

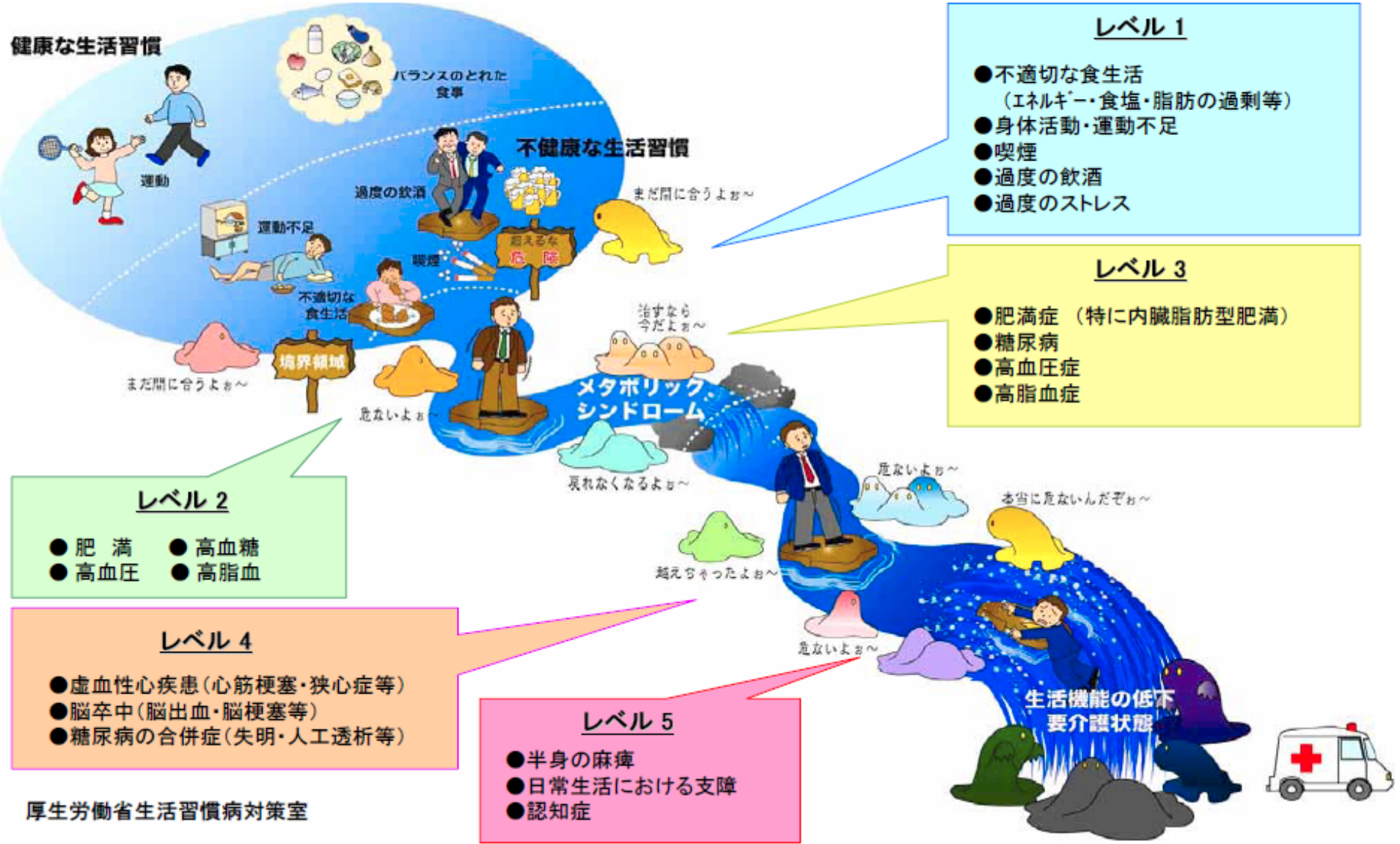
# 透析医療から学んだ事

- 患者さんの社会復帰
- 人生・生活を支える
- 医療連携の意味
- 行動変容の意義

・治す医療

・支える医療

# 生活習慣病のイメージ



# 「住み慣れた地域での生活のために」

○「できない」を補うサービスから「できる」を増やし、「している」を実現する自立支援へ

○状態のみに着目するのではなく、要介護状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目して設定する。

