

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業
(H27-長寿-一般-001)

要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な
生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメント
のあり方に関する総合的研究

平成 29 年度 総括・分担報告書

研究代表者 川越 雅弘

平成 30 (2018)年 3 月

目次

・ 総括研究報告

要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション /リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究 (川越雅弘)	1
--	---

・ 分担研究報告

第1部. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策

報告1: 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査 (辻 一郎、曾根稔雅、川越雅弘)	7
報告2: 生活期リハビリテーションマネジメントに求められる機能に関する考察 (川越雅弘、備酒伸彦、石川隆志、小林法一)	17

第2部. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

報告1: VISIT データの活用方法に関する検討 (川越雅弘、水間正澄、植松光俊、能登真一、山本克也、菊池 潤) ...	35
--	----

第3部. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

報告1: ICF を活用したリハビリテーションカンファレンスの進め方 (篠田道子、木村圭祐、宇佐美千鶴)	49
報告2: 「統合アセスメントを考える会」研修会の実施状況とその評価 (白倉京子、田口孝行、柴山志穂美、水間正澄、村尾 浩、 海老原直子、川越雅弘)	57

・ 研究成果の刊行に関する一覧表	173
------------------------	-----

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
平成 29 年度総括研究報告書

「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」

研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）

【目的】

本研究は、活動・参加レベル向上に資するリハビリテーション（以下、リハ）の方法論の確立、これら技術を効果的に機能させるためのマネジメント手法の確立、これら方法論を定着させるための教育方法及びテキスト等の開発を通じて、生活期リハ/リハマネジメントの改善策を提案することを目的とする。

【内容・方法】

本研究は3つのサブテーマ（研究1：訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討、研究2：リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究、研究3：教育・研修方法及びツール開発に関する研究）で構成される。各テーマに関し、本年度は以下の方法で研究を実施した。

- 1) 有識者会議やヒアリングを通じて、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理とそれを実現するために必要な機能及び機能強化策の検討を行った
- 2) 有識者会議を通じて、通所・訪問リハの質の評価データ収集システム（VISIT）データを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的、ならびに VISIT データの分析・活用方法の検討を行った
- 3) ICF とマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職3名で、事例の整理、多職種が参加するリハカンファレンス（以下、RC）の運営方法の整理及び DVD 作成を行った
- 4) リハ職を中心に関係団体等を通じて参加者を募り、東京都内で合計9回の研修会を定期開催し、研修内容及び資料、運営方法に関するアンケートを実施した

【結果】

- 1) 研修会や事例検討会の内容分析から、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、を引き出す対話力が弱い、他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、対象者の弱み（できないところ）をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱いことがわかった
- 2) 全国・事業所・利用者ベースでの VISIT データ分析により、効果的なリハマネジメント手法の検証と標準化、自事業所の特徴やパフォーマンスの認識を通じた事業所の質向上、利用者としリハ職間の協働プロセスの機能強化、リハ職の考える力と説明する力の強化が図られると考えた
- 3) ICF を活用した RC のポイントは、「している活動」と「できる活動」に分けて分析すること、1つの「参加」を実現するには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れること、ICF は、統合モデルであり目標指向的な活動向上プログラムであること、RC の中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認した

などがわかった。

【考察・結論】

リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進するべき職種であるはずであるが、事例検討会や地域ケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、多職種協働をベースとしたマネジメントの意義とその重要性を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践できる技術論（特に、マネジメント論）の2段階で考える必要があると考える。

A. 目的

要介護高齢者の生活期リハでは、個人の状態や目標に合わせて、心身機能・活動・参加にバランスよくアプローチすることが、また、質の高いリハを提供するためには、多職種協働のもと、リハマネジメントを適切に展開することが求められるが、様々な問題点が指摘されており、リハ及びリハマネジメントの在り方の再構築が必要な状況にある。しかし、短期目標の設定状況など、部分的な実態把握は行われているものの、マネジメントプロセス全体の実態さえ明らかに出来ていない。

そこで、本研究は、活動・参加レベル向上に資するリハビリテーション（以下、リハ）の方法論の確立、これら技術を効果的に機能させるためのマネジメント手法の確立、これら方法論を定着させるための教育方法及びテキスト等の開発を通じて、生活期リハ／リハマネジメントの改善策を提案することを目的とする。

B. 方法

本研究は3つのサブテーマ（研究1：訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討、研究2：リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究、研究3：教育・研修方法及びツール開発に関する研究）で構成され、それぞれ以下の方法で研究を進めた。

1. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討

- 1) 訪問リハビリテーション（以下、リハ）利用者と通所リハ利用者を対象とした質問紙調査により、利用者の特性と課題について検討した。
- 2) 有識者会議やヒアリングを通じて、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理とそれを実現するために必要な機能及び機能強化策の検討を行った。

2. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

- 1) 有識者会議を通じて、通所・訪問リハの質の評価データ収集システム（VISIT）データを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的、ならびにVISITデータの分析・活用方法の検討を行った。

3. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

- 1) ICFとマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職3名で、事例の整理、多職種が参加するリハカンファレンスの運営方法の整理及びDVD作成を行った。
- 2) リハ職を中心に関係団体等を通じて参加者を募り、東京都内で合計9回の研修会を定期開催し、研修内容及び資料、運営方法に関するアンケートを実施した。

C. 結果

1. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討

- 1) 訪問・通所リハ利用者の利用実態に関する分析
 - (1) 訪問リハ及び通所リハ利用者特性の差異として、訪問リハ利用者は通所リハ利用者よりも重度な要介護度が多く、起居動作、ADL、IADL全般にわたって自立度の低い者が多いことが示された。
 - (2) 訪問リハ利用者は、ADLにおける身辺動作、介護負担軽減、買い物、余暇活動の課題が多く、通所リハ利用者は、歩行・移動、閉じこもり予防、社会参加支援の課題が多かった。
 - (3) 要介護度別では、訪問リハ利用者と通所リハ利用者共通の課題として、要介護度が重度になるほどADLや介護負担軽減の課題が多く、IADL維持・向上、社会的参加支援の課題が少ないことが示された。

2) 既存データ分析およびヒアリング調査を通じた生活期リハマネジメントに求められる機能の検討

(1) 85歳以上高齢者は、医療と介護の両方にニーズや課題を有するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が「生活課題の解決及びQOLの向上」といった共通の目標に向かって協働することがリハ職には求められる。

(2) 介護保険では国際生活機能分類(ICF)の概念が導入され、6要素を総合的に捉えた上での多職種アプローチが求められてきたが、生活期リハマネジメントの現状をみる限り、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、を引き出す対話力が弱い、他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、対象者の弱み(できないところ)をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱い。

(3) リハマネジメントのあるべきプロセスを整理した上で、求められる機能を再整理した結果、ヒューマンケアマインド、本人の生活機能の全体像(人物像、状態像)を俯瞰する力、専門性を志向する態度と行動、専門性を柔軟に発揮する力、コミュニケーション能力、目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力、自己とチームの機能及び方法を省察する力を高める教育が必要である。

2. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

1) VISITデータ分析により、制度改正に向けたエビデンス構築、リハ事業所の質向上への活用、利用者の適切なサービス選択、意識改革(主体的な関与など)への貢献、計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じたリハ職のマネジメント力強化への貢献、ケアプランの質向上への貢献が期待できることがわかった。

2) 全国ベースでの分析により、リハ/リハマネジメントの実態の明確化、リハ/リハマネジメントの効果の検証、効果の高い介入方法の検証が可能となることがわかった。

3) 利用者ベースでの分析により、主体的なサービスへの関与の促進、協働プロセスを通じた利用者を中心としたサービス提供の強化、利用者との共有プロセスを通じたリハ職の思考力やプレゼン力の強化が可能となることがわかった。

4) 事業所ベースでの分析により、自事業所の利用者特性、サービス提供内容等の特徴に対する認識、自事業所のサービス効果の相対的なレベルに対する認識、これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、検証の支援につながるということがわかった。

5) VISIT情報と介護保険総合データベースから得られる情報とを合わせることで等により、リハマネジメントの評価手法の見直しや計画手法の標準化が図られることがわかった。

3. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

1) ICFを活用したリハカンファレンスの適切な運用に必要な要素の検討

(1) している活動(実行状況)とできる活動(能力)に分けて分析する。

(2) 参加と活動との関係は「一対多」、つまり、ひとつの「参加」を実現するためには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れる。

(3) ICFは統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムプログラムであることから、職種による「役割開放」を生み出している。

(4) カンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認できる。

などを理解することがポイントである。

- 2) 「統合アセスメントを考える会」研修会の実施状況とその評価
- (1) 参加者総数は延べ161名で、その内訳は、理学療法士が約40%、作業療法士が約17%、言語聴覚士が4%、看護師が約16%、ケアマネジャーが7%、その他の職種が約16%であった。
- (2) 研修第1部の専門職による講義については「疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」という肯定的な意見が多かった。
- (3) 第2部の事例検討については「基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードにICFで事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった」「事例検討では各々専門職の視点を学ぶことができた」との肯定的な意見が大半であった。
- (3) ADL以外の活動や社会参加に関する課題は、要介護度にかかわらず3割以下の利用者でしか挙げられておらず、現状では依然として身体機能に関する課題が多く挙げられていることが示された。高齢者個々人の生きがいや役割を支援して、QOLの向上を目指すためには、リハ関連職種やケアマネジャーに対する教育の機会を設けるなどにより、さらに活動や社会参加に関する課題を重要視していく取り組みが必要であると考えられる。

2) 既存データ分析およびヒアリング調査による生活期リハマネジメントに求められる機能

- (1) 社会的なニーズにこたえられるリハ職を養成するためには、教育を受ける学生や社会人、教育を実際に行う教育者にとっても、目指す姿をイメージできるかどうかは重要な要素である。そのためには、マーケットニーズの変化や制度改正の同行などの背景を、教育を担うものが理解し、適切に伝えていき、「求められるリハ職像」を共有することが重要である。
- (2) リハ職の多くは医療機関からキャリアがスタートし、多くの場合入院患者の個人因子や環境因子といった個別性の高い領域、すなわち入院患者のこれまでの生活歴や強みを見る視点は弱い。在宅サービスに従事しない限り生活場面をほとんど意識しないまま、入院中の関わり方が継続されていく。このため、IPEを在学中(入職前)に取り入れることは医療職の意識を変えることが目的の1つであると意識すべきである。
- (3) 超高齢者が増加するなか、生活期に関わるリハ職には、他者(利用者、家族、他の専門職など)を理解する力、利用者の全体像をおさえた上で、リハ職として介入すべきポイントと内容を整理する力、適切な介入を行うこと

D. 考察およびE. 結論

1. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討

- 1) 訪問・通所リハ利用者の現状と課題
- (1) 訪問リハ利用者はADLにおける身辺動作、介護負担軽減に課題を有している者が多く、生活関連動作においては買い物や余暇活動に課題を多く抱えていることが示された。訪問リハでは、生活場面に即した形での訓練や環境調整が行えること、利用者の特性として障害が重度な者が多かったことから、ADL、介護負担の軽減の支援が有効であると考えられる。
- (2) 通所リハは介護老人保健施設・病院・診療所で行われ、リハ関連の機器が整備され安全性が保たれた環境での支援が可能である。さらに、個別の支援だけでなく、他の利用者との関わりを通じた支援も行いやすい環境とされ、本結果はこの報告を支持するものであり、通所リハはこれらの課題に対する支援が有効であると考えられる。

ができる力が必要となる。

- (4) リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことのできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところが地域ケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践できる技術論の2段階で考える必要があると考える。

2. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

VISITの本格的運用に向け、収集したデータの分析手法および事業所への分析結果のフィードバック方法を検討した。その結果、全国・事業所・利用者ベースでの分析により、効果的なリハマネジメント手法の検証と標準化、自事業所の特徴やパフォーマンスの認識を通じた事業所の質向上、利用者としリハ職間の協働プロセスの機能強化、リハ職の考える力と説明する力の強化が図られると考えた。

3. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

- 1) ICFを活用したりハカンファレンス
- (1) ICFのような統合モデルを伝授するには、一職種だけでは限界がある。統合モデルや共通言語は、教え込むのではなく、多職種による意見交換を通して、一つひとつのSTEPを踏みながら、合意形成していくものである。統合モデルでは、目標を達成するためには、役割の重なりを認めることが必要である。
- (2) 「参加」と「活動」との関係は「一対多」であり、ひとつの参加を実現するためには多数の活動が必要になる。そのため、看護・介護職と協力し、フロアでの活動量を推進させる取り組みが効

果的になる。リハ職と看護・介護職が同じフロアで活動することが望ましいが、現実的には難しい。そのため、ICFを活用したりハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高めていくことが望まれる。

2) 多職種の視点を総合化する研修会

- (1) 疾患を抱える生活障害者の全体像を把握するには、疾患ごとにアセスメントすべき事項を多職種で検討する必要がある。臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の研修を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられる。
- (2) 生活障害者に質の高いケアを行うためには、各職種によるアセスメントすべき内容を統合化し、多職種で連携することが必要である。リハ職が総合的にマネジメントできるようにするためには、今回の研修会のような臨床家を対象とした多職種による講義と事例検討会等の卒後教育、及び、養成教育機関による多職種のアセスメント内容やそれらを統合的にとらえるマネジメント能力を養うカリキュラムなどの対策を検討していくことが必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文

- 1) 曾根稔雅、中谷直樹、遠又靖丈、辻一郎、川越雅弘：訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査、厚生指針、65(3)、1-8、2018。
- 2) 第10回多職種を交えたりハビリ事例検討会「複数の疾患を抱え転倒と入院を繰り返す事例」、OTジャーナル、51(4)、330-336、2017.4。

- 3) 第 11 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「ADL 動作の安定性・耐久性が
低下した事例」, OT ジャーナル、51(5)、
418-425、2017.5
- 4) 第 12 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「独居で転倒リスクがある事例」,
OT ジャーナル、51(6)、502-508、2017.6.
- 5) 第 13 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「できる ADL としている ADL
の乖離がある事例」, OT ジャーナル、
51(7)、594-601、2017.7.
- 6) 第 14 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「訪問リハにより機能を改善し
社会資源活用へつなげる事例」, OT ジ
ャーナル、51(10)、1036-1042、2017.9.
- 7) 第 15 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「若年性脊髄損傷者の復職に向
けた在宅リハの事例」, OT ジャーナル、
51(12)、1216-1223、2017.11.
- 8) 第 16 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「装具の実用的使用に向けた支
援をしている 9 歳男児の事例」, OT ジ
ャーナル、52(1)、68-75、2018.1.
- 9) 第 17 回多職種を交えたりハビリ事例
検討会「原因不明の重度精神発達遅滞
で在宅生活継続を検討している事例」,
OT ジャーナル、52(3)、258-265、2018.3
- 10) 統合ケアマネジメント事例検討会
「高齢者住宅に住む 80 代女性 元看
護師 自分で薬を管理 老年期精神病
で幻聴がある」, 月刊ケアマネジメント、
29(1)、42-48、2017.12.

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」

平成 29 年度分担研究報告書

訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査

研究分担者 辻 一郎（東北大学大学院医学系研究科 教授）

研究協力者 曾根 稔雅（東北福祉大学健康科学部 講師）

研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）

【研究要旨】

本研究の目的は、訪問リハビリテーション（訪問リハ）利用者と通所リハビリテーション（通所リハ）利用者における特性や課題の違いを明らかにすることに加え、それぞれの利用者が抱えている課題を要介護度別に分析することである。

本研究の対象者として、各事業所に勤務するリハビリテーション（リハ）担当者 1 名あたり 1 名の利用者の抽出を依頼し、訪問リハは 2016 年 1 月 1 日時点、通所リハは 2015 年 10 月 1 日時点での調査を実施した。調査項目は、利用者の特性、ケアマネジャーが考える解決すべき課題、リハ計画書の作成者が設定した日常生活上の課題であった。利用者の特性と課題について、訪問リハ利用者と通所リハ利用者との差を検討するため、対応のない t 検定および²検定を実施した。また、要介護度別の傾向性を検討するため Cochran-Armitage 検定を実施した。

訪問リハでは 1,266 事業所の利用者 3,989 名、通所リハでは 467 事業所の利用者 1,840 名から回答を得た。利用者の特性として、訪問リハ利用者は、通所リハ利用者より要介護度が重度の者、日常生活自立度の低い者が多かった。課題として、訪問リハ利用者は、ADL における身辺動作、介護負担軽減、買い物、余暇活動の課題が多く、通所リハ利用者は、歩行・移動、閉じこもり予防、社会参加支援の課題が多かった。要介護度別に検討した結果、訪問リハ利用者と通所リハ利用者共通の課題として、要介護度が重度になるほど、ADL や介護負担軽減の課題が多く、IADL 維持・向上、社会的参加支援の課題が少ないことが示された。また、筋力向上、筋持久力向上、歩行・移動、階段昇降および閉じこもり予防の課題は、訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し、通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。さらに、身体機能に関する課題は、活動や社会参加に関する課題より多いことが示された。

訪問リハは利用者の生活環境で実施されること、通所リハは機器が整備され、他の利用者との関わりを通じた支援ができる環境にあることから、それぞれの特性が活かされた形で課題が挙げられていた。また、身体機能に関する課題は依然として多いことが示され、高齢者個々人の QOL の向上を目指すためには、さらに活動や社会参加に関する課題に目を向けていく必要があると考える。

A. 研究目的

本研究の目的は、訪問リハビリテーション(訪問リハ)利用者と通所リハビリテーション(通所リハ)利用者における特性や課題の違いを明らかにすることに加え、それぞれの利用者が抱えている課題を要介護度別に分析することである。本研究結果により、居宅サービスにおける訪問リハ・通所リハの利用実態を明らかにすることができる。これらを基にして、高齢者個々の QOL 向上を目指すために、訪問リハ・通所リハにおける利用者の特性や要介護度を踏まえた支援の在り方を検討することにより、居宅サービスの均てん化のための基礎資料を示すことができる。

B. 方法

訪問リハおよび通所リハに関する実態を把握するため、訪問リハに関しては全事業所を対象としたアンケート調査を、通所リハに関しては厚生労働省から提供を受けた調査データの分析を実施した。各事業所における利用者の実態について調査するため、訪問リハは 2016 年 1 月 1 日時点、通所リハは 2015 年 10 月 1 日時点での調査を依頼した。調査対象者として各事業所に勤務するリハビリテーション(リハ)担当者 1 名あたり 1 名の利用者の抽出を依頼した。

調査票は、各利用者を担当するリハ計画書の作成者が記入した。調査項目は、利用者の特性(年齢、性別、傷病名、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度)、ケアマネジャーが考える解決すべき課題、利用者の通院状況、サービスの利用状況、リハに関する指示を出している医師との連携状況、リハ会議について、リハのマネジメントについて(リハ計画書の作成者が設定した日常生活上の課題)、その他実施している内容についてであった。

利用者の特性、日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題について、訪問リハ利用者と通所リハ利用者との差を検討するため、年齢は対応のない t 検定、それ以外は²検定を実施した。また、日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題における要介護度別の傾向性を検討するため Cochran-Armitage 検定を実施した。その際に、訪問リハ利用者と通所リハ利用者別に層別化して検討した。統計解析は SAS version 9.4 statistical software package (Cary, NC, USA) を使用した。すべての解析は両側検定で行い、 $P < 0.05$ を統計学的に有意差ありとした。

なお、本研究課題は国立社会保障・人口問題研究所倫理審査委員会で承認されている (IPSS-TRN#15001-1)。

C. 結果

1. 訪問リハ・通所リハ利用者における特性の差異(表 1)

調査に参加した事業所は、訪問リハでは全 3,600 事業所のうち 1,288 事業所であった。そのうち 22 事業所には調査時点での有効回答者がいなかったことから、1,266 事業所(35.2%)の利用者 3,989 名から回答を得た。一方、通所リハでは全 7,047 事業所のうち 1,000 事業所を任意抽出し、483 事業所から回答が得られた。そのうち、有

効回答の得られた 467 事業所（6.6%）の利用者 1,840 名から回答を得た。記入者の職種は，理学療法士（70.5%），作業療法士（24.2%），言語聴覚士（3.3%），医師（1.0%），その他（1.0%）であった。

平均年齢は訪問リハ利用者で 78.1 歳，通所リハ利用者で 80.0 歳であった。男性の割合は訪問リハ利用者で 42.2%，通所リハ利用者で 38.4%であり，訪問リハ利用者で多かった。傷病名において，訪問リハ利用者で最も多かったのは脳卒中（40.8%）であり，骨折（26.6%），関節症・骨粗鬆症（21.0%）の順に続いた。通所リハ利用者では，脳卒中（44.1%），関節症・骨粗鬆症（30.9%），骨折（26.5%）の順であった。訪問リハ利用者は，通所リハ利用者に比べ，脳卒中，認知症，関節症・骨粗鬆症の者が少なく，廃用症候群，パーキンソン病の者が多かった。要介護度において，訪問リハ利用者は，通所リハ利用者に比べ，要支援 1・2，要介護 1・2 の者が少なく，要介護 3・4・5 の者が多かった。障害高齢者の日常生活自立度では，自立，J1・J2 が通所リハ利用者で多く，B1・B2，C1・C2 の者が訪問リハ利用者で多かった。

2. 訪問リハ・通所リハ利用者における日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題（表 2）

訪問リハ利用者において，最も多かった日常生活上の課題は歩行・移動（77.6%）であり，続いて筋力向上（73.9%），関節可動域（61.3%）の順であった。通所リハ利用者でも同様に，歩行・移動（84.5%），筋力向上（74.3%），関節可動域（51.5%）が日常生活上の課題として多く挙げられていた。訪問リハ利用者と通所リハ利用者との比較では，訪問リハ利用者では関節可動域，筋緊張緩和，食事，更衣，排泄，入浴，コミュニケーション，調理，家の手入れ，買い物，公共交通機関利用，余暇活動の課題が通所リハ利用者より多く挙げられていた。一方，通所リハ利用者では訪問リハ利用者より歩行・移動が課題として多く挙げられていた。

訪問リハ利用者において，最も多かったケアマネジャーが考える解決すべき課題は心身機能の向上（58.9%）であり，続いて心身機能の維持（56.4%），ADL 向上（52.5%），ADL 維持（44.6%）の順であった。一方，通所リハ利用者では，心身機能の維持（64.1%），健康管理（52.1%），心身機能の向上（52.0%），ADL 維持（46.0%）の順であった。訪問リハ利用者は，通所リハ利用者より心身機能の向上，ADL 向上，IADL 向上，介護負担軽減の課題が多かった。一方，健康管理，心身機能の維持，IADL 維持，閉じこもり予防，社会的参加支援の課題は通所リハ利用者で多いことが示された。

3. 要介護度別の日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題（表 3）

要介護度別に日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題を検討した。日常生活上の課題は訪問リハ・通所リハ利用者共に，要介護度が重度になるほど，ADL の課題（食事，整容，更衣，排泄）は多く，IADL の課題（調理，洗濯，掃除・整理整頓，家の手入れ）は少なかった。一方，筋力向上，筋持久力向上，歩行・移動，階段昇降の課題は，訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し，通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。身体機能に関する筋力向

上，歩行・移動の課題は特に多く，要介護度にかかわらず訪問リハ，通所リハで共に6割以上の利用者が挙げられていたが，IADLや余暇活動，社会参加支援などの活動や社会参加に関する課題は，3割以下の利用者でしか挙げられていなかった。ケアマネジャーが考える解決すべき課題において，訪問リハ・通所リハ利用者で共に同様の傾向が認められた課題は，要介護度が重度なほど介護負担軽減が多く，要介護度が軽度なほどIADL維持，IADL向上，社会的参加支援が多かった。訪問リハ利用者で要介護度が重度なほど多く挙げられていた課題は心身機能の維持であり，軽度なほど多く挙げられていた課題は心身機能の向上，閉じこもり予防であった。一方，通所リハ利用者で要介護度が重度なほど多く挙げられていた課題は健康管理，ADL向上であった。

D. 考察

本研究は，訪問リハおよび通所リハに関する実態調査の参加者を対象に，訪問リハ利用者と通所リハ利用者における特性と課題の違いについて示すことができた。また，利用者個々の課題について要介護度別に示すことができた。この結果を基にして，高齢者個々のQOL向上を目指すために，訪問リハ・通所リハにおける利用者の特性および要介護度を踏まえた支援の在り方について以下に考察する。

(1) 訪問リハ・通所リハ利用者における特性の差異

利用者の特性として，訪問リハ利用者は，通所リハ利用者より要介護度の重度な者，日常生活自立度の低い者が多かった。これは，訪問リハの利用者は，障害があり通院や通所リハが困難な者との特徴が挙げられているとおり，外出に多くの介助を要する利用者が，より訪問リハを利用していることを示唆する結果であった。

(2) 訪問リハ・通所リハ利用者における日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題

訪問リハ利用者はADLにおける身辺動作，介護負担軽減に課題を有している者が多く，生活関連動作においては買い物や余暇活動に課題を多く抱えていることが示された。訪問リハでは，生活場面に即した形での訓練や環境調整が行えること，利用者の特性として障害が重度な者が多かったことから，ADL，介護負担の軽減の支援が有効であると考えられる。また，利用者宅へ訪問し，個々の生活場面に合わせたリハを実施できることから，買い物や余暇活動の課題に対する支援も有効であることが示唆された。

通所リハ利用者は，ADLにおける歩行・移動に加え，閉じこもり予防や社会参加支援に課題のある者が多かった。通所リハは介護老人保健施設・病院・診療所で行われ，リハ関連の機器が整備され安全性が保たれた環境での支援が可能である。さらに，個別の支援だけでなく，他の利用者との関わりを通じた支援も行いやすい環境とされ，本結果はこの報告を支持するものであり，通所リハはこれらの課題に対する支援が有効であると考えられる。

(3) 要介護度別の日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題

対象者の課題を要介護度別に分析した結果、訪問リハ・通所リハ利用者共通の課題として、要介護度が重度になるほど、ADL では入浴を除く食事、整容、更衣、排泄、介護負担軽減が多く、IADL 維持・向上、社会的参加支援が少ないことが示された。要介護度が重度な対象者は ADL における身辺動作で介助がより必要とされている。また、そのような状態の対象者は必然的に IADL や社会的参加支援を主要な課題としていないことが考えられる。加えて、通所リハ利用者において要介護度が軽度な者では、ADL 向上を課題とした者が少ないのに対し、訪問リハ利用者は要介護度にかかわらず ADL 向上を課題としていた者が多かった。これは、前述したとおり訪問リハは生活場面に即した形での訓練を行いやすい環境にあることから、ADL 向上が課題としてより多く挙げられていた理由として考えられる。

一方、筋力向上、筋持久力向上、歩行・移動、階段昇降の課題は、訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し、通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。通所リハはリハ関連の機器が整備された安全性が保たれた環境での支援が可能なことや、他者との交流の機会を提供できる環境にあることから、要介護度が重度の利用者においても筋力や移動に関する支援が有効であることが示唆された。

身体機能に関する筋力向上、歩行・移動の課題は特に多く、要介護度にかかわらず訪問リハ、通所リハで共に 6 割以上の利用者で挙げられていた。関節可動域の課題は重度者でより多く、筋力向上、歩行・移動の課題は、訪問リハ利用者では軽度者で多いのに対し、通所リハ利用者では要介護度による差は認められなかった。一方、ADL 以外の活動や社会参加に関する課題は、要介護度にかかわらず 3 割以下の利用者でしか挙げられておらず、現状では依然として身体機能に関する課題が多く挙げられていることが示された。高齢者個々人の生きがいや役割を支援して、QOL の向上を目指すためには、リハ関連職種やケアマネジャーに対する教育の機会を設けるなどにより、さらに活動や社会参加に関する課題を重要視していく取り組みが必要であると考えられる。

E. 結論

訪問リハおよび通所リハに関する実態調査の参加者を対象に、訪問リハ利用者と通所リハ利用者における特性および課題の違いについて検討した。利用者の特性として、訪問リハ利用者は、通所リハ利用者より要介護度が重度の者、日常生活自立度が低い者が多かった。課題では、訪問リハは利用者の生活環境で実施されること、通所リハはリハ関連の機器が整備された環境、他の利用者との関わりを通じた支援が実施できる環境であることから、それぞれの特性が活かされた形で課題が挙げられていた。要介護度別の課題として、訪問リハ・通所リハ利用者に共通して、要介護度が重度になるほど、ADL や介護負担軽減が多く、IADL 維持・向上、社会的参加支援が少ないことが示された。一方、筋力向上、筋持久力向上、歩行・移動、階段昇降の課題は、訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し、通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。また、身体機能に関する課題は依然として多いこと

が示され、高齢者個々人の QOL の向上を目指すためには、活動や社会参加に関する課題に目を向けていく必要があると考える。これら課題の特徴を踏まえることは、利用者の居宅サービスにおけるリハの均てん化に向けた重要な視点になるものと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

曾根稔雅、中谷直樹、遠又靖丈、辻一郎、川越雅弘. 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査. 厚生の指標、第 65 巻第 3 号 pp.1-8, 2018

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

表 1 . 訪問リハ及び通所リハ利用者における特性の差異

	訪問リハ利用者 (n=3,954)	通所リハ利用者 (n=1,831)	P 値 ¹⁾
年齢 (平均値 ± 標準偏差)(歳)	78.1 ± 10.7	80.0 ± 9.1	< 0.01
性別 (%)	(n=3,980)	(n=1,836)	
男性	42.2	38.4	< 0.01
女性	57.8	61.6	
傷病名 (複数回答)(%)	(n=3,989)	(n=1,820)	
脳卒中	40.8	44.1	0.02
認知症	10.1	13.3	< 0.01
廃用症候群	13.5	4.8	< 0.01
関節症・骨粗鬆症	21.0	30.9	< 0.01
骨折 (圧迫骨折を含む)	26.6	26.5	0.91
パーキンソン病	7.5	4.5	< 0.01
要介護度 (%)	(n=3,928)	(n=1,827)	
要支援 1	4.0	8.7	< 0.01
要支援 2	11.2	15.4	
要介護 1	17.4	28.5	
要介護 2	23.1	26.6	
要介護 3	17.9	11.2	
要介護 4	14.2	7.3	
要介護 5	12.4	2.3	
障害高齢者の日常生活自立度 (%)	(n=3,835)	(n=1,759)	
自立	2.8	4.9	< 0.01
J1・J2	18.3	33.3	
A1・A2	48.6	47.5	
B1・B2	21.1	12.8	
C1・C2	9.2	1.4	

注 1) 対応のない t 検定及び ² 検定

表2．訪問リハ及び通所リハ利用者における日常生活上の課題及び
ケアマネジャーが考える解決すべき課題

	訪問リハ利用者 (n=3,989)	通所リハ利用者 (n=1,834)	P 値 ¹⁾
日常生活上の課題 (%)			
関節可動域	61.3	51.5	< 0.01
筋力向上	73.9	74.3	0.72
筋緊張緩和	36.2	28.2	< 0.01
筋持久力向上	53.2	51.0	0.12
姿勢の維持	37.8	25.5	< 0.01
起居・移乗動作	40.9	25.4	< 0.01
歩行・移動	77.6	84.5	< 0.01
階段昇降	25.2	26.4	0.34
認知機能	13.7	14.9	0.23
食事	6.5	3.8	< 0.01
整容	5.1	4.2	0.15
更衣	12.7	9.1	< 0.01
排泄	17.6	9.5	< 0.01
入浴	17.2	14.6	0.01
コミュニケーション	15.9	12.3	< 0.01
調理	8.1	6.2	0.01
洗濯	5.2	4.7	0.42
掃除・整理整頓	7.2	6.6	0.37
家の手入れ	6.5	5.2	0.048
買い物	10.3	5.2	< 0.01
公共交通機関利用	4.6	3.0	< 0.01
余暇活動	22.9	17.2	< 0.01
	(n=3,989)	(n=1,820)	
ケアマネジャーが考える解決すべき課題 (%)			
健康管理	33.1	52.1	< 0.01
心身機能の維持	56.4	64.1	< 0.01
心身機能の向上	58.9	52.0	< 0.01
ADL 維持	44.6	46.0	0.33
ADL 向上	52.5	36.6	< 0.01
IADL 維持	11.7	15.5	< 0.01
IADL 向上	19.2	14.2	< 0.01
閉じこもり予防	15.4	34.9	< 0.01
社会的参加支援	11.2	19.0	< 0.01
介護負担軽減	27.7	22.1	< 0.01

注 1) ²検定

表3 . 訪問リハ及び通所リハ利用者における要介護度別の日常生活上の課題及び
ケアマネジャーが考える解決すべき課題

		要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3～5	P 値 ¹⁾
		(n=593)	(n=1,589)	(n=1,746)	
		(n=436)	(n=1,004)	(n=381)	
日常生活上の課題 (%)					
関節可動域					
	訪問リハ	58.5	54.0	68.9	< 0.01
	通所リハ	43.8	51.2	60.9	< 0.01
筋力向上					
	訪問リハ	83.3	76.5	68.1	< 0.01
	通所リハ	73.4	75.5	72.7	0.87
筋緊張緩和					
	訪問リハ	33.1	33.5	39.9	< 0.01
	通所リハ	23.9	28.2	33.3	< 0.01
筋持久力向上					
	訪問リハ	58.9	58.7	46.4	< 0.01
	通所リハ	51.8	50.9	50.4	0.68
歩行・移動					
	訪問リハ	87.9	86.9	65.9	< 0.01
	通所リハ	80.5	88.6	78.2	0.53
階段昇降					
	訪問リハ	32.0	31.2	17.5	< 0.01
	通所リハ	22.0	28.1	26.5	0.12
認知機能					
	訪問リハ	5.7	12.8	17.3	< 0.01
	通所リハ	5.7	18.6	15.0	< 0.01
食事					
	訪問リハ	3.5	4.0	9.8	< 0.01
	通所リハ	2.5	2.9	7.6	< 0.01
整容					
	訪問リハ	3.0	5.0	5.9	< 0.01
	通所リハ	2.1	4.4	5.8	< 0.01
更衣					
	訪問リハ	7.8	11.6	15.5	< 0.01
	通所リハ	3.7	9.8	13.7	< 0.01
排泄					
	訪問リハ	6.2	12.8	25.8	< 0.01
	通所リハ	3.2	7.4	22.6	< 0.01
入浴					
	訪問リハ	18.7	21.2	13.1	< 0.01
	通所リハ	8.7	16.2	17.1	< 0.01
コミュニケーション					
	訪問リハ	7.1	14.3	20.6	< 0.01
	通所リハ	10.1	12.8	13.4	0.14
調理					
	訪問リハ	13.2	10.1	4.5	< 0.01
	通所リハ	6.9	6.9	2.6	0.01
洗濯					
	訪問リハ	8.9	7.0	2.3	< 0.01
	通所リハ	6.4	4.7	2.6	0.01
掃除・整理整頓					
	訪問リハ	13.0	8.4	4.3	< 0.01
	通所リハ	8.5	7.3	2.4	< 0.01

家の手入れ	訪問リハ	13.2	8.1	3.0	< 0.01
	通所リハ	7.8	5.2	2.4	< 0.01
買い物	訪問リハ	21.2	12.8	4.3	< 0.01
	通所リハ	6.9	5.0	3.9	0.06
公共交通機関利用	訪問リハ	10.3	5.4	2.1	< 0.01
	通所リハ	3.2	3.3	1.8	0.27
余暇活動	訪問リハ	27.5	26.4	18.2	< 0.01
	通所リハ	19.0	17.1	16.0	0.25
	訪問リハ	(n=593)	(n=1,589)	(n=1,746)	
	通所リハ	(n=436)	(n=1,004)	(n=381)	
ケアマネジャーが考える解決すべき課題 (%)					
健康管理	訪問リハ	34.4	33.2	32.8	0.51
	通所リハ	45.6	53.7	55.9	< 0.01
心身機能の維持	訪問リハ	48.7	53.9	61.3	< 0.01
	通所リハ	63.9	63.9	65.4	0.66
心身機能の向上	訪問リハ	64.8	62.9	53.8	< 0.01
	通所リハ	54.6	49.8	54.6	0.92
ADL 維持	訪問リハ	38.8	46.5	45.1	0.06
	通所リハ	42.8	47.3	46.2	0.31
ADL 向上	訪問リハ	51.9	55.9	50.3	0.08
	通所リハ	28.2	37.4	43.5	< 0.01
IADL 維持	訪問リハ	19.4	13.7	7.1	< 0.01
	通所リハ	25.5	13.9	8.2	< 0.01
IADL 向上	訪問リハ	30.7	24.9	10.1	< 0.01
	通所リハ	15.5	15.3	10.0	0.03
閉じこもり予防	訪問リハ	25.0	17.8	10.2	< 0.01
	通所リハ	34.0	38.2	27.7	0.08
社会的参加支援	訪問リハ	16.9	12.8	7.8	< 0.01
	通所リハ	23.4	18.8	14.8	< 0.01
介護負担軽減	訪問リハ	6.2	17.1	44.8	< 0.01
	通所リハ	5.8	20.1	46.4	< 0.01

注 1) Cochran-Armitage 検定

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 29 年度分担研究報告書

生活期リハビリテーションマネジメントに求められる機能に関する考察

研究代表者 川越雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）
研究分担者 備酒伸彦（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）
研究分担者 石川隆志（秋田大学大学院医学系研究科 教授）
研究分担者 小林法一（首都大学東京人間健康科学研究科 教授）

【目的】本研究では、適切なリハビリテーション（以下、リハ）マネジメントを展開するために必要な機能と、機能強化策の検討を行うことを目的とする。

【方法】リハマネジメント機能強化策を検討するにあたっては、「今後どのようなリハ職が求められるのか」を整理しておく必要がある。そこで、まず、既存データ等をもとに、リハ職に対する社会的ニーズの整理を行った。次に、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理とそれを実現するために必要な機能の検討を行った。さらに、リハ職対象の多職種事例検討会から見てきたリハマネジメント展開上の課題の整理、多職種連携教育（IPE）実践者へのヒアリング等をもとに、多職種協働をベースとした生活期リハマネジメント力の機能強化策に関する検討を行った。

【結果】1) 2040 年にかけて、年少人口、生産年齢人口が減少する一方で 85 歳以上は急増し、総人口の約 1 割に達すると見込まれている。85 歳以上高齢者は、医療と介護の両方にニーズや課題を有するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が「生活課題の解決及び QOL の向上」といった共通の目標に向かって協働することがリハ職には求められることになること、2) 介護保険では国際生活機能分類（ICF）の概念が導入され、6 要素を総合的に捉えた上での多職種アプローチが求められてきたが、生活期リハマネジメントの現状をみる限り、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、 を引き出す対話力が弱い、 他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、 対象者の弱み（できないところ）をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱いこと、3) リハマネジメントのあるべきプロセスを整理した上で、求められる機能を再整理した結果、 ヒューマンケアマインド、 本人の生活機能の全体像（人物像、状態像）を俯瞰する力、 専門性を志向する態度と行動、 専門性を柔軟に発揮する力、 コミュニケーション能力、 目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力、 自己とチームの機能及び方法を省察する力を高める教育が必要であると考えた。

