



日本医師会

日医かかりつけ医機能研修制度 2019 年度応用研修会

公益社団法人 日本医師会

「日医かかりつけ医機能研修制度」に関するご案内

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

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

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

「基本研修」・・・日医生涯教育認定証を取得すること。

「応用研修」・・・規定の座学研修を受講し10単位以上を取得すること。

「実地研修」・・・地域における規定の活動を2つ以上実施すること。

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

contents

目次

1 かかりつけ医の感染対策 1-1~1-21

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター センター長 大曲貴夫

2 かかりつけ医に必要な 生活期リハビリテーションの実際... 2-1~2-18

医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長 齊藤正身

3 医療保険と介護保険、 地域包括ケアシステムの構築... 3-1~3-17

医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長 鈴木邦彦

4 かかりつけ医の社会的処方 4-1~4-16

産業医科大学 医学部公衆衛生学 教授 松田晋哉

5 終末期医療、褥瘡と排泄 5-1~5-19

公益社団法人 日本医師会 常任理事 羽鳥 裕

医療法人川口内科 川口メディカルクリニック 院長・理事長 川口光彦

6 多疾患合併症例 6-1~6-16

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長 大橋博樹

医療法人社団至高会 たかせクリニック 理事長 高瀬義昌

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

1. 「かかりつけ医の感染対策」

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター センター長 おおまがり のり お
大曲 貴夫

国立国際医療研究センター病院
(AMR 臨床リファレンスセンター センター長、総合感染症科 科長)

【略歴】 1997年佐賀医大医学部卒業。同年聖路加国際病院内科レジデント。
2002年 The University of Texas-Houston Medical School 感染症科 Clinical fellow。
2004年静岡県立静岡がんセンター感染症科医長、2007年同部長。
2011年国立国際医療研究センター国際疾病センター副センター長、2012年同院国際感染症センター長、
2015年国際診療部長を経て、2017年4月より国立国際医療研究センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター長。

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 1. 専門医共通講習 (1) かかりつけ医の感染対策

【目 標】

感染症は日々の診療で遭遇する頻度の高い疾患である。しかし従来の医学教育では感染症診療の方法論は具体的に教育されてきていない。しかも社会の変化、これに伴う患者の背景の変化とともに、感染症そのものも常に変容している。これに対応するためには、感染症が変化しても対応可能な思考の筋道を身につけておき、これを個別の患者に適用しながら診療を進めることが必要である。患者の背景そして罹患している疾患は多種多様であるが、方法論を身につけることで対応は可能である。この感染症診療の思考の筋道を紹介し、絶えず変化しつつある個別の感染症について現状を紹介する。

具体的な目標：

1. 感染症診療の考え方を身につける。
2. 各臓器・系統の感染症について診療上の要点と注意点を知る。
3. 日々の診療で感染対策上注意が必要な疾患を知り、適切な対応を取れるようになる。
4. 現在問題となっている新興再興感染症について理解する。
5. 薬剤耐性（AMR）の問題を理解し、日々の臨床で実践できる対策を知る。

【キーワード】

感染症患者の背景、感染臓器、感染症の原因微生物、感染防止対策、新興再興感染症、薬剤耐性

はじめに

(図1) 感染症とは果たして何か。感染症とは外的環境としての微生物と、内的環境としての人体の間での、相互作用にて起こるものである。通常はこのバランスは保たれており、人体は健康を保っている。しかし疲れや生活の乱れによって人体が弱まれば、微生物と人体との間のバランスが崩れ、その結果微生物が異常に増殖し、人体はこれに対して強い反応を示す。これを感染症が発症すると一般的には捉えられている。

(図2) 本講では感染症の診療の流れを見ながら話をする。感染症の診療の過程は5つの段階に分かれる。

1つ目は、患者の背景を理解することである。

2つ目は、どの臓器の問題であるかを、病歴聴取や身体診察で詰めることである。患者の背景や様子そして話を聞くことで、一目で診断できることも多々ある。ただ実際には話を聞くだけでは、すぐには健康の問題

がわからない場合がある。この場合には、病歴聴取や身体診察を行うことで、どの臓器やどの系統に問題があるかを詰めていく必要がある。

患者の様子を見ていく中で、疾患の原因が感染症と思える場合がある。具体的には、発症が急激であるといった経過の違いなどの状況からである。他の医療の領域とは違い、感染症の場合には原因となっている微生物のことを考慮する必要がある。具体的には感染症ごとに原因となる頻度の高い微生物を把握しておき、微生物検査を駆使して原因微生物を同定することが必要である。このようにして感染臓器を知り、どの臓器の問題であるかを知り、そして感染症と判断した場合に、どのような微生物が原因となっているのかを知ることによって診断をつけることができる。

診断がつけば、抗菌薬の選択自体は現代ではそれほど難しいことではない。現在では優れた手引きや、優れたガイドないし優れた教科書があり、これを見ることで、与えられた状況での適切な抗菌薬治療を選択することができる。

最後に重要であるのは、経過観察を適切に行うということである。

図1

感染症とは

- 外的環境としての微生物
- 内的環境としての人体
- 通常は相互浸透
- バランスが崩れれば、微生物は増殖し、これを排除するために強い生体反応が起こる

図1

図2

感染症診療にはロジックが必要

- 患者背景を理解
- どの臓器の問題か?
- 原因となる微生物は?
- 抗菌薬の選択
- 適切な経過観察

図2

図3

感染症診療にはロジックが必要

- 患者背景を理解
-
-
-
-

図3

患者背景を理解

(図3) まずは患者背景の重要性から見ていく。

(図4) 患者の背景が異なれば患者が発症する疾患が変わってくるということは、日頃の診療の中でお気づきであろう。近年は患者の背景の変化が大変に著しく、患者を取り巻く社会状況の変化の影響が大きいと考えられる。その中でも大きなものを2つ挙げれば、1つは国際化の影響であり、2つ目は社会の高齢化によるものである。

(図5) 2020年には東京オリンピックと東京パラリンピックが行われる。オリンピックを迎える都市では、その数年前から訪れる外客数が増加することがわかっている。開催前後に開催都市の国際化が一気に進み、訪問する外客数が飛躍的に伸びることは、ロンドンオリンピックでもリオデジャネイロオリンピックでも示されている。

(図6) このように人の動きが変化すれば、様々な感染症の発生リスクは高くなる。2014年には東京で、海外からの持ち込みが原因と思われるデング熱のアウトブレイクが発生した。2015年には韓国・ソウルを中心に、中東呼吸器症候群のアウトブレイクが発生した。よって社会的に影響の大きい感染症の患者を早期にキャッチし、適切な感染防止対策を行って、問題を最小限の範囲で封じ込めていくことが必要となる。

(図7) 海外から持ち込まれる感染症の事例を示す。写真は、当科で診断した20代女性の麻疹の事例である。この患者は1年以内の海外渡航歴や、当時麻疹が流行していた沖縄県や愛知県を訪問したことはなかった。しかしこの患者から発見された麻疹のウイルスのタイプはD8型であり、これは海外で流行しているタイプである。おそらく現代の日本では、常に海外からこのように麻疹のウイルスが流入してきており、国内においても麻疹を発症するリスクは常にあることを留意しておく必要がある。

図4

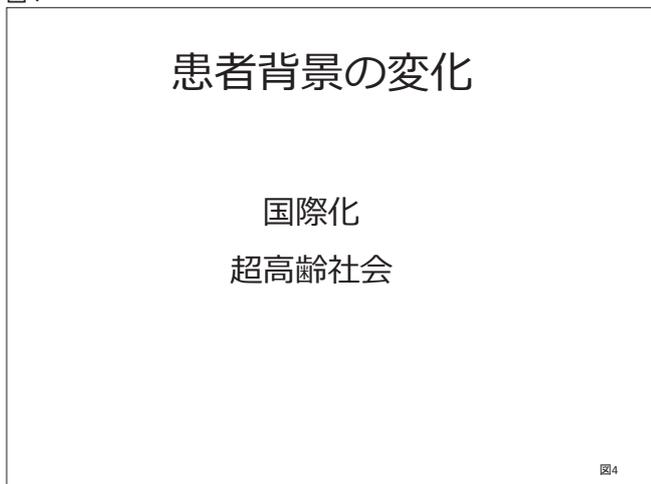


図6

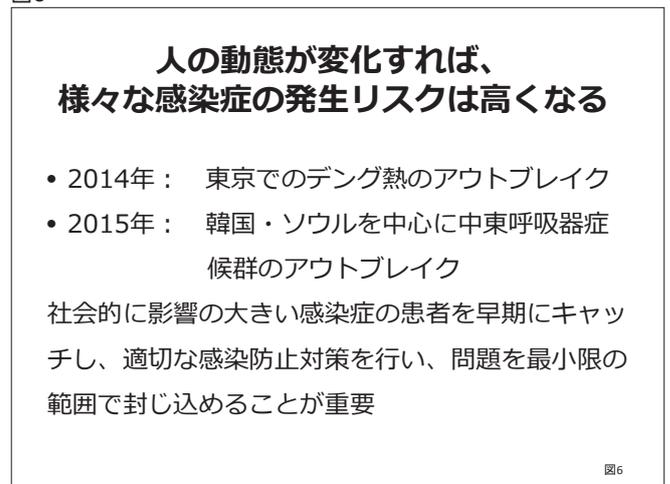


図5

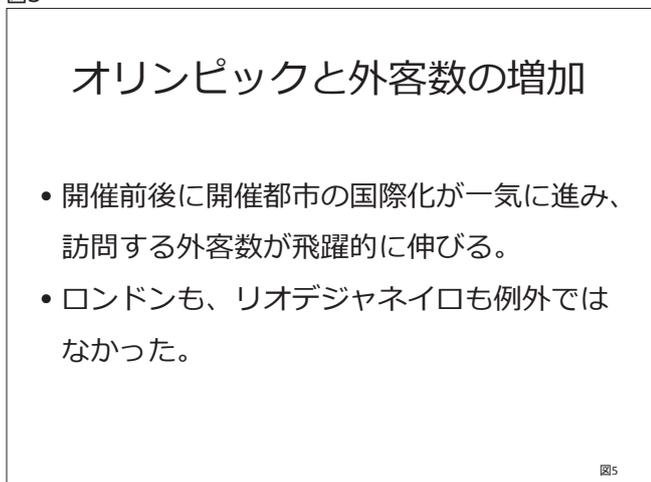
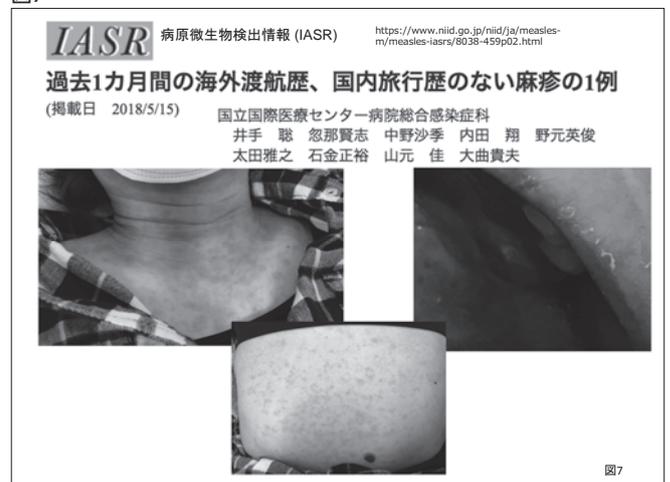


図7



(図8) これは、風疹患者の耳介後部リンパ節の腫脹の
写真である。風疹の患者は、発熱より前にリンパ節の
腫脹を自覚している場合がある。耳介後部のリンパ節
腫脹は特徴的なものと言える。

(図9) 写真は風疹の患者の体幹の発疹である。風疹は、
典型的には発熱して24時間以内に全身に発疹が出現す

図8



国立国際医療研究センター病院
総合診療科 國松淳和医師 提供

図8

図9



図10

風疹の特徴的な経過

- 全身の皮疹が24時間程度で一気に出現
 - 先行して耳の後ろのリンパ節の腫れの自覚がある場合も
- 熱は4～5日間続く
- 皮疹が消えるまでに4～7日

図10

る。麻疹の患者と比較して重症感はそれほどない。

(図10) 風疹の特徴的な経過を示す。風疹は全身の皮疹
が24時間程度で一気に出現する。先行して耳の後ろの
リンパ節の腫れの自覚がある場合もある。発熱は発症
後4～5日間続き、また皮疹が出てから消えるまでに4
～7日程度かかる。

(図11) このスライドで示しているのは、成人の水痘の
例である。日本に住んでいる我々にとって、水痘は子
供がかかる病気である。しかし中国やベトナムなど
では、20代の成人が水痘を発症することはよく見ら
れる。現在東アジアの国々から日本に多くの方々が訪
れ、そして日本に定住している。この方々が水痘に罹
患することは決して稀なことではない。

(図12) 発熱と発疹を呈する患者に出合った場合は、麻
疹・水痘などの空気予防策が必要な疾患の可能性がある。
よって、他の患者や付き添い者、医療従事者への
二次感染を防ぐために隔離が必要となる。具体的には
患者にサージカルマスクを着用させ、他の患者と待
合・診療スペースを変えることが必要である。個室へ

図11

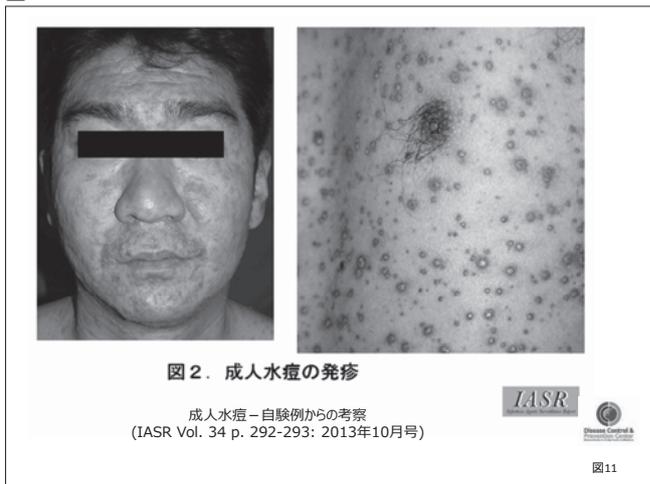


図2. 成人水痘の発疹

成人水痘 - 自験例からの考察
(IASR Vol. 34 p. 292-293: 2013年10月号)

IASR



図11

図12

発熱 + 発疹 → 隔離が必要

- 空気予防策が必要な感染の可能性あり
- サージカルマスクを着用させる
- 他の患者と待合・診療スペースを変える
(個室が望ましい)

図12

の収容が望ましいが、個室の準備が難しいため、自家用車で来院する患者には車内で待機させるなどの対応をしている医療機関もある。

(図13) 国際化の影響の1つとしての新興再興感染症の流行についても触れておく。この写真は、筆者の所属する国立国際医療研究センターである。2014年に世界ではエボラウイルス感染症のアウトブレイクが起これ、国立国際医療研究センターでも疑似症の受け入れを行った。このように、今や私たちの診療の中でも、新興再興感染症のことを意識すべき時代となっている。

(図14) 新興再興感染症が起こってきている理由としては、様々なものが挙げられている。1つ目は、森林の開墾などが原因で人類の居住域が拡大することによって、それまで人類が接することのなかった病原体に新たに接することである。2つ目は、経済成長による都市への人口集中の影響である。都市に人口が集中すれば一般的に衛生状態は悪化する。これにより感染症の罹患リスクが高まる。3つ目は、渡航手段の発展により、

今では多くの方々が気軽に海外に移動することが可能となった。これにより感染症の患者も容易に運ばれるようになるからである。4つ目は、気候変動の影響である。温暖化により蚊などの感染症のベクターの増殖が見られ、これにより感染症の伝播が促進されているのではないかと考えられている。

(図15) 新興感染症の例をいくつか示す。このグラフは、中国で時に流行するAH7N9インフルエンザの流行曲線である。2013年以降、このインフルエンザは流行を繰り返してきている。近年では鳥へのワクチンの接種により、患者数は減っていると言われている。しかし今後も、この動向からは目が離せない。

(図16) AH7N9インフルエンザが我々にとって関係が深いのは、中国で流行しているからである。WHOのウェブサイトからの資料を見ると、インフルエンザの患者が多く出ている省が濃い色で示されている。多くは日本海側の地域であり、こうした地域と日本との間では人の往来が大変頻繁である。インフルエンザウイルスが持ち込まれるリスクも十分に検討しておく必要がある。

図13

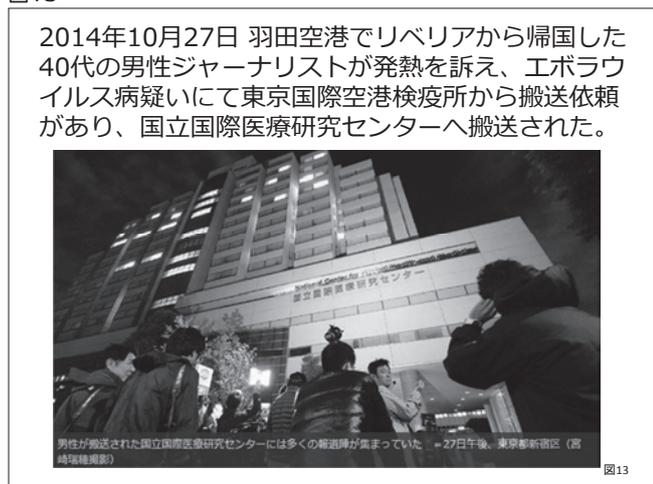


図15

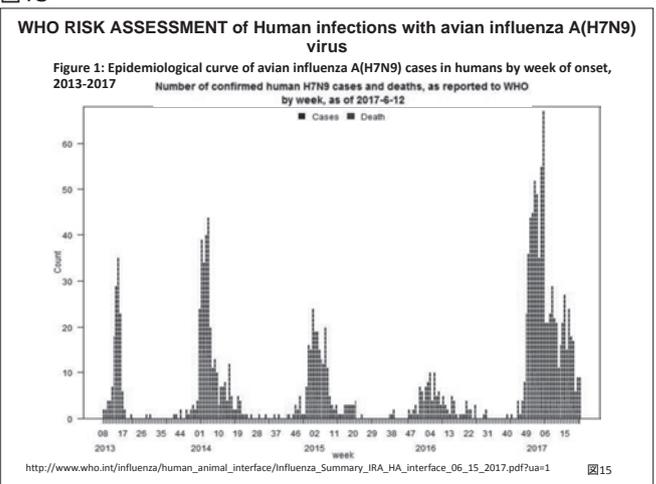
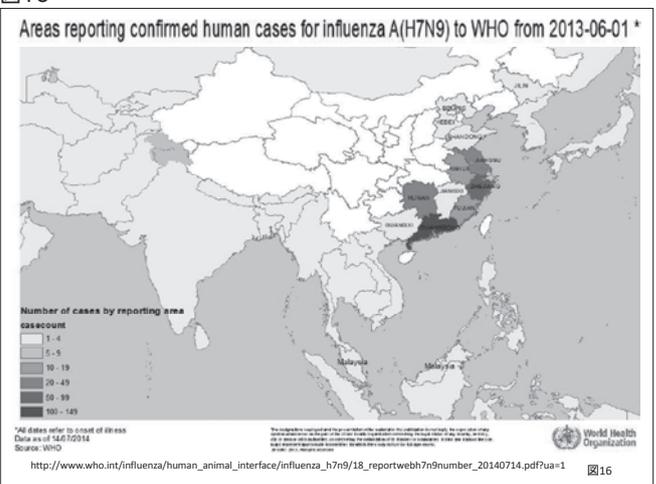


図14

新興再興感染症がなぜ起こるか

- 森林の開墾等による人類の居住域の拡大
- 経済成長による都市への人口集中と衛生状態の悪化
- 渡航手段の発展
- 気候変動など

図16



(図17) AH7N9インフルエンザは、次のパンデミックの原因となるリスクが高いウイルスと位置づけられている。また実際に起こった場合の社会的なインパクトが大きいとも警告している。

(図18) 近年、耐性菌の問題が大きく取り上げられている。国際化の進展によって耐性菌も国から国へと運ばれるようになった。この事例は80代の男性でエジプト旅行中に敗血症性ショックになり、エジプトの医療機関の集中治療室に入って一命を取りとめた。日本の医療機関に転送されてきたが、この患者の検体からカルバペネムの効かないクレブシエラニューモニアが検出された。このように海外と人の往来が活発になることによって、耐性菌が持ち込まれることのもリスクも高くなっている。対策をしていない場合、医療機関内に知らない間に持ち込まれ、アウトブレイクの原因となることもあり得る。

(図19) 感染症を考慮すべき重要な背景の1つとして、高齢化の影響がある。高齢者は、一般的に感染症の罹患リスクが高いと言われている。免疫系そのものの加齢による機能低下、生理学的な機能低下、栄養不良などの影響により、全身的な感染症に対する抵抗力の弱まりが見られ、これにより感染症に罹患するリスクが高まると考えられている。

(図20) 高齢者の感染症の特徴としては、典型的な感染徴候に欠けることである。また感染症に罹患していても体温が低い場合がある。これにより私たちは、高齢者において感染症の存在に気づけない場合がある。

図17

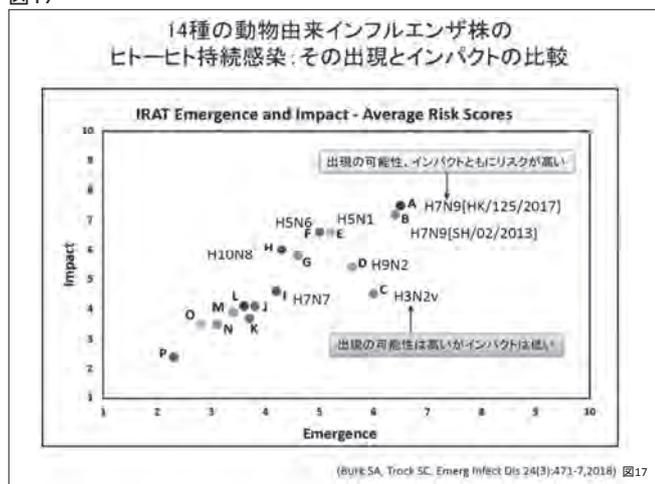


図19

高齢者はなぜ 感染症の罹患リスクが高いのか

免疫不全
生理学的な機能低下
栄養不良

Infect Dis Clin N Am 21 (2007) 711-743
Clin Geriatr Med 1992; 8: 701-11.

図19

図18

84歳男性

- X年4月にトルコ・エジプトへ15日間の旅行
- カイロ滞在中に、発熱・嘔吐・下痢・黄疸出現
- 閉塞性黄疸・敗血症性ショックにて入院、ICUへ
- Meropenem, ciprofloxacin, metronidazole で治療
- 速やかに改善し8日目に日本の医療機関に転送
- Class D: OXA-48 産生の*K. pneumoniae* 検出

Jpn J Infect Dis. 2014;67(2):120-1.

図18

図20

高齢者の感染症の特徴

典型的な感染徴候に欠ける

Ageing Res Rev 2004;3(1):55-67.

体温が低い場合がある

J Am Geriatr Soc 1991;39(9):853-7.

図20

どの臓器の問題か？

(図21) 次に感染している臓器系統の詰め方について説明する。

(図22) 本来我々の診断過程では、病人が全体としてどう病んでいるかを明らかにしていく。しかし実際の診療は短時間で、患者の状態をすぐに把握できるわけではない。その場合には病態を具体的に把握するために、病んでいる臓器や系統を明らかにしていくことが重要である。これは言うことは簡単ではあるが、実際には感染している臓器や感染している系統を明らかにすることが難しい場合もある。

(図23) ここで事例を示す。患者は93歳の女性である。入院5日前から元気がなく、傾眠傾向であり、食事の摂取量が著しく低下したということで家族が心配して医療機関に連れてきた。バイタルサインでは体温の軽度の上昇が見られるが、それ以外のバイタルサインの変動は極めて軽微であった。傾眠傾向ではあるが、呼びかけるとすぐに返事はある。身体診察上は、これといった異常を見つけることができない。

(図24) 実際にはレントゲンを撮影してみると、右肺野に広範な浸潤影が見られた。最終的な診断は、肺炎球菌による肺炎であった。

このように高齢者の場合には、若年者の場合に我々が期待するようなバイタルサインの変化や、身体所見が見られない場合がある。これは高齢者においては、感染症の存在を早期に認知することが難しい場合があることを示している。

図21

感染症診療にはロジックが必要

-
- **どの臓器の問題か？**
-
-
-

図21

図23

93歳女性

- 入院5日前から元気がない
- 3日前からは眠りがち
- ご飯を食べない
- T37.9℃, BP120/74mmHg, HR70bpm, RR14/min
- 眠っているが呼びかけると返事

図23

図22

どの臓器の感染か

- 本来は、病人が全体としてどう病んでいるかを明らかにすべき
- 病態の具体的な把握のためには、病んでいる臓器や系統を明らかにしていくことが重要
- 感染臓器・系統を明らかにすることの難しさ

図22

図24

感冒の発生リスクは加齢と共に低下
→ 高齢者の「風邪を引いた」は要注意



図24

(図25) 高齢者の肺炎の診断は難しいと言われている。この研究では75歳以上の市中肺炎の患者のデータを取った。しかし38度以上の発熱があったのはわずか30%であり、また脈拍が100回毎分を超えていたのはわずか37%であった。このように高齢者の場合は、肺炎であってもバイタルサインの変動は極めて軽度である。これは肺炎の例であるが、他の感染症においても高齢者の場合はバイタルサインの変動が軽度であることや、身体診察上異常が見られにくいなどの問題がある。

(図26) 高齢者が感染症を発症した場合には、臓器特異的な症状が見られにくい傾向にある。むしろ非典型的な症状しかない場合が多い。発熱だけ、急にせん妄となった、急に転んだ、ご飯が食べられない、だるそうである全身的な活力が低下している、などの非特異的な症状しか見られないことも多々ある。このような状況を見た場合に、感染症が原因である可能性も念頭に置いておくことが必要である。

(図27) また高齢者が風邪を引いて調子が悪いと言って医療機関に来ることがあるが、この時は注意が必要である。なぜなら一般的に感冒の罹患リスクは加齢とともに低下するからであり、高齢者が「風邪を引いた」と言って医療機関に来る場合には、感冒以外の疾患の可能性が十分にある。感冒の診断については後述するが、鼻水や喉の痛みや咳などの症状の有無を聞き出し、これらの気道症状がない場合には、むしろ他の病気のことを積極的に考える必要がある。その中でも重大なものとしては、心内膜炎や椎体椎間板炎、肺炎、胆嚢炎などがある。特に心内膜炎や椎体椎間板炎の患者は、「どこが悪いというわけではないが、だんだん動けなくなった、起き上がれなくなった」と言って救急車で連れて来られることがよくある。

図25

高齢者の肺炎は難しい

75歳以上の市中肺炎の患者においては、
38度以上の発熱があったのはわずか30%、
脈拍が100毎分を超えていたのは37%

Metlay, J.P. and M.J. Fine, Testing strategies in the initial management of patients with community-acquired pneumonia. Ann Intern Med, 2003. 138(2): p. 109-18.

図25

図27

**高齢者が「感冒」にみえるが
症状が乏しい時は要注意**

心内膜炎
椎体椎間板炎
肺炎、胆嚢炎など

図27

図26

非典型的な症状が多い

- ✓ 発熱
- ✓ せん妄
- ✓ 転倒
- ✓ 食欲不振
- ✓ 全身的な活力低下

Lancet Infect Dis 2002; 2: 659-66

図26

図28

感染症診療にはロジックが必要

-
-
- **原因となる微生物は?**
-
-

図28

原因となる微生物は？

(図28) 次に原因となる微生物を詰める方法について話す。

(図29) この図は抗菌薬治療が決まってくるまでの診療の流れである。この中にはたくさんの菌が見られる。その中のどれかが人体に感染症を起こしている。よってまずは感染症を起こしている微生物を同定し、それに対して有効な抗生物質を投与することが必要である。しかし実際には、原因となっている微生物がすぐに同定されるわけではない。原因となっている微生物を同定するためには、微生物検査を行う必要がある。しかしこの微生物検査を行ってから、原因微生物が同定され、感受性試験の結果が判明するまでには、微生物検査室を有する医療機関でも3~4日かかる。微生物検査を外注している場合には、この期間はもっと長くなる。しかし現実には、原因微生物とその感受性の同定まで治療開始を待つわけにはいかない。ではどうするかと言えば、まずはそれまでの知見を参考にし

図29

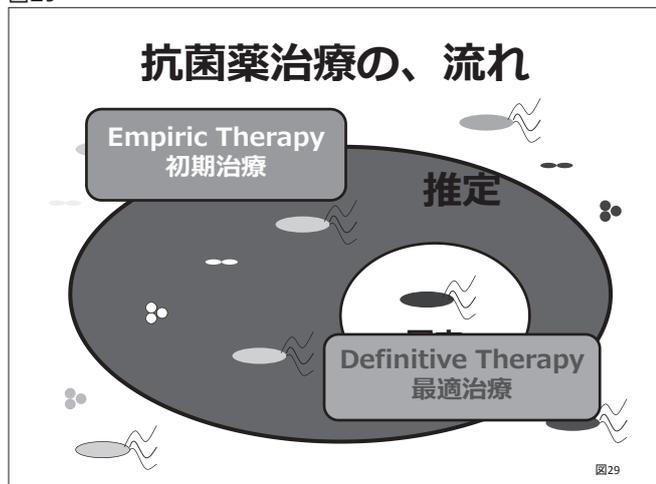


図30

62歳女性

既往歴特記事項なし。
 昨日より悪寒戦慄を伴う39度の熱。
 診察で右肋骨脊柱角叩打痛。
 尿沈渣：WBC>100/HPF
 尿グラム染色・尿培養・血液培養を施行

図30

て原因微生物を推定し、推定される微生物に対してそれらをカバーする治療を行う。これを初期治療もしくはエンピリックセラピー (Empiric Therapy) と呼ぶ。やがて日数が経てば、原因微生物と感受性試験の結果が判明する。そうするとその患者が本当に必要とする治療がわかり、そこで治療を変更する。これは最適治療もしくはデフィニティブセラピー (Definitive Therapy) と呼ぶ。これが抗菌薬治療の選択の流れである。

(図30) この流れの事例を示す。患者は62歳の女性で、既往歴には特記事項はない。昨日より悪寒戦慄を伴う39度の熱があるということで医療機関を訪れた。診察をすると右肋骨脊柱角の叩打痛があり、尿沈渣では強拡大で一視野に100を超える数の白血球が見られる。経過と所見から急性腎盂腎炎が疑われたことから、尿のグラム染色、尿培養、血液培養の採取が行われた。(図31) 感染症の治療は初期治療であっても、必ず原因微生物をカバーしている必要がある。そこで、ここでは原因微生物の推測を行う。急性単純性腎盂腎炎の原因微生物で最も頻度が高いのは大腸菌で、全体の90%近くである。これにプロテウス (Proteus) やクレブシエラ (Klebsiella) などが続く。しかしプロテウスやクレブシエラの占める頻度はいずれも4%である。これは腎盂腎炎の患者25人に1人程度の頻度である。急性単純性腎盂腎炎の原因微生物は、原則的には大腸菌であると言えることができる。この結果を踏まえながら、治療を決定していく。日数が経てば原因微生物とその感受性試験の結果が判明し、最終的にはその結果をもとに抗菌薬を適宜変更する。

図31

急性単純性腎盂腎炎の原因微生物 (%)

<i>E. coli</i>	89
<i>Proteus</i>	4
<i>Klebsiella</i>	4

Reese and Betts' A Practical Approach to Infectious Diseases, 5th edより

図31

適切な経過観察

(図32) 次は抗菌薬の選択のステップであるが、ここは最初に話したように、現在では良い教科書や手引きやガイドライン等の指針がある。よって我々が行う日常診療ではまずは正しい診断をつけて、あるいは診断がつかないまでも状態を的確に把握して診断に迫り、その状況に必要なとされる抗菌薬をそれらの指針を参考に決定することである。

そこで、次の経過観察の方法についての説明に進む。

(図33) 再度腎不全の患者の事例を提示する。62歳の女性の患者で、悪寒戦慄を伴う39度の発熱があるということで医療機関に來られた。診察をすると右の肋骨脊柱角の叩打痛があり、尿のグラム染色では大きめのグラム陰性桿菌が見られたことから、急性腎盂腎炎が疑われた。急性腎盂腎炎の原因微生物として頻度が高いのは、先ほど話したように大腸菌となり、そして大腸菌はグラム陰性桿菌である。そこで担当の医師はセフ

図32

感染症診療にはロジックが必要

-
-
-
- **抗菌薬の選択**
- **適切な経過観察**

図32

図33

62歳の女性患者が、
悪寒戦慄を伴う39度の熱。

診察で右CVA叩打痛。
尿のグラム染色では大きめのグラム陰性桿菌。

Ceftriaxone 1g 24時間毎で開始。
血液培養はグラム陰性桿菌陽性。

図33

トリアキソン (Ceftriaxone) 投与を開始した。翌日には血液培養で好気ボトルと嫌気ボトルからグラム陰性桿菌が検出された。

(図34) ここに感受性試験の結果を示す。検出されたのは大腸菌であり、セフトキシム (Cefotaxime) に感受性であった。ということは一般的に同じ第三世代のセファロスポリン系抗菌薬であるセフトリアキソンにも感受性である。

一般的に腎盂腎炎の場合は、有効な抗菌薬を投与していても72時間程度は発熱が継続することが知られている。しかしこの患者の場合には、72時間を超えて発熱が持続している。このような場合に我々は発熱の原因を、抗菌薬の治療不良によるものと決めつけがちである。しかし実際には発熱が遷延する原因は、他に多くの場合がある。このような場合には、病態を再度評価して診断をし直すことが重要である。

実際にはアレルギーで熱が出ている場合や、他の感染症を起こしている場合もある。この患者の場合には水腎症が起こっていた。この場合腎盂内の尿の流れが悪く、保存的に治療しても治療効果がなかなか見られない。この場合は、水腎症に対して何らかの介入をしないと腎盂腎炎は良くならない。

感染防止対策

(図35) 次に感染防止対策に話を移していく。

まず診療では、他の患者が感染症をもらわないように注意しなくてはならない。また診療している自分自身も、患者からインフルエンザウイルスやノロウイルスなどをもらって感染しないようにしなくてはならない。よって、感染防止対策は診療所でも非常に重要で

図34

菌名	菌量	薬剤名	MIC	
<i>Escherichia coli</i>	10 ⁶	Ampicillin	>=32	R
		Cefazolin	<=4	S
		Cefotaxime	<=1	S
		Gentamicin	<=1	S
		Ciprofloxacin	>=4	R

ある。

診療の中でもまず行う可能性の1番高いものは、標準予防策である。人間の体液、具体的には喀痰であり尿であり便であり血液であるが、それらには原則として感染性があるということがわかっている。よってこれらの体液に触れる場合には、自分自身が感染しないように、そして他の患者に微生物を伝播しないように、標準予防策を行う。

標準予防策の構成要素としては、手指衛生、状況に応じて適切な個人防衛具すなわちPPE (personal protective equipment) を使用すること、呼吸器衛生/咳エチケット、安全な注射手技、環境整備などが含まれる。

(図36) また、状況によっては感染の経路がわかっている場合がある。その場合には、感染経路に留意しながら感染対策を行う必要がある。これを経路別感染予防策と言う。

その1つは、接触予防策である。接触感染とは、手等で触ってその結果感染するものである。具体的な例と

しては多剤耐性菌や下痢を起こすノロウイルスなどがある。この場合には手袋をしたり、ガウンを着用するなどして対応する。

次は、飛沫予防策である。飛沫というのは、咳やくしゃみで生じる非常に小さなしぶきのことである。これらは少なくとも1~2メートル程度飛ぶと言われている。この飛沫が原因で感染する感染症には、インフルエンザや風疹、その他の多くの呼吸器感染症がある。この場合は飛沫予防策を行う。具体的にはサージカルマスクを着用して、飛沫が粘膜に入ってくることを防ぐ。目に入りそうな場合には、ゴーグルをするなどの対応をする場合もある。

最後は、空気予防策である。空気感染とは、先ほどの飛沫よりも小さな飛沫核が原因で起こる感染症のことである。飛沫核の中には微生物が含まれているが、飛沫核は非常に小さいので空中に浮遊する。これが呼吸により気道内に吸い込まれて感染症を起こす。原因となる微生物には麻疹ウイルス、水痘帯状疱疹ウイルス、結核菌などがある。この場合医療従事者はN95マスクを着用して対応する。また患者を個室、できれば陰圧のかかる個室に移して対応する。

(図37) また感染の防止のためには、宿主側の防御能を高めることも重要である。この中には予防接種がある。感染症を繰り返す患者の場合には、抗生物質を予防投与することもある。また高齢化の今の時代では、健康管理はさらに重要性を増してくると思われる。例えばサルコペニアは、感染症を含む様々な健康の問題の原因として現在注目を集めている。サルコペニアの対策を行うことは、高齢者の感染症を防ぐ上でも極めて重要であると言える。

図35

標準予防策

- 全ての人は医療ケア現場で伝播しうる微生物を発症または保菌している可能性がある
- 以下の感染制御手技を行う
 - 手指衛生
 - 適切なPPE (personal protective equipment) 使用
 - 呼吸器衛生/咳エチケット
 - 安全な注射手技
 - 環境整備 等

図35

図36

経路別感染予防策

接触感染

- 触って口や眼に入ると感染するもの
- 例) 多剤耐性菌、ノロウイルス (下痢症) など
- 手袋、ガウンで対応

飛沫感染

- 咳・くしゃみで感染するもの
- 例) インフルエンザ、風疹、多くの呼吸器感染
- サージカルマスクなどでの遮蔽

空気感染

- 空気感染するもの
- 例) 麻疹、水痘、結核
- N95マスク、個室 (陰圧個室) で対応

図36

図37

宿主の防御能を高める

- 予防接種
- 予防投与
- 健康管理 (含 サルコペニア対策)

図37

(図38) その他にも感染症の有効な予防方法として口腔ケアがある。口腔ケアによって肺炎が予防されることはよく知られている。例えば術後の肺炎の予防効果であり、食道がんの周術期の口腔ケアで肺炎が減少することが報告されている。また高齢者の介護施設で、専門的な口腔ケアを行うことによって肺炎が減少したという報告もある。

(図39) また先ほど新興再興感染症について触れた。新興再興感染症を含む感染症の患者はいつ何時に医療機関を訪れるかわからない。また来院してすぐには診断がつかず、診断がついてから感染対策を行っても、感染の拡大を防ぐことができない。よって感染を防ぐためには、患者の来院時に、その症状に基づいて、感染防止対策を行うことである。これでいつ何時患者が来院しても、感染の拡大を防ぐことができる。

咳嗽や、喀痰などの呼吸器症状がある場合には飛沫が原因となる感染症が疑われる。例えばインフルエン

ザなどである。新興感染症で言えば、中東呼吸器症候群も飛沫が原因で感染する。よってこのような場合には、サージカルマスクを着用して飛沫予防策を行う。また症状のある患者を個室に誘導するなどして、他の患者との接触を避けるなどの対応が必要である。

次は、嘔吐や下痢などの消化器症状がある場合である。この場合には、ノロウイルス感染症などの消化管感染症が考えられる。基本的にこのような場合には接触で感染することが多いので、接触予防策として手袋とガウンを着用する。また、患者が嘔吐している場合には塵埃感染が起こる。このような場合には、嘔吐物が原因となった塵埃を吸い込むことによって他の方が感染することを避けるため、サージカルマスクを着用する。

次に考えるべきは、発熱と発疹を呈する患者の場合である。この場合には麻疹や水痘などが含まれる。麻疹や水痘の場合には空気感染を起こす。よって発熱と発疹のある患者を診る場合にはまずは個室に誘導し、他の患者や医療従事者との曝露を防ぐ。また医療従事者もN95マスクをつけて接するなどの対応を行う。

これらの症状に基づく感染対策は、いつ何時どのような感染症患者が受診してもおかしくないこの時代に、他の患者そして自分自身を含む医療従事者を守るために必須の方法である。

(図40) 医療機関での感染対策上、結核の対策は極めて重要な問題である。もちろん、結核疑いの患者を速やかに見つけて感染対策を行うことは非常に重要である。ただ私たち医療従事者が気をつけなければいけないことは、自分自身が結核に罹患していないか常に気

図38

口腔ケアによる肺炎の予防

- 術後肺炎予防
 - 食道癌周術期の口腔ケアで肺炎が減少
Soutome S et al. Medicine (Baltimore). 2017; 96(33): e7436.
- 高齢者介護施設での医療・介護関連肺炎予防
 - 専門的口腔ケアによって肺炎が減少
米山武義 他. 日本歯科医学会誌. 2001,20:58-68.

図38

図39

患者の症状に応じた感染予防策

- 咳嗽、喀痰などの呼吸器症状：
 - サージカルマスクを着用して飛沫感染対策を行い、手指衛生を行う。
 - 患者を個室に誘導して他の患者との接触を避ける
- 嘔吐・下痢などの消化器症状：
 - ノロウイルス感染症等の消化管感染症を考える。
 - 手袋とガウンを着用して接触予防策を行うこと。
 - 患者が嘔吐している場合は塵埃感染が起こりうるため、当方もサージカルマスクを着用。
- 発熱と発疹を呈する疾患：
 - 麻疹・水痘・風疹などが含まれる。
 - 麻疹・水痘は空気感染を起こす。
 - まずは個室に誘導し他患者・医療従事者の曝露を防ぐ。

図39

図40

結核発症時の接触者数 (1名当り平均)

医師 (男性)	845名
看護師 (女性)	557名

参考：一般職種 (男性) 59名 一般職種 (女性) 107名

—結核 2009



図40

を配っておくということである。医療従事者が結核にかかってしまった場合には、接触する他の方の数は非常に多くなる。

この資料では結核発症時の接触者数として医師1名あたり845名、看護師1名あたり557名という統計がある。膨大な数の方が接触者リストに載ることになる。事後対応も極めて大変で、二次感染者が出るかもしれない。よって医療従事者も常日頃から体調に留意し、健康診断を定期的に受けて、結核への対策をしておくことが重要である。

(図41) 次に医療現場の環境対策について取り上げる。感染源となり得る主な環境としては、病室の高頻度接触面、空気および空調設備、水および水回りの環境、トイレ、植物、医療廃棄物などが挙げられる。

(図42) 医療機関の環境整備の方法として、まずは日常の清掃が重要である。特に手が触れる環境表面は頻回に清掃する必要がある。また、手が触れない床などであっても、埃や塵を介して感染が伝播することもある

ため、これらをなくすために清掃を行うことが重要である。

(図43) 環境表面へ使用する消毒薬例として一般に用いるものを示す。一般細菌に対しては、消毒用エタノールが有効である。ウイルスには通常消毒用エタノールが有効であるが、ノロウイルスに対しては効果が落ちるため次亜塩素酸ナトリウム溶液を用いる。またクロストリジウムなどは芽胞を形成するが、これに対しては徹底的な清掃により物理的に除去することが最も有効である。

(図44) 消毒薬の使用には注意が必要である。消毒用エタノールを用いることで医療材料や器具の材質の劣化が起こることがあり、また次亜塩素酸ナトリウムは金属腐食性や漂白作用を有する。よって漂白剤を用いる機材等の質に対する消毒薬の影響を十分に考慮する必要がある。なお、消毒用エタノールや次亜塩素酸ナトリウムによる広範囲の環境消毒は、環境中への蒸気の発生やアルコールの引火性などの問題があるため推奨されない。

図41

感染源となり得る主な環境

- 病室の高頻度接触面
- 空気および空調設備
- 水および水回りの環境
- トイレ
- 植物
- 医療廃棄物

図41

図43

環境表面へ使用する消毒薬例

- 一般細菌：消毒用エタノール
- ウイルス：消毒用エタノールや
次亜塩素酸ナトリウム
- 芽胞：徹底的な清掃により物理的に除去

図43

図42

医療機関の環境整備

- 日常の清掃が重要
- 手が触れる環境表面は頻回に清掃
 - ベッド柵、床頭台、ドアノブ、電灯のスイッチ、手すりなど
- 手が触れない床など
 - 埃や塵がないように清掃を行う

図42

図44

消毒薬使用時の注意点

- 消毒用エタノールによる材質の劣化や次亜塩素酸ナトリウムによる金属腐食性や漂白作用など、材質に対する消毒薬の影響を考慮する
- 消毒用エタノールや次亜塩素酸ナトリウムによる広範囲の環境消毒は、環境中への蒸気の発生やアルコールの引火性などの問題があるため推奨されない

図44

各臓器感染症

(図45) 次に各臓器感染症について話を進めていく。感染症には様々な種類のものがある。その中でも外来で診てまずは見逃してはいけないものを中心に話す。

喉が痛いという症状は極めてありふれている。多くの場合感冒などの原因によるもので、時間が経てば軽快する。しかし、その中には稀ではあるが重症のものも含まれている。よって、日々の診療でもくれぐれも留意しておく必要がある。具体的には喉が痛いというだけではなく、それに加えて「警告症状」が出ているかどうかを見ていく。これはRed flagとも呼ばれている。

例えば喉が痛いだけではなく、口も開きにくい場合には扁桃周囲膿瘍を疑う必要がある。口腔内を観察すると口蓋垂が左や右に偏位していたり、軟口蓋が片方だけ異様に張り出しているといったことがある。次にあるのは、咽頭痛が尋常以上に強く唾液も飲み込めないよ

図45

頭頸部感染症：見逃したくない疾患

1) 開口障害

口蓋垂偏位・偏側性の軟口蓋の張り出し→扁桃周囲膿瘍

2) 「尋常でなく激しい」咽頭痛+流涎・嚥下困難

急性喉頭蓋炎

3) 後頸部痛・嚥下障害

咽後膿瘍

4) 左右非対称の頸部腫脹・圧痛

Lemierre症候群 (*Fusobacterium necrophorum* などによる頸部感染性血栓性静脈炎) Ann Intern Med.2009;151(11):812-5.

