

平成28年9月27日（火） 18:00～20:15

病院＋在宅・連携研修会@福岡 Vol1.@成人病センター

「病院からの退院支援」

**国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
在宅連携医療部 & 在宅医療・地域連携診療部
三浦 久幸**



本日の内容

1. 国の地域包括ケアの流れ
2. 病床再編（地域医療ビジョン）の中での地域包括ケア病棟の位置づけ
3. 国立長寿医療研究センター地域包括ケア病棟
4. 在宅患者の急性期対応（例 在宅医療支援病棟）

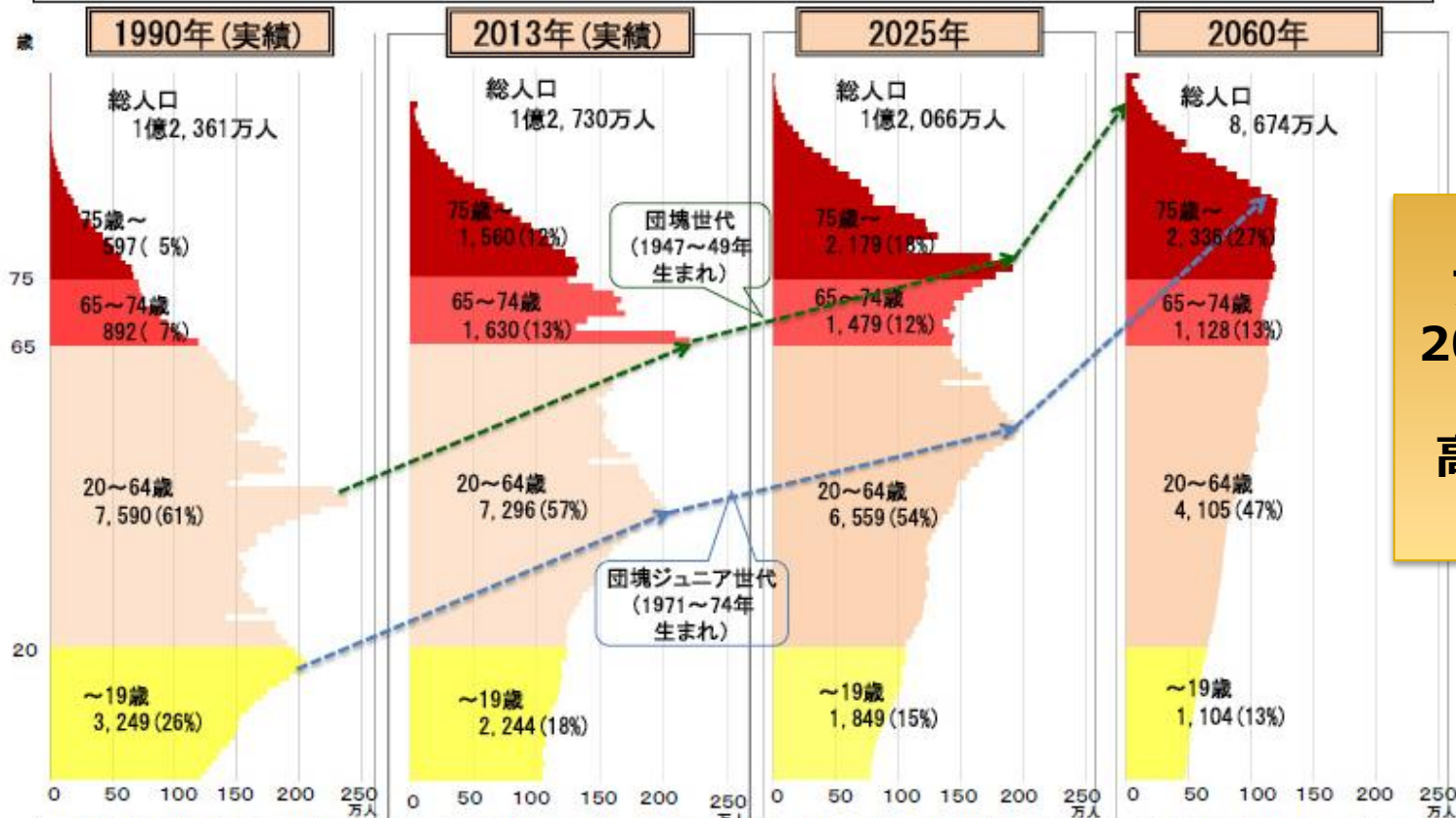


1. 国の地域包括ケアの流れ



2025年問題

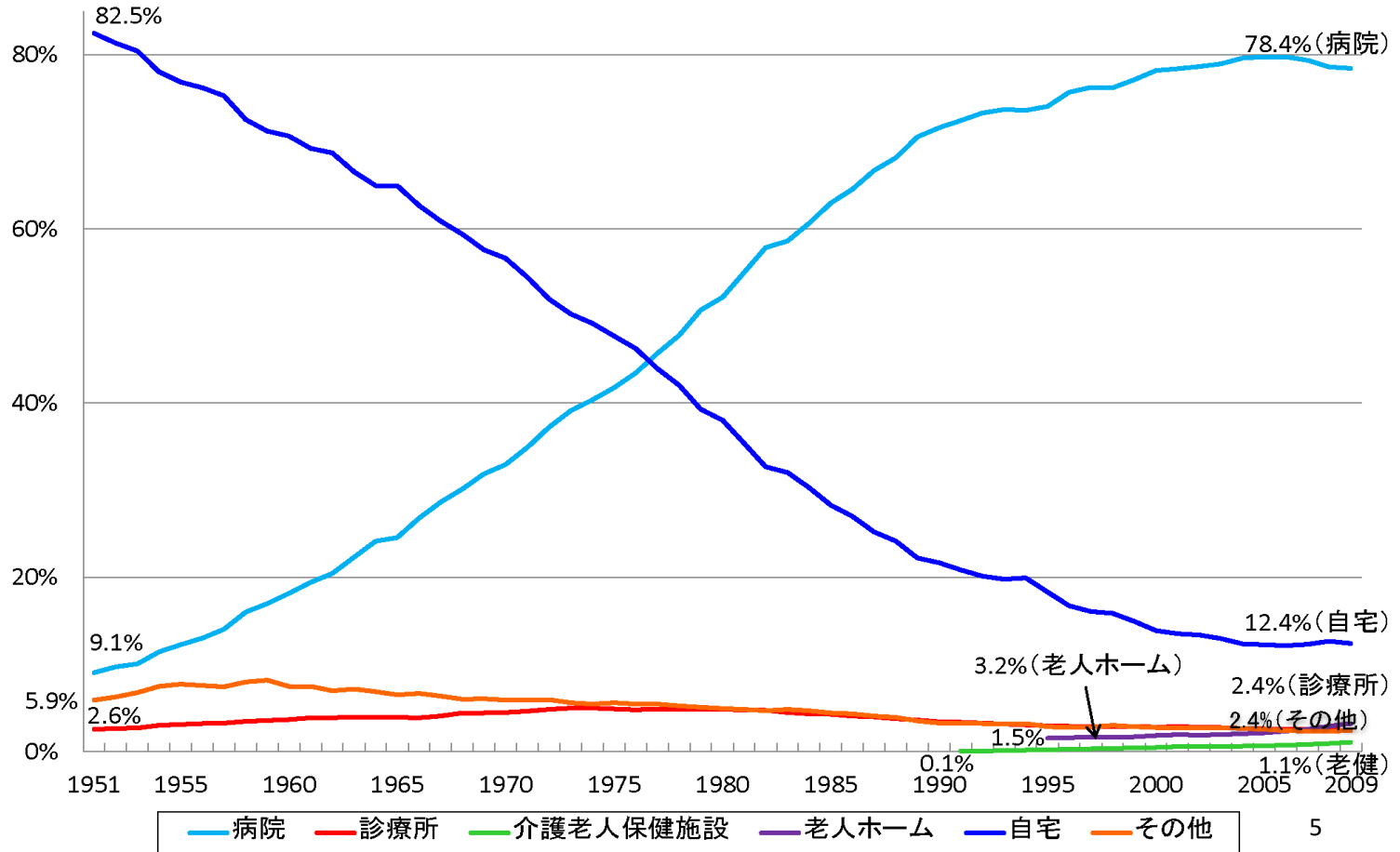
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上は全人口の約20%となる。
- 2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



**団塊の世代が
75歳を迎える
2025年以降より
さらに急激に
高齢者の割合が
増える！**

厚生労働省ホームページ。
社会保障制度改革の全体像,
P1.
http://www.mhlw.go.jp/sq/sakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf

死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態統計」3

○終末について

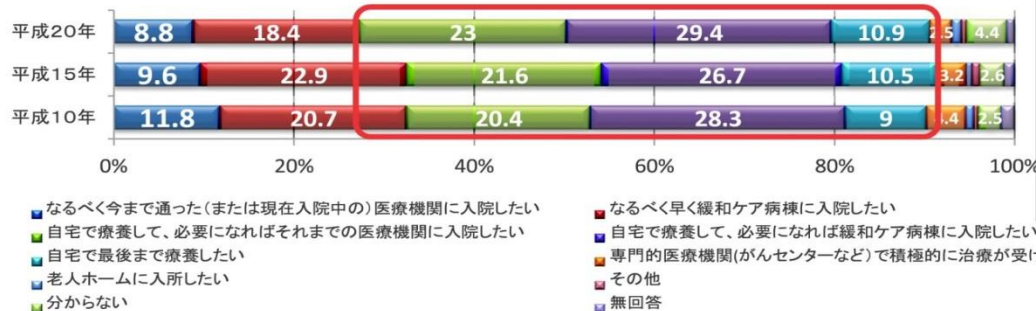
できるだけ自宅
や
住み慣れた場所
で
人生の最期を
迎えたい
6割

実際に
自宅や住みなれた場
所で
最期を
迎える人
1割

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

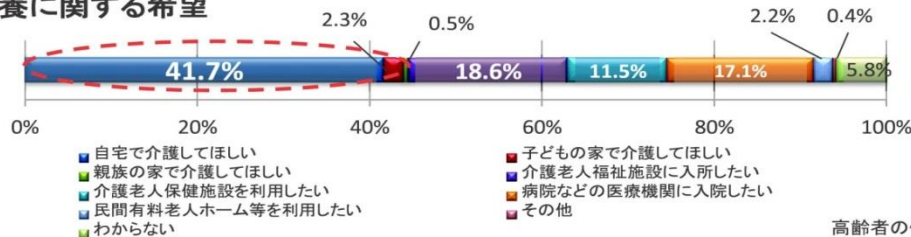
■終末期の療養場所に関する希望



- 調査対象及び客体
 - ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 - ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
 - 郵送法
- 回収数
 - 2,527人(回収率50.5%)

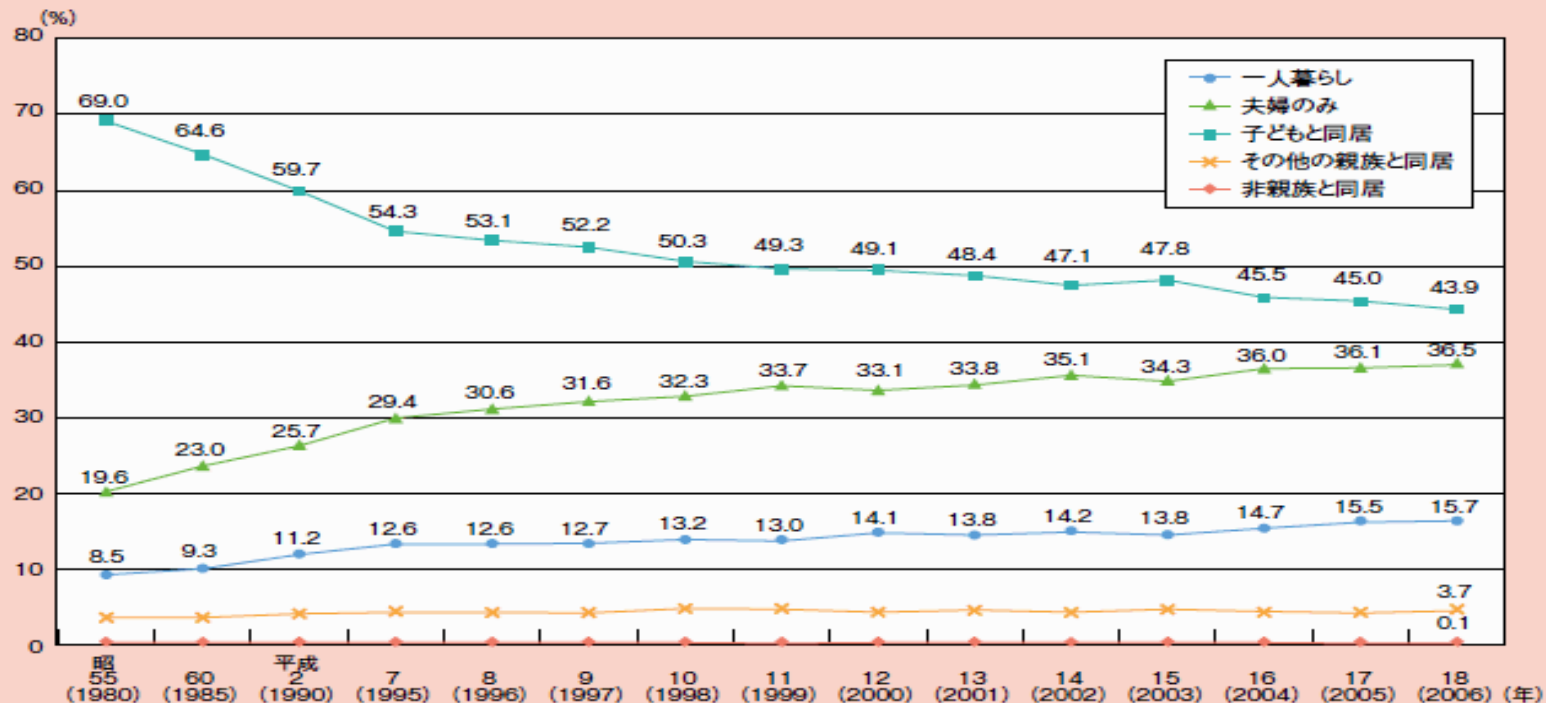
出典: 終末期医療に関する調査(各年)

■療養に関する希望



- 調査対象
 - 全国の55歳以上の男女5,000人
- 調査の方法
 - 調査員による面接聴取法
- 標本抽出方法
 - 層化二段無作為抽出法
- 回収数
 - 3,157人(回収率63.1%)

独居・高齢者世帯が増加している



資料：昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」

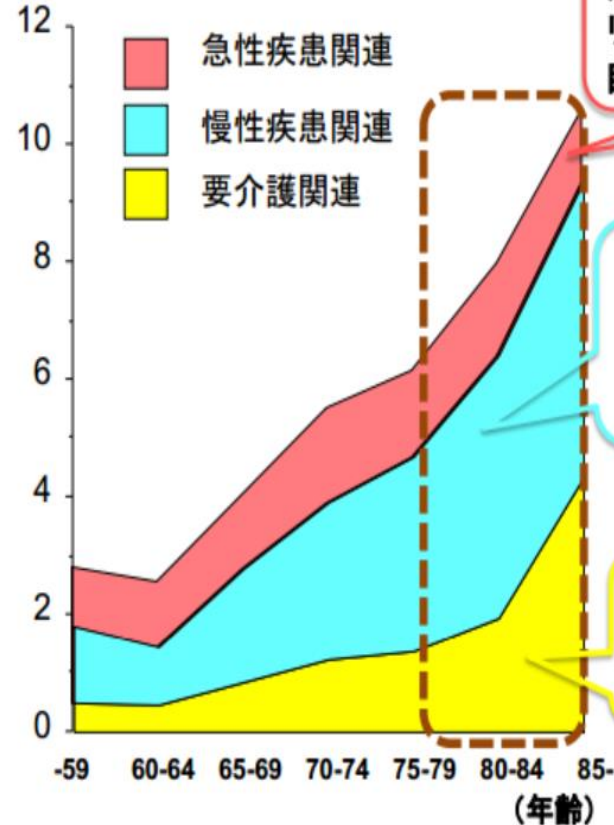
(注1) 「一人暮らし」とは、上記調査における「単独世帯」のことを指す。

(注2) 平成7年は兵庫県を除いたものである。

1.高齢者のニーズとは何か

ー疾病構造と老年症候群ー

老年症候群数



めまい、息切れ、腹部腫瘤、胸・腹水、頭痛
意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、黄疸
リンパ節腫脹、下痢、低体温、肥満、
睡眠時呼吸障害、咯血、吐血・下血

急性疾患症状

認知症、脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下
発熱、関節痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴
食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害
悪心・嘔吐、便秘、呼吸困難、体重減少

慢性疾患症状

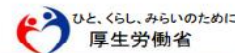
ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難
尿失禁、頻尿、せん妄、抑うつ、褥そう、難聴
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

廃用症候群

高齢者の
ニーズに
対応した
支える医療
が
必要不可欠

1. 在宅医療連携に関わる法律、計画とその関連

社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた各分野の方向性



子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに



厚生労働省ホームページ
社会保障制度改革の全体像, P15.
http://www.mhlw.go.jp/sei/sakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf



Copyright

趣 旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概 要

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）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税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

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）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- 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

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、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

厚生労働省
第1回地域医療構
想策定
ガイドライ
ン等に関す
る検討会、
資料2「医
療提供体制
の改革につ
いて」P1。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000058286.pdf>

