



日本医師会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和 6 年度応用研修会

公益社団法人 日本医師会

contents

目次

- 1 「かかりつけ医の糖尿病管理」 1
東京医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科学分野 主任教授 鈴木 亮
- 2 「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」 21
一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 栄養管理室 室長 西岡 心大
北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室 准教授 渡邊 裕
- 3 「かかりつけ医の脂質異常症管理」 55
東京慈恵会医科大学附属柏病院 病院長・教授 吉田 博
- 4 「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 81
広島大学病院 リハビリテーション科 教授 三上 幸夫
- 5 「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 105
認知症の方の気持ちをくみとるために
医療法人大誠会内田病院 理事長・院長 田中 志子
- 6 「かかりつけ医の高血圧症管理」 133
ガイドラインに基いた診療
琉球大学病院 病院長 大屋 祐輔

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。

かかりつけ医の糖尿病管理

【目 標】

糖尿病治療の目標は、血糖、血圧、脂質代謝の良好なコントロール状態と適正体重の維持、および禁煙の遵守により、糖尿病の合併症の発症、進展を阻止し、高齢化に伴う併存症の予防・管理やスティグマの除去にも配慮しながら、糖尿病のない人と変わらない寿命とQOL（Quality of Life、生活の質）の実現を目指すことにある。本講義では、糖尿病の治療ならびに療養計画書作成にあたって必要な知識を整理する。

- ①糖尿病の診断と評価：血糖値が糖尿病型であることを確認する。典型的症状（口渇・多飲・多尿・体重減少）や確実な糖尿病網膜症も慢性高血糖状態を示唆する。HbA1cのみの反復陽性では診断できない。
- ②目標体重・目標 HbA1c の設定：肥満を伴う糖尿病の場合、まず減量を図る。肥満の原因となっている生活習慣の除去、軽減に努める。診断後早期からの厳格な血糖管理により、長期的な合併症リスクが減少することが示されている。高齢者においては、現体重、年齢や臓器障害など、患者の属性や代謝状態を評価しつつ、柔軟に配慮する。罹病期間が長い場合は治療に伴う低血糖リスクに注意を要する。
- ③食事と運動の目標設定と指導：ライフスタイルの介入は個別性が高い。継続できる内容で、期限を区切り達成可能な目標を設定する。医学的原則に沿って提案、合意、実行、評価を繰り返す。多職種による介入が望ましい。

【キーワード】

目標の個別化、肥満、高齢者、ライフスタイルの介入

すずき りょう
鈴木 亮

東京医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科学分野 主任教授

東京薬科大学 薬学部 客員教授
東京大学 医学部医学科 非常勤講師
東京大学大学院 薬学系研究科 非常勤講師

【略歴】1996年東京大学医学部医学科卒。同年6月より東京大学医学部附属病院内科研修医、1997年社会保険中央総合病院内科研修医、1998年東京女子医科大学糖尿病センター研究生、1999年東京大学医学部附属病院糖尿病・代謝内科医局員を経て、2002年東京大学大学院医学系研究科内科学専攻博士課程修了。2004年東京大学医学部附属病院糖尿病・代謝内科助手、2005年 Harvard Medical School, Joslin Diabetes Center 博士研究員(C. Ronald Kahn 教授)、2010年東京大学システム疾患生命科学による先端医療技術開発拠点特任助教、2011年東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科特任講師（病院）、2012年同特任講師、2014年同講師、2018年東京医科大学糖尿病・代謝・内分泌・リウマチ・膠原病内科学分野准教授、2019年同教授を務める。2020年東京医科大学糖尿病・代謝・内分泌内科学分野主任教授、2021年より東京医科大学病院健診予防医学センター長を兼任。

【受賞歴】日本内分泌学会若手研究奨励賞（2004年）、日本糖尿病・肥満動物学会若手研究奨励賞（2012年）、日本糖尿病合併症学会 Young Investigator Award（2016年）

【所属学会等】日本糖尿病学会（学術評議員、事務局長）、日本内分泌学会（評議員、関東甲信越支部幹事）、日本内科学会（評議員）、日本成人病（生活習慣病）学会（理事、評議員）、日本病態栄養学会（評議員）、日本糖尿病合併症学会（監事、評議員）、日本肥満学会（評議員）、日本糖尿病・肥満動物学会、日本抗加齢医学会、American Diabetes Association、高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会（糖尿病学会代表委員）、日本糖尿病療養指導士認定機構（理事）等

かかりつけ医の糖尿病管理

東京医科大学
糖尿病・代謝・内分泌内科学分野 主任教授

鈴木 亮

はじめに

【目標】

（2型）糖尿病の治療ならびに療養計画書作成にあたって必要な知識を整理する。

1. 糖尿病の診断と評価
2. 目標体重・目標HbA1cの設定
3. 食事と運動の目標設定と指導

1

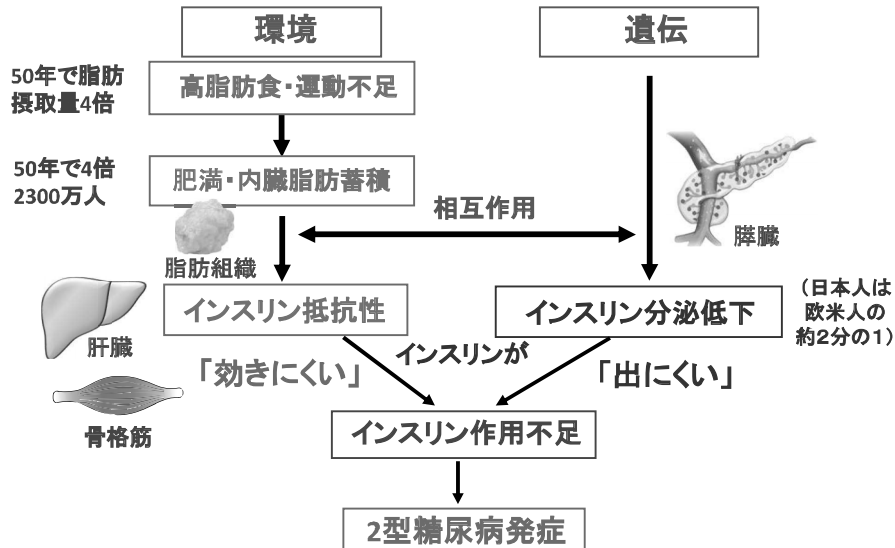
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

1. 糖尿病の診断と評価

2

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

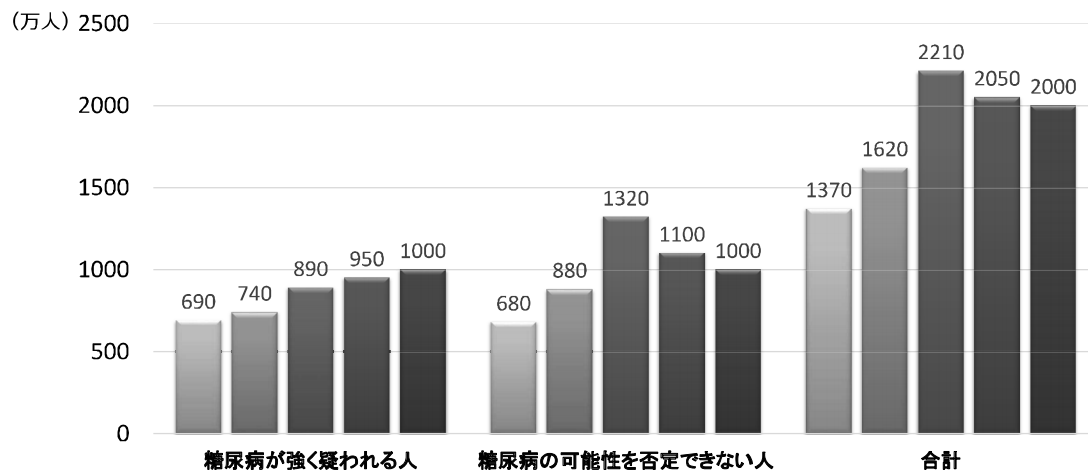
日本では2型糖尿病患者が戦後急速に増加



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

3

近年の日本における糖尿病人口の推移



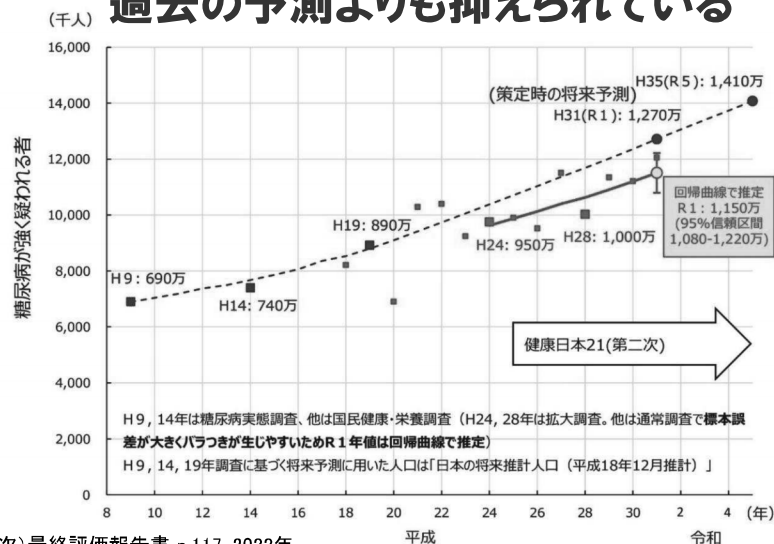
厚生労働省
国民健康・栄養調査から作図

■ 1997年 ■ 2002年 ■ 2007年 ■ 2012年 ■ 2016年

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

4

糖尿病患者数は(高齢化の影響で)増加しているが 過去の予測よりも抑えられている



厚生労働省
健康日本21(第二次)最終評価報告書 p.117, 2022年

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

5

糖尿病とは何か

「インスリン作用不足による
慢性の高血糖状態を主徴とする
代謝疾患群」

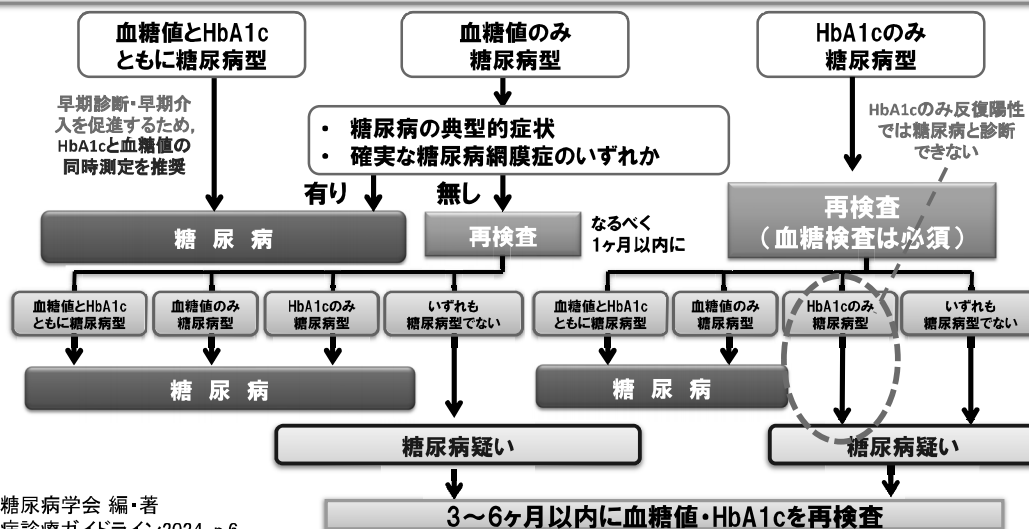
増悪時の典型的症状＝
口渇・多飲・多尿・体重減少

6

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

糖尿病の臨床診断フローチャート

糖尿病型:血糖値(空腹時 $\geq 126\text{mg/dl}$ 、OGTT2時間 $\geq 200\text{mg/dl}$ 、随時 $\geq 200\text{mg/dl}$ のいずれか) HbA1c $\geq 6.5\%$



日本糖尿病学会 編・著
糖尿病診療ガイドライン2024, p.6

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

7

HbA1cの値が血糖値と乖離する場合

HbA1c値が高く出る	HbA1c値が低く出る	(どちらもありうる)
- 急速に改善中の糖尿病 - 乳び血漿	- 急激な発症/増悪直後の糖尿病 - 鉄欠乏性貧血の回復期 - 溶血(赤血球寿命短縮) - エリスロポエチンで治療中の腎性貧血	異常ヘモグロビン症

8

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生 (才) □糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】 □体重: (kg) □BMI: () □収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) □HbA1c: (%)

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

【食事】 □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 □給食を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす □その他 () □節酒: (減らす (種類・量) を減 (回)) □間食: (減らす (種類・量) を減 (回)) □食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる □運動場所: 種類 (ウォーキング・) 時間 (30分以上・) 頻度 (ほぼ毎日・週 (日)) □運動強度 (息が上がるほど会話が可能に強さ or 脈拍 (拍/分 or) □日常生活の活動量増加 (例: 日1万歩・) □運動時の注意事項など () □たばこ □禁煙・禁煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □仕事 □余暇 □睡眠 (睡眠の確保 (質・量) □減量 □家庭での役割 (歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他 ()

【血液検査項目】 (採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間) □中性脂肪 (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()

【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 () ※実施項目は、□にチェック、() 内には具体的に記入

患者氏名 医師氏名

生活習慣病 療養計画書

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】 □体重: (kg) □BMI: () □収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) □HbA1c: (%)

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

【血液検査項目】 (採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間) □中性脂肪 (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()

【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 () ※実施項目は、□にチェック、() 内には具体的に記入

12

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

糖尿病診療ガイドライン2024

13章 肥満を伴う糖尿病

(メタボリックシンドローム、脂肪肝・脂肪肝炎を含む)



Q 13-1 肥満・肥満症の診断はどのように行うか？

【ポイント】

- BMIが25以上を肥満と判定する。
- 肥満と判定されたもののうち、肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測される内臓脂肪型肥満で、医学的に減量を必要とする病態を「肥満症」と診断し疾患単位として取り扱う。
- 肥満を伴う糖尿病では、第一に減量による代謝改善を図る。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.279

13

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

肥満症診断のフローチャート

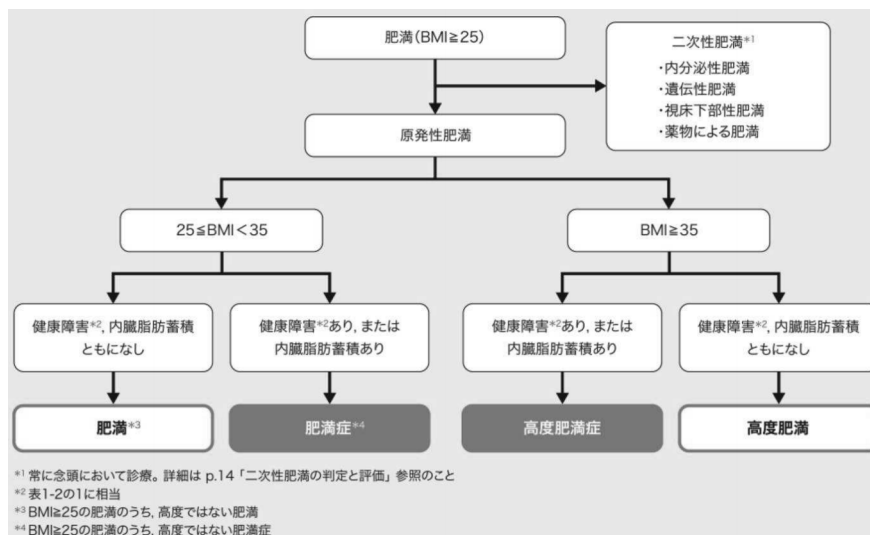


表 1-2 肥満に起因ないし関連する健康障害

1. 肥満症の診断に必要な健康障害
- 1) 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)
 - 2) 脂質異常症
 - 3) 高血圧
 - 4) 高尿酸血症・痛風
 - 5) 冠動脈疾患
 - 6) 脳梗塞・一過性脳虚血発作
 - 7) 非アルコール性脂肪性肝疾患
 - 8) 月経異常・女性不妊
 - 9) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
 - 10) 運動器疾患 (変形性関節症: 膝関節・股関節・手指関節、変形性脊椎症)
 - 11) 肥満関連腎臓病
2. 肥満症の診断には含まないが、肥満に関連する健康障害
- 1) 悪性疾患: 大腸がん・食道がん (腺がん)・子宮体がん・卵巣がん・腎臓がん・乳がん・肝臓がん
 - 2) 胆石症
 - 3) 静脈血栓症・肺塞栓症
 - 4) 気管支喘息
 - 5) 皮膚疾患: 黒色表皮腫や摩擦疹など
 - 6) 男性不妊
 - 7) 胃食道逆流症
 - 8) 精神疾患

日本肥満学会 肥満症診療ガイドライン2022, p.1-2

14

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

糖尿病診療ガイドライン2024

13章 肥満を伴う糖尿病

(メタボリックシンドローム、脂肪肝・脂肪肝炎を含む)



肥満症では、現体重の3%の減量を、
高度肥満症では現体重の5～10%の減量を目指し、
減量による肥満症の健康障害への改善効果を
合わせて評価することが推奨されている。

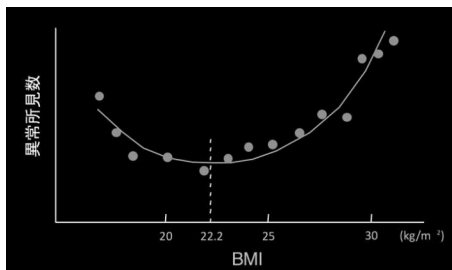
日本糖尿病学会 編・著
糖尿病診療ガイドライン2024, p.280

15

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

「標準体重」「理想体重」の歴史

- 1942年 米国メトロポリタン生命保険会社
契約者のデータから死亡率が最低となる「理想体重表」: 男女別、体格別
- 1953年 Walkerら (Ann Intern Med 39:705-716)
「理想体重表」の体格「中程度」の表の中央値を取り出して表にした
- 1972年 松木の標準体重表 (日本医師会雑誌 98:916-919)
- 1985年 明治生命の標準体重表 (塚本宏: 日本保険医学会誌 83:36-64)
- 1991年 Tokunagaらの報告 (Int J Obes 15:1-5)



- 男性3,582名、女性983名の健診データ
- 異常所見数が最低となるBMIが22.2であることから
BMI 22 = 標準体重とする
- 30～59歳への適用を推奨している
- 「標準体重」は複数の学会の食事基準や病院給食で採用されている

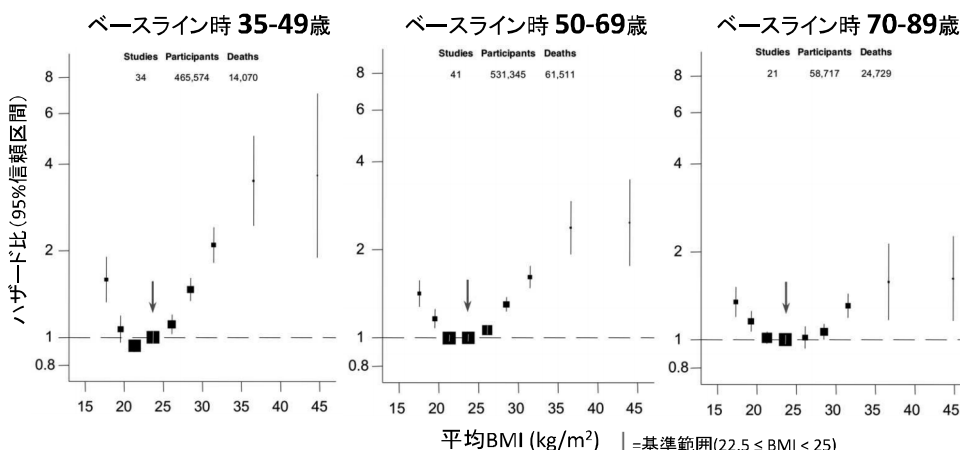
16

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

総死亡が最も低いBMIは年齢によって幅がある

全死因死亡率が最低となるBMI(東アジアコホート)

慢性疾患の既往のない非喫煙者、フォローアップ直後5年は除外



The Global BMI Mortality Collaboration: *Lancet* 388: 776-786, 2016

17

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

1日の摂取エネルギー量算定に用いる「目標体重」 (日本糖尿病学会)

<目標体重(kg)の目安>

総死亡が最も低いBMIは年齢によって異なり、
一定の幅があることを考慮し、以下の式から算出する。

65歳未満: [身長(m)]² × 22

65歳から74歳: [身長(m)]² × 22～25

75歳以上: [身長(m)]² × 22～25※

※75歳以上の後期高齢者では現体重に基づき、フレイル、(基本的)ADL低下、
併発症、体組成、身長短縮、摂食状況や代謝状態の評価を踏まえ、
適宜判断する。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2019, p.35

18

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

「糖尿病治療ガイド」における体重のコントロール指標

目標体重(kg) = [身長(m)]² × 22～25(目標BMI)

BMI(body mass index) = 体重(kg) / [身長(m)]²

成人ではBMI 22くらいが長命であり、かつ病気にかかりにくいという報告(日本、
米国)があるが、総死亡が最も低いBMIは年齢によって異なるため、目標BMIは
年齢や合併症に応じて異なる。

65歳未満: 目標BMI = 22

前期高齢者(65～74歳): 目標BMI = 22～25

後期高齢者(75歳以上): 目標BMI = 22～25

上記の体重を目標にするが、目標BMIを下回っても必ずしも積極的に体重増加
を図らなくてよい。

BMI 25以上を肥満とする。肥満の人は当面は、現体重の3%減を目指す。達成後
は20歳時の体重や、個人の体重変化の経過、身体活動量などを参考に目標体
重を決める。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2022-2023, p.35

19

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

低栄養の国際診断基準 (GLIMの基準)

表現型基準			病因的基準	
体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少または消化吸収能低下	疾患による負荷/炎症
6ヶ月以内に>5% または 6ヶ月以上で >10%	70歳未満 <18.5 70歳以上 <20	DXA法、BIA法、CT、 MRIなどで計測	エネルギー必要量の≤50% が>1週間、または食事摂 取量低下が>2週間、また は慢性的な消化器症状に よる吸収障害	急性疾患/外傷による炎症 または慢性疾患による炎症
上記のうち1項目以上該当			上記のうち1項目以上該当	

それぞれについて1項目以上該当

低栄養

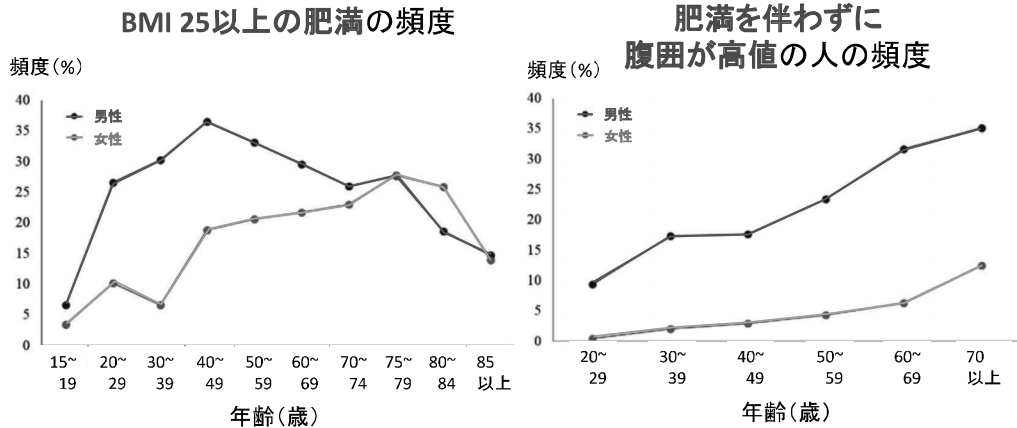
日本糖尿病学会・日本老年医学会 編・著
高齢者糖尿病治療ガイド2021, p.115

20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

肥満を伴わずに腹囲が高値の人の頻度は加齢とともに増加する

平成27年国民健康・栄養調査



日老医誌 55:464-538, 2018

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

21

血糖管理目標の個別化アプローチ（米国糖尿病学会）

個人/疾患の特徴

より厳格 ← HbA1c 7% →それほど厳格でない

低血糖、その他有害事象に関連する潜在的リスク

低い 高い

罹病期間

診断されて日が浅い 長期にわたる

平均余命

長い 短い

重要な併存症

なし 少ない/軽度 重症

すでに存在する血管合併症

なし 少ない/軽度 重症

個人の志向

意欲的、治療法を守る 優れたセルフケア能力 より負担の小さい治療への志向

援助とサポート体制

容易に入手可能 限られている

通常は修正困難

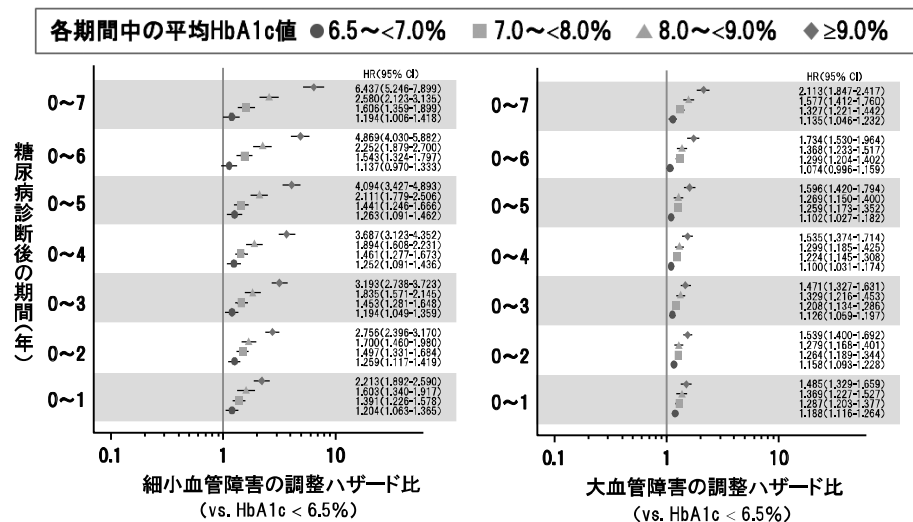
修正の可能性

Diabetes Care 47 (Suppl. 1):S111-S125, 2024

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

22

診断早期の血糖コントロールと10年後の合併症リスク(米国)



Laiteerapong N, et al. Diabetes Care 42:416-426, 2019

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

23

HbA1cの目標(日本糖尿病学会)

(65歳以上の高齢者については「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照)

コントロール目標値 注4)			
目標	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対する目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2022-2023, p.34

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

24

個人差を考慮して目標を設定する 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023 VI. 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標・治療方針 2. 血糖コントロールのエビデンス



CQ VI-4 高齢者糖尿病では厳格な血糖コントロールを避けるべきか？ 【ステートメント】

- 厳格な血糖コントロールは65歳以上でも有用ではあるが、重症低血糖による骨折・転倒などが増え、リスクとベネフィットを勘案すると一律に厳格な血糖コントロールを行うべきとはいえない。厳格な血糖コントロールを行う場合には低血糖を起こさないことを前提とすべきである。

【推奨グレードB】(合意率79%)

Q VI-5 HbA1c値と大血管症発症または死亡との間にはどのような関係があるか？ 【ポイント】

- HbA1c値と大血管症発症または死亡の間にはJカーブ現象がみられ、HbA1c高値だけでなく、HbA1c低値にも注意する必要がある。

日本老年医学会・日本糖尿病学会 編・著
高齢者糖尿病診療ガイドライン2023, p.90-91

25

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 注1)		カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
		①認知機能正常かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし 注2)	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり 注3)	65歳以上75歳未満 7.5%未満(下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満(下限7.0%)	8.0%未満(下限7.0%)	8.5%未満(下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

日本老年医学会・日本糖尿病学会 編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023, p.94

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

26

DASC-8:認知・生活機能質問票

10点以下:カテゴリーⅠ 11-16点:カテゴリーⅡ 17点以上:カテゴリーⅢ

		1点	2点	3点	4点	評価項目	
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (評価せず)	
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記 憶	近時記憶
2	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見 当 識	時 間
3	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	手 段 的 ADL	買 い 物
4	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	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関
5	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	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理
6	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	基 本 的 ADL	排 泄
7	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食 事
8	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移 動

日本老年医学会HP <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/dasc8.html>

27

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病: ☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐脂質異常症

生年月日: 男・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)

お話し療法結果を理解できること/自分の生活上の関心事を抽出し、目標を設定すること

【目標】
☐BMI: () ☐HbA1c: () ☐収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

【重要を要する領域と指導項目】

□食事
☐食事摂取量を適正にする ☐食塩・調味料を抑える
☐野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐外食の際の注意事項 ()
☐油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐その他 ()
☐飲酒: (減らす(種類・量: を週 回))
☐間食: (減らす(種類・量: を週 回))
☐食費: (ゆっくりに減らす・その他 ())
☐食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
☐運動
☐運動方法: 種類(ウォーキング) 時間(30分以上) 頻度(ほぼ毎日・週 日)
☐強度(息がはずむが会話可能な強度 or 歩行 歩/分 or)
☐日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩)
☐運動時の注意事項など ()
☐その他 ()

□その他 ()

【血液検査項目】(検査日 月 日) ☐総コレステロール (mg/dl)
☐血糖(空腹時) 空腹時 ☐食後() 時間 ☐中性脂肪 (mg/dl)
☐HbA1c: (%) ☐LDLコレステロール (mg/dl)
☐その他 ()

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 ☐その他 ()

【その他】
☐栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
☐その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

【①達成目標】: 患者と相談した目標
= 成果目標、アウトカムの目標
「(X月までに)体重を~kgまで落とす」
「(Y月までに)HbA1cを~%未満にする」

【②行動目標】: 患者と相談した目標
= 日々の行動の目標
「(次の外来まで)毎日8,000歩歩く」
「禁煙を続ける」

28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

2型糖尿病における個人中心の血糖マネジメントのための決定サイクル(米国糖尿病学会)

治療プランの点検と同意

- 治療プランの見直し
- 変更点についての相互の同意
- 臨床的慣性(therapeutic inertia)を避けタイムリーな治療修正と同意を確保
- 定期的に決定サイクル着手(最低年に1-2回)
- 統合されたケアシステムで運用

サポートとモニタリングの継続

- 精神的安定
- 生活習慣と健康行動
- 治療薬の忍容性
- SMBG/CGM、体重、歩数、HbA1c、血圧、脂質

治療プランの実施

- 定期的な報告があることを確認: 最初より頻回の受診がDSMESとして望ましい

治療の目標

- 合併症を防ぐ
- QOLを最大化

治療プランの同意

- 「SMART」な目標を明示
 - 具体的(Specific)
 - 目に見える(Measurable)
 - 達成できる(Achievable)
 - 現実的(Realistic)
 - 期限付き(Time limited)

個人の主要な特徴を評価する

- 各人の優先する事項
- 現在のライフスタイル
- 併存疾患(例: CVD、GKD、HF)
- 臨床的特徴(例: 年齢、HbA1c、体重)
- 意欲、うつ、認知などの問題
- 文化的、社会経済的背景

治療の選択に影響を与える具体的要因を考慮する

- 個別化した血糖と体重の目標値
- 体重、低血糖、心腎保護への影響
- 根本にある生理学的要因
- 治療薬の副作用プロファイル
- 処方の特徴(例: 回数、投与方法)
- 薬物療法を最適化し、治療中断を減らすためのレジメン選択
- アクセス、費用、入手可能性、生活様式選択

治療プランを立てる際に意思決定を共有する

- 自己管理支援へのアクセス確保
- 患者(と家族・介護者)が十分に理解している状態で参加
- 患者の好みを探す
- 言葉が大事(本人優先、強み活用、励まし)
- 動機付け面接、目標設定、意思決定の共有

Diabetes Care 47(Suppl. 1):S52-S76, 2024

29

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

治療プランを立てる際に意思決定を共有する

- 自己管理支援へのアクセス確保
- 患者(と家族・介護者)が十分に理解している状態で参加
- 患者の好みを探す
- 言葉が大事(本人優先、強み活用、励まし)
- 動機付け面接、目標設定、意思決定の共有

Diabetes Care 47(Suppl. 1):S52-S76, 2024

30

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

治療プランの同意

- 「SMART」な目標を明示
 - 具体的(Specific)
 - 目に見える(Measurable)
 - 達成できる(Achievable)
 - 現実的(Realistic)
 - 期限付き(Time limited)

Diabetes Care 47(Suppl. 1):S52-S76, 2024

31

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

3. 食事と運動の目標設定と指導

32

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

初診時の食事指導のポイント

これまでの食習慣を聞き出し、明らかな問題点がある場合はまずその是正から進める。

1. 腹八分目とする。
2. 食品の種類はできるだけ多くする。
3. 動物性脂質(飽和脂肪酸)は控えめに。
4. 食物繊維を多く含む食品(野菜、海藻、きのこなど)を摂る。
5. 朝食、昼食、夕食を規則正しく。
6. ゆっくりよくかんで食べる。
7. 単純糖質を多く含む食品の間食を避ける。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2022-2023, p.49

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

33

糖尿病診療ガイドライン2024 3章 食事療法

CQ 3-2 糖尿病の血糖コントロールのために エネルギー摂取量の制限を推奨すべきか？

【ステートメント】

- 過体重・肥満を伴う2型糖尿病の血糖コントロールのためにエネルギー摂取量の制限が推奨される。【推奨グレードA】(合意率100%)

「一方で、内臓脂肪の蓄積が顕著でない肥満を併せ持つ2型糖尿病における総エネルギー摂取量の設定には今後のさらなる科学的根拠の集積が必要である。」

「総エネルギー摂取量の目安は、年齢や病態、身体活動量などによっても異なり、個別化が必要であると想定されるが、これらについても科学的根拠の集積が必要である。」

「過体重・肥満を伴わない2型糖尿病および1型糖尿病の血糖コントロールに対するエネルギー摂取量の制限の効果については文献が乏しくステートメントにいたらなかった。」

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.39-40

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

34



栄養食事指導：総エネルギー摂取量の目安

$$\text{総エネルギー摂取量(kcal/日)} = \text{目標体重(kg)} \times \text{エネルギー係数(kcal/kg)}$$

※※: 原則として年齢を考慮に入れた目標体重を用いる。

<目標体重(kg)の目安>

65歳未満: [身長(m)]² × 22

65歳から74歳: [身長(m)]² × 22~25

75歳以上: [身長(m)]² × 22~25※

※75歳以上の後期高齢者では現体重に基づき、フレイル、(基本的)ADL低下、併発症、体組成、身長、短縮、摂食状況や代謝状態の評価を踏まえ、適宜判断する。

<身体活動レベルと病態によるエネルギー係数(kcal/kg)>

① 軽い労作(大部分が座位の静的活動): 25~30

② 普通の労作(座位中心だが通勤・家事、軽い運動を含む): 30~35

③ 重い労作(力仕事、活発な運動習慣がある): 35~

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2019, p.35

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

35

CQ 3-3 糖尿病の血糖コントロールのために炭水化物制限は有効か？

【ステートメント】

- 2型糖尿病の血糖コントロールのために、6～12カ月以内の短期間であれば炭水化物制限は有効である。

【推奨グレードB】(合意率100%)

「しかし、総エネルギー摂取量を制限せずに、炭水化物のみを極端に制限することによって体重やHbA1cの改善を図ることは、その効果のみならず、長期的な食事療法としての遵守性や安全性など重要な点についてこれを担保する科学的根拠が不足しており、現時点では勧められない。」

「一方で日本人2型糖尿病において、約130g/日の炭水化物制限によって有害事象なく6ヵ月後のHbA1cの改善を認めており、総エネルギー摂取量が適切であれば短期間の緩やかな炭水化物制限は2型糖尿病の血糖コントロールに有効である可能性がある。」

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.42-43

36

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

CQ 3-5 糖尿病の血糖コントロールのために低GI食は有効か？

【ステートメント】

- 2型糖尿病の血糖コントロールのために、低GI食は有効である。

glycemic index (GI) :

【推奨グレードB】(合意率100%)

炭水化物を含む食品を食べた場合の食後の血糖上昇を示す指標

CQ 3-6 糖尿病の血糖コントロールのために食物繊維摂取は有効か？

【ステートメント】

- 2型糖尿病の血糖コントロールのために、積極的な食物繊維

摂取は有効である。

【推奨グレードB】(合意率95%)

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.46-48

37

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

Q 3-7 糖尿病の血糖コントロールのために果物摂取を推奨すべきか？

【ポイント】

- 果物は糖質だけでなく食物繊維を含有し、glycemic index (GI) が低いことから、血糖コントロールに影響を与えない可能性があるが、現時点では血糖コントロールに対する果物の影響は十分に確認されていない。

Q 3-8 糖尿病の血糖コントロールのために非栄養性甘味料を使用すべきか？

【ポイント】

- 非栄養性甘味料をショ糖の代わりに使用することで摂取総エネルギーを減らすことができると考えられるが、1型および2型糖尿病の血糖コントロールに対する血糖コントロールに対する非栄養性甘味料の影響は十分に確認されていない。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.50-51

38

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

健康に配慮した飲酒に関するガイドライン(2024年厚生労働省)

4(3)健康に配慮した飲酒の仕方等について

- ① 自らの飲酒状況等を把握する
- ② あらかじめ量を決めて飲酒をする
- ③ 飲酒前又は飲酒中に食事をとる
- ④ 飲酒の合間に水(又は炭酸水)を飲むなど、アルコールをゆっくり分解・吸収できるようにする(水などを混ぜてアルコール度を低くして飲酒をする、少しずつ飲酒する、アルコールのっていない飲み物を選ぶなど)
- ⑤ 一週間のうち、飲酒をしない日を設ける(毎日飲み続けるといった継続しての飲酒を避ける)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37908.html

39

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

糖尿病診療ガイドライン2024 4章 運動療法

CQ 4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か？

【ステートメント】

- ① 2型糖尿病の血糖コントロールに、有酸素運動、レジスタンス運動が推奨される。 【推奨グレードA】(合意率100%)
- ② 1型糖尿病の血糖コントロールに運動療法が有効かどうかは一定の見解が得られていない。 【推奨グレードU】(合意率100%)
- ③ 運動療法は、1型・2型糖尿病にかかわらず、心血管疾患のリスクファクターを改善させ、特に有酸素運動は心肺機能を、レジスタンス運動は骨格筋量、筋力を向上させるため推奨される。 【推奨グレードA】(合意率100%)

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.67

40

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮



Q 4-2 運動療法を開始する前に医学的評価(メディカルチェック)は必要か？

【ポイント】

- 運動療法を開始する前に糖尿病の代謝コントロール状態、網膜症、腎症、末梢神経障害、自律神経障害などの合併症や、整形外科的疾患などを含む身体状態を把握し、運動制限の必要性を検討する。
- 心血管疾患のスクリーニングに関しては、一般的には無症状、かつ、行う運動が軽度～中強度の運動(速歩など日常生活活動の範囲内)であれば必要ないが、普段よりも高強度の運動を行う場合や、心血管疾患リスクの高い患者、現在座っていることがほとんどの患者が中強度以上の強度の運動を開始する場合は、主治医によるスクリーニングと、必要に応じて運動負荷試験などを考慮する。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.72

41

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

運動を禁止あるいは制限した方がよい場合^{注1}

- ① 糖尿病の代謝コントロールが極端に悪い場合(空腹時血糖値 250 mg/dL以上、または尿ケトン体中等度以上陽性)
- ② 増殖前網膜症以上の場合(眼科医と相談する)
- ③ 腎不全の状態にある場合(専門の医師の意見を求める)
- ④ 虚血性心疾患^{注2}や心肺機能に障害のある場合(専門の医師の意見を求める)
- ⑤ 骨・関節疾患がある場合(専門の医師の意見を求める)
- ⑥ 急性感染症
- ⑦ 糖尿病性壊疽
- ⑧ 高度の糖尿病性自律神経障害

注1)これらの場合でも日常生活における体動が制限されることはまれであり、**安静臥床を必要とすることはない。**

注2)糖尿病の場合には、とくに無症候性(無痛性)心筋虚血への注意が必要である。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2022-2023, p.58

42

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

Q 4-3 具体的な運動療法はどのように行うか？

【ポイント】

- **有酸素運動**は、中強度で週に150分かそれ以上、週に3回以上、運動をしない日が2日間以上続かないように行い、**レジスタンス運動**は、連続しない日程で週に2～3回行うことがそれぞれ勧められ、禁忌でなければ両方の運動を行う。

日本糖尿病学会 編・著
糖尿病診療ガイドライン2024, p.74

43

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

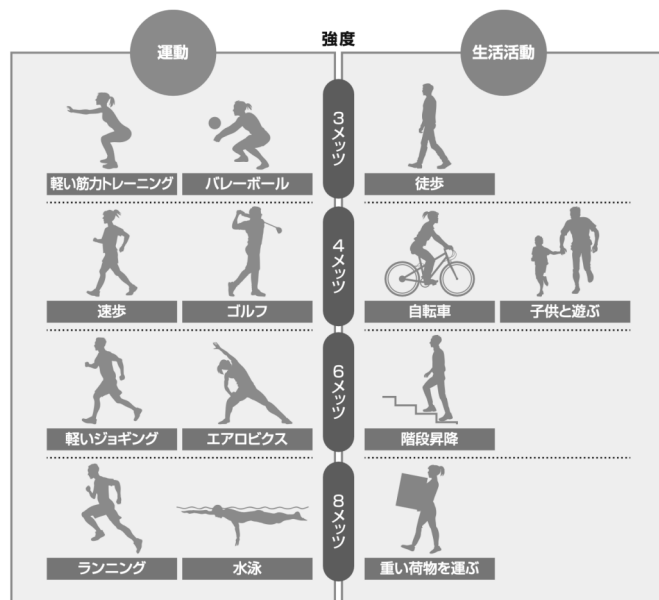
有酸素運動の指導

中強度

導入:3メッツの運動(楽)
(1MET=安静時代謝量)

簡易的な心拍数の目安
50歳未満:100～120拍/分
50歳以上:100拍/分未満

慣れてきたら4～6メッツ
(ややきつい程度)



日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2022-2023, p.56

44

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

100kcal消費する運動と時間(体重60kgの場合)

3メッツ	軽い運動	軽い散歩	30分前後	
		軽い体操	30分前後	
4メッツ	やや強い運動	ウォーキング(速歩)	25分前後	
		自転車(平地)	25分前後	
		ゴルフ	25分前後	
6メッツ	強い運動	軽いジョギング	15分前後	
		エアロビクス	15分前後	
		階段昇降	15分前後	
8メッツ	激しい運動	ランニング	12分前後	
		水泳	12分前後	

消費エネルギー(kcal)
= メッツ×体重(kg)×
時間(時)

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2022-2023, p.57

45

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

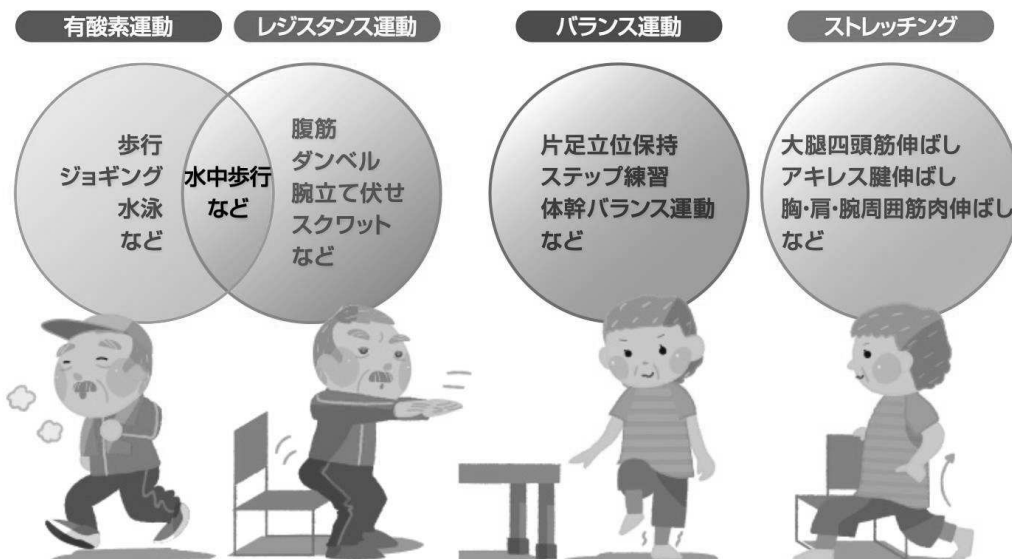
運動処方の実際

- 歩行運動だけでも血糖コントロールは改善する
- 最初の5分と最後の5分は準備運動と整理運動
- 時間を目標とするよりも、目標歩数を提示して歩数計で自己管理した方がアドヒアランスや血糖降下が良好(毎日均等に歩数を増加させるとして、1日トータルで8,000歩程度が目安)
- 食後の有酸素運動は食後高血糖の改善が期待できる
- インスリンやSU薬使用の場合は運動後の低血糖に注意
- レジスタンス運動については、高強度の負荷をかける場合には、民間のフィットネスクラブや自治体のスポーツ施設などの専門の指導者がいる施設を利用することが望ましい

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.75-76

46

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮



日本糖尿病学会・日本老年医学会 編・著
高齢者糖尿病治療ガイド2021, p.50

47

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

レジスタンス運動

- 筋肉が収縮する段階では息を吐き、筋肉がストレッチする段階では息を吸い、呼吸をできるだけ止めないようにする
- 週に2～3日、連続しない日程
- 10～15回繰り返すことができる程度の負荷、もしくはごく軽い負荷から開始
- 負荷を徐々に増加し8～12回で限界に達する繰り返す負荷で1～3セット行うことを目標にする
- マシン、ダンベル・バーベル、バンド(ラバーやシリコン)、自重
- 全身満遍なくが望ましいが、下半身の筋肉は全身の約7割を占める: 時間がない場合はスクワットなどの種目

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病診療ガイドライン2024, p.74-76

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

48

フレイルの高齢者に対する運動療法

- レジスタンス運動を含む運動を週に2～3回、1回60分程度



スクワット

つま先上げ

踵上げ

膝伸ばし

ゴムチューブを用いた
チェストプレス

下肢筋のような大きな筋を
対象とした運動が望ましい

立位保持が
困難な場合
足踏み運動など
低負荷でもよい

日本糖尿病学会・日本老年医学会 編・著 高齢者糖尿病治療ガイド2021, p.52-53

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

49

Q 4-4 運動療法以外の身体を動かす生活習慣(生活活動)は糖尿病の管理にどう影響するか？

【ポイント】

- 現在の身体活動量を評価し、生活活動量を含めた身体活動の総量を増加させる。
- 日常の座位時間が長くないようにして、合間に軽い活動を行うことが勧められる。

日本糖尿病学会 編・著
糖尿病診療ガイドライン2024, p.76

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」 鈴木亮

50

2型糖尿病における24時間身体活動の重要性(米国糖尿病学会・欧州糖尿病学会)

長時間の座位を中断する

座ることを制限する。長時間の座位を、ゆっくりとした歩行や簡単なレジスタンス運動で短く区切る(30分ごと)ことで、代謝率を改善できる。



歩数

• たった1日500歩の増加が心血管疾患と全死亡のリスクの2-9%減少と関連する。

• 1日5〜6分、きびきび歩くことは、約4年の寿命延長に相当する。



睡眠

週末も途切れることなく、安定した睡眠を目指す。



量 - 量 - 量 (7-8h) 短 (<6h) 睡眠時間は、HbA1cに悪影響を与える。

質 - 不規則な睡眠は血糖値を悪化させ、おそれる糖尿病で不眠症、閉塞性睡眠時相呼吸障害、むずむず足症候群の有病率が高いことが影響している。



時間差 - 夜型(夜更かし、遅く寝て遅く起きる)は朝型(早起き、早く寝て早く起きる)よりも運動不足になりやすく、血糖値が悪化しやすい可能性がある。

汗をかく(中程度-強度の活動)

• 150分/週以上の中程度の身体活動(例: 大きな筋肉群を使いリズミカルに動く)または75分/週以上の強度の身体活動を3日/週以上行い、2日以上連続して不活動にならないようにする。レジスタンス、柔軟、バランスのセッションを2-3回行う。

• 30分/週程度の中程度の身体活動は代謝プロファイルを改善する。



身体機能/フレイル/サルコペニア

• 2型糖尿病におけるフレイルの表現型は独特で、多くの場合肥満と身体フレイルが併存し、より若年で発症する。中年期の2型糖尿病患者の単純機能的運動能力は、10歳以上の若年者と同等である。



筋力強化

レジスタンス運動(自重を利用したり、抵抗に對抗する運動)は、インスリン感受性と血糖値を改善する。太極拳やヨガのような活動には、柔軟運動やバランス運動の要素も含まれる。



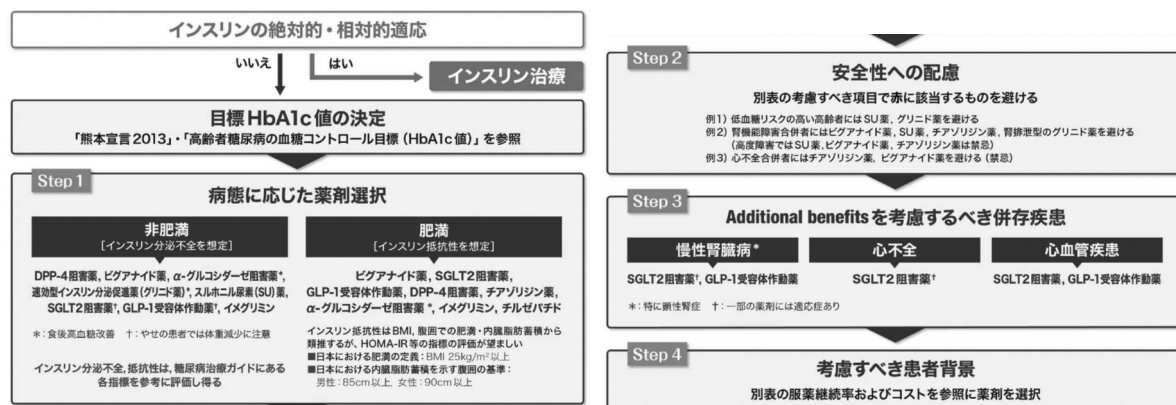
Davies MJ, et al. *Diabetes Care* 45:2753-2786, 2022

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

51

2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム(第2版)

日本糖尿病学会コンセンサスステートメント



糖尿病 66:715-733, 2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

52

おわりに

- 肥満を伴う糖尿病では、第一に減量による代謝改善を図る。肥満症では現体重の3%、高度肥満症では5〜10%の減量を目指す。
- 目標BMIは65歳未満で22、65歳以上で22〜25と幅がある。
- 合併症予防のためのHbA1cの目標は7.0%未満である。
- 意思決定を患者と共有し、「SMART」な目標を明示する。
- 初診時に食習慣を聞き出し、明らかな問題点がある場合はまずその是正から進める。
- 有酸素運動とレジスタンス運動が推奨される。
- 運動を禁止あるいは制限した方がよいケースに注意する。
- 日常の座位時間を短く、身体活動の総量を増やす。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の糖尿病管理」鈴木亮

53

栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携

【目 標】

高齢者では加齢に伴う食事摂取量低下、ADL 低下、口腔問題などにより低栄養が生じやすく、3～29%に低栄養が認められる。低栄養は、地域、病院、施設などあらゆる環境において死亡率増加や筋力低下等の予後不良をもたらすため、早期発見と早期対応が重要である。さらに「骨太の方針 2023」に明記されているように、多職種連携のもとリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に実施することが求められている。近年、栄養管理を促進する診療報酬や介護報酬改定が重ねられている。標準的栄養評価としての GLIM 基準の使用推奨や、外来や訪問食事栄養指導を実施する際に栄養ケア・ステーション等を通じた外部の管理栄養士への依頼が可能となるなど、病院、施設、地域において適切な栄養ケアを提供する基盤は整いつつある。本講義では、主に地域包括ケアと栄養ケア、医療および介護領域における栄養とかかりつけ医の連携について解説する。

口腔におけるかかりつけ医との連携では、最初に「美味しく飲食できること」が健康の重要な要素であることを紹介し、次に口の健康の指標が、歯の数だけでなく、「食べる」「話す」「笑う」といった機能に変わってきていることを解説する。また、これら口の機能は、フレイルやサルコペニア、要介護、死亡の発生に関与していることが明らかにされつつあり、オーラルフレイルとして、世界的に注目されてきていることを紹介する。

また、口の機能低下が健康と関連するメカニズムとして、食事の質の低下や生活習慣病との関連について、最近のエビデンスのいくつかを解説する。最後に、令和6年度の診療報酬および介護報酬改定で導入された、生活習慣病管理料と入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価について説明する。

【キーワード】

低栄養、栄養管理、オーラルフレイル、口腔の健康状態の評価

にしおか しんた
一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 栄養管理室 室長 **西岡 心大**

一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 法人本部教育研修部 副部長

【教育歴】2002 年東京農業大学応用生物科学部栄養科学科管理栄養士専攻卒。2018 年長崎県立大学大学院人間健康科学研究科栄養科学専攻博士前期課程修了、2020 年徳島大学大学院栄養生命科学教育部人間栄養科学専攻博士後期課程早期修了、2020 年 London School of Hygiene & Tropical Medicine 理学修士疫学コース(通信)入学。

【職歴】2002 年国立病院・療養所、2005 年医療法人近森会近森リハビリテーション病院栄養科、2009 年社会医療法人近森会近森病院臨床栄養部主任、2011 年一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院教育研修部、2012 年より同栄養管理室室長を務める。2018 年同人材開発部副部長(兼)、2021 年徳島大学大学院医歯薬学研究部専門研究員、藤田医科大学医学部臨床栄養学講座客員講師を経て、2022 年より同教育研修部副部長(名称変更)に就任。

【公職等】米国栄養士会(Evidence Analysis Library 高齢者低栄養プロジェクトワークグループ委員、国際部会(IAAND)日本代表)、日本栄養治療学会(代議員、国際教育 WG(LL)委員、管理栄養士・栄養士部会委員等)、回復期リハビリテーション病棟協会(理事、栄養委員長)、日本リハビリテーション栄養学会(理事等)、日本栄養士会(理事)、日本サルコペニア・フレイル学会(評議員、サルコペニア・フレイル指導士制度委員)、日本腎臓リハビリテーション学会(代議員、システムティックレビュー委員、教育委員)、他

わたなべ ゆたか
北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室 准教授 **渡邊 裕**

昭和大学歯学部兼任講師、東京歯科大学非常勤講師、日本医科大学非常勤講師

【略歴】1994 年北海道大学歯学部卒。1994 年東京都老人医療センター歯科口腔外科医員、1995 年東京歯科大学口腔外科学第一講座入局、1997 年東京歯科大学オーラルメディスン講座助手、2001 年ドイツ フィリップス・マールブルグ大学歯学部研究員を兼任。2007 年東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座講師、2012 年国立長寿医療研究センター口腔疾患研究部口腔感染制御研究室長、2016 年東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系副部長を

経て、2019 年北海道大学大学院歯学研究院口腔健康科学分野高齢者歯科学教室准教授に就任、現在に至る。

【学会活動】日本老年学会理事、日本老年歯科医学会常任理事、日本サルコペニア・フレイル学会理事、日本睡眠歯科学会理事

栄養や口腔における かかりつけ医との連携

一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院
栄養管理室 室長

西岡 心大

北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野
高齢者歯科学教室 准教授

渡邊 裕

栄養におけるかかりつけ医との連携

一般社団法人是真会
長崎リハビリテーション病院
栄養管理室 室長

西岡 心大

1

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

はじめに

高齢者では低栄養が頻繁に認められ、ADLの低下や口腔問題などに関連するため、リハビリテーションや口腔管理との一体的実施が求められる。低栄養改善のためには近年推奨されている適切な手法による栄養評価、外部の管理栄養士との連携も含めた栄養介入が重要となる。

1. 地域包括ケアと栄養ケア
2. 医療における栄養とかかりつけ医との連携
3. 介護における栄養とかかりつけ医との連携

2

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

1.地域包括ケアと栄養ケア

3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

高齢者における低栄養

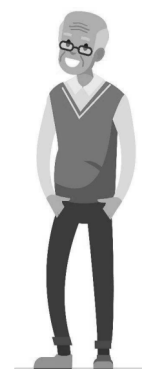
Malnutrition in older adults

Elsa Dent, Olivia R L Wright, Jean Woo, Emiel O Hoogendijk



Dent E, et al. Lancet, 2023;401(10380):951-966.

