

在宅医療推進のための
地域における多職種連携研修会
テキスト

〔発行〕



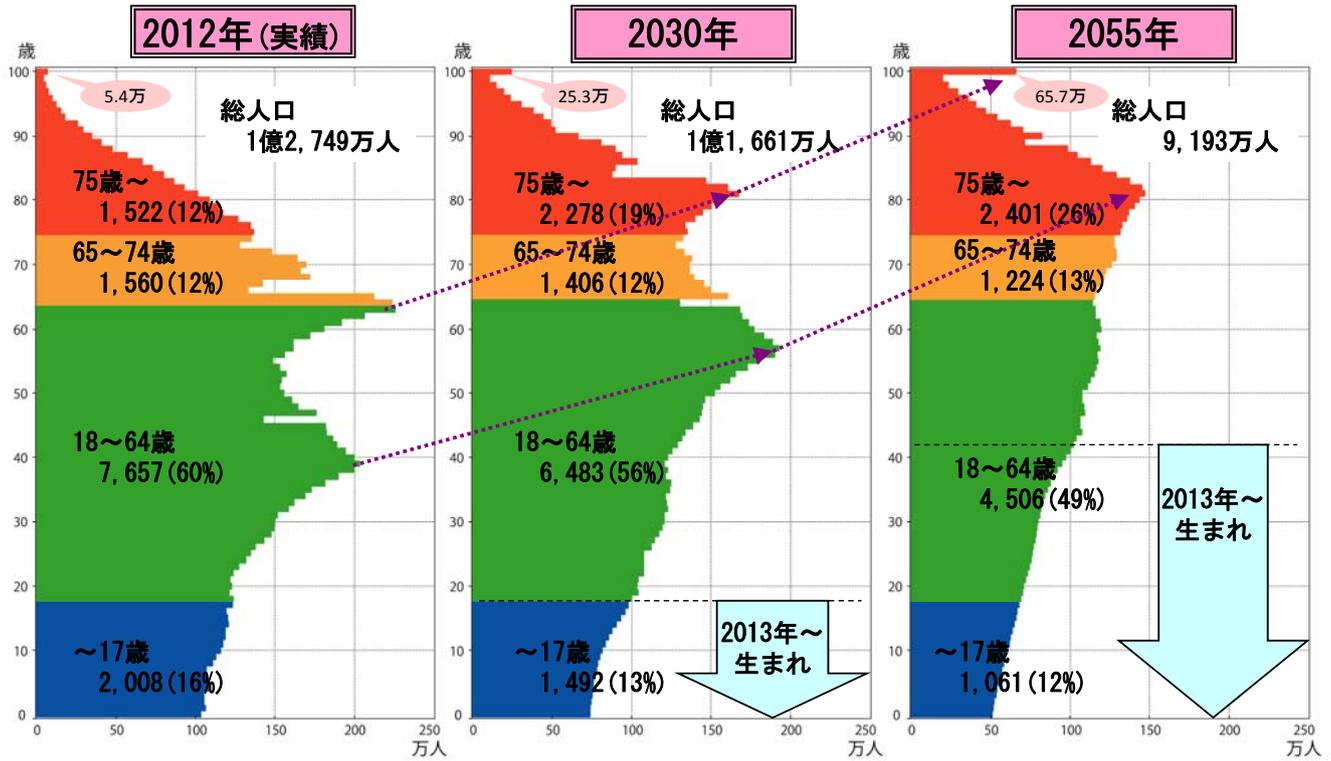
東京大学 高齢社会総合研究機構
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo

21世紀前半の社会と医療 在宅医療の果たすべき役割 ～資料～

今後の日本の高齢化の特徴

- 後期高齢者の急増
- 団塊の世代の動き—2025年が目安
- 大都市圏で迎える未曾有の高齢化
 - これまでの地方圏の対応の延長は無理
 - 社会的なイノベーションが必要
 - 将来は地方も基本的に同じ

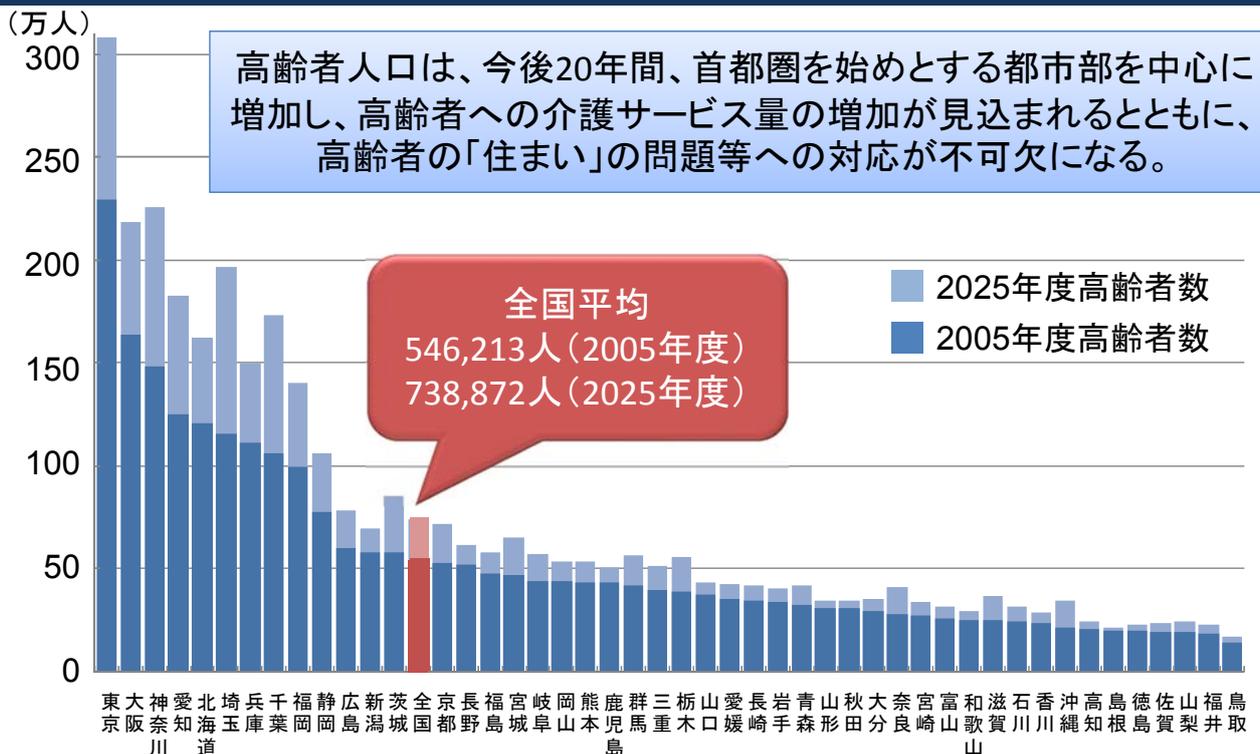
人口ピラミッドの変化～平成24年中位推計～



注：2012年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。
2030・2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果



都道府県別高齢者数の増加状況



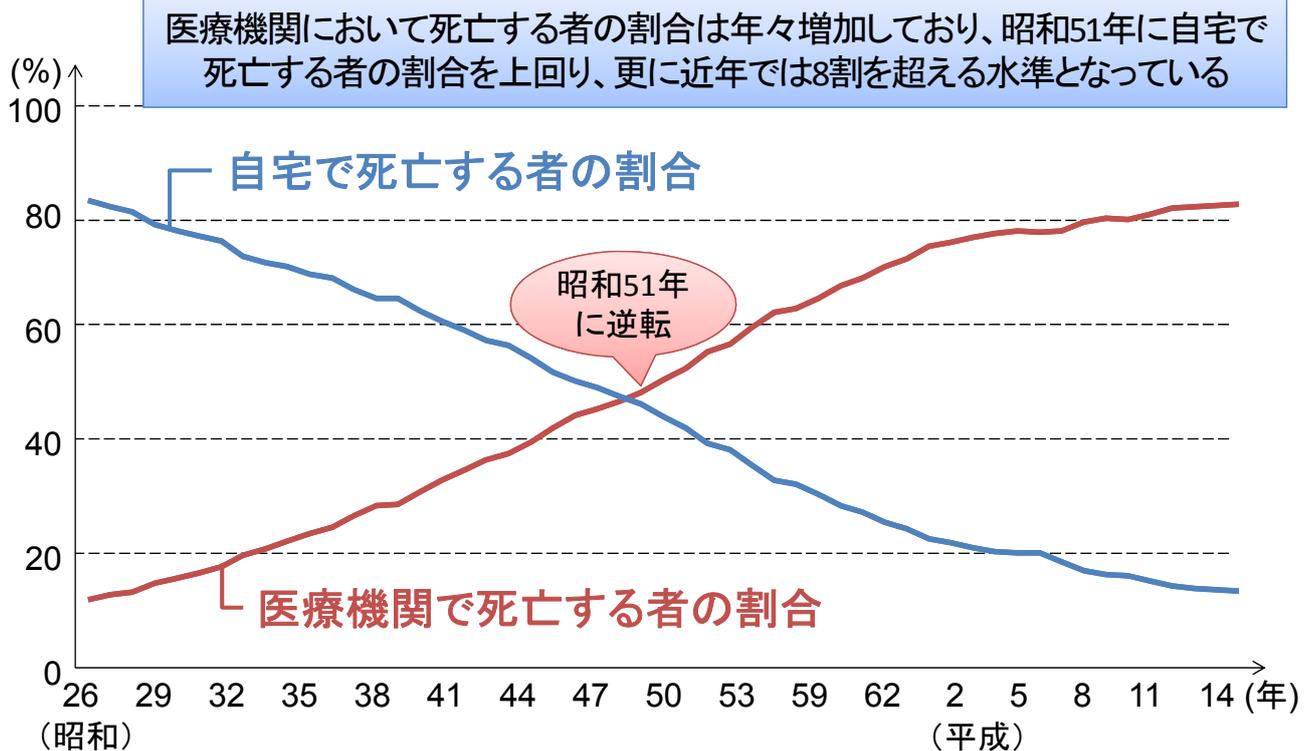
2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」
2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成14年3月推計)」



様々な留意点①

- 日本人の死に場所
 - 今は死ぬのは病院が常識
- 病院医療とは何か
 - 臓器別医療
 - 臓器別医療の究極の論理
- これまでの延長線上で大丈夫？幸せ？

医療機関における死亡割合の年次推移

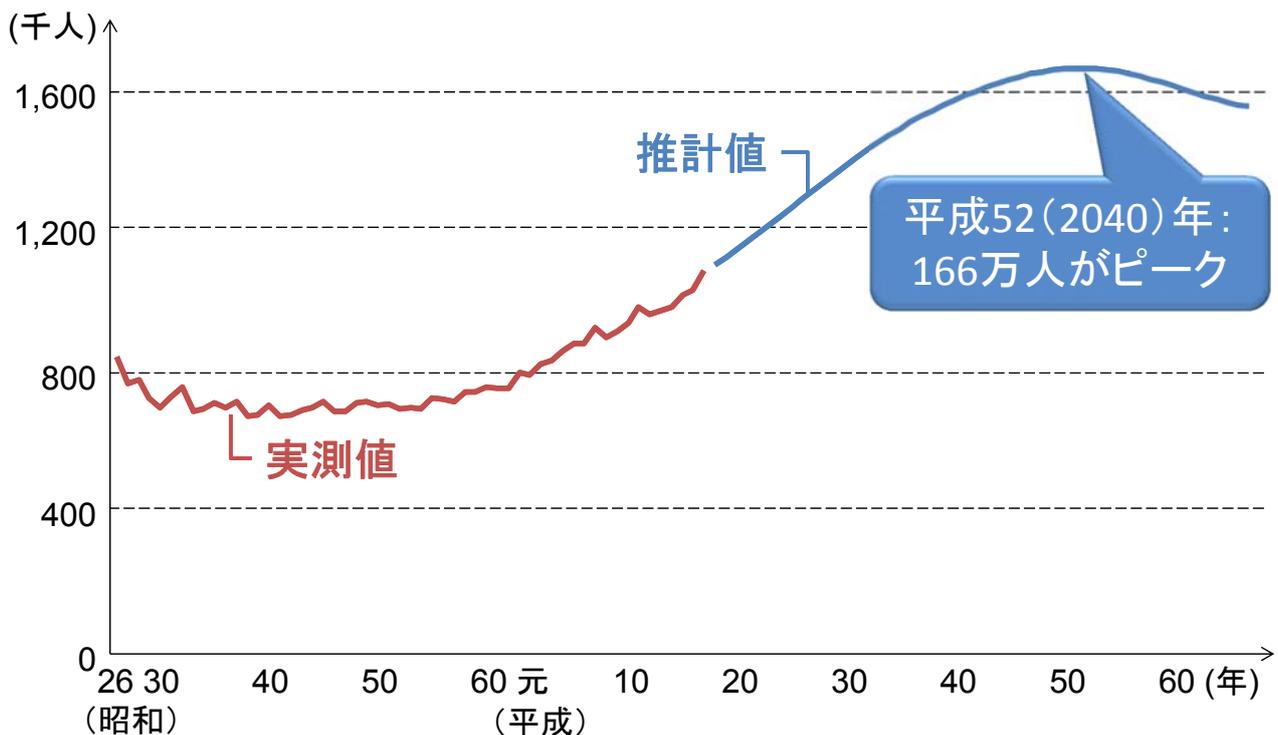


(資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」より)

様々な留意点②

- 死亡件数の激増
 - 75歳以上(75歳未満)での死亡の推移
 - 医療は問い直される

死亡数の年次推移



〔資料:平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」、平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」より(出生中位・死亡中位)〕

様々な留意点③

- 認知症高齢者の大幅な増加
 - 加齢とともに大幅に増加
 - 認知症が普通の社会
 - 社会の在り方に関わる
- 一人暮らし、夫婦のみ世帯が主流
 - 在宅ケアの概念の見直し
 - 超高齢社会の生き方を切り開く必要

高齢者介護施策の現状と課題①

1. 介護保険制度の定着

- 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。
- 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。

2. 介護保険制度の見直し

- 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。
 - 高齢者数の急速な増加
→「予防」を重視したサービスモデルへ転換
 - 認知症高齢者の急速な増加
→認知症に対応したサービスモデルへ転換
 - 高齢者世帯の急速な増加
→単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換

認知症高齢者数の増加

	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口 に占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

高齢者の世帯形態の将来推計

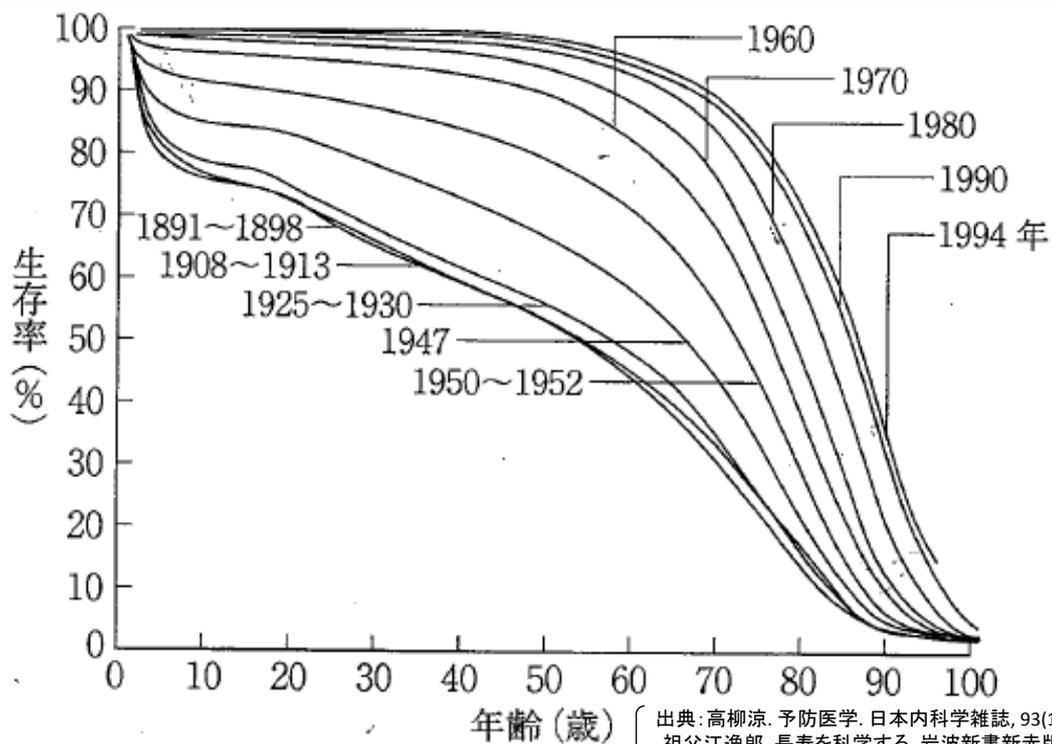
(万世帯)

	2005年	2015年	2025年
一般世帯	4,904 万世帯	5,048	4,964
世帯主が 65歳以上	1,338 万世帯	1,762	1,843
一人暮らし (高齢世帯に 占める割合)	386 万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
夫婦のみ (高齢世帯に 占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

日本人の老いの姿

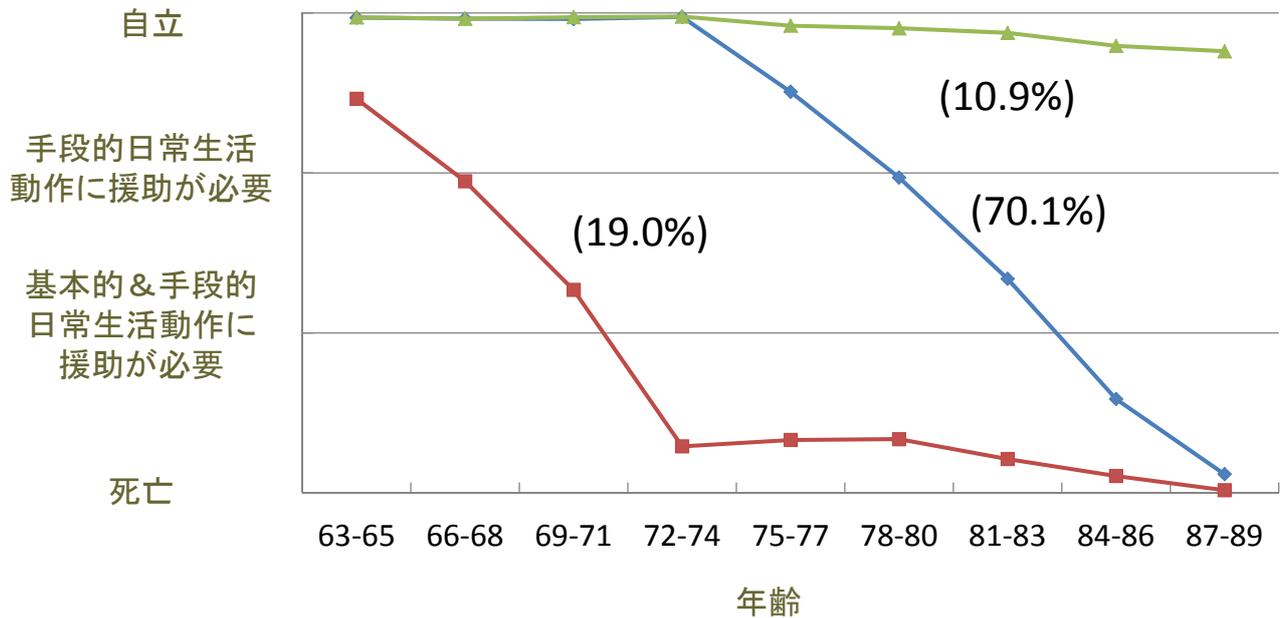
- 生存率の推移が示すこと
 - 高齢者の長命化
 - 生活の質が課題
- 高齢期の自立度が示すこと
 - 3つのパターンに分かれる
 - それぞれから課題が見える

日本人女性の生存率の推移



自立度の変化パターン【男性】

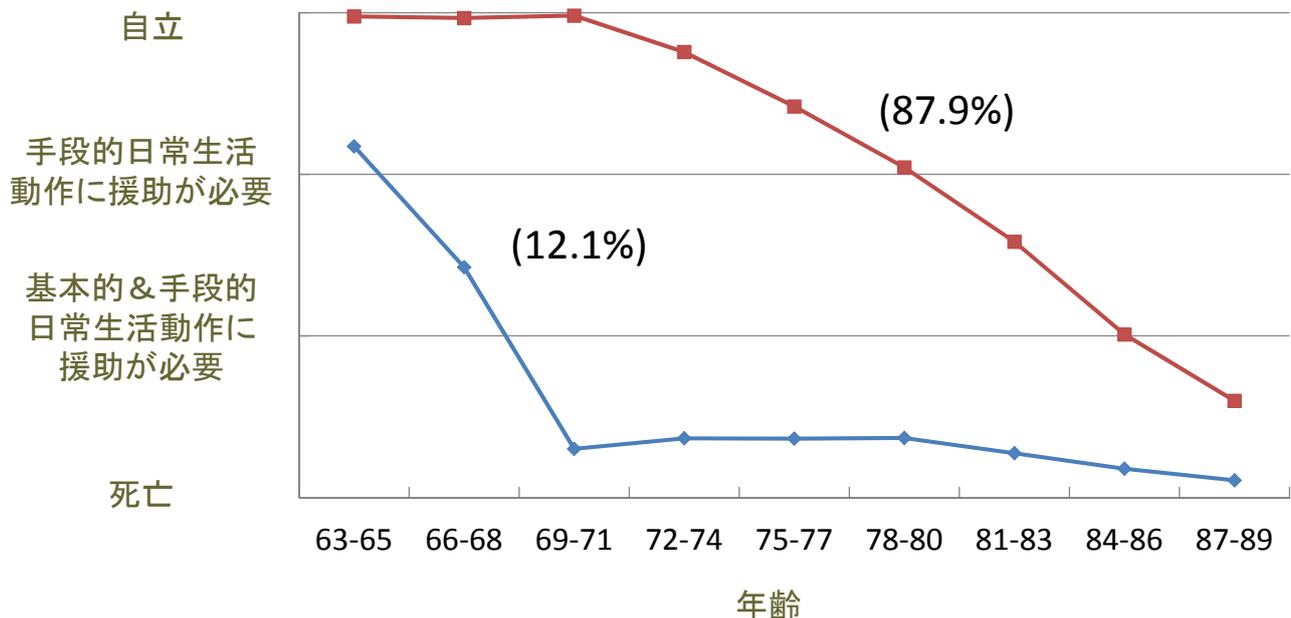
—全国高齢者20年の追跡調査—



(出典: 秋山弘子. 長寿社会の科学と社会の構想. 「科学」岩波書店, 2010)

自立度の変化パターン【女性】

—全国高齢者20年の追跡調査—



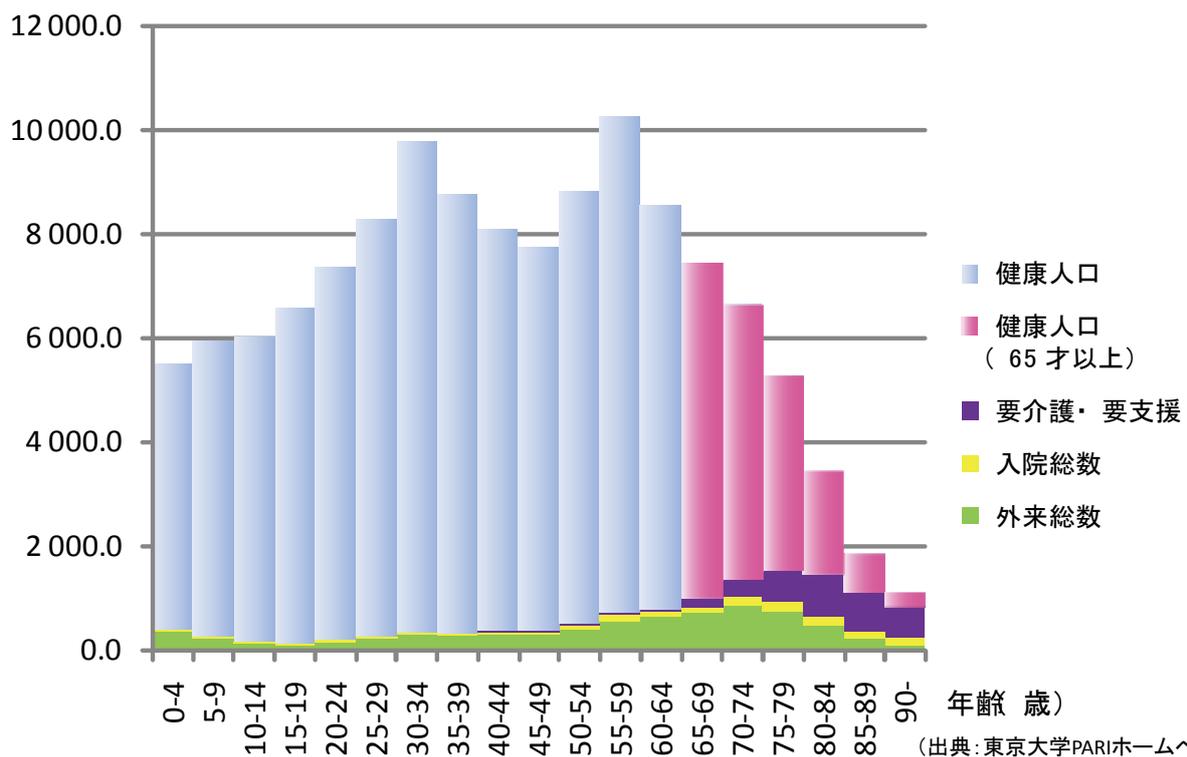
(出典: 秋山弘子. 長寿社会の科学と社会の構想. 「科学」岩波書店, 2010)

今後の政策の骨格

- 生活習慣病予防
 - 歩く、適正なダイエット
- 介護予防
 - 歩く、しっかり食べる
 - 閉じこもらない
- 虚弱期のケアシステムの確立
 - 日本のケアの在り方の変遷
 - 地域包括ケアとその目指す姿

年齢階層別 医療・介護・健康人口

人数 (千人)



(出典: 東京大学PARIホームページ)

高齢者介護施策の現状と課題②

3. 介護保険制度見直しの主な内容

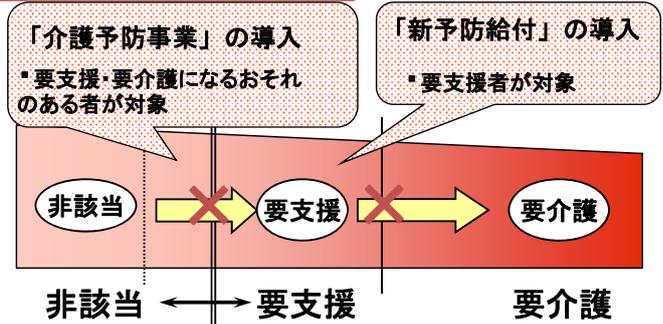
(1) 介護予防の推進

- 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。
- 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

