

かかりつけ医の 終末期医療

医療法人社団 伊東クリニック

伊東 重豪

本日の内容

1. はじめに
2. 在宅医療を取り巻く現状
3. 在宅支援診療所とは
4. 在宅医療を始めましょう
5. まとめ

かかりつけ医とは

開業医の先生・・・

サブスペシャリティはあるでしょうけど

基本的にはかかりつけ医・ホームドクターですよ

サブスペシャリティしか見れないじゃ、ダメですよ

開業医は基本的には総合診療医であるべきだと、
思っています

かかりつけ医の関わり



看取り

かかりつけ医として
患者の人生に関わったら、
最後の仕事は
看取りではないかと思います。

かかりつけ医にとっての在宅医療

このように考えると、
在宅医療というのは
かかりつけ医にとって、
ごく自然なことのように思えます。

在宅医療を取り巻く現状

- 第8次医療計画
 - 在宅医療・介護連携推進事業
- 少子高齢化における患者比率の変化
 - 65歳以下の人口の減少
 - 高齢者の増加

第8次医療計画

〈入院ベッドの削減〉

2013年：135万床



2025年：119万床
(-15万床)

〈死亡者数の増大〉

2020年：130万人



2025年：150万人

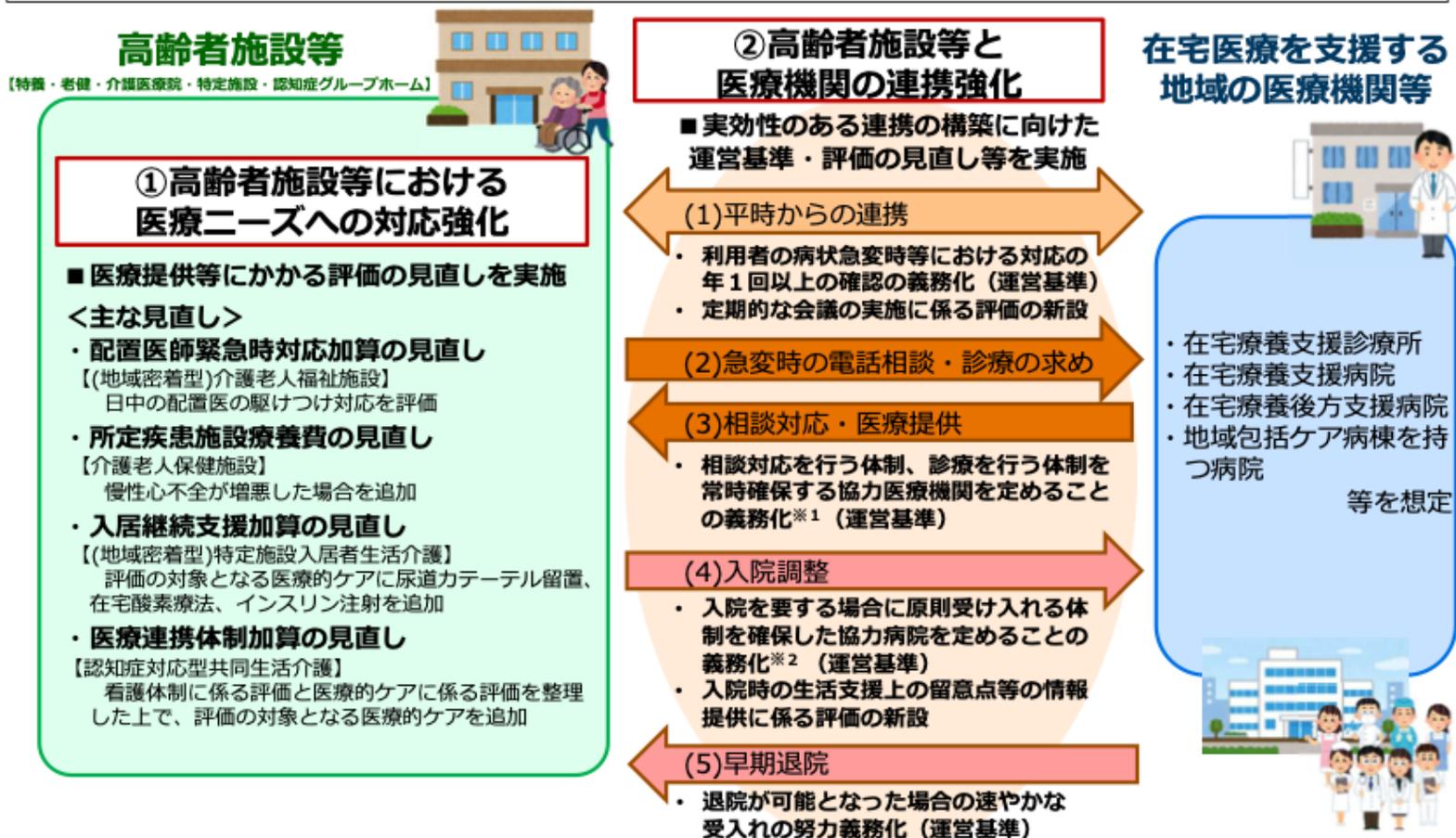
30万人を在宅に

「看取り」を在宅医療で

〔青森県では、4600床(28.3%)の削減目標〕

在宅医療・介護連携推進事業

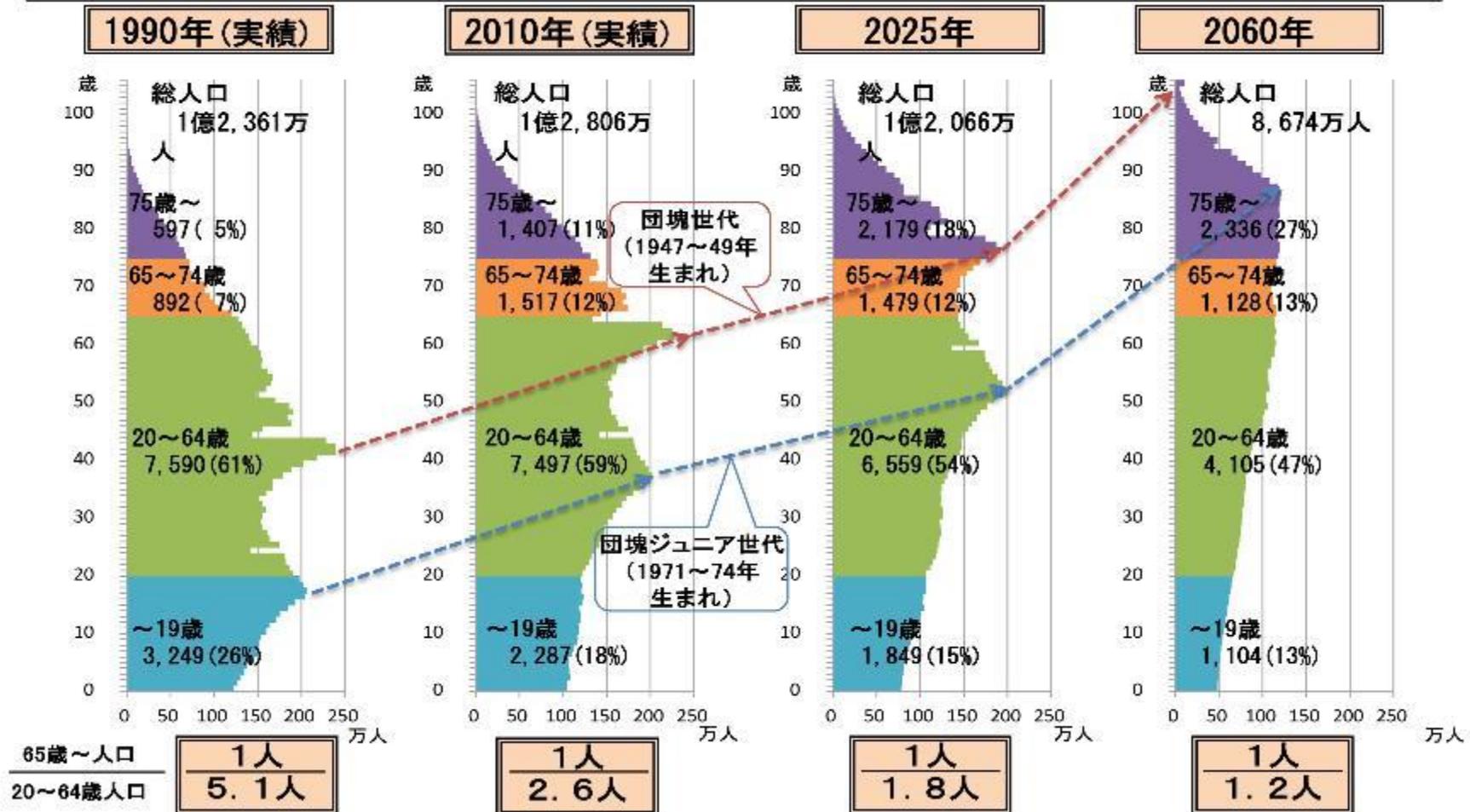
- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。 ※2 介護保険施設のみ。

