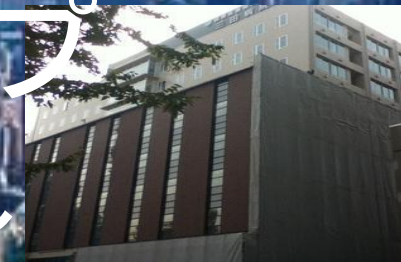


2025年へのロードマップ

～在宅医療と地域包括ケア～



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹



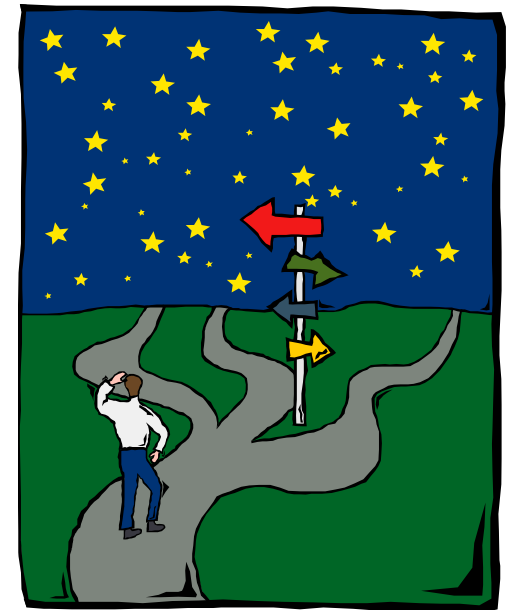
国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - 医療計画見直しと在宅医療
- パート3
 - 栄養ケアサポートチームと地域NST
- パート3
 - 在宅看取りとチーム医療



パート1

社会保障・税の一体改革



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインが
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)で
取りまとめられた

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

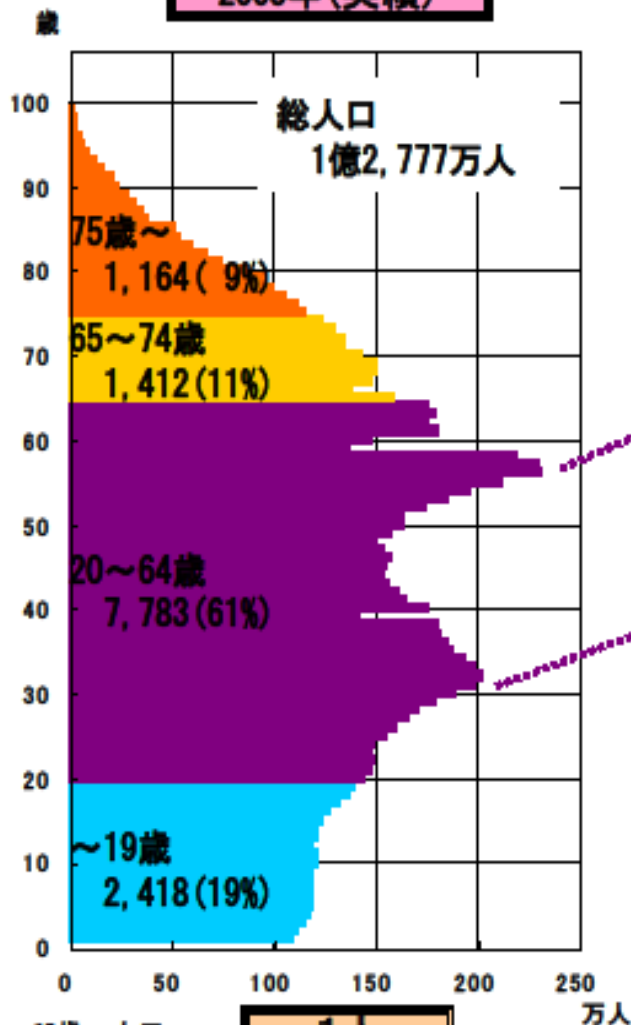


2012年8月10日、参議院を通過

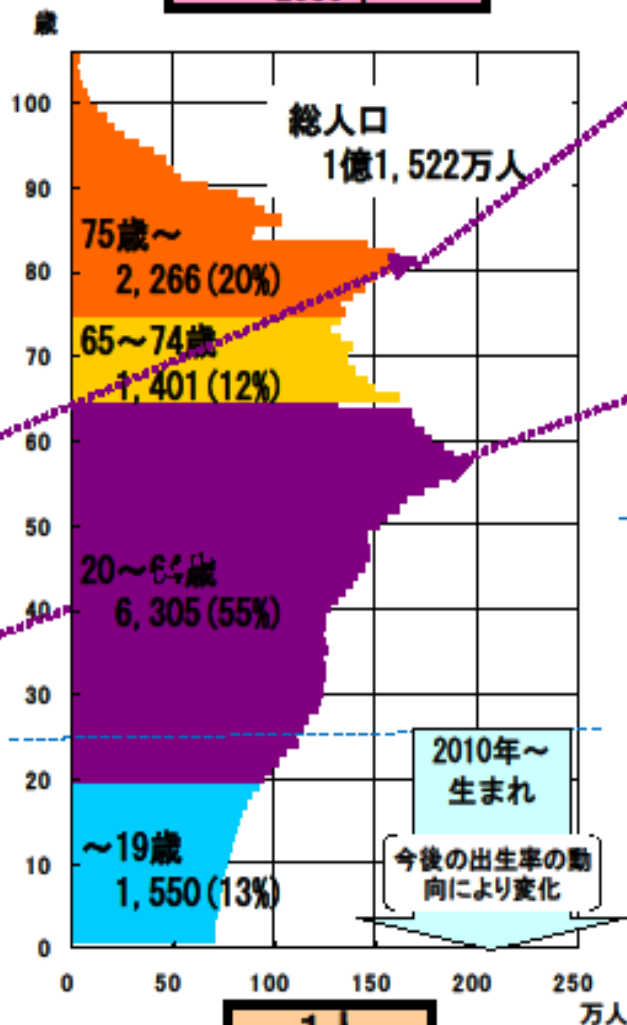
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3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2055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される。

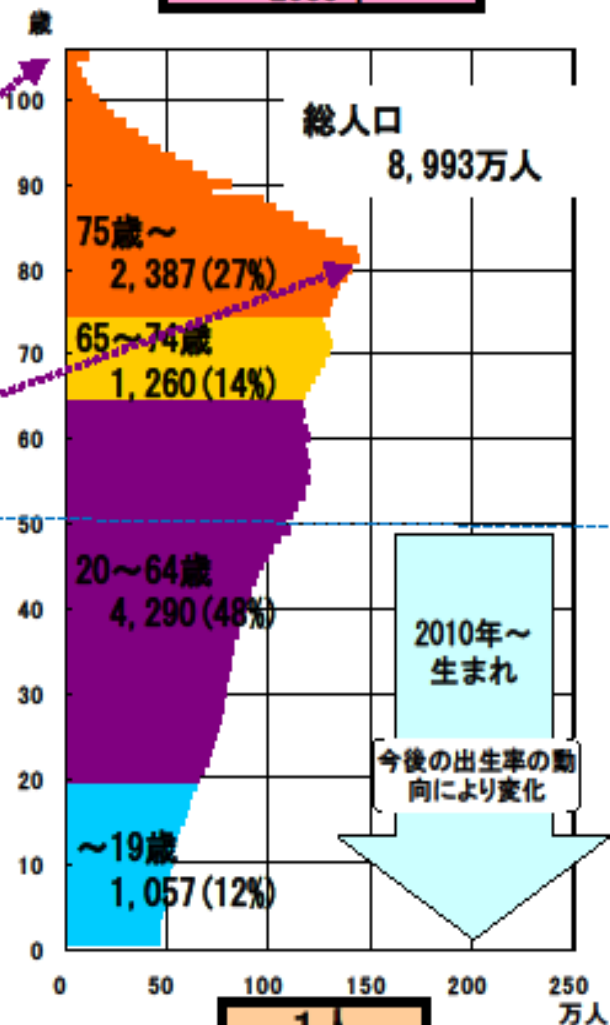
2005年(実績)



2030年



2055年

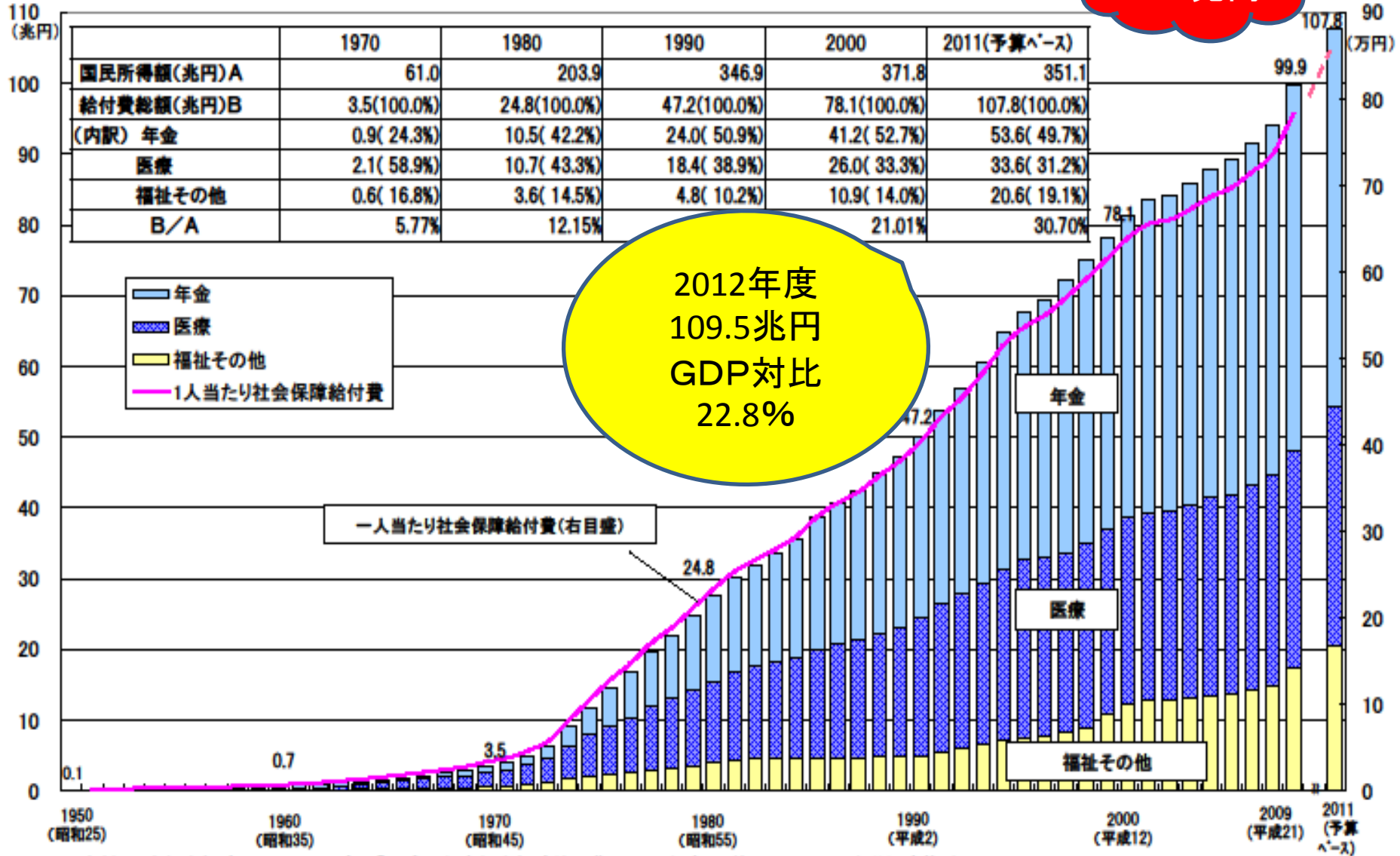


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



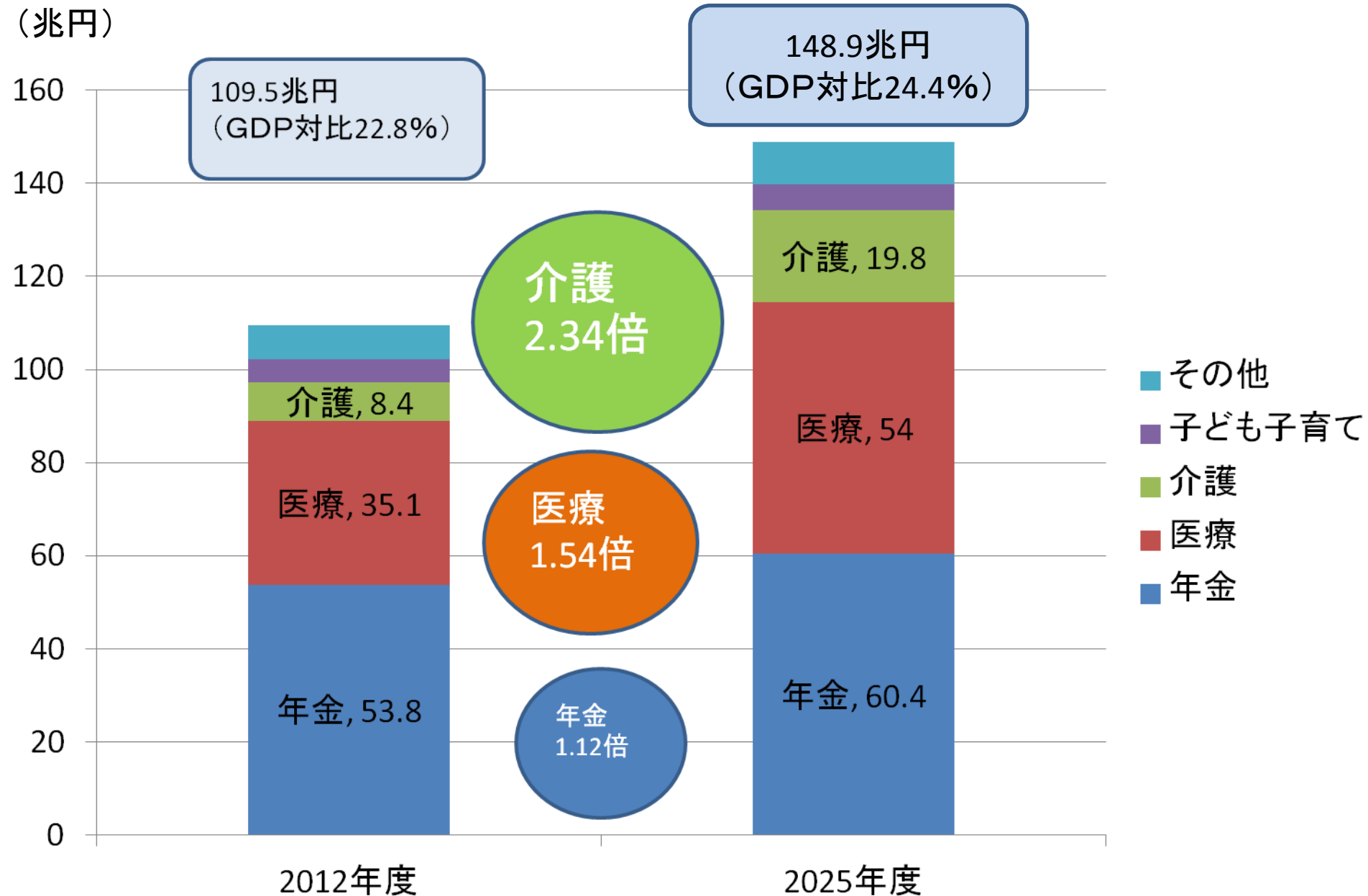
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

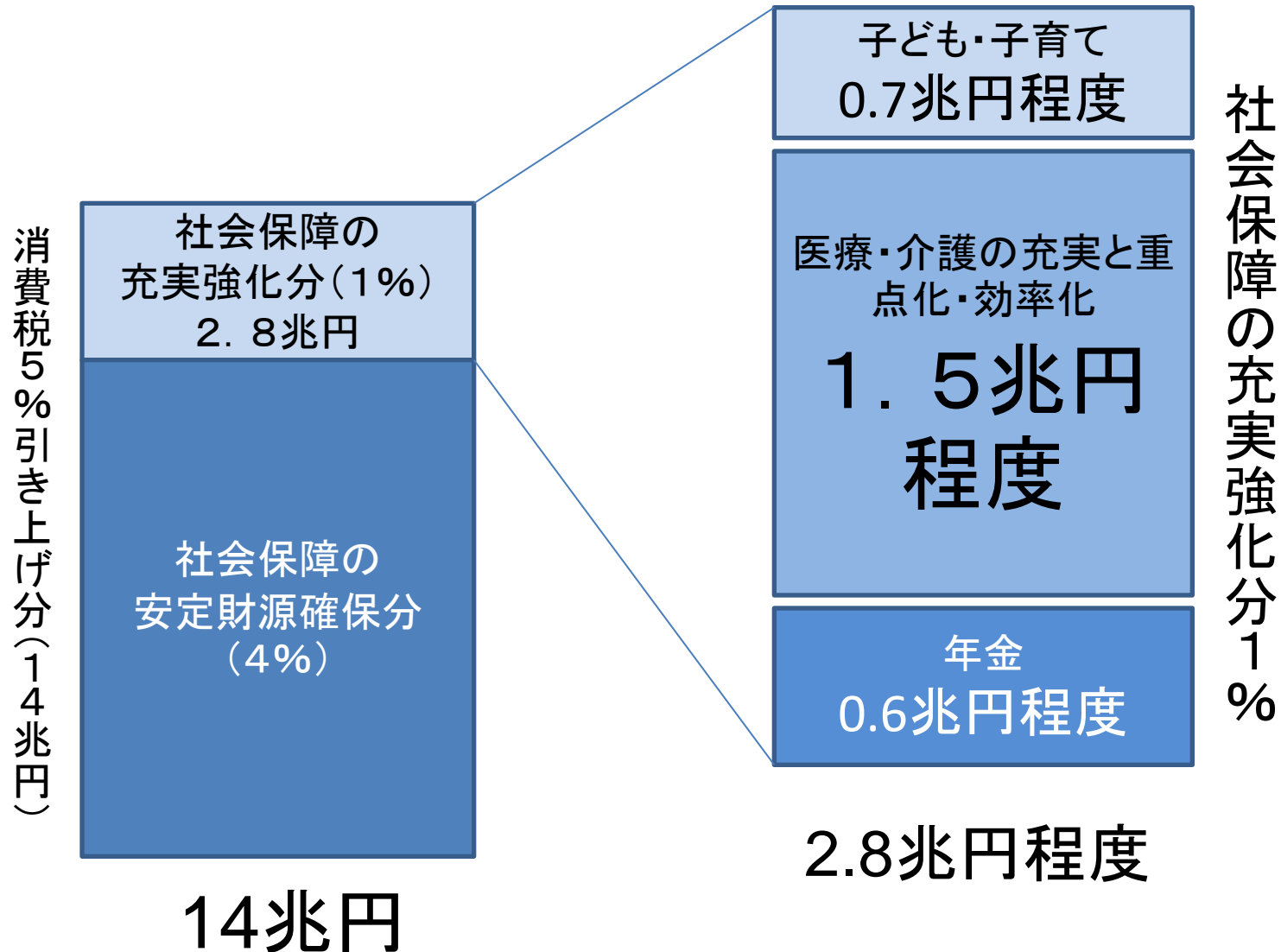
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会給付費の伸びの見通し

