

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】

公益社団法人 日本医師会

【目次】

1. かかりつけ医の倫理、質・医療安全、感染対策 . . . p. 1
2. 健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症 . . . p. 7
3. フレイル予防、高齢者総合機能評価（CGA）・老年症候群 . . . p. 13
4. かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害 . . . p. 17
5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療 . . . p. 23
6. 症例検討 . . . p. 25

1. かかりつけ医の倫理、質・医療安全、感染対策

①かかりつけ医の倫理

【目標】

少子高齢化社会を迎え、また、在宅医療が推進されている日本の医療の現状を鑑みると、「かかりつけ医の倫理」に求められているものは【患者の尊厳への配慮】【地域住民から信頼される】【倫理的に適切な意思決定プロセスを踏んだ在宅看取り】【地域包括の視点から多職種協働が実践できる】ことである。

地域包括ケアの実践には、多職種協働が必要であるが、「倫理」という視点は、多職種・異職種間で、全く新しい視点で、横一線のスタートを切れる格好の協学の材料となる。医療現場における倫理的思考のまず第一歩は、「何が倫理的ジレンマか」という“倫理的気づき”をすることである。そして、その後、さまざまな価値観をもつ多職種で対話をし、患者のためによりよい解決策を模索することが重要になってくる。

したがって、「かかりつけ医の倫理」研修においては、一つの正解を出すのではなく、今後、各自の実践の現場で考えるために必要な倫理的ツール（根拠・倫理的基礎知識）を提供することである。そして、かかりつけ医は、地域包括ケアにおける医療のリーダーとしてだけでなく、「倫理」におけるリーダー的役割を果たすことも求められているのである。

1. 「かかりつけ医の倫理」に求められるもの

【患者の尊厳への配慮】【地域住民から信頼される】、【倫理的に適切な意思決定プロセスを踏んだ在宅看取り】、【地域包括の視点から多職種協働が実践できる】

2. 地域包括ケアと「かかりつけ医の倫理」

・「倫理」は、多職種が、新しい視点で、横一線のスタートを切れる格好の協学の教材である

3. 倫理的ジレンマに気づき、多職種協働で対話をもち、解決に結びつける

・「何が倫理的ジレンマか」という“倫理的気づき”をすること

・診断・治療・予後と同様に、倫理的に考慮することは、医療の一つとして不可欠な要素

【内容】

1. 医療倫理の4原則

(1) 倫理4原則と徳倫理

(2) 倫理4原則；①自律尊重原則 ②善行原則 ③無危害原則 ④公正原則

(3) 徳倫理；行為者の有徳な性格

2. インフォームドコンセント

(1) インフォームドコンセントの権利は自律尊重原則から導かれる

(2) Informed Decision Making

(3) インフォームドコンセントの構成要素

3. 守秘義務と個人情報保護

- (1) 守秘義務
- (2) 個人情報保護
- (3) 守秘義務の解除
- (4) 通報の義務

4. 医師－患者関係

- (1) 【医師－患者関係】は Fiduciary relationship 信認関係である
- (2) ビジネスモデルとの違い
- (3) 医師－患者関係モデルの変遷 ①パターナリズムモデル、②情報提供型モデル
③相互参加型モデル (Shared Decision Making) 分担された意思決定から⇒共有された意思決定へ
- (4) 振り子モデルとしての「医師－患者関係」
- (5) チーム医療

5. 終末期医療（看取り）の倫理

- (1) 「看取り」には医学的問題だけでなく、倫理的・法的問題が内在している
- (2) 終末期医療ケア（看取り）について悩む理由
- (3) 適切な意思決定プロセスの重要性
- (4) 本人意思を尊重することの重要性
 - ①本人に意思能力があれば、「終末期医療ケア」の方針は、本人の意向を尊重する
 - ②意思能力のない人の自己決定権を尊重するために－事前指示の重要性－
- (5) 代理判断における倫理的問題
 - ①誰が代理判断者になるのか
 - ②代理判断の手順； i) 事前指示の尊重 ii) 代行判断 iii) 最善の利益判断
 - ③「本人が決めること」と「家族が決めること」の倫理的違い
 - ④家族による代理判断は適切か
- (6) 手続き的公正性；「十分なコミュニケーション」「透明性」「中立性」が重要
- (7) 緩和ケア ①高齢者の慢性疾患における緩和ケアの重要性
 - i) 緩和ケアの定義
 - ii) Cure Sometimes - Comfort Always 時に治療－常に快適なケア
- (8) Advance Care Planning の重要性 =対話・コミュニケーションの重要性

【かかりつけ医機能との関連性】_____

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

【方略】_____

- ・座学講義

②かかりつけ医の質・医療安全

【目標】

医療の質と安全の基本概念と重要性を理解し、継続的な質の向上と安全管理に努める。

ある公立大学附属病院での患者取り違い事故があった 1999 年を医療安全元年と考えると、すでに 16 年が経過した。その間、医療安全を取り巻く社会情勢は大きく変化し、2004 年日本医療機能評価機構への事故報告が義務化され、2005 年 4 月には個人情報保護法の施行、2006 年には国立大学病院における医療上の事故等の公表に関する指針が発表される一方、医師法 21 条に関する異常死体の届け出が問題となった。また 2015 年 10 月には厚労省が定める予期せぬ死亡事故に対する事故調査委員会の法令が発令された。