人口ピラミッドの変化 (1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

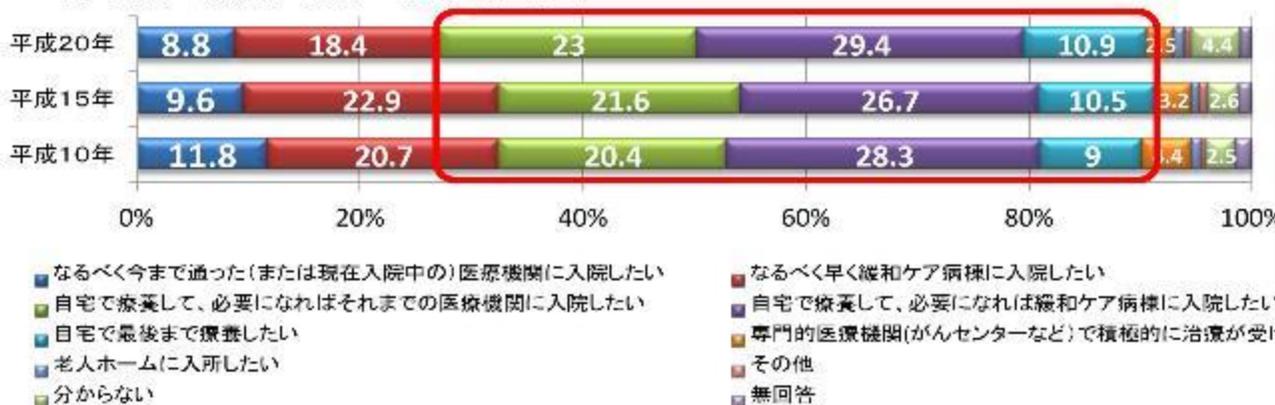


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

■終末期の療養場所に関する希望



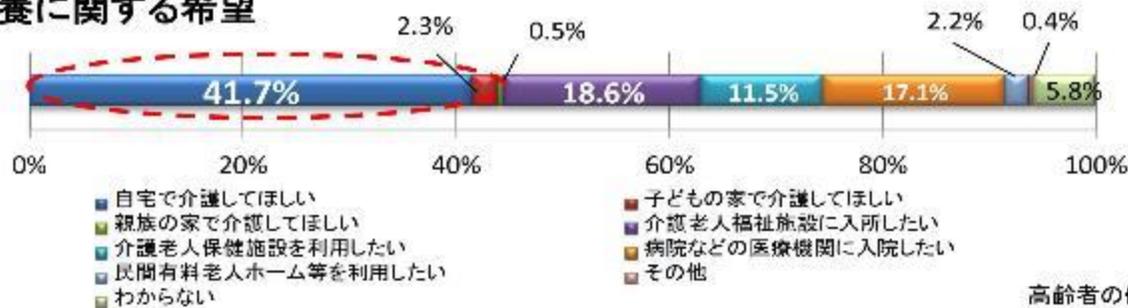
○調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○調査の方法
 郵送法

○回収数
 2,527人(回収率50.5%)

出典:終末期医療に関する調査(各年)

■療養に関する希望



○調査対象
 全国の55歳以上の男女5,000人

○調査の方法
 調査員による面接聴取法

○標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法

○回収数
 3,157人(回収率63.1%)

高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府) 10

在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した 医療としての在宅医療のニーズは高まっている。

■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査(各年)