【考察・結論】超高齢者が増加するなか、生活期に関わるリハ職には、 他者（利用者、家族、他の専門職など）を理解する力、 利用者の全体像をおさえた上で、リハ職として介入すべきポイントと内容を整理する力、 適切な介入を行うことができる力が必要となる。

リハ職を育成する教育カリキュラムをみると、 解剖学、生理学といった生命活動に直接かわる分野、 運動学、運動療法学、作業療法学などといった身体運動にかかわる分野、 日常生活活動学といった生活行為にかかわる分野が必修とされ、それに加えて心理学やコミュニケーション、ターミナルケアといった人に向き合う科目群も準備されているのが一般的である。即ち、リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところが地域ケア会議の場面等での機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、 ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、 それを具体的に実践できる技術論の 2 段階で考える必要があると考える。

A. 研究目的

2000年4月に施行された介護保険制度では、多職種協働をベースとしたケアマネジメントの手法が導入された。

同手法は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が策定するケアプラン（全体計画）と、ケアプランに位置付けられた事業所（訪問・通所リハ事業所等）の専門職が策定する個別援助計画に基づく介入が連動することによって、利用者や家族が抱える諸課題を解決することを目指すものであるが、これが適切に機能するためには、計画策定（全体及び個別）に関わるすべての専門職のマネジメント力（課題解決力）が重要となる。2015年及び2018年の介護報酬改定の中で、リハマネジメントの機能強化が打ち出されているが、これはこうした背景を受けたものと理解しておく必要がある。

さて、制度改正や報酬改定は「仕組み」の構築の話であり、これだけでは機能しない。求められる機能が現場レベルで実際に展開されるようにするためには、在学中及び卒後の教育・研修が重要となる。ただし、現時点では、リハ職に求められる機能と、その機能を高めるための教育の在り方を検討した資料は少ない。

そこで、本研究では、適切なリハマネジメントを展開するために必要な機能と、その機能を強化するための方策の検討を行うこととする。

B. 研究方法

1. 既存データ等をもとに、リハ職を含む保健医療福祉職に対する社会的ニーズ（＝多職種協働ケアマネジメントの推進の必要性）の整理を行う。
2. 次に、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理、それを実現するために必要な機能の検討を行う。
3. 最後に、リハ職を対象とした多職種事例検討会から見てきたリハマネジメント展開上の課題の整理、IPE実践者へのヒアリング等をもとに、多職種協働をベースとしたリハマネジメント力の強化策の検討を行う。

C. 研究結果

1. 多職種協働ケアマネジメントが求められる背景：社会的ニーズの整理

ここでは、多職種協働をベースとしたマネジメントが求められる背景を、超高齢者の医療・介護ニーズ、サービスモデルの変化の視点から整理する。

1) 超高齢者の医療・介護ニーズの視点から

年齢階級別人口を2015年と2040年で比較すると、0～14歳人口は1,595 1,194万人（減少率25%）、15～64歳人口は7,728 5,978万人（減少率22%）、65～74歳人口は1,755 1,681万人（減少率4%）、75～84歳人口は1,138 1,216万人（増加率7%）、85歳以上人口は494 1,024万人（増加率107%）となる。年少人口や生産年齢人口が年々減少する一方で、85歳以上人口は年々増加し、2040年には総人口の9.2%、2065年には13.1%を85歳以上が占めるといった超高齢社会が到来することになる。

さて、85歳以上は、他の年齢階級に比べ、入院受療率、介護受給率、通院者率が高い。医療と介護に対するサービスニーズが高い85歳以上が急増するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が共通の目標（＝生活課題の解決及び生活の質（QOL）の向上）に向かって協働することを促すためのマネジメントの実践が求められることとなる。

表 1 . 年齢階級別人口及び構成割合の推移

	2015		2040		2065	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
総数	127,095	100.0	110,919	100.0	88,077	100.0
0～14歳	15,945	12.5	11,936	10.8	8,975	10.2
15～64歳	77,282	60.8	59,777	53.9	45,291	51.4
65～74歳	17,546	13.8	16,814	15.2	11,330	12.9
75～84歳	11,380	9.0	12,155	11.0	10,965	12.4
85歳以上	4,943	3.9	10,237	9.2	11,514	13.1

出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成29年推計)

2) サービスモデルの変化の視点から

世界保健機関(WHO)は、WHO憲章の中で、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない(昭和26年官報掲載の翻訳)」と定義している。したがって、高齢者の医療・介護においては、単に、病気や症状がないだけでなく、「生活機能」が高い水準にあることが重要となる。

ここで、高齢者の障害の分類法の変遷を整理する。

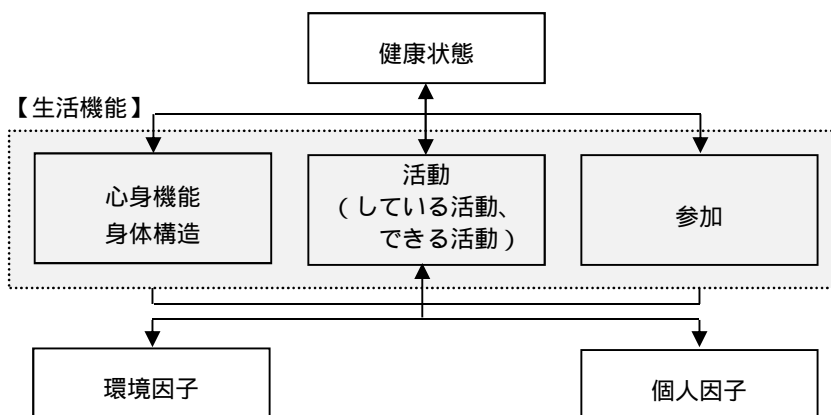
高齢者の障害に関する分類法に関しては、1970年代よりWHOにて検討が開始され、1980年、機能障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)の3レベルに分けて障害を総合的に捉えるという基本的視点に立ったWHO国際障害分類(International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps: ICHD)が発表された。この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしたが、生活・人生の問題点を疾病(病気)の結果としてしか捉えていない、「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、機能障害 能力障害 社会的不利という一方向的関係で捉えている、障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていないなどの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始され、これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下、ICF)である。

この分類の中心概念が、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルをすべて含んだ包括概念である「生活機能」である。ただし、「生活機能」には、「健康状態」「環境因子」「個人因子」が大きく関係するため、高齢者が抱えている生活障害を正しく理解し、適切に介入するためには、これら6要素を包括的に捉えておく必要がある(図1)。

ただし、各専門職の関心領域や得意とする分野は異なっている。現在、月数回、多職種事例検討会を開催しているが、その中で、看護師は主に健康状態や環境因子である家族に、理学療法士は心身機能・身体構造に、作業療法士は活動や参加に、ケア職は個人因子や参加に、介護支援専門員は環境因子である家族に対する意識や関心が強いと感じている。逆に言えば、これら以外の要素に対する知識や意識は弱いのである。

したがって、多領域に課題を有する超高齢者に適切に対応するためには、それぞれの専門職の得意分野、見立ての能力を関係者間で共有・総合化し、ICFの6要素を俯瞰して捉えた上で、ケアマネジメントやリハ提供を展開する必要がある。

図1 . ICF の生活機能モデル



(出所) WHO:国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規 (2003) p.17

2. ケアマネジメントプロセスとは

ケアマネジメントは、おおむね、本人の意向の確認（インテーク）、アセスメント（課題抽出）、ケアプランの作成、サービス担当者会議における目的、目標、役割分担の共有、個別援助計画に沿ったサービスの提供（事業所の専門職が実施）、モニタリング、評価・計画の見直しといったプロセスから成り立つ（図2）。以下、主な手順について解説を加える。

1) 本人の意向の確認（インテーク）

ケアマネジメントでは、「利用者が自分らしい生活を営むこと」を出来る限り支援することを目指す。そのため、本人がどのような生活を望んでいるのか、どのような生活をしたいたのかの意向の確認が非常に重要となる（これが出発点）。

2) アセスメント（課題抽出）

課題を正しく認識するための手段として実施するのが、アセスメントである。ケアマネジメントでは、生活機能の維持・向上を目指すため、ICFの6要素に対するアセスメントが、介護支援専門員には求められている（図2）。

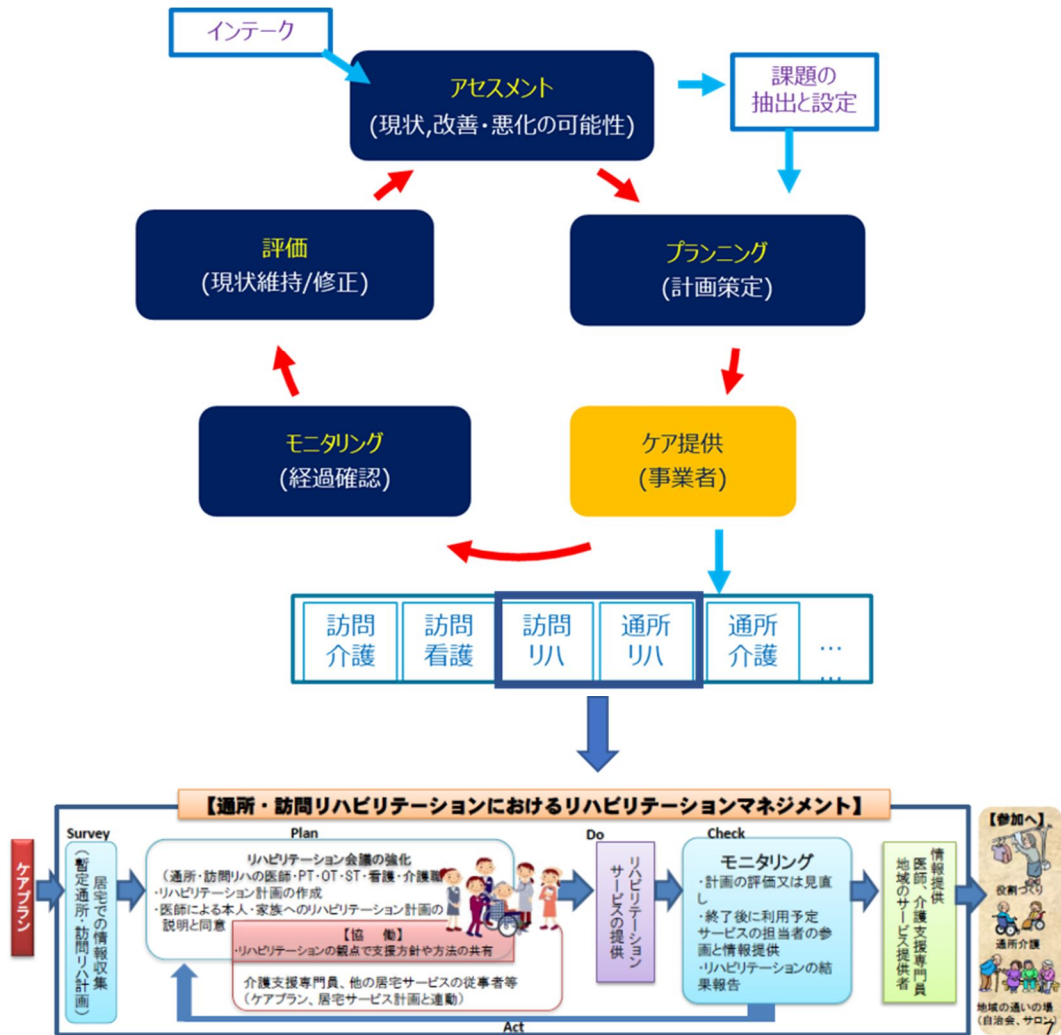
さて、課題とは、「現在の状態」と「あるべき姿（本人が望む姿）」のギャップのことである。介護支援専門員は、まず、アセスメント領域毎に課題を抽出した上で、本人の意向、課題解決の緊急性、改善・悪化の可能性などを考慮して、「解決すべき課題」の設定を行う。その上で、解決すべき課題が生じている根本原因の分析を行う（課題分析）。

3) ケアプランの作成

アセスメントを通じて設定した「解決すべき課題」に対し、いつまでにどこまでのレベルを目指すのか（長期・短期目標）を、患者・家族と設定するとともに、それら課題の解決に向け、誰が何を行うのかの役割分担を具体的に決めた計画（ケアプラン）を策定する。その後、各サービス担当者は、介護支援専門員が立てたケア方針に沿って、個別援助計画を策定する。介護支援専門員が策定した全体ケア計画と各サービスの個別援助計画が連動していなければ、課題解決にはつながらない。両計画の連動性が非常に重要となる。

両計画の整合性を図る（チームの目的と目標の共有、役割分担の共有など）ために設けられたのが、介護支援専門員が主催する「サービス担当者会議」である。介護支援専門員には、多職種を集めた会議の適切な運営力も求められることになる。

図2. ケアマネジメントプロセスとは



3. 生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべき姿

(1) 生活期リハマネジメントに期待される機能とは

厚生労働省は、2014年9月に「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」を立ち上げ、同検討会の中で、現在の生活期リハの問題点として、

高齢者の状態像やニーズの多様性に応じたりハが提供されていない、
身体機能に偏ったりハが実施され、「活動」や「参加」の生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハが提供されていない

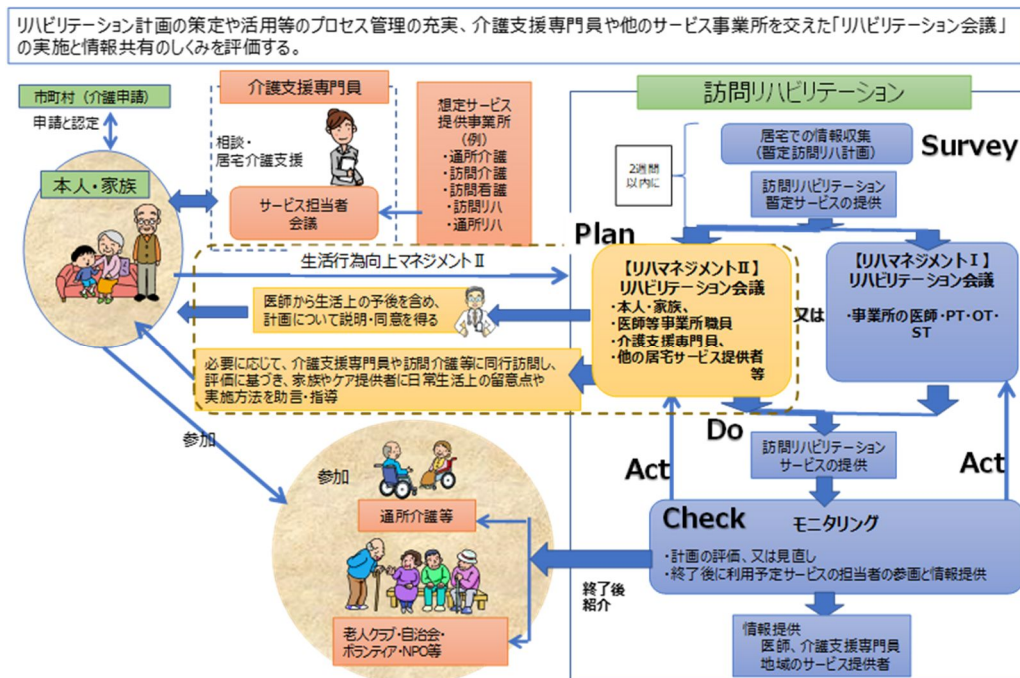
訪問リハや通所リハなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供されていない

高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取り組みができていない

などを挙げた。

その上で、2015年の介護報酬改定において、「利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種の連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせて計画的に提供していく」といったリハマネジメント力強化を図った(図3)。

図3. 活動と参加に焦点を当てたリハマネジメントの機能強化



出所) 平成 27 年度介護報酬改定の概要 (案) (平成 27 年 3 月 3 日 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議)

(2) リハマネジメントプロセスとあるべき姿

リハマネジメントの主な手順は

- ・手順 1: 本人・家族の意向の確認 (〇〇がしたい / 〇〇ができるようになりたい)
- ・手順 2: 情報収集・アセスメント
- ・手順 3: 課題設定・要因分析
- ・手順 4: 合意形成・目標の共有 (**利用者と目標を共有するプロセスが重要**)
- ・手順 5: 計画作成
- ・手順 6: モニタリング (介入効果の確認と利用者との共有)
- ・手順 7: 計画の修正・振り返り

となる。基本的に、介護支援専門員が行うマネジメントプロセスと同じであるが、介護支援専門員は、利用者が抱える全ての課題に対する対策を検討するのに対し、リハ職は自身が関係する一部の課題のみを対象とすること、介護支援専門員は直接介入を行わないのに対し、リハ職は機能面や ADL 等への直接介入を行うことなどが異なる点である。

さて、上記手順 4 における目標とは、専門職が設定する機能目標 (例: 下肢筋力を〇〇までにする) ではなく、利用者の生活目標であり、達成するのも利用者自身となる。したがって、目標を利用者とリハ職が共有する作業 (目指す地点を明確にすること) は非常に重要となる。また、現在の自分の状態はどの程度なのかを知ること、一定期間ごとに到達点を相互に確認しながら今までの取り組みを振り返るとともに今後の取り組みを一緒に考えることも、利用者が主体的にリハに取り組むうえで重要となる。

表 2 に、生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価の私案を示す。

表2 . 生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価（案）

段階	プロセス評価項目
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか
	家族の意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか
	領域別にアセスメントが適切におこなわれているか
	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）
	心身機能（身体機能・精神機能・健康状態（水分・血圧・栄養状態））
	活動（ADLとIADL、実行状況と能力）
	参加（仕事・社会交流・地域活動など）
	環境因子
	個人因子（生活歴・職歴・性格）
	上記の各領域をすべて網羅しているか
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか
生活行為の予後予測は適切か	
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か
	課題の根本原因の分析が妥当か
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか
	作業工程分析が適切におこなわれているか
	短期目標の解決に向けた実施内容になっているか
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか
	地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか
	短期目標が達成できているか
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか

出所）公立大学法人埼玉県立大学：訪問・通所リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業報告書、平成29年度厚生労働省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）、p.26、平成30年3月。

(3) リハマネジメントに求められる機能とは

前表のリハマネジメントのあるべきプロセス項目を、機能面から再整理すると次のようになる。

利用者の人物像や気持ちを理解する力(知識、マインド、スキル)

利用者の状態像(生活機能(心身機能・身体構造/活動/参加)、健康状態)を客観的に評価する力(知識、スキル)

家族や地域資源を含めた環境因子とその機能を把握・理解する力(知識、スキル)

マネジメントに必要な情報を、他の職種や家族等から入手する力(知識、マインド、スキル)

ICFの6要素(機能/活動/参加/健康状態/個人因子/環境因子)の相互の関連性を分析する力(知識、スキル)

生活機能の現状と予後、生活障害の原因、対策などを利用者や家族、他の職種にわかりやすく説明する力(知識、マインド、スキル)

生活目標を利用者や家族と合意する力(知識、マインド、スキル)

自身の強みと弱み、他の職種の強みと弱み、ならびにその相対関係を理解・把握する力(知識、スキル)

目標達成に向けた効果的な介入方法と役割分担を考える力(知識、マインド、スキル)

目標達成に向けた効果的なリハ内容を選択、実践できる力(知識、スキル)

目標達成状況を確認しながら、計画内容、連携方法などを振り返る力(マインド、スキル)

マネジメントの基礎的事項、進め方を理解し実践する力(知識、マインド、スキル)

このうち、 はリハ職固有の項目であるが、それ以外は、他の職種にも共通して当てはまる機能であると考えられる。

ここで、上記 ~ を、IPEの先行事例¹におけるコンピテンシーも参考にカテゴリー分類すると次のようになる。

ヒューマンケアマインド

本人の生活機能の全体像(人物像、状態像)を俯瞰する力

専門性を志向する態度と行動

専門性を柔軟に発揮する力

コミュニケーション能力

目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力

自己とチームの機能及び方法を省察する力

¹ 埼玉県内の4大学(埼玉県立大学、埼玉医科大学、城西大学、日本工業大学)による多職種連携教育プロジェクト(彩の国連携力育成プロジェクト)では、5つのコンピテンシー(ヒューマンケアマインド、専門性を志向し柔軟に発揮する力、自己とチームをリフレクションする、チームを形成し行動する力、コミュニケーション力)を設定している。

(3) 研修会に対する主な評価

研修会参加者に対する事後アンケートの中から、教育方法や内容に参考となる主な意見を以下に示す。

- ◇ リハ職は、他職種の役割に対する理解や連携に対する意識が薄く、自分だけで解決しようとする人が多い。今回の研修会では、パーキンソン病の病態や各職種の専門領域を明確にして頂けたが、こうしたことは連携を取ろうとする意識を高めることに有効であると思う。
- ◇ 当事者(パーキンソン病)の視点、実際に思っていること、何に苦労しているか、専門職への要望などが聞けてとても良かった。
- ◇ 薬との付き合い方、オンオフを分かって生活を組み立てること、心の葛藤、発症したことへの受容について、当事者なりの病気との付き合い方や工夫を知ることができてとても良かった。疾患を抱えながらも、自分の人生に懸命、かつしなやかに取り組んでいる姿に、自分の支援の視点を改めて振り返った。
- ◇ これまでも ICF で統合的に考えるように心がけていたが、視点が機能面に偏重しており、より統合的な視点が必要であると感じた。
- ◇ 多職種からの一般整理の講義により、知っているつもりで知らなかった事に気付かされた。
- ◇ 各専門職から基礎的な知識の説明を受けた上で、ホワイトボードを使って ICF 領域別に、アセスメントすべき項目を多職種で検討する手法は、全体像をとらえる上で有効であった。
- ◇ 異なる職種のアセスメントの視点を出し合い、その情報がホワイトボードに一覧化されることで、利用者を多面的に見ることができた。普段は、自分の判断だけに頼ってしまうことが多く、参考になった。
- ◇ 他の専門職は何の情報を探しているのかを具体的に教えて頂けると連携ももっと取りやすくなるのではないかと感じた。
- ◇ 合併症のない骨折の利用者の場合、他職種と関わる機会がないため、他職種の視点を知ることができて良かった。
- ◇ 薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の話の話を聞いたのがとても参考になり、COPD を別の視点からみられてよかった。
- ◇ COPD の方のリハを行うにあたって栄養士との連携が重要であることは理解したが、実際どのように連携を取ればよいのか分からないのでその辺も教えて頂けると有難い。

2) 彩の国連携力育成プロジェクト(SAIFE)関係者へのヒアリングから見えてきた課題と対策のポイント

SAIFE 関係者へのヒアリングから、IPE を効果的に展開するためのポイントとして挙げられたのが以下の2点であった。

(1) ヒューマンケア論を中心に位置づけたこと

医療職の場合、病名や機能といったフィルターを通して対象者をみる癖が強い。まずは利用者自身を捉えてから、有する病名や機能を見るところといった癖をつける必要がある。

(2) 医療職以外の視点を持った学生がグループワークに入っていること

医師、看護師、リハ職の場合、思考が似通っていて異なる視点がでにくい。SAIFE では日本工業大学の学生も入っているため、全く異なる視点に気づかされることがあり、勉強になる。

また、IPE / IPW を受けた学生や関係者の感想としては、

- (1) 薬剤師は薬を通して患者さんを見ますが、例えば看護師であればケアの部分から、理学療法士や作業療法士であれば患者さんの動きから、そして歯科衛生士であれば患者さんの食べ方から、と職種によって患者さんの見方はそれぞれ違います。その違いが分かるだけでも、学生にとってはとても良い経験になります。
- (2) まだ現場に出していない大学生が多職種連携について学ぶのは、実は難しいことなのかもしれません。むしろ学ぶというよりは、専門性も考え方も違う人間同士が、適切なファシリテートを受けることによって「お互いの違いを理解できるようになる」ことを体験して、多職種連携に対してポジティブなイメージを抱くことができればそれで十分意味があると思う。

などが上がっていた。

D. 考察

1. 「求められるリハ職像」の構築及び共有の重要性

社会的なニーズにこたえられるリハ職を養成するためには、「どのようなリハ職が社会的に求められているのか」「教育を通じてどのようなリハ職を育成しようと考えているのか」という問いに対する回答を用意しておく必要がある。教育を受ける学生や社会人、教育を実際に行う教育者にとっても、目指す姿をイメージできるかどうかは重要な要素となる。

そのためには、マーケットならびにマーケットニーズの変化、制度改正の動向などをおさえておく必要がある。本稿では、人口構造の変化(=マーケットの変化)の特徴として85歳以上高齢者の人口増加を挙げ、85歳以上高齢者の多様なニーズや課題に対応するため、医療と生活に関わる職種が、対象者の生活課題の解決及びQOL向上に貢献するといった共通目標のもと、連携・協働を図っていくことが求められると整理した。

こうした背景を、教育を担う者が理解し、適切に伝えていき、「求められるリハ職像」を共有することがまずは重要である。

2. リハ職の意識改革の必要性

リハ職の多くは医療機関からキャリアがスタートする。入院医療の場合、医師が病名を診断すると、リハ職は病名に応じて機能評価、症状や状態の観察・評価、介入を行っていくといった流れになる。その際、入院患者の個人因子や環境因子といった個別性の高い領域はアセスメントも十分されないままとなる(優先順位が低いため)。また、医療職は、入院患者のできない部分に着目し、その改善や維持を目指すため、入院患者のこれまでの生活歴や強みを見に行くといった視点は弱い。入院医療は、ICFの「健康状態」「心身機能」の領域の改善・維持を中心としたチームアプローチと考えられるが、退院後の生活レベルではこの手法は適用できない。そのための仕組みとして、介護保険では、意見書記載医師(主治医)と介護支援専門員の連携を核としたチームアプローチの手法が採られているのであるが、十分に機能しているとは言えない状況にある。

医療機関に入職すれば、こうした流れに巻き込まれ、在宅サービスに従事しない限り、生活場面をほとんど意識しない(知らない)まま、入院中の関わり方が継続されていく。そのため、埼玉県立大学を核としたIPEを在学中に体感しておくことは非常に重要と考える。こうした授業を在学中(入職前)に取り入れることは、医療職の意識を変えることが目的の1つであると意識すべきである。

3. 生涯教育の観点からみた卒前・卒後教育の在り方の検討の必要性

教育項目はその目的によって、到達目標レベルと実施時期は異なるものとなる。

ここで、「他の職種理解」という項目に対し、その手段として多職種によるケアプラン作成実習を考えると、例えば、目的が「対象者の意向を確認した上で、多職種によるケアプラン作成プロセスを体感することを通じて、同一職種とは異なる様々な考え方があることに触れる」であれば、ケアプランの質自体というよりも、異なる価値観に参加者が触れること自体を重視した実習という位置づけとなり、レベルとしては在学中が適していることになる。一方、目的が「各専門職が得意とする領域のアセスメント情報を集約・整理することで、医療的な支援を必要とする生活障害者の、医療情報と生活情報を融合した適切な課題抽出と要因分析、社会資源の活用や環境因子への介入を含めた多様な介入方法の検討につなげていく」であれば、質の高いケアプランの実践と多職種の英知の集約に伴う技術の標準化に力点が置かれるため、在学中というよりも一定程度のスキルをもった社会人を対象としたものとなる。

今後、生涯教育の観点から、教育すべき項目ごとに、目標レベルと実施時期（在学中ないし卒後）の整理が必要になってくると考える。

4. 卒後教育の重要性

滋賀県では、「リハ職は教育課程において「障害や疾病」に関する専門性をもっているが、地域包括ケアシステムなどの地域リハの推進に必要な「地域資源などの地域現状の理解」や「地域のネットワーク構築」、そして地域でその専門性を生かす「コーディネート」に関する教育を受けているとは言い難い」という課題認識のもと、継続的な研修（滋賀県地域リハビリテーション人材育成研修）を実施している。別紙に、同研修の実施要領、シラバス、日程・スケジュールを示すが、事後アンケートからは

地域リハに関わっていきたいという思いが強くなった

考え方の幅や視野を広げることができた

他事業所の見学は大変貴重な機会であった

地域資源に対する理解や地域住民の活動を知る必要があると感じた

リハ職だけでは地域リハは成立しないと感じた

公的病院として「地域」を意識していかなければならないという思いが強くなった

医療保険、介護保険以外につないでいかないと地域共生社会は実現できないと感じた

リハ職のできることがたくさんあると感じた

地域包括ケアはリハ職だけでなんとかなるものではなく、リハの活動は地域包括ケアの一部であることを痛感した。

分析する力、考える力、伝える力が重要であると感じた

課題を抽出する方法、分析する方法、人の考え方を共有する方法を理解することで、自分たちの職場での問題に対しても解決していく手段を見いだせると感じた

などの感想が挙がっている。こうした継続的かつ包括的な研修が、各都道府県単位で展開されることが、地域リハに関わるリハ職のマネジメント力向上に有効であると感じた。

E. 結論

リハ職を育成する教育カリキュラムをみると、解剖学、生理学といった生命活動に直接かわる分野、運動学、運動療法学、作業療法学などといった身体運動にかかわる分野、日常生活活動学といった生活行為にかかわる分野が必修とされ、それに加えて心理学やコミュニケーション、ターミナルケアといった人に向き合う科目群も準備されているのが一般的である。

即ち、リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことのできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところがケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践できる技術論の2段階で考える必要があると考える。

(参考文献)

1. 埼玉県立大学・埼玉医科大学・城西大学・日本工業大学・埼玉県：文部科学省平成24年度大学間連携共同教育推進事業選定取組「彩の国大学連携による住民の暮らしを支える連携力の高い専門職育成<彩の国連携力育成プロジェクト>最終報告書(2017)」、平成29年3月。
2. Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group : Interdisciplinary Care for Adults with Complex Needs : American Geriatrics Society Position Statement. Journal of the American Geriatrics Society 54(5) : 849-852, 2006.
3. 滋賀県立リハビリテーションセンター 事業推進係：平成29年度滋賀県地域リハビリテーション人材育成研修報告書、平成30年3月。

(別紙)

地域リハビリテーション人材育成研修 実施要領

1. 趣旨(目的)

近年、高齢者、障害者、児童等への総合的な支援体制の構築や地域包括ケアシステムの構築に向けてリハビリテーション専門職(以下、リハ専門職)の専門性が強く求められている。一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハ専門職は教育課程において、「障害や疾病」に関する専門性を持っているが、地域包括ケアシステムなどの地域リハビリテーション(以下、地域リハ)の推進に必要な「地域資源などの地域現状の理解」や「地域とのネットワーク構築」、そして地域でその専門性を活かす「コーディネート」に関する教育を受けているとはいえない。

そこで、地域リハを推進するために、リハ専門職が自らの“地域”を理解し、業務を行う上で必要となる基礎的な知識や技術を習得することにより、地域住民がどのライフステージにおいても住みなれた場所で暮らし続けることができる地域づくりに寄与できるリハ専門職の人材の養成を目的に事業を実施する。

2. 実施主体：滋賀県立リハビリテーションセンター

3. 共催(予定)：滋賀県理学療法士会、滋賀県作業療法士会、滋賀県言語聴覚士会

4. 対象者

下記(1)～(3)のすべてを満たすもの

(1) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士として3年以上の経験を有し、県内で勤務している者

(2) 地域リハビリテーションの推進に寄与する意欲がある者

(3) 所属機関から推薦および承諾を受けた者

(*(1)～(3)を満たさないもので受講を希望される場合は要相談。)

5. 研修期間：平成29年9月～平成30年3月

6. 内容：別添カリキュラム参照

7. 受講定員：15名程度

8. 受講の申し込みと受講者の決定

(1)申し込み

所定の申込用紙(様式1)および推薦書(様式2)を郵送で送付

*現在所属・勤務先がない方については推薦書(様式2)の提出は不要です。

(2)申し込み期間

平成 29 年 7 月 27 日（木）～平成 29 年 8 月 10 日（木）17：00 必着（締め切り厳守）

(3)申し込み先

〒524-8524 滋賀県守山市守山 5 丁目 4 - 30

滋賀県立リハビリテーションセンター事業推進係 宛て

(4)受講者の決定

受講者の決定は、県立リハビリテーションセンター所長が行い、すべての申込者に対し、文書で受講の可否について通知を行う。

9. 受講料

研修費および教材費は無料

*研修開催地までの交通費は自己負担です。

*万が一、研修中に盗難およびその他物的事故等が発生いたしましても、当センターは責任を負いかねますのでご了承お願い致します。

10. 修了について

(1)修了要件

原則すべての講義・演習・見学実習に出席すること

*ただし、DVD 補講が実施される研修については、補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる。

*受講者が欠席等で年度内にプログラムを修了することができなかった場合は、欠席した講座内容に対応する次年度の講座を受講することで、修了に必要な要件を満たすことができる。

(この場合修了証書の授与は、要件を満たした年度末とする。)

(2)修了した者には、修了証書を授与する。

(3)修了者のうち修了者名簿の掲載について同意の得られたものに関しては、研修修了者として名簿を作成し、広く公開する。

【お問い合わせ先】

滋賀県立リハビリテーションセンター

〒524-8524 滋賀県守山市守山 5 丁目 4-30

Tel:077-582-8157 FAX:077-582-5726 E-mail:eg3001@pref.shiga.lg.jp

(シラバス)

科目名 地域共生社会に求められるリハ職 (600分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域 / 地域共生社会とは何か考えを述べるができる。 ・ 様々なライフサイクルの中で自助・共助・公助が絡み合うことの大切さを説明することができる。 ・ 地域共生社会の実現に求められているリハ職像を述べるができる。 ・ 様々な制度や社会情勢の中で、リハ専門職が活躍していることを知っている。
----------	---

内容	地域共生社会の実現に向けた動きと方向性 (60分)	【講義】
	政策研究大学院大学 教授 小野太一 氏	
	地域リハビリテーションの基本理念と地域共生社会に向けて地域で求められるリハ職 (90分)	【講義】
	神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏	
	地域共生社会の実現に向けて、先進的な取り組みを行うリハ職の実践 リハ職の視点を活かすー (90分×5コマ)	【講義】
	1. 白鳳短期大学 高畑脩平氏 OT (こども 行政・大学・企業・NPO との連携)	
	2. 岡山県津山市 安本勝博氏 OT (街づくり・地域づくり)	
	3. 医療法人清風会 就労支援センターonwArk 金川善衛氏 OT (就労支援)	
	4. 首都大学東京 信太奈美氏 PT (障害者スポーツ)	
	5. 東京大学医学部付属病院 22 世紀医療センター 川又華代氏 PT (産業保健)	

備考	<p>* 当日受講が困難な場合は DVD での補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる科目もあります。</p> <p>* 【講義】 行政関係者も受講することができる。</p>
----	--

科目名 地域リハビリテーションを推進する地域資源とその現状 (280分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 滋賀県の障害福祉の仕組み (理念・法律・サービス・地域での動き) について概要を知っている ・ 地域共生社会の実現に向けて活動する障害福祉の取り組みについて知っている
----------	--

内容	障害福祉を取り巻く法制度の概要の基礎～共生社会に向けて～ (60分)	【講義】
	滋賀県自立支援協議会 事務局長 中島秀夫 氏	
	滋賀県の障害福祉における政策とリハ職への期待 (40分)	【講義】
	滋賀県健康医療福祉部障害福祉課 課長 丸山英明 氏	
	滋賀県内の地域共生社会の実現に向けた先進的な取り組み (45分×4箇所)	【講義】
	1. 米原市地域包括医療福祉センター ふくしあ	
	2. やまなみ工房 【生活介護・就労継続 B 型】	
	3. カルビー・イートーク株式会社 【特例子会社】	
	4. 特定非営利法人 YASU ほほえみクラブ【総合型地域スポーツクラブ】	

備考	<p>* 当日受講が困難な場合は DVD での補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる科目もあります。</p> <p>* 【講義】 行政関係者も受講することができる。</p> <p>* 受講前に資源一覧表 (予定) を熟読し、講義に臨むことが求められる</p>
----	---

科目名 地域リハビリテーションの推進に求められる能力 (360分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域リハビリテーションを支える支援者の専門性や価値観を説明できる ・ リハ専門職の専門性を他の支援者に理解できるように説明することができる ・ 自らが勤める地域にどのような地域資源があるか調べ、述べるができる ・ 地域診断に必要な能力を述べるができる
----------	--

内容	リハ専門職に求められる多職種連携に必要な能力 (180分) 吉備国際大学保健医療福祉学部 作業療法学科 京極 真 氏 リハ専門職に求められる地域評価・診断の基礎 (180分) (予定)神戸学院大学 教授 備酒 伸彦 氏	【講義 & GW】 【講義 & GW】
----	--	----------------------------

備考	* については、滋賀県立成人病センター教育研修センターが実施した「医療専門職等育成研修」を修了したものは出席したものとみなすことができる。
----	---

科目名 地域リハビリテーションの推進に向けた実践 (1060分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 包括的に“人”や“地域”を見る視点を再確認することができる ・ リハ職が自らの視点を他職種に理解してもらえるような説明が行える ・ 地域での課題を解決するための方策を立案できる ・ これから地域でリハ専門職に求められる能力を述べ、自らのこれからの行動立案が行える
----------	--

内容	地域リハビリテーションマネジメント基礎演習 (180分) 神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏 現場見学 (260分×2) (5コースのうち2つを選択 *必須)リハセンター職員 地域リハビリテーションマネジメント実践演習 (360分) 神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏	【オリエン・課題】 【見学実習】 【プレゼン】
----	---	---------------------------------------

備考	* については関係者の聴講を可能とする *研修修了後に修了式を実施する
----	--

【カリキュラム総時間 2300分】

(スケジュール表)

平成29年 地域リハビリテーション人材育成研修会スケジュール

第1回	9月3日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：高畑 脩平 氏 14:35 受講者オリエンテーション 15:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第2回	9月10日(日)	9:55 挨拶 10:00 講義 講師：安本 勝博 氏 11:30 休憩 12:30 講義 講師：備酒 信彦 氏 14:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第3回	10月21日(土)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：小野 太一 氏 14:00 休憩 14:15 講義 講師：金川 善衛 氏 15:45 休憩 15:55 講義 講師：信太 奈美 氏 17:25 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第4回	10月22日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：丸山 英明 氏 13:45 講義 講師：中村 泰之 氏 14:35 講義 講師：外田 順一 氏 15:25 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第5回	10月28日(土)	10:55 挨拶 11:00 講義 講師：中島 秀夫 氏 12:00 休憩 13:00 講義 講師：山下 完和 氏 13:45 休憩 14:00 講義 講師：北村 克家 氏 14:45 休憩 15:00 講義 講師：川又 華代 氏 16:30 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第6回	12月17日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義&GW 講師：京極 真 氏 16:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
	未定(調整中)	リハ専門職に求められる地域評価診断の基礎 地域リハビリテーションマネジメント基礎演習 地域リハビリテーションマネジメント応用演習 現場見学実習 (各施設)	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室 など