多くの大学病院で「医療安全の推進」と「接遇・マナーの向上」が年間目標やキーワードの上位を占めており、かかりつけ医においてもこの目標は変わらない。人はミスを犯すものだと言われてはいるとはいえ、やはり医療に携わる者としては、以下の到達目標を会得すると同時に「決められたルール・マナーを守る」を徹底遵守することにより医療事故の消滅を目指すことを目標とする。

1. 医療の質を評価し、改善する方略について説明できる。
2. EBMを含めたベストプラクティスを実践できる。
3. 医療の経済性、効率性に配慮できる。
4. 医療に内在するリスクを知り、安全な医療を提供できる。
5. インシデント・アクシデント発生時に適切な対応ができる。
6. エラーの要因とその防止について説明できる。
7. 薬物関連有害事象の要因と対策について説明できる。
8. 公的補償制度について説明できる。
9. 医療コンフリクトマネージメントができる。

【内容】

◆《総論》

総論では医療界における医療安全の現状と法曹界における医療安全裁判の現状を知ることにより、医療の質と安全の基本理念を理解する。医療コンフリクトマネージメント、メディエーション、ADR など医療安全の現場で使用される単語を理解する。

1. 1991 年 1 月 11 日
2. 医療訴訟、医療裁判の現状
3. 大学病院の医療安全
4. 医療コンフリクトマネージメント
5. ADR（裁判外紛争解決手段）

6. 医療倫理と医療安全と医師の裁量

◆《各論》

各論では総論で知り得た基本理念をもとに、医療の質と安全における、大学病院とかかりつけ医との共通点と相違点を理解する。また、医療裁判事例での裁判例や判例から`予見や回避`の理念を会得し、事故を未然に防ぎコンフリクトに移行させない対応をかかりつけ医の現場で行える方法を習得する。患者もグローバル化する中で、国際的に共通した患者確認法などの医療安全技術を身に付ける。

1. 大学病院とかかりつけ医の医療安全
2. IPSPG（国際医療安全目標）に学ぶ
3. 医療コンフリクトマネジメントの実践 —最初が肝心—
4. None technical skill を身に付ける
5. 医療事故調査制度の施行

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

③かかりつけ医の感染対策

【目標】

変遷する感染症の重要性を理解し、的確な予防・治療対策がとれる。

1. 標準予防策（スタンダード・プレコーション）を適切に行うことができる。
2. 感染経路を理解し、経路別予防策を立てることができる。
3. 感染症発生時に適切に対応できる。
4. 種々の耐性菌について説明できる。
5. 感染症を的確に診断し抗菌薬を適切に使用できる。
6. 新興・再興感染症に適切に対応できる。

【内容】

◆《総論》

1. 手指衛生、手袋やガウンの正しい着用、器具や器材の正しい取り扱い、患者の隔離など
2. 空気感染、飛沫感染、接触感染の経路別の予防策など
3. 発生状況の把握、感染拡大防止、行政への対応、医療機関連携など
4. 発生の機序、院内外・地域の状況の把握など
5. 血液培養を含めた各種検体採取、感染症の血清学的診断法、遺伝子診断、抗菌薬の選択、PK/PD理論に基づく使用法など

◆《各論》

1. 留意すべき感染症 世界的感染症と日本における感染症の動向のキャッチアップ
感染症診療の基本 感染症の存在の確認（CRPなどの指標のみには頼らないこと）
感染臓器の推定、原因微生物
適切な抗菌薬の選択 重症度と抗菌薬スペクトラム 薬剤耐性菌
H24年度から診療報酬上感染防止対策加算（入院時）
2. ワクチンで防げる感染症（VPD）の予防
3. 乳幼児期の公費負担定期ワクチン（麻しん、風しん、DPT-I PV、BCG）、自費任意ワクチンの接種プログラム（ロタワクチン、B型肝炎、ムンプス）
不活化ワクチン A. ウイルス（ポリオ、日本脳炎、インフルエンザ、B型肝炎など）
B. 細菌（百日せき、肺炎球菌、ヘモフィルス・インフルエンザ菌b型（ヒブ）など）
生ワクチン A. ウイルス（麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘、ロタなど） B. 細菌（結核CG）
トキソイド 毒素 ジフテリア、破傷風
混合ワクチン（MR, MMR, DPT-I PV）
ワクチン接種スケジュール表の呈示

4. 年代別感染症、季節別感染症の把握
5. 基礎疾患（糖尿病、気管支喘息、腎不全、免疫不全、寝たきり、がんなど）のある患者の感染症
6. 結核 地域によっては減っていない、多剤耐性菌、DOTS投与、
7. ウイルス肝炎 庇護治療から根治へ
インターフェロン治療から経口薬へ
8. 高齢者肺炎球菌ワクチン接種
9. 季節性インフルエンザワクチン接種
10. 臓器感染症
 - 肺臓 肺炎
 - 心臓血管系 感染性心内膜炎 心筋炎
 - 腹腔内感染症 胆嚢胆道系 肝膿瘍 感染性膵炎
 - 骨関節 化膿性骨髄炎 化膿性関節炎 インプラント感染
 - 皮膚軟部感染 伝染性膿痂疹 蜂窩織炎 壊死性筋膜炎
手足口病 尋常性疣贅 皮膚真菌症
 - 尿路感染症 膀胱炎 尿道炎 腎盂炎 腎周囲膿瘍
 - 婦人科感染症 膣炎 骨盤内炎症
 - 産科感染症 産褥熱 乳腺炎
 - 母子感染症 先天性風疹症候群 サイトメガロウイルス感染症 先天性トキソプラズマ感染症 B型肝炎
11. 新興感染症あるいは再興感染症について、素早く正確な情報を得られるようなネットワークの構築、スキルの獲得を目指す
12. 日常診療で可能な迅速検査と感度・特異度の把握
13. 耐性菌について
14. 性感染症 性器クラミジア感染症 性器ヘルペス B型肝炎
15. 子宮頸がんワクチン（HPV）積極的勧奨を控える 副作用
16. ヘリコバクター・ピロリ感染症と胃がん

