



チーム医療における栄養士の役割

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承

医師数120名、290床、

平均在院日数10日

入院単価6500点

2007年より東京都認定がん診療病院

2008年よりDPC対象病院

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程:保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程:保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

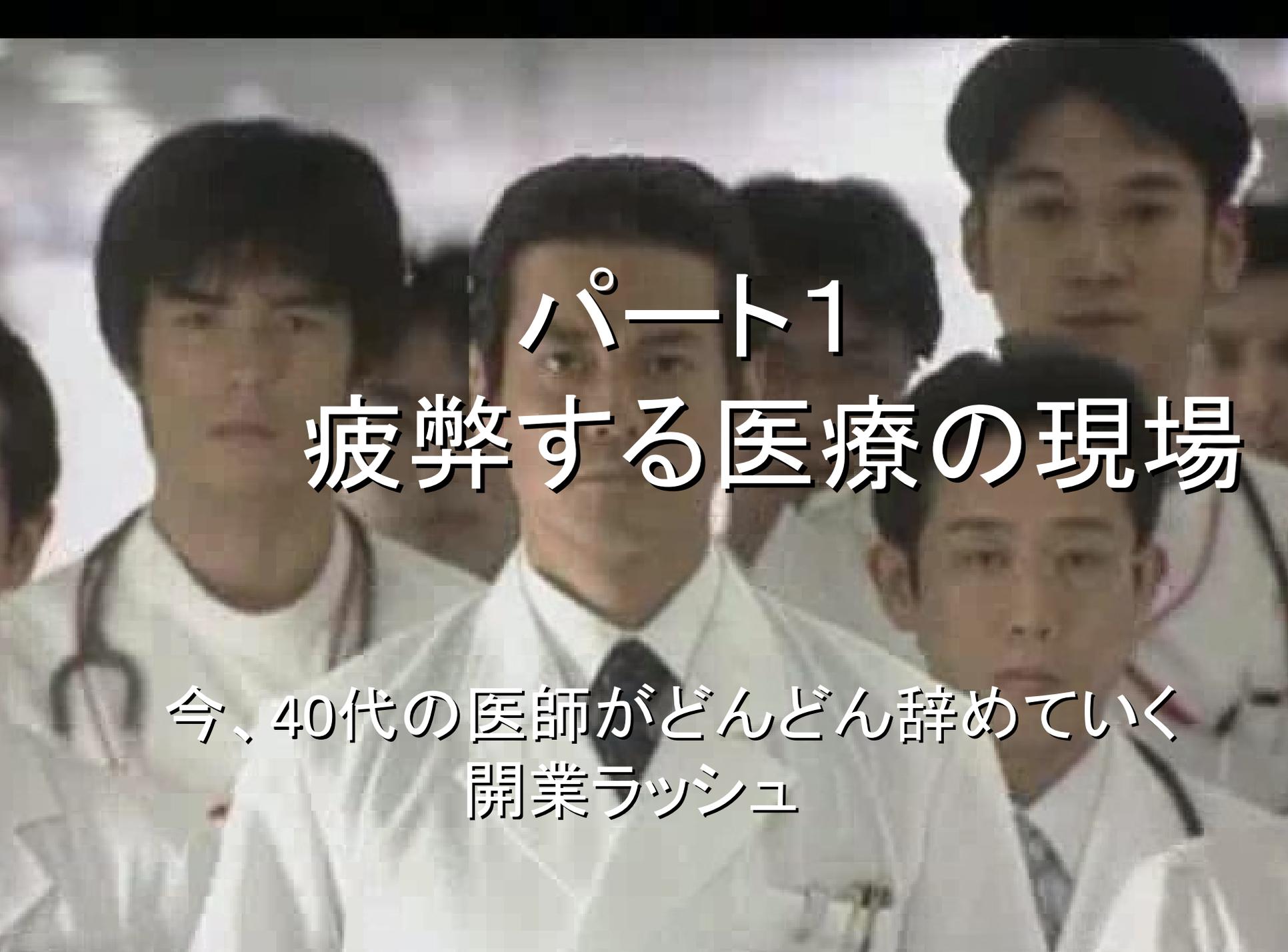
総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 疲弊する医療の現場
- パート2
 - 求められるチーム医療
- パート3
 - 2010年診療報酬改定とチーム医療
- パート4
 - チーム医療と栄養士
- パート5
 - 地域連携パスと栄養士





パート1 疲弊する医療の現場

今、40代の医師がどんどん辞めていく
開業ラッシュ

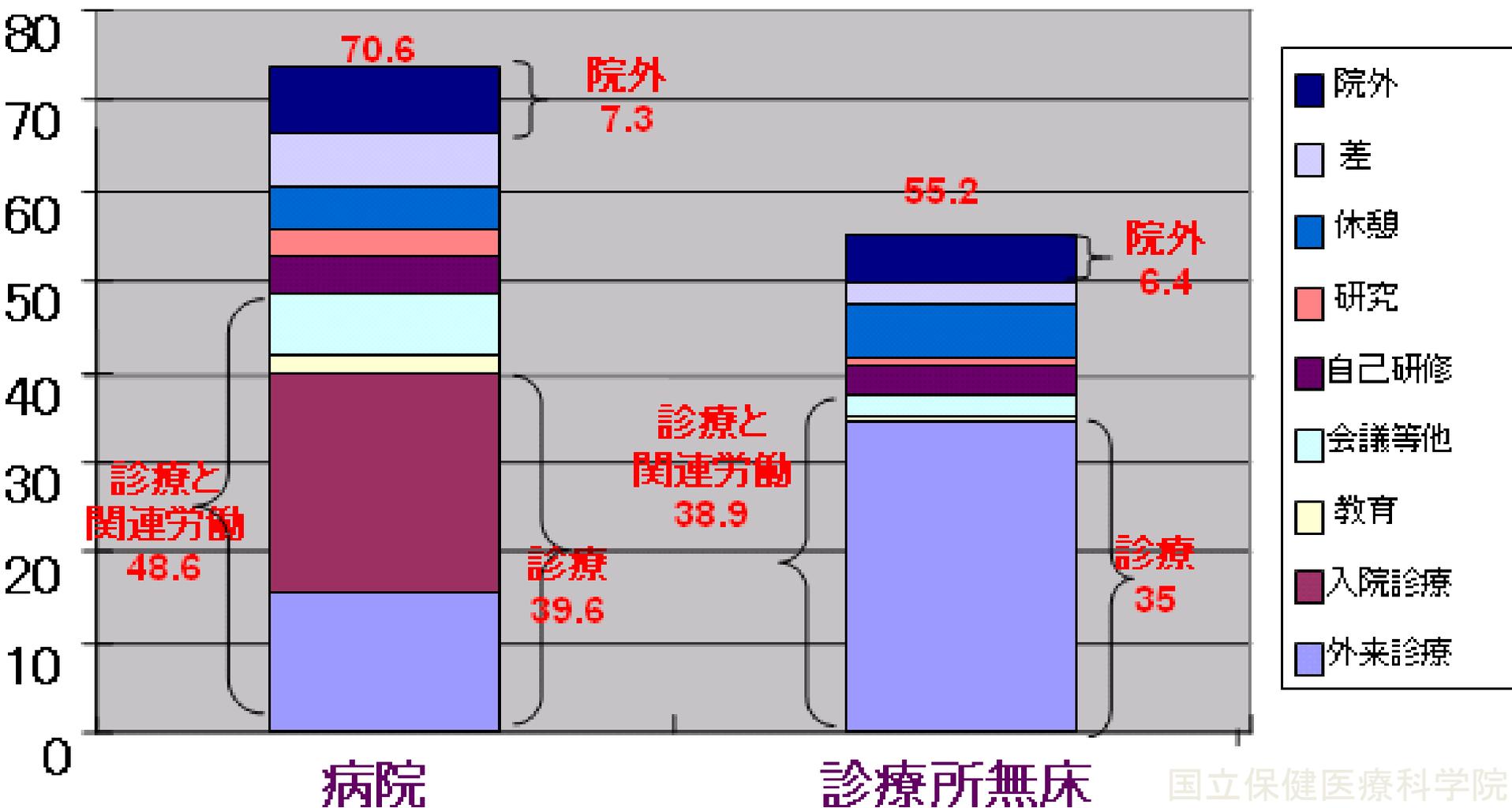
勤務医が辞めるワケ

- とにかく多忙・・・
- ここ10年間「インフォームド・コンセント」など診療行為以外の必要手続きや書類が増え、勤務医の負担(感)が増えている。
- 「横浜市立医大事件」(1999年)以降、医療事故に対する社会的な批判が高まっている
- 新臨床研修制度(2004年)以降、大学への中堅医師の引き上げがさらに労働環境を悪くしている
- 開業に将来展望があるように思えないものの、病院の現状に嫌気がさしているように見える