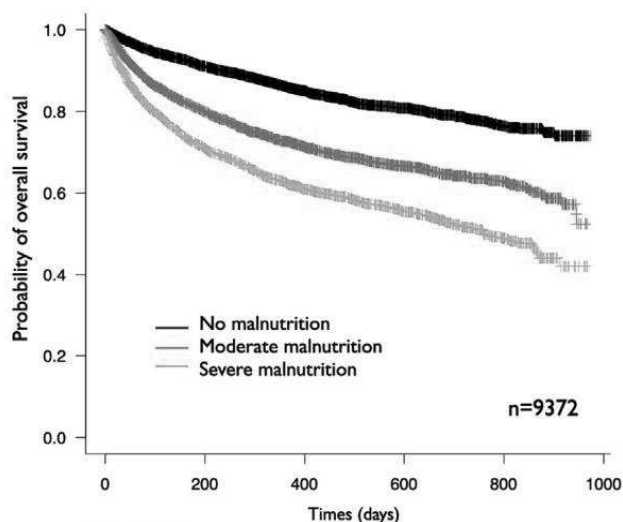
- 3%(地域在住)~29%(長期療養施設) が低栄養
- 食欲低下、入院、ADL低下・口腔問題等が危険因子
- フレイル、筋力低下、死亡率増加などをもたらす
- 定期的な栄養スクリーニング/アセスメント、
個別栄養ケアプラン、栄養強化、栄養教育、補助食品が推奨



4

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

入院患者における低栄養と死亡率



- 栄養状態が良好な
入院患者と比べ
- 重度低栄養患者は3倍
 - 中等度低栄養患者は2倍
- 死亡率が高い

Mori N, et al. Clin Nutr. 2023;42(2):166-172.

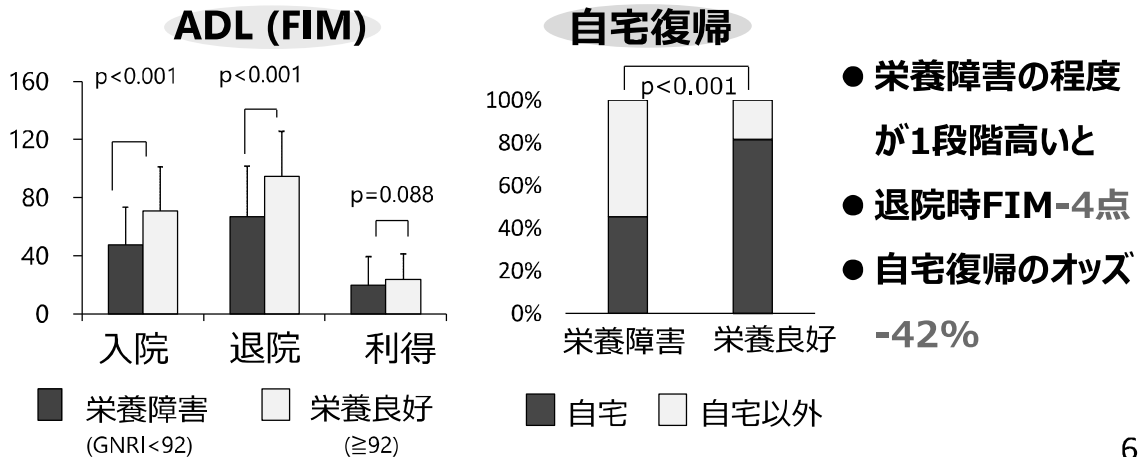
5

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

低栄養とADL・自宅復帰

- 回復期リハ入院患者を対象としたコホート研究(n=134)

西岡心大, 他. 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 2015;30(5):1145-1151.



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

6

骨太の方針2023

健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第3期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業²⁵⁵を推進する。**リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。**



2024年医療・介護・障害トリプル改定に色濃く反映

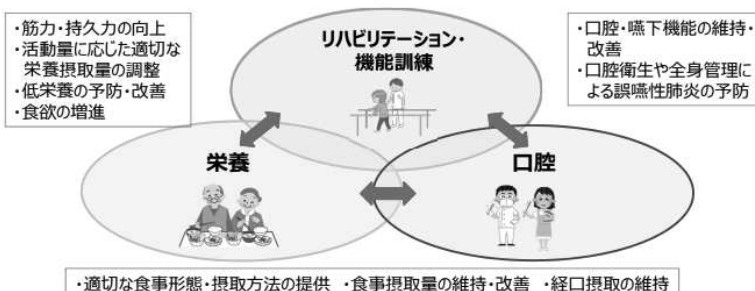
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

7

リハ・栄養・口腔の一体的実施

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・重症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



- 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。

厚生労働省, 第178回社会保障審議会介護給付費分科会, 2020.6.25

8

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

2.医療における栄養とかかりつけ医との連携

9

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

診療報酬における栄養管理の評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導
外来栄養食事指導
集団栄養食事指導
在宅患者訪問栄養食事指導 等

～2006

栄養管理

栄養管理実施加算（廃止）
栄養サポートチーム加算
入院基本料(栄養管理体制) 等

～2018

個別化栄養管理

回リハ入院料(専任管理栄養士)
早期栄養介入管理加算
入院栄養管理体制加算 等

2018～

10

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

急性期におけるリハ・栄養・口腔の連携促進

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-①

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

➤ 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

〔新〕 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入



多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料

- 専従/専任PT・OT・ST
- 専任管理栄養士
- 常勤医
- 48時間以内のリハ・栄養・口腔評価
- リハ・栄養管理・口腔管理の提供

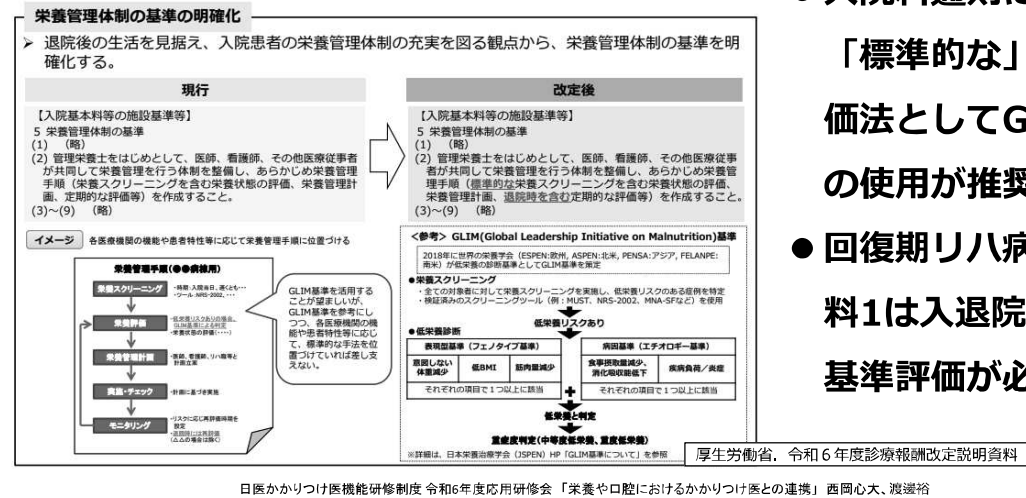
11

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

GLIM基準の要件化

令和6年度診療報酬改定 Ⅰ-1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組-②等

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）



12

GLIM基準の要件化

入院・外来・在宅患者訪問栄養食事指導料

(6) 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

- ア GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者
- イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

栄養サポートチーム加算

(2) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果を踏まえ、GLIM基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者

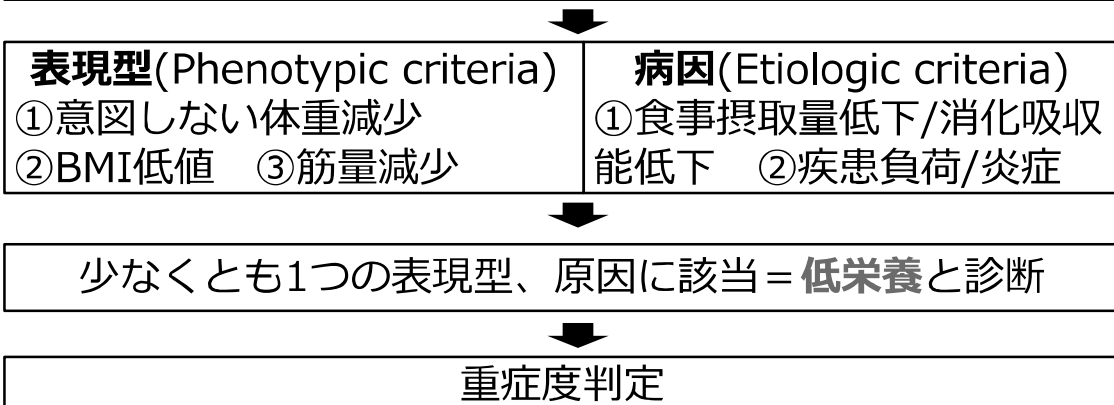
低栄養の判断基準がアルブミン⇒GLIM基準へ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

13

標準的な栄養評価法（低栄養診断）としてのGLIM基準

妥当性のあるスクリーニングツールでリスクあり



Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

14

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

妥当性のある栄養スクリーニング法の例

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

【BMI】 >20 = 0点 18.5~20 = 1点 <18.5 = 2点	+	【体重減少】 過去3-6ヶ月 <5% = 0点 5~10% = 1点 >10% = 2点	+	【急性疾患】 急性疾患+ 栄養無摂取≥5日 無し = 0点 有り = 2点
合計 0点(低リスク) : 年1回スクリーニング継続 1点(中リスク) : 栄養素摂取量少なければ栄養介入を考慮 2点以上(高リスク) : 管理栄養士やNSTに照会				

Malnutrition Advisory Group (MAG), British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2000.

15

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

表現型の判定基準

意図しない 体重減少	BMI低値	筋量減少
>5%/6ヶ月 >10%/6ヶ月以上	<20(<70歳) <22(>70歳) アジア人 <18.5(<70歳) <20(>70歳)	妥当性のある 方法で減少を確認 (CT,MRI,BIA,DXA)

Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

16

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

筋量は下腿周囲長で推定可能



利き足の反対側、または左側、または非麻痺側の下腿の最大径をメジャーで測定

- GLIM推奨 : 男性<33cm 女性<32cm
(BMI25-30:-3cm, BMI30-40:-7cm)

Barazzoni R, et al. Clin Nutr. 2022;41:1425-1433.

- 入院高齢者 : 男性≤30cm 女性≤29cm

Maeda K, et al. Ann Nutr Metab. 2017;71:10-5.

- 回復期脳卒中患者 : 男性<33cm 女性<32cm

Nishioka S, Yamanouchi A, et al. Nutrition. 2021;82:111028.

17

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

原因の判定基準

食事摂取量低下 消化吸収障害

推定必要量の50%以下が
1週間以上持続 or
摂取量減少が2週間以上持続
or
消化吸収に悪影響を与える慢性的な
消化器症状の存在
(嚥下障害・嘔気・下痢・便秘等)

炎症反応

急性疾患／外傷
慢性疾患

医師の判断が重要

Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

18

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

GLIM基準の判定例

- 75歳男性
- 155cm 40kg
- 1ヶ月前45kg
(-11%/月)
- BMI16.6kg/m²
- 下腿周囲長26cm
- 重症肺炎にて入院
- 嚥下障害なし
- 1週間輸液のみ
- 必要量1600kcal
- 投与量250kcal

MUST=6点：高リスク

表現型

- ① 体重減少 $\geq 5\%$
- ② BMI低値 < 18.5
- ③ 筋量減少 < 33

病因

- ① 食摂低下 $< 50\%$
- ② 疾患/炎症
重症肺炎

表現型3・病因2該当=低栄養(重度)

Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

19

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

血清アルブミン値は栄養指標として推奨されない

- ・栄養状態だけでなく炎症反応、脱水や溢水、肝・腎機能によっても増減し体重減少・エネルギー不足等と一致しない
- ・アルブミンを含む急性相蛋白質の栄養指標としての価値は限定的である
- ・米国静脈経腸栄養学会「栄養指標として使用すべきではない」

White J, et al. JPEN. 2012;36:275-83.

malnutrition and visceral-protein levels. These proteins correlate well with patients' risk for adverse outcomes rather than with protein-energy malnutrition. Therefore, serum albumin and prealbumin should not serve as proxy measures of total body protein or total muscle mass and should not be used as nutrition markers. This paper has been approved by the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. (Nutr Clin Pract. 2020;0:1-7)

Evans DC, et al. Nutr Clin Pract. 2021;36(1):22-28.

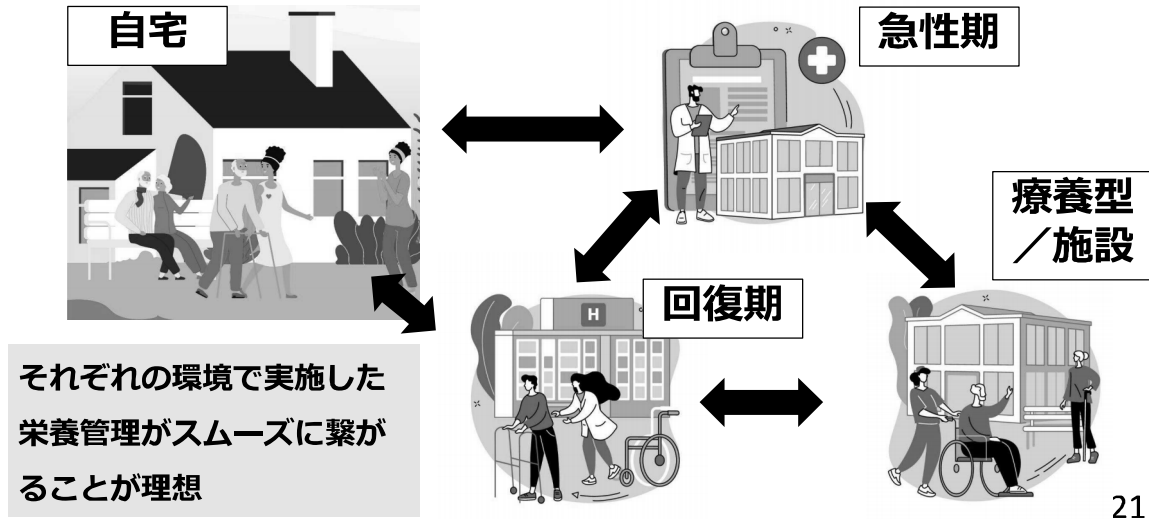
- ・Lancet総説：「高齢者の低栄養指標としては推奨されない」

Dent E, et al. Lancet. 2023;401(10380):951-966.

20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

栄養情報連携



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

21

外来診察での栄養状態チェックのポイント

Signs of malnutrition to check during outpatient visits:

- 最近食欲が落ちてきた (Recent decrease in appetite)
- 準備が大変なので1日2食で済ませている (Preparing food is difficult, so I'm managing with 1 or 2 meals a day)
- 入院して体力が落ちた (Lost strength after hospitalization)
- 腕や足が細くなった (Arms and legs have become thinner)
- 洋服、ベルトや時計が緩くなってきた (Clothing, belt, and watch have become loose)
- 肉、魚、油を控えている (Restricting meat, fish, and oil)
- 1食分を妻(夫)と分けて食べている (Sharing one meal with my wife/husband)

低栄養の可能性に要注意

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

22

高齢者のエネルギー必要量



活動量が低い日本人における
推定エネルギー必要量

75歳以上男性 75歳以上女性

1,800kcal 1,400kcal

日本人の食事摂取基準(2020年版)



弁当1/2個→250～400kcal

3食→750～1,200kcal (不足)

23

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

低栄養を疑ったら？

簡易スクリーニング



BMI
<18.5?
体重減少率
>5%/6月?

食事の量とバランス



さあにぎやかにいただく

ロコモ チャレンジ！推進協議会

魚 肉 野菜 芋 大豆
 油 牛乳 海藻 卵 果物

専門家への照会



体重減少の持続
食事摂取量
<50%/1-2週

↓
管理栄養士へ

24

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

栄養情報連携料

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-⑦

医療と介護における栄養情報連携の推進

栄養情報連携料の新設

➤ 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

（新）栄養情報連携料

70点

【対象患者】

ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
 イ 退院先が他の保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

【算定要件】

(1) 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
 (2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
 (3) 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
 (4) 区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料1に限る。）においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

<入院中に栄養食事指導を行った患者>



<介護保険施設等に退院する患者>



厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料

25

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料

● 特定疾患療養管理料の対象疾患から糖尿病・脂質異常症・高血圧が除外

● 検査等を包括しない生活習慣病管理料(II)が新設

（脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者が対象）

※外来栄養食事指導料・集団栄養食事指導料は併算定可能

【施設基準】

(1)生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

26

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

生活習慣病管理料 療養計画書(初回)

【検査項目】	
☐ 身長 ()	cm
☐ 体重:現在 ()	kg → 目標 () kg
☐ BMI ()	
☐ 腹囲:現在 ()	cm → 目標 () cm
☐ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	
☐ 収縮期/拡張期血圧 (/)	mmHg
☐ 運動負荷心電図	
☐ その他 ()	

低栄養：GLIM基準やスクリーニングツールによる判定が望ましいが・・・
BMI<18.5 or 体重減少>5%/6月
or 食事摂取量<50%/1週 等で推測

- 低栄養の恐れがあれば食事量・回数の増加、少量高エネルギーの食材（脂の多い魚、芋、揚げ物など）の活用などを検討
- 外来栄養指導を考慮

□食事	☐ 食事摂取量を適正にする	
	☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす	
	☐ 油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす	☐ その他 ()
	☐ 節酒:〔減らす(種類・量:)を週 (回)〕	
	☐ 間食:〔減らす(種類・量:)を週 (回)〕	
	☐ 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ())	担当者の氏名
	☐ 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	(印)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

27

生活習慣病管理料 療養計画書(継続用)

【検査項目】	
☐ 身長 ()	cm
☐ 体重:現在 ()	kg → 目標 () kg
☐ BMI ()	
☐ 腹囲:現在 ()	cm → 目標 () cm
☐ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	
☐ 収縮期/拡張期血圧 (/)	mmHg
☐ 運動負荷心電図	
☐ その他 ()	

BMI（体重）の増加
体重減少の停止
食事摂取量の増加

栄養改善の徴候

- 食習慣の変容が見られれば経過観察
- 体重減少が持続するなら経腸栄養剤や栄養補助食品、薬剤の見直しを検討
- 外来栄養指導を考慮

□食事	☐ 今回は、指導の必要なし	
	☐ 食事摂取量を適正にする	☐ 食塩・調味料を控える
	☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす	☐ 外食の際の注意事項 ()
	☐ 油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす	☐ その他 ()
	☐ 節酒:〔減らす(種類・量:)を週 (回)〕	
	☐ 間食:〔減らす(種類・量:)を週 (回)〕	
	☐ 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ())	担当者の氏名
	☐ 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	(印)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

28

外部と連携した外来栄養食事指導料

- 直接管理栄養士を雇用していない場合、外部の管理栄養士と連携して算定することが可能（外来栄養食事指導料2）

初回250点 2回目以降190点（初回月は2回/月、以降1回/月）

- 当該診療所以外（日本栄養士会また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」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

29

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

在宅療養支援診療所・病院施設基準の追加

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑧

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行	改定後
【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 (新設)	【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 ・当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しく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」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。
【在宅療養支援病院】 【施設基準】 (新設)	【在宅療養支援病院】 【施設基準】 ・当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備していること。 【経過措置】 令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

30

- 当該病院・診療所または当該診療所以外の管理栄養士（栄養ケア・ステーションか他の医療機関）と連携し訪問栄養指導を実施可能な体制整備が義務・努力義務化

外部と連携した在宅訪問栄養食事指導料

- 直接管理栄養士を雇用していない場合、外部の管理栄養士と連携して算定することが可能（在宅患者訪問栄養食事指導料2）
420～510点（月2回）
- 特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合又は低栄養・がん・摂食/嚥下機能低下患者が対象
- 外部の管理栄養士の条件は外来栄養食事指導料2と同様（栄養ケア・ステーションか他の保険医療機関）
- 介護保険利用者は居宅療養管理指導が優先

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

31

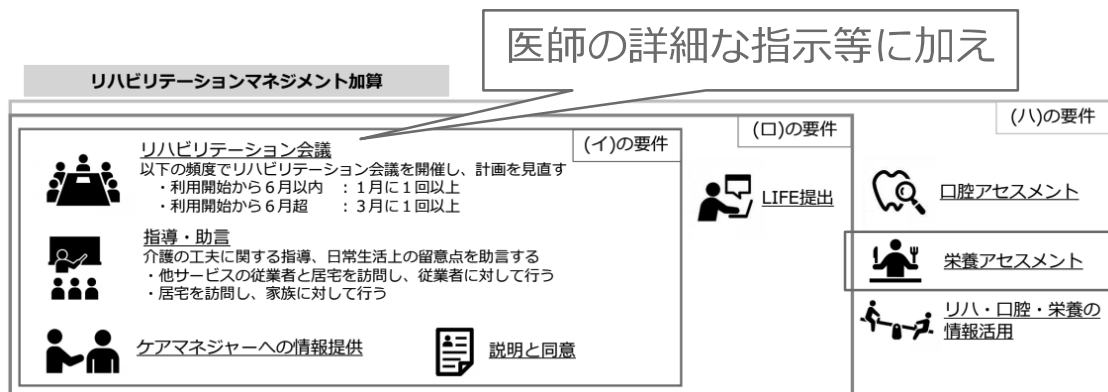
3.介護における栄養とかかりつけ医との連携

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

32

リハ・栄養・口腔の一体的実施

○ 通所リハビリテーション ＜リハビリテーションマネジメント加算(ハ)＞（新設）

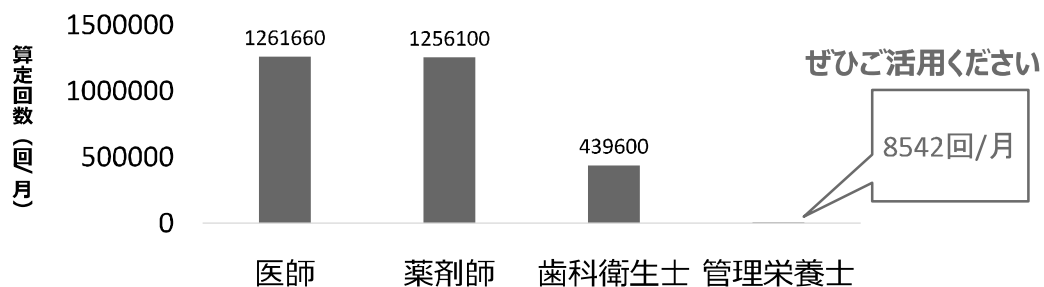


厚生労働省、令和6年度診療報酬改定説明資料
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

33

居宅療養管理指導（管理栄養士）

- 特別食を要するか低栄養状態にある通院困難な利用者に対して、医師の指示に基づき栄養管理に係る情報提供、指導、助言を30分以上行うことにより算定



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6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

34

栄養ケア・ステーション

- 日本栄養士会また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」は、管理栄養士を雇用していない診療所と契約することで以下の業務が可能

【医療保険】 外来栄養食事指導料 2 ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料 2
【介護保険】 居宅療養管理指導費 II

相談先に迷ったら都道府県栄養士会へ



都道府県栄養士会



<https://www.dietitian.or.jp/about/region/>

公益社団法人
日本栄養士会

35

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

他の医療機関との連携

- 他の医療機関・指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士との連携により同様の診療報酬・介護報酬が算定可能

問 143 生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

（答）算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。

かかりつけ医



報告

指示

他院
管理
栄養士



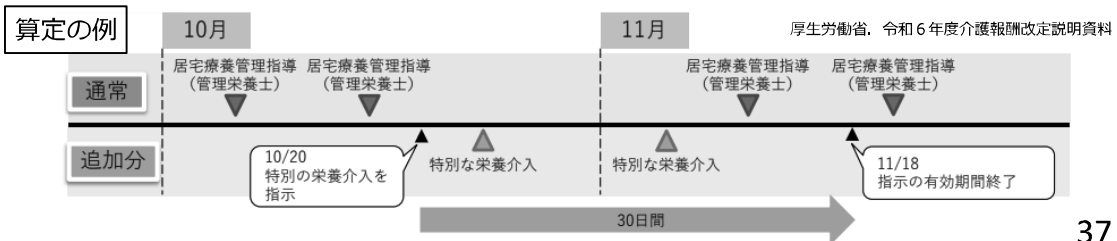
※他の指定居宅療養管理指導事業所との連携により管理栄養士を確保し、居宅療養管理指導を実施する場合、主治医が認めた場合は、管理栄養士が所属する居宅療養管理指導事業所が算定することも可能

36

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

令和6年改定による居宅療養管理指導の要件変更

- 通院困難であるが通所サービスを利用している対象者について居宅療養管理指導が算定可能となった
- 利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要があると医師が判断した場合、**特別の指示**を行うことで、**上限を超えて2回まで**算定可能となった



37

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

当法人の在宅訪問栄養食事指導

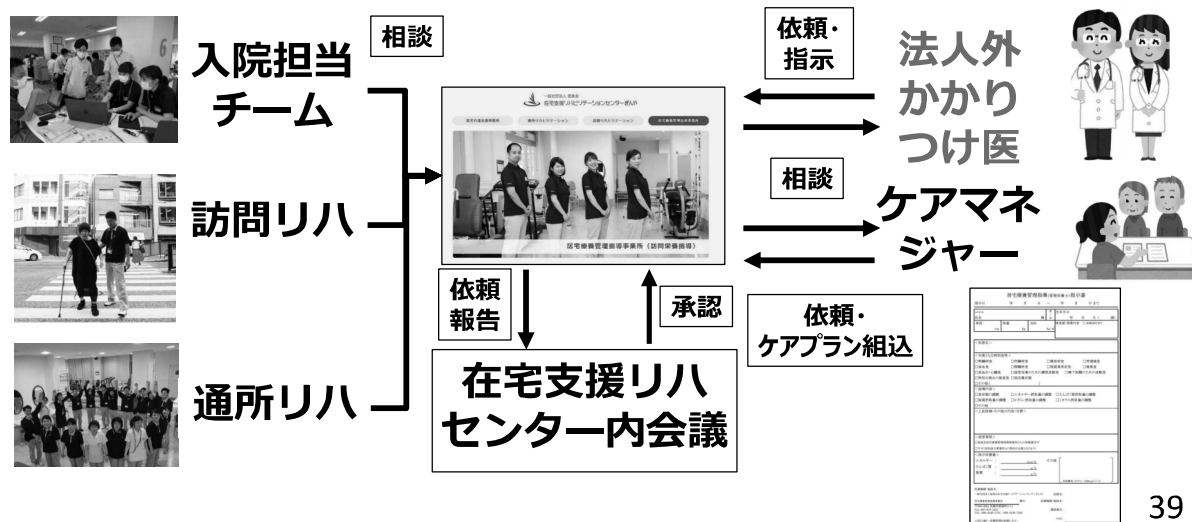


- 2015年：在宅支援リハセンターへ管理栄養士配置
- 2016年：通所リハでの栄養改善サービス開始
- 2018年：居宅療養管理指導事業所開設

38

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

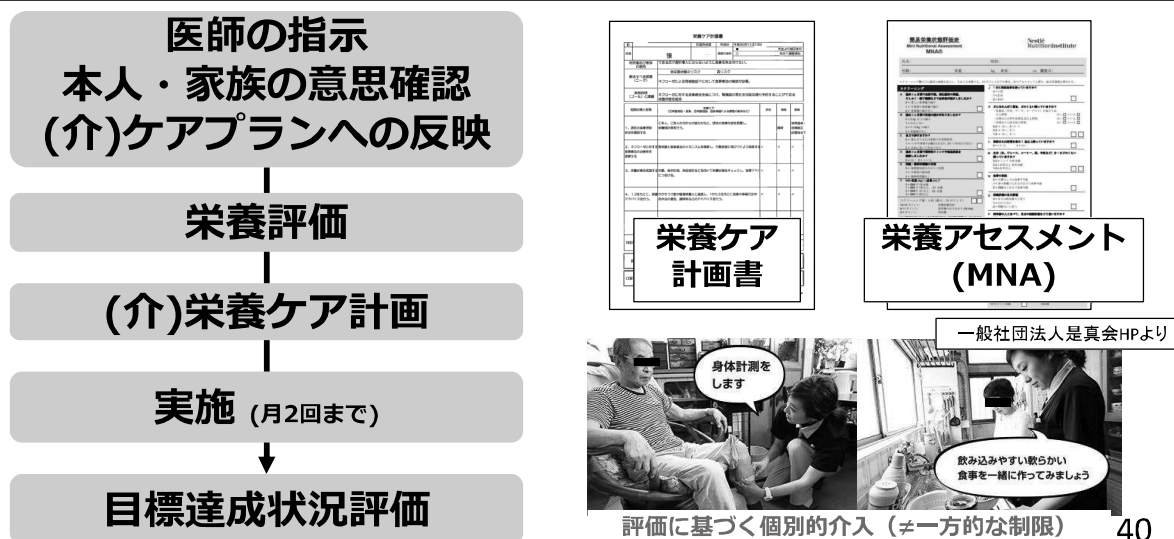
在宅訪問栄養食事指導依頼までの流れ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

39

在宅訪問栄養食事指導依頼後の流れ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

40

「栄養におけるかかりつけ医との連携」

おわりに

1. 高齢者において低栄養は高頻度に認められ、食欲低下、入院、ADL低下・口腔問題等が危険因子となるためリハビリテーション・口腔管理との一体的実施が求められる
2. 低栄養の評価には妥当性のあるスクリーニング法やGLIM基準のような適切な手法を用いることが望まれる
3. 診療報酬・介護報酬においては栄養ケア・ステーションや他の保険医療機関等の管理栄養士と連携して栄養食事指導を実施することが可能である

41

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

口腔における かかりつけ医との連携

北海道大学大学院歯学研究院
口腔健康科学分野
高齢者歯科学教室 准教授

渡 邊 裕

42

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

はじめに

1. 健康と口の関係
2. 口の健康とは
3. 口の健康に関する医科歯科連携

43

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

1. 口と健康寿命との関係

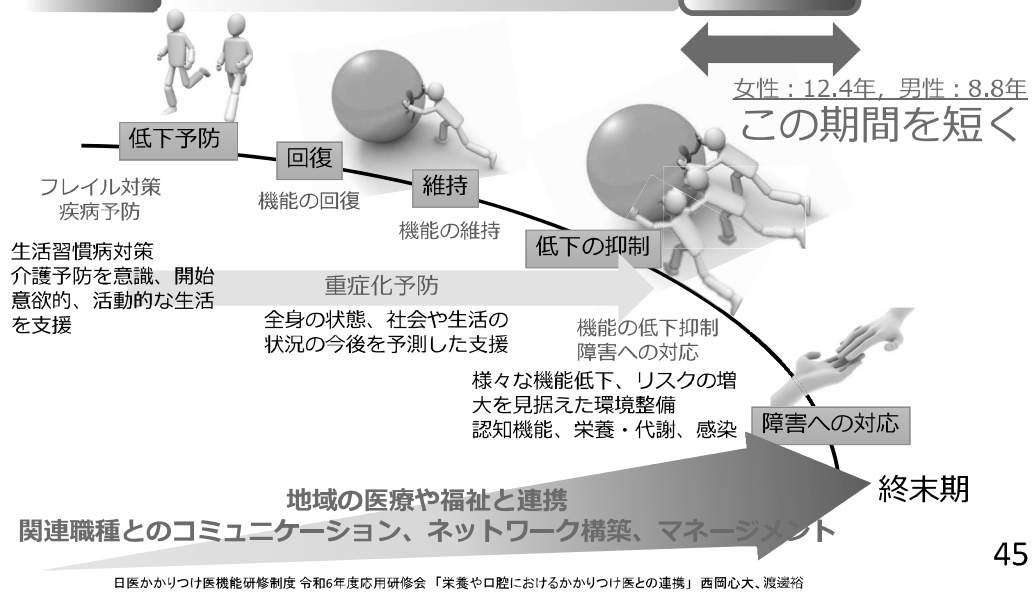
44

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

健康

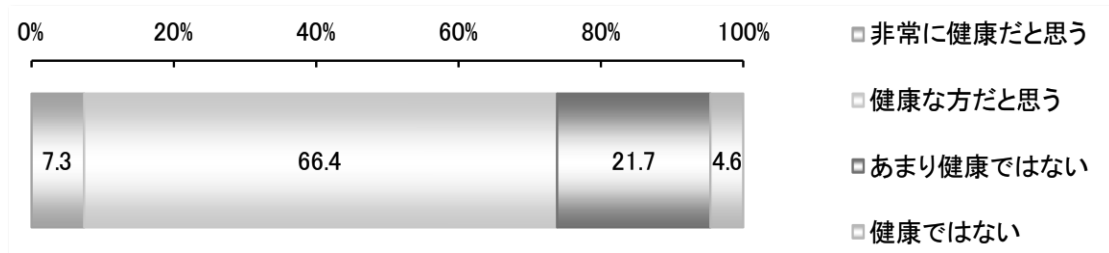
フレイル

要介護



45

普段健康と感じていますか？



健康でないと思っている人は26.3%

厚生労働省「健康意識に関する調査」：https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/001.pdf

46

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

自分が健康だと判断する時に重視すること

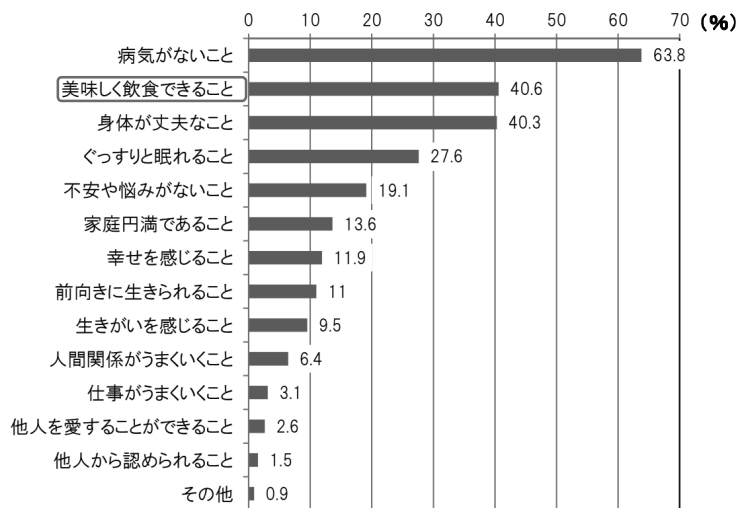
1. 病気がないこと
2. 身体が丈夫なこと
3. ぐっすり眠れること
4. 美味しく飲食できること
5. 不安や悩みがないこと
6. 家庭円満であること
7. 幸せを感じることに
8. 前向きに生きられること

47

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

自分が健康だと判断する時に重視すること

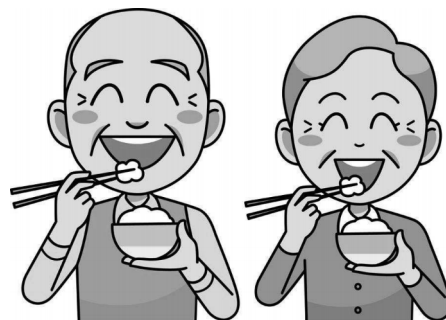


厚生労働省「健康意識に関する調査」： https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/001.pdf

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

48

- ・ 健康の基準は人それぞれ
- ・ 美味しくなんでも食べることができる
- ・ いつまでも健康であるためにも重要



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

49

65歳以上5000人を対象とした 健康余命に関する調査

咀嚼可能な食品	%
さきいか・たくあん	69.1
豚ももゆで・生にんじん・セロリ	12.7
油揚げ・酢だこ・白菜の漬物・乾しぶどう	9.3
ご飯・林檎・つみれ・ゆでたアスパラガス	6.2
バナナ・煮豆・コーンビーフ・ウエハース	1.9
どの食品も噛み切れない	0.8

(1999 年日本大学「健康と生活に関する調査」より)

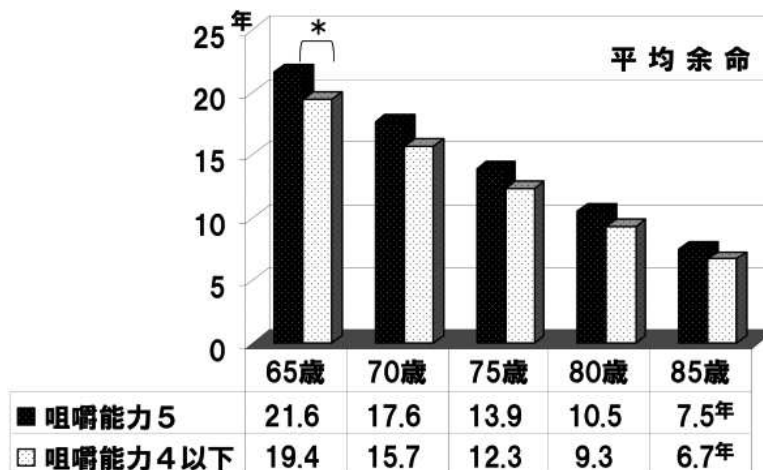
那須郁夫 日補綴会誌 2012

那須 郁夫, 咬合咀嚼は健康長寿にどのように貢献しているのか 咀嚼能力の向上は健康余命を延伸する, 日本補綴歯科学会誌, 4巻, 380-387, 2012.