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

2. 健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症

①健康増進・予防医学

【目標】

健康増進と予防医学の重要性を理解し、カウンセリングや健康教育などの健康増進活動や予防接種・健康診断などの予防活動に積極的に携わる。

1. 患者のストレス対処能力、自己効力感を高め、良好な環境や食生活、体力維持するために、適切なカウンセリングや情報を提供することができる。
2. 感染症や外傷、生活習慣病、職業関連疾患等を未然に防ぐために、予防接種やカウンセリング、健康教育などの予防的ケアを適切に提供することができる。
3. 科学的根拠に基づく健康診断等のスクリーニング評価を通じて、疾患あるいはその前兆を早期に把握して回復不能な状態になる前に、医療・ケアを提供することができる。

【内容】

◆健康増進と予防医学総論

1. 健康増進と予防医学の概念
2. 健康増進と予防医学に関連する諸制度について
 - (1) 関連法規について
 - (2) 診療報酬制度について
3. 健康増進と予防医学における多職種連携

◆健康増進

1. 日常診療に健康増進を取り入れるための工夫
2. 良好な生活環境と食生活へのカウンセリング
3. 日常的な体力維持のための運動へのカウンセリング
4. ストレス対処能力の向上へのカウンセリング
5. 地域での健康教育（講演等）の展開

◆予防医学

1. 年代と性別に応じた、科学的根拠に基づく適切な予防医学
2. 日常診療に予防医学を取り入れるための工夫
3. 予防接種
 - (1) 乳幼児、小児に対する適切なワクチン接種
 - (2) 成人、海外渡航者に対する適切なワクチン接種
 - (3) 高齢者に対する適切なワクチン接種
 - (4) 予防接種のスケジューリングと指導
4. 禁煙指導

5. 健診と検診

- (1) 乳幼児健診
- (2) 学校健診
- (3) 特定健診と特定保健指導
- (4) 職場健診
- (5) がん検診
- (6) 健診・検診異常者に対する適切な対応

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

②生活習慣病

【目標】

生活習慣病の病態を理解すると共に、診断と治療の要点を理解し、患者の生活指導を基本とした日常診療の質の向上に努める。

1. 生活習慣病の類型（メタボリックシンドローム、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病等）を説明できる。
2. 生活習慣病のガイドラインを理解し、診断と治療ができる。
3. 生活習慣病のなかで専門医と連携をとるべき病態を判断できる。
4. 生活習慣病のエンドポイント（身体に対して及ぼす悪影響と予後等）について説明できる。
5. 患者の病態に応じたテーラーメイドの生活指導と治療ができる。
6. 治療方法・治療薬のコスト・ベネフィットを評価できる。

【内容】

◆総論：生活習慣病とは（その原点）

1. 生活の変遷と各種疾患発症率の変化
2. 肥満と各種疾患の関連
3. 生活習慣改善の各種疾患に対する是正効果
4. 介護を要する疾患（血管障害、認知症など）と生活習慣病

◆各論：各種生活習慣病の病態と治療

1. メタボリックシンドローム
 - (1) メタボリックシンドロームの概念を説明できる。
 - (2) メタボリックシンドロームの診断と治療意義を説明できる。
 - (3) メタボリックシンドロームのエンドポイント（帰結）を説明できる。
 - (4) 肥満症の治療を説明できる。
2. 脂質異常症
 - (1) 脂質異常症の定義とエンドポイント（引き起こされる疾病）について説明できる。
 - (2) 脂質異常症発症要因（食・身体活動など）を解析し、治療法を設定できる。
 - (3) 他の動脈硬化危険因子を勘案して、治療目標を設定できる。
 - (4) 非薬物療法（食事、身体活動、睡眠等）の指導ができる。
 - (5) 各種脂質低下薬について効果と副作用について説明できる。
 - (6) 治療アドヒアランス（生活や薬物療法の継続）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる。
 - (7) 専門医に紹介すべき患者の選別ができる。
3. 高血圧

- (1) 高血圧症の定義と引き起こされる疾病について説明できる。
- (2) 高血圧症発症要因（食・身体活動など）を解析し、治療法を設定できる。
- (3) 他の動脈硬化危険因子を勘案して、治療目標を設定できる。
- (4) 非薬物療法（食事、身体活動、睡眠等）の指導ができる。
- (5) 各種降圧薬について効果と副作用について説明できる。
- (6) 治療アドヒアランス（生活や薬物療法の継続）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる。
- (7) 専門医に紹介すべき患者の選別ができる。

