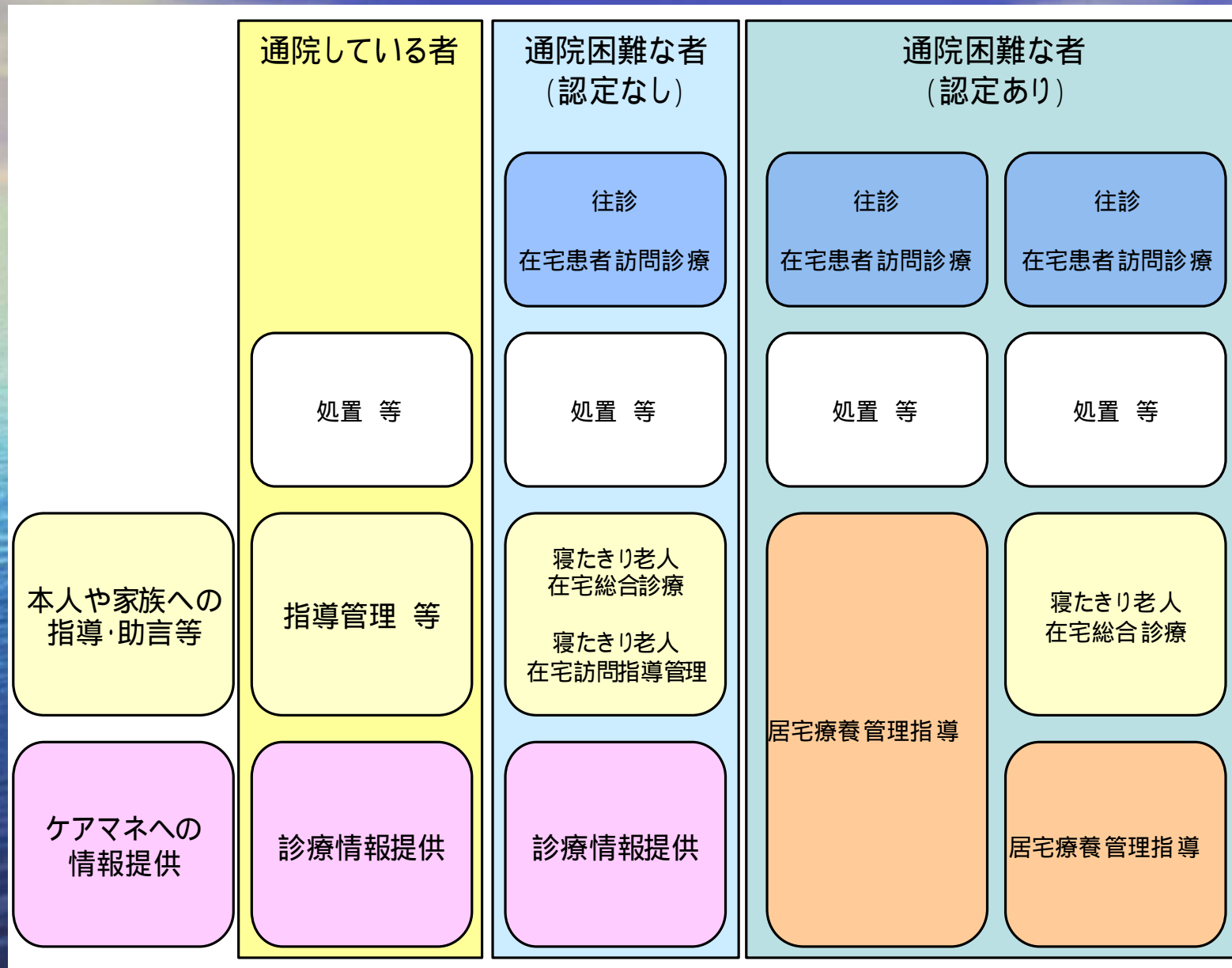


保健医療福祉の基礎理解 居宅療養管理指導

内科伊藤医院

院長 伊藤光保

居宅療養管理指導って？



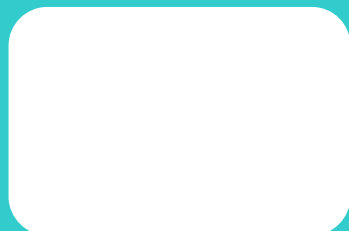
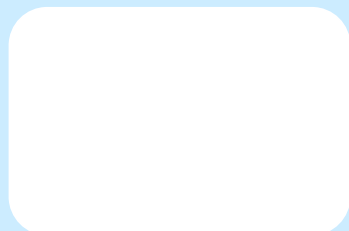
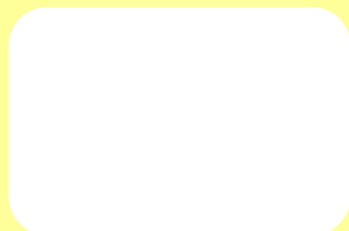
通院している者

通院困難な者
(認定なし)

通院困難な者
(認定あり)

歯科訪問診療

歯科訪問診療



本人や家族への
指導・助言等

指導管理 等

寝たきり老人
在宅訪問指導管理

居宅療養管理指導

ケアマネへの
情報提供

診療情報提供

診療情報提供

算定できるのは
介護保険において
居宅に相当する
ところのみ

通院している者

本人や家族への
指導・助言等

指導管理 等

診療情報提供A
220

診療情報提供B
290

ケアマネへの
情報提供

通院困難な者
(認定なし)

寝たきり老人
在宅総合診療
2290・2575

寝たきり老人
在宅訪問指導管理
430

老人慢性疾患
生活指導
225・147・87

診療情報提供A
220

診療情報提供B
290

通院困難な者
(認定あり)

寝たきり老人
在宅総合診療
2290・2575

居宅療養管理指導
500×2回

居宅療養管理指導
290×2回

- 寝たきり老人在宅総合診療

- 特に他の保健、医療又は福祉サービスとの連携の要点を記載する

- 寝たきり老人在宅訪問指導管理

- 患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合

- 老人慢性疾患生活指導

- 患者又はその家族等に対して、療養計画に基づき、栄養、安静、運動、日常生活その他療養上必要な指導を行った場合

- 診療情報提供料(A)

- 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
 - 「市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所若しくは精神保健福祉センター又は指定居宅介護支援事業者をいう。
 - また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

- 診療情報提供料(B)

- 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、又は病院である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

- 居宅療養管理指導Ⅰ・Ⅱ

- 指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供(利用者の同意を得て行うものに限る。)又は利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合

居宅療養管理指導に関する
今回の介護報酬改定通知について
(平成18年3月31日介護保険情報02)

愛知県医師会社会福祉専門員会委員
伊藤光保

6 居宅療養管理指導費

(1) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者(指定居宅介護支援事業所に属し、利用者に居宅介護支援を行う介護支援専門員。以下この項において「ケアマネジャー」という。)等に対する介護サービス計画(以下この項において「ケアプラン」という。)の策定等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導費()を算定する。

「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする(必ずしも文書等による必要はない。)。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」(薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。)について、原則として、文書等(メール、FAX等でも可)により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

(情報提供すべき事項)

- (a) 基本情報(医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先)
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項

上記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

イ 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文等の交付により行うよう努めること。

なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書の写しを診療録に添付する等により保存すること。

減算の取扱いについて

居宅療養管理指導()を算定する場合において、ケアマネジャー等に対する情報提供を行わない場合については、所定単位数から減算されることとなる。

算定回数について

主治の医師及び歯科医師が、1人の利用者について、それぞれ月2回まで算定することができる。

算定日について

算定日は、当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療若しくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入することとする。

(2) 薬剤師が行う居宅療養管理指導について

薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあつては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文章等にて提出するよう努め、速やかに記録(薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあつては 薬剤管理指導記録)を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告することとする。また、必要に応じて、指定居宅介護支援事業者等に対して情報提供するよう努めることとする。薬局薬剤師にあつては当該居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対し訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこととする。また、提供して文書等の写しがある場合は、記録に添付する等により保存することとする。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」は処方医から提供された医師・歯科医師の居宅療養管理指導における情報提供等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談しながら、利用者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、利用者宅への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等により保存する。

原則として、利用者の居宅を訪問する前に策定する。

訪問後、必要に応じ新たに得られた利用者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合にも適宜見直しを行うこと。

居宅療養管理指導費を月2回以上算定する場合(がん末期患者に対するものを除く。)にあつては、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。

居宅療養管理指導を行った場合には、薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録に、少なくとも以下のア～ツについて記載しなければならない。

ア 利用者の氏名、生年月日、性別、介護保険の被保険者証の番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等の利用者についての記録

イ 処方した医療機関名および処方医師名、処方日、処方内容等の処方についての記録

ウ 調剤日、処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録。

エ 利用者の体質、アレルギー歴、副作用等の利用者についての情報の記録

オ 利用者又はその家族等からの相談事項の要点

- カ 服薬状況
- キ 利用者の服薬中の体調の変化
- ク 併用薬(一般用医薬品を含む。)の情報
- ケ 合併症の情報
- コ 他科受診の有無
- サ 副作用が疑われる症状の有無
- シ 飲食物(現に利用者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。)の摂取状況等
- ス 指導した薬剤師の氏名
- セ 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
- ソ 処方医から提供された情報の要点
- タ 訪問に際して実施した薬学的管理の内容(薬剤の保管状況、服薬状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複作用、相互作用の確認等)
- チ 訪問に際して行った指導の要点
- ツ 処方医に対して提出した訪問結果に関する情報の要点

居宅療養管理指導を行った場合には、医療機関の薬剤師にあっては薬剤管理指導記録に、少なくとも以下のア～カについて記載しなければならない。

- ア 利用者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
- イ 利用者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
- ウ 薬学的管理の内容(医薬品の保管状況、服薬状況、重複投薬、配合禁忌等を含む。)
- エ 利用者への指導及び利用者からの相談の要点
- オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
- カ その他の事項

居宅療養管理指導を算定している利用者に投薬された医薬品について、医療機関又は薬局の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者の主治医に対し、当該情報を文章により提供するものとする。

- ア 医薬品緊急安全性情報
- イ 医薬品等安全性情報

現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている場合は、居宅療養管理指導費は、算定しない。

居宅において疼痛緩和のために厚生労働大臣が別に定める特別な薬剤(以下「麻薬」という。)は、「麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第1項に規定する麻薬」のうち、使用薬剤の購入価格(薬価基準)(平成14年厚生労働省告示第87号)に記載されている医薬品であり、以降、改定がなされた際には、改定後の最新の薬価基準に記載されているものを意味する。

麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている利用者に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行った場合に算定する。なお、薬局薬剤師にあっては、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行うことが必要である。

麻薬管理指導加算を算定する場合にあっては、薬局薬剤師にあっては薬剤服用歴の記録に の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

- ア 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)
- イ 訪問に際して行った患者又は家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等)
- ウ 処方医に対して提出した訪問結果に関する情報(麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の内容に関する事項を含む。)の要点
- エ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。)

麻薬管理指導加算を算定する場合にあっては、医療機関の薬剤師にあっては薬剤管理指導記録に の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

- ア 麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等)
- イ 麻薬に係る利用者又は家族への指導・相談事項(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等)
- ウ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
- エ その他の麻薬に係る事項

医師又は歯科医師は、薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。また、薬局薬剤師による訪問結果についての必要な情報提供についての文章は、診療録に添付する等により保存することとする。

(3) 管理栄養士の居宅療養管理指導について

管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し当該計画を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合に算定する。

なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。

当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。また、栄養ケア計画に基づき、実際に居宅療養管理指導を行う管理栄養士に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、栄養ケア計画の見直しにあたっては、管理栄養士の報告を受け、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。

管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、以下のアからクまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。

ア 利用者の低栄養状態のリスクを、把握すること(以下「栄養スクリーニング」という。)。

イ 栄養スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること(以下「栄養アセスメント」という。)。

ウ 栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師その他の職種の者と共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法等)、栄養食事相談に関する事項(食事に関する内容、利用者又は家族が主体的に取り組むことができる具体的な内容及び相談の実施方法等)、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成した栄養ケア計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

エ 栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題(栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 他のサービス等において食生活に関する配慮等が必要な場合には、当該利用者に係る居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員に対して情報提供を行うこと。

カ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師に対する報告を行うこと。なお、低栄養状態のモニタリングにおいては、体重を測定するなど、BMIや体重減少率等から利用者の栄養状態の把握を行うこと。

キ 利用者について、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、医師の指示のもとに関連職種と共同して当該計画の見直しを行うこと。

ク 管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録する。なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。

心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食(食塩相当量の総量が7.0グラム以下のものに限る。)及び嚥下困難者(そのために摂食不良となったものも含む。)のための流動食は、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び地域密着型介護福祉施設サービスの療養食加算の場合と異なり、居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

(4) 歯科衛生士等の居宅療養管理指導について

歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、訪問歯科診療を行った利用者又はその家族等に対して、当該訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該医療機関に勤務(常勤又は非常勤)する歯科衛生士等が、利用者の居宅を訪問して、利用者又はその家族の同意及び訪問診療の結果等に基づき作成した管理指導計画を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実地指導を1人の利用者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上行った場合について算定し、実地指導が単なる日常的な口腔清掃等であるなど療養上必要な指導に該当しないと判断される場合は算定できない。

なお、請求明細書の摘要欄に当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師が訪問診療を行った日と歯科衛生士等の訪問日を記入することとする。

歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導は、指示を行なった歯科医師の訪問診療の日から起算して3月以内に行われた場合に算定する。

歯科衛生士等が居宅療養管理指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や利用者の移動に要した時間等は含まない。

歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、医療機関に勤務する歯科衛生士等が、当該医療機関の歯科医師からの直接の指示並びに管理指導計画に係る助言等(以下「指示等」という。)を受け、居宅に訪問して実施した場合に算定する。なお、終了後は、指示等を行った歯科医師に直接報告するものとする。

歯科衛生士等は実地指導にかかわる記録を作成し、交付した管理指導計画を当該記録に添付する等により保存するとともに、指導の対象となった利用者ごとに利用者氏名、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻及び担当者の署名を明記し、指示等を行った歯科医師に報告する。

歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、以下のアからカまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。

ア 利用者の口腔機能(口腔衛生、摂食・嚥下機能等)のリスクを、把握すること(以下「口腔機能スクリーニング」という。)。

イ 口腔機能スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること(以下「口腔機能アセスメント」という。)。

ウ 口腔機能アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、利用者ごとに口腔衛生に関する事項(口腔内の清掃、有床義歯の清掃等)、摂食・嚥下機能に関する事項(摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等)、解決すべき課題に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載し、利用者の疾病の状況及び療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を作成すること。また、作成した管理指導計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

エ 管理指導計画に基づき、利用者に療養上必要な実地指導を実施するとともに、管理指導計画に実施上の問題(口腔清掃方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 利用者の口腔機能に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、口腔機能のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に対する報告を行うこと。なお、口腔機能のモニタリングにおいては、口腔衛生の評価、反復唾液嚥下テスト等から利用者の口腔機能の把握を行うこと。

カ 利用者について、概ね3月を目途として、口腔機能のリスクについて、口腔機能スクリーニングを実施し、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に報告し、歯科医師による指示に基づき、必要に応じて管理指導計画の見直しを行うこと。なお、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科医師その他の職種と共同して行うこと。

当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。また、管理指導計画に基づき、実際に実地指導を行う歯科衛生士等に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科衛生士等の報告を受け、歯科医師の訪問診療の結果に基づき、指示した内容(療養上必要な実地指導の継続の必要性)の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。

利用者の口腔機能の状態によっては、医療における対応が必要である場合も想定されることから、その疑いがある場合は、利用者又は家族等の同意を得て、指示を行った歯科医師、歯科医師を通じた指定居宅介護支援事業者等への情報提供等の適切な措置を講じることとする。

(5) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導については、医師・歯科医師によるサービス担当者会議への参加や文章での情報提供の徹底、管理栄養士による在宅の低栄養者への多職種協働を踏まえた栄養ケア・マネジメントの評価、歯科衛生士による口腔機能の維持・向上指導等の強化等について評価の見直しを行う。

ア 医師・歯科医師による居宅療養管理指導

医師・歯科医師による居宅療養管理指導については、その機能としての「情報提供」と「指導・助言」のそれぞれの算定要件を明確化するとともに、「情報提供」を行わない場合には減算を行う。

居宅療養管理指導費()
500単位 / 回

変更なし

指定居宅介護支援事業者等に対する情報提供
が行われていない場合に100単位を減算

算定要件

以下の要件を全て満たす場合に1月に2回を限度として算定できる。

- ・ 指定居宅介護支援事業者等に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること。
- ・ 利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行っていること。

居宅療養管理指導費()
290単位 / 回

変更なし

算定要件

指定居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、1月に2回を限度として算定できる。

在宅療養支援診療所の現状

特に終末期ケア支援として

東海市内科伊藤医院 院長

愛知県介護支援専門員支援会議 副委員長

NPO法人MHWネット東海 理事長

伊藤 光保

福祉系NPOとの連携

地域共生情報

2002年
新春号

特定非営利活動法人 医療と保健と福祉の市民ネットワーク東海 (MHW) TEL/FAX052-931-3315

特に医師・医療職の皆様へ



NPO 立ち上げ資金のた
めの寄付の御願い

MHW理事長 伊藤光俊

当会は、介護保険制度の周知のための行政の広報活動に対する市民側の受け皿として、そしてまた介護のシステムをより良いものにしていくため、市民活動の活性化を後押しする活動をしてきました。これらの活動は、当地域で一定の認知度を受け、今後より一層重要性を増すものと考え、特定非営利法人の認証を受けました。しかし各種研究会・研究会も介護保険制度前には300人以上の入場者を集める状態であったものが、最近では70人程度ということも多く、財政的に厳しい状態となってきております。医療費も徐々に厳しいものとなり、各医療機関の財政状態も悪化してきているとは思いますが、御案内の通り福祉関係団体の所導保障が十分でない現状では、特に医師・医療職の方々への経済的な御支援を賜ればと考えております。またこのたび小生、愛知県介護支援専門員支援会議の副委員長に指名を受けました。今後さらに、より充実した介護システムを創り出すため、行政や各種関係団体と市民の間に立つ市民活動を続けて行きたいと考えておりますので、御指導と御支援を賜ればと考えています。よろしく御願いいたします。

これまでも、市民活動家である小生が何故行政や医師会の関係団体の中からも発言するのかわからない疑問も寄せられていますので、ここで少し詳しい自己紹介をさせていただきます。旧大気汚染公害指定地域の住人です。高校2年の秋までは、当時特別検校が始まっていた本四国製鋼に加わりたいという気持ちが強く、工学部土木学科構成員から建設省に入ることを考えていました。その冬に、父の診療所に気管支喘息発作の子供が受診し、病院に転送するのに立ち会いました。開発・発展ということが人間を幸せにするとは限らないということに気が付かれ、医学部志望を変更しました。

そのとき、公害の調査の中心になっていたのが知多保健所の所長さんでした。詳しい事情は解りませんが、その後その所長さんは専任職員を辞められ、ネパールやバングラデシュの結核予防の基礎を創る活動をされました。それを見て、自分も何かできないかと考えたのが、ボランティア暦30年の始まりでした。その時たまたまあった部落解放同盟の健康医療実地調査に加わり、その後ホームレスに対する検診活動、バングラデシュやジンバブエへの支援活動等と住民運動から市民運動、市民活動の流れの中に身を置いてきました。市民活動に従事しているうちに、法律も勉強したいという気持ちもあって医事法学会にも入会しました。その時の推薦者が、実地医家のための会の創設者である永井友二郎氏と、HIV相談東京弁護団事務局長であった鈴木和博氏であったことから、何を考えていたか推定して頂ければと思います。

そのような事をしていながら、愛知県医師会から医事法学を勉強しながら市民活動をしている医者の意見も聞きたいとして調査委員会へ加わるように誘われました。15年前の事です。最初の仕事が、当時まだ厚生省保険局企画課長であった岡光孝氏が講演のため来名された折の応対でした。そこから介護や介護システムの勉強を始めた。数年して厚生省の外郭団体の在宅ケア委員会に呼ばれることにもなりました。介護保険の基礎調査をしている内、市民活動団体が立ち上がり、当事者団体とも発展していくのを目の当たりし、これを助けなければという元々の市民意識を呼び覚まされました。それが当団体の代表へという道筋になりました。その後、医療関係者の介護保険に関する研修の企画も必要ということで、厚生省の外郭団体の在宅ケア委員会から、日本医師会と大学の総合臨床科等で築いてきた日本プライマリケア学会の研修委員へと変わり、介護支援専門員指導者に推薦され、今回は愛知県介護支援専門員支援会議の副委員長にも指名されましたが、基本的な視点は市民であり続けたいと考えています。

