

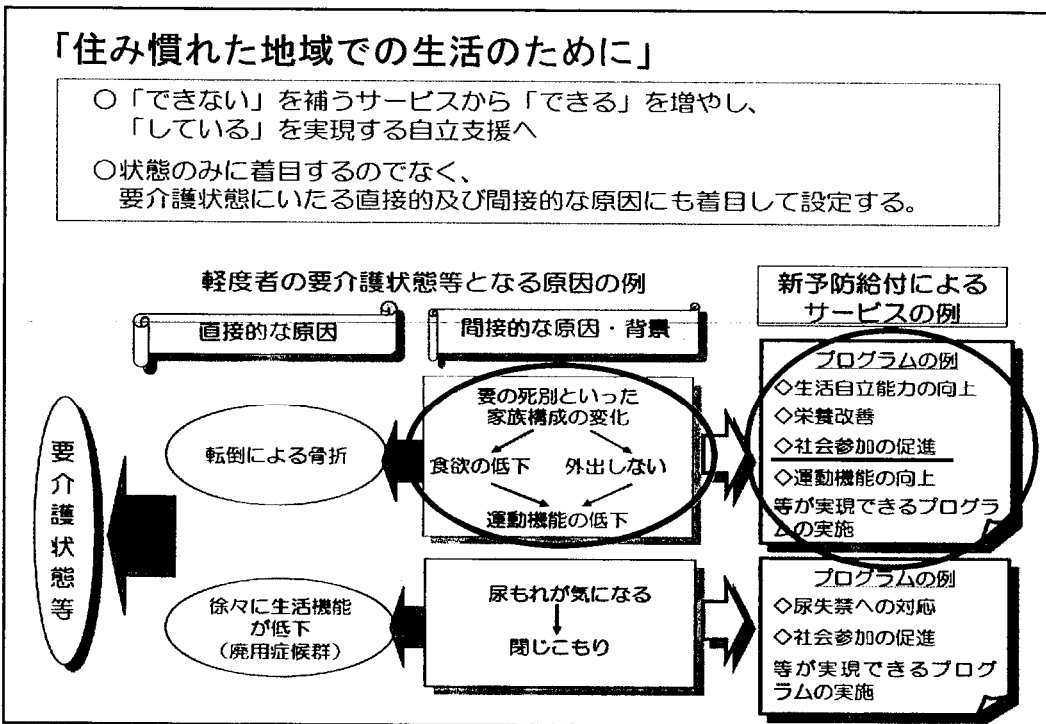
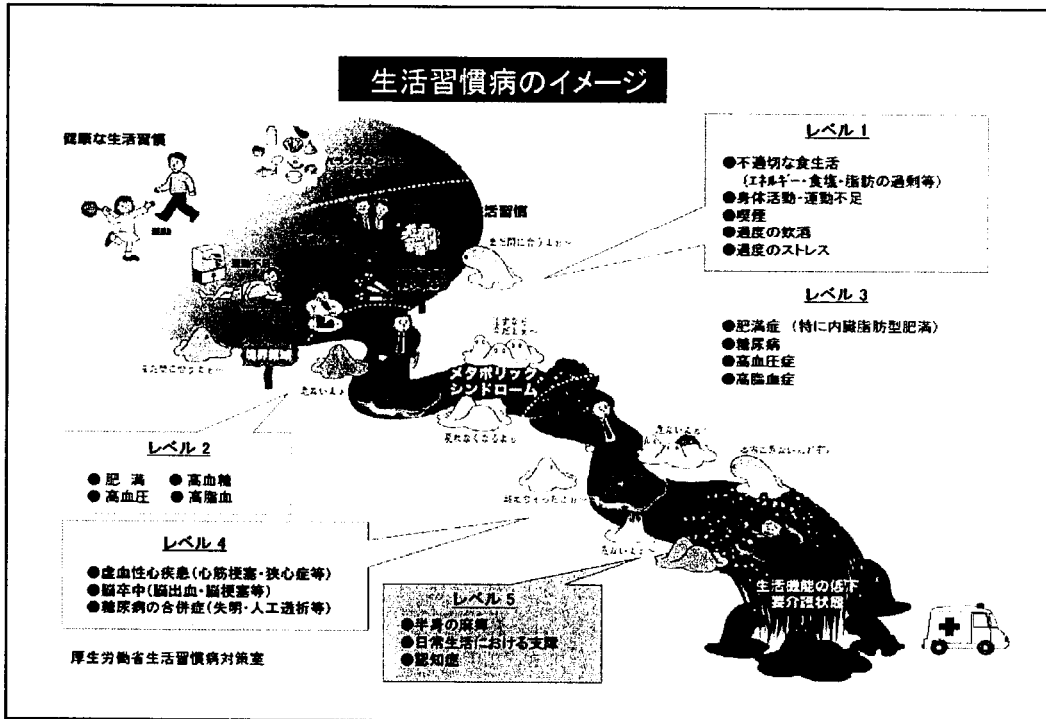
野中委員資料