図45

うな場合である。この場合には急性喉頭蓋炎等を考える必要がある。急性喉頭蓋炎の患者は敗血症的になっていることが多く、重症感が非常に強い。次にあるのは後頸部痛や嚥下障害がある場合で、この場合は深頸部感染症が頸椎周囲まで及んでいることがある。その他には左右非対称の頸部腫脹がある場合で、この場合には深頸部感染症が原因の感染性血栓性静脈炎の可能性も考える必要がある。

(図46) 感染性心内膜炎は原因不明の発熱の真の原因の中でも、重大性の観点から非常に重要なものの1つである。これは若年者でも高齢者でも罹患するが、近年では高齢者の心内膜炎が増えていると考えられている。特異的な症状がなかなかない疾患である。高齢者が心内膜炎で医療機関を受診する場合には、「急に動けなくなった」と言って来院する場合がある。また高齢者が「風邪を引いて調子が悪い」と言ってきた場合には、それを鵜呑みにしないことも極めて重要である。風邪を引いたと言いながらも咳や痰やくしゃみなどの気道症状がない場合には、心内膜炎も含めて評価する必要がある。

また原因不明の発熱を見た場合には、身体診察をする時に必ず心臓の聴診をすることも診療のコツの1つである。心内膜炎の患者では80~90%の確率で心雑音があるとされている。原因不明の発熱の患者を診た時に心臓を必ず聴診し、そしてその結果、雑音が聞こえれば心内膜炎の可能性は高いと判断して、血液培養を複数セット採取するなどの対応を進めるとよい。

(図47) 次に骨・関節疾患について触れる。高齢化とともに椎体椎間板炎の患者が増えていると言われている。高齢の椎体椎間板炎の患者も、心内膜炎の患者と

図46

感染性心内膜炎

原因不明の発熱

高齢者が「動けなくなった」
とって救急車で来院

高齢者の「風邪を引いた」を鵜呑みにしない

80-90%の患者で心雑音有り
→不明熱では聴診を

図46

図47

骨・関節疾患

椎体椎間板炎

高齢者では動けなくなり救急車で来院も
腰背部痛は不明確なことあり

骨髓炎

糖尿病関連のものが問題

四肢(特に下肢)の感染では注意を要する

化膿性関節炎

関節の可動域制限が起こる

人工関節では症状が軽い場合がある(熱なし・局所所見や痛みがあまりない)

図47

同様に「動けなくなった」ということで救急車で来院する場合がある。この場合、腰背部痛がはっきりしないこともあるのでくれぐれも注意が必要である。原因不明の腰痛が続く場合には、鑑別疾患の1つとして検討に入れておく必要がある。椎体椎間板炎は血液培養の陽性率が高い疾患であるので、このような場合に血液培養を採取することが重要である。原因のはっきりしない場合に血液培養を取るということは、このような患者の診断を早めるという点で極めて有用である。

次に骨髄炎であるが、そもそも糖尿病関連の足壊疽からの骨髄炎事例が多く見られるようになっている。骨髄炎になると極めて難治性であり、その後の治療も極めて大変である。糖尿病の患者では足壊疽に至る以前に、フットケアなどを十分に行って予防に努めることが極めて重要である。加えて足の小さな傷を見落とさず、傷ついた場合にも早期にケアをするなどの対応が、重症化を防ぐために重要となる。

次に、化膿性関節炎である。化膿性関節炎の診断の方法であるが、関節の可動域制限が起こるとというのが非常に特徴的である。ただ注意が必要なのは、人工関節が入っている方である。人工関節の化膿性関節炎は症状が極めて軽い場合がある。熱もなく、局所の痛みや発赤はあまりない場合がある。よって人工関節の部分にちょっとでも痛みや熱感がある場合、あるいは関節部分の動揺がある場合には人工関節の感染症も検討すべきである。

(図48) 次に、皮膚軟部組織疾患について触れる。伝染性膿痂疹は、小児の病気としてよく知られている。近年では薬剤耐性菌、すなわちMRSAによる感染症が問題となっている。当然通常の治療ではなかなか治らない

ということが起こる。微生物学的検査を積極的に行って、原因微生物をきちんと突き止めるということもこれから重要になってくるであろう。

また、蜂窩織炎も高齢化によって罹患リスクが高まることが知られている。罹患リスク上昇の原因としてよく言われているのは、高齢化に伴って皮膚が脆弱化すること、様々な基礎疾患や高齢化による免疫そのものの低下などである。

壊死性筋膜炎は稀ではあるが、絶対に見落としたい疾患である。通常蜂窩織炎の患者と比べて重症感が強いという特徴がある。具体的にはバイタルサインの変動や、局所の所見が尋常でなく強い場合などがある。また検査値上も通常蜂窩織炎の患者よりも様々な臓器の異常な所見が見られる場合がある。このような場合は壊死性筋膜炎を考えて、対応のできる医療機関や、専門医に対応を依頼するなどを強くお勧めする。

(図49) 次に腹腔内感染症であるが、その1番の問題はそもそもどこに感染症の首座があるかなかなかわかりにくいところである。胆嚢炎や胆管炎は心窩部の漠然とした違和感や痛みで発症することがある。肝膿瘍の場合は、肝臓に異常があっても痛みを生じないためなかなか診断がつかない場合がある。憩室炎では、特に高齢者では憩室炎があっても腹膜刺激徴候が見られない場合もあるため、診断に難渋する場合がある。また子宮留膿症は、高齢の女性で見られる。進行すると穿孔して腹膜炎を起こすことなどもあるので、腹膜炎の鑑別疾患として入れておく必要がある。

図48

<p style="text-align: center;">皮膚軟部組織疾患</p> <p>伝染性膿痂疹 近年ではMRSA感染症が問題</p> <p>蜂窩織炎 高齢者で罹患リスク高い 皮膚の脆弱性の問題？ 免疫低下の問題？</p> <p>壊死性筋膜炎 蜂窩織炎よりも度外れに重症感が強い</p> <p style="text-align: right;">図48</p>

図49

<p style="text-align: center;">腹腔内感染症</p> <p>フォーカスがわかりにくい</p> <p>胆嚢炎・胆管炎</p> <p>肝膿瘍</p> <p>憩室炎（時に膿瘍形成）</p> <p>子宮留膿症</p> <p style="text-align: right;">図49</p>
--

(図50) 流行する嘔吐下痢症の原因としてはノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどがある。ノロウイルスは、迅速キットの性能が向上し診断はつけやすくなったが、他にも流行する嘔吐下痢症の原因となるウイルスは複数あるにもかかわらず、診断は難しい場合がある。また原因にかかわらず、感染防止対策は必要である。よって臨床現場では治療上も、感染防止対策上も区別せずに対応するのが一般的である。

(図51) ノロウイルス感染症は嘔吐と下痢が主症状であり、脱水を合併することもある。経口感染や飛沫感染、接触感染によって感染が拡大する。嘔吐物等の処理が不十分な場合、乾燥した嘔吐物が舞って起こる塵埃を吸って感染することがある。流水での手洗いを徹底するとともに、嘔吐・下痢が見られた際の処理手順を職員間で共有し、迅速に対応することが必要である。

図50

流行する嘔吐下痢症の原因

- ノロウイルス
 - 貝の食中毒として発症
 - ヒト→ヒトへ感染
- ロタウイルス
 - 乳幼児に多い
- アデノウイルス



図50

図51

ノロウイルス感染症

嘔吐と下痢が主症状であり、脱水を合併

- 経口感染や飛沫感染、接触感染によって感染が拡大
- 嘔吐物等の処理が不十分な場合、乾燥した嘔吐物から空気感染が起こることがある
- 流水での手洗いを徹底するとともに、嘔吐・下痢が見られた際の処理手順を職員間で共有
- 迅速に対応

図51

(図52) 尿路感染症は、今も昔も非常に頻度の高い感染症の1つである。

膀胱炎はありふれた感染症であるが、現在では耐性菌の問題が出てきている。ペニシリンやセファロスポリンが効かないESBL産生菌や、キノロン系抗菌薬に耐性の大腸菌の問題である。膀胱炎の主な原因微生物は大腸菌であるが、すでに日本の統計では大腸菌の25%前後がESBL産生菌と言われている。ESBL産生菌はキノロンに耐性のことが多い。よってセファロスポリンやキノロンが効かず、再発を繰り返すということが起こる。

最初に治療を選択する際には、自分の医療機関や地域における大腸菌などの原因菌の抗菌薬感受性の動向を把握して治療薬を選ぶこと、治療開始前にきちんと培養検査に出しておくことが必要である。かりに治療に失敗しても、きちんと微生物学的検査に提出しておけば、感受性試験結果を踏まえた上で改めて治療薬を選ぶことが可能である。

また急性腎盂腎炎も極めてありふれた感染症であるが、高齢者にはその診断がなかなかできない場合がある。急性腎盂腎炎は敗血症になることも多いが、高齢者に起こった場合には出ている症状が意識の変容だけということがある。急性腎盂腎炎の患者が嘔気嘔吐などの消化器症状で発症することがよくあるが、ノロウイルスの感染症等と間違われることもあるので注意が必要である。

図52

尿路感染症

膀胱炎

耐性菌（ESBL産生大腸菌）の問題
既に大腸菌の25%前後がESBL産生菌

腎盂腎炎

膀胱炎様症状、肋骨脊柱叩打痛だけではない
意識の変容、嘔気嘔吐など

図52

薬剤耐性

(図53) 耐性菌の話題に触れておきたい。薬剤耐性の問題はAMRと呼ばれている。耐性菌は現在世界的に大きな問題となっている。2013年には世界で耐性菌感染症が原因で年間70万人の方が亡くなると言われている。しかしこれから何も対策を取らない場合には、この数は2050年には1,000万人に達すると言われている。実はこれはがんによる死亡者数を大幅に超過する。今でこそ耐性菌の問題はあまり身近なものではないが、これから放っておけば、がんを超える大きな健康の問題を人類は抱えることになるわけである。問題は小さなうちに対処すれば小さなボヤで済ますことができることから、私たちは今、AMR対策に尽力しなければならない。

(図54) AMR対策の中でも抗菌薬の適正使用は重要な柱の1つである。抗菌薬が適切に使用されていない状況の中で最も問題視されているのは、急性上気道炎を含

めた急性気道感染症の領域である。急性気道感染症は患者が外来を含めた医療機関を受診する原因の中でも、最も頻度が高いものの1つである。

2005年度のレセプトデータを用いた日本での研究では、上気道炎と診断がついた患者のうち、60%で抗菌薬が処方されていたことがわかった。同じ年度に日本で行われた診療所における研究では、急性気道感染症の患者のうち実際に抗菌薬が必要だった方はわずか7%であった。60%と7%の間には大きな隔たりがある。本来抗菌薬が不要なところで抗菌薬が使われれば、当然耐性菌の発生するリスクが高まる。よってこの60%という高い処方率を下げていくことが、これから必要になる。

(図55) 一方で急性気道感染症に抗菌薬なしで対処した場合に、合併症を起こすのではないかという懸念の声も聞こえてくる。これについては、英国での検討結果がある。これでわかったのは急性上気道炎、咽頭炎、急性中耳炎の患者4,000人に抗菌薬を処方すれば、やっとな合併症が1例予防できるというものであった。

一方では、抗菌薬を処方すればかなりの確率で副作用が起こる。例えば下痢症を取り上げると、抗菌薬の種類によっても違いはあるが、概ね10%前後で下痢になることがわかっている。つまり予想される効果の発生する確率よりも、副作用の発生するリスクのほうがはるかに高いわけである。これでは良い医療介入とはなかなか言い難いのではないだろうか。しかも抗菌薬が処方されることで耐性菌が発生するリスクは当然高まるわけである。

図53

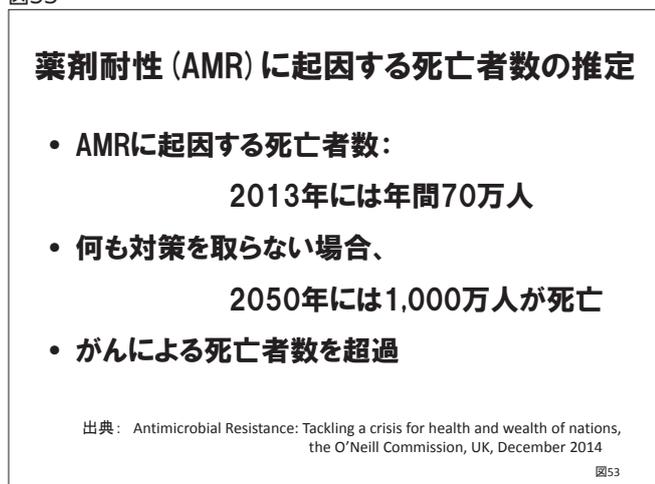


図54

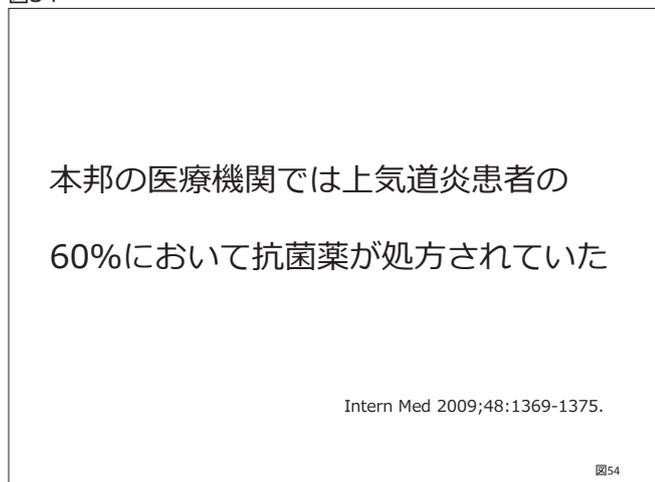
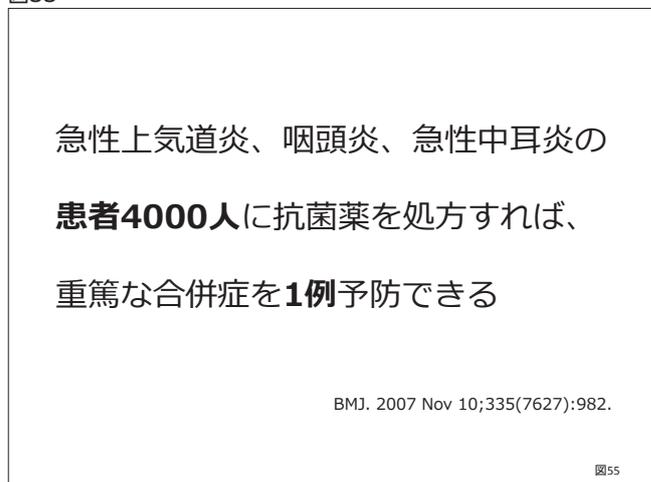


図55



(図56) 日本では現在政府の主導により AMR 対策が行われている。その中で厚生労働省は特に外来の場での抗生物質の適正使用を推進するために、「抗微生物薬適正使用の手引き」を作成した。本講義では、この手引きの中でも最も重要なところを紹介する。

(図57) まずは事例を挙げる。患者は32歳の若い男性で、特に既往はなく、仕事はデスクワークが中心の方である。2日前から37度台の発熱、それとともに咽頭痛と鼻汁がある。発症して3日目になって喀痰と咳嗽も自覚した。アレルギーはない。また身体診察上は咽頭に発赤があった。

この話を聞いて多くの方は、ああおそらくこれは感冒であろうと考えると思われる。ただ問題はそこにどれだけ自信があるか、である。同僚やあるいは患者に「ほんとにこれは感冒なのですか？」と問われた場合に、どれだけの方が自信を持って「感冒」と答えることができるであろうか。そこに自信がなければ他の病気のことが頭にちらついてしまって、ひょっとしたら抗生物質が効く病気かもしれないと思ってしまう、結

図56

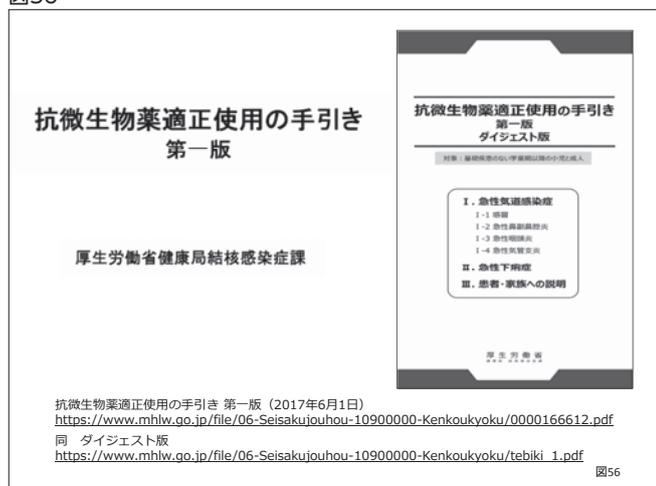
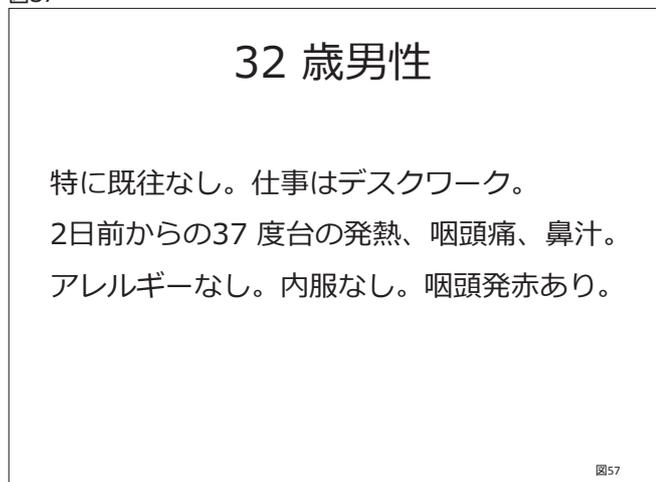


図57



果として抗生物質を処方してしまうのかもしれない。

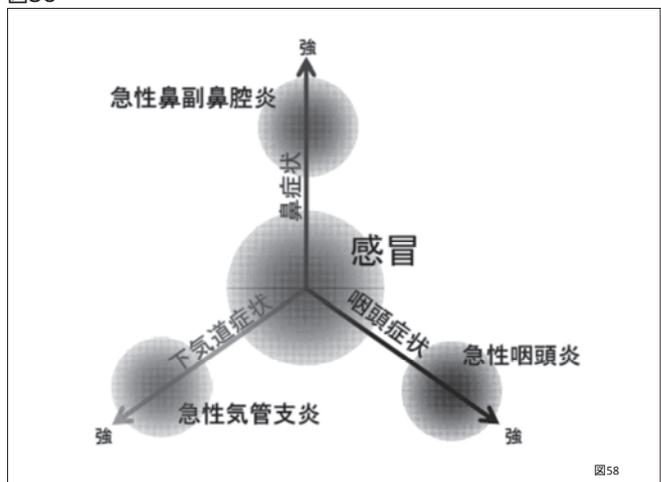
感冒に対して抗生物質が処方されることに関しては、多くの理由がある。その1つとして、そもそも感冒の診断に自信がないことが挙げられると思う。誰も感冒には抗生物質は必要ないということは知っている。しかし、現実には感冒であると自信を持って診断できないからこそ、抗生物質を出してしまっている可能性がある。そこでこの手引きでは、感冒の診断方法をわかりやすく明確に示すことにした。

(図58) 感冒の診断方法は、古くは米国内科学会が示してきた。すでに10数年前から同学会は、感冒の診療に関してガイドラインを作っている。そこで示されている感冒の診断方法は、すでに何度も追試をされていて、日本でもこの診断基準を用いた研究がある。そしてこの診断基準を用いて診療することが妥当であることが繰り返し示されている。そこで厚生労働省の手引きでは、この診断基準を用いることとした。

この図は、感冒の診断のための概念図である。真ん中にあるのが感冒である。まず感冒の場合には鼻がつまる、鼻が痛いといった鼻の症状がある。そして感冒の場合には喉が痛いといった咽頭の症状がある。3番目には咳や痰といった下気道の症状がある。感冒とは、この鼻の症状、咽頭の症状、下気道の症状が、同時に同程度存在するというものである。極めて明快であり、これを知ることで感冒の診断が容易になる。

筆者自身も、この診断方法を知ることで、感冒の診断が自信を持ってつけられるようになった。感冒の原因の大多数はウイルス感染症である。そして感冒は自然経過で軽快する。よって通常の経過を辿れば、抗生物質を処方する必要はない。感冒の診断を自信を持ってつけられるようになれば、抗生物質も自信を持って

図58



処方しないという判断ができるようになるわけである。(図59)しかし感冒であると診断しても、患者は必ずしも納得しないかもしれない。抗生物質が出されないことに不満を持つかもしれない。これを乗り越えるためには、患者に適切な説明をすることが必要になる。

1つは、感冒がどういう病気かをきちんと説明することである。患者の多くは症状が改善しないことを辛く思って、あるいは不安に思って医療機関に来ている。よってそもそも感冒がどのような病気で、どういう経過で治療していくのかを伝えることが必要である。

感冒は一般的に咽頭痛や鼻症状で発症、2~3日にかけて症状がピークに達する。この頃になると咳や痰が見られるようになり、その後症状は徐々に改善に向かい、一般的には合計7~10日で治癒する。気管支炎を発症した場合には、咳が3週間程度続くこともある。こうした疾患の自然経過を患者に伝えることで患者は安心感を得ることができる。

また患者の多くは医療機関に来る時には、その人なりの理由がある。国立国際医療研究センターにおい

て、感冒の患者が医療機関に期待することを調査してみたところ、咳を止めてほしい、鼻水を何とかしてほしいといった、辛い症状を何とか和らげてほしいという要望の頻度が高く、抗生物質が欲しいという理由の頻度はむしろ順位は下位であった。よって医療者がやるべきことは、このような患者の本心を聞き出して、適切な対処療法をするなどして応えることである。

またもう1つ伝えるべきことは、この経過から外れた場合には、合併症の可能性があるので来院してほしいということである。例えば、感冒は症状が3~4日目がピークでその後改善していくが、その経過の中で急に発熱した場合は中耳炎や、急性肺炎などの合併症を発症していることがあるため、速やかに評価をし直して、必要時は抗生物質をしっかり使う必要がある。

このように丁寧なコミュニケーションを取ることによって、患者の満足度が高まることはわかっている。そして抗生物質を処方せずとも、患者は診療に満足し、次に健康の問題を抱えた時にもまた来院されるであろう。(図60)ここでは参考までに、感冒とインフルエンザを鑑別できるかということに関して話す。米国で行われたこの研究によると、発熱などの体調不良の職員をPCR法で検査し、陽性となったインフルエンザ患者の症状を調べると、すべてのインフルエンザ患者が咳をしていたことがわかった。またインフルエンザと診断された患者で、発熱していたのは約半数であった。(図61)感冒の咳嗽は発症後3~4日程度で出始めるが、インフルエンザの咳嗽は発症初日から見られる。

また一般的にインフルエンザの患者の方が、倦怠感などの全身の症状が強いと言われている。これがインフルエンザと感冒の違いである。このような点である程度の区分けはできるかもしれない。

図59

感冒の自然経過

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

図59

図60

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

MAJOR ARTICLE

Influenza Among Afebrile and Vaccinated Healthcare Workers

Jessica P. Ridgway,¹ Allison K. Barrett,¹ Sylvia Garcia-Monckton,¹ Sean Carlin,¹ Anne Enriquez,¹ Rachel Mann,¹ Caroline Pines,¹ Muna Shih,¹ Caroline Goettsch,¹ Steve Minkowski,¹ Katherine S. Brown,¹ and Emily Landon¹

¹Departments of Medicine and ²Public Health, University of Chicago, ³Infection Control Program, ⁴Occupational Medicine, and ⁵Respiratory Therapy, University of Chicago Medicine, and ⁶Department of Pathology, University of Chicago, Illinois

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

図60

図61

インフルエンザと感冒の違い

インフルエンザは：

- 全身症状が強い
- 早期から咳嗽が目立つ
- 発熱ないこともある

図61

(図62) 最後に、厚生労働省が示した平成30年度のインフルエンザQ&Aの1部を抜粋して示す。ここでは「インフルエンザにり患した従業員が復帰する際に、職場には治癒証明書や陰性証明書を提出させる必要がありますか?」という質問に対して、「職場が従業員に対して治癒証明書や陰性証明書の提出を求めることは望ましくありません。」と回答がなされている。これによって先生方が治癒証明書や陰性証明書を書く負担が減ることを期待している。

またこれにより、患者もこの書類を求めるためだけに医療機関を受診するといった無用な負担を負う必要がなくなる。このように感染症に関連して患者が不当に課せられている負担を軽減していくことも、今後の大きな課題の1つではないかと考える。

(図63) 高齢者のインフルエンザには、表出するのは咳嗽、全身倦怠感、意識の変容のみで、発熱や呼吸器症状に乏しい場合があるので注意が必要である。

(図64) また、インフルエンザ診断の迅速キットには限界がある。感度が52~90%、特異度は83~99.8%と報告されており、感度は十分ではなく診断漏れが出てくる。特に、発症後24時間以内は感度が低いと言われている。

(図65) 抗インフルエンザ薬による治療には諸意見あるが、ハイリスク例や重症例では、抗インフルエンザ薬治療で合併症リスクを下げるができるかもしれないと言われている。

高齢者や基礎疾患のある患者ではインフルエンザ罹患が重症化したり、インフルエンザ罹患とともに基礎疾患が著しく悪化することもあるため、そのような重症化の徴候がないかよく見て取ることが重要である。

図62

Q 18: インフルエンザにり患した従業員が復帰する際に、職場には治癒証明書や陰性証明書を提出させる必要がありますか?

診断や治癒の判断は、診察に当たった医師が身体症状や検査結果等を総合して医学的知見に基づいて行うものです。インフルエンザの陰性を証明することが一般的に困難であることや、患者の治療にあたる医療機関に過剰な負担をかける可能性があることから、職場が従業員に対して、治癒証明書や陰性証明書の提出を求めることは望ましくありません。

厚生労働省 平成30年 インフルエンザQ&A

図62

図64

インフル迅速キットの限界

- 感度 : 52~90%、特異度 : 83~99.8%

Lancet 2003;362:1733

- 発症後24時間以内は感度が低い

図64

図63

高齢者のインフルエンザの特徴

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

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

図63

図65

抗インフルエンザ薬による治療

- ハイリスク例や重症例では抗インフルエンザ薬治療で合併症リスクを下げるができるかもしれない

図65

(図66) 最後に感染症法に基づく届出疾患について触れる。

感染症法では、感染症を1類～5類まで分類している。本スライドでは、1類～3類感染症を示している。いずれも診断後直ちに届け出ることが必要である。

(図67) こちらには、4類～5類感染症の中で主要なものを示す。医師にとっては馴染みのある疾患であっても、全例届出が必要な疾患があることに注意が必要である。

図66

感染症 類型	疾 病 名	届出要否			届 出 方 法	
		患者	疑似症	無症状病原 体保有者	定点種別	時期
1	エボラ出血熱	○	○	○	(全数)	直ちに
1	クリミア・コンゴ出血熱	○	○	○	(全数)	直ちに
1	痘そう	○	○	○	(全数)	直ちに
1	南米出血熱	○	○	○	(全数)	直ちに
1	ペスト	○	○	○	(全数)	直ちに
1	マールブルグ病	○	○	○	(全数)	直ちに
1	ラッサ熱	○	○	○	(全数)	直ちに
2	急性灰白髄炎	○	×	○	(全数)	直ちに
2	結核	○	○	○	(全数)	直ちに
2	ジフテリア	○	×	○	(全数)	直ちに
2	重症急性呼吸器症候群 (病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)	○	○	○	(全数)	直ちに
2	鳥インフルエンザ (H5N1)	○	○	○	(全数)	直ちに
3	コレラ	○	×	○	(全数)	直ちに
3	細菌性赤痢	○	×	○	(全数)	直ちに
3	腸管出血性大腸菌感染症	○	×	○	(全数)	直ちに
3	腸チフス	○	×	○	(全数)	直ちに
3	パラチフス	○	×	○	(全数)	直ちに

図66

図67

感染症 類型	疾 病 名	届出要否			届出方法	
		患者	疑似症	無症状病原 原体保有者	定点種別	時期
4	A型肝炎	○	×	○	(全数)	直ちに
4	つつが虫病	○	×	○	(全数)	直ちに
4	デング熱	○	×	○	(全数)	直ちに
4	日本紅斑熱	○	×	○	(全数)	直ちに
4	日本脳炎	○	×	○	(全数)	直ちに
4	レジオネラ症	○	×	○	(全数)	直ちに
5	アメーバ赤痢	○	×	×	(全数)	7日以内
5	ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く。)	○	×	×	(全数)	7日以内
5	カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症	○	×	×	(全数)	7日以内
5	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	○	×	×	(全数)	7日以内
5	後天性免疫不全症候群	○	×	○	(全数)	7日以内
5	侵襲性インフルエンザ菌感染症	○	×	×	(全数)	7日以内
5	侵襲性髄膜炎菌感染症	○	×	×	(全数)	7日以内
5	侵襲性肺炎球菌感染症	○	×	×	(全数)	7日以内
5	水痘 (患者が入院を要すると認められるものに限る。)	○	×	×	(全数)	7日以内
5	先天性風しん症候群	○	×	×	(全数)	7日以内
5	梅毒	○	×	○	(全数)	7日以内
5	風しん	○	×	×	(全数)	7日以内
5	麻しん	○	×	×	(全数)	7日以内

図67

2. 「かかりつけ医に必要な

生活期リハビリテーションの実際」

さいとう まさみ
医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長 齊藤 正身

一般社団法人 埼玉県医師会（理事）、川越市医師会（理事）、
一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会（会長）

【略歴】 帝京大学医学部卒業後、埼玉医科大学病院での研修を経て、1988年医療法人真正会霞ヶ関中央病院に入職。同医局長を経て1990年霞ヶ関南病院病院長に就任（2010年まで）。2000年社会福祉法人真寿会、2002年医療法人真正会の理事長に就任。現在に至る。

【資格等】 医師、社会医学系専門医協会（専門医・指導医）、日本リハビリテーション医学会（認定臨床医）、認知症サポート医

【主な社会活動】 埼玉県地域リハビリテーション推進協議会（会長）

帝京大学医学部リハビリテーション科、兵庫県立大学大学院経営研究科、埼玉県立大学、埼玉医科大学医学部などで講師も務める。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会臨時委員を歴任。

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 2. 専門外も含めた幅広い知識

(1) かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際

【目標】

介護保険制度導入時に位置付けられたリハビリテーションのその後の18年間の経緯を知った上で、構築が急がれる地域包括ケアシステムにおける生活期リハビリテーションの役割を理解する。そのためには、高齢者リハビリテーション研究会が報告した「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」、地域リハビリテーション支援体制の現状、「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」等を十分理解し、機能障害への対応にとどまらず、国際生活機能分類（ICF）に基づいた活動や参加に目を向けた「生活機能の向上」こそが生活期リハビリテーションの役割であることを学ぶ。

【キーワード】

生活期リハビリテーション、地域包括ケアシステム、地域リハビリテーション

はじめに

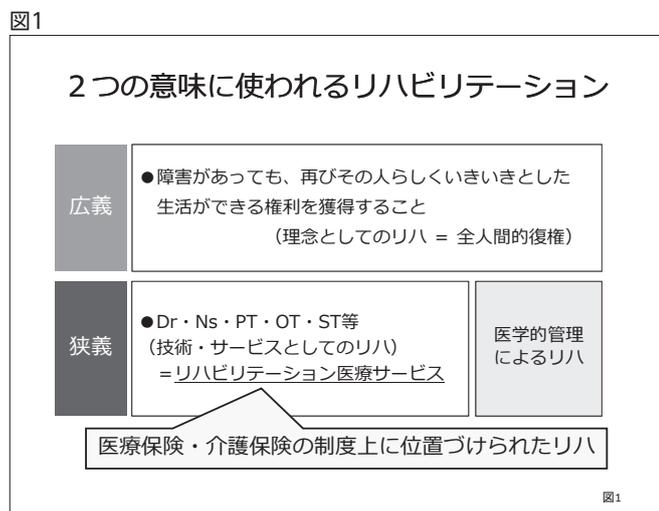
リハビリテーション医療では、疾病や外傷の発症直後から急性期～回復期～生活期と区分される。それぞれの時期の特徴があるが、生活期は「自立した生活を支援する」、対象者の立場では「生活機能向上」の時期ととらえることが重要であり、たとえ身体機能は維持にとどまっても、生活機能の向上は十分に図れる時期である。そのために果たすべきことは、単に訓練として体力や機能の維持・向上のみを提供することではない。生活期では、自立した生活を目指した生活機能の維持・向上に向けて、様々な取り組みを包括的に提供することが求められ、加えて社会生活を見据えた活動や参加に結びつけて、目的のある豊かな人生を送ることを支援することが肝要である。

2つの意味に使われるリハビリテーション

(図1) リハビリテーションは広義には、たとえ障害があっても、再びその人らしくいきいきとした生活ができる権利を獲得すること、すなわち、理念としてのリハビリテーション＝全人間的復権を意味する。一方、狭義では、医師 (Dr)・看護師 (Ns)・理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT)・言語聴覚士 (ST) 等が提供する技術・サービスとしてのリハビリテーション＝リハビリテーション医療サービスが社会保障制度の中で位置づけられている。これを一般的に「リハビリテーション」と考えているのが我が国の特徴である。言い換えれば、医学的管理によるリハビリテーションである。

リハビリテーション医療の概念

(図2) この医学的管理下におけるリハビリテーション



サービスは、疾病の治療、合併症の予防、慢性疾患の制御を行いつつ、各種障害の診断・評価を行い、的確な予後予測に基づき、生活機能及びQOL (Quality of Life、生活の質) の向上を目的に、種々のアプローチ等により、多職種協働で総合的・包括的にチームで実践する医療である。

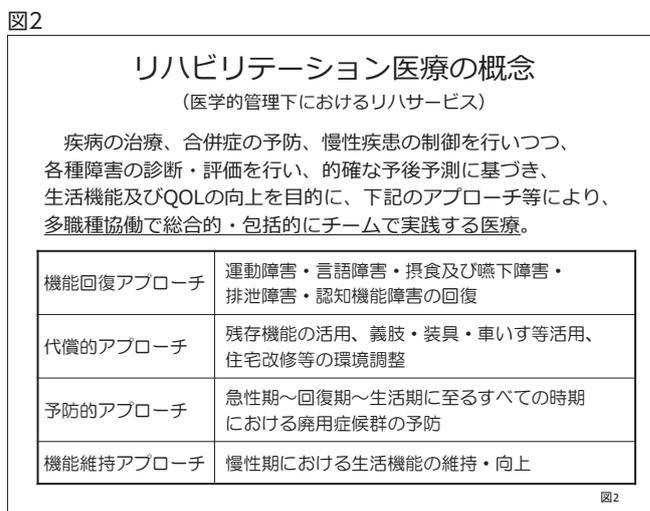
運動障害・言語障害・摂食及び嚥下障害・排泄障害・認知機能障害の回復などの機能回復を目的にしたアプローチ、残存機能の活用、義肢・装具・車いす等の活用、住宅改修等の環境調整を行う代償的アプローチ、急性期～回復期～生活期に至るすべての時期における廃用症候群を防ぐ予防的アプローチ、そして慢性期(生活期)における生活機能の維持・向上を図るための機能維持アプローチである。このように単にリハビリテーション医療と言っても、様々なアプローチ、手段・方法があることがわかる。

介護保険サービスはリハビリテーション前置の考え方

(図3) 生活期のリハビリテーションは、社会保障制度の中で、医療保険だけでなく、介護保険のサービスとしても提供される。介護サービスは、高齢者の自立を支援、できない部分を支援してることが重要で、今できる能力を活用して、自分でできることは、できる限り自分で行うという介護保険制度の理念でもある自立支援には、リハビリテーション前置の考え方が前提としてある。しかしながら、2000年に介護保険制度の導入以降、予想外の結果も生じて、見直しの時期である3年目には様々な課題が浮き彫りになってきた。

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

(図4) その1つが介護費用の高騰である。2000年度には



3.6兆円だった介護費用も2003年度には5.7兆円となり、このまま増え続けると2005年度には6.7兆円にまで達することが予想された。

そのため、国は「高齢者介護研究会」を立ち上げ、「高齢者がたとえ介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能にする『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現を目指すために、介護予防・リハビリテーションの充実が重要な柱であること」を提唱した。それに応える形で設置されたのが高齢者リハビリテーション研究会であり、我が国の高齢者リハビリテーションの現状と課題、これからの見直しの方向性について2004年1月にとりまとめている。因みに高齢者とリハビリテーションを結びつけた研究会や会合を国が開催したのは初めてであった。

リハビリテーションにおける

介護保険導入後に見えてきた課題

(図5) 現状と課題として、リハビリテーションにおける介護保険導入後に見えてきたことは、

- ▶ 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる。
- ▶ 軽度の要介護者が急増。
- ▶ 介護予防の効果があがっていない。
- ▶ 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要。
- ▶ 福祉用具・住宅改修の不適切な提供。

である。

(図6) まずは、「死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる」という点については、医療における重症度と介護における要介護度の違いとも言えるが、死亡の原因疾患は、がん、心臓病、脳卒中であって、要介護状態になる原因疾患は、脳卒中、衰弱、転倒・骨折、認知症、関節疾患であり、特に高齢化に起因する疾病や状態への対応が課題となった。

「軽度の要介護者が急増している」ことも大きな課題である。特に筋骨格系疾患が主要な原因疾患の75歳以上の女性後期高齢者が介護保険の申請をして要介護・要支援認定を受け、要支援や軽度の要介護度で介護保険サービスを受けるケースが急増したのである。

図3

介護保険サービスは リハビリテーション前置の考え方

介護サービスは、高齢者の自立を支え、できない部分を支援してることが重要。

- 今できる能力を活用して、自分でできることは、できる限り自分で行う
- だからこそ、リハビリテーション前置で
- しかしながら現状は・・・

図3

図5

リハビリテーションにおける 介護保険導入後に見えてきた課題

- ▶ 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる。
- ▶ 軽度の要介護者が急増。
- ▶ 介護予防の効果があがっていない。
- ▶ 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要。
- ▶ 福祉用具・住宅改修の不適切な提供。

図5

図4

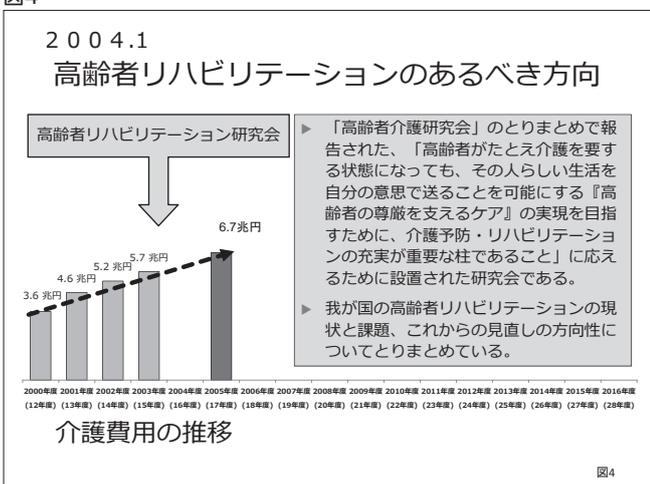


図6

死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる

▶ 死亡の原因	▶ 要介護状態の原因
がん	脳卒中
心臓病	衰弱
脳卒中	転倒・骨折
	認知症
	関節疾患

軽度の要介護者が急増している

女性、75歳以上の後期高齢者

↓

原因疾患は筋骨格系疾患が主要

図6

(図7) 「介護予防の効果があがっていないのでは？」は、前述した要支援・軽度の要介護者へのサービスが、機能の向上・改善につながっていないことを意味する。

また「高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要」は、廃用症候群や認知症に対して、従来からある脳卒中への対応モデルに該当するようなアプローチが確立されていないということである。

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

～提言の3本柱～

(図8) これらの課題を解決するために示されたのが、「高齢者リハビリテーションのあるべき方向～提言の3本柱～」である。

1. 介護予防
2. 医療・介護におけるリハビリテーション
3. 地域リハビリテーション体制

特に「介護予防」に対する施策の重要性が各方面から叫ばれ、2005年の介護保険制度改正につながった。

(図9) 2005年の介護保険制度改正では、介護予防を重視し、要介護状態になるおそれのある高齢者（要支援者）向けに介護予防サービスが創設された。そして保険給付とは別に、「地域支援事業」を創設し、高齢者の社会参加、介護予防の取り組み、配食、見守り等の生活支援を実施することとなった。

(図10) この「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」には、かかりつけ医に対して、以下のような記述がある。

図7

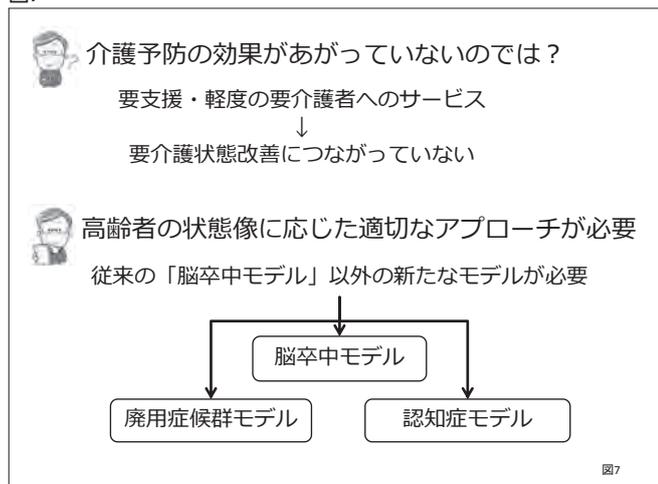


図9

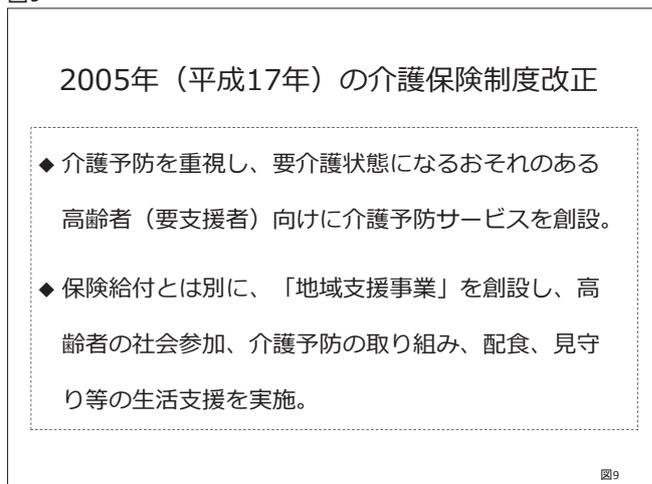


図8

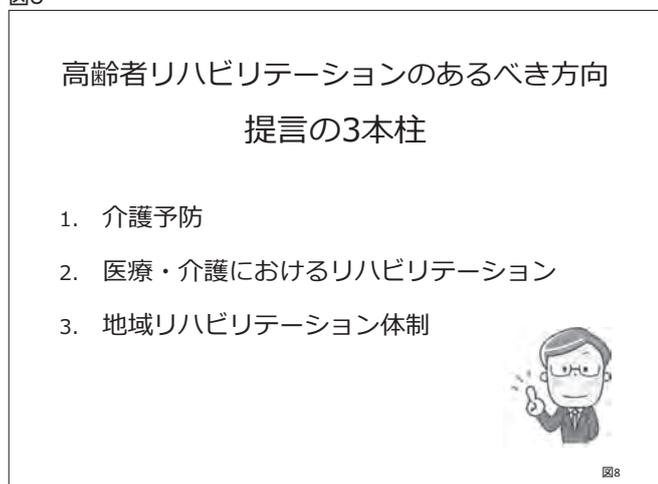
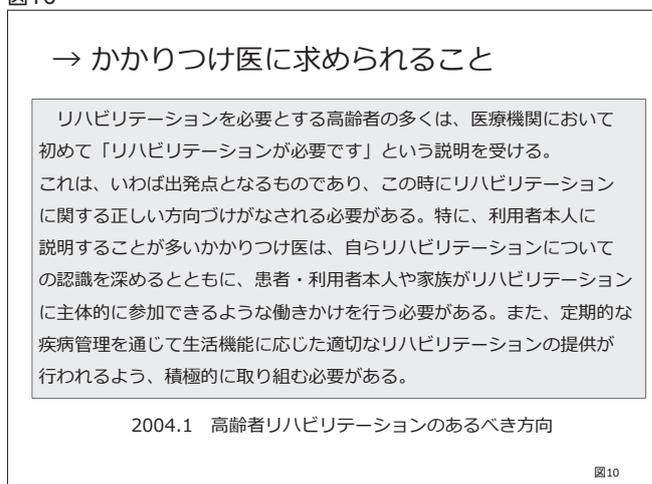


図10



の認識を深めるとともに、患者・利用者本人や家族がリハビリテーションに主体的に参加できるような働きかけを行う必要がある。また、定期的な疾病管理を通じて生活機能に応じた適切なリハビリテーションの提供が行われるよう、積極的に取り組む必要がある。

リハビリテーションとかかりつけ医の関係は、要介護・要支援認定における主治医意見書作成にも関わる重要事項であり、その延長線上にあるのが本研修会である。

国際生活機能分類 (ICF)

(図11) 高齢者リハビリテーション研究会でも、国際生活機能分類 (ICF) の概念が基本となり議論が進められた。機能障害に偏らず、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ① 体の働きや精神の働きである「心身機能」
- ② ADL (Activity of Daily Living、日常生活動作)・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
- ③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなることを改めて確認し、活動と参加につながるリハビリテーションの提供を基本的な考え方と位置づけた。

リハビリテーション前置主義

(図12) 1994年12月高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」では、心身の機能が低下したことによって万一介護を必

要とするような状態になった場合には、できる限り早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要があるとし、即ちリハビリテーション前置の考え方が大切であると指摘されている。その考えを受けて介護保険制度はスタートしている。

2007年3月12日の中央社会保険医療協議会 第11回診療報酬改定結果検証部会では、リハビリテーション医療サービスの必要性を「リハビリテーション前置主義」として、以下のように位置づけている。

- 1) 医療保険のリハ医療サービスにより、可能な限り自立もしくは要介護状態を軽減した上で介護保険のリハ医療サービスを利用する仕組みを構築すべきである。
- 2) 介護保険の利用に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハ医療サービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。
- 3) 上記2点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。(以上、原文通り)

また、2010年11月30日社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」では「リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。」と改めて指摘されている。頻回にこのような指摘が繰り返されているが、特に介護保険サービスに携わる専門職のリハビリテーションに対する意識はまだまだ薄いと云わざるを得ない。

図11

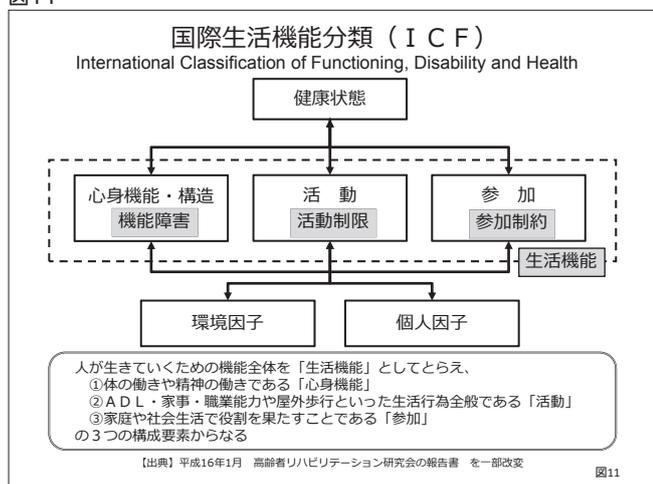
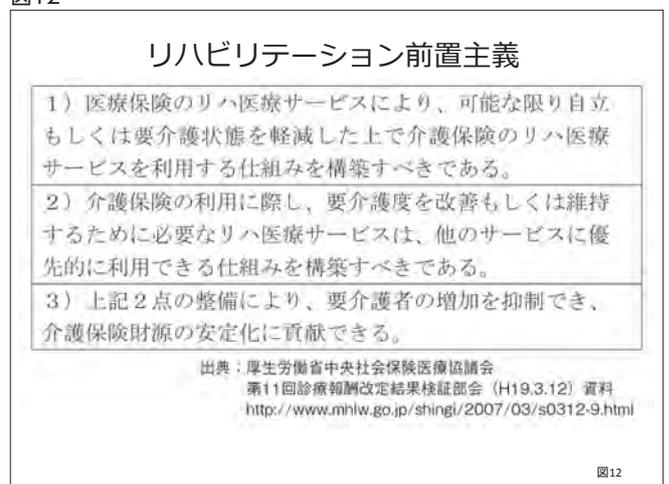


図12



「介護」におけるリハビリテーションの必要性と

将来あるべき姿

(図13) 2012年に開催された社会保障審議会介護保険部会で、臨時委員だった筆者自身が「介護におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿」をプレゼンテーションした。概要は以下の3点である。

- ◆リハビリテーション前置の考え方を再確認する。
- ◆介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
- ◆リハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備する。

前置主義は元より、「介護の負担を軽減するため」が主な主張であった。高齢で介護の必要な利用者にリハビリテーションの効果が見えにくいことを指摘されることが多い中、利用者本人の要介護度やADL等の変化だけでなく、介護の負担に目を向け、具体的な介護量やサービスの利用状況等で評価することの必要性を報告した。そのことは結果として、介護保険財源の安定化にもつながるのではないだろうか。

図13

**「介護」におけるリハビリテーションの
必要性と将来あるべき姿**

- ◆ リハビリテーション前置の考え方を再確認する。
- ◆ 介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
- ◆ リハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備する。

平成24年 社会保障審議会：介護保険部会にてプレゼンテーション

図13

リハビリテーションを包括的に提供できる体制とは、地域包括ケアシステム構築の上で、大切なキーワードであると認識している。特に医療と介護の協働としてリハビリテーションが果たす役割は大きい。

医療・介護の提供体制の将来像

(図14) 我が国の医療提供体制は、都道府県レベルから市町村レベルに至るまで、レベル毎あるいはレベル間の体制整備や医療機関相互のネットワーク等により重層的で効率的な医療サービスが提供されている。また、介護サービスに至っては、市町村レベルで日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供はなされているものの、かかりつけ医による日常の診療対応との連携が必ずしも整理されているとは言えない。しかしながら、かかりつけ医と介護サービスとの連携や協働が実現することは、地域包括ケアの実現に結びつき、その共通言語としてリハビリテーションはイメージしやすい。

「自助・互助・共助・公助」から見た

地域包括ケアシステム

(図15) 地域包括ケアシステムを費用負担による区分で見ると、「自助・互助・共助・公助」のマトリクス図で表せる。社会保険制度や医療・介護のサービスは「共助」に位置づけられるが、実際は、そのサービスのアプローチは「共助」にとどまらず、「自助」「互助」「公助」に対しても少なからず影響を及ぼす。言い換えれば、「自助」や「互助」に対する働きかけや「公助」に対するサポートも日常行われていると言える。

図14

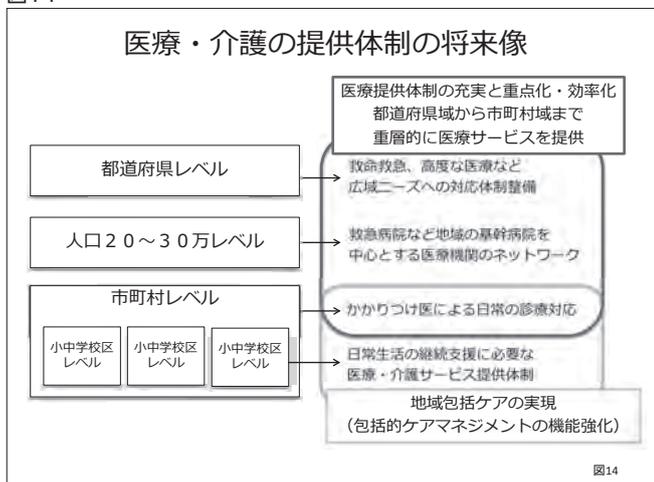
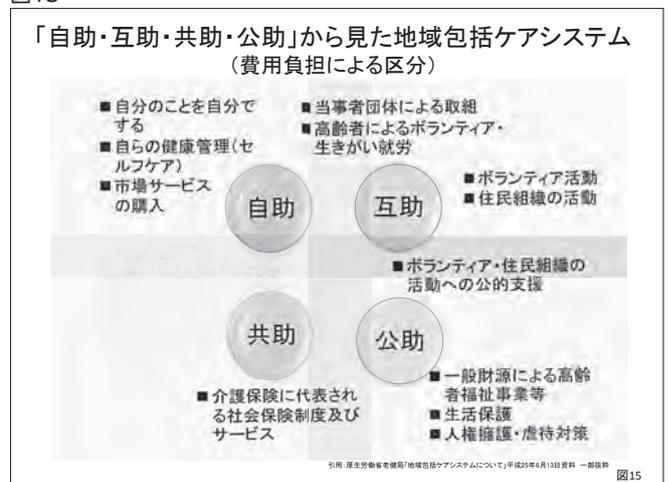


図15



<地域包括ケアを支えるリハビリテーション>

(図16) 2015年11月3日、全国リハビリテーション医療関連団体協議会主催のリハビリテーション・サミットで、「地域包括ケアを支えるリハビリテーション（概念）」と「リハビリテーションが担えること（実践方法）」を「自助・互助・共助・公助」のマトリクス図を活用して表現した。

「自助」：自助力の向上・維持；リハビリテーションの成果は自助力の向上・維持につながる。

「互助」：インフォーマルサービスの育成とサポート；住民の支えあい活動をリハビリテーションの立場から促す。

「共助」：地域包括ケアを支えるリハビリテーション提供；急性期・回復期・生活期リハビリテーションにより自立生活を獲得・維持する。

「公助」：公の機関と積極的に協働；公共的なりハビリテーション施策が自立を促すものとなるように関わる。

フォーマルサービスとして提供している「共助」のサービスにとどまらず、リハビリテーションの可能性を示したマトリクス図である。

<リハビリテーションが担えること>

(図17) 「リハビリテーションが担えること」の実践編のマトリクス図である。

「自助」

- 疾病や暮らし方などの理解を深める支援
 - ▶ 情報提供、研修（教育）など
- 運動や生活が自己管理できるための支援
- 自立のための生活環境の工夫などにかかわる支援

「互助」

- ボランティア活動の啓発、受け入れ
- 住民による支えあいが可能となる活動の育成
- 高齢者・障害者が交流できる場の提供
- 自助（セルフヘルプ）グループの育成と支援

「共助」

- 早期にADLが自立のためのリハビリテーション（急性期）
- 早期に自宅復帰できるためのリハビリテーション（回復期）
- 生活機能維持・向上のためのリハビリテーション（生活期）
 - ▶ 通所・訪問リハビリテーション、福祉用具の選定、住宅改修など

「公助」

- 地域支援事業へのかかわり（受託、推進）
- 地域リハビリテーション事業の推進
- 地域包括支援センターとの連携
- 保健所・保健師との連携
- ネットワークづくりへの参画

以上のような活動が「地域リハビリテーション活動」と言える。

図16

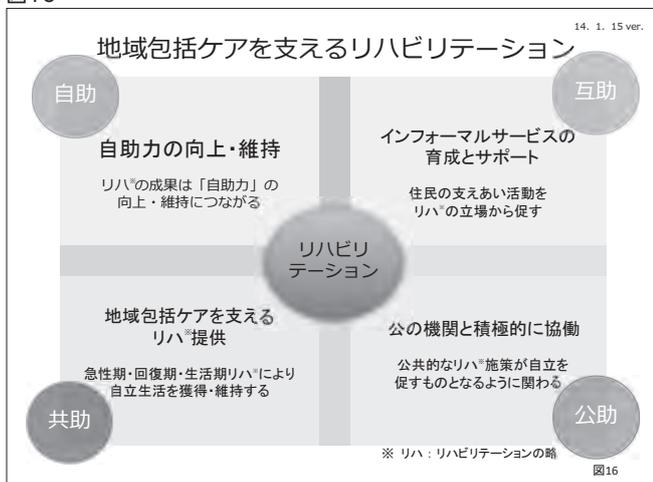
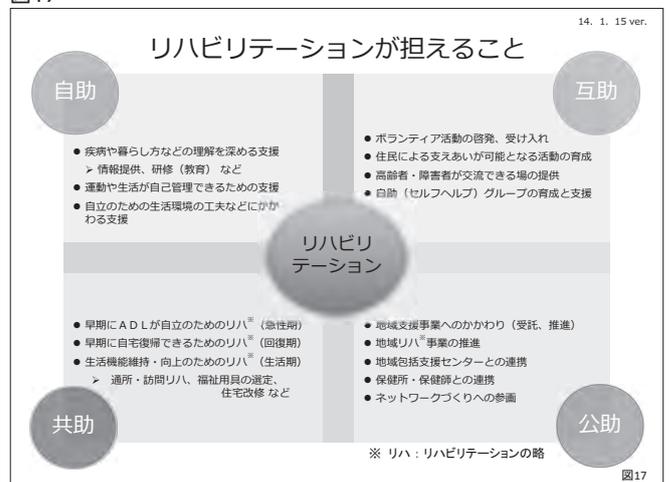


図17



「地域包括ケアシステム」と

「地域リハビリテーション」

(図18) 地域包括ケアシステムとは、「地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」である。

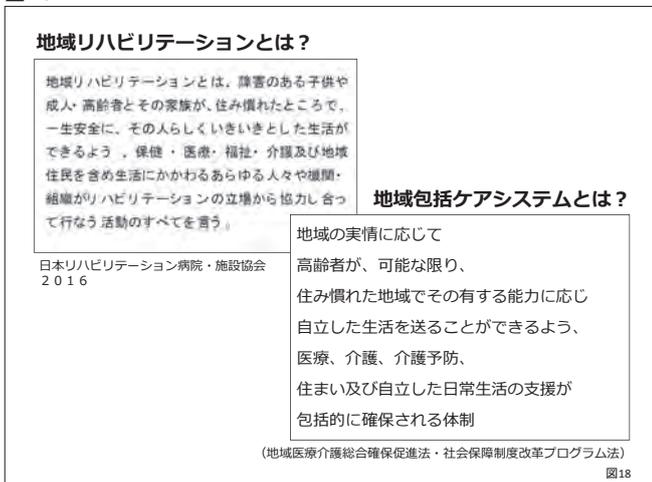
一方、地域リハビリテーションとは、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。(日本リハビリテーション病院・施設協会発行：1991/改定：2001・2016)」と定義されているが、地域包括ケアシステムと目指すものに差異はない。

地域リハビリテーション活動イメージ図

(図19) 厚生労働省の「2025年の地域包括ケアシステムの姿」 「認知症ケアパス」を参考に地域リハビリテーション活動を図示すると、活動の推進課題である3項目を具体的にイメージすることができる。

1. リハビリテーションサービスの整備と充実
 2. 連携活動の強化とネットワークの構築
 3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援
- 住み慣れた地域でその人らしくいきいきと暮らすことができるように、地域の見守り・支え合い、社会参加の場づくりも踏まえながら、リハビリテーションの果たすべき役割は大きい。

図18



地域リハビリテーションの体制について

(図20) 現在の地域リハビリテーション体制である。リハビリテーション前置の考え方で介護保険制度を進めるにあたり、このシステムを普及する目的で1998年に当時の厚生省が全都道府県対象の補助事業をスタートさせた。その結果、44都道府県に地域リハビリテーションの体制が整備された。