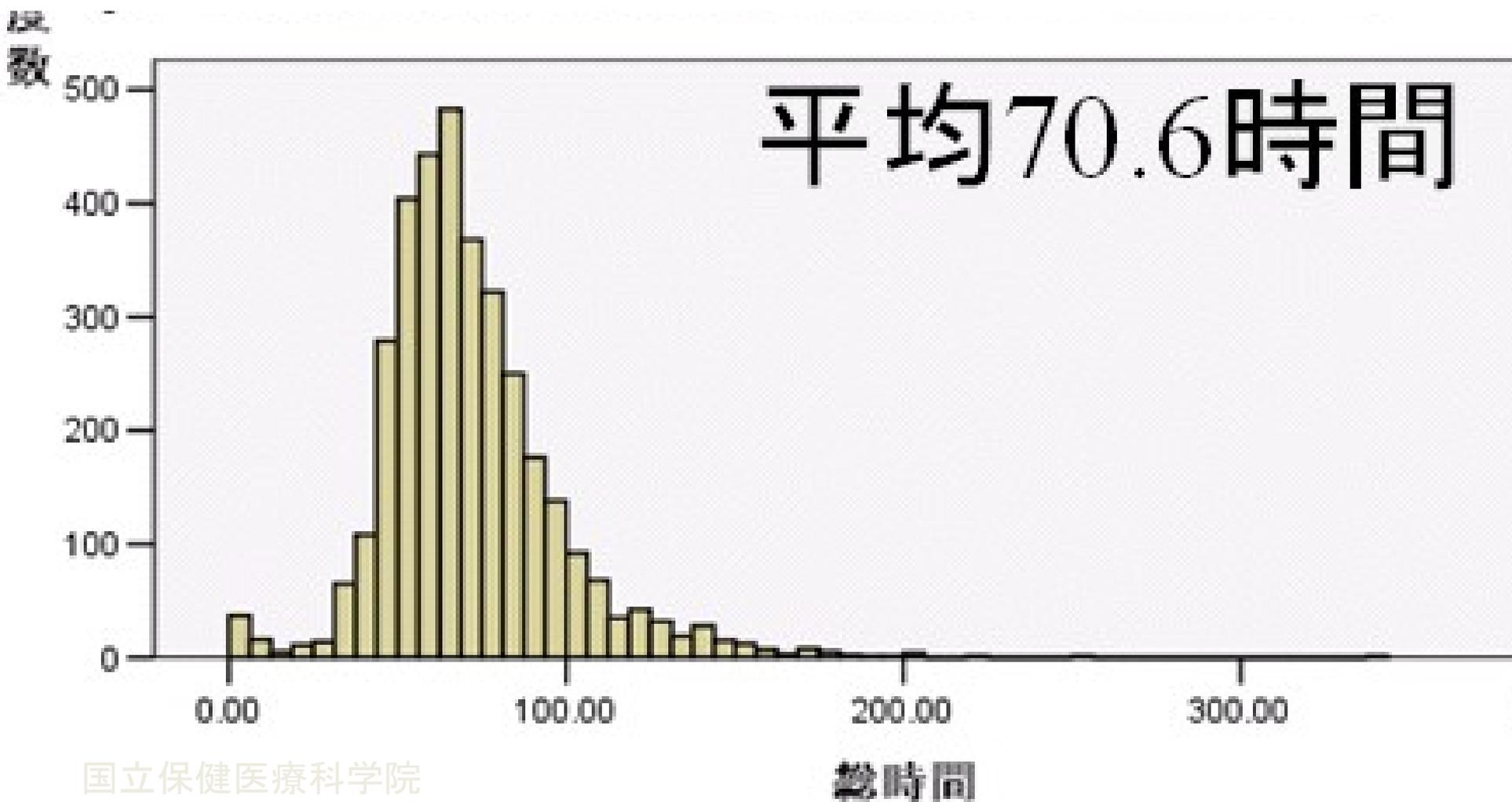
医師の勤務時間比較（病院と診療所）

病院の医者は忙しい！

時間



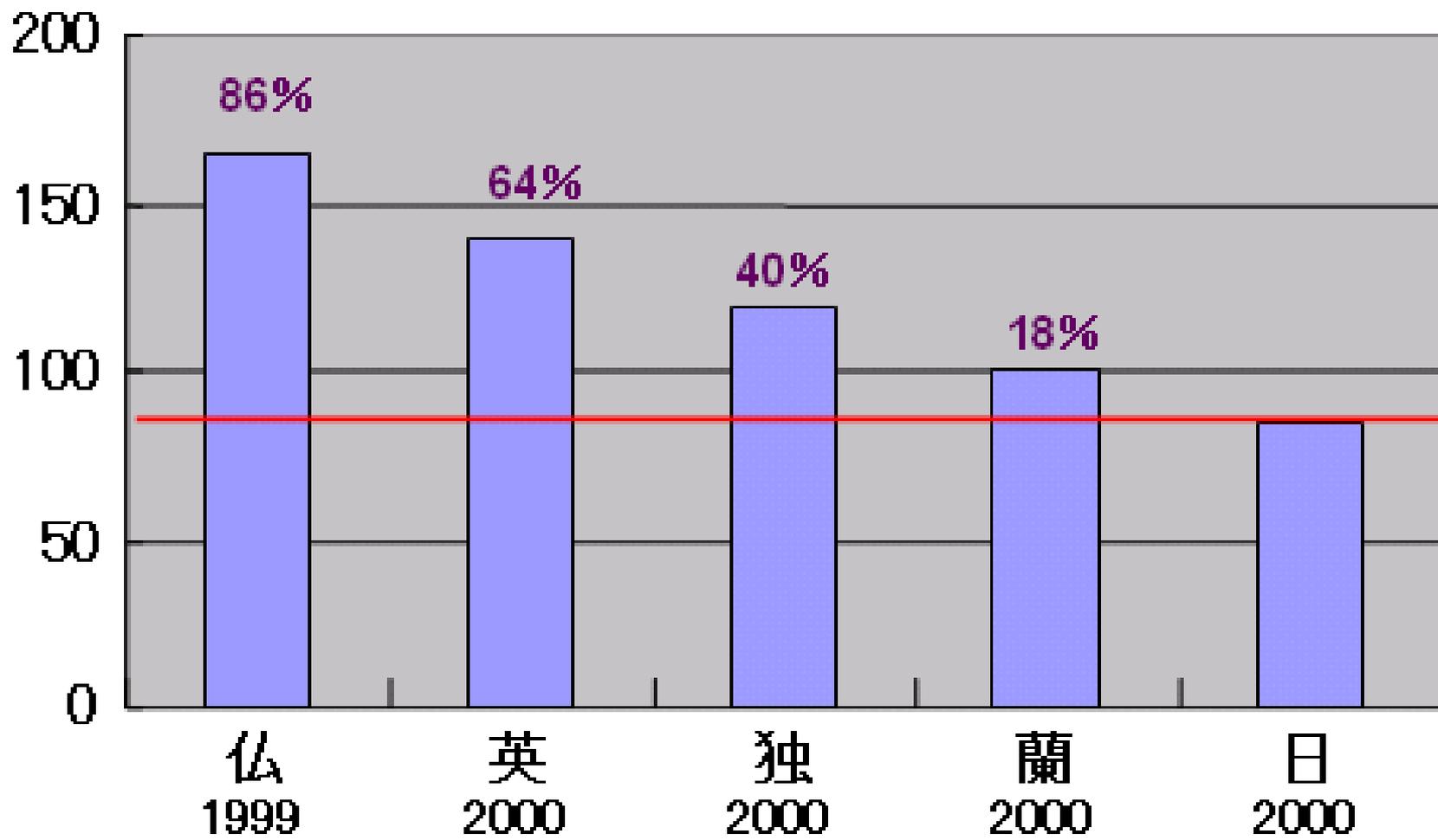
勤務医の平均勤務時間



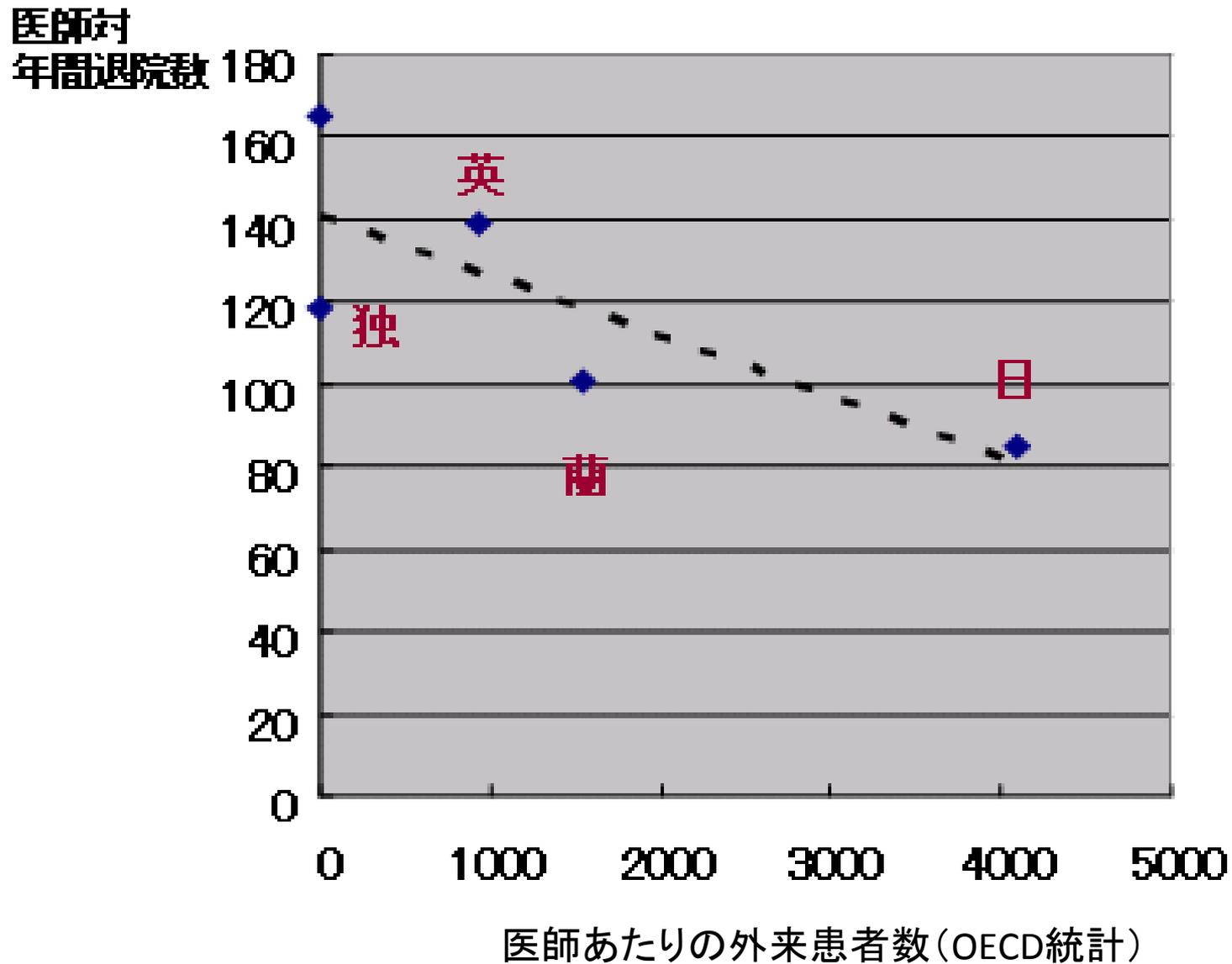
医師の労働生産性の国際比較

医師1人当たりの退院患者数(OECD統計)

医師対
年間退院数

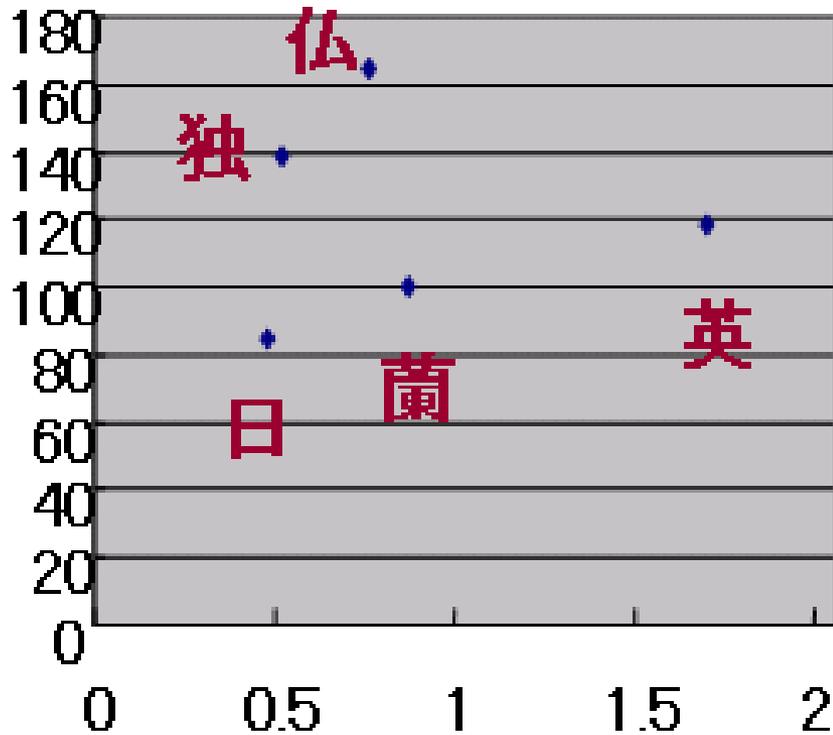


医師の生産性と外来負担



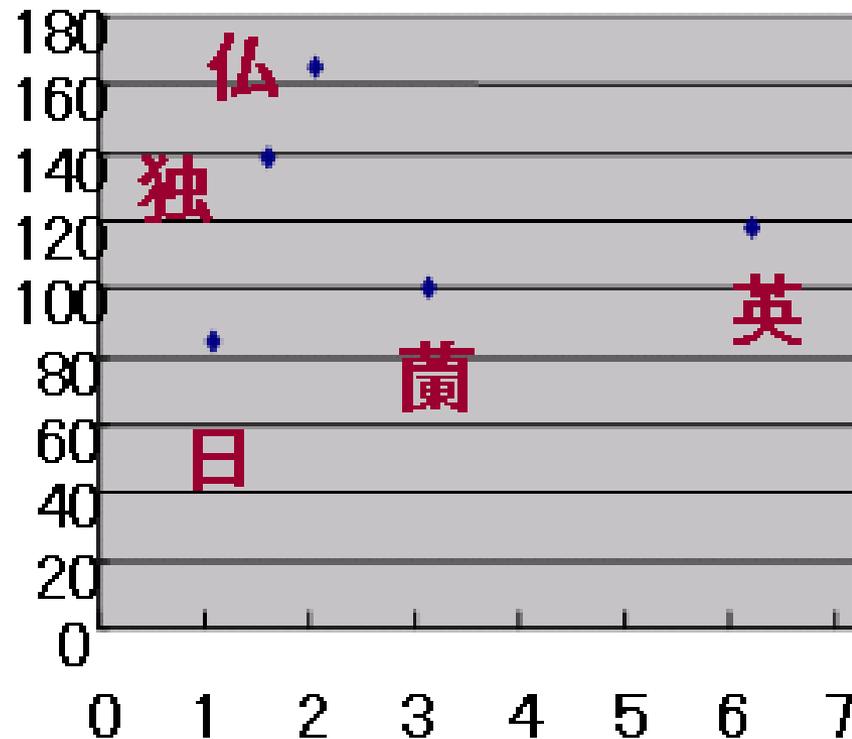
職員数と医师生産性

医師対
年間退院数



急性期病床あたりの看護指数

医師対
年間退院数



病床あたりの総職員数

日本の医師の労働生産性が低いワケ

- 1.日本医師の勤務時間は欧州の医師に比して長い
- 2.日本医師の生産性(年間退院患者/医師数)は欧州に比して低い
- 3.医師当退院患者数が低い原因には3つの原因が想定される
 - 1)日本の医師の外来の負担が大きい
 - 2)医師の労働が未分化で他職種実行可能な仕事を自ら実施している
 - 3)他職種(看護職その他)の病床当り数が少ない

ある外科医の1日



岡山中央病院外科 蓮岡英明先生

蓮岡先生のある日

当直明け
睡眠時間1時間

アッペの紹介
でーす。

病棟患者Bさん
意識がありません

明日手術予定のご家族
が1時間待ってまーす。

手術

泌尿器科の先生から、ちよつ
と診てほしい

7:00	研修生カンファレンス
8:00	外科・内科 ミーティング
9:00	研修ミーティング
10:00	クリニック外来(30名)
11:00	
12:00	
13:00	NSTランヂ ミーティング
14:00	内視鏡(10~15件)
15:00	
16:00	
17:00	総回診
18:00	会議
19:00	病棟
20:00	残務
21:00	

下血が来た~緊急
内視鏡

病棟患者Aさんが転
倒しました~。

Cさん・Dさんの薬が
切れます。

アッペは何時からしま
すか？

保険書類がたまっ
てますよ。

通院中のEさんが、
発熱して、来院されます。

蓮岡先生は一人何役？

院内活動

- 医師として(外科・内視鏡・麻酔・救急)
- 臨床研修医管理・指導
- 部門管理(外科チーム)
- NST活動
- 内視鏡カンファレンス
- 癌・化学療法勉強会
- メディカルスタッフ教育
- 会議(診療録管理・手術室管理・リーダー会議)
- プロジェクト(センター化)
- 事業計画立案

院外活動

- 研修サーベイ
- 学会発表
- 論文記載
- NST関連研究会世話人
- 内視鏡関連研究会世話人
- 医局関連作業
- 大学講義
- 私的活動

医師不足実態調査

- 医師不足実態調査(2010年6月1日現在)
 - 調査対象の医療機関 1万262施設
 - 病院8683施設、分娩取り扱い診療所1579施設の計1万262施設
 - 回答医療施設 8698施設(84.8%)
 - 病院7687施設、分娩取り扱い診療所1011施設
- 医師不足数2万4千人
 - 現員医師数16万7063人の1.14倍となる19万1096人で、約2万4000人の医師が不足していることが明らかになった。

パート2

求められるチーム医療

「チーム医療の推進に関する検討会 報告書」

平成22年3月19日

「チーム医療の推進に関する検討会」 報告書（2010年3月）



- 座長：東大大学院医学研究科
永井良三教授
- 「チーム医療」とは…
 - 「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」

今、なぜチーム医療なのか？

- ① 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まっている。
- ② 医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されている。
- ③ 医療の標準化が進んでいる
 - 各医療スタッフの知識・技術の高度化への取組や、クリティカルパス、ガイドライン、プロトコール等を活用した治療の標準化の浸透しつつある
- ④ 医療スタッフの専門性が高まっている、
 - こうした医療スタッフを、チーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である

チーム医療の効果は何なのか？

- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、・・・
 - ①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上
 - ②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減
 - ③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。

今後、チーム医療を推進するには？

- ①各医療スタッフの業務範囲の拡大と協働の推進
- ②専門的教育・修練を受けた高度な医療専門職の活用
- ③複数の医療専門職による医療チームの領域の拡大
- ④医療スタッフ間の連携・補完の推進

チーム医療は 医療の変革をもたらす

医療の在り方が根本的に問われている今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。

一歩進んでいる看護師の 役割分担の見直し

チーム医療における医師と看護師
の役割見直しが、「スキルミクス」の
概念のもとに大きく進んでいる！

スキルミクス (Skill Mix)

- スキルミクスの日本語訳
 - 「職種混合」、「多能性」、「多職種協働」と訳されている
 - チーム医療をより推し進めた概念
- スキルミックスとは
 - もともとは看護職における職種混合を意味していた
 - 看護スキルミクス
 - 看護師、准看護師、看護助手というように、資格、能力、経験、年齢などが異なるスタッフを混合配置することを指していた

スキルミクス

- 最近では、その概念が拡張されて、医療チームの中でそれぞれの職種の役割の補完・代替関係を指したり、ひろくは多職種のチーム内部における職種混合のあり方や**職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設**などを指し示す概念となっている。

スキルミクスの概念の歴史

- スキルミクスの概念は1990年代に医師不足、看護師不足に悩んだOECD諸国で、その養成にも維持にも時間とコストがかかるこれら職種の在り方や機能が議論された結果、生まれた概念である。
- スキルミクスは2000年代の日本でも避けては通れない議論となるだろう。
- スキルミクスの典型がナースプラクティショナー

ナース・プラクティショナー (診療看護師)

医師と看護師のスキルミクス



ナース・プラクティショナー (NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる

- 僻地での医療提供を目的

- 現在NPは看護師人口の6%、14万人が働く

- ①小児、②ウイメンズヘルス(女性の健康)、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域
- 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など

- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

米国のNPの養成

- NPの養成課程
 - 大学院の修士課程
 - 独自の養成校
 - 9ヶ月のコース
- 入学条件
 - 高卒以上、登録看護師(RN)
 - 病院や診療所の実務経験(数年)
- カリキュラム
 - 最初の4ヶ月
 - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
 - 後半5ヶ月
 - 病院や保健センターでの実習を行う

日本でも始まった ナースプラクティショナー養成コース



NP養成大学名	NPプログラムの特徴	開始年
大分県立看護科学大学	慢性期NP(老年/小児)	2008年
国際医療福祉大学	慢性期/周術期 (周術期は2010年開始)	2009年
聖路加看護大學	小児/麻酔 (麻酔は2010年開始)	2009年
東京医療保健大学東が丘	クリティカル	2010年
北海道医療大学	プライマリ・ケア	2010年
聖マリア学院大学	家族	2010年

国際医療福祉大学大学院

NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
 - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
 - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
 - 1年目は講義と演習が中心
 - 病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 2年 目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院(東京港区)や熱海病院(静岡県熱海市)でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

