

医療と介護の ネットワークの集い

社会医療法人全仁会

倉敷平成病院副院長(脳神経外科・救急部長)

篠山 英道

平成26年12月16日 総社市総合福祉センター



地域医療ネットワークのための

医療⇔介護⇔福祉の直結

救急から在宅までの連続した地域医療システム

「連携シート」活用の提案

(医療・介護連携共有シート)縦パス&横パス

救急医療 (脳卒中などの急病、交通事故等の外傷)



救急搬送



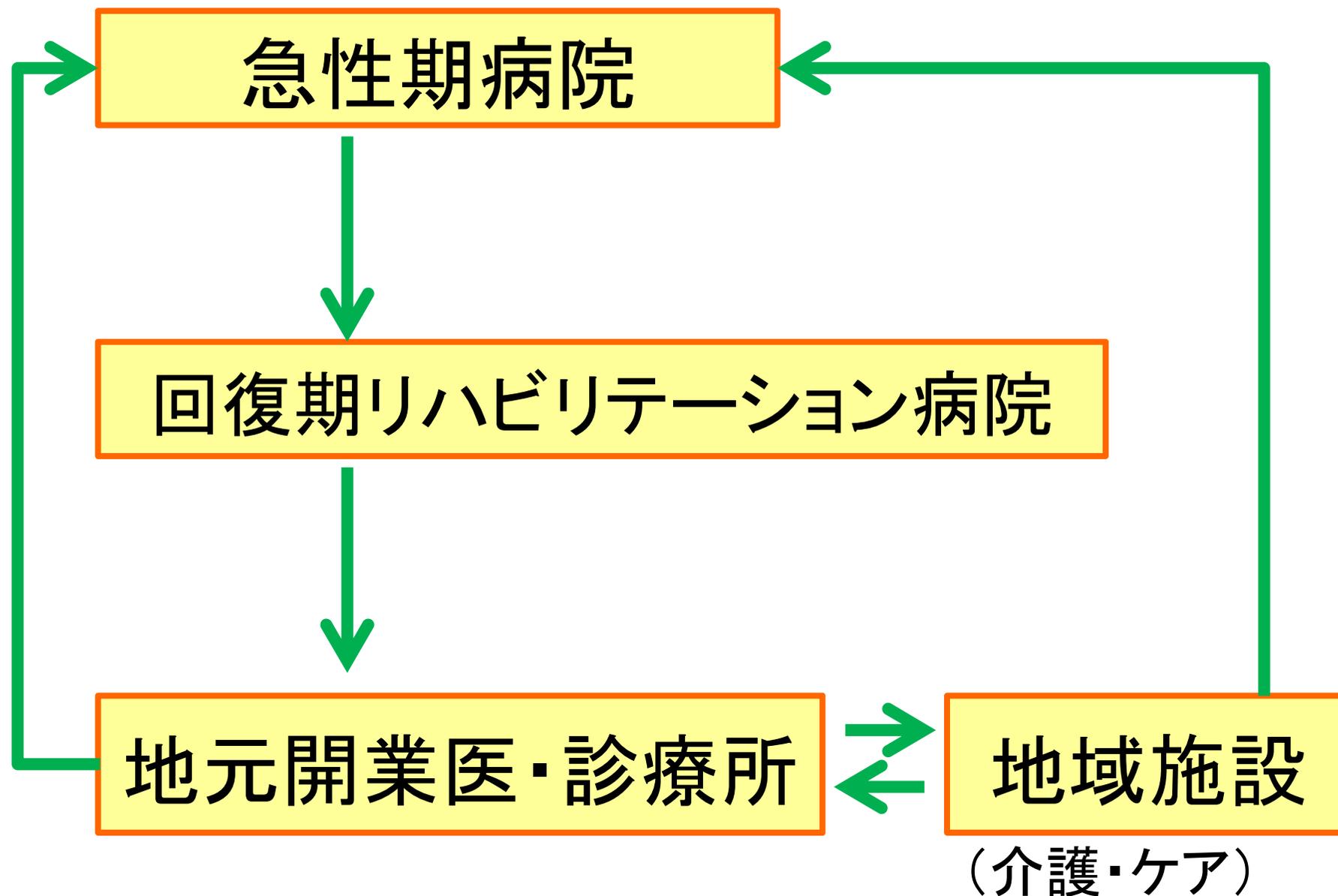
急性期治療 = 急性期病院



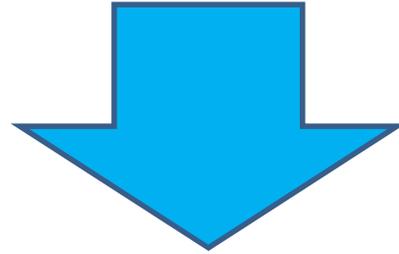
回復期治療 = 回復期リハビリテーション病院



維持期治療 = 地元開業医
慢性期治療 = 診療所など (訪問診療・在宅医療)



