



日本医師会

# 日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会

公益社団法人 日本医師会



# contents

## 目次

- 1 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 . . . . . 1  
国立国際医療研究センター 国際感染症センター センター長 大曲 貴夫
- 2 「介護保険制度における医療提供と  
生活期リハビリテーション」 . . . . . 15  
公益社団法人 日本医師会 常任理事 江澤 和彦
- 3 「口腔・栄養・リハビリテーションの  
多職種協働による一体的取組」 . . . . . 51  
健康長寿のための口腔機能管理と口腔衛生管理のすすめ  
東京医科歯科大学大学院 地域・福祉口腔機能管理学分野 教授 松尾 浩一郎  
管理栄養士による居宅療養管理指導のニーズ  
社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 栄養科 科長 矢野目 英樹
- 4 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 . . . . . 79  
ヘルペスウイルス感染症～診断・治療・予防の進歩～  
医療法人社団 浅井皮膚科クリニック 院長 浅井 俊弥  
眼科における知っておきたい症候とその原因疾患  
毛塚眼科医院 院長 毛塚 剛司  
日常診療で留意すべき耳鼻咽喉科の症候と疾患  
医療法人社団翠明会 山王病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科部長 永田 博史
- 5 「尊厳の保持と自立支援のための  
認知症ケアと生活支援」 . . . . . 133  
本人・家族・医療者の well-being をめざして  
群馬大学 名誉教授 山口 晴保
- 6 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／  
フレイルの改善へ向けた取組～」 . . . . . 151  
症例1～意思決定を尊重した看取り～  
医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 高木 暢  
症例2～フレイルの改善へ向けた取組～  
医療法人アスムス 生きいき診療所・ゆうき 院長 荒井 康之

### 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、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。



## 今後の新興感染症を踏まえた感染対策

### 【目 標】

COVID-19 への対応の過程で様々な対策上の課題が明らかとなった。これに対しては令和4年に開かれた有識者会議からの提言をもととして、次のパンデミックに備えた体制構築が進められている。まず感染症を国の有事と位置づけて、その指揮命令系統を明確化するために危機管理庁が設置され、その下に厚生労働省に設置される感染症対策部が位置づけられ、国の対策の舵取りをする。第2に感染症の有事に対応出来るように保健所の機能が強化され、第3にはパンデミック発生時、特にその早期に医療対応が十分に出来るためのキャパシティを十分に確保するために、地域毎の感染症予防計画と地域医療計画の改正が行われる。最後に研究機能の強化のために国立感染症研究所と国立国際医療研究センターが統合される。

次のパンデミックへの備えとしては、医療現場の対策の更なる充実が必要である。目下まずはCOVID-19に対応出来る体制を作っていく必要がある。診療については治療薬も充実してきたため、まずは迅速な診断がなされ、治療薬が速やかに患者に届くための体制作りが必要である。また感染防止対策については、特にエアロゾルが発生する状況で感染するリスクが高くなるため、患者との近接時にはN95マスクを使う、施設内の換気を促すなどの対応が必要となる。また、これまではCOVID-19の患者を確実に収容するために病棟単位で病床確保することなどが行われてきたが、一般診療にも機動的にベッドが活用されるように個室単位での診療も進めていく必要が出てくる。またCOVID-19の感染様式も明らかになってきたため、それに基づいて省くことのできる感染防止対策は省くなどの対応も今後必要となり、これは現場の負担を減らすことができる。また今後は都道府県単位での議論を経て感染症指定医療機関だけでなく感染症協定締結医療機関が定められ、数値目標とともに体制整備がなされていくが、これは医療機関全体の感染症対応能力の向上につながっていくものと思われる。

今後求められる感染症対策としては、日常診療で遭遇する症例をもとに、感染症一般への対応の要点として、症候群で分類して感染症対応を確立することを始め、地域連携の強化や、情報収集方法の確立についてまとめた。

### 【キーワード】

COVID-19、感染症危機管理、パンデミック

---

おおまがり のりお  
国立国際医療研究センター国際感染症センター センター長 **大曲 貴夫**

国立国際医療研究センター 国際感染症センター（DCC） 科長／感染症内科医長

【略歴】佐賀医科大学医学部卒。聖路加国際病院内科レジデント。2002年テキサス大学ヒューストン校内科感染症科クリニカルフェロー。2004年静岡県立静岡がんセンター感染症科医長、2007年同部長。2011年国立国際医療研究センター国際疾病センター副センター長、2012年同院国際感染症センター長に就任、2017年4月より国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター長を併任。

# 今後の新興感染症を踏まえた感染対策

国立国際医療研究センター  
国際感染症センター センター長

大 曲 貴 夫

## 日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 C O I 開示

演題名： 今後の新興感染症を踏まえた感染対策

演者名： 大曲貴夫

**私が発表する今回の演題について、開示すべき  
C O I はありません。**

## はじめに

1. COVID-19にどう対応していくべきか
2. 次のパンデミックへの備え
3. 今後求められる感染症対策

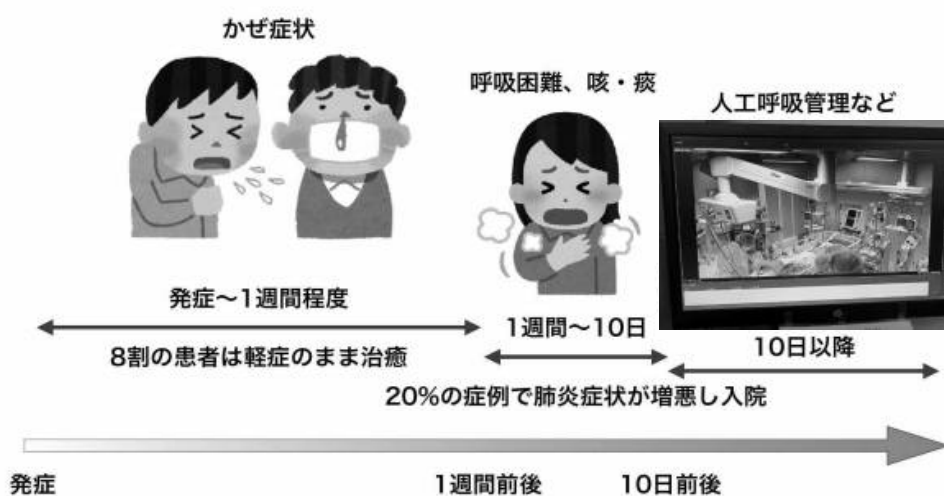
# はじめに

1. COVID-19にどう対応していくべきか
2. 次のパンデミックへの備え
3. 今後求められる感染症対策

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

2

## 新型コロナウイルス感染症の経過

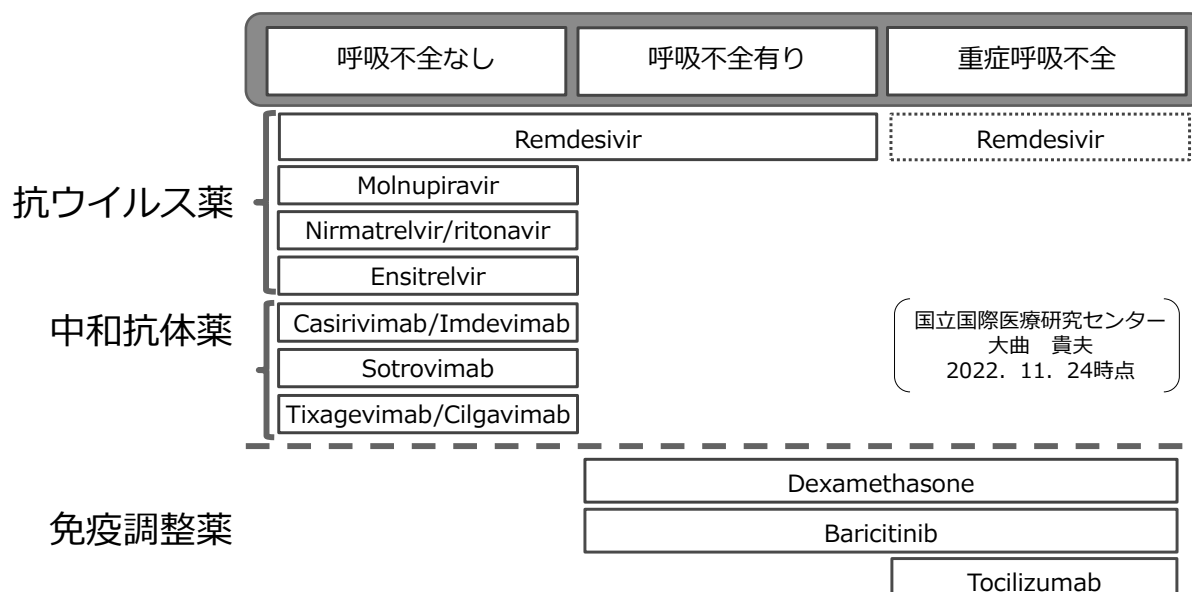


上記の比率はワクチン接種率向上とともに変化するだろう

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

3

## COVID-19感染の治療



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

4

# COVID-19対応の特殊性

－従来のインフルエンザの流行と比較－

- 新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）はインフルエンザよりも明らかに感染性が高く、院内感染防止対策はインフルエンザよりもはるかに困難
- 患者数、医療上の必要性から入院が必要な患者数が多い（インフルエンザによる入院患者の数倍－数十倍？）
- 一般診療との両立が必要だが容易ではない

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

5

2023年1月17日

## 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド

第5版



一般社団法人 日本環境感染学会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

6

## 近接時はサージカルマスクでは防ぎきれない

### 流行時の対策

食事介助・口腔ケア・吸引時の PPE 装着

・患者の顔に近づくケアが必要な時(食事介助、口腔ケア、吸引など)はスタンダードプリコーションを遵守し、さらに N95 マスク、フェイスシールド(シールド付きサージカルマスク)を追加する。

一食事時は患者がマスクを装着できない、また口腔ケア時は飛沫が多く飛散することがわかっている。食事介助が原因と思われる感染事例が発生しており、現在新型コロナ感染症が蔓延している間は上記対応を徹底する。

\* N95 マスクは単回使用にせず NCGM における新型コロナウイルス感染症 院内感染対策マニュアル「N95 マスクの使用について」を参照し適切に使用する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

7



## ロビーなどでの食事介助の注意点

・病室以外での食事介助等は必要最低限とする（病室内での食事を優先とする）。

【病室外（ロビーなど）で行う場合】

- ・患者と患者の間隔を 1.5メートル（可能ならば 2メートル）以上開ける。
- ・患者同士が向かい合わせにならないように配置する。
- ・患者の食事中および口腔ケア中は、患者の前はできる限り通らないようにする。
- ・食事介助時は患者と医療者は向き合わず、患者の横から介助する。

例)



- ・ソファの位置を移動し、ロビーを広くする。
- ・患者同士の間隔はできる限り開け、MAX6～7人程度とする。
- ・患者が多い場合は、写真のようにエリアの交通を制限する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

8

## 既に隔離されているCOVID-19陽性患者からの二次感染は、まずない

感染の発生源となるのは職員や、未診断の入院患者・入居者

施設内クラスターの経験の声：

- ・職員が軽い感冒様症状があるまま数日業務を継続。最終的にCOVID-19と診断されたが、職員と入院患者が多数陽性となった。
- ・入院中の患者が発熱。同院には当時、他にはCOVID-19陽性患者はいなかった。多くの患者が陽性となった。入院時に既にCOVID-19に罹患していた患者がいた可能性が高い。
- ・**職員と、未診断の入院患者への対応が重要！**

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

9

## はじめに

1. COVID-19にどう対応していくべきか
2. 次のパンデミックへの備え
3. 今後求められる感染症対策

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

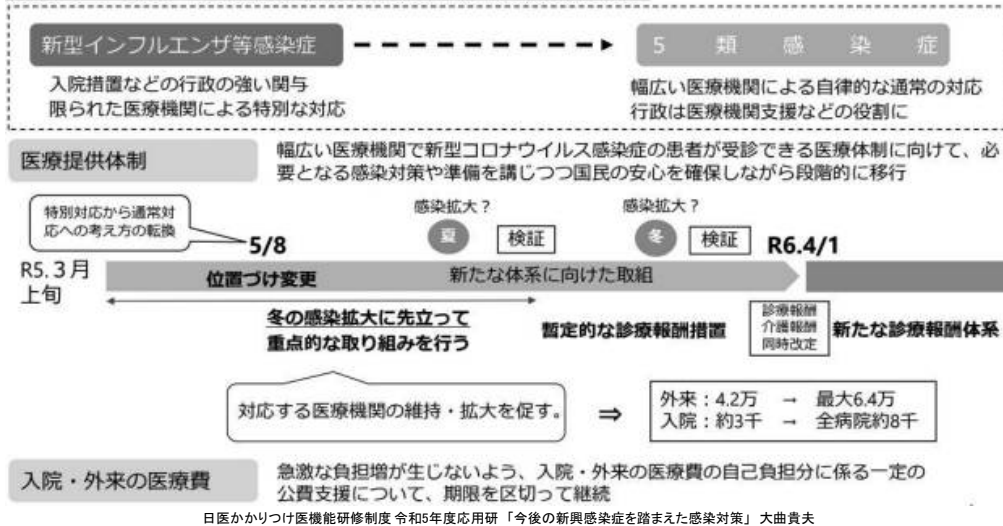
10

## 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う 医療提供体制及び公費支援の見直し等について（ポイント）

参考資料

※ 本資料は、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和5年3月10日  
新型コロナウイルス感染症対策本部決定）について、補足資料も加えつつポイントをまとめたものである。

### ○新型コロナウイルス感染症は、5月8日から5類感染症に



11

## 新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた 次の感染症危機に向けた中長期的な課題について 2022

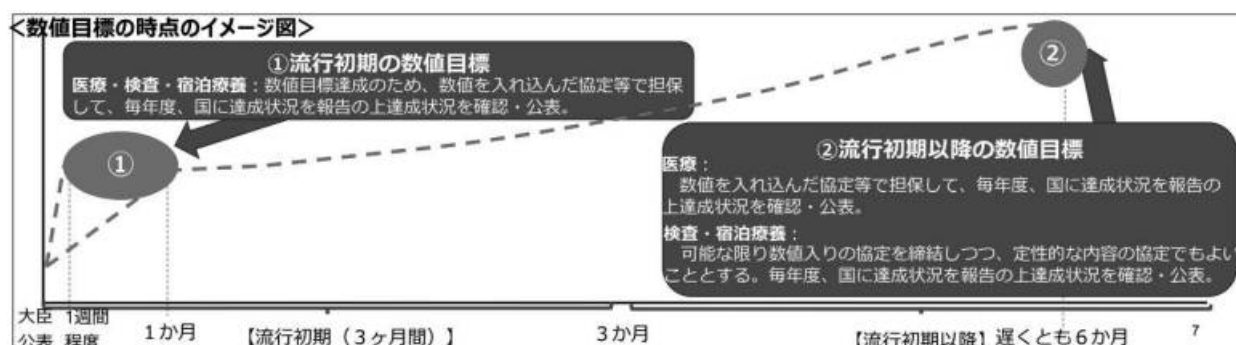
2022年6月15日 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議

3. 政府の取組から見える課題 ..... 4
- (1) 感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた課題と取り組むべき方向性 ..... 5
- ① 医療提供体制の強化に関する事項 ..... 5
- ② 保健所体制の強化に関する事項 ..... 11
- ③ 検査体制の強化 ..... 12
- ④ サーベイランスの強化等 ..... 12
- ⑤ ワクチン等の開発の促進・基礎研究を含む研究環境の整備 ..... 14
- ⑥ より迅速なワクチン接種のための体制構築 ..... 15
- ⑦ 医療用物資等の安定供給 ..... 16
- ⑧ より実効的な水際対策の確保 ..... 17
- ⑨ 初動対応と新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施等 ..... 18
- (2) 次の感染症危機に対する政府の体制づくり ..... 20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

12

## パンデミック初期から初期以降の対応 (感染症危機管理)



(厚生労働省) <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001086595.pdf>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

13

# 感染症予防計画の見直し 準備項目の明確化と数値目標の設定

## 2) 検討にあたっての前提①

(設定する数値目標について) (厚生労働省) <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001086595.pdf>

- これまでの感染症部会での議論や、第8次医療計画検討会、地域保健健康増進栄養部会での議論を踏まえて、都道府県及び保健所設置市等が定める数値目標については下記のとおり設定する。

数値目標を設定する事項	数値目標
医療提供体制 (※)	病床数、発熱外来機関数、自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する機関数(病院・診療所数、薬局数、訪問看護事業所数)、後方支援を行う医療機関数、他の医療機関に派遣可能な医療人材数(医師数、看護師数)
検査体制 (○) (※)	検査の実施能力、地方衛生研究所等における検査機器の確保数
宿泊療養体制 (※)	宿泊施設における確保居室数
物資の確保 (○) (※)	個人防護具を十分に備蓄している協定締結医療機関及び検査機関数
人材の養成及び資質の向上 (○)	医療機関並びに保健所職員や保健所以外の職員に対する研修実施回数
保健所の体制整備 (○)	最大業務量を見込んだ人員確保数

○: 保健所設置市等が数値目標を定める事項(宿泊療養体制は任意)

※: 感染症法に基づく協定により担保する数値目標

- また、3月13日の感染症部会において、検体搬送及び患者の移送等に係るご意見をいただいたことを踏まえ、検体の搬送については、国において、検体の搬送がスムーズに進むための方策について、コロナ対応の経験も踏まえ、平時から関係者と連携して検討することとし、

移送については、新型コロナウイルスの対応を踏まえ、まずは都道府県と消防本部における役割分担等を、都道府県連携協議会等で議論していただき、地域の実情に応じた体制について検討いただくこととする。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」大曲貴夫

医療提供体制、検査体制、宿泊療養体制ごとの数値目標の考え方					
実施機関	実施内容	1. 流行初期(初期対応) (厚生労働大臣の公表後1週間(1ヶ月)以内)		2. 流行初期以降 (厚生労働大臣の公表後遅くとも6ヶ月以内)	
		目標(全国ベース)(※)	当該目標の実付け	目標(全国ベース)(※)	当該目標の実付け
医療提供体制	医療機関	約1.9万床 <small>※入院体制、「流行初期医療確保計画」の対象機関を想定。公表後1週間</small>	数値入りの協定	約5.1万床 (約3,000医療機関 (うち重点医療機関約2,000)) <small>流行初期以降確保目標: ①+1~2万床(協定医療機関数)</small>	数値入りの協定を前提
		1,500機関 (約3万人/日対応) <small>※発熱外来、「流行初期医療確保計画」の対象機関を想定。公表後1週間</small>	数値入りの協定	約4.2万機関 <small>流行初期以降確保目標: ①+3~4000機関(協定医療機関数)</small>	数値入りの協定を前提
				<ul style="list-style-type: none"> <li>○自宅療養者等への医療の提供                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-病院・診療所数(約2.7万)</li> <li>-薬局数(約2.7万)</li> <li>-在宅学習内数(約2.6千)</li> </ul> </li> <li>○後方支援を行う医療機関数(約3.7千)</li> <li>○他の医療機関への応援派遣に対応可能な医療者数(約2.1千)、-看護士数(約4千)</li> </ul>	数値入りの協定を前提
検査体制	地方衛生研究所等	【厚生労働大臣の公表後1ヶ月】 3万件以上/日 (核酸検出検査) <small>※少なくとも発熱外来が対応する患者数に対応できる能力の確保を目指す。 ※重点医療機関の約半数がリアルタイムPCR検査機器を備えている(厚労科研アンケート)ことを踏まえ、医療機関においても一定程度の実施を想定。</small>	約2万件/日以上 <small>※新型コロナウイルス感染症の確保した体制を踏まえ、最大検査能力を確保 ※検査設備(PCR検査機等)の整備が完了 ※地域保健健康増進栄養部会での議論を踏まえ、詳細は参考資料を参照。</small>	約50万件以上/日 (核酸検出検査) <small>※発熱外来機関数(約4.2万)×12人/日(注)を想定 (注)①のうちの第7波(令和4年度)における実績を参考</small>	可能な限り数値入りの協定を締結しつつ、定性的な内容の協定もよいこととする。 <small>※民間検査機関の平時の備品・備人員等の保有の確保から、平時は日課との差分が生じるが、感染症危機が実際に発生した際に、その差分を迅速に解消できるよう、平時からの様々な準備を行う。</small>
	民間検査機関等 (保健所・医療機関からの分析委託)	【補注】 -国は、試薬の確保等に努めるとともに、3万件/日以上に加え、迅速、迅速に検査体制を立ち上げる方策を平時から検討する。	約1万件/日以上 数値入りの協定 (民間検査機関等で+αを想定。)		
宿泊療養体制	宿泊施設	【厚生労働大臣の公表後1ヶ月】 約16,000+α室 <small>※令和2年5月頃の新型コロナウイルス対応の実績を参考に設定。一部の県において宿泊施設を開発してはなかったが、当該県においても開設することを想定し+αの上乗せをする。</small>	数値入りの協定	約73,000室	

数値の確保については、流行初期、流行初期以降を通じて、協定締結医療機関等のうち、**5割以上**の施設が当該施設の使用量2ヵ月分以上に出たるPPEを備蓄することを目標とする。

(厚生労働省) <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001086595.pdf>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」大曲貴夫

## はじめに

1. COVID-19にどう対応していくべきか
2. 次のパンデミックへの備え
3. 今後求められる感染症対策

# 感染症一般への対応

1. 症候群で分類して、感染症対応を確立する
  - 急性気道感染症
  - 発疹症
  - 急性胃腸炎 への対応を確立する
2. 地域連携の強化
  - 相談出来る体制、受け入れられる体制を地域で確立する
3. 情報収集方法の確立

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

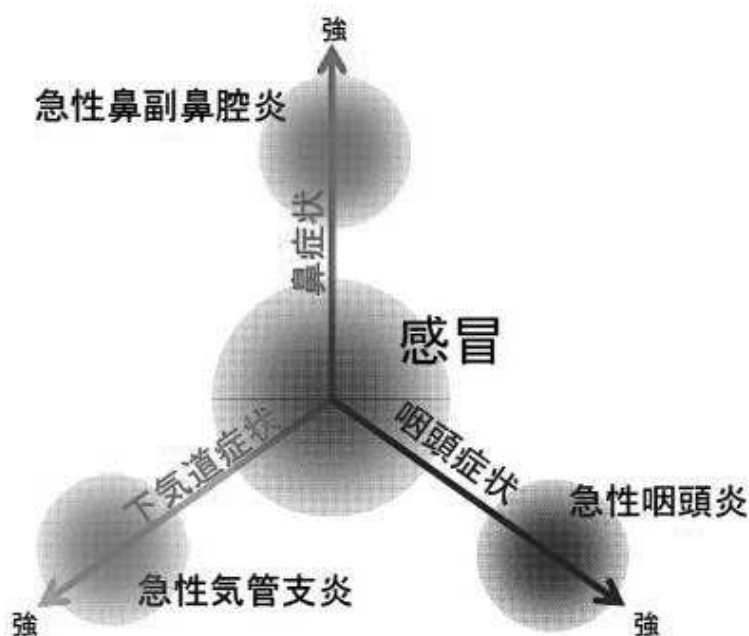
17

## 症例 32歳男性

とくに既往なし。仕事はデスクワーク。  
4日前からの咽頭痛、鼻汁あり。本日に  
なって咳嗽も出現。倦怠感あり。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

18



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

19

## 症例 24歳女性 咽頭痛

24歳女性。職業は看護師。生来健康。  
3日前からのどが痛くなった。  
寒気がしたので体温を測ったら39度。  
鼻水は出ないし、咳や痰もない。  
「顎の下を触るとすごく痛い」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

20

## 感冒の自然経過

咽頭痛や鼻症状で発症  
2-3日後に咳や痰が出現  
2-3日で症状のピーク  
その後7-10日かけて軽快  
咳嗽は3週間程度続くこともある

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

21

- 全てのインフルエンザ患者が咳をしていた
- インフルエンザと診断された患者で発熱していたのは約半数

MAJOR ARTICLE

### Influenza Among Afebrile and Vaccinated Healthcare Workers

Justica F. Ridgway,<sup>1</sup> Allison H. Bartlett,<sup>1</sup> Sylvia Garcia-Houchins,<sup>1</sup> Sean Cavitt,<sup>1</sup> Aurora Enriquez,<sup>1</sup> Rachel Myers,<sup>1</sup> Cynthia Potts,<sup>1</sup> Mona Shah,<sup>1</sup> Caroline Giametta,<sup>1</sup> Steve Mosakowski,<sup>1</sup> Kathleen G. Beards,<sup>1</sup> and Emily Louder,<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Departments of Medicine and Pediatrics, University of Chicago, <sup>2</sup>Infection Control Program, <sup>3</sup>Occupational Medicine, and <sup>4</sup>Respiratory Therapy, University of Chicago Medicine, and <sup>5</sup>Department of Pathology, University of Chicago, Illinois

Clinical Infectious Diseases® 2015;60(11):1591-5

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

22

## 高齢者のインフルエンザの特徴

表出するのは咳嗽、全身倦怠感、意識の変容のみで、発熱や呼吸器症状に乏しい場合あり

Gerontology. 2011;57(5):397-404



**24歳女性。職業は看護師。生来健康。**  
**4日前から咽頭痛が出現。**  
**体温38度台。全身倦怠感強い。**  
**首を触ると「痛いグリグリ」が触れる。**  
**顔もはれぼったい。**  
**「溶連菌の感染じゃないですか？**  
**サワシリン®持ってるんですけど、**  
**飲んでもいいですか？」**

## 伝染性単核球症

EBV, CMV感染が主な原因

主な症状：

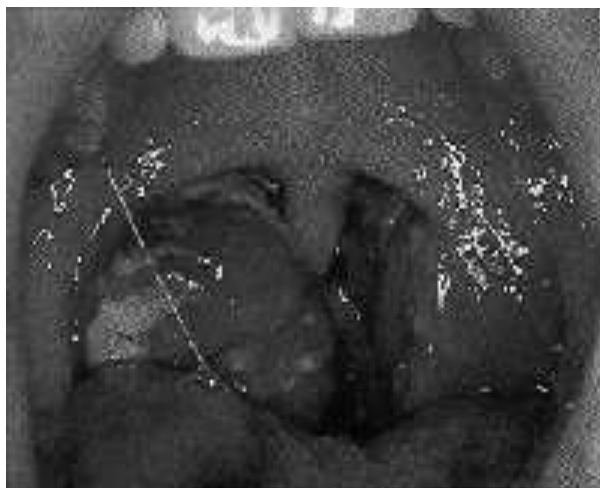
熱・咽頭痛

リンパ節腫大（全身性：後頸部リンパ節も腫脹）

脾腫・肝腫大もみられる

アモキシシリンなどのペニシリン使用で発疹出現

# 口が開きにくい



- ❖ 20歳女性
- ❖ 7日間続く激しい咽頭痛、発熱
- ❖ 悪寒戦慄を伴う
- ❖ 前頸部のリンパ節腫脹
- ❖ 著しく消耗している

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

26

**IASR**

国立国際医療センター病院総合感染症科

井手 聡 忽那賢志 中野沙季 内田 翔 野元英俊  
太田雅之 石金正裕 山元 佳 大曲貴夫

## 過去1カ月間の海外渡航歴、国内旅行歴のない麻疹の1例

(掲載日 2018/5/15)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

27



国立国際医療研究センター病院  
総合診療科 國松淳和医師 提供

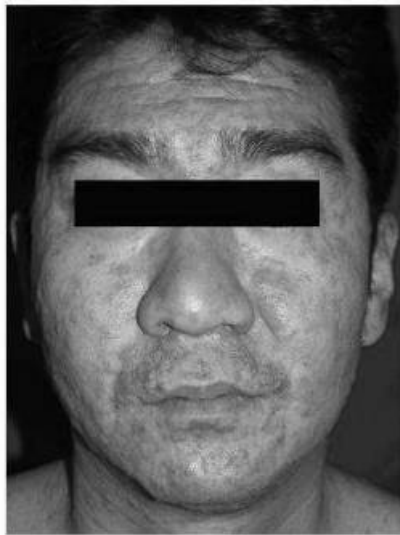
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

28



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

29



(IASR Vol. 34 p. 292-293: 2013年10月号)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

30

## 歴史（アフリカ）

- ヒトにおけるサル痘は、1970年にザイール（現コンゴ民主共和国）の9か月の男児で初めて報告された。
- 1970～1980年：西アフリカ，中央アフリカで59例の報告。
- 1977年に自然発生の天然痘の撲滅後、天然痘ワクチンも中止となった（mpox増加の懸念）。
- 1996～1997年：コンゴ民主共和国でアウトブレイク（511例）。
- 2005～2007年：コンゴ民主共和国で1980年代の20倍以上の発生率（760例）。
- 2017年以降ナイジェリアでアウトブレイク。
- 2022年には複数のアフリカの国で流行中。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

31



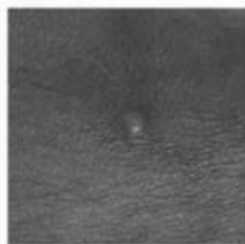
## 古典的な症状

- 発熱、頭痛、リンパ節腫脹などの前駆症状が0～5日程度持続し、発熱の1～3日後に皮疹が出現する。
- リンパ節腫脹は顎下、頸部、鼠径部に見られる。天然痘や水痘では、通常リンパ節腫脹を伴わないので、リンパ節腫脹の有無は鑑別において重要と考えられてきた。
- 皮疹は典型的には顔面から始まり体幹部へと拡大する。各皮疹は、原則として紅斑→丘疹→水疱→膿疱→結痂→落屑と段階が移行すると報告されている。
- サル痘では手掌や足底にも皮疹が出現することなどが、水痘との鑑別に有用とされる。

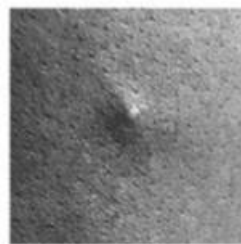
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

32

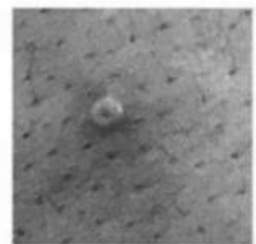
## エムポックス (サル痘) の皮疹



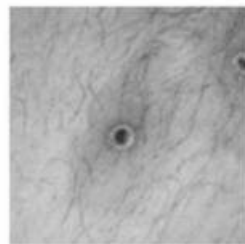
a) Early vesicle, 3mm diameter



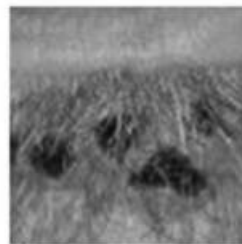
b) Small pustule, 2mm diameter



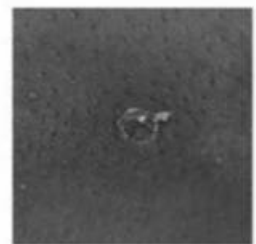
c) Umbilicated pustule, 3-4mm diameter



d) Ulcerated lesion 5mm diameter



e) Crusting of mature lesions

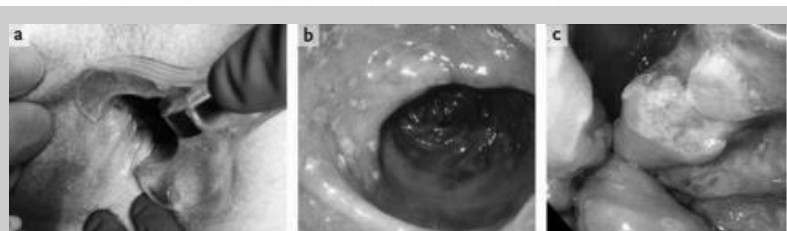
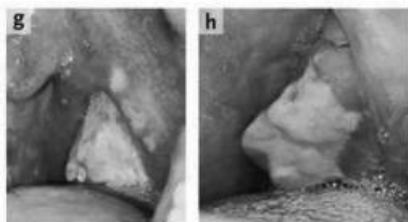
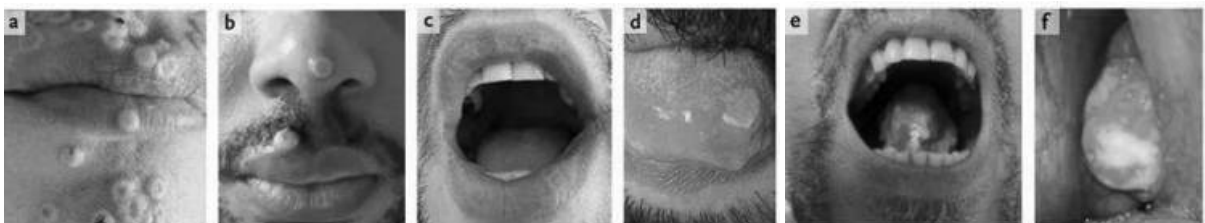


f) Partially removed scab

[Monkeypox: background information](#)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

33

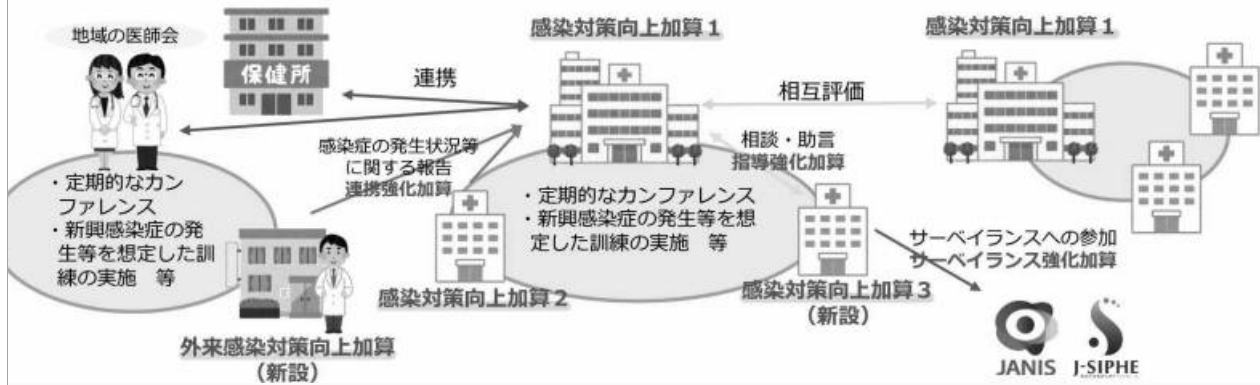


[NEJM, 2022](#)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

34

# 外来感染対策向上加算の新設及び 感染防止対策加算の見直し



## 医療の質を地域単位で向上する

令和4年度診療報酬改定の概要個別改定事項 I (感染症対策)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

35

## 感染症の情報をどう収集するか

1. 感染症エクスプレス@厚労省 (メールマガジン)  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116724.html>
2. 国立感染症研究所  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/>
3. 国立国際医療研究センター 感染症対策支援サービス  
<https://dcc-irs.ncgm.go.jp/>
4. 各都道府県、保健所などからの情報提供
5. 海外情報も迅速に把握したい場合は
  1. TwitterなどのSNS キーワード検索や、下記の機関のアカウントのフォローなど
  2. WHOのニュースレター <https://www.who.int/news-room/newsletters>
  3. ミネソタ大学 CIDRAPニュースレター <https://www.cidrap.umn.edu/>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

36

## まとめ (感染症一般への対応)

1. 症候群で分類して、感染症対応を確立する
  - 急性気道感染症
  - 発疹症
  - 急性胃腸炎 への対応を確立する
2. 地域連携の強化
  - 相談出来る体制、受け入れられる体制を地域で確立する
3. 情報収集方法の確立

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研 「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」 大曲貴夫

37

# 介護保険制度における医療提供と 生活期リハビリテーション

## 【目標】

2025年以降、後期高齢者の増加は緩やかとなる一方で、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなり、今後、介護保険サービス利用者を含む在宅医療の提供の重要性はさらに高まる。

介護サービスは、居宅介護サービス、地域密着型介護サービス、施設サービス等に分類され、それぞれに個別のサービス類型があり、医療と介護の連携強化と共に、本人に必要な医療提供の確保が求められる。

近年、居住系施設である特定施設や認知症グループホームに加えて、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の供給増加を背景に、高齢者集合住宅での在宅医療の需要も高まっている。

施設サービスでは、特養での夜間の入所者の急変時等における医療対応について、配置医師のバックアップサポート体制の仕組みが必要と察する。また、例えば、高齢者施設や在宅医師・配置医師と在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を有する中小病院等が、平素から顔が見えて気軽に相談し合える関係性を構築しておくことが在宅医療を支える基盤となり、今後の新興感染症の対策にも有効となる。

生活期リハビリテーションでは、心身機能に偏らず、活動と参加にバランスよく提供することが重要である。通所・訪問リハビリテーションでは、医師の詳細な指示に基づき、本人、家族、ケアマネジャー、サービス提供に係る多職種や他の介護事業所等が一堂に会するカンファレンスの開催によるリハビリテーションマネジメントの有効性がこれまでに示されている。

退院後の在宅リハビリテーションの利用開始までの期間が短いほど機能回復が大きく、その期間の短縮が課題となっている。また、医療保険の疾患別リハビリテーション実施計画書との情報連携の充実も検討課題である。

さらに、リハビリテーションと栄養と口腔の多職種協働による一体的取組が推奨され、人生の最期まで尊厳の保持と自立支援を支える生活期リハビリテーションについて言及する。

## 【キーワード】

介護保険制度、高齢者施設と医療機関の連携、生活期リハビリテーション、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組

---

公益社団法人日本医師会 常任理事 えざわ かずひこ  
**江澤 和彦**

【略歴】日本医科大学卒。岡山大学大学院医学研究科卒（医学博士取得）。岡山大学病院での勤務を経て、1996年より医療法人博愛会・医療法人和香会理事長を務める。2002年より社会福祉法人優和会理事長に就任。2006年より倉敷医師会理事、2010年より岡山県医師会理事を経て、2018年より日本医師会常任理事。

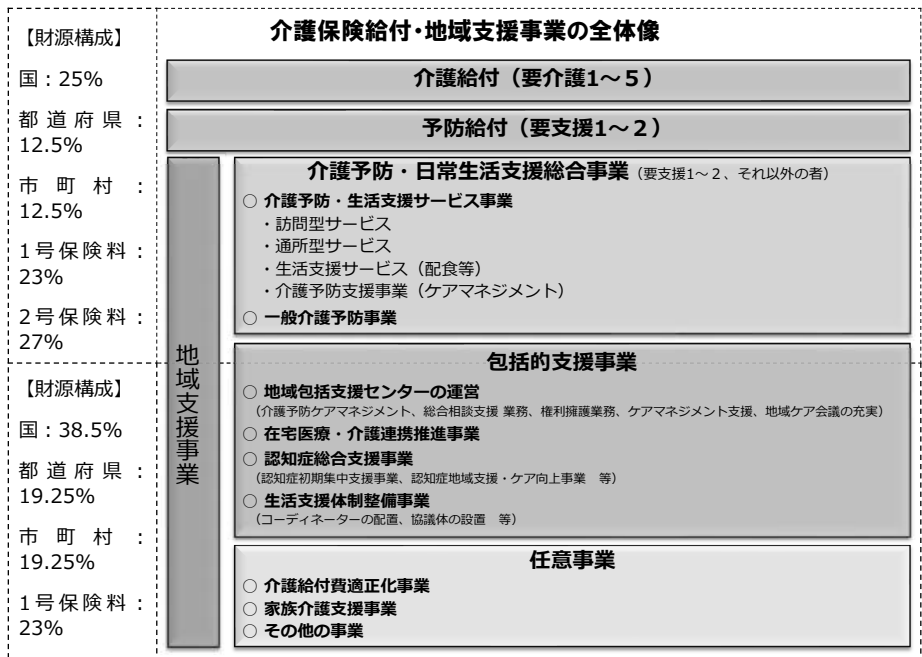
【賞罰】厚生労働大臣表彰（2012年）

【資格】労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

# 介護保険制度における 医療提供と生活期リハビリテーション

公益社団法人  
日本医師会 常任理事

江澤和彦



【財源構成】  
国：25%  
都道府県：12.5%  
市町村：12.5%  
1号保険料：23%  
2号保険料：27%

【財源構成】  
国：38.5%  
都道府県：19.25%  
市町村：19.25%  
1号保険料：23%

地域支援事業

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## 介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎<b>居宅介護サービス</b></p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○居宅療養管理指導</li> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○福祉用具貸与</li> <li>○特定福祉用具販売</li> </ul> <p>◎<b>施設サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護老人福祉施設</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設</li> <li>○介護医療院</li> </ul>	<p>◎<b>地域密着型介護サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○地域密着型通所介護</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> <li>○地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）</li> </ul> <p>◎<b>居宅介護支援</b></p>
予防給付を行うサービス	<p>◎<b>介護予防サービス</b></p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○介護予防居宅療養管理指導</li> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> <li>○特定介護予防福祉用具販売</li> </ul> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> </ul>	<p>◎<b>地域密着型介護予防サービス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> </ul> <p>◎<b>介護予防支援</b></p>

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

# 居宅介護サービス

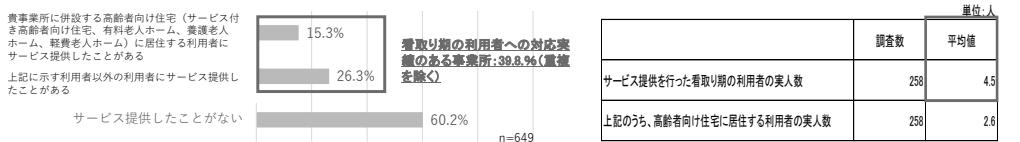
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

3

## 訪問介護 看取り期の利用者に対するサービス提供状況

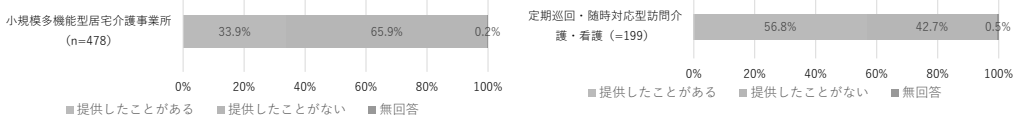
- 看取り期の利用者に対するサービス提供を行った事業所は39.8%であり、1事業所あたり1年間で平均4.5人。
- また、他のサービスでの看取り期の利用者の受入実績について、小多機では提供したことがある事業所が33.9%、定期巡回では56.8%、認知症グループホームでは40.0%となっている。

■直近1年間（令和3年4月から令和4年3月まで）の看取り期の利用者（※）に対するサービス提供の実施有無 (複数回答可) ■直近1年間（令和3年4月から令和4年3月まで）でサービス提供を行った看取り期の利用者（※）数



(※) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方を指す。 (複数回答可)

(参考) 他のサービスにおける看取り期の利用者（※）の受入実績



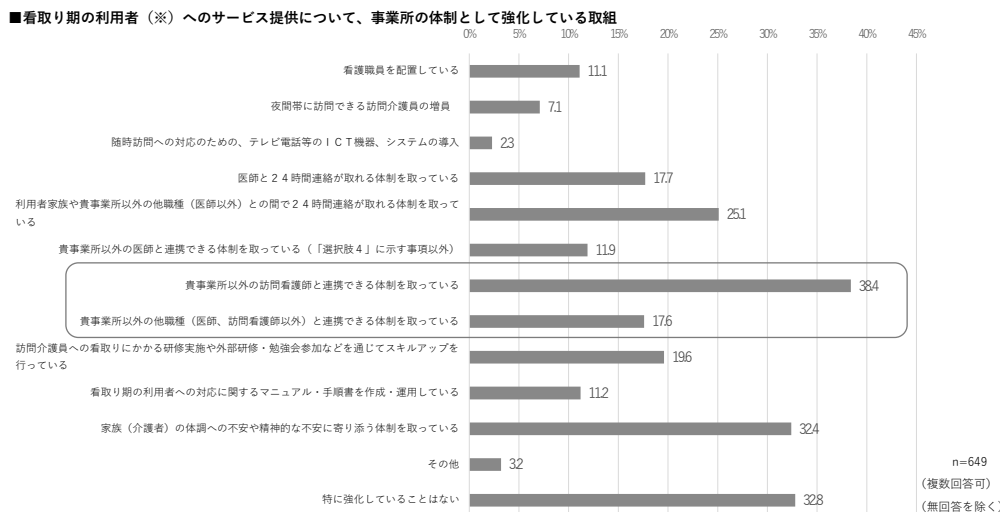
出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「訪問介護の令和3年度介護報酬改定の施行後の状況等に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）  
 出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームの令和3年度介護報酬改定の施行後の状況に関する調査研究事業」（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）  
 出典：平成27年度老人保健健康増進等事業「訪問系サービスにおける看取り期の利用者に対する支援のあり方に関する調査研究事業」（株式会社浜銀総合研究所）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

4

## 訪問介護 看取り期の利用者に対するサービス提供の特徴

- 看取り期の利用者に対するサービス提供について、事業所の体制として強化している取組としては、「事業所外の訪問看護師と連携できる体制をとっている」が38.4%と最多、次いで「特に強化していることはない」32.8%であった。



(※) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方を指す。 (複数回答可)

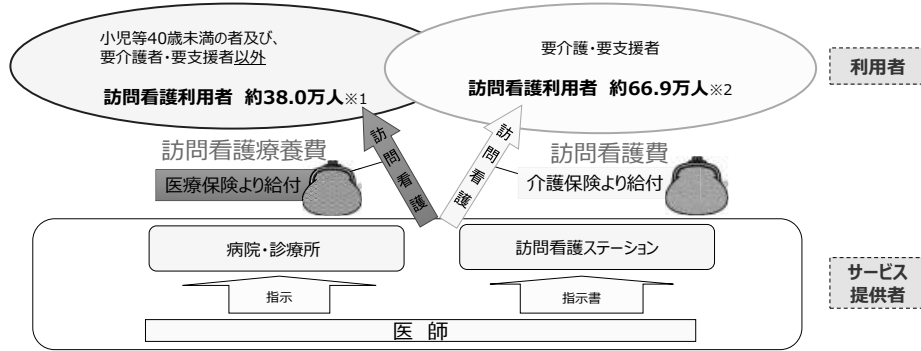
出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「訪問介護の令和3年度介護報酬改定の施行後の状況等に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

5

## 訪問看護の概要

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。

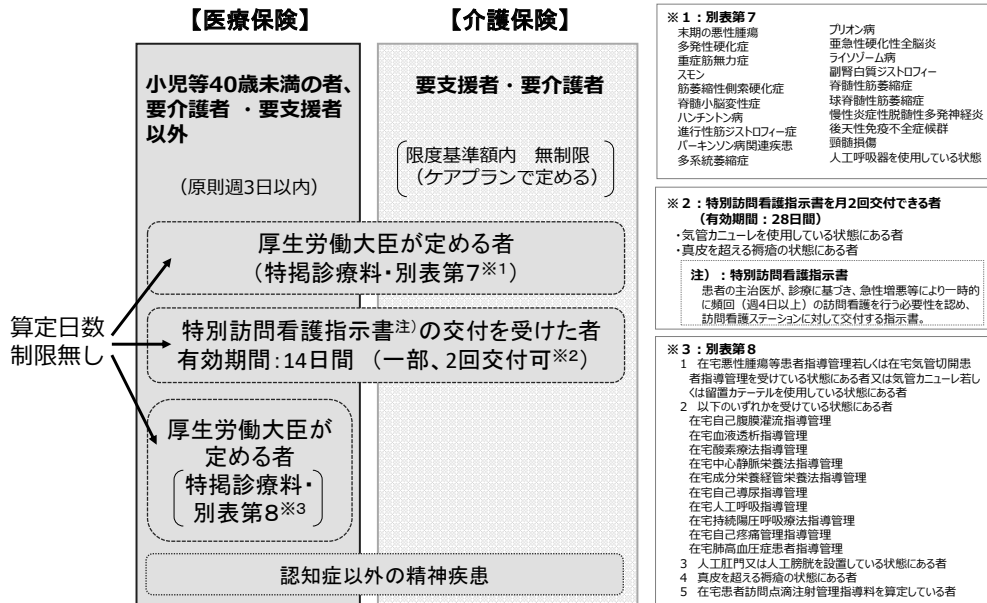


出典：※1 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和3年6月審査分より推計) ※2 介護給付費等実態統計(令和3年6月審査分)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

6

## 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

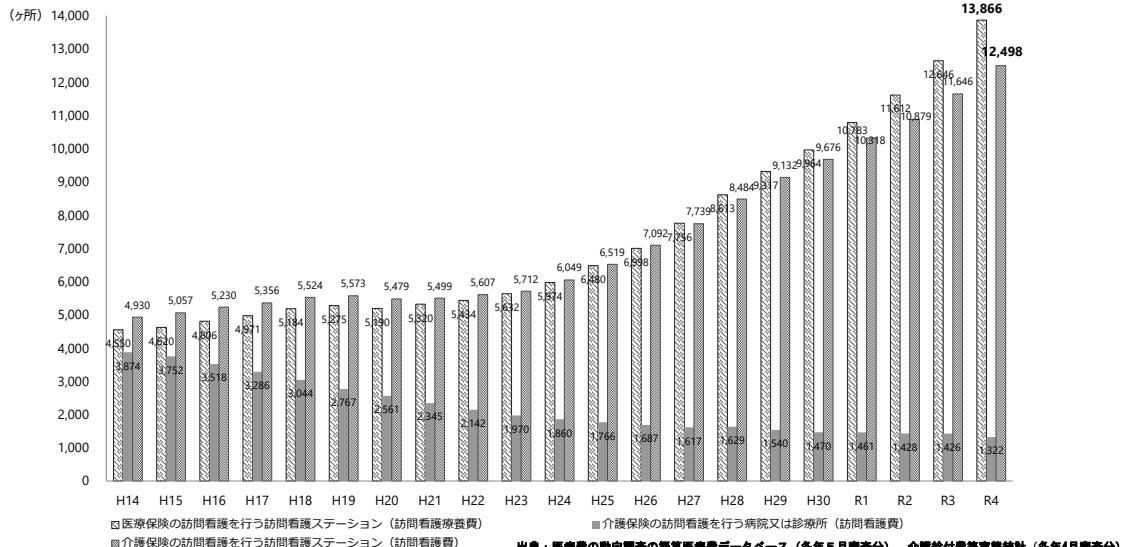


日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

7

## 訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は1万事業所を超えている。一方、介護保険の訪問看護費を算定する病院・診療所は減少傾向である。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

8

居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の概要

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、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、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者（管理栄養士及び歯科衛生士等については通院または通所が困難な利用者）の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの。

各職種が行う指導の概要

Table with 2 columns: 職種 (Physician/Dentist, Pharmacist, Nutritionist, Dental Hygienist) and 指導内容 (Guidance content) including medical management, care plans, and home visits.

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

9

基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

概要

【居宅療養管理指導★】

- 居宅療養管理指導について、基本方針を踏まえ、利用者が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、より適切なサービスを提供していく観点から、近年、「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取組」を進める動きがあることも踏まえ、また多職種間での情報共有促進の観点から、見直しを行う。【省令改正、通知改正】

R3.1.13諮問・答申済

基準・算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する。
<医師・歯科医師>
・居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、利用者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源につながるよう留意し、必要に応じて指導、助言等を行う。
<薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士>
・居宅療養管理指導の提供に当たり、（上記の）医師・歯科医師の指導、助言等につながる情報の把握に努め、必要な情報を医師又は歯科医師に提供する。
○ 以下の内容等を運営基準（省令）に規定する。
<薬剤師>
・療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合や、居宅介護支援事業者等から求めがあった場合は、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行う。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

10

医師・歯科医師の居宅療養管理指導の様式について

Form for physician/dentist home care management guidance. Includes fields for provider information, patient details, and specific guidance notes.

