

病院の行う退院支援

地域包括ケアシステム構築における
トランジショナル・ケアの可能性



国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部
千田一嘉

国立長寿医療研究センター



愛知県大府市
人口: 8.8万人
高齢化率 18.8%



病院の行う退院支援

本日のお話

1. 超高齢社会の2025年問題の処方箋: 在宅医療
2. 医療・介護総合確保推進法と在宅医療
3. 地域包括ケアシステムの5 +1の要素と自・互・共・公助
4. 病院の行う退院支援: トランジショナル・ケア
(Transitional Care: 移行、変遷、過渡期のケア)
5. 病院と在宅医療の連携・協働のための多職種協働
6. 2025年地域包括ケアシステムの構築に向けて

はじめに

**超高齢社会: 日本
2025年問題の処方箋としての
老年医学と在宅医療**

超高齢社会: 日本

- 2000年に公的介護保険の導入
 - 高齢者の自立を支援、介護者の負担軽減
 - 在宅介護、家族介護への援助、財政的持続可能性
- 2007年に高齢者が21.5%の超高齢社会(初) (2013年10月は25.1%)
 - 平均寿命: 女87歳・男81歳など、いくつかの健康指標が世界一
 - ヨーロッパの高齢社会に比して、第二次世界大戦後に急速に到達
- 2011年に国民皆保険50周年
 - 日本国憲法の保健医療の普遍性を追求
 - 高騰する医療費・高齢化
 - 諸外国に比して高くはない医療費、高い医療の質の確保



THE LANCET

Search for in All Fields [Advanced Search](#)

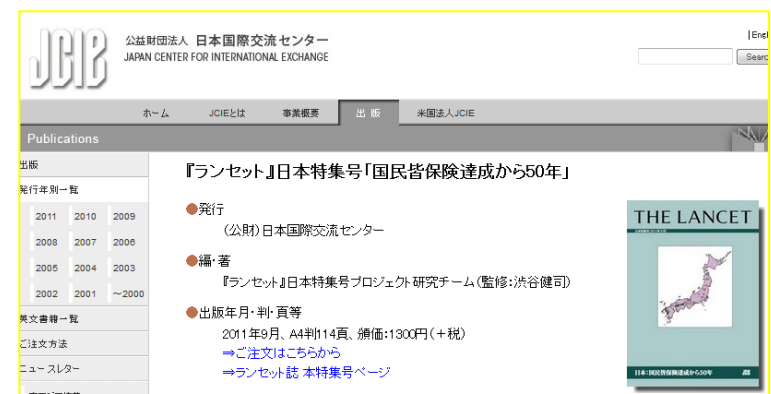
[Home](#) | [Journals](#) | [Content Collections](#) | [Multimedia](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Submit a Paper](#)

Japan: Universal Health Care at 50 Years
Published August 30, 2011

Executive summary

Japan marked the 50th anniversary of universal health care on April 1, 2011. During this relatively short period of time, Japan quickly became a world leader in several health metrics, including longevity. To celebrate and consider Japan's achievements in health, *The Lancet* publishes a Series on universal health care at 50 years in Japan. Six theme papers and eight Comments by Japanese academics with international collaborators document the post-war evolution of health care in Japan—particularly the country's increased participation in global health. In

[Subscribe](#)



JCIIE 公益財団法人 日本国際交流センター
JAPAN CENTER FOR INTERNATIONAL EXCHANGE

ホーム JCIIEとは 事業概要 出版 米国法人JCIIE

Publications

出版

発行年別一覧

2011	2010	2009
2008	2007	2006
2005	2004	2003
2002	2001	~2000

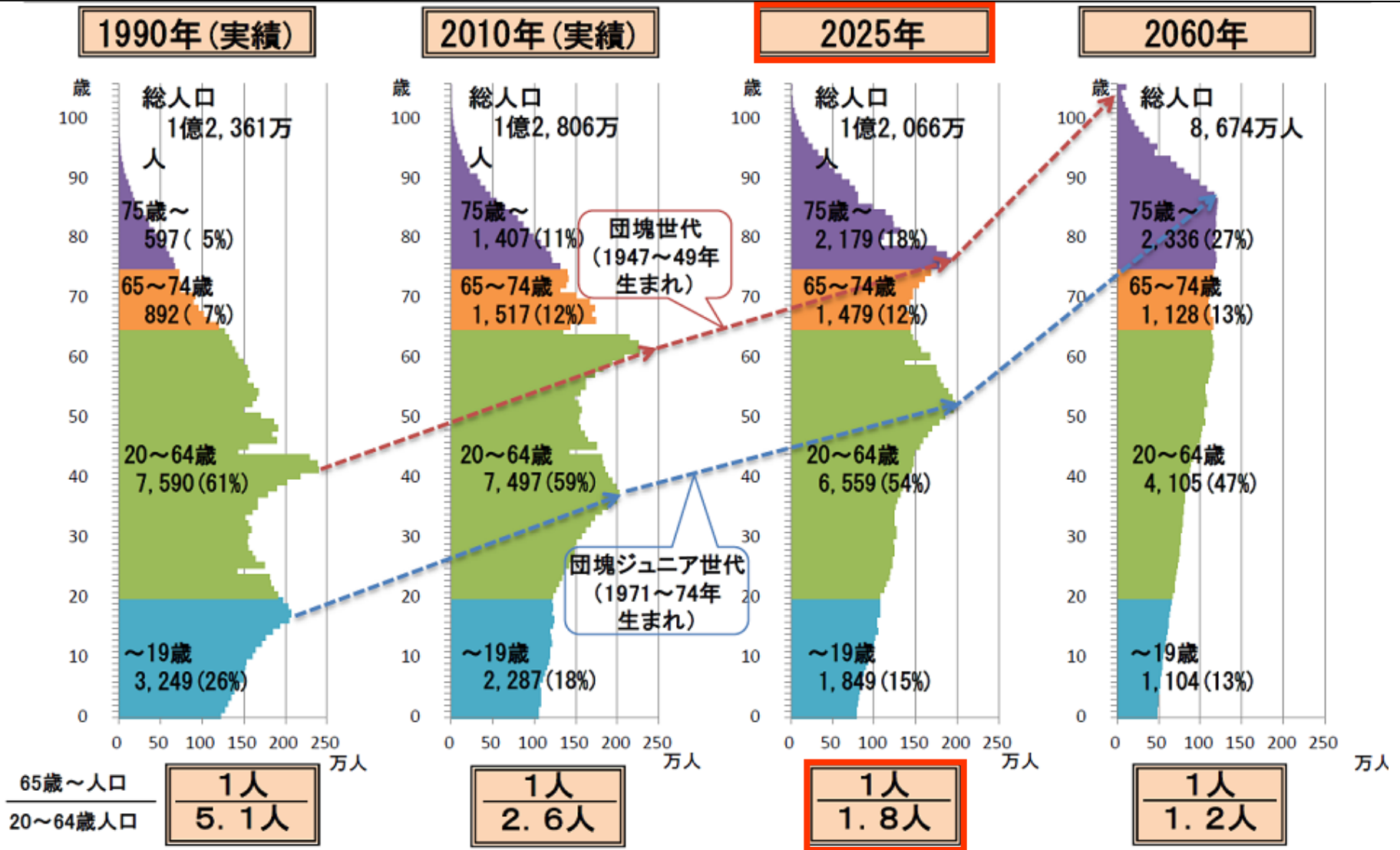
英文書籍一覧
ご注文方法
ニュースレター

『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から50年」

- 発行
(公財)日本国際交流センター
- 編・著
『ランセット』日本特集号プロジェクト 研究チーム(監修:渋谷健司)
- 出版年月・判・頁等
2011年9月、A4判114頁、頒価:1300円(+税)
⇒ご注文はこちらから
⇒ランセット誌 本特集号ページ

