



日本医師会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和 2 年度応用研修会

公益社団法人 日本医師会

「日医かかりつけ医機能研修制度」に関するご案内

「日医かかりつけ医機能研修制度」は3年を1区切りとしており、2019年度から2021年度（第2期）の応用研修講義項目は下記のとおり予定しております。

	2019年度	2020年度	2021年度
1. 専門医共通講習	(1)かかりつけ医の感染対策	(2)かかりつけ医の倫理	(3)かかりつけ医の質・医療安全
2. 専門外も含めた幅広い知識	(1)かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実践	(2)かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	(3)メタボリックシンドロームからフレイルまで
3. 地域での連携	(1)医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築	(2)在宅医療、多職種連携	(3)地域医療連携と医療・介護連携
4. 社会的機能を発揮するためのスキル	(1)かかりつけ医の社会的処方	(2)かかりつけ医に必要なリーダースキップ、マネジメント、コミュニケーションスキル	(3)地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割
5. 高齢者特有の問題や認知症の知識	(1)終末期医療、褥瘡と排泄	(2)認知症、ポリファーマシーと適正処方	(3)リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
6. 症例検討	(1)多疾患合併症例	(2)在宅リハビリテーション症例	(3)地域連携症例

本研修制度は、「基本研修」、「応用研修」、「実地研修」の3つの研修から構成しています。各研修の修了要件は下記のとおりです。3年間で全ての修了要件を満たした医師には、都道府県医師会より修了証書または認定証が交付されます。

「基本研修」・・・日医生涯教育認定証を取得すること。

「応用研修」・・・規定の座学研修を受講し10単位以上を取得すること。

「実地研修」・・・地域における規定の活動を2つ以上実施すること。

詳細につきましては、日本医師会ホームページ内「かかりつけ医機能研修制度」(<http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>)をご参照ください。

contents

目次

1 かかりつけ医の倫理 1-1~1-19

中京大学 法務総合教育研究機構 専任教授 稲葉一人

医療法人社団 つくし会 理事長 新田國夫

2 かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応 2-1~2-16

吉村小児科 院長 内海裕美

3 在宅医療、多職種連携 3-1~3-16

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長 大橋博樹

4 かかりつけ医に必要なリーダーシップ、 マネジメント、コミュニケーションスキル 4-1~4-20

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 前野哲博

5 認知症、ポリファーマシーと適正処方 5-1~5-18

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 栗田圭一

東京大学医学部附属病院 老年病科 講師 小島太郎

6 在宅リハビリテーション症例 6-1~6-17

医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長 齊藤正身

おことわり

- ・本資料に記されている医薬品名については、内容の伝わり易さを考慮し、一般名や商品名での表示が混在している場合がございます。
- ・本資料では、図（スライド）の印刷が不鮮明な部分がございます。日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/doctor/kakari/kakarieizou/> にて資料等を掲載いたします。ご活用ください。

1. 「かかりつけ医の倫理」

中京大学 法務総合教育研究機構 専任教授 いなば かずと
稲葉 一人

日本臨床倫理学会（理事）、熊本大学大学院（客員教授）、久留米大学医学部（客員教授）、
三重大学医学部（客員教授）、藤田医科大学医学部（客員教授）、群馬県病院局顧問

【略歴】 司法試験合格後、東京地方裁判所判事補、大阪地方裁判所判事等、法務省訟務局付検事等を歴任。また、
米国連邦最高裁判所連邦司法センター客員研究員、京都大学大学院医学研究科修士・博士課程後期を経て、
2008年より中京大学法科大学院（現：法務総合教育研究機構）教授に就任、現在に至る。

【研究・社会活動】 平成21年厚労科（指定）研「医療事故に関わった医療従事者の支援に関する研究」、平成24
年厚労科（特別）研「医療対話仲介者（仮称）の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究」（研究代表者）、
平成29年・平成30年度老人保健健康増進等事業「日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるようにするための意思決定支
援のあり方に関する研究事業」（研究代表者）、その他多数。
厚生労働省医政局、健康局、老健局等の委員・委員長、その他、国、地方公共団体、大学、
病院の倫理・監査・外部委員・委員長、その他多数。

【学会】 日本私法学会、日本民事訴訟法学会、日本法社会学会、日本生命倫理学会（理事・評議員）、日本家族性
腫瘍学会、日本医学哲学・倫理学会（評議員）、日本インドネシア法律家協会（理事）、モンゴル日本法
律家調停人協会（事務局長）
海外のJICA法整備支援（JICAインドネシア、モンゴル、ネパール、バングラデシュ等）専門家。

医療法人社団 つくし会 理事長 にした くにお
新田 國夫

全国在宅療養支援診療所連絡会（会長）、日本臨床倫理学会（理事長）

【略歴】 早稲田大学第一商学部卒業、帝京大学医学部卒業、帝京大学病院 等を経て、1990年 新田クリニック開
設（在宅医療を開始）、1992年 医療法人社団つくし会設立（理事長）、現在に至る。

【所属・資格等】 福祉フォーラム・東北（会長）、福祉フォーラム・ジャパン（副会長）、日本在宅ケアアライア
ンス（議長）、医学博士

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 1. 専門医共通講習 (2) かかりつけ医の倫理

【目 標】

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは何か、それを実現することが「かかりつけ医の倫理」の中核である。IC（インフォームド・コンセント）と、その基礎の自己決定権・自律の原則、在宅におけるACPの基本的なルールを確認する。更に、臨床倫理問題が、医療機関だけではなく、施設・在宅、その連携の中（地域包括ケアシステム）で起こることを確認し、かかりつけ医が関わって行う「ひと手間かけた倫理カンファレンス」を実施するための基本的な考え方（「気づき」「4原則」「4分割法」）を学び、意思決定支援のガイドラインの理解をする。医学的な対象としての患者像から、主体性のある社会的存在としての患者像に、そして生活を基盤とした患者像への変容の中でかかりつけ医の役割を考える。

【キーワード】

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)、自己決定・自律の原則、倫理カンファレンス、臨床倫理の4原則・4分割法

はじめに

前半は、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）は、患者の意思決定支援と密接に関連し、自己決定権や倫理の原則である「患者の自律の尊重」と関係することを学ぶ。ACPとは何か、それを実現することが「かかりつけ医の倫理」の中核であることを確認する。ここでは、インフォームド・コンセントと、その基礎にある自己決定権・自律の原則、在宅における意思決定、すなわち、在宅におけるACPの基本的なルールを確認する。

後半は、臨床倫理問題が、医療機関の中だけにあるのではなく、施設・在宅にも、そして、医療機関と施設・在宅の連携（地域包括ケアシステム）の中で起こることを確認した上で、かかりつけ医が関わって行う「ひと手間かけた倫理カンファレンス」を実施するための基本的な考え方（これには、「気づき」「4原則」「4分割法」といったツールが含まれる）を学ぶ。それにより意思決定支援のガイドラインの理解をし、医学的な対象としての患者像から、主体性のある社会的存在としての患者像に、その上で、生活を基盤とした患者像への変容の中でかかりつけ医の役割を考える。

在宅におけるACP

(図1) 図は、本講義における前半部分の目標（要約）である。

インフォームド・コンセントと、その基礎にある自己決定権・自律の原則を説明し、在宅における意思決

図1

在宅におけるACP

- ① **ACP**で重要なのは、患者・家族に情報が提供され、理解されること。
- ② 医学・医療的な決定における情報提供は、通常**医師**が行う。
- ③ 情報を提供し、情報を理解し、決めていく過程を共に伴走することを、**SDM**(Shared decision making、共同意思決定)と呼ぶ。
→ 必要なのは、**インフォームド・コンセント**
→ インフォームド・コンセントの基礎には、**自己決定権**(倫理的には**自律の原則**)がある

図1

定、すなわち、在宅におけるACPの基本的なルールを確認する。

(図2)「患者の権利に関するWMAリスボン宣言(日本医師会記)」から分かるように、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有することを前提として、患者は自分自身の決定を行う上で必要とされる情報を得る権利を有する。つまり、医療者から言えば、インフォームド・コンセントをすべき(法的には説明義務となる)ということになる。

(図3)次に法的な自己決定権であるが、一般に図で述べたように、憲法に基礎を置く(前文の趣旨、11条、13条等)と考えられる。

自己決定権は、法的な価値に序列があるとすると、憲法に用いる保障であり、より高い地位に位置すると考えられる。

図2

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

(日本医師会記)

3. 自己決定の権利
 - a. 患者は、**自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利**を有する。医師は、患者に対して**その決定のもたらす結果を知らせるもの**とする。
 - b. 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きもない治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は**自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利**を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解すべきである。
 - c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

図2

図3

自己決定権の法的基礎

(通説)

- 憲法13条
「**すべて国民は個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする**」
を自己決定権の根拠規定と考える
- 前段の「個人の尊重」が、ドイツ基本法1条1項の「人間の尊厳」条項とほぼ同趣旨であり、個人の尊重(個人主義)ないし人格の尊厳(人格主義)という一定の原理を規定し、後段の**幸福追求権**は、前段の原理と結びついて、人間の人格的自律にとって不可欠な重要事項に関する自己決定の包括的権利を具体的な法的権利として規定する(**人格的利益説**)

図3

(図4) このような自己決定権を前提として作成された、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月最終改訂）」を示す。

ここでは、本人の意思の確認、それが不可能な場合は、本人の推定的意思が尊重されている。

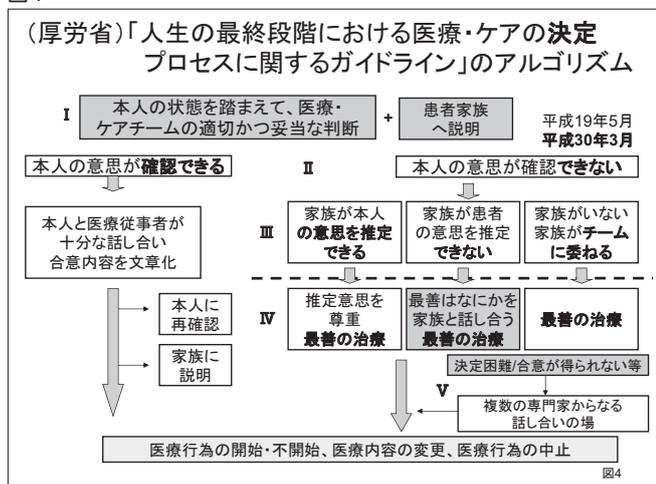
このガイドラインが、自己決定を、そして、「本人の推定的意思」を尊重した背景には、次の最高裁判所判決があるので引用しておく。

川崎協同病院事件上告審・最高裁判所平成21年12月7日判決

「被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての確かな判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。

そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。」

図4



以下は、事実関係について、最高裁が適切にまとめたものである。

- (1) 患者A（当時58歳）は、平成10年11月2日、仕事帰りの自動車内で気管支ぜん息の重積発作を起こし、午後7時ころ、心肺停止状態でB病院に運び込まれた。救命措置により心肺は蘇生したが、意識は戻らず、人工呼吸器が装着されたまま、集中治療室（ICU）で治療を受け、心肺停止時の低酸素血症により、大脳機能のみならず脳幹機能にも重い後遺症が残り、死亡する同月16日までこん睡状態が続いた。
- (2) Cは、B病院の医師で呼吸器内科部長であったが、11月4日からAの治療の指揮を執った。血圧、心拍等は安定していたが、気道は炎症を起こし、喀痰からは黄色ブドウ球菌、腸球菌が検出された。Cは、同日、Aの妻や子らと会い、病院搬送に至る経緯について説明を受け、その際、Aの意識の回復は難しく植物状態となる可能性が高いことなど、その病状を説明した。
- (3) その後、Aに自発呼吸が見られたため、11月6日、人工呼吸器が取り外されたが、舌根沈下を防止し、痰を吸引するために、気管内チューブは残された。同月8日、Aの四肢に拘縮傾向が見られるようになり、Cは、脳の回復は期待できないと判断するとともに、Aの妻や子らに病状を説明し、呼吸状態が悪化した場合にも再び人工呼吸器を付けることはしない旨同人らの了解を得るとともに、気管内チューブについては、これを抜管すると窒息の危険性があることからすぐには抜けないことなどを告げた。
- (4) Cは、11月11日、Aの気管内チューブが交換時期であったこともあり、抜管してそのままの状態にできないかと考え、Aの妻が同席するなか、これを抜管してみたが、すぐにAの呼吸が低下したので、「管が抜けるような状態ではありませんでした。」などと言って、新しいチューブを再挿管した。
- (5) Cは、11月12日、AをICUから一般病棟である南2階病棟の個室へ移し、看護師に酸素供給量と輸液量を減らすよう指示し、急変時に心肺蘇生措置を行わない方針を伝えた。Cは、同月13日、Aが一般病棟に移ったことなどを妻らに説明するとともに、同人に対し、一般病棟に移ると急変する

危険性が増すことを説明した上で、急変時に心肺蘇生措置を行わないことなどを確認した。

- (6) Aは、細菌感染症に敗血症を合併した状態であったが、Aが気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までには、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されていない。また、A自身の終末期における治療の受け方についての考え方は明らかではない。
- (7) 11月16日の午後、Cは、Aの妻と面会したところ、同人から、「みんなで考えたことなので抜管してほしい。今日の夜に集まるので今日お願いします。」などと言われて、抜管を決意した。同日午後5時30分ころ、Aの妻や子、孫らが本件病室に集まり、午後6時ころ、Cが准看護師と共に病室に入った。Cは、家族が集まっていることを確認し、Aの回復をあきらめた家族からの要請に基づき、Aが死亡することを認識しながら、気道確保のために鼻から気管内に挿入されていたチューブを抜き取るとともに、呼吸確保の措置も採らなかった。
- (8) ところが、予期に反して、Aが身体をのけぞらせるなどして苦もん様呼吸を始めたため、Cは、鎮静剤のセルシンやドルミカムを静脈注射するなどしたが、これを鎮めることができなかった。そこで、Cは、同僚医師に助言を求め、その示唆に基づいて筋弛緩剤であるミオブロックをICUのナースステーションから入手した上、同日午後7時ころ、准看護師に指示してAに対しミオブロック3アンプルを静脈注射の方法により投与した。Aの呼吸は、午後7時3分ころに停止し、午後7時11分ころに心臓が停止した。

図5

(厚労省) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としううえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

図5

(図5) このガイドラインには、本文と解説があり、本文には図に記載したような表現がある。

このガイドライン本文からは、本人の自己決定が中心ルールとして採用され、そのためには、医師の説明が大事であり、本人の意思は変わりうること、支援は繰り返し行われること、家族を含めて話し合いを行うことなどの基本ルールや性質が確認されている。

なお、本ガイドラインの解説編には、ガイドラインの作成の経緯や、基本的考え方が記載されている。

(図6) 更に、厚生労働省は、平成30年6月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」を発出している。

このガイドラインでは、

- ① 本人の意思をしっかりと尊重すること
- ② 本人のレベルに応じた意思決定能力に配慮した適切な支援の提供
- ③ 可能な限り早期から継続する支援を提供し、本人自らが意思決定できる体制を作る

図6

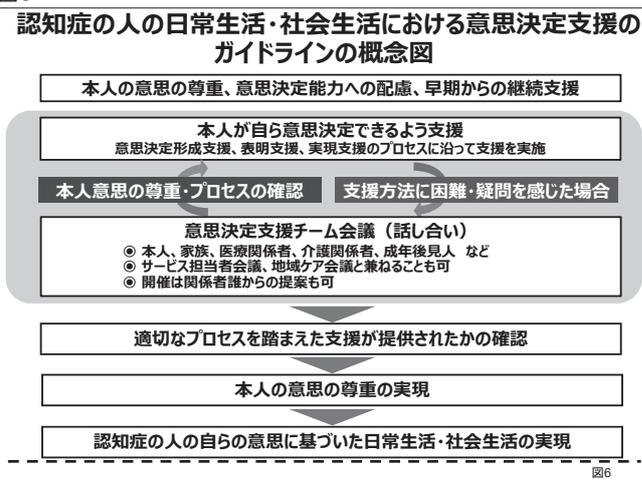


図7

(厚労省) 平成30年6月「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」

○ 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。

<脚注iv> 本ガイドラインは、認知症の人の意思決定支援をすることの重要性にかんがみ、その際の基本的考え方を示すもので、本人の意思決定能力が欠けている場合の、いわゆる「代理代行決定」のルールを示すものではない。本ガイドラインは、本人の意思決定支援のプロセスは、代理代行決定のプロセスとは異なるということを中心的な考えとして採用している。

○ 意思決定支援は、本人の意思（意向・好みあるいは好み）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選択、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選択を確認し、それを尊重することから始まる。

○ 本人が自ら意思決定できる早期（認知症の軽度）の段階で、今後、本人の生活がどのようにしていくかを見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。

図7

- ④ 支援を行うにはチームで動くことが重要であり、どのような動きをするのかをグループで検討する

などが細かく書かれている。

(図7) ACPを考えるにあたり、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」の中から、重要な点で、ともすると間違いそうになる点を引用した。

(図8) これらを見ると、私たち、特に医療者は、本当に患者の自己決定を尊重する、それはとりもなおさず、患者の意思を尊重してきたのか、あるいは、尊重するための意思決定支援をしてきたのかが、問われていることが分かる。

(カラスライドでは赤の) 破線部分が全くできていないことに気づくことが大切である。

(図9) つまり、意思決定支援はプロセスであり、意思

は変化しうるものであり、何度も繰り返し行われることである。

(図10) そうすると、ACPを行うということは、図に掲げたことが必要となり、特に、本人が決めることができるときに、本人が決めていく過程を支援することが本質的で重要であることが明らかになる。

(図11) 日本医師会も図のようなリーフレットを作成し、ACPについて説明している。

図8



図10

ACPIについて

- 本人は、決める能力(意思決定能力)があることを前提とする
- 本人が**決めることができる**ときに**本人が決めていく**ことが重要であり、代理判断者を決めていくことだけが、ACPではない
- 意思決定支援は**プロセス**であること
- 本人が**意思形成**するためには、**インフォームド・コンセント**が必要である
- 「**繰り返す**」こと
- 意思は**変更**することを前提とする
- 意思決定の対象は、「日常生活」-「社会生活」-「医療ケア」がつながっている
- 本人が1人で行うのではなく、「本人」-「家族」-「医療者」が協力して行う(Shared Decision Making)が必要である
- 記録(書面)を作成することも有効であること
- 専門職の役割は、**先を見通した支援**をすること
- 意思決定能力が**次第に減退**していく中での決定であり、**早い段階からの関わり**が必要であること
- 本人の決めた内容が、支援者の観点から見て**合理的でない**場合であっても、その意思を支援できるかを考えること

図9

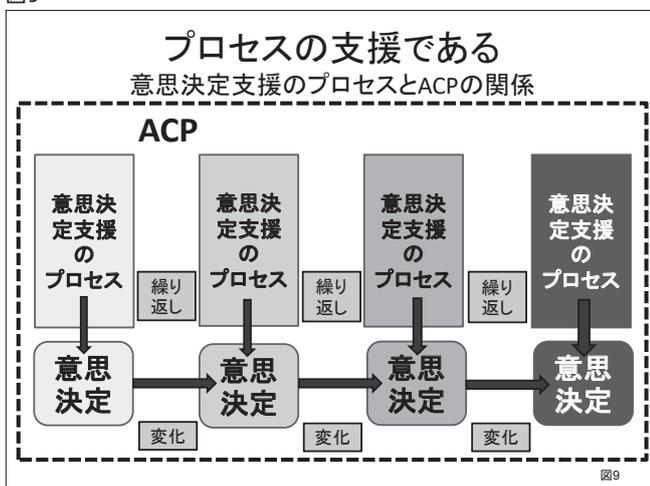


図11

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える -ACPとは?-

ACP (Advance Care Planning) とは?

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標としています。

日本医師会

(図12、13) ACPはいつ行うかについて、長江らは書籍「本人の意思を尊重する意思決定支援」の中で、3つのステージを示している。

第1ステージは健康であるときである。これは死生観や人生観、倫理観の育成とも関わりが深く、教育としてのALP (Advance Life Planning：事前の人生設計)とも言われている。

第2ステージは、糖尿病や高血圧症など慢性疾患はあるものの、差し迫った深刻な状況ではない時期である。このときにいかに、病気と生活の折り合いをつけるか、人生の最終段階の医療・ケア、最期の生活の場について話し合いをするかが重要である。

第3ステージは病状が深刻になった段階であり、差し迫った状況の中、最終的に主治医とエンドオブライフディスカッション (EOLD) を行う状況となる。

第3ステージからの検討では、与えられた時間が短く、十分な話し合いができない中での意思決定となる。可能な限り、第2ステージからの関わりが重要であり、かかりつけ医やケアマネジャーなど、普段から気

軽に相談できる存在がいるか否かが重要となる。かかりつけ医はいつでもその存在になるための心構えも必須である。

ひと手間かけた倫理カンファレンス

(図14) 次に、後半部分の目標 (要約) である。

まず、様々な倫理問題が多く現場で起こることを、事例を挙げて示す。その後、「ひと手間かけた倫理カンファレンス」の方法を学ぶ。

(図15) 著者は、外部コンサルとして、医療や地域現場を訪れて、医療者・介護者と一緒に年に100回以上の倫理のカンファレンスを開いている。終了後は、必ず「所感」としてその事例から学んだこと (これが現場へのフィードバックになる) を起案して共有している。

ここでも、この事例の所感を示す。

図12

ACPの3つのステージ (1/2)

- **第1ステージ (健康であるとき)**
死生観・人生観・倫理観の育成→教育としてのALP(Advance Life Planning)
- **第2ステージ (壮年期や高齢期)**
慢性疾患はあっても深刻ではない→ALPとACP
病気と生活との折り合い、人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択

図12

図14

ひと手間かけた倫理カンファレンス

- ① 臨床倫理問題はどこにでもある。医療機関だけにあるのではなく、施設・在宅にも、そして、医療機関と施設・在宅の連携の中 (地域包括ケアシステム) で起こる。
- ② 医師が関わらないと医学的適応が不明確なまま倫理的な分析となる。
- ③ 倫理問題は、お互いの価値や考えを尊重し合う対話である。
- ④ 対話する余裕がなく、対話する方法を知らない。
→ **ひと手間かけた倫理カンファレンスの方法を学ぶ。**

図14

図13

ACPの3つのステージ (2/2)

- **第3ステージ (病状が深刻)**
急性期の医療を担う病院や終末期医療におけるACP
人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択
主治医と治療計画を話し合うエンドオブライフディスカッション (EOLD)

→ 可能な限り、第2ステージからの関わりが重要、かかりつけ医やケアマネジャーなど、普段から気軽に相談できる存在がいるか？

図13

図15

口腔ケアを拒否する慢性リンパ性白血病の認知症患者への対応

- 80代男性、妻と数年前に死別、長女も死亡し、次女のみ。
【医学的適応】5年前に慢性リンパ性白血病と診断されるものの、経過観察。本年3月貧血あるも、輸血等の治療の希望がないまま施設で過ごす、神経因性膀胱で膀胱留置カテーテル挿入となる。施設は無理として、入院し、退院調整中。転倒後の痛みから痛み止めを服用。口腔内は、残存歯、挿し歯、歯垢があり、口腔ケアの必要性がある。
- 【本人の意向】リハビリも拒否されることが多く、リフト浴、清拭、浣腸は患者のペースで。甘いお菓子を好んで食べる。口腔ケアを勧めると妻が亡くなってから歯磨きをしていなかったとして、「そんなんやらんでいい」と拒否。
- 【患者のQOL】コメントを参照。
- 【周囲の状況】次女は、歯磨きはした方がいいと思うが、本人が怒ってしまうのならしくなくていいとの意向。

図15

口腔ケアを拒否する慢性リンパ性白血病の認知症患者への対応

[所感]

- 1 患者はこれまで白血病でも治療をせず、施設で(自由な)生活を送ってきたところ、現在病院に入り、リハビリ等を受けている状態であって、普段の生活とは異なる、ストレスの多い状態であることを理解しよう。今、QOL (Quality of Life、生活の質) が低いという、患者の現在の置かれた状態の理解のためには、施設の生活状態や、患者の理解が不可欠である。
- 2 1に加えて、患者が嫌がる理由を理解することが必要であるが、次女は患者の様子をあまり知らないということなので、医療ケアチームが、それぞれが接した時に患者に少し深く関わり、その様子を突合して、患者を理解する作業が不可欠である(患者の理解)。
- 3 口腔ケアチーム・認知症ケアチームがあれば一緒に、また、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」の「意思決定支援のプロセス」(6~8ページ)にヒントがあるので、参考にしたい(資源の活用)。
- 4 口腔ケアは、医療者にとっては、清潔・感染等から医学的必要性の高い行為であるが、患者から見ると日常生活の一画面で、「好き嫌い」(選好)が出やすいところであり、医学的に必要という論理的・合理的理由だけで、行動の受け入れを容れにくい問題ということを理解して対処したい(行為の性質の理解)。甘いものが好き→そのためには、口腔ケアが必要など、患者が理解できる理由を一緒に考えたい。

リハビリ病院看護師から出された、医師の意向と患者・家族の意向が異なる場合の関わり方 (図16)

[所感]

- 1 主治医が不在の中で断定的な判断は避けたいが、医師の判断で、最後の大事な3週間という患者・家族の濃厚な時間が、後悔を持つ過ごし方となった、残念な事例である。
- 2 ジレンマに面した訪問看護師としては、医師の訪問に合わせて自らも訪問し、本人・妻、医師・看護師で、看取りの方法を考える機会を持ちたかった。

- 3 医師の「信念(家で看取る方がいいという考えが強すぎて、患者・家族の意見を尊重しない態度)」か「怠慢(訪問が十分でなく患者・家族の真意を聴取しなかった)」により、患者・家族の意向が尊重されないことは避けなければならない。

家族の発言に戸惑った事例 (図17)

[所感]

- 1 急性期の医療を担う病院(手術)→在宅→レスパイト目的で本院→療養病床という、一連の中で、本院での約1か月のケアのあり方を問う事例である。既成の予定が組まれている中で、ともすれば右から左に流してしまう事例について、倫理的課題をこの場に提出された医師の感性に敬意を表したい。
- 2 医師としては、家族(妻・娘4名)が共通する病状理解と、療養方法の統一した方針合意が望ましいと考えるが、それが難しかった事例であり、それを果たすための方策について協議がなされた。

図16

医師の意向と患者・家族の意向が異なる場合の関わり方

- ・ A氏・70代男性、妻(子供はいない)、〇〇県に定年後移住
- 2011年 鼻腔の悪性黒色腫、手術・化学療法
- 2014年 左腎に転移、C病院で手術・化学療法
- 2019年 冬、通院困難、C病院の紹介で、Dクリニックで訪問診療・看護開始。予後数か月、ホスピスの予約をしている。
- ・ 左背部痛、居間に布団を敷いて生活、排便と入浴以外は臥床して過ごす。
- ・ 飲み薬、座薬も拒否、食事困難、接触拒否
- ×日 ホスピスから入院可能との電話 医師から「動いているのでいかなくとも」
- +2日 安静時でも呼吸苦、全く動けなくなる。易怒性顕著、妻「先生は家にいればいいと言っている。仕方がない」
- +9日 妻「ホスピスに行きたい。主人もそう言っている」
- ・ 医師「本人が家に居たいという気持ちを大事に」
- +10日 妻「このままでは私も倒れてしまう。主人も病院に行きたいとうなずいている。昨日先生に相談したが、家で看る方が後悔しないと言っている」
- +14日 ホスピス入院 面会に笑顔
- +21日 死亡
- ・ 妻から、もっと早くホスピスに連れて行ってあげられなかったかと後悔の言葉

図16

図17

家族の発言に戸惑った事例

- ・ 本人、妻(神経的な不安を抱えている)と4名の娘
- ・ ○年7月 急性期の医療を担う病院で、左側頭膠芽腫で開頭腫瘍摘出術施行、一部取り切れず、術後ケモ・ラジ
- ・ ○年10月 脳腫瘍再発に起因する感覚的失語、傾眠、家族内でBSCが了解
- ・ 在宅に移行し、妻が介護するが、負担過剰
- ・ ○+1年3月本院地域包括ケア病棟にレスパイト入院
- ・ 36日目に療養目的と看取り目的で(予め決まっていた)療養病床に転院
- ・ 医師から妻に説明がされていたが、更に別日に長女に説明したところ、それが長女に適切に伝達されていないばかりか、父を評して長女から「生きている意味があるのかどうか分からない」との発言に戸惑った事例である。なお、次女が来院したことについて、本人は喜んでいただというエピソードがある。

図17

特に長女から「生きている意味があるのかどうか分からない」という、医療者にとっては心を痛める発言（「ショック・ワード」という）があると、家族への共感性が落ち、より対応困難家族と見えてしまう。

- 3 家族の統一感を得ることは本人支援のためには必要であるが、まずは、倫理では「本人の意思」の支援に着目して考えることが必要となる。そのためには、家族に希望を聴くのではなく、家族を通じて、患者の意思やそれを体現する発言・経験等の情報を集めることが必要である。その他、ケアマネジャーを通じて、在宅における（診療情報にとどまらない）患者情報の共有ができれば、より地域包括ケア病棟として「双方向性」「前方連携」機能を果たすと思われる。
- 4 医師は協議後の感想で、「ようやく4分割（詳細は後述する）の意味が腑に落ちた。書くことで何が足りないかが分かる」としたが、そうすると、本事例では「患者の意思」と「患者のQOL」が十分検討されていなかったと分析する。まさにそのとおりである。事例検討会を通じて、基本的で大切な学びが確認された。

在宅の認知症の人の家に鍵をかけること（図18）

[所感]

- 1 病院や施設での「抑制と安全」と同じように、在宅においては、「鍵と安全」は、これから大きな倫理問題となる。本人の同意があっても（なければより）、家または部屋から出られないように鍵をかけることは問題があることにまずは気づきたい。

図18

在宅の認知症の人の家に鍵をかけること

- ・ 70代後半女性、長男家族（長男、嫁、孫女中3、女中1、男小3）と同居。要介護3、認知症亢進、ろうべん、異食傾向。
- ・ 家族は、外から鍵をかけ、週5のデイサービス送迎の際は外から鍵をあけている。水曜日はデイサービスがなく、嫁もパートで1日鍵のかかった部屋に。
- ・ 嫁は、「こうするしか本人の安全を守り、近所に迷惑をかけない方法はない」とするが、地域包括支援センターとしては、不適切で対応を考えたいとする。

図18

- 2 嫁は自分の行為の問題性には気づいているので、まずは、嫁の本人（姑）へのこれまでの貢献が十分評価できることを示し、信頼関係を構築したい。
- 3 「外からの情報」では、この本人と家族の生活実態が見えない。まず、デイサービス（通所介護）の人を通じて実態を把握し共有したい。「内からの情報」でも、家族が本人にどのような関わりを持っているのが明確でない。その意味で、嫁以外の家族の影が薄い。その点を動かさないだろうか。「本人」を中心として、家族、福祉関係者が何ができるかを考えたい。
- 4 そして、医師が病態について検討した上で、本人・家族に説明をすべきで、これを介護関係者も共有したい。

（図19）以上の事例から見えることは、倫理問題は病院の中だけで起こっているのではなく、在宅で、施設で、あるいは地域包括ケアシステムの連携の中で起こって

図19

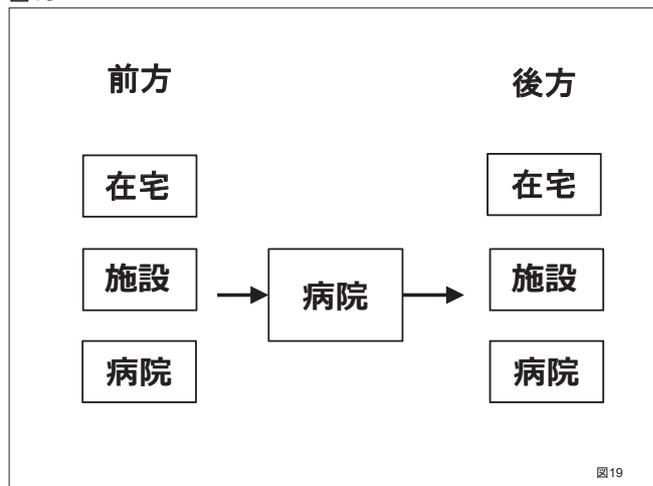
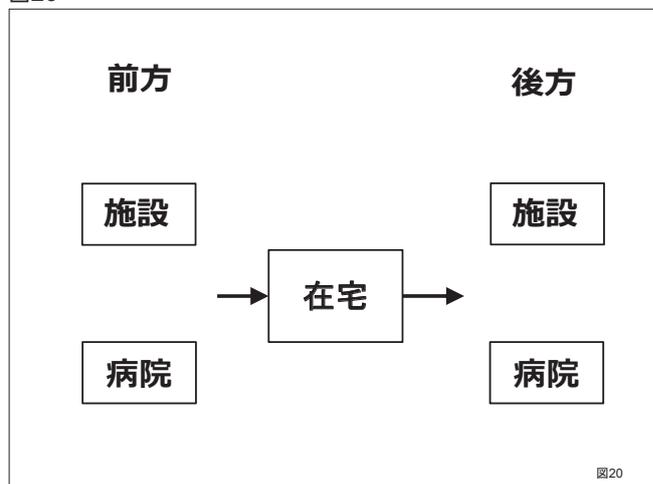


図20



いるということである。

(図20) また、在宅が最終となるのではなく、在宅がいれば「結節点」となって、倫理問題のクロスロードとなることが増えると思う。

在宅を支える、かかりつけ医の倫理的な力量が問われている。

(図21) ところで、これまではあまり倫理と法を区別しないで論じてきたが、法と倫理は同じ規範でありながら違いもある。

この図に書いた大事な点は、「法を守ることはつまり「倫理的になる第一歩」であること、そして、法だけでは患者の幸せを生まないことである。

(図22) これまで臨床倫理の教育はアカデミック（大学・大学院）を中心に行われ、東京大学でのCBEL (Center of Bio-Medical Ethics and Law) を嚆矢として、京都大学、熊本大学、東北大学で行われ、著者も

図21

法と倫理との関係

法と倫理の関係

- ① 法は、事件が生じてから事後的に制定される(その意味では経験から学んだルール化)のものであり、**法を新しい出来事に適用したり、法が予め準備することは不得意である。**
- ② 「法は倫理の最低限」であることが多いので、法は、倫理より通常は低い基準を示している。したがって、**倫理的になるためには、法的な合法性を充足することが前提となる(その意味で、法を守ることは必要である)。**
- ③ **法と倫理は同じ社会的規範として矛盾することは少ないが、両者の関係が問題となる場合がある。**
→ **法を知らず守らなないと、(私たちは)不幸になるが、法を守っているだけでは、直ちに(患者の)幸せを生むものではない。**

図21

東京大学で10年間講師を務めた。

(図23) そして、2012年には、新田國夫先生を理事長として「日本臨床倫理学会」が創設され、2016年からは、臨床倫理認定士の養成が始まり、著者がこれを運営・進行している。

(図24) 更に2020年から、より高度の能力を求められる上級臨床倫理認定士養成研修も始まり、医療機関や地域単位での参加が見込まれている。

図の中で示されている★(カラスライドでは黄色)は、地域で臨床倫理活動を実施しているところであり、かかりつけ医も倫理カンファレンスに参加している。

図23

臨床倫理

教育をする立場

日本臨床倫理学会 (2012年創設) 臨床倫理認定士(アドバイザー)養成研修 (2016年開始) 基礎編

- 1 養成研修応募細則(要領)
臨床倫理認定士コース(以下本研修という)の目標は、「臨床現場における倫理問題に気づき、問題点を特定し、分析し、解決するアプローチを理解すること」にあり、そのために、「医療・看護・介護を含めた臨床の領域における倫理的基礎知識と対処のための手順を習得する」ように、講義、グループワーク、事例検討会等で構成されています。
- 2 本研修は、下記日程(未定)と、会場で実施されます。

日時 ① 2019(令和元)年9月8日(日)
② 同年10月20日(日)
③ 同年11月17日(日)
いずれも9:00~16:00

3 会場 順天堂大学医学部 D棟7階等

4 募集人数 80人(定員に達し次第締め切ります)
受講者は、現在日本臨床倫理学会会員か、臨床倫理学会に加入を希望する者。

5 費用(現在の予定)
・ 受講料各日8,000円(3日間24,000円)+認定書発行費用(1,000円)
・ 原則として、3日間連続で受講をお願いします。

図23

図22

医療・臨床倫理

教育をする立場

東京大学(生命・医療倫理人材養成ユニット) CBEL 赤林教授 (2013年コース表) (2004年~)

7月25日(木)	7月26日(金)	時間	7月27日(土)	7月28日(日)
	生命・医療倫理の原則と重要概念(林)	9	法の基礎(稲葉)	守秘義務と個人情報保護(奈良)
	臨床症例の倫理的検討法(澁本)	10	ケアの倫理(空倫)	医療従事者・患者関係(稲葉)
受付		11	昼食	昼食
生命・医療倫理とは(赤林)	昼食	12	インフォームド・コンセント(前田)	昼食
演習: 倫理コンサルテーション1(稲葉)		13		演習: 倫理コンサルテーション3(稲葉)
倫理学の基礎1(男玉)	演習: 模擬倫理委員会(稲葉)	14	演習: 倫理コンサルテーション2(稲葉)	終了証授与
倫理学の基礎2(奈良)		15		
		16		
		17	(移動)	
		18		
		19	情報交換会	
		20		

図22

図24

日本臨床倫理学会 上級エントリー

図24

(図25) このようなことを踏まえると、これまで院内で行われてきた様々な活動も、倫理的な感性に裏づけられた活動が基盤となる。

その上で、医療者のQWL(Quality of Working Life)、つまり、働く者の労働環境の整備が必要で、倫理活動はその向上に資する。これは地域や在宅でも同様である。

(図26) 医療は価値が対立することが多い。価値というと難しく考えてしまうので、ここでは「自分が大事と考えること」と広く捉える。

患者の中には、長生きをすることを最良と考える人もいるだろう。他方、自分の限られた命を受け止め、自分らしい在宅での生活を選ぶ人もいるだろう。家族は、本人を見て、胃ろうでも何でもして生きて欲しいと思う気持ちがあるが、不自由な生活をさせたくないと考える人もあるだろう。

このような価値の対立は、医療者間でも生ずる。

図25

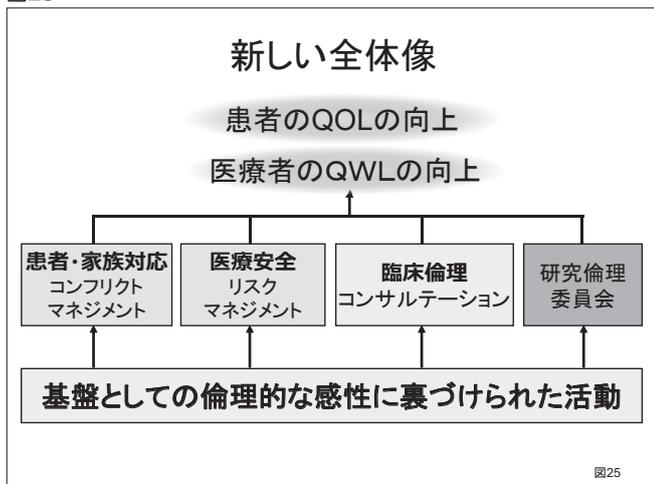


図26

医療は価値
(大事なもの・枠組み・考えの前提)に
満ちた活動で、対立する

- 医療提供者と、医療利用者(国民)
- 医療者と、患者・家族
- 患者と家族間
- 医療者間

(図27) 図は、医師と看護師で大事なものが違った事例である。

医師は様々なエビデンスを探り、積極的に抗がん剤を投与することを選んだ。

しかし、本人は当初は積極的な治療を望んでいたとしても、次第に意識障害が出て、家族もそれほど苦しい治療は不要だと考えたとし、その間に入った看護師は、医師の行為を「人でなし」と評価するという、残念な発言があった事例である。

医師の判断が医学的に誤っているというのではなく、本人の意思が不明となり、本当は本人がこの時点で積極的な治療を望んでいないと推定されることから、関係者間で、何を大事にするか(医師は患者にとって良いことをしたい、看護師は患者の意思を尊重したい)が違ったことや、コミュニケーションエラーも原因と考えられる。

(図28) これは、米国の生命倫理学会が1990年代に発出した、倫理コンサルテーションの定義である。

図27

**患者と医師、医師と看護師間の対立
大事なものが違う**

- 60代前半患者。入院時既にスキルス胃がん(Stage4)で、DIC併発。10年同居の内妻と、大阪から来る兄がいる。
- 医師は、積極的な治療(5FU+メトトレキサート)か、緩和治療を提示している。
- しかし、看護師は、本人は既に末期で意識障害がある中で、積極的な治療を選択することに反発し、医師のことを「人でなし」と言うまでになっている。
- 内妻は、自分が選択することの不安を訴え、兄は「絶対本人を死なすなよ」と圧力をかけるような発言がある。

図28

**倫理コンサルテーション
定義**

- 患者、家族、代理人、医療従事者、他の関係者が、ヘルスケアの中で生じた倫理・価値問題に関する不確実性や対立を解消するのを助ける、個人やグループによるサービス
- “A service provided by an individual or a group to help patients, families, surrogates, healthcare providers, or other involved parties address uncertainty or conflict regarding value-laden issues that emerge in healthcare”

American Society for Bioethics and Humanities

コンサルテーションとは、当該患者の直接のケアの担当者でない者で、倫理の素養がある者が、現場からの求めに応じてチームで支援することを言う。

この定義から見てとれることは、倫理コンサルテーションに関わるのは「価値をめぐる対立等」であり、「医療従事者」が支援の対象であるという点となる。

(図29) 米国では、カレン・クインラン事件^(注)のニュージャージー州の最高裁判所の示唆から、全米に広がったものであるが、現在は規模の大きい病院には、「チーム」形態の倫理コンサルテーションがほぼ100%存在する。

(注)：カレン・クインラン (Karen Quinlan) 事件

1975年4月15日夜、ニュージャージー州に住むKaren (当時21歳) が、少なくとも2回の15分間にわたる呼吸停止状態に陥り、人工呼吸器の装着等の延命措置がなされることとなった。遷延性植物状態 (Chronic Persistent Vegetative State) であり、回復の見込みはないとされたが、人工呼吸器を外せば生存は困難であると診断された。約3月後に、父親は主治医に対して人工呼吸器を含む医療措置の停止を申し出たが、拒否されたため、Karenの後見人として裁判所に医療措置の打ち切りを申し立てた。最高裁判所 (1976年3月1日) は、回復の見込みがなく肉体的な侵襲が増大するだけの場合は、生命の尊重よりもプライバシーの権利が優先するとし、父親を後見人として認め、入院先における病院倫理委員会の重要性を指摘した。

図29

倫理コンサルテーション アメリカの状況

- 1960年代の後半から始まった
- 1975年のカレン・クインラン (Karen Quinlan) 事件が病院倫理委員会の重要性を認識させた
- 81%の病院で、なんらかの倫理コンサルテーションサービスをしている。400床以上の病院ではほぼすべて
- 年間15,000以上のコンサルテーションに、約35,000人が関わっている
- サービスは、小グループによるものが68%、委員会方式が23%、個人によるものが9%
- 36%が医師、30%が看護師、11%がソーシャルワーカー、10%が聖職者、10%が職員等

(Fox, Ellen. 2000. Ethics Consultation in U.S.Hospital)
図29

(図30) 日本での2005年の調査では、「あなたの病院では倫理コンサルテーションが行われる必要がありますか。」という問いに、「必要がある」とした病院が9割近くある。しかし、日本の臨床現場には、倫理コンサルテーション・チームがない。

(図31) ここでは、倫理コンサルテーションのメリットを説く。

図は、倫理コンサルテーション・チームを置いたことで、ひと手間かけた倫理的対応ができた事例である。

倫理的な対応は往々にして少し手間がかかる。これを適切に支援するチームがいることで、このような「難しい患者」にも対応できる。

このような活動は、院内の倫理的なレベルを上げ、倫理的感性を育む。

図30

倫理コンサルテーションのニーズ

長尾式子、瀧本禎之、赤林朗 日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査 生命倫理 Vol.15 (1) 2005年 101-106

- 「あなたの病院では倫理コンサルテーションが行われる必要がありますか。」
 - 「必要がある」=238 (89.1%)
 - 「わからない」=17 (6.4%)
 - 「必要がない」=8 (3.0%)

【理由】

- 第三者として客観的に問題を分析し、論点を整理してほしいから。
- 医療不信を軽減させたいから。
- 医療訴訟を未然に防ぎたいから。
- 医師と患者・家族間のコミュニケーションの調整をしてほしいから。

図30

図31

倫理コンサルテーションの意味

倫理コンサルテーション・チームがいることで、臨床では避けがちな、ひと手間かけた倫理的対応が可能である。

- 60代後半男性 慢性心不全、慢性腎不全、A病院で透析を導入するが、喫煙・無断外出外泊で強制退院、その後息切れて入院希望するがA病院を含めて6病院拒否し、本病院で引き受ける。
- 他の病院が「受け入れの段階」で拒否しているところ、本病院がまずは引き受けることは、倫理的な対応手順としては相応しい。受け入れて、その後、退院を求めることは「ひと手間かかる」ところ、院内にそれに対応支援する部署を持たないために、ほとんどの病院は、受け入れる段階で拒否している。しかし、本病院には、倫理コンサルテーション・チームがあるので、本件のような倫理的な対応が可能となった。
- 現場では、倫理的な対応が必要と考えていても、それを支える部署がないために「非倫理的な対応に終始」することとなりがちである。当初は違和感を覚えたり、厭然としないのであるが、次第にこれが慣れとなり、倫理的感性を失わせることになる。

図31

(図32) 医師を支える一場面についてである。

ここでは、何時間自発呼吸が回復すれば、再挿管しなくていいのか、1週間であれば元々の原疾患の増悪としてDNAR適応ということもあろうが、1日であれば、3時間であつたら、と選択肢は無限に広がる。そして、ここに現場だけで決めたものではなく、倫理コンサルテーション・チーム(できれば外部コンサルを入れた)の「第三者的」役割が発揮される(手続的正義)。法的リスクの大半は現場の臨床医が負う。つまり、法的リスクを軽減させることは、医師を法的リスクから救うことにつながる。

(図33) 現実の呼吸器管理の大きな流れは、この一連の流れに尽き、二重枠(カラスライドでは赤文字)の部分に倫理的・法的な課題がある。

現在のコンサルテーション・チームは、医療者に対して、これを患者・家族に説明するように示唆する程度はできる。

当然、抜管後に自発呼吸が維持できるかどうかは不

確実であるが、これらを説明し、患者・家族の不安と不満を予め小さくすることで、法的・紛争リスクの最小限化が可能である。

(図34) もう1つの大事な役割は、しばしば、患者・家族と医師の間に立ったり、家族の矢面に立つ看護師を支える機能である。

倫理コンサルテーション・チームには、当然看護職もいるので、当事者である当該看護師等の話を、現場から少し離れた第三者的な立場でしっかりと聴くことに徹する。これにより、図にあるような効果がしばしばみられる。

いずれにしろ、現場の悩みについて、1人で背負わず、孤立感を与えず、医療機関ないし倫理コンサルテーション・チームが、一緒に支える姿を見せることは、医療者のQWL(働く者の労働環境)を高める。

(図35) ここで、ひと手間かけた倫理カンファレンスを開くためのアイテムを紹介する。

図32

倫理コンサルテーションの意味

医師を支える。

- 70代半ばの男性 急性硬膜下血腫に対して緊急開頭血腫除去後、挿管管理して安定。その後、挿管チューブのみで自発呼吸。**抜管が可能である。**DNARがある。今後抜管をし、呼吸が不安定となった場合に、どのような条件で、**再挿管**をすべきか、また、すべきでないかが問題となった。
- このような事例は急性期ではよく起こる。しかし、**もし抜管して自発呼吸が戻らなかった場合は再挿管しないと決めて抜管した場合は、この状況は、「人工呼吸器の取り外し」に似て、法的リスクが大きい。**

図32

図34

倫理コンサルテーションの意味

看護を支える。

- 急性脳症の10歳の患者の家族(父と母)の、治療ケアへの抵抗(過剰な要求や暴言)が医療者の不安を煽っている。倫理コンサルテーション・チームは、病棟に赴き、関係者のインタビュー、多職種カンファレンスを踏まえ、再度、医療チームに働きかける。
- この事例は、倫理コンサルテーション・チームの関わりにより、看護師が、自らの気持ちを聞かれ、そして、現場が支えられ、また、気持ちを吐き出したことで、看護チームに余裕ができて、看護チームがもう一度看護の基本(患者への最善のケアをする)に戻ることができ、その「変化」が、患者の家族の「変化」を生んだという事例である。その結果、現在、医療チームは、これまでの「在宅か否か」というall or nothingではなく、(これまでなら支えることは難しかった)迷い決められない家族を、「線」(時間軸)で支援することができている。

図34

図33

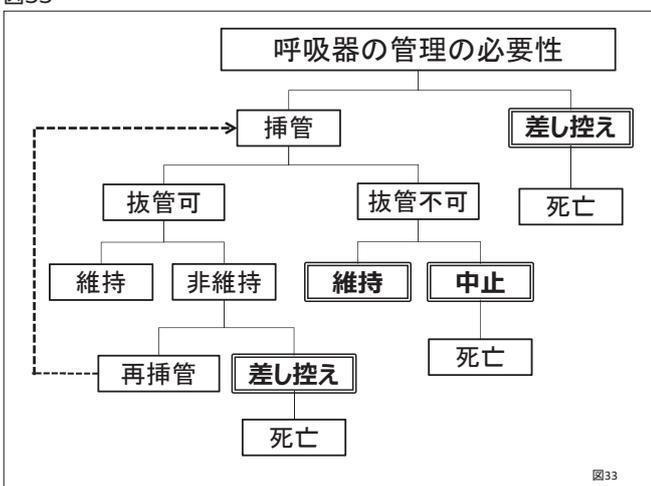


図35

**院内で臨床倫理課題に
対処するための方法**

気づきのサインとしての直感

直感を分析する4原則

多職種協議のツールとしての4分割法

図35

(図36) この図に掲げた6つの概念 (アイテムや知識) は、臨床倫理を実施するには必要であるが、ひと手間かけた倫理カンファレンスを開くには、1、2、3を、最低限知り使える必要がある。

(図37) 倫理問題は何かという問いはとても難しく、「倫理」の定義をして、そこから演繹的に倫理問題かどうかを判断すると、またしても倫理問題が臨床から出てこないことになる。

そこで、ここではもっと実践的な直感・Intuition (直観を意味とするときがあるが、哲学的な含意があるため、ここでは、日常的に使う「すぐさま」の感じを意味としての直感を使う) があれば、それを倫理問題の立ち上がりと考ええる。

(図38) 直感は、「違和感」であったり、「おかしいなあ」という感じであったり、「困った」という圧迫であったり、その事態に直面すると「辛い」というときもある。釈然感や「これでいいのだろうか」とも表現

される。これを倫理的問題の気づきのサインとして重視する。つまり、ここで立ち止まるのである。

そして、これを主題化・言語化して、伝達可能な問題として再構成する際に、価値の「ジレンマ」を表現する手段として臨床倫理の4原則が役に立つ。これは後述のように米国で見出されたルールであるが、ジレンマを表現するツールとしては優れており、知っていて損にはならない。

そして、このジレンマを、多職種で情報を共有して、お互いの価値を大事にしながら話し合うためのワークシートが4分割表である。

(図39) 4原則を語るには、このタスキギー事件を抜きにして語れない。

事案の概要は図に示したとおりであるが、確実なインフォームド・コンセントがされておらず、標準治療 (ペニシリン) が確立された後もそれを実施せず、黒人について差別をしていたもので、これにより米国の研究倫理の国際的評価は大きく傷ついた。

図36

あなたをチェックする (レ)			
項目	知っている	理解している	実践(他に説明)できる
1 倫理の問題(気づき)とは	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 生命・医療・臨床倫理の4原則	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jonsenの4分割法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 推定的意思	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 最善の利益	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

図38

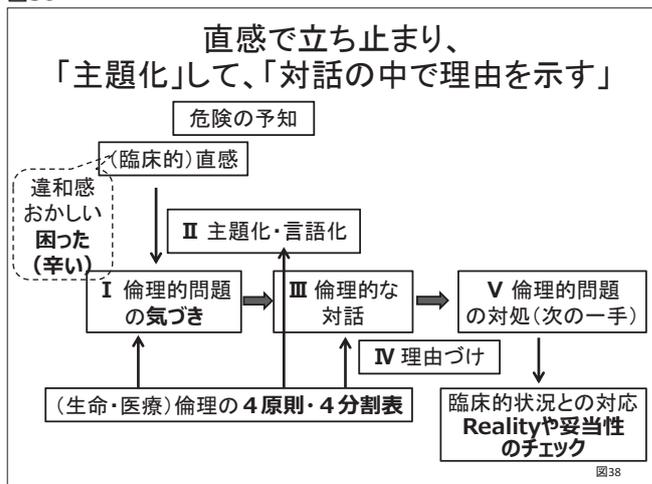


図37

気づく: 直感(「すぐさま」の感じ)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 長所 ・ 直ちに決めなければならないとき ・ 直感は、経験に基づくもので、多くは正しい(と思われる) ・ 同じ経験を積んだ者の間では、直感を共有できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 短所 ・ 異なる直感同士が対立する場合には決められない ・ 場あたりの(ad-hoc)で、判断の一貫性を保てない ・ 直感と、偏見や誤解の見分けがつかない ・ 違う者との間で、対話が成立しない