地域包括ケアシステムと在宅医療

住民の願い

高齢者に必要な医療

地域で
暮らし
続けたい



生活を
支える
医療が
必要

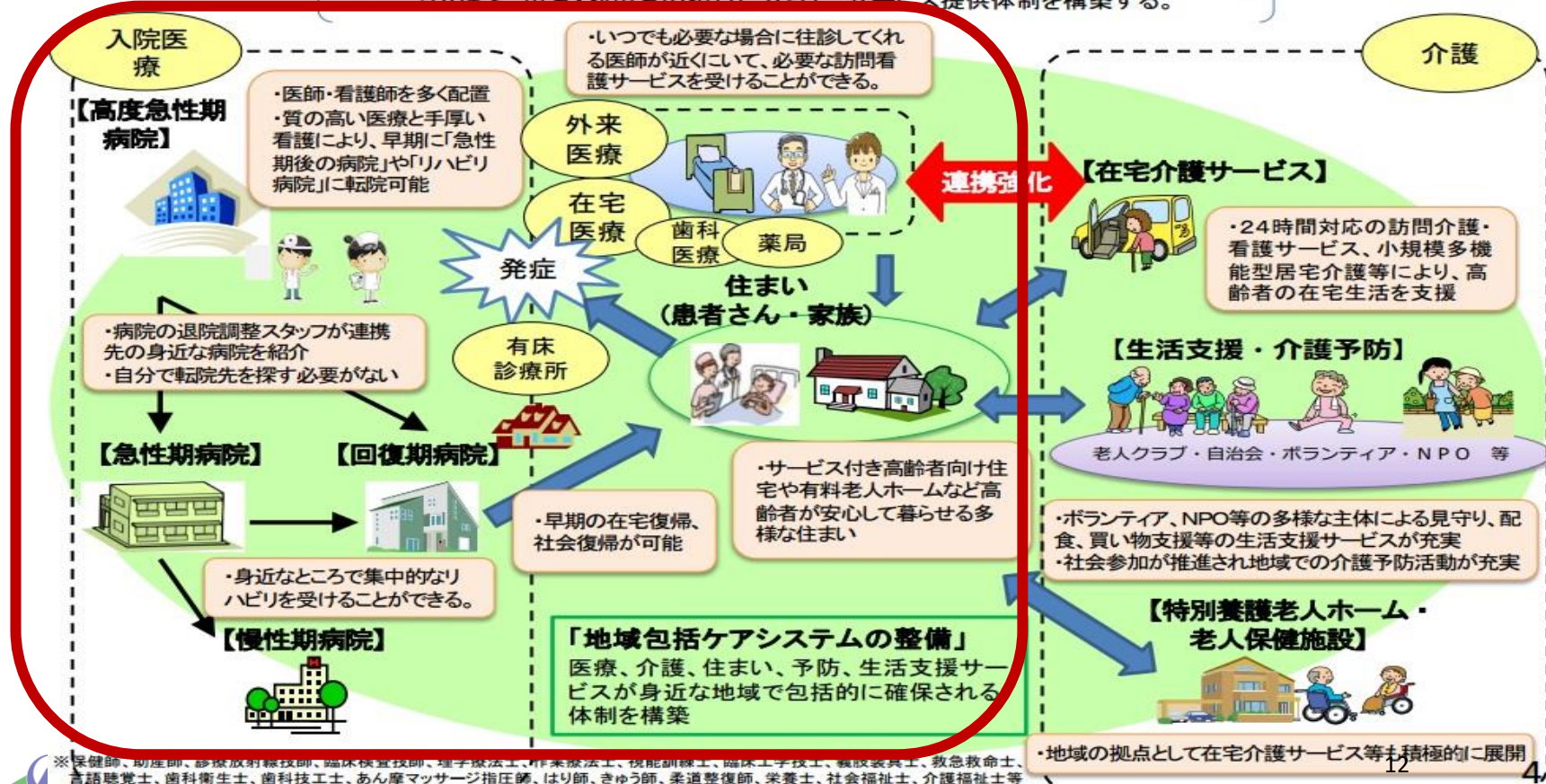


在宅医療が
地域に必要



改革後の姿

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



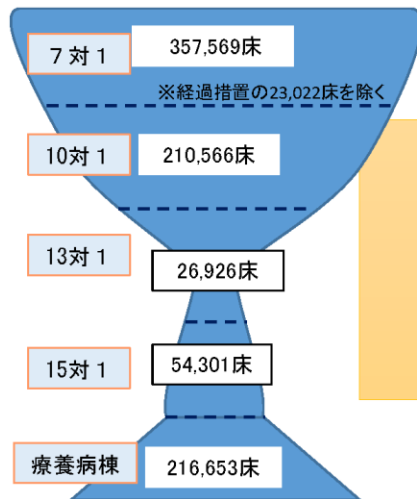
2. 病床再編（地域医療ビジョン）の中での 地域包括ケア病棟の位置づけ



「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

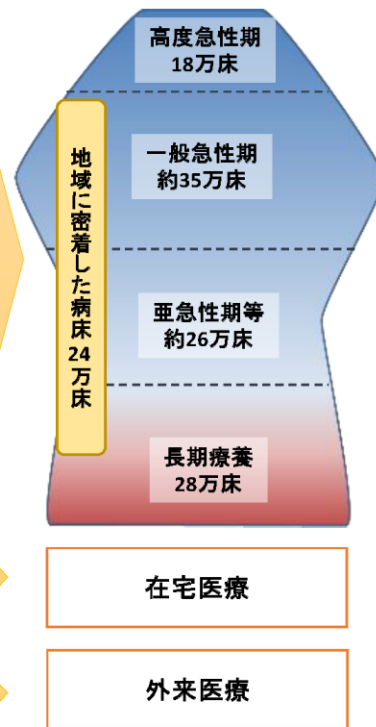
<在宅医療>

- 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

<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

<2025年(平成37年)の姿>



地域包括ケア病床・回復期等

平成26年改定

自宅等退院患者割合

の導入
7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

在宅復帰支援荆の老健等に限る

老健

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健＞5割
上記以外※＞3割
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

平成26年改定

在宅復帰率の導入

地域包括ケア病棟1:
7割以上

長期療養

平成26年改定

在宅復帰率に係る加算の 評価

療養:在宅復帰率**50%**以上の評価

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

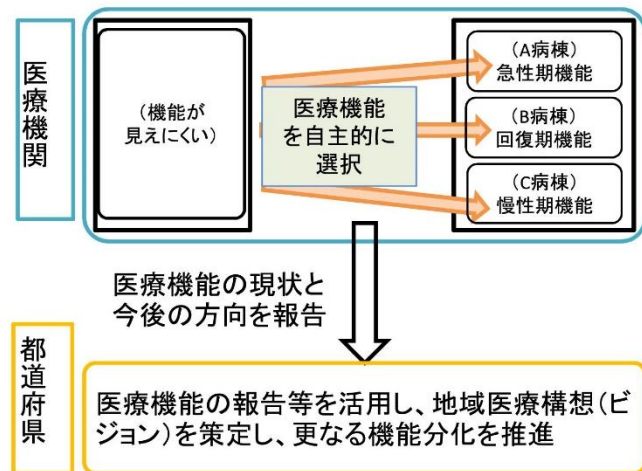
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



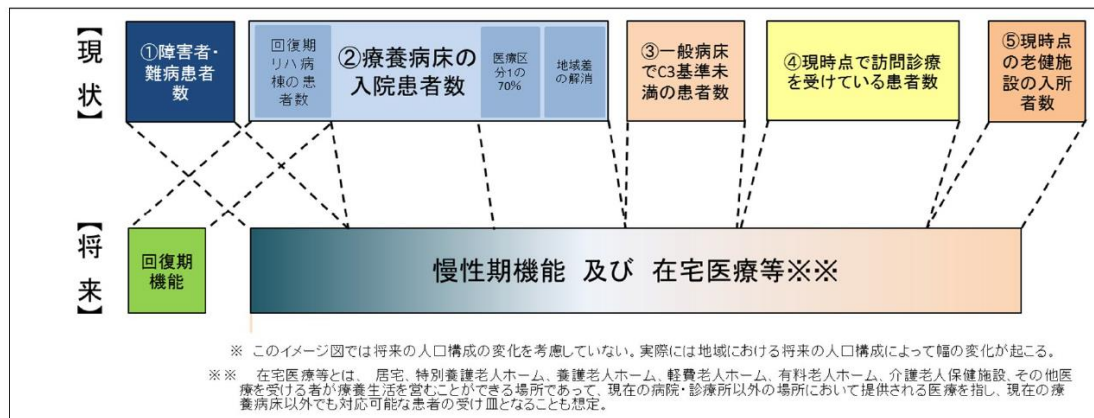
（地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

厚生労働省第1回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料2、医療提供体制の改革について、P6.<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000058286.pdf>

推計方法③(慢性期及び在宅医療等の医療需要について)

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等(※)の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)は、慢性期機能の医療需要とする。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者の70%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
 - ・ その他の入院患者数について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を推計する。(次頁参照)
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅医療等の医療需要とする。
- ※ 居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、老人保健施設、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所における医療等を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

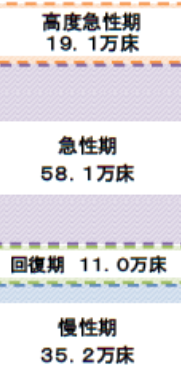
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

3. 国立長寿医療研究センター 地域包括ケア病棟

国立長寿医療研究センター

愛知県大府市 人口 88,409人 高齢化率 21.6%



病棟 383床(内 回復期病棟 45、地域包括ケア病棟 45、HCU 4床
残りは急性期(10:1) 6病棟 289床)救急告知病院(3次救急無し)