Form for pharmacist/nutritionist/dental hygienist home care management guidance. Includes fields for provider information, patient details, and specific guidance notes.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

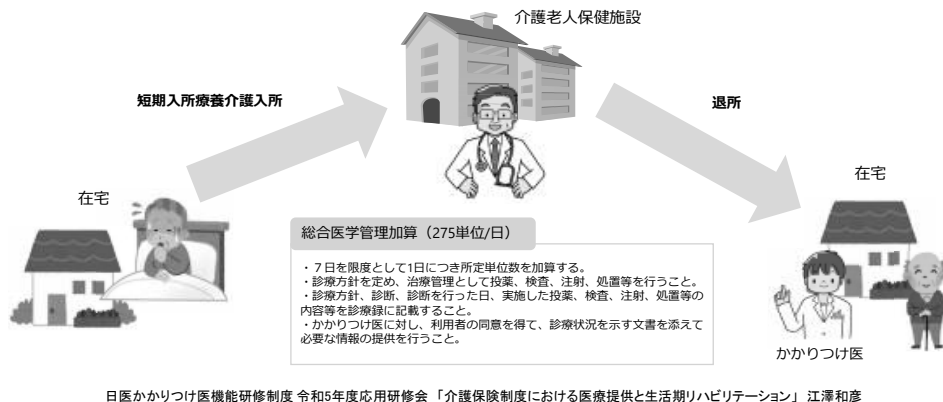
11

## 介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

### 概要

○ 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



12

## 総合医学管理加算の状況

○ 約3割の医療機関から総合医学管理加算の仕組みを認識しているとの回答があった。

### 医療機関への認知度調査

○ 在宅療養中の要介護高齢者が、熱中症や脱水、感染症等で治療および経過観察が必要になった際に受け入れできるよう、老健施設に医療対応が可能なショートステイが新設されたことをご存知ですか。(N=887)

	施設種別			訪問診療の実施		全体
	有床診療所	無床診療所	病院	有り	無し	
はい	39.1%	30.0%	37.6%	31.9%	33.3%	32.9%
いいえ	60.9%	69.3%	62.4%	67.7%	66.1%	66.6%
無回答・無効回答	0.0%	0.7%	0.0%	0.4%	0.6%	0.5%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
施設数	128	547	181	523	348	887

出典:令和3年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設とかかりつけ医の連携等に関する調査研究事業」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

13

## 特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護の概要

### 1. 制度の概要

- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
  - ① 有料老人ホーム    ② 軽費老人ホーム(ケアハウス)    ③ 養護老人ホーム
  - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホームを「介護付き有料老人ホーム」という。

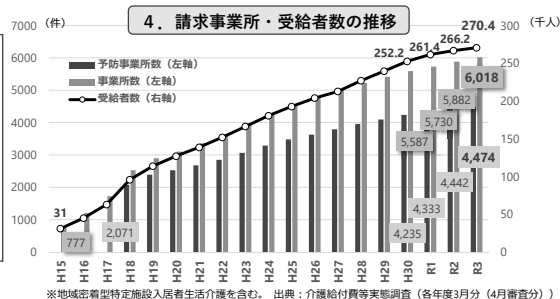
### 2. 人員基準

- 管理者 1人【兼務可】      ○ 生活相談員 要介護者等:生活相談員=100:1
- 看護・介護職員 ①要支援者:看護・介護職員=10:1    ②要介護者:看護・介護職員=3:1
- ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人      ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員 1人以上【兼務可】      ○ 計画作成担当者 介護支援専門員1人以上【兼務可】 ※ただし、要介護者等:計画作成担当者100:1を標準

### 3. 設備基準

- ① 介護居室: ・原則個室
  - ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ
  - ・地階に設けない等
- ② 一時介護室: 介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室: 身体の不自由な者が入浴するのに適したもので
- ④ 便所: 居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室: 機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体: 利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

### 4. 請求事業所・受給者数の推移



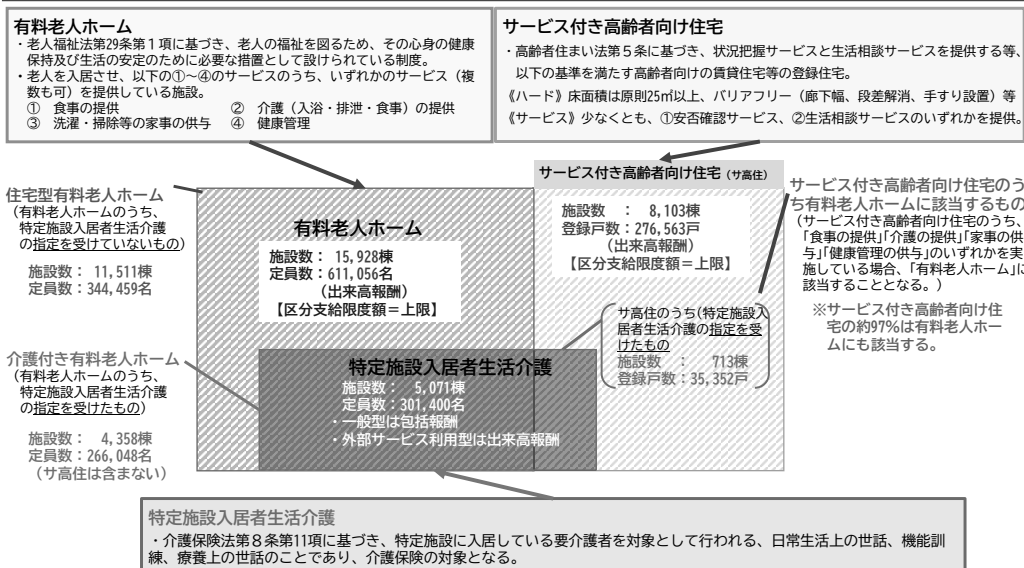
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

14



# 高齢者向け住まいについて①

(各サービス関係図)



(サービス付き高齢者向け住宅の施設数・登録戸数は、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムによる(R4.6.30時点)) (有料老人ホームの施設数・定員数は厚生労働省調べ(R4.6.30時点))

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

15

# 高齢者向け住まいについて②

(介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の違い)

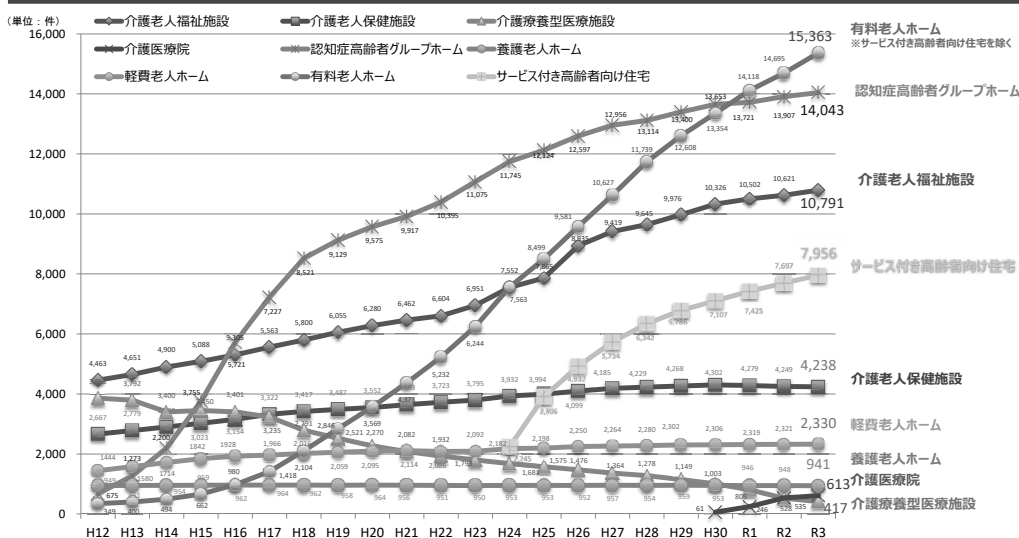
- 有料老人ホームには、特定施設入居者生活介護の指定を受けた「介護付き有料老人ホーム」と指定を受けない「住宅型有料老人ホーム」がある。
- 介護付き有料老人ホームは、介護保険サービスをホームが直接提供し、包括報酬で支払われるのに対し、住宅型有料老人ホームは、入居者が介護保険サービスを利用する際、別途外部の介護サービス事業所と個別に契約・利用し、介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払われる。

	介護付き有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
許認可の有無	都道府県又は市町村による指定	都道府県等への届出	都道府県等への登録
指導監督権限	右記に加え、介護保険法に基づく勧告、改善命令、指定取り消し等	老人福祉法に基づく改善命令、業務停止命令等	高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく是正指示、登録の取消等
介護サービスの利用・報酬体系	・介護保険サービスをホームが直接提供 ・介護報酬はホームに包括報酬で支払い	・介護保険サービスを受けた場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用 ・介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払い	・介護保険サービスを受けた場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用 ・介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払い
主な人員基準	・管理者-1人 ・生活相談員 ・要介護者等：生活相談員=100:1 ・看護・介護職員 ・要支援者：看護・介護職員=10:1 ・要介護者：看護・介護職員=3:1 ・機能訓練指導員-1人以上 ・計画作成担当者-介護支援専門員1人以上	法令上の規定はないが、標準指導指針(局長通知)にて下記の職員の配置を示している。 ・入居者の数及び提供するサービスの内容に応じ、管理者、生活相談員、栄養士、調理員を配置すること ・介護サービスを提供する場合は、提供するサービスの内容に応じ、要介護者等を直接処遇する職員については、介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制とすること等	次のいずれかの者が、少なくとも日中常駐し、状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること。 ・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員 ・医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者 ※ 常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。
主な設備基準	・介護居室：原則個室、プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ、地階に設けない等 ・一時介護室：介護を行うために適当な広さ ・浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したものの ・便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える ・食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ ・施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造	法令上の規定はないが、標準指導指針(局長通知)において、下記の職員の配置を示している。 ・一般居室、介護居室、一時介護室 ・個室とすることとし、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上等 ・浴室、洗面設備、便所について、居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるように適当な規模及び数を設けること・介護居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、幅は原則1.8メートル以上等	・居室：25平方メートル ※ 居間、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18平方メートル以上。 ・各居住部分が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであること ※ 共同部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えている場合は、各戸に台所、収納設備、又は浴室を備えずとも可。 ・バリアフリー構造であること

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

16

# 高齢者向け施設・住まいの件数

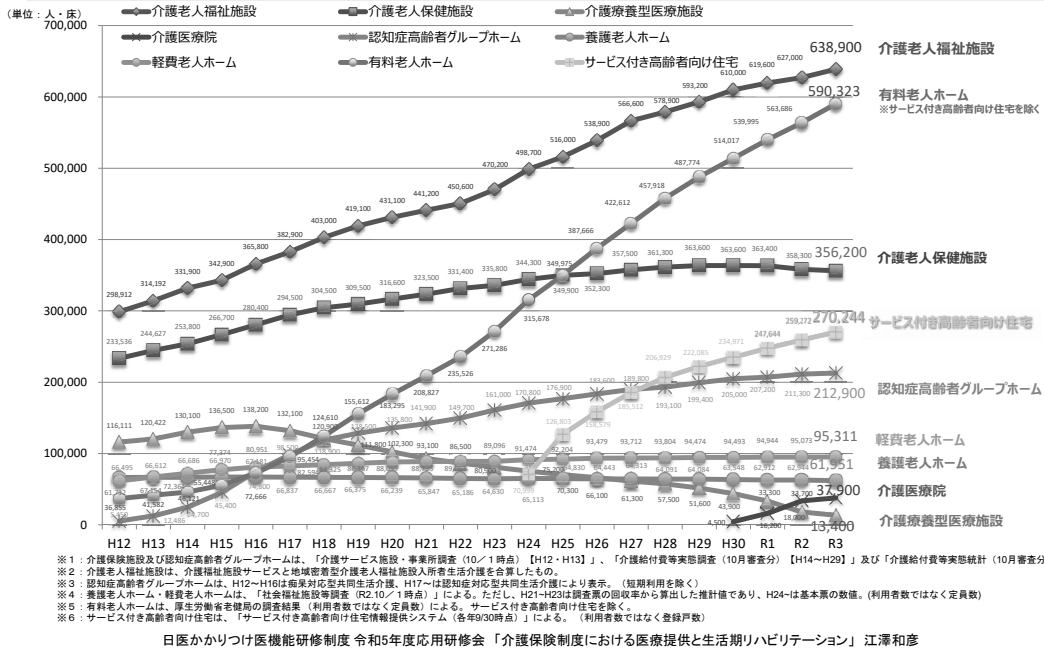


※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点) [H12・H13]」、「介護給付費等実態調査(10月調査分) [H14～H29]」及び「介護給付費等実態統計(10月調査分) [H30～]」による。  
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を合算したものである。  
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)  
 ※4：養護老人ホーム、軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(R2.10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。  
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。  
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(各年9/30時点)」による。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

17

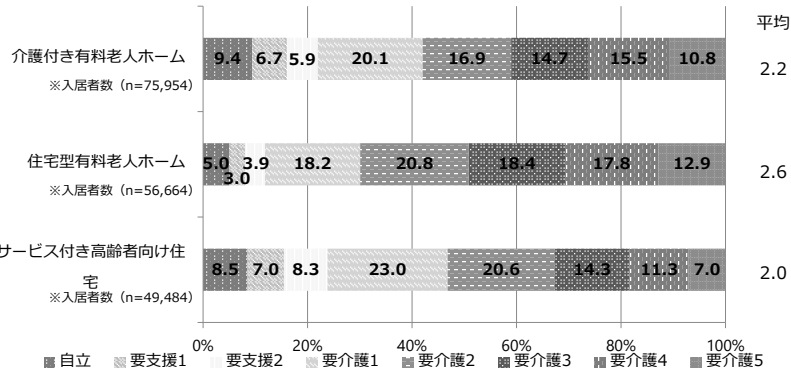
# 高齢者向け施設・住まいの利用者数



18

## 高齢者向け住まいの役割等について（入居者の要介護度）

- 介護付き有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約59%、要介護3～5までの重度要介護者は約41%。
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約50%、要介護3～5までの重度要介護者は約50%。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約67%、要介護3～5までの重度要介護者は約33%。



19

## 高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由は、死亡が最も多く、次に病院・診療所等への退所が多い。

(新規入居者数 n=8,403) 100.0		(新規入居者数 n=3,132) 100.0		(新規入居者数 n=4,411) 100.0	
自宅	37.8	病院・診療所・介護療養型医療施設・介護医療院	43.1	自宅	42.3
病院・診療所・介護療養型医療施設・介護医療院	35.4	自宅	28.4	病院・診療所・介護療養型医療施設・介護医療院	28.7
介護老人保健施設	7.1	介護老人保健施設	5.3	介護老人保健施設	4.4
介護保険対象の居住系サービス	5.6	介護保険対象外の居住系サービス	4.7	介護保険対象外の居住系サービス	3.4
介護保険対象外の居住系サービス	2.2	介護保険対象の居住系サービス	2.9	介護保険対象の居住系サービス	2.2
特別養護老人ホーム	0.9	特別養護老人ホーム	0.5	特別養護老人ホーム	0.3
その他(不明を含む)	11.0	その他(不明を含む)	15.1	その他(不明を含む)	18.7
↓ 入居 ↓		↓ 入居 ↓		↓ 入居 ↓	
特定施設		住宅型有料老人ホーム		サービス付き高齢者向け住宅(非特定)	
↓ 退居 ↓		↓ 退居 ↓		↓ 退居 ↓	
(退去者数 n=8,729) 100.0		(退去者数 n=3,132) 100.0		(退去者数 n=4,200) 100.0	
死亡による契約終了(※)	60.0	死亡による契約終了(※)	50.5	死亡による契約終了(※)	40.6
病院・診療所・介護療養型医療施設・介護医療院	17.8	病院・診療所・介護療養型施設・介護医療院	22.2	病院・診療所・介護療養型施設・介護医療院	18.1
介護保険対象の居住系サービス	6.3	特別養護老人ホーム	6.9	特別養護老人ホーム	8.5
自宅	5.3	自宅	5.2	自宅	8.4
特別養護老人ホーム	5.1	介護保険対象の居住系サービス	4.7	介護保険対象の居住系サービス	7.0
介護老人保健施設	2.5	介護老人保健施設	4.6	介護保険対象外の居住系サービス	4.9
介護保険対象外の居住系サービス	1.1	介護保険対象外の居住系サービス	3.8	介護老人保健施設	3.0
その他(不明を含む)	1.8	その他(不明を含む)	2.1	その他(不明を含む)	9.5

※死亡による契約終了の内訳は、居室56.1%、病院・診療所29.7%、その他14.2%

※死亡による契約終了の内訳は、居室62.4%、病院・診療所36.9%、その他0.7%

※死亡による契約終了の内訳は、居室50.6%、病院・診療所43.3%、その他6.2%

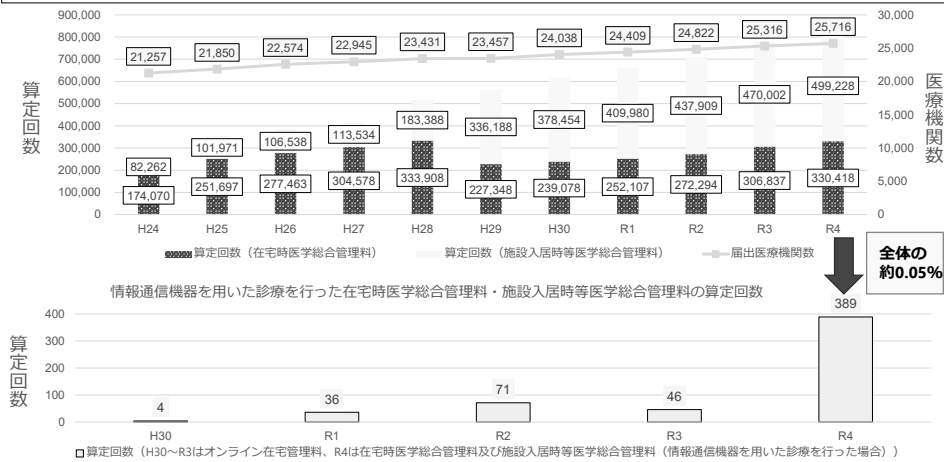
(出典) 令和4年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

20

## 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。
- 情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料について、令和4年5月時点における算定回数は全体の約0.05%である。



出典：算定回数については社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
 ※診療所については平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査、届出医療機関数については保険局医療課調べ（各年7月1日時点）  
 情報通信機器情報通信機器を組み合わせて実施した在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況については令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査及びNDBデータより  
 日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

# 地域密着型介護サービス

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

### 定義

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、
  - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）
  - または
  - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）のうち、いずれかをいう。

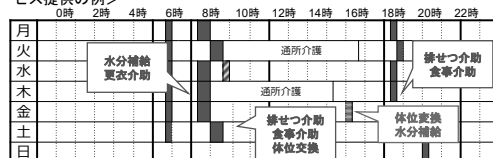
### 経緯

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

### <定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



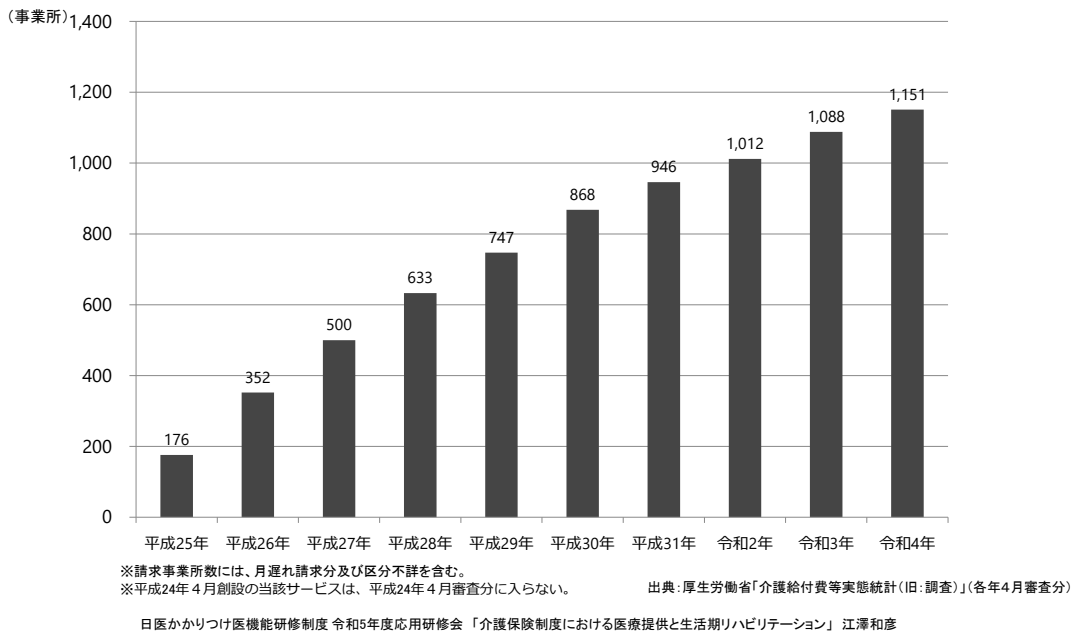
### <サービス提供の例>



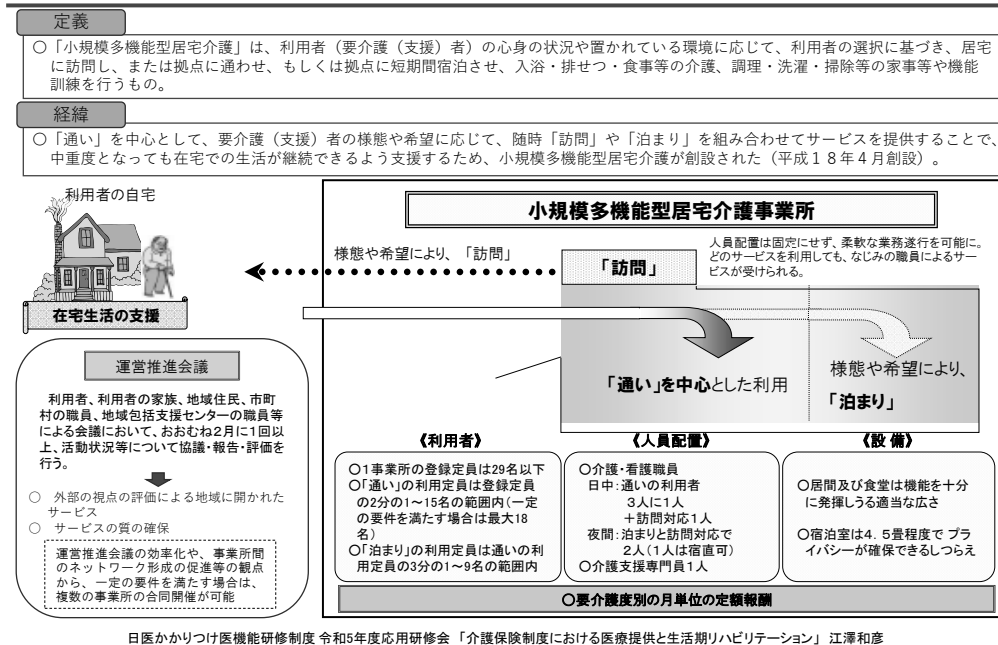
- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の請求事業所数

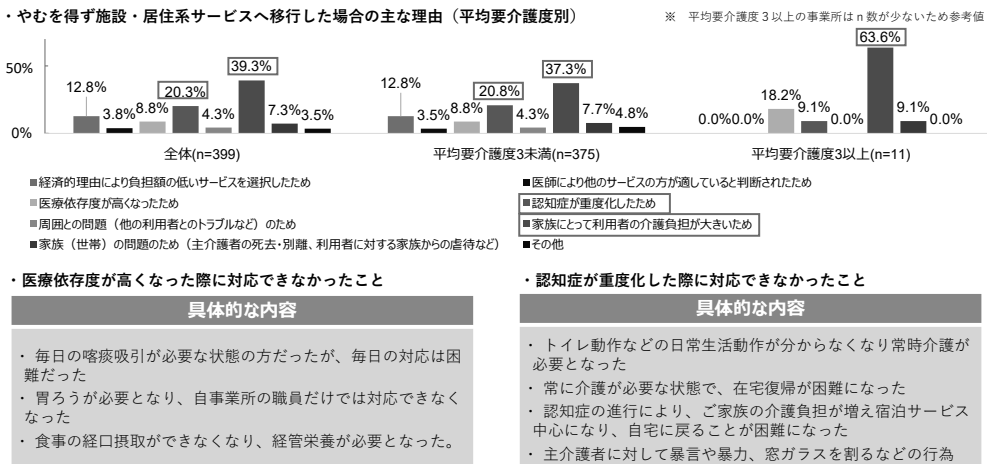


## 小規模多機能型居宅介護の概要



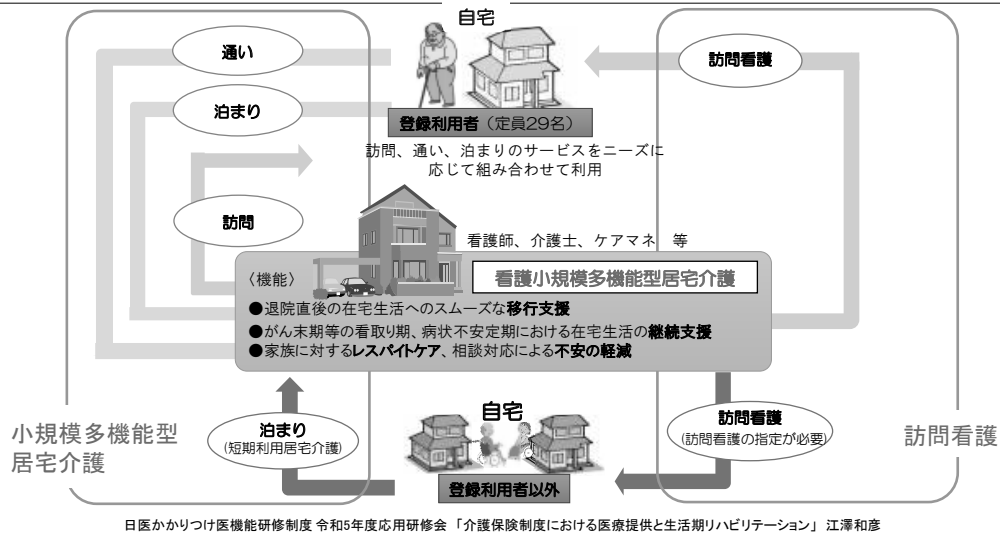
## 小規模多機能型居宅介護から施設・居住系サービスへ移行した理由

- 在宅での生活を希望していたが、やむを得ず施設・居住系サービスへ移行した場合の主な理由として、「家族にとって利用者の介護負担が大きいため」、「認知症が重度化したため」が多い傾向。
- また、認知症が重度化した際に、対応できなかったこととして、常時の見守りが必要になり、事業所として対応できなくなったケース、家族の負担増等により在宅生活が難しくなったケース等が挙げられている。



## 看護小規模多機能型居宅介護の概要

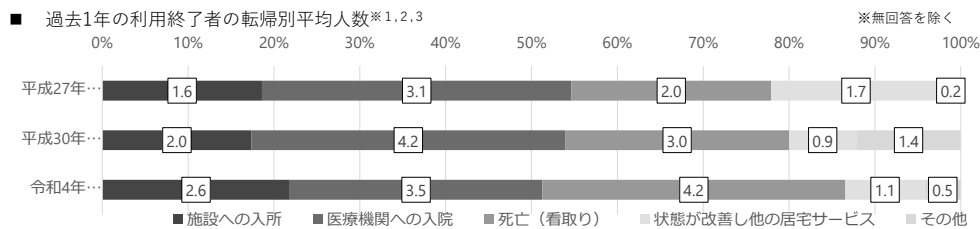
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



27

## 看護小規模多機能型居宅介護サービスの利用終了者の転帰状況

- 過去1年以内の利用終了者の転帰別平均人数では、施設への入所、死亡（看取り）が増加傾向である。
- 死亡（看取り）4.2人のうち、自宅での死亡は1.8人、看多機での死亡は2.4人となっている。



- 過去1年以内の利用終了者の転帰別平均人数※3 (n=204事業所)

転帰	平均値	中央値	最大値	最小値
介護保険施設（特養・老健・介護医療院）への入所	1.7人	1人	19人	0人
居住系サービス（特定施設・有料老人ホーム・サ高住等）への入居	0.9人	0人	7人	0人
医療機関への入院	3.5人	3人	18人	0人
死亡（看取り）	4.2人	3人	31人	0人
自宅	1.8人	1人	23人	0人
看多機	2.4人	2人	25人	0人
状態が改善し他の居宅サービス	1.1人	1人	15人	0人
その他	0.5人	0人	20人	0人

※1 平成27年度介護報酬改定検証調査（平成27年度調査）「(1)看護小規模多機能型居宅介護のサービスの在り方に関する調査研究事業」  
 ※2 平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」  
 ※3 令和4年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の普及等に向けた調査研究事業」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

28

## 認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応強化

概要	【認知症対応型共同生活介護】
	○ 認知症グループホームにおいて、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が1人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等	※追加する医療的ケアは下線部		
	医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)
単位数	39単位/日	49単位/日	59単位/日
看護体制要件	・ 事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。	・ 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。	・ 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
算定要件	-	・ 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 (1) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 (3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 (4) 中心静脈注射を実施している状態 (5) 人工腎臓を実施している状態 (6) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 (7) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 (8) 褥瘡に対する治療を実施している状態 (9) 気管切開が行われている状態	
指針の整備要件	・ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。		

※1 別区分同士の併算定は不可。 ※2 介護予防は含まない。

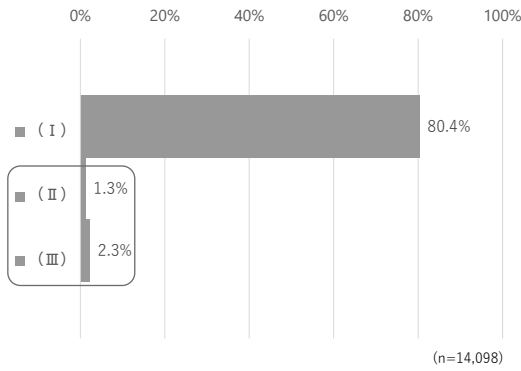
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

29

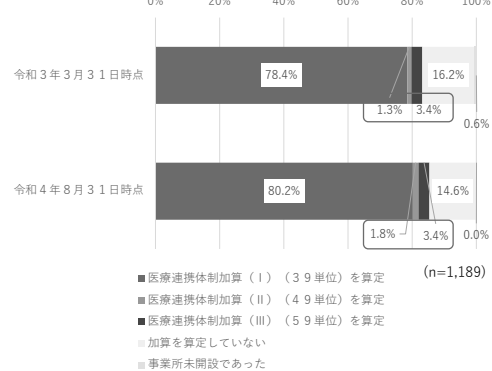
## 医療連携体制加算の算定状況

- 介護給付費等実態統計(令和4年8月審査分)によると、医療連携体制加算の算定状況について、(Ⅰ)は80.4%、(Ⅱ)は1.3%、(Ⅲ)は2.3%であった。
- また、調査研究事業では、令和3年3月31日時点で、(Ⅰ)は78.4%、(Ⅱ)は1.3%、(Ⅲ)は3.4%、未算定は16.2%であった(事業所未開設は0.6%)。
- 令和4年8月31日時点では、(Ⅰ)は80.2%、(Ⅱ)は1.8%、(Ⅲ)は3.4%、未算定は14.6%であった。

・医療連携体制加算の算定状況(介護給付費等実態統計)



・医療連携体制加算の算定状況(老健事業)



## 退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具専門相談員等の参画促進

### 概要

【居宅介護支援、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 退院・退所時のスムーズな福祉用具貸与の利用を図る観点から、居宅介護支援の退院・退所加算や施設系サービスの退所時の支援に係る加算において求められる退院・退所時のカンファレンスについて、退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合には、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参画することを明確化する。【通知改正】

### 単位数

- 変更なし。
- ※ 指定居宅介護支援における退院・退所加算

	(Ⅰ)イ 450単位	(Ⅰ)ロ 600単位	(Ⅱ)イ 600単位	(Ⅱ)ロ 750単位	(Ⅲ) 900単位
関係者からの利用者に係る必要な情報提供の回数	1回 (カンファレンス以外の方法により実施)	1回 (カンファレンスにより実施)	2回以上 (カンファレンス以外の方法により実施)	2回 (うち1回以上はカンファレンスを実施)	3回以上 (うち1回以上はカンファレンスを実施)

### 算定要件等

- 居宅介護支援における退院・退所加算のカンファレンスの要件について、以下の内容を通知に記載する。
- ・ 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの。

## 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

### ⑥ 退院・退所時カンファレンスへの参加

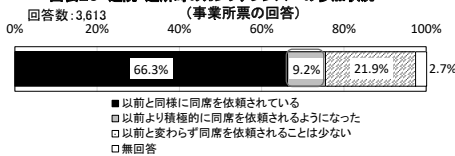
B:事業所調査(郵送法):事業所票・利用者票

#### 【福祉用具専門相談員の参加状況・効果】

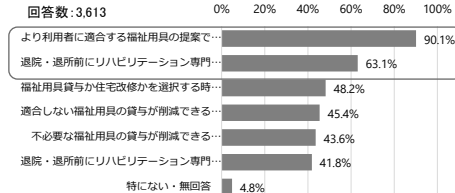
※事業所票 問7 退院・退所時のカンファレンスへの参加 利用者票 問8 退院・退所時のカンファレンスへの福祉用具専門相談員の招集

- 退院・退所時のカンファレンスへの参加状況について、「以前より積極的に同席を依頼されるようになった」と回答した事業所は9.2%だった。介護支援専門員による福祉用具専門相談員への同席依頼状況については、「退院・退所加算の算定要件に追加されたため、参加を依頼するようになった」が2.8%、「令和3年4月以降退院・退所時のカンファレンスの開催がないが、必要があれば依頼したい」が12.2%だった。※新型コロナウイルス感染症の影響が含まれている可能性がある。
- 退院・退所時カンファレンスに福祉用具専門相談員が参加することによる効果については、福祉用具専門相談員、介護支援専門員いずれも「より利用者に適合する福祉用具の提案ができる(提案が得られた)」が9割以上と最も多かった。また、「退院・退所前にリハビリテーション専門職等と一緒に適合確認ができる」も6割以上と多く、一定の効果が認められた。

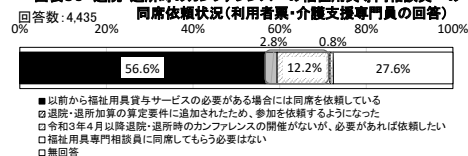
図表29 退院・退所時のカンファレンスへの参加状況



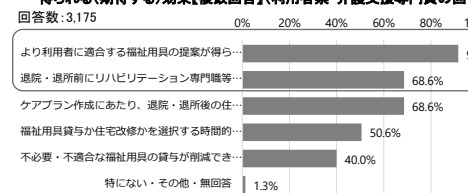
図表31 退院・退所時のカンファレンスへ参加したことによる効果【複数回答】(福祉用具貸与と事業所の回答)



図表30 退院・退所時のカンファレンスへの福祉用具専門相談員への同席依頼状況(利用者票・介護支援専門員の回答)



図表32 退院・退所時カンファレンスへの福祉用具専門相談員の参加により得られる(期待する)効果【複数回答】(利用者票・介護支援専門員の回答)



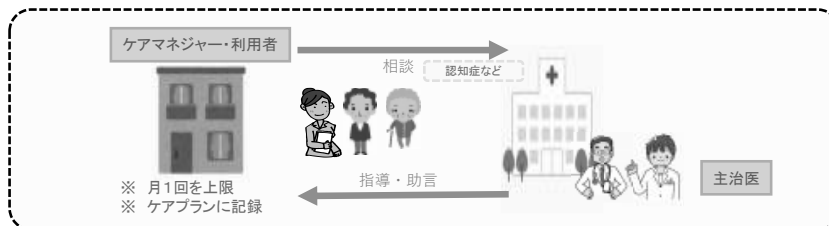
# 居宅介護支援

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

33

## 医療機関との情報連携の強化

<b>概要</b>	【居宅介護支援】
○ 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】	
<b>単位数</b>	
< 現行 > なし	< 改定後 > 通院時情報連携加算 50単位/月（新設）
<b>算定要件等</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする</li> <li>・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合</li> </ul>	

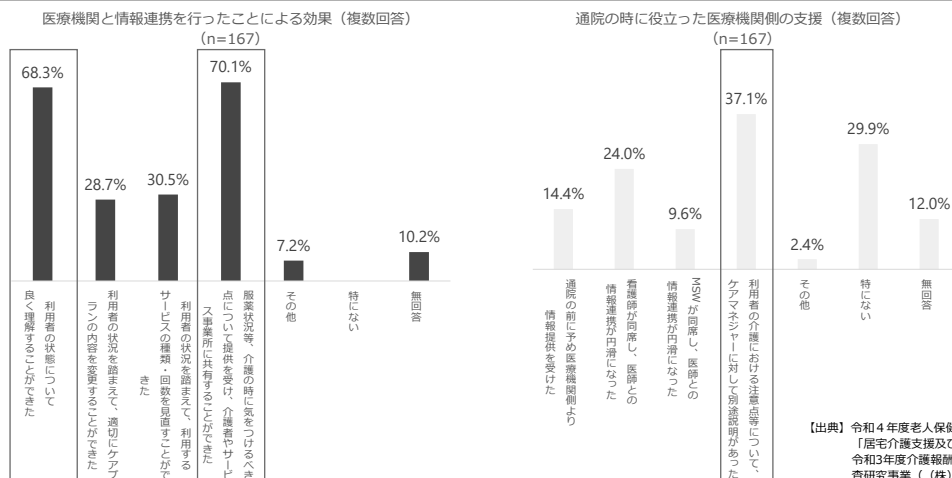


日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

34

## 通院時情報連携による効果

- 医療機関と情報連携を行ったことによる効果について、「服薬状況等、介護の時に気をつけるべき点について提供を受け、介護者やサービス事業所に共有することができた」が70.1%と最も多く、次いで「利用者の状態について良く理解することができた」が68.3%であった。
- 通院の時に役立った医療機関側の支援について、「利用者の介護における注意点等について、ケアマネジャーに対して別途説明があった」が37.1%と最も多かった。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

35

# 施設サービス

## 介護老人福祉施設の基準

### 必要となる人員・設備等

介護老人福祉施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

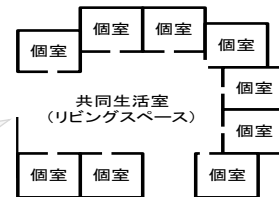
#### ○人員基準

医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 看護職員1以上（入所者の数に応じて定められている）
栄養士 又は管理栄養士	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

#### ○設備基準

居室	原設定員1人 入所者1人当たりの床面積10.65㎡以上
医務室	医療法に規定する診療所とすること
食堂及び 機能訓練室	床面積入所定員×3㎡以上
廊下幅	原則1.8㎡以上
浴室	要介護者が入浴するのに適したものとすること

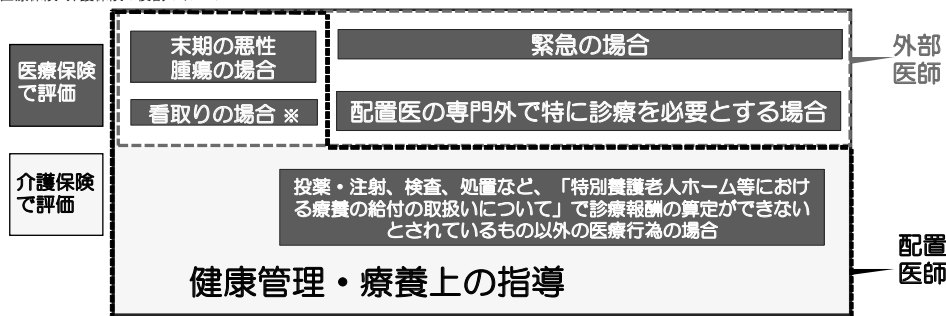
- ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要
- ・共同生活室の設置
  - ・居室を共同生活室に近接して一体的に設置
  - ・1のユニットの定員は原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
  - ・風間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
  - ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



## 介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（1）緊急の場合、（2）配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料、往診料」等を算定できる。また、（3）末期の悪性腫瘍の場合、（4）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限っては、「在宅患者訪問診療料」等も算定できる。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知、令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ



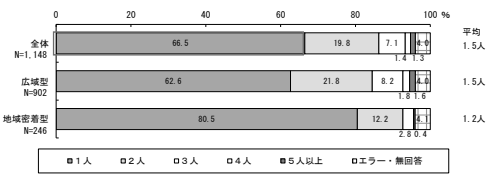
※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。



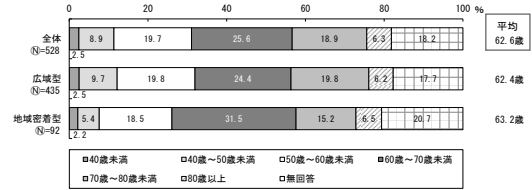
## 介護老人福祉施設における配置医師数・年齢・雇用形態

- 配置医師数は全体で「1人」が66.5%で最も多く、配置医師の1施設あたりの平均人数（実人数）は1.5人である。
- 平均年齢は62.6歳である。
- 雇用形態は「雇用契約（嘱託等）」が62.9%で最も多く、「配置医師の所属先医療機関との契約」が28.2%、「雇用契約（正規職員）」が4.2%である。

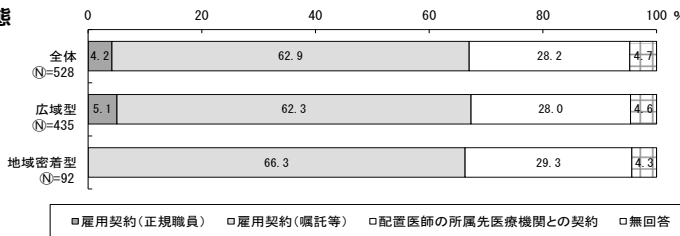
### ○配置医師数



### ○年齢



### ○雇用形態



出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業  
「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

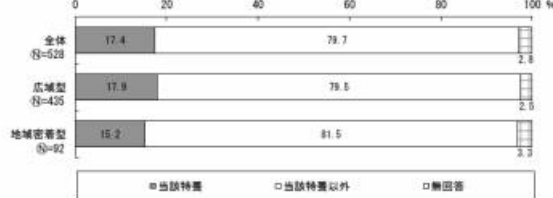
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

39

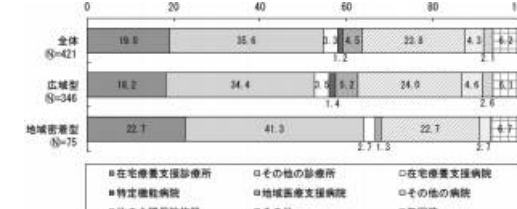
## 介護老人福祉施設における配置医師の主たる勤務先

- 配置医師の主たる勤務先は「当該特養」が17.4%、「当該特養以外」が79.7%であり、約8割の配置医師は主たる勤務先が特養以外であった。
- 主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先は「その他の診療所」が最も多く35.6%、次いで「その他の病院」が23.8%であった。

### ○主たる勤務先



### ○勤務先の種別（主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ）



出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業  
「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」

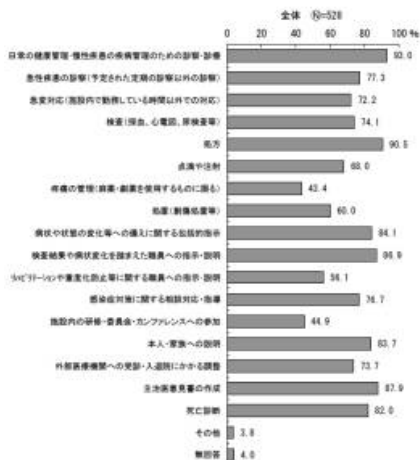
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

40

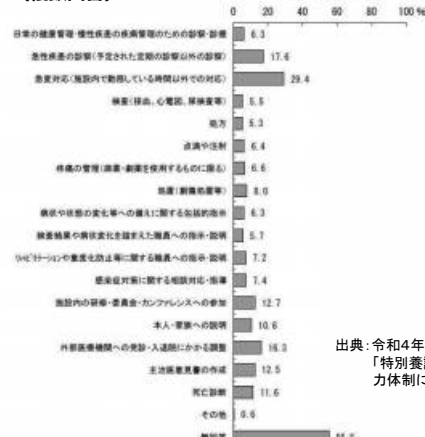
## 介護老人福祉施設における配置医師の役割

- 配置医師が実際に果たしている役割は、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く93.0%、次いで「処方」が90.5%であった。
- 配置医師が実際に果たしている役割のうち負担に感じる役割は、「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」が最も多く29.4%、次いで「急性疾患の診察（予定された定期の診察以外の診察）」が17.6%と続いた。

### ○配置医師が実際に果たしている役割（複数回答）



### ○配置医師が実際に果たしている役割のうち負担に感じる役割（複数回答）



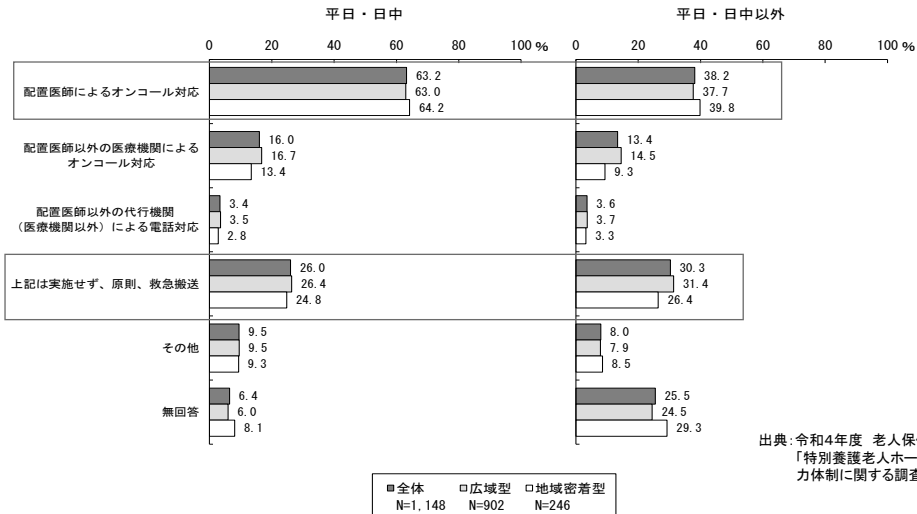
出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業  
「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

41

## 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法

○配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、平日・日中、平日・日中以外どちらも、「配置医師によるオンコール対応」がそれぞれ 63.2%と 38.2%で最も多いが、「原則、救急搬送」が平日・日中、平日・日中以外どちらも26.0%、30.3%と続いている。



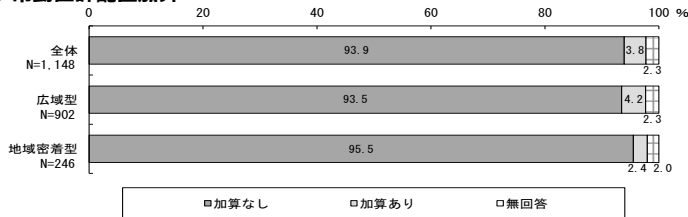
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

42

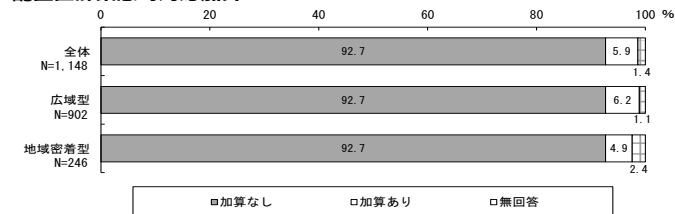
## 介護老人福祉施設における 常勤医師配置加算・配置医師緊急時対応加算の算定状況

○常勤医師配置加算は、「加算なし」が 93.9%を占めており、「加算あり」は 3.8%である。  
○配置医師緊急時対応加算は、「加算なし」が 92.7%を占めており、「加算あり」は 5.9%である。

### ○常勤医師配置加算



### ○配置医師緊急時対応加算



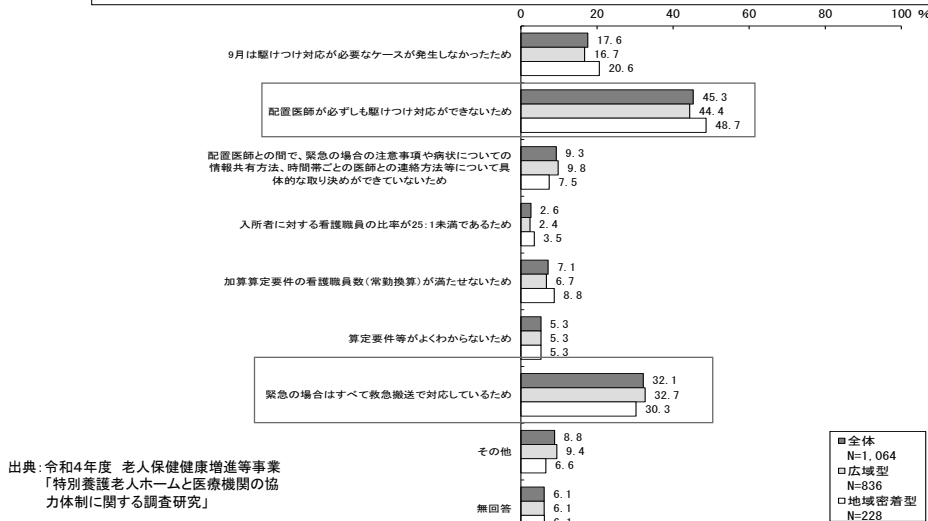
出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

43

## 配置医師緊急時対応加算を算定していない理由

○配置医師緊急時対応加算を算定していない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」が45.3%で最も多く、次いで「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が 32.1%と続いている。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

44

## 介護老人保健施設の概要

### (定義)

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

### (基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者が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にすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

45

## 介護老人保健施設の利用者における疾病状況について

- 入所時の該当する疾病の割合は、「高血圧」が最も多く、ついで「認知症」であった。
- 入所時の主病名の割合は、「認知症」が最も多く、ついで「脳卒中」であった。

入所時の該当する傷病名別割合 (n=710) \*複数回答

傷病名	割合 (%)
高血圧	42.5
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	29.0
心臓病	25.8
糖尿病	15.9
高脂血症(脂質異常症)	7.5
呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	11.0
胃腸・肝臓・胆のう疾患	8.3
腎疾患	9.3
前立腺疾患	4.1
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)	21.5
外傷(転倒・骨折等)	22.3
がん(新生物)	9.4
血液・免疫疾患	2.1
うつ病・精神疾患	4.6
認知症(アルツハイマー病等)	39.7
パーキンソン病	3.5
眼科疾患	6.8
耳鼻科疾患	0.3
歯科疾患	0.0
その他の難病	1.3
その他	15.5
ない	0.1
エラー・無回答	7.7

入所時の主な傷病名別割合 (n=710)

傷病名	割合 (%)
高血圧	4.9
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	14.5
心臓病	6.9
糖尿病	2.7
高脂血症(脂質異常症)	0.0
呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	2.7
胃腸・肝臓・胆のう疾患	1.5
腎疾患	1.5
前立腺疾患	0.3
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)	4.9
外傷(転倒・骨折等)	7.5
がん(新生物)	2.0
血液・免疫疾患	0.4
うつ病・精神疾患	1.8
認知症(アルツハイマー病等)	19.6
パーキンソン病	1.7
眼科疾患	0.1
耳鼻科疾患	0.0
歯科疾患	0.0
その他の難病	0.4
その他	3.1
ない	0.3
エラー・無回答	23.1

【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和4年度調査)「介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査研究事業」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

46

## 所定疾患施設療養費の見直し

概要 【介護老人保健施設】

○所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者により適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、算定要件や算定日数、対象疾患等の見直しを行う。【告示改正】

### 算定要件等

<現行>  
入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定。

<改定後>  
入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合(肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る。)に算定。

#### ○入所者の要件

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <現行>                             | <改定後>     |
| イ 肺炎の者                           | イ 肺炎の者    |
| ロ 尿路感染症の者                        | ロ 尿路感染症の者 |
| ハ 带状疱疹の者(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。) | ハ 带状疱疹の者  |
|                                  | ニ 蜂窩織炎の者  |

#### ○算定日数(所定疾患施設療養費(Ⅱ))

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <現行>             | <改定後>               |
| ・1月に1回、連続する7日を限度 | ⇒ ・1月に1回、連続する10日を限度 |

※所定疾患施設療養費(Ⅱ)の算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。【通知改正】

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

47

## かかりつけ医連携薬剤調整加算

- 入所者の薬物療法について、入所前の主治の医師と連携して総合的な評価を行い、減薬に至った場合を評価。

### 単位等

- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位
  - ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位
  - ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位
- 注 入所者1人につき1回を限度。退所時に所定単位数を加算

### 算定要件等

#### <かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

- ・ 介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- ・ 入所後1月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。
- ・ 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

#### <かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

- ・ （Ⅰ）を算定していること。
- ・ 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

#### <かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

- ・ （Ⅰ）と（Ⅱ）を算定していること。
- ・ 6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- ・ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。

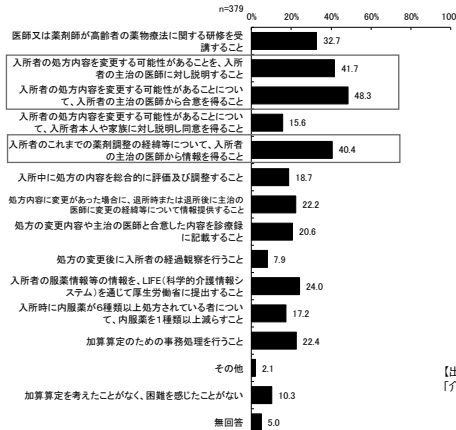
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

48

## かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由

- かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由として、「入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から合意を得ること」が48.3%、「入所者の処方内容を変更する可能性があることを、入所者の主治の医師に対し説明すること」が41.7%、「入所者のこれまでの薬剤調整の経緯等について、入所者の主治の医師から情報を得ること」が40.4%であった。

### ○ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定を進める上で困難を感じること（複数回答）



【出典】令和4年度 老人保健健康増進等事業（令和4年度調査）「介護老人保健施設における薬剤調整にかかる調査研究事業」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

49

## 介護老人保健施設における高額な薬剤費の影響について

- 薬剤費が高額であることが理由で、介護老人保健施設の入所に困難を生じている場合がある。

### 入所受け入れを断ったケースにおける断った最大の要因（原因疾患別）

	n	空床がない	医療依存度が高すぎる	医薬品代等が高額	処置・管理の手間がかかる	人手不足	認知症の周辺症状が著しい	退所の目途が立たない	看取りが予想されるため	疾患（難病等）に対する経験が少ない	その他
脳梗塞	111	24%(27)	24%(27)	12%(13)	4%(4)	1%(1)	14%(16)	1%(1)	1%(1)	1%(1)	18%(20)
アルツハイマー型認知症	102	22%(22)	13%(13)	2%(2)	1%(1)	3%(3)	50%(51)	1%(1)		2%(2)	7%(7)
悪性新生物	48	2%(1)	58%(28)	15%(7)			2%(1)		8%(4)	4%(2)	10%(5)
慢性呼吸器感染症	46	9%(4)	50%(23)	7%(3)	9%(4)	2%(1)	4%(2)		7%(3)		13%(6)
糖尿病	44	9%(4)	39%(17)	23%(10)	7%(3)		11%(5)				11%(5)
慢性心不全	39	8%(3)	49%(19)	18%(7)	3%(1)	3%(1)	5%(2)	5%(2)		5%(2)	5%(2)
脳出血	19	24%(7)	31%(9)	7%(2)		3%(1)	10%(3)	10%(3)			14%(4)
大腿骨骨折(手術)	27	22%(6)	26%(7)	4%(1)			22%(6)	7%(2)	4%(1)		15%(4)
パーキンソン病	26	12%(3)	38%(10)	27%(7)							23%(6)
腎不全(慢性・急性を含む)	24	17%(4)	54%(33)	8%(2)	4%(1)	4%(1)					13%(3)