図39

倫理的分析法としての4原則
<p>タスキギー事件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1972年にアラバマ州のタスキギーで事件が発覚 ・ 1934～72年にかけて、黒人男性約600人を対象に米国連邦政府公衆衛生局(PHS)が、黒人梅毒患者に対して、梅毒の治療をするといいつながら全く治療しないまま観察研究した。(公的資金を投入した研究)(十分な説明と同意がなかった)(黒人についての不正義) ・ この研究の目的は治療をしないことでのどのような経過を示すかの調査(観察研究)であったため、その調査中には既にペニシリンの使用が一般化していたにもかかわらず治療を行わなかった。(標準治療をしない医学研究) ・ 内部告発を契機に、AP通信の報道で社会問題化した。

(図40) 危機感を抱いた米国の生物医学・行動科学研究における被験者保護のための国家委員会が、タスキギー事件やアメリカの医療現場の倫理原則を分析して導出したもの、それが基本的倫理原則である。

当初は、本文のように1、2、3という3原則であったが、2の善行(与益ともいう)と無危害を別のルールと考え、4原則となった。

これは、あくまでも(医学)研究における研究者が被験者に負う倫理的義務として導出されたが、その後、医療倫理の4原則ないし臨床倫理の4原則となり、医療者が患者に対して負う義務として位置づけられるようになった。

また、人格の尊重は、通常自己決定の尊重と読み替えられ、その適用がインフォームド・コンセントであるとされている。

つまり、インフォームド・コンセントは、「説明と同意」というものではなく、本来、患者が医療を自己決定するために情報を提供し、その意思を尊重するというルールであることが示された。この点については、日本の医療現場の実践と異なるところが特徴的である。

善行と無危害の適用は、リスク・ベネフィット評価であり、益(good)と害(bad)を評価して、そのバランスを図るという考えであって、医学のルールないし医師の職業倫理の基礎にあるルールである。

自己決定とインフォームド・コンセントに関して「エホバの証人」の信者である患者への説明義務に関する最高裁判所平成12年2月29日判決がある。

[事実の概要]

患者Kは「エホバの証人」の信者として、宗教上の信念から、いかなる場合にも輸血を受けることを拒否

するという固い意思を有していた。東京大学医科学研究所病院(以下、医科研)では、外科手術を受ける患者が「エホバの証人」の信者である場合、信者が輸血を受けるのを拒否することを尊重し、できる限り輸血をしないことにするが、輸血以外には救命手段がない事態に至ったときは、患者らの諾否にかかわらず輸血するという方針を採用していた。Kは、別の病院で、悪性の肝臓血管腫と診断を受け、平成4年8月18日、紹介により医科研に入院し、医師Lらによって、9月16日肝臓の腫瘍を摘出する手術を受けたが、患部の腫瘍を摘出した段階で出血量が約2,245mlに達する状態になったので、輸血をしない限り患者を救うことはできない可能性が高いとLらは判断して、予め用意してあった輸血を行った。Kは、手術に先立つ9月14日、K及び夫の連署した免責証書を手渡していた。この証書には、Kは輸血を受けることはできないこと及び輸血をしなかったために生じた損傷に関して医師及び病院職員等の責任を問わない旨が記載されている。

[判旨]

- 1 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。
- 2 医師らとしては、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、患者に対して、医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、医師らの下で手術を受けるか否かを患者本人自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。
- 3 本件では、この説明を怠ったことにより、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。

(図41) ところが、これらのルールは相反する。

例えば、「エホバの証人」の信者である患者が輸血を拒否する。輸血をしないことは、患者の自律を尊重することになる。

しかし、手術の結果、数千mlの出血がありながら、



輸血をしないことは、善行・無危害ではありえない。

つまり、この4原則は相反する。これを倫理的ジレンマという。このジレンマ関係に私たちが陥ると、違和感等という直感がわくのである（すなわち、つながっている）。

しかし、この4原則は相反するからといって、その間の調整原理はない（優先のためのルールはない）ため、患者の自律を尊重するのか、医療としてやるべきことをやるのかという、またしても、不毛の原理の争いになる。それを多職種で議論すると、権威勾配の中で医師の価値・意見がそのまま通ってしまうことになる。

そこで出てくるのが、次の4分割表である。

（図42）倫理の基本理論との関係を示す。

善行・無危害は功利主義に、自律尊重は義務論に基礎を置く。

功利主義と義務論は現在でも対立しているのだから、医療・臨床倫理の4原則間で対立することは当然ということになる。

図41

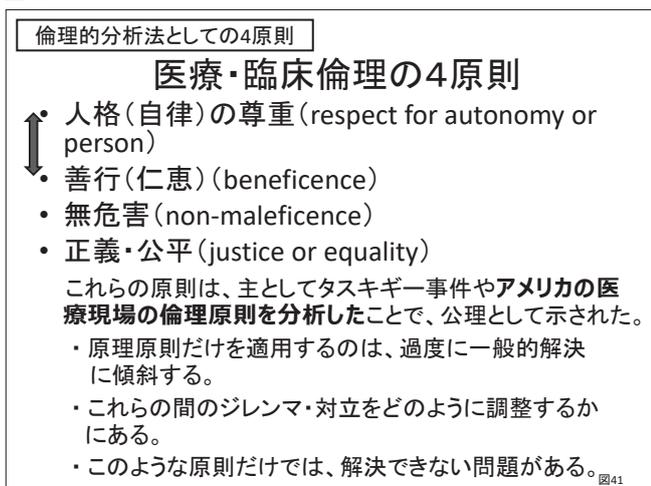
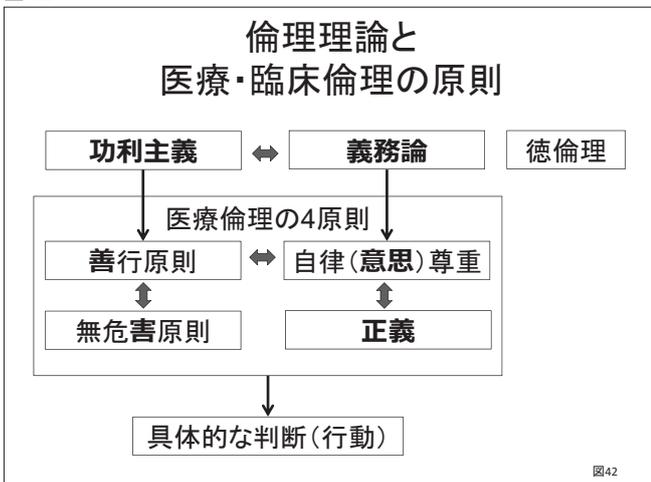


図42



（図43）4分割表に至る前に、ジレンマないし視点の違いが、3次元で生ずるという図である。

- 1 医療者 vs. 患者・家族
- 2 医師 vs. 看護師等
- 3 臨床の現場 vs. 管理の立場ないし社会資源の公正配分の視点

である。今後特に、3が問題となることが多くなるであろう。

（図44）4分割表は、アルバート・ジャンセンが、医学的適応 (Medical Indication)、患者の意向 (Patient Preference)、QOL、周囲の状況 (Contextual Future) の4つに分けたことに由来する。これは、多職種で協議する際のワークシートである。

図43

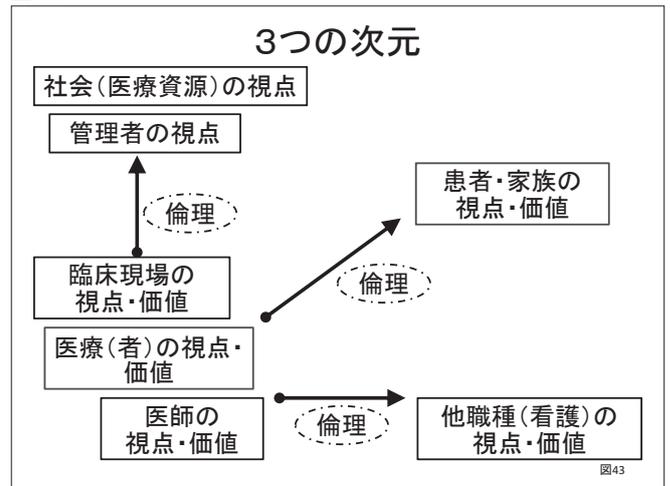
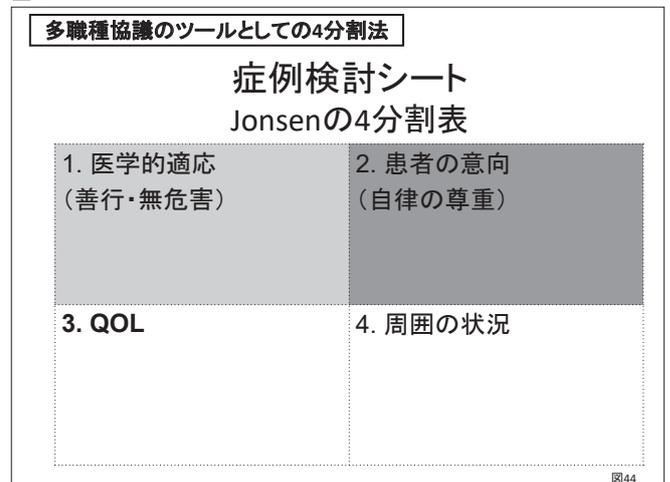


図44



(図45) 書き方、順番に特別なルールがあるわけではないが、概ね、図のような仕分けがされている。情報を共有するには優れたものであり、実践的には、情報が足りない部分が浮き彫りになるツールである。

(図46) とところで、医師（医学モデル）では、医師は、善行（goodを実施する）・無危害（badをしない）を高い価値として実践する。しかし、患者がそれを求めるかは、別の価値であることに気づきにくい。

医師がこれは患者にいい（good）と考えて提案しても、患者がそれを承諾しないと、臨床上は「治療の拒否」と表現するが、これは両者間の倫理的ジレンマである。

他方、医師がこれは患者にとって良くない（bad）と考えても、患者がそれを望むときは、「過剰治療の要求」と評価してしまうが、これも両者の倫理的ジレンマである。

(図47) 医療者は自分の有する職業倫理を意識しながら

医療行為をするわけではない（それを体現している）ので、価値（大事なこと）の違いがあることに気が付かない。

例えば、先に指摘したように、医学的適応と患者の意向がジレンマ関係に立つのであるが、医学的適応の情報は医師が、一方、患者の意向はよりベッドサイドにいる看護職（やりハビリテーション専門職等）が知ることが多く、あたかも職種間が対立しているようになりがちであるが、これこそが、本「4分割表」が狙った、価値の違い、視点の違いを交錯させることになる。

(図48) この図は、左が「ヒポクラテスの誓い」であり、右がICN（国際看護師協会）によって採択された「看護師の倫理綱領」である。

「利」（good）を実施し、「害」（harm risk bad）を実施しないという価値を大事にする医師（左）と、患者の選択の権利や人権を尊重するという看護（右）の価値観が、隠れた職業倫理の違いとしてあり、これらに対立させ、調整させることこそ大切と考えるのが「ひ

図45

多職種協議のツールとしての4分割法 症例検討シート	
1. 医学的適応 善行と無危害の原則 1. 患者の医学的問題は何か？ 2. 病歴は？ 診断は？ 予後は？ 3. 急性か、慢性か、重症か、救急か？ 4. 可逆的か？ 5. 治療の目標は何か？ 6. 治療が成功する確率は？ 7. 治療が不成功した場合の計画は何か？ 8. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？	2. 患者の意向 自律性尊重の原則 1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？ 2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？ 3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？ 4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？ 5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？ 事前指示はあるか？ 6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か？ その場合、なぜか？ 7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？
3. QOL 善行と無危害と自律性尊重の原理 1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？ 2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？ 3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？ 4. 患者の現状の状態と予測される将来像は延命が望ましくないか判断されるかもしれない状態か？ 5. 治療をやめる計画やその倫理的根拠はあるか？ 6. 緩和ケアの計画はあるか？	4. 周囲の状況 忠実義務と公正の原則 1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？ 2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？ 3. 財政的・経済的要素はあるか？ 4. 宗教的・文化的要素はあるか？ 5. 守秘義務を制限する要因はあるか？ 6. 資源配分の問題はあるか？ 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？ 8. 臨床研究や教育は関係しているか？ 9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

図47

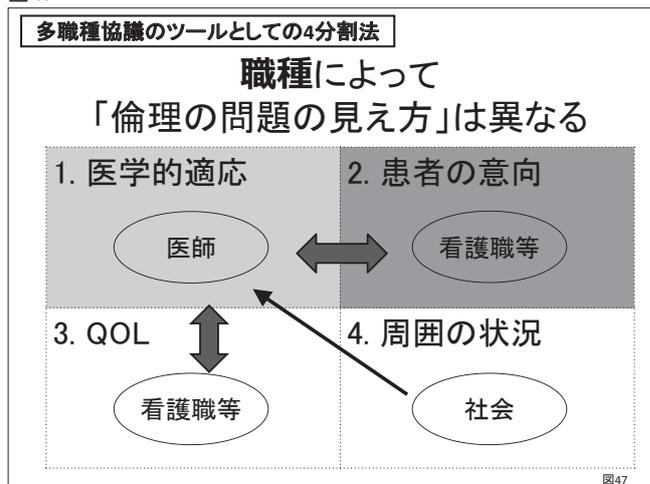


図46

医療者が患者にとって適切（goodでbadでない）と考えることと、患者が望むことは異なる価値である。

	患者本人が望んでいる	患者本人が望んでいない
医師が患者に適切と考える	○	△（治療拒否？）
医師が患者に適切とは考えない	△（過剰治療要求？）	×

図48

専門職の職業倫理 大事なものが異なる

The Hippocratic Oath ICN看護師の倫理綱領(2012年版)

- 自身の能力と判断に従って、患者に利すると思う治療法を選択し、害と知る治療法を決して選択しない。
- 看護には、文化的権利、生存と選択の権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。

看護には、文化的権利、生存と選択の権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。

と手間かけた倫理カンファレンス」である。

つまり、大きな問いは、「患者の益を与え」「害を避けた」医療を、「患者に説明し、納得していただいた上でやること」を求めることである。

(図49) 本講義の前半では、厚生労働省が平成30年6月に発出した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」の概念図を示して概要について述べた。

本ガイドラインでは、意思決定支援のプロセスが確認されており、

- ① まず、人的・物的環境をしっかりと整える。認知症の人は環境に左右される面があるので、本人が安心して頼れる環境が用意できているのかを見る。
- ② 環境を作った上で意思の形成。本人がきちんと適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているか。
- ③ その上で本人が意思を適切に表現・表出することができているか。

図49

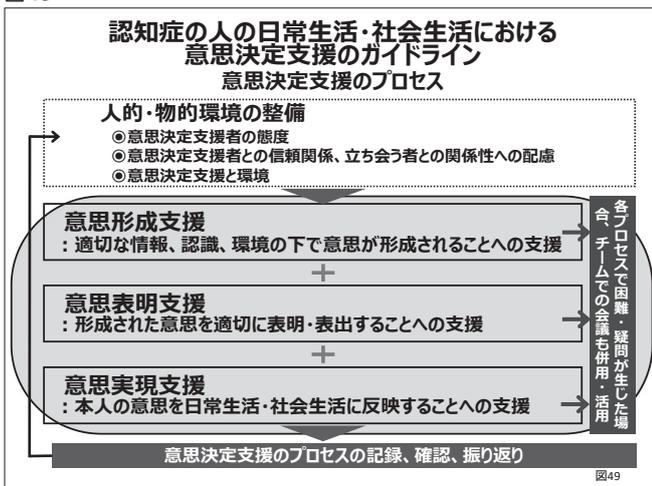
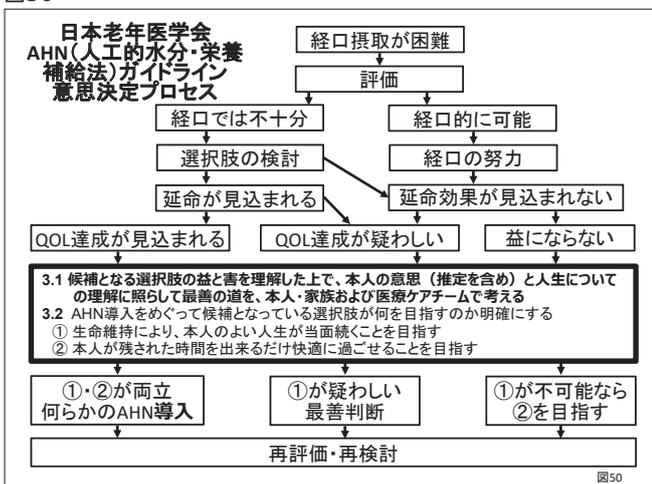


図50



④ 最終的には実現、というプロセスに入っていく。

これら4つは、現実では重なり合い、行きつ戻りつがあるが、適切なプロセスかどうかを見るときには、この環境、振り返りを加えた5つの点から確認すると整理しやすい。

(図50) 日本老年医学会が発出した、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」(略称：AHN(人工的水分・栄養補給法)ガイドライン)の意思決定プロセスを構造化したものである。

(図51) 日本緩和医療学会が発出した、「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版」である。

(図52) 日本透析医学会が発出した「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言(2014年)」である。

図51

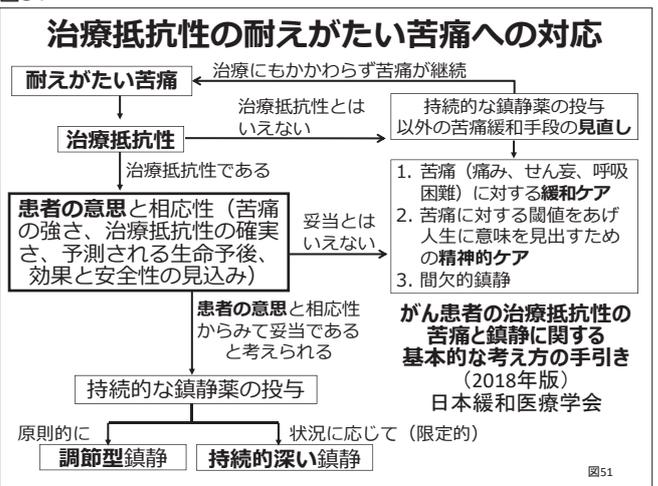
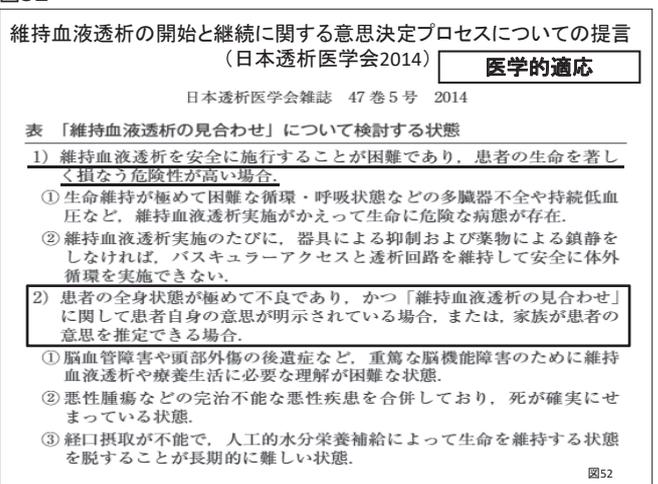


図52

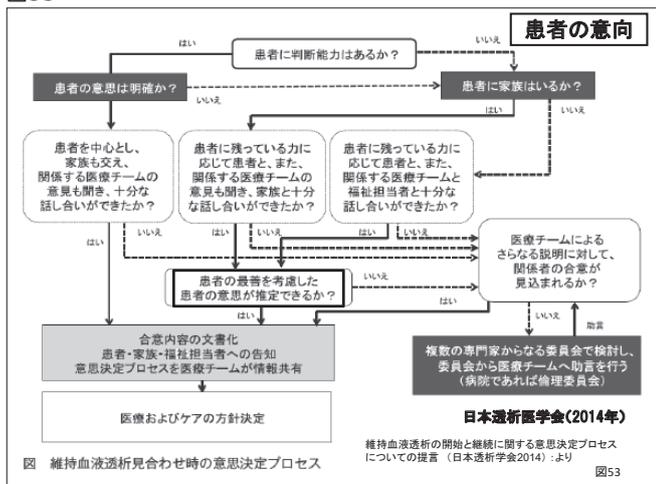


(図53) 日本透析医学会が発出した「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言(2014年)」の中の、特に意思決定プロセスを構造化したものである。

(図54) 日本臨床倫理学会がDNAR指示(蘇生不要指示)に関するワーキンググループの成果報告書として発出した「日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針・POLST(Physician Orders for Life Sustaining Treatment)」である。

(図55) 図に示した内容を実践することで、何が患者の望みであり、患者にとって最善の利益であるかを、その生活を踏まえて考えることは、医療ケアの重要な一部であり、これにより、患者・家族の満足や納得につながる。医療者の満足(やりがい)につながる。かかりつけ医の倫理は、医療の一部である。

図53



おわりに

(図56) 医療・臨床倫理の歩みを振り返る。

医学的適応だけで決めていく(患者を対象化する)ことへの反省から、患者の意向等を踏まえた、4原則・4分割法を使った「ひと手間かけた倫理カンファレンス」が第一段にあたる。

第二段は、同じ組織の多職種だけではなく、組織が異なる、前方・後方の、地域連携の中で倫理問題を考えるという段階である。

まさに、かかりつけ医の臨床倫理能力が問われるのである。

医学的な対象としての患者像から、主体性のある社会的存在としての患者像に、その上で、生活を基盤とした患者像への変容が求められている。

図55

かかりつけ医と地域のチームの作戦

- 倫理問題に気づけるー違和感
- 医療・臨床倫理の4原則ージレンマ
- 4分割法ー対話のツール
- 大事なところにはガイドライン
- 違和感がある場面では、倫理カンファレンス(各種ケア会議や、人生会議、意思決定支援会議でも)を開く
- 可能なら、地域に「難しい問題」を持ち寄る場を作りたい。あるいは、病院と連携して拡大した倫理カンファレンスを開きたい。

図55

図54

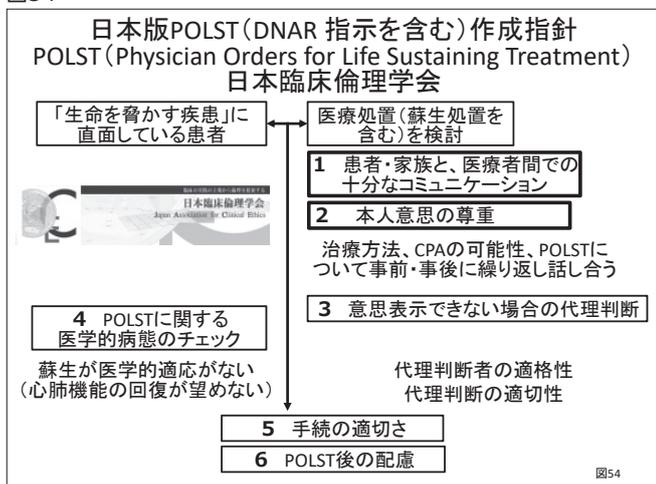
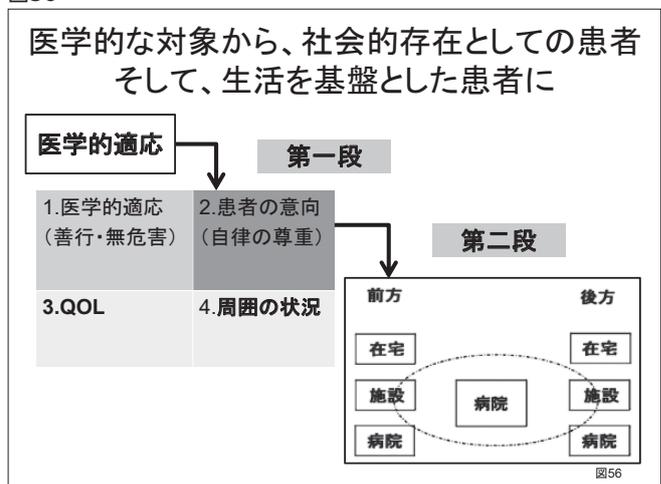


図56



参考文献・資料

- 1) WMA 医の倫理マニュアル（原著第3版）、樋口範雄監訳、日本医師会
- 2) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月改正）、厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 3) 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン（平成30年6月）、厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>
- 4) 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング、西川満則、長江弘子、横江由理子編、南山堂
- 5) 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～、平成24年6月27日、日本老年医学会
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/guideline.html>
- 6) がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版 苦痛緩和のための沈静に関するガイドライン2010年版：改訂・改題、編集：日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会、金原出版株式会社
<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2018/index.php>
- 7) 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言、2014年、日本透析医学会、日本透析医学会雑誌2014;47(5): 269-285
- 8) 日本版POLST（DNAR 指示を含む）作成指針・POLST（Physician Orders for Life Sustaining Treatment）、日本臨床倫理学会
<http://square.umin.ac.jp/j-ethics/workinggroup.htm>

2. 「かかりつけ医に必要な

小児・思春期への対応」

吉村小児科 院長 うつみ ひろみ
内海 裕美

日本小児科医会理事、小石川医師会副会長

【略歴】 1980年東京女子医科大学卒業、同大学病院小児科医局に入局。

1991年医学博士号取得。

1997年吉村小児科開業

【所属・資格等】 チャイルドライン全国支援センター（オブザーバー）、カリヨン子どもセンター（評議委員）、
文京区要保護児童対策地域協議会（メンバー）、『子ども白書』『保育の友』などの編集委員、
他

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 2. 専門外も含めた幅広い知識 (2) かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応

【目 標】

2003年の少子化社会対策基本法成立後も少子化に歯止めがかからず、年間出生数は2016年に100万人を下回り、2019年は86万4千人（前年比5.9%減）となった。死亡数から出生数をひいた自然減は、2019年に51万2千人となる。

そして、この少ない子ども達の育つ環境も激変している。ワクチンで予防できる感染症・がん、事故、虐待死を減らし、生まれた子ども達が健やかに育つためにヘルスリテラシーのリーダーシップをとることが子どもにかかわる医師全員に求められている。

具体的な目標

- 1：小児診療の特性を理解する
- 2：小児科領域の主な課題を理解する
- 3：子ども・家族に向き合う姿勢を身につける
- 4：子どもを取り巻く環境への関心をもつ
- 5：他科との連携が活用できる

【キーワード】

VPD（ワクチン）、他（多）機関連携、子育てサポート、心身症、ネット依存、児童虐待

はじめに

子どもの成長発達に欠かせない4つの柱がある。それは『睡眠』『遊び』『食事』『愛されているという実感』である。そしてその前提に、安心・安全である世界にいるということを忘れてはならない。現代社会では、子どもの睡眠、遊び、食事、愛されている実感が十分でなくなっている。そのことが、子どもの成長発達に与える影響は、医療が対象にしてきた疾患の影響と同じほど看過できない。

(図1) かかりつけ医は、子育てサポートができる。そして、子育てサポートをしなければならない。

「子育ては初めて、わからなくて当たり前、それでいいですよ。いつでもなんでも聞いてくださいね。心配があったらためらわずに受診してください。」ときちんと伝えておくことが大事である。

- ・ 「体重は順調に増えていますね。」
- ・ 「おっぱい飲むのが上手ですね。」
- ・ 「もう目が合いますね。」
- ・ 「首がすわっていますね、立派！立派！」
- ・ 「なんでも口で確かめる能力がでてきましたね（事故防止も含めて）。」
- ・ 「足をぴよんぴよん元気いっぱいですね。」
- ・ 「なんでも自分でやりたがるように成長しましたね。好奇心がいっぱいですね。」
- ・ 「いやいやが始まりましたか、自分でやりたいという気持ちが育ってきましたね。」
- ・ 「いい子に育ってきましたね（その子のいいところを伝える）。」

図1

子育てサポート

かかりつけ医は子育てサポートができる
そして、子育てサポートをしなければならない

肯定的な声かけをしましょう

子どものいいところ探し
(発達のポイントを知って的確に)

2ヶ月児健診で	2～3歳で
3、4ヶ月児健診で	4～6歳で
9ヶ月児健診で	
1歳児健診で	
1歳6ヶ月児健診で	

図1

・ 「1人でもしもしできるようになったね、すばらしい！」

・ 「もう1人でお話できるんだ。偉い！」

※子ども本人にも褒め言葉をかけましょう。

(図2) 核家族化、密室化、わからないことだらけの子育て、情報の氾濫している状況で、子育てしている人は孤独感と不安感、不安全感、不満感を抱えていることが少なくない。自分の子育てが誤っていないか、それでいいよと言ってくれる人の存在が欠かせない。

生後直後から、飲まない、寝ない、食べない、他の子どもと違うなど手探りの子育てが続く。ワクチンデビューが生後2ヶ月なので、どんなに遅くとも2ヶ月からかわることができる。

まずは「赤ちゃん、誕生おめでとうございます。」と声をかけよう。そして保護者をねぎらうことを心がけよう。「困っていることがありますか？」だけでは不十分である。

- ・ 「眠れていますか？」
- ・ 「食事はとれていますか？」
- ・ 「誰が子育てを手伝ってくれていますか？」
- ・ 「上のお子さんの様子はどうですか？」
- ・ 「1人になれる時間がありますか？」
- ・ 「気分転換できていますか？」
- ・ 「夫婦でゆっくり話す時間がありますか？」

など具体的に訊いてほしい。

図2

□ 親の問題を探る声かけ

子育て中の人の体の問題

子育て中の人の心、気持ちの問題

子育てが始まるとどんな問題が起きるか？
(子どもの年齢や子どもの数、
どんなサポートがあるのか、)

参考：はじめよう臨床医にできる子育てサポート21(医学書院、2002)

図2

(図3) 小児は大人を小さくしたものではなく、日々、その形態、脳、心を変化させている。

機能も「できない」から「できる」へ日々更新している。今日の赤ちゃんは昨日とは違う(環境が大事！)。

母子手帳からわかることがたくさんある。妊娠経過、母親の感染症(風疹抗体の有無)、家族、児への思い。そして、母親の精神状態、生後の経過(成長曲線:身長/体重/頭囲は、点と線でみる習慣を!)や、ワクチン接種歴(漏れのチェック、勧奨)もわかる。

(図4) 乳幼児健診は、成長発達の評価だけでなく、疾患の早期発見、子育てサポート、事故予防、虐待の早期発見などさまざまな機能をもっている。運動発達の遅れ、目が合わない、手がかからない、言葉の遅れ、こだわり、過敏など保護者の育てにくさから子どもの特性がうかがわれる。適切な対応の仕方や、療育、環境調整を乳幼児期にしっかりしておくことが後の二次障害予防になる。

例として、1歳半で言葉の遅れに気づいた場合(1歳半では意味のある言葉が5つあるのが基準)は、

- ① テレビなどの電子映像メディア接触を2時間以内にしっかり制限
 - ② そばにいる人のやっていることを言葉にして実況中継
 - ③ 子どもがやっていることを言葉にして実況中継
 - ④ 子どもが言うだろうと思う言葉をかける
- ことを実践するよう伝えて、1ヶ月後に言葉が増えなければ再診とする。

図3

□ 小児は大人を小さくしたものではない

- ・成長(growth)
- ・発達(development)

□ 母子手帳の活用を!

- ・妊娠経過
- ・生後の経過(成長曲線の活用)
- ・ワクチン接種歴

図3

(図5) 小児の診療の特徴は、患者本人である子どもが症状を言葉で十分に説明できない、保護者とのやりとり(保護者の訴えや希望)が中心となりがち、診察・検査への協力が得にくい、処置が難しいなどがある。

診察のコツは、人見知りの時期には、初対面で目を合わせない、さりげなく診察する、笑顔で話しかけながら(話をそらし)迅速に褒めながら行う、咽頭所見や鼓膜所見は最後にする。また処置は、なるべく保護者と隔離しないで行うことである。

図4

乳幼児健診で気になる子どもたち
乳幼児健診で気にしなければいけない子どもたち

- ・発達が遅い
- ・言葉の発達が遅れている
- ・多動が目立つ
- ・情緒的に不安定である

発達障害 <ul style="list-style-type: none">・自閉症スペクトラム・ADHD (注意欠陥多動性障害)・学習障害	ペアレントトレーニング <ul style="list-style-type: none">適切な療育環境整備適切な薬物治療
--	---

図4

図5

小児の診療の特徴

- 1 症状を言葉で十分に説明できない
- 2 診察・検査に協力が得にくい
- 3 処置が難しい
- 4 症状が急変しやすい
- 5 薬物の投与量の計算がたいへん
- 6 保護者とのやりとりが中心となりがち
- 7 幅広い知識が必要

図5

(図6) 小児科の守備範囲は成人に達するまで、つまり新生児から青年期までをカバーすることが求められている。子どもは1人ではなく、保護者、家族、地域、学校など、社会のありようがその成長発達に大きく影響することから、社会の動勢も視野に入れた姿勢が求められている。

- ・ 学校のいじめに気づくことができるか？
- ・ 家庭の貧困に気づくことができるか？
- ・ DV (domestic violence) を含む児童虐待に気づくことができるか？ (被虐待児は虐待を認識していないことも多い)
- ・ 親の生活苦、心理的ストレスに気づくことができるか？

★私たち (かかりつけ医) は、相談したら一緒に考えてくれる、解決の糸口が見つけられるという相手になっているか？ (1人で抱えまらずに済む資源もっているか？)

図6

小児科の守備範囲

新生児～乳児期
 幼児期
 学童期
 中学生
 高校生・大学生？

家族／地域／学校／職場

働き方改革、病児保育、3間(仲間、時間、空間)の欠如、暴力(虐待、情報)にさらされている子どもたち、メディア漬け

図6

(図7)

- 1) 生後3ヶ月未満の発熱は、髄膜炎、尿路感染症、敗血症などの検査をすることによって鑑別する必要があるため、速やかに病院小児科に紹介・入院して精査となることが常識である。嘔吐がない、ほ乳ができるなど、あまり重症感がない状態であっても紹介すべきである。
 その結果、異常がなくいわゆる咽頭炎や軽いウイルス感染症であることもあるが、それは結果として良かったということに過ぎない。
- 2) 子どもは、基本は元気で好奇心旺盛なものである。なんとなく元気がない、いつもと違うも、その原因が身体所見から判然としない場合は、小児科医にコンサルテーションしてほしい。もちろん、意味のない抗菌剤投与やステロイド投与で漫然と経過をみるべきではない。
- 3)、4) は後述する。
- 5) 呼吸器症状、消化器症状だけでなく、発達の問題がある場合も漫然と「様子を見ましょう」という言葉や態度は慎むべきで、次回の診療の予約、それまでに観察することやかかわることを具体的に提示して、確実に経過をフォローすべきである。

(図8) 言葉で語ることがほとんどない3歳以下の子どもの、全身状態のチェックに役立つ6つの項目を示した。重症の目安は、以下のとおりである。

- 1) 泣きが弱い、あるいはうめく、あるいは甲高い声で泣く。
- 2) 泣いている時に親が抱いたりゆすったり背中を叩くなどしている刺激に対し、絶え間なく泣く、あるいはほとんど反応を示さない。

図7

他科の先生へのお願い

- 1) 生後3ヶ月未満の発熱は、速やかに病院小児科へ紹介
- 2) 原因不明、説明不能のなんとなく具合が悪い時も小児科医へ紹介
- 3) 死に至る病気を知っておく(図9)
- 4) 小児科に紹介すべき子どものバイタルサインを知っておく(図10、図11)
- 5) 様子を見ましょう(その中身は?)

図7

図8

3歳未満の観察項目

- 1) 泣きの質
- 2) 親の刺激に対する反応
- 3) 覚醒状態
- 4) 皮膚の色
- 5) 脱水の程度
- 6) かかわりに対する反応

図8

- 3) 覚醒から眠り、あるいは眠りから覚醒の状態が、覚醒しようとしなない、あるいは睡眠できない場合。
- 4) 皮膚の色が蒼白である。
- 5) 脱水の程度は、目と口が乾燥している、目が落ち窪んでいる。
- 6) 笑顔がなく不安げな表情、あるいは活気がなく無表情、警戒心がまったくくない時。

このような状態は要注意であり、緊急性を要する。

(図9) 決して見逃してはいけない疾患を「死の合図に該当」として挙げた。稀ではあるが、それぞれが死に至る危険性の高い疾患である。

心筋炎は、「いつもよりぐったりしている」「いつもと違う」という保護者の訴えに耳を傾け、心音聴取に集中し、可能性が否定できなければ、心エコーができる病院に紹介する。脳炎・脳症は発熱がなくても意識障害（よく眠る、あまり飲まない）で発症することがあり要注意である。アッペ（虫垂炎）も典型的なものは診断可能であるが難しい。具合が悪そう、外来で腹痛の訴えが消失しない場合も小児外科にコンサルテーションする、あるいは腹痛の経過の見方を保護者に説明し、受診の遅れが起きないようにすべきである。月経の始まっている女兒は常に妊娠を鑑別疾患に入れること。意識障害、けいれんの場合、糖尿病、低血糖を忘れてはいけない。

図9

見逃したくない疾患	
「死の合図に該当」	
し	心筋炎
の	脳炎・脳症
あ	アッペ(虫垂炎)
い	イレウス
ず	髄膜炎
に	妊娠、尿路感染症
がい	急性喉頭蓋炎
とう	糖尿病

図9

(図10)「年齢別正常心拍数(毎分)」は、診療室内にすぐ参照できるようにしておく。

(図11)呼吸、循環の基準値の上限を超える場合は緊急性が高い。

CRT (capillary refill time) も重要であり、基準値を超える場合はショック、脱水、低体温を考えて対応する。

図10

年齢別正常心拍数(毎分)			
年齢	覚醒時	平均	睡眠時
生後3ヶ月未満	85~205	140	80~160
3ヶ月~2歳	100~190	130	75~160
2~10歳	60~140	80	60~90
10歳以上	60~100	75	50~90

図10

図11

年齢別の正常呼吸数	
年齢	呼吸数/min
乳児(1歳未満)	30~60
幼児(1~3歳)	24~40
就学前小児(4~5歳)	22~34
学童(6~12歳)	18~30
思春期(13~18歳)	12~16
※年齢を問わず、60/min以上は異常	

図11

(図12) 子どもと保護者が診察室に入室してきたら、「おはようございます」「こんにちは」「お待たせしました」などの挨拶をする。そして子どもにも（たとえ乳児でも）声がけをすることを忘れないようにする。その後の診察がうまくいくか否かは、この瞬間に決まるといっても過言ではない。

子どもは、まるごと全身を丁寧に診察すること（児童虐待を見逃さない！）。

(図13) VPD (vaccine preventable diseases、ワクチンで防げる病気) をワクチンによる予防を徹底させることは、かかりつけ医の役割である。

ワクチンデビューは生後2ヶ月である。この2ヶ月からかかわることが多いので、保護者とのファーストコンタクトでは「出産おめでとうございます」の声がけとねぎらいの意を伝えると良い(図13 子育てサポートへ)。

予防接種体制は日進月歩である。任意接種が定期接種に変更になったり、ワクチン接種の間隔が変更にな

ったり、他の感染症との間隔なども考慮する必要があることから、ワクチン接種専門機関があってもいいほど複雑であり、変更が時々行われる。また、自治体によって体制が違う。毎年、更新される予防接種のガイドラインを熟読するとともに、医師会の研修会なども利用し、適切で安全なワクチン接種をされたい。誤接種の場合は、医師会、自治体への報告義務があるので忘れずに言う。

ワクチン接種のために受診した時は、さまざまな情報を収集できるチャンスでもあり、子育て相談のいい機会になる。余裕をもったワクチン、健診外来の設定が望ましい。また、空間的・時間的に通常の診療とは分けることが理想的である。

(図14、15) ここでは、小児で発疹を来す疾患を示した。

発疹は経験を重ねれば診断は容易であるが、軽症水痘、重症手足口病、修飾麻しんなど鑑別が難しいこともある。皮膚疾患のアトラスなどが常備してあると便

図12

挨拶、ねぎらう、わびる

保護者・子どもの訴えをよくきく(聞く、訊く、聴く)

- 1) 保護者
- 2) 子ども

主人公は子ども！

丁寧な診察

先入観にとらわれないように
児童虐待を見逃さないために

図12

図14

発疹(1/2)

- 1 ウィルス感染症
 - 突発性発疹
 - 単純ヘルペス1型(ヘルペス性歯肉口内炎を含む)
 - 麻しん、風疹、水痘(带状疱疹)
 - 伝染性紅斑、手足口病
 - 伝染性単核球症、ジアンソティ病
- 2 細菌感染症
 - 溶血性連鎖球菌
 - ブドウ球菌感染症(とびひ、SSSS)
 - 尋常性ざそう

図14

図13

VPDはワクチンで予防する！

ワクチンデビューは生後2ヶ月から

- ・「出産おめでとうございます」から始めよう

スケジュールも親任せにせずに

- ・かかりつけ医の役割

ガイドラインの熟読を！

わからないままにしない

- ・医師会で定期的な研修会を

ワクチン接種だけの外来で終わらせない

母親支援・家族支援の開始／虐待防止

図13

図15

発疹(2/2)

- 3 その他の感染症
 - マイコプラズマ感染症
 - リケッチア感染症
 - 真菌感染症(白癬、カンジダ)
- 4 川崎病
- 5 薬疹
- 6 接触性皮膚炎
 - おむつ皮膚炎、なめずり皮膚炎、よだれかぶれ
- 7 蕁麻疹
- 8 掻爬性皮膚炎

図15

利である。

突発性発疹は、生後6ヶ月から1歳半くらいまでの高熱では第1に考えるべきもので、熱の割に全身状態が良好で機嫌も良い。数日後、解熱してから不機嫌、下痢が出現するので初診時にその話もしておくとの良い。

乳児、年少児の伝染性膿痂疹（とびひ）は、皮疹があつという間に全身に広がり入院治療を要するので要注意である。

(図16) 第二種感染症では登校基準が決められている。保育園の登園基準は、これに準じることになっている。インフルエンザだけは登校基準（発症後5日経過し、かつ解熱後2日間が経過するまで）と違い、幼児は解熱後3日経過と1日長くなっているので注意されたい。

発熱した日を0日、解熱した日も0日とカウントする。全員で守らないと地域が混乱する。帯状疱疹は基準がないが筆者は水痘に準じて水疱が痂皮化してからとしている。

図16

感染症
～登校(登園)基準～

インフルエンザ：発症後5日、かつ解熱後2日間
(幼児は3日)

百日咳：特有の咳が消失

麻疹：解熱後3日

風疹：発疹消失

水痘：全て痂皮化

咽頭結膜熱：症状消退後2日

流行性耳下腺炎：腫脹の発現後5日間、かつ
全身状態が良好となるまで

図16

図17

食物アレルギー

問題点
安易な診断、検査重視の診断、
安易で負担の多い除去食

現在
乳児期の皮膚感作から食物アレルギーへ？
スキンケアを重視
食べながら治していく

アナフィラキシー対応の普及

図17

(図17) 食物アレルギーは増えている。乳児期の3大アレルギーは、卵、乳、小麦粉である。

食物アレルギーは、食物による症状の再現性、検査結果、負荷試験の組み合わせで診断するが、検査のみでの診断で不必要な食物除去が行われている事例が散見される。離乳食は生後5ヶ月から開始し、不要な除去はせず経口摂取を症状が出ない程度で食べながら治していくという流れである。素人判断で除去している場合も少なくないので、医療者として適切な指導をする場面が時にある。

アナフィラキシーへのエピペンの使用も学校現場、保育園現場で適切に（ためらいなく）行われるように地域で指導するのめかかりつけ医機能の1つである。

(図18) 小児の受診理由の中でも腹痛は多く、その症状を引き起こす最も多い原因は便秘であるが、胃腸炎なども少なくない。

中でも、見逃してはいけない腹痛を来す疾患を挙げる。

腸重積は、離乳食を食べている月齢に好発する。腹痛、嘔吐、血便が3症候であるが、臨床的には、「間欠的に火がついたように泣く、けろっとする」を反復した時には、嘔吐や血便がなくとも腸重積を強く疑う。浣腸しても血便がない場合もある。

全身診察をしないと鼠径ヘルニア、精巣捻転は見逃してしまう。月経のある女兒の腹痛には妊娠を鑑別に入れる。また、思春期の女兒の定期的な腹痛は、処女膜閉鎖を忘れないようにする。

図18

腹痛

最も多いのは「便秘」(図19、図20)

腸重積
鼠径ヘルニア(かんとん)
虫垂炎
アレルギー性紫斑病
精巣捻転、子宮外妊娠

図18

(図19) 小児の腹痛受診の原因の第1位は便秘である。排便回数が週に2回以下、あるいは排便時に痛みを伴うか遺糞があり、このような状態が1~2ヶ月以上続く場合を慢性便秘と呼び、大半は機能性便秘である。

(図20) 慢性便秘の問診のポイントを図に示す。

子どもが排便を我慢する時、足を交差することが典型的である。

生活習慣の改善（早寝早起き、朝ご飯）、昼間の体を使った遊び、食事内容、内服薬、坐剤、浣腸を用いて、規則的な排便を促すことが治療の原則である。時に浣腸が癖になると心配する保護者がいるが、便秘のメカニズムを説明して規則的な排便習慣のためにできることをするのが肝心である。無理矢理や、叱責の多いトイレトレーニングがきっかけで便秘になることもある。

(図21) 小児の場合は、肥満だけでなく、アデノイドや扁桃肥大を原因としたいびき、睡眠時無呼吸症候群が起こる。昼間活気がない、食べるのが遅い、いつも口を開けているなどが見られ、肥満があるとは限らず、むしろやせている場合がある。

アデノイド、扁桃摘出により症状が劇的に改善するので耳鼻科へのコンサルテーションを行う。

(図22) 日本の子どもたちは睡眠不足である。望ましい睡眠時間は個人差はあるが、幼児期・学童期・青年期でそれぞれある。睡眠負債による弊害は明らかになっていることから、子どもたちの質の良い睡眠時間を確保するのが大人の責務であり、睡眠指導はかかりつけ医の役割である。

休日の朝寝はいつもより誤差2時間以内にする。決まった時刻に起こす。朝食を食べさせる。日中に体を動かす遊びをさせる。1日楽しく過ごさせる。就寝時刻を決めて、その前2時間はスマートフォン（以下、スマホ）やタブレット型端末はオフとすることが大事である。

図19

慢性便秘

排便回数が週に2回以下
または
排便に痛みを伴う、あるいは遺糞がある

このような状態が1~2ヶ月以上続く場合

小児の慢性便秘の大半は機能性便秘

図19

図21

睡眠時無呼吸症候群

幼児でも起こる
アデノイド・扁桃肥大

- 睡眠中のいびき、呼吸停止
- 昼間の活気のなさ
- 食べるのが遅い、いつも口を開けている

肥満があるとは限らない

図21

図20

問診のポイント

- 1: いつから?
- 2: 回数?
- 3: どんな便?
(硬さ、大きさ: ブリストル便形状スケール)
- 4: 痛い? 出血がある?
- 5: 排便を我慢する?
- 6: 便漏れがある?

図20

図22

スリープヘルスの基本

- 1) 朝の光を浴びること
- 2) 昼間に活動をすること
- 3) 夜は暗いところで休むこと
- 4) 規則的な食事をとること

+α: 眠気を阻害する嗜好品(カフェイン、アルコール、ニコチン)を避けること
過剰なメディア接触を避けること

乳幼児から高校生~成人まで
日本人は睡眠不足!

図22

る。早寝早起き、食事、快便は健康の基礎である。このリズムを乳幼児期から培っておきたい。

(図23) 子どもは、言語化が未熟であるため、心理的なストレスを身体症状として表しやすく、さまざまな症状に心理社会的なストレスが隠されていることがある。学校に行けない(不登校)、朝起きられない(起立性調節障害、睡眠障害)、お腹が痛い(過敏性腸症候群)、ご飯が食べられない(摂食障害)、マルトリートメント(虐待)の結果としてのさまざまな症状も考慮しておきたい。

★ 「こっち見て」3歳児：赤ちゃん返り、母親の気をひくため頻りに腹痛を訴える。

(図24) 不登校の定義を示した。

不登校に隠れた身体疾患を見逃さないように、ある程度の検査は必要である。

★ 不登校でフォローされていた小学校6年生のケースで、高度の貧血あり、貧血の精査で多発性の胃潰瘍が見つかる。身体疾患の治療をしたところ登校再開となった。

図23で説明した心身症も不登校を示すことが多い。

(図25、26) 不登校への対応を示す。脳腫瘍、内分泌疾患、睡眠障害などの身体疾患の検索や、子ども自身から、話を聴く(明確な不登校の原因があれば環境調整をする)。

図23

子どもの心身症

定義：子どもの身体症状を示す病態のうち、その発症や経過に心理社会的因子が関与するすべてのものをいう。それには、発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともある。
(日本小児身心医学会 2014)

学校に行けない(不登校)
朝、起きられない(起立性調節障害、睡眠障害)
お腹が痛い(過敏性腸症候群)
ご飯が食べられない(摂食障害)
マルトリートメント(虐待)の影響

図23

図25

不登校への対応 (1/2)

- 1) 身体疾患の検索
- 2) 子どもの話、気持ちをよく聴く
- 3) 環境改善
- 4) 学習権の確保
学校の環境改善・学校以外の居場所探し
- 5) 家族関係
- 6) 本人のカウンセリング(将来はどうしたい?)