## 軽度者の要介護状態等となる原因の例

直接的な原因

間接的な原因・背景

転倒による骨折

徐々に生活機能が低下  
(廃用症候群)

妻の死別といった  
家族構成の変化  
↓  
食欲の低下      外出しない  
↓  
運動機能の低下

尿もれが気になる  
↓  
閉じこもり

## 新予防給付によるサービスの例

### プログラムの例

- ◇生活自立能力の向上
  - ◇栄養改善
  - ◇社会参加の促進
  - ◇運動機能の向上
- 等が実現できるプログラムの実施

### プログラムの例

- ◇尿失禁への対応
  - ◇社会参加の促進
- 等が実現できるプログラムの実施

要介護状態等

# 患者と主治医

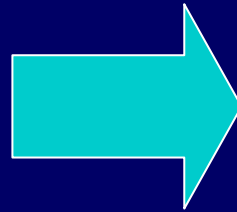
## 外来患者



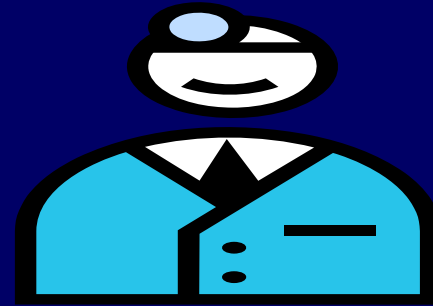
基本チェック  
リスト  
自己記載

### 生活機能関連項目

- ・ 外出頻度
- ・ 屋内／屋外  
移動の自立度
- ・ 痛みの有無  
など



## 主治医(医療機関)



### (期待される役割)

1. 傷病に関する診断・治療
2. 生活機能低下要因の評価と除去
3. 外来患者の生活機能の把握  
(ハリスク群の抽出)
4. 日常生活の指導助言
5. 状況に応じた関係機関の紹介  
(専門医、地域包括支援センター等)
6. ケアマネや地域包括支援センター  
職員との連携

# 基本チェックリスト

		問診項目	回答	
生活機能一般	1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
	2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
運動器関連	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
栄養	11	6ヵ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
	12	身長( )cm 体重( )kg BMI=( )		
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
	17	昨年に比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
認知機能	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
うつ状態	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

# 後期高齢者の外来診療のイメージ

## 慢性疾患を有している後期高齢者の特性

- ・複数の疾患を有している者が多い
  - ・認知機能が低下している者が、若人よりも多い
  - ・介護を必要とする者が多く、リスクが高い
  - ・合併症の発症及び重症化のリスクが高い
- 等

左記のような特性を有している。

## 定期的な検査及び総合的な評価

(定期的・総合的に評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用する)

- 定期的な検査(年2回程度)
    - ・血液検査(血球数、アルブミン値等)
    - ・尿検査(尿糖、尿蛋白等)
    - ・心電図検査
    - ・胸部レントゲン検査
    - ・眼底検査
  - 総合的な評価(年1回程度)
    - ・基本的な日常生活の能力
    - ・認知機能
    - ・意欲
    - ・情緒や気分
- 等

<質問事項等の例>

- ・「普段、ひと駅離れた町へどうやって行きますか？」
  - ・「これから言う言葉を繰り返してください。」
  - ・診察時に被験者の挨拶を待つ
  - ・「自分1人でトイレに行けますか？」
- 等