(2) 地域ケア体制の整備

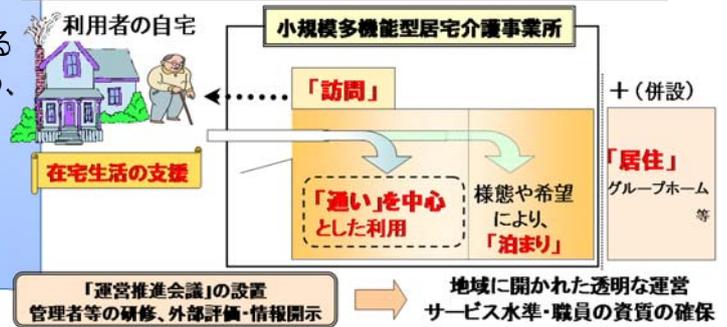
- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

介護予防システムの確立



地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

○小規模多機能型居宅介護とは
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅生活の継続を支援
→どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる



17 2013/3/20 (ver.1)

【日本】お年寄りの姿の変遷



1年10ヶ月「寝たきり」だった

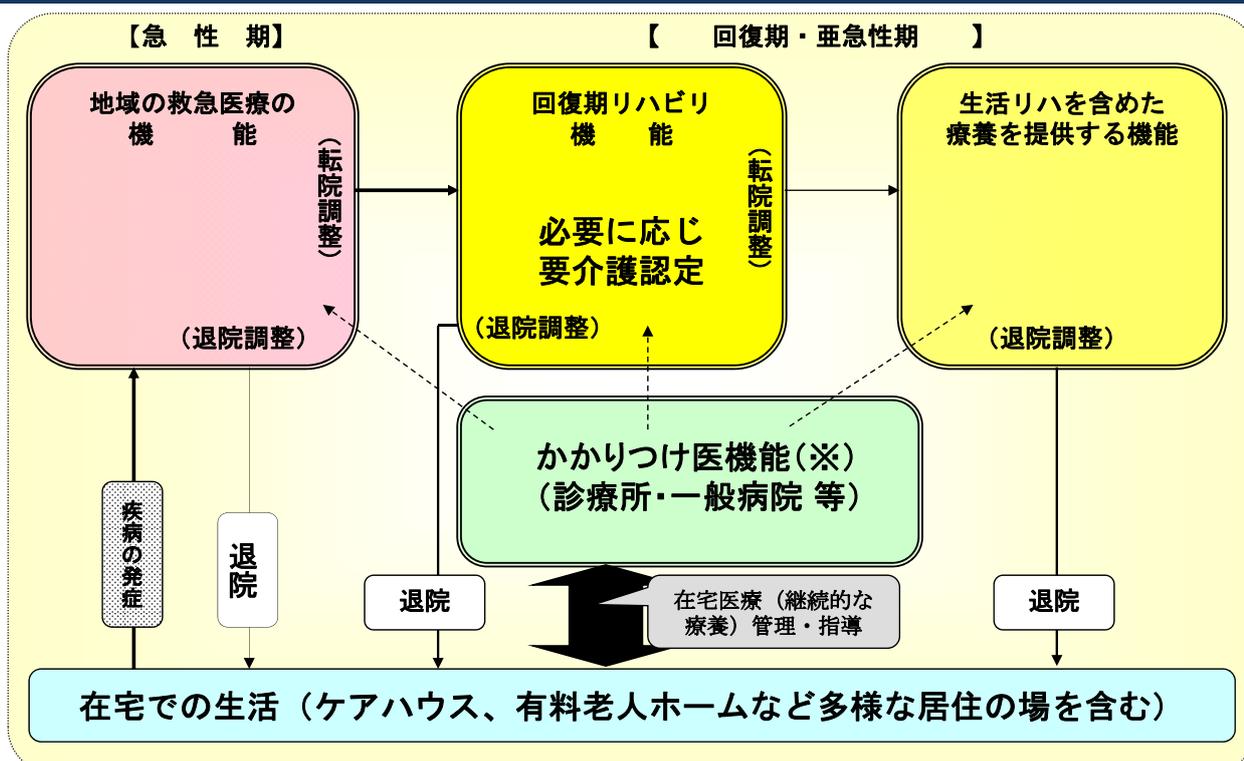


(大熊由紀子氏提供資料)

医療政策が問い直されている

- 医療機能の機能分化と連携
- 最大の欠落点 — 在宅医療
- 在宅医療とは何か
 - 生活者と病人
 - 「治す医療」から「治し、支える医療」へ

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

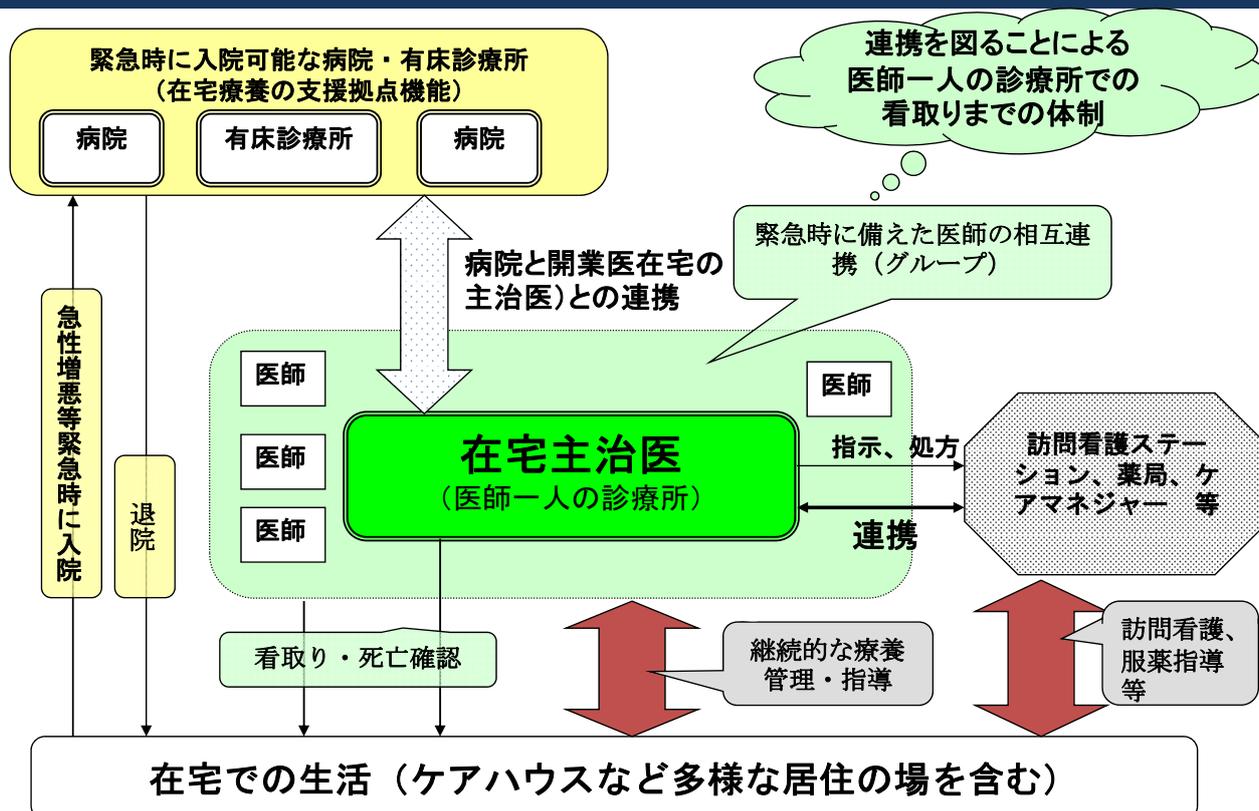


※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担当する医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立つた重要な役割を担う医師をイメージしている。

在宅医療の構造と課題

- 在宅医療の構造
 - 主治医、看護介護、バックアップ病床
- 在宅医療の4つの課題
 - 訪問診療する意欲のある医師の拡大
 - 在宅医療を担う医師のグループ化
 - 在宅医療の連携を支えるチーム作りのコーディネーター役
 - 住民の意識啓発

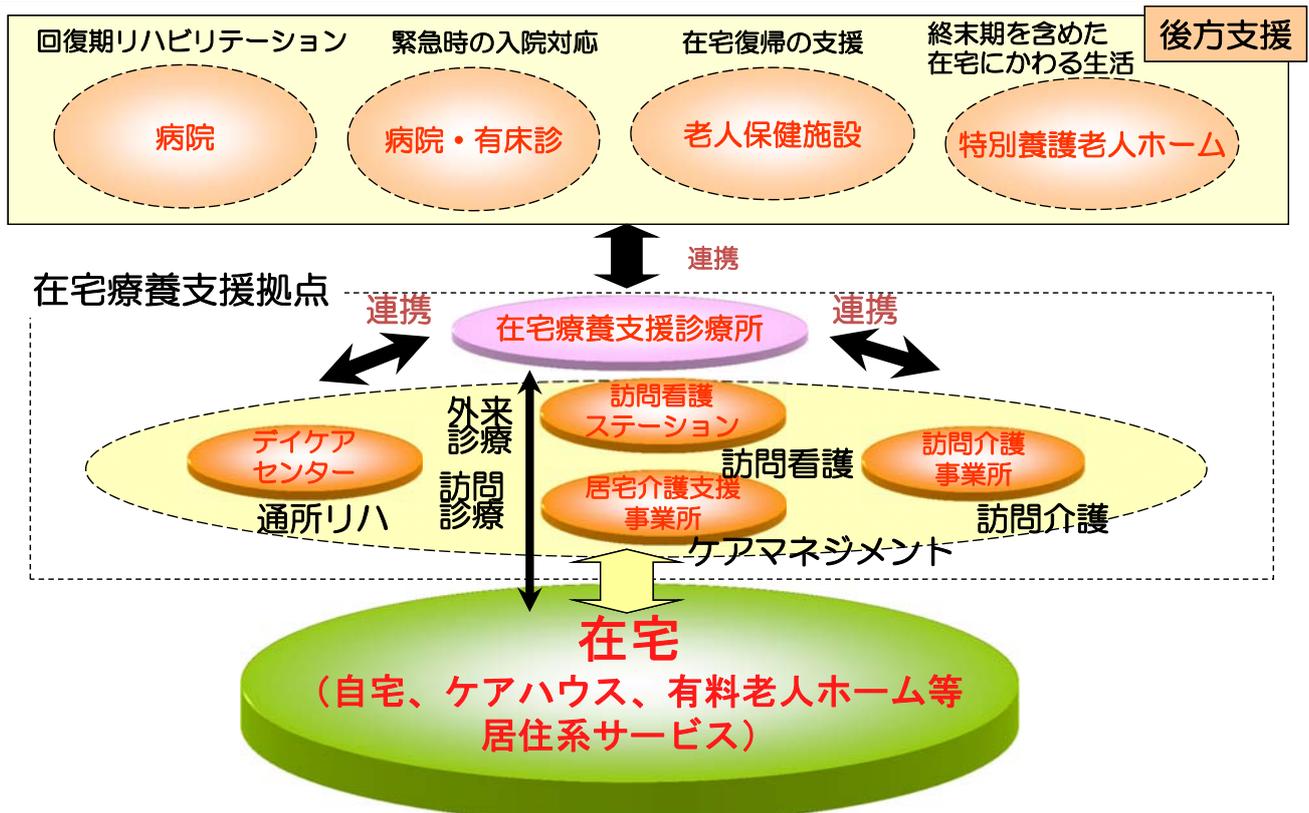
在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



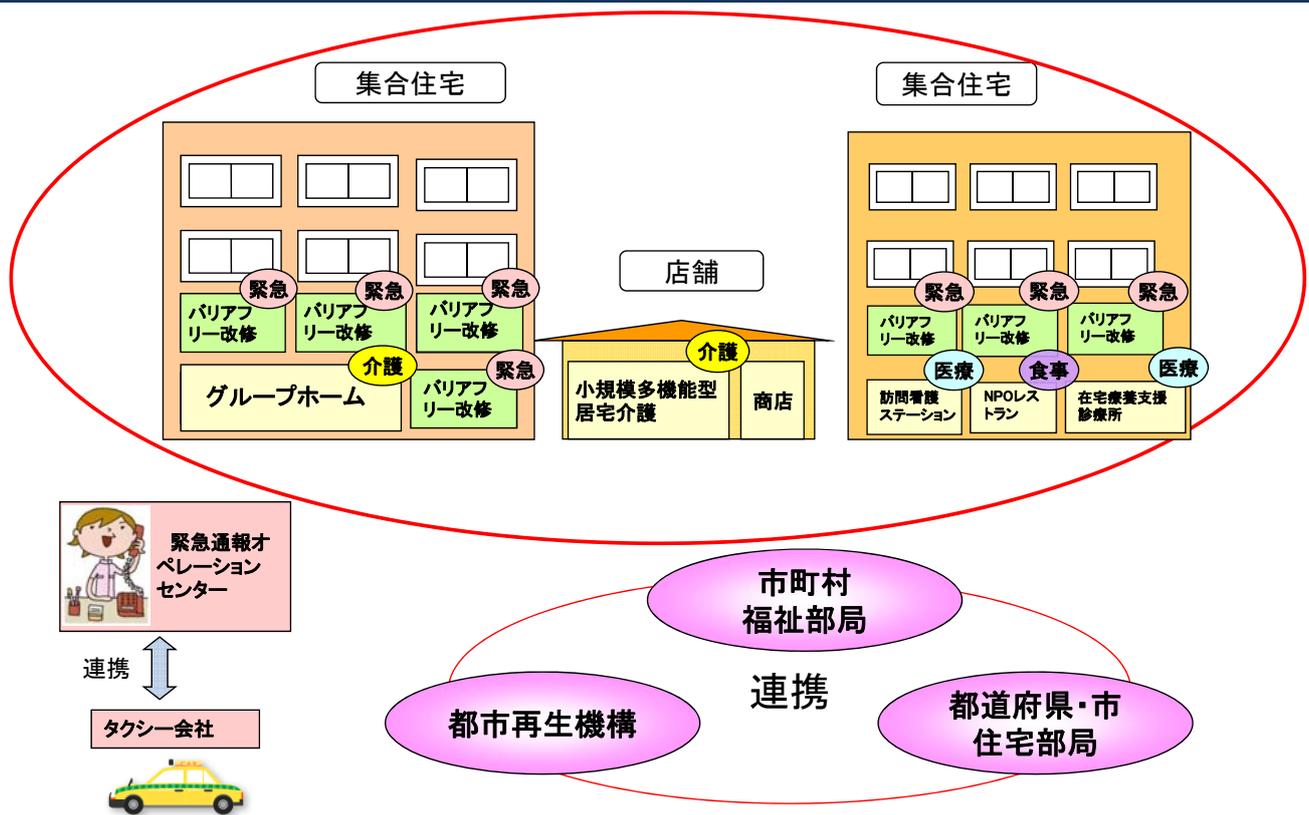
真の地域包括ケア

- 24時間を支える在宅医療を含めた地域包括ケア
– 医療福祉ハイブリッドシステム
- 住まいと医療福祉ハイブリッドシステムの連携
– 国の改革の流れは明確
– サービス付き高齢者向け賃貸住宅
– 24時間型の在宅看護介護サービス
– 在宅医療連携拠点の整備

在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～



住宅政策との連携のイメージ

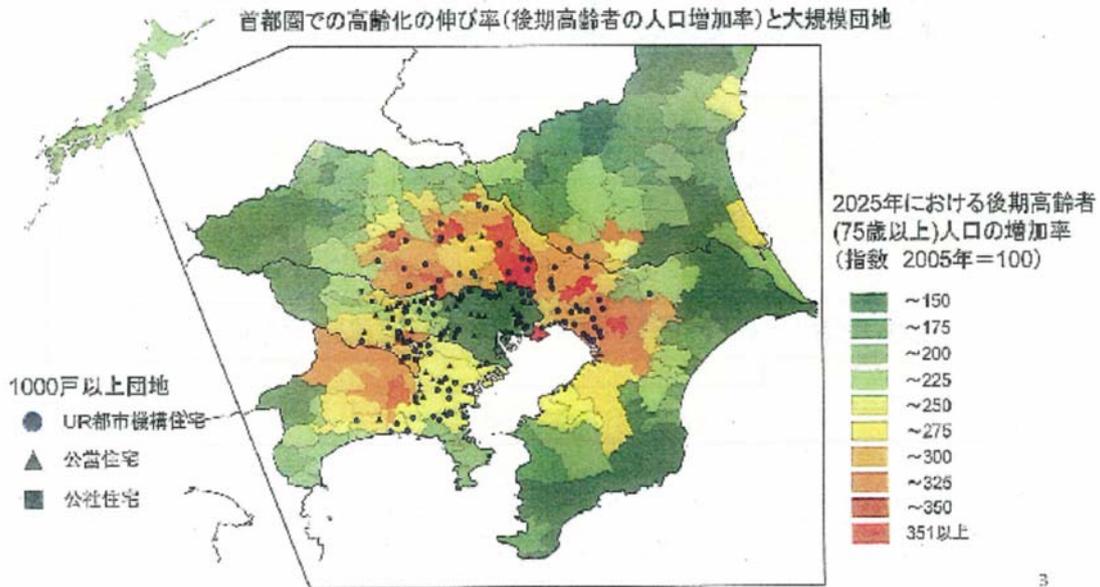


柏プロジェクトの試みと在宅医療

- 大都市圏の典型的なベットタウン柏で起こること
 - 後期高齢者の激増＝入院需要の急増と外来の減少
- 点としての在宅医療から面としての在宅医療へ
 - かかりつけ医(医師会)の役割
 - 市役所(介護保険)の役割
- 国の在宅医療連携拠点の推進
 - 柏の試みとほぼ同様の構造
- 今後の医療改革＝医療機能の機能分化と連携＋在宅医療を含む地域包括ケア
 - 在宅医療は医療改革の橋頭保

高齢化の進展と大規模団地の関係

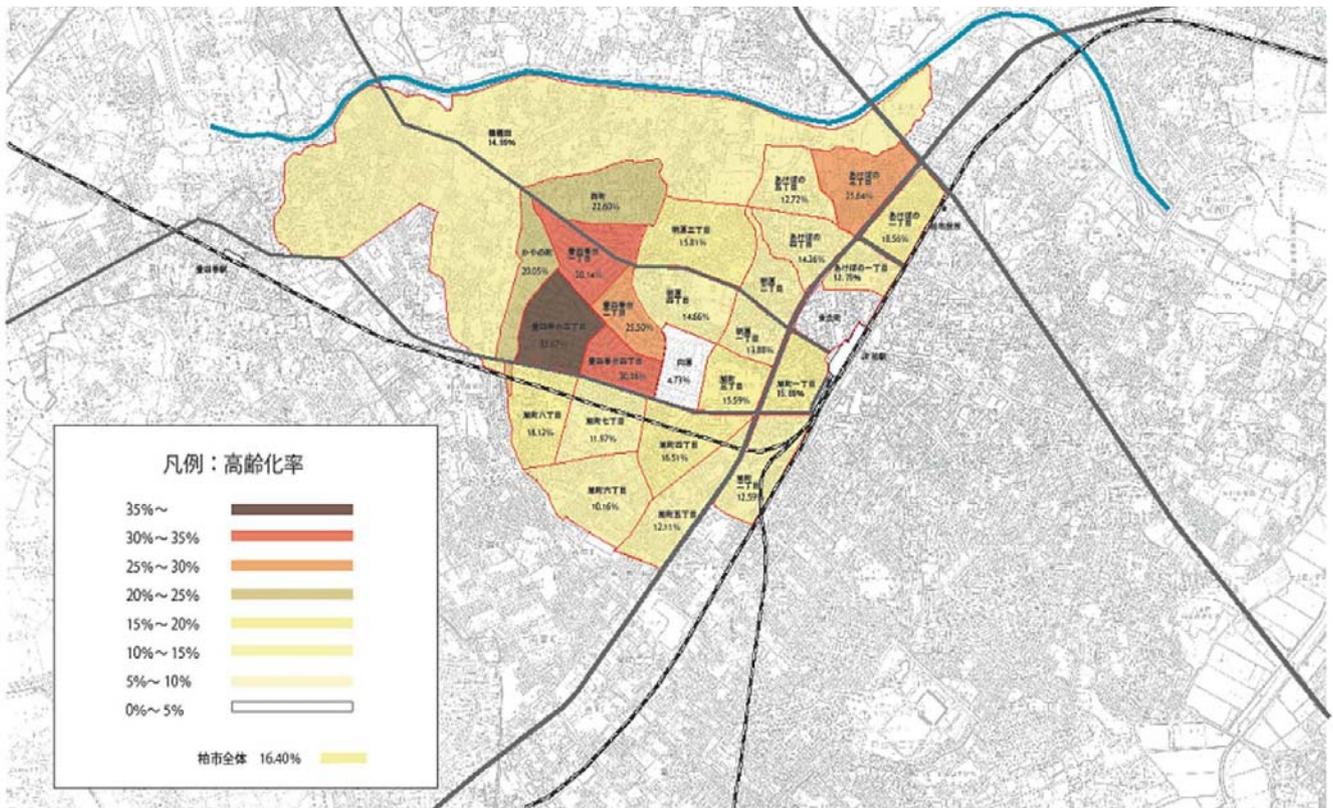
- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)



3



豊四季台地区周辺の高齢化率

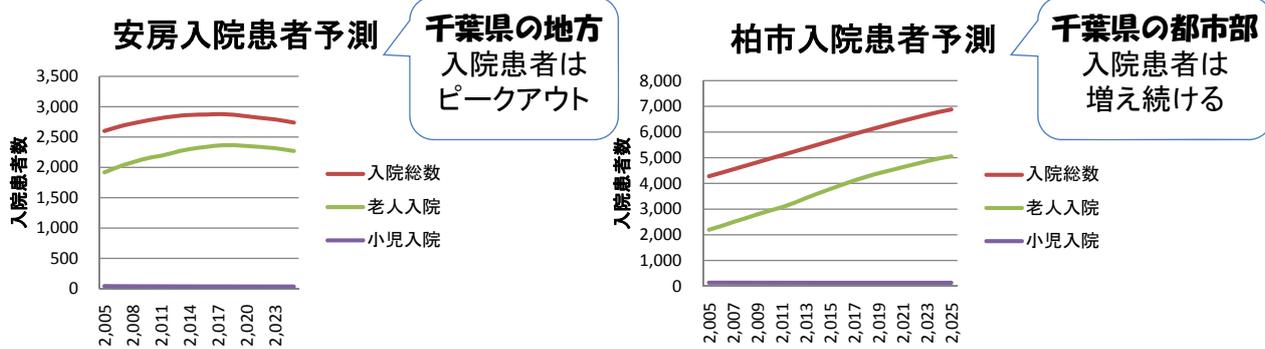


地域包括ケアシステムとは...

地域包括ケアシステムとは...

住まい・医療・介護・予防・生活支援が要介護者等に包括的かつ継続的に提供
 → 在宅ケアシステムを基本とし、住み慣れた地域で住み続けることを実現

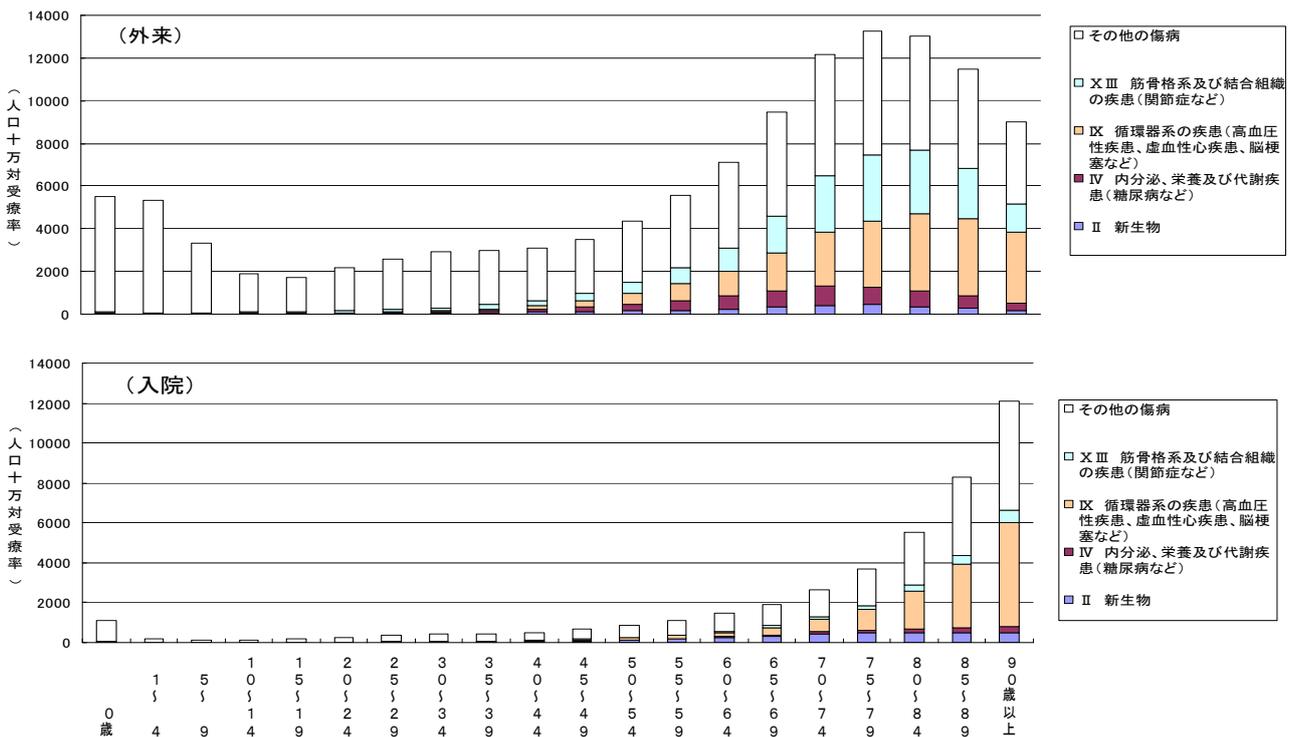
- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題
 : 在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大