国立長寿医療研究センター地域包括ケア病棟(2014年10月～)



ベッド 45 (特室 10(3,400円～12,960円)、重症個室 1、2人床 1、4人床8)
ナース 24名(昼6～8 夜3)(10:1看護体制)
看護助手 2名(早1、遅1)
クーク 1名
リハビリスタッフ 8名(PT 4, OT 3, ST 1)

国立長寿医療研究センター新畑豊医師よりの提供スライドを一部改変

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点

看護補助者配置加算 150点

救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)

[施設基準等]

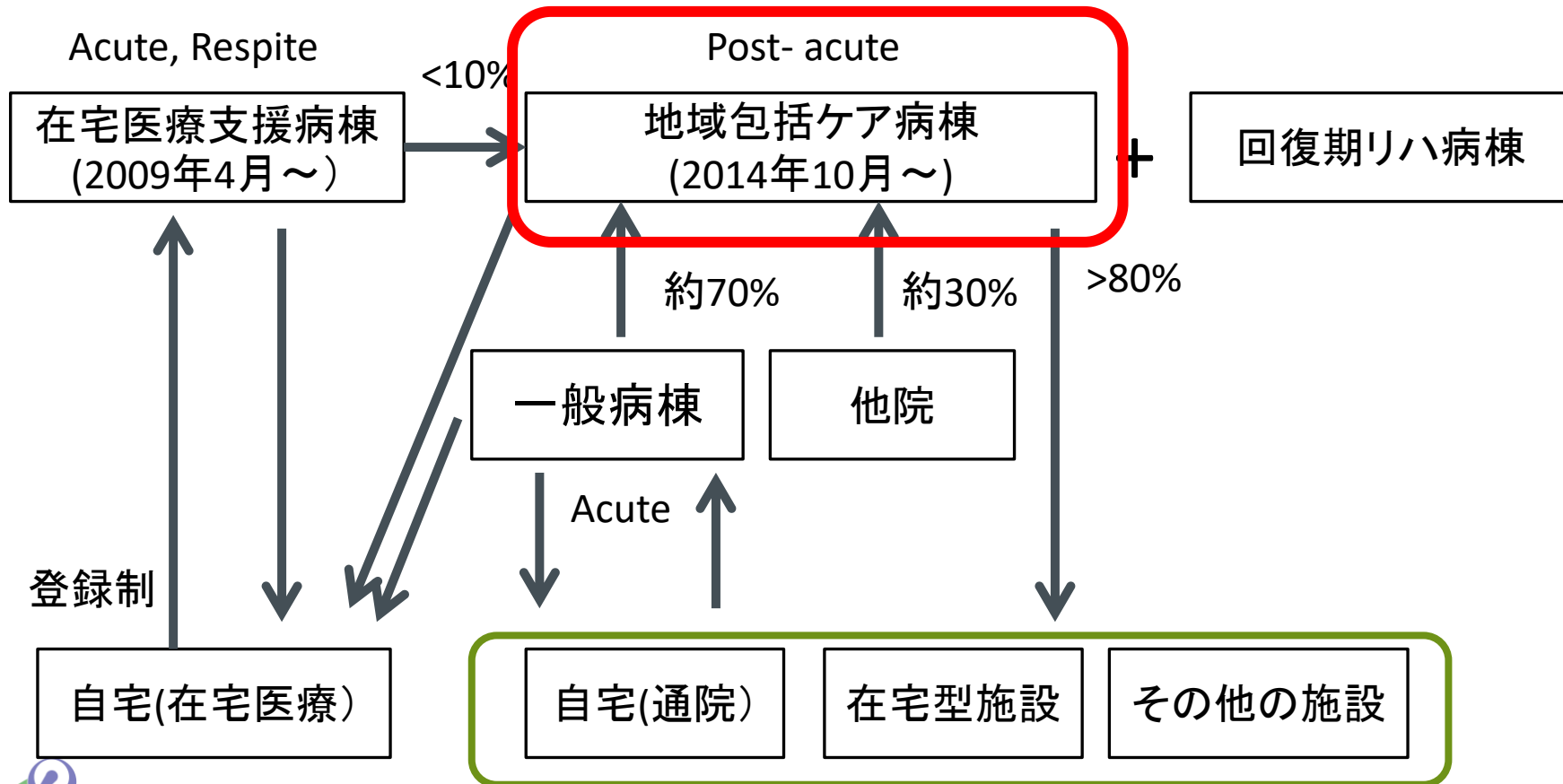
- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることではない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

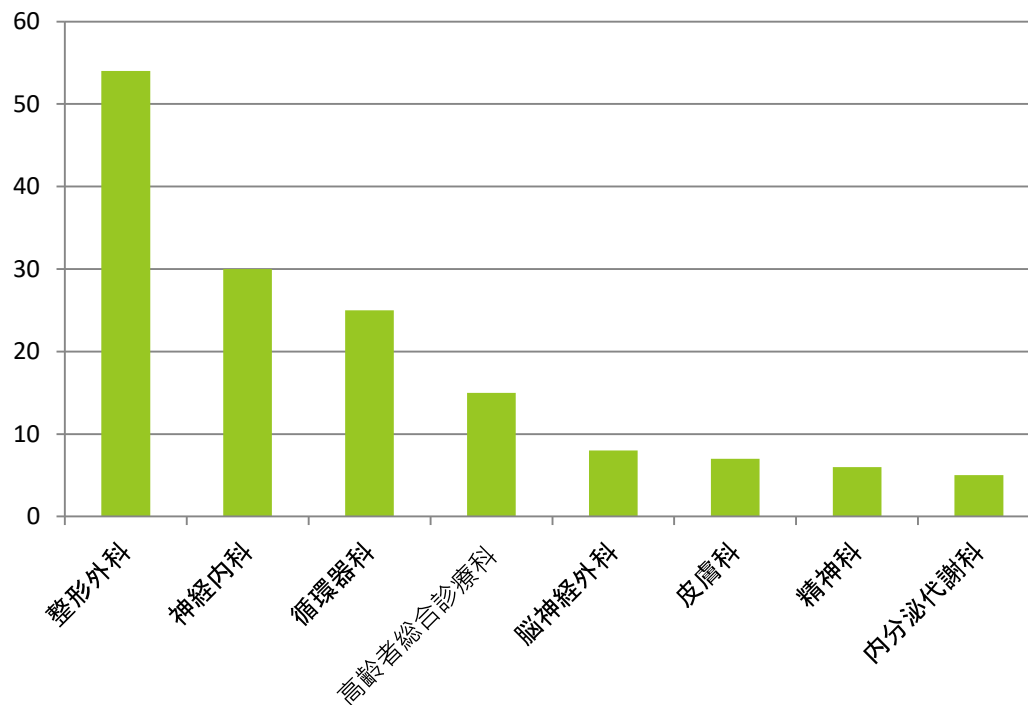
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

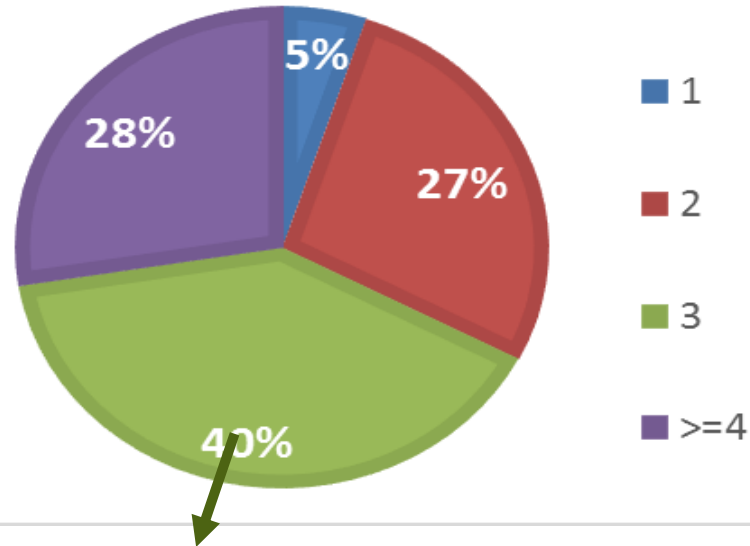
国立長寿医療研究センターの入院患者の流れ



平成27年4月～9月の地域包括ケア病棟データ (n=161)



慢性疾患保有数



3つ以上の保有が70%



入院患者の属性

年齢 (N=98) 81.7±7.8歳

性別 女=57, 男=41

身長 152.6±11.0cm

体重 47.0±9.9kg

BMI (N=96)
Mean ± SD 20.2±4.4

Low BMI (<18.5) 38%

SMM ratio* (N=96)
Mean ± SD 82.6±12.4%

Low SMM ratio (<90%) 75%

GDS-15 (N=89)

Mean ± SD

0 to 5 30%

6 to 10 38%

11 to 15 32%

MMSE (N=78)

Mean ± SD

>=24 35%

=<23 65%

FIM** (N=92)

Total (/126) 69.4±29.4

Motor (/91) 47.0±21.3

Cognitive (/35) 27.5± 8.2

* SMM : skeletal muscle mass

SMM ratio (%) = ratio against the bottom of standard range Standard range = Ideal SMM ±10%