青山の
キャンパス・
ライフを楽し
んでいます

ナースプラクティショナー養成講座1年生



三田病院で学ぶ 国際医療福祉大学大学院 ナース・プラクティショナー養成コース



超音波画像の読影講義

特定看護師(仮称)

～日本版ナースプラクティショナーか？～

- 「チーム医療の推進に関する検討会」(座長＝永井良三・東大大学院医学研究科教授)
 - － 従来の看護師より業務範囲を拡大した「特定看護師(仮称)」制度を新設する方針で取りまとめた。(2010年2月18日)
- 特定看護師(仮称)モデル事業
 - － 厚労省が検討会に示した素案によると、看護師としての実務経験が一定期間あり、新設される第三者機関から知識や能力について評価を受けることなどが、特定看護師になる条件。
- － 新たに可能になる業務としては、医師の指示があることを前提に、気管挿管や外来患者の重症度の判断、在宅患者に使用する医薬品の選定といった高度な医療行為を想定している。
- － 厚労省は、モデル事業での検証を経て、新たな看護職を創設するための法改正に着手する予定



項目

特定の医行為

検査など

- ▽患者の重症度の評価や治療の効果判定などのための身体所見の把握や検査
- ▽動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
- ▽エコー、胸部単純エックス線撮影、CT、MRIなどの実施時期の判断、読影の補助など(エコーについては実施を含む)
- ▽IVR時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理など

処置

- ▽人口呼吸器装着中の患者のウイニング、気管内挿管、抜管など
- ▽創部ドレーンの抜去など
- ▽深部に及ばない創部の切開、縫合などの創傷処置
- ▽褥瘡の壊死組織のデブリードマンなど

患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ▽疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠などへの対症療法
- ▽副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止

スキルミックスが次世代の チーム医療

医療チームの内部での権限・責任の
委譲と新職種の誕生

パート3

2010年診療報酬改定と チーム医療



診療報酬でもチーム医療を後押ししている。

2010年診療報酬改定と チーム医療加算

- ①感染防止対策加算
- ②呼吸器ケアチーム加算
- ③がん診療連携拠点病院加算
- ④栄養サポートチーム加算
- ⑤がん診療連携病院加算
(がんサーボード)



①感染防止対策加算

感染防止対策チーム(ICT)加算



医療安全対策の推進について②

感染防止対策の充実

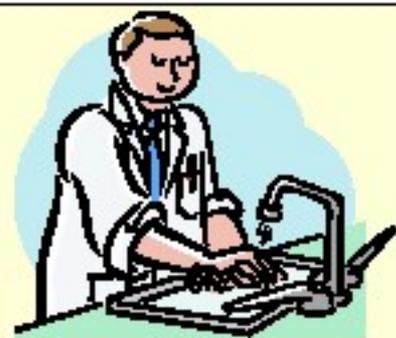
- 感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価

④ **新 感染防止対策加算 100点**

1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

[施設基準]

- ① 医療安全対策加算1の届出を行っている。
- ② ・感染症対策に3年以上の経験を有する常勤の医師
・5年以上感染管理に係る経験を有し、6か月以上の研修を修了した看護師
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- ③ 抗MRSA薬及び広域スペクトラムの抗生剤について届出制又は許可制をとっていること。 等



うち 1名専従
1名専任

感染対策チームに求められる活動内容

- 個々の院内感染症例への対応
- ICTラウンド
- ICT定例会、ICT/リンクナース合同定例会
- 各種予防対策の実施のための条件整備
- サーベイランス
- スタッフ教育
- スタッフのワクチン接種
- 感染対策マニュアルの作成・実施
- 抗菌薬適正使用ガイドラインの作成・実施
 - カルバペネム、バンコマイシンなど
- 抗菌薬使用のコンサルティング

ICDの
働き

②呼吸ケアチーム加算



呼吸ケアチーム加算

一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

① 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

[算定要件]

人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。

[対象患者]

- (1) 48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者
- (2) 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。

[施設基準]

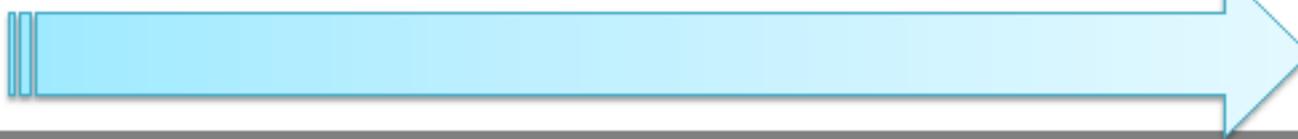
当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理の例

病棟医による呼吸器設定等の管理
病棟の看護師による日常のケア

挿管



抜管



診療計画書に基づいた呼吸ケアチームによるケアの提供



呼吸ケアチーム
による回診

呼吸ケアチームの構成員

- ・人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
- ・人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
- ・人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
- ・呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

VAP
予防

呼吸ケアチームにより提供される診療の内容

- 抜管に向けた適切な鎮静や呼吸器の設定について、病棟医と人工呼吸器管理等に十分な経験を有する医師で相談
- 人工呼吸器の安全管理(臨床工学技士等)
- 口腔内の衛生管理(歯科医師、看護師、歯科衛生士等)
- 適切な排痰管理(看護師等)
- 廃用予防(看護師、理学療法士等)
- 呼吸器リハビリテーション(理学療法士等)

期待される効果の例 ・人工呼吸器関連肺炎の減少、人工呼吸期間短縮、再挿管率の減少等

昭和大学病院VAPチーム

エキスパートの知恵を結集して呼吸器ケアの質向上をめざす



昭和大学病院(東京都品川区、879床)
VAPチーム
救急看護認定看護師、
重症集中ケア認定看護師
がVAPチームで活躍する



パート4

チーム医療と栄養士



三田病院の管理栄養士
小林さん

チーム医療における 管理栄養士の役割

「チーム医療の推進に関する検討会」
報告書

管理栄養士の役割

- 「管理栄養士については、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。」(チーム医療の推進に関する検討会報告書:座長永井良三)

管理栄養士の チーム医療における役割

- ① 一般治療食(常食)については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・変更すること
- ② 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案すること(変更の提案を含む)

管理栄養士

- ③患者に対する栄養指導についても、医師の包括的な指導（クリティカルパスによる明示等）を受けて、適切な実施時期を判断しながら実施すること
- ④経腸栄養療法を行う際、医師に対し使用する経腸栄養剤の種類の選択や変更等を提案すること。

チーム医療と栄養士

- 栄養サポートチーム (NST)
- 褥瘡対策チーム
- 緩和ケアチーム
- 口腔ケアチーム
- 摂食嚥下チーム
- キャンサーボード



2010年診療報酬改定 栄養サポートチーム加算



栄養サポートチーム加算①

急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。

新 栄養サポートチーム加算 200点(週1回)

[対象患者]

7対1入院基本料又は10対1入院基本料届出病棟に入院している栄養障害を有する者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

※ただし、常勤医師を除き、専任の職員については、平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより。

栄養サポートチーム加算②

[算定要件]

- ① 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回程度)
- ② 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね **30人以内**とすること等

[栄養管理の内容の例]

		栄養管理法						
経口栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 (濃厚流動食・経腸栄養剤)	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 経鼻 () <input type="checkbox"/> 胃瘻 () <input type="checkbox"/> 腸瘻 ()	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)			
栄養投与法の推移 (前回との比較)	中心静脈栄養→末梢静脈栄養	経静脈栄養→経腸栄養	経静脈栄養→経口栄養	経腸栄養→経口栄養	経口栄養→経腸栄養	経口栄養→経静脈栄養	経腸栄養→経静脈栄養	
投与組成・投与量(異常を認める栄養素について記載)								
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	蛋白・アミノ酸 (g/日)	脂質 (g/日)	糖質 (g/日)	ビタミン (/日)	電解質 (/日)	その他 (微量元素など)
前回栄養管理プラン※3	(必要水分量)	(必要エネルギー)	(必要蛋白・アミノ酸)	(必要脂質)	(必要糖質)	(必要ビタミン)	(必要電解質)	(必要量)
実投与量								
投与バランス ※4								
新規栄養管理プラン	(必要水分量)	(必要エネルギー)	(必要蛋白・アミノ酸)	(必要脂質)	(必要糖質)	(必要ビタミン)	(必要電解質)	(必要量)
栄養管理上の 注意点・特徴 ※5								

栄養サポートチームと 病院の栄養問題

- 病院低栄養 (Hospital Malnutrition)
 - 入院患者が、十分な蛋白やエネルギー量を摂取していない
 - ホスピタルダイエットとも呼ばれる
- 病院低栄養が病院の平均在院日数を延長させる
 - 術後創傷治癒遷延
 - 免疫能低下による易感染性
 - 褥そう
 - 術後食改善による術後在院日数の短縮
- 病院における栄養マネジメントの遅れ
 - 栄養サポートチームの必要性



栄養サポートチーム

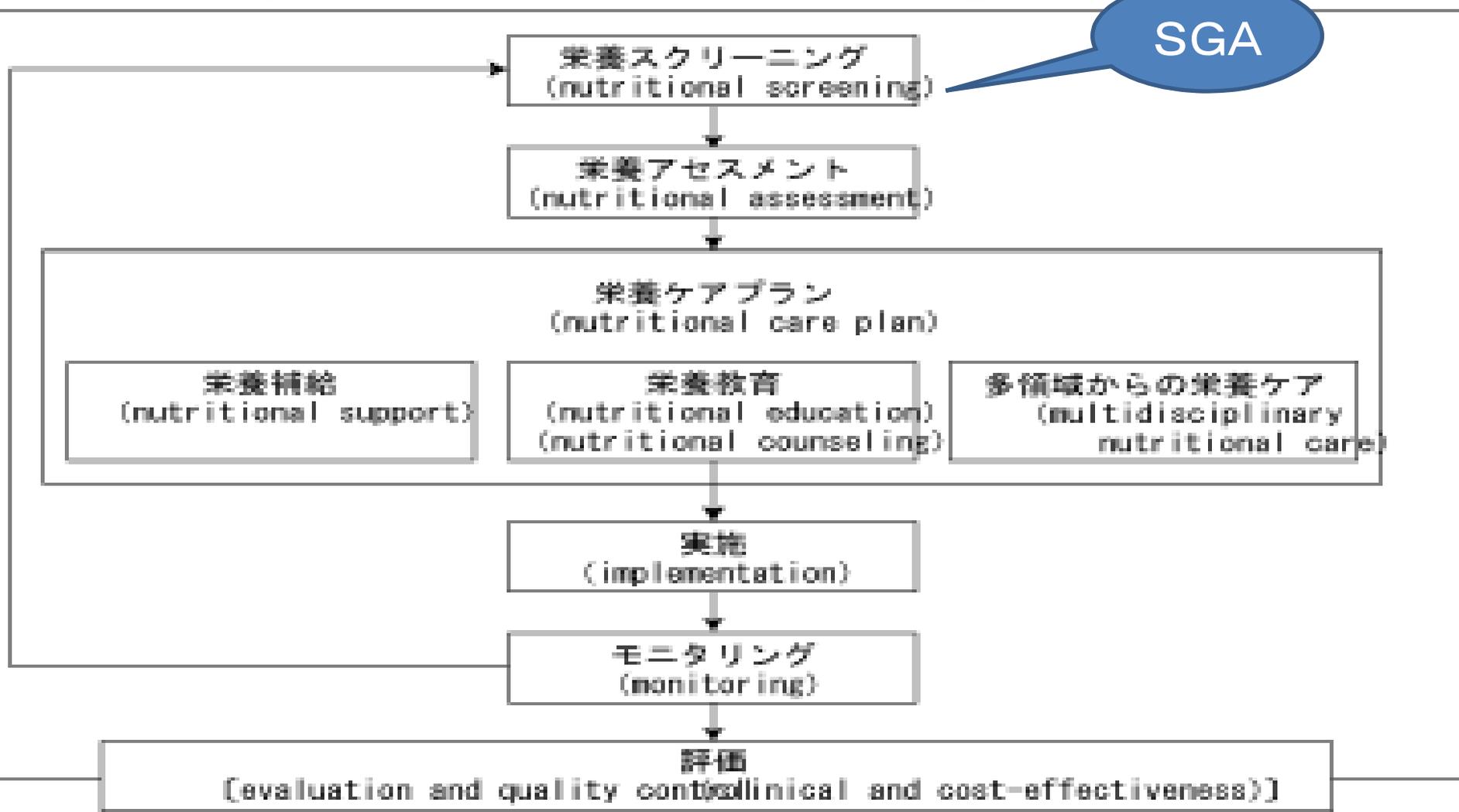
全病院的に行う栄養マネジメント・チーム



医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師
による栄養サポートチーム回診とカンファレンス

栄養ケアサポートチームと栄養ケアマネジメント PDCAサイクルを回転する！

栄養管理サービス (Nutrition Care and Management, NCM)



SGAの実際



体重の増減

過去との比較

いつから変化したか

最近の食事摂取状況

何を食べていたか

どのくらい食べていたか

いつから変化したか

機能性のチェック

移動手段・排泄法

嚥下機能など

いつから変化したか

下痢、便秘、嘔吐など消化器症状

服薬している薬などからも確認

代謝に影響する病態の確認

感染症・褥瘡など

服薬している薬などから確認

身体計測

AC・TSF

約3分～5分でアセスメント可能

栄養クリティカルパス

栄養ケアサポートチームで
作成するクリティカルパス

栄養ケアマネジメントサイクルを搭載したパス

患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する								
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本	
	口腔内清拭(インジアンガーグル)		口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)						
検査				内視鏡下で胃瘻造設	交包 スベーター切除	交包 スベーター切除	交包 スベーター切除	交包 スベーター切除	交包	交包
	血算・血液型・生化学 胸・腹レントゲン 心電図 咽頭培養			出血時間・凝縮 RBP, TTR, CRP	血算			RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP
活動・安静度	フリー	フリー	ベッド上安静	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー
栄養(食事)	入院前に同じ	入院前に同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3	濃厚流動食 100ml × 3	濃厚流動食 200ml × 3	濃厚流動食 300ml × 3	濃厚流動食 400ml × 3
栄養ケアマネジメント	栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC								TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔		清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭
排泄	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ								
教育・指導(栄養・服薬)・説明	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書									創り取り・脱皮膚のケア説明
	内服継続	内服継続	内服中止	内服継続						内服継続
観察	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()						体温() () () ()
	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()						脈拍() () () ()
	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()						血圧() () () ()
	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()		SPO ₂ () () () ()						SPO ₂ () () () ()
			出血() () () ()	出血() () () ()						出血() () () ()
			創状態() () () ()	創状態() () () ()						創状態() () () ()
			喀痰() () () ()	喀痰() () () ()						喀痰() () () ()
										下痢() () () ()
										嘔吐() () () ()
										臍満() () () ()
褥創()	褥創()	褥創()	褥創()						褥創()	
記録										
バリエーション	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜
担当看護師署名										



クリティカルパスは患者さんにも好評

栄養ケアマネジメントの各ステップを パスに具体的に落とし込む

- 疾患別に栄養ケアマネジメントの各ステップの項目を特定して、タイミングを決めて、パス上に搭載する
- スクリーニング項目
- アセスメント項目と目標値設定
- プラン
 - 栄養内容、補給量やルート決定
 - 栄養指導項目
 - その他の必要項目を事前に設定してパス上に記載
- モニター
 - モニター項目とタイミング