特に二次医療圏等に配置された地域リハビリテーション広域支援センターを中心に介護予防等の普及啓発活動が実践されていたが、2006年、国からの支援がなくても各都道府県での活動が軌道に乗ったとの判断で、厚生労働省からの補助事業から都道府県の一般財源となったのを契機に、引き続き体制を継続している都道府県は25に減少していった。

しかしながら、介護予防や地域ケア会議等を実践する上で、リハビリテーションの視点からの自立支援などに資するサポートの必要性が再認識され、2014年介護保険制度改正に伴い、地域リハビリテーション活動

図19

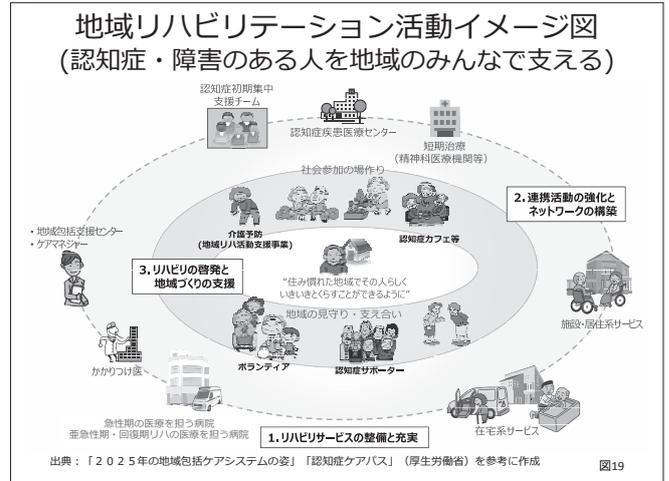
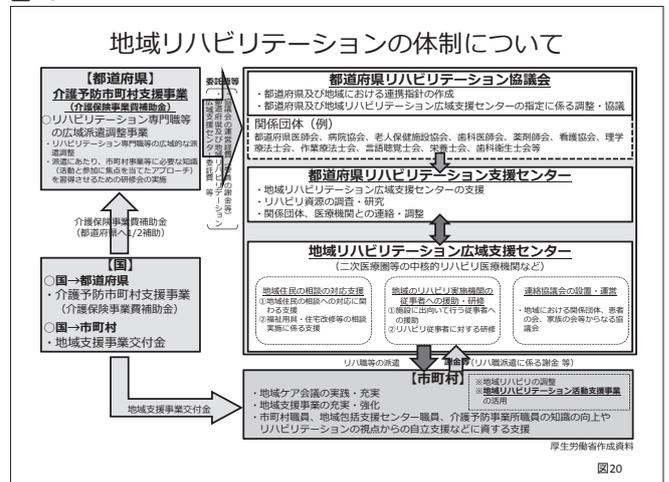


図20



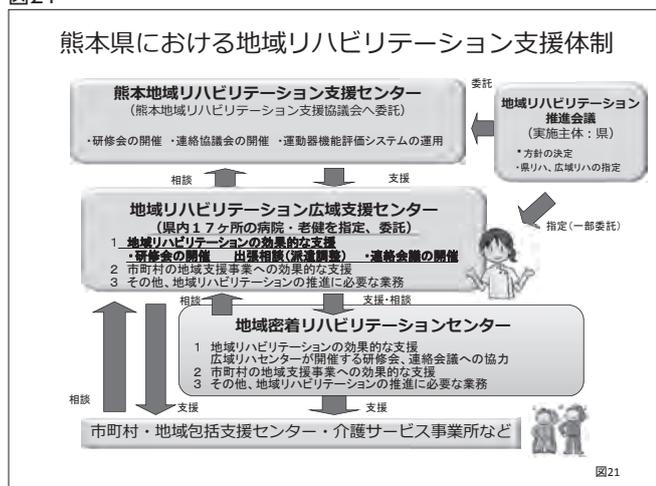
支援事業を市町村が活用するために、都道府県の地域リハビリテーション体制が再整備され始めている。

この事業は国から都道府県への補助金（介護予防市町村支援事業）もあるが、国から市町村への地域支援事業交付金によって成り立つ新たな仕組みである。

<熊本県における地域リハビリテーション支援体制> (図21) 支援体制を継続していた熊本県では、県内17ヶ所の病院・介護老人保健施設（以下、老健）が地域リハビリテーション広域支援センターの委託を受け、地域包括ケアシステムの推進にも寄与する地域により身近な活動を展開できる地域密着リハビリテーションセンター（2018年11月現在105ヶ所）を設置している。

広域支援センターと連携し、市町村等の要望に応じてリハビリテーション専門職を派遣し、市町村が実施する地域支援事業等への効果的な支援が行われており、地域リハビリテーション体制の三層構造化が図られている。

図21



<埼玉県における地域リハビリテーション支援体制> (図22) 埼玉県は、2006年に地域リハビリテーションの体制が終了していたが、震災ボランティアとしてリハビリテーション専門職の派遣や県内の介護予防施策を推進する目的で、2013年に事業が再開された。

埼玉県の特徴は、従来の広域支援センターの役割を地域リハビリテーション・ケアサポートセンター（県内10保健医療圏域毎に10ヶ所）と協力医療機関等（2019年4月現在304ヶ所）が連携し、市町村や地域包括支援センター等からの依頼をサポートセンターが受け、実際の支援は身近な協力医療機関（病院・老健）から派遣されるシステムである。

熊本県と埼玉県の紹介をしたが、多くの都道府県で地域の特徴を活かした体制整備が進められている。

オランダにおけるリハビリテーション医療の啓発活動 Chain Care Program

(図23) リハビリテーション医療の啓発活動について、オランダにおける取り組みを紹介する。オランダのナイメーヘン（オランダ最古の町）で行われていた「かかりつけ医向けリハビリテーション研修」を体験した。

この取り組みは、「Chain Care Program at Nursing Home」と呼ばれる。オランダにおけるナーシングホームは、我が国の回復期リハビリテーション病棟（病院）と同様の機能や役割を持つが、急性期（病院）から回復期（ナーシングホーム）のリハビリテーション提供体制は整っているものの、生活期に至る連携を強化する必要があるため、生活期の中心となる役割を担うかかりつけ医（オランダでは家庭医）に専門的な知識習得の援助として企画されたプログラムである。もちろん顔の見える関係づくりも大切な目的である。

図22

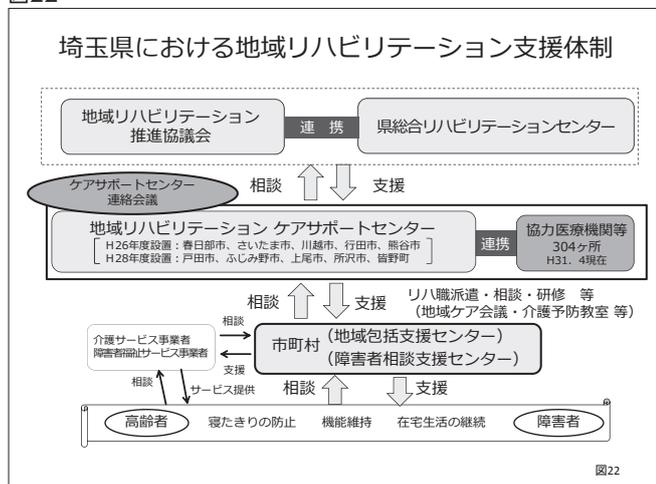


図23

Chain Care Program at Nursing Home

病病連携・病診連携のあり方

オランダ（ナイメーヘン）

- ◆ ヘンドリックス医師
⇒ 脳卒中のリハビリ・ケアの教育・研修担当
- ◆ 大学病院-ナーシングホーム-家庭医（かかりつけ医）との連携
⇒ 家庭医向けのリハビリテーション研修を体験

(図24) このプログラムは座学から始まるが、まずはお茶を飲みながら自己紹介やスケジュール等の説明があり、テーマ毎に講師が入れ替わりながら進めていく。

オランダにおける高齢者施策の現状や課題、脳卒中の疫学的なデータ分析、リハビリテーション医療の実際について、急性期から生活期に至るアプローチを紹介する。リハビリテーション専門職の具体的な介入方法については座学だけではなく、外来患者のボランティアもあって障害の状況やサポートの仕方を実際に見聞きできる。そしてリハビリテーション専門医の役割に至るまで、ディスカッションから懇親会を含めて概ね2時間程度のプログラムである。

(図25) 実際の場面である。1は座学の様子であるが、比較的リラックスした雰囲気の中で、3名の講師がデータ(エビデンス)を中心にした講義を進めていく。2は理学療法士と言語聴覚士が片麻痺の外来患者の状況と対応方法について説明している様子である。3は補装具関係の説明で、様々な車いすを実際に使ってその適応を話し合う。毎回車いす以外にも、食事の補助

図24

Chain-Care-program

1. Welcome
2. Dutch situation オランダの状況
3. Chain-Care-program 連携プログラム
(hospital - nursinghome - primary care)
病院～ナーシングホーム～初期診療(一次診療)
4. Co-medical interventions
コメディカル介入 (PT/OT/ST)
5. Role of the Nursing-home Physician
ナーシングホーム医師の役割
6. Discussion
7. 'Happy hour' and 'Goodbye'

図24

図25



1



2

研修風景
家庭医のための研修を体験



3



4a



4b

図25

具や杖、コミュニケーション・ツールなど、幅広い機器類の活用方法がプレゼンテーションされる。4は高次脳機能障害の疑似体験であり、実際に体験することで障害者の抱えている課題を知ることが目的である。

(図26) 担当のヘンドリクス医師に「かかりつけ医のためにこの施設が果たすべき役割」を聞いてみた。

- ① スムーズな入院治療、在宅医療への移行
- ② 専門的な医療技術の提供
- ③ 専門的な知識習得の援助
- ④ 会議等に活用できるスペースの提供

①②は我が国でも同様の答えが返ってくると思うが、③は今回体験したプログラムから、私たちが見習うべきことだと痛感した。かかりつけ医機能の研修あるいはこの応用研修が身近な場所で展開できれば参加者も増え、より一層効果的な研修になるだろう。④に関してもフォーマルなサービス提供ばかりでなく、地域に開けた医療機関として必要なアプローチである。

高齢者の地域における新たなリハビリテーションの

在り方検討会

(図27) 高齢者リハビリテーション研究会の提言「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」から10年が経過し、一旦は介護費用の伸びも鈍化したが、相変わらず訓練的な意味合い、機能障害に対するアプローチに偏ったリハビリテーションの提供が目立つようになり、結果的に介護費用の伸びも再び顕著になってきた。介護保険制度が始まった2000年度の3.6兆円から高齢者リハビリテーション研究会の設置当時の2003年度には5.7兆円、そして2014年度には9.6兆円に達し、この頃に開催されたのが「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」である。

図26

かかりつけ医のために 急性期・回復期の病院が果たすべき役割

- ① スムーズな入院治療、在宅医療への移行
- ② 専門的な医療技術の提供
- ③ 専門的な知識習得の援助
- ④ 会議等に活用できるスペースの提供

Chain Care Program

図26

<生活機能とその構成要素>

(図28)「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」では、急性期・回復期から生活期に至るリハビリテーション医療の提供における生活機能に目を向けた取り組みの必要性が再確認され、心身機能へのアプローチに加えて、活動へのアプローチや参加へのアプローチを経過や状況を見ながら並行して提供していくことの大切さが提言された。脳卒中モデルだけでなく、廃用症候群モデル(虚弱高齢者)や閉じこもりに対しては、より一層「活動と参加」へのアプローチが重要である。

<通所・訪問リハビリテーションの

マネジメント再構築の全体像>

(図29) また、介護保険制度の中で提供されている通所・訪問リハビリテーションのあり方についても検討された。PDCAサイクルの流れに沿ったマネジメントの再構築、居宅での情報収集、カンファレンスの強化、計画の評価・見直しを行うためのモニタリング、必要に応じて居宅サービス提供者との同行訪問による評価

やアドバイスの必要性など、とりわけ医師の役割も明文化され、生活上の予後を含め、提供されるリハビリテーション計画について医師が本人・家族に説明と同意を得ることが求められた。

居宅サービスの協働方法のイメージ

(図30) PDCAサイクルに沿った流れの中で、カンファレンス、リハビリテーション会議を欠くことはできない。協働の場として位置づけられているように、通所リハビリテーションのスタッフのみで開催するのではなく、医療機関や利用者の支援に関わる居宅サービス提供者も参加して開催することが求められ、そこに介護支援専門員(ケアマネジャー)が参加することによって「サービス担当者会議」の役割を担うこともできる。重要なことは、本人・家族も含めて情報の共有、特にニーズを十分に把握した上で、支援方針、目標、計画の共有などを文書化しておくことである。リハビリテーション計画は、介護サービス計画(ケアプラン)と共通性を持たせることが肝要である。

図27

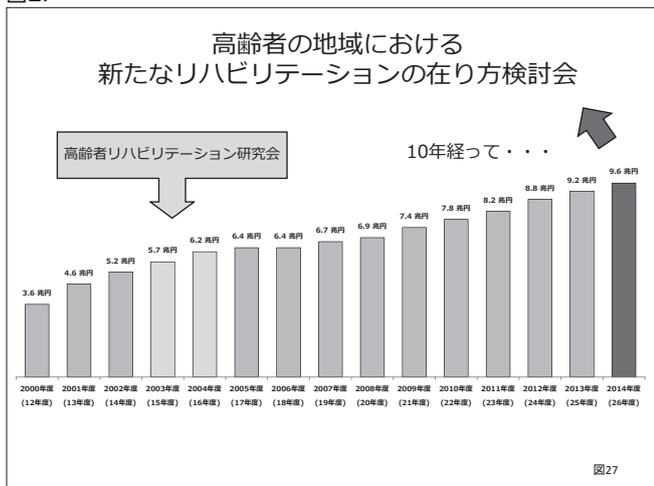


図27

図29

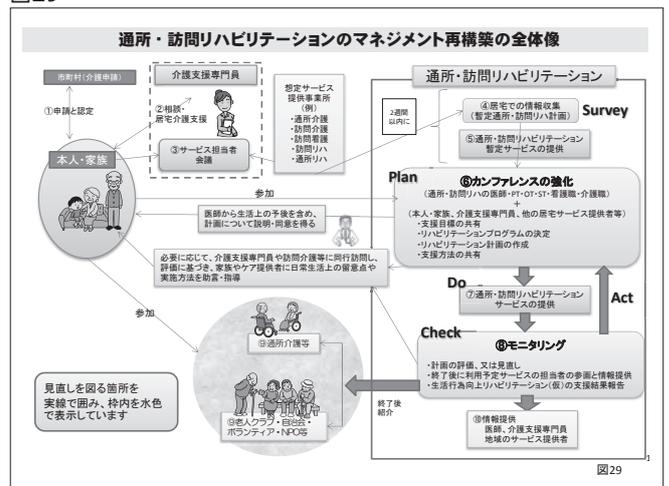


図29

図28

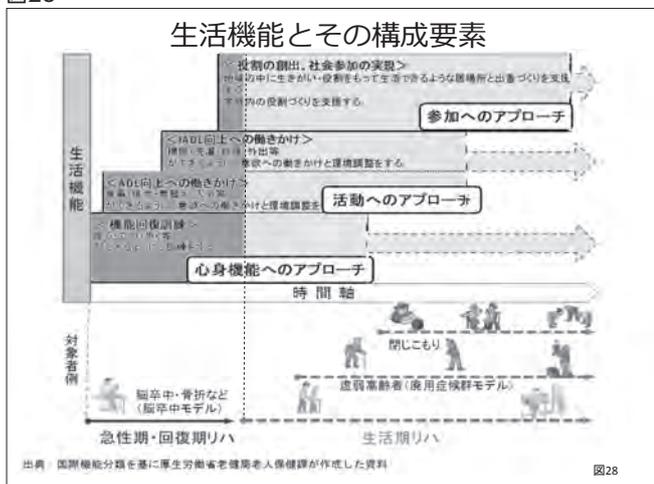


図28

図30

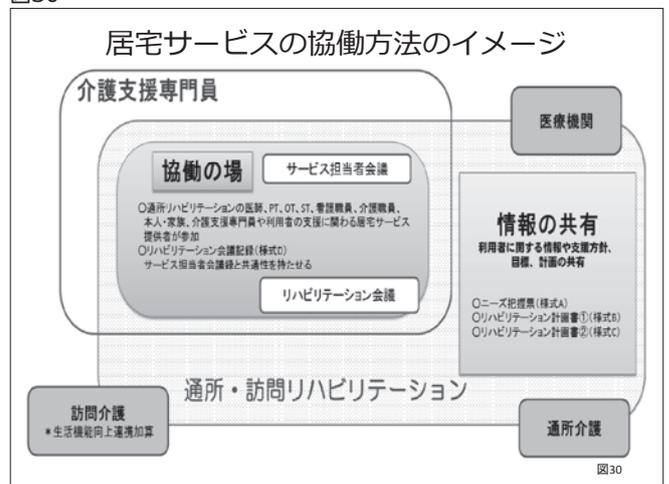


図30

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の

生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」

(図31) 厚生労働省平成28年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」により「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」が発刊されている。

この資料は、http://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c6_1.pdfでダウンロード可能である。

かかりつけ医からリハビリテーション担当医等への

情報提供内容のポイント

(図32) このマニュアルに、かかりつけ医からリハビリテーション担当医等への情報提供内容のポイントが記されている。生活機能低下の原因となった傷病名、その他リハビリテーションを提供する上でリスクになる可能性のある疾病や障害の状況、傷病の経過や治療状況では、リハビリテーションが必要になった背景やそ

図31

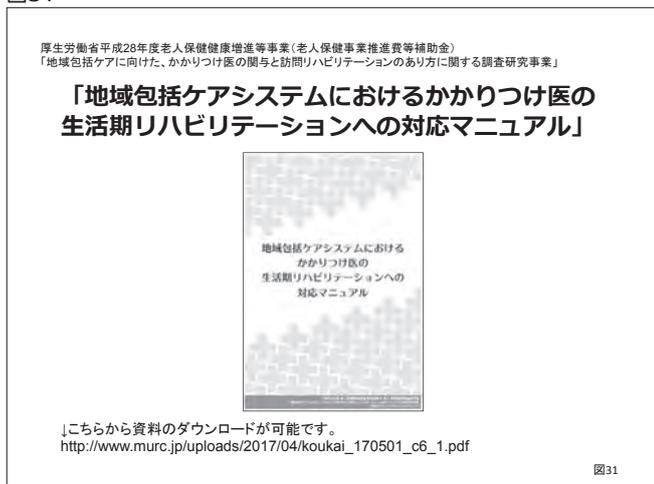


図32

【かかりつけ医からリハビリテーション担当医等への情報提供内容のポイント】

項目	記載内容、記載上の留意点等
傷病名	・ 生活機能低下の原因となった診断名、発症日
その他の傷病名	・ リハビリ実施に際し、リスクや制限要因となる既往症や合併症は特に重要 例: 呼吸器疾患、循環器疾患、けいれん、低血糖、起立性低血圧、骨関節の状態(骨粗鬆症の程度を含む)、転倒歴、皮膚状態等
傷病の経過及び治療状況	・ 自院における経過、治療状況に限らない。 ・ リハビリが必要になった背景や、それに係る経緯についての情報が重要 例: 障害の原因、当該障害に対する治療歴・リハビリ歴
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	・ リハビリを通じて実現を見込んでいる目標 ・ リハビリ実施に際しての具体的なリスク(服薬情報及びそれに対応した疾患名の提示があるとわかりやすい。) ・ 利用者にとってどの程度の運動負荷がどの程度のリスクになるかの情報は、リハビリ指示医がリハビリの中止基準等を考慮する上で有用。 ・ 急性増悪の恐れがある場合、その際の対応方法や緊急連絡先 ・ 利用者本人や家族のリハビリテーションに対する期待、利用者本人の性格や嗜好についても、リハビリを計画する上で有用と思われるれば記載する。

出典: 厚生労働省老健局老人保健課
図32

れに係る経緯についての情報、必要と考える介護サービスやサービス利用上の留意点として、リハビリテーション実施の目的や具体的なリスク、運動負荷の程度等に加えて、本人・家族のリハビリテーションへの期待や本人の性格や嗜好に至るまで、計画作成に有用な情報の提供が求められる。緊急時の連携を具体的に決めておくことも重要である。

情報提供の一例

(図33) 情報提供の一例(パーキンソン病の進行により通所リハビリテーションの利用につながったケース)である。

▶ 傷病に関する情報提供

▶ パーキンソン病のステージ及び経過の説明、服薬の状況等

▶ 自覚症状の程度や神経所見の情報提供

▶ 通所リハビリテーションが必要な理由(具体的に)

▶ 食事の際のむせ込み(特に水分)が見られるようになった。

▶ 座位の姿勢が不安定で、傾きが直せない。

▶ すくみ足や突進現象が多く見られ始め、転びそうになることも増えた。

▶ 栄養状態のチェックができていない。

▶ 外出機会が極端に少ない。

▶ リハビリテーション実施時の注意点やポイント

▶ 血圧の変動が激しい。

▶ 転倒への日常の注意点をアドバイスしてほしい。

▶ 本人だけでなく家族の服薬に対する意識が薄い。

以上のような情報提供は、一度きりではなく通所リハビリテーション担当医からの返事や情報提供に対して継続的かつ定期的に繰り返されることが期待される。

図33

情報提供の一例
(パーキンソン病の進行により通所リハビリテーションの利用につながったケース)

▶ 傷病に関する情報提供
▶ パーキンソン病のステージ及び経過の説明、服薬の状況等
▶ 自覚症状の程度や神経所見の情報提供
▶ 通所リハビリテーションが必要な理由(具体的に)
▶ 食事の際のむせ込み(特に水分)が見られるようになった。
▶ 座位の姿勢が不安定で、傾きが直せない。
▶ すくみ足や突進現象が多く見られ始め、転びそうになることも増えた。
▶ 栄養状態のチェックができていない。
▶ 外出機会が極端に少ない。
▶ リハビリテーション実施時の注意点やポイント
▶ 血圧の変動が激しい。
▶ 転倒への日常の注意点をアドバイスしてほしい。
▶ 本人だけでなく家族の服薬に対する意識が薄い。

図33

地域包括ケアシステムにおける

通所系サービスへの期待

(図34) 地域包括ケアシステムにおいて通所系サービスへの期待が高まっている。地域包括ケアシステムでは、「要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」ことが求められるが、要介護状態となっても自宅での生活にとどまらず、社会との接点を持ち続けることが大切である。そのきっかけとして通所系サービスの役割は重要で、漫然と通所し続けるのではなく、他のサービスとの連携や生活機能の向上を目指す質の高いサービスを提供できる通所系サービスの存在が不可欠であり、ニーズに対応した活動や地域社会への参加を促すアプローチが期待されている。2018年度の介護報酬改定においても、この思想が反映されている。

2018年度介護報酬改定における

リハビリテーションの方向性 (図35)

- ① 医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化
 - 施設基準の緩和、人員要件の緩和、器具の共有 (通所)
 - 医療と介護におけるリハビリテーション計画書の様式の見直し (訪問・通所・予防訪問・予防通所)
- ② リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化
 - リハビリテーションマネジメントの見直し (訪問・通所)
 - 介護予防におけるリハビリテーションマネジメント加算の創設 (予防訪問・予防通所)

- 訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の診療にかかる取り扱い (訪問・予防訪問)
- ③ 自立支援・重度化防止に資する体制の強化
 - リハビリテーション専門職の手厚い配置に対する評価 (通所)
 - 社会参加支援加算の要件の明確化等 (訪問・通所)
 - 生活行為向上リハビリテーション実施加算の拡大 (予防通所)
 - 自立支援・重度化防止のためのアウトカム評価の拡大 (予防訪問)
 - 自立支援・重度化防止に向けたデータの収集 (訪問・通所)
 - 栄養改善の推進 (通所)
 - ④ リハビリテーションに関するその他の改定事項
 - 基本報酬の見直し等 (訪問・通所・介護予防通所)
 - 離島や中山間地域等の要介護・要支援者に対する評価 (訪問・介護予防訪問)
 - 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬 (訪問・介護予防訪問)

特に②の医師の関与の強化・明確化がポイントである。医師の指示がないにもかかわらず、リハビリテーション提供をうたっている介護サービスも散見され、明確な医師の関与、特にかかりつけ医とリハビリテーション担当医との連携、かかりつけ医の指示によるリハビリテーションの提供がポイントである。

図34

地域包括ケアシステムにおける 通所系サービスへの期待

▶ 地域包括ケアシステムでは、「要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」ことが求められる。

▶ そのため、各地域において

- ▶ 質の高いサービスを提供する
- ▶ 他の主体との連携に積極的な通所系サービスの存在が不可欠。

▶ 2018年度介護報酬改定においても、この思想が反映。

図34

図35

2018年度介護報酬改定におけるリハビリテーションの方向性

- ① 医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化
 - 施設基準の緩和、人員要件の緩和、器具の共有 (通所)
 - 医療と介護におけるリハビリテーション計画書の様式の見直し (訪問・通所・予防訪問・予防通所)
- ② リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化
 - リハビリテーションマネジメントの見直し (訪問・通所)
 - 介護予防におけるリハビリテーションマネジメント加算の創設 (予防訪問・予防通所)
 - 訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の診療にかかる取り扱い (訪問・予防訪問)
- ③ 自立支援・重度化防止に資する体制の強化
 - リハビリテーション専門職の手厚い配置に対する評価 (通所)
 - 社会参加支援加算の要件の明確化等 (訪問・通所)
 - 生活行為向上リハビリテーション実施加算の拡大 (予防通所)
 - 自立支援・重度化防止のためのアウトカム評価の拡大 (予防訪問)
 - 自立支援・重度化防止に向けたデータの収集 (訪問・通所)
 - 栄養改善の推進 (通所)
- ④ リハビリテーションに関するその他の改定事項
 - 基本報酬の見直し等 (訪問・通所・介護予防通所)
 - 離島や中山間地域等の要介護・要支援者に対する評価 (訪問・介護予防訪問)
 - 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬 (訪問・介護予防訪問)

図35

リハビリテーション医療実践のポイント

(図36) かかりつけ医として理解してほしい「リハビリテーション医療実践のポイント」は、

1. 廃用症候群の予防
2. 意欲の向上
3. 機能障害の改善
4. 補装具等の活用
5. ADL（日常生活動作）の向上
6. 生活機能の維持・向上

であり、どの項目も多職種によるチームで実践することが求められる。

本項では、「廃用症候群の予防」と「補装具等の活用」について説明する。この2つの項目は、情報提供に役立つばかりでなく、かかりつけ医として知っておくべき基礎知識である。

<廃用症候群の予防>

(図37) まず、廃用症候群であるが、その発症は概略2つに分けられる。

1つは、新たな疾患の発症早期に生じる廃用症候群である。疾病（事故も含む）の急性発症により、治療行為として行われる持続点滴・膀胱留置カテーテル・気管内挿管・酸素吸入・中心静脈栄養・経管栄養等の処置、あるいは手術等の治療のため、ベッド上安静臥床状態が続くと数日から数週で生じる廃用症候群によって寝たきりになるケースは、以前より減少してきた印象を受けるが決して少なくない。

(図38) 発症早期における廃用症候群の予防は、何よりも早期離床と早期に開始されるリハビリテーションであり、集中的なりハビリテーションが必要な場合は、可能な限り早期に回復期リハビリテーション病棟での対応が勧められる。可能な限り発症早期から離床時間

を増やし、普通の日常生活（寝・食・排泄・清潔の場は異なる）に近づけることが重要である。早期の離床に関しては、決してリハビリテーション専門職の対応ばかりでなく、病棟の看護師・介護職等による離床アプローチが有効である。まずはベッド上あるいはベッドサイドでの端座位の姿勢を保持することからであるが、当初は端座位の時間は気にせず、数秒、数分間からスタートすることが肝要である。早期のリハビリテーションは3日以内に開始されることが望まれる。

(図39) もう1つは、疾病の慢性期に生じる廃用症候群である。疾病の慢性期には生活の活動性が低下し、閉じこもりがちになる。この時にふらつきや抵抗力の低下によって転倒や風邪等の軽度の傷病から容易に生じてしまう廃用症候群と、閉じこもったままでいることによって徐々に生じる廃用症候群があり、どちらも寝たきりへと進んでしまう。1人暮らしや高齢者のみの世帯に生じやすい。

(図40) 軽度の傷病で容易に生じる廃用症候群の予防は、早期に発見し迅速に対応して、適切なリハビリ

図37

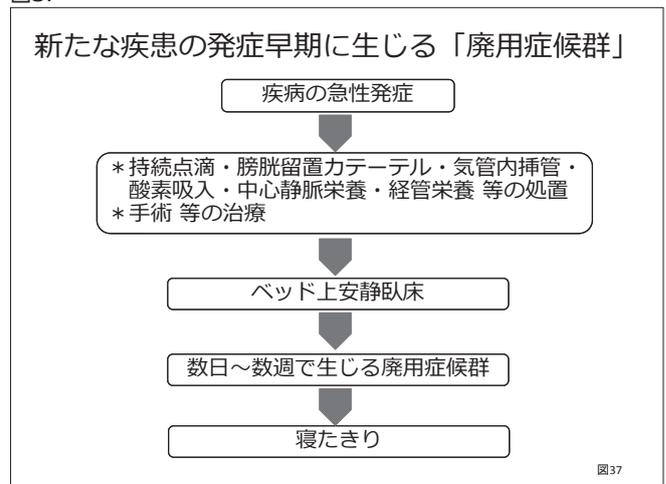


図37

図36

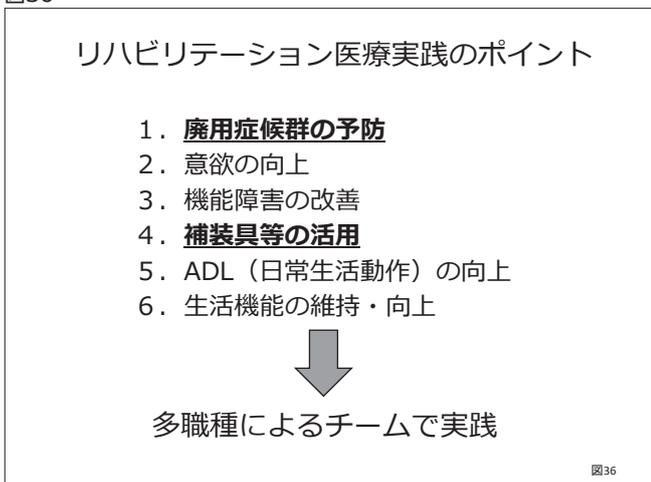


図36

図38

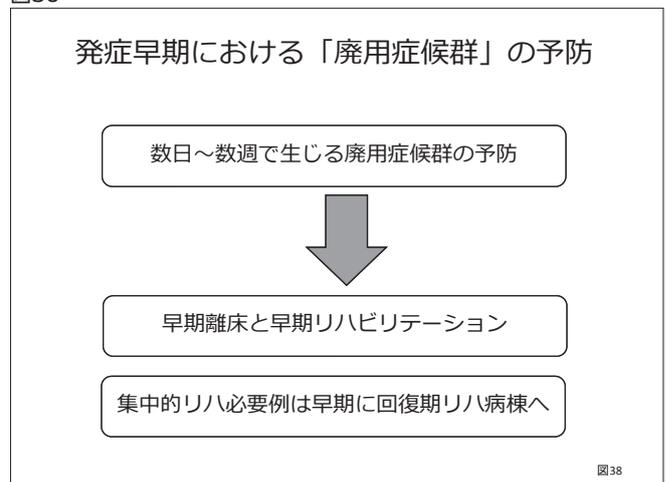


図38

テーションサービスにつなげることであり、できる限り短期間に集中的に実施することが肝要である。また、徐々に生じる廃用症候群の予防は、その予兆を早期に発見し、ケアプランに基づき計画的に実施する適切な生活期リハビリテーションサービスにつなげる。どちらの場合にも、定期的なりハビリテーションの評価が必須であるが、当初よりリハビリテーション前置の考え方をもって対応していれば、廃用症候群の予防は決して難しいことではない。

特に慢性期に生じる「寝たきり」の予防には、かかりつけ医が安静度ではなく活動度で指示を出す習慣が求められる。同じことを意味していても、動いてはいけないのではなく、動いて良いという指示の出し方の工夫1つで状況は一変する。また、端座位の姿勢をできるだけ早期に再開することも忘れてはならない。

<補助具等の活用>

(図41) 補装具の活用については、

1. 車いす：体型への適合と回復に応じた使用頻度の調整が必要である。

2. 杖：回復に応じて段階的に使用することによって、早期の改善が期待できる。
3. 下肢装具：できるだけ早期に装着し、回復に応じて段階的に再作成する。
4. 住宅改修：回復の程度や今後の改善予測を考慮して必要最低限にする。
5. コミュニケーション・ツール：様々なツールが開発され、情報の収集も必要である。
6. 食事・入浴等の補助具：補装具の活用が自立に向けた一歩につながる。
7. ロボットの活用：今後に期待したい。

(図42) 車いすの適応は障害の程度によっても違うが、少なくとも体型への適応はかかりつけ医として知っておくべきである。図示した項目は、ほぼ指や手掌を使って判断できる。

- ① 背もたれの高さ：腋窩より約10cm (4ないし5横指)
- ② 座の奥行：下腿後面より5~6cm手前で終わる (3~4横指)

図39

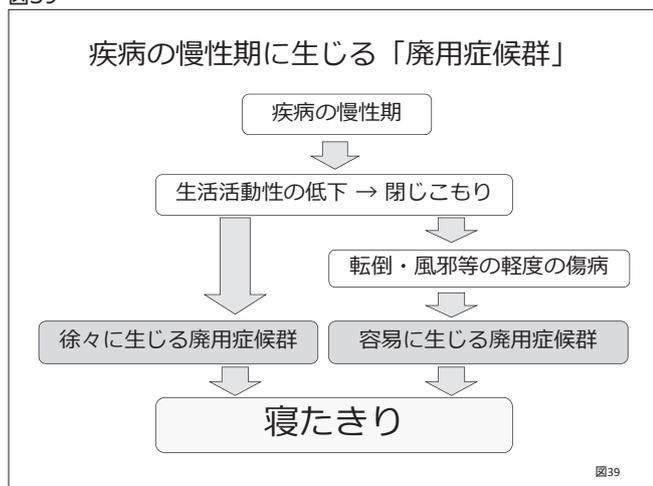


図41

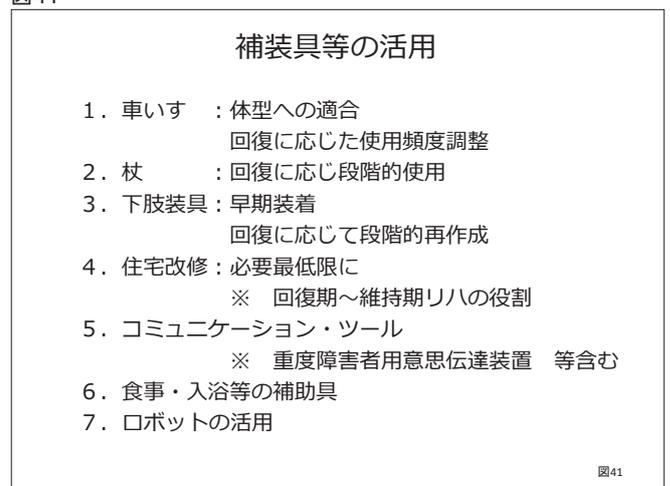


図40

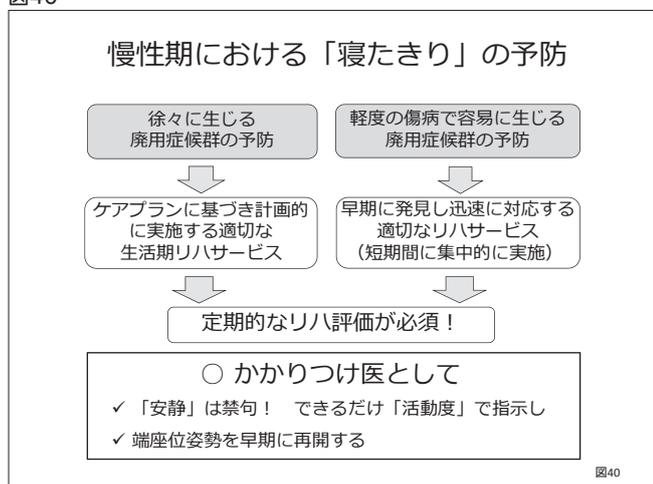
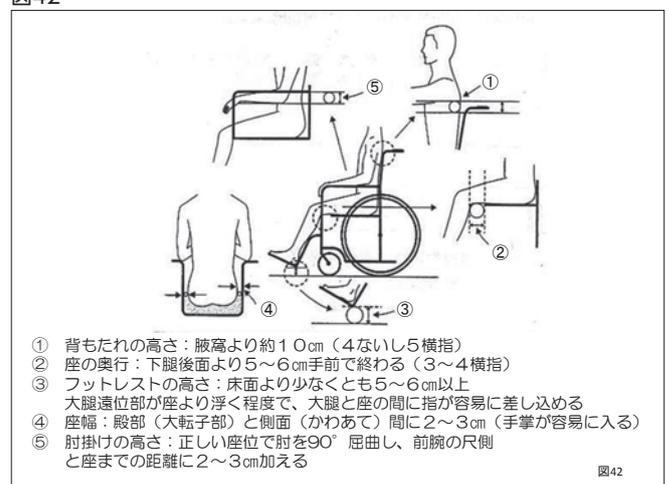


図42



- ③ フットレストの高さ：床面より少なくとも5～6cm以上で、大腿遠位部が座より浮く程度で、大腿と座の間に指が容易に差し込める
- ④ 座幅：殿部（大転子部）と側面（かわあて）間に2～3cm（手掌が容易に入る）
- ⑤ 肘掛けの高さ：正しい座位で肘を90°屈曲し、前腕の尺側と座までの距離に2～3cm加える

通所リハビリテーションとは

<通所リハビリテーションの役割>

(図43) 通所リハビリテーションの役割を整理した。

通所リハビリテーションは地域包括ケアシステムを構築する上で、地域や在宅生活を支えるためにリハビリテーションの拠点としての役割を担うべきである。医師・看護職・介護職・リハビリ専門職等の多職種協働によるチームアプローチが基本であり、医師の指示による医療対応や生活機能低下へのリハビリ専門職の対応、居宅訪問など多機能であることに加え、社会活動の維持・向上や介護者等の家族支援も併せて提供する。

特に単なるお預かりという意味での介護者支援ではなく、本人の生活機能が向上することによって介護負担が軽減できたり、技術の向上や環境改善などによっても介護負担が軽減される。活動と参加は、このような取り組みがベースにあってこそ実現できるものと考える。

<利用者の特性>

(図44) 通所リハビリテーションは提供時間別に短時間型と長時間利用の2つに大別される。2018年度の報酬改定前のデータではあるが、利用者の特性に目を向

けると、6～8時間の利用者は1～2時間の利用者と比較して、「要介護3～5」「85歳以上」「認知症を有する方」の割合が高く、サービス利用者が提供時間別にまったく異なることが理解できる。

(図45) このことは、利用者の利用開始から3ヶ月後の項目別のADL変化を見ても、6～8時間利用は、「移乗」「トイレ動作」の項目において利用開始時に自立していた割合が低かったものの、3ヶ月後に改善した割合が高く、介護者の負担軽減の一助になっていることがわかる。

1～2時間では、「歩行」や「階段昇降」などの活動や参加に直接つながる項目が改善されている。利用者が違えば、利用目的や取り組みも変わり、求められる結果も明確に違うことを示している。

<1人の利用者に対するプラン>

(図46) 1人の利用者に対するプランを表現してみた。

6～8時間利用の場合であるが、中央の（カラスライドでは青い）四角の中が基本的に提供しているサー

図43

通所リハビリテーションとは

地域包括ケアシステムにおいて、訪問リハビリを含めた地域や在宅生活を支えるリハビリテーション拠点としての役割を担うもの。

通所リハビリテーションの機能	主な提供内容
① 医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 担当医と主治医の連携・交際の促進、定期的な診療情報による経過管理。 ● 処方箋の指示に基づき介護職の適切な処置等。
② 心身・生活活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の指示に基づきPT・OT等の専門的評価による、チームとして目標設定の立案・実施する。生活再建（心身機能や生活活動）の各行動の維持・向上。 ● 自宅訪問時、自管轄の日々の暮らしの把握。
③ 社会活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 体験学習や運動指導等、活動の機会を確保。 ● 施設との交流を通じた参加機会の確保による社会性の向上。 ● 専任の介護職員・技術員による専門的立場からの支援。
④ 介護者等家族支援	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス利用による介護負担の軽減・負担軽減。 ● 本人の生活機能向上による介護負担の軽減。 ● 介護技術の向上や介護負担軽減に向けた介護者負担軽減。

出典：通所サービス提供の機能と実施内容 一般社団法人全国デイケア協会（2014年）一部改定

- ▶ 医師・看護職・介護職・リハビリテーション専門職等の多職種協働によるチームアプローチ
- ▶ 医師の指示による医療対応や生活機能低下へのリハビリテーション専門職の対応、居宅訪問など多機能
- ▶ 上記専門的機能に加え、社会活動の維持・向上や介護者等の家族支援も併せて提供
- ▶ 多様なニーズに合わせて、短時間型から長時間型まで幅広い受け入れ体制に対応

日本リハビリテーション協会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会

図43

図44

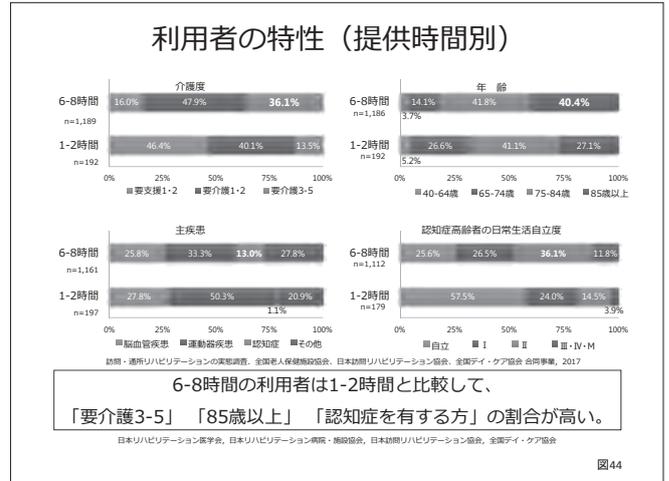


図44

図45

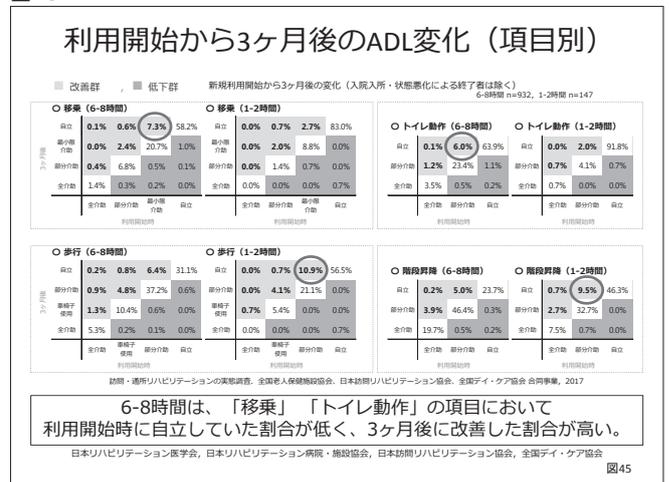


図45

ビス内容である。これだけでは「通所でみてくれるから、自分の時間が作れて助かるわ」で終わってしまうが、通所リハビリテーションで行っているリハビリテーションマネジメント（カラスライドでは1つ外側の赤い枠）では、医師の医学的管理のもと、診察や治療・処置、そして多職種協働で行われるアセスメントや検討、基本練習などが提供されている。これらはリハビリテーション会議やサービス担当者会議を通して共通認識を持つことにより、ケアプランに準じた取り組みとして活かされている。すなわち「家でできることが増えたみたい、介護しやすくなったわ」になり、他の通所系サービスとの差別化にもつながる。

<生活機能向上連携加算の創設>

(図47) 2018年度の介護報酬改定で新たな加算が創設された。生活機能向上連携加算である。自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価するも

のである。訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成することが要件であり、リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うことができる。この加算は、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護にも適応される。

連携することが評価されるのは、医療と介護の連携に拍車がかかることを期待して創設された加算であり、多くのリハビリテーション提供施設の算定が望まれる。

ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

(図48) リハビリテーション会議への医師の参加を促進する目的で、テレビ会議等の活用が認められた。リハビリテーションマネジメントで求められているリハビリテーション会議への医師の参加が困難との声があることから、テレビ電話等を活用してもよいこととなったが、関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明することが重要となる会議であり、有効活用されることが期待されている。

図46

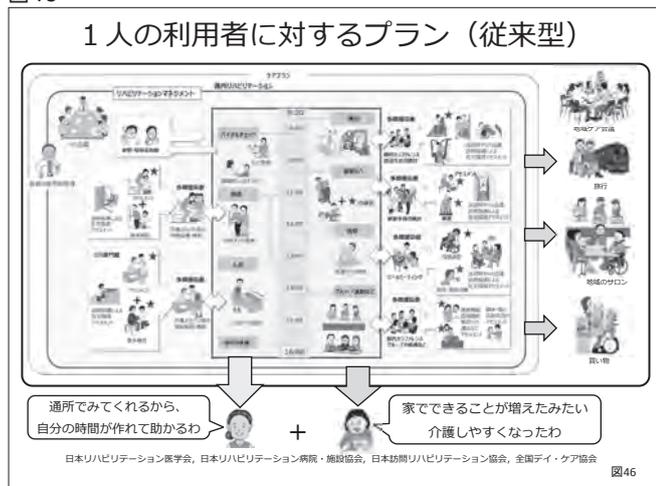


図47

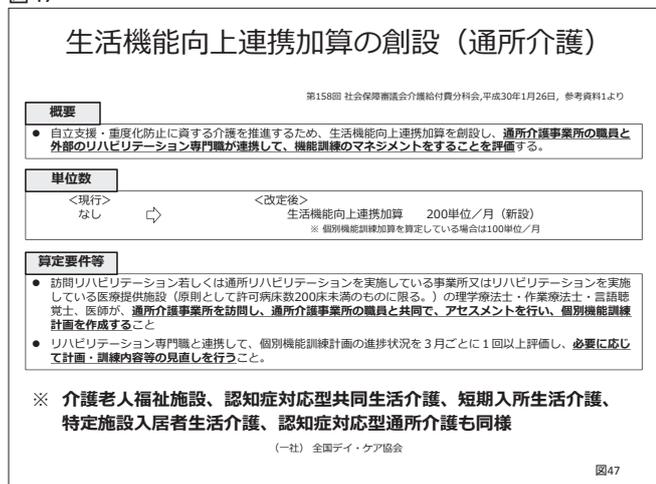
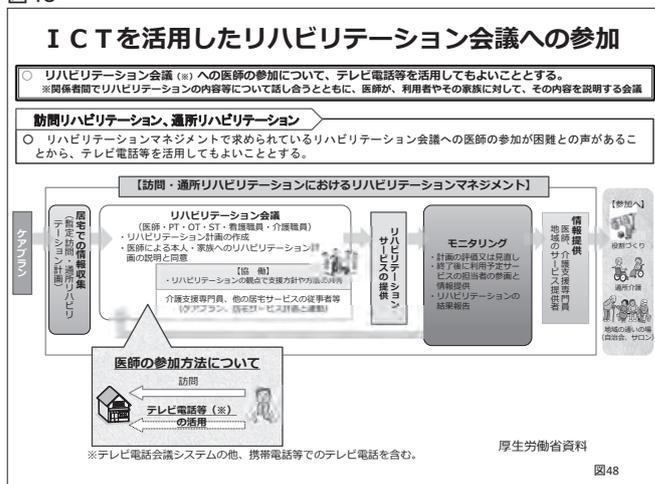


図48



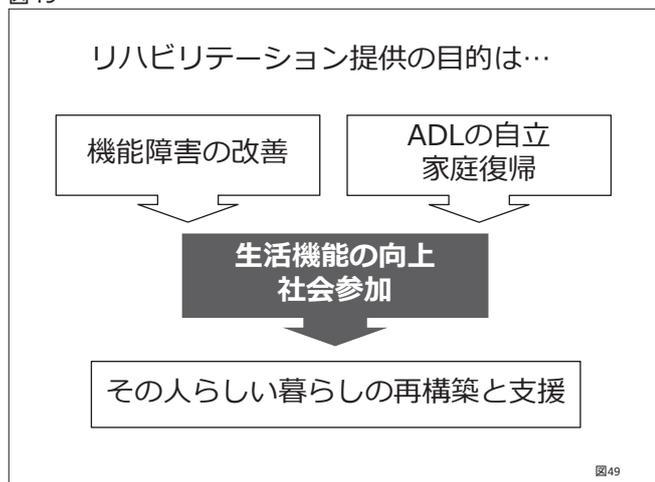
まとめ

リハビリテーション提供の目的は…

(図49) かつてのリハビリテーション医療は機能障害の改善にばかり注力していたことは否めないが、介護保険制度や回復期リハビリテーション病棟の導入を経て、国際生活機能分類（ICF）の普及、そして2025年に向けた様々な取り組みを通して、機能障害の改善、ADLの自立・家庭復帰、生活機能の向上・社会参加へと目が向き、その人らしい暮らしの再構築と支援がリハビリテーション医療の目標になってきている。

かかりつけ医の立場でも、機能障害の改善のみならず、その人らしい暮らしの実現に向けて、生活機能の向上を目指し社会参加への扉を開くためのサポートを期待したい。

図49



3. 「医療保険と介護保険、

地域包括ケアシステムの構築」

医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長 すずき くにひこ
鈴木 邦彦

茨城県医師会（理事）

【略歴】1980年秋田大学医学部卒業。仙台市立病院、東北大学第三内科、国立水戸病院を経て、1996年志村大宮病院院長、1998年医療法人博仁会理事長に就任。2009～2015年まで3期6年に渡り、中央社会保険医療協議会委員を歴任。2010～2018年6月まで日本医師会常任理事を務め、医療保険・介護保険・福祉（認知症を含む）、地域医療、薬事、病院・有床診療所を担当、2014年7月～2018年6月まで社会保障審議会介護給付費分科会委員を務めた。

【所属・資格等】医学博士、日本内科学会認定医、日本消化器病学会専門医

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 3. 地域での連携

(1) 医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築

【目 標】

わが国が人類史上例をみない超高齢社会を乗り切るために地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠であることを理解する。地域包括ケアシステムを構築するためには行政と医師会が車の両輪となる必要があり、かかりつけ医は多職種連携のまとめ役になることが求められる。地域包括ケアシステムは深化しており、現在では高齢者だけでなく障がい者や子どもも含む全世代・全対象型になっている。地域包括ケアシステムの構築はまちづくりであり、地域共生社会を実現するための手段である。地域包括ケアシステムは自助・互助・共助・公助の要素から成るが、本格的な超高齢社会の入口である2025年からそのピークとなる2040年に向けて予防が重要となる。

【キーワード】

地域包括ケアシステム、かかりつけ医、医師会

はじめに

(図1～3) 地域包括ケアシステムは、1984年に当時広島県の御調国保病院長であった山口昇先生が提唱した概念であるが、同氏は地域リハビリテーションのパイオニアの一人でもあるので、地域包括ケアシステムの源流は地域リハビリテーションとも言える。

地域包括ケアシステムは当初介護分野から始まったが、元々医療と介護の連携が基本であり、わが国が超高齢社会を乗り切るためには必要不可欠であるとともに、2025年を目指した社会保障・税一体改革の二本柱の一つに採用されたことから急速に取り組みが進展している。

一方、地域包括ケアシステム自身も深化と進化を続けており、現在では障がい者や子どもも含めた全世代・全対象型に発展しており、2025年からさらに超高齢社会のピークを迎える2040年に向けて、行政のパートナーとして期待されている医師会やかかりつけ医の役割はますます重要になる。

