

# 2025年へのロードマップ ～地域包括ケアと栄養ケアマネジメント～



国際医療福祉大学大学院教授  
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員  
武藤正樹



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
  - 医療介護一括法と地域医療ビジョン
- パート2
  - 地域包括ケアシステムが必要なワケ
- パート3
  - チーム医療と栄養士
- パート4
  - 地域包括ケアと栄養ケアマネジメント
- パート5
  - 医療と介護を結ぶ人材～医療福祉連携士～



# パート1

## 医療介護一括法と地域医療ビジョン



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論  
社会保障制度改革国民会議（会長 清家慶応義塾大学学長）  
が2012年11月30日から始まった

# 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(1990~2060年)

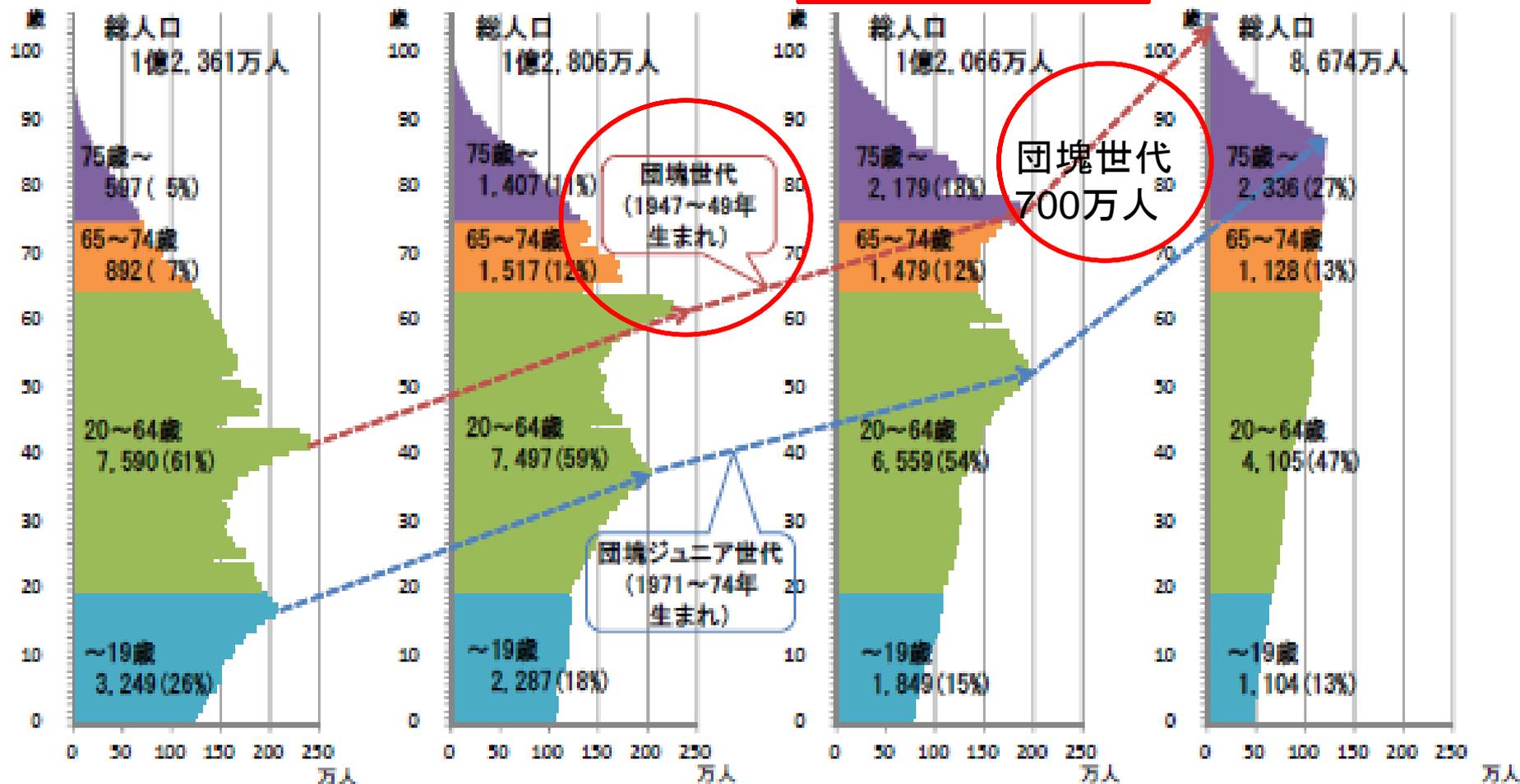
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

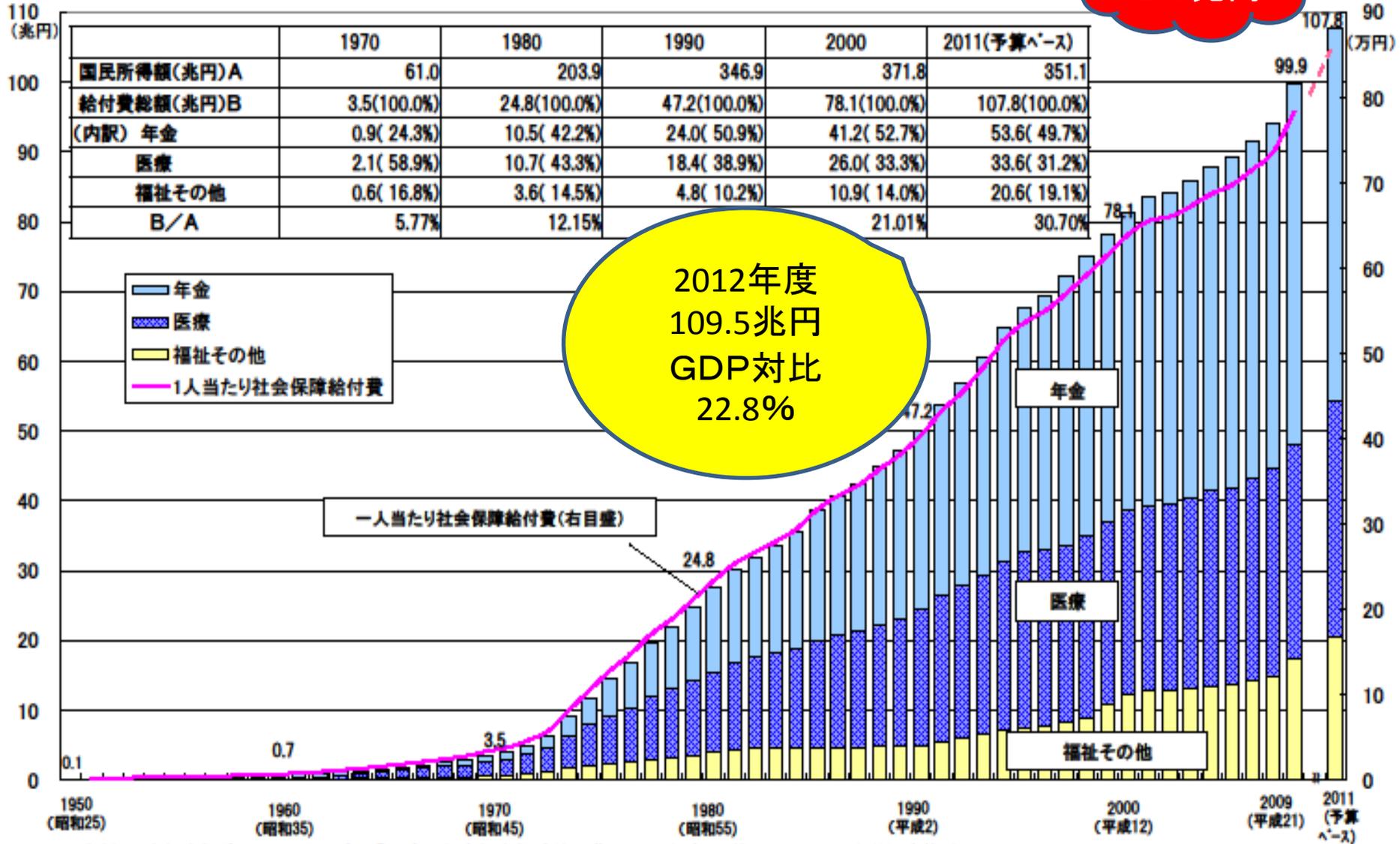
平成72年 (2060年)





# 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。

# 社会保障給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円  
(GDP対比22.8%)

148.9兆円  
(GDP対比24.4%)

消費税増税は、  
社会保障給付費  
に充当するため

介護  
2.34倍

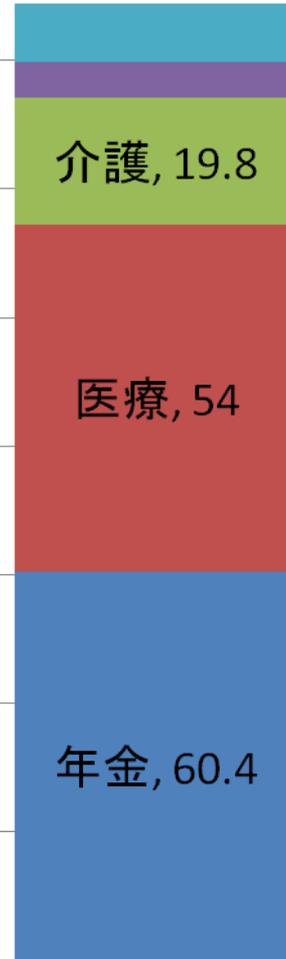
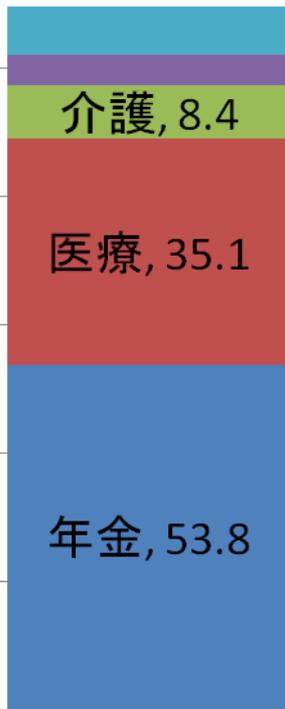
医療  
1.54倍

年金  
1.12倍

- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度



消費税アップ1年半、先延ばし  
2017年4月をメドに



野党 候補者擁立など急ぐ構え

# 消費税アップ先延ばし

## 2015年度厚労省予算縮小

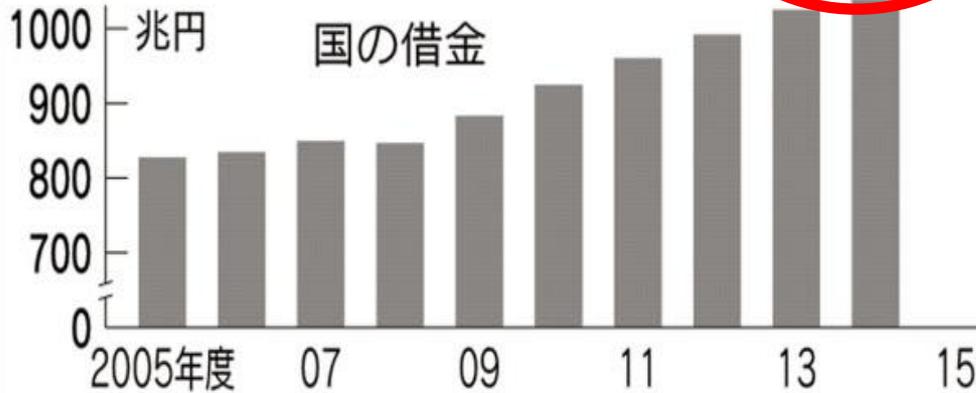
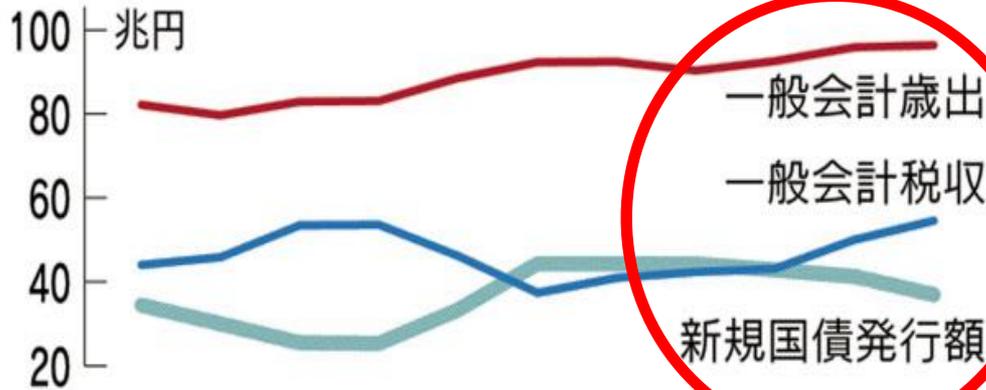
- 2015年度予算における「社会保障の充実策」予算の概要
- 財源は税率10%への再増税が延期されたことに伴い、2015年10月から増税分、約3千億円減った
- しかし、消費税率8%への引き上げによる増収分1兆3500億円
- これに社会保障と税の一体改革に基づく医療や介護の見直しで1400億円を節約して上積みし、合計1兆4900億円を確保
- 医療と介護分野に8千億円強
  - 医療、介護では、15年度に新たに拡充する施策に4300億円程度
    - 国民健康保険を安定させる基金の創設(200億円)
    - 国保の財政支援に1900億円、認知症施策に200億円など
    - 介護職員の処遇改善にも700億円以上を充てる
    - 医療介護に係わる新たな基金(地域医療介護総合確保基金)は医療は昨年度と同額900億円を充て、介護に800億円、合計1700億