4. 糖尿病

- (1) 糖尿病の定義と引き起こされる疾病について説明できる。
- (2) 糖尿病発症要因（食・身体活動など）を解析し、治療法を設定できる。
- (3) 他の動脈硬化危険因子を勘案して、治療目標を設定できる。
- (4) 非薬物療法（食事、身体活動、睡眠等）の指導ができる。
- (5) 各種糖尿病治療薬について効果と副作用について説明できる。
- (6) 治療アドヒアランス（生活や薬物療法の継続）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる。
- (7) インスリン治療の効果と副作用（低血糖、体重増加等）を説明できる。
- (8) 専門医に紹介すべき患者の選別ができる。

5. 喫煙

- (1) 喫煙の危険性について説明できる。
- (2) 受動喫煙の意義を説明できる。
- (3) 禁煙のためのステップを説明できる。
- (4) 禁煙指導ができる。
- (5) 禁煙のための薬物療法について説明できる。
- (6) 専門医に紹介すべき患者を選別できる。

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・ 座学講義

③認知症

【目標】

認知機能低下とそれに起因する生活障害を把握するとともに、身体的・精神的健康状態と社会的状況を評価し、必要に応じて専門医と連携しながら認知機能低下の原因となる病態・疾患を診断する。また、認知症の人が住み慣れた地域の中で、軽度認知障害（MCI）から終末期に至るまでの暮らしを完結できるように、外来診療および在宅医療を通して、関係機関と連携しながら、認知症の人と家族介護者の生活を支える継続医療を提供する。

1. 認知症の概念と診断基準を説明し、原因疾患を列挙することができる。
2. 軽度認知障害の概念と診断基準を説明することができる。
3. 認知症、せん妄、うつ病の鑑別診断のポイントを説明することができる。
4. 認知症を診断するための基本的な方法を理解している。
5. 必要に応じて専門医と連携し、代表的認知症疾患を診断することができる。
6. 認知症の人と家族介護者の生活を支えるための継続医療を提供することができる。
7. 認知症の人と家族介護者の生活を支える地域ネットワークの中で、かかりつけ医が果たすべき役割を理解している。

【内容】

◆認知症の概念と診断基準

1. 認知症の一般的特徴と原因疾患

◆軽度認知障害の概念と診断基準

◆認知症、せん妄、うつ病の鑑別診断のポイント

◆認知症を診断するための基本的な方法

1. 認知症が疑われる人の病歴聴取の手順
2. 認知機能障害の評価
3. 生活障害の評価
4. 基本的な神経学的診察
5. 認知症の重症度評価
6. 認知症疾患の診断と身体的健康状態を評価するための標準的検査
7. 代表的認知症疾患の診断

◆認知症の人と家族介護者の生活を支えるための継続医療

1. 認知症の一般医学的管理
2. 代表的認知症疾患の標準的なマネジメント
3. 認知症の行動・心理症状の理解と対応
4. 認知症に合併しやすい身体症状・身体疾患の評価と対応
5. 社会的状況の評価と対応

6. 家族介護者の理解と支援

7. 諸制度の理解と活用

◆地域ネットワークとかかりつけ医の役割

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

3. フレイル予防、高齢者総合機能評価（CGA）・老年症候群

①フレイル予防

【目標】

◆フレイルとは

加齢が進むに従って徐々に心身の機能が低下し、日常生活活動や自立度の低下を経て、要介護の状態に陥っていく。わが国の超高齢化にともない、要介護認定者数が急増していき、要介護となる要因の第1位は脳卒中、第2位は認知症、第3位は衰弱である。要介護者数は75歳以上から増加し、高齢になればフレイルが原因の上位になってくる。

この心身機能の（平均値を超えた）著明な低下を示す者を「虚弱（frailty）」と一般的に呼んでいる。これは要介護の原因として非常に重要であり、複数の要因によって要介護状態に至る病態と考えられている。

そこで、全国民への虚弱（frailty）に対する予防意識を高めるため、虚弱のことを『フレイル』と呼ぶことを2014年日本老年医学会から提唱した。

◆多面的なフレイル

フレイルは骨格筋を中心とした「身体の虚弱（physical frailty：フィジカル・フレイル）」だけで考えられがちであるが、それだけではなく、精神心理的要因を背景とする「こころ・心理の虚弱（mental frailty：メンタル・フレイル）」、および社会的要因を含む多次元の「社会性の虚弱（social frailty：ソーシャル・フレイル）」が存在する。

今後の高齢化を見据えると、いつまでも心身ともに健全で自立し続けられるようにという視点を国民全体が意識することが必要であり、少なくともこれら全て（3つの視点からのフレイル）においてバランスの取れた評価や指導も含めた積極的介入が強く求められる。そのためにはこの3つの要因はどのように関わっているのか、それを踏まえてどのような具体的評価や指導を行うべきなのか、かかりつけ医への課題は大きい。そこにはしっかりとした学術研究に基づく科学的知見（エビデンス）と国民運動論化を目指す仕掛けが必要となる。