50

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

咀嚼能力と平均余命の関係



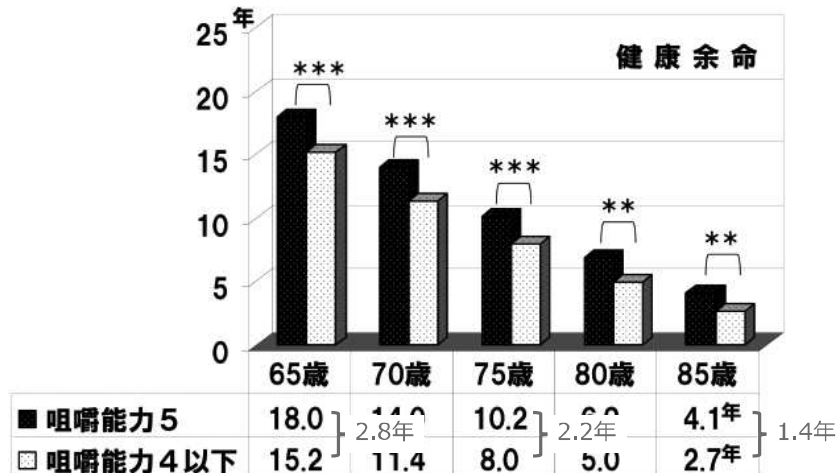
日本大学「健康と生活に関する調査」1999-2003年

那須 郁夫, 咬合咀嚼は健康長寿にどのように貢献しているのか 咀嚼能力の向上は健康余命を延伸する, 日本補綴歯科学会誌, 4巻, 380-387, 2012.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

51

咀嚼能力と健康余命の関係



日本大学「健康と生活に関する調査」1999-2003年

那須 郁夫, 咬合咀嚼は健康長寿にどのように貢献しているのか 咀嚼能力の向上は健康余命を延伸する, 日本補綴歯科学会誌, 4巻, 380-387, 2012.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

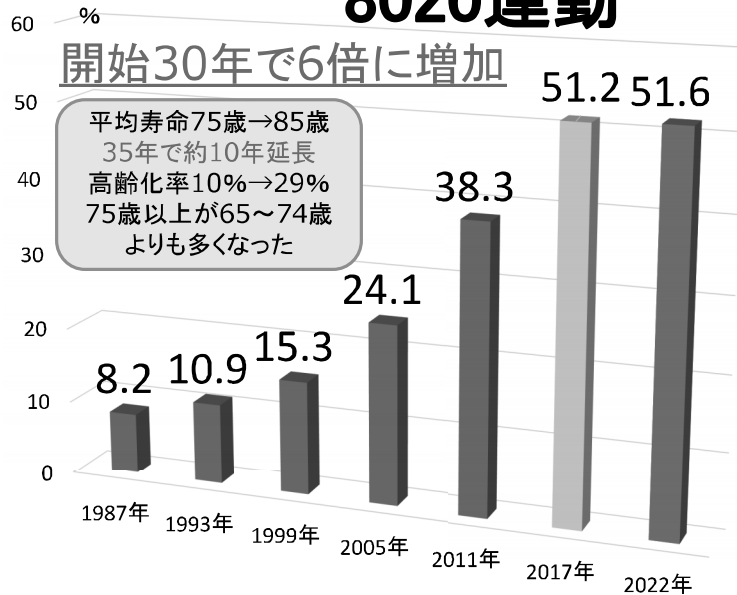
52

2. 口の健康とは

53

8020運動

開始30年で6倍に増加



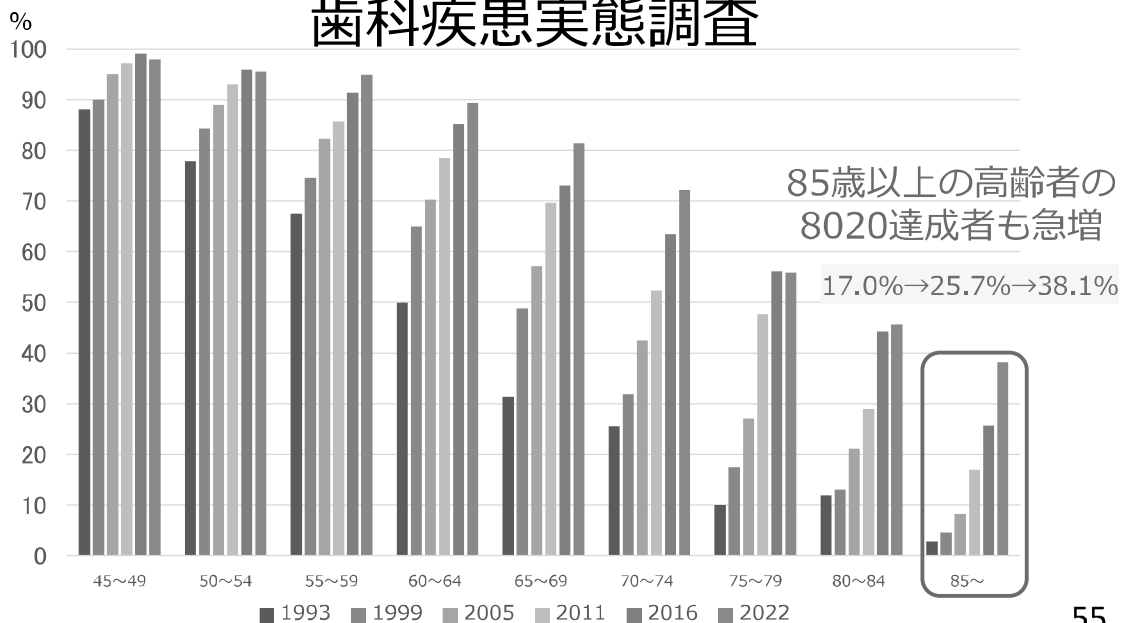
平均寿命75歳→85歳
35年で約10年延長
高齢化率10%→29%
75歳以上が65～74歳
よりも多くなった

多くの歯を有した
高齢者が増加
↓
歯科疾患(う蝕、
歯周病、欠損)の
急増

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

54

歯科疾患実態調査



85歳以上の高齢者の
8020達成者も急増

17.0%→25.7%→38.1%

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

55

歯があれば



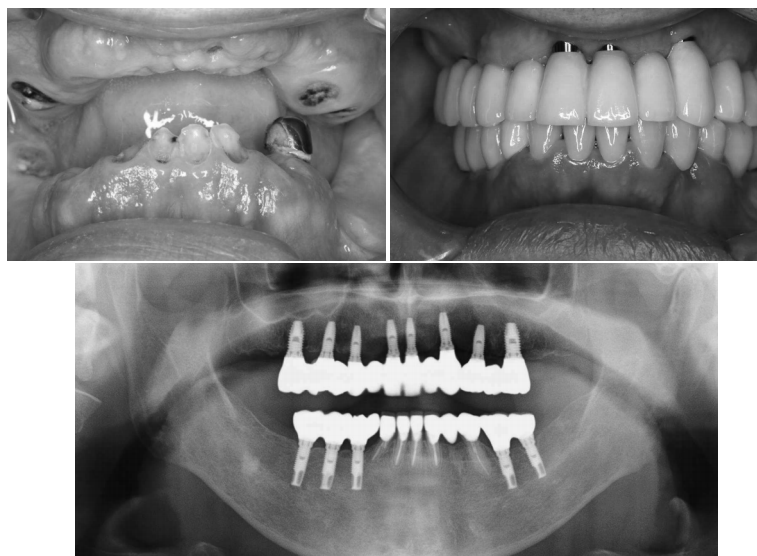
毎日使ってい
る口は老化し
ないでしょう

食べられなく
なることはな
いでしょう

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

56

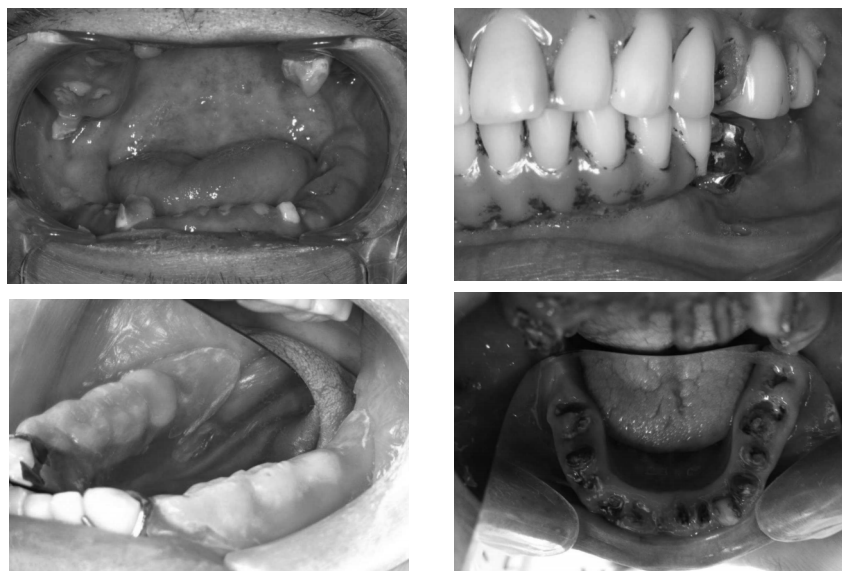
歯科医療技術の進歩



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

57

介護施設では



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

58

寿命の延伸によって



歯があっても食事が摂れない高齢者の増加

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

59

食べる機能

杵：歯・義歯

かえし手
：舌・頬

つき手
：咀嚼筋
咬合力
混和能力

打ち水
：唾液



餅：食塊

臼：口腔

餅米：食物

60

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

食べる機能の低下

杵：歯・義歯

古くなってしっかり
つけなくなる

かえし手
：舌・頬

うまく
返せなくなる

つき手
：咀嚼筋
咬合力

つく力、
能力が落ちる

打ち水
：唾液

少なくなる



餅：食塊

こびりつく
こぼれる

臼：口腔
咀嚼能力

餅米：食物

61-1

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

食べる機能の低下

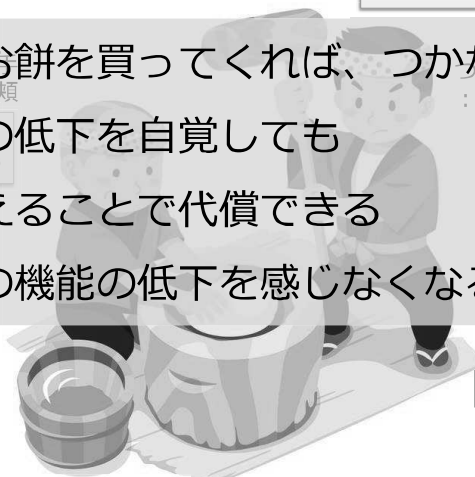
杵：歯・義歯

古くなってしっかり
つけなくなる

最初からお餅を買ってくれば、つかなくて良い
口の機能の低下を自覚しても
食事を変えることで代償できる
やがて口の機能の低下を感じなくなる

打ち水
：唾液

少なくなる



餅：食塊

こびりつく
こぼれる

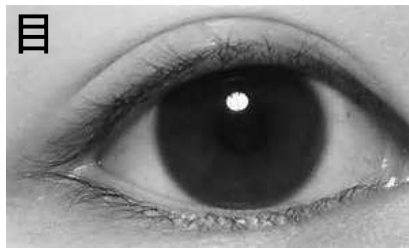
臼：口腔
咀嚼能力

餅米：食物

61-2

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

現在の老化のサイン



62-1

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

現在の老化のサイン



62-2

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

容姿は口の健康の重要な要素



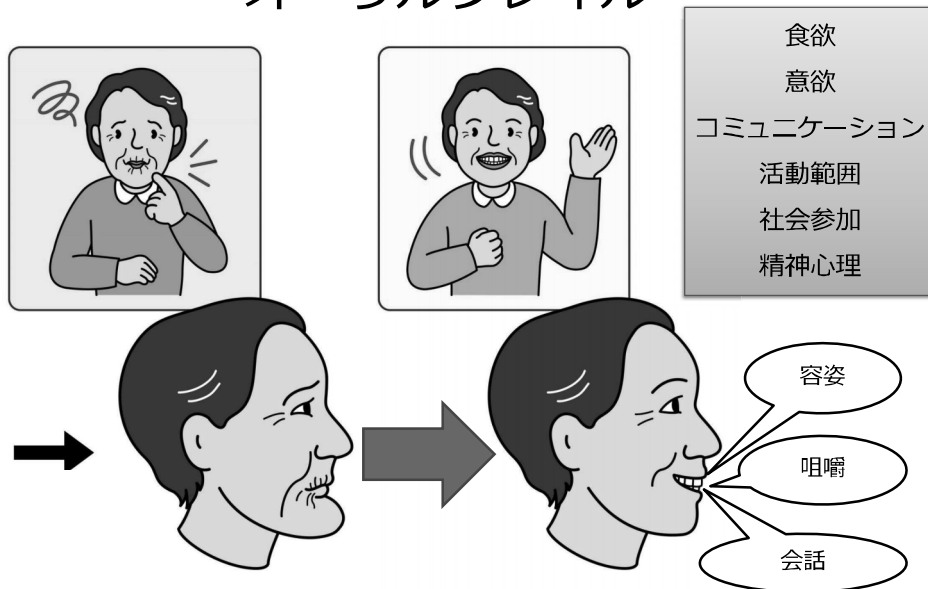
義歯が入っていない状態

義歯を入れた状態

63

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

オーラルフレイル



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

64

地域在住高齢者を対象としたオーラルフレイルと死亡等リスクに関する研究 (柏スタディ)

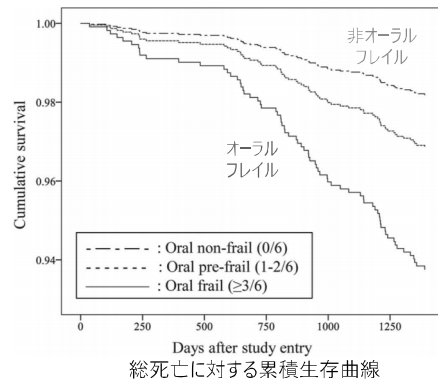
オーラルフレイルを6つの口腔指標の低下で定義

- ① 現在歯数20歯未満
- ② 咀嚼能力：男；14.2、女；10.8 (a*値) 未満
- ③ オーラルディアドコキネシス「タ」：
男；5.2、女；5.4 回/秒未満
- ④ 舌圧：男；27.4、女；26.5 kPa未満
- ⑤ かたいものが食べにくくなりましたか (はい)
- ⑥ お茶や汁物でむせますか (はい)

- ・無該当者：健常者
- ・1-2項目該当者：プレオーラルフレイル
- ・3項目以上該当者：オーラルフレイル

オーラルフレイルと全身状態悪化の関連性

新規発症	HR	95%CI	P-value
身体的フレイル	2.41	(1.27-4.55)	<0.001
サルコペニア	2.13	(1.05-4.58)	0.032
要介護認定	2.35	(1.18-4.67)	0.015
総死亡リスク	2.09	(1.00-4.35)	0.048



年齢や性別、日常生活動作、栄養状態、認知機能などといった要因をすべて考慮

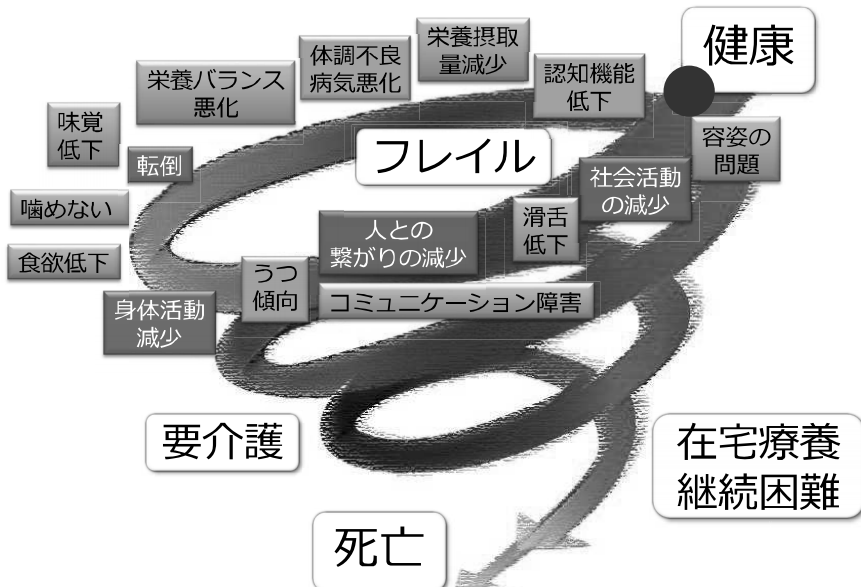
オーラルフレイルはフレイル、サルコペニア、身体機能障害、死亡のすべて発生に影響していた。

Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, Kikutani T, Watanabe Y, Ohara Y, Furuya H, Tsuji T, Akishita M, Iijima K. Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 Nov 17. doi: 10.1093/gerona/glx225.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

65

フレイルリティサイクル (オーラルフレイル版)

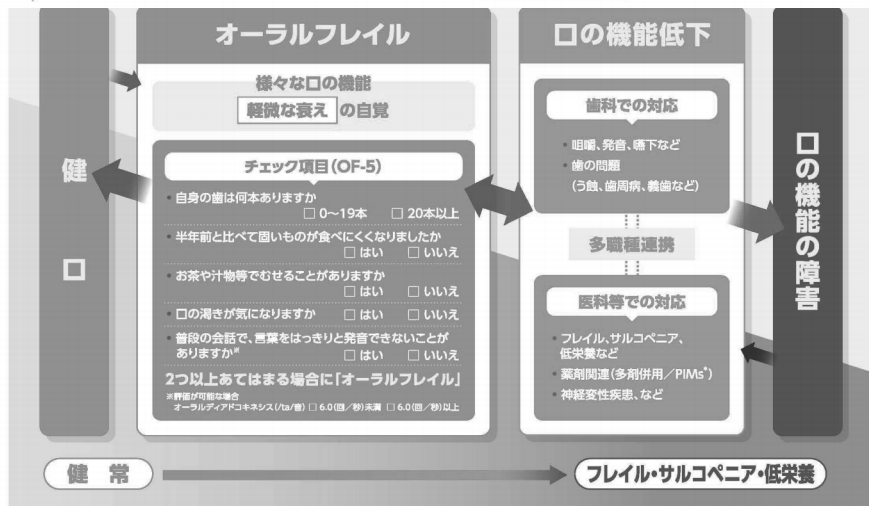


日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

66

★ オーラルフレイル概念図 専門職種向け



オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント：
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/important_info/pdf/20240401_01_01.pdf

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

67

3. 口の健康に関する医科歯科連携

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

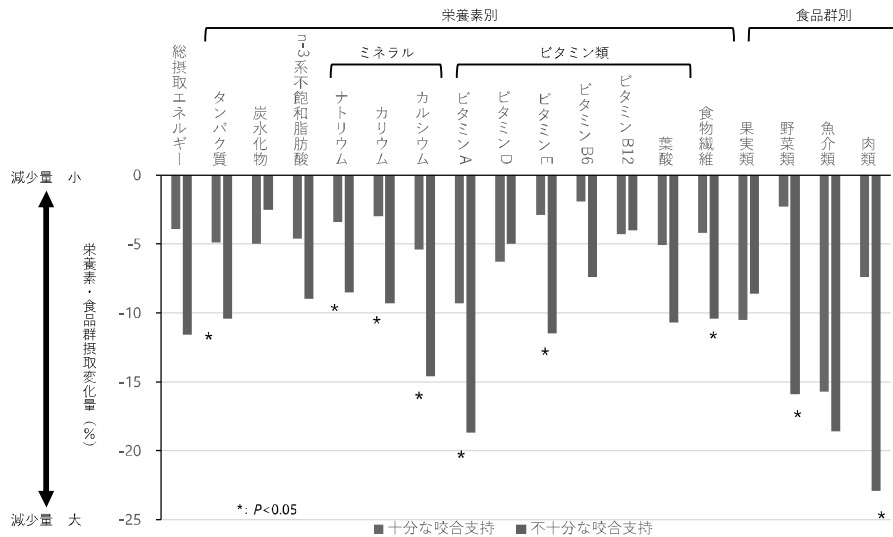
68



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

69

咬合の有無に関する栄養素別、食品群別の摂取量の変化量(%)の比較

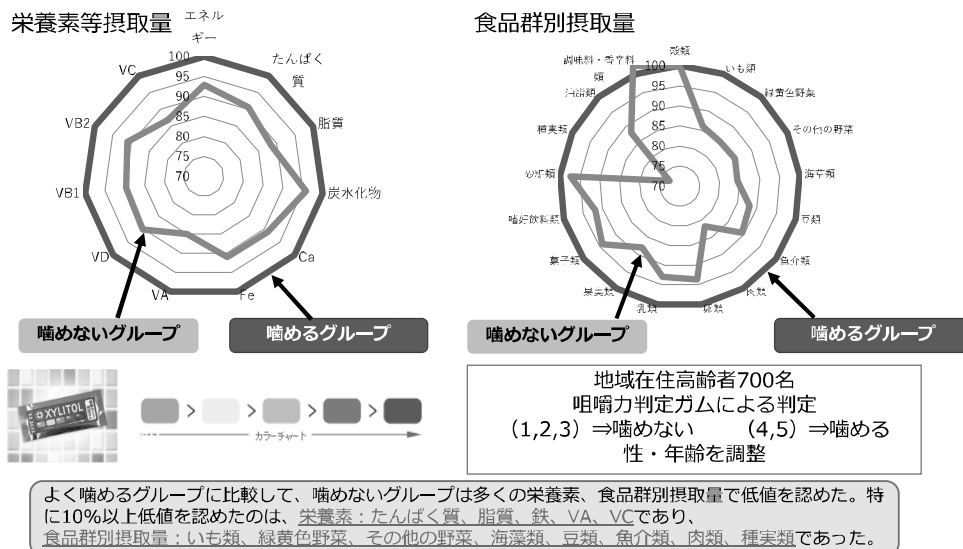


Iwasaki M, Yoshihara A, Ogawa H, Sato M, Muramatsu K, Watanabe R, Ansai T, Miyazaki H. Longitudinal association of dentition status with dietary intake in Japanese adults aged 75 to 80 years. J Oral Rehabil. 2016 Oct;43(10):737-44.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

70

咀嚼力と食品群別・栄養素等別摂取量

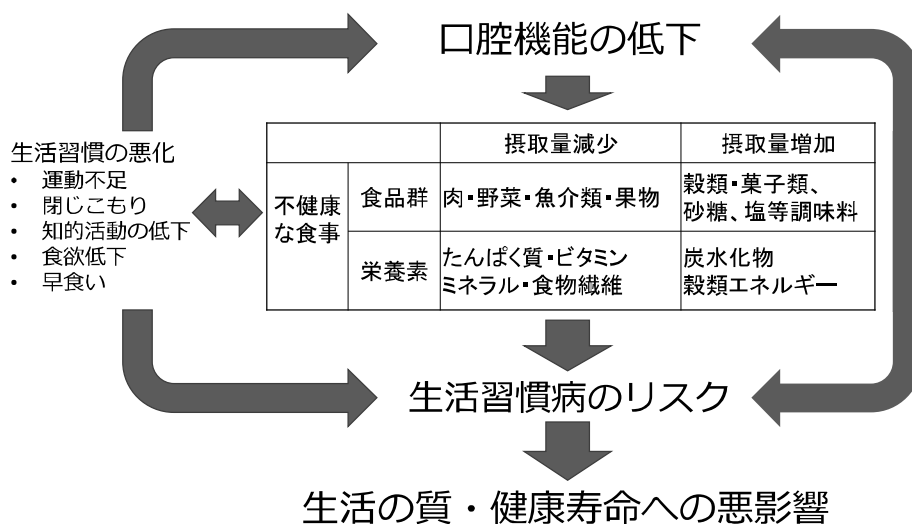


本川 佳子. (2019). 高齢期の栄養ケア 歯科と栄養の連携. 老年歯科医学 34, 81-85.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

71

口腔機能低下による栄養への影響



深井 稜博 編:健康長寿のための口腔保健と栄養をむすぶエビデンスブック 医歯薬出版 東京 2019年より引用 改変 72

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会



Impact of Treating Oral Disease on Preventing Vascular Diseases: A Model-Based Cost-effectiveness Analysis of Periodontal Treatment Among Patients With Type 2 Diabetes

Sung Eun Choi,¹ Corneliu Sima,² and Ankur Pandya³

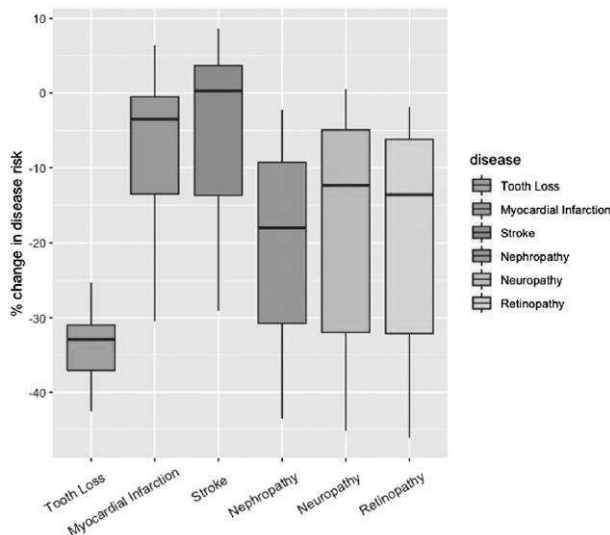
<https://doi.org/10.2337/dc19-1201>

2型糖尿病患者の歯周病を治療すると、合併症が大幅に抑制されるとともに、糖尿病治療全体の費用対効果も向上する可能性が報告

米ハーバード大学歯学部の研究によるもので、米国では保険者の一部が、糖尿病などの慢性疾患患者の歯周病に対する非外科的治療の保険適用を開始した。この研究は、このような口腔疾患の治療適用拡大で期待される、2型糖尿病患者の臨床アウトカムへの影響と費用対効果の検証を試みた。2009～2014年の米国国民健康栄養調査(NHANES)、および2型糖尿病患者を対象に歯周病治療の効果を検討したランダム化比較試験のデータを用いた。

73

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕



歯周病治療の直接的効果として歯の喪失が34.1%抑制された。

糖尿病による腎症が20.5%、神経障害が17.7%、網膜症が19.2%抑制されると推計された。医療費については、治療の適用拡大によって歯周病治療に要するコストが新たに発生するにも関わらず、医療費のトータルコストは患者1人当たり5,904ドル(約65万円)節約された。調整生存年(Quality-adjusted life year ; QALY)が0.6年延長すると予測された。

口腔状態が不良な2型糖尿病患者に歯周病治療を勧めることは、健康状態を改善し、かつ医療費の節約につながり費用対効果が高い

74

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

咀嚼と血糖値との関係

北海道大学の山仲勇二郎准教授と札幌国際大学スポーツ指導学科の大塚吉則教授らの研究グループは、健康成人を対象に、異なる咀嚼回数(1口あたり10回あるいは40回)で食事をした際に食後の血糖値及び血糖値の調節を担う膵ホルモン・インスリンの分泌が朝と夜で異なるかを比較

結果、食後の血糖値は、朝に40回咀嚼を行った条件で最も低くなり、食後30分のインスリン分泌量の上昇に関与することを発見

- よく噛むことが、満腹感が早期に得られ食事が抑えられること
- 食欲に関わるホルモン分泌に影響すること
- 食後のエネルギー消費量を増加させることで肥満の予防につながる

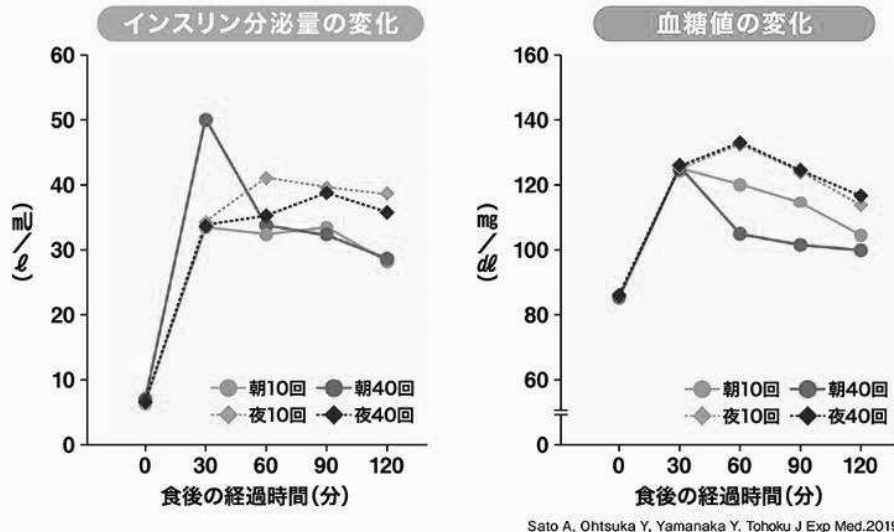
が実証され、よく噛むことによる血糖値の調節作用が1日の中で異なることが明らかになった

「よく噛んで食事をする」という古くから実践されてきた健康な食習慣の根拠が示された。

Sato A, Ohtsuka Y, Yamanaka Y. Morning Mastication Enhances Postprandial Glucose Metabolism in Healthy Young Subjects. *Tohoku J Exp Med.* 2019 Nov;249(3):193-201.

75

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕



朝40回噛んで食べると血糖がすぐに落ちる、インシュリンの分泌もすぐに増加

噛むこと研究室より引用：<https://www.lotte.co.jp/kamukoto/body/1068>

76

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

2024年度診療報酬改定

診療所と200床未満の病院における外来糖尿病診療での指導管理「生活習慣病管理料ⅠまたはⅡ」を行う

生活習慣病管理料の算定要件

糖尿病のある人には歯科への受診勧奨を行う

【13. 糖尿病と歯周病】

CQ13-5歯周治療は血糖コントロールの改善に有効か？

- 2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり、推奨される。【推奨グレードA】

日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン2019」



77

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	☐ できる ☐ できない	・上下の前歯の間に指2本分(縦) 入る程度まで口があかない場合(開口量3 cm以下) には「できない」とする。
2	歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3	舌の汚れ	☐ なし ☐ あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ あり	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較)や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	☐ できる ☐ できない	・本人にしっかりとみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6	むせ	☐ なし ☐ あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の液がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ブクブクうがい※1	☐ できる ☐ できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かさない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留※2	☐ なし ☐ あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	自由記載：		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

78

別紙様式7の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及び地域包括医療保険入院料に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index)

項目	点数	項目	点数
食事	10・5・0	歩行	15・10・5・0
車椅子からベッドへの移動	15・10・5・0	階段昇降	10・5・0
整容	5・0	着脱衣	10・5・0
トイレ動作	10・5・0	移乗コントロール	10・5・0
入浴	5・0	移乗コントロール	10・5・0
合計得点 (／100点)			

栄養状態 栄養状態の評価は、臥床基準を用いて行う。

●栄養スクリーニング

※全ての患者に対して栄養スクリーニングを実施し、栄養リスクのある患者を特定し、特定された栄養スクリーニングツール（例：NUTRIST、NRS-2002、MNA-SFなど）を用いる。

●低栄養診断

栄養状態評価の結果に基づいて、低栄養リスクの有無を判断する。

●重症度判定

重症度評価の結果に基づいて、重症度のレベルを判断する。

臥床基準による判定

□ 低栄養非該当 □ 低栄養（□ 中等度低栄養 □ 重度低栄養）

※ 詳細については、日本臨床栄養学会（JSPEN）ホームページ「臥床基準について」を参照

項目	評価
歯の汚れ	□ なし □ あり
歯肉の腫れ、出血	□ なし □ あり
左右両方の奥歯でしっかりと噛みあはれる	□ できる □ できない
義歯の使用	□ なし □ あり

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

別紙様式12の4 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（通院時）

診療情報提供書

患者氏名 (ふりがな) 性別 年齢 連絡先

1. 療養の現状、経過

(1) 診断名 (生活機能低下の要因となっている疾病又は特定疾病については1, 4記入) 及び発症年月日

(2) 生活機能低下の要因となっている疾病又は特定疾病の経過及び治療内容

(3) 病状等の説明内容と患者の希望

(4) 日常生活の自立度等について

(5) 栄養・口腔に関する情報

(6) 服薬に関する情報

(7) 療養上の工夫 (医療上の留意点、安全の配慮等)

(8) 入院期間

79

別紙様式21

リハビリテーション実施計画書

リハビリテーション実施計画書

患者氏名 性別 年齢 診断名

1. 療養の現状、経過

2. 生活機能低下の要因となっている疾病又は特定疾病の経過及び治療内容

3. 病状等の説明内容と患者の希望

4. 日常生活の自立度等について

5. 栄養・口腔に関する情報

6. 服薬に関する情報

7. 療養上の工夫 (医療上の留意点、安全の配慮等)

8. 入院期間

別紙様式23

リハビリテーション実施計画書

リハビリテーション実施計画書

患者氏名 性別 年齢 診断名

1. 療養の現状、経過

2. 生活機能低下の要因となっている疾病又は特定疾病の経過及び治療内容

3. 病状等の説明内容と患者の希望

4. 日常生活の自立度等について

5. 栄養・口腔に関する情報

6. 服薬に関する情報

7. 療養上の工夫 (医療上の留意点、安全の配慮等)

8. 入院期間

80

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の確認及び情報提供文書

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の確認及び情報提供文書

患者氏名 性別 年齢 診断名

1. 療養の現状、経過

2. 生活機能低下の要因となっている疾病又は特定疾病の経過及び治療内容

3. 病状等の説明内容と患者の希望

4. 日常生活の自立度等について

5. 栄養・口腔に関する情報

6. 服薬に関する情報

7. 療養上の工夫 (医療上の留意点、安全の配慮等)

8. 入院期間

口腔衛生の管理に係る口腔の健康状態の確認

口腔衛生の管理に係る口腔の健康状態の確認

患者氏名 性別 年齢 診断名

1. 療養の現状、経過

2. 生活機能低下の要因となっている疾病又は特定疾病の経過及び治療内容

3. 病状等の説明内容と患者の希望

4. 日常生活の自立度等について

5. 栄養・口腔に関する情報

6. 服薬に関する情報

7. 療養上の工夫 (医療上の留意点、安全の配慮等)

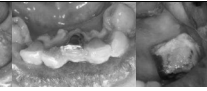
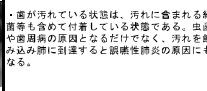
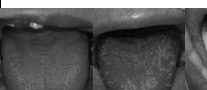
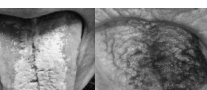
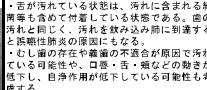
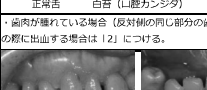
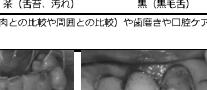
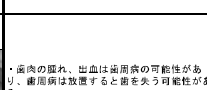
8. 入院期間

81

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

口腔の健康状態の確認 (1/2)

項目番号	項目	評価	評価基準	評価の必要性
1	開口	1.できる 2.できない	・上下の前歯の間に指2本分(縦) 入る程度まで口があかない場合(開口量3cm以下)には「2」につける。  指2本分(縦) 入る  指2本分(縦) 入らない	・開口できない場合は、口腔の健康状態の確認は行えないことから、歯科医師等との連携は必須。 ・開口保持ができない場合は、口輪筋機能不全となる可能性が高い。また、舌骨上筋群の筋力低下から嚥下障害も疑われる。
2	歯の汚れ	1.なし 2.あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「2」につける。  乾拭した汚れ  歯の根元と歯に白色の汚れ  歯石  歯全体に汚れ	・歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み腸に到達すると炎症性腸炎の原因にもなる。 ・歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合は、歯と歯の間に付着している可能性や、口唇・舌などの動きが低下し、自浄作用が低下している可能性も考慮する。 ・口腔カンジダ症や貧血など免疫低下や低栄養といった全身の問題も疑われる。
3	舌の汚れ	1.なし 2.あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「2」につける。  正常舌  白苔(口腔カンジダ)  茶(舌苔、汚れ)  黒(黒毛舌)	・舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み腸に到達すると炎症性腸炎の原因にもなる。 ・舌の存在や歯との不適合が原因で汚れている可能性や、口唇・舌などの動きが低下し、自浄作用が低下している可能性も考慮する。 ・口腔カンジダ症や貧血など免疫低下や低栄養といった全身の問題も疑われる。
4	歯肉の腫れ、出血	1.なし 2.あり	・歯肉が腫れている場合(反対側の同じ部分の歯肉との比較や同側との比較)や歯周ポケットの深さに出血する場合は「2」につける。  健全な歯肉  腫れた歯肉  腫れて出血した歯肉	・歯肉の腫れ、出血は歯周炎の可能性があり、歯周炎は放置すると歯を失う可能性がある。 ・歯周病の悪化は糖尿病等の全身疾患との関連も報告されている。

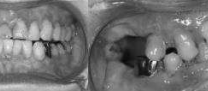
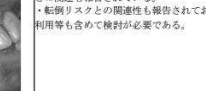
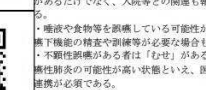
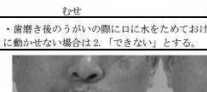
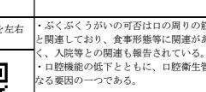
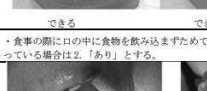
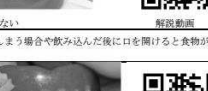
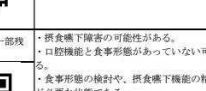
入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方

<https://www.iads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf> (日本歯科医学会)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

82

口腔の健康状態の確認 (2/2)

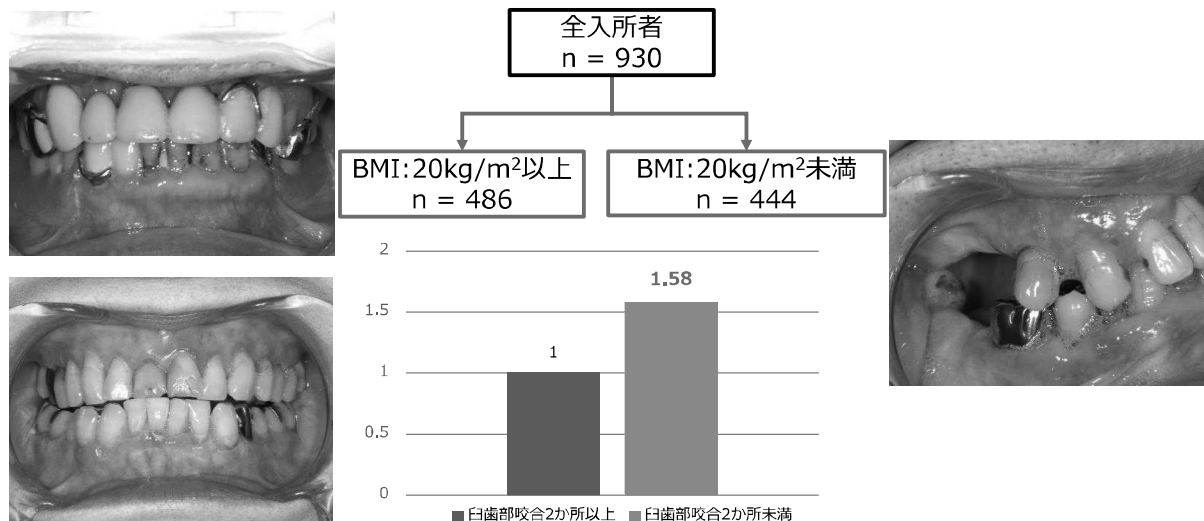
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	1.できる 2.できない	・奥歯がない部分がなくとも、本人にしっかりとみしめられないとの訴えがある場合や、義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「2.できない」とする。  奥歯がない部分がある  奥歯がない部分がある  奥歯がない部分がある	・奥歯がない場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連するだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。 ・転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。
6	むせ	1.なし 2.あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかに「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなる等がある場合は「2.あり」とする。  むせ  呼吸切迫  解説動画	・摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連するだけでなく、入院等との関連も報告されている。 ・唾液や食物等を誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の検査や訓練等が必要となる場合もある。 ・不顕性肺炎の可能性がある場合は「むせ」がある者よりも顕性肺炎の可能性が高い状態といえ、医療機関との連携が必須である。
7	ぶくぶくがよい ^{※1}	1.できる 2.できない	・嚥下後のうがいの際に口に水をためておけない場合や喉を咽ませない場合や咽まされた喉を左右に動かさない場合は「2.できない」とする。  できる  できない  解説動画	・ぶくぶくがよいの可否は口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連するだけでなく、入院等との関連も報告されている。 ・口腔機能の低下とともに、口腔衛生管理が困難となる原因の一つである。
8	食物のため込み、残留 ^{※2}	1.なし 2.あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「2.あり」とする。  食物が残っている  義歯に食物がついている  解説動画	・摂食嚥下障害の可能性があり、口腔機能と食事形態が関係している可能性がある。 ・食事形態の検討や、摂食嚥下機能の検査、訓練等が必要な状態である。

入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方 <https://www.iads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

83
(日本歯科医学会)

臼歯部の咬合と低BMIとの関連 (介護保険施設入所者)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

84



入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方 <https://www.iads.jp/assets/pdf/basic/r06/document-240325.pdf> (日本歯科医学会)

85

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

- ・ 項目1－8について「あり」または「できない」が1つでもある場合 歯科疾患がある可能性が高く、更なる悪化や誤嚥性肺炎などの全身疾患への進行を防ぐために、歯科医師等による確認が必要。
- ・ その他の項目等も含め、判断が難しい場合には一度、歯科医師等に相談することが望ましい。

病院に入院している患者等においては、患者の主治の医師に口腔の健康状態の評価結果を報告し、その上で歯科医療機関との連携が必要であると判断された場合は、患者や家族の意向等を踏まえ、かかりつけ歯科医等に口腔の健康状態の評価結果等の情報提供を行い連携する。

86

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

かかりつけ医の日常診療において 口腔に関してどのような指導・アドバイスがあるか

口の問題によって

- ・ 人と会うこと、外出を避ける
- ・ 口をあけて笑えない、食べられない、話せない
- ・ 噛めない、美味しくない、食事が面倒
- ・ 軟らかいものばかり食べる
- ・ 食事のバランスが悪い
- ・ さらに口の機能が低下する



87

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

かかりつけ医の日常診療において 口腔に関してどのような指導・アドバイスがあるか

口の問題を解決して

- 積極的に外出して人と会う
- 大きく口を動かして、笑う、食べる、話す
- 1日1回は硬いものをしっかり噛んで美味しく食べる
- 毎日しっかり歯をみがく
- 1年に1回は歯科で定期健診を受ける



88

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

口腔の問題への対応

適切なリハビリの処方というよりも

- 口腔の問題を自覚してもらうこと
- 口腔の問題が全身に及ぼす影響を理解してもらうこと
- 日常の会話、食事、表情において口腔を意識してもらうこと

口腔の機能は生きるために必要な機能
毎日意識して使うことが最良のリハビリ

89

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

「口腔における かかりつけ医との連携」

おわりに

1. 口は身体の一部であり、口の健康は身体の健康を支える重要な要素の一つです。
2. 「食べる」「話す」「笑う」はWell-beingの良い指標であり、これらを支えるという目標は、チームで共有しやすい。
3. 最後まで「食べる」「話す」「笑う」ことができれば、健康寿命を全うできたといえるのではないのでしょうか。

90

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」西岡心大、渡邊裕

かかりつけ医の脂質異常症管理

【目 標】

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版の主な変更点は、①随時（非空腹時）のトリグリセライドの基準値の設定、②絶対リスク評価手法として冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞を合わせた動脈硬化性疾患をエンドポイントとした久山町研究のスコアの採用、③糖尿病があってハイリスク例の LDL コレステロール（LDL-C）の管理目標値変更、④二次予防の対象として冠動脈疾患に加えてアテローム血栓性脳梗塞も追加、⑤二次予防ハイリスク例の LDL-C の目標値 70mg/dL 未満の明確化、⑥脂質異常症検査や続発性脂質異常症など項目の追加などである。

令和 6 年度診療報酬改定では特定疾患療養管理料の見直しがあり、高血圧症、脂質異常症（家族性高コレステロール血症など遺伝性疾患を除く）、糖尿病の 3 疾患において、特定疾患療養管理料の対象疾患から除外された。一方で、生活習慣病に係る医学管理料の見直しがあり、これまでの生活習慣病管理料は生活習慣病管理料（Ⅰ）となり一部改定され、さらに検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333 点、月 1 回に限る。）が新設されている。このⅡについては、許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限定して適用される。生活習慣病管理料についての要件及び評価の見直しとは、①療養計画書の簡素化とともに、電子カルテ情報共有サービスを活用すれば血液検査項目についての記載を不要とする、②診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする、③少なくとも 1 月に 1 回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する、以上の他に、多職種と連携することを望ましい要件とし、糖尿病患者に対しては歯科受診を推奨するとしている。

本ガイドラインに加えて、実地医家等の臨床医から看護師・保健師・管理栄養士などのメディカルスタッフにも活用いただける脂質異常症診療ガイド 2023 が発刊されており、脂質異常症の日常診療に参考となる。

【キーワード】

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022、脂質異常症診療ガイド 2023、特定疾患療養管理料改定、生活習慣病管理料改定

よしだ ひろし
東京慈恵会医科大学附属柏病院 病院長・教授 吉田 博

東京慈恵会医科大学 臨床検査医学講座 教授
東京慈恵会医科大学大学院 代謝・栄養内科学 教授
学校法人慈恵大学 理事

【略歴】1987 年防衛医科大学卒。同年より、防衛医大病院研修医、レジデント、1994～1998 年防衛医科大学医学研究科内科学第一講座循環器病学専攻、1996～1998 年米国カリフォルニア大学サンディエゴ校医学部動脈硬化研究センター、2001 年東京慈恵会医科大学内科学講座助手、2003 年同内科学講座講師、東京慈恵会医科大学附属柏病院内科総合診療部診療医長、2006 年同中央検査部診療部長、2007 年東京慈恵会医科大学臨床検査医学講座准教授／大学院代謝栄養内科学准教授（併任）、2010 年東京慈恵会医科大学附属柏病院副院長を経て、2013 年より東京慈恵会医科大学臨床検査医学講座教授／大学院代謝栄養内科学教授を現在まで併任。2022 年東京慈恵会医科大学附属柏病院病院長・学校法人慈恵大学理事、2023 年文教大学ウェルネス&未病リサーチセンターセンター長を併任。

【専門医など】内科学会（認定医、専門医、指導医）、循環器学会（専門医）、動脈硬化学会（専門医、指導医）、臨床検査医学会（専門医、管理医）、老年医学会（専門医、指導医）、臨床栄養学会（指導医）、未病学会（認定医）、臨床薬理学会（特別指導医）、臨床化学会（臨床化学者）

【理事、評議員など】動脈硬化学会(理事)、臨床検査医学会(常任理事)、臨床化学会(常務理事)、栄養食糧学会(顧問・元代表理事・会長)、臨床栄養学会(副理事長)、機能的食品医学会(理事長)、未病学会(理事長)、日本医学会評議員、生活習慣病予防協会（顧問）、アジア栄養学連合（前理事）、米国内科学会 FACP、米国内臓協会 FAHA 等

かかりつけ医の脂質異常症管理

東京慈恵会医科大学附属柏病院
病院長・教授

吉 田 博

1. 動脈硬化性疾患ガイドライン2022 主な概要

1

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

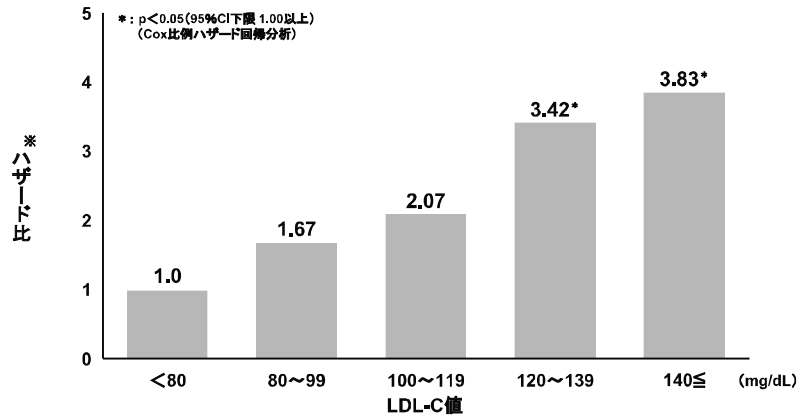
序章

2017年版ガイドラインからの変更点

1. 随時（非空腹時）のトリグリセライド（TG）の基準値を設定した。
2. 脂質管理目標値設定のための動脈硬化性疾患の絶対リスク評価手法として、冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞を合わせた動脈硬化性疾患をエンドポイントとした久山町研究のスコアが採用された。
3. 糖尿病がある場合のLDL コレステロール（LDL-C）の管理目標値について、末梢動脈疾患、細小血管症（網膜症、腎症、神経障害）合併時、または喫煙ありの場合は 100 mg/dL 未満とし、これらを伴わない場合は従前どおり120 mg/dL 未満とした。
4. 二次予防の対象として冠動脈疾患に加えてアテローム血栓性脳梗塞も追加し、LDL コレステロールの管理目標値は 100 mg/dL 未満とした。さらに二次予防の中で、「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞の合併」の場合は、LDL コレステロールの管理目標値は70 mg/dL 未満とした。
5. 近年の研究成果や臨床現場からの要望を踏まえて、新たに下記の項目を掲載した。
 - ① 脂質異常症の検査
 - ② 潜在性動脈硬化（頸動脈超音波検査の内中膜複合体や脈波伝播速度、CAVI: Cardio Ankle Vascular Index、などの現状での意義付）
 - ③ 非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）、非アルコール性脂肪肝炎（NASH）
 - ④ 生活習慣の改善、に飲酒の項を追加
 - ⑤ 健康行動理論に基づく保健指導
 - ⑥ 慢性腎臓病（CKD）のリスク管理
 - ⑦ 続発性脂質異常症

2

LDL-C値と心筋梗塞発症リスクとの関連(CIRCS研究)

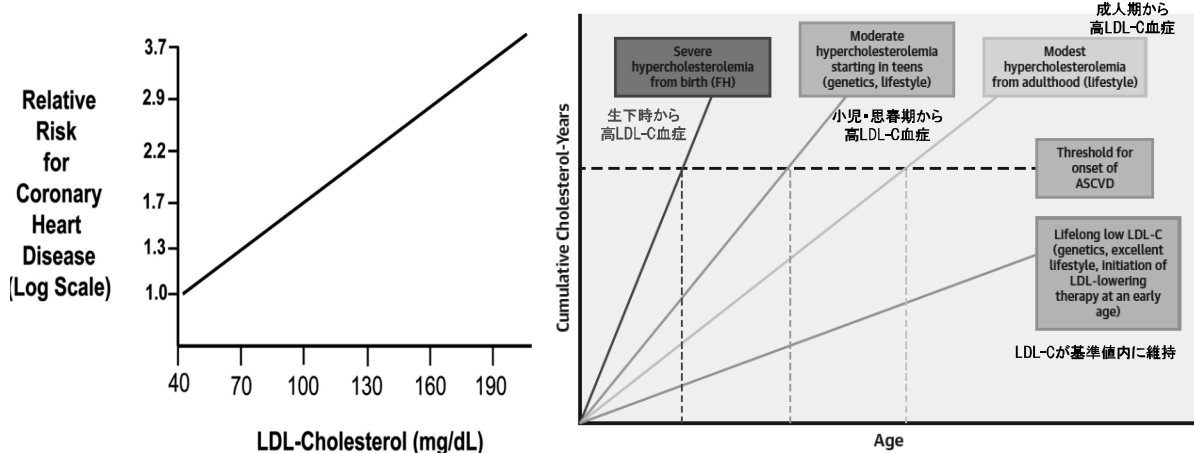


※ 性別、年齢、血圧、降圧薬服用、血糖値、BMI、喫煙、飲酒、脂質低下薬服用、HDL-C値、トリグリセリド、絶食状態、登録年、地域で補正
 【対 象】 日本国内4地域の居住者8131名(追跡期間中央値: 21.9年)
 【方 法】 ベースライン時のLDL-C値(80mg/dL未満、80~99mg/dL、100~119mg/dL、120~139mg/dL、140mg/dL以上)と心筋梗塞発症のリスク(ハザード比)との関連を検討した。
 Imano H et al.: Prev Med, 2011; 52(5): 381-386, より作図

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

3

LDL-C値は高いほどCHDリスクが高い 累積LDL-CがASCVDの発症を早くさせる



Grundey SM, et al. Circulation 2004;110:227-39.

Makova ME, Shapiro MD, Toth PP. Am J Prevent Cardiol 2022; 12: 100371
 Shapiro MD, Bhatt DL. J Am Coll Cardiol 2020;76:1517-20

4

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

第2章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク評価

1 危険因子の評価

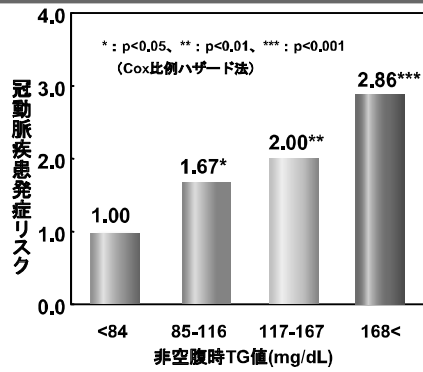
表2-1 脂質異常症診断基準

LDL コレステロール	140 mg/dL 以上	高 LDL コレステロール血症
	120~139 mg/dL	境界域高 LDL コレステロール血症 **
HDL コレステロール	40 mg/dL 未満	低 HDL コレステロール血症
トリグリセリド	150 mg/dL 以上 (空腹時採血 *)	高トリグリセリド血症
	175 mg/dL 以上 (随時採血 *)	
Non-HDL コレステロール	170 mg/dL 以上	高 non-HDL コレステロール血症
	150~169 mg/dL	境界域高 non-HDL コレステロール血症 **

- * 基本的に10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。空腹時であることが確認できない場合を「随時」とする。
 ** スクリーニングで境界域高 LDL-C 血症、境界域高 non-HDL-C 血症を示した場合は、高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する。
 ● LDL-C は Friedewald 式 (TC-HDL-C-TG/5) で計算する (ただし空腹時採血の場合のみ)。または直接法で求める。
 ● TG が 400 mg/dL 以上や随時採血の場合は non-HDL-C (=TC-HDL-C) か LDL-C 直接法を使用する。ただしスクリーニングで non-HDL-C を用いる時は、高 TG 血症を伴わない場合は LDL-C との差が +30 mg/dL より小さくなる可能性を念頭においてリスクを評価する。
 ● TG の基準値は空腹時採血と随時採血により異なる。
 ● HDL-C は単独では薬物介入の対象とはならない。

5

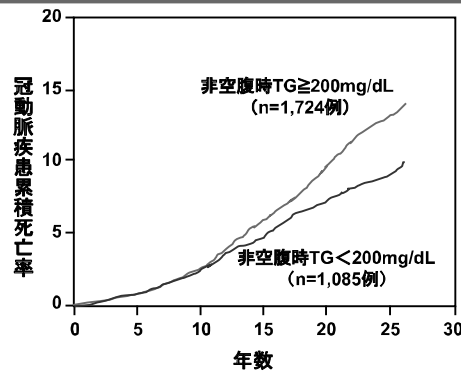
食後TG値と冠動脈疾患リスク



補正項目: 年齢、性別、BMI、TC、喫煙、高血圧、飲酒、血清グルコース、食後の経過時間

冠動脈疾患の既往がない40~69歳の日本人11,068例において前向きに、血清TG値と冠動脈疾患発症との関係について、血清TG値の四分位での相対危険度を検討した(平均観察期間: 15.5年間)。
【疫学成績】

Iso H, et al., Am J Epidemiol, 2001;153,5,490-9.