(兆円)



消費税増税分の使い道



社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒ 241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒ 96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒ 2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒ 111万人

※平成29年(2017年)には11.8万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 (市町村単独分含む)	⇒ 10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒ 950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒ 延べ3952万人

【医療・介護】

	2011年度	2025年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】 22万床 15～16日程度
		一般病床 107万床	【一般急性期】 46万床9日程度
			【亜急性期等】 35万床 60日程度
	医師数	29万人	32～34万人
	看護職員数	141万	195～205万人
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍) ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増
	在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)
	うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
	居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)
	特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)
	グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)	
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))	
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
介護職員	140万人	232万人から244万人	
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分	

機能分化して103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

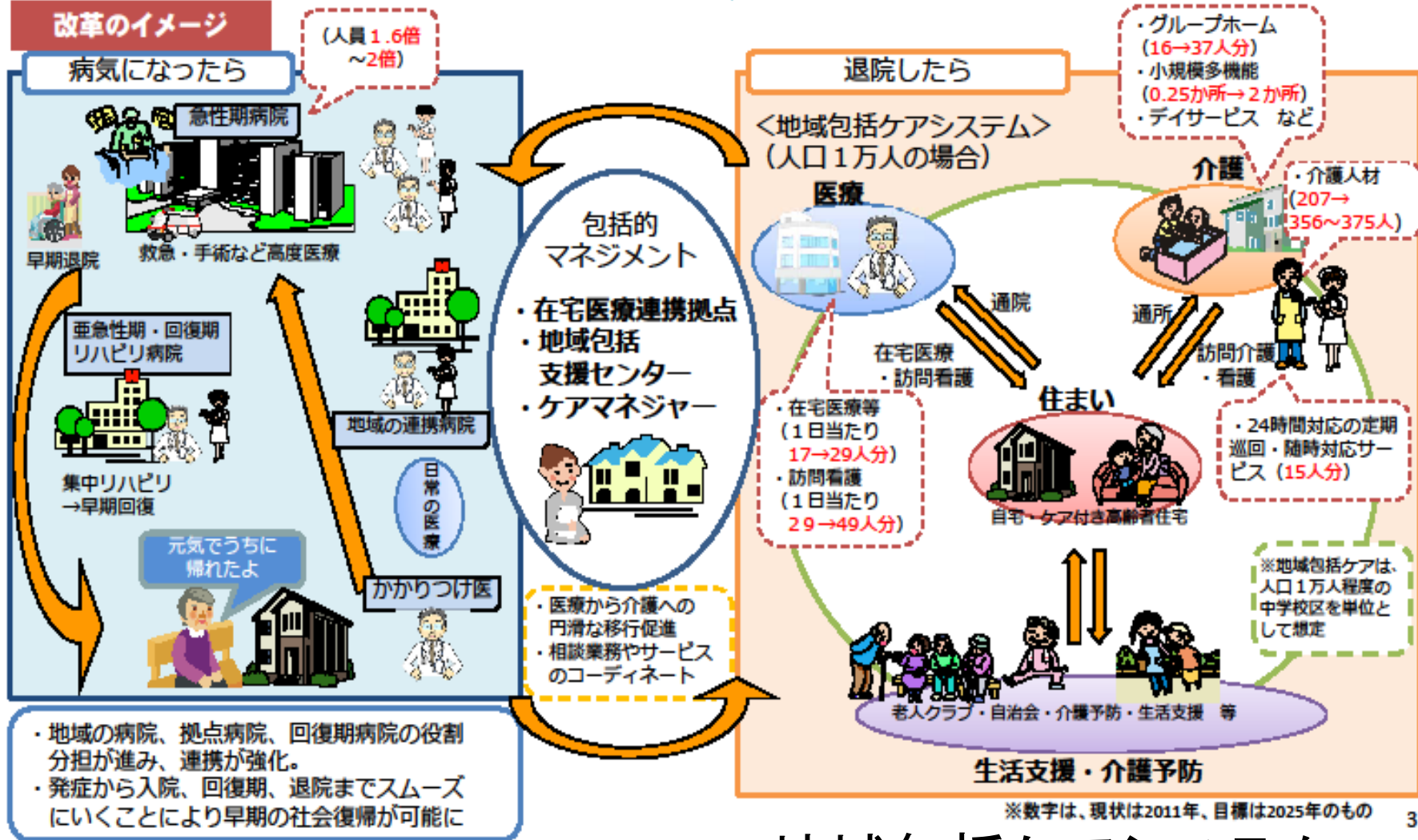
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



地域包括ケアシステム

社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

＜改革の主な具体策＞

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



2025年の地域包括ケアの姿



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

サービス付高齢者向け住宅

改正高齢者住まい法(2011年10月)

サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律(改正法:公布 H23.4.28/施行H23.10.20)

登録戸数:82,809戸
(平成24年11月30日現在)

1. 登録基準 (※有料老人ホームも登録可)

《ハード》
・床面積は原則25㎡以上
・構造・設備が一定の基準を満たすこと
・バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)

《サービス》
・サービスを提供すること (少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供)
[サービスの例:食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》
・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
・前払金に関して入居者保護が図られていること (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの特示の義務付け)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護
「定期巡回随時対応サービス」の活用
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】
診療所、訪問看護ステーション、ヘルプステーション、デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

サービス付き高齢者向け住宅に関する制度の詳細はこちらをご覧ください。

<http://www.satsuki-jutaku.jp/system.html>

生活支援サービス付き高齢者専用賃貸住宅の事例

ココファン日吉（神奈川県横浜市） 平成22年3月開設

■土地をURより賃借して高齢者専用賃貸住宅と介護事業所を一体的に整備。
学習塾も併設し、高齢者と子供、地域住民の多世代交流の促進もめざす。

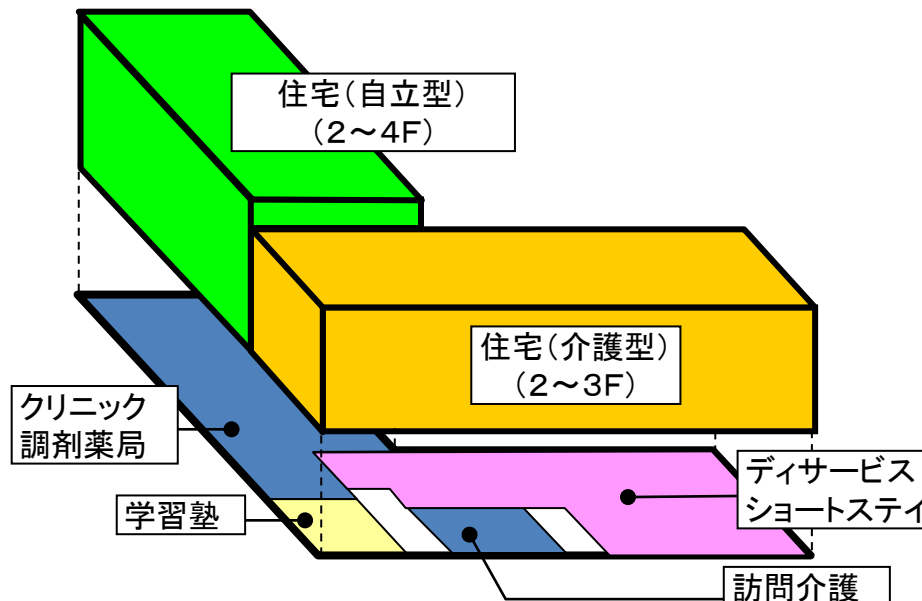
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

訪問介護、通所介護、短期入所
居宅介護支援

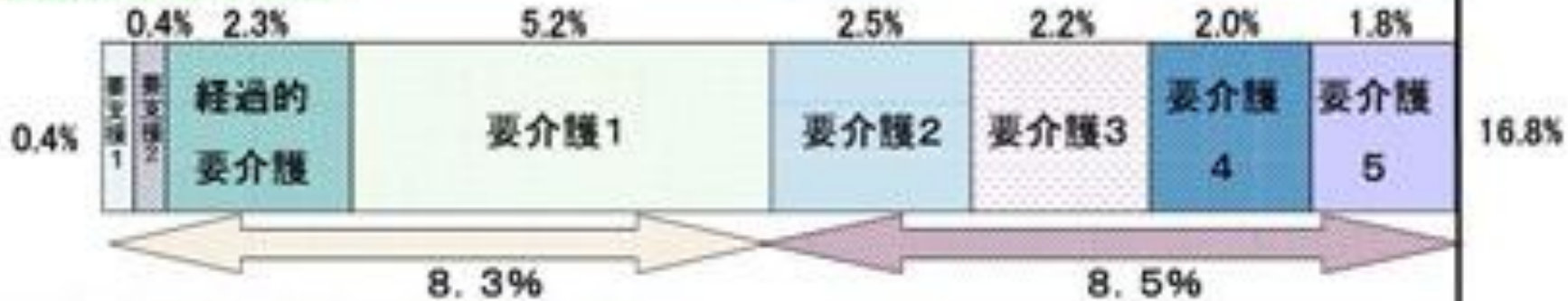
学習塾（事業者グループ会社の経営）

テナント：クリニック、調剤薬局



各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合

○要介護度別認定者割合



○各国の高齢者の居住状況（定員の比率） （全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）

2020年までに3～5%へ
「住生活基本計画(H23. 3)」

4.4% (0.9%) 介護保険3施設等 (3.5%)

スウェーデン（2005）

6.5% サービスハウス等 (2.3%) ナーシングホーム、グループホーム等 (4.2%)

デンマーク（2006）

10.7% ブライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%) ブライエム等 (2.5%)

英国（2001）

11.7% シェルタードハウジング (8.0%) ケアホーム (3.7%)

米国（2000）

6.2% アシスタッドリビング等 (2.2%) ナーシング・ホーム (4.0%)

デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

出典：医療経済研究機構 2007 『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』

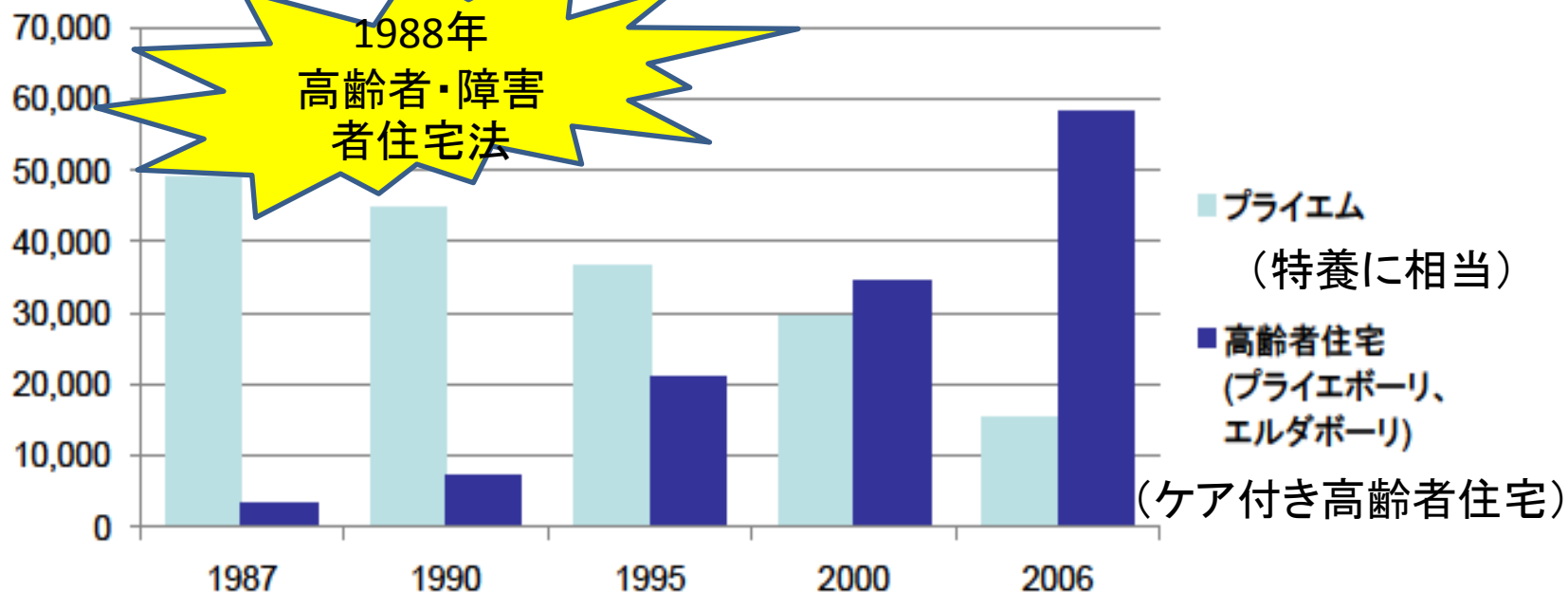
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

1981年 施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性を強調(高齢者政策委員会報告)

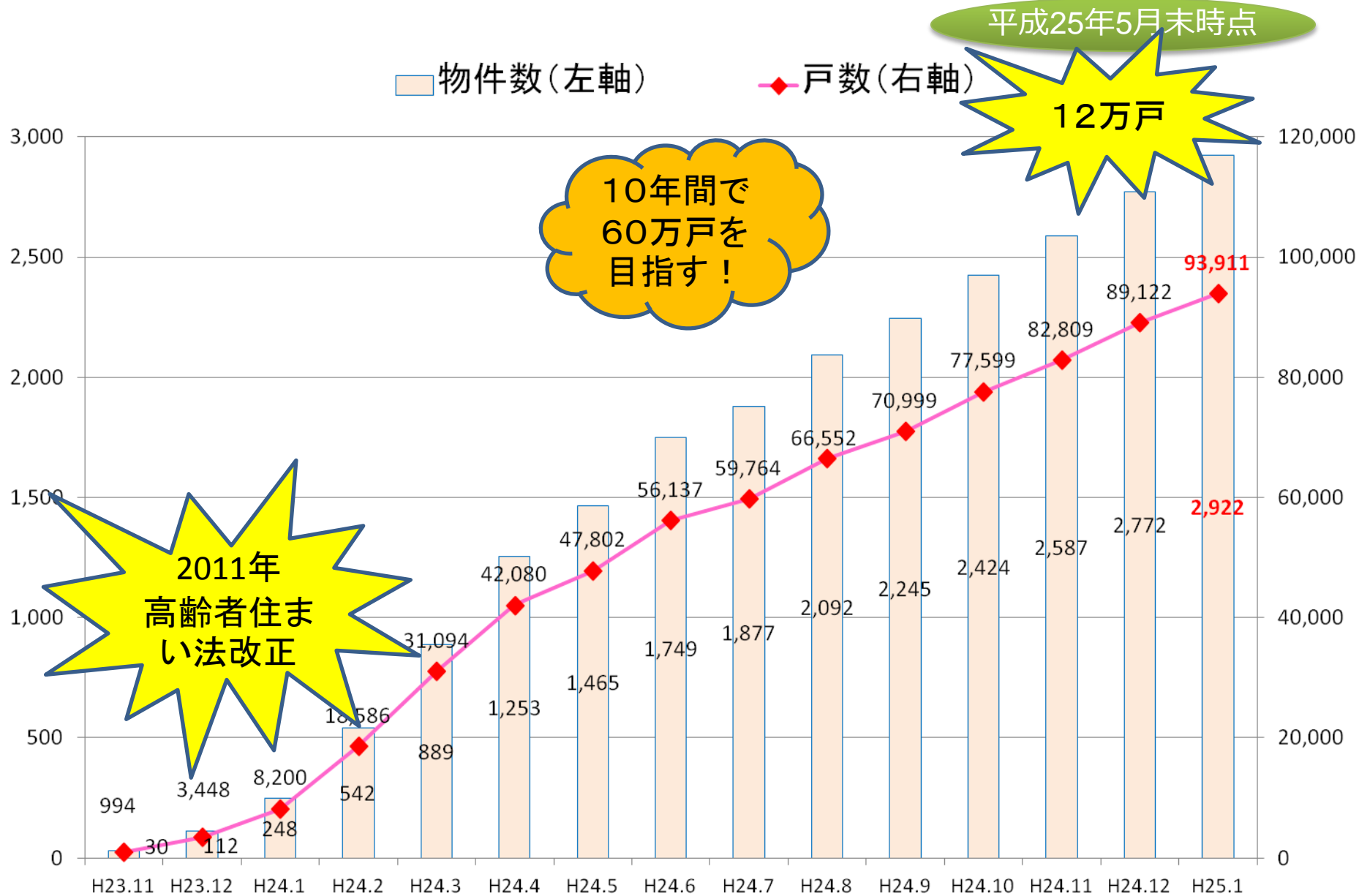
1982年 高齢者三原則
〔高齢者政策委員会報告〕
○これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす(継続性)
○高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える(自己決定)
○今ある能力に着目して自立を支援する(残存能力の活性化)