透析医療から学んだ事

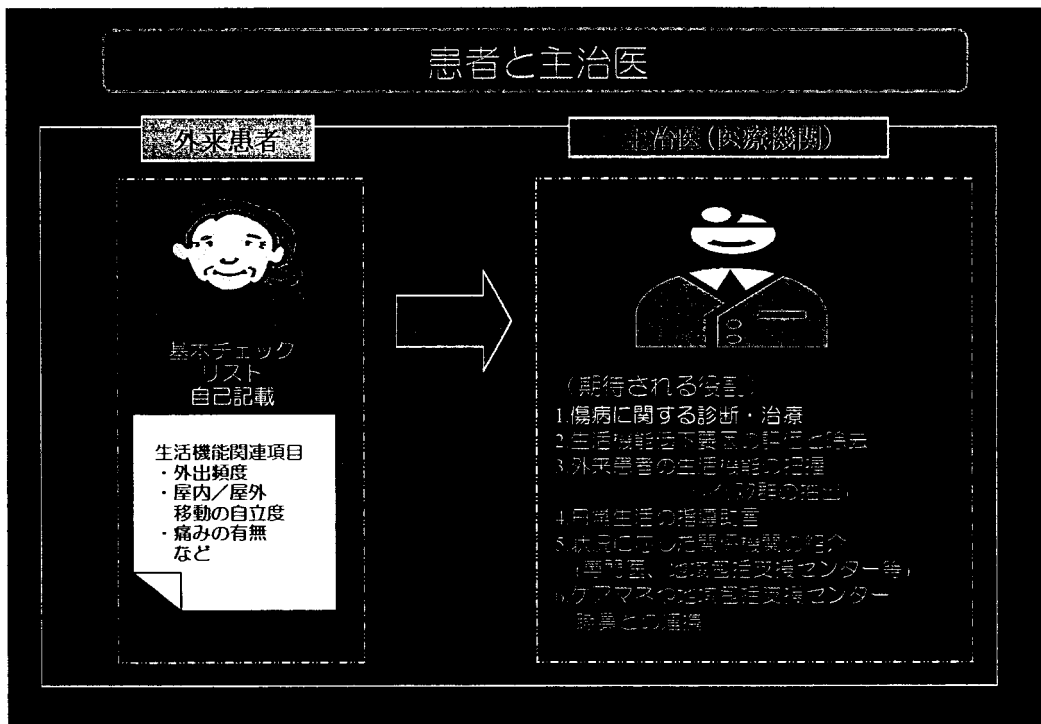
- ・ 患者さんの社会復帰
- ・ 人生・生活を支える
- ・ 医療連携の意味
- ・ 行動変容の意義