THE LANCET

2025年問題: 人口ピラミッドの変化

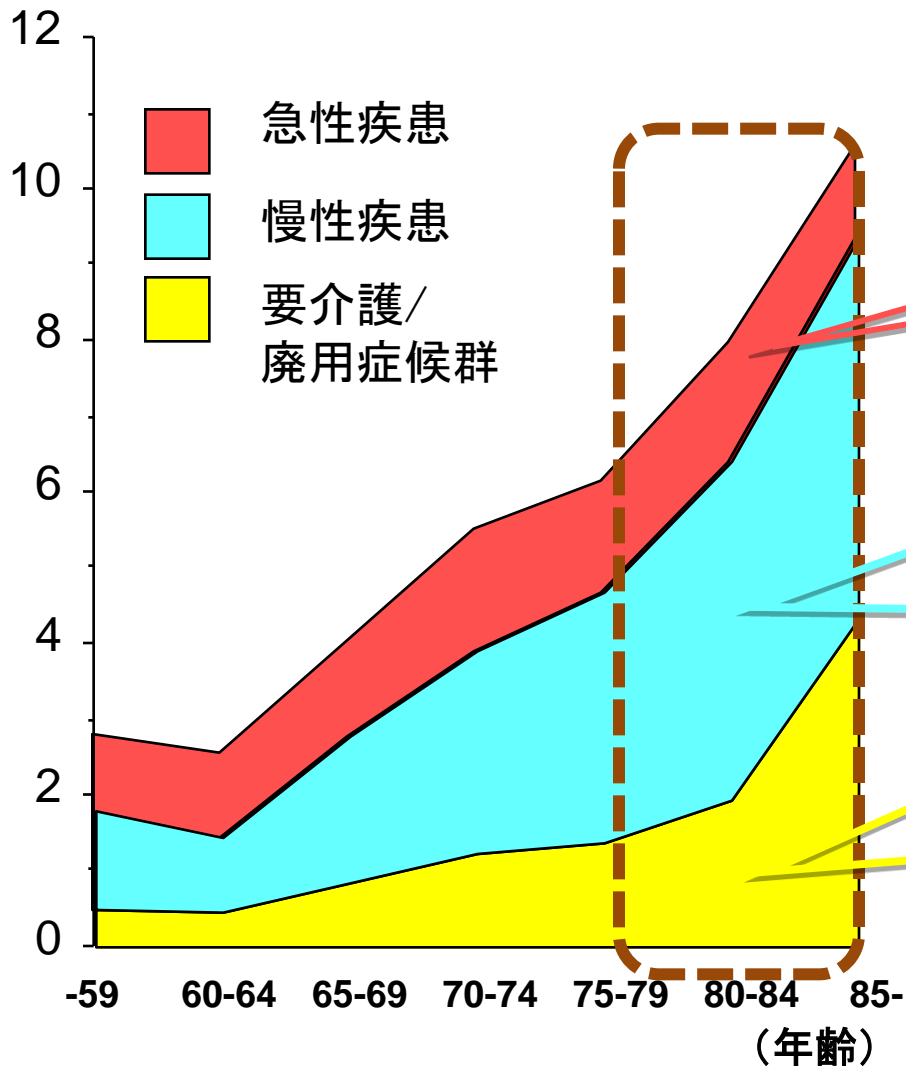


総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計

老年医学で診る高齢者

— 疾病構造と老年症候群 —

老年症候群(高齢者特有の病態)数



意識障害 めまい 息切れ 咯血
吐血・下血 下痢 低体温 転倒 骨折

急性疾患症状

認知症 麻痺 骨関節変形
関節痛 腰痛 喀痰・咳嗽
浮腫 悪心・嘔吐 便秘
呼吸困難 体重減少

慢性疾患症状

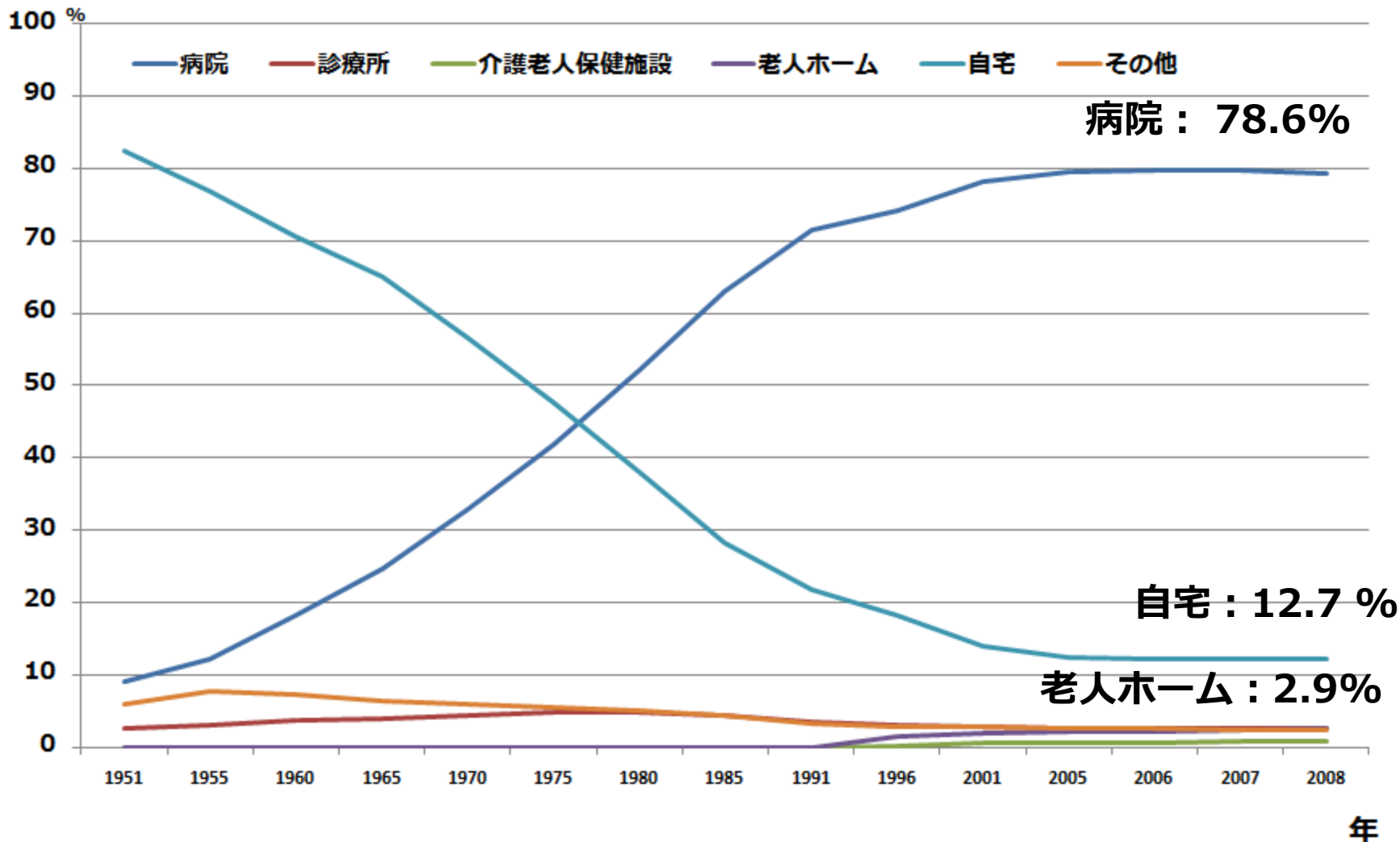
ADL低下 骨粗鬆症 椎体骨折
尿失禁 せん妄 抑うつ 褥そう
低栄養 嚥下困難