図1

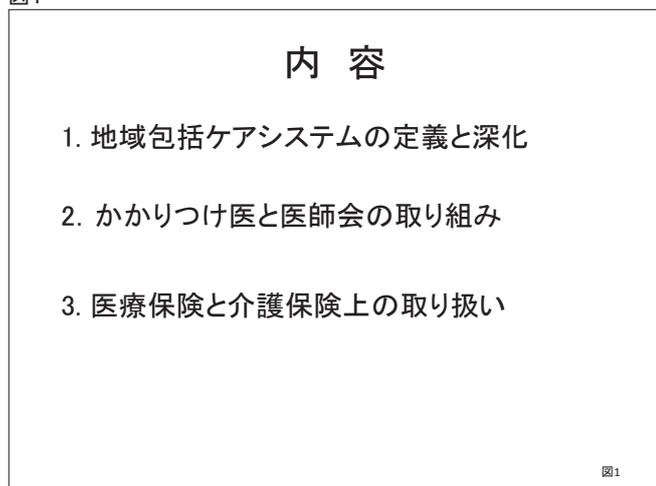
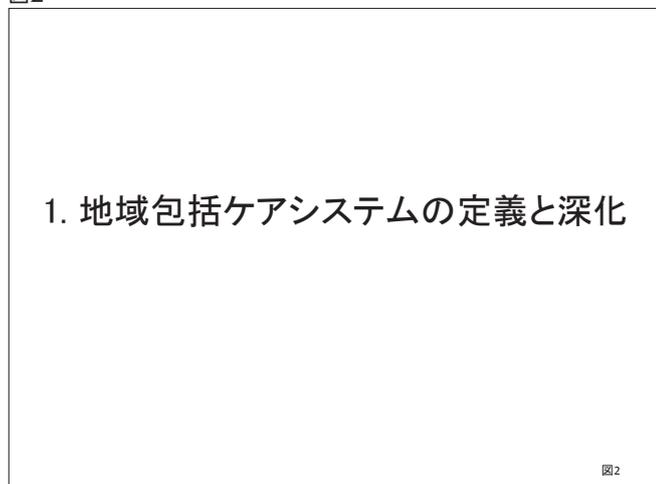


図2



1. 地域包括ケアシステムの定義と深化

(図4) 平成20年に始まった地域包括ケア研究会の平成20年度報告書では、「[地域包括ケアシステム]は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制を定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。」という考え方が示された。

(図5) 一方、平成25年に成立した持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（社会保障改革プログラム法）では、「地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要

図3

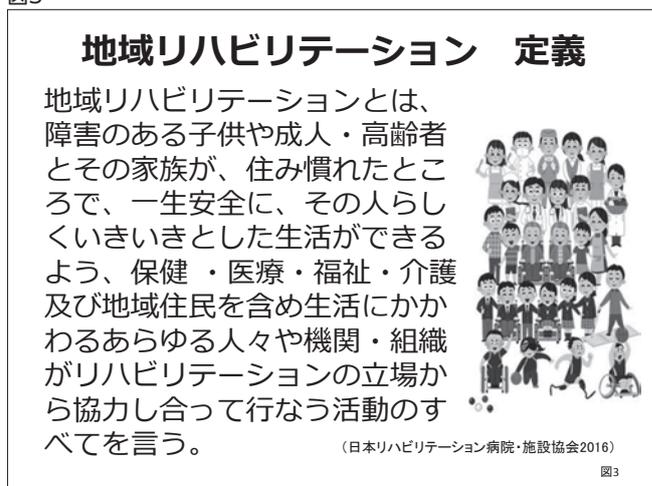
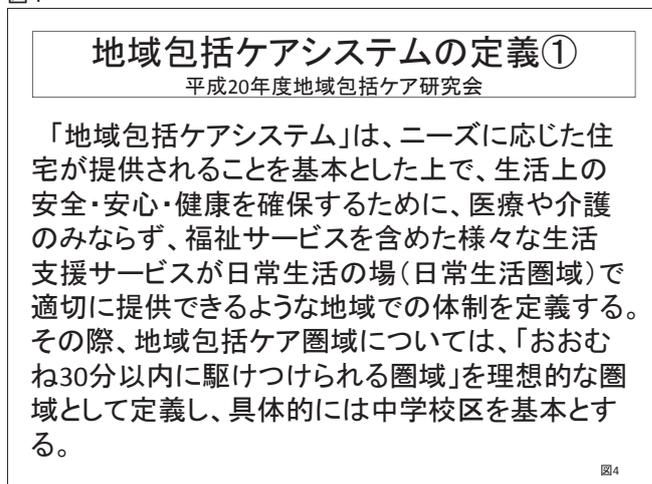


図4



支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」とされた。

(図6) 平成27年度の地域包括ケア研究会¹⁾では、地域包括ケアシステムの各構成要素を「植木鉢図」として表現した。この図では、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、地域での生活の基盤をなす「植木鉢」である「すまいとすまい方」、植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」である「介護予防・生活支援」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら包括的に提供されるあり方の重要性が示されている。さらに、これらの植木鉢と土、葉は「本人の選択と本人・家族の心構え」の上に成り立っている。

(図7) 二木立氏によると²⁾、「地域包括ケアシステム」の実態は、国(厚生労働省)が青写真を示して医療機

関や自治体がそれに従う「システム」ではなく、それぞれの地域で関係者が自主的に推進する「ネットワーク」である。

また、厚生労働省が地域包括ケアシステムを公式に提起したのは平成15年だが、本格的な政策展開が始まったのは平成21年以降であり、しかも当初は、介護中心で、医療は診療所に限定されていた。しかし、厚生労働省は平成25年以降、地域包括ケアに地域密着型の中小病院も含めるようになってきている。さらに、地域包括ケアシステムは深化と進化を遂げており、法的対象は高齢者に限定されているが、現在では、対象が障がい者や子どもにも拡大した「全世代・全対象型」となっている。

(図8) 平成20年度の地域包括ケア研究会では、「地域包括ケアシステム」の「医療、介護、住まい、介護予防、生活支援の5つの構成要素」を実際に支える方法として、地域を支える負担を誰が担うのかという視点から、「自助・互助・共助・公助」の区分を提案し、地域包括ケアシステムは、それぞれの地域資源のバランス

図5

地域包括ケアシステムの定義②

平成25年社会保障改革プログラム法

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

根拠法:
「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年法律第112号)
「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)

図5

図7

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が概ね75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や多様性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要がある。

地域包括ケアシステムの姿

医療: 病院、診療所、在宅医療、訪問看護、介護保険施設、介護予防施設、地域包括ケアセンター、ケアマネジャー

介護: 介護施設、在宅介護、訪問介護、介護保険施設、介護予防施設、地域包括ケアセンター、ケアマネジャー

住まい: 高齢者住宅、介護付き有料老人ホーム、地域包括ケアセンター、ケアマネジャー

生活支援・介護予防: 地域包括ケアセンター、ケアマネジャー、介護保険施設、介護予防施設

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏(具体的には中学校区)を単位として設定

(厚生労働省資料) 図7

図6

＜地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞

医療・看護

介護・リハビリテーション

保健・福祉

介護予防・生活支援

すまいとすまい方

本人の選択と本人・家族の心構え

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会」地域包括ケアシステムと地域マネジメント(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年 図6

図8

＜地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」＞

■ 自分のことを自分でする

■ 自助

■ 自助の健康管理(セルフケア)

■ 市場サービスの購入

■ 当事者団体による取組

■ 互助

■ ボランティア活動

■ 住民組織の活動

■ 共助

■ 介護保険に代表される社会保険制度及びサービス

■ 公助

■ ボランティア・住民組織の活動への公的支援

■ 一般財源による高齢者福祉事業等

■ 生活保護

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会報告書」 図8

の中で構成されているとした。このうち、「公助」は税による負担、「共助」は保険による負担、「自助」は自らの負担、「互助」は地域住民やボランティアなどによる費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものと考えられ、今後は「自助」「互助」の果たす役割が大きくなっていくことを考える必要があるとしている。(図9) 田中滋氏によると³⁾、地域包括ケアシステムの2019年版概念は、「日常生活圏域を単位として、活動と参加について何らかの支援を必要としている人々、例えば児童や幼児、虚弱ないし要介護の高齢者や認知症の人、障がい者、その家族、その他の理由で疎外されている人などが、望むなら住み慣れた圏域のすみかにおいて、必要ならさまざまな支援(一時的な入院や入所を含む)を得つつ、できる限り自立し、安心して最期の時まで暮らし続けられる多世代共生の仕組み」である。

(図10) 平成27年頃から福祉分野で「地域共生社会」という用語が用いられるようになった。定義は、「少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化

の中で、人々が様々な生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていくことのできる社会。」である。

(図11) 地域共生社会は地域包括ケアシステムの上位概念とされているが、前者は今後日本社会全体で実現していこうとする「目標」であるのに対して、後者は地域共生社会を実現するための「手段」である。

(図12) 地域包括ケアシステムの基本は高齢者の医療と介護の連携であるが、高齢者ケアの分野で培ってきた地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、一種のプラットフォームとも考えられる。深化と進化により全世代・全対象型となった地域包括ケアシステムは正にまちづくりであり、これは地方では真の地方創生に他ならず、都市部では地域コミュニティの再生につながる。したがって、地域共生社会という大きな目標に向かっていく上で、地域包括ケアシステムは今後も欠かせないものである。

図9

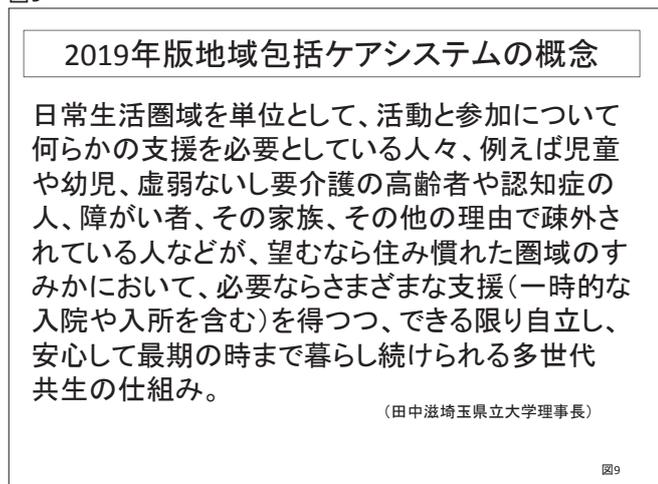


図11

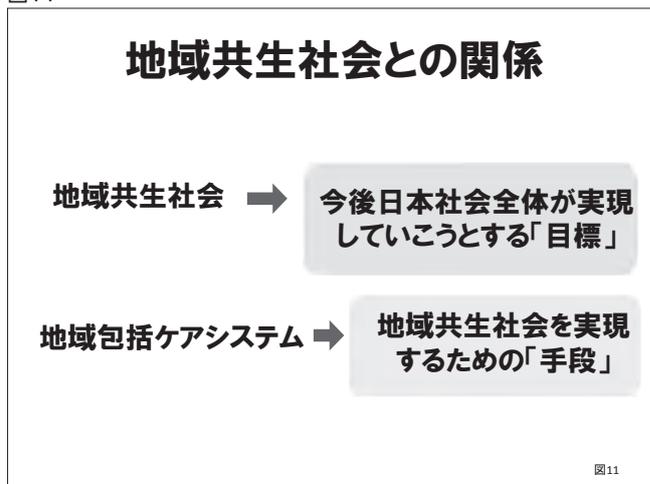


図10

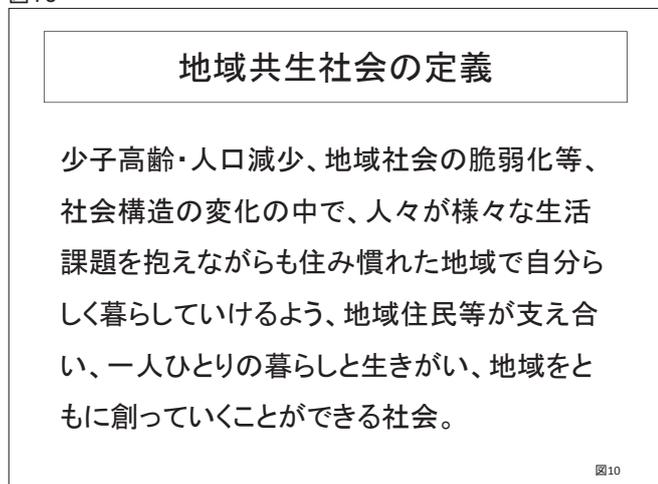
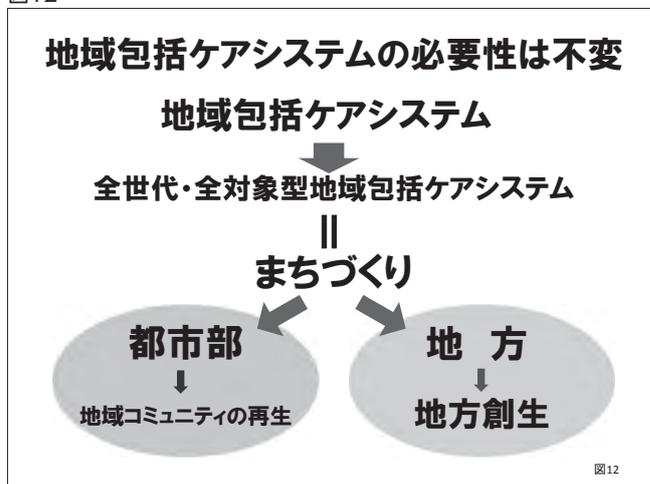


図12



(図13) 現在行われている社会保障・税一体改革の目標年度は2025年であるが、この年は団塊の世代が全員75歳以上の後期高齢者になる年であり、わが国が本格的な超高齢社会の入り口に立つ年として、それまでに超高齢社会を乗り切る体制を構築することを目標としている。そして、その次の目標が2040年である。この年には死亡者数がピークに達し、高齢者人口もピークを迎える。

(図14) 2025年から2040年までの15年間は、わが国が死亡者数と高齢者人口のピークを迎えるにもかかわらず、その間に労働力人口がさらに約17%減少するという最も困難な時期となる。

(図15) 2040年に向けて求められる4つの取り組みは、①予防の積極的な推進による需要の抑制、②中重度者を支える地域の仕組みの構築（それには多職種連携が重要になり、コンパクトシティが必要となる）、③介護サービス提供体制の効率化と生産性の向上、④市区町村を中心とした地域マネジメントの取り組みである。

(図16) 介護予防の定義は、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態であってもその悪化をできる限り防ぐこと」で、一次予防から三次予防に分けて整理されてきた。

図13

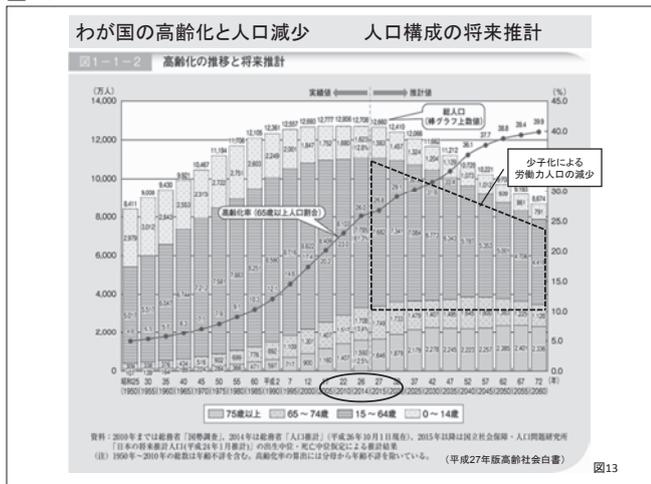


図13

図15

2040年に向けて 求められる4つの取り組み

- ① 予防の積極的な推進による需要の抑制
- ② 中重度者を支える地域の仕組みの構築
→ 多職種連携、コンパクトシティ
- ③ 介護サービス提供体制の効率化と生産性の向上
- ④ 市区町村を中心とした地域マネジメントの取り組み

図15

図14

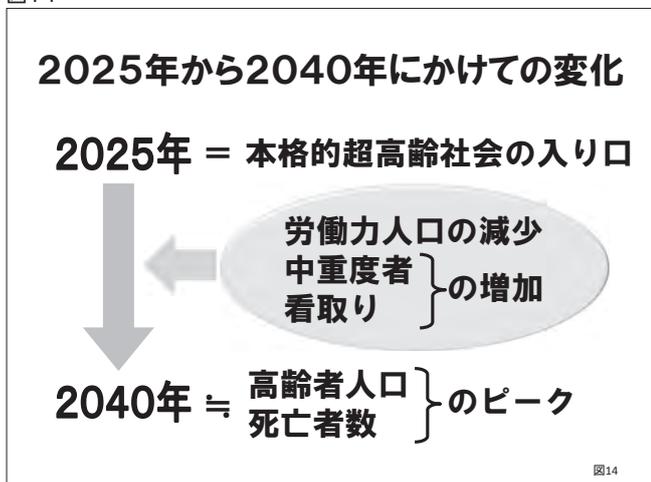


図14

図16

〈介護予防の定義〉

一次予防	主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものだが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の諸側面における活動性を維持・向上させることが重要。
二次予防	要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組み。
三次予防	要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するもの。

三菱総合研究所「介護予防マニュアル改訂版」平成23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）介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業

図16

増加とともにゼロ次予防にもつながる取り組みである。(図20) 朝市の場で一次予防の取り組みを行えば、自発的な参加者を増やすことができる。

(図21) 地域マネジメントとは、保険者・市町村が、地域包括ケアシステムの構築を目的とした工程管理に用いる手法であり、その定義は、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返すこと」である。

(図22) 地域マネジメントのプロセスはPDCAサイクルであり、地域の現状を把握し課題を明らかにした上で、計画（目標の設定）、実施、評価、改善の流れを繰り返すことが基本である。かかりつけ医は専門職として多職種連携のまとめ役になるとともに、医師会は専門職団体として行政の重要なパートナーとなる必要がある。

図23

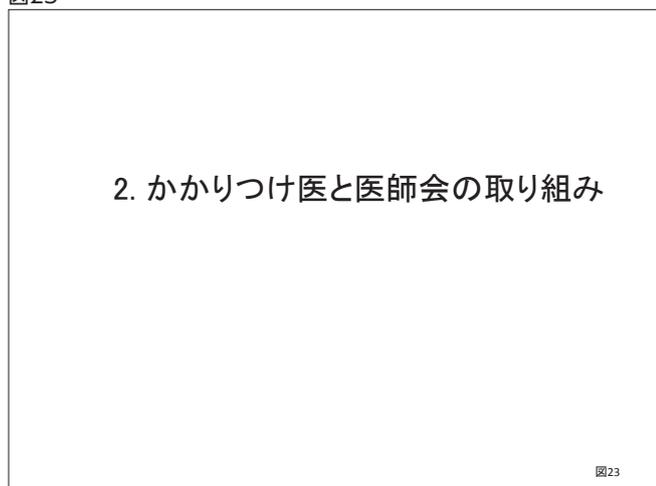
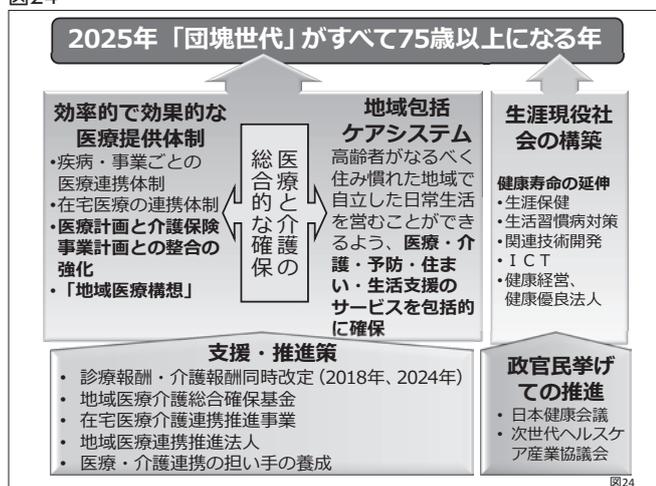


図24



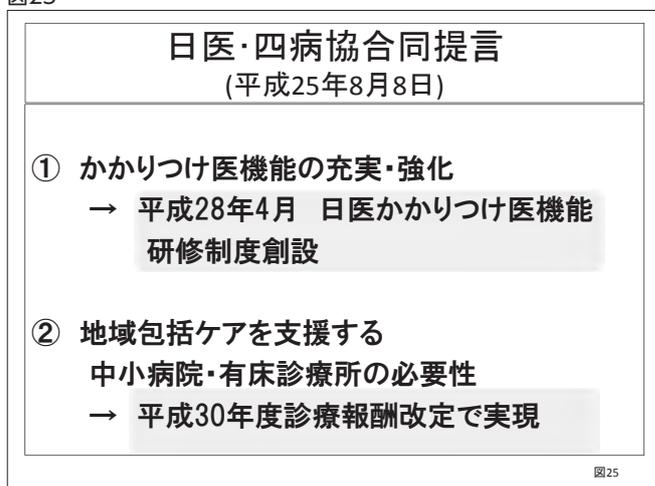
2. かかりつけ医と医師会の取り組み(図23)

(図24) 現在わが国では、1947～1949年の戦後の第一次ベビーブームで生まれた、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上の後期高齢者になる2025年を目指し、消費税率を10%に引き上げて社会保障を充実させ、本格的な超高齢社会を乗り切る体制を確立するための社会保障・税一体改革が進行中である。

その2つの柱は、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想に基づく病床の機能分化と連携の推進であるが、日本医師会（以下、日医）では経済界とも協力して健康寿命の延伸に基づく生涯現役社会の構築も推進している。

(図25) 社会保障・税一体改革の明確な道筋を示した社会保障制度改革国民会議の報告書が、平成25年8月6日に公表されたのに対応して、その2日後である8月8日に日医・四病院団体協議会（以下、四病協）合同提言が発表された。その内容は大きく二つに分かれ、①かかりつけ医機能の充実・強化、②地域包括ケアを支援する中小病院・有床診療所の必要性である。このうち①は平成28年度から開始された日医かかりつけ医機能研修制度に発展し、②は平成30年度診療報酬改定で実現した。

図25



(図26) 日医・四病協合同提言では、従来からあったかかりつけ医の定義を四病協とともに再確認した上で、新たにかかりつけ医機能も明確にした。

(図27) 日医と四病協は病院類型を示した上で、地域包括ケアを支援する中小病院として、地域医療・介護支援病院（仮称）を提唱した。

図26

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」 — 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋） —	
「かかりつけ医」とは(定義) なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。	
「かかりつけ医機能」	
●	かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
●	かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
●	かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
●	患者や家族に対して医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。
出典：中医協 総-1 30. 1. 10外来医療(その4)	

図26

図27

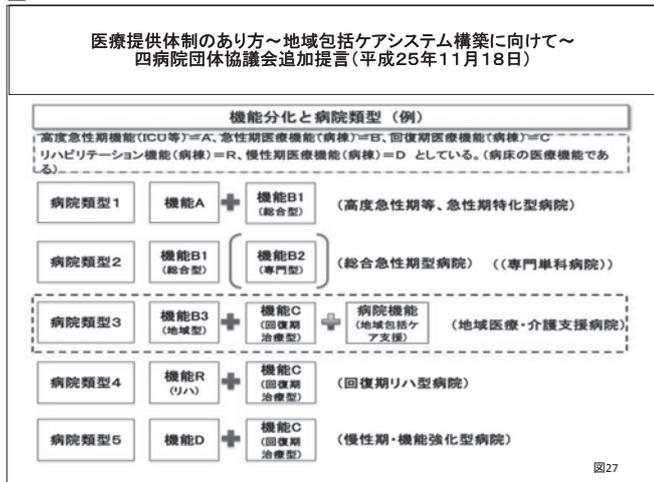


図27

(図28) 今後わが国に必要な医療は高度急性期医療と地域に密着した医療の二つであるが、前者のニーズは高齢化や人口減少により低下していくのに対して、後者のニーズは超高齢社会の進展に伴って増加していく。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所と専門医が開業する日本型の診療所であり、それらの既存資源を活用し、施設も在宅も利用する日本モデルを構築する必要がある。

(図29) わが国の医療機関は一世紀以上にわたり病床を持って開業するという歴史的経緯により、今日でも許可病床数200床未満の中小病院と19床以下の有床診療所が多く、中小病院は病院数の約7割を占める。この中小病院と有床診療所の存在により、身近な所でいつでも入院もできる高齢者の在宅支援システムの構築が可能であり、専門医が開業するわが国の診療所では、質が高く設備も充実して、検査・診断・治療・時に投薬・健診と高齢者に便利なワンストップサービス

図29

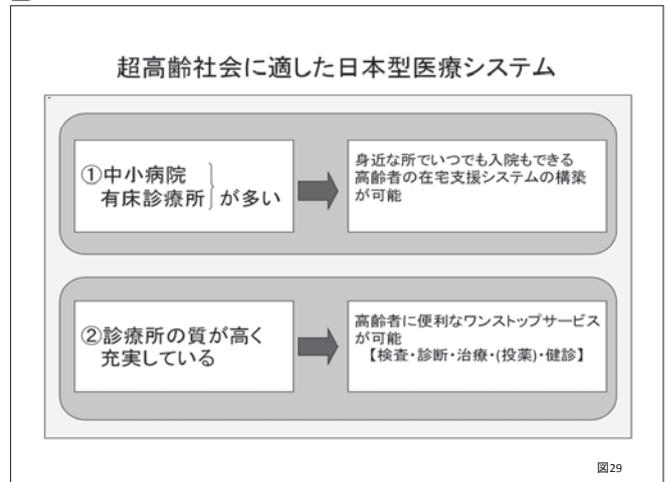


図29

図28

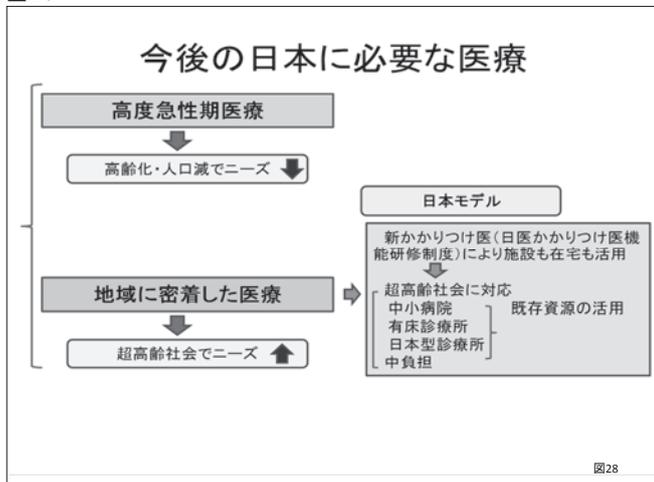


図28

図30

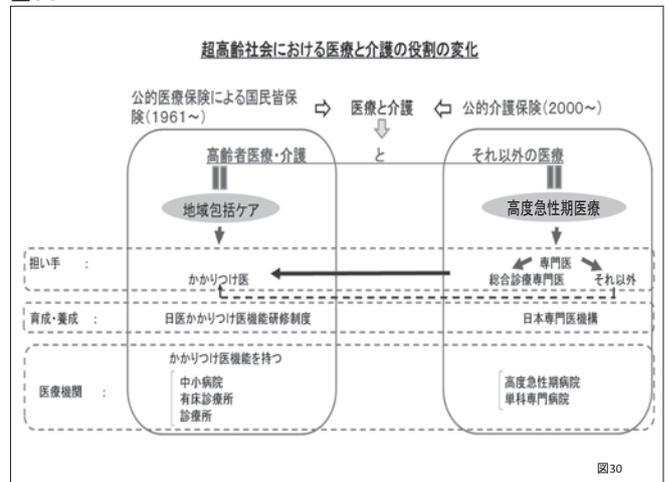


図30

が可能である。

(図30) 超高齢社会では高齢者医療と介護は一体化するが、これが地域包括ケアである。その担い手はかかりつけ医であり、その育成のために平成28年度より日医かかりつけ医機能研修制度を開始した。それを担う医療機関はかかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所である。

(図31) 高齢者医療と介護の一体化に伴ってかかりつけ医の役割は拡大する。これまでの医療のみから介護、さらに福祉や保健にも関わることが求められる。かかりつけ医は元気な高齢者の就労や社会参加、仕事と子育てや介護との両立を通じた次世代の育成など、まちづくりにも積極的に参画する必要がある。このようにかかりつけ医には、より地域や社会に目を向けることが求められる。

(図32) 新しい地域支援事業の全体像であるが、このうち介護予防・日常生活支援総合事業、いわゆる総合事業と、消費税増税財源を使って行う包括的支援事業の

充実が重要である。在宅医療・介護連携推進事業は(ア)～(ク)の8事業(図33)から成るが、すべて郡市区医師会等に委託することも可能として、郡市区医師会の積極的な参加を働きかけてきた。

(図34) 在宅医療・介護連携推進事業では、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的に在宅医療・介護を提供することが必要であり、郡市区医師会等に委託が可能な在宅医療連携拠点と呼ばれる「在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口」の役割が重要となる。

図31

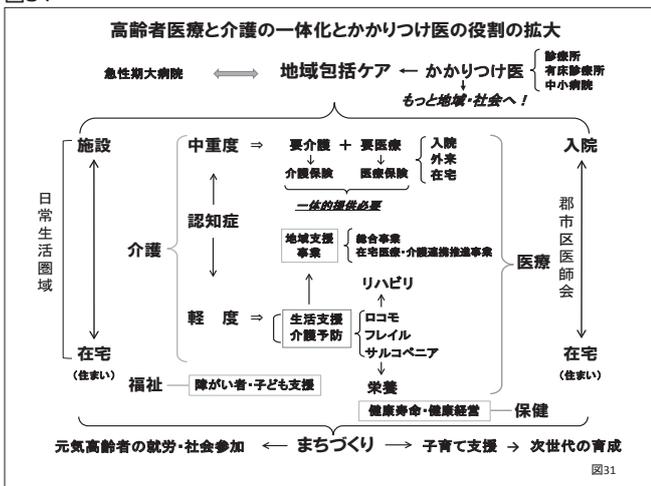


図33

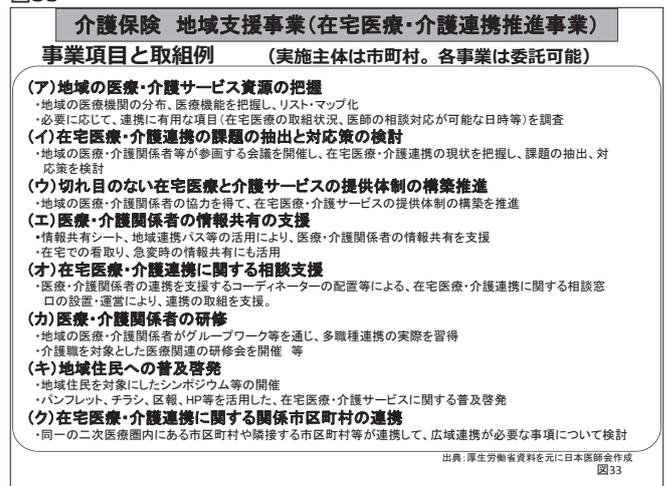


図32

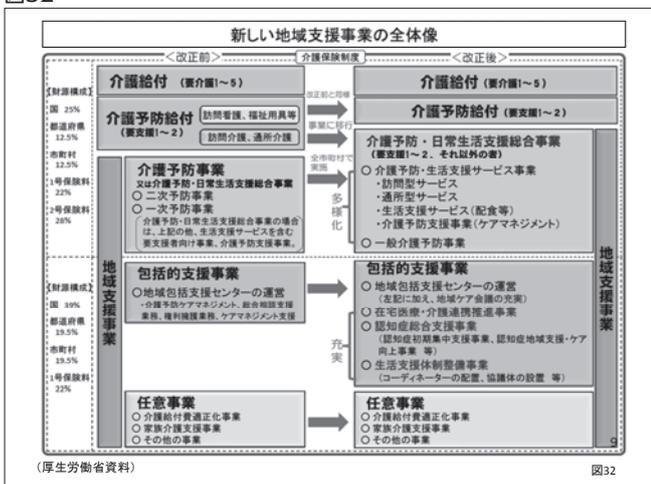
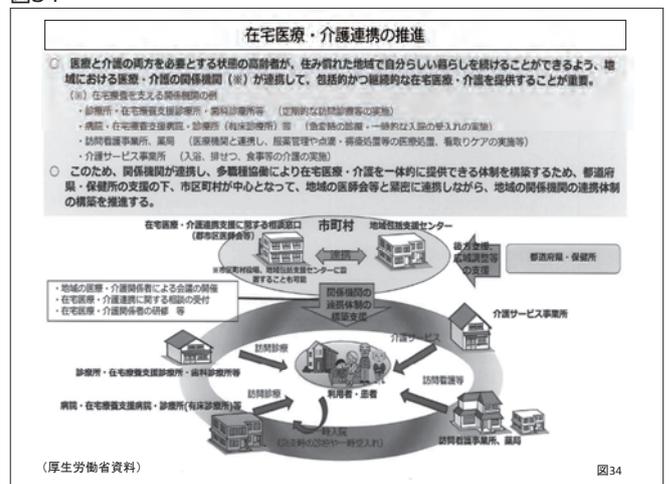


図34



(図35) とくに入院時、退院時や居宅等での看取りにおける切れ目のない医療・介護連携および多職種連携が重要となるが、それらは平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定（以下、平成30年度同時改定）において評価された。

(図36) その結果、平成30年度地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査の確定値において、医師会は予定を含めて協力が88.9%と地域包括支援センターや都道府県・保健所と並んで積極的に対応していることが明らかになった。

(図37) 今後の医療提供体制は、これまでの急性期の医療を担う大病院を頂点とし、かかりつけ医を底辺とする医療のみの垂直連携中心から、日常生活圏域ごとにかかりつけ医をリーダーとして訪問看護師やケアマネジャー、地域包括支援センターなど、介護と水平に連携する地域包括ケアシステムが中心となる。ちなみに、急性期の医療を担う大病院はあくまでもその外側で、二次医療圏の最後の砦になる必要がある。

このように現在の医療提供体制には、医療のみの垂直連携中心から、介護との連携を基本とする水平連携中心へのパラダイムシフトが起きていると考えられる。ところで、地域包括ケアシステムは地域ケアと統合ケアを合わせた概念で、英語で Community-based integrated care systems と呼ばれる。

(図38) これまでは500床以上を大病院としてきたが、平均在院日数の短縮により平成30年度診療報酬改定以降、400床以上を大病院としている。そうした大病院は高度急性期と急性期に特化する必要がある。一方、200床未満の中小病院は、単科専門病院以外は地域包括ケアシステムを支える病院になる必要がある。そして、中間の病院はいずれの方向に進むか選択が求められると考えている。

(図39) 地域包括ケアを支える地域密着型の中小病院や有床診療所は、これまでの急性期の医療を担う大病院との連携や診療所の在宅支援だけでなく、行政や介護との連携、医師会や地域への人材派遣、さらにまち

図35

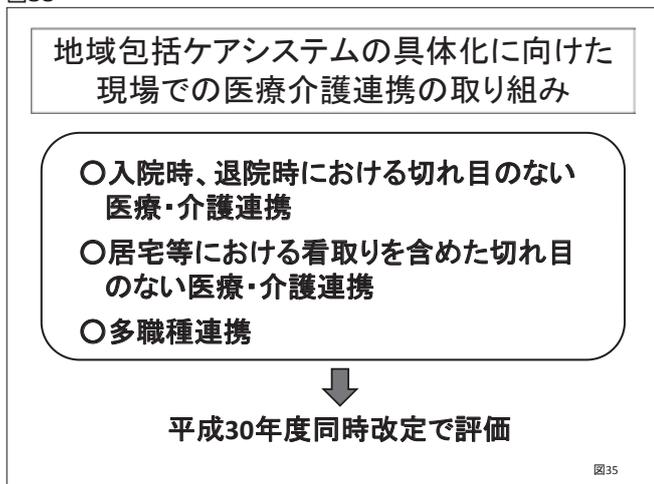


図37

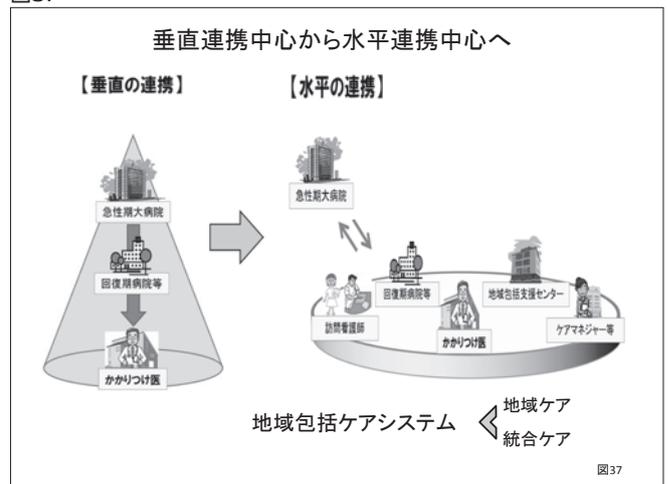


図36

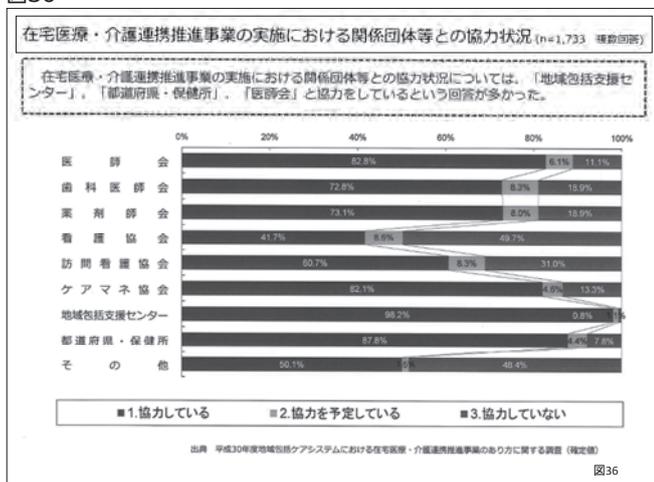
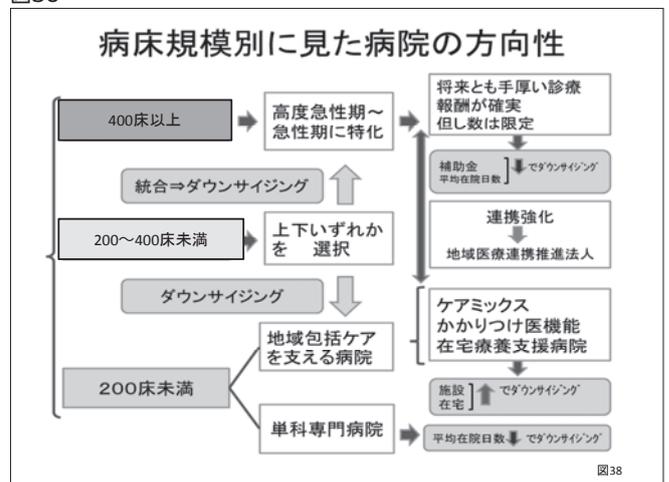


図38



づくりへの参画が求められている。

(図40) 日本型の在宅支援モデルは、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所、診療所が、郡市区医師会の下で、それぞれ可能なところは在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所になった上で、可能な範囲で在宅ケアセンターを設置し、できるだけ総合的に在宅支

援を行うことが望ましいと考えている。

(図41) しかし、すべてのかかりつけ医が在宅医療に24時間365日対応するのは困難であるため、日常生活圏において、かかりつけ医は可能な範囲で在宅医療を行い、不足する分は患者ごとに中小病院の在宅療養支援病院や、有床、無床の在宅療養支援診療所と緩やかなグループを作り、入院も含めて全体として24時間365日対応できるようにすることが必要である。急性期の医療を担う大病院はあくまでもその外側で、二次医療圏における最後の砦となることが求められる。

(図42) いずれにしても、高齢者介護を全国で一様に行うことはできず、大きく都市型と地方型に分かれる。地方では在宅の効率性の低さなどから、より施設の活用が重要であるが、都市部では居住系施設を含めて、より在宅中心で行う必要がある。

(図43) このように、地域包括ケアシステム医療3点セットとしては、①かかりつけ医、②郡市区医師会、③中小病院・有床診療所が重要である。

図39

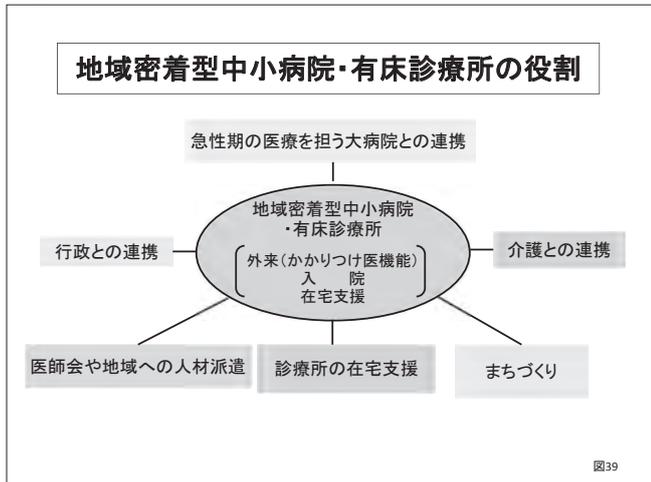


図40

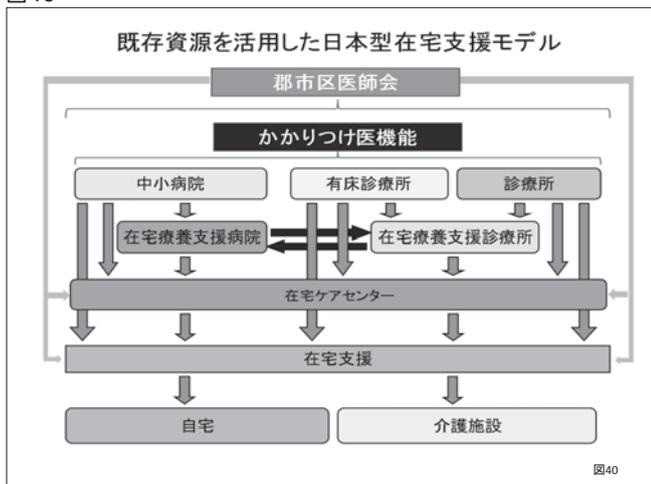


図42

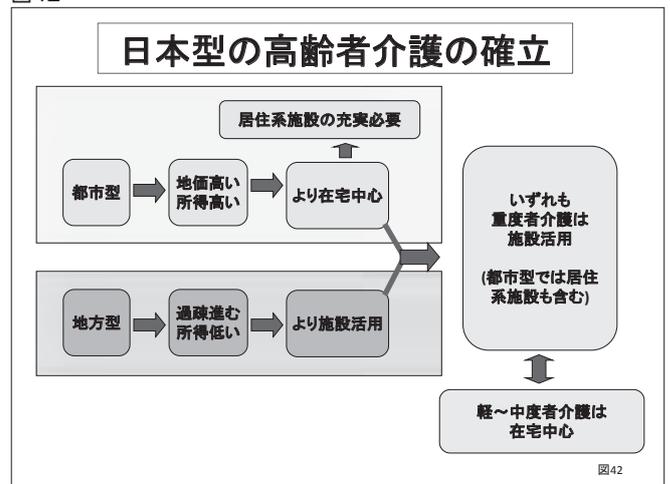


図41

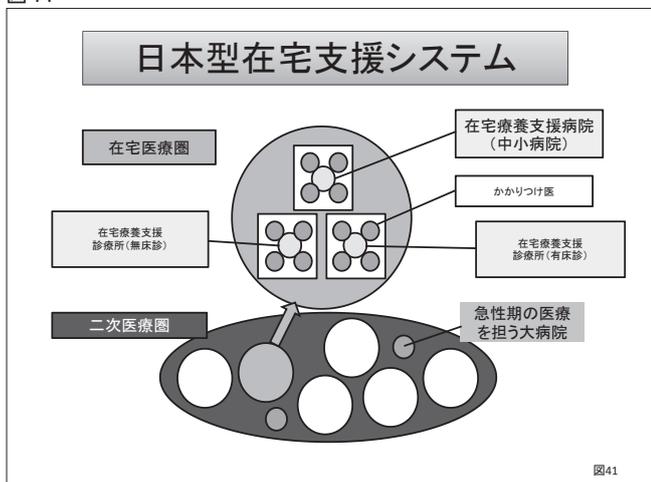
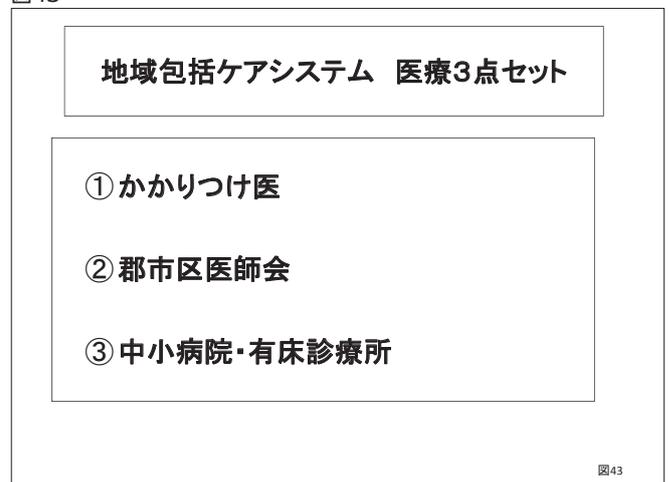


図43



(図44) 地域包括ケアシステムを構築するためには、行政と医師会が車の両輪になる必要がある。このうち行政には地域包括支援センターがあり、地域ケア会議を開催している。医師会は在宅医療連携拠点を担うとともに、かかりつけ医は多職種連携のまとめ役になることが求められている。

(図45) また、郡市区医師会会長は議長として地域医療構想調整会議を主導し、公的医療機関等の地域での役割を検討することも重要な役割である。全国に900近くある郡市区医師会は、地域包括ケアシステムの事務局機能を持つ委員会を設置して多職種連携会議を開催するとともに、在宅医療連携拠点を担い、総合事業や介護予防にも積極的に関与する必要がある。

郡市区医師会の具体的な役割として、多職種連携会議においては、入退院時や看取りの連携体制構築や、ケアプラン作成前に多職種でアセスメントを行うとともに、専門職の地域への派遣も重要となる。在宅医療連携拠点は、中小病院や有床診療所の入院を含めた

連携体制の構築が必要である。総合事業や介護予防に対しても、かかりつけ医との情報共有が必要である。(図46) 現在、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が推進されようとしており、かかりつけ医は保健事業だけでなく介護予防の事業等への積極的な関与も求められている。

(図47) 郡市区医師会は、規模や地域性に応じて地域包括ケアシステムの構築に積極的に参加することが求められる。タイプとしては自立型、連携型、支援型の3つに分けられるが、いずれも都道府県医師会の支援が必要であり、それを日医が支援することになる。

3. 医療保険と介護保険上の取り扱い (図48)

(図49) 平成25年8月6日に、2025年を目指した社会保障・税一体改革の道筋を示した社会保障制度改革国民会議報告書が公表されて以降、その二本柱の一つであ

図44

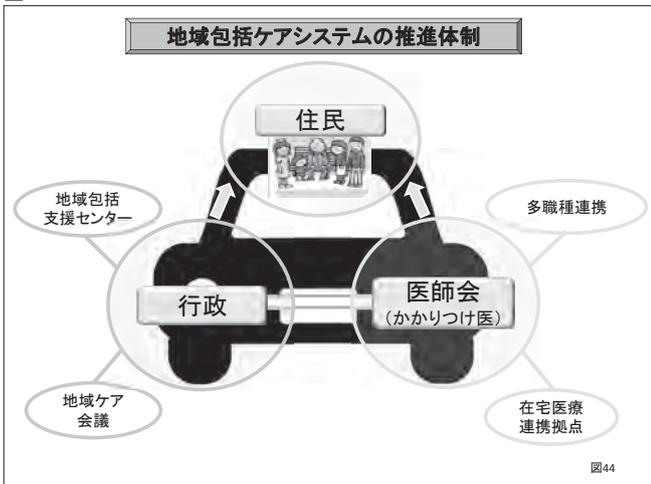


図46

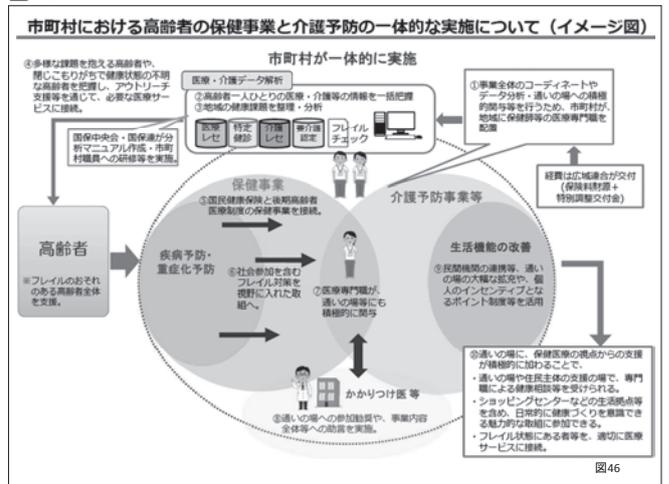


図45

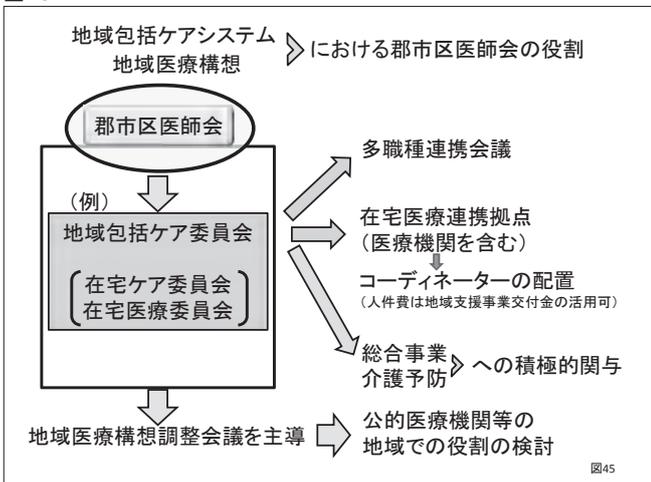
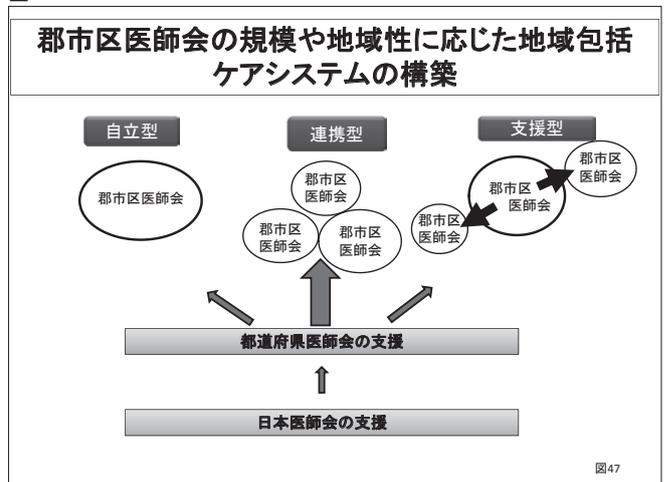


図47



る地域包括ケアシステムの構築は、平成26年度、平成28年度診療報酬改定の重点課題、平成27年度介護報酬改定の基本的な視点において取り上げられてきた。(図50) 平成30年度同時改定においても、診療報酬上は「地域包括ケアシステムの構築」として地域包括ケアシステム構築のための取り組みの強化、かかりつけ医

の機能の評価が行われた。

(図51) 平成30年度介護報酬改定においては、「地域包括ケアシステムの推進」として、中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応、医療・介護の役割分担と連携の一層の推進、医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設等が行われた。

(図52) 平成26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療加算・地域包括診療料は、徐々に要件緩和が進み、平成30年度診療報酬改定では負担の大きい24時間対応と在宅医療の提供について見直されるとともに、かかりつけ医機能を有する診療所、有床診療所、中小病院の初診の評価も行われた。また、外来の機能分化の観点より、大病院からかかりつけ医機能を有する医療機関への外来患者の誘導策の実効性の向上を図りつつ、大病院の範囲が許可病床400床以上に拡大された。