・ 治す医療

・ 支える医療



患者と主治医



基本チェックリスト

		調査項目	回答
生活機能	日常生活	1 ワークや買い物などで外出していないか	0:いいえ 1:はい
		2 日用品の買物をしていないか	0:いいえ 1:はい
		3 服や靴の着脱をしないか	0:いいえ 1:はい
		4 友人の家を訪ねていないか	0:いいえ 1:はい
		5 家族や友人の相談を聞いていないか	0:いいえ 1:はい
生活機能	活動	6 歩道を歩いたり公園を歩いたりしていないか	0:いいえ 1:はい
		7 歩道の端や歩道から何かが落ちていないか	0:いいえ 1:はい
		8 15分程度まで歩いているか	0:いいえ 1:はい
		9 1週間以上運転ができていないか	1:いいえ 0:はい
		10 歩行に不安はないか	1:いいえ 0:はい
栄養	食事	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がなかったか	1:いいえ 0:はい
		12 身長()cm 体重()kg BMI()	
		13 1年間で10%以上体重が増えているか	1:いいえ 0:はい
口腔機能	嚥下	14 お箸や箸置きで食べる事が出来るか	1:いいえ 0:はい
		15 口の動きが役に立っているか	1:いいえ 0:はい
		16 嚥下1回以上は外出しているか	0:いいえ 1:はい
生活機能	移動	17 歩道から歩いて外出の回数が増えているか	1:いいえ 0:はい
		18 歩道の端や歩道から何かが落ちていないか	1:いいえ 0:はい
		19 自分で通話機を調整して、電話が出来るようになっていないか	0:いいえ 1:はい
生活機能	認知	20 毎日の生活が忙しすぎて、気が散ることはないか	1:いいえ 0:はい
		21 (ここ2週間)毎日の生活が忙しすぎるか	1:いいえ 0:はい
		22 (ここ2週間)に比べて集中力が減っていないか	1:いいえ 0:はい
		23 (ここ2週間)に比べて集中力が減っていないか	1:いいえ 0:はい
		24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと感じないか	1:いいえ 0:はい
25 (ここ2週間)自分が役に立っていないと感じるか	1:いいえ 0:はい		

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

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(尿酸、尿蛋白等)
 - ・心電図検査
 - ・胸部レントゲン検査
 - ・眼底検査
 - 等
- 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、ひとりで暮らし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人でトイレに行きますか?」
 等