*調整中の研修および見学実習は、決定次第受講者に連絡いたします。

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 29 年度分担研究報告書

VISIT データの活用方法に関する検討

研究代表者 川越雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）
研究分担者 水間正澄（輝生会 常務理事）
研究分担者 植松光俊（成城大学リハビリテーション学部 名誉教授）
研究分担者 能登真一（新潟医療福祉大学 教授）
研究分担者 山本克也（国立社会保障・人口問題研究所 部長）
研究分担者 菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【目的】

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集システム（以下、VISIT）のデータの利活用に関する検討を行うことを目的とする。

【方法】

VISIT データの活用を検討するに当たり、まず、生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべきプロセスの整理を行った。その上で、VISIT データを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的、ならびに VISIT データの分析・活用方法の検討を行った。

【結果】本検討を通じて

- 1) VISIT データ分析により、制度改正に向けたエビデンス構築、リハ事業所の質向上への活用、利用者の適切なサービス選択、意識改革（主体的な関与など）への貢献、計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じた、リハ職のマネジメント力強化への貢献、ケアプランの質向上への貢献が期待できること
- 2) 全国ベースでの分析により、リハ/リハマネジメントの実態の明確化、リハ/リハマネジメントの効果の検証、効果の高い介入方法の検証が可能となること
- 3) 利用者ベースでの分析により、主体的なサービスへの関与の促進、協働プロセスを通じた利用者を中心としたサービス提供の強化、利用者との共有プロセスを通じたリハ職の思考力やプレゼン力の強化が可能となること
- 4) 事業所ベースでの分析により、自事業所の利用者特性、サービス提供内容等の特徴に対する認識、自事業所のサービス効果の相対的なレベルに対する認識、これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、検証の支援につながること
- 5) VISIT 情報と介護保険総合データベースから得られる情報とを合わせることで、リハマネジメントの評価手法の見直しや計画手法の標準化が図られること

などがわかった。

【考察・結論】

本稿では、VISIT の本格的運用に向け、収集したデータの分析手法および事業所への分析結果のフィードバック方法を検討した。その結果、全国・事業所・利用者ベースでの分析により、効果的なリハマネジメント手法の検証と標準化、自事業所の特徴やパフォーマンスの認識を通じた事業所の質向上、利用者とリハ職間の協働プロセスの機能強化、リハ職の考える力と説明する力の強化が図られると考えた。

A. 研究目的

厚生労働省は、2015年4月にリハビリテーション(以下、リハ)及びリハマネジメントの機能強化を図るため、各種見直し(帳票を含む)を実施した。さらに、リハ及びリハマネジメントの質評価とその改善に向け、2016年度に「通所・訪問リハビリテーションの質の評価のためのデータ収集システム(以下、「VISIT」)」を構築するとともに、2017年度から試行的運用を開始した。2018年介護報酬改定では、リハマネジメント加算(～)の見直しが行われ、「リハマネジメント加算等に使用する様式のデータを、通所・訪問リハの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、フィードバックを受けること」を算定要件としたリハマネジメント加算()が新設された。

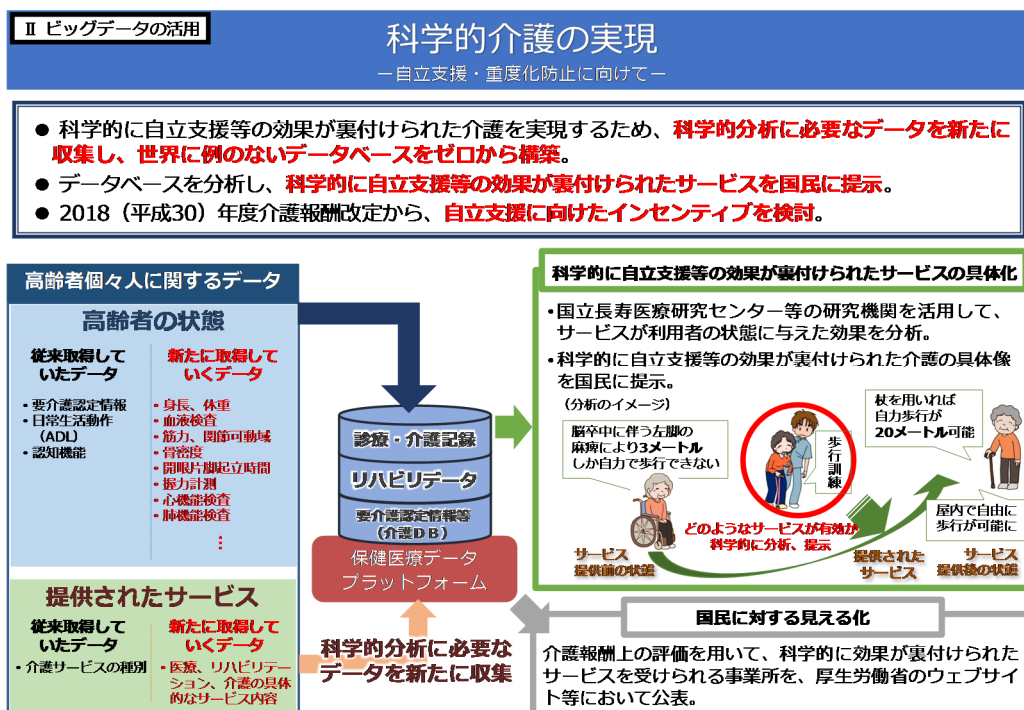
さて、2017年の未来投資会議において、介護に係る科学的データの収集とそれに基づく有効なサービスの分析等の仕組みを構築していくことが提唱された(図1)。本VISITはその「リハ版」と言えるものであり、また、他のサービスに先駆けて開発が進められていることから、同ツールは非常に重要な位置づけにあるものの、本格的運用を展開するためには、

VISITから収集されたデータをどのように分析するのか、
通所・訪問リハ事業所のリハマネジメントの質をたかめるため、どのような内容を
どのような方法でフィードバックしていくのか

などを検討しておく必要がある。

そこで、本稿では、生活期リハマネジメントに求められる機能を整理した上で、VISITデータを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用目的、ならびにVISITデータの分析・活用方法の検討を行った。

図1. 未来投資会議における議論について



(出典) 厚生労働大臣提出資料(平成29年4月14日 第7回未来投資会議)

B. 研究方法

VISIT データの活用を検討するに当たり、まず、生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべきプロセスの整理を行った。その上で、VISIT データを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的、ならびに VISIT データの分析・活用方法の検討を行った。

C. 研究結果

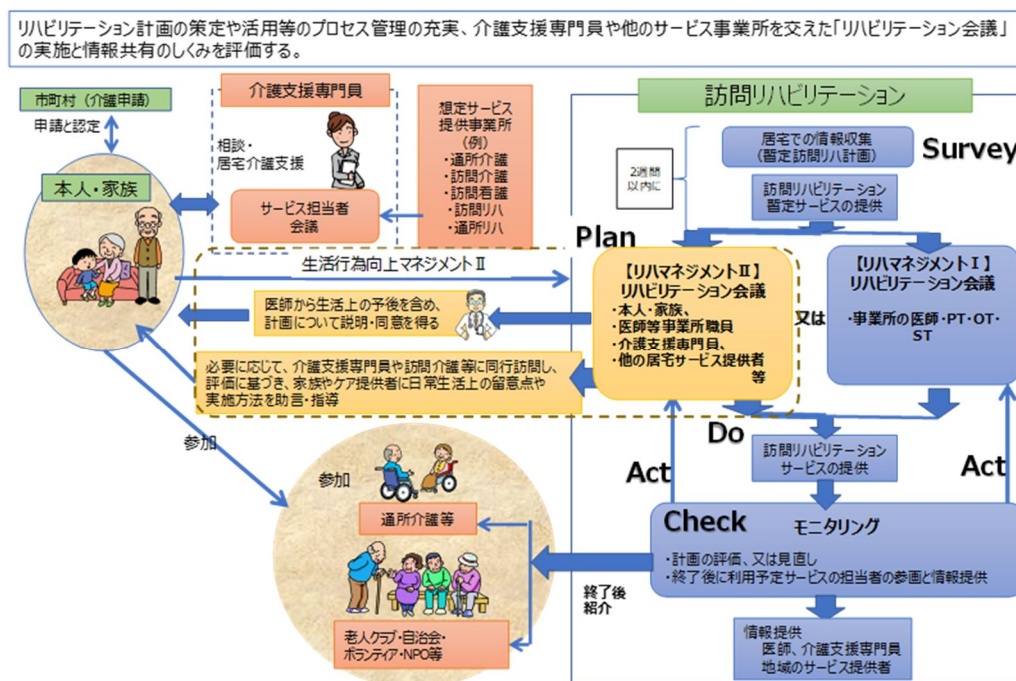
1. 生活期リハマネジメントに求められる機能

厚生労働省は、2014 年 9 月に「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」を立ち上げ、同検討会の中で、現在の生活期リハの問題点として、

- 高齢者の状態像やニーズの多様性に応じたリハが提供されていない、
- 身体機能に偏ったリハが実施され、「活動」や「参加」の生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハが提供されていない
- 訪問リハや通所リハなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供されていない
- 高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取り組みができていない
- などを挙げた。

その上で、2015 年の介護報酬改定において、「利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種の連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせる計画的に提供していく」といったリハマネジメント力強化を図った(図2)。

図2. 活動と参加に焦点を当てたリハマネジメントの機能強化



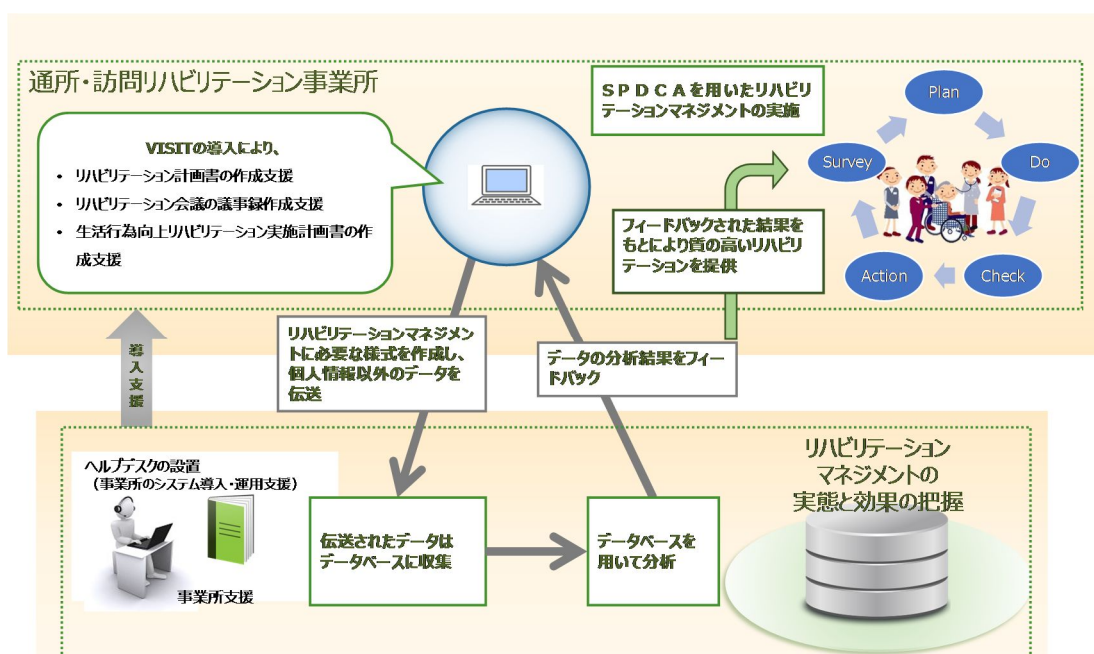
出所) 平成 27 年度介護報酬改定の概要 (案) (平成 27 年 3 月 3 日 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議)

2. VISIT 概要

厚生労働省は、リハ内容及び課題のコード体系を含んだシステム(VISIT)を開発し、2018年度から本格運用を開始した。同システムでは、通所・訪問リハ事業所が作成したりハに必要な様式(アセスメント票、リハ計画書など)に含まれる情報のうち、個人情報を除くデータがインターネットを介して各事業所から転送され、データベースに収集される仕組みとなっている。

これら情報と介護保険総合データベースから得られる情報とを合わせる等により、リハマネジメントの評価手法の見直しや計画手法の標準化が図られることとなる。

図 3. VISIT の概要



(出典) 通所リハビリテーションの報酬・基準について (平成 29 年 11 月 8 日 第 150 回社会保障審議会介護給付費分科会)

3. VISIT データ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的

1) データ分析の基本的視点

VISIT を通じて収集したデータは、通所・訪問リハの質の向上に繋がるとともに、制度見直しに向けた基礎データとしても活用していくべきものである。データ分析の基本的視点を以下に示す。

(データ分析の基本的視点)

リハ及びリハマネジメントの実態とその効果に関するエビデンスを構築する
(より効果的なリハ/リハマネジメント方法の検証と標準化を通じた質の向上)
リハマネジメントの質向上に貢献する

2) 分析結果の活用の目的

全国/事業所/利用者ベースでの分析に応じて、以下の目的での活用が考えられる。

(分析結果の活用の目的)

制度改正に向けたエビデンスとして活用する(全国ベースのデータ分析を通じて)
リハ事業所の質向上に活用する(リハ事業所ベースのデータ分析を通じて)
利用者の適切なサービス選択、意識改革(主体的な関与など)に貢献する(利用者ベースのデータ分析を通じて)
計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じて、リハ職のマネジメント力強化に貢献する(利用者ベースのデータ分析を通じて)
ケアプランの質向上に貢献する(ケアマネジャーへの情報提供を通じて)

4. VISIT データの分析、活用方法について

1) 利用者ベース分析

(1) リハマネジメントプロセスと利用者との協働の重要性

リハマネジメントの手順は、

- ・手順1: 本人・家族の意向の確認(〇〇がしたい/〇〇ができるようになりたい)
- ・手順2: 情報収集・アセスメント
(生活歴、心身機能、活動、参加、個人因子、環境因子、健康状態等)
- ・手順3: 課題設定・要因分析
- ・手順4: 合意形成・目標の共有(**利用者と目標を共有するプロセスが重要**)
- ・手順5: 計画作成
- ・手順6: モニタリング(介入効果の確認と利用者との共有)
- ・手順7: 計画の修正・振り返り

となる(表1)。

ここでの目標とは、専門職が設定する機能目標(例:下肢筋力を〇〇までにする)ではなく、利用者の生活目標であり、達成するのも利用者自身となる。したがって、目標を利用者とりハ職が共有する作業(目指したいこと、目指す地点を明確にすること)は非常に重要となる。また、現在の自分の状態はどの程度なのかを知ること(同じ状態像の対象者の中での相対的な位置付け)、一定期間ごとに到達点を相互に確認しながら今までの取り組みを振り返るとともに今後の取り組みを一緒に考えることも、利用者が主体的にリハに取り組むうえで重要となる。

(2) 利用者ベースのデータ分析の目的

利用者との協働を通じた利用者ベースのデータ分析の目的を以下に示す。

(利用者ベースのデータ分析の目的)

利用者の主体的なサービスへの関与を促進する

(目標・課題・介入目的・方法・結果の共有を通じて)

協働プロセスを通じて、利用者を中心としたサービス提供の強化を図る

利用者との共有プロセスを通じて、リハ職の思考力やプレゼン力の強化を図る(二次的な効果として)

(3) 利用者へのフィードバックのための帳票(案) について

利用者ベースのデータ分析結果を利用者にフィードバックするための帳票(案) として、リハビリテーションマネジメントサマリー(案) を提案する。リハビリテーションマネジメントサマリーは、リハ職のマネジメントの思考の強化も意図しつつ、マネジメントの思考過程に沿って、利用者にフィードバックする内容を整理している。

これらの帳票(案) について、今後、VISIT に実装し、利用者ベースのデータ分析結果を利用者にフィードバックすることを検討してはどうかと考える。

表 1. 生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価

段階	プロセス評価項目
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか
	家族の意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか
	領域別にアセスメントが適切におこなわれているか
	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）
	心身機能（身体機能・精神機能・健康状態（水分・血圧・栄養状態））
	活動（ADLとIADL、実行状況と能力）
	参加（仕事・社会交流・地域活動など）
	環境因子
	個人因子（生活歴・職歴・性格）
	上記の各領域をすべて網羅しているか
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか
生活行為の予後予測は適切か	
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か
	課題の根本原因の分析が妥当か
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか
	作業工程分析が適切におこなわれているか
	短期目標の解決に向けた実施内容になっているか
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか
	地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか
	短期目標が達成できているか
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか

表2. リハビリテーションマネジメントサマリー

リハビリテーションマネジメントサマリー		
利用者氏名		
		作成年月日
		作成者
【基本情報】		評価日
項目	内容	
・年齢 / 性別 / 要介護度		
・家族構成 / 主介護者		
・居住環境		
・生活歴		
・入院 / 病歴		
・趣味・関心領域 (チェックシートから)		
【本人・家族の意向と援助方針】		
項目	内容	
・利用者の希望		
・家族の希望		
・居宅サービス援助方針		
・居宅サービス計画上の課題		
・医師の指示		
【生活目標】		評価日
項目	内容	
最終到達点		
当面の生活目標 (短期目標)		
【生活障害が生じている要因分析 & 目標達成に向けたリハ計画】		
		評価日
	項目	内容
1	リハ課題	課題内容
		要因分析
		短期目標
		期間
	支援内容	リハビリテーション内容
2	リハ課題	課題内容
		要因分析
		短期目標
		期間
	支援内容	リハビリテーション内容
3	リハ課題	課題内容
		要因分析
		短期目標
		期間
	支援内容	リハビリテーション内容

【経過】						
アセスメント項目		開始時	2回目	3回目	4回目	5回目
		2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26
基本的動作	起き上がり	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	立位保持	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	床からの立ち上がり	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	移動能力（10m歩行）	60秒	60秒	60秒	60秒	60秒
他	服薬管理	自立	自立	自立	自立	自立
	HDS-R	30	30	30	30	30
ADL	食事	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	イスとベッド間の移乗	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	整容	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	トイレ動作	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	入浴	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	平地歩行	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	階段昇降	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	更衣	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	排便コントロール	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	排尿コントロール	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	ADL合計	100	100	100	100	100
IADL	食事の用意	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	食事の片付け	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	洗濯	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	掃除や整頓	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	力仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	買物	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	外出	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	屋外歩行	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	趣味	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	交通手段の利用	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	旅行	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	庭仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	家や車の手入れ	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	読書	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	
	IADL合計	45	45	45	45	45
【評価（本人）】						
目標の達成状況						
満足度						
【今後の目標 / 取り組み】						
生活目標						
今後の取り組み（本人）						
今後の取り組み（リハ職）						

2) 全国ベース分析

(1) 目的

全国ベースの分析では、生活課題に応じた効果的なリハ及びリハマネジメントの標準化に繋げるため、以下の点が分析の目的となる。

(全国ベースのデータ分析の目的)

リハ/リハマネジメントの実態を明らかにする(特性、課題、介入内容など)

リハ/リハマネジメントの効果を検証する

効果の高い介入方法を検証する(バリエーションを含め)

(2) 明らかにしたいこと

上記の分析の目的に基づいて、全国ベースの分析では、VISIT を通じて収集したデータ(興味・関心チェックシート、アセスメント、通所・訪問リハ計画書)から、サービスの全体像として以下の内容を把握、分析することが考えられる。

利用者の興味・関心領域

興味・関心チェックシートデータの分析から、興味・関心領域の特徴(性別、要介護度別、訪問/通所別等)を明らかにする。

利用者特性

アセスメントデータの分析から、利用者特性の特徴(性、年齢、要介護度、ADL、IADL、傷病等)を明らかにする。

リハ提供方法

通所・訪問リハ計画書データの分析から、課題領域(例:屋内移動等)に応じたプログラムの選定方法、リハ内容、提供時間等を明らかにする。

リハマネジメント方法

興味・関心チェックシートデータおよび通所・訪問リハ計画書データの関係性の分析から、興味・関心領域(例:旅行等)と課題設定や各課題に対する目標設定の関係性を明らかにする。

リハ/リハマネジメントの効果

アセスメントデータ、通所・訪問リハ計画書データ、さらに利用者ベースの分析内容の検討において作成したリハマネジメントサマリーデータ等の関係性の分析から、課題設定領域(例:歩行・移動等)と関連するADL(平地歩行/階段昇降/外出頻度等)の変化、改善可能性ありと判断したADLの変化、利用者の目標達成度/満足度等の関係性を明らかにする。

(3) 分析の例

分析の例として、全国ベースの利用者属性の実態把握・各種比較が可能となる(例:利用者の要介護度等の訪問リハ・通所リハ間比較等)。

図 4. リハ提供方法（課題領域とプログラムの関係性）の把握

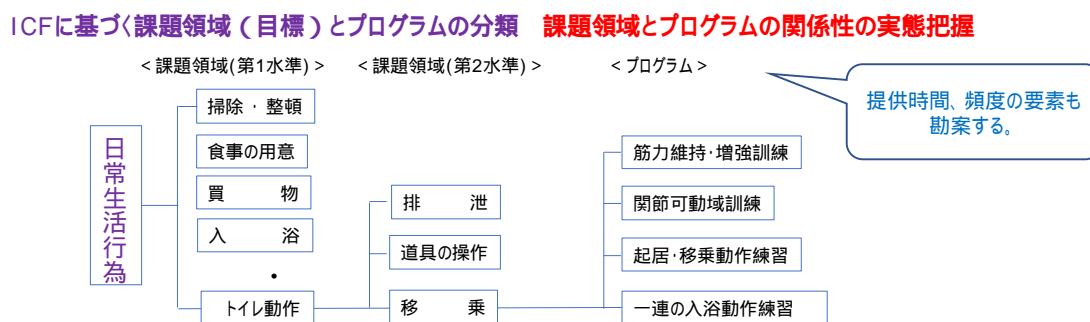
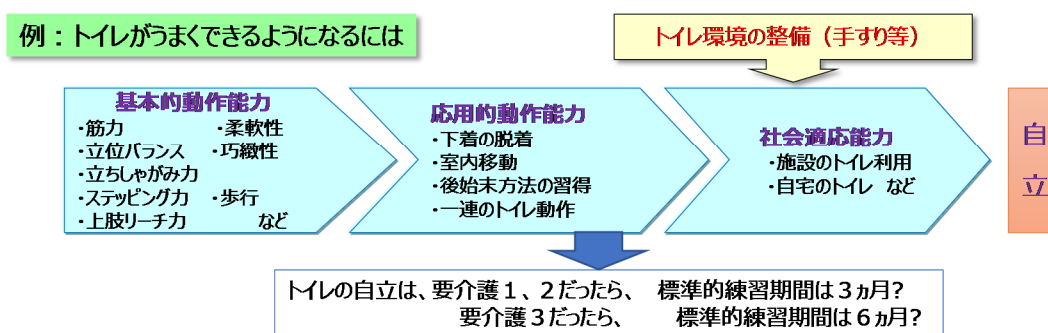


図 5. リハ提供内容とその効果の把握

○生活行為が自立するためのリハビリテーションの標準化⇒自立に要する期間の分布の把握



3) 事業所ベース分析

(1) 目的

事業所ベースでの分析では、全国の同一事業の平均値との比較を通じて、事業所/サービス提供の相対的なポジション、パフォーマンスを知ることが目的であり、分析結果を事業所にフィードバックすることで事業所のサービス改善策の検討、検証を支援する。

(事業所ベースのデータ分析の目的)

- 自事業所の利用者特性、サービス提供内容等の特徴を認識する（現状認識）
- 自事業所のサービス効果の相対的なレベルを認識する（課題認識）
- これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、検証を支援する

(2) 明らかにしたいこと

事業所ベースの分析では、以下の全国ベースの分析内容について、事業所単位で把握、分析することが考えられる。

(事業所ベースの分析内容)

- 利用者特性（性、年齢、要介護度、ADL、IADL、傷病等）
- 利用者の興味・関心領域の把握
- リハ提供方法の把握（課題領域に応じたプログラムの選択、リハ内容、提供時間）
- リハマネジメント方法（したい生活行為と生活目標の関係性等）
- リハ/リハマネジメントの効果（目標達成状況、ADL 等の変化、利用者の自己評価とその変化など）

(3) 分析の例

事業所ベースの分析では、全国ベースの分析結果(例:利用者の要介護度・ADLの訪問・通所リハ間比較)を事業所単位で把握、分析する。ただし、訪問/通所事業所別での分析では事業所特性も様々であることから、さらに、事業所特性のうち、以下の項目等によって事業所を区分し、それぞれ比較することが必要であると考えられる。

(分析軸とする事業所特性の例)

利用者の平均要介護度別

利用者の平均利用期間別

サービス提供時間区分別

加算(リハビリテーションマネジメント加算等)の算定状況別

事業所所在地の地域特性(人口規模、人口密度等)別

リハ職の配置・規模別(リハ3職種が配置されているか)

D. 考察

1. 質評価に向けた更なる分析の視点及び内容について

リハおよびリハマネジメントの効果を評価する上では、さらに効果の測定指標(どのような指標で効果を測定するのか)およびリスク調整項目(効果を比較する際に調整すべき属性は何か)について検討する必要があると考えられる。

(1) 効果の測定指標について

既存の帳票類から収集可能なADLやIADL、Barthel Index(BI)等の身体機能、生活機能に関する指標のほか、設定した目標に対する達成度、達成度に対する利用者の満足度、あるいはプロセスに対する満足度等によって効果を評価することも考えられる。

(2) リスク調整項目について

効果を評価するためには利用者の状態に関するリスク調整も必要である。ADLやIADL、Barthel Index(BI)等の身体機能、生活機能に関する指標によるリスク調整のほか、例えば、既存の帳票類から把握できない属性として、栄養状態や疾患の状況、また住居や家族等の生活環境・居住環境、経済状況、さらに他の介護サービスの利用状況等についてもデータ化して活用すべきと考える。

2. 他のデータベースとの連動について

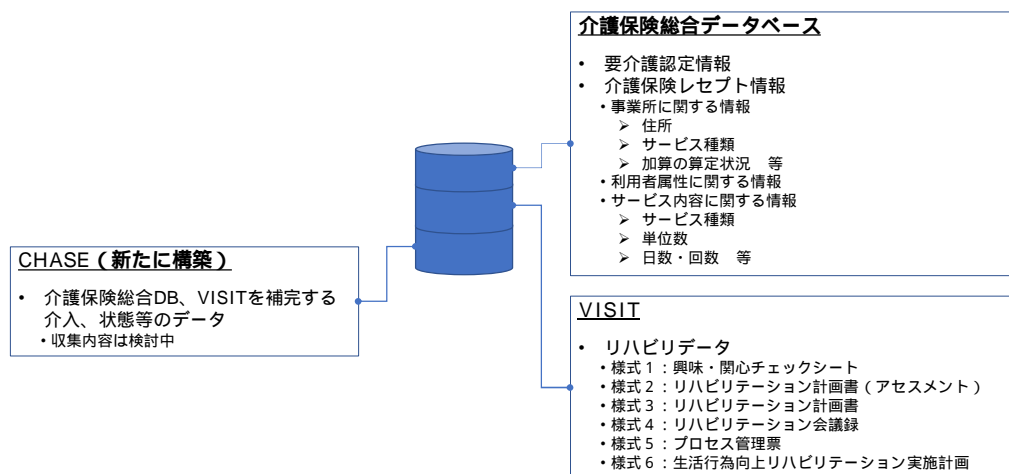
厚生労働省が開発している介護保険総合データベース(DB)は、要介護認定データを中核としつつ、介護保険給付費明細書(介護レセプト)データの統合を行った介護保険に係る総合データベースである。本データベースを用いた集計・分析により、介護サービスの利用実態、要介護認定者の健康状態による必要な介護サービスの実態等を把握することが可能である。VISITや介護保険総合DB等の介護領域のデータベースを連携させることで、将来的には、各データベースが保有するデータを活用し、さらなる分析が可能になると期待される。

特に、介護保険総合DBは介護保険レセプト情報として事業所に関する情報(住所、加算の算定状況等)や利用者のサービス利用に関する情報(利用しているサービス、単位数、日数・回数等)、VISITは利用者(訪問/通所リハの利用者)の状態(ADL・IADL等)やリハに関する情報(目標、具体的支援内容等)が格納されていることが特徴であり、これらを連携させることで、先に述べた事業所特性を分析軸とした事業所ベースの分

析や追加収集すべき項目を連結した分析等が可能であると考えられる。ただし、事業所ベースの分析において、分析軸として提案された事業所特性のうち、リハ職配置や定員数については、現時点で介護保険総合 DB から把握することができないため、既存の帳票類への項目の追加も検討することが必要と考えられる。あるいは、全ての事業所が報告対象でないこと、報告の時点が事業所によって様々であること等の一定のデータ制約があるものの、これらのデータは厚生労働省の介護サービス情報公表システムから収集可能であり、これを活用することも考えられる。

一方で、先に提案された追加収集すべき項目のうち、利用者の満足度や栄養状態、疾患の状況、生活環境・居住環境、経済状況等については、既存のデータベースやシステムにデータがなく、分析での活用を考えた場合、データの収集方法についての検討が必要である。例えば、VISIT において帳票類に項目を追加することや、主治医意見書やアセスメント様式等を電子化して活用すること等も考えられる。また、今後新たに構築されるデータベース CHASE において、栄養に関する項目やアセスメント等に関する項目を収集することが想定されており、将来的には VISIT と CHASE のデータ連携により、以上の項目も分析に活用できることが期待される（図 6）。

図 6. 介護領域のデータベースの連携



（出典）介護領域のデータベースの内容（平成 29 年 10 月 26 日 第 2 回科学的裏付けに基づく介護に係る検討会）を一部改変

E. 結論

本稿では、VISIT の本格的運用に向け、収集したデータの分析手法および事業所への分析結果のフィードバック方法を検討し、

- 1) 利用者との目標達成に向けた協働の強化、ならびにリハ職の説明力・考える力の強化を図るための、マネジメントの思考過程に沿って項目を整理した帳票(案)の提案
- 2) 全国ベースのデータ分析として、生活課題に応じた効果的なリハ及びリハマネジメントの標準化に繋げるため、利用者の興味・関心領域、利用者特性、リハ提供方法、リハマネジメント方法、リハ/リハマネジメントの効果等について分析することの提案
- 3) 事業所ベースの分析として、全国ベースの分析結果を事業所別に比較する際に考慮すべき分析軸について、利用者の平均要介護度、平均利用期間等のほか、加算(リハビリテーションマネジメント加算等)の算定状況、事業所所在地の地域特性(人口規模、人口密度等)、リハ職の配置・規模等の提案

を行った。さらに、上記の分析において必要と考えられた項目のうち、VISIT を通して収集できない項目の整理と介護保険総合データベース等のデータベースとの連携による収集・分析可能性について検討した。その結果、所在地、職員数、加算等の事業所情報や利用者のサービス利用状況(種類・量)については既存のデータベースやシステムから収集可能であり、分析に活用できると考えられた。一方、利用者の満足度、栄養状態や疾患の状況、生活環境・居住環境等については、新たに収集する方法の検討が必要であることが明らかとなった。

平成 30 年度の介護報酬改定では、VISIT へのデータ提出に係る評価が新設されたところである。本事業における検討、提案を踏まえ、今後、VISIT を通して収集されたデータを用いて試行的分析を実施し、さらなる分析方法の検討やフィードバック内容の実装が進展することが期待される。

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 29 年度分担研究報告書

ICF を活用したリハビリテーションカンファレンスの進め方

研究分担者 篠田道子 (日本福祉大学社会福祉学部 教授)

研究協力者 木村圭佑 (日本福祉大学大学院 実務家教員)

研究協力者 宇佐美千鶴 (日本福祉大学大学院 実務家教員)

【概要】

本調査の目的は、ICF (国際生活機能分類) を活用したリハビリテーションカンファレンスの目的、進め方を整理したうえで、生活機能の維持・向上を目指したカンファレンスのプロセスを「見える化」することである。リハカンファレンスのプロセスを5つのSTEP に分け、「ICF 整理シート」活用してポイントを整理・分析した。さらに、そのプロセスをDVD教材にまとめ、多職種連携教育に活用することである。

ICF を活用したリハカンファレンスのポイントは、「している活動」(実行状況)と「できる活動」(能力)に分けて分析すること、「参加」と「活動」との関係は「一対多」である。つまり、ひとつの「参加」を実現するには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れること、ICF は統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムであることから、職種による「役割解放」を生み出していること、リハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認した。

A.目的

本調査の目的は、ICF を活用したリハビリテーションカンファレンス(以下、リハカンファレンス)の目的、進め方を整理したうえで、生活機能の維持・向上に資するカンファレンスのプロセスを「見える化」することである。さらにそのプロセスをDVD教材にまとめ、多職種連携教育に活用することである。

DVD を活用することで、生活機能の維持・向上を目指す担い手が、ICF を活用したリハカンファレンスの目的と進め方、3つの生活機能、個人因子、環境因子の相互作用を多職種チームで共有し、「参加」を目指すリハビリテーションの体感が期待できる。

ICF を多職種連携教育の共通ツールとした理由は、ICF は「生物・心理・社会レベル」を包括した概念であり、「医学モデル」と「生活モデル」の統合モデルであること、生活機能の維持・向上を目指したツールであること、「リハビリテーション総合実施計画」など診療報酬や介護報酬で評価されていることから、実践現場に定着していると判断した。

B.対象および方法

- 1) ICF を活用したリハカンファレンスの目的、進め方について、大学院で ICF とマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職 3 名で検討した。
- 2) リハカンファレンスの事例を作成し、医療・福祉職 5 名のフィードバックを受け、事例をブラッシュアップした。
- 3) 上田が開発した「ICF 整理シート」(図 1) にそって多職種が参加するリハカンファレンスを、5 つの STEP に分け、生活機能の維持・向上を目指すポイントを整理した。
- 4) 3) のポイントに沿った DVD を作成した。
 - ・撮影日時：2018 年 2 月 21 日(水) 18:30~22:30
 - ・撮影場所：日本福祉大学名古屋キャンパス
 - ・登場人物：大学院で ICF とマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職 13 名が登場した。・内訳は以下の通りである。
 - (回復期リハ病棟) 主治医、病棟師長、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、MSW
 - (在宅): 介護支援専門員、訪問看護師、訪問理学療法士、サービス提供責任者
 - (本人・家族): 利用者本人、その妻、長男
- 5) 配役には、生活機能維持・向上を目指すリハビリテーションの視点を、役割に引き付けながら発言するよう依頼した。
- 6) 撮影終了後、映像と音声を再生し、ICF に理解があり、カンファレンスを多く経験している医療・福祉職 3 名によって内容を分析した。内容分析は映像と音声を見ながら複数回実施した。

(倫理的配慮)

撮影協力者に対し、DVD 作成の目的と方法について書面と口頭で説明した。協力は自由な意思であること、参加を断っても不利益は一切生じないこと、成果物である DVD は教育目的で公開することがあることを説明し、承諾を得た。

C.結果

以下の事例を作成した。

【事例概要】

75歳男性。2年前に庭の植木の剪定中に脚立から転落後、下肢の痛みと歩行困難から基幹病院に緊急搬送され、右の大腿骨転子部骨折と診断される。手術後に回復期リハ病棟を經由して自宅退院となる。退院後は要支援1と認定されるも、入浴以外のADLは自立（歩行時は杖を使用して自立）しており、週2回のデイサービスの利用のみで自宅にて妻（73歳）との二人暮らしも継続できていた。しかし、4か月前の朝にベッドの近くで転倒しているところを妻が発見する。起き上がり不可のため基幹病院に救急搬送される。画像診断により脳出血（左内方後脚）が発見される。状態安定するも右片麻痺、構音障害、嚥下障害残存のため、3か月前に回復期リハ病棟へ転棟しリハを継続している。今回、妻と自宅での生活を継続できることを目的に、2週間後の自宅退院に向けて多職種での支援を検討することとなった。本人希望：自分の好きな物を食べられるようになりたい。通い慣れたデイサービスの利用を継続したい。

家族（妻）希望：本人が望むようにさせてあげたい。

次に、ICF を活用したリハカンファレンスは、マネジメントのプロセスに沿って、5つのSTEP に整理した。

1．STEP 1：リハカンファレンスの目的

リハカンファレンスの目的を5つに整理した。

ICF を用いた全人間的理解

ICF に基づいた個別性の尊重

利用者と家族の最良の利益を実現するための課題解決

ICF を活用したチームアプローチの向上

民主的な手続きと丁寧な合意形成

2．STEP 2：多職種チームによるアセスメント

利用者本人と家族の意向を確認し、多職種チームでアセスメントを行った。アセスメントのプロセスを整理するために、上田が作成した「ICF 整理シート」（図1）を活用した。

アセスメントのポイントは以下の4点である。

「ICF 整理シート」に沿って、利用者の全体像を整理した。

「活動」は、「している活動」（実行状況）と「できる活動」（能力）に分けて分析した。

視聴者への理解を促すために、「訓練室ではできたので、自宅でもできる」と主張する言語聴覚士と作業療法士と、「している活動」と「できる活動」は別物であり、この2つを区別することが重要、と主張する訪問理学療法士とのコンフリクトを演出した。

「参加のニーズ」（その人が必要としている参加の状況）が最も重要で、参加との関係で「環境のニーズ」（必要としている環境）も重要であることを確認した。

プラス面（潜在的な能力）を引き出して伸ばす。さらに、プラスの環境因子を見つけ活用する視点を多職種で共有した。

3 . STEP 3 : 「参加」を実現するための目標設定

「活動」レベルにとどまることなく、「参加」レベルの目標を設定することを確認した。
本事例では、「庭いじり」と「デイサービスに通って将棋をする」を参加目標とした。

4 . STEP 4 : 「参加」を実現する「活動」と支援内容の具体化

「参加」は目的であり、「活動」は手段、「心身機能・構造」はその要素であることを確認した。

「参加」と「活動」との関係は「一対多」である。つまり、ひとつの参加を実現するには多数の活動が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れることを、共通理解した。

そのうえで、本事例でも「庭いじり」「将棋」という目標を実現するためには、屋内外での歩行・移動を増やしたり、セルフケア（排泄、更衣、コミュニケーションなど）を高める必要がある。