図25

図24

不登校

定義：年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの

不登校の鑑別疾患

身体疾患：感染症、悪性腫瘍、糖尿病、甲状腺疾患、血液疾患

★心身症：起立性調節障害、過敏性腸症候群、拒食症、喘息、睡眠障害

★発達障害

★精神疾患：うつ病、統合失調症

図24

図26

不登校への対応 (2/2)

- 7) 不登校状態のアセスメント
- 8) 学校に行くことを目標とはしない
- 9) 抱えている身体症状に焦点をあてて診療する
- 10) 原因探しはしない
- 11) 2つの課題を提示
 - ① 生活リズムのチェック(睡眠表の作成)
 - ② 「できたことカレンダー」
- 12) 登校していない罪悪感への配慮

図26

(図27) 児童虐待通告件数の増加は著しく、それでも氷山の一角と言われている。悲惨な事例が時々報道されるが、約5日に1人の子どもが児童虐待で毎年命を落としている。そのおよそ半数は乳児である。子どもへの性教育の必要性はもとより、妊娠から出産、その後の子育てに関して切れ目のない支援が必要とされている。児童虐待が子どもに及ぼす影響を図28に示す。

医学的な虐待に関する知見は必要であるが、診療所レベルでは「子育てに関する違和感」「おかしいな、気になる親子」として疑ったら、通告を必ずしてほしい(注：通告でおしまいではない)。通告先は市区町村に窓口がある(例：子育て支援課など名称は自治体によって異なる)。また、地区医師会において虐待を担当する理事を知っておくと相談しやすい。虐待に関係した関連機関が集まって「要保護児童対策地域協議会」が設置されているので、医師会もかかわれるように自治体に申し入れてほしい。

常日頃から、子育て支援マインドをもって接していることが安心な子育てにつながり、虐待防止のみならず

図27

児童虐待

～重大な公衆衛生的課題！～

5日に1人が虐待で死亡している！

- ・ 身体的虐待
- ・ 心理的虐待(DV目撃も含む)
- ・ ネグレクト
- ・ 性的虐待

- ★ 体罰禁止(叩かない、怒鳴らない)
- ★ 子育て支援
- ★ 通告を！
- ★ 要保護児童対策地域協議会の活用

図27

図28

マルトリートメント(児童虐待)

身体的影響
知的発達への影響
心理的影響
対人関係の障害
低い自己評価
行動のコントロールの障害
多動
PTSD(心的外傷後ストレス障害)
精神症状

厚生労働省：子ども虐待対応の手引き(HPより)
厚生労働省：愛の鞭ゼロ作戦
参照：子どもの脳を傷つける親たち(友田明美著)

図28

ず早期発見につながる。

(図28) マルトリートメントによる影響を示す。

身長が伸びない(愛情遮断症候群)、体重増加不良、知的発達の遅れ、愛着障害・自己肯定感が低いなどの心理的影響、ADHD様の症状、反復する日々の虐待による複雑性のPTSD(心的外傷後ストレス障害)、解離症状などの精神症状を起こすことがわかっている。また、脳にも変化が起こることがわかってきた。

(図29) ここで、思春期の問題を提示する。最も深刻なのは自殺である。日本では、子どもや若者の自殺は増えており、世界でも類を見ない。

児童生徒の自殺の原因・動機はほとんど特定されていない。言語化が未熟で思春期の衝動性、希死念慮(死にたい、自殺したいと思うこと)は家庭問題や学校問題として挙げられている出来事(ストレス)だけによって発現するのではなく、児童生徒のもつ総合的自己評価コンピタンス(情緒安定、自己肯定感)、認知的コンピタンス(問題の発見と解決、判断、対象認知、言語表現力など)、社会的コンピタンス(自己開示性、友好性、社会的交流)などのコンピタンスの機能状態とも密接にかかわっている。

学校現場や診療場面では、自傷行為に遭遇することが少なくない(10代で約1割が自傷行為をしている)。図30で自傷行為についての初期対応について示す。

(図30) 自傷行為については3つの誤解がある。

- ① 女兒に多い
- ② 周囲の関心をひくための行為
- ③ 死に至ることはない

図29

思 春 期

思春期とはいつからいつまで?
思春期の体の問題は?
疲れている
やせ/肥満
睡眠不足
性の問題

思春期の心の問題は?
性の問題(悩み)、不登校、いじめ、鬱病、パニック障害、リストカット、摂食障害、飲酒、喫煙、薬物乱用、自殺など

思春期の生活習慣の問題は?
メディア依存、ゲーム障害、SNS・・・

図29

自傷行為は死ぬのを免れるために、一時的にそのような状態から逃れるための行為である。しかし、やめられなくなり反復する傾向がある。そして、同時に薬物依存などの他の依存も合併していく傾向がある。過量服薬、エスカレートした自傷により命を落とすリスクは、自傷行為をしていない群に比して高いことも事実である。つまり、自傷とは「その瞬間を生き延びるために」繰り返されながら最終的には逆説的に死をたぐり寄せてしまう行為である。自傷とは自殺とは違うが、自殺関連行為である。

ファーストコンタクトのコツを示した。傷に関しては、医学的に情報を収集し（傷をつけたもの、時間など）淡々と傷の治療をすること。命が大事、親からもらった体を大事にしなさいなどの当たり前前の説教・叱責は禁句。助けを求めにきたことをまずねぎらう。「自傷をすると嫌なことを忘れられるんだ」「そうやってなんとか生きてるんだね」「繰り返しているとはずみでけがが想定以上に大きくなったり、命を落としてしまうこともあるので心配だ」などと言葉をかける。

図30

自傷行為への初期対応

- 1) 「自傷をやめなさい」は禁句
- 2) 「よく来たね」
- 3) 自傷の肯定的側面に目を向ける
- 4) 自傷を続けることによって起こる危険をそれとなく語る
- 5) Respond medically, not emotionally

図30

図31

自傷行為のフォロー

行動表
置換行為のすすめ

- ① 刺激的置換スキル
 - 1: スナッピング
 - 2: 香水をかぐ
 - 3: 紙や薄い雑誌を破る
 - 4: 氷を握りしめる
 - 5: 大声で叫ぶ
 - 6: 筋トレ
 - 7: 腕を赤く塗る
- ② 鎮静的置換スキル

図31

★ 自傷をやめさせることより、なんとかその子どもとつながって再診に結びつけることの方が大事。

(図31) 行動表をつけることによって、生活リズムの把握、自傷行為の誘発因子を見つけることができる。自分の行動を客観視することができるなどのメリットもある。行動表を見ながらできているところに目を向け、肯定的なフィードバックをする機会が増える。自傷行為をしなくなったら、刺激的置換スキルで気をそらして、自傷行為の回数を減らすことが可能である。

しかし、今度はその行為に依存してしまう可能性がある。鎮静的置換スキル（呼吸法、自律鍛錬、マインドフルネスなど）や、人と話すなどの方法を加えていく。児童精神科、精神科との連携が不可欠であり、これをやる、というよりは「これはやってはいけない」ことを知っておく必要がある。

(図32) スマホ、タブレット型端末の普及によりいつでも電子映像メディアと接触することが可能になった。SNS (Social Networking Service) の利用で一方通行でない双方向性のやりとりも可能になり、接触時間は長時間となり、つながり依存と呼ばれる状態も生じている。さらにオンラインゲームは終わらないゲーム、承認を得られる、仲間ができるなどの魅力があり、成績低下、睡眠不足、不登校、退学例も後を断たない。体力低下、視力悪化にも歯止めがかからず、成長期の子どもには時間泥棒である。上手に活用しているとは言えない状況である。2019年5月に世界保健機構 (WHO) は「ゲーム障害」を疾患と認定した。日本小児科医会では、スマホが登場していない2003年より「メディア漬け」の弊害を訴え続け啓発を行ってきた (図34)。

図32

ゲーム障害(ネット依存症)

2019年5月 WHOが「ゲーム障害」を疾患と認定

- 1) やめられない
- 2) やめるとイライラする
- 3) もっとやりたい気持ちを抑えられない

★ 日常生活に支障を来している

※ 文部科学省、厚生労働省も依存症対策として動き出す

※ 子どもたちの成長発達する時間を奪っている

図32

(図33) 日本糖尿病対策推進会議は、子どもたちが長時間ゲームをすることが運動不足を招き、生活習慣病としての糖尿病の原因になるとして啓発を促した。

(図34) 日本小児科医会「見直しましょう メディア漬けの子育て」では、具体的な5つの提言を示した。

- ① 2歳までのテレビ・ビデオ視聴は控えましょう。
- ② 授乳中、食事時のテレビ・ビデオの視聴はやめましょう。
- ③ すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要です。1日2時間までを目安と考えます。テレビゲームは1日30分までを目安と考えます。
- ④ 子ども部屋にはテレビ、ビデオ、パーソナルコンピュータを置かないようにしましょう。
- ⑤ 保護者と子どもでメディアを上手に利用するルールをつくりましょう。

(図35) ゲーム障害の診断基準、治療方法などは今後確立されていく予定である。しかし、その間にも子どもは成長発達するため、危険の可能性を考慮して速やかに対策を打つ必要がある。

今のネット社会、ゲームの内容・質を知らずに、そして、子どもたちが何をやっているかも知らずに、楽しいからいい、いずれ飽きるからさせておいたら、といういい加減なアドバイスは事態を悪化させるだけである。弊害をしっかりと知った上で適切なアドバイスをしてほしい。

相談に来た時、すでに親は疲れ果て、困り果てており、子どもは耳を貸さない状態にまでなっていることが少なくない。子どもにとってゲームは非常に大切な存在になっているので、頭ごなしにゲームをやめなさい等の常識的なアドバイスはNGである。二度と外来に来てくれなくなる。関心事に耳を傾け、時間をかけて認知行動療法、入院集団的治療、家族会などの利用に結びつけなければならないこともある。

図33

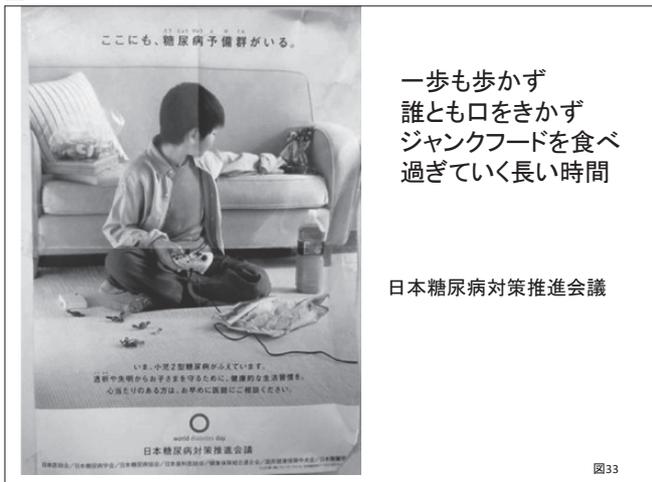


図35

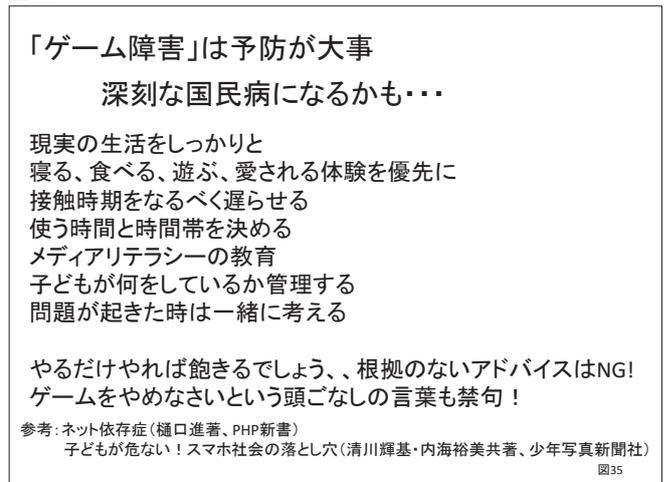
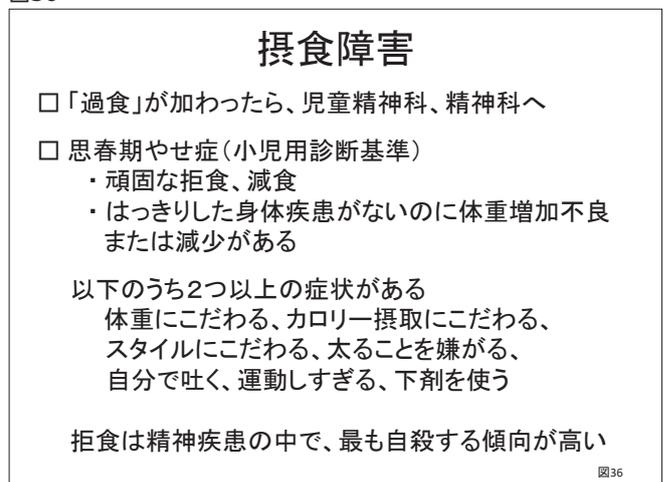


図34



図36



(図36) 摂食障害も増加し、低年齢化傾向が認められる。過食が加わった時は小児科の範囲を越えているので児童精神科、精神科に紹介とする。摂食障害の定義を示す。

(図37) 拒食症では、受診時の健康状態を把握するためのバイタルのチェックと血液検査は必須であり、それに加え、器質的疾患の除外のための精査も念頭におき、フォローする。生活リズムや食生活の把握などをしつつ、将来どうなりたいかなどをしながら外来でフォローし、目的が明確になるにつれて改善してることがある。原因の追求はあまり効果がない。背景に自閉症スペクトラムがあり、「こだわり」が原因となっていることも見逃せない。

(図38) 小児科領域の薬の選び方・使い方について、5項目に分けて示す。

図37

拒食症
器質的疾患の除外
~~~~~  
緊急入院の必要性の判断  
1: 標準体重の70%以下あるいは急激な体重減少  
2: 心拍数50/min以下  
3: 血圧80/50mmHg以下  
4: 低カリウム血症  
5: 低リン血症  
  
~~~~~  
小児 日本心身医学会ガイドライン
~~~~~  
うつや発達障害の有無、活動制限の目安の診断  
家族サポート  
本人へのアプローチ

図38

**小児用薬剤の選び方・使い方**

- 1) 小児に使ってはいけない薬
- 2) 処方箋を書く時の注意
- 3) 乳幼児の薬の剤形
- 4) 薬の飲ませ方
- 5) 小児薬用量

(図39) 小児に使って安全とされている解熱剤はアセトアミノフェンとイブプロフェンのみであり、発熱があり、かつ発熱による弊害が大である時のみ使う「屯用」が小児科医の常識である。1日3回までを限度とする(授乳中の母親へもこの2種類は安全に使える)。

いわゆる感冒薬としてPL顆粒やLL配合シロップを小児科医は使わない。

血管収縮作用のある点鼻薬は、2歳未満はショックを来すことがあるので禁忌。

下痢の薬であるロペミン小児用細粒は図に示すように望ましくないとされているが、乳児に処方されることが少なくないため、要注意である。乳幼児の下痢には、食事療法、整腸剤で十分対応できる。

(図40) 他の注意事項をここに示す。

風邪に抗菌剤の処方ほしない(抗菌剤の適正使用心がける。当たり前であるが、難しい?)。

錠剤は、保護者から求められても誤嚥する可能性が高いので就学前の幼児にはNGである。

図39

**1) 小児に使ってはいけない薬**

解熱剤：アセトアミノフェンとイブプロフェンのみ可  
感冒薬：PL顆粒、LL配合シロップはNG  
点鼻薬：ナファゾリン(プリビナ)、テトラヒドロゾリン(ナーベル)はNG(特に2歳未満は禁忌)  
ロペラミド：ロペミン小児用細粒  
6ヶ月未満は禁忌  
2歳以下は原則禁忌  
2歳以上でも投与は望ましくない

図40

テオフィリン：ほとんど使わない(テオフィリン関連痙攣)  
抗菌剤：風邪、念のためという理由で抗菌剤は使わない(適正使用)  
ニューロキノンは原則使用しない  
ミノサイクリンは8歳未満に使用しない  
卵アレルギー児：リゾチーム塩酸塩はNG  
乳アレルギー児：エンテロノン-R、エントモール、ラックB-R、タンナルビンはNG  
錠剤は就学前の幼児にはNG  
**熟練の小児科医の処方ほシンプル!**

(図41) 処方箋の書き方については、製剤量なのか、成分量なのか？1日量なのか、1回量なのか？といった明確な決まりはない。施設での暗黙のルールによっているところが大きい。連携している薬局との連絡を良くして、それぞれの間で広く通用するルールの中で運用し、薬局からの疑義照会など参考にして適切な処方に活かされるようにする。過量投与、誤投与は重大な有害事象を起こすことになるので避けたい。

子ども（特に乳児、低年齢の幼児）は、満腹であれば口を開けない。食前／食後にこだわっていると服薬ができない場合が少なくないことから、授乳の直前に飲ませることが多い。

- ★ 食事を食べなかったので薬を飲ませていません。←指示が不十分。
- ★ 保育園に行っているので昼の薬を飲ませていませんでした。←1日3回なら朝、帰宅後、寝る前とすることも可能。どうしても昼に服薬の必要な薬があるとすれば、保育園での与薬のルールに従う。

図41

## 2) 処方箋を書く時の注意

製剤量？ 成分量？  
1日量？ 1回量？  
食前？ 食後？

例  
パセトシンDS 400mg 分3 3日分  
パセトシンDS(10%) 4.0g 分3 3日分

図41

(図42) 剤形にも子どもならではものがある。子どもはシロップのほうが飲めるというのも思い込みである。

小児科で使われる代表的な坐剤は、解熱剤（アセトアミノフェン：アルピニー、アンヒバ）、鎮吐剤（ドンペリドン：ナウゼリン）、けいれん予防（セルシン：ダイアップ）である。

気管支拡張作用のある貼付剤が咳止めとして広く解積されているがこれは誤りであり、適切な使用が求められている。また、切って使ってはいけない。

(図43) 小児への薬の飲ませ方には、いろいろ工夫が必要な場合が少なくない。

どうしても飲まない子どもがいる（開業医の処方する薬で絶対飲まなければいけない薬は、ごくわずかだと思う）が、その場合は症状をよく見て悪化する時は入院させる。押さえつけてまで飲ませるものではない。

図43

## 4) 薬の飲ませ方

- ・シロップ剤：乳児にはスポイト、スプーンで。
- ・散剤・細粒剤・顆粒剤  
水に溶ける場合はシロップと同じ。  
水に溶けない場合は少量の水で練って上あごあるいは頬の内側になすりつけて水やミルクを飲ませる。  
牛乳やヨーグルト、アイスクリームなどに混ぜる時は少量に混ぜる。ココアや練チョコレートも可能。  
カルボシステイン(ムコダイン)／ヨーグルト×  
クラリスロマイシン(クラリシッド)  
／オレンジジュース×

図43

図42

## 3) 乳幼児の薬の剤形

シロップ剤  
ドライシロップ剤：与薬時に水に溶かすこと  
散剤・細粒剤・顆粒剤  
坐剤：冷蔵庫保存が原則  
※ アセトアミノフェンは経口投与のほうが血中濃度の上がり早い  
貼付剤：咳止めではない！誤用されている！

図42

図44

## 5) 小児薬用量

- ・体重あたりで計算して、年長児では成人量を超えないように処方する。
- ・添付文書に従うのが原則  
ある年齢を境にして一定量が指示されている薬例) ザイザル SYR  
1歳未満は 2.5ml 分1  
1歳から7歳未満 5.0ml 分2  
7歳以上 10.0ml 分2

図44

(図44) 処方量は、添付文書に従うのが原則であるが、多くは体重換算で行う。しかしながら、体重換算ではなく、年齢で決められている場合もあるので注意すること。

(図45) 小児科領域でよく使われる漢方薬を示す。

肛門周囲膿瘍に漢方を使うと、抗菌剤服薬、外科的切開排膿が激減する。

抑肝散、甘麦大そう湯：夜泣きや夜驚症に著効する場合もある、手段があるというだけで、保護者が夜泣きにつきあう覚悟ができる。

五苓散：嘔吐症で、点滴をすることが減る。

母子同時内服の対象疾患は、夜泣き、チック、夜尿症、気管支ぜんそく、アトピー皮膚炎、不定愁訴などである。

(図46) かかりつけ医は、疾患を治療するだけでなく、疾患の予防、健康維持・推進などの役割を負っている。疾患だけでなく、全人的な視点をもっている必要がある。

乳児期から老年期までを対象とするかかりつけ医は、エリクソンの心理社会的発達段階説を熟知し、全人的医療を行うことが望まれる。特に、乳幼児期の発達課題を順調に乗り越えさせることが、人格形成の基礎になり、心の健康には欠かせない。また、乳児期には愛着の発達、幼児期にはしつけも含め自律（自己コントロール）・自立（自分でやる！）心を育てることが大事である。

(図47) 子どもが養育者と共にある状態から、分離個体化のプロセスを経て1人の人間として、身体、精神、社会的に自立していく様子を図式化した。

乳児期は心身共に親と共生しており、歩く時期になると探索行動が始まり、親と物理的、心理的に距離をとることをするようになるが（分化期、練習期）、危機的な状況になれば愛着対象（保護者）を安全基地として再接近したりもする（再接近期）。こうして離れ、接近することを繰り返しながら、子どもは個体として心身共に自立していく。自立した個体は、自分の中に取り込んだ愛着対象を安全基地として生涯発達をしていく。愛着、安全基地、個体の自立の過程が順調に行われると、人は発達段階の危機（発達課題）を乗り越えていくことが可能になる。

図45

### 小児科と漢方

肛門周囲膿瘍：十全大補湯、排膿散及湯  
 慢性便秘：小建中湯、黄ギ建中湯  
 夜泣き、夜驚症：抑肝散、甘麦大そう湯  
 伝染性軟属腫：ヨクイニン（※保険適応なし）  
 急性胃腸炎：五苓散  
 活気がない、ごろごろしている、風邪をひきやすい  
：補中益気湯  
 いらいらしている：甘麦大そう湯、  
 桂枝加竜骨牡蛎湯、四逆散など

★母子同時内服

参考：小児漢方治療の手引き（日本小児東洋医学会編、日本小児医事出版社）

図45

図46

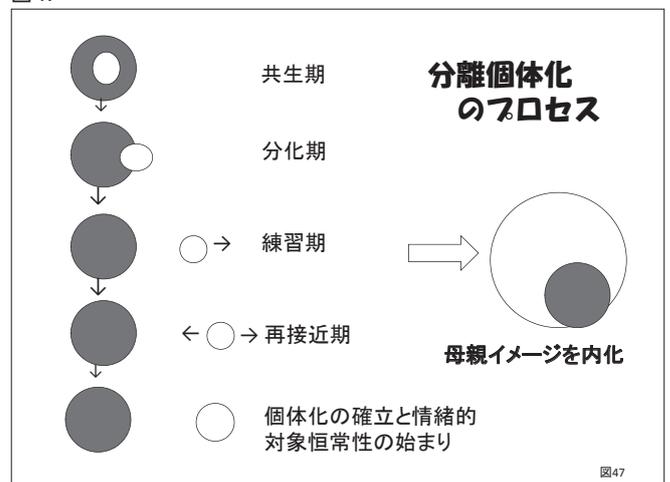
### エリクソンの心理社会的発達段階説（1977）

~~~~~

乳児期	基本的信頼×基本的不信
幼児期	自律性×恥と疑惑
遊戯期	自主性×罪悪感
学童期	勤勉×劣等感
青年期	同一性×役割混乱
前成人期	親密×孤立
（23～34歳頃）	
成人期	生殖性×停滞性
（35～60歳頃）	
老年期	自我の統合×絶望

図46

図47



(図48) 災害時に必要なことを示した。

最初は、心の問題よりライフラインの復旧、平常な生活への復旧が一番求められる。安心して眠れない、食べるものが無い中で心のケアは成り立たない。特に子どもは、周囲の大人の態度が影響する。子どもの眠り、遊びを優先して対応することが大事である。

地域のかかりつけ医が避難所にいてくれる、こんなに心強いことがあるだろうか。

子どものPTSDに関するリーフレット「もしものときに…子どもの心のケアのために」は日本小児科医会HP (https://www.jpa-web.org/about/organization_chart/training_committee.html) よりダウンロードが可能である。

事件・事故・災害時に必要な時は、日本小児科医会に要望していただければ速やかに無料で送ることができる。日本語、英語、中国語に対応しているので、ご利用いただければ幸いです。

図48

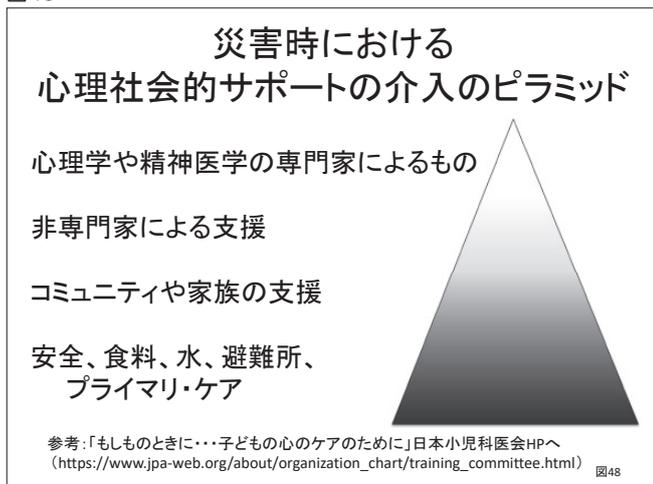


図49

(図49) 子どもの心の問題は、愛着形成、発達障害、チックや指しゃぶりなどの習癖、偏食・拒食などの食行動異常、児童虐待、不登校、いじめ、心身症、子どもの精神疾患、子どもとメディアの問題など幅広いものである。それに特化した研修会があるので、もう少し深くかかわるために研修会もご活用いただきたい。

さいごに

少子化時代に育った親は、わからないことだらけの中で子育てをしている。妊娠期から切れ目のない支援を社会全体でしなければならない。小児診療にかかわる医師は、子育て支援マインドをもち、保護者の不安解消に努め、子育ての支援を行う。そして、子どもの心身の成長発達を保障する役割を担うと共に子どもの代弁者（アドボケーター）として、かかりつけ医、園医、学校医として、また医師会会員として他（多）機関と連携しながら子どもへの心理社会的な影響に配慮すべきである。さらに、成人期へ移行する慢性疾患に関しては、関連する他科との連携が欠かせず、切れ目のない保健・医療を提供すべきである。

参考文献・資料

- 1) はじめよう臨床医にできる子育てサポート 21、山中龍宏・内海裕美・横田俊一郎編、医学書院、2002年
- 2) 子ども虐待対応の手引き（平成25年8月 改正版）、厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/130823-01.html
- 3) 愛の鞭ゼロ作戦、厚生労働省 <http://sukoyaka21.jp/ainomuchizero>
- 4) 子どもの脳を傷つける親たち、友田明美著、NHK出版新書523
- 5) ネット依存症、樋口進著、PHP新書
- 6) 子どもが危ない！スマホ社会の落とし穴、清川輝基・内海裕美共著、少年写真新聞社
- 7) 小児漢方治療の手引き、日本小児東洋医学会編、日本小児医事出版社
- 8) リーフレット「もしものときに…子どもの心のケアのために」日本小児科医会 https://www.jpa-web.org/about/organization_chart/training_committee.html

3. 「在宅医療、多職種連携」

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長 おおはし ひろき
大橋 博樹

日本プライマリ・ケア連合学会 (副理事長)

【略歴】 獨協医科大学卒業、武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局、その後筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修し、2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科に勤務、医長として家庭医療後期研修プログラムの立ち上げ、運営を行う。2010年4月多摩ファミリークリニックを開業、家庭医として診療を行う傍ら、家庭医療後期研修医を受け入れ指導を行っている。

【所属・資格等】 東京医科歯科大学 (臨床准教授)、聖マリアンナ医科大学 (非常勤講師)、日本プライマリ・ケア連合学会 (認定家庭医療専門医)

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 3. 地域での連携 (2) 在宅医療、多職種連携

【目 標】

住み慣れた地域で、住み慣れた我が家で暮らしていくという当たり前の希望を実現する1つの手段が在宅医療である。超高齢社会を迎え、多疾病併存や要介護者の増加、医療的ケア児への支援等、在宅医療で行うべきケアの質や量は確実に高まっている。ここで鍵となるのが、多職種連携である。多職種連携は顔の見える関係を築いた上で、患者や地域の問題を抽出し、その共通の問題を解決すべく、それぞれの専門職が多方面からアプローチすることである。重要なのはそのアウトカムであり、アウトカム向上のために常に省察を繰り返すことが真の連携を実現するための条件となることを忘れてはいけぬ。

【キーワード】

在宅医療、多職種連携、地域包括ケア、ACP (アドバンス・ケア・プランニング)

はじめに (図1)

(図2) 在宅医療の適応はどのように定義されているのだろうか。厚生労働省通知によると「在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者」とある。

独歩での通院が困難である者と考え、下肢筋力低下や認知症などで通院困難な患者に対しても在宅医療は適応となる。本来は在宅医療の適応となる患者が、無理をして外来通院しているケースはないだろうか。もちろん、月1回の通院での外出を楽しみにしている患者の喜びを奪う必要はないが、本人・家族の負担が大きい中での通院を強いられている患者に、かかりつけ医から在宅医療の提案ができることは自宅での生活を維持する上でも重要である。

(図3) 在宅医療は悪性腫瘍や脳卒中の発症など、突然起きた疾病のみで開始されるとは限らない。今までは自転車で通院していた患者が、高齢で自転車に乗れなくなって通院困難になるなど、介護の環境や本人の意

欲がきっかけとなることも多い。また、いったん在宅医療に切り替わると、そのまま在宅医療を続けなければいけないかというそうではない。一時的な在宅医療という手段も当然存在する。例を挙げると、腰椎圧迫骨折による疼痛のため、一時的に外来通院が困難になったが、改善して外来通院に戻る場合もある。

それぞれの患者・家族の事情に合わせて、かかりつけ医が療養の形を提案する、在宅も外来も同じかかりつけ医が担当することができる、これこそがかかりつけ医の魅力ではないだろうか。

1. ACP (アドバンス・ケア・プランニング)こそかかりつけ医が関わるべき理由 (図4)

(図5) 在宅医療の適応となる患者の中には、がんなどの悪性疾患により終末期を自宅で過ごす患者も少なくない。一般にがん患者における在宅医療での看取りまでの診療期間は2週～1ヶ月程度が多い。

厚生労働省の「人生の最終段階における医療の普

図1

内容
1. ACP(アドバンス・ケア・プランニング)こそかかりつけ医が関わるべき理由
2. 在宅診療の現場とかかりつけ医の関わり方
3. 多職種連携～はじめの一步～

図1

図3

外来と在宅を行き来する
<ul style="list-style-type: none">今までは自転車で通院していたが、高齢で自転車に乗れなくなったところ通院困難に腰椎圧迫骨折で一時的に外来通院が困難になったが、改善して外来通院も可能に認知症が改善し、家族と共に散歩も可能 <p>→患者それぞれの事情に合わせた療養の形を模索することができる。引き続きかかりつけ医が主治医となることができる。</p>
これがかかりつけ医の魅力

図3

図2

在宅医療の適応
<ul style="list-style-type: none">「在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者」除外基準「少なくとも独歩で家族・介助者などの助けを借りずに通院ができる者」 →本来は在宅医療の適応となる患者が、無理をして外来通院しているケースも <p>例)糖尿病などの持病があるが、高齢で下肢筋力低下があり、独歩で通院が困難 認知症で本人が通院に対し強く拒否している</p>

図2

図4

1. ACP(アドバンス・ケア・プランニング)こそかかりつけ医が関わるべき理由

図4

及・啓発の在り方に関する検討会」における議論でも度々起こっているが、この短い期間で、人生の最終段階における意思決定を含め、残り少ない日々をどう生きていくかという話し合いを本人や家族と行うのは困難である。本来であれば、このような話し合いは、かかりつけ医ががん発症前から関わるべきであり、可能であれば在宅医療も担当するのが理想である。

(図6) ACPの概念を理解するためには、AD (Advance Directive、事前指示) を知ることから始めると良い。ADとは判断能力のある成人が将来自分(本人)の判断能力が低下または消失した時に備えて、自らに施される医療に関する希望や拒否などの意向を指示しておくものである。

米国やカナダではすでにADを「自己決定の明確な証拠」として法制化しており、ADに関わる情報の提供や説明、教育、診療録への記載を義務化している。まさに契約書締結のようなイメージである。

(図7) ADの柱としては3つある。

1つ目は、内容的指示である。これはリビング・ウィ

ルとも呼ばれ、生命の危機に直面するような重篤な状態になった場合にどのような治療や医療処置を希望するか？またはしないか？について表したものである。

2つ目は、DNAR (Do Not Attempt Resuscitate) である。これは心肺停止状態に陥った時に、心肺蘇生術をしないという意向を示したものである。

3つ目は代理人指示と呼ばれ、医療に関する判断を本人が行うことができない時に、本人に代わって意思決定を行う人を事前に指名することである。

(図8) これらの内容をしっかりと決定し、診療録などに残すことが求められる。近年は日本でも高齢の患者が入院すると、ADを主治医から問われ、一定の期限までに回答するよう患者や家族に依頼することも多くなった。しかし、これらは患者のこれまでの人生や家族背景など様々な要因が関与している。また、一度決定しても迷いが生じ、変更を希望する患者や家族も少なくない。ここで大切なことは、このような決定は何度でも変更して構わないという姿勢であり、その決定に至ったプロセスである。そして、その過程の中では、

図5

がん患者の自宅での終末期は短期間

- がん患者における在宅医療での看取りまでの診療期間は2週～1ヶ月程度が多い
- 人生の最終段階における意思決定を含め、ACPをこの期間で行うのは困難
- 本来であればかかりつけ医が、がん発症前からACPIに関わり、在宅医療も担当するのが理想

図5

図7

ADの内容

- **内容的指示「リビング・ウィル living will」**
生命の危機に直面するような重篤な状態になった場合にどのような治療や医療処置を希望するか？または希望しないか？
- **DNAR(Do Not Attempt Resuscitate)**
心肺停止状態に陥った時、心肺蘇生術をしないという意向
- **代理人指示**
医療に関する判断を行うことができない時に、本人に代わって意思決定を行う人を事前に指名

図7

図6

AD(Advance Directive、事前指示)とは？

- 判断能力のある成人が将来自分(本人)の判断能力が低下または消失した時に備えて、自らに施される医療に関する希望や拒否などの意向を指示しておくもの
- 米国やカナダではADを「自己決定の明確な証拠」として法制化
- ADに関わる情報の提供や説明、教育、診療録への記載を義務化

→契約書締結のようなイメージ

図6

図8

内容的指示・DNAR・代理人指示

- これらは、患者のこれまでの人生や家族背景など様々な要因が関与する
- そして、一度決定しても、何度でも変更して構わない
- 過程の中で、意思決定が難しくなることもある
→そのためにも代理意思決定者を決めておくことが重要
- **ADはあくまでもその時その時の結果**
- **大切なのはその決定に至ったプロセス**
- **それがAdvance Care Planning(ACP)**

図8

病状の進行などにより本人の意思決定が難しくなることもある。そのためにも予め代理意思決定者を決めておくことも重要となる。これを体系化した考え方が、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）である。

（図9）なぜかかりつけ医こそがACPに関わるべきなのか？かかりつけ医の利点という視点で考えてみる。

まず、何と言っても外来診療時からの長い付き合いがあり、本人・家族との信頼関係が構築されやすいということである。家族や周囲の関係者には気丈に振舞っていた患者でも、「先生、本当は怖いよ」といった心の奥の思いを吐露されることもある。また、関係性ができているからこそ、時には「先生に全て任せているから」とかかりつけ医にお任せという意思表示をしてくる患者もいる。筆者自身も当初はかなり戸惑ったが、これも信頼関係が構築された上での発言と考えると、いつの間にか「上手いようになんとかします」と返答するようになった。

また、家族背景についての理解も深い。家族関係や経済的状況、宗教、地域での役割に至るまで、これか

図9

<p style="text-align: center;">かかりつけ医の利点(1)</p> <ul style="list-style-type: none">• 外来診療時からの長い付き合いがあり、本人・家族との信頼関係が構築• 腹を割った話ができることも 「先生、本当は怖いよ」 「入院の方が安心かなあ」• 時にはパターンリズミ的な判断も 「俺は先生に全て任せてるから」 「上手いようになんとかします」• 家族背景の理解が深い それぞれの関係・宗教・財産・仕事・地域での役割などなど <p style="text-align: right;">図9</p>
--

図10

<p style="text-align: center;">かかりつけ医の利点(2)</p> <ul style="list-style-type: none">• 付き合いが短いと、つい多職種で勝手な想像をしてしまう →意外とこれは間違っていることが多い• 「寄り添う」は長い付き合いでない患者には躊躇してしまう単語（もしかして、医療者の自己満足？）• 本人の死後も家族に寄り添うことができる（グリーンケア） 今回の死は、その家族のイベントの1つ →それだけに責任がある 特に家族のその後を想像できる能力が必要 <p style="text-align: right;">図10</p>

らの意思決定における最も重要な視点の1つである家族背景・社会的背景の情報をより多く持ち合わせているのはかかりつけ医の利点である。

（図10）多職種でのカンファレンスなどに参加していると、時に患者や家族の考えを勝手に想像してしまうことがある。これは、付き合いの短い患者に多く、またベテランの支援者に多い傾向があるので注意が必要である。

「寄り添う」という言葉は、本来大変重みの大きいものであり、筆者は関係性が十分構築されていない患者・家族には躊躇してしまう。安易に「寄り添う」ことは患者や家族の気持ちに土足で踏み入ることにもなりかねない。ここは自戒も含め気をつけるべき重要な点となる。

また、本人の死とは、家族にとって重要なイベントの1つであるが、残された家族の生活はその後も続いていく。当然、かかりつけ医はその家族に「寄り添っていく」のである。悲嘆反応へのケアを「グリーンケア」と呼ぶが、これは特別なケアではなく、かかりつけ医であれば、まさにその後も患者の家族に寄り添っていくことそのものである。そのためにも、かかりつけ医には家族のその後を想像できる能力が求められる。

2. 在宅診療の現場とかかりつけ医の関わり方（図11）

（図12）かかりつけ医が在宅医療になかなか参入できない理由には、どのようなものがあるか。これは筆者の周囲の医師からのヒアリングであるが、一番多く挙げられるのが、24時間対応である。深夜や休日のコールへの不安はとても大きい。また、すでに多忙という

図11

<p style="text-align: center;">2. 在宅診療の現場と かかりつけ医の関わり方</p> <p style="text-align: right;">図11</p>

現実もある。診療だけでなく、医師会の会合や学校医、介護認定審査会など、すでに地域での貢献は十分行っており、さらなる業務の追加に耐えられないという声である。そして、もう1つが在宅医療への知識・技能への不安である。

(図13) 在宅医療に求められる医師像としては、多疾患併存の患者が多いことから、幅広い診療能力、そして麻薬や鎮静剤などを用いたがん患者の緩和ケアへの対応のみならず、最近では神経難病や心不全など非がん患者への緩和ケアの対応も求められるようになってきた。そして、前述のACPを始めとした、本人・家族とのコミュニケーションや、地域における多職種連携など、以前に比べ高いレベルが要求されるようになった。看取りを含めた在宅医療を提供するには、ある程度のトレーニングや自己研鑽が必要となっている。

(図14) このグラフは在宅医療における技術について、診療所医師がどの程度自信を持って行うことができるかについて調査した研究である。

末梢静脈点滴や経口麻薬の投与については、専門家

への相談などのサポートにより行うことが可能であるものの、モルヒネの持続皮下注射などその他の項目ではいずれも半数前後の医師が対応困難と答えている。

確かに、これまでのキャリアにおいて経験したことのない手技も多く、各地域でこれらの手技の学習機会の提供が重要となってくる。また、そのような講習会は増えても、かかりつけ医が一步踏み出して受講するという意欲も、また同時に重要である。

(図15) それでは、このような現状で誰が訪問診療を担っているのだろうか。

1つは、かかりつけ医が外来診療の合間に訪問診療を行っているケースである。これは外来からの移行も含め、患者・家族にはメリットも大きいですが、対応できる患者数に限界がある。

一方、在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)を始めとした積極的に訪問診療を行っている施設も登場した。地域によっては、在宅医療に特化した医療機関も存在し、多くの患者の訪問診療を行っている。

図12

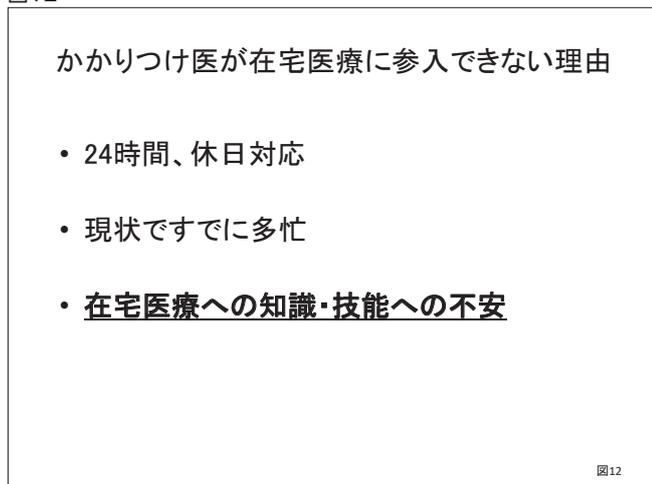


図14

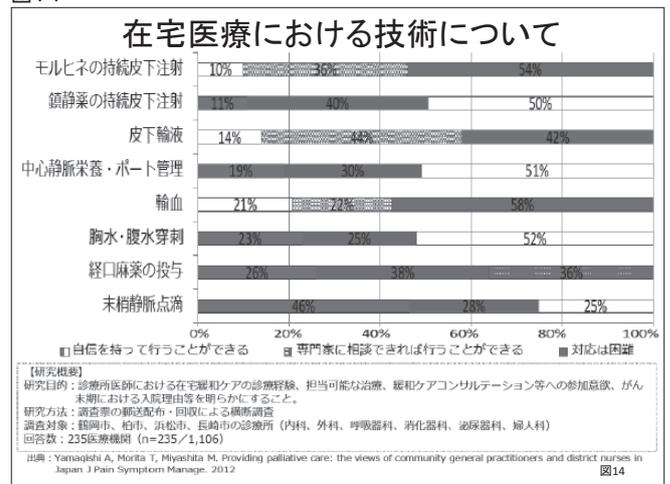


図13

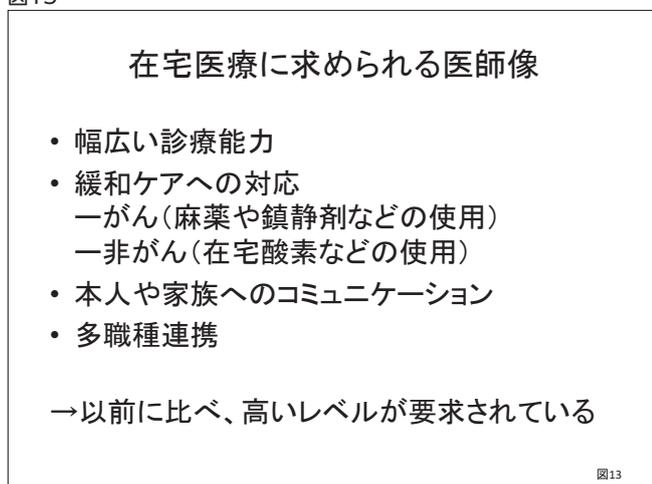
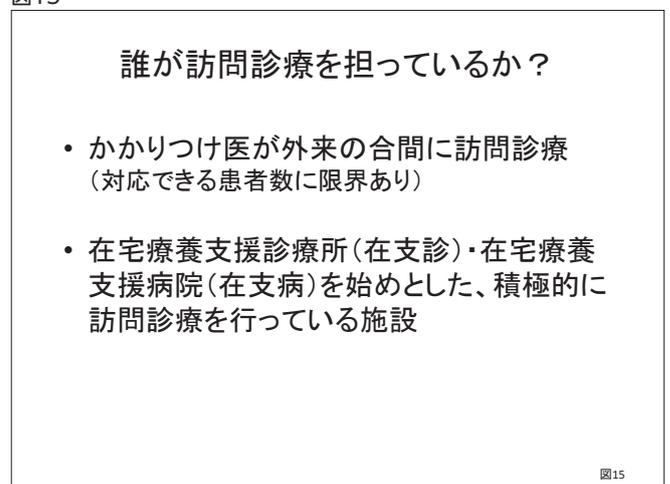


図15



(図16) ここで、在宅療養支援診療所について解説する。その要件は、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、患家にその連絡先を文書で提供、自施設もしくは他の医療機関と連携して24時間往診の体制を確保していることなどである。

ここでのキーワードは「24時間」である。この24時間が障壁となって、在宅療養支援診療所の届出を躊躇する、もしくは届出をしても、訪問診療に踏み込めない施設は少なからず存在する。

(図17) このグラフは、在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況を示したものである。在宅療養支援診療所の届出医療機関数は横ばい傾向で、届出をした診療所でも実際訪問診療を行っている患者数が1~9人という施設が最も多い。一方で、80人以上診療を行っている診療所も約17%あり、二極化の様相を示している。

(図18) また、在宅療養支援診療所以外の診療所でも在宅医療を積極的に行っている施設も少なくない。このグラフは、訪問診療や往診、在宅看取りなどの在宅医

療サービスを行っている施設のうち、在宅療養支援診療所の届出を行っている割合を表したものである。これを見ると、在宅療養支援診療所ではないが、在宅医療サービスを提供する診療所が相当数あることがわかる。また、在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らないことがわかる。

これは何を意味するのだろうか。確かに、在宅看取りの割合は在宅療養支援診療所の割合が高く、その必要性は明らかであるものの、通常の訪問診療や往診については、24時間対応ではない診療所でも十分担うことができるということを示唆している。

(図19) ここで筆者の私見ではあるものの、在宅医療における1次・2次・3次というものを定義してみた。救急医療における分類をイメージしていただきたい。

1次在宅医療とは、かかりつけ医が昼休みの時間に訪問診療を行うことができる患者であり、例えば下肢筋力低下があり通院困難な高血圧患者などである。当然、このような患者に対しては24時間対応の必要性は

図16

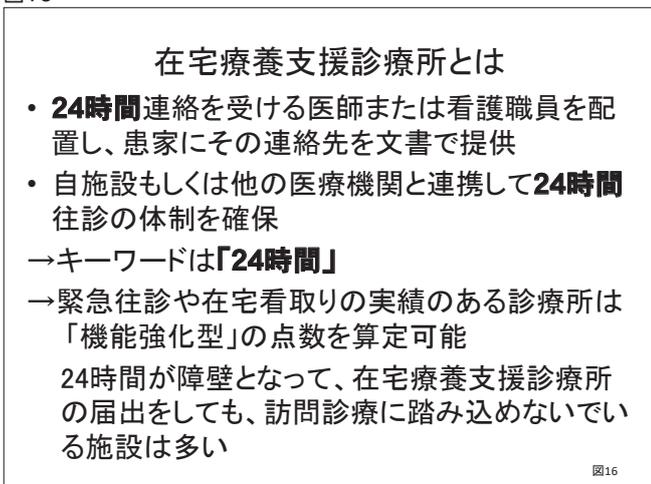


図18

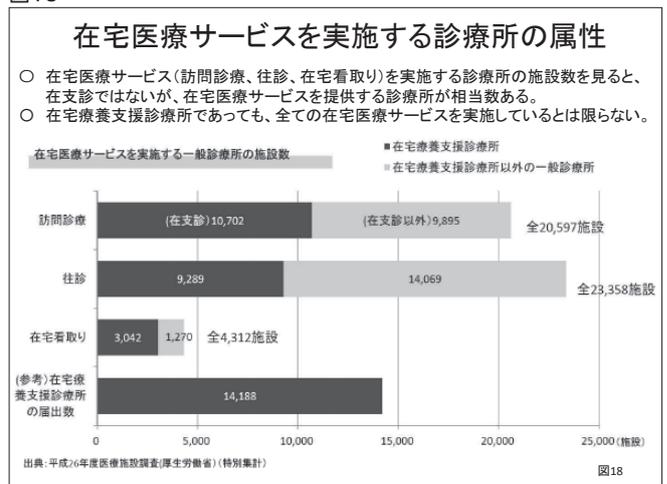


図17

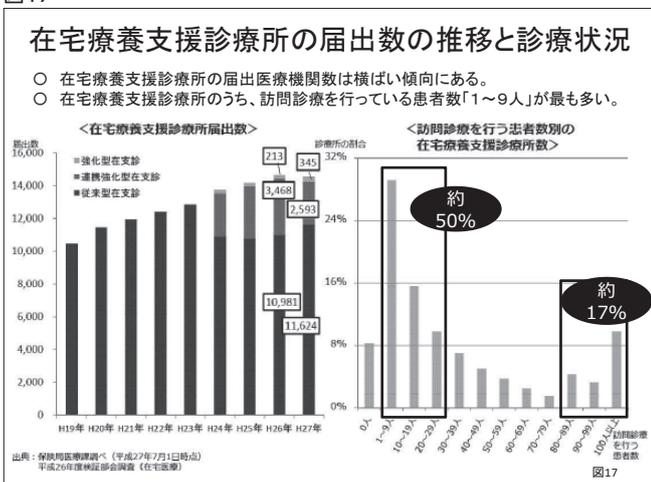
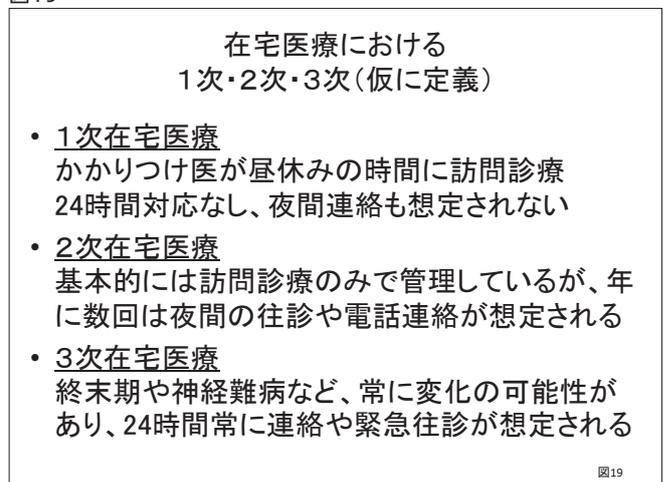


図19



乏しく、夜間連絡も想定されない患者への在宅医療である。

2次在宅医療とは、基本的には訪問診療のみで対応しているが、年に数回は夜間の往診や電話連絡が想定される患者に対する在宅医療である。例えばCOPD（慢性閉塞性肺疾患）で在宅酸素を導入している患者などである。

3次在宅医療では、終末期や神経難病など常に変化の可能性があり、24時間常に連絡や緊急往診が想定される患者に対する在宅医療である。

それぞれ、担当する主治医の機能は異なるべきであり、特に3次在宅医療を担当する医療機関においては、グループ診療にて24時間常に交代で往診などに対応できる体制が整っている必要がある。

(図20) 在宅医療の不安の中で多いのは、「在宅医療＝2次・3次の在宅医療のみ」という誤解である。実際は1次レベルの在宅患者も少なからず存在し、まずはかかりつけ医として、そこから担ってみるといったのだろうか。

図20

まずは昼休みの訪問診療から

- 1次在宅医療だけであれば、在支診の届出をしなくても(24時間対応しなくても)十分診療可能
- かかりつけで通えなくなった患者から導入
- 昼休みの訪問診療で手ごたえを感じたら、週半日程度から訪問診療の時間を確保してみる

→無理のない訪問診療への参入を！

図20

図21

在宅医療では連携も大切

- 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院との連携
 一連携基準を満たすことで「機能強化型」の算定が可能
 一 看取り負担の軽減
 (休日の学会参加・旅行も可能に)
 一 在宅療養後方支援病院との連携でバックベッドの確保も
- 訪問看護ステーションとの連携
 一 休日・夜間の負担軽減
 一 終末期の頻回なケアも

図21

在宅療養支援診療所の届出をせずに（24時間対応の義務は負わずに）かかりつけで通院が困難になった患者を昼休みに訪問診療するというのが、最も始めやすいステップである。昼休みの訪問診療で手ごたえを感じたら、週半日程度から訪問診療の時間を確保するのが良い。外の空気を浴びながら、患者の生活の場を感じる医療は、必ず新たな発見をもたらすに違いない。(図21) 在宅医療での負担軽減のためには、他の施設との連携も重要である。連携基準を満たすことで、診療報酬上の「機能強化型」を算定することが可能になるだけでなく、休日夜間の看取り負担を軽減することにもつながる。そして、在宅療養後方支援病院と連携することで、バックベッドの確保も可能となる。

また、24時間対応の訪問看護ステーションとの連携も重要である。休日夜間のファーストコールや、終末期の頻回なケアにも対応してもらうことができる。これらの連携により、休日の学会参加や旅行をしっかり確保できている在宅医も少なくない。

(図22) ここで補足として、死亡診断・検案について話題にしたい。在宅での死亡者数は年々少しずつ増加しているものの、その全てが在宅での看取りではなく、孤独死を含めた異状死も少なからず存在する。かかりつけ医には、死亡診断だけでなく、死体検案を行う必要性が求められている。

日本医師会では、定期的に死体検案研修会（基礎）を始め、検案に関連した様々な研修会を開催している。詳細については日本医師会のホームページを参照されたい。

図22

死亡診断・検案の正しい理解のために
～日本医師会 死体検案研修会(基礎)～

- 厚生労働省委託事業として日本医師会が実施
- 受講対象者は 一般の医師
- 医師の基本的技能としての、死体検案一般に関する知識を一日の講義で学習
- 「多死社会」、大規模災害時への備え、医療を受けないまま在宅で死亡する例の増加
- 死亡診断、死亡診断書の作成に関する理解を深めるためにも有効

研修会プログラムの内容(例)

令和元年10月20日(日) 10:00～17:30
日本医師会館 大講堂

- 死体検案に係る法令の概説、死体検案書の作成について
伴 圭吾(厚生労働省医政局医事課主査)
- 警察の検視、調査の視点から
濱田 昌也(千葉県警察本部刑事部捜査第一課 検視官)
- 死体検案 総説
近藤 稔和(日本法医学会理事・教育研究委員長)
- 死体検案の実際
大木 實(福岡県医師会監事)
- 救急における死体検案
横田 裕行(日本救急医学会監事)
- 在宅死と死体検案
福永 龍業(科学警察研究所 所長)
- 死体検案における死亡画像診断(AI)の活用
高野 英行(AI学会 理事長)

⇒ 関連する
その他の研修会

- AI研修会 : 死亡画像診断の撮影・読影の基本(2日間)
- 死体検案研修会(上級) : 警察の検視等に立ち会う警察医、協力医を対象(座学3日間+実習1日)

※ 研修会についての情報は日本医師会ホームページに随時掲載 図22

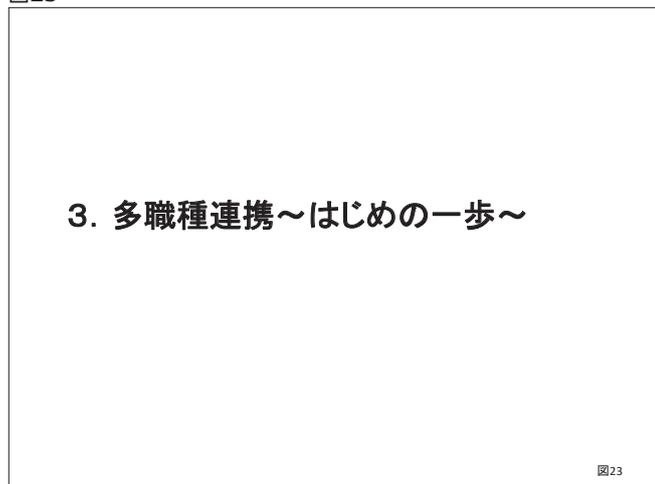
3. 多職種連携～はじめての一步～ (図23)

(図24) 疾病だけでなく、介護問題や社会的・経済的問題など、患者や家族へのケアは益々多様化している。また、それを解決すべく地域そのものへのアプローチも重要度を増している。その全てを医師が担うのは現実的ではなく、また医師が疾病のみに対応するということでも問題解決にはならない。

多職種連携の肝は、患者・家族・地域の問題点を抽出し、多職種で共通の目標を設定し、それぞれの職種の能力を活かして問題解決を図ることである。地域包括ケアにおける多職種連携では、各々の職種は別々の事業所に所属し、患者ごとにチーム編成も異なるということが特徴である。つまり、多職種連携とは多事業所連携でもあるのだ。そのために、日頃からの顔の見える関係とお互いの職種への理解、コミュニケーション能力が求められる。

(図25) ここに示した会話は、筆者が在宅医療を開始した直後に経験したものである。

図23



担当ケアマネジャー（介護支援専門員）からの電話であったが、ほとんど彼女の言っていることを理解できなかったのを覚えている。『区変』とは介護保険における「区分変更申請」であり、『サ担会』とは「サービス担当者会議」の略称である。しかし、その時は「わからない」とは言えず、「はい、その方針でいきましょう」と答えてしまった。

在宅医療では医療のみならず、介護・福祉・保健制度などの最低限の知識は予め学ぶ必要がある。また、略語や地域ごとの独特のやり方（作法）についても少しずつ理解しなければならない。はじめは不慣れなことも多く、「わからない」と言うことも時には必要である。

(図26) ケアプラン（介護サービス計画）の作成などは、介護分野のみの関係者に任せて良いかと言うとそうではない。介護サービスこそ医療の必要性の評価が重要なのである。

例えば、重症心不全患者のショートステイにおいて、夜間に看護師不在で、酸素も置いていない施設に

図25

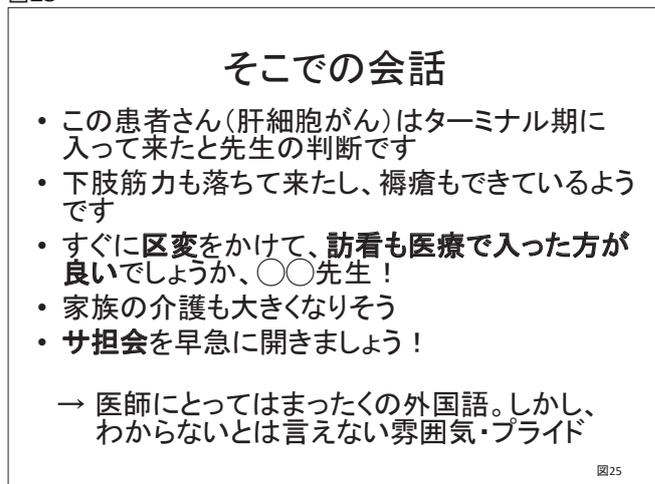


図24

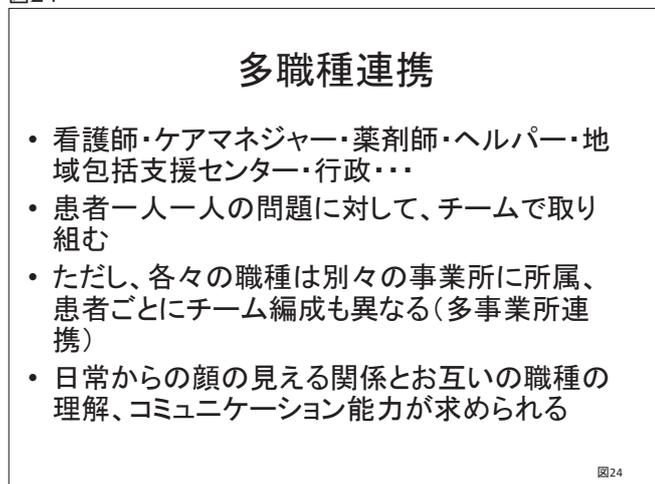
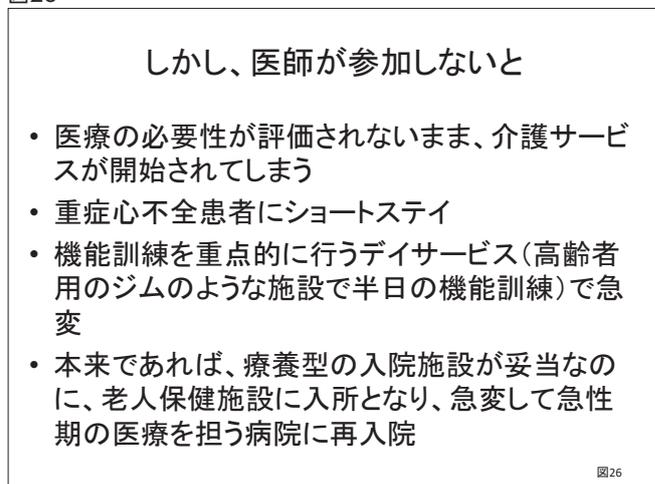


図26



申し込みをしたらどうだろうか。当然、早期の急変対応はできず、結果的に対応が遅くなりながらの救急搬送ということも想像に難くない。しかし、医師・看護師以外の関係者はそのような判断はできず、通常の利用者と同様のプランを立ててしまうかも知れない。本来、このような患者では少なくとも夜間に看護師が常駐している施設、もしくはコントロールが困難で緊急入院の可能性も高い患者であれば、医療機関におけるレスパイト入院という選択も考えられる。医療の必要性を評価した医師の意見があるかどうかで、避けられる救急搬送も少なからずあると思われる。

その他にも機能訓練を重点的に行うデイサービスでの急変など、各々の施設でどのようなサービスが提供されるのかを理解し、医師としてそれが妥当かどうかの判断を常に発信していくことが、かかりつけ医の責任として重要である。

(図27) 多職種連携の重要度は理解しても、どこから始めたら良いかわからないという意見も多い。ここでは、そのポイントとなる6項目を示す。

図27

連携するには何から始めるべき？

- ①基幹病院の地域連携室に行く
- ②地域のキーパーソンを知る
- ③最低限の福祉・介護の知識を学ぶ
- ④サービス担当者会議に出てみる
- ⑤地域の多職種勉強会に出席する
- ⑥地域の多職種勉強会の企画者になる

図27

図28

①基幹病院の地域連携室に行く(1)

- 基幹病院の外来で困っていることを聞いてみる→自院で担えそうなことはないか？
- 慢性胃炎の内視鏡フォロー
- 脳卒中後の訪問リハビリテーションの指示
や外来フォロー
- ワルファリンの容量調整
(開業医ができることを知らない
循環器医は案外多い)
- アブレーション・PCIなどの術後フォロー
etc...