# 2015年度予算案の概要と 介護報酬改定



# 2015年度予算案の概要

## 新規国債発行額は40兆円を下回る



(注) 当初予算ベース。国の借金は長期、短期などの合計、年度末時点、14年度は9月末

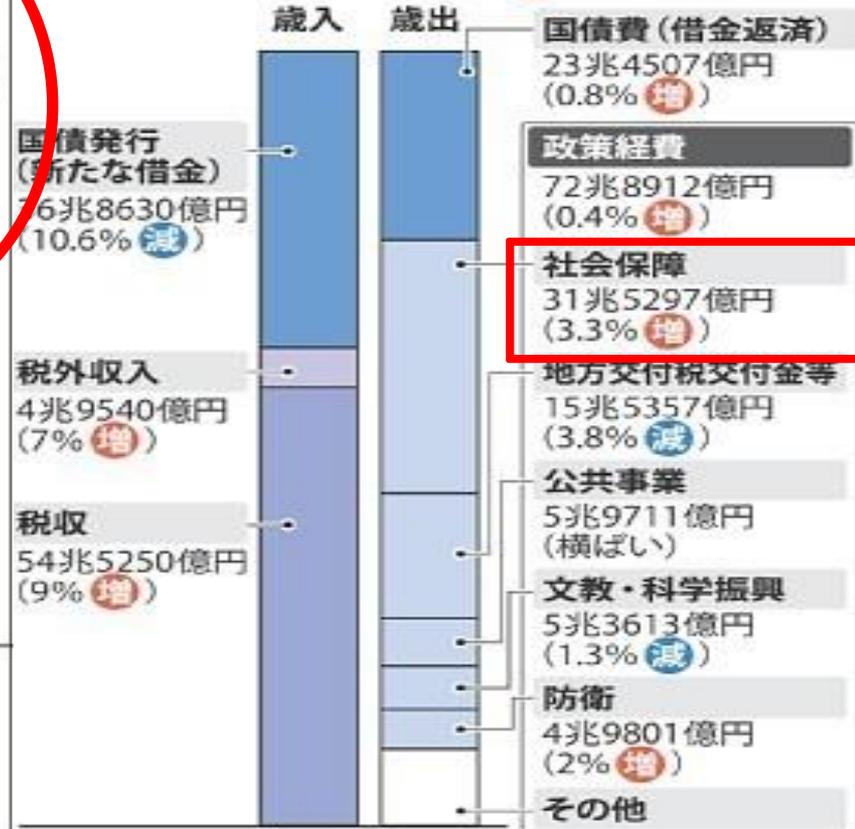
## 2015年度予算案の概要

※カッコ内は前年度当初予算比増減率。四捨五入の関係で、合計が合わないことがある。⬆は増加、⬇は減少

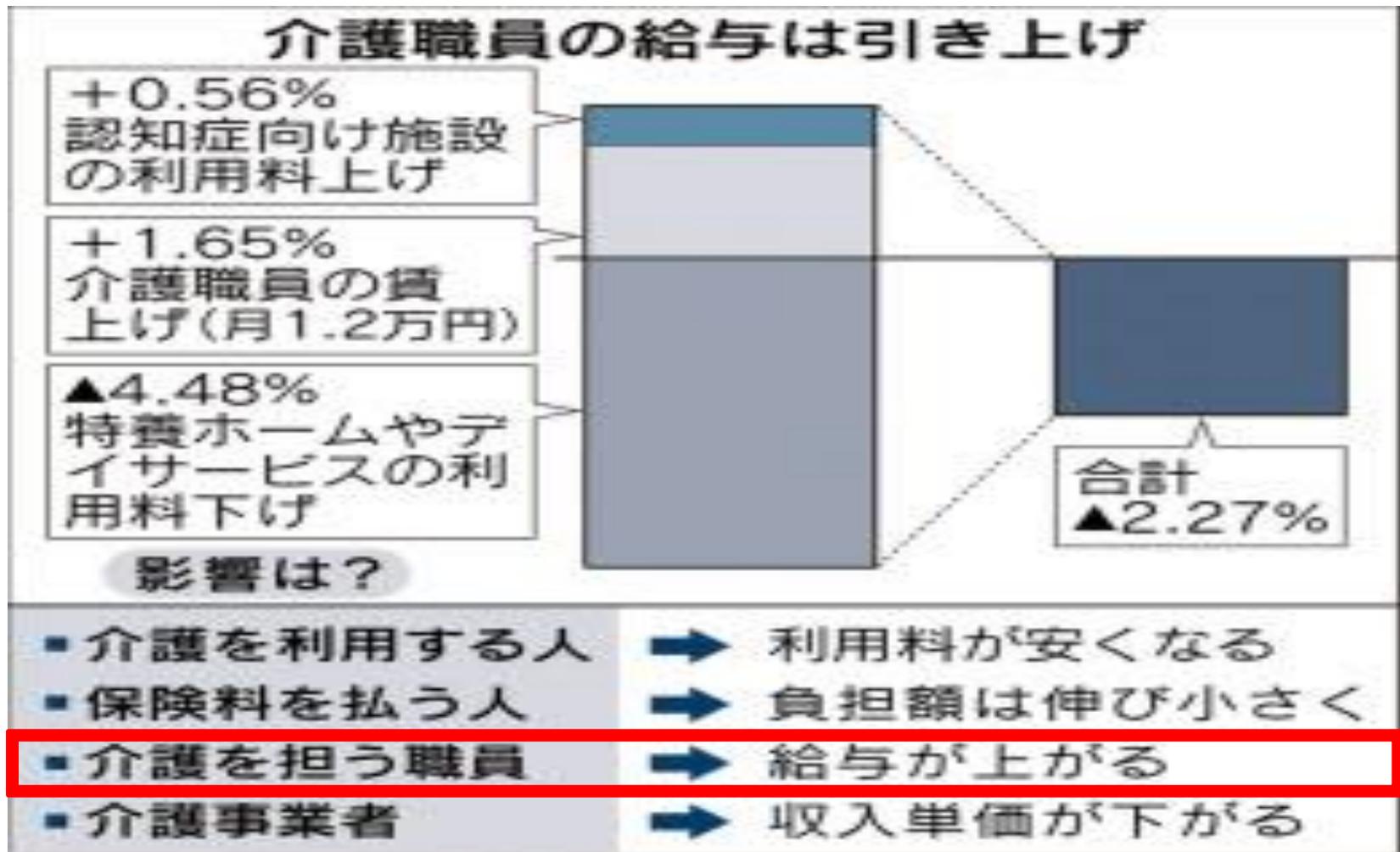
2年連続  
過去最大

### 一般会計総額

96兆3420億円 (0.5% 増)



# 介護報酬、9年ぶり下げ 2.27%減額決定



# 地域医療介護一括法



# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

# 国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能情報報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知

# 国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
  - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
  - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
  - 医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度見直し

# 社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
  - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
  - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
  - ・ケアマネジメント機能の強化 等

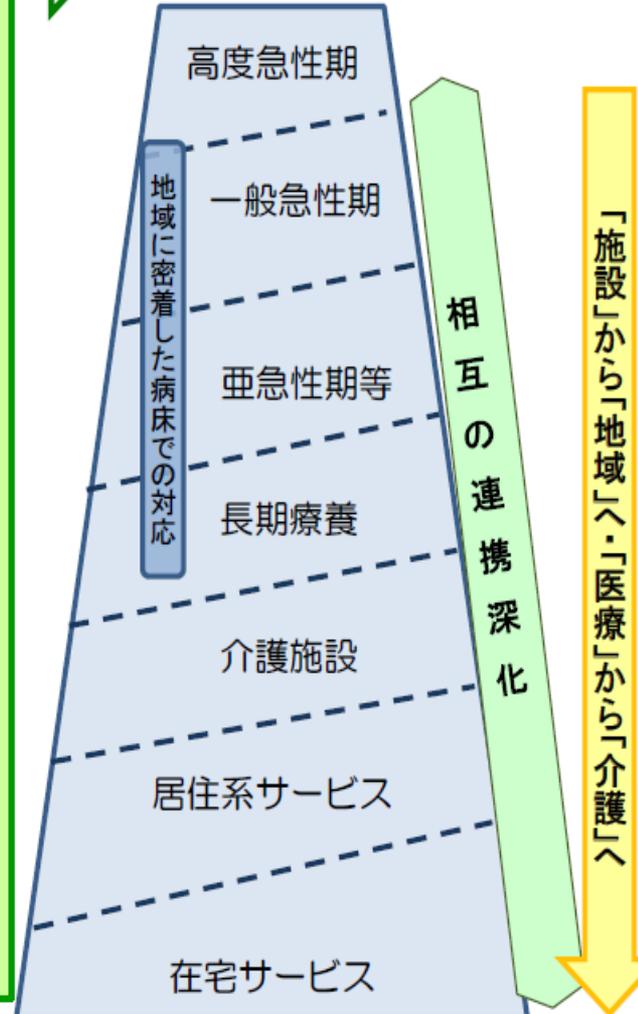
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

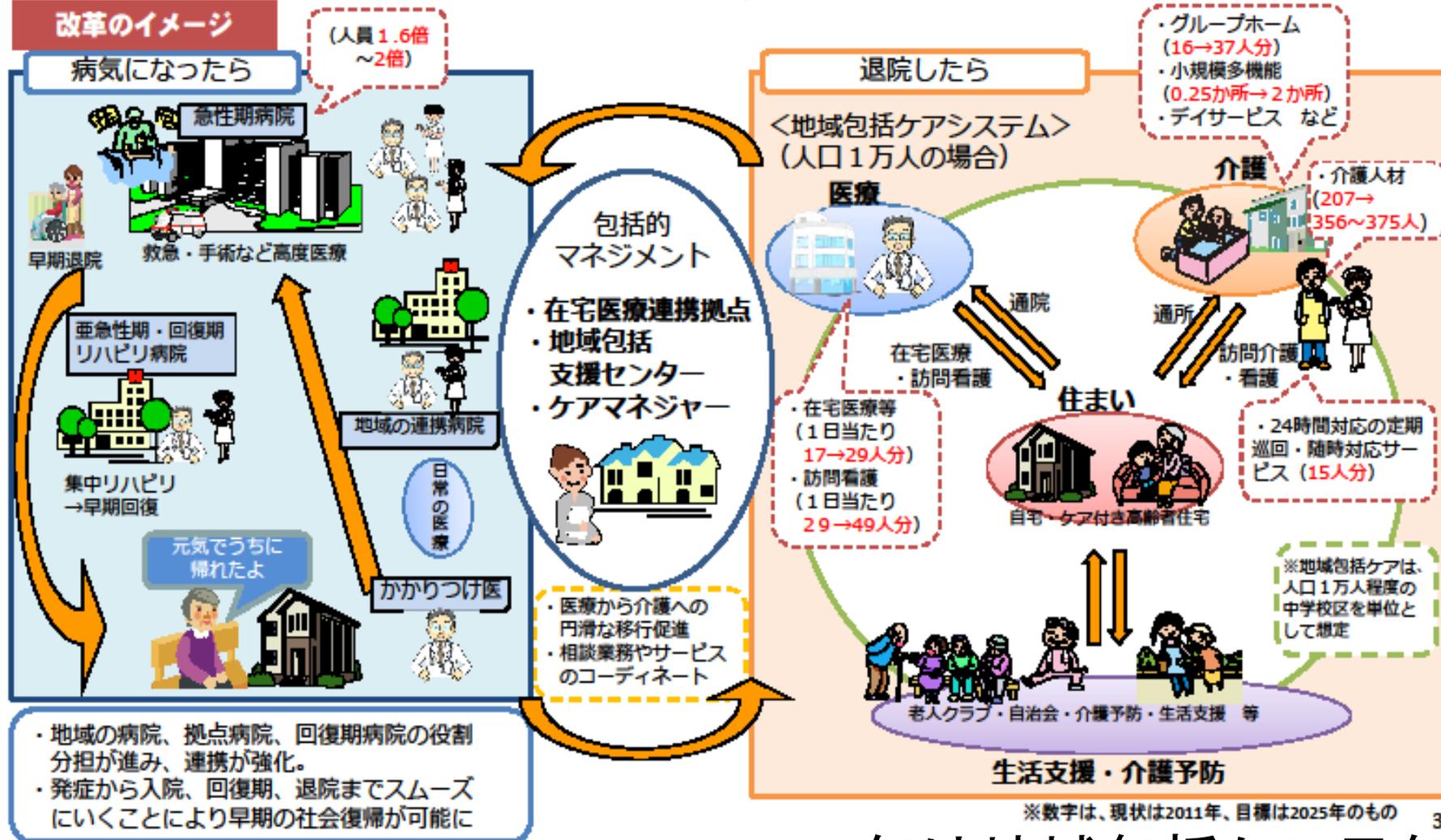
## 改革の方向性 ②

## 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



2012年は地域包括ケア元年

# 地域医療・介護一括法成立可決(6月18日)

## 医療

基金の創設：医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度：医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想：都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

6月18日可  
決成立

(カッコ内は施行時期)

5月14日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

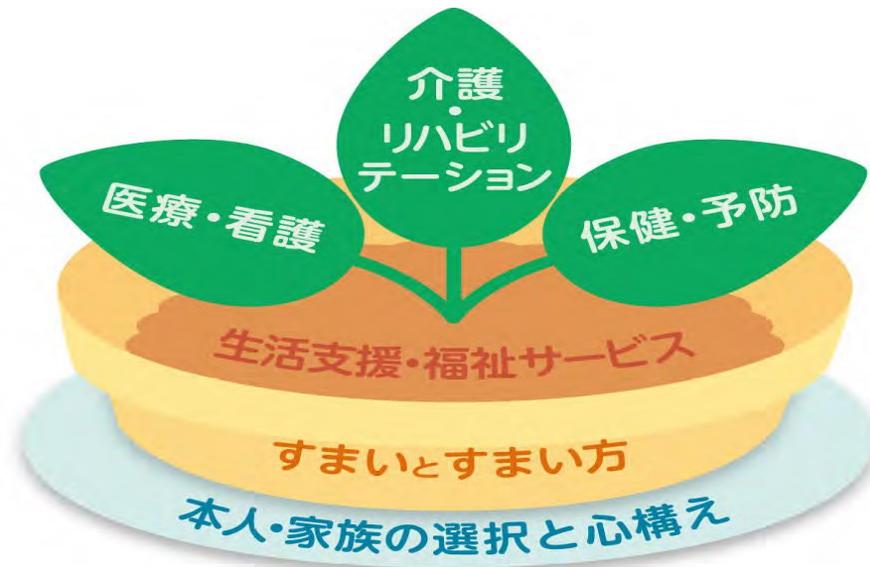
FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致  
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