補正項目: 年齢、BMI、LDL-C、血圧、血糖等

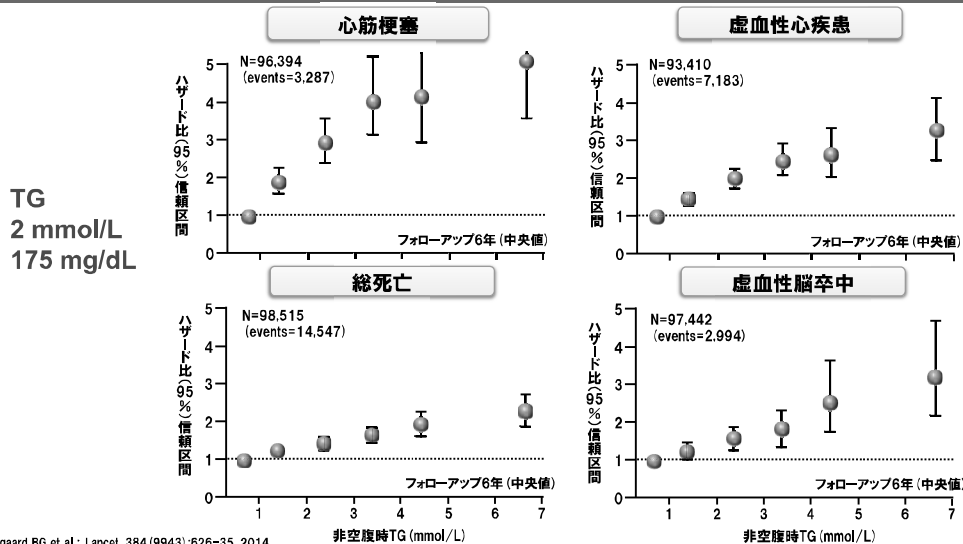
MRFITに参加した男性12,866例のうち、TG関連の記録のある2,809例を非空腹時200mg/dL以上と未満の2群に分け、冠動脈疾患死亡率を検討した(観察期間: 25年間)

Eberly LE, et al. Arch Intern Med, 2003;163,9,1077-83.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

6

非空腹時中性脂肪と心血管イベントリスクの関係 (Copenhagen City Heart Study / Copenhagen General Population Study)



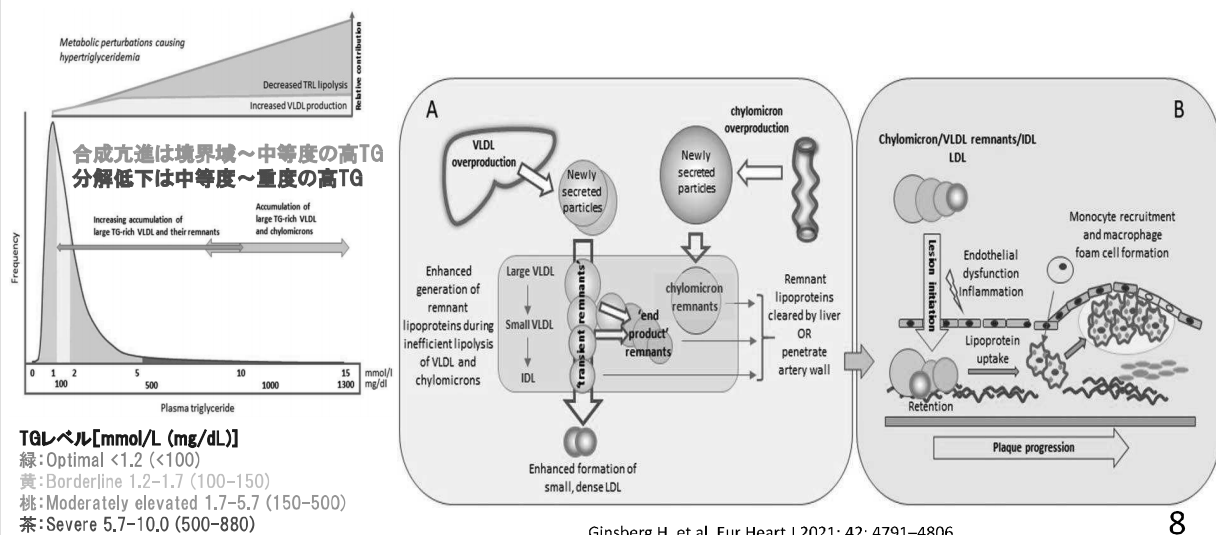
Nordestgaard BG et al. Lancet. 384 (9943):626-35, 2014.

方 法:Copenhagen City Heart StudyおよびCopenhagen General Population Studyを統合解析し、非空腹時中性脂肪と脳心疾患の関係について検討を行った。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

7

高TG血症:レムナントリポ蛋白の生成と動脈硬化惹起性



Ginsberg H, et al. Eur Heart J 2021; 42: 4791-4806

8

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

国内のコホート研究に基づく動脈硬化性疾患の絶対リスク予測ツール

コホート名	リスク評価 方式	リスク評価 期間	評価に用いている危険因子	アウトカム
1 吹田研究 (14)	スコアリング テーブル	10年	年齢、性別、収縮期血圧、拡張期血圧、HDL-C、non-HDL-C、LDL-C (F式)、糖尿病、喫煙、尿蛋白、心電図所見【心房細動、左室肥大】(心電図の有無でツールを作成)	循環器疾患発症・死亡 (虚血性心疾患、脳卒中【含出血】)
2 JALS研究 (15)	スコアリング テーブル	5、10年	性別、年齢、BMI、HDL-C、血圧ステージ (降圧薬の有無別)、eGFR、non-HDL-C (心筋梗塞モデルのみ)、糖尿病、喫煙、心房細動の有無 (心房細動を含まないモデルも作成)	心筋梗塞発症、心筋梗塞+脳卒中発症 (含出血)、全循環器疾患死亡
3 久山町研究 (16)	スコアリング テーブル	10年	性別、年齢、収縮期血圧、糖尿病、HDL-C、喫煙、運動	脳卒中 (含出血)、虚血性心疾患、循環器疾患
4 EPOCH-JAPAN (13)	スコアリング テーブル	10年	性別、log-年齢、喫煙、糖尿病、尿蛋白、log-収縮期血圧、log-TG/HDL-C、log-年齢×log-収縮期血圧、log-年齢×喫煙	虚血性心疾患、脳卒中 (含出血)、循環器疾患死亡
5 久山町研究 (17)	スコアリング テーブル	10年	性別、年齢、収縮期血圧、糖尿病、HDL-C、LDL-C (F式)、尿蛋白、喫煙、運動	動脈硬化性疾患 (虚血性心疾患、アテローム血栓性脳梗塞) の発症

①吹田研究は冠動脈疾患と出血を含む脳卒中のアウトカムであり、そのなかで冠動脈疾患のみを対象として、吹田スコアが構築され、それに基づき、JASガイドライン2017のスコアリングが設定された。

②欧米のリスクスコアは冠動脈疾患と脳血管障害が合わさっている。

③久山町研究では出血性脳卒中やラクナ梗塞を除き、アテローム血栓性脳梗塞のみを取り出して冠動脈疾患と合わせた複合アウトカムである。



冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞というASCVDをアウトカムとする久山町研究のリスクスコアを採用

吹田研究
non-HDL-Cが $\geq 170\text{mg/dL}$ 以上/未満、そしてLDL-Cが $\geq 140\text{mg/dL}$ 以上/未満の組み合わせ: LDL-Cは2値

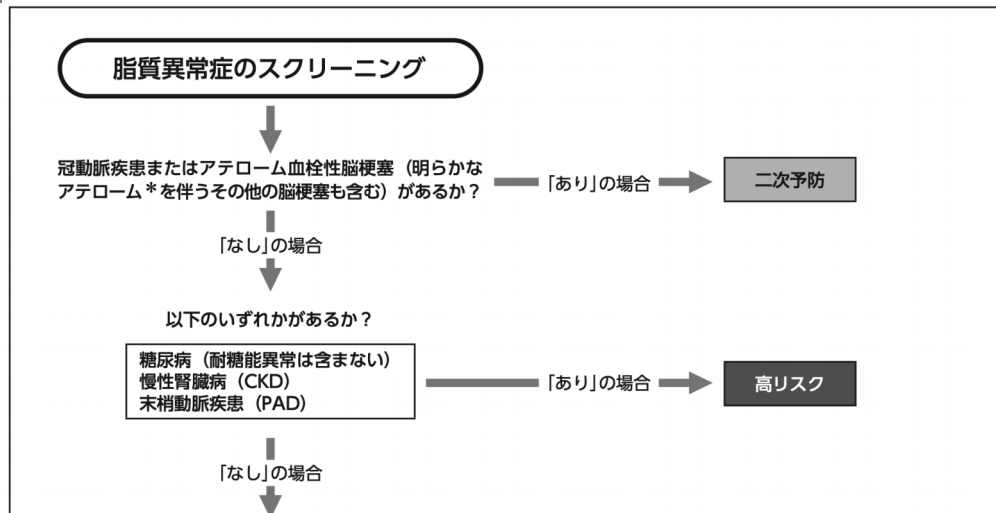
久山町研究
120mg/dL未満(基準)、120-139mg/dL、140-159mg/dL、160mg/dL以上に分類され、その基準値は2017年版の管理目標値に沿った値

9

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

1 動脈硬化性疾患の絶対リスクと脂質管理目標値



10

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会 (編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

5 主要な高リスク病態への対応

5.2 糖尿病

FQ 23	糖尿病患者では、早期から血糖、脂質値、血圧値の厳格な管理を包括的に行うことが推奨されるか？	エビデンス レベル	推奨 レベル
●	糖尿病患者では、リスク因子が重複することが多いため、早期から血糖値のみならず脂質値、血圧値の厳格な管理を包括的に行うことを推奨する。	1	A
FQ 24	糖尿病患者では、PAD、細小血管症（網膜症、腎症、神経障害）合併時、または喫煙ありの場合、LDL コレステロール以外の危険因子の管理と共に厳格なLDL コレステロールの管理が推奨されるか？	エビデンス レベル	推奨 レベル
●	糖尿病患者では、PAD、細小血管症（網膜症、腎症、神経障害）合併時、または喫煙ありの場合、LDLコレステロール以外の危険因子の管理と共にLDLコレステロール 100 mg/dL 未満を目標とする管理を提案する。	1	B

11

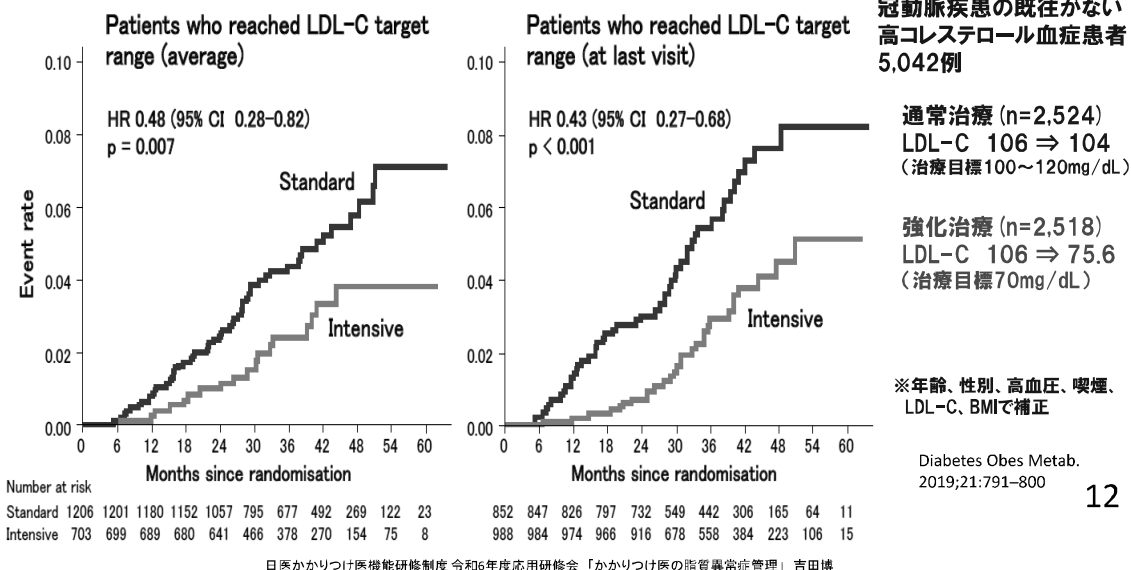
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会 (編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会



包括的なリスク管理：基本は食事療法、身体活動度増強、禁煙

糖尿病患者では、早期から血糖、脂質値、血圧値の厳格な管理を包括的に行うことが推奨されるか？

糖尿病患者では、リスク因子が重複することが多いため、早期から血糖値のみならず脂質値、血圧値の厳格な管理を包括的に行うことを推奨する。(エビデンスレベル:1、推奨レベル:A)

- ✓ わが国の高齢者を対象にしたJ-EDIT研究
脳卒中発症リスクはHbA1c 7.0~8.4%の群に対して HbA1c8.5%以上の群で2.63倍と上昇
HbA1c7.0%未満の群でも2.35倍と上昇

- ✓ 一次予防2型糖尿病患者を対象にしたJDCS
冠動脈疾患においてはLDL-CとTG、脳卒中においては収縮期血圧が危険因子

- ✓ JDCS冠動脈疾患発症アウトカム解析
LDL-Cが+1SD上昇 ⇒ ハザードリスクは1.49倍
TGの対数値が+1SD上昇 ⇒ 冠動脈疾患が54%増加
Sone H et al J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(11):3448-56.

- ✓ メタ解析:スタチンによるLDL-C低下療法
糖尿病患者の冠動脈疾患死亡リスク、心血管疾患発症リスク、脳梗塞発症リスクを大きく減少させ、その効果は非糖尿病患者と同程度であった
- 13

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

第2章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク評価

1 危険因子の評価

1.4 耐糖能異常

BQ 6	非糖尿病患者の成人において血糖・HbA1c は動脈硬化性疾患の発症・死亡と関連するか？	エビデンスレベル E-1b
-------------	---	------------------

非糖尿病患者の成人において、耐糖能異常を有し血糖やHbA1c が上昇すると、動脈硬化性疾患の発症・死亡リスクが高まる。

BQ 7	冠動脈疾患の既往のない糖尿病患者において家族性高コレステロール血症、非心原性脳梗塞、PAD、細小血管症合併、喫煙、血糖コントロール不良状態の持続が冠動脈疾患のリスクを上昇させるか？	エビデンスレベル E-1a
-------------	--	------------------

冠動脈疾患の既往のない糖尿病患者において家族性高コレステロール血症、非心原性脳梗塞、PAD、細小血管症合併、喫煙、血糖コントロール不良状態の持続が冠動脈疾患のリスクを上昇させる。

14

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

1 動脈硬化性疾患の絶対リスクと脂質管理目標値

①性別	ポイント	④血清 LDL-C	ポイント	ポイント合計	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳
女性	0	<120 mg/dL	0		<1.0%	<1.0%	1.7%	3.4%
男性	7	120～139 mg/dL	1		<1.0%	<1.0%	1.9%	3.9%
②収縮期血圧	ポイント	140～159 mg/dL	2		<1.0%	<1.0%	2.2%	4.5%
		160 mg/dL ～	3		<1.0%	1.1%	2.6%	5.2%
		<120 mmHg	0		<1.0%	1.3%	3.0%	6.0%
		120～129 mmHg	1		<1.0%	1.4%	3.4%	6.9%
		130～139 mmHg	2		<1.0%	1.7%	3.9%	7.9%
③糖代謝異常(糖尿病は含まない)	ポイント	140～159 mmHg	3		<1.0%	1.9%	4.5%	9.1%
		160 mmHg ～	4		1.1%	2.2%	5.2%	10.4%
		⑤血清 HDL-C	ポイント		1.3%	2.6%	6.0%	11.9%
		60 mg/dL ～	0		1.4%	3.0%	6.9%	13.6%
⑥喫煙	ポイント	40～59 mg/dL	1		1.7%	3.4%	7.9%	15.5%
		<40 mg/dL	2		1.9%	3.9%	9.1%	17.7%
なし	0				2.2%	4.5%	10.4%	20.2%
あり	1				2.6%	5.2%	11.9%	22.9%
					3.0%	6.0%	13.6%	25.9%
					3.4%	6.9%	15.5%	29.3%
					3.9%	7.9%	17.7%	33.0%
					4.5%	9.1%	20.2%	37.0%
					5.2%	10.4%	22.9%	41.1%

注1：過去喫煙者は⑥喫煙はなしとする。

①～⑥のポイント合計

右表のポイント合計より年齢階級別の絶対リスクを推計する。

図3-2 久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル

15

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会(編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

1 動脈硬化性疾患の絶対リスクと脂質管理目標値

久山町研究によるスコア				予測される10年間の 動脈硬化性疾患 発症リスク	分 類
40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳		
0～12	0～7	0～1	—	2%未満	低リスク
13以上	8～18	2～12	0～7	2%～10%未満	中リスク
—	19以上	13以上	8以上	10%以上	高リスク

久山町研究のスコア(図3-2)に基づいて計算する。

* 頭蓋内外動脈に50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫(最大肥厚 4 mm 以上)

注：家族性高コレステロール血症および家族性Ⅲ型高脂血症と診断された場合はこのチャートを用いずに第4章「家族性高コレステロール血症」、第5章「原発性脂質異常症」の章をそれぞれ参照すること。

図3-1 動脈硬化性疾患予防から見た脂質管理目標値設定のためのフローチャート

16

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会(編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

1 動脈硬化性疾患の絶対リスクと脂質管理目標値

表3-2 リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150 (空腹時) *** <175 (随時)	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120 <100*	<150 <130*		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテローム****を伴うその他の脳梗塞を含む)の既往	<100 <70**	<130 <100**		

- * 糖尿病において、PAD、細小血管症(網膜症、腎症、神経障害)合併時、または喫煙ありの場合に考慮する。(第3章5.2参照)
- ** 「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。
- 一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、いずれの管理区分においてもLDL-Cが180 mg/dL以上の場合は薬物治療を考慮する。家族性高コレステロール血症の可能性も念頭に置いておく。(第4章参照)
- まずLDL-Cの管理目標値を達成し、次にnon-HDL-Cの達成を目指す。LDL-Cの管理目標値を達成してもnon-HDL-Cが高い場合は高TG血症を伴うことが多く、その管理が重要となる。低HDL-Cについては基本的には生活習慣の改善で対応すべきである。
- これらの値はあくまでも到達努力目標であり、一次予防(低・中リスク)においてはLDL-C低下率20～30%も目標値としてなり得る。
- ***10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。それ以外の条件を「随時」とする。
- **** 頭蓋内外動脈の50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫(最大肥厚 4 mm 以上)
- 高齢者については第7章を参照。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

動脈硬化性疾患発症予測・脂質管理目標設定アプリ



表3-3 二次予防においてより厳格な管理が必要な患者病態

- 急性冠症候群
- 家族性高コレステロール血症
- 糖尿病
- 冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)の合併

17



一般社団法人 日本動脈硬化学会

5.1 冠動脈疾患の既往

- 急性冠症候群、家族性高コレステロール血症、糖尿病、アテローム血栓性脳梗塞を認める場合には、冠動脈疾患の既往がある患者の中でも動脈硬化性疾患の発症リスクが特に高いことから、より厳格にLDL コレステロールの管理を行う。

表3-10 冠動脈疾患の既往を有する患者において特に厳格な管理が必要な病態

二次予防のLDL-C管理目標
LDL-C 100mg/dL未満

1. 急性冠症候群
2. 家族性高コレステロール血症
3. 糖尿病
4. アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞）の合併

より厳格なLDL-C管理目標
LDL-C 70mg/dL未満

18

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

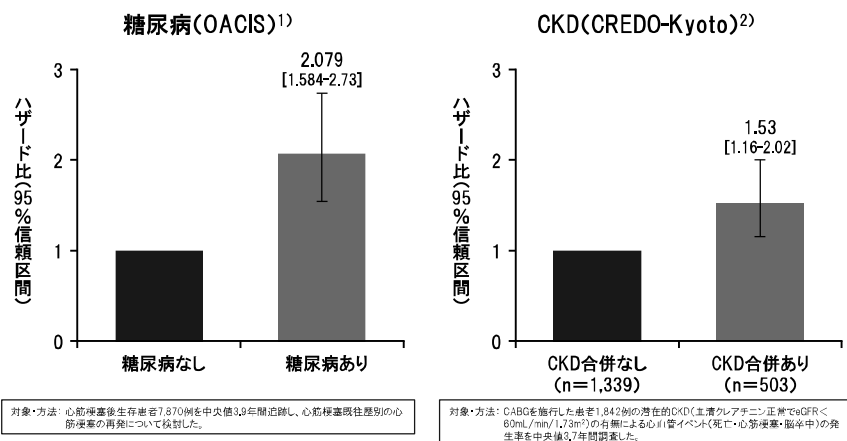
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

冠動脈疾患既往患者における
糖尿病、CKDと心血管イベントリスク

糖尿病を合併する心筋梗塞後患者の再発リスクは2.079倍
CKDを合併するCABG施行患者の心血管イベントリスクは1.53倍



1) Nakatani D et al, Circ J 2013;77:439-446より作図
2) Marui A et al, Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013;17:638-643より作図

19

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

4.2 各種薬剤の
特徴と選択基準

表3-7 脂質異常症治療薬の薬効による分類

分類	LDL-C	TG	HDL-C	non-HDL-C	主な一般名
スタチン *LDL-C低下作用により層別化して標記	↓↓↓	↓	—~↑	↓↓↓	プラバスタチン、シンバスタチン、フルバスタチン
	↓↓↓			↓↓↓	アトルバスタチン、ピタバスタチン、ロスバスタチン
小腸コレステロール トランスポーター阻害薬	↓↓↓	↓	↑	↓↓↓	エゼチミブ
陰イオン交換樹脂	↓↓↓	↑	↑	↓↓↓	コレステリド、コレステラミン
プロブコール	↓	—	↓↓↓	↓	プロブコール
PCSK9 阻害薬	↓↓↓	↓~↓↓↓	—~↑	↓↓↓	エボロクマブ
MTP 阻害薬 *	↓↓↓	↓↓↓	↓	↓↓↓	ロミタピド
フィブラート系薬	↑~↓	↓↓↓	↑↑	↓	ベザフィブラート、フェノフィブラート、クロフィブラート
選択的 PPARα モジュレーター	↑~↓	↓↓↓	↑↑	↓	ペマフィブラート
ニコチン酸誘導体	↓	↓↓	↑	↓	ニコモール、ニコチン酸トコフェロール
n-3 系多価不飽和脂肪酸	—	↓	—	—	イコサペント酸エチル、オメガ-3 脂肪酸エチル

* ホモ FH 患者が適応

↓↓↓↓: -50%以上 ↓↓↓: -50~-30% ↓↓: -20~-30% ↓: -10~-20%
↑: 10~20% ↑↑: 20~30% —: -10~10%

20

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

FQ 18	冠動脈疾患の二次予防の薬物療法において最大耐用量のストロングスタチンを第一選択に推奨できるか？	エビデンス レベル	推奨 レベル
	冠動脈疾患の二次予防においては、治療開始前のLDL コレステロールに関わらず、発症早期より最大耐用量のストロングスタチンを第一選択にした薬物療法を推奨する。さらに、個人のリスクに鑑みての、LDL コレステロール管理目標値達成のための薬物療法の強化を推奨する。	1+	A
FQ 19	高リスクな病態を合併する冠動脈疾患の二次予防においてLDL コレステロール 70 mg/dL 未満を目標とした薬物療法を推奨できるか？	エビデンス レベル	推奨 レベル
	急性冠症候群、家族性高コレステロール血症、糖尿病、アテローム血栓性脳梗塞のいずれかを合併する冠動脈疾患の二次予防では、LDL コレステロール 70 mg/dL 未満を目標に薬物療法を実施することを推奨する。	1	A

21

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

4.1 薬物療法

FQ 17	アテローム性動脈硬化性疾患の予防目的として、高トリグリセライド血症に対する薬物療法を推奨できるか？	エビデ ンス レベル	推奨 レベル
	冠動脈疾患や脳梗塞の既往、糖尿病など高リスク患者で、スタチンでLDL コレステロールが適切に管理された条件において、脳心血管イベントの予防目的として、高トリグリセライド血症に対するイコサペント酸エチルの併用投与を推奨する。	1+	A
	高トリグリセライド血症、かつ、低HDL コレステロール血症を示す脂質異常症では、スタチン内服の有無に関わらず、脳心血管イベントの予防目的としてトリグリセライド低下療法を推奨する。	1+	A

22

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

4.3 併用療法

FQ 22	高トリグリセライド血症あるいは低HDL コレステロール血症を合併する脂質異常症患者において、スタチンへのフィブラート系薬・SPPARMa・ニコチン酸誘導体・n-3 系多価不飽和脂肪酸の追加併用は動脈硬化性疾患の発症予防に推奨されるか？	エビデ ンス レベル	推奨 レベル
	イコサペント酸エチル（EPA）製剤のスタチンへの追加併用療法は、高トリグリセライド血症を合併する場合の動脈硬化性疾患発症抑制に有効であり、併用療法を推奨する。	1+	A
	フィブラート系薬剤のスタチンへの追加併用療法は、高トリグリセライド血症かつ低HDL コレステロール血症を合併する場合の動脈硬化性疾患発症抑制に有効であり、併用療法を提案する。	2	B

23

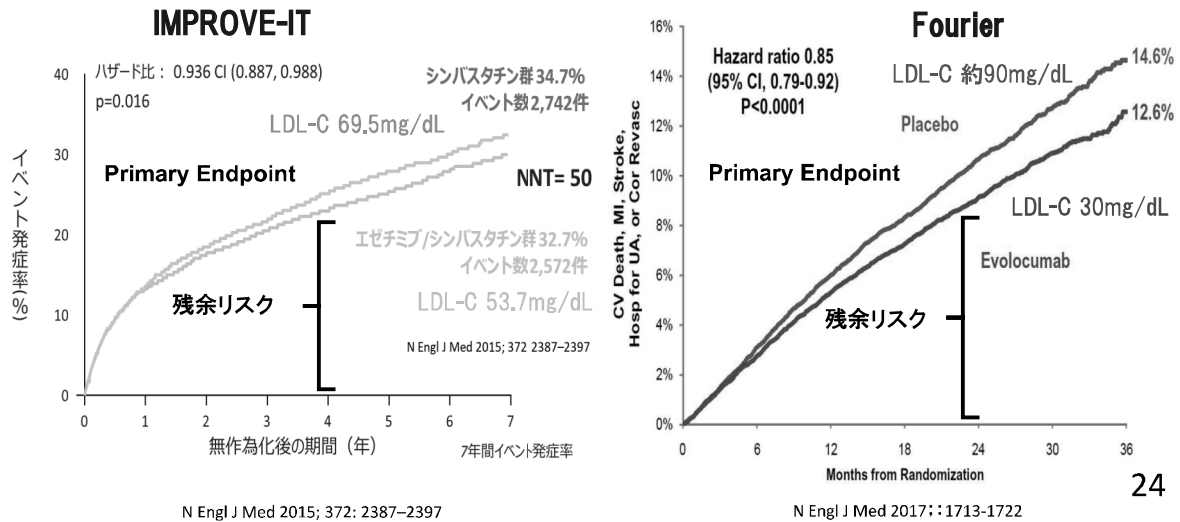
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



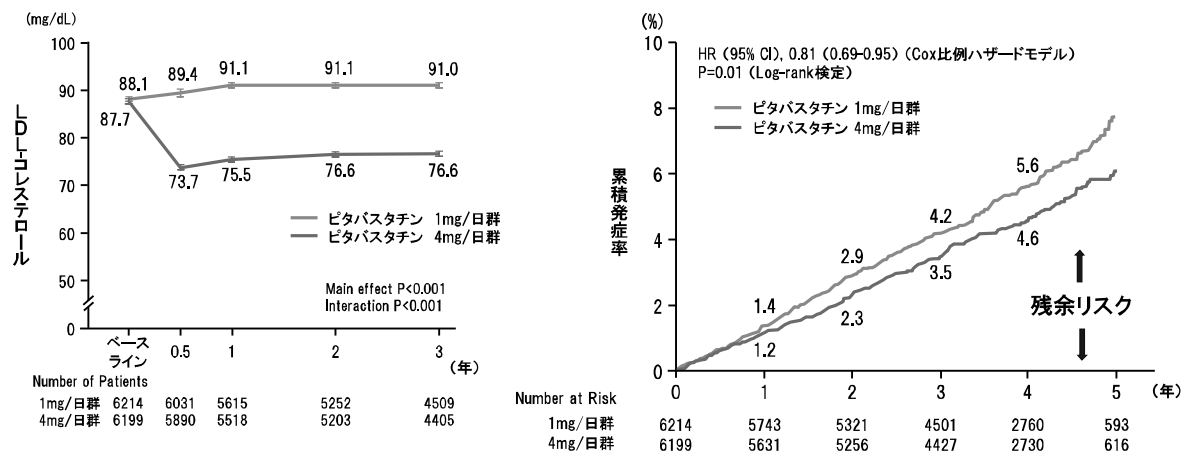
一般社団法人 日本動脈硬化学会

Intensive LDL-Lowering therapy studyで確認される残余リスク



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

REAL-CAD (13,054例)



慢性冠動脈疾患合併高コレステロール血症患者
 20歳～80歳の男女

Circulation 2018; 137:1997-2009

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

第2章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク評価

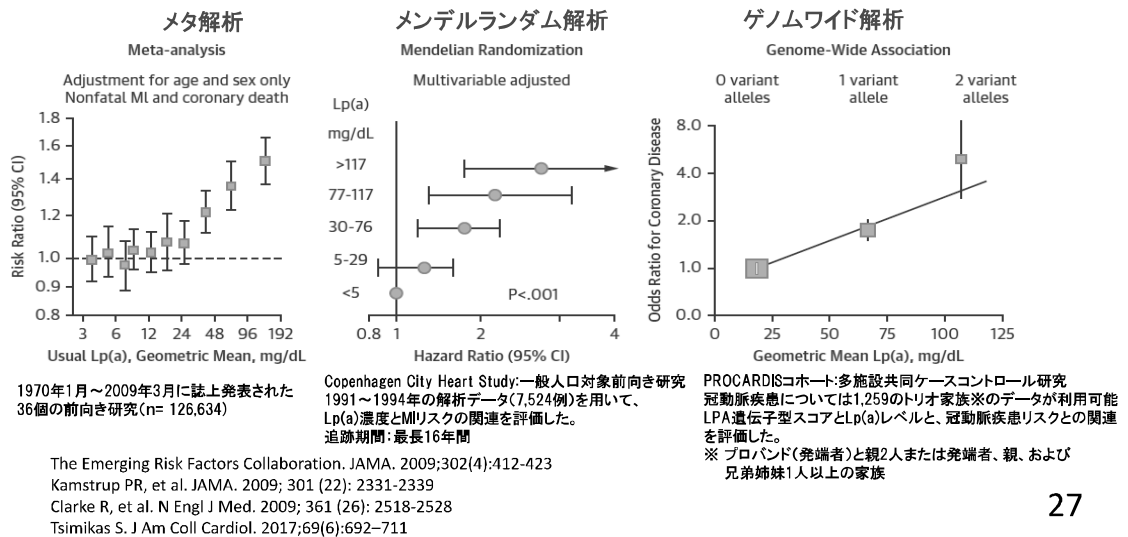
1 危険因子の評価

1.14 その他の考慮すべき危険因子・マーカー

- 高Lp (a) 血症は動脈硬化性疾患の危険因子である。
- MDA-LDL の測定は冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者の冠動脈疾患発症の予後予測に有用であるとともに、非糖尿病患者においても冠動脈インターベンション治療後の予後評価に有用である。
- 高レムナントリポ蛋白血症は動脈硬化性疾患の危険因子である。
- 食後高脂血症は冠動脈疾患の危険因子である。
- Small dense LDL コレステロールの高値は動脈硬化性疾患の危険因子である。
- アポB の高値は動脈硬化性疾患の危険因子である。
- TC/HDL コレステロール比、non-HDL コレステロール/HDL コレステロール比、LDL コレステロール/HDL コレステロール比、アポB/AI 比は動脈硬化性疾患のマーカーとなる。
- フィブリノゲン、プラスミノゲンアクチベーターインヒビター1 (PAI-1) の高値は動脈硬化性疾患のマーカーとなる。

26

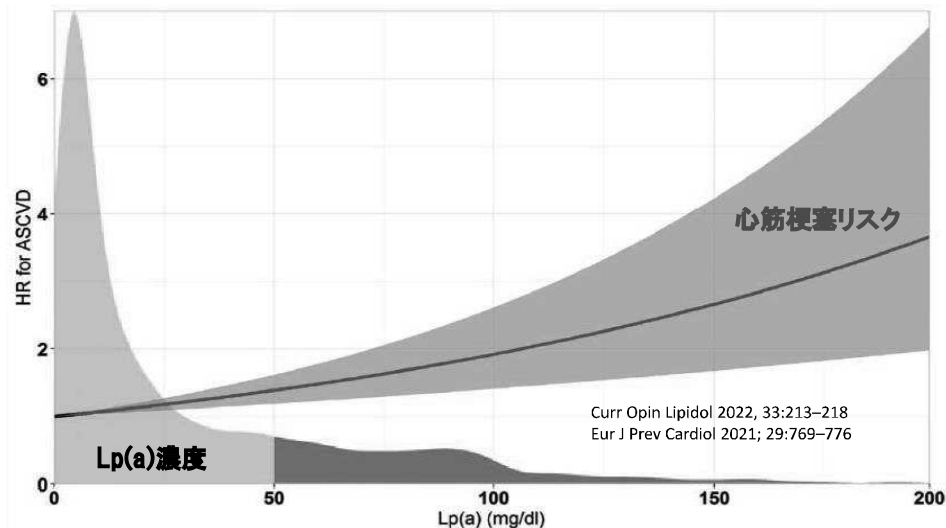
Lp(a)が独立した心血管疾患リスク因子であるエビデンス



27

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

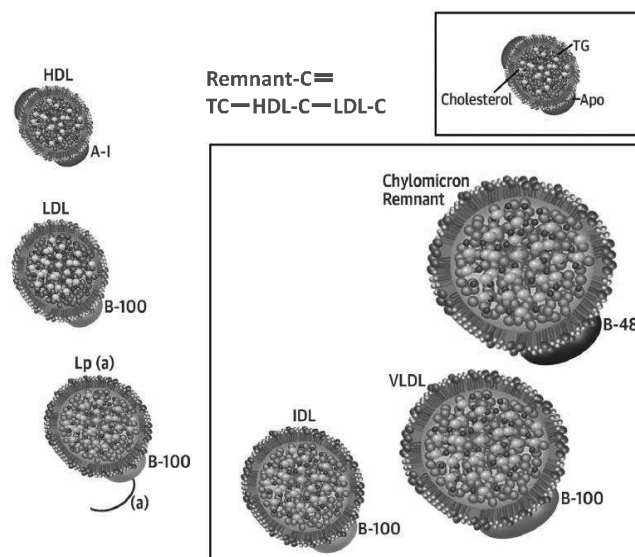
Lp(a) 濃度分布と心筋梗塞のリスク



28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

TGリッチ・レムナントリポ蛋白



JACC2020; 76: 2736-2739

29

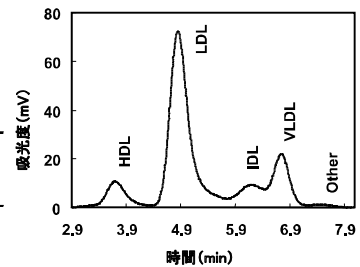
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

心血管病のない成人男性におけるリポ蛋白分画と フラミンガムリスクスコア(冠動脈疾患リスク)の関連性

対象者: 健診を受けた男性487名(心血管病の既往なし)
リポ蛋白分画: HPLC陰イオンクロマトグラフィ法
FRS: 年齢、TC (LDL-C)、HDL-C、血圧、糖尿病の有無、喫煙の有無

Multiple stepwise regression analysis between FRS and the other data

	Partial correlation coefficient	t value	p value
Basic data			
Body mass index (kg/cm ²)	0.178	3.965	0.0001
TG-rich Lipoprotein data by HPLC			
IDL-cholesterol (mmol/L)	0.170	3.775	0.0002
VLDL-cholesterol (mmol/L)	0.077	1.705	0.0888
Chylomicron-cholesterol (mmol/L)	-0.082	1.812	0.0706



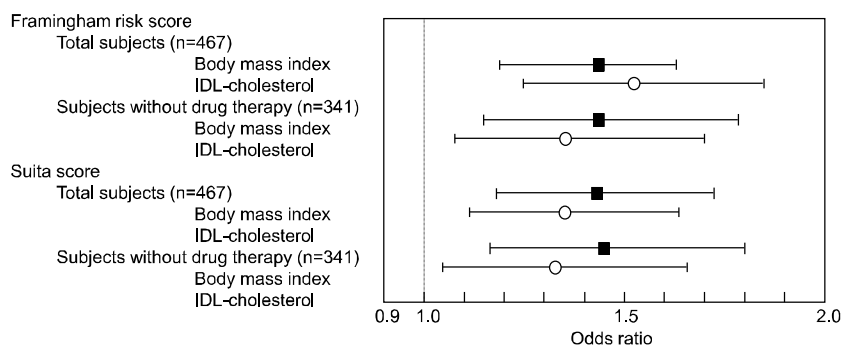
Hirowatari Y, Yoshida H, et al.
J Lipid Res 2003; 44: 1404-12
Hirowatari Y, Yoshida H.
J Atheroscler Thromb. 2019;26:1027-1040
Manita D, Hirowatari Y, Yoshida H.
Ann Clin Biochem 2015;52: 638-46
吉田 博. 臨床病理 2010; 58: 1093-8

Ito K, Yoshida H, et al. Int J Cardiol 2013; 168: 3853-8

30

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

単変量ロジスティック回帰分析: BMIおよびIDL-Cと冠動脈疾患リスクスコア



BMIが1SD増加するとF-スコア>10%のリスクのオッズ比1.430, 95% CI 1.187-1.722(全対象); 1.431, 95% CI 1.146-1.787(薬物治療なしの対象者)
BMIが1SD増加するとS-スコア>10%のリスクのオッズ比1.420, 95% CI 1.175-1.717(全対象); 1.445, 95% CI 1.158-1.804(薬物治療なしの対象者)
IDL-Cが1SD増加するとF-スコア>10%のリスクのオッズ比1.520, 95% CI 1.24(全対象); 1.350, 95% CI 1.070-1.703(薬物治療なしの対象者)
IDL-Cが1SD増加するとS-スコア>10%のリスクのオッズ比1.348, 95% CI 1.107-1.642(全対象); 1.319, 95% CI 1.047-1.662(薬物治療なしの対象者)

Yoshida H, et al. Front Cardiovasc Med. 2021;8:756057

31

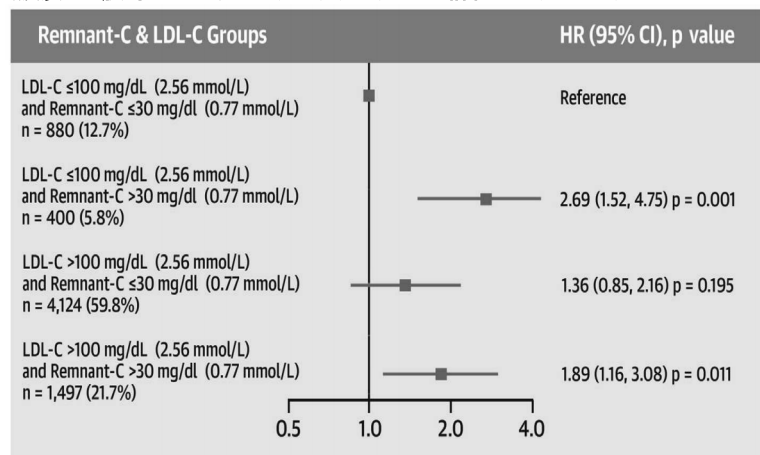
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

過体重の症例ではLDL-C高値よりはレムナント高値が CVDリスクを反映する

ハイスリスク症例初発予防試験 PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) trial
平均年齢 67 歳、BMI 30 kg/m²、性別 43% 男性、DM 48%、観察期間 4.8 years
脂質濃度 空腹時ベースラインデータ、アウトカム評価 MI、Stroke、CV death

レムナント・コレステロール
= TC - HDL-C - LDL-C

Castañer, O. et al.
J Am Coll Cardiol. 2020;76(23):2712-24.



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

32

脂質関連検査の保険算定上の注意点

1. TC、HDL-C、LDL-Cの3項目については、同時に測定しても2項目しか算定されない。
2. アポリポ蛋白(A-I、A-II、B、C-II、C-III、E)検査は、測定項目数に応じて所定の点数を算定できるが、3項目を超えても最大3項目までしか算定できない。
アポリポ蛋白は、1項目で31点、2項目で62点、3項目以上の場合には94点で算定される。
3. RLP-CとLp(a)は、3か月に1回を限度に算定できる。
4. MDA-LDLは、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で3か月に1回に限り算定できる。
ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、上記と別に術前1回に限り算定できる。
5. リポ蛋白リパーゼ(LPL)は著明な高TG血症やLPL欠損症を疑う場合に測定する。
ヘパリン 30単位/kg を静注し、15分後に採血を行い測定する。
※ ただし、投与したヘパリンは薬剤料の「薬剤」として算定できるが、注射料は算定できない。
6. 遺伝学的検査
・厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に限り、タンジール病が疑われる場合は8,000点を算定できる。
・臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た保健医療機関において検査が行われる場合に限り、家族性高コレステロール血症(FH)、原発性高カロミクロン血症、無βリポタンパク血症、家族性低βリポタンパク血症1(ホモ接合体)が疑われる場合に5,000点を算定できる。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

第4章 家族性高コレステロール血症

成人(15歳以上) FHの診断基準

表4-1 成人(15歳以上) FHの診断基準

1. 高LDL-C血症(未治療時のLDL-C値 180 mg/dL以上)
2. 腱黄色腫(手背、肘、膝等またはアキレス腱肥厚)あるいは皮膚結節性黄色腫
3. FHあるいは早発性冠動脈疾患の家族歴(第一度近親者)

●他の原発性・続発性 異常症を除外した上で診断する。●すでに 物治療中の場合、治療のきっかけとなった脂質値を参考にする。●アキレス腱肥厚はX線撮影により男性 8.0 mm 以上、女性 7.5 mm 以上、あるいは超音波により男性 6.0 mm 以上、女性 5.5 mm 以上に診断する。●皮膚結節性黄色腫に眼瞼黄色腫は含まない。●早発性冠動脈疾患は男性55歳未満、女性65歳未満で発症した冠動脈疾患と定義する。●2項目以上を満たす場合に FH と診断する。●2項目以上を満たさない場合でも、LDL-C が 250 mg/dL 以上の場合、あるいは2 または3 を満たしLDL-C が 160 mg/dL 以上の場合にはFH を強く疑う。●FH 病理性遺伝子変異がある場合はFH と診断する。●FH ホモ接合体が疑われる場合は遺伝学的検査による診断が望ましい。診断が難しいFH ヘテロ接合体疑いも遺伝学的検査が有用である。●この診断基準はFH ホモ接合体にも当てはまる。●FH と診断した場合、家族についても調べるのが強く推奨される。

34

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会(編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



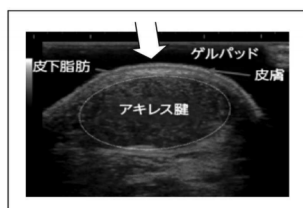
一般社団法人 日本動脈硬化学会

第1章 動脈硬化の臨床診断

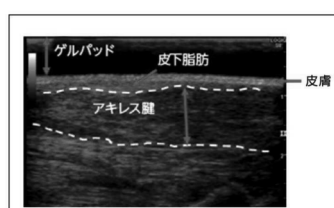
4 家族性高コレステロール血症に対するアキレス腱厚の評価

- 家族性高コレステロール血症は早発性冠動脈疾患の発症リスクが高いため、早期診断、早期治療が望まれる。
- 診断基準の一つにアキレス腱厚の計測がある。今までの診断基準はX線撮影にて9mm以上としていたが、今回の改訂で男性8mm以上、女性7.5mm以上となった。
- 7.5~24MHz程度のリニア型探触子を用いることで、アキレス腱厚の計測が容易に可能である。

アキレス腱厚診断の基準値は、前後径において、男性6.0mm以上、女性5.5mm以上を肥厚とすることが今回の改訂で家族性高コレステロール血症の診断基準に組み込まれた。



短軸断面像
捻れ方向(白矢印)を意識し、最大厚方向で腱厚を計測



長軸断面像
短軸像の白矢印部位から、捻れ方向での長軸断面像



35

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会(編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

BQ 27	わが国において家族性高コレステロール血症（FH）の有病率はどの程度か？	エビデンスレベル
	総じて、一般人口の300人に1人程度、冠動脈疾患の30人に1人程度、早発性冠動脈疾患や重症高LDLコレステロール血症の15人に1人程度認められる。	E-2
BQ 28	家族性高コレステロール血症患者の予後・主たる合併症にはどのようなものがあるか？	エビデンスレベル
	- 冠動脈疾患：オッズ比は非FHと比較し10～20倍 - 末梢動脈疾患：オッズ比は非FHと比較し5～10倍 - 脳卒中：影響は明確でない - 大動脈弁狭窄症：疫学的な関連は示されていないが、合併するFHの症例報告がある - 腹部大動脈瘤：疫学的な関連は示されていないが、合併するFHの症例報告がある	E-1a* E-1a E-1a E-3 E-3

*コホート研究のメタアナリシスは存在しないが、複数のコホート研究が存在し同一の結果が得られていることからE-1aとした。

36

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

成人（15歳以上） FHヘテロ接合体治療の フローチャート

- 一次予防における発症リスクは少なくとも通常の二次予防に相当すると考えられ、一次予防のFHヘテロ接合体患者のLDL-Cの管理目標値は100 mg/dL未満とすることが望ましい。
- 二次予防のFHヘテロ接合体患者においてはさらにリスクと考えられるため、LDL-C管理目標値は70 mg/dL未満を目標とする。

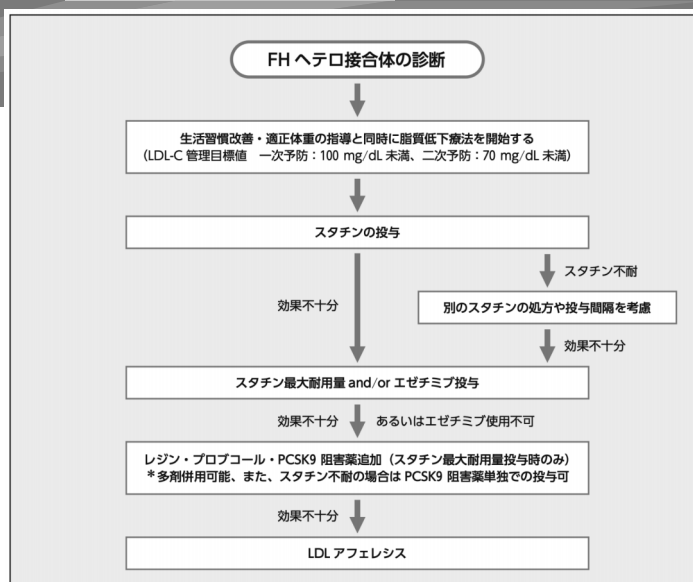


図4-1 成人（15歳以上）FHヘテロ接合体治療のフローチャート

37

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

2. 動脈硬化性疾患ガイドライン2022 生活習慣改善のエッセンス

38

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

2 生活習慣の改善

2.1 禁煙

- 動脈硬化性疾患の一次・二次予防のため、喫煙者には禁煙することを推奨する。
- 動脈硬化性疾患の一次・二次予防のため、すべての人に受動喫煙を回避することを推奨する。
- 禁煙介入はニコチン依存症の治療であり、禁煙成功率を上げるために禁煙補助薬を使用した治療を推奨する。

禁煙治療のポイント

- ✓ 全ての患者に喫煙歴、受動喫煙の有無を確認することから始める。
- ✓ 喫煙者には禁煙を推奨し、すぐ希望しない患者には動機づけを行う。
- ✓ 医師が患者に禁煙アドバイスをするとしない場合に比べて、禁煙率が1.7倍に有意に高まる。
- ✓ 喫煙の本質はニコチン依存症であるため、禁煙する時には他の薬物依存と同様に離脱症状の出現があり禁煙が困難となる。
- ✓ カウンセリングに加えて、ニコチン依存に有効な禁煙補助薬（ニコチン貼付薬、ニコチンガム（OTC 医薬品）、バレニクリン）を使用することによって禁煙成功率が高まる。
- ✓ わが国では医療施設と患者の両者が一定の要件を満たす場合、12週間にわたる禁煙治療が保険適用になっている（加熱式タバコも含む）。
- ✓ 禁煙に伴う体重増加は大半が3ヶ月後に起こりは禁煙1年後には4～5 kg増加するが、2～4年の禁煙継続は体重増加によるデメリットを凌駕して心血管疾患リスクを減少させる。

39

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

2 生活習慣の改善

2.2 飲酒

- 動脈硬化性疾患の予防のためには、多量飲酒を避ける。
- 飲酒者の飲酒状況を確認する。

- あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？
0. 飲まない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に2～4度 3. 1週に2～3度 4. 1週に4度以上
- 飲酒するときは通常どのくらいの量を飲みますか？
0. 1～2ドリンク 1. 3～4ドリンク 2. 5～6ドリンク 3. 7～9ドリンク 4. 10ドリンク以上
- 1週に4ドリンク以上飲酒することがあるのかの頻度で飲みますか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
- 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
- 過去1年間に、飲酒を止めることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
- 過去1年間に、飲酒のために前夜の出来事思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
- あなたは飲酒のために、あなた自身ほかの誰かが怪我をしたことがありましたか？
0. ない 1. あるが、過去1年以内 2. あるが、過去1年以上 3. 過去1年以内 4. 過去1年以上
- 内臓や臓器、友人、家族、あるいは他の健康問題にたずさわることが、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすよう勧めたことがありましたか？
0. ない 1. あるが、過去1年以内 2. あるが、過去1年以上 3. 過去1年以内 4. 過去1年以上

※純アルコール換算量
お酒の量 (mL) × [アルコール度数 (%) ÷ 100] × 0.8
で計算する。

純アルコール換算 25 gの場合
・ビール大瓶1本（633 mL）
・日本酒1合強
・焼酎（アルコール25%）0.7合
（焼酎6：水4として、湯割りや水割りで飲む場合）
・ワインで250 mL程度

表 3-4 主なドリンク換算表
(独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター HP https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/screening/pdf/drink_img.pdf から転載)