1988年 高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

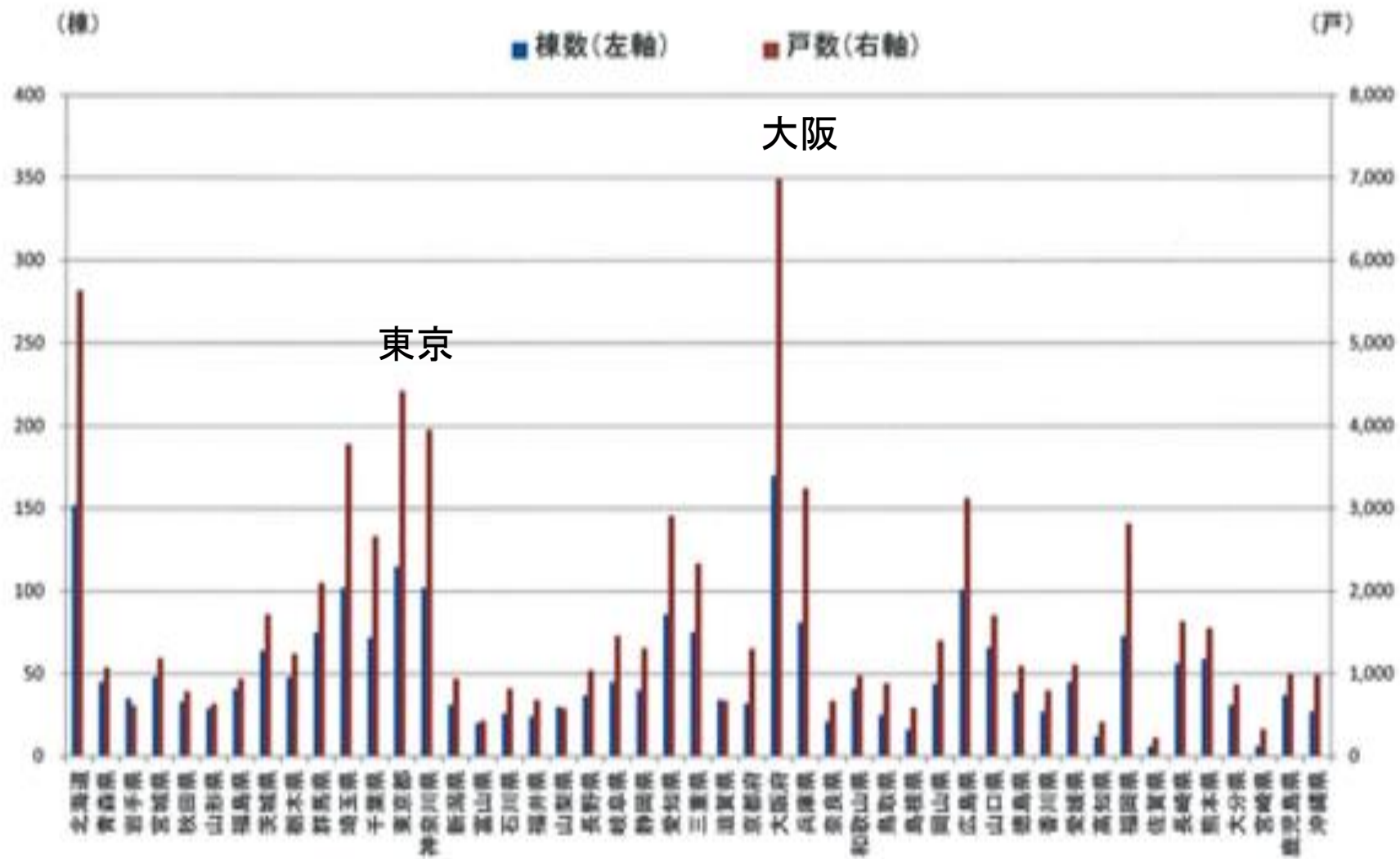
以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている



サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移



サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H24.10末時点)



サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

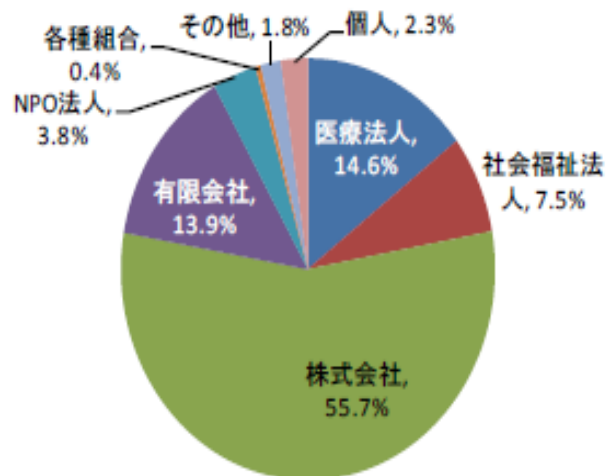
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

■法人等種別

有効回答数:3,142件

	実数	割合
医療法人	459	14.6%
社会福祉法人	236	7.5%
株式会社	1,749	55.7%
有限会社	437	13.9%
NPO法人	119	3.8%
各種組合	14	0.4%
その他	55	1.8%
個人	73	2.3%

※その他は、一般社団法人、合同会社等。

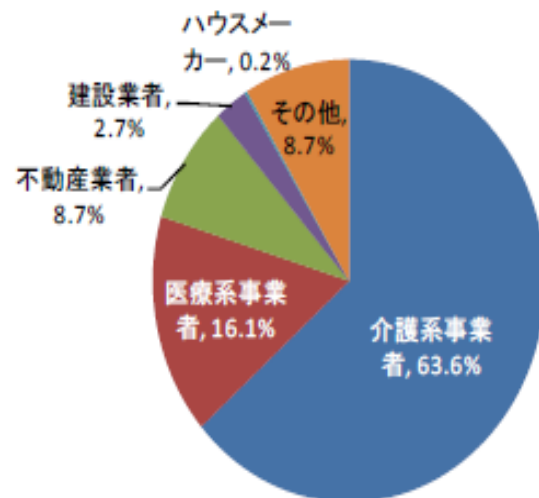


■主な業種

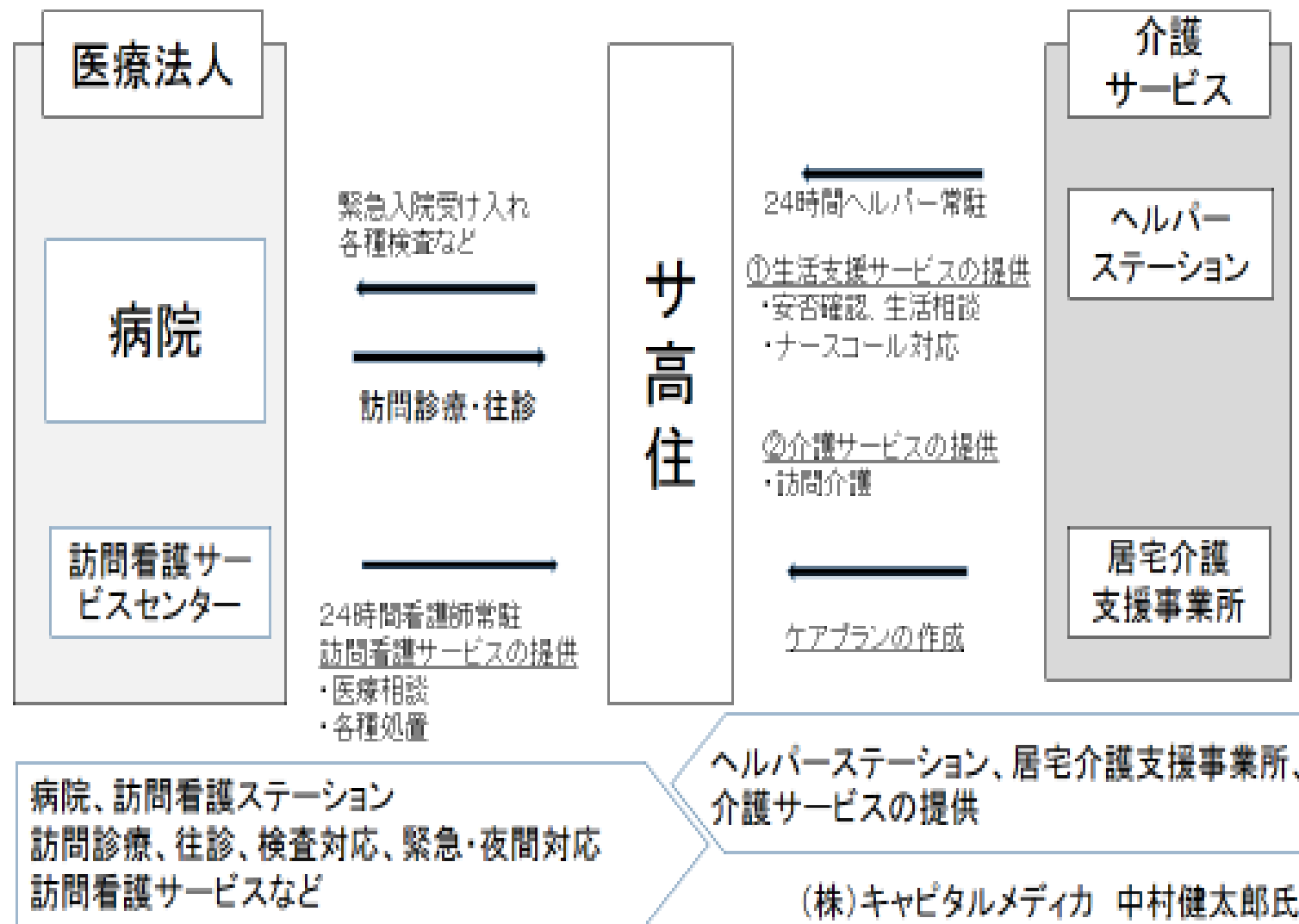
有効回答数:3,069件

	実数	割合
介護系事業者	1,951	63.6%
医療系事業者	495	16.1%
不動産業者	267	8.7%
建設業者	83	2.7%
ハウスメーカー	7	0.2%
その他	266	8.7%

※その他は、警備会社、農協・生協、電気設備会社等。



医療系サ高住の運営体制の例



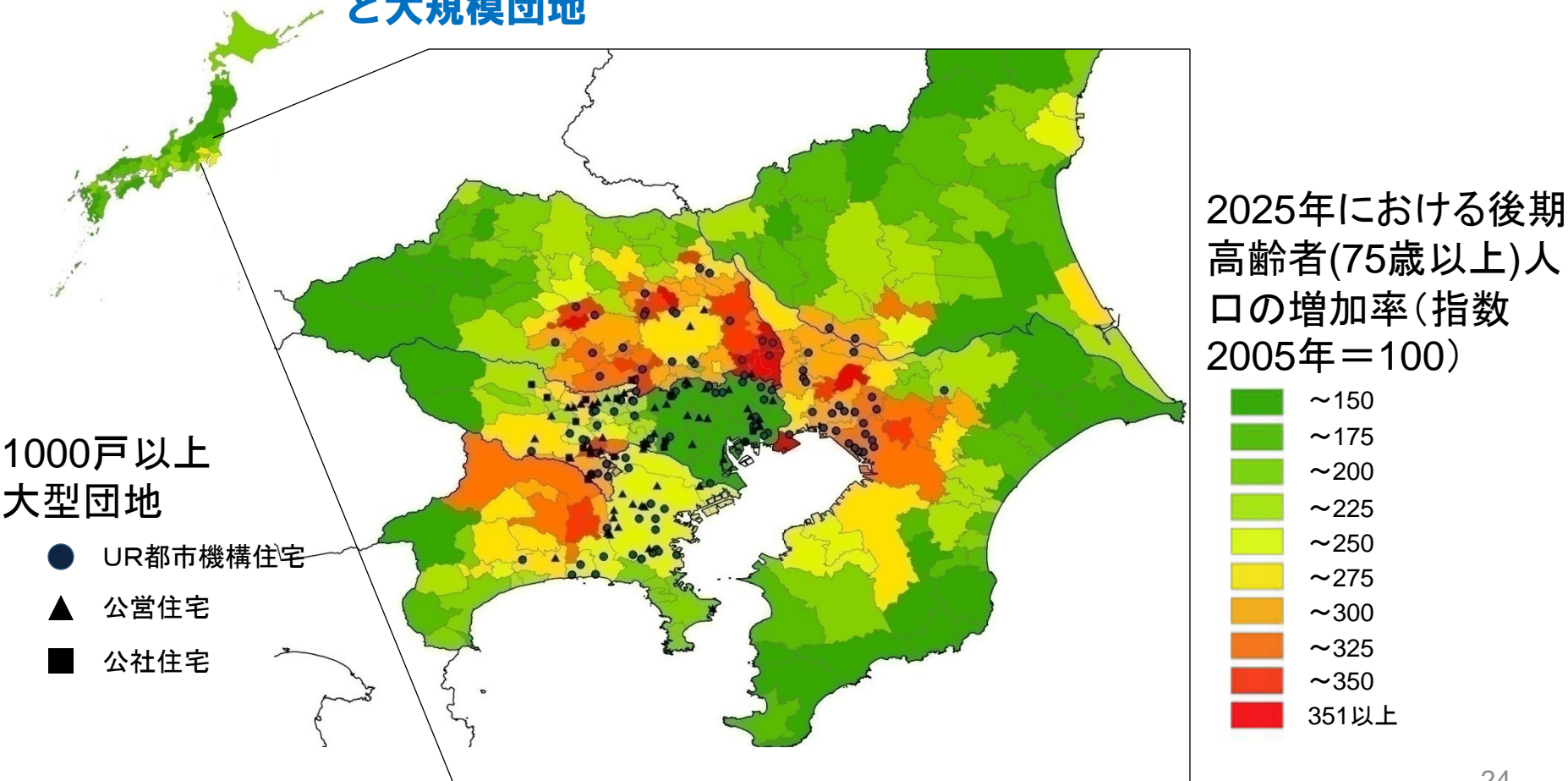
医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
- ②療養病床からの移行
- ③精神病床からの移行
- ④在宅復帰強化型老健からの移行

高齢化の進展と大型団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)

首都圏での高齢化の伸び率（後期高齢者の人口増加率）と大規模団地



大型団地再生に「サ高住」助成

- 「地域居住機能再生推進事業(30億円)」
 - 平成25年度国土交通省予算案
 - 高度経済成長期に開発されたニュータウンが今や住民の高齢化真つただ中
 - ニュータウンの中には建て替えによる高齢者対応を進めるケース増えている
- 地方公共団体、住宅供給公社などが地域ごとに協議会をつくり団地再生を行う場合に一部助成をおこなうことになった
- 対象
 - 5ヘクタール以上
 - 入居開始から30年以上経過
 - 公的団地対住宅の管理戸数が1000戸以上

公的賃貸住宅団地における高齢者向け住宅・医療・福祉拠点の整備

豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

柏市の豊四季台団地を含む豊四季台地区において東大（高齢社会総合研究機構）－柏市－都市機構が共同で、当該地区での将来に向けたまちづくりを、住民や医療・介護の関係者と一緒になって考え実行する「モデルプロジェクト」を計画し、サービス付き高齢者向け住宅や福祉施設等を整備。

- 事業予定地 千葉県柏市豊四季台
- 予定事業期間 平成24年度～平成25年度

【高齢者向け住宅や医療・介護拠点の整備】

- ① サービス付き高齢者向け住宅
- ② 訪問看護ステーション
- ③ 小規模多機能型居宅介護事業所
- ④ 在宅療養支援診療所
- ⑤ 豊四季台地域の主治医診療所
- ⑥ 地域包括支援センター
- ⑦ 学童保育施設
- ⑧ 薬局



- 交通：JR常磐線・東武野田線柏駅 バス5分
- 敷地面積：32.3ha
- 管理戸数：4,666戸



施設の概要『柏こひつじ園』

- 特別養護老人ホーム (定員 90名)
 - 併設ショートステイ (定員 10名)
 - 認知症対応型共同生活介護 (定員 9名)
 - 老人デイサービスセンター (定員 20名)
- 事業者：社会福祉法人 小羊会
敷地面積：約 3,000㎡
延床面積：約 5,100㎡
規模：RC造地上6階地下1階
開設時期：平成23年10月予定



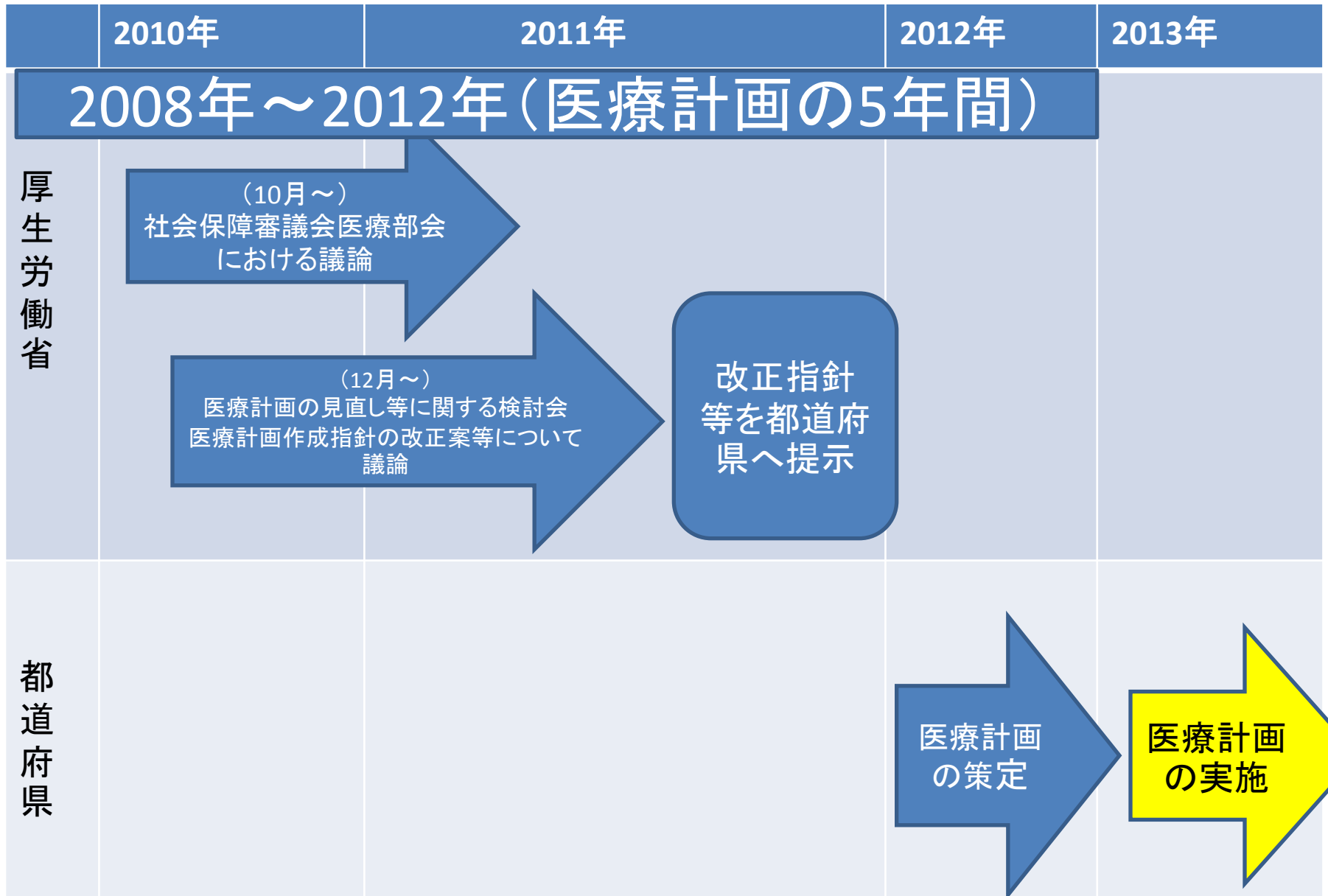
パート2

医療計画見直しと在宅医療



医療計画とは都道府県が5年ごとに
作成する医療提供体制の基本計画

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

新医療計画

4疾患5事業の見直し

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

– * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

在宅医療は究極の連携医療

—チーム医療、多職種連携—

- 在宅医療連携



ケアマネジャー

副かかりつけ医
(在宅医療連携医)



かかりつけ医



病院主治医



協力医
(眼科、歯科、
精神科)

看護師、薬剤師、栄養士
理学療法士

在宅療養支援診療所・病院 ～在宅医療に特化した診療所・病院～



06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点 **在宅看取り**



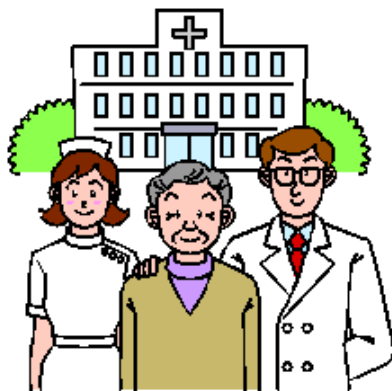
B診療所
(連携先)