ねたきり (廃用症候群)

高齢者医療の原則

1. ケア (Caring) > 治癒 (キユア: Curing)
2. 生活機能重視 (疾病重視でない)
高齢者総合的機能評価: CGA
3. 複数の併存症を同時並行で管理
4. 多職種連携で「治す」から「支える」へ

死亡の場所別にみた死亡率

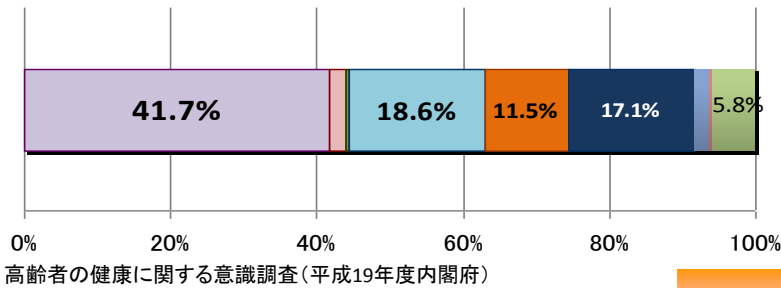


平成20年 人口動態統計をもとに作成

注：1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる

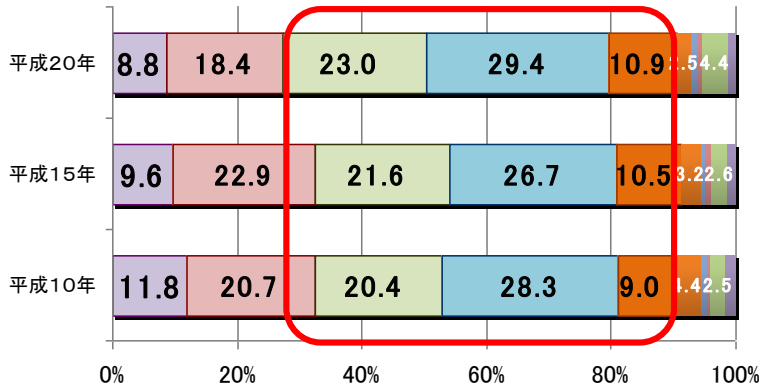
在宅医療・介護に対する市民からの要請

療養に関する希望



- 自宅で介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所
- 介護老人保健施設を利用
- 病院などの医療機関入院
- 民間有料老人ホーム等を利用

人生の最終段階の療養場所に関する希望



- 要介護状態でも、自宅や子供・親族の家での介護を希望するが40%以上
- 60%以上の市民が「自宅で療養したい」

- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい

2

医療・介護総合確保推進法

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化 (地域介護施設整備促進法等関係)

新基金

①都道府県の事業計画(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

医療・介護総合確保促進法

(旧)地域介護施設整備促進法

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保 (医療法関係)

①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告
都道府県は地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画に

②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

病床機能報告制度

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化 (介護保険法関係)

①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行・多様化

②特別養護老人ホームは在宅困難な中重度の要介護者(要介護3)

③低所得者の保険料軽減を拡充

④年金収入280万円以上の利用者の自己負担を2割へ引上げ(月額上限あり)

⑤低所得施設利用者の食費・居住費補填の要件に資産などを追加

2018年
市町村の
在宅医療連携拠点
義務化
(介護保険財源)
医師会は
ゲートキーパー

社会保障・税一体化改革

社会保障制度改革国民会議

～2013.8

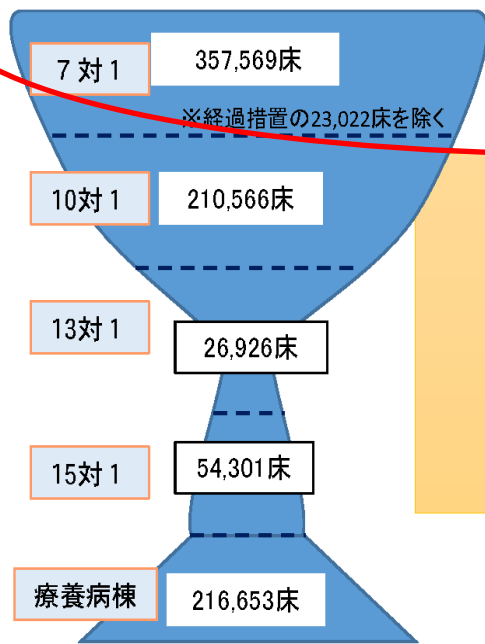
地域における医療・介護(サービス)の総合的(一体的)な確保を図るための改革

2014.1～社会保障制度改革推進本部

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

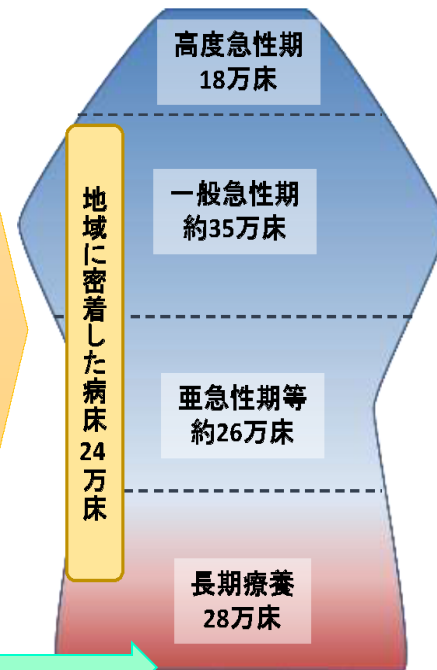
<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