このフレイルの状態・病態を理解し、同時に多面的な側面からフレイル予防に取り組む必要性を熟知し、患者の生活指導に活かせるように努める。

1. 高齢者の体重減少・低栄養、要介護に至る様々な要因を説明できる。
2. 多面性をもつフレイルを理解し、通常診療の中で評価ができる。
3. フレイルの最大の要因であるサルコペニアに関する評価について説明できる。
4. 個人差の大きい患者のフレイルの状態に応じた個別の生活指導・検査・治療ができる。
5. 特に栄養（食）、口腔機能、身体活動（運動）、社会参加に関して包括的に啓発できる。

【内容】

◆《総論》超高齢社会とフレイル

1. 年齢階層別体重・BMI の変化、BMI と生命予後
2. 日本の高齢者における栄養不良の現状
3. 高齢者の体重減少・低栄養の様々な要因
4. 要介護状態に至る要因
5. フレイル
 - (1) 要介護の一步手前状態
 - (2) 多面性をもつフレイル（身体的フレイル、精神心理的フレイル、社会的フレイル）
 - (3) フレイル概念における負の連鎖（Frailty cycle）
 - (4) 軽微な口腔機能低下（オーラル・フレイル）
 - (5) 高齢者におけるフレイルの特徴
6. サルコペニア
 - (1) 若年者と高齢者の体組成の違い
 - (2) サルコペニア概念の背景
 - (3) 診断と分類（原因別のサルコペニアの分類とその様々な要因）
 - (4) 原因、有症率、評価方法（DXA、BIA）

◆フレイル対策・サルコペニア予防

1. 複合的要素の重要性とその具体的対応策
 - (1) 栄養（食）、口腔機能、身体活動（運動）、社会参加
 - (2) 栄養評価法（アセスメント）と栄養療法（エネルギー必要量）
2. 地域住民が主体となって行うフレイル予防・健康増進

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

②高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群

【目標】

◆高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)

数多くの問題を抱えている高齢者を全人的に診ることができ、普段の臨床診療の中で高齢者総合的機能評価を通じて「生活全般を包括的に総合評価」し、ADLの改善および生活の質の維持・向上に努める。

その視点で患者にアプローチするために、高齢者総合的機能評価(CGA)では高齢者を「生活機能」、「精神機能」、「社会・環境」の3つの面からとらえる。個々の視点に対して簡単なスクリーニングツールが開発されているので、通常診療の中でも扱いやすい。問題点が整理されたならば、個々の問題に対して専門家にも相談しながら、ケア全体をコーディネートするのがかかりつけ医に求められる一つである。

評価すべき項目

1. 基本的日常生活活動度 (Basic Activity of Daily (ADL))
2. 手段的日常生活活動度 (Instrumental ADL; IADL)
3. 認知機能 Cognitive function
4. 気分・情緒・幸福度 Mood, Quality of Life
5. コミュニケーション能力：視力・聴力・構音・言語・理解
6. 社会的環境：家庭環境 (家族構成・人間関係・住居)、介護者、支援体制

◆老年症候群

青壮年者には見られないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患を老年症候群という。多くの病因が影響しあって高齢者という一個人に病的症状などを表す。これら老年症候群は高齢者に多く見られ、医師の診察だけでなく、介護・看護が必要な症状や徴候の総称と定義される。老年症候群には少なくとも50以上の老年症候群があげられている。

この老年症候群は老年診断学の中心的役割を担っており、一人の高齢者の中に多岐にわたって存在するとされる老年症候群をしっかりと見定めるスキルこそが、通常診療から高齢者医療に深く関わるかかりつけ医の必須要素でもある。

【具体的な目標】

1. 治す医療から「治し支える医療」への意識改革の重要性を理解できる。
2. 老年症候群の定義および多面的な内容 (多種類の症候) を説明できる。
3. 高齢者総合的機能評価(CGA)を熟知し、通常診療の中で実践し評価できる。
4. 多職種とチームを組み、様々な背景を持ちうる患者の状態に応じた個別の生活指導ができる。
5. 多剤併用 (polypharmacy) に関しても、疾患に加え全身状態に応じて適切な指導ができる。

【内容】

◆高齢者総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）

1. 総合的機能評価の意義
2. 多職種の見点を持つ総合的機能評価
3. 病気診断から生活場面の指導 —CGA チーム医療—

◆老年症候群

1. 老年症候群の定義
2. 加齢による変化と老年症候群（多種類の症候）
3. 多病併存と多剤併用（polypharmacy）
4. 基本的日常生活活動度と老年症候群
5. 心身の自立を妨げる要因

◆具体的な評価内容

1. ADL（基本的 ADL：Barthel Index、手段的 ADL：Lawton＝生活自立）
2. うつの評価
3. 総合的機能評価を外来で短時間に行うための簡易版 CGA：CGA7
4. 簡易評価（CGA7）により異常が検出された時の 2 次検査項目
5. 日常外来診療における会話などを活かす

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

4. かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害

①かかりつけ医の栄養管理

【目標】

介護予防や疾病予防の視点から、さらには高齢者が尊厳をもって自立して生きるためにも、栄養管理・栄養支援は最も基本となるサポートである。

現在、nutrition support team (NST)は病院医療の中を中心として展開されているが、そこで得られた知見を基盤として、栄養管理の意義や手法、重要ポイントなどを考察し、さらには食べる機能の維持向上を達成することにより、在宅療養を通じた場面であっても QOL を支えるケアにつながることもかかりつけ医に強く求められる。