家族・医師・歯科医師・薬剤師・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

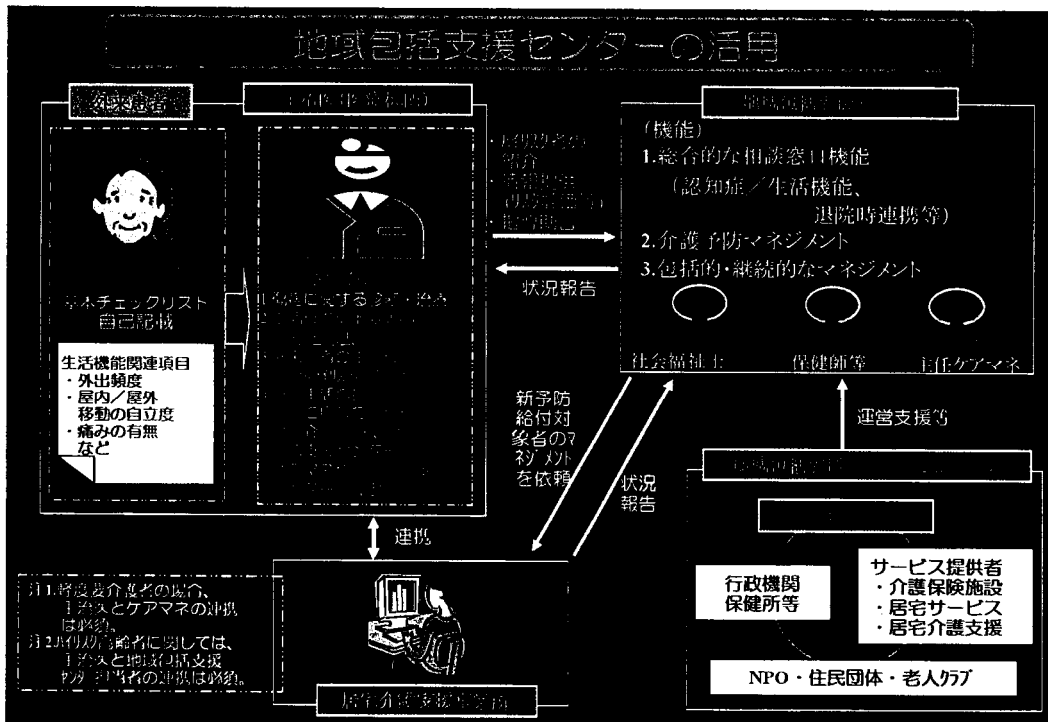
検査及び評価を踏まえた診療

- ・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

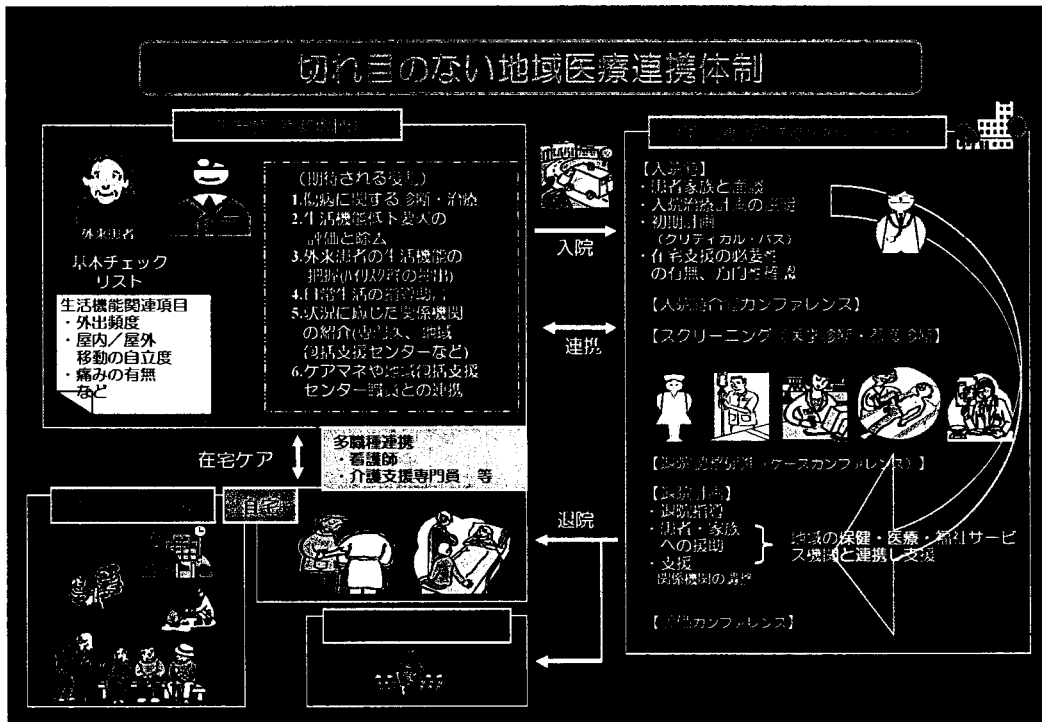
地域包括支援センター等へ連絡

介護予防等の取り組み

- ・栄養、食事の内容の変更(低栄養状態の改善)