5 . STEP 5 : 多職種チームとの合意

合意した目標と支援策を多職種チームで共有した（図2）。
本人・家族の了承を得て、閉会の挨拶を述べた。

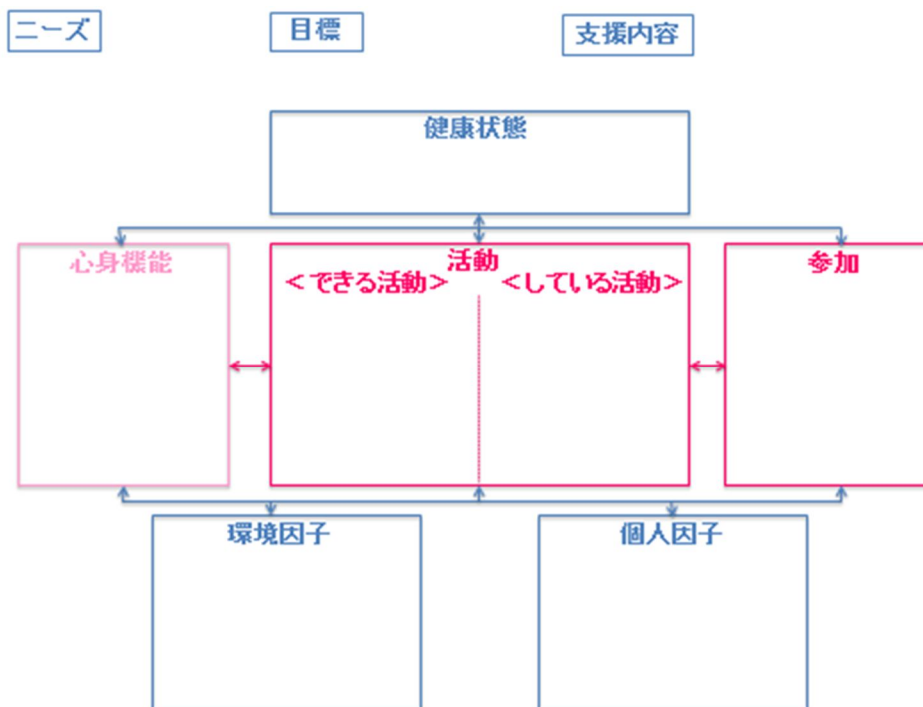


図1 ICF整理シート (STEP 2)

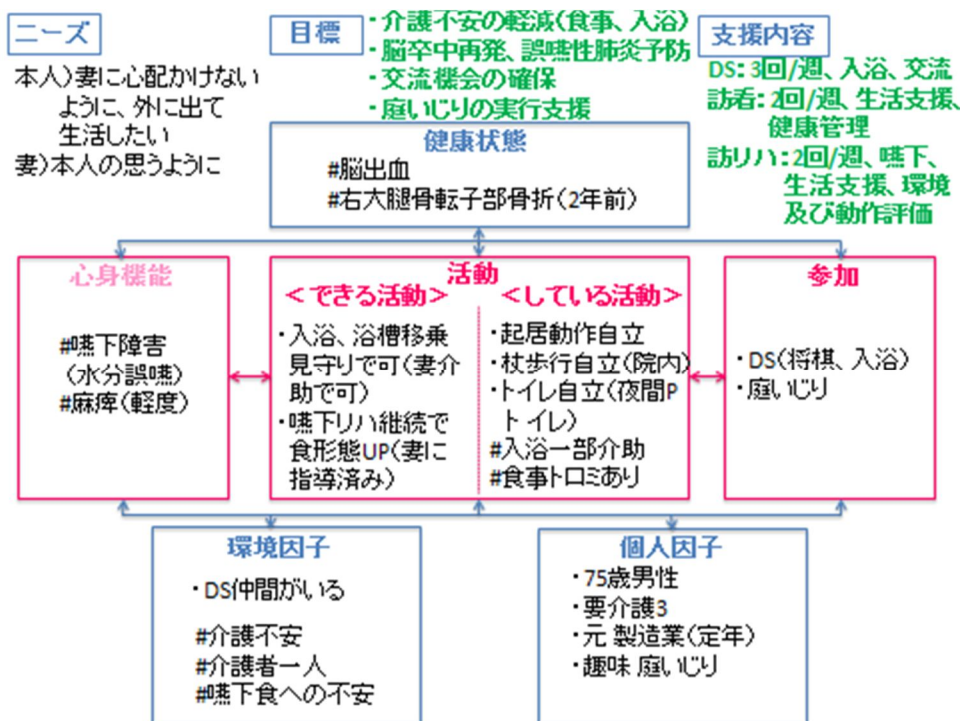


図2 ICF整理シート (STEP 5)

D.考察

1. ICFを多職種連携のツールとしたカンファレンスの意義

ICFのような統合モデルを伝授するには、一職種だけでは限界がある。統合モデルや共通言語は、教え込むのではなく、多職種による意見交換を通して、一つひとつのSTEPを踏みながら、合意形成していくものである。

職種による意見の対立(コンフリクト)を演出し、対立を解消するプロセスを描き出すことで、ICFの理念と目標を強調した。多職種にはその職種が大切にしている判断基準や目標があり、これらを否定することなく、「参加」という目標にたどり着くまでのプロセスをDVDでは描き出した。

また、ICFは統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムであることから、職種による役割分担を強調していない。リハ職が介護を行う、看護・介護職がリハビリを行うという役割の重なりをあえてつくり出している。これは多職種連携が進んだ「役割解放」である。「役割解放」とは、ある職種の固有の役割を、違う職種が意図的かつ計画的に行うことであり、役割の重なりと同義語である。

多職種チームの場合、一人ひとりの専門性は高いが、各職種の仕事が分業化され、自己完結的に提供されやすい。役割分担をきっちりさせると、縦割りに陥り、重要な課題が専門性の狭間に落ちてしまうことがある。統合モデルでは、目標を達成するためには、役割の重なりを認めることが必要である。

2. リハ職以外の職種による活動量を増やす

ICF のコンセプトを具現化する退院時カンファレンスでは、リハ職がファシリテーターを担うことが望ましい。しかし、退院時カンファレンスのリハ職の参加率は低いのが現状である。川越ら(2011)の調査によれば、退院時カンファレンスのリハ職の参加率は、急性期病床 27.4%、回復期 76.4%、療養病床 49.1%と、回復期リハ病棟以外では参加率は低い。また、生活機能の維持・向上のためには、リハ職だけの関わりだけでは十分な活動量が確保できない。特に、回復期リハ病棟以外の施設は、リハ職による個別リハは格段に少ないのが現状である。

「参加」と「活動」との関係は「一対多」であり、ひとつの参加を実現するためには多数の活動が必要になる。そのため、看護・介護職と協力し、フロアでの活動量を推進させる取り組みが効果的になる。

リハ職と看護・介護職が同じフロアで活動することが望ましいが、現実的には難しい。そのため、ICF を活用したリハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高めていくことが望まれる。

E. 結論

本調査から得られた結論は以下の通りである。

ICF を活用したカンファレンスのポイントは、「している活動」(実行状況)と「できる活動」(能力)に分けて分析すること、「参加」と「活動」との関係は「一対多」である。つまり、ひとつの「参加」を実現するには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れること、ICF は統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムであることから、職種による「役割解放」を生み出していること、リハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認した。

【文献】

- ・上田敏(1995):『リハビリテーション医学の世界』三輪書店
- ・上田敏(2018):日本福祉大学大学院特別公開セミナー「ICF(国際生活機能分類)の理解と活用」,2018年1月13日・14日資料
- ・川越雅弘他(2011)「要介護者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況」.理学療法学 26(3),P 387-392.
- ・障害者福祉研究会編集(2002)『ICF 国際生活機能分類 国際障害分類改定版』中央法規

F.健康危険情報 なし

G.研究発表 なし

H.知的所有権の出願・登録状況 なし

【資料：DVDの概要（抜粋）】

ICFを活用した リハビリテーションカンファレンス

— ICFをはじめて学ぶ人に —

登場人物

鶴舞リハビリテーション病院（回復期リハ病棟）

 <p>理学療法士 木村</p> <p>ICFを理解し実践する 回復期リハ病棟の 中心的存在</p>	 <p>主治医 大田</p> <p>ベテランの リハビリテーション医</p>	 <p>病棟看護師 井村</p> <p>経験豊富な主任 看護師</p>
 <p>作業療法士 浅井</p> <p>機能障害の改善を 目指すリハビリを 実践</p>	 <p>言語聴覚士 鈴木</p> <p>医学モデルに もとづく選択肢を 提案</p>	 <p>医療ソーシャルワーカー 手島</p> <p>クライアントや家族の ところを重視して チームケアを 実践</p>

登場人物

クライアント

 <p>南さん(75)</p> <p>妻と自宅で暮らしたいと願いリハビリに励む。 妻に心配をかけたくない。入院前のようにデイサービスで 仲間と時間をしたり外に出て思いしりをしたいと考えている。</p>	
 <p>南さんの妻(73)</p> <p>夫の意うようにして あげたいが介護不安を 抱える</p>	 <p>南さんの長男</p> <p>介護の協力は難しいが 両親の生活を楽にする</p>

登場人物

在宅支援



ICFを活用したリハビリテーション カンファレンスの目的

このカンファレンスでは、
クライアント・家族の最良の利益を実現するため、
多職種チームがICFを用いてアセスメントをし、
課題解決策について話し合います。

「統合アセスメントを考える会」研修会の実施状況とその評価

研究分担者 白倉 京子（埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授）
田口 孝行（埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授）
柴山志穂美（埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授）
水間 正澄（医療法人社団輝生会 常務理事）
村尾 浩（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）
研究協力者 海老原直子（埼玉県立大学研究開発センター）
研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院 兼 研究開発センター 教授）

【目的】多職種協働においては、各専門職がそれぞれ得意とするアセスメント力を統合することにより、効率的・効果的なケアマネジメントの推進が図れると考えられる。本研究では、リハビリテーション（以下、リハ）ならびにリハマネジメント向上のための教育・研修プログラム開発のため、テキスト案をもとに多職種参加の研修会を実施し、疾患に伴う生活障害・生活機能を、多職種の視点を踏まえて俯瞰的にとらえる力をつけることと、多職種の視点を総合化することを目的とした。

【方法】主にリハビリ職やケアマネジャーを中心に関係団体等を通じて参加者を募り、東京都内で研修会を定期開催した。平成 29 年 7 月にキックオフ会議を開催した後、8 月より毎月土曜日ないし日曜日に、13:00-17:00 に計 9 回の研修会を実施した。研修会は毎回 1 疾患を対象とし、第 1 部は対象疾患を抱える生活障害者の全体像をつかむための講義形式、第 2 部は研修講義を踏まえた事例検討（毎回 1 事例、合計 9 事例）と 2 部構成として実施した。講義は毎回、医師、薬剤師、看護師、栄養士、リハ職等の専門職が担当した。各研修会実施後に、研修会の評価を測るため事後アンケートを実施した。

【結果および考察】参加者総数は延べ 161 名で、その内訳は、理学療法士が約 40%、作業療法士が約 17%、言語聴覚士が 4%、看護師が約 16%、ケアマネジャーが 7%、その他の職種が約 16%だった。今回実施した研修は、第 1 部の専門職による講義については「疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」という肯定的な意見が多かった。2 部の事例検討については「基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードに ICF で事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった」「事例検討では各々専門職の視点を学ぶことができた」との肯定的な意見が大半であった。

疾患を抱える生活障害者の全体像を把握するには、疾患ごとにアセスメントすべき事項を多職種で検討する必要がある。臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の研修を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられる。生活障害者に質の高いケアを行うためには、各職種によるアセスメントすべき内容を統合化し、多職種で連携することが必要である。リハ職が総合的にマネジメントできるようにするためには、今回の研修会のような臨床家を対象とした多職種による講義と事例検討会等の卒後教育、及び、養成教育機関による多職種のアセスメント内容やそれらを統合的にとらえるマネジメント能力を養うカリキュラムなどの対策を検討していくことが必要である。

A. 研究目的

リハビリテーション（以下、リハ）ならびにリハマネジメント向上のための教育・研修プログラム開発のため、テキスト案をもとに多職種参加の研修会を実施し、テキスト内容や研修方法に対する評価を行うものである。パーキンソン病を抱える生活障害者の全体像を把握すること、各専門職がどのような視点でアセスメントをするのか、何のためにどのような情報が必要なのか、療養者のケアに多職種で連携する上で必要なアセスメントの力をつけることを目的とする。

B. 方法および内容

平成 29 年 8 月 27 日を第 1 回の研修開催日とし、平成 29 年 2 月末までに 9 回の研修会を実施した。研修会は第 1 部を講義形式、第 2 部は参加者を交えたワークショップ形式の 2 部構成で実施した。開催日時および研修会で取り上げた疾患およびを表 1 に示す。

表 1 スケジュール

	日にち	時間割	対象疾患
第 1 回	H29. 8.27 (日)	14:00～15:55 講義 16:00～16:30 事例検討 当事者との意見交換会	パーキンソン病
第 2 回	H29. 9.17 (日)	14:00～16:00 講義 16:05～16:40 事例検討	脳血管疾患
第 3 回	H29. 9.24 (日)	14:00～16:15 講義 16:20～16:50 事例検討	心不全
第 4 回	H29.10.28 (土)	14:00～16:15 講義 16:20～16:50 事例検討	骨折
第 5 回	H29.11.18 (土)	14:00～16:10 講義 16:15～16:45 事例検討	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
第 6 回	H29.11.26 (日)	14:00～16:10 講義 16:15～16:45 事例検討	認知症
第 7 回	H29.12.16 (土)	14:00～16:15 講義 16:20～16:50 事例検討	悪性腫瘍
第 8 回	H30. 1.21 (日)	14:00～16:20 講義 16:25～17:00 事例検討	筋委縮側索硬化症 (ALS)
第 9 回	H30. 2.25 (日)	14:00～16:00 講義 16:00～16:30 事例検討	精神疾患

研修会は 2 部構成とし、第 1 部は、各疾患を有する生活障害者の全体像を把握することを目的に、毎回医師、薬剤師、看護師、栄養士、リハビリ職（理学療法士・作業療法士等）など 4～6 名の専門職による講義を実施した。主な講義内容を表 2 に示す。

表2 主な講義内容

医師	疾患のメカニズム、病態・症状、診断基準、治療法、重症度ステージ等
薬剤師	治療薬、薬剤性疾患、副作用、ポリファーマシー等
看護師	看護師のアセスメントの視点（全身状態の把握、患者・家族の心理・社会的側面の把握）、病期・病態・重症度に応じたケアのポイント等
理学療法士	疾患の進行と生活機能障害度、機能障害・運動障害へのアプローチ、呼吸リハ、転倒予防等
作業療法士	作業機能障害、生活動作の工程分析、ポジショニング等
言語聴覚士	嚥下機能のアセスメント、機能維持・向上のためのアプローチ等
栄養士	三大栄養素の特徴と問題点、栄養素の消化吸収、栄養管理のポイント等
当事者	日常生活の実際、専門職に期待すること

講義の具体例として、第1回パーキンソン病では各講師の講義内容は以下の通りであった(表3)。

表3 パーキンソン病 講師別講義内容

講師	主な講義内容
医師	パーキンソン病のメカニズム、病態、診断基準、パーキンソン病の4大症候（運動症状）・非運動症状、重症度ステージ、経過、治療方法、ウェアリングオフとジスキネジア、症状日記
薬剤師	主な治療薬（ドーパミン作動薬、阻害薬、ドーパミン放出促進薬、ノルアドレナリン作動薬、抗コリン薬、アデノシンA _{2A} 受容体拮抗薬、NA作動薬）の特徴と副作用、薬剤性パーキンソニズムの原因薬物とその特徴
看護師	看護師のアセスメントの視点（全身状態の把握、症状・出現状況・程度の観察、薬の効果と副作用の観察、患者・家族の心理・社会的側面の把握）、症状アセスメントのポイント、食事、病期・病態・重症度に応じたケアのポイント
理学療法士	パーキンソン病の経過と生活機能障害度・Hoehn & Yahr 重症度分類、運動症状の特徴とリハ職のアプローチ、非運動症状とリハ職のアプローチ
当事者	日常生活の実際、専門職に期待すること

なお、各講義の資料は巻末に参考資料として掲載する（巻末資料1）



図1 研修会第1部 講義風景

第2部は、第1部の講義内容をふまえて、疾患を有する生活障害者事例(各疾患について、毎回1事例)について、その方の全体像を専門職としてどのように捉えていくか、ICFの6分類をベースに各専門職のアセスメントの視点とその統合について参加者と検討した。

まず参加者には事例シートを配布し、事例概要を読み込んでもらった。またICFの6分類(健康状態、心身機能・構造、活動、参加、環境因子、個人因子)に基づき、事例概要をホワイトボードに書き、対象者の全体像をとらえアセスメントするためにはどのような情報が必要か、またなぜその情報が必要なのかといった参加者の意見を追記し、出された意見を可視化することで参加者全体の共有を図った。

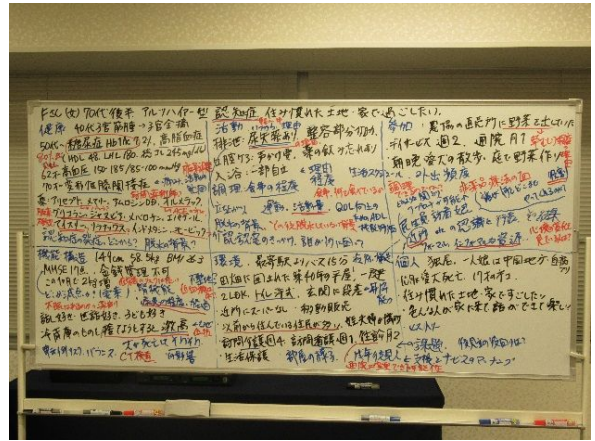


図2 研修会第2部 事例検討風景

C. 結果

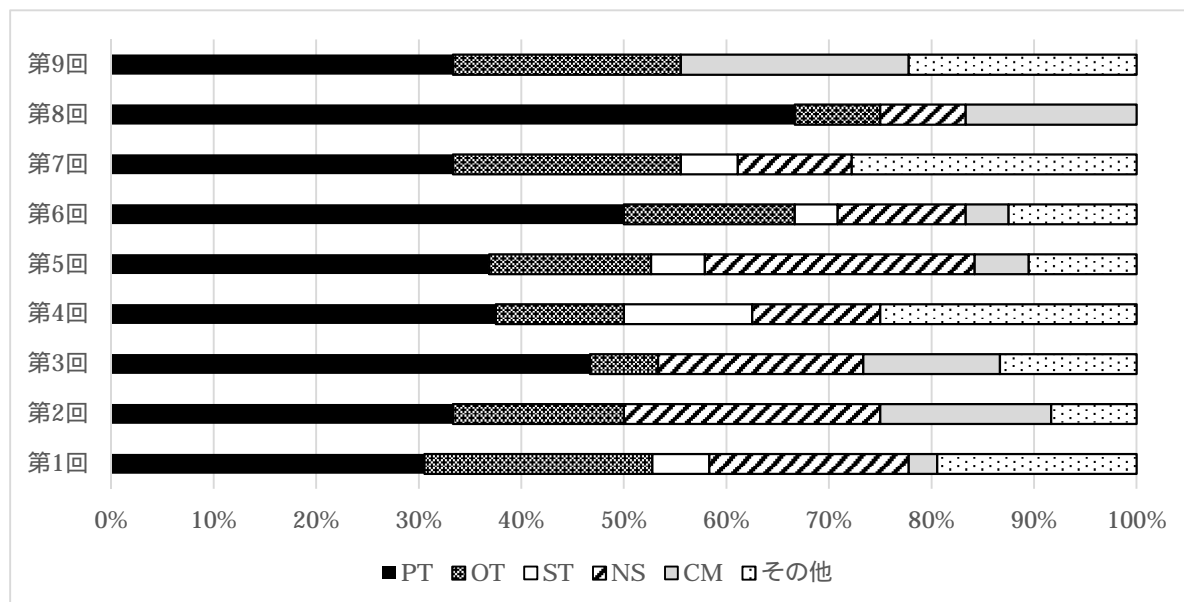
1) 参加者の人数と職種

各回の参加者人数および参加職種は以下の通りであった(表4)。

表4 参加人数と職種

職種	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	合計	%
PT	11	4	7	6	7	12	6	8	3	64	39.8
OT	8	2	1	2	3	4	4	1	2	27	16.8
ST	2	0	0	2	1	1	1	0	0	7	4.3
NS	7	3	3	2	5	3	2	1	0	26	16.1
CM	1	2	2	0	1	1	0	2	2	11	6.8
その他	7	1	2	4	2	3	5	0	2	26	16.1
合計	36	12	15	16	19	24	18	12	9	161	100

図3 参加者職種別内訳



2) 事後アンケート

(1) 回答者の概要

各研修会実施後に、研修会の評価を測るため事後アンケートを実施した。

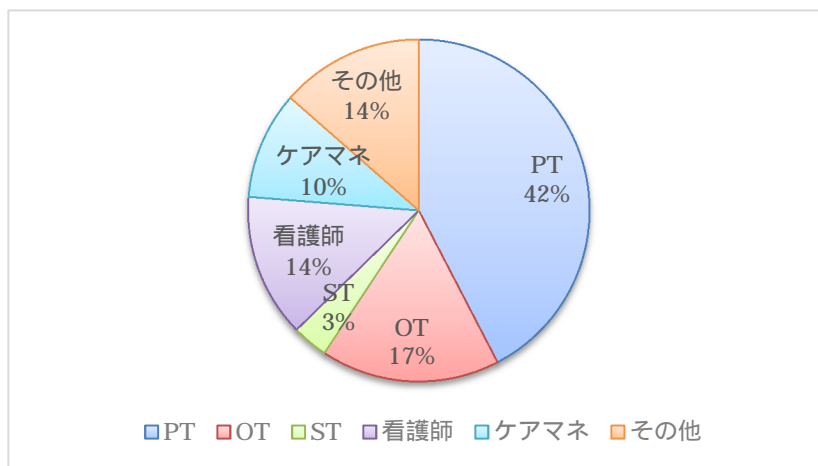
第1回～第9回の事後アンケート回答者は延べ118名(回答率はのべ参加者の73.3%)であった。

職種の内訳を以下に示す(表5、図4)。

表5 事後アンケート回答者

職種	人数
PT	50
OT	20
ST	4
看護師	16
ケアマネ	12
その他	16
合計	118

図4 事後アンケート回答者(職種内訳)



(2) 研修内容についての評価

医師、薬剤師等の各専門職による講演内容をどの程度理解できたか、また各講義内容をどの程度認知していたかについて、講義担当の職種ごとに回答者の職種(PT, OT, 看護師、ケアマネジャー)別にまとめた結果を以下に示す(図5、図6)。事後アンケート用紙を資料として巻末に掲載する(巻末資料2)。

図5 各講義内容の理解度（職種別）

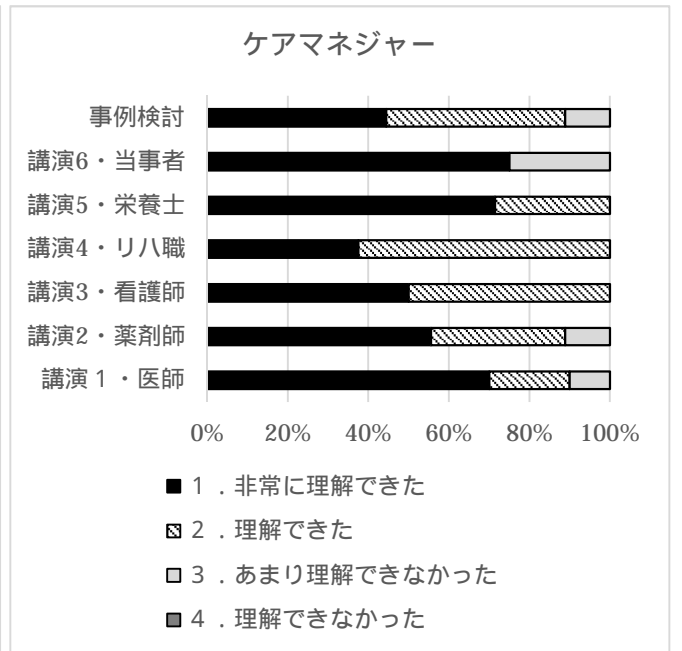
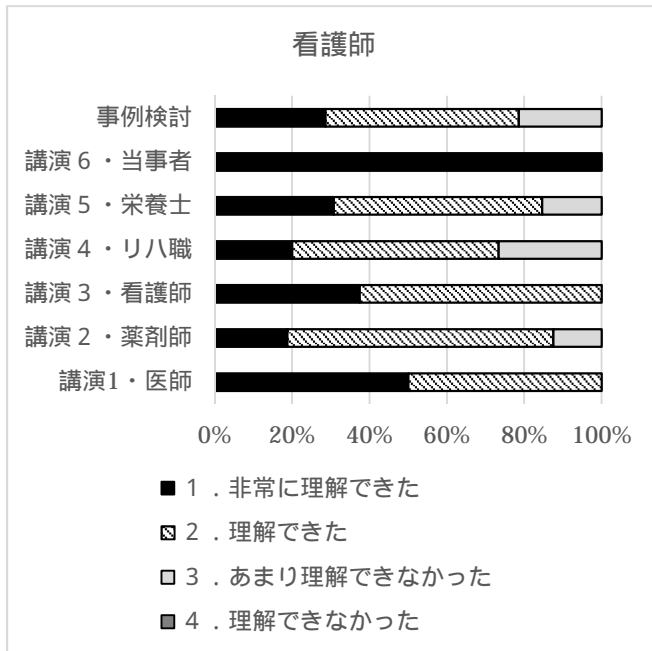
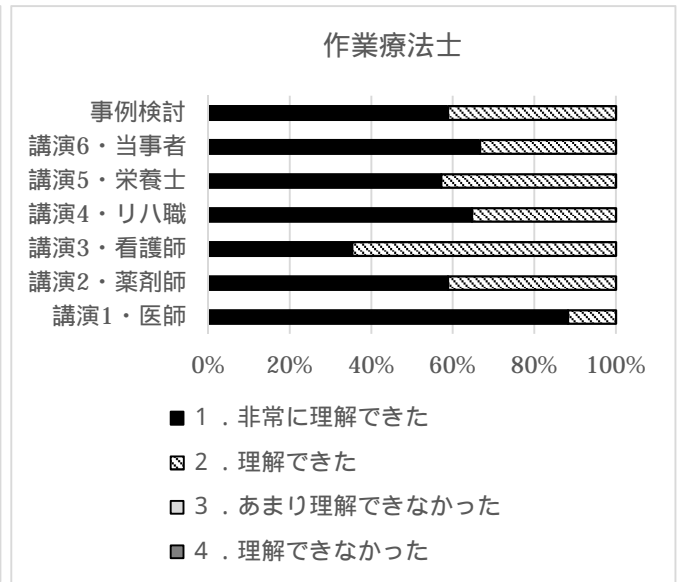
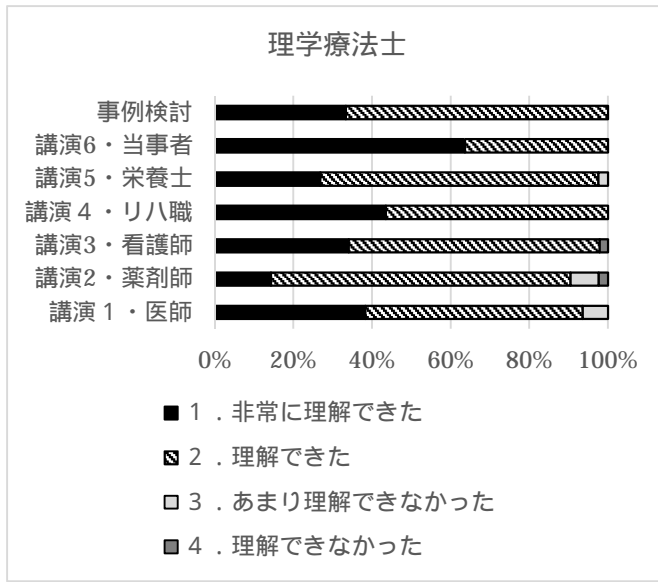
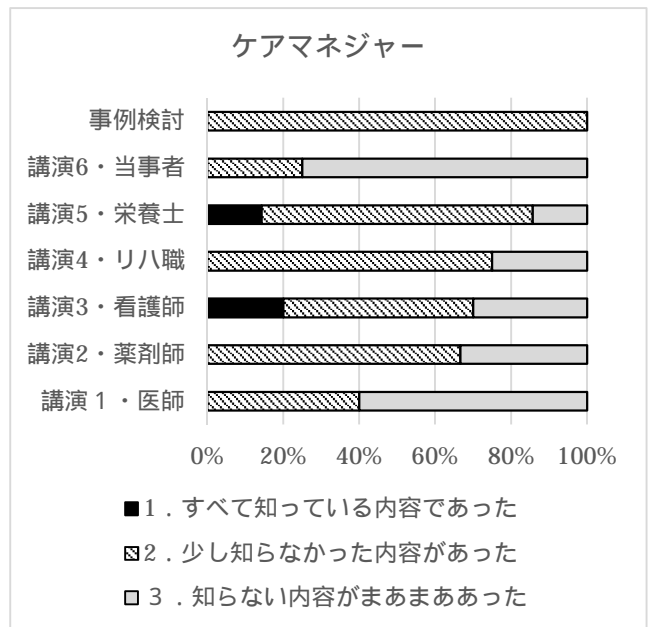
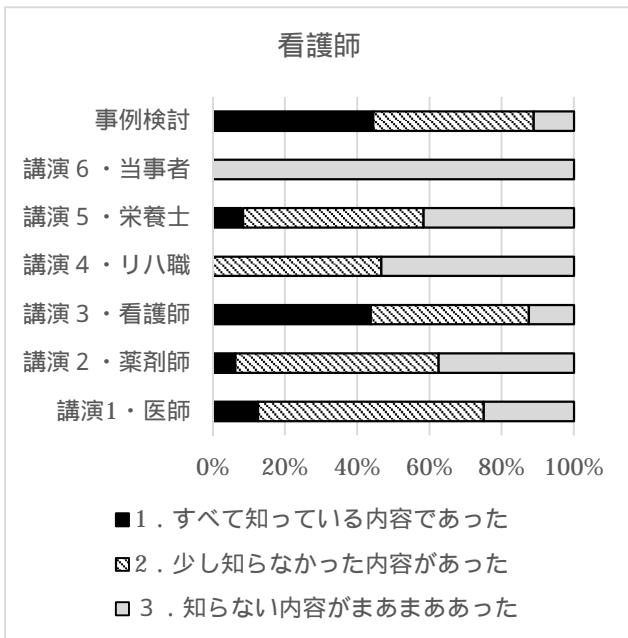
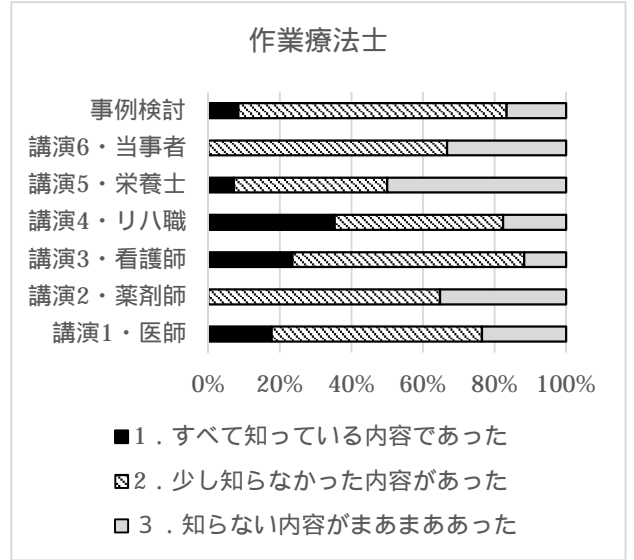
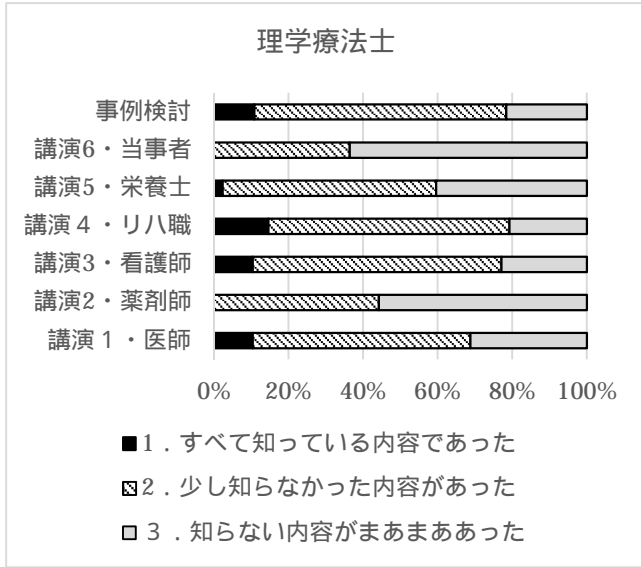


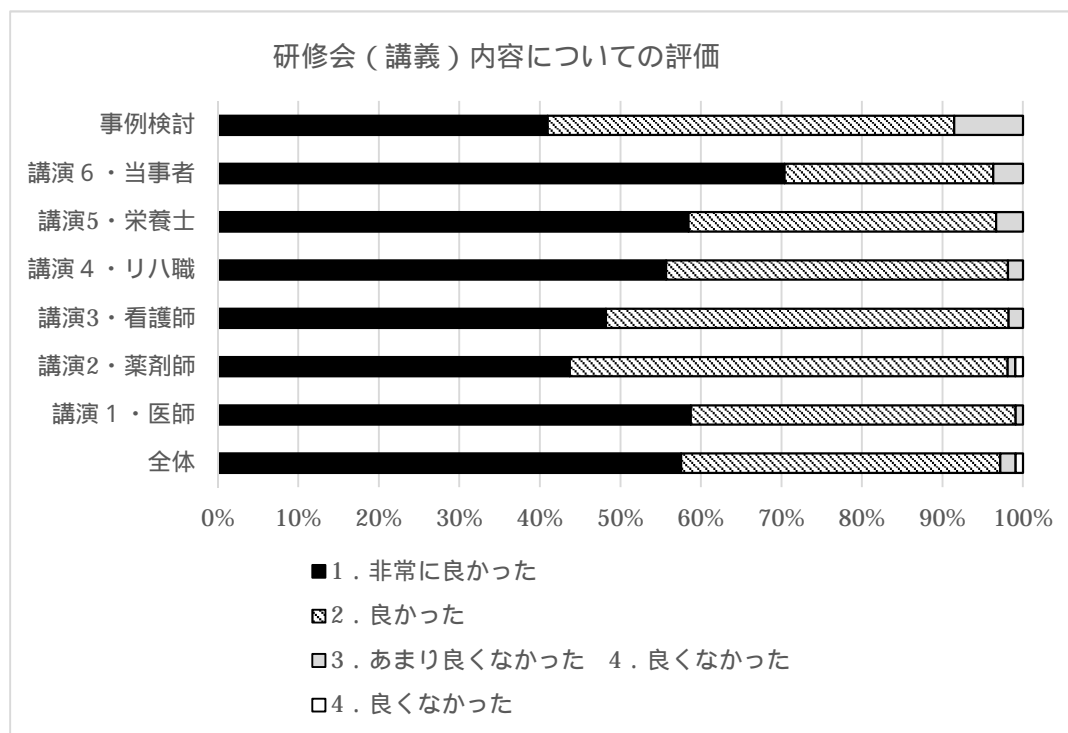
図6 各講義内容の認知度（職種別）



(3) 研修に対する意見

研修会（講義）についての評価は、90%以上の回答者が非常に良かった・良かったと回答した。研修会全体、各専門職による講義および事例検討別の評価について図7に示す

図7 研修会内容についての評価



本研修会で実施した事後アンケートでは、各講義内容ならびにプログラム全体についての意見も回答してもらった。第1回～9回と通じて回答者から寄せられた自由記載による意見の主なものを表6に示す。

内容面については、1部の専門職による講義については1.疾患についての理解と2.多(他)職種の視点についての学びに関する意見に大別され、「疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」「各々の職種の視点を学ぶことができた」という肯定的な意見が多かった。2部の事例検討については1.事例検討の進め方と2.多職種の視点についての学びに関する意見に大別され、「基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードにICFで事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった」「各々専門職の視点を学ぶことができ、地域での自身の役割をイメージすることができた」などの肯定的な意見が大半であった。研修会全体の運営面に関しては時間配分について、特に第2部の事例検討の時間が短いとの意見が多く寄せられた。

表 6 研修に対する主な意見（抜粋）

<p>第1部 講義</p>	<p><疾患についての理解></p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患について、全体的な理解を、ポイントを絞って短時間で聞けて、とても有意義な学びとなった。 ・疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった。 ・アセスメントの視点や病態生理、解剖整理、機能と対処方法など再確認が出来た。 ・薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の人たちの話を聞いたのがとても参考になった。 ・当事者のお話は参考になる（第1回、第8回） 　　<多・他職種の視点についての学び> ・セラピストの専門性を理解することができた。各々の職種の方々の視点を学ぶことができ、連携をどのようにとったらよいかイメージすることができた。 ・専門性を遠慮なく話していただけたことから、強い専門家集団（各専門職種のエンパワー）が感じられた。 ・多職種連携を考えると、療法士側が当然知っていることも、職種が違くと説明するにも難しくなるのだなという事も気づかされた。 ・地域での生活でよく生じる問題点、担当者の知識・経験不足、視点が足りないことで起こる問題等を整理されたら、より良いと思った。
<p>第2部 事例検討</p>	<p><事例検討の進め方></p> <ul style="list-style-type: none"> ・基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードにICFで事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった。 ・講義を踏まえ、事例の読み込みができ検討が行えるので、応用的な展開が実際に体験でき、現場に活用しやすいという点が良いと思う。 ・ケアマネジメントを行うにあたって、関係者の認識と意見を把握する必要がある。ICFを用いると全体を把握しやすく、見えない課題も見えてくる。 <p><多職種の視点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種のそれぞれのアセスメント視点の違い、また重なっている部分なども興味深い。 ・事例検討は各専門職の役割がよく見えた。自分の領域では足りない面は意見をもらい取り入れたり、自分でなくてもいい部分は協力しながら得意な領域につなげる、託す、臆せず意見を言うことが患者の生命の質や生活の質を整えられることがよく理解できた。 ・事例検討では各々専門職の視点を学ぶことができ、地域での自身の役割をイメージすることができた。
<p>運営面</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各職種からの講演もとてもいいと思う。多職種の視点が理解でき、勉強になった。 ・内容が充実しており、楽しい研修会だった。しかし、時間が短く、もっと丁寧に聞きたい内容に関しても時間の都合上短縮される部分が多かったので、全体の研修時間の延長をお願いしたい。 ・時間の制約があると思うので難しいとは思いますが、事例検討の時間がもう少し取れれば理解が深まると思う。 ・アセスメント（事例検討）の時間が短か過ぎた。 ・もっといろいろな職種の方のお話をお聞きしたかった。 ・当事者の方の参加がなにより良かった（第1回、第8回） ・当事者がたくさんの医療従事者と意見交換をする機会は、少ないのでとても有意義なことだったと思う。（第1回 パーキンソン病）