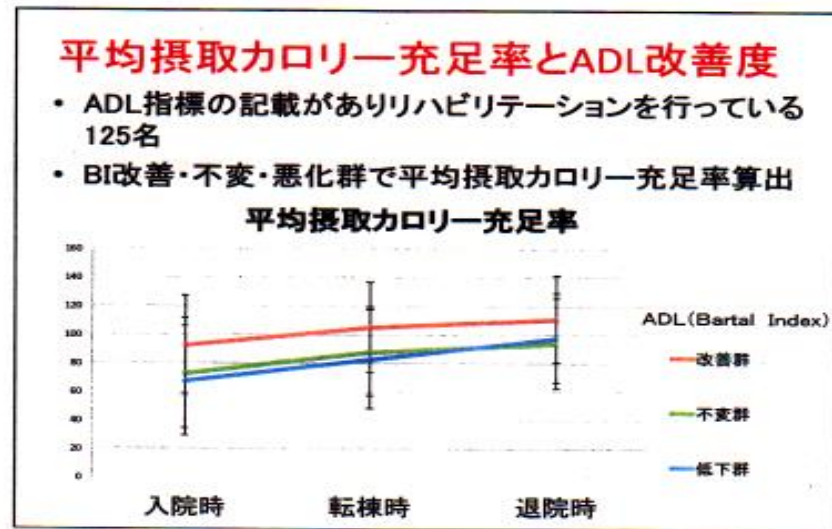
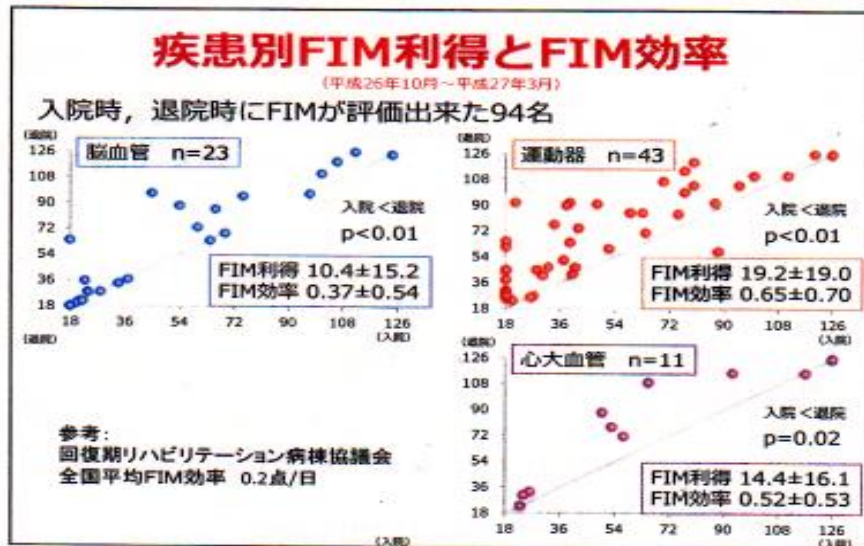
SMM ratio less than 90% almost agrees with conventional SMI less than 7.0 kg/m² in man and 5.7 kg/m² in woman.

** FIM: functional independence measure

基礎データのまとめ

- 低 ADL
- 低 BMI
- 低MMSE
- GDS 値高値
- 複数の慢性疾患保有
- 半数以上がフレイルの状態

地域包括ケア病棟入院後の効果



平成26年度長寿医療研究開発費(新畑班)発表資料



入院前後の比較

	At admission	At discharge	N	Paired-t
FIM				
Total	71.7 ± 28.2	82.0 ± 30.5	N=83	P<0.001
Motor	48.6 ± 20.3	57.8 ± 22.7	N=83	P<0.001
Cognitive	23.1 ± 9.7	24.2 ± 9.2	N=83	P<0.001
GDS-15	7.7 ± 4.1	7.2 ± 3.9	N=77	P>0.1
MMSE	19.8 ± 7.9	21.6 ± 7.1	N=67	P<0.001
SMM ratio (%)	83.4 ± 12.6	85.4 ± 12.6	N=77	P<0.05
BMI (kg/m ²)	20.6 ± 4.6	20.5 ± 4.1	N=75	P>0.1

平成27年4月～9月の地域包括ケア病棟データ

転入患者数	161
平均在院日数	34.1
1日平均患者数	29.7
平均在宅復帰率	84.00%

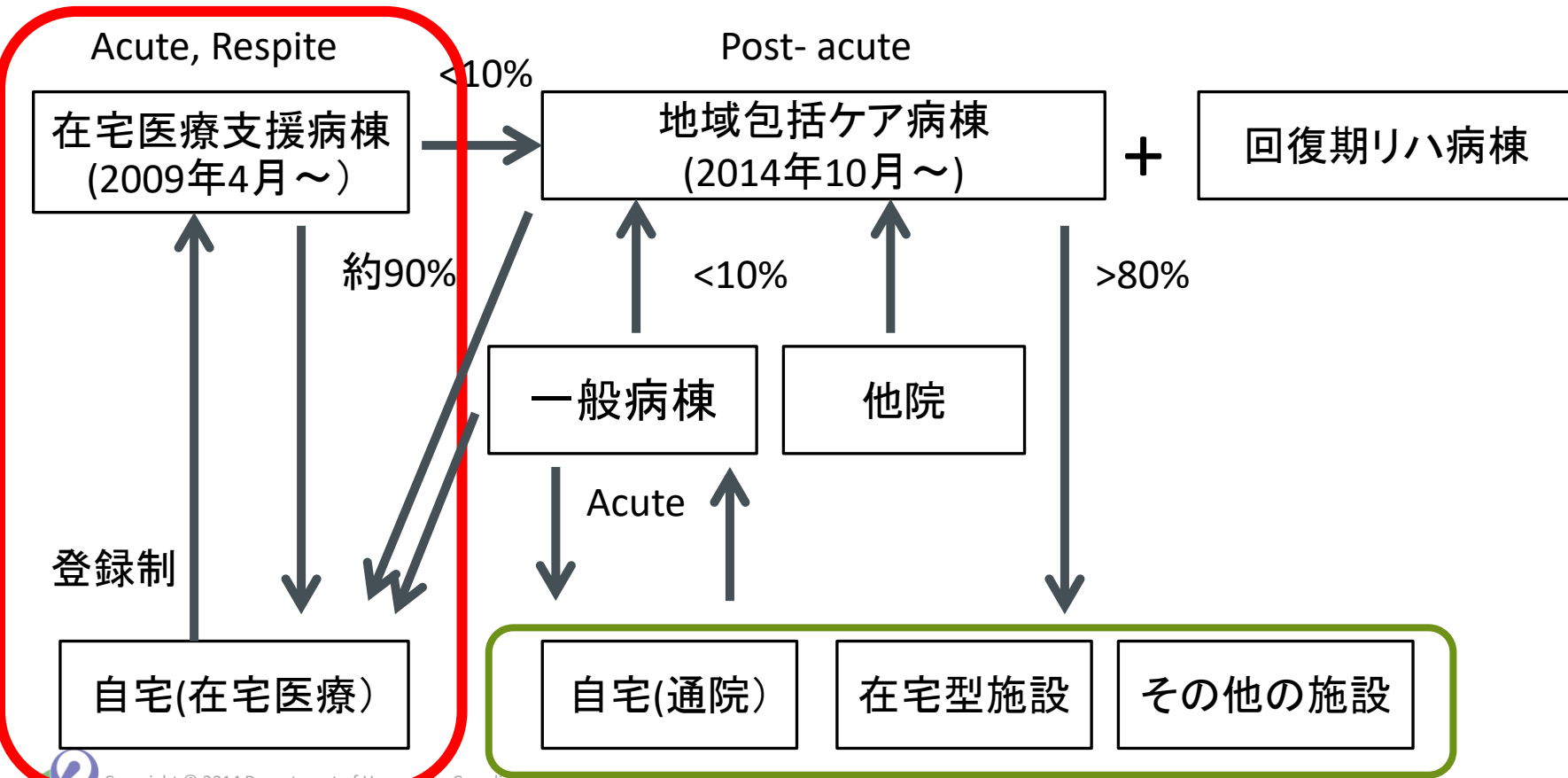


平成26年度長寿医療研究開発費(新畑班)発表資料



4. 在宅患者の急性期対応 (例 在宅医療支援病棟)

国立長寿医療研究センターの入院患者の流れ



2009年4月1日開棟



在宅医療支援病棟の取り組み

1. 登録制

登録患者
在宅高齢患者

2. 登録医の判断による入院支援

登録医
診療所医師

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

訪問看護師

ヘルパー

5. 多職種協働在宅 退院支援

訪問リハビリ

介護支援専門員

退院時カンファ
レンス

4. 院内連携

地域医療連携室

リハビリテー
ション

薬剤師

国立長寿医療研究センター
近隣の在宅ケアチーム

国立長寿医療研究センター
病院チーム

在宅医療チーム・ご家族との協働



退院前訪問

- 自宅の療養環境の把握
- 生活上、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について検討・指導