## パート2

# 地域包括ケアシステムが必要なワケ

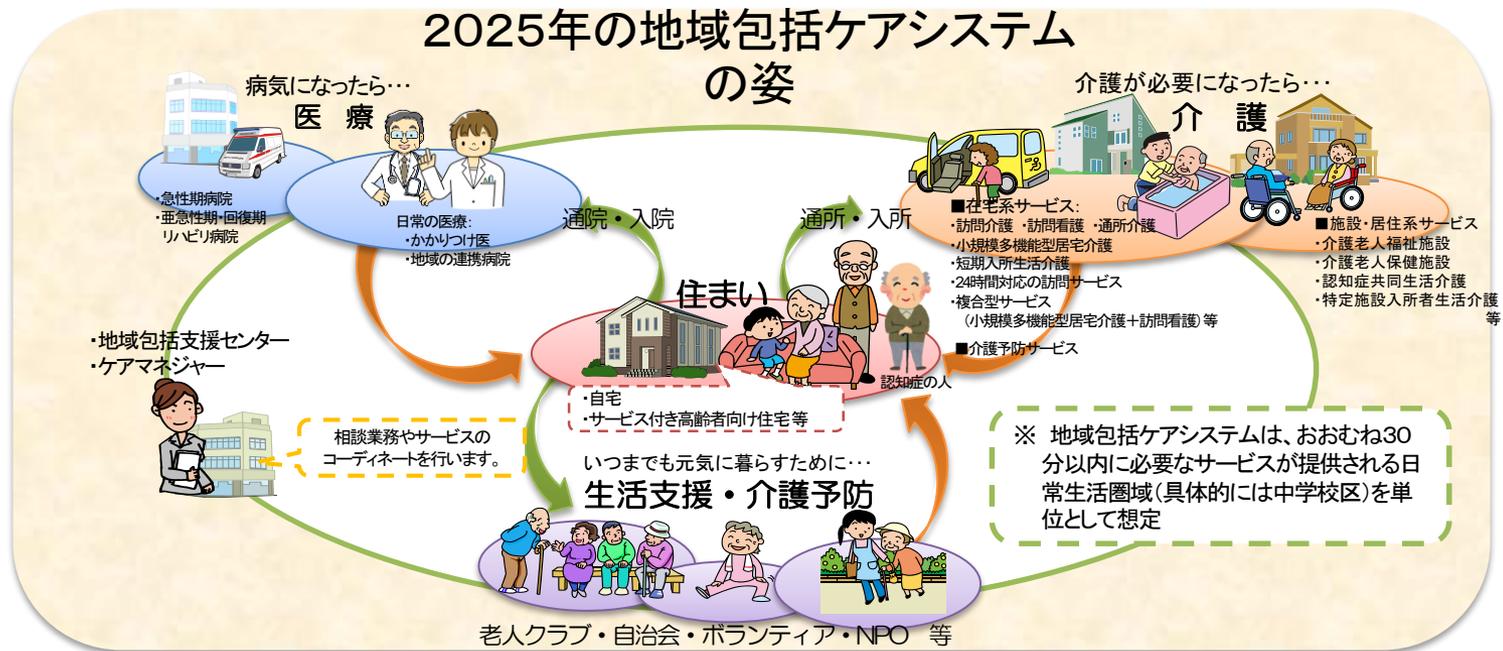


# 地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

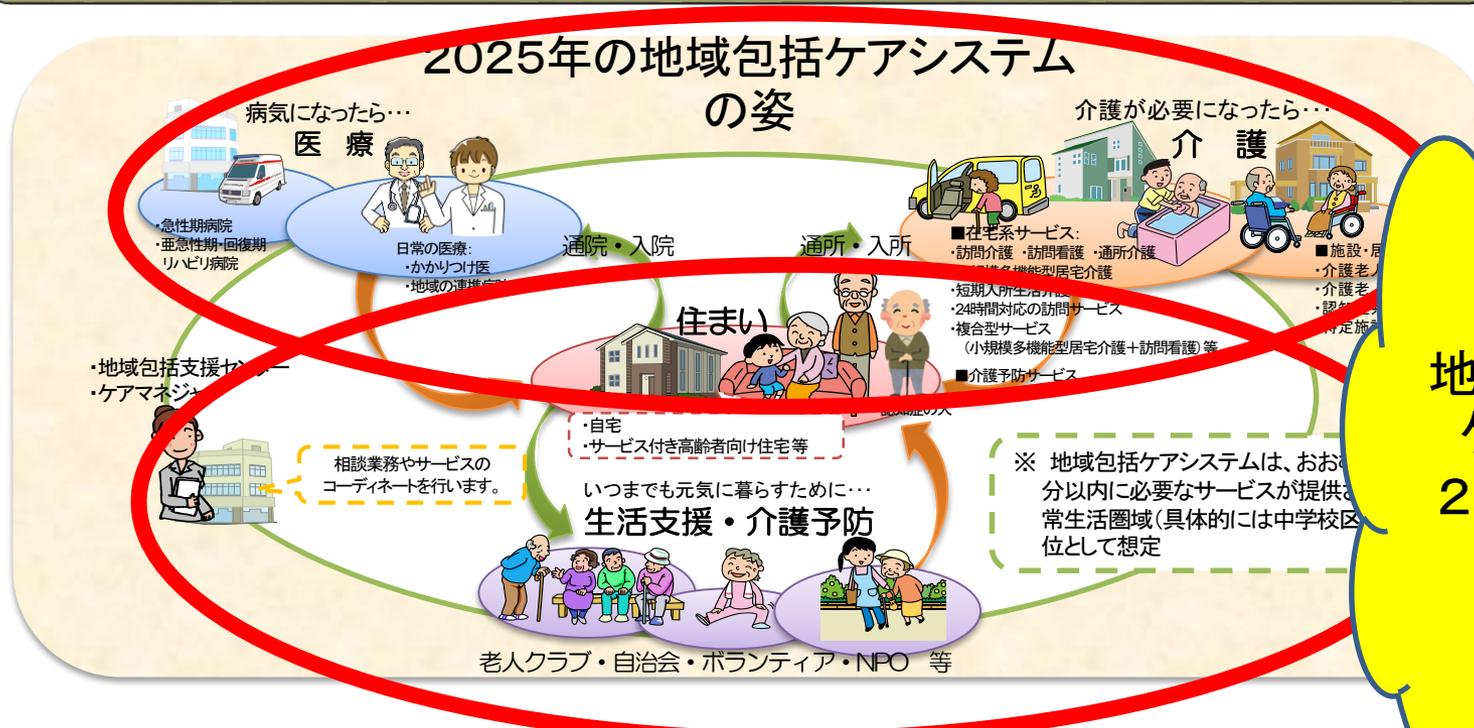
# 平成25年 地域包括ケアシステム

- **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システムの実現**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ります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



# 平成25年 地域包括ケアシステム

- **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システムの実現**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ります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



地域包括  
ケアの  
2段重ね

# 地域包括ケアシステムが 必要な2つのワケ

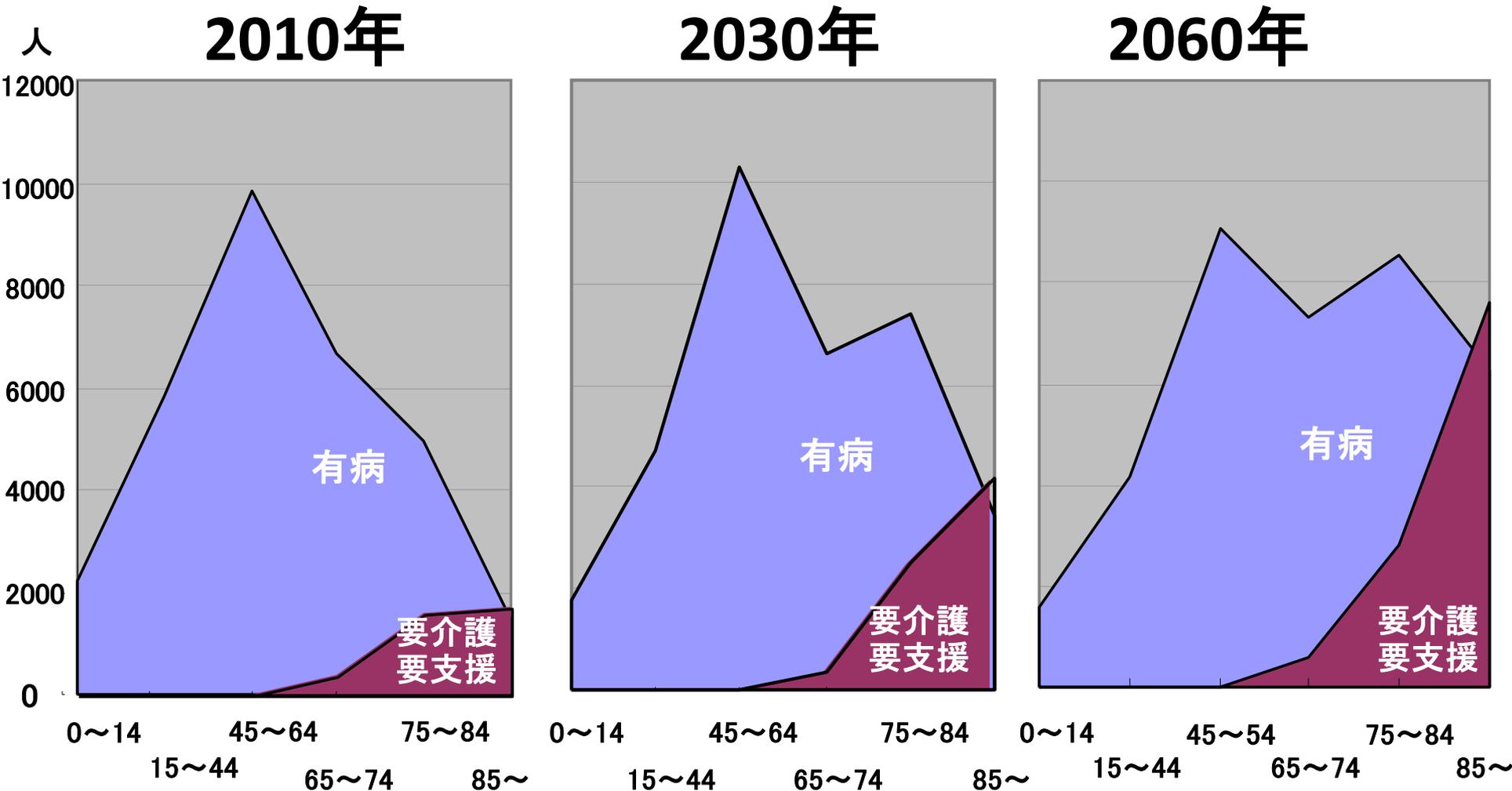


地域包括ケアには  
ケアサイクル論が最適

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）  
文部科学省 科学技術・学術政策研究所 客員研究官

# 医療・介護需要の変遷

## 有病・要介護・要支援者人口10万当たり



長谷川敏彦氏資料より

一人の患者・要介護者の  
個表を時系列で繋いだもの

**例**

**76歳男性／脳卒中**

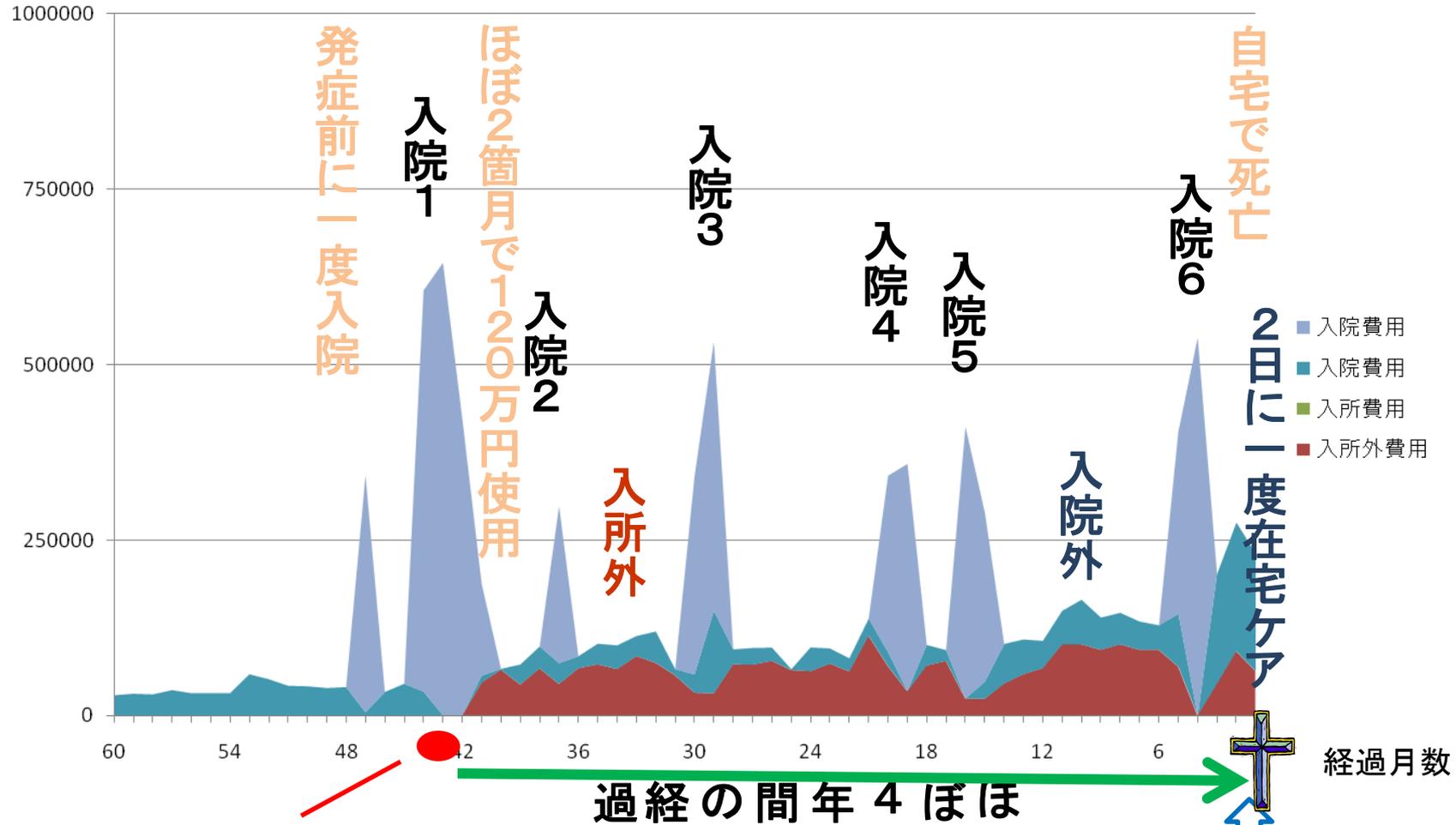
**ケアサイクルを見てみよう！**

# No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

## 76歳男性／介護主病名：脳卒中

費用(円)