<2025年(平成37年)の姿>



トランジション: 移行、変遷、過渡期

医療・介護機能の再編
医療→介護
施設→地域
相互の連携深(進)化

<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

外来医療

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

在宅医療

医療計画に『在宅医療』が追加

治す医療

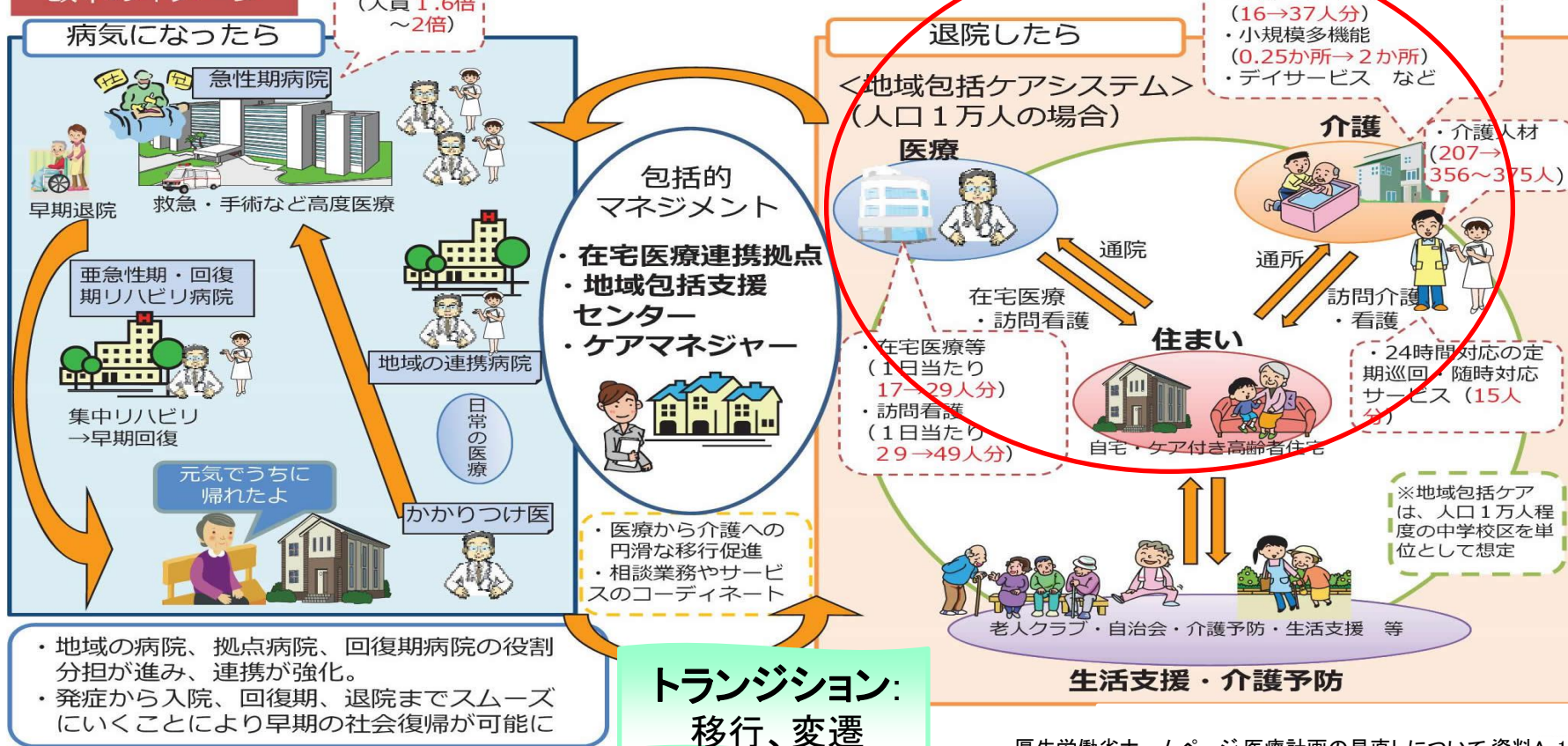
治し・支える医療

トランジション(移行・変遷・過渡期)

- 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

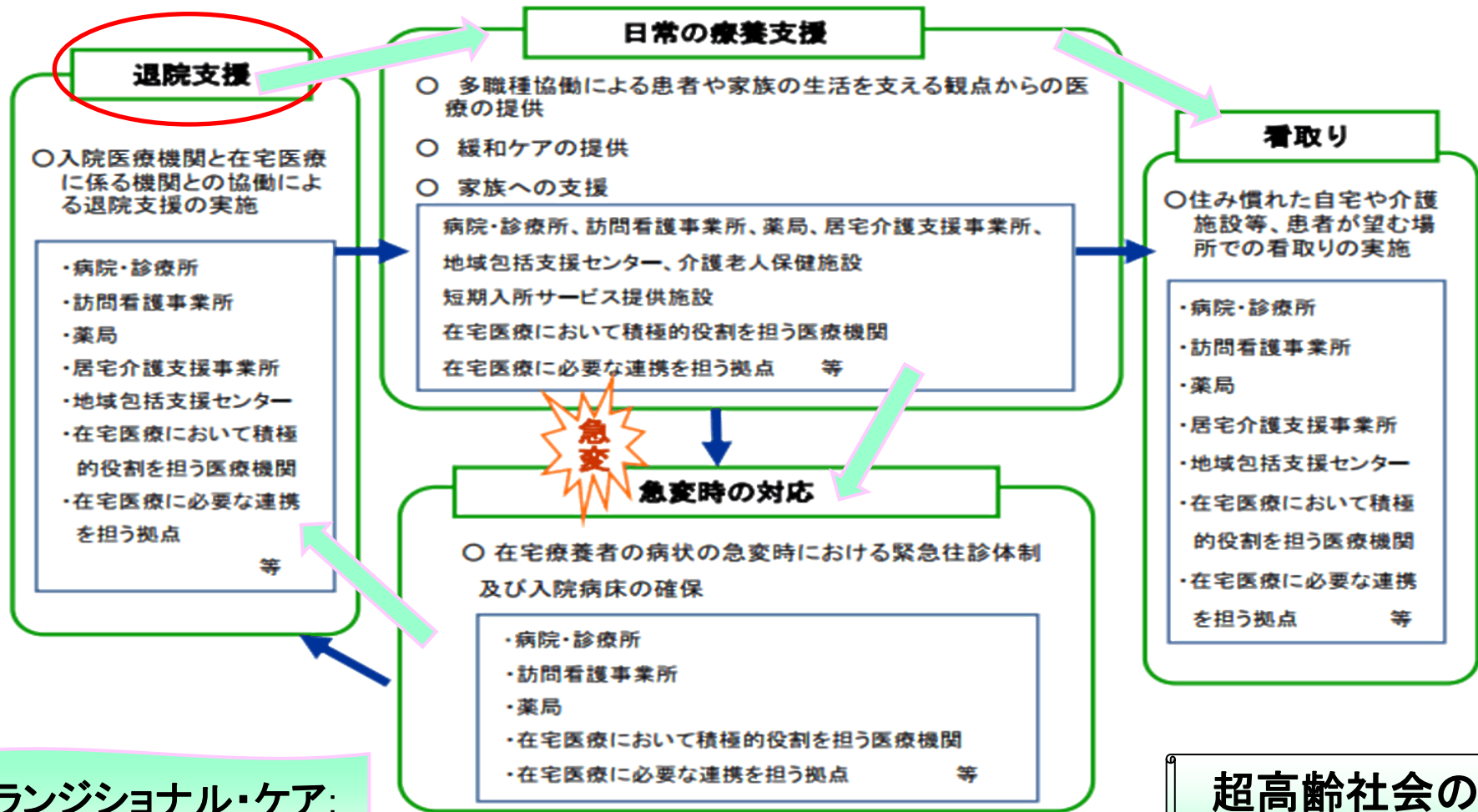
どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

