

BPSモデルとそれに基づいた診療を 行うためのアプローチ

育和会記念病院 研修医 氏名

1.BPSモデル

2.BPSモデルの例

3.ACP

1. BPSモデル

2. BPSモデルの例

3. ACP

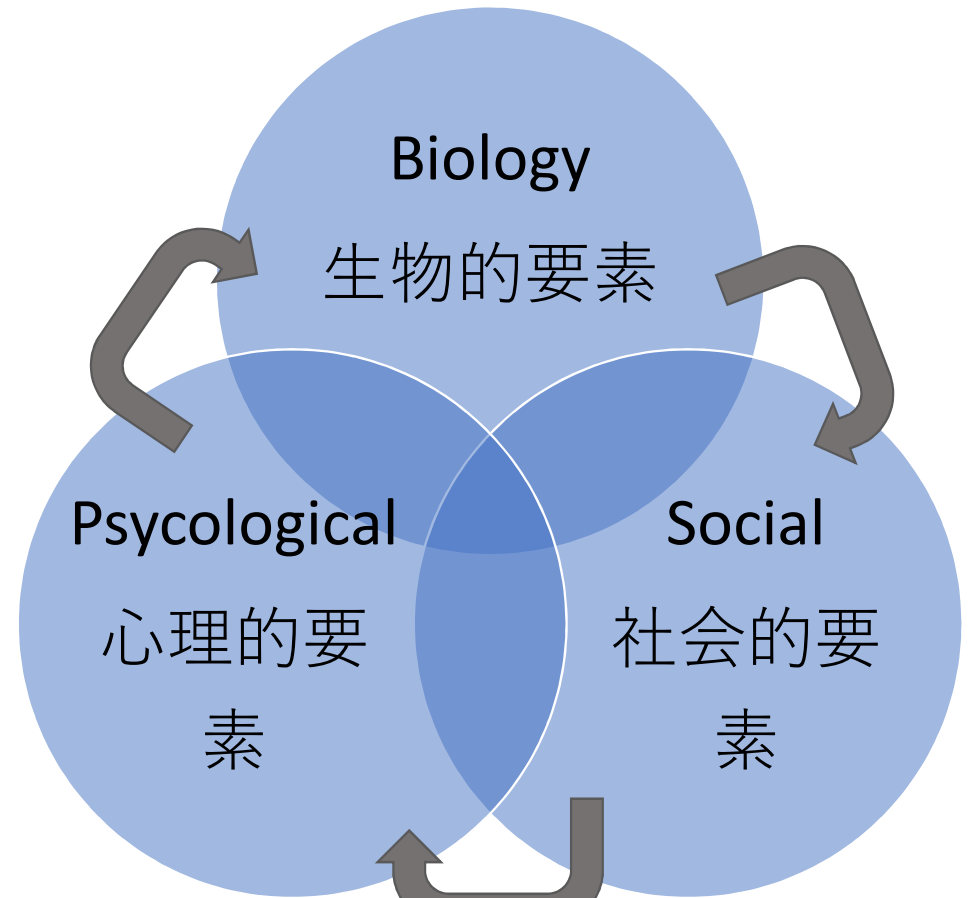
1.BPSモデル

生物医学モデルの考え方



疾患・障害

生物心理社会医学モデルの考え方



疾患・障害

1. BPSモデル

WHO憲章（1946年）

”Health is a state of complete **physical, mental and social** well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

健康とは完全に、**身体、精神、社会的**に良い状態であることを意味し、単に病気ではない、虚弱ではないということではない。

葛西医院での研修を経て.....

訪問診療は社会的な面が強く、B/P/Sがそれぞれ複雑に絡み合っている印象

1.BPSモデル

2.BPSモデルの例

3.ACP

1. BPSモデル 症例

【背景】妻と二人暮らしのインスリン使用している●歳男性●●cm●Kg

【既往歴】認知症 2型糖尿病 両側変形性膝関節症 他

【現病歴】妻は現在●歳。●年前から二人暮らし。●年前から糖尿病の食事・内服療法を行っていたが血糖コントロールが悪く●年前から当時のかかりつけ診療所よりインスリンを導入されている。●年前から2度意識障害で搬送・入院歴あり。退院後は妻、夫ともに膝の痛みが強く定期通院が辛いため訪問診療を希望された。