図28

① 基幹病院の地域連携室に行く

(図28) これは在宅医療に限ったものではないが、まずは基幹病院の地域連携室に行き、その病院の外来で困っていることをヒアリングすると、自院で担えることも少なくない。

例を挙げると、慢性胃炎の内視鏡フォローや脳卒中後の訪問リハビリテーションの指示や外来フォロー、ワルファリンの容量調節などである。基幹病院の外来診療は、待ち時間を考えても多忙であることは想像に難くない。しかし、基幹病院の医師も地域のかかりつけ医がどこまで対応できるのかという情報に乏しい。まずはかかりつけ医と基幹病院の医師が顔の見える関係となって、何を担えるかという前向きな取り組みを行うことは地域連携の第一歩となる。

(図29) また、地域連携室を訪れたら必ずMSW(医療ソーシャルワーカー)に会ってみることをお勧めする。

地域包括ケアにおけるローカルな情報を数多く持っているのは、MSWの強みである。地域のケアマネジャーで核になる人や地域包括支援センターの担当エリア、24時間対応で頑張っている訪問看護ステーション、行政で地域包括ケア関連の相談に対応する部署や職員など、地元の有益な情報を手に入れることができる。

図29

①基幹病院の地域連携室に行く(2)

- MSW(医療ソーシャルワーカー)にも会ってみる
→地域の情報を教えてくれる
- 例) 地域のケアマネジャーのリーダー
地域包括支援センターがどこにあるのか
訪問看護ステーションで頑張っている施設
行政で地域の相談に乗ってくれる
担当部署・職員

図29

② 地域のキーパーソンを知る

(図30) MSWの情報を元に多職種連携における地域のキーパーソンを知ることも重要である。

在宅医療を積極的に行っている医師、地域との連携を模索している専門医、地域のリーダー的存在であるケアマネジャー、訪問看護師、病院の退院支援看護師、訪問薬剤指導に積極的な薬剤師などが誰であるかを知り、少しずつ顔見知りになることで、自身の在宅医療で困っている際にも援助してもらえるきっかけとなる。また、それぞれの職種がどのような業務を行っているかという理解も重要である。

(図31) 医師以外の職種に話を聞くと、彼らが医師との壁を相当感じていることがわかる。

場合によっては、電話やFaxによる連絡を直接行って良いのか躊躇するなど、一部極端に不安を抱えている人もいる。まずは連携に積極的であることを伝え、連絡方法の詳細などを名刺などに記載して渡すことで地域の連携にスムーズに溶け込むことができる。

また、現時点でできることとできないこと(24時間

対応や高度な在宅医療への対応など)や、知っていることと知らないこと(特に介護保険の知識など)を明確に伝えることも重要である。まずは、顔の見える関係を構築することが第一歩となる。

③ 最低限の介護・福祉の知識を学ぶ

(図32) 地域のケアマネジャーと話をしていると、医師であれば当然介護・福祉の知識があると誤解をしている人も少なくない。一方、やはり最低限の介護・福祉の知識をわかりつけ医が持っていないと、多職種と共通言語で話せないという事態も起こる。知っておきたい介護・福祉のポイントを挙げてみた。

効果的な主治医意見書とは、傷病について詳細に記載することではなく、その傷病によりいかに介護の手間が増すか、または今後増す可能性があるかという記述がされた意見書である。

また、「通所介護」であるデイサービスと「通所リハビリテーション」であるデイケアの違いや、要支援2と要介護1の判定基準(認知機能の程度や、今後半年以内

図30

②地域のキーパーソンを知る(1)

- 在宅医療を積極的に行っている医師
- 地域との連携を模索している専門医
- ケアマネジャー
- 訪問看護師
- 病院の退院支援看護師
- 訪問薬剤指導に積極的な薬剤師
- MSW

図30

図32

③最低限の介護・福祉の知識を学ぶ(1)

- 効果的な主治医意見書の書き方を知る
- デイサービスとデイケアの違いを知る
- 要支援2と要介護1の違いを知る
 - 専任のケアマネジャーがつくかどうか
 - 介護老人保健施設に入れるかどうか(入所中に要支援に下がれば退所)
 - 要支援2は、理論上介護に要する手間のかかる認知症はない

図32

図31

②地域のキーパーソンを知る(2)

- 「連携に積極的である」と言っただけで、とても歓迎してもらえる
- 医師との間の壁を彼らは相当感じている(極端な不安も含めて)
- できることとできないこと、知っていることと知らないことを明確に(知ったかぶりはしない)
- まずは顔の見える関係の構築が大切

図31

図33

③最低限の介護・福祉の知識を学ぶ(2)

- 介護保険の訪問看護と医療保険の訪問看護の違いを知る
- ショートステイ先施設の夜間の体制は?(看護師不在など) etc...

→ケアマネジャーは医師ならば上記くらいは当然知っていると思っている

図33

に心身の状態が悪化し介護の手間が増すか?)とそれによって、受けられるサービスの違いについても理解しておきたい。

(図33) また、訪問看護は基本的には介護保険でのサービスとなるが、条件によっては医療保険によって提供されることもある。厚生労働大臣の定めた疾病や状態であることや、主治医による「特別訪問看護指示書」でも医療保険で訪問看護を行うことができる。介護保険での訪問看護は原則、要介護度に応じた区分支給限度基準額内に収まる形での提供となるため、このような制度の利用もかかりつけ医から積極的に提案できると良い。

そして、地域のリソースの把握も重要である。前述にもあるように、ショートステイ先の夜間体制など、普段から情報を集めて把握しておくことで急変のリスクを減らすことができる。

④ サービス担当者会議に出てみる

(図34) サービス担当者会議とは、ケアプランの作成や更新の際、ケアに関わる担当者(かかりつけ医も含む)や本人・家族が情報を共有し、今後の方針について相談する会議のことである。

通常はケアマネジャーが招集し、司会も担当する。医師の参加が少ないことが問題となっているが、多忙の中でもまずは可能な限り出席すべきである。ここでは多職種連携の肝である問題点の抽出と整理、問題解決のための共通の目標設定、各職種間での役割分担などが話し合われる。

介護・福祉の知識は、医師以外の職種の方が豊富な場合もあり、多職種連携の経験が少なければ、まずは学ぶ位のつもりで参加してみるのが、職種間の障壁を

取り払う意味でも良いと思われる。しかし、医療の必要性の評価とコメントについては、かかりつけ医としてしっかり行うべきであり、そのためにも前述の最低限の介護・福祉の知識は学んでおきたい。

⑤ 地域の多職種勉強会に出席する

(図35) 最近では、地域での多職種勉強会が増えてきている。それに伴って、有意義な勉強会とそうではない勉強会の差も大きくなってきているようである。有意義な勉強会の最も重要なポイントは、「双方向で意見が出せるフラットな環境」が提供されることである。

地域の基幹病院の看護師が訪問看護師やケアマネジャーを対象にグリーフケアについて講義する、一見良さそうな企画であるが、このような講義が仮に一方的なものであれば、地域特有の問題点や各論については議論しづらい。そもそも、グリーフケアは、地域の訪問看護師やケアマネジャーの方が経験豊富であり、講義する対象が異なっていることも問題である。むしろ、総論による講義は最小限にして、様々な職種からの意見を反映できるインタラクティブな勉強会が望ましい。また、行政の職員が参加していると、施策の根拠なども理解することができ有意義である。

図34

④ サービス担当者会議に出てみる

- ケアプランの作成や更新の際、ケアに関わる担当者(かかりつけ医も含む)や本人・家族が情報を共有し、今後の方針について相談する会議
- 通常、ケアマネジャーが司会
- 介護・福祉の知識は医師以外の職種の方が豊富
- 学ぶ位のつもりで参加してみるのが、職種間の壁を取り払うコツ
- 医療の必要性の評価とコメントは積極的に
→③で学んだ知識も活用して

図34

図35

⑤ 地域の多職種勉強会に出席する

- できるだけ職種や立場がフラットな会への参加を
- 事例検討会などは地域に不足したリソースなどを学ぶのに最適
- 行政職員も参加しているのが理想的

図35

⑥ 地域の多職種勉強会の企画者になる

(図36) 多職種連携が進んできたら、多職種勉強会の企画を行ってみると良い。地域の問題を抽出し、問題解決のために多職種で議論することで、地域のケア力を向上させることが可能になる。

ここでは、筆者の地元である川崎市多摩区の事例を紹介する。川崎市多摩区は、神奈川県にある人口約22万人、高齢化率約20%の都会のベッドタウンである。かかりつけ医や在宅医療を担う医師も比較的多く存在するが、その中でパーキンソン病患者のケアが話題となった。

(図37) パーキンソン病患者は他の疾患を併存していることが多く、状態悪化の際、それがパーキンソン病由来なのか判断が難しい。またパーキンソン病が増悪していても抗パーキンソン病薬の調整を自ら行うことは困難であると感じることが多く、Do処方を続けていきながら増悪して入院ということもあった。

(図38) このような事態を改善するには、やはり専門医との連携は重要であり、ガイドラインにはない内服薬

の匙加減や悪化の兆候の把握についても理解を深める必要があり、定期的な専門医とのカンファレンスが望まれた。

また、専門医とのカンファレンスが難しくても、その疾患に詳しい訪問看護師や訪問リハビリテーション専門職との連携でも良いかも知れない。何れにしても地域で見守っていく体制づくりが重要という課題が示された。

(図39) では、地域のパーキンソン病ケアの向上のために何が必要か？

脳神経内科専門医との連携はもちろんのこと、状態変化時の速やかな相談の仕組みづくりも重要である。また、そもそも状態変化に気がつかないことがないように、かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーやヘルパーなどのレベルアップも必要であった。そして、サービス担当者会議や退院前カンファレンスの充実も課題に挙げられた。

(図40) そこで地区医師会の有志が発起人となって、「多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会」(以

図36

⑥地域の多職種勉強会の企画者になる

川崎市多摩区の実例

実際にどのようにして地域で展開していくか？
～パーキンソン病を例にとつて～

図36

図38

Do処方しないために・・・

- やはり専門医との連携が重要
- ガイドラインにはない、内服薬の匙加減や悪化の兆候の把握
- できれば、定期的な専門医とのカンファレンス
- 難しければ、その疾患に詳しい訪問看護師・訪問リハビリテーション専門職との連携でも良いかも知れない
- 地域で見守っていく体制づくりが重要

図38

図37

かかりつけ医の悩み

- パーキンソン病の患者は他の疾患が併存していることが多い
- 状態悪化の際、それがパーキンソン病由来なのか判断が難しい
- パーキンソン病増悪があったとしても、抗パーキンソン病薬の調整を自ら行うことは困難(ガイドラインにはない独特な匙加減)

図37

図39

では、地域に何が必要か？

- 脳神経内科専門医との連携
- 状態変化時の速やかな相談
(そもそも状態変化に気がつかないことのないように、かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーのレベルアップも必要)
- 訪問看護や訪問リハビリテーションにも専門性が必要か？
- サービス担当者会議や退院前カンファレンスの充実

図39

下、考える会)を立ち上げた。

会の目的は「多職種連携によってADL (Activities of Daily Living、日常生活動作) やヤールが改善するパーキンソン病患者を経験する」とした。目的を患者の利益に直結する具体的な内容に落とし込んだことが特徴である。そして、半年に1回のペースで4回分のテーマを決定した。

(図41) 口コミで参加者を募ったが、想像を大きく超える毎回50名以上の参加者が集まった。その職種も多様であり、パーキンソン病ケアでの悩みを抱え、その改善の必要性を感じている地域のニーズの高さを知ることができた。

(図42) 考える会では、多職種が混じったグループ構成を行い、毎回与えられたテーマに沿って、できるだけフラットな環境での議論を行った。会を重ねるごとに、顔の見える関係も構築され、議論は益々活発になり、課題解決の具体的なアイデアも数多く提案された。

(図43・44) これは、多職種でできる薬物療法の具体的なサポート方法について議論を行ったものである。

各職種で共有すべき情報は何か、改善策は何かを様々な角度から意見を出し合った。特筆すべきは、趣味の確認や家族の支援の状況、むせこみや普段の姿勢などかなり具体的な内容に踏み込んだ提案がなされ、それぞれの職種の意識の高さを相互で確認することができた。

図40

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(1)
2017年1月5日結成

会の目的
多職種連携によってADLやヤールが改善するパーキンソン病患者を経験する

会のテーマ(4回シリーズ)

- 1.非専門医への疾患啓発
- 2.薬物療法(服薬アドヒアランス)
- 3.リハビリテーション(外来・在宅)
- 4.多職種の連携(コミュニケーション)



図40

図42

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(3)



図42

図41

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(2)

参加者の内訳

	医師	看護師	薬剤師	セラピスト	介護支援専門員	ヘルパー	MSW	その他	計
第1回 2017年 9月	5	9	8	13	10	10	-	-	55
第2回 2018年 3月	9	23	19	12	2	2	1	2	70

図41

図43

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(4)
グループのまとめの一例(1)

「多職種でできる薬物療法の具体的なサポート方法とは？」

1)各職種で共有すべきこの症例の情報は何でしょうか？

- ・在宅か外来か(在宅と仮定)
- ・同居しているかどうか
- ・言語訓練でどんなものでむせるのか
- ・興味の対象(何が好きか、話題)
- ・食事の形態/好み
- ・食事ができない理由
(姿勢なのか、振戦が原因なのか)

図43

図44

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(5)
グループのまとめの一例(2)

「多職種でできる薬物療法の具体的なサポート方法とは？」

2)改善策は何でしょうか？
(医師、看護師、薬剤師、PT・OT・ST)

医師:薬の調節
看護師:生活の全般がどの人の支援でなっているか、ご家族の介入を確認し、ヘルパーの方と連携
PT・OT:趣味の確認をして意欲を上げる、何を不満に思っているかを傾聴する
薬剤師:服薬状況回数、投与形態を確認する、高カロリー栄養補助食品/薬剤で困った際は薬局へ…など多職種で連携できる環境をつくる

図44

(図45) 考える会での議論により、地域のケアは実際どのように変化していったのか。事例を紹介する。

患者は76歳女性、これまでは夫の送迎でA医院に通院していたが、通院困難となったため、当院に紹介となり訪問診療が導入された。その際、担当ケアマネジャーから「若い方なのに認知症で寝たきりっておかしいと思っていたのです」との連絡があった。

初回訪問時、患者本人を診察すると、ベッド上で寝たきりであり、こちらからの問いかけに反応がなく、身体を起こそうとすると「痛い・痛い」の訴えが強かった。主介護者の夫に聞くと「痛みが強いため、そっとしておくしかなかった」とのことであった。

(図46) 76歳で認知症のため寝たきりというのは、確かにおかしい。しかし、すでに他院の認知症専門外来を受診し、そこでもアルツハイマー型認知症と診断され、ドネペジルも処方されていた。身体診察では、全身の関節や筋肉がとても硬く、神経変性疾患の存在も疑われることから、考える会に参加の脳神経内科医に紹介した。精査の結果、大脳皮質基底核変性症の診断

となった。

(図47) 大脳皮質基底核変性症は、大脳基底核および大脳皮質の神経細胞が脱落し、タウ蛋白と呼ばれる異常な蛋白が蓄積する変性疾患であり、大脳基底核の症状であるパーキンソン病様の運動症状（筋肉の硬さ、運動の遅さ、歩行障害など）と大脳皮質の症状（手が思うように使えない、動作がぎこちないなど）の両者を併せ持つことが特徴である。指定難病であるが、抗パーキンソン病薬とリハビリテーションで多少の改善余地はあるとのことであった。直ちに考える会に参加したリハビリテーション専門職にも協力を得て、訪問リハビリテーションも開始し、半年後には車椅子に乗車し、簡単な単語であれば発語も可能な状態に回復した。

(図48) もし、この患者が正しい診断やケアを受けることなく、誤嚥性肺炎で入院となったらどのような転帰をたどるであろうか。

肺炎は改善したものの、自宅での療養は困難と主治医（この場合多くは非脳神経内科医）が判断し、今後

図45

76歳女性(1)

- 認知症、寝たきり
これまでは夫の送迎でA医院に通院していたが、通院困難になったため、当院に紹介となり訪問診療となった
その際、担当ケアマネジャーから「若い方なのに認知症で寝たきりっておかしいと思っていたのです」との連絡あり
- 初回訪問時・・・
ベッドで寝たきり、こちらからの問いかけに反応なし
身体を起こそうとすると「痛い・痛い」の連続
夫は「そっとしておくしかなかった」とのこと

図45

図47

76歳女性(3)

- 大脳皮質基底核変性症
指定難病だが抗パーキンソン病薬とリハビリテーションで多少改善の余地ありとのこと
→考える会に参加したリハビリテーション専門職による訪問リハビリテーションを導入
- 半年後
車椅子に乗り、簡単な単語なら発語も可能な状態まで回復

図47

図46

76歳女性(2)

- 76歳で認知症？寝たきり？
→確かにおかしい・・・
- 認知症専門外来でもアルツハイマー型認知症と診断され、ドネペジルが処方
- 身体全体が硬く、神経変性疾患を考え、多職種勉強会に参加の脳神経内科医に紹介
- 精査の結果、大脳皮質基底核変性症と診断

図46

図48

もし、この患者が誤嚥性肺炎で入院したら？

- ADL低下で、自宅での療養が困難な状況と主治医（多くは非脳神経内科医）が判断
- MSWが有料老人ホームを選定し、家族も同意
- ホームでは十分なりハビリテーションや薬剤調整も行われず、さらにADLは下がっていき寝たきりへ
- もし、自宅に帰って、しっかりとした薬剤調整とリハビリテーションができていたら・・・
- そのような悲しい転帰の患者は有料老人ホームや特別養護老人ホームなどに隠れているのでは？

図48

の療養先についてMSWに依頼する。MSWが有料老人ホームを選定し、家族もそれに同意する。ホームでは十分なりハビリテーションや薬剤調整が行われることなく、さらにADLは低下し、寝たきりのままであったと思われる。もし、自宅に帰って、しっかりとした薬剤調整やリハビリテーションができていたら、転帰は異なっていたかも知れない。

考える会では「ADLやヤールが改善するパーキンソン病患者を経験する」ということが当初の目的であったが、それだけでなく地域のパーキンソン病患者へのケア力を向上するために様々な取り組みが行われるようになった。現在では、前述のような悲しい転帰の患者が、まだ地域に隠れているのではないかという仮説の下に、パーキンソン病患者を疑うポイントや疑われた際の対応フローを構築中である。

(図49) 地域包括ケアや多職種連携の総論は、様々な書物などで学習できる。次のステップは、地域の問題点を抽出することである。この問題を多職種で共有し、問題解決のために共通の目標を設定することが重要で

図49

かかりつけ医の皆さんにお願いしたいこと(1)

- 地域包括ケアシステムの大枠は教科書で勉強できます
- 地域の問題点を抽出してみてください
(例:多摩区ではパーキンソン病の専門医がいるのに連携できていなかった)
- 多職種をつなぐ役目としてかかりつけ医の存在は重要です

図49

図50

かかりつけ医の皆さんにお願いしたいこと(2)

- 多職種での介入により地域にどのような変化が起きたかモニタリングしてみてください

例)多職種の勉強会後に地域のパーキンソン病ケアにどんな変化が?

- パーキンソン病患者が増えた
(多職種による掘り起こし)
- ポリファーマシーの改善
- 残薬の減少
- 再入院率の減少

※ 顔の見える関係ができた

図50

ある。目標への方略については、各職種が知恵を出しあい、それぞれの角度からアプローチしていくことが良い。

問題点の抽出から目標設定に至る過程において、かかりつけ医の存在は不可欠であり、かかりつけ医のいない多職種連携はあり得ないと言っても過言ではない。(図50) 多職種での介入により、地域にどのような変化が起きたかのモニタリングは必須である。

考える会の後に地域のパーキンソン病ケアにどのような変化が起きたか調査したところ、パーキンソン病患者が増えた他、ポリファーマシー(多剤併用)の改善、残薬の減少、再入院率の減少などの効果が見えてきた。このように介入後の変化を、患者や地域の視点でしっかりと追うことが重要である。

おわりに

(図51) 本講義では、かかりつけ医の在宅医療・多職種連携について解説した。筆者の亡き祖父も茨城県の過疎地域で開業医をしていたが、振り返ると祖父はまさに「かかりつけ医」であった。もし祖父がこの講義を聞いたら、何を当たり前のことを言っているのだと叱られるかも知れない。

我が国が史上例を見ない超高齢社会を乗り切るために構築した地域包括ケアシステムであるが、かかりつけ医のあるべき姿は、もしかすると当たり前への原点回帰なのかも知れない。とはいえ、原点回帰へのハードルは決して低くはない。在宅医療も多職種連携もまずはできることから少しずつ始めることが、全体の底上げにもつながる。筆者自身も発展途上であるが、少しずつでも祖父に近づいている実感があるからこそ、毎日やりがいを持って、かかりつけ医を実践している。

図51

在宅医療・多職種連携

- 昔から普通にやっていたこと
- もう一度「かかりつけ医」の原点回帰
- まずはできることから少しずつ
- かかりつけ医がやりがいを持つ毎日に

図51

参考文献

- 1) 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング 西川満則、長江弘子、横江由理子編 南山堂 2016年
- 2) 医師のための介護・福祉のイロハ～主治医意見書のポイント、制度・サービスの基本から意外と知らない多職種連携のあれこれまで (Gノート別冊) 大橋博樹編 羊土社 2016年
- 3) Gノート 2019年8月号 Vol.6 No.5 もしかしてパーキンソン病!? 加茂力、大橋博樹編 羊土社 2019年

4. 「かかりつけ医に必要な リーダーシップ、マネジメント、 コミュニケーションスキル」

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 まえの てつひろ
前野 哲博

筑波大学附属病院 副病院長・総合診療科長、日本プライマリ・ケア連合学会副理事長

【略歴】 筑波大学医学専門学群を卒業後、河北総合病院内科研修医、筑波大学附属病院総合医コースレジデント、川崎医科大学総合診療部臨床助手、筑波メディカルセンター病院総合診療科、筑波大学卒業後臨床研修部講師・助教授を経て、2009年より筑波大学地域医療教育学教授。

【所属・資格等】 日本プライマリ・ケア連合学会（認定プライマリ・ケア認定医、認定家庭医療専門医、認定指導医）、日本内科学会（認定内科医、認定総合内科専門医、認定内科指導医）、医学博士、日本医学教育学会（代議員、認定医学教育専門家）、日本医学教育振興財団（理事）、日本専門医機構（総合診療専門医に関する委員会委員）、全国地域医療教育協議会（世話人）、鹿児島大学（非常勤講師）、弘前大学（非常勤講師）

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 4. 社会的機能を発揮するためのスキル (2) かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、 コミュニケーションスキル

【目 標】

かかりつけ医には、医学の専門知識や、治療手技といったテクニカルスキルだけではなく、組織人として、チームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、問題を解決し、業務をマネジメントしていくスキルであるノンテクニカルスキルが求められる。本講義では、ノンテクニカルスキルの概念について説明した後、具体的なスキルの例として、問題の所在と原因を突き止めて効果的な解決策を見出すための「問題解決へのアプローチ」と、初心者新しい仕事につかせる際に、安全かつ効果的に体系的な教育を行うための方法として「仕事の教え方（TEAMS-BI）」を紹介する。本講義を通して、ノンテクニカルスキルの基本的概念と、修得のためのoff the job trainingの必要性について理解することを目的とする。

【キーワード】

ノンテクニカルスキル、ロジカル思考、作業分解

(図1) まず、講義の内容を紹介する。

最初に総論としてノンテクニカルスキルとは何か、またそれをトレーニングする必要性について話したい。次に各論として、問題解決のアプローチと人への仕事の教え方の2つを取り上げたい。

〈総論〉 ノンテクニカルスキルとは (図2)

ノンテクニカルスキルとは

(図3) 医療資源に限られる中で、ニーズが多様化・複雑化していく地域医療を守るためには、各職種が協力して効率良くサービスを提供する必要がある。その実現のために、これからの医療人には、医学の専門知識や、治療手技といったテクニカルスキルだけではなく、組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、業務をマネジメントしていくスキルである、ノンテクニカルスキルが求められる。このノンテクニカルスキルには、具体的には「業務改善」「コミュニケーション」「チームワーク」「リーダーシップ」

図1

今日の内容

〈総論〉

- ノンテクニカルスキルとは
- トレーニングする必要性

〈各論〉

- 問題解決へのアプローチ
- 仕事の教え方 (TEAMS-BI)

図1

図2

〈総論〉

ノンテクニカルスキルとは

図2

プ」「状況認識」「意思決定」「ストレスマネジメント」などのスキルが含まれる。

かかりつけ医とノンテクニカルスキル

(図4) ノンテクニカルスキルが、かかりつけ医になぜ重要かについて述べる。

かかりつけ医の定義と併せて求められるスキルを見ると、かかりつけ医には、自らが勤務する診療科・施設のみならず、他診療科、他の医療機関、介護福祉施設、自治体、住民団体などと連携し、地域性や患者の個別性に配慮しながら、刻々と変わる状況に応じて臨機応変に対応することが求められることが分かる。一般的な急性期診療は、同じ施設、同じ診療科、急性期という同じ病期、の枠組みで行われることが多いが、かかりつけ医は、関係する職種も医療職のみならず、介護福祉職、行政職、住民など多岐にわたる。すなわち、職種も職場も異なる多様なチームメンバーとともに、複合的で困難な状況にも対応できる高度なノンテクニカルスキルが求められることが分かる。

図3

ノンテクニカルスキルとは

- 医療資源に限られる中で、ニーズが多様化・複雑化していく地域医療を守るためには、各職種が協力して効率良くサービスを提供する必要がある
- その実現のために、これからの医療人には、医学の専門知識・技術(テクニカルスキル)だけではなく、組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、業務をマネジメントしていくスキル(ノンテクニカルスキル)が求められる
- 具体的には「業務改善」「コミュニケーション」「チームワーク」「リーダーシップ」「状況認識」「意思決定」「ストレスマネジメント」などのスキルが含まれる

図3

図4

かかりつけ医とノンテクニカルスキル

- かかりつけ医の定義
「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」
- かかりつけ医に求められるスキル
 - 自らが勤務する診療科・施設のみならず、他診療科、他の医療機関、介護福祉施設、自治体、住民団体などと連携し、地域性や患者の個別性に配慮しながら、刻々と変わる状況に応じて臨機応変に対応することが求められる
 - 関係する職種も、医療職のみならず、介護福祉職、行政職、住民など多岐にわたる

かかりつけ医には、職種も職場も異なる多様なチームメンバーとともに、複合的で困難な状況にも対応できる高度なノンテクニカルスキルが求められる

図4

なぜ研修をするのか？

(図5) 例えば、内科の医師が正確な診断をつける、外科の医師が外科手技を覚える、といったテクニカルスキルは、学生、研修医時代から、その修得を意識した教育システムが存在し、国家試験や専門医試験など、評価も綿密に行われ、一定のレベルに達していることがきちんと担保されている。

しかしながら、ノンテクニカルスキルは「いつの間にかどこかで修得されるもの」として体系的な教育はほとんど行われていないのが現状である。ビジネスの世界では、係長になったら係長研修、部長になったら部長研修というように、職位や経験に合わせて、こういったノンテクニカルスキルの研修システムが整備されていることが多い。

「限られたリソースで安全・確実に効率良く質の高いプロダクトを生産する」ことが求められるのは、医療分野も他の産業と同じか、あるいはそれ以上に厳しい状況であるにもかかわらず、なぜかほとんど研修は導入されておらず、ノウハウも少ないのが現状と言える。

その一方で、座学だけでそんなスキルが身につくはずがない、やはり経験が重要だという考えもあるかもしれない。それは間違いではないが、水泳を例に挙げると、実際に水の中で泳ぐことなしに、座学だけで泳げるようになるわけではないが、自己流でやみくもに泳いでいるだけでは、タイムも頭打ちになってしまう。そこで、水泳のコーチから理論に基づく正しい指導を受ければ、効果的にタイムを短くすることができる。

ノンテクニカルスキルも同様で、スキルである以上、理論があり、トレーニング法があることをまず認

識する必要がある。このように現場での経験、いわゆる on the job training だけではなく、off the job training も取り入れて、バランス良くトレーニングを受けることによって、より効果的にスキルを伸ばすことができる。

ただ、この off the job training は、本来であれば、単なる座学だけでなく、実際に体を動かし、話し合い、振り返りを深めながら身につけていく必要がある。

つくばノンテク道場

(図6、7) 実際、筆者が所属する筑波大学では、医療者向けノンテクニカルスキル研修コースを開催しているが、忙しい医療者向けにかなり内容を絞り、また時間的にも詰め込んでいるにもかかわらず、ここに示す通り、1日8時間で10日分のボリュームがある。

今回のような限られた時間の中の一方方向性の講義ではとても全部は伝えきれないので、ここでは数あるノンテクニカルスキルの中から「問題解決のアプローチ」と「仕事の教え方」の2つに絞り、そのごく一部だ

図6

開催日	テーマ別/コース名	研修目標
2019年		
09/01(日)	チームをつくる リーダーシップ・チームビルディング —メンバーの協働を引き出すチームを作る—	自己理解を深め、自分の持ち味を發揮できるリーダーシップスキルを見出す。チームの成り立ちについて理解を深め、チームのポジションを引き出していくためのマネジメントのポイントを実践的に理解する。
09/22(日)	人を育てる TEAMS-BI (仕事の教え方) —効果的な教え方・指導の仕方を習得する—	正確・安全・良心的に仕事をできるように教える。習得のために、業務内容を言語化し決まったポイントに基づいた合理的な手順で教えることを学ぶ。後述で医療チームのメンバーの日々の指導に生かすことを目指す。
10/06(日)	チームを動かす ミーティングファシリテーション —無駄な会議を生産的に変える—	医療チームにおけるミーティングを活性化させ、会議の質を向上させるための、会議ファシリテーションの実践的スキルを学ぶ。
11/03(日)	チームを動かす TEAMS-BP (業務の改善の仕方) —業務を「見える化」して、改善のポイントを探る—	業務内容を細分化・簡素化し、順序を定めたり、組み合わせを工夫したりして、効率的・効果的に業務する方法を習得する。作業分析シートを用いてチームの業務をよりわかりやすく改善する演習を通して、日常で応用して業務改善を体験する。
11/17(日)	チームを動かす TEAMS-BR (人への接し方) —人との関係をよくし、職場環境を改善する—	職場の人間関係に関する課題に関して事業分析を行い、良い判断を下して解決を行う方法を習得する。

図6

図5

なぜ研修をするのか？

- テクニカルスキルは、その修得を意識した教育システムが存在し、評価も綿密に行われている。しかしながら、ノンテクニカルスキルは「いつの間にかどこかで修得されるもの」として体系的な教育はほとんど行われていない
- 「限られたリソースで安全・確実に効率良く質の高いプロダクトを生産する」ことが求められるのは他の産業と同じ
- しかしながら、他の産業と異なり、医療分野ではほとんど研修は導入されておらず、ノウハウも少ない
- ノンテクニカルスキルも、スキルである以上、理論があり、トレーニング法がある。効果的にスキルを伸ばすには、off the job training も重要



図5

図7

開催日	テーマ別/コース名	研修目標
2019年		
12/01(日)	チームを動かす 問題解決 (1) —ロジカル思考で原因の所在を突き止める—	問題を「ロジカル思考」を使って要素分解するための方法を学び、問題の基本ステップを踏襲して効果的な解決策を考えられるようになる。
12/15(日)	チームを動かす 問題解決 (2) —システム思考で問題を俯瞰的に捉える—	複雑性の高い状況を、「システム思考」の考え方を活用し、少ない力で高い効果をあげられるようなパレツジの低い解決策を見出すための手法を学ぶ。
2020年		
01/26(日)	人を育てる コーチング&人材育成 —面談を通してメンバーの学習と成長を支援する—	部下の学習と成長を支援するためのコーチングスキルをロールプレイ中心に学ぶ。基本的なエンパワメントの方法を知ることで、指導や部下の自発的な成長を促し教育効果を高める力を身に付ける。
02/08(土)	人と関わる コンフリクト・マネジメント —協力的アプローチで、相手と合意形成する—	チーム医療における意思の疎離や対立を「チャンス」ととらえ、双方が納得できるような合意形成を導くための方法について学ぶ。
02/09(日)	自分を知る MBTI: 自分の心を理解する —タイプダイナミクス&コミュニケーション—	ユングのタイプ論をもとにして開発されたMBTI(Myers-Briggs Type Indicator)の性格分析メソッドを活用。自分に対する理解を客観的に深めていきながら、自分の強みや弱みを認識し、自分の持ち味を組織で発揮していくヒントを得る。

図7

けを取り上げる。本研修では具体的なスキルを確実に身につけるといよりは、このようなスキルの具体的なイメージを持つことに主眼を置く。

〈各論1〉 問題解決へのアプローチ (図8)

内容

(図9) 今回は、問題が生じたときに条件反射的に対応するのではなく、問題解決のステップを使うことで、原因を正確に特定し、より根本的かつ効果的な解決策を導く枠組みを理解することにゴールを置く。

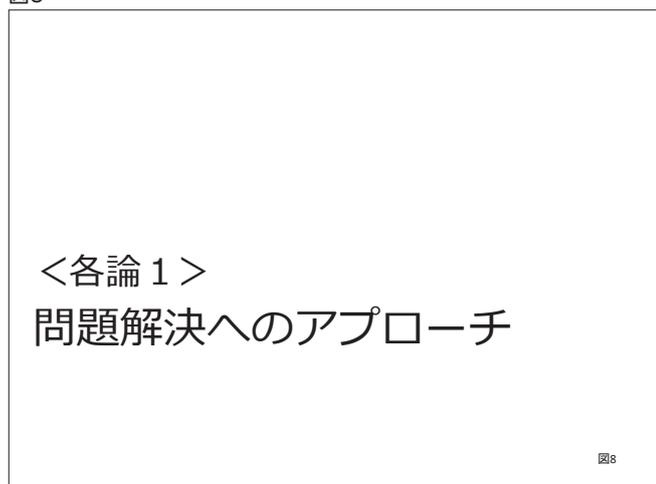
具体的には、問題解決について、

- ① 問題を認識する
- ② 問題の所在を特定する
- ③ 問題の原因を深堀りする
- ④ 問題の解決策を洗い出す

の4つのステップで対応するアプローチについて述べる。

ここで自分が何らかの問題に直面したときのことを思い浮かべてみてほしい。診療のことで、医療チー

図8



ム内でのトラブルでも、医師会内でのめごとでも何でも構わないので、そのとき、問題の所在をどのように認識したのか、解決策はどのように決めたのか、そのときのことを思い浮かべてほしい。

改めて考えてみると、何か具体的な方法論や枠組みを使って体系的に問題に対応したという人は少ないのではないだろうか。また、自身が認識した問題は、本当にそれが問題の根源であると言い切れるか、解決策は最も効果的で最善のものであったと言えるかを考えてみてほしい。もしかしたら、もっと深いところに問題の根はあったのかもしれないし、実は、もっと良い解決策が他にあったのかもしれない、そういう可能性が残ったままかもしれないのである。

経験と主観的な感覚で問題に臨むと、つい、表面的な部分に目が行ってしまいがちであるし、付焼刃的な対応になってしまうことも多い。そこで今回は、原因追及の抜け漏れを防ぎ、本質を見抜き、最善の打ち手を講じる、そのためのアプローチを紹介する。

本来の研修は、ワークを入れると1日かかる内容であるが、ここでは導入の部分と、問題解決へのアプローチの一部分について、その概要を述べる。

問題を認識する

(図10) まずは、そもそも問題とは何か、ということについて考える。

図9

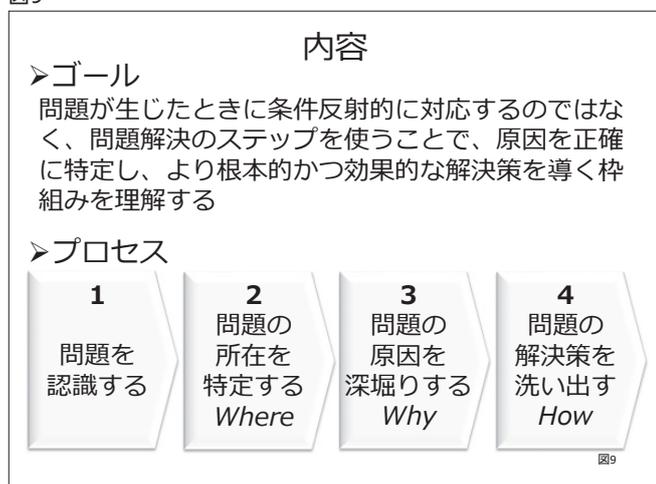


図10



ミニワーク（1）

(図11) 図に示したテーマについて、考えられる選択肢を挙げてみてほしい。

*** テーマ ***

あなたは旅行で同じ職場のメンバーと山を散策しています。ゴール地点は見晴らしの良い高台です。

ゴール近くまで来ると、川が流れていました。川を越えるためには吊り橋を渡る必要があります。ところが、吊り橋の中央の板が腐っています。川から吊り橋までの高さは3メートル以上あり、万が一落下すれば大けがをします。

あなたならどのようにこの状況に対処しますか？考えられる選択肢を挙げてみましょう。

選択肢としては、何とかして吊り橋を渡る方法を考えるやり方、吊り橋を渡らずに、ゴール地点である高台にたどり着く方法を考えるやり方が挙げることが多い。ただ、もっと広げて考えてみると、いろいろな「打ち手」が見えてくる。例えば、なぜ職場のメンバーと

図11

ミニワーク（1）

あなたは旅行で同じ職場のメンバーと山を散策しています。ゴール地点は見晴らしの良い高台です。

ゴール近くまで来ると、川が流れていました。川を越えるためには吊り橋を渡る必要があります。ところが、吊り橋の中央の板が腐っています。川から吊り橋までの高さは3メートル以上あり、万が一落下すれば大けがをします。

あなたならどのようにこの状況に対処しますか？考えられる選択肢を挙げてみましょう。

図11

山を散策していたのかを考え、その理由が交流を深めるということであるならば、その目的地は、そもそも高台である必要がない、という考え方も成り立つ。例えば、吊り橋が危険なら、目的地そのものを変えてしまったり、河原でバーベキューをするという選択肢もありうる。

問題を俯瞰的に捉える

(図12) この図には課題について、何のためにそれを目指すのか、という「目的」と、どんなことを実現したいのか、という「目標」、どうやってそれを実現するのか、という「方法」の三段階に分けて示した。これを俯瞰的に捉えることで、解決の選択肢が増えていく。

先ほどの問題で言えば、「方法」レベル（吊り橋を渡る）だけではなく「目標」レベル（高台に行く）に着眼すると、吊り橋を渡る以外のルートを探すという解決策が生まれる。さらに「目的」レベル（交流を深める）に着眼すると、そもそも高台に上る必要はなく、河原でバーベキュー、という発想も生まれる。このように、問題が発生したときに「安全に吊り橋を渡る」という手段レベルに着眼するのではなく、目標や目的レベルに着眼することで解決策の幅が広がる。

問題とは何か？

(図13) 改めて、問題とは、現状と「ありたい姿/あるべき姿」の差分である。そして、問題とは「解釈」であり「事実」そのものではない、ということ意識する必要がある。つまり、周囲に起こっている出来事についても、普段あまり意識せずに考えている「ありたい姿」の違いと解釈により、問題と認識するポイントやレベルが変わってくることを意味する。

図12

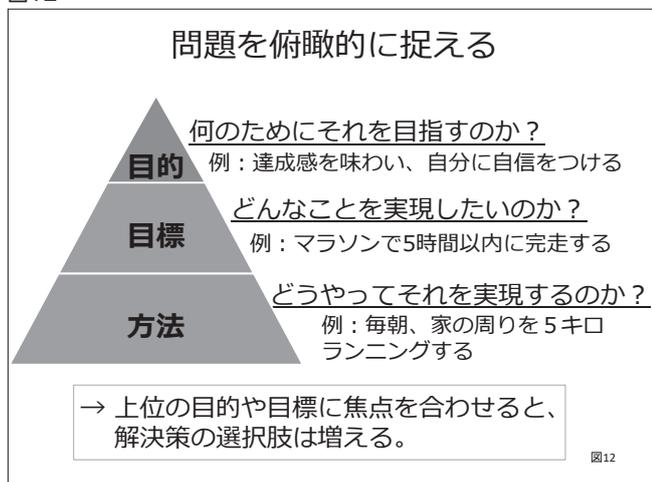


図13

問題とは何か？

➤ 問題とは、現状と「ありたい姿/あるべき姿」の差分である。

➤ 問題とは「解釈」であり「事実」ではない。

図13

問題のタイプと対応

(図14) 問題は、その認識によって以下の3タイプに分類できる。

発生型問題は、既に問題が顕在化しており、誰もが問題と認識できるものを指す。具体的には、ミスやクレーム、トラブルなどがこれに当たる。既に問題が起こっているため、すぐに原因を突き止めて対応することが最大の解決策になる。

次に設定型問題は、基準を引き上げることで認識される問題で、具体例としては、部屋が汚い、仕事が遅い、時間を守らないとか、医療安全の意識、接遇などがこれに当たる。基準が低い人には問題として認識されていないが、基準が高い人には問題に感じる。対応としては、まず、「あるべき姿/ありたい姿」をすり合わせて、共通認識を作り、問題に対する認識をそろえることが大切である。

そして、最後に将来型問題である。今はそれほど困っていないが、将来不具合が生じる潜在的な問題を意味する。例えば少子高齢化や将来の地域医療などがこれに当たる。今、問題が明らかになっているわけではないので、将来に対する見通しや問題意識が一致していないと、こちらは大変だと思っても、相手は「今何も困っていないのに、何でそんなに騒いでいるんだ」というすれ違いを生んでしまうことになる。対応として、まずは将来の予測シナリオを示して、危機意識を共有するところから始めなくてはならない。

発生型問題は誰にでも問題として認識されるが、それだけに対応していると、いつも対応が後手に回ってしまうことになる。目線を上げ、将来を見据えることで見えてくる設定型・将来型問題に早めに取り組み、問題の発生を予防するために、なぜその問題に取り組

図14

問題のタイプと対応		
▶ 問題は以下の3タイプに分類できる。タイプによって効果的な進め方は異なる。		
	具体例	解決の進め方
発生型問題 誰もが問題だと感じている顕在化した問題	ミス、クレーム、トラブル	原因追及による対策立案
設定型問題 基準を引き上げることで認識される問題	時間を守る意識、医療安全の意識、接遇	あるべき/ありたい姿をすり合わせて共通認識を醸成する
将来型問題 今はそれほど困っていないが、将来不具合が生じる潜在的問題	少子高齢化、将来の地域医療、地球温暖化	予測シナリオを示して危機意識を共有する

→ 設定型・将来型問題の解決を進めるためには、その問題に取り組むことが「なぜ重要なのか」ということを示す必要がある。図14

むことがなぜ重要なのか、ということをもまず示してから、対応をスタートさせることが重要になる。チーム内でこの認識がずれていると、チームで一体となって問題解決に当たることができない。

問題解決の基本ステップ (図15)

問題解決の基本ステップ

(図16) 問題解決の基本ステップは、ここに示したWhere→Why→Howの3つである。

最初のステップ1は、Where、すなわち、どこに問題があるのか、問題の所在を特定する、というステップである。次に、ステップ2のWhyは、それは何が原因で起きているのか、問題の原因を深掘りしていく、というステップである。そして最後のステップ3のHowは、どのように解決するのか、突き止めた原因に対して、解決策を漏れなく洗い出し、最善の打ち手を探していく、というステップである。

これを、医療に当てはめて考えてみると、患者が、健康に関する問題、例えば発熱を訴えて受診した場

図15

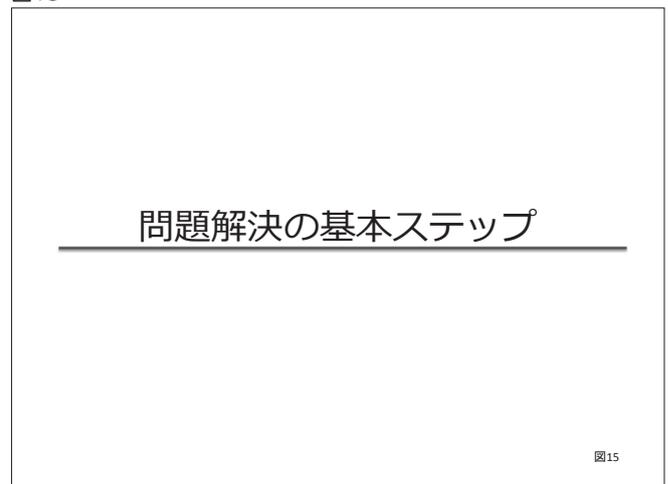
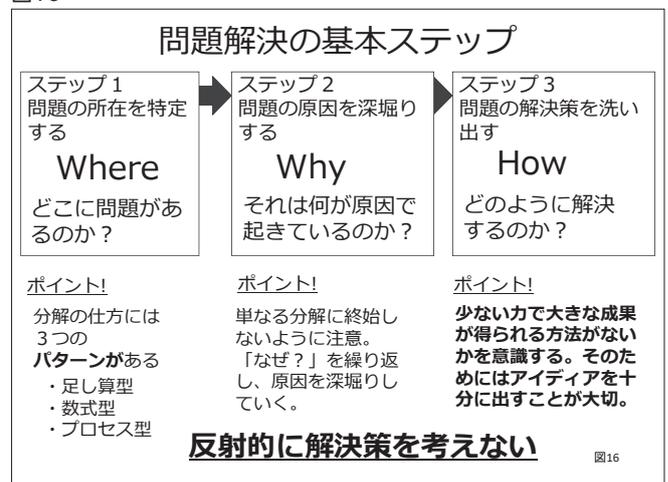


図16



合、最初に行うのは診断をつけることである。そのときの基本的な考え方は、部位+病因、つまり、「どこに、何が起きているか」であり、これがまさにこの図で示すところのWhereとWhyに当たる。

例えば、発熱と咳、痰がある。これは、肺という部位Whereに、細菌感染という病因Whyが起きている。つまり肺炎である、という診断をつける。そこまで詰めていけば、最善の打ち手は抗菌薬の投与、ということが自然に見えてくる。

ここで気をつけてほしいのは、問題に直面したときに、往々にして、このHowに当たる部分、いわゆる解決策だけを考えてしまいがちという点である。例えば肺炎であれば、熱が出てつらい、では、解熱薬を出して熱を下げよう、というのでは根本的な解決にはならない。