在宅医療の体制



トランジショナル・ケア:
移行、変遷、過渡期のケア

患者さんの視点に立脚した、十分な医療・ケア
の情報提供と、その意志決定支援・共有

超高齢社会の
人々の安全・安心

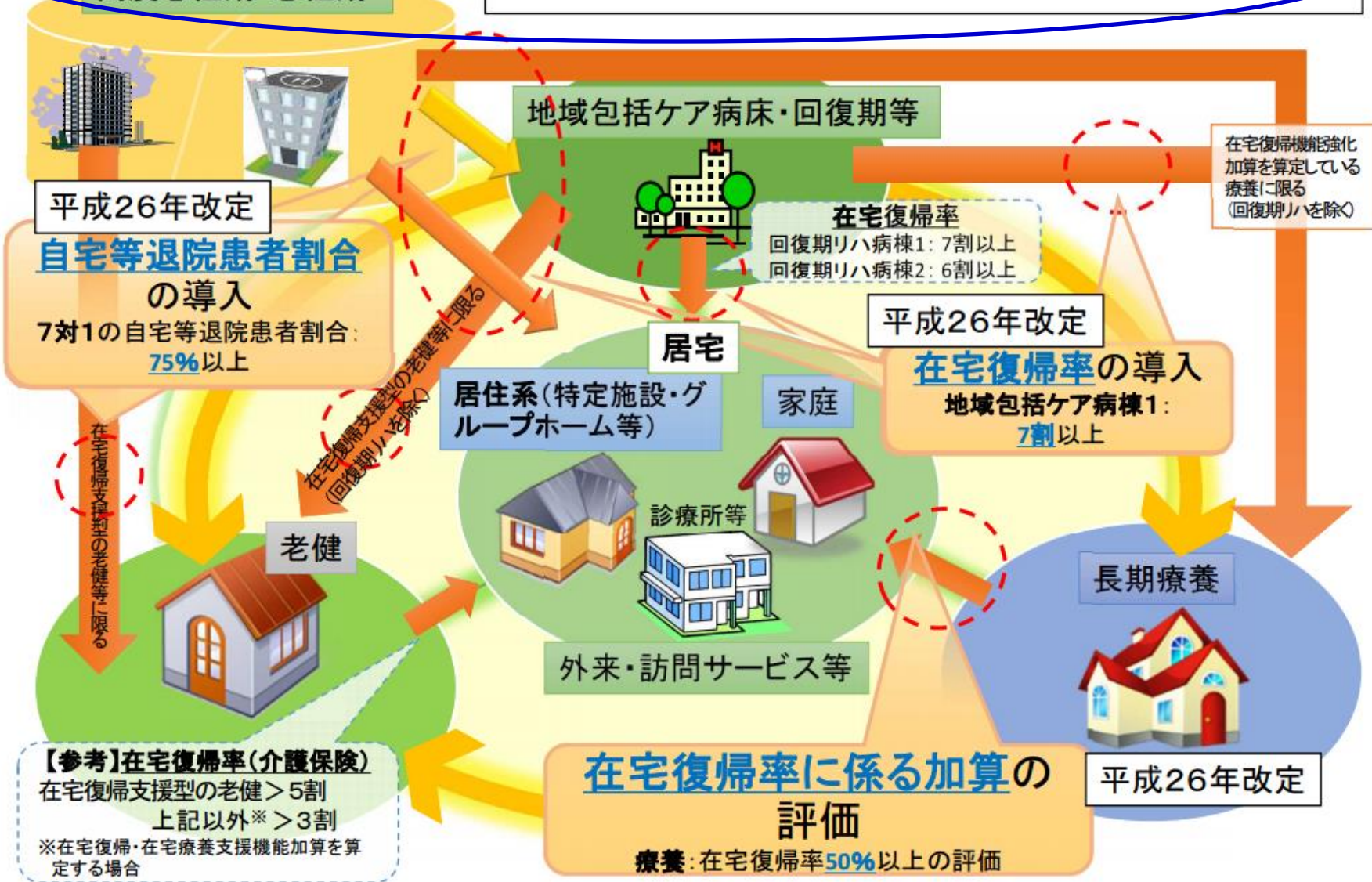
本当に病院に行かなければならない時に病院を利用
地域でも療養しながら生活できる体制を作る

佐々木昌弘(2013).平成25年度在宅医療・介護連携推進
事業研修会資料,在宅医療と介護の連携について,P31.

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/
2013/sym2_1022_nakura.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2013/sym2_1022_nakura.pdf)

高度急性期・急性期

入院医療について<在宅復帰の促進>



**トランジショナル・ケア：
移行、変遷、過渡期のケア**

地域包括ケアシステム

5 +1の要素と自・互・共・公助

+1: 患者さんの視点に立脚した、
十分な医療・ケアの情報提供と
その意志決定支援・共有

地域包括ケアシステム

- 高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援が目的
- 可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す

高齢者の、ケアする人の
安心・安全

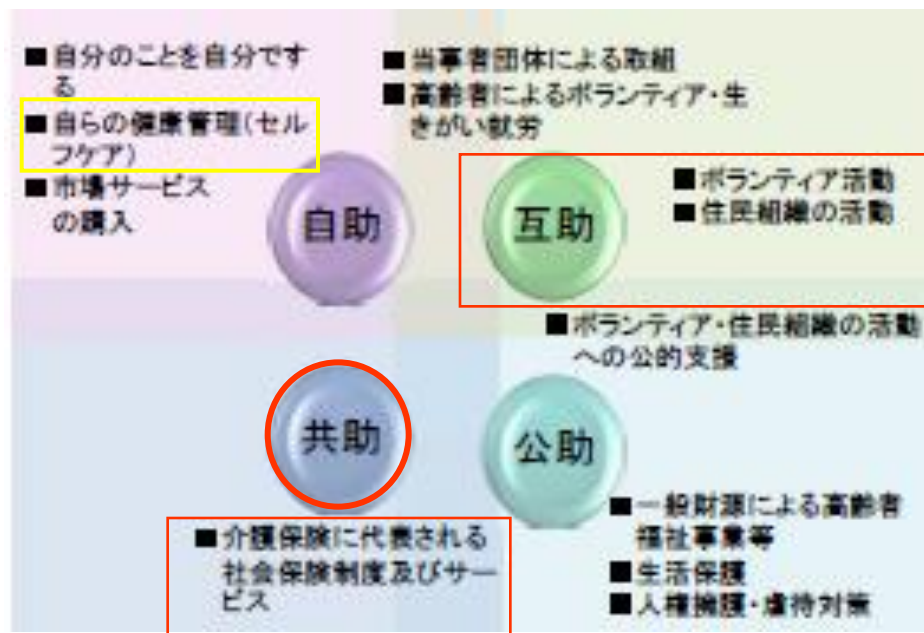


**患者の視点
に立脚
意志決定共有
Shared Decision-Making
SDM**

- 【医療・介護・予防】
「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が専門職によって提供
ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供
- 【生活支援・福祉サービス】
心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続
食事の準備などから、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで
担い手も多様で、生活困窮者などには、福祉サービス
- 【すまいとすまい方】
生活の基盤として必要な住まいが整備
本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保
高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境
- 【本人・家族の選択と心構え】
単身・高齢者のみ世帯が主流に
在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、心構えを持つ

パーソン・センタード・ケア：人間中心のケア原則 **5要素 +1**

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



セルフ・エフィカシー: 自己効力感

【費用負担による区分】

「自助」には「自分のことを自分でする」と、市場サービスの購入も含む
「互助」は相互に支え合っているという意味で、自発的なもの
「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担
「公助」は税による公の負担

【時代や地域による違い】

高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加
「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に
都市部では、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能
都市部以外の地域は、「互助」の役割が大
少子高齢化や財政状況から、「自助」「互助」の果たす役割が大