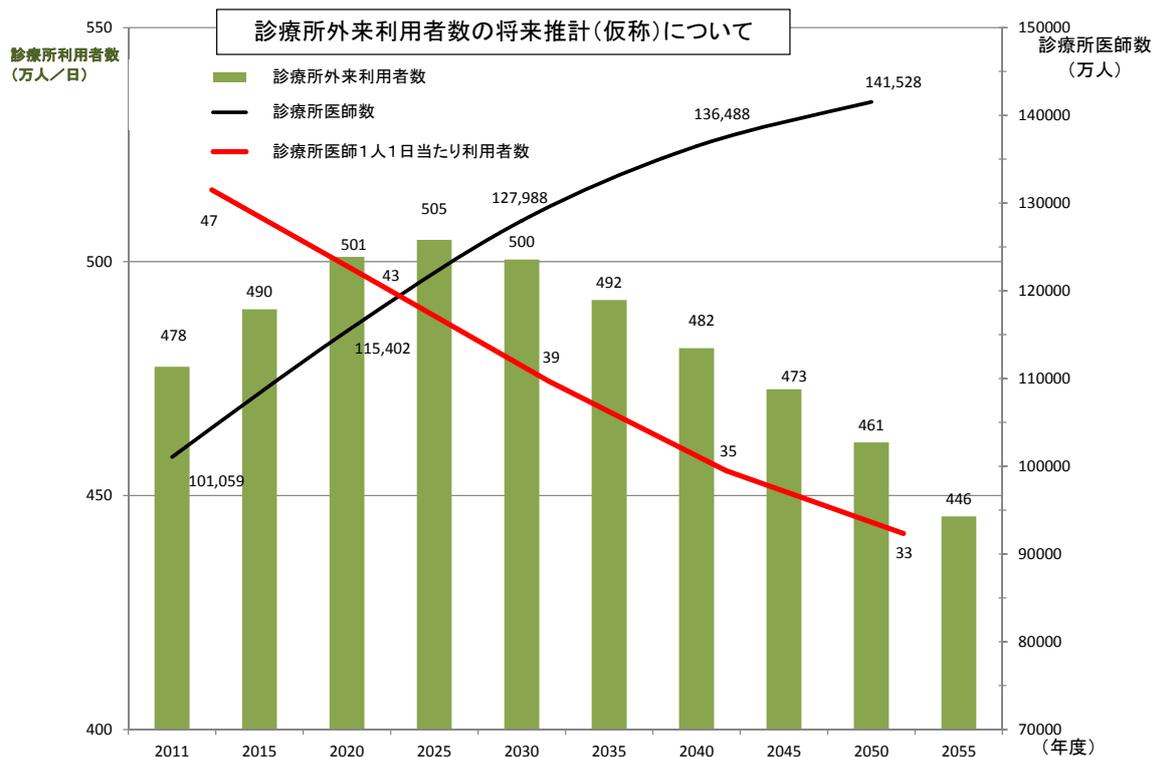
在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの構築が不可欠



年齢階級別受療率 (主として生活習慣病に分類される疾病について)



診療所外来利用者数の将来推計について



○ 診療所外来利用者数は、「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)(参考資料1-2)医療・介護に係る長期推計」(平成23年6月2日内閣官房)の現状投影シナリオを用い、同様の方法により延長したもの。
 ○ 診療所医師数は、2010年医師・歯科医師・看護師調査を用いて10年毎に推計、①40歳以上は平成22年簡易生命表死亡率による死亡減少のみを見込み、②39歳以下は医学部定員(平成24年度以降は一定と仮定)に対する医療施設従事医師数の比率を一定と仮定して算出した。医療施設従事医師数のうち、診療所医師数の割合は足下実績で固定した。
 (資料: 東京大学辻作成)

柏市での地域包括ケアシステムの具現化

柏市の目指す姿 (介護保険事業計画に位置づけ)

: いつまでも地域で暮らすことができる社会

<具体的手法>

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現

- ① 地域のかかりつけ医が合理的に在宅医療に取り組めるシステムの日本のモデルの実現
- ② サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の在宅ケアシステムの組み合わせによる、真の地域包括ケアシステムの日本のモデルの実現
- ③ あわせて、地域の高齢者が地域内で就労するシステムを構築し、できるかぎり自立生活を維持

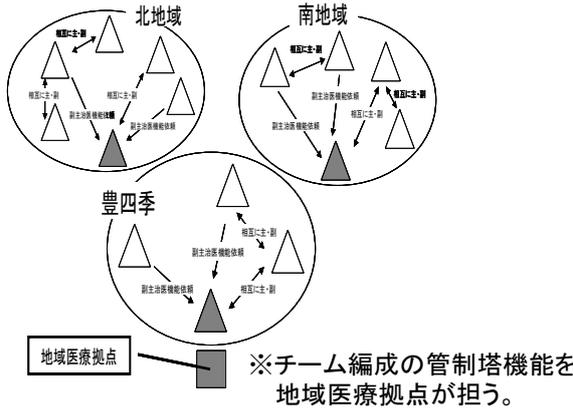
在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

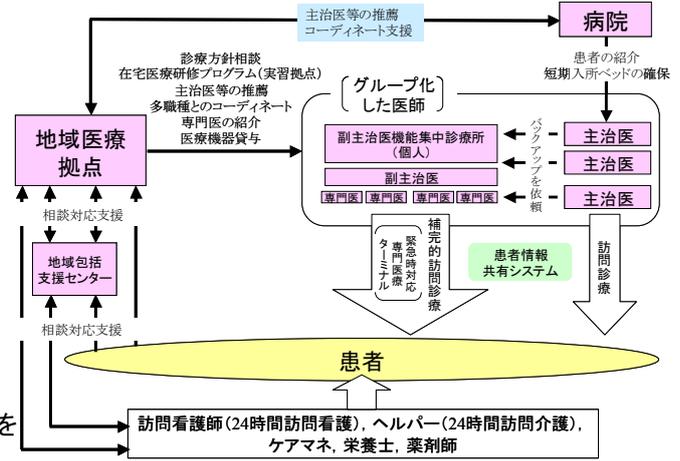
- ① かかりつけ医の負担軽減
 - 主治医・副主治医システムの構築
- ② 主治医・副主治医のチーム編成
 - 地域医療拠点の整備
 - 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

<主治医・副主治医システム>

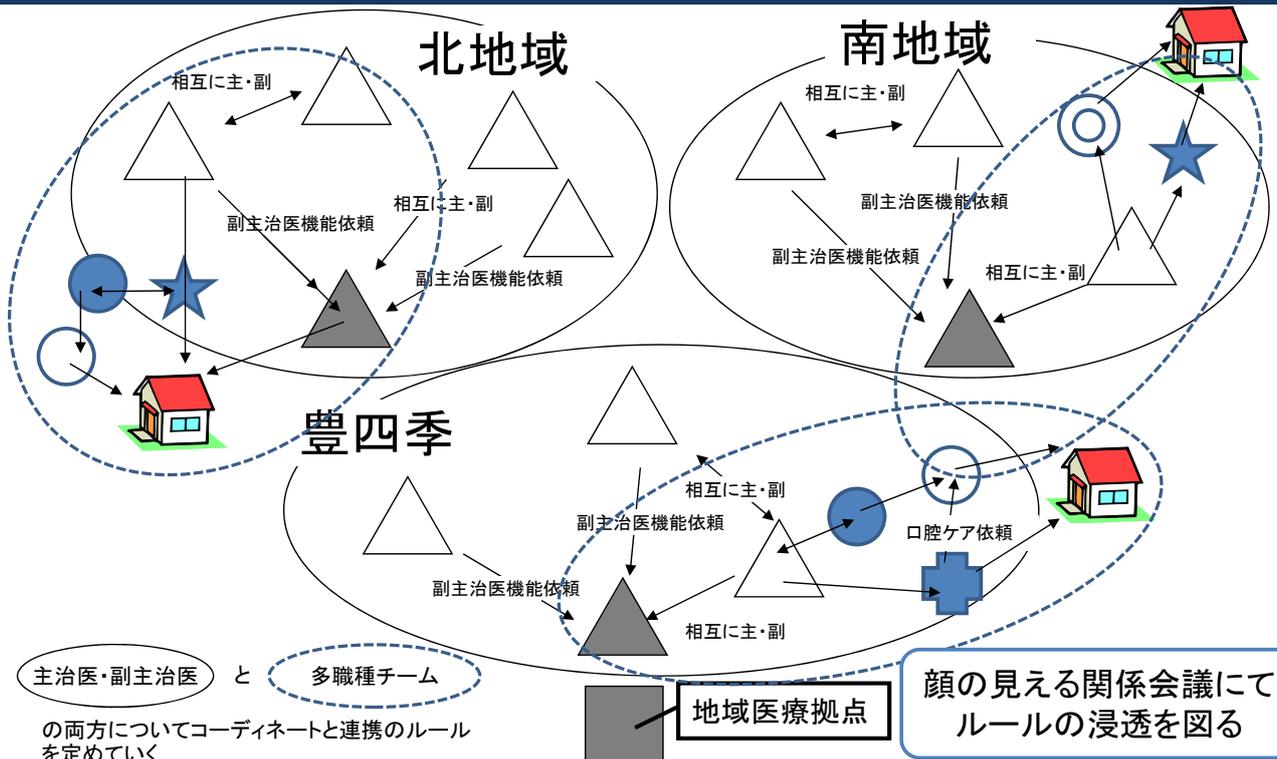
△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局



<地域包括ケアにおける地域医療拠点の位置づけ>

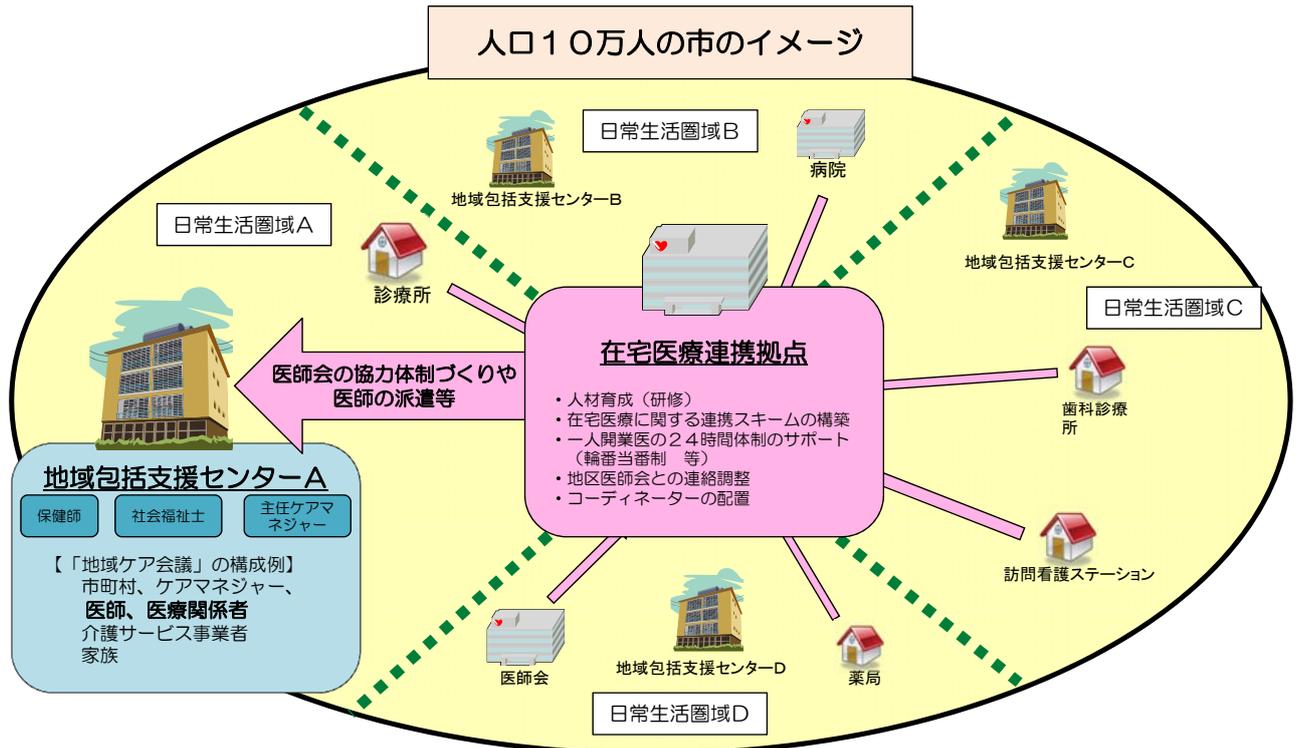


在宅医療・看護・介護の連携体制の確立



△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局
 ★:訪問看護 ●:介護支援専門員 ○:訪問介護 ⊙:訪問薬剤 +:訪問歯科

地域包括ケア体制について(イメージ)

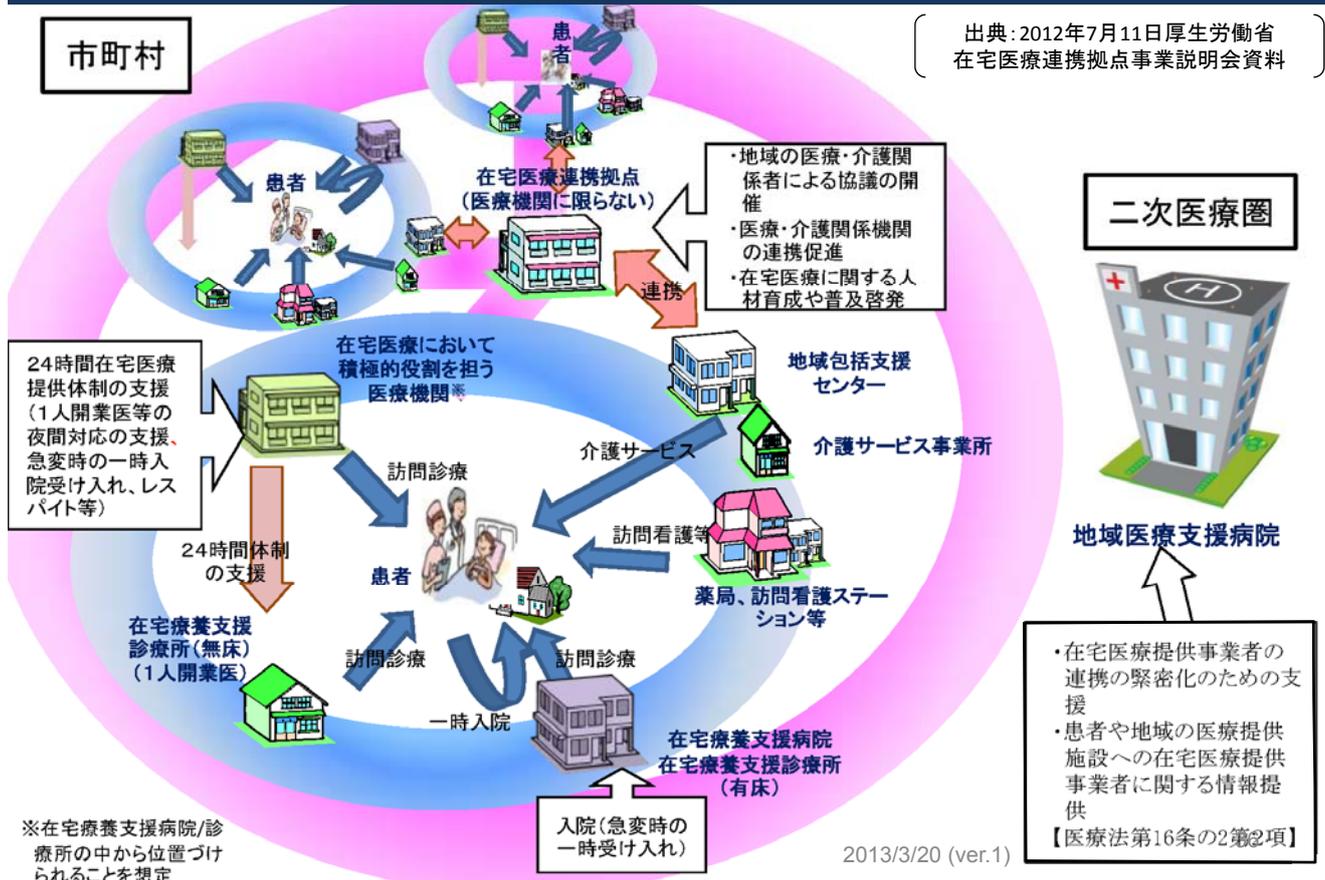


※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

2013/3/20 (ver.1) 35

〔資料: 2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より〕

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等の役割(イメージ)



研修の狙い

1. かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機づけ
 - 基本的な知識
 - 多職種ของกลุ่มワーク
(一同行訪問による現場の経験)
2. 地域における多職種のチームビルディング
 - 他職種と医師との連携の学び
3. 各地域への展開
 - 本研修を踏まえ、各地域での研修を目指す
 - 各地域で医師の参加する顔の見える関係者会議へ展開

千葉県地域医療再生基金事業 開業医＋多職種を対象とした動機付け研修

動機付けコース			動機付けコース 指導者養成研修
2012年3月25日(日) 9:30～18:00 医師・多職種*	3月25日 ～4月22日 医師	4月22日(日) 14:15～18:30 医師・多職種*	5月13日(日) 10:00～18:00 在宅医療に 積極的に取り組んで いる医師
在宅医療の果たす べき役割(総論)	実地研修① 訪問診療同行	医療・介護資源	アイスブレイク
在宅医療の導入		IPW	IPWの重要性
多職種WS① 緩和ケア	実地研修② 他職種同行 訪問看護 ケアマネジャー 緩和ケア病棟等	地域で求められる 在宅医療とは	訪問診療同行 について
多職種WS② 認知症		目標設定	地域での役割
制度・報酬		修了式	振り返り 決意表明

* 歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、病院退院調整部局スタッフ

市町村単位で実施することにより
顔の見える関係づくりを促進

在宅療養を支える医療・介護資源 マップの作成

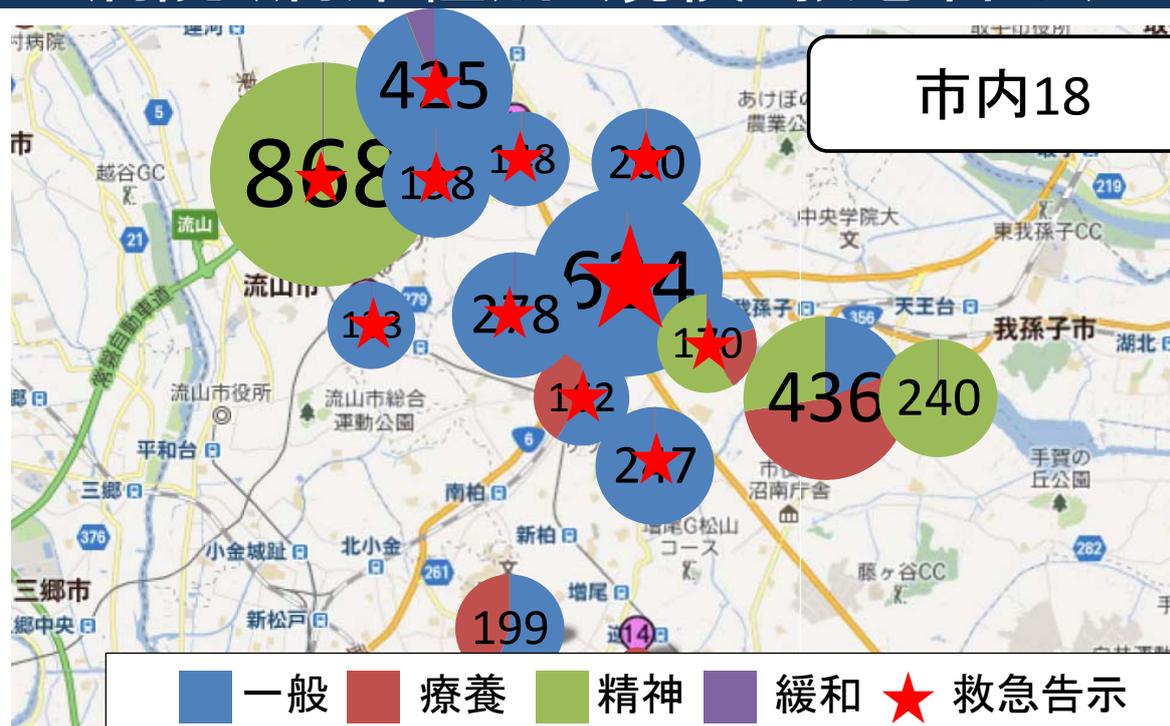
本セッションの内容

- 地域の医療・介護資源や在宅医療に関連する情報を地図上に整理する
- 作業を通じてグループメンバーと打ち解ける（アイスブレイク）

作業：医療・介護資源のマッピング

- 地図上に資源をプロットする
 - 病院
 - 在宅療養支援診療所
 - 訪問看護ステーション
 - 自己紹介も交えつつ(所属先／連携の多いところなど)
- 各資源の機能
 - がん緩和ケア／認知症／精神疾患／難病／小児などの対応に強い資源
 - 地元ならではの口コミ情報も有用

マッピングの例： 病院(病床種別・規模・救急告示)



(出典：WAM-NET, 地図データ©Google/ZENRIN, 2012年4月14日時点)

作業：医療・介護資源のマッピング

- 凡例

- 在宅療養支援診療所 ●（赤）

※その他の診療所も赤系の色を使用すると分かりやすい

- 訪問看護ステーション ●（青）

- 病院 ●（黄色）

- その他ペン・ラベル・付箋を使って自由に配色・配置してください

がん疼痛緩和に必要な知識

本セッションの内容

- がん疼痛：評価
- がん疼痛：治療
- 十分な鎮痛が得られないとき

がん疼痛：評価

がん疼痛を評価するにあたって

- ・痛みを「5th vital sign」と位置づけ常に関心を寄せる
 - ・痛みは主観的な訴えであり患者の表明を受け止める
 - ・痛みは我慢した方がいいという誤解を解く
-
- ・痛みの部位を聞く
 - ・痛みの性質(種類)を把握する
 - ・痛みの程度(強さ)を把握する
 - ・痛みが日常生活に与える影響を把握する

痛みの性状と分類

内臓痛	腹部腫瘍の痛みなど局在があいまいな鈍い痛み	オピオイドが効きやすい
体性痛	骨転移など局在がはっきりした明確な痛み	レスキューが重要 NSAIDsが効きやすい
神経障害性疼痛	神経叢浸潤、脊髄浸潤など、びりびり・じんじんするしびれるような痛み	難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い

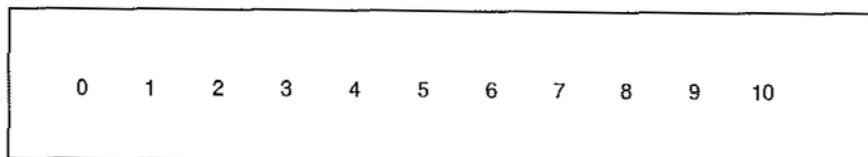
OPTIM: ステップ緩和ケア p13(2008) 一部改変

2013/3/20 (ver.1)

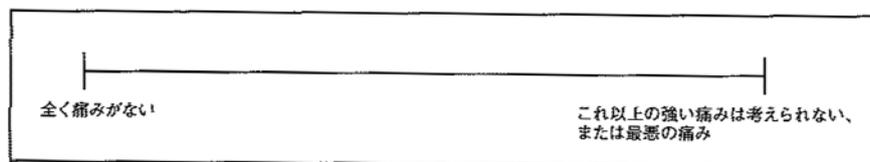
5

痛みの程度を評価するスケール

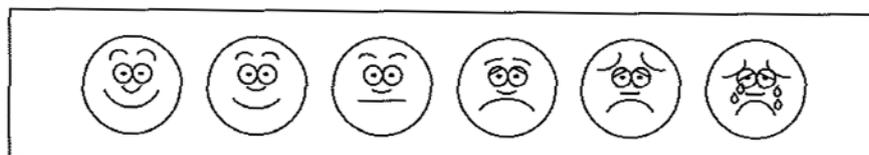
Numerical Rating Scale (NRS)



Visual Analogue Scale (VAS) 10cm



Faces Pain Scale (FPS)



[Whaley L, et al. Nursing Care of Infants and Children, 3rd ed, ST. Louis Mosby, 1987]

日本緩和医療学会編: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版, p27(2010)

鎮痛薬の使い方に関する5原則

- ・経口的に (by mouth)
- ・時刻を決めて規則正しく (by the clock)
 - 「疼痛時」のみで使用しない
 - 毎食後ではなく、時間ごとに投与する
- ・除痛ラダーにそって効力の順に (by the ladder)
 - 適切な量は鎮痛効果と副作用とのバランスが最もよい量
 - 「標準投与量」「投与量の上限」があるわけではない
- ・患者ごとの個別的な量で (for the individual)
- ・その上で細かい配慮を (with attention to detail)

WHO: Cancer Pain Relief 2nd ed, p14-16(1996)



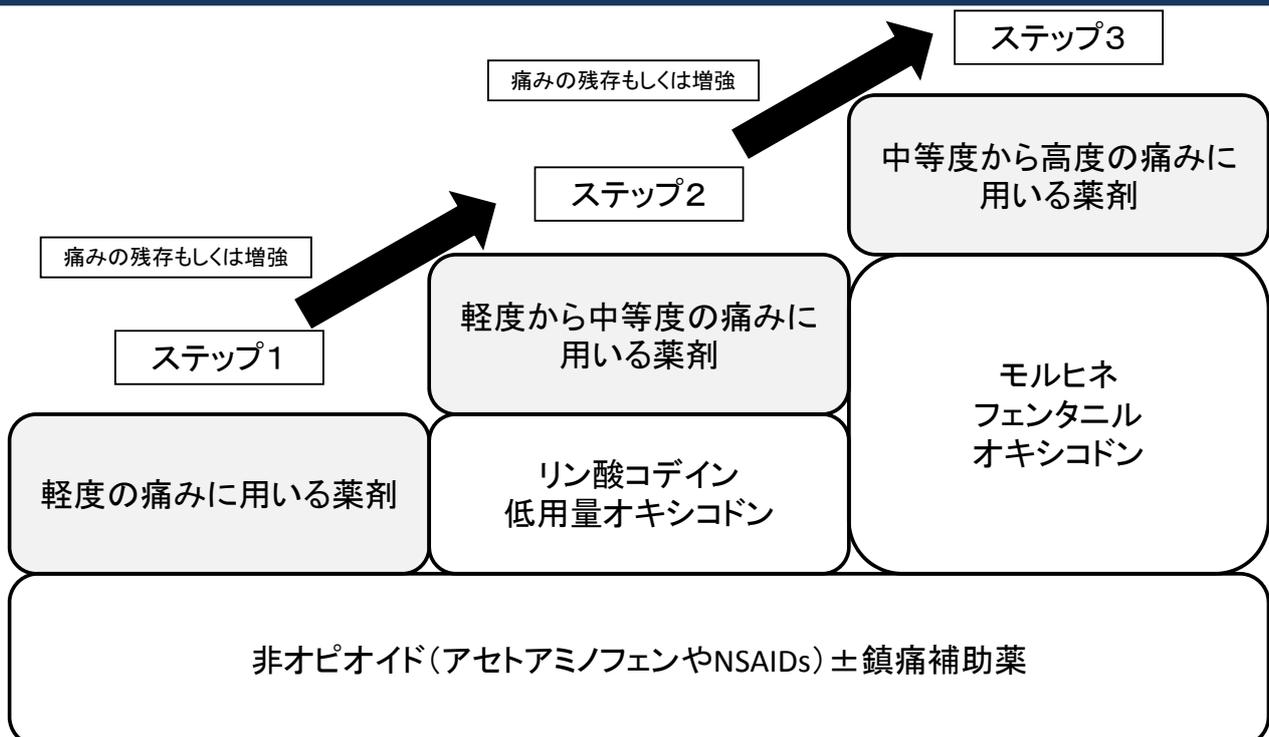
© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