栄養ケアマネジメントを パス上に展開ー栄養パスー

	時間軸				
ケア カテゴリー	タイミングを具体的にパス上に記載				
NCM	スクリーニング アセスメント	→	栄養ケアプラン	→	モニター 評価
アウトカム				栄養指 標の達 成目標	

栄養パスの骨格

PEG(栄養)クリティカルパス

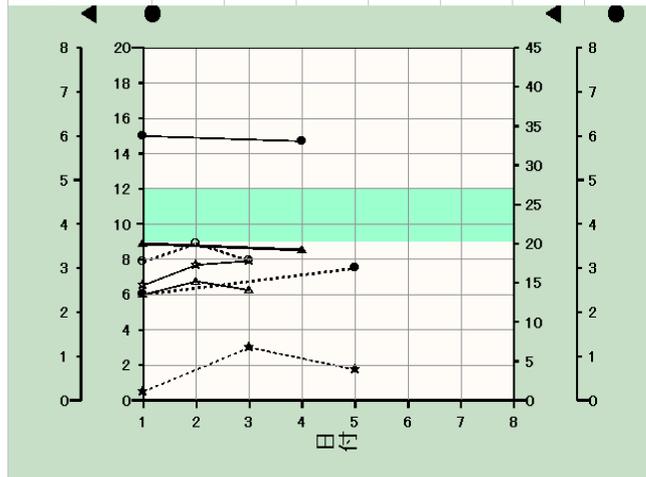
項目	時間	基礎データ	日目	日目	
栄養アセスメント	身長	cm	体重	kg	TSF:上腕三頭筋皮下脂肪厚 AC:上腕周囲長 AMC:上腕筋囲 $AMC = AC - (3.14 \times TSF)$ TTR:プレアルブミン (別名トランスサイレチン) (半減期2日) RBP:レチノール結合タンパク (半減期0.5日)
	体重	kg			
	標準体重	kg			
	平常時体重	kg			
	BMI				
	TSF	mm	TSF	mm (改善・不変・悪化)	
	AC	mm	AC	mm	
AMC	mm	AMC	mm (改善・不変・悪化)		
検査データ	TP	g/dl			CRP:C反応性蛋白 TLC:総リンパ球数 $TLC = 白血球数 \times リンパ球 / 100$
	Alb	g/dl			
	TTR	mg/dl	TTR	mg/dl	
	RBP	mg/dl	RBP	mg/dl	
	CRP	mg/dl	CRP	mg/dl	
	TLC	mm ³			
栄養療法	基礎代謝量	kcal	投与カロリー	kcal	投与カロリー kcal
	必要栄養素				
	タンパク質	g	投与タンパク質	g	
			水分量	ml	
		投与栄養剤の内容	投与栄養剤の内容		
栄養評価	栄養総合評価		評価:(改善・不変・悪化)	評価:(改善・不変・悪化)	

栄養アセスメント蛋白

- レチノール結合蛋白 (RBP)
 - 半減期 0.5日
- プレアルブミン・トランスサイレチン (TTR)
 - 半減期 2日
- トランスフェリン (Tf)
 - 半減期 7日
- アルブミン (Alb)
 - 半減期 21日

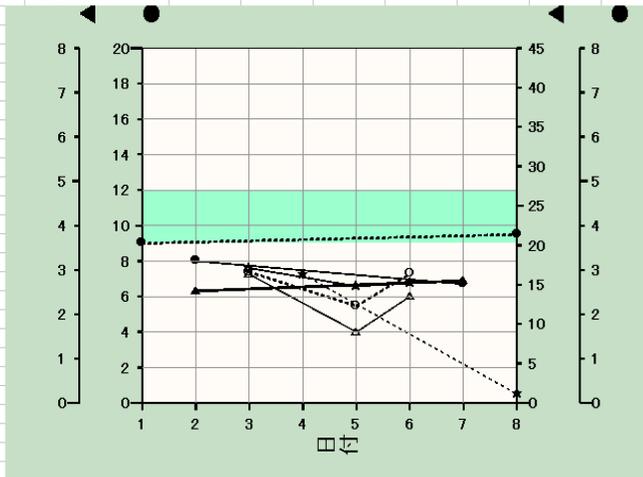
PEGパスで栄養アセスメント蛋白の変化

症例1



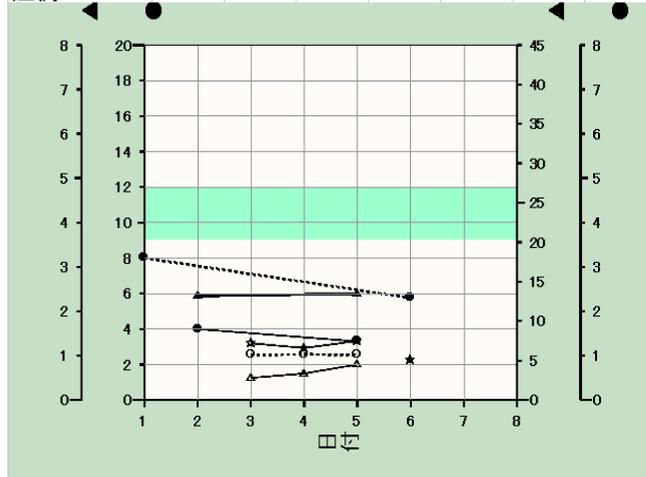
TSF, AMC, TTR, RBPIは減少傾向
TP, ALB, Tfは増加傾向
CRPIは術後上昇しているが、減少傾向

症例2



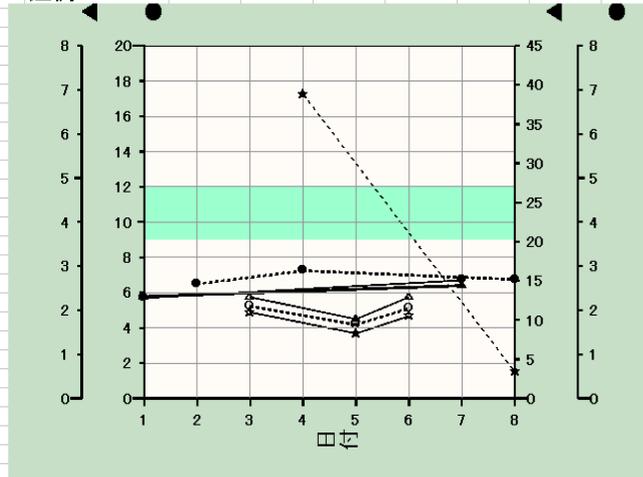
ALB, AMCは増加傾向
TSF, CRPIは減少傾向
Tf, TTR, RBPIは一旦下がって、その後増加

症例3



TP, ALB, TSFIは減少傾向
AMC, Tf, TTR, RBPIは変動なし

症例4

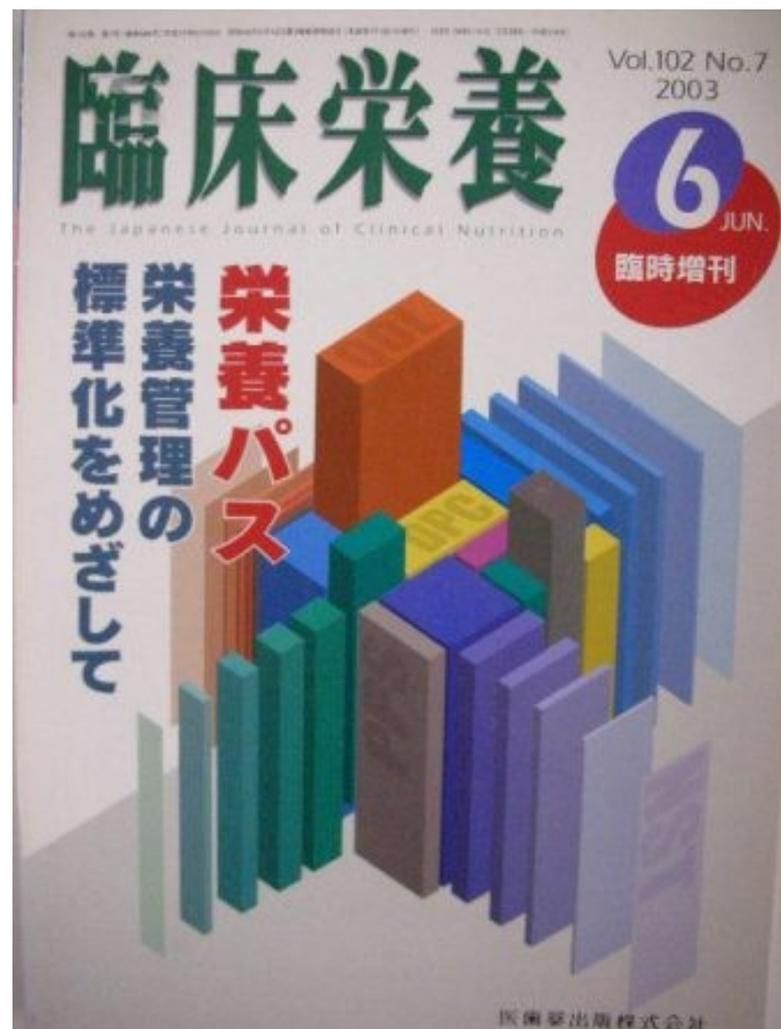


TSF, AMCは増加傾向
TP, ALBIは変動なし
Tf, TTR, RBPIは一旦減少後、上昇
CRPIは減少

- 上腕三頭筋皮下脂肪厚
- ▲— 上腕筋囲
- ... 血清アルブミン
- ☆— トランスフェリン
- ... プレアルブミン(トランスサイレチン)
- △— レチノール結合蛋白
- ★... C反応性タンパク質

栄養パスのことをもっと 知りたければ・・・

- 2003年6月20日発行
医歯薬出版
臨床栄養 2003 6
臨時増刊 栄養スパ
栄養管理の標準化をめざして



褥瘡対策チーム



褥瘡対策チーム

「褥瘡対策チーム」の構成

中核的存在

医師

外科医・皮膚科医
・形成外科医 など

専任
看護師

WOC・ET
それに準ずる看護師

サポート・スタッフ

薬剤師

栄養士

病棟
看護師

理学
療法士

臨床
技師

診療
助手

病院規模・人材などの実情にあわせて、柔軟に対応する。
まずは参画できるところからはじめ、次第に輪をひろげていく。

褥瘡のNCMのステップ スクリーニングとアセスメント

- スクリーニング
 - Alb3.0g/dl以下
 - ブレーデンスケールの栄養状態2以下(不良か、やや不良)
 - 通常体重の85%以下
- 栄養アセスメント
 - 身体計測
 - 体重、上腕筋部皮下脂肪厚、上腕筋周囲径、体脂肪率
 - アルブミン、コリンエステラーゼ、末梢総リンパ球、総コレステロール値、血糖値、グリコヘモグロビン、グリコアルブミン、白血球数、ヘマトクリット、BUN、クレアチニン、亜鉛、血清鉄

ブレデンスケールの項目

1. 知覚の認知
2. 湿潤
3. 活動性
4. 可動性
5. **栄養状態**
6. 摩擦とずれ

1. 不良
2. やや不良
3. 良好
4. 非常に良好

- ◆入院してから24~48時間以内に行う。
- ◆可動性、活動性が2点以下で採点を開始する。
- ◆急性期は48時間ごと、慢性期は1週間ごとに採点する。
- ◆高齢者の場合は入院後4週間以内は1週間ごとに、その後は3ヶ月に1回の頻度で採点する。

褥瘡が発生しやすい点数

アメリカ	内科・外科病棟	16点以下
日本	ICU	13点以下
	外科病棟	14点以下
	老人ホーム	17点以下

表1 ブレデンスケール					
項目名	評価基準	採点	項目名	評価基準	
知覚の認知	1. 知覚の認知が正常である。2. 知覚の認知がやや低下している。3. 知覚の認知が著しく低下している。4. 知覚の認知が完全に消失している。	4, 3, 2, 1	2. 湿潤	1. 皮膚が乾燥している。2. 皮膚がやや乾燥している。3. 皮膚が著しく乾燥している。4. 皮膚が完全に乾燥している。	1, 2, 3, 4
3. 活動性	1. 活動性が正常である。2. 活動性がやや低下している。3. 活動性が著しく低下している。4. 活動性が完全に消失している。	4, 3, 2, 1	4. 可動性	1. 可動性が正常である。2. 可動性がやや低下している。3. 可動性が著しく低下している。4. 可動性が完全に消失している。	4, 3, 2, 1
5. 栄養状態	1. 栄養状態が正常である。2. 栄養状態がやや低下している。3. 栄養状態が著しく低下している。4. 栄養状態が完全に消失している。	4, 3, 2, 1	6. 摩擦とずれ	1. 摩擦とずれが正常である。2. 摩擦とずれがやや低下している。3. 摩擦とずれが著しく低下している。4. 摩擦とずれが完全に消失している。	4, 3, 2, 1
		Total			

身体計測の実施

- 身長
- 体重
- 下腿周囲長
- 上腕周囲長
- 上腕三頭筋皮下脂肪厚
- 肩甲骨下部皮下脂肪厚



褥瘡のNCMのステップ

栄養ケアプラン、モニタリング

- 栄養ケアプラン
 - 栄養素からみた補給方法
 - エネルギー、たんぱく質、糖質、脂質、塩分、カルシウム、ビタミン
 - 必要栄養量の算定
- 実施
- モニタリング
 - DESIGN
- 評価の順で栄養状態改善までくり返す
改善後は必要に応じて栄養教育（食事摂取の重要性、基礎疾患に対する栄養指導など）

褥瘡評価 (DESIGN)

DESIGN (褥瘡経過評価用)

カルテ番号()
患者氏名 ()

				日時	/	/	/	/	/	/
Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する										
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷					
	1	持続する発赤		4	皮下組織を越える損傷					
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合					
Exudate 浸出液										
e	0	なし	E	3	多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する					
	1	少量: 毎日のドレッシング交換を要しない								
	2	中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する								
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]										
s	0	皮膚損傷なし	S	6	100 以上					
	1	4 未満								
	2	4 以上 16 未満								
	3	16 以上 36 未満								
	4	36 以上 64 未満								
	5	64 以上 100 未満								
Inflammation/Infection 炎症/感染										
i	0	局所の炎症徴候なし	I	2	局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿・悪臭など)					
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		3	全身的影響あり(発熱など)					
Granulation 肉芽形成										
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	3	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める					
	1	良性肉芽が、創面の90%以上を占める		4	良性肉芽が、創面の10%未満を占める					
	2	良性肉芽が、創面の50%以上90%未満を占める		5	良性肉芽が全く形成されていない					
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する										
n	0	壊死組織なし	N	1	柔らかい壊死組織あり					
				2	硬く厚い密着した壊死組織あり					
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)[長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの										
なし	記載せず		-P	1	4 未満					
				2	4 以上、16 未満					
				3	16 以上、36 未満					
				4	36 以上					
				合計						