- 等



切れ目のない地域医療連携体制



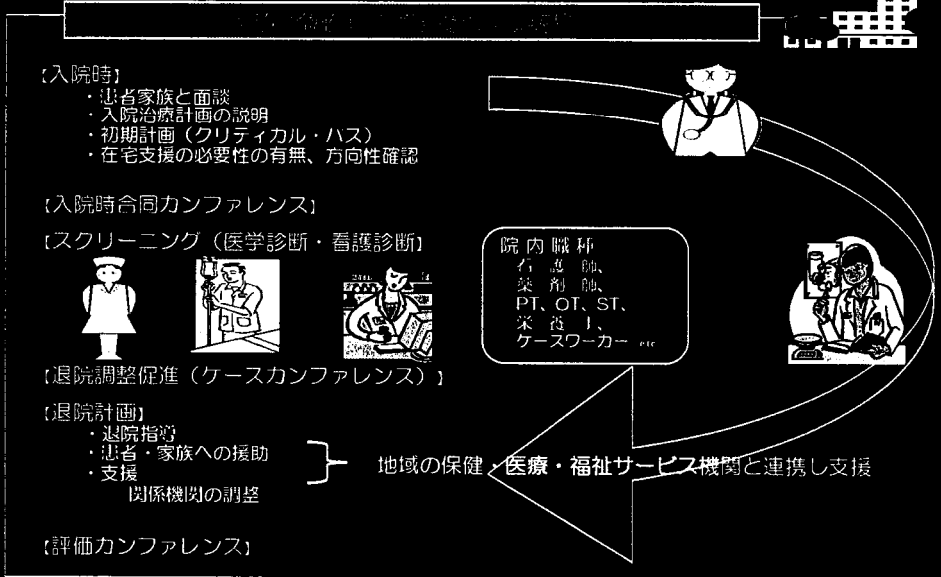
入院医療の目標

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

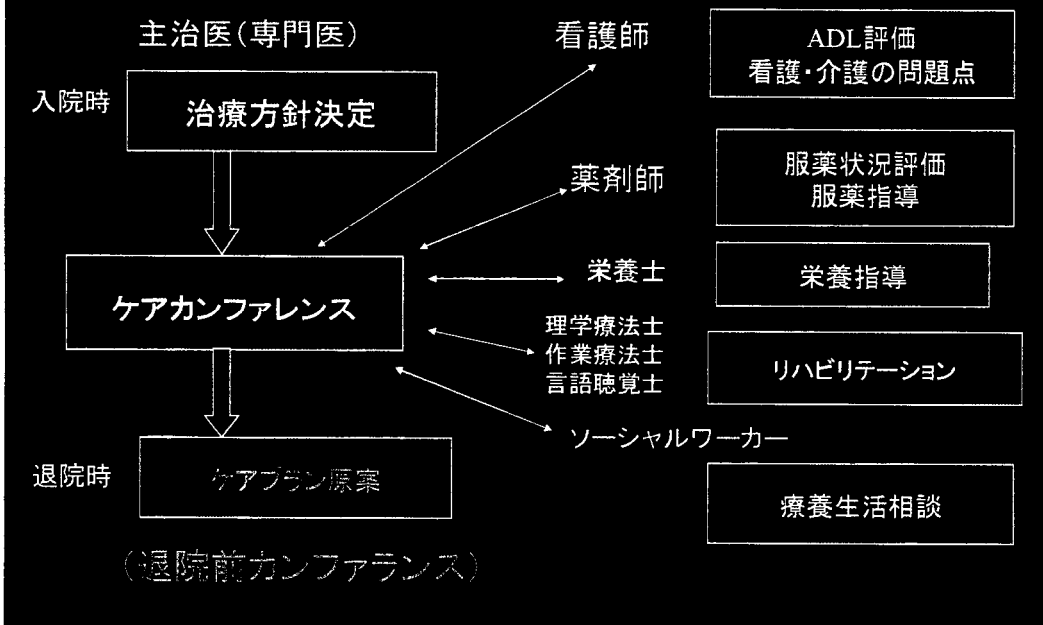
そのため、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成し退院に結びつけることが病院の基本的な責務である。