■在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

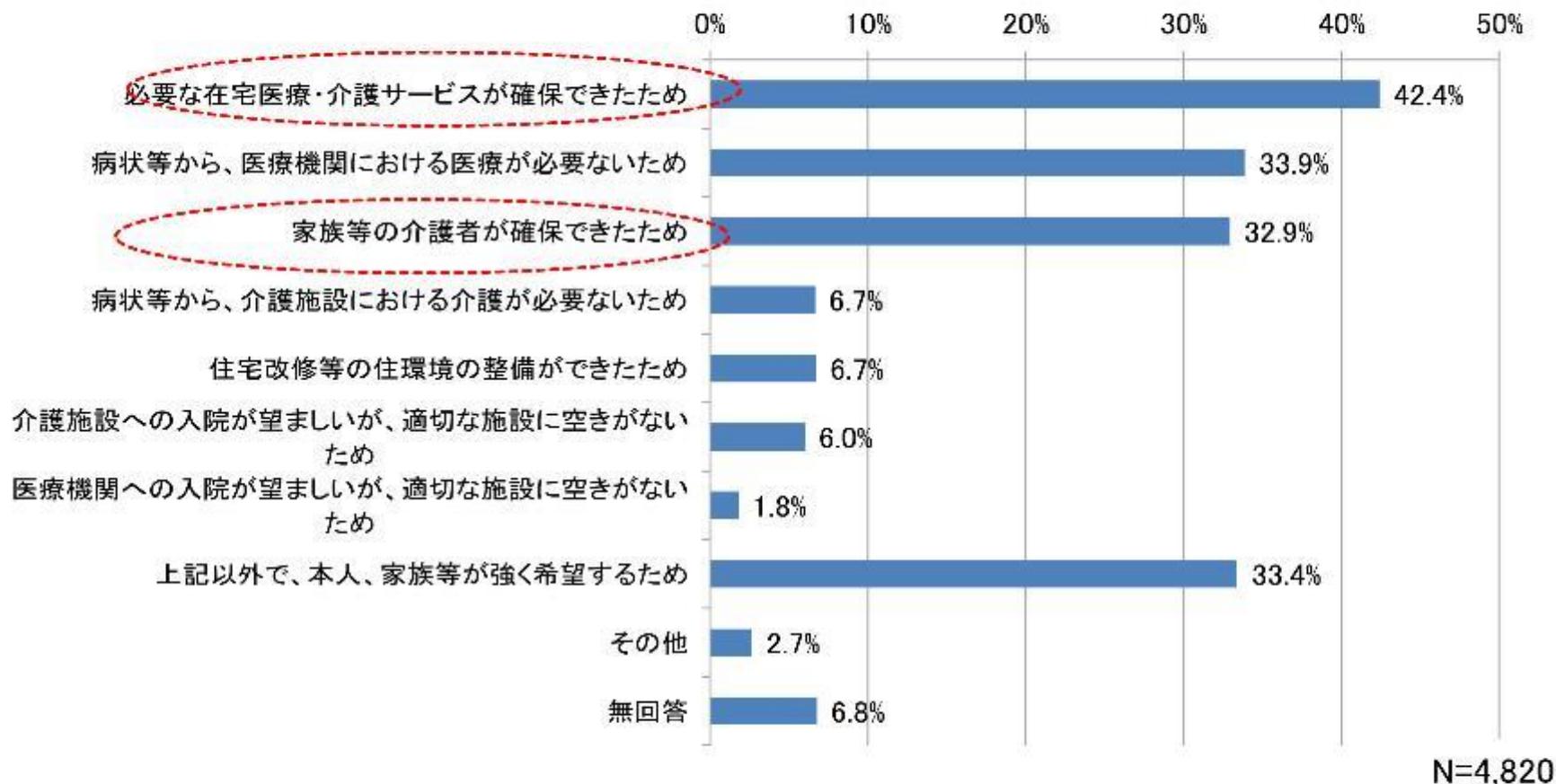
家族支援

在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

24時間在宅医療提供体制の構築

在宅療養を行うことができた理由

【在宅療養患者が在宅を選択した理由】



※在宅療養を行う患者について医療機関が確認したデータ

出典：「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

患者サイドの在宅医療のメリット

1. 自分らしく普段の生活ができる
2. 生活を支える医療（治療よりケアが主体）
3. 積極的な延命治療ではなく、穏やかに療養して、家族と伴に死を迎える準備ができる
4. 費用は入院より安くなることが多い

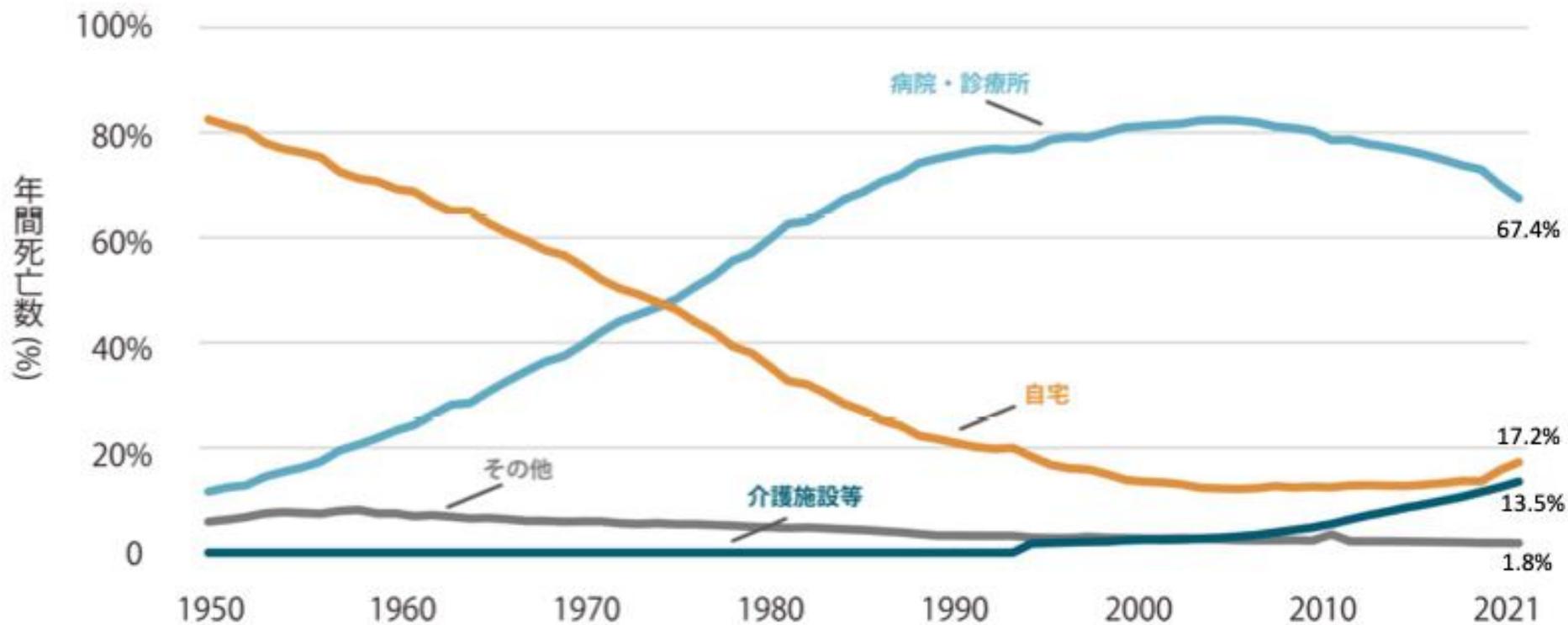
患者の在宅環境に合わせた対応

1. 家族の介護力不足の場合、訪問看護の回数を増やしたり、ヘルパーを入れたりして対応。それでも家族の負担が増える場合はショートステイや有料老人ホームの入居などを検討する。
2. 単身や高齢夫婦だけの世帯が増え、介護できる家族が減ると、公的医療、有料サービスがより多く必要となり、入院より費用がかさむことが有り、ケアマネージャーをいれ、対策を検討する。
3. 独居でも患者の強い希望があれば、在宅療養も可能。