本人・家族・医師・歯科医師・薬剤師  
看護師・介護福祉士等で情報を共有

## 他の医療機関への紹介 (専門的な診療が必要な場合)

- ・合併症等の診断や治療
  - ・専門的な検査や治療
- 等

## 検査及び評価を踏まえた診療

- ・口腔ケアについて相談
  - ・服薬状況を確認し、家族等とも連絡をとって、服薬支援措置を工夫
- 等

## 地域包括支援センター等へ連絡 介護予防等での取り組み

- ・栄養、食事の内容の変更(低栄養状態の改善)
- 等

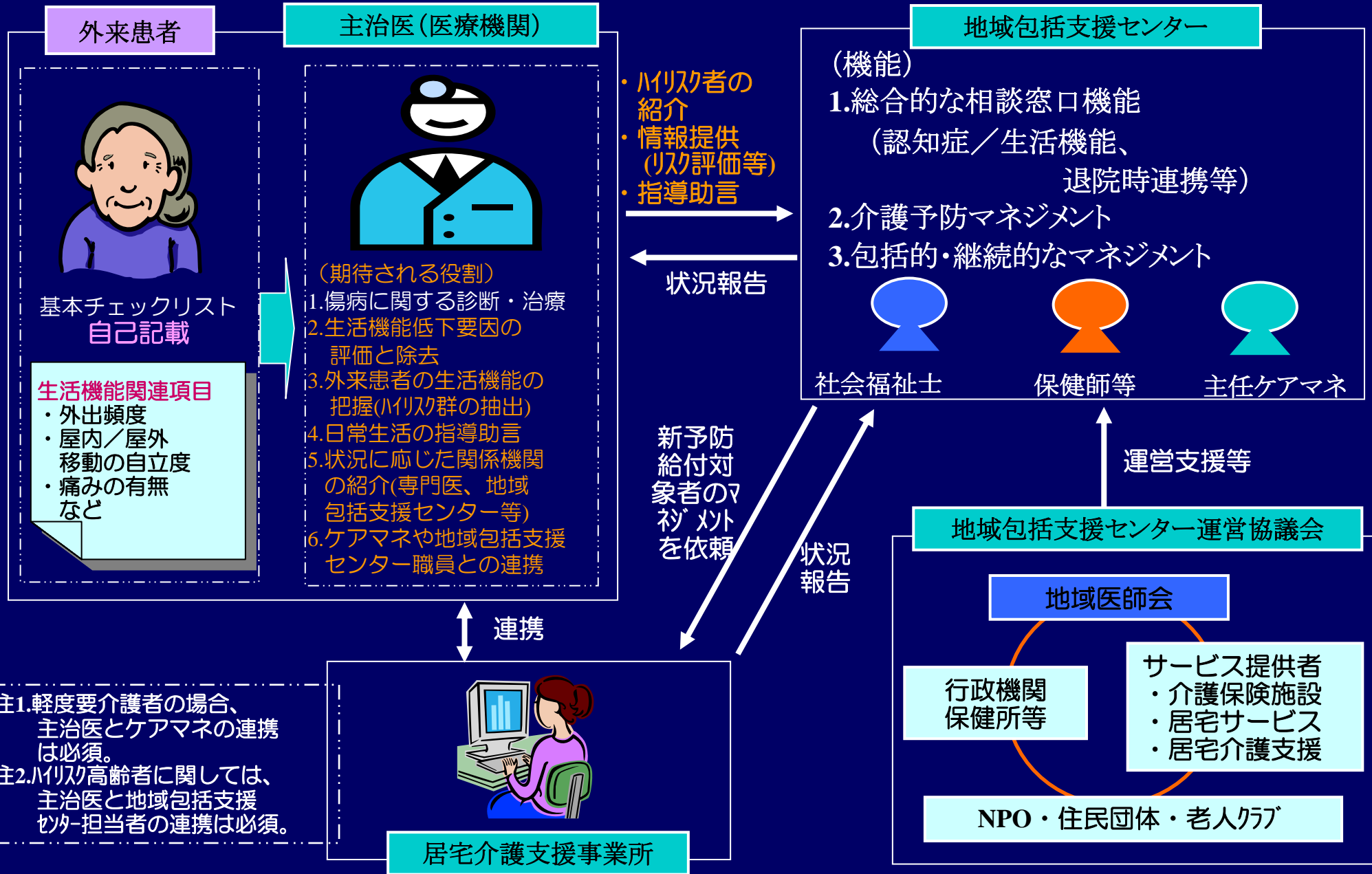
紹介

情報提供

情報提供

情報提供

# 地域包括支援センターの活用



# 切れ目のない地域医療連携体制

## 主治医(医療機関)



外来患者



基本チェック  
リスト

### 生活機能関連項目

- ・ 外出頻度
- ・ 屋内/屋外移動の自立度
- ・ 痛みの有無  
など

(期待される役割)