退院調整！！

入院から退院へ

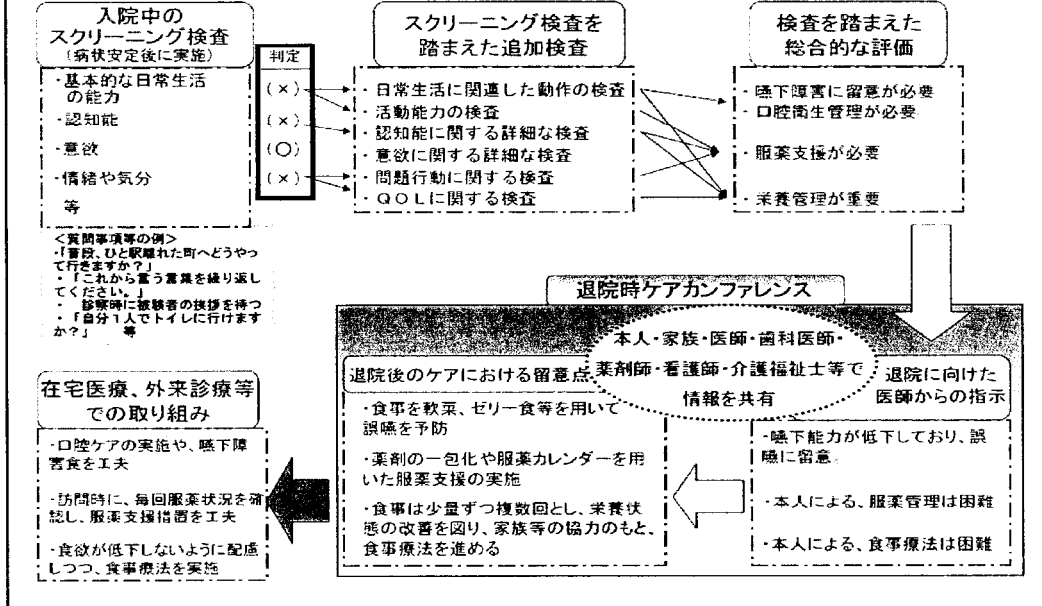


入院から退院へ

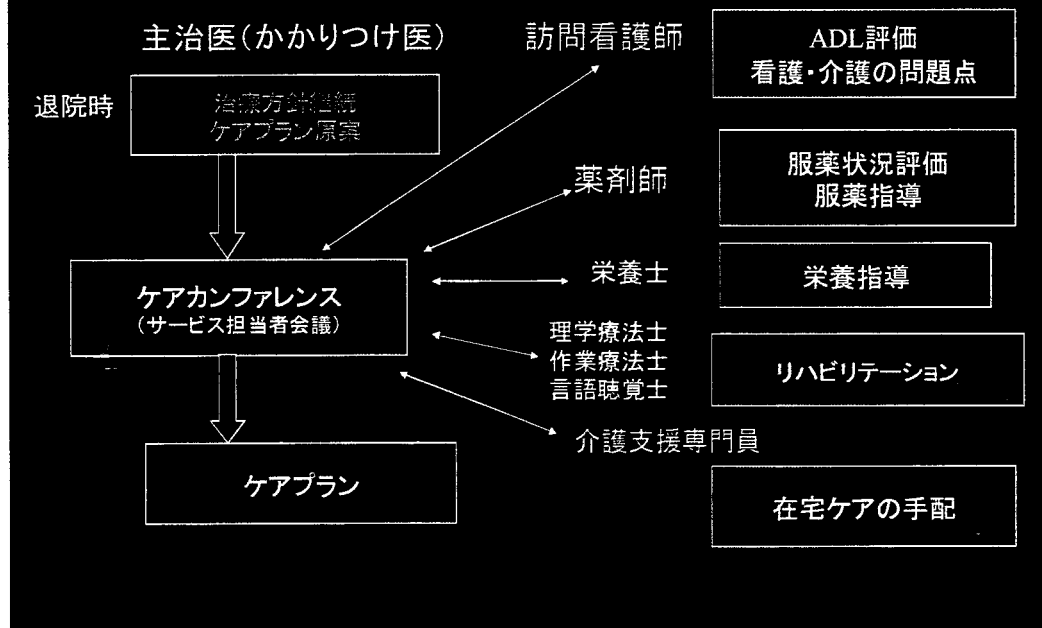


高齢者の総合的な評価のイメージ

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)



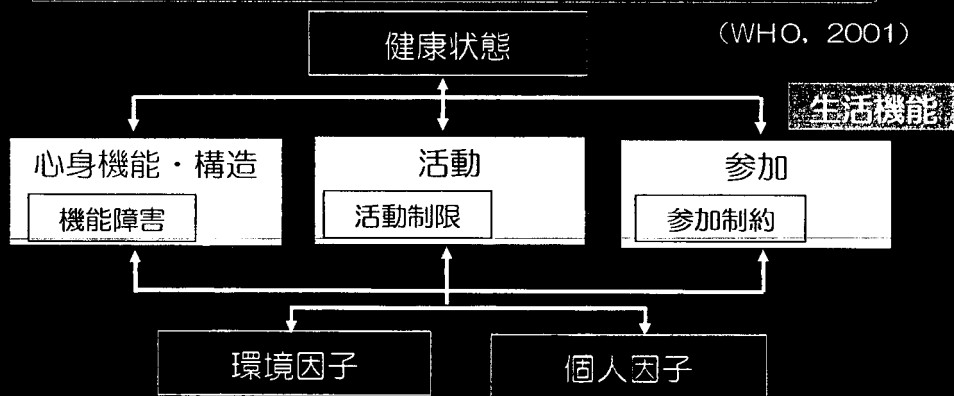
切れ目のない医療連携