ひとりひとり違う状態や病状
それぞれの立場で必要な情報も違う



「連携シート」活用が役立つ
縦パス—急性期～慢性期
横パス—医療～介護や福祉

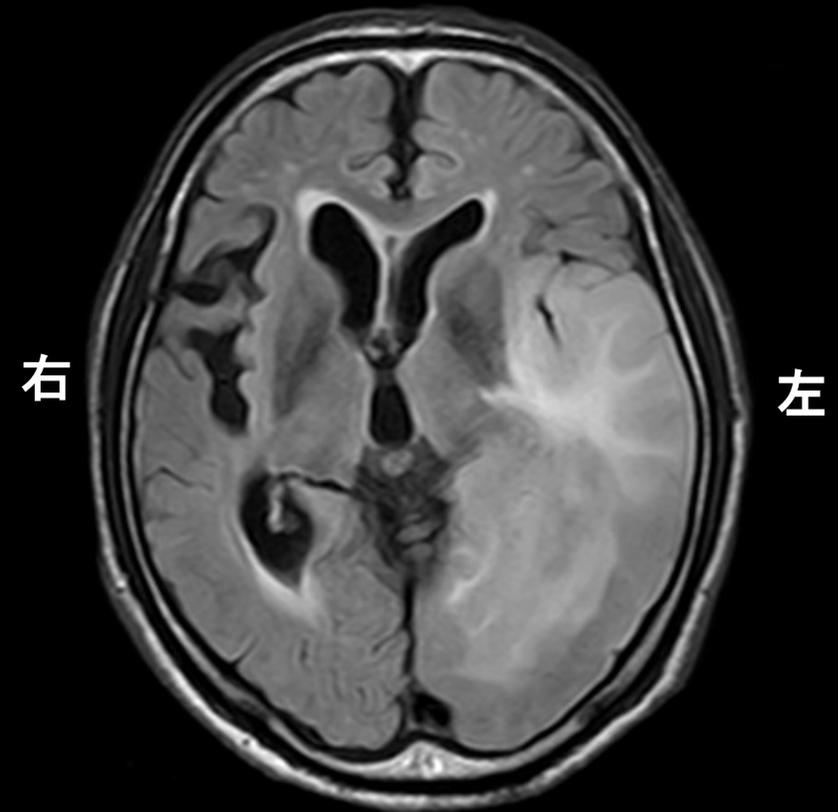
実際の運用方法

70代男性 悪性の脳腫瘍

頭部MRI冠状断画像（初診時）



頭部MRI水平断画像（初診時）



視覚異常、認知症、見当識障害、
右上下肢麻痺等があって受診。

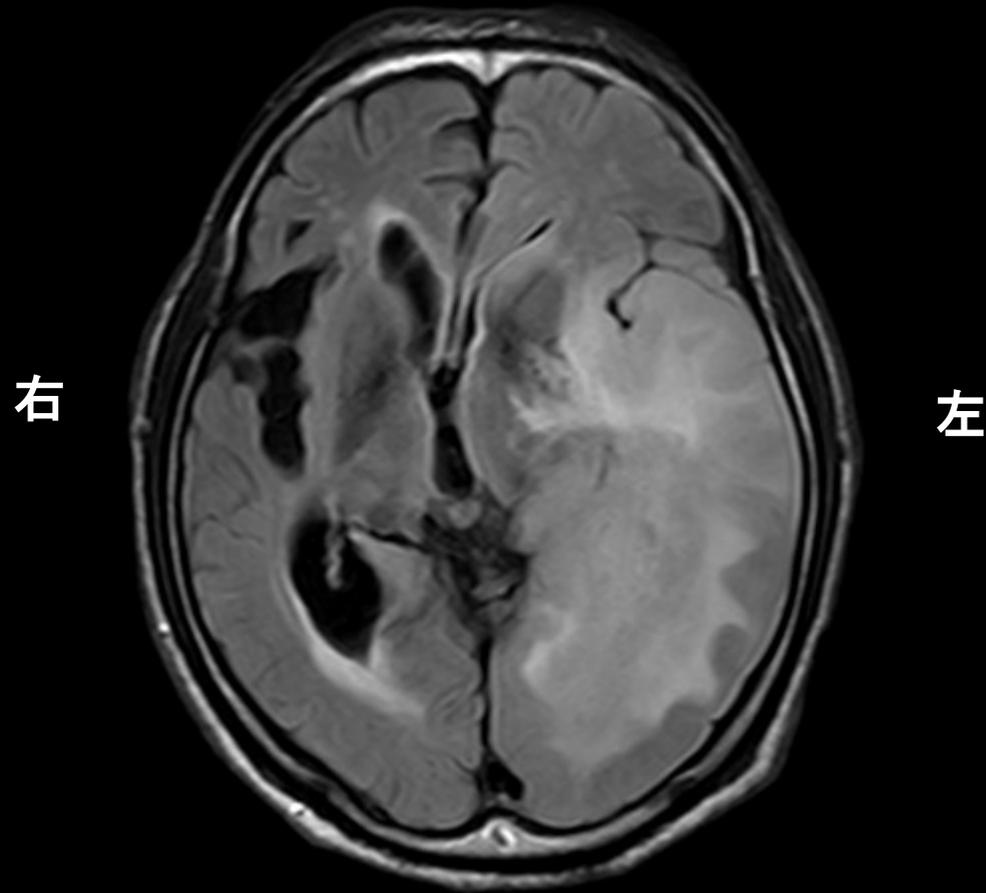
悪性の脳腫瘍と診断された。

手術を拒否して、当科外来を受診。

薬物療法、通院治療を続けた。

意識障害、摂食嚥下障害が出現し
右上下肢麻痺等も悪化して、
動けなくなり、当院を救急受診した。

頭部MRI水平断画像（1ヶ月後）



悪性脳腫瘍の増悪が認められた。

当科に緊急入院となり

ステロイド療法等の薬物治療を受けた。

抗癌剤は使用しなかった。

症状軽快して、少量なら食事が摂れて

家族との意思疎通も可能となったので

自宅へ退院。

開業医・訪問診療、在宅介護を受けて
地域で維持期治療が継続できるように
退院前に地域連携カンファレンスを開催。

医師、看護師、薬剤師、リハビリセラピスト、介護士、
社会福祉士、ケアマネジャー、訪問看護ステーション職員、
訪問入浴ケア職員、ショートステイ相談員、管理栄養士、
福祉用具職員、そして家族

顔の見える地域医療ネットワーク

「連携シート」の活用

記入者：倉敷平成病院 職種： _____ => 相手先： _____ 様

シート① No.1

医療・介護連携共有シート(縦バス) 【作成日】平成 年 月 日

フリガナ		性別	住所	生年月日	年齢
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	歳
入院日	平成26年 9月 日	退院(予定)日	年 月 日		
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請変更中 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()級 障害者()				
入院にかかわる病名(又は症状)	脳神経腫瘍				
併存症 既往歴・感染症の有無	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 HBs-Ag <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 HCV-Ab <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 TPHA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 MRSA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明				
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤 食物 その他) その他()				
身体状況	四肢欠損 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [部位: <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他()] 麻痺 <input type="checkbox"/> 右:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 左:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 筋力低下 <input type="checkbox"/> 右:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 左:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 不明 その他 [失語: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明] [難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] [視力障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり]				