1. 傷病に関する診断・治療
2. 生活機能低下要因の評価と除去
3. 外来患者の生活機能の把握(ハリカ群の抽出)
4. 日常生活の指導助言
5. 状況に応じた関係機関の紹介(専門医、地域包括支援センターなど)
6. ケアマネや地域包括支援センター職員との連携

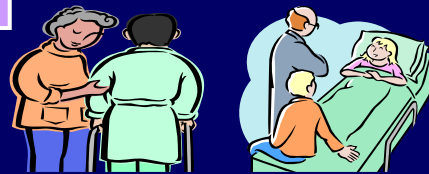
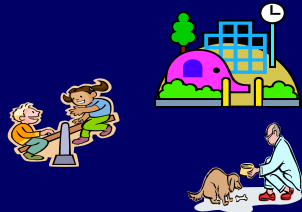
在宅ケア

多職種連携

- ・ 看護師
- ・ 介護支援専門員 等

住み慣れた地域

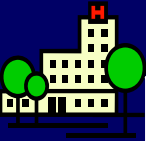
自宅



介護保険施設



## 病院(急性期医療を提供する病院)



入院

連携

【入院時】

- ・ 患者家族と面談
- ・ 入院治療計画の説明
- ・ 初期計画  
(クリティカル・パス)
- ・ 在宅支援の必要性の有無、方向性確認



【入院時合同カンファレンス】

【スクリーニング(医学診断・看護診断)】



【退院調整促進(ケースカンファレンス)】

【退院計画】

- ・ 退院指導
- ・ 患者・家族への援助
- ・ 支援  
関係機関の調整

地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携し支援

【評価カンファレンス】

退院

# 入院医療の目標

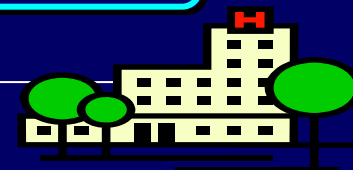
1. 生活を脅かしている原因を除去・緩和
2. 退院後の健康と生活の安定

そのため、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成し退院に結びつけることが病院の基本的な責務である。

**退院調整！！**

# 入院から退院へ

病院(急性期医療を提供する病院)

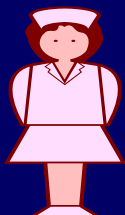


## 【入院時】

- ・患者家族と面談
- ・入院治療計画の説明
- ・初期計画(クリティカル・パス)
- ・在宅支援の必要性の有無、方向性確認

## 【入院時合同カンファレンス】

## 【スクリーニング(医学診断・看護診断)】



## 院内職種

看護師、  
薬剤師、  
PT、OT、ST、  
栄養士、  
ケースワーカー etc



## 【退院調整促進(ケースカンファレンス)】

## 【退院計画】

- ・退院指導
  - ・患者・家族への援助
  - ・支援
- 関係機関の調整



地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携し支援

## 【評価カンファレンス】

# 入院から退院へ

主治医(専門医)