1ヶ月個人単位請求額

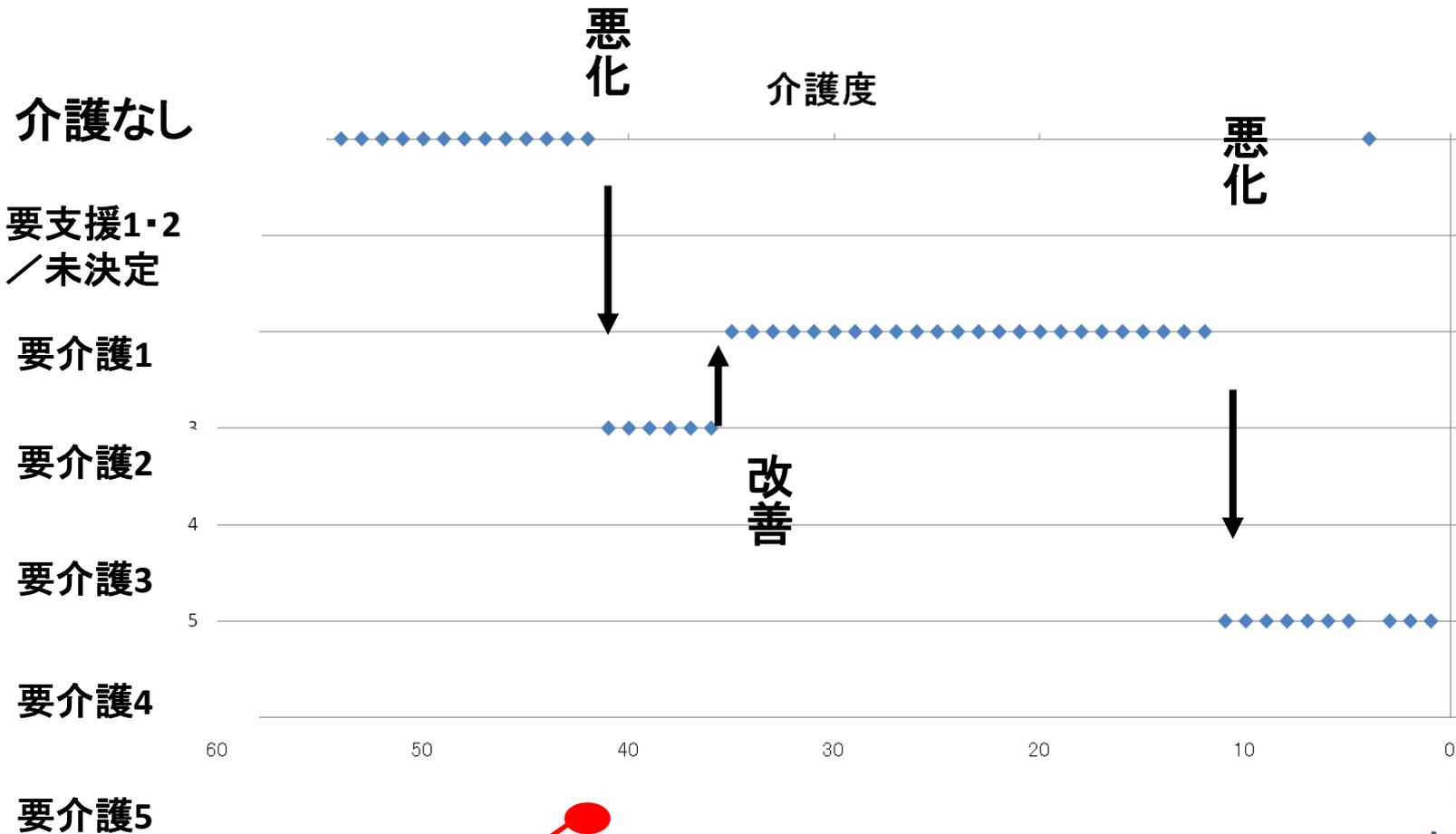


脳卒中  
発症

2007年7月23日 76歳で死亡

# No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

## 76歳男性／介護主病名：脳卒中



# No.49 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

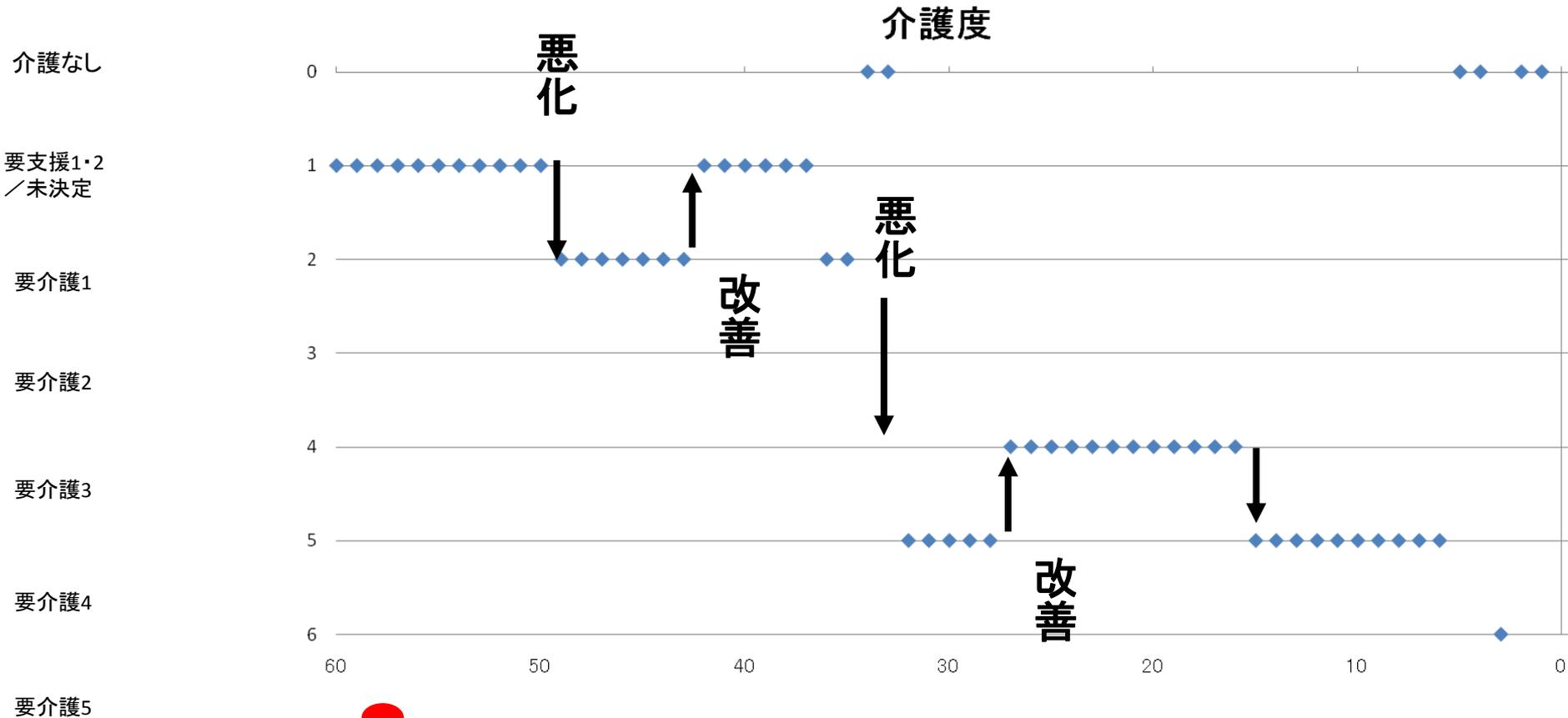
## 91歳女性／介護主病名：脳卒中

費用(円)



# No.49 死亡前60ヶ月間の介護度推移

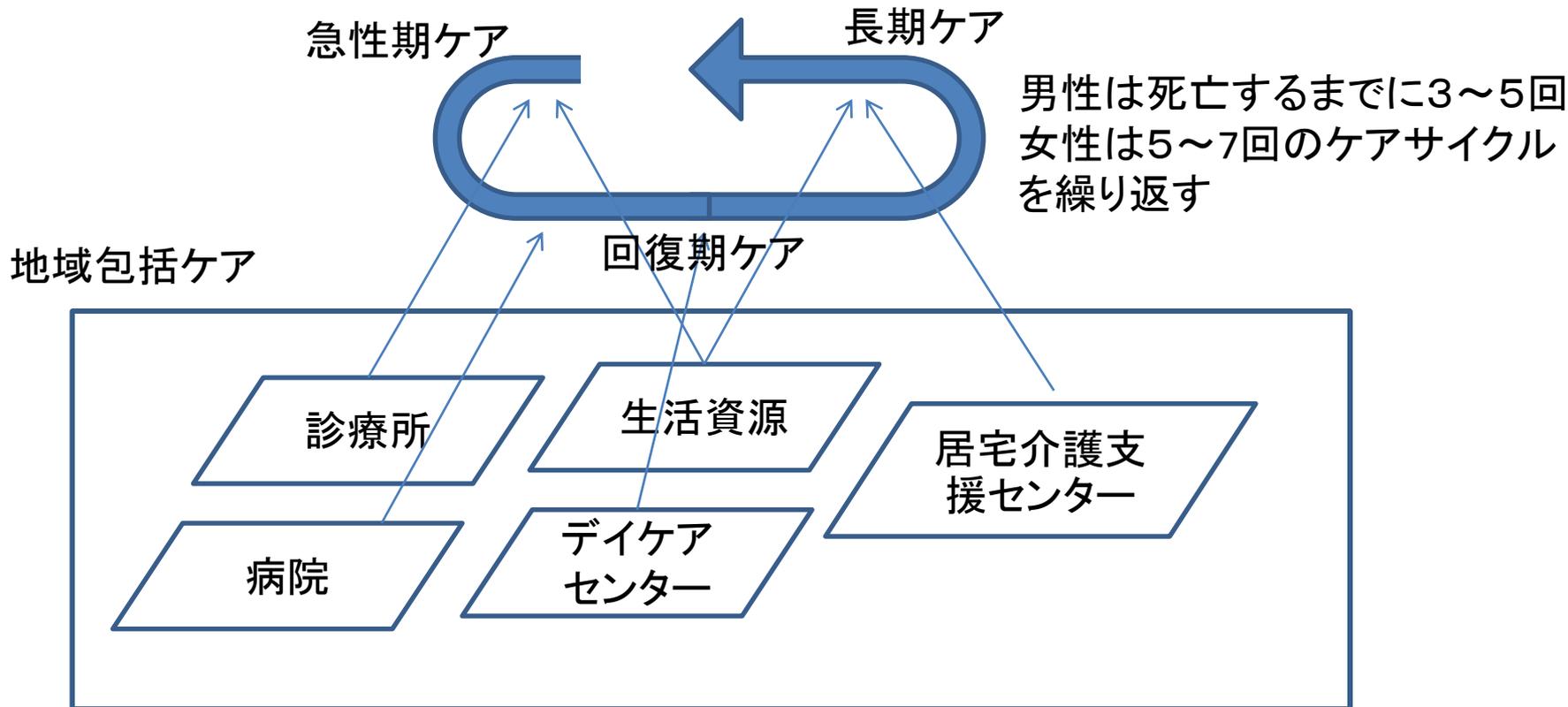
91歳女性／介護主病名：脳卒中



脳卒中  
発症

2007年7月25日  
91歳で死亡

# ケアサイクル



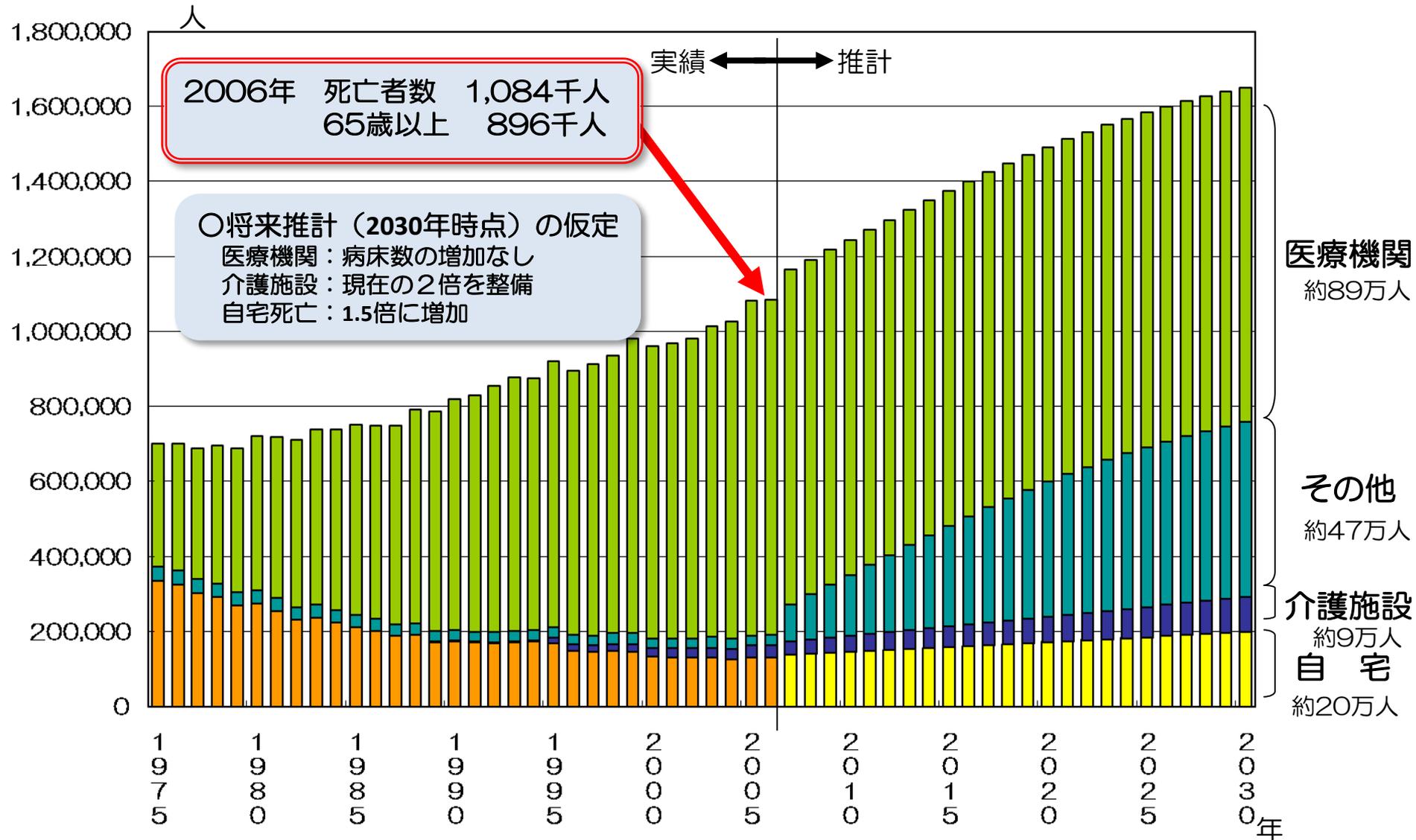
# 医療・介護のケアサイクル

- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
  - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、  
女性は5～7回のケアサイクルの回転がある
- 医療保険と介護保険は75歳以上は統合しては？
- 統合した上で、支払方式は医療・介護包括支払方式「地域包括ケア払い」にしては？