7

浜野淳：日本医事新報5.14 p46-51(2011)

図1 WHO 3段階除痛ラダー



浜野淳：日本医事新報5.14 p46-51(2011)



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

8

がん疼痛治療の目標

- ・第1目標
 - 痛みに妨げられない夜間の睡眠
- ・第2目標
 - 安静時の痛みの減弱や消失
- ・第3目標
 - 体動時の痛みの減弱や消失

どこまでを目標とするかは、患者と話し合いながら個別に設定する

がん疼痛：治療

NSAIDsの開始

- ・定期的に投与する
 - 鎮痛効果と副作用から選択する
- ・副作用に注意する
 - 胃腸障害
 - ・ミソプロストール(サイトテック®)、プロトンポンプ阻害薬を併用
 - 腎障害
- ・1日最大量まで増量可能
 - 鎮痛効果が不十分な場合は1日最大量まで増量可能
 - 超えればオピオイドで対処
- ・体性痛に積極的に用いる

日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p62-64(2010)
OPTIM: ステップ緩和ケア p14-15(2008)

オピオイド導入のポイント

- 導入する際に非オピオイド鎮痛薬は原則として中止することなく併用する
- 体格が小さい、高齢者、全身状態が不良の場合には少量から開始
- 患者の全身状態や合併症などを考慮してオピオイドの種類を選択する
- 医療用麻薬の開始にあたり依存性の恐れはなく、オピオイドの投与量に上限はない

オピオイドに対する誤解を解く

- 「麻薬を使うと中毒になる」
- 「麻薬を使うと気がおかしくなる」
- 「麻薬を使うと寿命が短くなる」
- 「麻薬を使うということは末期を意味する」

Morita T, et al: J Pain Symptom Manage 31(4) p306-316(2006)



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

13

モルヒネ

- ・投与経路や種類が豊富である
 - 経口、静脈内、皮下、直腸内などへの投与が可能
 - 経口では1回／日投与の規格がある
- 各投与経路間の換算比が確立している
- 主な副作用に、悪心・嘔吐、便秘および眠気がある
- 腎障害がある場合には、活性代謝産物であるM-6-Gが蓄積して傾眠や呼吸抑制等を生じやすい

参考) 日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p43 (2010)



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

14

オキシコドン

- ・経口(速放性、徐放性製剤)と複合剤である注射剤がある
- ・ほとんど肝臓で代謝され、腎機能障害時にも使用が可能である
- ・悪心・嘔吐、便秘および眠気はモルヒネと同等である
- ・徐放製剤に最小規格5mgがあり、低用量から開始することが可能である

参考)日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版, p43-44 (2010)

フェンタニル

- ・経皮、静脈内、皮下への投与が可能
- ・経皮吸収型貼付剤には24時間型と72時間型がある
- ・経皮吸収型では貼付部分の温度上昇で血中濃度の上昇が生じる
- ・現時点では同一製剤でレスキューとして使用できる経口製剤がなく、モルヒネまたはオキシコドンの速放性製剤の併用が不可欠
- ・他のオピオイドに比べ、便秘や眠気は比較的少ない

参考) 日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p43 (2010)
的場元弘 著:がん疼痛治療のレシピ p106 (2007) 春秋社

経口投与の開始

- ・モルヒネから開始する場合は
 - 徐放性製剤(12または24時間ごと)を1日20mg
- ・オキシコドンから開始する場合は
 - 徐放性製剤を1日10～20mg

レスキュー

- ・痛みの悪化にそなえ、レスキュー指示を出す
 - レスキューが手元にないと、在宅では医療者の到着までの時間や薬剤が手元に届くまでの時間を待たなければならない
- ・同じ種類のオピオイドの速放性製剤を用いる
- ・徐放性製剤や経皮剤をレスキューに用いない
- ・レスキュー(1回投与量)の目安
 - 内服・坐薬はオピオイド1日量の10～20%量 (約1/6量)
 - 持続注射は1時間量
- ・内服は1時間以上、持続注射は15～30分以上あけて追加投与可

レスキュー製剤の薬物動態

薬剤名	ラグタイム	Tmax	作用持続
塩酸モルヒネ 内服液 (オプソ)	10～15分	0.5±0.2時間	3～5時間
塩酸モルヒネ 坐剤 (アンペック)	20分	1.3～1.5時間	6～10時間
塩酸オキシコドン 速放製剤 (オキノーム)	12分	1.7～1.9時間	4～6時間

日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p38 (2010)
的場元弘 著:がん疼痛治療のレシピ p40-41 (2007) 春秋社 一部改変

オピオイドの副作用

- ・嘔気、嘔吐
- ・便秘
- ・眠気
- ・呼吸抑制

嘔気・嘔吐

- ・オピオイド開始初期(出現頻度30%)や増量時に出現
- ・数日以内に耐性が生じ、症状が治まる場合が多い
- ・一旦出現するとオピオイドの継続投与が困難になることが多いため予防対策が大切
- ・制吐薬をオピオイドと同時に開始し、必ずセットで服用するよう説明する
 - － 1～2週間で漸減・中止可能な場合が多いことも説明する
 - － 嘔吐中枢を刺激するため(「1日中気持ちが悪い」)、抗ドーパミン作用をもつ薬物が基本
 - ノバミン 15mg 分3
 - セレネース 0.75mg 分1

参考) 日本緩和医療学会編: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p47-48 (2010)
OPTIM: ステップ緩和ケア p54-55 (2008)

便秘

- ・ほとんどの患者に生じ、耐性が生じにくい
- ・オピオイドは消化酵素の分泌抑制、消化管運動抑制、肛門括約筋の緊張を高める
- ・下剤をオピオイドと同時に開始し、必ずセットで服用するよう説明する
 - － 便がゆるくなりすぎない限り、基本的には継続投与とする
- ・水分・食物繊維の摂取を促し、腹部マッサージを行う
- ・オピオイド製剤をフェンタニルに変更することで改善する場合もある

参考) 日本緩和医療学会編: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p48-49 (2010)
OPTIM: ステップ緩和ケア p66-68 (2008)

眠気

- ・オピオイド開始初期や増量時に見られる
- ・数日以内に耐性が生じ、症状が治まることが多い
- ・他の薬剤、感染症、肝・腎機能障害、高カルシウム血症など、他の原因を除外する必要がある
- ・眠気による生活の質への影響を確認しながらオピオイドの量を調整する

参考) 日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p50 (2010)

呼吸抑制

- 呼吸中枢への直接作用により呼吸回数が減少する
- 投与が適切であれば、呼吸回数が低下しても一回換気量が増加し、低酸素血症になることはまれ
- ただし、短期間に増量を繰り返した場合や急激な腎機能低下時には起こりうる
- 呼吸回数の著減や無呼吸、縮瞳の存在はオピオイドの過量投与を示唆する
- 呼吸抑制が生じる前には眠気を生じるため、眠気を観察し、眠気の時点でオピオイドの再検討が重要

参考) 日本緩和医療学会編:がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版 p50-51 (2010)

実際の処方例

- オキシコンチン (5) 2錠 分2 (9時、21時)
- ロキソニン (60) 3錠 分3 (朝・昼・夕)
- タケプロンOD(15) 1錠 分1 (夕)
- ノバミン(5) 3錠 分3 (朝・昼・夕)
- マグミット(250) 6錠 分3 (朝・昼・夕)
- オキノーム (2.5mg) 1包 疼痛時
– 1時間以上あけて追加投与可

* オピオイドの使用に慣れるまでは
一週間ごとに処方するのモ一法

オピオイド増量にあたっての原則

- 非オピオイド鎮痛薬が適切に投与されていることを確認する
- 2～7日ごとに30%程度ずつ増量する
– 体格が小さい・高齢者・全身状態が不良である場合が多いため
- 調整中は毎日電話で状況を確認する

突出痛

- 定期的にオピオイドを投与されていても70%の患者が突出痛を経験する
- レスキューの使用法を患者・家族に指導
- 定時鎮痛薬の切れ目に痛みのある患者ではオピオイド定期投与量の増量や投与間隔の短縮を行う

がん疼痛：
十分な鎮痛が得られないとき

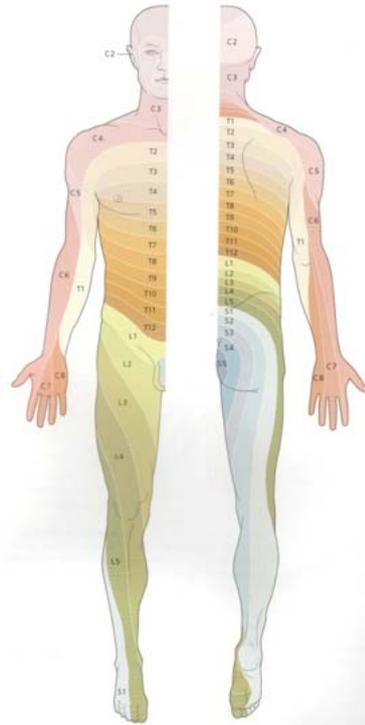
放射線治療

- 痛みの原因となる責任病巣が明確な場合十分に適応を検討することが必要
- 骨転移による痛みの緩和と病的骨折の予防に対して効果を発揮する
- 入院や通院が困難な場合でも、8Gy1回照射など工夫の余地がある

神経ブロック

- 適応となりうる痛みの例
 - 膵臓がんなど上腹部腹腔内臓器による腹痛、背部痛
→腹腔神経叢、内臓神経ブロック
 - 骨盤内臓器による肛門痛、会陰部痛
→上下腹神経叢ブロック
 - 肋骨, 胸壁の限局した疼痛
→硬膜外ブロック、肋間神経ブロック
- 適切な時期での施行は有力な鎮痛法であるため早期から検討すべき
 - 全身状態が悪化してからは処置そのものが難しい

デルマトーム(皮膚知覚帯)



坂井建雄ら監訳:
プロメテウス解剖学アトラスp65,66
医学書院(2007)

ビスフォスフォネート製剤

- ビスフォスフォネート製剤も骨転移による痛みおよび病的骨折の予防に効果がある
 - 処方例 ゾメタ®(4mg)の点滴投与(4週毎)
- 重篤な副作用として顎骨壊死がある
 - 本剤使用中は、侵襲的な歯科処置は絶対に避けるよう指導
 - 在宅患者は口腔ケアがおろそかな場合が多いため、投与中は継続的な観察が不可欠

事例検討

がんの症状緩和と 多職種による在宅療養支援(前半)

*本資料の作成にあたり、日本緩和医療学会緩和ケア継続教育プログラム(PEACE)資料を一部参考とした。

症例：胃がん術後・多発骨転移・肝転移

2年前

2年前、進行胃がんに対し幽門側胃切除術施行。術後せん妄を生じ対応に苦慮した経緯があった。退院してきたときには「二度と入院したくない」と言っていたという。

数年前から物忘れがみられていたことや年齢、慢性腎不全の合併(Cr1.8)等を勘案し、化学療法は施行しない方針となった。

1年前

1年前肝転移を指摘されるも経過観察中。

現在

症例：胃がん術後・多発骨転移・肝転移

6か月前

6か月前に胸部痛あり、核医学検査にて多発骨転移と診断されたが、小さな病変であり治療適応はないと判断されNSAIDsを処方されていた。

屋内自立ながら、屋外歩行は転倒の危険もあって困難な状態であり、臥床している時間が多くなっている。通院が困難となってきたため、訪問診療を依頼することになった。

介護認定：要介護1

認知機能：HDS-R 19 / 30

現在

在宅導入時の状況

居住環境：エレベータのない団地の3階に居住。

家族背景：76才の妻と二人暮らし。妻は最近物忘れを主訴に神経内科を受診したが特段の診断には至っていない。日常の家事は行っていて今のところ生活に支障はない。変形性膝関節症や変形性脊椎症のため重いものは持てない。一人娘が同一市内に夫と中学3年、小学3年の子供2人の4人で居住している。娘は平日の午前中はパート勤務に従事しているが、午後なら両親宅を訪れることは可能だという。

病状説明：家族へは多発肝転移の進行が著しく、予後2～3か月と説明されている。

グループワーク 1

1か月位前から右側胸部をさすっている様子があり、たずねると「痛いね」と顔をしかめるため、来月の外来で相談しなければと妻や娘は考えていた。全身倦怠感や食欲不振もみられる。

導入時点での治療方針（処方例を含む）、今後起こりうる病態や予後因子について医師が他職種に向けて解説してください

司会：病院職員
書記：地域包括支援センター職員
発表：医師

症例：78才男性 胃がん術後 多発骨転移 多発肝転移

2年前に進行胃がんに対して幽門側胃切除術を施行。術後せん妄を生じ病院で対応に苦慮したという経緯があった。数年前から物忘れがみられていたことや年齢、慢性腎不全の合併（クレアチニン 1.8 mg/dl、eGFR 30 ml/min/1.73m²）などの全身状態を勘案し化学療法は施行しない方針となった。

1年前の腹部 CT にて肝転移を指摘されるも経過観察中であった。6か月前から胸部痛あり。骨シンチ等の精査の結果、多発骨転移を指摘されたが、いずれも小さな病変であることから治療適応はないと判断され、非ステロイド性鎮痛剤（NSAIDs）を処方されていた。屋内自立ながら、やせが進行し屋外歩行は転倒の危険もあってほとんど外出しておらず、臥床している時間が多くなっている。階段歩行は楽ではなく通院が困難になってきたため、訪問診療を依頼することになった。

- 既往歴：狭心症、痛風
- 要介護認定：要介護 1
- 改訂長谷川式簡易知能評価スケール：19 / 30

- 居住環境：エレベータのない団地の3階に居住。
- 家族背景：76才の妻と二人暮らし。妻は最近物忘れを主訴に神経内科を受診したが特段の診断には至っていない。日常の家事は行っていて今のところ生活に支障はない。変形性膝関節症や変形性脊椎症のため重いものは持てない。一人娘が同一市内に夫と中学3年、小学3年の子供2人の4人で居住している。娘は平日の午前中はパート勤務に従事しているが、午後なら両親宅を訪れることは可能だという。

- 本人の意向：2年前に退院してきたときは「二度と入院したくない」と言っていた。現在は認知機能にさらなる低下がみられるようになってきた。
- 病状説明：家族へは前医から多発肝転移の進行が著しく、予後2~3か月と説明されている。

場面 1

導入時の治療方針と起こりうる病態や予後

1 か月くらい前から右側胸部をさすっている様子があり、たずねると「痛いね」と顔をしかめるため、来月の外来で相談しなければと妻や娘は考えていた。食欲はない様子で（以前の半量程度しか食べない）、布団に臥床している時間が多くなっている。痛みで目が覚めることはない様子だが、眠っている間も眉間にしわがよって、目が覚めると痛みが気になる様子であった。現時点で黄疸はなし。浮腫や腹水なし。

司会者を中心に、各職種は自分しか知らない訪問時の情報があれば、全員で共有してください。全ての情報を共有後、下記のQに取り組んでください。

- Q 医師以外の職種は、医師に質問したい内容を具体的に挙げてください
医師は、それらの質問を踏まえて導入時点での治療方針（処方例を含む）、今後起こりうる病態や予後因子について他職種に向けて解説してください

司会：病院職員

書記：地域包括支援センター職員

発表：医師

事例検討

がんの症状緩和と 多職種による在宅療養支援(前半)

*本資料の作成にあたり、日本緩和医療学会緩和ケア継続教育プログラム(PEACE)資料を一部参考とした。

導入時治療方針や今後起こりうる病態

疼痛:経口オピオイドの処方とその副作用対策
ビスフォスフォネート製剤

全身倦怠感・食欲不振:ステロイド剤の投与を考慮

閉塞性黄疸:肝転移の進行に伴い生じる恐れあり
その場合、PTCDの適応は難しいだろう。

腎不全:脱水傾向や薬剤に起因する増悪の恐れ
予後を規定するのは肝不全または合併症だろう。

ミニレクチャー がんの症状緩和に必要な知識 2

疼痛以外の症状の緩和

食欲低下や全身倦怠感

- 進行がんに伴う食欲不振や全身倦怠感に対してステロイドが優れた効果を示す場合がある
- 処方例
 - デカドロン(0.5mg) 4錠 分2 (2, 2, 0)
 - タケプロンOD(15mg) 1錠 分1 タ
- ステロイドは予後と効果・副作用を考えて使用する
 - 予後3ヶ月以下の場合に投与しやすい
 - 糖尿病、消化性潰瘍、せん妄、口腔カンジダ症などの副作用に注意

せん妄

- 70%の患者に生じる頻度の高い病態
- 意識障害の存在
- 見当識障害、幻覚、妄想など認知機能障害
- 日内変動の存在
- 原因となる身体疾患や薬剤がある
 - 原疾患、薬剤、感染症、脱水、電解質異常
 - 呼吸不全、腎障害、肝不全等

せん妄の原因となりうる薬剤

- オピオイド
- 抗コリン作用のある薬剤
鎮痙剤、抗ヒスタミン剤等
- ステロイド
- 神経系に作用する薬剤
睡眠剤、抗うつ剤、パーキンソン病治療薬等

せん妄の治療

- 原因への対策
- 抗精神病薬の屯用(処方例)
リスパダール液(0.5mg) 1包
セロクエル(25mg) 1錠
- 抗精神病薬の定期投与
パーキンソニズム、アカシジア等の副作用に留意
- 抗精神病薬の変更やベンゾジアゼピン併用

終末期における輸液の考え方

日本緩和医療学会「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」

- 全身状態の悪化した(日中の50%以上臥床しているPS3以上の)患者においては輸液をしてもQOLや倦怠感、口渇は改善しない
- 1000ml/日以上 of 輸液は腹水や胸水、浮腫、気道分泌を悪化させる

- PSが悪く体液貯留のある消化管閉塞患者の場合、1000ml/日以上 of 輸液は生命予後を延長しない
- 悪液質状態にある肺癌患者に輸液は勧められない

- 生命予後が1週間以内と考えられる患者に輸液をしても生命予後は延長しない

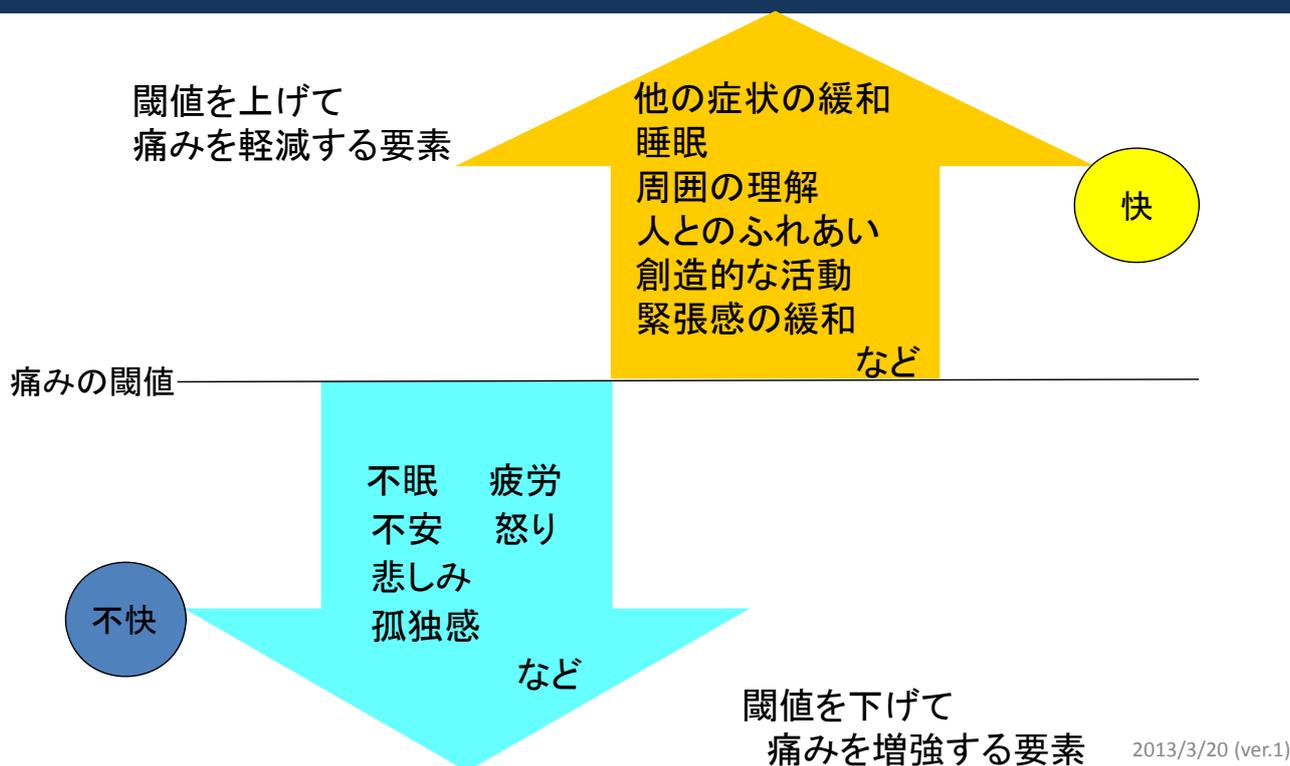
日本緩和医療学会「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」(2006)



がん疼痛：非薬物療法・ケア



痛みの閾値に影響を及ぼす要素



在宅療養での留意点

- 基本的に医療者がそばにいない自宅では薬物療法とともに本人や家族にできる非薬物療法が重要となる
- 自分達で対応できる安心感や自己効力感の向上が痛みの軽減につながる
- 住み慣れた自宅や家族と共に過ごすこと自体で、痛みの緩和が図られうる（自宅にいる安心感、気が紛れるなどのため）

具体的なケアの例1

- 本人や家族にできるケアを探す
 - マッサージ、手をあてる
 - 温罨法や冷罨法、足浴や手浴
(熱感の有無に限らず気持ちの良いものを)
 - アロマセラピーや音楽など好みに応じて
- 専門的なケアを利用する
 - リンパマッサージ、腹部マッサージ
 - 症状に応じたアロマセラピー
 - 呼吸理学療法
 - 拘縮予防、関節可動域運動
 - 痛みを避ける体の動かし方の指導

看護師や
リハビリスタッフ
と連携

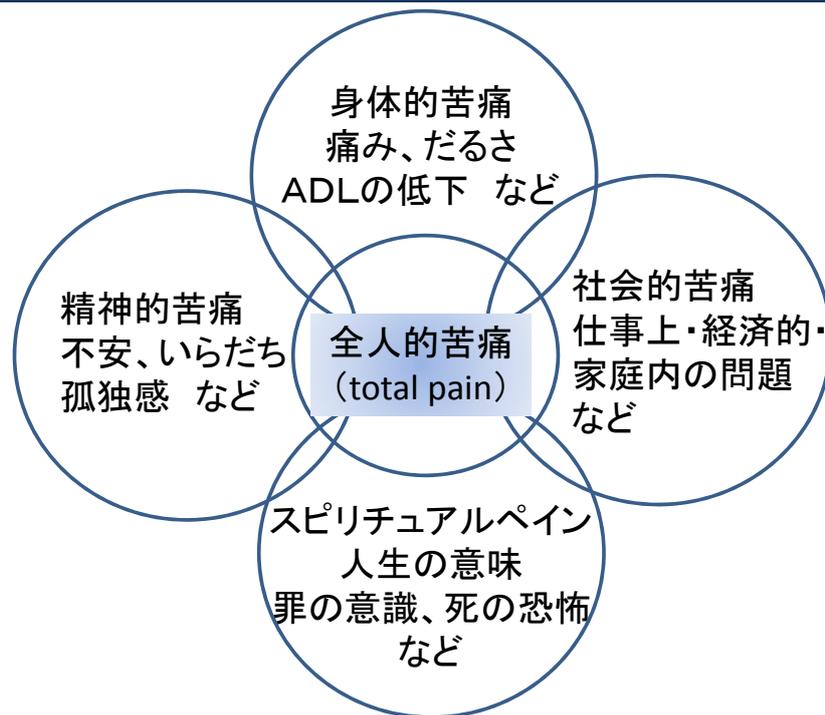
具体的なケアの例2

- 道具を使用する
 - コルセットや頸椎カラーなどの装具
 - 車椅子、歩行器などの移動補助具
 - ポータブルトイレ、尿器や
尿道留置カテーテルなど排泄を援助するもの
- 診察そのものをケアと捉える
 - 丁寧な診察、痛みの訴えに耳を傾ける
主治医の態度そのものがケアになりうる
「先生に診てもらったら／聞いてもらったら
少し楽になった気がします」

専門医、
リハビリスタッフ、
ケアマネ、
福祉用具 と連携

ある程度の時間を
つくって対応する

全人的苦痛(トータルペイン)



参考) 恒藤暁著: 最新緩和医療学 p7 最新医学社 (2009)

事例検討

がんの症状緩和と 多職種による在宅療養支援（後半）

*本資料の作成にあたり、日本緩和医療学会緩和ケア継続教育プログラム(PEACE)資料を一部参考とした。



グループワーク 2

経口オピオイドを開始したものの、

- レスキューの使用状況が正確に把握できない
- 定時薬の飲み忘れや飲み間違いが発覚
- びりびりする痛みが右側胸部に走る

などの問題点が明らかとなった。

症状緩和のために各職種が服薬・処方に関して検討すべきことを考えてください。

司会: 歯科医師・歯科衛生士
書記: 訪問看護師 発表: 薬剤師



場面 2

服薬にまつわる課題や症状への対応

ロキソニンだけでは痛みがとりにくかったため、オキシコンチンを開始した。オピオイドをきちんと服用できているかの確認、そして効果や副作用の把握については、訪問看護師にフォローを依頼した。看護師は連日電話をかけて状況把握を心がけるとともに、今後は訪問看護の回数を週1回から2~3回に増やすことで対応することにした。その後、痛みは若干軽減し軽度の眠気が出現、また本人と妻とでは薬の管理が不十分なことが明らかになった。

服薬状況がきちんと把握できていないため、医師は困って多職種で集まって話し合う機会を設けるよう提案した。

○ 現在の処方：	オキシコンチン (5mg)	4錠	2x (9時、21時)	医療用麻薬
	ロキソニン (60mg)	3錠	3x (朝、昼、夕)	鎮痛薬
	タケプロン OD (15mg)	1錠	1x (夕)	胃薬
	マグミット (250mg)	6錠	3x (朝、昼、夕)	緩下剤
	アムロジン (5mg)	1錠	1x (朝)	降圧剤
	バイアスピリン (100mg)	1錠	1x (朝)	抗血小板剤
	シグマート (5mg)	3錠	3x (朝、昼、夕)	狭心症治療薬
	ザイロリック (100mg)	1錠	1x (朝)	痛風治療薬
	疼痛時 オキノーム (2.5mg)	1包		医療用麻薬