看護師

入院時

治療方針決定

薬剤師

ADL評価  
看護・介護の問題点

ケアカンファレンス

栄養士

服薬状況評価  
服薬指導

栄養指導

理学療法士  
作業療法士  
言語聴覚士

リハビリテーション

ソーシャルワーカー

退院時

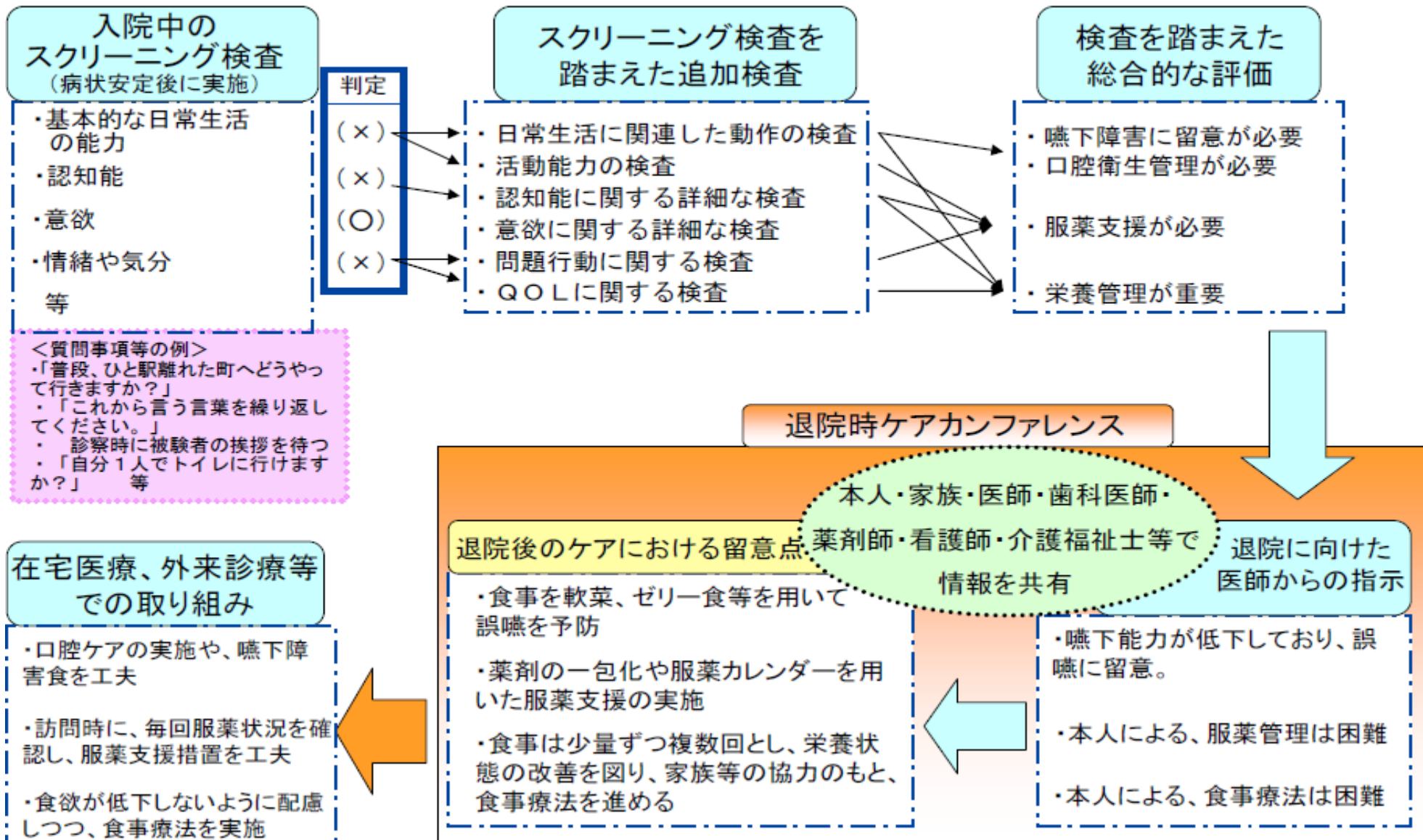
ケアプラン原案

療養生活相談