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

50

## 介護老人保健施設・介護医療院入所者について算定できる医薬品等

### 内服薬及び外用薬

昭和63年度 腫瘍用薬	→	平成20年度 抗悪性腫瘍剤 医療用麻薬 抗ウイルス剤	→	平成30年度 抗悪性腫瘍剤 医療用麻薬 抗ウイルス剤
----------------	---	-------------------------------------	---	-------------------------------------

### 注射及び注射薬

平成12年度 エリスロポエチン	→	平成20年度 エリスロポエチン ダルベポエチン 抗悪性腫瘍剤 医療用麻薬 インターフェロン 抗ウイルス剤 血友病治療薬	→	平成30年度 外来化学療法加算 エリスロポエチン 静脈内注射* 動脈注射* 抗悪性腫瘍剤局所持続注入* 肝動脈塞栓を伴う局所持続注入* 点滴注射* 中心静脈注射* 植込型カテーテルによる中心静脈注射*
--------------------	---	--	---	---

\*外来化学療法加算を算定するものに限る。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

51

## 介護医療院の概要

### (定義)

介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第29項)

### (基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者が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にするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設



介護医療院

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

52

## 介護医療院の基準

### 必要となる人員・設備等

介護医療院においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

#### ・人員基準

医師	I型：48対1以上（施設で3以上） II型：100対1以上（施設で1以上）
薬剤師	I型：150対1以上 II型：300対1以上
看護職員	6対1以上
介護職員	I型：5対1以上 II型：6対1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	実情に応じた適当数
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)
放射線技師	実情に応じた適当数

#### ・設備基準

診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8.0㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	1㎡×入所者数以上
廊下幅	1.8㎡以上（中廊下は2.7㎡以上）
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所

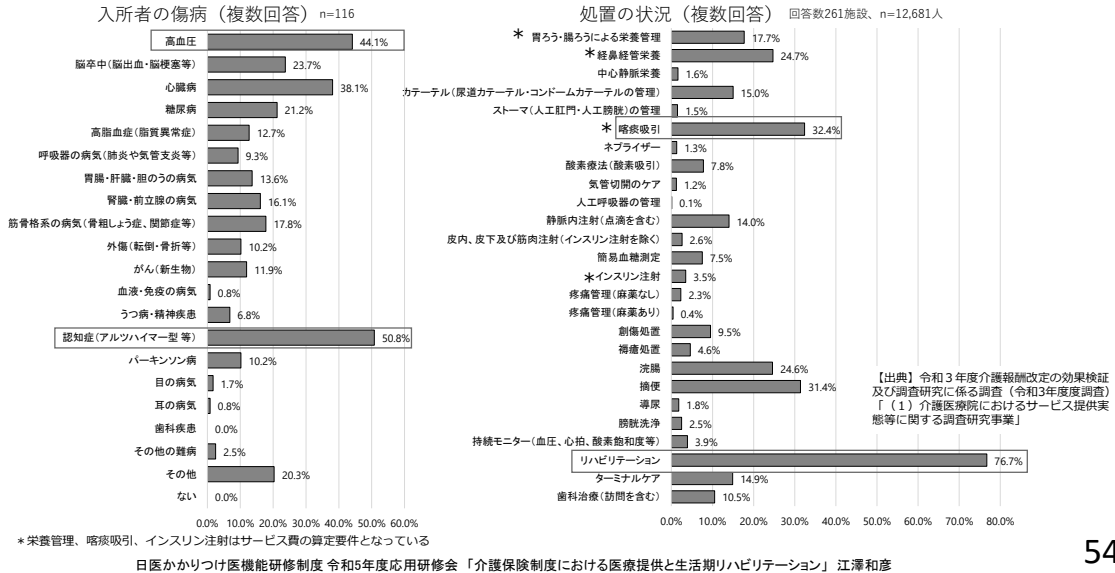
ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、  
 ・共同生活室の設置  
 ・病室を共同生活室に近接して一体的に設置  
 ・1のユニットの定員はおおむね10人以下  
 ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置  
 ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

53

## 入所者の傷病及び処置の状況

- 介護医療院入所者の傷病は認知症が最も多く50.8%、次いで高血圧が44.1%であった。
- 処置の状況は、リハビリテーションで76.7%、次いで喀痰吸引が32.4%であった。



54

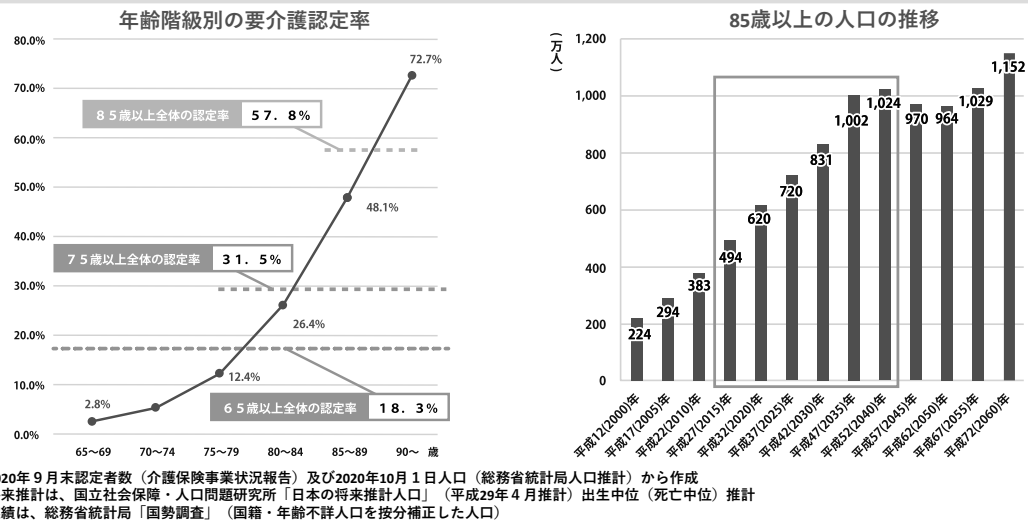
## 医療機関と高齢者施設の連携

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

55

## 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。



56

## 施設内で提供可能な医療

### 【施設内で提供可能な医療の割合】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度)」について、老健では31.6%、介護医療院では83.3%、特養では7.6%であった。

図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

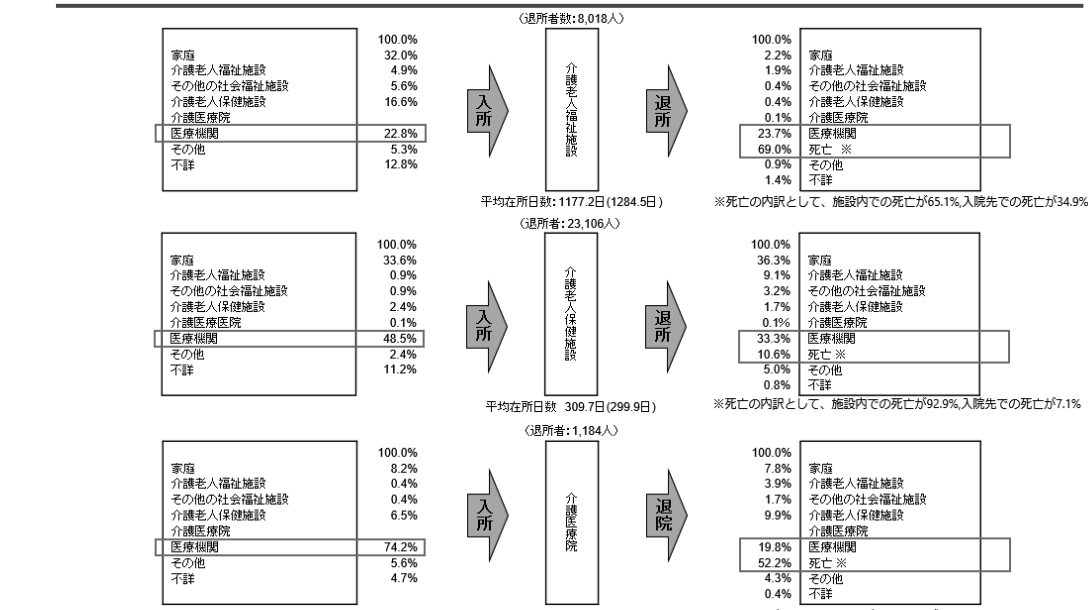
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.1	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	62.4	27.8	88.8
経鼻経管栄養	41.7	93.1	28.7	94.5	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮下、皮下及び筋内注射(インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.1
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	93.5	簡易血糖測定	86.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル(尿道カテーテル・コードマーカー)の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	84.8	84.6	70.2	87.4	疼痛管理(麻薬使用)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引(1日8回未満)	87.0	95.4	73.5	93.8	疼痛管理(麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引(1日8回以上)	50.3	81.7	24.1	93.5	内服薬・塗薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	81.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法(酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.7	92.8	78.5	95.1
褥かたろ	63.8	87.3	52.0	88.3	褥創処置	93.6	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.8
リハビリ付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.4	84.7	93.8
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	87.3	88.2	55.9	93.2
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	61.9	38.3	88.4
挿留	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式(NPVP等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	40.5	89.4	30.0	85.0
静脈内注射(点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.2	9.8	25.1
電解質補給	63.2	88.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査(令和4年度調査)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

57

## 介護保険三施設における入所者・退所者の状況



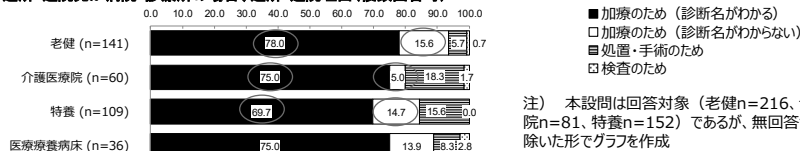
58

## 退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由

### 【退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由】

- 退所・退院理由については、「加療のため(診断名がわかる)」が老健では78.0%、介護医療院では75.0%、特養では69.7%、「加療のため(診断名がわからない)」は老健では15.6%、介護医療院では5.0%、特養では14.7%であった。
- 退所・退院理由が「加療のため(診断名がわかる場合)」と回答した場合、その診断名は、「肺炎」が老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%であった。

図表27 退所・退院先が病院・診療所の場合、退所・退院理由(複数回答可) (%)



図表28 加療のため(診断名がわかる場合)(複数回答可) 単位 (%)

	老健 (n=110)	介護医療院 (n=45)	特養 (n=76)	医療療養病床 (n=27)
肺炎	26.4	17.8	31.6	18.5
尿路感染症	4.5	6.7	5.3	7.4
骨折	10.9	8.9	1.3	7.4
脳血管疾患	6.4	11.1	5.3	7.4
心疾患	13.6	13.3	13.2	11.1
認知症による精神症状の増悪	2.7	2.2	5.3	7.4
脱水症	5.5	4.4	6.6	3.7
新型コロナ	9.1	2.2	6.6	14.8
その他	36.4	42.2	40.8	33.3

図表29 加療のため(診断名がわからない場合)(複数回答可) 単位 (%)

	老健 (n=22)	介護医療院 (n=3)	特養 (n=16)	医療療養病床 (n=5)
発熱	50.0	100.0	31.3	40.0
呼吸困難	27.3	0.0	12.5	20.0
胸痛	0.0	0.0	0.0	0.0
腹痛	4.5	0.0	0.0	0.0
意識障害	22.7	0.0	25.0	20.0
血圧低下	9.1	0.0	6.3	0.0
その他	36.4	0.0	62.5	40.0

注) n数が少ないため参考値。

令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査(令和4年度調査)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

59

## 介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止，詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞，詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症，部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎，詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	輪捻（転）	2,379	0.5%
5	S7210	転子骨骨折 閉鎖性	19,054	3.9%	31	K922	胃腸出血，詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頭部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着【索条物】	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎，急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%	34	I610	（大脳）半球の脳内出血，皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少（症）	10,588	2.1%	35	J90	胸水，他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎，詳細不明	7,490	1.5%	36	G20	パーキンソン（Parkinson）病	1,844	0.4%
11	I509	心不全，詳細不明	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス，詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	（四）肢のその他の部位の蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎，詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のうく囊炎を伴う胆のうく囊結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症，詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群【脱線維素症候群】	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症，詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のうく囊炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血，詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿管結石，詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病，ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のうく囊炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

出典：DPCデータ（令和3年4月から令和4年3月までの入院症例）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

60

## 介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7：1および10：1それぞれを含む。  
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。  
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

出典：DPCデータ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

61

## 高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

### ○ 特養

- 第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

### ○ 老健

- 第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
- 2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

### ○ 介護医療院

- 第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
- 2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

### ○ 特定施設

- 第九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
- 2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

### ○ 認知症グループホーム

- 第一百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
- 2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
- 3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

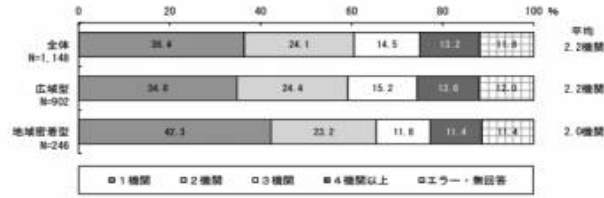
62



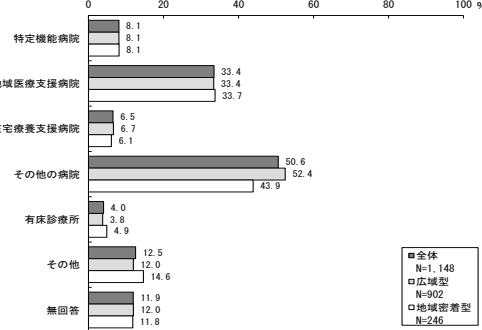
## 特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「1機関」が36.4%で最も多く、次いで「2機関」が24.1%と続いている。  
○協力医療機関の種別は、「その他の病院」が50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が33.4%と続いている。

### ○ 協力医療機関数



### ○ 協力医療機関の種別



出典:令和4年度 老人保健健康増進等事業  
「特別養護老人ホームと医療機関の協  
力体制に関する調査研究」

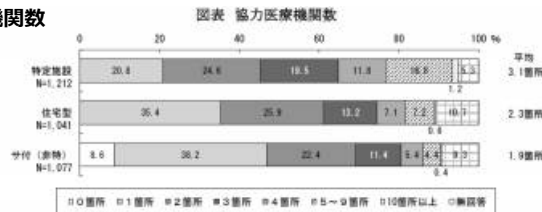
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

63

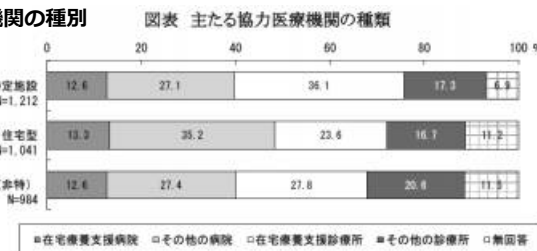
## 特定施設における協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「2カ所」が最も多く24.6%、次いで「1カ所」が20.8%と続いている。  
○協力医療機関の種別は、「在宅療養支援診療所」が36.1%で最も多く、次いで「その他の病院」が27.1%と続いている。

### ○ 協力医療機関数



### ○ 協力医療機関の種別



出典:令和4年度 老人保健健康増進等事業  
「高齢者向け住まいにおける運営形態  
の多様化に関する実態調査研究」

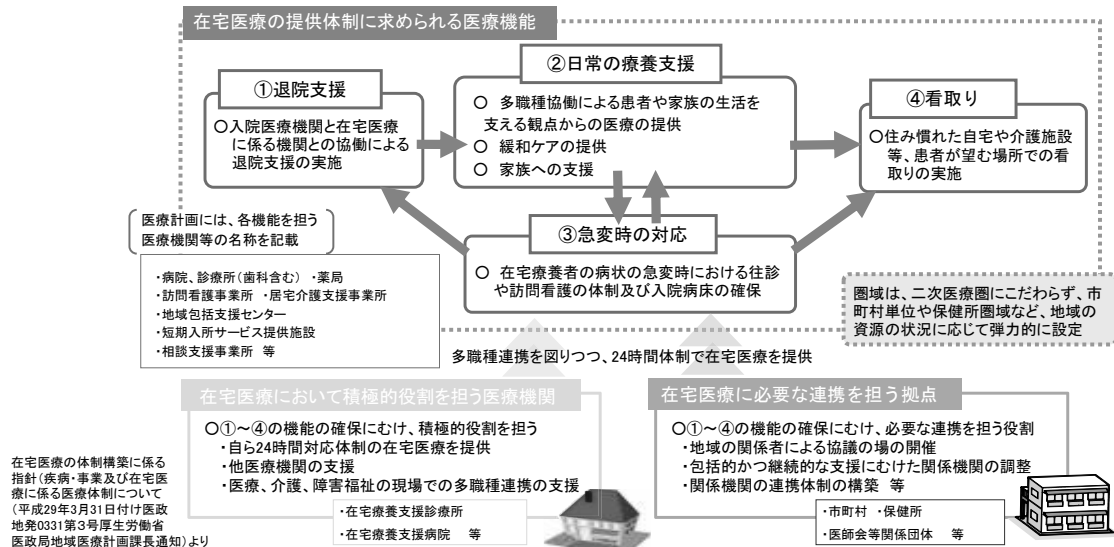
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

64

## 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

65

# 在宅療養移行加算について

## 【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算Ⅰ 216点  
在宅療養移行加算Ⅱ 116点

注) 在宅療養移行加算は、  
在宅診療・在宅療養では算定できない。

### 〔施設基準〕

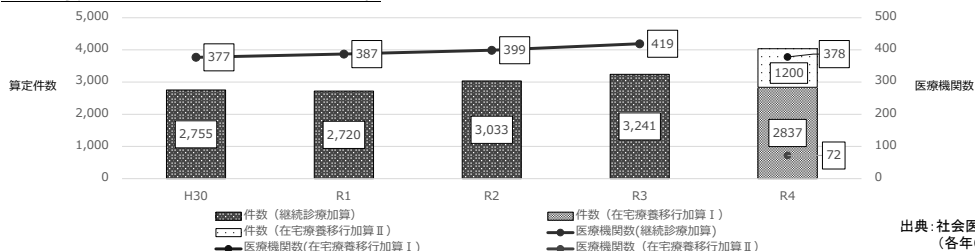
#### 在宅療養移行加算Ⅰ

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

#### 在宅療養移行加算Ⅱ

- ア 当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。
- イ 24時間の連絡体制を有していること
- ウ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- エ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

### ●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）

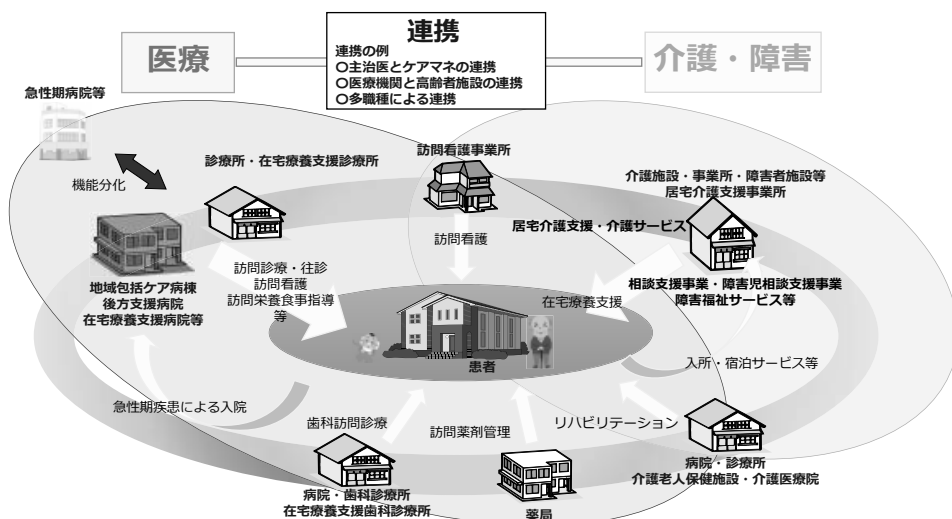


出典：社会医療診療行為別統計  
(各年6月審査分)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

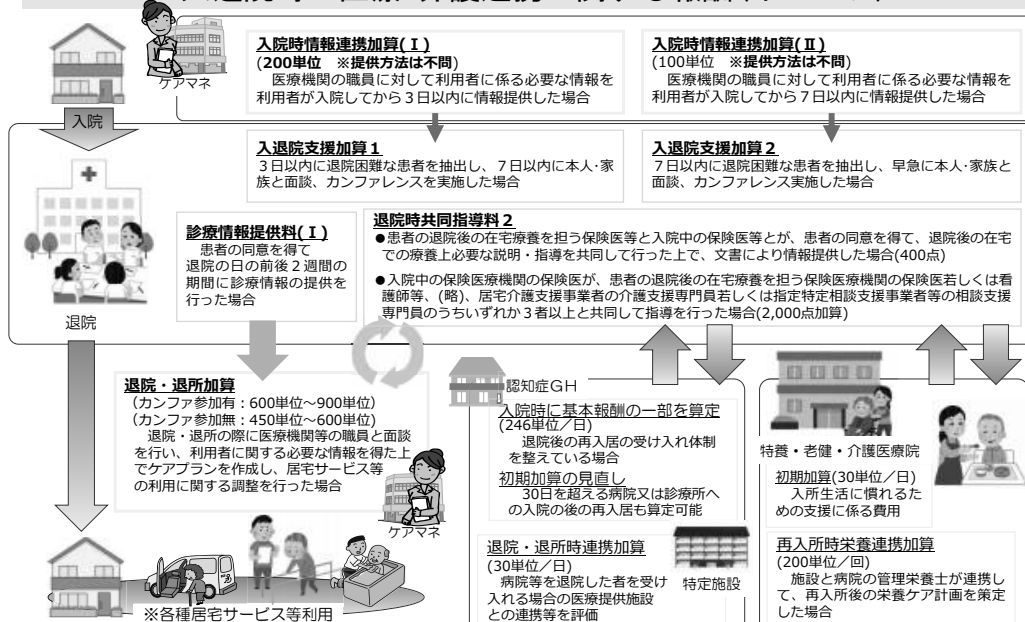
## 地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## 入退院時の医療・介護連携に関する報酬（イメージ）



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

# 入退院支援加算の概要

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
- 入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

【主な算定要件・施設基準】

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困難であること カ. 入院前比BMIが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	（※）週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従して従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能で機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦 ※青字下線はR4年度改定事項 69

令和4年度診療報酬改定 I-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組-①

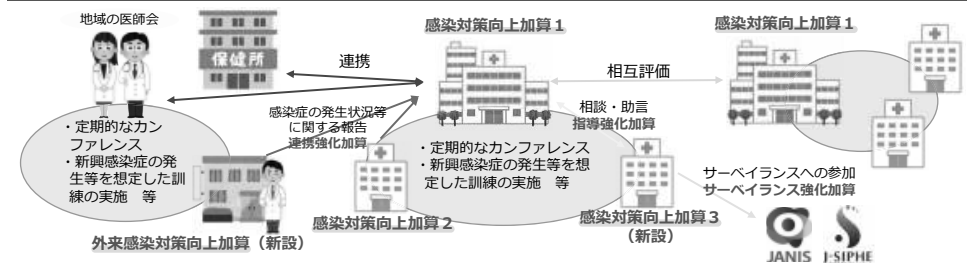
## 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】 感染防止対策加算1 390点 感染防止対策加算2 90点 (新設)	（新）【感染対策向上加算】 感染対策向上加算1 710点(入院初日) 感染対策向上加算2 175点(入院初日) 感染対策向上加算3 75点(入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算1の保険医療機関が、加算2、加算3又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算2、加算3の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

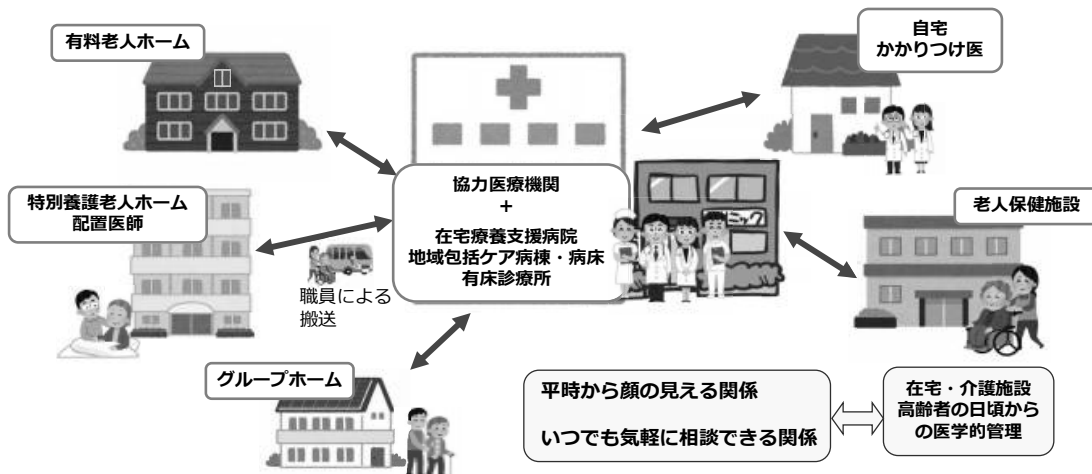
（新）指導強化加算 30点（加算1の保険医療機関）  
（新）連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点（加算2又は3の保険医療機関）



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

70

## 日常生活圏における医療・介護ネットワーク



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

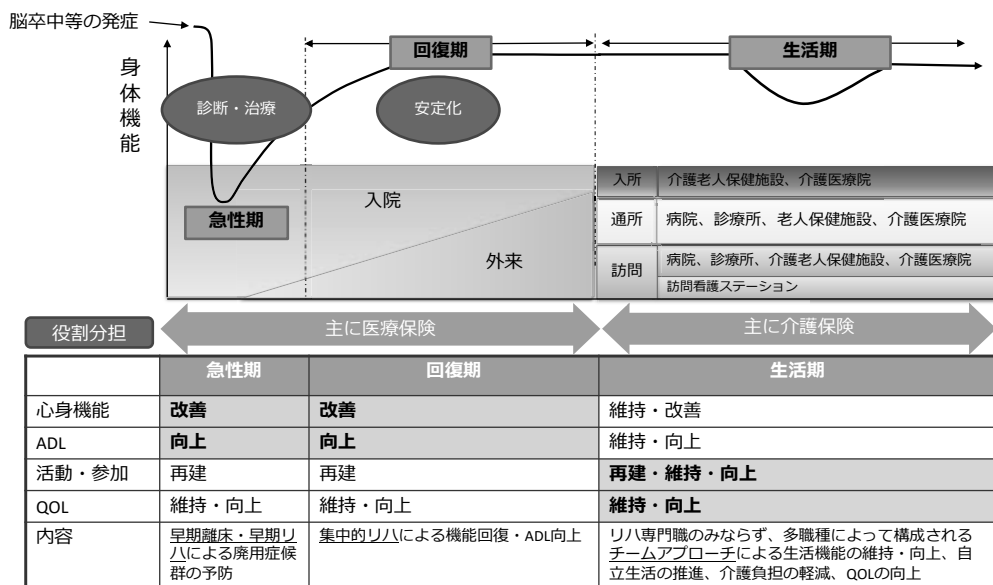
71

# 生活期リハビリテーション

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

72

## リハビリテーションの役割分担（イメージ）



(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

73

令和4年度診療報酬改定 12.リハビリテーション

## 疾患別リハビリテーション料の概要

➤ H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患(抜粋)
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 205点 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) 180点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) 146点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185点 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態等

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

74

## 疾患別リハビリテーション料の見直し

### 疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

- 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

#### 改定後

【リハビリテーション】

【算定要件】（概要）

- 1か月に1回以上、FIM（機能的自立度評価法）の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する
- リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の模式に基づき、1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする  
(ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。)

### ★疾患別リハビリテーション料の点数について（イメージ） （脳血管リハビリテーション料（I）の場合）

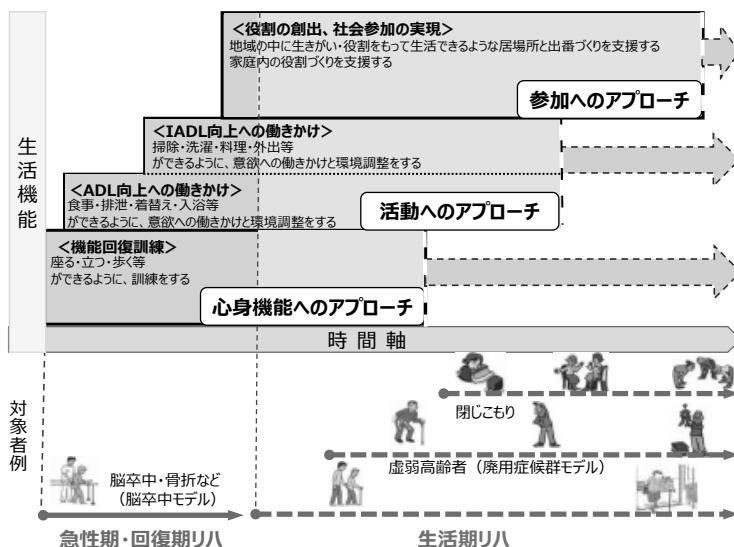
赤枠の部分（標準的算定日数を超えた場合であって、医学的にリハビリテーションを継続して行うことが必要であると認められた場合）について、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

算定要件	以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 - 失語症、失読及び失行症の患者 - 高度脳神経障害の患者 - 閉塞性脳梗塞入替料を算定する患者 - その他療育型リハビリテーションの対象患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等	発症した日等 ～180日まで	181日以降
	以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 - 先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合	245点	245点 (月13単位まで)
対象	要介護・要支援被保険者 以外		147点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入替中)		
	要介護・要支援被保険者 (入替中以外)		

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

75

## 高齢者リハビリテーションのイメージ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

76

## 通所リハビリテーションの概要・人員基準・設備基準

### 定義

介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設で行う、居宅要介護者に対する、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の理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

### 必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

#### ・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員)	単位ごとに利用者10人に1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上 (所要1～2時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可)

#### ・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であつて、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のもの。	
施設の規模	通常規模型	前年度1月当たりの平均利用延人員数が750人以内
	大規模型（I）	前年度1月当たりの平均利用延人員数が751人以上900人以内
	大規模型（II）	前年度1月当たりの平均利用延人員数が901人以上

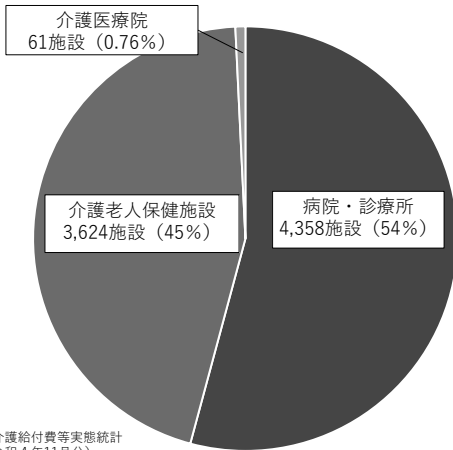
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

77

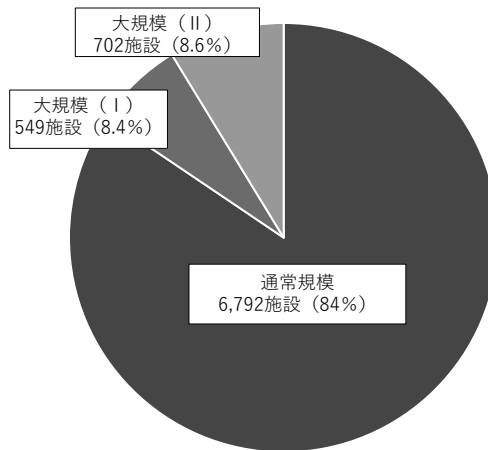
## 通所リハビリテーション事業所の開設者種別及び事業所規模別の内訳

- 開設者種別では、病院・診療所が約54%、介護老人保健施設が約45%となっている。
- 事業所規模をみると、通常規模が約84%、大規模（Ⅰ）、大規模（Ⅱ）事業所は、それぞれ約8%となっている。

開設者種別割合



事業所規模の内訳

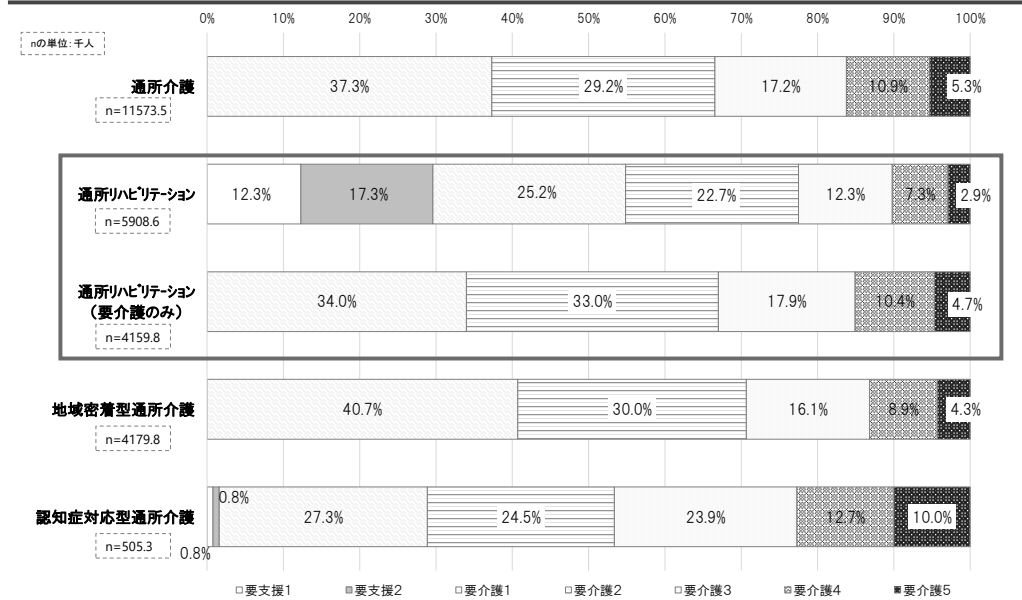


(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計(月報)」(令和4年11月分)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

78

## 通所サービスの要介護度割合



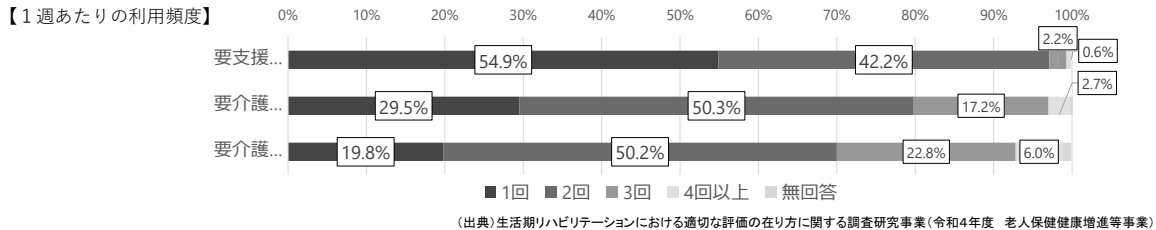
【出典】令和3年度介護給付費等実態統計(令和4年5月審査分～令和5年2月審査分)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

79

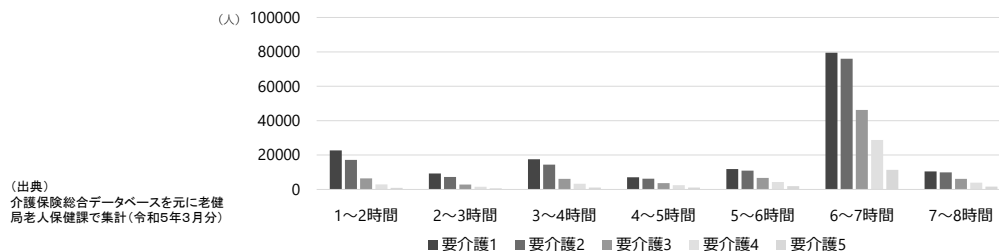
## 通所リハビリテーションの利用頻度と利用時間

- 要支援者は、週1～2回の利用が95%以上を占め、要介護者は週1～3回の利用が90%以上を占める。
- 要介護者について、全ての要介護度で、6～7時間の利用が最も多い。



(出典)生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業(令和4年度 老人保健健康増進等事業)

【一月あたりの利用時間別の利用人数】



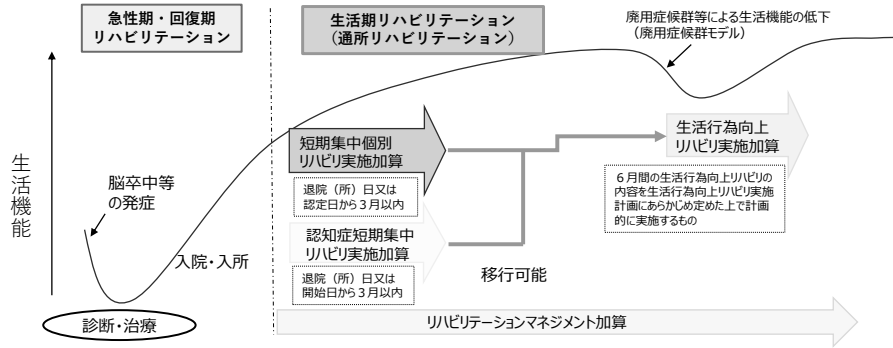
(出典) 介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課で集計(令和5年3月分)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

80

## 通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算は退院・退所直後に集中的なリハビリテーションを実施することを目的としている。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者を対象に実施することを目的としている。



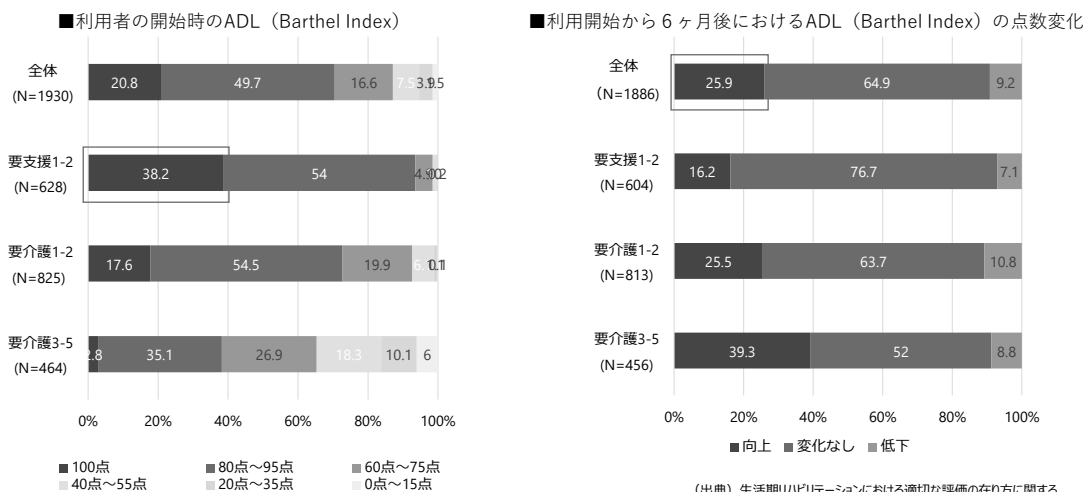
	留意事項通知における記載
短期集中リハビリテーション実施加算*	短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。 (*平成27年度の介護報酬改定において、退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的と、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合され、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直されている。)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(生活環境または家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。)を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

81

## 通所リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の38.2%においてADL評価であるBarthel Indexは満点(100点)であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、全体で25.9%が改善していた。



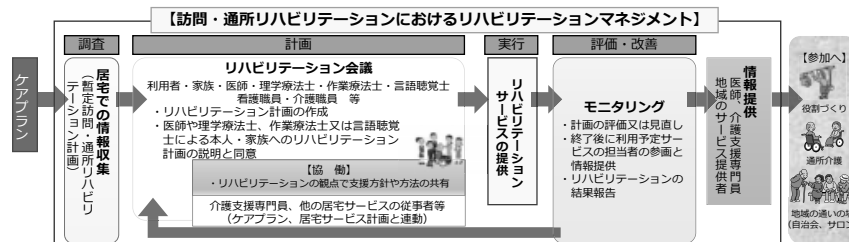
(出典) 生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業(令和4年度 老人保健健康増進等事業)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

82

## リハビリテーションマネジメント加算の考え方(令和3年度介護報酬改定後)

**概要** リハビリテーションマネジメント加算では調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段の日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



リハビリテーションマネジメントに係る要件 ※主なもの													
<b>基本報酬</b>	<b>リハビリテーションマネジメント加算の算定要件</b>												
<b>【医師の指示】</b> 医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施。指示の内容を記録 <b>【リハビリテーション計画】</b> 進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直しを実施 <b>【情報連携】</b> PT・OT・STがケアマネを通じ、他の事業所に介護の工夫等の情報を伝達	<b>【リハビリテーション会議】</b> 会議を開催し、利用者の状況等を構成員と共有。会議内容を記録する。												
	<table border="1"> <tr> <td>リハビリテーション計画の説明・同意</td> <td>なし</td> <td>加算(A)イ</td> </tr> <tr> <td>PT・OT・STが利用者等に説明・同意を得て医師へ報告</td> <td>あり</td> <td>加算(A)ロ</td> </tr> <tr> <td>医師が利用者等に説明・同意を得る</td> <td>なし</td> <td>加算(B)イ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>あり</td> <td>加算(B)ロ</td> </tr> </table>	リハビリテーション計画の説明・同意	なし	加算(A)イ	PT・OT・STが利用者等に説明・同意を得て医師へ報告	あり	加算(A)ロ	医師が利用者等に説明・同意を得る	なし	加算(B)イ		あり	加算(B)ロ
リハビリテーション計画の説明・同意	なし	加算(A)イ											
PT・OT・STが利用者等に説明・同意を得て医師へ報告	あり	加算(A)ロ											
医師が利用者等に説明・同意を得る	なし	加算(B)イ											
	あり	加算(B)ロ											

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

83

## Frenchay Activities Index (FAI) 及びLife Space Assessment (LSA) について

### Frenchay Activities Index (FAI)

手段的ADL (IADL) に関する15項目を0～3点の4段階で評価する指標。日本語人における標準値が報告されている。

アセスメント項目	評価内容の記載方法
食事の用意	0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓	
力仕事	
買物	
外出	
屋外歩行	
趣味	
交通手段の利用	
旅行	
庭仕事	
家や車の手入れ	0：していない 1：電球の取替、ねじ止めなど 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：家の修理、車の整備
読書	0：読んでいない、 1：まれに 2：月1回程、 3：月2回程
仕事	0：していない 1：週1～9時間 2 週10～29時間 3 週30時間以上

### Life Space Assessment (LSA)

個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標。地域在住高齢者において信頼性と妥当性が検証されている。

評価点	内容
0	寝室
1	住居内 (自宅で寝ている以外の部屋)
2	居住空間のごく近くの空間 (玄関外・中庭・ベランダ・車庫などの屋外)
3	自宅近隣 (自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣)
4	町内 (近隣よりも離れた場所)
5	町外

Baker et al. "Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults" J Am Geriatr Soc. 2003 Nov;51(11):1610-4.

蜂須賀研二ら「応用的日常生活動作と無作為抽出法を用いて定めた在宅中高年齢者のFrenchay Activities Index標準値」リハ医学2001;38:287-295

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

84

## リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

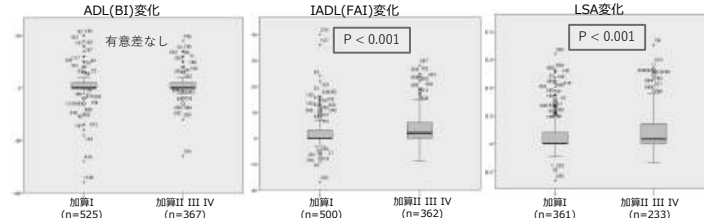
- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段的日常生活動作 (IADL) と活動範囲 (LSA) が有意に改善している。

※LSA: Life-Space Assessment (個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標)

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化とリハマネ加算算定との関係

	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算Ⅰ	2.80±10.6	2.18±4.89	7.1±14.6
リハマネ加算ⅡⅢⅣ	3.41±8.60	3.79±5.48	11.5±16.9

平均値±標準偏差 ADLはBarthel Index, IADLはFAI(Frenchay Activities Index)を指標として使用。



(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業 (令和元年度調査) のデータをもとに老人保健課で集計

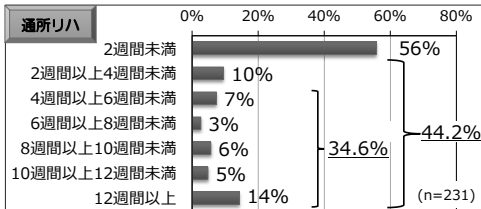
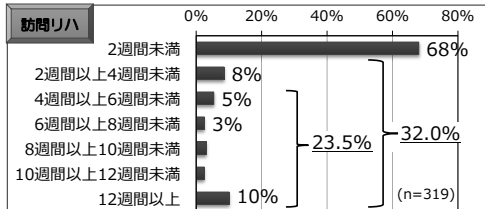
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

85

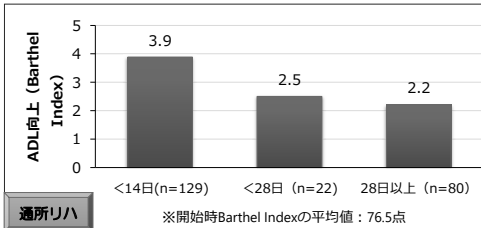
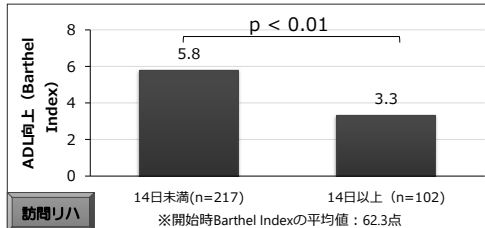
## 退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
  - ・訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
  - ・通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

### ■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



### ■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査 (平成28年度調査) の結果を事務局で集計

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

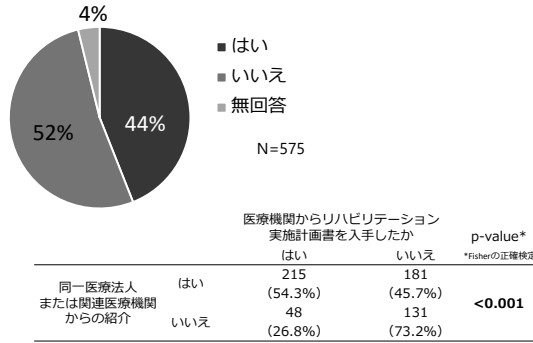
86



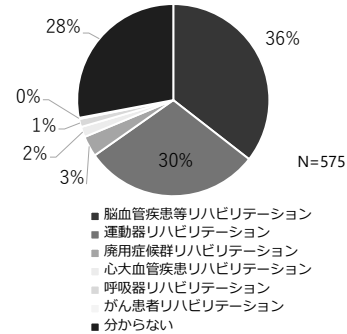
## 疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションの実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

87

### 平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進⑨

## 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応

### 維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- ▶ 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。（平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする）

### 医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- ▶ 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- ▶ 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

（新）リハビリテーション計画提供料1 275点

（新）電子化連携加算 5点

〔リハビリテーション計画提供料1の算定要件〕

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

### 診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- ▶ 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- ▶ 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- ▶ 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- ▶ 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースで行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

88

## 訪問リハビリテーションの概要・基準

### 定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、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リハビリテーション

### 必要となる人員・設備等

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

#### ・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。

#### ・設備基準

設備及び備品	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。
--------	---

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

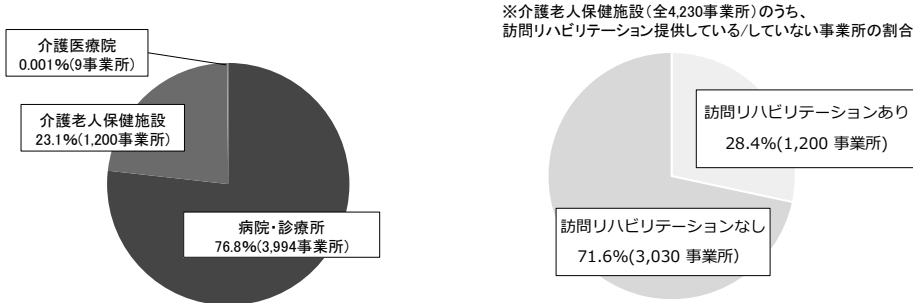
89

## 訪問リハビリテーション事業所について

- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっている。
- 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。

【訪問リハビリテーション事業所の開設種別割合】

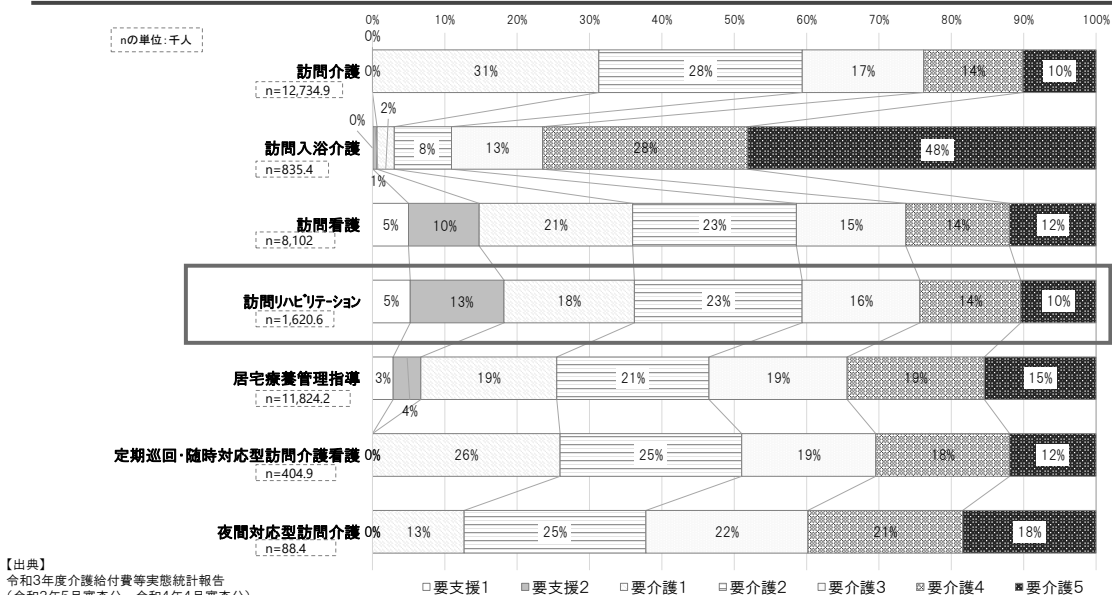
【介護老人保健施設での訪問リハビリテーションの実施】



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」(令和4年4月審査分)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

## 訪問系サービスの要介護度割合



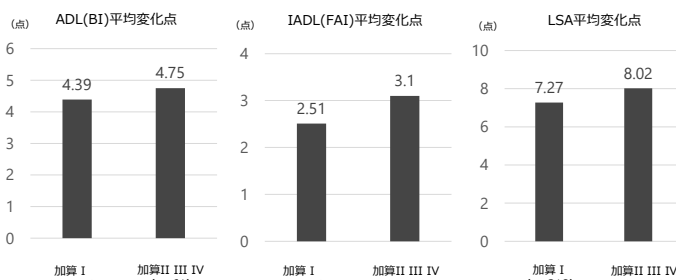
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

## リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する訪問リハビリテーションの利用者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLの評価であるBarthel Indexは4.75点、手段的日常生活動作(IADL)の評価であるFAIは3.1点、活動範囲の評価であるLSA\*は8.02点の改善を認めた。リハマネ加算Ⅰを算定する者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLは4.39点、IADLは2.51点、LSAは7.27点の改善がみられた。

※FAI: Frenchay Activities Index  
※LSA: Life-Space Assessment (個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標)

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化点とリハマネ加算算定との関係



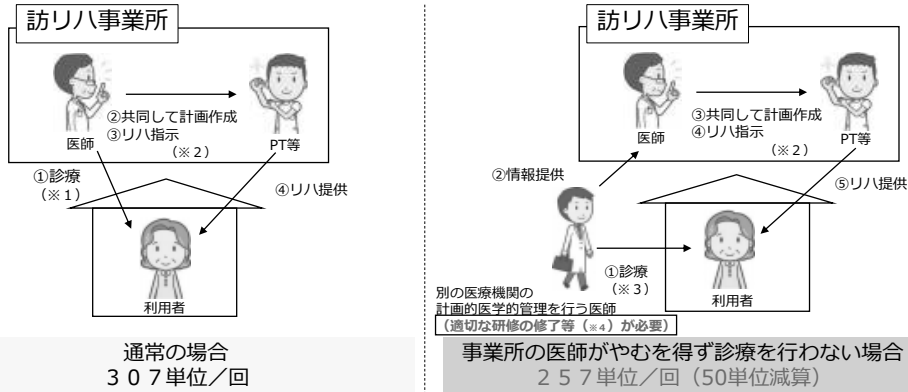
(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業(令和元年年度調査)のデータをもとに老人保健課で集計