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認知症中核症状	日常生活において、(短期記憶 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障を要す) [意思決定 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障を要す] (伝達能力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障を要す)				
これまでの経過	H26年9月に百穂野の寛化の術があり、当院の療科を受診し、脳神経腫瘍と診断された。その後、脳神経外科の陣山先生のフォローを受けながら、在宅で2人暮らしをしてきた。H26年9月18日よりADLの低下が著しく進行し、排せつや食事摂取が出来ない状態となった。21日の昼からは歩行困難となった。22日に緊急(ジューズ)搬送を受け、当院を受診した。脳神経腫瘍に対するブドウ糖・利尿剤投与で治療を行った。腫瘍性、産後、産前などみられていない。入院前より食欲不振があり、入院後より改善はみられず排せつを行った。食事摂取は全介助で毎食1-2割程度である。また、病状の進行のため便秘状態が徐々に強くなっており、食事摂取ができていない。覚醒時に家族がブリンやゼリーなどの摂取を促した。				
ADL等の状況	特記事項				
薬	服薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
食事(栄養)	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> その他() 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 収菜 <input type="checkbox"/> その他() 熱量 kcal たんぱく質 塩分 g 形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input type="checkbox"/> 小さみ <input type="checkbox"/> ペースト				
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 上: [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] 下: [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] 残存歯数: <input type="checkbox"/> 20本以上 <input type="checkbox"/> 19~10本 <input type="checkbox"/> 9~10本				
排泄	原意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [回数: 回/日] 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 布パット <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> リハビリパット <input type="checkbox"/> おむつ 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 便秘 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [回数: 1日 4回] 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> おむつ 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入浴	方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 監視浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他(清拭) 洗身 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移動・移乗	方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす 移動動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移乗動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
夜間睡眠	状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> あり(部位:) 体位変換: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(2時間ごと)				