死亡場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



出典

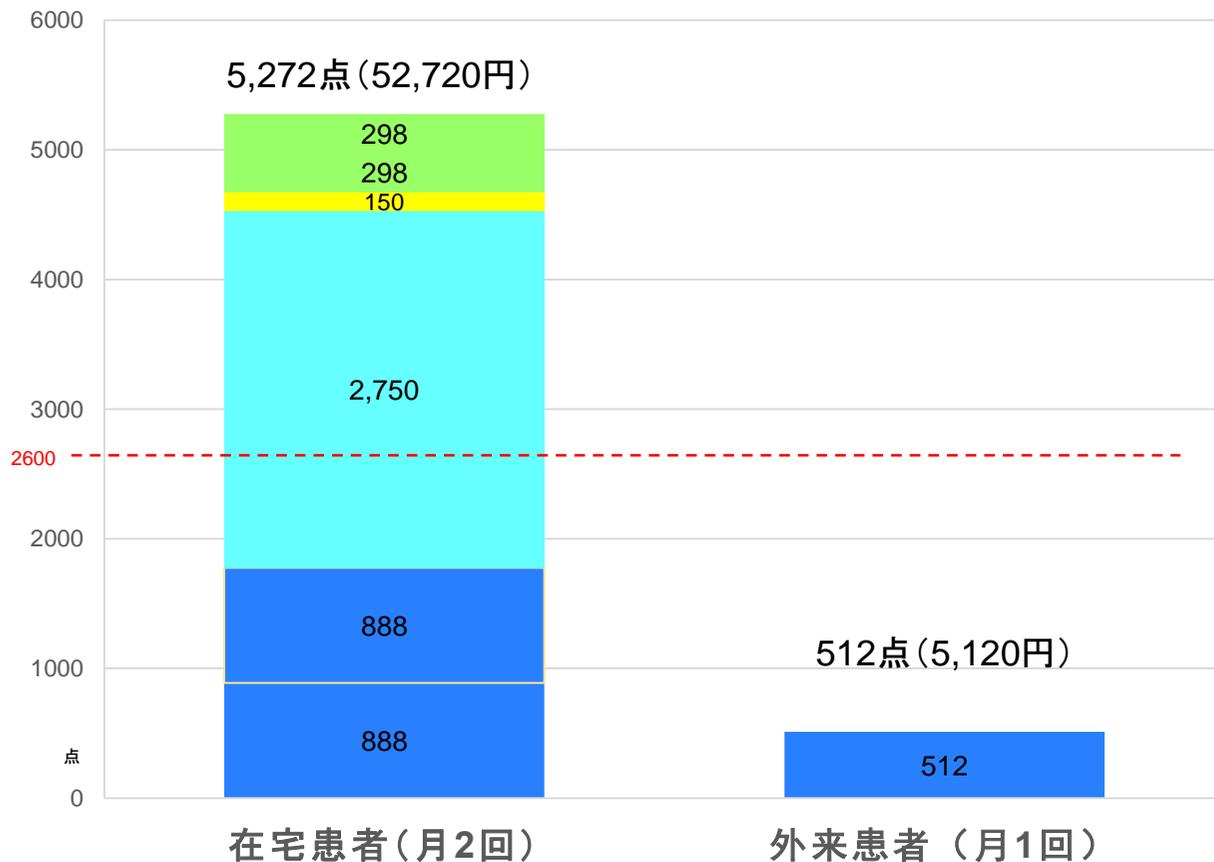
厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

療養を担当する診療所にとって在宅医療は？

少子高齢化における患者比率の変化

- 人口減少に伴い2025年をピークに**団魂の世代が75才以上の後期高齢者**になる
 - ➡ **外来患者数は減少する**（特に65才以下が）
- 75才以上の高齢者の人口は、2040年まで変わらないか、増える
 - ➡ **在宅患者の増加が予想される**

在宅医療の診療報酬



- 在宅患者訪問診療料①
- 在宅時医学総合管理料
- 居宅療養管理指導費①

- 在宅患者訪問診療料②
- 包括的支援加算
- 居宅療養管理指導費②

在宅療養支援診療所
(病院)届でてない
医療機関が月2回訪問
診療を行うと

患者単価 52,720円



外来患者 約5人分
(5,120円/1人)

相当になる

往診・訪問診療の対象となる患者の居住場所

	往診料	在宅患者 訪問診療料	算定する医学管理料
戸建て住宅	○	○	在宅時医学総合管理料
マンション、アパートなど 集合住宅	○	○	在宅時医学総合管理料
サービス付き高齢者向け住宅	○	○	施設入居時等医学総合管理料
有料老人ホーム	○	○	施設入居時等医学総合管理料
認知症高齢者グループホーム	○	○	施設入居時等医学総合管理料
軽費老人ホーム（ケアハウス）	○	○	在宅時医学総合管理料
養護老人ホーム	○	○	施設入居時等医学総合管理料
特別養護老人ホーム	×	×	施設入居時等医学総合管理料
介護老人保健施設	×	×	

外来から在宅移行したケース

75才女性 要介護2

傷病名：認知症、骨粗鬆症、高血圧症、慢性胃炎

医療処置：なし 居住場所：自宅

2022年8/4 外来再診、 8/18 訪問診療

【算定例】

⑫再診料（4日）	73点	
外来管理加算	52点	
⑬特定疾患療養管理料	225点	
⑮処方箋料	68点	
特定疾患処方管理加算2	66点	
* 上記は外来診療時に窓口精算		
⑭在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1	888点	
同一建物居住者以外（18日）		
在宅時医学総合管理料（月1回）	2300点	（在宅支援診療所届出 なし・・・1760点）
包括的支援加算	150点	
居宅療養管理指導費（Ⅱ）	298単位	
合計 3636点（3万6360円）		

退院後に入院元の医療機関が在宅医療を始めたケース

82才女性 要介護2

傷病名：廃用症候群、慢性心不全、肺炎

医療処置：なし 居住場所：自宅

2022年8/3 退院、 8/4・11・25 訪問診療、 8/19 夜間往診

【算定例】

⑫再診料（19日） 73点

外来管理加算 52点

時間外加算 65点

⑭往診料（19日） 720点

夜間・休日往診加算 1300点

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1 888点×3

同一建物居住者以外（4、11、25日）

在宅時医学総合管理料（月2回以上） 3700点

包括的支援加算 150点

在宅移行早期加算 100点

（算定時は在総管の算定開始日を記載する。この場合は2022年8月11日となり、10月まで算定できる）

居宅療養管理指導費（Ⅱ） 298単位×2

（在宅支援診療所届出なし・・・2750点）

合計 9420点（9万4200円）

在宅中心静脈栄養法、在宅酸素療法を行なったケース

85才男性 要介護2

傷病名：胃がん、多発肺転移、狭心症、低酸素血症、高度慢性呼吸不全

医療処置：中心静脈栄養、在宅酸素 居住場所：自宅

2022年8/ 2・9・16・23・30 訪問診療

【算定例】

⑭在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1	888点×5
同一建物居住者以外（2、9、16、23、30日）	
在宅時医学総合管理料 （月2回以上「厚生労働大臣が定める重症患者」）	4600点
頻回訪問加算	600点
在宅中心静脈栄養法指導管理料	3000点
在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	2000点
注入ポンプ加算	1250点
酸素濃縮装置加算	4000点
（「SpO2 95%」のようにSpO2の測定値を記載する）	
在宅酸素療法材料加算	100点
居宅療養管理指導費（Ⅱ）	298単位×2

（在宅支援診療所届出なし・・・3450点）

合計 20586点（20万5860円）

ガン末期の患者にターミナルケアを行なったケース

78才男性 要介護2

傷病名：直腸がん（末期）

医療処置：なし 居宅場所：自宅

2022年8/ 3・5・8・10 訪問診療 8/9 往診 8/11 死亡

⑫再診料（9、11日）	73点×2		
外来管理加算	52点×2	在宅移行早期加算	100点
⑭往診料（9、11日）	720点×2	（この患者は2022年6月30日に算定を開始しており、8月まで算定できる）	
緊急往診加算	650点×2	頻回訪問加算	600点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1	888点×4	居宅療養管理指導費（Ⅱ）	298単位×2
同一建物居住者以外（3、5、8、10日）		合計 20038点（20万380円）	
患者診療時間加算（10日、1時間20分）	100点		
在宅ターミナルケア加算 （亡くなる2週間で2回訪問）	4500点		
看取り加算	3000点	（在宅支援診療所届出 なし・・・3500点）	
在宅時医学総合管理料	4600点		
（月2回以上 「厚生労働大臣が定める重症患者」）			

在宅医療関連書籍



- 在宅医療の経営で押さえるべき数字を解説
- 訪問診療スケジュールごとの収入目安を例示
- 訪問診療当日の流れや往診バッグの中身を紹介
- 診療報酬の解説は必要な項目を厳選
- 施設基準の届け出様式の記載方法を図説
- 各種の説明書類・契約書類などのサンプルを収録