		ドリンク数	ビール換算 (mL)
ビール	コップ1杯	0.7	180
	中瓶	2.0	500
	大瓶	2.5	633
	レギュラー缶	1.4	350
	ロング缶	2.0	500
	中ジョッキ	1.3	320
日本酒 (15%)	1合 (180 mL)	2.2	540
	お猪口 (30 mL)	0.4	90
焼酎 (20%)	1合	2.9	720
	1合	3.6	900
焼酎 (25%)	1合	2.9	720
	1合	3.6	900
チューハイ (7%)	レギュラー缶	2.0	490
	ロング缶	2.8	700
	中ジョッキ	1.8	448
ワイン (12%)	ワイングラス (120 mL)	1.2	288
	ハーフボトル (375 mL)	3.6	900
	フルボトル (750 mL)	7.2	1,800
ウィスキー (40%)	シングル水割り (原酒で 30 mL)	1.0	240
	ダブル水割り (原酒で 60 mL)	2.0	480
	ボトル1本 (720 mL)	23.0	5,760
梅酒 (13%)	1合 (180 mL)	1.9	486
	お猪口 (30 mL)	0.3	78

1ドリンク＝純アルコール 10 g

※習慣性飲酒：週に3日以上飲酒し、
飲酒日1日あたり1合以上を飲酒する

40

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

2 生活習慣の改善

2.3 肥満およびメタボリックシンドローム対策

肥満症やメタボリックシンドロームの治療の基本は、生活習慣の改善により、過剰な体重および内臓脂肪を減少させることである。

肥満症およびメタボリックシンドロームの治療

- ✓ 肥満症の体重目標値は直ちにBMI 25未満に設定すべきではない。
- ✓ 短期間に超低エネルギー食で体重を減少させると、高率に体重のリバウンドを招く恐れがある。
- ✓ 食事療法と運動療法による体重減少で、肥満に起因する比較的軽度の糖代謝異常、脂質異常、血圧上昇は、早期に改善される。
- ✓ メタボリックシンドロームの治療においても、食事療法と運動療法で、内臓脂肪蓄積に起因する軽度の糖代謝異常、脂質異常、血圧上昇は早期に改善される。
- ✓ 合併する糖尿病、脂質異常症、高血圧に対して投薬が必要な場合でも、ウエスト周囲長を測定・評価し、医療を行う側と受ける側が減量によるリスクの減少を数値によって実感することが重要である。
- ✓ 体重あるいはウエスト周囲長の3%以上の減少を3～6か月間での目標とし、その達成について経時的に確認することが重要である。

41

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会（編）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

1. 過食に注意し、適正な体重を維持する
 - ・総エネルギー摂取量 (kcal/日) は、一般に目標とする体重 (kg) * 身体活動量 (軽い労作で25~30、普通の労作で30~35、重い労作で35~) を目指す
2. 肉の脂身、動物脂、加工肉、鶏卵の大量摂取を控える
3. 魚の摂取を増やし、低脂肪乳製品を摂取する
 - ・脂肪エネルギー比率を20~25%、飽和脂肪酸エネルギー比率を7%未満、コレステロール摂取量を200 mg/日未満に抑える
 - ・n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす
 - ・トランス脂肪酸の摂取を控える
4. 未精製穀類、緑黄色野菜を含めた野菜、海藻、大豆および大豆製品、ナッツ類の摂取量を増やす
 - ・炭水化物エネルギー比率を50~60%とし、食物繊維は25 g/日以上を目標とする
5. 糖質含有量の少ない果物を適度に摂取し、果糖を含む加工食品の大量摂取を控える
6. アルコールの過剰摂取を控え、25 g/日以下に抑える
7. 食塩の摂取は6 g/日未満を目標にする

* 18歳から49歳: [身長 (m)]² × 18.5 ~ 24.9 kg/m²、50歳から64歳: [身長 (m)]² × 20.0 ~ 24.9 kg/m²、65歳から74歳: [身長 (m)]² × 21.5 ~ 24.9 kg/m²、75歳以上: [身長 (m)]² × 21.5 ~ 24.9 kg/m² とする

42

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会 (編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

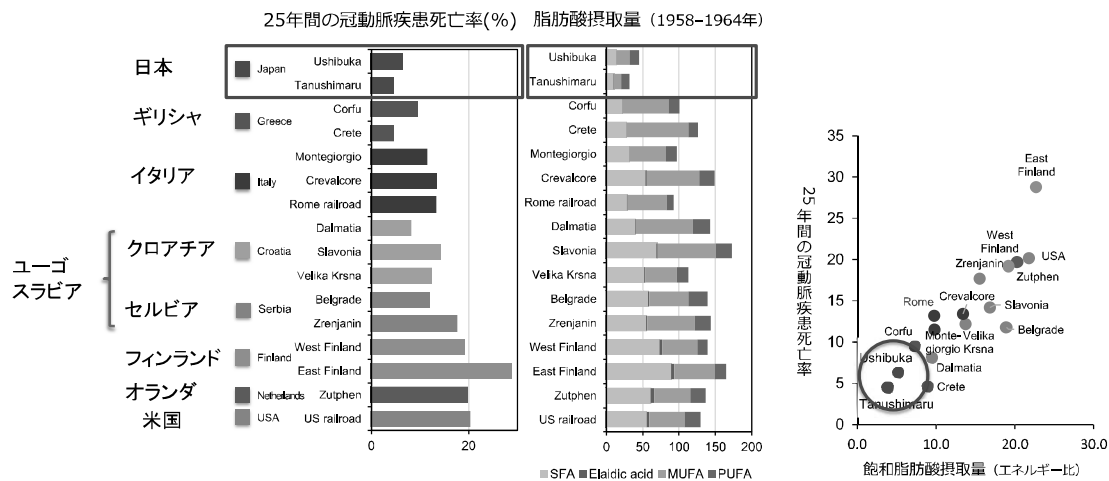


一般社団法人 日本動脈硬化学会

Seven Countries Study

飽和脂肪酸摂取量と冠動脈疾患死亡率との関係

(男性1万人における冠動脈心疾患発症頻度に対する飽和脂肪酸の食事摂取の影響)



43

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

2.4 食事療法

【脂肪酸：トランス脂肪酸】

FQ 7	トランス脂肪酸を制限することを動脈硬化性疾患予防のために推奨するか?	エビデンスレベル	推奨レベル
●	血清脂質の改善を目的に、トランス脂肪酸を一価不飽和脂肪酸もしくは多価不飽和脂肪酸に置換することを推奨する。	1	A
●	冠動脈疾患予防のために、トランス脂肪酸の摂取を控えることを、推奨する。	2	A



- ・冠動脈疾患リスクが高くなる。
- ・LDLコレステロールを増加させる
- ・LDL粒子径が小さくなる (より悪玉となる)
- ・HDLコレステロールを減少させる
- ・中性脂肪を増加させる

44

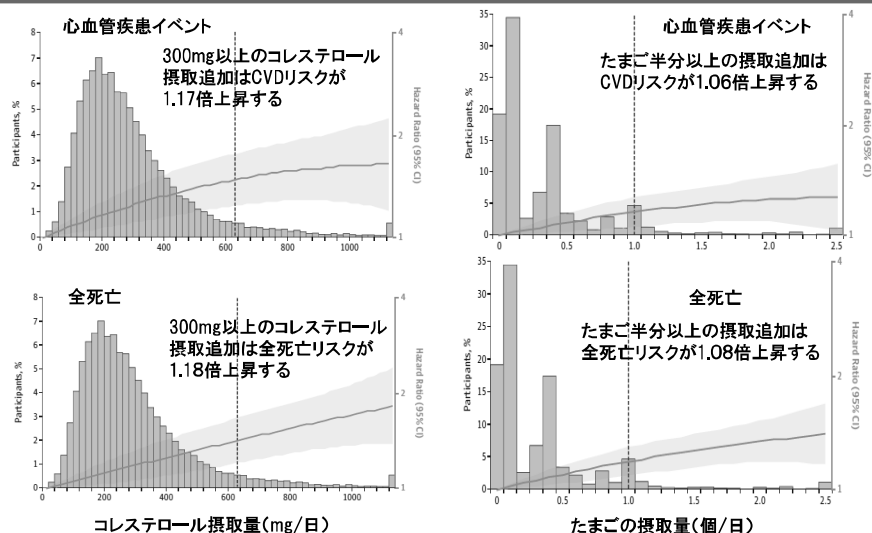
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会 (編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博



一般社団法人 日本動脈硬化学会

食事性コレステロール摂取量と心血管イベントおよび全死亡 (USコホート研究6個の統合解析、n= 29,615、平均観察期間17.5年)



JAMA. 2019;321(11):1081-1095

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

45

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022 食事療法

食物繊維 25-29 gが最大のベネフィット

食物繊維

FQ9. 食物繊維の摂取を増やすことを動脈硬化性疾患の予防に推奨するか？

- 血清脂質の改善のために、食物繊維の摂取を増やすことを推奨する。(エビデンスレベル1+, 推奨レベルA)
- 食物繊維の摂取を増やすことを、総死亡の減少、心血管疾患、脳卒中の予防のために提案する。また全粒穀物および野菜・果物の摂取を、総死亡の減少、心血管疾患の予防のために提案する。(エビデンスレベル2, 推奨レベルB)

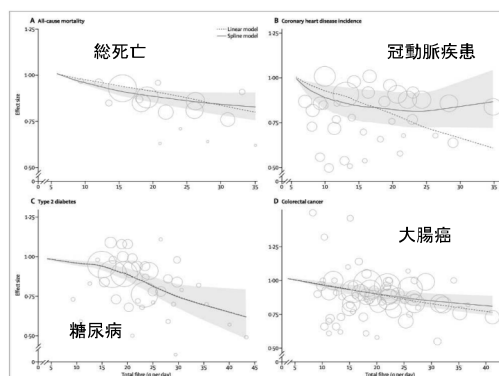


Figure 9. Dose-response relationships between total dietary fiber and a critical clinical outcomes based on data from prospective studies.
(A) Total fiber and all-cause mortality. 48,833 deaths over 15.1 million person-years. Assuming linearity a risk ratio of 0.93 (95% CI 0.90-0.95) was observed for every 8 g more fiber consumed per day.
(B) Total fiber and incidence of coronary heart disease. 6,443 deaths over 15.1 million person-years. Assuming linearity a risk ratio of 0.82 (95% CI 0.79-0.85) was observed for every 8 g more fiber consumed per day.
(C) Total fiber and incidence of type 2 diabetes. 22,420 cases over 15.1 million person-years. Assuming linearity a risk ratio of 0.78 (95% CI 0.74-0.82) was observed for every 8 g more fiber consumed per day.
(D) Total fiber and incidence of colorectal cancer. 20,009 cases over 20.9 million person-years. Assuming linearity a risk ratio of 0.92 (95% CI 0.89-0.95) was observed for every 8 g more fiber consumed per day.

食物繊維の摂取: a series of systematic reviews and meta-analysis

食物繊維 25-29 gが最大のベネフィット

Reynolds A, et al. Lancet 2019; 393:434-445

46

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理

2 生活習慣の改善

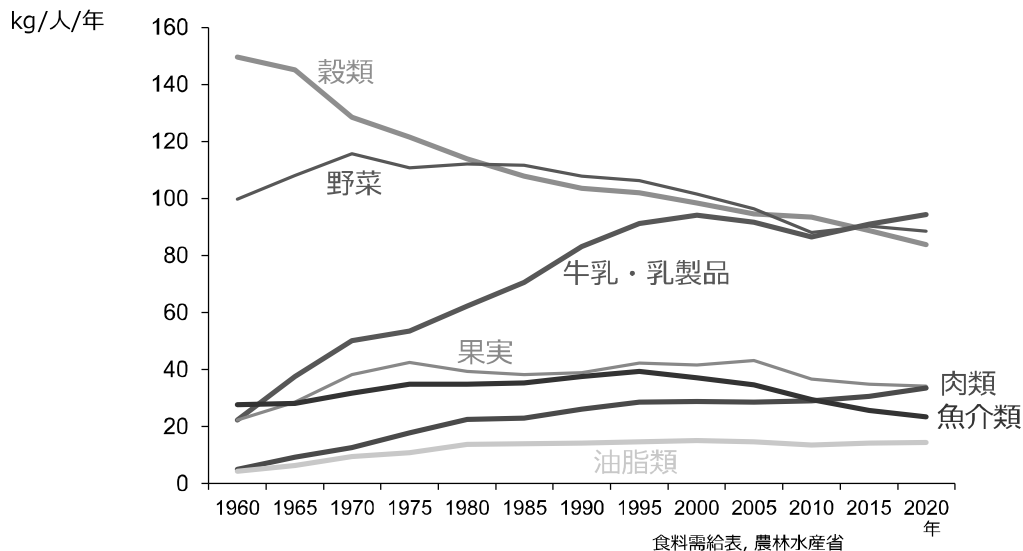
2.4 食事療法

【果糖を含む加工食品】

FQ 10	果糖を含む加工食品の摂取量を減らすことを動脈硬化性疾患予防に推奨するか？	エビデンス レベル	推奨 レベル
●	果糖を含む加工食品の過剰摂取は、動脈硬化性疾患のリスクを高める可能性があり、果糖を含む加工食品の摂取量を減らすことでトリグリセライドの低下が期待できるため、その摂取を減らすことを推奨する。	2	A

47

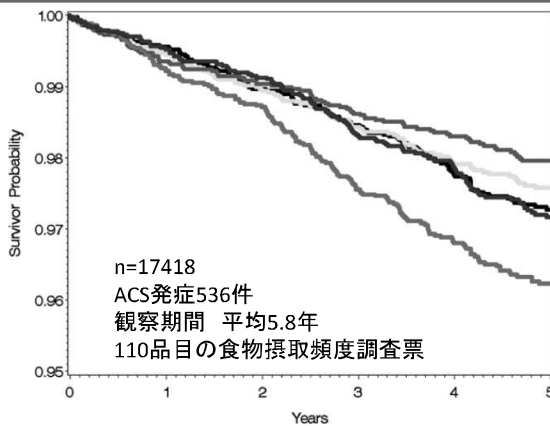
国民1人1年あたりの品目別消費量の推移



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

48

急性冠症候群のリスクを高める食事パターン



- ・野菜ベース型: 野菜、果物、果汁、シリアル、豆、魚、家禽、ヨーグルト
- ・利便性追求型: 混合食、パスタ、ピザ、メキシコ料理、中華料理
- ・アルコール・サラダ型: ビール、ワイン、その他酒類、葉野菜、トマト、ドレッシング
- ・スイーツ型: 砂糖の追加、デザート、チョコレート、キャンディ、甘い朝食
- ・米南部型: 脂質の追加、揚げ物、卵および卵料理、内臓肉、加工肉、砂糖添加飲料

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

アメリカの心臓病患者は
約6100万人、総人口の約25%
高コレステロール血症は約1億人
心臓発作や脳卒中で年間に死亡する人は
93万人以上、心臓病は全死因の40%で、
死因の第1位を占めている。

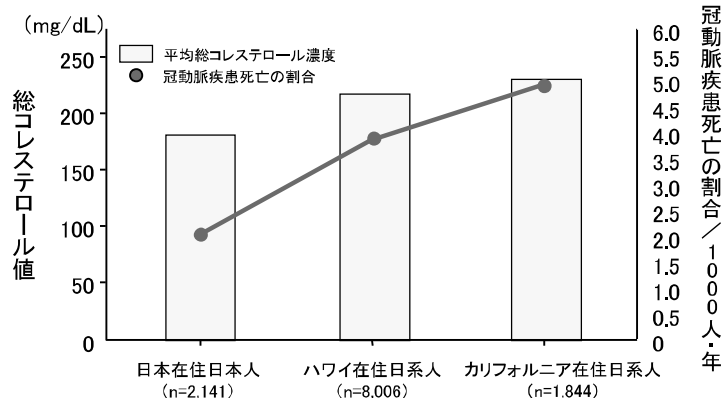
米国南部の伝統食
フライドチキン、甘い紅茶
ベーコン脂で調理した野菜

心血管病リスクが高い

Circulation 2015; 132: 804-14

49

Ni-Hon-San Study: 在地別日本人(日系人)の総コレステロール値と冠動脈疾患死亡の割合



調査方法: 日本、ハワイ(ホノルル)、カリフォルニア(サンフランシスコ)の3カ所においてそれぞれ日本人、日系人を対象としてメディカルスタッフによるインタビュー、自己申告等により調査

Marmot MG et al. Am J Epidemiol/ 102: 514-525, 1975より改変
加藤 寛夫 他. 栄養学雑誌 47: 121-130, 1989

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

50

日本動脈硬化学会が推奨する『The Japan Diet』

動脈硬化予防のための健康的な食様式

1. 肉の脂身、動物脂、鶏卵、清涼飲料や、菓子などの砂糖や果糖を含む加工食品、アルコール飲料を控える。
2. 魚、大豆・大豆製品、緑黄色野菜を含めた野菜、海藻・きのこ・こんにやくを積極的にとる。
3. 精製した穀類を減らして未精製穀類や雑穀・麦を増やす。
4. 甘味の少ない果物と乳製品を適度にとる。
5. 減塩してうす味にする。



※ 実際に外国からみた和食 (Japanese Food, Japanese Cuisine) は、寿司、天ぷら、すき焼き、刺身などに加え、ラーメン、お好み焼きなど特定の料理を示すことが多く、健康のためには注意すべきものも少なくない。



https://www.j-athero.org/jp/general/9_japandiet/

51

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

The Japan Diet

肉の脂身や動物脂（牛脂、ラード、バター）を控え、大豆、魚、野菜、海藻、きのこ、果物、未精製穀類を取り合わせて食べる減塩した日本食パターンの食事

控える食品

脂身の多い肉
霜降り肉、ひき肉、鶏皮



動物脂
牛脂、ラード、バター



減塩

おすすめ食品

大豆・大豆製品
納豆、豆腐、高野豆腐



魚
特に青背魚



緑黄色野菜・その他の野菜



海藻・きのこ・こんにやく



甘味の少ない果物



未精製穀類・雑穀
玄米、麦飯、ライ麦パン、全粒粉パン、そば



https://www.j-athero.org/jp/general/9_japandiet/

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版」 (日本動脈硬化学会)
「動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド2018年版」 (日本動脈硬化学会)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

52

心血管疾患死亡のリスク低下が認められた食事パターンを構成する食品

魚、大豆、野菜、海藻、きのこ、果物、いも類等

魚や野菜が多いこと、肉が少ないことが共通
ただし塩蔵食品に要注意

著者 年	コホート	食事 パターン 決定方法	多い										少ない					
			魚	大豆	野菜	海藻	きのこ	果物	いも	米飯	緑茶	みそ汁	漬物	減塩醤油	卵	肉	麺 (汁)	コーヒ
Shimazu 2007 ¹⁾	Ohsaki Cohort	因子分析 (主成分分析)	●	●	●	●		●		●								
Maruyama 2013 ²⁾	JACC	因子分析	●	●	●	●	●	●	●									
Nanri 2017 ³⁾	JPHC	主成分分析	●	●	●	●	●	●	●									
Nakamura 2009 ⁴⁾	NIPPON DATA80	Reduced -Salt JDS	●									●	●	▲	▲	▲		▲
Okada 2018 ⁵⁾	JACC	Japanese Food Score	●	●	●	●	●	●				●						
Abe 2020 ⁶⁾	Ohsaki Cohort	Japanese Dietary Index	●		●					●	●	●	●		▲		▲	
Matsuyama 2021 ⁷⁾	JPHC	8-item Japanese Diet Index	●		●	●				●	●	●	●		▲			

Kameyama N, JWU.

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022

a: 豆腐, b: 煮豆・豆腐, c: 緑黄色野菜, d: 牛肉・豚肉

53

1) Int J Epidemiol 2007;36:600-9. 2) Nutr Metab Cardiovasc Dis 2013;23:519-27. 3) PLoS One 2017;12:e0174848. 4) Br J Nutr 2009;101:1696-705. 5) Br J Nutr 2018;120:464-71. 6) Clin Nutr 2020;39:298-303. 7) Eur J Nutr 2021;60:1327-36.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

2.5 運動療法

FQ 12

エビデンスレベル：1
推奨レベル：A

成人に対して有酸素運動は血清脂質の改善を目的に勧められるか？

- 成人では、1日合計30分以上を週3回以上（可能であれば毎日）、または週に150分以上中強度以上の有酸素運動を実施することは血清脂質を改善するため、推奨する。

厚生労働省：健康づくりのための身体活動基準
23メッツ・時/週（1日歩数として8,000歩以上に相当）

運動療法指針

種 類	有酸素運動を中心に実施する (ウォーキング、速歩、水泳、エアロビクスダンス、スロージョギング、サイクリング、ベンチステップ運動など)
強 度	中強度以上を目標にする*
頻度・時間	毎日合計30分以上を目標に実施する (少なくとも週に3日は実施する)
そ の 他	運動療法以外の時間もこまめに歩くなど、できるだけ座ったままの生活を避ける

* 中強度

・ 通常速度のウォーキング（＝歩行）に相当する運動強度

・ メッツ (METs) (安静時代謝の何倍に相当するかを示す活動強度の単位) では一般的に、3メッツ (歩行) であるが個人の体力により異なる。

・ 運動中の主観的強度としてボルグ・スケール11～13 (案である～ややきつい)

54

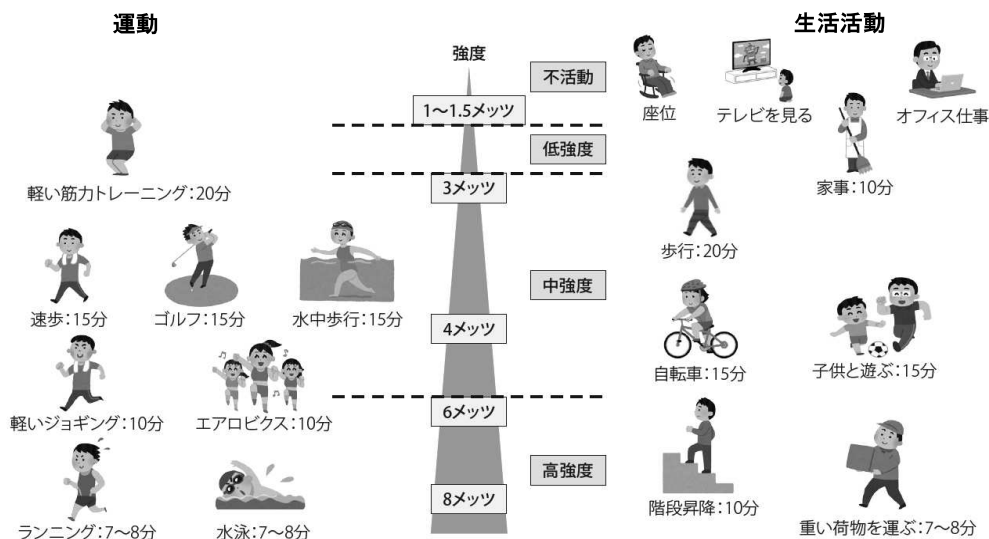
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会 (編)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博



日本動脈硬化学会

運動強度と実際の生活活動・運動



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

55

3. 令和6年度 診療報酬改定
脂質異常症関連 (生活習慣病)

56

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

➤ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

(※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。

(※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。

➤ より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行	改定後
【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 リポシストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 （新設） （新設）	【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 （削除） スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（ <u>家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。</u> ） リポシストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 （削除） 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 アナフィラキシー キラン・バレー症候群

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

57

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から生活習慣病管理料について要件及び評価の見直し

- 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
- 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行	改定後
【生活習慣病管理料】 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 2 高血圧症を主病とする場合 620点 3 糖尿病を主病とする場合 720点	【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 2 高血圧症を主病とする場合 660点 3 糖尿病を主病とする場合 760点

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

58

医療施設別の診療報酬算定要件等

	200床以上の病院	診療所、～199床の病院
再診（A001/A002）	外来診療料 7 6 点 （一部検査包括）	再診料 7 5 点 外来管理加算 5 2 点
医学管理 特定疾患療養 管理料 （B000）	算定不可	診療所 2 2 5 点（月 2 回まで） 1 0 0 床未満 1 4 7 点 1 0 0 ～ 1 9 9 床 8 7 点
医学管理 生活習慣病管理料（Ⅰ） （B001-3）	算定不可	脂質異常症 610 点 高血圧症 660 点 糖尿病 760 点（月 1 回、検査包括）
医学管理 生活習慣病管理料（Ⅱ） （B001-3-3）	算定不可	333 点（月 1 回）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

59

生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件(概要)

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(「B001」の(略)及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- 学食等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。
- また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

生活習慣病管理料 療養計画書(初回用)

- ・右の様式は初回用: 患者に対して、丁寧の説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。
- ・患者の治療管理において必要な項目のみ記載することで差し支えない。

[illegible]

61

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

生活習慣病 療養計画書 初回用（脂質異常症）

例： 50歳男性のサラリーマン

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】	☐ 体重:(80 kg) ☐ BMI (27.7) ☐ 収縮期/拡張期血圧:(/ mmHg)
	☐ HbA1c:(%) ☒ LDL-ch: 140mg/dl , TG(中性脂肪): 150mg/dl 非空腹時TG 175mg/dl
【目標】	【①達成目標】:患者と相談した目標 現在のLDL-C 160 mg/dL、TG 200 mg/dLを3か月～半年かけて上記目標値を目指す。 過体重であるので、3か月～半年かけて2.5～3kg程度減量する。
	【②行動目標】:患者と相談した目標 肉の脂身、動物脂、加工肉、鶏卵の大量摂取を抑える。 魚の摂取を増やし、低脂肪乳製品を摂取する。 未精製穀類、緑黄色野菜を含めた野菜、海藻、大豆および大豆製品などを摂取する。 お酒を抑える。甘いジュース類を抑える 1日の身体活動量を増やす(例:一駅前で降りて徒歩の通勤時間を増やす)

※ 看護師・保健師・管理栄養士の協力を得て対応する

62

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田 博

日医かかりつけ医機能研修制度令和6年度応用研修会

生活習慣病 療養計画書 初回用（脂質異常症）

【重点を置く領域と指導項目】	☒ 食事	☒ 食事摂取量を適正にする ☒ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☒ 油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす ☒ 節酒：〔減らす（種類・量：）を週（回）〕 ☐ 間食：〔減らす（種類・量：）を週（回）〕 ☐ 食べ方：（ゆつくり食べる・その他（）） ☐ 食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	☐ 食塩・調味料を控える ☐ 外食の際の注意事項 ☐ その他（）
	☐ 運動	☐ 運動処方：種類（ウォーキング・） 時間（30分以上・）、頻度（ほぼ毎日・週（日）） 強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or ） ☒ 日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・） ☐ 運動時の注意事項など（）	

※ 看護師・保健師・管理栄養士の協力を得て対応する

63

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

生活習慣病 療養計画書 初回用（脂質異常症）

【検査】	☐ たばこ	☐ 非喫煙者である ☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等
	☐ その他	☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保（質・量） ☐ 減量 ☐ 家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等） ☐ その他（）
【血液検査項目】（採血日 月 日）	☐ 血糖（ ☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後（）時間（） ☐ HbA1c：（）% ※血液検査結果を手交している場合が記載不要	☐ 総コレステロール（ mg/dl） ☐ 中性脂肪（ mg/dl） ☐ HDLコレステロール（ mg/dl） ☐ LDLコレステロール（ mg/dl） ☐ その他（）
	☐ その他	☐ 栄養状態（低栄養状態の恐れ 良好 肥満） ☐ その他（）

※実施項目は、□にチェック、（）内には具体的に記入

※ 看護師・保健師・管理栄養士の協力を得て対応する

64

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

生活習慣病管理料 療養計画書（継続用）

・内容に変更がない場合は、概ね4ヶ月に1回以上の交付（ただし患者の求めがあった場合はその都度）

・継続用では、患者が十分理解したことを確認した場合、最下部のチェックボックスに担当医チェックすることで、患者署名を省略できる

・患者の治療管理において必要な項目のみ記載することで差し支えない

コントロールがよく目標を達成している場合

①達成目標、②行動目標等の変更もなく安定している場合

⇒ 療養計画書（継続用）を省略することはできるが、少なくとも4月に1回は交付する。

(別紙様式30の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用

《記入日： 年 月 日》() 四半期

患者氏名： (男・女) 生年 月 日 (男・女) 年 月 日生 ()

主病： ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症

【目的】 ☐ 体重 (kg) ☐ BMI () ☐ 収縮期/拡張期血圧 (mmHg) ☒ 脂質異常症

【①目標の達成状況】 ☐ LDL-C mg/dL、TG mg/dL

【②達成目標】：患者と相談した目標

【③行動目標】：患者と相談した目標

【食事】 ☐ 今回、指導の必要なし ☐ 食事摂取量を適正にする ☐ 食塩・調味料を控える
☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす ☐ 外食の際の注意事項 ()
☐ 節酒：〔減らす（種類・量：）を週（回）〕 ☐ その他 ()
☐ 間食：〔減らす（種類・量：）を週（回）〕
☐ 食べ方：（ゆつくり食べる・その他 ()）
☐ 食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

【運動】 ☐ 今回、指導の必要なし ☐ 運動処方：種類 ()、頻度 (ほぼ毎日・週 (日))
☐ 運動強度 (息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)
☐ 日常生活の活動量増加 (例：1日1万歩・)
☐ 運動時の注意事項など ()

【たばこ】 ☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等

【その他】 ☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保 (質・量) ☐ 減量
☐ 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等)
☐ その他 ()

【血液検査項目】 (採血日 月 日) ☐ 総コレステロール (mg/dl)
☐ 血糖 (☐ 空腹時 ☐ 食後 () 時間 () ☐ 中性脂肪 (mg/dl)
☐ HbA1c () % ☐ HDLコレステロール (mg/dl)
☐ LDLコレステロール (mg/dl)
☐ その他 ()

※血液検査結果を手交している場合が記載不要 ☐ その他 ()

【その他】 ☐ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
☐ その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

日 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
 (なお、上記項目に担当医がチェックした場合には患者署名を省略して差し支えない)

65

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

4. 総 括

66

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

脳心血管病発症予防のための包括的リスク管理チャート

基本的な 問診・診察・検査 (最小限必要項目)

問診 : 年齢・性別、自覚症状、家族歴、合併症・既往歴、服薬歴、生活習慣（喫煙・アルコール）、運動習慣、睡眠、家庭血圧
身体所見 : 身長、体重、BMI、腹囲（ウエスト周囲長）、診察室血圧、脈拍/分（整・不整）、胸部聴診など
検査 : TC (or LDL-C※)、HDL-C、non-HDL-C (TC - HDL-C)、TG※※、AST、ALT、γ-GT、血清クレアチニン (eGFR)、HbA1c、血糖※※、尿一般 (定性)、心電図
※) Friedewaldの式 (TC-HDL-C-0.2×TG) で算出 (空腹時かつTG<400 mg/dLの場合)、または直接法で測定。
※※) 空腹時かつ随時かを確認。

リスク因子の診断

メタボリック シンドローム	腹囲 (ウエスト周囲長) 男性≥85 cm、女性≥90 cm かつ、下記1-3のうち2項目以上 1. HDL-C<40 mg/dL、または空腹時TG ≥150 mg/dL 2. 空腹時血糖≥110 mg/dL 3. 収縮期血圧≥130 mmHg、または拡張期血圧≥85 mmHg
高血圧	診察室血圧≥140/90 mmHg、または家庭血圧≥135/85 mmHg 必要に応じた追加検査項目: ・Na、K、Cl ・レニン ・アルドステロン など
糖尿病	・空腹時血糖値≥126 mg/dL ・随時血糖値≥200 mg/dL ・HbA1c ≥6.5% 上記項目を2回確認する (1回は必ず血糖値で確認する) 必要に応じた追加検査項目: ・Cペプチド ・インスリン値 ・抗GAD抗体 など
脂質異常症	以下のいずれか ・LDL-C≥140 mg/dL ・HDL-C<40 mg/dL ・non-HDL-C≥170 mg/dL ・空腹時TG≥150 mg/dL 随時TG≥175 mg/dL 必要に応じた追加検査項目: ・TSH ・fT4 ・リポタンパク分画 など
CKD	・eGFR<60 mL/min/1.73 m ² 、または蛋白尿が3 か月以上持続
肥満	・BMI≥25 kg/m ²

67

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

循環器病予防療養指導士の活動

日本高血圧学会・日本循環器病予防学会・日本動脈硬化学会・日本心臓病学会 認定 循環器病予防療養指導士 Certified Cardiovascular Disease Prevention Educator

- 日本高血圧学会 認定
- 日本循環器病予防学会 認定
- 日本動脈硬化学会 認定
- 日本心臓病学会 認定

循環器病予防療養指導士 認定制度とは 受験資格 試験概要 カリキュラム 研修到達目標 単位認定 セミナー等 循環器病予防療養指導士 資格取得者について 認定更新 Q & A



重要 重複単位に関する 重要なお知らせ 関連 認定試験ガイドブック・ 認定単位手帳はこちら (試験官のみご活用ください) 循環器病予防療養指導士 Webセミナー Webセミナー 単位申請について (単位認定を受ける方へ必ずご活用ください)

INFORMATION	PICK UP
2024.4.22 第9回 (2024年) 認定試験の合格発表はこちら 試験 開票には受験者の方にお伝えしたパスワードが必要で す。(開票期間: 5月10日まで) 合格者には今後の手続きについて別途ご連絡を差し上 げますのでお待ちください。	● 認定試験開催概要 第10回 (2025年) の認定試験開催概要を公開しています。
2024.4.19 第10回 (2025年) 受験資格、試験概要を公開しまし た。 単位認定セミナー等を更新しました。	● 申請資格条件 受験資格の暫定措置期間が2025年まで延長になっています。 第10回 (2025年) 暫定申請資格条件を公開しています。
2024.4.1 認定更新の申請受付を開始いたしました。	● 認定規則 ● 実施細則 ● 所定士名簿

日本高血圧学会と日本循環器病予防学会が共同のもと、2015年に「循環器病予防療養指導士」認定制度が始まる。2018年より日本動脈硬化学会、2020年より日本心臓病学会が加わり4学会の共催となる(2022年4月1日から現在の名称)。「循環器病予防療養指導士」の制度は、循環器病の主たる原因である高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の改善・予防およびその他の危険因子の管理に関する療養指導を行うために有能な専門的知識および技術を有する職種の資質向上を図り、そのことにより循環器病の予防や病態改善により、国民の健康増進に貢献することを目的として発足した。この資格を取得した方が確かな知識と経験を身につけて、様々な場面で対象者・患者に適した助言・指導を行うことで国民の健康が増進することを期待しています。

68

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」 吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

生活習慣病に対する療養指導

○ 高血圧、糖尿病、脂質異常症に係る診療ガイドラインにおいて、生活習慣の指導の重要性が示されている。

高血圧治療ガイドライン2019

第4章 生活習慣の修正 総論(抜粋)

生活習慣の修正は、それ自身による降圧効果が期待されるだけでなく、高血圧予防の観点からも重要である。また、降圧薬服用患者においても降圧作用の増強や投与量の減量につながる事が期待できるため、生活習慣の修正は、すべての高血圧患者に対して指導すべきである。

糖尿病診療ガイドライン 2024

CQ 3-1 糖尿病の管理に食事療法は有効か？

○ 糖尿病の管理には、食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である。[推奨グレード A]

CQ 4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か

○ 2型糖尿病患者に対する有酸素運動やレジスタンス運動、あるいはその組み合わせによる運動療法は、血糖コントロールや、心血管疾患のリスクファクターを改善させる。2型糖尿病患者に対する有酸素運動とレジスタンス運動は、ともに単独で血糖コントロールに有効であり、併用によりさらに効果が高まる。[推奨グレード A]

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

第3章 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理 6 包括的リスク評価・管理の実践 Step 5 生活習慣の改善

生活習慣の改善は動脈硬化性疾患予防の根幹であり、安易な薬物療法導入は厳に慎むべきである。薬物治療中もこれらの非薬物療法の継続、すなわち生活習慣の改善指導を怠るべきではない。禁煙は動脈硬化性疾患の原因の中で最も介入が必要な因子であり、その予防にあつては性別を問わず全ての年齢層に対して禁煙を進めるべきである。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

69

急性心筋梗塞の患者数の推移(2019~2023)

日本循環器学会 循環器疾患診療実態調査(JROAD)報告書2023

項目_施設全体	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
	合計数	合計数	合計数	合計数	合計数
急性心筋梗塞患者数	75,733	76,122	74,431	77,971	80,084
STEMI患者数	43,137	44,367	44,273	45,164	45,850
Non-STEMI患者数	17,192	18,460	18,541	19,460	20,476

以前は急性心筋梗塞による1ヵ月以内の死亡率は約30%であったが、近年では6~8%にまで改善している。一方で、罹患数は年々増加傾向にある。⇒ 保険診療のなかでも改善に向けて取り組んでいる。

診療報酬は概ね2年毎に改定されるが、点数(金額)だけでなく、算定要件(ルール)も変わる！

⇒ ルールを変えるチャンスと捉える。

- * 検査や処置、手術の点数や適応の拡大、施設基準の変更など
- * 学会(ガイドライン)や医師会、病院内に現場から要望を上げる
- * 重要案件は複数のルートから(複数学会、組織から)要望する

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

70

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

厚生労働省作成

令和6年度診療報酬改定説明資料より引用

生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の脂質異常症管理」吉田博

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

71

リハビリテーションにおける医療と介護の連携

【目 標】

本講義はリハビリテーションにおける医療と介護の連携を進めるという課題をいただき、以下の構成とした。

- 1) 医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割：
リハビリテーションは「機能を回復し、障害を克服し、活動を育む」ものであり、医療保険の疾患別リハビリテーションの役割は廃用症候群の予防、機能回復、ADL（日常生活動作）向上であり、介護保険の生活期リハビリテーションの役割は生活機能の維持・向上、自立した生活の推進、介護負担の軽減、QOL（生活の質）の向上とされている。
- 2) 生活期リハビリテーション診療の実践（訪問リハビリテーションを例として）：
リハビリテーションでは、健康状態を管理しながら、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）の概念に沿って、生活機能の診療を行う。訪問リハビリテーションを例として、定義・制度、訪問リハビリテーション診療の実践を提示する。
- 3) リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題：
現状では医療保険の疾患別リハビリテーションと介護保険の生活期リハビリテーションの間で連携が十分に取れているとは言えず、令和6年度診療報酬改定では退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点での見直しが行われた。

【キーワード】

リハビリテーション、ICF、訪問リハビリテーション、医療・介護連携

み か み ゆ き お
三上 幸夫
広島大学病院 リハビリテーション科 教授

【略歴】1995年東北大学医学部卒業、2002年東北大学大学院医学系研究科卒業、東北大学病院外科および関連病院勤務。ドイツ・フライブルグ大学病院・外科へ2年間留学。2007年より広島大学病院整形外科および関連病院勤務。2013年より広島大学病院リハビリテーション科、2019年より和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座准教授、2022年5月より広島大学リハビリテーション科教授。

【資格・専門領域等】医師、医学博士、日本リハビリテーション医学会・専門医・指導医・代議員、日本整形外科学会・専門医、日本消化器病学会・専門医、日本外科学会・登録認定医、日本消化器外科学会・登録認定医、麻酔科標準医

【著書】

・三上幸夫 編著、介護領域のリハビリテーション手法手引き書、一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構、2023.5

・三上幸夫、久保俊一、田島文博、安保雅博、武久洋三、三上靖夫、斉藤正身、佐浦隆一、半田一登、中村 健、中村春基、西村行秀、深浦順一、野坂利也、編集:総合力がつくりリハビリテーション医学・医療テキスト、一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構、2021.2

講義4. リハビリテーションにおける医療と介護の連携

広島大学病院 リハビリテーション科教授

三上 幸夫

はじめに

講義の内容

- (1) 医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割
- (2) 生活期リハビリテーション診療の実践
(訪問リハビリテーションを例として)
- (3) リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題

目次

- ①医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割
- ②ICF（国際生活機能分類）とリハビリテーション診療
- ③訪問リハビリテーションの定義・制度と実践
- ④リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題

1

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

①医療保険と介護保険の リハビリテーションの意義と役割

2

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

活動を育むリハビリテーション医学

日本リハビリテーション医学会が
提唱する3つのキーワード

機能を回復する
障害を克服する
活動を育む

「機能障害」を診て、「活動を育む」診療を行う
疾病・障害の予防も重要



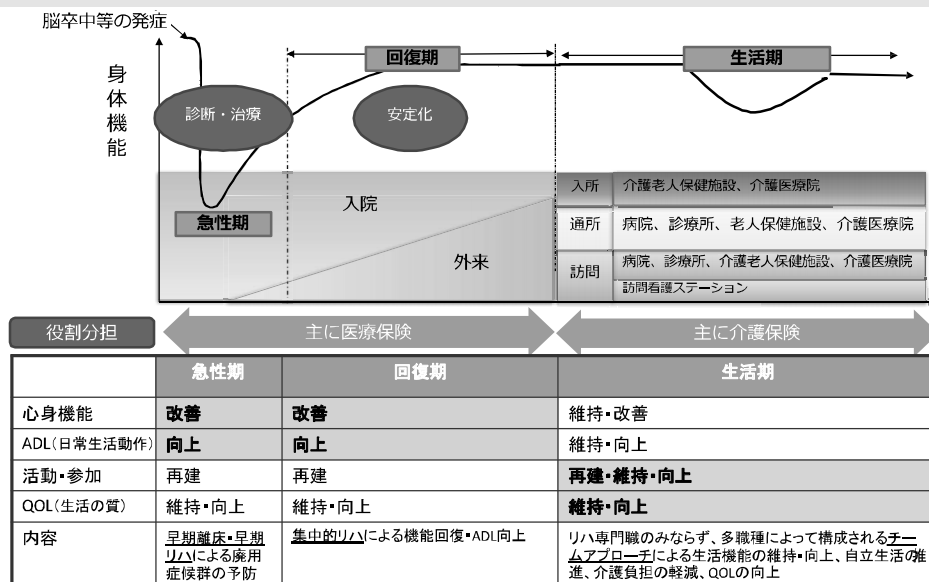
久保俊一・田島文博：総合力がつくリハビリテーション医学・医療テキスト 第1版, P5, 日本リハビリテーション医学教育推進機構, 2021より

3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

リハビリテーションの役割分担（イメージ）

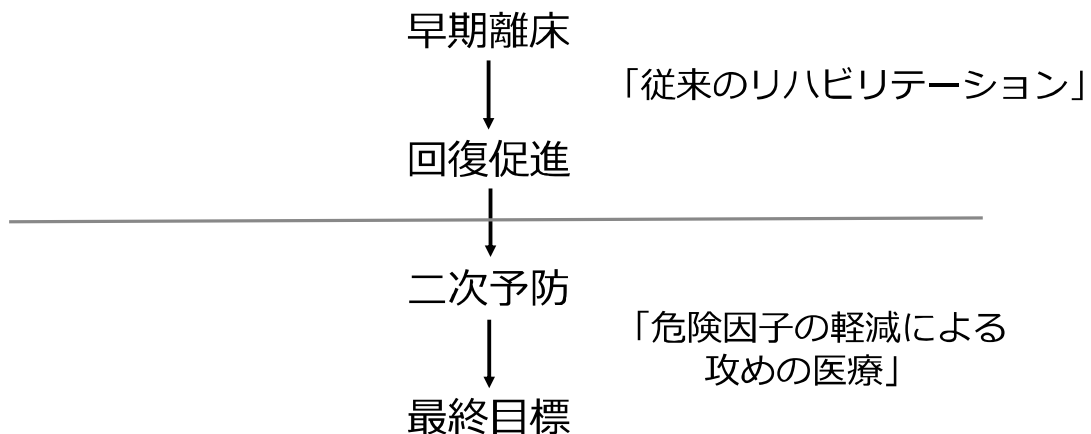
意見交換 資料-4 参考-1
R 5 3 1 5



(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6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

4

内部障害に対するリハビリテーションの目標



QOL (Quality of life : 生活の質) と生命予後の改善

上月正博：2023 年度「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」日本リハビリテーション医学会より

5

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

心血管疾患に対する運動療法の身体的効果

項目	内容	ランク	炎症性指標	CRP、炎症性サイトカインの減少	B
運動耐容能	最高酸素摂取量増加	A	骨格筋	ミトコンドリアの増加	B
	嫌気性代謝閾値増加	A		骨格筋酸化酵素活性の増大	B
症状	心筋虚血閾値の上昇による狭心症発作の軽減	A		骨格筋毛細管密度の増加	B
	同一労作時の心不全症状の軽減	A		II型からI型への筋線維型の変換	B
呼吸	最大下同一負荷強度での換気量減少	A		収縮期血圧の低下	A
心臓	最大下同一負荷強度での心拍数減少	A	冠危険因子	HDLコレステロール増加、中性脂肪減少	A
	最大下同一負荷強度での心仕事量（心臓二重積）減少	A		喫煙率減少	A
	左室リモデリングの抑制	A	自律神経	交感神経緊張の低下	A
	左室収縮機能を増進せず	A		副交感神経緊張亢進	B
	左室拡張機能改善	B		圧受容体反射感受性の改善	B
冠動脈	心筋代謝改善	B	血液	血小板凝集能低下	B
	冠狭窄病変の進展抑制	A		血液凝固能低下	B
	心筋灌流の改善	B	予後	冠動脈性事故発生率の減少	A
中心循環	冠動脈血管内皮依存性、非依存性拡張反応の改善	B		心不全増悪による入院の減少	A (CAD)
	最大動静脈酸素較差の増大	B		生命予後の改善（全死亡、心臓死の減少）	A (CAD)
末梢循環	安静時、運動時の総末梢血管抵抗減少	B			
	末梢動脈血管内皮機能の改善	B			

〈エビデンスレベルA〉 400例以上の症例を対象とした 複数の多施設無作為介入臨床試験で実証された、あるいはメタ解析で実証されたもの

〈エビデンスレベルB〉 400例以下の症例を対象とした 多施設無作為介入臨床試験、よくデザインされた比較検討試験、大規模コホート試験などで実証されたもの

〈エビデンスレベルC〉 無作為介入試験はないが、専門医の意見が一致しているもの

心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会など9学会）、2012年改訂版

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

6

患者にとって、

・安静臥床

身体機能が低下し、ADL・QOLと生命予後が低下

・運動は万能薬

身体機能が改善し、ADL・QOLと生命予後が改善

この原則を踏まえた上で、リハビリテーション治療を考えていく

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

7

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-①

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進（再掲）

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

（新） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- 疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- 土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- 入棟後早期のリハビリテーションの実施
- 病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入



多職種による評価と計画

- 原則48時間以内の評価と計画作成
- 口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- 定期的カンファレンスによる情報連携

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

8

②ICF（国際生活機能分類）と リハビリテーション診療

9

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

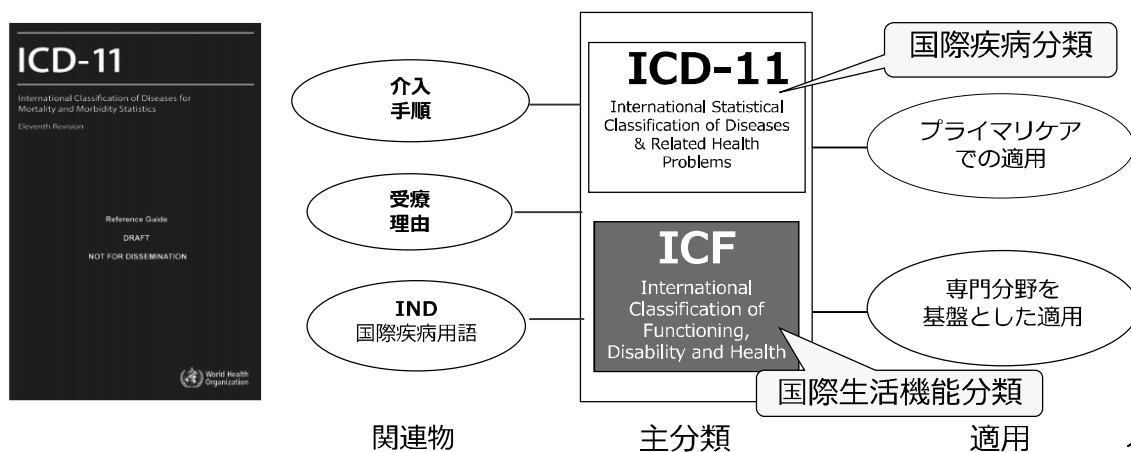
リハビリテーション診療を行うための 必須知識確認

疾患・外傷とは？
機能・障害とは？

10

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

WHO（世界保健機関）国際分類ファミリーとICF ～疾病分類を補完する生活機能分類～



11

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

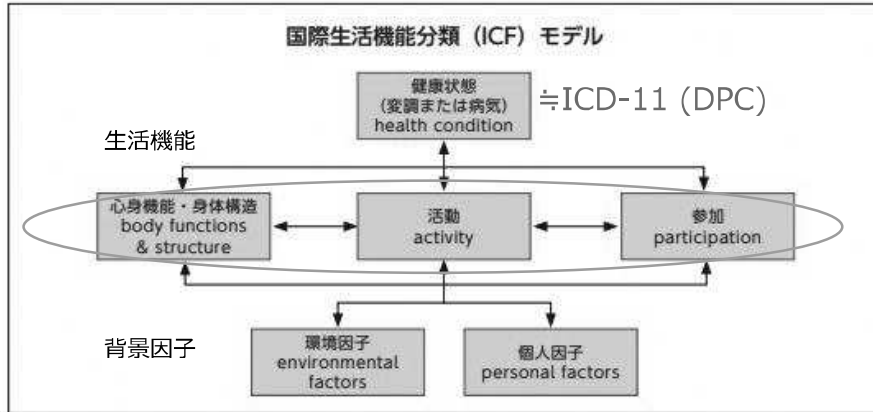
機能・障害とは？

ICF:国際生活機能分類 (-国際障害分類改定版-)

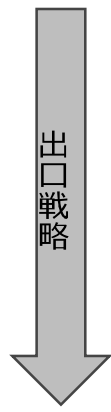
診断・初期治療



ICD



ICF



在宅復帰
再発再燃予防

WHOの国際分類では、健康状態（病気、変調、傷害など）は主にICD-11によって分類される。健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。したがって、ICD-11とICFとは相互補完的である。厚生労働省ホームページより