目の前に問題が勃発して、とりあえず何か対応をする、というのは、よほどの緊急事態を除き、適切ではない。これは、深夜に敵に襲われたときに、正体も分からず、闇に向かって鉄砲を撃つようなもので、非常に効率が悪い。

このように、問題に対していきなり対策を取るのではなく、この3つのステップで順序だててアプローチするのが最も効果的である。それでは、それぞれのステップでは、どのような枠組みで考えていけば、抜け漏れなく、深く広く、原因や打ち手を考えることができるかを見ていきたい。

問題解決の基本ステップ1

(図17) 最初のステップは、Where、つまり問題の所在を特定することである。なお、アプローチの方法としては、問題を分析して切り分けていき、根本となる原因を突き止めてその解決を図る「ロジカル思考」と、全体としてのつながりや相互作用をシステムとして捉え、その流れの中で解決策を考えていく「システム思考」があるが、ここでは、ロジカル思考に基づくアプローチ法に絞ってその一部を紹介する。

問題の所在を特定する

(図18) 問題の本当の原因は、思わぬところに潜んでいることがあるため、それを突き止めるために、様々な切り口を組み合わせながら、原因を絞り込んでいく。例えば病院の駐車場が混雑しているという問題があった場合に、どの駐車場が混んでいるのか、どの曜日か、どの時間帯か、というように分析しながら絞り込んでいくことで、より効果的・効率的な問題解決を進めていくことができる。

この例で言えば、絞り込んで問題の所在を明らかにすることで、例えばB駐車場の誘導員を増やすとか、月・水の午前中の外来患者を他の曜日に分散させるとか、有効な対策を打つことができる。

図17

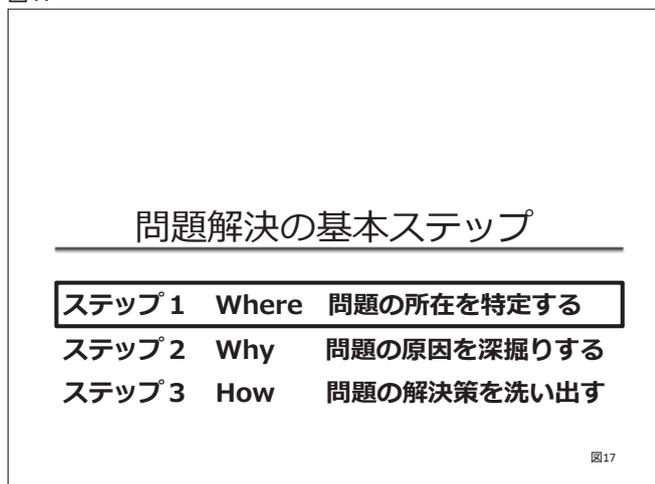
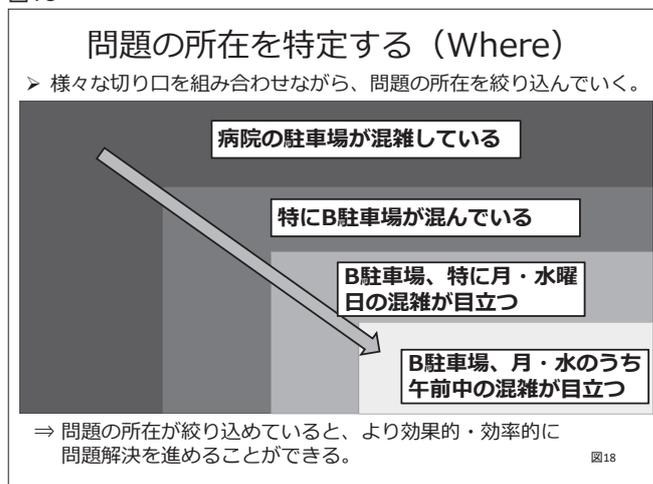


図18



ミニワーク（2）

（図19）ここで重要なのは抜け漏れなく問題をリストアップするということである。

これから、ミニワーク（2）をやっていきたい。制限時間30秒で、知っている映画のタイトルのできるだけ多く思い浮かべてみるというワークである。

ミニワーク（3）

（図20）次にミニワーク（3）として、図20に示すような枠組みを使い、同じ様に制限時間30秒でドラマ、アクション、SFといったジャンル別に、邦画と洋画に分けて、それぞれの枠を埋めるような形でリストアップしてみる。すると、最初に行った、単に思い出した順、というよりは、はるかに多く、また抜けることなく、タイトルを挙げることができたのではないだろうか。

要素を洗い出す方法

（図21）このように、カテゴリーを考えてその枠組みを使っていくことで、効果的に問題を明らかにしていく

図19

ミニワーク（2）

知っている映画のタイトルのできるだけ多く挙げてみましょう。

図19

図20

ミニワーク（3）

知っている映画のタイトルのできるだけ多く挙げてみましょう。

	邦画	洋画
ドラマ		
アクション		
S F		
ホラー		
コメディ		
アニメ		
その他		

図20

ことができる。その方法としては、まず具体的に要素を挙げて、それらをグルーピングしながら枠組みを作っていくやり方と、まず枠組みを考えて、それに該当する要素を挙げていくやり方がある。ここに「料理」というテーマで、それぞれの例を示すが、どちらのやり方からアプローチしても構わないので、うまく両者を組み合わせながら、抜け漏れなく要素を洗い出していくことが効果的である。

ここでポイントになるのは、このカテゴリーにはまだ空白の要素があるかもしれない、ということ意識しておくことである。ただグルーピングして終わるのではなく、例えばここで中華料理というカテゴリーを挙げたら、このスライドにある3つ以外には中華料理はないのか、というふうに、この空白を埋める努力をすることで、抜け漏れを減らすことができる。

ロジックツリー

（図22）このように、物事を系統的に要素分解するためのツールとして代表的なものが、これからご紹介する

図21

要素を洗い出す方法

★具体→抽象
まず具体的に要素を挙げて、それらをグルーピングしながら枠組みを作っていく

★抽象→具体
まず、枠組みを考えてから、それに該当する要素を挙げていく

図21

図22

ロジックツリー

- 物事を要素分解するためのツール。
- 「漏れなく重複なく」分解することがポイント

患者

外来

入院

公衆トイレ

男性用

女性用

トイ 多目的
イレ 目的
あり あり

成人男性

20代

30代

40代

50代

60代以上

通学手段

公共機関

自動車

徒歩

自転車

市営バス

重複あり

図22

ロジックツリーである。このロジックツリーは、1つの要素について、さらにそれを分解して分析していくもので、漏れなく重複なく分解することがポイントになる。例えば、病院にいる患者、ということであれば入院か外来かのどちらかであるし、成人男性であれば20代、30代、40代、50代、60代以上に要素分解しておけば、ここに抜け漏れはない。

一方、公衆トイレは男性用と女性用があるが、この2つだけだと多目的トイレが抜けているということになる。また通学手段についての図は、よく見るとこの市営バスと公共機関には重複がある。こういうことがないように、要素を分解していく方法である。

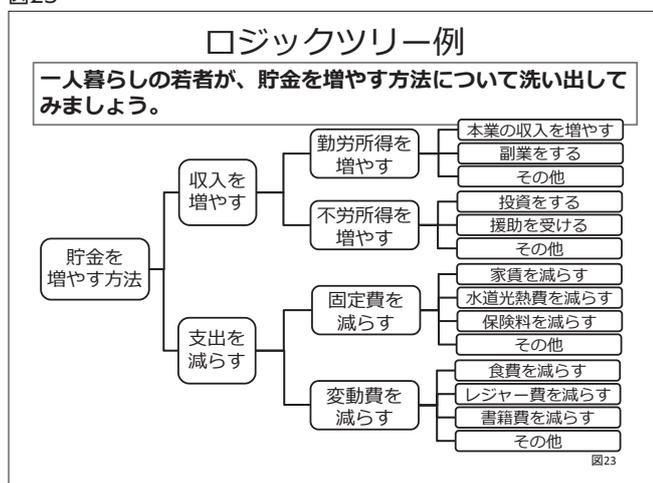
ロジックツリー例

(図23) ここにロジックツリーの例を示す。ここでは、一人暮らしの若者が貯金を増やす方法について考えてみる。まず貯金を増やすには、収入を増やすか支出を減らすかのどちらかしかないので、ここに抜けや重複はない。

次に、収入を増やすという要素についてさらに分析していく。ここでは勤労所得を増やす、不労所得を増やす、の2つの要素に分けてみる。そしてこの勤労所得を増やすためには、さらに本業、副業、その他の3つに分ける。一方、不労所得の方は、投資、援助、その他の3つに分ける。

次に支出を減らすという要素については、固定費を減らす、と変動費を減らす、の2つに分けた。それぞれ固定費には、家賃、水道光熱費、保険料、その他の4つに、また変動費は、食費、レジャー費、書籍費、その他の4つに分けた。抜けや重複のないロジックツリーができあがっていれば、理論上は、貯金を増やす方法

図23



の全ての打ち手が、この一番右側の要素のどれかに含まれていることになる。こうやってロジックツリーを使って系統的に考えていくことで、貯金を増やすためにどうしたらいいのだろう、と漠然と考えたり、思いついた順に行動に移すよりも、格段に効果的・効率的なことが分かる。

物事を分解するための切り口

(図24) この物事を分解するための切り口として、3つの考え方を紹介したい。

足し算型は、全てを足し合わせると全体になるように分解するやり方で、例えば人で分ける、時で分ける、場所で分ける、のように要素を分解していく方法である。

数式型は、数式で分解するやり方で、例えば、利益は売り上げ-コストなので、売り上げを増やす、コストを減らす、の2つの要素で考える、売上高は、人数×単価なので、人数を増やす、単価を上げる、という2つの要素で考える、というやり方である。

そしてプロセス型は、時系列に沿ってプロセスを分解するやり方で、例えば、仕入れ、製造、販売ごとに要素を分けたり、PDCA サイクルのどこに問題があったのかを明らかにしていくようなやり方である。

それぞれのタイプについて、例を示す。

図24

物事を分解するための切り口		
足し算型	全てを足し合わせると全体になるように分解する	例) ・“人”で分ける (性別/年齢別/職種別/役職別) ・“時”で分ける (季節別/月別/曜日別/時間帯別) ・“場所”で分ける (地域別/路線別/フロア別) ・“モノ”で分ける (商品別/素材別/重量別) ・“目的”で分ける (理由別/利用シーン別)
数式型	数式で分解する	例) ・利益 = 売り上げ - コスト ・売上高 = 人数 × 単価
プロセス型	時系列に沿ってプロセスを分解する	例) ・仕入れ → 製造 → 販売 ・PDCAサイクル ・守破離

足し算型の分解

(図25) まず足し算型の分解の例を示す。病院で職員の残業時間が増えていることが問題になっており、その問題の所在を特定するための切り口を考える、という課題である。曜日別に分けて、どの曜日に残業が多いのかを調べていく、あるいは人別に、どの役職がよく残業しているのかを調べていく、というやり方が考えられる。この分解がうまくできているかどうかは、これらの要素を足し上げていくことで、この大項目になるかどうかを確認すると良い。

数式型の分解

(図26) 次に数式型の分解の例を示す。病院内にあるカフェの売り上げが落ちているので、問題の所在を特定するために数式型分解を行った例である。ここで、売り上げは単価×顧客数と考えて、単価を上げる、と顧客数を増やす、に分けて考えるやり方もあれば、同じ売り上げでも、客席数と、それから1つの椅子を何人が1日に使ったかという回転数を考えて、それに単価を

図25

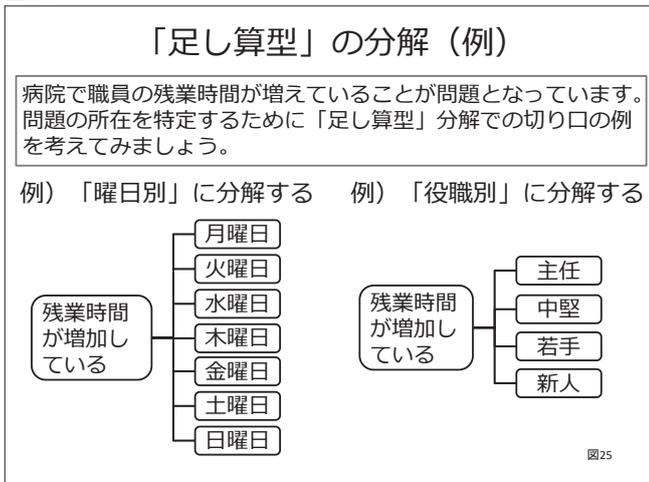
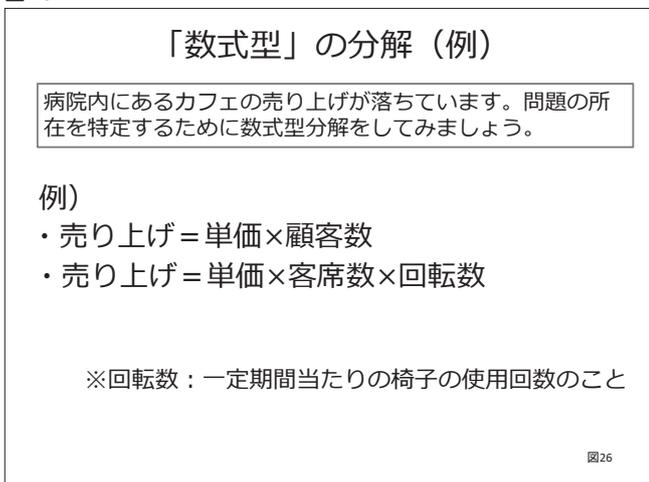


図26



かけて考える、というやり方もある。こういう分析を行うと、コーヒー1杯だけ注文して長く居座る客が問題であった、というような問題が浮き彫りになってくるかもしれない。

プロセス型の分解

(図27) 次はプロセス型の分解の例を示す。宅配ピザを注文すると決めてから、ピザを受け取るまでのプロセスを洗い出してみた例である。客側は、チラシを探し、店を選び、注文を決め、電話をかけ、注文を伝える、そして待っているとチャイムが鳴り、ドアを開けて、お金を払って、受け取る、というプロセスになる。一方店側は、電話を受け、注文を受けて、調理して、配達する、というプロセスがある。このようにプロセスで分解してそれぞれの要素について考えていく、というやり方である。

問題が浮かび上がる切り口を探す

(図28、29) このように、切り口の探し方には様々な方

図27

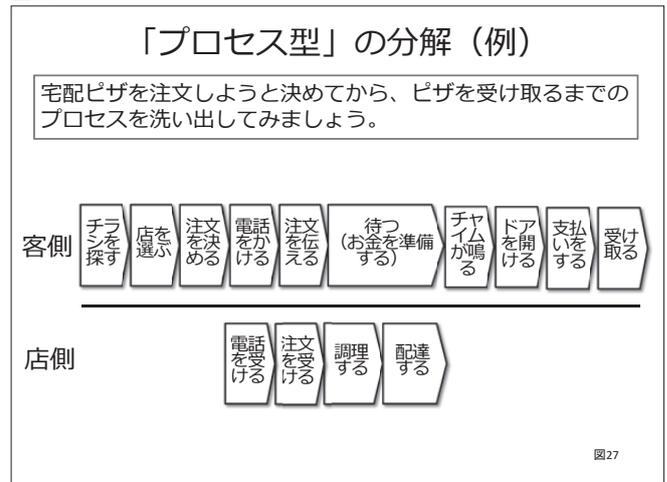
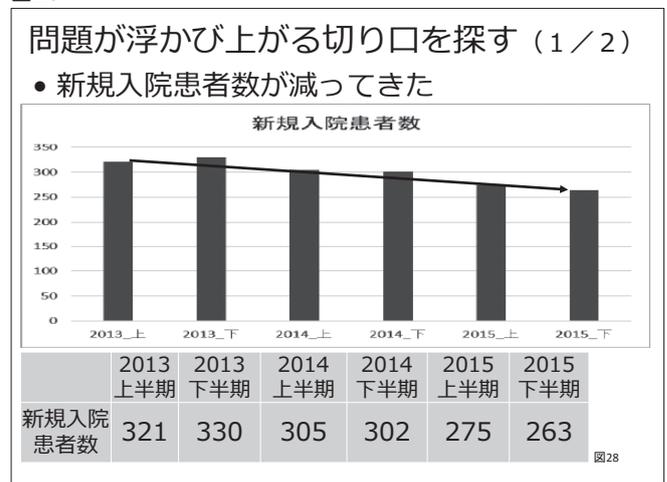


図28

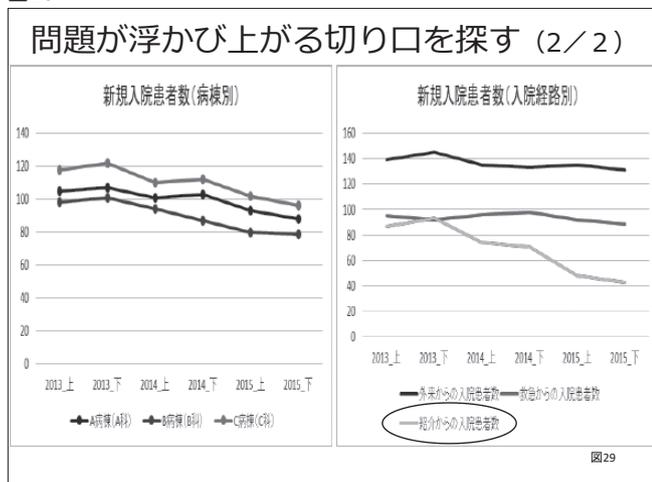


法があるが、大切なことは問題が浮かび上がるような効果的な切り口を探すことである。これを間違えると、問題の本質を見極められないということになりかねない。

例えば、図28に示したように、新規入院患者数が減ってきたという問題があった場合、まず病棟別に分析をしたのが図29の左のグラフである。これを見るとA病棟もB病棟もC病棟もそれほど大きな違いは認められないので、入院患者数減少の原因は、病棟別の分析では見つけられなかったということになる。

次に図29の右のグラフで入院経路別で分析をしてみると、外来からの入院患者数と救急からの入院患者数はそれほど減っていないのに、紹介からの入院患者数が減っていることが判明した。つまり病院全体の新規入院患者数の減少は、実は紹介からの入院患者数が減っていたことが本当の原因だったわけである。もし、このことに気づかず、外来からも救急からも含めて、ただやみくもに入院患者数を増やそうとするなら、それは効果的な打ち手とは言えない。

図29



「切り口」の代表的なモデル：4P

(図30) このような切り口は、問題ごとに探していくものではあるが、ビジネスの世界ではその代表的なモデルがいくつか提唱されている。例えばここに示したのは、マーケティングで、製品(Product)、価格(Price)、流通(Place)、販促(Promotion)の4要素で捉えた4Pモデルである。

「切り口」の代表的なモデル：AIDMA (アイドマ)

(図31) そしてこれが、消費者が商品やサービスの存在を知ってから、購買にいたるまでの心理的ステップを表した「AIDMA (アイドマ)」というモデルで、存在を知る、興味を持つ、欲しいと感じる、購入するきっかけができる、そして実際に購入する、というそれぞれのステップをモデルにしたものである。

図30

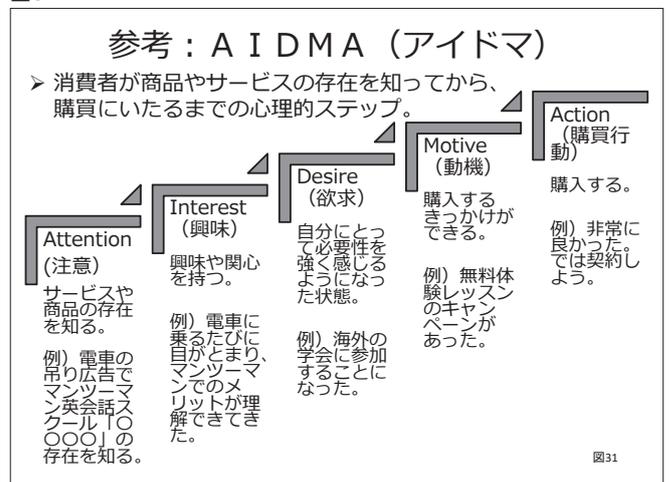
参考：4P

➤ マーケティングでは、必要な要素を有機的に統合させることが、売れるための仕組み作りに繋がっていく。製品、価格、流通、販促の4要素で捉えたもの。

①製品 (Product)	ターゲットが望む提供価値を持つ製品	機能、品質、サービス、デザイン、商品名、包装パッケージなど
②価格 (Price)	顧客や販売チャネルにふさわしい価格	定価、割引き価格、支払い方法など
③流通 (Place)	商品を届ける流通	販売地域、販売店、輸送、販売場所、在庫など
④販促 (Promotion)	購買意欲を高めるための販促	広報、PR活動、広告宣伝、POP、販売支援、口コミ、販促サンプルなど

図30

図31



問題解決の基本ステップ2 (図32)

WhereとWhyの違い

(図33) 最初のWhereのステップが、問題が起こっている場所を特定することを目的として、同じレベルで細かく分解していったのに対して、次のWhyでは、問題の原因を突き止めるために、その問題を深掘りしていく、ということに大きな違いがある。

問いかけに直すと、Whereが「どこが悪い？」だったのに対して、Whyは「なぜ悪い？」になる。例えば看護師の採用数が減っているという問題に対して、最初のWhereのステップでは、新卒と中途採用を抜けないように分けて考えたとする。そして、その原因が中途採用にあるということが分かったとしたら、次のWhyのステップに進み、今度は中途採用数が減る原因について、考えつく限りの要因をできるだけ漏れのないように列挙していき、それを1つずつ検討していくという形になる。

図32

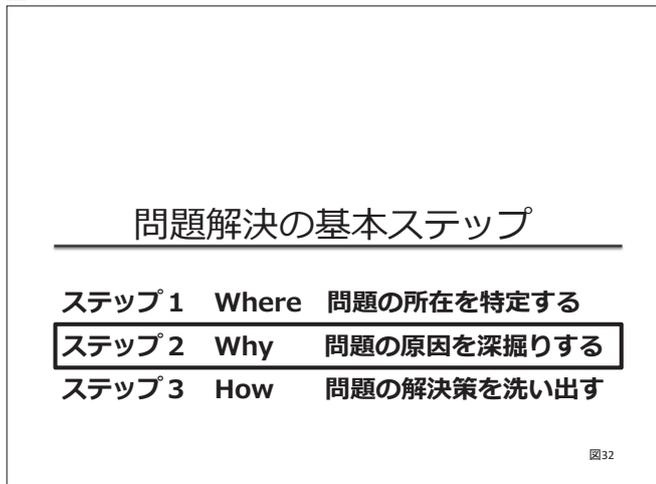


図32

図33

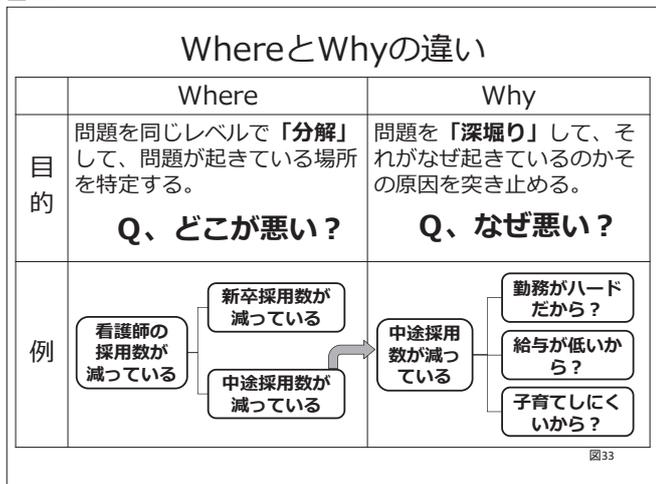


図33

Whyツリーの例 (ラーメン屋)

(図34) ここで、1つの例を示す。ラーメン屋を開業したが、売り上げが伸びず、Whereツリーで分析したところ、女子大生の客が極端に少ないことが分かったという前提で、その原因をWhyツリーを使って洗い出してみたものである。

最初のこの4つのカテゴリは先ほど紹介した4Pのモデルを用いている。商品に問題がある、価格に問題がある、場所に問題がある、販促に問題がある、この4つで分類している。そしてそれを深掘りしていったら、例えば、商品に問題があるのであれば、ラーメンが悪い、サービスが悪い、環境が悪いの3つに分け、さらにラーメンの問題としては、味の濃さや女子大生にとって量が多いことを挙げている。サービスとしては、いつも並んでいる、店員の態度が悪い、テーブル席が少なく、友達と複数で食べにくい、テーブルの油污れがひどいのでカップル利用しにくい。環境としては、路地裏にあるため、道順を説明しにくい、大学生の通学経路から外れている、周辺の治安が悪い。販促に問題がある場合は、店の存在を知らない、店の存在に気づいているが入らない。

図34

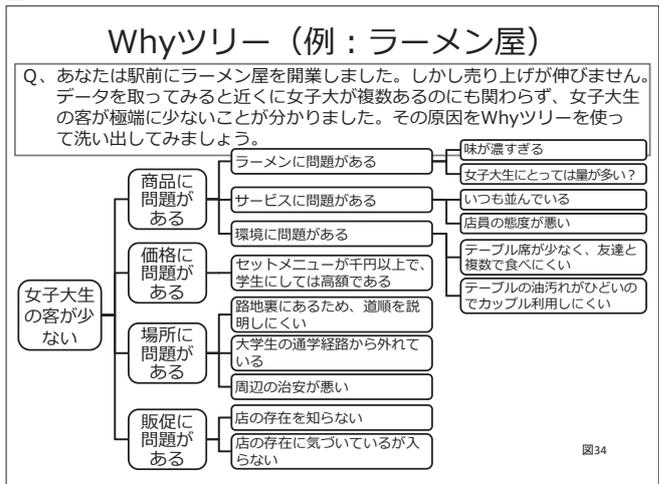


図34

図35

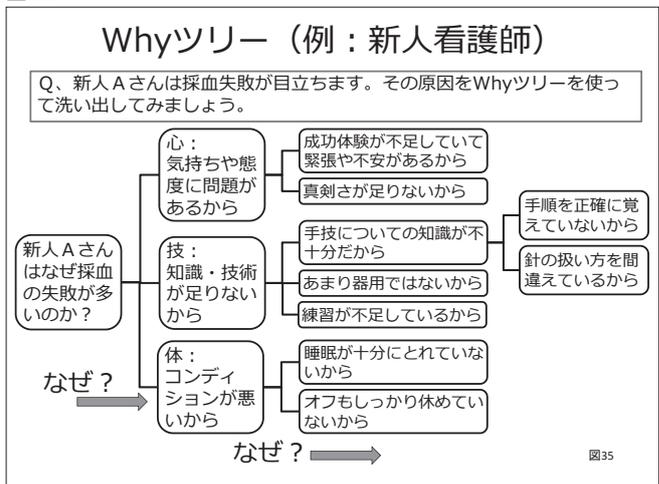


図35

Why ツリーの例（新人看護師）

（図35）もう1つ例を示す。これは新人看護師のAさんの採血の失敗が目立つ原因をWhy ツリーを使って深掘りしたもので、まず心技体の3つのカテゴリーで分けた。そしてそれぞれに対して、心であれば不安や緊張があるから、あるいは真剣さが足りないから、そして知識・技術の問題であれば、手技についての知識が不十分だから、器用ではないから、練習が不足しているから、という原因を掘り下げている。さらに、知識不十分の原因として、手順を正確に覚えていない、あるいは針の扱い方を間違えている、というように、可能性がある原因を挙げていって、それを検証していく。

こうして、なぜ？を繰り返し深掘りしていくことで、採血失敗の本当の原因をピンポイントで特定することができる。こうすることで、失敗が多いから注意喚起する、という漠然とした短絡的な対応や、本当は睡眠不足が原因であるにもかかわらず、知識の問題と捉えて本を読むように促す、といったピン外れの対応になる可能性を防ぐことができる。

問題解決の基本ステップ3（図36）

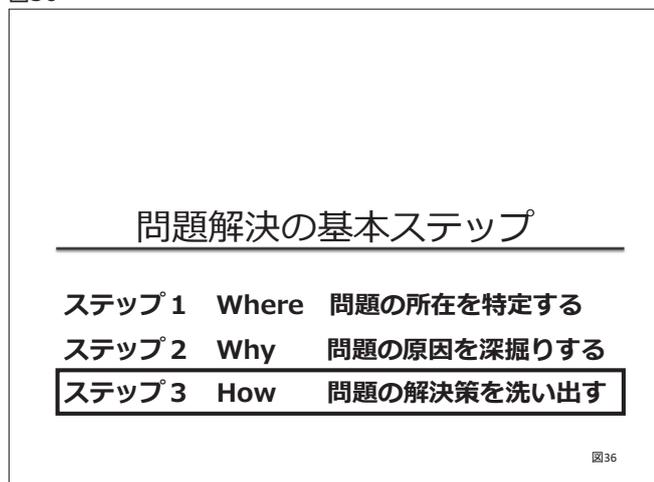
解決策を考える

（図37）ここまでの段階で問題の根源がピンポイントで明らかになっているはずなので、ここからはその問題に対して、可能な限り多くの解決策の候補を挙げ、その中から最善の方法を選び、優先順位をつけて実行に移していくというステップに進む。

なお、進め方として、ここまで紹介したロジックツリーを使う方法もあるが、もしそれが難しいようであれば無理にこのツリー構造で表現しなくても良い。

ポイントとして、思いつくものをただ挙げていく

図36

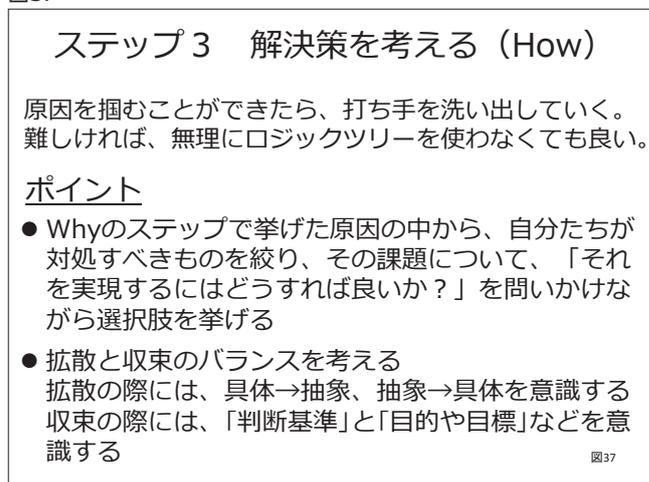


と、これまでのWhereやWhyを混同した意見が出てくることもあるので、Whyのステップで挙げた原因の中から、自分たちが対処すべきものを絞り、その課題について、「それを実現するにはどうすれば良いか？」を問いかけながら選択肢を挙げていくとやりやすい。

それからもう1つのポイントは、拡散と収束のバランスを考えるということである。可能性のある選択肢をできるだけ挙げて、十分に拡散しなければ、本当はもっと良い解決策が他にあったかもしれないのにそれを選べないということになってしまうし、かといって最終的に収束しなければ、時間やマンパワーなど様々な制約がある中で全部を実行することができず、効果的な解決を図れないということになってしまう。

したがって、十分に拡散した後、しっかりと収束させて、優先順位をつけて実行に移していく、ということになる。拡散する場合は、先ほど料理のところで紹介したように、具体から抽象、抽象から具体、両方からのアプローチを使って漏れなく挙げることを意識する。そして収束させるときは、前述のミニワーク（1）の例（図11、山を散策）で説明したように、問題を俯瞰的に見て、単なる方法だけではなく、判断基準や目的や目標なども十分意識して、最善の解決策を選んでいく。

図37



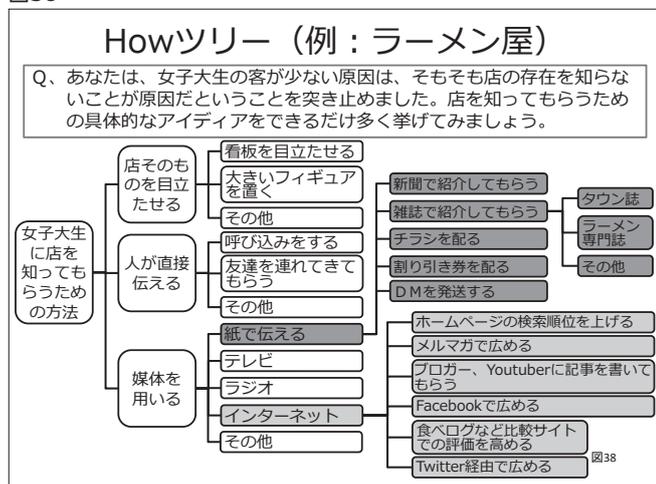
Howツリーの例（ラーメン屋）

（図38）再び例を示す。図は、先ほどの女子大生の客が少ないというラーメン屋の例で、ロジックツリーを使って解決策を洗い出してみたものである。原因として「店の存在を知らない」ということを突き止めたので、それに対する具体的なアイデアを、このHowツリーを使って広げている。

店を知ってもらうための方法として、店そのものを目立たせる、人が直接伝える、媒体を用いる、の3つに分けて、それぞれスライドに示したような解決策の案を沢山挙げている。そして例えばこの中の、紙で伝えるという案であれば、さらに新聞、雑誌、チラシ、その他、そして雑誌で紹介してもらうにしても、タウン誌、ラーメン専門誌、その他というように、沢山の選択肢が挙げられる。こうすれば、当事者はすぐに具体的なアクションに移ることができる。

以上、問題解決のアプローチについて、3つのステップで説明した。体系的なアプローチを行うことで、どこに問題があるかを突き止め、そしてその理由を深掘りして原因を特定し、それに対して、可能性のある打ち手を広げていく、という問題解決の全体像をイメージすることが可能となる。

図38



問題解決のプロセスをチームで共有する意義

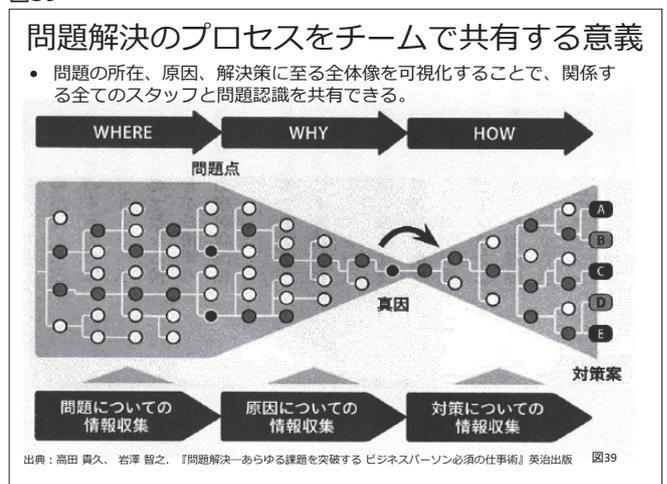
（図39）問題解決へのアプローチの説明の最後に、このような体系的なアプローチをするもう1つのメリットについても触れておきたい。このように問題の全体像を可視化することで、どこに問題があり、どこに原因があって、どのような打ち手があるのかということ、問題にかかわる全てのスタッフが共有できるという大きなメリットがある。

例えば、スタッフの中には、自分の部署における目の前の問題しか見えていなくて、将来的な問題や組織全体の問題に対する視点が乏しく、そのために問題に対する認識のズレが生じて、こちらからの解決策の指示について納得してもらえない、ということもあるかもしれない。とりあえず目の前の問題に手を出すという短絡的な行動パターンを取る部下に対していらだったり、あるいは逆に、こちらには全体像が見えているのに、上司から「あなたはこれだけやれば良い」といった、「How」しか期待しないような指示を受けてモチベーションが下がった、という経験をした人もいない。

是非、問題に関わるスタッフ全体でこのアプローチを使って、効果的・効率的な問題解決はもちろんのこと、全員が共通認識の下で一致団結して問題解決に当たれるような雰囲気を作り出すことにも役立てていただきたい。

特に、多くの施設、多くの職種と関わることの多いかかりつけ医にとって、チームとしてまとまりを持って問題解決に当たるためには、問題の真の原因を突き止めるプロセスを可視化することでその背景を共有し、多くの打ち手の中から、最優先で取り掛かるべきタスクを明確にして、全員でそこに向かって活動して

図39



いくためのリーダーシップを発揮していくことが極めて重要である。

〈各論2〉仕事の教え方 TEAMS-BI

(図40) ここでテーマを変えて、ノンテクニカルスキルのもう1つの例として、人への仕事の教え方に関するTEAMS-BIというやり方を紹介する。

TEAMSとは

(図41) このTEAMSは産業訓練として広く普及しているTWI (Training Within Industry) という方法論を医療現場に応用したもので、その目的は、図に示す通り

- ① 作業の効率化を図る方法
- ② 合理的な教え方を体得する方法

を学習することで、患者に質の高い安全な医療を提供するとともに、職員がやりがいを持って働ける環境を作り上げること

である。

図40

〈各論 2〉
仕事の教え方
TEAMS-BI
Training for Effective&efficient Action in Medical Service -Better Instruction(TEAMS-BI)

図40

図41

TEAMSとは

- 産業訓練として広く普及しているTWI (Training Within Industry)を医療現場に応用したもの
- TEAMSの目的は、
 - ① 作業の効率化を図る方法
 - ② 合理的な教え方を体得する方法
 を学習することで、患者に質の高い安全な医療を提供するとともに、職員がやりがいを持って働ける環境を作り上げることである。

図41

TEAMSとは (第二次世界大戦)

(図42) このTEAMSのもとになっているのは、TWIという方法論であり、これは米国で第二次世界対戦中に開発されたものである。戦争初期、日本が優位だった頃に、それに対抗するために、短期間で多くの戦闘機を作らなければいけないといった環境の中、生産性を上げるにはどうしたらいいか、ということで開発された方法論である。終戦後、戦後復興のために日本に持ち込まれ、それが例えばトヨタのカイゼンのように企業の中で形を変えて浸透していったものである。

これは主に製造業など他の業界で用いられていたが、筑波大学附属病院において、医療向けに開発を行い、新しいパッケージにTEAMSという名前を付けた。

3つのTEAMS研修を開発

(図43) このTEAMSには、業務の改善の仕方、仕事の教え方、人への接し方の3つのコースがあり、少人数体験型研修会で、短時間でコンパクトに学べるプログラムになっている。

図42

TEAMSとは

(第二次世界大戦)

- TWI(Training within industry) 訓練プログラム
米国で第二次世界大戦中に開発
戦後復興のため日本に持込まれる
トヨタのカイゼンなどの
原型となった
2001年に米国へ逆輸入され、再注目



TWIをベースに、医療向けに筑波大学附属病院が開発した研修パッケージ
TEAMS : Training for Effective & efficient Action in Medical Service 図42

図43

3つのTEAMS研修を開発

- 「業務の改善の仕方」や「仕事の教え方」「人への接し方」について、少人数体験型研修会で、コンパクトに学べるプログラムを実施
- 人を育成するためのスキルを基本から学ぶ研修会

教える
スキル

人と接す
るスキル

改善する
スキル



こういう研修、
今まで
なかったね!

図43

開催風景

(図44) ただ短時間といっても、それぞれ丸1日かかる研修である。写真に示すように、少人数で話し合いながら、ワークを繰り返し行い学んでいく。

仕事の教え方 TEAMS-BI

(図45) ここではその中の1つである「仕事の教え方」の一部について、簡単に紹介したい。

図44



図45



これまでの仕事の教え方は…

(図46) これまでの仕事の教え方は、自身が研修医だった頃、図に示すようなものだったのではないだろうか。

例えば、ある朝、指導医から、「おい、今日は胸腔穿刺をやるから一緒に来い。よく見ておけよ」と突然声がかかる。当然研修医には背景となる知識も何の準備もないので、どこがポイントかも分からずにただただ見ていることになる。

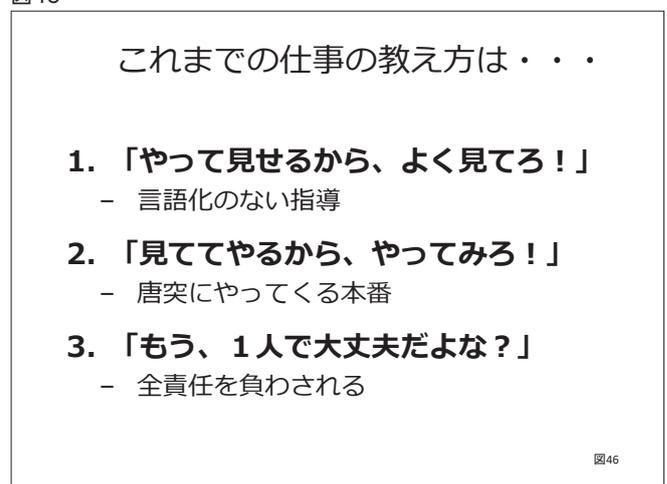
そうすると次は、また突然に「この前オレがやるのを見てたよな。じゃあ今度は自分でやってみろ。横で見ていてやるから」と言われ、前回見ていたときのわずかな記憶をたどり、指導医に叱られながら何とかこなす。

そうすると、次の機会には、いきなり「先生、やっておいてくれる？一度やったんだから1人で大丈夫だよな？」と、言われて全責任を負わされる、というようなスタイルである。

もちろん、「背中を見せて育てる」という姿勢が大切であることは昔も今も変わらないが、それだけでは患者を危険にさらすことになりかねない。現場で学ぶ on the job training では、仕事を覚えることと、安全を両立させる必要がある。

そこで、どうやって安全かつ確実に初心者に仕事を覚えてもらうか、その方法について考えてみたい。

図46



教え方の4段階

(図47) 具体的な進め方として、図に示した4段階に従って教えていく。

第1段階は、「習う準備をさせる」である。

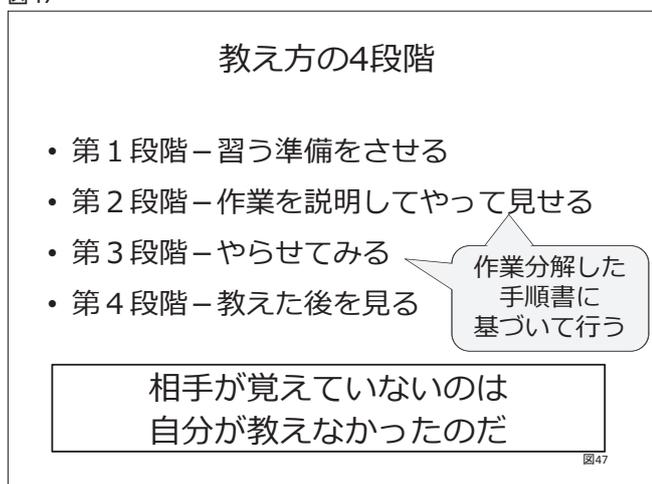
まず学習者をリラックスさせること。そしてどうしてこの仕事を覚える必要があるのかを説明し、可能であれば、これを覚えたらどんなことに役立つのかを説明してモチベーションを高める。また、手技を実施する上で必要な事前知識の確認を行い、これから指導者が行うデモンストレーションを見やすいように、正しい位置につかせる。

第2段階は「作業を説明してやって見せる」、第3段階は「やらせてみる」である。この「やらせてみる」は、実際の患者に行うのではなく、シミュレーションのことを意味している。シミュレータがあれば理想だが、ない場合は、目の前に患者や器具があると仮定して、手だけ動かしてもらい、スムーズに一連の動作を実施できるかを確認することが重要である。

この「説明して」という点、指導者はそれぞれの手技やポイントをきちんと言葉にして説明できなければ、学習者に伝わらない。指導者は教えるスキルとして、手技をただ実践できるだけでなく、言葉できちんと説明できるようにしておく必要がある。そして初めて仕事を覚える学習者は、一連の動作についてよどみなく説明できるようにならなければ、より緊張する現場で安全に手技を実践できるはずがないので、スムーズに説明できるまでは本番での実施を許可してはならない。

そして第3段階まで問題なくできるようになったら、第4段階「教えた後を見る」で、本番でのサポート体制

図47



などについて話し合った後に、現場で実施することになる。

これが全体的な流れであるが、この指導は、作業分解した手順書に基づいて行われる。この作業分解という言葉はあまり聞き慣れない言葉かもしれないが、確実に手技を教える上で非常に重要な考え方を示すものなので、詳しく説明する。

なぜ、作業分解するのか？

(図48) 経験のある指導者にとっては、一つ一つこのような形で言語化しなくても、暗黙知として、一連の動作が頭の中に入っている。

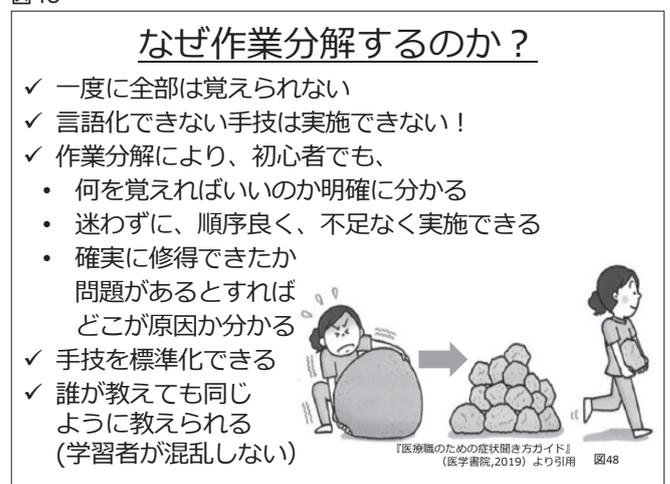
ただ、初めての仕事に挑戦する者は、全てのステップを一度にはとても覚えられないので、実施可能なサイズにブレイクダウンして、動作をきちんと言語化して、指さし確認のように1つずつ意識しながらこなしていかなないと、安全かつスムーズに仕事をこなすことはできない。

例えば指導医に、「いいか、このへんを持って、こうやって、こうするんだよ」と言われても、研修医はそのまま真似することはできない。

図に提示したイラストにあるように、力のない人は、この大きな石を一度に持ち上げて運ぶことはできない。しかし、持てる大きさにまで小さく砕いて1つずつ運べば、力のない人でも石を運ぶことができるようになる。そして、細かく分解することで全体像を可視化して把握しやすくする、というのは、前半に述べた、ロジックツリーの考え方にも通じるところがある。

このように、複雑な仕事でも、作業分解することにより、初心者でも、何を覚えればいいのか明確に分かり、迷わずに、順序良く、不足なく実施でき、確実に

図48



修得できたか、問題があるとするばどこが原因が分かるようになる。

さらに、この作業を職場内で共有することで、仕事のプロセスを標準化でき、誰が教えても同じように教えられるというメリットもある。

作業分解シート

(図49) ここで、作業分解の例として、目玉焼きを焼く、という手技について、作業分解したシートを示す。作業分解シートは、動作、ポイント、理由の3項目からなり、分解した動作一つ一つについて、ここに示したような内容を書き込んでいくものである。

作業分解の進め方

(図50) 作業分解の進め方について、まず、手技の動作を、学習者が確実に覚えられて実施できるサイズに分解する。このとき、どの大きさまで分解するかは、学習者のレベルにより異なる。

例えば胸腔穿刺を行う場合、学生だったら「消毒液

のパックを開ける」「清潔な撮子を取り出す」「綿球をつかむ」のように細かい動作を1つずつ記載する必要があるが、一通りの清潔操作ができる研修医だったら「穿刺部位を消毒する」だけで済むことになる。

作業分解したそれぞれのステップについて、以下の3つを記載する。

- ① 動作「何をやるのか」は、動作そのものを簡潔に記載する。
- ② ポイント「どのようにやるのか」は、動作をうまく行うためのもので、以下のどれかに必ず当てはまるものである。
 - ・ 成否：手技の成功・失敗に関わるもの
 - ・ 安全：安全な実施に関わるもの
 - ・ やりやすさ：うまくいくためのコツ
- ③ 理由「なぜそうするのか」は、どうしてこのようなポイントや動作が必要なのか、その理由を記載する。

作成のコツは、理由→ポイント→動作の順に読むと意味が通るようにすることである。例えば、先ほどの目玉焼きの例なら、焦げつきを防ぐため→弱火で→火をつける、ということになる。

図49

仕事の教え方 作業分解シート		
手技名 (目玉焼きを焼く) 氏名 ()		
動作	ポイント	理由
1 卵を割る	フライパンに直接入れるのではなく、先に別の器に	カラの破片の混入を防ぐため
2 火をつける	弱火で	焦げつきを防ぐため
3 フライパンに油を引く	① フライパンが暖まってから ② 少量 (小さじ1杯程度)	① 油をなじみやすくするため ② 多すぎると白身にフツツ穴が空いてしまうため
4 卵を入れて焼く	弱火～中火で	火が強すぎると、白身が泡立ち周囲がバサバサになり、弱すぎると白身が回まらず流れて広がってしまうため
5 水を入れる	① 白身がうっすら固まってきたタイミングで ② 卵にかからないように (小さじ1杯程度)	① ある程度火が通ったところで蒸し焼きにして、卵全体に適度な熱を与えるため ② 白身が水に溶けやすい性質を持っているため
5 フタをする	弱火で	強火にすると固くなるため
6 火を止める	黄身の上に着いたら白い膜がかかったタイミングで	卵の表面まで適度に熱を加えるため

教育の進め方

(図51) 作業分解した後、学習者にどのように教えていくかを説明する。

先ほど示した4つのステップの第2段階では、作業分解した手順書に基づいて、指導者が説明しながら手を動かしてやって見せる。

1回目は動作を説明しながら、2回目はポイントを説明しながら、3回目はその理由を説明しながら行う。既にその手技を修得している指導者にとって、3度も同

図50

作業分解の進め方

1. 手技を、研修医が確実に覚えて実施できるサイズに分解する
(学習者のレベルによりサイズの大きさは異なる)
2. 各項目ごとに、以下の3つを記載する
 - ① 動作「何をやるのか」
 - ② ポイント「どのようにやるのか」
 - ・ 成否：手技の成功・失敗に関わるもの
 - ・ 安全：安全な実施に関わるもの
 - ・ やりやすさ：うまくいくためのコツ
 - ③ 理由「なぜそうするのか」

作り方のコツ：理由→ポイント→動作の順に読むと意味が通るように
例：焦げつきを防ぐため→弱火で→火をつける

図51

教育の進め方

以下のプロセスを、**作業分解した手順書**に基づいて、手を動かしながら行う

- **指導者が、説明しながらやって見せる**

1 回目：動作を説明しながら 2 回目：ポイントを説明しながら 3 回目：理由を説明しながら	}	難易度や研修医の能力に合わせて適宜まとめて可
--	---	------------------------

※動画などの教材で予習させれば、より効率化できる
- **学習者に、説明させながらやらせてみる**
 1～3回目の進め方は上記と同じ
きちんと修得できたことを確認後、実施を許可する

じ動作を繰り返すのは面倒に感じるかもしれないが、自分が初めて手技を覚えたときのことを思い出して欲しい。初めて手技を習う学習者にとっては、3回でも足りないくらいなので、学習者が覚えるまで、何度も繰り返してやって見せることが重要である。

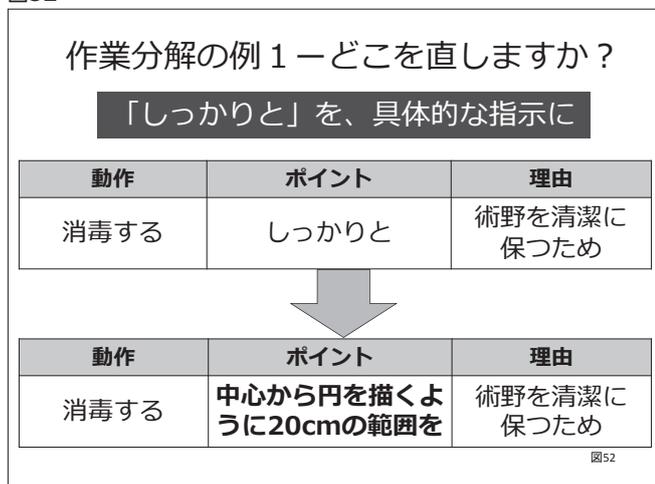
第3段階では、同じことを学習者に説明させながらやらせてみる。進め方は1回目～3回目と同じである。指導者が説明するのを見ていて「分かった」と思っても、実際にはその通り手が動くとは限らないので、この第3段階は重要である。しっかり観察をして、学習者が動作・ポイント・理由がすらすら言えて、かつ一連の動作がきちんと行えることを確認できた後に、実際の仕事への参加を許可する。

作業分解の例1

(図52) 作業分解する上での注意点を示す。

ポイントの指示は具体的に書く。例えば、この例では「しっかりと」とあるが、そうするとここに、どこまでしっかりとやるのか、初心者の判断が入ってしまうため、指導者の意図が正しく伝わらないことがある。経験の浅い研修医であっても患者に害を与えないように、例えば「中心から円を描くように20cmの範囲を」など、具体的に書くのがコツである。他にも、「必要に応じて」「適切な角度で」などの抽象的な用語はできるだけ使わないようにして具体的に記載する。

図52



作業分解の例2

(図53) 「○○しないようにする」という否定形は、初心者は具体的にどうすれば良いのか分かりにくいので、「そうしないためにどうすれば良いか」をできるだけ肯定形で書く。