D. 考察

今回、生活期に疾患を抱える生活障害者の全体像を把握すること、各専門職がどのような視点でアセスメントをするのか、何のためにどのような情報が必要なのか、療養者のケアに多職種で連携する上で必要なアセスメントの力をつけることを目的として、リハマネジメント向上のための教育・研修プログラム開発のためのテキスト案をもとに多職種参加の研修会を実施した。

研修会は2部構成で、第1部では生活期を代表する疾患ごとに、各職種がどのようなアセスメントを行っているのかを講義形式で行い、その内容を多職種で共有した。第2部はパーキンソン病や骨折、認知症等を抱える生活障害者を事例として挙げ、各専門職で足りないアセスメントすべき点を加え、全体像を捉える参加型の事例検討会を行った。

以下に、研修の内容及び研修方法に対する評価について、考察を述べる。

1. 講義

1-1 講義内容の認知度

講義内容の認知度は、どの職種からの講義においても知らない内容がまあまああるとする回答が20%以上みられた。中でも薬剤師、栄養士、当事者の講義は、どの職種にも共通して認知が低い傾向にあった。これらの講義内容の認知度が低い背景には、自由記載に「薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の人たちの話を聞いたのがとても参考になった」とあるように、臨床において多職種のアセスメント内容を共有する場面が少ない状況が推察され、養成教育機関卒業後の臨床において、生活全体を捉えるアセスメント力を高める、今回の研修会のような企画が望まれる。また、現在のリハの養成教育では、薬剤や栄養についてのカリキュラムは十分とはいえず、生活障害者のアセスメントを統合化して対象者により質の高い支援をする上で、リハの養成教育機関でもこれらの知識を修得する機会を増やすことが必要である。

職種ごとの特徴を次に示す。

・**リハ職**：「あまり知らなかった」とする回答が、薬剤師・栄養士の講義には4-5割、医師の講義には3割みられた。日常業務を通して直接的に連携・協働の機会がないこと、生活期のリハビリテーション実施上、直接的な症状や障害、身体機能に関するアセスメントの必要性が高く、心身機能に影響を及ぼす薬剤や栄養状態についてのアセスメントに対する必要性の認知が低いのではないかと考えられる。

・**看護師**：「あまり知らなかった」とする回答が、リハ職の講義には5割強、栄養士・薬剤師の講義に4割前後、医師の講義に約3割みられた。リハビリテーションは、訪問看護の一環として看護師も実施するが、リハ職の内容への認知度が低い結果から、リハ職との連携・協働が十分に行われていないことが考えられる。栄養士・薬剤師の内容については、看護師の知識として必要な内容でもあるが、サービス担当者会議には薬剤師・栄養士の参加が少ないこと、地域での連携が十分に行われていないことから、その講義内容に対する認知度が低いと考えられる。

・**ケアマネジャー**：「あまり知らなかった」とする回答が、医師の講義には6割弱、薬剤師の講義に3割強、リハ職、看護師、栄養士の講義に2割であったが、事例検討には、認知度が高かった。ケアマネジャーの基礎職種のほとんどが福祉職であること、医療（特に医師）との連携が苦手であることから、医師の講義内容への認知度が低いと考えられる。リハ職、看護師とは、サービス依頼やサービス担当者会議を通して意見交換する機会があることや利用者のサービス利用状況のモニタリングを通して、その役割や専門性に対して理解する機会があることから、「あまり

知らなかった」内容は少ないと考える。栄養士の専門である栄養・食事は、要介護高齢者への介護の中心となる食事・排泄・入浴（清潔）といったいわゆる三大介護の一つであり、利用者や家族からも日常的に情報収集が可能であることから、認知度が高いと考えられる。一方、事例検討への認知度が他の職種より高い理由としては、ケアマネジャーの実務研修・現任研修の教育内容に事例検討が含まれていることや、地域の研修でも行われていること、また、地域包括ケアシステムにおいて、地域ケア会議の開催が求められていることから、事例提供者としての参加の機会もあるといった特徴から、事例検討には馴染みがある環境にあることが考えられる。

1-2 講義内容の理解度

講義内容の理解度は、どの職種も各講義について 80%近くが理解していた。また、参加者からは、「疾患に関する知識を他職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」「各々の職種の視点を学ぶことができた」という肯定的な意見が多くみられた。先述の講義内容の認知度と合わせて考えると、参加者の多くが多職種からの講義内容、すなわちアセスメント内容を十分に認知しているわけではないが、研修会参加後には各講義の内容を約 8 割近く理解していることから、今回の講義内容は研修テキストの骨子となると考えられる。

職種別の理解度をみると、講義ごとに違いがみられた。理解が難しいとする回答がみられたのは、PT については、栄養士、看護師、薬剤師、医師の講義で、看護師で事例検討、栄養士、リハ職、薬剤師の講義で、ケアマネジャーでは、事例検討、当事者、薬剤師、医師の講義であった。今回の限られた参加者を対象とした結果からの推察とはなるが、職種ごとの理解度の違いは、その職種の弱い部分（関心が薄い領域）すなわち強化が求められる点と考えられる。

2 . 事例検討

事例検討では、ICF によるアセスメントの視点を見える化し、各専門職から不足するアセスメントの視点が追加された。このことにより、多職種のアセスメント視点の違い、その情報が必要な理由などの整理ができ、生活障害者の全体像を把握する上で、自分の専門では弱い点、どの専門職に聞けばその情報を入手できるのかという連携をイメージすることに効果的であったと考えられる。自由記載では、自分の専門では当然知っていることでも他職種では知らないこともあり、より理解しやすい説明の仕方をしなければいけないという気づきにもつながっていた。

3 . 研修会全体の評価

今回の研修全体の評価として、90%以上が非常に良かった・良かったと回答していた。疾患を抱える生活障害者の全体像を把握するには、疾患ごとにアセスメントすべき事項を多職種で検討する必要がある。臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の研修における講義と事例検討を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また専門職として何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられる。

4 . 今後の課題

生活障害者に質の高いケアを行うためには、各職種によるアセスメントすべき内容を統合化し、多職種で連携することが必要である。リハ職が総合的にマネジメントできるようにするためには、

今回の研修会のような臨床家を対象とした多職種による講義と事例検討会等の卒後教育、及び、養成教育機関による多職種のアセスメント内容やそれらを統合的にとらえるマネジメント能力を養うカリキュラムなどの対策を検討していくことが必要である。今後は、今回の研修会の骨組みを基に、参加者を広げ、研修テキストを作成し、研修会を展開し、その効果を検討することが必要である。

以下に、今後の研修運営上の課題・留意点を述べる。

研修会の参加者は、休日に自主的に参加している向上意欲の高い専門職であることから、調査結果においても、知識・技術等の専門性が高いことが考えられる。しかしながら、参加者数・職種共に多くはなかったため、今後はより多くの専門職が参加できるよう、周知方法について検討する必要がある。また、研修の目的をより明確に提示し、アセスメントに特化した事例検討となるよう、ファシリテーターが重要である。特に事例検討においては、参加者より出された意見をICFで分類し板書した。在宅ケアを担う専門職はICFを学んではいないものの、事例を用いたアセスメントの視点をICFで分類することについては、リハ職以外ではまだ馴染みが薄い。広く継続的に研修を実施する際には、板書のスキルやファシリテーションが必要となる。

講師の選定については、他職種に難しい、敷居が高い、と捉えられがちな医師の講義が「分かりやすい」と好評であったことから、在宅での多職種連携を実践して専門職との心理的距離が近いことが、条件として考えられる。講義内容について、各講師間で内容の重複や統一性にばらつきがみられ、効果的効率的なテキストとするために、アセスメントに必要な知識をより絞り込む必要性がある。

E. 結論

疾患を抱える生活障害者のケアに関わるリハ職、看護師、ケアマネジャーにおいては、各専門職によるアセスメント内容を十分に認知しているわけではなく、共通して、薬剤師、栄養士、当事者の講義の認知度が低かった。しかし、今回の研修（各専門職による講義、事例検討）を通して、各職種のアセスメントの内容を理解し、連携をイメージすることにつながった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

共通アセスメントの不備状況と多職種統合アセスメント実施のための講習会における

着目ポイント ～事前調査結果から～

分担協力者：田口孝行（埼玉県立大学理学療法学科 教授）

生活期に関わる疾患として代表的な7疾患（第1回～第7回研修会で取り上げた7疾患：パーキンソン病、脳血管疾患、心不全、骨折、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、認知症、悪性腫瘍）について、講習会前に各疾患を担当した際にアセスメント（確認）している項目について事前アンケートを実施した。各疾患における質問項目（アセスメント項目）は、生活期に関わる複数の専門職（研究担当者）が、生活期に関わる各専門職が特に共通にアセスメントすべきと考えられる項目を抽出したものである。講習会参加者数は各疾患によってバラツキはあるが、各疾患の質問項目の回答率に応じて、アセスメント項目を多くの専門職で「共通にアセスメントされている項目」、「一部共通にアセスメントされている項目」、「共通アセスメントに不備がある項目」に分類した。

今回選択した7疾患のうちの多くの疾患にほぼ共通して、多くの専門職で「共通にアセスメントされている項目」として、ICF（健康状態）に関連するアセスメント項目は、「症状の経過と現状」、「発症・受傷原因」、「服薬状況・効果」、「関連疾患（併発疾患）」、「再発リスク」であった。ICF（心身機能・構造）に関連するアセスメント項目は、「バイタルサイン」、「関連症状（むくみ、脱水状況、睡眠状況、便秘状況等）」の循環・自律神経症状であった。ICF（活動・参加）に関連するアセスメント項目は、「1日・1週間の過ごし方」、「ADL活動量・活動内容」、「生きがい・希望」であった。ICF（個人因子）に関連するアセスメント項目は、「病前・受傷前の生活状況」、ICF（環境因子）に関連するアセスメント項目は、「主介護者の介護状況」であった。

これらの結果から、いずれの疾患においても、疾患の状態をとらえ、発症・受傷原因を踏まえて再発リスクを想定し、症状改善・軽減および生活への影響を考慮した服薬状況や効果の確認、全身状態を把握するためのバイタルサインや関連症状のチェックなど**最低限の医学的管理に関するアセスメント**は共通に実施されていた。また、基本的に病前・受傷前の生活への復帰、または新たな生活に向けた支援を実施するために、また、個に対応した生活支援を考案するために、病前・受傷前の生活状況、連続した時間の過ごし方、ADLの活動量や内容、生きがいや希望、そして社会生活の最低単位である家族等を考慮した主介護者の介護状況など、特に**生活期に関わるうえで重要とされるアセスメント項目**が多くの専門職で共通に実施されていた。

一方、疾患特異的な症状・障害等に関する特異的アセスメント、つまり、各疾患の主な医学的治療・管理が必要となる症状や障害（併発疾患、関連疾患を含む）に関する専門的な検査・測定において専門的な結果が導き出されるアセスメント項目については、多職種で一部または大きく共通にアセスメントされていない（検査結果記録等の確認・理解含む）ことが明らかとなった。この点については、専門的な検査測定の実施方法の獲得や、専門的検査測定結果を全職種で理解することは困難と思われる。また、生活期における多職種によるチーム介入では、各専門的検査測定結果のみではなく、その検査結果がどのようなリスクに発展する可能性があるのか、その疾患を抱える者の「生活」にどのように不具合（障害）となって現れる可能性があるのか、着目すべき具体的兆候（例示）は何かを理解していることが必要と考える。生活上で出現した具体的な不具合から専門的検査結果を想起できれば、その不具合への介入を専門とする専門職に伝達する

ことで、再発や体調変化などの各種リスクに対する管理（早期発見、早期対処）、病状進行の管理（早期発見、早期対処）等が可能となる多職種連携が実現できる。したがって、専門の検査測定結果を「生活」に落とし込んだ（統合した）着目点でアセスメントすることによって、各専門職が「生活」という同じ土俵上での統合（共通）アセスメント、多職種連携が可能となると考える。

以下からは、今回選択した7疾患について、疾患特異的に共通アセスメントがなされていない項目を抽出した。今後、この抽出項目を中心として、再発や体調変化等のリスク管理（早期発見、早期対処）、病状進行管理（特に早期対処）等を目的とした多職種連携を可能にする講習会内容を構築するための資料となることを期待する。

（1）パーキンソン病（進行性難病）

パーキンソン病では、「症状の経過と現状」や「予後予測」については一部共通にアセスメントされていなかった。パーキンソン病の進行速度は比較的緩やかで経過も長く、動作障害の変化も少なく、時間的な動作障害変化の予測もしにくいという特徴から、「症状の経過と現状」や「予後予測」が一部共通にアセスメントされていないことが推測できる。したがって、「症状記録」もほとんど活用されていないと思われる。また、本疾患は進行性疾患であること、動作・歩行障害に対する対処方法指導が主であることから、「生きがい・希望」といったことでは一部共通にアセスメントされていないことが考えられる。そして、「姿勢変化」、「姿勢反射障害」、「栄養状態」といった疾患特異的な症状・状態に関する専門的検査測定を必要とする項目が共通にアセスメントされていないことが明らかとなった。したがって、パーキンソン病については、特に「姿勢変化」「姿勢反射障害」が生活にどのような不具合として出現するかを多職種に提示（例示）する必要があると思われる。また、「栄養状態」は着目すべき具体的な身体変化の提示（例示）や、着目すべき具体的な生活習慣（食習慣）を提示（例示）する必要があると思われる。これによって、パーキンソン病の転倒リスクの軽減・回避、全身状態悪化リスクの軽減・回避、進行管理に向けた多職種連携可能になるとと思われる。

表1．パーキンソン病（進行性難病）における共通アセスメント状況

ICF 分類 （目安）	共通にアセスメント されている項目 （共通アセスメント：70%超）	一部共通にアセスメント されていない項目 （一部共通アセスメント不備： 60%超~70%以下）	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 （共通アセスメント不備：60% 以下）
健康状態	・服薬状況・効果	・疾患特異的な評価ツールの活用 ・予後予測 ・症状の経過と現状 ・嚥下機能	・症状記録活用
心身機能・ 構造	・抱えている不安 ・便秘の状況 ・心理状況（気分・落ち込み等）		・姿勢変化 ・姿勢反射障害程度 ・栄養状態変化 ・排尿状況（回数・色・臭い）
活動・参加	・1日・1週間の過ごし方	・生きがい・希望 ・治療・ケア時間調整（日内変動）	
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・提供可能なケア（重症度） ・主介護者の介護状況		

n=36，質問項目の最高回答率：80.6%

(2) 脳血管疾患（中枢神経疾患）

脳血管疾患については、罹患する割合が高く、専門職として担当する確率が非常に高い疾患の一つであり、各専門職の養成校でも治療・ケア・介護方法に関する授業時間数が多く設定されていることが多い。そのためと思われるが、共通にアセスメントされている項目が多かった。ただ、もう少し生活期における治療・ケア・介護内容を充実させるためには、「脱水状況」、「排尿状況」の不具合を示す具体的な身体変化の提示(例示)や、着目すべき具体的な生活習慣を提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。これによって、全身状態のリスク管理および再発予防に関連した多職種連携が可能になると考える。

表2 . 脳血管疾患（中枢神経疾患）における共通アセスメント状況 n=15, 質問項目の最高回答率：100%

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメント されている項目 (共通アセスメント：80%以上)	一部共通にアセスメント されていない項目 (一部共通アセスメント不備： 70%超~80%未満)	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備：70% 以下)
健康状態	・症状の経過と現状 ・予後予測 ・病型 ・発症原因 ・再発リスク ・服薬状況・効果	・損傷部位	・再発予防方法
心身機能 ・構造	・麻痺・拘縮 ・感覚障害 ・バイタルサイン ・視野障害 ・言語障害 ・栄養状態 ・高次脳機能障害 ・関連疾患(心疾患、循環疾患)	・脱水状況	・排尿状況(回数・色・臭い)
活動・参加	・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	病前の生活状況		
環境因子	主介護者の介護状況		

(3) 心不全（心疾患）

心不全は、今回の7疾患において最も共通にアセスメントされていない項目が多い疾患であった。心疾患の場合は、一度発症すると専門的な医学的治療・管理が必要な重篤な状態に陥ってしまうことが多く、生活期におけるアセスメントの多くは、基本的に再発予防、循環器系不具合の早期発見が目的となる。したがって、一部も含めて共通アセスメントができていない項目については、再発や循環器系不具合の兆候を、生活における具体的な訴えや、生活上に起こる可能性のある具体的な不具合として提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。特に必要と思われるアセスメント項目として、「心機能・腎機能の程度」、「チアノーゼ・貧血・狭心痛・動悸の状況」、「服薬状況・効果」、「症状の経過と予後予測」があげられた。

表3．心不全（心疾患）における共通アセスメント状況

ICF 分類 （目安）	共通にアセスメント されている項目 （共通アセスメント：80%以上）	一部共通にアセスメント されていない項目 （一部共通アセスメント不備： 60%超~80%未満）	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 （共通アセスメント不備：60% 以下）
健康状態	・関連疾患（心筋梗塞・心筋症等）	・服薬状況・効果	・症状の経過と現状 ・予後予測 ・心機能の程度 ・再発予防方法
心身機能 ・構造	・バイタルサイン ・呼吸困難状況 ・睡眠状況 ・塩分・水分摂取状況 ・栄養状態 ・むくみの状況 ・倦怠感の状況	・動悸の状況 ・便秘の状況 ・心理状況（気分・落ち込み等） ・狭心痛の状況	・排尿状況（回数・色・臭い） ・チアノーゼ・貧血 ・急性増悪要因 ・腎機能の程度
活動・参加	・ADL 活動量と活動内容 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況		

n=15，質問項目の最高回答率：93.3%

（4）骨折（転倒）（整形外科疾患）

骨折については、ほぼ共通にアセスメントされていることが明らかとなった。一方、専門的理解が必要な「手術方法」、「術後リスク」、「栄養状態」、「薬物治療」、「術創部の皮膚状態」で共通にアセスメントされていないことが明らかとなった。「手術方法」や「薬物治療」内容については、医療専門職であれば理解可能であるかもしれないが、直接的に手術に関わらない専門職にとって必要なのは、むしろ術後感染症や急性増悪、禁忌事項、薬物治療副作用等に関する「術後リスク」の理解と思われる。この点について、「生活」において出現する可能性の高い不具合兆候についての具体的な提示（例示）が必要と考える。

表4．骨折（転倒）（整形外科疾患）における共通アセスメント状況

ICF 分類 （目安）	共通にアセスメント されている項目 （共通アセスメント：80%以上）	一部共通にアセスメント されていない項目 （一部共通アセスメント不備： 60%超~80%未満）	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 （共通アセスメント不備：60% 以下）
健康状態	・症状の経過と現状 ・受傷原因・状況（転倒回数） ・服薬状況・使用薬物種類 ・関連疾患 ・再発リスク ・インフォームド・コンセント内容	・手術方法 ・インフォームド・コンセント理解 ・ステロイド治療状況	
心身機能 ・構造	・痛みの状況 ・脱水状況 ・心理状況 ・便秘の状況 ・睡眠状況	・栄養状態 ・貧血の状況	・治療方針・留意事項 ・皮膚の状態 ・術後リスク（神経・循環・感染等）
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・後遺症の状況 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・受傷前の生活状況		
環境因子	・家屋環境（再発リスク） ・主介護者の介護状況		

n=10，質問項目の最高回答率：100%

(5) COPD (呼吸器疾患)

COPDについては、心疾患ほど症状出現による緊急対応が必要な疾患ではないが、やはり急性増悪に関するアセスメントが医学的管理として必要である。それにも関わらず、「呼吸機能」、「心機能」、「腎機能」、「急性増悪要因」について共通アセスメントがなされていない状況であった。これらについて、各専門職で共通の専門的検査は不可能である。やはり、これらについても、生活期においては、呼吸器系の不具合の兆候を、生活における具体的な訴えや、生活上に起こる可能性のある具体的な不具合として提示(例示)して、専門外の専門職においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。これによって、多職種が連携した急性増悪や体調変化に関するリスク回避が可能となる。

表5 . COPD (呼吸器疾患) における共通アセスメント状況

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメントされている項目 (共通アセスメント: 80%以上)	一部共通にアセスメントされていない項目 (一部共通アセスメント不備: 60%超~80%未満)	共通アセスメントに大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備: 60%以下)
健康状態	・症状の経過と現状 ・服薬状況・使用薬物種類	・急性増悪要因 ・予後予測	・呼吸機能 ・心機能の程度
心身機能 ・構造	・パ・ワルサイン ・呼吸困難の状況 ・睡眠状況 ・動悸の状況 ・むくみの状況 ・栄養状態	・心理状況(気分・落ち込み等)	・呼吸苦時の対応方法 ・腎機能の程度
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況		

n=17, 質問項目の最高回答率: 100%

(6) 認知症 (アルツハイマー、脳血管性)

認知症は、基本的にアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症に分類される。脳血管性であれば、認知機能障害のみならず身体機能障害に関するアセスメントも必要となる。しかし、脳血管疾患によって引き起こされる身体機能障害を知るための「脳障害部位」については共通にアセスメントがなされていない状況であった。これについて、「脳障害部位」を知るというよりは、「脳障害部位」から起こる可能性の高い生活への影響について共通理解する必要がある。したがって、この点について共通にアセスメントする必要があると考える。

また、認知症であるにも関わらず、「認知機能状況」、「心理状況(不安・抑うつ等)」、「せん妄の状況」、「課題遂行力」、「IADL 状況」、「服薬管理状況・使用薬物種類」が一部共通にアセスメントされていない状況であった。これについてのアセスメントは、専門の疾患特異的な評価ツールによるアセスメントではなく、これらが「生活」にどのように不具合(障害)となって現れる可能性があるのか、着目すべき具体的兆候等は何かを提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。さらに、「便秘状況」、「脱水状況」、「排尿状況」については、本人から聴取することが困難であるためと思われるが、共通アセスメントとして大きく不備のある項目として抽出された。これについて、「便秘状況」、「脱水状況」、「排尿状況」の不具合を示す具体的な身体変化の提示(例示)や、着目すべき具体的な生活行動を提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。

表6 . 認知症（アルツハイマー、脳血管性）における共通アセスメント状況

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメント されている項目 (共通アセスメント：70%以上)	一部共通にアセスメント されていない項目 (一部共通アセスメント不備： 50%超~70%未満)	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備：50% 以下)
健康状態	・既往歴・他疾患状況 ・病型(アルツハイマー・脳血管性) ・関連疾患(脳梗塞・心疾患等)	・服薬管理状況・使用薬物種類	・脳障害部位
心身機能 ・構造	・見当識障害の状況 ・バイタルサイン ・むくみの状況	・認知機能状況 ・パーキンソニズムの状況 ・心理状況(不安・抑うつ等) ・せん妄の状況 ・嚥下機能の程度(誤嚥リスク) ・栄養状態	・便秘の状況 ・脱水状況 ・排尿状況(回数・色・臭い)
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・行動範囲 ・歩行自立度 ・問題行動の状況 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望	・IADL 状況 ・課題遂行力	
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況		

n=24, 質問項目の最高回答率：87.5%

(7) 悪性腫瘍（緩和ケア、ターミナルケア）

悪性腫瘍は、緩和ケアやターミナルケアといった特殊な関わり（介入）が必要となる疾患である。本疾患で特に特徴的だったのは、「痛みの状況」について、痛みの「程度や特徴」については、共通にアセスメントされていたが、痛みの「日内変動(時間)、増強因子・緩和因子」については、一部共通にアセスメントされておらず、痛みの「種類や部位、性質」については共通アセスメントが不備な状況であった。痛みの状況を除いて、一部共通アセスメントされていない項目として、「せん妄状況」、「排泄状況」が抽出された。これらについて、不具合を示す具体的な身体変化の提示(例示)や、着目すべき具体的な生活行動を提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。

本疾患で特に共通にアセスメントされていない項目として、「治療薬物の種類」、「治療副作用・注意点」、「検査結果(腫瘍マーカー等)の変化」など治療内容に関する項目が抽出された。また、「原発・転移部位」、「病型・進行状況」などの腫瘍に関する基本的情報についても共通アセスメントに大きく不備のある項目であった。さらに、緩和ケア・ターミナルケアで重要とされる「本人と家族の心理・社会的苦痛の状況」についても共通にアセスメントされていない状況であった。治療内容に関する項目や疾患の基本情報については、医学的治療においては重要と認識されているが、生活期での関わり(介入)では、その情報を具体的にどのように「生活」に活用すべきかが共通認識されていないと予想できる。この活用方法についての具体的提示(例示)が必要と考えられる。

表7. 悪性腫瘍（緩和ケア対象疾患）

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメント されている項目 (共通アセスメント：60%以上)	一部共通にアセスメント されていない項目 (一部共通アセスメント不備： 40%超~60%未満)	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備：40% 以下)
健康状態	・治療薬物・効果	・病期(ステージ)	・治療薬物(鎮痛剤)の種類 ・治療副作用・注意点 ・検査結果(腫瘍マーカー等)の変化 ・原発・転移部位 ・病型・進行状況
心身機能 ・構造	・バイタルチェック ・睡眠状況 ・脱水状況 ・便秘の状況 ・吐気・嘔吐の状況 ・息苦しきの状況 ・栄養状態 ・心理状況(不安・抑うつ等) ・痛みの状況(程度・特徴)	・せん妄の状況 ・排尿状況(回数・色・臭い) ・痛みの状況(増強・緩和因子) ・痛みの状況(日内変動)	・痛みの状況(種類・部位・性質)
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・1日・1週間過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況 ・主介護者の不安		・本人と家族の心理・社会的苦痛の状況

n=15, 質問項目の最高回答率：80.0%

疾患別テキスト

【目次】

1.	パーキンソン病	1
2.	脳血管疾患	11
3.	心不全	19
4.	骨折	29
5.	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	39
6.	認知症	47
7.	悪性腫瘍	61
8.	筋萎縮性側索硬化症 (ALS)	75
9.	統合失調症	87

1. パーキンソン病

パーキンソン病

第1回統合アセスメントを考える会

2017年8月27日

医療法人社団 日吉慶友クリニック 阿部佳子

本日のお品書き

- ・パーキンソニズムとパーキンソン病
- ・発症のメカニズム/病態
- ・症状:運動症状と非運動症状
- ・経過/重症度分類・生活機能分類
- ・治療
- ・薬の効果・効能・副作用
- ・薬の種類と特徴
- ・薬の処方の考え方

パーキンソニズム(パーキンソン症候群)とは

パーキンソン病の症状を示すような疾患の総称、またはそのときに見られる症状

原因によってさらに分類される

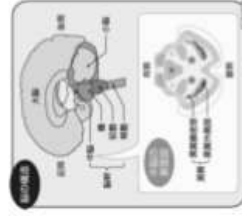
- ・症状はパーキンソン病とほぼ同じ
振戦、筋固縮、無動、姿勢保持障害、
突進現象、仮面様顔貌など



岡山理風病院ホームページより
<http://hyokuto.or.jp/www/library/jyoho/illness/parkinson/index.htm>

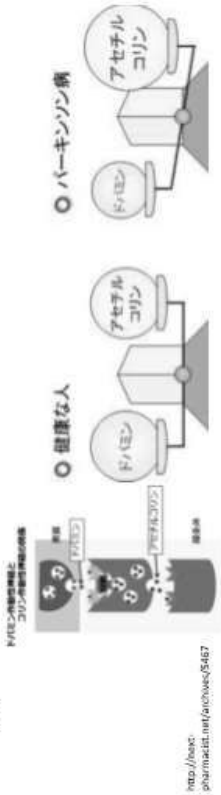
パーキンソニズムの分類

- 本態性パーキンソニズム＝パーキンソン病
 - ・パーキンソン病、若年発症パーキンソン病、遺伝性パーキンソン病
- 二次性パーキンソニズム・・・ パーキンソン病以外の神経変性疾患が原因のもの
 - ・多系統萎縮症
 - ・アルツハイマー型認知症 など
 - 症候性パーキンソニズム・・・ パーキンソン病とたまたま同じところを傷害したために起こるもの
 - ・脳血管性パーキンソニズム
 - ・薬剤性パーキンソニズム など

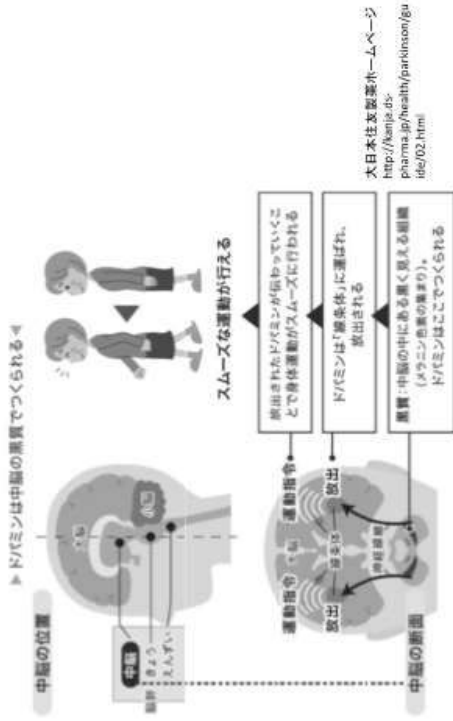


1. パーキンソン病発症のメカニズム

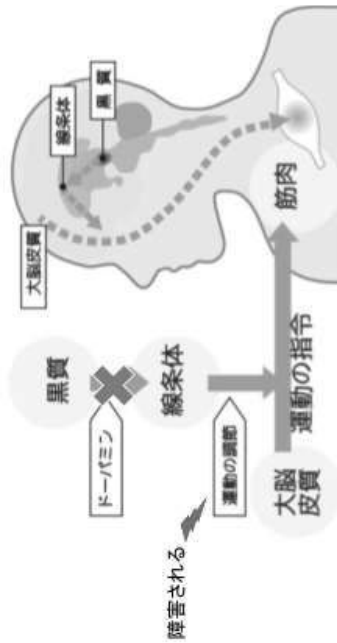
- 神経伝達物質の一つである、ドーパミンの産生量が減少することで起こる。ドーパミンが20%程度にまで減少すると症状が出る。
- 神経伝達物質のバランスが崩れ、運動症状、非運動症状が出現する。



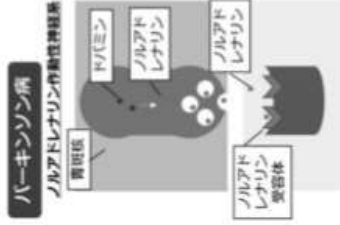
<http://base-pharmaceutical.com/paroxysm/5467>



ドーパミンは黒質で生成されて、線条体からの指令を伝える。パーキンソン病ではドーパミンが不足して指令がうまく伝わらなくなる。



パーキンソン病では青斑核でのドーパミンも減少



- 青斑核ではノルアドレナリンの前駆物質であるドーパミンが減少することで、ノルアドレナリン作動性神経(交感神経)の障害を生じる
- 自律神経障害

レビー小体の分布による疾患の違い



パーキンソン病の診断基準

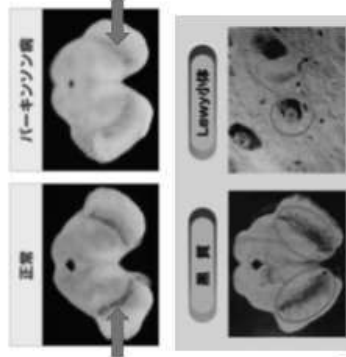
以下の診断基準を満たすものを対象とする。(Probableは対象としな

い。)

1. パーキンソニズムがある。^{※1}
 2. 脳CT又はMRIに特異的異常がない。^{※2}
 3. パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。^{※3}
 4. 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。^{※3}
- 以上4項目を満たした場合、パーキンソン病と診断する(Definite)。

なお、1、2、3は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例(Probable)とする

パーキンソン病の病理



中脳黒質の神経に
Lewy(レビー)小体が
蓄積している

<http://sanja-ds-pharma.jp/healthy/parkinson/guide/02.html>

※1. パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。

- (1) 典型的な左右差のある安静時振戦(4~6Hz)がある。
- (2) 歯車様強剛、動作緩慢、姿勢反射障害のうち2つ以上が存在する。

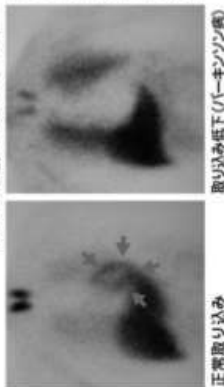
※2. 脳CT又はMRIにおける特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを明らかに示す所見の存在をいう。

※3. 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬またはL-dopa 製剤により判定することが望ましい。

パーキンソン病診断の検査 MIBG(心筋シンチグラム)

- パーキンソン病、びまん性レビー小体病などレビー小体が蓄積する疾患では、心臓の交感神経に変化をきたしているため、放射性物質が蓄積しにくい性質を利用して診断する

MIBG心筋シンチグラフィ



正常症例では放射性同位元素で標識されたトレーサー物質が心臓に取り込まれるが(左)、パーキンソン病やレビー小体病では取り込みが低下し心臓影が消失する

パーキンソン病の症状

運動症状(パーキンソン病の4大徴候)



③パーキンソン病とは 田村 / 山内製薬 京都大学大学院医学部神経学研究所神経学

非運動症状

自律神経症状
精神症状



便秘
胃腸の動きが低下し、便秘になりやすい
パーキンソン病患者の80%程度が悩んでいる

頻尿障害
トイレが近い
夜中に何度もトイレに行きたくなる

睡眠障害
夜中に起きてしまう
昼間にも眠くなる
寝たまま足がムズムズする

起立性低血圧
立ち上がったときにめまいがする
ひどい場合は一時的な昏倒を伴い、倒れてしまう
薬を一定に服とすると自律神経の働きが調整されるため起こる



症状記録やチェックシートを活用して状態をアセスメントする

あなたの1日の症状パターンを記録しましょう！ 記入例

記入日: 20 / 4 年 7 月 / 5 日

■ リスキネシアの程度

記録から健康まで、30分ごとに記入

リスキネシアがあれば、その程度を2段階でチェック

その時間帯の動きやすさの程度を3段階でチェック

睡眠時間をすべてチェックし、起床時間も忘れず記入

食事した時間とチェックした時間も忘れず記入

レボドパミン*を用いた時間にチェック

*レボドパミンは、ドーパミンの不足を補うことで、脳内の神経伝達物質を増やし、運動機能を改善します。効果は、薬を服用した直後から、徐々に現れます。効果は、薬を服用した直後から、徐々に現れます。効果は、薬を服用した直後から、徐々に現れます。

* チェックは、一時的な効果を示すもので、必ずしも記入できず、記入しない場合は、ご自身の記入でも結構です。

ウエアリング・オフとジスキネジア

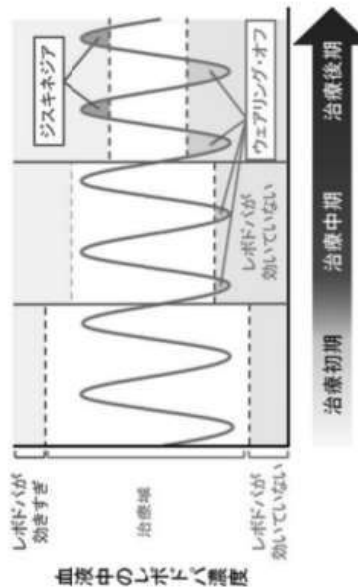
ウエアリング・オフ
薬の効果が弱まり体が動けなくなる
静止時振戦がでる。

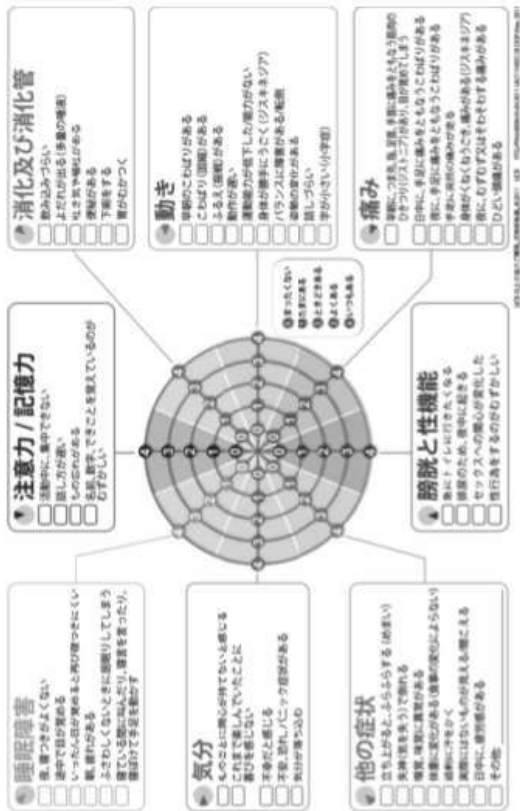


ジスキネジア
薬を増量していくと不随意運動を生じる



ウエアリング・オフとジスキネジア

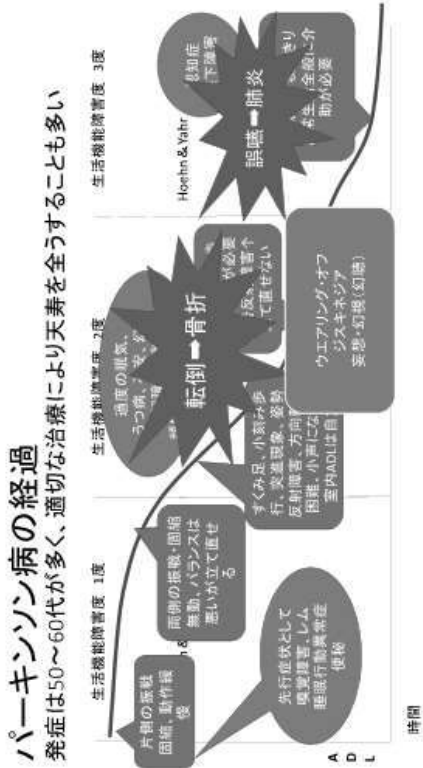




治療

<目標>できるだけ症状の進行を遅らせるとともに、予測される転倒や脳嚙性肺炎を予防して天寿を全うできるようにする。

- 様々な症状を緩和して、できるだけ日常生活をスムーズにする。
- 薬物療法とリハビリテーションが治療の2本柱。根治療法はない。
- 多彩な症状と経時的変化、日内変動、薬の効果と副作用を常に意識する必要がある。
- 手術療法は薬物療法が副作用などでできない場合や、効果に乏しく手術適応基準を満たさず場合に行われる。