# もうひとつのワケ、 団塊世代の大量死時代



# 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

# 地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

2030年団塊世代47万人の  
「死に場所」が不足

# 坊さんに先を越された話

- 新潟の旧国立療養所村松病院で在宅看取りをした経験
- ある夏の夜、在宅で看取りを希望していた家族から電話
  - 「そろそろ亡くなりそう、早くきてください」
- 患家に急いだら、なんとお坊さんが先に来ていた！
- お看取りくん
  - 遠隔バイタルサインモニター
- 170万人大死亡時代への準備



# 新川医療連携懇話会

- 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

# 新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

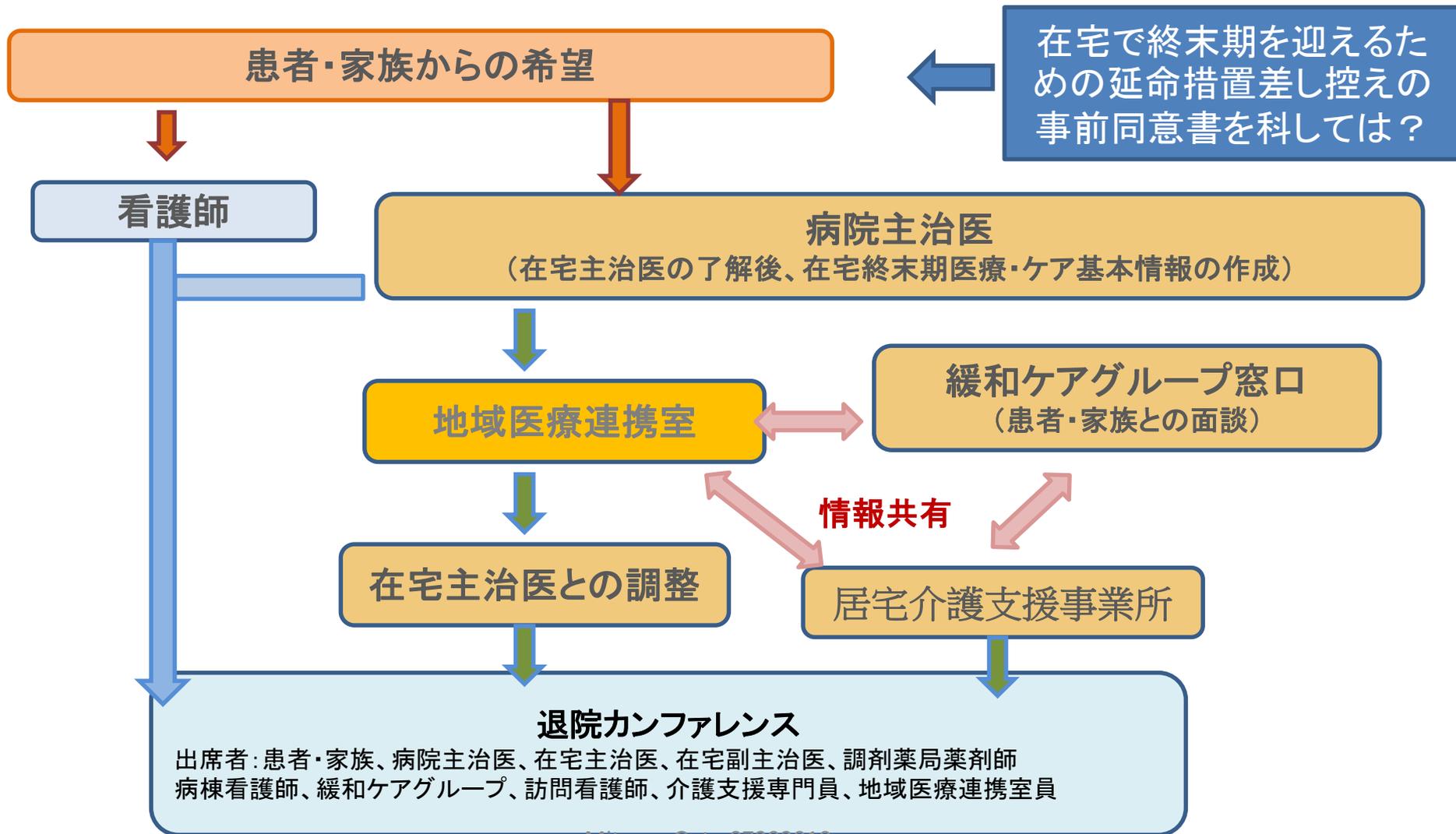
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

- ① 在宅での終末期医療のニーズ増加
- ② かかりつけ医単独での医療限界
- ③ 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- ④ 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



# 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）による在宅主治医の弊害防止
- 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
- 様式・書式の統一

# 様式の統一

## 在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

<p>(患者名) [ ] (生年月日) 年 [ ] 月 [ ] 日生 [ ] 歳 [ ] 里・女</p> <p>住所 [ ] TEL [ ]</p> <p>主たる介護人： [ ] 続柄 [ ] TEL [ ] FAX [ ]</p> <p>かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]</p> <p>副かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]</p> <p>副かかりつけ医（主治）： [ ] TEL [ ] FAX [ ]</p> <p>連携病院：病院 TEL [ ] FAX [ ]</p> <p>連携病院サポート医：科 [ ]</p> <p>担当看護師 [ ]</p> <p>在宅介護支援所： [ ]</p> <p>介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ケアマネージャー名 [ ]</p> <p>家族構成（介護相談窓口および決定権者を記入下さい） [ ] <b>終いに対する対応</b></p> <p>終いに対する対応（本人・家族）</p> <ol style="list-style-type: none"><li>最後まで自宅</li><li>最後は連携病院</li><li>状況により判断</li></ol> <p>緊急連絡先</p> <p>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</p> <p>診断：主 [ ] 癌 転移： [ ]</p> <p>副 1. [ ] 2. [ ]</p> <p>3. [ ] 4. [ ]</p> <p>既往歴： [ ]</p>	<p>臨床経過： [ ]</p> <p>治療歴：1. 手術 有 ( [ ] ) 無 [ ]</p> <p>2. 抗癌剤 有 ( [ ] ) 無 [ ]</p> <p>在宅移行時における病状の問題点 [ ]</p> <p>予後に影響を与える因子 [ ]</p> <p>臓器不全（心、腎、肝、他 [ ]）</p> <p>栄養状態： [ ]</p> <p>出血（消化管 [ ]、他 [ ]）</p> <p>腹水： [ ]</p> <p>他： [ ]</p> <p>予後予測： [ ] ヶ月</p> <p>連携病院への通院：必要 <input type="checkbox"/> 毎、不要 <input type="checkbox"/></p> <p>インフォームドコンセント</p> <p>告知：本人、家族（ [ ] ） <b>告知について</b></p> <p>内容</p> <p>本人： [ ]</p> <p>家族： <b>告知理解度について</b> [ ]</p> <p>精神的サポート 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/></p> <p>告知理解度 [ ] 療養から死への不安点 [ ]</p> <p>本人：十分 [ ] 不十分 [ ]</p> <p>家族：十分 [ ] 不十分 [ ]</p> <p>療養方針 [ ]</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>全身状態の管理</li><li>PS (performance status) 0、1、2、3、4 [ ]</li><li>栄養：経口 [ ] 非経口 [ ]</li><li>留置カテ：有 ( [ ] )、無 [ ]</li><li>排泄：自力 [ ]、介助 [ ]</li><li>褥瘡：有 [ ] 無 [ ]</li><li>口腔ケア：有 [ ] 無 [ ]</li><li>その他のケア内容 [ ]</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>投薬内容 [ ] <b>疼痛管理について</b></li><li>疼痛管理 [ ]</li><li>無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 投与経路 経口 経静脈 座剤 他 [ ]</li><li>麻薬 [ ]</li><li>NSAIDs [ ]</li><li>訪問看護（指導ならびに実行状況）</li><li>1. 口腔ケア 有 [ ] 無 [ ]</li><li>2. 入浴 自宅 [ ] サービス（自宅 デイ） [ ]</li><li>3. 褥瘡処理 有 [ ] 無 [ ]</li><li>4. 清拭 指導 [ ] 家族 [ ] ヘルパー [ ]</li><li>5. 他 [ ]</li></ol> <p>介護</p> <ol style="list-style-type: none"><li>ヘルパー 有 [ ] 無 [ ]</li><li>デイサービス 有 [ ] 無 [ ]</li></ol> <p>入力者</p> <p>自動入力 [ ]</p> <p>病院担当医 [ ]</p> <p>病院担当Ns [ ]</p> <p>緩和グループ担当者 [ ]</p> <p>ケアマネージャー [ ]</p> <p>在宅かかりつけ医 [ ]</p>
--	---	--

# 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	11W 3月25日	11W 3月26日	12W 3月28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	藤田
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	脱水・浮腫	脱水・浮腫	脱水・浮腫 腹水貯留 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3回/日		ロキソニン3回/日
他			
補液	①ホアアト500ml オキシコドン注 100ml/1000ml ②320cc/2回/日	①ホアアト500ml オキシコドン注 100ml/1000ml ②320cc/2回/日	①オキシコドン注850ml オキシコドン注 100ml/1000ml ②320cc/2回/日
(検査)	(IVHホト) 尿沈下	(IVHホト) 尿沈下	(IVHホト) 尿沈下
(病状説明)			
他	NS上気管炎とIVHホトの相互作用を確認(理研)	添付薬5cc オキシコドン100ml 1回/日	BD118/92 P84 KT369 呼吸数20回/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364
清拭	1回/600ml	1回/600ml
入浴		1回/600ml
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃/40.0℃ あきか着換せ KT37.0℃ P.00 BD100/60 SpO2 98%	呼吸数20回/分 呼吸音良好 血圧118/92 P84 脈拍96/分 体温37.0℃ 体重84.5kg 尿量100ml/7時間

(訪問介助) 記載者		

項目	13W 3月29日	14W 3月30日	15W 3月31日	16W 4月1日	17W 4月2日
問題点(特記事項)		15時血圧80/60 21時(夜下)尿量減少	21時(夜下)尿量減少 夜尿量150cc/回	←	← 4時永眠

(一般状態) 記載者	藤田	藤田	藤田
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	脱水・浮腫	脱水・浮腫	脱水・浮腫 20時尿量減少 尿量150cc/回

(投薬) 記載者	上田	藤田	藤田
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/1000ml ②320cc/2回/日	←	←
(検査)	尿沈下 (IVHホト) 尿沈下	←	←
(病状説明)	家族から「再入院してほしい」と連絡あり	←	←
他	6月看護士外転 看護士紹介状記載	←	←

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ- 水分少量摂取
排泄	排便364
清拭	全身清拭
入浴	1回/600ml
精神面	安定
他	体温37.0℃/40.0℃ あきか着換せ KT36.5℃ P.00 R120/60 BD108/60 SpO2 98% 脈拍89/分 下半身浮腫 体幹清 尿量100ml/7時間

(訪問介助) 記載者		

出所: 中川彦人

社外スタッフとのチーム作業が **スピードアップ!**

効率よく共同作業ができる

Microsoft®  
**Office Groove® 2007**

マイクロソフト オフィス グルーヴ 2007

Microsoft Office

新登場



**部長**

君にプロジェクト  
リーダーを任せるから、社外スタッフと  
コミュニケーション  
をとってしっかり進  
行してくれたまえ!



**パートナー  
企業  
斉藤さん**  
よろしくね!



**中村君**

ガンバリます!