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し、地域のサービス機関と共通認識する場。
- 患者とその家族に参加してもらうことによって、退院後の不安軽減を図る。

ICTを用いた在宅医とのテレビ会議

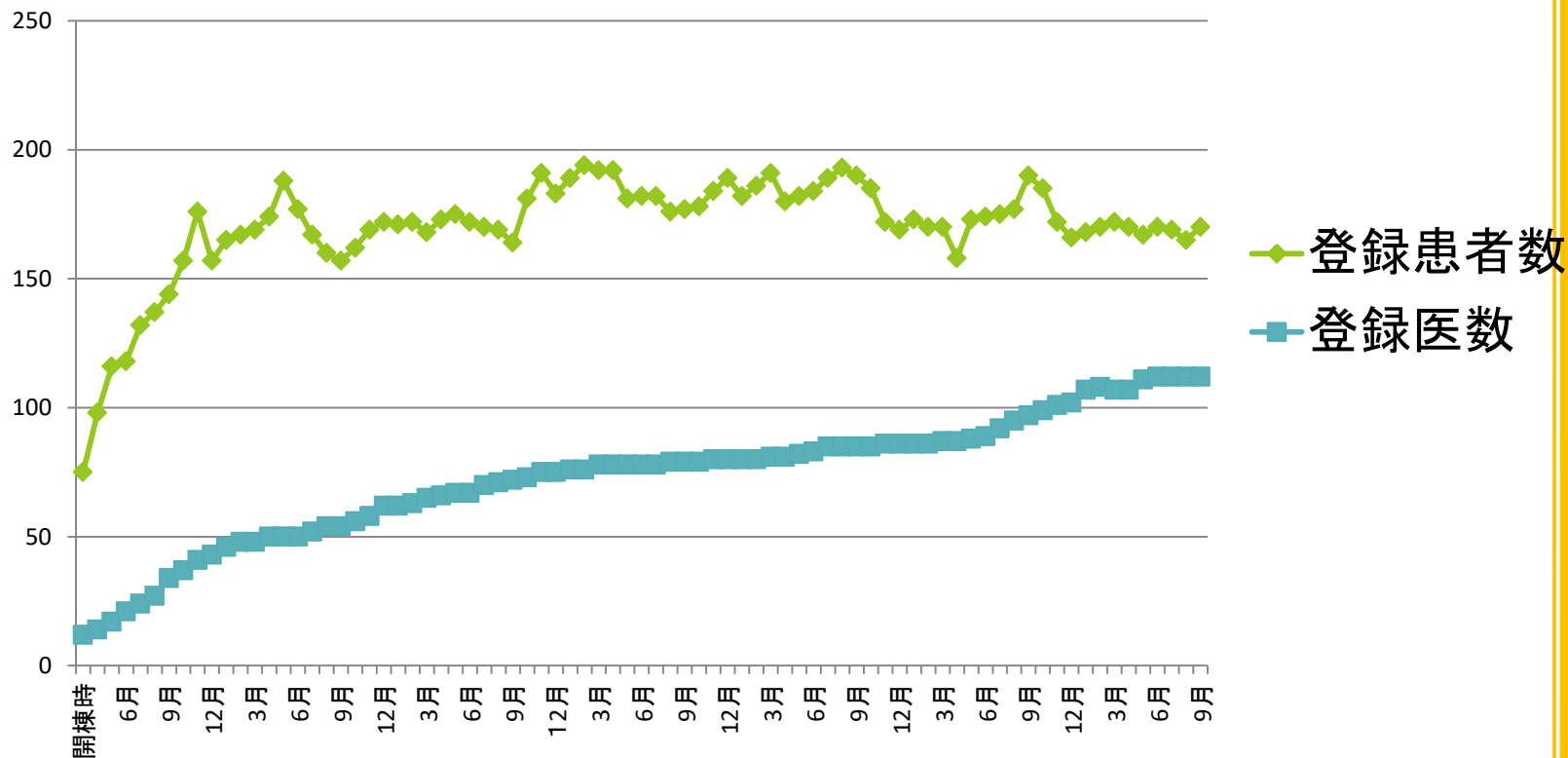
病棟カンファレンスルーム



診療所



登録患者数・登録医数の推移



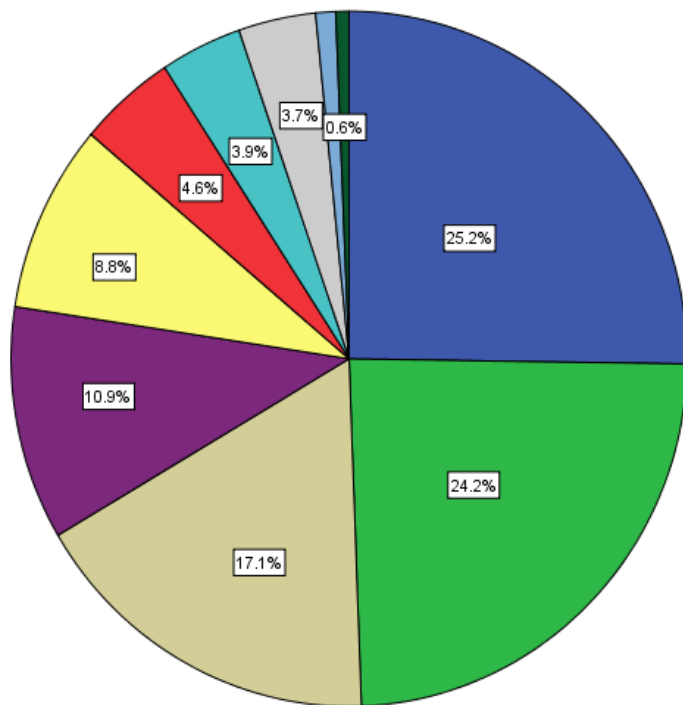
在宅医療支援病棟入院時の概要

入院数: 2009年4月1日～2013年3月31日までに延べ1008件

	n=1008
年齢(歳)	78.0歳 (±12.2)
性別(男性:女性)	57% : 43%
平均在院日数(日)	20.5日 (±17.60)
入院形態(時間外・休日:時間内救急:復帰:予約)	16.8% : 32.3% : 11.2% : 37.7%
再入院患者率	51.8%

	2000年度	2010年度	2011年度	2012年度	4年間
初回入院数	163	120	112	86	481

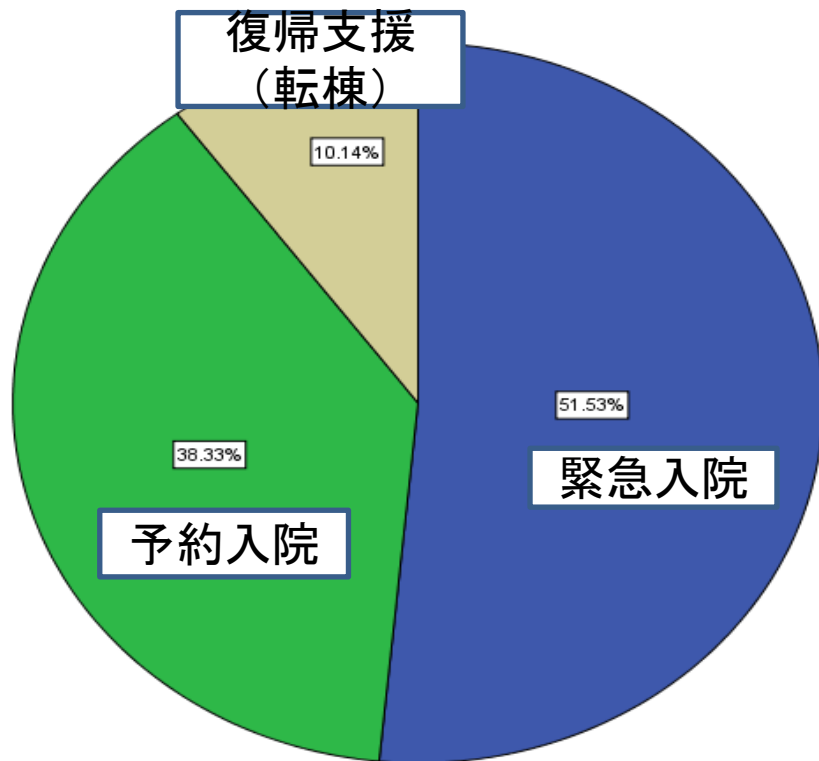
基礎疾患



神経難病	239
悪性腫瘍	229
脳血管障害	162
認知症	103
呼吸器疾患	83
循環器疾患	44
その他	37
骨・関節疾	35
消化器疾患	9
腎臓疾患	6