○地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。

○自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。

○とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。

Wangerらの慢性疾患ケアモデル

セルフ・エフィカシー：
自己効力感の強化

コミュニティの役割

互助 社会資源・制度

医療制度
医療機関・施設

セルフ・ケア
自助

意思決定
支援

医療情報の
提供制度

人生
最終段階
のケア

セルフ・
マネジメント
啓発

セルフ・マネジメント
を高める方策

包括ケア
Integrated Care
ペイシエント・センタード・ケア
Patient-Centered Care

「情報とスキルと自信を持つ
活性化された患者」

「先を見越した行動
をとる多職種チーム」

慢性疾患の臨床指標↑
生活機能↑
QOL↑
満足度↑
寿命・予後(↑)

医療・ケアの分断化
Fragmentation
過剰医療
Over-medicalization

Improving outcomes in chronic illness.
Manag Care Q. 1996, 4:12-25

トランジショナル・ケア

高齢者ケアのモデルとシステム

MODELS AND SYSTEMS OF GERIATRIC CARE

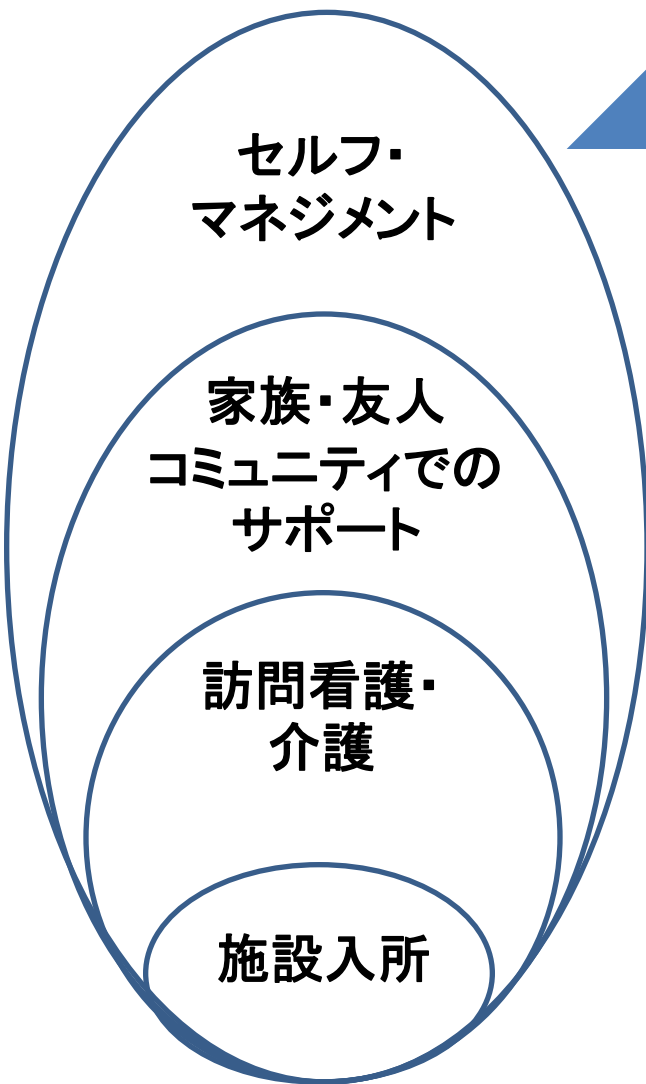
高齢化が進展し、
慢性疾患患者の急増で患者像が転換
→従来の臓器別・職種毎の診療・ケア体系は機能不全

Developing a Comprehensive Interdisciplinary Senior
Healthcare Practice

「包括的・多職種協働の高齢者医療実践体制の構築のために」 米国老年学会誌 52:2128-33, 2004

トランジショナル・ケア

協調・継続・一貫したケア体制



トランジショナル・ケア:

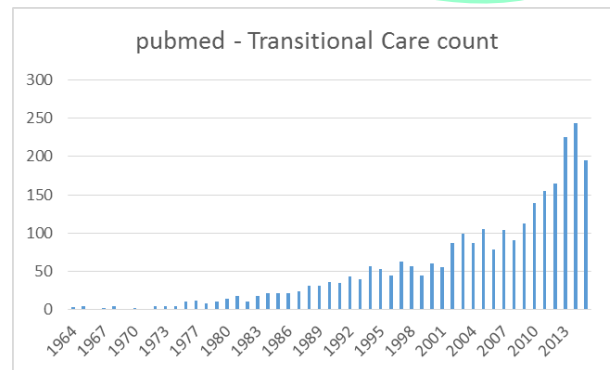
移行、変遷、過渡期のケア

協調性・持続性・一貫性
をもって、

医療者⇔ケアする人々⇔
⇔ご家族⇔患者さん
病院⇔施設⇔在宅
急性期⇔慢性期

医療・看護・介護(ケア)の場と
医療・ケアの人々と
患者さん・ご家族

を繋ぐケア



4

病院の行う退院支援

国立長寿医療研究センター
在宅医療支援病棟
における後方支援

と

レスパイト
トランジショナル・ケアの実践

在宅医療支援病棟

国立長寿医療研究センター（大府市）

2009年4月開棟（南3階病棟）
在宅医療 後方支援 モデル病棟

1. 在宅医療・介護への橋渡し
（トランジショナル・ケア）
2. 復帰支援
3. 継続支援

（レスパイトを含め、在宅医療患者に常に入院先を提示
登録医の入院適応に従って登録患者の入院を受け入れ）



- ・ 東京都健康長寿医療センター
- ・ 愛知県津島市民病院
- ・ 石川県公立つるぎ病院
に続いて、後方支援病棟開設

2014年4月
地域包括ケア病棟の創設

在宅医療支援病棟の流れ

1. 登録制

登録患者
在宅高齢患者

登録医
診療所医師

訪問看護師

ヘルパー

訪問リハビリ

介護支援専門員

国立長寿医療研究センター
近隣の在宅ケアチーム

2. 登録医の判断 による入院支援

医師

看護師

3. 救急から看取りの
ケア全てに対応

在宅医療支援病棟

4. 院内連携

地域医療連携室

退院時カン
ファレンス

リハビリ
テーション

薬剤師

国立長寿医療研究センター病院チーム

完全プライマリ制

プライマリー・ナース
(患者専任看護師)

5. 多職種協働 在宅退院支援

看護に最大の特徴

- ・プライマリー・ナース(患者専任看護師)制
 - 繰り返される入退院でも一患者に一専任看護師
- ・「〇〇の病気の方」から「▲▲に住んでいる方、
□□のような生活を送っている方」への意識変容
- ・訪問看護、ケアマネジャーと顔の見える関係を構築
- ・人生の最終段階の決定を支える
- ・在宅にこだわるのではなく、
長期のかかわりの中では、施設などを勧める勇氣
- ・退院後や再入院まで意識した看護

「在宅医療支援病棟を中心とした地域在宅医療活性化についての検討および多職種協働による在宅患者への介入の有効性評価について」研究班(2011年長寿医療研究開発費)