当団体や小生の今後の活動は益々重要なものになっていくと考えております。一層の御支援を賜ればと考えております。

介護家族会のピア・カウンセリング



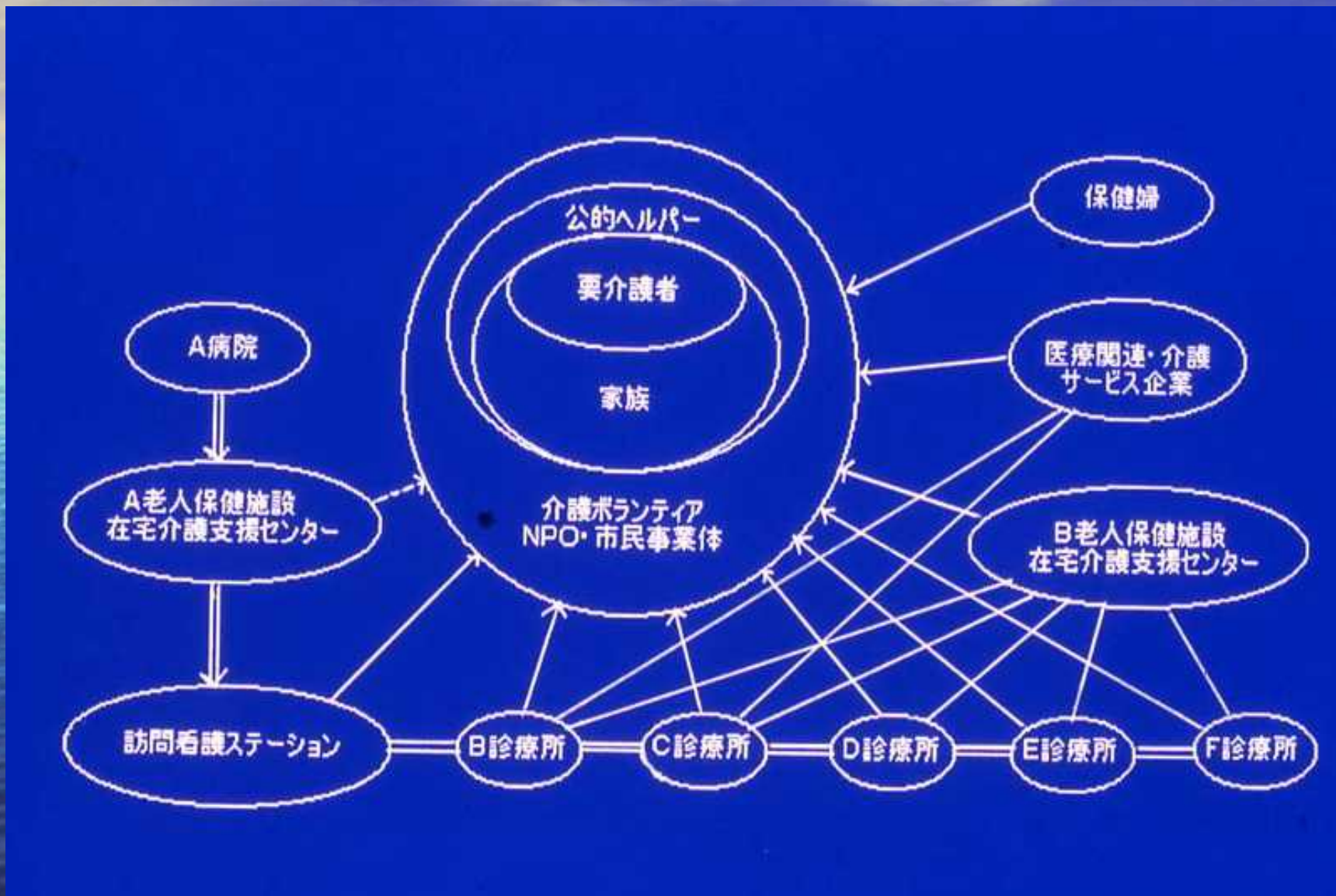
介護家族会での介護教室



介護家族会の介護相談会



地域医療・介護システム



[在宅療養支援診療所の基本的考え方]

高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最後を迎えることも選択できるように、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設け、

- ・ 在宅療養支援診療所が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築するとともに、
- ・ このような場合に在宅療養患者を対象とした診療報酬点数において高い評価を行う。

[在宅療養支援診療所の要件]

- ・ 保険医療機関たる診療所であること
- ・ 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- ・ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携していること
- ・ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

在宅療養をされている患者さん・ご家族の皆様へ

24時間対応体制についてのご案内

在宅療養を行われている患者さんの病状が急変した場合などは、以下のところまでご連絡下さい。

緊急 連絡先	内科伊藤医院0562-32-2529 院長携帯090-3959-8780	院長：伊藤光保が 対応します。
-----------	---	--------------------

- ※ 患者さんの状況を確認させていただき、往診・訪問看護・入院等の対応をいたします。
- ※ なお、休日につきましては、留守番電話対応となりますが、お名前・電話番号を入れていただければ、院長から連絡させていただきます。

《往診について》

往診（医師による在宅医療の実施）につきましては、当院医師の伊藤光保、松原綾子、房野加奈子が実施いたします。（別紙の医師待機表参照）

《訪問看護について》

訪問看護（看護師による在宅看護の実施）につきましては、訪問看護ステーション東海（0562-689-7220）と連携しております。

《入院先の病院について》

入院につきましては、国立長寿医療センター（0562-46-2311）と連携しております。

内科伊藤医院 院長 伊藤光保

夜間・休日看護師待機表（9/21~10/20）

（ステーション連携） 内科伊藤医院（0562-32-2529）

日	月	火	水	木	金	土
				9/21	22	23
				訪問看護 ステーション	小田	林田
24	25	26	27	28	29	30
小田	訪問看護 ステーション	川口	小田	訪問看護 ステーション	中村	林田
10/1	2	3	4	5	6	7
訪問看護 ステーション	訪問看護 ステーション	林田	中村	訪問看護 ステーション	小田	川口
8	9	10	11	12	13	14
訪問看護 ステーション	訪問看護 ステーション	林田	小田	訪問看護 ステーション	中村	川口
15	16	17	18	19	20	
訪問看護 ステーション	訪問看護 ステーション	林田	中村	訪問看護 ステーション	小田	

連携訪問看護ステーションへの連絡は以下までお願いします。

訪問看護ステーション東海0562-689-7220

医師待機表

以下が基本で、会議等の都合により変更になる場合もあります。

日	月	火	水	木	金	土
伊藤	伊藤	房野	伊藤	伊藤	伊藤	松原

協 定 書

医療機関 国立長寿医療センター（以下「甲」という）と、医療機関 内科伊藤医院（以下「乙」という）は、甲及び乙の患者に対して、患者の希望に応じて住み慣れた自宅で診療を受けることができる体制を可能な限り確保し、かつ緊急時において甲乙間で円滑な連携がとれるよう、下記の通り協定を結ぶものとする。

記

- 第1条 甲は、乙が居宅にて診療を行っている患者（以下「在宅患者」という）に対して、緊急に入院の必要が生じた場合に備えて常時病床の確保に努めるものとし、その場合においては乙と協力して入院の便宜を図るものとする。ただし、満床により甲が在宅患者に医療サービスを提供できない状況にあるときは、この限りではない。
- 2 乙の医師は甲の要請に基づき、甲の施設に赴き甲の医師と共同して、甲の退院予定の入院患者またはその家族に対して在宅療養に関する説明及び指導を行なうものとする。
- 第2条 甲及び乙は、本協定を履行するあたり知り得た患者等の個人情報等を法令遵守のうえ正当な理由なく第三者に開示、漏洩しないものとする。
- 第3条 本協定の有効期間は平成18年4月1日より1年間とする。ただし、甲または乙から相手方に対し30日前までに文書による終了の申し入れがない限り、本協定は更に1年間延長されるものとし、以後も同様とする。
- 第4条 本協定に定めのない事項については、甲及び乙は信義に基づき協議し誠実にかいけつするものとする。
本協定は2通作成し、甲乙双方が記名捺印のうえ、各1通を保管する。

平成18年3月31日

甲) 住所
医療機関名
代表者
乙) 住所
医療機関名
代表者

㊟

㊟

死亡者数推計

2009年	1219000人
2015年	1376000人
2003年	1067000人
2021年	1514000人
2027年	1615000人
2033年	1680000人
2039年	1699000人