部位 (仙骨部、坐骨部、大転子部、踵部、その他)



day5



4.2 x 3.1 cm
d1 e0 s2 i0 G5 n0
計 8点 プロベト軟膏

NST

day12



3.0 x 2.8 cm
D3 e1 s2 i0 g2 n0
計 8点
プロベト軟膏

day19



2.0 X 2.6 cm
D3 e1 s2 i0 g2 n0
計 8点
プロベト軟膏
+ガーゼ
+パーミエイド

day26



2.2 x 1.1 cm
D3 e1 s1 i0 g2 n0
計 7点
プロベト軟膏
+ガーゼ
+パーミエイド

day33



0.8 x 0.5 cm
D3 e1 s1 i0 g1 n0
計 6点
プロベト軟膏
+ガーゼ
+パーミエイド

day40



1.4 x 0.5 cm
d2 e1 s1 i0 g0 n0
計 4点 ガーゼ保護

day47



治癒

栄養状態と褥瘡の治癒経過

多職種チーム回診と ウォーキング・カンファレンス

- チーム医療（医師、看護婦、薬剤師、検査技師、栄養士）



キヤンサーボードと栄養士 がん診療連携拠点病院加算



がん診療連携拠点病院加算

- 【がん診療連携拠点病院加算】(入院初日)

400点→500点

- 【算定要件】

－ がん診療連携拠点病院加算の施設基準

- キャンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種の参加

- 院内がん登録をさらに評価すべき

－ がん治療法の多様化と評価

- 複雑化した外来化学療法への対応
- 放射線治療病室のさらなる評価
- 告知への配慮

－ 緩和ケア診療の充実、がんのリハビリテーション料

三田病院のキヤンサーボード

- 設置目的
 - 良質で安全ながん診療の実施と集学的、包括的がん治療を推進を図っている。メンバーは、がん診療に携わる各科の代表医師とがん治療に専門的な知識や技能を持った薬剤師、看護師、栄養士など幅広い職種から構成されている。



議長は泌尿器科部長
副議長は薬剤部長

がん手術の栄養管理

- 癌の部位によっては術前より通過障害が起きている場合がある
- 術前の栄養状態が悪い場合には、術前にインパクトなどを飲んでもらう
- 術後は経口摂取ができない場合には早期より経腸栄養を開始し、経口摂取へと切り替えていく
- 術後の状態に合わせて食形態を考慮する

食事形態

ミキサー食



とろみ食



きざみ食



一口大食

化学療法栄養管理

- 化学療法開始2週間後より栄養状態の変化が現れる
- 婦人科の場合には短期間治療のため3日目より食欲低下などの症状が現れる
- 口腔粘膜炎の発生
- 味覚障害
- 悪心嘔吐などの消化器症状
- 腸管機能維持ができるような食事の検討

放射線療法の栄養管理

- 放射線療法開始1ヶ月後より栄養状態の変化が現れる
- 熱傷からくる口腔内トラブル
- 唾液分泌低下による咽頭通過障害
- 経口摂取が不可能になる場合が多い
- 早期よりPEG管理をすることが望ましい

食欲不振

- ご飯の臭いが苦手→お粥・麺類・パン
- 量が多い→主食は通常の半分・副菜は1/2量
- 戻してしまおう→消化のよいもの
- 食べたくない→家族の差し入れ食
- 冷たいものを好む
- さっぱりしたものを好む→酸味のある果物やサラダ・酢の物

味覚障害の対応

味覚障害の出現パターン

1.何を食べても苦く感じる



2.醤油の味がわからない



3.甘味がわからない



対応策

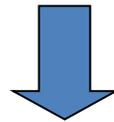
味付けの工夫(だしのみで調理)

流動物のみ摂取可能

⇒ミキサー食1/2量+栄養補助食品(テルミール等)

化学・放射線療法の副作用

- 悪心・嘔吐・食欲不振などの症状
- 唾液の減少・味覚障害
- 口腔粘膜炎の発生



柑橘・刺激物禁止
常温(冷温)配膳
セレクト食

抗がん剤ハンドブック作成 (三田病院)

抗がん剤ハンドブック

抗がん剤治療を受ける方へ



国際医療福祉大学三田病院

4. 抗がん剤治療中の食事について

(1) 抗がん剤治療中の食事はどうすればよいのですか？

治療中は様々な副作用が生じます。合併症がない限り、食事の制限はありません。食べられるものを少しずつ、体調に合わせて食べるようにしてください。

3度の食事にこだわることなく、少量頻回食にし、間食の時間を有効に利用してください。また、1回の食事の盛り付け量もいつもより減らして、食べきった満足感を得ることも大切です。

自分に合った食べやすく、たんぱく質の豊富な食品を探してください。栄養は腸から吸収されるので、口から食べることはとても大切です。絶食（何も食べないこと）をすると、腸管の機能が低下してしまいます。

(2) いろいろな症状が出たときの食事のヒントについて教えてください。

① 吐き気があるとき

摂食・嚥下チーム



摂食・嚥下チーム

摂食・嚥下チーム

医師

全身管理、検査、
訓練指示



栄養士

嚥下食の
選択と供給

看護師

口腔ケア、摂食介
助、摂食嚥下訓練

歯科医

口腔ケア、義歯調
整、摂食嚥下評価

言語聴覚士

摂食嚥下訓練、構
音訓練、
高次脳機能訓練

摂食・嚥下カンファレンス

嚥下食の内容

H17.12

	実物	内容	エネルギー 量
嚥下 開始食		★お茶ゼリー	35 kcal
嚥下食 1度		★お茶ゼリー ★プリンまたはヨーグルト ★重湯ゼリー（のり佃煮等付）	400 kcal
嚥下食 2度		★お茶ゼリー ★3分菜 ミキサー トロミ付1品 （たんぱく質源） ★5分粥ミキサーゼリー（のり佃煮等付） ★1日1回ヨーグルト	550 kcal
嚥下食 3度		★お茶ゼリー ★5分菜 ミキサー トロミ付2品 （たんぱく質源+野菜類） ★全粥1/2量（のり佃煮等付） ★1日1回ヨーグルト	750 kcal
移行食		★副食3分菜 量多め トロミ付3品 （たんぱく質源+野菜類+フルーツ等） ★全粥1/2量（のり佃煮等付） ★1日1回ヨーグルト	900 kcal



三田病院頭頸部がん症例

79歳男性 下咽頭癌TPLE術後 1POD



管理栄養士の関わり(手術症例)

入院時

1. IED (immune enhancing diet)
術前1週間より免疫賦活栄養剤を内服。(1日3パック 750kcal分)
2. 術前より術後の食事形態・内容変化について説明し、理解を深める。

周術期

1. 術翌日より、腸瘻使用(滴下速度・総量等の調節)
2. 6PODの嚥下透視に立会い、経口開始時の食形態の検討をする。
病棟にて摂取状況確認し、食上げ等につき病棟スタッフにアドバイス。

管理栄養士の関わり(手術症例)

術後

1. 病棟での患者診察

一定期間後より、放射線による口腔粘膜の炎症や、化学療法の副作用としての消化器症状などが出現するため、適切な時期での食事内容の検討が必要

⇒経口摂取不能になる前に、経管栄養(PEG等)の導入を主治医・病棟師長・看護スタッフらと討議する。

2. 治療経過中に変化する栄養摂取状態に対応し、必要熱量等を考慮し摂取エネルギー等の再評価を行う。

退院前

1.退院時指導 ⇒ミキサー食やとろみ食等の特殊形態食について家族を含めて食事指導、円滑かつ健全な日常食生活への移行を目指す。

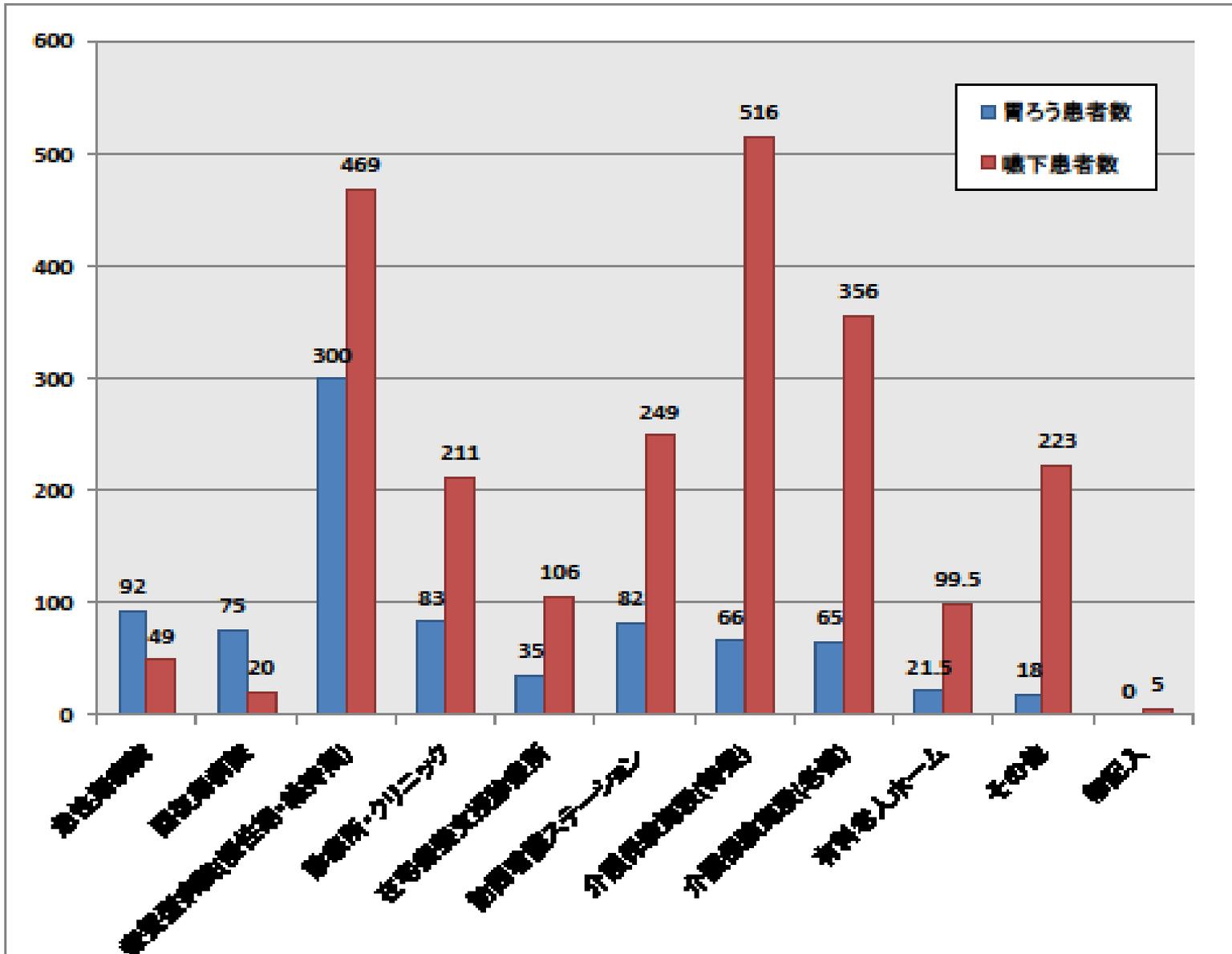
院内から地域へ



地域連携パス及び地域連携IT化に関する意識調査Ⅱ(アンケート調査)」 ～平成21年度老人保健事業推進費等補助金

胃ろう患者及び嚥下患者と施設機能の関係(集計パターン1)

※複数回答があった場合、それぞれの数をそのまま集計



パート5

地域連携パスと栄養士

地域を一つの病院に！

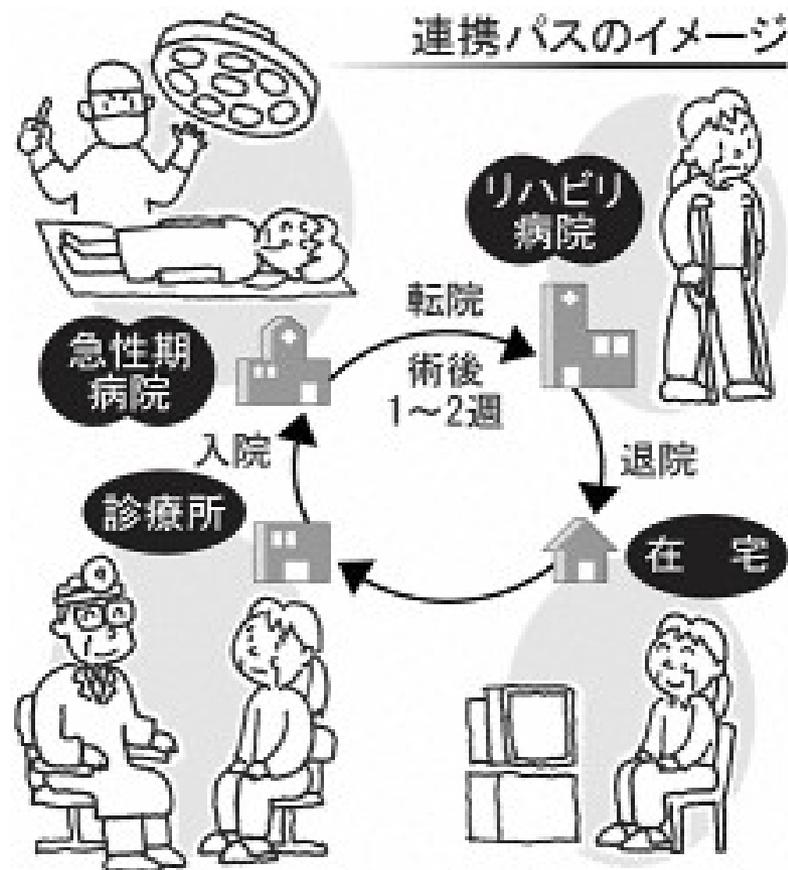
地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画

- 連携パスの目的

- ガイドラインに基づく医療の地域への普及
- 地域の医療機関の機能分化と役割分担
- 地域を一つの病院に！



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

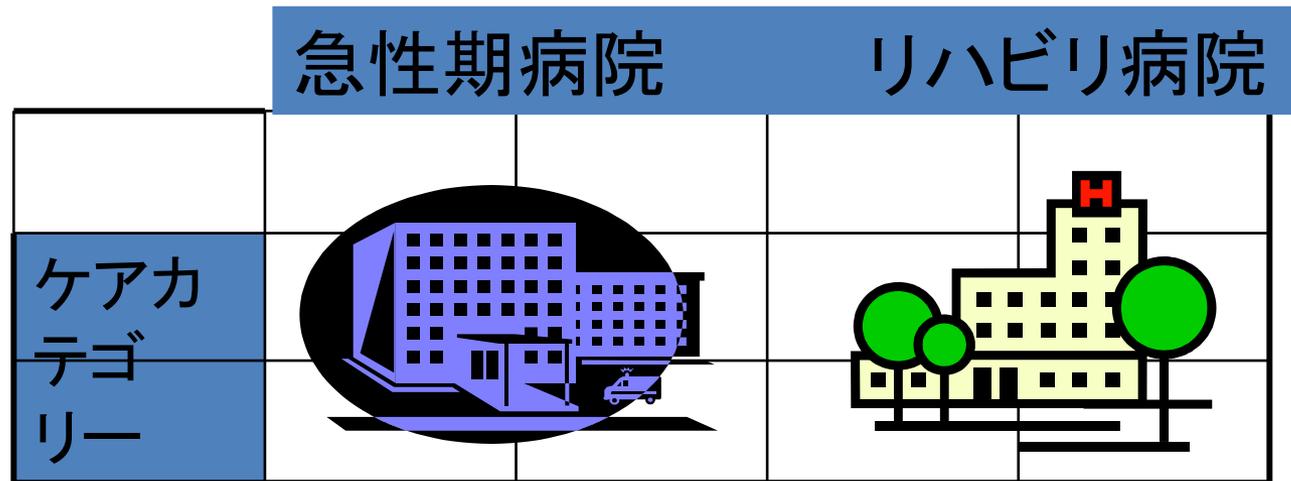
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴う合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本		
			口腔内清拭(インジアンガーグル)								
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP	RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー	フリー	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml×3	水200ml×3	濃厚流動食100ml×3	濃厚流動食200ml×3	濃厚流動食300ml×3	濃厚流動食400ml×3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)							
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	清拭								
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	
		体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()
観察				創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルパスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携パスの新規点数と運用