**パートナー企業  
伊藤さん 武藤さん**  
頑張りよう!



出所: 中川彦人

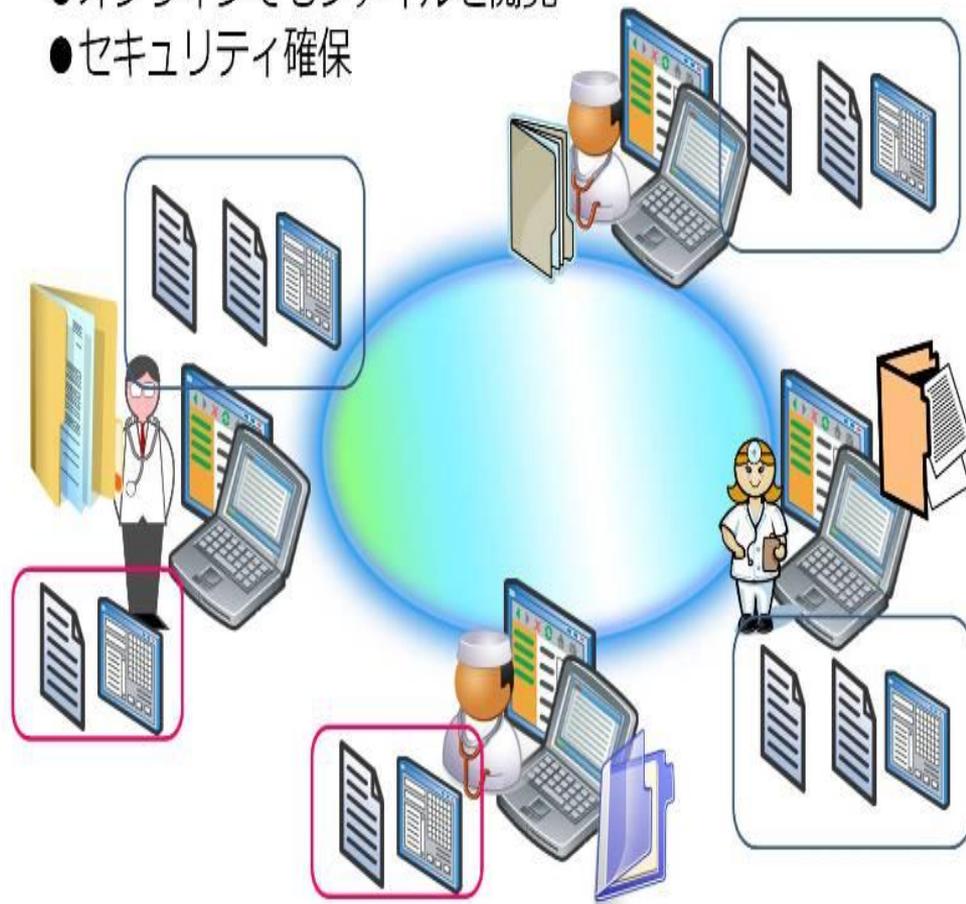
# マイクロソフトGroove

## 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 - 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)

ディスカッション

新規作成 ビュー

カテゴリ	件名	日付	作成者
	PCAポンプの設定について	2010/01/05 18:13	藤岡 照裕
	ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。	2010/01/06 12:27	藤岡 照裕
	疼痛管理	2010/01/06 12:58	千代 英夫
	Re: 疼痛管理	2010/01/17 10:47	藤岡 照裕
	在宅療養実施計画書を更新しました。	2010/01/06 18:59	藤岡 照裕
	訪問入浴について	2010/01/08 17:48	フレンドイー
	排泄介助について	2010/01/08 18:06	フレンドイー
	訪問看護の臨時訪問希望について	2010/01/12 19:16	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセット交換回数について	2010/01/27 12:11	見澤 哲郎
	オピオイドの減量について	2010/02/02 16:46	見澤 哲郎
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/02 23:54	藤岡 照裕
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/03 17:31	遠藤 幸枝
	デュロテックパッチの貼付部位について	2010/02/02 16:56	見澤 哲郎
	主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して…	2010/02/02 22:19	藤岡 照裕
	2月2日撮影の右胸壁腫瘍の画像をアップしました。	2010/02/02 22:45	藤岡 照裕
	今後の方針	2010/02/04 18:19	藤岡 照裕
	Re: 今後の方針	2010/02/05 14:59	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 17:20	見澤 哲郎
	Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 18:07	藤岡 照裕
	在宅に要する費用	2010/02/08 9:46	渡辺俊雄

件名 疼痛管理  
 カテゴリ  
 作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

現在のビュー: カテゴリ別 | ビューのレコード数: 49

ファイル ディスカッション 1 予定表 画像

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

- 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 13:30 訪問看護	22日	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

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

ディスカッション

予定表

画像

出所: 中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

# 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

# パート3

## チーム医療と栄養士



国際医療福祉大学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

# 「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」

# 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

- ①栄養サポートチーム (NST)
- ②褥瘡対策チーム
- ③緩和ケアチーム
- ④口腔ケアチーム
- ⑤カンサーボード
- ⑥摂食嚥下チーム



# ①栄養サポートチーム(NST)

2010年診療報酬改定で栄養サポートチーム加算導入



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)
  - 1970年代の米国で問題となった
  - 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(NCM)

SGA

栄養スクリーニング

栄養アセスメント

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

実施

モニタリング

評価

# SGAの実際

## 主観的包括的アセスメント( Subjective Global Assessment: **SGA**)

### 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

# クリティカルパス（診療計画表）

- 疾患別、処置別に医療チームで作成する診療計画表のこと
- 横軸に時間軸、縦軸にケアカテゴリーをとり医療チーム全員参加で作成し、見直しを図る
- 医療者用、患者用パスを作る

乳房の手術を受けられる方へ(リンパ郭清なし・術後5日目退院)

様

	入院日・手術前日	(手術当日)		術前	術後	術後1日目	術後2日目	術後3-4日目	術後5日目(退院日)
検査 処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術する側の腋の毛を処理します</li> <li>手術にネームバンドをつけます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術前日の準備                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①手術室まで歩いて頂くために、準備をお願いします</li> <li>②麻酔などの養生室は外して下さい</li> <li>③マニキュアは無し、爪を切りましょう</li> </ul> </li> <li>④手術当日、お化粧はしないで下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術当日より使用する弾性ストッキングと圧迫等のサイズ合わせをします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>弾性ストッキングをはきます(静脈性手術のため)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>胸に細い管が1本入っています(3日目まで)</li> <li>傷を保護し圧迫等で固定します</li> <li>心電図モニターをつけます</li> <li>鼻から酸素吸入をします</li> <li>尿の管が入っています</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後1日目</li> <li>尿の管を抜いた後脱ぎます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後2日目</li> <li>圧迫帯を外して、専用下着を使用します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後3-4日目</li> <li>3日目に抜きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後5日目(退院日)</li> <li>おける糸を使用していますので、抜糸の必要はありません</li> </ul>
薬 注射	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在飲まれている薬があれば、お知らせ下さい</li> <li>ご希望があれば静脈薬をお渡します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術しない方の腕に、持続点滴を始めます</li> <li>手術室に行く直前に、麻酔をかりやすくなるための注射をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗生剤の点滴があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1本で終了です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	
安静 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションのプログラムをお待ち下さい</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドの上でなら、自由に動くことができます</li> <li>無理はできませんが積極的に体を動かしましょう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿の管を抜いた後は歩けます(靴は看護師が持参します)</li> <li>午後から理学療法士によるリハビリが始まります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>夕食まで普通食が出来ます</li> <li>夜9時以降は食事をしないで下さい</li> <li>ただし、水・お茶のみ飲めます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事はできません</li> <li>水・お茶のみ</li> <li>午前手術の場合は朝6時まで</li> <li>午後手術の場合は朝9時まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>授乳5時間後より水分が飲めます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝は流動食</li> <li>昼は3分割</li> <li>夕は全食</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>腋の処置後、入浴していただきます</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目より看護師の説明後シャワーが出来ます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3日目まで</li> </ul>	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医より手術について説明があります(手術の同意書を出して下さい)</li> <li>入院について説明があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、主治医より説明があります</li> <li>ご家族の方は3階の家族待合室でお待ち下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術後1日目「リンパ浮腫について」のパフレットをお渡しします</li> <li>縫製下着についてお知らせになりたい方はご相談下さい</li> <li>本病棟では、乳がんの手術を受けられた方同士の交流の場「スマイル友の会」を設けております</li> <li>入会をご希望の方はお申し出下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活や治療について説明があります</li> </ul>					

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 胃瘻創設に伴う合併症(出血、創感染、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 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2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			
		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					
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
栄養(食事)							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
排泄		オムツ又はポータルトイレ	オムツ又はポータルトイレ							
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					(濃厚流動食説明)		胃瘻チューブの取り扱い説明 胃瘻周囲皮膚のケア 濃厚流動食説明	
		内服継続	内服継続	内服中止	内服中止	内服再開	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続
観察		体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )
		脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )
		血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )
		SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )		SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )
				出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )
				創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )
				喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )
						下痢( ) ( ) ( ) ( )	下痢( ) ( ) ( ) ( )	下痢( ) ( ) ( ) ( )	下痢( ) ( ) ( ) ( )	下痢( ) ( ) ( ) ( )
						嘔吐( ) ( ) ( ) ( )	嘔吐( ) ( ) ( ) ( )	嘔吐( ) ( ) ( ) ( )	嘔吐( ) ( ) ( ) ( )	嘔吐( ) ( ) ( ) ( )
						臌満( ) ( ) ( ) ( )	臌満( ) ( ) ( ) ( )	臌満( ) ( ) ( ) ( )	臌満( ) ( ) ( ) ( )	臌満( ) ( ) ( ) ( )
		褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )
記録										
バリエーション		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
担当看護師署名		深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜

パスには栄養・食事が欠かせない

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—栄養パス—

	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				
栄養ケア マネジメント	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	

## ②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①

- 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

# 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)

- プレーデンスケール
- 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。

# 褥瘡の栄養ケアマネジメント②

- 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

# 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

# DESIGN (褥瘡経過評価用)

カルテ番号( )  
患者氏名( )

		日時	/	/	/	/	/	/	
<b>Depth 深さ</b> 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									
<b>d</b>	0	皮膚損傷・発赤なし	<b>D</b>	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				
<b>Exudate 浸出液</b>									
<b>e</b>	0	なし	<b>E</b>	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							
<b>Size 大きさ</b> 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)]									
<b>s</b>	0	皮膚損傷なし	<b>S</b>	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							
<b>Inflammation/Infection 炎症/感染</b>									
<b>i</b>	0	局所の炎症徴候なし	<b>I</b>	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)				
<b>Granulation 肉芽形成</b>									
<b>g</b>	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	<b>G</b>	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				
<b>Necrotic tissue 壊死組織</b> 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									
<b>n</b>	0	壊死組織なし	<b>N</b>	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				
<b>Pocket ポケット</b> 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	<b>-P</b>	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

# パート4

## 地域包括ケアと 栄養ケアマネジメント

栄養ケア・ステーション活動

# 地域包括ケアシステムと 栄養ケアマネジメント

- 地域包括ケアシステムにおける栄養ケアマネジメントの必要性
  - 食生活および栄養障害の改善、疾病の再発予防や疾病予防ができ、地域住民が住みなれたところでその人らしい生活を送ることができること
  - 地域包括ケアシステムに栄養ケア・ステーションを組み込むことが必要