普段の臨床診療の中で簡単に栄養評価ができ、かつ適切な管理指導ができるような実践的かつ簡便な栄養ケアおよび栄養ケア・プロセス (NCP) のポイントを習得し、患者の診療および栄養指導に活用する。

1. 高齢者の食生活の特徴（過栄養、そして特に低栄養）を説明できる。
2. 高齢者の低栄養を背景とした様々な要因に対して栄養ケア・プロセスのポイントを概説できる。
3. 診療の中で簡易評価方法（栄養スクリーニング）を活用し、患者への栄養管理指導ができる。
4. 3つの栄養補給（経口栄養、経腸栄養、静脈栄養）についての幅広い知識も習得し説明できる。
5. NST (nutrition support team)の役割を踏まえ、病院と在宅療養の両面での多職種協働を実践できる。

【内容】

◆《総論》低栄養と過栄養

◆メタボリック症候群（小児～成人）に対する栄養ケア・プロセス

1. 小児期、中壮年期、高齢期におけるメタボリック症候群の特徴とその管理

◆高齢者の低栄養・過栄養と栄養ケア・プロセス

1. 高齢者の食生活の特徴、および栄養管理の必要性
2. 若年者と高齢者の体組成の違いと病態との関わり
3. 低栄養状態とその要因（PEM やサルコペニア等も含めて概説）
4. 外来診療、入院医療、在宅療養下での簡易評価方法（栄養スクリーニング）とその活用方法（低・中・高リスク別の対応策）及び栄養ケアプランの立て方
 - ・ Mini Nutritional Assessment (MNA)
 - ・ 必要な三大栄養素を中心とした高齢者栄養管理のポイント（タンパク質摂取基準含）
 - ・ 3つの栄養補給（経口栄養、経腸栄養、静脈栄養）の概説：利点や使い分け方
5. 【症例提示】在宅療養および施設入所の低栄養症例への栄養評価および具体的介入方法（寝

たきり、褥瘡、るい瘦、咀嚼嚥下機能低下、慢性閉塞性肺疾患 COPD、など)

◆高齢者への栄養ケア・マネジメントにおけるチームアプローチの必要性 (NST)

1. NST (nutrition support team)の果たすべき役割：病院と在宅療養の両面での多職種協働の在り方
2. 臨床診療における管理栄養士の活用・協働の仕方とポイント
3. 栄養食事相談 (栄養教育)
4. 栄養ケア・ステーションとかかりつけ医機能との連携

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

②かかりつけ医のリハビリテーション

【目標】

“障害”を対象にした医学的リハビリテーションを実践するための学問・技術の体系がリハビリテーション医学である。

死因あるいは高齢者が要介護になる病態の上位を占める脳卒中やがん、フレイルやサルコペニアを含む廃用症候群、認知症はいずれも「生きる上での困難」、いわゆる障害を来し、リハビリテーション医療が関連する病態像である。

このように高齢化に伴い誰もが障害者になりうる時代には、体力向上や役割・居場所づくりといった生活機能維持などの介護予防も含め在宅療養者の QOL 向上の視点から、かかりつけ医は、障害をみる心を持つ、チームを大事にする、障害者の社会参加を目指すというリハビリテーションマインドを持った生活をみる者としてその実践が望まれる。

1. 障害について、患者、家族、また介護保険関連スタッフ等に簡単に説明できる。
2. 障害者支援の啓蒙とともに、直接相談を受けるなど支援の実践に参加できる。
3. 在宅療養者の健康管理（栄養、嚥下、疾病予防など）ができる。
4. 在宅療養者の脳血管障害、運動器障害、廃用症候群に関して予後予測に基づいたリハビリテーション処方が出せる。

【内容】

◆障害の理解（ICFを含む）

1. 在宅療養者の全体状態像の把握
2. 障害者の健康管理/健康相談
摂食嚥下 栄養 感染症予防 体力増強
3. 地域住民に対する障害者支援の啓蒙や実践
共生社会 インクルーシブ 介護保険主治医意見書記入

◆予防的リハビリテーション

1. 介護予防（行政との連携を含む）
2. 骨関節疾患（変形性膝関節症、腰痛など）の保存療法
3. フレイルの生活機能維持

◆回復期リハビリテーション

1. 入院リハビリ、現状と課題
2. 脳卒中後のマネジメント
片麻痺、失語、嚥下障害、排泄障害、脳卒中後うつ、高次脳機能障害、など。
3. 高齢者の骨関節疾患後（術後も含む）
大腿骨頸部骨折、腰椎圧迫骨折、など。

◆終末期（晩年期）リハビリテーション

1. 病的骨折（がん転移によるものなど）
2. 入院など一時的安静などから発生する生活機能低下
3. 緩和的対応

◆**専門医/専門機関へつなぐ時**

1. 嚥下障害（栄養管理）
2. 排泄障害
3. 高次脳機能障害
4. 補装具・ロボティクス

◆**社会資源の活用**

各種ファンドによる支援、サービスの活用

(参考文献)

1. 堀田富士子 里宇明元 リハビリテーションへのアプローチ その1 実地医家に必要なリハビリテーション医学の基礎知識 リハビリテーション医学と実地医家の役割 *Medical Practice* p.1628-22 vol.27 no.10 2010 文光堂
2. 東京都医師会、東京都リハビリテーション病院 かかりつけ医診療所における介護予防活動の試み p1977-1984 第60巻 第10号 (19.12.15) 東京都医師会雑誌
3. 蜂須賀研二 平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護保険制度におけるリハビリテーションの効果的実施のためのかかりつけ医の役割検討事業
4. 日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハビリテーション推進委員会 かかりつけ医のためのリハビリテーション・ガイド 2007