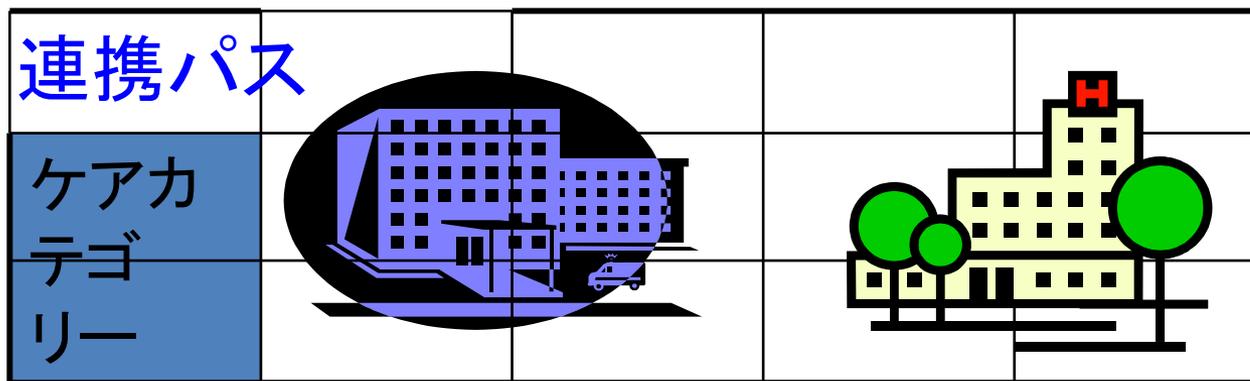
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所
でもOK

地域連携診療計画管理料
1500点

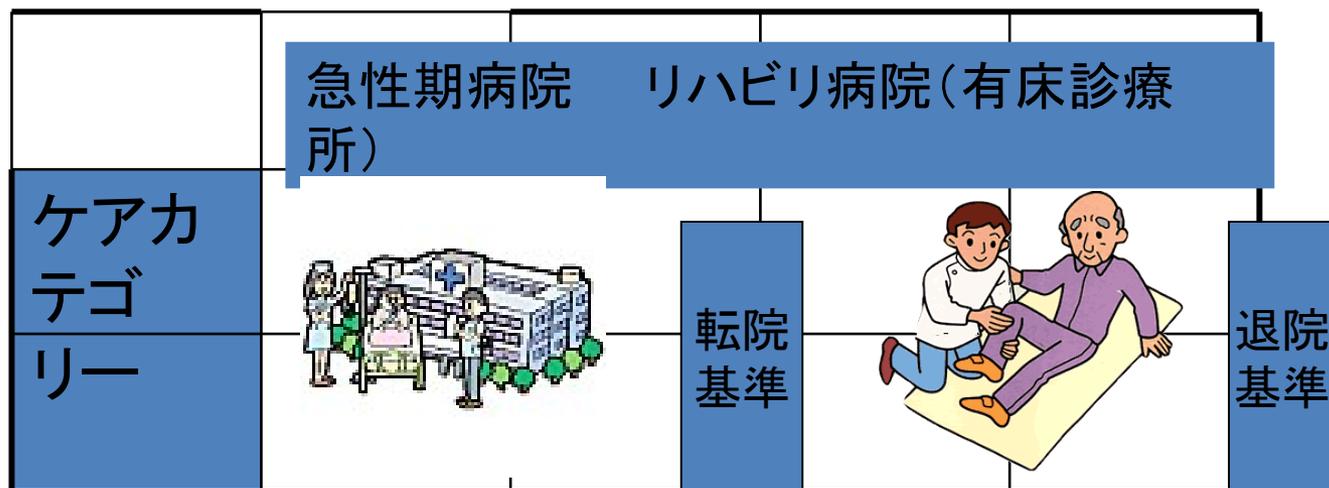


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

- 算定要件
 - 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
 - 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

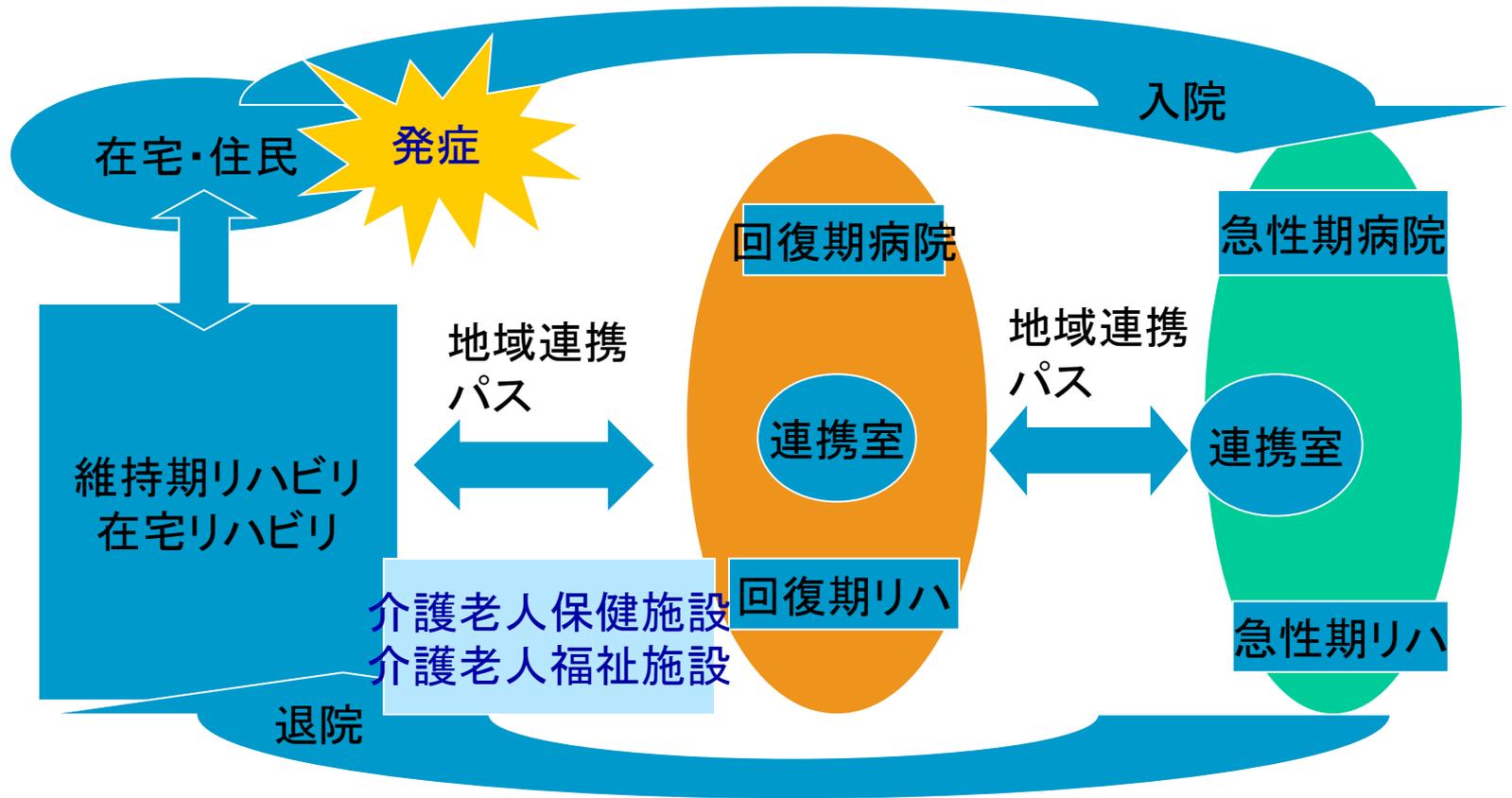
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク
慈恵医大リハビリテーション医学講座



安保雅博教授

脳卒中連携と地域連携パスの流れ

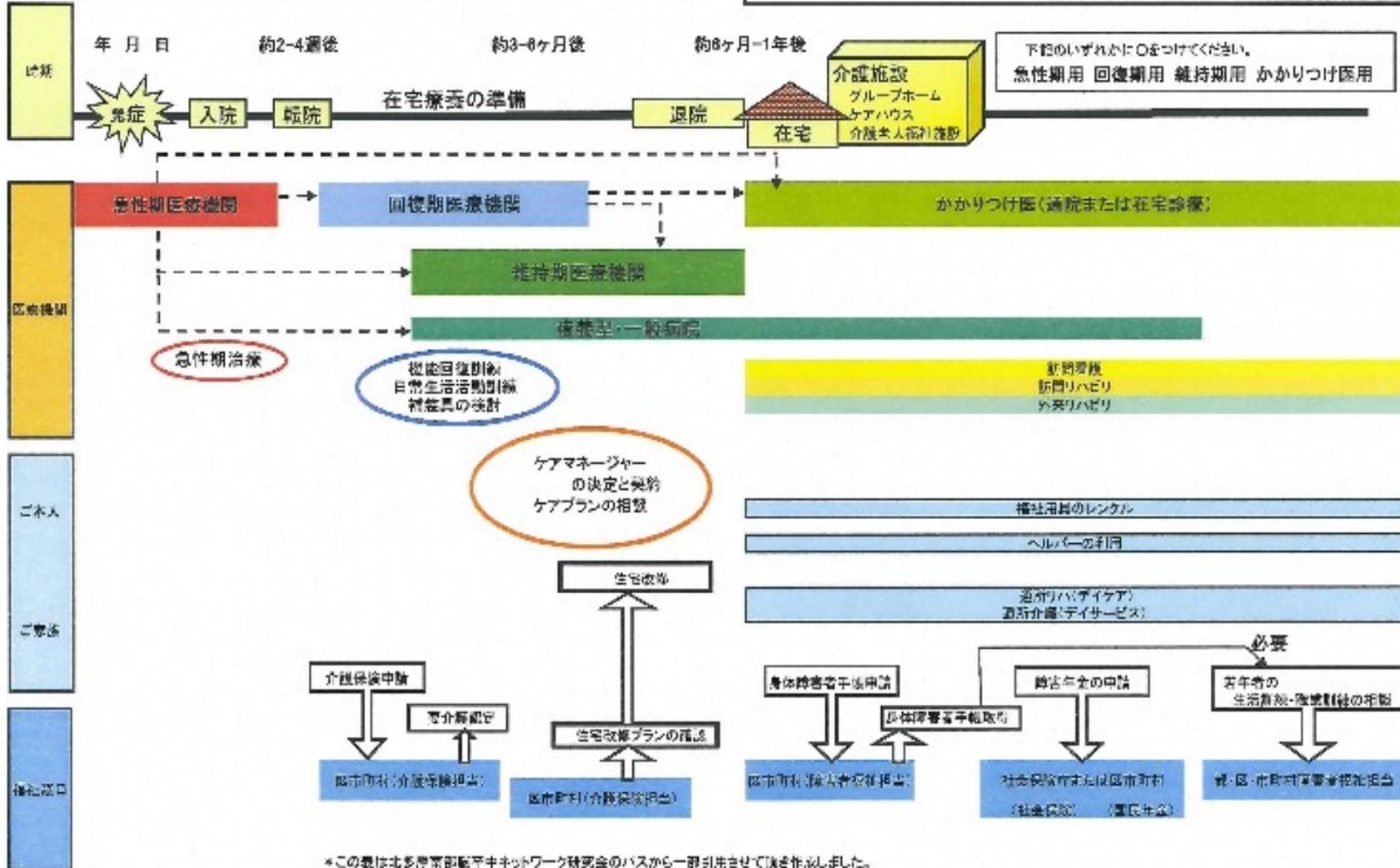


東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



診療計画

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
 説明・同意日 年 月 日 施設名 _____
 患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



*この表は北海道常務副知事ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

港区連携PEGパス研究会

PEG（経皮内視鏡的胃ろう造設術）



国際医療福祉大学三田病院

東京都済生会中央病院

慈恵大学病院

虎の門病院

北里研究所病院

せんぽ東京高輪病院

港区医師会

港区薬剤師会

港区訪問看護ステーション連絡協議会

NPO法人PEGドクターズネットワーク

連携PEGパス研究会の流れ

2007年9月22日 第1回連携PEGパス研究会

2007年11月29日～ ワーキンググループ開始



(メンバー) 港区内200床以上6病院のPEG施行Dr及び連携室、港区医師会、港区薬剤師会、訪問看護ST、NPO法人PEGドクターズネットワーク
(活動内容) 港区内PEGに関する問題の抽出、ホームページ・管理マニュアル作成検討、PEG当番、パス作成等

2010年9月11日 第4回連携PEGパス研究会

・特別講演

『PEGの現状と課題～PEGの適応～』

国際医療福祉大学病院 外科 教授・上席部長 鈴木裕 先生

造設年月日: 製品名: 型名: (バンパー or パルーン) (ボタン or チューブ) サイズ: 長さ cm×太さ Fr 最新交換日:	栄養剤投与方法(種類): 6時 9時 12時 15時	必要栄養量: kcal) 18時 21時 24時	交換予定日: 施設病院連絡先: *休診・夜間等緊急の場合
---	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

経過項目	退院時	2週間	1ヶ月	交換予定日1ヶ月前
達成目標	#PEGの仕組み・管理について患者・家族が理解でき実施できる。 #合併症の早期発見・対処ができる			
栄養	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:
保清	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:			
トラブル観察	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応
説明	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与方法 <input type="checkbox"/> トラブル対処法 説明実施相手: 患者との続柄:			<input type="checkbox"/> 次回カテーテル交換説明 <input type="checkbox"/> 交換当日の食事について説明 朝7時まで注入を終了 <input type="checkbox"/> 内服は7時までで終わらせる <input type="checkbox"/> 交換依頼
備考				
バリエーション	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無

連携PEGパス

港区医師会
「みなとe連携パス」に掲載

みなとe連携パスに 「連携PEGパス」を掲載

みなとe
連携パス

みなと-e-連携パス

見て下さいね！

<http://medicalnet.minato.jp/peg/>



臼井 一郎先生 港区医師会理事

第4回港区PEGパス研究会

- 2010年9月11日健保会館
- 港区医師会より
 - 地域連携PEGパス港区医師会HPへのリンクについて
 - ウスイ内科クリニック 白井一郎 先生
- 港区PEGの現状報告
 - 1. 病院からの現状報告：国際医療福祉大学三田病院 小山秀彦 先生
 - 2. 港区特養で療養している患者の実態：サンサン赤坂 小久保了太 先生
 - 3. 特養新橋さくらの園での口腔ケア・マネジメントについて：
江里口
歯科医院 江里口裕康 先生