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

## リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

### ○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



- ※1 利用者宅を訪問して行うもの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
  - ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
  - ※3 利用者宅を訪問して行うもの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
  - ※4 「適切な研修の修了等」については、令和6年3月31日まで適用猶予
  - ※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修
- 日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## 日医かかりつけ医機能研修制度

**【目的】**  
今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

**【実施主体】**  
本研修制度の実施を希望する都道府県医師会 平成28年4月1日より実施

### 【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



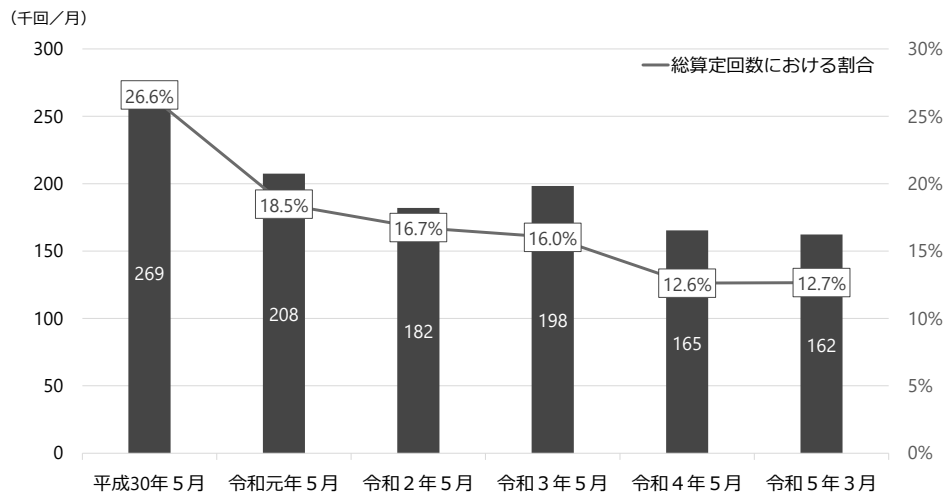
### 【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
日医生涯教育認定証の取得。	日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および都道府県・郡市区医師会が主催する研修等の受講。 規定の座学研修を10単位以上取得	社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。 規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行（有効期間3年）。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定回数



※訪問リハビリテーションの算定回数は、20分で1回としている。そのため、訪問回数と算定回数は一致しない。

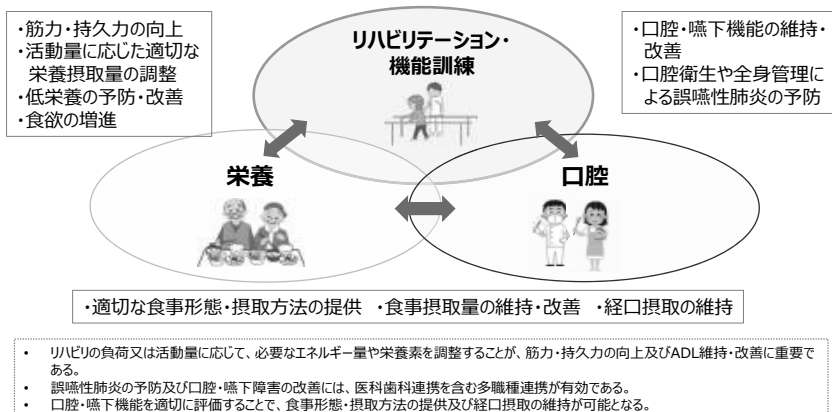
(出典)厚生労働省「介護給付費実態統計」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の  
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

96

## 入院関連機能障害について

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている<sup>1</sup>。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子<sup>2-5</sup>

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. teadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

97

## 主なリハ・栄養・口腔加算等における各種計画書

栄養ケア計画書

リハビリテーション実施計画書

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

各種計画書	共通する項目	固有の項目
リハビリテーション実施計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	心身機能、ADL、IADLの状況 リハビリテーションプログラム等
栄養ケア計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	栄養補給・食事 栄養食事相談 他職種による課題の解決など
口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	口腔・嚥下に関する指導・機能訓練の項目

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

98

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）			
記載例			
氏名：	〇〇 〇〇	殿	サービス開始日： X年 7月 10日 初回作成日： X年 7月 19日
作成者：	リハ 〇〇 〇〇 (PT)	栄養 〇〇 〇〇 (RD)	口腔 〇〇 〇〇 (DH)
利用者及び家族の意向	①落ちた筋力を取り戻したい。（ご本人）	説明日 X年 7月19日	説明者 〇〇 〇〇
	②負担なく調理可能な栄養のあるメニューを教えてください。（ご家族）		
	③口腔体操等でいつまでもごはんをおいしく食べたい。（ご本人・ご家族）		
解決すべき課題（ニーズ）	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
	・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・低栄養（体重減少） ・もともと俳句サークルに所属し再開を希望	低栄養状態のリスク（口低 □中 ■高） ・外出の機会が減り、半年で約6kg体重減少（-10.6%/6か月） ・週3回の通所利用日以外は、生活が不規則で欠食も多い ・家では、妻が食事の準備をしているが、夫は偏食で、妻自身も体力が落ちてきているため、毎日の調理が負担	■口腔衛生状態（口口臭、口歯の汚れ、 ■義歯の汚れ、口舌苔） ■口腔機能の状態（口食べこぼし、口舌の動きが悪い ■むせ、■痰がらみ、■口腔乾燥） ■歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、 ■歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他（ 【記入者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

99

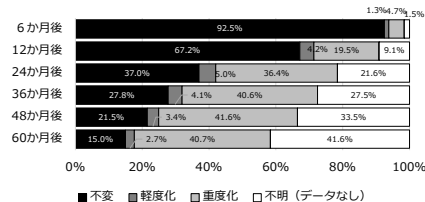
長期目標・期間	(心身機能) ・下肢筋力の向上 (活動) ・杖を用いて屋外歩行自立 ・活動量の保持(4000歩/日) (参加) ・俳句サークルへ復帰する	・行きたい場所(俳句サークル)に外出できる体力を取り戻す ・体重を6kg増やす	【6か月】 ■口腔衛生(口維持、■改善(月2回、歯科衛生士による口腔清掃及び口腔清掃指導)) ■摂食・嚥下機能(口維持、■改善(口腔体操を実施、自宅で継続するよう指導)) ■食形態(■維持、口改善( )) □音声・言語機能(口維持、口改善( )) ■誤嚥性肺炎の予防 ■その他(修復物脱離、進行したう蝕の疑いあり、受診勧奨)
短期目標・期間	(心身機能) ・下肢筋力の向上 (活動) ・杖を用いて屋外歩行が見守りで可能 ・日中の活動量の向上、自主トレの定着 (参加) ・介助者と外出が可能	・毎日3食おいしく食べて、日中は身体を動かし、規則正しい生活を送る ・妻の負担にも配慮し、簡単に嗜好に合ったバランスのよい食事をとり体重を3kg増やす	【3か月】 【計画立案者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士
具体的なケア内容	・スクワット等の筋力増強訓練(負荷量については栄養摂取量に応じて調整) ・屋内外の歩行訓練(歩行補助員の検討)、応用歩行訓練(階段・段差) ・自宅の環境調整 担当職種：理学療法士、 期間：X年7月～ 頻度：週3回、時間：40分/回	・自宅を訪問し、妻に献立の助言を行う ・ご本人様に、嗜好に合ったバランスのよい食事やリハビリを効果的に行うための適量について、分かりやすく説明する ・リハビリを行う日は、栄養補助食品(分岐鎖アミノ酸)を追加する 担当職種：管理栄養士 期間：X年7月～、頻度：月2回	■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他( ) 【サービス提供者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士
算定加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A)イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(B)イ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(II) <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 ■栄養改善加算 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(I) ■口腔機能向上加算(II)		

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

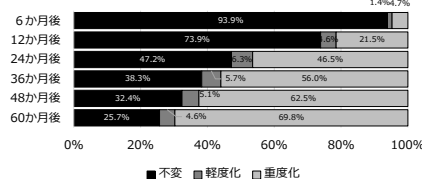
100

## 要介護度に着目した要介護度の推移

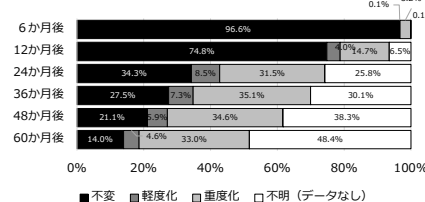
要介護1（更新申請）



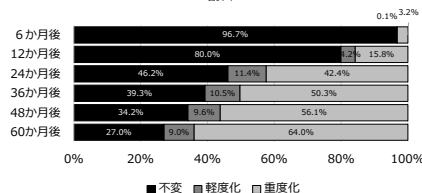
要介護1（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



要介護2（更新申請）



要介護2（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



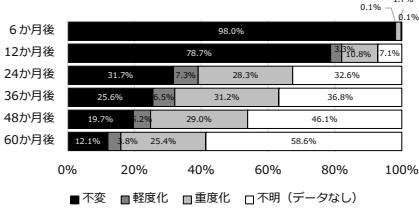
※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。  
注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。  
注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

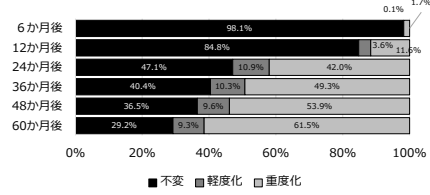
101

## 要介護度に着目した要介護度の推移

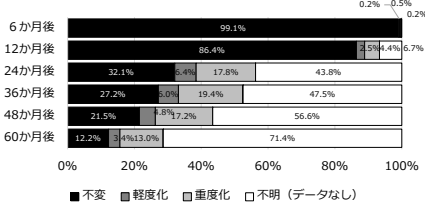
要介護3（更新申請）



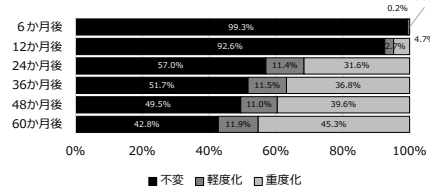
要介護3（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



要介護4（更新申請）



要介護4（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。

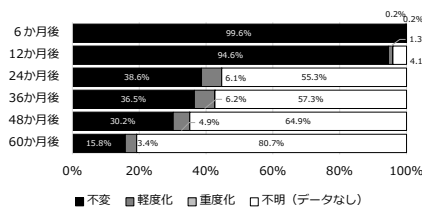
注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。

注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

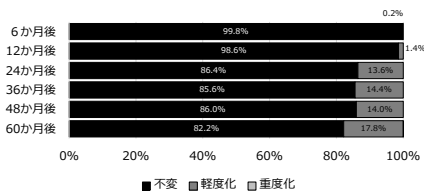
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

## 要介護度に着目した要介護度の推移

要介護5（更新申請）



要介護5（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。

注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。

注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

## 尊厳の保障へ向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実行することが我々の役割である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」江澤和彦

## 口腔・栄養・リハビリテーションの 多職種協働による一体的取組

### 【目 標】

「健康長寿のための口腔機能管理と口腔衛生管理のすすめ」  
食べることは生命維持機能の一つだけでなく、根源的な喜びでもあり、人生の中で最後まで残る楽しみでもある。栄養摂取の入口である口腔機能低下は、栄養障害や続発するフレイル、要介護の一因となる。また、口腔衛生環境の悪化は、全身の感染症や炎症性疾患のリスクを高める。2024年の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、口腔・栄養・リハビリテーションを一体的に進める方策について議論が進んでいる。効果的な運動療法やリハビリテーションのためには、適切な栄養摂取が必要であり、適切な栄養摂取のためには、健康な口腔環境が必要であるため、口腔や栄養・食に関連した効果的な職種間連携が今後ますます必要となる。本講義では、健康長寿の延伸のための多職種連携によるオーラルマネジメントについて概説する。

### 「管理栄養士による居宅療養管理指導のニーズ」

在宅医療における栄養食事管理の課題は、①医療機関において、在宅療養者への栄養食事管理が出来る管理栄養士が少ない、②在宅療養者に目を向けると栄養に関する情報について、入院医療機関と在宅医療機関との連携、多職種間での情報共有・連携が十分にされていない、などが挙げられる。

居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業において、成功事例の一つに“人間らしい生活の回帰”が挙げられていた。多職種からの要望では“在宅生活をよくみて、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい”等があった。

課題解決に繋がる部分としては、医療機関等の管理栄養士が在宅で活躍できる体制が期待される。また、栄養ケア・ステーションとの連携をすすめることや、栄養に関する情報については、管理栄養士の活用として、入院医療機関と在宅医療機関での連携により多職種間の情報共有をすすめることが考えられる。

### 【キーワード】

オーラルフレイル、口腔衛生管理、人間らしい生活への回帰、管理栄養士の活用

---

東京医科歯科大学大学院 地域・福祉口腔機能管理学分野 教授 まつお こういちろう  
**松尾 浩一郎**

【略歴】1999年東京医科歯科大学歯学部卒。ジョーンズホプキンス大学医学部リハビリテーション講座講師、松本歯科大学障害者歯科学講座准教授を経て、2013年藤田保健衛生大学医学部歯科教授を務める。2018年に藤田医科大学医学部歯科・口腔外科学講座主任教授に就任。2021年より東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野教授に就任し、2022年より東京医科歯科大学病院オーラルヘルスセンターセンター長を併任。

【所属・資格等】歯学博士、日本老年歯科医学会（認定医、専門医、指導医、摂食機能療法専門歯科医師）、日本障害者歯科学会（認定医、専門医、指導医）、日本摂食嚥下リハビリテーション学会（認定士）、日本静脈経腸栄養学会（認定歯科医）

---

社会医療法人財団慈泉会相澤病院栄養科 科長 やのめ ひでき  
**矢野目 英樹**

【略歴】1995年東京農業大学農学部栄養学科卒。松本協立病院栄養科、塩尻協立病院栄養科主任を経て、2001年より相澤病院栄養科に着任。2002年同栄養科主任、2004年同栄養科科長に就任。

【所属学会】日本健康・栄養システム学会（理事）、日本糖尿病学会、日本糖尿病合併症学会、日本臨床栄養代謝学会、日本病態栄養学会、日本認知症ケア学会、日本臨床栄養学会

【主な研究分野】栄養ケア・マネジメント、糖尿病

# 口腔・栄養・リハビリテーションの 多職種協働による一体的取組

東京医科歯科大学大学院  
地域・福祉口腔機能管理学分野 教授

松尾 浩一郎

社会医療法人財団慈泉会  
相澤病院 栄養科 科長

矢野目 英樹

## 健康長寿のための 口腔機能管理と口腔衛生管理のすすめ

東京医科歯科大学大学院  
地域・福祉口腔機能管理学分野 教授

松尾 浩一郎

### 口腔・栄養・リハビリ テーションの多職種協 働による一体的取組

効果的な運動療法やリハビリテーションのためには、適切な栄養摂取が必要であり、適切な栄養摂取のためには、健康な口腔環境が必要であるため、口腔と栄養・食をパッケージとしたフレイル対策や、効果的な口腔ケアを進めるための多職種連携が求められる

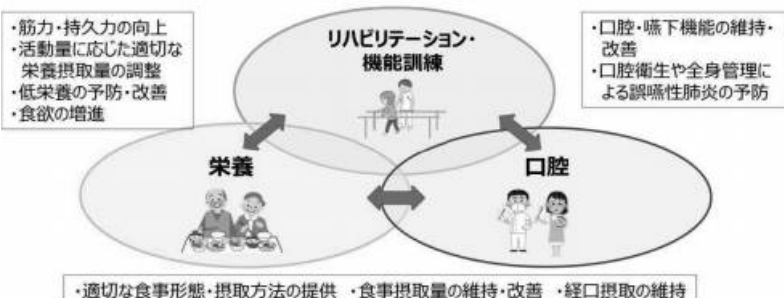
### はじめに

#### 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社医審一介護給付費分科会  
第178号 (R2.6.25) 資料1

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

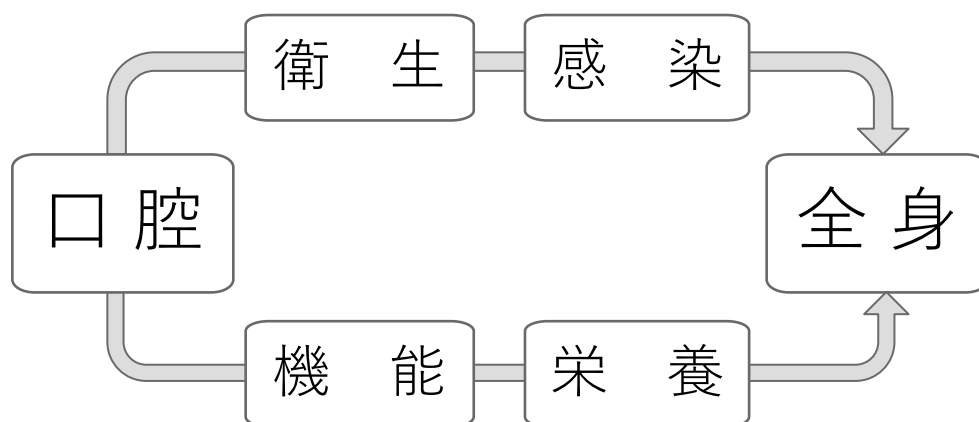
医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の  
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。



# 口と全身の関係



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

3

## 多職種連携オーラルマネジメント

口腔**衛生**管理 Oral **Hygiene** Management

口腔**機能**管理 Oral **Function** Management

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

4

## 多職種連携オーラルマネジメント

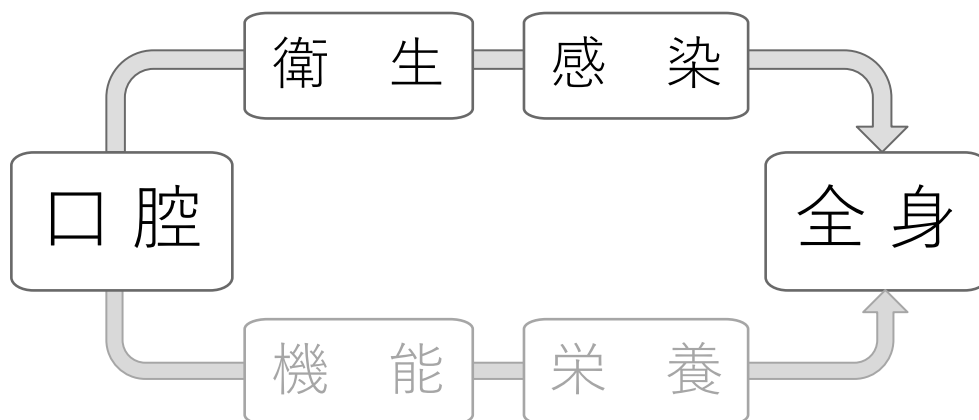
口腔**衛生**管理 Oral **Hygiene** Management

口腔**機能**管理 Oral **Function** Management

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

5

# 口と全身の関係



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

6

## 口腔ケアのチームアプローチ

**均てん化**：口腔アセスメントと手技の標準化による口腔ケアのボトムアップ

**個別化**：看護師では対応が困難な症例の抽出と個別の対応が行えるような仕組み作り

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

7

# OHAT

Oral Health Assessment Tool

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT)

(Chalmers JM et al., 2005)

ID	項目	基準	0=健全	1=軽度不潔	2=中等不潔	3=重度不潔	説明	スコア
口腔	口腔	正常、健康、ピンク		乾燥、ひび割れ、口臭の悪化	腫痛や痒感、赤熱、白色斑、潰瘍性口炎、口腔がんの疑念、潰瘍			
舌	舌	正常、健康、ピンク		干渉、色紫、発赤、舌苔付着	赤色斑、白色斑、潰瘍、腫痛			
歯肉・粘膜	歯肉・粘膜	正常、健康、ピンク		乾燥、光沢、硬さ、発赤、部分的に1+程度が腫脹、腫脹下の一部潰瘍	腫脹、出血、潰瘍、発赤、部分的に2+程度が腫脹、腫脹下の一部潰瘍			
唾液	唾液	正常、健康、透明		乾燥、べたつき、粘着、舌苔の付着、口臭感(平素あり)	唾液減少、乾燥、舌苔の付着、口臭感(平素あり)			
歯牙	歯牙	健全、歯垢なし		歯垢、歯石、歯肉の腫脹、歯肉の発赤	4年以上の付着、歯肉の腫脹、発赤、歯石、歯肉の腫脹、歯肉の発赤			
義歯	義歯	正常、人工歯の維持なし、清潔に保たれている		一部位の脱落、人工歯の維持不能に陥っている状態	二部位以上の脱落、人工歯の維持不能、歯肉の腫脹、歯肉の発赤、歯肉の腫脹、歯肉の発赤			
口腔清掃	口腔清掃	口腔清掃習慣良好、歯垢、歯石、プラークなし		1-2週間毎に歯垢、歯石、プラークあり、歯垢が口臭あり	多くの刷牙に歯垢、歯石、プラークあり、歯垢が口臭あり			
歯痛	歯痛	疼痛を伴わず自覚的、身体的に健康なし		疼痛を伴わず自覚的だが軽微あり、歯痛が頻りに発生し、夜間の睡眠に支障あり	疼痛を伴わず自覚的だが軽微あり、歯痛が頻りに発生し、夜間の睡眠に支障あり			

## アセスメントの導入により

口腔環境を数値化

口腔問題を共通言語化

連携ツールとして利用

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

8



### The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability

JM Chalmers,\* FL King,† AJ Spencer,‡ FAC Wright,§ KD Carver\*

### Oral health screening: feasibility and reliability of the oral health assessment tool as used by speech pathologists

Inghorb S, Simpelare<sup>1,2,3</sup>, Green Van Naffden<sup>4</sup>, Jan Vandervegen<sup>5</sup>, Kristen Wouters<sup>6,7</sup> and Marc De Boel<sup>8,9</sup>

掲載誌 37: 1-7, 2016

### Reliability and Validity of the Japanese Version of the Oral Health Assessment Tool (OHAT-J)

MATSUO Kōchiro and NAKAGAWA Kazuharu

Department of Dentistry, School of Medicine, Fujita Health University

### Validation of the Chinese Version in Oral Health Assessment Tool (OHAT) for Clinical Non-Dentist Professionals

Yi-Yen Tsai · Yin-Chiao Lin\* · Chia-Lin Li\*\* · Yieh-Yiag Yang\*\*\* · Yi-Chia Chia\*\*\*\*  
Chang Gung Nursing Vol. 26, No. 4



### Development of a German version of the Oral Health Assessment Tool

Address: Author and Offprints: Ulrike Lohse-Fischer [E], Helmut Dögl, Judith Stroh, Alexander Jochen-Kassal, Peter Krenn-Hellberg, Andrea Lohse [E]



# OHAT

## Oral Health Assessment Tool

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

### The Oral Health Assessment Tool – Validity and reliability

JM Chalmers,\* FL King,† AJ Spencer,‡ FAC Wright,§ KD Carver\*

掲載誌 37: 1-7, 2016

### 口腔アセスメントシート Oral Health Assessment Tool 日本語版 (OHAT-J) の作成と信頼性、妥当性の検討

松尾浩一郎・中川量晴

項目	0-0級基準	1-1級基準	2-2級基準	スコア
口唇	正常、潤滑、ピンク	乾燥、ひび割れ、口角の皸裂	厚皮や結痂、赤白色斑、透毒疹性、口角の皸裂、潰瘍	
舌	正常、潤滑、ピンク	干舌、亀裂、赤点、舌苔付着	赤白色斑、白色斑、潰瘍、腫脹	
歯肉・粘膜	正常、潤滑、ピンク	乾燥、光沢、硬さ、赤点、部分的に1/4まで付着した歯肉下の一部潰瘍	腫脹、圧痛(歯付以上) 歯の動揺、疼痛、白色斑、赤点、潰瘍	
唾液	正常、潤滑、ピンク	乾燥、べたつき(粘着)、舌苔の付着、口臭感あり	唾液分泌減少、乾燥の強い唾、口臭感あり	
残存歯	歯-歯根のうねりはない	歯冠以下のうねり、歯の脱落、疼痛、弛緩	歯冠以上のうねり、歯の脱落、弛緩、歯冠二つ以上のうねり、歯冠の脱落、弛緩、歯冠二つ以上のうねり	
義歯	正常、長期、人工歯の嵌りなし、普通に着用できる状態	一部の義歯、人工歯の嵌り、毎日1つ程度は装着のみ可能	二つ以上の義歯、人工歯の嵌り、毎日1つ以上の義歯を装着できない	
口腔清掃	口腔清掃状態良好、歯垢、歯石、プラークなし	1つ以上に歯垢、歯石、プラークあり、歯石口角あり	多くの歯面に歯垢、歯石、プラークあり、歯石口角あり	
疼痛	疼痛を訴えず活動的、身体的に支障なし	疼痛を訴えず活動的だが痛みあり、歯を引っかけると、口唇や頬に傷が浅い、定期的にある	疼痛を訴えず活動的だが痛みあり、歯を引っかけると、歯の脱落、潰瘍、歯肉下の腫脹、定期的な疼痛あり	

# OHAT

評価項目：8項目  
口唇，歯肉と粘膜，舌，唾液，歯，義歯，清掃状態，疼痛

スコア：3段階 (0-2)

2点の場合には、  
歯科依頼を検討

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹



ここをクリック



日本語版OHAT (OHAT-J) ご利用の皆さまへ

詳しくはこちら →

カムカム健康プログラムに ご興味のある方へ

詳しくはこちら →

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J)						(Chalmers JM, 2005; 松尾, 2016)	
ID:	氏名:		評価日: / /				
項目	0 = 健全	1 = やや不良	2 = 病的	スコア			
口唇	正常、湿潤、ピンク	乾燥、ひび割れ、口角の発赤	腫脹や腫痛、赤色斑、白色斑、潰瘍性出血、口角からの出血、潰瘍				
舌	正常、湿潤、ピンク	不整、亀裂、発赤、舌苔付着	赤色斑、白色斑、潰瘍、腫脹				
歯肉・粘膜	正常、湿潤、ピンク	乾燥、光沢、粗造、発赤、部分的な(1-6歯分)腫脹、歯肉下の一部潰瘍	腫脹、出血(7歯分以上)、歯の動揺、潰瘍、白色斑、発赤、圧痛				
唾液	湿潤、粘性性	乾燥、べたつく粘膜、少量の唾液、口臭感若干あり	赤く干からびた状態、唾液はほぼなし、粘性の高い唾液、口臭感あり				
残存歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯・歯根のうねりまたは破折なし	3本以下のうねり、歯の破折、残根、咬耗	4本以上のうねり、歯の破折、残根、非常に強い咬耗				
義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	正常義歯、人工歯の破折なし、普通に装着できる状態	一部位の義歯、人工歯の破折、毎日1-2時間の装着のみ可能	二部位以上の義歯、人工歯の破折、義歯脱落、義歯不適のため未装着、義歯接着剤が必要				
口腔清掃	口腔清掃状態良好、食渣、歯石、プラークなし	1-2部位に食渣、歯石、プラークあり、若干口臭あり	多くの部位に食渣、歯石、プラークあり、強い口臭あり				
歯痛	疼痛を示す言動的な兆候なし、言動的、身体的な兆候なし	疼痛を示す言動的な兆候あり、顔を引きつらせる、口唇を噛む、食事しない、攻撃的になる	疼痛を示す言動的な兆候あり、頬、歯肉の腫脹、歯の破折、潰瘍、歯肉下潰瘍、言動的な兆候もあり				
歯科受診 (要 - 不要)	再評価予定日 / /		合計				

Japanese Translation: Koichiro Matsuo permitted by The Iowa Geriatric Education Center available for download: <https://www.ohcw-tmd.com/research/> revised Sept 1, 2021  
 日本語版作成: 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野 教授 松尾 浩一郎  
 日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

12

# Oral Health Assessment Tool (OHAT)

## 日本語版説明用資料

東京医科歯科大学大学院  
 地域・福祉口腔機能管理学分野  
 松尾浩一郎



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

13

### 使用上の注意

本資料は、OHAT教育用に作成された資料です。  
 フリーで使用していただけます。  
 無断転載、改変は原則禁じています。  
 写真付きのアセスメントシートは日本語版オリジナルです。  
 論文、学会発表等でOHAT-Jを使用される際には、  
 以下の引用をお願いいたします。

Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD: The oral health assessment tool-validity and reliability. Australian dental journal. 50:191-199. 2005.

松尾浩一郎, 中川量晴. 口腔アセスメントシート Oral Health Assessment Tool日本語版 (OHAT-J) の作成と信頼性, 妥当性の検討. 障害者歯科. 37:1-7. 2016.

Oral Health Assessment Tool (OHAT)日本語版. Available from: <https://www.ohcw-tmd.com/research/>

松尾浩一郎

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

14

# 舌

## 0. 健全



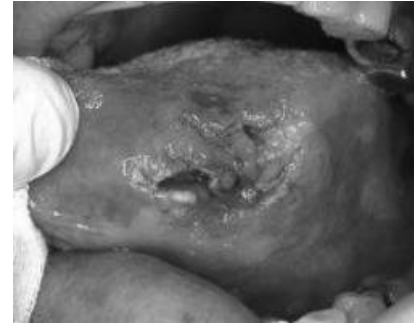
正常  
湿潤  
ピンク

## 1. 変化



不整, 亀裂, 発赤  
舌苔の付着

## 2. 病的



赤色斑、白色斑  
潰瘍  
腫脹

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

15

舌をよく観察し、必要があれば触れてみましょう。  
舌苔の付着を認めれば、量、性状、色などに関わらず  
スコア1（変化）  
潰瘍性の病変、それによる出血を認めれば、  
ただちにスコア2（病的）



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

16

# 義 歯

## 0. 健全



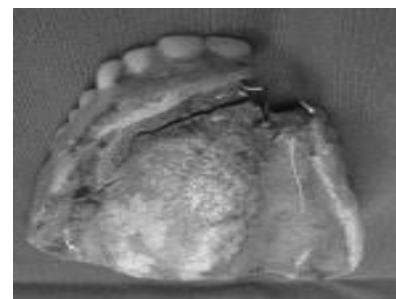
正常  
義歯, 人工歯の破折無  
普通に装着できる

## 1. 変化



1 部位の義歯,  
人工歯の破折  
毎日1~2時間  
装着可能

## 2. 病的

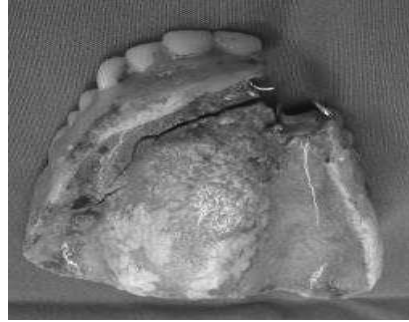


2部位以上の義歯, 人工  
歯の破折。義歯紛失  
義歯不適合のため未装着  
義歯接着剤が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

17

義歯の破折、破損が1部位でスコア1（変化）  
2部位以上でスコア2（病的）  
1日1～2時間しか使用できない場合はスコア1（変化）  
救急搬送され自宅に義歯がある場合は、  
 義歯紛失と同じ扱いでスコア2（病的）

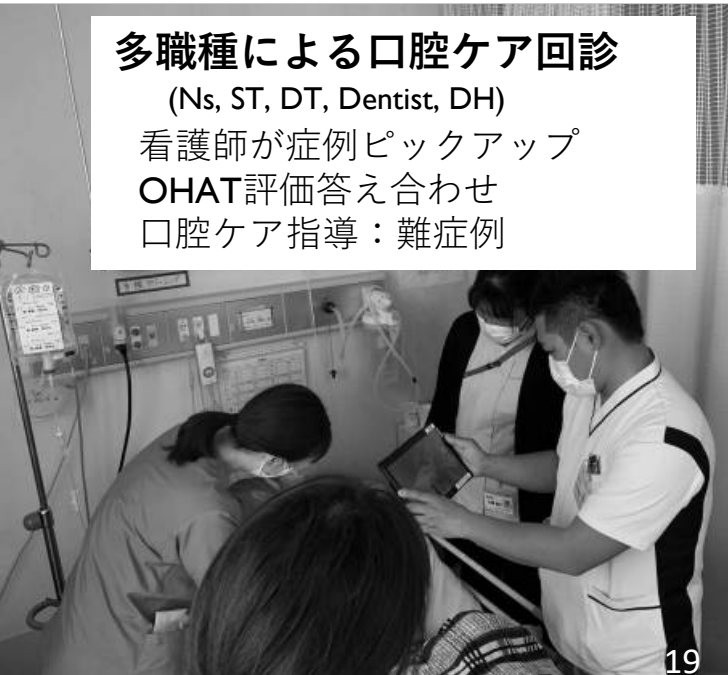


日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

18



**多職種による口腔ケア回診**  
 (Ns, ST, DT, Dentist, DH)  
 看護師が症例ピックアップ  
 OHAT評価答え合わせ  
 口腔ケア指導：難症例



(麦ら, JS DR2021)

19

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## OHAT平均スコア および 一致率@2019 & 2020

### 2019/12～の13名（前半）

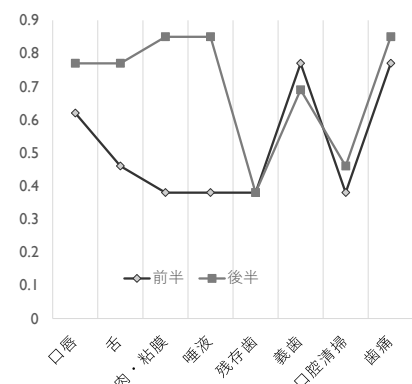
	口唇	舌	歯肉	唾液	歯	義歯	清掃	歯痛	合計
看護師	0.2	0.5	0.5	0.6	0.5	0.3	0.9	0.1	3.7
歯科	0.2	0.3	0.6	0.4	1.1	0.8	0.9	0.2	4.4
一致率	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.8	0.4	0.8	0.5

### 2020/10～の13名（後半）

	口唇	舌	歯肉	唾液	歯	義歯	清掃	歯痛	合計
看護師	0.6	0.7	0.8	0.8	0.6	0.5	1.2	0.2	5.4
歯科	0.6	0.6	0.6	0.8	0.5	0.5	0.7	0.2	4.5
一致率	0.8	0.8	0.9	0.9	0.4	0.7	0.5	0.9	0.7

(麦ら, 2021, JS DR)

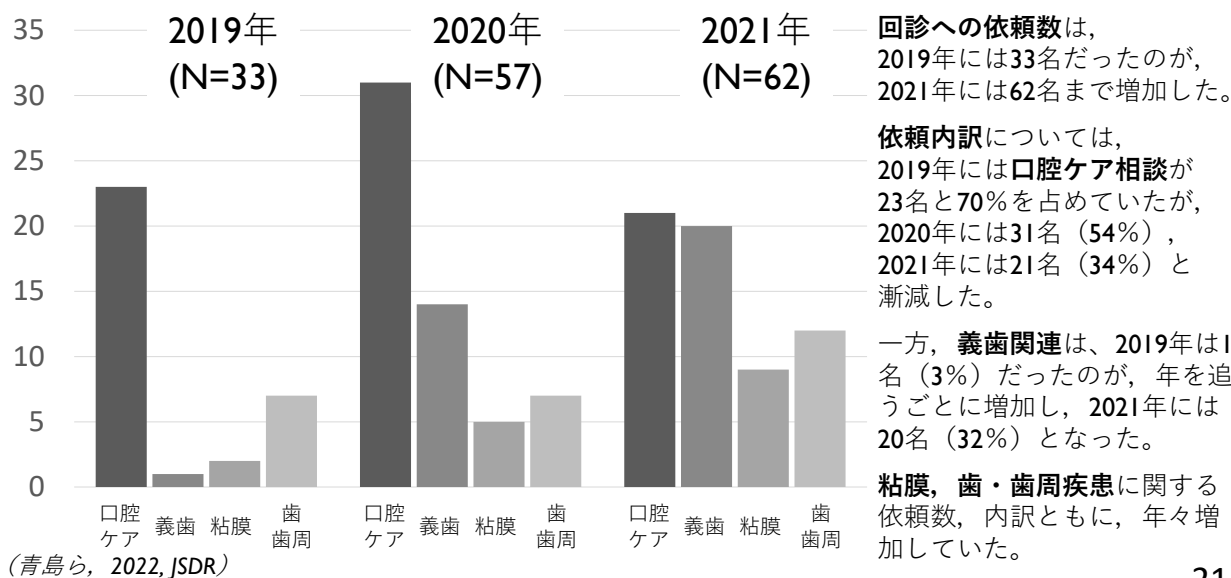
回診で適宜アセスメントのフィードバックとケア手技の指導を実施。看護師と歯科医師とのOHATスコアの一一致率は、回診当初52%と低かったが、2年が経ち最近では70%まで一致してきた。



20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## 口腔ケア回診依頼件数 およびその内容内訳

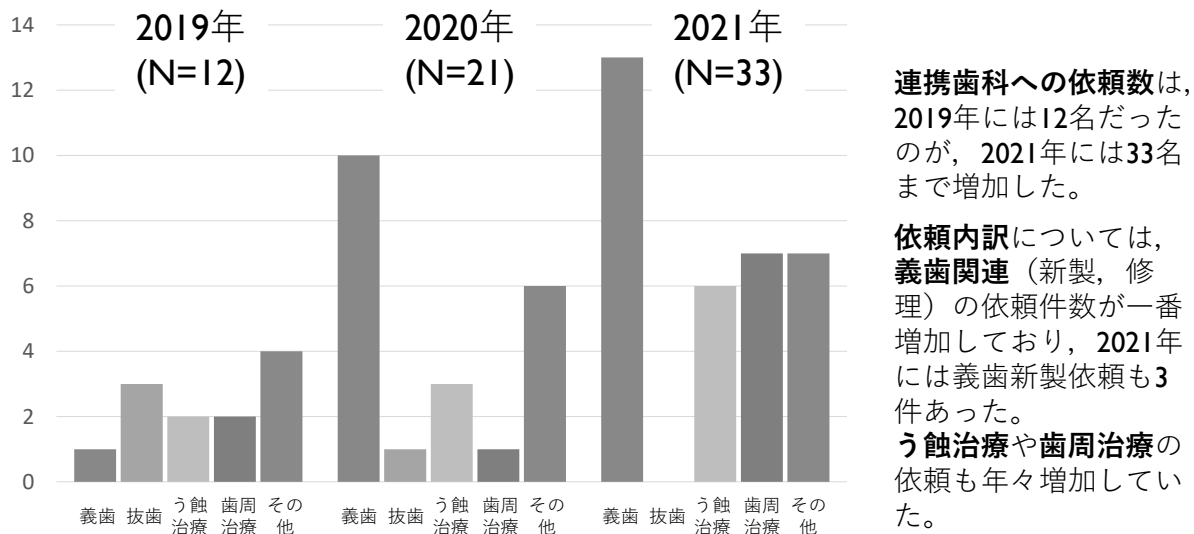


(青島ら, 2022, JS DR)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

21

## 連携歯科への依頼件数 およびその内容内訳



(青島ら, 2022, JS DR)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

22

## 口腔衛生管理

### OHATを用いた多職種連携

- 口腔アセスメントで口の情報を共有
- 口腔ケアの均てん化
- 歯科との連携パスの構築

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

23

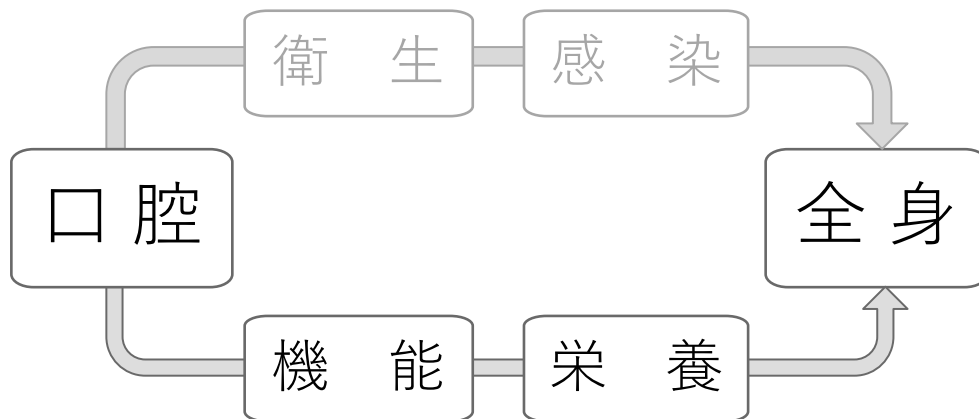
# 多職種連携オーラルマネジメント

口腔衛生管理 Oral Hygiene Management

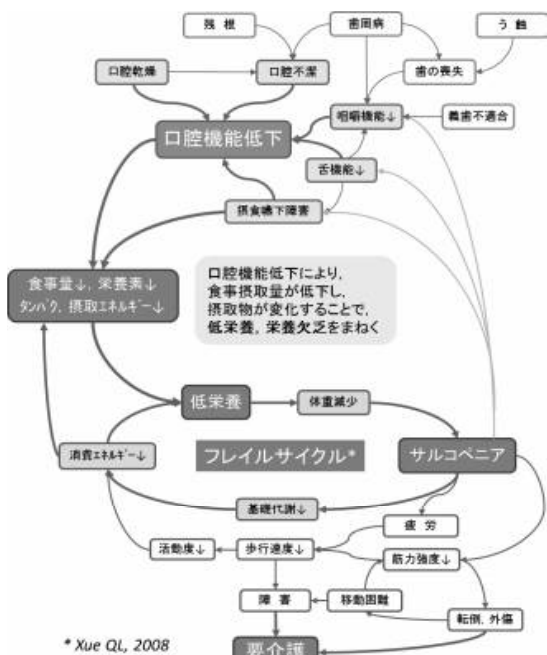
口腔機能管理 Oral Function Management

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## 口と全身の関係



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹



\*Xue QL, 2008

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

口腔機能低下



低栄養



フレイル





## 口腔機能と栄養

残存歯数が少ないと、摂取食品の制限から栄養摂取バランスが悪くなる (Wakai K, 2010; Yoshihara A, 2005)

残存歯数は、栄養障害（過栄養 or 低栄養）と関連する

(Inui A, 2017; Toniazzo MP, 2017; Yoshida M, 2011)

(宮崎ら, 6. 栄養; in 健康長寿社会に寄与する 歯科医療・口腔保健のエビデンス, 2015)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

普段の生活に関して、  
あてはまるものに、チェック (☑) をしてください

	はい	いいえ
半年前と比べて、堅い物が食べにくくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お茶や汁物でむせることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
義歯を入れている※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口の渇きが気になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
半年前と比べて、外出が少なくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
さきイカ・たくあんくらいの硬さの食べ物を噛むことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1日に2回以上、歯を磨く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1年に1回以上、歯医者に行く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 歯を失ってしまった場合は、義歯などを適切に使って、堅いものをしっかり食べることが出来るよう、治療を受けることが大切です。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹



## 舌口唇運動機能低下

(/pa/, /ta/, /ka/, <6/s)

健口くんハンディ

(竹井機器工業)

くちけん (桐生市歯科医師会)

毎日パタカラ (サンスター)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

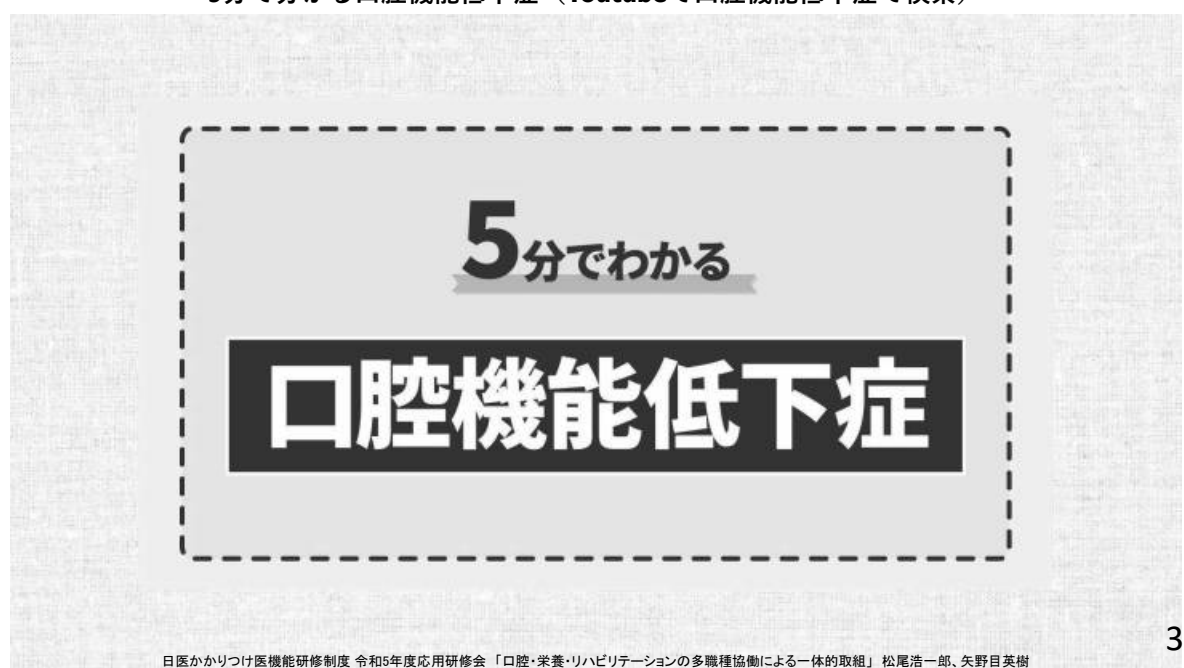
1   口腔衛生状態	舌苔の付着状況で評価
2   口腔乾燥	乾燥度を測定する機器で測定
3   舌の力	舌圧計で測定
4   咬む力	咬合圧計で測定
5   唇や舌の運動力	パ・タ・カの発音回数を測定
6   咀嚼能力	グミゼリーを噛んで測定
7   飲みこむ(嚥下)問題	10項目の質問用紙で評価

3つ以上該当する場合

口腔機能低下症

と診断

5分で分かる口腔機能低下症 (Youtubeで口腔機能低下症で検索)



## 歯科補綴治療による栄養改善

義歯の修理・新製により、咀嚼能力は改善したが栄養状態は変化しなかった (Wostmann B, J Dent, 2008)

無歯顎者に、義歯新製と栄養指導を行うと、フルーツと野菜の摂取量が有意に増加した (Bradbury J, J Dent Res, 2006)

無歯顎者に、義歯新製と栄養指導を行うと、鶏肉、魚などの摂取量が有意に増加した (Amagai N, 2017; Suzuki H, 2017)

(宮崎ら, 6. 栄養; in 健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス, 2015)



## 高齢者 & 口腔 & 食の課題

フレイル予防には運動・栄養・社会参加が重要  
 栄養の入口である口腔の機能低下（オーラルフレイル）の予防がフレイル予防につながる  
 栄養や口の健康（意識）の維持・改善のためには、オーラルフレイルと、食事や栄養、フレイルとの関連性を理解してもらうことが大切

### → カムカム健康プログラムの提案

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

33



## カムカム健康プログラム Comprehensive Awareness Modification of Mouth, Chewing And Meal (CAMCAMS) program



### 口の健康・咀嚼・栄養の行動変容を目的とした 複合オーラルフレイル対策プログラム

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

34



## カムカム弁当



- |                 |                 |                 |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>主食</b><br>1品 | <b>主菜</b><br>1品 | <b>副菜</b><br>2品 |
| 主食<br>(ご飯)      | 主菜<br>(メインのおかず) | 副菜<br>(おかず) 2品  |

カムカム調理の4つのコツ /

- |                   |             |             |             |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1<br>噛みごたえのある食材を! | 2<br>大きく切る! | 3<br>加熱を短く! | 4<br>水分少なく! |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

35

第2期 全国展開プラン	
期 間	6か月
カムカム弁当@通いの場	1か月に1回
口の健康の勉強	2か月に1回
栄養、咀嚼の勉強	2か月に1回

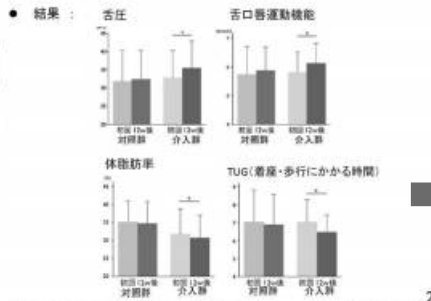


日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

**運動・口腔・栄養・社会参加を考慮した複合プログラムの介入効果**

○ 介護予防活動として、全身と口腔の運動とともに、噛みごたえと栄養価のバランスを考えた食事を他の参加者と一緒に摂るという複合プログラムを行ったところ、介入群は対照群(全身運動のみ)と比較して、摂食嚥下や発音に関わる舌圧や舌口唇運動機能が有意に上昇した。また全身機能では、介入群において、体脂肪率と着座・歩行にかかる時間が有意に減少した。

- 対象：大阪府大東市で参加同意を得られた高齢者 86名
- 方法：介入群(43名、平均年齢76.7±5.3歳)と対照群(43名、平均年齢74.4±5.6歳)を無作為割り付け  
介入期間：12週(2018年4~7月)  
介入群：全身体操(2セット/週 会場)  
口腔体操(3セット/週 自宅)  
カムカム弁当(噛みごたえのある食感になるよう調理を工夫し、タンパク質やビタミンD等の栄養価を摂取できるようにしたお弁当)  
栄養指導(食事初回時)  
対照群：全身体操(2セット/週 会場)のみ



社保審一介護給付費分科会	
第178回 (R2.6.25)	資料1

令和3年度介護報酬改定に向けて  
(自立支援・重度化防止の推進)

**CAMCAM-Pが  
社保審の資料に  
取り上げられる**

CAMCAM-Pによる  
・口腔機能  
・全身状態  
の改善を認めた

Nishi, K Matsuo, K Ogawa, A Izumi, M Kohama, M Itada, Y Masuda. Positive Effects of "Textured Lunches" Gatherings and Oral Exercises Combined With Physical Exercises on Oral and Physical Function in Older Individuals: A Cluster Randomized Controlled Trial. The Journal of Nutrition Health & Aging. 2019;23(7):669-676. PMID: 33367733

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

**口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組**

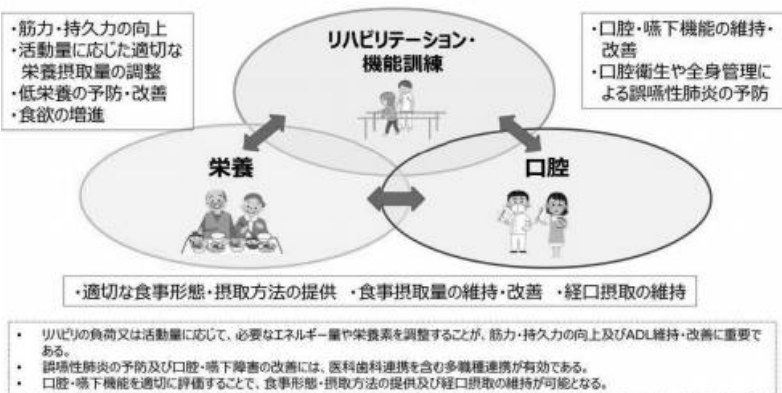
効果的な運動療法やリハビリテーションのためには、適切な栄養摂取が必要であり、適切な栄養摂取のためには、健康な口腔環境が必要であるため、口腔と栄養・食をパッケージとしたフレイル対策や、効果的な口腔ケアを進めるための多職種連携が求められる

**自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携**

社保審一介護給付費分科会	
第178回 (R2.6.25)	資料1

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

# 口腔機能管理

## 口の健康・咀嚼・栄養をつなげた食育

口の健康の維持・改善とは、  
いつまでも**美味しい食事**を食べるため  
ひいては、**栄養改善**、**メタボ・フレイル予防**、  
**健康寿命の延伸**のため

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

39



## 口腔衛生管理

口腔ケアの均てん化を目指す  
アセスメントで繋げる

## 口腔機能管理

栄養だけではなく咀嚼も意識  
咀嚼と栄養を繋げる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

40

Oral Health Sciences for  
Community Welfare

東京医科歯科大学  
大学院 地域・福祉  
口腔機能管理学分野

ご質問は  
松尾浩一郎  
matsuomatsumoto@gmail.com  
<https://www.ohcw-tmd.com/>  
またはFacebook Messengerで

News 日本歯科OHAT (OHAT-J) ご利用の皆さまへ

大学院生募集

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

41

# 管理栄養士による 居宅療養管理指導のニーズ

社会医療法人財団慈泉会  
相澤病院 栄養科 科長

矢野目 英樹

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

42

1. 在宅医療における栄養食事管理の背景
2. 在宅訪問栄養食事指導のニーズ  
～介入結果から～
3. 在宅医療の体制構築～訪問栄養食事指導～

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

43

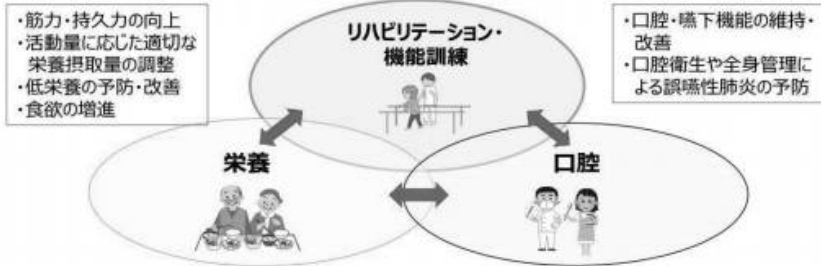
## 1. 在宅医療における栄養食事管理の背景

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

44

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

参照：厚生労働省 第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969974.pdf>, (2023.6.19)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## 訪問リハセラピストとの連携