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・ 座学講義

③かかりつけ医の摂食嚥下障害

【目標】

摂食嚥下障害の病態を理解すると共に、日常診療でその評価とリスク判断ができ、患者の食生活・訓練・治療を基本とした日常診療の質の向上に努める。

1. 摂食嚥下運動の原理とその異常を説明できる。
2. 摂食嚥下障害の原因疾患を説明できる。
3. 摂食嚥下障害の診断と評価ができる。
4. 患者の摂食嚥下能力に応じたテーラーメイドの対応（食形態指導、リハビリテーション、治療）ができる。
5. 摂食嚥下障害に対してチームによる対応ができる。
6. 必要に応じて専門機関にコンサルテーションができる。

【内容】

◆摂食嚥下運動の原理とその異常

1. 摂食嚥下運動のメカニズム
2. 摂食嚥下障害をきたす疾患
3. 誤嚥、誤飲と誤嚥性肺炎

◆摂食嚥下障害の評価

1. 摂食嚥下障害の問診、病歴
2. 摂食嚥下障害の身体所見
3. 摂食嚥下障害の簡易評価法
4. 摂食嚥下障害の検査
 - (1) 嚥下造影検査のみかた
 - (2) 嚥下内視鏡検査
 - (3) その他
5. 摂食嚥下障害のリスクマネジメント

◆摂食嚥下障害への対応

1. 摂食嚥下障害への対応
 - (1) 口腔ケア
 - (2a) リハビリテーション：間接訓練
 - (2b) リハビリテーション：直接訓練
 - (3) 薬物療法
 - (4) 手術適応
2. 摂食嚥下障害へのチームアプローチ

3. 摂食嚥下障害と食形態・栄養
 - (1) 摂食嚥下状態に応じた食形態の選択
 - (2) 摂食嚥下障害と栄養管理
 - (3) 栄養ルートを選択法（胃ろうも含めて）
4. 姿勢と摂食嚥下
5. 誤嚥性肺炎の予防
6. 摂食嚥下専門医療機関へのコンサルテーション
7. 摂食嚥下障害への対応の実際
 - (1) 脳血管障害
 - (2) 神経難病
 - (3) 頭頸部疾患（耳鼻咽喉科疾患、手術後も含めて）
 - (4) その他

◆**摂食嚥下障害のトピックス**

1. 高齢者の摂食嚥下障害
2. サルコペニアと摂食嚥下障害
3. 摂食嚥下障害と服薬指導
4. 認知症と摂食嚥下障害
5. 不顕性誤嚥

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・ 座学講義

5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療

【目標】

在宅医療に関連する制度を踏まえた上で多職種連携、医療機関間連携、医療・介護連携を適切に行いながら、居住系施設入居者を含む在宅患者の急性期症状への対応や慢性期の継続ケア、がんや非がん疾患への緩和ケアを提供する。

1. 在宅医療に関連する制度を理解した上で、各種連携やチーム医療に必要な書類の記載、多職種連携会議への出席、多職種協働の実践、困難事例への取り組みができる。
2. 介護保健施設やケアハウス、グループホームなど居住系施設での看取りを含む在宅医療の提供についても適切に対応することができる。
3. 在宅急性期医療において、在宅医療の限界を踏まえて、必要なアセスメント、往診の適切な提供、入院適応の判断、予期せぬ臨死期の対応ができる。
4. 在宅慢性期医療において、在宅医療でよく遭遇する疾患に各種医療機器の適切な運用も含めて適切に対応し、神経難病や認知症などの疾患を持つ患者に適切なケアを提供できる。
5. 在宅緩和ケアに必要な患者・家族の健康観・人生観・死生観・宗教観への理解、患者・家族への適切な情報提供、疼痛管理、疼痛以外の症状管理、悲嘆ケア、臨死期の対応ができる。

【内容】

◆在宅医療総論

1. 在宅医療に関連する諸制度について：関連法規、診療報酬制度等の概要
2. 多職種連携について
 - (1) 日常の訪問診療での多職種スタッフとの情報共有（指示書の作成を含む）
 - (2) ケアマネジャーとの連携と情報交換
 - (3) 多職種による在宅ケアカンファレンスの開催と情報共有
3. 病診連携について
 - (1) 在宅医療の導入目的の病棟カンファレンスへの参加と情報収集
 - (2) 患者急変時における急性期病院との連携
 - (3) 介護負担軽減を目的とした短期入院・入所に関する病院等との連携
4. 在宅診療実践のための取り組みの工夫
 - (1) 外来診療と在宅診療のバランスと時間設定
 - (2) 夜間・休日対応のための様々な医療機関との連携
5. 居住系施設等（介護保健施設やケアハウス、グループホームなど）での在宅医療
 - (1) 施設職員との患者情報の共有とケア方針の決定、また、その対応能力の評価と連携
 - (2) 看取りに伴う施設職員の心理的負担のアセスメントとサポート提供