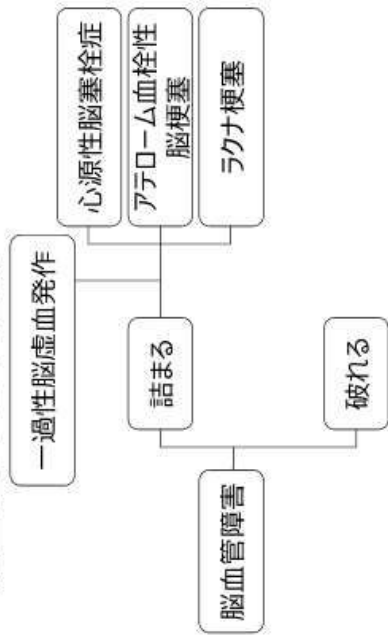
パーキンソン病の経過
発症は50～60代が多く、適切な治療により天寿を全うすることも多い

参考文献

- 1) 作田 学 監: 図解 よくわかるパーキンソン病の最新治療とリハビリのすべて, 東日本書院, 2016
- 2) パーキンソン病の非運動症状 http://www.kvorn-pharm.co.jp/prodinfo/useful/doctorsalony/upload_docs/121056-1-15.pdf
- 3) 柏原健一ら: チェックリストを用いたParkinson病患者の症状把握, 神経内科, 84(1):88-93, 2016
- 4) 水野美邦: パーキンソン病の診かた, 治療の進めかた, 中外医学社, 2012

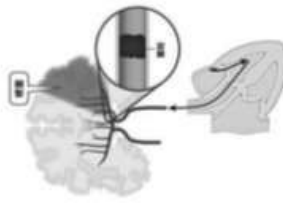
2. 脑血管疾患

脳血管障害の種類



脳梗塞

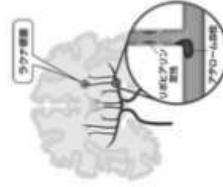
心源性脳塞栓症



アテローム血栓性脳梗塞

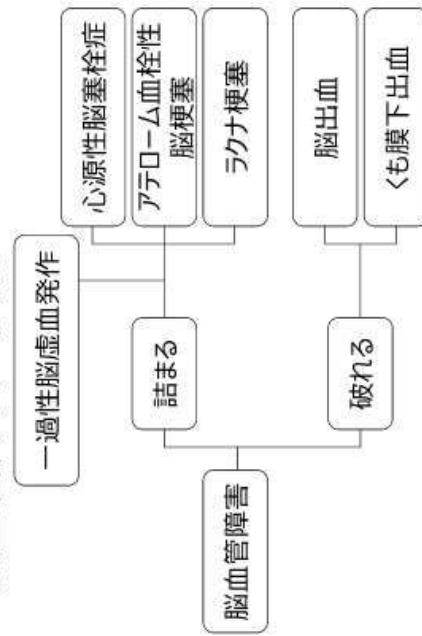


ラクナ梗塞



Minohライオンライオン製薬(株) (http://www.minoh.co.jp/med/med/0501081/050108100001700040_154444)

脳血管障害の種類



脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害

運動障害

- 錐体交差より上位での障害のことが多く対側の片麻痺をきたすことが多い。
- 小脳などの障害により運動失調や不随意運動も生じる。



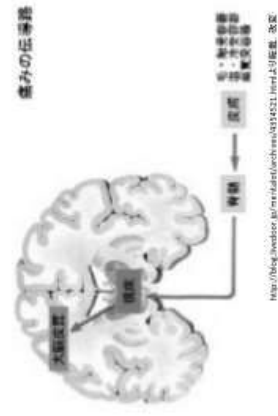
<http://log.jinbun.or.jp/mri/brain/brain031021.html>より転載、改定

脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害
- 感覚障害
- 疼痛

視床痛

- 痛み刺激の入力系と痛みを抑制する系のバランス。
- これらの経路のどこかが障害されれば発症しうる。

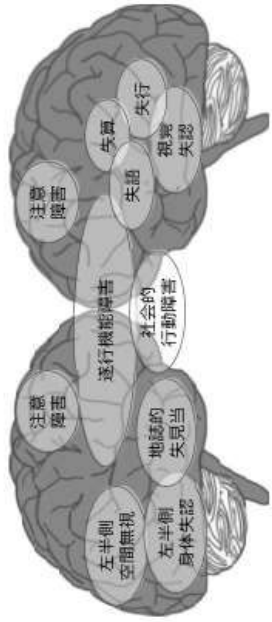


<http://log.jinbun.or.jp/mri/brain/brain031021.html>より転載、改定

脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害
- 感覚障害
- 疼痛
- 脳神経麻痺
- 高次機能障害

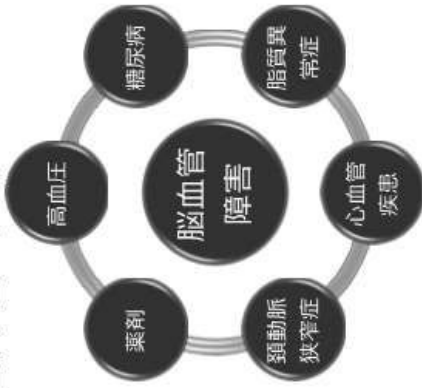
高次機能障害



脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害
- 感覚障害
- 疼痛
- 脳神経麻痺
- 高次機能障害
- 脳血管性認知症
- 脳卒中後てんかん

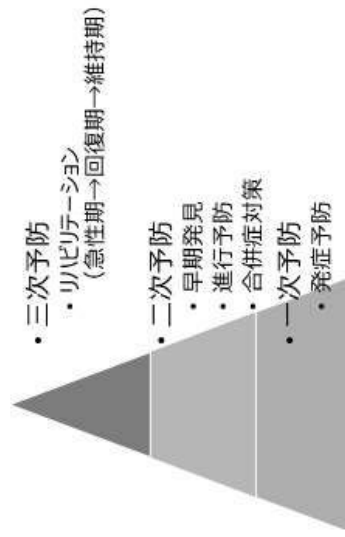
脳血管障害のリスク



脳血管障害の重症度

- 急性期：脳卒中スケール
 - NIH stroke scale
 - Japan stroke scale
- 回復期～維持期：機能評価スケール
 - Modified Rankin Scale
 - Barthel Index
 - Functional Independence Measure

脳血管障害の予防



まとめ

- 脳血管の梗塞や破綻で脳の機能が障害される。
- 障害された部位により症状が異なる。
- 様々な生活習慣が脳血管障害のリスクとなる。
- 脳血管障害のリハビリテーションは、脳血管障害の三次予防として重要である。

ご清聴ありがとうございました

3. 心不全

本日の内容

- 心不全とは
- 心臓機能と症状、そのメカニズム
- 心不全の自然経過と介入
- 急性増悪を防ぐ
 - モニタリングとアセスメント
- 緩和ケアについて簡単に

第3回統合アセスメントを考える会

慢性心不全 ー医師のアプローチ

2017.9.23

生協浮間診療所

重島祐介

本日の要点

- 心臓は心筋の収縮と拡張によって働くポンプである
- 心不全とはポンプ機能の破綻
- 多くは虚血から発症し、増悪と改善と繰り返しながら徐々に衰弱し、死に至る
- 治療は非薬物・薬物療法など多職種が関わる必要あり
- 急性増悪を起こさないために、体重のモニタリングと服薬・通院の遵守
- 呼吸困難、浮腫と体重変化に注目

こんなイメージ①

- 陳旧性心筋梗塞後で、心房細動・高血圧症・糖尿病で外来通院中
- 67歳で独居の男性
 - 利尿薬、降圧薬、抗凝固薬、血糖降下薬内服中

こんなイメージ②

- 入院① 呼吸困難で夜間救急外来に救急搬送。食事は外食が多く塩分過多が原因と考えられた。
- 入院② 定期受診日に来院せず電話フォローで3週間後にようやく受診。浮腫悪化、労作時呼吸困難著明で、緊急入院
- 入院③ 冬、インフルエンザ罹患時に呼吸困難悪化し、緊急入院。

こんなイメージ③

- 入院④ しばらくコントロールよかったが、徐々に体重増加、起座呼吸も出て救急搬送、入院。服薬ができていなかったようだ。
- 入院⑤ 肺炎に罹患。心不全増悪も合併し、呼吸状態悪化。集学的治療も奏功せず、70歳で永眠。

心臓の役割

- 心臓はポンプである
- その原動力は心筋の収縮・拡張
- フランク・スターリングの法則
 - ✓左室拡張末期容積が増えれば、1回拍出量が増える
 - ✓心室拡張末期容積 = 前負荷

心機能を決める要因

- 前負荷 (心室拡張期容積)
 - 全血液量
 - 多ければ1回拍出量は増える、少なければ減る
 - 血液の分布
 - 立位では胸腔内の血液が減少し、拍出量は減る
- 心筋の収縮性
 - 交感神経、虚血、薬物などの影響を受ける
- 後負荷 (≒動脈圧)
 - 高血圧
 - 動脈圧上昇により1回拍出量は減る
 - 神経体液性因子 (レニン・アンギオテンシン・アルドステロン系など)

心不全

- 定義
 - 心構造や心機能の異常により、代謝組織が必要とするに見合うだけの血液を心臓が駆出及び充満することができなくなった状態

慢性心不全の原因

- 1/3が虚血性心疾患によるもの
- それ以外には高血圧、心筋症、弁膜症

慢性心不全の診断

- 明確な診断基準はない
- 日本循環器学会や欧州心臓学会などのガイドラインにおいては①心不全に起因する症状・所見を把握し、②心機能（収縮機能、拡張機能）を評価し、③原因疾患を検索することがポイント
- フラミンガム基準が参考になる

チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 平原佐斗司編著

■ Framingham心不全診断基準

病状	病状	高度急性心不全状態 or 起病時	
大症状	肺野陰影	心拡大	急性心不全
	理学所見	動脈圧 ↑ (>15cmHg)	肝臓静脈流
中等症状	肺野陰影	急性心不全状態	
	理学所見	肝臓大	胸水貯留
小症状	肺野陰影	慢性心不全状態	
	理学所見	肺野陰影 ↓ (<1/3)	胸水 (>120g/ml)
大or小症状	理学所見	5日間で4.5kg以上の体重減少	

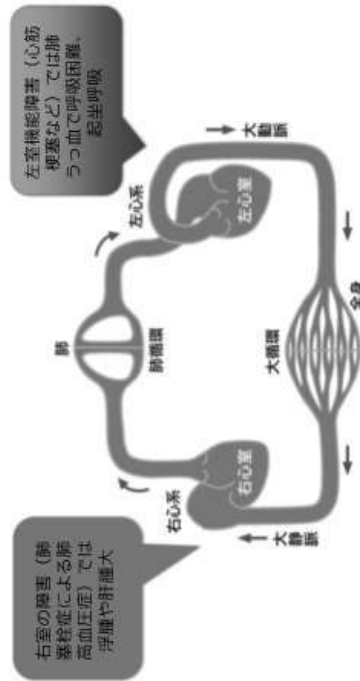
大項目2、あるいは大項目1+小項目2で診断

検査による評価

- 心臓エコー
 - 収縮機能の評価として左室駆出率
 - ただし30-40%は正常とも言われる = 拡張不全
- BNP
 - 心室から分泌されるホルモンで、心筋の伸展ストレスにより生成される。
 - 心不全の重症度に応じて血中濃度が上がる
 - ただし腎機能低下・高齢・炎症などでも上昇
 - 肥満では非肥満より低値
- いずれも、絶対的な指標はない。個々の患者さんに応じた最適な値も見つけ維持管理の目標とする

日本心不全学会HP
血中BNPやNT-proBNP値を用いた心不全診療の留意点について

症状が出るメカニズム②



ただし合併も多いし、末期には両心不全となり両方の症状を呈する

ハロソン内科学原著第16版

症状が出るメカニズム①

- 過剰な体液貯留が症状の原因
- この体液貯留は障害を受けた部位のすぐ上流で発生する

心不全の臨床症状

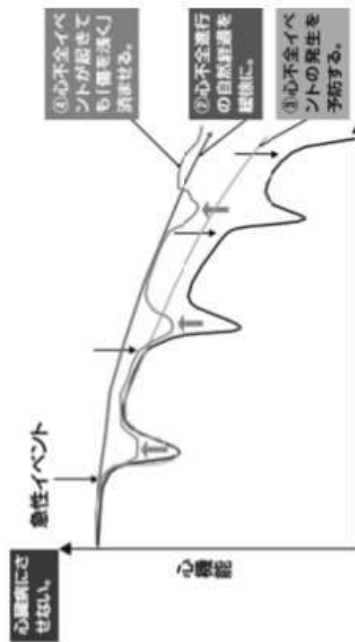
- 呼吸困難
 - 進行度により軽労作でも呼吸困難
 - 肺うっ血が原因
- 起坐呼吸
 - 労作時呼吸困難より進行して現れる
 - 臥位では胸腔内に体液量が増え、前負荷増大
- 疲労・倦怠感
 - 骨格筋への遠流減少と関連している
- 腹部症状
 - 食欲低下、悪心など
 - うっ血肝や門脈系のうっ滞と関連
- 脳症状
 - 記憶障害、不安
 - 脳血流低下、低酸素などと関連

ハロソン内科学原著第16版

心不全の身体所見

- 重症では脈圧低下（拡張期と収縮期の血圧の差が少なくなる）
- 急性心不全では血圧低下
- 肺のラ音＝呼吸喘鳴
- 咳・痰
- 胸水、腹水
- 四肢の浮腫

慢性心不全の自然経過と介入



週刊医学新報 2014年3月17日 急性心不全におけるDECONGESTION
 横山孝元（北里大学医学部循環器内科学）

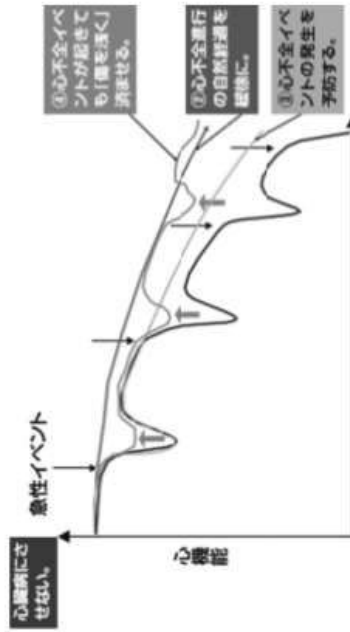
増悪要因

- 感染症
- 不整脈
- 身体、食事、水分、環境、感情の過負荷
- 心筋梗塞
- 肺塞栓症
- 貧血
- 甲状腺機能亢進症・妊娠
- 高血圧症の増悪
- リウマチ性、ウイルス性などによる心筋炎
- 感染性心内膜炎

繰り返す入院の原因はそれだけでもない

- 基礎疾患の悪化
- 不整脈
- 肺炎
- 塩分水分の過剰摂取
- 服薬アドヒアランスの低下
- 認知機能障害
- 抑うつ
- 過度の安静に伴う廃用性変化

慢性心不全の自然経過と介入



週刊医学新報 2016年9月17日、急性心不全におけるDECONGESTION
 原文孝元（北里大学医学部循環器内科）

ガイドラインでも

一般的な管理

- 患者の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させることにより、予後は改善する。
- 毎日の体重測定は重要
 - 日の単位で2kg以上増加は急性増悪を示唆
- 服薬の中断は増悪誘因のひとつであり、服薬遵守は治療成功の鍵となる

慢性心不全治療ガイドラインJCS2010

急性増悪を防ぎたい①

- まず、起こさないこと
 - 適切な治療
 - 非薬物療法
 - 薬物療法
 - 服薬管理
 - 定期外来通院
- 多職種での関わりが鍵

急性増悪を防ぎたい②

- 次に、早期発見
 - 患者さんから話を聞く
 - 労作時呼吸困難、起座呼吸
 - 倦怠感
 - 食欲低下
 - 抑うつ
 - 患者さんを観察する
 - 四肢の浮腫 特に下腿に対称性の浮腫
 - 体重のモニタリング 2kg以上の増加は注意
慢性心不全治療ガイドラインJCS2010
 - 服薬状況は
 - 日常生活の様子は
- 有症状、有所見時は受診

慢性心不全の緩和ケア

- 末期心不全の予後予測は難しい
 - 心機能だけでは不十分、併存疾患や全身状態を考慮する
- 末期心不全の主な症状
 - 呼吸困難、疼痛（狭心痛、筋骨格系の痛み）、抑うつ
 - オピオイドの投与が有効であることもあるが…
- 終末期の蘇生処置についての検討

チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 平原佐斗司編著

参考文献

- ハリソン内科学原著第16版
- 慢性心不全治療ガイドラインJCS2010
- チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 平原佐斗司編著
- 週刊医学界新聞第3068号2014年3月17日 急性心不全におけるDECONGESTION 猪又孝元（北里大学医学部循環器内科学）
- 日本心不全学会HP 血中BNPやNT-proBNP値を用いた心不全診療の留意点について
<http://www.asas.or.jp/jhfs/topics/bnp201300403.html>

4. 骨折

在宅医療における 骨折の診方

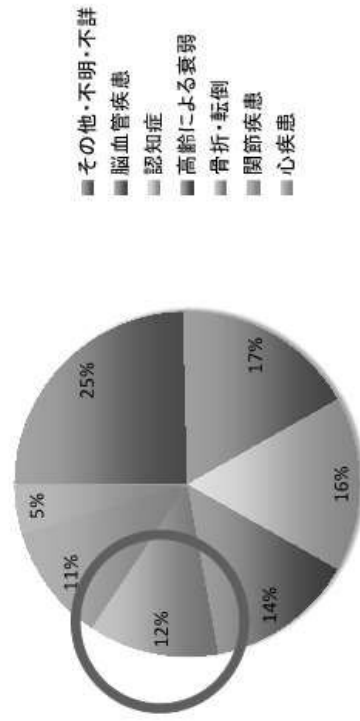
骨折を学ぶ意義

2017.10.28

ふれあいファミリークリニック

齋木啓子

介護が必要となった原因



骨折のリスク評価

WHO 骨折リスク評価ツール(FRAX®)

- 骨密度あるいはリスクによって、個人の将来10年間の骨折発生確率を算出可能。
- <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>
- FRAX®に使用されているリスク
年齢、性、骨密度又はBMI、既存骨折、家族歴、喫煙、飲酒、ステロイド、関節リウマチ、続発性骨粗鬆症

脊椎圧迫骨折

【受傷機転】

- 多くは、後方へ転倒し尻餅をついたとき。
- 重いものを持ったり、畑作業や草むしりなどを長時間行ったりしたときにも。

【症状】

- 胸腰移行部に好発
- 鼠径部などに放散痛
- 体動時腰痛

【診断】

- X線検査
- 新旧の違いは分からないので、場合によってはMRI撮影
- MRIの診断確率は90数%以上！

- 多くは椎体の前方部がつぶれる。
 - 中央部のみの場合は、疼痛が軽度で骨折に気付かないことも。
 - 後方部にまで及ぶと、疼痛が強く、時に足の痺れ・運動障害、排尿障害等の神経症状を伴うことも。
- 【治療】
- 保存的治療が基本。
 - 硬めのコルセット、程度によってはギプス。
 - 受傷後1カ月間は、骨折部が不安定で容易に変形するので特に注意が必要。
 - 受傷後3～4週から骨形成が始まり、疼痛が軽減する。

【リハビリ・予防】

- コルセットを外してすぐは、背部の筋力が弱っていて疲れやすいため、長時間の座位や台所仕事で腰痛出現。
- 重だるく、横になると15～20分くらいで改善。
- 背筋を中心に腹筋も鍛えて、徐々に身体を馴らす。
- 再度転倒しないようにバランス訓練も。
- 身体が回復するまで半年から1年を要する。
- 骨折予防に骨粗鬆症の評価・治療も重要。

大腿骨近位部骨折

【受傷機転】

- 最も多いのが転倒。
- 骨粗鬆症がある場合には、おむつ交換等で少し脚を捻った程度でも。

【症状】

- 股関節部の疼痛
- 歩行能力が損なわれる。
(歩行能力回復のためには手術が必要！)

【治療】

- 手術的治療が基本。
- 骨接合術、又は人工骨頭置換術。

【診断】

- X線検査
- 亀裂骨折で分かりにくい場合はMRI撮影

頸部骨折 vs 転子部骨折

- 解剖学的な形状の違いから治療法が異なる。

1.股関節包との位置関係

- 頸部は関節包の内側
- 骨癒合に重要な外骨膜がない
- 癒合せず偽関節を生じ易い
- 転子部は関節包の外側
- 骨癒合に重要な外骨膜がある
- 癒合しやすい

2. 栄養血管

- 頸部や骨頭部を栄養する回旋動脈は細く、損傷を受けやすい。
- 骨頭壊死や遅発性骨頭陥没が生じる。
- 一方、転子部は周囲を血行の良い筋肉組織などに囲まれている。

- 頸部骨折：骨癒合しにくく偽関節となったり、骨頭部が壊死になり潰れて遅発性骨頭陥没になったりする。

⇒ 治療がとて難しい骨折！！

- 転子部骨折：骨癒合しやすく偽関節になる危険性が少なく、骨頭壊死にもなりにくい。

骨接合術

- 【適応】ズレが小さい頸部骨折
転子部骨折

- 骨を金属などの器具で固定して、折れた部分をくっつける手術。

利点：侵襲性が低い。
欠点：偽関節、骨頭壊死、遅発性骨頭陥没などの合併症を生じる危険性。

人工骨頭置換術

- 【適応】ズレが大きい頸部骨折

- 骨をくっつけるのは諦め、骨折した部分から骨頭までを切除し、人工物で置換する手術。

利点：偽関節、骨頭壊死、遅発性骨頭陥没などの合併症がない。
欠点：侵襲性が高い。術後股関節脱臼。耐久性の問題。

【リハビリ・予防】

- 早期からの起立・歩行を目指した訓練が必要。
- 受傷前に自力で屋外歩行が可能であった患者でも、半年～1年後に元通りに近い歩行能力を獲得できるのは50%程度。
- 術後のリハビリテーションが重要。
- 反対側の骨折リスクも高いため、骨粗鬆症の治療や転倒予防も重要。

在宅医療の現状

在宅医療における骨折とは？

- 在宅医療＝「生活」
- 最大の着眼点は、骨折によって「生活に支障をきたすか？」
- 診断は治療を決めていくうえで必須。
- しかし、在宅医療においては、「在宅生活が維持できる」ならば、必ずしも決定的診断に至ることを求められない。

脊椎圧迫骨折

【診断】

- 脊椎(棘突起)叩打痛

【治療】

- 疼痛コントロール。
- 入浴やトイレなど日常的な生活動作を禁止せず、過度の安静を禁忌とし、廃用を予防。

大腿骨近位部骨折

【診断】

- スカルパ三角に圧痛
- 股関節屈曲、外転、外内旋の制限

【治療】

- 在宅療養患者は認知症を伴っていたり、重篤な心疾患があるなど、麻酔を含めて手術的治療にリスクが高い場合が多い。
- ほとんどの骨折は2～3カ月で骨癒合が得られ、多くは変形治癒するものの、変形によって失われる機能は少ない。

まとめ

- 偽関節を生じやすい内側骨折でも、支持があれば短距離の歩行は可能で、疼痛も強くない。
- 受傷前に車椅子生活であればADLを低下させることはない。
- そもそも歩行が困難な症例であれば、解剖学的整復位を求めて手術的治療を行う意義は少ないといえる。

- 高齢になって骨粗鬆症になると、転倒などの比較的軽微な外力でも容易に骨折する。
- 事前にFRAX®を用いて担当患者の骨折リスクを評価しておく、
- 転倒のエピソード、体動時腰痛、脊椎叩打痛、歩行困難、スカルパ三角圧痛で骨折を疑い、
- 転倒予防、骨粗鬆症治療で骨折再発を予防しよう！

5. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

COPD



南葛勤医協 扇橋診療所
永田 拓也

2017.11.18 統合アセスメントを考える会

概要

慢性閉塞性肺疾患 (COPD : chronic obstructive pulmonary disease) とは、従来、**慢性気管支炎**や**肺気腫**と呼ばれてきた病気の総称です。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病といえます。

http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12

本日のコンテンツ

- ① COPDの概要
- ② 病因
- ③ 肺の解剖とCOPD発生機序
- ④ 症状
- ⑤ 診断
- ⑥ 評価(重症度)
- ⑦ 予後
- ⑧ 治療



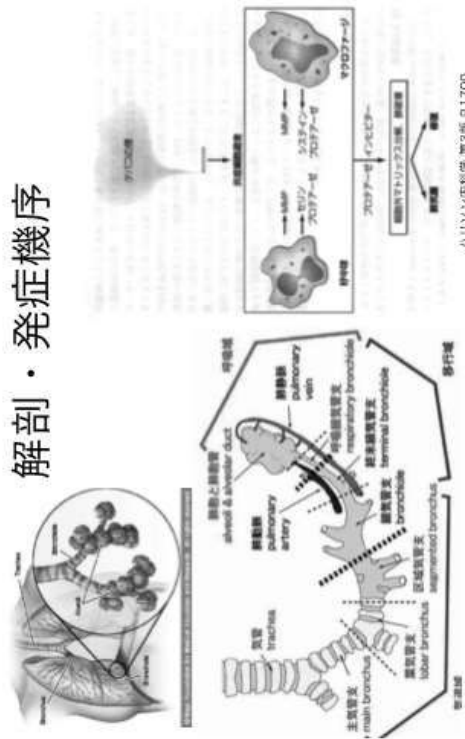
病因

最大の原因は**喫煙**であり、喫煙者の15~20%がCOPDを発症します。タバコの煙を吸入することで肺の中の気管支に炎症がおきて、せきやたんが出たり、**気管支が細くなることによって空気の流れが低下**します。また、気管支が枝分かれした奥にあるぶどうの房状の小さな袋である**肺胞が破壊されて、肺気腫**という状態になると、酸素の取り込みや二酸化炭素を排出する機能が低下します。COPDではこれらの変化が併存していると考えられており、治療によっても元に戻ることはありません。

http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12

<https://blogs.nejm.org/now/index.php/the-asthma-copd-overlap-syndrome/2015/09/25/>

解剖・発症機序



ハジソン内科学 第3版 p1700

<https://www.mayoclinic.jp/airways-and-sacs-of-the-lungs/jmp-20008294>

<http://www.lab2.toho-u.ac.jp/med/physi1/respi/respi4.5/respi4.5.html>

COPDの肺②

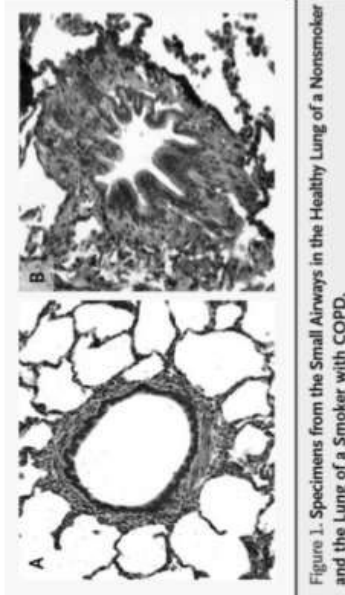
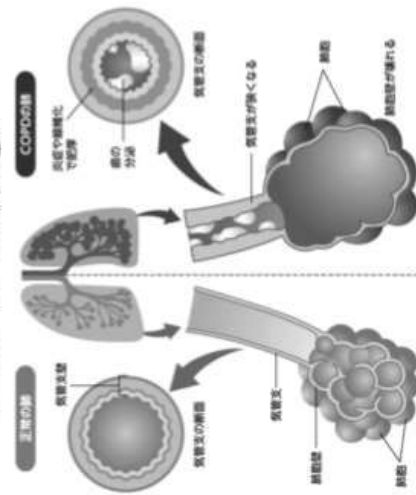


Figure 1. Specimens from the Small Airways in the Healthy Lung of a Nonsmoker and the Lung of a Smoker with COPD.

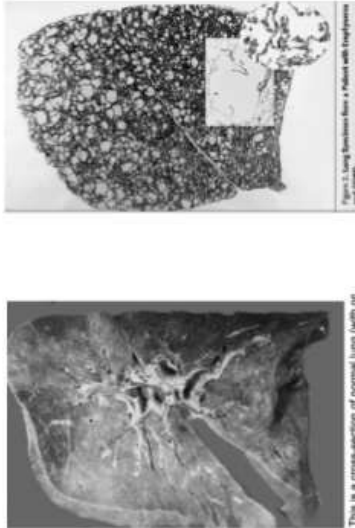
Cosio MG, Saetta M, Agusti A. Immunologic aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2009 Jun 4;360(23):2445-54.

COPDの肺①



呼吸リハビリテーション学① COPDの基礎知識とセルフマネジメント 独立行政法人 高齢社会推進機構

COPDの肺③



This is a gross-section of normal lung (left) or

Figure 3. Lung (Section from a Patient with COPD).

<https://library.med.utah.edu/WebPath/LUNGHTML/LUNG002.html>

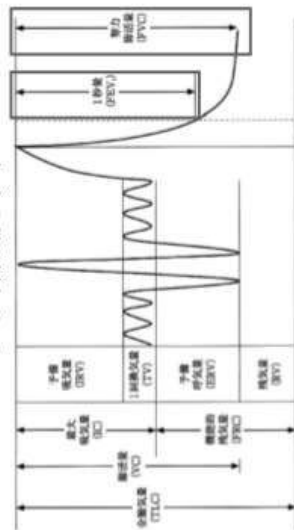
Cosio MG, Saetta M, Agusti A. Immunologic aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2009 Jun 4;360(23):2445-54.

症状

歩行時や階段昇降など、身体を動かした時に息切れを感じる**労作時呼吸困難**や**慢性的せきやたん**が特徴的な症状です。一部の患者では、喘鳴や発作性呼吸困難などぜんそくの様な症状を合併する場合があります。

http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12

呼吸機能検査



1秒量 (FEV1) : 最初の1秒間で吐き出せる息の量
努力肺活量 (FVC) : 思い切り息を吸ってから強く吐き出したときの息の量
1秒率 (FEV1%) : FEV1値をFVC値で割った値
対標準1秒量 (%FEV1) : 性、年齢、身長から求めたFEV1の標準値に対する割合
久保田 監, 呼吸機能検査 日本臨床 74(5), 763-767, 2016-05

診断

長期の喫煙歴があり慢性にせき、たん、労作時呼吸困難があればCOPDが疑われます。

確定診断には**スパイロメトリー**といわれる**呼吸機能検査**が必要です。最大努力で呼出した時にはける全体量(努力性肺活量)とその時に最初の1秒間ではける量(1秒量)を測定し、その比率である**1秒率(1秒量÷努力性肺活量)**が気道の狭くなっていく状態(閉塞性障害)の目安になります。気管支拡張薬を吸入したあとの**1秒率が70%未満**であり、閉塞性障害をきたすその他の疾患を除外できればCOPDと診断されます。

http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12

評価① 一気道閉塞の重症度

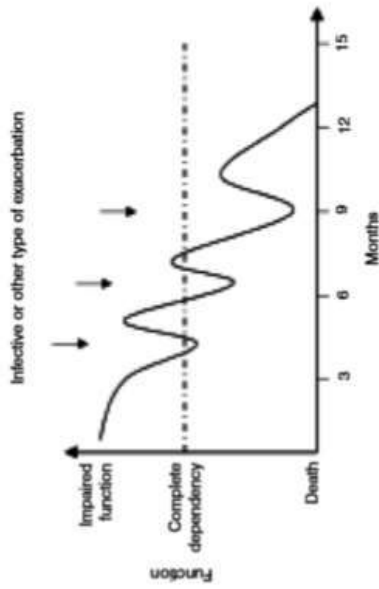
病期	特徴
I期	軽度の気流閉塞 %FEV1 ≥ 80%
II期	中等度の気流閉塞 50% ≤ %FEV1 < 80%
III期	高度の気流閉塞 30% ≤ %FEV1 < 50%
IV期	極めて高度の気流閉塞 %FEV1 < 30%

気管支拡張薬投与後の1秒率 (FEV1/FVC) 70%未満が必須条件。

1秒量 (FEV1) : 最初の1秒間で吐き出せる息の量
努力肺活量 (FVC) : 思い切り息を吸ってから強く吐き出したときの息の量
1秒率 (FEV1%) : FEV1値をFVC値で割った値
対標準1秒量 (%FEV1) : 性、年齢、身長から求めたFEV1の標準値に対する割合

参考 : COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第4版 (日本呼吸学会)

予後・経過①



Richard Lehman Br J Gen Pract 2004; 54 (509): 892-893.

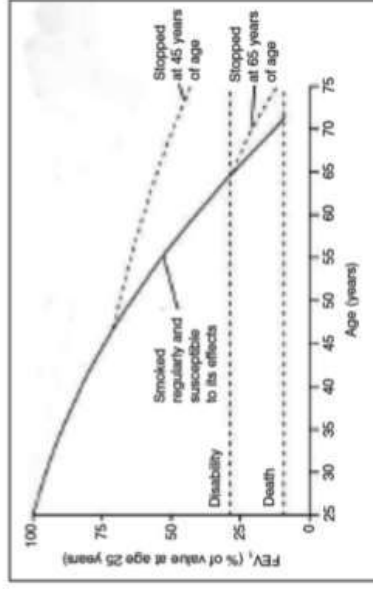
治療①

COPDに対する管理の目標は、

- (1) 症状および生活の質の改善、
- (2) 運動能と身体活動性の向上および維持、
- (3) 増悪の予防、
- (4) 疾患の進行抑制、
- (5) 全身併存症および肺合併症の予防と治療、
- (6) 生命予後の改善 にあります。

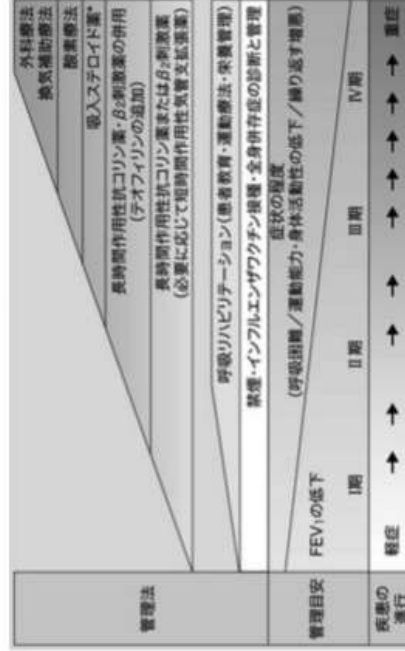
気流閉塞の重症度だけでなく、症状の程度や増悪の頻度を加味した重症度を総合的に判断したうえで治療法を段階的に増強していきます。

予後・経過②



Richard Lehman Br J Gen Pract 2004; 54 (509): 892-893.