司会者を中心に、各職種は自分しか知らない訪問時の情報があれば、全員で共有してください。全ての情報を共有後、下記のQに取り組んでください。

Q 症状緩和のために各職種が服薬・処方に関して検討すべきことを考えてください

司会：歯科医師・歯科衛生士
 書記：訪問看護師
 発表：薬剤師

事例検討

がんの症状緩和と
多職種による在宅療養支援（後半）

*本資料の作成にあたり、日本緩和医療学会緩和ケア継続教育プログラム(PEACE)資料を一部参考とした。

ミニレクチャー

がん疼痛：十分な鎮痛が得られないとき

眠気などの副作用により増量が困難な場合や十分な鎮痛が得られていないとき

- ・鎮痛補助薬
- ・放射線療法
- ・神経ブロック
- ・ビスフォスフォネート製剤
- ・オピオイドローテーション

鎮痛補助薬

- ビリビリした痛みやじんじんした痛みなど神経障害性疼痛に有効な可能性がある
- 副作用(主に眠気)があるので、鎮痛効果と副作用とのバランスを念頭に置く
- 多くの選択肢があるため、選択に迷った場合地域の緩和ケア専門医にコンサルトする

痛みの性状と分類

内臓痛	腹部腫瘍の痛みなど局在があいまいな鈍い痛み	オピオイドが効きやすい
体性痛	骨転移など局在がはっきりした明確な痛み	レスキューが重要 NSAIDsが効きやすい
神経障害性疼痛	神経叢浸潤、脊髄浸潤など、ビリビリ・じんじんするしびれるような痛み	難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い

OPTIM: ステップ緩和ケア p13(2008) 一部改変

鎮痛補助薬の選び方

- ビリビリした痛みやじんじんした痛みなど(神経障害性疼痛)で有効な可能性がある

	眠気を許容する	眠気を避けたい
いずれのしびれでも可能	リボトリール	ガバペン リリカ
突然ビリビリ電気が走る痛みがくる	テグレート	デパケン
持続的にしびれる・じんじんする	トリプタノール アモキサン	メキシチール

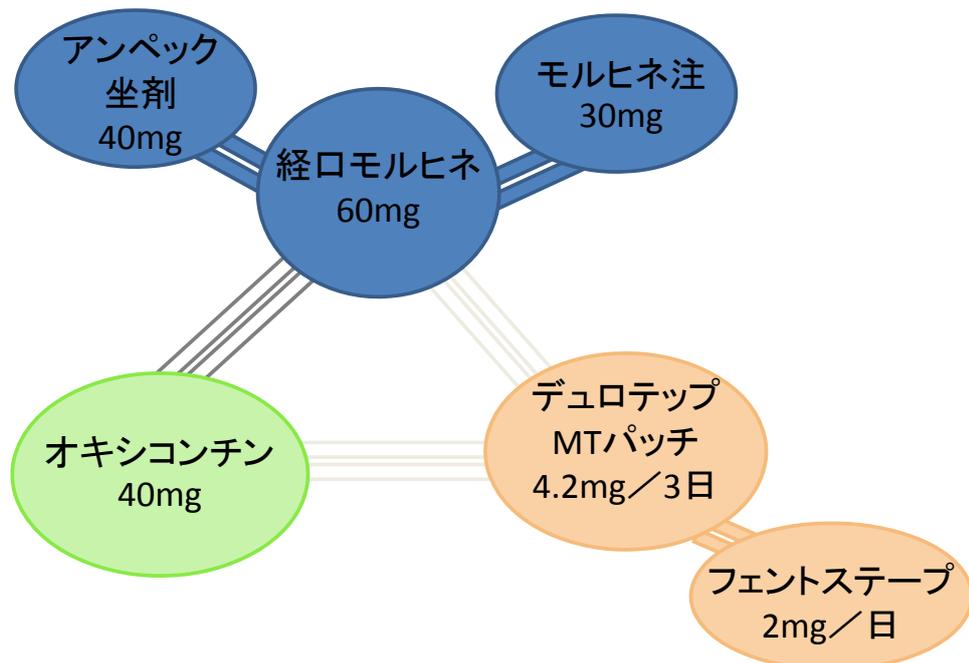
OPTIM: ステップ緩和ケア p129(2008) 一部改変

- 近隣地域の緩和ケア専門医にコンサルテーションでできる関係や環境を確保する

オピオイドローテーション

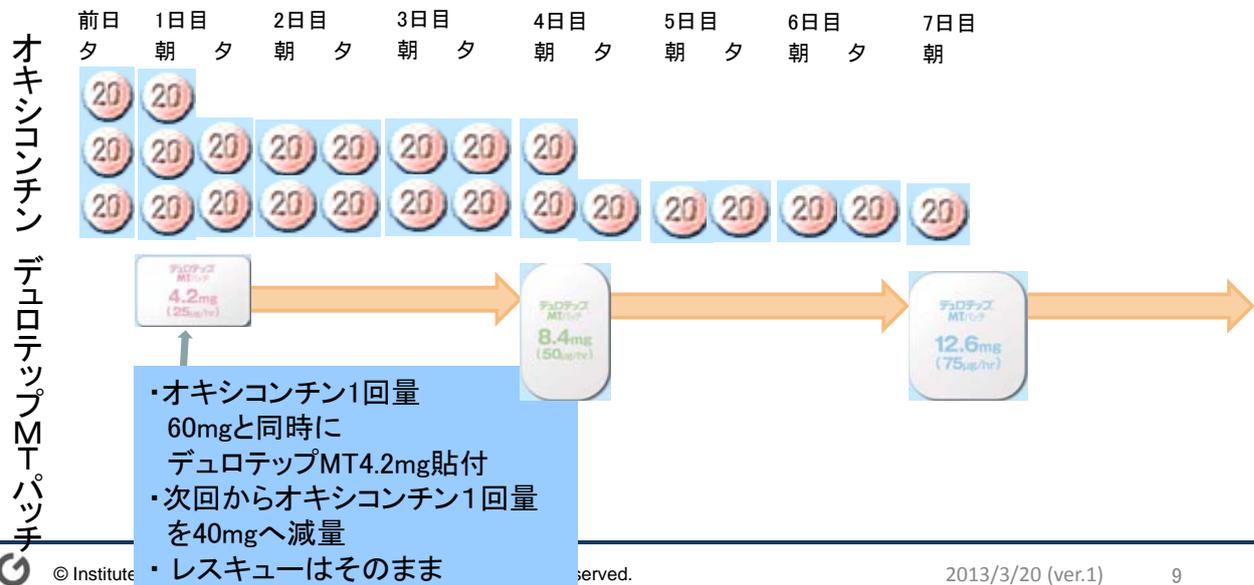
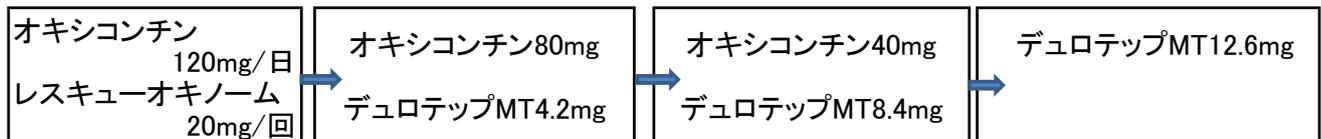
- 鎮痛が十分でない、または副作用のためにオピオイドの種類を変更すること
- 力価表に従って、現在のオピオイドと等価の新しいオピオイドの投与量を決め変更する
- 経口モルヒネ換算120mg以上の場合には原則として一度に変更せず、30～50%ずつ徐々に置き換える

経口モルヒネ60mg/日と等力価のオピオイド



オピオイドローテーションの実際

例) オキシコンチン®120mg/日 → デュロテップMTパッチ®



服薬にまつわる工夫

痛みの評価

患者家族が使いやすい共通の評価法導入

レスキューの使用

記録ノートの作成、レスキュー指示の単純化

定時薬の飲み忘れ

服薬カレンダーの使用

訪問薬剤管理指導での服薬状況確認

患者家族が実行可能な服薬指導

看護師やヘルパー監視下の内服(1~2回/日)

貼付剤へのローテーション

処方上の留意点と薬剤師との連携

- できるだけシンプルな処方を心がける
種類や内服回数、錠数を少なくする、一包化等
 - 先を見越して早め早めに対応する
オピオイドローテーションの可能性がある場合など
-
- 調剤薬局の体制
訪問薬剤管理指導、麻薬応需、365日対応が3点セット
基準調剤薬局としての夜間や休局日の対応を把握する
 - 調剤薬局の在庫状況等
使用期限が短い薬剤、多規格が存在する薬剤への配慮
卸からの供給がない土日・夜間は薬局の在庫で対応

在宅ならではの薬剤処方例

- 胃ろう患者でも使えるモルヒネ細粒 **モルペス®**
- 1日1回投与のモルヒネ製剤をヘルパー監視のもと確実に服用してもらう
カディアン®、**ピーガード®**、**パシーフ®**
- アセトアミノフェン口腔溶解錠市販薬の活用
タイレノールFD®
- 薬局想いの処方
最小包装単位14錠/箱である**ピーガード®**
デュロテップMTパッチ®は1箱5枚入り
フェントステーブ®は1箱7枚入り

在宅医療の導入

本セッションの内容

Step 1 導入面接

Step 2 退院時共同指導

Step 3 初回訪問診療

Step 4 在宅療養計画

臨床経過表1

本人 ・43歳女性 ・卵巣がん術後再発、腹膜播種 ・2か月前にイレウス症状のためA病院入院 ・化学療法を継続中 ・中心静脈栄養施行中(静脈ポート) ・サンドスタチンの持続投与中	・輸液は2000ml/日 + 嘔吐分負荷 ・サンドスタチンはIVHバッグに混注している ・右尿管ステントの留置 ・病名・病状は真実を話されている ・予後について具体的な数字では話されていない	「抗がん剤は続けたい」 「〇〇ワクチンをしたい」 「急病時はA病院にお願いしたい」 「(最期のことは)まだ考えられない」	・輸液は3000ml/日程度 ・レスキューはモルヒネ点滴 「点滴をつけたまま生活できるか心配」 「一人の時に痛くなるのが心配」
家族 ・夫と2人暮らし ・平日日中は独居となる	・IVH、持続ポンプの取り扱いを練習中	「(最期のことは)まだ考えられない」	・IVH、持続ポンプの取り扱いは一通りでできるようになっている 「日中一人にしておくのが心配」
環境 ・エレベーターのないアパートの3階	・布団の生活 ・室内に点滴をかける場所はあまりない	本人・夫 「ベッドはなくて大丈夫だと思う」	本人・夫 「ベッドはなくて大丈夫だと思う」

➔ **退院**

14日前 **12日前** **9日前** **5日前**

Step1 導入面接 **Step2 退院時共同指導**

各職種の動き

- 病院MSW**
 - 在宅医へ打診
 - 介護保険の申請確認
- Dr**
 - 居宅をもつ訪看ST、注射調剤に対応可の薬局を紹介
- Ns**
 - 情報収集(自己管理や指導など)
 - 訪問看護指示書の依頼
- Ph**
 - 情報収集(薬剤の供給など)
- ケアマネ**
 - 自宅の事前訪問、情報収集(マンパワーや福祉用具等)
 - 介護保険の手続き確認

Step1 導入面接 (夫と)

- 治療方針
- 急変時
- 看取り
- 必要と考えられる職種を紹介

事前の情報収集 (病院医師、看護師より)

- 現在の症状、今後起こりうることと対処
- 本人家族への病状説明
- 在宅で継続予定の処置
- 家族への指導状況

Step2 退院時共同指導

- Dr**
 - 治療内容の確認 → 輸液を2000ml/日へ減量する
 - 治療、ケアのシンプル化 → レスキューを坐剤へ変更する(ポルタレンとアンペック)
 - 医療処置や手技の指導 → IVH、持続ポンプのアラーム時の対応について、本人への指導を確認 → 座薬の挿入法について指導を依頼
 - 緊急時の対応について確認
 - 退院当日に必要なものの確認 → 衛生材料少量の持ち帰りを依頼
 - インフューザーポンプの使用を提案
- Ns**
 - 福祉用具の確認 → ベッドなどは、生活してみても必要に応じて手配することとする → 退院時の介護タクシーを手配
- Ph**
 - 薬剤の供給など
- ケアマネ**
 - 自宅の事前訪問、情報収集(マンパワーや福祉用具等)
 - 介護保険の手続き確認



症例：在宅依頼時点 day -14

- 入院先A病院のMSWから打診あり
- 卵巣がん術後再発、腹膜播種の43才女性
- 2か月前にイレウス症状のために入院
- 化学療法を継続中
- 静脈ポートが造設され中心静脈栄養施行中
- サンドスタチンの持続投与を行っている
- 介護保険は2日前に申請した



Step 1 導入面接

- 介護を担う家族と事前に面談の機会を設ける
 - 前医から不足のない診療情報を入手する
-
- 治療ケア方針についての家族の希望
 - 医療に関する確認事項
 - 1) かかりつけ病院 2) 急病時の対応 3) 看取り対応
 - “在宅療養支援チーム”の構成
 - 訪問看護ST、調剤薬局、居宅介護支援事業所等

情報提供シート

- 現在の症状とその対処
 - 在宅で起こりうる病態変化とその対処
-
- 本人家族への病状説明
 - 本人家族の希望(療養場所についての思い)
-
- 日常生活動作と必要なケア
-
- 在宅で継続予定の処置
 - 家族への指導の進捗

症例：事前の情報収集 day -12

- 入院病棟の担当看護師から得た情報
- 輸液はフルカリック2号2006ml/日＋嘔吐分負荷
- サンドスタチンはIVHバック内に混注している
- 右水腎症に対し尿管ステントが留置されている
- ADLは屋内歩行可ながら臥床がち
- 500ml/日程度の嘔吐を認めている
- 病名・病状については真実を伝えている
- 予後について具体的な数字では話していない

症例：導入面接（夫） day -9

- アパートの3階に夫と二人暮らし（子供はいない）
- 平日の日中は独居となる
- 化学療法は今後も継続したい
- 民間療法（〇〇ワクチン皮下注）実施を希望
- 急病時にはA病院受診を希望
- 看取り場所：これまで考えたことがなかった
- 居宅介護支援部門を持つB訪問看護STを紹介
- 注射調剤に対応できる隣市のC調剤薬局を紹介

Step 2 退院時共同指導

- 開催の呼びかけとセッティング

- 病歴や現在行っている治療・ケアの確認
- 療養場所についての患者家族の思い
- 治療・ケアのシンプル化
- 医療処置や手技の指導
- 退院までに必要な手続きや準備
- 再び入院が必要になった場合の対処方針
- 状況を踏まえた退院日の決定

症例：退院時共同指導 day -5

- 在宅医、看護師、薬剤師、ケアマネジャーが参加

- 3000ml/日の輸液を行っていたが、胸腹水の貯留も考慮し、2000ml/日に減量することに
- サンドスタチンの投与方法を持続皮下注に変更
- IVH管理の手技や持続注入ポンプの取り扱い方法の指導を患者および夫へ実施する
- レスキュー指示がモルヒネ点滴であり、在宅ではボルタレン坐剤とアンペック坐剤を使用する
- 介護用ベッドは必要ないと思っている
- 退院にあたって介護タクシーとヘルパーを手配

臨床経過表2

本人	<ul style="list-style-type: none"> ・ポート針は抜けるが、刺せない 「毎日吐いているけれど、鼻からの管は辛いのでやめてほしい」 「布団での寝起きはやっぱり大変」 「病院ではだるかったけど、帰ってから気分が良い」 	<ul style="list-style-type: none"> 「少しずつ自宅の生活に慣れてきた」 「座薬を使うときもあるけど病院にいたときよりも、痛くない」 「吐くのは、相変わらず」 「もう少し楽に寝起きできたら、もう少し動けそう」 「夫と温泉旅行に行きたい」
家族	<ul style="list-style-type: none"> 「家に連れて帰れてほっとした」 「妻と私でどれくらいやれるかは、やってみないとわからない」 	<ul style="list-style-type: none"> 「少しはペースがつかめてきた」 「調子は悪くないみたい」 「もう一度温泉旅行に連れて行ってあげたい」
生活環境	<p>day0</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浴室はトイレ一体型ユニットバスで段差が高い ・点滴スタンドをレンタル 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護用ベッド、マットを導入
各職種の動き	<p>Step3 初回訪問診療</p> <p>Dr Ns Ph</p> <p>訪問看護師、薬剤師が同席 (ケアマネが同席して担当者会議となる場合もある)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活環境と病状、希望を考慮して治療、ケアについて確認する ・入浴は訪問看護介助下へポート針の穿刺を担当する ・医療機器や自己管理について再確認 ・サンドスタチンの配薬 ・IVH製剤、サンドスタチン、オピオイド等の管理指導 ・必要な福祉用具(介護ベッド、浴室椅子など)やマンパワー(ヘルパーなど)の手配 ・介護用ベッドをすぐ手配できるよう準備 <p>ケアマネ</p>	<p>Step4 在宅療養計画</p> <p>治療方針の確認 起こりうる病態への予測指示を出す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内服困難に陥った場合 → アンベック坐剤の屯用→定時使用→デュロテップMTパッチへ ・嘔吐の量や回数が増加した場合 → 経鼻胃管を留置せざるを得ない ・現在の化学療法のレジメンが無効となった場合 → 緩和ケアへの全面移行を意味する ・尿路感染や腎後性腎不全の可能性がある ・ステント閉塞時 → A病院泌尿器科で交換する <p>本人・家族のやりたいことの実現を目指す</p> <p>温泉旅行の希望を実現させたい → 時期、必要な条件など検討 必要に応じて訪問看護師、ケアマネに相談</p>

Step 3 初回訪問診療

- ・在宅ならではの診療に真の意義がある
- ・生命と生活を支える6つの視点
食事・排泄・睡眠・移動・清潔・喜び
- ・患者の認識と治療ケア方針についての希望
- ・初回訪問時に得られる情報
1)住環境 2)生活の様子 3)家庭背景

症例：退院日初回訪問診療 day 0

- 訪問看護師と薬剤師が同席
- その後も1日に200～700mlの嘔吐があるが、経鼻胃管留置は以前つらかったので避けたい
- ポート針は抜けるが、刺すことはできない
- 浴室はトイレ一体型ユニットバスで段差が高い
- 訪問看護介助下入浴とし、ポート針を穿刺する
- 布団での寝起きは楽でないことがわかった
- 病院ではだるくて起き上がれなかったが、退院後気分が良くなり落ち着いて過ごしている

Step 4 在宅療養計画

- 患者情報
主病名、重要な処方、他院との併診、追跡項目
- 導入面接
家族の希望、医療に関する確認事項、在宅療養支援チーム
- 初回訪問診療
住環境、生活の様子、家庭背景
- 治療ケア方針
- 起こりうる病態と予測指示

症例：在宅療養計画 day +7

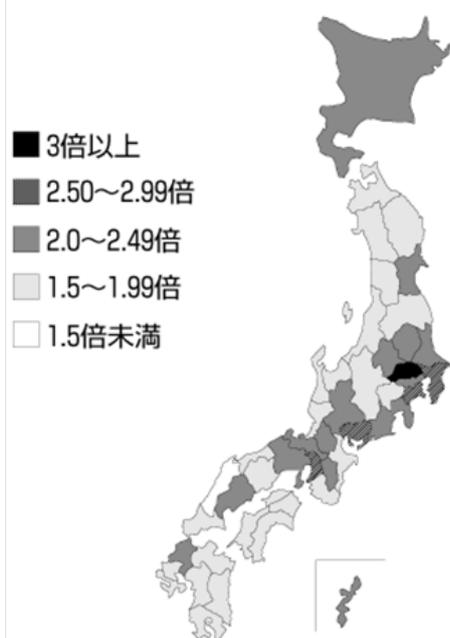
- アンペック坐剤屯用→アンペック坐剤定時使用
→デュロテップMTパッチのローテーションを想定
- 嘔吐の量・回数が増加した場合、経鼻胃管を留置せざるを得ない
- 現在のレジメンが無効となった場合、緩和ケアへの全面移行を意味する
- 尿路感染や腎後性腎不全の可能性がある
- スtent閉塞時はA病院泌尿器科で交換する
- 夫婦での温泉旅行の希望を実現させたい

認知症の基本的理解

—アルツハイマー型認知症を中心に—

都市部で急増する認知症

認知症患者数の増加率(2035年)
(05年比、厚生労働省研究班の推計)



全国の認知症高齢者の人数は、05年の約205万人から、団塊の世代がすべて65歳以上となる15年には、1.5倍の約302万人に、35年には2.2倍にあたる約445万人になる。

都道府県別推計では、35年時点で05年比の増加が最も大きいのは埼玉県の3.1倍。千葉県と神奈川県の2.9倍▽愛知県2.6倍▽大阪府2.5倍▽東京都2.4倍が続いた。団塊の世代が多く住むベッドタウンで増加が著しい。最も低いのは島根県の1.5倍。

かかりつけ医に期待される役割

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師

- 通院している患者さんの認知症を早期に発見する
- 認知症を患った患者と家族を総合的に診る
- 専門医との連携(初期診断、急性期)
- 地域連携(介護事業所・行政・インフォーマルな資源との連携)
- 教育的支援を含めた家族支援、生活上の課題の相談
- 行動心理徴候(BPSD)と合併症の対応
- 訪問診療で、意思決定支援と緩和ケアを行う(重度以降)

本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- アルツハイマー型認知症のステージ別ケア
—軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

認知症とは？

- ◆ 認知症とは、「一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」である。
- ◆ 認知症の診断基準（DSM-IV-TRの概要）
 - A 多彩に認知障害の出現 以下の2項目がある
 - 1) **記憶障害**がある。
 - 2) **失語**（言語の障害）、**失行**（運動機能は障害されていないのに、運動行為が障害される）、**失認**（感覚機能が障害されていないのに、対象を認識または同定できない）、**実行機能障害**（計画をたてる、組織化する、順序だてる、抽象化することの障害）のいずれかがある。
 - B 上記の認知障害のため、**社会生活に著しい障害を引き起こす**、あるいは**病前の機能水準からの著しい低下を示す**。
 - C これらの障害は**譫妄によるものではない**。

2013/3/20 (ver.1)

「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会: 認知症疾患治療ガイドライン2010 p1-3,38-40 医学書院

認知症の基礎疾患

認知症には70以上の病気が含まれる

◆ 主要な認知症

- **アルツハイマー型認知症 (AD)** (50%)
- **脳血管性認知症 (VD)** (10~15%)
- **レビー小体型認知症 (DLB)** (15~20%)
- **前頭側頭葉変性症 (FTLD)** (5%)

- **嗜銀顆粒性認知症 (AGD)** (5~10%?)
 - 前頭側頭型認知症 (FTD)・・・性格変化・行動変化
 - 意味性認知症 (SD)・・・言葉の意味がわからない、失語
 - 進行性非流暢性失語 (PA)・・・発語の流暢性が損なわれる

◆ その他

内科的疾患 (ホルモン異常、肝不全、呼吸不全、腎不全、膠原病、ビタミン欠乏症等)
中毒 (コルサコフ症、水銀、鉛、シンナー等)
脳外科的疾患 (特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、頭部外傷等)
感染 (AIDS脳症、進行麻痺、単純ヘルペス、クワイツフェルトヤコフ病等)
大脳皮質基底核変性症、進行性核上麻痺、多発性硬化症等

下線は治療できる認知症 (約5%)

4大認知症の鑑別

在宅医療テキスト編集委員会:
在宅医療テキスト p64 (2010) 一部改編

疾患	AD	VD	DLB	FTD
原因	A β 、 τ 蛋白	脳卒中	α シヌクレイン	τ , TDP-43, τ 陽性封入体等
疫学	女性に多い	男性に多い	60歳以降、男性 ADの3分の1	初老期に多い ADの10分の1
発症	ゆるやか	比較的急	ゆるやか	ゆるやか
進展	スロープ状	階段状	進行性、動揺性	
全経過	10年(2~20年)	基礎疾患で違う	ADより短い	ADより短い
記憶障害	初めから出現	比較的軽度	軽度・想起障害	ADに比べ軽度
運動障害	重度になるまで 出現しない	平行して悪化	パーキンソン様症 状、転倒が多い	失禁は早期に出 現
精神症 状・徴候	とられ妄想(軽度 ADに特徴的)	意欲、意識、感情 の障害	幻視・失神、意識の 動揺、注意力障害、 構成障害	性格変化、脱抑 制、無関心、常同 性、食行動異常
予防・ 治療	コリンエステラーゼ阻 害薬、メマンチン等	抗血小板療法に よる予防	幻視:ドネペジル等 運動障害:PD薬	SSRI、非定型抗 精神病薬
その他	感情、運動は重 度まで保たれる	麻痺、構音・嚥下 障害、尿失禁等	抗精神病薬への過 敏性	

2013/3/20 (ver.1) 7

認知症の診断

◆認知症の診断は症候学が基本

- 身近な人から、これまでの出来事について詳しく聴取する。
- 様々な症状がどのような脳の機能の障害で説明されるか。

◆診断の補助のための検査

- 神経心理検査
 - 単純な神経心理検査(HDS-R, MMSE)・・・早期診断は困難
 - 複雑な神経心理検査は有用(リバーミッド、COGNISTAT、FABなど)
- 画像診断
 - 形態画像(MRI)、機能画像(SPECT)
- 生化学検査(髄液)
 - リン酸化タウ蛋白など

本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- **アルツハイマー型認知症の中核症状と治療**
- アルツハイマー型認知症のステージ別ケア
— 軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

アルツハイマー型認知症の 中核症状と周辺症状

	中核症状	周辺症状
頻度	必発	必ず起こるわけではない
要因	脳の細胞が脱落することが直接の原因となる	中核症状によるゆがんだ外界認知に、性格、素質、環境、心理的状况などが複合的に作用して起こる
症状	記憶障害、実行機能障害、失行、失認、見当識障害、言語に関する障害	不安、抑うつ、自閉、幻覚、妄想、食行動異常、迷子、徘徊、失禁、不潔行為、暴言、暴力他
生活上の問題	今までやれていたことができなくなる	まわりの方が対応に苦慮する行動(≒B PSD)。本人の苦痛の表れ。

アルツハイマー型認知症でみられる 記憶の障害

記憶の持続時間による分類

- **即時記憶**: 今言ったことをオウム返しに言うときの記憶(前頭葉の働き)。軽度ADでは保たれるが、中等度ADで障害される。
- **近時記憶**: 数分前から数日前の記憶。干渉事象をはさんだ後の記憶(側頭葉内側領域の働き)。軽度ADで最初に障害。
- **遠隔記憶**: 昔の思い出(大脳皮質)。中等度ADになると、新しい記憶から障害される。

長期記憶の種類による分類(スクワイヤの記憶の分類)

- **陳述記憶**: **エピソード記憶**(最初に障害される)と**意味記憶**
- **非陳述記憶(手続き記憶)**: 技の記憶。(保持されやすい)