リハセラピスト⇒管理栄養士

- ・ 当院にて訪問リハビリに介入している自宅療養者700名/年
- ・ リハセラピスト介入時の栄養スクリーニング(MNA; Mini Nutritional Assessment 利用)によると、4割(280名)程度が低栄養
- ・ 低栄養ならびに高リスクの場合、かかりつけ医へ報告。在宅訪問栄養食事指導の指示を受け、当院管理栄養士の介入開始。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

管理栄養士↓歯科医師・歯科衛生士との連携



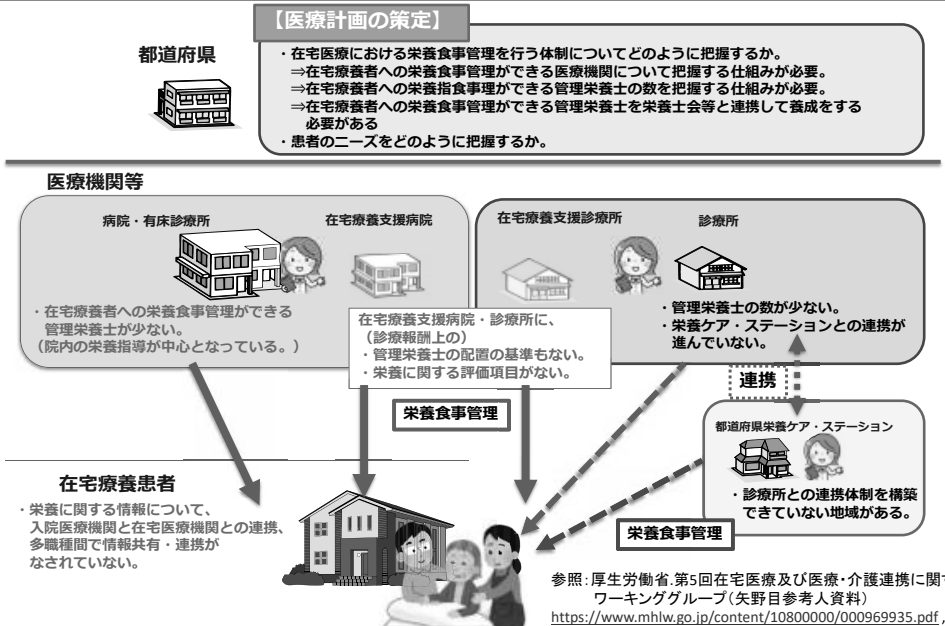
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

歯科医師・歯科衛生士との連携  
管理栄養士↓歯科医師・歯科衛生士



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

在宅医療における栄養食事管理の課題【イメージ】



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

管理栄養士による居宅療養管理指導の実態

「居宅療養管理指導のあり方に関する調査研究事業」居宅高齢者の栄養ケア・マネジメントのための居宅療養管理指導の実態把握とその体制に関する研究より

成功事例

多くの成功事例が、管理栄養士だけでなく関連した多職種から示された。成功事例を積み重ねて管理栄養士の居宅療養管理指導を他職種が理解し、管理栄養士を信頼していくことが推進につながる。

主な事例は、血糖コントロール、食事量、体重や血清アルブミン値の改善、褥瘡の治癒、経口移行、排便のコントロールによる訪問リハビリテーション時間の延長、座位保持時間、透析導入の延長、在宅生活の継続、食事量の増加、人間らしい生活への回帰などであった。

管理栄養士への他職種からの要望

1. 管理栄養士がどこにいて、何をしてくれる人かわかるようにしてほしい
2. 成功事例を共有化して、その有用性をわかるようにしてほしい
3. 在宅の生活をよくみて、病院栄養士によくある厳しい制限指導をしないでほしい
4. 在宅療養者が適切な食物を選び食べることができるようにしてほしい
5. 管理栄養士も訪問するのであれば、医療者の一人と家族はみなすので、高齢者の全身をみて、血圧、胸の音、誤嚥、肺炎になっているか、排便状況などがわかって対応したり、適切に報告してほしい
6. 管理栄養士自身が高齢者のためにアセスメントし、医師に指示を勧告するような力をつけて自立してほしい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹



- 相澤病院では、20床に1人の管理栄養士を配置し、訪問栄養食事指導を行っている管理栄養士は3名である
- 居宅療養支援管理栄養士制度を設け、居宅療養管理指導を行う管理栄養士の養成を行っている
- 訪問栄養食事指導の対象範囲は、当院からおおむね30分又は30km圏内としている

【相澤病院：概要】（令和4年6月時点）  
 ・病床数460床（急性期418・回復期42）  
 （うち、回復期リハビリテーション病棟42床）  
 ・栄養に関するサービス提供体制

【入院】病棟配置（管理栄養士）  
 管理栄養士数23名（20床に1人）

【外来】担当制（栄養障害リスクスクリーニング）

【在宅】居宅療養支援管理栄養士※ 3名

→訪問栄養食事指導・居宅療養管理指導に関する  
 院内資格制度を導入し、在宅での訪問栄養食事指導  
 が行える管理栄養士を養成している

<要件>（3年毎に更新）

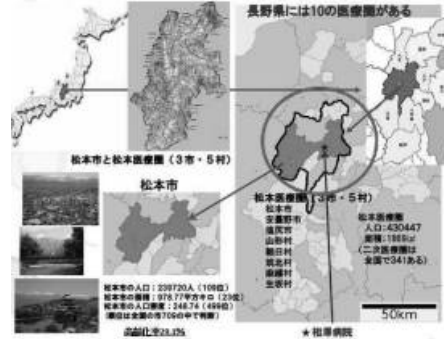
◆居宅療養管理指導を実践している。  
 （実践件数問わず）

◆院内職員・地域の医療介護福祉従事者を対象に  
 居宅における栄養ケアに関する内容について、  
 それぞれ1回以上研修会を開催する

◆居宅における栄養管理に関する研究発表を  
 1回以上実施する

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

【訪問範囲】  
 相澤病院からおおむね30分または30km以内エリアの  
 地域住民を対象（日常生活圏域）としている。



【居宅療養管理指導の実施件数】  
 令和3年度：213件/年

参照：厚生労働省「第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（矢野目参考人資料）」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969935.pdf> (2023.6.19)

## 2. 在宅訪問栄養食事指導の二ーズ ～介入結果から～

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## 当院における在宅患者訪問栄養食事指導

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## 目的

- 在宅訪問対象者の特徴を調べ、急性期病院において積極的に介入すべき患者を明らかにする。

## 対象者

- 2015年1月～2017年2月  
在宅訪問した在宅療養者83名

### 在宅訪問対象者特徴

年齢(年齢)	80±9
男女(人)	43/40
BMI	20.8±4.9
血清アルブミン値(g/dl)	3.0±0.6
褥瘡を有する者の割合(%)	6
がんを有する割合(%)	14
摂食・嚥下機能低下を有する割合(%)	59
認知症を有する割合(%)	30
糖尿病を有する割合(%)	18

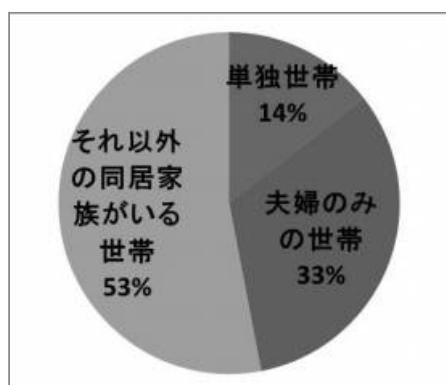
## 評価項目 測定方法

- 性別、年齢、要介護度、世帯、主疾患、BMI、Alb、褥瘡・がん・摂食・嚥下機能低下・糖尿病・認知症有無
- 主疾患については「疾病、傷病及び死因の統計分類」を参考に独自に分類
- Albについては在宅訪問介入時より1ヶ月以内の値を指標とした
- 摂食・嚥下機能については本人・家人の申告、または日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013を参照

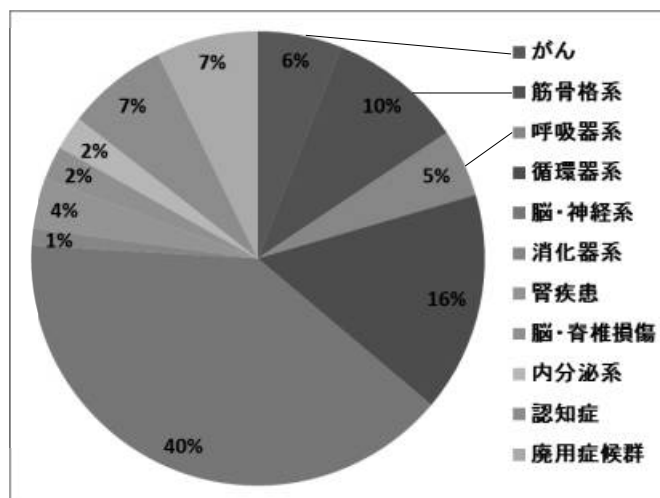
## 方法②

- 摂食・嚥下が困難な方を対象に、支援している方51名をA群、していない方32名B群とし、群間比較した。
- 要介護度および世帯については、 $\chi^2$ 検定を行った。  
有意水準5%未満。

## 世帯分布



## 主疾患分布



## 在宅訪問 支援目的別の属性比較

	A群	B群	有意確率
人数(人)	51	32	
男/女(人)	31/20	12/20	t(81)=2.1 P=0.04
年齢(歳)	82±8	77±10	t(81)=2.52 P=0.01
要介護度	-	-	X <sup>2</sup> =10.97 P=0.09
世帯	-	-	X <sup>2</sup> =20.77 P<0.001
BMI	19.2±3.4	23.2±5.4	t(52)=3.73 P<0.001
Alb(g/dl)	2.9±0.6	3.3±0.6	t(58)=2.48 P=0.02
褥瘡(%)	7.8	3.1	t(81)=0.95 P=0.34
がん(%)	17.7	9.4	t(81)=1.03 P=0.30
摂食・嚥下機能低下(%)	92.2	6.3	t(81)=14.5 P<0.001
糖尿病(%)	15.7	21.9	t(81)=0.71 P=0.48
認知症(%)	37.3	18.8	t(81)=1.80 P=0.08

A群: 摂食・嚥下機能低下に対する支援を目的とする群

B群: 摂食・嚥下機能低下に対する支援を目的としない群

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

60

## 考察

- 当病院が対象とする地域は認知症も持つ高齢者が全国平均よりも多く見られたことから、入院患者の栄養スクリーニングの際、その有無を早期に確認すべき。
- 生活背景として、同居家族がいる世帯にも、退院後の介護負担や不安を考慮して積極的に関わる必要がある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

61

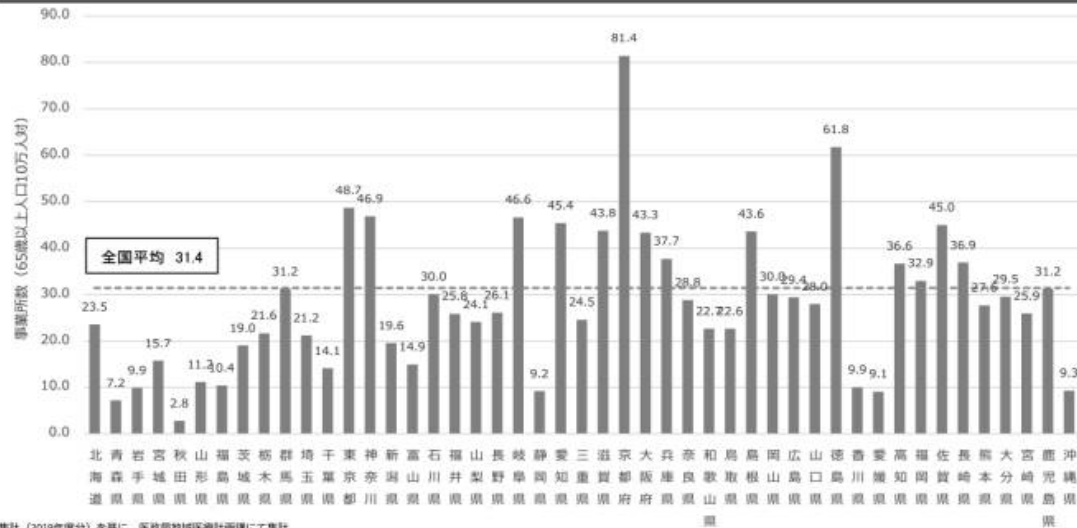
## 第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ (2022年7月28日)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

62

# 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数（都道府県別）

● 管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している事業所の数の分布は、全国でばらつきがある。



【出典】

介護DB 任意集計（2019年度分）を基に、医政局地域医療計画課にて集計

サービス種類：管理栄養士居宅療養1～3、介護予防管理栄養士居宅療養1～3

※事業所数：サービス算定をした事業所数を、住民基本台帳人口（2020年1月）による都道府県別65歳以上人口で除して作成

※統計上の事業所による算定数には除く

参照：厚生労働省 第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969974.pdf>, (2023.6.19)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

63

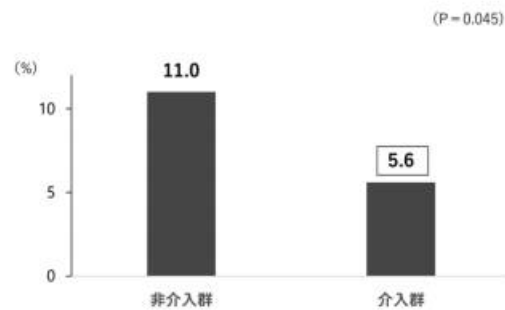
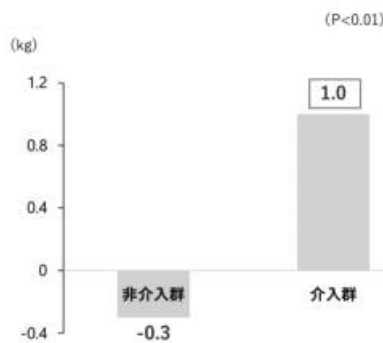
## 通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果

社保審一介護給付費分科会  
第191回 (R2.11.5) 資料2改

○ 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問も含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6ヶ月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低かった。

6か月間の体重増加量

6か月間のIADL（手段の日常生活動作）悪化率



対象者：全国の通所サービス利用高齢者

研究デザイン：傾向スコアマッチングによる準実験的研究

介入群：低栄養リスク改善等を目的に、協力事業所等の管理栄養士が栄養ケア・マネジメント（通所あるいは在宅訪問による展開）を実施。161人で介入前後6か月間のデータを取得

非介入群：平成30年度老人保健健康増進等事業において6か月間のデータを取得できた者のうち、介入群の対象者より個人特性が類似した者を選出する目的で、傾向スコアマッチングによって介入群の3倍である483人を抽出

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

参照：厚生労働省 第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000969974.pdf>, (2023.6.19)

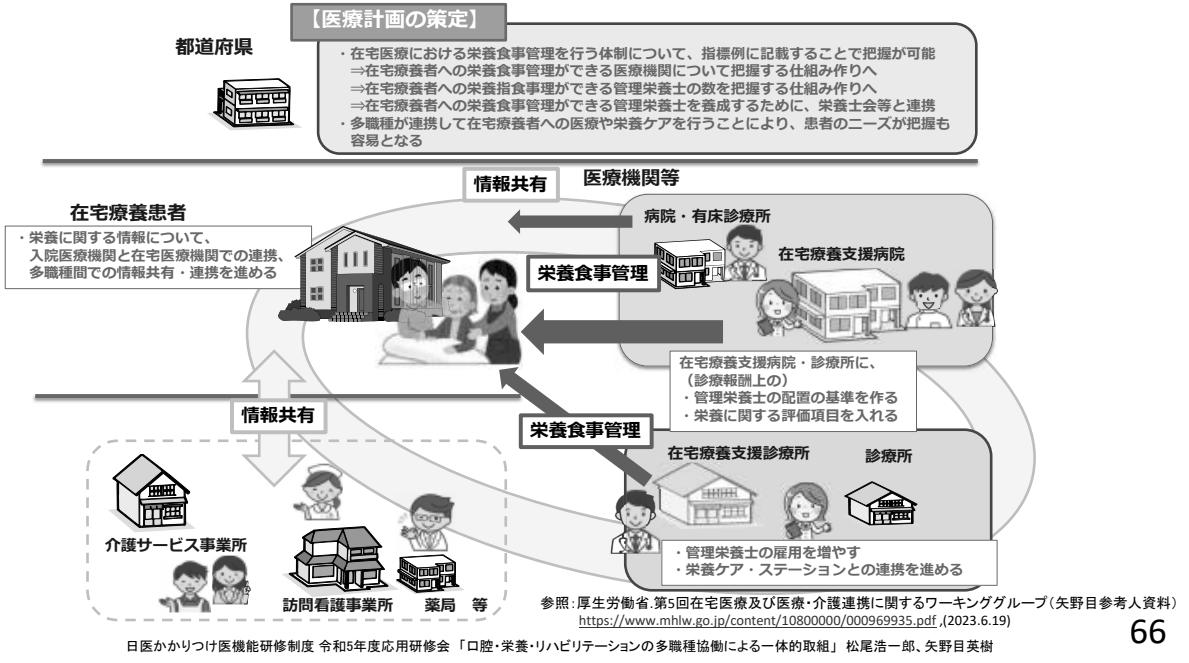
64

## 3. 在宅医療の体制構築 ～訪問栄養食事指導～

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

65

# 在宅医療における栄養食事管理の目指すべき方向性【イメージ】



## ⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数は 142.5 人/月であり、実施している医療機関（病院・診療所）数は 114.7 か所である<sup>8</sup>。管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は 4,960 人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は 1,116 か所である<sup>8</sup>。また、管理栄養士による居宅療養管理指導について、65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数は全国平均で 31.4 か所であり、都道府県によってばらつきがみられた<sup>8</sup>。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション<sup>※</sup>等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、(公社)日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と(公社)日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

参照：厚生労働省 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について、<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf> (2023.6.19)

## 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

令和5年5月26日現在

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	訪問診療を実施している診療所・病院数	往診を実施している診療所・病院数	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅療養後方支援病院数	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数		
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	訪問看護事業所数、従事者数	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	機能強化型の訪問看護ステーション数		
		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		
		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
		在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数		
	訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数			
	在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	24時間対応可能な薬局数		
	麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数			
	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数			
	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数			

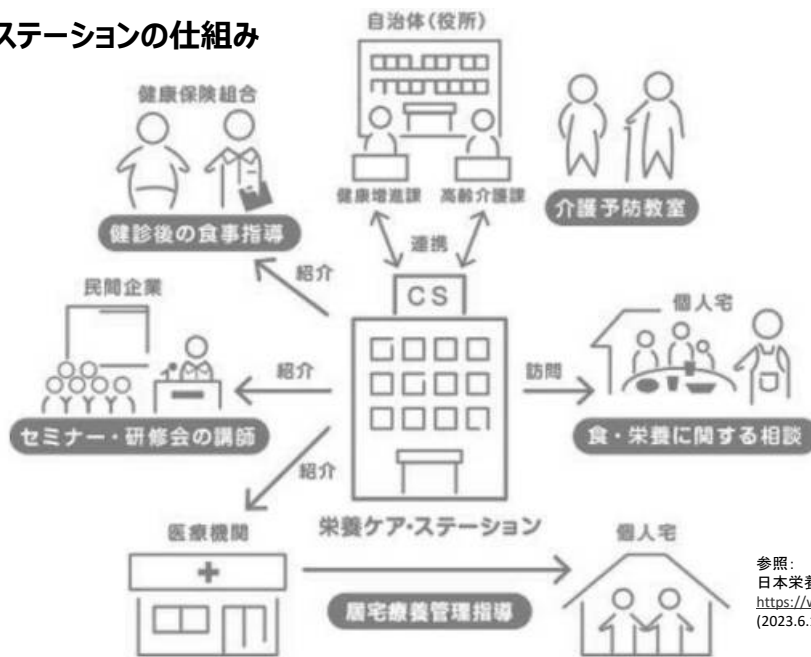
参照：厚生労働省 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について、<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf> (2023.6.19)

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
プロセス	退院支援(退院調整)を受けた患者数 ●	訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数	在宅ターミナルケアを受けた患者数 ●
	介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数		訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
	退院時共同指導を受けた患者数 ●	訪問看護利用者数		看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
	退院後訪問指導を受けた患者数	小児の訪問看護利用者数		在宅死亡者数
		訪問歯科診療を受けた患者数		
		歯科衛生士を専任した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、 無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	訪問リハビリテーションを受けた患者数			
	訪問栄養食事指導を受けた患者数			

参照:厚生労働省 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf> (2023.6.19)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

### 栄養ケア・ステーションの仕組み



参照:日本栄養士会. 栄養ケア・ステーションとは.  
<https://www.dietitian.or.jp/carestation/about/>,  
 (2023.6.19)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## Step1; 栄養リスクスクリーニング MNA (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

**スクリーニング**

**A** 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか?  
 0 = 著しい食事量の減少  
 1 = 中等度の食事量の減少  
 2 = 食事量の減少なし

**B** 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか?  
 0 = 3 kg 以上の減少  
 1 = わからない  
 2 = 1~3 kg の減少  
 3 = 体重減少なし

**C** 自力で歩けますか?  
 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用  
 1 = ベッドや車椅子を離れるが、歩いて外出はできない  
 2 = 自由に歩いて外出できる

**D** 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか?  
 0 = はい 2 = いいえ

**E** 神経・精神的問題の有無  
 0 = 強度認知症またはうつ状態  
 1 = 中等度の認知症  
 2 = 精神的問題なし

**F1 BMI (kg/m<sup>2</sup>): 体重(kg)÷[身長(m)]<sup>2</sup>**  
 0 = BMI が19 未満  
 1 = BMI が19 以上、21 未満  
 2 = BMI が21 以上、23 未満  
 3 = BMI が23 以上

0~7; 低栄養  
 8~11; 低栄養リスクあり

参照:ニュートリー株式会社 医療従事者お役立ち情報 キーワード  
 でわかる臨床栄養。  
<https://www.nutri.co.jp/nutrition/keywords/ch5-1/keyword3/>,  
 (2023.7.25)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

## Step 1 ; 在宅訪問栄養食事指導スクリーニング (チェック)

### • 低栄養

- 最近食事が食べられない 意図しない体重減少 消化管術後等
- 褥瘡

### • 摂食嚥下機能低下

- 飲み込みにくい むせる

### • 併存疾病のコントロール

- 高血糖または低血糖 浮腫 呼吸苦 意図しない体重増加

### • 介護力不足

- 高齢者夫婦二人暮らし 日中独居 本人または介護者の認知症

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

72

## Step 2 ; 在宅訪問栄養食事指導等連絡 (相談) 先

	栄養士会	栄養ケア・ステーション		栄養士会	栄養ケア・ステーション		栄養士会	栄養ケア・ステーション
北海道	011-251-7071	011-219-8144	新潟	025-224-5966		鳥取	0858-23-8140	
青森	017-735-7003		富山	076-442-6057	0766-29-1200 (駅南)	岡山	086-273-6610	086-273-6615
岩手	019-625-3706		石川	076-259-5061		島根	0852-27-6674	0852-67-1636
秋田	018-800-6708		福井	0776-27-5999		広島	082-567-4410	
宮城	022-265-8007		長野	026-235-2308		山口	083-932-8015	083-902-7733
山形	023-633-4727		岐阜	058-278-5230		香川	087-811-2858	
福島	024-939-1195		山梨	055-222-8593		愛媛	089-946-0734	
茨城	029-228-1089		愛知	052-332-1113		徳島	088-626-0166	
栃木	028-634-3438		静岡	054-282-5507		高知	088-872-9411	
千葉	043-256-1117		滋賀	077-581-1366	0749-27-6504 (彦根)	福岡	092-631-1160	093-663-9739(北九州/下関)
		0270-25-1470 (伊勢崎)	京都	075-642-7568		佐賀	0952-26-2218	
		027-322-4067 (高崎江木町)	兵庫	078-251-5311		長崎	095-822-0932	
群馬	027-232-2913	090-9822-1081 (前橋)	大阪	06-6943-7970	06-6942-2499	大分	097-556-8810	097-556-8884
		0267-55-5833 (館林)	三重	059-224-4519	059-253-5090	熊本	096-368-3526	
		027-388-1170 (高崎市吉井町)	奈良	0744-33-2166		宮崎	0985-22-6105	
埼玉	048-866-7925		和歌山	073-426-4616	073-427-2487	鹿児島	099-256-1216	
東京	03-6457-8590					沖縄	098-888-5311	
神奈川	045-315-6301							

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

73

## Step 2 - 1 (すぐにアクセス出来ない場合) ; 1人前 (常用量) で比較した、たんぱく質等多く含む食品 ベスト5

※ 高齢者たんぱく質摂取目標量 ; 1.0g/kg/日

	たんぱく質	カルシウム	ビタミンD	葉酸	ビタミンB <sub>12</sub>
1位	かれい	干しエビ	鮭	レバー (鶏)	牡蠣
2位	いわし	どじょう	さんま	レバー (豚)	しじみ
3位	まぐろ	えんどう	うなぎ	えだまめ	あさり
4位	かつお	いわし	まぐろ	ブロッコリー	レバー (鶏)
5位	さんま	牛乳	にしん	ほうれん草	さんま

骨粗鬆症抑制

認知症 (AD) 抑制

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」松尾浩一郎、矢野目英樹

74



## おわりに

### 1. 在宅医療における栄養食事管理の課題

栄養に関する情報について、入院医療機関と在宅医療機関との連携、多職種間での情報共有・連携が十分にされていない。

管理栄養士の活用、栄養・ケアステーションとの連携

### 2. 在宅訪問栄養食事指導のニーズ

認知症をもつ高齢者

同居家族がいる世帯



## 日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候

### 【目標】

「ヘルペスウイルス感染症～診断・治療・予防の進歩～」

発疹を生じるヘルペスウイルス感染症の代表的な疾患に、水痘、带状疱疹、単純ヘルペスがある。いずれも日常の診療で遭遇する機会が多いが、診断に迷う例も少なくない。近年迅速診断キットが使用できるようになり、診断の精度が格段に上昇した。新規治療薬も登場し、带状疱疹に対する内服治療の選択肢が広がり、単純ヘルペスに対しても、患者が症状を自覚した時点で開始する治療法が適応となった。さらに带状疱疹の発症予防のためのワクチン接種が50歳以上で開始されるようになり、多くの自治体で接種費用の助成が始まった。本講義によってヘルペスウイルス感染症の診断、治療、予防に関する最新情報を理解し、日常の診療に役立てていくことを目標とする。

「眼科における知っておきたい症候とその原因疾患」

眼科領域には、早めに診断を下さないと早期に失明してしまう疾患と他の患者に影響が及んでしまう感染性疾患があり、迅速な見極めが必要である。眼科領域の症候は、視力低下、視野狭窄、目の充血があるが、早期に失明してしまう疾患として視力低下、視野狭窄をきたす急性閉塞隅角緑内障（急性緑内障発作）や眼球穿孔などの眼外傷、眼内炎、網膜中心動脈閉塞症が挙げられる。また眼脂を伴い、結膜充血をきたす感染性眼疾患として流行性角結膜炎が重要である。本講義では、眼科でよく使用される細隙灯顕微鏡や眼底鏡を使わずに、症候や目の特徴から眼科専門医に至急紹介が必要な疾患を見極めることを目標とする。

「日常診療で留意すべき耳鼻咽喉科の症候と疾患」

かかりつけ医が日常診療で接することが多い症候で、耳鼻咽喉科医による診察が必要であるものは多い。本講義では、のど、めまい・平衡障害、頸部、耳、鼻などの症候で重要性の高いもの、留意すべき疾患について解説し適切に耳鼻咽喉科との連携を図れるようにすることを目的とする。テキスト（スライド）ではこれらについて記述し、要点に★印をつけたので、繰り返し見て日常診療に役立てていただきたい。

### 【キーワード】

带状疱疹予防ワクチン、PIT療法、迅速診断キット、眼脂を伴う目の充血、急激な視力低下、喉頭の急性炎症、頭頸部悪性腫瘍

---

---

医療法人社団浅井皮膚科クリニック 院長 <sup>あさい</sup>浅井 <sup>としや</sup>俊弥

日本臨床皮膚科医会 副会長

【略歴】1983年山形大学医学部卒。1983年北里大学皮膚科研修医、1991年米国 City of Hope 研究所（分子遺伝学）、1994年北里大学皮膚科講師、1997年東京都老人医療センター皮膚科を経て、1998年より浅井皮膚科クリニック院長に就任。

【所属・資格等】北里大学医学部（非常勤講師）、山形大学医学部（非常勤講師）、日本臨床皮膚科医会（副会長・地域医療担当）、日本皮膚免疫アレルギー学会（理事）、横浜市保土ヶ谷区医師会（会長）、横浜市医師会（理事）、雑誌「皮膚病診療」（エディター）

---

毛塚眼科医院 院長 <sup>けづか</sup>毛塚 <sup>たけし</sup>剛司

公益社団法人日本眼科医会 常任理事

【略歴】1991年東京医科大学卒。1997年米国ハーバード大学スケペンス眼研究所研究員。2002年東京医科大学八王子医療センター講師、2003年東京医科大学眼科講師、2011年東京医科大学眼科准教授を経て、2017年より東京医科大学眼科兼任教授を務め、同年毛塚眼科医院院長に就任。

【所属学会】日本眼科学会（専門医、指導医）、日本眼炎症学会（評議員）、日本神経眼科学会（理事）、日本眼感染症学会、日本弱視斜視学会、日本小児眼科学会、日本免疫学会、米国眼科学会（American Academy of Ophthalmology; AAO）、米国視覚眼科学会（ARVO）、米国免疫学会（American Academy of Immunologist; AAI）、日本臨床免疫学会、日本神経免疫学会

---

医療法人社団翠明会山王病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科部長 <sup>ながた</sup>永田 <sup>ひろし</sup>博史

一般社団法人日本臨床耳鼻咽喉科医会 理事

【略歴】1982年千葉大学医学部卒。1988年千葉大学大学院博士課程修了。1988年千葉県立東金病院医長、1991年より千葉大学耳鼻咽喉科助手、1992～1994年に米国国立衛生研究所（NIH）に留学、1996年千葉大学耳鼻咽喉科講師を経て、2002年より翠明会山王病院耳鼻咽喉科頭頸部外科部長に就任。2010年より千葉県耳鼻咽喉科医会会長、2020年より日本臨床耳鼻咽喉科医会理事を併任。

## 日常診療で留意する 皮膚科・眼科・耳鼻科の症候

医療法人社団 浅井皮膚科クリニック 院長

浅井 俊 弥

毛塚眼科医院 院長

毛 塚 剛 司

医療法人社団翠明会 山王病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科部長

永 田 博 史

## ヘルペスウイルス感染症 診断・治療・予防の進歩

医療法人社団  
浅井皮膚科クリニック 院長

浅井 俊 弥

### はじめに

#### 【目標】

発疹を生じるヘルペスウイルス感染症の代表的な疾患に、水痘、帯状疱疹、単純ヘルペスがある。いずれも日常の診療で遭遇する機会が多く、診断、治療を的確に行う必要がある。さらに帯状疱疹の発症予防のためのワクチン接種が50歳以上で開始されるようになった。本講によってヘルペスウイルス感染症の診断、治療、予防に関する最新情報を理解し、日常の診療に役立てていくことを目標とする。

#### 【キーワード】 迅速診断キット、PIT療法、帯状疱疹予防ワクチン

1. 診断の進歩
2. 治療の進歩
3. 予防の進歩

# 1. 診断の進歩

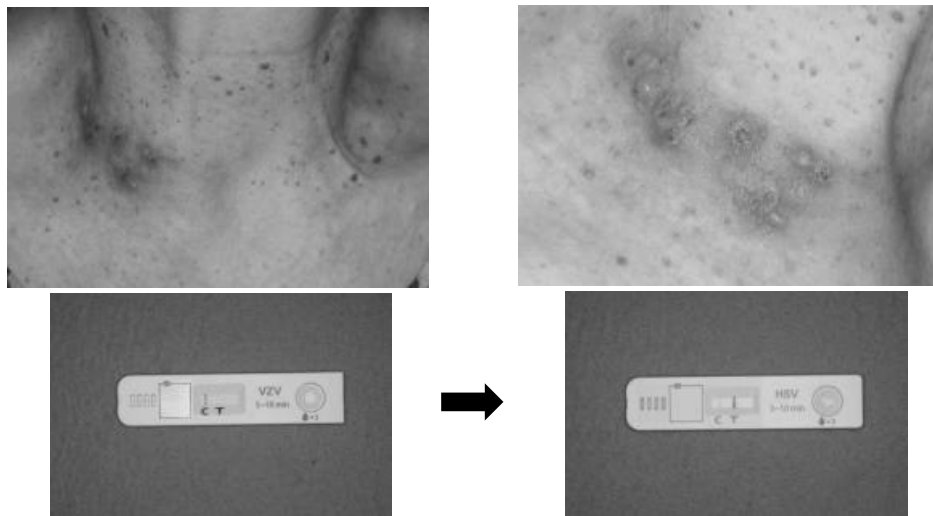
## 迅速診断キットの活用

プライムチェックHSV <sup>®</sup>	2013年7月
デルマクイックVZV <sup>®</sup>	2018年1月
デルマクイックHSV <sup>®</sup>	2023年2月

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

3

## 帯状疱疹を考えたが 単純ヘルペス (HSV) だった症例



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

4

## HSV感染症発症部位とウイルスの型

1982-2002東京慈恵会医科大学症例 講演者改変

病型と部位		HSV1	HSV2	
上半身	歯肉口内炎	24	0	HSV1が圧倒的に多い
	口唇ヘルペス	455	0	
	顔面ヘルペス	220	4	
	カポジ水痘様発疹症	202	3	
	ヘルペス性瘰癧	36	20	
下半身	上肢・体幹のヘルペス	27	9	HSV1が多いが2も交じる
	性器ヘルペス(初感染)	71	34	
	再発型性器ヘルペス	17	265	
	臀部ヘルペス	6	121	
	下肢のヘルペス	1	34	HSV2が圧倒的に多い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

5

## ヘルペス性歯肉口内炎



当院経験例

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

6

## ヘルペス性歯肉口内炎



当院経験例

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

7

## 口唇ヘルペス(再発性)



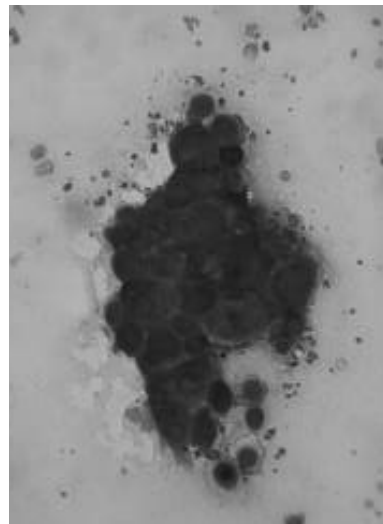
当院経験例

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

8

## ヘルペス性瘰癧

Tzanck test



当院経験例

9

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## カポジ水痘様発疹症



10

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 陰部ヘルペス

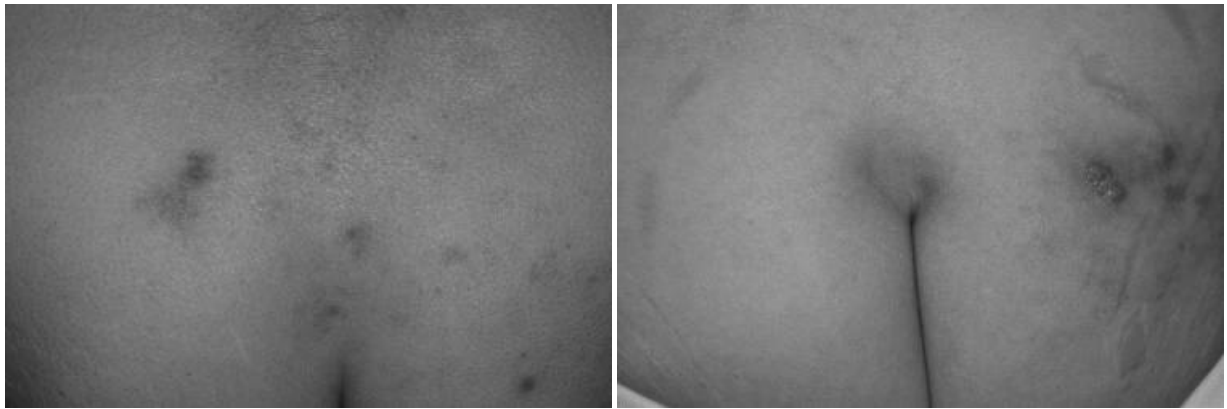


11

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史



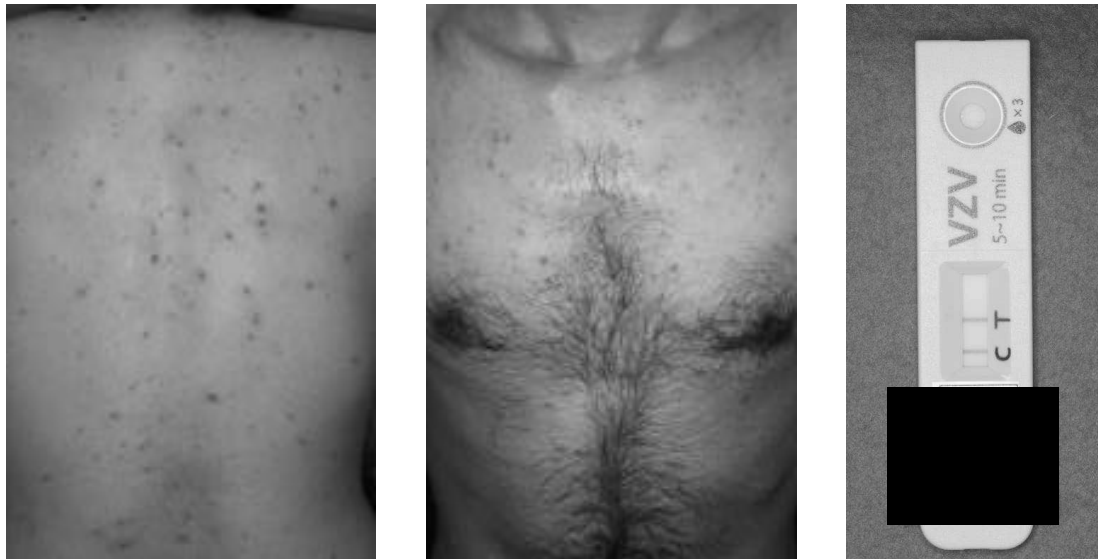
## 臀部ヘルペス



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

12

## 水痘



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

13

## 帯状疱疹

- 片側性・分節性の皮膚病変
- それに一致した疼痛



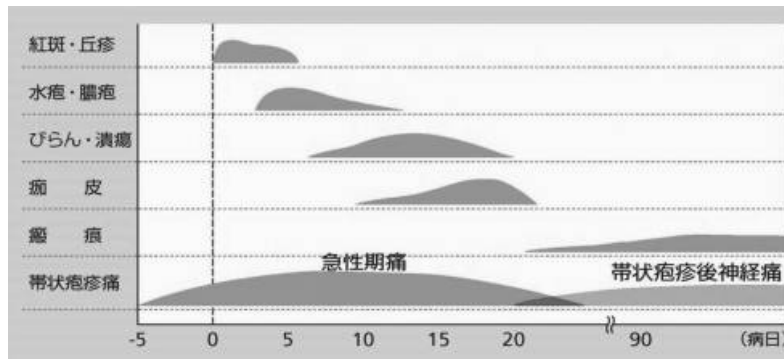
76M 右Th8-9

2日目

当院経験例

14

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史



76M  
右Th8-9



17日目



当院経験例

15

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 帯状疱疹の合併症(眼科系)

- 眼瞼結膜炎
- 角膜炎
- ブドウ膜炎
- 網膜炎
  - 三叉神経第1枝(V1)領域の帯状疱疹で、鼻尖部、鼻背部に皮膚病変が出現すると、高率に眼科系合併症を伴う(Hutchinson徴候)
- 外眼筋麻痺

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

16

## 三叉神経第1枝領域



当院経験例

17

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 帯状疱疹の合併症（耳鼻科系）

- 顔面神経麻痺
- 耳鳴・聴力障害・めまい
  - 耳甲介腔に帯状疱疹が出現したときには要注意（Hunt症候群）
- 味覚障害
- 舌のしびれ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

18

## 耳甲介腔の帯状疱疹（Hunt症候群）



当院経験例

19

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 上肢帯（C6～Th2）の帯状疱疹 →運動麻痺



当院経験例

20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 臀部・外陰部(S2・3)の帯状疱疹 → 尿閉・遷延性排尿(Elsberg症候群)



当院経験例 21

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 帯状疱疹との鑑別が必要な 状況や疾患

- 片側性の疼痛(皮膚症状なし)
- 片側性の病変
  - 接触皮膚炎
  - 虫刺症
  - その他
- 極めて早期、軽症
- 限局した小水疱
  - 単純ヘルペス
  - 伝染性膿痂疹

迅速診断キットで診断・鑑別可能

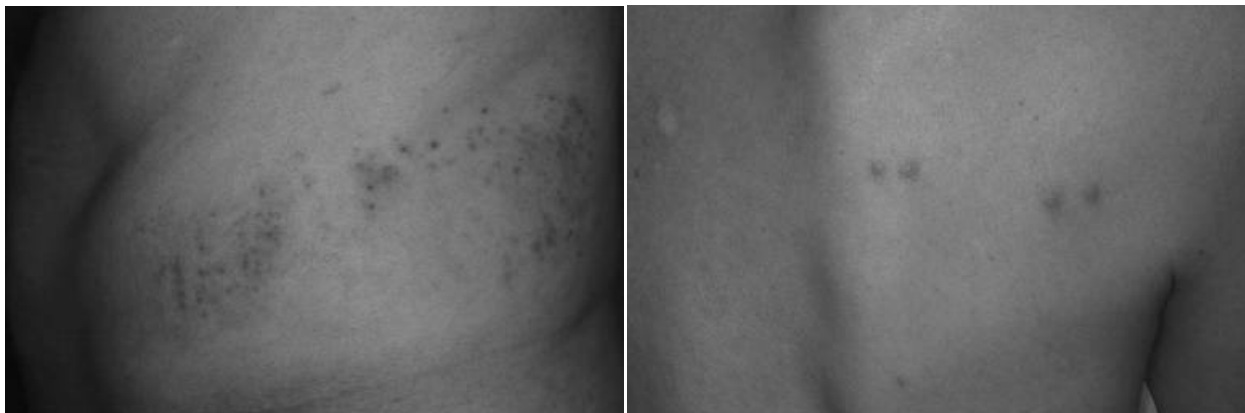
22

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 帯状疱疹が心配と来院した

接触皮膚炎

虫刺症



当院経験例

23

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史



水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞) 227点  
免疫学的検査判断料 144点

同一検体を利用して連続使用が可能



単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚) 180点  
単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器) 210点  
免疫学的検査判断料 144点

2023年2月14日発売

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

24

## 带状疱疹



## 単純ヘルペス



当院経験例

25

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 带状疱疹



## 単純ヘルペス



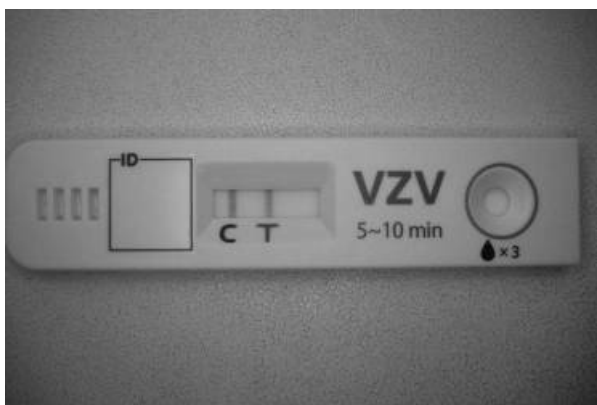
当院経験例

26

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 带状疱疹 右C2 87F

初診時 2日目



当院経験例

27

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 带状疱疹 右C6 76F

初診時 2日目



当院経験例

28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 带状疱疹 右S3 97F

初診時 3日目

眼科用弯剪刀でシェイブする  
ように小水疱天蓋を採取



当院経験例

29

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 2. 治療の進歩

バルトレックス®	性器ヘルペス 再発抑制	2006年9月
アメナリーフ®	帯状疱疹	2017年9月
ファミビル®	再発性単純ヘルペス PIT※	2019年2月
アメナリーフ®	再発性単純ヘルペス PIT※	2023年2月

※ PIT (Patient Initiated Therapy) 療法

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

30

### 帯状疱疹と単純ヘルペスの治療薬

	アシクロビル	バラシクロビル	ファミシクロビル	アメナメビル
帯状疱疹	800mg x5回/日 7日間	1,000mg x3回/日 7日間	500mg x3回/日 7日間	400mg x1回/日 7日間
単純ヘルペス	200mg x5回/日 5日間	500mg x2回/日 5日間	250mg x3回/日 5日間 ----- PIT 1,000mg/回 12時間おき2回	PIT 1,200mg/日 単回投与

適応および用量・日数の違いがあるので、両者の鑑別は重要  
アメナメビル以外は腎機能に応じた用量設定が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

31

### 単純ヘルペス再発時の前駆症状認識度

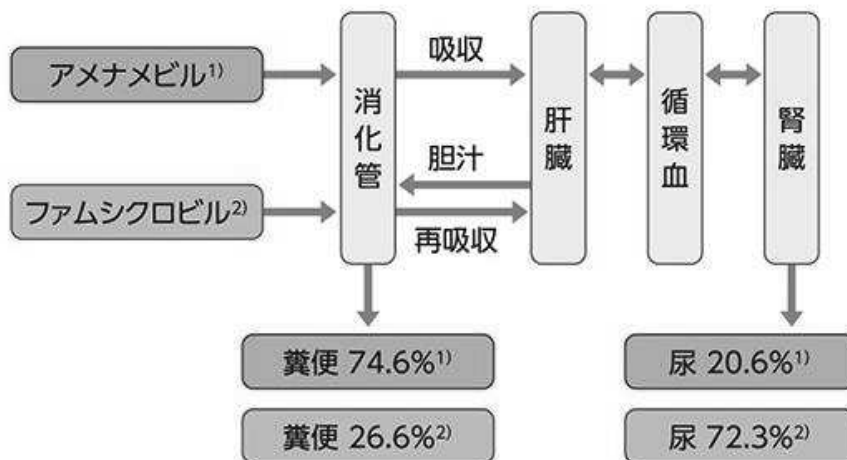
	口唇・顔面ヘルペス		性器ヘルペス	
	回答者数(人)	割合(%)	回答者数(人)	割合(%)
毎回感じる	130	60	27	40
時々感じる	59	27	28	42
ほとんど感じない	29	13	12	18

川島 真 臨床医薬 29:137, 2013

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

32

# 抗ヘルペスウイルス薬の排泄経路



1) Kato K et al. Clin Pharmacol Drug Dev. 8(5)595 (2019)  
 2) Filer CW et al. Xenobiotica. 24(4)357 (1994)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 带状疱疹の治療薬 腎臓の機能に応じた投与間隔・投与量の調節

アシクロビル		バラシクロビル		ファミシクロビル		アメナメビル
CCr		CCr		CCr		
			1000mg 1日3回		500mg 1日3回	なし
	800mg 1日5回	50	1000mg 1日2回	60	500mg 1日2回	
25	800mg 1日3回	30	1000mg 1日1回	40	500mg 1日1回	
10	800mg 1日2回	10	500mg 1日1回	20	1回250mg 1日1回	
血液透析での投与間隔・投与量						
1回800mgを1日1~2回 HD日はHD後		1回250mgを1日2回 HD日はHD後		週3回HD後に250mg		なし

高齢者では生理的に腎機能低下があると想定した投与量が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 内服治療を開始しても2~3日間は症状が進行する



当院経験例

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史



## 帯状疱疹後神経痛(PHN)のリスクファクター

- 高齢者
- 帯状疱疹の罹患面積が広く、皮膚病変が重症
  - 免疫不全をもたらす基礎疾患(糖尿病、悪性腫瘍、ステロイドや免疫抑制薬内服中)がある
- 帯状疱疹部位の皮膚知覚の低下が大きい
- 電気ショック様、温冷痛、しびれ感などの初期症状がある
- 帯状疱疹発症初期に抗ウイルス薬の投薬を受けていない
- 帯状疱疹後神経痛発症(移行)初期に適切な治療を受けていない

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

36

## 3. 予防の進歩

乾燥弱毒生水痘ワクチン(ビケン)	2016年3月
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)	2020年1月

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

37

## 帯状疱疹 国内の疫学調査

- 小豆島スタディ  
2008年～2013年に、50歳以上の住民、12,522人を対象に行われた3年間の前向き調査
  - 401人発症、年間推定発症率は1.07%  
50歳が80歳になるまでに30人/100人(3～4人にひとりが発症する)
  - 発症リスクは、女性が男性の1.5倍
  - 年齢別では、50歳代が0.93%、60歳代が0.89%、70歳以上が1.23%、70歳代の発症リスクは50・60歳代の1.4倍60人(15%)の患者で、複数回の発症が確認された
  - 発症した患者の発症直後のVZV抗体価は発症しなかった人の抗体価と違いはなかった
  - 水痘皮内テストで陽性の方は発症の頻度が低かった(細胞性免疫が発症予防に関与している)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

38

# 带状疱疹 国内の疫学調査

## 宮崎スタディー

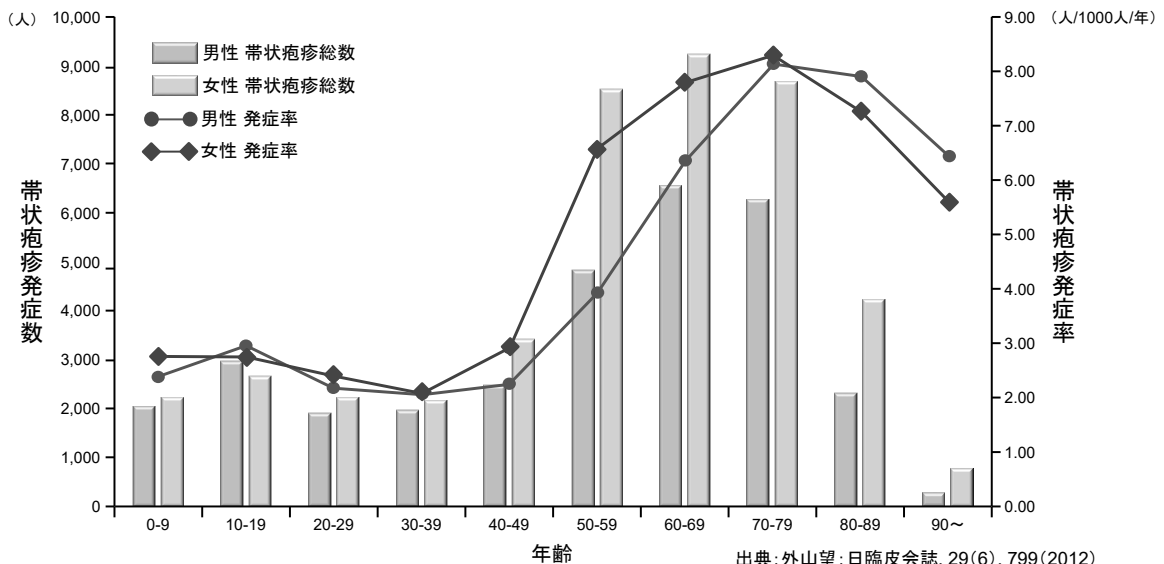
1997年以降、宮崎県内の皮膚科診療所と病院を受診した带状疱疹の初診患者の集計

- 20年間の発症患者数は112,267人(女性は男性の1.4倍)
- 1997年が4,243人、2017年は6,555人で54.5%増加した
- 発症率は1997年が3.61人/1,000人(県の人口)で、2017年が6.07人/1,000人で68.1%増加
- 50歳を過ぎると急速に発生数が増加
- 夏の発症率は冬の1.22倍で、水痘の少ない時期に多くなる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

39

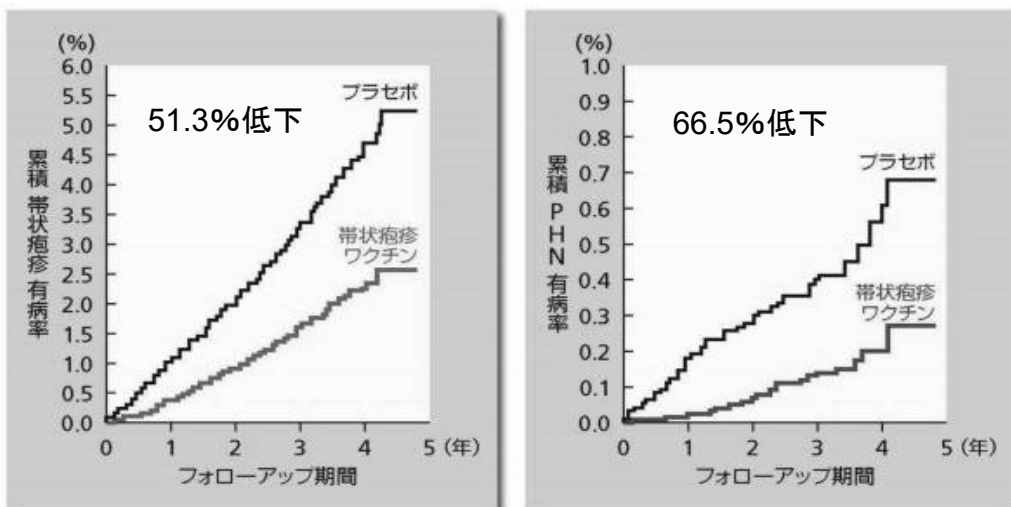
## 男女別発症数・発症率：1997～2011



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

40

## 水痘ワクチンによる带状疱疹および 带状疱疹後神経痛の予防効果(海外)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

41

## 水痘生ワクチンの課題

- ワクチンの効果は8年で、疾病負荷に対する効果は10年で統計学的に消失する。
- 生ワクチンのため、本来は積極的に接種すべき高リスク群、すなわち妊婦、非寛解状態の血液ガン患者、HIV感染者、造血幹細胞移植後、3カ月以内に固形ガンの化学療法を受けた患者、関節リウマチ等の免疫抑制療法施行中の患者、に禁忌である。
- 高齢になるほど有効率が減弱する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

42

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

43

### 注意すべきポイント

先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できない

- 白血病、リンパ腫、HIV感染またはAIDSなど
- 副腎皮質ステロイド(注射剤、経口剤)、免疫抑制薬(シクロスポリンなど)、抗リウマチ薬、抗悪性腫瘍薬

## 水痘ワクチンの課題

### Efficacy of ZOSTAVAX on HZ Incidence Compared with Placebo in the Shingles Prevention Study\*

Age group† (yrs.)	ZOSTAVAX			Placebo			Vaccine Efficacy (95% CI)
	# subjects	# HZ cases	Incidence rate of HZ per 1000 person-yrs.	# subjects	# HZ cases	Incidence rate of HZ per 1000 person-yrs.	
Overall	19254	315	5.4	19247	642	11.1	51% (44%, 58%)
60-69	10370	122	3.9	10356	334	10.8	64% (56%, 71%)
70-79	7621	156	6.7	7559	261	11.4	41% (28%, 52%)
≥80	1263	37	9.9	1332	47	12.2	18% (-29%, 48%)

\* The analysis was performed on the Modified Intent-To-Treat (MITT) population that included all subjects randomized in the study who were followed for at least 30 days postvaccination and did not develop an evaluable case of HZ within the first 30 days postvaccination.