例えば、胸腔ドレーンを挿入する場合に「動脈を刺さないように」では実際にどうすれば良いのか研修医には分からない。そこで「肋骨の上縁を刺す」のように、具体的に肯定的な表現で書けば、研修医にも正しく伝わる。

作業分解の例3

(図54) 「血管や皮膚を傷つけないように角度を変えずに針を抜く」

これは、1つのステップを表す動作として情報を盛り込みすぎて、覚えにくくなっている。

この動作の欄に書くのは、「針を抜く」「消毒する」「注入する」というように、1つの動作をシンプルに書くようにして、注意点などはポイントや理由の欄に書

図53

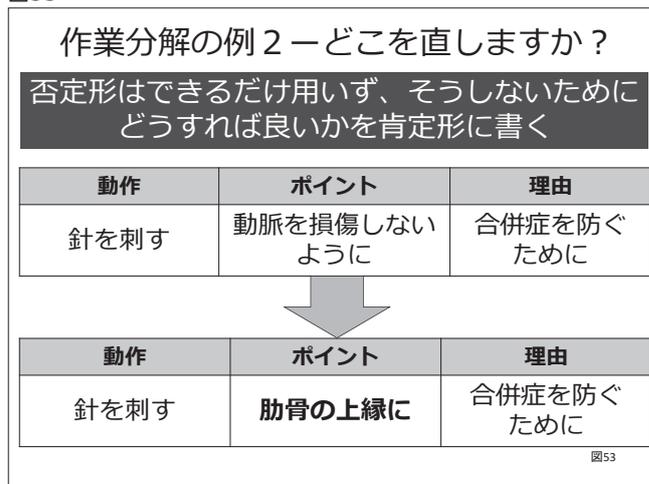
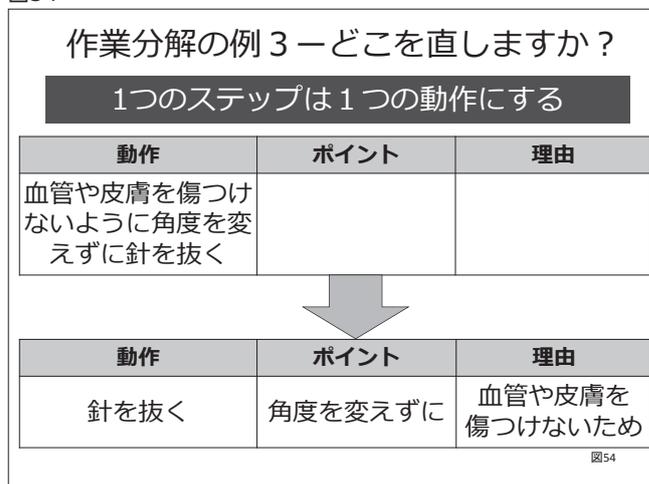


図54



くと分かりやすい。

以上、作業分解を用いた仕事の教え方の、ごく一部を紹介したが、かかりつけ医としての業務をこなす際には、ずっと一緒に働いていて、阿吽の呼吸で意図が伝わるスタッフではない、施設も専門も異なるチームメンバーを指導する機会も多い。また、在宅や施設など、自分が見ていないところで仕事を任せることも多いと思われるので、是非、一部でもこの考え方を応用していただければ幸いです。

参考資料

(図55) 本講義内容と関連する参考資料を示す。もう少し深く勉強してみたい、という方は是非参考にしてください。また、前半で紹介した問題解決を含めて、実際に使えるようになるためには、もう少し体を動かしながら研修を受ける必要があるので、興味のある方は、是非こちらに示した研修のホームページも確認していただきたい。

謝辞

(図56) ノンテクニカルスキル研修プログラムの開発には、守屋先生、山口先生に貴重なご指導をいただきました。また、今回の講義では、守屋先生のご厚意で多くのスライドを使わせていただきました。この場を借りて、深く御礼申し上げます。

参考資料

〈参考書籍〉

- 『研修では教えてくれない! 医師のためのノンテク仕事術』 前野哲博 (編)、羊土社
- 『世界一やさしい問題解決の授業—自分で考え、行動する力が身につく』 渡辺 健介 (著)、ダイヤモンド社
- 『問題解決—あらゆる課題を突破する ビジネスパーソン必須の仕事術』 高田 貴久、岩澤 智之 (著)、英治出版

〈研修プログラム〉

- 医療者のためのつくばノンテク道場 (筑波大学附属病院)
<http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/nontech/>
- 総合医育成プログラム ノンテクニカルスキルコース
https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/schooling_nontech_2019.html (全日本病院協会)
<https://www.sougouikusei.primary-care.or.jp/schedule2019> (日本プライマリ・ケア連合学会)

図55

参考資料

〈参考書籍〉

- 『研修では教えてくれない! 医師のためのノンテク仕事術』 前野哲博 (編)、羊土社
- 『世界一やさしい問題解決の授業—自分で考え、行動する力が身につく』 渡辺 健介 (著)、ダイヤモンド社
- 『問題解決—あらゆる課題を突破する ビジネスパーソン必須の仕事術』 高田 貴久、岩澤 智之 (著)、英治出版

〈研修プログラム〉

- つくばノンテク道場 (筑波大学附属病院)
<http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/nontech/>
- 総合医育成プログラム ノンテクニカルスキルコース
https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/schooling_nontech_2019.html (全日本病院協会)
<https://www.sougouikusei.primary-care.or.jp/schedule2019> (日本プライマリ・ケア連合学会)



図55

図56

謝辞

ノンテクニカルスキル研修プログラムの開発に当たり、
貴重なご指導をいただいたことに感謝いたします。

- 守屋文貴先生
医師、筑波大学医学部非常勤講師
株式会社アクリート・ワークス代表取締役
- 山口和人先生
一般社団法人 日本産業訓練協会 主幹講師
中小企業診断士

図56

5. 「認知症、ポリファーマシーと適正処方」

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 あわた しゅいち
栗田 圭一

東京都健康長寿医療センター（認知症疾患医療センター長、認知症支援推進センター長）

【略歴】 山形大学医学部卒業、東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野（助教授）、仙台市立病院神経科精神科（部長）兼認知症疾患センター（科長）等を経て現在に至る。

【専門領域・専門資格】 老年精神医学、社会精神医学

精神保健指定医、日本精神神経学会専門医・指導医、日本老年精神医学専門医・指導医

【学会活動・社会活動】 日本老年精神医学会（理事）、日本認知症学会（理事）、日本老年学会（理事）、日本老年医学会（代議員）、厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会（専門委員）、東京都認知症対策推進会議（委員）、東京都社会福祉審議会（委員）、東京都区西北部認知症疾患医療介護連携協議会（会長）、千代田区医療介護連携協議会（認知症部会長）、文京区認知症施策連絡会（会長）、認知症介護研究・研修東京センター運営協議会（会長）、他

東京大学医学部附属病院老年病科 講師 こじま たろう
小島 太郎

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座老化制御学（講師）

【略歴】 東京大学医学部医学科卒業後、東大病院と国立国際医療センターにて内科研修医、国立国際医療センター循環器科レジデント等を経て、2007年より宮内庁侍従職侍医（上皇上皇后両陛下）を務める。2011年から公益財団法人長寿科学振興財団リサーチレジデント、2012年東京大学医学部附属病院老年病科助教、2018年同老年病科講師およびHip fracture board 代表となり、現在に至る。

【所属学会】 日本老年医学会（老年病専門医・指導医・代議員）、日本老年薬学会（評議員）、日本認知症学会（認知症専門医・指導医）、日本脳血管・認知症学会（評議員）、日本内科学会（総合内科専門医・指導医）、日本循環器学会、米国老年医学会、他

【研究分野】 老年医学、老年薬学

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 5. 高齢者特有の問題や認知症の知識 (2) 認知症、ポリファーマシーと適正処方

【目 標】

認知症について深い理解をもち、日常診療の中で認知症の症状に気づき、必要に応じて専門医療機関と連携しながら質の高い認知症疾患の診断を確保し、認知症の日常診療と健康管理を行い、保健・福祉・介護等の地域資源と連携しながら、家族や地域とのつながりの中で、長期にわたるパートナーシップを築くことができる医師を育成するために、以下の項目①～⑦についての知識と技術の獲得を目標とする。

- ①わが国の認知症の有病率と将来推計
- ②認知症と軽度認知障害の概念
- ③認知症の一般的特徴
- ④認知症の診断の手順
- ⑤代表的認知症疾患の診断
- ⑥一般的な認知症の治療
- ⑦認知症とともに生きる人のための地域連携、地域づくり

さらに、認知症や要介護状態にある患者ではポリファーマシーの状態に陥りやすい。高齢者では慢性疾患や治療が必要な老年症候群が増加することが薬剤数増加の主な原因であるが、服薬の間違いや服薬アドヒアランスの低下、さらには薬物有害事象の増加にもつながるため、処方薬の見直しが必要である。本講義においてポリファーマシーへの理解と対処を目指したい。

【キーワード】

認知症、日常診療、地域連携、ポリファーマシー、薬物有害事象

認知症 (図1)

わが国の認知症の有病率と将来推計

(図2) わが国の疫学調査によれば、高齢者における認知症有病率は、65～74歳の前期高齢者では3～4%、75～84歳の後期高齢者では10～20%、85歳以上の超高齢者では40～80%に及ぶことが明らかにされている。

(図3) この数値を用いて、わが国の認知症高齢者数の将来推計値を計算すると、認知症高齢者の数は21世紀前半に右肩上がりに増加し続けることがわかるが、年齢階級別構成比を見ると、増加するのは85歳以上の超高齢者であって、その構成比は、2025年の段階では55%、2065年には70%以上に達することがわかる。

超高齢期を生きる高齢者の大半は認知症とともに生きる高齢者であり、認知症とともに生きる高齢者の大半は超高齢期を生きる高齢者である。世界最高水準の長寿国であるわが国において、認知症とともに超高齢期を生きるのは特別なことではない。認知症とは何か

を理解するにあたっては、まずはこの事実を確認しておくことが重要である。

認知症と軽度認知障害の概念

(図4) 認知症とは、何らかの脳の病的変化によって認知機能が障害され、それによって日常生活や社会生活に支障が現れた状態である。

一方、脳の病的変化があっても、認知機能障害があつたとしても、その程度が軽く、日常生活や社会生活に明らかな支障が現れていない場合は軽度認知障害(MCI)と呼ぶ。

図1



図3

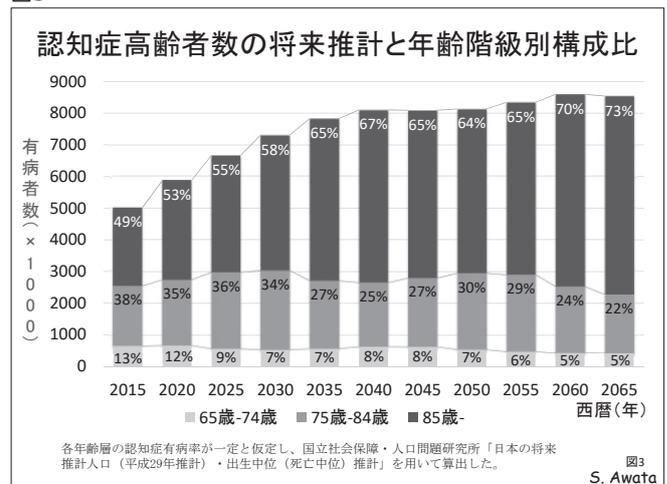


図2

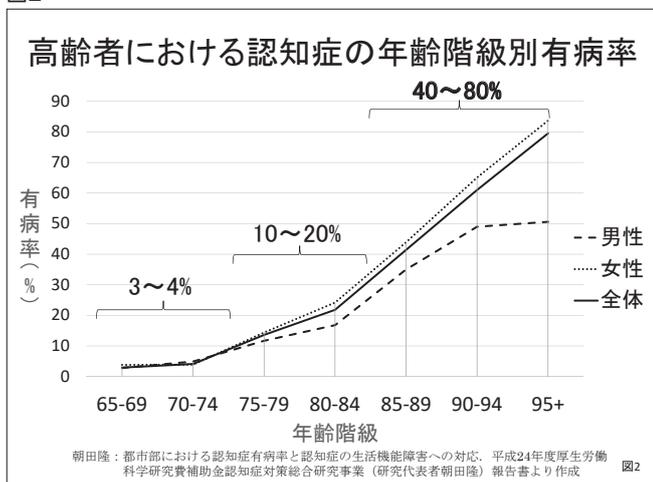
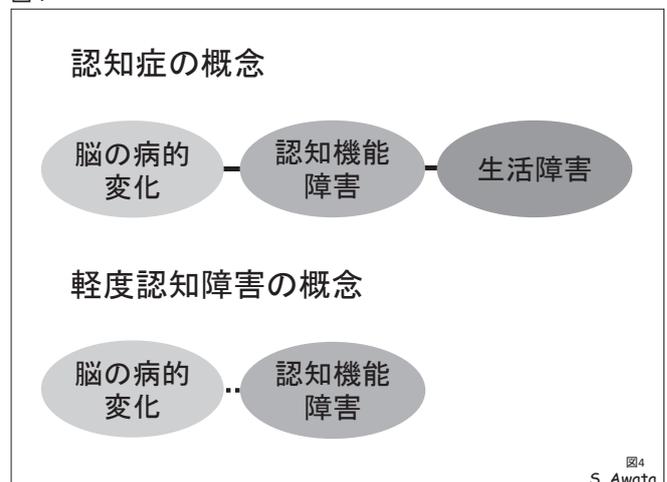


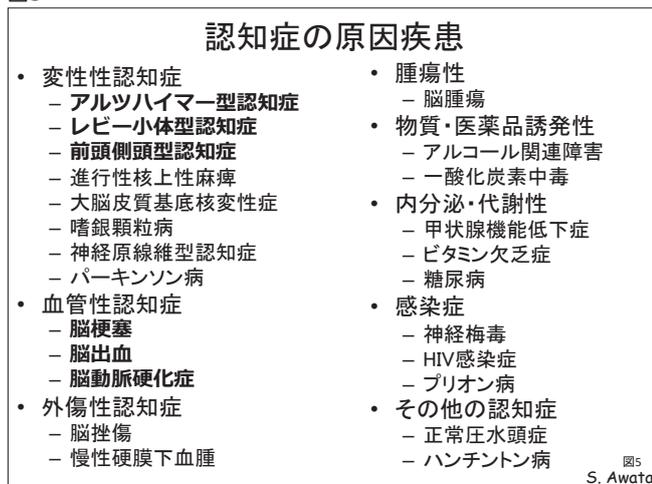
図4



(図5) 認知症の原因となる脳の病的変化、すなわち「認知症の原因疾患」はさまざまである。頻度の高い代表的な疾患には、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの変性性認知症と、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化症などの脳血管障害に起因する血管性認知症がある。その他には、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、アルコール関連障害、一酸化炭素中毒、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症、糖尿病、神経梅毒、HIV感染症、正常圧水頭症など、早期診断・早期治療によって回復可能な認知症もあり、これらは「treatable dementia」と呼ばれている。

認知症の原因疾患を診断し、病態に応じた治療を行い、生活の継続に必要な社会支援を確保することは、認知症診療の基本である。

図5



認知症の一般的特徴

(図6) とところで、認知症の一般的特徴として特に留意しておかなければならないことは、「脳の病的変化—認知機能障害—生活障害」の3者の連結によって、さまざまな精神的・身体的・社会的な健康問題が現れ、それらが悪循環を形成し、臨床像全体を複雑化させる場合があるということである。

このような複雑化は、本人および家族介護者の生活の質を低下させ、生活の継続そのものを困難にするリスクを高める。

(図7) しかも、このような複雑化のプロセスは、認知症の初期段階にすでにその萌芽が現れている。例えば、認知機能の低下や生活機能の低下は、対人関係の失敗、仕事の失敗、自信の喪失、閉じこもりなど、社会的孤立につながる。また、運動機能の低下、服薬管理の支障、不良な栄養管理などによって、糖尿病や高血圧症などの慢性疾患の悪化、低栄養、貧血、感染症のリスクを高める。そして、それによって認知症が進行し、機能低下が促進される。そのような状況を背景に抑うつ、不安、睡眠障害、妄想、興奮などの精神的健康問題が現れ、それら全体によって本人も家族介護者も苦悩し、疲弊してしまうことがある。

認知症の早期診断・早期対応の意義は、そのような複雑化が進展する前に、質の高い診断と診断後支援を確保し、複雑化のリスクを低減させ、尊厳ある生活が継続できるように支援することにある。

図6

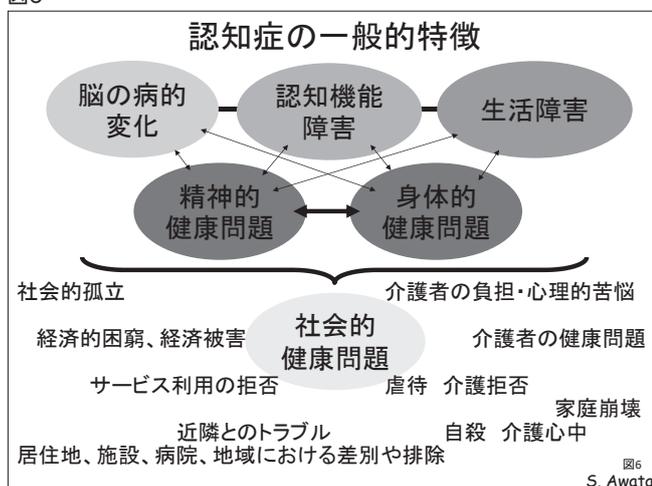
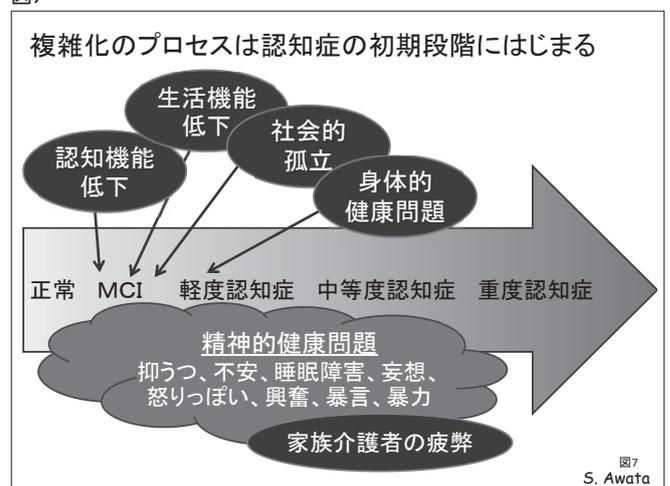


図7



認知症の診断の手順

(図8) 認知症の診断基準としては、米国精神医学会の「DSM-5」(精神疾患の診断統計マニュアル第5版)が広く用いられている。DSM-5では、認知症と軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)をまとめて神経認知障害(NCD: Neurocognitive Disorder)と呼び、認知症はMajor NCD、MCIはMild NCDと呼ばれている。

認知症(Major NCD)の基準は、

- ① 1つ以上の認知領域で以前の行為水準から有意な認知の低下がある。
- ② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する。
- ③ せん妄のみで起こっているのではない。
- ④ うつ病や統合失調症などの他の精神疾患では説明できない。

の4条件すべてを満足していることとされている。

一方、MCI(Mild NCD)の基準は、

- ① 1つ以上の認知領域で以前の行為水準から有意な認知の低下がある。
- ② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害しない(以前より大きな努力や工夫が必要かもしれない)。
- ③ せん妄のみで起こっているのではない。
- ④ うつ病や統合失調症などの他の精神疾患では説明できない。

の4条件すべてを満足していることとされている。

認知症の場合も、軽度認知障害(MCI)の場合も、DSM-5では、上記の診断基準を満足した場合には、脳の病的変化を同定して、原因疾患の診断をつけることとされている。

図8

DSM-5: 神経認知障害(NCD)	
認知症および軽度認知障害の診断基準	
認知症(Major NCD)	軽度認知障害(Mild NCD)
① 1つ以上の 認知領域 で以前の行為水準から有意な認知の低下がある。	① 1つ以上の 認知領域 で以前の行為水準から有意な認知の低下がある。
② 毎日の活動において、認知欠損が 自立を阻害する 。	② 毎日の活動において、認知欠損が 自立を阻害しない (以前より大きな努力や工夫が必要かもしれない)。
③ せん妄のみで起こっているのではない。	③ せん妄のみで起こっているのではない。
④ うつ病や統合失調症などの他の精神疾患では説明できない。	④ うつ病や統合失調症などの他の精神疾患では説明できない。

➡ **脳の病的変化を同定する**

(図9) この基準に沿って認知症の診断を進めるには、①本人、家族、知人の話をよく聞き、日常生活の様子にどのような変化が認められたかを把握し、②臨床経過や本人の体験・表出などから、それがせん妄やうつ病ではないこと、認知症の臨床像に合致することを確認する。その上で、③どのような認知領域や生活領域に障害が認められるかを把握する。ここでは必要に応じて、ミニメンタルステート検査(MMSE)や改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)などの心理検査を用いたり、IADL(Instrumental Activities of Daily Living、手段的日常生活動作)やBADL(Basic Activities of Daily Living、基本的日常生活動作)を把握するためのチェックリストを使用したりすることもできる。そして、最後に、④脳の病的変化(認知症の原因疾患)を明らかにするための検査を実施する。

(図10) 症例を通して診断の手順を解説する。

83歳の男性、要介護未認定。6年前から高血圧症で当院に通院しており、買い物や通院の際は自分で自動車を運転している。妻によれば、1年前から同じことを何

図9

認知症診断の基本的な手順
① 本人、家族、知人の話をよく聞き、 日常生活の様子にどのような変化が認められたかを把握する 。
② 臨床経過や本人の体験・表出などから、それがせん妄やうつ病ではないこと、認知症の臨床像に合致することを確認する。
③ どのような 認知領域 や 生活領域 に障害が認められるか把握する。 - 必要に応じてMMSEやHDS-Rなどの心理検査を活用する。
④ 脳の病的変化(認知症の原因疾患)を明らかにするための検査を実施する。

図9 S. Awata

図10

症例: 83歳、男性、要介護未認定
• 6年前から高血圧症で当院に通院している。
• 買い物や通院の際は自分で自動車を運転している。
• 妻によれば、1年前から同じことを何度も質問したり、置いた場所がわからなくなって探し物をしたり、朝の薬を飲み忘れることが多くなった。ATMで戸惑うことが多くなり、金銭管理は妻が行っている。入浴、着替え、トイレなど身の回りのことは自立している。
• 本人の身なりは整っており、態度も自然、感情も穏やかそうである。本人は、「もの忘れは自覚しているが、日常生活には特に支障を感じていない」、「自動車運転は続けたい」という。

図10

度も質問したり、置いた場所がわからなくなって探し物をしたり、薬の飲み忘れが多くなった。最近ではATMで戸惑うことが多くなり、金銭管理は妻が行っている。入浴、着替え、トイレなど身の回りのことは自立している。本人の身なりは整っており、態度も自然、感情も穏やかそうである。本人は、「もの忘れは自覚しているが、日常生活には特に支障を感じていない」、「自動車運転は続けたい」という。

認知機能検査を行ったところ、MMSEは18点で、時間見当識、連続7減算、3単語遅延再生、3段階命令、図形模写の課題に減点が見られた。

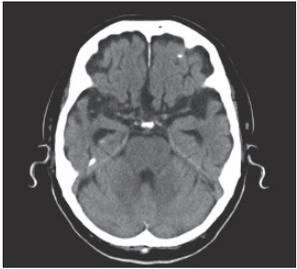
(図11) 身体医学的所見では、血圧は140-90mmHg、脈拍は毎分80回で不整はなく、胸腹部の視診・打診・聴診・触診に異常なく、神経学的には運動麻痺、パーキンソン症状、歩行障害を含め明らかな異常所見を認めなかった。血液検査では、血液一般、生化学、甲状腺機能、ビタミンB1、B12、葉酸値に異常は見られず、神経画像検査では頭部CTで海馬を含む両側側頭葉内側に萎縮を認めた。

(図12) DSM-5では、認知症の診断にあたっては、6つの認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動、社会的認知）のいずれか1つ以上に障害が認められることを要件としている。ここではこれに見当識を追加して7つの認知領域とし、MMSEやHDS-Rを用いて簡単に評価する方法を説明する。

- ① 複雑性注意（全般性注意）については、3単語即時記憶、5物品記憶、数唱（順唱・逆唱）、連続7減算。
- ② 遂行機能（またはワーキングメモリ）については、連続7減算、数唱（逆唱）、野菜名想起、3段階命令。

図11

身体医学的所見



- バイタル
 - ・ 血圧: 140-90mmHg
 - ・ 脈拍: 毎分80回(不整なし)
- 胸腹部理学的所見
 - ・ 異常なし
- 神経学的所見
 - ・ 運動麻痺(-)
 - ・ パーキンソン症状(-)
 - ・ 歩行障害(-)
- 血液検査
 - ・ 血液一般: 正常
 - ・ 生化学: 正常
 - ・ 甲状腺機能: 正常
 - ・ ビタミンB1/B12/葉酸: 正常
- 神経画像検査
 - ・ 両側側頭葉内側に萎縮 図11

- ③ 学習と記憶のうち、近時記憶については3単語遅延再生や年齢、遠隔記憶については自伝的記憶（生年月日や遠い昔の思い出、例えば、卒業した学校・子供の頃に住んでいた町）。
- ④ 見当識のうち、時間の見当識については年・月・日・曜日・季節、場所の見当識については今いる場所・地名・都道府県名・地方名・今いる階。
- ⑤ 言語については、自発話が流暢か非流暢かを確認した上で、喚語に関しては物品名呼称（例えば、えんぴつ・はさみ）、言語理解に関しては3段階命令、書字に関しては自発書字、読字に関しては音読・読解。
- ⑥ 知覚・運動については、特に視空間構成機能に関して、透視立方体図や重複五角形の模写、手を用いたキツネやハトなどの姿勢模倣課題で確認することができる。
- ⑦ 社会的認知は、MMSEやHDS-Rでは評価できない。「心の理論」と「行動の選択」に分けられ、心の理論では、他者の感情を共感的に理解することができるか、他者の思考を認知的に分析することができるかで評価する。行動の選択は、過去の経験・知識、損得バランス、行動結果の確率的予測などを通して、適切な行動を選択することができるかで評価する。いずれも前頭前野が深く関連しており、典型的には前頭側頭型認知症に見られる特徴的な行動変化がこれに関連している。

図12

どのような認知領域に障害があるのか

- ① 複雑性注意(全般性注意)
 - 3単語即時記憶、5物品記憶、数唱(順唱、逆唱)、連続7減算
- ② 遂行機能(ワーキングメモリ)
 - 連続7減算、数唱(逆唱)、野菜名想起、3段階命令
- ③ 学習と記憶(近時記憶、遠隔記憶)
 - 3単語遅延再生、年齢、自伝的記憶(生年月日、故郷の地名)
- ④ 見当識(時間、場所)
 - 時間(年、月、日、曜日、季節)
 - 場所(今いる場所、地名、都道府県名、地方名、今いる階)
- ⑤ 言語(自発話、喚語、言語理解、書字、読字)
 - 自発話(流暢か、非流暢か)、物品名呼称、3段階命令
 - 自発書字、音読、読解
- ⑥ 知覚・運動(視空間構成)
 - 透視立方体図模写、重複五角形模写、姿勢模倣(キツネ、ハト)
- ⑦ 社会的認知
 - 心の理論、行動の選択

図12
S. Awata

(図13) 生活領域については、一般的には手段的日常生活動作 (IADL) と基本的日常生活動作 (BADL) を評価する。

IADLは、一人暮らしをする際に必要な日常生活動作とも言われており、買い物、交通機関の利用、金銭管理、電話の使用、食事の準備、掃除、洗濯、服薬管理などが含まれる。

一方、BADLは、生きるために必要な基本的な日常生活動作であり、入浴、着替え、排泄、整容、食事、移動などが含まれる。

(図14) 認知症の重症度は、一般的には認知機能 (記憶、見当識、実行機能) と IADL・BADL で評価される。

近時記憶障害、時間の見当識障害、問題解決能力の障害を認め、IADLの障害を認めるがBADLは自立しているレベルは「軽度認知症」、遠隔記憶も部分的に障害され、場所の見当識障害、判断力の部分的障害を認め、BADLも部分的に障害されるレベルは「中等度認知症」、遠隔記憶も全般的に障害され、人物の見当識障害が現

れ、判断力も全般的に障害され、BADLも全般的に障害された状態は「重度認知症」とされる。

(図15) 以上から症例の所見をまとめると、1年前から、繰り返し言動、頻回の探し物、薬の飲み忘れなど、認知機能障害に起因するものと推測される健忘のエピソードが目立つようになり、臨床経過および本人の表出・体験から、せん妄やうつ病の臨床像ではなく、認知症の臨床像に合致することがわかり、MMSEやHDS-Rの所見から、近時記憶障害、時間失見当識、注意・ワーキングメモリの障害、視空間構成障害を認め、それによって服薬管理や金銭管理などのIADL障害を認めるが、BADL障害は今のところ認められない。神経学的異常所見は見られず、血液・生化学・甲状腺機能等にも異常は認められない。頭部CTでは海馬を含む側頭葉内側面に萎縮を認める。以上を総合すると、アルツハイマー型認知症 (軽度) で矛盾はない、ということになる。

なお、本症例において、運転免許に関する都道府県公安委員会提出用の診断書を作成する場合の例として、『かかりつけ医向け 認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』(平成29年3月、日本医師会) 16~19ページに「診断書の記載例：モデル事例1」が示してある。日本医師会のHP (https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/004984.html) よりダウンロードできるので参照されたい。

図13

どのような生活領域に障害があるのか	
手段的ADL (IADL)	基本的ADL (BADL)
・ 買い物	・ 入浴
・ 交通機関の利用	・ 着替え
・ 金銭管理	・ 排泄
・ 電話の使用	・ 整容
・ 食事の準備	・ 食事
・ 掃除	・ 移動(室内、屋外)
・ 洗濯	
・ 服薬管理	

図13

図14

認知症の重症度評価			
	軽度	中等度	重度
記憶障害	近時記憶	遠隔記憶 (部分)	遠隔記憶 (全般)
見当識障害	時間	場所	人物
実行機能障害	問題解決	判断力(部分)	判断力(全般)
生活障害 (IADLとBADL)	IADL	BADL(部分)	BADL(全般)

図14

図15

所見のまとめ
① 1年前から、繰り返し言動、探し物、薬の飲み忘れなど健忘のエピソードが目立つようになった。
② せん妄やうつ病の臨床像ではなく、認知症の臨床像に合致する。
③ MMSE18点で、近時記憶障害、時間失見当識、注意・ワーキングメモリの障害、視空間構成障害を認め、服薬管理、金銭管理などのIADL障害を認めるが、BADL障害は認めない。
④ 神経学的異常所見は認めない。血液・生化学・甲状腺機能検査等に異常を認めない。頭部CTで海馬を含む側頭葉内側面に萎縮を認める。 診断としては、アルツハイマー型認知症 (軽度) で矛盾はない。

図15

代表的認知症疾患の診断

(図16) いくつかの代表的な認知症疾患について解説する。

アルツハイマー型認知症は、海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症であり、老人斑の主要構成成分はアミロイドβ蛋白、神経原線維変化の主要構成成分はリン酸化タウ蛋白であることが明らかにされている。潜行性に発症し、緩徐に進行し、初期から近時記憶障害が目立つのが特徴である。

(図17) 診断基準では、脳血管障害などの他の疾患を除外することになっているが、頭部CTやMRIでは側頭葉内側面の萎縮（側脳室下角の拡大と海馬の萎縮）が見られ、脳血流SPECTでは、頭頂側頭連合野、楔前部、後部帯状回で血流低下が認められる場合に、アルツハイマー型認知症が強く支持される。

(図18) 側頭葉内側面は近時記憶、外側面は言語理解、頭頂葉は視空間認知の機能と関連することから、近時

記憶障害、聴覚性言語理解障害（会話理解障害）、視空間構成障害、道順障害、着衣障害が現れやすい。

(図19) 血管性認知症は、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化症などの脳血管障害が原因となる認知症の総称である。病変の局在によって臨床症状は多様であるが、国際的な診断基準では、6つの臨床類型が示されている。この中で多発梗塞性認知症は、脳卒中発作の後に急速に発症し、階段状に増悪する傾向があり、小血管病性認知症では、動脈硬化性血管病変による慢性虚血性変化を背景に、潜行性に発症し、緩徐に進行する傾向がある。予防については、中年期の高血圧に対する降圧療法、禁煙、身体運動、中年期からの継続的な肥満予防が推奨されている。

図16

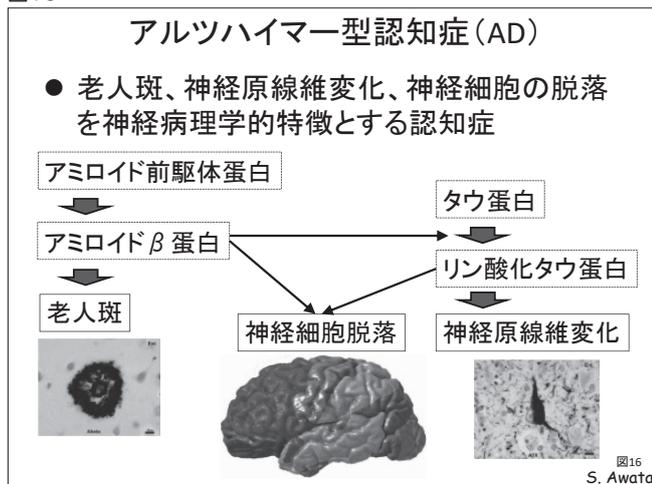


図18

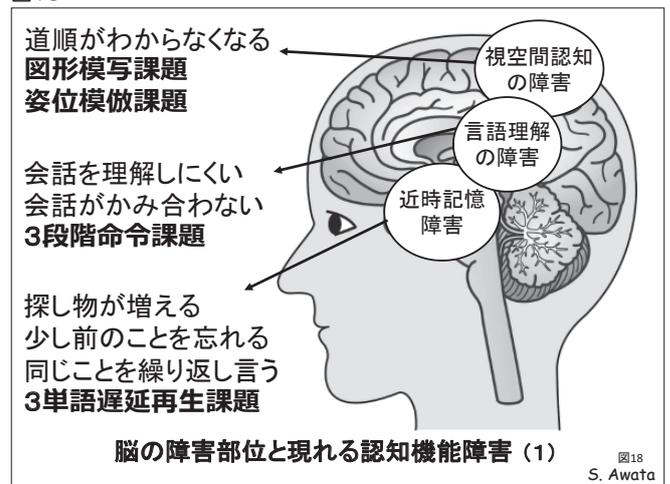


図17

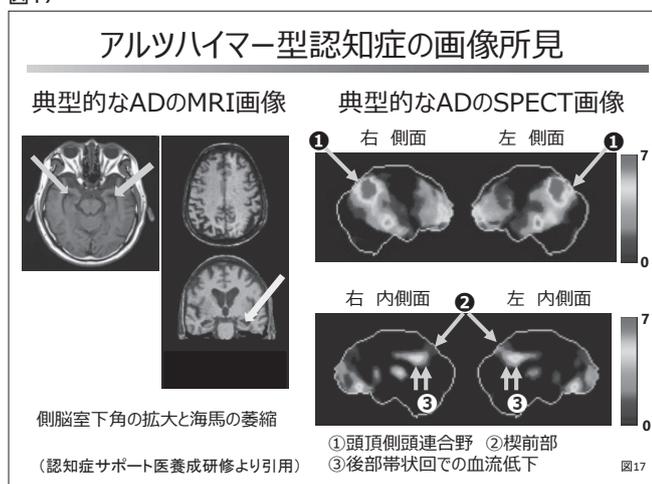
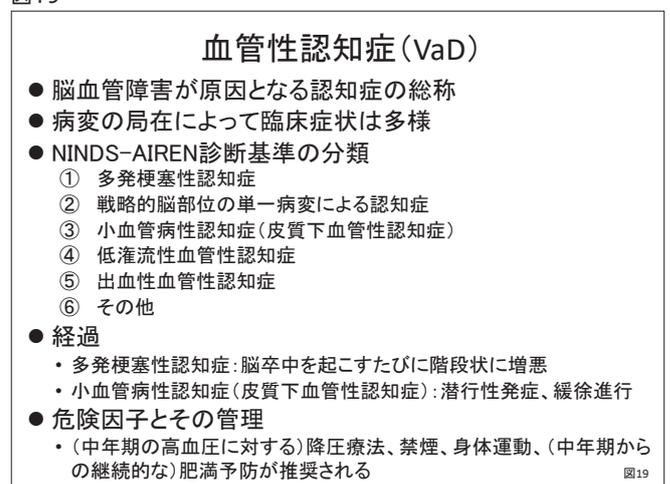


図19



(図20) スライドの写真は、皮質下血管性認知症の頭部MRI所見である。脳室周囲深部白質に広範な高信号領域が認められる。これはLeukoaraiosisと呼ばれる慢性虚血性変化を示している。

(図21) この写真は、同じ患者の脳血流SPECTの統計画像であるが、この例のように、深部白質に広範な慢性虚血性変化が認められると、前頭葉の皮質機能が低下する傾向がある。

(図22) 前頭葉は実行機能やワーキングメモリと深く関連している。実行機能とは、自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行する能力であり、この機能の障害が強くなると、一日中炬燵に座って何もしない、言われなければ入浴も着替えもしない、すべてに無頓着、平然としているといったアパシーの臨床像が認められる。また、抑うつ、不安、心気症状などのBPSD（認知症の行動・心理症状）が目立つこともある。

図20

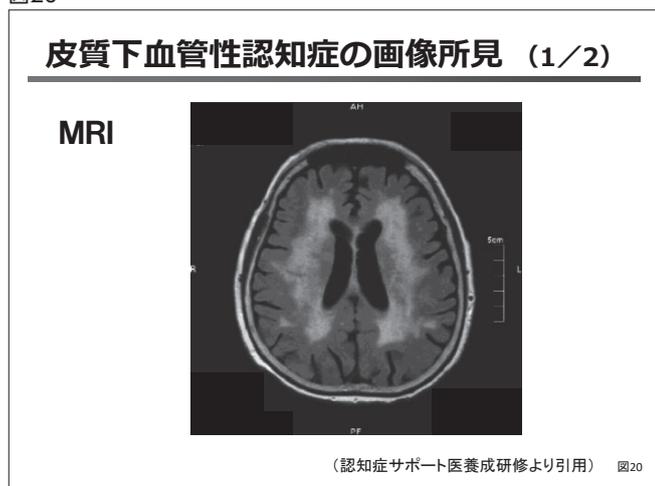


図21

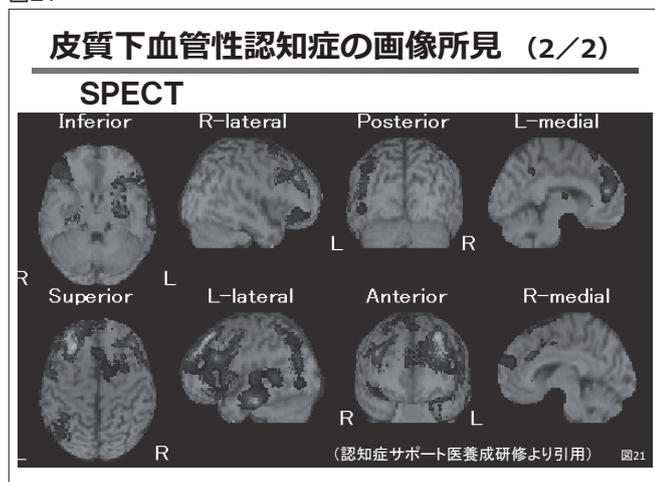


図22



一般的な認知症の治療

(図23) 一般的な治療原則として、診断前から、本人・家族の体験を積極的に傾聴すること、本人・家族が直面している不安や心配を理解することが重要である。これによって信頼関係が築かれ、本人・家族の孤立感が解消され、その後の治療関係と生活の継続にポジティブな効果をもたらす。

また、診断後には、本人・家族の不安に配慮して、診断情報を丁寧にわかりやすく説明するとともに、今後も医療を継続すること、介護サービスなどの地域資源が利用できること、困りごとの相談に応じることを伝えることが重要である。

その上で、一般医学的管理として身体的な健康管理を行い、さらに薬物療法を開始する場合には、期待される効果と限界、副作用の可能性とその対応について説明するとともに、服薬管理体制を確認し、体制が確保されていない場合には、家族や地域包括支援センター等と連携して体制を確保する。

図23

一般的な治療原則	
診断前から	・ 本人・家族の体験を積極的に傾聴、不安や心配を理解する
診断後には	・ 本人・家族の不安を配慮して、診断情報を丁寧に説明する ・ 今後も医療を継続すること、介護サービスなどの地域資源が利用できること、困りごとの相談に応じることを伝える
一般医学的管理	・ 身体的健康管理を行う(例:脱水症、便秘、低栄養、疼痛、生活習慣病)
薬物療法を開始する場合には	・ 期待される効果と限界、副作用と対応について説明する ・ 服薬管理体制を確認し、体制が確保されていない場合は、家族・地域包括支援センター等と連携して体制を確保する

図23
S. Awata

(図24) アルツハイマー型認知症に対しての治療薬は現在、3種類のコリンエステラーゼ阻害薬（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）と1種類のグルタミン酸受容体拮抗薬（メマンチン）を使用することができる。

ドネペジルは、すべての病期において、一日用量3～10mgの範囲で処方、ガランタミンは軽度～中等度の認知症に対して、一日用量8～24mgの範囲で、リバスチグミンは軽度～中等度の認知症に対して、一日用量4.5～18mgの範囲で使用する。メマンチンは中等度～高度の認知症に対して一日用量5～20mgの範囲で、単剤またはコリンエステラーゼ阻害薬との併用で使用することができる。リバスチグミンは貼付部位に紅斑・掻痒感が生じることがある。メマンチンはグルタミン酸受容体の拮抗薬で神経細胞の保護作用をもつ。焦燥や興奮などのBPSDに対しても有効な場合がある。コリンエステラーゼ阻害薬の代表的な副作用は消化器症状であり、症状が出現した際には減量・中止を検討する。メマンチンの頻度の高い副作用はめまい、傾眠であり、転倒に注意する必要がある。チトクロムP450による代謝を受けにくいために薬物相互作用が少ないが、腎機能障害がある場合には使用に注意を要する。(図25) BPSDに対しては、その背景要因を検討することが重要である。

第1に身体疾患の有無をチェックし、第2に薬物の副作用や急激な中断をチェックし、第3に不適切な環境やケアをチェックし、それに対応していくことが肝要である。その上で介護サービスの利用など、非薬物的対応を試み、そのような対応でも改善が見られない場合には、BPSDの治療ガイドラインに沿って薬物治療を行うことを考慮する。

図24

アルツハイマー型認知症の治療薬の特徴				
	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE阻害	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE阻害	グルタミン酸受 容体拮抗薬
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
一日用量	3～10mg	8～24mg 液剤あり	4.5～18mg 貼付剤	5～20mg
初期 投与方法	3mgを1～2 週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与 後16mgで維持	4週ごとに4.5mg ずつ増量し 18mgで維持	5mgから毎週 漸増
用法	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
代表的 副作用	消化器症状 (食欲減退、 悪心、嘔吐)	消化器症状(食 欲減退、悪心、嘔 吐)	貼付部位の紅斑 ・掻痒感、消化 器症状(食欲減 退、悪心、嘔吐)	めまい、傾眠 腎機能障害があ る場合には使用 に注意

認知症サポート医養成研修より引用(一部改変) 図24

図25

行動・心理症状(BPSD)への対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 身体疾患の有無のチェックと治療 (脳血管障害、感染症、脱水、便秘など) ● 薬物の副作用や急激な中断のチェック ● 不適切な環境やケアのチェックと改善 (騒音、不適切なケアなど) ● 介護サービスの利用
<p>改善が見られない場合は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ガイドラインに沿った薬物治療 ● 専門医に紹介

認知症サポート医養成研修より引用(一部改変) 図25

認知症とともに生きる人のための地域連携、地域づくり（図26）2019年6月に閣議決定された「認知症施策推進大綱」では、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、『共生』と『予防』を車の両輪として施策を推進していく」ことを基本的考え方として、5つの具体的な施策の柱が掲げられた。

（図27）この中の、「3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」では、認知症の早期診断と診断後支援の体制を確保するために、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等の連携体制を地域単位で構築することが示されている。（図28）この地域連携体制の中で、かかりつけ医が果たすべき役割は、認知症について深い理解をもち、日常診療の中で認知症の症状に気づき、本人・家族の不安をサポートし、必要に応じて専門医療機関等（例：認

知症疾患医療センター）と連携しながら質の高い認知症疾患の診断を確保し、認知症の日常診療と健康管理を行い、保健・福祉・介護等の関連機関（例：地域包括支援センター）と連携しながら、家族や地域とのつながりの中で、長期にわたるパートナーシップを築くことであろう。

（図29）また、認知症サポート医には、地域連携の推進役やかかりつけ医への助言が期待されているが、特に認知症初期集中支援チームにおいては、チームの一員となって、多職種と協働して総合アセスメントを行い、情報を共有し、統合ケアの調整（コーディネーション）に関与するとともに、それぞれの地域において、地域に暮らす人々と協働して、認知症の本人・家族が尊厳ある生活を継続できるようにするための環境づくり・地域づくり（ネットワーキング）に参画することが求められることになるであろう。

図26

認知症施策推進大綱(2019年6月)

◆基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく。

- 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である。
- 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

◆具体的な施策

1. 普及啓発・本人発信支援
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
5. 研究開発・産業促進・国際展開

図26

図28

かかりつけ医の役割

- 認知症について深い理解をもち
- 日常診療の中で認知症の症状に気づき
- 本人・家族の不安をサポートし
- 必要に応じて専門医療機関等と連携しながら質の高い認知症疾患の診断を確保し
- 認知症の日常診療と健康管理を行い
- 保健・福祉・介護等の地域資源と連携しながら
- 家族や地域とのつながりの中で
- 長期にわたるパートナーシップを築く

図28
S. Awata

図27

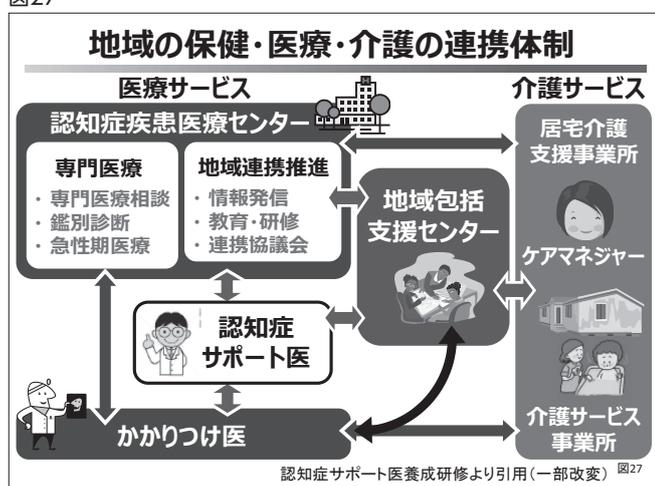


図29

認知症サポート医に求められる役割

- 地域連携の推進役、かかりつけ医への助言
- 多職種と協働して、総合アセスメントを行い、情報を共有し、統合ケアの調整に関与する医師
 - 総合的な医学的評価と一般的な認知症疾患の診断
 - 専門的な医学的評価や複雑事例については、必要に応じて、認知症疾患医療センターと連携
 - 継続医療が必要な場合には、かかりつけ医と連携
- 地域に暮らす人々と協働して、認知症の本人・家族が尊厳ある生活を継続できるようにするための環境づくり・地域づくりに参画する医師

図29
S. Awata

ポリファーマシーと適正処方 (図30)

(図31) 高齢患者は慢性疾患を複数有しており、図のように複数の医療機関でそれぞれ処方を受けている場合、各医療機関や各薬局で少しずつ薬が処方されている状況が想定される。各医療機関や診療科で処方されている薬剤は少数ずつであり、処方内容に問題を抱えていないかもしれない。しかしながら、全体としては10種類の内服をしている状況となっている。

それぞれの疾患の治療のために必要な薬剤であったとしても、服用できていない薬剤が出てくる可能性もあり、他の薬剤と混同して薬剤の服用方法を間違えてしまうかもしれない。特にこの患者において薬の副作用が発生した際には、それが薬の副作用であることに気付くか、気が付いたとしてどの医療機関・薬局に聞けば解決できるのか、非常に難しい状況である。

(図32) このような状況にある患者は特に高齢者に多いことが想定され、図に示すように一回の来局により

図30

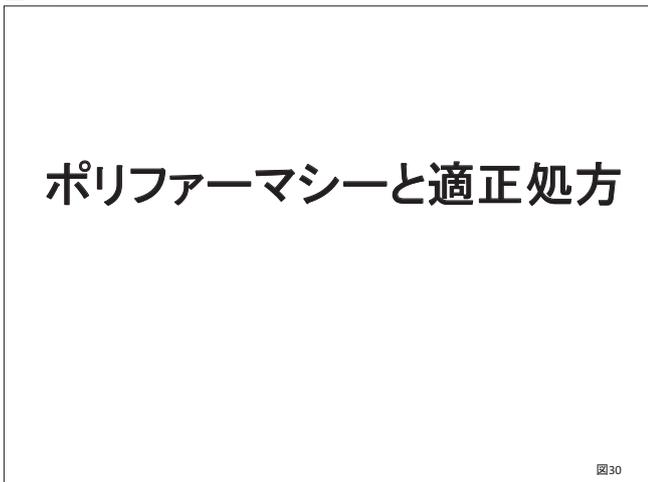
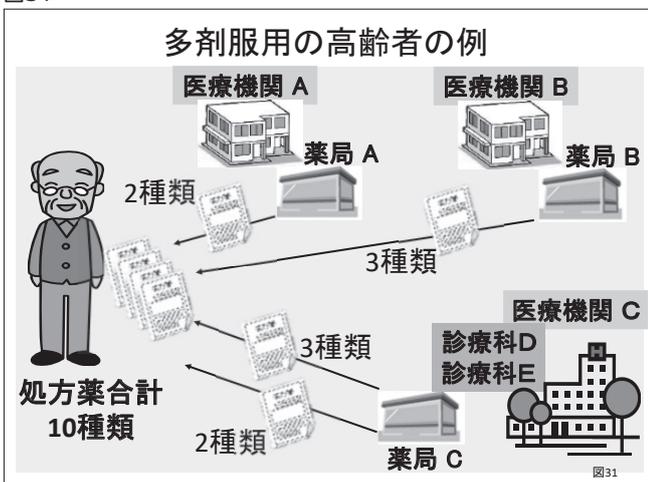


図31



何種類の薬剤を患者が受け取っているかを見てみると、特に高齢患者で多いことがわかる。

75歳以上の高齢者においては、患者の約1/4が7種類以上の薬剤を受け取っており、もしこの患者が他の薬局でも調剤を受けているとすると、さらに多い薬剤を服用しているであろう。

(図33) 高齢患者では、薬剤数が多いと薬物有害事象が増加することが数多く報告されている。一般に薬物有害事象は高齢患者で多いといわれ、何らかの薬剤の変更や中止を必要とするような薬物有害事象が10%以上の高齢入院患者で見られるとされる。

図に示した筆者らの研究結果では、入院患者において6剤以上の薬剤を服用している患者が統計学的に特に多く、外来通院患者においても5剤以上を服用している患者において転倒という薬物有害事象が有意に多いことが観察された。薬剤の中身は個々に異なるが、薬剤が増えてくると問題が起きやすくなることが示唆される。

図32

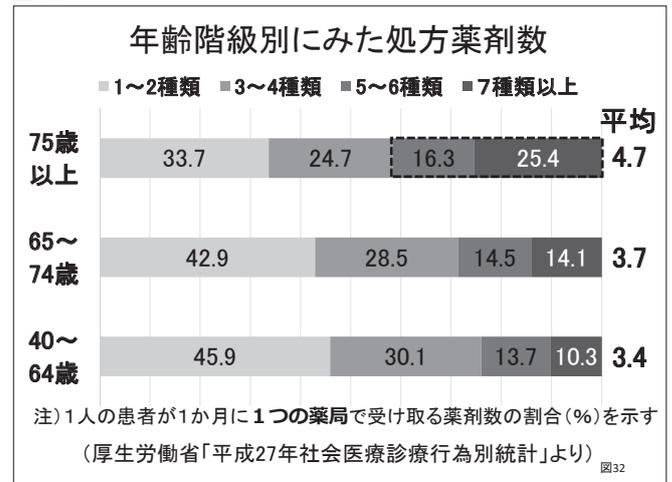
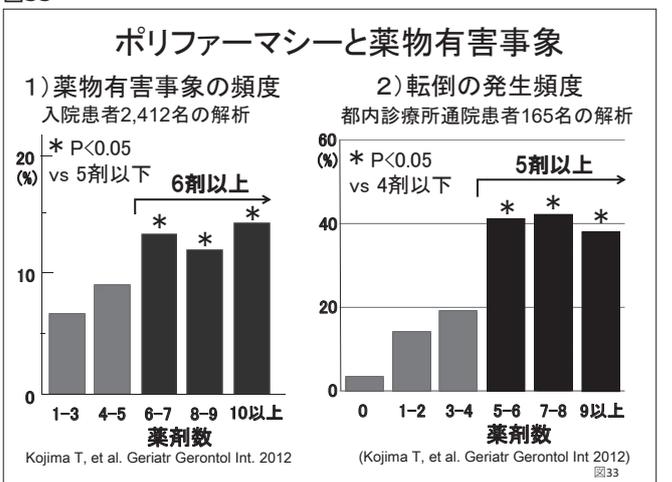