貴院から転院・転所時には本シートのコピーをご提供ください。 No. 2につづく

共通シート No.2

氏名: _____ 生: _____

実施中の医療的処置と留意事項 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 [部位:] <input type="checkbox"/> 酸素療法 [安静時: L, 労作時: L] <input type="checkbox"/> 自己注射 [種類:] <input type="checkbox"/> 吸引 [回数:] <input type="checkbox"/> 疼痛管理 [種類:] <input type="checkbox"/> 気管カニューレ [サイズ:] <input type="checkbox"/> 人工肛門 [種類:] <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 [種類:] [使用状況: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 床カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) <input type="checkbox"/> その他 ()	サービス提供時における留意事項 (必要の高いものにチェックして下さい) ・血圧 <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 () ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (病状の進行に伴い食欲不振あり) ・福祉用具 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (*下記記載事項に詳細の記入ください) ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・その他 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()
医学的管理留意事項 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の見学による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療サービス (訪問入浴)	医療・介護サービス利用状況 午前 _____ 午後 _____ 備考 _____
生育歴・生活歴(今回の入院まで) (長女・次女より)病院は看護士がいて安心ではあるが、できる限り在宅で頑張りたい。帰宅してみないと状況が分からない。母も母も、母・長女・次女で協力して介護していく。夜は母が一人でみるため、もし急変があったときに、母だけの責任になるのは嫌。急変時の対応はベテランになり、病院にお願いするかもしれないが今の状況では、在宅で最後まで頑張りたい。	本人の願い・望む生活 (長女)本人は在宅で最期を望んではいないかもしれない。でも、私または、在宅で最期を迎えさせてあげたい。(妻)在宅は不安であるため、病院で見てもらいたい。
主治医/在宅チームの選定可能な目標設定	キーパーソン名 妻 主介護者 妻

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種 [看護師] から	今後、さらに食事困難・嚥下レベル低下が進行して行くことが予測されます。体位変換・皮膚の状態など観察をお願いします。
平成 26 年 10 月 9 日 職種 [理学療法士・作業療法士] から	コミュニケーションは、声かけに対するうなずき反応はあるものの理解性は低いです。一方で、完結に対して笑顔を見せるなど状況理解可能な場面もありました。ADLは全介助に介助を要し、自力動作も乏しい状態です。開眼している間は自力動作が得られやすいため、比較的覚醒良好な間に車椅子乗降などを進めてもらいます。背嚥を0/1で維持する事で水分の上昇が期待でき、バスタブも乗降はあります。入浴時と比べて右下肢の筋緊張が高まってきており今後、起立動作、オムツを脱ぐことも反応良好で、調子が良ければ曲の一部を歩かせることが可能でした。入浴時と比べて右下肢の筋緊張が高まってきており今後、起立動作、オムツを脱ぐにも反応良好に繋がる可能性があります。そのため、娘さんと奥様に対して起立動作や移動動作方法、関節可動域訓練について指導を行っています。移乗に関しては前方から後方からそれぞれ入介助する方法と注意点についての指導をしております。少しずつ行えるようになります。
平成 26 年 10 月 9 日 職種 [言語聴覚士] から	食事に関しては現在全介助ペースト食を摂取されていますが、摂取量はもう少し全体的に少ない状態です。食事以外でもおやつ(プリン・ゼリーなど)や飲み水など時間を分けて量質の良い時にこまめな摂取が必要です。嚥下機能としては、口腔管理が不十分で咽下リスクが高いですが、嚥下反射・咽頭嚥下の機能は保たれているため、誤嚥リスクは低いと考えます。窒息リスクはあり得るため、固形物の摂取は禁止させていただきます。
平成 年 月 日 職種 [] から	
平成 年 月 日 職種 [] から	
平成 年 月 日 職種 [] から	
平成 年 月 日 職種 [] から	

情報提供元の医療機関/事業所名

倉敷平成病院	医師 氏名 _____	PT 氏名 _____	薬剤師 氏名 _____
	看護師 氏名 _____	OT 氏名 _____	管理栄養士 氏名 _____
	MSW ケアマネ 氏名 _____	ST 氏名 _____	その他担当 者(職種) _____

TEL: 086-427-1111 FAX: 086-427-1195

誤嚥性肺炎を発症した。

訪問診療医からの紹介で

当院にまた入院となった。

地域医療ネットワークのためには、

医療⇔介護⇔福祉の直結が重要。

救急から在宅までの連続した地域

医療システムの運用には

「連携シート縦パス&横パス」の活用

が有効と考えられる。