図48

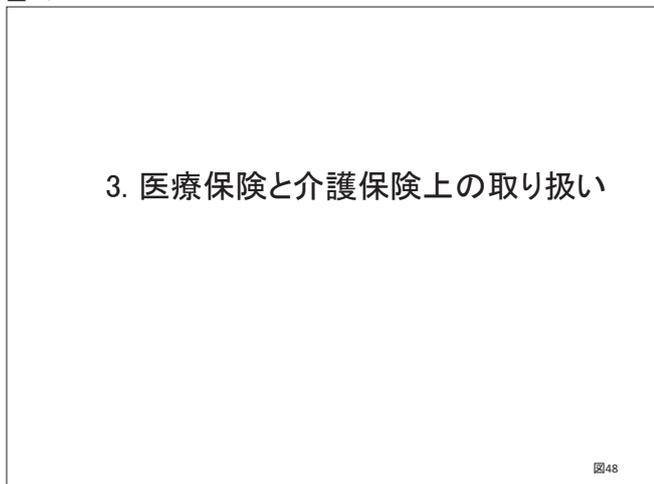


図48

図49

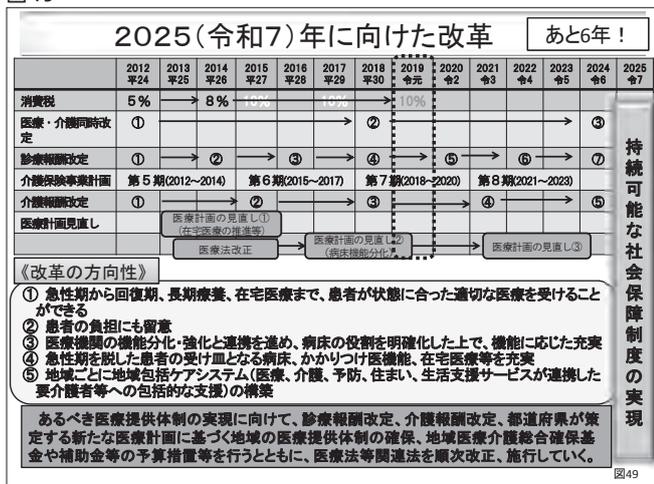


図49

図50

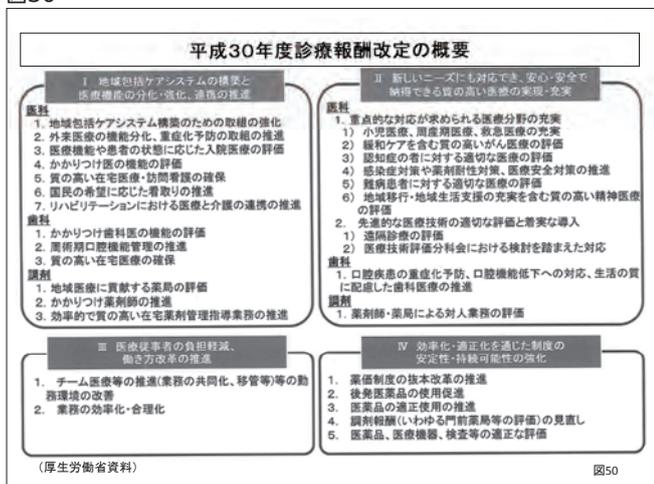


図50

図51



図51

図52

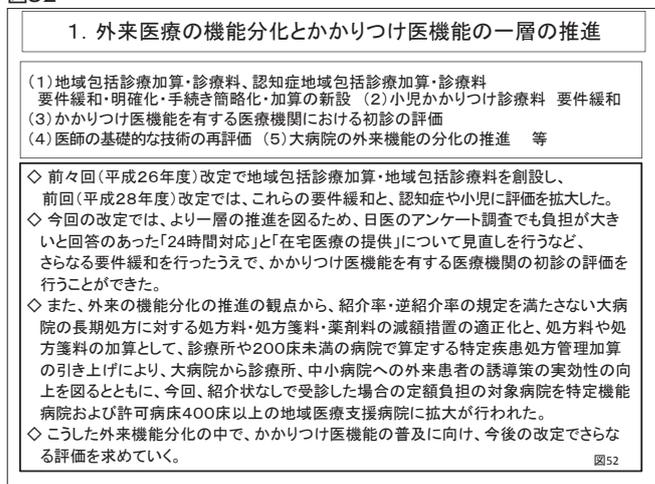


図52

療介護連携の推進など、両報酬をまたぐ地域包括ケアシステムの基本である医療と介護の連携が報酬上大きく進む大改定となったうえで、整合性がとれた内容となった。

(図59) 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治医の助言を得ることを前提とし

て、サービス担当者会議の招集を不要とすることによりケアマネジメントプロセスを簡素化した。これは本来慢性期の対応であるケアプランを急性期医療のペースに合わせるようにさせたものである。

(図60) 元々の厚生労働省案では見直し後においても、患者の状態の変化に伴って、その都度ケアプランを変更することになっていたが、それでも不十分としてさらに見直しを求めた経緯があった。

(図61) 許可病床数が200床未満の中小病院における、自宅等からの入院患者や緊急患者の受入れおよび在宅医療等の提供等、地域包括ケアに関する実績部分を評価した地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1と3は、平成25年8月8日の日医・四病協合同提言と同年11月18日の四病協追加提言以降に訴えてきた地域包括ケアを支援する中小病院の評価が実現したものである。

(図62) 有床診療所に対する地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の設定は、同じく日医・四病協合同提言以降訴えてきた地域包括ケアを支援する有床診療所に対応するものである。

図58

5. 医療と介護の同時改定

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要性とするともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとす
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援(厚生労働省資料)

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

図58

図59

I-① 中重度の在宅介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(その2)

○ターミナル期に顕に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業者に対する評価を改定する。

居宅介護支援

○著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

○末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常より頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月(新設)

現行

末期の悪性腫瘍と診断

利用者の状態変化のタイミングに合わせてケアプランを作成

状態変化A → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランAに変更

状態変化B → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランBに変更

死亡

改定後(以下の方も可能とする)

末期の悪性腫瘍と診断

主治の医師等の助言を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービス事業者を含めた治療を実施

アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランAに変更

状態変化A

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合

主治の医師等の助言を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービス事業者を含めた治療を実施

利用者の状態変化を踏まえ、主治の医師等の助言を得た上で、介護保険サービスの提供について、①サービス担当者、②利用者又は家族の了解を得る。

状態変化B → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランBに変更

死亡

通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

(厚生労働省資料) 図59

図60

当初の厚労省案では、、、

末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

現行

末期の悪性腫瘍と診断

利用者の状態変化のタイミングに合わせてケアプランを作成

状態変化A → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランAに変更

状態変化B → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランBに変更

状態変化C → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランCに変更

死亡

見直し後、以下の方も可能としてはどうか

主治の医師等の助言を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービス事業者を含めた治療を実施

アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランAに変更

状態変化A

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合

主治の医師等の助言を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービス事業者を含めた治療を実施

利用者の状態変化を踏まえ、主治の医師等の助言を得た上で、介護保険サービスの提供について、①サービス担当者、②利用者又は家族の了解を得る。

状態変化B → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランBに変更

状態変化C → アセスメント → サービス担当者会議 → 利用者の同意・交付 → ケアプランCに変更

死亡

状態変化(ケアプラン変更の必要性)を把握するため通常より頻回になるモニタリングを新たな加算で評価

(厚生労働省資料) 図60

図61

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】

入院料2 2058点 (13対1)

入院料1 2558点 (13対1 在宅復帰率7割 居室面積4.4㎡)

【平成30年度改定】

入院料4 2038点

入院料3 2238点 (地域包括ケアに関する実績)

入院料2 2558点 (現行1と2の差・在宅復帰率・居室面積)

入院料1 2738点 (現行1と2の差・在宅復帰率・居室面積)

再編

(基本部分)

看護職員配置 13対1

重症度、医療・看護必要度を在宅復帰に係る職員の配置、リハビリテーションに係る職員の配置

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 (新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(厚生労働省資料) 図61

図62

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(他特))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(他特))

次のいずれかに該当すること。

① 介護サービスを提供していること。

② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)、介護連携加算2 38点(1日につき)

【施設基準】

介護連携加算1 (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者、(2) 入院日から経過して15日以内 30日までの期間に限り算定。

介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている、(2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件を見直す。

現行(点数、施設基準(他特))

入院日から経過して15日以内1日につき6点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。

改定後(点数、施設基準(他特))

入院日から経過して15日以内1日につき6点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療連携モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せて高齢者	専門的な医療ニーズのある患者(相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回復率)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休院していない)病床の稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

(厚生労働省資料) 図62

(図63) 有床診療所に対する地域包括ケアモデルの具体例としては、介護報酬改定において短期入所療養介護や看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院の組み合わせが行いやすくなるように様々な要件緩和が行われた。

(図64) 地域包括ケアシステム構築のための取り組みの強化の一環として、診療報酬改定では「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更し、入院しても住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前からの支援に対する評価を新設するとともに、退院時共同指導料を見直し、退院時の地域の関係者との連携を推進し、切れ目のない支援となるようにした。

(図65) 介護報酬改定においても、入退院から在宅療養にいたる在宅医療・介護の連携が推進するように、在宅や施設での医療・介護連携とともに、入退院時のケアマネジャーとの連携の強化が評価された。

(図66) 平成30年度介護報酬改定において、訪問リハビリテーション（以下、訪リハ）事業所の医師とかかり

つけ医が別の医師の場合、訪リハ事業所の医師が利用者を診察せずに報酬を算定できる条件として、かかりつけ医が適切な研修を修了していることが必要とされたが、その研修として、日医かかりつけ医機能研修制度応用研修のリハビリテーション関連の1単位以上を含む合計6単位以上を、訪リハ事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に取得していることが要件となった。これは日医かかりつけ医研修制度の受講が、診療報酬、介護報酬を合わせて、初めて報酬上の評価として認められたものである。なお、平成31年2月5日の平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.8) により、「応用研修第2期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーション栄養管理・摂食嚥下障害」も認められるとともに、「平成33年3月31日までに適切な研修の修了または受講を予定している。」こととなり、期間が2年間延長された。

図63

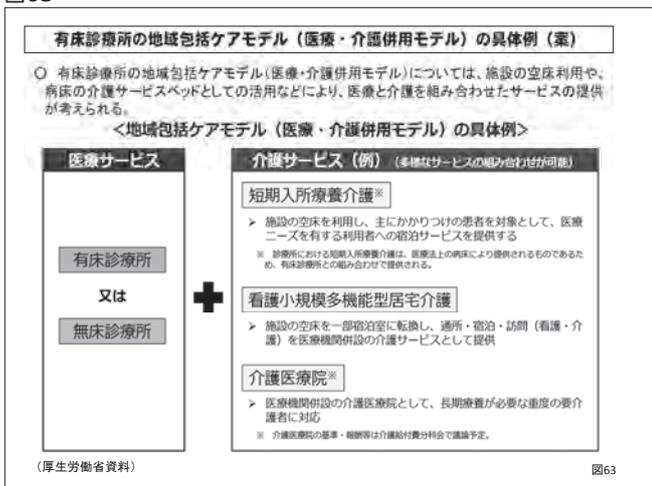


図65

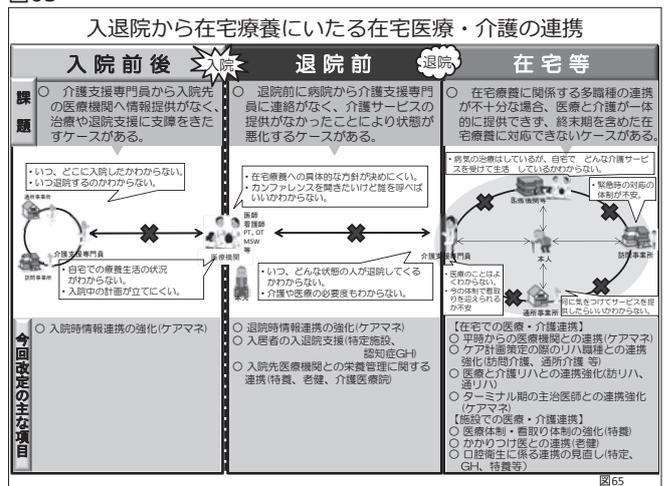


図64

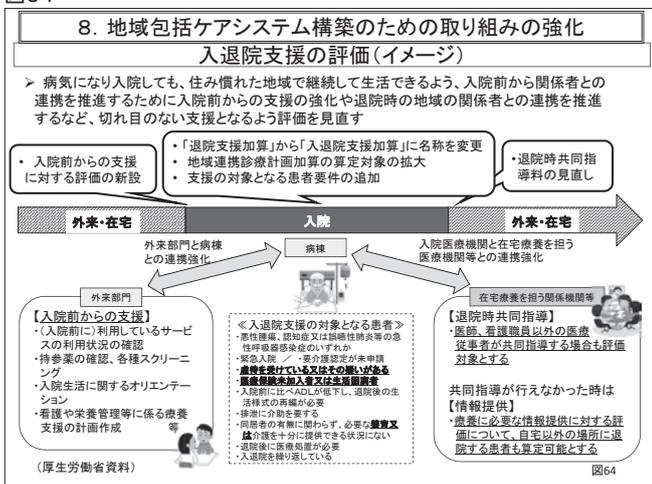
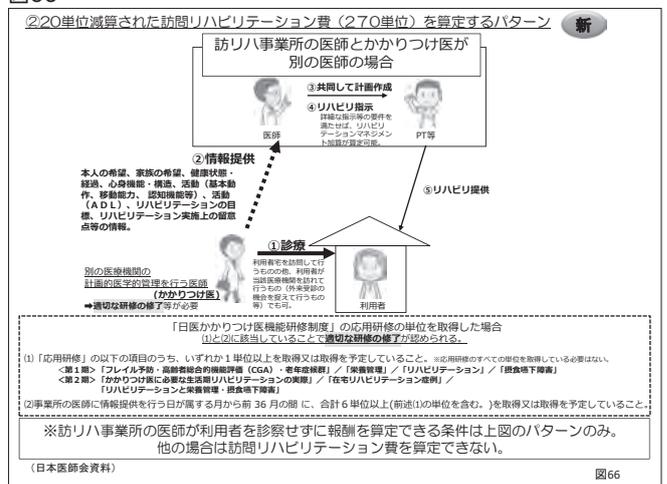


図66



4. 「かかりつけ医の社会的処方」

産業医科大学 医学部公衆衛生学 教授 まつだ しんや
松田 晋哉

【学歴】 1985年 産業医科大学医学部卒業
1992年 フランス国立公衆衛生学校卒業
1993年 京都大学博士号（医学）取得
【専門領域】 公衆衛生学（保健医療システム、医療経済、国際保健、産業保健）

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 4. 社会的機能を発揮するためのスキル (1) かかりつけ医の社会的処方

【目 標】

患者の社会的生活を医学的側面から支援することは、かかりつけ医の重要な役割の一つである。イギリスではこの目的でかかりつけ医である General Practitioner (GP) が患者の社会生活の支援を目的とした処方箋を、連携のキーパーソンであるソーシャルワーカーや地域の保健師などに交付するという社会的処方 Social prescribing が行われている。我が国の制度においても、介護保険や療養・就労両立事業の中で作成される主治医による意見書が、社会的処方に相当するものである。豊かな高齢社会を実現するためには、患者の日常生活・社会生活を理解したかかりつけ医によるコーディネーション機能が重要となる。本講義では社会的処方としての主治医による意見書の意義について理解することを目的とする。

【キーワード】

社会的処方、主治医による意見書、自立支援

はじめに

(図1、2) 社会的処方 Social prescribingとはイギリスの国民保健サービス National Health Service (以下、NHS) におけるプライマリ・ケア医療職が行っている医療実践の一つである。NHS Englandの定義では「社会的処方とは、GPなどの地域医療機関が(ニーズのある)人々をリンクワーカーに紹介する行為である。リンクワーカーは、「患者本人にとって重要なこと」に焦点を当て、人々の健康と福祉に対して総合的なアプローチをとることで、人々に余裕を与える。リンクワーカーは実践的、感情的な支援のためのコミュニティグループと法定サービスに結びつける(一部筆者意識)」とされている¹⁾。

(図3) 例えば、アルツハイマー型認知症に罹患している独居老人を診察している一般医(GP)が、当該患者が診療日以外は自宅に閉じこもりがちであり、それが

心身の状況に悪影響を及ぼしていると診断した場合、リンクワーカーである自治体のケースワーカーや地区看護師(district nurse)に「日中の居場所確保および日常生活支援の必要性」を「処方」し、その総合的な対応を図るといものである。

(図4) こうした社会的処方の効果に関しては、これまで数多くの研究成果が報告されている。例えば、NHS Rotherham Clinical Commissioning Groupが2014年9月に公開した報告書では、ロザラム地域で行政組織やボランティア組織を含む24の団体が参加し、メンタルヘルスや社会的疎外などの問題を抱えた1,607人の患者に一般医などのプライマリ・ケア担当医療職が社会的処方を行い、そのうちそれを受諾した1,118名について、主観的健康観や医療資源利用の変化を分析した結果が示されている²⁾。その結果の概要は以下のとおりであった。

- ・入院の21%の減少

図1

社会的処方の定義(NHS)

Social prescribing is a way for local agencies to refer people to a link worker. Link workers give people time, focusing on 'what matters to me' and taking a holistic approach to people's health and wellbeing. They connect people to community groups and statutory services for practical and emotional support.

「社会的処方とは、GPなどの地域医療機関が(ニーズのある)人々をリンクワーカーに紹介する行為である。リンクワーカーは、「患者本人にとって重要なこと」に焦点を当て、人々の健康と福祉に対して総合的なアプローチをとることで、人々に余裕を与える。リンクワーカーは実践的、感情的な支援のためのコミュニティグループと法定サービスに結びつける(一部筆者意識)。」

図1

図3

イギリスにおけるGPによる社会的処方の例

アルツハイマー型認知症に罹患している独居老人を診察している一般医(GP)が、当該患者が診療日以外は自宅に閉じこもりがちであり、それが心身の状況に悪影響を及ぼしていると診断した場合、リンクワーカーである自治体のケースワーカーや地区看護師(district nurse)に「日中の居場所確保および日常生活支援の必要性」を「処方」し、その総合的な対応を図る。

図3

図2

社会的処方の概要

協力的なコミッションングとパートナーシップ

すべての地域組織からの簡便な紹介体制

関係職種との育成

共通の結果評価のフレームワーク

「私にとって何が問題なのか」という視点からの個人化された計画

地域団体への支援

社会的処方連携担当者(リンクワーカー)プライマリ・ケアの一環としての仕組み

出典: NHS England <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>

図2

図4

社会的処方の効果

- ・ NHS Rotherham Clinical Commissioning Groupによる社会的処方の検討結果
 - 24の団体が参加し、メンタルヘルスや社会的疎外などの問題を抱えた1,607人の患者に社会的処方を実施
 - 以下のような知見
 - ・ 入院の21%の減少
 - ・ 救急部門利用の20%の減少
 - ・ 外来受診の21%の減少
 - ・ 83%の対象者で主観的健康観が向上

出典: Sheffield Hallam University (2014)

図4

- ・救急部門利用の20%の減少
- ・外来受診の21%の減少
- ・83%の対象者で主観的健康観が向上

ただし、このような社会的処方プロジェクトでは、研究デザインにバイアスが入る余地が大きく、その評価についてはさらに検証をする必要があるというシステマティックレビューも出されている³⁾。

社会的処方としての 主治医意見書の重要性 (介護保険)

(図5) もちろん、こうした社会的処方に類似した行為は我が国の医療保険や介護保険の枠組みの中で地域のかかりつけ医によって実践されているものであり、目新しいものではない。しかしながら、地域のかかりつけ医の機能の一つとして、改めてこれまで行ってきたこれらの取り組みを社会的処方として再定義することは、我が国のかかりつけ医の在り方を明確にするうえで重要であると筆者は考える。本講義では、介護保険における主治医意見書、治療と仕事の両立事業における職場復帰の可否等についての主治医による意見書および治療の状況や就業継続の可否等についての主治医による意見書を例に、我が国における社会的処方の在り方について説明する。

(図6) この表は西日本のある医療圏における脳梗塞で急性期の医療を担う病院に入院した患者の入院前6か月～入院後12か月の医療・介護サービスの利用状況を、医科レセプトと介護レセプトとを連結して分析した結果を示したものである。入院1か月後では約20%

が回復期病棟に入院しており、半年後には約60%が外来を受診し、約24%が何らかの介護保険サービスを利用している。しかし、ここで注目すべきは27%の患者が入院半年前にすでに介護保険を利用しているという事実である。表には示していないが、股関節骨折の場合、約50%が入院半年前に介護保険を利用していた。このことは介護の現場から脳梗塞や骨折などの急性期のイベントが発生していること、すなわち医療と介護の二重が複合化していることを示している。

(図7) この表は脳梗塞で急性期の医療を担う病院に入院した患者の入院6か月前までの主な傷病の有病率を医科レセプトによって分析した結果である。糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症、心房細動など多くの慢性疾患で入院月の有病率が入院1か月前より10%程度上昇していることがわかる。発作性心房細動や何らかの原因で血圧の急激な上昇などが発症当月に起こることは容易に想像できるが、糖尿病も含めて10%以上の上

図6

脳梗塞の入院前後医療・介護サービス利用状況 (西日本のある医療圏の例)

(2011年4月～2016年3月発症分のみ)

経過月	一般診療		糖尿病		高血圧性疾患		脂質異常症		虚血性心疾患		他心疾患		心房細動		脳梗塞		腎不全		慢性肺疾患		認知症		気分障害		下路関節		骨折		合計	
	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診	入院	受診				
0	100.0%	43.1%	0.4%	76.8%	2.7%	1.4%	28.4%	6.0%	2.5%	12.5%	11.0%	2.3%	0.1%	2.0%	3.6%	0.1%	2.0%	3.6%	0.1%	2.0%	3.6%	0.1%	2.0%	3.6%	0.1%	2.0%	3.6%	0.1%	2.0%	3.6%
1	85.5%	18.2%	0.7%	50.9%	1.7%	1.4%	16.1%	2.8%	1.4%	6.5%	4.9%	1.2%	0.0%	1.9%	2.3%	1.3%	0.0%	1.9%	2.3%	1.3%	0.0%	1.9%	2.3%	1.3%	0.0%	1.9%	2.3%	1.3%	0.0%	1.9%
2	21.8%	22.0%	1.4%	59.3%	2.7%	1.6%	20.1%	3.9%	1.9%	8.5%	6.8%	1.8%	0.1%	2.3%	2.7%	1.4%	0.2%	2.3%	2.7%	1.4%	0.2%	2.3%	2.7%	1.4%	0.2%	2.3%	2.7%	1.4%	0.2%	2.3%
3	11.1%	18.5%	1.4%	59.9%	3.7%	1.9%	20.9%	3.8%	2.1%	8.7%	7.0%	1.7%	0.2%	2.5%	2.7%	1.7%	0.2%	2.5%	2.7%	1.7%	0.2%	2.5%	2.7%	1.7%	0.2%	2.5%	2.7%	1.7%	0.2%	2.5%
4	8.0%	14.2%	1.8%	59.7%	3.6%	1.8%	22.3%	4.3%	2.0%	9.4%	8.3%	1.9%	0.1%	2.6%	2.9%	1.3%	0.1%	2.6%	2.9%	1.3%	0.1%	2.6%	2.9%	1.3%	0.1%	2.6%	2.9%	1.3%	0.1%	2.6%
5	7.8%	10.5%	1.8%	58.7%	4.0%	2.1%	23.7%	4.2%	2.1%	9.6%	8.0%	1.7%	0.1%	3.0%	2.7%	1.1%	0.3%	3.0%	2.7%	1.1%	0.3%	3.0%	2.7%	1.1%	0.3%	3.0%	2.7%	1.1%	0.3%	3.0%
6	7.2%	8.9%	2.0%	60.3%	4.5%	2.7%	24.3%	4.4%	2.3%	10.6%	9.1%	2.3%	0.2%	3.3%	2.5%	1.1%	0.7%	3.3%	2.5%	1.1%	0.7%	3.3%	2.5%	1.1%	0.7%	3.3%	2.5%	1.1%	0.7%	3.3%
7	6.6%	3.5%	2.1%	59.0%	4.7%	2.1%	24.5%	4.6%	2.3%	10.9%	8.6%	2.7%	0.2%	3.4%	2.8%	0.9%	0.7%	3.4%	2.8%	0.9%	0.7%	3.4%	2.8%	0.9%	0.7%	3.4%	2.8%	0.9%	0.7%	3.4%
8	6.5%	1.3%	2.2%	57.3%	4.5%	2.2%	23.8%	4.5%	2.2%	10.4%	8.2%	2.9%	0.3%	3.8%	2.5%	0.9%	0.8%	3.8%	2.5%	0.9%	0.8%	3.8%	2.5%	0.9%	0.8%	3.8%	2.5%	0.9%	0.8%	3.8%
9	5.4%	0.8%	1.8%	55.2%	4.3%	2.2%	22.9%	4.5%	2.2%	10.3%	7.0%	2.9%	0.4%	3.9%	2.6%	1.4%	0.6%	3.9%	2.6%	1.4%	0.6%	3.9%	2.6%	1.4%	0.6%	3.9%	2.6%	1.4%	0.6%	3.9%
10	4.8%	0.5%	1.5%	52.4%	3.7%	1.8%	22.4%	4.1%	2.0%	9.7%	7.0%	3.0%	0.3%	3.7%	2.7%	0.4%	0.3%	3.7%	2.7%	0.4%	0.3%	3.7%	2.7%	0.4%	0.3%	3.7%	2.7%	0.4%	0.3%	3.7%
11	5.3%	0.6%	1.4%	50.9%	3.8%	2.6%	21.5%	4.1%	2.1%	9.2%	7.4%	2.9%	0.2%	3.7%	2.6%	1.0%	0.3%	3.7%	2.6%	1.0%	0.3%	3.7%	2.6%	1.0%	0.3%	3.7%	2.6%	1.0%	0.3%	3.7%
12	4.8%	0.7%	1.7%	48.6%	3.5%	1.7%	21.2%	4.2%	2.1%	8.7%	6.6%	2.8%	0.3%	3.7%	3.0%	0.9%	0.4%	3.7%	3.0%	0.9%	0.4%	3.7%	3.0%	0.9%	0.4%	3.7%	3.0%	0.9%	0.4%	3.7%

脳梗塞の治療のために急性期の医療を担う病院に入院した患者の30%弱が入院6か月前に介護保険によるサービスをすでに使っている。

図6

図5

社会的処方としての 主治医意見書の重要性 (介護保険)

図5

図7

脳梗塞の入院前の主要傷病の有病率 (西日本のある医療圏の例)

(2011年4月～2016年3月発症分のみ)

経過月	一般診療	糖尿病	高血圧性疾患	脂質異常症	虚血性心疾患	他心疾患	心房細動	脳梗塞	腎不全	慢性肺疾患	認知症	気分障害	下路関節	骨折	合計
-6	2.3%	22.9%	45.7%	28.3%	16.9%	19.8%	10.2%	9.0%	5.8%	9.2%	7.1%	4.8%	1.4%	10.4%	10.0%
-5	2.9%	24.4%	47.8%	29.6%	18.1%	20.6%	10.6%	9.4%	6.0%	11.0%	6.9%	5.3%	2.1%	11.3%	11.0%
-4	2.9%	25.3%	49.7%	30.4%	19.1%	21.6%	11.0%	10.1%	6.9%	11.8%	7.8%	5.1%	1.6%	11.1%	11.0%
-3	3.1%	27.6%	52.1%	32.6%	19.8%	22.2%	11.1%	10.9%	7.0%	12.1%	8.4%	5.9%	1.7%	12.1%	11.6%
-2	3.0%	27.8%	53.7%	33.1%	20.3%	23.1%	11.9%	11.3%	7.4%	12.5%	8.8%	6.1%	1.7%	12.3%	12.0%
-1	4.1%	29.9%	56.6%	35.0%	22.1%	24.9%	12.1%	12.2%	7.4%	13.7%	9.6%	6.3%	2.4%	12.9%	12.4%
0	100.0%	37.8%	69.7%	44.8%	24.2%	32.5%	25.5%	97.4%	9.9%	15.7%	13.4%	6.0%	8.1%	11.0%	10.8%

糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症、心房細動など多くの慢性疾患で入院月の有病率が入院1か月前より10%程度上昇する
→ 発症前の慢性疾患の管理の状況は？

図7

昇が生ずることはやはり考えにくい。発症前の慢性疾患の管理の状況が十分であったのかについて検討が必要であるように思われる。実際、脳梗塞の6分の1~7分の1は再梗塞であり、すでに要介護状態になっている高齢者の慢性疾患の管理はかかりつけ医の重要な責務であると考ええる。

(図8) この図は上記の地域における在宅要支援・要介護高齢者における主な傷病の有病率を医科レセプトで見たものである。約30%の対象者は糖尿病や循環器系の疾患（他心疾患と虚血性心疾患）を持ち、また要介護1以上では約40%が認知症を持つというように、要支援・要介護高齢者は多様な疾患を持っており、これらが要介護度悪化のリスク要因にもなっている。社会の高齢化により、医療と介護の複合的なケアニーズを持つ高齢者が増加しており、ケアマネジメントにおいてもこの面からの配慮が必要となっているのである。

図8

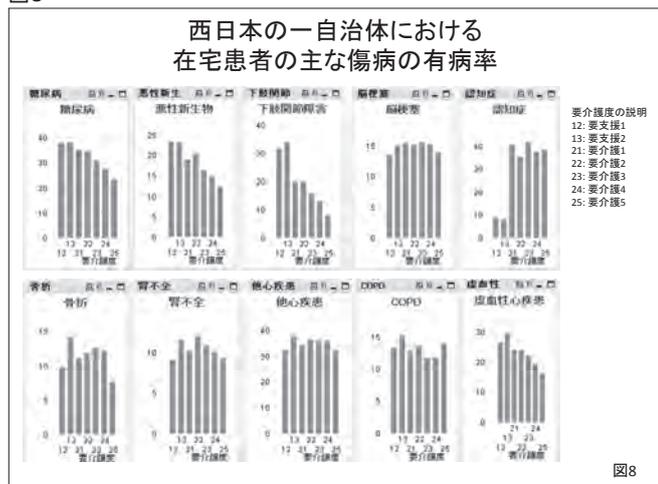


図8

図9

高齢化の進展による医療・介護への影響

- 高齢化のさらなる進展により、我が国では医療と介護ニーズの複合化がさらに進む。
- 介護保険の制度設計上、65歳以上であればどのような原因であっても介護保険を使うことができる。
- 今後、特に85歳以上の単独女性世帯が増加することに留意が必要→医療・介護・予防・生活支援・住まいの総合的な支援が必要。

図9

(図9) そして、高齢化のさらなる進展により、我が国では医療と介護ニーズの複合化がさらに進むと予想される。ここで、介護保険の制度設計の特徴を考えると、65歳以上であればどのような原因であっても介護保険を使うことができる点が重要である。今後、特に85歳以上の単独女性世帯が増加することに留意が必要である。これらの女性高齢者が要介護状態になった場合、医療・介護・予防・生活支援・住まいの総合的な支援が必要になることが多く、したがって地域包括ケアの枠組みでの対応が求められることになる。

(図10) この図は要介護度と傷病との関連を概念的に示したものである。要介護状態は要支援1→要支援2→要介護1と段階的に悪化する例はそれほど多くない。要支援の主たる原因疾患である筋骨格系疾患（下肢関節障害など）を持つ高齢者の場合、比較的長期間その状態にとどまっていることが普通である。脳血管障害や骨折の場合、発症直後が最も要介護度が重く、適切な早期搬送・早期治療・早期リハビリテーションによって、どこまで機能を回復できるかがまず重要となる。認知症の場合は、良いときと悪いときの波を示しながらも徐々に悪化する例が多いが、介護の手間は問題行動の有無とその程度に大きく影響される。そして、近年増加しているのが慢性心不全や慢性閉塞性肺疾患（以下、COPD）、がんといった慢性疾患のターミナル期における介護ケアニーズを持った高齢者である。これら的高齢者は、病態によって介護を行ううえでの注意点が異なる。

図10

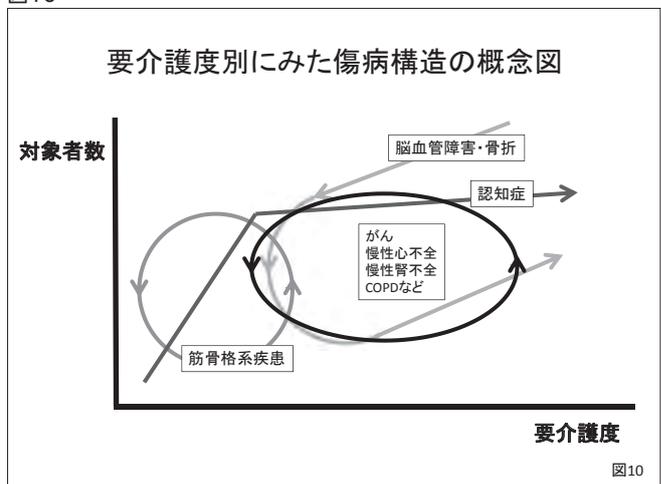


図10

(図11) 例えば、脳血管障害や骨折の場合は、発症予防のための生活習慣病の管理、発症後の適切な早期治療と早期リハビリテーション、在宅復帰を目指した回復期でのリハビリテーション、日常生活動作（以下、ADL）の維持・向上を目的とした維持期リハビリテーションや閉じこもり予防としての通所系サービスの提供などがポイントだろう。また、下肢関節障害の場合は、運動器機能向上プログラムなど移動障害予防のための機能訓練や地域医療における適切な痛みの管理、さらには閉じこもり予防のための通所系サービスの提供が必要である。

(図12) 認知症の場合は、早期発見・早期対応が重要であり、そのうえで尊厳などが保障されたケアを継続性をもって提供する必要がある。そして、近年増加しているがん・慢性心不全・慢性腎不全・COPDなどの内科的疾患で介護保険を利用している高齢者の場合、第一に適切な医学的管理（服薬管理や通院補助）が行われなければならない。そのうえで、医療職と介護職の情

報共有による生活支援が行われなければならないが、やがて訪れるターミナル期への対応に関して、医療職が介護職をいかにサポートできるかが重要である。

(図13) また、見逃されてはならないのが気分障害である。高齢期は、配偶者や友人との死別や社会的役割の喪失など、抑うつ的な状態の原因になるイベントが連続的に生じる。そのため、高齢者の心理面にも配慮したケアが必要になる。この図は西日本のある地域で通所介護サービス利用の有無別に気分障害の有病率を見たものである。通所介護サービス利用有の者は無の者に比較して有意に気分障害の有病率が低い。もちろん、横断的な欠陥のみで因果関係を論ずることはできない。通所系サービスを使わずに閉じこもっていることが抑うつの原因であるのか、抑うつであるから通所系サービスを利用する気力がないのか、この図だけでは判断できない。しかしながら、仮に抑うつ的な高齢者に通所系サービスを提供することで状態がどのように変わるのかを検証することにより、因果関係に関して介入的に検討を行うことは可能である。こうした点にも配慮してサービス提供につなげることもかかりつけ医の役割であろう。

図11

傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

脳血管障害や骨折

- ① 発症予防のための生活習慣病の管理
- ② 発症後の適切な早期治療と早期リハビリテーション
- ③ 回復期でのリハビリテーション(在宅復帰)
- ④ 維持期におけるリハビリテーション(ADLの維持・向上)
- ⑤ 閉じこもり予防

下肢関節障害

- ① 移動障害予防のための機能訓練(運動器機能向上プログラムなど)
- ② 地域医療における適切な痛みの管理
- ③ 閉じこもり予防

図11

図12

傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

認知症

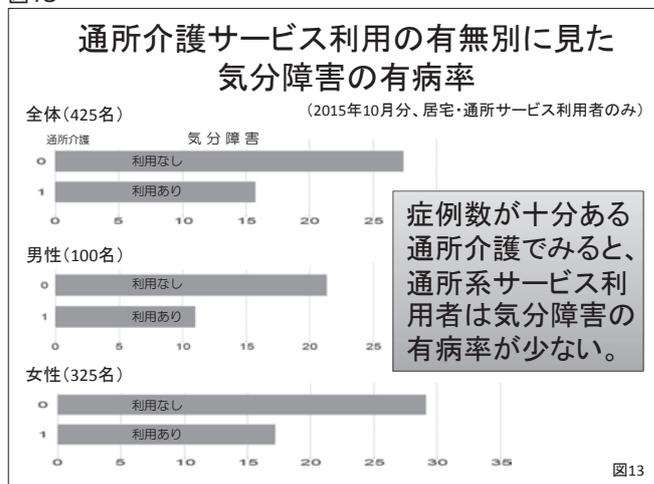
- ① 早期発見・早期対応
- ② Ageing in placeと尊厳が保障されたケア
- ③ ケアの継続性

がん・慢性心不全・慢性腎不全・COPDなど

- ① 適切な医学的管理
- ② 医療職と介護職の情報共有による生活支援
 - i. 服薬管理
 - ii. 通院補助
 - iii. 日常生活支援
 - iv. ターミナル期への対応

図12

図13



(図14) 実際、かかりつけ医が作成する主治医意見書には当該高齢者に今後起こりうる問題を記載する欄がある。この情報をきちんと記載し、そしてリンクワーカーであるケアマネジャーに適切に活用してもらうことが、日本の介護保険制度における主治医意見書の社会的処方としての最も重要な役割であると考えている。

(図15) ここで、次のような事例についてどのような社会的処方が可能であるのかを考えていただきたい。

対象は45歳男性、工場勤務（主任）、独身で70代の両親と同居している。平成〇年×月、不眠のためにかかりつけ医（内科）を受診した。診察で抑うつ症状が認められたため、心療内科の受診を勧められ、そこで「うつ病」と診断され、内服治療を開始する。プロマゼパム（2）IT×3（毎食後）、パキシル（10）2T×1（夕食後）、エスタゾラム（5）錠 1T×1（就寝前）の処方治療をしているが、一向に症状は改善しない。

(図16、17) 持病の高血圧の定期診察のためかかりつけ医を受診した際に、医師は母親の介護に関する相談を受ける。相談内容は以下のとおりであった。

「数年前から認知症の症状が出始め、現在は要介護1で週に2回訪問介護によるサービスを受けている。日中は父親が介護を行っているが、介護疲れもあるのか母親に対する虐待行為が時に見られる。」

「食事、入浴、排せつなどADL介助は、日中は父親に任せているが、在宅時は自分がほとんど行っている。食事の準備も負担になっている。介護や通院補助のために有給等を使って休まなければならないことがここ数か月で増えてきた。」

「いつまでこの状態が続くのか、将来の展望が抱けず、また職場にも迷惑をかけていることが、心理的に大きな負担になっている。仕事を辞めて親の介護に専念したほうが良いのではないかと思うこともあるが、今後のことを考えると難しい。いっそ、心中したほうが良いのではないかと思うこともある。」

図14

社会的処方としての主治医意見書

8	今後起こる可能性のある疾患	有	無
8_01	脳血管	有	無
8_02	転倒・骨折	有	無
8_03	移動能力の低下	有	無
8_04	嚥食	有	無
8_05	心肺機能の低下	有	無
8_06	閉じこもり	有	無
8_07	意欲低下	有	無
8_08	徘徊	有	無
8_09	低栄養	有	無
8_10	摂食・嚥下機能低下	有	無
8_11	脱水	有	無
8_12	尿路感染	有	無
8_13	がん等による疼痛	有	無
8_14	発熱	有	無

主治医意見書には当該高齢者に今後起こりうる問題を記載する欄がある。この情報はきちんと記載され、そしてケアマネジャーに適切に活用されているのか？

図14

図16

事例1（続き1）

- 持病の高血圧の定期診察のためかかりつけ医を受診した際に、医師は母親の介護に関する相談を受ける。以下、相談内容。
 - 数年前から認知症の症状が出始め、現在は要介護1で週に2回訪問介護によるサービスを受けている。日中は父親が介護を行っているが、介護疲れもあるのか母親に対する虐待行為が時に見られる。

図16

図15

事例1

- 45歳男性、工場勤務（主任）、独身（70代の両親と同居）
- 平成〇年×月、不眠のためにかかりつけ医（内科）を受診。診察で抑うつ症状が認められたため、心療内科の受診を勧められ、そこで「うつ病」と診断され、内服治療を開始する。プロマゼパム（2）1T×3（毎食後）、パキシル（10）2T×1（夕食後）、エスタゾラム（5）錠 1T×1（就寝前）
- 上記処方治療をしているが、一向に症状は改善しない。

図15

図17

事例1（続き2）

- 食事、入浴、排せつなどADL介助は、日中は父親に任せているが、在宅時は自分がほとんど行っている。食事の準備も負担になっている。介護や通院補助のために有給等を使って休まなければならないことがここ数か月で増えてきた。
- いつまでこの状態が続くのか、将来の展望が抱けず、また職場にも迷惑をかけていることが、心理的に大きな負担になっている。仕事を辞めて親の介護に専念したほうが良いのではないかと思うこともあるが、今後のことを考えると難しい。いっそ、心中したほうが良いのではないかと思うこともある。

図17

(図18) 患者の現在の職務内容は以下のとおりである。

「製造業（重電）の工場のラインの主任。」

「就業時間は日勤帯のみであるが、時に早朝から夜9時くらいまで作業が入ることがある（月に2、3回）。」

「監督業務が主体で、ラインで実際の作業をすることはあまりないが、トラブル時や新人の教育の際にはライン業務を行うこともある。」

仕事に関する本人の希望としては、

「仕事は自分のいきがいであり、息抜きにもなっているので続けたい。」

「介護費用を考えると、仕事は続けた方が良いと思うが、休むことで会社に迷惑はかけたくない。」

という思いもある。

この事例について、どのような社会的処方が必要であろうか。

(図19) ここに記載例を示したが、これを参考に介護者である息子の復職のための主治医による意見書を各自考えていただきたい。地域包括支援センターのケアマ

ネジャーにつないで、適切な介護サービスにつなげることで、介護と仕事の両立のための定時出社・定時帰社、休日出勤の回避や会社の介護休暇制度の活用などがポイントになる。

(図20) ところで、社会的処方という考え方が不可欠となっている理由の一つとして、我が国の人口学的変化がある。図は我が国における生涯未婚率の経時的推移を見たものである。近年上昇しており、特に男性で生涯未婚率が大きく増加する。このような人口学的な構造変化により、今後我が国では独身中高齢者によるその親の介護問題がより大きな社会問題として顕在化するだろう。かかりつけ医はこうした社会構造の変化にも留意して地域医療に携わる姿勢が求められるのである。

図18

事例1（続き3）

- 現在の職務内容
 - － 製造業（重電）の工場のラインの主任。
 - － 就業時間は日勤帯のみであるが、時に早朝から夜9時くらいまで作業が入ることがある（月に2、3回）。
 - － 監督業務が主体で、ラインで実際の作業をすることはあまりないが、トラブル時や新人の教育の際にはライン業務を行うこともある。
- 仕事に関する本人の希望
 - － 仕事は自分のいきがい（息抜きにもなっている）。
 - － 介護費用を考えると、仕事は続けた方が良いと思うが、会社に迷惑はかけたくない。

図18

図19

復職支援・就業継続に関する主治医による意見書（記載例）

職場復帰の可否等についての主治医による意見書

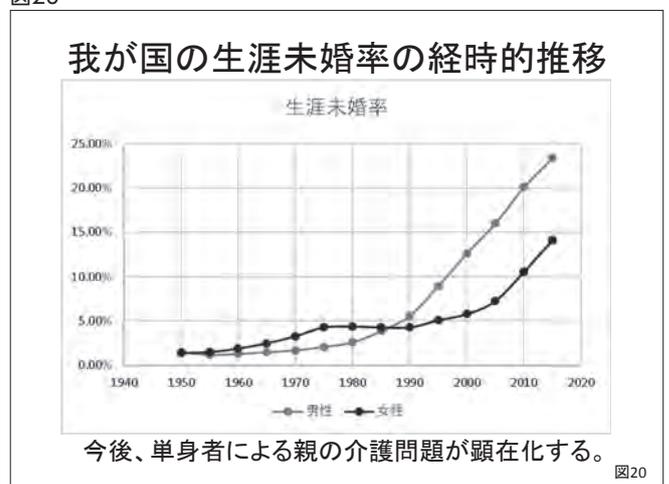
患者氏名	生年月日	性	病 歴
性別			
職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 嘱託医で不在（看護士） <input type="checkbox"/> 専業主婦		
復帰に関する事項	医師の診察の結果が適宜であったことに関する特約規定である。介護保険サービスなどの福祉資源を活用することで負担の軽減ができれば十分に就業は可能である。		
復帰の前提条件	就業復帰にあたっては以下の配慮が必要であると考えます。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険サービス等の活用による負担軽減（ケアマネージャーによる相談を受け、適切な介護サービスにつなげるなど）。 ・ 介護保険サービス等の活用による負担軽減が得られるよう配慮する。 また、患者の負担も軽減されること望まれます。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 会社の介護休暇制度について医師に、留意されたいよう配慮すること。 		
その他配慮事項			
主治医の署名欄	年 月 日	—	年 月 日
上記内容を確認しました。	年 月 日	—	年 月 日
年 月 日	—	—	年 月 日
年 月 日	—	—	年 月 日

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を述べます。
年 月 日 (医師署名欄)

(注) 上記の意見書は、患者の就業継続の可否を判断する上で参考とさせていただきます。患者の就業継続の可否は、患者の就業継続の可否を判断する上で参考とさせていただきます。

図19

図20

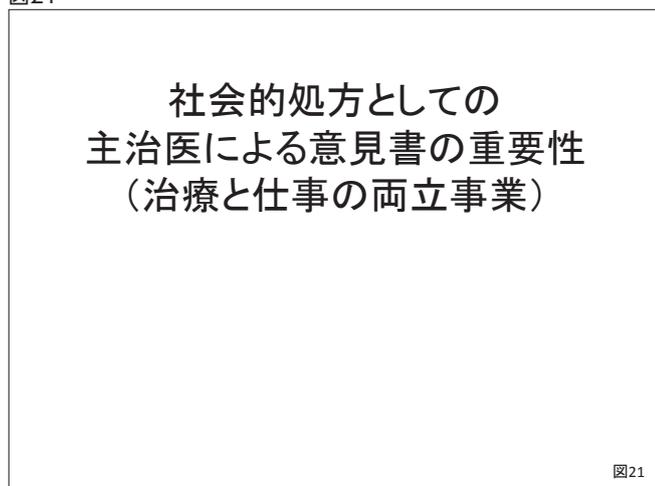


社会的処方としての主治医による意見書の重要性（治療と仕事の両立事業）

(図21) 次に、社会的処方としての治療と仕事の両立事業における主治医による意見書の意義について説明する。

(図22) イギリスでは働くことと健康との関連について、大規模な研究が行われ、その結果がイギリス政府から「Working for a healthier tomorrow」という報告書として出されている⁴⁾。その主な内容は健康問題による経済的損失は約1億7500万労働日/年で、金額に換算すると1000億ポンド/年（15兆円：1ポンド=150円）にも上ること、働くことの健康への影響として健康は労働が可能になる条件の一つであるが、逆に働くことは健康にポジティブな効果があること、傷病等で休職した労働者のおよそ40%に関しては早期に問題を解決することで失業等を回避できること、などがデータとして示されており、働くことを支援する医療の役

図21



割が強調されている。

(図23) そして、その具体的なツールとしてFit Noteという処方箋（情報提供書）を一般医が発行する仕組みが導入されている⁵⁾⁶⁾。これは傷病を持つ労働者が就労の継続や復職する際に、そのかかりつけ医が記入する情報提供書で、例えば腰痛を持った労働者の場合、「就業を継続するために長時間座らせないこと、および腰痛予防に良い椅子を与えること」といった内容が記載される。Fit Noteを受け取った事業主は当該労働者の労働条件に配慮しなければならず、不適切な対応を行った場合には地方当局からの指導を受けることになる。このような制度の基本的な理念として、かかりつけ医である一般医は当該患者の生活全般に関して健康という視点からかかわるべきであるというものがある。ちなみに、イギリスでは日本における産業医の選任義務がなく、労働者である患者の健康管理もかかりつけ医の業務の一環であることに留意する必要がある。

図23

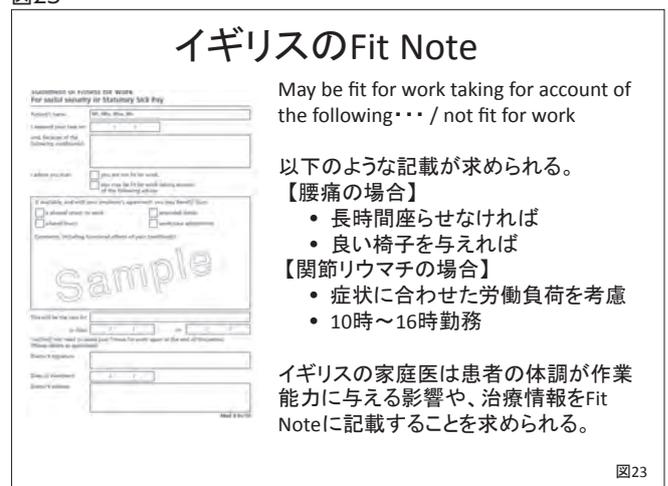


図22

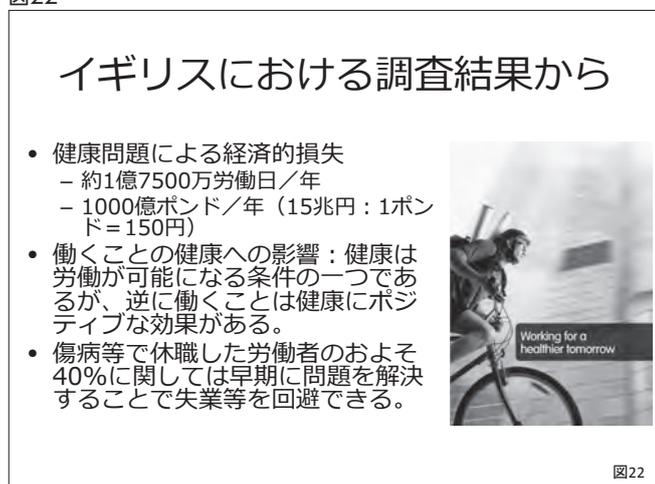
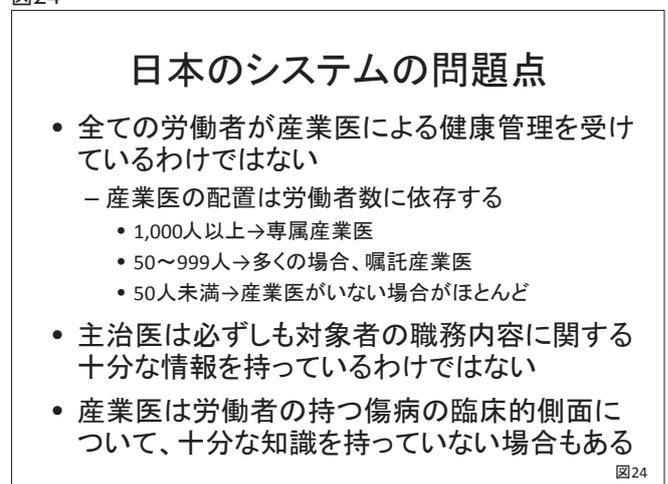


図24



(図24) 我が国の場合、50人以上の事業所については産業医の選任義務があり、企業における健康管理は産業医の業務となっている。しかしながら、産業医の配置は労働者数に依存する仕組みになっており、従業員1,000人以上の事業所は専属産業医、50～999人の事業所は嘱託産業医（あるいは専属産業医）を持つことになっているが、我が国の事業所の大半を占める50人未満の事業所は産業医がいない場合がほとんどである。また、自営業者や農業労働者など、労働安全衛生法の対象外である事業形態の者については、産業医による健康管理の対象外となっている。こうした労働者の場合、地域の主治医が労働との関係も含めて健康管理を行うことが望ましいが、主治医は必ずしも対象者の職務内容に関する十分な情報を持っているわけではない。また、労働安全衛生法における基本健診に対応する特定健診・特定保健指導事業も働き方との関係を考慮する仕組みとはなっていない。産業医についても労働者の持つ傷病の臨床的側面について、十分な知識を

持っていない場合もある。したがって、労働者の健康管理に関しては産業医と主治医との間の情報共有の仕組み、日本版のFit Noteのような仕組みが必要となる。

(図25) こうした傷病を持った労働者の健康管理上の支援に関して、がん対策基本法の枠組みの中で、近年大きな進捗があった。以下、これについて説明したい。医療技術の進歩によりがんの5年生存率が改善しており、がんは慢性疾患としての傾向が強くなってきている⁷⁾。

(図26) その結果、仕事をもちながら悪性新生物で通院している者が増加しており、図に示したようにその数は30万人以上となっている。男性では60代、女性では50代が多くなっているが、生涯現役社会を目指す我が国にとって、中高年期のがん患者の就労支援は重要な施策の一つとなっている。

(図27) がん診療連携拠点病院の相談支援センターに寄せられた相談内容においても、34.6%は「働くこと」に関する相談であり、その内容として64%は経済的なこと、そして39%は仕事と治療の両立となっている。

図25



図26

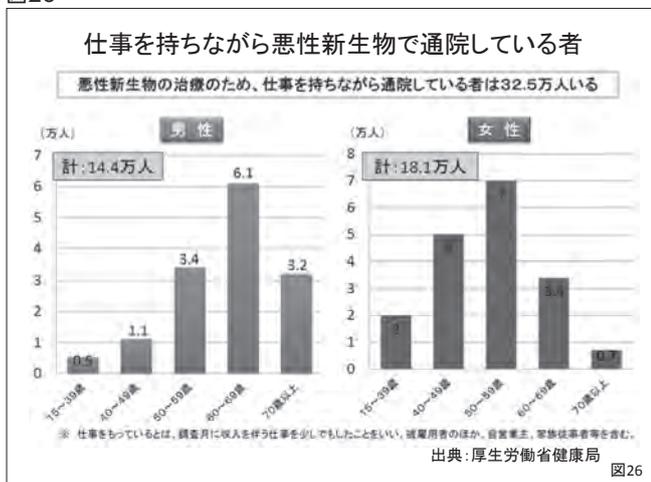


図27



(図28) 平成25年1月に内閣府によって行われたがんに関する世論調査によると、「現在の日本の社会は、がんの治療や検査のために2週間に一度病院に通う必要がある場合、働き続けられる環境だと思うか」という質問に対し、約70%が「そう思わない」と回答しており、この割合は特に若い労働者で多くなっている。