- 退院時カンファレンスの在宅死亡の効果
- 在宅医療・看護・介護(ケア)におけるチーム医療の有効性

退院前訪問

トランジショナル・ケア

- ・ 自宅の療養環境の把握
- ・ 生活上の支障となる住宅環境問題の明確化
- ・ 安全な介護方法や介護負担の軽減の検討・指導

在宅医療・介護(ケア)チームとの橋渡し



退院後約1週間後、患者宅に電話し、介護の見直し

退院前カンファレンス



- 入院中の病状、看護、リハビリ状況等を説明
→地域のサービス機関と共通認識
- 患者とその家族の参加
→退院後の不安を軽減

在宅医療・介護(ケア)チームとの橋渡し

トランジショナル・ケア

ICTを用いた在宅医とのテレビ会議

在宅医療・介護(ケア)チームとの橋渡し

トランジショナル・ケア

在宅医療支援病棟



診療所



在宅医療チームとご家族との協働



介護指導など、
在宅復帰支援

トランジショナル・ケア



在宅医療・介護(ケア)チームとの橋渡し

その他

- 登録医の懇話会
- 訪問看護ステーションとの交流会
- 訪問栄養士・訪問薬剤師(拠点薬局)との協働

顔の見える関係構築

レスパイト (Respite, 小休止)

介護の必要な高齢者や障害者のいる家族への支援
家族が介護から解放される時間を提供し、心身疲労による共倒れを防止
デイサービスやショートステイなどのサービス

【入院】

患者の
病気の回復や
悪化予防が目的



国民健康保険・
健康保険

国民の疾病，負傷，出産または死亡に
関して必要な保険給付を行なう法律に
基づき施行（1961年に皆保険へ）

【レスパイト】

患者の家族の負担軽減や介護生
活の維持継続が目的



介護保険

介護を必要とする高齢者とその家族を
サポートするために、サービス提供す
るための公的保険（2000年施行）

在宅医療は・・・

在宅医療支援病棟

	2009年開設時	2016年3月
• 登録医	12診療所	113診療所
• 登録患者	75名	160名
• 入院患者数	374名	(のべ1641件、77%複数回入院) (ガン / 非ガン = 21% / 79%)
• 平均在院日数		20.5日
• 緊急入院 / 予定入院		53% / 38%
• 在宅復帰	93%	
• 在宅死	33%	

5

病院と在宅医療の連携・協働のための

多職種協働

在宅医療・介護の推進にあたっての課題

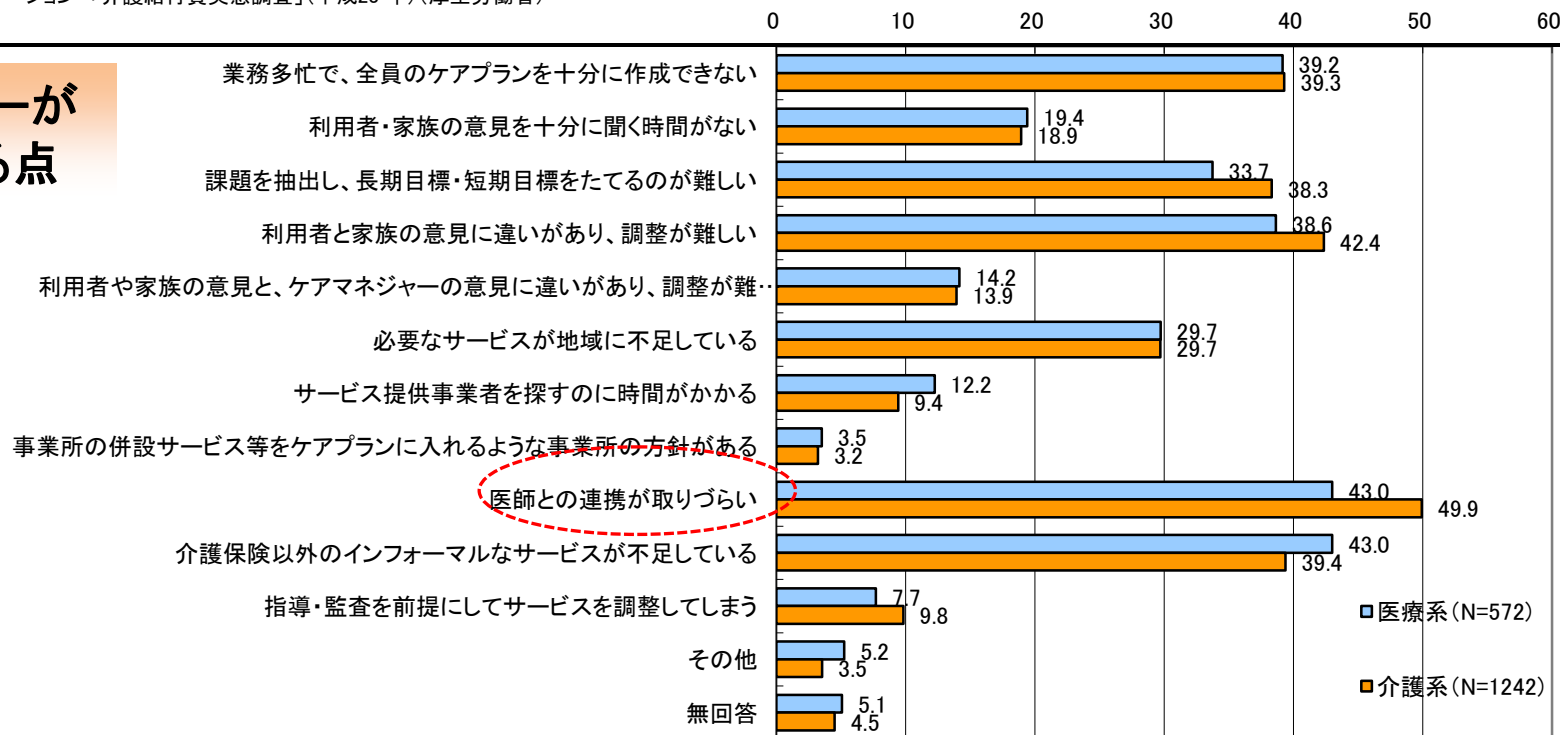
訪問診療を実施している医療機関

	箇所	割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

病院、診療所 「医療施設調査(静態)」(平成23年)(厚生労働省)
 訪問看護ステーション 「介護給付費実態調査」(平成23年)(厚生労働省)

- ・ 訪問診療を提供する医療機関の数も十分とは言えず
- ・ 医療と介護の連携も十分には取れていない

ケアマネジャーが困難に感じる点



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

多職種協働の 米国老年医学会の立場表明

1. 複雑かつ多様な病状・病態の高齢者に対応
2. 高齢者特有の老年症候群の医療の過程と結果を改善
3. 医療システムを改善し、介護者の負担を軽減
4. 多職種協働研修・教育は高齢者医療・介護に有効

特集

SPECIAL ARTICLE

米国老年医学会誌 54: 849-52, 2006

Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs:
American Geriatrics Society Position Statement

Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group

「米国老年医学会による

複雑・多様な病態・病状の高齢者のための
多職種協働ケアに関する立場宣言」

多職種が
一堂に会して
研修する際の
障壁

職種間の亀裂

立場・文化の伝統の差異

EDUCATION AND TRAINING

教育・研修

アメリカでの
多職種連携教育
の例

Disciplinary Split: A Threat to Geriatrics Interdisciplinary Team
Training 「職種間の壁: 高齢者のための多職種チーム医療研修の障害」

米国老年医学会誌
52: 1000-6, 2004

多職種協働・連携によるケア・カンファレンス 訪問診療・同行研修



多職種協働カンファレンスの方法、あり方について、理想的な例 / 問題を残す例
DVD視聴後、グループ・ディスカッション



指導医の訪問診療に、研修者が同行し、在宅医療の現場で学ぶ姿を映像化
視聴覚教材の有用性
患者さん宅で学ぶ
クリニック(外来) → 患者さん宅
アウェー → ホーム

おわりに

高齢者が住み慣れた場で

安心・安全を実感できる

2025年地域包括ケアシステム

の構築に向けて

患者視点立脚型地域包括ケアシステム構築懇話会の標語： 日暮れが日の出と同じほど美しくても、エーでしょ!?