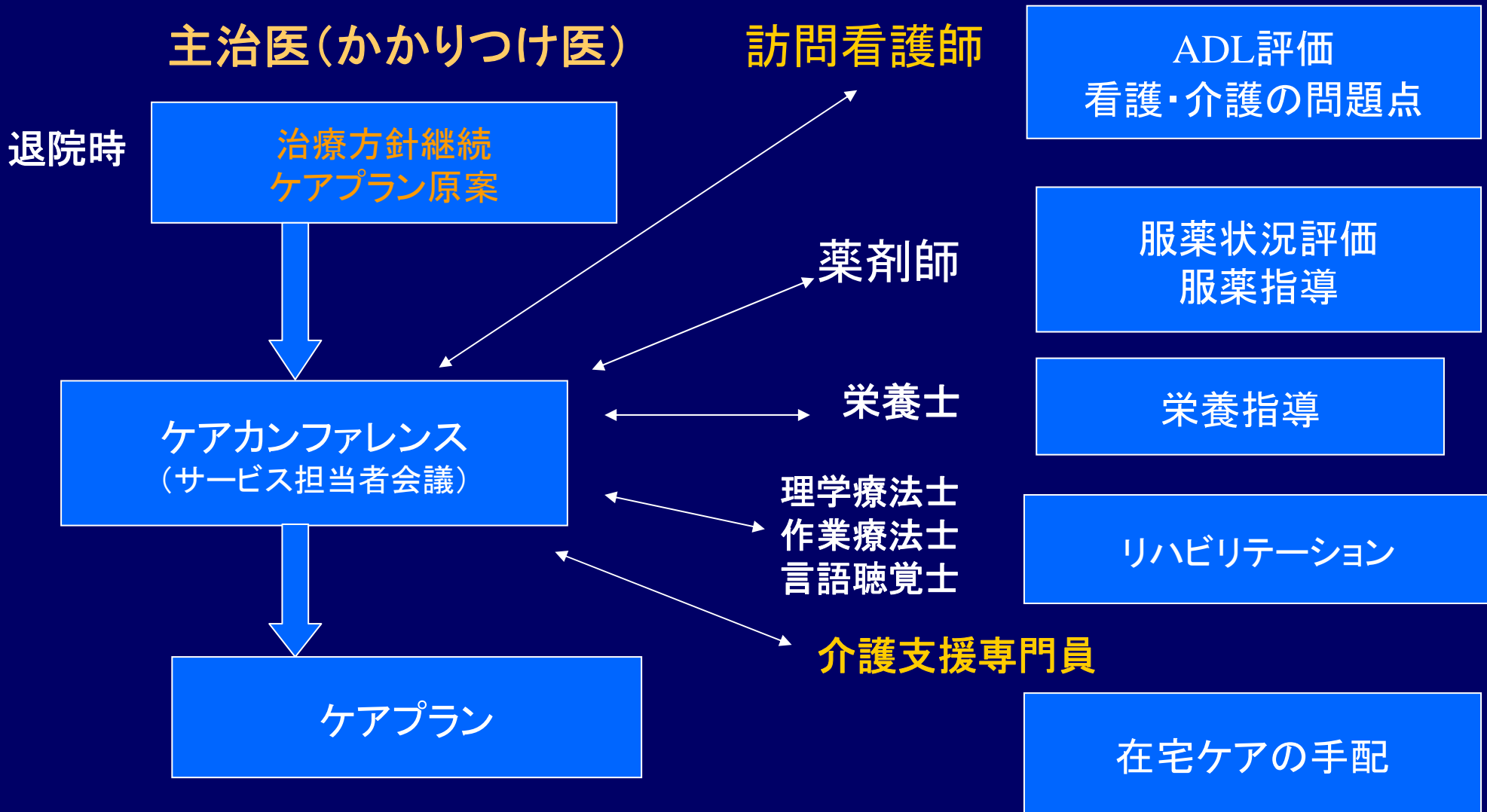
(退院前カンファレンス)

# 高齢者の総合的な評価のイメージ

80歳代 女性 ・脳梗塞後遺症 ・糖尿病 の場合



# 病院からの退院を受けて(サービス担当者会議)



# 切れ目のない医療連携

医療機関における

多職種連携による退院調整

(退院前カンファランス)