見当識障害

見当識障害とは、
「自分が生きている時間や場所、人との関係が曖昧になること」をいう。

ADでは時間⇒場所⇒人の順で見当識障害が進行する。

◆ 時間

軽度の時期から、細かい時間単位(時間、日、曜日)が曖昧になり、中等度になると季節、年の単位の感覚が障害される。

◆ 場所

中等度ADで、自分がどこにいるかが曖昧になる

◆ 人

重度に近くなると人との関係がわからなくなる

アルツハイマー型認知症で見られる 実行機能障害と失行

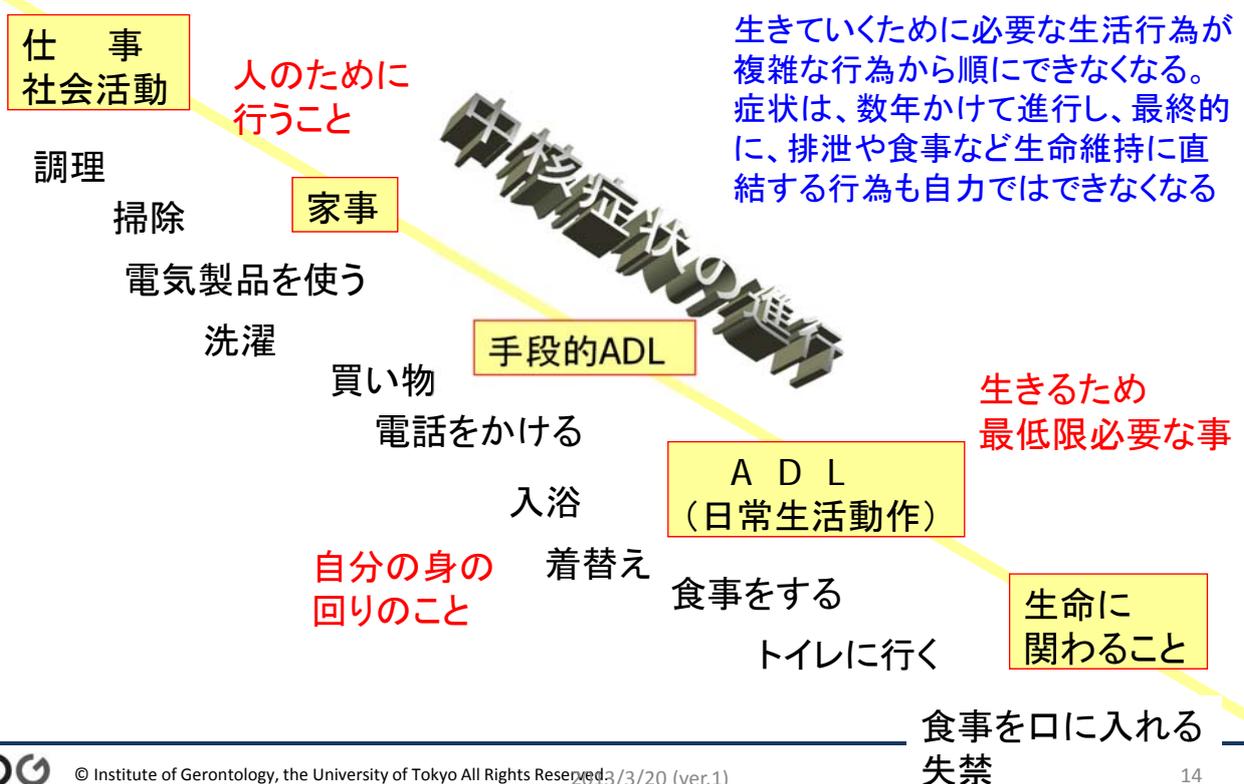
実行機能障害

- 「ものごとを論理的に考えたり、順序立てて考え、状況を把握して行動に移す思考・判断力のこと」
- 「ある目的のために、単純行動を順序立てて実行する高度な知的機能のこと」（例；料理が手順どおりできない）
- 前頭前野の機能障害により生じる。

失行

- 「目的とする行為が理解され、対象が理解でき、運動器官には麻痺、付随運動、失調、筋緊張異常などの目的運動の遂行を妨害する障害がないにもかかわらず、目的にそって運動を遂行できない状態。」
（例；「ライターで火をつけてください」⇒その行為ができない）

生活の障害の進行 ～実行機能障害と失行～



アルツハイマー病の治療薬

進行を遅らせる薬

- **コリンエステラーゼ阻害薬(脳内のアセチルコリンを増やす)**
 - 塩酸ドネペジル(アリセプト) (D錠、ゼリー、細粒)1日1回
 - 臭化水素酸ガランタミン(レミニール錠) (OD錠・内用液) 1日2回
 - リバスチグミン(イクセロンパッチ、リバスタッチ) (貼付薬)1日1枚
- **興奮性アミノ酸(NMDA)受容体阻害薬**
 - 塩酸メマンチン(メマリー) 1日1回



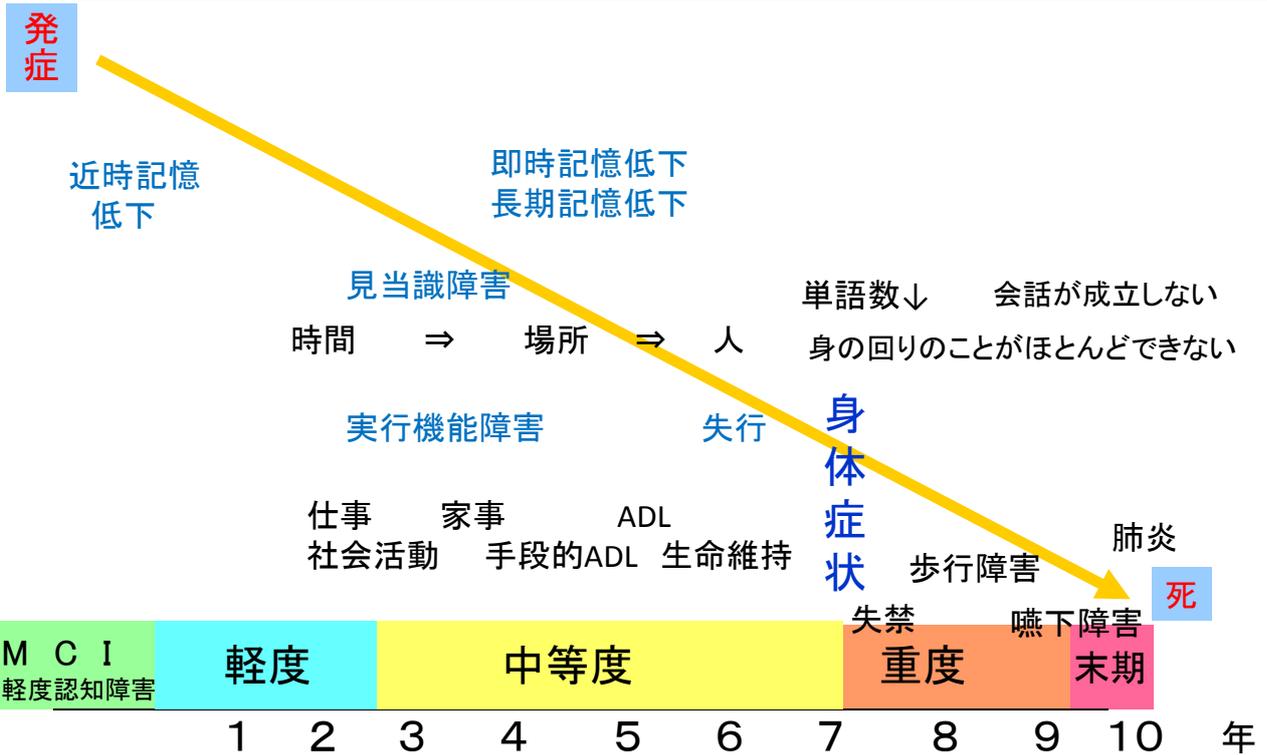
進行を食い止める可能性のある薬(研究開発中)

- アミロイドワクチン、抗A β 抗体療法
- γ セクレターゼ阻害剤
- タウの凝集阻害剤(Rember)

本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- **アルツハイマー型認知症のステージ別ケア**
 - 軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

アルツハイマー型認知症の自然経過



認知症高齢者の死因 多くは合併症で亡くなっている

- ◆ 認知症では**認知機能障害の程度に関係なく死亡リスクが高い**
(Greg A. S, et al Ann Intern Med 2011)
- ◆ AD患者174名のAD患者の死亡診断書の分析
直接死因の24%が**気管支肺炎、心肺停止と呼吸不全**が其々25%
間接死因の44%が**気管支肺炎、尿路感染6%、敗血症5%**。
(Olichney, J.M., et al J Am Geriatr Soc 1995)
- ◆ 認知症の診断で病理解剖実施の524例
気管支肺炎38.4%、虚血性心疾患23.1%、悪性新生物3.8%
呼吸器感染と循環器疾患が主な死因
(Elisabet Englund ルンド大学HP)
- ◆ 認知機能が重度のADでは肺炎での死亡が多く、**認知機能が軽度のADでは心疾患や脳卒中での死亡が多い**。←**症状を認識し、報告することが困難。認知症が介入の努力を複雑にしている**
(Kukull WA, et al J Am Geriatr Soc. 1994)

軽度の時期の症状とケアの要点

近時記憶の障害が中心で、身の回りのほとんどが自立している。

主な症状と生活上の問題点

- **近時記憶の障害**
一部は記憶に残る
即時記憶と遠隔記憶が保持
- **細かい時間の見当識障害**
- **非日常的なことに対応する能力の低下**
- **総合的判断や危機管理**
- **不安や混乱、魂の痛み**
- **とられ妄想**

ケアの要点

- **教育**
家族への教育的支援
- **安全の確保**
火、薬、セールス、合併症
- **心のケア**
尊厳、継続的相談、ピアグループ、カウンセリング
- **家族支援**
家族の相談、介護者の会
- **将来を考える機会**
生き方の理解、事前指定、任意後見制度

中等度の時期の症状とケアの要点

認知障害が進行し、生活の多くに援助が必要となる。
BPSDが激しくなり、介護負担が急増する時期。

主な症状と生活上の問題点

- **記憶障害の進行**
即時記憶、遠隔記憶も障害
- **見当識障害の進行⇒混乱**
- **生活行為が複雑な行為からできなくなり、最終的にほとんどに援助が必要。**
- **行動心理徴候が頻発**
- **ひとり暮らし困難**
- **身体合併症**
- **介護の山場**

ケアの要点

- **生活のコーディネート**
- **療養の場の決定・ケア付き住まい**
- **家族支援の継続支援**
相談(今後の予測、不安)、体調管理、ストレス軽減
- **行動心理徴候の対応**
- **合併症予防、突然死の防止**
- **心のケア 役割、自律支援**

重度の時期の症状とケアの要点

意味のある会話はできなくなる。身体合併症が頻発する。

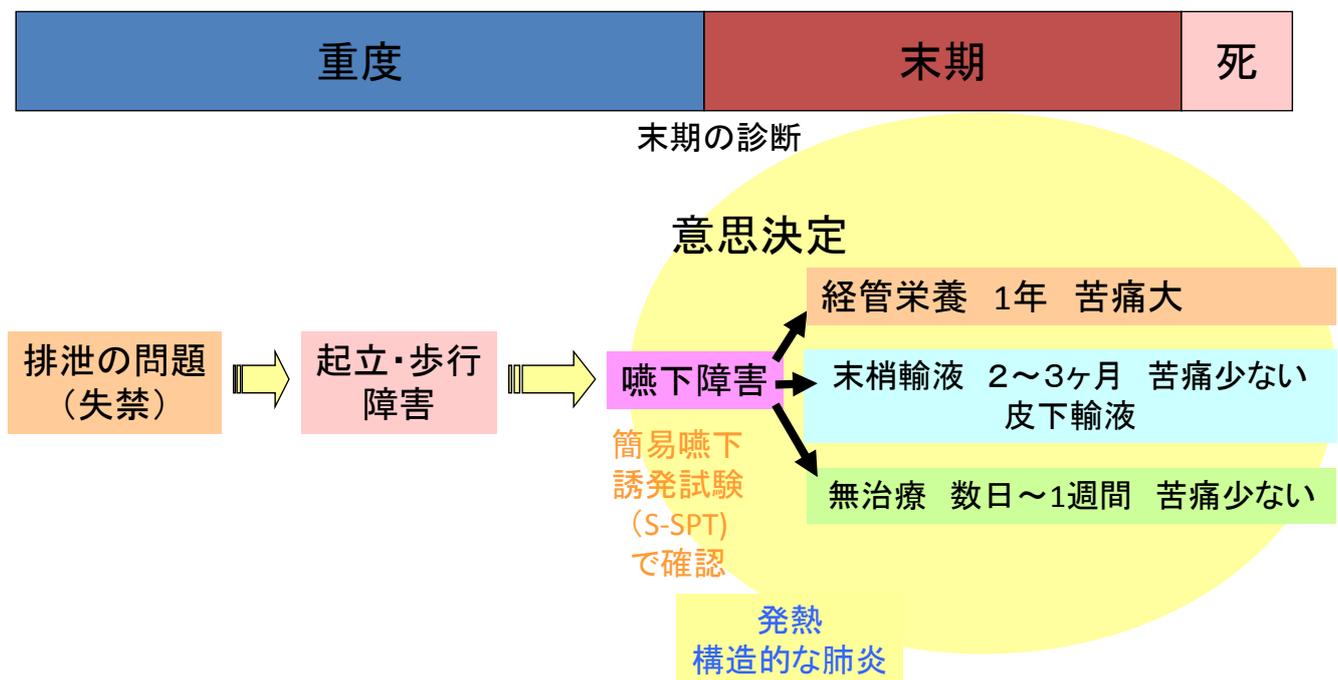
主な症状と生活上の問題点

- 単純な行為もできず、生活の全てに介助が必要
- 意味のあるコミュニケーションが成立しない
- BPSDは少なくなり、精神的介護から身体的介護に移行。
- 苦痛や体の変化が伝えられない
- 排泄（尿、便失禁⇒歩行障害⇒嚥下障害の順に身体症状が出現
- 感染症など身体合併症が頻発する
- 嚥下反射が消失し、経口摂取ができなくなる（末期と診断）。

ケアの要点

- ケア形態変更・・・通所→訪問
- 診療形態変更・・・外来→訪問
- 合併症管理・・・感染症、転倒など
- 意思決定支援
療養の場、緩和ケア中心、延命治療の方針、家族の心のケア
- 苦痛評価、症状緩和
呼吸苦、嚥下障害、褥瘡、発熱等
- 延命治療の選択
経管栄養、点滴など

重度から末期のアルツハイマー型認知症 ～身体症状と治療法と予後～



本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- アルツハイマー型認知症のステージ別ケア
— 軽度、中等度、重度、末期
- **介護者支援とケアプラン**

家族の置かれている状況

- **生活のしづらさが増えた:9割以上、優しくできない自分への嫌悪感:8割以上、** (認知症の人と家族の会 調査 2012)
- **介護者の状況**
 - 介護の疲れ:かなり 31.7% 感じている47.4%
 - 将来介護がさらに負担になる不安は:かなりある43.3%,ある 39.9%
 - **介護に疲れ、自殺や心中を考えたことがある 18.0%**
(信濃毎日新聞 2010年)
- **認知症介護者の訴える介護負担**
 - この先病状の経過がわからないことに不安
 - 自分の自由になる時間がほしい (荒井由美子)
- **便、尿失禁、夜間不穏、会話の妨害、幻覚、不幸な様子は、家族介護者の負担感に強い相関を示す**
(大西丈二ら 老年精神医学雑誌 2003)

家族支援

- **介護者・家族を一つの単位として(一体的に)考える**
 - 家族の“ものがたり”を理解する
 - 介護者は尊い仕事をしている
- **本人の病状の安定が基本**
 - 本人の支援が家族支援の核となる (宮永和夫老年精神医学雑誌2006)
- **教育的支援**: 家族が認知症やBPSDに関する知識を高めることにより
介護負担が軽減する (梶原弘平 老年精神医学雑誌2012)
 - **患者の病と精神世界を理解する**(観察力を高める)
 - **具体的な接し方の指導**: スキンシップ、傾聴、否定しない、
ゆっくり正面から接する、好きな歌
- **家族が相談できる場**: 医療機関、家族や知人、ピアグループ
 - 家族者同士の共感が認知症介護への適応を促進する
(佐分厚子、社会福祉学2008)

アルツハイマー型認知症の ケアプラン

- ◆ **尊厳を重視し、ストレングスを生かしたケアプランづくり**
- ◆ **家族まるごと支えることが基本**
~ケアプランは家族のライフスタイルによってきまる~
独居: 早期からのホームヘルプ、中等度でケアのあるすまいへ
介護者同居: デイサービス⇒ショートステイ利用、在宅看取りも可能
- ◆ **ステージアプローチの考え方**
~長期的視点にたったプランづくり~
何年か先のために今行っていくことを計画する
ケアニーズはゆっくりとだが確実に変化する
⇒ ニーズに応じたチーム編成
各ステージで、ケアチームで目標を共有し、支援する

利用可能な居宅・地域密着型サービス

サービス	特徴
福祉用具レンタル	重度化した際の電動ベッドや車いすなど
訪問介護	なるべく同じホームヘルパーが好ましい
訪問看護	グループホームにも特別指示書で2週間訪問できる
訪問入浴	重度化した際には利用可能
通所介護	認知症特化の通所介護もある
通所リハビリ	軽度認知症の方には適応がある
短期入所	なるべく同じ施設でなじみの関係を作りたい
小規模多機能居宅介護	なじみの関係を作りやすい、訪問看護以外の介護保険サービスが使えない
認知症高齢者グループホーム	共同生活の場から終への棲みかとなってきた

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

事例検討 行動心理徴候（BPSD）への アプローチ



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

1

グループワーク



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

2

症例：重度アルツハイマー型認知症

《患者背景》

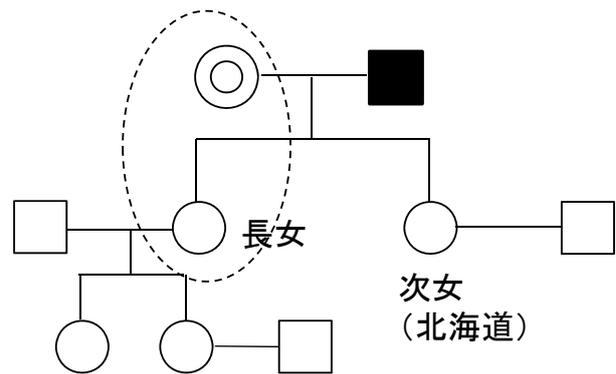
- Aさん 84歳(初診時) 女性

《家族背景》

- 夫は20年以上前に他界。
- 子供は娘が2人。

次女は北海道に嫁いだ。長女は同居して、ほぼ一人で介護にあたっている。

- 孫はすでに独立し、仕事を持っているが、受診の時などは協力してくれる。



《家族構成》

症例：重度アルツハイマー型認知症

《生活背景》

- 福井県生まれ。以前は夫婦で自営業(染物屋)を営んでいた。

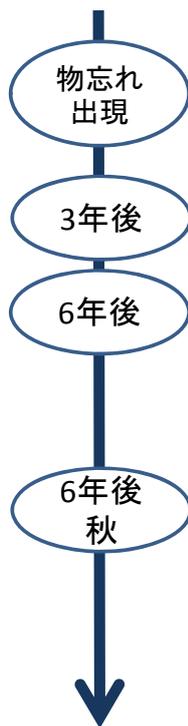
《社会的状況》

- 国保、老人医療受給者証あり。
- 年金は国民年金(月額4万程度)。
- 初診時介護保険は未申請。
- ご本人は一軒家の1階で生活している。

《相談者(長女)の希望》

- 暴言や暴力、徘徊が多くなり、排泄の問題が出現してきたため、どのように対応したらよいか相談したい。

初診までの経過①



《初診(物忘れ出現から7年後の12月)までの経過》

- X年頃より物忘れがあり、時々つじつまが合わないことがあった。
- X+3年頃より物忘れがひどくなった。
- X+6年に孫が結婚してからは寂しがり、1人になると不安感が強くなった。長女の姿が見えないと、すぐ名前を呼ぶようになり、片時も離れられない状況になった。
- X+6年秋に一度大学病院のものわすれ外来を受診し、アルツハイマー型認知症と診断され、塩酸ドネペジル:(アリセプト[®])を処方されたが、副作用で中止し、以後中断している。

初診までの経過②



- X+7年夏頃から、歩行が拙劣になり、また、頻回にトイレに行くことが多くなった。
- X+7年に和式トイレに便座に据え置き式の洋式便座を取りつけてからは、尿意を感じると表にでて、外で排泄をするようになり、11月末からは夜間にも外に出て行くようになった。家族によると草むらを探しているようだ。

初診までの経過③

物忘れ
出現



7年後
11月

- X+7年の11月頃から不安感が増し、夕方暗くなると落ち着かなくなり、振るえながら、「恐ろしい」「家に帰る、家には両親がいるから」と言うようになった。

長女が「明日にしようね」というと、「そうやってごまかそうとする。だましにはのらない。」と言う。一度外にでて、散歩に付き合い、しばらくして家に帰ってきても、「またここに連れてきた」と怒る。

この1~2年は、長女のことは親戚の人と考えているようだ。

- 興奮すると「おなかが痛い」と訴え、ひどいときは30分~40分に1回のペースでトイレに行く。

初診までの経過④

物忘れ
出現



7年後
11月

- テレビに話しかけることもあり、現実と区別がつかない。
- お風呂に入れようとするとう「こんなにべとべとにして！」と怒り、食べ物も「こんな汚い物を誰が食べるのよ・・・」と言って、食事に手をつけようとしない。食欲もあまりないようで、バナナ少しと甘栗だけを食べている。
- また、暴言だけでなく、物を投げたり、長女を叩いたりするようになった。

グループワーク1

Aさんの行動心理徴候とご家族の生活困難について、どのようにアプローチしたらよいのでしょうか？

《ディスカッションのガイド》

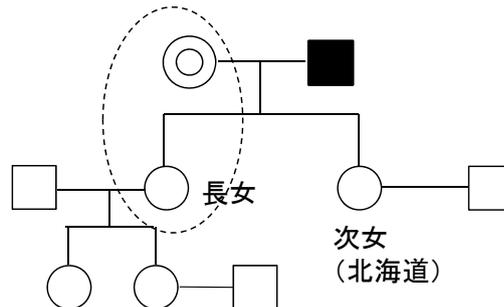
- ①それぞれの専門職の立場で行うべきことについて考えてください。
- ②「まずは、何から支援していきますか」という視点でもディスカッションしていただけるとよいかと思えます。
- ③基本講義のBPSD対応の基本などを参考にして議論してください。

司会・発表：ケアマネジャー
書記：歯科医師・歯科衛生士

症例：84歳（初診時）女性 重度アルツハイマー型認知症

○ 家族背景

夫は20年以上前に他界し、子供は娘が2人。次女は北海道に嫁いでいった。近くに住んでいた長女が同居して、ほぼ一人で介護にあたっている。孫は独立し、仕事を持っているが、受診の時などは協力してくれる。



○ 生活背景

福井県生まれ。以前は夫婦で自営業（染物屋）を営んでいた。

○ 社会的状況

国保、老人医療受給者証あり。年金は国民年金（月額4万程度）。初診時介護保険は未申請。御本人は一軒家の1階で生活している。

○ 相談者（長女）の地域包括センターでの相談内容

暴言や暴力、徘徊、排泄の問題などに、どのように対応したらよいか相談したい。

○ 初診（物忘れ出現から7年後の12月初診）までの経過

（※下線部のような症状を行動心理徴候（BPSD）という。）

- ・ X年頃より物忘れがあり、時々つじつまが合わないことがあった。X+3年頃より物忘れがひどくなり、X+6年に孫が結婚してからは寂しがり、1人になると不安感が強くなった。長女の姿が見えないと、すぐ名前を呼ぶようになり、片時も離れられない状況になった。X+6年秋にA大学病院のものわすれ外来を受診し、アルツハイマー型認知症（AD）と診断され、塩酸ドネペジル（アリセプト[®]）を処方されたが、副作用で中止し、以後通院を中断している。

裏面に続く

- ・ X+7年夏頃から、歩行が拙劣になり、また、頻回にトイレに行くことが多くなった。和式トイレに便座に据え置き式の洋式便座を取りつけてからは、尿意を感じると表にでて、外で排泄をするようになり、11月末からは夜間にも外に出て行くようになった。
- ・ X+7年の11月頃から不安感が増し、暗くなると落ち着かなくなり、振るえながら、「恐ろしい」「家に帰る、家には両親がいるから」と言うようになった。長女が「明日にしようね」というと、「そうやってごまかそうとする。だましにはのらない。」と言う。一度外にでて、散歩に付き合い、しばらくして家に帰ってきても、「またここに連れてきた」と怒る。この1~2年は、長女のことは親戚の人と考えているようだ。毎日「家に帰りたい」という。テレビに話しかけることもあり、現実と区別がつかない。
- ・ 興奮すると「おなかが痛い」と訴え、ひどいときは30分~40分に1回のペースでトイレに行く。
- ・ お風呂にいれようとする「こんなにべとべとにして!」と怒り、食べ物も「こんな汚い物を誰がたべるのよ・・・」と言って、食事に手をつけようとせず、少しのバナナと甘栗だけを食べている。最近では、物を投げたり、長女を叩いたりするようになった。
- ・ 地域包括職員に連れられて、外来受診した。

場面 1

行動心理徴候（BPSD）へのアプローチ

- Q AさんのBPSDとご家族の生活困難について、どのようにアプローチしたらよいでしょうか？（地域包括センター職員を含む初回のカンファレンスの設定）
- ディスカッションのガイド
- ① それぞれの専門職の立場で行うべきことについて考えてください。
 - ② 各職種は、それぞれがもつ情報をなるべく最初にお話し下さい。
 - ③ 「まずは、何から支援していきますか」という視点でもディスカッションしていただくとよいかと思えます。
 - ④ 基本講義のBPSD対応の基本などを参考にして議論してください。

司会・発表：ケアマネジャー
書記：歯科医師・歯科衛生士

事例検討 行動心理徴候 (BPSD) への アプローチ

その後の対応と経過について①

1 行動心理徴候の薬剂的コントロール(緊急)

(1) 譫妄、徘徊等の異常行動

ジプレキサ(2.5mg)1錠 1日1回 夕食後 から開始
その後5mgに増量・・・を和らげる)

⇒ 徘徊(トイレを探して外に出ること)とせん妄は消失した

(2) 不安・焦燥

パキシル10mg→20mgに増量 効果なし

ワイパックス(0.5mg)1錠 夕食後で開始し

徐々に増量し、1mg 2錠 1日2回 朝夕食後で

⇒ 頻尿は改善し、3-4時間あくようになった。

昼夜逆転が改善し、介護者が夜眠れるようになった。

その後の対応と経過について②

2 身体的問題の評価と対応

- 食欲の低下は、歯肉の出血が見られたため、訪問歯科診療を紹介し、歯の治療をして、食欲が改善した。
- 便秘については、トイレに座ってもいきむことを忘れていたため、慢性便秘になっており、薬でコントロールを行った。
- 頻尿、腹痛については、内科的疾患の除外するために、採血、検尿、レントゲン、腹部エコーなど負担の少ない検査を実施し、内科合併症がないことを確認、不安焦燥によって頻尿腹痛が出現していると評価された。
- 身体的問題を解決し、体調を整え、苦痛なく過ごせるようにすることは、BPSD改善にも効果がみられた。
- 昼間の不安、焦燥感(腹痛の訴え)は続いており、引っ掻いたり、噛みついたりする行為も続いている。