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。

出典：高齢者リハビリテーション研究会資料

地域医療の要素

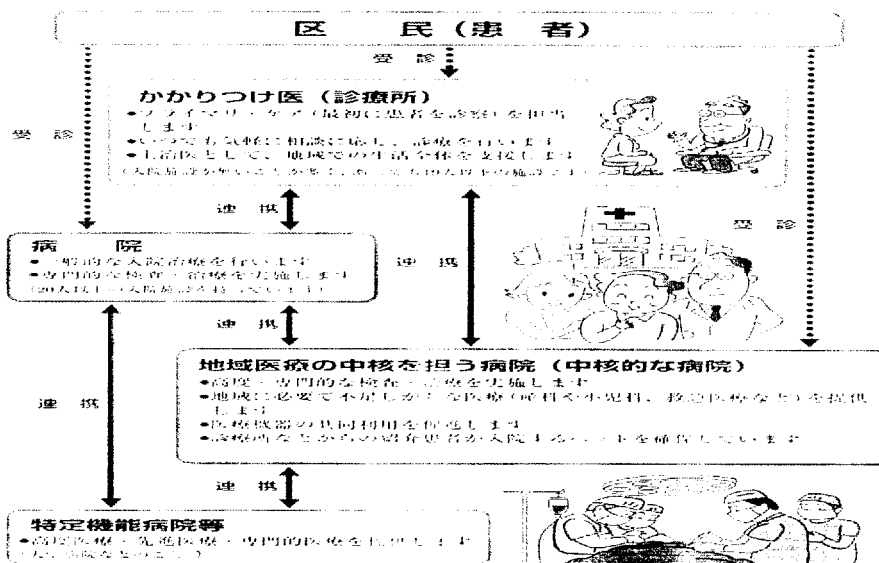
患者の生活を支える医療

「専門医」の役割

「かかりつけ医」の役割

協働診療

適切な医療を受けるために



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