在宅療養支援診療所の要件

- ① 24時間対応(医師 又は 看護職員)
- ② 24時間訪問看護ができること(訪問看護ステーションと連携)
- ③ 入院が必要な緊急時に連携医療機関に入院手配できる(情報提供できる)
- ④ 在宅医療の診療管理をする
- ⑤ 地域の介護・福祉サービス事業所と連携 他
- ⑥ 年に一度、看取り数を地方厚生局に報告

地方厚生局に届出 必要

在宅療養支援診療所のメリット①

指導料・管理料・加算		点数	備考
往診・訪問診療料	往診料	720点	<ul style="list-style-type: none"> 時間外・休日加算可 診療時間1時間超えると30分毎に100点加算可
在宅時医学総合管理料 + 各種指導料	在宅時医学総合管理料①		<ul style="list-style-type: none"> 月2回以上訪問 初診算定時は不可
	処方 有	4,200点	
	処方 無	4,500点	
	重傷者加算	1,000点	<ul style="list-style-type: none"> 4回以上訪問
	在宅移行早期加算	100点	<ul style="list-style-type: none"> 病院から退院1年以内 月1回 3ヶ月間
検査・注射・投薬 ・処方料など	在宅自己注射指導管理料	566～ 1,230点	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料算定すると投薬料、処方箋料、寝たきり患者処置指導管理料は、包括されている 薬剤料と特定保険医療材料は算定可

在宅療養支援診療所のメリット②

指導料・管理料・加算		点数	備考
指示書	訪問看護指導料	300点	・月1回 ・訪問看護ステーションへの指示書
	特別訪問看護指示料	100点	・月1回 ・難病は、月2回
	在宅患者訪問点滴注射管理料	60点	
ターミナルケア	往診料＋死亡診断料	1,200点	・突発的な看取り
	在宅ターミナルケア加算	4,500点	・死亡14日前に2回以上訪問

あえて「在宅療養支援診療所」を申請しないことも・・・

			点数
在宅医学総合管理料	処方 有	届出 済	4,200点
		届出 未	2,200点

点数少ないが
「24時間対応でない = 負担少ない」
自身のワークライフ・バランスを
考えて適応を

なぜ在宅療養を躊躇うか

- 漠然とした不安感
- 24時間、365日の拘束はつらい
- どう準備したらいいかわからない
- 在宅で十分な医療を施せるのか

国が求める在宅医療とは

- ◆ 「訪問診療」
 - ◆ 「24時間対応」
 - ◆ 「最期の看取り」
- 三本柱

◆ **多職種**が連携して必要なサポートを

医師、歯科医師、薬剤師
訪問看護師、理学療法士、
ケアマネージャー、ホームヘルパー等

在宅療養診療所の要件

	在宅療養支援診療所(1) ※機能強化型(単独型)	在宅療養支援診療所(2) ※機能強化型(連携型)	在宅療養支援診療所(3)
在宅診療を担当する 常勤医師	3名	3名 (連携医療機関内)	1名
24時間連絡を受ける 体制	○	○	○
24時間往診可能な体制	○	○	○
24時間訪問看護体制	○ (訪問看護看護ステーションと の連携可)	○ (訪問看護看護ステーションと の連携可)	○ (訪問看護看護ステーションと の連携可)
緊急時の入院体制	有床診療所: 自院 無床診療所: 他院との連携可	他院との連携可	他院との連携可
緊急往診の実績	10件/年	連携医療機関内: 10件/年 自院: 4件/年	なし
看取り又は 15歳未満の超重症児及び準 超重症児に対する在宅医療	4件/年	連携医療機関内: 4件/年 自院: 2件/年	なし

その他の在宅療養診療所の要件

(2)

- 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。
- 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

(2)(3)

- 当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

緊急往診加算の診療報酬点数

		診療報酬点数
在宅療養支援診療所(1)	病床を有する場合	850点
	病床を有しない場合	750点
在宅療養支援診療所(2)	病床を有する場合	850点
	病床を有しない場合	750点
在宅療養支援診療所(3)		650点
在宅診療支援診療所以外の診療所		325点

在宅医療を成功させるためのキーワード

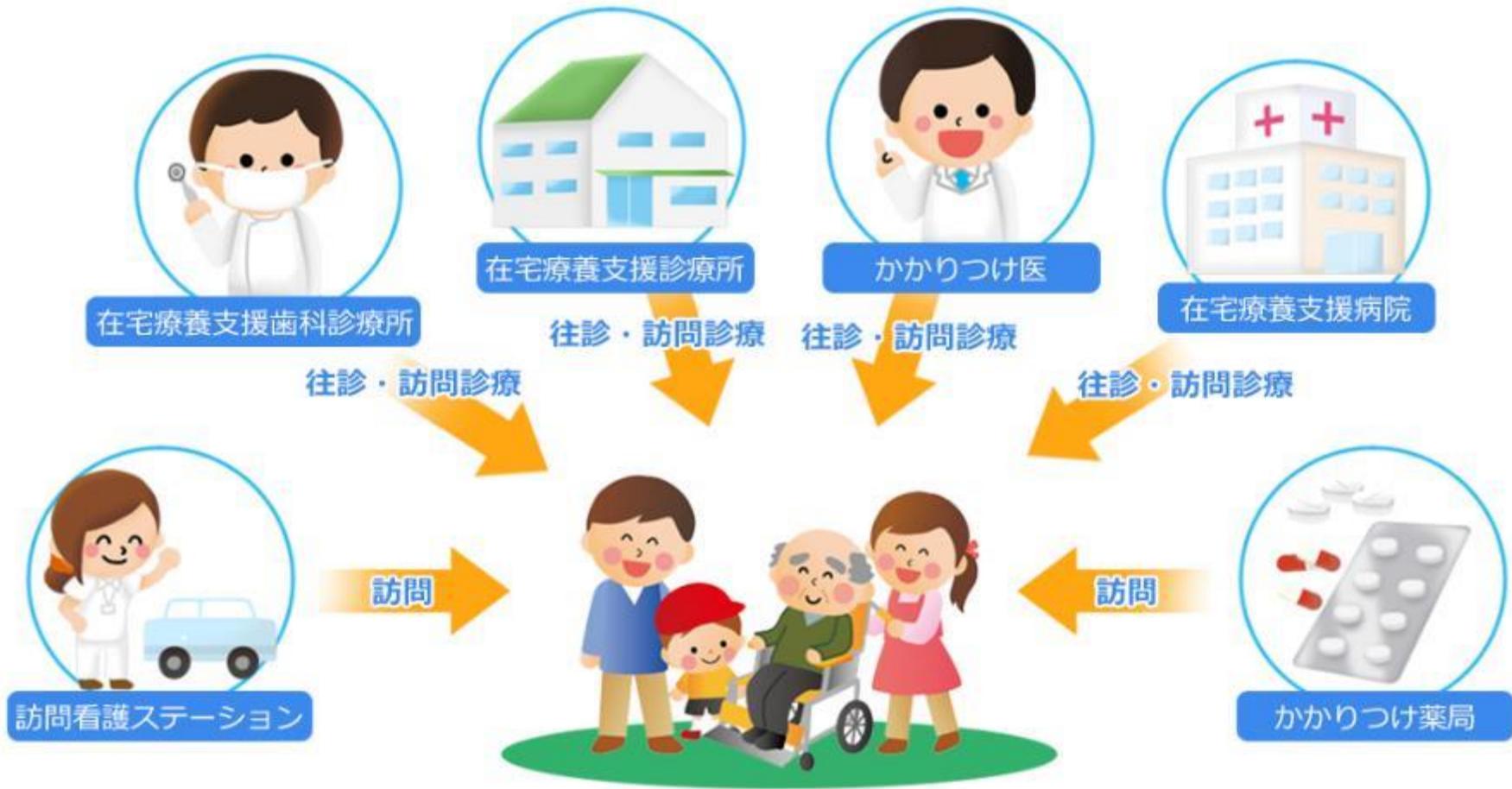
24時間、365日の拘束を回避するために



多職種連携

在宅医療を行う医師間の連携

多職種連携



在宅医療を行う医師間の連携

- 機能強化型(連携型)在宅医療支援診療所
- 在宅医療支援診療所ネットワーク
 - 医師会主導で構築： 弘前市、山形など
 - 在宅医療支援診療所の有志で構築： 横浜など