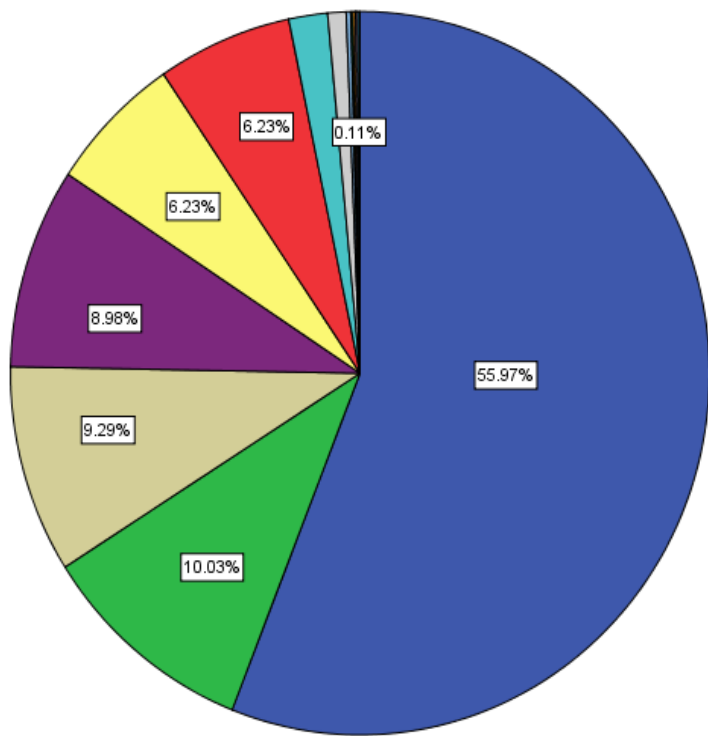
	n	%
ガン	229	24.2
非ガン	718	75.8

入院形態



緊急入院が
半数を占める

入院目的



治療目的	530
胃ろう交換など	95
在宅への指導	88
レスパイト	85
在宅継続のための調整	59
精密検査	59
看取り目的	17
精神的支援	8
その他	2

在宅医療支援病棟の入退院イメージ図

通常の場合



なんども入院を繰り返すなら長期入院、入所

南3病棟

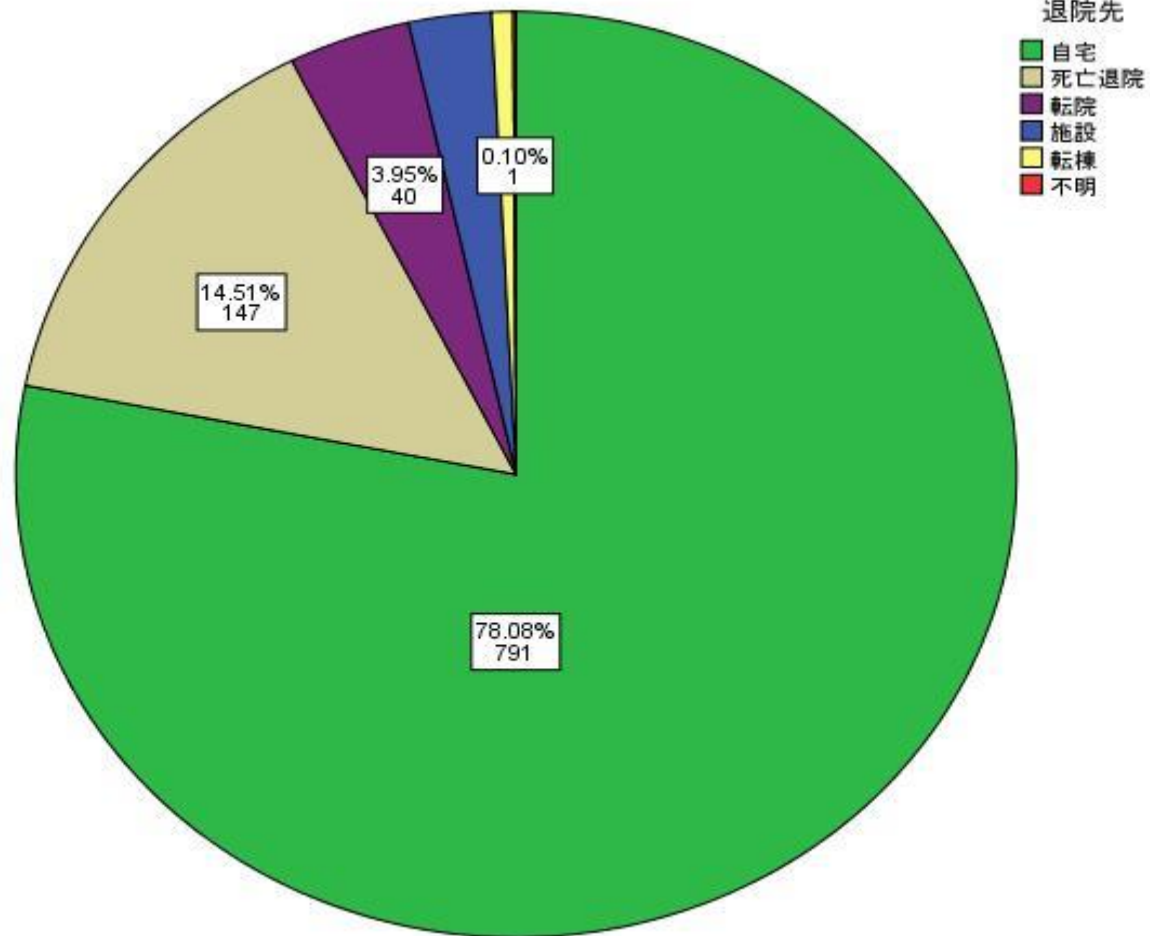


いつでも入院できる安心感があるから、
在宅療養を継続できる

急性疾患から、レスパイト、看取りまで全てに対応
在宅医療スタッフの判断で入院ができる。
患者家族の満足があれば、最期の場所はどこでも良い。
在宅死は目的ではなく、結果にすぎない。



退院先



このような病棟の活動からさまざまな課題があきらかに

- 総じて、在宅医療支援病棟の存在により、自宅死亡率が継続し、高く維持されていたが、悪性腫瘍患者の病院死が多く、この自宅死亡率については診療所間でばらつきが認められ、継続して看取りまでの在宅療養が継続できるような地域へのさらなる介入（体制作り）が必要であることが明らかであった。→病棟の「受け皿機能」のみでは限界あり

- さらに個別課題として

- ・ 退院時カンファレンスへのかかりつけ医の参加が少ない（全退院患者の1割程度）
- ・ レスパイト再入院を防ぐことが難しい、施設入所が年々増加している

→介護環境の改善がみられない？ 専門職同士の意識の共有化ができていない？



トランジショナル(移行期)・ケアとは

2003年 米国老年医学会の立場表明

トランジショナル・ケア:

患者が異なる場所(施設等)を移動したり、同じ施設内であっても、医療・ケアのレベルが異なる場所に移動した際に、医療・ケアの調整や継続性が確保されるように計画された一連の活動のこと。

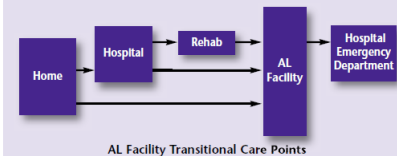
代表的な場所としては、病院、亜急性、急性期後の病院・施設、在宅、プライマリーないし専門治療外来及び介護保険施設である。トランジショナル・ケアは包括的な医療・ケア計画に基づき行われ、かつ、慢性疾患を熟知し、患者の目標、嗜好、臨床の状態についての最近の情報を把握している医療実践者の関与により行われる。この活動には事業を行う上での調節、患者家族教育、移行期の専門職のコーディネートが含まれる。

トランジショナル・ケアはこのように移動の受け手、送り手双方の局面を包括しており、複雑な医療・ケアが必要な患者にとっては欠くことのできない活動である。

Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs

American Geriatrics Society (AGS) Position Statement

The assisted living (AL) setting is subject to multiple transitional care points. Each transition is an opportunity for a collaborative, multidisciplinary process. Of course, this can only occur with careful planning at both ends of the transition. For this process to be successful, a coordinated system involving several members of the multidisciplinary team is required. One important component of ensuring a successful process is open, regular communication with all the critical channels. By having a point person in the AL facility serve as the liaison and educator between each channel, a successful transitional care process can be achieved.



preferences, and clinical status. It includes logistical arrangements, education of the patient and family, and coordination among the health professionals involved in the transition. Transitional care, which encompasses both the sending and receiving aspects of the transfer, is essential for persons with complex care needs.