◆急性期医療と慢性期のケア

1. 在宅医療で提供する身体診察と検査

2. 在宅医療における治療技術

- (1) 気管切開の管理と在宅人工呼吸療法
- (2) 経管栄養と輸液、持続皮下注入法
- (3) 膀胱・腎カテーテル管理

3. 急性期医療

- (1) 在宅医療の現場における医学的アセスメント
- (2) 往診の提供と入院適応の判断
- (3) 代表的疾患への対応

肺炎を含む感染症、褥瘡、転倒と骨折

4. 慢性期ケア

- (1) 家族介護力の評価とアプローチ
- (2) 栄養アセスメントと栄養処方 (第5章)
- (3) 高齢者総合機能評価 (第4章) とリハビリテーション (第5章)
- (4) 代表的健康問題への対応

摂食嚥下障害 (第5章)、認知症 (第3章)、排尿・排便障害、慢性呼吸不全
慢性心不全、神経難病 (筋萎縮性側索硬化症とパーキンソン病)

◆在宅緩和ケア

1. 在宅緩和ケア概論

- (1) 関連する法律や診療報酬制度
- (2) 看取りにあたっての多職種連携
- (3) 看取りにあたっての家族へのケア (悲嘆に対するケアを含む)
- (4) 事前指示書 (advanced directive) への対処

2. がん患者への緩和ケア

- (1) がん疼痛の評価とオピオイドも含んだ治療法
- (2) 癌疼痛以外の諸症状に対する評価と症状緩和
呼吸苦、悪心・嘔吐、せん妄、抑うつや不安

3. 非がん患者への緩和ケア

- (1) 末期非がん患者の症状と予後予測
- (2) 各疾患に対するケア：末期認知症、末期呼吸不全、末期心不全、末期腎不全
筋萎縮性側索硬化症 (ALS)

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

6. 症例検討

【目標】

かかりつけ医として必要な様々な知識を、日常よく遭遇するやや困難な症例に対する検討を通じて、より実践的な臨床の知として深め、それぞれの診療現場での問題解決に資する。

【内容】

外来及び在宅医療における症例の中で、以下のカテゴリーに当てはまるケースを提示し、グループワークを通じて解決方法についての議論を深めていく。その際には、疾患に対する検査・治療のみならず、地域の多職種との連携、介護・福祉・保健サービスとの連携、医療機関との連携などを適切に行うことで、困難事例でもマネジメントが可能となることを理解する。

1. 複数の疾患に罹患している患者に対するマネジメントに困難があるケース
2. 家族内の問題（独居、老老介護、虐待など）によってマネジメントに困難があるケース
3. 認知症患者のケアに困難があるケース
4. がん患者のケアに困難があるケース
5. 精神疾患、アルコール依存などの問題を抱える患者へのケアに困難があるケース

<ケース例>

認知症など介護的な面が大変な事例

性・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (74) 歳 要介護 5
病名	脳梗塞後遺症 認知症 糖尿病 両下肢閉塞性動脈硬化症
在宅医療の導入にあたって困難だった点・問題点	<p>①通院困難だったため、訪問診療・訪問看護は比較的スムーズに受け入れすでに7-8年程度経過している。脳梗塞の再発は繰り返していた。</p> <p>②脳梗塞後遺症のため失語症・認知症があり、理解ができないと怒り出してしまう。サービスを拒否。</p> <p>③24時間妻が介護。長い時間家を空けることができず、介護を休憩する時間がない。外出をいやがり、リハビリも拒否。サービス導入に数年かかった。拒否が強く長期に短期入所利用できない。今後のレスパイトが課題である。</p>
上記問題点の解決方法(導入したサービスなど)と現在の生活	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他

	<p>糖尿病のコントロール・健康管理目的：訪問診療 訪問看護 入浴・閉じこもり予防：デイサービス 福祉用具（アシスト付車椅子・住宅改修スロープ設置）</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的な訪問診療・訪問看護で脳梗塞の再発等無く病状安定している。 住環境：坂道の途中に自宅。自宅の前まで車が入れず。そのためアシスト付車椅子・住宅改修でスロープ設置。外出の環境を整えた。 サービス受け入れ拒否・怒り出すなどが続き、主治医に相談し内服薬調整。現在は以前より落ちついている。 デイサービスは、当初時間短縮で対応してくれるデイを選定。徐々に延長。デイ導入のため根気良く誘い信頼関係づくりから始めてくれた。 短期入所は冠婚葬祭のみ利用。以前よりは受け入れてくれるようになった。 <p>妻は本人より6歳年下であるが、徐々に高齢になってきことから今後介護者のレスパイトが課題である。</p>
--	---

【かかりつけ医機能との関連性】

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

【方略】

- ・座学講義

日本医師会在宅医療連絡協議会ワーキンググループ

構成員

○飯島 ^{いゐじま} 勝矢 ^{かつや}（東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授）

○草場 ^{くさば} 鉄周 ^{てっしゅう}（医療法人 北海道家庭医療学センター 理事長）

○清水 ^{しみず} 恵一郎 ^{けいいちろう}（日本臨床内科医会 常任理事）

○新田 ^{にった} 國夫 ^{くにお}（全国在宅療養支援診療所連絡会 会長）

○山脇 ^{やまわき} 正永 ^{まさなが}（京都府立医科大学 学長特別補佐）

担当常任理事：鈴木 邦彦、羽鳥 裕