学会・研究会のなどの参加
海外旅行にも行けます

当院の実績

- 在宅患者数： 約30名
- 訪問診療： 314件
- 往診： 26件
- 看取り： 12件

学会・旅行にも行けています。
海外旅行も予定しております。

弘前市医師会の取り組み

- **多職種連携の課題に対する解決策の抽出**
 - 津軽地域ケアネットワーク交流会
- **在宅医療従事者の負担軽減の支援**
 - 安心ネットワーク
- **効率的な医療提供のための多職種連携**
 - 定期的な勉強会の開催等
- **在宅医療に関する地域住民への普及啓発**
 - 市民公開講座



弘前市からの委託事業・市との連携により行えている

弘前市医師会あんしんネットワーク

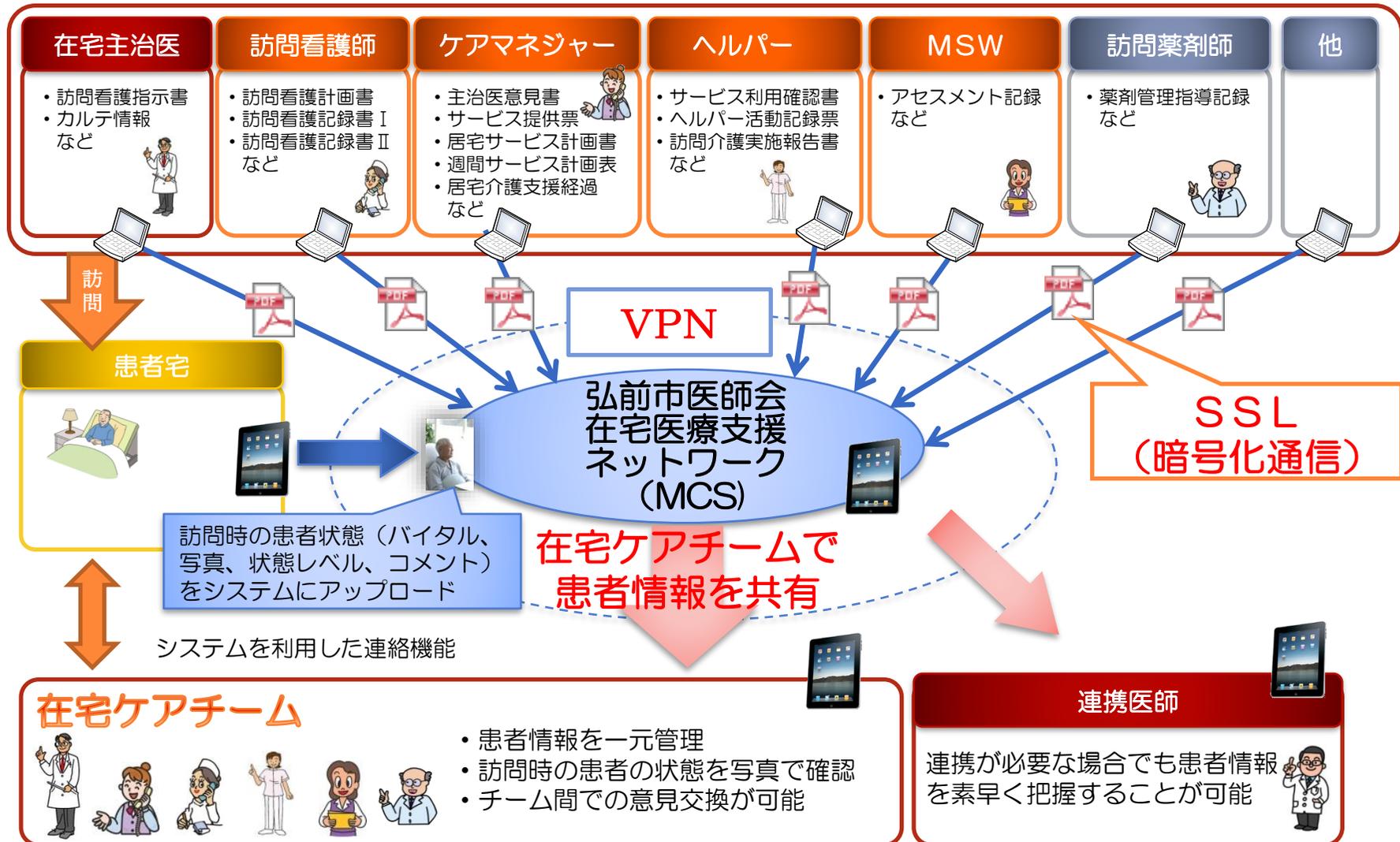
- **弘前市医師会の医師にて構成**
 - 訪問診療をやっている如何は問わず
 - 現在、15名の医師が参加
- **LINEを通じて気軽に依頼**
 - 患者の個人情報・医療情報入れず
- **運用規定を設け、法的にも配慮**

弘前市医師会における在宅医療の問題点

- 参入医師不足
- 在宅医療に関する医療技術の不足
- 病院の地域医療連携室との連携不足
- 後方支援病院との連携不足
- 多職種連携ネットワークでの連携不足

弘前市医師会在宅医療支援ネットワーク構想

各医療従事者が保有する患者情報を一元管理し、在宅チームケアで情報共有



在宅での終末期医療

在宅医療

最初から、
完璧を目指す
必要はありません

在宅でみる主な疾患

- 老衰
- 脳血管障害
- 嚥下性肺炎
- 末期がん
- 心不全
- 肺がん以外の呼吸不全（COPD・間質性肺炎など）
- 末期認知症

在宅での疼痛緩和

- 住み慣れた環境での治療は、患者さんの精神的な安定に繋がり、それが疼痛緩和にも良い影響を与える可能性がある。
- 自宅での生活は、患者さん自身のペースで過ごせるため、ストレスが軽減され、それが疼痛緩和に繋がる可能性がある。
- 在宅医療では、患者さん一人ひとりの状態やニーズに合わせた、より個別化された疼痛管理が可能である。