一般（急性期）病床数

2000年	127万床
2006年	96万床
2012年	65万床

療養型（慢性期）病床数

2000年	25万床
2006年	38万床
2012年	15万床

在宅人工呼吸療法



在宅中心静脈栄養

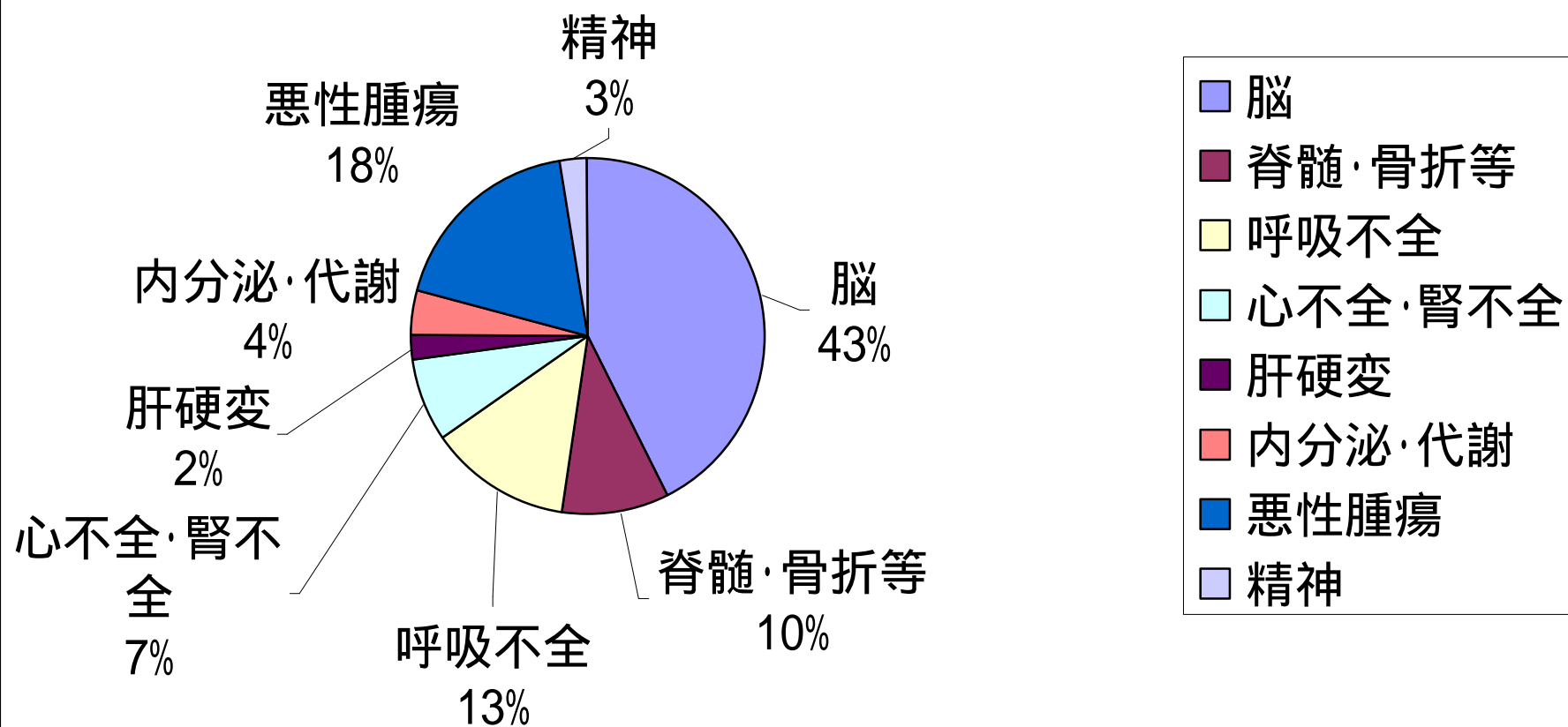


在宅経皮胆管ドレナージ

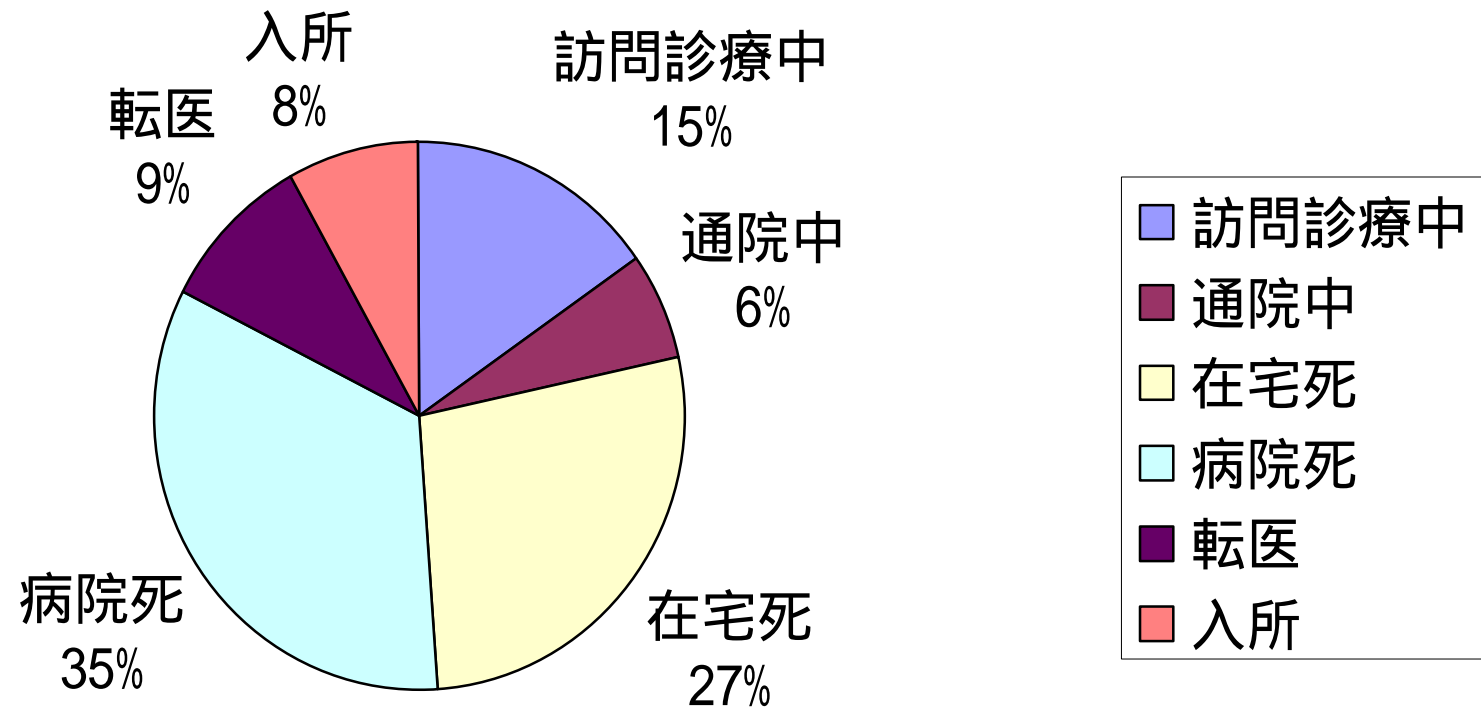


	19 (火)	20 (水)	21 (木)	22 (金)	23 (祝)	24 (日)	25 (月)
08:00	外来	往診	外来	往診	朝食	朝食	往診
09:00	外来	外来	外来	外来	外来	往診	外来
10:00	外来	外来	外来	外来	往診	NPO	外来
11:00	外来	外来	外来	外来	往診	NPO	外来
12:00	外来	外来	昼食	外来	往診	NPO	外来
13:00	介護認定 審査会	担当者 会議	昼寝	担当者 会議	昼食	NPO	外来
14:00	昼食	昼食	事務仕事	昼食	昼寝	昼寝	昼食
15:00	昼寝	昼寝	訪問診察	昼寝	昼寝	事務仕事	昼寝
16:00	事務仕事	訪問診察	訪問診察	訪問診察	事務仕事	往診	訪問診察
17:00	担当者 会議	訪問診察	会議	訪問診察	事務仕事	事務仕事	訪問診察
18:00	担当者 会議	外来	会議	外来	往診	事務仕事	外来
19:00	夕食	外来	会議	外来	夕食	夕食	外来
20:00	事務仕事	外来	懇親会	外来	TV	TV	外来
21:00	事務仕事	夕食	懇親会	夕食	事務仕事	事務仕事	夕食
22:00	事務仕事	事務仕事	懇親会	事務仕事	往診	事務仕事	死亡診断 書記載
23:00	事務仕事	事務仕事	懇親会	往診	入浴・就寝	入浴・就寝	事務仕事
24:00	事務仕事	入浴・就寝	懇親会	入浴・就寝			事務仕事
25:00	入浴・就寝		入浴・就寝				事務仕事
26:00							入浴・就寝

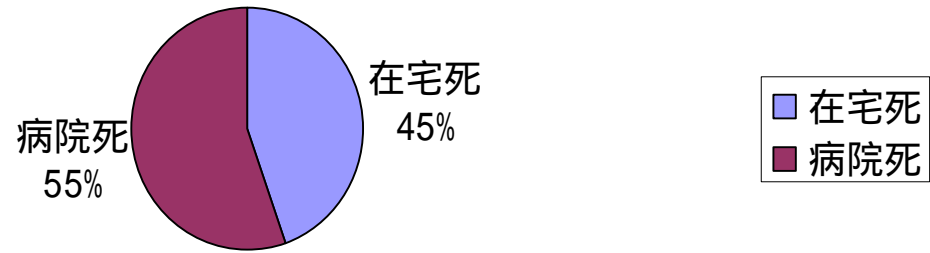
要介護状態となった主因となる疾患



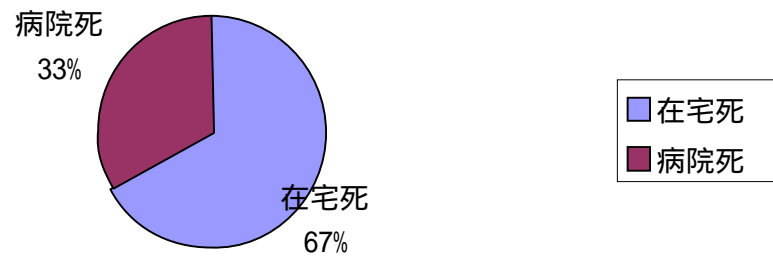
在宅医療・介護支援を行った方の転帰



在宅医療全体での死亡場所別患者数



悪性腫瘍の死亡場所別患者数



訪問看護指示書

指示書有効期間 18年11月 1日～ 18年11月30日まで		
患者氏名	子 生年月日 明・大・昭・平 16年 3月 14日生(65歳)	
患者住所	市 町 - 電話 - -	
主たる傷病名	子宮癌(放射線療法後) 癌性腹膜炎、肝転移、肺転移、癌性胸膜炎、下腿皮膚潰瘍兼蜂窩織炎、慢性胃炎、胆嚢切除後症候群、甲状腺機能亢進症(術後) 低アルブミン血症、低カリウム血症、鉄欠乏性貧血、便秘症、上室性期外収縮	
状況	病状・治療形態	名古屋大学病院からのフルツロンは減量となっています。下腿の浮腫・ピランも以下投薬にて改善し、浸出液もほとんど見られなくなっています。歩行困難は訴えますが、食事は摂れている、眠ることもできている、便も出ている、調子は良くなっているとのことです。ただ、血圧の変動が激しく、眩暈や胸苦を時々訴えるようになってきており、要注意かと考えています。
	投与中の薬剤の用法・用量	1)フルツロン 3錠 2)MSコンチン 1錠 ブレドニン 3錠 / 1X1眠前 アルダクトンA 3錠 3)エンシュア・リキッド ムコスタ 3錠 ペロリック 3錠/n 3X1
	日常生活自立度	寝たきり度 J A B C 痴呆の状況 M
	装着・使用医療用機器等(番号に)	1.自動腹膜透析装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法(/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養(経鼻・胃瘻:チューブサイズ 日に1回交換) 8.留置カテーテル(サイズ 日に1回交換) 9.人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) 10.気管カニューレ(サイズ) 11.ドレーン(部位) 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他()
留意事項及び指示事項		
<input type="checkbox"/> 療養生活指導上の留意事項 ターミナル・ケアとしての苦痛の早期発見と対処。MSコンチンは、別に同量レスキュー使用可。		
<input checked="" type="checkbox"/> 1.リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 2.褥瘡の処置等;下腿浮腫とピランの処置 <input type="checkbox"/> 3.装着・使用医療機器等の操作援助・管理 <input checked="" type="checkbox"/> 4.その他;本人・家族への精神的支援		
緊急時の連絡先; 伊藤医院 0562-32-2529 自宅 0562-32-6658 光保携帯 090-3959-8780 父宅 0562-32-3312		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください) 当院からの訪問診察は、月・水・土とします。訪問看護は火と金で御願いいたします。木曜日は訪問入浴希望です。日曜祝日は、3日と12日と23日は当院、5日と19日と26日は訪問看護ステーションで対処とします。		

上記のとおり、訪問看護の実施を指示いたします。

平成18年10月21日

医療機関名 内科伊藤医院
住 所 東海市高橋須賀町西屋敷93
電 話 0562-32-2529
FAX 0562-32-7852
医師氏名 伊藤 光保

訪問看護ステーション 殿

診療情報提供書（居宅療養管理用）				
患者氏名	子	生年月日	明・大・ 昭 ・平 16年 3月14日生(65歳)	
患者住所	市 町 - 電話 - -			
主たる傷病名	子宮癌（放射線療法後）、癌性腹膜炎、肝転移、肺転移、癌性胸膜炎、悪性リンパ管症、下腿皮膚潰瘍兼蜂窩織炎、慢性胃炎、胆嚢切除後症候群、甲状腺機能亢進症（術後）、低アルブミン血症、低カリウム血症、鉄欠乏性貧血、便秘症、上室性期外収縮			
現在の状況	病状・治療形態	病院からのフルツロンは減量となっています。下腿の浮腫・ピランも以下投薬にて改善し、浸出液もほとんど見られなくなっています。歩行困難は訴えますが、食事は摂れている、眠ることもできている、便も出ている、調子は良くなっているとのことです。ただ、血圧の変動が激しく、眩暈や胸苦を時々訴えるようになってきており、要注意かと考えています。		
	投与中の薬剤の用法・用量	1)フルツロン 3錠 2)MSコンチン 1錠 ブレドニン 3錠 /1X1眼前 アルダクトンA 3錠 3)エンシュア・リキッド ムコスタ 3錠 ペロリック 3錠/n3X1		
	日常生活自立度	寝たきり度	J A B C	
		痴呆の状況	M	
	装着・使用医療用機器等（番号に）	1.自動腹膜灌流装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法（ /min） 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養（経鼻・胃瘻；チューブサイズ 日に1回交換） 8.留置カテーテル(サイズ 日に1回交換)9.人工呼吸器(陽圧式・陰圧式：設定) 10.気管カニューレ(サイズ) 11.ドレーン(部位) 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他()		
留意事項及び指示事項				
<input type="checkbox"/> 療養生活指導上の留意事項 ターミナル・ケアとしての苦痛の早期発見と対処。MSコンチンは、別に同量レスキュー使用可。				
<input type="checkbox"/> 1.リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 2.褥瘡の処置等；下腿浮腫とピランの処置 3.装着・使用医療機器等の操作援助・管理 <input checked="" type="checkbox"/> 4.その他；本人・家族への精神的支援				
緊急時の連絡先； 伊藤医院 0562-32-2529 自宅 0562-32-6658 光保携帯 090-3959-8780 父宅 0562-32-3312				
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください） 当院からの訪問診察は、月・水・土とします。訪問看護は火と金で御願いたします。木曜日は訪問入浴希望です。日曜日は、3日と12日と23日は当院、5日と19日と26日は訪問看護ステーションで対処とします。				