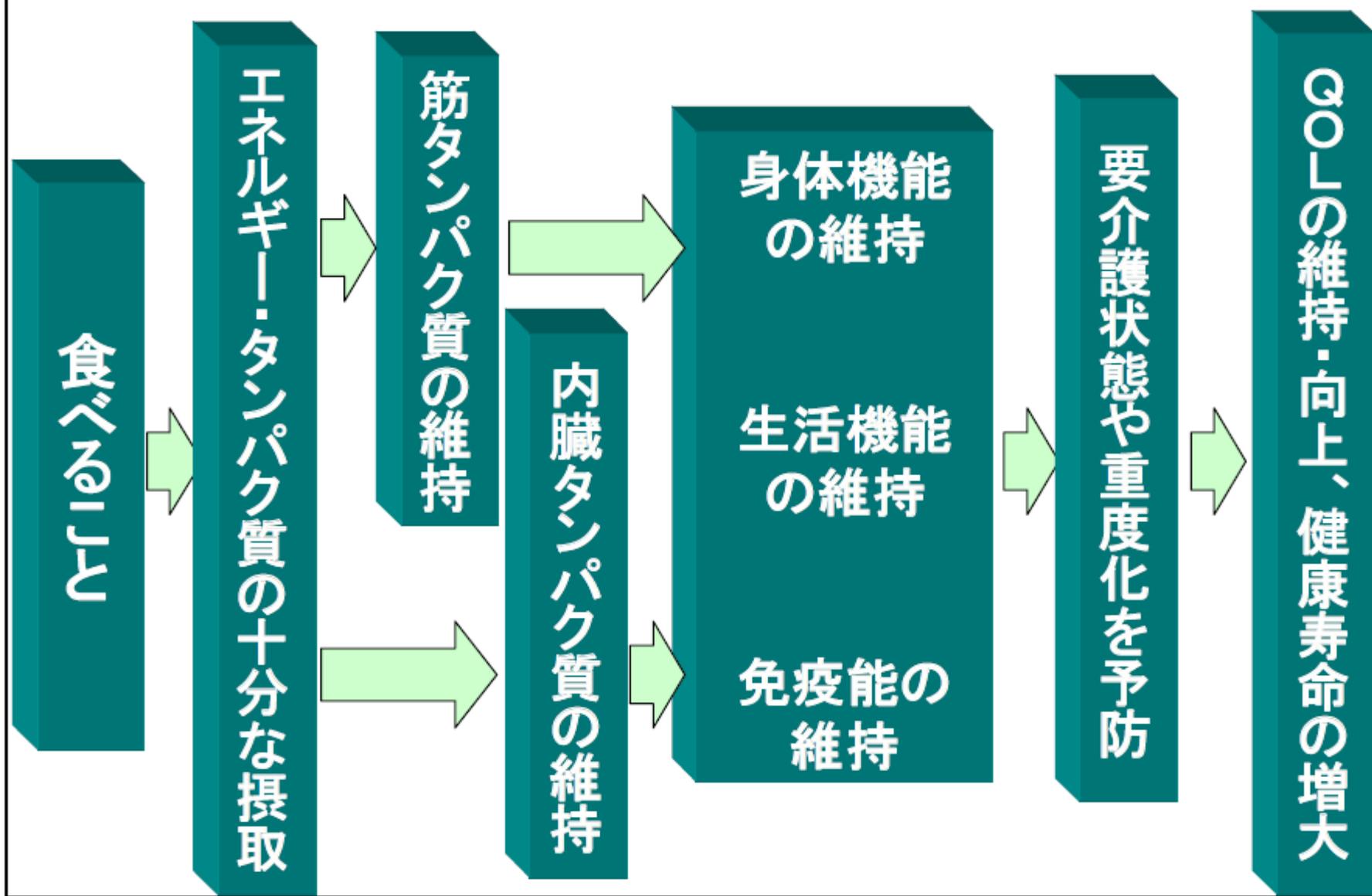
# 栄養ケア・ステーション



地域包括ケアにおける栄養ケアステーション活動に期待が高まっている

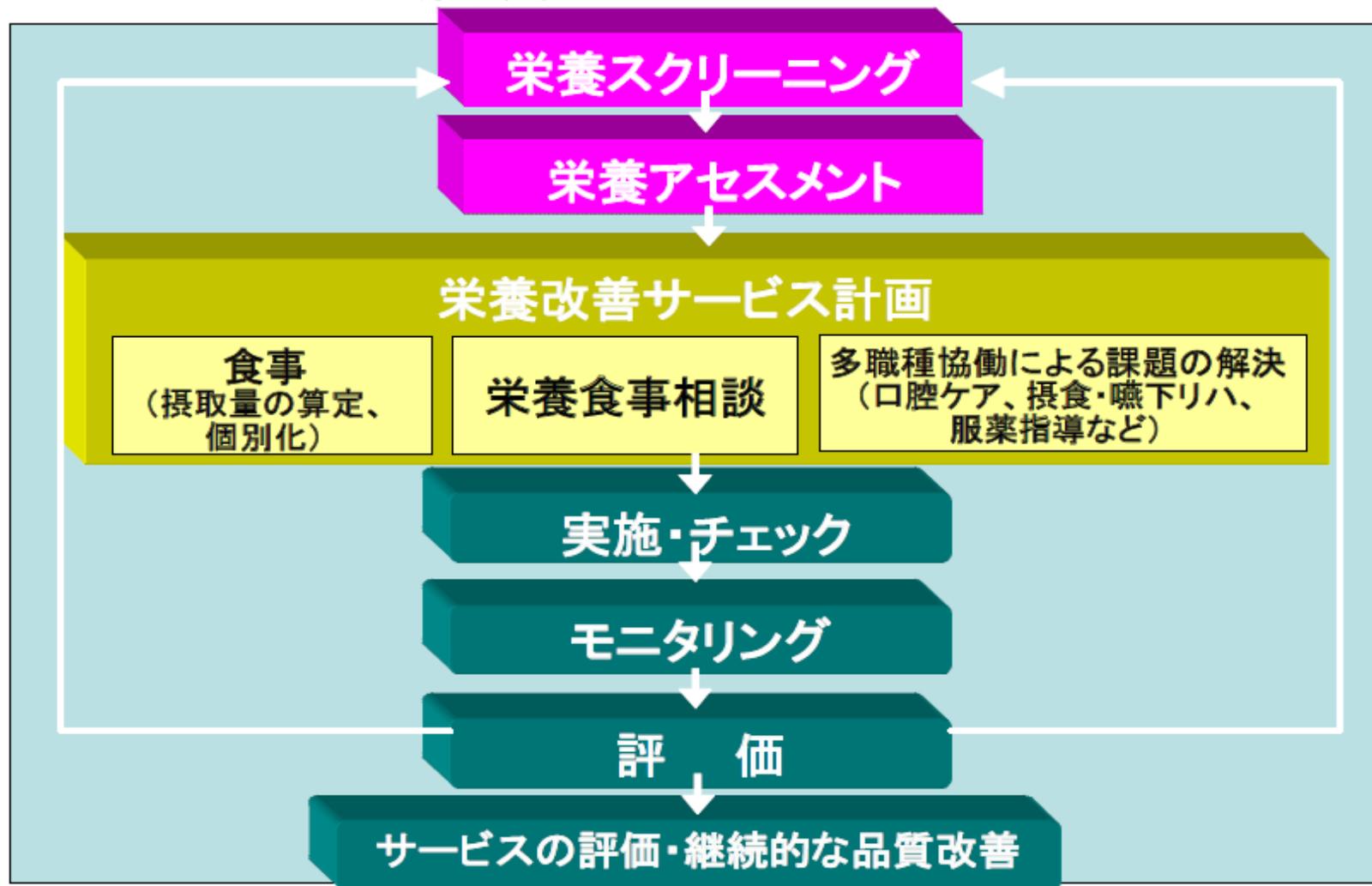
栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点  
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開

# 高齢者の「食べること」の意義



# 栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



# 簡易栄養状態評価表

## MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

食事摂取量

過去3か月の  
体重減少

移動性

過去3か月の  
ストレスと  
急性疾患

神経・精神  
的問題

BMI

BMIがわから  
ない時は、ふくら  
はぎの周囲長

スコア12~14

低栄養の  
おそれなし

セルフケアのた  
めの情報提供  
(資料1~7)

スコア8~11

低栄養の  
おそれあり

低栄養状態の改善に向けた各種サービス

二次予防事業  
参加勧奨

管理栄養士  
保健師の  
個別相談

配食サービス

スコア0~7

低栄養

管理栄養士、  
保健師の  
個別相談  
(必要な場合は  
医療機関へ)

老人福祉施設に併設する診療所における

## 地域高齢者の

# 「食べること」を支援するシステム作り

## ～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～



社会福祉法人同胞互助会

愛全診療所・居宅療養管理指導

栄養ケアステーション愛全園

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

東京都昭島市

H23年度<sup>1</sup>

# はじめに

- 訪問系サービスが進んでいる中で訪問栄養は立ち遅れ、これほど進展しない事業も珍しい。実績がないから法も整わず人も増えない。
- ニーズはある。介護支援専門員が必要性感じても訪問してくれる管理栄養士が存在しない。
- 何がそのようにさせているのか？事業として進まない課題の原因を追求していく必要がある。
- 栄養が介入すれば食のサービスの支流を担うヘルパーサービスの食事作成業務がやりにくいという考えがないとはいえない。

時代は地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作りを求めている。数年の地域活動の取り組みの後、地域高齢者の実態を症例に示し、そこから得られた栄養ケアのポイント報告します。

# 1. 地域高齢者の症例から見えるニーズ

## (1) 低栄養問題

- ① 高齢になれば食は細って当たり前という考えが低栄養を招く  
(症例1)
- ② 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう(症例2)

## (2) 認知症利用者の問題

- ① 食材を見ても料理が作れない食の確保のできない  
認知症高齢者(症例3)

## (3) 医療連携問題

- ① 医療連携ができず命を落としてしまう高齢者(症例4)
- ② 変形な食生活で寝たきりを作ってしまう(症例5)

## (4) 難病及び認知症の病態食(療養食・特別食)問題

- ① チームで取り組む弧発性脊椎小脳変性症(症例6)
- ② 人工透析にならないためのチーム連携(症例7)

## (5) 外来栄養指導は受けても効果をあげられない(症例8)

# (症例1) 本人も家族も気付かないまま2・3年で 40Kgあった体重が20Kg代になってしまった

女性 93歳 要介護3 (低栄養)心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

- ①朝食を高齢者一人で食べている : 息子夫婦が出かけてゆっくり食べる
- ②昼食は一人でちょっと口にするだけ: 作り置き料理には手をつけない
- ③夕食は家族団欒で進む: 朝、昼の食事が粗末になってしまうことなど考えない。

## <栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆高齢になれば食が細くなって当たり前の考えが低栄養を招く
- ◆食が細くなったら、対象者が納得する栄養補助食品を必要

## (症例2) 十分な食事が無くても、寝かせっきりでも 家族と住める喜びがある

女性 89歳 要介護4 (低栄養) 褥瘡 息子夫婦、孫と同居  
身長140cm 介入時体重24kg BMI12.2(3年前40kg・現在26kg)

### ・ 隔週でショートステイ利用

- ・ 座位を保ち、
- ・ 食事は自力  
で完食



### ・ 自宅療養の状況



- ・ 朝食と夕食: おにぎりと牛乳のみ
- ・ 昼食: ヘルパーサービスによる  
はんぺん入り温かいそば

### < 栄養ケアマネジメントのヒント >

- ◆ 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、  
ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう
- ◆ 食が命をつなぐ大切なことをチームで協力して  
家族の意識を変容させることが必要
- ◆ 訪問チームが同じ土俵で食事にこだわらないケアもある

## (症例3) 食材を見ても料理が浮かばない(低栄養)

認知症が始まった独居高齢者 女性87歳 要介護4 独居 認知症

### ◆離れて暮らす子供には理解できない(認知症独居高齢者のぎりぎりの生活)



- ①ヘルパー作成の食事を冷蔵庫から取り出して食べていなかった
- ②宅配サービスの食事がキザミ食だったために料理と認識せず食べなかった

<栄養ケアマネジメントのヒント>: チームで情報の共有を

- ◆一人で食べている状況を観察し、認知症の生活全体を捉える
- ◆認知症の食の確保が命を左右することを肝に銘ずる

## **(症例4)肺ガン手術成功 退院後、 誤嚥性肺炎で亡くなった(嚥下困難)**

男性 73歳 要介護3  
身長155Cm 体重35Kg  
BMI 14.6  
妻と娘と同居

- ①21年11月 肺ガンの大手術後の退院時指導で  
「食べられる物は何でも良い」といわれ、家族は訪問介護サービスを選び、シチューやゼリー、トロミをつけた水分をあたえた。
- ②栄養介入前に窒息での死亡の悲報を聞いた
- ③家族はどのような状況下でも口からたべさせたい願望がある。

### **<栄養ケアマネジメントのヒント>**

- ◆管理栄養士は食のリーダー、命の危機管理を怠らず、誤嚥や窒息の危険性を真剣に伝えること
- ◆むせない誤嚥の恐ろしさを食事介助スタッフに説明責任を持つこと
- ◆ケアマネージャーと協力して摂食・嚥下機能評価医(医師・歯科医師)につなぎ積極的にチームケアを進めること
- ◆食の責任者として摂食・嚥下障害へのプロ意識を持つ

## (症例5) 偏った食事の継続による低栄養 ～妻と娘夫婦の2世帯住宅～ 男性 74歳 要介護4 (低栄養)

- ①脳梗塞後遺症で麻痺が残り、すべてに責任を感じ、家族に迷惑をかけたくない気持ちが強くなり手で食べられる物しか受けず、褥瘡を作るほど偏った食事が継続し習慣化してしまった

### 朝食のメニュー

レトルト卵いりおじや  
南瓜煮つけ

### <日中独居> 昼食のメニュー

カステラパン  
牛乳

### 夕食のメニュー

カステラパン  
牛乳  
柔らかい果物の缶詰め



- ②介護生活が長期に及び頑固な夫に辟易している妻がいる  
③コミュニケーションの取れない難事例で仙人のように生きる

<栄養ケアマネジメントのヒント>: 役割を持つこと

◆介護者のつらさを理解した上で、医師に高栄養流動食の処方をしてもらい、多職種と同時訪問を行い、へこたれず改善への道を見つけること 36

# (症例6)難病:共に戦う 身体障害進行を遅らせるため に

男性 57歳 要介護3 妻と同居

弧発性脊椎小脳変性症(20年10月発症)

＜全訪問チームで支える難病＞

- ①お尻歩き、握力低下、口腔機能低下などある中でさらに病状が悪化するか分からない不安と戦う
- ②いつか造設する胃ろうを受け入れながら、全身状態をベストに保ち進行を遅らせる
- ③介助なしには食べられない食環境で出来ることの食改善

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆医療チーム:栄養剤処方、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理

◆リハビリチーム:移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練

◆栄養チーム:栄養剤の提案、飲料水の提案、献立の工夫の提案、全効果の評価

## (症例7) 認知症高齢者：人工透析にならないように

男性 79歳 要介護1 独居

- ① 動機付けが難しく介護度でサービスが限定される
- ② 命に関わる治療食の重大さが理解できず、医師の言葉を都合の良いように受け取る
- ③ 自覚症状の少ない腎疾患、注意事項を余計なお世話と感じる

### <栄養ケアマネジメントのヒント>

◆医療チーム：病気の説明、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理

◆リハビリチーム：移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練

◆栄養・食事チーム：食べ物と体の変化の関係の説明、飲料水の提案、献立の提案、

(ヘルパーと協働) 買い物提案、調理法の提案、全効果の評価、

## (症例8) 治療効果をあげるためのより沿った指導 外来栄養指導を受けても効果が現れない

女性 75歳 自立 独居 糖尿病性腎症

- ①効果を期待した現実的な治療食の工夫を求める
- ②医療機関での栄養指導が個人の生活に見合った解釈が出来ていない  
(管理栄養士の説明は理解できるが、実際に実施すると迷う)
- ③調理作成(煮物は小鍋一つ、買い物単位での材料の使い方、おいしく出来る減塩食の作り方)になると不安を感じる

### <栄養ケアマネジメントのヒント>

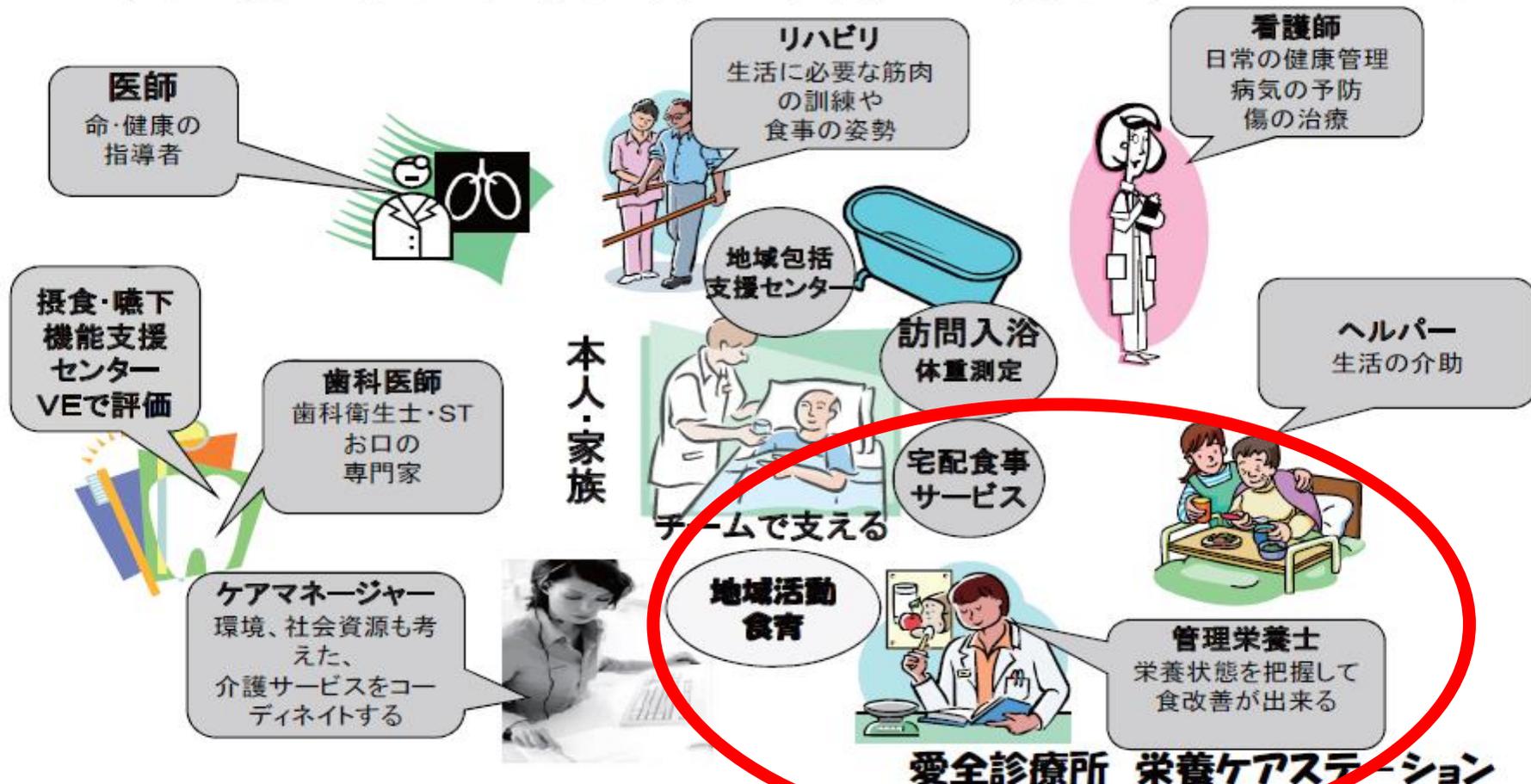
- ◆励ましと励ます効果を表すデータの整理と説明
- ◆透析にならないための運動と食事療法及び身体状況の関係の説明
- ◆栄養・食事チーム:一般のおいしい料理をおいしい減たんぱく、減塩への工夫の  
(本人・調理補助・管理栄養士と協働) 仕方を提案し実調理による効果を