A診療所

在宅療養支援診療所

往診料や訪問診察料に高い加算



A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる



在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所



医療法人社団プラタナス

医療法人社団プラタナスでは、

- ・松原アーバンクリニック
- ・桜新町アーバンクリニック
- ・鎌倉アーバンクリニック

の3つの在宅療養支援診療所を抱え、
合計約1400名の訪問診療を行なっている。

グループ診療の形態をとり、複数の医師が
持ち回りでオンコール担当し、患者対応に
あたっている。

医師間でのタイムリーな情報共有は必須で
あり、当法人では試行錯誤を重ねてきた。



桜新町アーバンクリニック(世田谷)

桜新町アーバンクリニックでは、 多職種チームで在宅医療を行う



移動中の車の中で
記録を音声入力



大須賀さん(薬剤師) 遠矢先生(医師) 尾山さん(看護師)



iPhoneで情報連携



件名: 診療情報提供書

診療情報提供書 2009/08/23
病院科 担当医 御机下

この度はお世話になります。
現在当院より定期訪問診療中の患者さんです。



紹介状もiPhoneで書く



氏名 新町 太郎 様
患者ID :
生年月日 : 大正**年**月**日 年齢 : **歳
郵便番号 : 158-0097
住所 : 東京都世田谷区*****
家族連絡先 : 03-****-****
傷病名 脳梗塞後遺症、右片麻痺、高血圧症、不眠症、陳旧性心筋梗塞、慢性心不全
病歴 :
20歳の頃 肺結核
63歳 大腸ポリープ (開腹手術 旧国立第二病院)
前立腺肥大症 (術後)
74歳 高血圧性心疾患
78歳~ 自律神経失調症、腰痛症、変形性頸椎症、両変形性膝関節症
入居時EKG: 完全右脚ブロック
血液型 : A型 RH+
感染症 : HBS抗原 (-) HCV抗体 (-) 疥癬 (-)

現在の処方
(院外・後発可)処方
ロヒプノール錠 1 1mg 1 錠 分1 就寝前 14 日分
ラシックス錠 20mg 1 錠 分1 朝食後 14 日分
クリアナル錠 200mg 6 錠 分3 毎食後 14 日分
アルダクトンA 25mg 1 錠 分1 朝食後



患者サマリーをiPhoneで開く

クラウド型多職種連携ノート

お疲れ様です。大山製薬 さん。 マイページ

ホーム マイページ 情報共有 医業・介護 3Dマップ 設定

患者一覧 今日 2010年11月10日 ~ 2010年11月10日

10/29	4日(水)	5日(木)	6日(金)	7日(土)	8日(日)
● 14:30 リハビリ-昼間 ● 17:00 退室時間	● 10:30 リハビリ-昼間 ● 17:00 退室時間				● 10:30 リハビリ-昼間 ● 11:00 退室時間

加藤太郎 さんの訪問メモ一覧

訪問日時	緊急フラグ	記録者	所属	写真
訪問区別	ステータス	コメント		
2010年11月02日	相談あり(ドヘ)	加藤花子 (家族)	患者家族	
その他	安定	胸水はそのままにしても宜しいでしょうか。抜いたりするような処置は自宅にいたままで大丈夫ですか? ベッドで横に...		
2010年11月01日	重要	遠矢純一郎医師	桜新町アーバン	
その他	安定	胸部CT画像を添付します。右側の大量の胸水と、それに圧排され無気腫化した右肺葉があります。右主気管支に...		
2010年10月28日	通常	齊藤直人医師	美鈴	
定期訪問	安定	本日お薬をお届けしました。(訪問指図指導) # PPの変更 口腔内腫瘍のため「後法」が無く、AVIT...		
2010年10月27日	通常	遠矢純一郎医師	桜新町アーバン	
定期往診	安定	その後、大きな変化はなし。時好咳嗽と血痰がある。以前滑車神経痛で物が二重に見えていたことが...		
2010年10月26日	通常	松岡博義看護師	訪問看護ステーション	



医師：褥瘡が悪化しています。しばらく処置を連日行うべき。除圧マットレスも必要です。



ケアマネ：了解、早速福祉用具業者に手配します。訪問入浴は延期した方がよいでしょうか？



看護師：褥瘡のためにも、なるべく入浴は継続した方がよいです。処置方法は写真をご覧ください。



介護ヘルパー：写真拝見しました。これなら出来そうです。体位についての注意はいかがでしょうか？

Handwritten notes on a grid, likely the shared cloud notebook, with various medical and care instructions. The notes include dates, times, and specific instructions related to patient care, such as '褥瘡が悪化しています' (褥瘡 is worsening) and 'ケアマネ：了解、早速福祉用具業者に手配します' (Care manager: Understood, I will contact the welfare equipment company as soon as possible).

患者宅に置かれている
連携ノート

人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

数

25

20

15

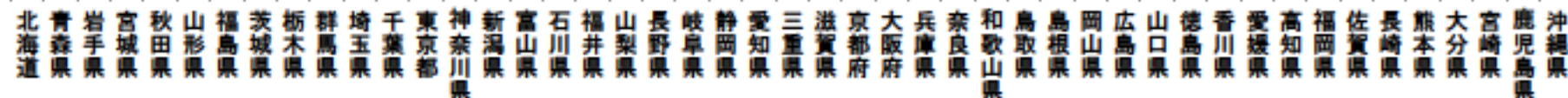
10

5

0

全国平均 10.1

東京



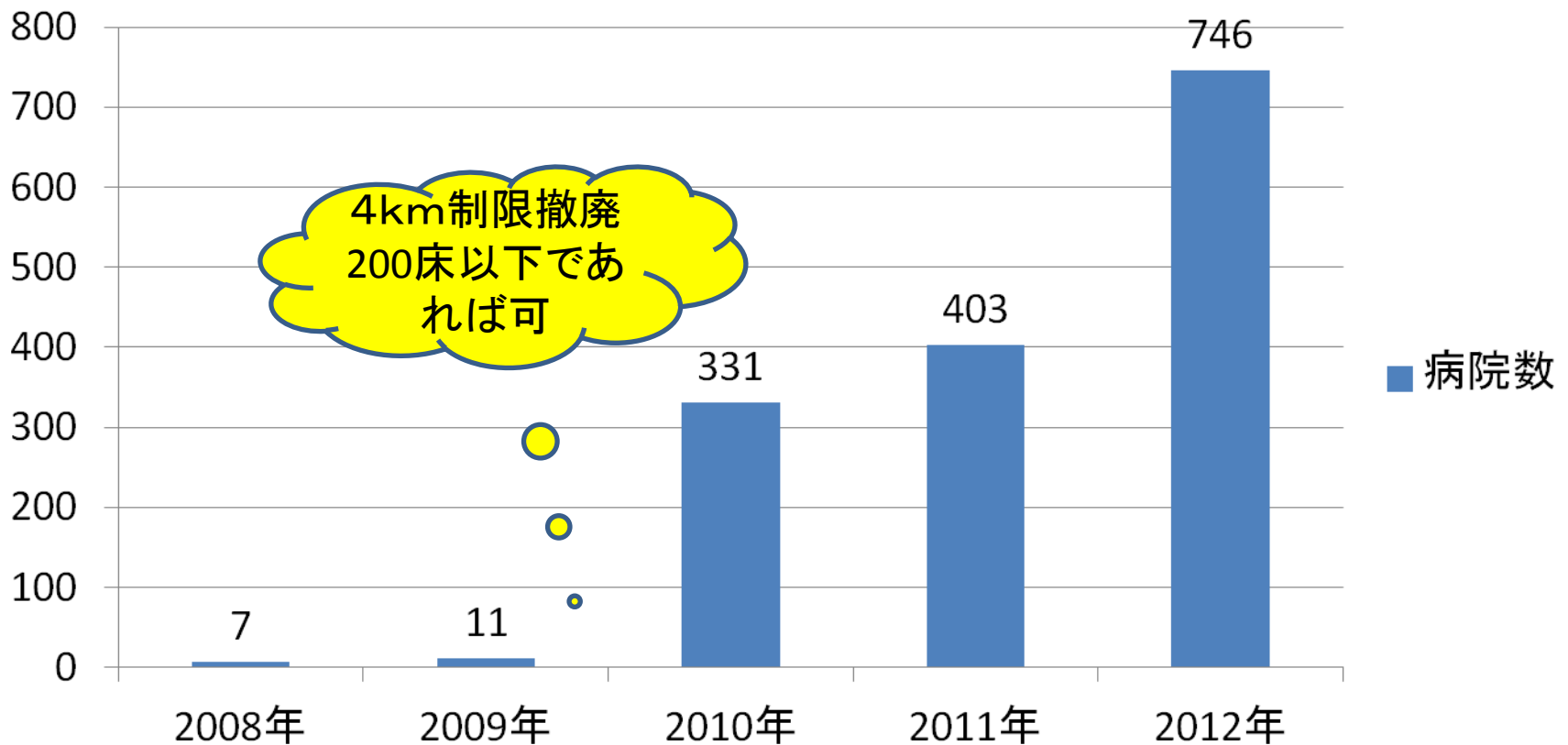
保険局医療課データ 平成23年7月

在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- **2008年診療報酬改定**
 - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
 - このため届け出は11病院に限定
- **2010年診療報酬改定**
 - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
 - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

在宅療養支援病院数の推移

病院数



医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



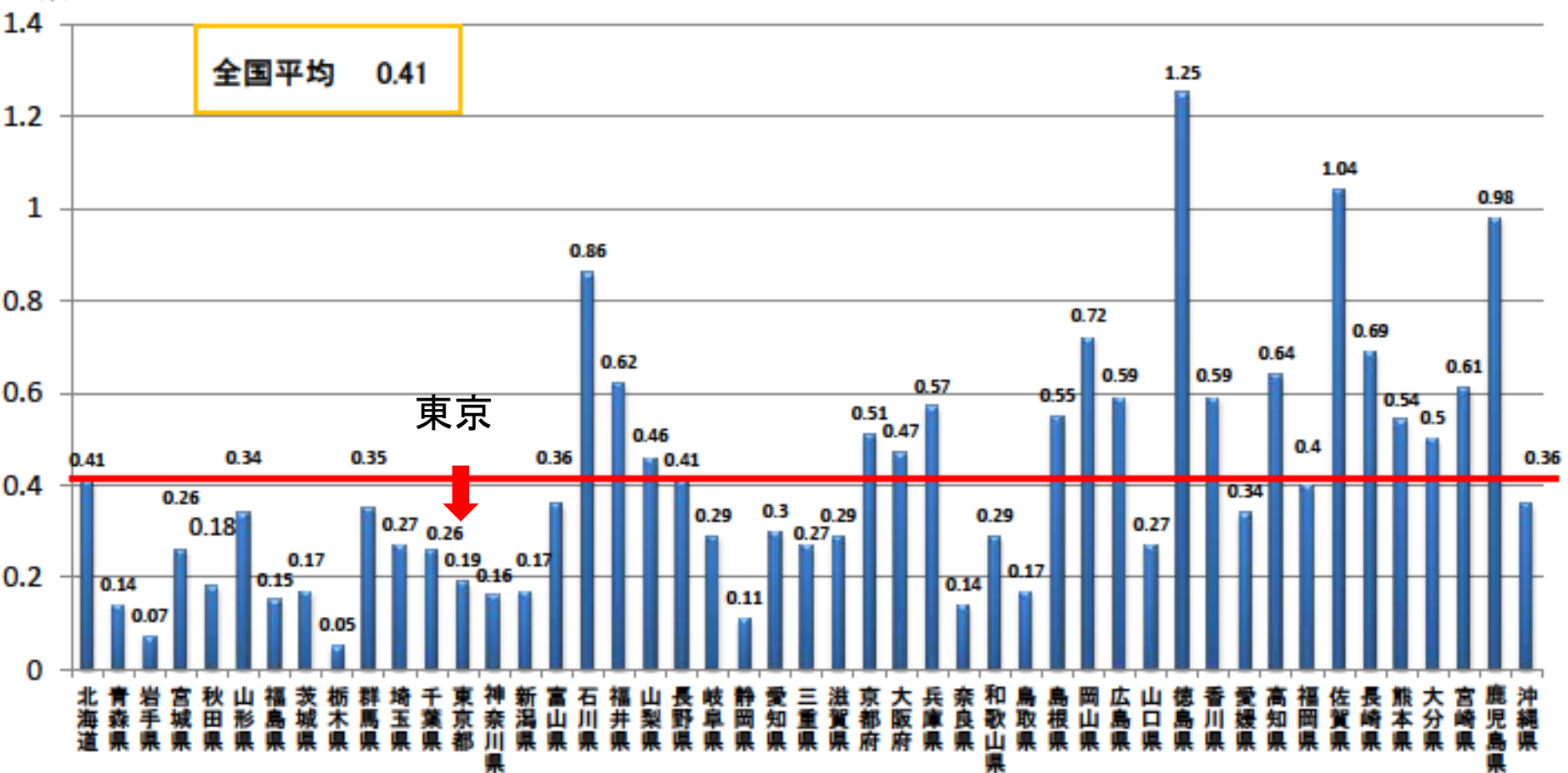
鈴木先生



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

数

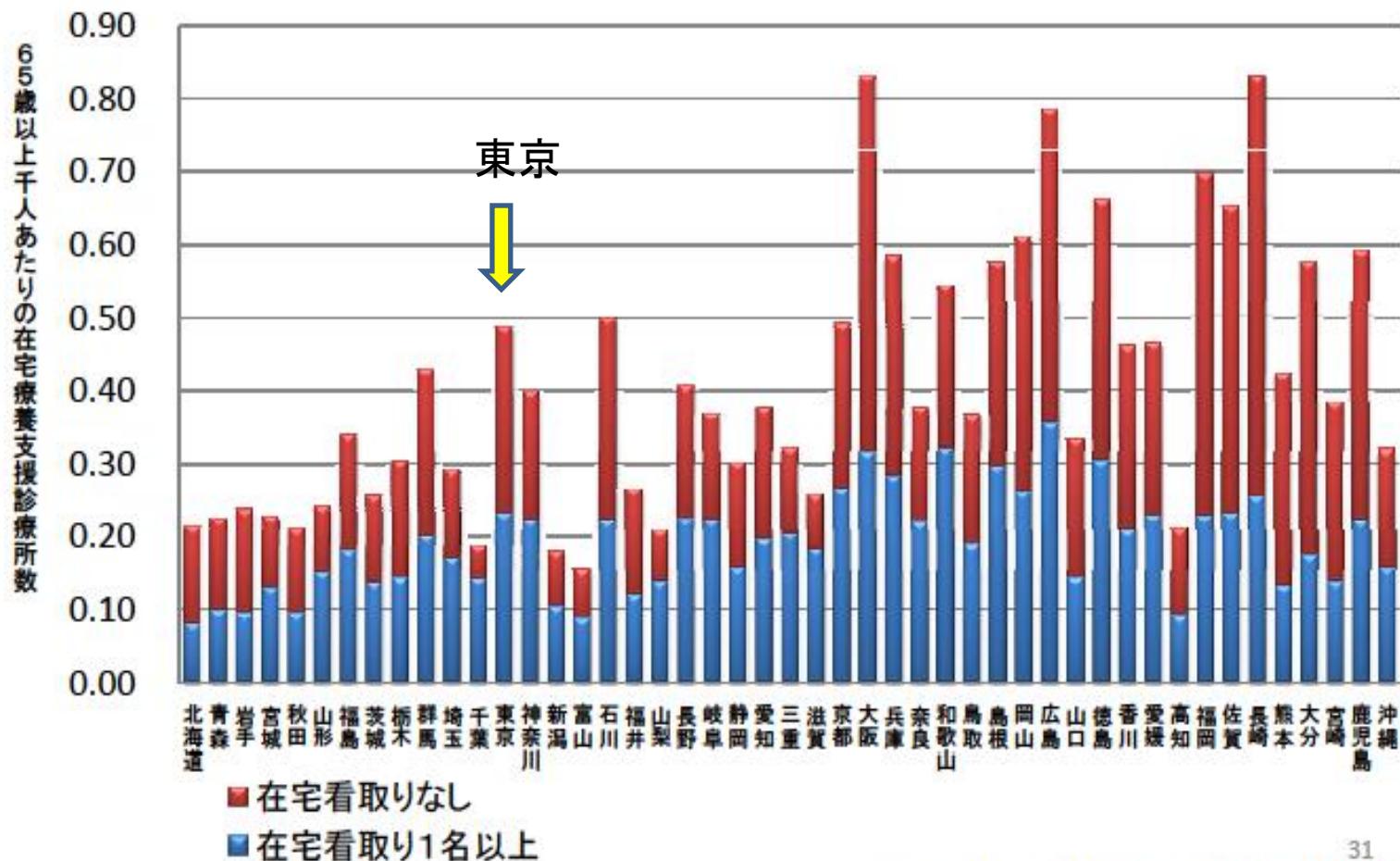


保険局医療課データ 平成23年7月

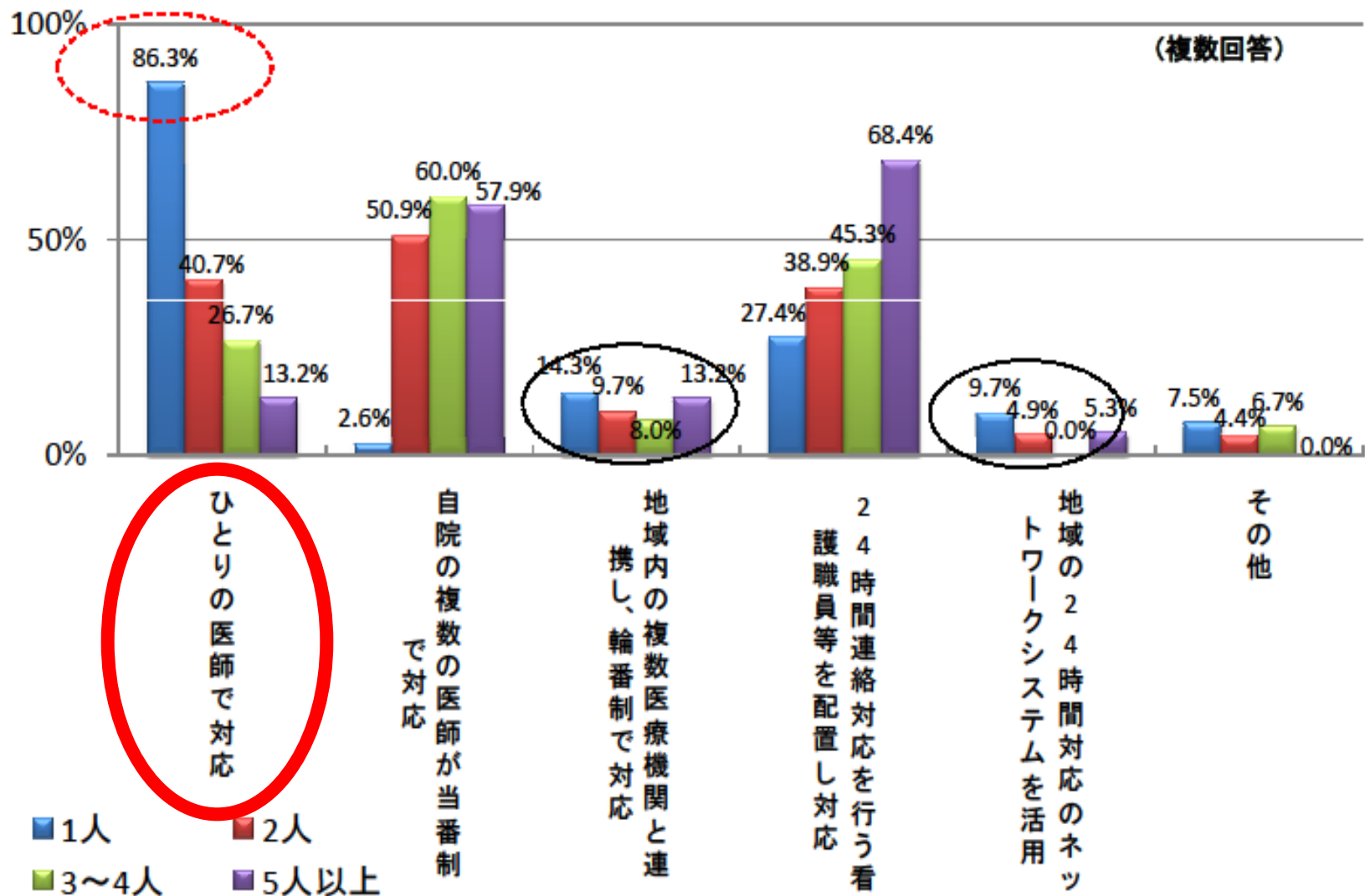
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) <都道府県別分布>