12

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

リハビリテーション医療チーム



13

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

リハビリテーション診療

リハビリテーション診断 (活動の予後予測)	リハビリテーション治療 (活動の最良化)	リハビリテーション支援 (活動の社会的支援)
●身体所見の診察 ●ADL・QOLなどの評価 FIM (機能的自立度評価法)、Barthel指数、SF-36など ●高次脳機能検査 改訂長谷川式簡易知能評価スケール、MMSE、FABなど ●画像検査 超音波、単純X線、CT、MRI、シンチグラフィーなど ●血液検査 ●電気生理学的検査 筋電図、神経伝導検査、脳波、体性感覚誘発電位(SEP)、心電図など ●生理学的検査 呼吸機能検査、心肺機能検査など ●摂食嚥下機能検査 嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査など ●排尿機能検査 残尿測定、ウロダイナミクス検査など ●病理検査 筋・神経	●理学療法 運動療法・物理療法 ●作業療法 ●言語聴覚療法 ●摂食嚥下療法 ●義肢装具療法 ●認知療法・心理療法 ●電気刺激療法 ●磁気刺激療法 rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) など ●ブロック療法 ●薬物療法 (漢方を含む) 疼痛、痙攣、排尿・排便、精神・神経、循環・代謝、異所性骨化など ●生活指導 ●排尿・排便管理 ●栄養管理 (リハビリテーション診療での栄養管理) ●手術療法 腱延長術、腱切離術など ●新しい治療 ロボット、BMI (Brain Machine Interface)、再生医療、AI (Artificial Intelligence) など	●家屋評価・家屋改修 ●福祉用具 ●支援施設 (介護老人保健施設、特別養護老人ホーム) ●経済的支援 ●就学・就労支援 ●自動車運転復帰 ●障がい者スポーツ活動 ●法的支援 介護保険法、障害者総合支援法、身体障害者福祉法

各種の診断の方法・治療の方法・支援の方法を組み合わせる

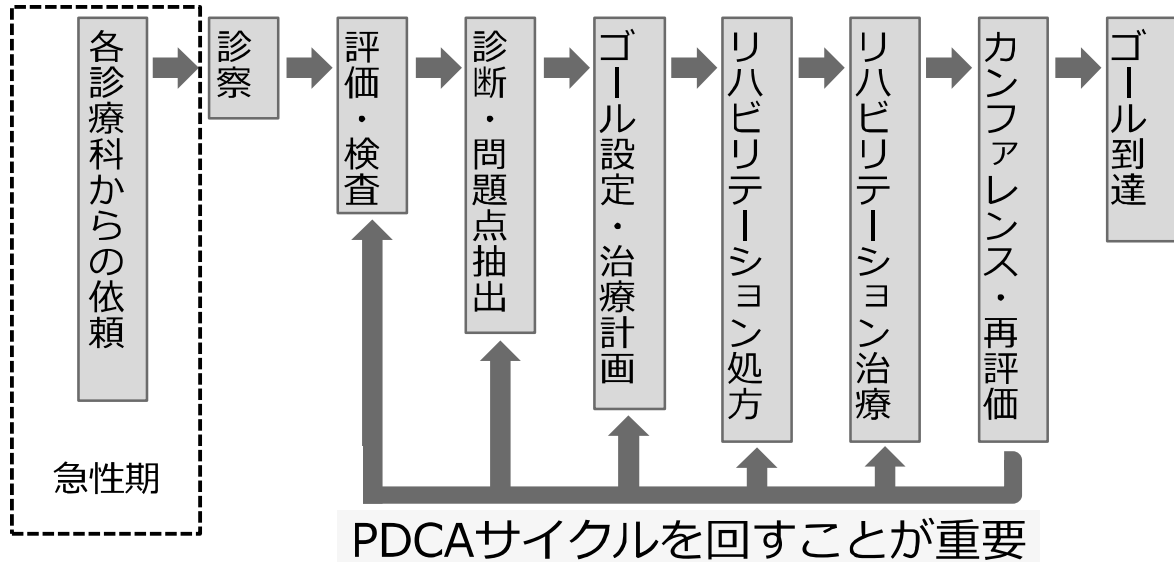
三上靖夫：リハビリテーション診療の概要：総合力がつくリハビリテーション医学・医療テキスト 第1版、P17、日本リハビリテーション医学教育推進機構、2021より

14

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

リハビリテーション診療の流れ



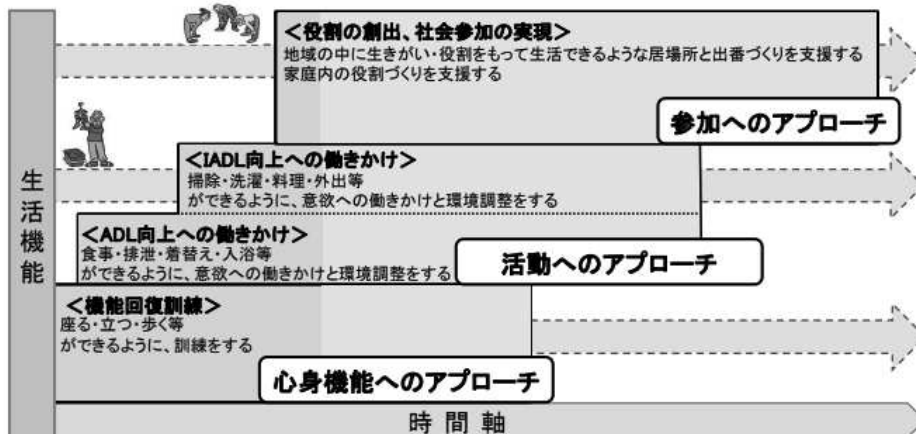
三上靖夫：総論リハビリテーション診断：総合力がつくリハビリテーション医学・医療テキスト 第1版, P31, 日本リハビリテーション医学教育推進機構, 2021より
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

15

リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

中医協 総 - 2
27. 12. 2

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000162530.pdf>

16

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

活動の指標 (BI & FIM)

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

中国協 検-2-23
29. 11. 1

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計：126点～18点)

自立	7点	完全自立
部分自立	6点	修正自立
介助あり	5点	監視
	4点	最小介助
	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目							認知項目			
セルフケア			排泄		移動		コミュニケーション		社会認識	
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅	浴槽・シャワー	歩行・車椅子
					トイレ					階段

バーセルインデックス (Barthel Index: BI)				
氏名: _____	性別: (男・女)	評価日: _____	年齢: _____	評価者: _____
項目	点数	質問内容	得点	
1 食事	10	自立、自給自足の状態で、標準的な時間に食事を摂る		
	5	部分介助 (たとえ、おかずを切って配膳してもらう)		
	0	全介助		(10点)
2 車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (歩行自立も含む)		
	10	軽度の部分介助または監視を要する		
	5	重度の部分介助または監視を要する		
	0	全介助または不可能		(15点)
3 整容	5	自立 (洗面、髪洗、歯磨き、ひげ剃り)		
	0	部分介助または不可能		(5点)
4 トイレ動作	10	自立 (衣服の操作、後始末を含む、ポータブルトイレなどを使用している場合はその洗浄も含む)		
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する		
	0	全介助または不可能		(10点)
5 入浴	5	自立		
	0	部分介助または不可能		(5点)
6 歩行	15	45m以上の歩行、補助具 (車椅子、歩行器) の使用の有無は問はず		
	10	45m以上の歩行、歩行器の使用を含む		
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の歩行可能		
	0	上記以外		(15点)
7 階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない		
	5	介助または監視を要する		
	0	不可能		(10点)
8 着脱	10	自立、靴、フアスナー、履物の脱着を含む		
	5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分でできる		
	0	上記以外		(10点)
9 排便コントロール	10	失禁なし、清潔、排便の取り扱いも可能		
	5	ときに失禁あり、清潔、排便の取り扱いに介助を要する者を含む		
	0	上記以外		(10点)
10 排尿コントロール	10	失禁なし、清潔、排尿の取り扱いも可能		
	5	ときに失禁あり、清潔、排尿の取り扱いに介助を要する者を含む		
	0	上記以外		(10点)
合計得点 (/100点)				

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

17

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

1. LIFEとは？

2. LIFEはどのように活用すればいいの？

3. LIFEを活用するとどんな影響があるの？

4. LIFEのここが知りたい！



<https://youtu.be/4MA-4wHCjts>

介護保険の生活期リハビリテーションでも、科学的手法に基づく分析を進め、それぞれの利用者への生活支援だけでなく、科学的根拠に基づいた自立支援・重度化防止等の取り組みを進めていくことが期待されている。厚生労働省は、令和3年度から「科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）」を開始した。LIFEは、データに基づいて、PDCA（Plan→Do→Check→Action）サイクルを推進し、介護保険の生活期リハビリテーションの質の向上につなげることを目指している。

18

リハビリテーション診療の実践（医療）



※患者さんの許可を得ております



説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日

署名

リハビリテーション実施計画書の作成・説明と同意

1. リハビリテーション実施計画をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する。その後はその後3ヶ月に1回以上の作成が必要。
2. リハビリテーション実施計画書の内容を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する。
3. 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定した場合には、患者1人につき1月に1回に限りリハビリテーション総合計画評価料が算定可能。
4. 実施計画書は総合実施計画書で代用可能。

19

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

リハビリテーション実施計画書（医療・介護）

本人・家族の希望	
健康状態	
心身機能・構造	活動
目標と方針	
留意点	
見通しと終了の目安	
説明と同意	

IADL (手段的日常生活動作)	環境因子
参加	
活動・参加に対する課題	
具体的な内容	

20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

【訪問】

リハビリテーション計画書

☐入院
☐外来
☒初訪問
☐通所
☐入所

評価日:

西暦2024年7月11日

氏名:

様

性別:

男(女)

生年月日:

1946年6月21日

(78歳)

☐要支援

☒要介護

3

リハビリテーション担当医

担当

(☐PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従事者()

■本人・家族等の希望（本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、家族が支援できること等）

本人：杖で外を歩いて庭の花の水やりをしたい、肉じゃがが食べたい
 家族：トイレに自分で行けるようになってほしい、飲み込みの状態の判断が難しいので言語聴覚士に方にも継続して関わってほしい

■健康状態、経過

原因疾病：被爆出血

発症日・受傷日：2023年12月24日

直近の入院日：2024年1月13日

直近の退院日：2024年6月25日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

2023年12月24日に自宅で家事をしている際に急に意識消失し倒れる。物音に気付き、同居している娘が発見し救急車を要請。急性期病院での治療を終え、2024年1月13日にリハビリテーション目的で、回復期リハビリテーション病院へ転院。約5か月間リハビリテーション治療を行い、6月25日に自宅退院。退院後のADL向上と嚥下機能向上目的に、訪問リハビリテーションが開始となった。

合併症：

☒脳血管疾患
☐骨折
☐誤嚥性肺炎
☐うっ血性心不全
☐尿路感染症
☐糖尿病
☒高血圧症
☐骨粗しょう症
☐関節リウマチ
☐がん
☐うつ病
☐認知症
☐褥瘡

※上記以外の疾患⇒ ☐神経疾患 ☐運動器疾患 ☐呼吸器疾患 ☐循環器疾患 ☐消化器疾患 ☐腎疾患 ☐内分泌疾患 ☐皮膚疾患 ☐精神疾患 ☐その他 ()

コントロール状態：

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：

回復期リハビリテーション病院では毎日3時間のリハビリテーションを実施。基本動作訓練、ADL訓練、歩行訓練、摂食嚥下訓練を実施。

目標設定等支援・管理シート： ☒あり ☐なし 障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、(A2)、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：(認知、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M)

日医からくりて医療能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

■心身機能・構造			
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	下腿、体幹
麻痺	あり	あり	左片麻痺
感覚機能障害	あり	あり	左上下肢感覚鈍麻
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	改善見込みあり
失語症・構音障害	なし	なし	
見当識障害	なし	なし	
記憶障害	なし	なし	
高次脳機能障害 （ 注意障害 ）	あり	あり	
栄養障害	なし	なし	
疼痛	あり	あり	両膝関節に軽度の疼痛あり
精神行動障害（BPSD）	なし	なし	
□6分間歩行試験 ↳TUG Test	41秒20		改善見込みあり
服薬管理	自立		
□MMSE ↳HDS- コミュニケーション	30点		
の状況	問題なし		

■活動（基本動作）			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	自立	自立	
起き上がり	見守り	自立	
座位の保持	見守り	自立	
立ち上がり	一部介助	自立	手すり使用
立位の保持	一部介助	自立	手すり使用

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	5（一部介助）	10（自立）	自動具の使用
イスとベッド間の移乗	10（監視下）	15（自立）	手すり使用
整容	0（一部介助）	5（自立）	
トイレ動作	5（一部介助）	10（自立）	手すり使用
入浴	0（全介助）	0（一部介助）	シャワー浴
平地歩行	0（全介助）	（車椅子操作が可能）	
階段昇降	0（全介助）	5（一部介助）	
更衣	5（一部介助）	5（一部介助）	
排便コントロール	10（自立）	10（自立）	
排尿コントロール	10（自立）	10（自立）	
合計点	45	75	

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月） （心身機能）体幹/下肢の筋力、全身持久力の向上を図ることが出来る。嚥下機能を向上することができる。 （活動）自宅内のトイレの環境でもトイレ動作が一人で行うことができる。 離床している時間を長くとり、座って行える活動を継続することができる。 （参加）引きこもりにならないように、友人などの訪問の際にも積極的にコミュニケーションをとることができる。	■リハビリテーションの長期目標 （心身機能）体幹/下肢筋力、全身持久力を維持することが出来る。麻痺側上下肢の関節可動域を維持することができる。嚥下機能の維持ができる。 （活動）自宅から杖歩行でトイレまで行き、トイレ動作も一人で行うことができる。花の水やりを週に1回は行うことができる（車いすでも可） （参加）家族と一緒に近所で定期的に開催されているマルシェに参加し、買い物や食事をすることができる。
■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間） 寝る時間を減らし、起きて生活する時間を多くとり、廃用の予防に努める。 家の環境に合わせた動作練習や指導を行う。 言語聴覚士も定期的に訪問し、嚥下機能の評価、訓練を行う。	■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む） 廃用予防のため、起きておく時間を長くするようにしていきましょう。 関節が固くならないようにストレッチを継続して行いましょう。 食事のことに関しては言語聴覚士の訪問があるので、相談してください。
■リハビリテーション実施上の留意点 （開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） 高血圧による脳出血の再発のリスクがあるので、アンダーソンの基準に沿って訓練を行ってください。 誤嚥のリスクもあるので、必要に応じて病院での嚥下検査も検討します。	■リハビリテーションの終了目安 （終了の目安となる時期： 12ヶ月後） 終了時期については、本人・家族・CMと相談し、再検討を行う。
■リハビリテーションの見通し・継続理由 病院とは異なる環境のため、家でも同じ能力が発揮できるよう、訪問リハは継続して行いましょう。	

土肥・アンダーソンの運動基準（運動の実施基準）

① 運動療法を行わないほうがよい場合

1. 安静時脈拍数120回／分以上
2. 拡張期血圧120mmHg以上
3. 収縮期血圧200mmHg以上
4. 動作時しばしば狭心痛をおこすもの
5. 心筋梗塞発作後1か月以内
6. うっ血性心不全の所見の明らかなもの
7. 安静時すでに動悸、息切れのあるもの

② 途中で運動療法を中止する場合

1. 中等度の呼吸困難が出現した場合
2. めまい、嘔気、狭心痛が出現した場合
3. 脈拍が140回／分を超えた場合
4. 1分間10回以上の不整脈が出現した場合
5. 収縮期血圧40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上上昇した場合

③ 途中で運動療法を休ませて様子をみる場合

1. 脈拍数が運動前の30%を超えた場合
2. 脈拍数が120回／分を超えた場合
3. 1分間10回以下の不整脈の出現
4. 軽い息切れ、動悸が出現した場合

認知症予防マニュアル（国立長寿医療研究センター）より
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-sankou7-1.pdf>

24

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

■活動(IADL)			
アセスメント項目	開始時	現状	特記事項
食事の用意	0	0	
食事の片付け	0	0	
洗濯	0	0	
掃除や整頓	0	0	
力仕事	0	0	
買物	0	1	
外出	3	3	通所系サービス週3回利用
屋外歩行	0	1	
趣味	1	2	
交通手段の利用	0	0	
旅行	0	0	
庭仕事	0	0	
家や車の手入れ	0	0	
読書	0	0	
仕事	0	0	
合計点数	4	7	

■環境因子（現状について記載する）	
家族	□独居 □同居（夫・長女）
住環境	☒ 一戸建 □集合住宅：居住階（階） ☒ 階段 □エレベーター ☒ 玄関前の段差 ☒ 手すり（設置場所：上がり、廊下、トイレ） 食事：□座卓 □テーブル・いす □その他 排せつ： ☒ 洋式トイレ □和式トイレ □ポータブルトイレ 睡眠：□ベッド □介護用ベッド □布団 □その他 その他（ ）
自宅周辺	交通量の多い住宅地 山間に位置しているため坂道も多い
外出手段	自家用車（長女の運転）
他サービスの利用	通所系サービス週3回利用
福祉用具の利用	☒ 杖 ☒ 装具 □歩行器 □車椅子 ☒ 手すり ☒ 介護用ベッド □ポータブルトイレ □シャワーチェア

■社会参加の状況（家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等）	
長女と分担して家事を行っていたが現在は長女のみが行っている。 近所で開催されるマルシェに出店・参加するのが好きだった。 旅行が趣味	

25

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析					
① 活動と参加において、重要度の高い課題（これまでの現状から抽出）					
ADL能力の低下、移動能力の低下、段差がある家屋環境、坂道が多い自宅周囲環境					
①の課題に影響を及ぼす機能障害（改善の可能性が高いものにチェック）					
☐ 左片麻痺	☒ 体幹/下肢の筋力低下	☒ 嚥下機能障害	☐		
①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子（調整を行うものにチェック）					
☒ 段差がある家屋環境	☒ キーパーソンの介護負担	☐	☐		
■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容					
訪問・通所頻度（週3回）、利用時間（各40分）					
No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
1	ADL能力の維持・改善	3/月	ADL訓練 歩行訓練 介助指導 ※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと：歩く自主練習を行う際は手すりがある環境で、見守り下で行ってください	週2回	10分/回
2	筋力の維持・向上	3/月	筋力増強訓練 筋持久力訓練 ※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと：自主練習も継続して行ってください	週2回	5分/回

26

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

3	嚥下機能の維持・向上	3/月	摂食嚥下訓練	週1回	20分/回			
			筋力増強訓練	週1回	20分/回			
				週	回	分/回		
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと：むせ込みがあった場合はお知らせください					
				週	回	分/回		
				週	回	分/回		
				週	回	分/回		
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと					
□他事業所の担当者 と共有すべき事項			□介護支援専門員 と共有すべき事項			□その他、共有すべき事項（ ）		
心身機能の状況の共有			ADL状況の共有、家族に対する指導状況の共有					
※下記の④の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。								
【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □その他に利用している介護サービス（通所系サービス） □（ ）								

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加（継続時に記載）

歩行時の膝関節痛の訴えが減り、連続歩行距離が延長している。トイレ動作も家の環境下で行うことに慣れてきており、日中の失敗はなくなった。
自家用車での外出も少しずつ行えるようになってきた。
食事に関しては、来月より食事の形態をアップを検討している。

■ 診療未実施減算 ※（介護予防）訪問リハビリテーションに限る

診療未実施減算の適用 □あり □なし（⇒ありの場合）情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 □修了済 □受講途中 □未受講

27

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

【通所】	リハビリテーション計画書	□入院 □外来 / □訪問 □通所 / □入所	評価日： 西暦 年 月 日
	氏名： 様	性別： 男・女	生年月日： 年 月 日（ 歳） □要支援 □要介護 □
リハビリテーション担当医 担当		□PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者（ ）	
■本人・家族等の希望（本人のしたい又はできるようにになりたい生活の希望、家族が支援できること等）			
本人の希望：足の痺れや力の入りにくさはあるが人や歩行器を頼って自分の力で動けなくなるのは嫌なのでなるべく自分の力で歩きたい。自分でできることは今まで通り自分でやりたい。できれば、家にじっとすることが嫌いなので、家族と外出したい。民謡に出来るようになりたい。 家族の希望：できるかぎり自分でできることは自分でやってほしい。通院の送迎はできるかぎり協力したい。			
■健康状態、経過			
原因疾患： 脳梗塞 発症日・受傷日 2021 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日 高血圧症			
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）： 2021年12月自宅で倒れているところを近隣の住民に発見され、救急車で急性期病院に搬送、保存療法となる。その後、右片麻痺が残存し、約5か月間回復期リハビリテーション病院で加療し、自宅退院となる。退院後も、歩行能力向上、ADL（家事、買い物等）向上を目的に通所リハビリテーションの利用が開始となった。			
合併症： □脳血管疾患 □骨折 □誤嚥性肺炎 □うつ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病 □高血圧症 □骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □褥瘡 ※上記以外の疾患⇒ □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他（ ） コントロール状態：			
これまでのリハビリテーションの家族状況（プログラムの家族内容、頻度、量等）： 急性期病院では離床動作訓練、回復期リハビリテーション病院では、基本動作訓練、歩行訓練、ADL訓練を中心に実施していた。			
目標設定等支援・管理シート：□あり □なし 障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、I、IIa、IIb、IIa、IIb、IV、M			

28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

目標設定等支援・管理シート：□あり □なし 障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、I、IIa、IIb、IIa、IIb、IV、M			
■心身機能・構造			
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	体幹、右上下肢
麻痺	あり	あり	右上下肢
感覚機能障害	あり	あり	右上下肢軽度鈍麻
関節可動域制限	あり	あり	右肩関節、手関節
摂食嚥下障害	なし	なし	
失語症・構音障害	なし	なし	
見当識障害	なし	なし	
記憶障害	なし	なし	
高次脳機能障害（ ）	なし	なし	
栄養障害	なし	なし	
疼痛	あり	なし	
精神行動障害（BPSD）	なし	なし	
□6分間歩行試験	42.6秒		改善の見込みあり
□TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE □HDS-	25点		
コミュニケーションの状況	良好		
■活動（基本動作）			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	
■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10（自立）	10（自立）	
イスとベッド間の移乗	15（自立）	15（自立）	
整容	5（自立）	5（自立）	
トイレ動作	10（自立）	10（自立）	
入浴	5（自立）	5（自立）	
平地歩行	10（杖等）	10（杖等）	
階段昇降	5（一部介助）	5（一部介助）	改善の見込みあり
更衣	10（自立）	10（自立）	
排便コントロール	10（自立）	10（自立）	
排尿コントロール	10（自立）	10（自立）	
合計点	90	90	

29

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度令和6年度応用研修会

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

(心身機能)
筋力向上、立位バランス能力が向上し、立位動作が安定できるようになる。
(活動)
自宅内の移動が安定し、家事動作ができるようになる。
(参加)
自宅内で過ごすだけでなく、家族と買い物にでかけ、気分転換ができるようになる。

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

筋力向上、立位動作、歩行が安定し、安全に自宅生活が過ごせるようリハビリテーションを実施していきます。

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)
高血圧に注意し、再発を予防しましょう。定期的な血圧の測定、服薬もしっかりと行っていきましょう。
リハビリテーションにおいては、アンダーソンの基準に従い実施していきましょう。

■リハビリテーションの見直し・継続理由

目標が達成できるようまた安全に自宅生活が継続できるようリハビリテーションを実施していきます。

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能)
筋力・全身持久力が維持でき、安定した立位動作、移動ができる。
(活動)
家事が安定でき、買い物ができるようになる。
(参加)
地域の住民とのふれあいや民謡に通うことができるようになる。

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

自宅内の環境に合わせた動作・移動の練習を実施し、リハビリで指導を受けた自主トレーニングも実施していきましょう。必要に応じて、居宅訪問し、指導・助言も行います。

■リハビリテーションの終了目安

(終了の目安となる時期： 6 ヶ月後)
自宅生活や家事・買い物で安全に行うことができ継続できるようになり、自信がつけられたら終了を検討しましょう。

利用者・ご家族への説明： 西暦 年 月 日

特記事項：

30

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

■活動(IADL)

アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意	2	2	改善の見込みあり	0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	0	1	改善の見込みあり	2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0	1	改善の見込みあり	
掃除や整頓	0	1	改善の見込みあり	
力仕事	0	0		0：していない 1：まれにしている
買物	0	1	屋外は歩行器必要	2：週に1回未満 3：週に1回以上
外出	0	1	家族の送迎・見守り必要	
屋外歩行	0	1	屋外は杖必要	
趣味	0	0		
交通手段の利用	0	0	家族の送迎・見守り必要	
旅行	0	0	家族の見守り必要	
庭仕事	0	0	環境調整必要	0：していない 1：時々 2：定期的にしている 3：接客等もしている
家や車の手入れ	0	0		0：していない 1：電球の取替、ぬじ止め等 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：2に加え、家の修理、車の整備
読書	0	0		0：読んでいない 1：まれに 2：月1回程度 3：月2回以上
仕事	0	0		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
合計点数	2	8		

■環境因子（現状について記載する）

家族	☐ 独居 ☒ 同居（ 夫、長女夫婦 ）
住環境	☒ 一戸建 ☐ 集合住宅：居住階（ 階 ） ☐ 階段 ☐ エレベーター ☐ 玄関前の段差 ☐ 手すり（設置場所： ） 食事： ☒ 座卓 ☐ テーブル・いす ☐ その他 排泄： ☒ 洋式トイレ ☐ 和式トイレ ☐ ポータブルトイレ 睡眠： ☒ ベッド ☐ 介護用ベッド ☐ 布団 ☐ その他 その他（ ）
自宅周辺	住宅団地内にあり、軽度な坂道がある。 自治会など地域活動が活発である。
外出手段	バスまたは車
他サービスの利用	なし
福祉用具の利用	☒ 杖 ☐ 装具 ☒ 歩行器 ☐ 車椅子 ☒ 手すり ☐ 介護用ベッド ☐ ポータブルトイレ ☒ シャワーチェア

■社会参加の状況（家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等）

長女と協力してできる範囲内で家事を実施している。
家族の送迎・見守りにて買い物にでかけることはできているが、趣味の民謡を再開できていない。

31

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析

① 活動と参加において、重要度の高い課題（これまでの現状から抽出）
筋力やバランス能力に改善の見込みがあり、また自宅環境に応じて練習が必要な部分もあり、活動と参加が十分に行えていない。

①の課題に影響を及ぼす機能障害（改善の可能性が高いものにチェック）
☐ 体幹・右上下肢の筋力低下
☐ 立位バランス能力低下
☐ 歩行能力低下
☐

①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子（調整を行うものにチェック）
☐ 自宅周辺の環境調整
☐
☐
☐

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
①筋力向上 ②立位バランス能力向上 ③歩行能力向上 ④全身持久力向上	4回/月	①筋力増強運動 ②バランス練習 ③歩行訓練 ④エルゴメーター	週 1回	60分/回	
		※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと 自主トレーニングを実施し、臥床時間を減少する。	週 回	分/回	
			週 回	分/回	
			週 回	分/回	
		※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	週 回	分/回	

32

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度令和6年度応用研修会
92

		※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	
		週	回
		週	回
		週	回
		週	回
		※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	
□他事業所の担当者と共有すべき事項 現在、他事業所のご利用はありません。 必要時に共有していきます。		□介護支援専門員と共有すべき事項 通所リハビリテーションの定期報告をいたします。生活環境に課題がある場合は、訪問指導も実施いたしますので、ご連絡ください。	
※下記の図の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしています。 【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □その他に利用している介護サービス（ ） □（ ）		□その他、共有すべき事項（ ）	
■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加（継続時に記載） 臥床時間が減少し、自主トレーニングも実施できるようになっています。これに伴い筋力、全身持久力の向上みられています。また、身の回りの動作や家事において実施できることも多くなり、家族の見守りで外出する機会も増えています。			
■ 診療未実施減算 ※（介護予防）訪問リハビリテーションに限る 診療未実施減算の適用 □あり □なし（⇒ありの場合）情報提供を行った事業所の医師の適切な研修 □修了済 □受講途中 □未受講			

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

33

項目	記載内容	実際の記載
1. 基本情報	要支援・要介護の区分	要介護4
2. 本人・家族の希望	本人の生活の希望や興味 家族の希望	手が動かせようになりたい スマートフォンを使ってコミュニケーションがとれる
3. 健康状態	原因疾患、発症日、入院日、退院日、手術の有無など 合併症やリハビリテーションの内容 日常生活自立度や認知機能の評価	頸髄損傷、〇年〇月〇日、頸椎除圧固定術、〇年〇月〇日 頸椎後縦靱帯骨化症、糖尿病、脳血管リハビリテーション（理学療法・作業療法） 日常生活自立度C1、認知症自立度I
4. 心身機能・構造	障がいの有無（高次脳機能・移動機能・変形など） 高次脳機能や移動機能の評価 基本動作（寝返り、起き上がり、座位保持等）の状況 ADL（日常生活動作）の評価	両上肢・体幹・両下肢の筋力低下、知覚鈍麻 MMT（徒手筋力テスト） 上肢2、体幹2、下肢2 座位保持困難 ほぼ全介助
5. 目標・方針、指導内容、留意点、修了の目安と時期	短期目標と長期目標 リハビリテーション実施上の留意点 終了の目安	座位の安定と手の巧緻性改善 血圧低下に注意 約5カ月間
6. 説明と同意	本人・家族への説明 特記事項	医師と療法士が実施 短期集中リハビリテーション実施
7. 環境因子	家族構成、住環境、交通機関の有無など	夫と二人暮らし、マンション6階
8. 社会参加	家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動など	主婦、民生委員
9. IADL（手段的日常生活動作）	食事の用意、選択、買い物など	スマートフォンで買い物をしていた
10. 参加と活動の課題	影響を与える因子の要因分析	引きこもりに注意が必要
11. 治療・支援内容	具体的内容	理学・作業療法士による短期集中リハビリテーション

大河内二郎、介護保険リハビリテーションマネジメントの現状と課題～医療・介護連携を進めるために～、J. of Clinical Rehabilitation, 2024; 33(9): P870. 改変
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

34

通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント

- リハビリテーションマネジメントは、調査、計画、実行、評価、改善（以下、「SPDCA」という）のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけるリハビリテーションが提供できているか、継続的に管理することにより、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。
- 介護報酬においては、基本報酬の算定要件及び各加算において評価を行っている。

基本報酬



医師の詳細な指示
リハビリテーションの目的に加え、以下のいずれか1以上の指示を行う
・開始前、実施中の留意事項
・中止基準
・負荷量等



計画の進捗状況の確認・計画の見直し
・初回評価はおおむね2週間以内
・以降は概ね3月ごとに評価
・必要に応じて計画を見直す



居宅訪問
利用開始から1月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療・検査等を行うよう努める



他事業所との連携
ケアマネジャーを通じて、その他のサービス従業者に、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。



継続利用時の説明・記載
医師が3月以上の継続利用が必要と判断
⇒計画書に以下を記載し、説明を行う
・継続利用が必要な理由
・具体的な終了目安
・その他のサービスの併用と以降の見直し

リハビリテーションマネジメント加算



リハビリテーション会議
以下の頻度でリハビリテーション会議を開催し、計画を見直す
・利用開始から6月以内 : 1月に1回以上
・利用開始から6月超 : 3月に1回以上



指導・助言
介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点を助言する
・他サービスの従業者と居宅を訪問し、従業者に対して行う
・居宅を訪問し、家族に対して行う



ケアマネジャーへの情報提供



説明と同意



(イ)の要件
LIFE提出



(ロ)の要件
口腔アセスメント



(ハ)の要件
栄養アセスメント



リハ・口腔・栄養の情報活用

医師が本人・家族に対して説明した場合は加算あり

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

35

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

③訪問リハビリテーションの定義・制度と実践

36

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

① 訪問リハビリテーションの定義

（医療保険） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

・在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行うもの。

・保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行うもの。

（介護保険） 介護保険法第8条

「訪問リハビリテーション」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）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をいう。

37

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

② 訪問リハビリテーションの制度

- ・医療機関(病院・診療所、介護医療院・介護老人保健施設)が提供する場合
(訪問リハビリテーション事業所)

①医療保険：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

②介護保険：訪問リハビリテーション費・介護予防訪問リハビリテーション費

* 介護医療院・介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションは介護保険のみ

- ・訪問看護ステーションが提供する場合
(訪問看護事業所)

③医療保険：訪問看護基本療養費＋訪問看護管理療養費

④介護保険：訪問看護費・介護予防訪問看護費

38

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

訪問リハビリテーションの種類（医療機関）

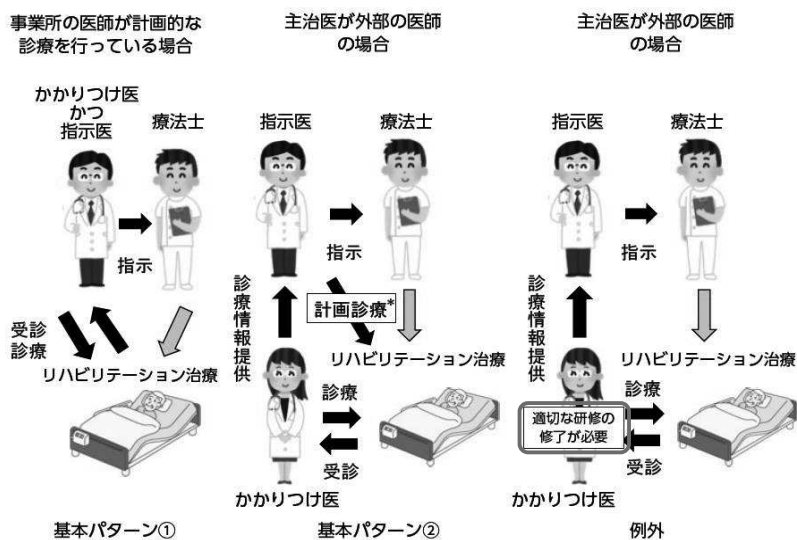
	医療保険	介護保険
対象者	・介護認定を受けていない ・急性増悪時（要介護被保険者等の場合） （Barthel IndexまたはFIMが1月に5点以上悪化）	・介護認定を受けている
1週間あたりの訪問回数	20分を1単位として週6単位が限度 例外として、 ①末期の悪性腫瘍の患者は算定制限なし ②退院の日から起算して3カ月以内の患者は週12単位まで ③急性増悪時は6か月に1回限り、14日間を限度として、1日4単位まで	1回20分で週6回が限度 ①要介護・要支援の区別なし ②退院の日から起算して3カ月以内の患者は週12単位まで
複数の医療機関からの訪問	一か所 （医療機関同士の場合）	ケアプランに盛り込まれれば算定可能
診療・指示を行う医師	事業所の医師の訪問診療※	事業所の専任常勤医師※
指示期間	1カ月	3カ月

※条件付きで他医療機関の医師による診療でも可能

39

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

訪問リハビリテーションの流れ



*訪問リハビリテーション計画診療

中谷匡登：訪問リハビリテーション：総合力がつくリハビリテーション医学・医療テキスト 第1版, P597, 日本リハビリテーション医学教育推進機構, 2021より

40

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

④訪問リハビリテーションの実践

41

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

③ 訪問リハビリテーション診療の実際

1. 健康状態の観察
バイタルサインチェック(体温、脈拍、呼吸、血圧測定等)・病状の観察や
助言・精神面の健康状態の確認と助言・再発予防と予後予測
2. 心身機能の評価と各機能訓練
関節可動域 (ROM)訓練・筋力増強訓練・物理療法・起居動作訓練・歩行
(移動) 訓練・呼吸器疾患のリハビリテーション・摂食嚥下訓練
3. 活動性の評価と日常生活活動への助言・指導・支援
ADL/IADL訓練
4. 家族・介護者への介助方法の指導
介助者の健康状態の確認と助言
5. 利用者・家族介護者への精神的支援
6. 家屋改造の助言
7. 補助器具、福祉用具等の利用の助言
8. 通所サービス等の利用への助言
9. 在宅支援他職種 (ケアマネ) との協業と連携

42

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

健康状態の観察 ～バイタルサインチェック～



* 本人・家族の許諾を得ております



43

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

心身機能の評価と機能訓練



関節可動域 (ROM)訓練



筋力増強訓練

* 本人・家族の許諾を得ております

44

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

歩行（移動）訓練



* 本人・家族の許諾を得ております

45

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

ニーズや環境、生活様式に合わせたリハビリテーションマネジメント



床上動作訓練



階段昇降訓練



立ち上がり動作
訓練



車椅子移乗訓練

* 本人・家族の許諾を得ております

46

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日常生活活動への助言・指導・支援



* 本人・家族の許諾を得ております

47

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

日医かかりつけ医機能研修制度令和6年度応用研修会

ニーズや環境、生活様式に合わせたリハビリテーションマネジメント



入浴動作訓練



家族・介護者への介助方法の指導

玄関での動作訓練



家事動作訓練
(掃除機をかける)



屋外歩行訓練、
介助指導

* 本人・家族の許諾を得ております

48

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

介助者の健康状態の確認と助言 利用者・家族介護者への精神的支援

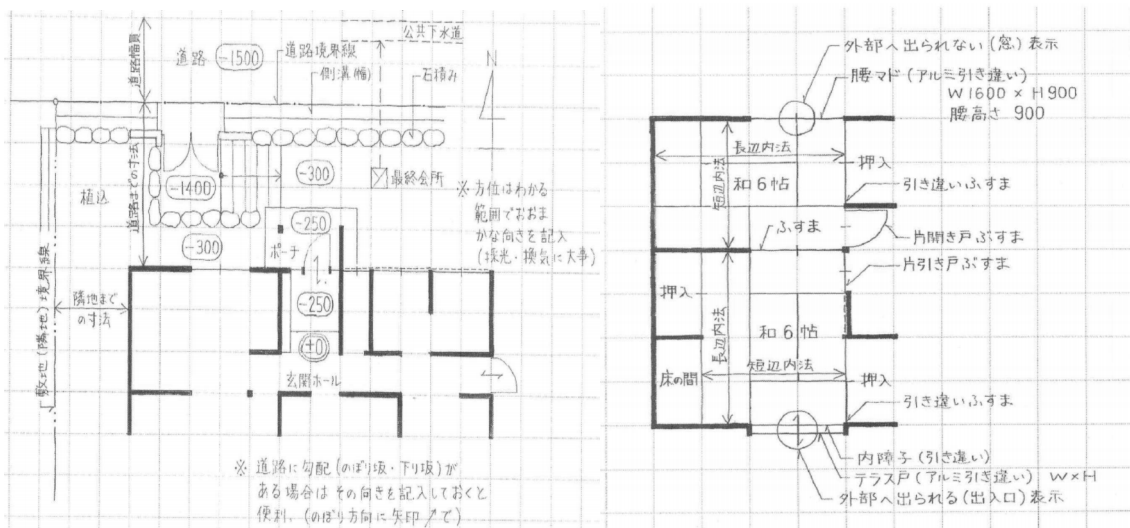


* 本人・家族の許諾を得ております

49

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

方眼活用の見取り図作成と家屋改造の助言



高齢者障害者のための住居改善：馬場昌子・福医建研究会 著 (学芸出版社)

50

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」三上幸夫

補助器具、福祉用具等の利用の助言



* 本人・家族の許諾を得ております

51

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

通所サービス等の利用への助言 在宅支援他職種（ケアマネジャー）との協業と連携



* 本人・家族の許諾を得ております

52

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

症例 60歳代 女性

診断：筋萎縮性側索硬化症（ALS）

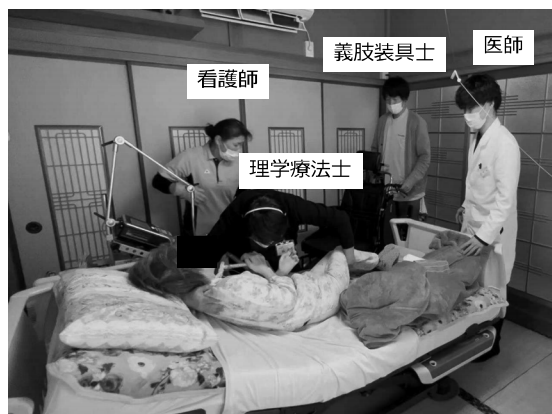
経過：〇年〇月 飲み込み・しゃべり難さを生じ、近医受診。近隣市内の基幹病院でALSと診断された。〇年〇+1月：町内病院に転院となり、気管切開と胃瘻増設を受け、入退院を繰り返していた。〇+2年〇月：訪問診療にて、身体障害者手帳診断書記載（1級）、車いす意見書作成、訪問リハビリテーションを導入することになった。



* 本人・家族の許諾を得ております

53

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫



* 本人・家族の許諾を得ております

54

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

⑤リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題

55

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

医療・介護リハビリテーション連携 アンケート実態調査

(対象)

- ・ 疾患別リハビリテーション治療が終了し、維持期・生活期
リハビリテーションマネジメントを施行中の要介護者
- ・ 介護事業所スタッフ

(方法) リハビリテーションマネジメントの提供状況に対する
アンケート調査 期間：2020年10月～2021年1月

(調査項目)

年齢・性別，主疾患・外傷，併存症・合併症，要介護度
疾患別リハビリテーション (場所，頻度，内容)
リハビリテーションマネジメント (場所・頻度・内容)
心身機能と活動性の評価方法

Asaeda M, Mikami Y, et. al. Ann Med Surg (Lond). 2023 Jan 23;85(1):17-23.

56

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

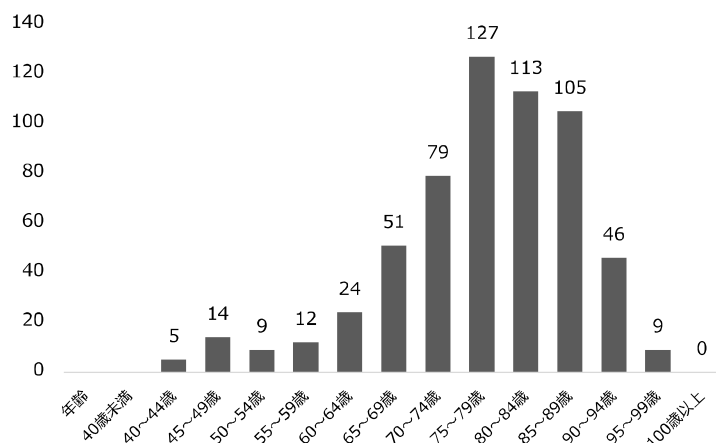
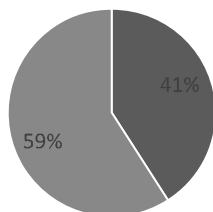
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

調査結果（性別，年齢）

600部/1370部（回収率43.9%）

性別（n=600）

■ 男性 ■ 女性



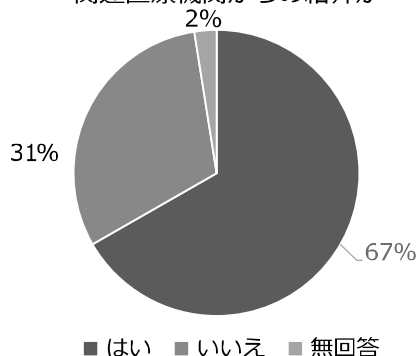
Asaeda M, Mikami Y, et. al. Ann Med Surg (Lond). 2023 Jan 23;85(1):17-23.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

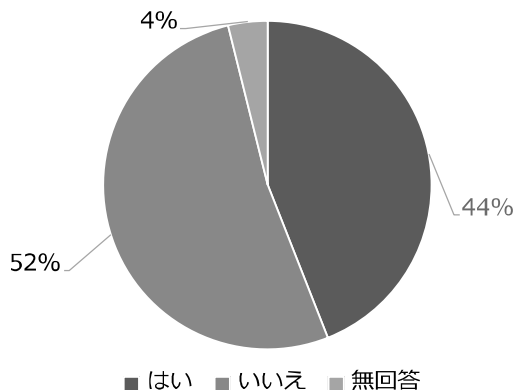
57

介護事業所スタッフに対する調査

同一医療法人または
関連医療機関からの紹介か



医療機関からリハビリテーション
実施計画書を入手したか



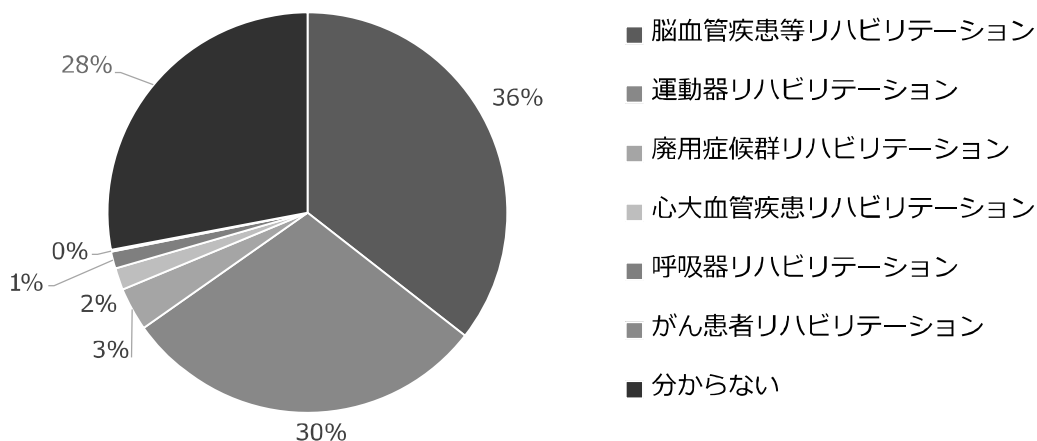
67%が同一法人または関連医療機関からの紹介であったが、
医療機関から実施計画書を入手したのは44%であった。

Asaeda M, Mikami Y, et. al. Ann Med Surg (Lond). 2023 Jan 23;85(1):17-23.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

58

医療保険リハビリテーションの疾患別分類



介護事業所スタッフに対する調査で、28%の利用者の疾患別リハビリテーションの分類が分からないと回答

Asaeda M, Mikami Y, et. al. Ann Med Surg (Lond). 2023 Jan 23;85(1):17-23.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

59

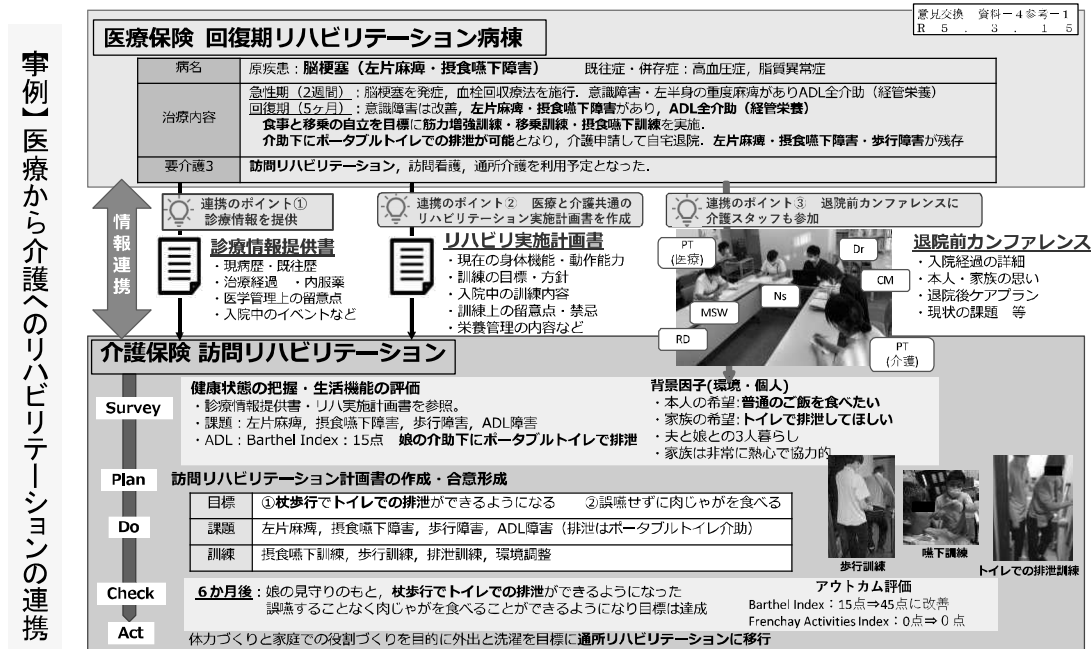
アンケート実態調査まとめ

- ・医療保険の疾患別リハビリテーション治療から介護保険の生活期リハビリテーションへ移行した要介護者に対する実態アンケート調査を行った。
- ・その結果、医療保険と介護保険のリハビリテーション間における連携は十分に取れていない事が明らかとなった。
- ・今後は両者間の連携を深め、一貫したリハビリテーション手法を確立する必要がある。

Asaeda M, Mikami Y, Nishimura Y, et al. A cross-sectional survey of consistent rehabilitation through long-term care insurance in Japan: a questionnaire survey. Ann Med Surg (Lond). 2023;85(1):17-23. Published 2023 Jan 23.

60

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫



61

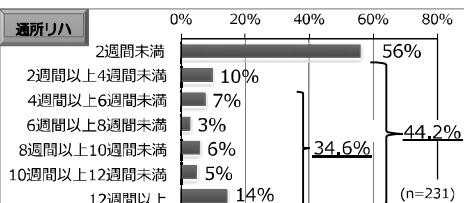
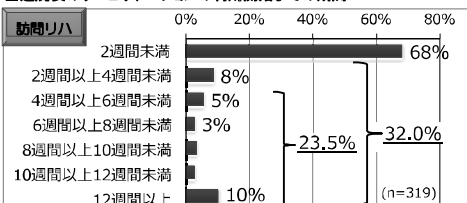
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

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

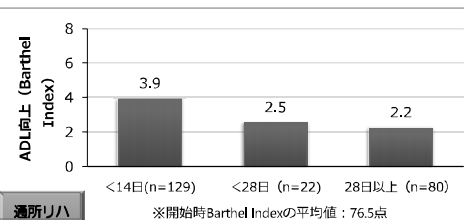
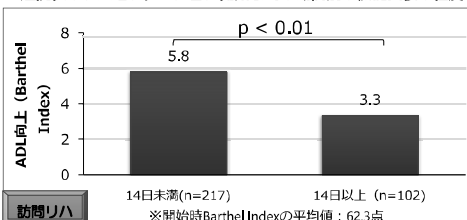
社保一介護給付費分科会
第220回 (R5. 7. 24) 資料 4

- 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

62

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

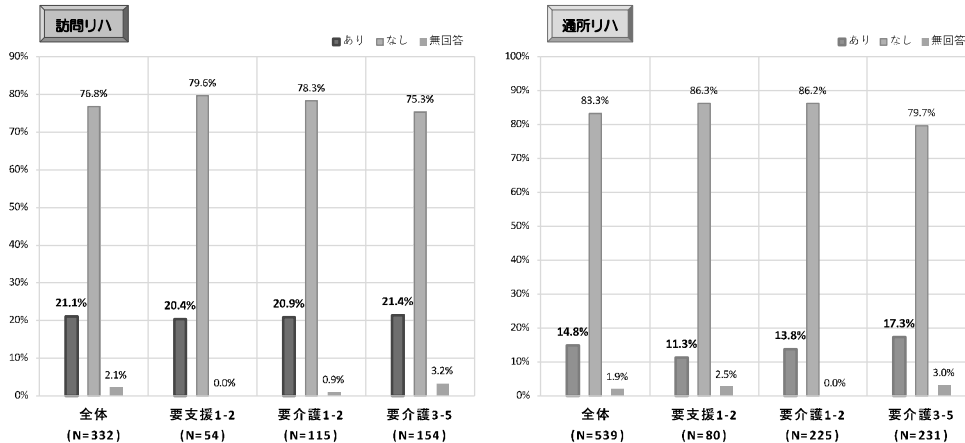
退院前カンファレンスへの参加状況

社会保険審議会
介護給付費分科会（第230回）
令和5年11月6日

資料 3

- 医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%。

■ 医療機関が開催する退院前カンファレンスへの参加



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

63

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組等

リハビリテーションに係る医療介護障害連携（再掲）

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・リハビリテーションに係る情報連携の推進
- ・退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進

診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入力し、内容を把握することを義務付ける。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

64

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組一⑤

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進（再掲）

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

- 保険医療機関において、脳血管疾患等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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。

改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】
【算定要件】（概要）

- 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理料も併せて提供すること。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】
【算定要件】（概要）

- 要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等という。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理料も併せて提供すること。
- 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理料も併せて提供すること。

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

- リハビリテーション計画提供料を廃止する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

65

退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進（再掲）

退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。

現行

【退院時共同指導料2】
【算定要件】

- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。



退院前カンファレンスにおける情報共有

改定後

【退院時共同指導料2】
【算定要件】

- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

66

おわりに

1. 講義のサマリー：

- ①医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割：
→「機能を回復し、障害を克服し、活動を育む」もの
- ②ICFとリハビリテーション診療
→疾患・外傷（ICD）を管理し、生活機能（ICF）を診断して治療・支援する
- ③訪問リハビリテーションの定義・制度と実践を解説
- ④リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題を提示

2. 講義の内容

- (1) 医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割を周知
- (2) 生活期リハビリテーション診療の実践を理解。
(訪問リハビリテーションを例として)
- (3) リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題を共有

3. 最重要点：

「医療には生活の視点が、介護には医療の視点」が重要である 67

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

認知症の方への意思決定支援とプライマリケア

【目 標】

～認知症の方の気持ちをくみとるために～

本講義は、①認知症に関する基礎知識、②意思決定支援の実践方法、③環境調整の重要性、④認知症の方の想いに触れる大切さについてとし、以下の構成とした。

- 1) 令和5年12月から、アルツハイマー病に対する新たな治療法が導入され、軽度認知障害の患者にも認知症疾患修飾薬の投与が可能となり、治療の選択肢が広がった。続いて、令和6年1月1日に施行された認知症基本法により、認知症の方の人権と尊厳が一層重視されるようになった。この法律は、認知症の方も他の住民と同様に能力を最大限発揮し、地域で共生しながら予防に努めることの重要性を強調している。
- 2) 認知症の方にも明確な意思があり、その意思をくみとることが重要である。自分がされて嫌なことは相手も嫌であろうと想像し、どうしたいか、どうしてほしいかを本人にしっかりと尋ねることが大切である。認知症の方の想いに寄り添い、その声に耳を傾けることが真の支援に繋がる。
- 3) 病棟で治療を受ける際、認知症の方が目的を理解できず、治療に協力できない場合がある。このような状況では身体拘束が行われることがあるが、令和6年診療報酬改定では、身体拘束回避の重要性が強調された。認知症の方にとって環境が症状に大きな影響を与えるため、適切な環境整備が必要である。

この講義では、認知症に関する基礎知識、環境調整の重要性、意思決定支援の実践方法、そして認知症の方の想いに触れる大切さについて解説する。

【キーワード】

認知症疾患修飾薬、認知症基本法、意思決定支援、身体拘束回避、環境調整

たなか ゆきこ
田中 志子
医療法人大誠会内田病院 理事長・院長

沼田利根医師会 理事
医療法人大誠会 理事長、社会福祉法人久仁会 理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
帝京大学医学部医学教育センター 臨床教授
群馬大学医学部 臨床教授

【プロフィール】群馬県沼田市出身。医学博士。1991年帝京大学医学部卒業、2009年群馬大学大学院修了。2011年医療法人大誠会理事長に就任。「地域といっしょに。あなたのために。」をグループ理念とし、地域包括ケアシステムを沼田市で展開し、病院だけでなく、認知症のある患者の「身体拘束ゼロ」をメッセージに掲げた介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームなどの運営、移動型コンビニ事業の展開、障がい者施設と商業施設を組み合わせた地域共生型施設の開設など、幅広く地域のために活動している。2020年「第72回保健文化賞」（第一生命保険株式会社）を受賞。

【略歴】1991年帝京大学卒。2004年介護老人保健施設大誠苑施設長、2007年社会福祉法人久仁会理事長、2009年群馬大学大学院修了。2010年医療法人大誠会副理事長を経て、2011年同理事長を務め、2023年より同理事長・内田病院院長に就任。

【主な資格】日本内科学会総合内科専門医、日本老年医学会老年科専門医・指導医、日本認知症学会認知症専門医・指導医、認知症サポート医

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会



認知症の方への意思決定支援と プライマリケア

～ 認知症の方の気持ちをくみとるために ～

医療法人大誠会内田病院

理事長・院長

田中 志子（たなかゆきこ）

はじめに

- 講義の内容**
- (1) 認知症に関する基礎知識
 - (2) 意思決定支援の実践方法
 - (3) 環境調整の重要性
 - (4) 認知症の方の想いに触れる大切さ

- 目次**
- ① 認知症の基礎知識 極めて簡単に
 - ② 認知症の方の意思決定支援
 - ③ 意思決定支援の工夫～病院・施設～
 - ④ 意思決定支援の工夫～地域～

1

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

1. 基礎知識 総論

2. 基礎知識 各論

- ・ 代表的な認知症のポイントについて
- ・ かかりつけ医の先生方をお願いしたいこと

3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

認知症とともに生きる 「希望大使」、誕生

認知症になっても何もわからなくなる、何もできなくなるわけではありません。わかること、
できることはたくさんあります。どのように生きるかを選択するのは、あなた自身です。



参照：厚生労働省 認知症本人大使「希望大使」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/kibou.html

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

4

認知症とともに生きる希望宣言

〔役割4〕

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人ワーキンググループ (JDWG) ホームページ (<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに關する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子 （一部改変）

5

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

〔役割5〕

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会における活動における参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念ののっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

令和5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分） かりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026

日医かりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 田中志子

6

（一部改定）

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ②

〔役割6〕

5.基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6.認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：令和6年1月1日施行、施行後5年を目途とした検討

令和5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分） かりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026

日医かりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 田中志子

7

（一部改定）

認知症の概念

〔基本知識1〕

認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されない

※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期には記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている

8

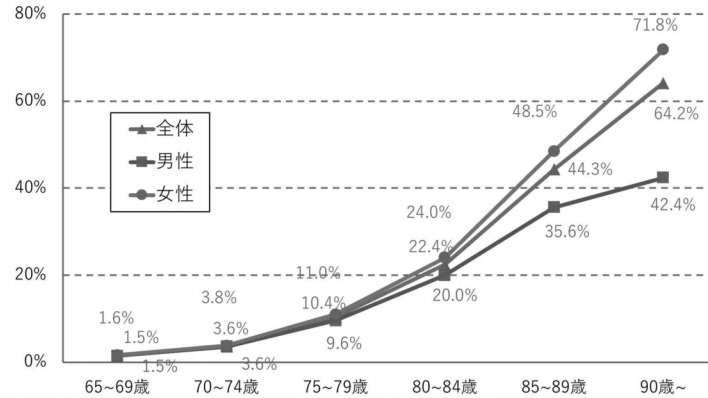
令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） かりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026

日医かりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 田中志子

日医かりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

年齢階級別の認知症の有病率

【基本知3】



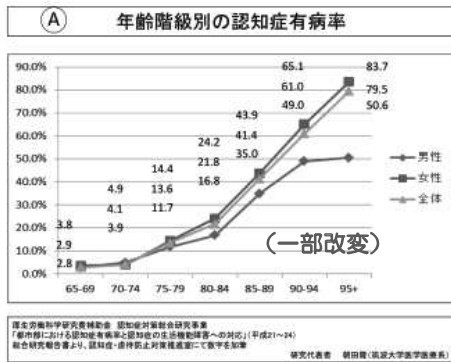
※平成24年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。平成30年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究（研究代表者二宮教授）において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

令和5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分） かりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 田中志子（一部改変）

9

最近のトピック

2012年 認知症有病率 全国調査（朝田班）
（調査期間 2009 2012年）



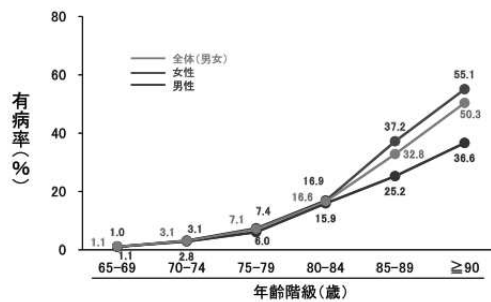
令和5年度老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」

内閣官庁「認知症施策推進関係者会議（第2回）」資料9 https://www.oas.go.jp/jp/selsaku/ninchisho_kankeisha/dai2/siryou9.pdf
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 田中志子（一部改変）

10

2022-2023年調査における認知症の年齢階級別有病率
（調査地域：久山町、中島町、中山町、海士町）



4地域全体の年齢階級別の有病率の算出には変量効果モデルを用いた。

2012年の推計値よりも実際の有病率は低値だった

2012年の厚生労働省の報告に比べ、2022年の認知症の有病率が低値であった理由の考察

- 2022-2023年の調査におけるMCIまたは認知症の有病率は27.8%（MCI 15.5%＋認知症12.3%）であり、2012年の厚生労働省の報告の28.0%（MCI 13.0%＋認知症15.0%）と比べ大きな変化を認めなかった。

➡ MCIから認知症へ進展した者の割合が低下した可能性

- 喫煙率の全体的な低下、中年期～高齢早期の高血圧や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及による健康意識の変化などにより、認知機能低下の進行が抑制され、認知症の有病率が低下した可能性

（参考情報）

- 成人の喫煙率は全体的には減少している。
- 減塩の推進や降圧薬の普及により平均血圧も1970年代以降低下傾向にある。
- 1990年代よりHMG-CoA還元酵素阻害薬等の高脂血症薬による治療が徐々に普及している。
- 糖尿病が強く疑われる者の頻度は、50歳以上の男性および70歳以上の女性では上昇傾向にあるが、50歳代および60歳代の女性では、2010年以降徐々に低下傾向を認めている。
- 糖尿病の治療・管理方法は2000年代以降血糖をきつに下げる糖尿病治療が望まれるようになり、DPP4-阻害薬やメトホルミンの処方数が増加した
- 2017年の内閣府による高齢者の健康に関する調査によると、調査対象者の9割以上が栄養や身体活動、自身の健康などの健康活動に「特に心がけていることがある」と回答している。

内閣官庁「認知症施策推進関係者会議（第2回）」資料9 https://www.oas.go.jp/jp/selsaku/ninchisho_kankeisha/dai2/siryou9.pdf
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」 田中志子（一部改変）

11

1. 基礎知識 総論

2. 基礎知識 各論

- ・ 代表的な認知症のポイントについて
- ・ かかりつけ医の先生方をお願いしたいこと

12

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

認知症疾患の特徴など

- ・ アルツハイマー病
- ・ レビー小体型認知症
- ・ 脳血管性認知症
- ・ 前頭側頭葉型認知症
- ・ 若年性認知症

13

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識11〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害が目立つことが多い
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- 遂行機能障害を周囲に気づかれる
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- 日付や場所の見当識障害が目立つこともある
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- 精神症状が先行する、もしくは伴うことも多い
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的局所徴候はない
- 取り繕いや振り返り徴候がある
- 病識の自己評価が正確にできず、症状を否認しがち



14

令和5年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健機能増進等事業分) かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子 (一部改変)

アルツハイマー型認知症の診断

〔基本知識9〕

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域（実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

15

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

質問してみるとわかること

- ・お年は？
そんなの答えるようになったら女もおしまいよ！
昭和〇〇年〇月〇日（自信を持って言い切る）
- ・最近気になったニュースは何ですか？
たくさんあってどれが、どうとは言えない。
急にそう言われると、すぐに思い出せない。
いつもはみてるけど最近はみていない。

16



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

《診断・治療-38》

FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

1. 正常		成人
2. 年相応	物の置き忘れなど	
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。	若年成人
4. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。	8歳～10代
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめずかして説得することが必要なこともある。	5歳～7歳
6. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。	5歳以下
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。	3歳以下

17

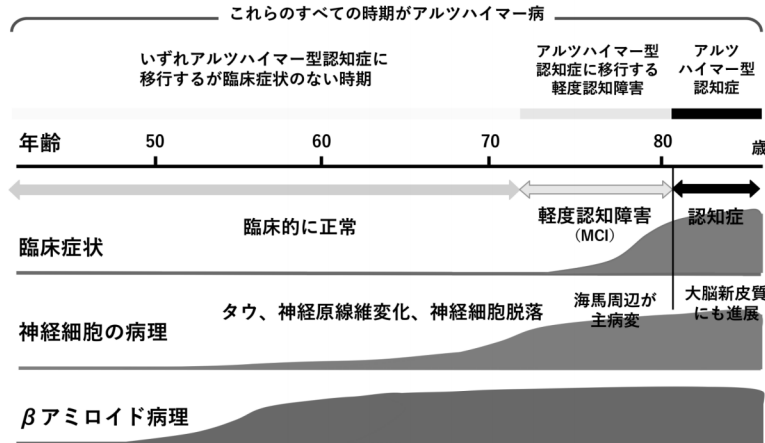
Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識10〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している



認知症サポート医養成研修テキスト

18

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

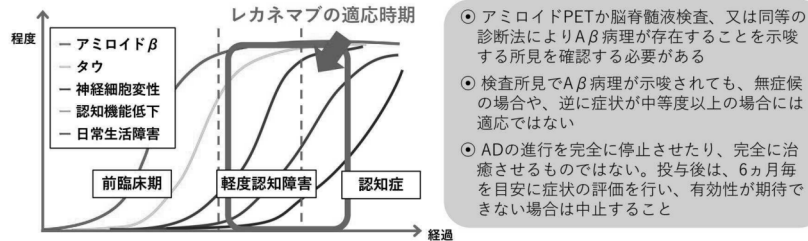
アルツハイマー病 抗アミロイドβ抗体薬 レカネマブ

〔診療実践20〕

レカネマブは、アルツハイマー病(AD)の病態で重要な役割をはたすアミロイドβ(Aβ)蛋白のうち、毒性が示唆されるAβプロトフィブリルに選択的に結合し、脳内のAβプロトフィブリルやAβプラークを減少させると考えられている



アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」（＝早期AD）において進行抑制効果をもたらすとされている



令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

19

レカネマブ投与における注意

〔診療実践21〕

- ① 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与
- ② インフュージョンリアクション（輸注反応；頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等）がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮

- ③ 投与により、アミロイド関連画像異常（ARIA）があらわれることがある。ARIA-浮腫/滲出液貯留（ARIA-E）、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血（ARIA-H）がある。

- ◆ 投与前のMRI確認が必要。5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が見られた場合は投与不可。
- ◆ 抗血小板剤や抗凝固薬服用時、脳出血の副作用を増強させる可能性があり、注意が必要。（急性期脳梗塞対応に関しては、日本脳卒中学会の静注血栓溶解（rt-PA）療法適正治療指針追補を参照）
- ◆ ARIAは投与開始から14週間以内に多く、開始後初期は特に注意深い観察が必要。無症状のことも多いが、5、7、14回目の投与前にはMRI撮像が必要。また、それ以降も定期的または疑わしい症状があれば、MRI検査を実施する。画像異常の程度や症状の程度を評価し、一時投与休止や、中止を考慮。
- ◆ （APOE遺伝子型がε4の場合、その数に応じてリスクが上昇することが知られている）

- アミロイドPET、髄液検査、MRI等の必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において投与を行うこと
- ADに関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に理解があり、管理・説明できる医師の下で投与を行うこと

20

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

〔診療実践16〕

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg
初期 投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1日1回	1日2回	1日1回
半減期	70-80時間	5-7時間	2-3時間
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014) 貼付剤発売 (2023)		1ステップ漸増法 が承認 (2015)

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

21

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

〔診療実践17〕

1. アルツハイマー型認知症に使用（ドネペジルはDLBにも可）
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
歩き回り（徘徊）、振戦、頭痛
唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

22

メマンチンの特徴と注意点

〔診療実践18〕

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～重度
一日用量	20mg
投与法	5mgから1週間ごとに5mgずつ増量し 20mgで維持
用法	1日1回
半減期	55-70時間
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

〔診療実践19〕

- 副作用：
 - ・浮動性めまい
 - ・便秘
 - ・体重減少
 - ・頭痛
 - ・傾眠

●チトクロームP450による
代謝を受けにくいため薬物相
互作用が少ない

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

23

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

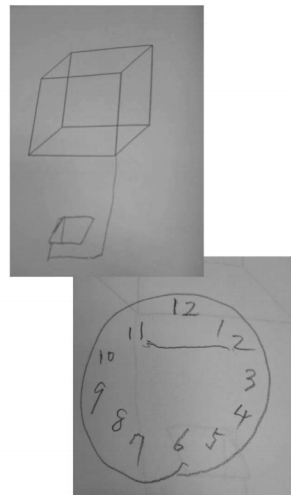
〔基本知識16〕

【初期に多い症状】

- もの忘れに対する自覚がある
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など幻視や錯視
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- レム期睡眠行動異常症
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- 動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性
- 便秘や起立性低血圧などの自律神経症状
- 嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など

【特徴的な所見】

- 症状の日内変動がある
- 質問や支持動作への反応が緩徐である
- 取り繕いや振り返り症候がない



24

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

《 診断・治療-52 》

レビー小体型認知症の注意点

- 認知機能が変動しやすいので状態をみながらリハビリテーション等を行う。
- 転倒しやすいことを伝える。
- 血圧の変動も大きいので注意を要する。
- 薬剤過敏性があることが多い。
(過鎮静と錐体外路徴候等)
- 幻覚は完全に抑制しなくても良い場合がある。

25

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識14〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも遂行機能障害が目立つ
(記憶力はある程度保っているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序よくできなくなったなど)
- 動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠などが脳血管障害のエピソード後に持続する

【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う局所症状（麻痺、嚥下障害など）を認める
- 脳血管障害を起こすたびに階段状に悪化している
- 斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害など

※ 多発性ラクナ梗塞やBinswanger病といった深部白質の虚血性病変（小血管病）では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある

26

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

血管性認知症の考え方の変化

〔基本知識13〕

これまでの考え方

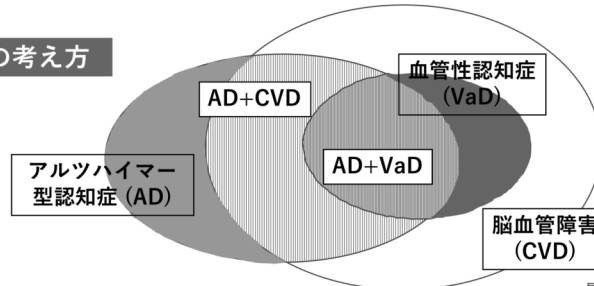
脳卒中の既往があれば 血管性認知症
画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症

アルツ
ハイマー型
認知症

血管性
認知症

脳血管
障害

最近の考え方



長田の図を改変

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

27

前頭側頭葉型認知症

- ・前頭葉と側頭葉の著しい萎縮によって起こる
- ・症状としては

- 初期には言葉が障害されることが多い
- 常識的な行動に従うということが出来にくくなる
- 我慢が出来ないで気持ちのとおりに進めてしまう
- （おなかのすいたらスーパーの品物を黙って取って食べる）
- 時刻表症状といって毎日決まった時間に決まった行動をとる傾向がある
- 常同行為といって同じ動作の繰り返しが多い



パトカーを振り切って高
速道路を疾走

- 疫学
- ・頻度：ADとの比は10分の1以下
 - ・65歳以下の発症が多く、性差はない
 - ・ときに家族歴を有することがある

利き手って
何？



28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

〔基本知識19〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	・脱抑制的行動 ・常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・無関心・共感の欠如	・病識の欠如 ・「我が道を行く行動」 ・診察中の立ち去り行為 ・社会のルールが守れない
意味性認知症	・言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など) ・物や人の名前が出てこない	・会話が迂遠になる ・質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	・発話自体がゆっくりで努力性 になる	・発話の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

29

若年性認知症

〔基本知識20〕

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」という
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である

- 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計
- 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数（有病率）は、50.9人

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多面的データ共有システムの開発（令和2年3月）」

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

30

若年性認知症の症状の特徴

〔基本知識21〕

若年性認知症の注意すべき症状の特徴

- 初期の変化に気付かれやすいが、受診につながるまでに時間がかかる
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



確定診断時には、既に症状が進行していることが少なくない

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

31

画像診断の意義と重要性

〔基本知識22〕

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査（SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む）、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査 などが必要となる
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

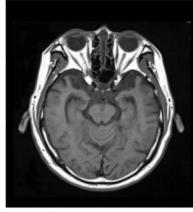
32

各認知症の典型的なMRI画像

〔基本知識23〕

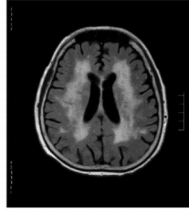
画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

アルツハイマー型認知症



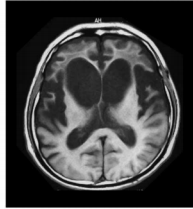
海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



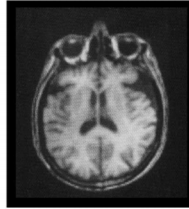
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変（低灌流型）

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の限局性萎縮

レビー小体型認知症



海馬・側頭葉の萎縮は目立たない

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

33

1. 基礎知識 総論

2. 基礎知識 各論

- ・ 代表的な認知症のポイントについて
- ・ かかりつけ医の先生方をお願いしたいこと

34

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

治療により改善が見込める認知症機能障害

〔基本知識37〕

治療により症状の改善が見込めるため、適切な診断や対応、脳神経外科や神経内科、精神科等への紹介が必要となる

- ① 内分泌・代謝疾患
- ② 炎症性疾患（感染性、自己免疫性脳炎・脳症）
- ③ 正常圧水頭症（特発性・二次性）
- ④ 脳腫瘍
- ⑤ 慢性硬膜下血腫
- ⑥ てんかん

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

35

認知症診療で注意すべき身体疾患

〔診療実践33〕

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する

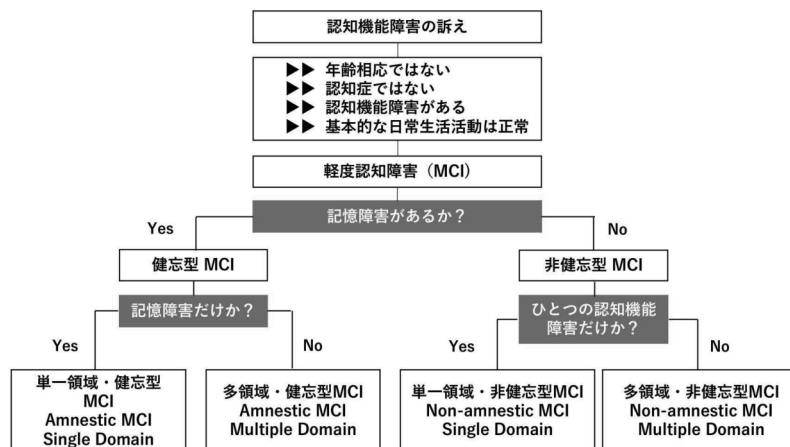
内科・外科疾患	● 糖尿病 ● 高血圧症 ● 脂質代謝異常症 ● 胃潰瘍 ● 排尿障害 ● 誤嚥性肺炎 ● 肺塞栓症 ● 洞不全症候群 ● 便秘
脳神経外科 神経内科疾患	● 慢性硬膜下血腫 ● 脳梗塞 ● 脳出血
整形外科疾患	● 大腿骨頸部骨折 ● 骨粗鬆症
皮膚科疾患	● 褥瘡 ● 蜂窩織炎 ● 帯状疱疹 ● 疥癬 ● 脂漏性皮膚炎
眼科・耳鼻科疾患	● 難聴 ● 耳垢栓塞 ● 緑内障 ● 白内障
歯科疾患	● う蝕 ● 歯周病 ● 口内炎 ● 義歯不適合

36

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

改訂されたMCI診断基準による診断の分類と手順

〔基本知識28〕



Petersen RC: J Intern Med, 256: 183-194, 2004

37

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

どのような場合に専門医に紹介すべきか

〔基本知識44〕

下記の変化や症状を認めた場合や診断や対応に迷う場合は、認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)

38

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔診療実践24〕

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している

要因	特徴	現状
疾患上の要因	・複数の疾患を有する ・慢性疾患が多い ・症状が非定型的	・多剤併用、複数科受診 ・長期服用 ・誤診に基づく誤投薬 ・対症療法による多剤併用
機能上の要因	・臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化） ・認知機能の低下 ・視力・聴力の低下	・症状発現の遅れ ・過量投与 ・誤服用 ・アドヒアランス低下
社会的要因	・過少医療	・投薬中断

日本医師会、超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き、1 安全な薬物療法、p2, 2017
を参照して作成

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

39

投薬に際して注意すべきこと

〔診療実践25〕

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
（本人または介護者が行う）
- 薬の効果と副作用の観察が行えること
（本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護など
を利用して適宜支援と確認ができる）
- 定期的な受診と服薬指導が受けられること

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

40

2. 認知症の人の意思決定支援

41

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの

基本事項（誰のための・誰による・支援なのか）

- 認知症の人のための
（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む）
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
（意思決定支援者）
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
（意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援）

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編
https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026

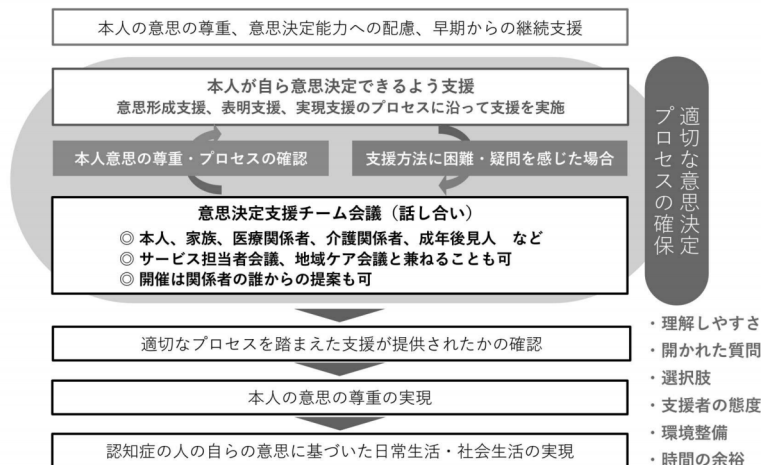
（一部改変）

42

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

生活支援としての意思決定支援

〔地域実践35〕



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（平成30年6月）に一部追記

令和5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分）かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編
https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026

43

（一部改変）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

僕の顔も見ない、僕に話をしない

・認知症の当事者 丹野智文さんの言葉

最初は、支援のことについて知りたくて聞きに行ったのです。

区役所や地域包括支援センターの人たちは、その時に若い私が認知症の人の家族ではなく、認知症の本人だとわかると急に妻に挨拶し、名刺も妻にだけ渡して、いろいろな支援を説明していました。

なぜ、俺に説明しないの？と思ったし、その後よろしくと言われても仲良くしたいと思わなかった。

44

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

一般向け 啓発資料

決めてあ
げる

ではなく
本人が決
める

http://ham-ken.com/wp/wp-content/uploads/2022/04/kimeruwosasaeru_a4.pdf

決められない人だから
代わりに決めてあげる
から

本人の意思に基づいて
「本人が決める」ことの
支援へ

意思決定支援の重要性

○一人ひとりが自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことはとても重要なことである。このことは認知症の人についても同様のことである。

意思決定支援とは

○認知症の人（認知症と診断された場合のほか、認知機能の低下が疑われ意思決定能力が不十分な人を含みます）であっても、その能力を最大限活かして、日常生活・社会生活に自らの意思に基づいた生活を送ることができるようになるために、意思決定支援に関わる全ての人による本人支援、と示されています。

日常生活での「決める」場面とは

- 自分の好きなものを食べる、着る、着るものを見る
- 好きな場所に行く、参加する など

※これまでの生活や経験が活かされる場面
日常生活が継続されることで尊重される場面

社会生活での「決める」場面とは

- 住みたい場所を選ぶ、移り暮らしを選ぶ
- 介護・ケアサービスを選ぶ
- 食事を提供する など

※本人の自主性を尊重することのできない
重大な影響を生じる場面

認知症の人の
日常生活・社会
生活における
意思決定支援
ガイドライン

ガイドラインを
読むには
こちらから

**意思決定支援ガイドラインの
読み方と活かし方**

意思決定支援ガイドラインの
読み方と活かし方

ガイドラインを
どう読んで、
どう活かすか、
事前に読んで
分かります

ガイドラインの説明を聞いてみたい（専門職研修動画教材）

意思決定支援ガイドライン研修
（医療職向け組み込み型研修）

ご本人の声
（ナレーション）
もあります

意思決定支援ガイドライン研修
（介護職向け組み込み型研修）

認知症の人の
日常生活・社会
生活における
意思決定支援
ガイドライン

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健機能増進等事業費）
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの
普及・活用に関する調査研究事業 第1期

あなたの“決める”を
みんなでささえる

意思決定支援にかかわる
すべての人を知っておいてほしいにと

できることはたくさんある。
それを知ってほしい。
かなえない。

意思
表明
意思
形成
意思
実現

令和3年度
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健機能増進等事業費）

45

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

一般向け 啓発資料

決めてあ
げる

ではなく
本人が決
める

http://ham-ken.com/wp/wp-content/uploads/2022/04/kimeruwosasaeru_a4.pdf

ご本人の「声」で説明します

時間・場所、一緒にいる人

○こうしたい、どっちがいい、などを決める
とき、まず自分を知って、話を聞いて
くれるような信頼できる人に支援してもら
いたい。

○立ち会う人も、遠慮なく自分の意見が言
えるような人がいい。

○普段行かないような慣れない場所よりも、
自宅がいいです。ありがたけれど、大勢
で取り囲まれ
ちゃ、言いた
いこともあま
り言えないし。

「思う」「考える」をささえる

○自分で選んで決めたけれど、違いがよく分
からないから迷えないなあ。

○たくさん説明してくれるときは、ゆっくり
と分かりやすくお願いします。あと、紙
に思や表などで書いてくれると分かりや
すいです。

○「Aですか・Bですか」だけでなく、「何
がしたいですか」、「どうしたいですか」
って聞かれる方が、したいことを言いやす
いなあ。

○説明の途中で、確認してくれるといいで
す。最初のうに言われたことがあやふや
になっちゃうから。

確認や振り返り

○支援に関わる皆さんに自分のことを分
かってもらえると安心だし、側に置いた
こと、ちょっとしたことで、覚えてほしい
よ。

○一緒に考えたことを、一緒に振り返れば
思い出すこともあります。決めていく途
中のいい思い出がうれしいです。

意思決定支援の原則

- 1 本人の意思の尊重
- 2 本人の意思決定能力への配慮
- 3 早期からの継続的支援

意思決定支援のプロセス（流れ）

環境の整備

意思決定支援の3要素

意思形成の支援 + 意思表明の支援 + 意思実現の支援

意思形成の支援
適切な情報、認識、
環境の下で意思が
形成されることに
対する支援

意思表明の支援
形成された意思を
適切に表明・表出
することに対する
支援

意思実現の支援
本人の意思を日常
生活・社会生活に
反映することに対
する支援

プロセスの記録・確認・振り返り

それぞれのプロセスの具体的な内容は、
ガイドラインや「読み方と活かし方」を参照してください。

支援者の「声」で説明します

“ささえる”ための原則

○ご本人が表明された意思（何をしたい、
どっちがいい、など）を聞き、それを尊
重することから始まります。

○支援する側の目標や都合ではなく、ご本
人の自己決定を尊重します。

○ご本人が決定するために必要な情報を、
保たれている認知能力に応じて、工夫や
確認をしながら説明していきます。

○言葉だけでなく、身振り・手振り、表情
の変化も読み取っていきます。

○早い段階から、待てるように、ご本人
の「決める」を支援していきます。

「話す」「伝える」をささえる

○ご本人が意思を伝えられるように、時間
をかけて、コミュニケーションを取る中
で聞くことを心がけています。

○私たちも同じですが、時間が経ったり、
状況が変わったり、最初の意思は変わる
ものです。時間をおいて、何度も私たち
に話してください。

○ご本人の生活歴や普段の様子・価値観な
どから「おかしな」「迷ってるのかな」
と感じたときは、一旦立ち止まって、ご
本人にも、も
う一度確認し
ています。

「する」「かなえる」をささえる

○ご本人の意思を、多職種協働や社会資源
も活用しながら、日常生活・社会生活に
反映できるように働きかけています。

○実際にやってみて、ご本人の意思が変
わることもあります。ご本人にとって無理
のない提案をしながら継続的に支援して
いきます。

46

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

意思決定支援は認知症のどの段階でも必要 しかし困難だと思われるのは？

- ・本人の意思と周りの希望が違う倫理的な問題
- ・忘れてしまう、決めることが困難、気持ちが揺れ動く、意固地になるなどの疾患的な特徴
- ・どうせ言ってもわからないという社会からの偏見、周りからの思い込み
- ・高齢であれば認知症に関わらず、移動の問題など加齢にともなう障害や生活のしづらさ

47

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

Person Centered Care (パーソン・センタード・ケア)

- イギリスの社会心理学者であるトム・キットウッドにより提唱
- 認知症の人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケア
- 認知症の人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活的、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉え理解しようとするもの。

スケジュール中心・業務中心のケアではなく、
その人の個性や、どんな人生を歩んできたか
に焦点をあてたケアをすべき



Aging In Chicago:
Understanding the World of
Elder Care Servicesより

Personhood
=その人らしさの維持、向上

厚生労働省「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第2回）」資料-2参考1 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001088515.pdf>
（一部改変）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

48

自分がされて嫌なことはしない

認知症でなくても、自分の意思に反して、急に「〇〇をしてください」と言われたら戸惑うはず。 「入浴」「食事」「トイレ」などを促した時、「嫌だ」と言われたら無理強いはいらない。

何度も誘い続けるとストレスになり、BPSDの原因となる場合も。時間をおいて再度かかわったり、言い方を変えたりする。

縛られること
嫌なケアをされること



おむつ装着

レクリエーション[2016]大特集 認知症レク&ケア こうしたらうまく行った！（田中志子）世界文化社,pp51-63

49

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

身体拘束・ミキサー食介助摂食体験

確かに身体拘束はゼロになったけど、その意味を私たちは理解しているのか？

- ・オムツを当てる
- ・車椅子にY字ベルト拘束
- ・右手を服の中に抑制
- ・右足を装具にて固定し、右麻痺モデル
- ・さらに動かせる左手をベルトで車椅子に固定
- ・食事はミキサー食を全介助にて全量摂取目指す



50

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

されて嫌なことはみんな同じ

イギリスで生まれたパーソンセンタードケアの考え方では、悪性の社会心理に関する要因はおよそ17に集約されると言われている

1. だます
2. おびやかす
3. レッテルをはる
4. 汚名を着せる
5. 仲間外れ
6. もの扱い
7. 無視する
8. 無理強い
9. 放っておく



10. 非難する
11. 中断する
12. からかう
13. 軽蔑する
14. できることをさせない
15. 子供扱い
16. 急がせる
17. 主観的現実を認めない



51

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

どうしたいか、どうしてほしいか聞く

どうせ認知症だからわからないだろう、その思いから「聞く」ことを軽視してきたかもしれない。

自分自身への反省も込めて簡単に、当たり前のことを基本方針にしている

認知症の人にも「ここにいたい」「〇〇はしたくない」などの意思をもっている。ただ、それをはっきりと表現できない場合が多いので、医療従事者や家族はまず、どうしたいかを聞いてみるのが重要。



52 

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

重度の認知症の人にも意思はある

- 青が好き、赤が嫌い
- そばより、うどんが食べたい
- 今はお風呂に入りたくない
- 男の人にリハビリしてほしい



53

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

意思確認のコミュニケーション

きちんと聞き取ると答えられる



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

利用者の生活歴を知って接する

利用者の生活歴を知っておくと、不愉快にさせない態度や言葉選びに役立ちます。また、嗜好がわかることで、得意なことを生かしたレクリエーションが提供でき、BPSDの予防・意思決定支援に効果的です。



風呂や食事、散歩の介助をしながらでも、積極的に話しかけて聞く姿勢が大事です。

レクリエ特別号[2016]大特集 認知症レク&ケア こうしたらうまく行った！（田中志子）世界文化社,pp51-63 一部改変 55

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

利用者の気分がよい時の対応が肝心

BPSDの予防・意思決定支援のためには、利用者が穏やかで気分のよい時にかかわり方が大事です。きちんと信頼を得ることで、利用者に安心してもらえるからです。レクリエーションなどで役割をもってもらい、してくれたことに感謝の気持ちを表したり、結果と一緒に喜んだりすることも大切。「共に生きている」感覚を伝えましょう。

レクリエ特別号[2016]大特集 認知症レク&ケア こうしたらうまく行った！（田中志子）世界文化社,pp51-63 一部改変 56

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

意思決定支援に何よりも大切なものは

- ・私たちはどのくらい「この人」のことを知っているのだろうか？
 - ・生きてきた人生の経過は？
 - ・大切にしているものは？
 - ・譲れなかった生き方は？
 - ・生きるって何？？？
-
- ・私ならば「最期の時に」何を望むのだろうか？

57

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

Advance Care Planning (ACP)

〔地域実践38〕

ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

ACPの目標

- 患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化すること

ACPの原則（主体は患者さん本人）

- コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である
- 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である
- かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である

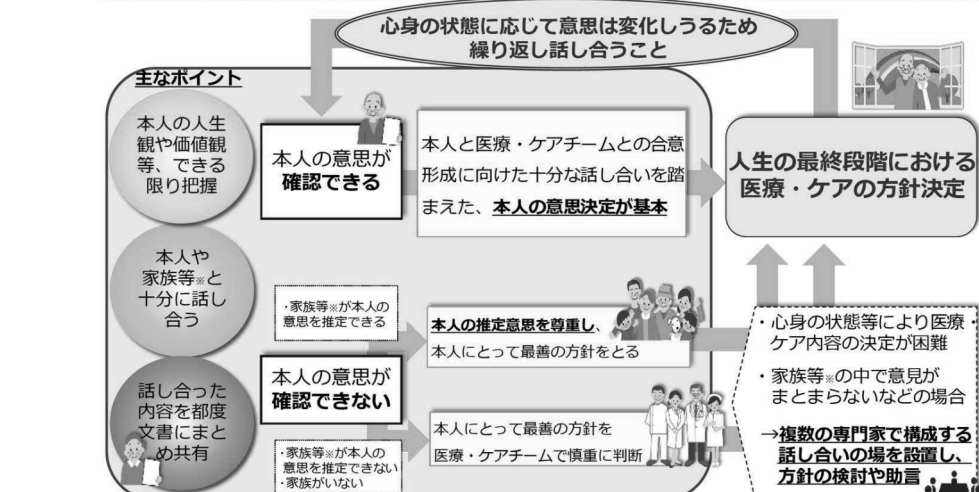
日本医師会、終末期医療アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える、より引用（一部抜粋）

58

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健機能増進等事業） かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会編 https://ham-ken.com/wp/?page_id=1026
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子（一部改変）

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



59

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

90歳 女性 アルツハイマー病
HDS-R:12点 MMSE:17点

外来で



※写真はイメージです

60

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

重度の認知症の人にも意思はある

- 青が好き、赤が嫌い
- そばより、うどんが食べたい
- 今はお風呂に入りたくない
- 男の人にリハビリしてほしい

究極の質問

ご飯が食べられなくなったら
鼻から柔らかいストローを入れて
重湯を入れられるけど、そうしたい？



61

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子



3. 意思決定支援の工夫～病院・施設～

62

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

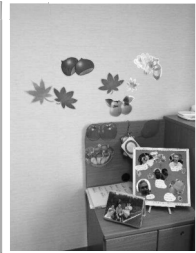
身体拘束ゼロでの認知症ケアの基本

①環境調整 ②付き添い・見守り ③薬剤調整

↳ スタッフも環境の一部、iPad利用した情報共有や職員教育
におい・明るさ・温度・物の配置にも配慮

【具体例】

- 歩行ルート、動作範囲の安全確保
- 本人が認識できる、もしくは安心して過ごせる環境の提供



誰でも手にとれるグッズや日用品で
興味や能力を探る



目印で分かりやすく安全・安心な環境に
見当識・季節感へも配慮



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子



病院における点滴時の工夫 治療を受ける意思を保つために

- ①包帯などで留置部を目隠しする
- ②延長チューブを使いルートを背中から通し点滴を実施する
- ③点滴針を固定するテープに書き、視覚的に補う



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

病院における点滴時の工夫



点滴治療をしながら、車いす
で行きたいところへ行く



おやつで休息
「こんな人形」と言いながらの
ほほえみ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

見当識を含む視覚支援の例



見当識を補う

- ・見当識を促すにはデジタルの電波時計を活用
- ・何度も同じ事を聞いてくる人にはメモを書いて渡す
- ・ずーっと同じ話を聞いて話せる方同士の席の配置
- ・薬は一包化やカレンダーを利用
- ・一日のスケジュールを決めて書いておくなど

66

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

動きたい人の転倒をさける工夫



慣れている
生活スタイルをつくる



認知症の人がその先になにを求めているか、常に考え行動する 67

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

自ら動きたくなる就労的な活動



これまで得意だった家事
ずっと生活の中にあった農業



68

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

4. 意思決定支援の工夫～地域～



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

役割づくり 馴染みの農作業



農家を卒業した高齢の活躍の場
病院裏手の畑で野菜を育て収穫すると共に職員や地域の高校生に指導をしてもらい
干し柿作りもお任せ！

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

認知症の方にも生きがい・役割づくり



短歌教室の講師

大正琴教室の講師

昔取った杵柄で趣味教室の講師をしてもらう

※講師も生徒も認知症、認知症でない人も参加したくなる場所

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子



子供達との交流



毎日の生活の中で子どもたちとの交流や、運動会で子供たちがしているハチマキや入場門のお花飾りなどを、利用者が私がやりたいと作成し、子供たちへの貢献活動を実施。

72

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

軽度認知障害の方のための「ドライバーリハビリ」「運転免許塾」 安心・安全な生活支援



病院外来受診、自動車学校と連動した実車訓練、ドライブシュミレーターで運転能力評価・練習、専門職による機能評価や機能訓練を実施

73

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

認知症にやさしい地域づくり 安心・安全な生活の支援

買い物難民のための支援



移動コンビニ、安否確認も兼ねる

運転免許を返納しなければならないことを勧める際に、居ながらにして生活に直結する食料品の買い物ができることを同時に紹介できる地域を作りたいと企画し、『移動コンビニ ゆきちゃん号』のサービスを作り、安否確認も兼ねて、希望者の家の庭まで伺い、そこでたくさんの品物の中から欲しいものを選べるようにしている。

74

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

認知症にやさしい地域づくり 安心・安全な生活の支援

『命の宝さがし訓練』 近隣小学校での認知症啓発活動



児童への事前学習会



模擬搜索訓練：毎年開催



認知症見守りSOSネットワークと初期集中支援チームの連携による、認知症にやさしい地域づくりを推進。

2010年からは、小学生が模擬搜索訓練へ参加している。搜索訓練の前には、認知症に関する講話を行い、事前学習。また、子供が参加してからは模擬搜索訓練を「命の宝さがし」と名付けて、この地域に暮らしていれば誰でも小学生の頃に一度は認知症の人を探す体験するという地域文化を作っている。

75

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子



高齢でも認知症でも健常でも障害があっても、
役割があることが生きがいになり、居場所につながる



76

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

笑顔でGO！愛こそはすべて！



大誠会グループ



©しめうさ堂



SONATARUE

77

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」田中志子

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

かかりつけ医の高血圧症管理

【目 標】

高血圧は、我が国の非感染性の死亡原因として最も重要である。これまでのエビデンスにより、降圧治療は年齢、性別、合併症の有無によらず脳心血管病を確実に抑制することが示されている（10mmHgの降圧で脳心血管病は20－30%減）。一方、我が国の国民の血圧レベルは依然として高く、降圧治療を受けているものであっても約半数は望ましい血圧レベルにコントロールされていない。

2019年に発表された高血圧治療ガイドライン（JSH2019）では、診察室血圧よりも家庭血圧を重視して血圧管理をすること、また、降圧目標は脳心血管病の十分な抑制が期待でき、かつ、有害事象が最小限であるように定められており、一般には130/80mmHg未満、何らかの有害事象が生じる可能性のある病態や状態（75歳以上の高齢者、脳卒中で主幹動脈に狭窄があるもの、蛋白尿のない慢性腎臓病など）では140/90mmHg未満とされている。

初診の高血圧患者については、血圧レベルや併存する危険因子などの存在から脳心血管病のリスクを想定して初期対応を決定する。高値血圧レベル（130-139/80-89mmHg）であれば、最初は生活習慣の修正により経過を見るが、リスクに応じて薬物治療を開始する。安全にかつ安価に降圧治療を行うためには、生活習慣の修正のような非薬物治療が重要である。しかし、行動変容を起こし、それを継続させることは難しい。患者と医療者（多職種連携も必要）とのコミュニケーションを通じた信頼関係の構築、治療目標やそのための行動計画の説明と同意、継続させるためのさまざまなデバイスやツールを用いたアプローチなど、それなりに手間が必要となる。生活習慣の修正の中では、とくに減塩や体重のコントロールが重要である。降圧薬の選択については、アドヒアランスの向上のため、使いやすい、患者が受け入れやすい薬剤を用いることが重要であり、血圧の低下が不十分な場合は機序の異なる薬剤を併用することを躊躇しない。

【キーワード】

生活習慣の修正、減塩、降圧目標、脳心血管病

おおや ゆうすけ
琉球大学病院 病院長 大屋 祐輔

琉球大学 理事・副学長、沖縄県地域医療支援センター センター長
日本高血圧学会・高血圧治療ガイドライン2025作成委員会 委員長
沖縄県医師会 常任理事

【教育歴・職歴】1982年九州大学医学部卒（医師免許取得）。1988年九州大学大学院修了（医学博士）、1987年より1989年米国オハイオ州シンシナチ大学医学部生理学教室へ留学。1989年公立学校共済組合九州中央病院内科医長、1992年九州大学医学部助手（第二内科）、1997年同講師、2002年琉球大学医学部第三内科助教授（准教授）を経て、2010年同教授（2011年より循環器・腎臓・神経内科学講座に名称変更）、2019年4月より琉球大学医学部附属病院（現：琉球大学病院）病院長、琉球大学理事・副学長を務める。2023年3月教授退職。

【教育・医療関係役職】厚生労働省第8次医療計画等検討委員会構成員、沖縄県がん対策協議会委員長、沖縄県循環器病対策協議会委員 等

【所属学会および医師関係資格】日本高血圧学会（FJSH、専門医、名誉会員）、日本心臓リハビリテーション学会（名誉会員）、日本内科学会（功労会員、認定医）、日本循環器学会（特別会員、専門医、FJCS）、日本老年病学会（専門医）、日本心臓病学会（FJCC）、International Society of Hypertension（Fellow）、日本医師会認定産業医 等

【診療ガイドライン作成委員】高血圧治療ガイドライン2025（作成委員長）、脳卒中ガイドライン、高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン、心臓リハビリテーションガイドライン

かかりつけ医の高血圧症管理

～ガイドラインに基いた診療～

琉球大学病院 病院長

大屋 祐輔

COI開示

琉球大学 大屋祐輔

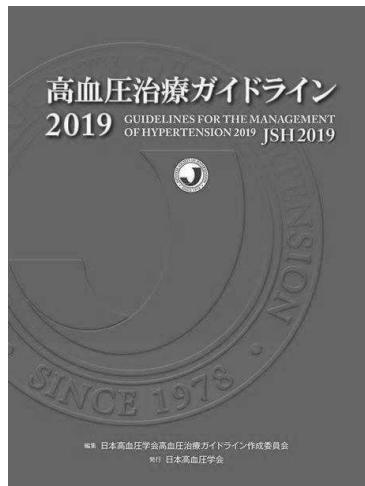
この発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業

- ・ **講演料**: バイエル製薬、第一三共、大塚製薬、ファイザー製薬、ヤンセンファーマ、ノバルティス、ペーリンガー・インゲルハイム、小野製薬、アストラゼネカ
- ・ **奨学寄付金**: カネカメディクス

(2021年1月～2023年12月)

はじめに

1. なぜ高血圧を治療すべきか
2. 降圧目標
3. 初診の対応
4. 生活習慣の修正の重要性
5. 降圧薬の使い方
6. 血圧が下がらない場合
7. 次のガイドライン



☆現場の医師の役に立つ

☆最新のエビデンスを取り入れる
(Clinical QuestionをSystematic Reviewにて検討)

ガイドライン改定中
2025年の夏ごろ発行予定
作成委員長 大屋祐輔

現行版 2019年4月25日発行

2

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

なぜ高血圧を治療すべきか

3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

循環器病対策基本法

**「健康寿命の延伸、医療費・介護費の削減」を
実現するために以下のような対策が必要**

- 脳卒中・循環器病で年間33万人が死亡している
- 超高齢化で患者数が増加する一方
- 脳卒中・循環器病に関わる医療費は全体の20%、6兆円。増加の一途



- 救急治療とリハビリテーションで生命予後および生活の質を大きく改善できる
- 脳卒中对策をすることにより、寝たきり・認知症対策になる
- **予防法の普及で発症が減らせる**

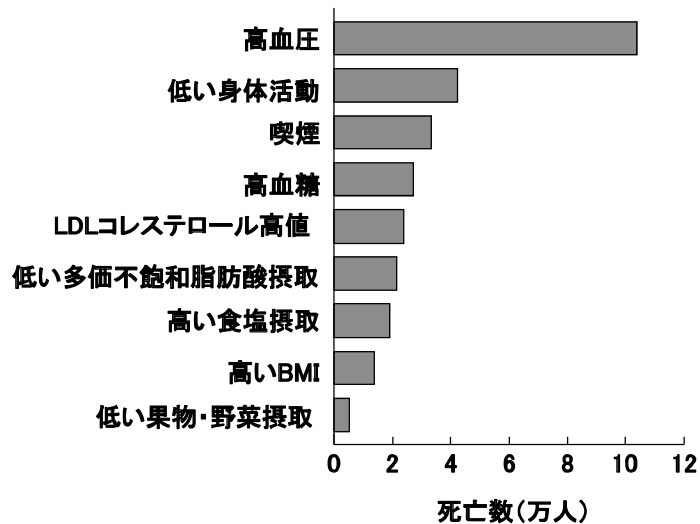
出典：なぜ、今脳卒中・循環器病対策基本法が必要か
<http://www.junkankitaisaku-motomerukai.org/wp-content/uploads/2018/10/20181017pamphlet.pdf> (2019年4月現在)

4

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

わが国の脳心血管病による死亡数への各種危険因子の寄与 (男女計)

JSH2019より

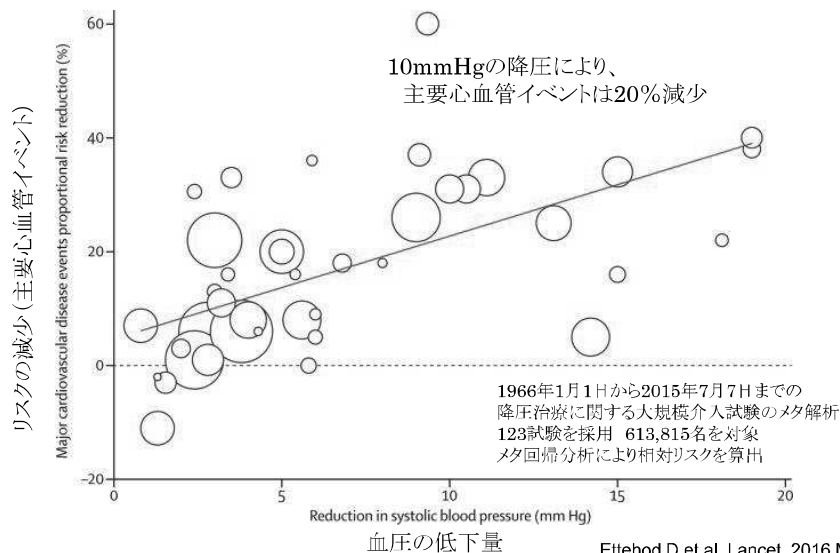


PLoS Med 2012; 9: e1001160.より作図

5

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

降圧治療による心血管イベントの抑制

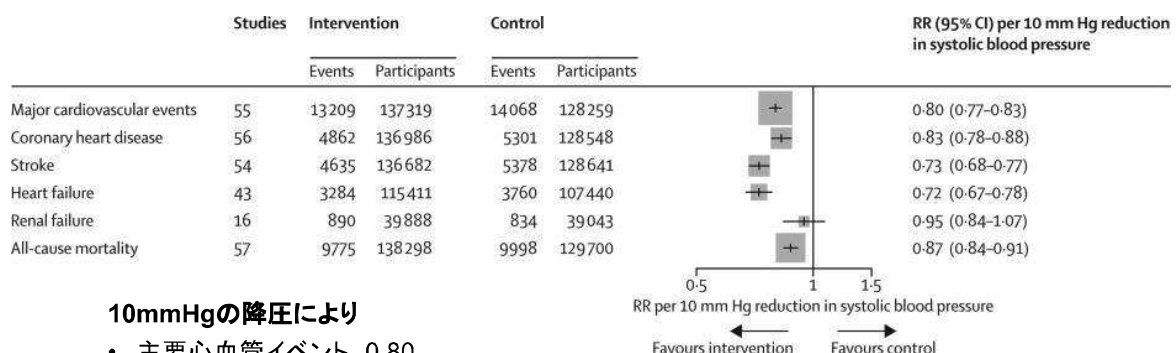


Ettehad D et al. Lancet. 2016 Mar 5;387(10022):957-967

6

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

収縮期血圧10mmHgの低下によるイベントの相対リスク



10mmHgの降圧により

- 主要心血管イベント 0.80
- 冠動脈疾患 0.83
- 脳卒中 0.73
- 心不全 0.72
- 腎不全 0.95
- 全死亡 0.87

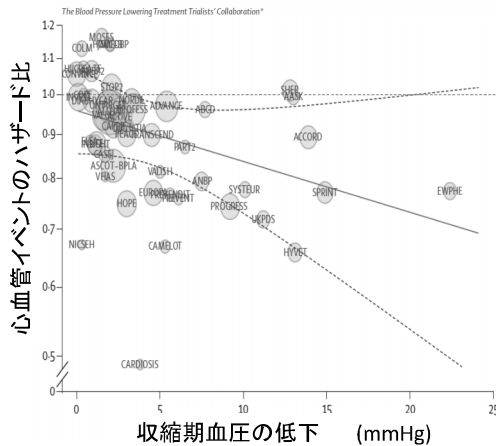
Lancet2015, Available online 24 December 2015

7

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

降圧薬メタ解析 2021(Lancet)

Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis



日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の高血圧症管理」 大塚祐輔

- ◆ SPRINT試験も含む降圧治療薬を用いた48無作為比較試験(各群 ≥ 1000 人年追跡)のメタ解析
- ・計 344 716名
- ・プラセボまたは他クラスの血圧降下薬との比較
- ・強化 vs 標準的降圧治療

収縮期血圧5mm Hgの低下で、
主要心血管イベントが10%低下

脳卒中 13% 低下
心不全 13%
冠動脈疾患 8%
心血管死亡 5%

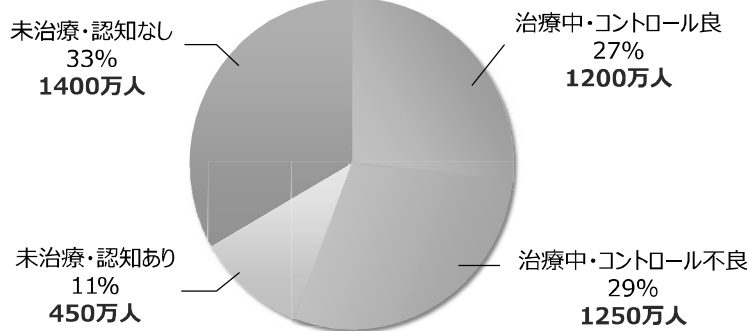
- ◆ 降圧ベネフィットは、心血管疾患の合併や血圧レベルが120mmHg未満の群にもみられた
Lancet 2021; 397: 1625–36

本データはバルサルタンを含む海外で実施された試験結果解析を含むため、本邦で承認されているバルサルタンの適応症とは異なるものも含まれます。バルサルタンの【効能又は効果】は「高血圧症」。【用法及び用量】は、通常成人にはバルサルタンとして40mg～80mgを1日1回経口投与する。なお年齢、症状に応じて適宜増減するが、1日160mgまでできる。

8

本邦の高血圧有病者、薬物治療者、管理不良者などの推計数（2017年）

高血圧有病者 4300万人
血圧140/90mmHg以上の国民 3100万人



有病率、治療率、コントロール率は2016年（平成28年）国民健康・栄養調査データを使用。人口は平成29年推計人口。認知率はNIPPON DATA2010から67%として試算。高血圧有病は血圧140/90mmHg以上または降圧薬服薬中、コントロールは140/90mmHg未満。

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 編：高血圧治療ガイドライン2019：10，2019

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の高血圧症管理」 大塚祐輔

9

高所得国における高血圧の有病率、認知率、治療率、コントロール率

■ 日本の高血圧管理状況は、高所得国の中では不良

	女性				男性			
	有病率	認知率	治療率	コントロール率	有病率	認知率	治療率	コントロール率
カナダ（2016-17）	36%	72%	66%	50%	34%	84%	81%	69%
ドイツ（2008-11）	43%	87%	80%	58%	46%	82%	70%	48%
アメリカ合衆国（2015-16）	44%	86%	80%	54%	45%	79%	70%	49%
韓国（2016）	34%	76%	74%	53%	44%	68%	65%	46%
イギリス（2016）	36%	70%	59%	37%	40%	67%	55%	37%
オーストラリア（2012）	33%	75%	65%	38%	39%	67%	55%	28%
ニュージーランド（2015-16）	41%	75%	62%	35%	45%	69%	55%	28%
フィンランド（2017）	52%	77%	59%	29%	59%	74%	55%	26%
イタリア（2008-12）	45%	77%	68%	31%	56%	69%	56%	23%
スペイン（2015）*	36%	69%	56%	29%	53%	64%	51%	25%
日本（2015）	40%	66%†	55%	29%	56%	65%†	52%	24%
アイルランド（2009-11）※	43%	56%	50%	26%	56%	46%	39%	17%

†：日本の認知率に関する調査は2015年には実施されていなかったため、2010年のデータを使用
※：最新の全国調査の対象年齢が60～79歳であったため、40～59歳については2009年度のデータを使用
※：最新の全国調査の対象年齢が50～79歳であったため、40～49歳については2007年度のデータを使用
対象・方法 高所得国（オーストラリア、カナダ、フィンランド、ドイツ、アイルランド、イタリア、日本、ニュージーランド、韓国、スペイン、イギリス、アメリカ合衆国）における高血圧（ $\geq 140/90$ mmHgまたは降圧薬服用中）の有病率、認知率、治療率、コントロール率（ $< 140/90$ mmHg）を、各国の最新の全国調査データ（40～79歳、計526,336例）をもとに算出した。

男性のコントロール率の階層に並べ記載

NCD Risk Factor Collaboration: Lancet, 2019;
394(10199): 639–651より改変
〔利益相反〕著者2名は、ハリスから助成金を受領しました。

10

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「かかりつけ医の高血圧症管理」 大塚祐輔

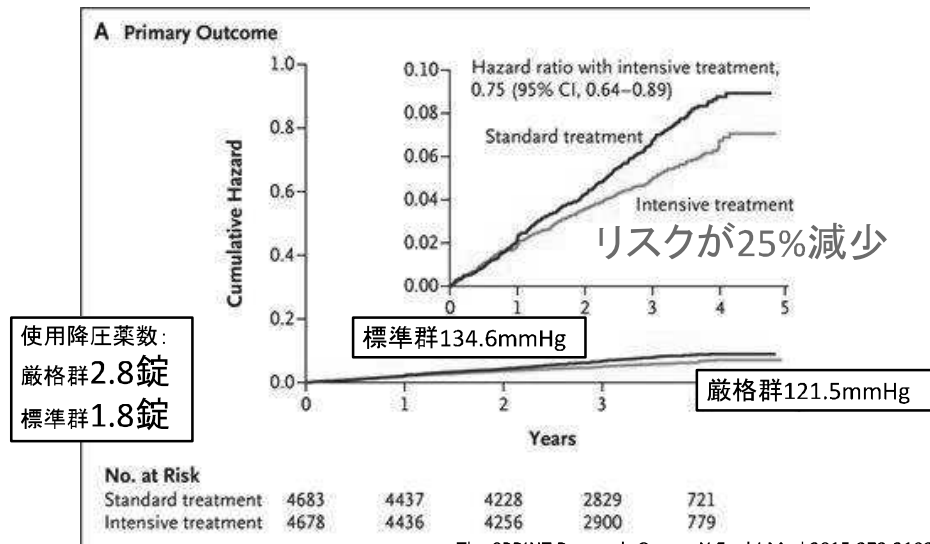
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

降圧目標

11

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

一次エンドポイント(心筋梗塞、急性冠症候群、脳卒中、心不全、心血管死亡の複合)の抑制 (SPRINT研究)



12

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

厳格降圧と通常降圧による脳心血管病予防の差をメタ解析で検討

PubMed, Cochrane Library, 医中誌の検索(2018年3月31日時点)とシステマティックレビュー・メタ解析論文の参考文献のハンドサーチによる検索

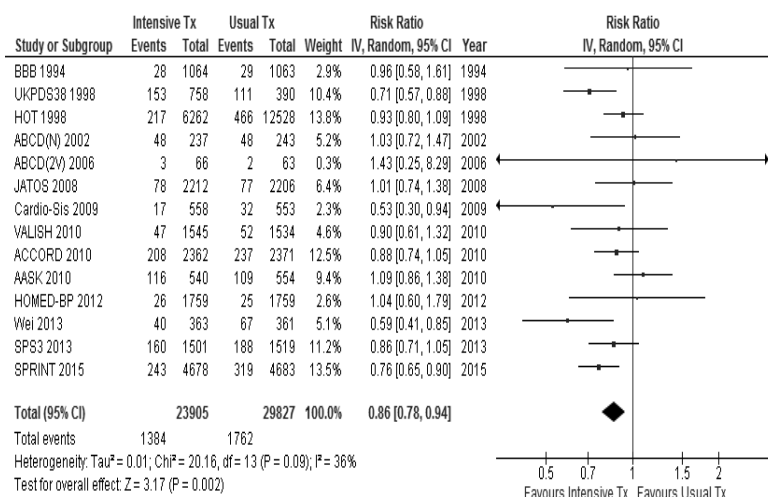
厳格治療群と通常治療群をベースラインからの降圧で比較し、かつ6ヵ月以上の追跡期間を有するRCTの19論文(合計55,529例)を解析採用

Sakima A et al. Hypertension Research 2019;42: 483-495

13

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

厳格降圧と通常降圧の複合心血管イベント抑制の効果

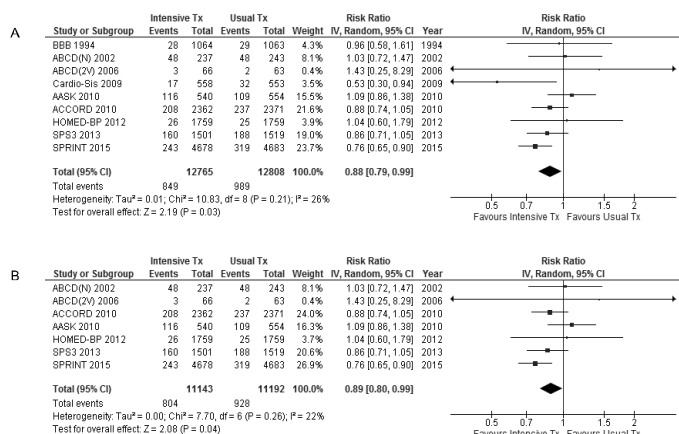


Sakima et al. *Hypertension Research* 2019;42: 483–495

14

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

130/80mmHg未満への目標(A)、 130/80mmHg未満への到達(B)の 複合心血管イベントへの効果



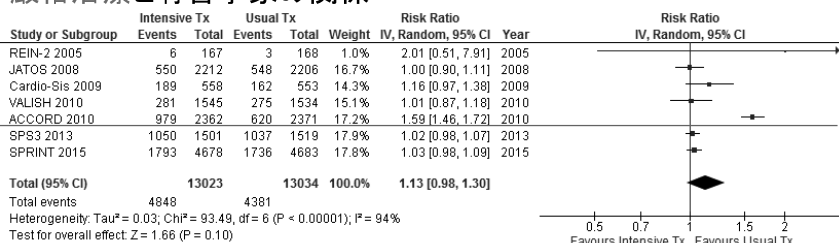
Sakima et al. *Hypertension Research* 2019;42: 483–495

15

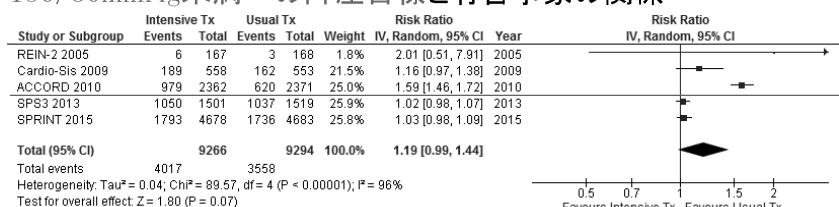
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

厳格降圧で有害事象は？(メタ解析)

厳格治療と有害事象の関係



130/80mmHg未満への降圧目標と有害事象の関係



Sakima et al. *Hypertension Research* 2019;42: 483–495

16

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

降圧目標(JSH2019)

降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
 75歳未満の成人* ¹ 脳血管障害患者（両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし） 冠動脈疾患患者 CKD患者（蛋白尿陽性）* ² 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
 75歳以上の高齢者* ³ 脳血管障害患者 （両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価） CKD患者（蛋白尿陰性）* ²	<140/90	<135/85

*¹ 未治療で診察室血圧130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1カ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。

*² 随時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする。

*³ 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編;高血圧治療ガイドライン2019: 53, 2019 17

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

降圧目標(JSH2019→ 次のガイドラインは？:大屋私見)

降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
 一般の高血圧患者	<130/80	<125/75
 有害事象が生じそうな患者 75歳以上の高齢者* ³ 脳血管障害患者 （両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価） CKD患者（蛋白尿陰性）* ²	<140/90	<135/85

*¹ 未治療で診察室血圧130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1カ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。

*² 随時尿で0.15g/gCr以上を蛋白尿陽性とする。

*³ 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編;高血圧治療ガイドライン2019: 53, 2019 18

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

高血圧患者初診の対応

初診の高血圧に対して・・・

1. 血圧が持続して高いことの確認とそのレベルの評価
2. 二次性高血圧の除外
3. 予後影響因子(危険因子、臓器障害／脳心血管病)存在の評価を行う。



高値血圧レベル以上(130/80mmHg以上)では、血圧レベルおよびその他の予後影響因子から、高リスク・中等リスク・低リスクの3群にリスクを層別化する。

20

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

高血圧診療の流れ(JSH2019)

- ・ 初診時の対応
 - － 血圧評価(家庭血圧測定ほか)
 - － 予後規定因子(危険因子、臓器障害、心血管病の有無)
 - － 二次性高血圧の除外
- ・ 初期対応
 - － 生活習慣の修正、非薬物療法
 - － 経過観察
 - － 薬物開始
- ・ 薬物治療
 - － どの薬物を用いるか
 - － どこまで下げるか
 - － 下がらないときにどうするか

JSH2019より大塚作成

21

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

リスクの層別化(心血管病リスク層別化)

高血圧治療ガイドライン2019では、高値血圧と高血圧の血圧分類(Ⅰ～Ⅲ度)と予後影響因子、高血圧性臓器障害、心血管病の有無により、患者さんを低リスク、中等リスク、高リスクの3段階に層別化しています。個々の患者さんのリスクに応じて治療を進めていきます。

診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

血圧分類	高値血圧 130-139/80-89 mmHg	Ⅰ度高血圧 140-159/90-99 mmHg	Ⅱ度高血圧 160-179/100-109 mmHg	Ⅲ度高血圧 ≥180/≥110 mmHg
リスク層				
リスク第一層 (予後影響因子がない)	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢(65歳以上)、男性、 脂質異常症、喫煙のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心 房細動、糖尿病、蛋白尿のある CKDのいずれか、または、リスク第二 層の危険因子が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

JALSスコアと久山スコアより得られる絶対リスクを参考に、予後影響因子の組合せによる脳心血管病リスク層別化を行った。層別化で用いられている予後影響因子は、血圧、年齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙、脳心血管病(脳出血、脳梗塞、心筋梗塞)の既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDである。

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン2019: 50, 2019 22

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

本態性高血圧の治療のながれ

リスクは、薬物治療開始までの期間の判定や
高血圧者への薬物治療の必要性の判定のために利用

正常血圧者以外のすべての人を対象に、生活習慣の修正の指導を行います。
一定期間後の再評価により、血圧レベルやリスクに応じて生活習慣指導の強化（非薬物療法）や薬物療法を検討します。

初診時の高血圧レベル別の管理計画



*1 高血圧レベルでは、後期高齢者(75歳以上)、両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がある、または未評価の脳血管障害、蛋白尿のないCKD、非弁膜症性心房細動の場合は、高リスクであっても中等リスクと同様に対応する。その後の経過で症例ごとに薬物療法の必要性を検討する。

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン2019: 51, 2019 23

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

生活習慣の修正の重要性

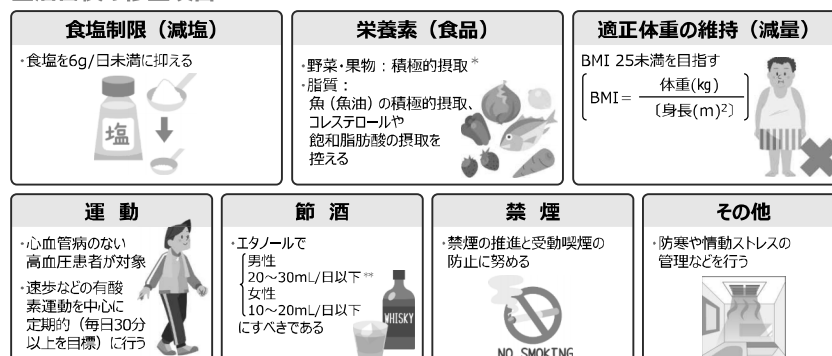
24

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

生活習慣の修正

生活習慣の修正は、高血圧治療の基本であり、高血圧の予防や降圧薬開始前のみならず、降圧薬開始後も積極的に行うことが重要です。複合的な生活習慣の修正はより効果的です。

生活習慣の修正項目



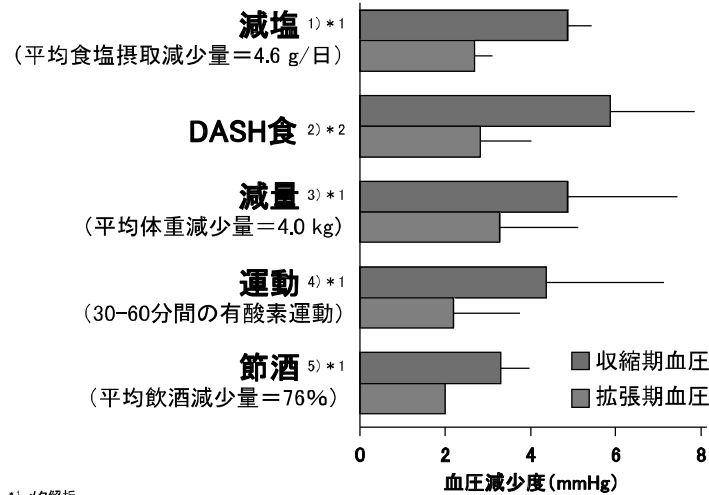
* CKDを含む腎障害患者ではカリウム(K)を多く含む野菜・果物の摂取による高カリウム血症に注意する。
糖尿病患者や肥満者などのエネルギー制限が必要な患者では、糖分の多い果物過剰摂取に注意する。

** エタノール20～30mL相当：日本酒1合、ビール中瓶1本、焼酎半合弱、ウイスキー・ブランデーダブル1杯、ワイングラス2杯弱

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン2019: 64-71, 2019を参考に作成 25

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

生活習慣修正による降圧の程度



*1 メタ解析

*2 ランダム化比較試験

1) J Hum Hypertens. 2002; 16: 761-770. 2) N Engl J Med. 2001; 344: 3-10.

3) Cochrane Database Syst Rev. 2011; CD008274.4) J Hypertens. 2006; 24: 215-233. 5) Hypertension. 2001; 38: 1112-1117.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

26

生活習慣病療養計画書

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名:	主病:
生年月日: 年 月 日生(才)	糖尿病 高血圧症 脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	□体重:(kg) □BMI:() □収縮期/拡張期血圧(mmHg)
【①達成目標】: 患者と相談した目標	□HbA1c:(%)
【②行動目標】: 患者と相談した目標	

【達成目標】

□食事摂取量を適正にする	□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす	□外食の際の注意事項()
□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす	□その他()
□薬量: (減らす(種類・量): を適 回)	
□間食: (減らす(種類・量): を適 回)	
□食べ方: ()	
□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
□運動処方: 種類()	
□運動強度: ()	
□日常生活の活動量増加()	
□運動時の注意事項など()	
□たばこ	□禁煙・断煙の有効性 □禁煙の実施方法等
□その他	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量
□その他()	□家庭での対策(歩数、体重、血圧、脂質等)

【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl)

□血糖(空腹時) □随時 □食後()時間 □中性脂肪 (mg/dl)

□HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl)

※血糖検査結果を享受している場合は記載不要 □その他 ()

【その他】

□栄養状態 ()

□その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者氏名 医師氏名

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

27

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名:	(男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	□体重:(kg) □BMI:() □収縮期/拡張期血圧(mmHg)
【①達成目標】: 患者と相談した目標	□HbA1c:(%)
【②行動目標】: 患者と相談した目標	

【達成目標】

□食事摂取量を適正にする	□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす	□外食の際の注意事項()
□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす	□その他()
□薬量: (減らす(種類・量): を適 回)	
□間食: (減らす(種類・量): を適 回)	
□食べ方: ()	
□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
□運動処方: 種類()	
□運動強度: ()	
□日常生活の活動量増加()	
□運動時の注意事項など()	
□たばこ	□禁煙・断煙の有効性 □禁煙の実施方法等
□その他	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量
□その他()	□家庭での対策(歩数、体重、血圧、脂質等)

【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl)

□血糖(空腹時) □随時 □食後()時間 □中性脂肪 (mg/dl)

□HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl)

※血糖検査結果を享受している場合は記載不要 □その他 ()

【その他】

□栄養状態 ()

□その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者氏名 医師氏名

28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)		主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること		
【目標】	☐ 体重: (kg) ☐ BMI: () ☐ 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg)	
	☐ HbA1c: (%)	
	【①達成目標】: 患者と相談した目標	☒ 収縮期/拡張期血圧 (130/80 mmHg)
	【②行動目標】: 患者と相談した目標	☐ 収縮期/拡張期血圧 (130/80 mmHg 未満) ☐ 収縮期/拡張期血圧 (<130/<80 mmHg)

29

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: 琉球 太郎 (男・女)		主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 36 年 10 月 10 日生 (63 才)		☐ 糖尿病 ☒ 高血圧症 ☐ 脂質異常症
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること		
【目標】	☒ 体重: (65 kg) ☐ BMI: () ☒ 収縮期/拡張期血圧 (130/80 mmHg 未満)	
	☐ HbA1c: (%)	
	【①達成目標】: 患者と相談した目標	
	【②行動目標】: 患者と相談した目標	

家庭血圧で125/75mmHg未満をめざす。体重の初期目標は70kgとする（最終目標は65kg）。

減塩に気を付ける、野菜の摂取を増やす、定期的な運動（ウォーキング）を始める

高血圧症

血圧は診察室にて162/102mmHg、家庭にて140-160/80-100mmHg

身長168cm 体重75kg (BMI 26.6) 20歳のころ62kgだった。

「食事と運動に気を付けることで痩せる自信はある」

30

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

【重点を置く領域と指導項目】	食事	☒ 食事摂取量を適正にする ☒ 食塩・調味料を控える ☒ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項 () ☒ 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐ その他 () ☒ 節酒: (減らす)種類・量: ビール1日500ccまで (週 5 回) ☐ 間食: (減らす)種類・量: () (週 回) ☒ 食べ方: (ゆっくり食べる) その他 () ☐ 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	運動	☐ 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) ☒ 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・まずは1日6000歩から始めましょう) ☐ 運動時の注意事項など ()
	たばこ	☒ 非喫煙者である ☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等
	その他	☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保(質・量) ☐ 減量 ☒ 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 朝に体重と家庭血圧の測定 ☐ その他 ()

職業は会社員(事務)にてほとんど運動をしない、
食事のスピードが速いといわれる。塩分は注意しているが、塩辛いものが好きなのでつい取ってしまう。
毎日ビール500ccプラスハイボールを500cc飲んでいる。

31

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

【検査】	【血液検査項目】(採血日 8 月 10 日)	☐ 総コレステロール (	mg/dl)	
	☐ 血糖(☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後()時間)	☐ 中性脂肪 (	mg/dl)	
	(	mg/dl)	☐ HDLコレステロール (	mg/dl)
	☐ HbA1c: (	%)	☐ LDLコレステロール (	mg/dl)
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要			☐ その他 (
【その他】				
☒ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 <u>肥満</u>)				
☐ その他 (				

※実施項目は、☐にチェック、()内には具体的に記入

患者署名	琉球 太郎	医師氏名	沖縄 花子
------	-------	------	-------

32

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日)()回目
患者氏名: 琉球 太郎 (男・女)		主病:
生年月日: 明・大(昭)平・令 36年 10月 10 日生(63 才)		☐ 糖尿病 ☒ 高血圧症 ☐ 脂質異常症
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること		
【目標】	【目標】 ☒ 体重: (65 kg) ☐ BMI: () ☒ 収縮期/拡張期血圧 (130/80 mmHg 未満)	
	☐ HbA1c: ()	
	【①目標の達成状況】	
	【②達成目標】: 患者と相談した目標	
	【③行動目標】: 患者と相談した目標	

取り組みにより体重が減ることや血圧が下がることを実感できた。
さらなる積極的な取り組みを引き出すために、目標を実現可能性のあるものに変えたり、段階的に実現するようなものを設定する。

33

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

【重点を置く領域と指導項目】	【食事】	☐ 今回は、指導の必要なし ☒ 食事摂取量を適正にする ☒ 食塩・調味料を控える ☒ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項() ☐ 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐ その他() ☒ 節酒: (減らす)種類・量: ビール1日500ccまで を週5回) ☐ 間食: (減らす)種類・量: を週 回) ☒ 食べ方: (ゆっくり食べる)その他() ☐ 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	【運動】	☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) ☒ 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・1日8000歩に増やしましょう ☐ 運動時の注意事項など()
	【たばこ】	☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等
	【その他】	☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保(質・量) ☐ 減量 ☒ 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 朝に体重と家庭血圧の測定 ☐ その他()

食事はゆっくり食べるようにしている。麺類のお汁は飲まないようにしている。ソースや醤油のかけすぎにも気を付けている。
アルコールは目標は達成(ビール500ccを週に5日のみ)。
通勤の際になるべく遠まわりをして歩くようにして1日6000歩を達成した。

34

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

【検査】	【血液検査項目】（採血日 12 月 14 日）	☐ 総コレステロール（	mg/dl）
	☐ 血糖（ ☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後（ ）時間）	☐ 中性脂肪（	mg/dl）
		（	mg/dl）
	☐ HbA1c:（	%）	☐ LDLコレステロール（
	☐ LDLコレステロール（	mg/dl）	
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要 ☐ その他（ ）		
	【その他】		
	☒ 栄養状態（低栄養状態の恐れ 良好 <u>肥満</u> ）		
	☐ その他（ ）		

※実施項目は、☐にチェック、（ ）内には具体的に記入

患者署名 琉球 太郎	医師氏名 沖縄 花子
---------------	---------------

☐ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
（なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない）

35

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

【検査】	【血液検査項目】（採血日 12 月 14 日）	☐ 総コレステロール（	mg/dl）
	☐ 血糖（ ☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後（ ）時間）	☐ 中性脂肪（	mg/dl）
		（	mg/dl）
	☐ HbA1c:（	%）	☐ LDLコレステロール（
	☐ LDLコレステロール（	mg/dl）	
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要 ☐ その他（ ）		
	【その他】		
	☒ 栄養状態（低栄養状態の恐れ 良好 <u>肥満</u> ）		
	☐ その他（ ）		

※実施項目は、☐にチェック、（ ）内には具体的に記入

患者署名	医師氏名 沖縄 花子
------	---------------

☒ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
（なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない）

36

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

循環器病予防療養指導士もご活用ください

日本高血圧学会、日本循環器病予防学会、日本動脈硬化学会、
心臓病学会の4学会認定

看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、公認心理師、臨床心理士、医療心理士、健康運動指導士等の資格を有するもの

以前の高血圧・循環器病予防療養指導士
医師と連携して、高血圧等の危険因子のコントロールにより循環器疾患の予防や重症化予防等を行うもの

37

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

降圧薬の使い方

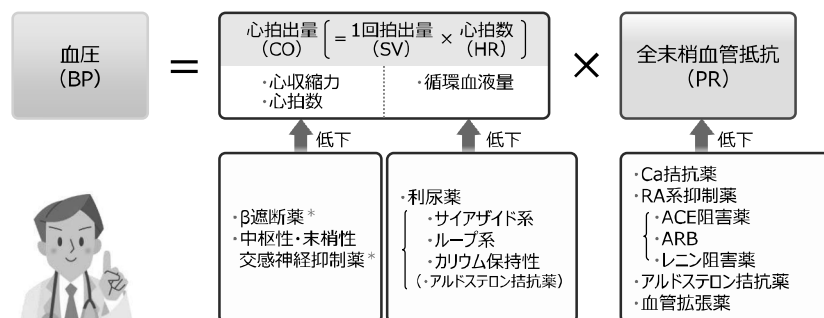
38

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

高血圧の薬物治療

血圧は、心拍出量×全末梢血管抵抗で表されますが、降圧薬は血圧を規定するこれらの因子を低下させることにより、降圧効果をもたらします。

降圧薬の作用



*レニン分泌を抑制し、RA系を抑制することで、末梢血管抵抗の低下にも寄与する。

監修：琉球大学大学院医学研究科循環器・腎臓・神経内科学講座 教授 大屋 祐輔 先生

39

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

降圧治療

1. 降圧薬の脳心血管病抑制効果の大部分は、その種類よりも降圧度によって規定される。
2. Ca拮抗薬、ARB、ACE 阻害薬、少量の利尿薬、β 遮断薬を主要降圧薬とし、積極的な適応や禁忌もしくは慎重使用となる病態や合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する。
3. 積極的適応がない場合の高血圧に対して最初に投与すべき降圧薬(第一選択薬)は、Ca拮抗薬、ARB、ACE 阻害薬、利尿薬のなかから選択する。
4. 降圧薬は1日1回投与を原則とするが、24時間にわたって降圧することが重要である。1日2回の投与が好ましいこともある。
5. 一般には緩徐な降圧が望ましいが、Ⅲ度高血圧や多重危険因子保有などの高リスク症例では数週間以内に速やかに降圧目標を達成することが望ましい。
6. 以下、省略

40

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

主要降圧薬の特徴

主要降圧薬とは、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、利尿薬、β遮断薬（含αβ遮断薬）の5種類です。高血圧治療ガイドライン2019では、第一選択薬として高血圧患者に広く最初を選択されるべき薬剤は、Ca拮抗薬、ARB、ACE 阻害薬、少量利尿薬が推奨されています。

主要降圧薬の積極的適応と禁忌や慎重投与となる病態

	Ca拮抗薬	ARB	ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬
積極的適応	左室肥大				
	LVEFの低下した心不全				
	頻脈 (非ジブドリン系)				
	狭心症				
	心筋梗塞後				
禁忌	徐脈 (非ジブドリン系)	妊娠	妊娠 ・血管神経性浮腫 ・特定の臓器を用いる ・アフェレーシス/ 血液透析 ^{※4}	体液中のナトリウム、 カリウムが明らかに減少 している病態	喘息 ・高度徐脈 ・未治療の褐色細胞腫
	蛋白尿/微量 アルブミン尿を 有するCKD				
慎重投与	心不全	腎動脈狭窄症 ^{※3} ・高カリウム血症	腎動脈狭窄症 ^{※3} ・高カリウム血症	痛風 ・妊娠 ・耐糖能異常	耐糖能異常 ・閉塞性肺疾患 ・末梢動脈疾患

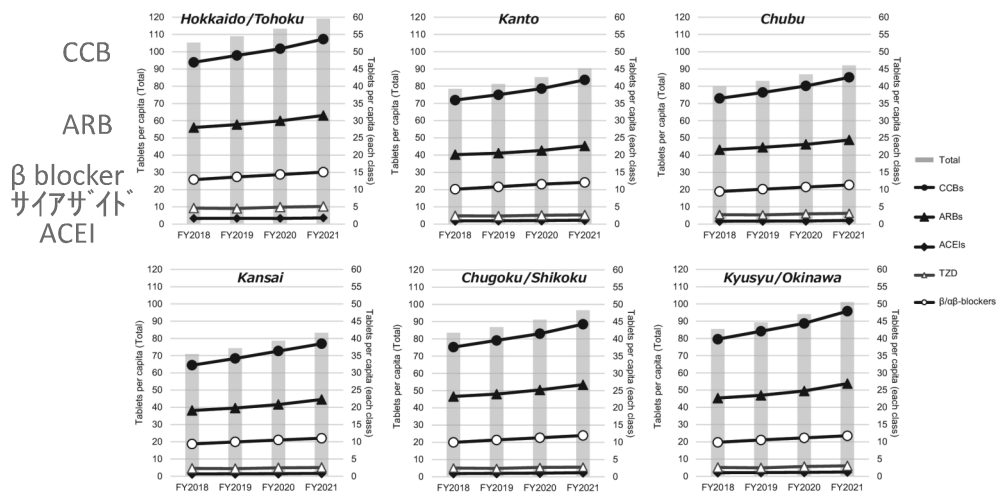
*1 少量から開始し、注意深く漸増する *2 冠攣縮には注意 *3 両側性腎動脈狭窄の場合は原則禁忌 *4 5章5.13 ACE阻害薬を参照

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン2019: 77, 2019 より作成

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

41

我が国の降圧薬処方パターンの変化(コロナパンデミック前後での検討) (NDBデータから)



Natsume S et al. Hypertens Res 2024;47:2086–2090

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

42

選択(個人的な見解)

- Ca拮抗薬
 - ほとんどの患者で降圧する
 - 塩分摂取が多くても降圧する
 - 高齢者で有効な降圧が得られる
 - 用量依存性が高い
 - 若い人では血管拡張による反射性の頻脈や頭痛が初期に起こりうる
 - 下腿の浮腫が起こりうる(とくに高齢者)
- ARB
 - 若年・中年で下がりやすい
 - 塩分過多でやや下がりにくい
 - 用量依存性がやや甘い
 - 腎機能を評価してから投与
 - 高齢者の脱水で腎機能悪化が起こりうる
 - 利尿薬との併用でよく下がる

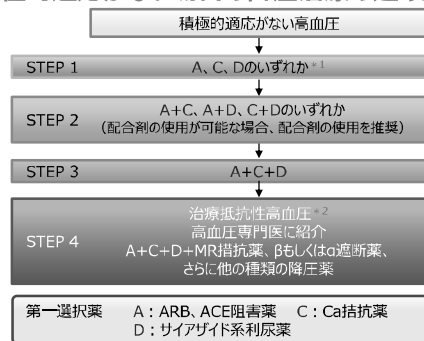
43

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

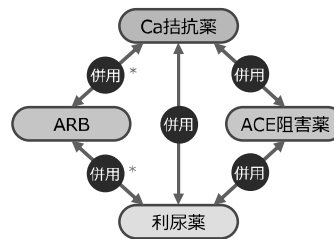
降圧目標を達成するための降圧薬の使い方

高血圧治療ガイドライン2019では、降圧治療における第一選択薬として特別な合併症や適応がない高血圧患者に最初に選択されるべき薬剤は、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、（少量）利尿薬が推奨されています。

積極的適応がない場合の降圧治療の進め方¹⁾



2剤の併用²⁾



* ARB + Ca拮抗薬またはARB + 利尿薬の配合剤も使用可能

* 1 高齢者では常用量の1/2から開始。1-3ヵ月間の間隔で増量

* 2 5章5.「治療抵抗性高血圧およびコントロール不良高血圧の対策」を参照

1) 日本高血圧学会血圧治療ガイドライン作成委員会 編: 高血圧治療ガイドライン2019: 78, 2019

2) 日本高血圧学会血圧治療ガイドライン作成委員会 編: 高血圧治療ガイドライン2019: 79, 2019

44

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

新規の薬物・降圧薬ではない薬

- 新規MR拮抗薬
 - 今のところ主要降圧薬ではない
 - JSH2019では治療抵抗性高血圧や原発性アルドステロン症での使用が推奨されている
- サクビトリル・バルサルタン(ARNI)
 - まずは、心不全治療薬として発売(エビデンス多数)
 - その後、高血圧の適応で発売
- SGLT2阻害薬
 - 糖尿病薬であるが、心不全の治療薬としてエビデンスが蓄積している
 - 降圧薬ではない(高血圧の適応がない)
 - メタ解析で高血圧患者では、SBP 5mmHg、DPB 2mmHgほど降圧する

(Ther Adv Endocrinol Metab 2022 Dec 10)

45

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

血圧が下がらない場合

46

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

血圧が下がらないときには・・・ 血圧が下がっていないときには・・・

- 患者の努力
- 医療者の努力 “イナーシア(惰性)”
 - ✓ 医師の努力
 - ✓ メディカルスタッフの関わり

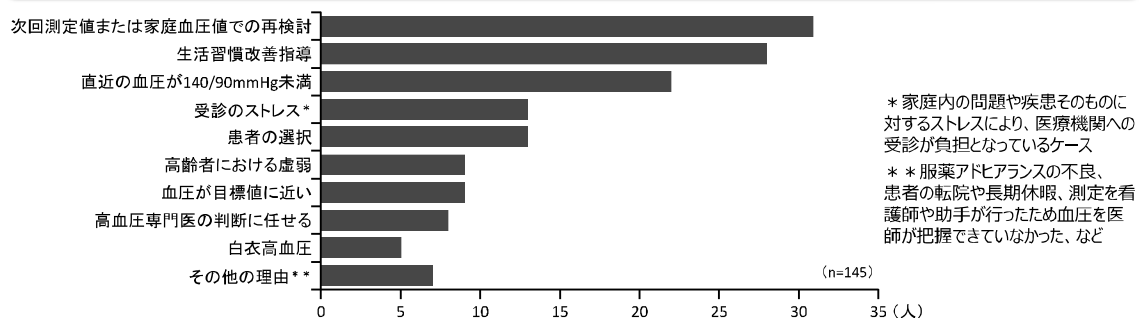
47

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

高血圧治療の強化が行われない理由(海外データ)

- 治療強化を行わない理由として多かった回答は、診察室血圧が患者の代表的な血圧値ではないとみなしたため(27%)※、「次回の測定値または家庭血圧値を見て再検討するため」(21%)、「生活習慣改善指導を実施するため」(19%)、であった。
※「直近の血圧が140/90mmHg未満」(15%)、「受診のストレス」(9%)、「白衣高血圧」(3%)を総合

治療強化を行わない理由(医師回答、患者ごとに当てはまる理由を複数回答可)



目的: プライマリーケアクリニックで管理されている高血圧患者を対象に、治療が強化されていない理由を検討する。
対象: 高血圧と診断され、収縮期血圧140mmHg以上かつ/または拡張期血圧90mmHg以上で、1種類または2種類の降圧薬が投与されている患者
方法: Julius General Practitioners' Network (JGPN) データベースより治療的慣性**の患者114例を抽出し、患者の担当医に対して治療強化を行わない理由を尋ねる探索的調査を行った。
※※血圧コントロール不十分にもかかわらず治療的措置が行われない場合を治療的慣性と定義した。

Ali DH, et al.: J Hypertens. 2021; 39 (6) : 1238-1245. 48

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

高血圧治療における治療抵抗性およびコントロール 不良高血圧の要因と対策 1/2

要 因	対 策
血圧測定上の問題 小さすぎるカフ(ゴム囊)の使用 偽性高血圧	カフ幅は上腕周囲の40%、かつ、長さは少なくとも上腕周囲を80%取り囲むものを使用する 高度な動脈硬化に注意する
白衣高血圧、白衣現象	家庭血圧、自由行動下血圧測定により確認する
服薬管理の問題 (服薬アドヒアランス不良)	十分な説明により服用薬に対する不安を取り除く、副作用がでれば他剤に変更する 繰り返す薬物不適応には精神的要因も考慮する、経済的問題も考慮する 患者の生活に合わせた服薬スケジュールを考える、医師の熱意を高める
生活習慣の問題 食塩摂取の過剰 肥満(エネルギー摂取過剰, 運動不足) 過度の飲酒	減塩の意義と必要性を説明する、管理栄養士と協力して繰り返し指導する エネルギー制限や運動について繰り返し指導する エタノール20-30mL/日以内にとどめるよう指導する

JSH2019

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

49

高血圧治療における治療抵抗性およびコントロール 不良高血圧の要因と対策 2/2

要因	対策
睡眠時無呼吸症候群	CPAP（持続陽圧呼吸）など適切な治療を行う
体液量過多 利尿薬の使い方が適切でない 腎障害の進行	3種以上の併用療法では、1薬を利尿薬にする、腎機能低下例（eGFR30mL/分/1.73m ² 未満）ではループ利尿薬を選択する、利尿薬の作用持続を図る 減塩を指導し、上に述べた方針に従い利尿薬を用いる
降圧薬の組合せ、用量が不適切 薬効持続が不十分	異なる作用機序をもつ降圧薬を組み合わせる、利尿薬を含める、十分な用量を用いる 早朝高血圧、夜間高血圧の場合は、降圧薬を夜または夕に用いる
血圧を上昇させる薬物や食品	非ステロイド性抗炎症薬、副腎皮質ステロイド、カンゾウ（甘草）を含む漢方薬、グリチルリチン製剤、経口避妊薬、シクロスポリン、エリスロポエチン、抗うつ薬、分子標的薬などを併用していれば、可能であれば中止あるいは減量する、各薬物による昇圧機序あるいは相互作用に応じた降圧薬を選択する
二次性高血圧	特徴的な症状・所見の有無に注意し、スクリーニング検査を行う、高血圧専門医に紹介する

JSH2019

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

50

次のガイドライン

51

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

国民および高血圧患者の血圧を下げる

52

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

対象者や利用者を想定したガイドライン

- ・ 国民の血圧を管理し、国民全体での血圧平均値を低下させるための集団アプローチに寄与するエビデンスをまとめる
- ・ 成人の本態性高血圧症の標準的な高血圧治療の指針とその根拠の提示
- ・ 高血圧により生じる脳心血管病および腎臓病の発症予防と再発抑制に対する治療の指針とその根拠の提示
- ・ 本態性高血圧以外の高血圧（二次性高血圧）、特殊な病態の高血圧に関する治療の方針とその根拠の提示

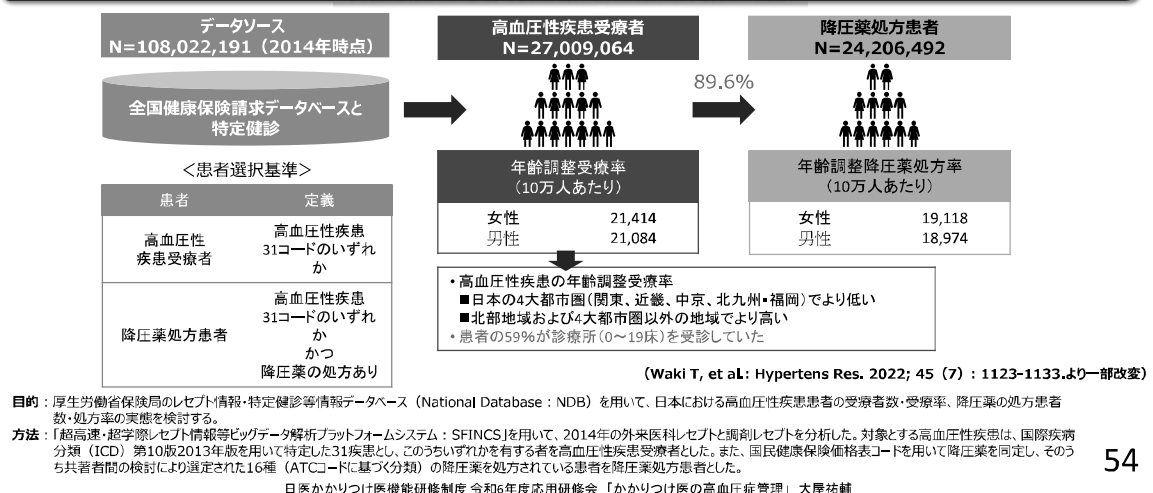
53

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

日本における高血圧性疾患患者の受療者数・受療率と降圧薬の処方者数・処方率(National Database)

- 2014年時点の日本における高血圧性疾患の受療者数は約2,700万人であり、そのうち89.6%が降圧薬の処方を受けていた。また、年齢調整受療率に男女差はないが、地域差が認められた。

高血圧性疾患患者の受療者数と降圧薬処方者数の実態



54

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

想定されている論点1

- ・ 健診受診率を向上させるには(スクリーニング、集団アプローチ)
- ・ 保健指導を受ける人や受診者を増やすには(高血圧予防、ハイリスクアプローチ、集団アプローチ)
- ・ 国民の食塩摂取を減らすには(高血圧予防、集団アプローチ)
- ・ 高血圧予防の生活習慣の修正と降圧のための生活習慣の修正(非薬物療法)は同じか？
- ・ 日本人のための脳心血管病(脳卒中と心臓病)発症に関する絶対リスク評価は？
- ・ 高血圧患者や高値血圧ハイリスク者への薬物開始まで、どれくらい経過をみるか？
- ・ 家庭血圧の位置づけの再確認
- ・ 降圧目標値は？

大塚私見

55

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大塚祐輔

想定されている論点2

- 降圧薬開始時に用いられる薬物は？
 - ✓ 積極的な適応がない場合
 - ✓ 積極的な適応がある場合
 - ✓ 第一選択薬と主要降圧薬の定義は妥当か？
 - ✓ 初期からの合剤の使用は？
- 2019年以降出てきた降圧薬の取り扱い
- 降圧薬ではないが、臓器保護効果や血圧低下作用がある薬物の取り扱い
- 血圧が下がらない場合の対応
- 高血圧治療アプリの取り扱い
- 腎デナーベーションの取り扱い
- 二次性高血圧診断と治療の進歩は？

大屋私見

56

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「かかりつけ医の高血圧症管理」大屋祐輔

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

令和6年9月1日 発行
令和6年9月17日 第2版 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