## 2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

### 1) 地域高齢者の実態

- ① 地域高齢者の食の課題を知る
- ② 地域高齢者の食環境を知る
- ③ 認知症で独居の地域高齢者を知る
- ④ 義歯が合わない、摂食・嚥下機能障害がある地域高齢者を知る

# 地域連携の推進連携：管理栄養士が介入すればできる



◆チームケア：連携の要ができれば成功する

(全職種に栄養ケアプラン・経過報告書・評価報告書・栄養ケア提案書を届けている)

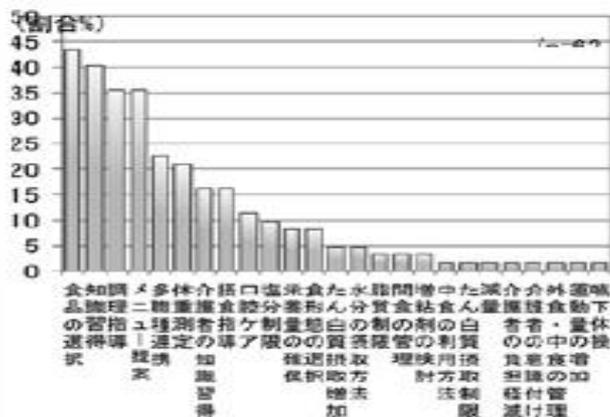
◆ケアマネージャーの熱意、アンテナ、習熟度でも左右される

# 地域包括ケアシステムにおける 栄養管理の重要性

駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科  
田中弥生

静脈経腸栄養Vol. 29. No. 5 p3~9 2014

### 在宅訪問栄養食事指導でのケアプラン



### 在宅訪問栄養食事指導による効果 (3 ヵ月介入)

	介入前	3 ヵ月介入後	p 値
体重 (kg)	50.1 ± 10.3	51.1 ± 10.1	0.01
MNA (点)	20.1 ± 4.4	20.4 ± 3.2	0.01
ADL (点)	52.4 ± 32.4	54.7 ± 32.2	0.01
身体機能	32.7 ± 13.7	35.5 ± 13.0	0.05
心の健康	44.8 ± 7.2	46.7 ± 6.7	0.05

在宅訪問栄養食事指導による栄養介入効果  
日本栄養士会雑誌 (第55 巻第8 号)

図5 在宅訪問栄養食事指導の効果 (ADL・QOL・症状回復効果)

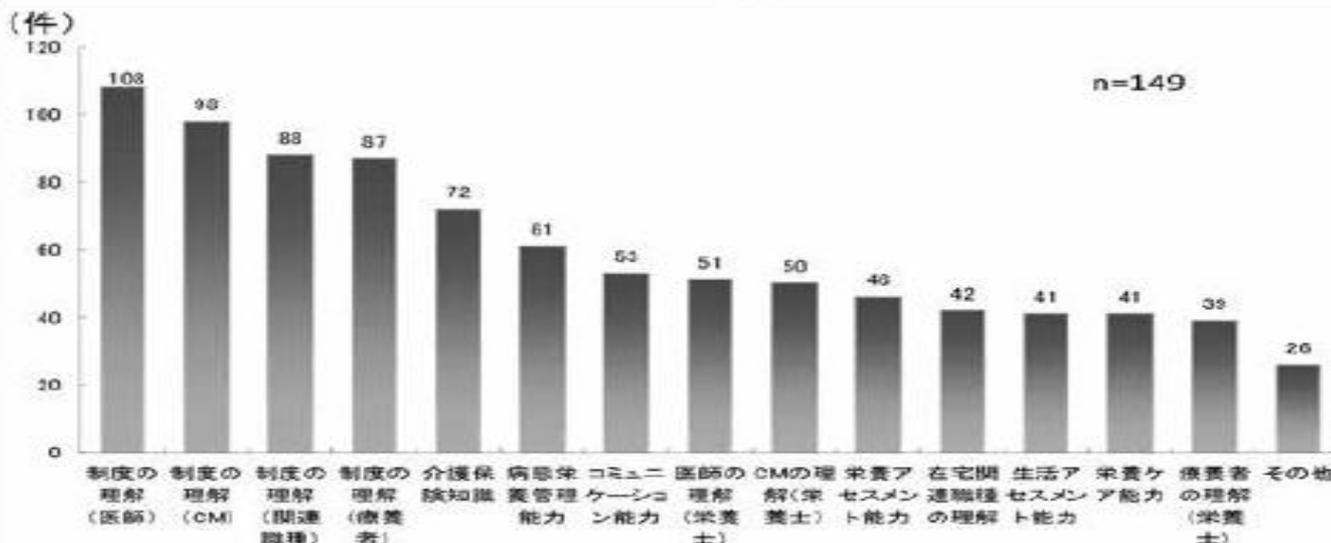


図6 在宅訪問栄養食事指導の課題

日本在宅栄養管理学会 実地・実践レポートアンケート2012より

# 地域包括ケアシステムに栄養士と 栄養ケア・ステーションを加えよう！

医療

介護



栄養士

地域包括支援  
センター・  
ケアマネ  
ジャー



相談業務やサービ  
スのコーディネート  
を行います。

※地域包括ケアシステムは、  
人口1万人程度の中学校区  
を単位として想定



通院 通所



自宅・ケア付き  
高齢者住宅

住まい



訪問介護  
・看護

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

# パート5 医療と介護を結ぶ人材

医療福祉連携士

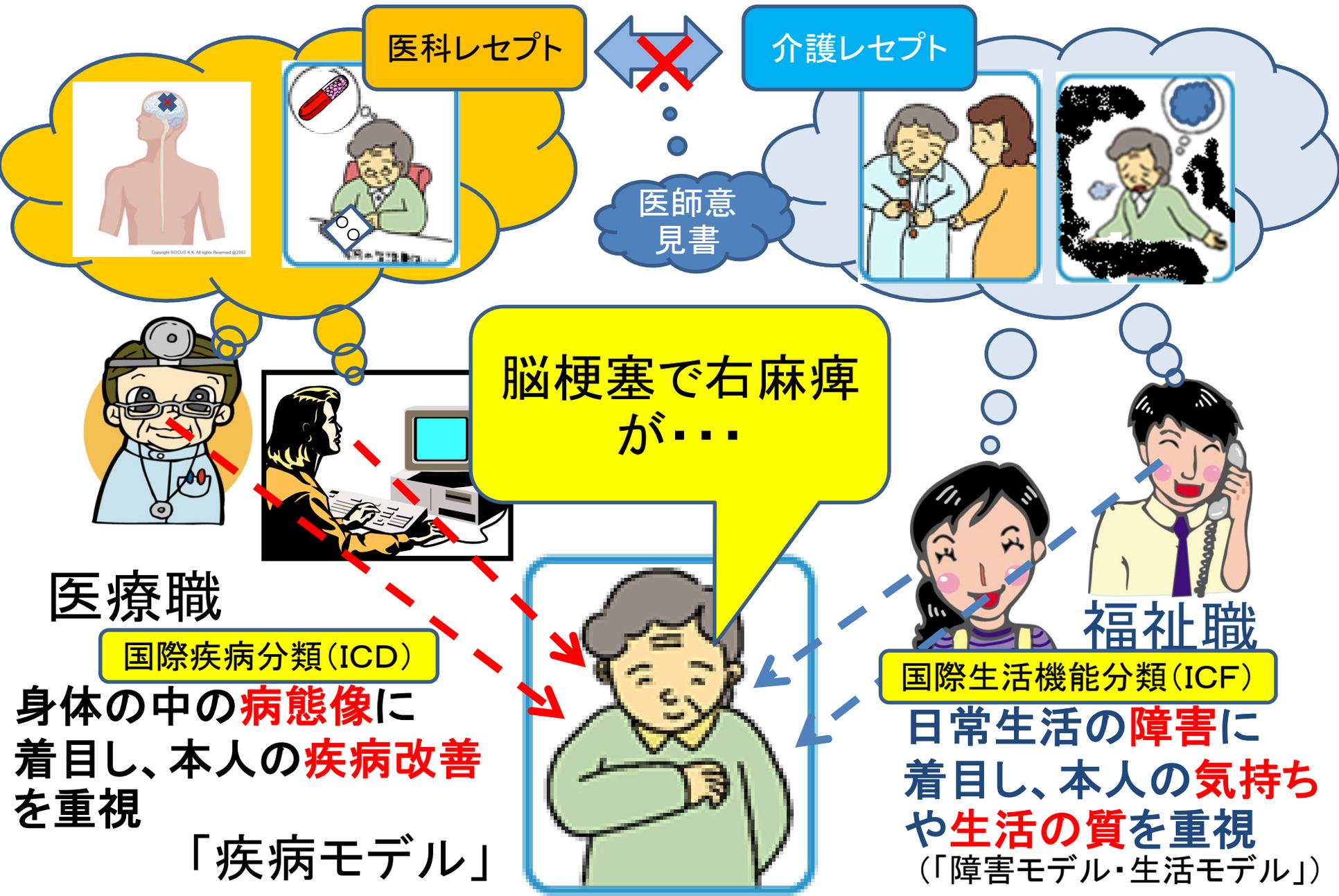


# 地域包括ケアシステムでは 医療と介護の連携が課題



医療と介護の連携

# 医療と介護福祉ではモデルが異なり情報もレセプトも異なる



# 医療と介護

## 情報ギャップとその連携

- 医療と介護・福祉は制度も違う、職種も違う
- 医療と介護・福祉は、言葉も違う、文化も違う
  - 医療は国際疾病分類(ICD)
  - 介護福祉は国際生活機能分類(ICF)
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための情報連携が必要
- レセプトも医科レセと介護レセで異なる
  - 両者を結ぶデータベースが必要！

# 医療福祉連携士

～医療と介護福祉を結ぶ人材育成～



特定非営利活動法人  
日本医療マネジメント学会

# 医療福祉連携士

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を2011年、創設した
- 目的
  - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
  - 患者にとって最適な連携を推進するため、
  - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

# 医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまで200名が誕生
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーディネーター制度
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

# 研修科目（共通科目）

## ○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習Ⅰ
- 10 クリティカルパス演習Ⅱ

- 11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
- 12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
- 13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
- 14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

## ○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

## ○フォローアップ研修

\* すべての座学と実習を履修すること。

\* 座学1コマ :90分      実習1コマ:6時間

# 専門科目

## 医学系科目

### ○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

### ○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

## 社会・福祉系科目

### ○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

### ○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

\* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

# 認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き(書類等の提出)を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

# 研修日程と場所(2014年度)

- 研修場所

- 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地の医療機関、福祉介護施設

- 研修日程

- 共通科目 6月28日(土)、29日(日)、7月26日(土)、27日(日)の4日間

- 医療系科目 8月30日(土)、31日(日)の2日間

- 福祉系科目 9月14日(日)、15日(月・祝)の2日間

- 課題講習 11月29日(土)、30日(日)の2日間

# 目指そう、医療福祉連携士！

詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから



# 「医療福祉連携士」を取得

医療福祉連携士の取得は、医療従事者が、日本医療システムへの大きな役割を担う「医療福祉連携士」を意味した。医療と福祉、介護との連携・協働をより実践的な内容とし、関係者の協力を促すことが目的とされている。

(尾関さん)

尾関さんが「医療福祉連携士」の取得を期して、地域医療と福祉連携のあり、患者が必要とするサービスを提供することを目指す。地域医療と福祉連携のあり、患者が必要とするサービスを提供することを目指す。地域医療と福祉連携のあり、患者が必要とするサービスを提供することを目指す。

「医療福祉連携士」の取得は、医療従事者が、日本医療システムへの大きな役割を担う「医療福祉連携士」を意味した。医療と福祉、介護との連携・協働をより実践的な内容とし、関係者の協力を促すことが目的とされている。



修了証を手に「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す尾関さん

## 地域包括ケア築きたい

内目 道2人

「医療福祉連携士」の取得は、医療従事者が、日本医療システムへの大きな役割を担う「医療福祉連携士」を意味した。医療と福祉、介護との連携・協働をより実践的な内容とし、関係者の協力を促すことが目的とされている。

# 医師、看護師、薬剤師の多職種連携で 花開かせよう地域包括ケアの花



咲かそう、地域包括ケアの花！



# 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

- 団塊の世代700万人が後期高齢者となる  
2025年へ向けて、医療と介護の体制再構築が急務
- 医療介護一括法の最大の政策課題は  
地域包括ケアシステムの構築
- 地域包括ケアシステム構築のキーワードは、チーム医療
- 地域包括ケアシステムにおける栄養士の活躍に期待
- 医療福祉連携士が、切り拓く、次世代連携モデルに期待

第17回

# 日本医療マネジメント学会学術総会

大阪でお会い  
しましょう！

医療における不易流行  
～変わらないもの、変わるもの～

開催日時：平成27年 **6月12<sup>(金)</sup>日▶13<sup>(土)</sup>日**

会 場：グランキューブ大阪（大阪国際会議場）

会 長：山根 哲郎（パナソニック健康保険組合 松下記念病院 院長）

# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)