図33



(図34) このように多剤を服用し、問題の起きやすい状況をポリファーマシーと呼ぶ。

2018年、厚生労働省は「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」を公表し、ポリファーマシーについて「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態である。」と定義した。

副作用のみならず、適切な服用ができないことで起きた問題も含むという意味である。生じうる問題点として、患者側の服薬の過誤、医療者側の処方・調剤の過誤が増加しやすく、また薬物相互作用の生じやすい薬剤の組み合わせの増加、さらに薬物有害事象の発生があれば医療費の増大なども懸念される。

(図35) 高齢者においては、薬物有害事象が増加する理由は非常に多い。ポリファーマシーが一因であるが、その理由として複数の疾患を有すること、さらに持続

図34

ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態である。

厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)より

生じうる問題点

- 服薬の過誤
- 処方・調剤の過誤
- 薬物相互作用
- 医療費の増大 など

図34

図35

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

疾患上の要因

- 複数の疾患を有する→多剤服用、併科受診
- 慢性疾患が多い→長期服用
- 症候が非定型的→診断に難渋し、複数薬処方する場合も

機能上の要因

- 臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化）→過量投与
- 認知機能・視力・聴力の低下→服薬忘れ、誤服用

社会的要因

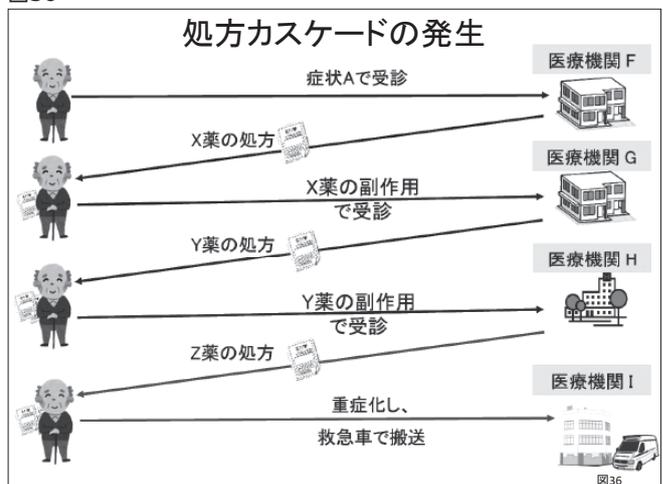
- 投薬中断
- 過少医療

図35

的に長期の治療が必要な慢性疾患が多くなること、さらに加齢によりさまざまな症状が出現しその治療のために薬を必要とすること、などの理由が考えられる。その他にも、加齢に伴い肝・腎機能など臓器予備能が低下し、薬物動態の加齢変化により薬が強く効き過ぎるようになった、あるいは認知機能・視力・聴力の低下により服薬を忘れた、間違えた、さらには通院できなくなった、など社会的な要因も考えられる。

(図36) 薬物有害事象が起きた場合、第一にはその薬剤を中止、あるいは減量することが必要である。特に新規の症状が起きた際には薬剤の見直しをも行うことが必要であるが、図のように副作用または薬物有害事象が発生したことに患者も医療者も気が付かず、別の医療機関を受診してその症状を治療するための薬を処方されてしまい、もともとの症状が治ることのないまままた次の薬の副作用が起きて、という繰り返しが起きることもある。これを「処方カスケード」と呼ぶ。この状況をどこかで発見しないと、最終的に重症化して入院が必要となる。実際にこのようなケースも症例報告で散見される。

図36



(図37、38) 薬物有害事象や処方カスケードは発見が非常に難しいことがある。

図に示すような症状は老年症候群と呼ばれ、高齢者ではめずらしくない。問題は、これらの症状が薬剤により出現したり増悪したりすることである。このような薬剤起因性の老年症候群があることを十分に認識しておく必要がある。

特に向精神薬（下線部：カラスライドでは青字）や抗コリン作用を有する薬剤（破線部：カラスライドでは緑字）はさまざまな症状を起こす可能性があるため、その使用には注意が必要であり、必要性が低かったり薬物有害事象が疑われたりするような状況である場合には、中止をすることが望ましい。

図37

薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤(1/2)	
症状	薬剤
ふらつき・転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、 <u>睡眠薬</u> 、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>抗てんかん薬</u> 、 <u>抗精神病薬(フェノチアジン系)</u> 、 <u>抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)</u> 、 <u>抗ヒスタミン薬</u> 、 <u>メマンチン</u>
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、 <u>H2ブロッカー</u> 、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗精神病薬</u> 、抗甲状腺薬
せん妄	抗パーキンソン病薬、 <u>睡眠薬</u> 、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>抗ヒスタミン薬(H2ブロッカー含む)</u> 、降圧薬(中枢性降圧薬、β遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、ネオフィリン)、副腎皮質ステロイド

図38

薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤(2/2)	
症状	薬剤
食欲低下	非ステロイド性消炎鎮痛薬(NSAID)、アスピリン、緩下剤、 <u>抗不安薬</u> 、 <u>抗精神病薬</u> 、 <u>トリヘキシフェニジル</u> 、 <u>SSRI</u> 、 <u>ChE阻害薬</u>
便秘	<u>睡眠薬</u> ・ <u>抗不安薬(ベンゾジアゼピン)</u> 、 <u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>膀胱鎮痙薬</u> 、 <u>腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロパンテリン)</u> 、 <u>H2ブロッカー</u> 、 <u>αグルコシダーゼ阻害薬</u> 、 <u>抗精神病薬(フェノチアジン系)</u> 、 <u>トリヘキシフェニジル</u>
排尿障害・尿失禁	<u>抗うつ薬(三環系)</u> 、 <u>腸管鎮痙薬(ブチルスコポラミン、プロパンテリン)</u> 、 <u>膀胱鎮痙薬</u> 、 <u>H2ブロッカー</u> 、 <u>睡眠薬</u> ・ <u>抗不安薬(ベンゾジアゼピン)</u> 、 <u>抗精神病薬(フェノチアジン系)</u> 、 <u>トリヘキシフェニジル</u> 、 <u>α遮断薬</u> 、利尿薬

(図39) このように、高齢者に対して十分な注意が必要な薬剤は、海外では「Potentially Inappropriate Medication」(以下、PIM) と呼ばれる。

日本老年医学会では「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物」と訳しているが、特に高齢者で重篤な薬物有害事象を認めるものや薬物有害事象の頻度が多い薬剤、さらには有効性や安全性の観点から良い代替薬が発売されているもの、などがあげられる。

PIMのリストは海外でも複数提唱されており、代表的なものとして転倒・骨折と関連するとされるベンゾジアゼピン系睡眠薬や低血糖を起こしやすいスルホニル尿素薬、などがあげられる。

(図40) 特に専門書としては2015年に日本老年医学会から発刊した「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」があり、とりわけ75歳以上の後期高齢者や75歳未満でもフレイル、さらには要介護・要支援の認定を受けている患者では薬剤の見直しの一助になる。

図39

Potentially Inappropriate Medication (PIM)

「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物」

- 重篤な薬物有害事象がある、薬物有害事象が多い
- デメリットに比してメリットが小さい/良い代替薬がある
- 世界中に複数リストは存在(Beers基準、STOPP、など)

ベンゾジアゼピン系睡眠薬 → 転倒、骨折
スルホニル尿素薬 → 低血糖
オキシブチニン → せん妄など

図40

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

2015年12月22日 発刊

- 本ガイドラインの対象「高齢者」は、
 - 75歳以上
 - 75歳未満でもフレイル
 - 要介護・要支援の認定あり

投与中止につき検討すべき薬剤のリスト*を掲載。

*: Kojima T, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016

(図41) 一方、一般的には有効性あるいは安全性の面で良いと思われる薬剤でも、その使用法により薬物有害事象の頻度に影響する場合もあると考えられる。

図は、日本の急性期の医療を担う病院のDPCデータから得られたものであるが、院内転倒・骨折を起こした認知症患者が服用していた睡眠薬について調査したところ、ジアゼパムなどの代表的なベンゾジアゼピン系薬剤は統計学的に転倒・骨折と有意な関連はない一方、短時間作用型ベンゾジアゼピン系睡眠薬や超短時間作用型非ベンゾジアゼピン系睡眠薬などは有意に関連が多かった。これらは処方頻度の多い薬剤であり、他の睡眠薬ほど処方の際に薬物有害事象に注意が払われなかった可能性が示唆される。

(図42) 実際に高齢患者で薬物有害事象の原因となった薬剤について、高齢入院患者を対象に多施設研究によるデータでは、図のようにPIM以外の薬剤でも多く認められた。具体的には降圧薬や抗血小板薬など、一般的によく処方される有効性の高い薬剤である。

図41

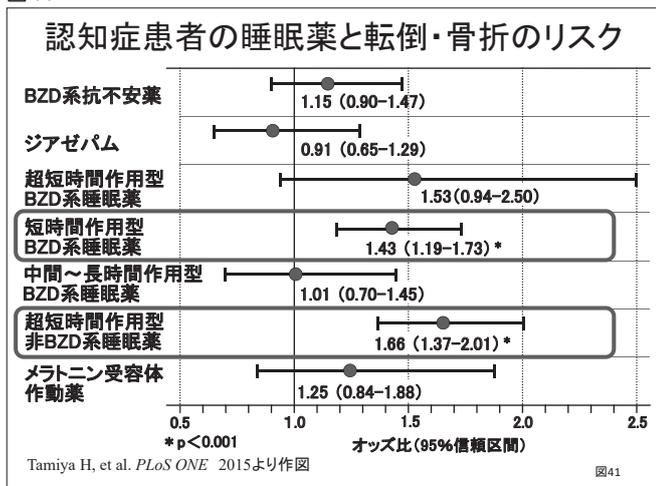


図42

高齢者の薬物有害事象の被疑薬の分類

5つの大学病院老年内科の高齢入院患者を対象 (1067名中172名に発症)

利尿剤	19例	インスリン製剤	5例
降圧薬	18例	ジゴキシン	5例
抗生剤	17例	PPI	5例
経口糖尿病薬	11例	α遮断薬	4例
NSAIDs	10例	抗認知症薬	4例
抗血小板薬	9例	抗コリン薬	3例
抗凝固薬	9例	プレガバリン	3例
ベンゾジアゼピン系薬	9例	ステロイド剤	2例
抗精神病薬	8例	ビタミンD製剤	2例
抗うつ薬	6例	ほか	19例
抗不整脈薬	5例		

Kojima T, et al. Geriatr Gerontol Int 2019

これらのことから、高齢患者ではPIMのみならず処方頻度や有効性の高い薬剤によっても薬物有害事象が起こる可能性があり、薬剤全体について注意をすることが重要であることが示唆される。

(図43、44) では、具体的にどのように薬剤に対して注意をすべきか。2018年にできた厚生労働省の「高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編)」では、各高齢患者において病状のみならず認知機能やADL (Activities of Daily Living、日常生活動作)、栄養状態、生活環境の確認など、高齢者総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment、以下CGA) を行うことが「処方見直しのプロセス」における最初のステップであるとしている。

CGAについては後述するが、CGAにより認知症やADL低下など特に配慮が必要な高齢患者を明らかにし、これらの患者ではポリファーマシー関連の問題点、すなわち薬物有害事象の存在や服薬アドヒアランスの低下など、図43の下枠内に示す項目の確認が重要である。

図43

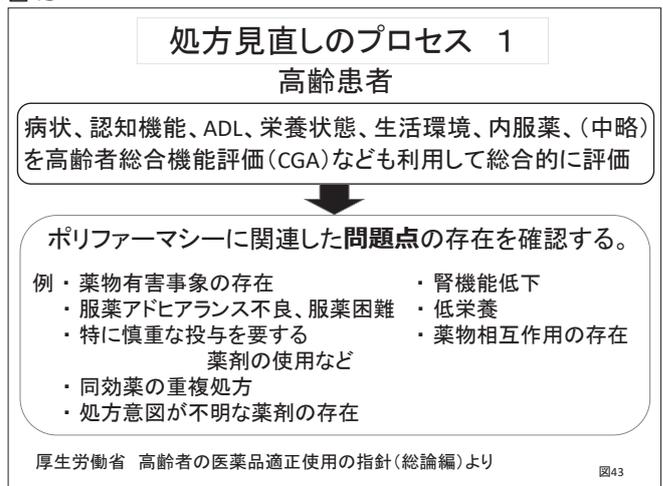
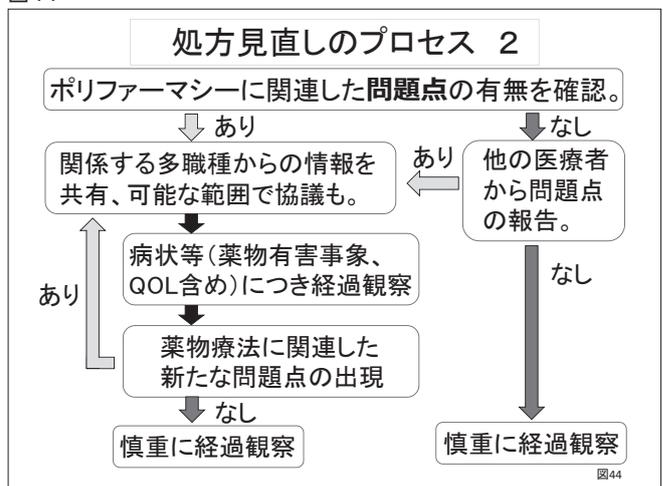


図44



問題点があれば、図44のように看護師や薬剤師など多職種と情報を共有し協議し、薬剤の変更や中止をしつつ多職種で経過観察していく。さらに問題が発生すれば同じステップを繰り返し、問題がなければ慎重に経過観察をしながら薬物療法を継続していく。

(図45) 実際にPIMを処方している場合については、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」にその見直しの仕方が記載されている。

図のフローチャートにあるように、PIMのリストの薬剤を処方しており、薬物有害事象の発生の前に見直したいと考えているとして、推奨される使用法の範囲内での使用か、効果は明らかにあるか、減量・中止は可能か、より安全な薬剤・有効性の高い薬剤への変更はできるか、などをチェックポイントとして、継続するか、変更するか、などを検討していくことがよい。

(図46) では、どのような時期より薬物療法の見直しが患者にとって重要であるか。高齢患者では、疾患の治療を目的として厳格かつ根治的な治療を重視する時期から、ADL低下に配慮をしながら治療法を考える時期への転換点があるのではないかと考えられる。

近年「フレイル」が広く知られるようになったが、自立から要介護に至る前段階の時期であるフレイルがこの転換点になるのではないかと考えられる。フレイルの高齢者ではサルコペニアと呼ばれる筋肉減少など身体的な変化が起きていたり、もの忘れやうつなど精神神経的な変化が起きていたり、さらには独居や貧困など社会的・経済的な問題が生じていたりする。

多剤併用により、服薬アドヒアランスの低下や薬物有害事象の発生などポリファーマシーの状態となって

いる患者に対しては、厳格な治療によるメリットが享受できない可能性もあるため、処方の見直しを適宜行っていくことが重要ではないかと思われる。

(図47) フレイルや要介護、すなわちADLの状態は高齢患者では予後に大きく影響する。図は米国で行われた80歳以上の高齢住民の疫学研究であるが、研究開始時にADLの低下の有無および罹病疾患の多さにより4つの群に分類し、その後4年にわたって観察をした結果、多疾患が予後にさほど大きな影響は見られなかった一方で、ADL低下は大きな影響があることが示唆された。この観察対象となった住民も医療を適切に受けており、疾患による死亡は防げていた可能性があることから、多疾患による死亡が増加しなかったかもしれない。もしくは疾患の治療を適切に行っていたとしても寿命となった可能性もある。しかしいずれにしてもADL低下が影響して起きる死亡については十分に防げていないため、高齢患者ではADLの視点から処方の必要性を見直す、という考えも成り立つ可能性がある。

図45

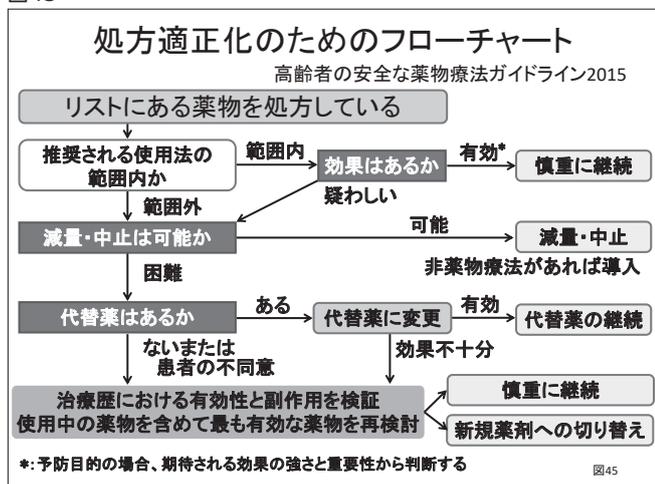


図46

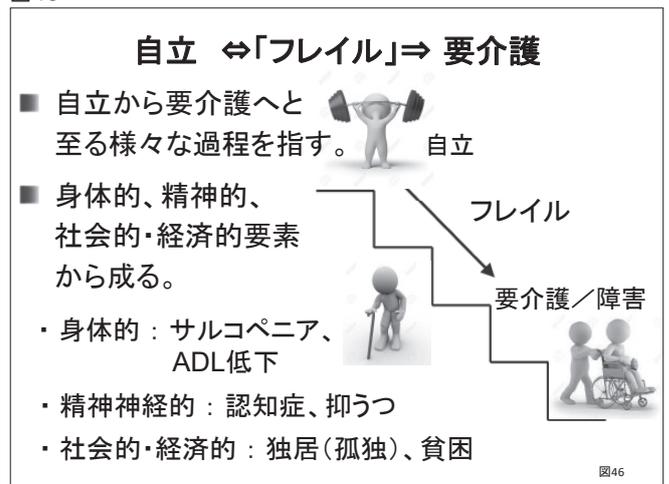
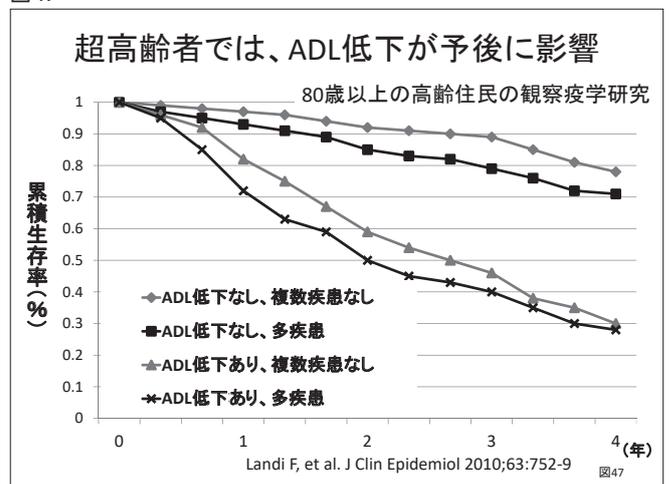


図47



(図48) 前述したCGAについては、必ずしも医師が評価する必要はないが、図に示すような日常生活動作(以下、ADL)や認知機能、気分や意欲、さらには社会的背景などの評価を指している。

例えば、認知症の患者であれば、服薬忘れが起きるのではないかと、ADLの低下が認められる患者では、服薬のみならず食事や通院などに配慮が必要ではないか、という判断が生じる。患者により結果は異なるため、それぞれ個別に治療方針や必要なケアを選択して、処方のみならず医療を考えることが必要となる。

(図49、50) 例えば、図49に示す基本的ADLの中でできない項目がある患者では、日常生活を送るうえで必ず介護者がいないと生活が成り立たない可能性が高く、図50のように手段的ADLの中でできない項目がある患者では、一人暮らしをする場合には生活が破綻をきたす可能性があるのではないかと、という見通しが立つ。これらの患者では、薬を処方する前に生活形態を見直

すことも重要になる。

(図51) ところで、平成28年度の診療報酬改定により新しく設定された薬剤総合評価調整管理料(あるいは加算)が、令和2年度診療報酬改定において改定された。

これは、4週間以上継続している薬剤を6種類以上内服している患者に対し、入院中の期間に総合的評価のうえで変更され、かつ、療養上必要な指導を行った場合に100点加算されるものであり、当該患者の退院時に2種類以上の薬剤を減薬した場合には、150点更に加算できるとするものである。

この算定にあたっては、処方薬すべての内容とその処方元を明らかにし、減薬をした理由などにつき記載をしなければならない、など運用が難しい点もあるが、高齢患者に必要な薬剤の見直しに対するインセンティブがついたという点では非常に評価できる。図43~45で示したように薬剤の見直しについてはステップを踏んで行う必要があり、安易な減薬を行うと病状が

図48

高齢者総合的機能評価

Comprehensive Geriatric Assessment : CGA

1. 日常生活動作 (Activities of Daily Living, ADL)
 - ・ 基本的 (Basic) ADL : Barthel Index
 - ・ 手段的 (Instrumental) ADL : Lawton's IADL
2. 認知機能
 - ・ 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
3. 気分・意欲
 - Geriatric Depression Scale (GDS)、意欲の指標
4. 社会的背景
 - 家族関係、自宅環境、財産、地域医療福祉資源

⇒ 結果に基づいて、個別性を重視した治療・ケアを選択する

図48

図50

手段的ADL(日常生活動作)

(健康長寿診療ハンドブック 第20章 高齢者診療に用いる資料とその活用)

図50

図49

基本的ADL (日常生活動作)

(健康長寿診療ハンドブック 第20章 高齢者診療に用いる資料とその活用)

図49

図51

令和2年度診療報酬改定と薬剤管理

薬剤総合評価調整加算 100点(退院時に1回)

[算定要件]

イ 入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、かつ、療養上必要な指導を行った場合

イを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が**2種類以上減少した場合**、薬剤調整加算として**150点**を更に所定点数に加算

図51

急に悪化して薬を再開することになりかねない。減薬は決して簡単にはいかない場合もあるが、高齢患者の健康維持には有用であるため、見直しは必ず行うべきである。

(図52) 高齢患者では服薬アドヒアランスの確認も重要である。薬が十分に効果が出ていない場合、重症であるがゆえに効果がない場合もあるが、その前に服薬をしていないことで薬の効果が出ないのではないかと疑うことも必要である。患者に対し「飲み忘れはないか?」「薬を飲んでいないのではないか?」と問い詰める姿勢では、患者も正直に申告しないかもしれないので、「薬の余りはどの程度あるか?」「飲み忘れはどの程度あるか?」など、飲み忘れは一般的によく見られることを前提として患者から情報を引き出すなどの工夫があるとよい。

その他、図にアドヒアランスを改善させる方策を示すが、服薬数や服薬回数に問題が生じているのであれば、力価の強い1剤か合剤の使用が望ましい。介護者がいる時間帯でないと服薬ができない場合には、介護者が不在の時間帯にはそもそも処方をしていないほうがよいかもしれない。また剤形の変更や一包化の使用により服薬アドヒアランスが改善しそうであれば、適宜使用するとよい。

服薬アドヒアランスについては、本人や主介護者のみならず、看護職員、薬剤師などのメディカルスタッフと多職種協働を行い検討していくことも有用である。他職種から服薬ができていない、という報告があれば、服薬介助をしっかりとさせることだけでなく、処方の簡素化も検討していただきたい。

図52

アドヒアランスをよくするための工夫	
服薬数を少なく	降圧薬や胃薬など同効果2~3剤を、力価の強い1剤か合剤にまとめる
服用法の簡便化	1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え 食前、食直後、食後30分など服薬方法の混在を避ける
介護者が管理しやすい服用法	出勤前、帰宅後などにまとめる
剤形の工夫	口腔内崩壊錠(OD錠)や貼付剤の選択
一包化調剤の指示	長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり、緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬剤は別にする
服薬カレンダー、薬ケースの利用	
(日本老年医学会編:健康長寿診療ハンドブックより) 図52	

(図53) 高齢患者においては、薬を飲むことに対して無頓着な患者も多い。「とにかく薬が欲しい」という患者や、「極力薬を飲みたくない」という患者など、医療に関してさまざまな志向の患者がいる。このような患者に対し、服薬の必要性について記載したパンフレットがある。

日本老年薬学会、日本老年医学会らにより作られた図のパンフレットは、日本老年医学会のホームページから、PDFが無料でダウンロードができる。主に自己中断を避けること、複数の医療機関に受診中には他の医療機関で処方されている薬剤を申告することが重要であること、むやみに薬を欲しがらないことなどの項目について、イラストを用いて書かれてあり、患者の理解を得るためにも有用性があると考えられる。

図53

一般向け啓発用パンフレットの作成



高齢になると処方される薬の数が増え、副作用が起こりやすくなるので注意が必要です。

高齢者の薬との付き合い方

- ◆自己判断で薬の使用をやめない
- ◆使っている薬は必ず伝えましょう
- ◆むやみに薬を欲しがらない
- ◆若い頃と同じだと思わない
- ◆薬は優先順位を考えて最小限に

➡日本老年医学会のHPに掲載

図53

(図54) 以上、高齢者のポリファーマシーとその適正化について解説を行った。ポリファーマシーの高齢者は非常に多い。若年者と比較して高齢者は薬物有害事象の増加のみならず、薬による予後改善に関してもメリットが低下することが示唆される。そのため、特にフレイルや要介護状態の高齢患者においては、治療法に関して情報が一元化できるよう「かかりつけ医」を決めたり、薬剤の情報を一元化できるよう薬局を一にしたりなど、転換していくことが望ましい。これにより処方の見直しやポリファーマシーの解消も達成されやすくなり、高齢患者にとってよりよい医療の提供につながるのではないと思われる。

(図55) 高齢者の薬物療法に関連した資料やガイドラインなどは、日本老年医学会のものをはじめいくつか出ており、前述した薬物有害事象の増加する要因やPIMとその使用法に関して記述されており、薬剤見直しの必要性に対する認識が大きくなったと思われる。

日本医師会や厚生労働省でもこの数年で図に示すような手引きや指針が作成し、医師を主体とする医療者全般に注意が喚起されるようになった。本講義の末尾にこれらを紹介し、結びとしたい。

参考資料

- 1) 日本医師会：かかりつけ医向け 認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き、平成29年3月
https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/004984.html
- 2) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）、2018年5月
- 3) 厚生労働省：高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））、2019年6月
- 4) 日本老年医学会：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015
- 5) 日本老年医学会：健康長寿診療ハンドブック—実地医家のための老年医学のエッセンス
- 6) 日本医療研究開発機構研究費「高齢者の多剤処方見直しのための医師・薬剤師連携ガイド作成に関する研究」研究班、日本老年薬学会、日本老年医学会：パンフレット「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」、2016年10月25日
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/20161117_01.html
- 7) 公益社団法人 日本医師会：超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き
 1. 安全な薬物療法、平成29年9月
 2. 認知症、2018年4月
 3. 糖尿病、2019年5月
 4. 脂質異常症、2020年1月https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html

図54

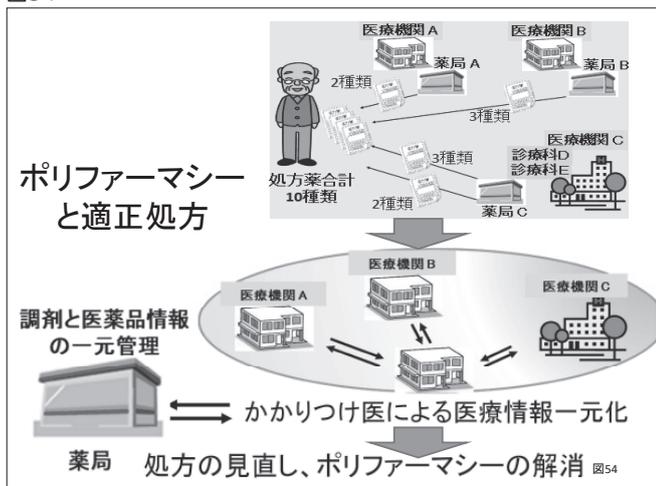


図55

ポリファーマシーに関連した参考資料

超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き（日本医師会）

高齢者の医薬品適正使用の指針（厚生労働省）

1.安全な薬物療法 2.認知症

3.糖尿病 4.脂質異常症

総論編 各論編（療養環境別）

高齢者の医薬品適正使用の指針

https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html

6. 「在宅リハビリテーション症例」

さいとう まさみ
医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長 齊藤 正身

一般社団法人 埼玉県医師会（理事）、川越市医師会（理事）
一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会（会長）

【略歴】 帝京大学医学部卒業後、埼玉医科大学病院での研修を経て、1988年医療法人真正会霞ヶ関中央病院に入職。同医局長を経て1990年霞ヶ関南病院病院長に就任（2010年まで）。2000年社会福祉法人真寿会（現在、真正会）理事長、2002年医療法人真正会理事長に就任。現在に至る。

【資格等】 社会医学系専門医協会（専門医・指導医）、認知症サポート医、日本リハビリテーション医学会（認定臨床医）

【主な社会活動】 一般社団法人全国デイ・ケア協会（名誉会長）、埼玉県地域リハビリテーション推進協議会（会長）など。帝京大学医学部リハビリテーション科、兵庫県立大学大学院経営研究科、埼玉県立大学、埼玉医科大学医学部などで講師も務める。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会臨時委員を歴任。

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 6. 症例検討 (2) 在宅リハビリテーション症例

【目 標】

シームレスなサービス提供を受けながら、住み慣れた地域で住み続けられるように地域包括ケアシステムの構築が進められている。このシステム構築のポイントは、単に在宅でサービスを受け続けることが目標ではなく、自立した豊かな生活を実現することである。そのためには、在宅におけるリハビリテーションサービスをどのように有効活用するかを考える必要がある。通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションともに報酬改定の度に、基本報酬や加算項目・要件が改められるが、提供する考え方や対象者は変わらないので、本講義では、報酬改定に左右されない活用事例、かかりつけ医が知っておきたい在宅におけるリハビリテーションの有効な活用方法を紹介する。

【キーワード】

通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、自立支援、リハビリテーション評価

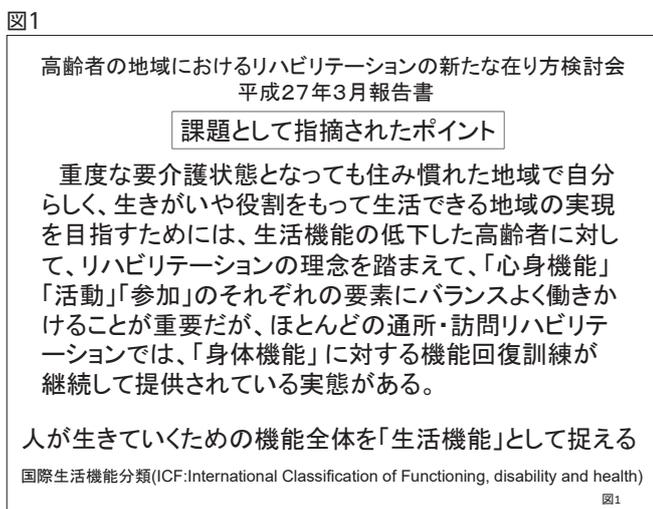
はじめに

地域共生社会の実現が望まれる昨今、シームレスなサービス提供を受けながら、住み慣れた地域で住み続けられるように地域包括ケアシステムの構築が進められている。このシステム構築のポイントは、単に在宅でサービスを受け続けることが目標ではなく、自立した豊かな生活を実現することである。そのためには、在宅におけるリハビリテーションサービスをどのように活用するかを考える必要があるのではないだろうか。

本講義では、かかりつけ医が知っておくべき、介護保険制度から提供される通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの有効な活用方法を中心に述べるが、先に基本的な通所・訪問リハビリテーションの現状についても言及する。

具体的なりハビリテーション医療提供のあり方については、平成27年3月厚生労働省老健局が実施した「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」で示され、特に生活期リハビリテーションの果たすべき役割が明らかにされた。

(図1)「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」の平成27年3月報告書では、『重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく、生きがいや役割をもって生活できる地域の実現を目指すためには、生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランス良く働きかけることが重要だが、ほとんどの通所・訪問リハビリテーションでは、「身体機能」に対する機能回復訓練が継続して提供されている実態がある。』ということが、課題として指摘されている。



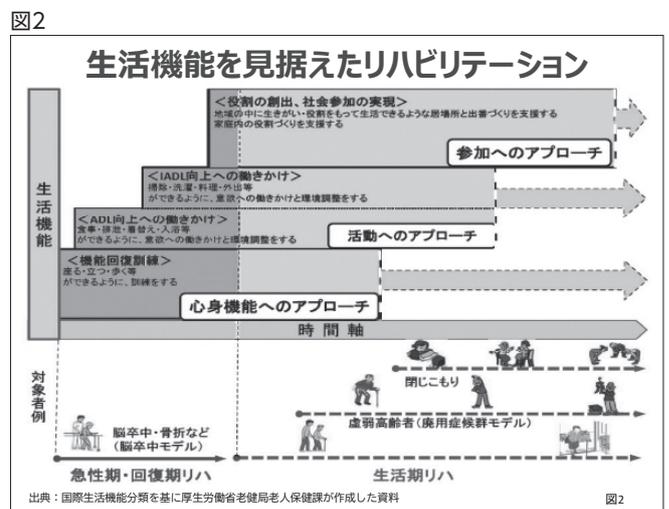
国際生活機能分類(ICF:International Classification of Functioning, disability and health)では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え、

1. 体の働きや精神の働きである「心身機能」
2. ADL (Activity of Daily Living、日常生活動作)・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
3. 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの要素から成るものとしている。

(図2) 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることを予防すること、または要介護状態等を軽減させ、もしくは悪化を防止することを目的とする取り組みである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランス良く働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たす、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現を支援して、QOL (Quality of Life、生活の質) の向上を目指すことが重要である。

一方で、これまでの介護予防の手法は、身体機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取り組み(多様な通いの場の創出など)が必ずしも十分ではなかったという課題がある。このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練などを通じた高齢者本人への取り組みだけではなく、生活環境の調整や、生きがい・役割をもって生活できるような居場



所・出番のある地域づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境への取り組みも含めた、様々な取り組みが重要となる。このような効果的な取り組みを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指す必要がある。

通所・訪問リハビリテーションの活用に向けて

(図3) このような前提の上で、居宅サービスとして提供されている通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの活用次第で、「豊かな生活」に結びつけることができると言っても過言ではない。かかりつけ医として各々のサービスの役割と機能を理解することによって、適切な活用に関わりつづけることを目指す。

在宅においては、医療保険から提供される外来・訪問、介護保険で提供される通所・訪問であるが、本講義では介護保険サービスとして位置づけられる通所リ

図3

通所・訪問リハビリテーションの活用に向けて

- 通所リハビリテーションとは？
- 訪問リハビリテーションとは？

図3

図4

介護保険における自立支援

▶ **介護保険法 第1条(目的)**

－ この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

▶ **介護保険法 第4条(国民の努力及び義務)**

－ 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）より抜粋 図4

ハビリテーション、訪問リハビリテーションの活用について、かかりつけ医として理解するべきことを中心に述べる。

(図4) 介護保険法第1条では、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」とある。能力に応じて自立した日常生活が営めるように、私たちが果たすべき役割が明確に位置付けられている。

第4条においては、「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」とされ、リハビリテーション重視の考え方が示されている。

介護保険では、施設サービスとして、主に介護老人保健施設・介護療養型医療施設及び介護医療院においてリハビリテーションが提供されており、居宅サービスとしては、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護による理学療法士等の訪問が行われている。

(図5) 通所リハビリテーションとは、地域包括ケアシステムにおいて、訪問リハビリテーション機能を含めた地域や在宅生活を支えるリハビリテーション拠点としての役割を担うもの。

図5

通所リハビリテーション(デイケア)とは

地域包括ケアシステムにおいて、訪問リハビリテーション機能を含めた地域や在宅生活を支えるリハビリテーション拠点としての役割を担うもの。

	通所リハビリテーションの機能	主な提供内容
①	医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 担当医と主治医の情報交換のもと、定期的な診察等による疾患管理。 ● 担当医の指示に基づく看護職の医療的処置等。
②	心身・生活活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の指示に基づくPT・OT・STの専門的評価による、チームとして目標設定の策定と実施する、生活機能（心身機能や生活活動）の各行為の維持・向上。 ● 自宅訪問等、当事者の日々の暮らしの把握。
③	社会活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 体調管理や運動指導等、活動の機会の確保。 ● 他者との交流を通じた参加機会の確保による社会性の向上。 ● 暮らしに必要な知識・技術について専門職の立場から啓発。
④	介護者等家族支援	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス利用による介護者等の直接的負担軽減。 ● 本人の生活機能向上による介護負担の軽減。 ● 介護技術の向上や介護環境改善による介護者負担の軽減。

出典：通所サービスの普遍的機能の実施内容 一般社団法人全国デイケア協会（2014年）一部改変

- ・ 医師・看護職・介護職・リハビリテーション専門職等の多職種協働によるチームアプローチ
- ・ 医師の指示による医療対応や生活機能低下へのリハビリテーション専門職の対応、居宅訪問など多機能
- ・ 上記専門的機能に加え、社会活動の維持・向上や介護者等の家族支援も併せて提供
- ・ 多様なニーズに合わせて、短時間型から長時間型まで幅広い受け入れ体制で対応

図5

しての役割を担うものであり、介護保険制度導入以前から、多目的・多機能・多職種の「デイケア」、医療機関・介護老人保健施設に併設の医療サービスとして位置付けられていた。

主な4つの機能は、

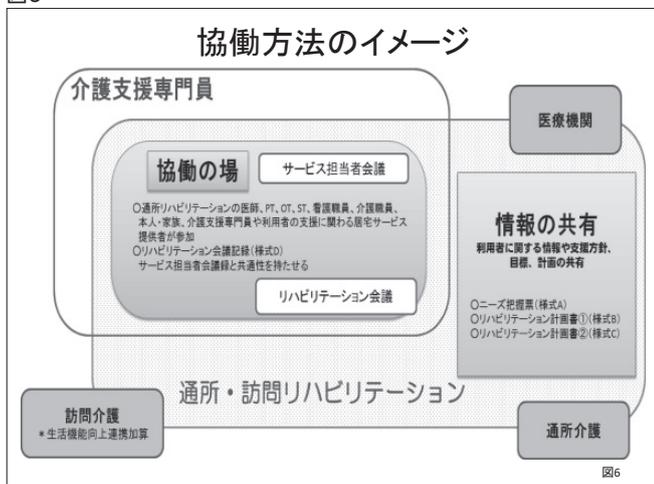
- ① 医学的管理、
- ② 心身・生活活動の維持・向上、
- ③ 社会活動の維持・向上、
- ④ 介護者等家族支援

であるが、自宅に居ながらにして入院・入所サービスを受けることができる。

医師・看護職・介護職・リハビリテーション専門職等の多職種協働によるチームアプローチができ、医師の指示による医療対応や生活機能低下へのリハビリテーション専門職の対応、居宅訪問など様々な機能を組み合わせて対応することが可能である。上記専門的機能に加え、社会活動の維持・向上や介護者等の家族支援も併せて提供でき、多様なニーズに合わせて、短時間型から長時間型まで幅広い受け入れ体制で対応可能であることが特徴と言える。

多様なニーズはあるものの、利用中に最優先のニーズは変わってくる。「今は何と言っても生活機能の向上に主眼を置こう。」あるいは「介護者の負担を軽減するために端座位の姿勢が維持できるようにしよう。」など、関わる人たちが協議し目標を定めることが大切である。(図6) 通所リハビリテーション事業所では、医師や理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語聴覚士 (ST)、介護職員、看護職員などの多様な職種が、日々のリハビリテーションに関わっている。各職種によって提供するリハビリテーション手法には、その専門性において違いがあり、ある1人の利用者について見ても、異なる

図6



時間帯に異なる手法でサービスを提供することもある。

このような場合であっても、提供される各リハビリテーションは、共通の目標や計画に即した内容である必要がある。そのため、リハビリテーション会議などを通じて目標や支援方法について情報共有し、各職種が協働することが重要である。

また、リハビリテーション会議の場にケアマネジャーのみならず、他のサービスやかかりつけ医が参加することにより、サービス担当者会議として機能を果たすことができる。

(図7) 通所リハビリテーションにおける利用ニーズの変化を見てみると、平成27年度では、身体機能の維持・向上の割合が高かったが、平成30年度では生活能力の維持・向上の割合が増加している。

これは、リハビリテーションマネジメントの充実や生活機能向上連携加算など、活動と参加を重要視する報酬改定の結果もあるが、多目的・多機能そして多職種で関わる通所リハビリテーションの機能が、介護保険制度導入以前の考え方、本来の「デイケア」のもつ

図7

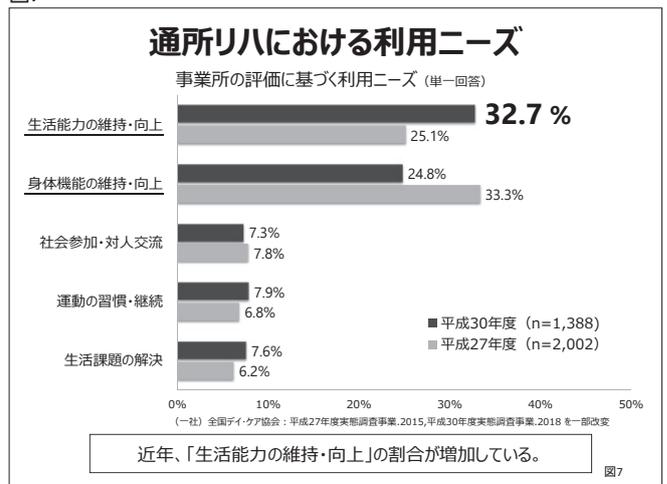
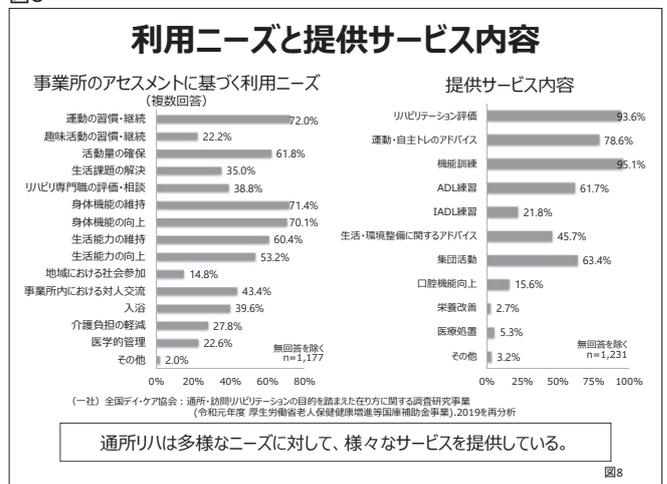


図8



役割が再認識されていると言っても良いのではないだろうか。

(図8) 通所リハビリテーションのアセスメントに基づく利用ニーズを見ると、「運動の習慣・継続」「身体機能の維持・向上」「生活能力の維持・向上」の割合が高かったが、偏っているわけではなく利用者個々の状況により多岐にわたる利用目的があると言える。

また、提供内容を見てみると、利用されている時間帯を通じて、医師をはじめ、リハビリテーション専門職・看護職・介護職・栄養士等が協働し、多様なサービスを提供していることがうかがえる。

(図9) 通所リハビリテーションの利用に至る主傷病も様々である。骨折や関節症などの運動器疾患、脳卒中などの脳血管疾患は、病院から利用を開始される方が多い。

一方、パーキンソン病などの進行性神経疾患、認知症や廃用症候群では、在宅生活にて課題が生じて利用される方に多く見られ、廃用症候群による心身機能の低下から利用につながるケースも少なくない。

(図10) 通所リハビリテーションでは、要介護3～5の中

重度者も積極的に受け入れている。実際に、看護職員の配置を充実させ、総利用者の3割以上が要介護3～5を受け入れている事業所が算定可能な中重度者ケア体制加算を、35.7%の通所リハビリテーション事業所が算定している。

また、受け入れている中重度者の医療度も自ずと高く、経腸栄養や褥瘡治療、ストマ処置、喀痰吸引などの医療的ケアに対応しており、自宅に居ながらにして入院で提供されるサービスを受けているとも言える。約60%の加算を算定していない事業所であっても、中重度者は少なからず利用している。これは医療機関からの自宅退院が増えていくことにより、より一層その役割が重要になることが想定される。

(図11) 6ヶ月間の通所リハビリテーションの利用による変化について、ADL (Barthel index) とIADL (Instrumental Activity of Daily Living、手段的日常生活動作) (FAI: Frenchay Activities Index) の変化をみると、ADLにおいては要介護3～5の中重度者の向上割合が高く、在宅生活継続の鍵になる介護負担の軽減などに寄与していると考えられ、中重度者こそ通所リハビリテーションへ通うことの意義を感じる。

IADLの具体的な項目については、要介護の程度にかかわらず家事や趣味活動などの向上・維持が認められ、社会性の維持回復の役割も担っていることがうかがえる。

図9

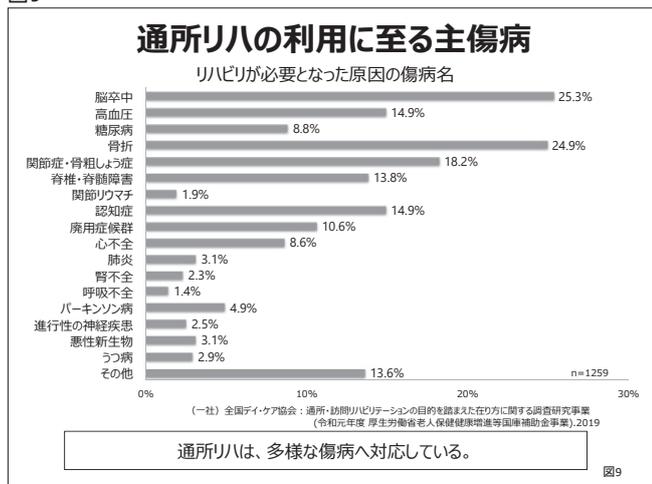


図10

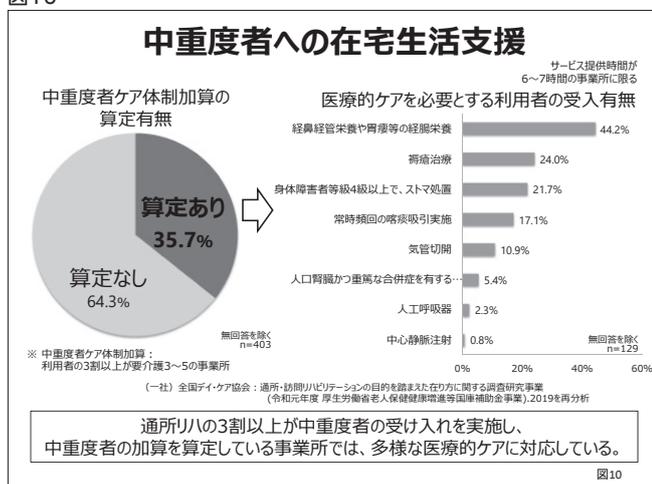
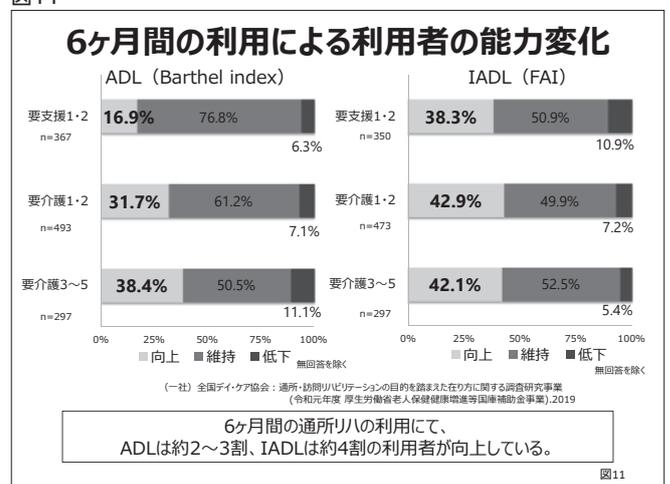


図11



(図12) 訪問リハビリテーションとはその人が自分らしく暮らすために、それぞれの地域に出向いて、リハビリテーションの立場から行われる支援である。

「自分らしく暮らす」とは、本人が納得した生活であり、「納得した生活」とは“その人”の主観だけでなく、“その人”と共に暮らす人達との関係性から生まれる“役割”や“存在価値”を見出した暮らしを指している。

その中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、健康状態を把握した上で、生活機能および背景因子を評価し、リハビリテーションの概念に基づいた、本人、家族等への直接的支援と関連職種への助言等の間接的支援を提供する。

(図13) 訪問リハビリテーションの利用ニーズも通所リハビリテーション同様に、「運動の習慣・継続」「身体機能の維持・向上」「生活能力の維持・向上」の割合が高い。

特に、訪問リハビリテーションでは、「自宅へ伺う」という特性から、自宅から外出に向けての練習や在宅生活を支援する介護者への助言・指導を提供している

図12

訪問リハビリテーションとは

- 訪問リハビリテーションとはその人が自分らしく暮らすために、それぞれの地域に出向いて、リハビリテーションの立場から行われる支援である。
- その中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、健康状態を把握した上で、生活機能および背景因子を評価し、リハビリテーションの概念に基づいた、本人、家族等への直接的支援と関連職種への助言等の間接的支援を提供する。

▶「自分らしく暮らす」とは、本人が納得した生活であり、「納得した生活」とは“その人”の主観だけでなく、“その人”と共に暮らす人達との関係性から生まれる“役割”や“存在価値”を見出した暮らしを指している。

(一社) 日本訪問リハビリテーション協会、ホームページ 図12

割合が高くなっている。

(図14) 訪問リハビリテーションでは、自宅にて実践的に練習を行う。そのため、ADLや家事や趣味活動などのIADLの向上割合は、通所リハビリテーションよりも高い値を示している。

また、IADLにおいて要支援や要介護1・2の方へ向上の割合が高く見られ、役割や居場所づくりを通じて、自宅の「中」から「外」へつなげる関わりを重視していることがわかる。

通所・訪問リハビリテーションの活用方法 (図15)

(図16) 通所リハビリテーションのサービス提供時間は、「1~2時間」から「7~8時間」までの7種類と「8時間以上」の延長サービスがある。

大きくは短時間型と従来型にわかれ、短時間型では「1~2時間」、従来型では「6~7時間」のサービスを提供している割合が高い。

短時間型の利用者は、退院・退所直後からセラピス

図14

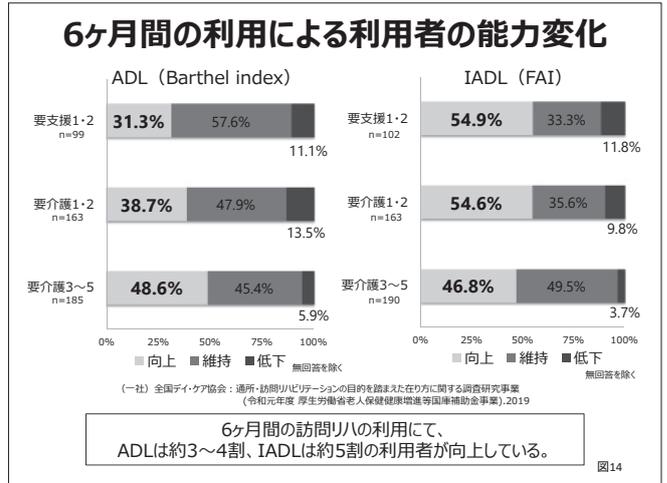


図13

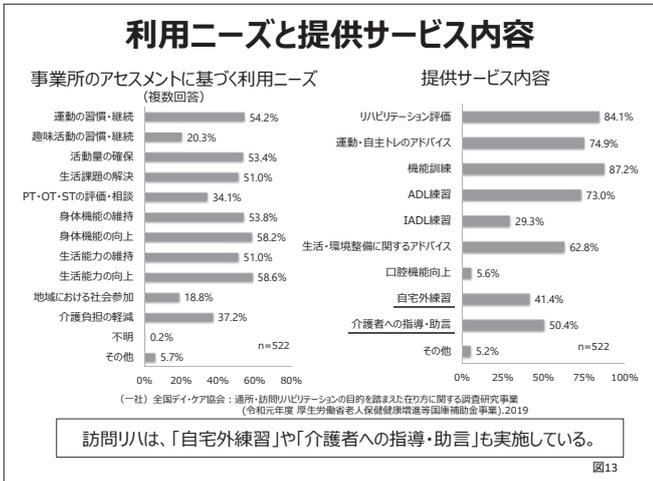


図15

通所・訪問リハビリテーションの活用方法

図15

トによるリハビリテーションを中心に利用しているケースが多いが、従来型の場合は、セラピストによるリハビリテーションに加えて、多様な目的の利用者が多く、医学的管理やソーシャルな意味、レスパイト目的で利用しているケースが目立つ。これは、本来のデイケアがもっている機能を有効に活用していると言える。