平成18年11月 1日

医療機関名 内科伊藤医院
住 所 東海市高橋須賀町西屋敷93
電 話 0562-32-2529
(FAX) 0562-32-7852
医師氏名 伊藤 光保

殿

診療情報提供書（居宅療養管理指導用）	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 5年 4月 8日生（90歳）
患者住所	市 町 - 電話 - -
主たる傷病名	総胆管結石症兼閉塞性黄疸、胆嚢炎、慢性胃炎、多発性微小脳梗塞（眩暈症兼認知症）、心臓弁膜症、不眠症、便秘症、下腹部接触性皮膚炎兼カンジダ症、結膜炎
現在の状況	病状・治療形態
	投与中の薬剤の用法・用量
	日常生活自立度
装着・使用医療用機器等（番号に）	1.自動腹膜灌流装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法（ /min） 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ 日に1回交換） 8.留置カテーテル（サイズ：16Fr（シリコン）28日に1回交換）9.人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定） 10.気管カニューレ（サイズ） 11.ドレーン（部位） 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他（PTCD；サイズ：12Fr《ビッグテイル・カテーテル》2年に1回交換）
留意事項及び指示事項	
<input type="checkbox"/> 療養生活指導上の留意事項 最も重要なことは、PTCDチューブが詰まるのを防ぐことであり、午前午後の7時に排液量測定と廃棄を家族に行っていただき、200ml / 12 hours 以下ならば連絡をしていただいて、医療者で生食200mlのフラッシュを行うこととします。慢性の胆嚢炎も合併しており、37.5 以上時も連絡していただくこととします。体温が、それ以下ならば入浴も含めて、全ての処置を可とします。	
1.リハビリテーション；拘縮予防 2.褥瘡の処置等 3.装着・使用医療機器等の操作援助・管理；上記チューブ管理 4.その他；本人・家族への精神的支援	
緊急時の連絡先； 伊藤医院 0562-32-2529 自宅 0562-32-6658 光保携帯 090-3959-8780 父宅 0562-32-3312	
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください） 訪問看護は、月と水と木で願います。当院訪問診察は火と金と土とします。日曜祝日は、3日と12日と23日は当院で対処します。5日と19日と26日は訪問看護ステーションで願います。	

平成18年11月 4日

医療機関名 内科伊藤医院
 住 所 東海市高横須賀町西屋敷93
 電 話 0562-32-2529
 (FAX) 0562-32-7852
 医師氏名 伊藤 光保

指定居宅介護支援事業所 殿

診療情報提供書（居宅療養管理指導用）	
者氏名	生年月日 明・大・昭・平 24年 6月 19日生（57歳）
患者住所	市 町 - 電話（ ） -
主たる傷病名	筋萎縮性側索硬化症、呼吸不全、自律神経失調症
現在の状況	病状・治療形態 NIPPV：IPAP10cmH ₂ O、EPAP4cmH ₂ Oで施行し、IVHポートからの持続点滴を継続している。9月22日よりフェロペリンを中止し、㊦紫胡桂枝乾姜湯に変更した。感冒症状ありクラリシッド+レスプレンドで対処しているが、注意を要する状態である。
	投与中の薬剤の用法・用量 a) ハイカリック2号 700ml 1) レスリン 2錠 ネオMVI 1V デプロメール2錠 / n 2 X 1朝夕 生理食塩水 100ml 2) ㊦紫胡桂枝乾姜湯 5.0 / v 2 X 1朝夕 b) アミカリック 500ml
	日常生活自立度 寝たきり度 J A B <input checked="" type="checkbox"/> C 痴呆の状況 M
	装着・使用医療用機器等（番号に） 1.自動腹膜灌流装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法（ /min） 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ 日に1回交換）8.留置カテーテル（サイズ 日に1回交換） 9.人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：㊦） ㊦NIPPV（IPAP；10cmH ₂ O、EPAP；4cmH ₂ O、呼吸回数； B rpm） 10.気管カニューレ（サイズ） 11.ドレーン（部位） 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他（）
留意事項及び指示事項 <input type="checkbox"/> 療養生活指導上の留意事項 現時点ではNIPPVで管理可能であるが、今後増悪した場合、本人は気管切開は希望されていない。感染を契機に急速に増悪するため、感染予防に努める必要がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 1.リハビリテーション マッサージ等。 2.褥瘡の処置等 <input checked="" type="checkbox"/> 3.装着・使用医療機器等の操作援助・管理 上記管理。 <input checked="" type="checkbox"/> 4.その他 本人・家族への精神的支援。	
緊急時の連絡先； 伊藤医院 0562-32-2529 自宅 0562-32-6658 光保携帯 090-3959-8780 父宅 0562-32-3312	
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください） 訪問診察は、月と水と金に入ります。訪問看護は、火と木と土で御願いたします。日曜日、3日と12日と23日は当院、5日と19日と23日は訪問看護ステーションで対処願います。	

平成18年11月 1日

医療機関名 内科伊藤医院
住 所 東海市高橋須賀町西屋敷93
電 話 0562-32-2529
(FAX) 0562-32-7852
医師氏名 伊藤 光保

指定居宅支援事業所 殿

医療機関情報 (スタンプを使用する場合は、2枚目、3枚目にも押印下さい。)		情報提供先(ケアマネジャー・介護保険事業者等)情報
医療機関名: 医師氏名: 所在地: TEL: FAX: E-mail:	事業所名: 担当者名: 所在地: TEL: FAX: E-mail:	
利用者情報	氏名: (カガ): 性別: 男 女 年齢: 歳 介護保険番号: 住所: TEL:	
利用者(家族)の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診察年月日:平成 年 月 日)		
提供先	項目	内容(前回の診察より変更がない場合は「変更なし?」)
Ⅰ ケアマネジャー への情報提供 ※ケアマネジャー 以外に情報提供し た場合は()内 に職種等を記載。	利用者の病状、 経過等	①発生頻度の高い病態 (変更なし?) <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 補足() 対処方法→()
		②医学管理の必要性 (変更なし?) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 補足()
		③介護サービス留意事項【入浴・訪問介護等】 (変更なし?) 体温: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() 血圧: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() 嚥下: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() 摂食: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() 移動: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()
		④その他
Ⅱ 利用者(家族) への指導・助言	介護サービス を利用する上 での留意点 介護方法等	Ⅰの①②③④と同じ (変更なし?)
※Ⅰの内容と同様 の場合は該当の番 号に○印	日常生活上の 留意点等	Ⅰの①②③④と同じ (変更なし?)

※ 居宅療養管理指導費を算定する場合に、指定居宅介護支援事業者等に対する情報提供並びに利用者(家族等)に対する指導・助言を行わない場合は、1回につき100単位が所定点数から減算されます。

※ 情報提供、指導・助言については、サービス担当者会議への参加が基本となります。(参加が困難な場合や開催されない場合は、文書等による情報提供、指導・助言が可能です。)サービス担当者会議に出席し情報提供を行った場合は、本用紙にその要点を記載し、診療録に添付する等により保存してください。

イ 管理栄養士による居宅療養管理指導

管理栄養士が行う場合
530単位 / 回

変更なし

管理栄養士による居宅療養管理指導については、通院・通所が困難な低栄養状態の在宅要介護者に対し、多職種協働により、栄養ケア計画の策定、計画に基づく栄養管理や定期的な評価・見直しの実施、家族、ヘルパー等への情報提供、助言の実施といった一連のプロセスを行なう栄養ケア・マネジメントを新たに評価する。

算定要件

以下の基準のいずれにも適合する事業所の管理栄養士が、利用者の居宅を訪問し、栄養管理に関わる情報提供又は指導若しくは助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定できる。

低栄養状態にあると医師が診断した者に対して、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

栄養ケア計画に従い栄養管理を行なうとともに、利用者又はその家族等に対して、栄養管理に関わる情報提供及び指導または助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っていること。

栄養管理の視点

内科伊藤医院 院長

NPO法人

医療と保健と福祉の市民ネットワーク・東海 理事長

愛知県介護支援専門員支援会議 副委員長

伊藤 光保

栄養改善プログラムの考え方

高齢者にとっての「食えること」の意義

○楽しみ、生き甲斐と社会参加の支援

○生活の質の改善

「食えること」に伴う生活機能の向上

コミュニケーションの回復

生活のリズムの調整

○低栄養状態の予防と改善

自己実現（やりたいことをすること）

◎介護給付における見直し

通所系サービス

<通所介護・通所リハビリテーション共通>

- 栄養マネジメント加算の創設
- 口腔機能向上加算の創設

<通所介護>

- 個別機能訓練加算（機能訓練体制加算の見直し）

<通所リハビリテーション>

- リハビリテーションマネジメント加算の創設
- 短期集中リハビリテーション実施加算の創設

訪問系サービス

<訪問リハビリテーション>

- リハビリテーションマネジメント加算の創設
- 短期集中リハビリテーション実施加算の創設

<居宅療養管理指導>

- 管理栄養士による居宅療養管理指導

通院・通所が困難な低栄養状態の在宅要介護者に対し、多職種協働により、栄養ケア計画の策定、計画に基づく栄養管理や定期的な評価・見直しの実施、家族、ヘルパー等への情報提供、助言の実施といった一連のプロセスを行う栄養ケア・マネジメントを新たに評価する。

- 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

施設サービス

<三施設共通>

- 栄養マネジメント加算の創設（H17.10.1施行）
- 経口移行加算／経口維持加算の創設 等

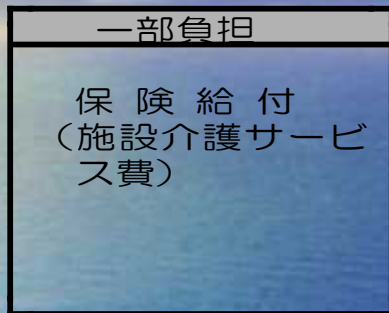
<老人保健施設、介護療養型医療施設>

- リハビリテーションマネジメント加算の創設
- 短期集中リハビリテーション実施加算の創設

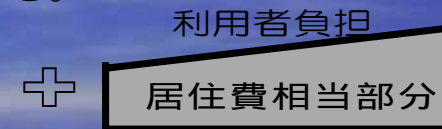
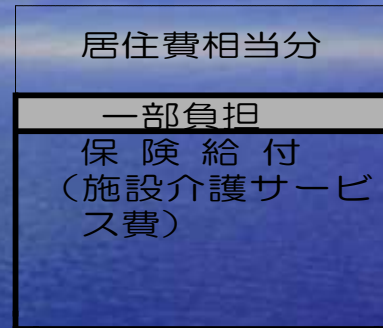
(参 考) 施設給付等の見直し (平成17年10月1日施行)

1. 居住費について

<~H17.9>



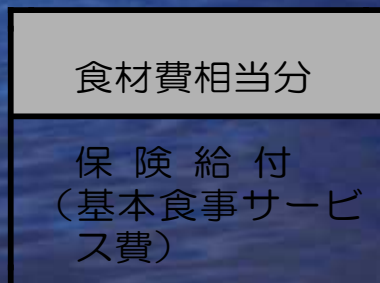
- ・ 保険給付 (施設介護サービス費) から「居住費相当分」を除き、利用者負担とする。



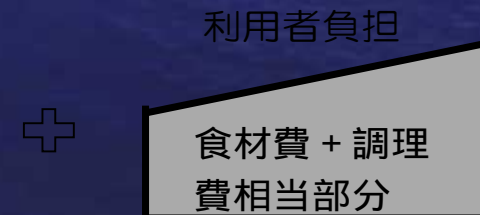
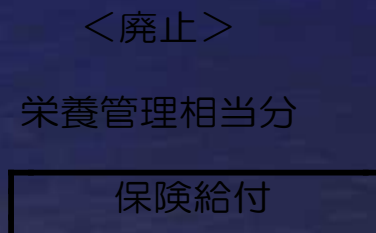
※ 利用者負担の額は、施設と利用者の契約による。