† Age strata at randomization were 60-69 and ≥70 years of age.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

44

## 50歳以上の各年齢層における帯状疱疹予防効果

・ 50歳以上のいずれの年齢層においても、帯状疱疹予防効果を示した

帯状疱疹の発症[主要評価項目]

評価対象:mTVC

追跡期間(中央値):3.1年

年齢	帯状疱疹発症例数 / 評価対象例数		有効性* [95%CI]
	シングリックス群	プラセボ群	
50歳以上	6 / 7,344	210 / 7,415	97.2%* [93.7, 99.0]
年齢別 サブ グループ 解析	50~59歳	3 / 3,492	96.6% <sup>†</sup> [89.6, 99.4]
	60~69歳	2 / 2,141	97.4% <sup>†</sup> [90.1, 99.7]
	70歳以上	1 / 1,711	97.9% <sup>†</sup> [87.9, 100.0]

※有効性(%):[1-(プラセボ群に対するシングリックス群の発症率の比)]×100(mTVCの有効性は年齢と地域で、年齢別の有効性は地域で調整)

\*:有効性あり(95%CIの下限値が25%超)

†:有効性あり(95%CIの下限値が10%超)

対象:帯状疱疹の既往、水痘または帯状疱疹ワクチンの接種歴、免疫抑制状態などのない50歳以上の男女15,411例(日本人577例)。

方法:多施設共同・無作為化・観察者盲検・プラセボ対照比較試験。被験者をシングリックス群とプラセボ群に1:1に割り付け、前者にはシングリックスを2回、後者にはプラセボを2回、筋肉内注射(可能であれば利き腕と逆の腕の三角筋)した。両群とも2回目接種は、初回接種から約60日(2か月)の間隔をあげた。2回目接種後30か月以上追跡することとした。各群における帯状疱疹の発症例数から、シングリックスの帯状疱疹に対する予防効果(有効性)を検討した。

承認時評価資料:国際共同第Ⅲ相臨床試験. ZOSTER-006

Lal H. et al.: N Engl J Med. 372(22), 2087-2096, 2015

[本研究はGSK Biologicalsの資金により行われた。著者にGSK Biologicalsの社員を含む。]

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

45

## 両者の比較(中野区のHPから)

	乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン)	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (シングリックス)
種別	生ワクチン	不活化ワクチン
接種回数	1回	2回
接種方法	皮下注射	筋肉内注射
予防効果	50~60%	90~95%以上
持続期間	5~8年程度	9年以上
副反応	注射部位の痛み、腫れ、発赤。	注射部位の痛み、腫れ、発赤、筋肉痛、全身倦怠感、悪寒、発熱など。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

46

## 両者の比較(港区のHPをもとに作成)

	生ワクチン 乾燥弱毒生水痘ワクチン ビケン	不活化ワクチン 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン シングリックス
発症予防効果	中程度 50~59歳で69.8%、60歳以上の方で51.3%	非常に高い 50歳以上で97%、70歳以上で91%
帯状疱疹後神経痛予防効果	中程度 60歳以上で66.5%	非常に高い 70歳以上で85.5%
長期予防効果	低い ワクチン接種後の予防効果は、1年目では67.5%、2年目には47.2%、8年目には31.8%まで低下	長期に予防する 50歳以上の成人試験で、10年以上は80%を超える有効性
副反応の発現率	非常に低い	高い 注射部位の腫れや赤み、発熱や頭痛などの発現頻度が多い
禁忌	<ul style="list-style-type: none"> <li>化学療法やステロイドなど免疫を抑える治療をしている方</li> <li>免疫力が落ちている方(HIV感染等)</li> <li>妊娠していることが明らかな方</li> <li>カナマイシン、エリスロマイシンの抗生剤にアレルギー反応を起こしたことがある方</li> <li>水痘ワクチンによる強いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがある方</li> <li>明らかな発熱(通常37.5℃以上)がある方や急性疾患にかかっている方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>帯状疱疹ワクチンによる強いアレルギー症状を起こしたことがある方</li> <li>明らかな発熱(通常37.5℃以上)がある方や急性疾患にかかっている方</li> </ul>
接種料	安価で、1回接種のみ	高価で、(2か月後から6か月以内)に2回接種が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

47

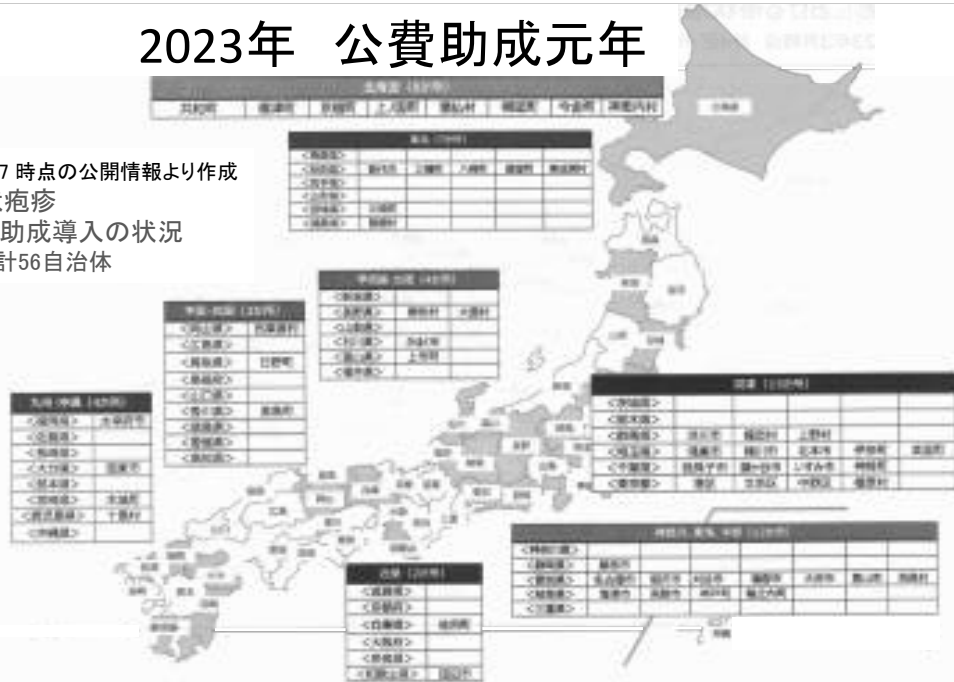
# 2022年 啓発元年



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

# 2023年 公費助成元年

【補足資料】2023.0307 時点の公開情報より作成  
 全国における帯状疱疹  
 予防ワクチン公費助成導入の状況  
 : 2023年3月時点 計56自治体



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

## 東京都の接種助成(令和5年度)

帯状疱疹ワクチン任意接種補助事業【福保】⑤ 7億円(新規)  
 - 帯状疱疹ワクチン接種に係る個人負担の軽減を行う区市町村を支援  
 (50歳以上の接種が対象)

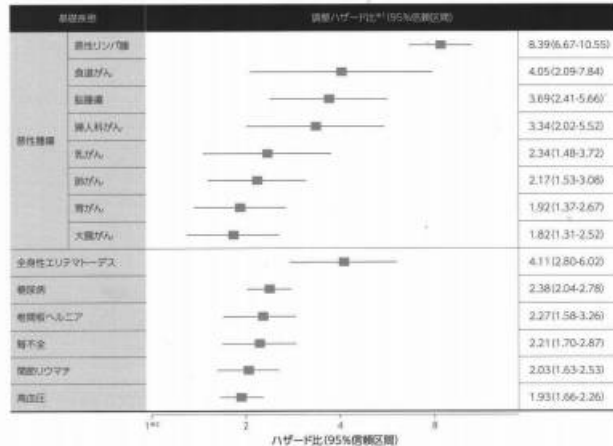
	港区	中野区
ビケン	6,500円 ※ 生活保護受給者等8,800円	4,000円
シングリックス	1回あたり15,000円 ※ 生活保護受給者等1回当たり22,000円	1回につき、10,000円
対象者数	10万人	13万人
予算	4,336万円	

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

# 不活化ワクチンの適応拡大

- 用法及び用量  
50歳以上の者には、0.5mLを2回、通常、2カ月の間隔において、筋肉内に接種する。  
**带状疱疹に罹患するリスクが高いと考えられる18歳以上の者には、0.5mLを2回、通常、1～2カ月の間隔において、筋肉内に接種する。**
- 用法及び用量に関連する注意
- 接種対象者  
带状疱疹に罹患するリスクが高いと考えられる18歳以上の者とは、以下のような状態の者を指す。
- 疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者
- 上記以外で、医師が本剤の接種を必要と認めた者

● 基礎疾患と带状疱疹発症の関連性



※1 年齢別のその他の合併症で調整した。 ※2 年齢調整されていない患者の127名以上の。 本試験のlimitation ①基礎疾患のある患者と健康な人との比較ではない。 ②带状疱疹発症後に接種者が必ずしも同じ期間を要しなかったため、観察期間が制限された。 脚注: 対象: 2001～2007年に日本での第一回目での電子カルテの記録から、带状疱疹の発症と関連があると思われる17疾患(脳腫瘍、膵がん、乳がん、食道がん、胃がん、大腸がん、膵臓がん、悪性リンパ腫、全身体工シフトワーク、糖尿病、糖尿病ヘルペス、糖尿病、高山症、腎不全、糖尿病ヘルペス、腎不全、3つの合併症1例は带状疱疹発症769例および带状疱疹発症54,723例)を対象に、基礎疾患のハザード比をCox比例ハザードモデルを用いてレトロスペクティブに解析した。 WHO A. H. C. J. Epidemiol. 2014; 337:644. 2011 A. H. C. J. Epidemiol.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

- 11. 副作用  
次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。
- 11.1 重大な副作用  
ショック、アナフィラキシー(いずれも頻度不明)  
アナフィラキシー反応を含む過敏症状があらわれることがある。

## ※11.2 その他の副反応

	10%以上	1～10%未満	1%未満
過敏症			蕁麻疹、血管性浮腫
皮膚			そう痒症、発疹、紅斑、多汗症
呼吸器			口腔咽頭痛、咳嗽
投与部位(注射部位)	疼痛 (79.1%)、発赤 (37.4%)、腫脹 (24.2%)	そう痒感	注射部位反応、発疹、炎症、硬結、関節痛、内出血、浮腫、不快感、熱感
消化器	胃腸症状(悪心、嘔吐、下痢、腹痛) (12.0%)		
精神神経系	頭痛 (28.3%)		浮動性めまい、不眠症、傾眠、嗜眠
筋・骨格系	筋肉痛 (36.9%)		関節痛、四肢痛、背部痛、筋骨格痛、頸部痛
感染症			鼻咽頭炎、気道感染、インフルエンザ感染、ヘルペス(口腔または単純ヘルペス)感染
その他	疲労 (34.6%)、悪寒 (21.4%)、発熱 (16.7%)	倦怠感、疼痛	インフルエンザ様疾患、無力症、冷感、熱感、食欲減退、回転性めまい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

# まとめ

- 的確な診断 迅速キットの活用
- 的確な治療 早期の抗ヘルペスウイルス薬の処方
- 的確な予防 带状疱疹予防ワクチン接種の勧奨

# 眼科における知っておきたい 症候とその原因疾患

毛塚眼科医院 院長  
東京医科大学眼科 兼任教授  
**毛塚 剛司**

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

54

## はじめに

かかりつけ医において、眼科関連の訴えは多くみられ、眼科症候を適切に判断しないと失明につながる危険性もある。今回の講演では、よくみられる症候をあげ、迅速に眼科専門医にご紹介する必要がある疾患を解説する。

1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患
2. 充血をきたす疾患
3. 救急を要する疾患

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

55

## 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

56

## 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

### ① 視力低下をきたす疾患

#### ◆ 幼小児期（特に3歳児健診で指摘される）

- ・ 弱視（屈折異常を含む）
- ・ 先天異常

#### ◆ 青年期

- ・ 屈折異常
- ・ 網膜疾患（網膜剥離など）
- ・ 眼外傷

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

57

## 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

### ① 視力低下をきたす疾患：片眼ずつ隠して確認

#### ◆ 幼小児期（特に3歳児検診で指摘される）

- ・ 弱視：新生児・幼児は長期間眼帯すると弱視になる
- ・ 先天異常：出生時の状態、家族歴を聴取する

#### ◆ 青年期

- ・ 屈折異常：高度近視眼で網膜剥離の合併に注意
- ・ 網膜剥離：視力低下を伴う視野欠損は黄斑部に及ぶ
- ・ 眼外傷：眼球破裂、視神経損傷（眉毛部外傷）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

58

お知らせ  
日本眼科学会と、  
日本眼科医会では、  
**6月10日**を  
「こどもの目の日」  
記念日に  
制定いたしました。

「はぐくもう!6歳で視力1.0」  
をスローガンに、子どもの目  
を守る啓発活動  
を進めて参ります。

6月10日は  
**こどもの目の日**

はぐくもう!  
6歳で  
視力  
1.0

公益社団法人 日本眼科学会  
公益社団法人 日本眼科医会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

59



# 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

## ①視力低下をきたす疾患

### ◆ 壮年期

- 屈折異常（老視を含む）
- 網膜疾患（網膜剥離、中心性漿液性脈絡網膜症など）

### ◆ 老年期

- 屈折異常（老視を含む）
- 網膜疾患（加齢黄斑変性、眼底出血など）
- 緑内障、白内障

# 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

## ①視力低下をきたす疾患

### ◆ 壮年期

- 屈折異常（老視を含む）：遠近どちらが見えないか聞く
- 網膜剥離：視力低下が急激か、飛蚊症に注意！

### ◆ 老年期

- 屈折異常（老視を含む）：遠近どちらが見えないか聞く
- 加齢黄斑変性：中心が見えないか、ゆがんで見えないか
- 緑内障：視力低下は末期におきる



# 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

## ②視野狭窄をきたす疾患

### ◆ 青年期

- 心因性
- 先天性（遺伝疾患を含む）
- 網膜剥離

### ◆ 老壮年期

- 緑内障
- 網膜疾患（網膜剥離、眼底出血、網膜動脈閉塞症など）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

# 1. 視力低下・視野狭窄をきたす疾患

## ②視野狭窄をきたす疾患

### ◆ 青年期

- 心因性：見え方の変動がないか聞く

### ◆ 老壮年期

- 網膜剥離：特に下から起こる視野狭窄は進行が早い
- 緑内障：中心視野は最後まで保たれるので気づきにくい
- 眼底出血：生活習慣病のある方の急激な視野欠損
- 網膜動脈閉塞症：高齢期の超急性の視力低下、視野障害

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

**ステロイド点眼薬使用時の注意点**

●ステロイド点眼薬の使用により眼圧が上昇することがあります。このような症状が認められる患者さんをステロイド・レスポンダーといいます。

●ステロイド・レスポンダーは、成人において約1/3、小児ではさらに高頻度に認められると報告されています<sup>1) 2)</sup>。

**ステロイド・レスポンダーの発生頻度（小児）**

高反応性 50% (n=47)  
低反応性 50% (n=50)

**ステロイド・レスポンダーの発生頻度（成人・高齢者）**

高反応性 29% (n=35)  
低反応性 71% (n=88)

**ステロイド点眼薬による眼圧上昇にご注意ください**

- 眼圧上昇は、ほとんどの場合自覚症状がなく、長期投与すると気づかないうちに眼内に移行することがあります。
- アレルギク性結膜炎の重症例によってステロイドの種類、点眼回数を決め、眼圧と眼病におよぼ高濃度ステロイド点眼薬の継続使用は避けてください<sup>3)</sup>。
- ステロイド点眼薬の処方については、眼科医に相談されることをお勧めします。
- ステロイド点眼薬の継続投与においても、同様の眼圧上昇が認められる場合がありますので、使用には十分ご注意ください。

公益財団法人 日本眼科学会・公益社団法人 日本眼科医会  
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

### ● 緑内障連絡カード

- ◆ 病型記載
- ◆ 緑内障禁忌薬について
- ◆ 内眼手術の有無について

**医療機関・薬局（薬剤師）へ**

当患者様は、緑内障の治療（経過観察）中です。  
薬剤処方、検査、手術の際には以下の点にご注意願います。  
なお、緑内障の病型は変化することがあります。

● 緑内障の病型

- 開放隅角
- 閉塞隅角（狭隅角を含む）

● 緑内障禁忌薬の使用について

- 使用制限はありません
- 使用をお控えください

● 虹彩切開術または白内障手術

済  未

なお、ステロイド薬は緑内障の病型にかかわらず、眼圧上昇の危険があります。ステロイド薬を使用する場合は、定期的な眼科健診が必要です。

改訂版（2023年6月10日）

## 2. 充血をきたす疾患

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

66

### 2. 充血をきたす疾患

- ◆ 幼小児期
  - ・ 結膜炎（細菌性に注意）
  - ・ 涙嚢炎（細菌性）
- ◆ 青年期
  - ・ 結膜炎（アレルギー性が多い）
  - ・ ぶどう膜炎（自己免疫関連の内眼炎症）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

67

### 2. 充血をきたす疾患

- ◆ 幼小児期
  - ・ 細菌性結膜炎：黄色調の眼脂
  - ・ 細菌性涙嚢炎：目頭の発赤腫脹
- ◆ 青年期
  - ・ アレルギー性結膜炎：特にコンタクトレンズ装用者
  - ・ ぶどう膜炎：充血を伴う急激な視力低下（眼脂なし）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

68

## 2. 充血をきたす疾患

### ◆ 壮年期

- 結膜炎（アレルギー性が多い）
- ぶどう膜炎（自己免疫関連の内眼炎症）

### ◆ 老年期

- 結膜炎（細菌性、アレルギー性）
- 緑内障（原発閉塞隅角緑内障による急性緑内障発作）
- ぶどう膜炎（感染性眼内炎などの感染症）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

69

## 2. 充血をきたす疾患

### ◆ 壮年期

- アレルギー性結膜炎：コンタクトレンズ装用者に注意
- ぶどう膜炎：充血を伴った視力低下（眼脂なし）

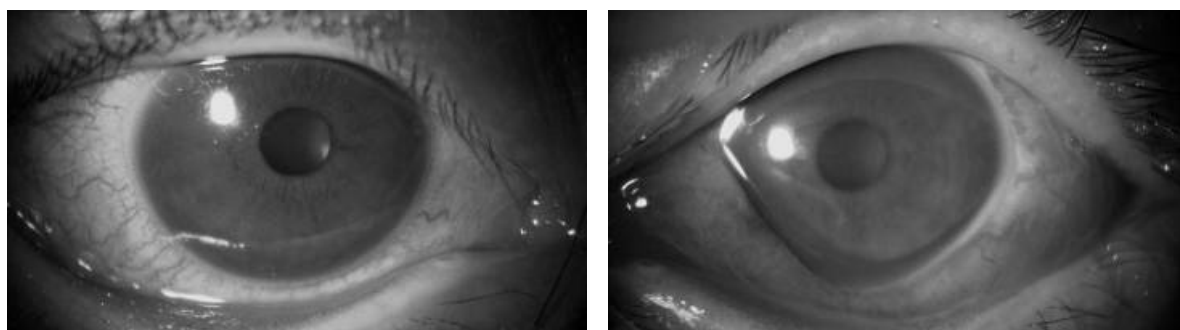
### ◆ 老年期

- 細菌性結膜炎：涙嚢炎の合併に注意
- 急性緑内障発作：毛様充血、浅前房、角膜浮腫（供覧）
- ぶどう膜炎：ウイルス・細菌などの感染性が多い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

70

30代 女性  
左眼)腫れ, 眼脂, 流涙, 右眼)充血



カフェの店員, 両眼)充血浮腫

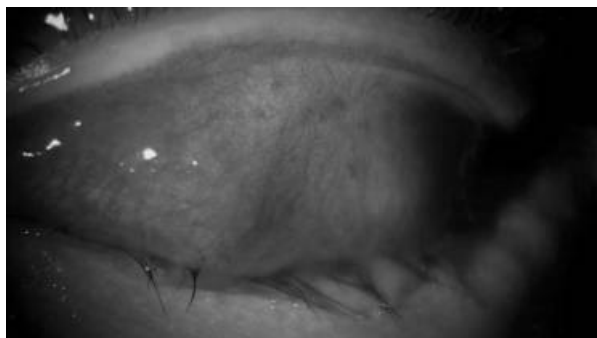
毛塚眼科医院

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

71

30代 女性  
左眼)腫れ, 眼脂, 流涙, 右眼)充血

- 左眼を上眼瞼翻転すると, 結膜浮腫, 眼脂を伴う目の充血が強くみられる.
- 重症な急性濾胞性結膜炎
- 角膜点状上皮混濁
- 耳前リンパ節腫脹・圧痛
- アデノウイルス抗原検出キットで陽性



毛塚眼科医院

→ 流行性角結膜炎

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

72

30代 女性  
左眼)腫れ, 眼脂, 流涙, 右眼)充血



- 3日後, 結膜上に偽膜形成, 角膜びらん出現.
- 眼痛強くなる. 点眼麻酔して偽膜除去が必要となった.

毛塚眼科医院

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

73

### 3. 救急を要する疾患

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

74

### 3. 救急を要する疾患

- ◆ 視力低下をきたす疾患
  - 眼外傷（眉毛部の外傷）
  - 網膜中心動脈閉塞症
  - 裂孔原性網膜剥離
- ◆ 結膜充血（毛様充血を含む）をきたす疾患
  - 眼外傷（眼球穿孔、眼球破裂）
  - 眼内炎
  - 原発閉塞隅角緑内障（急性緑内障発作）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

75

### 3. 救急を要する疾患

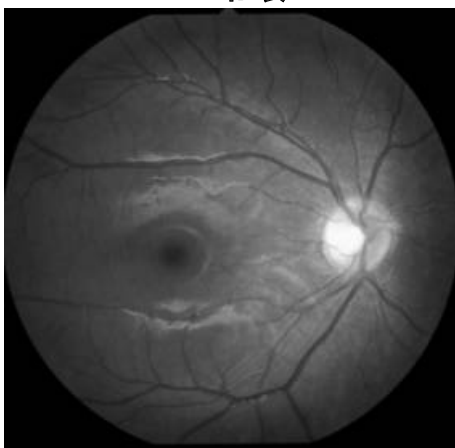
- ◆ 視力低下をきたす疾患
  - 眼外傷（眉毛部の外傷）：視神経損傷を疑う
  - 網膜中心動脈閉塞症：高齢者の超急性の視力低下
  - 裂孔原性網膜剥離：急性の視野異常をきたし、近視眼に多い
- ◆ 結膜充血（毛様充血を含む）をきたす疾患
  - 眼外傷（眼球破裂）：まぶたの上から触れて眼球が柔らかい
  - 眼内炎：強い眼痛を伴う
  - 急性緑内障発作：まぶたの上から触れて眼球が石のように硬い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

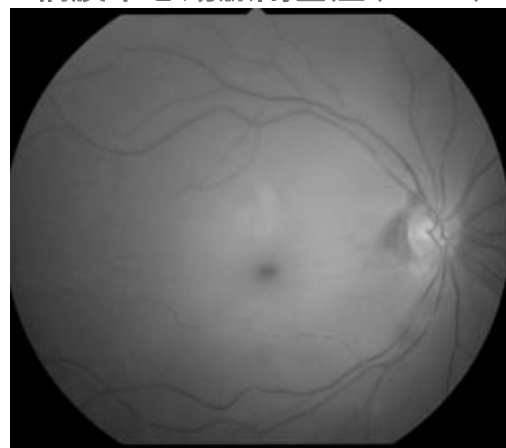
76

### 老年期患者の急激な視力低下 ：網膜中心動脈閉塞症を疑う

正常眼



網膜中心動脈閉塞症(CRAO)



東京医科大学眼科 山本香織講師より貸与

Cherry red spot: 桜実紅斑

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

77

## 50代 男性 右眼の視力低下，視野異常

### 【現病歴】

5日前から右眼で黒く濁ったものが見え，目を動かすと一緒に動いた。

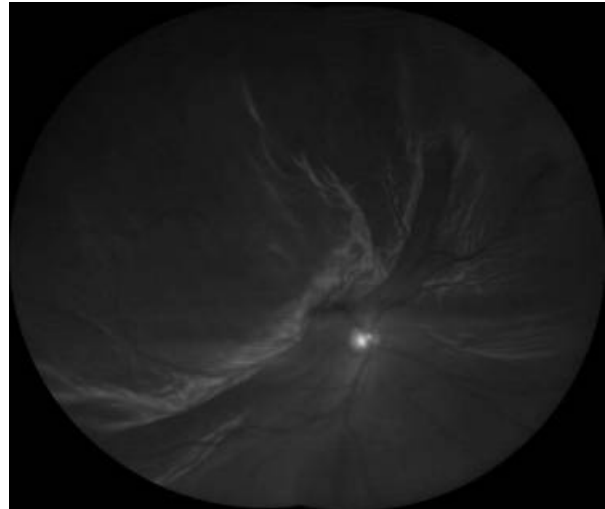
だんだん見えづらくなる。

右眼視力0.04(矯正0.2)

左眼視力1.0(矯正不能)

前眼部異常なし，右)軽度白内障

右眼底所見：供覧



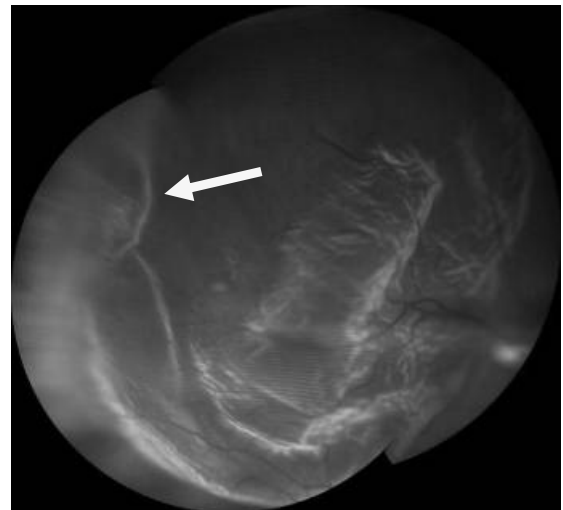
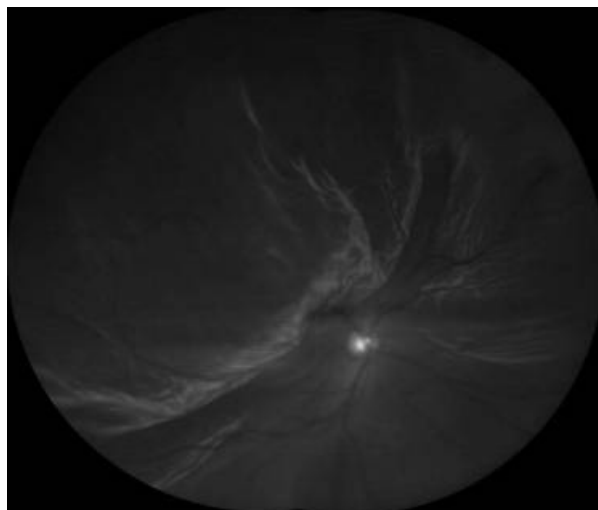
毛塚眼科医院

右眼)上方網膜の剥離(黄斑を含む)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

78

## 50代 男性 右眼の視力低下，視野異常



毛塚眼科医院

黄矢印：裂孔

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

79

## 50代 男性 右眼)裂孔原性網膜剥離

- 緊急入院、入院翌日に手術
- 右眼)水晶体再建術＋硝子体切除術＋網膜光凝固術＋SF6ガスタンポナーデ
- 10時に裂孔，1時に小円孔，6時方向に増殖性網膜を確認
- 術後数日間は下向き臥位



毛塚眼科医院

眼内にガスが充填されている  
黄矢印：網膜光凝固斑

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

80

## 50代 男性 右眼)裂孔原性網膜剥離術後復位

- 1か月後に右眼)矯正視力1.0に回復



毛塚眼科医院

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

81

## 10代後半 男性 眼外傷



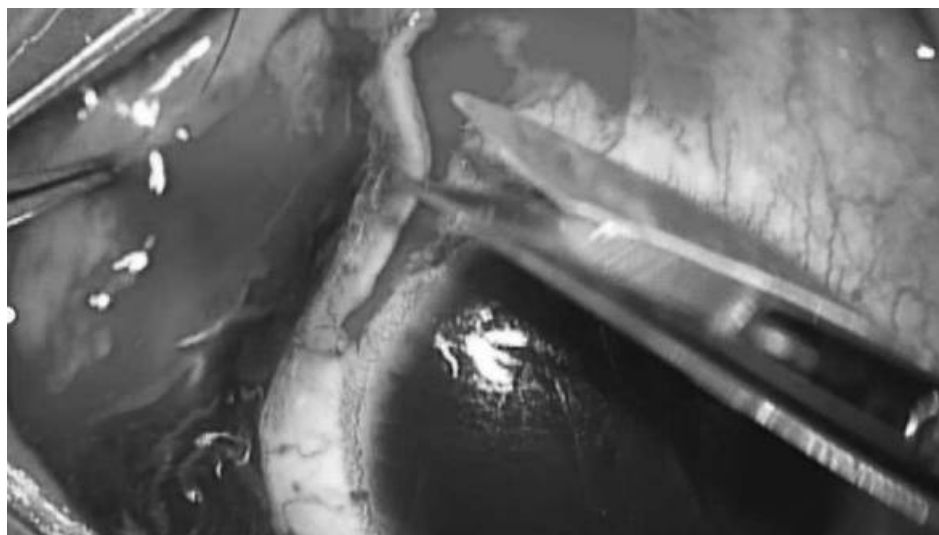
東京医科大学眼科  
臼井嘉彦准教授  
より貸与

### 必要に応じて眼窩CTを撮る

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

82

## 眼外傷(眼球破裂)の術中所見



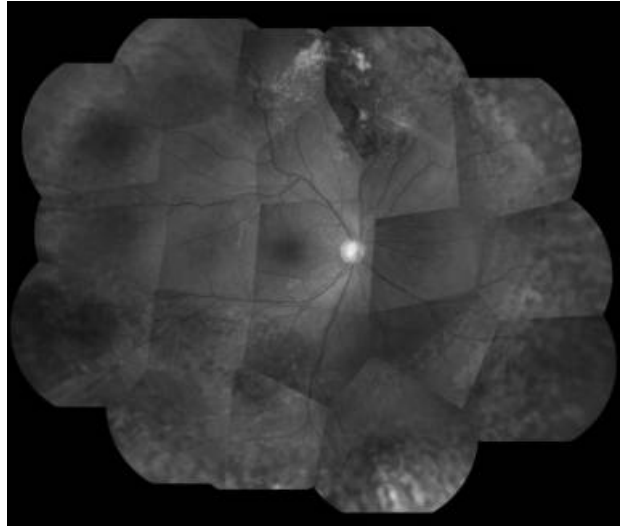
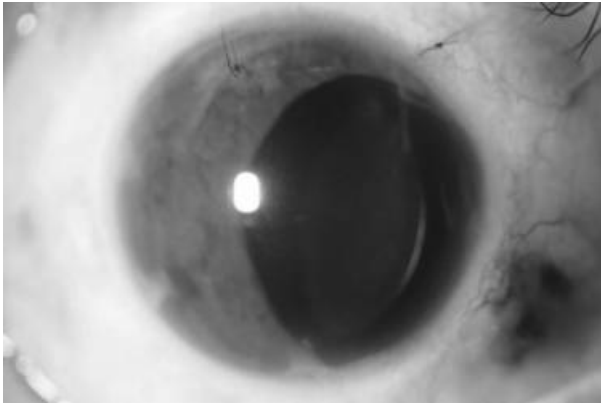
東京医科大学眼科 臼井嘉彦准教授より貸与

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

83



10代後半で眼内レンズ眼となったが  
視力は1.0に



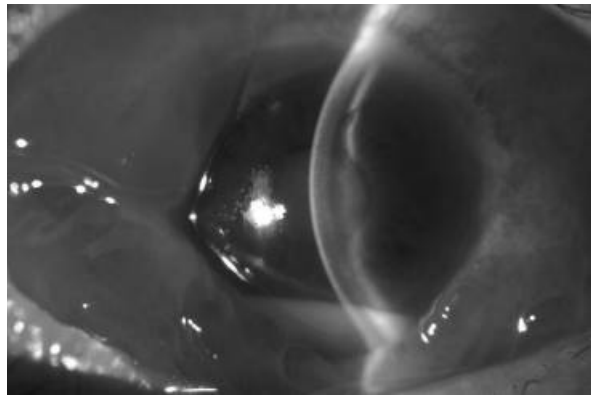
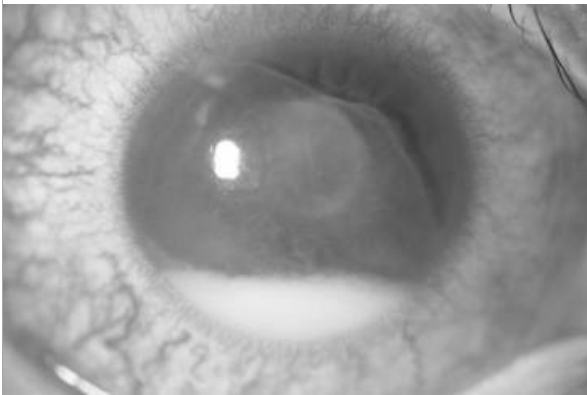
東京医科大学眼科 臼井嘉彦准教授より貸与

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

84

## 高齢者の充血で要注意：眼内炎

東京医科大学眼科 臼井嘉彦准教授より貸与



**特に前房蓄膿が出現していたら重症！**

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

85

## 80代 男性 霧視を主訴に来院.

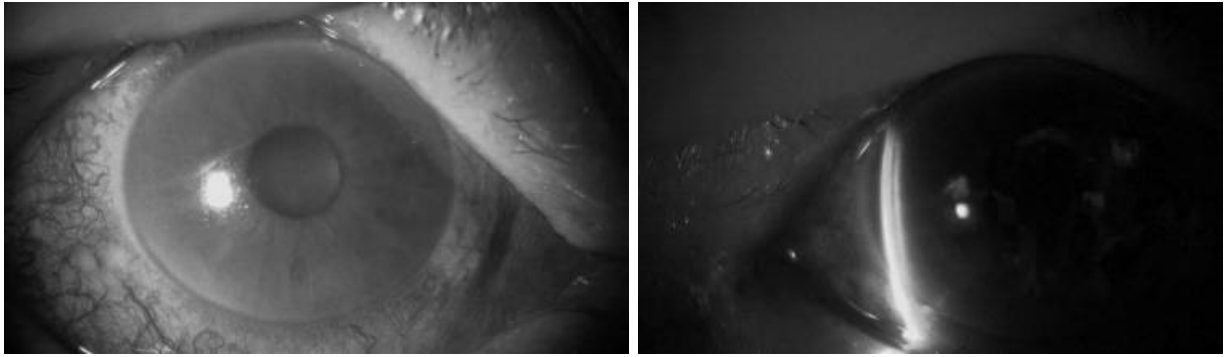
- 2-3日前から目がぼやけるといって来院
  - 右眼)視力0.2(矯正0.4), 左眼)視力0.9(矯正1.0)
  - 眼圧右65mmHg(Rock Hard: 石の様に固い眼球)
  - 眼底透見出来ず
- 原発閉塞隅角緑内障: 急性緑内障発作

毛塚眼科医院

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

86

## 80代 男性 主訴:霧視



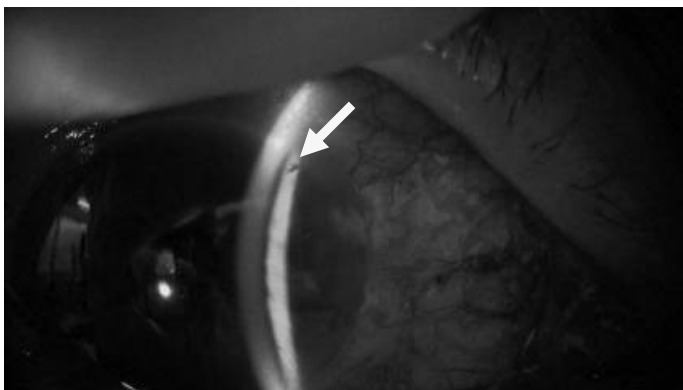
毛塚眼科医院

- ◆ 右眼:結膜毛様充血, 浅前房(狭隅角), 角膜浮腫, 瞳孔反応なし(典型例では中等度散瞳):急性緑内障発作の所見

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

87

## 80代 男性 急性緑内障発作



毛塚眼科医院

- 治療のため, YAGレーザー虹彩切開術を行う
- レーザー治療直後: 眼圧24mmHg (正常21mmHg以下)
- 翌日眼圧11mmHg

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

88

## おわりに

1. 本講演では、眼科専門医ではないかかりつけ医が見逃してはいけない視力低下、視野狭窄、結膜充血について解説を行った。
2. 特に、眼脂を伴う目の充血をきたして院内感染を引き起こす流行性角結膜炎、緊急の対応を要する裂孔原性網膜剥離や急性緑内障発作、眼球破裂などの眼外傷、高齢者で急激な視力低下をきたす網膜中心動脈閉塞症などを見極めていただく必要がある。
3. 視力低下や充血の他に、複視にも注意が必要である。
4. 状況に応じて、眼科医にご紹介いただきたい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

89

# 日常診療で留意すべき 耳鼻咽喉科の症候と疾患

医療法人社団翠明会 山王病院  
耳鼻咽喉科頭頸部外科部長

永 田 博 史

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

90

## はじめに

かかりつけ医が日常診療で接することが多い症候で、耳鼻咽喉科医による診察が必要であるものは多い。本講演では、その中で重要性の高いものについて解説し適切に耳鼻咽喉科との連携を図れるようにすることを目的とする。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

91

## かかりつけ医が遭遇する頻度の高い 耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の症候

1. のどの症候
2. めまい・平衡障害
3. 首の腫れ
4. 耳の症候
5. 鼻の症候
6. 嚥下障害
7. 睡眠時無呼吸症候群

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

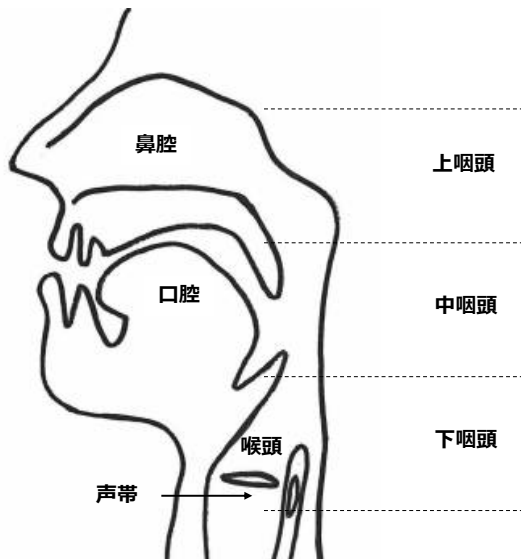
92

# 1. のどの症候

- ・のどが痛い
- ・声がかすれる
- ・息苦しい
- ・飲み込みづらい など

★いつもと違う痛みを訴える場合や、痛みだけではでない場合には喉頭の診察が必須。  
発声困難、呼吸苦、嚥下困難などの症状に注意する。

## のどとは・・・咽頭と喉頭を指す言葉である

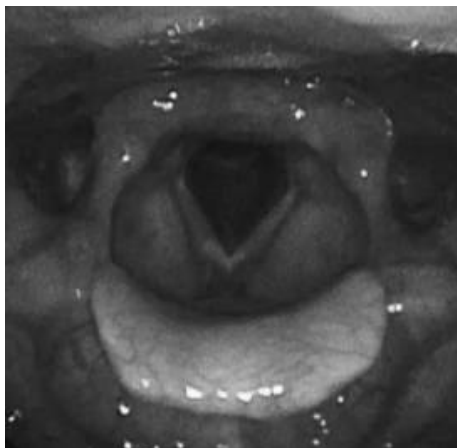


開口させて舌圧子をもちいて  
観察できるのは中咽頭の後壁  
と側壁だけである



もっとも重要な喉頭は通常の診察  
では観察できないことを認識しておく  
必要がある

## 喉頭が重要な理由

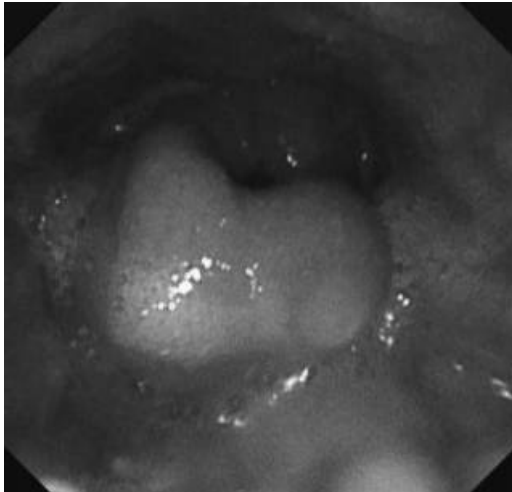


### 喉頭の機能

- ①呼吸・・・喉頭の炎症や腫瘍では呼吸困難や窒息を生じ死に至ることがある
- ②嚥下
- ③発声

★耳鼻咽喉科では、簡単な前処置で即座にファイバースコープを実施し、喉頭を観察することができる。

## <最も重要な喉頭疾患> 急性喉頭蓋炎



喉頭の腫脹と浮腫が急速に進行し呼吸困難や窒息を生じるリスクがある。

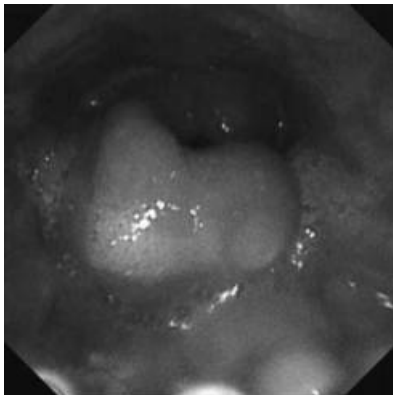
実際、毎年死亡例が見られ、訴訟に発展する例が稀ではない。

★ 急性期を乗り切れば健常な状態に戻るので、とにかく急性期の対応が重要である。

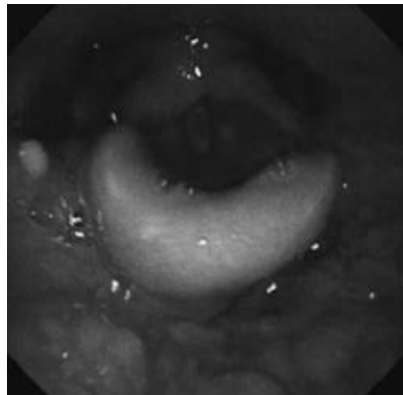
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

96

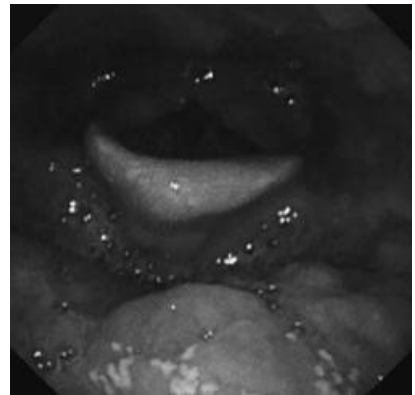
Day 1



Day 5



Day 25



急性喉頭蓋炎は、急性期をコントロールできれば予後は良好である。

★ とにかく急性期の対応が重要である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

97

## 急性喉頭蓋炎 死亡例の経過 <1>

某日18時 朝からののどの痛み、唾液が呑み込めない、呼吸苦、  
嘔声があり救急車で某病院を受診。当直医の診察で「急性扁桃炎・気管支炎」の疑いと診断され投薬を受け19時半に帰宅。

その後、自宅で呼吸困難が増悪し、救急車を呼んだが窒息状態となり23時15分搬送中に死亡。

(蘇生20巻1号, 52-57, 2001より引用)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

98

## 急性喉頭蓋炎 死亡例の経過 <2>

13時25分 朝起床時から咽頭痛あり。のどの閉塞感、呼吸がしづらい症状があり、某病院を受診。日直医師の診察で「急性扁桃炎」の診断で投薬を受け帰宅。

15時25分 呼吸困難が出現したために救急搬送。肺炎が疑われ胸部X線検査となったがレントゲン室で窒息状態となり心肺停止。挿管、救急蘇生ののち脳低温療法を行ったが、23日目に死亡。

(蘇生20巻1号, 52-57, 2001より引用)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

99

### <のどの症候：まとめ1>

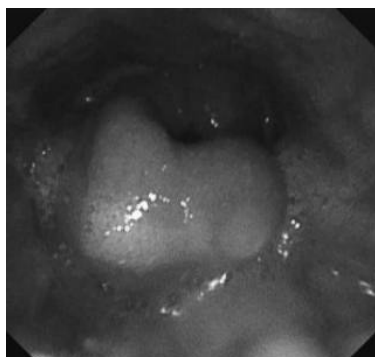
- ★ いつもと違うのど痛みや、訴えが痛みだけではでない場合には
  - … 喉頭の診察が必須。
- ★ 問診・視診では、痛み以外の症状がないか、
  - … 発声困難、呼吸苦、嚥下困難などの症状に注意する。
- ★ 耳鼻咽喉科へまわせば喉頭蓋炎などの喉頭疾患はすぐに診断がつく。
- ★ 急性の咽頭炎として何か腑に落ちないと思ったら
  - … ためらわずに耳鼻咽喉科にコンサルトを !!

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

100

### ファイバースコープによる観察の重要性

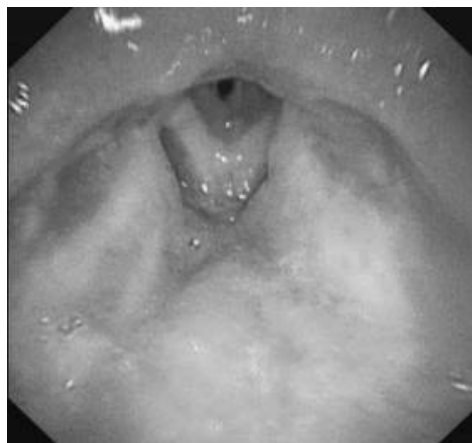
- ・ 喉頭の状態を正確に把握できる
- ・ すなわち気道確保の適応を判断できる



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

101

## <症例> 急性声門下喉頭炎, 76y, F



X月Y日 痰がきれず声がでにくくなった。

X月Y+1日 近くの病院の内科を受診し耳鼻科がないため当科へ紹介された。  
初診時、嚙声、呼吸苦、喘鳴あり  
緊急気管切開し入院治療となった。

X月Y+8日 喉頭所見改善しカニューレ  
抜去。

X月Y+19日 治癒退院。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

102

喉頭の浮腫は急速に進行し、気道狭窄・閉塞のリスクが高まる。

★ 急性の嚙声・呼吸苦があったらすぐに耳鼻咽喉科へコンサルトを !!

\*\*\*\*\*

★ 急性でない嚙声への対応は？

・・・ 持続性の嚙声も耳鼻咽喉科へコンサルトを !!

★ 咽頭炎として腑に落ちない症状があれば耳鼻咽喉科へコンサルトを !!

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

103

## 持続する嚙声をきたす疾患

声帯ポリープ



ポリープ様声帯



反回神経麻痺



喉頭癌

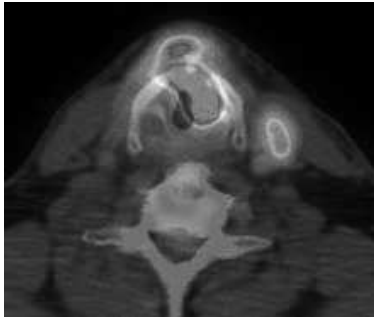
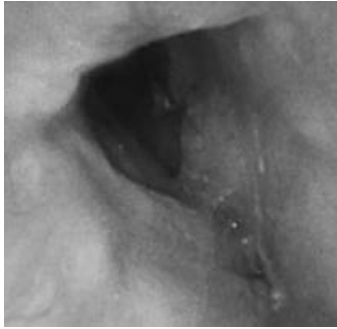


特発性  
肺癌、食道癌  
甲状腺癌 など

★ 嚙声がある場合には喉頭ファイバースコープが必須である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

104



## <症例>

進行喉頭癌 T4aN2bM0, 52y, M

発症時期不明の嚔声あり。

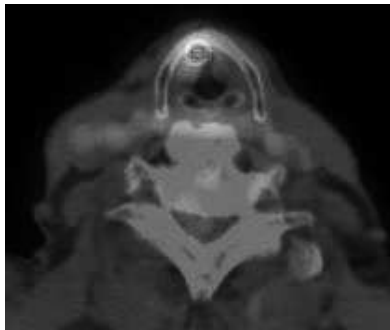
4か月前から近医内科にて診てもらっていたが  
改善しないため当科を受診。

タバコ 20本/日

腫瘍の喉頭外浸潤と頸部リンパ節転移のため  
喉頭摘出術と頸部郭清術を行うこととなった。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

105



## <症例>

早期喉頭癌 T1bN0M0, 81y, M

1か月来の痰からみと嚔声にて当院内科受診。  
当科へ診察依頼があり喉頭癌の診断となった。

タバコ 30年前に禁煙。

早期癌のため局所放射線治療を行うことになった。

★ 声門癌では早期に嚔声を発症するため  
すぐに耳鼻咽喉科を受診すれば放射線で  
治癒することがほとんどである。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

106

## <のどの症候：まとめ2>

嚔声がある場合には・・・

★ 急性発症の場合とはとにかく急いで耳鼻咽喉科にコンサルトを !!

★ 急性でなく持続性の場合も必ず耳鼻咽喉科受診を !!

とくに高齢者では嚔声を気にしていない場合がある。

嚔声があると思ったら迷わず耳鼻咽喉科受診を !!