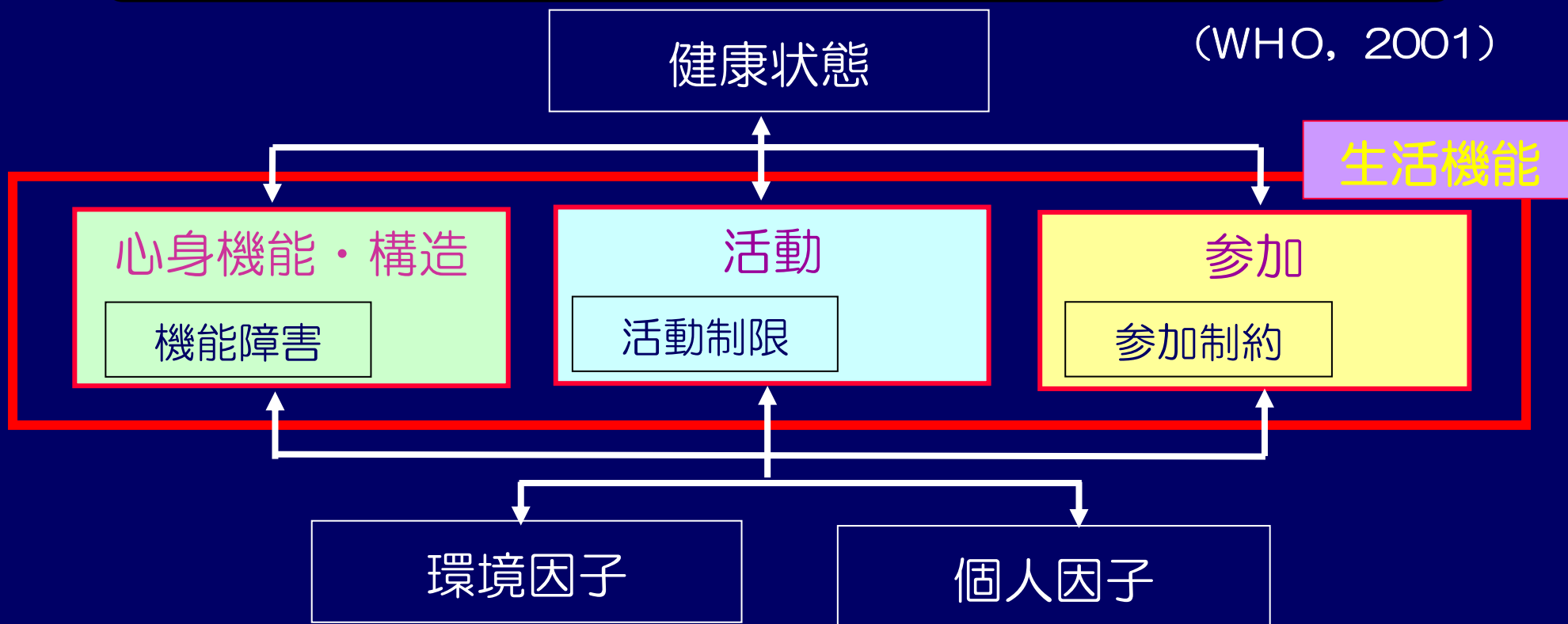
ケアプラン

地域における

多職種連携による生活支援

(サービス担当者会議)

# 国際生活機能分類モデル（ICFモデル）



機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、「残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方」に立っている。

# 地域医療の要素

患者の生活を支える医療

「専門医」の役割

「かかりつけ医」の役割

協働診療



# 不安→不満→不信

病気を抱える不安

患者さんの不安を共有

共に考え、共に歩む、共に闘う

医療は患者さんとの協働作業

# 不安→→安心へ

# 住み慣れた地域

自分を理解してくれる  
自分らしさが発揮できる  
なじみの地域

諦め → → → 勇気

そして社会参加へ

# 医療の目的とは

地域のすべての人々が、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれながら、安心していつまでも暮らすことを医学を通じて支援することが医療の目的

総合的に診る医師

総合的に診る体制