その後の対応と経過について③

3 本人の心理的援助

- 「早くいこう」「早くもってきて」など昼間の焦燥感については、薬剤の効果は十分でない。昔の写真と一緒に見るような心理療法(回想法)的なアプローチを試みるも反応なし。
- Aさんは、「人が多いから困るんです」「1人では寂しくていけない」「一生懸命やります」「皆が私を自由にしてくれない」などと口にするが、その意味するところは推測できず、コミュニケーションはほとんど成立しなくなってきた。

4 ご家族・介護者への教育的支援

- 受診時には、徘徊などのご本人の行動の意味と対処法と一緒に考えるなどご家族への教育的支援を丹念に行った。

その後の対応と経過について④

5 介護者支援

- すぐに介護保険の申請を行い、要介護3と認定された。誰かが自宅に来ると、「早く帰ってもらって！」とあって、落ち着かなくなり、訪問サービスの導入が困難であった。
- 近隣のデイサービスを2回／週で開始し、家族の休息になり、とても感謝され、週3回に増やした。その後、デイサービスで、職員に噛みつくだけでなく、他の利用者の顔を引っ掻いてしまい、デイサービスの受け入れを断られた。介護者はショックで、極度にやせ（10kgの体重減）、家族や親戚が、心配して、Aさんの施設の入所申し込みを勧めた。
- ケアマネジャーの努力で、認知症専門デイサービスの利用が可能となり、週1回から再度デイサービスを開始し、2回、3回/週と増やしていった。介護者の健診を行い、身体的な異常なく、徐々に介護者の体調は回復していった。

ミニレクチャー

アルツハイマー型認知症患者の 心理状況

ADでは感情の中枢(辺縁系)は末期まで保たれる

- **不安感**
 - 自分はどこにいるのだろう
 - この人たちは誰だろう
 - 次にどうすればいいのだろう
- **もどかしさ**
 - 言葉がでてこない
 - 字が書けない
 - ストーリーが覚えられない
- **自発性低下・うつ**
 - 当たり前前にできていた事ができない
 - 失敗したら笑われる(叱られる)
 - 転んでしまうのでは？
- **混乱**
 - 今はいつ？ ここはどこ？
 - 料理の手順がわからない！
 - どの電車に乗ればいいのだろう！
- **被害感**
 - 被害的な態度を持つ
 - ⇒自分の周囲で起こっている不可解な事柄に理由付けする

認知症の方からみた世界

- **奇妙な世界に迷い込んだ感覚**
 - 「何？どこ？いつ？誰？なんで？」といった不可思議の事が連続して起こる。現実の世界がわからなくなり、知らない世界に迷い込んだように感じる。不安と緊張の連続。
- **情報の処理ができない、外界への恐怖心**
 - 世界が飛ぶようで追いつけず、時間が早く過ぎるように感じ、ついていけないため、焦りや混乱、動揺がおこる。
 - 周囲の音や声、光など刺激が多すぎると、怯えたり、怒ったり、時に自分の世界に入ったりする
- **体の異常が認識できない**
 - 痛みやかゆみ、排泄の不快感、空腹感、渇き、眠気など身体の不快感が自分で処理できず、混乱、怒りを体験している。

認知症の方からみた世界

- **自分自身が失われていく不安**
 - 見当識の弱まりに加え、上記のような体験の中で、自分が粉々になったり、ぼんやりおぼろになるような体験をしている。
- **過去も未来もない時間のはざまにただよう**
 - 大切な出来事や大切な人がいまそこに存在するように感じる
 - 過去がなくなると同時に、未来の感覚もなくなっていく

永田久美子氏監修 アルツハイマー病のケアの要点を要約



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

9

BPSDの特徴

- **複合的要因によって起こる。**
[環境や心理的状态]、[患者の生来の性格]、
[認知症という病理的变化]
- **必ず出現するわけではない。**
 - 一般的に、在宅で65%、施設で90%と言われているが・・・
 - 61%に1つ以上のBPSD、31%は重度のBPSD(地域住民対象)
(Constantine G. L et al; Am J Psychiatry; 2000)
 - BPSDの出現頻度:なし50%、環境改善のみ31%、薬剤治療19%、要入院1%未満
(梶原診療所高齢者ケア外来)
 - 35.3%(AD295例;在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク調査)
- **様々な程度とタイプがある。**
 - 病的,気質性(薬剤の効果+)～環境性,反応性、重度～軽度



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

10

BPSDの特徴

- 軽度の時から中等度の時期にかけて増大、重度になると減少
 - 初診時にBPSDが重度なものは、後の経過でも重度の事が多い
- 疾患別に特徴がある。
 - BPSDの出現は、アルツハイマー型、脳血管性よりも、レビー小体型、前頭側頭型のほうが多い
 - BPSDの内容は、疾患毎に特徴がある。
〔 とられ妄想:AD、幻視・誤認:DLB 〕
〔 反社会的行為・常同行為:FTD 〕

在宅でのBPSD対応の基本

1. 介護者・家族への早期からの教育的支援:
認知症の正しい理解、接し方、コミュニケーションの指導
2. ケア導入とレスパイトケア・・デイサービスにBPSDの予防効果
3. BPSDの悪化要因の除去:
薬剤(37.3%)身体合併症(23%)家族・介護環境(10.7%)
4. 環境の改善
5. 非薬物療法
回想法、タクティール、アロマ、音楽、園芸、作業療法など
6. 尊厳と役割の維持と創造
役割と尊厳、安全に配慮された穏やかな環境、リズムのある生活と適度の刺激
7. 薬剤の適正な使用

BPSD悪化の原因となる薬剤

薬剤分類	薬剤名
神経系作用薬	抗パーキンソン病薬、抗コリン薬、抗不安・睡眠薬（ベンゾジアゼピン系）、抗うつ薬、抗精神病薬
循環器薬	ジギタリス、β遮断薬、利尿剤
消化器用薬	H2遮断薬
頻尿治療薬	抗コリン薬
抗ガン剤	
ホルモン薬	ステロイド剤
感冒薬	市販薬でも起こることがある

BPSDの薬物療法の基本

- 患者の苦痛を和らげ、暮らしにくさを改善することが目的
- 具体的にどういう時に用いるか？
 - 器質的、病的なもの、中等度以上
 - 緊急性の高い（生活が破綻しそう）
- BPSD=治療対象ではない。具体的な症状を治療の対象とする。
- 薬剤は基礎疾患と副作用で選択する
- 少量から開始が基本（用法に書かれているのは統合失調の使い方）
- 単剤使用が基本（4～6週で改善なければ別の薬に変更）
- 確実にモニタリングする
- 増量は数日待つ（少なくとも2日待つ）
- 常に減らせないか、止められないかを検討（米国FDAのtalk paper）

BPSDによく用いられる薬剤

分類	薬剤名
概日リズム障害、睡眠障害	ロゼレム、マイスリー5mg、アモバン7.5mg、レスリン2.5mg
抗うつ薬	ジェイゾロフト25mg、ルボックス25mg、パキシル10mg、レスリン2.5mg
DLBの幻視	アリセプト(1~2.5mg)、抑肝散5g、セティール5mg
レム睡眠行動障害	リボトリール0.5mg、ロゼレム、アリセプト
FTDの常同性、脱抑制、食行動異常、性的逸脱	ジェイゾロフト50mg 1*、ルボックス50mg2* レスリン2.5mg
夕暮れ症候群	ロゼレム
注意低下、アパシー	アリセプト、リバスタッチ
不安、焦燥	レスリン2.5mg、セティール5mg、ワイパックス0.5mg
焦燥、易怒性、攻撃性、脱抑制	デパケン50mg~100mg/日 分2 (気分安定)
幻覚、妄想、暴力など	リスパダール0.5mg、セロクエル25mg or ジプレキサ2.5mg (DLB)、ルーラン4mg (DMのある時)

抗精神病薬

幻覚、妄想、攻撃性、焦燥、敵意、暴力など

薬剤名	リスパダール (リスペリドン)	セロクエル (クエチアピン)	ルーラン (ペロスピロン)	ジプレキサ (オランザピン)
容量	0.5 mg~1mg。2mgでは副作用がでやすい。	25mgから始める。75mgまで。	4mg1錠 1日1回 夕で開始	2.5mgあるいは、5mgで開始
副作用	錐体外路症状、過鎮静がでやすい。半減期長い(増量慎重に)	パーキンソン症状は比較的少ない。DLBで推奨	副作用少なく、半減期短い	DLBで推奨
特徴	錠剤、細粒、内用液など剤形	糖尿病で禁忌	セロクエル等使えない時	糖尿病で禁忌、ザイデイス錠

薬剤のモニタリング

- 使用開始時、増量時のモニタリングは慎重に行う
- 抗精神病薬の副作用
 - 過鎮静
 - 錐体外路症状
 - ジスキネジア
 - ジストニア
 - アカシジア(静坐不能)
 - 固縮
 - 高熱の場合、悪性症候群(急に中止した場合)
 - その他(尿閉;6時間以内、便秘3日以内)

BPSDのアプローチのまとめ

1. BPSDのアプローチの目標は、本人の苦痛を和らげ、“暮らしにくさ”を改善すること
2. まずは十分に観察し、行動の意味を考える
3. 緊急性を考慮にいれること
4. 基礎疾患によって異なるアプローチ(正しい診断が大切)
5. チームでのアプローチが重要
6. 適切なケア(デイサービス)の導入がBPSDを防止する
7. 規則正しいリズムのある生活+適度の刺激
8. 薬物療法はもろ刃の刃、しかし上手く使えば生活を立て直す力
9. 家族へのアプローチ ~レスパイトと早期から教育的介入~
10. 役割の維持や尊厳が重要

事例検討 認知症の緩和ケア

グループワーク

症例:末期アルツハイマー型認知症

物忘れ
出現



9年後

10年
後1月

10年後
10月

《経過の続き》

- X+9年の初めころから、尿失禁、便秘が出現、歩行障害も進行し、大きな錠剤が服用しにくくなってきた。
- X+10年1月末、室内で転倒後、起立歩行は困難となり、訪問看護と訪問診療を開始し、腰部痛が改善した後、認知症専門デイサービスを再開した。
- X+10年10月、急性腎盂炎を発症、B病院に入院し、抗菌剤治療を行い、改善し、11月に退院した。

症例:末期アルツハイマー型認知症

物忘れ
出現



11年後
2月

12年後
9月

- X+11年2月、誤嚥性肺炎を発症し、再度B病院に入院し、抗生剤治療を受け、3月中旬に退院した。このころには、BPSDは落ち着き、誤嚥性肺炎も発症したため、ジプレキサ®2.5mgを中止した。
- X+12年9月に、誤嚥性肺炎発症、自宅での抗菌剤の静脈投与と末梢輸液、訪問看護での体位ドレナージと肺理学療法(スクイーミング)で肺炎は改善した。肺炎治癒後、簡易嚥下誘発試験(S-SPT)では、嚥下反射は低下をしているも、まだ経口摂取が可能なレベルであった。

症例：末期アルツハイマー型認知症

物忘れ
出現



13年後
1月

- X+13年1月7日、3度目の肺炎を発症、SPO2は85%（Room Air下）で呼吸不全を併っていたため、B病院に入院。2月28日に退院するも、翌日に再び38.5℃の発熱を認めた。本人の表情は硬く、呼吸回数は1分間に24回、同日の採血で、CRP13.07mg/dl、白血球10200/mm³（左方移動+）で、両肺に肺雑音を認め、肺炎の再燃と診断した。

グループワーク2

- Aさんの末期の治療とケアの方針について、どのように意思決定を支援しますか？
- また、Aさんの苦痛に対して、どのような対処を行いますか？

《ディスカッションのガイド》

何がご本人の利益（幸せ）かということを中心に、全員が納得できるような話し合いとするためにはどのようにしたらよいでしょうか？

司会・発表：訪問看護師
書記：ケアマネジャー

場面 2

認知症末期の意思決定支援と緩和ケア

- その後の経過（～90歳、X+13年まで）について
- ・ X+9年の初めころから、尿失禁、便秘が出現、歩行障害も進行し、大きな錠剤が飲みにくくなってきた。
 - ・ X+10年1月末、室内で転倒後、起立歩行は困難となり、訪問看護と訪問診療を開始し、腰部痛が改善した後、認知症専門デイサービスを再開した。
 - ・ X+10年の10月、急性腎盂炎を発症、B病院に入院し、抗菌剤治療を行い、改善し、11月に退院した。
 - ・ X+11年2月、誤嚥性肺炎を発症し、再度B病院に入院し、抗生剤治療を受け、3月中旬に退院した。BPSDは落ち着き、誤嚥性肺炎も発症したため、ジプレキサ[®]を中止した。
 - ・ X+12年9月に、誤嚥性肺炎発症、自宅での抗菌剤の静脈投与と末梢輸液、訪問看護での体位ドレナージと肺理学療法（スクイーミング）で肺炎は改善した。肺炎治癒後、簡易嚥下誘発試験（S-SPT）では、嚥下反射は低下をしているも、まだ経口摂取が可能なレベルであった。
 - ・ X+13年1月7日、3度目の肺炎を発症、SPO₂は85%（Room Air下）で呼吸不全を併っていたため、B病院に入院。2月28日に退院するも、翌日に再び38.5℃の発熱を認めた。本人の表情は硬く、呼吸回数は1分間に24回、同日の採血で、CRP13.07mg/dl、白血球10200/mm³（左方移動+）で、両肺に肺雑音を認め、肺炎の再燃と診断した。

- Q Aさんの末期の治療とケアの方針について、どのように意思決定を支援しますか？
また、Aさんの苦痛に対して、どのような対処を行いますか？

○ ディスカッションのガイド

- ① なるべく最初に、各職種がもっている情報をお話し下さい。
- ② 何がご本人の利益（幸せ）かということを中心に、全員が納得できるような話し合いとするためにはどのようにしたらよいでしょうか？

司会・発表：訪問看護師

書記：ケアマネジャー

事例検討 認知症の緩和ケア

その後の経過について①

- 今後の療養の場や延命治療について、長女夫婦と孫、北海道の次女も含めて、話し合いを行った。
- 今までの療養の経過を説明し、ご本人の延命治療に対する明確な意志はわからないが、重度のアルツハイマー型認知症であり、過去が消失していくとともに未来という概念も本人の中にはすでになく、何かのために長く生きたいという感覚もないことを説明した。

その後の経過について②

- 一方、脳の中で苦痛を感じる部分(辺縁系)の機能は、ある程度保たれており、苦痛なく穏やかに過ごせることがご本人にとって、最も価値のあることであらうということを説明した。
- 苦痛を伴う治療行為は、本人にとって苦痛を我慢する意味は理解できず、ただの拷問になりかねないことを説明した。
- その上で、充分話し合った結果、胃瘻は実施しない方針とし、少量の輸液だけを継続し、自宅で最期まで見る方針を確認できた。

その後の経過について③

物忘れ
出現



13年後
3月

- X+13年3月21日から少量(一日500ml以下)の皮下輸液に切り替えた。
- 訪問看護に加えて、巡回型ホームヘルプを導入、ホスピスケアのための介護体制をつくった。
- 5月6日早朝、家族全員に見守られながら穏やかにお別れをした。
- 自宅で最期まで過ごせたことに、長女をはじめ、家族はとても満足されていた。

13年後
5月



ミニレクチャー

認知症の緩和ケア

1990年代にスウェーデンのBeck-Friis Barbro博士が、
がん患者に対する緩和ケアの理念が認知症の症状緩和にも当
てはまることに気づき、認知症の緩和ケアの概念を確立した。

認知症の緩和ケアの柱

- ① 症状の観察と緩和
- ② チームアプローチ
- ③ コミュニケーション
- ④ 家族の支援

認知症の末期とは？

Hospice eligibility (米国)

- FAST分類の7(高度のアルツハイマー病)-Cを超える状態(一人で移動できず、意味のある会話ができず、ADLはほぼ依存、便失禁や尿失禁がある状態。)
- 誤嚥性肺炎、尿路感染症、敗血症、悪化傾向にある多発性の3~4度の褥瘡、抗菌薬投与後の繰り返す発熱、6カ月以内の10%以上の体重減少などの合併症を併発

平原佐斗司編: チャレンジ! 非がん疾患の緩和ケア, 南山堂 (2009)

FASTの分類

Stage	臨床診断	特徴
1	正常	主観的にも客観的にも機能異常なし
2	老化	物忘れや仕事が困難の訴え、他覚所見なし
3	境界域	職業上の複雑な仕事ができない
4	軽度AD	買い物、金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない
5	中等度AD	TPOにあった適切な服を選べない、入浴を嫌がる
6	やや高度AD	a) 服を着られない b) 入浴に介助必要 c) トイレの水を流せない d) 尿失禁 e) 便失禁
7	重度AD	a) 語彙が6個以下 b) 語彙が1個 c) 歩行不能 d) 座位不能 e) 笑顔の喪失 f) 頭部固定不能、意識消失

(Reisberg, B., et al. Ann NY Acad Sci, 1984)

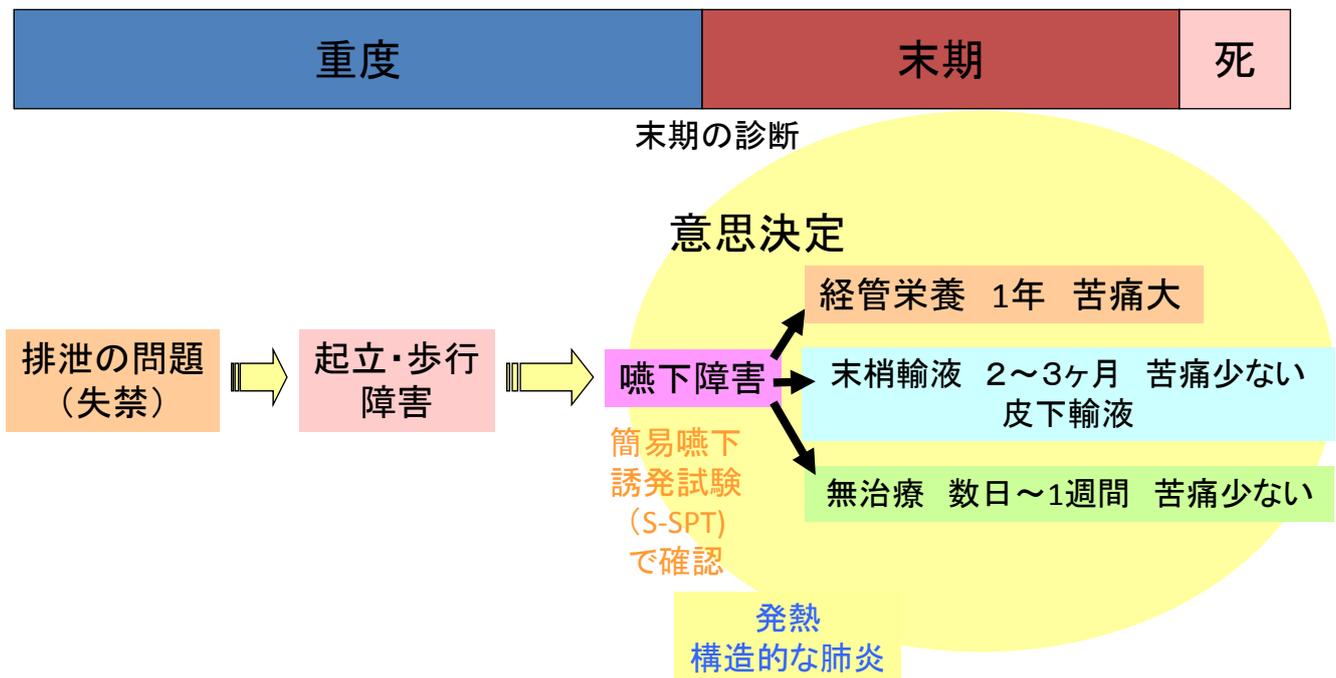
認知症の末期とは？

Gold Standard Framework(英国)

- 介助なしには全く歩けない
- 尿失禁と便失禁
- 意思疎通ができない
- 介助なしに着替えができない
- Barthel score が3未満
- ADLが悪化している
- 以下のうち少なくとも一つ
 - ①6ヶ月で10%以上の体重減少
 - ②腎盂腎炎や尿路感染症
 - ③血性アルブミン低値 $<2.5\text{g/dl}$
 - ④重度の褥瘡
 - ⑤繰り返す発熱
 - ⑥体重減少や経口摂取の減少
 - ⑦誤嚥性肺炎

平原佐斗司編: チャレンジ! 非がん疾患の緩和ケア, 南山堂 (2009)

重度から末期のアルツハイマー型認知症 ～身体症状と治療法と予後～



認知症末期の苦痛

米国ナーシングホームでの研究

(死亡前120日以内のMDSに基づく)

出現する症状	(n=1609)
嚥下障害	46%
著明な体重減少	26%
毎日の痛み	16%
褥瘡	15%
便秘	14%
発熱	13%
肺炎	11%
息切れ	8%
繰り返す誤嚥	3%



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo

Mitchell SL, et al: Arch Intern Med 164 p321-326(2004)

2013/3/20 (ver.1)

認知症末期の苦痛

日本の在宅医療の多施設共同研究

主治医が終末期に緩和すべきと考えた症状	(n=32) 3つまで選択可	最後の一週間に出現した症状	(n=32) 3つまで選択可
嚥下障害	27.6%	嚥下障害	75.9%
呼吸困難	17.2%	発熱	65.5%
喀痰	17.2%	むくみ	62.1%
食思不振	17.2%	食思不振	62.1%
発熱	6.9%	咳嗽	55.2%
褥瘡	6.9%	褥瘡・喀痰	51.7%
喘鳴・口渇・譫妄・疼痛・咳	3.4%	呼吸困難・便秘 だるさ	37.9%
		疼痛・譫妄	27.6%

平原佐斗司ら: 非がん疾患のホスピス・緩和ケアの方法の確立のための研究
(2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成)



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

12

重度認知症患者が食べられない原因

- 合併症
 - 肺炎、尿路感染などの感染症
 - 口腔内トラブル
 - 便秘(腸閉塞)
 - 脳卒中やがんの合併
 - 薬の副作用、
 - 電解質異常
 - うつ状態や心理的な反応
- 認知症の進行
 - 失行
 - 口腔顔面失行
 - 嚥下反射消失

治療orケア

終末期の
緩和ケア

苦痛の評価

- 苦痛評価の基本は**主観的評価**
 - 中等度認知症までは、主観的評価が可能
 - 「痛いですか？痛くないですか？」「とても痛いですか？少し痛いですか？」と質問を単純化する
- 重度となり、言語にて苦痛を表現できなくなった場合は、**客観的評価法**によって苦痛評価を行う。
 - 例) PAINAD(呼吸、ネガティブな発声、顔の表情、ボディランゲージ、慰めやすさの5項目、それぞれ0~2点の10点満点で評価)

Warden V, et al: JAMDA 4(1) p9-15 (2003)

PAINAD

(Pain Assessment IN Advanced Dementia)

	0	1	2
呼吸 (非発生時)	正常	随時の努力呼吸 短期間の過呼吸	雑音が多い努力性呼吸、 長期の過換気 チェーンストークス呼吸
ネガティブな啼鳴 (発声)	なし	随時のうめき声 ネガティブで批判的な内容の 小声での話	繰り返す困らせる大声 大声でうめき苦しむ 泣く
顔の症状	微笑んでいる 無表情	悲しい 怯えている/不機嫌な顔	顔をゆがめている
ボディ・ランゲージ	リラックスしている	緊張している/苦しむ 行ったり来たりする そわそわしている	剛直/握ったこぶし 引き上げた膝/引っ張る 押しのける/殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要なし	声かけや接触で気をそ らせる、安心する	慰めたり、気おそらしたり、 安心させたりできない

(Warden, Hurley, Volicer. JAMDA, 4(1):9-15, 2003(平原佐斗司訳))

認知症の末期の胃瘻の効果

- 重度認知症の経管栄養の有用性については、倫理的な理由から、RCT等のエビデンスレベルの高い研究はされず、胃瘻造設後の生存期間をレトロスペクティブにみたものが主。

Finucaneらの重度認知症の経管栄養に関する総説

末期認知症患者の内視鏡的胃瘻造設術(PEG)を含む経管栄養は、「誤嚥性肺炎の予防にならない」「栄養状態を改善しない」「予後延長にならない」「褥瘡の治癒促進にならない」ことを報告。欧米ではこの時期の認知症に対する経管栄養は、基本的には実施すべきではないというコンセンサスが形成。

Finucane TE, et al: JAMA 282 p1365-70 (1999)

末期の胃瘻の延命効果については正確なエビデンスがない。

予後データにかなりのばらつき(他の因子の影響も考慮)

胃瘻の効果は個人差が大きい

高齢者の意思決定について

- 米国の高齢死亡者の4人に一人以上が、自分自身の終末期医療に関する決定能力を欠いていた。
- 事前ケア計画のある群は、患者の終末期の希望が認識され、尊重される傾向にあり、死亡した患者の遺族のストレスや不安、うつも対照群に比べ少ないと報告しており、可能なかぎり早期から意思決定を支援することを推奨。

Detering KM, et al: BMJ 23(10) 340: c1345(2010)

- 患者本人に代わる意思決定を行った代理人の3分の1超が精神的に負の影響を受けている。(40件の研究のシステマティックレビュー)

Wendler D, Rid A: Annals of Internal Medicine 154(5) p336-346 (2011)

終末期ケアについての話し合い コンセンサスベースドアプローチ

1. 意思決定に参加する人を決定
 - 直接介護に関わっていない遠方の息子なども含め、なるべく全員
2. 患者がどのような経過でこのような病にいたったかを説明
 - アルツハイマー型認知症の自然経過の説明、発症から今日に至る経過
 - どのように介護され、どのように治療してきたか
3. 今後患者の病がどのように推移するかという見込みを伝える
 - アルツハイマー型認知症の自然経過として、嚥下反射が消失
 - 口から食事ができなくなること、治らない誤嚥性肺炎を起こすこと

Karlawish, et al: Annals of Internal Medicine 130(10) pp835-840 (1999)

終末期ケアについての話し合い コンセンサスベースドアプローチ

4. 患者のQOLと尊厳について代弁

- 脳の中の状態を説明 情動や苦痛を感じていらっしゃるということ
- 未来のために長く生きたいと言う感覚は患者さんの中にはないこと
- 医療や命に関わるエピソードから、患者さんの推定意思を話し合う

5. 最後にデータと経験に基づいたガイダンスを与える

- 延命治療についてのエビデンス、「私だったら……」

Karlawish, et al: Annals of Internal Medicine 130(10) pp835-840 (1999)