(図17) サービス提供時間別の利用者の特性に目を向けると、短時間型(1~2時間)の利用者においては、介護度では要支援1・2、年齢は75~84歳、認知症高齢者の日常生活自立度では自立の割合が高い傾向である。

一方、従来型(6~7時間)の利用者では、要介護3~5、85歳以上、認知症Ⅱの割合が高値であった。

同じ通所リハビリテーションでも、短時間型と従来型では利用者が異なることがわかる。

(図18) このことは、利用者の利用開始から3ヶ月後の項目別のADL変化を見ても明白である。平成29年度に実施した調査によると、短時間型の1~2時間では、より高い身体機能である「歩行」や「階段昇降」の能力

などの活動や参加に直接つながる項目が向上し、従来型の6~8時間では、在宅生活の介助量に関連する介護者の負担軽減の一助になる「移乗」「トイレ動作」の項目で、利用開始時に自立していた割合が低く、3ヶ月後に向上した割合が高い。

このように、サービス提供時間により利用者の状態像は大きく異なり、利用の目的や効果にも違いが見られる。

(図19) 通所リハビリテーションが提供するサービス内容を一人の利用者に対するプラン(ポンチ絵)で示す。

従来型の場合、中央の枠が基本的に提供しているサービス内容だが、これだけでは具体的なアプローチ内容が見えてこない。家族にとっては、「通所でみてくれるから、自分の時間が作れて助かる」で終わってしまう。すなわちレスパイト的な要素のみがクローズアップされる。

しかしながら実際に関わっている内容、リハビリテーションマネジメントの部分を示すと、医師の医学

図16

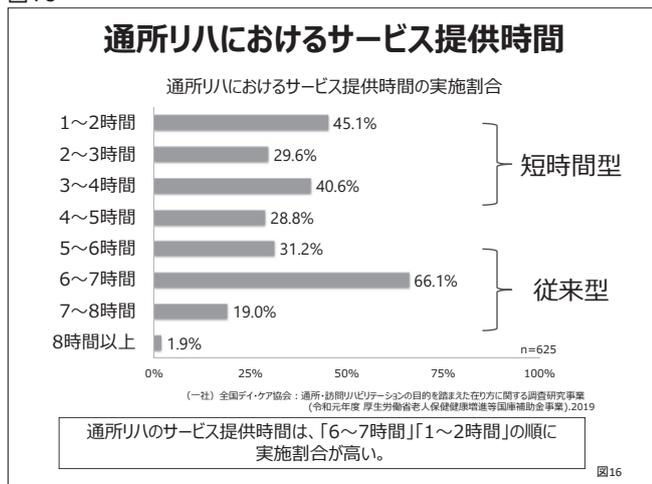


図18

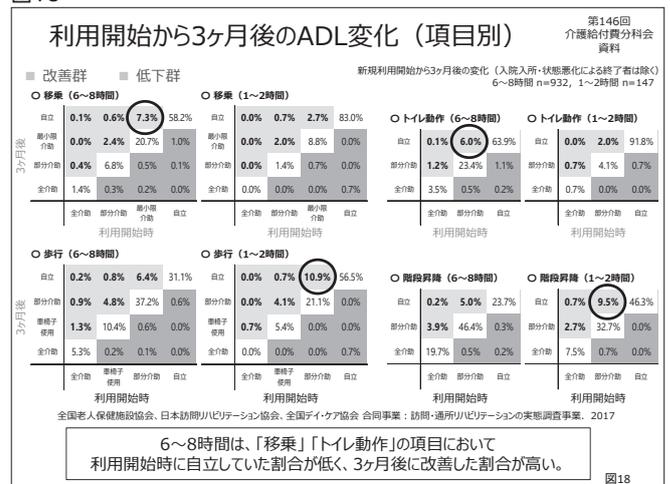


図17

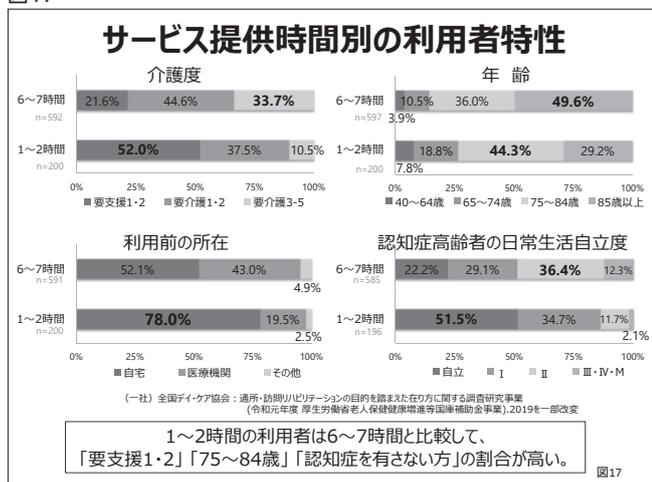
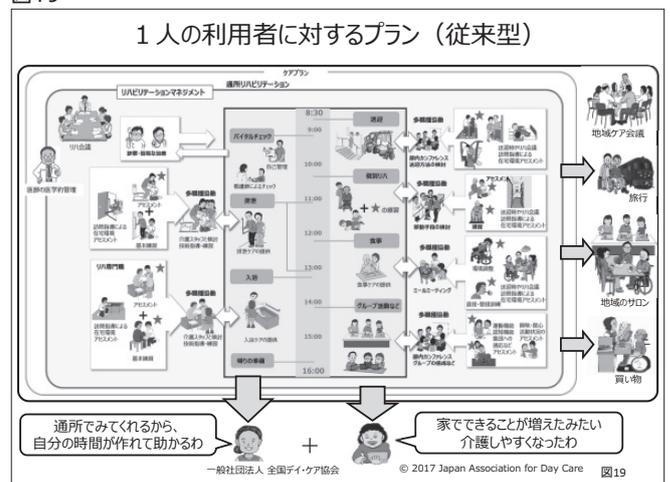


図19



的管理のもと、診察や治療・処置、そして多職種協働で行われるアセスメントや各種検討、基本練習などが提供されていることがわかり、これらがリハビリテーション会議やサービス担当者会議を通して共通認識をもつことになり、ケアプランに準じた取り組みとして活かされて、「家でできることが増えたみたい、介護しやすくなった」につながると考えられる。

(図20) 短時間型の場合は、かかりつけ医と通所リハビリテーションの担当医による連携のもと、退院・退所直後はもちろん、継続したリハビリテーションの提供、個別の機能訓練や基本動作訓練にとどまらず、グループ体操や自主的な訓練につながるような取り組みが基本である。

従来型同様、リハビリテーションマネジメントとして、具体的な活動の提案が各種個々のニーズに対応して実施される。もちろん、通所リハビリテーションの利用を継続するイメージよりは次のフェーズに移行していくことが求められる。

また、一旦終了した利用者が、例えば通所介護（デ

図20

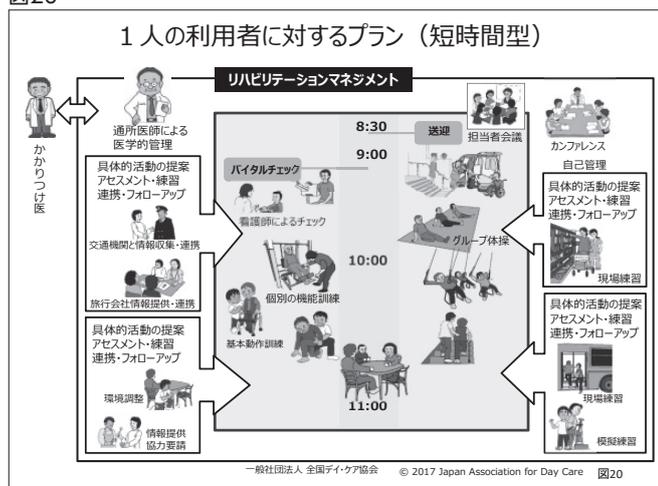


図21

訪問リハビリテーションの種類

- 医療保険
 - ▶ 病院・診療所
 - ・ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
 - ▶ 訪問看護ステーション
 - ・ 訪問看護療養費
- 介護保険
 - ▶ 病院・診療所・老健
 - ・ (介護予防) 訪問リハビリテーション費
 - ▶ 訪問看護ステーション
 - ・ 訪問看護費 (理学療法士等による訪問)

平成30年4月版 医療診療報酬点数表, 社会保険研究所
平成30年4月版 介護報酬の解釈 単位数表編, 社会保険研究所 図21

イサービス)に移行したとしても、状況に応じて3~6ヶ月の間隔を置いてアセスメント目的で通所リハビリテーションを単発利用することもイメージできる。(図21)「訪問リハビリテーション」は、医療保険制度、介護保険制度に、それぞれ位置付けられているので、訪問リハビリテーションの概念を知るには、両制度上の規定を参考にすると良い。

医療保険制度上では、在宅療養している患者に対し医師の計画的医学管理のもと、療法士に指示し訪問させるというものであり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種が明記されている。生活の場における、機能回復訓練、社会適応能力の回復訓練等により、日常生活の自立を支援することが最も重要な目的となる。しかし、仮に回復を見込めない病態であっても、その人らしい尊厳ある生活が維持できるように、専門的な知識、技術、マインドを持って支援している。いわゆる保険医療機関として、診療所や病院から訪問することとなる。

(図22) 介護保険制度上の規定では、対象は居宅要介護者と明記され、介護保険認定手続きを経た者という意味において、医療保険と比較するとその対象は限定されている。

「その居宅においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なりハビリテーション」(介護保険法第8条第5項)と表現されているのは、介護保険制度が施行された平成12年当時には言語聴覚士の参画がなかったからである。

平成18年の介護保険制度の改定によって、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種が揃って訪問リハビリテーションに関わることとなった。

図22

介護保険上の訪問リハ

- 訪問リハビリテーション
 - 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、**計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき**、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問
 - 訪問看護費は、訪問看護ステーションにあつては、**主治の医師の判断**に基づいて交付された指示書の有効期限内に訪問看護を行った場合に算定する。
 - 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が **看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付け**のものである。

平成30年4月版 介護報酬の解釈 単位数表編, 社会保険研究所 図22

要介護認定者の居宅に訪問し、可能な限り、居宅で能力に応じ自立した生活を営むことができるように生活機能の維持、もしくは向上を図ることを目的とされ、介護保険制度の基本理念である自立支援が重要な役割といえる。制度上は医療機関（病院・診療所・介護老人保健施設）が「訪問リハビリテーション」の提供施設である。

他に療法士の居宅訪問サービスは、訪問看護ステーションからの訪問看護の一環としての訪問が認められているが、あくまで看護業務の補完として位置付けられていることを忘れてはならない。

また、通所リハビリテーションの利用で在宅生活に課題がある者に対する療法士の訪問などの提供が位置付けられている。通所リハビリテーションの療法士が対象者の自宅を訪問することは大いに意義がある。言い換えれば、自宅の生活をイメージして通所リハビリテーションを提供するべきである。

(図23) 訪問リハビリテーションの基本方針は、平成27年度の介護報酬改定において、「生活の維持又は向上を目指し」から「生活機能の維持又は向上を目指し」へと変更された。

この変更により、一部の地域ではローカルルールとして「不可」であった自宅外でのサービス提供が明確に「可」となり、「居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降など」が実践できるようになった。

また、同じく平成27年度より「活動と参加」が強調され、かかりつけ医の関与がより強く求められるようになった。訪問リハビリテーションサービスでは、かかりつけ医から利用者へのリハビリテーション計画の説明が求められている。特に「今後の生活の展望と当

図23

訪問リハの基本方針

□ 指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーションは、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**生活機能の維持又は向上を目指し**、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

【具体的な対応】

□ **指定訪問リハビリテーションは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関するリハビリテーションを提供するに当たっては、当該計画にその目的、頻度等を記録するものとする。**

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 資料一部抜粋 平成27年3月2日・3日 図23

面の目標（ゴール）」を医学的見地から説明することが大切といえる。

また、現場の療法士には、立ち上がり、歩行などの基本動作や入浴、排せつ、食事といった日常生活活動における医学的リスクの具体的な情報や、運動療法を実施する上での留意点を伝えることが肝要である。

(図24) 厚生労働省平成28年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」により「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」が発刊されている。

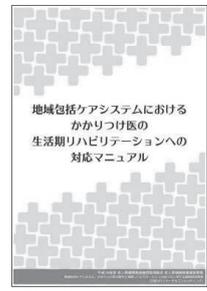
この資料は、http://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c6_1.pdf でダウンロード可能である。(図25) 通所・訪問リハビリテーションは、いずれも医師の指示の下で計画的に行われるものである。

特に訪問によるリハビリテーションの場合、利用者の居宅等において、利用者とりハビリテーション専門職のみで実施されることから、かかりつけ医から訪問

図24

厚生労働省平成28年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)
「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」

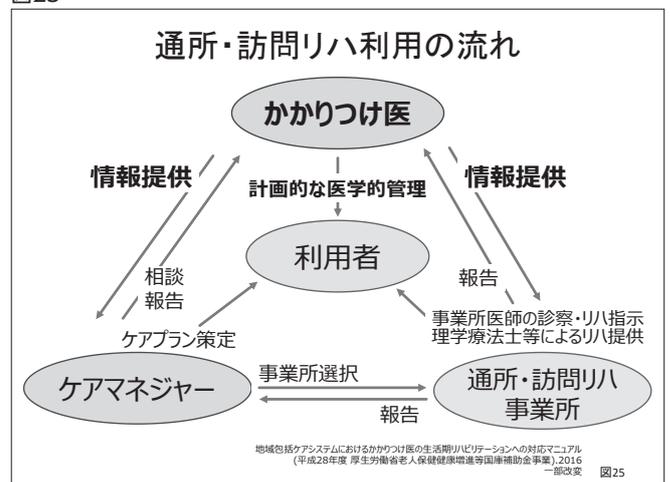
「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」



↓こちらから資料のダウンロードが可能です。
http://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c6_1.pdf

図24

図25



リハビリテーション事業所へ利用者についての情報提供を行うこととされている。この情報提供は、利用者に効果的かつ安全なリハビリテーションを提供する上で必要な情報、留意すべき情報等を備えていることが求められる。

また、規定上は要件とされていないが、かかりつけ医からケアマネジャーへの情報提供についても、より良いケアプランの策定や事業所選択を行う上で重要である。

(図26) このマニュアルに、かかりつけ医からリハビリテーション担当医等への情報提供内容のポイントが記されている。

生活機能低下の原因となった傷病名、その他リハビリテーションを提供する上でリスクになる可能性のある疾病や障害の状況、傷病の経過や治療状況では、リハビリテーションが必要になった背景やそれに係る経緯についての情報の重要性、必要と考える介護サービスやサービス利用上の留意点として、リハビリテーション実施の目的や具体的なリスク、運動負荷の程度等に加えて、本人・家族のリハビリテーションへの期待や本人の性格や嗜好に至るまで、計画作成に有用な情報の提供が求められる。項目によってはケアマネジャーや利用しているサービス提供者からの報告も参考にする。緊急時の連携を具体的に決めておくことも重要であることは承知の通りである。なお、表に記載した項目について、その根拠となる情報や経過の記載があれば、適切なリハビリテーション指示の一助となる。

(図27) 介護保険によるリハビリテーションサービスの利用には、ケアプランへの位置付けが必要である。そのため、ケアマネジャーには適切な医療ニーズを把握

することが求められている。

そこで、かかりつけ医はケアマネジャーと普段から相談できるような関係性を構築し、その時々状況を考慮し、疾病による利用者の生活への影響を明確に伝える必要がある。

ケアマネジャーは、適切にリハビリテーションを位置づけたケアプランを策定するため、次のような視点でアセスメントを行っている。

① 普段の動きを把握すること

「いつもと違う」を見つけることを基本とし、医療職に兆候を伝える。

② 動きのニーズを発見

自立、非自立の確認後、介護の内容や量の確認、ニーズを発見できる見方により、「いつもと違う動き」「いつもできているのに今日は…」「動きの効率が悪い」を伝える。

③ 生活上の情報

生活に関する情報提供や診断後のケアプラン調整、治療を考慮した生活のポイントは疾患ごとに異なる（重度か軽度、急性期か生活期などの違い）。適切なアセスメントを行うためには、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」など焦点を当て整理することも重要となる。特に、図に示した内容については、具体的な状況把握が大切である。また、日常生活の状況を踏まえ、かかりつけ医をはじめとする医療職に適切にフィードバックするためにも、是非かかりつけ医から情報共有いただきたい項目である。

図26

項目	記載内容、記載上の留意点等
傷病名	・ 生活機能低下の原因となった診断名、発症日
その他の傷病名	・ リハビリ実施に際し、リスクや制約要因となる既往症や合併症は特に重要 例：呼吸器疾患、循環器疾患、けいれん、低血糖、起立性低血圧、骨関節の状態（骨粗鬆症の程度を含む）、転倒歴、皮膚状態等
傷病の経過及び治療状況	・ 自院における経過、治療状況に限らない。 ・ リハビリが必要になった背景や、それに係る経緯についての情報が重要 例：障害の原因、当該障害に対する治療歴・リハビリ歴
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	・ リハビリを通じて実現を見込んでいる目標 ・ リハビリ実施に際しての具体的なリスク（服薬情報及びそれに対応した疾患名の提示があるとわかりやすい。） ・ 利用者にとってどの程度の運動負荷がどの程度のリスクになるかの情報は、リハビリ指示医がリハビリの中止基準等を考慮する上で有用。 ・ 急性増悪の恐れがある場合、その際の対応方法や緊急連絡先 ・ 利用者本人や家族のリハビリテーションに対する期待、利用者本人の性格や嗜好についても、リハビリを計画する上で有用と思われるれば記載する。

図26

図27

項目	記載内容、記載上の留意点等
主病名	・ 要介護状態の原因病名、関連する病名など（疾病に関する留意点） ・ 接することが少ない病名の際は、大まかな病気の内容
主症状	・ 片麻痺など主たる症状、機能障害名（他に付随する症状があればその内容）
予後	・ 今後の改善や悪化の可能性 ・ 疾患の安定の度合いや進行程度
特別な医療サービス等	・ これからどのようにサービスを提供していくのか ・ 介護者への指導はどの程度行われているのか
服薬状況	・ 使用薬剤、頻度 / 副作用等想定されるリスク ・ 不整脈や高血圧、顔色など、リスク把握のための留意点
食事	・ 食事の形態や量、カロリー量等食事に関する指示の有無 ・ 体重の増減、水分摂取量、顔や足の浮腫みなど、関連して観察が必要な事項
口腔ケア	・ 入歯、義歯等の状況
移動	・ どのように歩いているのか、いつどれくらい歩いているのか など
連絡体制	・ 緊急時の連絡先等

地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル（平成28年度 厚生労働省老人保健部等推進部補助金事業）2016 一部改定

図27

(図28) ケアマネジャーが通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションの導入時に相談したい相手として、「主治医のいる医療機関」の割合が6割を超えている。

かかりつけ医には、利用者の疾病の状態や生活状況を考慮し、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションの必要性について、ケアマネジャーに助言することが求められがちだが、実際には、助言というより相談し合う関係が大切ではないだろうか。日常生活についてはケアマネジャーの方が情報が多く、医師にとっても有益な情報である。その相談のやりとりこそが、通所や訪問のリハビリテーションの導入にあたって、ケアマネジャーだけでなく関わる全ての人々に対し、リハビリテーション提供内容を共有することを可能とするので、生活機能の状況把握に役立つと考える。

通所・訪問リハビリテーションの活用事例

(図29) 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションともに報酬改定の度に、基本報酬や加算項目・

図28

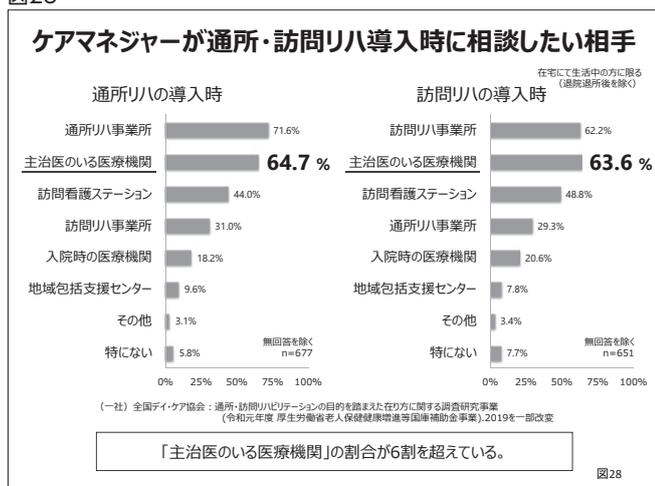


図29

通所・訪問リハビリテーションの活用事例

事例① 従来型通所リハビリテーション活用例
 事例② 短時間型通所リハビリテーション活用例
 事例③ 訪問リハビリテーション活用例

要件が改められるが、提供する考え方や対象者は変わらないので、本講義では、報酬改定に左右されない活用事例、かかりつけ医が知っておきたい在宅におけるリハビリテーションの有効な活用方法を、実際に経験した事例をもとに紹介する。

(図30) 当医療法人真正会では、2種の通所リハビリテーションを整備している。

一つは病院併設の短時間型通所リハビリテーション「デイホスピタル」である。主に回復期リハビリテーション病棟等から退院した直後の利用者が中心であり、長期間利用というイメージではなく、次のサービスにつないでいくことを目標にしている。20名定員で4クール実施している。

イギリスのデイケアは、デイホスピタル、デイセンター、デイクラブというように医療やリハビリテーションのニーズに応じて3つに類型化されているが、当法人ではデイケアが制度化される以前の1980年から、外来機能の一つとして「デイホスピタル」と名付けてリハビリテーションを提供している。

もう一つが霞ヶ関在宅リハビリテーションセンターである。このセンターはクリニックに通所リハビリテーションの他、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、訪問介護サービス、居宅介護支援事業所を併設しており、在宅リハビリテーションの拠点として運営している。

このセンターの通所リハビリテーションは、従来型（定員60名）で6～7時間利用が中心で、重介護度の方を積極的に受け入れているのが特徴であり、要介護度4以上の重介護者が12.6人（21%）利用している。日常生活を取り戻してもらいたい思いもあって「デイリビング」と名付けた。

図30

- デイホスピタル（定員20名4クール）
 - 霞ヶ関南病院併設の短時間型通所リハビリテーション
 - 回復期リハビリテーション病棟等からの継続中心
- デイリビング（定員60名）
 - 霞ヶ関中央クリニック併設の従来型通所リハビリテーション
 - 要介護度3以上の中重度対応中心
 - クリニックからの訪問リハビリテーションも提供

(医) 真正会の通所リハビリテーション

開始時に座位の自立していない利用者も多いが、座位自立に向けた取り組みこそが医療機関で行うデイケアの役割と考えている。

★事例①

(図31) 病状変化に合わせ、経口摂取を判断した事例である。

〈基本情報〉

80歳代の女性、主病名はパーキンソン病でADLは全介助、要介護5で娘夫婦と3人暮らしである。

家族は口から食事への想いが強く、食事は家族介助で3食経口摂取、1食に1時間以上かけている状況である。

かかりつけ医による月2回の定期的な訪問診療と週2回の通所リハ（従来型）を利用していた。

〈経過〉

通所リハ利用開始後2年半が経過した頃、発熱症状あり、かかりつけ医の診察の結果、肺炎と診断され、入院治療を勧めたが、本人、家族の強い意向により入院せず在宅で加療することとなった。この時点で訪問看護ステーションからの訪問看護も開始された。

〈かかりつけ医の対応〉

(図32) かかりつけ医からの提案で、訪問診療の日に合わせてサービス担当者会議を開催した。参加者は、医師の他に家族、ケアマネジャー、訪問看護師、通所リハの言語聴覚士である。

医師から参加者に誤嚥のリスクを説明した上で、確実な栄養摂取・内服のため自宅では経鼻栄養が望ましいことと、経口摂取は諦めるのではなく通所リハで練習を行っていくことを確認し、本人・家族の理解を求めたところ、期間限定（2ヶ月）での取り組みが了承された。

通所リハでの経口摂取のリスクや注意点について、担当医とかかりつけ医の情報共有が直接電話とファックスで行われ、呼吸困難等の急変時の対応を確認した。

〈通所リハの対応〉

通所リハでは、担当医を中心にかかりつけ医からの経口摂取のリスク、方法についての情報を共有し、管理栄養士と協働で言語聴覚士による経口摂取練習が開始される。経口摂取練習の経過は家族・かかりつけ医・ケアマネジャーと常に情報を共有していた。

2ヶ月経過し、体調も安定し、自宅でも経口摂取の機会を確保しつつ在宅生活を継続中である。

★事例②

(図33) 転倒増加に応じて通所リハを効果的に利用できた事例である。

〈基本情報〉

90歳代の男性、要介護1。もともと狭心症や高血圧、糖尿病など複合的に疾患を抱えている方。日常生活は自立しており、毎日の散歩を日課としていた。

図32

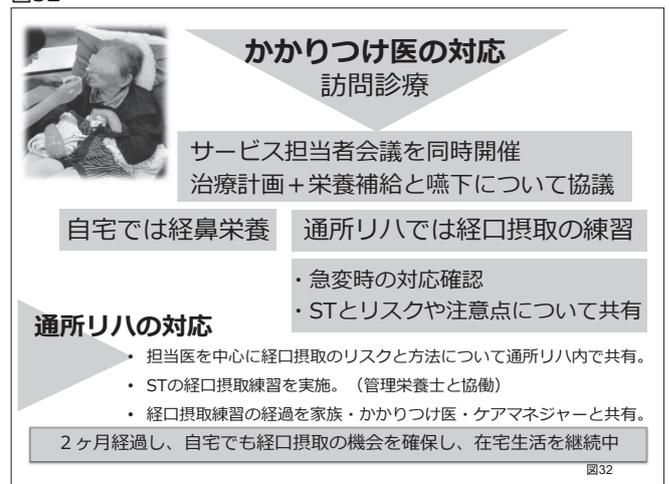


図31

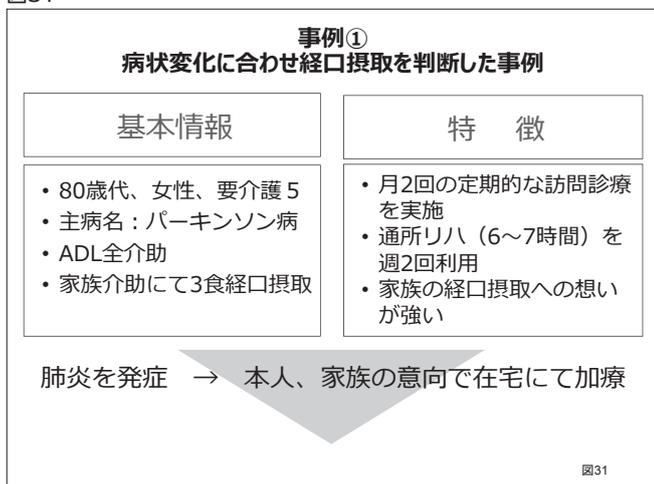
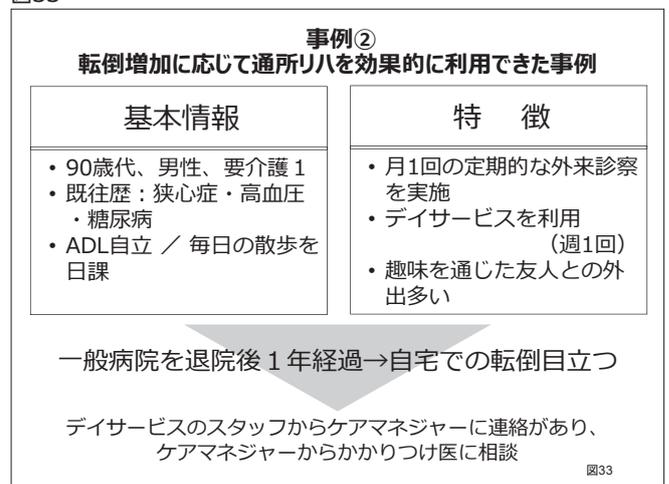


図33



月1回の定期的なかかりつけ医の受診をしながら週1回デイサービスを利用していた。

カメラの趣味を通じた友人との外出が多く、活動的に日々過ごしていた。

〈経過〉

デイサービスではマッサージやマージャンなどを楽しみに過ごしていた。

利用開始して約1年経過する頃にデイサービスのスタッフが下肢にアザがあることに気づく。本人に聞くと自宅で転倒が増えてきていることが発覚。デイサービスのスタッフがケアマネジャーに報告し、ケアマネジャーからかかりつけ医に相談をした。

〈かかりつけ医の対応〉

(図34) ケアマネジャーが同伴し外来診療。

診察の結果、内科的な問題はないことを確認した。

生活状況を改めて聞いていくと、自宅での転倒は約2ヶ月前から発生していた。

また、転倒をきっかけに歩行に対して億劫になり、日課の散歩や友人との交流も減ってきていることが判明。転倒の原因が体力・筋力低下と判断し、同伴していたケアマネジャーにデイサービスではなく、リハビリテーション評価の必要性と通所リハまたは訪問リハのサービス利用を提案した。

原因が明確に分かったことで本人も前向きに捉え、デイサービスから通所リハの利用を選択した。

〈通所リハの対応〉

居宅訪問を行い、環境調整を実施。

ベッドサイド・トイレや玄関など方向転換を伴う箇所でバランスを崩すことが認められたため、福祉用具や手すりの導入を行う。

屋外歩行はもともとT字杖であったが、歩行器の導

入を本人と相談し、快諾された。

通所リハでは、歩行器を用いた歩行評価と練習、体力・筋力低下にはマシントレーニングを導入した。

運動時の負荷量に関しては狭心症もあるため、息切れの有無やSpO₂（経皮的動脈血酸素飽和度）の評価を踏まえて取り組んだ。

結果として通所リハを3ヶ月利用し、基本的な体力と筋力の向上が見られ、また環境調整と歩行補助具の選定で、以前よりも自信をもって活発に動けるようになった。

もともとの利用目的や目標を達成。また、転倒が見られ始めたときや通所リハを活用した方が良い心身状況のポイントをお伝えし、デイサービスへ戻った。

★事例③

(図35) 肺炎の再発予防と介護負担の軽減に向け、早期離床を指示した事例である。

〈基本情報〉

80歳代の男性、要介護5。パーキンソン病と認知症で日常生活は全介助だが、妻の介助で車椅子移乗は可能。

月2回の定期的な訪問診療を実施。週2回の通所リハを利用しながら、主介護者の妻と2人暮らしを続けていた。

〈経過〉

誤嚥性肺炎で入院し、胃瘻を造設して退院。約3ヶ月の入院期間の中で、離床は未実施であった。入院中に四肢拘縮が進行し、覚醒が低い状態となっていた。

図34

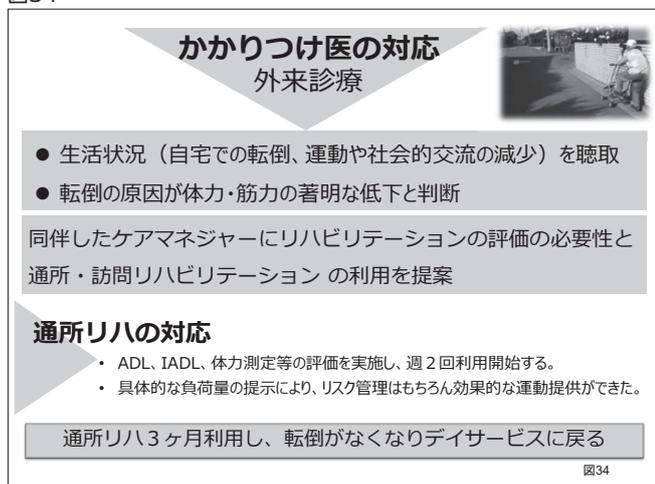
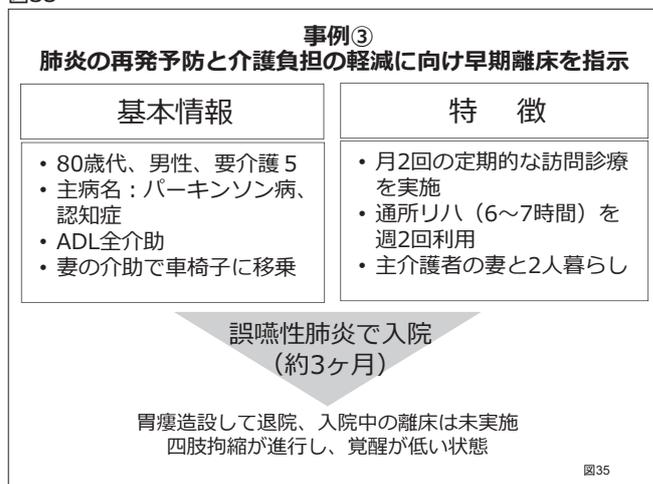


図35



〈かかりつけ医の対応〉

(図36) 退院後の住宅環境整備が不十分、離床困難で通所リハを休止しており、妻の介護負担増大のため、訪問看護と訪問リハの必要性を判断した。

肺炎の再発予防のため、早急に車椅子離床を勧めるよう指示をした。車椅子座位耐久性を高め、通所リハの早期利用再開を目標として指示した。

〈訪問リハの対応〉

訪問看護と連携し、自宅環境を調整。血圧変動を考慮しつつ、自宅で離床時間を確保していった。

四肢拘縮に対応した車椅子を選定し、移乗の介助方法を伝達。車椅子座位耐久性について情報共有を行った。

通所リハを再開し、3ヶ月後には入院前の生活状況に戻り、妻の介護負担が軽減。訪問リハを修了した。

(図37) 実際に通所リハビリテーションの利用者の基本動作能力を調べてみると、座位の「自立」割合が9割を超えており、「座位が自立していないと、通所リハビ

リテーションへ通えない」という状況にある。

本来、座位が自立に向けてのアプローチを行うサービスは、通所・訪問の区別なくリハビリテーションの役割である。座位自立していない利用者こそ、積極的に通所リハビリテーションにて受け入れていくことが必要と考える。座位全介助だからこそ通所リハビリテーションの活用を進めていきたい。

以下は当通所リハビリテーションでの取り組みである。

(図38) 人間が最期まで人間らしい生活を送ることができるかどうかは、少なくとも「座位」の姿勢を保つことであると言われる。日常生活を営むための「守るも攻めるもこの一線」とであると、大田仁史氏も述べている。

座位ができれば次は立膝、そして起立と、目標を段階的に上げていくことができる。そのことを実証するための取り組みを続けてきたのでここで紹介する。

(図39) 当グループの特別養護老人ホームで取り組んできた端座位へのアプローチが有効であったため、当

図36

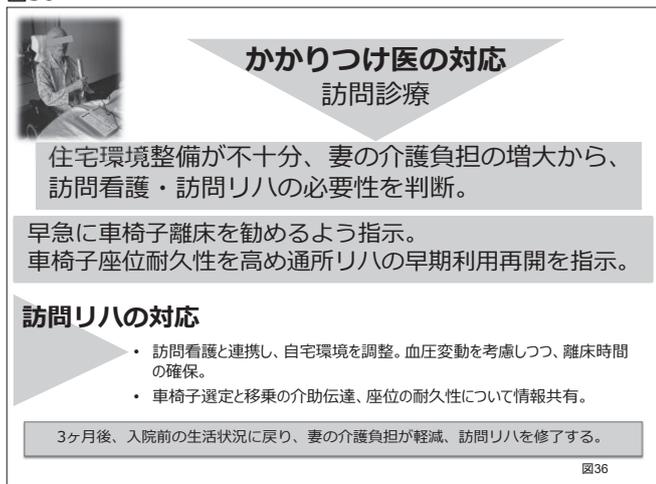


図38

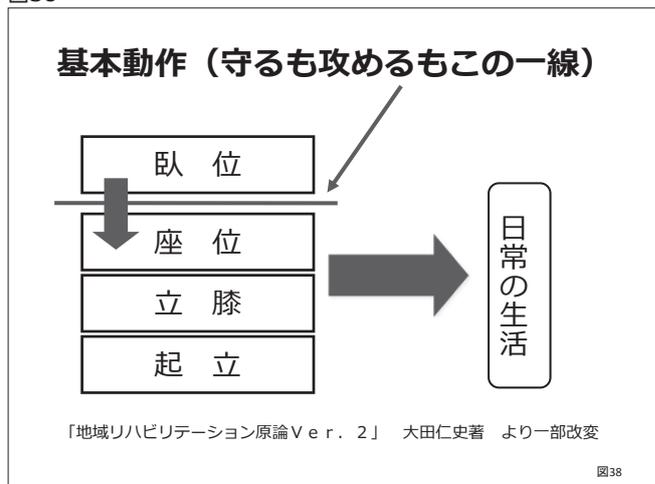


図37

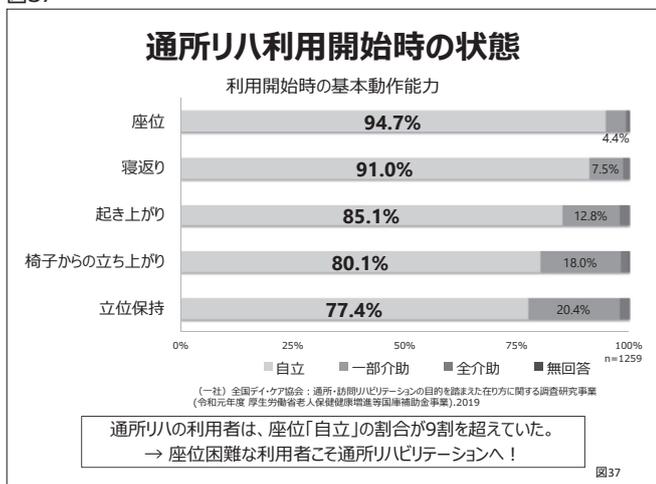
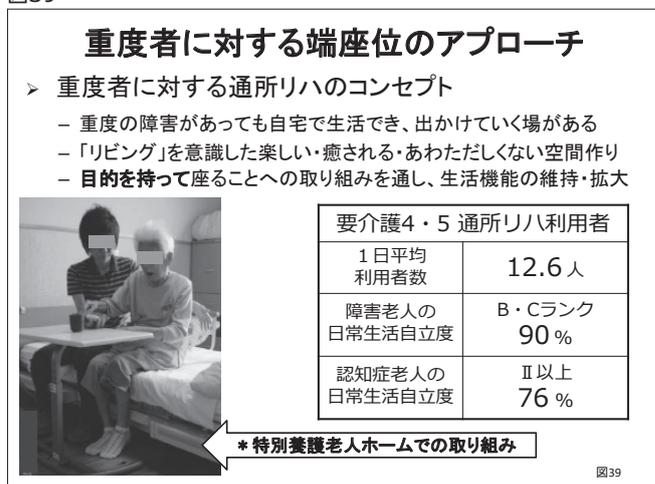


図39



法人の従来型通所リハビリテーションでは、重度の要介護者を積極的に受け入れ、座位へのアプローチを実践している。重度の障害があっても自宅で生活でき、出かけていく場がある。

加えて、「リビング」を意識した楽しい・癒される・あわただしくない空間作りを意識し、目的をもって座ることへの取り組みを通して、生活機能の維持・拡大を目的としている。

端座位の姿勢を保つことができない要介護4・5の利用者に対して、食事や入浴・排泄の時にだけでなく、敢えて端座位の姿勢をとる機会を作り、徐々にその保持時間を延ばしていく。この取り組みは、決してセラピストでなければできないものではなく、通所リハビリテーション実施計画の中に位置付けてチーム全員で実践している。臥位でいることの弊害、座位の姿勢をたとえ短時間でも保つことで生まれる可能性を、意識した上での取り組みである。

(図40) 座位と言っても目的によって作業をするための椅子や寛ぐソファなど、その場面場面で適切な「椅子」がある。

食事や活動は普通の椅子だが、座面の高さや奥行き、形やマテリアルなど、その対象者の状況に合わせたものを準備し、マットやクッションなどを活用して基本的な姿勢をとることから始めたい。

休息をとることも大切である。リクライニングチェアなどを活用して寛ぐ時間も取り入れる。結果的にリラクゼーション効果が良肢位につながる。

図40

重度者に対する通所リハ利用の効果

【かかわりのポイント】 目的を持った座位への取り組み

	活動するための座位	休息するための座位
リハの視点	<ul style="list-style-type: none"> ・移乗動作による活動の効果 ・座るための環境整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・良姿勢のためのリラクゼーション効果 ・褥瘡予防、体力的な回復
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ・食事・活動は普通の椅子へ 	<ul style="list-style-type: none"> ・寛ぐ時にはソファなどへ(送迎後、入浴後、食後など)





図40

(図41) かかわる前後の変化を示す。特に通所リハビリテーションで送迎直後、事業所に着いたばかりは緊張が強い。その緊張を解くためにもリクライニングチェアの活用は有効であり、介助の必要量にも影響する。もちろん、入浴後や食後にも有用である。

このように姿勢を改善する取り組みを通して活動と休息にも目的をもち、メリハリをつけ、滞在中にどのタイミングで、何を目的に座位をとるのかなど検討し、全スタッフでかかわっている。

重介護者は自宅ではベッド上が中心の生活になりがちだが、このような取り組みは通所リハビリテーションだからできるわけでもなく、自宅において家族でも実践することができる。

(図42) 要介護4・5の通所リハビリテーション利用者48名のBarthel Indexを調査したところ、利用開始後6ヶ月以上の利用者で3名は低下しているが、それ以外のほとんどの利用者である90%以上に維持・向上が図れた。

構成年齢を考えれば、意味のある取り組みであるこ

図41

重度者に対する通所リハ利用の効果

【結果：かかわり後の変化】

かかわり前

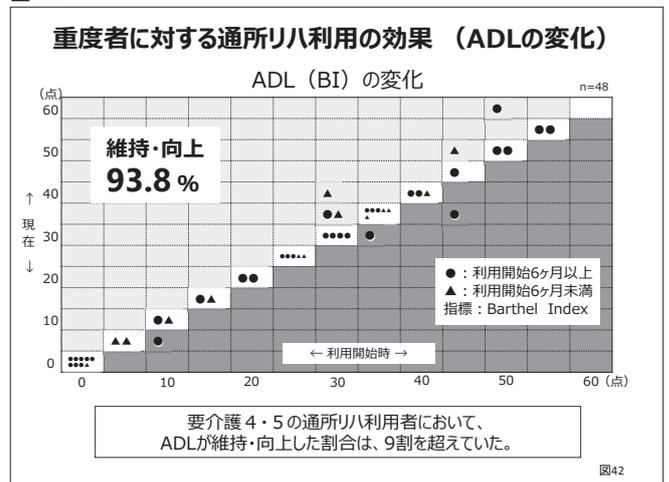


かかわり後



図41

図42



とがわかる。

(図43) Vitality Indexによる意欲の面では、ADL以上に効果があることがわかる。

維持はもちろんであるが、利用開始6ヶ月以上の利用者の向上が目立ち、単に座位の姿勢をとっているだけでなく、お茶を飲む、茶話会に参加する、本を読む、千切り絵や編み物をするなど、目的のある活動につながっている。

(図44) 意欲が向上した項目について調べてみると、リハビリテーションや前述したような目的のある活動に対して意欲が向上した割合は6割近く、また排泄や意思疎通に関しても少なからず前向きな姿勢がうかがえる。

(図45) 介護の負担感について家族(介護者)に訊ねたところ、85%以上が負担感の軽減を感じていた。

通所リハビリテーションでの座位の取り組みが、様々な目的のある生活につながり拡がっていくことで、自宅での様子が良い方向に変化していることを実感する。

リハビリテーションの基本の一つである「座る」ことへのアプローチは要介護度によって違うが、家庭での生活に良い影響が出ることは大変意味があることと推察する。

(図46) 介護負担感が軽減した理由からは、通所リハビリテーション利用時の「介護者自身の休養」だけでなく、「本人のプラスの変化」や「介護者の身体的な負担軽減」にもつながっていることが注目される。また「精神的な安心感」が挙げられたことも、長期間に及ぶ終了の見えない介護にとっては大きな効果であろう。

(図47) 平成30年度介護報酬改定では、リハビリテーション会議への医師の参加を促進する目的で、テレビ会議等の活用が認められた。

リハビリテーションマネジメントで求められているリハビリテーション会議への医師の参加が困難との声があることから、テレビ電話等を活用してもよいこととなったわけだが、関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明することが重要と

図43

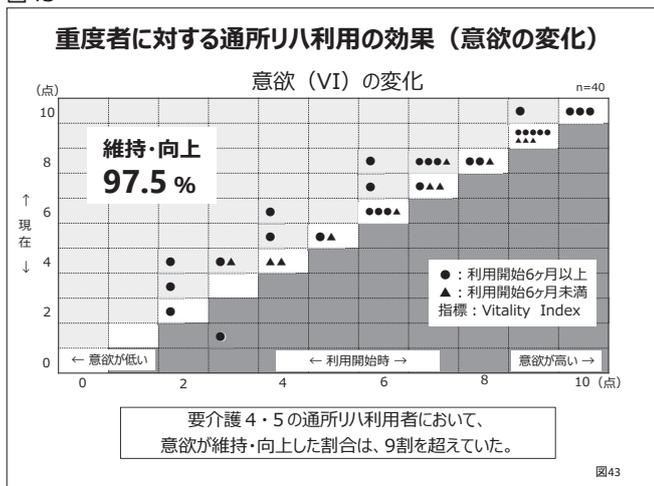


図45

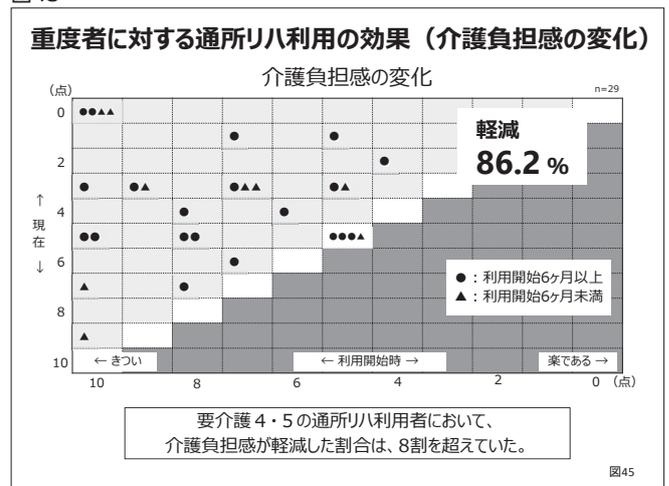


図44

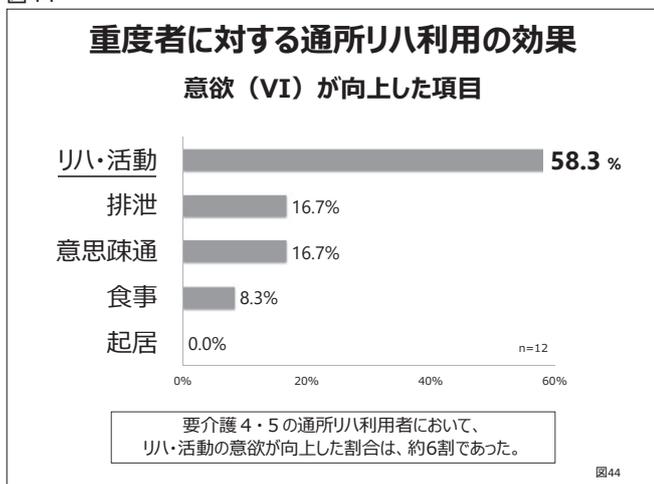
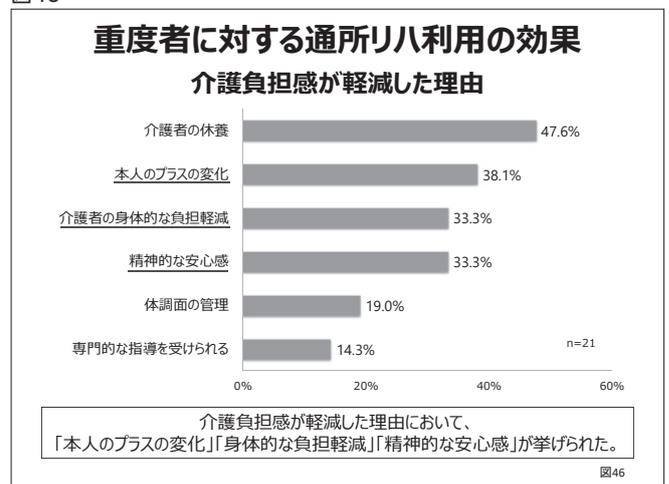


図46



なる会議で有効活用されることが期待されている。

まとめ

(図48) リハビリテーションは介護の必要な人には必須なサービスであるが、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションは、利用者の置かれている状況や状態、地域特性等に応じて選択される。どちらのサービスも漫然と提供・利用されるべきではなく、定期的な評価の実施が肝要で、他のサービスへの移行や併用をいつも意識しておくべきである。

居宅サービスとして提供されているリハビリテーションの活用次第で、「豊かな生活」に結びつけることができる。「豊かな生活」を実現するためには、単に衣食住が提供されているかどうかではなく、本人の意思を尊重し、できる限り自立した生活を送ってもらうための支援をすることが肝要である。

図47

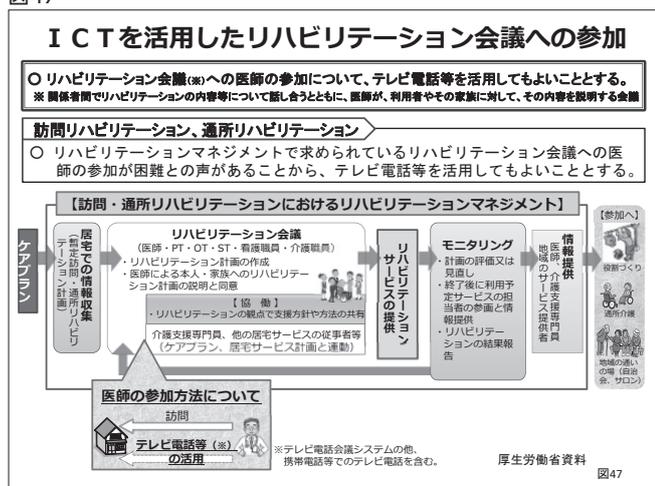


図48

まとめ ①

- リハビリテーションは要介護者に必須なサービスである。
- 通所・訪問リハビリテーションも、利用者の置かれている状況に応じて選択される。
- 生活期のリハビリテーションは、漫然と提供すべきではない。
- 適時の評価・分析を行うことが肝要である。
- 「豊かな生活」の実現を目指して、自立支援を念頭においたリハビリテーションが提供されるべきである。

図48

(図49) 最後に「介護」におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿について述べる。

前述もしたが、疾病・障害の程度にかかわらず、リハビリテーションの前置の考え方が重要である。ここで言うリハビリテーションは、決して「訓練」のようなイメージだけではなく、「評価」「分析」「予後予測」等をリハビリテーションの立場で、言い換えれば「リハビリテーションの目」が入ることで、その後の介護手法やサービス提供に有益な結果をもたらすからである。

付け加えれば、前置とは開始時ばかりでなく、ケアプラン等の見直しの時期も含まれることを忘れてはならない。定期的な生活機能の評価とアドバイスの必要性は誰もが感じるところであろう。

介護の負担を軽減するためにもリハビリテーションは不可欠と考える。本人のADLやIADLの維持・向上を図ることはもちろんであるが、在宅生活を続けていくための介護の負担を軽減するために行う適切なアドバイスや工夫がその後を大きく左右することを忘れてはならない。

在宅におけるリハビリテーションは、日常生活をベースにして提供されるべきである。そのためには、かかりつけ医や携わる医師はもちろん、リハビリテーションや介護に関わる全ての職種、そして本人・家族による「チーム」としての取り組みが大切であり、「通所」「訪問」という提供スタイルにこだわることなく、適切な時期に適切な提供をすることが求められる。期間はもちろん、評価目的での単発利用など、チームアプローチの一環として提供されることが期待されている。

図49

まとめ ②

**「介護」における
リハビリテーションの必要性と将来あるべき姿**

- ◆ リハビリテーション前置の考え方を再確認する。
- ◆ 介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
- ◆ リハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備する。

図49

**日医かかりつけ医機能研修制度
令和2年度応用研修会**

令和2年5月24日 発行

- ・発行 公益社団法人 日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03) 3946-2121 (代表)
- ・担当 保険医療部 (医療保険課・介護保険課)
生涯教育課