【内服薬】超速効型インスリン朝昼夕食前各2U

時効型インスリン眠前2U

アリセプト5mg 朝食後、酸化マグネシウム 330mg 朝昼夕食後、

ロキソニン60mg 朝昼夕食後、レバミピド100mg 朝昼夕食後、

アムロジピン5mg 朝食後、オルメサルタン20mg 朝食後

1. BPSモデル 症例

意識障害の理由は低血糖

→入院後インスリン投与過多によるものと判明

→インスリン投与は全て本人の自己管理

認知症の指摘は入院後

→それまで認知症が疑われずインスリンが処方されていた

→服薬コンプライアンス不良は認知症によるもの？

妻の認知機能低下も同時期に指摘された。MMSE24点。

→今後誰が薬やインスリンの管理をする？

2.BPSモデルを利用するために

患者からのヒアリングに役立つ診察のヒントとしてDEATHという概念がある。
→患者の普段のADLや暮らしについて入院時に聴取しておくことで入院後がスムーズになる。

D ressing	着替え：自分でできる？介助下？
E ating	食事：どんな食事？誰が準備？介助は？
A mbulating	移動：自力歩行？杖？外出頻度は？
T oileting	排泄：自力でトイレまでいける？失禁などは？
H ygiene	清潔：風呂は入ろうとする？頻度は？介助は誰？

2.BPSモデルを利用するために

患者からのヒアリングに役立つ診察のヒントとして**DEATH**という概念がある。
→患者の普段のADLや暮らしについて入院時に聴取しておくことで入院後がスムーズになる。

Dressing 自分でできる

Eating 普通食、妻が用意していたが寒い日は朝は抜きがち
朝を抜いた時は薬も飲まないことが多い

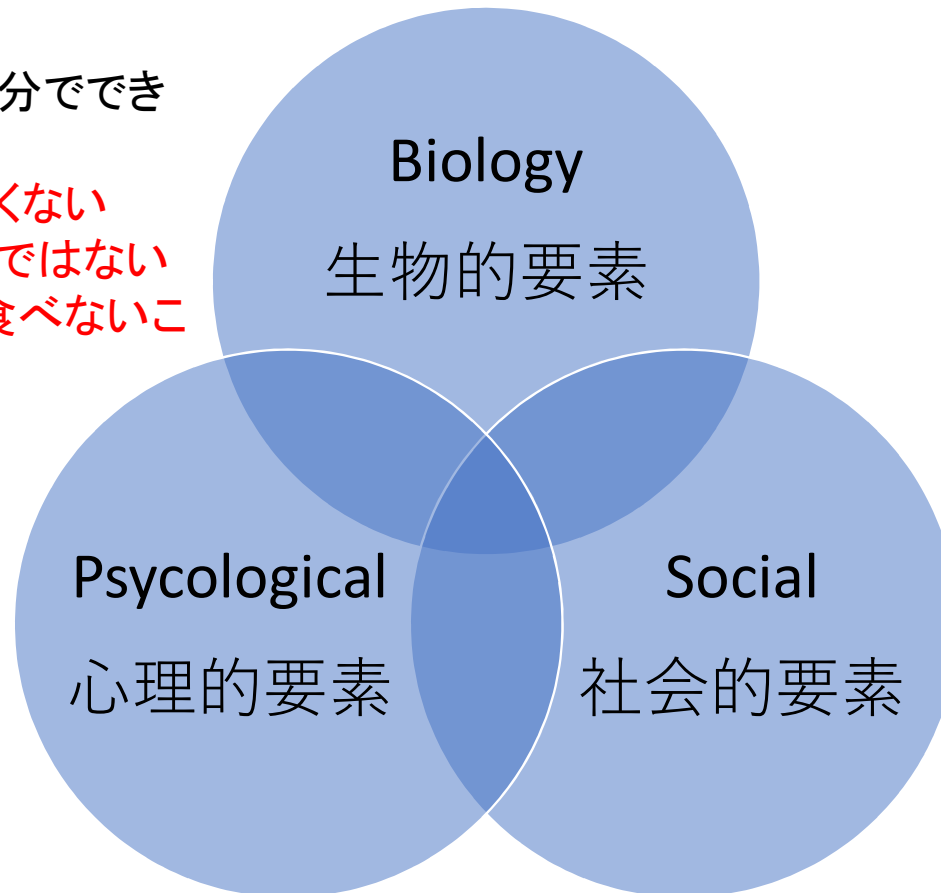
Ambulating 自力だが伝い歩き 外出はほとんどしない
大体30%はベッド上