(図29) また、同世論調査ではがん対策に対する政府への要望として50%の者が「がんによって就労が困難になった際の相談・支援体制の整備」をあげている。

(図30) 山口らの調査によると、がん患者の場合、がんの診断後、勤務者の34%が依願退職、解雇されていること、自営業等の者の13%が廃業していることが報告されている⁸⁾。

(図31) そして、別の調査では働けている場合でも、収入が半分以下になってしまうことが報告されている。

(図32) このようながん患者の就業問題は他の先進国

でも大きな政策課題となっており、例えばフランスではパリ大学のがん専門病院に付属するCurie 研究所ががん患者の就業に関する大規模な調査を行っている。その結果によると、がん患者が復職にあたって困難と感じることの第一は罹患前の業務量をこなせないこと(特に肉体労働者)、記憶力の減退や集中力の低下、痛み、動作の制限で、これらの問題に対して企業側の配慮不足(例えば、稼働能力の過大評価)がうつ状態や罪悪感の原因となっていることが報告されている。この調査では、こうした問題に対応するために臨床医と産業医の情報の共有が重要であることも報告されている^{注)}。

注：フランスでは産業医は専門職の一つであり、すべての企業が産業医を選任することを義務づけられている。日本と異なり、開業医などの臨床医が産業医を嘱託で行うことは原則としてできない。産業医は労働者の健康管理を担当するが、その主な役割は労働者の適正配置、職業関連疾患の予防である。

図28

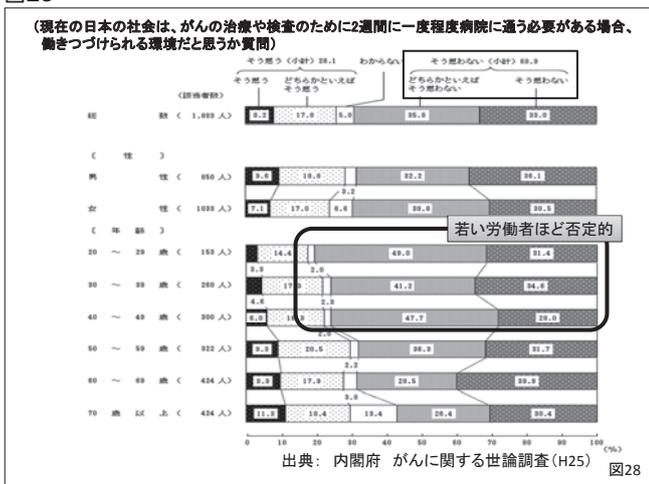


図30

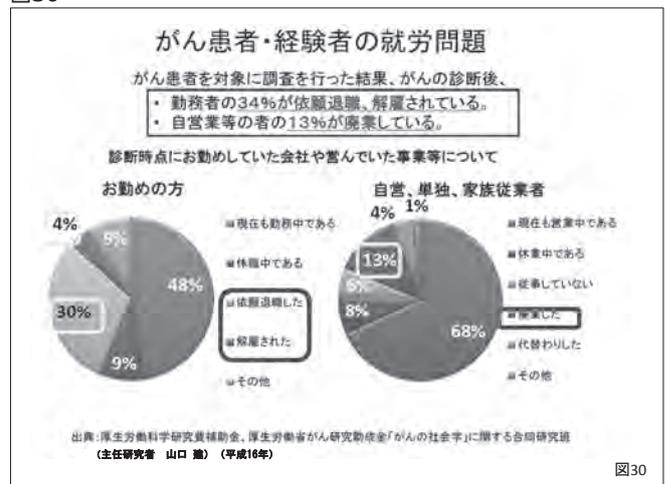


図29

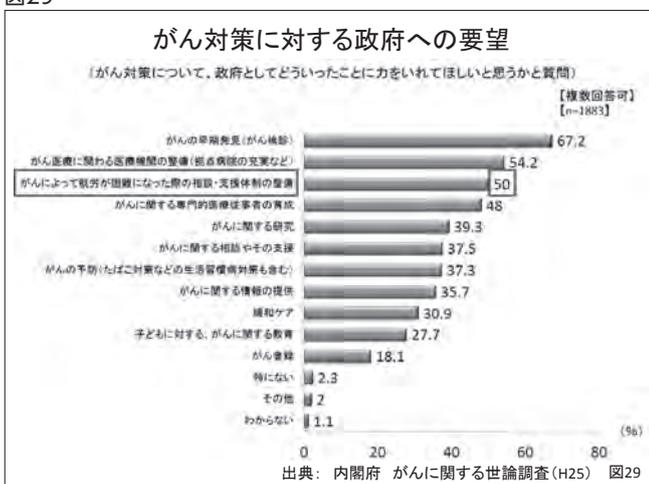
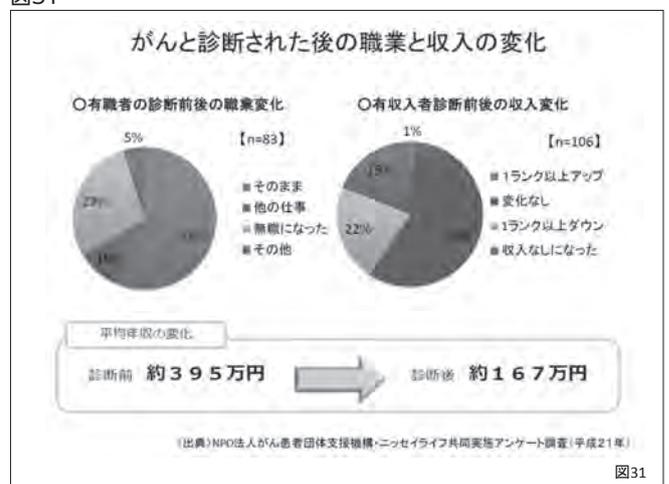


図31



日本ではがん患者の就労支援に関してどのような配慮が行われているかについての研究は少ない。例えば、齊田らは北海道内にある5病院の外来治療センターで外来化学療法を受けている就業中の患者35名を対象としたアンケート調査を分析した結果、がん患者の多くが倦怠感や脱毛といった身体的症状の苦痛に加えて、「仕事や家事への影響」といった社会生活に関連した困難を感じていることを明らかにしている⁹⁾。また、この研究では化学療法を受け外来化学療法を受ける患者が仕事を継続する上での困難が「病気や治療のため、職場の仲間に負担や迷惑をかけている」、「仕事上の責任を十分に果たせない」、「仕事の量・ペース・内容がきつく、身体状況に見合っていない」、「病気や治療のため体調が悪くなったときに、早退や休みを取りにくい」など対人関係、仕事上の責任、労働条件など多岐にわたっていることを明らかにしている。さらに、この研究では仕事を継続するために、「治療のスケジュールを病院と相談して都合のよい日にずらしても

らった」という医療者との調整が多く実施されていることが示されている。しかし、「出勤の曜日や時間帯を変えてもらう」、「部署を異動したり、仕事内容を変えたりしてもらう」などの職場との調整をしている対象者は少なく、あくまで仕事を優先して治療日を決めている現状も示唆されている。

(図33) 以上のような先行研究を受けて、西日本のある県の協会けんぽのデータを用いて、健康保険被保険者本人であるがん患者が何曜日に外来化学療法を受けているかを分析した結果を示したものである¹⁰⁾。この研究では、仕事との両立を図るために外来化学療法は金曜日に受ける場合が多いのではないかとという仮定の下で検証を行ったが、健康保険本人の曜日別の受療率に明確な差は観察されなかった。このことは我が国の場合、まだ治療と仕事の両立という視点でがんの治療が行われる状況にはないことを示唆していると考えられる。

図32

フランスのCurie 研究所の研究から

- **がん患者が復職にあたって困難と感じることの第一は罹患前の業務量をこなせないこと(特に肉体労働者)**
 - 記憶力の減退や集中力の低下
 - 痛み
 - 動作の制限
- **企業側の配慮不足(稼働能力の過大評価)**
 - うつ状態や罪悪感の原因となる

図32

(図34) これは、がん患者の就労支援の5つのポイントをまとめたものである。1.患者の仕事に関する情報の収集、2.患者の持つ多様な悩みに医療職が幅広く対応、3.患者の希望に応じた受診・治療への配慮、4.仕事を継続しながら治療ができるよう治療による仕事への影響の十分な説明、5.スムーズな職場復帰のための環境調整(上司や同僚の理解も含む)である。こうした対応が可能になるためにはかかりつけ医と産業医との間の情報共有が重要である。

図33

働いている人は何曜日に外来化学療法を受けているのだろうか？

ある県の協会けんぽデータ(2015年10月分外来レセプト)

本人・男	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
0-19歳	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
20-64歳	0.8%	12.4%	22.7%	18.5%	24.6%	17.4%	3.6%
65歳以上	2.3%	9.1%	20.5%	18.2%	27.3%	20.5%	2.3%
総計	1.0%	12.0%	22.4%	18.7%	24.8%	17.7%	3.4%
本人・女	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
0-19歳							
20-64歳	0.7%	14.9%	22.0%	18.6%	20.6%	19.6%	3.7%
65歳以上	3.2%	22.6%	9.7%	12.9%	29.0%	19.4%	3.2%
総計	0.9%	15.6%	20.8%	18.0%	21.4%	19.6%	3.7%

出典：松田(2018)

図33

図34

がん患者の就労支援の5つのポイント

1. 患者の仕事に関する情報の収集
2. 患者の持つ多様な悩みに医療職が幅広く対応
3. 患者の希望に応じた受診・治療への配慮
4. 仕事を継続しながら治療ができるよう治療による仕事への影響の十分な説明
5. スムーズな職場復帰のための環境調整(上司や同僚の理解も含む)



かかりつけ医と産業医の情報共有の重要性

図34

(図39) 退院後は1月に1回の大学病院外来受診を行い、落ち着いたところで紹介元であるかかりつけ医の診療所でフォローアップを行っている(6か月に1回は大学病院外来でも精査)。なお、現在は化学療法としてS-1内服を継続している。食事後に悪心を伴うことが時々あり、胃切除に伴うダンピング症候群との診断が出されている。

(図40) なお、入院前の職務内容は、医療機関への営業で、営業車を運転して取引先医療機関を訪問し、時に倉庫への搬入も行う。職位はGroup Leader(係長相当)で、既定の勤務時間は8時半～17時半であるが、実際は残業が多く21時を超えることが常態化している。土日は基本的に休みである。仕事に関する本人の希望としては、仕事はいきがいの一つになっていること、子供2人がまだ高校生であり、経済的にしっかりしたいこと、できれば慣れた営業職をやりたいが、体力的な不安があること、定年(65歳)まで勤め上げることが目標であり、それができれば管理職であることへのこだ

わりはないとのことである。

(図41) このような事例についてどのような主治医による意見書が適切であるか、記載例を示したが、これを参考に各自考えていただきたい。療養直後の体力低下への配慮、ダンピング症候群予防のための食事への配慮および低血糖等の副作用が業務に及ぼす影響の回避などがポイントになる。

(図42) 現在、職域で最も重要な健康管理上の課題はメンタルヘルスである。抑うつ等による休職・退職は当該労働者にとってもまたその就業先である事業所にとっても大きな困難をもたらすことになる。こうしたメンタルヘルス問題についても、かかりつけ医である精神科医(あるいは心療内科医)と産業医の連携が有用であることがMuramatsu et alの研究によって明らかとなっている¹¹⁾。

図39

事例2(続き1)

- 退院後は1月に1回の大学病院外来受診を行い、落ち着いたところで紹介元であるかかりつけ医の診療所でフォローアップを行っている(6か月に1回、大学病院外来でも精査。がん診療連携パスを使用)。現在は化学療法としてS-1内服を継続。
- 療養上の注意点:
 - 胃切除に伴うダンピング症候群

図39

図41

復職支援・就業継続に関する主治医による意見書(記載例)

図41

図40

事例2(続き2)

- 入院前の職務内容
 - 医療機関への営業(営業車を運転: Group Leader)
 - 取引先医療機関では倉庫への搬入も行う。
 - 勤務時間: 8時半～17時半(実際は残業が多く21時を超えることが常態化。19時くらいに事務所に戻り伝票整理)。土日は基本的に休み。
- 仕事に関する本人の希望
 - 仕事はいきがいの一つになっている。
 - 子供2人がまだ高校生であり、経済的にしっかりしたい。
 - できれば慣れた営業職をやりたいが、体力的な不安がある。
 - 定年(65歳)まで勤め上げることが目標。管理職であることへのこだわりはない。

図40

図42

休職経験労働者における主治医による継続的診療と再休職リスクのレセプトデータを用いた検証

出典: Muramatsu et al, 2019

図42

(図43) メンタルヘルス上の問題を持った労働者の休職・退職のリスク要因として、過去にメンタルヘルス問題による休職歴があることが種々の研究で明らかとなっている。そこでMuramatsu et alの研究グループは、過去にうつおよび抑うつ症状で休職歴のある労働者について、復職後の治療状況と勤務状況とをそれぞれ医科レセプトと労務管理データの突合により検討している。その結果、かかりつけ医と産業医との情報共有により治療を継続している労働者は長期休職リスクのオッズ比が0.4となること、内服治療を続けていない労働者の長期休職リスクのオッズ比は2.6になることを明らかにしている。このことはかかりつけ医と産業医の情報共有による管理の有用性を証明するものであり、社会的処方としての療養・就労両立支援のために主治医による意見書の重要性を示すものである。その意味でも、今後対象疾患をがんに限定するのではなく、対象傷病の一般化が必要であると考えられる。

図43

精神科疾患の長期休職リスク

	OR	95%CI		p
精神科療法	0.4	0.1	0.9	0.027
性別	1.6	0.9	2.8	0.116
年齢	1.0	1.0	1.0	0.160
入院	0.8	0.3	2.4	0.652
内服なし	2.6	1.1	6.3	0.035

長期休職リスクは
 精神科療法あり 0.4倍
 精神神経用剤投与なし 2.6倍

OR=オッズ比

出典: Muramatsu et al, 2019

図43

特定健診・特定保健指導事業もかかりつけ医の職務の一つとして考える必要があるのではないか？

(図44) 最後に、特定健診・特定保健指導事業もかかりつけ医の職務の一つとして考える必要があること、これに関連したかかりつけ医の社会的処方の在り方を考えてみたい。

平成18年に導入された特定健診・特定保健指導事業であるが、当初の目標どおりに事業が進んでいないのが現状である。特に、労働安全衛生法における基本健康診査による代替の利かない地域保険では健康診断の受診率が伸びず、また保健指導の受診率も低迷している。保健指導については、中小企業をカバーする協会けんぽにおいても同様の課題を抱えている。

(図45) では、なぜ住民は健康診断や保健指導を受けないのであろうか。筆者らは福岡県の一自治体の住民を

図44

特定健診・特定保健指導事業も かかりつけ医の職務の一つとして 考える必要があるのではないか？

図44

図45

福岡県の一自治体における健康調査の結果 「改善したい生活習慣がありますか」

		度数	%
有効	ある	854	54.1
	ない	607	38.4
	合計	1461	92.5
欠損値	不明	119	7.5
	合計	1580	100.0
改善したい内容(%は「ある」に対する割合)			
		度数	%
運動		550	64.4
食事		500	58.5
喫煙		201	23.5

半数以上の対象者が改善したい生活習慣(運動・食事)があると回答

図45

対象にその理由に関するアンケート調査を行っている。まず、重要な点は調査対象となった住民の半数以上が改善したい生活習慣（運動・食事）があると回答しており、問題意識は大半の者が持っているということである。

そして、受診しない者はその理由として、健診で約70%（図46）、健康教室で約40%の対象者が「医療機関にかかっているから」と回答している（図47）。確かに、特に国民健康保険の被保険者の場合、保険者の指定する時間、場所に仕事を休んでまで健診や保健指導を受けに行くことには心理的な抵抗がある。

（図48）そこで筆者らは、特定健診・特定保健指導もかかりつけ医を中核に行うことがより適切ではないのかと考え、その支援を行っている。なぜ、このようなモデルが適切なのかといえば、耐糖能異常・糖尿病、あるいは血圧のような慢性疾患の場合、遺伝的要因の影響が大きく、適切な予防対策を行ったとしても、例えば特定健診・特定保健指導の対象外年齢である75歳以

上で当該疾患を持つ確率が高いため、疾病にならない予防と、発症後の重症化予防を連続的に行うことが妥当であると考えられるからである。連続性をもって対策を行うためには、それを可能とする場が必要であり、筆者はそれがかかりつけ医の診察室であると考えている。

（図49）この写真は、北九州市若松区医師会の理事でもあった田中裕医師が診察室で保健指導を行っている風景を撮ったものであるが、かかりつけ医が制度の中核となり、必要に応じて保健師や理学療法士、栄養士等に、対象者の特性に合わせて必要な保健指導を処方すること（＝社会的処方）がより効果的ではないだろうか。実は、このようなスキームで行ったからこそ日本の母子保健制度は成功したのである。そして、こうした枠組みがあってこそ、生活習慣病管理料のような診療報酬上の設定も有効なものになるのではないかと考える。ちなみに、イギリスでは一般医の包括的指示のもと、看護師が慢性疾患を持つ患者に対する保健指導を行う仕組みが確立している。

図46

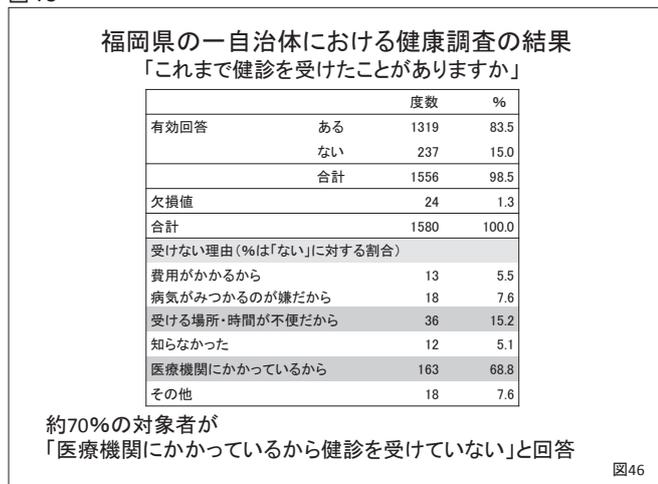


図48

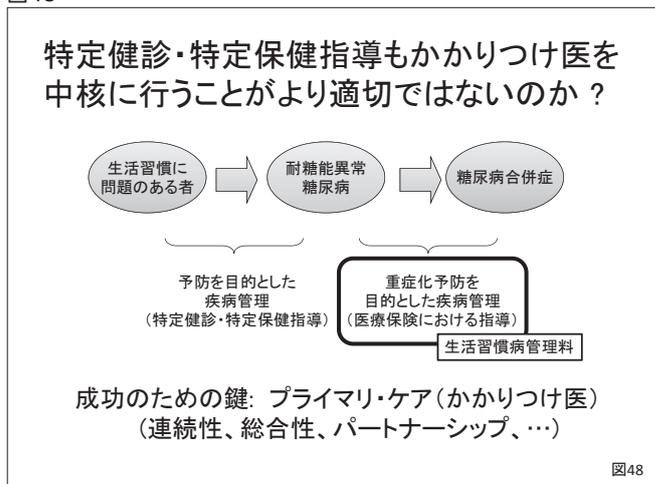


図47

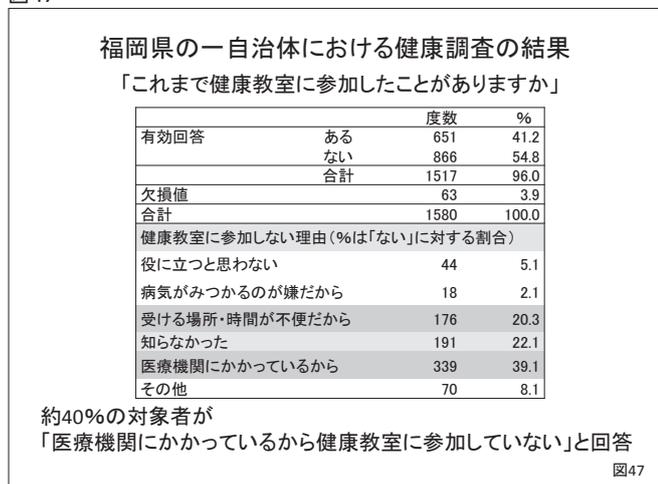
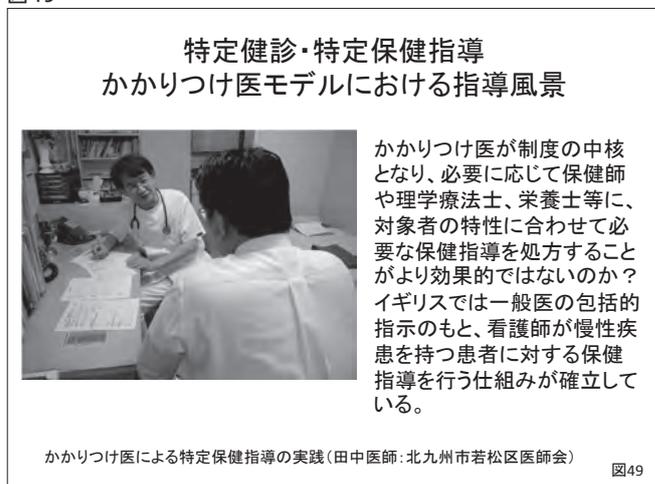


図49



まとめ

(図50) 以上、我が国におけるかかりつけ医による社会的処方¹⁾の意義について説明した。改めて論考するまでもなく、我が国においては地域医療の現場でかかりつけ医による社会的処方は介護保険や療養と就業の両立事業における主治医による意見書として制度化されている。そして、今後の社会構造の変化の中で、このかかりつけ医による社会的処方の役割はさらに大きなものになっていくと考える。

図50

まとめ

- 超高齢社会の進行により、医療・介護ニーズの複合化が進んでいる。
 - 要介護高齢者の自立支援のための医学的管理の重要性が高まっている。
- 「働くことを支援する」医療の役割が重要になる。
- 生活習慣病が日本の新しい国民病になった。
 - 特定健診・特定保健指導事業をより効果的なものにするために、かかりつけ医を中核とした仕組みとすべき。
- 以上の仕組みをより効果的なものにするために、かかりつけ医の「社会的処方」が重要になっている。

図50

参考文献

- 1) <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> (2019年1月31日アクセス)
- 2) Sheffield Hallam University: The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot: Main Evaluation Report, September 2014.
- 3) Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K: Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence, *BMJ open*, 2017;7(4):e013384. doi:10.1136.
- 4) Black CM (2008) : Working for a healthier tomorrow. Stationery Office. London 125 pp
- 5) Department for Work and Pensions: Statement of fitness for work. Guide to the new 'fit note'. Department for Work and Pensions. London, 2010: 4.
- 6) Fujino Y, Kubo T, Muramatsu K, Watase M and Matsuda S: General Background and Practical Implementation of Fitness for Work Statement in the UK, *Asian Pacific Journal of Disease Management* 2012; 6 (1) , 23-27.
- 7) 全国がん罹患モニタリング集計 2003-2005年生存率報告 (独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2013) 独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成22年度報告書
- 8) 山口 建: 「がんの社会学」に関する合同研究報告書 (厚生労働科学研究費補助金 厚生労働省がん研究助成金) 研究代表者 山口建)、平成16年。
- 9) 齊田菜穂子, 森山美知子: 外来で化学療法を受けるがん患者が知覚している苦痛. *日がん看会誌*. 2009, 23 (1), 53-60.
- 10) 松田晋哉, 榎島美佐子, 藤本賢治: がん外来化学療法の実施曜日に関する検討、*社会保険旬報*、2018, No.2711: 12-16.
- 11) Muramatsu K, Fujino Y, Kubo T, Otani M, Matsuda S. Relationship between treatment and period of absence among employees on sick leave due to mental disease. *Industrial Health*. 2019;57 (1) :79-83.

5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」

公益社団法人 日本医師会 常任理事 は とり ゆたか
羽鳥 裕

【略歴】 横浜市立大学医学部卒業、横浜市立大学病院、神奈川県立成人病センター（現 がんセンター）、横浜市立港湾病院（現 みなと赤十字病院）を経て、1988年 はとりクリニック開設、現在に至る。
【所属・資格等】 日本内科学会認定医、日本循環器学会専門医、川崎市内科医会名誉会長

医療法人川口内科 川口メディカルクリニック 院長・理事長 かわぐち みつひこ
川口 光彦

日本臨床内科医会（代議員、介護・医療保険委員会副委員長）
【略歴】 兵庫医科大学卒業、岡山大学第一内科、福山市市民病院、広島通信病院、津山中央病院（消化器内科肝臓部門部長）、岡山済生会総合病院（内科主任医長）等を経て、2005年に岡山済生会総合病院客員医長、川口内科副院長就任、2006年医療法人川口内科 院長・理事長に就任、現在に至る。
【所属・資格等】 岡山済生会総合病院 内科非常勤医師（客員医長）、日本内科学会認定医・評議員、日本肝臓学会専門医、日本東洋学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本胎盤臨床医学会（理事）

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 5. 高齢者特有の問題や認知症の知識 (1) 終末期医療、褥瘡と排泄

【目 標】

本人の意思を明らかにできるときから、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の重要性が認識され始めている。ACPは、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することにつながるものであり、その推進にあたっては、かかりつけ医を中心に多職種が協働して、地域で支えていくという視点が重要である。

患者の褥瘡と排泄異常は、生活の質を悪化させ、介護をする側も大きな負担となる。褥瘡を悪化させる要因は何か？改善させるために必要な栄養療法と局所療法について解説する。患者の生活の質の向上と維持を目標として、便・尿排泄を良好にする食材、水分調節、薬剤の選択などを各症例に基づいて紹介する。

【キーワード】

人生会議、人生の最終段階における医療、栄養状態、便・尿排泄調整

終末期医療

(図1、2) 高齢化の推移と将来推計を示した図である。

日本の人口は2012年をピークに、すでに減少がはじまっている。

そして、超高齢社会を迎えた我が国においては、これからますます、65歳以上人口の割合を示す高齢化率が高まり、少子化等も相俟って人口構成が大きく変化していく。

たとえば、2017年の高齢化率は27.7%だが、2025年には30.0%、2050年には37.7%と、着実に高齢化率が上昇すると推計されている。

高齢化率の上昇に伴い、介護を要する高齢者数も、割合相応に増加することが予想され、また、高齢者の独居世帯が増加し、孤立死や孤独死といった社会問題が今まで以上にクローズアップされることも考えられる。

こうした時代の大きな変化の中で、医療においても

変革が求められており、今後、地域包括ケアシステムの中核を担う、かかりつけ医の役割が一層大きくなると考えている。

(図3) これは、出生数と死亡数の将来推計を示めた図である。

出生数は今後右肩下がりを見込んでいる。2016年の出生数は97万7千人であるが、2025年には84万4千人、2050年には65万5千人まで減少すると推計が出ている。

一方、死亡数に目を移すと、2016年は130万8千人だが、2025年には152万2千人、2040年には167万9千人まで増加すると推計されている。

死は非常に個別性が高いものなので、こうした超高齢多死社会において、いかにそれぞれの患者さんの「尊厳ある死」、あるいは、「尊厳ある生」を実現していくのかということが、医療従事者にも問われていくこととなる。

また、孤立死や孤独死を防ぐためにも、後ほど説明するアドバンス・ケア・プランニング (ACP) という考え方が非常に重要になってくるということである。

(図4) これは死亡の場所の年次推移である。

以前は自宅で亡くられる方が圧倒的に多く、年々、医療機関で亡くられる方の割合が増加する傾向にあった。

そして、昨今では、老人ホームや介護老人保健施設等の医療機関以外の場所における死亡が増加する傾向にある。

高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス

図1

終末期医療



人生会議のロゴマーク
 [ロゴマークの制作者] 澤渡 和男 さん (東京都在住 医師)

[制作者コメント]
 人生は、空に架かる虹であり、現在から未来への架け橋です。また、一筋の流れとして分水嶺を乗り越え、大河とつながる大地を潤して海へと届くまでの川の流れです。人生の流れに次代に継承させる力がデザインコンセプトです。

図1

図2

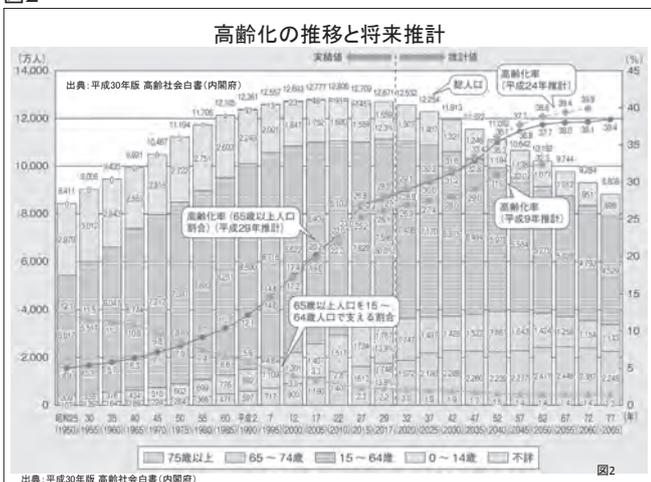
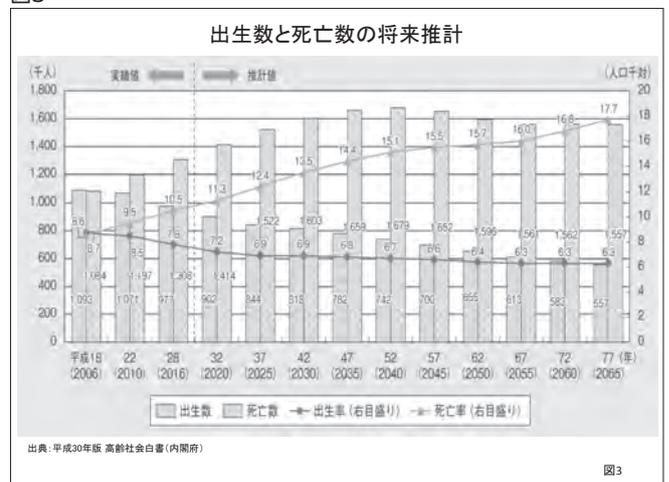


図3



付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にあるので、今後、様々な場所での看取りを考えていく必要があるということになる。

(図5) 我が国の社会は、これからも世界に先駆けて高齢化が進み、人口構造も大きく変化していく。

超高齢多死社会を迎え、今後変化し続ける社会を経験していく中で、終末期における医療・介護の在り方が大きなテーマとなっており、本人の尊厳ある最期の迎え方について、医療・ケア関係者がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっている。

(図6) では、本人の尊厳ある最期とは何か？ということだが、それにはまず、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供することが重要である。

そのため、アドバンス・ディレクティブ (Advance Directive: AD)、いわゆるリビング・ウィル (Living Will: LW) を含む事前指示の重要性が指摘されてきた。

ADには二種類あり、一つは代理人指示、そしてもう一つがLWである。

LWについては、日本尊厳死協会の取り組みなどが知られている。

また、代理人指示については、法律で規定されているものではないが、平成30年3月に改訂された厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾では、「特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと」の重要性が新たに書き加えられている。

(図7) 一方で、ADは、本人が一人でも作成できること等から、様々な課題が浮かび上がってきた。

たとえば、たとえ判断能力があったとしても、作成時点でどれだけ十分な情報を得て、理解しているかわからないし、将来のあらゆる状況を想定して指示することには限界があるということ。

そして、後ほど説明する厚生労働省のガイドライン¹⁾

図4

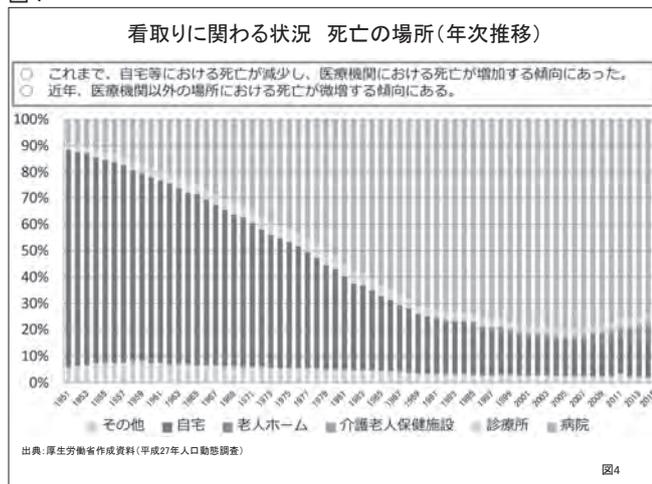


図4

図6

アドバンス・ディレクティブ(AD)とリビング・ウィル(LW)

事前指示書(Advance Directive)とは、人々が意思決定能力を失った場合の治療に関する選好を表明する口頭または書面の意思表示である。

事前指示には、代理人指示と内容的指示という二種類があり、内容的指示は、しばしば“リビング・ウィル”と呼ばれ、本人が特定の治療を望むと考えられる状況や本人がそれを望まないと考えられる状況を指定する。

※『生命倫理百科事典』を参考に作成

図6

図5

超高齢多死社会を迎え、今後変化し続ける社会を経験していく中で、終末期における医療・介護の在り方が大きなテーマとなっており、本人の尊厳ある最期の迎え方について、医療・ケア関係者がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっている。

図5

図7

アドバンス・ディレクティブ(AD)の主な課題

- 本人に判断能力があっても、将来のあらゆる状況を想定して指示することには限界がある。
- 本人が家族等と治療の希望について話し合っていない。
- 作成時点でどれだけ十分な情報を得て、理解した上で作成したかが問われる上、そもそもそれが現実の問題となる場面の情報(病状)は作成時点とは異なる。(いったん作成されると、本人の状況の変化が反映されにくい)
- 本人がAD書面を完成させていない。
- 本人のADが、医療の現場で必ずしも適用されるわけではない。… など

図7

では、本人の意思が確認できない場合、家族等が本人の意思を推定できる場合は、「その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする」ことになるが、家族等との話し合いがなければ、本人の意思も共有できないし、残されたADが本当に本人の意思なのかという判断にも窮することとなる。

さらに、いったんADを作成したとしても、その作成時点と現実の問題となる場面では、状況が異なるということも考えられる。

(図8) そのため、ADに欠けていた、包括的なプロセスを重視する、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) と呼ばれる考え方の重要性が認識されるようになった。

ACPは、将来、意思決定する能力を失った場合に備えた、本人によるあらゆる計画を指す。

話し合いの内容は、将来受たいケア、受けたくないケア、あるいは、希望する看取りの場所、自分の代わりに医療・ケアの決定をしてもらいたい人の指名などに基づいて、本人の希望や価値観に沿った医療及び

図8

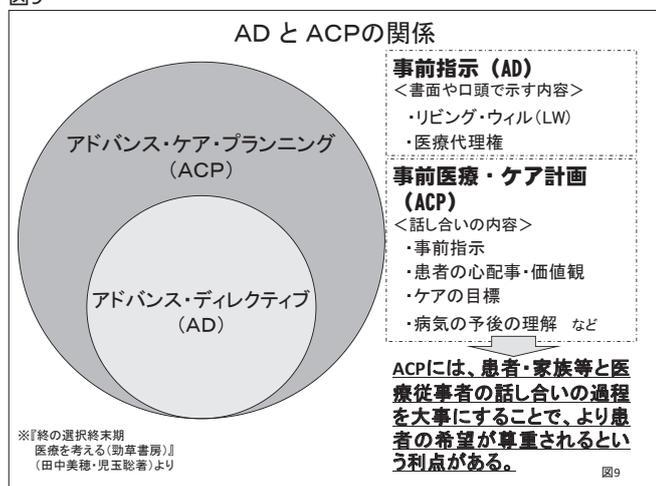
アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

- ACPとは、将来、意思決定する能力を失った場合に備えた、**患者によるあらゆる計画**を指す。(生命倫理百科事典)
- 話し合う内容は、将来受たいあるいは受けたくない医療・ケア、希望する看取りの場所、自分の代わりに医療やケアの決定をしてもらいたい人の指名、患者の価値観や信条、宗教などに基づく希望など様々である。
- **事前指示を含むプロセス**であり、書面を作るということに終始せず、**患者、家族、医療従事者などの話し合いを重視して、患者の希望に沿った医療やケアを提供することを目指している。**

※『終の選択 終末期医療を考える(勁草書房)』
(田中美穂・児玉聡著)より

図8

図9



ケアを提供することを目指すものである。

書面を作ることに終始せず、話し合いのプロセスを重視し、繰り返し行うことが重要となる。

(図9) ここで、ADとACPの関係を整理する。

言葉の定義に過ぎないが、ADはLWと医療代理権の二つを指すこととなり、ACPはADよりも広い概念を持つものである。ACPは、本人とご家族等、医療・ケアチームとの話し合いの過程を大事にすることで、より本人の希望が尊重されるというメリットがある。

また、ご家族や医療従事者の心理的負担が軽減することにもつながると考えられる。

ただし、ACPをするからADの役割がなくなったかという、そういうわけではない。

ACPはADを作成することが必ずしも目標ではないが、ACPの結果はその都度、診療録に記載する等、何らかの形で記録しておくことが必要である。当然、繰り返し行うACPの結果として、ADを作成・更新していくことも重要と考える。

要は、ACPの考え方のもとで、家族や医療・ケアチーム等とともに繰り返し話し合い、本人の思いを共有しておくことが重要になるということである。

(図10) ACPの重要性は、日本医師会 第XV次生命倫理懇談会の報告書「超高齢社会と終末期医療」²⁾ の中でも指摘されている。

報告書では、まず、「本人の意思を尊重した医療及びケアが提供できるよう、将来の変化に備え、その意思決定支援を行うことが本来である」と「原則となる考え方」が示されている。

その上で、我が国が迎えている超高齢社会という現

図10

高齢者の意思決定支援

- ① 独居生活者の意思決定支援
 ケア提供者がそれぞれの人生や価値観について、できる限り情報収集をすることが必須であり、一定の**意思決定能力があるうちに何らかの意思決定支援の仕組みに取り込む必要がある。**
- ② 在宅での意思決定支援
 在宅医療に医師が関与する中で、**医師や訪問看護師、介護職など多職種の関係者が連携し、その中で、家族も含めてACPを繰り返し行い、本人の意思決定支援を行うことが重要である。**
- ③ 成年後見制度とその問題点
 成年後見人には医療的判断をする権限がないとされているほか、任意後見契約を結んでいる場合を除いて、裁判所によって成年後見人が任命されることから、少なくとも意思決定支援の方策ではない。**成年後見制度に頼る必要を少なくするような、意思決定支援、ACP等のプランニングが重要である。**

※第XV次生命倫理懇談会答申(平成29年11月)より

図10

状を踏まえ、高齢者の意思決定支援について、3項目を取り上げている。

まず、①独居生活者の意思決定支援については、「ケア提供者がそれぞれの人生や価値観について、できる限り情報収集をすることが必須であり、一定の意思決定能力があるうちに何らかの意思決定支援の仕組みに取り込む必要がある」こと。

次に、②在宅での意思決定支援については、「在宅医療に医師が関与する中で、医師や訪問看護師、介護職など多職種の関係者が連携し、その中で、家族も含めてACPを繰り返し行い、本人の意思決定支援を行うことが重要である」こと。

そして、③成年後見制度については、その問題点を指摘した上で、「意思決定支援、ACP等のプランニングが重要である」などとまとめられている。

(図11) また、同報告書では、「意思決定支援における“かかりつけ医”の役割」が示されている。

その中では、本人の意思決定支援を、各地域で、多

図11

意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

- 何かあった時に救急車を呼ぶのではなく、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか。かかりつけ医に連絡がとれなかった時にどうするかといったシステムづくりをしておくことが必要である。
- 意思決定能力を失った独居高齢者については、かかりつけ医となる医師が、その人の人生観なども意識しながら、これまでの治療の選択の歴史を遡り、本人の気持ちを探るための努力が重要である。
- QODの実現(死に向かう患者への医療の質を高めることにより、患者の満足を実現すること)のためにも、高齢者には「私の心づもり」などの作成に対する啓発と、(気軽に)相談できる体制が必要である。
- 併せて、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見直していくことが望ましい。たとえば、一種の第二成人式のようなものを設けたり、健診時に、リビングウィルを含めたACPの啓発を行うことなども考えられる。
- 高齢多死社会での量的対応を迫られる中では、地域で関わる生活相談員や老人会役員などが、まとめ役として活躍することも求められる(こうした研修には地域医師会が指導的役割を果たすべきである)。

※第XV次生命倫理懇談会答申(平成29年11月)より

図11

図12

在宅での生活および看取り

- 終末期におけるケアの質の問題を考慮するにあたり、ケアがどこで行われるかという問題も重要である。多くの人は在宅での生活の継続と、そこでの平穏な死を希望している。
- 在宅での生活や看取りに関しては、それが意思決定支援の結果としての本人の希望であり、その人生の最善と見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活続けることを可能にするように努めるのが適切である。
- そのためには、地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接する、かかりつけ医や介護職、その他の関係者が、継続的に一緒に考えていくACPが重要となる。

※第XV次生命倫理懇談会答申(平成29年11月)より

図12

職種で支えていく視点から、地域包括ケアシステムの要を担う、「かかりつけ医」の役割の重要性が強調されている。

たとえば、「QOD (Quality of Death) の実現のためにも、高齢者には『私の心づもり』などの作成に対する啓発と、気軽に相談できる体制が必要なこと」「併せて、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見直していくことが望ましいこと」など、終末期を心安らかに過ごす上で、かかりつけ医の役割がますます重要になってくるとしている。

(図12) さらに、報告書では、「終末期におけるケアの質の問題を考慮するには、ケアがどこで行われるかという問題も重要である」としている。

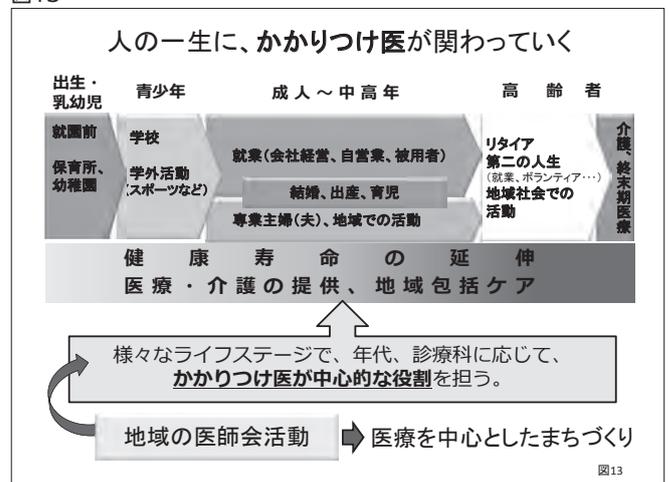
在宅での生活と看取りに関しては、「それが意思決定支援の結果としての本人の希望であり、その人生の最善と見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活続けることを可能にするように努めるのが適切である」としている。

そして、そのためには、「地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者さんに接する、かかりつけ医や介護職、その他の関係者が、継続的に一緒に考えていくACPが重要となる」ということが書かれている。

(図13) 報告書の中でも繰り返し指摘されていたとおり、終末期医療においても、かかりつけ医の役割が極めて重要である。

かかりつけ医が、本人の様々なライフステージで、年代、診療科に応じて中心的な役割を担い、まさに、「人の一生」に関わっていくということである。

図13



(図14) ここで、ACPの考え方について、あらためて確認する。

ACPの重要性は認識され始めているが、その考え方は、医療従事者にも十分に認識されていない現状がある。

そのため、日本医師会では、「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える」というリーフレット³⁾を作成し、会員各位をはじめ地域医師会に配付し、その活用を促している。

リーフレットの内容だが、最初に「ACPとは？」ということで、その目標を分かりやすく簡潔に記した。

「将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことであり、患者さんの人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを具体化することを目標にする」ということである。

あくまでも、主体は本人である。

図14

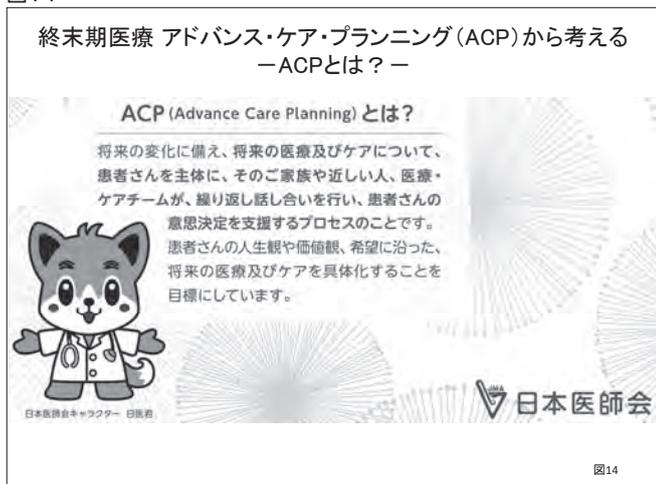


図14

(図15) 次になぜ、ACPのような工夫が必要なのか？ということである。

先ほどADの課題を解決するために、ACPという考え方が導入されてきたという経緯を説明した。そうした流れからすれば、ADを作成するにしても、ACPを踏まえて作成することが重要となる。

ACPを行うことによって、「本人の意思が尊重された医療及びケアを提供する」ことにもつながり、そのことは「残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味を持つ」こととなる。

さらに、予測されない急激な変化が起こることもあるので、「本人が意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく」ことも重要となる。

(図16) これは、人生の最期に至る軌跡をまとめたものである。

急性型、がん等の亜急性型、呼吸不全等の慢性型、フレイルや認知症等の慢性型の4つの類型がある。

たとえば、がん等の亜急性型は、ある時期まで高い機能を維持するが、一定の時期から死に向かう。

また、呼吸不全等の慢性型は、機能の高低を繰り返しながら死に向かうもので、どの時点がポイント・オブ・ノー・リターンとなるのか、判断が難しい部分もある。

フレイル等の慢性型に関しては、そもそも機能は高くなく、徐々に死を迎えることとなる。

したがって、これらの特性も踏まえながら、ACPを進めていく必要があるということになる。

図15

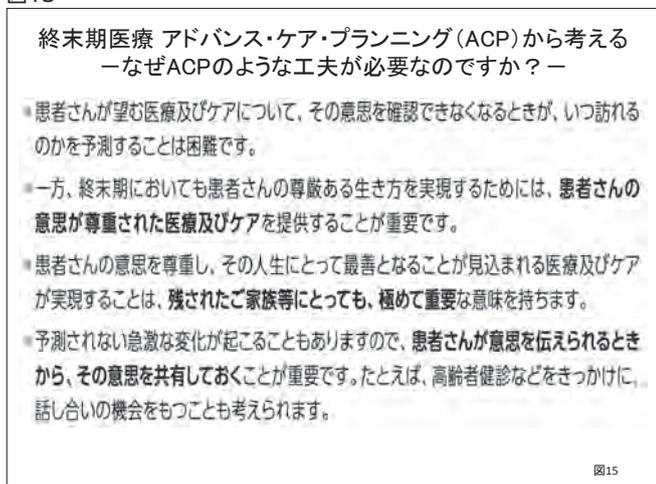


図15

図16

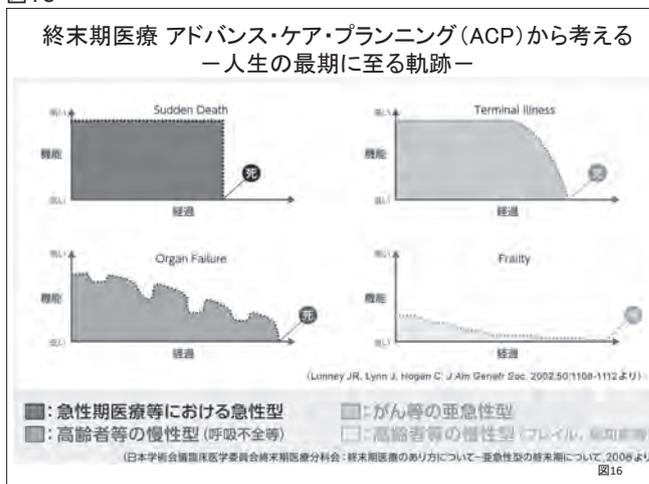


図16

(図17) ACPの留意点である。

まず、ACPは、「前向きにこれからの生き方を考える仕組み」である。そして、主体はあくまでも「本人」である。

本人の意思は変化する可能性があるので、「繰り返し話し合う」ことが重要である。

そして、「地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、多職種で本人の意思に寄り添う」ことが理想である。

ACPはその場で何かを決めることを必ずしも目的としていないが、話し合いの内容は、「その都度、文書にまとめておく」ことが大切である。そして、その内容を共有しておくことが重要になる。

また、後ほど紹介するが、平成30年11月、ACPの愛称が「人生会議」に決定し、毎年11月30日を「人生会議の日」とすることとなった。こうした日をきっかけに、「話し合いのきっかけや場をつくっていく」ことも重要と考える。

図17

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える
—ACPの留意点はありますか？—

- ACPは、前向きにこれからの生き方を考える仕組みです。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive: 事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも患者さん本人です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、繰り返し話し合うことが重要です。
- 地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の多職種で、患者さんの意思に寄り添うことが理想です。
- その場で決まらないこともあります。話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておくことが大切です。
- まずは、話し合いのきっかけをつくらせたり、話し合いのプロセスの場を提供することが重要です。



図17

(図18) では、ACPでは何を話し合えばよいか？

これは、個々の患者さんによって異なる部分もあると思うが、一般的に想定される内容を例示している。

たとえば、「患者さんの状況」については、家族構成や暮らしぶり、健康状態、他にかかっている医療機関や治療内容、介護保険サービスといったものを挙げている。

「患者さんが大切にしたいこと」では、これまでの暮らしで大切にしてきたことや、今の暮らしで気になっていること、そして、家族等の大切な人に伝えておきたいことや意思決定のプロセスに参加してほしい人、代わりに意思決定してくれる人などを挙げている。

また、「医療及びケアについての希望」では、病状等を含め状況は様々であるため、医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、本人やご家族等と話し合いを重ねていくことが重要としている。

なお、本人の心身の状態によっては、考えることが精神的不安につながり苦痛を伴うことがあるため、知りたくない、考えたくない、文書にまとめてたくないという方への十分な配慮が必要である。

(図19) ACPのまとめである。

繰り返しになるが、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することがACPの目的である。

医療及びケアの提供は本人の意思が一番大事であり、それを確認するためのACPの実践である。

本人が意思を明らかにできるときから、繰り返し話し合いを行い、その意思を共有することが重要である。

意思が確認できなくなっても、ACPをもとに本人の意思を推測することもできる。

図18

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える
—ACPでは何を話し合えばよいのですか？—

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりに寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

患者さんの状況

たとえば

- 家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点はありますか？
- 他にかかっている医療機関(治療内容)や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと(人生観や価値観、希望など)

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからのように生きたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？(食っておきたい、服薬に食いたいもの、葬儀、お墓、財産など)
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

図18

図19

終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える
—ACPのまとめ—

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することがACPの目的です。
- 医療及びケアの提供は、患者さんの意思が一番大事です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから繰り返し話し合いを行い、その意思を共有することが重要です。
- 患者さんの意思が確認できなくなっても、それまでのACPをもとに患者さんの意思を推測することができます。
- かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要です。

※リーフレット「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」は次のURLよりダウンロードできます。
http://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html

図19

そして、ACPを進めていくためには、かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要ということである。

なお、本リーフレット³⁾は、日本医師会ホームページからダウンロードできるので、地元の研修会などで活用いただければ幸いである。

(図20) ACPの重要性は、厚生労働省でも認識されている。

ちなみに、厚生労働省のガイドラインは、富山県射水市民病院事件（これは医師が適切な手続きを踏まずに、末期状態の患者7人から人工呼吸器を取り外した後、患者らが死亡した事件で不起訴処分となっている）を契機にプロセスを重視した指針として、平成19年に策定されたものである。

そして、平成30年3月、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂⁴⁾が行われた。

図20

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について
(平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

□ 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、

- ・ 高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアシステムへの構築に対応したものとすることが必要であること
- ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念^(※)を踏まえた研究・取組が普及してきていること

を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

※人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

図20

図21

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について
(平成30年3月14日公表)

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

図21

これは、「高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとすることが必要であること」、そして、「英米諸国を中心に、ACPの概念を踏まえた研究・取組みが普及してきていること」を踏まえたものである。

このガイドライン¹⁾は、人生の最終段階における医療について、極めて重要な指針なので、別途公表されている解説編⁵⁾とともに、ぜひ一読いただきたい。

(図21) 主な見直しの概要である。

まず、ガイドライン¹⁾の名称に「ケア」という言葉が追加された。これは、医療・ケアチームに介護従事者が含まれることを明確化したものである。

また、心身の状況の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであることから、日頃から繰り返し話し合うこと、いわゆるACPの取組の重要性が強調されている。

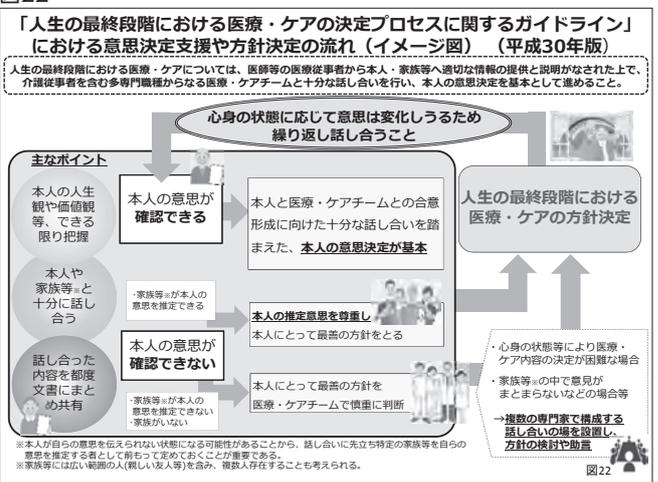
そして、これに併せて、本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性が記載された。

このほか、「信頼できる者の対象を家族のみならず、親しい友人等を含むように拡大」したこと、そして、「話し合いの内容は、その都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有すること」の重要性が記載されたことが主な見直しの内容となる。

(図22) 改訂後のガイドライン¹⁾のイメージ図である。

高齢多死社会の進展に伴う地域包括ケアシステム構築への対応と、ACPの概念を踏まえた改訂がなされている。

図22



ガイドライン自体の内容¹⁾は2ページ、解説編⁵⁾は6ページでまとめられているので、原本で内容を確認していただきたい。

なお、日本医師会生命倫理懇談会においても、ACPの考え方などを踏まえ、同懇談会が作成した「終末期医療に関するガイドライン」⁶⁾の見直し作業を進めている。完成した際は、ぜひお目通しいただきたい。

(図23) また、厚生労働省では、人生の最終段階における医療体制整備事業を行っている。

そして、その中の一つが、「患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」である。

研修対象者は、医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チームであり、施設単位で応募することとなる。

プログラムの内容は、1日研修タイプの一例を見ると、講義2題のほか、3つのテーマに対して、それぞれグループワークとロールプレイが行われている。

図23

人生の最終段階における医療体制整備事業

■事業内容
人生の最終段階における医療に関する**患者の相談に適切に対応できる体制を強化**するため、2016年度から医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国8ブロックで実施するとともに、**人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成**を実施。2017年度からは住民への普及啓発も実施している。

■研修対象者
医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム(施設単位で応募)

■プログラム(1日研修のタイプ例)

- ◆ 講義(倫理的な問題を含む意思決定をどう進めるか?、ガイドラインの解説)
- ◆ グループワーク(倫理的ジレンマが生じている事例の検討、本人・家族の意向を引き継ぐには)
- ◆ ロールプレイ(もしも、のときについて話し合いを始める、代理決定者を選定する など)

【(参考) 開催実績・予定

- ・2014年度・2015年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 **24名**、2015年度5か所 **25名**が研修を終了。
- ・2016年度は214チーム、**751名**が相談員研修を受講。**90名**の講師人材を育成。
- ・2017年度は277チーム、**979名**が相談員研修を受講。**61名**の講師人材を育成。市民公開講座は参加者**129名**。
- ・2018年度は全国12か所で相談員研修会を実施中。**97名**の講師人材を育成。

図23

図24

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書
(平成30年3月公表)

普及・啓発における留意事項

- **誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること**
- **国民一人一人が、希望する人生の最終段階を迎えることができるようにするために行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと**
- **あくまで個人の主体的な取組によって考え、決定されるものであり、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要であること**
- **ACPIは、これまで既に、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・ケアの内容が決定されてきた実態の延長線上にあること等**

図24

(図24) 厚生労働省は、国民に対する情報提供と普及・啓発の在り方等について検討することを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」を設置し、その報告書⁷⁾が平成30年3月に公表された。

報告書は、① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方、② ①の方を身近で支える立場にある家族等、③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム、④ 国民全体、の属性ごとに、普及・啓発の内容や方法についてまとめられている。

その中で、かかりつけ医が担うべき普及・啓発の方法としては、①と②の方に対して、「医療・介護サービスの提供の機会を通じて、本人や家族の状態を判断しながら、医療や療養場所について具体的な情報提供を行う」ことが求められるとしている。

そして、「普及・啓発における留意事項」としては、「日常的に話し合える環境づくりを進めること」「決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと」「知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要なこと」などの旨が記載されている。

(図25) これはACPの愛称である。

厚生労働省のホームページを通じて愛称が公募され、平成30年11月、1,073件の応募の中から「人生会議」という愛称が選ばれた。

ACPの考え方は、本人の人生の在り方を考えるプロセスそのものである。

日本医師会としても、この考え方をあらゆる機会を

図25

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の愛称が「人生会議」に決まりました!