在宅ケアにおいて 何故IPWが必要なのか？

IPW: Inter-Professional Work

高齢者の特徴

1. 身体的特徴

- ① 典型的な症状がでにくい(症状・所見・経過)
食欲がない、立てない、歩けない、ボーとする(せん妄)、失禁など、
発症が非典型的 ⇒ 「元気がない」「食べない」「何となくいつもと違う」
- ② 多くの病気をもつ 治療のゴールが難しい QOL重視
- ③ 多くの薬を飲んでいる polypharmacyの問題
- ④ 基礎疾患をもとに病気を発生することが多い
多発性脳梗塞⇒嚥下障害⇒肺炎

2. 精神・心理的特徴

- ① 喪失体験 経済、居住、伴侶の死など、喪失によるストレスが増加
- ② 認知機能の低下が高頻度で起こる 自律の障害
- ③ 精神と身体が密接に関係

高齢者の特徴

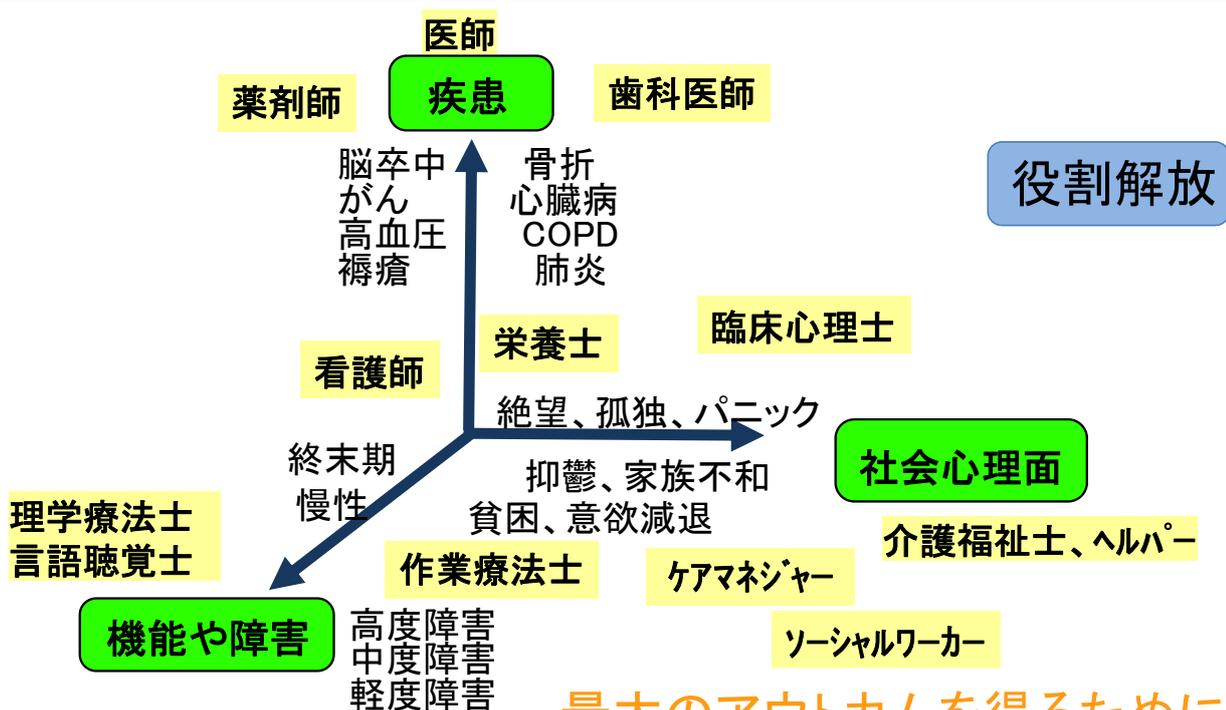
3. 機能的特徴

- ① 病気が慢性化しやすく、障害としてのこりやすい
病気が慢性化し易く、回復に時間がかかり、廃用性症候群を起し易い生活の障害が出現し、自立が損なわれ易い。
- ② 高齢者総合機能評価が有効
- ③ 個人差が大きい(病的か生理的か“老衰”)

4. 社会的特徴

- ① 貧困、虐待、独居、老老介護などの社会的問題を多く抱える
- ② リロケーションダメージを起こしやすい
なじみの場所、家や地域、住まいの課題

高齢者ケアの多面性とIPWの有効性



Interdisciplinary careに関する 米国老年医学会の立場宣言(2000.1)

- 1 IDCは、複雑な併有疾患を有する高齢患者の多様なニーズに対応する。
- 2 IDCは、老年症候群に対する医療の過程と結果を改善する。
- 3 IDCは、医療システムの改善と介護者の負担軽減に寄与する。
- 4 IDCの研修と教育は、高齢者の医療ケアに当たる者に有効である。

チームとは？

◆ヘルsteamとは、

健康に関するコミュニティのニーズによって決定された**共通のゴール・目的**をもち、**ゴール達成に向かってメンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ他者のもつ機能と調整しながら寄与していくグループ**である

(*Inter-professional work* における *Health Team* の定義; : WHO1984)

◆チームとは、

一致した共通の目標や規範をもち、**協同で仕事をする一団の人の事**を指す。

チームには、**明確な目標、リーダー、そして円滑なコミュニケーション**(五感と言葉を通して、「思考」と「感情」を共有するプロセス)が必要である。

Ruth Campbell, MSW, Turner Geriatric Clinic, University of Michigan Geriatrics Center.

今日の在宅ケアでIPWが必要な理由

1. 治療モデルから生活モデルへの転換

- 急性疾患から慢性疾患モデルへ
- 救命から、QOLを保ちながら生きるための支援
- 高齢者ケアや緩和ケアのニーズの増大

2. 多重問題ケースの増加

- 家族機能の低下(独居など)と家族の病理

3. 社会基盤の脆弱化

- ソーシャルネットワークの脆弱化
- 社会の軋轢の増加

4. 対人援助技術、組織、制度の複雑化

5. 労働力危機

老年病の分野で チームアプローチが推奨される積極的理由

- 1 高齢者と家族の医療的、社会的、心理的ニーズにより対応できるようになる。
- 2 高齢者の健康とQOLを向上する。
- 3 チームメンバーの知識と技能の分かち合いを増大する。
- 4 専門職、ボランティア、家族に対する認識と支援を増大する。
- 5 高齢者ケアに関わる仕事をより豊かで、楽しいものとする。

IPWが困難な理由

- 異なる目標
 - 治療モデル⇔生活モデル
 - 病態・機能・心理・生活
- 言語の違い(専門用語)
- 専門性の背景と分離した専門教育
 - IPEの普及
- 乏しいコミュニケーション
 - 顔の見える連携
- 専門職としての質の均一性の欠如
 - 専門職教育の充実
- 組織の違いや報酬のための競争

Audrey Leathard Going inter-professional: working together for health and welfare 1994を元に作成



まとめ

～IPW 7つの原則～

1. 利用者と介護者のニーズにフォーカスをあてる
2. サービス利用者と介護者を巻き込む
3. 共に学ぶこと、互いの専門性から、あるいは互いの専門性について学び合うことは専門性を強化する
4. お互いの専門性の誠実(高潔)と貢献を尊重する
5. 専門性の中の実践を強める
6. ケアの質を改善する
7. 専門職としての満足感を増加させる

7 principles CAIPE: The UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 2001



グループ討論 在宅医療を推進する上での課題と その解決策

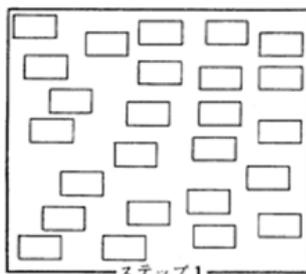
本セッションの内容

1. KJ法の説明(10分)
2. KJ法を用いたグループ作業(50分)
「在宅医療を推進する上での課題とその解決策」
3. 各グループの発表(30分)

1. KJ法の説明

KJ法の進め方

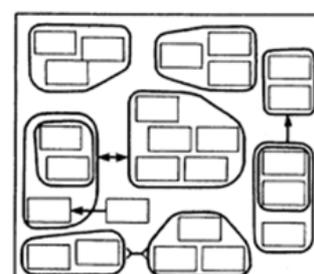
第1段階



第2段階



第3段階

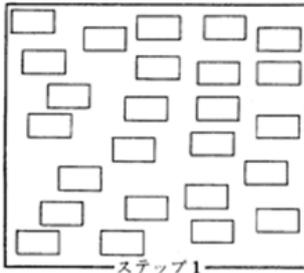


川喜田次郎: 続・発想法. 中公新書(1970)

- 考えなければならないテーマについて、思いついた事をカードに書き出す。
- この時、1枚のカードには1つの事だけを書く
(個人作業)

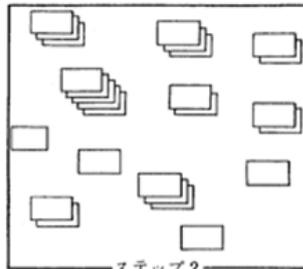
KJ法の進め方

第1段階



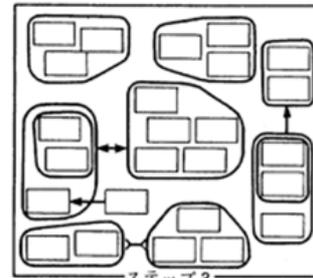
ステップ1

第2段階



ステップ2

第3段階



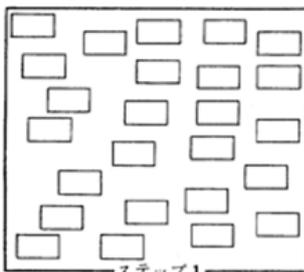
ステップ3

川喜田次郎: 続・発想法. 中公新書(1970)

- 同じグループに入れたくなったカードごとに**グループを形成**する。
- グループが形成されたら、**グループ全体を表わす一文を書いた表題を決めてラベルに書きこむ**。

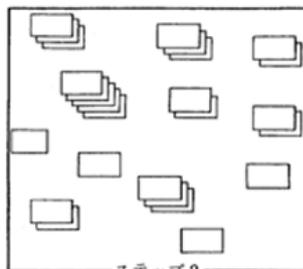
KJ法の進め方

第1段階



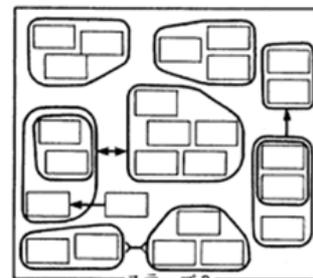
ステップ1

第2段階



ステップ2

第3段階



ステップ3

川喜田次郎: 続・発想法. 中公新書(1970)

- **グループ化されたカードを1枚の大きな紙の上に配置して図解を作成する。**
- **近いと感じられたカード同志を近くに置く。そして、カードやグループの間の関係を示したい時には、それらの間に関係線を引く。**
- **関係線は隣同志の間でしか引いてはならない。**

まとめ方の例

他職種とよい連携ができる(IPW)

他職種の役割を意識しながら仕事ができる連携しやすい仕組みづくり

- Face to face 連絡がとりやすい
- 訪問看護とのカンファレンス開催
- 在宅カンファを定期的に行う
- 他職種の教育の機会を提供する
- 返信をくれる

小児在宅

在宅小児の minor acute problem に対応できる

効率

効率

医師の基本的役割

- 生活上の注意点を伝えることができる
- 認知症の方の体の変化にきづく
- アセスメントをきちんとする
- 言うことがぶれない
- 医学的アセスメント(予後予測、方針)
- 治療内容変更や方針を共有できる
- 最適なタイミングでの入院・入所
- 医学的方針の説明をきちんとする
- 適切なアセスメントをして説明する力
- 医療的方針の説明をきちんとする

視点・態度

- 自分でコントロールできないことが多いことを知っている
- 薬一日3回を1回にする
- 実現可能な目標を共有できる
- 家の中から物を見る
- 生活の現状を理解している
- 「患者さんの幸せ」がどんなことなのか共有できる
- 患者さんから見えている視点から考える

家族ケア、評価

チームでやる。家族の教育的サポート。家族のピアグループ

- 患者の家族と信頼関係が築ける
- 家族介護の評価支援ができる
- 家族の在宅療養の困難や介護負担を理解できる
- 家族のアセスメント

断らない(常に受け入れる)(重症度、ケア度、時間、緊急度)

- バックにいてちゃんと支えてほしい
- 夜間・休日にも対応できる(24時間)
- 話を聞いてくれる
- アクセスがよい
- どんな患者さんでも受け入れてくれる
- 在宅がどうしている(医療優先ではないことなど)
- すぐに動いてくれる(◎●ではすぐに受け入れてくれる)
- 一人開業では無理では?
- 相談しやすい

2013/3/20 (ver.1) 7

2. KJ法を用いたグループ討論

テーマ

在宅医療を推進する上での課題

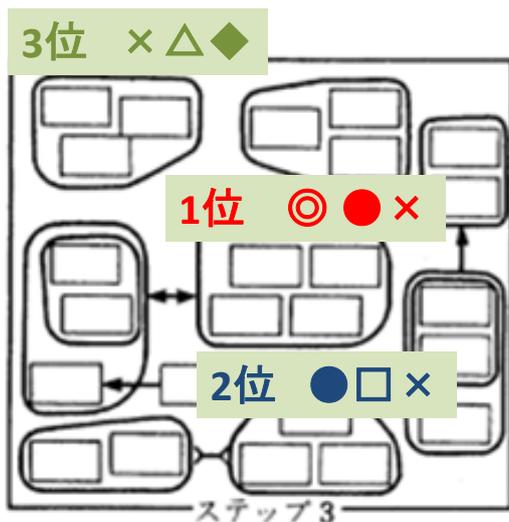
- －日本の今日的状況や地域の状況から
- －各職種の立場から
- －患者・家族の立場から

作業の進め方

1. KJ法(30分)・・・(今日は第2段階まで)
 - －各グループで司会、書記、発表者(医師)を決定。
 - －10分以内で「在宅医療を推進する上での課題」について思いつく限り付箋紙に書く。(15分)
 - －島をつくり分類し、ラベルをつける。できれば関係図をつくる。(15分)
2. ディスカッション(20分)
 - －あげられた課題の中で上位3つを選ぶ。
 - －課題を解決する方法についてグループ討論。
 - －職種毎に明日から何ができるか？
3. グループ発表&ディスカッション(30分)

3.各グループの発表

発表形式



川喜田次郎: 続・発想法. 中公新書(1970)

課題解決の方法(明日からできること)

	医師	看護師	ケアマネ ジャー	...
1位				
2位				
3位				

これから在宅医療に 取り組むにあたって ～やりがい・実務・報酬・制度～

本セッションの内容

- 算定の具体例
- ペーパーワーク
- 無理のない範囲から始める工夫

在宅医療事始め

- かかりつけ患者の通院が難しくなったとき
- 病院へ紹介したが患者が家に帰りたいと相談してきたとき
- かかりつけ患者の親族が通院困難で困っていると相談された場合
- 遠方の大病院に通院中だが、副主治医的に補佐を依頼されたとき
- 専門領域疾患の患者の最寄り医療機関が自院であり、往診を依頼されたとき

在宅医療報酬の概要

機能を強化した在宅診療（病床を有しない場合）

例1) 変形性膝関節症・認知症86才女性 (月2回の訪問診療)

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	830 × 2
在宅時医学総合管理料(処方せんを交付) (機能を強化した在支診・病床を有しない場合)	4600 × 1
訪問看護指示料	300 × 1
計	6560

一部負担金(老人1割) 6,560円

居宅療養管理指導(II) 290 × 2

例2) 腰椎圧迫骨折・DM・神経因性膀胱 89才女性(月2回の訪問診療)

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	830 × 2
在宅時医学総合管理料(処方せんを交付)	4600 × 1
訪問看護指示料	300 × 1
膀胱留置用デバイス ^o ・ダブルカテーテル(在宅)	67 × 1
計	6627

* 医療衛生材料等が包括される在宅寝たきり患者処置指導管理料(特定保険医療材料を除く)が在宅時医学総合管理料に包括される

* 医学的に必要な材料等については、管理料を算定する
医療機関が供与する

例3) 脳梗塞後遺症76才男性 (月2回の訪問診療・胃ろう管理)

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	830 × 2
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2500 × 1
栄養管セット加算	2000 × 1
在宅時医学総合管理料(処方せんを交付)	4600 × 1
訪問看護指示料	300 × 1

計 11060

一部負担金(老人1割) 11,060円

例4) 慢性呼吸不全(間質性肺炎)75才女性 (月2回の訪問診療・在宅酸素療法)

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	830 × 2
在宅酸素療法指導管理料	2500 × 1
酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボンベ)	880 × 1
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300 × 1
酸素濃縮器加算	4000 × 1
在宅時医学総合管理料(処方せんを交付)	4600 × 1
訪問看護指示料	300 × 1

計 14240

一部負担金(老人1割) 12,000円

例5) 心不全・慢性腎不全・認知症92才女性 (月2回の訪問診療と1回の夜間往診)

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	830 × 2
在宅時医学総合管理料(処方せんを交付)	4600 × 1
訪問看護指示料	300 × 1
往診料	2342 × 1
(夜間加算(機能を強化した在支診・病床を有しない場合)	1500)
(再診・外来管理加算	122)
計	8902

例6) 大腸癌末期・多発肝転移77才男性 (月4回の訪問診療と深夜往診での看取り)

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)	830 × 4
在宅時医学総合管理料1(処方せんを交付)	5700 × 1
(在宅早期移行加算	100)
(重症者加算	1000)
訪問看護指示料	300 × 1
往診料	3762 × 1
(深夜加算	2500)
(再診・外来管理加算・深夜加算	542)
ターミナルケア加算 (機能を強化した在支診・病床を有しない場合)	5000 × 1
看取り加算	3000 × 1
計	21082

在宅診療料一部負担金について

平成 24 年 4 月 1 日より健康保険法等が改定され、患者様の負担額が変更となります。

高齢者（後期高齢者医療）1割負担の場合下記のようになります。

医療保険一部負担金

	項 目	内 容	料 金
定期	在宅時医学総合管理料	在宅療養支援診療所から、定期的に訪問診療を行い、常時連絡対応できる体制の管理料	1ヶ月 4600円 (4900円)
	在宅患者訪問診療料	医師が訪問して診療を行った場合	1回 830円 830円×2回
	訪問看護指示料	訪問看護ステーションを利用する場合	1ヶ月 300円
	診療情報提供料	薬局からお薬を届けていただく場合	1ヶ月 250円
	各種の療養指導管理料 (対象になっている患者様のみ)	在宅酸素療法、中心静脈栄養法、人工呼吸法、気管切開、在宅自己導尿など	1ヶ月 430～16500円
臨時	その他	往診（加算あり） 検査（一般的な採血） 注射（点滴等） 処置（褥創処置等）など	840～3760円 実施項目の1割 実施項目の1割 実施項目の1割



患者負担の上限額の概要

最終的な自己負担額となる毎月の「負担の上限額」は、**加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられる。**

70歳以上の方には、外来だけの上限額も設けられている。

<70歳以上の方の場合>

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額
現役並み所得者 (月収28万円以上などの窓口負担3割の方)		44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
一般		12,000円	44,400円
低所得者 (住民税 非課税の方)	Ⅱ (Ⅰ以外の方)	8,000円	24,600円
	Ⅰ (年金収入のみの方の場合、 年金受給額80万円以下など、 総所得金額がゼロの方)		15,000円

(注) 同一の医療機関等における自己負担(院外処方代を含みます。)では上限額を超えないときでも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担を合算することができる。この合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

患者の自己負担(介護保険)

要介護度別の一部負担金(最大)

要介護度	目一杯介護保険のサービスを使ったときの自己負担額 (原則1割負担)	例えば全部ホームヘルパーで使ったとしたら...
要支援1	4,970円	月12時間
要支援2	10,400円	月26時間
要介護1	16,580円	月41時間
要介護2	19,480円	月49時間
要介護3	26,750円	月67時間
要介護4	30,600円	月77時間
要介護5	35,830円	月90時間

2013/3/20 (ver.1)

※身体介護(30~60分約400円)で換算
※現実にはあり得ません



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

13

ペーパーワーク

- 主治医意見書
- 在宅療養計画書
- 居宅療養管理指導報告書



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

2013/3/20 (ver.1)

14

主治医意見書

1. 傷病に関する意見

(3) 生活機能低下の原因となっている傷病の経過
(概ね6か月以内に介護に影響のあったもの)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(3) 今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

5. 特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的意見

在宅療養計画(導入面接・初回往診サマリー)

導入面接		主治医	記載日
・Problem list			
主病名1		初診時の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
主病名2			
主病名3		認知症自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III A <input type="checkbox"/> III B <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
介護を要する疾病:		要介護度	
重要な処方		残薬状況	
・前医での最終採血日		データの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
追跡検査	採血項目	頻度	その他(画像・体重測定など)
		ヶ月毎	
		ヶ月毎	
・今後検討が必要な検査		検査実施病院	
・治療・ケア方針についてのご家族の希望			
1. 定期検査について <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 短期入院 希望する病院 ¹⁾ _____ ²⁾			
2. 急病時の対応について			
3. 在宅看取りについて			
訪問看護連携の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		訪問事業所名: _____	
		今後訪問導入の予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定	

カルテ番号

氏名

主治医

記載日

#主治医によるチェック項目

・Problem list 主病名1 _____ 日常生活自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 主病名2 _____ 認知症自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 主病名3 _____ 要介護度 _____ 介護を要する疾病 _____			
・重要な処方 _____		・禁忌薬剤(症状) _____	
・最終採血日 _____			
・追跡検査	採血項目 _____	頻度 _____ ヶ月毎 ヶ月毎 ヶ月毎	その他(画像・体重測定など) _____
	・今後検討が必要な検査 _____		検査実施病院 _____
	・これまでの治療・ケア経過 _____		
・今後の治療・ケア方針 _____			



2013/3/20 (ver.1)

17

居宅療養管理指導報告書

様

20 年 月 日		<療養上の注意点> 食事 排泄 睡眠 清潔 皮膚 移動 リハビリ 其他
血圧 / mmHg 酸素飽和度 % ・ 脈拍 回/分 病状の変化 あり ・ なし 薬(定時・臨時)の変更 あり ・ なし		
ケアプラン作成上の留意点(居宅サービス・福祉用具・住宅改修・その他) _____		
次回診療予定 _____		医師 _____

無理のない範囲からはじめる工夫

- 担当できる在宅患者数の上限や条件をあらかじめ設定する
(例: 10名まで、かかりつけ患者に限る、当初はがんは担当しない等)
- 往診エリアを診療所近隣に限定する
(例: 半径2km以内、自転車で訪問可能な範囲、線路の東側等)
- 訪問看護をセットで導入する
(密に連携する訪問看護ステーションとの信頼関係を大切にする)
- 緊急時の入院受け入れ先を明確にしておく
(患者家族の希望、これまでの病歴を踏まえ、導入時に決定する)
- 自分よりも在宅医療に精通している医師に相談できる人脈を確保しておく

第1回受講修了者の声

- 研修初日の講義を聞いている段階から「こりゃあまずい」とあせりました。
- プログラム参加を機に、互いの職種が顔を合わせることの重要性が改めてわかりました。
- 「やったことがないから自信がない」と尻込みせず、ついこの間やり始めた私でもできるんですよということを発信していきたい。

第1回受講修了者の声

- 休診日に講義や実習を受けるのは覚悟を要したが、学生時代に戻ったような刺激があった。
- 在宅でみることができる症例の幅や視野が確実に広がったと思う。
- 医師会を中心に主治医-副主治医制をとり、「歳をとっても住みやすい街づくり」を進めたい。
- この壮大な在宅医療モデルに加われるのは非常に名誉なことであり、男のロマンである。

これから在宅医療に取り組むにあたって

- 外来患者も高齢化が進んでいる今日、かかりつけ患者が通院困難になった時に在宅診療を担当することは信頼感、地域貢献の上で極めて重要。
- 一人に15～20分の時間をかけ、疾病のみならず生活状況や家族背景をも把握して患者の人生に関わることはかかりつけ医の醍醐味と言える。
- 午後は予約外来と位置づけるなどの工夫を講じ 午後3時間で6件の訪問診療を行う診療枠を週3日設定すれば30名の在宅患者を担当しうる。

目標設定

各人の目標設定と発表

- 目標とする在宅医(自分の職種)のイメージと研修の目標を明確にする(10分)
 - － 目標とする在宅医(自職種)のイメージ
 - － 研修での目標を具体的に3つたてる
 - 診療(臨床)に関する内容
 - 課題の発見と得意分野を伸ばすという視点
 - 地域社会に対しての目標
- 発表(医師のみ)

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

目標設定シート

氏名 _____

目標とする 在宅医の (自職種の) イメージ	
今後の目標	<診療（臨床）に関する内容>
	<課題の発見と得意分野を伸ばすという視点>
	<地域社会に対する目標>

実地研修チェックリスト (経験したものに○をつけてください)

	1例	2例	3例
さまざまな疾患			
がん			
認知症			
脳血管疾患			
運動器障害			
慢性呼吸不全			
心不全			
慢性腎不全			
糖尿病			
神経難病			
さまざまな愁訴や急性期の病態			
疼痛			
発熱			
脱水			
転倒・骨折			
BPSD やうつなどの精神症状			
呼吸困難			
食欲不振			
消化器症状			
嚥下障害			
褥瘡			
臨死期			

氏名	1例	2例	3例
医学管理			
尿道カテーテル管理			
胃ろう管理			
気管切開・人工呼吸管理			
医療と生活の統合			
食事関連			
排泄関連			
睡眠関連			
移動関連			
清潔関連			
QOL 関連			
さまざまな連携・場面			
検査依頼			
入院依頼			
専門科コンサルテーション			
特別訪問看護指示			
心理面へのアプローチ			
制度活用等			
病状説明・意思決定支援			
診療報酬算定の実際			
医療材料・衛生材料管理			
【記入例】がん	○	○	

実地研修記録 (症例ごとに記載してください)

氏名 _____

症例 No. _____

同行タイプ	訪問診療 ・ 訪問看護 ・ ケアマネジャー ・ 緩和ケア病棟 その他 ()				
同行日	西暦	年	月	日	患者 ID
患者年齢				歳	患者性別
					男性 ・ 女性
主たる疾患	# 1			# 2	
現在のメイン プロブレム	医療	介護	心理	社会	倫理

ショート サマリー					

症例 No. _____

同行タイプ	訪問診療 ・ 訪問看護 ・ ケアマネジャー ・ 緩和ケア病棟 その他 ()				
同行日	西暦	年	月	日	患者 ID
患者年齢				歳	患者性別
					男性 ・ 女性
主たる疾患	# 1			# 2	
現在のメイン プロブレム	医療	介護	心理	社会	倫理

ショート サマリー					

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。

実地研修振り返りシート (1日につき1枚使用してください)

氏名 _____

同行日	西暦	年	月	日
同行タイプ	訪問診療 ・ 訪問看護 ・ ケアマネジャー ・ 緩和ケア病棟 その他 ()			
今日気付いたこと		今日うまくいかなかったこと・失敗		
今の気持ち・感情		今後学びたい内容・希望		
今後研鑽を進める上で優先順位の高いテーマ				
1				
2				
3				

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。