2. 食費について

<~H17.9>



- ・ 食費に係る保険給付 (基本食事サービス費) を廃止し、「食材費+調理費相当分」は利用者負担とする。
- ・ 「栄養管理相当分」は、保険給付の対象とする。



※ 利用者負担の額は、施設と利用者の契約による。

栄養ケア・マネジメントの導入

高齢者にとっての「食べること」の意義

楽しみ、生き甲斐と社会参加の支援
生活の質の改善

「食べること」に伴う生活機能の向上

コミュニケーションの回復

生活のリズムの調整

低栄養状態の予防と改善



管理栄養士・栄養士による栄養ケア

高齢者への栄養ケアは「食べること」、
「食べることを楽しむこと」を支援する

高齢者の低栄養状態等の予防・改善
のために個別の高齢者の栄養状態に
着目した栄養ケアの提供

低栄養状態の予防・改善を通じて、
利用者の生活機能の維持・改善や尊厳
ある自己実現に寄与することを目的と
する

地域支援事業 (介護予防特定高齢者施策)	新予防給付	介護給付
栄養改善プログラム	栄養改善サービス	<施設・通所系> 栄養マネジメント加算 <訪問系> 居宅療養管理指導

栄養管理に関する主な見直し点

栄養管理の主目的

主に特別食の必要性の有無
集団的な栄養必要量の算定



個別に栄養状態、
関連要因を把握

アセスメントに基づく個別の栄養ケア計画

個別の栄養ケア計画は策定
しなくてもよい



個別に栄養ケア計画を策定

栄養状態の評価

主として食事に着目
栄養状態の改善については
評価していない



食事の摂取量に加え、一定
期間後に栄養状態の維持・
改善、本人の意欲等も評価

管理栄養士の役割

集団的な給食の管理が主な
業務
(栄養管理室で勤務)



個々の高齢者の栄養
ケアの実施
(食堂・居室等で活動)

多職種協働

管理栄養士と他の職種とで
栄養に関する問題点が十分
共有されていない

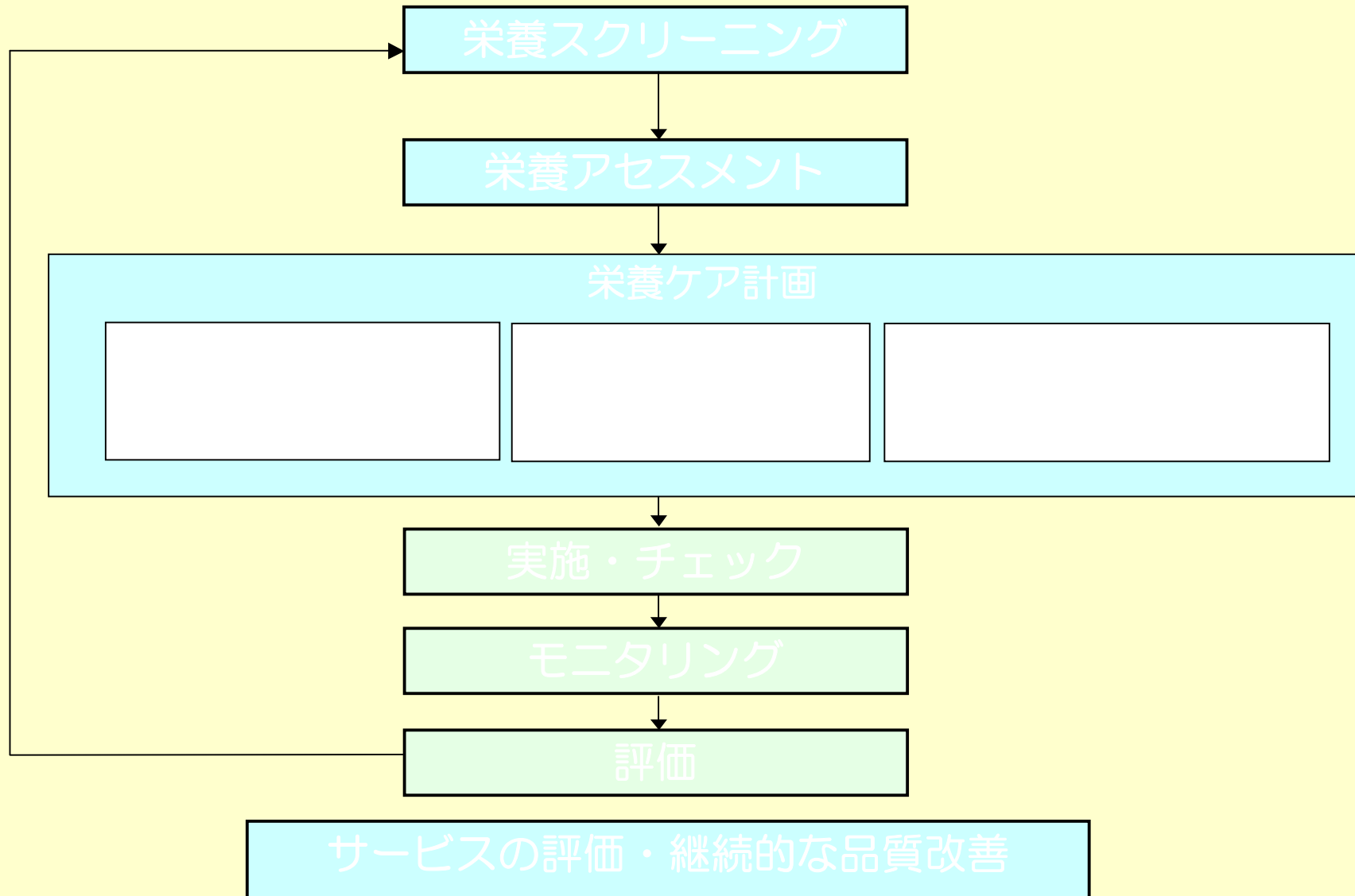


多職種協働で計画を共有
し、栄養ケアを提供

1. 栄養ケア・マネジメントの概要

- 簡便な栄養スクリーニング
- 栄養アセスメントによる問題の明確化
生活の場での「食べること」を支援するための課題
- ゴールは自己実現
長期目標、短期目標の期間、設定
個別の食文化、食習慣、個別性を尊重した
実行可能な計画 自助、共助、多職種協働の視点
本人・家族の同意
- モニタリング・再栄養スクリーニングによる評価に基づいたサービスの質の担保
- 管理栄養士の機能の明確化と業務の標準化

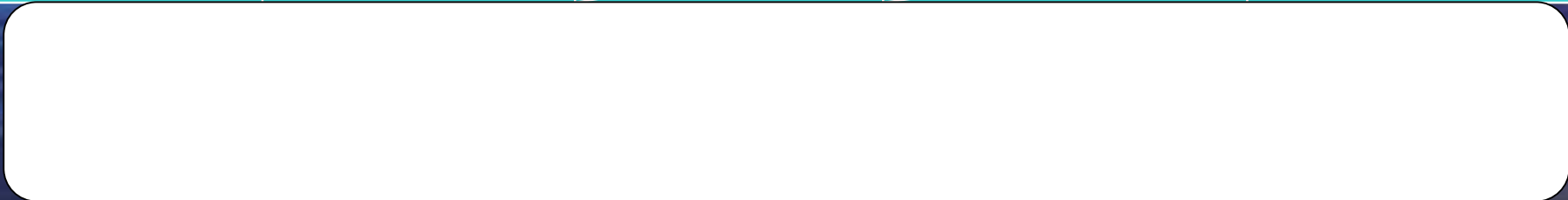
栄養ケア・マネジメントの基本的な流れ



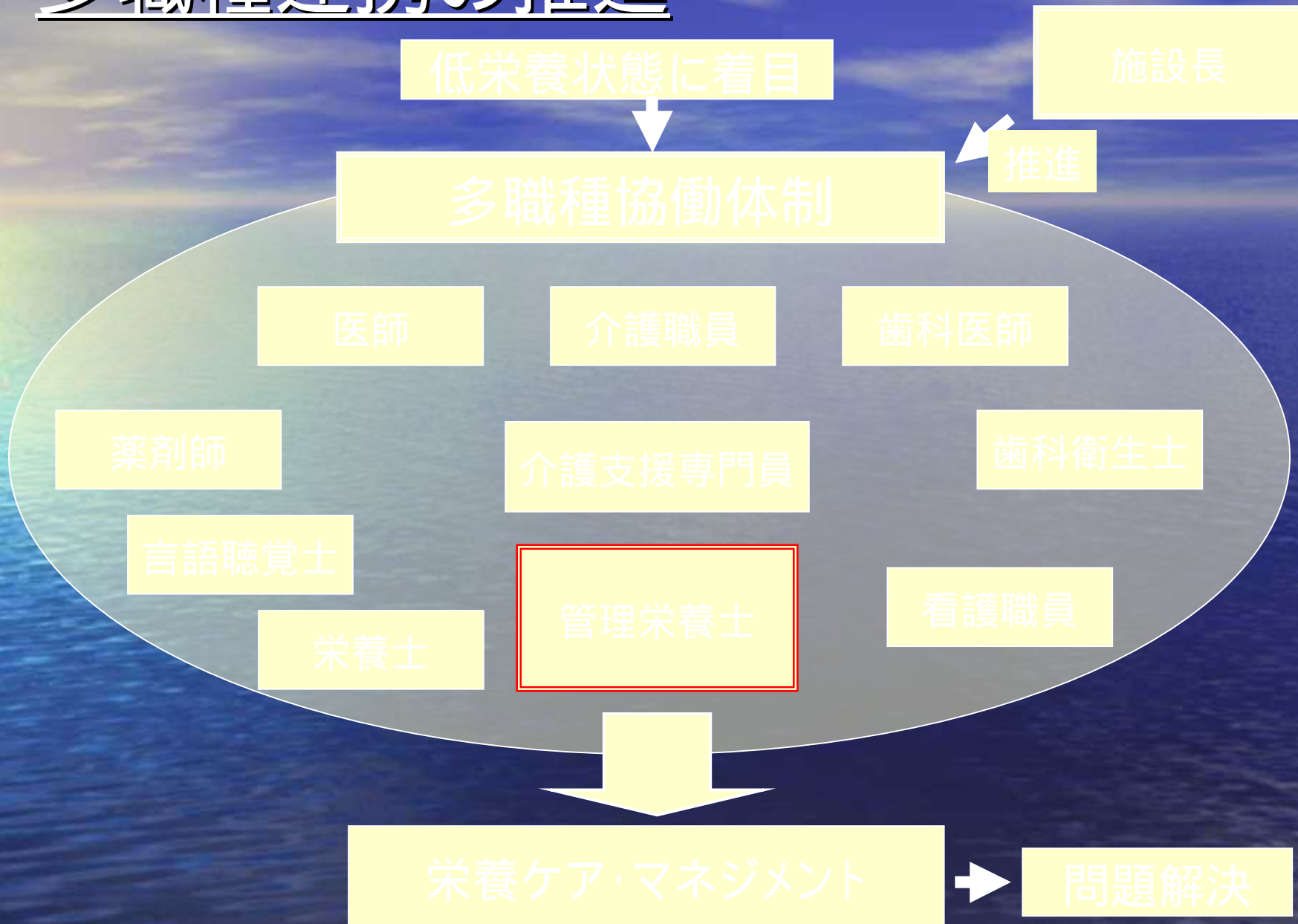
栄養スクリーニング

栄養リスクのレベル（介護保険施設及び居宅サービス通知様式例）

	現在の状況	低リスク	中リスク	高リスク
身長(cm) (測定日)	(cm) (年 月 日)			
体重(kg) (測定日)	(kg) (年 月 日)			
BMI		18.5 ~ 29.9	18.5未満	
体重減少率(%)	()か月に ()%(減・増)	変化なし (減少3%未満)	1か月に3 ~ 5%未満 3か月に3 ~ 7.5%未満 6か月に3 ~ 10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン 値*(g/dl)	(g/dl) (年 月 日)	3.6g/dl以上	3.0 ~ 3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量		良好(76 ~ 100%)	不良(75%以下) (内容:)	
栄養補給法				経腸栄養法 静脈栄養法
褥瘡				褥瘡