治療②



<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/special/clupd/201307/631282.html>

治療③

- 喫煙を続けると呼吸機能の悪化が加速するので、禁煙が治療の基本。
- 増悪をさけるため、**インフルエンザや肺炎球菌ワクチンの接種**。
- **薬物療法**の中心は**気管支拡張薬**（抗コリン薬・ β_2 刺激薬・テオファイリン薬）です。効果や副作用の面から吸入薬が推奨されています。気流閉塞が重症で増悪を繰り返す場合は、吸入ステロイド薬を使用します
- **非薬物療法**では**呼吸リハビリテーション**（口すぼめ呼吸や腹式呼吸などの呼吸訓練・運動療法・栄養療法など）が中心となります。
- 低酸素血症が進行してしまった場合には**在宅酸素療法**が導入されます。
- 小型の人工呼吸器とマスクを用いて呼吸を助ける**換気補助療法**が行われることもあります。
- 症例によっては過膨張した肺を切除する**外科手術**（肺容量減少術）が検討されることもあります。

6. 認知症

2017年11月26日(日)
第6回 統合アセスメントを考える会

自己紹介

「認知症」

東京ほくと医療生協 鹿浜診療所
医師 石川 美緒



今回お話する内容

- 卒後11年目の家庭医
- 診療所副所長
- 好きな分野:在宅医療、緩和ケア、認知症、小児外来医療
- 好きなもの:建築物、器、絵、彫刻、かばん、小説、日本酒(とそれに合う料理)

1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？
3. どのように診断するのか？
4. それぞれの病気の特徴は？
 - ✓ アルツハイマー型認知症
 - ✓ 脳血管性認知症
 - ✓ レビー小体型認知症
 - ✓ 前頭側頭型認知症

1. そもそも「認知症」とは？

2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？

3. どのように診断するのか？

4. それぞれの病気の特徴は？

✓ アルツハイマー型認知症

✓ 脳血管性認知症

✓ レビ-小体型認知症

✓ 前頭側頭型認知症

そもそも「認知症」とは？

「いったん獲得された認知機能が、後天的な脳の器質性の病変によって低下し、**正常な日常生活や社会生活が営めなくなった状態**」

器質性とは⇒症状や疾患が臓器・組織の形態的異常にもとづいて生じている状態。

脳の器質性の病変⇒何らかの形で脳組織が壊れる、神経細胞が消失するなど、肉眼や顕微鏡で見つかる病変

器質性と機能性の違い

- 器質性⇔機能性
- 機能性 うつ病、廃用
- 神経細胞の機能低下、休止、または誤った機能を発揮
- しかし、形態変化はない。顕微鏡で脳を調べても病変は見つかからない

認知機能＝記憶力ではない

認知機能障害とは

- 記憶障害
 - ただではなく・・・
- 視空間認知障害 「よく物にぶつかる」「道に迷う」
- 言語障害 「言葉の意味がわからない」
- 遂行機能障害 「料理の段取りがつけられなくなった」
- 注意障害 「ものに集中できない」
- 社会的認知障害「他人の表情から感情を読み取れない」「その場に合った行動ができない」

記憶障害が無くても認知症のことがある

- 前頭側頭型認知症やレビー小体型認知症では、記憶障害で発症しないことが多い
- ICD-10、DSM-IVは記憶障害を認知症の診断基準の必須項目としていたために、初期の前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症が認知症と診断されなれないという問題点があった

「認知症」は症候群である

- 「認知症」は、単一の疾患名ではなく、多様な原因疾患で生じる症候群である
- 可能な限りその原因疾患を明らかにする努力が必要

1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？

3. どのように診断するのか？

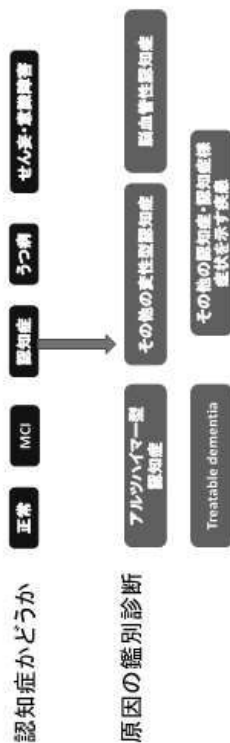
4. それぞれの病気の特徴は？

- ✓ アルツハイマー型認知症
- ✓ 脳血管性認知症
- ✓ レビー小体型認知症
- ✓ 前頭側頭型認知症

なぜ診断をつけることが必要なのか？

- 認知症病型によっては、よかれと思って処方した薬で副作用が強く出ることがある
 - レビー小体型では、風邪薬で歩けなくなったりする
- 病型により、主となる症状や経過が異なる。診断がついていないと、予想される経過を本人・家族に説明したり、対策をとることができない
- 経過の予測＋患者の意思決定支援。自分の思いを語れる内に、きちんと判断できるうちに…。
- 家族の早期からの教育的支援。身近な人間の対応が、本人の症状を悪化させ得る

診断の流れ



1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？
3. **どのように診断するのか？**
4. それぞれの病気の特徴は？
 - ✓ アルツハイマー型認知症
 - ✓ 脳血管性認知症
 - ✓ レビー小体型認知症
 - ✓ 前頭側頭型認知症

診断のために行うこと

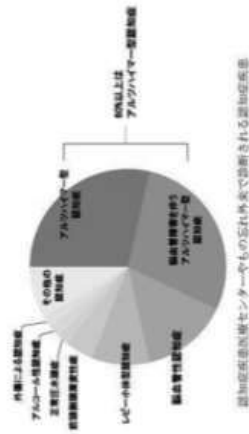
- 病歴の確認
- 身体診察、神経学的診察
- 血液検査
- 頭部画像検査 CT、MRI
- 神経心理検査
- 脳血流シンチ、MIBG心筋シンチ、など…

一番鍵になるのは、病歴。

その方の生活上の変化を一番把握している人から情報を得られるかどうか、にかかっている。

本人の病識と、介護者の捉えた障害程度には乖離がある。

病型の頻度、割合



認知症の原因疾患の割合は報告者により異なるが、おおむねアルツハイマー型認知症が50～55%で、レビー小体型認知症が20%とすものが多い。

1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？
3. どのように診断するのか？
4. それぞれの病気の特徴は？
 - ✓ アルツハイマー型認知症
 - ✓ 脳血管性認知症
 - ✓ レビー小体型認知症
 - ✓ 前頭側頭型認知症

アルツハイマー型認知症

- 診断の助け
- 各病型の特徴、経過を知り、起こりうることを予測⇒家族に説明。心の準備、物の準備、サービースや制度利用等々ケア体制構築の準備
- 言動の背景を理解することにより、接し方やケアに生かす

アルツハイマー型認知症以外の認知症を疑うには、「アルツハイマーっぽくない」という感覚が大事。そのためにも、アルツハイマー型認知症についてきちんと理解することが必要

FAST分類(Functional Assessment Staging)
行動観察によるアルツハイマー型認知症の重症度判定

ステージ	臨床診断	特徴
1	正常成人	日常的にも本能的にも機能障害なし
2	正常老化	軽微な障害あり、もはや自覚がない、他覚的障害あり
3	軽度領域	職業上の重要な仕事ができず、自覚を覚える仕事において同僚によって補填される場面がある、新しい場所への移行は困難
4	軽度	パーソナル計画、買い物、金銭管理など日常生活における重要な仕事ができず、自覚、他覚的障害あり
5	中等度	状況に合わせて適切な適切な対応を講ずる必要はない、入浴させるために浴槽が必要となる
6a	やや重度	能力では困難を覚える、入浴を講ずる
6b		トイレの本体を洗ふ必要あり、基本忘れ
6c		基本忘れ
6d		基本忘れ
7a	重度	認知機能の低下（最大10%の低下）
7b		認知機能の低下（最大10%の低下）
7c		歩行能力の喪失
7d		歩行能力の喪失
7e		歩行能力の喪失
7f		歩行能力の喪失

(Scian SG et al. Int. Psychogeriatr. 1992; 4 Suppl 1: 55-68.)

- 軽度AD FAST4 HDS-R 17～22点程度
- 記憶障害 近時記憶障害
 - 見当識障害 時間⇒日付⇒季節
 - 精神症状 ものとられ妄想 喪失感から来るうつ、アパシー、不安
 - 生活障害 基本的ADLは保たれるが、IADLに障害

中等度AD FAST5 HDS-R11～16点程度

- 記憶障害 即時記憶障害、昔のエピソードの詳細を忘れる
- 見当識障害 場所の見当識障害
- 言語障害 言葉の理解が徐々に低下する
- BPSDが出やすい時期
- 生活障害 基本的ADLの障害

重度AD FAST6～7d HDS-R 0～10点程度

- 言語障害 言葉の減少。言葉によるコミュニケーションが困難
- 不快などの情動をあらわすことはできない
- 基本的ADL 全介助
- 食べ物ではないものを食べる、トイレの水の流し忘れ・拭き忘れ、トイレでないところで排泄する
- 尿失禁、便秘
- 運動障害 歩行障害⇒座位保持障害⇒寝たきり
- 筋の固縮、ミオクロームス

終末期 FAST 7e,f HDS-R計測不能

- 大脳皮質の機能が広範に失われた状態
- 随意運動がなくなる⇒四肢の関節の拘縮
- 無言、笑顔の喪失
- 嚥下障害 誤嚥性肺炎

レビー小体型認知症

- 見過ごされていることが多い病気
- 適切な治療で著しく改善することがある一方、不適切な治療で悪化するので、きちんと診断することが大切
- 症状が多彩(精神症状や自律神経症状も)、個別性が高い

レビー小体型認知症の診断基準



レビー小体型認知症の臨床症状

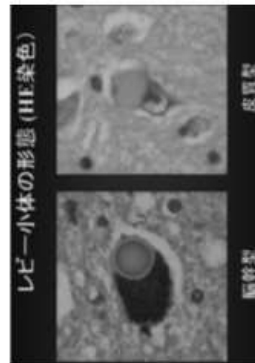


認知機能 (認知機能低下) は、進行性の認知機能低下である。進行性とは、単に認知機能を悪化するものではなく、通常認知症の進行と同様に、進行性認知症を伴う。進行性とは、進行性の認知機能低下である。進行性とは、単に認知機能を悪化するものではなく、通常認知症の進行と同様に、進行性認知症を伴う。進行性とは、進行性の認知機能低下である。進行性とは、単に認知機能を悪化するものではなく、通常認知症の進行と同様に、進行性認知症を伴う。

レビー小体型認知症 (DLB)らしさ

- アルツハイマー型認知症初期の主訴のほとんどが「もの忘れ」であるのに比べて、レビー小体型認知症の主訴は多様
- 診断基準を満たさなくても、この人はDLBかもしれない、と意識しながら診ていくことが重要
- レム睡眠行動異常 「寝言が大きい」「寝言を叫ぶ」「隣で寝ていたらなぐられた、蹴られた」
- 幻視
- 不安感が強うつ傾向
- 様々な身体的愁訴
- 動作がゆっくりになった
- 便秘

なぜ症状が多彩なのか？



- レビー小体は、大脳皮質だけでなく、脳の様々な場所（大脳基底核、脳幹）や、心臓、腸、膀胱、皮膚などを支配する末梢自律神経系にも蓄積する
- どこに先に蓄積するかによって症状が異なる
- 中脳などが脳幹の病変が先行するのがパーキンソン病

レビースコア コウノメンツドより

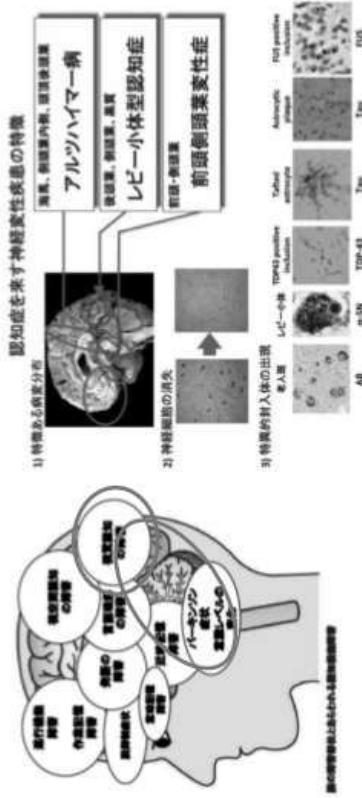
問診・診察時の所見	フルスコア
早期過労性 (かぜ菌などが知覚されたことがある)	2点
幻視 (2点) / 妄想 (「人がいるような気がする」など) (1点)	2点
意識消失発作 (短らなてかんは無く)	1点
夜間の寝言 (1点) / 夜間の叫び (2点)	2点
嚥下障害 (食事中にむせる)	1点
ももとの性格が随分もないう理と病的にまじめ	1点
日中の嗜眠、1時間以上の嗜眠	2点
安静時の振戦	1点
臨床現象 (歯車様前頭固縮) ^{a)} (2点) / フォーストリジッド ^{b)} (1点)	2点
身体の特徴 (2点) / 髪質の身体の特徴 (1点)	2点
合計	16点

^{a)} 医師が患者の腕を他動的に振動させた際、

腕が固まるように小刻みな振動を感じる。

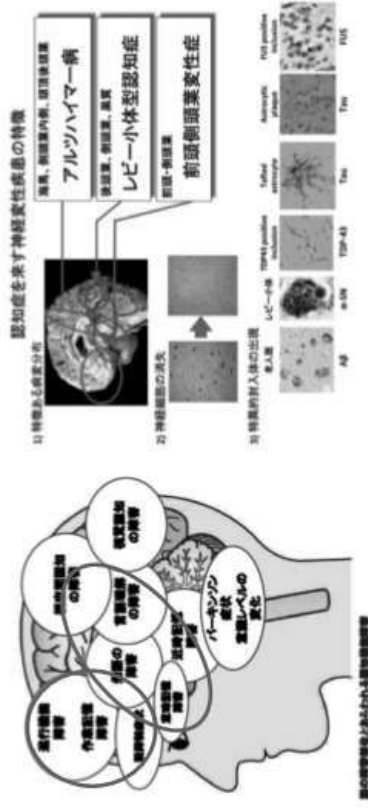
^{b)} 最初の両手指の関節が硬く、その後はスムーズに動く (両関節の硬直)

3点以上でDLBを疑う



前頭側頭型変性症

- 前頭側頭型認知症(いわゆるピック病)
- 意味性認知症
- 進行性非流暢性失語



前頭側頭型認知症(ピック病)らしさ

前頭葉障害を示す特徴的な症状

印象としては、「いい大人ならこんなことはやらない。善悪の区別がまだつかない子供みたい...」

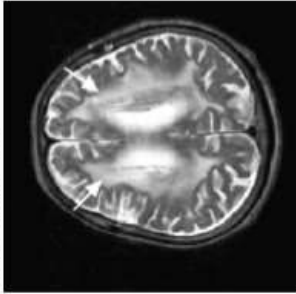
- 診察室での様子: 診察室でなかなか座らない。勝手に出ていく。鼻歌を歌う。勝手に血圧計やカルテを触る
- 反社会的行動: スーパーで未会計のものをその場で開封して食べる、交通ルールを無視した運転
- スイッチが入ったように怒るが、すぐにケロッとする
- 食行動異常: 甘いものばかり、気に入った同じものばかり食べる

脳血管性認知症

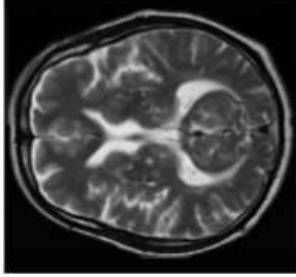
脳血管性認知症 ≠ 脳卒中を起こした人になる認知症

脳血管性認知症で多い頭部MRI画像

ピンスワンガー型



多発性ラクナ梗塞



比較の画像(脳梗塞)



脳血管性認知症らしさ

- 遂行機能障害(段取りの悪さ、要領の悪さ)を主体とする認知症状(記憶障害、見当識障害はあっても、早期であれば軽度)
- アパシー、抑うつなどの精神症状
- 悲観的・うつ的な受け答え
- 感情・欲求の制御障害
- 強制泣き・笑い
- 理解や会話のスピードが遅い
- 身体症状の合併：歩行障害、嚥下障害、構音障害

皮質下性認知症といわれるタイプが多い

- 大脳白質の神経線維連絡網が破壊される
- 片麻痺、失語、失行、失認など局在性皮質病変を示す症状は少ない
- 思考の鈍麻、発動性の低下、パーキンソン症状

脳血管性認知症のポイント

- 症状は病変部位に依存するため、発症も進行も個人差が大きい
- 病識は晩期まで保たれる
- 全身の血管の動脈硬化により、合併する疾患が多い(虚血性心疾患、慢性心不全、慢性腎臓病 など)
- 家族からの相談は、もの忘れよりも、「ほっとして何もしようとしなさい」「よくむせる」「動作がにぶくなった」「トイレに行かせるのが大変」等であることが多い

病型の特徴 まとめ

病型	らしさ	主な病変・機能低下部位
アルツハイマー型認知症	振り向き現象、再認不能な記憶障害、取り違いや病識低下	海馬、頭頂葉、側頭葉、前頭前野、マイネルト核
レビー小体型認知症	幻視、症状変動、パーキンソンニズム、転倒、便秘、REM睡眠行動障害	後頭葉、皮質下核、マイネルト核
前頭側頭型認知症	立ち去り、我が道を行く行動、周顧、強制把握	前頭前野、側頭葉
脳血管性認知症	自覚性低下、思者疎麻、強制泣き笑い、偽性球麻痺	両側大脳白質、大脳基底核

参考図書

- ・ 認知症疾患ガイドライン2017
- ・ 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう



7. 惡性腫瘍

悪性腫瘍 消化器・肺癌を中心に

国立がん研究センター東病院 緩和医療科
小杉 和博

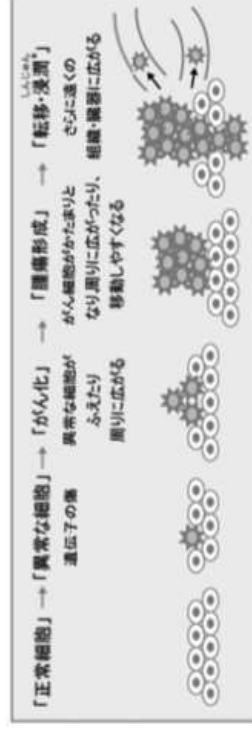
本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

本日のお品書き

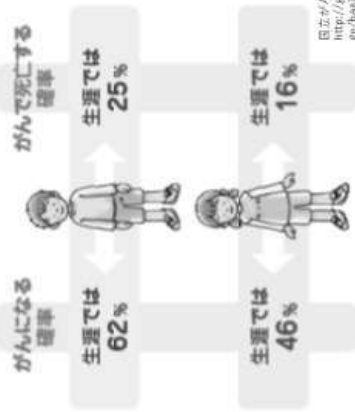
- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

悪性腫瘍の発生と進行



国立がん研究センターがん情報サービスより
<http://ganjoho.jp/fkikei/chapter3-1/03-01-01.html>

①誰でもなる可能性がある



国立がん研究センターがん情報サービス
http://ganjoho.jp/public/dtu_1/e/knowledge/get/bag5.html

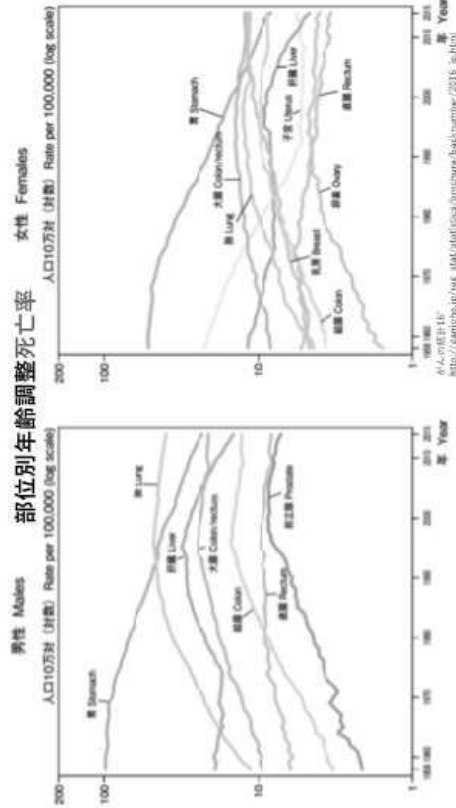
②予防できるものがあるが、完全には防げない

- 禁煙や食生活の見直し、感染予防などで「なりにくくする」ことはできる
- しかし、それらをしてもがんは「ならないようにする」ことはできない

国立がん研究センターがん情報サービス
http://ganjoho.jp/public/ess_1/e/knowledge/basic.html

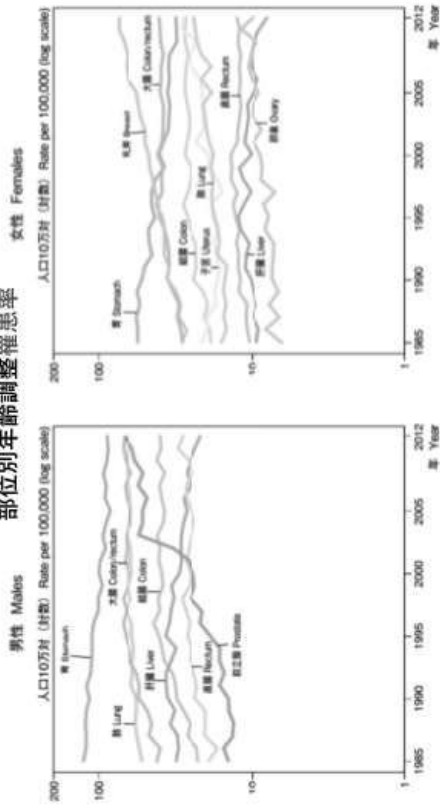
本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- **悪性腫瘍の発生部位**
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 注意すべき骨転移
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄



がんの統計15
http://ganjoho.jp/ut_data/statistics/honshu/bachunmu/2015_3.html

部位別年齢調整罹患率



部位別がん死亡数(2015年)

	1位 1st	2位 2nd	3位 3rd	4位 4th	5位 5th
男性 Males	肺 Lung	胃 Stomach	大腸 Colon/rectum	肝臓 Liver	膵臓 Pancreas
女性 Females	大腸 Colon/rectum	肺 Lung	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	乳房 Breast
男女計 Both	肺 Lung	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	肝臓 Liver

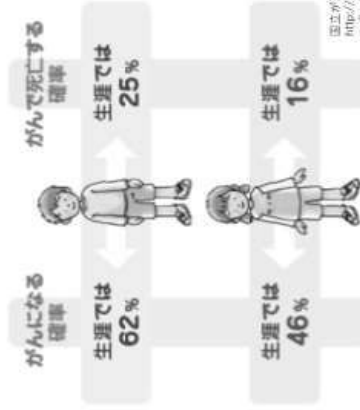
がんの統計 がんの発生率
http://ganjoho.jp/mc_data/statistics/brochure/backnumber/2016_jp.html

部位別がん罹患数(2012年)

	1位 1st	2位 2nd	3位 3rd	4位 4th	5位 5th
男性 Males	胃 Stomach	大腸 Colon/rectum	肺 Lung	前立腺 Prostate	肝臓 Liver
女性 Females	乳房 Breast	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	肺 Lung	子宮(全体) Uterus
男女計 Both	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	肺 Lung	乳房 Breast	前立腺 Prostate

がんの統計 がんの罹患数
http://ganjoho.jp/mc_data/statistics/brochure/backnumber/2012_jp.pdf

①誰でもなる可能性がある



国立がん研究センターがん対策センター
http://ganjoho.jp/public/cancer/kanjoho.html

部位別がん死亡数(2015年)

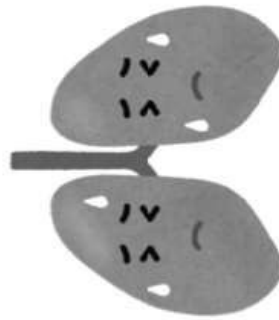
	1位 1st	2位 2nd	3位 3rd	4位 4th	5位 5th
男性 Males	肺 Lung	胃 Stomach	大腸 Colon/rectum	肝臓 Liver	膵臓 Pancreas
女性 Females	大腸 Colon/rectum	肺 Lung	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	乳房 Breast
男女計 Both	肺 Lung	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	肝臓 Liver

がん統計13
http://ganjoho.jp/public/cancer/basenuma/2015_jp.htm

本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- **消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器**
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

肺がん



- 組織型から小細胞癌と非小細胞癌に分類される
- 小細胞癌は腫瘍の増殖速度が速い
- 近年、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤など薬物療法の進歩が目覚ましい
- 転移しやすい臓器として脳、骨、肝臓、副腎

国立がん研究センターがん情報サービス
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>
 南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

胃がん



- 東アジアで多く欧米では少ない
- 死亡率が高かったために検診が行われるようになった
- ヘリコバクター・ピロリ菌感染が危険因子
- 約6割はStage Iで発見
- 転移しやすい臓器として肝臓、腹膜、肺、骨

国立がん研究センターがん情報サービス
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>
 南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

大腸がん



- S状結腸、直腸にできやすい
- 家族歴は危険因子
- 肝転移・肺転移は取り切れるのであれば手術の適応
- 転移しやすい臓器として肝臓、肺、腹膜

国立がん研究センターがん情報サービス
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>
南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

膵がん



- 診断時の約7割は切除不能の進行癌
- 多くが1年以内に死亡する最難治癌
- 膵頭部癌であれば約6割は黄疸を発症
- 転移しやすい臓器として肝臓、肺

国立がん研究センターがん情報サービス
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>
南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

肝がん



- 約9割は肝細胞癌
- 肝炎ウイルスの持続感染が危険因子(80%がHCV、15%がHBV)
- アルコールや脂肪肝も危険因子
- 複数あっても局所療法の適応あり
- 転移しやすい臓器として肺、骨、腹膜、副腎

国立がん研究センターがん情報サービス
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>
南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

乳がん



- 罹患率が上昇しているが、生存率が高い
- エストロゲンが重要な働きをしている
- 化学療法、ホルモン療法、分子標的薬など薬物療法の選択肢が多い
- 術後20年経っても再発のリスクがある
- 転移しやすい臓器として骨、肺、皮膚、肝臓、胸膜、脳

国立がん研究センターがん情報サービス
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>
南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- **転移に対する治療**
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

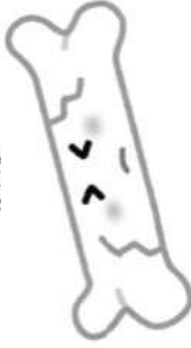
転移に対する治療

脳転移



- 全脳照射
- 定位放射線治療

骨転移



- 放射線治療
- ビスフォスフォネート製剤

注意すべき骨転移：脊髄圧迫

- 脊椎転移の2-20%で脊髄圧迫に移行
- 発生部位は胸椎60%、腰椎30%、頸椎10%
- 原発巣は肺癌、肺癌、前立腺癌が20%ずつ
- 初期症状の9割は痛みの増強 神経症状があれば積極的に疑う
- MRIが感度・特異度とも高い
- 予後が長期であれば除圧固定術 短ければ放射線照射
- 手術・放射線までの急性期治療として大量ステロイド投与
(デキサメタゾン 16mg/日)

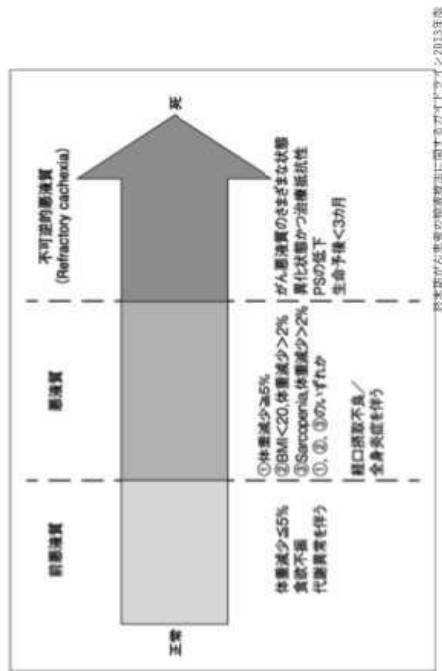
本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- **悪液質**
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

悪液質

- 定義：従来の栄養療法で完全に回復することは不可能な、進行性の機能障害をもたらす著しい筋組織の減少を特徴とする多因子症候群。
病態生理学的には、経口摂取の減少と代謝異常によりもたらされる蛋白質およびエネルギーの喪失状態。
- 慢性炎症により筋肉量の減少をはじめ蛋白合成の低下、インスリン抵抗性、脂質分解の亢進などの代謝異常が発生する。
→この状態で栄養投与を行っても、著しい異化亢進により有効に利用されない。

山口高生：がんと栄養療法と患者の生活の質に関する国際的コンセンサス
Frezza et al., *Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus*
The Lancet Oncology, 11: 489-495, 2011

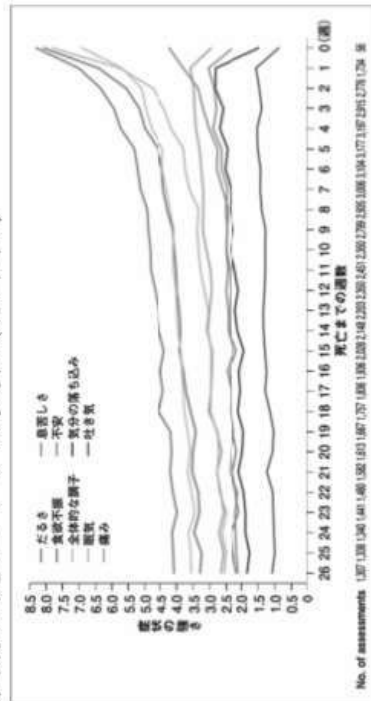


終末期がん患者の栄養療法に関するガイドライン 2015年版

本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

終末期に起こりうる変化(週単位)



終末期に起こりうる変化(週単位)

%	経過	日常生活	ADL	認知機能	痛み
100		日常生活の大部分を 要する		正常	軽微
90	10%未満している	日常生活の一部を 必要とする程度 いかに減少がある		軽微	軽微
80		いかに減少があるかが、要する 日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
70		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
60		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
50		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
40		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
30		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
20		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微
10		要する日常生活の一部を 必要とする程度		軽微	軽微

最終三方原病院、株式会社イード
<http://www.seinar.jp/okanabai/>
<https://www.knowa.com/contents/71.html>

終末期に起こりうる変化(週単位)

Palliative Performance Scale	10~20 30~50 60以上	4.0 2.5 0
経口摂取量*	著明に減少(劇口以下) 中程度減少(減少しているが劇口よりは多い) 正常	2.5 1.0 0
浮腫	あり なし	1.0 0
安静時呼吸回数	あり なし	3.5 0
せん妄	あり(原因が薬物単独のものも含めない) なし	4.0 0

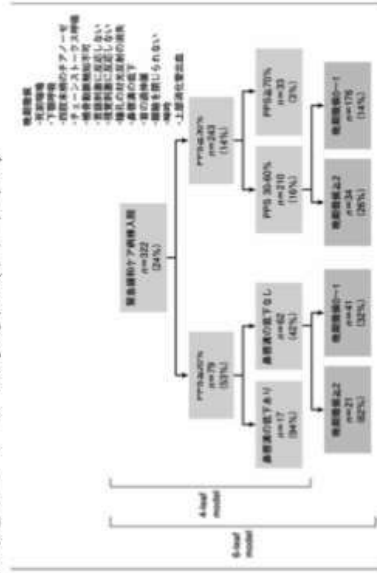
*: 消化管障害のため劇口以下程度を進行している場合は0点とする。最終三方原病院、株式会社イード
http://www.seinar.jp/misabahaya/doc_hanwa/contents/77.html

終末期に起こりうる変化(日単位)

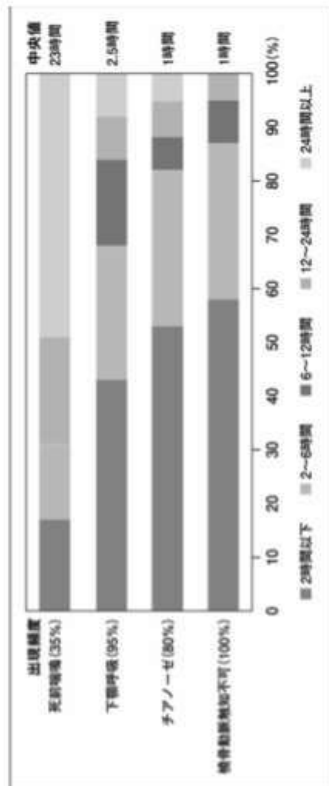
身体機能	最後の週での 出現率	病ごとの出現の中核 項目(1位から3位)	出現率 (95%信頼区間)	身体機能 (95%信頼区間)
全身状態の低下(PFS<20%)	83	4.0(3.5~4.6)	81.3(80.9~81.7)	3.0(3.4~3.6)
意識レベルの低下(ASCC<2)	96	4.3(4~4.9)	89.3(88.9~89.7)	4.9(4.7~5)
歩行能力の低下	78	2.5(1.5~3.0)	93.5(93.3~93.8)	4.3(4.2~4.9)
尿量<200ml/24時間	72	1.5(1.0~2.0)	98.3(98~98.5)	1.5(1.4~1.7)
尿意頻回: <6回/日	79	3.0(2.0~4.0)	94.0(93.6~94.1)	6.7(6.3~7.1)
尿意頻回: <6回/日	89	2.0(1.5~4.0)	98.9(98.8~99.2)	4.3(4.2~4.9)
尿意頻回	66	1.5(1.0~2.0)	97.1(96.9~97.3)	9.8(1~10)
内服薬剤のアドオン	39	3.0(2.0~4.0)	94.0(93.7~94.2)	5.7(5.4~6.1)
鎮痛剤を要している	37	1.5(1.0~1.5)	97.9(97.7~98.1)	1.6(1.17~1.8)
下痢頻回	56	1.5(1.0~2.0)	97.3(97.3~97.6)	10.9(10~10.9)
嘔吐	54	1.5(1.0~2.0)	97.9(97.7~98.1)	11.8(10.3~13.4)
舌の湿潤	46	2.5(2.0~3.0)	96.7(96.5~96.9)	7.3(6.7~8)
チーン・クロー・ブーム	41	2.0(1.0~2.0)	98.3(98.4~98.7)	14.1(13.9~13.9)
排便頻回(1日)	38	1.0(0.5~1.0)	99.3(99.2~99.3)	11.6(11.7~17.4)
排便の付着と排便の減少	38	2.0(1.5~3.0)	99.9(99.8~99.9)	16.7(14.9~18.6)
上肢の弛緩	5	5.0(3.5~17.0)	99.7(99.6~99.7)	10.3(9.5~11.1)

Hui D, et al. Cancer 2015;121:3914-3921.

終末期に起こりうる変化(日単位)



終末期に起こりうる変化(時間単位)



Monte T., et al., Am J Hosp Palliat Care 1998;15:217-222.

本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

播種性血管内凝固症候群(DIC)

- 急性前骨髄球性白血病(APL)をはじめとする血液悪性腫瘍や肺癌(乳癌、肺癌、肝細胞癌など)でよくみられる
- 全身持続性の著しい凝固活性化をきたし、最小血管内に微小血栓が多発する重篤な病態
- 日本の年間患者数は73000人、死亡率は56.0%
- 治療は基礎疾患の治療が最重要 がんであれば化学療法
- 抗凝固療法(ヘパリン)の使用も検討されるが、がん終末期での適応はかなり難しい

中外医学社 最新医学書編 臨床に役立つ血液学

終末期せん妄

- せん妄は終末期がん患者の7~9割で生じる
 - それを体験した家族の6割以上が苦痛だったと答えている
 - 終末期がん患者では薬物だけではなく脱水、低酸素血症などの徴候や肝不全、腎不全などの臓器障害も合併しており、原因の治療は困難
- 抗精神病薬などの対症療法



Monte T., et al., J Pain Symptom Manage 2007;34:379-389.

終末期せん妄

遺族調査によると

- 家族の6割は「疼痛などの身体的苦痛」、4割は「薬物」が原因と考えていた
- また、医療者へは「家族とともにいる」「患者の主観的な世界を尊重する」「起こりうる症状を説明する」「家族の身体的・精神的負担に配慮する」が望まれていた
- 上記を配慮した丁寧な説明が肝要



Merita T. et al. / Pain Symptom Manage. 2007;35:579-586.

8. 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)

神経難病の治療について

参照

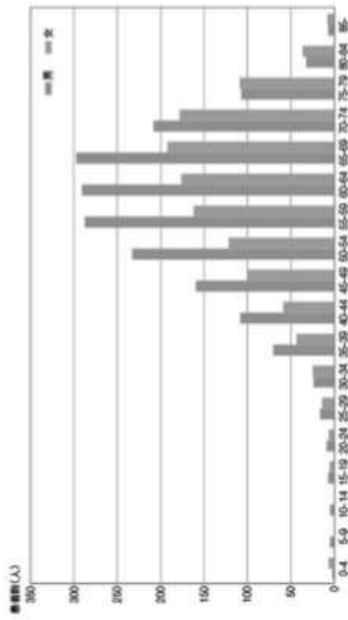
- LIVE TODAY FOR TOMORROW プログラム委員会
- ALSステーション
- 慶應義塾大学 KOMPAS

会田記念リハビリ病院
院長 篠田雄一

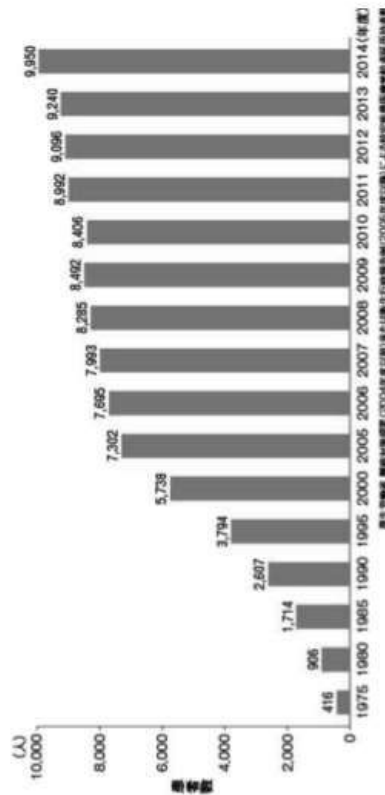
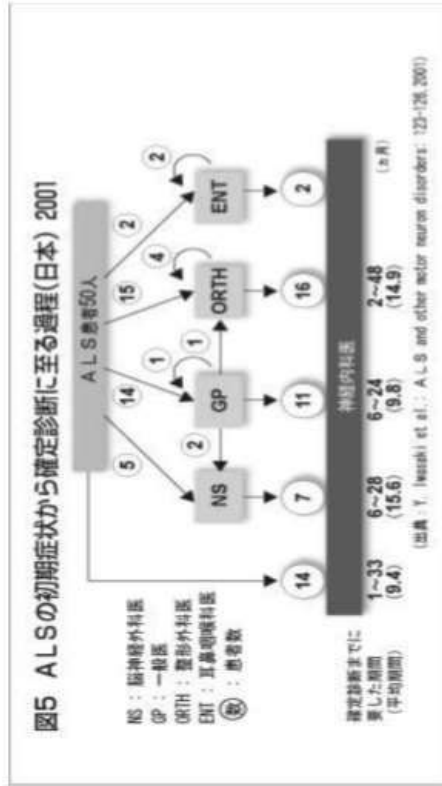


患者数

- 発病率が10万人あたり1.1~2.5人
- 日本では約1万人
- 多くが50~70歳代で発症、男性のほうがやや多い

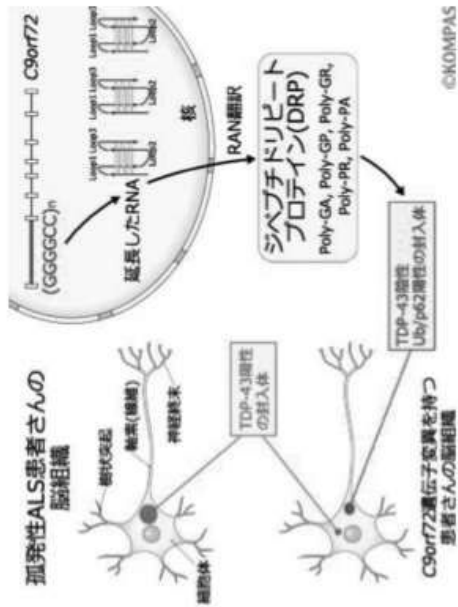


早期発見できれば！

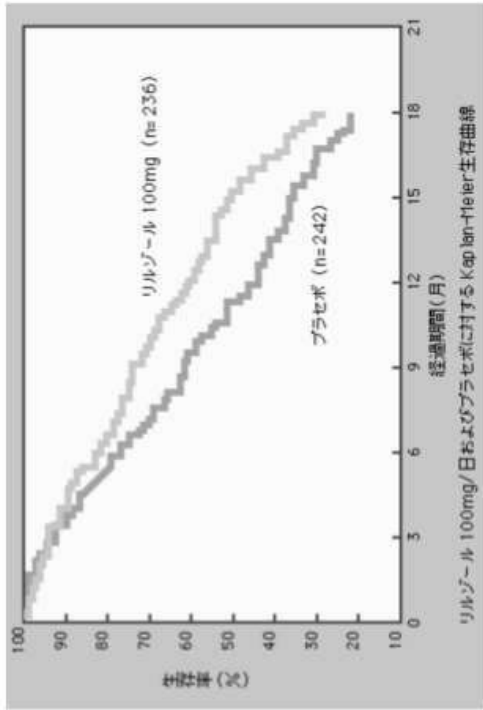


ALSの原因

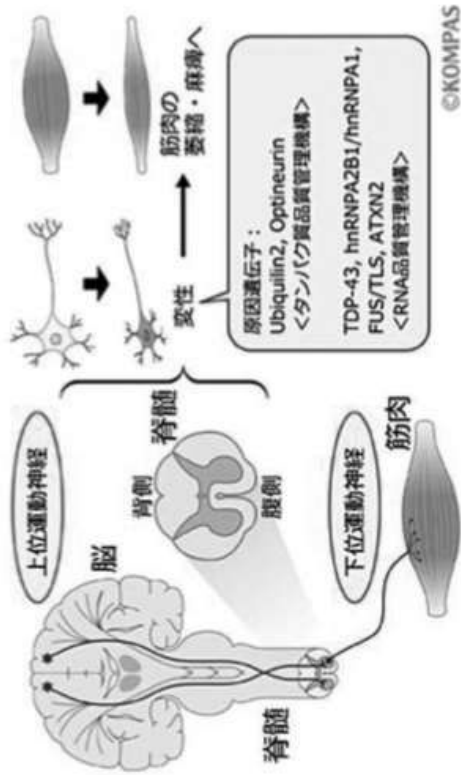
- 遺伝異常：家族性ALS患者の1/4～1/2、孤発性ALSの1%程度(総ALS患者の4～5%)に出現→遺伝子異常が運動ニューロン死を引き起こし、ALSを発症する分子機構は未解明。他、RNA修飾制御蛋白の異常(TDP-43やFUS/TLS)。
- 細胞異常興奮：通常の神経伝達で放出されたグルタミン酸が同時にCaイオンを過剰流入(カルシウム透過性AMPA受容体が発現)して細胞障害(孤発性ALS)
- 他：興奮性細胞死との関連でグルタミン酸放出過剰説・グルタミン酸トランスポーター異常説、ミトコンドリア障害説、酸化ストレス説、蛋白構造異常や蛋白分解系の機能異常による異常蛋白の蓄積説、ニューロンの構造や分子の輸送に関わる細胞骨格蛋白の異常説、栄養因子欠乏説、免疫異常説、中毒・欠乏(重金属など)説、感染(レトロウイルス)説、外傷説、など。