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

107



## <よく見られるのどの症候：咽頭痛>

- ★ 咽頭痛は、ありふれた症状であるが、軽い疾患と違って中途半端な治療を行っているとう重症化することがある。
- ★ 症状が長引いている場合にはこまめな診察と適宜耳鼻咽喉科への紹介が勧められる。
- ★ とくに糖尿病がある場合は要注意である。

重症の咽頭炎、扁桃炎を契機に糖尿病が発見されることもある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

108

### <症例> 咽後膿瘍、糖尿病, 58y, M

健診で糖尿病を指摘され当院専門外来を受診。風邪症状があった。HbA1c=9.7%, WBC=8,250, CRP=3.9 グリメピリド処方。7日後、発熱40度、咽頭痛、嚥下困難あり。WBC=32,770, CRP=52.9 耳鼻科咽喉科へ。咽頭後壁の発赤・腫脹あり。CT, MRI にて咽後膿瘍の所見。入院のうえ、穿刺排膿と抗菌薬の投与。入院8日目に改善し退院となった。

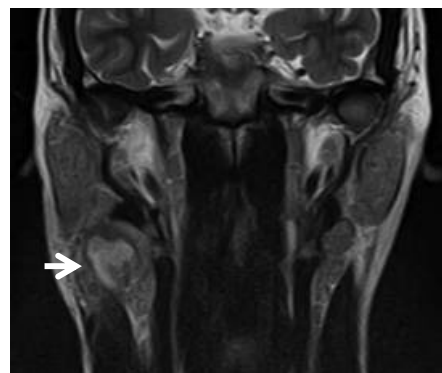


日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

109

### <症例> 扁桃周囲膿瘍、頸部膿瘍, 17y, M

X月5日 咽頭痛あり。近医にてCDTRを5日分処方。X月13日 増悪したため近医耳鼻咽喉科受診。右扁桃周囲炎の診断でCDTR倍量を7日分投与。X月21日 右頸部腫脹あり当科へ紹介となった。右扁桃周囲膿瘍と深頸部膿瘍の診断となり入院。扁桃周囲膿瘍および深頸部膿瘍を切開し、抗菌薬とステロイドの点滴を行い5日目に軽快退院。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

110

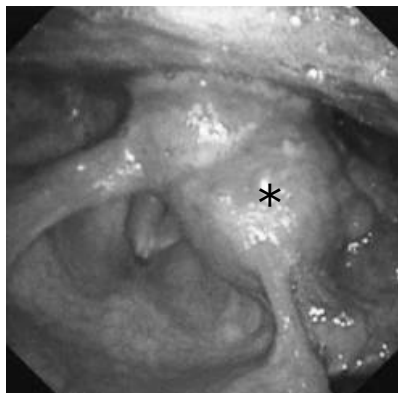
★急性の咽頭痛では、咽頭炎や扁桃炎と思って治療して  
改善が乏しい場合には耳鼻咽喉科での精査が必要である。

\*\*\*\*\*

★慢性の咽頭痛や違和感への対応は？

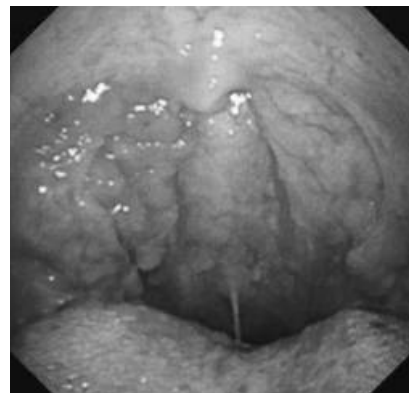
- ・・・ 持続する咽頭痛では、悪性腫瘍がひそんでいることがある。
- ・・・ 咽頭の違和感や異常感にも注意が必要である。

下咽頭癌 T2N0M0, 69y, M



3か月前から飲み込むときに違和感あり  
たばこ 20本/日  
焼酎2合/日

中咽頭癌 T2N1M0, 73y, F



3週間前からのどの違和感あり  
のどの右側がヒリヒリする

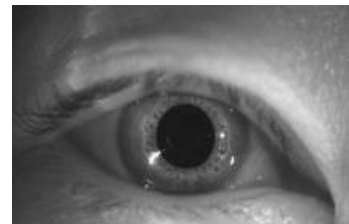
### <のどの症候：まとめ3 >

- ★ 急性の咽頭痛に対しては適宜抗菌薬を投与する。
- ★ 治療しても悪化する場合には耳鼻咽喉科への紹介が勧められる。
- ★ とくに糖尿病がある場合は要注意である。
- ★ 慢性の咽頭痛や咽頭の違和感・異常感では悪性腫瘍の可能性を  
考えて耳鼻咽喉科へ紹介する。

## 2. めまい・平衡障害

- ・目がまわる
- ・ふらつく など

病歴 初回か再発性・反復性か  
誘因：頭位変換など  
難聴や耳鳴の有無



神経学的所見

眼振検査

めまいの  
鑑別診断

聴力検査

頭部MRIなど  
画像検査

その他の平衡機能検査

➡ めまいの鑑別診断において問診、眼振検査、聴力検査は必須である  
中枢性めまいを疑う場合には、MRIやさらに平衡機能検査を行う

### めまいの鑑別診断が必要な理由・・・治療方針の決定

良性発作性頭位めまい症・・・浮遊耳石置換法

メニエール病・・・薬物治療

前庭神経炎・・・前庭リハビリテーション

突発性難聴・・・ステロイド治療

PPPD（持続性知覚性姿勢誘発めまい）・・・抗不安治療

前庭性片頭痛・・・生活指導、薬物治療

聴神経腫瘍・・・経過観察、手術、ガンマナイフ

小脳梗塞・・・急性期の治療、抗血栓療法による再発予防

## めまいの診察におけるポイント

・「めまい症」という診断名は保険病名としては便利であるが、診療においてはなるべく具体的な疾患病名をつけるように努力する。

★ 最も大切なのは問診である。

誘因がないか、反復性かどうか、初回か再発性か、など。

耳の症状（難聴や耳鳴、耳閉塞感など）の問診は必須。

★ 耳症状がある場合には、必ず耳鼻咽喉科へ紹介し聴力検査などを行う必要がある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

117

## もっとも多いめまい & 問診である程度診断できるめまい

・・・ 良性発作性頭位めまい症

BPPV (benign paroxysmal positional vertigo)

- ・ 頭位変換や寝返りで誘発される短時間のめまいを繰り返す
- ・ 朝起床時に多く、時間とともに減衰傾向を示す
- ・ 難聴、耳鳴、耳閉塞感などを伴わない

★ 発作性頭位めまい症は小脳虫部病変が原因のことがあるので注意が必要である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

118

<症例> 悪性発作性頭位めまい症  
(小脳虫部梗塞) 83y, M

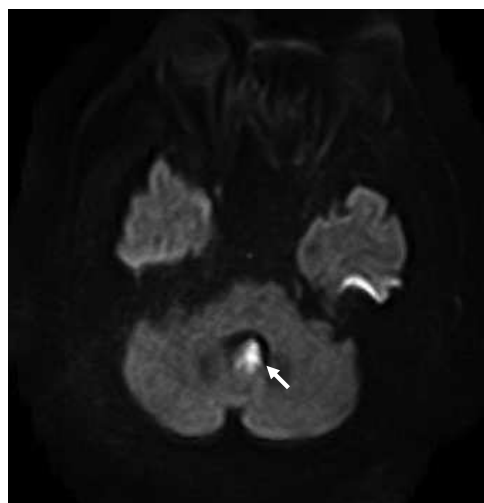
午前中めまい・嘔吐あり。午後受診

聴力に問題なし。右下頭位でめまい誘発、  
向地性眼振あり。神経脱落症状なし。頭部

CT異常なし。めまい強く入院となった。入院

2日目、左側臥位を保持し食事摂れず。

末梢前庭性にしては症状強いためMRIを撮影。



★ 発作性頭位めまい症は小脳虫部病変が原因のことがある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

119

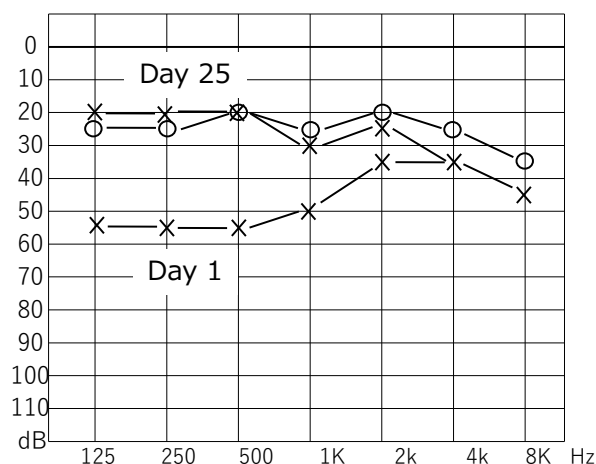
## もっとも有名な、しかし誤ってもちいられているめまい病名

### ・・・メニエール病

- ・ 反復するめまい発作
- ・ 難聴、耳鳴、耳閉塞感などを伴う
- ・ 聴力検査では低音部の障害を示すことが多い

### <症例> 左メニエール病, 73y, M

深夜3時からめまいがあり受診した。  
持続性左向き眼振あり。聴力検査  
で左低音部聴力低下。メイロンなどの  
点滴で午後3時にはめまいは軽快した。  
その後、イソバイド、五苓散などの  
内服にて3日目にはめまい感消失、  
25日目には聴力も回復した。



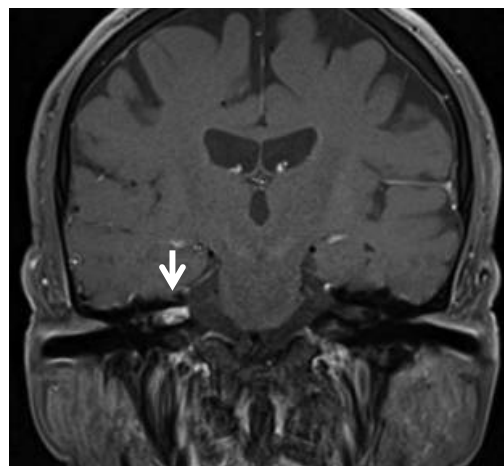
★ **メニエール病の診断に聴力検査は必須である**

## 見落としとしてはいけない、見落としがちなめまい疾患

### ・・・聴神経腫瘍

<症例> 右聴神経腫瘍 59y, M

2週間前から歩行時ふらつきがあり受診。  
左下頭位で向地性眼振あり。聴力検査で  
右31.3dB, 左13.8dB。閉眼足踏み検  
査で動揺が激しく入院となった。  
5年前右突発性難聴の既往歴あり。  
内耳道MRIにて右聴神経腫瘍の診断と  
なった。



★ 片側性の難聴や耳鳴がある場合にはMRIによる内耳道の観察が必要である・・・めまいの診療では聴力検査は必須である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

123

### <めまい・平衡障害への対応>

- ★ フレンベルグ症候群（延髄外側症候群）など明らかに  
脳梗塞の神経症状を伴う場合にはまず脳神経科へ紹介する
- ★ 明らかな神経脱落症状がない場合には耳鼻咽喉科へ紹介して  
眼振検査、聴力検査、平衡機能検査などを行うことが望ましい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

124

## 3. 首の腫れ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

125

## 首の腫れで受診することが多い疾患

<腫瘍> 唾液腺腫瘍、甲状腺腫瘍

<リンパ節腫脹>

有痛性 皮膚炎、咽頭炎などに続発するリンパ節炎  
亜急性壊死性リンパ節炎（菊池病）  
伝染性単核症

無痛性 悪性腫瘍の頸部リンパ節転移  
悪性リンパ腫  
頸部リンパ節結核

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

126

頸部腫瘍、リンパ節の診察は、専門家であっても難しいことがある。

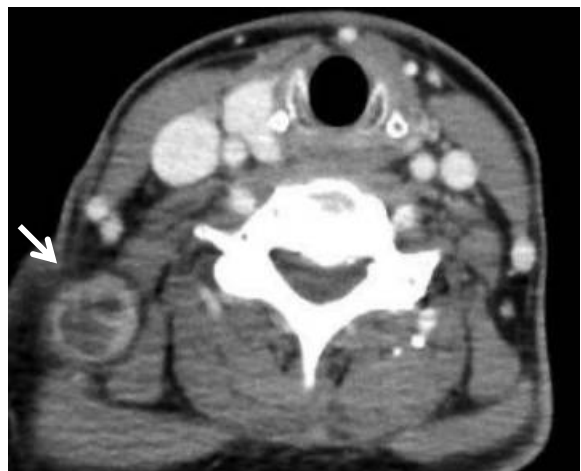
★ とくに無痛性の腫瘍は重要な疾患であることが多く、早めに耳鼻咽喉科・頭頸部外科へ紹介することが望ましい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

127

### ★ 見落としがちな重要な疾患；頸部リンパ節結核

<症例> 頸部リンパ節結核, 50y, F  
1か月前から右頸部の腫れがあった。  
2週間前近医でエコー施行し複数のリンパ節腫脹を指摘されたが経過観察となった。腫れが気になるため当科を受診。造影CTにて内部壊死像を伴う頸部・縦郭のリンパ節腫大あり。  
QFT 陽性。吸引細胞診塗抹で Ziehl-Neelsen G1。

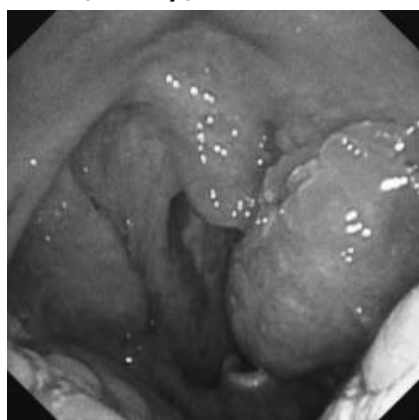


日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

128

★ 頸部リンパ節腫脹を初発症状とする頭頸部癌は稀ではない

口蓋扁桃扁平上皮癌, 54y, M



2か月に首のしこりに気づいた。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

129

★ 頸部リンパ節腫脹を初発症状とする頭頸部癌は稀ではない

軟口蓋扁平上皮癌, 72y, F



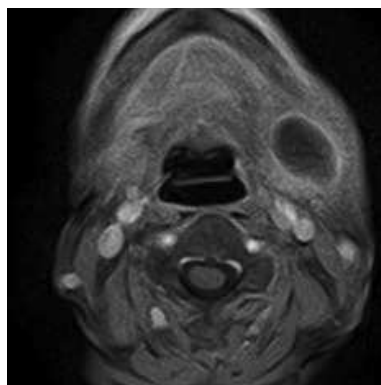
5日前に首のしこりに気づいた。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

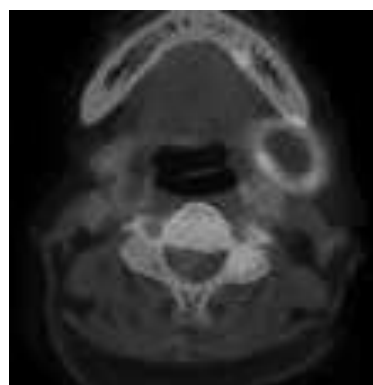
130

★ 中咽頭癌や甲状腺がんのリンパ節転移は嚢胞性のことがある

HPV関連中咽頭癌の嚢胞性頸部リンパ節転移, 83y, F



造影MRI



PET-CT

★ 首の軟らかいしこりを脂肪腫や頸嚢胞と決めつけないように注意が必要

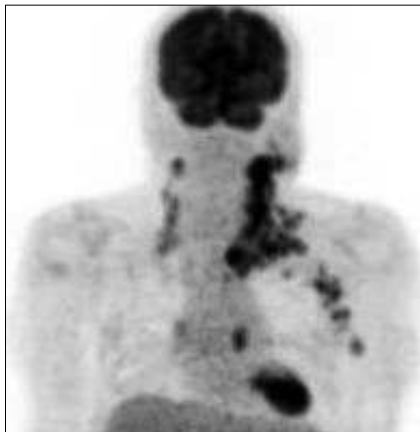
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

131



★ 良性疾患でも悪性腫瘍に似た臨床像を呈することがある

悪性リンパ腫, 76y, M



菊池病, 39y, M



★ 良性の疾患であっても生検するまで診断がつかないことがある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

132

<頸部リンパ節の腫れでまず行うべき検査>

頸部エコーは必須    咽喉頭、口腔、鼻腔、皮膚の診察も必須

血液検査    血算、血液像、CRP、LDH、フェリチン、sIL-2R、QFT

さらに行う検査    造影CT, MRI  
                                 細針吸引細胞診 (FNA)

最終的には、リンパ節生検が必要になることも稀ではない

★ これらの検査を順序立てて迅速に行える耳鼻咽喉科・頭頸部外科へ紹介することが望ましい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

133

## 4. 耳の症候

- ・難聴
- ・耳鳴
- ・耳閉塞感    など

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

134

## ＜耳の準緊急性疾患 突発性難聴＞

ある日突然何の前触れもなく片側の耳が聞こえなくなる  
耳鳴、めまい、耳閉塞感などを伴うことが多い  
発症後2～3か月で症状が固定してしまう

★ 出来るだけ早期に治療を開始することが最も大切

できれば1週間以内

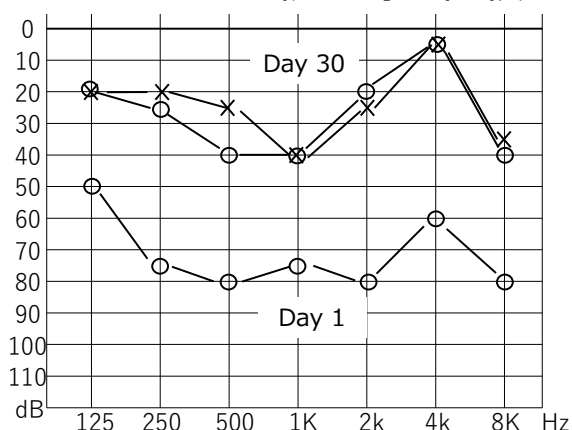
遅くとも2週間以内

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

135

### ＜症例＞ 右突発性難聴, 66y, F

右耳難聴と耳鳴、耳閉塞感にて発症。  
近医耳鼻咽喉科にてステロイド内服治療開始するも聴力の悪化あり。  
発症7日目入院治療を依頼された。



健側 32.5 dB

1か月後 35.0 dB

(Day 10 退院 42.5 dB)

Day 1 入院 77.5dB

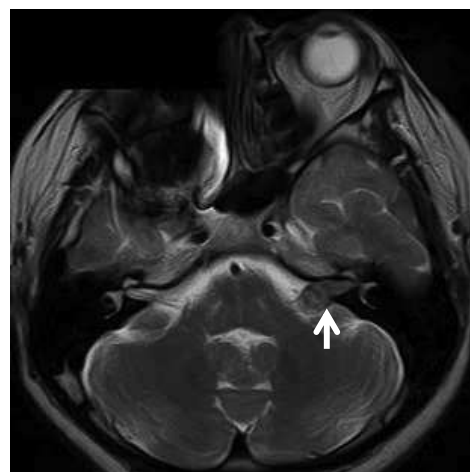
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

136

★ 聴神経腫瘍は突発する難聴で発症することがある。

### ＜症例＞ 左聴神経腫瘍 53y, F

1週間前から左難聴、耳鳴、閉塞感あり。  
近医耳鼻科で突発性難聴として治療。  
右16.3dB, 左77.5dB。  
MRIにて左聴神経腫瘍の診断となった。



★ 突発性難聴と診断されている症例の中には聴神経腫瘍が含まれている。  
陳旧性の難聴であっても片側性的場合は精査が必要である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

137

## < 耳の閉塞感を愁訴とすることが多い疾患 >

耳垢栓塞

耳管狭窄症

滲出性中耳炎

急性低音障害型感音難聴

腫瘍 ←

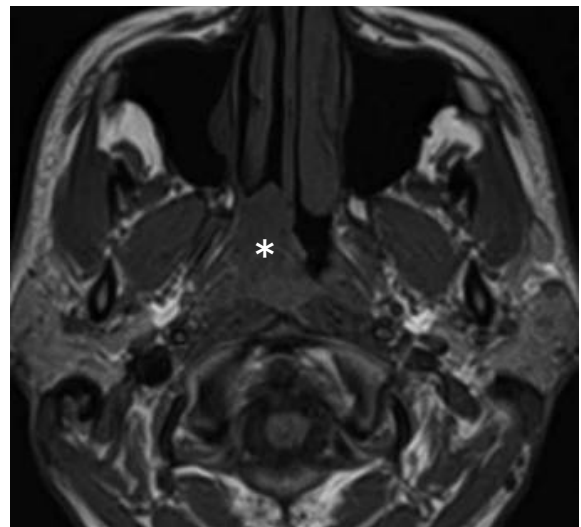
★ 耳閉塞感を愁訴とする腫瘍があることを忘れてはいけない

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

138

### ★ 耳閉塞感を愁訴とする腫瘍：上咽頭癌

上咽頭癌T2N0M0, 32y, M



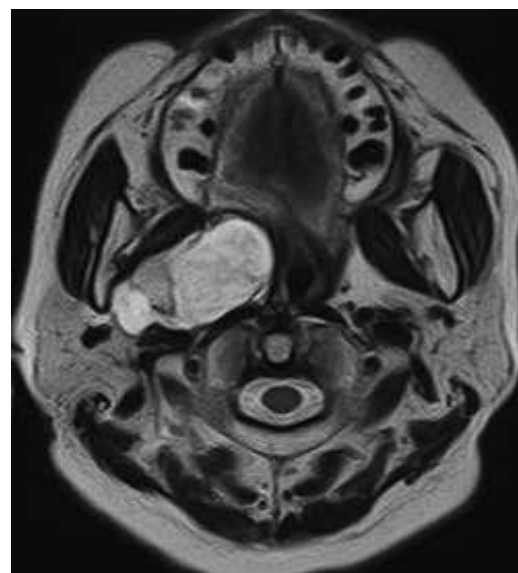
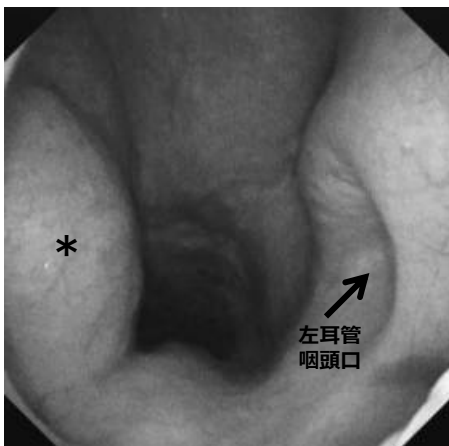
1か月続く右耳閉塞感にて受診。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

139

### ★ 耳閉塞感を愁訴とする腫瘍：副咽頭腫瘍

右副咽頭腫瘍, 73y, F



2か月続く右耳閉塞感にて受診。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

140

★ 耳の閉塞感があれば耳鼻咽喉科での精査が必要である。

## 5. 鼻の症候

- ・鼻閉
- ・鼻漏
- ・嗅覚障害
- ・鼻出血 など

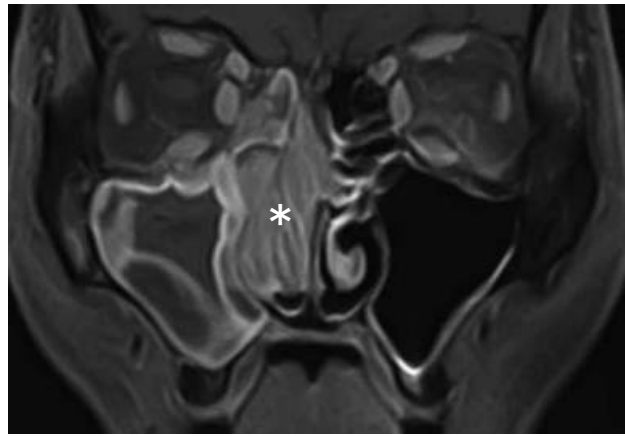
★ 鼻閉、鼻出血などの症状が片側性で持続する場合には、  
腫瘍の可能性があるので耳鼻咽喉科での精査が必要である。

左鼻腔メラノーマ 74y, M



2週間前から左鼻出血あり  
発症時期不明の左鼻閉あり

右嗅神経芽細胞腫 46y, M



10か月来  
右鼻出血と右鼻閉あり

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

144

### <最近増加している指定難病疾患；好酸球性副鼻腔炎>

- ・ 嗅覚障害、鼻閉などを愁訴とする
- ・ 末梢血好酸球増多
- ・ 鼻茸
- ・ CTにて篩骨洞中心の病変
- ・ 喘息の合併
- ・ アスピリン喘息のことがあり注意が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

145

### <症例> アスピリン喘息 51y, F

2年前に某病院で好酸球性副鼻腔炎の診断。38歳のときにイブプロフェンで喘息発作を起こしたことあり。

慢性的に鼻閉、嗅覚障害あり、喘息の治療を継続している。

末梢血好酸球 21.7%

鼻茸の生検で著明な好酸球浸潤あり。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

146

- ・好酸球性副鼻腔炎やアスピリン喘息は基本的には手術が必要。
- ・しかし、手術を行っても再増悪することが多く、ステロイド内服薬が必要であることが多い。
- ・最近使用されるようになった生物学的製剤抗ヒトIL-4Ra抗体 (dupilumab) が非常に有効であることが明らかになってきた。

★ 鼻閉・嗅覚障害を伴う喘息では好酸球性副鼻腔炎やアスピリン喘息を疑い耳鼻咽喉科で精査することが必要である。

## 6. 嚥下障害

## 7. 睡眠時無呼吸症候群

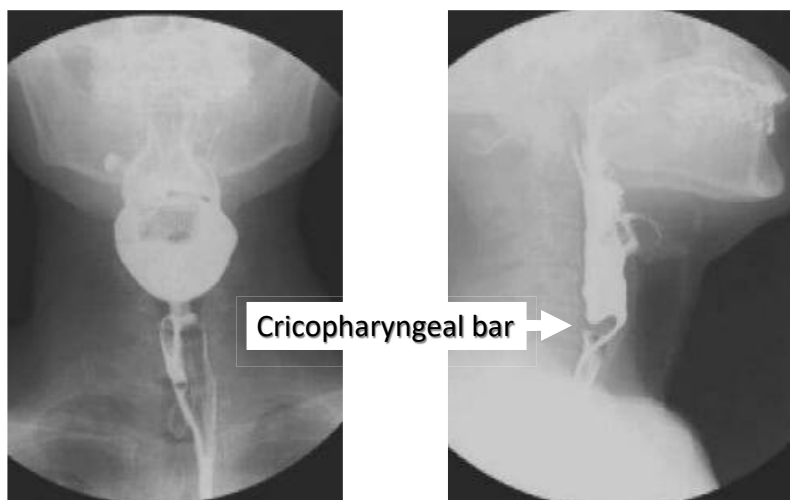
出来れば耳鼻咽喉科の診察を受けていただきたい疾患

### <嚥下障害>

- 口腔期；口腔から咽頭へ・・・舌筋による随意運動
- 咽頭期；咽頭から食道へ・・・粘膜の知覚による反射で不随意運動
- 食道期

★ 狭義の嚥下障害である咽頭期の障害は耳鼻咽喉科医による診断と治療が必要である。

## <輪状咽頭嚥下困難症, 72y, M >

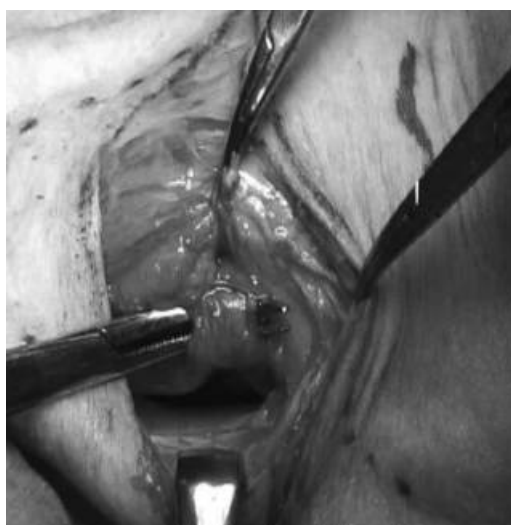


数年前から飲み込みが悪く食事に非常に時間がかかるようになった

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

150

## 輪状咽頭嚥下困難症に対する輪状咽頭筋切断術

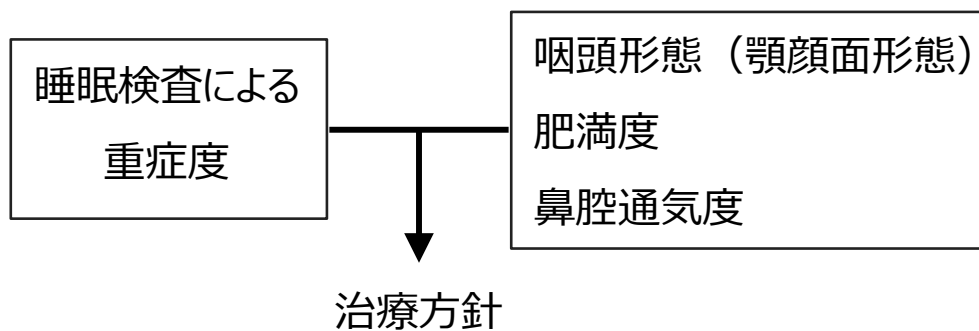


★ 耳鼻咽喉科では嚥下改善手術や誤嚥防止手術を行うことができる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

151

## <睡眠時無呼吸症候群 (SAS) の治療方針決定>



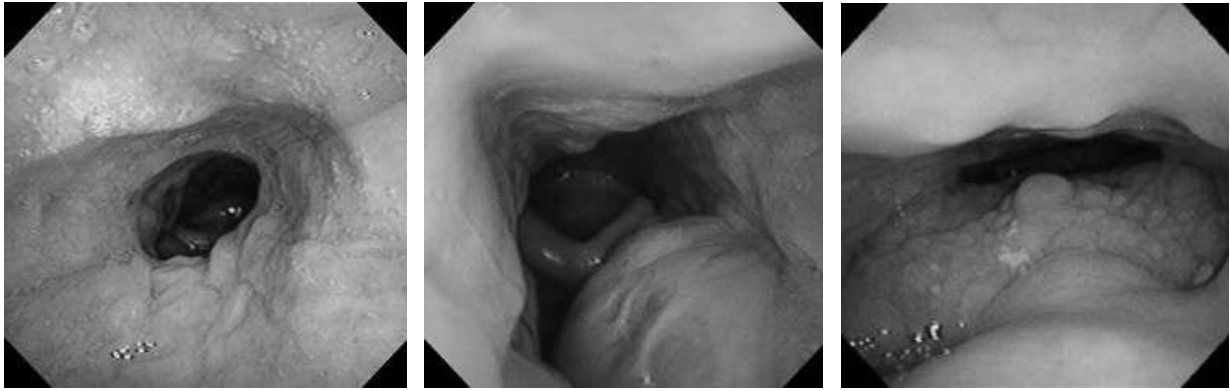
CPAP, マウスピース, 手術 (鼻、咽頭)

★ 咽頭と鼻腔の形態を診断することで適切な治療方針が見えてくる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

152

## 鼻咽腔ファイバースコープによるSASの咽頭形態の分類



肥満による  
全周性狭窄

扁桃肥大による  
側壁型狭窄

小顎による  
前後型狭窄

★ SASでは耳鼻咽喉科で咽頭と鼻腔の形態を診断することが望ましい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

153

### おわりに

1. 日常診療で接する症候で、耳鼻咽喉科医による診察が必要であるものは多い。
2. のど、めまい、頸部、耳、鼻などの症候では、緊急を要する疾患や悪性腫瘍などの可能性を念頭において、適宜耳鼻咽喉科へ紹介する。
3. とくに咽頭痛があり呼吸苦や嚔声を伴う場合には、喉頭の急性炎症を疑い、早急に耳鼻咽喉科へ紹介する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」 浅井俊弥、毛塚剛司、永田博史

154



# 尊厳の保持と自立支援のための 認知症ケアと生活支援

## 【目標】

「本人・家族・医療者の well-being をめざして」  
本講義は、認知症に関して、①認知症ケアのアセスメントの実際や BPSD を予防する良質な認知症ケアについて、②BPSD に対しては非薬物療法が基本であり、効果的であることの周知、という課題をいただき、以下の構成とした。

- 1) 認知症の本質：メタ認知の障害＝病識低下（自信過剰）、および社会脳の障害＝関係性の障害といった、認知症ケアの基礎となる脳科学について解説する。診療では、メタ認知に働きかけ（自分の認知機能が低下していることの自覚を高め）、それを受容することを促し、認知症という困難と共に前向きに生きていくことを支援する。
- 2) 認知症ケアのためのアセスメント：認知機能、生活機能、行動と心理（この障害が BPSD）、全身状態や内服薬、神経機能、環境の 6 視点に加えて、本人の声に耳を傾ける＝本人のニーズの把握の計 7 視点で全人的に評価する。アセスメントの実際も示す。
- 3) BPSD を予防する良質な認知症ケア：ポジティブケアを提案する。安心して過ごせる環境で、本人の尊厳が守られ、日課や役割があり、褒められ、残存能力を發揮できることで（脳活性化リハ 5 原則）、BPSD は生じ難くなる。
- 4) 認知症は生活障害：IADL や ADL などの生活実態に目を向ける。本人の尊厳保持と日常生活の自立・自律支援が well-being に結びつく。

## 【キーワード】

認知症ケア、病識低下、ポジティブ心理学、自立・自律支援

やまぐち はるやす  
群馬大学 名誉教授 **山口 晴保**

【略歴】1976年群馬大学医学部卒。同大学院で神経病理学を学び、1980年に卒業（医学博士）。同年神経内科に入局し、アルツハイマー病の研究を開始して以降、病態解明を目指して脳βアミロイド沈着機序をテーマに30年にわたって研究を続けた。1986年に群馬大学医療技術短期大学部助教授、1993年に同教授。1996年に改組で群馬大学医学部保健学科教授。2011年4月より組織替えて群馬大学大学院保健学研究科教授。認知症の診療術、認知症のリハビリテーション、介護予防、群馬県内の地域リハビリテーション連携システム作りなどに注力した。2016年9月末で群馬大学を退職し、名誉教授に就任。2016年10月より認知症介護研究・研修東京センターセンター長として、認知症の正しい理解と適切なケアの普及に尽力した（2023年6月末にセンター長を退任）。

【資格・専門領域等】医師（専門は認知症医療・リハビリテーション・ケア）、日本認知症学会（専門医）、日本リハビリテーション医学会（専門医）、日本認知症学会（名誉会員）、ぐんま認知症アカデミー（名誉会員）

【著書】「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう」第4版、協同医書出版社、2023等

# 尊厳の保持と自立支援のための 認知症ケアと生活支援

～本人・家族・医療者のwell-beingをめざして～

群馬大学 名誉教授

山口 晴 保

## はじめに

### 講義の内容

- (1) 認知症ケアのアセスメントの実際や、BPSDを予防する良質な認知症ケア。
- (2) BPSDに対しては非薬物療法が基本であり、効果的であることの周知。

- 目次**
- ① 認知症の本質：メタ認知と病識および社会脳  
—認知症ケアの基礎となる脳科学
  - ② 認知症ケアのアセスメント—本人視点の重視
  - ③ BPSDを予防する良質な認知症ケアとは
  - ④ 尊厳保持と自立・自律支援—well-being

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

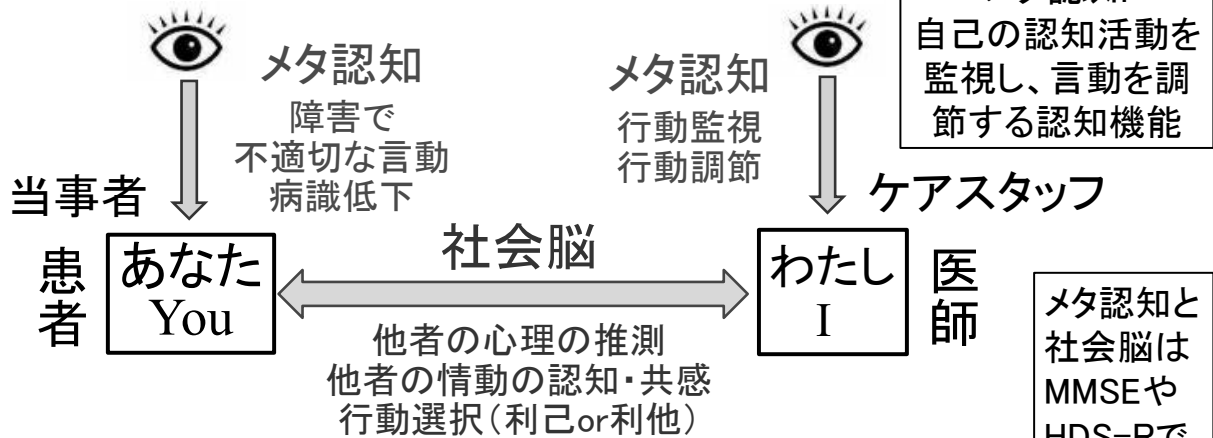
1

## ① 認知症の本質：メタ認知と病識 および社会脳 認知症ケアの基礎となる脳科学

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

2

## 社会脳とメタ認知(病識)



アルツハイマー型認知症では、早期からメタ認知障害→病識低下  
社会脳障害: 他者視点の取得や心の理論が困難

参考書: 山口晴保 他「認知症の人の主観に迫る -真のパーソン・センタード・ケアを目指して-」協同医書出版, 2020  
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

山口晴保©  
3

## 認知症初期症状11項目質問票 SED-11Q

家族が3項目以上チェックすれば認知症が強く疑われる

病識の評価: 本人と家族が、11項目をチェックして、乖離を見る

MCI		軽度AD		うつ		項目
本人	家族	本人	家族	本人	家族	
○	○		○	○		同じことを何回も話したり、尋ねたりする
				○		出来事の前関係がわからなくなった
			○			服装など身の回りに無頓着になった
			○			水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
		○	○	○		同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
			○			薬を管理してきちんと内服することができなくなった
			○			以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
			○			計画を立てられなくなった
		○	○	○		複雑な話を理解できない
						興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
				○		前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった

「SED-11Q」は、山口晴保研究室ウェブからダウンロード可能 <https://yamaguchi-lab.net/>

山口晴保©  
4

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

## 病識保持事例と病識低下事例の比較

項目	病識保持事例	病識低下事例
障害の自覚	自覚あり	自覚に乏しく、自信過剰
代償・ケア	可能・受け入れる	不可能・拒否: 例えば服薬支援を拒否
適切な判断	可能	困難: 財産管理、受診、運転免許返納など
危険	少ない	高い: 運転、外出して戻れないなど
BPSD	少ない	妄想や暴言・暴力などの増加
情動	うつ傾向	多幸傾向、失敗の指摘に対する怒り
本人のQOL	低くなる	むしろ高い
介護者	影響が少ない	介護負担増大、介護者のQOL低下
病型	レビー小体型、 血管性	アルツハイマー型、 行動障害型前頭側頭型

◎ 介護者が病識低下を理解してBPSDを予防する「介護者支援」が大切

参考: 山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版, 2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

山口晴保©  
5

## 生活障害の背景要因としてのメタ認知障害

### もの忘れだけのAさん（認知症でない）

忘れないよう対応策をとる  
あちこちにメモ・張り紙  
⇒ 生活に支障が少ない

メタ認知が  
保たれ  
自覚がある

### もの忘れ+自覚無しのBさん（認知症）

対応策を取れない  
盗られないようにと隠した体験を忘れる  
自己責任にせず、責任を他者に転嫁→救われる  
⇒ 生活や介護に支障大

病識低下  
メタ認知障害  
が本質

山口晴保◎

6

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## アルツハイマー型認知症（AD）のメタ認知障害

### 症例1 テイサービスを嫌がる

自分の認知症は棚に上げて、  
あんなボケた人ばかりのところに行くのは嫌だと通所を拒否  
⇒ 他者の認知症の症状を認識できるが……自己の認知機能は

### 症例2 「自分でできる」と言い張る

金銭管理ができない。これまでに通帳を4回再発行した。  
「自分でできる」と主張し、娘に通帳を渡そうとしない。  
⇒ 病識低下が介護拒否を招き、介護者の負担が増える

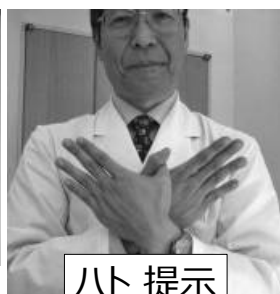
山口晴保◎

7

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保



キツネ 正答



ハト 提示

山口  
キツネ・ハト  
模倣テスト

プロトコルは山口晴保  
研究室ウェブに掲載



3歳



健常（正答）



アルツハイマー型パターン

3歳児は  
視点取得困難  
ADパターンとなる

Yamaguchi H, et al:  
Dement Geriatr Cogn  
Disord 29:254-258, 2010

Yamaguchi H et al.  
Psychogeriatrics 11:  
221-226, 2011

8

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

# 視点取得:反対から見ると 5歳以降に発達する認知機能

↓これ 反対側から見たら、どう見える ↓答



パーソン・センタード・ケア  
 || 視点取得メンタライゼーション  
 心の内を探る難しさ



推測が正しいとは限らないから本人に尋ねる

反対側から見えない!

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 認知的共感(視点取得)と情動的共感

分類	内容	視点	捉え方	特徴	パーンアウト
情動的共感	感じる <直感> 扁桃体 自動的	自分の視点 自他の区別なし 模倣	自分が相手に感じ たまま	同情・感情移入し やすく、疲弊しやす い <疑わない>	易 しやすい
認知的共感	考える <思考> 頭頂葉 理性的	相手の視点 視点取得	他人ごと として推測	推測が正しいとは 限らないという認 識 <疑う>	難 しにくい

だから本人に尋ねよう

山口晴保&北村世都©

sympathy → emotional empathy → cognitive empathy → compassion  
 他人事 情動的(直感) 認知的(他者視点) 支援動機的  
 他山の火事 見た途端・自分事 メンタライゼーション・他人事 コンパッション

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## ② 認知症ケアのアセスメント 本人視点の重視

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

# BPSDの定義(国際老年精神医学会;IPA)

国際老年精神医学会が主催したアップデート合意会議1999年の声明

“The term behavioral disturbances should be replaced by the term behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), defined as: symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia.”

- ① 行動障害 (behavioral disturbances) という用語はBPSDという用語に置き換わるべきだ。
- ② BPSDは「**認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状**」と定義される。



元図：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

山口晴保©

12

## BPSDを理解するための事例

アルツハイマー型認知症のAさん:「今日はどこに行くの」と介護者Bさんに尋ねます。5分後にも、その5分後にも尋ねました。すると、介護者Bさんは「なんで、何度も同じことを訊くの。ボケちゃってホント困るわ」と言いました。すると、Aさんは「私をバカにして!」と、Bさんを叩きました。

BPSDが2つあります

1つ目は「**繰り返し質問**」.....中核症状でもある

2つ目は「**暴力**」.....二次的に生じた:関わり方で予防可能

中核症状でもあるBPSDと二次的に生じるBPSD

山口晴保©

中核症状と周辺症状に分けるのは昔の考え方 両者は視点の違い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

13

## BPSD それとも サイン

用語	BPSD	サイン
概要	行動・心理症状	SOS、アンメットニーズの表出
捉え方	困りごと	本人の心の声
視点	医療者・介護者目線	本人目線 (視点取得・認知的共感)
領域	症状という医学用語 異常な状態→治療が必要  医療の対象は病気 しかし 病気を治せない認知症では 人が医療の対象となる	ケア用語? 支援が必要な状態  ケアの対象は病気ではなく人 スタッフがサインに気づくことが ケアの第一歩

参考：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

14

# BPSDを本人のSOSサインととらえると

BPSD＝医学用語 ＜医療者・介護者視点＞	サイン ＜本人視点＞
徘徊（無目的に見える）	探索、探検、捜し物、散歩、パトロール
収集癖（ゴミにみえる）	大切なもの（トイレトペーパー）、宝箱作り
妄想（誤信念）	真実という信念
脱抑制	思いつき（グッドアイデア）
暴言・暴力	なぜ私は不当な扱いを受けるの？ なぜ私の尊厳が踏みにじられるの？

参考：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版，2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

15

## もの盗られ妄想：当事者・介護者の気持ち

70代、中等度アルツハイマー型認知症、病識低下；診察室で本人（妻）と夫の会話

本人：皿が無くなった。10枚くらいあったのに減ったから不思議だ。あとから3枚くらい出てきた。今まではこんなことは無かった。泥棒かな。不思議だ。

夫：おまえが割ったんだろ。

本人：そんなことはない。やっと幾つか並んだなと思うと、また無くなる。一つでも二つでも返ってくればいいやと騒がないでいる（騒ぐと夫が攻撃してくるから）。

夫：「泥棒が入った」と言うんだよ。

本人：私、泥棒が入ったなんて言わないよ。夫からは「ボケが始まった」と言われる。皿が減ったり増えたり、不思議だ。減ったら買いに行けばいいやと諦めた。

夫：買い物なんか行けやしないだろう。人の言うことをちっとも聞かない（不満）。

**妄想への対応：受容と共感 そして諦め（誤信念を修正しない）**

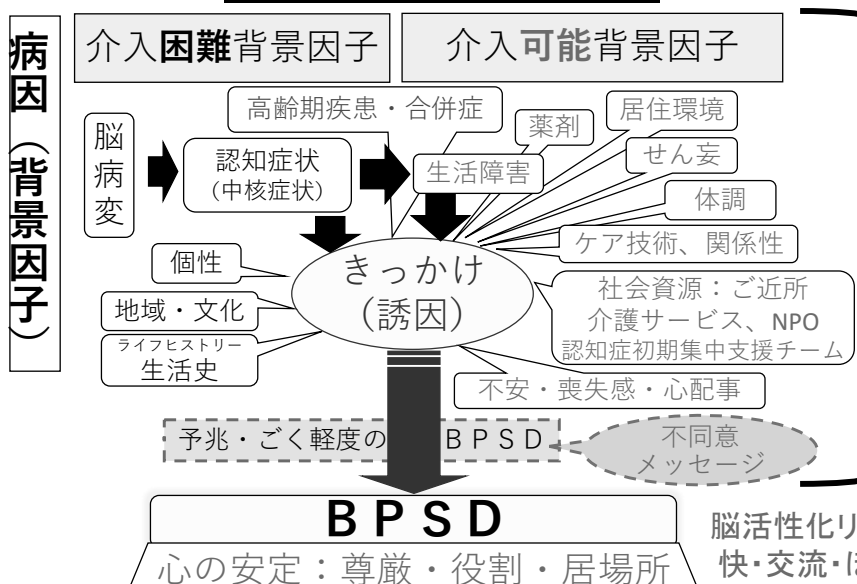
本人：誤信念でも本人にとっては信念（正しい）→ 受容・共感的態度で、否定しない  
楽しみや日課・役割→安心の生活環境

夫：修正できないからこそ妄想 → 修正は無駄な努力。諦めれば仲良く暮らせる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

16

## BPSDの背景因子



BPSDの背景には様々な要因が存在。これらを潰していくのがBPSDの治療。心の安定や予兆への気づきなどがBPSDの予防に有効。

元図：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版，2023

山口晴保©

17

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

■ 尊厳を保持し個別性を重視したその人らしい暮らしを支えるケアの方法 委員会リスト

1. 「PDCAサイクル」に基づく、チームケアの実施
  - 正しいアセスメントの前提として、個人史や本人の望み等を適切に把握するとともに、その他ケアを考える上で必要となる2. のような事項を把握するとともに、本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしを検討するものとする
2. 適切な認知症ケアのためにあらかじめアセスメントすべきこと（継続的にアセスメントすべきこと）
  - 基本情報：認知症の病型と重症度と年齢
  - BPSDの有無 → 無しの場合、今後、BPSDを発症させる、直接的なきっかけとなりそうなことはあるか
  - 薬剤情報：BPSDやせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤
  - 本人の望み・ニーズの把握 → 詳細次頁
  - 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史⇒ 詳細次頁
  - 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力
  - 生活障害：できないこと、できること⇒ 詳細次頁
  - 物理的環境：音、におい、暑さ
  - 生活環境：「なじみの場所」 居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会⇒ 詳細次頁
  - 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加⇒ 詳細次頁
3. 介護方針の決定（共有意思決定、実践）
  - 本人の望む暮らし方の見極めと必要な支援の検討（仮説）
  - BPSDの有無、過去にあった場合には直接要因（きっかけ）、背景要因の排除・対応
  - 基本的な対応・接し方：居場所、活動、役割、残存機能活用、生きがい、感謝、運動 等々
  - BPSDの再発防止等
4. 「PDCAサイクル」による「チームアプローチ」
  - 定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し
  - チーム（担当ケアマネ、介護職員、看護職員 等）での情報共有や方針の作成と見直し、ケアの統一

認知症介護研究・研修東京センター「令和4年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

18

## BPSDの背景：服薬

- ・ 抗コリン作用のある薬剤⇒せん妄やBPSD  
（せん妄は意識障害＋認知障害 vs BPSDは意識清明）  
（レビー小体型認知症は例外で覚醒レベルが変動）
- ・ H2阻害薬、総合感冒薬の抗ヒスタミン薬、過活動膀胱治療薬
- ・ ドネペジルなどのコリンエステラーゼ阻害薬⇒過活動
- ・ メマンチン⇒過鎮静

薬剤による認知機能低下→繰り返し行動などのBPSD  
（抗不安薬・長時間作用型睡眠薬でMCI～軽度認知症に）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

19

■ 「その人らしい暮らし」について本人に聴き取る7項目

委員会リスト

以下のうちの数個、落ち着いた雰囲気の中で本人に尋ねる。

- ① どのような暮らしをしたいですか、習慣としてしてきたことで、続けたいことは何ですか？  
（個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史）
- ② あなたの好きなことは何ですか？（本人の嗜好）
- ③ あなたがこだわっていることはありますか？（望む暮らし方、個人史）
- ④ 今、どのようなことをしたいですか？（本人の望み・ニーズの把握）
- ⑤ 難しくなってきたこと、手伝ってほしいことはどのようなことですか？  
（生活障害：できないこと、できることの把握）
- ⑥ どのような人間関係を大切にしたいですか？  
（人的環境（関係性）：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加）
- ⑦ どのような環境で暮らしたいですか？  
（生活環境：「なじみの居住空間」居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会）

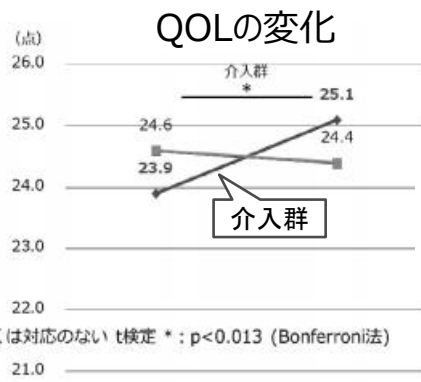
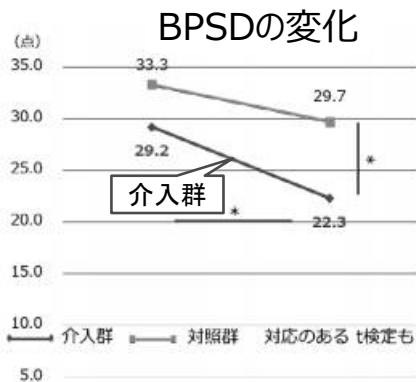
認知症介護研究・研修東京センター「令和4年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

20



介入プログラムは、1) 研修の受講、2) BPSDの客観的評価、3) BPSDの背景要因のアセスメントと分析、4) チーム会議およびケア視点の統一、5) ケア計画の立案およびケアの実施、6) 再評価、のサイクル



介入群 51名  
対照群 54名  
(各事業所2名)

図 2-6 BPSD25Q の介入前後における得点の変化

図 2-7 short QOL-D の介入前後における得点の変化

認知症介護研究・研修東京センター「令和4年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## BPSD+Q / BPSD25Q

(認知症の行動・心理症状質問票)

### サブカテゴリー

- \* 過活動 13項目
  - \* 低活動 6項目
  - \* 生活関連 6項目
  - せん妄 2項目
- 計25項目の  
BPSD  
→BPSD25Q  
→BPSD+Q

過去1週間について、下記の全質問 27 項目に教えてください。認められれば0に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

- 重症度** 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない 3:対応したケアが可能だが毎日ある  
4:対応に困難を伴うが毎日ではない  
5:対応に困難が伴いつつ毎日継続する
- 負担度** 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中等度の負担  
4:大きな負担 5:極度の負担

認められない	認められる	
	重症度	負担度
	1~5	0~5

認知症介護情報ネットワーク(DCnet) ホームページからフリーダウンロード

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## BPSD評価尺度 BPSD13Q

BPSD+Q/25Qの13項目簡易版 頻度を加味した重症度と負担度の評価

重症度: 1~5

負担度

- 0なし 1 僅かな負担 2 軽度の負担  
3 中等度の負担 4 大きな負担 5 極度の負担

【著作権】ウェブで無料公開しています。医療・介護の実践や研究には申請不要で自由にお使いいただけます。ただし文言等の修正は不可です。学会発表や原著論文、総説、教科書には下記文献を引用してください。商用目的の場合は、著作権を有する認知症介護研究・研修東京センター(soumu.tokyo-dorc@dcnet.gr.jp)への申請・許諾が必要です。

【文献】Fujii T, Yamagami T, Ito M, Naito N, Yamaguchi H: Development and evaluation of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 11, 222-226, 2021.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

# BPSD評価症例を例示

本人・家族の承諾を得て提示

80代、男性、意味性認知症疑い(語義失語、左側頭極～海馬に強い萎縮)

経過:1年前からアルツハイマー型認知症と診断されドネペジル等の処方。  
易怒性や衝動性、徘徊、繰り返し行動などで家族が困窮してBPSD枠を受診

BPSD枠:家族などが困っている症例は1週間以内に受診、待たせない、30分で応急対応

対応:ドネペジル5mgの中止

ドネペジルなどコリンエステラーゼ阻害薬服用者の5%程に易怒性や過活動が出現する。  
ドネペジルの半減期は3.5日なので、中止して1週間ほど様子を見る→これで落ち着けば薬剤が原因。

BPSDの経緯(BPSD13Q評価)

BPSD13Q<初回>	➔	BPSD13Q<2週間後>
重症度 30/65点		重症度 10/65点
負担度 28/65点		負担度 12/65点

ドネペジルを中止して2週間  
BPSDは薬剤調整のみで改善  
抗精神病薬を加えるのではなく  
引き算がコツ。  
まずは試して反応を見る。

注) うまくいった症例を提示している。うまくいくとは限らない。

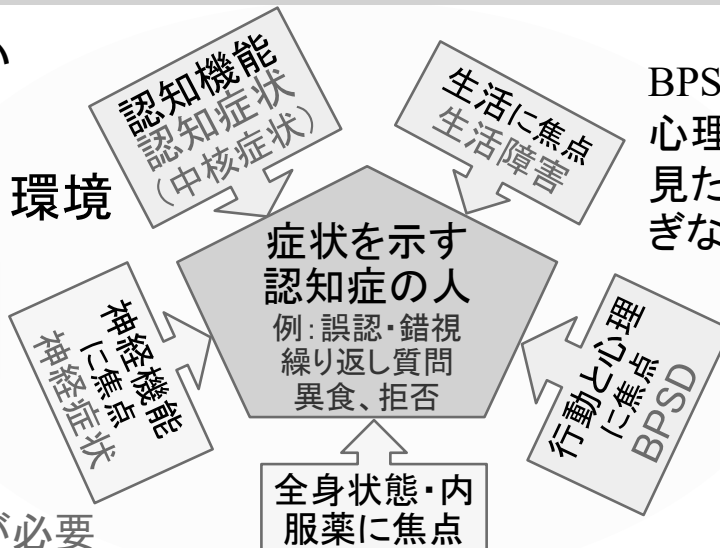
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 症状を6+1の視点で捉える