がん性疼痛に対する薬物療法

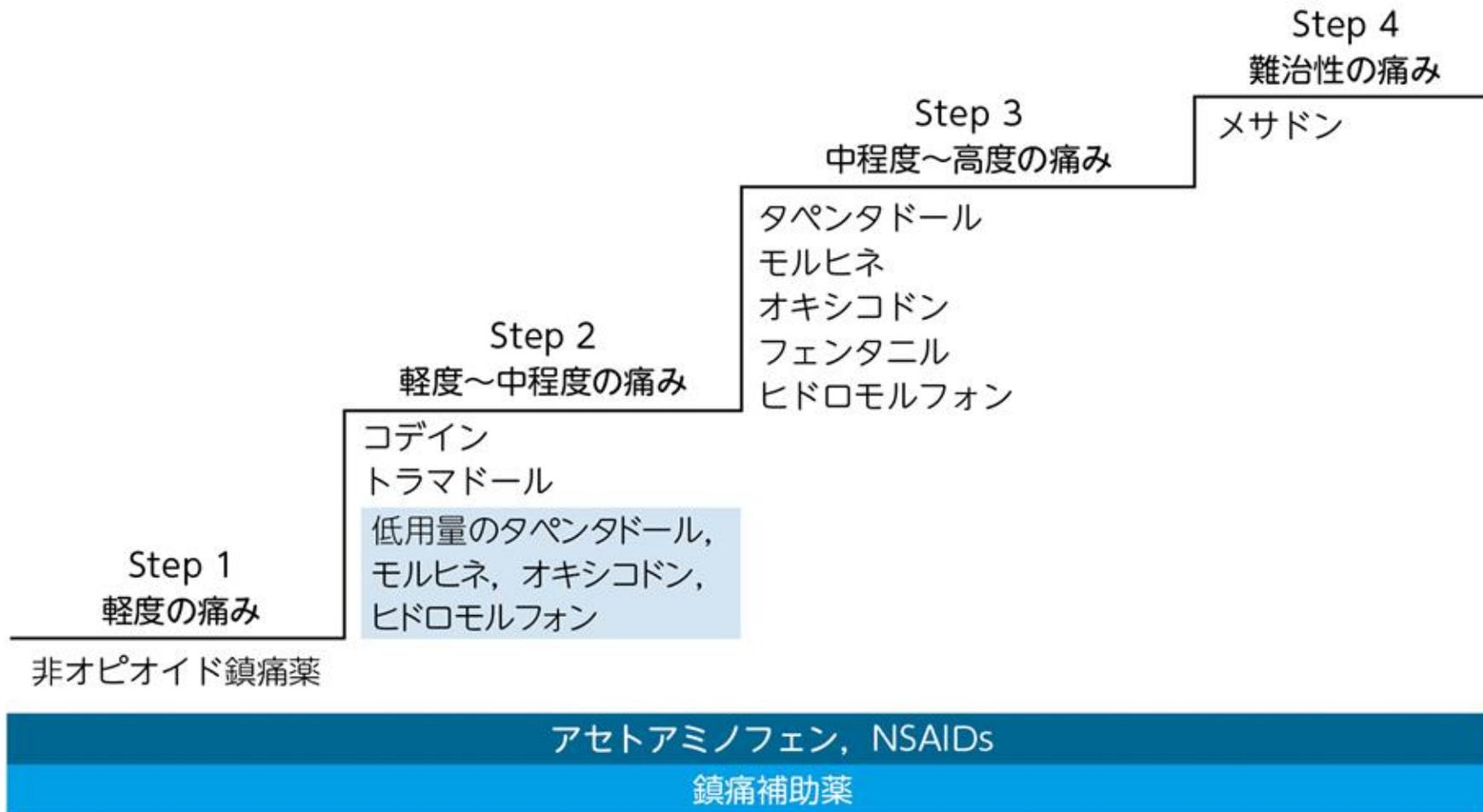
治療の目標

- 第一の目標：痛みに妨げられずに眠れること
- 第二の目標：日中の安静時に痛みがなく過ごせること
- 第三の目標：体動時の痛みが消失すること

鎮痛剤使用の4原則

- できるだけ経口で
(by mouth)
- 時間を決めて規則正しく
(by the clock)
- 患者ごとに適量を決めて
(for the individual)
- 細かい配慮を
(with attention to detail)

3段階除痛ラダー



オピオイドの種類

	モルヒネ	オキシコドン	ヒドロモルフォン	フェンタニル	タペンタドール
速放製剤	末、錠、液	散	錠	粘膜吸収剤	
徐性製剤	錠、散、C (1日1回) (1日2回)	錠 (1日2回)	錠 (1日1回)	貼付 (1日1回) (3日1回)	錠 (1日2回)
注射剤	○	○	○	○	
代謝	グルクロン酸 抱合	CYP3A4 CYP2D6	グルクロン酸 抱合	CYP3A4	グルクロン酸 抱合
活性代謝物	M6G	— (極少)	—	—	—