多職種連携の推進



栄養ケア・マネジメントにおける チームの役割分担

医師	疾患治療、処方箋の作成、消化管機能の評価、治療食の決定、栄養補給方法の決定
歯科医師	歯科検診、歯科治療、口腔衛生
歯科衛生士	歯科・口腔衛生教育
薬剤師	医薬品と栄養の相互関連の検討、薬剤の使用状況、医薬品教育
看護師	看護・介護に関する全身状態の把握、食事の摂食状況及び介助、排泄管理
介護職員	食事の摂食状況及び介助、食事環境の整備、排泄介助
理学療法士 作業療法士	身体機能の調整・負荷・教育、食事の自立のための生活動作、姿勢や座位と食事摂取の問題など
言語聴覚士	嚥下・咀嚼訓練
ソーシャルワーカー	入退所(院)の調節、社会的参加の支援、法的・経済的支援の手配
管理栄養士	栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケアプラン作成、モニタリング、評価、個別対応の食事サービスのマネジメント

栄養管理体制加算

入院患者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行なうため
常勤の管理栄養士又は栄養士を1名以上配置した場合に、評価する。

栄養管理体制加算

管理栄養士配置加算	12 単位 / 日
栄養士配置加算	10 単位 / 日

栄養マネジメント加算

栄養マネジメント加算

1 2 単位 / 日

以下の要件を満たした場合に評価することとする

- (1) 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること
- (2) 利用者の栄養状態を入院時に把握し、
医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能に着目した食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること
- (3) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること
- (4) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること

経口移行加算

経口移行加算 28単位 / 日

医師の指示に基づき、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、現に経管により食事を摂取している入院患者ごとに経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、経口の食事の摂取を進めるための栄養管理を行なったときは、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算する。

経口維持加算

経口維持加算() 28単位/日 () 5単位/日

医師の指示に基づき、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに利用者の摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行なった場合には、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り、1日につき所定単位数を加算する。

経口維持加算（つづき）

経口維持加算（ ） 28単位/日 （ ） 5単位/日

（ ） 経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるもの(ビデオレントゲン造影又は内視鏡検査による確認が必要)を対象としていること。

（ ） 経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるもの(水飲みテスト等による確認が必要)を対象としていること。

療養食加算

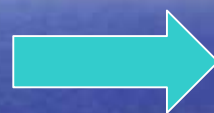
療養食加算（新設） 23単位/日

食事の提供が管理栄養士又は栄養士に管理され、医師の食事せんに基づく腎臓食等の特別食を提供した場合に評価することとする。

療養食：医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な場合の検査食

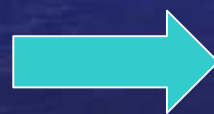
栄養ケア・マネジメント導入に 伴なう帳票類の見直し

- ・食事せん
- ・献立表



引き続き必要

- ・検食簿
- ・喫食調査結果
- ・入所者等の入退院簿
- ・食料品消費日計
- ・入所者年齢構成票
- ・加重平均栄養所要量表
- ・食品構成表



不要

集団的な栄養管理



個別の栄養ケアへ

診療報酬改定 (栄養・食事関連)

- 入院時食事療養費

1食当たりの費用を設定し、3食を限度として
実際に提供された食数に応じて評価

(現 行)

入院時食事療養()	
(1日につき)	1,920円
入院時食事療養()	
(1日につき)	1,520円



(改正後)

入院時食事療養()	
(1食につき)	640円
入院時食事療養()	
(1食につき)	506円

診療報酬改定 (栄養・食事関連)

● 入院時食事療養費(特別食加算)

糖尿病等の特別食について、経管栄養のための濃厚流動食を対象から外すとともに、評価を引き下げる。

(現 行)

特別食加算

(1日につき) 350円

(改正後)

特別食加算

(1食につき) 76円

・経管栄養のための濃厚流動食は対象外。

診療報酬改定 (栄養・食事関連)

▶ 院内食費差額(選択メニュー)加算

選択メニュー加算を廃止し、患者から特別の料金の支払いを受けることができる特別メニューの食事に係る取扱を弾力化する。

(現 行)

(改正後)

特別食加算
(1日につき)

50円



廃止

診療報酬改定

(栄養・食事関連)

- **入院時食事療養費(特別管理加算)**

管理栄養士を配置し、適時・適温を提供した場合に算定できる特別管理加算を廃止する。

適時・適温については、入院時食事療養()の算定要件とする。

管理栄養士の配置要件については、入院基本料に関する加算に新設する。

(現 行)

(改正後)

特別管理加算

(1日につき)

200円



廃止

診療報酬改定

(栄養・食事関連)

- **入院基本料 (栄養管理実施加算) 【新設】**

常勤の管理栄養士を配置し、入院患者の**栄養管理計画の作成**及び当該計画に基づく**栄養管理の実施**を要件として、**個々の患者の栄養状態、健康状態等に着目した栄養管理**を実際に行った場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

(改正後)

新設



栄養管理実施加算

(1日につき) 12点

診療報酬改定

(栄養・食事関連)

- 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料

小児食物アレルギー患者への対応
食物アレルギーを持つ患者に対しての栄養食事
指導について新たに評価する。

(現行)

(指導対象の特別食)

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、高脂血症食、痛風食、フェニルケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、経管栄養のための濃厚流動食、無菌食、特別な場合の検査食

(改正後)

小児食物アレルギー食を追加

ウ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

歯科衛生士が行う場合

- (一)月の1回目の算定の場合 550単位 / 回
- (二)月の2回目以降の算定の場合 300単位 / 回

歯科衛生士が行う場合
350単位 / 回

歯科衛生士等による機動的な訪問が行なえるよう、歯科衛生士等が訪問できる場合として、歯科医師の訪問診療の日から3月以内とする一方、指導内容の充実を図るとともに、初回加算の廃止や回数制限により報酬水準の適正化を図る。

算定要件

以下の基準のいずれにも適合する事業所の歯科衛生士、保健師又は看護職員が、訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、実施指導を行った場合に、1月に4回を限度として算定できる。

居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断した者に対して、歯科医師、歯科衛生士等が共同して、利用者ごとの口腔衛生状態や摂食・嚥下機能に配慮した管理指導計画を作成していること。

管理指導計画に従い、療養上必要な指導として、利用者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導を行っているとともに、利用者、その家族等に対して実地指導に関わる情報提供及び指導または助言を行い、定期的に記録していること。

管理指導計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行っていること。

エ 薬剤師による居宅療養管理指導

医療保険との整合性の観点から、がん末期の患者について1月当たりの算定限度を8回にする等の見直しを行う。

居宅療養管理指導

【医師・歯科医師の居療養管理指導関係】

(問 7) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について、月に2回往診等を行っていても、月に2回、居宅介護支援事業所のケアマネへの情報提供を行わなければ算定できないのか。また、居宅介護支援事業所のケアマネへの情報提供をしなければならないということは、利用者が認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護を利用している利用者の場合やセルフケアプランや住宅改修、特定福祉用員購入のみの利用者の場合は算定できないのか。

(答) について

往診等により、利用者の状況等について医学的観点から見た情報をケアマネ等に対して情報提供しなければならない。この場合において、医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことを情報提供することや、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容について情報提供すること等でも足りることとする。

について

医師・歯科医師の居宅療養管理指導は、居宅介護支援事業所のケアマネや、当該ケアマネを介せずにサービスを利用している場合には、直接、サービス事業者に対する情報提供を行うことでも算定可能であり、したがって、御指摘のようなケースについても、サービス事業者に対して情報提供を行うことで算定は可能である。なお、そのような場合の具体的な情報提供の方法としては、医師・歯科医師により直接にサービス事業者へ情報提供を行う方法や、利用者本人を介して行う場合等が考えられる。

なお、
・ ともに、利用者の同意を得て行うものに限られているので、このサービスを行う場合は、利用者に対して十分な説明が必要である。

(問 8) 薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導における医師・歯科医師からの指示は、医師・歯科医師による居宅療養管理指導の情報提供でもよいのか。

(答) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導の情報提供でも構わない。この場合の情報提供は、医師・歯科医師と薬局薬剤師がサービス担当者会議に参加し、医師・歯科医師から薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導の必要性を提案する方法や、サービス担当者会議に参加が困難な場合や開催されない場合には、文章(メールやFAXでも可)により薬局薬剤師に対して情報提供を行う方法が考えられる。

シンポジウム

市民とともに「看取り / ターミナルケア」を考える

在宅での看取りと自己決定：家族との関わりを持ちながら

愛知県東海市内科伊藤医院 院長

NPO法人MHWネット東海 理事長

伊藤 光保

ここ10年は、年間死亡者数が90数万人であったのが、6年後には120万人を越え18年後には150万人を越え、35年後には170万人のピークに達すると推計されています。それに対して一般病床は、この間に150万床から120万床に減少。さらに厚生労働省の中には、80万床で十分という声さえあると聞きます。どこで死ぬことになるのか。今こそしっかりと考えなければならない時期に来ていると思います。

施設の中でも、しっかり看取りまでしている所もあり、施設死も増えてきていると聞きますが、手薄な施設では無理だという現場職員の声も聞こえてきます。さらには脱施設化という話も起こってきています。核家族化が進んで、独居老人や老々介護の現状もあります。もう一度、家族というものを考え直し、さらにはボランティア等を活用して地域介護を創造する中で、誰でもが楽に死ぬ、そして地域の皆で看取るということが必要となってきたのではないのでしょうか。

今後の診療のためのアンケート用紙

ID _____

お名前 _____

20年前から医療改革が必要であるということが言われています。その理念として、「健康の定義の変更」と「自己決定権の尊重=インフォームド・コンセント(説明と同意)」と「根拠に基づく医療(EBM)」の3本柱があります。今回、インフォームド・コンセントについて、お考えを伺いたいと思います。

患者さんが、医療者から十分な説明を受けて同意し、協働作業として治療を進めると効果が上がると言われる一方で、死や重度の障害を前提とした話は薦められないとする考えもあります。

1) 御自分が癌や難病となった場合、告知して欲しいと思いますか？

病名も予後(今後どれくらい生きられるか)も告知して欲しい。

病名は告知して欲しいが、予後は告知して欲しくない。

病名も告知して欲しくないので、他の病名で表現して欲しい。

告知を望まれない場合は、どなたにお話ししたら良いでしょうか？

続柄 _____ お名前 _____

上記の方を代理意思決定者としてよろしいでしょうか？

(はい いいえ)

2) インフォームド・コンセントを望まれますか？

インフォームド・コンセント(説明と同意)を望む。

説明はしてほしいが、自分の治療法方を自分で決定することはできない。

説明は代理意思決定者にして欲しい。

3) 突然の事故や重病で意識を失ったり、自分の治療法を判断することが困難となることを想定して、事前に治療法を指定しておく方法もありますがどうされますか？

事前指定書を記載しておきたい。

事前指定をせず、代理意思決定者に治療法の決定を任せたい。

代理意思決定者を2名挙げてください。第一決定者に優先権がありますが、その方と連絡が取れない場合は、第二決定者に決めていただくことになります。

第一決定者 続柄 _____ お名前 _____

第二決定者 続柄 _____ お名前 _____

アンケートに御協力いただきまして、ありがとうございました。

悪性腫瘍患者用診療情報提供書

紹介先： _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

紹介医： _____ 紹介医療機関： _____
 診療科： _____
 医師： _____ ?