症状を分類しない  
どっち?ではなく  
視点で捉える

本人の声  
意思  
決定支援

認知症ケアには  
すべての視点が必要



BPSDは行動と  
心理の視点で  
見た症状に過  
ぎない

山口晴保、藤生大我:Dementia Japan 35(2):226-240, 2021 (フリーDL)

山口晴保©

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## ③ BPSDを予防する良質な認知症ケアとは

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 認知症ケアの分類 by 山口晴保

	無くすべきケア	BPSD低減ケア	BPSD予防ケア
分類	ネガティブケア	ニュートラルケア	ポジティブケア
概念	ネガティブを封じ込め No Negative	ネガティブ→中立 Negative to Neutral	中立→ポジティブ Neutral to Positive
方法	能力を奪うケア、拘束や制限、叱責：暴力的解決法	問題の原因を探り、解決するケア	快、安心、日課や役割、感謝、関係性や尊厳を配慮したケア
BPSD	BPSDを封じ込める	BPSDを無くす	BPSDを予防する
捉え方	BPSD＝問題	BPSD＝困りごと	BPSD＝SOSサイン
残存能力	奪う、残存能力未発見	能力発揮の阻害因子を除去	能力発揮促進、発見して伸ばす
文化	古い文化 Old culture	医学的因果モデル	ポジティブ心理学 Person-centred care

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

27

## 認知症ケアの理念

- ・ **パーソン・センタード・ケア**：「一人の人間として認められ、尊重され、信頼されること」と「本人・介護者の良好な関係性・互恵性」－Tom Kitwood, 1990s
- ・ **ユマニチュード®**：知覚・感情・言語のマルチモーダルコミュニケーションに基づいたケア技法。「一人の人間として大切にケアされている」と本人が感じている状態－Gineste & Marescotti, 1995
- ・ **理にかなったケア**：『痴呆を持ちながらも一生懸命に生きようとしている姿』としてとらえ、『少しでも豊かに楽しく生き生きと人間らしく暮らしてゆけるようにという「生きれる人間へ」の治療像をめざす』－室伏君士、1985

人として復権：尊厳保持、大切にされていると実感、楽しく生き生き

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

28

## BPSD予防の基本的対応

ワーキンググループの実践から

- 体調を整える(痛みや痒みなどを確認する)
- 安心につながる環境調整を行う(本人が大切にしている物が見える配置にする、トイレやリビング、自席がわかるように張り紙や名札を貼る、自宅と居室の環境を近づける)
- 安心につながる関わり方を心掛ける(いてくれてありがとう、誤魔化さずに本人へ説明、各職員と本人の関係性の中ですり合わせて職員間で視点を揃えるチームアプローチ・同一のケア、本人のペースに合わせる)
- 自由な暮らしを送る(お金やお風呂の時間を管理しない、外出、習慣の継続)
- 役割を持ってもらう(家事をすることで暮らしの場になる)
- 趣味活動を行ってもらう(本人の得意・興味のある活動をする)
- 身体活動量を確保する(動物の世話や様子を見に来る)
- 職員との関係を構築する(交換日記を行う、キーパーソンは職員で、時には本音を言える関係性、本人に関する深い情報を持つ)
- 家族との関係を再構築する(家族との写真や手紙を見る、一緒に外出や面会の時間を設ける)

認知症介護研究・研修東京センター「令和4年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

29

# 生活安寧指標24⇒11項目短縮版（解説と用紙をDCnetで公開）

因子	質問項目（「高い希望」と回答した者の割合）	実現率
1 高希望率 本人の 9割以上 基本 必須 6項目	家（施設）の中に落ち着ける居場所がある（96.3%）*	実現90%#
	夜ぐっすり眠れる（96.4%）	実現76%
	話を聞いてくれる人がいる（97.1%）	実現90%
	家族（スタッフ）や親戚、親しい人たちとのつながりが保たれている（97.1%）	実現95%
	トイレに行く（97.8%）	実現90%
	食事がおいしい（96.4%）	実現88%
<b>在宅の認知症の本人が 支援を受けながらも望む生活</b>		<b>76～95%</b>
2 低希望率 本人の 8割以下 先進 5項目	地域の一員として社会参加する 例) 地域の清掃等（76.8%）	12%
	家族や周りの人の役に立つことをしている（65.1%）	実現31%
	家（施設）の外になじみの場所がある（62.2%）	実現53%
	趣味やレクリエーションなどたのしい活動をする（74.3%）	50%
	いろいろな行事を楽しむ（73.0%）	実現66%
<b>実現率 12～66%</b>		

元24項目の作成  
在宅認知症の人が、支援を受けながらも実現したい生活  
(花田ら、2018)

本調査 n=139  
予備調査 n=58

設問を聞き取る過程で、本人は『この人に希望を話してもいいんだ』と感じ、設問以外の希望・本心を聞き取ることができる

## 認知症の人が落ち着く環境設定

安心して  
過ごせる  
空間づくり

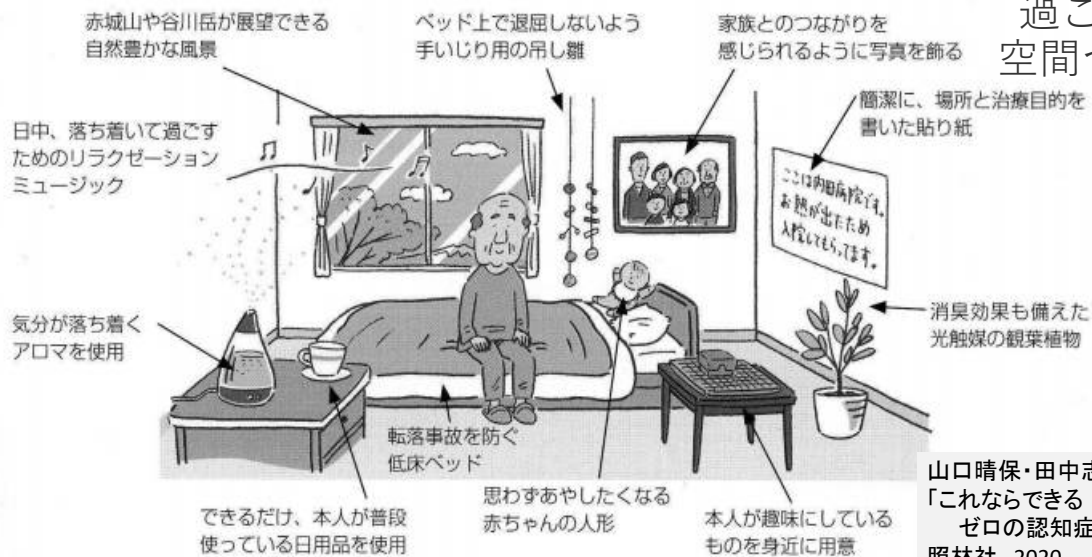
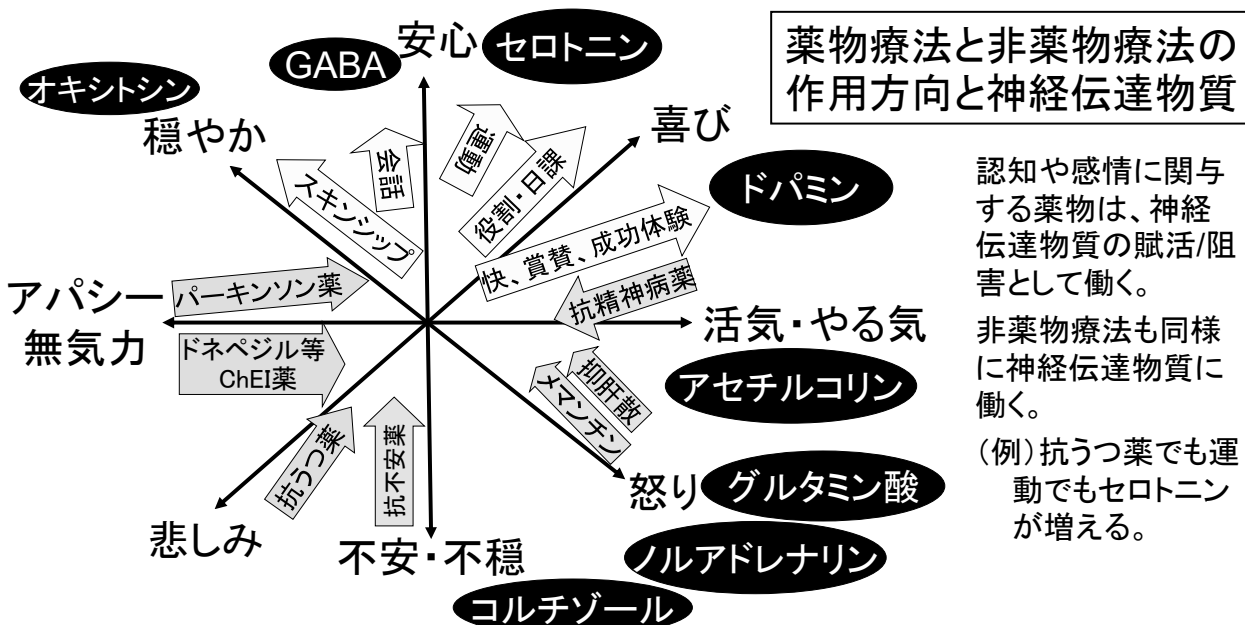


図1 身体拘束ゼロを実現する当院の病室風景

山口晴保・田中志子（監修）  
「これならできる！身体拘束ゼロの認知症医療・ケア」  
照林社、2020



## 薬物療法と非薬物療法の作用方向と神経伝達物質

認知や感情に関与する薬物は、神経伝達物質の賦活/阻害として働く。  
非薬物療法も同様に神経伝達物質に働く。  
(例) 抗うつ薬でも運動でもセロトニンが増える。

元図：山口晴保著「紙とペンでできる認知症診療術—笑顔の生活を支えよう」協同医書出版、2016

## やる気作戦1 招待状・迎車 VIP

〇〇様 あなたをリハ室に特別招待します。  
 日時: 12月2日(金)19時~21時  
 たくさんの楽しいメニューを取りそろえてお待ちしています。きっと、ご満足頂けます。ぜひ、お越しください。

OT 山口晴保

または 日時を入れずに、毎日招待  
 見えるところに置く・貼る  
 特別扱い(例)  
 お迎いの車椅子に「クラウン号」

## やる気作戦2 ご褒美

### 参加証

スタート	2	3	4	5
6	7	8	9	ゴール報酬

## トークンエコノミー

- \* 行動後に好子(報酬)を提供
- \* 次も行きたくなる(健常者の場合)
- \* 認知症が進むと忘れるが  
よい情動記憶は残せると思う
- \* 認知症では毎回報酬提供が有効

参考: 山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

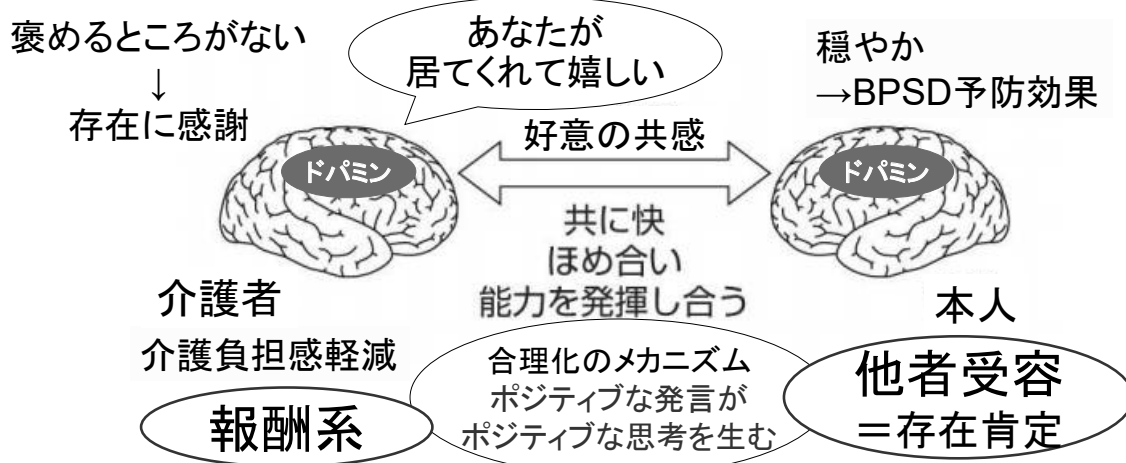
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

33

## ほめ愛効果: 共に快・やる気アップ

「あなたが居てくれて嬉しい」共に笑顔の呪文

山口晴保©



元図: 山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

34

## 診察室で褒める・感謝する 医師・スタッフの受容・共感

本人は受診したくなかったのに連れてこられ、認知テストで嫌な思いをして、少しご立腹の様子→本人の視点で考え対応(認知的共感と受容)

本人視点: どこも悪くないのに連れてこられて、テストで嫌な思い

- 今日は連れてこられちゃったのですか? (辛い気持ちに共感; 医師)  
→「そうだ」なら、病識低下(自覚に乏しい) = 認知症の疑い濃厚
- 「本日はお越しいただきありがとうございました」(医師)  
と、対面し頭を下げ感謝を伝える 本人の言い分を傾聴(受容)
- 賞賛のコツ: 「素敵なお洋服ですね。こんな素敵なお洋服を選ぶとはお目が高いですね」or「手作りですか? 凄いですね」(スタッフ)
- 診察終了後「また笑顔を見せてくださいね」(医師・スタッフ)

参考書: 虫明 元・山口晴保「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学20講」協同医書出版,2023

参考書: 山口晴保著「紙とペンでできる認知症診療術—笑顔の生活を支えよう」協同医書出版,2016

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

35

# アルツハイマー型認知症の人のwell-beingをめざして

山口晴保医師の外来

HY式3段ロケット支援



三段目: 参加の支援

日課や役割 → + 社会参加

認知症ポジティブ: 能力を発揮&共生

二段目: 受容の支援(文化への介入)

認知症は恥 → 本人に内在する差別・偏見の打破

認知症だと知られるとバカにされる → バカだと公言

人に迷惑をかけるなら死にたい → 互助・互恵こそ人間社会

ネガティブ感情(下線) → ポジティブ感情に

一段目: 病識獲得の支援(メタ認知へのアプローチ)

自己の認知機能を過信(自信過剰) → 自己洞察を促す

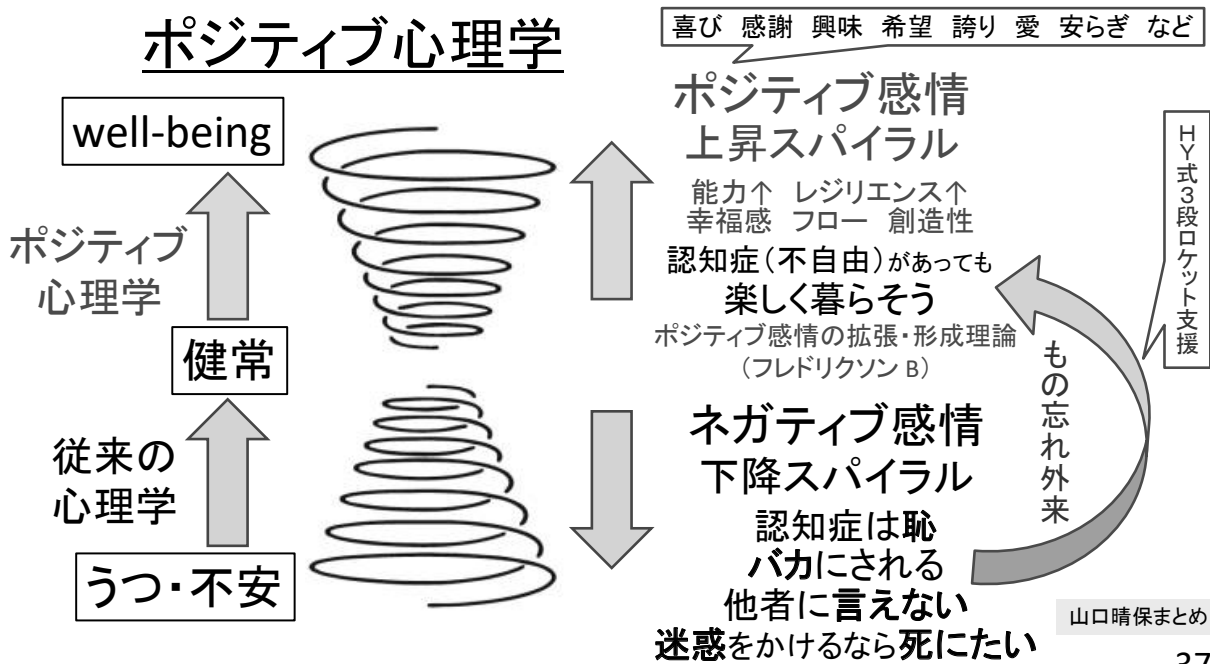
認知症だと思っていない人(年相応) → 認知症だと自覚

地位による  
関係者は離散  
真の友人は  
支援者に

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

36

## ポジティブ心理学



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

37

## Well-being理論 PERMAモデル

Seligman (2011) 持続的幸福 flourish

脳活5: 脳活性化リハ  
5原則(山口晴保 & 山上徹也)

Well-beingな  
人生の5要素  
Meaningful lifeを

**A: achievement**  
達成

脳活5: 失敗回避支援  
エラーレス

**M: meaning**  
Meaningful life

(生きる) 意味・意義  
脳活5: 役割・生きがい

脳活5: 快刺激/笑顔  
**P: positive emotion**  
ポジティブ感情

**E: engagement**  
エンゲージメント  
没入・フロー

脳活5: 褒められて  
やる気アップ

**R: relationship**  
関係性 利他・互恵

脳活5: コミュニケーション  
褒め愛

認知症になっ  
ても、ありのま  
まの自分を認  
めて、楽しく、  
役割を持ち、生  
きがいを感じて  
幸せに暮らす。

PERMAモデル: マーチン・セリグマン「ポジティブ心理学の挑戦」ディスカヴァー・トゥエンティワン、2014

山口晴保編著: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 第4版, 協同医書出版, 2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

38

# 脳活性化リハビリテーション5原則

山口晴保&山上徹也©

認知症の人へのリハビリテーション実施時の原則として開発→ケアにも、医療にも

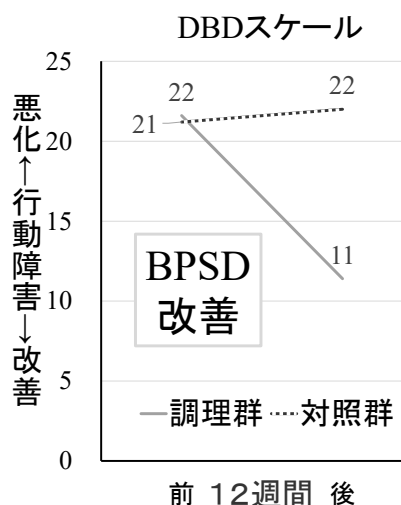
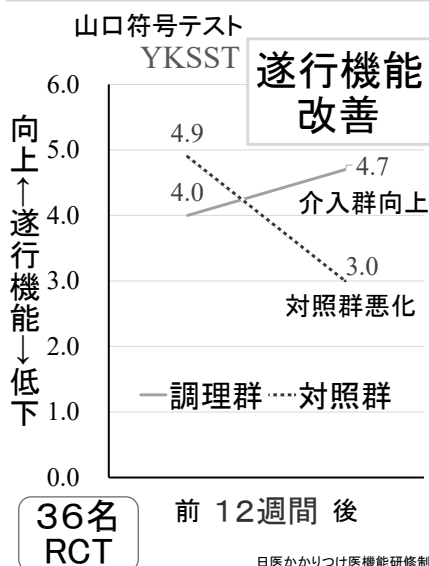
項目	概要
快刺激	プログラムを楽しく実施して、参加者が笑顔でいる (ドパミン・セロトニン)
褒め合い	褒め合うことで、参加者・スタッフともに報酬系 (ドパミン) が働く 感謝も有効
コミュニケーション	双方向コミュニケーションで社会性を高める 不安低減 (社会的認知・オキシトシン)
役割	参加者に役割があるプログラムで、主体的な参加を促進 (生きがい、生きる意欲)
失敗を防ぐ支援	失敗体験による意欲低下を防ぐプログラム エラーレス・ラーニング (尊厳)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

39

## 日課・役割の効果: 老健施設の調理プログラム

週1回90分、12週間、脳活性化リハ5原則(楽、交流、役割、賞賛、エラーレス)で調理介入



- 効果の評価指標**
- 遂行機能の評価  
山口符号テストYKSST  
漢字→符号 作業スピード  
→山口晴保研究室ウェブ  
解説と用紙を掲載
  - 行動障害を評価  
DBDスケール(13項目)  
→科学的介護情報  
システムLIFEに採用

Murai T et al: Prog Rehab Med 2007, 2:20070004

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

40

## ④ 尊厳保持と自立・自律支援 well-being

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

41

認知症とは:介護保険法第五条の二に規定する認知症

「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう」

Aさん:もの忘れするが、その自覚があり、メモ帳を付けて対策を講じていて、生活には全く支障がない → 健常

Bさん:最近もの忘れが進み、自覚はあるが、約束を忘れてたり、同じ話を繰り返す。生活管理はできる → 軽度認知障害(MCI)

Cさん:薬を飲み忘れるようになった。支援しようとする、もの忘れの自覚に乏しく支援を拒否する → (アルツハイマー型)認知症

**認知症は生活障害 初期は生活管理(IADL)障害**

山口晴保©

42

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 認知症は生活障害をもたらす 全ての認知症者に生活支援が必須

- 初期には生活管理障害 (IADL ; 道具的ADL)
- 中期以降は日常生活動作 (ADL) 障害  
→ 生活状況から認知症かどうか分かる  
地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント DASC-21
- できる? できない?  
→ 自立、見守り、一部補助、全部補助、代行 のどれ?  
リハビリテーションの視点
- 自立 (independence) と自律 (autonomy)

43

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## DASC-21 (栗田主一)21項目 ウェブページ <https://dasc.jp/about>

21項目を各1~4点で評価、合計31点以上で認知症疑い  
認知機能9項目(記憶、見当識、問題解決・判断力)

### 家庭外・家庭内のIADL6項目

- \* 一人で買い物はできますか
- \* バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか
- \* 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか
- \* 電話をかけることができますか
- \* 自分で食事の準備はできますか
- \* 自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか  
→ 初期から低下

### 身体的ADL6項目

- \* 入浴は一人でできますか
- \* 着替えは一人でできますか
- \* トイレは一人でできますか
- \* 身だしなみを整えることは一人でできますか
- \* 食事は一人でできますか
- \* 家のなかでの移動は一人でできますか  
→ 中期以降から低下

生活障害を12項目で評価

44

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保



## 生活障害を減らす 服薬管理

認知症初期集中支援チームの支援例  
(軽度アルツハイマー型認知症)

電波時計 & お薬カレンダーで  
毎日内服できた



内服は1日1回で一包化  
処方医の一元化  
かかりつけ薬局で一元化

繰り返し質問には  
電波時計+ホワイトボード



参考 山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

45

## コントラストを上げて 認知症の人に優しく



月井直哉

「認知症の人が理解しやすい環境調整の手引き マークを用いたトイレまでの移動支援」

<https://researchmap.jp/Naoya-Tsukii/works/40773058>

(フリーDL)

トイレ動作の支援

聴覚指示

↓  
視覚指示

↓  
手を取って

写真は大誠会(群馬県沼田市; 田中志子理事長)提供

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

46

## 入浴を例に自立・自律支援を

- **ステップの分析**：支援者の視点  
準備、脱ぐ、洗う、流す、拭く、着る、……
- 入浴を拒否するので困る → 本人視点で検討すると  
**本人視点では：昨日入った、こんな時間はいや、裸になりたくない、服を盗られる……**
- 本人の能力の発揮：**自立支援** 能力を奪わない！  
Use it or lose it
- 本人の意思の尊重：**自律支援**
- 医療者の視点と本人の視点の脳科学：**社会脳・共感脳**

参考書：虫明 元・山口晴保「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学 20講」協同医書出版,2023

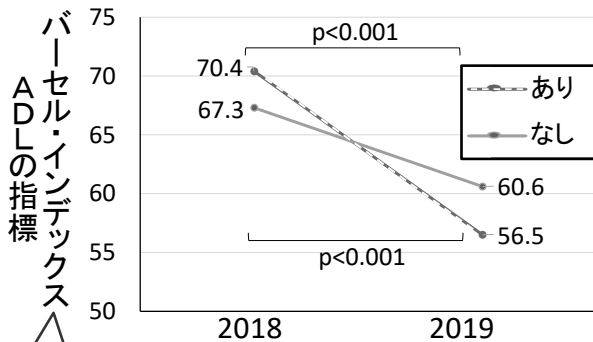
日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

47

# GH継続調査: ADLの変化と抗精神病薬

2018年と2019年でもに抗精神病薬あり群 54名 平均86.5歳  
 2018年と2019年でもに抗精神病薬なし群246名 平均88.4歳

投与群の  
低下点数が  
ほぼ倍



両群とも有意に低下

\* 抗精神病薬なし群低下量 6.7点/年  
 \* 抗精神病薬あり群低下量13.9点/年  
 交互作用 F=8.359 P=0.004と有意

**抗精神病薬の継続使用により  
日常生活機能の低下が増大  
→薬物よりも非薬物療法が大切**

科学的介護  
情報システム  
**LIFEの  
指標**

抗精神病薬(クエチアピン・リスペリドン等)使用群の  
ADL低下量は 未使用群よりも有意に大きい(約2倍)

藤生大我ら: ADL低下と抗精神病薬投与の関連. Dementia Japan 35(2):241-250,2021

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 修了試験

合格しないと残り勉強

老夫婦の物語です。  
 認知症の人にお茶を淹れて煎餅を出しました。  
 本人は、湯飲み茶碗に煎餅を入れてしまいました。

さあ、あなたが介護者だったらどう言う？  
 本人視点で考えれば、正解は自明

選択肢

1. そんなこととしてはダメでしょ
2. あらら、やっちゃったね
3. 柔らかくなって食べやすいね
4. へえ、おいしそうだね

山口晴保©

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 1. 講義のサマリー: おわりに 多くの教科書に載っていない

- ① 認知症の本質: **メタ認知と病識**および**社会脳**の障害
- ② 認知症ケアのアセスメントー**本人視点の重視**
- ③ **BPSDを予防**する良質な認知症ケアとは
- ④ **尊厳保持と自立・自律支援ー生活機能維持とwell-being**  
 を解説。 能力発揮 自己決定

BPSDは  
生じてからケア  
→生じないケア

## 2. 講義の内容:

- (1) 認知症ケアのアセスメントの実際や、BPSDを予防する良質な認知症ケア
- (2) BPSDに対しては非薬物療法が基本であり、効果的であることの周知を達成。

## 3. 最重要点: 「本人視点・本人の気持ち」の理解・共感・受容

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」山口晴保

## 症例検討～意思決定を尊重した看取り／ フレイルの改善へ向けた取組～

### 【目 標】

#### 「意思決定を尊重した看取り」

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組み（Advance Care Planning；ACP）が重要であることは言うまでもない。かかりつけ医が、本人・家族の求めに応じて、適切なタイミングで病状説明することは重要である。その中で、医師からの説明は専門的な説明に終始することや、情報提供だけで決断を本人・家族に委ねることよりも、共有意思決定支援（Shared Decision Making；SDM）の考えに基づいて本人や家族の意向を共有し、医療者も含めて話し合いを重ね、決定を共有することが重要である。

#### 「フレイルの改善へ向けた取組」

フレイルとは、加齢や疾患等によって、心身の機能が低下し、今後、要介護状態となる恐れのある状態を言う。これまで、こうした状態から要介護状態になることは、“仕方のないこと”と考えられがちであったが、近年の知見によって、フレイルのうちに、適切な生活改善や治療等を行うことができれば、フレイルの状態から脱却できる可能性があることが分かっている。

患者の心身の健康を預かるかかりつけ医は、単に疾病の治療・管理のみならず、フレイルの早期発見や予防的支援等をも意識していく必要がある。

かかりつけ医は、患者に長期間関わっていることから、フレイルの兆候となる患者の心身の変化を捉えやすい。さらに、患者の人生史・生き方、生活習慣等まで、把握していることは、フレイルの改善に大きな強みとなり得る。

このセッションでは、症例を通じて、フレイル対策におけるかかりつけ医の役割について、考察・共有したい。

### 【キーワード】

ACP、共有意思決定支援（Shared Decision Making；SDM）、総合的な診察、患者の生活を理解すること

---

たかぎ みつる  
**高木 暢**

医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック

【略歴】2001年弘前大学理学部卒。2006年島根医科大学医学部医学科卒。千葉県勤労者医療協会船橋二和病院で初期・後期研修終了後、川崎市立井田病院緩和ケア内科を経て、2012年10月より多摩ファミリークリニックに着任。

【所属・資格等】日本内科学会（認定内科医）、日本プライマリ・ケア連合学会（認定家庭医療専門医）、日本在宅医療連合学会、日本外来小児科学会、日本腹膜透析医学会

---

あらい やすゆき  
**荒井 康之**

医療法人アスルス生きいき診療所・ゆうき 院長

【略歴】2003年自治医科大学医学部卒。茨城県立中央病院にて初期研修終了後、城里町国保七会診療所、常陸大宮済生会病院、北茨城市立総合病院等に、総合診療医あるいはプライマリ・ケア医として勤務。2012年より、茨城県結城市において、地域医療に従事している（現職）。診療は、午前は外来、午後から訪問診療（他の2つの診療所と連携し、24時間365日の緊急対応ができる体制）で行っている。2020年桜美林大学大学院老年学研究科博士後期課程修了。

【資格】家庭医療専門医（日本プライマリ・ケア連合学会）、在宅医療認定専門医（日本在宅医療連合学会）、介護支援専門員、2級福祉住環境コーディネーター等

# 症 例 検 討

## ～ 意思決定を尊重した看取り ／フレイルの改善へ向けた取組 ～

医療法人社団家族の森  
多摩ファミリークリニック

高 木 暢

医療法人アスミス  
生きいき診療所・ゆうき 院長

荒 井 康 之

# 症 例 1

## ～ 意思決定を尊重した看取り ～

医療法人社団家族の森  
多摩ファミリークリニック

高 木 暢

(症例 1)  
85歳、男性

# 高血圧症

# 軽度認知障害 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

MMSE 24点、HDS-R 22点

80歳 (X-5年) の時から外来通院中。既往歴なし。

毎年、特定健診とがん検診を受けている。

内服薬 ; エナラプリル 5 mg、スピロノラクトン25mg

(症例 1)  
85歳、男性

- ADLはほぼ自立だが、椅子からの立ち上がりには支えが必要
- 認知機能低下は軽度で、内服薬の飲み忘れなし
- 介護保険は要支援1で、デイケア（通所リハビリテーション）でのリハビリテーションを利用中
- 妻（86歳、介護保険利用なし）と2人暮らし
- 妻は腰部脊柱管狭窄症と腰痛症で整形外科へ通院中
- 長男夫婦が同じ市内、長女夫婦が隣の市にそれぞれ居住

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

3

(症例 1)  
85歳、男性

がん検診を契機にS状結腸癌であることが判明

- X年、当院で実施した大腸がん検診で便潜血陽性
- 近隣のAクリニックへ紹介、下部消化管内視鏡検査を施行
- S状結腸癌の診断となり、Aクリニックから市立B病院消化器内科宛てに本人へ紹介状が渡された



- 当院の外来予約日に、今後の治療方針の相談のため、長男、長女とともに来院された

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

4

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①

- 相談内容
  - 今後、治療のために検査を受けるべきかどうか？
  - 病院は市立B病院でよいのか、C大学病院やD癌専門病院の方がよいのか
  - 何もしなければ、どのくらい生きられるのか
  - 治療を受ければ、どのくらい生きられるのか

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

5

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①

- 本人の思い
  - 85歳まで生きたので十分、手術は怖いから嫌だ
  - できるだけ元気に過ごしたい
  - 妻の腰痛もあり、自分の体力が低下することが不安
  - 最期は「自然な形」で迎えたい
  - 最期は家がいいが、妻には負担をかけたくない

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

6

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①

- 診察に同席した家族（長男、長女）の思い
  - 元気で妻と二人暮らしを続けている
  - 日常生活で困ることもないため、手術を受けて、元気に過ごして欲しい
  - 孫やひ孫が本人に会うことを楽しみにしている
  - 東京にあるD癌専門病院での検査・手術を受けて欲しい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

7

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①

- かかりつけ医から伝えたこと①-1
  - 検査を受け、術前のステージ分類をはっきりさせてから手術を受けるかどうかの判断でもよいこと
  - 各ステージ分類と一般的な術後の5年生存率について
  - 市立B病院でも東京都内のD癌専門病院でもS状結腸癌の手術成績は大きく変わらないこと

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

8

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①

- かかりつけ医から伝えたこと①-2
  - できるだけ元気で過ごすため、積極的な治療（手術）の有無による今後の見通しについて
  - 本人が想像している「自然な形」での最期について  
→ 動けなくなったら、眠るように亡くなりたい
  - 本人、家族の思いを共有し、訪問診療も含め、今後も相談に乗ることができること

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

9

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①後

- 家族内での相談の結果
  - 今後も通院しやすい市立B病院での検査・手術を選択



- 術前検査では、リンパ節転移や遠隔転移は認めず、T2N0M0、ステージ I の診断
- 腹腔鏡手術を受けることに決定
- できるだけ元気に過ごしたい、と改めて発言していた

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

10

(症例 1)  
85歳、男性

意思決定支援①後

- 市立B病院で腹腔鏡手術を施行
- 手術後の病理診断でリンパ節転移を認め、T2N1aM0、ステージⅢaの診断となる
- 薬物治療が必要となり、家族の付き添いで通院開始
- 徐々に買物や金銭管理で間違えることが増えてきた
- HDS-R 18点、要介護 1 となり、ケアマネジャー（介護支援専門員）選定

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

11

(症例 1)  
85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後、化学療法治療中、再発あり

- 3年後 (88歳)、CT検査で吻合部に術後再発を認め、再手術を勧められた
- 当院の外来受診時に本人より
  - 動けなくなったら「自然な形」で眠るように亡くなるのが理想
  - できるだけ元気に過ごしたいから手術を受けた
  - 今度も手術を受けて今と同じように元気に過ごしたい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

12

(症例 1)  
85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後、薬物治療中、再発あり

- 認知機能の低下はあるが、ADLは保たれていた
- 今の生活を続けるために手術を希望
- 家族 (長男、長女) も元気なうちは手術を受けて欲しい



- 家族からの電話で再手術を受ける意向の報告を受けた
- 今回の再手術の意思決定は市立B病院の意思と本人・家族の間で行われた

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

13

(症例 1)  
85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後再発に対して手術の日程調整中

- 自宅で意識レベルが低下したところを長男が発見
- 市立B病院へ救急搬送後、市中肺炎の診断で入院し、抗菌薬治療を開始
- 退院予定日の前日に誤嚥し、誤嚥性肺炎を発症
- 抗菌薬治療、嚥下評価、リハビリテーションを実施
- 入院から4週間後に自宅退院となった

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

14



### (症例 1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

#### S状結腸癌術後再発に対して手術の予定、誤嚥性肺炎後

- 屋内伝い歩き、排泄は見守りレベル
- 内服薬の飲み忘れ、電話の内容を忘れる、HDS-R 15点
- 腰痛が悪化して要介護2となった妻との二人暮らし
- 嚥下機能を考慮し、食形態の工夫も必要な状態
- ケアマネジャーと相談し、訪問看護、デイサービス (通所介護) を導入した
- 当院への通院も困難となり、訪問診療を導入した

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

15

### (症例 1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

#### S状結腸癌術後再発に対して手術の方針、誤嚥性肺炎後

- 家族 (長男、長女) の不安
  - 認知機能が低下し本人の意思確認が難しい状態
  - ADL、体力ともに低下し、通院や手術に耐えられるか
  - 手術をしない場合、どのような経過になるのか



- 訪問診療の際に家族から相談があったため、ケアマネジャーと相談し、サービス担当者会議の開催を依頼した

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

16

### (症例 1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

#### 意思決定支援② (サービス担当者会議開催)

- かかりつけ医から伝えたこと
  - 再手術により認知機能やADLが低下する可能性
  - 再手術によって生命予後が延びる可能性
  - できるだけ元気に過ごしたいと言っていた希望のために、再手術をすべきかどうか
  - 動けなくなったら「自然な形」で眠るように最期を迎えたいと言っていた希望をどうすれば叶えられるか

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

17

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

意思決定支援② (サービス担当者会議開催)

- ケアマネジャー、訪問看護師から伝えたこと
  - 本人ができるだけ元気に過ごしたい、動けなくなったら「自然な形」で最期を迎えたいと発言していたこと
  - 妻もその場において、本人の発言に同意していたこと
  - ADLや認知機能が低下した場合に自宅で過ごすためのサービス内容
  - 自宅以外の療養先の種類について

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

18

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

意思決定支援②後

- 本人の意思を確認することができない状態
- 家族、医療者や介護スタッフも含め、本人が以前から望んでいた過ごし方、「自然な形」について共有した



- 元気に過ごすため、再手術を受けない
- 動けなくなったら「自然な形」で最期を迎えられるように、それまで自宅療養を続ける

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

19

(症例1)

85歳、男性 (X+4年、89歳)

S状結腸癌術後再発、治療希望なし、自宅療養希望

- トイレ排泄が難しくなり、ポータブルトイレを使用
- 日中はベッド上での生活が主体だが、食事や排泄はベッドから離れて行うことができていた
- 着替えや食事に時間がかかり、失禁もみられた
- デイサービスでも静養している時間が多くなった

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

20

(症例1)  
85歳、男性 (X+5年、90歳)

S状結腸癌術後再発、治療希望なし、自宅療養希望

- 食事が減り、下血を認めるようになった
- 座位保持が困難となり、デイサービスの利用を終了
- 終日ベッド上で過ごし、移乗には介助を要した
- 周囲への迷惑行為はないが、オムツ排泄など常に介護を必要とする状態となった

(症例1)  
85歳、男性 (X+6年、91歳)

意思決定支援③

- S状結腸癌術後再発、積極的な治療希望なし
- 疼痛はなく、老衰のような経過で寝たきり全介助
- 妻 (92歳、HDS-R 20点、要介護2) との2人暮らし



- 動けなくなって「自然な形」で最期を迎えるために、どこで過ごすべきか、家族から相談があり、ケアマネジャーと相談し、再度、サービス担当者会議を開催した

(症例1)  
85歳、男性 (X+6年、91歳)

意思決定支援③

- かかりつけ医から伝えたこと
  - 動けなくなり「自然な形」で最期を迎える段階にきており、老衰に近い形であること
  - 本人は家での最期を希望していたが、一方で妻への負担を心配していたこと
  - 入院・入所が可能な病院・施設を紹介することも可能であること

(症例 1)  
85歳、男性 (X+6年、91歳)

S状結腸癌術後再発、老衰の経過

- 意思を推定する家族と、医療者、介護スタッフで、今の状態が本人が希望していた「自然な形」であり、このまま最期を迎えることを本人も希望するであろうと、家族と医療・ケアチームで合意を形成した
- 家族内での相談の結果、自宅看取りを希望された



- 疼痛も強くなりなく、「自然な形」で自宅看取りとなった

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

24

(症例 1) おわりに

- 自身の終末期について考える機会は、元気なときは少なく、病気に直面して初めて考えることが多い
- 患者・家族は病気の経過について想像することは難しく、終末期のことを考えることはさらに難しいことが多い
- そのために医療者が意思決定支援を行う取り組み (Advance Care Planning; ACP) が重要である
- 本人の意思を本人から教えてもらう姿勢が必要である
- 本人が意思表示できない場合には、「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」に則って、本人の意思を推定することができる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

25

(症例 1) おわりに

- 病気の経過、治療方法について、説明することができるのは医師だけである
- かかりつけ医が患者・家族の求めに応じて、適切なタイミングで病状説明することは重要である
- ただし、意思決定の場面では、医学的な情報提供にとどまらず、本人や家族の意向を共有し、医療者も含めて話し合いを重ね、相互参加型で決定を共有することが重要である
- この考え方を共有意思決定支援 (SDM : Shared Decision Making) という

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

26

# 症 例 2

## ～ フレイルの改善へ向けた取組 ～

医療法人アスムス  
生きいき診療所・ゆうき 院長  
荒 井 康 之

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

27

### 内 容

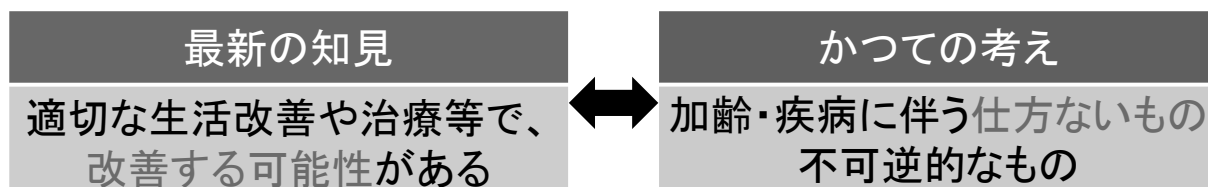
- 1) フレイルとは
- 2) 症例紹介:フレイルの改善
- 3) コロナ禍(いわゆる巣ごもり)を経験して
- 4) フレイル対策におけるかかりつけ医の役割

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

28

### フレイルとは

加齢や疾患等によって、心身の機能が低下した状態で、  
要介護状態に至る前の段階



運動機能・精神機能の評価、心身の疾病の管理、  
社会性の保持、それらの維持・改善の支援  
⇒ 要介護状態の予防 (ADLの維持・向上、QOLの維持)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

29

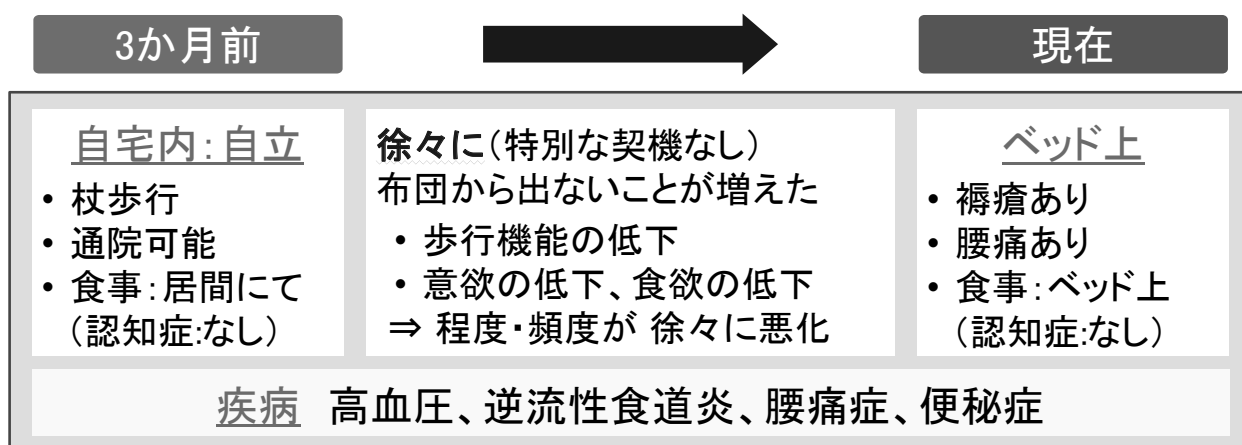
## ① 娘さんから相談の電話（96歳女性：当院の受診歴なし）

- 往診に来て欲しい（通院が困難）
- 母が急に弱くなってきた。老衰だと思う。
  - 食欲がない、活気がない
  - 床ずれが出来て、痛みを訴えている
- 本人：病院に行きたくない、家で最期を迎えたい。
- 家族：それを叶えたい（家で看取りたい）。
  - 高齢なので、侵襲的な検査や治療は望まない。
  - 穏やかに過ごせれば良いと思っている。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

30

## ② 情報収集（娘さんより、これまでの経過）



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

31

## ③ 初回往診時の本人・家族の認識

本人	家族
腰が痛い⇒動きたくない 動くと痛い、安静では痛み無し	腰が痛いのは、“いつものこと”
お腹が空かない 足腰が弱ってきている	“歳だから”仕方ない いよいよ、老衰の段階なんだ...
床ずれが痛い	どうしたら良い???

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

32

## ④ 初診時の状況のまとめとアセスメント

状況	アセスメント
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 布団の上で寝たきり</li> <li>・ 痛み(腰痛・褥瘡)</li> <li>・ 食事の量:600kcal/日程度</li> <li>・ 老衰の割に元気は良い</li> <li>・ 本人・家族の考え方               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 老衰というフレーム</li> <li>➢ 病人には安静、安楽優先</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老衰ではない可能性?               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 単に痛みが原因</li> <li>➢ フレイルサイクル</li> </ul> </li> <li>・ 改善の余地あり?               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 疼痛</li> <li>➢ リハビリテーション、栄養</li> <li>➢ 療養環境</li> <li>➢ 本人・家族の認識</li> </ul> </li> </ul>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

33

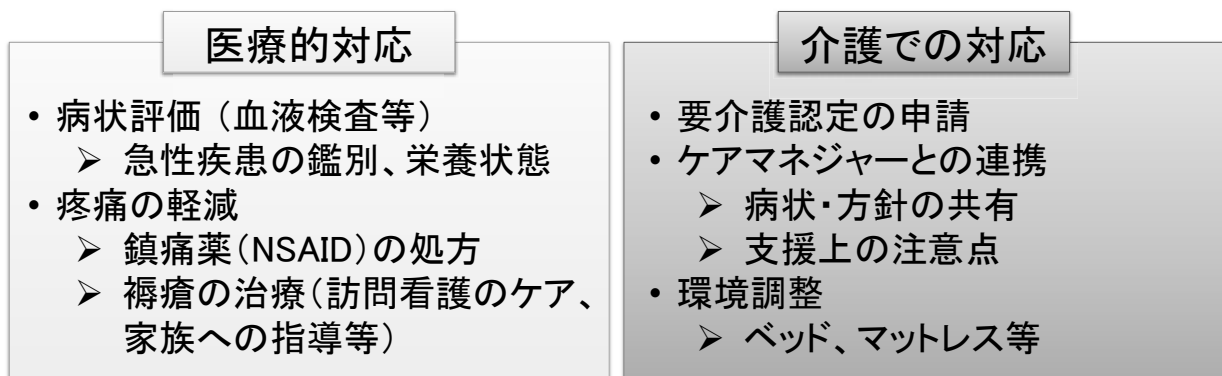
## ⑤ 本人・家族の思いと、私の対応

本人・家族:老衰	私:改善可能かもしれない
(本人) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ そっとしておいてほしい</li> </ul> (家族) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ そんなに頑張らなくて良い</li> <li>・ 看取ってくれれば良い</li> </ul>	2週間だけ、 私に時間をいただけませんか?  老衰かどうか判断するのに、 試みたいことがいくつかあります。 (採血、療養環境調整、鎮痛薬等)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

34

## ⑥ 我々が行った支援



医療だけでは、解決できない課題 ⇒ 介護との連携が必須

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」高木暢、荒井康之

35

## ⑦ 2週間の変化

検査結果 : 特別な異常は無し  
 本人の実際 : 動き出すようになった!

老衰ではない  
 改善可能と  
 確信

**本人**

- ・ 痛みが無いなら、動きたい、動けるようになりたい
- ・ 以前のように、出かけたい

**家族**

- ・ 元気になってもらいたい
- ・ 以前のように、一緒に出かけたい
- ・ 介護しやすくなった
- ・ 安心した

## ⑧ 継続・追加して、利用したサービス

継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問診療(月2回)</li> <li>・ 訪問看護(当初週2回→週1回へ減)</li> <li>・ 福祉用具               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ADL改善に伴う適切な用具変更(随時)</li> </ul> </li> </ul>	<p>社会的関わり</p> <p>医療的管理</p> <p>福祉住環境</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ デイケア(週2回) <small>元の活動レベルに戻れるように、</small></li> <li>・ 訪問リハ(週1回) <small>少しずつリハビリを強化</small></li> <li>・ 栄養指導 <small>たんぱく質を意識して、少しでも多く摂取すること</small> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 食事の工夫、栄養補助食品の使用 など</li> </ul> </li> </ul>	<p>週3回のリハビリと 本人・家族による自宅内リハ</p> <p>栄養管理</p>

(本人・家族)回復への希望・期待が増えると、より積極的に…

## ⑨ その後の経過

3か月後	6か月後	9か月後
家族介助で自宅内移動	⇒	自宅内自立
排泄:トイレ 食事:居間で自立	家族で食事へ外出 (ひ孫の誕生祝)	1泊2日の家族旅行へ
訪問看護・デイケア・訪問リハ・福祉用具		
訪問診療		外来通院





## 家族の声

- こんな制度があったなんて！
  - 在宅医療
  - 介護保険の各種サービス
- 老衰だと、諦めていました
  - ドライブに行けた！
  - 外来通院へ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

39

## 考察

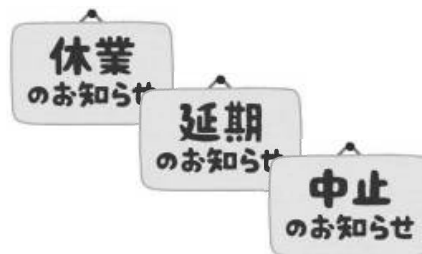
- 96歳でも回復の可能性がある
  - 老衰という思い込みは避ける
  - フレイルは可逆性である：疼痛管理、リハビリ・栄養が重要  
特に、廃用が原因の場合（神経筋骨格の障害がない場合）
- 次の事例に向けて…
  - 患者の生活を理解することが重要（往診が有効）
  - 本人・家族は、知らないことが多いことを意識
    - 医学的知識、老衰という思い込み等
    - 在宅医療の体制、介護保険の各種サービス等

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

40

## コロナ禍がもたらしたもの（巣ごもり）

- 活動の機会 が減った  
施設の使用停止、集会の中止
- 気持ち（意識）の変化 から、  
出かけにくくなった、来てもらえなくなった
  - 感染を避けたい
  - 他人からの眼が気になる



日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

41

## 83歳 男性 3世代世帯・外来通院

健康意識が高い  
自身で運転  
週3回夫婦でプールへ

プールが  
中止のおしらせ

廃用が進行  
行けない…

プール仲間と  
駐車場で集会

プールが

施設入所  
(要介護3)

コロナ禍前 → コロナ禍 → 現在

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

42

## 97歳 女性 独居・訪問診療

独り暮らし、自由に暮らす  
本人談：日々、終活  
認知機能：自立  
運動機能：自宅内は自立  
外出はなし  
娘さんの出入り  
百貨店の通信販売を利用

ほぼ変化なし

独り暮らし、自由に暮らす  
本人談：日々、終活  
認知機能：自立  
運動機能：自宅内は自立  
4年間、一切の外出なし  
娘さんの出入り  
百貨店の通信販売を利用

コロナ禍前 → コロナ禍 → 現在

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

43

コロナ禍前  
外に出ることが好きだった

自分から外出を控えている  
社会的に活動の場が制限されている  
⇒ 正しい情報の提供、代替手段の提案  
行政・地域との連携

心身の機能低下に注意の必要はあるものの、  
すぐのアプローチは要しない  
⇒ 観察 必要に応じて情報提供・支援

もともと(コロナ禍前から)  
いわゆる巣ごもり状態が生活のペース

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

44

## コロナ禍を経験して…

- 早期発見、早期の対応で、上手くいった人もいた
- 最善を尽くしたつもりでも、上手くいかない人もいた
- 何もしていないのに、全く影響を受けない人もいた

フレイル対策 ⇒ “その人に合った”対応が重要

- 巣ごもりというレッテル貼りにならないこと
  - 脅しにならないこと: 廃用・認知機能低下が進んでしまう
- “こちらのフレームで” デイケア等を勧めても、嫌がって止めてしまう人も。  
中心に据えるのは、その人の生き方、大切にしたいもの

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

45

## かかりつけ医の強み

単に疾病管理だけでなく、患者の生活を支えるという意識

総合的な  
診察

- 一つの疾患だけでなく、複数の疾患を診ている
- 患者さんとの付き合いが深い
  - 関わっている時間、家族も含めた関係性

日頃から患者の病歴・生活を把握

患者さんの病歴、人生史  
生き方、考え方  
生きがい、趣味  
家族関係  
生活習慣、療養環境 など

いろいろな変化を捉えやすい

病状の変化、心身の機能の変化  
生活の変化

特に、在宅医療

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

46

## まとめ

- 患者が要介護状態になることを、できるだけ避けられるように、疾病の管理はもちろんのこと、心身の機能や社会性の低下等を、総合的な診察の中で、早く捉えるようにする。
- フレイルへのアプローチは、一律な対応で叶うものではない。患者ごとに、最善な方法が異なる。それには、患者の生き方・考え方の要因が大きい。単に疾患の治療・管理のみならず、患者の生活や生き方までも把握する かかりつけ医は、フレイルへのアプローチに、重要な役割を果たしうる。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「症例検討～意思決定を尊重した看取り／フレイルの改善へ向けた取組～」 高木暢、荒井康之

47



**日医かかりつけ医機能研修制度  
令和5年度応用研修会**

---

令和5年8月27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