11月30日(いい看取り・看取られ)は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と呼びます。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunpo/benkou_iryuu/saisyu_iryuu/index.html

※厚生労働省作成資料

図25

通じて、医師をはじめとする医療関係者、そして国民の皆様方に広く周知し、その普及・啓発に取り組んでいきたいと考えている。

皆様方においても、ぜひ、ACP、人生会議ということについて、あらためてその重要性を認識いただくとともに、その普及・啓発にご協力をいただきたいと考えている。

(図26) まとめである。

ACPは、本人、医療・ケアチーム、家族等の関係者が話し合いを繰り返すものであり、そうしたことが可能となるような仕組みを作り上げていくことが必要である。

それは何よりも、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためである。

また、意思決定支援については、地域包括ケアシステムの中で考え、かかりつけ医が大きな役割を果たしていくことが重要である。

本人が意思を明らかにできるときから繰り返し話し合いを行い、その意思を家族や医療・ケアチーム等と共有することが重要であり、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

ただし、本人の心身の状態によっては、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要である。

患者一人ひとりの尊厳ある生き方を実現するためにも、ACPの概念を盛り込んだ取り組みを国民とともに進めていく必要がある。

図26

まとめ	
□	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）などの本人の意思決定支援が重要。同時に、それは本人の自己決定にとどまるのではなく、医療者側から適切な説明と情報提供がなされ、本人、医療・ケアチーム、家族等の関係者が話し合いを繰り返すものであり、そうしたことが可能となるような仕組みを作り上げていくことが必要である。
□	それは何よりも、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現するためである。
□	また、意思決定支援については、地域包括ケアシステムの中で考え、かかりつけ医が大きな役割を果たしていくことが重要である（かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要）。
□	本人が意思を明らかにできるときから繰り返し話し合いを行い、その意思を家族や医療・ケアチーム等と共有することが重要である（話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておく）。
□	また、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
□	ただし、本人の心身の状態によっては、考えることが精神的不安につながり苦痛を伴うことがあるため、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要。コミュニケーション能力を高めていくことも重要になる。
□	患者一人ひとりの尊厳ある生き方を実現するためにも、ACPの概念を盛り込んだ取り組みを国民とともに進めていく必要がある。

図26

褥瘡と排泄

(図27、28) かかりつけ医が在宅療養者のケアを行っていく上で重要事項は種々あるが、排泄管理、褥瘡予防・治療は絶対にマスターしておかないといけないカテゴリーである。今回は在宅療養で必要な、排尿・排便障害の病態とケアの仕方、在宅での褥瘡管理について概説する。

(図29) まず、在宅療養者のケアのポイントは、

- ① 床ずれ・褥瘡の発症予防
 - ② 寝たきりにさせない
 - ③ 自尊心を損なわない快適な排泄促進
 - ④ 被介護者の体や環境の清潔保持
 - ⑤ 介護者側の負担軽減
 - ⑥ ポリファーマシーを避ける
- などが挙げられる。

図27

<h1>褥瘡と排泄</h1>

図27

図28

<h2>① 排泄 在宅での排尿・排便ケアについて</h2> <h2>② 褥瘡 在宅での褥瘡管理について</h2>
--

図28

寝たきりになると、どうしても全身入浴の機会や着替えの頻度が少なくなるので、体や周辺環境の清潔さを保持することが難しくなりがちである。また、介護者にとって、寝たきりの人の介護は、精神的にも肉体的にも負担が大きくなりがちである。それを一人ですべて行うのは難しく、中にはうつ病の発症につながったり、虐待へと発展したりする場合もある。決して一人で抱え込まず、寝たきりにさせないように、家から外出する通所介護サービス等を上手に活用しながら、少しでも介護者の負担を軽減させることが重要である。さらに、高齢者は疾患を多数抱えているため、どうしても薬剤数が多くなりがちである。高齢者には薬剤数は極力少なくして、ポリファーマシーにならないようにすることが大事である。

排泄 在宅での排尿・排便ケアについて

(図30、31) 排尿機能障害は大きく蓄尿障害、排出障害、認知症などが原因となる排尿機能障害に分類される。蓄尿障害、排出障害にはそれぞれ膀胱機能、尿道機能障害があり、それぞれの病態で治療方法も異なってくる。

(図32) 尿失禁には5種類のタイプがある。在宅で問題になるのは最後の機能性尿失禁と考える。今のところ良い治療法がないのが現状であり、認知症があるため自立させることは難しく、オムツで対応となってしまうことが多い。

図29

在宅療養者のケアのポイント

- ① 床ずれ・褥瘡の発症予防
- ② 寝たきりにさせない
(座位の確保、可能な限り家に閉じこもらせないよう配慮する)
- ③ 自尊心を損なわない快適な排泄促進
- ④ 被介護者の体や環境の清潔保持
(訪問入浴介護の導入も検討)
- ⑤ 介護者側の負担軽減
(介護サービスの活用、可能であれば親戚縁者に依頼)
- ⑥ ポリファーマシーを避ける
(薬剤数は極力少なくする)

図29

図31

排尿機能障害

- 蓄尿障害(我慢できないでもれる)
膀胱機能
 - ① 過活動膀胱(膀胱が勝手に収縮する): 排尿筋過活動、排尿筋不安定、排尿筋過反射
 - ② 膀胱弾力性の低下
 - ③ 膀胱容量の萎縮
 尿道機能
 - ① 不全(尿道がゆるい): 尿道括約筋不全、尿道過活動
- 排出障害(出し切れないでもれる)
膀胱機能
 - ① 無収縮(膀胱が収縮しない)
 - ② 排尿筋低活動
 尿道機能
 - ① 閉塞(尿道が開かない): 前立腺肥大症
- 認知症などによる排尿機能障害

図31

図30

① 排泄

在宅での排尿・排便ケアについて

図30

図32

尿失禁のタイプと症状

- 腹圧性尿失禁
腹圧をかけることで起こる尿失禁。尿道や尿道まわりに異常があり、膀胱の過活動はない。
- 切迫性尿失禁
強い尿意切迫感とともに尿をこらえきれずにもらしてしまう。不随意の膀胱収縮を伴う。
- 混合性尿失禁
腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁の混合型。
- 溢流(いつりゅう)性尿失禁
排出障害が基礎疾患としてあり、尿閉状態となり尿があふれる状態。
- 機能性尿失禁
認知症や運動機能障害。

図32

(図33) 適切な排泄ケアをするためには、尿失禁の症状やタイプを把握することが大切である。下部尿路系の障害は治療による改善の可能性がある、機能性の尿失禁は生活支援による改善の可能性があるため、図のような項目を検討し、患者の尿失禁のタイプを簡単に把握しておくことが大切である。

(図34) 切迫性尿失禁の一つである過活動膀胱の薬物療法について示す。推奨グレードAの薬剤が日常診療で頻用されている。過活動膀胱治療における抗コリン薬は、膀胱のムスカリン受容体を阻害する薬剤ということで使用されている。ムスカリン受容体は、副交感神経から放出されるアセチルコリンに対する受容体の一つである。M1～M5の5種類のサブタイプが知られており、膀胱で特に重要なのはM2とM3で、膀胱の排尿筋の収縮を促進している。抗コリン薬は膀胱の排尿筋の収縮を抑制し、過活動膀胱に伴う尿意切迫感や切迫性尿失禁を軽減する。ただし、口渇などの副作用があり、高齢になると唾液が出にくくなる症状が出現してくる

図33

排尿障害診断					
項目	蓄尿障害 腹圧性 尿失禁	蓄尿障害 切迫性 尿失禁	排出障害 溢流性 尿失禁	機能性 尿失禁	尿路 感染症
1. 尿意がわからない			○	○	
2. 咳、くしゃみ、笑うなどで腹圧がかかった時に尿がもれる	◎		○		
3. パンツをおろすのに間に合わず、あるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる		◎			○
4. いつもおなかに力をいれて、いきんで排尿している			◎		
5. 尿意がないのに、知らないうちに尿がもれている	○		○		
6. 排尿後に残尿感がある			○		
7. 排尿に勢いがいない			○		
8. 頻尿(昼間8回以上、夜3回以上)である	○	◎	◎		○
9. 冷たい水で手を洗うと急に尿意をもよおす、あるいはもれる		○			

腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁のそれぞれに、◎と○印が複数ある時は混合型尿失禁と判断してよい

排泄ケアナビから引用 http://www.carenavi.jp/jissen/nyo_care/tokucho/diagnosis.html 図33

図34

過活動膀胱の薬物療法		
一般名	用法・用量	推奨グレード
抗コリン薬		
オキシブチニン	1回 2～3 mg を 1日 3回経口服用	A
オキシブチニン経皮吸収型製剤	貼付剤 1枚(オキシブチニン 73.5 mg/枚含有)を 1日 1回、1枚を下腹部、腰部または大腿部のいずれかに貼付	A
プロピベリン	20 mg を 1日 1回経口服用。20 mg を 1日 2回まで増量可	A
トルテロジン	4 mg を 1日 1回経口服用	A
フェンテロジン	4 mg を 1日 1回経口服用。1日 8 mg まで増量可	A
ソリアフェナジン	5 mg を 1日 1回経口服用。1日 10 mg まで増量可	A
イミダフェナジン	0.1 mg を 1日 2回経口服用。1回 0.4 mg まで増量可	A
β ₃ アドレナリン受容体作動薬		
ミラベグロン	50 mg を 1日 1回経口服用	A
その他の薬剤		
フラボキサート	1回 200 mg を 1日 3回経口服用	C1
牛車腎気丸*	1日 7.5 g 2～3回分服用	C1
エストロゲン		C1

牛車腎気丸以外の経口薬は食後に服用 *商品名

過活動膀胱診療ガイドライン診療ガイドライン[第2版]より抜粋 図34

ため、この薬剤の内服を途中でやめてしまうケースがあることがデメリットである。

一方、膀胱の排尿筋は交感神経の支配も受けている。交感神経の終末からはノルアドレナリンが分泌されるが、これに対する受容体はα₁、α₂、βの3種類があり、さらにこれらがおのおの3つのサブタイプに分かれている。膀胱の排尿筋はβ₃の受容体があり、このβ₃アドレナリン受容体を刺激すると、膀胱が弛緩するためβ₃アドレナリン受容体作動薬が使用されてきている。β₃アドレナリン受容体作動薬は最近ビベグロン(商品名:ベオーバ[®]錠)という新薬が発売された。β₃アドレナリン受容体作動薬は口渇がなく、前立腺肥大症を合併している男性患者においても、気軽に処方できるので処方しやすい薬である。最近、抗コリン薬との併用もレセプト上認められた。

また、頻尿などの改善に八味地黄丸、牛車腎気丸などの漢方も処方される。ただ漢方は顆粒、粉剤が主であるため、義歯をしている高齢者には敬遠されがちであることがデメリットである。

(図35) 男性の場合、前立腺肥大症との合併が問題である。男性下部尿路症状に対する治療法としては、推奨グレードAの薬剤が第一に処方される。前立腺・精囊・膀胱頸部には交感神経が分布している。前立腺にはα₁受容体が分布されており、治療にα₁アドレナリン受容体遮断薬が使用される。5α還元酵素阻害薬は前立腺の体積を縮小させる目的で使用される。この薬の注意点は、前立腺癌マーカーであるPSA値を半減するので、前立腺癌の診断に注意を要する。

図35

男性下部尿路症状に対する治療法	
薬剤	推奨グレード*
前立腺肥大症	
α ₁ アドレナリン受容体遮断薬(α ₁ 遮断薬)	
タムロシジン	A
ナフトビジル	A
シロドシン	A
ホスホジエステラーゼ5阻害薬	
タダラフィル	A
5α還元酵素阻害薬	
デュタステリド	A
抗アンドロゲン薬	
クロルマジノン	C1
アリルエストロノール	C1
その他薬剤	
エビプロスタット [®]	C1
セルニルトン [®]	C1
バラプロスト [®]	C1
漢方薬(八味地黄丸、牛車腎気丸)	C1

*推奨グレード
A:行うように強く勧められる
C1:行ってよい

男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン、日本泌尿器科学会/編、2017、リッチヒルメディカルより転載 図35

(図36) 平成28(2016)年度の診療報酬改定において「排尿自立指導料」が新設された。これは排尿の自立は一度失われても適切なケアにより取り戻すことができる可逆的なものであり、「排尿ケア」が日常生活を支援する基本的な技術から専門的な技術であると認められたことを意味する。排尿自立指導料は、保険医療機関に入院している患者のうち、尿道カテーテルを抜去した患者に対して、病棟の看護師等と排尿ケアチームが、下部尿路機能の回復のために「包括的排尿ケア」をすることを評価するものであり、週1回200点を6回まで算定できる。患者が在宅に戻った際に、かかりつけ医と訪問看護師はこのケアを十分に理解し、在宅で排尿機能を維持できるようにする。

(図37) 排便管理は食習慣、運動習慣、排泄習慣の見直しが基本である。しかしながら、高齢者は加齢に伴う口腔内の状況の変化による食習慣の変化や、フレイル、サルコペニアの状態になることにより、便秘、下痢に苦しむことが多い。便通を整えることは、高齢者の生活状況を非常に快適にさせることができると考える。医療従事者は在宅診療に携わるにあたり、いかに患者に快適な便通をさせてあげられるかを絶えず検討していくことが必要である。

弛緩性便秘は腸の蠕動運動が低下し、糞便を送り出すことができず、糞便の停滞が生じて起こる。糞便の大腸での停滞時間が長いと糞便中の水分が吸収されるため、便は硬くなる。運動不足や食物繊維の不足、食事量の減少によって生じるため、高齢者に多くみられる便秘である。

嵌入便は便意の訴えが十分にできない寝たきりの高齢者に多くみられる。弛緩性便秘を合併していること

も多い。弛緩性便秘によって大腸の通過時間が長くなり、硬くなった糞便が直腸内に蓄積しているものの排便できない状態になる。排便できない理由は①便意があいまい、ないしは訴えられないため排便の介助が得られない②慢性的に直腸内に糞便があることによって、直腸性の便秘となり便意を感じにくくなっていることが考えられる。この状態を嵌入便というが、このような状態になると、排便はまったくないか、便塊の間隙をつたって水様性の便が排泄されることとなる。下痢と間違えて止痢剤を使用するともっと大変なことになるので、使用する薬剤には注意を要する。嵌入便の最も良い対処法は摘便である。

寝たきりの高齢者は、腸内細菌叢の変化や腸粘膜の萎縮をきたしている場合がある。また、免疫力の低下などから細菌性腸炎やウイルス性腸炎などの感染性腸炎に罹患しやすい。感染性腸炎に罹患した場合、嘔吐や下痢のため脱水をきたしやすく、生命に関わることもある。主たる感染経路は患者との直接接触やトイレを介した間接触が多い。またノロウイルス感染症のように、吐瀉物によって空気中に飛散したウイルスを吸引し感染するケースが多い。便器などは0.1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。子供と同様に高齢者は脱水になりやすいので、下痢をしていても経口補水液などで脱水予防することが大切である。

図36

排尿自立指導料

下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

【主な算定要件】

- 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。

① 下部尿路機能障害の症状(尿失禁、尿閉等)を有する患者の抽出

排尿自立の可能性の評価

② 下部尿路機能障害の症状の把握

・排尿日誌
・排尿測定 等

③ 下部尿路機能障害の回復のための包括的排尿ケアの計画

④ 包括的排尿ケアの実施、評価

・排尿指導
・生活指導
・尿意に関連する動作訓練
・薬物療法 等

病棟の看護師等
+
排尿ケアチーム

【施設基準】

- 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療に関する経験を有する医師
イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に専事した経験が5年以上あり、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険診療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

平成28年度診療報酬改定の概要 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115983.pdf> 図36

図37

高齢者の排便

便秘:

- 弛緩性便秘:** 腸の蠕動運動が低下し、糞便を送り出すことができず糞便の停滞が生じて起こる。
- 嵌入便:** 便意の訴えが十分にできない寝たきりの高齢者に多くみられる。下剤の使い方に注意。また水様性下痢に対して、止痢剤を使用することに注意。

下痢:
感染性腸炎、ノロウイルス感染症に注意。

図37

(図38) 高齢者は、下剤を習慣的に使用している場合や持病のために利尿剤や抗コリン薬、向精神薬、鎮痛薬、抗菌薬など排便に影響を及ぼす薬を内服している場合がある。

(図39) 排便習慣、食習慣、生活習慣の改善を試みても効果がない場合や、これらの習慣の改善が困難な場合には下剤の投与を検討する。下剤は塩類下剤が最もよく使用されている。塩類下剤(酸化マグネシウム)は浸透圧比を利用して大腸内に水分を引き込み、便を軟化させ排便を促進するものである。酸化マグネシウムを長期に使用すると血中Mgが高値となり、そのための症状が出現するので注意を要し、時々血中Mg値を測定する必要がある。

最近発売されたクロライドチャンネル系の下剤(アミティーザ[®])は小腸のクロライドチャンネルを活性化し、腸管内の腸液の分泌を上げて便を軟化させる。ただ、悪心という副作用が出やすいという短所もある。その他いろいろな作用を持った緩下剤が続々登場してい

る。いずれも薬価は高く設定されており、図にそれぞれの新薬の薬価を記載した。

酸化マグネシウムは、新薬の1/10の価格であるので、高齢者にはまず酸化マグネシウムのような低価格な薬剤を選択し、新薬は第2選択としたほうが妥当と考える。一方、刺激性下剤は、大腸を刺激することで蠕動運動を促進し排便を促す方法である。確実に効果が期待できる反面、下痢や腹痛などの症状を呈することがある。大黄を含んだ漢方薬(大建中湯、麻子仁丸)は結構効果があることが多い。しかし粒状の内服剤が多く、高齢者にとって飲みにくいという問題もある。これらの薬剤は服用後に腹痛を訴えることがあるので、頓用といった内服方法も一考されるべきであろう。

直腸に停滞する便秘には、炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム(レシカルボン坐薬[®])が奏功することがある。また寝たきりの患者には定期的に(朝食後)グリセリン浣腸を行い、決まった時間帯に排便をさせることも有効である。

(図40) 下剤を使用すると同時に食習慣の改善も必要である。食物繊維の定義は文献により異なるが、ヒトの消化酵素で消化されない難消化成分とされ、不溶性食物繊維と水溶性食物繊維に分けられる。

不溶性食物繊維はセルロースや不溶性ペクチン、リグニンなどがあり、水分を吸収することで便量が増し、大腸が刺激され蠕動運動を活発にする。

一方、グアーガムや難消化性デキストリンなどの水溶性食物繊維は、腸内細菌によって発酵することで短鎖脂肪酸を産生し、大腸から吸収される。そして、腸管粘膜の増殖ホルモンが分泌され上皮細胞のエネルギー源となる。良好な腸粘膜の維持は腸内細菌叢の改

図38

高齢者で多く服用される便秘の原因となる薬剤	
利尿薬	ループ利尿剤、カリウム保持性利尿薬
抗コリン薬	ブチルスコポラミン臭化物、チキジウム臭化物
麻薬・鎮痛薬	オピオイド
向精神薬・抗うつ薬	アミトリプチリン塩酸塩、イミプラミン塩酸塩
筋弛緩薬	チザニジン塩酸塩、アフロクアロン
抗菌薬	βラクタム系抗菌薬、マクロライド系抗菌薬
パーキンソン病治療薬	レボドパ単味剤
降圧薬	カルシウム拮抗薬
抗腫瘍薬	イリノテカン、エトポシド、フルオロウラシル、メトレキサート

排泄ケアガイドブック 高齢者(臥床状態)におけるコントロールから引用 図38

図39

主な下剤一覧					
	分類	一般名	商品名	作用時間(hr)	
緩下剤 (塩類下剤)		酸化マグネシウム	カマ [®] 15.1円/10g	2~3	
			マグミット [®]	2~3	
			マグラックス [®]	2~3	
刺激性下剤	アントラキノン系	センナ	アローゼン [®]	8~12	
			ブルゼニド [®]	8~13	
			大建中湯 [®] 麻子仁丸 [®]	8~14	
	ジフェニルメタン系	ダイオウ	セチロ [®]	8~15	
			ピコスルファートナトリウム	ラクソベロン [®]	8~17
			ピサコジル	コーラック [®]	8~18

新薬:ルビプロストン(アミティーザ[®]、123.0円x2) リナクロチド(リンゼス[®]、89.9円x2)
エロピキシバット水和物(グーフイス[®]、105.8円x2)
マクロゴール4000配合(モビコール[®]、83.9円x2)

その他外用薬:レシカルボン坐薬[®]、グリセリン浣腸

排泄ケアナビ http://www.carenavi.jp/iissen/ben_care/problem/problem01.htmから引用し一部改変 図39

図40

高齢者便秘の食事			
分類	効果	主な種類	含まれる食品
不溶性食物繊維	水分を吸収して膨張することで便量を増して大腸が刺激され蠕動運動を活発にする	セルロース	野菜、豆類、小麦
		ヘミセルロース	海藻類
		リグニン	野菜、豆類、ココア
		不溶性ペクチン	未熟果実、野菜
		キチン	エビ、カニの殻
水溶性食物繊維	腸内細菌によって発酵することで腸上皮細胞のエネルギー源となる生活習慣病の原因となる物質を吸着し、排出する	グアーガム	グアー豆の胚乳
		難消化性デキストリン	ジャガイモ、トウモロコシなどから精製された澱粉
		ペクチン	熟した果実
		海藻多糖類	ひじき、わかめ、昆布など
		グルコマンナン	こんにゃく
イヌリン	ごぼう、菊芋		

排泄ケアガイドブック 便秘のコントロールから引用 図40

褥瘡 在宅での褥瘡管理について

(図43) 在宅医療を行っているとは必ず褥瘡のある高齢患者に出会い、かかりつけ医として治療方法に悩むことがしばしばある。褥瘡診療は集学的治療の典型であり、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士、そして何より家族が協調して行うものである。褥瘡の種類、原因、治療の進め方、予防について述べていきたい。

(図44) 日本褥瘡学会の2013年の調査^{10) 11)}によると、病院での褥瘡有病率は1.99%、在宅での褥瘡有病率は2.61%となっているが、在宅での褥瘡有病率は年々減少してきている。年齢別にみると、在宅では75歳以上の後期高齢者が65.5%、その中でも特に85~94歳が30.4%を占めていた。

まず褥瘡の表記の仕方であるが、褥瘡は刃物でできた創傷でない以上、「褥瘡」と表記したほうが、日本語として妥当と考える。骨突出部に圧が加わると、当然血管が破綻し、虚血が生じ、酸素と栄養が局所皮膚に

届かなくなる。このため、皮膚は壊死に陥り褥瘡に至る。

褥瘡の原因をみていくと、①麻痺性：脳血管障害、脳神経障害、脊髄障害などによる体動困難などから引き起こされる褥瘡、②非麻痺性：低栄養、ギプスによる長期固定、長期臥床による栄養障害から引き起こされる褥瘡に分けられる。

以上より、最大の褥瘡予防はたゆまぬ体位変換であることが理解できる。ただし、非生理的な体位変換は、かえって褥瘡発生を促す結果ともなる。体位変換のコツは座学では困難で、スタッフ同士で実践訓練することが重要である。最近、褥瘡予防のための優れたマットレスが次々と開発され、中には、自動体位変換機能を持った高性能な機種もあり、褥瘡予防には有用である。また適切なマットレス選択や体圧管理も重要な治療手段である。

(図45) 高齢者でよくみられる褥瘡の全身的な要因には、たんぱく質・エネルギー低栄養状態 (protein energy malnutrition:PEM) が大きく関与している。PEMとなると脂肪組織が減少し、筋タンパク異化亢進が進み、筋萎縮がみられる。このため、骨突出が顕著となる。さらに組織の浮腫を招くことにより皮膚は傷つきやすく、かつ治癒が遅延する。

図43

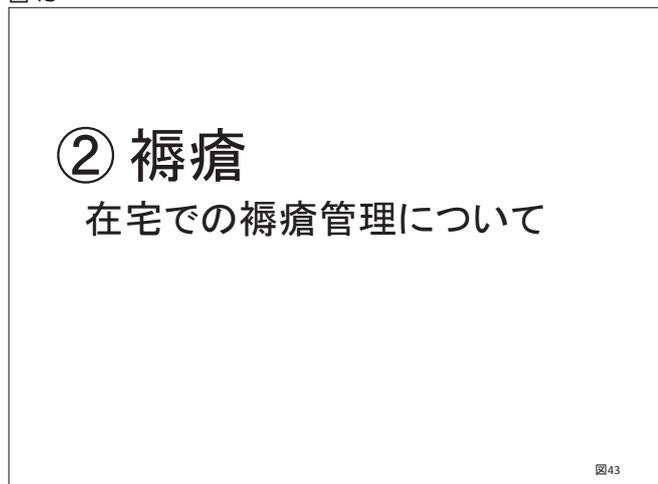


図44

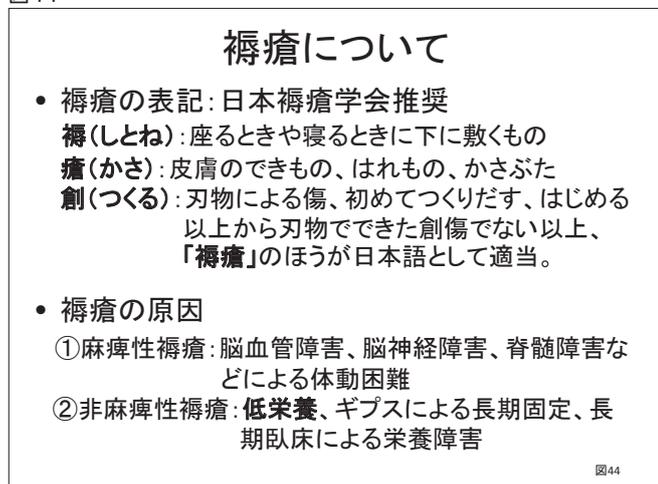
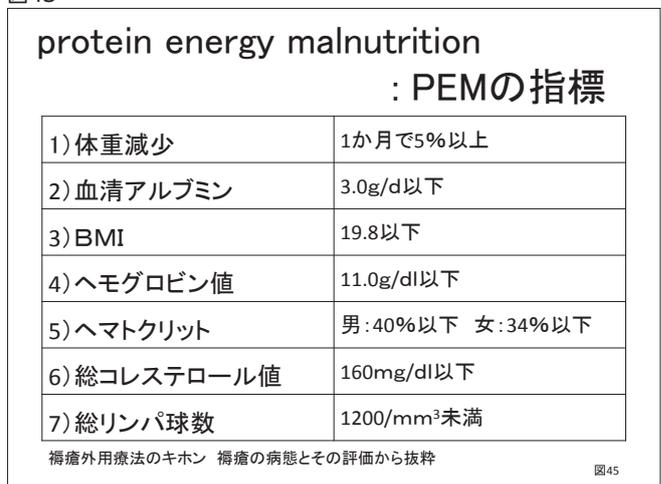


図45



(図46) 実際の褥瘡好発部位を示す。褥瘡発生部位は、仙骨部 (42.4%)、腸骨稜部・大転子部 (11.0%)、踵骨部 (10.0%)、坐骨結節部 (8.3%) の順であった。患者に拘縮があると骨突出はより大きな問題となる。このような場合、リハビリテーションにより少しでも拘縮が改善するように努めることが重要である。

褥瘡の社会的要因として、在宅現場では看護・介護職員の人手不足や、創傷に関する専門的知識を有する医師・看護師の不在、さらに高齢者社会の到来と核家族化により、一人暮らしの高齢者が増えたことで、満足のいく医療及び介護サービスが受けられない高齢者が多く存在し、そのうち多くの高齢者が褥瘡を抱えている。

(図47) 創面の色調による分類を示す。この分類は極めて実用的で、治療方針を決定するのに非常に有用で、かかりつけ医はぜひ知っておきたい分類である。

・黒色期：創表面に黒色の塊状壊死組織が固着する時期であり、外科的デブリードマンが必要となる。壊死

組織と健常部の境界が不明瞭な時は、まず抗菌作用を持つ外用薬を使用する。

・黄色期：塊状壊死組織が除去された後、脂肪組織レベルの壊死組織が全体として黄～黄白色に見える時期であり、浸出液も比較的多い。この時期に赤く見えないのは血流がないためであり、肉芽を形成するための栄養や酸素の不足を反映する(不良肉芽)。この状態では外科的もしくは化学的デブリードマンを行い、抗菌作用を持つ外用薬を使用する。感染が制御され壊死組織が除去されると周囲から血管新生が惹起され、ある程度肉芽が形成されたら、次の段階の治療に移行する。

・赤色期：良好な肉芽組織により、創面が赤く見える時期である。血流も豊富であり、感染のリスクが少なくなるため、肉芽形成促進薬で治療を加速させる。この時期の薬剤は多数あり、それぞれの特性を十分理解する必要がある。

・白色期：肉芽組織が成熟し創収縮が起こると同時に創面は周囲から上皮化して白色調を呈する。表皮細胞に作用する治療法が望ましく、水溶性基剤のブクラデシナトリウム軟膏(アクトシン®軟膏)を用いる。

(図48) 一方、現在種々の創傷被覆材(ドレッシング材)が上市されている。褥瘡の状態によって、それぞれのドレッシング材を使い分けることによって、褥瘡の治療効果が数段改善することをしばしば経験する。ドレッシング材は、深さが確定した真皮浅層までの褥瘡では良い適応である。ただし、急性期の褥瘡、深くて感染を伴った褥瘡では、ドレッシング材のみの加療は避けたほうが良いと考える。

図46

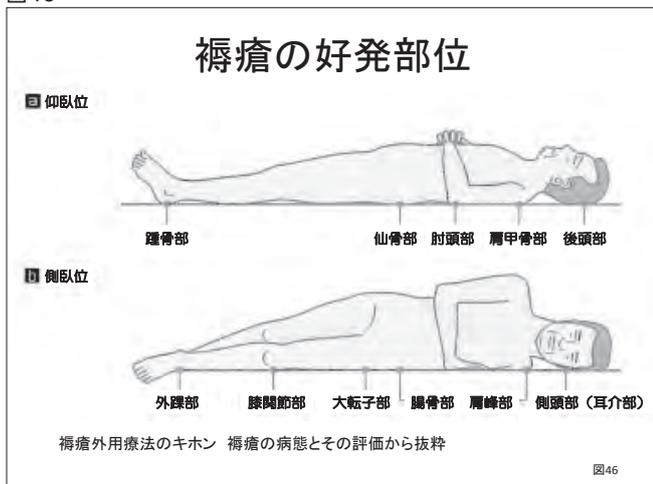


図47

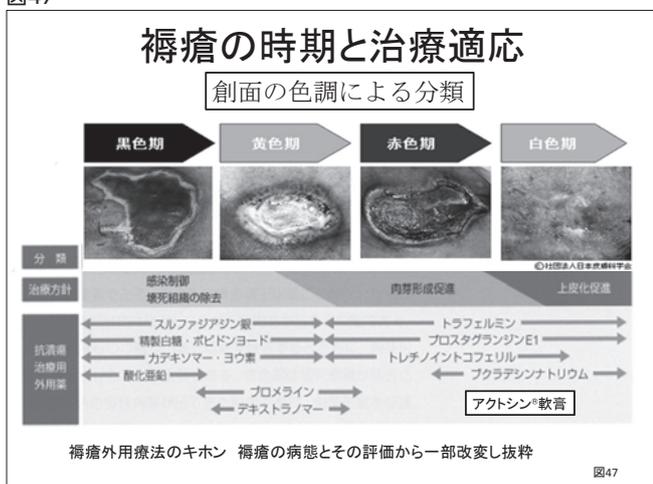


図48

機能	種類	主な製品名
創面保護	ポリウレタンフィルム	オプサイト®ワウンド、3M™ テガダーム™ トランスペアレント ドレッシング、パーミエイDS
創面閉鎖と保湿環境	ハイドロコロイド	デュオアクティブ、コムフィール®アルカスドレッシング、アプソキア®ワウンド
乾燥した創の保湿	ハイドロジェル	ビューゲル®、ニュージェル®、グラニューゲル®、イントラサイト ジェル システム
浸出液吸収性	ポリウレタンフォーム アルギン酸/CMC ポリウレタンフォーム/ソフトシリコン アルギン酸塩 アルギン酸フォーム キチン	ハイドロサイト® プラス アスキナ ソープ メビレックス® ボーダー カルトスタット® クラビオ®FG ベスキチン®WA
感染抑制作用	含有ドレッシング材	アクアセル®Ag アルサイト®銀
疼痛緩和	ハイドロコロイド ポリウレタンフォーム/ソフトシリコン	デュオアクティブ® ハイドロサイト®AD ジェントル、メビレックス® ボーダー パーシバ®G ベスキチン®WA グラニューゲル®

<http://www.jspu.org/jpn/patient/cure.html#4-2> 日本褥瘡学会HP ドレッシングより抜粋 図48

(図49) 病院であろうと在宅であろうと褥瘡予防・管理の基本は同じである。在宅では、患者本人と介護する家族が日常的に褥瘡管理をできるようにサポートすることが重要である。在宅ではケアギバーである家族やホームヘルパーがキーパーソンになる。褥瘡の発生を見つけるのもこれらのキーパーソンであることが多い。そこで、皮膚の観察方法や発赤の見分け方などを教育することが重要である。発赤こそが皮膚の状態チェックのポイントとなる。

(図50) 褥瘡予防の手順を示す。在宅ケアの良否を決定づけるのは、ケアマネジャーの判断となる。そこで、ケアプランに積極的に褥瘡予防の手立てを組み込んでもらう。褥瘡予防のためには、適切な体圧分散用具の選択、使用が不可欠である。在宅で使えるマットレスなどの福祉道具を貸与する制度も利用できる。そのためにも、ケアマネジャーとの綿密な打ち合わせが必要となる。

(図51) 最後に褥瘡発生後のケア手順を示す。褥瘡が発

生してしまったら、まずかかりつけ医に相談・報告がある。かかりつけ医をはじめ、訪問看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、薬剤師、管理栄養士など多職種連携のもとにケア体制を敷く。褥瘡ができてしまうと創部ばかりに目が行きがちであるが、本当に必要なのは、圧迫・ずれ力の除去、皮膚の清潔、栄養管理などの生活環境の整えである。在宅では特に療養生活環境の調整が最も重要である。創の局所治療・ケアの原則は変わらず、まず創内・創周囲の洗浄を行って清潔にし、創を湿潤状態に保つことが重要である。

在宅では、高価なエアマットレスやドレッシング材などの医療機器は、なかなか使えないことが多い。在宅で利用できる福祉機器や、社会・人的資源を有効に使えるような調整が必要である。そのためにも、ケアマネジャーやソーシャルワーカーと相談して、療養者や家族が自分たちで行える褥瘡管理の体制をつくることが大切である。

図49

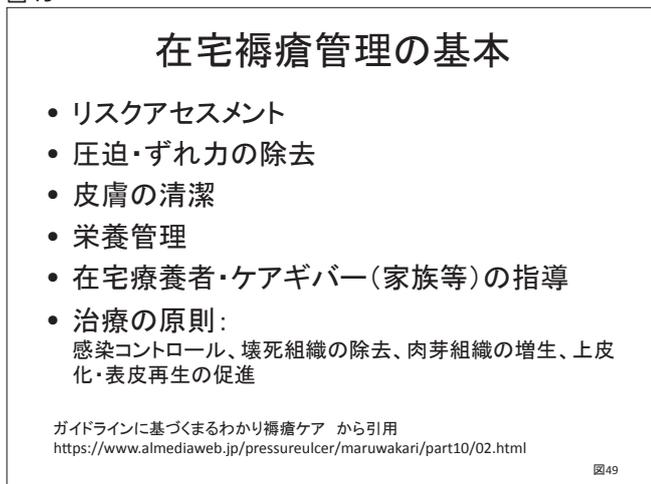


図50

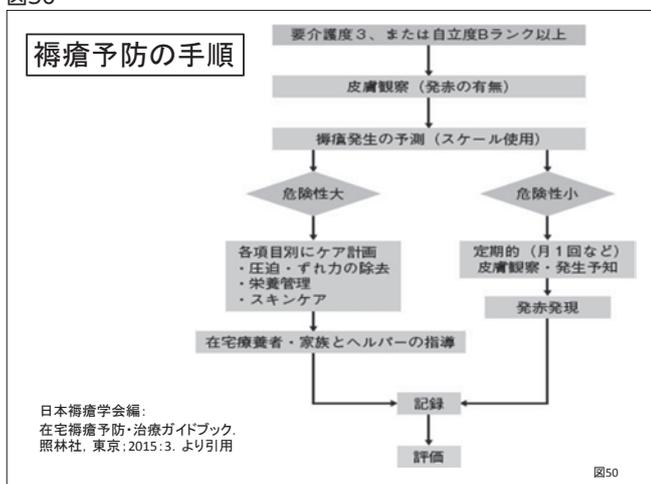
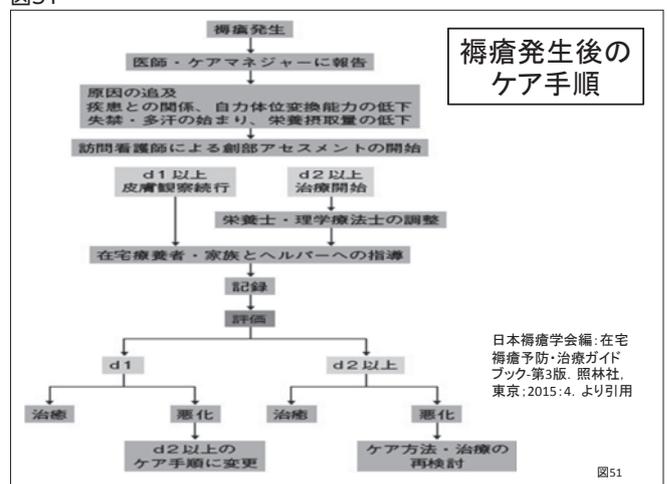


図51



参考文献

- 1) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(改訂 平成30年3月)
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 2) 日本医師会 生命倫理想談会：第XV次生命倫理想談会答申 超高齢社会と終末期医療 (平成29年11月)
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf
- 3) 日本医師会：リーフレット『終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える』(2018年4月)
http://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html
- 4) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 5) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：「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」解説編
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>
- 6) 日本医師会 第X次生命倫理想談会：平成18・19年度生命倫理想談会答申 終末期医療に関するガイドラインについて (平成20年2月)
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf
- 7) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書 (平成30年3月)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000200742.html>
- 8) chung BD. Parekh U. Sellin JH. Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers. J Clin Gastroenterol 1999;28 (1) :29-32
- 9) 積美保子 "排便チャートのつけ方と指導法" 排泄ケアガイドブック照林社 p167-169
- 10) 「日本褥瘡学会実態調査委員会：第3回日本褥瘡学会実態調査委員会報告1 療養場所別褥瘡有病率、褥瘡の部位・重症度(深さ)。褥瘡会誌2015;17 (1) :58-68.」より引用
- 11) 「日本褥瘡学会実態調査委員会：第3回日本褥瘡学会実態調査委員会報告2 療養場所別褥瘡有病者の特徴およびケアと局所管理。褥瘡会誌2015;17 (2) :127-140.」より引用

6. 「多疾患合併症例」

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

日本プライマリ・ケア連合学会 (副理事長)

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

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

医療法人社団至高会 たかせクリニック 理事長 たかせ よしまさ
高瀬 義昌

蒲田医師会 (理事)、東京都医師会地域包括ケア委員会 (委員)

【略歴】 信州大学医学部卒業。東京医科大学大学院修了。麻酔科、小児科を経て、以来、包括的医療・日本風の家庭医学・家族療法を模索し、2004年東京都大田区に在宅を中心とした「たかせクリニック」を開業する。現在、在宅医療における認知症のスペシャリストとして厚生労働省推奨事業や東京都・大田区の地域包括ケア、介護関連事業の委員も数多く務め、在宅医療の発展に日々邁進している。

【免許資格】 日本プライマリ・ケア連合学会認定医、日本老年精神医学会専門医、認知症サポート医、日本慢性期医療協会在宅医療認定医

【役職】 厚生労働省高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ構成員、東京都地域ケア会議推進部委員、みんなの認知症情報学会理事、日本老年薬学会評議員、日本薬科大学客員教授、昭和大学客員教授

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修講義要綱【シラバス】

応用研修 第2期 6. 症例検討 (1) 多疾患合併症例

【目 標】

高齢化の進展につれて、多疾患を合併する高齢者に対する医療ニーズは高まりつつあり、かかりつけ医の果たすべき役割は大きい。多疾患合併患者への診療は個別疾患への最適な診療をただ集約したものではなく、各疾患の進行や治療が相互に影響する点、診療の優先度をどこに設定するかという点、さらには高齢者に特有の加齢変化やQOLを踏まえて治療目標をどこに設定するかという点などを総合的に検討した上で診療に臨む必要がある。本症例検討では、そうした診療の具体的なプロセスを、2事例を通して学んでいく。

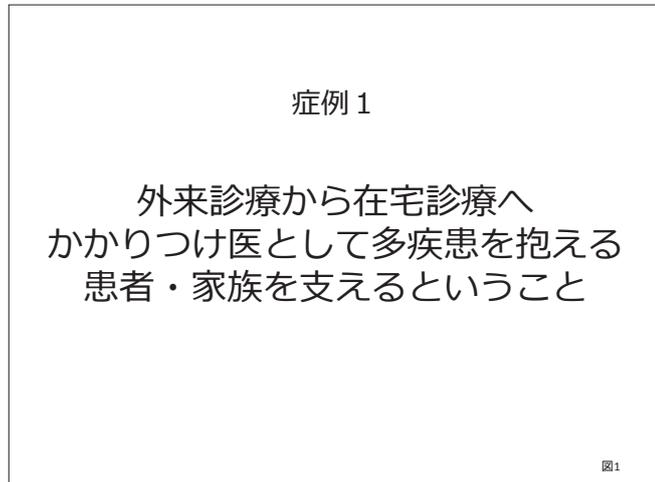
【キーワード】

多疾患合併、高齢者医療、QOL

症例1

(図1) 症例1は、患者に生じた転機となる疾患・病状の治療方針決定に外来診療から訪問診療まで継続的に関わりながら、どのようにすれば本人や家族の希望を叶えることができるのか、どのようにすればQOLを保つことができるかを考えながら病診連携や多職種連携を

図1



行った症例である。かかりつけ医として多疾患を抱える患者・家族をどのように支えるか、その意義について症例を通じて論じていく。

(図2) 患者は71歳の女性である。夫と長男との3人暮らしで、鮮魚店を夫と営んでおり、長男も鮮魚店を手伝っていた。娘は会社員で、自動車で10分程度の隣の市に1人で暮らしていた。

(図3) 症例のプロブレムリストとADLを提示する。複数の疾患に対して、複数の医療機関へ通院していた。ADL (Activity of Daily Living、日常生活動作) は自立している。続いて、各疾患の経緯について述べる。

(図4) 40歳代後半から高血圧症を指摘され、A内科医院で加療されていた。カルシウム拮抗薬と利尿薬の2剤が処方されていた。

60歳頃に大動脈弁狭窄症を指摘されB大学病院循環器科へ紹介されて年1回のフォローを受けていたが、69歳の時に弁置換術を勧められた。

(図5) しかし、全身麻酔や手術に対する不安が強く、手術を拒否していた。以来、B大学病院循環器科への

図2

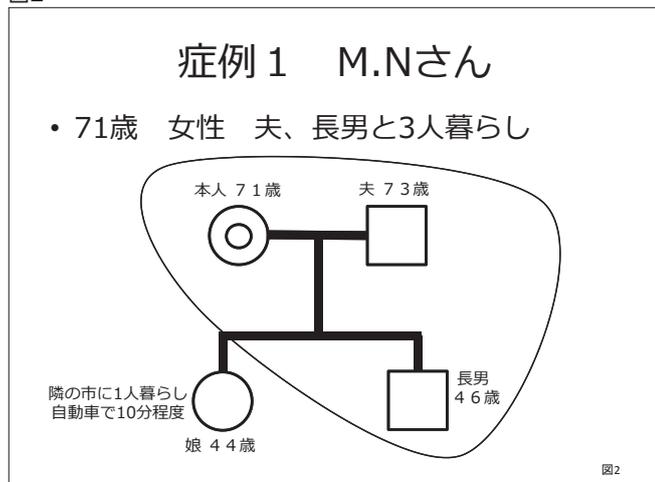


図4

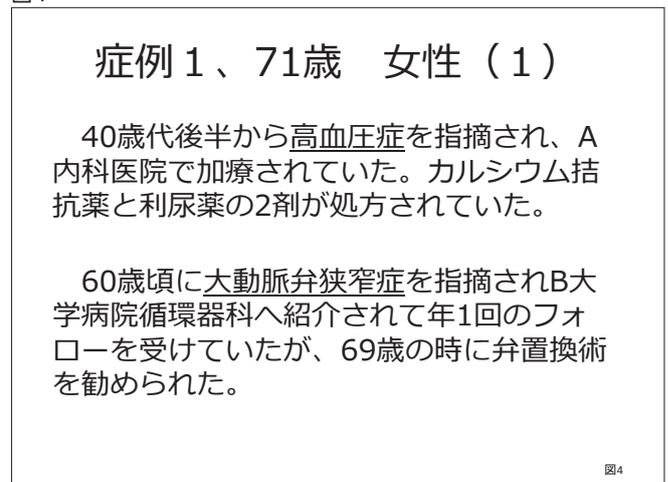


図3

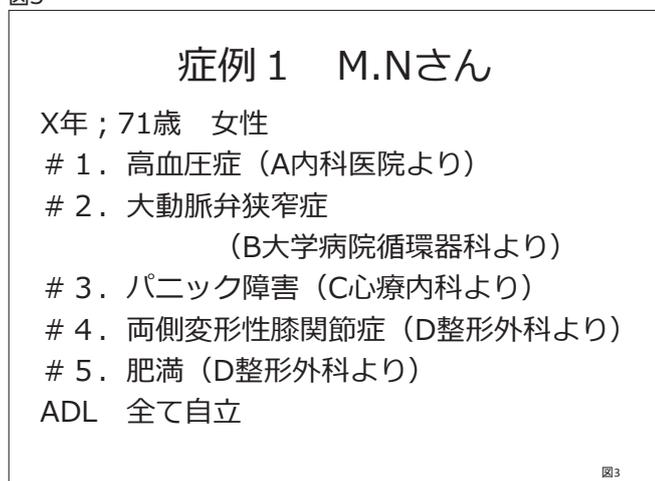
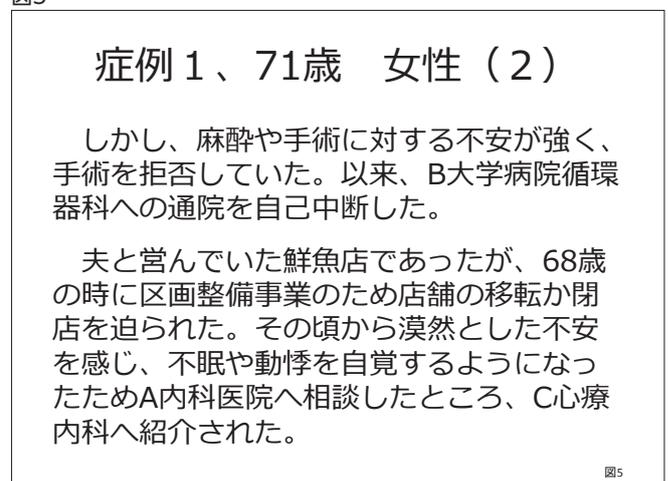


図5



通院を自己中断した。

夫と営んでいた鮮魚店であったが、68歳の時に区画整備事業のため店舗の移転か閉店を迫られた。その頃から漠然とした不安を感じ、不眠や動悸を自覚するようになったためA内科医院へ相談したところ、C心療内科へ紹介された。

(図6) C心療内科ではパニック障害と診断され、SSRIの定時内服とベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓服薬を処方された。

ADLは自立であるが、BMI 29、腹囲 94.5cmと肥満であり、両膝の痛みに対してD整形外科で変形性膝関節症と診断され、NSAIDsの内服薬と貼付薬を処方され、減量を指示されていた。

(図7) 今回、居住地の区画整備により転居となったため、4つの医療機関からの診療情報提供書を持って当院を受診され、今後の当院への定期通院を希望された。

(図8) 紹介元の4つの医療機関のうち、3つの医療機関から内服薬が処方されていた。

当初の内服薬の概要を提示する。A内科医院より5

種類、C心療内科より3種類、D整形外科より4種類、合計12種類の薬剤を服用していたため、まずはポリファーマシーへの介入を行うこととした。

(図9) 高齢者医療において多疾患の合併による多剤投与、すなわち、ポリファーマシーの増加が問題となっている。ポリファーマシーによる副作用の増強、薬物間相互作用の発現、アドヒアランスの低下などが課題となっている。対策としてのポリファーマシーへの介入方法は複数知られているが、ここでは「減処方のプロトコール」について提示する。

1. 患者が現在使用している全ての薬剤について、その処方理由を確認
2. 個々の患者における薬剤有害事象の全体的なリスクを把握
3. 各薬剤の潜在的なリスクとベネフィットを評価
4. 高ベネフィット、低リスク、退薬症状、患者の希望等を考慮して中止薬剤の優先順位を決める
5. 薬剤中止の実行とモニタリング（アウトカムの改善や副作用発現）

図6

症例1、71歳 女性（3）

C心療内科ではパニック障害と診断され、SSRIの定時内服とベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓服薬を処方された。

ADLは自立であるが、BMI 29、腹囲 94.5cmと肥満であり、両膝の痛みに対してD整形外科で変形性膝関節症と診断され、NSAIDsの内服薬と貼付薬を処方、減量を指示されていた。

図6

図8

ポリファーマシーへの介入

A内科医院より

- ・カルシウム拮抗薬
- ・利尿薬
- ・カリウム製剤
- ・胃粘膜保護薬
- ・ビタミンB12

合計12種類の内服薬

C心療内科より

- ・SSRI
- ・ベンゾジアゼピン系
- ・抑肝散

D整形外科より

- ・NSAIDs
- ・PPI
- ・カルシウム製剤
- ・ビタミンD製剤

まずはポリファーマシーへの介入

図8

図7

症例1、71歳 女性（4）

今回、居住地の区画整備により転居することとなったため、4つの医療機関からの診療情報提供書を持って当院を受診。

当院への外来定期通院を希望された。

図7

図9

減処方のプロトコール

1. 患者が現在使用している全ての薬剤について、その処方理由を確認
2. 個々の患者における薬剤有害事象の全体的なリスクを把握
3. 各薬剤の潜在的なリスクとベネフィットを評価
4. 高ベネフィット、低リスク、退薬症状、患者の希望等を考慮して中止薬剤の優先順位を決める
5. 薬剤中止の実行とモニタリング（アウトカムの改善や副作用発現）

JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-834.

