をもち、生命予後も限定的な患者が多く、こうした患者の治療においては、合併症の発症・進展予防よりもQOLの維持向上をより重視すべき状況も多いであろう。

認知症やフレイルは重症低血糖の危険因子であり、過度に治療を強化した場合には、低血糖を引き起こすことがありうる。多くの合併疾患をもち、多剤併用の状態で、さらには腎臓をはじめとする臓器障害が進行している患者で、摂食量も容易に低下しやすいフレイルなものや、認知機能障害がある高齢糖尿病患者の血糖管理目標については、今後さらにデータの集積が求められる。

SK-2-3

在宅療養患者における脂質異常症管理

荒井秀典

国立長寿医療研究センター

脂質異常症の治療目的は、主として動脈硬化性疾患の1次予防、2次予防である。在宅での療養を受けている人の多くは、ADLが低下した高齢者ではないかと思われるが、そういった集団を対象とした臨床試験はほとんど行われておらず、脂質異常症治療のエビデンスは乏しい。現在のガイドラインでは、前期高齢者は1次予防、2次予防ともにリスクの重みに応じて、生活習慣の改善及び脂質低下薬（主としてスタチン）を用いた薬物治療が推奨されている。一方、後期高齢者においても2次予防に対する薬物治療は推奨されているが、1次予防においてはエビデンスが乏しく、主治医の裁量に任されている。これらの治療対象者は一般的には外来通院可能な患者が想定されているため、在宅療養中の患者に対する脂質異常症治療をどうするかについてのコンセンサスは少ない。したがって、主治医の裁量に任されるということになろう。在宅療養者においてはADLが低下し、認知症を合併したり、重篤な臓器不全の合併をしたりして、長期的な予後が期待できない場合には積極的な脂質異常症への介入は必要ないであろう。ADLが比較的保たれており、十分な余命もある場合には後期高齢者における対応と同様な方針で臨めばよいのではないかと思われる。栄養については、栄養不良にならないよう、サルコペニアなどが進行しないよう、十分な摂取カロリーの確保とたんぱく質の確保が重要であろう。

SK-2-4

生活習慣病としての肺炎

沖永壯治

東北大学加齢医学研究所 老年医学分野

I. 生活習慣病と肺炎：その因果関係

肺炎は高齢者の病気であり、少なくとも半数以上は嚥下性肺炎と言われている。この誤嚥の下地となるものの多くが生活習慣と関連が深い。誤嚥の重要な原因として大脳基底核のラクナ梗塞があるが、その原因として動脈硬化があり、さらにその原因として高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙といった生活習慣に関連が深い項目が並ぶ。2011年に死亡原因として肺炎が脳血管障害を抜いて3位となったことは、無症候性脳梗塞などの死に至らない脳梗塞の予後因子として肺炎が待ち構えている可能性を示唆している。喫煙習慣はさらにCOPDを発症させ、その増悪の原因で最も重要なものは肺炎である。骨粗鬆症も因果関係が深く、椎体圧迫骨折で円背となると胃食道逆流が生じて不顕性誤嚥の原因となり、また大腿骨頸部骨折などの術後回復期に肺炎がしばしば合併し、また骨折後にADLの低下を伴うと肺炎リスクは高まる。サルコペニアも誤嚥リスクを高め肺炎発症頻度を上げる。心不全、CKDなども肺炎のリスクであるが、いずれも生活習慣とのかかわりは深い。

II. 在宅医療と肺炎診療：ガイドラインとの整合性

現在肺炎関連のガイドラインとしては3種、「成人市中肺炎（CAP）ガイドライン」、「成人院内肺炎（HAP）ガイドライン」、「医療介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン」が存在し、加えて「嚥下性肺疾患の診断と治療[改訂版]」がある。在宅医療で遭遇する肺炎と最も関わりが深いものはそのうちのNHCAPと思われる。NHCAPはCAPとHAPの中間的な存在ではなく、臓器機能が低下した高齢者の特徴的な肺炎を意味し、このため在宅発症の肺炎の殆どが該当する。しかしながら上記ガイドライン・指針は在宅医療に視点を置いて作成されたものではない。それらの根拠となっているエビデンスに関しては、対象となった肺炎患者は主に在宅発症や施設発症ではあるものの、そのデータは施設や収容された病院からの集計であり、在宅で治療された患者の情報は殆ど加味されていない。ガイドライン・指針の作成は一般的に学会主導であり、肺炎関連ガイドラインも呼吸器病学と感染症学の立場からエビデンスを基にまとめたものである。したがって在宅医師・看護師、歯科医師・歯科衛生士、薬剤師、介護福祉士、リハビリテーション職種、介護支援専門員、保健師、MSWなどの意見が入りづらくなっている。尤も、多くの職種が関わる在宅医療において、多種多様な意見をまとめてガイドライン化することは難しく、またわが国の在宅医療に関するデータの蓄積も十分ではない。在宅での肺炎診療と現在のガイドライン・指針の整合性を問われれば否ではあるものの、NHCAPガイドラインはわが国の医療・介護のシステムを考慮されたものであり、そのコンテンツを在宅診療に“外挿”することは診断・治療に対する一定のvalidityになりえると考えている。