Rationale

Persons whose conditions require complex continuous care frequently require services from different practitioners in multiple settings. Practitioners in each setting often operate independently, however, without knowledge of the problems addressed, services provided, information obtained, medications prescribed, informal support, or preferences expressed in previous settings. This potential for fragmentation

Colemanモデル

医師、看護師及び専門職(薬剤、栄養、リハビリ等)で退院後の患者を訪問し、複雑な慢性状態に対するマネジメントを行う。

医師・看護師と患者の病態に応じた薬剤、栄養等の職種がチームとなり、(患者の状態にもよるが)3カ月以内の訪問を行う。遅くとも退院後4ヶ月目以降は原則、かかりつけ医へバトンタッチをする。トランジショナル・ケア・チームは、治療と予防的ケアを包括的に行うことを通して患者のQOLを高めることを支援する。

トランジショナル・ケア・チーム(TCT)の主な業務

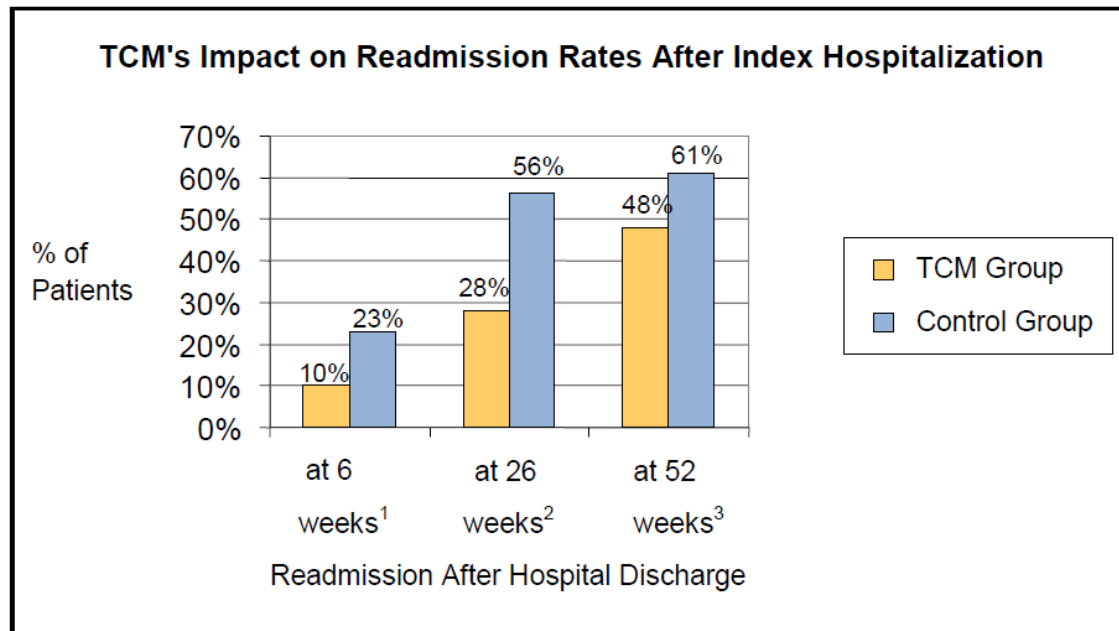
- 1) 薬のマネジメントの確認
- 2) Red Flag(このような症状が出たら病院に連絡する必要があるような危険信号)の指導・教育
- 3) フォローアップ・アポイントメントあるいは主治医・かかりつけ医との連絡支援、確認
- 4) 患者・家族が、病気を管理する能力をつけるための健康管理手帳の記録の奨励



海外でのトランジショナル・ケアの実績例

The TCM has been tested and refined for more than 20 years by a multidisciplinary team of clinical scholars and health service researchers from the University of Pennsylvania.

Reductions in preventable hospital readmissions for both primary and co-existing health conditions. Additionally, among those patients who are rehospitalized, the time between their index hospital discharge and readmission was increased and the number of inpatient days decreased.



国立長寿医療研究センター トランジショナル・ケア・プログラム

～ナースの活動を中心とした病院から地域へのシームレスな移行モデル～

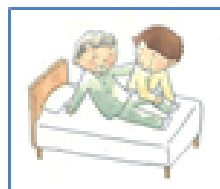
病院（外来・入院）

在宅

トランジショナル・ケア

地域ケア

外来や入院中からの
人間関係調整



病院

トランジショナル・ケア
担当看護師

在宅医師開始数日後
電話訪問



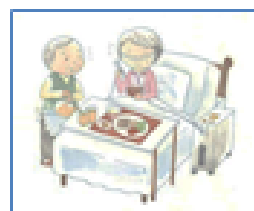
退院後カンファレンス



協働で看護



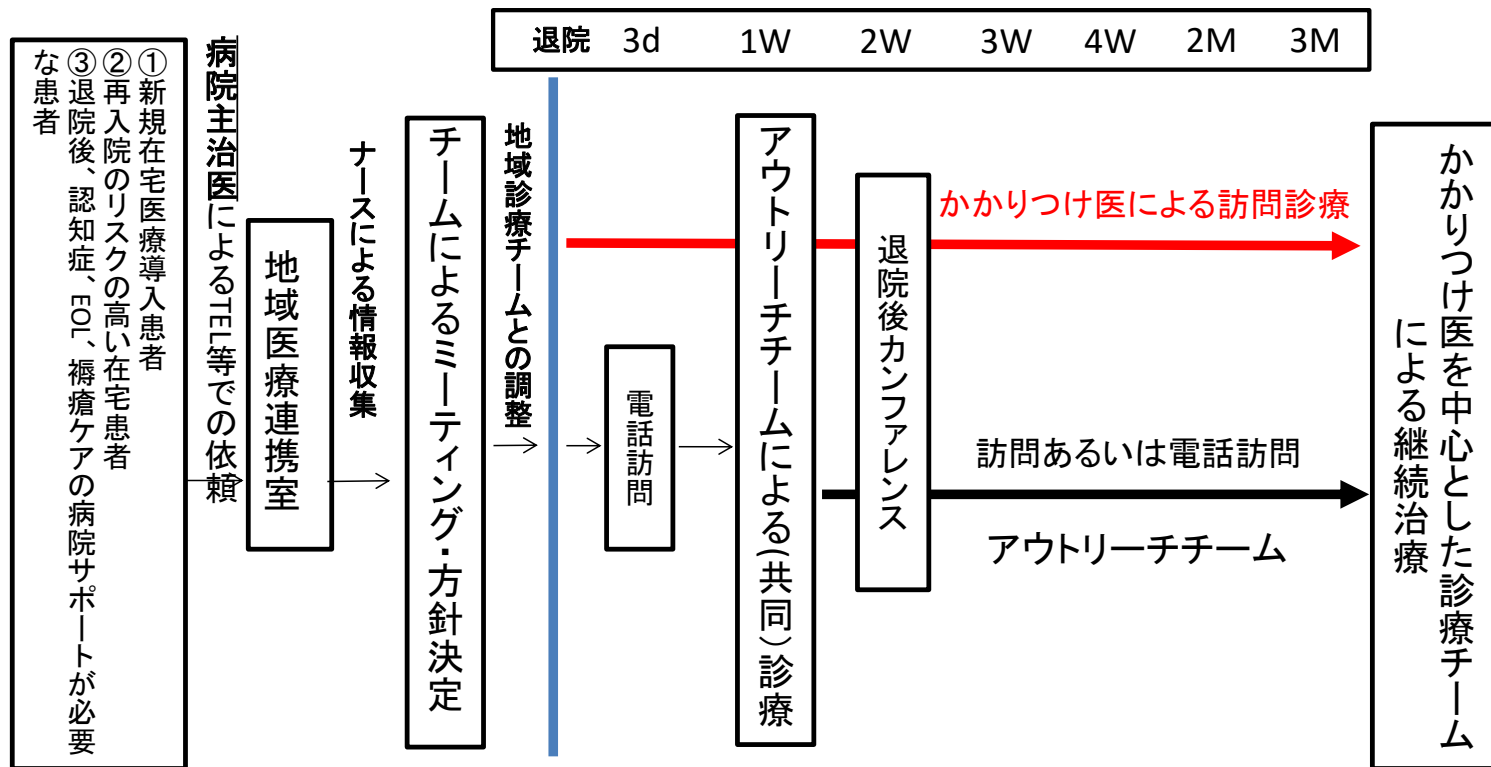
安全な在宅移行



地域
訪問看護師

トランジショナル・ケア・ナースと訪問看護師の連携により、病院・地域間の段差を解消する

トランジショナル(移行期)・ケア・プログラム



- * アウトリーチチーム:
- ①トランジショナルケア(コア・チーム)
 - ②認知症、EOL、褥瘡対策チーム
 - ③訪問リハビリ、訪問栄養

トランジショナル・ケアの間は
必要時、チームから病院主治医に治
療方針等コンサルト

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

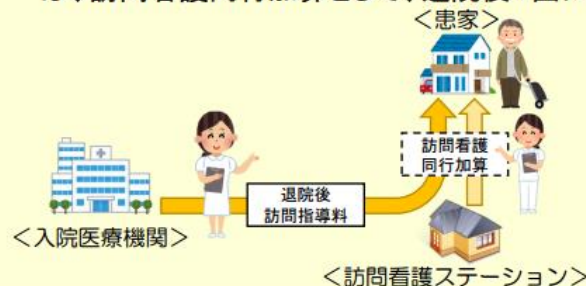
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
- 3 在宅人工呼吸指導管理
- 4 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 5 在宅自己疼痛管理指導管理
- 6 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 7 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 8 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 9 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

まとめ

- ・地域包括ケアの構築において、急性期を含む病院による積極的な在宅支援が求められている。
- ・地域包括ケア病棟や在宅医療支援病棟が試みているシームレスな病診連携を試みる活動や病院によるアウトリーチが、これからの病院による地域支援の中心的活動として期待される。



詳しい情報はこちらから



Face book

<https://www.facebook.com/zaitaku.renkei>



ホームページ

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html>



ご清聴誠にありがとうございます

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部

TEL 0562-46-5270 (直通)

MAIL z_renkei@ncgg.go.jp