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

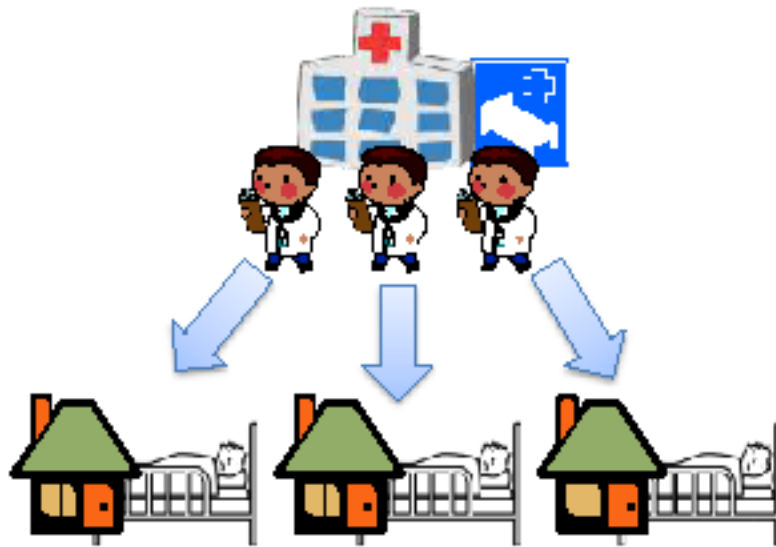
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

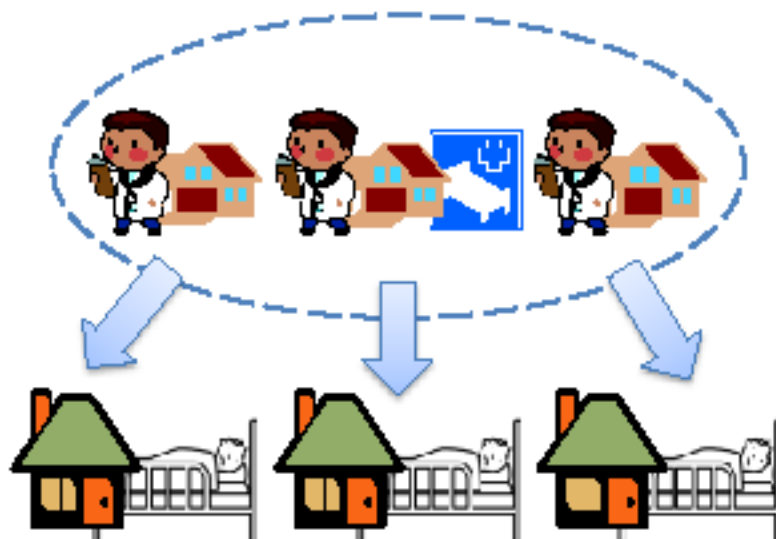
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

単独強化型



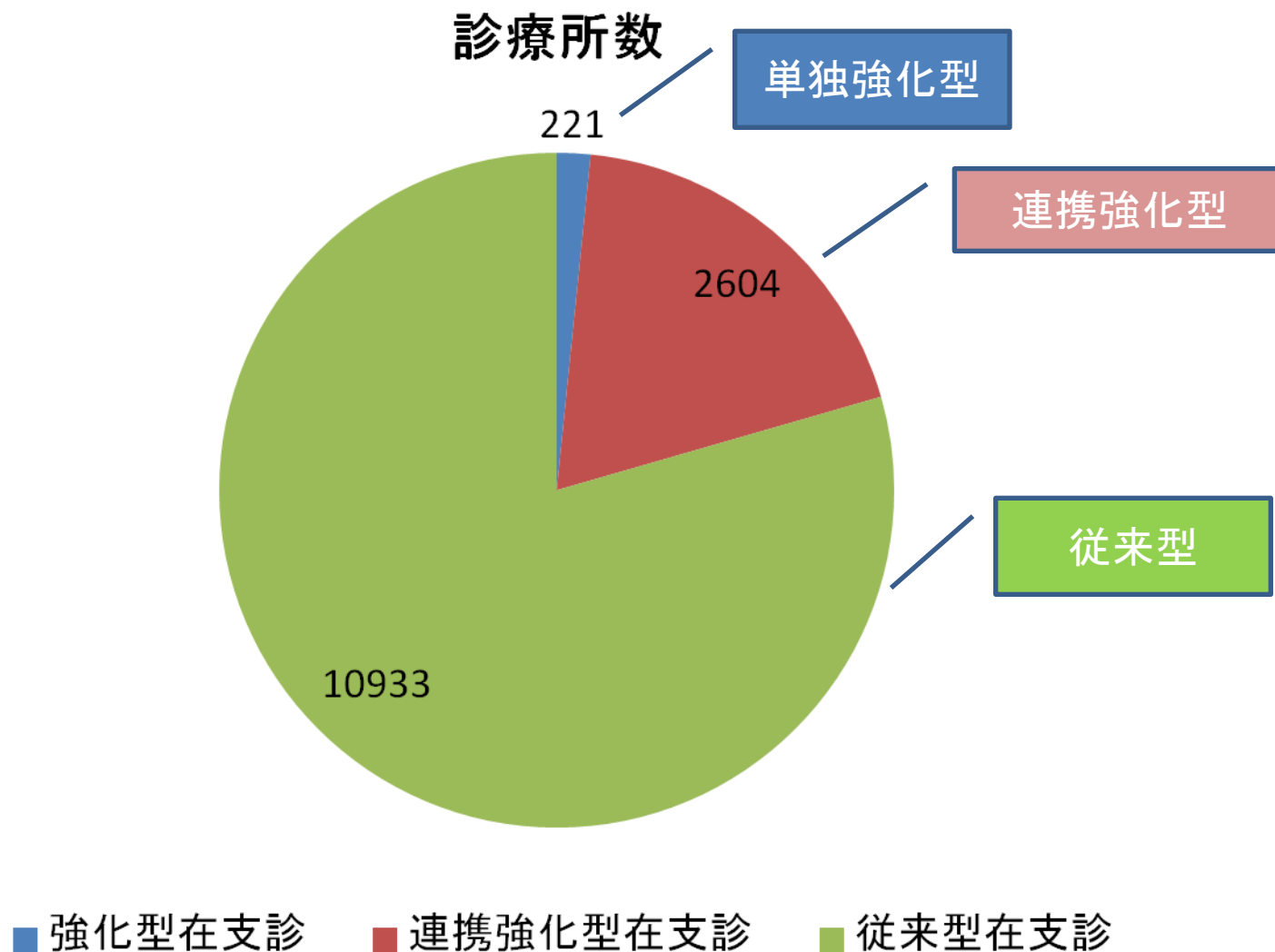
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



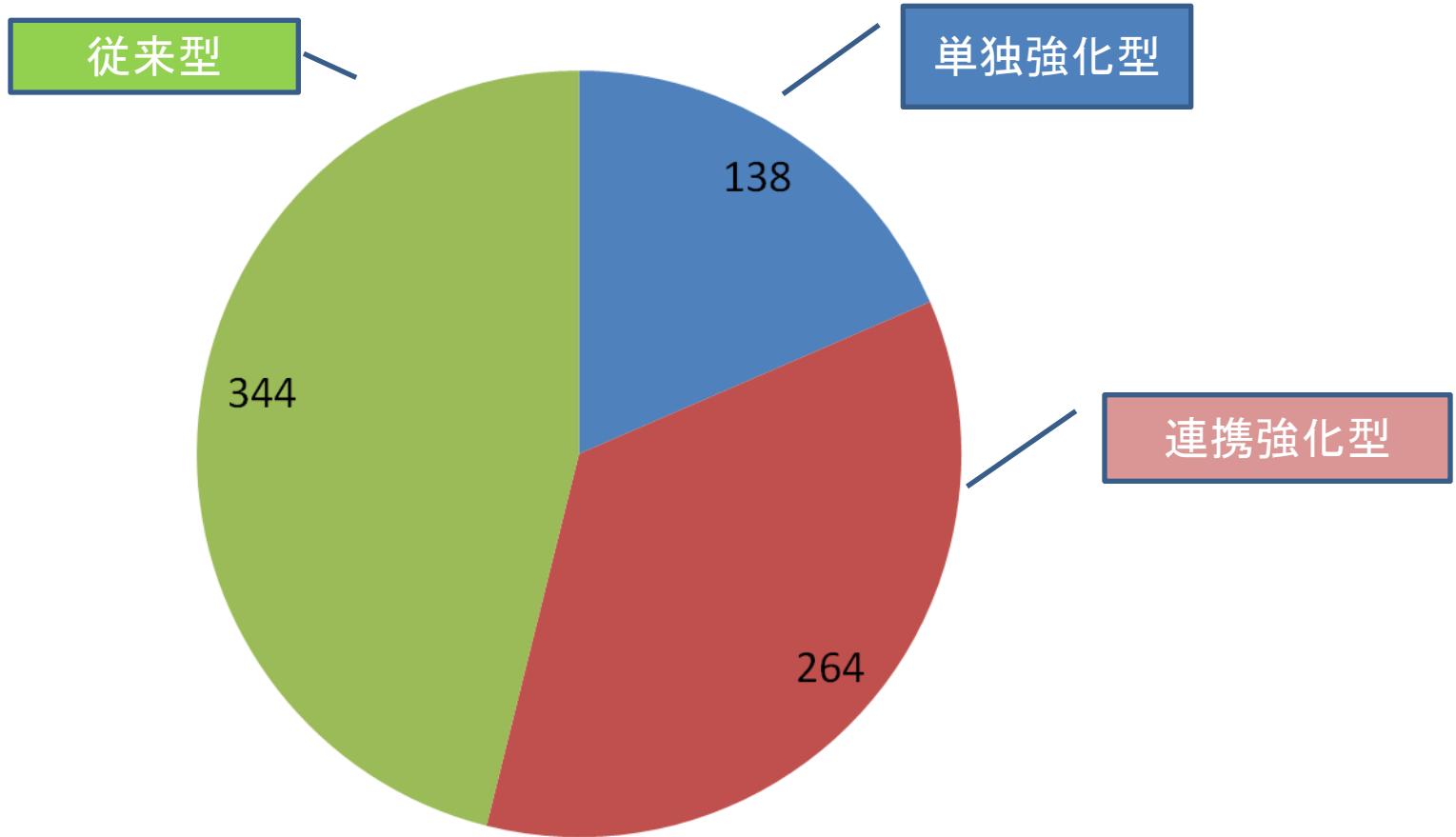
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点(病床有6,000点)
看取り加算	3,000点	3,000点(病床有3,000点)
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点(病床有1,800点)
処方せん無	1,685点	1,850点(病床有2,000点)

強化型在宅療養支援診療所 (2012年7月現在)



強化型在宅療養支援病院 (2012年7月現在)

病院数



■ 強化型在支病 ■ 連携強化型在支病 ■ 従来型在支病

2014年診療報酬改定

強化型在宅療養支援病院・診療所の
要件の厳格化が必須

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績5件以上

過去1年間の在宅看取りの実績2件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。



改定後

在宅医療を担当する常勤医師3名以上

過去1年間の緊急往診の実績10件以上

過去1年間の在宅看取りの実績4件以上

複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。

イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上

ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

パート3

栄養サポートチームと地域NST

診療報酬とチーム医療



【重点課題1-2】

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

(2010年)①総合入院体制加算

②医師事務作業補助体制加算

③ハイリスク分娩管理加算

④急性期看護補助体制加算

⑤栄養サポートチーム加算

⑥呼吸ケアチーム加算

⑦小児入院医療管理料1及び2

⑧救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

(2014年)

⑨総合周産期特定集中治療室管理料

⑩(新)小児特定集中治療室管理料

⑪(新)精神科リエゾンチーム加算

⑫(新)病棟薬剤業務実施加算

⑬(新)院内トリアージ実施料

⑭(新)移植後患者指導管理料

⑮(新)糖尿病透析予防指導管理料

⑯(改)感染防止対策加算

* 歯科等を含むチーム医療

H24.1.27 中医協
総会

栄養サポートチーム加算(2010年)



管理栄養士

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



入院時栄養障害の割合

1.基礎疾患の如何に関わらず、入院患者の
30～50%は栄養障害を合併している

2.疾患別の研究：入院時栄養不良者の割合

○全身疾患患者：46%

○呼吸器疾患患者：45%

○手術患者：27%

○高齢者：43%

入院患者全てに「栄養評価」が必要!!

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

全病院的に行う栄養マネジメント・チーム

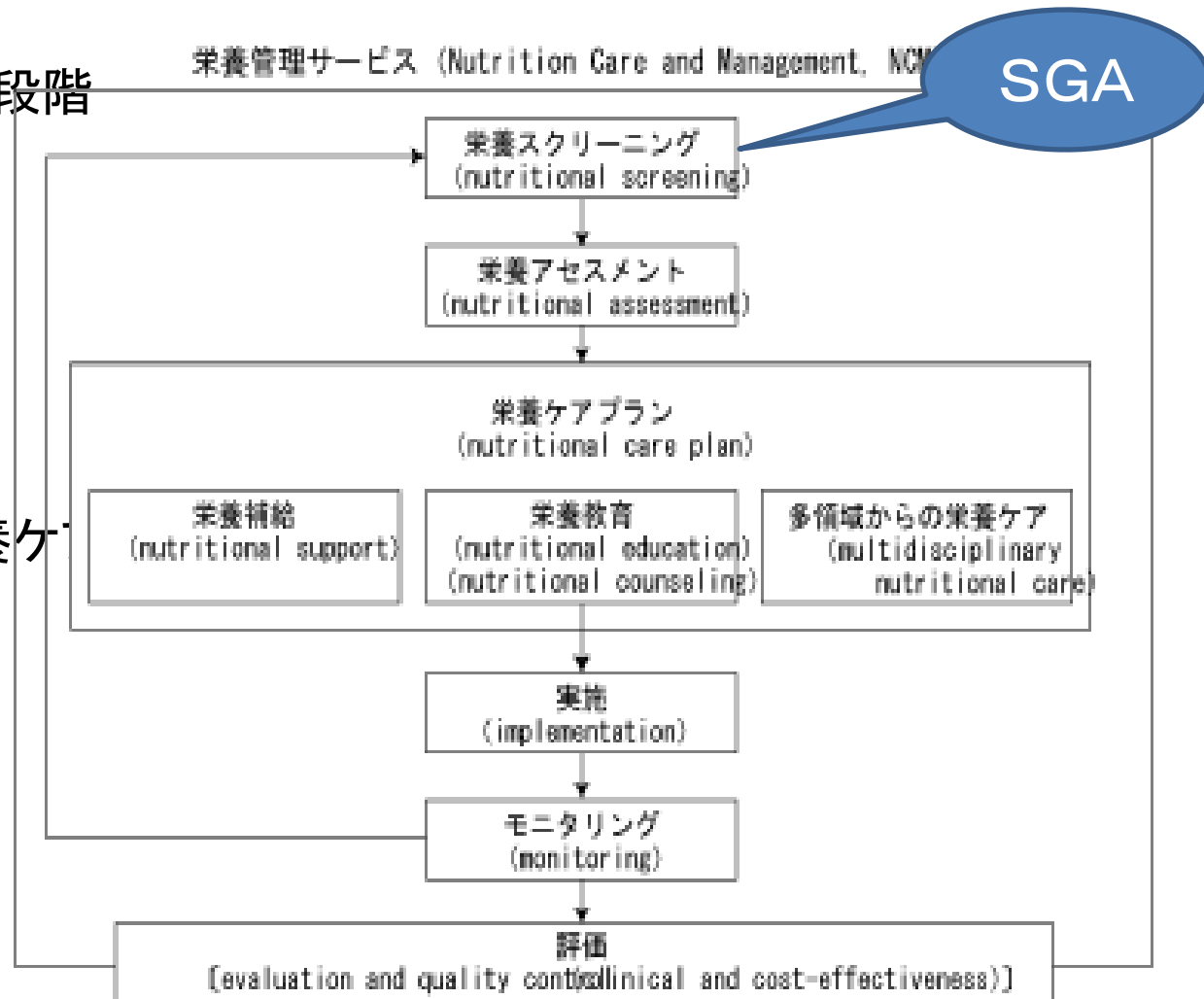


医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師
による栄養サポートチーム回診とカンファレンス

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！

栄養ケアマネジメントの6段階

- ① 栄養スクリーニング
- ② 栄養アセスメント
- ③ 栄養ケアプラン
 - 栄養補給
 - 栄養教育
 - 多領域からの栄養ケア
- ④ 実施
- ⑤ モニタリング
- ⑥ 評価



SGA (主観的包括的アセスメント)

• 問診・病歴(患者の記録)

- (1)年齢、性別
- (2)身長、体重、体重変化
- (3)食物摂取状況の変化
- (4)消化器症
- (5)ADL(日常生活活動強度)
- (6)疾患と栄養必要量との関係など

• 理学的所見

- (1)皮下脂肪の損失状態(上腕三頭筋部皮下脂肪厚)
- (2)筋肉の損失状態(上腕筋肉周囲)
- (3)腫(くるぶし、仙骨部)
- (4)腹水
- (5)毛髪の状態など

病態別濃厚流動

- 糖尿病用
糖質コントロール
食物繊維付加
- 腎臓病用
タンパク質コントロール
リン・Kコントロール
- 肝臓病用
分岐鎖アミノ酸強化
- COPD用
高脂質・低糖質



新しい濃厚流動

- ICU人口呼吸器用 オキシーパー
- 癌患者用 プロシュア
- 癌患者用 インナーパワー
- 褥瘡用 アバンド
- 糖尿病用 ディムベスト



免疫賦活栄養法

アルギニン・グルタミン・核酸・ ω 3系脂肪酸



栄養機能食品(亜鉛・銅・ビタミン)
食生活は主食、主菜、副菜を基本に、
食事のバランスを。



「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。

褥瘡対策チーム

- 褥瘡ガイドライン
- 栄養ケアマネジメントのステップをふむ
- スクリーニング
 - 「血清アルブミン値 3.0g/dl以下」
 - 「ブレデンスケールの栄養評価2点以下」
 - 「低体重(通常体重の85%以下)」のうち2項目以上ある場合
- アセスメント
- プラン
- 実施
 - 必要栄養量の算定
 - 栄養補給法の決定
- モニタリング
- 評価

褥瘡対策チーム

栄養ケアマネジメントの実際

- 栄養スクリーニング
 - アルブミン値3.0以下
 - ブレーデンスケール2点以下
 - 食事摂取状況
 - 褥瘡の有無
- 必要栄養量の算出
 - エネルギー(Kcal)
 - たんぱく量(g)
 - 水分量(l)
 - 必要微量元素
- 栄養補給方法の決定
 - 〇〇食
 - 形態
 - 経口栄養補助食品
 - 経管、経静脈栄養
- 各種ガイドラインやエビデンスを参照する
 - 必要エネルギー量(TEE)の算出
 - 必要たんぱく量の算出
 - 必要水分量の算出

褥瘡の栄養ケアマネジメント

- 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%以下のいずれか2つの発生
- 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

褥瘡の栄養ケアマネジメント

- 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
- 実施
- モニタリング
- 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）
- 必要栄養量の算定
 - 栄養補給法の決定

ブレードンスケール

(栄養状態のみ抜粋－普段の食事摂取状況)

• ブレードンスケール

• 1.不良

- 決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿(カップ)分以下の摂取である。水分摂取が不足している。
消化体栄養剤(半消化態、経腸栄養剤)の補充は無い。あるいは、絶食であったり、透明な流動食(お茶、ジュース等)なら摂取したりする。または、抹消点滴を5日間以上続けている。

• 2.やや不良

- めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿(カップ)分の摂取である。時々消化態栄養剤(半消化態、経腸栄養剤)を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である

• 3.良好

- たいていは1日3回以上食事し、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿(カップ)分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常捕食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。

• 4.非常に良好

- 毎日おおよそ食べる。通常は、蛋白質・乳製品を1日4皿(カップ)分以上摂取する。時々間食(おやつ)を食べる。捕食する必要はない。

褥瘡の栄養補給ガイドライン

- 【たんぱく質】

- 低栄養時は生体の蛋白合成能が低下し、内皮や上皮細胞遊走能も低下する。
- 創傷治癒には毛細血管新生と線維芽細胞が出現し、その際最も重要な栄養素は蛋白質である。
- 同時にエネルギーが十分投与されないとアミノ酸からの蛋白合成が低下することは良く知られている。
- 必要蛋白質量の計算はカロリー／N比などから計算される
- 50～70g/日程度

褥瘡の栄養補給ガイドライン

- 【十分なエネルギー】
 - エネルギー不足は低栄養状態を助長し免疫能を低下させる。
 - 体蛋白の異化を進行させて褥瘡治癒を遅延させる。
 - したがって褥瘡の治療や予防には、十分なエネルギーの投与が必要である。
 - 一般的に1600～2000Kcal以上を要する。

褥瘡の栄養補給ガイドライン

- 【ビタミンC】

- 老化に伴って、血液、脳、副腎、眼球など組織中のビタミンC含量の減少が知られている。
- ビタミンCの欠乏は、膠原形成の遅延、毛細血管の破綻を起こし褥瘡の治癒を遅らせる。
- 高齢者の通常の日所要量より多目の500mg以上の摂取が推奨される。

- 【亜鉛】

- 亜鉛は発育遅延や蛋白質の合成に関与している。
- 亜鉛不足は、皮膚障害や免疫能の低下を来とし創傷治癒の遅延との関連が指摘されている。
- 亜鉛不足による味覚異常は食欲を低下させ栄養状態の悪化を招く。
- 亜鉛の一日必要量は15mgである。

モニター項目の実際

- 血清アルブミン値
 - 3.0g/dl 以上
- ヘモグロビン値
 - 11.0g/dl以上
- ビタミンC
 - 褥瘡発生時は150–200mg必要
- 血清鉄、銅、亜鉛

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)

褥瘡の色分類(福井)



黒色



黄色



赤色



白色

糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

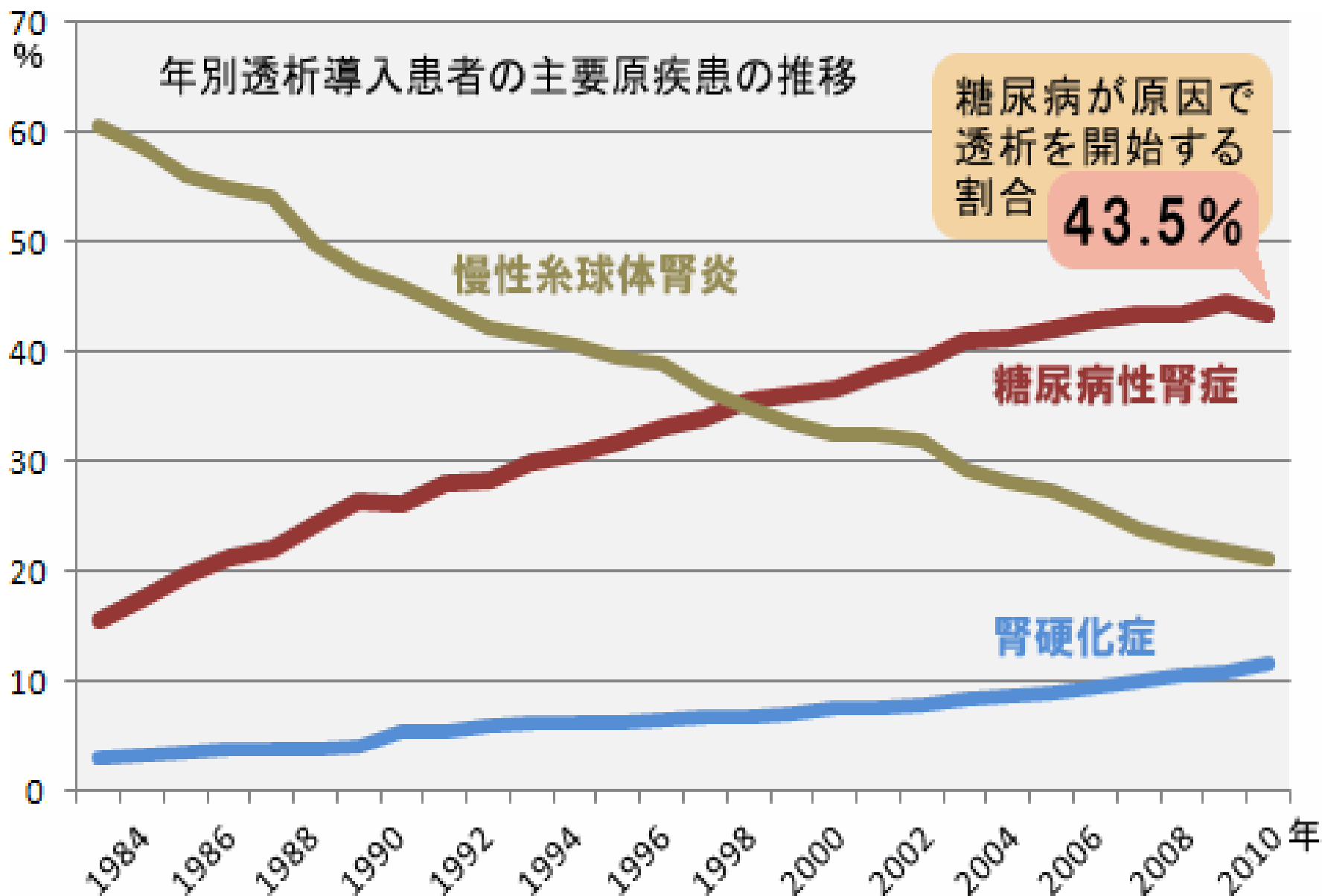
- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

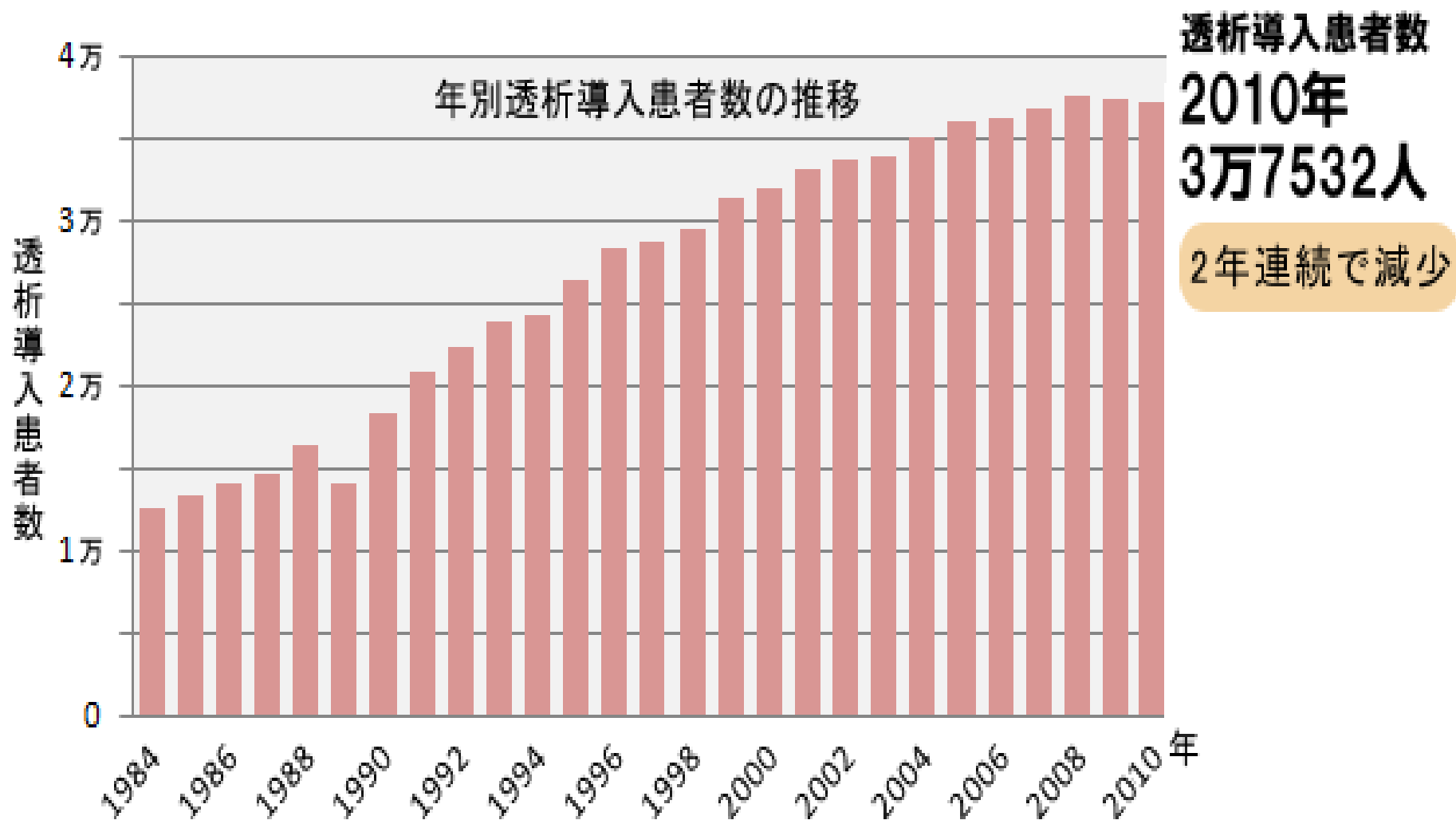
③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



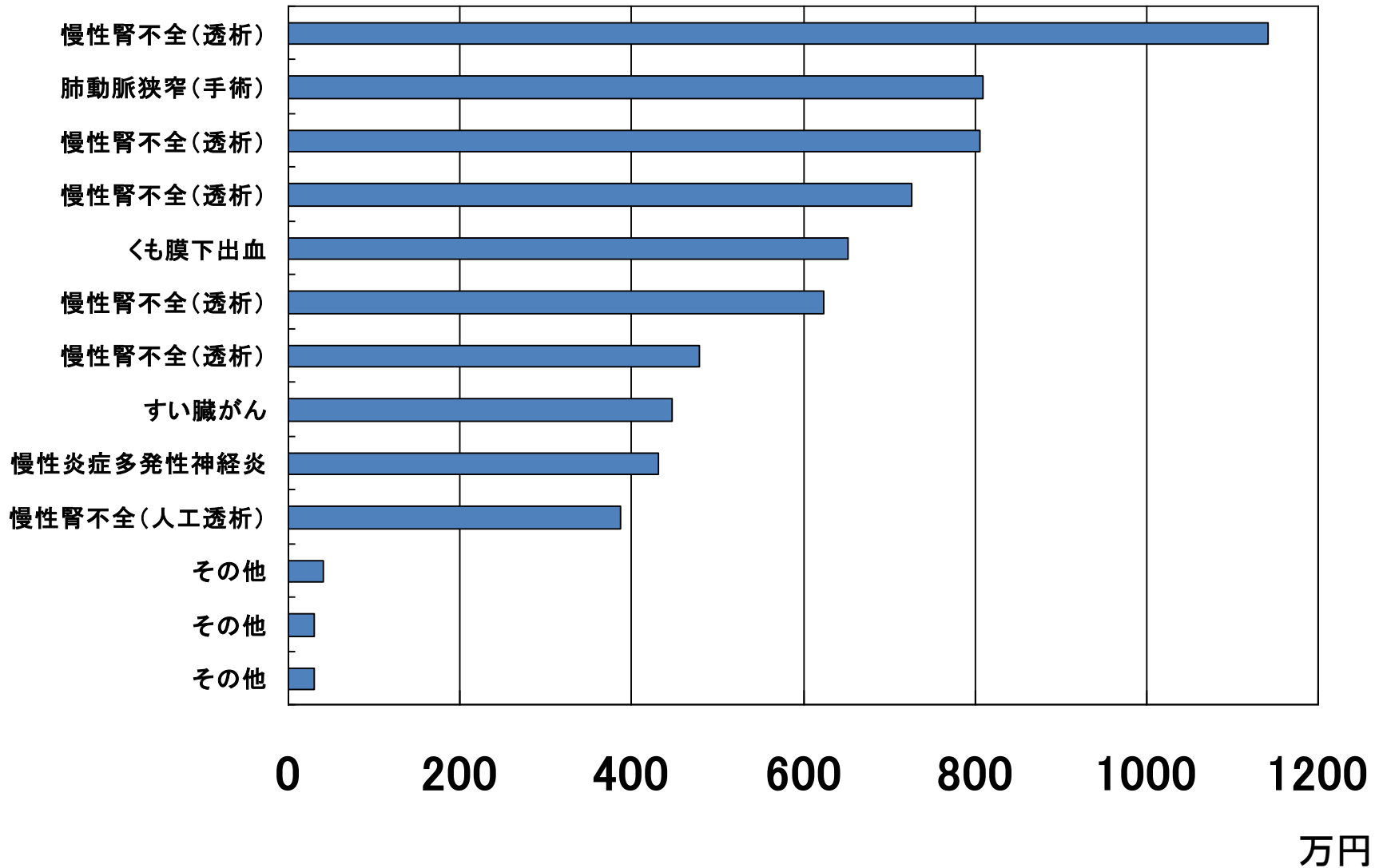
年別透析導入患者数推移



糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
 - 糖尿病性腎症による透析7万人
 - 毎年1万人増えている
 - 一人当たり年間550万円
- 糖尿病性腎症による累積透析患者数
 - 10万2788人(2010年末)
 - 糖尿病腎症による透析医療費は年間、およそ5600億円

ある健保組合のレセプト分析より



糖尿病透析予防管理指導料

透析予防診療チーム

- 透析予防診療チームとその業務
 - 専任の医師、専任の看護師(又は保健師)、管理栄養士
 - 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等
 - 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等
 - リスク評価と指導計画策定
 - 成果報告
 - HbA1cが改善または維持された患者の割合
 - 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
 - 血圧が改善または維持された患者の割合

CKD地域連携クリティカルパス

糖尿病性腎症の地域連携 クリティカルパス 地域でおこなう透析予防診療チーム

財団法人田附興風会 医学研究所
北野病院CKD連携パス



北野病院連携室重田由美さん

慢性腎臓病

(Chronic Kidney Disease:CKD)

- 定義

- ①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らかである(特にたんぱく尿の存在が重要)
- ②腎機能低下($GFR < 60 \text{ml/min/1.73平方m}$)
- ①、②のいずれか、または両方が3ヶ月以上持続する

- CKDの連携パスに期待が高まっている

- 病院の専門医と診療所の医師を結ぶ共通治療プロトコール

腎臓内科地域連携クリニカルパス患者基本情報

ダミー付1
 患者氏名: ダミー予約 地域1 性別: 男 生年月日: 1975年01月01日
 北野病院ID: 90100000

患者基本情報記入日 2009年03月04日

CKDステージ 1 2 3 4 5

【原疾患】

- 慢性糸球体腎炎() 腎硬化症
- ネフローゼ症候群() 多発性のう胞腎
- 糖尿病(I型 II型 その他) その他

【合併症】

- 高血圧 閉塞性動脈硬化症 糖尿病網膜症 神経障害
- 脂質異常症 足病変 単純型 末梢神経障害
- 冠動脈疾患 頸動脈硬化症 前増殖型 自律神経障害
- 脳血管障害 () 増殖型

【その他】

- 食事指導内容(糖尿病食・蛋白塩分制限食)
 - カロリー 水分制限 あり なし
 - 塩分 g カリウム制限 あり なし
 - 蛋白 g 療法選択説明 あり なし
- 身長 cm 運動制限 あり なし
- 体重 kg
- BMI
- 喫煙あり(本/日) 喫煙なし
- 飲酒あり(ビール 本/日) 飲酒なし
- 薬アレルギー

○疾患の受け止め方○

- 大変理解よい 理解よい 普通

***** パスシートII(a・b・c)へ *****



基本情報シートにはCKDのステージ分類、原疾患、合併症や食事指導内容を記載



これからは二人の主治医で診察します




北野病院では、患者さんに『かかりつけ医』を持っていただき、2人の主治医で診察をしています。病状が安定している時は『かかりつけ医』に診察してもらい、検査や緊急時には北野病院に来て診察を受けていただきます。

患者さんの状態は、『地域連携クリニカルパス』という用紙を使って、かかりつけ医と共有しておりますので、安心して受診していただけます。

受診スケジュール 北野病院 腎臓内科 ⇄ かかりつけ医 ()

状態の悪化がなければ半年に1回北野病院受診

北野病院受診	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年	以降
かかりつけ医を 紹介します。	かかりつけ医		かかりつけ医			北野			かかりつけ医			北野	半年ごと に北野病 院
血液検査	1~3ヶ月毎(適宜)												
尿検査	毎月												
血圧測定	毎日同じ時間に血圧をお家で測りましょう												
体重測定	毎日体重をお家で測りましょう 												
胸部レントゲン	年に1回胸部レントゲンと心電図を行います。 (必要時は随時行います)												
心電図													
眼科受診	糖尿病のある方は、合併症の早期発見のため、定期的に眼科受診を行きましょう												
その他	<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 経動脈エコー <input type="checkbox"/> 負荷心電図 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 糖尿病教室に参加しましょう <input type="checkbox"/> 栄養指導を受けましょう												

【看護師指導内容】

こんな時はかかりつけ医に相談すること

- ◆ 足に異変が…長距離歩けなくなった
- ◆ 貧血のような症状がある
- ◆ 血糖コントロールが悪い
- ◆ 最近むくみがひどい…
- ◆ 身体がだるい
- ◆ 体重が急激に増えた
- ◆ 風邪の後(特に注意して下さい)
- ◆ 食欲がない時(水分が取れていないとき)

指導看護師:

病診連携での診療方針を患者さんに説明する用紙。病診での受診スケジュールのほか、血圧・体重測定を毎日行うように記載。「貧血のような症状」「最近むくみがひどい」等、かかりつけ医に相談すべきことも列記して、患者さんの自己管理チェックシートの役割もはたす。

腎炎・ネフローゼ症候群(CKD1・2期) 地域連携クリニカルパス

作成日: 2008年03月04日

ダミー 1
 患者氏名: ダミー予約 地域1 性別: 男 生年月日: 1975年01月01日
 北野病院ID: 90100000

アウトカム(達成目標)
 I CKDステージ進展防止
 II CKD合併症の予防・早期発見・早期治療

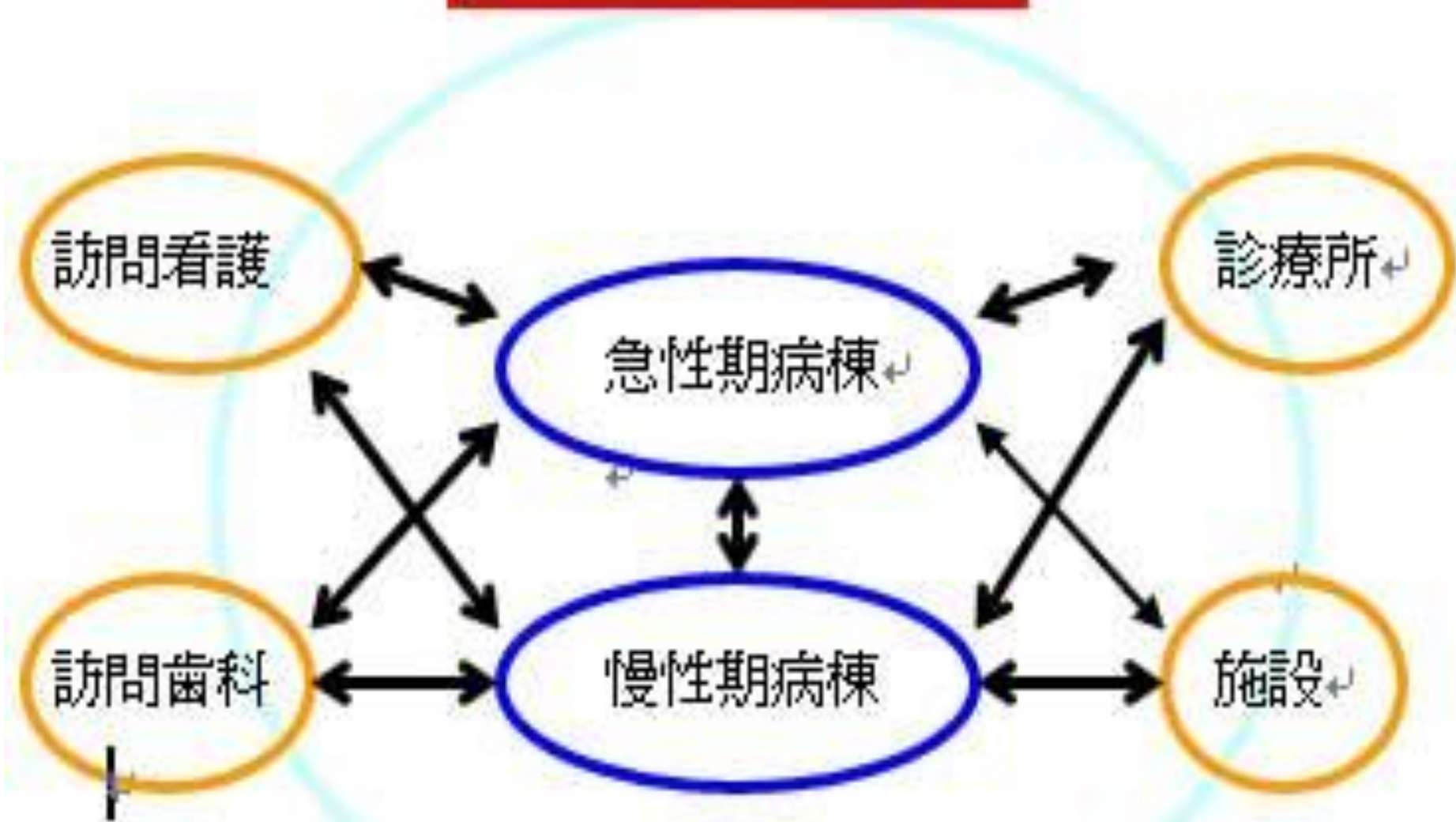
北野病院 ←		→ かかりつけ医(以下の内容の継続診療をお願いします)	
診察日 2009年03月04日		1ヶ月に1回受診 ⇒状態悪化なければ半年に1回北野病院受診	
抗血小板剤 <input type="checkbox"/> ACE阻害剤 <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 当院処方なし <input type="checkbox"/> その他	かかりつけ医処方 <input type="checkbox"/> 変更なし <input checked="" type="checkbox"/> 変更あり (内容は以下に)	<input checked="" type="checkbox"/> 尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白定量 <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン <input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査	<input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 採血(3ヶ月に1回) <input checked="" type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 合併症出現の有無
検査結果(別紙添付) <input checked="" type="checkbox"/> 尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白定量 <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン <input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	バリエーション(紹介の指標) ①浮腫による体重増加(0.5kg/日以上) (食べ過ぎ・運動不足による体重増加は別です) ②コントロールできない高血圧 ③腎機能悪化(クレアチン1.5倍悪化) ④新たな尿潜血出現 ⑤尿潜血悪化(2倍以上) ⑥持続する肉眼的血尿 ⑦尿蛋白の増加(2倍以上)	
全身状態 <input type="checkbox"/> 合併症の有無	<input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他	↓ バリエーション発生時は、北野病院受診予約を取ってください。 次回北野病院受診日:	

アウトカム(目標達成)、病診連携による目的、治療の方向性、北野病院、かかりつけ医双方の役割等の認識をひとつにするため明記

バリエーション(合併症)発生時の対応

コメント 《 診察のポイント! 》
 風邪の後、脱水になっていることが多く、一気に腎機能が悪くなる可能性があります。

地域一体型 NST



CKDは地域ぐるみで対策を行う必要がある。
そして地域ぐるみでNSTを構築する必要がある。

各現場

患者さまとの
コミュニケーション

各現場における
患者さまの情報収集

臨床検査技師

医師

看護師

地域NST

薬剤師

管理栄養士

各現場

各現場

知識・技術の結集および患者さま情報の共有から、
患者さまに今、必要な栄養支援策・最適な栄養摂取法の立案

ソーシャルワーカー

リハビリスタッフ

医事課

その他
スペシャリスト

毎日患者さまの
ベッドサイドに
NST合同回診

職種を超えた
チーム連携・協力

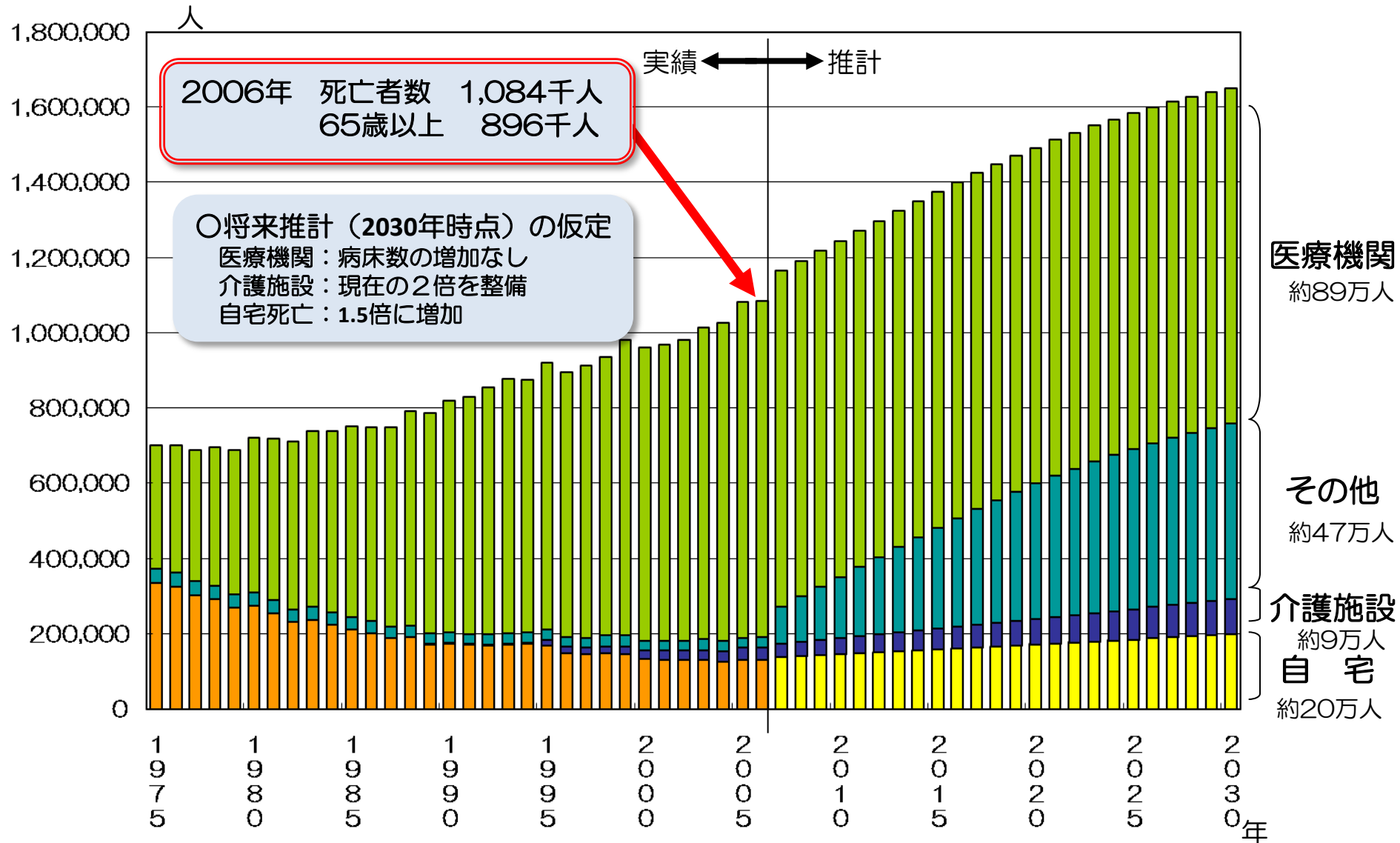
医療現場へのアクション！

パート3

在宅看取りとチーム医療



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム 36

病院死には病床が足りない 2030年団塊世代47万人の 「死に場所」が不足



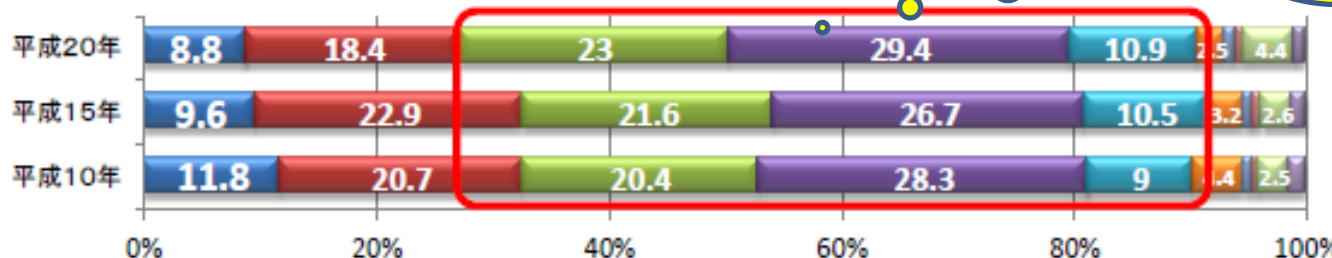
富士の樹海林

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。

最期まで出来るだけ、自宅で！

■終末期の療養場所に関する希望

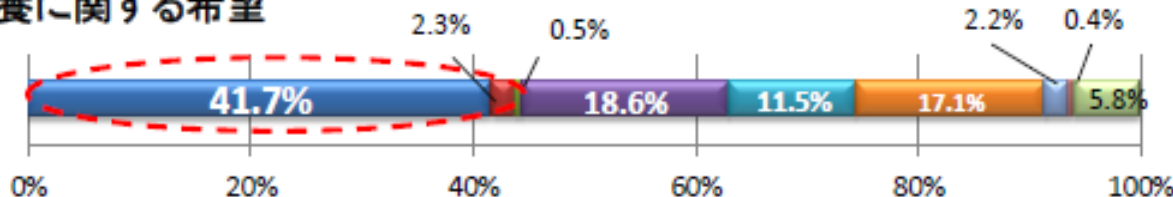


- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- 分からない
- 無回答

- 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



- 自宅で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- わからない
- 子どもの家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- その他

- 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%)

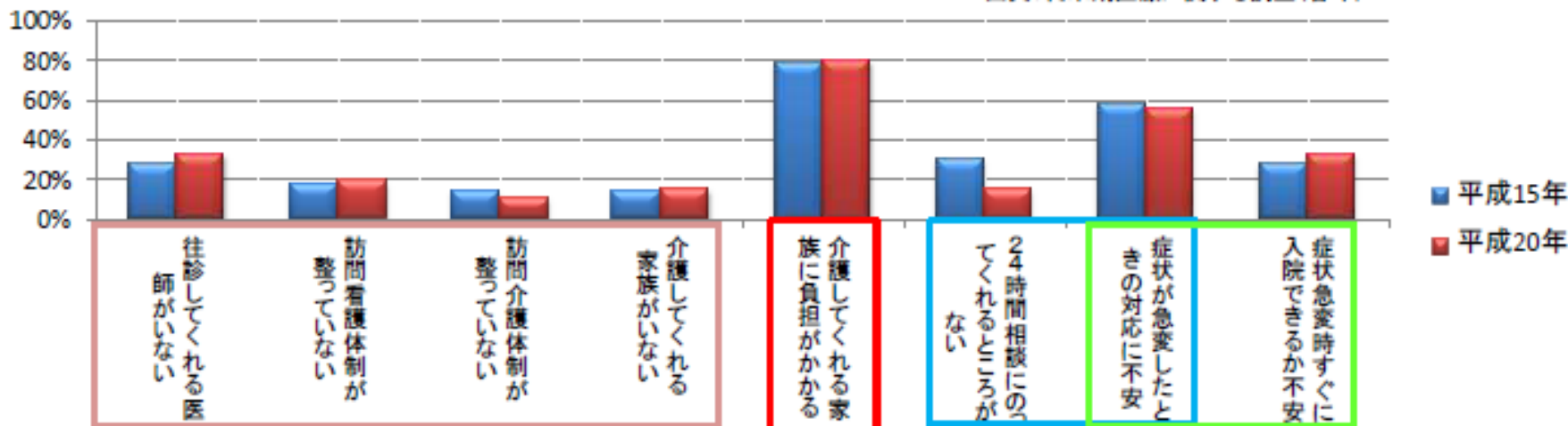
高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府) 10

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

地域で在宅看取りを支える
24時間365日体制が必要！

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

新川医療連携懇話会

- 在宅終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
 - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
 - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
 - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために



中川先生

緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

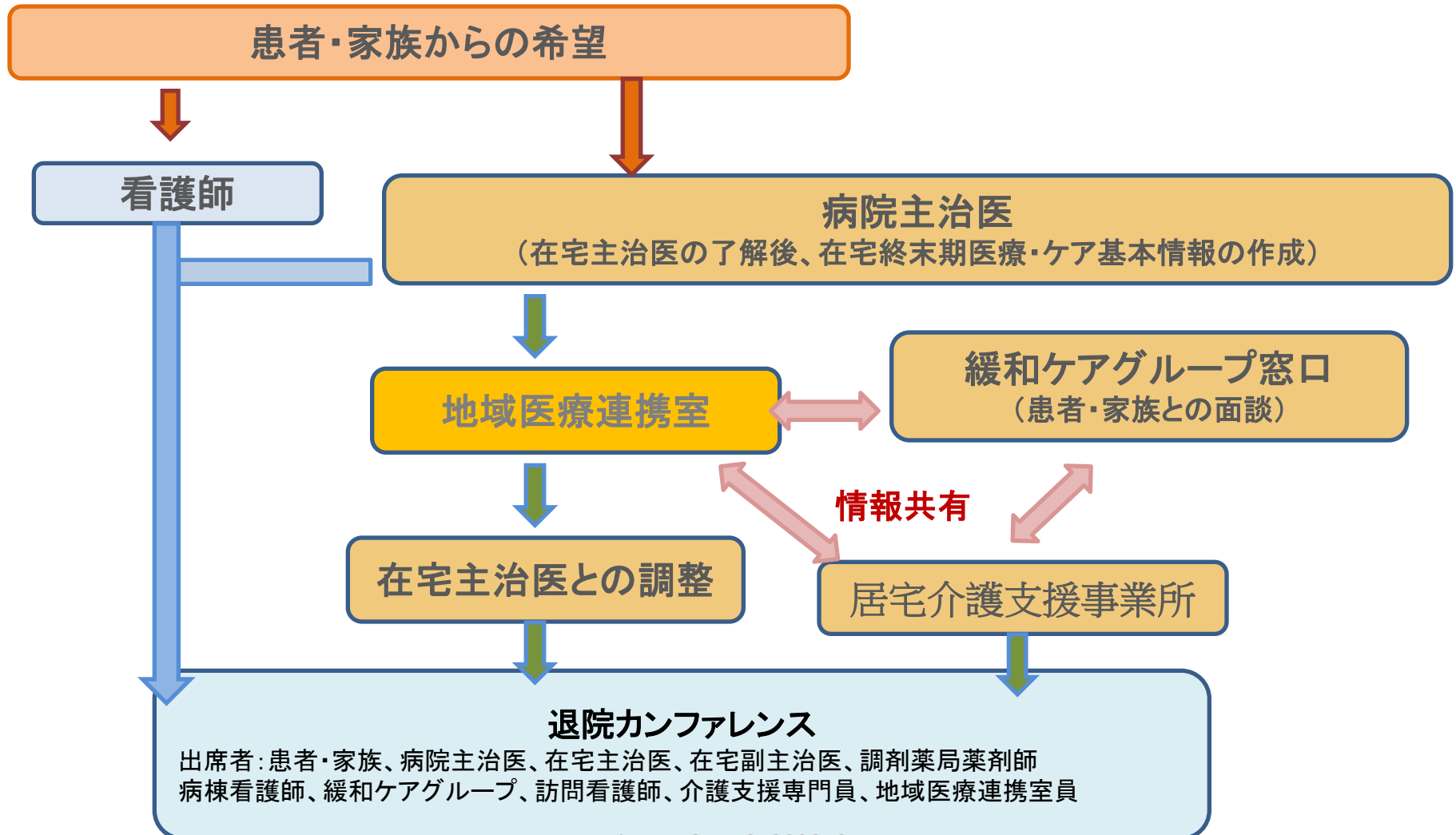
緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

病院入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

● 運用基準・留意点

- 対象者:がん等で余命6カ月以内と想定される患者
- 在宅医の選択:患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
- 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医
- 病診連携における役割分担
- 多職種チーム診療による介入
- 在宅栄養管理(経管、経腸栄養)
- 記録様式・書式の統一

在宅療養における栄養管理

- ① 病院からのPEGなどについての情報提供が不適切・不正確な事が多い。
- ② PEG患者 急増しているが、在宅医側にトラブルの際の対処法が浸透していない。
- ③ 栄養法は在宅がん終末期患者支援の重要な要素になりうるのではないかとの予測。

医療連携における在宅栄養管理の目標

- ① 紹介元病院から在宅医側へ 適切な情報提供がなされるようにすること。(スムーズな在宅医療移行のためのクリティカル・パスを構築する)
- ② 経腸栄養法(特にPEG)について、在宅連携医の知識や手技の向上を図り、一定のレベルを確保する。
- ③ PEGトラブル時に、適切な対処が出来るように研鑽を積むこと。
- ④ 主治医不在の時のトラブルについて、副主治医が対応出来るようにすること。
- ⑤ 栄養法に関連するスキン・トラブル等について、訪問看護ステーションとのスムーズな連携を図る。

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

（患者名） [] （生年月日）年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 里・女 []	
住所 [] TEL []	臨床経過： []
主たる介護人： [] 続柄 [] TEL [] FAX []	治療歴：1. 手術 有 ([]) 無 ([]) 2. 抗癌剤 有 ([]) 無 ([])
かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []	在宅移行時における病状の問題点 []
副かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []	予後に影響を与える因子 []
副かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []	臓器不全（心、腎、肝、他 []）
連携病院：病院 TEL [] FAX []	栄養状態： []
連携病院サポート医：科 []	出血（消化管 []、他 []）
担当看護師 []	腹水： []
在宅介護支援所： []	他： []
介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []	予後予測： [] ヶ月
家族構成（介護相談窓口および決定権者を記入下さい） []	連携病院への通院：必要 [] 毎、不要 []
[] 終いに対する対応	インフォームドコンセント []
終いに対する対応（本人・家族） []	告知：本人、家族（ [] ） 告知について
1. 最後まで自宅 []	内容 []
2. 最後は連携病院 []	本人： []
3. 状況により判断 []	家族： 告知理解度について []
緊急連絡先 []	精神的サポート 要 [] 不要 []
かかりつけ医→副かかりつけ医 1→副かかりつけ医 2→救急外来 []	告知理解度 [] 療養から死への不安点 []
診断：主 [] 癌 [] 転移： []	本人：十分 [] 不十分 []
副 1. [] 2. []	家族：十分 [] 不十分 []
3. [] 4. []	療養方針 []
既往歴： []	[]

1. 全身状態の管理

- PS (performance status) 0、1、2、3、4 []
- 栄養：経口 [] 非経口 []
- 留置カテ：有 ([])、無 ([])
- 排泄：自力 []、介助 []
- 褥瘡：有 [] 無 []
- 口腔ケア：有 [] 無 []
- その他のケア内容 []

2. 投薬内容 [] **疼痛管理について**

3. 疼痛管理 []

無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []

麻薬 []

NSAIDs []

訪問看護（指導ならびに実行状況） []

- 口腔ケア 有 [] 無 []
- 入浴 自宅 [] サービス（自宅 デイ） []
- 褥瘡処理 有 [] 無 []
- 清拭 指導 [] 家族 [] ヘルパー []
- 他 []

介護

- ヘルパー 有 [] 無 []
- デイサービス 有 [] 無 []

入力者 []

自動入力 []

病院担当医 []

病院担当Ns []

緩和グループ担当者 []

ケアマネージャー []

在宅かかりつけ医 []

Mitsuyo Goto 07292010

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

患者・家族用

作成日 年 月 日

____様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

副主治医 1 _____ TEL _____

副主治医 2 _____ TEL _____

連携病院 TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

薬局名

アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

ケアマネージャー入力
氏名 _____

かかりつけ医が入力

作成日 年 月 日

____様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

連絡先

（下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が

悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない

場合や、その先生の指示があれば、以後2、3、4の順に連絡してください。

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

2 副主治医 1 _____ TEL _____

3 副主治医 2 _____ TEL _____

4 ○○病院 TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

薬局名

アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

様式の統一

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

開始日 _____ 様 4 w						_____ 様 8 w					
日付	開始日	1W	2W	3W	4W	日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題点（特記事項）						問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者						（一般状態）記載者					
PS						PS					
栄養状態						栄養状態					
精神状態						精神状態					
身体所見						身体所見					
（投薬）記載者						（投薬）記載者					
疼痛管理						疼痛管理					
麻薬						麻薬					
NSAIDS						NSAIDS					
他						他					
補液						補液					
(検査)						(検査)					
(病状説明)						(病状説明)					
他						他					
（訪問看護）記載者						（訪問看護）記載者					
食事						食事					
排泄						排泄					
清拭						清拭					
入浴						入浴					
精神面						精神面					
他						他					

項目	13 W 3月29日	14 W 4月5日	11 V 4月6日	12 W 4月12日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少		本日IVHに注入ホアア導入	意識レベル低下(TEL前) PM-7時

(一般状態) 記載者	上田	藤田	上田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	腹水・浮腫	腹水・浮腫	腹水・浮腫 腹水(CT) 浮腫 尿300ml

(投薬) 記載者	藤田	上田	藤田
疼痛管理	疼痛+NSAIDs		疼痛+NSAIDs
麻薬	オキシコドン(5)IT		オキシコドン(5)IT
NSAIDs	ロキソニン375/日		ロキソニン375/日
他			
補液	0.9%NaCl 500ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml	0.9%NaCl 500ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml	0.9%NaCl 850ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml
(検査)	IVHホアア(1F) 自覚病下	IVHホアア(1F) 自覚病下	IVHホアア(1F) ホアア注入 100ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬と IVHホアアの用法 を確認(理路)	添付添え シシ72(1ml) 理路	BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20/分

(訪問看護) 記載者	上田	上田
食事	水分摂取量UP	果物、ビーチ摂取
排泄	排便 364	排便 400/日
清拭	1000ml	1000ml
入浴		1000ml 有効
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃ KT 37.0℃ P.30 BD 100/62 PPa 98%	KT 36.6 P.72 P.16 BD 96/62 PPa 98% 工場の新築工事 費用 84.5m 足場撤去完了

(訪問介助) 記載者		

項目	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19日
問題点(特記事項)		15血圧80% 27(低下) 経口摂取低下	27(一時的) 15(低下) 経口摂取低下	17(4時) 永眠

(一般状態) 記載者	藤田	上田	藤田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor		
精神状態	正常		
身体所見	腹水・浮腫 142cm		20時夜3時で 永眠(入室後)

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田
疼痛管理			
麻薬			
NSAIDs			
他			
補液	①オキシコドン注 850ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml ②オキシコドン注 14単位 ③オキシコドン注 14単位		主治医藤田の 小児科内診で の看護に お任せして お任せして お任せして
(検査)	①オキシコドン注 100ml/h ②オキシコドン注 100ml/h ③オキシコドン注 100ml/h	④オキシコドン注 100ml/h ⑤オキシコドン注 100ml/h ⑥オキシコドン注 100ml/h	⑦オキシコドン注 100ml/h ⑧オキシコドン注 100ml/h ⑨オキシコドン注 100ml/h
(病状説明)	家族から「再入院 してほしい」と お任せして	入院日14月20日 11時10分 11時10分 11時10分	20時血圧80% 27(低下) 15(低下) 17(4時) 永眠
他	市庁外に お任せして お任せして	説明	説明

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ 少量摂取
排泄	排便 364
清拭	全身清拭
入浴	1000ml 有効
精神面	安定
他	KT 36.5℃ P.80 R.120/分 BD 108/62 PPa 98% 費用 89.0m 下半身清拭 有効 お任せして

(訪問介助) 記載者		

出所: 中川彦人

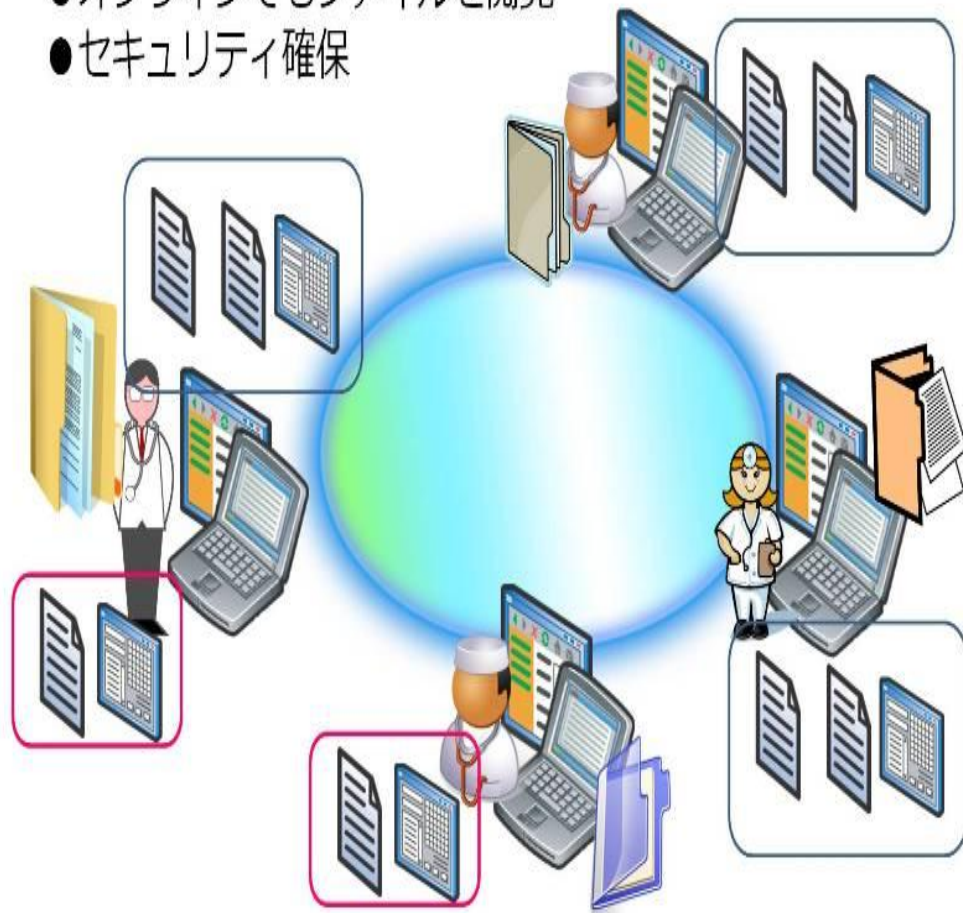
マイクロソフトGroove

Office Groove 2007



インターネット接続

- パスのファイルをメンバーで共有して更新
- オフラインでもファイルを開覧
- セキュリティ確保



※ 今年バージョンアップして
SharePoint Workspace 2010
に商品名変更

ディスカッション

ワークスペース メンバ

新規作成 ビュー ツールバー (デザイン)

日付	件名	作成者
2010/02/24 2:11	Re: 介護保険での負担について	藤岡 智也
2010/02/18 10:24	訪問介護の時間変更	佐藤 智彦子
2010/02/23 15:33	皮下刺入針の周りに塩の結晶のような粉が析出するのですが・・・	藤岡 智也
2010/02/24	Re: 皮下刺入針の周りに塩の結晶のような粉が析出するのですが・・・	藤岡 智也
2010/02/24	Re: 皮下刺入針の周りに塩の結晶のような粉が析出するのですが・・・	藤岡 智也
2010/02/2	塩野義製薬から提供された『結晶析出事例』のレポート	藤岡 智也
2010/05	Re: 塩野義製薬から提供された『結晶析出事例』のレポート	藤岡 智也
2010/20	在宅における大量オピオイド使用例のローテーションは・・・ 了解しました	藤岡 智也
2010/02/23 21:42	2010年2月23日(火)住診	藤岡 智也
2010/03/10 1:16	結局 ワインは飲まなかった	藤岡 智也
2010/02/24 0:06	調剤薬局の変更	藤岡 智也
2010/02/24 8:20	医療費控除について	藤岡 智也
2010/03/12 14:32	最近の精神状態に関して	藤岡 智也
2010/03/12	Re: 最近の精神状態に関して	藤岡 智也
2010/03/23 22:37	3月23日訪問診療	藤岡 智也
2010/03/29 15:07	自宅訪問してみ	藤岡 智也
2010/03/30 15:15	2月分請求額	藤岡 智也
2010/03/31	Re: 2月分請求額	藤岡 智也
2010/04/06 23:55	腫瘍増大傾向が懸念されます。	藤岡 智也
2010/04/07	Re: 腫瘍増大傾向が懸念されます。	藤岡 智也
2010/04/07	Re: 腫瘍増大傾向が懸念されます。	藤岡 智也
2010/04/10 11:10	教えてください	藤岡 智也
2010/04/12	Re: 教えてください	藤岡 智也

実際の症例画面です。
ディスカッションは非常に活発！！
コメディカルスタッフの発言が多い
のにびっくり！！

件名 皮下刺入針の周りに塩の結晶のような粉が析出するのですが・・・

カテゴリ
作成者: 藤岡 智也 作成日時: 2010/02/23 15:33 更新者: 藤岡 智也 更新日時: 2010/07/11 23:56

皮下刺入針の画像をアップしました。塩酸モルヒネ持続注入用の皮下刺入針の周りに結構な量の白っぽい粉が析出します。周りの固定用テープの辺りまで認められます。在宅管理になってからずっとこの状況が続いています。ご本人は県中ではこんな現象は無かったと思うとのこと、とても気にしておられます。私も最近その量が増えている様に思います。一体何なのでしょう？ 県中の時と同じ刺入針と同じ固定用テープ材(テガダーム)を用いています。腹部皮膚は殆どの部位に皮下硬結を作っています。そのため持続注入薬液が皮下で十分に吸収されず、針と皮膚組織との間隙を伝って皮膚上に漏れ出し乾燥したものではないかと疑っています。ただ、テガダームの下が液体で濡れている様な状況は認められていません。ご意見をお願い致します。

現在のビュー: 日付別 ビューのレコード数: 112

ワーク 受信者の追加
送信
チャット
よく使う機能
ツールの未読通
ツールの追加
ワークスペースのプ
メンバにメッセージ

画像



R0011754s



1/20



ワークスペース メンバ

- 富山県立中央病院 地域...
- 地域連携室
- 藤が丘クリニック
- 藤岡 照裕
- ストローハット
- サポート (ストローハ...
- 中川医院
- 中川 彦人
- 藤岡医院
- 藤岡 三郎
- 川瀬医院
- 川瀬紀夫
- メープル薬局
- 見澤 哲郎
- 富山県立中央病院
- 渡辺俊雄
- 黒部市民病院 在宅介護...
- 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
- 金谷 雅美

ワークスペースに... 受信者の追加
-名前または電子- 送信

チャット

よく使う機能

- ツールの未読通知の無効化
- ツールの追加
- ワークスペースのプロパテ...
- 自分が使用している他のコ...

ファイル 1

ディスカッション

予定表

画像 1



55.6 KB

出所:中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

- 予定表 - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

予定表

新しい予定... 今日 日 週 月

2010年 3月 日単位ウィンドウの表示

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
2月 28日	3月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	2日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	3日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	5日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護	6日
7日	8日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護	9日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	10日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	11日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	12日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:00 訪問介護 17:30 訪問介護	13日
14日	15日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	16日 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	17日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	18日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	19日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	20日
21日	22日 13:30 訪問看護	23日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 16:00 訪問介護	24日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	25日	26日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	27日
28日	29日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	30日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	31日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	2日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:30 訪問介護 17:30 訪問介護	3日

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
 - 千代 英夫
- 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
 - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
 - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
 - 金谷 雅美
- 藤岡医院
 - 藤岡 三郎
- ストローハット
 - サポート (ストローハット)
- 中川医院
 - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
 - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕
- メープル薬局
 - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加
 -名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

194 KB

出所: 中川彦人

ICT化のメリット

あんしん在宅ネットにいかわ

- 1. 患者さまの情報が迅速にかつ適確に得られる。
- 2. 情報の種類が多く情報量も多い。
- 3. 情報がきれいで読みやすい。
- 4. Faxなどの紙媒体に比べ管理しやすい
- 5. 自分が往診や訪問をしていない日でもリアルタイムの情報が得られる
- 6. 連携相手の状況や時間を気にせず情報伝達ができる。
- 7. 稀にしか対応しない副主治医でも適確に情報が得られる。
- 8. 訪問看護や訪問調剤薬局では、訪問前の準備がしやすい。
- 9. ディスカッション機能の利用で、疑問点の解決につながる。
- 10. チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者さまに向き合うことができる



あんしん在宅ネットにいかわ
患者さんが亡くなったあとの
デスクカンファレンスに発展

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

-
- 社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン
- 在宅医療は究極の多職種連携とチーム医療
- 栄養サポートチームから地域NSTへ！
- 医療と介護の連携を通じて、地域包括ケアシステムを創りあげていこう。

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

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