← 呼吸器症状にメリット → ← デリケートな人に →

余宮きのみ ここが知りたかった緩和ケア

ヒドロモルフォン

- **強オピオイド**

- モルヒネから誘導した半合成オピオイド

- **効果**

- 鎮痛効果・副作用はモルヒネ・オキシコドンと大差ない

- **代謝**

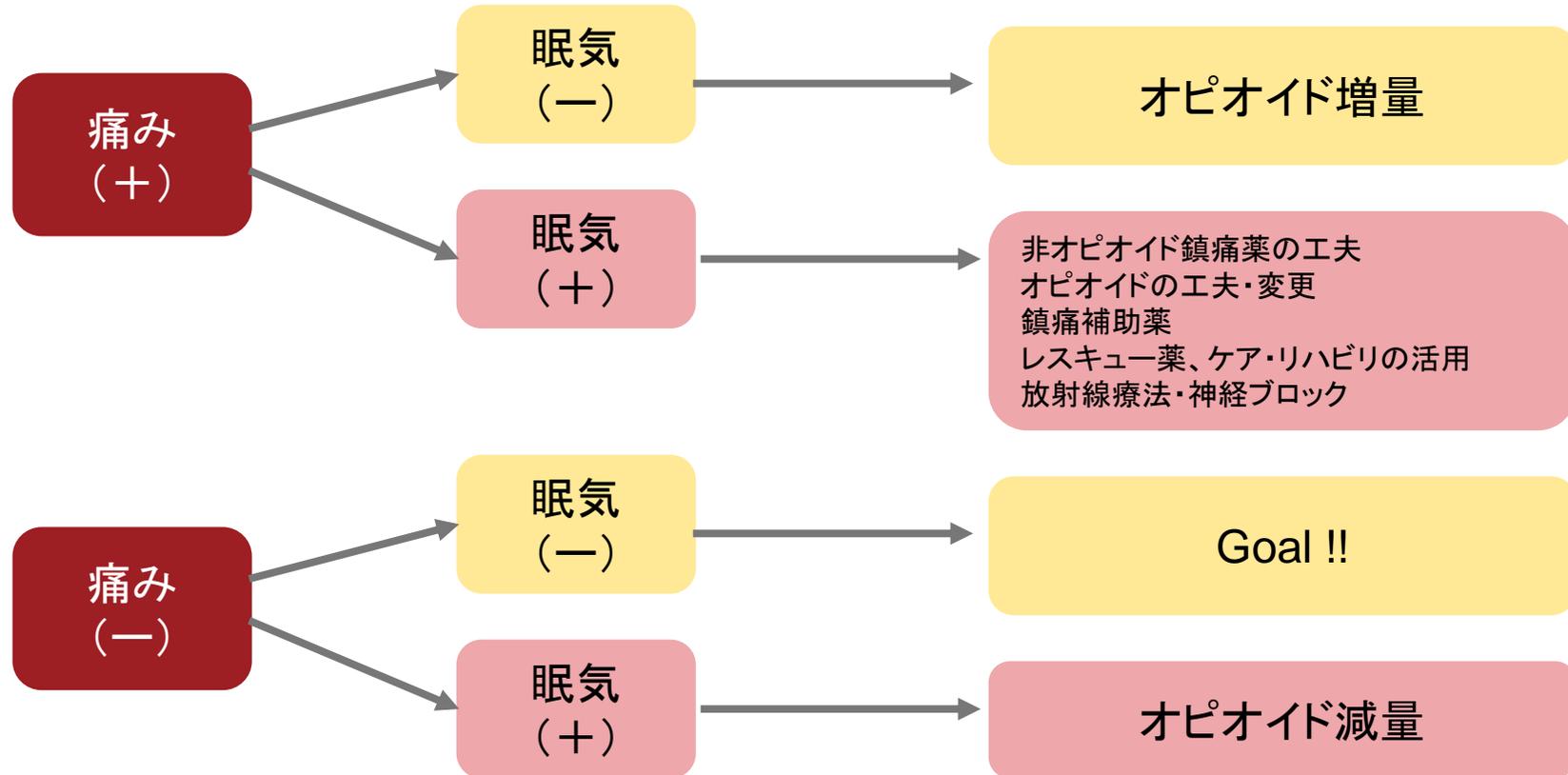
- 肝臓でグルクロン酸抱合されるため、薬物相互作用は生じにくい

- **腎障害による影響**

- 尿中未変化体の排泄が少ない(3-8%程度)
- 代謝物に活性はない
- オキシコドンと同様の注意が必要

オピオイドのタイトレーション

眠気を尋ねる → 治療方針が見えてくる



余宮きのみ ここが知りたかった緩和ケア

オピオイドの副作用

● 便秘

- オピオイド投与を開始すると、ほとんどの患者で便秘がみられ、特に終末期がん患者で起こりやすい。
- 末梢性 μ オピオイド受容体拮抗薬ナルデメジン(スインプロイク錠)は第一選択薬となる。
- 改善しない場合は、リンゼス・アミティーザ・酸化Mgなどを用いる。

● 悪心・嘔吐

- オピオイドによる悪心・嘔吐は投与開始時、増量時に起こりやすい。第一選択薬はドパミン受容体拮抗薬で、効果がなければ異なる作用機序のもの(抗ヒスタミン薬、抗コリン薬など)を投与する。
- オピオイドの投与開始あるいは増量の1~2週間経過後には、催吐作用に耐性が出現し、制吐薬の減量もしくは中止が可能となることが多い。

● 眠気

- 投与初期あるいは増量時に発現することが多いが、ほとんどの場合、耐性が数日以内(3~5日)に出現する。
- 軽度の場合:数日で軽減,消失することが多いので経過観察する。
- 眠気が強く痛みがない場合:過量投与を疑い減量する。

オピオイドスイッチング

- オピオイドを使用しているが、鎮痛がうまくいかないとき、あるいは副作用が問題となるときに行う
(がん疼痛薬物療法のガイドライン: 強い推奨)
- 単一のオピオイドよりも、複数のオピオイドを併用した方が、鎮痛の質が良いという報告もある。
(Lauretti GR; Br J Cancer, Mercadate S; Support Care Cancer 2004)

オピオイドスイッチングの考え方

- オピオイド過量の徴候がなく、レスキューの効果がある場合
 - オピオイドを増量して経過をみる
- レスキュー投与によるオピオイド過量の徴候がみられる場合
 - オピオイドのスイッチまたはトラマドールやタペンタドールの併用を行う
 - 電撃痛やしびれを伴う場合は鎮痛補助薬の併用を行う
 - メサドンの導入を行う
- レスキューの効果が乏しい場合
 - オピオイドのスイッチ, 併用, メサドンの導入を行う
 - 電撃痛やしびれを伴う場合は鎮痛補助薬の併用を行う
 - 神経ブロック・放射線治療などの非薬物療法を検討する
- 突出痛だけが問題となっている場合
 - 神経ブロック・放射線治療などの非薬物療法を検討する
 - オピオイドの併用やメサドンの導入を行う

オピオイド換算表

モルヒネ	経口薬 (mg/日)	30	60	90	120	150	180
	注射薬 (mg/日)	15	30	45	60	75	90
オキシコドン	経口薬 (mg/日)	20	40	60	80	100	120
	注射薬 (mg/日)	15	30	45	60	75	90
ヒドロモルフォン	経口薬 (mg/日)	6	12	18	24	30	36
	注射薬 (mg/日)	2-2.4	4-4.8	6-7.2	8-9.6	10-12	12-14.4
フェンタニル	フェントス (mg/日)	1	2	3	4	5	6
	デュロテップ (mg/3日)	2.1	4.2	6.3	8.4	10.5	12.6
	注射薬 (mg/日)	0.3	0.6	0.9	1.2	1.5	1.8

持続点滴のために

カフティーポンプS

携帯も可能な、逆流防止付き輸液ポンプ。

レンタルも可。

在宅中心栄養法指導管理料が算定できる。



イレウスに対する緩和医療

サンドスタチン皮下注用
100MG



嘔気・嘔吐への対応

ステロイド

サンドスタチン

中枢性嘔吐薬

絞り気味の輸液

腹痛へのオピオイド

機械的減圧 (NGチューブ・イレウス
チューブ)

* 進行・再発がん患者の緩和医療における消化管閉塞に伴う消化器症状の改善

PCA(自己調節鎮痛法)

PCAポンプ

Patient Controlled Analgesia

自己調節鎮痛法

「自分で痛みのコントロールを行う」



在宅酸素療法 (HOT)

Home Oxygen Therapy

在宅酸素療法

適応: 高度慢性呼吸不全例

動脈血酸素分圧(PaO₂)が55Torr(mmHg)以下の者、およびPaO₂ 60Torr(mmHg)以下で睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症を来たす者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めた者。適応患者の判定にパルスオキシメータによる酸素飽和度から推測しPaO₂を用いることは差し支えない。

算定: 在宅酸素療法指導管理料



POCT機器の進化

在宅で使えるPOCT検査・機器

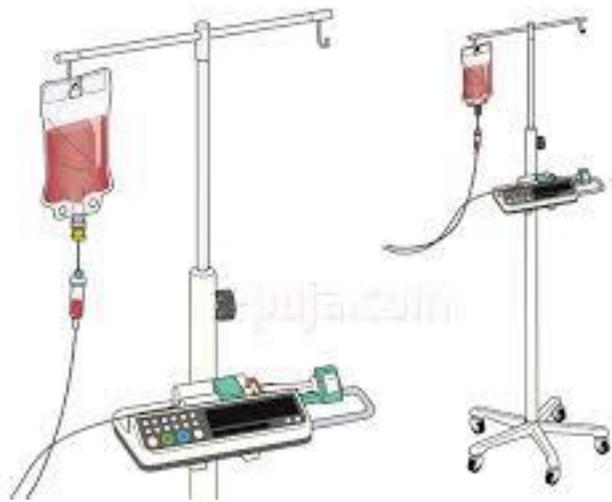
- パルスオキシメーター
- 血液ガス分析装置
- 血糖測定
- 携帯心電図計
- ハンディ超音波
- 抗原検査(インフルエンザ・新型コロナ等)

ハンディ超音波

Vscan Air SL

セクタ・リニア ワイヤレス
デュアルプローブ
GEヘルスケア社製





安らかな看取りのためには、

スキルも必要です！



家族のケアも必要です

- 在宅医療では、家族が患者さんのケアに関わるため、家族の負担が大きくなることがあります。
- 家族への精神的なサポートや、レスパイトケア（家族の休息のためのケア）の提供も必要です。

医者冥利
に尽きる