Toileting トイレまでは自力で可能

Hygiene 毎日自力で風呂に行ける

1. BPSモデル 症例

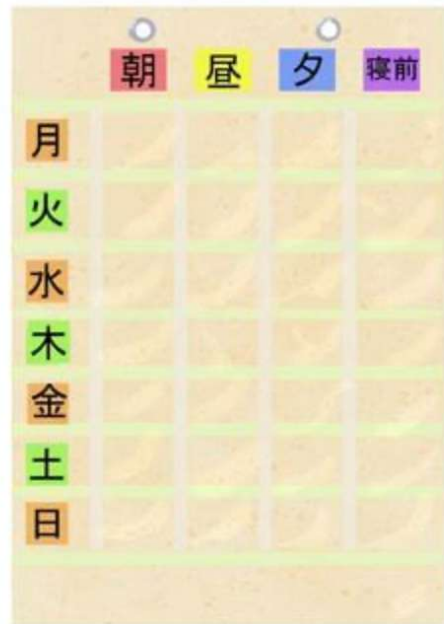
膝が痛く通院が辛い
インスリンの投与は自分ででき
ていると思っている
手術はできるだけしたくない
薬をのみたくないわけではない
寒い時は朝ごはんを食べないこ
とがある



認知症
糖尿病 血糖コントロール不良
膝OA
低血糖性昏睡の既往
HbA1c=5.9mg/dL→6.8mg/dL
歩行不安定

2人ぐらしともに認知機能が低下傾向
インスリン使用中
認知機能低下した夫妻の二人暮らし
インスリン投与量の間違い
服薬コンプライアンス不良(特に朝食後)
薬などの管理の問題
子供は遠方に住んでいる
介護保険申請中
外出はほとんどしない
日中30%程度はベッド上

1. BPSモデル 症例



1. BPSモデル 症例

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、1人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話での応対や訪問者との対応等1人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII a に同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。



1. BPSモデル 症例

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 (1) 交通機関等を利用して外出する。 (2) 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 (1) 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 (2) 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 ←
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 (1) 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 (2) 介助により車椅子に移乗する。
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 (1) 自力で寝返りをうつ。 (2) 自力では寝返りもうたない。

(出展)平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知

1. BPSモデル 症例

要介護度	身体の状態（例）
要支援	要介護状態とは認められないが、社会的支援を必要とする状態 1 食事や排泄などはほとんどひとりでできるが、立ち上がりや片足での立位保持などの動作に何らかの支えを必要とすることがある。入浴や掃除など、日常生活の一部に見守りや手助けが必要な場合がある。
	生活の一部について部分的に介護を必要とする状態 2 食事や排泄などはほとんどひとりでできるが、日常生活に見守りや手助けが必要な場合がある。立ち上がりや歩行などに不安定さがみられることが多い。問題行動や理解の低下がみられることがある。この状態に該当する人のうち、適切な介護予防サービスの利用により、状態の維持や、改善が見込まれる人については要支援2と認定される。
要介護	軽度の介護を必要とする状態 2 食事や排泄に何らかの介助を必要とすることがある。立ち上がりや片足での立位保持、歩行などに何らかの支えが必要。衣服の着脱は何とかできる。物忘れや直前の行動の理解の一部に低下がみられることがある。
	中等度の介護を必要とする状態 3 食事や排泄に一部介助が必要。立ち上がりや片足での立位保持などがひとりでできない。入浴や衣服の着脱などに全面的な介助が必要。いくつかの問題行動や理解の低下がみられることがある。
	重度の介護を必要とする状態 4 食事にとどき介助が必要で、排泄、入浴、衣服の着脱には全面的な介助が必要。立ち上がりや両足での立位保持がひとりではほとんどできない。多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。
	最重度の介護を必要とする状態 5 食事や排泄がひとりでできないなど、日常生活を遂行する能力は著しく低下している。歩行や両足での立位保持はほとんどできない。意思の伝達がほとんどできない場合が多い。



1. BPSモデル 症例 改善点

B:

もともと血糖コントロール不良は服薬コンプライアンス不良によるもの
低血糖リスクが高い →インスリンを再び経口薬に戻すことも考慮
不安定な歩行に対し訪問リハビリや杖などの導入

P:

手術したくない意見は尊重しつつ治療方針について専門家受診の機会を作る
朝食後の薬が多く朝食後の薬をできるだけ昼食後に飲んでもらう

S:

薬の管理をできるだけ簡単に(先述の薬カレンダーの導入など)
訪問診療のほか介護保険申請によってはその他のサービスも受けられ他者による服薬管理の
機会が増える
今後意思表示すら危うくなってきた時のためにACPを導入する準備をする

1.BPSモデル

2.BPSモデルの例

3.ACP

2.ACP

ACP(Advance Care Planning)

厚労省の定義『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』
人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族などや医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

日本医師会の定義

将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス

日本循環器学会の心不全診療ガイドラインでもクラス I (最も推奨される)となっている。

2.ACP



PS

人生最後の時、
自分の想いを
伝えられないかもしれない
今だからこそ、
大切な人に
自分の意思を伝えよう。

始めよう
人生会議



「人生会議」しとこ

命の危機が
迫った時、
想いは正しく
伝わらない。

までまで
俺の人生ここで終わり？
大事なこと何にも伝えてなかったわ
それとおとん、俺が意識ないと思っ
隣のベッドの人にずっと喋りかけてたけど
全然笑ってないやん
声は聞こえてるねん。
は、です！
病院で
おとんの
すべった話
聞くなり
家で娘と
子どもと
ゆっくりしときたかったわ
ほんまええ加減にしいや
あーあ、もっと早く
言うといたら良かった！
こうなる前に、みんな

「もしものとき」のための話し合い

人生会議

「人生会議」とは、もしものときのために、
あなたが望む医療やケアについて前もって考え、
家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組の事です。

厚生労働省


人生会議 検索

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために
「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～
11月30日（日）「命の贈り・受けつれ」は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）



誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。


命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」
と呼びます。
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



2.ACPの効果

ACP(Advance Care Planning)

事前に話し合いを開始することで、将来、その患者の価値観を治療に反映する

どの程度の治療の負担
まで我慢できるか

死ぬより辛い状況とは

なぜ治療を行うのか

どのような生に意味
があるのか

残された時間をどう
過ごしたいか



2.ACPの効果

ACP(Advance Care Planning)

延命措置の継続ないしは中止の決断を家族に求めてしまうと…

自分の決断で大切な人の
命を終わらせてしまった



自分の決断で無意味な
延命治療で苦しめてし
まった

→残された家族の後悔や悲嘆が軽減されることもACPの重要な効果

2.ACP

本人が意思決定できない状況では…

まず、家族などには患者の推定意思を医療・ケアチームに伝えることが期待されている。

そして、家族などが本人の意思を推定できない場合には、本人にとっての最善の利益を医療・ケアチームと話し合うことを基本とする。

家族などがいない場合及び家族などが判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

いずれの場合にも「本人の最善を目指す」「繰り返し行い状況に応じて修正もする」「参加者や話し合った内容を記録する」ことが奨励されている。

Take home message

- BPSモデルは現代医療を考える上で欠かせない視点。身体的問題だけではなく精神的問題、社会的問題の影響で健康・生活が脅かされる人が来院する。
- 身体的問題、精神的問題、社会的問題は相互に複雑に関連し合っているためどれか一つを解決すればいいものではない。
- 社会的背景を把握するためにADLに関してDEATHの項目を聴取する。
- BPSモデルへのアプローチの一つの方法にACPがある。
- ACPでは患者本人の意思を尊重しチームで共有し、何度でも繰り返し行う。
- ACPでは患者本人の意思決定が難しい場合には親しい家族が、それも難しい場合はチームで何度も話し合い患者にとっての最善を模索する。