©KOMPAS

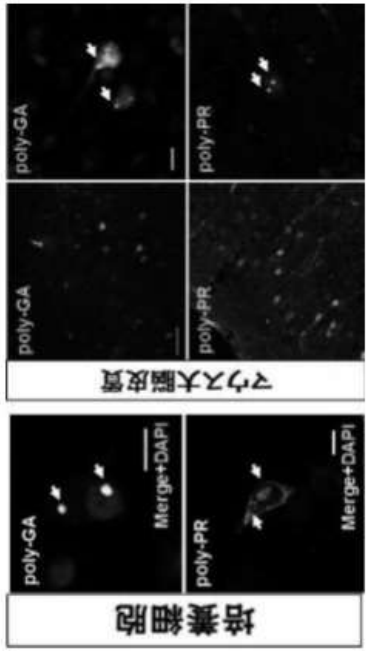


リルゾール 100mg/日およびプラセボに対するKaplan-Meier生存曲線

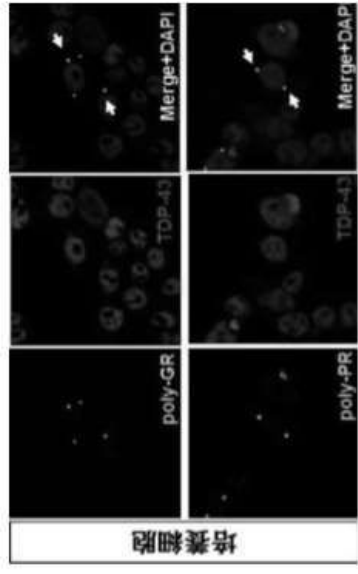


©KOMPAS

poly-GAは培養神経細胞およびマウス大脳皮質にて凝集塊を形成し、これはc9ALS/FTDに類似した特徴的な凝集塊と類似

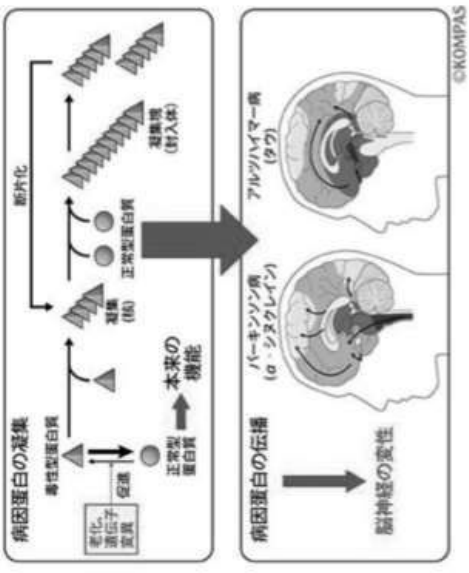


poly-GR,PRの凝集塊とTDP-43
poly-GRおよびPRは、poly-GAと異なりTDP-43陽性の凝集塊を形成。

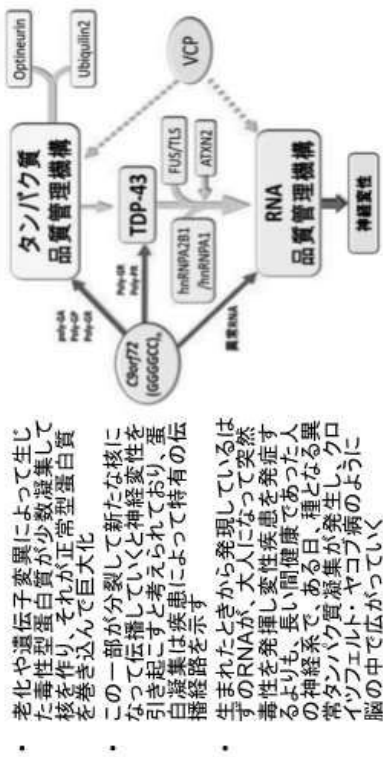


- 5つのDRPをコードするプラスミドを培養細胞に導入し観察したところ、poly-GA、poly-GRおよびpoly-PRは細胞内に凝集塊を形成する(図3)。子宮内電気穿孔法という方法を用いて胎児マウスの大脳に遺伝子導入を行った場合も同様に観察(前図)。poly-GAの凝集塊は、患者さんの脳で見られるものと同じで上述のユビキチンやp62陽性。
- 一方poly-GRおよびpoly-PRは核に集積し、細胞質にも封入体を形成(次図)。これらの封入体はpoly-GAと異なり、TDP-43をはじめとした様々なALS関連RNA結合タンパクをリクルートしている。
- これらの結果から、poly-GAIは細胞内で難溶性の凝集塊をつくり、これはc9ALS/FTDに特徴的な凝集塊と類似していたのに対し、poly-GRやpoly-PRなどの塩基性DRPはこれまでに報告されているALS/FTD関連RNA結合タンパクの局在を変化させている。

Braak仮説



C9orf72遺伝子変異によるDRPはタンパク質品質管理機構を障害し、RNA結合タンパク質と干渉してタンパク凝集を発生しやすくする可能性

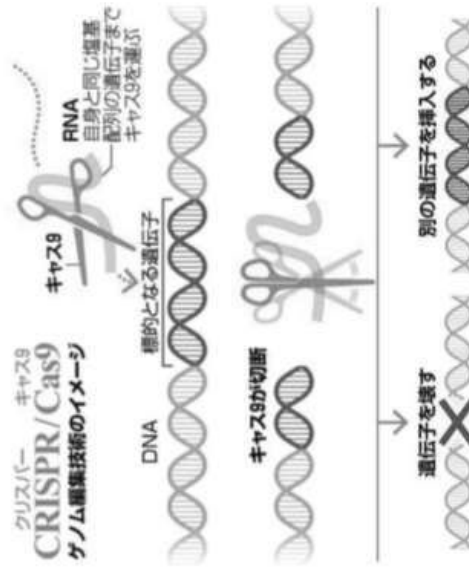
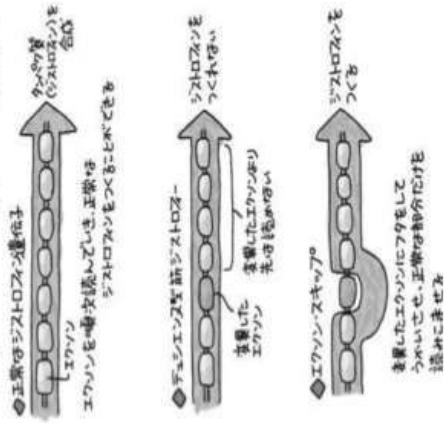


- 老化や遺伝子変異によって生じた毒性型蛋白質が少数凝集して核を作り、それが正常型蛋白質を巻き込んで巨大化
- この一部が分裂して新たな核になって伝播していくと神経変性を引き起こすと考えられており、蛋白質凝集は疾患によって特有の伝播経路を示す
- 生まれたときから発現しているはずのRNAが、大人になって突然毒性を発揮し変性疾患を発症するよりも、長い間健康であった人の神経系で、ある日、種となる異常タンパク質凝集が発生し、クロイツフェルト・ヤコブ病のように脳の中で広がっていく

遺伝子治療

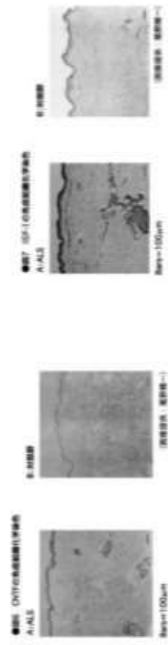
- メリット;根本治療の可能性
- デメリット;倫理的問題

DMDに対するアンチセンスによるエキソンスキップ療法



ALSの皮膚変化

- 毛様体神経栄養因子 (ciliary neurotrophic factor: CNTF) は眼の毛様体神経細胞をはじめ、運動神経、網膜神経等の生存と機能維持に重要な役割を果たしている。
- ALS患者の皮膚のCNTF免疫組織染色はALS患者すべてにおいて、対照群と比較して濃染するOno S., et al. Lancet 352: 958-959, 1998.
- ALS患者の皮膚のIGF- I の免疫組織化学的検討では、ALS患者の表皮および皮膚付属器官ではIGF- I が対照群と比較して著明に増加していることが明らかになったOno S., et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 69: 199-203, 2000.

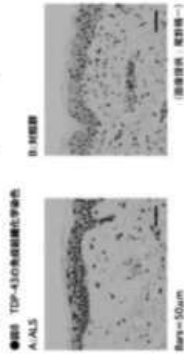


主な治療

- 薬物治療；対症治療、ラディカルスカベンジ
- 遺伝子治療；アンチセンス、クリスパー
- サポートケア；呼吸、栄養、コミュニケーション、レスパイト、何となくリハビリ
- http://www.als.gr.jp/staff/seminar/seminar49/seminar49_02.html

TDP-43 “TAR DNA-binding protein of 43kDa”

- TDP-43蛋白は全身の臓器に広汎に発現するRNA結合核蛋白質である。ALSの皮下神経核や脊髄前角運動ニューロンにみられるユビキチン免疫染色を示す線維状封入体[スケイン構封入体 (skein-like inclusion: SLI)]あるいは球状のhyaline inclusions (HI)、そして認知症を伴うALS (ALS-D)や前頭側頭葉萎縮性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)の海馬歯状回顆粒細胞や前頭側頭葉皮質の神経細胞に出現するタウやシヌクレインに陰性でユビキチンにのみ陽性を示す封入体 (ubiquitinated inclusions: UIs)はいずれもTDP-43に陽性であることが明らかになったSuzuki M, Mikami H, Watanabe T, et al., Acta Neurol Scand 122: 367-372, 2010.



薬物治療

- メリット；部分最適化でレバレッジ効果
- デメリット；病態生理が完全解明されていないと効果減弱

- ALSの重症度分類 * が1度、または2度
 - 日常生活をこなす能力を測るアンケート (ALSFRS-R) で、一定以上の能力がある
 - 呼吸機能が正常に保たれている
 - ALSを発症してから2年以内
- リルゾールはALS患者の生存期間や人工呼吸器装着までの期間を約3か月間延長させるとい

サポートケア

- メリット: コスパ良し
- デメリット: マザーテレサ的

栄養

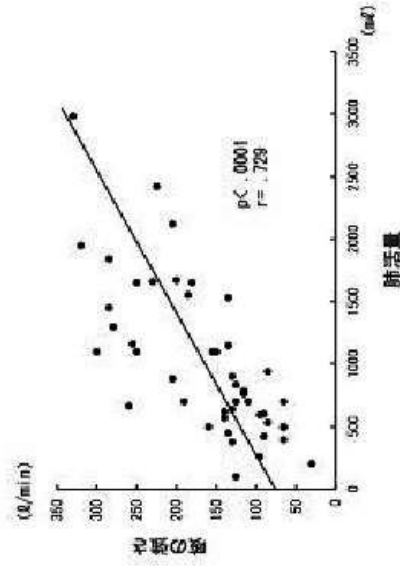
- 生存期間延長に対するPEG栄養補助の有効性は？
結論: 適切な対照を用いた研究および多変量解析を用いた研究の結果から、ALSにおけるPEG施行は生存期間の延長におそらく有効であると判断されるが、十分なデータが得られていないため、その効果を定量化することはできない(クラスII研究2件)。推奨: PEGは、ALS患者において生存期間延長のために検討すべきである(レベルB)。
- QOLに対するPEG経腸栄養の効果は？
結論: QOLに対する経腸栄養の効果に関するエビデンスはない。推奨: ALS患者におけるPEGのQOL改善効果に關し、十分なデータが得られていないため、支持することも否定することもできない(レベルU)。
- 生存期間延長またはQOLに対するビタミンおよび栄養補助食品の有効性は？
結論: 1. ALS患者において、クレアチン5~10 g/日は進行速度の遅延および生存期間の延長に關して有効ではない(クラスI研究2件)。
 - ビタミンE 5,000 mg/日+リソール併用は生存期間の延長および(運動)機能の転換の改善に關しておそらく有効ではない(クラスI研究1件)。ビタミンE (1,000 mg/日+リソール)は、ある指標でALSの重症度を評価した場合に、より重症への進行の遅延にわずかに有効であったが、その他さまざまな指標による評価では有効性は認められない(クラスI研究1件)。
 - 推奨: クレアチン5~10 g/日は、疾患進行の遅延に有効ではないため、ALS治療として投与すべきではない(レベルA)。高用量ビタミンEはALS治療として検討すべきではない(レベルB)が、低用量ビタミンEについてはエビデンスが曖昧なため推奨を示すことができない(レベルU)。

呼吸管理

- 呼吸不全を検出するための最適な肺機能検査は？
結論: 1. 夜間オキシメトリーおよび最大吸気圧(MIP)は、呼吸不全の早期検出において立位FVCよりも有効な可能性がある(クラスIII研究2件)。
 - 2. 仰臥位FVCは、横隔膜筋力低下の検出において立位FVCよりも有効な可能性があるが、夜間低換気の状態との相関がより高い(クラスIII研究2件)。
 - 3. Sniff経膈膈圧(Sniff Pdi)およびSniff鼻吸気圧(SNP)は、高炭酸ガス血症および夜間低酸素血症の検出において有効な可能性がある(クラスIII研究2件)。推奨: 1. 夜間オキシメトリーは(FVCにかかわらず)、低換気の検出のために検討してもよい(レベルC)。
 - 2. 仰臥位FVCおよびMIPは、ルーチンな呼吸機能モニタリングにおいて立位FVC以上に有用と考えてもよい(レベルC)。
 - 3. SNPは、高炭酸ガス血症および夜間低酸素血症の検出のために検討してもよい(レベルC)。
- 非侵襲的呼吸補助(NIV)は呼吸機能の改善または生存期間の延長をもたらすか？
結論: NIVは、生存期間の延長(クラスI研究1件、クラスIII研究3件)およびFVC低下の遅延(クラスI研究1件、クラスIII研究1件)におそらく有効である。推奨: NIVは、生存期間の延長およびFVC低下の遅延のために、ALSにおける呼吸不全の治療として検討すべきである(レベルB)。

- 侵襲的呼吸補助(TIV)および非侵襲的呼吸補助はQOLにどう影響するか？
結論: 1. NIVは、呼吸不全を伴うALS患者においてQOLの改善に有効な可能性がある(クラスIII研究5件)。
 - 2. TIVは、ALS患者においてQOL維持に有効な可能性があるが、介護者の負担は増大する可能性がある(クラスIII研究2件)。推奨: 1. NIVは、呼吸不全を伴うALS患者においてQOL改善のために検討してもよい(レベルC)。
 - 2. TIVは、長期の呼吸サポートを希望するALS患者において、QOL維持のために検討してもよい(レベルC)。
- 侵襲的呼吸補助および非侵襲的呼吸補助の受容(性)に影響する因子は？
結論: 1. 夜間オキシメトリーは、呼吸不全の早期検出に有効な可能性があるが、NIVの早期開始はコンプライアンスを改善させる可能性がある(クラスIII研究2件)。
 - 2. 球麻痺症状がある場合や物事を判断・決定する能力に障害がある場合は、NIVのコンプライアンスが低下する可能性がある(クラスIII研究2件)。推奨: NIVは、ALS患者のNIVコンプライアンスの改善のために、夜間低換気または呼吸不全の初期症状が確認された時点で検討してもよい(レベルC)。
- 分泌物除去を目的とした呼吸補助器の有効性は？
結論: 1. 機械的咳嗽補助(MIE)は、咳嗽ピークフロー値(PCEF)の低下が認められるALS患者において上気道分泌物の除去に有効な可能性があるが、臨床的意義のある差が得られるかどうかは不明である(クラスIII研究4件)。
 - 2. 高頻度胸壁運動法(HFCWO)は、気道分泌物を管理する補助手段としては証明されていない(クラスIII研究2件)において相反する結果が得られている。推奨: 1. MIEは、PCEFの低下が認められるALS患者において、特に急性肺感染症時に分泌物除去のために検討してもよい(レベルC)。
 - 2. ALS患者における気道分泌物除去を目的としたHFCWOの使用に關し、十分なデータが得られていないため、支持することも否定することもできない(レベルU)。

肺活量が少なくなると咳の力も弱くなっている



- 咳の力、すなわちCPF は270ℓ分以上必要です。これより少なくなると、風邪を引いた時など体調がすぐれない時に痰を出すことが難しくなります。
- さらに160ℓ分以下になると、日常から痰がからみやすくなります。ちょっとした風邪でも肺炎などを合併し、重症化しやすくなります。

最大強制吸気量 (maximum insufflation capacity ; MIC)

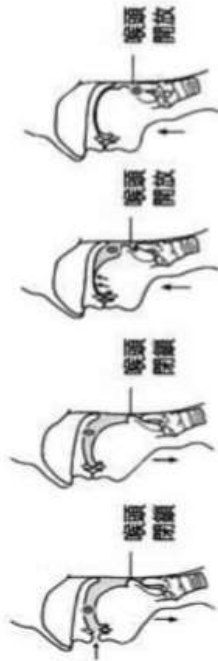
- MIC 練習の目的
- MIC を維持するための練習を、深吸気練習または肺胞拡張練習といいます。
 - ① 肺の柔らかさを保つ
 - ② 無気肺を予防する
 - ③ 排痰に利用する

PEEP 弁付き救急蘇生バッグを使用したMIC 練習



<https://www.jmnda.or.jp/4-4-pdf/reha-06.pdf#search=%27pcf+%E5%91%BC%E5%90%B8%27>

舌咽頭呼吸法 (ぜついんとうこきゆうほう)



肺活量が50%以下 →息溜め(エア・スタッキング)

- 救急蘇生用バッグをマウスピースか鼻マスクにつなげて空気を肺に送り込み、吸気を2〜3回分続けて保持するものです。カフマシンの吸気(40cmH2O)をフェイスマスクで送る
- 従量式呼吸器(40cmH2Oまで気道内圧が上がるようにアラームを設定して)をマウスピースか鼻マスクに接続してもできます。
- また、胸の筋肉を使わなくても、口とどの筋肉を使うだけでできる舌咽頭呼吸(別名カエル呼吸)を覚えると、器具を使わなくても、いつでも肺に空気を一杯に溜めることができます。
- 肺活量が少なくても、大きな声で、長く話したり歌ったりするたぐいの方法で息溜め数回を朝・昼・晩などに2〜4回/日行い、最大強制吸気量を維持します。

神経筋疾患に必要な呼吸機能評価

- 肺活量(VC)と最大強制吸気量(MIC): 坐位と仰臥位で測定
- 最大呼気流速(PCF): 自力の咳と、介助咳(MIC後に、ゴホンという呼気に合わせて胸部下部か上腹部を押す)とで測定
- 酸素飽和度(SaO2): 日中および下記の場合は睡眠時に測定
 - 倦怠感、朝に多い頭痛、睡眠障害、集中力低下、イライラ感、抑うつ状態などの慢性肺病低換気症状が疑われる時
 - 仰臥位のSaO2が坐位よりかなり低い時
 - 眠る時に2つ以上の枕を使うようになった時
 - 肺活量が40%以下の時
 - 日中の呼気炭酸ガス濃度(EtCO2)が45mmHg以上の時
 - 寝つまいでないので日中のSaO2が95%以下の時
 - 脊髄性筋萎縮症では夜間頻回に目覚める時
- EtCO2: 日中に測定することです。

肺活量が50%以下か、PCFが270ml/分

- 寝つまいになる危険
- 呼吸機能検査ができない2才半〜5才以前の脊髄性筋萎縮症タイプ1型・2型、先天性ミオハチーでも同様の注意が必要です。
- バルスオキシメーターを指に付けて、SaO2が93%以下に低下したり、痰がからんだら、徒手による介助咳か、カフマシンで痰を出します。PCFの正常域は360〜600L/分ですが、カフマシンを使うと360〜960L/分と、咳の弱い人にも正常と同じくらいの咳を作り出し、痰を肺と気道から取り去ることができます。
- そして、鼻マスクと人工呼吸器を使って呼吸筋休息と十分な換気を保ち、酸素を使わずにSaO2を95%以上に保つようにします。呼吸不全時は、酸素ロリー、特に蛋白や脂肪の種類の精製した補給も大事です。もし、この方法でも酸素を使わずにSaO2を92%以上に保つことができなかつたり、呼吸苦、脱水、高熱、眠気が続くなら、診察を受ける必要があります。
- 特に、2才半〜5才以前では、咳が上手にできなくて、カフマシンにも協働できないため、かぜをひくと肺炎になって急性呼吸不全になることがあります。その場合、治療として気管挿管が必要になることもあります。気管挿管チューブにもカフマシンの接続して痰をとり、気管内挿管チューブが早く抜けるようにします。福山製筋ジストロフィーなどの誤嚥による窒息、嚥下性肺炎の治療にもカフマシンが有効なことがあります。

夜間の非侵襲的人工呼吸(鼻マスクやリップシールによる)導入

- 慢性肺胞低換気症状を認めた場合、また、たとえ症状が無くても息を吸う筋肉の力が急速に低下する場合や、日中の高炭酸ガス血症(EiCO₂が45mmHg以上)や、夜間の平均SaO₂が95%以下になる時間が1時間以上の場合
- 従形式人工呼吸器(携帯型ではバイバップ、オニキス、Tバード VS、NIPネーサルなど普及、乳幼児や睡眠時無呼吸症候群)
- 従形式呼吸器(携帯型ではPLV-100、LP-10、PB-280、T Bird VSなど)：5才以降の神経筋疾患患者では、息溜めができ、肺や気道の抵抗にかかわらず一定の換気を維持できるように使うことが望ましいとされています。背嚙性筋萎縮症タイプ1型や2型では、適応により、幼児期から鼻マスク人工呼吸で睡眠時に胸郭運動と肺の広がりを補助すると、肺と胸郭の発達が改善することも期待。
- 夜間の非侵襲的人工呼吸によっても屋間のSaO₂が93%以下か、EiCO₂が50mmHg以上になる時点では、夜間だけでなく、昼間車椅子上でも非侵襲的人工呼吸(鼻マスクやリップシールによる)を適宜追加。
- 気管切開：PCFが160L/分以下でカフマシンにによっても排痰できず、非侵襲的人工呼吸に協働できずSaO₂が94%以上保てない例や、コントロールできないいれん合併例、マスク類のフィットが得られない例

— 85 —

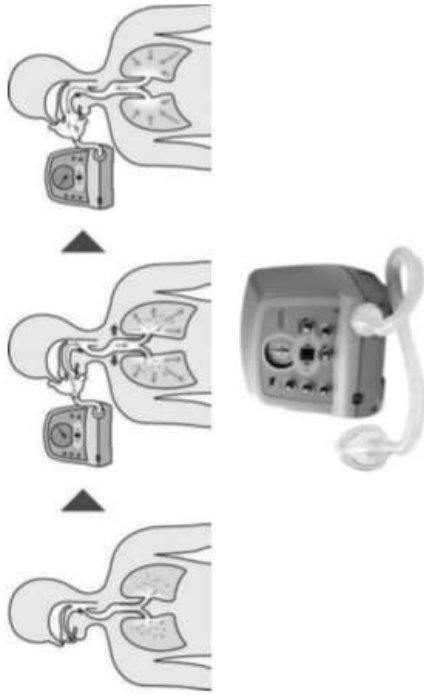
体重変化

- 症状が比較的軽い病初期の段階から、基礎代謝量が増加して体重減少。
- 病中期に筋肉がやせせて筋肉が消費するエネルギーが少なくなっても、呼吸障害やALSに特有な要因による大量のエネルギー消費は解消されない。
- 体重安定化に対する経腸栄養は、体重/BMIの安定化におそらく有効である(クラスII研究2件、クラスIII研究7件)。推奨：PEGによる経腸栄養は、食事の経口摂取が困難なALS患者において体重安定化のために検討すべきである(レベルB)。



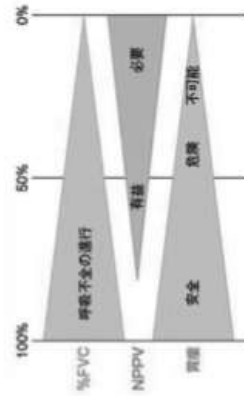
※注：疾病初期として行う呼吸補助(気管切開下嚙性補助)は(Transcutaneous Positive Pressure Ventilation : TPPV2)

カフアシスト



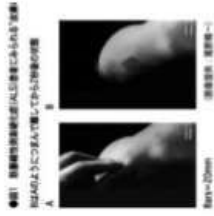
胃瘻を造るタイミング

- 体重が10%以上減少した
 - BMIが18.5 kg/m²を下回った
 - NPPVを開始するとき
 - NPPV開始後に呼吸不全が進行してからは胃瘻造設は難しい
 - ALSではどの時点でPEGが適応されるか？
- 結論：ALSに特異的な、PEG適応の時期に関する研究はないが、嚥下障害を伴うALS患者にPEGを適応する場合、努力性肺活量(FVC)が予測値の50%を上回っていない(クラスIII研究1件)。
- 推奨：ALS患者におけるPEG適応の時期に関し、十分なデータが得られていないため、特定の時期を支持することも否定することもできない(レベルU)。



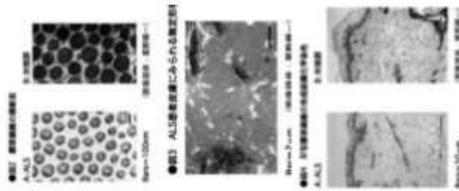
ALSと褥瘡

- ALS患者に皮膚のつまみ現象がみられる理由は不明であるが、ALS患者の皮膚では、①膠原線維の直径が小径化する、②膠原線維束間に無定形物質が沈着する、③ヒアルロン酸が増加する、などの所見がみられ、さらにこれらの所見はALSの経過とともに著明になる。
- 皮膚のつまみ現象は、ALS患者の皮膚に上記①～③のような特異的な病理所見が高度になった場合に認められるとALS患者の皮膚生検において、①膠原線維の小径化(図2)、②膠原線維の直径はALSの罹病期間と有意な負の相関があること(図3)、④これら物質の著しい増加がみられること(図3)、④これらの所見は対照群ではみられない。
- 一般に、膠原線維の直径は加齢とともに増加。



- ALS患者の皮膚はなめし皮のようにしなやかであり、皮膚をつまんで離すと元の位置に戻るのに時間がかかる現象("皮膚のつまみ現象")がみられる(図1)。この現象は発症後通常2年以上経過した患者に認められる。皮膚のつまみ現象と褥瘡が起らないことはALSに特有のと考えられるが、これまであまり注目されていなかった。ALS患者の皮膚病変については、1960年Fullmerらによって初めて報告された¹⁾。以来、ALSの皮膚に関する研究はほとんど行われていない。
- 発症後2年以上経過したALS患者の上肢、とりわけ前腕伸側部でよく認められる。

1) Ono S, Toyokura Y, Mannen T, et al. "Delayed return phenomenon" in amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Scand* 77: 102-107, 19882) Fullmer HM, Siedler HD, Krooth RS, et al. A cutaneous disorder of connective tissue in amyotrophic lateral sclerosis. *A histochemical study. Neurology* 10: 717-724, 1960



9. 統合失調症

本日の内容

1. 統合失調症の概要
症状, 原因, 経過, 予後, 治療法など
2. 併診時に注意していること
生活習慣病, 服薬確認, コミュニケーションなど

統合失調症



医療福祉生協連家庭医療学開発センター/久地診療所
森屋 淳子

統合失調症とは

- 100~120人に1人がかかる病気
- 脳の様々な働きを統合する機能が失調している状態
- 感情・思考・行動をまとめることができなくなる病気
- 多くは思春期から30歳までに発病
平均発症年齢は男性27歳, 女性30歳

陽性症状, 陰性症状, 認知機能障害の
3種類の症状がある



統合失調症の症状

陽性症状

- 妄想
- 幻見
- 思考障害
- 緊張病性の行動



陰性症状

- 情動表出の減少
- 思考の低下
- 意欲の減退
- 対人コミュニケーションの障害
(なてこもり)



認知機能障害

- 記憶力低下
- 注意・集中力低下
- 判断力の低下



本人の気持ち: こわい, 不安, あせり, 孤独感, 分かってもらえない...

周囲にもわかる統合失調症のサイン

幻覚や妄想のサイン：

- ・いつも不安そうで、緊張している
- ・悪口をいわれた、いじめを受けたと訴えるが、現実には何も起きていない
- ・監視や盗聴を受けているというので調べたが、何も見つけられない
- ・ぶつぶつと独り言を言っている
- ・にやにや笑うことが多い
- ・命令する声が聞こえるという

会話や行動の障害：

- ・話にまともさがなく、何が言いたいのかわからない
- ・相手の話の内容がつかめない
- ・作業のミスが多い

意欲の障害：

- ・打ち込んできた趣味、楽しみにしていたことに興味を示さなくなった

当事者の闘病記

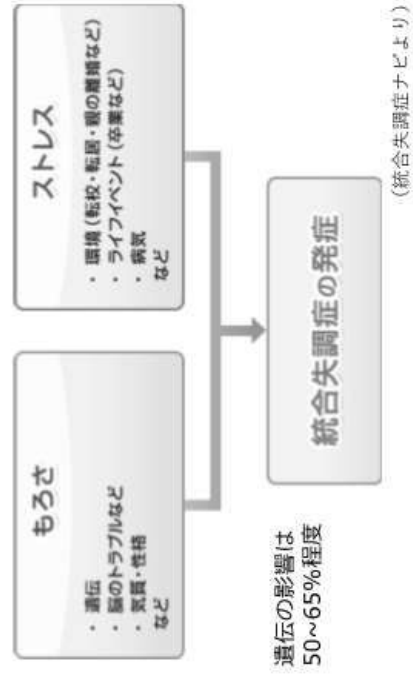


幻聴疑似体験



<https://www.mental-navi.net/togoshicchoshohoforound/virtual.html>

原因：ストレス・脆弱性モデル



原因：脳の生化学的仮説 (ドパミン・セロトニンの機能異常?)



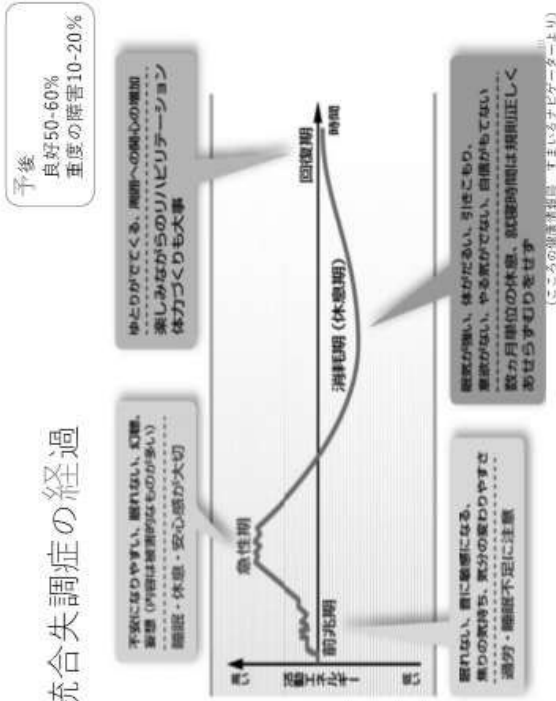
(統合失調症ナビより)

診断までの流れ

- 病識がないことも多い
「本人が困っていること」「生きづらさ」「きゅうくつな感じ」に焦点をあてる。
無理強いをせず、細いながらも関係性の糸をつないでおくことを心がける。
- 鑑別すべき疾患
 - ・ 初期精神障害、統合失調症
 - ・ 気分性障害
 - ・ 統合失調症前駆群
 - ・ 気分障害 (抑うつ状態、双極性障害)
 - ・ 人格障害
 - ・ 身体疾患から生じる精神症状 (せん妄、中枢神経系、脳腫瘍、脳梗塞、てんかん、外傷性脳損傷)
 - ・ ADHD、自閉スペクトラム症
 - ・ 強迫症、PTSD
 - ・ 物質・医薬品誘発性精神障害 (薬害、覚せい剤など)
 - ・ 認知症
- 診断はDSM-5もしくはICD-10で行う。
障害は6か月以上持続していることが原則。

(統合失調症ナビより)

統合失調症の経過



統合失調症の治療

急性期 消耗期 (休息期) 回復期






生活支援：制度やサービスの活用
心理的サポート：居場所や役割、仲間、病気の知識
リハビリテーション：デイケア、作業療法、SST、心理教育

薬物療法

飲み薬

錠剤


粉薬


内用液
 口腔内崩壊錠


※錠剤、粉薬、内用液、口腔内崩壊錠などがありますが、基本的に毎日の服用が必要です。

注射剤



持続性注射剤

1回の注射で効果が
2~4週間続くので、
毎日の服薬が減る、もしくは
なくなる可能性があります。

併診時に注意していること

1. 糖尿病など生活習慣病の悪化：一般人口の2~3倍なりやすい
2. 服薬アドヒアランス、副作用の確認
3. 再発の兆候・症状増悪（希死念慮や自殺企図など）の有無
：自殺率約5~6%、措置入院や医療保護入院が必要なことも。
4. コミュニケーションの取り方

1. 生活習慣病のコントロール

• メタボになりやすい原因

- 服薬している薬剤の副作用
- 症状に伴う運動不足
- 不規則な生活
- 健康への関心低下
- おやつ、ジュース、お酒、たばこ

第2世代抗精神病薬を服用した患者さんのメタボ合併率



Dahe H et al. Schizophrenia Research 101, 295-303 (2008) 470288

2. 薬を飲みたがらない…

理由は色々…

- うっかり飲み忘れてしまう
- 薬の種類や数、飲む回数が多く、飲むのが負担になっている
- 副作用が気になって飲みたくない
- 本人に「病气」という自覚がなく、飲む意思がない

服薬を続けるための工夫と相談

周囲にできる工夫

- 原因が見ているところで飲む
- 声かけをする
- 服薬カレンダーやケースなどを使う
- 薬の副作用がないか、本人に聞いてみる etc.

病院で相談

- 副作用があることを伝えて、副作用を少なくする方法について相談する
- 服薬の必要性について再度、説明してもらおう
- 服薬の負担について相談する etc.

3. 周囲が分かる再発のサイン



1. 眠れない日が続く
2. イライラしている
3. 音に敏感になる
4. 食欲が落ちている
5. 焦りや不安の訴えが多くなる
6. 発作時の体験を昨日のことのように語る
7. ソワソワして落ち着きなくなる
8. ぼーっと考え込みだりする
9. 被害的で、疑い深くなる
10. 急に行動的になり、周囲の意見に耳を貸さなくなる

(こころの健康情報局 すまいるナビゲーターより)

11

具体的な対応法

1. 短く簡潔に大人言葉で話す。
2. はつきりと具体的に話す。
3. 会話1回につき1つの指示（質問）にする。
4. 否定的な言葉は使わない、とがめだてをしない。
5. こちらのペースを押し付けない。
6. 命令口調で言わない。
7. 相手の顔をつぶさないように留意しつつ、助言や手助けを。
8. 幻覚、妄想には中立的な態度で。
「不思議ですね・・・」
「なるほど、それは恐ろしいですね」
9. 皮肉で対応しない。
10. ともに実感（共感）できるものをつくる。

12

4. コミュニケーションの取り方

まずは統合失調症の人に共通した気質と行動特性を理解する

- ・ 適度に休むことができず、疲れやすい。
- ・ 状況の把握が苦手で、臨機応変な対応が難しい。
- ・ 状況の変化にもろく、課題に直面すると混乱してしまう。
- ・ 過去の経験に照らして行動できず、同じ失敗を繰り返しやすい。
- ・ 方便としての嘘をつくことができず、断れない。
- ・ 自己像がひどくあまいで、受動的な態度が目立つ。
- ・ 不安を持ちやすい。
- ・ 焦ったり、緊張しやすい。

13

参考文献



こころの健康情報局 すまいるナビゲーター 統合失調症
<https://www.smilenavigator.jp/tougou/>
 統合失調症ナビ
<https://www.mental-navi.net/togoshicchoshou/>

14

研究成果の刊行に関する一覧表(平成29年度)

雑誌

発表者	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
曾根稔雅, 中谷直樹, 遠又靖丈, 辻 一郎, 川越雅弘	訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と 課題に関する実態調査	厚生の指標	65(3)	1-8	2018
黒田慎也, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第10回, 複数の疾患を抱え, 転倒と入退院を繰り返す事 例	作業療法 ジャーナル	51(4)	330-336	2017
有川友美, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第11回, ADL動作の安定性・耐久性が低下した事例	作業療法 ジャーナル	51(5)	418-425	2017
遊佐将人, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第12回, 独居で転倒リスクがある事例	作業療法 ジャーナル	51(6)	502-508	2017
大沼侑太 郎, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第13回 できるADLとしているADLの乖離がある事例	作業療法 ジャーナル	51(7)	594-601	2017
梶川賢太, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第14回 訪問リハにより機能を改善し社会資源活用へ つなげる事例	作業療法 ジャーナル	51(10)	1036-1042	2017
長谷川寛 一, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第15回, 若年性脊髄損傷者の復職に向けた在宅リハの 事例	作業療法 ジャーナル	51(12)	1216-1223	2017
横山直之 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第16回, 装具の実用的使用に向けた支援をしている9歳 男児の事例	作業療法 ジャーナル	52(1)	68-75	2018
會田和史 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第17回, 原因不明の重度精神発達遅滞で在宅生活継続 を検討している事例	作業療法 ジャーナル	52(3)	258-265	2018
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 高齢者住宅に住む80代女性 元看護師 自分 で薬を管理 老年期精神病で幻聴がある	月刊ケア マネジメント	29(1)	42-48	2017