ふりがな			男性 女性	ID・カルテ番号
患者氏名	様			
生年月日	M T S H	年 月 日	生 歳	血液型 型 Rh + -
在宅療養 施行場所	〒 _____ Tel: _____ 自宅 その他(_____)			
傷病名		既往歴		
転移 有・無	部位： 最終確認時期	感染症	HCV HBs - Ag TPHA MRSA(部位 _____) 緑膿菌(部位 _____)	
現病歴	初発定状と時期： _____			
	手術の既往：有・無 術式/時期： _____			
	治療経過： _____			

現在の 症状	疼痛	疼痛部位： _____	疼痛の性質： 一日中同じ強さで痛み 一日中痛みが強さは変わる 一日の中で痛みの無い時間は6時間未満 一日の中で痛みの無い時間は6時間以上	
		鎮痛剤の種類と量： _____	麻薬の使用： 麻薬の副作用：悪心・嘔吐、眠気、便秘、幻覚、かゆみ、その他(_____)	
	消化器定状	悪心・嘔吐、閉塞、便秘、下痢、腹水、嚥下障害、その他(_____) それに対する治療： _____		
	呼吸器定状	呼吸困難、咳、胸水、死前喘鳴、その他(_____) これに対する治療： _____		
	泌尿器定状	排尿困難、尿閉、尿失禁、血尿、その他(_____) それに対する治療： _____		
備考：	1. 必要がある場合は詳細に記載して添付してください。 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果を添付してください。 診療情報提供書			

現在の 症状	神経症状	脊椎転移、脊髄圧迫、転移性脳腫瘍、その他() それに対する治療：						
	内分泌異常	高 Ca 血症、低 Na 血症、低血糖、その他() それに対する治療：						
	精神状態	抑うつ、不安、せん妄、その他() それに対する治療：						
処方								
処置	中心静脈栄養 尿カテーテル 吸引処置 持続注入 酸素療法 ストマ 創傷処置 その他()							
告知状況		病状		病状		麻薬		
		病名	病状	予後	使用	説明	使用	説明
	本人							
	家族							
		<input type="checkbox"/> 行っている場合には、「 <input type="checkbox"/> 」、行っていない場合には「×」、 行っても家族に対する説明と異なる場合には「 <input type="checkbox"/> 」で記入してください。						
		本人に対して病状の説明は どのようにしていますか？						
	主治医の予測する余命							

寝たきり度：当てはまるものに「」をつけて下さい。

I	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助無しには外出しない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れている。 2. 介助の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く。 2. 介助により車椅子に移乗する。
C	一日中ベッド上で過ごし、排泄食事、着替えにおいて介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ。 2. 自力では寝返りも打たない。

褥瘡	有り 無し 部位：	エアマットの 使用	
介護体制	主な介護者：		
	訪問ナースの必要	直ちに必要	将来的に必要 不必要 不明
	ヘルパーの必要性	直ちに必要	将来的に必要 不必要 不明
看取り	最期の看取り場所の希望	自宅	病院 未定
退院予定日	平成 年 月 日	自宅療養中	平成 年 月 日に _____ 病院・施設を退院

悪性腫瘍患者用 病状確認用紙

様

	質問項目	家族(続柄)	本人
疾患	病名 現在の病状 現在の症状		
治療	これまで受けた治療と効果 現在受けている治療と効果 今後の治療方針 抗がん剤について 麻薬について		
予後	現疾患 合併症 死亡時期 死亡原因		
自宅療養への希望	今回の退院を希望しているか 病状の説明を希望しているか 疼痛が増強した時 食事ができなくなった時 呼吸困難が出現した時 いずれは入院したいか その時期はいつか 最期をどこで迎えたいか		
看護上、継続が必要なこと・気をつけることなど			

内科 伊藤医院

事前指定書

1 はじめに

私は、病気あるいは外傷により意思の疎通(コミュニケーション)ができなくなった時(つまり、インフォームド・コンセントが不可能になった時)に、私の治療をどうして欲しいのかを、この指定書に記載します。私が自分で自分のことを決めることができる間は、この指定書は効力を発揮しません。私がしっかりしていて自分で判断することが可能な限り、この指定書が私の判断にとって代わることはありません。

自分で判断することができなくなったら、この指定書を尊重して、これに従って欲しいと思います。緊急の場合には、以下にあげた代理人または「かかりつけ医」に連絡して下さい。もし連絡がつかないのでしたら、この指定書に書いた通りにして下さい。ありがとうございます。この決定に関しては、十分に考え、家族、友人、「かかりつけ医」とも相談しました。このような決定を私の知らない家族、医師、他人が勝手に変更しないで下さい。

日付 年 月 日

フリガナ

名前 _____ 署名 _____

(楷書でご記入下さい)

健康保険証番号 _____

2 代理人およびかかりつけ医

第1代理人 名前 _____

住所 _____ 電話番号(自宅) _____ 電話番号(勤務先) _____

第2代理人 名前 _____

住所 _____ 電話番号(自宅) _____ 電話番号(勤務先) _____

かかりつけ医 名前 _____

住所 _____ 電話番号(自宅) _____ 電話番号(勤務先) _____

3 個人用医療チャート

この表は、私が自分で物事を決定できなくなったり、そのための意志の疎通(コミュニケーション)ができなくなった場合のみ利用してください。

私の選択は下のそれぞれの欄に記入してあります。

	命に関わる病気		栄養補給		心停止	
	状態が		状態が		状態が	
	回復可能	回復不可能	回復可能	回復不可能	回復可能	回復不可能
	緩和ケア	緩和ケア	基本栄養	基本栄養	CPRなし	CPRなし
	限定治療	限定治療	補足栄養	補足栄養		
	外科的治療	外科的治療	経静脈栄養	経静脈栄養	CPR	CPR
	集中治療	集中治療	経管栄養	経管栄養		
選択						
日付 署名	日付		氏名： 第1代理人： 第2代理人： かかりつけ医：			
	この文書は、一年に一回、病気になった時、あるいは健康に変化のあった時に見直して下さい。変更があれば以下に記して下さい。					
選択						
	日付		氏名： 第1代理人： 第2代理人： かかりつけ医：			
選択						
	日付		氏名： 第1代理人： 第2代理人： かかりつけ医：			

4. 指示書で用いられた用語の定義

回復可能: 障害を残すことなく治癒する状態

回復不可能: 永続する障害を残す状態

注: 自分にとって回復可能か不可能かの判断は「5. 個人的要望」に詳細に記入します。

緩和ケア

心地よい状態で、痛みをとって下さい。必要がない限り、病院に入院させないで下さい。もっと安楽になれたり、痛みを最小限にする方法として、例えば痛みに対するモルフィンを使用して下さい。静脈の確保は、安楽を増すため、例えば、脱水治療の安楽を求めるためだけにして下さい。レントゲン検査、血液検査、抗生物質は安楽を増す目的以外にはしないで下さい。

限定ケア(緩和ケア含む)

入院させる、させないは状況に応じて決めて下さい。静脈注射による治療はして下さい。抗生物質は、限定して使用して下さい。どの薬物が有効か、いろいろ試しても結構です。侵襲的手技、例えば、手術はしないで下さい。集中治療室への転室は必要ありません。

外科的治療(限定ケアを含む)

(患者の評価が行われる)急性期ケアの病院へ転院させて下さい。必要なら緊急手術をやって下さい。集中治療室への入院は望みません。(術中、術後以外は)人工呼吸器を使用しないで下さい

集中治療(外科的治療を含む)

躊躇しないで、急性期病院に転院させて下さい。必要なら集中治療室に入院させて下さい。必要なら人工呼吸器を使用してください。中心静脈ラインを確保して下さい。つまり他の静脈が使えないのなら、太い静脈に入れて補液して下さい。外科的手術、生検、あらゆる生命維持装置、臓器移植を行って下さい。あらゆる努力をして生命を維持して下さい。

基本栄養

普通食をスプーンで食べさせて下さい。問題がないようなら、必要な水分はすべて口から与えて下さい。しかし、特別な食事、静脈栄養あるいは経管栄養等は希望しません。

補足栄養(基本栄養を含む)

高カロリー食、脂肪、蛋白補充食等のような、補足栄養あるいは特別食を希望します。

経静脈栄養(補足栄養を含む)

栄養分(水分、塩分、炭水化物、蛋白質および脂肪)を点滴静注で与えてください。

経管栄養(経静脈栄養を含む)

経管栄養をして下さい。これは大きく分けて、二つのタイプがあります。

- 1) 経鼻胃チューブ 柔らかいプラスチックチューブを鼻や口から胃の中へ入れます。
- 2) 胃ろうチューブ 柔らかいプラスチックチューブを腹部の皮膚から直接胃の中へ入れます。

CPRなし

心肺蘇生をしないで下さい。

CPR

心マッサージ、口鼻式人工呼吸をして下さい。静脈ライン、心臓に対する電気ショック(除細動)、喉から肺へのチューブ(気管内チューブ)を含んで結構です

5. 個人的要望

私は 以下のような状況になれば 私にとって回復不可能な状態であると考えます。

私は 以下のことに関する賛否と意見を記入します。

病室割り		輸血	
臓器提供		火葬	

在宅での看取りと自己決定；家族との関わりを持ちながら」

ま と め

「苦しまず、より良い死に方をするためには

- 1) 社会的ハンディキャップに対する偏見をなくすこと。
- 2) 秒進時歩と言われるほど進歩する医療・医学の知識を常に得ようと努力すること。
- 3) 一般に報道される最先端の医療・医学の情報の中には偽情報も含まれるものである
と考えること。
- 4) 何でも相談できる「かかりつけ医」を作ること。難しい病気になったら、専門医だ
けでなく「かかりつけ医」にも相談すること。
- 5) 一見、苦痛を伴うような医療処置も、より大きな苦痛を防ぐために必要となること
もあることを理解すること。
- 6) 家族とよく話し合い、医療処置に対する事前指定書を作って置くこと。
- 7) 遺産相続問題が末期医療を乱すことがあるので、遺言も作って置くこと。特に娘に
は注意すること。
- 8) 人の気持ちは変わるものである。考え方を変えたら、直ちに事前指定書は書き直す
こと。
- 9) 前向きに生きるということがどういうことなのか、もう一度考え直すこと。
- 10) できれば、しっかりした信仰を持つこと。無神論ならば無神論でぶれないこと。

) 今後の課題

- 1) 家族介護は本当に可能か
- 2) 社会保険が破綻するのではないか

) 解決策(小生の想い)

市民福祉を生み出すこと。

市民活動を盛んにして地域介護(コミュニティ・ケア)を創造すると。

) 最後にお願ひ

- 1) 訪問診療料・看護料は、その日の朝から翌朝までの管理料と考えていただくこと。
- 2) 医療の最終的な責任は医師にあるが、在宅医療の処置の中心は訪問看護師であり、まず訪問看護師に何でも尋ね、要望もそちらに出されること。