- 特別講演
 - 『PEGの現状と課題～PEGの適応～』
 - 国際医療福祉大学病院
外科 教授・上席部長
鈴木 裕 先生



がん地域連携クリティカルパス



国際医療福祉大学三田病院

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

港区がん連携パス研究会



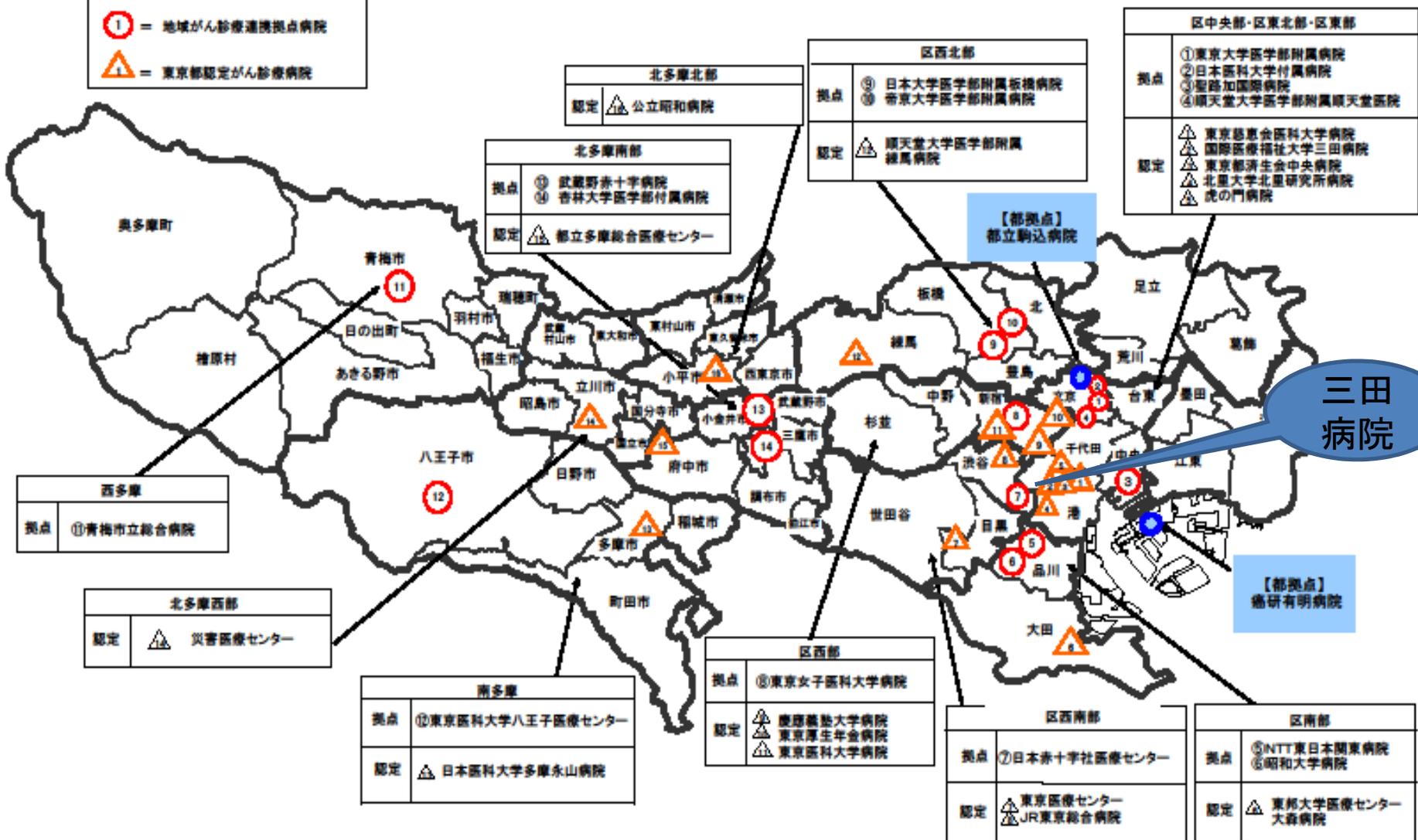
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法(TS-1)の連携パス

国際医療福祉大学三田病院
東京都済生会中央病院
山王病院

がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院整備状況

平成22年4月1日現在

- = 都道府県がん診療連携拠点病院
- 1 = 地域がん診療連携拠点病院
- △ = 東京都認定がん診療病院



東京都がん診療連携拠点病院は30カ所

港区内のがん診療連携拠点病院

- ①東京慈恵会医科大学
- ②国家公務員共済組合連合会虎の門病院
- ③東京都済生会中央病院
- ④国際医療福祉大学三田病院
- ⑤北里大学北里研究所病院

港区医師会アンケート調査

1. がん患者の診断を行うことがありますか。

- はい いいえ

2. がん治療の経験はありますか。

- はい 以前所属していた施設で経験がある

↓

どのようながん種の患者さまを診ていますか？（複数回答）

- 胃がん 大腸がん 肺がん 乳がん 肝がん
 前立腺がん 子宮がん その他（

3. がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか。

- はい いいえ

その他（

4. 検査、診断可能な項目を教えてください。（複数回答）

一般血液検査の迅速検査

可能でない→（何日後に結果が出ますか： 日

腫瘍マーカー 内視鏡検査 X線

エコー CT MRI マ

その他（

5. どの程度の状態のがん患者なら逆紹介で受け入れることが可能か。

- 状態の良い、術後フォローのみの患者
 状態の良い、術後補助化学療法患者（経口抗癌剤）
 状態の良い、術後補助化学療法患者（注射抗癌剤）
 状態の良い、進行再発がんの化学療法（経口・注射抗癌剤）
 終末期の患者（緩和ケアの患者）
 受け入れられない
 その他（

6. 術後フォローのがん患者を受け入れた場合の不安な点（複数回答）

- 定期の診断・治療
 緊急時の対応
 化学療法の副作用への対応
 患者のメンタルケア
 その他（

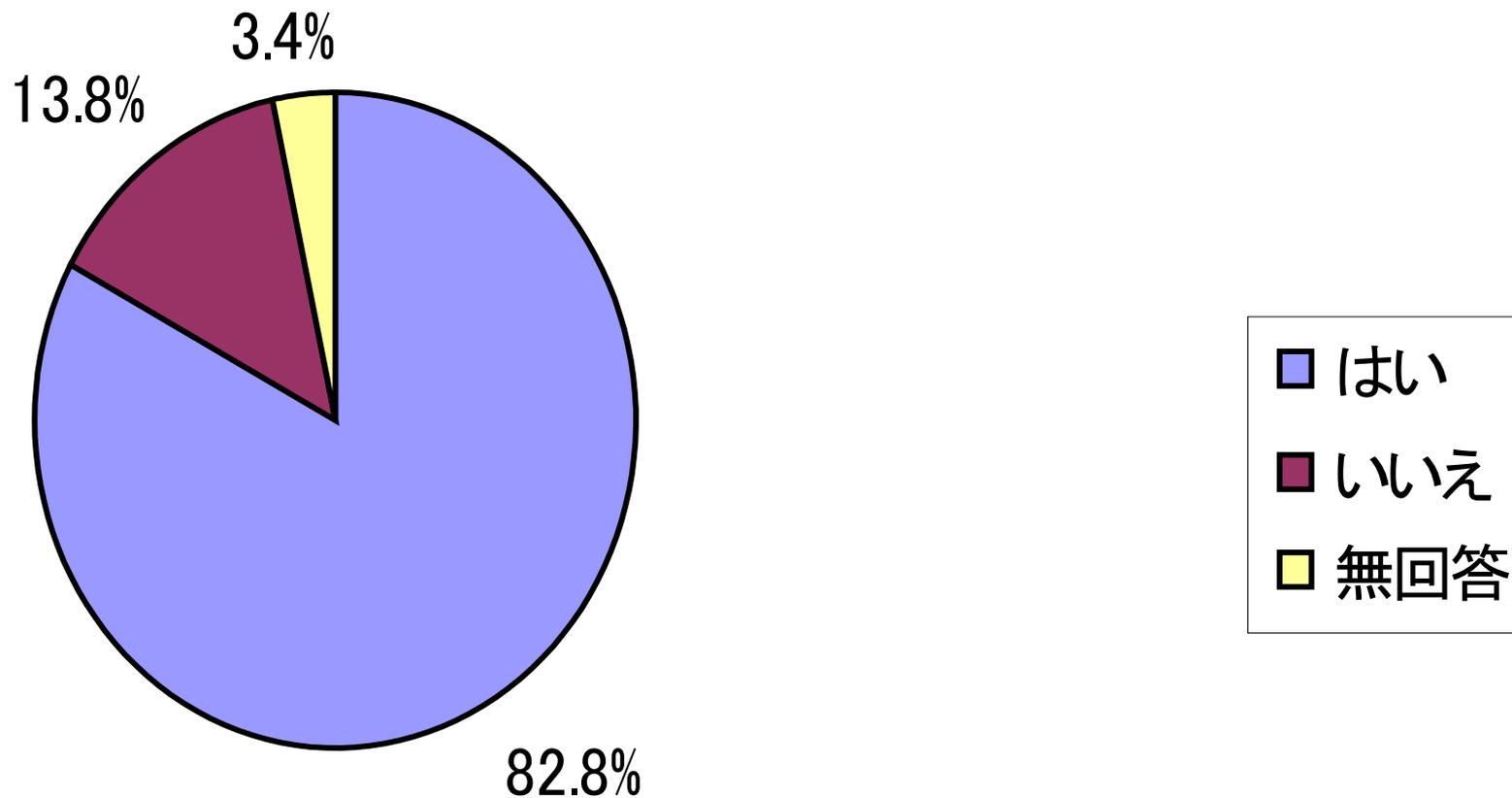
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- はい いいえ

8. 終末期がん患者を在宅で看取ったことがありますか。

- はい いいえ

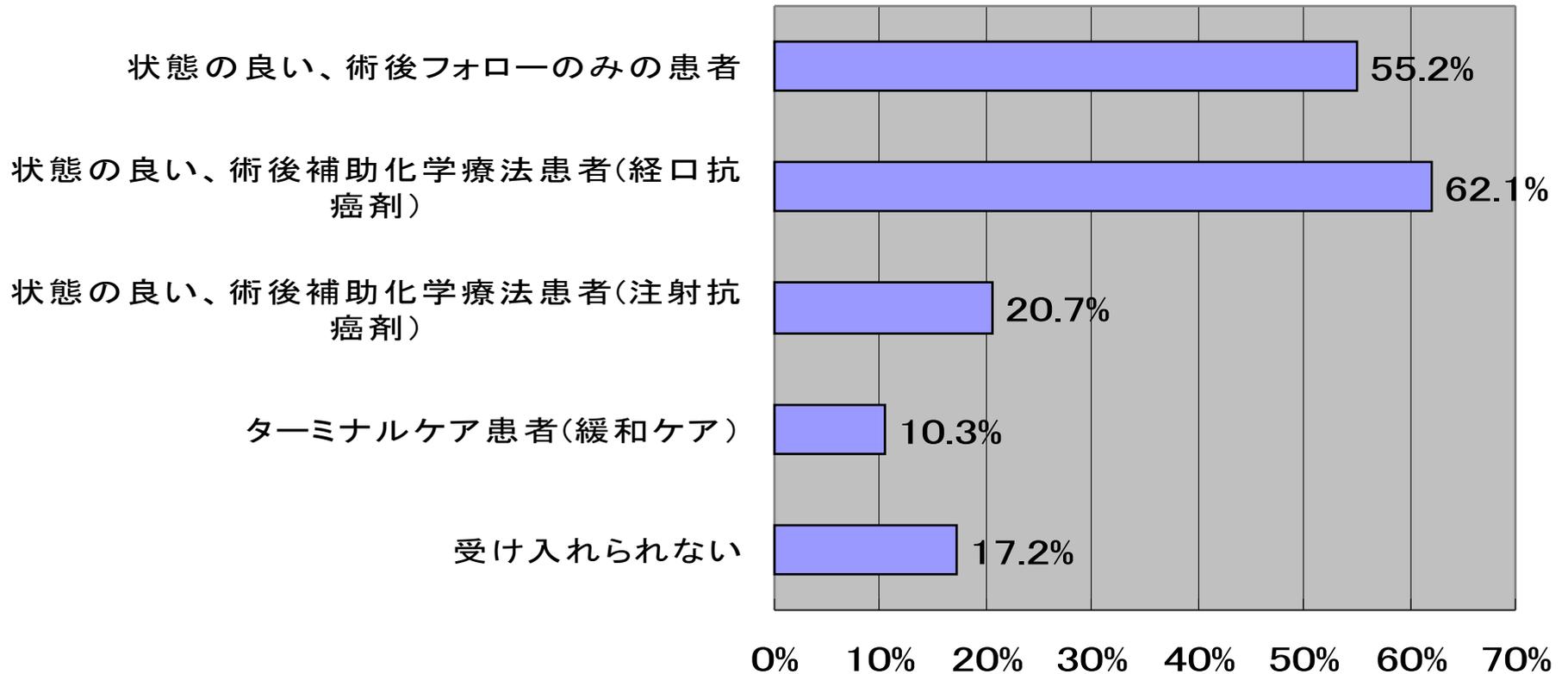
がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか



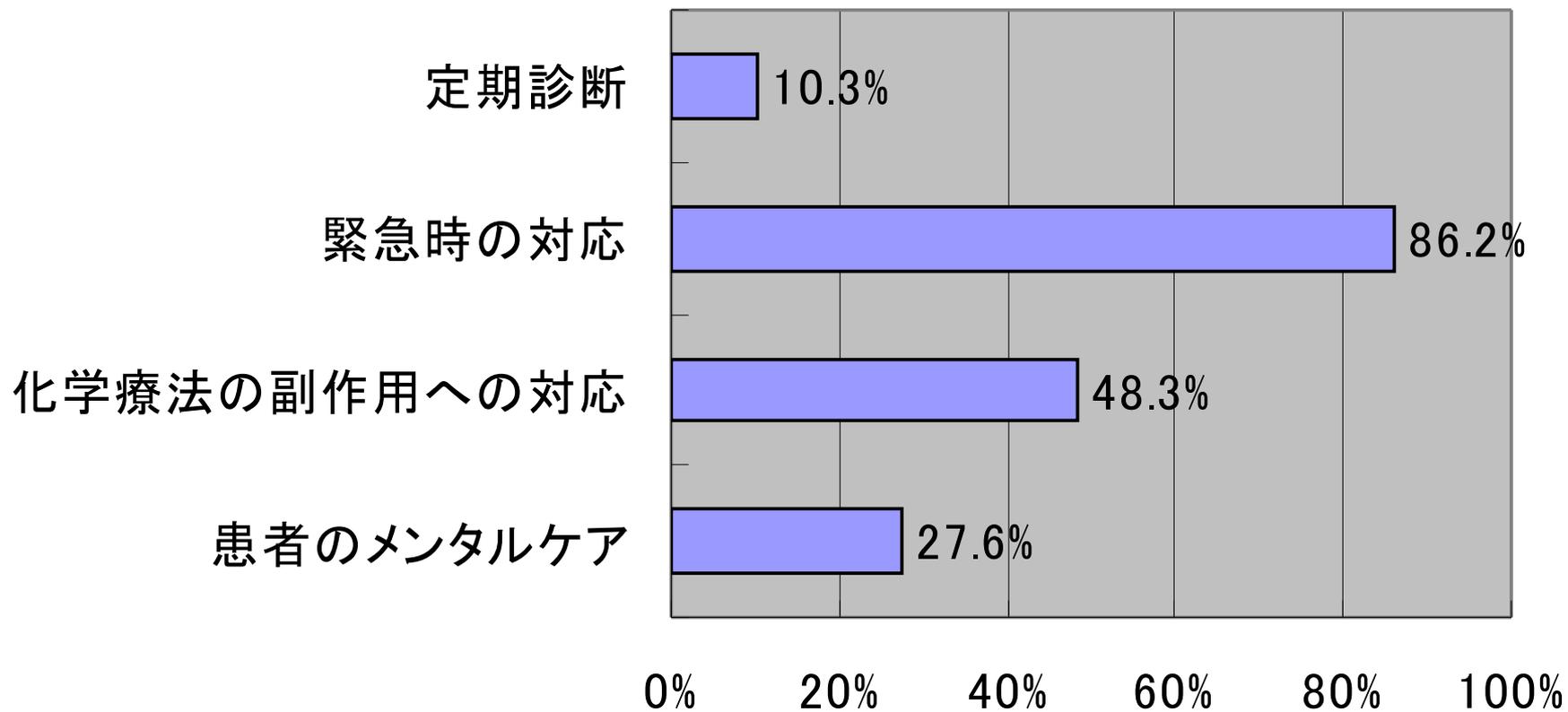
がん術後のフォローに 興味を持つ理由

- 「現在すでにがんのフォローアップ中の患者がいる」
- 「消化器外科に携わっていた経験が役立てられるから」
- 「勤務医時代はがん診療に携わっていたから」
- 「以前は一般外科医だったから」
- 「がん専門施設に勤務していたから」
- 「当院から紹介先で手術を受け、状態が安定した患者さんが再び当院への通院を希望された場合に必要だから」
- 「悪化時にはすぐに受け入れていただける体制になればできるだけ自宅で過ごさせてあげたいから」
- 「患者さんのニーズから」
- 「地域医療の一環として」