図9

(図10) この「減処方のプロトコール」を参考にして、当院で薬剤の重複や相互作用を考慮し、内服薬の調整を行った。結果、12種類から8種類まで内服薬を減量することができた。また、減量による本人への明らかな影響は認められなかった。高齢者医療では加齢によって合併症が増えていく傾向にあるが、常にポリファーマシーを念頭におきながら処方をしていく必要がある。(図11) 通院を中断していたB大学病院循環器科へは、中断を心配していた家族が診療情報提供書を依頼した。B大学病院循環器科からの診療情報提供書には、過去の心機能から $\alpha\beta$ 遮断薬の内服薬の処方、心エコー図の定期フォロー、労作時の呼吸困難や心不全兆候を認めた場合の紹介受診などが指示されていた。

診療情報提供書を作成した医師に電話で内容を確認し、通院を中断する前の状況についても確認した。疾患について十分に説明したが手術を拒否された、という話であったが、実際に外来で本人に確認したところ本人の疾患への理解は乏しい印象があり、特に、治療をしなかった場合の転帰については理解されていない

図10

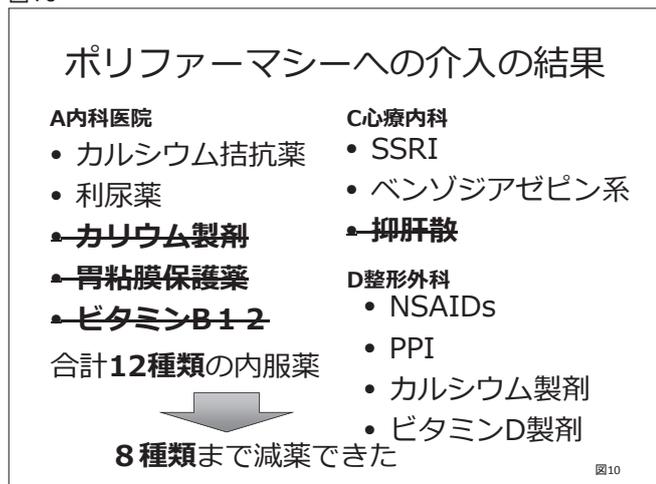
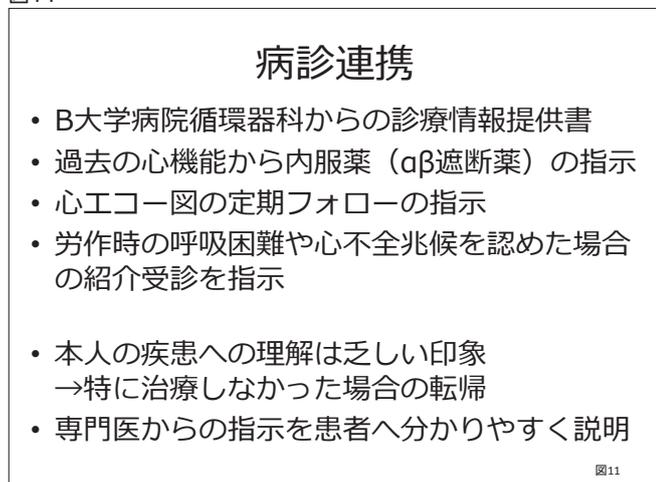


図11



様子であった。

病診連携が重要であると言われているが、専門医の説明の意図と説明された患者の理解度に乖離がないか、かかりつけ医が確認し、理解が不十分な場合は専門医からの説明や指示内容を患者や家族へ分かりやすく説明することがかかりつけ医には求められている。(図12) 転居から1年後に大きな転機があった。夫が肺癌の病名告知から半年で亡くなり、喪失体験後から抑うつ傾向が強くなってしまった。

不安発作も増加し、呼吸困難感が出現するようになった。喪失体験と環境の変化によって不安感が増したと考えられ、結果的にベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓服回数が増えた。

パニック障害の増悪と考え、薬物調整としてSSRIを増量することとした。それにより、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓服回数を減らすことができた。

しかし、不安の発言は増える傾向にあった。(図13) 薬物調整に関わらず、不安の訴えは続いていた。時間の経過とともに活動性が低下し臥床時間が増

図12

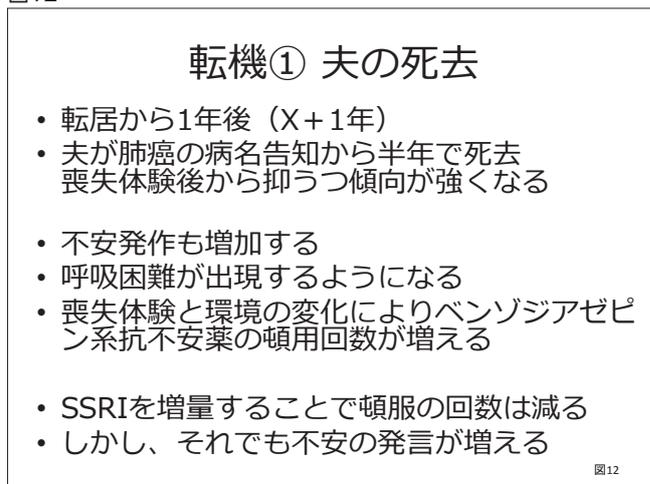
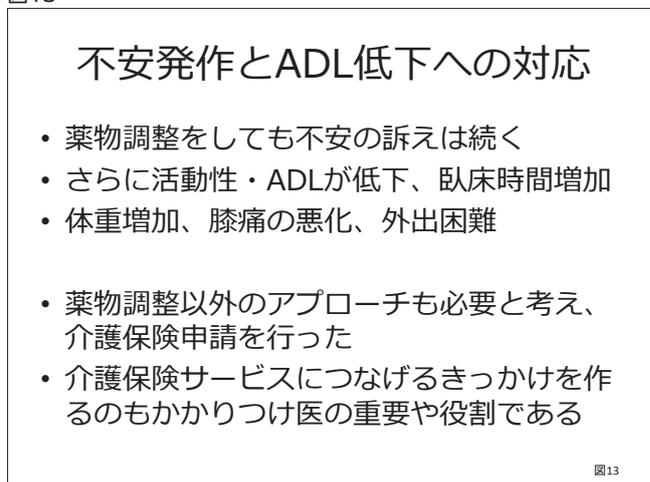


図13



え、体重が増加し、元々の膝痛が悪化、ADL全体が低下、外出困難となるなど悪循環に陥り、外来通院も困難となった。

疾患に対して薬物調整を行ったが、生活全体が立ちゆかなくなりました。

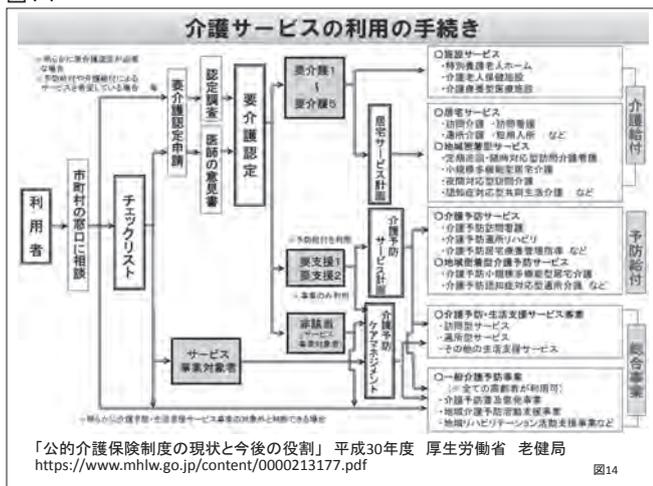
生活を支える必要があり薬物調整以外のアプローチも必要と判断し、介護保険を利用するための申請を行うように本人・家族へ指示した。

介護保険サービスを利用していれば介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）や地域包括支援センターに生活の相談をすることができるため、介護保険サービスを利用していない場合は、この症例のように介護保険サービスへつなげるきっかけを作ることでもかかりつけ医の重要な役割である。

（図14）ここで介護保険サービスの利用までの流れを確認する。厚生労働省老健局の資料¹⁾を参考として提示する。

利用者、つまり、患者や家族が市町村の窓口へ相談に行くところから始まる。本人や家族が動けない場合

図14



「公的介護保険制度の現状と今後の役割」平成30年度 厚生労働省 老健局
<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>

図14

図15

介護保険サービスの利用

- 要介護1と認定された
- 医療情報をケアマネジャーと共有し、ケアプランに2つのサービスの提案

1. 不安に対して傾聴する訪問看護
2. 下肢筋力の維持向上を目的とした通所リハビリテーション（デイケア）

- 2ヶ月後、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓用回数は減り、寝たきり状態を回避することができた

図15

は、介護保険サービスを利用する意思が明確ならば地域包括支援センターやケアマネジャーが申請を代行することも可能である。かかりつけ医が作成する主治医意見書、実際に本人と面接をする認定調査など事前の調査が終了したところで介護認定審査があり、要介護度が認定される。認定結果がでるまで1~2ヶ月かかると言われているため、介護保険サービスの利用が必要と感じた場合は速やかに申請を促す必要がある。

（図15）1ヶ月後、要介護1と認定された。早速、ケアマネジャーを選任し、これまでの経過と医療情報を共有した。これを受けて、ケアマネジャーからは2つのサービスの提案があった。1つは、不安に対して傾聴する訪問看護、もう1つは、下肢筋力の維持・改善を目的とした理学療法士によるリハビリテーションで、通所リハビリテーション（デイケア）であった。主治医として、訪問看護、通所リハビリテーションの提案に同意し、どちらも週1回ずつの利用とした。2ヶ月後にはベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓用回数は減り、ADLも寝たきり状態を回避することができた。

（図16）ここでも厚生労働省老健局の資料¹⁾を参考として提示する。

介護サービスの種類は様々あるが、自宅で受ける居宅介護サービスと施設で受ける施設サービスとに大別される。

この症例では自宅での療養を希望されていたため、居宅介護サービスの中から検討した結果、訪問看護と通所リハビリテーションを利用することとなった。

どこを生活の場とするかで選択するサービスが異なるため、本人の希望、家族の希望を踏まえて、ケアマネジャーが作成するケアプランを医学的な立場から検討することが重要である。

図16

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

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。
「公的介護保険制度の現状と今後の役割」平成30年度 厚生労働省 老健局
<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>

図16

(図17) 初診から3年後、2つ目の大きな転機が訪れた。

ADLは屋内伝い歩き、屋外車椅子であり、以前に比べて低下したままであったが、約2年間はADLを維持することができていた。

しかし、ある時から心窩部痛が出現し、それに伴い不安が増し、「死んでしまいたい」という発言を認めるようになった。検査を受けることで新たな病気が見つかることへの不安が強かったために入院精査を勧めても拒否していたが、かかりつけ医と訪問看護師の説得によりE病院へ入院精査となった。

(図18) 精査の結果、心窩部痛の原因は急性膵炎であった。急性膵炎への治療は2週間ほどで終了したが、経口摂取が進まないなど入院期間が長くなり、抑うつ傾向が強くなったため病院主治医がミルタザピンを追加するなど抗うつ薬を調整し、抑うつ傾向は改善した。入院から2ヶ月後に自宅退院となったが、入院前に比べて下肢を中心に筋力低下が進み、ADLはさらに低下した。

図17

転機② 急性膵炎に罹患

- X+3年、74歳 女性
- ADLは屋内伝い歩き、屋外車椅子のまま約2年間は安定していた
- ある時から心窩部痛が出現
- 不安が増し、死んでしまいたい発言あり
- 当初は検査で病気が見つかることへの不安が強かった
- かかりつけ医と訪問看護師の説得でE病院へ入院精査

図17

図18

抑うつ気分再燃、ADL低下

- 心窩部痛の原因は急性膵炎と診断され、治療も終了
- 入院期間が長くなり、抑うつ傾向が増す
- ミルタザピンを追加するなど抗うつ薬を調整し、抑うつ傾向は改善
- 自宅退院となる
- しかし、筋力低下が進みADLはさらに低下

図18

(図19) 入院によりADLが低下したため当院への外来通院が困難となったため、訪問診療を行うことを提案し、本人・家族ともに承諾された。退院したばかりであり、月2回の訪問診療を行うこととした。月1回の外来通院よりも月2回の訪問診療の方が、診察機会も増え、自宅内の様子も把握することができるため薬物調整をしやすくなるという利点がある。

本人の希望は外出してデパートへ買い物に行くことであることを家族とも確認した。これを受けて、ケアマネジャーと相談し、訪問看護は再開とし、リハビリテーションは通所リハビリテーションから訪問リハビリテーションへと変更した。

(図20) ここで厚生労働省社会保障審議会によるケアマネジャーが入退院に関わる実態調査結果²⁾を資料として提示する。

ケアマネジャーは患者が入院した場合には、入院先の医療機関へ情報提供をしようとするがケアマネジャーが問題と感ずることがある。特に、「医療機関から情報提供を求められない」が24.7%と最も多く、次いで「医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない」が22.7%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が22.4%であった。

医療機関とケアマネジャーとの情報共有、コミュニケーションが難しい現状が分かる資料である。

(図21) また、患者が入院先の医療機関から退院する場合、退院時カンファレンスを行うことがある。

ケアマネジャーが参加する上で問題と感ずる点として「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。

図19

外来診療から訪問診療へ

- 自宅退院したものの外来通院が困難な状態であった
- 当院から訪問診療への転換を提案
- 月2回の診療となり薬物調整しやすくなる
- 本人の希望は外出してデパートへ買い物に行くこと
- ケアマネジャーと相談し、訪問看護の再開、リハビリテーションは通所リハビリテーションから訪問リハビリテーションへ変更

図19

退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

退院前に患者の状態を、退院後の医療を引き継ぐ医療職だけではなく、介護職も把握することで退院後の生活が円滑に進むことが考えられるが、この資料²⁾が示すように入院先の医療機関とケアマネジャーの間での情報共有が難しい現状がある。

(図22) この症例では退院後の生活を支える介護職が医療情報を共有できなかったこともあるため、退院直後にサービス担当者会議を開催した。

参加者は本人、家族、かかりつけ医、ケアマネジャーに加えて、訪問看護師、理学療法士、当院の薬剤師、調剤薬局の薬剤師など、本人の自宅療養に関わる職種が集まった。

本人の課題、目標、ケアプランの内容と方針を確認し、各職種が専門的な視点からコメントした。

看護師からは不安を感じる状況への対策について、

理学療法士からは自宅内でバランスを崩しやすい場所について、薬剤師からは薬剤によるふらつきの可能性について言及があった。いずれも医師のみでは気付くことが困難な内容が多く、普段から他職種と医療情報や日常生活の様子を共有し、ケアプランの内容についても他職種と検討・修正していく必要があることが示唆された。

(図23) 本人の希望が外出してデパートへ買い物に行きたいということであると、参加者全員で共有した。

本人の希望を叶えるために、かかりつけ医として短期的なゴールをトイレまでの自立歩行と設定した。また、各職種からの視点を参考に、かかりつけ医として手すりなどの改修工事もケアマネジャーへ指示した。

4ヶ月後、付き添いのもとではあるが、本人の希望通り、デパートへの買い物が可能となった。

図20

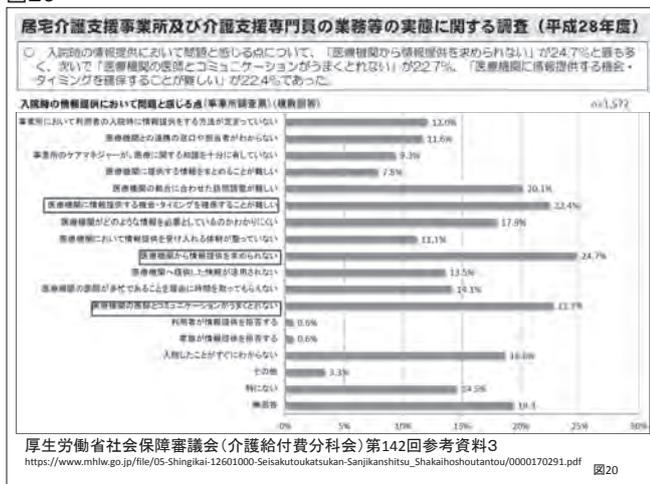


図22

サービス担当者会議

- 参加者；本人、家族、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、理学療法士、薬剤師
- 本人の課題、目標、ケアプランを確認
- 各職種からの視点
- ◆看護師；不安を感じる状況への対策
- ◆理学療法士；バランスを崩しやすい場所
- ◆薬剤師；薬剤によるふらつきの可能性

図22

図21

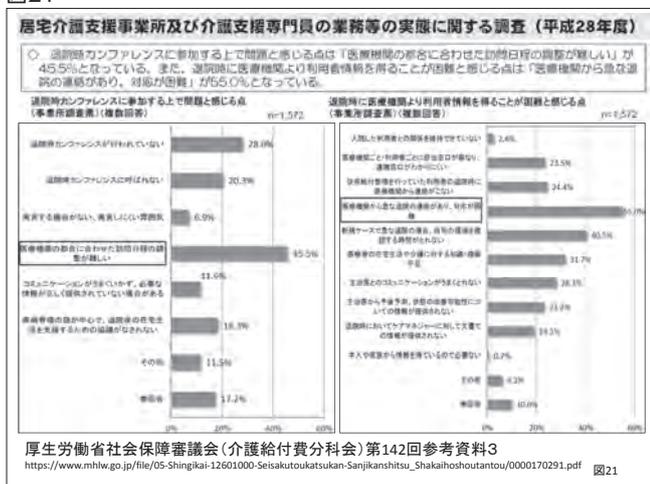


図23

リハビリテーションとゴール設定

- 本人の希望は外出してデパートへ買い物に行くこと
- そのために、まずは短期的なゴールをトイレまでの自立歩行と設定した
- 各職種からの視点を参考に、手すりなどの改修工事もケアマネジャーへ指示
- 4ヶ月後、付き添いのもとでデパートへの買い物も可能となった

図23

(図24) 再び、厚生労働省社会保障審議会によるケアマネジャーが入退院に関わる実態調査結果²⁾を資料として提示する。

ケアマネジャーの主治医(かかりつけ医)との連携状況は、全体を通して「利用者の健康状態の変化等について報告、相談している」が最も多く、それぞれ「入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者」は29.5%、「入院した利用者」は41.0%、「退院した利用者」は40.6%、「看取りを行った利用者」は59.3%であった。

このことから、ケアマネジャーは主治医(かかりつけ医)と連携しようと行動していることが分かる。

ただ、入退院の際でも40%程度の連携であり、逆に60%は連携できていない状況であることが分かる。介護職からは医療職、特に医師への相談は持ちかけにくいという声もあることから、医師、医療機関側からケアマネジャーをはじめとする介護職への連携の声かけ、情報共有など積極的な関わりが求められている。(図25) この症例では、本人から不安の声もほとんど聞

図24

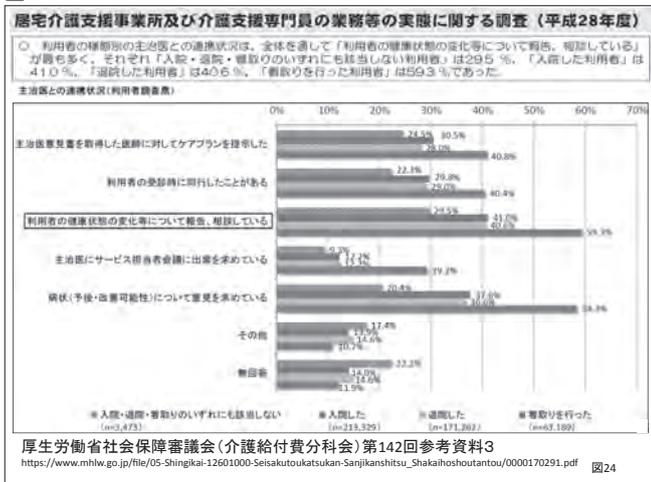


図25

多職種連携

- 不安発作もほとんどみられなくなった
- ADLも拡大したため、訪問看護は終了、訪問リハビリテーションは継続とした
- 訪問診療から外来通院へ戻す相談を開始
- ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士などの多職種と明確な目標を共有することが重要である

図25

かなくなり、外出可能となるなど活動範囲も広がり、ADLも拡大したため、本人、家族、ケアマネジャーと相談した結果、訪問看護は終了し、訪問リハビリテーションは継続とした。また、外出が可能となってきたため、訪問診療から外来通院へ戻す相談を始めた。

このように、ケアマネジャー、訪問看護師、理学療法士、作業療法士などの多職種へ明確な目標を伝えることで、患者や家族の希望、QOLを保つことができる。多職種の意見を受けて、各職種へ明確な指示をすることがかかりつけ医として非常に重要である。

(図26) X+4年、季節も変わり、外も暖かくなってきたので外来通院へ切り替えようと話をしていた矢先に、ある頃からトイレ歩行時にパニック発作が出現するようになった。3つ目の大きな転機である。

詳細を聞くと労作時の呼吸困難があると考えられ、今までのパニック発作とは異なる印象を持った。

基礎疾患に高血圧症、大動脈弁狭窄症があり、以前、通院を自己中断したB大学病院循環器科からの指示が思い出された。

在宅療養での最も重要な指標の1つは体重である。体重を測定することは医療職である必要がなく、本人、家族でも介護職でも可能であるため、共有しやすい情報でもある。その体重が徐々に増加傾向であることが分かった。

(図27) 体重増加とともに採血でBNPの上昇を認めため、心不全を疑いB大学病院循環器科へ紹介した。

この時も本人が受診することを不安に感じ、受診することを拒否していたが、かかりつけ医と訪問リハビリテーションの理学療法士、ケアマネジャーとで得得し、家族とともに受診をした。

精査の結果、洞不全症候群が原因の心不全と判明

図26

転機③ 心不全

- X+4年、ある頃からトイレ歩行時にパニック発作が出現するようになる
- 詳細に聞くと労作時の呼吸困難がある
→今までのパニック発作とは異なる印象
- 基礎疾患に高血圧症、大動脈弁狭窄症あり
- 在宅療養での最も重要な指標の1つは体重
→やはり体重増加があった

図26

し、ペースメーカー適応と説明された。また、大動脈弁狭窄症には以前、B大学病院へ通院していた頃にはなかった経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）が適応であると説明された。

（図28）心臓の手術と聞いて本人の不安は非常に強く、「死んでもいいから何もしないでくれ」と発言した。家族も心臓の手術と聞いて怖くなり、本人も怖がっているし、70歳半ばという年齢もあり、家族としても何もしなくてもよいのではないかという雰囲気になった。

一方で、家族は本人の希望と同じようにもう一度、一緒に外出したいという思いがあり、改善する可能性があるならば治療すべきではないかという考えもあった。家族としては選択に迷っていたため、かかりつけ医に相談があった。

（図29）今回も治療内容への知識がないため、本人、家族ともに不安が増強して拒否していた。家族は本人の選択に引きずられるように治療をしないことに考えが傾いていた。病院スタッフからの説明では治療の内容と合併症の説明だけになり、本人が治療を受けようと

考えるには不十分であった。

これまでの2つの転機を含めた様々な経過と本人の不安を理解できるのはかかりつけ医であり、本人のこれまでの希望を知っているのもかかりつけ医である。

本人は入院中であるので、家族とケアマネジャー、理学療法士など関わっている介護スタッフとともに、改めてサービス担当者会議を開催することとなった。（図30）本人の希望を再度確認してみると、外出して買い物や散歩がしたい。また、外来通院ができるようになりたい、ということであった。

本人が希望する生活を叶えるためには、侵襲的な治療ではあるがペースメーカー埋め込み術を受け、また、TAVIを受けることが必要であると家族や介護スタッフへ説明し、家族の気持ちも手術を受けて欲しいと考えるようになった。そこで、病院主治医と相談し、家族とケアマネジャーとともにかかりつけ医が病院へ行き、病院主治医の同席のもと、改めて説明し、本人も手術を受ける決心をした。ペースメーカー埋め込み術後、しばらくしてTAVIも施行して自宅退院となった。

図27

不安発作の再燃と原因

- 体重増加とともに採血でBNP上昇あり
- 心不全を疑いB大学病院循環器科へ紹介

- 洞不全症候群が原因の心不全と判明
- ペースメーカー適応と説明あり
- 大動脈弁狭窄症も経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）の適応と説明あり

図27

図29

治療拒否への対応

- 今回も治療内容の知識がないための拒否
- 病院スタッフだけの説明では不十分
- 元々パニック発作があり、不安が強い

- これまでの経過と不安を理解できるのはかかりつけ医
- 本人の希望を知っているのもかかりつけ医
- 改めて、サービス担当者会議を開催

図29

図28

再び治療拒否

- 心臓の手術と聞いて、ペースメーカー埋め込み術、TAVIの両方の治療を拒否
- 不安が強い
- 「死んでもいいから何もしないでくれ」

- 家族は迷う
- 侵襲的な治療だが改善する可能性がある
- 本人は不安もあり治療を拒否

図28

図30

本人の希望と治療方針

- また外出して買い物や散歩がしたい
- 外来通院ができるようになりたい

- 本人の希望を叶えるための方法がペースメーカー埋め込み術であり、TAVIであるとかかりつけ医から説明
→本人も治療を受けたいと治療を希望
- ペースメーカー埋め込み術後、しばらくして、TAVIも施行して、自宅退院

図30

(図31) その後、X+8年となった現時点では、パニック発作の頻度はかなり減り、呼吸状態も安定している。訪問リハビリテーションを再開し、以前と同じ屋内伝い歩きが可能となった。要介護度が要介護4から要介護2へ変更となり、外来通院まではできていないが、訪問診療を受けながら、本人が希望していた車椅子での買い物や散歩が可能となった。

(図32) 他院から紹介されて8年間の継続診療の中で、大きな転機となる疾患・病状が3つあった。その時々で本人、家族とも治療方針を迷っていた。本人の希望を知っているのはかかりつけ医の強みであり、患者や家族の迷いに寄り添いながら治療方針を決めていくことが重要な役割である。

本人の希望と実際のQOLを比較し、QOL維持・向上のために何ができるか、かかりつけ医が考え、病診連携、多職種との協働をすることで自宅療養を継続することができた。

図31

その後のM.Nさん

- X+8年、79歳 女性
- パニック発作の頻度はかなり減り、呼吸状態も安定
- 訪問リハビリテーションを再開し、以前と同じ屋内伝い歩きが可能に
- 要介護度が要介護4から要介護2へ
- 車椅子で買い物や散歩が可能となった

図31

図32

症例1 M.Nさん

- 8年間の継続診療の中で転機となる疾患・病状が3つあった
- その時々で本人、家族とも治療方針を迷っていた
- 本人の希望を知っているのはかかりつけ医である
- 本人のQOLを維持するために多職種と協働することで自宅療養を継続できた

図32

(図33) この症例1のまとめとして、かかりつけ医に求められることを提示した。

多疾患を合併している患者に対して、治療が相互に影響することをイメージして治療内容に介入する。特に、高齢者医療では薬剤の相互作用や副作用に十分な配慮が必要である。

また、疾患の進行と加齢を踏まえて、本人の希望、家族背景、QOLまでを考慮した治療方針を決定する。そのためには、介護保険サービスにつなげることなど、介護、福祉についても情報提供ができるような準備が必要である。

さらに、専門医と患者・家族の橋渡しをする。専門医や病院主治医はベストな治療を提案するが、本人や家族には決断できない何らかの事情があるかもしれない。その事情についてかかりつけ医が普段から共有することで、本人や家族の希望を叶えるための提案ができるであろう。専門医の説明を噛み砕いて分かりやすく、本人や家族へ説明する役割も重要である。

かかりつけ医は、多職種と連携して自宅療養を支える。本人のQOLを重視して、多職種の視点を参考にしながら医師としての指示を出すことで自宅療養を支えることができる。

図33

かかりつけ医に求められること

- 多疾患を合併している患者に対して、治療が相互に影響することをイメージして治療内容に介入する
- 疾患の進行と加齢を踏まえて、本人の希望、家族背景、QOLまでを考慮した治療方針を決定する
- 専門医と患者・家族の橋渡しをする
- 多職種と連携して自宅療養を支える

図33

症例2

(図34) 在宅医療の実施内容は、対象患者の疾病、年齢、療養環境、人生観等により大きく左右される。「症例2」では、在宅医療において多疾病を併存した症例の、時系列的变化を紹介する。

はじめに

(図35) 認知機能の低下があり、自身による管理ができずに症状が悪化してしまう状況を、病院との連携及び地域の多職種が介入して改善した症例である。

認知機能が低下していると、治療の効果を本人が認識しにくく、治療やケアに対して拒否感を示す患者も多い。認知症やその他精神疾患のある高齢者にどのようにアプローチをするか、また在宅での治療目標をどのように設定し、他の医療機関や介護スタッフといかに共有するかなどを、当症例を通して提示する。

症例

(図36) 当症例は、88歳の女性である。夫と次男との3

人で暮らしていたが、夫は6年前に死亡し、その後2人で暮らしている。キーパーソンは次男である。近隣に住む妹が週に1回程度訪問し、日常の世話をしている。(図37) 既往歴は、認知症、高血圧症、腰部脊柱管狭窄症、神経因性膀胱、骨粗鬆症、下肢閉塞性動脈硬化症、左第5趾に潰瘍形成、壊死と踵部皮膚潰瘍がある。

認知症はHDS-Rが18点である。食事の準備は近隣に住む妹が準備し、冷蔵庫に保存されているものを自身で食べている。トイレは自分で行けるが、着替え、入浴はできない。会話は流暢であるが、病状や治療の理解、管理の必要性などは理解できず時間を要した。

腰部脊柱管狭窄症の手術歴があり、その影響で神経因性膀胱がある。下肢閉塞性動脈硬化症があり、左第5趾の潰瘍が壊死している。

その他踵部皮膚潰瘍があるが知覚障害があり、あまり痛みを訴えない。悪化と改善を繰り返し、管理に難渋していた。自宅内は伝い歩き、屋外歩行は介護者が手引きで行うことのできるような状況である。

図34

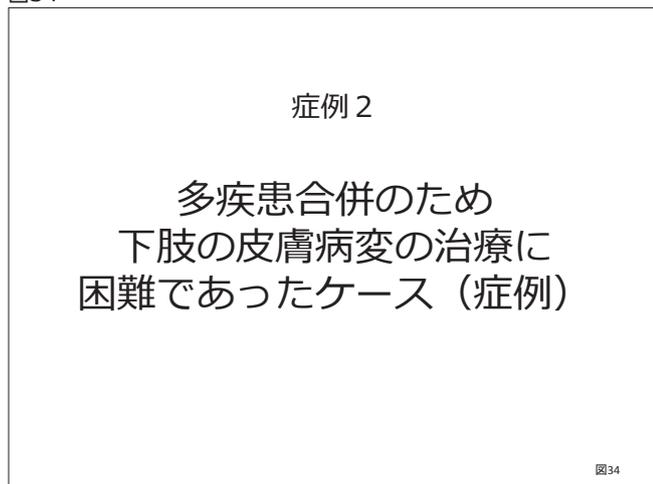


図36

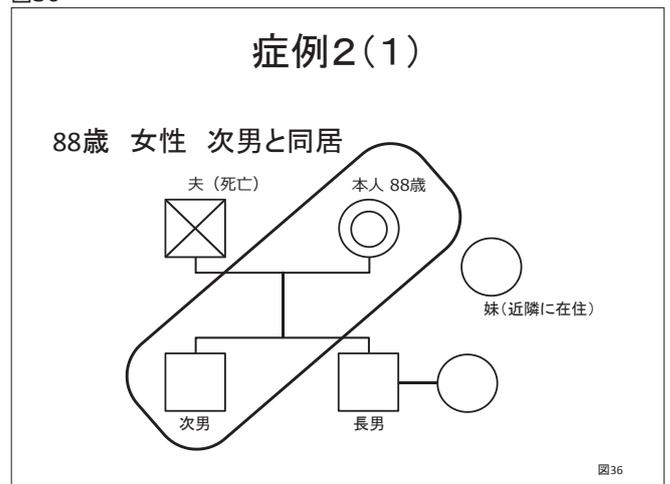


図35

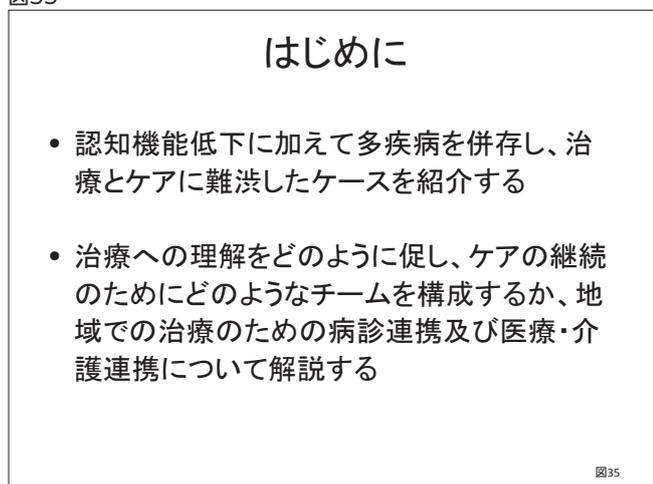
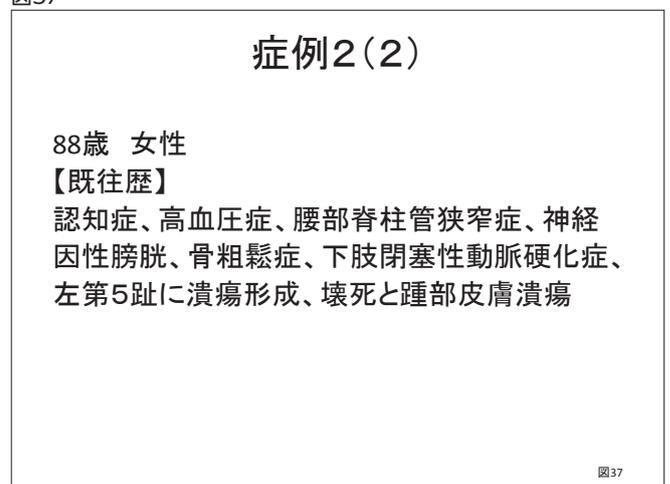


図37



(図38) 診療開始経緯としては、腰痛、両足のしびれあり、通院が困難とのことで当院による訪問診療を開始した。要介護4の夫を介護していたが、その負担も大きく、うつ症状もみられた。同居の次男は、早朝に家を出て夜遅く帰る生活で、介護への協力は期待できない状況であった。

(図39) 10年前、脊柱管狭窄症による腰痛と足のしびれが悪化し、歩行困難になったため、当院での訪問診療を開始した。この時点ではMMSEが26点と認知機能は保たれていた。当初の診療は主にトリガーポイント注射と鎮痛剤の内服及び経皮鎮痛消炎剤による疼痛管理と骨粗鬆症、高血圧症の治療を行っていた。

要介護・要支援認定を受けることを勧め、要支援2と認定された。筋力の維持向上のためのリハビリテーションと、全身観察のために訪問看護及び通所介護を開始した。

(図40) 8年前、痛みが悪化したため、病院にて脊柱管狭窄症の手術を実施した。痛みは改善したが、足のしびれがあり、転倒リスクが高い状況は続いていた。訪

問りハビリテーションを導入し、歩行訓練、筋力強化等を実施した。神経因性膀胱があり、尿が出にくい状況があった。

7年前、本人は要介護4の夫の介護の負担が大きい様子で、夜間の夫のトイレ介助があり睡眠もよく取れない日が続き、「疲れた」といった言葉を連発し、うつ様症状を示すようになる。夫はショートステイを活用し、介護負担を減らすことを試みたところ、「一人じゃ寂しい」といったことを言うようになる。本人自身の身なりや身体への関心が薄れている様子もあったため、全身状態の確認と本人の孤独感や不安感解消のため、傾聴や精神状態の観察を訪問看護に依頼した。

(図41) 6年前に夫が死亡した。訪問看護による精神状態の観察及び思いや苦痛の訴えの傾聴を継続し、同時に白内障手術を行った。

5年前から左踵に角化と亀裂があった。近医の皮膚科と連携して対応したが、改善と再燃を繰り返していた。連携病院を受診したところ、閉塞性動脈硬化症の診断があり、循環器科にて左下肢浅大腿動脈及び膝窩

図38

症例2(3)

【診療開始経緯】
腰痛、両足のしびれあり、通院が困難とのことで、当院による訪問診療を開始。要介護4の夫を介護していたが、その負担も大きく、うつ症状もみられた。同居の次男は、早朝に家を出て夜遅く帰る生活で、介護への協力は期待できない状況。

図38

図40

症例2(5)

X-8年 腰部脊柱管狭窄症の手術実施。痛みは改善したが、足首より先に痺れあり、転倒リスクが高い状況。訪問リハビリテーションを開始。神経因性膀胱により、排尿困難。

X-7年 夫の介護による疲労が増大。夫はショートステイを利用し、本人の負担軽減を図るが、「一人じゃ寂しい」といった発言もあり、訪問看護を導入し、全身状態の確認及び傾聴や精神状態の観察を依頼。

図40

図39

症例2(4)

【治療経緯】
X-10年 訪問診療開始
腰痛、両足のしびれが悪化、歩行困難との訴えあり、精査により脊柱管狭窄症と診断される。MMSE26点、この時点では認知機能に問題なし。脊柱管狭窄症の疼痛ケア、骨粗鬆症、高血圧症の治療を開始。

図39

図41

症例2(6)

X-6年 夫死亡。訪問看護による精神状態の観察及び思いや苦痛の訴えの傾聴を継続。白内障手術実施。

X-5年 左踵に角化及び裂孔あり。近医の皮膚科と連携し治療を行うも改善せず。閉塞性動脈硬化症が指摘され、左下肢浅大腿動脈及び膝窩動脈の狭窄部に対してPTA実施。左踵部潰瘍に対して全層植皮。

図41

動脈の狭窄部に対してPTA（経皮的血管形成術）を実施。その後、皮膚科にて左踵部潰瘍に対して全層植皮し、創傷は縮小した。

(図42) 3年前、左第5趾に潰瘍形成、壊死。左第5趾を切断し、断端形成術を実施した。

2年前より認知機能が低下し、HDS-Rが18点となった。また、要介護・要支援認定では、要介護1となった。

継続して病院と連携して加療するも、治療効果が上がらず悪化を繰り返す状況になり、徐々に治療に対して消極的となる。

(図43) 1年前、左踵部潰瘍が悪化。本人に洗浄や軟膏塗布、装具着用などを指示するも知覚障害により痛みを感じないこともあり、適切に行うことができなかった。また、日々の生活管理を行うことが困難となっていた。

週1日であった訪問看護の日数を週5日に増加し対応した。洗浄や軟膏塗布の処置と創部の観察を依頼し、

感染兆候があればいち早く報告をもらうようにした。

創部が悪化し、歩行がほとんどできなくなったため、入院加療を必要と判断し、関連病院にて左大腿動脈-左後脛骨動脈バイパス術と踵骨部分切除及び閉創を実施した。

(図44) 1年前の創部写真である。

(図45) 現在は、訪問看護師により全身状態の管理と創部の洗浄と軟膏塗布、精神面の援助を継続している。

服薬も忘れることが多くなってきたため、薬剤師が訪問して薬のセットと服薬状況の確認をしている。また、訪問リハビリテーションを実施し、装具を使っての歩行を強化したところ、動作がスムーズになり、日中の活動量が上がった結果、本人の活気が戻り、全身状態の改善につながっている。

創部は良好な状態が続いており、また精神状態が改善したことから、治療に対しても拒否がなくなった。感染などの状況変化にも早急に対応することが可能な体制が出来上がっている。

図42

症例2(7)

X-3年 左第5趾に潰瘍形成、壊死。左第5趾切断、断端形成術実施。

X-2年 認知機能低下。HDS-R: 18点
植皮の境界部より浸出あり、潰瘍化。
病院との連携による治療継続。

図42

図44

創部写真



X-1年2月

X-1年6月

X-1年9月術後

図44

図43

症例2(8)

X-1年

左踵部潰瘍が悪化。本人に洗浄や軟膏塗布、装具着用などを指示するもうまくできない、忘れてしまう状況。麻痺があり、本人は痛みの訴えが少ない。

当初入院加療を説得するも拒否があったため、訪問看護の日数を増加し、洗浄や軟膏塗布の処置の充実と感染兆候の観察を実施。

再三の説得により入院加療を承諾。

左大腿動脈-左後脛骨動脈バイパス術及び踵骨部分切除、閉創実施。

図43

図45

症例2(9)

X-0年 訪問看護師による創部の洗浄及び軟膏塗布を継続。服薬は薬剤師により管理。
訪問リハビリテーションにより歩行動作がスムーズになり、活動量が増加、全身状態及び精神状態が改善。

治療への拒否的な態度はほぼなくなるも、麻痺があり痛みを感じず、創の悪化や感染兆候に気づくことができないため、訪問看護師、薬剤師が常に創の状態を確認、継続的なモニタリングを行っている。

図45

病院との連携

(図46) 病院に通院するも、治療方針や管理の方法について全てを理解できずに帰ってきている様子が判明したため、病院の主治医と連絡を取り、本人への説明内容を確認し、再度訪問診療時に管理の内容を伝えて理解を深めるとともに、本人の意思を確認するようにした。

また、病院の主治医に対して自宅内の環境を詳細に伝え、実施可能なケアの内容の検討を依頼するとともに、そのケアを継続できる体制とするため、訪問看護やリハビリテーションの導入をケアマネジャーと連携して実施した。

本人の状態変化に合わせたケア

(図47) 当症例は、もともと当院にて夫の訪問診療を行っていたが、夫の訪問診療をしていた頃、歩き方の変化などを見て声をかけたところ、「腰痛が悪化して通院ができていない」との発言があり、同時に訪問診療を開始した。介護者が倒れてしまうと、患者本人の在宅療養も継続できなくなる。身体的な負担だけでなく、精神的な負担も配慮し、介護サービスなどの調整を行っていく。

次男が同居しているが、朝早く家を出て夜遅く帰ってくる生活をしており、キーパーソンではあるものの、介護は期待できない状況であった。近くに住む妹が食事の世話、通院には長男が付き添うことで対応している。家族の状況を確認し、一人に負担が大きくなりすぎない体制を配慮することも必要である。

夫の介護に時間がかかるにつれ、本人のケアにかかる時間や精神的な余裕が減少していく傾向が顕著で

あった。介護家族は、患者本人へ意識が集中し、介護者自身のことは二の次になることがある。介護家族の身体状況、治療の必要性についても状態の重篤度を客観的に判断し、優先順位を明確に伝えた方が、本人は治療への行動に結びつけやすい。当ケースの場合、歩行時の痛みが介護を行う上でも大きな問題であったため、本人及びその他の介護家族と話し合い、手術を行うことを決断した。

本人に治療内容について説明する際は、適切なインフォームドコンセントをしなければならない。その上で、本人の理解度の判断と、本人が行っている意思表示、発言の背景についても配慮が必要である。これらは医師、看護師も含めた支援チームによるアプローチが有効である。相手や場面によって意思表示が変わることがあることも念頭に置き、医療・介護スタッフ同士の連携によって本人の真意を理解するという視点が重要である。

在宅医療においては、対象者がどのような生活を送りたいかによって治療やリハビリテーションの目標は変化する。生活上どんなことに困っているかという訴えとその解決のために何ができるかを検討する。解決策には医療的な対応だけではなく、生活環境の改善や介護スタッフの体制、地域住民の力なども合わせて検討することを忘れてはならない。

図46

病院との連携

- 病院の治療方針や管理方法について本人に補足説明を繰り返し実施
- 病院と本人の自宅の状況、介護力を共有し、実施・継続可能なケア及び体制を検討

図46

図47

本人の状態変化に合わせたケア

- 患者の妻(介護者)の状態変化への配慮
- 家族全体のマネジメント
- 夫の介護と本人自身の治療とのバランス
- 認知機能低下、治療への理解力低下への対応
- 生活上の困りごとのアセスメント

図47

多職種によるモニタリング

(図48) 今回の症例では、ケアマネジャー、訪問看護、薬剤師による居宅療養管理指導（在宅患者訪問薬剤管理指導）、訪問リハビリテーションとの連携、デイサービスの活用などにより、患部のケアと服薬支援、全身状態の管理を行った。特に患部が悪化している場合は、訪問看護の回数を増加して対応をしている。

訪問診療は月に2回程度であるが、その間に大きく状況が変化してしまうこともある。複数の視点でモニタリングを行い、状態に変化がある時に適時に報告が上がる体制を整備すること、事前に問題点を共有しておくことが重要である。

在宅医療の継続のために考える視点

(図49) 在宅医療を入院医療の代替ではなく、生活を軸に置いた新しい医療の形ととらえるべきであろう。

在宅医療を継続する際に考えるべきは、不必要な入院のきっかけを作らないことである。療養環境を変え

ることは、本人・家族ともに大きなストレスである。できる限り減らすよう予防的なアプローチが重要と考える。具体的には、転倒骨折を減らすため、ふらつきを起こしやすい薬剤をできる限り避けること、脱水対策や便秘のコントロールによってせん妄を予防すること、肺炎予防のためのワクチン接種を行うことも重要で、患者・家族への啓発とともに計画的に実施する。

合意形成において考えるべきバランス

(図50) 合意形成を行うにあたっては、多角的な検討が必要である。1つ目に、人材、物品、金銭などの資源を整理し、現実的にどの程度かけられるのかというマネジメントの視点、2つ目は、家族その他介護者との関係性、環境や価値観、文化といった空間の視点、そして3つ目が、時間の流れの視点であり、それらを総合的に判断する。本人・家族はさまざまなきごとに一喜一憂しやすく特に多疾病を抱えている場合、そのイベントの数が多いことが想定される。医療職として、本人・家族の考えが時に変化することを許容しつつ、時間をかけて導いていくことが必要である。

認知症の方は、意思を形成し、表現することが困難であることが多い。厚生労働省は、平成30年6月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>)を公表し、認知症の人の意思決定を支援する標準的なプロセスや留意点を示している。認知症の方の意思決定に関わる者全てが一読しておく必要がある。

図48

多職種によるモニタリング

- ケアマネジャー
- 訪問看護
- 薬剤師による居宅療養管理指導
(在宅患者訪問薬剤管理指導)
- 訪問リハビリテーション
- デイサービス

図48

図49

在宅医療の継続のために考える視点

1. 不必要な入院のきっかけを作らない
2. 本人・家族のストレスの軽減
3. 予防的対応
4. 患者・家族への啓発

図49

図50

合意形成において考えるべき バランス

合意形成は「最善策を探し続けるプロセス」である。多角的な検討が必要

↑ マネジメント

人材・物品・金銭などの
資源の管理
現実性

→ 時間

過去・現在・未来・
継続性・変化

← 空間

関係者・環境・
価値観・文化

具体的には、

- ・本人の意思
- ・家族・介護者との関係性
- ・家族の身体的・精神的負担
- ・金銭的負担
- ・環境
- ・残されている時間

などを考慮する

「看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方」(吉武久美子著)より高瀬改変

【参考】
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(厚生労働省)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
図50

社会的意思決定

(図51) 社会的意思決定の問題として、特に高齢者においては財産管理の問題に触れておきたい。本人の財産が、適切に本人のために使われる状態となっているかについて注意が必要である。法定後見³⁾だけが選択肢ではないが、本人の財産を守る手段として認識しておきたい。

まとめ

(図52) 最後に、高齢であり特に認知機能に低下のある多疾患合併患者を支えるためには、療養生活を支える多職種でのチーム構築とケアの目標の共有が重要である。文書でのやりとりだけでなく、必要に応じてサービス担当者会議の開催や電話や対話でのコミュニケーションを心がけ、認識に齟齬が生まれないよう努力する必要がある。

また、地域が持つ力を多角的に評価する必要があるため、本人の身体機能や能力だけに着目するのではなく、家族やその他の社会的資源も評価の対象に加える。

本人の考え方や価値観、文化的な背景、趣味嗜好などを理解しながら本人が持つ長い生活史の最期まで支援するという視点が重要である。

参考文献

- 1) 厚生労働省老健局：公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成30年度
<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>
- 2) 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会：第142回（H29.7.5）参考資料3「居宅介護支援（参考資料）」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf>
- 3) 法務省民事局：成年後見制度成年後見登記
<http://www.moj.go.jp/content/001287467.pdf>

図51

社会的意思決定 ～財産管理～			
法定後見制度の概要			
	後見	保佐	補助
対象となる方	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てをすることができる方	本人、配偶者、自治体等内の親族、検察官、市町村長など(注1)		
成年後見人等(成年後見人・保佐人・補助人)の同意が必要な行為	(注2)	民法13条1項所定の行為(注3)(注4)(注5)	申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項所定の行為の一部)(注1)(注3)(注5)
取消しが可能な行為	日常生活に関する行為以外の行為(注2)	同上(注3)(注4)(注5)	同上(注3)(注5)
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	財産に関するすべての法律行為	申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(注1)	同左(注1)
制度を利用した場合の資格などの制限	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど(注6)(注7)	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど(注7)	

出典：法務省民事局「成年後見制度成年後見登記」<http://www.moj.go.jp/content/001287467.pdf> より抜粋
 図51

図52

まとめ
<ul style="list-style-type: none"> ● 療養生活を支える多職種でのチームを構成し、目標を共有する ● 本人の身体機能や能力に加え、社会的資源も評価して、継続可能な治療やケアを検討する ● 本人が持つ生活史を理解した上で、倫理的配慮に基づき意思決定を支援する

図52

日医かかりつけ医機能研修制度 2019 年度応用研修会

令和元年5月26日 発行

- ・発行 公益社団法人 日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03) 3946-2121 (代表)
- ・担当 保険医療部 (医療保険課・介護保険課)
生涯教育課