患者さんの視点に立脚した英国式の
正確かつ十分な情報提供に基づく
医療・ケアにおける意思決定支援・
共有による人生最終段階のケアを
多職種で活かし、高齢者の安心・安全のため
に地域包括ケアシステム
を構築する

患者さんの視点に立脚した医療・ケアの
実現に、ご一緒に取り組んで参りましょう



Gold Standards Framework: Thomas教授(Respecting)
View of the Patient, Integrated Community Care System
Planning Association/Assembly: [VIP-A/A](#)



冬枯れに、有終の美
春や夏の美しさと違って良いなも

人生の最終段階においては天寿を全うすることだけを残すのみに、
できることはすべて、やり遂げておきましょう！ そのための医療・介護です

市町村における地域包括ケアシステム構築

高齢者の安心・安全

市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築

地域の課題の把握と
社会資源の発掘

地域の関係者による
対応策の検討

対応策の
決定・実行

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センターでは総合相談も実施。

医療・介護情報の「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

量的・質的分析

課題

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
 - ・ 介護
 - ・ 医療
 - ・ 住まい
 - ・ 予防
 - ・ 生活支援
- 支援者の課題
 - ・ 専門職の数、資質
 - ・ 連携、ネットワーク

社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

事業化・施策化協議

介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携（医療・居住等）
- 関連計画との調整
 - ・ 医療計画
 - ・ 居住安定確保計画
 - ・ 市町村の関連計画
- 住民参画
 - ・ 住民会議
 - ・ セミナー
 - ・ パブリックコメント
- 関連施策との調整
 - ・ 障害、児童、難病施策等の調整

地域ケア会議 等

- 地域課題の共有
 - ・ 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
 - ・ 地域の共通課題や好取組の共有
- 年間事業計画への反映

具体策の検討

介護サービス

- ・ 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
- ・ 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量

医療・介護連携

- ・ 地域包括支援センターの体制整備（在宅医療・介護の連携）
- ・ 医療関係団体等との連携

住まい

- ・ サービス付き高齢者向け住宅等の整備
- ・ 住宅施策と連携した居住確保

生活支援／介護予防

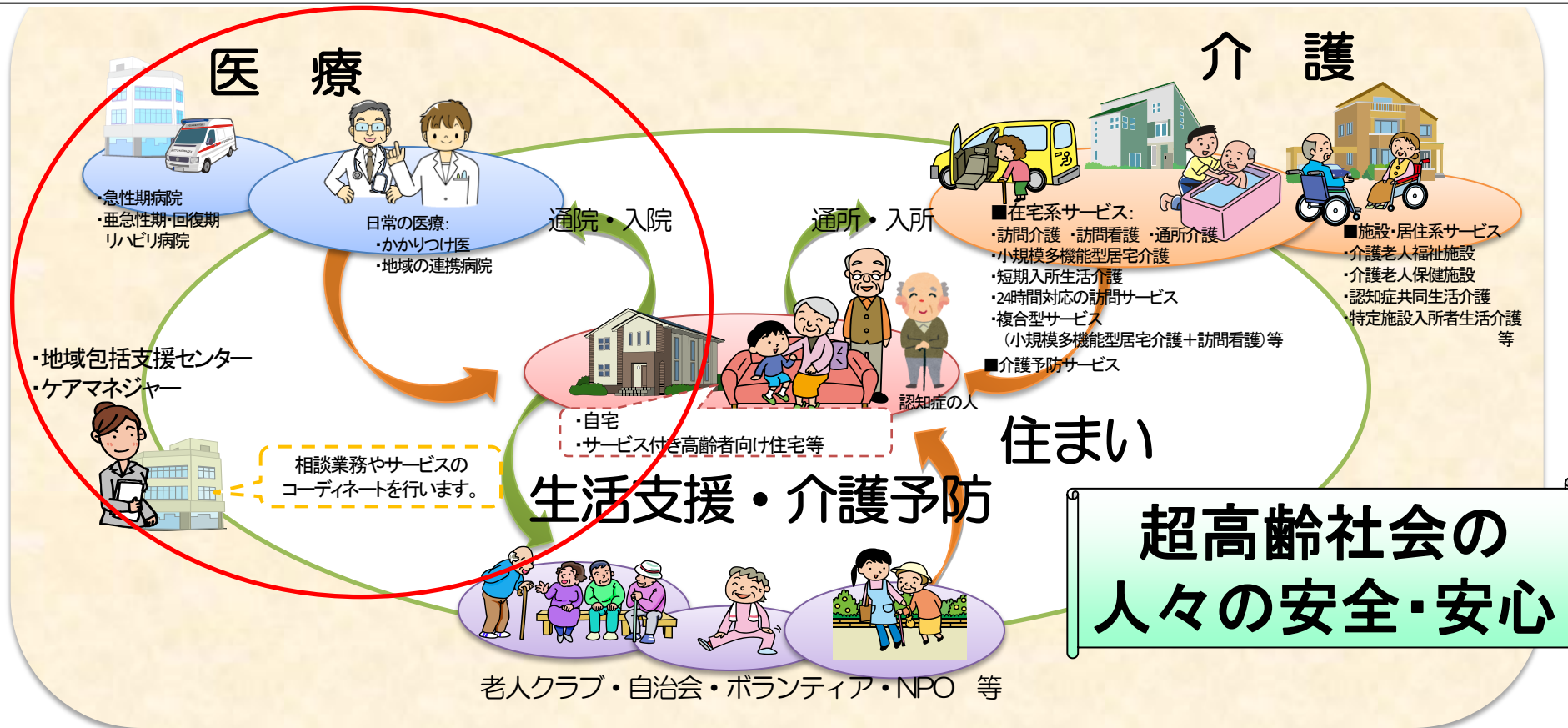
- ・ 自助（民間活力）、互助（ボランティア）等による実施
- ・ 社会参加の促進による介護予防
- ・ 地域の実情に応じた事業実施

人材育成

- [都道府県が主体]
- ・ 専門職の資質向上
- ・ 介護職の処遇改善

PDCAサイクル

2025年の地域包括ケアシステムの姿



- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される**
→ 要介護状態でも、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
- 認知症は超高齢社会の大きな不安要因 → 地域で生活を支える
- **高齢化の進展状況には大きな地域差**
→ **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る

病院の行う退院支援

お伝えしたいこと

・高齢者の自立と尊厳のための在宅医療・老年医学

「治す医療」→「治し・支える医療」

患者さん中心の「包括ケア」と意志決定支援・共有

セルフ・マネジメント啓発から人生最終段階のケアまで

・医療・介護総合確保推進法で持続可能な社会保障の実現

– 地域包括ケアシステムの5 +1要素 患者視点立脚型の医療・ケア

医療、介護、予防、生活支援、住まい + 本人・家族の意志決定支援・共有

・後方支援、レスパイトのための在宅医療支援病棟

– 多職種協働のトランジショナル・ケア = 病院が行う退院支援

・高齢者の安心・安全のための多職種協働