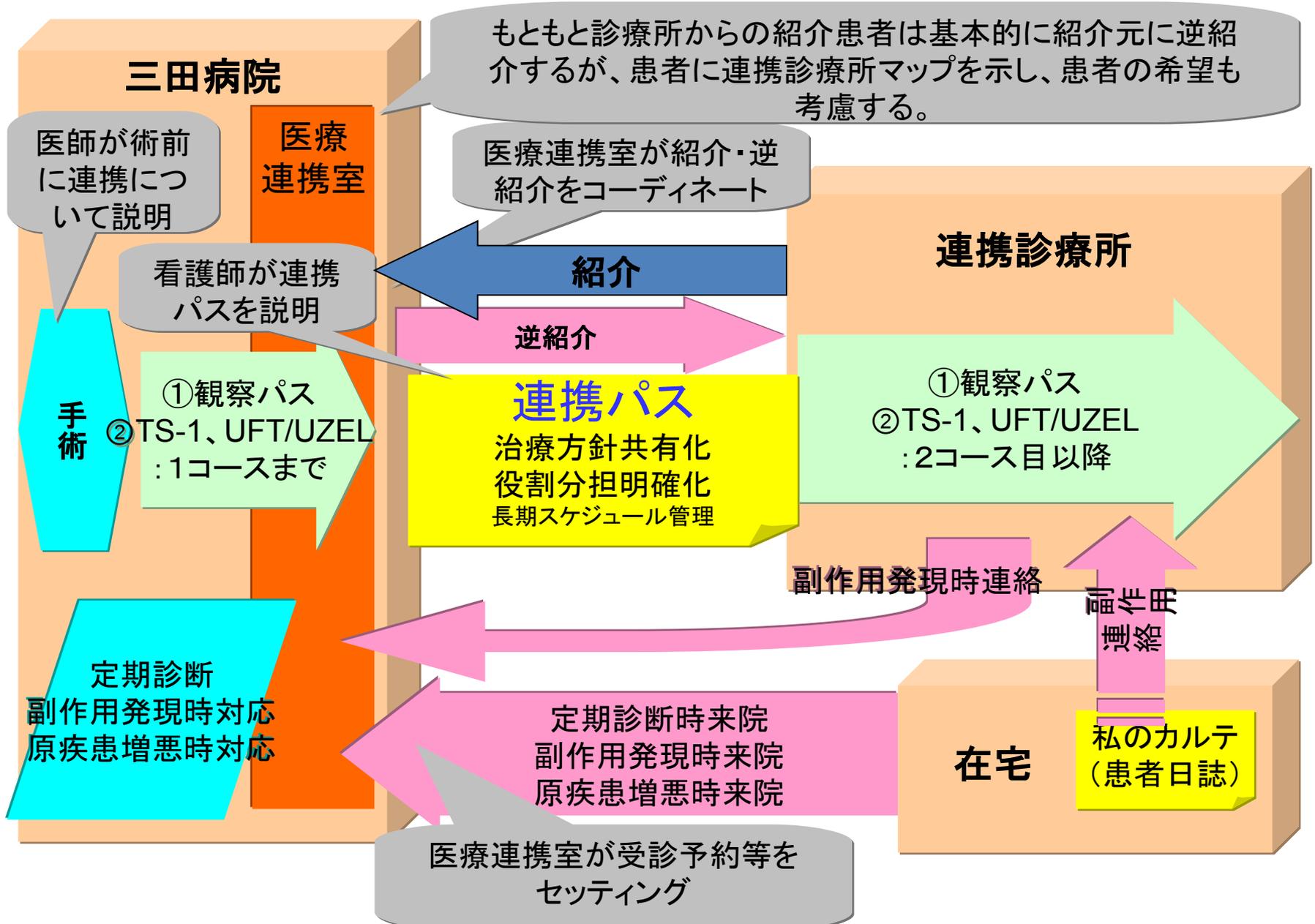
どんながん患者さんを フォローしたいですか？



病院に期待すること



胃がん・大腸がん連携パス（まずは観察パスから）



港区胃がん連携パス(目次)

- 地域連携パス患者説明書・同意書
- 診療情報提供書
- 連携先医療機関一覧
- 連携元病院情報
- 胃がんステージⅠ 観察パス
- 胃がんステージⅡ・Ⅲ連携パス(TS-1連携パス)
- TS-1適正使用について
- 連携パスの運用方法、紹介・逆紹介の流れ、緊急時の対応(副作用発現時、再発時)
- 連携パスITシステムの紹介
- 病院緊急時連絡先

医療者用連携パス（胃がん連携パス）

胃癌StageII, III 術後長期連携パス 案

様

〇〇〇〇病院主治医: _____ (電話: _____)

診療所名: _____ 主治医 _____ (電話: _____)

		〇〇〇〇病院										
		入院	退院	外来	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	4年後	5年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術		順調な回復										
検査・診断	心電図 腹部X線 腹部超音波 内視鏡 CT MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	紹介	<input type="checkbox"/>							
連携、連絡 教育・指導	<input type="checkbox"/> 連携説明 <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 連携パス説明	診療所 再発、副作用発生等の場合、〇〇〇〇病院に連絡										
投薬	チェック 処方 消化器症状 皮膚症状 全身症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input checked="" type="checkbox"/> ITS-1									
検査・測定	PS 血圧 体温 採血 腫瘍マーカー 採尿	2週毎 → 1ヶ月毎										
診療報酬	特定疾患療養管理料(225x2) 診療情報提供料 I (250) 悪性腫瘍特異物質治療管理料(400)											125

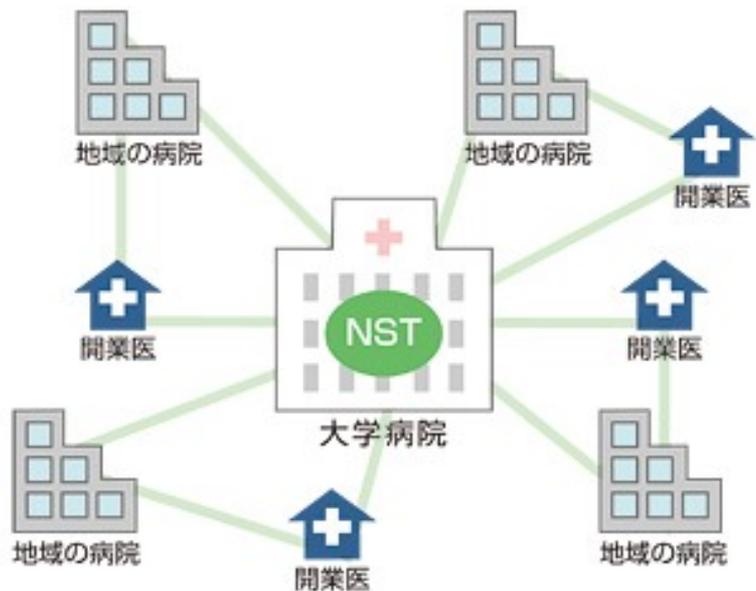
港区医師会がん連携パス説明会

- 2010年9月28日
 - 港区医師会でがん連携パス説明会を開催
 - 地域連携担当理事の臼井先生
 - 地方厚生局への登録の手続きなどについて
 - 意見交換



港区医師会地域連携担当理事
臼井先生

今、求められている 栄養士の地域連携パスへの参加



院内の「栄養パス」から 地域の「栄養連携パス」へ

院内のチーム医療から
地域のチーム医療へ

栄養連携パスとは？

- 栄養連携パスとは栄養士が積極参加して作る地域連携パスのこと
- 栄養ケアマネジメントの仕組みを組み込んだ地域連携パス
- 地域栄養サポートチーム、地域摂食・嚥下チーム、地域疼痛緩和チームで作る連携パスと言っても良いだろう。

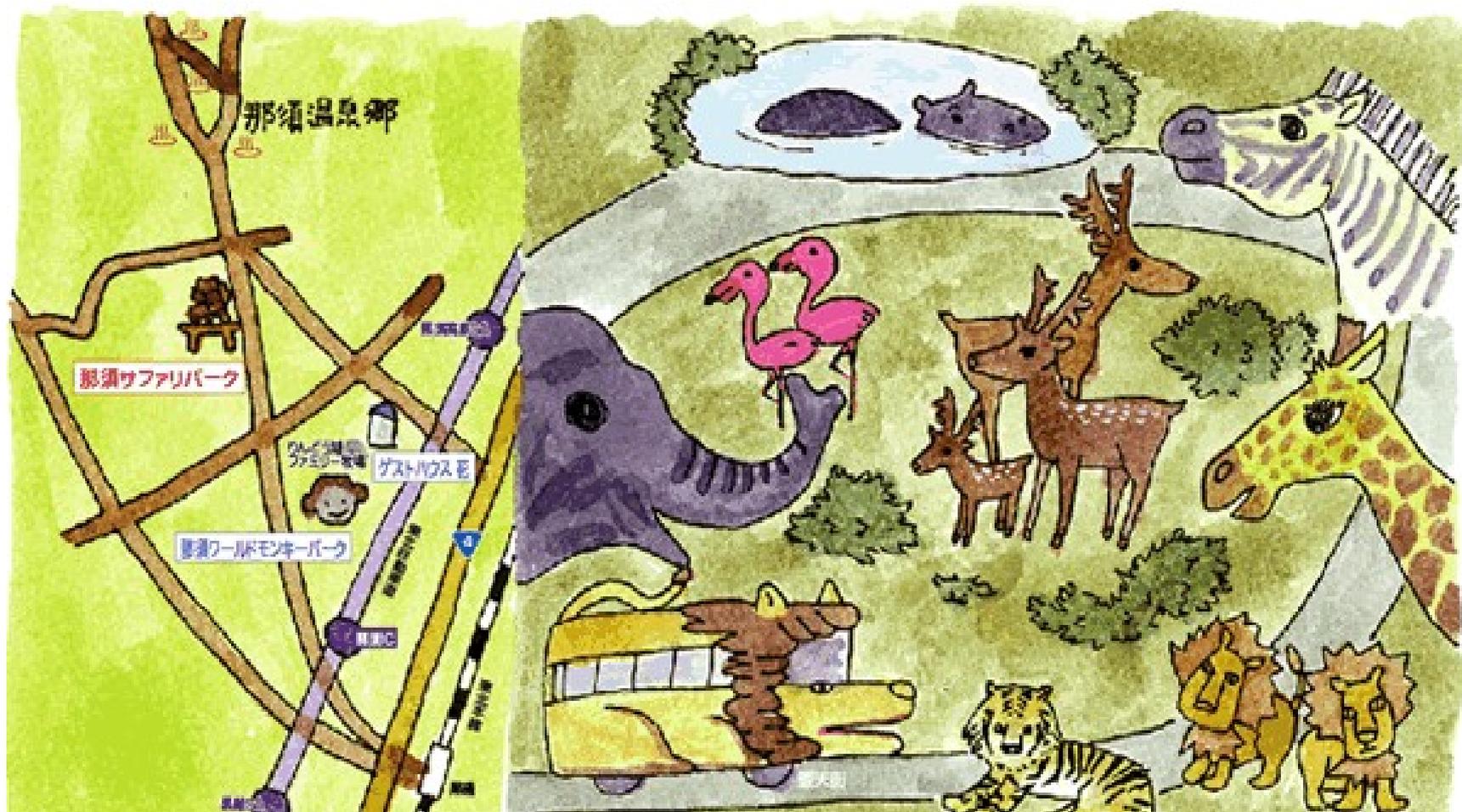
栄養連携パスへの参画を！

- 栄養連携パス構築には、患者を中心とした地域の医療機関、医療従事者のネットワークの確立と、地域の医療従事者への臨床栄養の知識の啓発活動が必要
- 基幹病院NST、在宅主治医、訪問看護ステーション、在宅薬局、在宅訪問栄養士、在宅リハビリ、さらには保健所、行政、食事などの宅配業者、食品・製薬企業が栄養連携パス構築のメンバーとなる
- 栄養連携パスへの栄養士さんの積極的な参画を！

栄養士が参画すべき 地域連携パスの種類

- 脳梗塞の連携パス
- PEG連携パス
- がん(胃がん、大腸がん、肝がんなど)連携パス
- 糖尿病連携パス
- 慢性腎臓病(CKD)連携パス
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)連携パス
- 多くの連携パスが栄養士さんの参加を待っている！

地域はサファリパーク 「栄養連携パス」で地域の多職種 多施設を連携をしよう！



がん地域連携クリティカルパス

- がん地域連携クリティカルパス
—がん医療連携とコーディネート機能
- 編著 日本医療マネジメント学会／監
- 判型 B5 発行日 2010年5月刊
- ページ 220
- 定価(税込) \4,200

がん地域連携 クリティカルパス

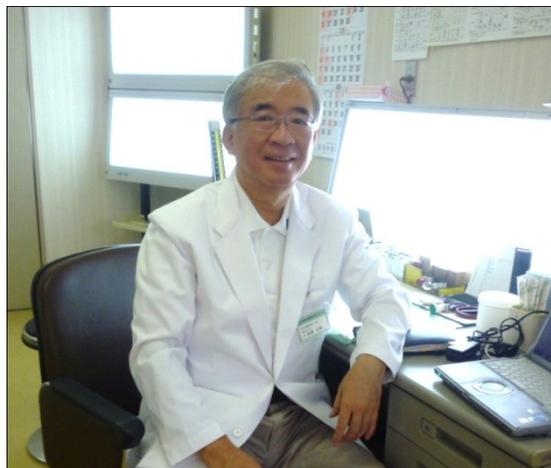
がん医療連携とコーディネート機能

[監修]

日本医療マネジメント学会



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp