

## 長寿医療研究開発費 2021年度 総括研究報告

在宅医療移行期に生じた病院・在宅間の「ずれ」の正体を探求する後ろ向き調査研究  
～Transitional care の活動から見えるもの～ (20-54)

主任研究者 小原 淳子 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部  
地域医療連携室 (副看護師長)

### 研究要旨

はじめに：社会保障費の軽減を目的とした入院期間の短縮化に伴う退院支援が不十分となるリスクの増大への対策としてトランジショナル・ケア (TC) が注目されている。より円滑な TC 活動を提供するためには、入院中に退院後想定される課題を抽出し支援する必要があるが、退院後に新たな課題が見つかることは少なくない。その原因として、入院中に必要と判断される支援内容と実際に退院後に必要となる支援内容の認識に「ずれ」が生じている可能性が考えられるが、不明な点が多い。そこで我々は診療情報を用いて、これまでの TC 活動の経過を調査するとともに、「ずれ」の特徴について検討した。

方法：調査対象は 2018 年 4 月 1 日～2019 年 3 月 31 日に当センター TC 活動の対象となった患者 76 名 (男 41 例, 女 35 例)。入院時平均年齢は  $80.6 \pm 8.4$  歳 (63～100 歳)。入院中初回および退院時初回の支援計画から、支援の必要性の有無について調査した。入院中初回に支援が不要と判断された支援項目のうち、退院時初回に支援は必要と判断された支援項目を「ずれ有り支援項目」と定義し、発生割合を調査した。

結果：入院時初回の支援計画で必要と判断された項目数は  $4.1 \pm 2.1$  であったが、退院時初回の支援計画では  $2.8 \pm 1.7$  に有意に減少した ( $p < 0.001$ )。「ずれ有り支援項目」の発生割合が最も高かったのは、「医療管理・介護指導」(65.8%) であり、続いて、「関係機関連携支援」(27.3%)、「介護サービス利用支援」(27.1%)、「薬剤指導」(22.6%)、「栄養指導」(15.9%) であった。

考察：支援が必要と判断される項目が減少したことは、当センターの TC 活動における退院支援の有効性を示す一助になると考える。「ずれ」が生じやすい項目毎に、その原因は異なるため、支援内容や TC 活動に加わるスタッフの職種を考慮した対応が必要である。

主任研究者

小原 淳子 国立長寿医療研究センター

在宅医療・地域医療連携推進部地域医療連携室 (副看護師長)

分担研究者

木ノ下 智康 国立長寿医療研究センター  
治験・臨床研究推進センター 臨床研究支援部  
(プロジェクトマネージャー)

多田 奈々 国立長寿医療研究センター  
在宅医療・地域医療連携推進部 地域医療連携室(看護師)

手嶋 花絵 国立長寿医療研究センター  
看護部 中6階病棟(看護師)

大橋 渉 国立長寿医療研究センター  
治験・臨床研究推進センター データセンター  
DM・生物統計室(研究員)

## A. 研究目的

我が国では、高齢化による社会保障費の増加が問題視されている。2025年問題を控え、入院期間の短縮化が進められている。結果的にこれまでよりも短期間での退院支援が求められるようになった。しかし、医療処置の多い患者・家族は、退院支援が不十分なままで在宅移行するリスクが増加し、患者や家族のADLやQOLの低下につながる可能性が懸念されている。

その対応策として、複雑なケアを必要とする高齢者のためトランジショナル・ケア(以下、TC)の推進が米国老年医学会より示された。TCは、“a set of actions designed to ensure the coordination and continuity of healthcare as patients transfer between different locations or different levels of care within the same location”と定義され、入院から在宅へと繋ぐ橋渡しとしての役割を担う活動と言える。国立長寿医療研究センター(以下、当センター)においても、トランジショナル・ケア・チーム(以下、TCT)を中心に、特掲診察料・別表第7・8に該当する高齢者<sup>2)</sup>を対象として入院中の退院支援から退院後の在宅療養移行支援を包括したTC活動を2016年4月より開始した。当センターでは、対象患者が入院後、早期に病棟看護師等が在宅生活で支援が必要とされる項目を評価し、関係職種合同カンファレンスにて検討された上で診療報酬に定められた退院支援計画書が作成され、その計画をもとに在宅療養に向けた退院支援プログラムを提供している。さらに退院後にはTCTが在宅訪問にて在宅療養移行を目的とした支援の必要性を評価し、関係職種合同カンファレンスにて検討した後、当センターが独自に策定した退院経過および訪問計画書(以下、訪問計画書)の作成と必要な支援の提供を行ってきた。

より円滑なTC活動を提供するためには、入院中に退院後想定される課題を抽出し支援する必要があるが、退院後のTCTによる訪問計画書の作成の段階で新たな課題が見つかることは少なくない。その原因として、入院中に必要と判断される支援内容と実際に退院後に必要となる支援内容の認識に「ずれ」が生じている可能性が考えられるが、この「ずれ」に関する報告はない。

そこで我々は診療情報を用いて、これまでの TC 活動の経過を調査するとともに、上述の「ずれ」の特徴について検討した。「ずれ」が生じている支援項目の特徴を明らかにすることで、より効果的な退院支援プログラムの立案につながると考える。

## B. 研究方法

### 1. 対象者

調査対象は 2018 年 4 月 1 日～2019 年 3 月 31 日の 12 カ月間に当センターにおける TC 活動の対象となり、入院中に退院支援計画書が作成され、かつ退院後に訪問計画書が作成された患者 76 名（男 41 例，女 35 例）とした。入院時平均年齢は  $80.6 \pm 8.4$  歳（63～100 歳）であった。

### 2. 調査方法

#### 1) 退院支援計画書

入院中に作成した初回退院支援計画書および退院後初回訪問計画書（以下、初回訪問計画書）のうち、退院へ向けた支援内容に関する記載内容を比較し、支援内容の変化を検討した。退院支援計画書は、対象患者に必要とされる退院支援を明確にすることを目的として作成されるもので退院支援加算の算定要件に含まれている。なお、当センターでは、退院へ向けた支援内容は以下の 10 項目（以下、支援項目）のうち該当する項目を選択する方法を用いている。また、訪問計画書の支援内容の記載方法も退院支援計画書と統一している。

本研究では、初回退院支援計画書にて「支援不要」と判断されて支援項目のうち、初回訪問計画書にて「支援必要」と判断された支援項目を「ずれ有り支援項目」と定義し、項目ごとに発生頻度を調査した。

その他、患者背景情報として、性別、年齢、入院時主病名、入院前日常生活自立度（障害高齢者の日常生活自立度判定基準）、入院中 Mini Mental State Examination（MMSE）、在院日数、退院後居住形態について調査した。

### 統計学的解析

解析には、IBM SPSS Statistics version25 を使用した。初回退院後支援計画書・初回訪問計画書それぞれで対象患者ごとに「支援必要」と判断された支援項目の数を算出し、入院中・退院後支援計画書間での差を Wilcoxon 符号付順位検定にて検討した。なお、10 項目のうち 1 項目でも記載漏れや判定困難があった場合は、本検定の対象から除外した。有意水準はいずれも、0.05 未満とした。

#### （倫理面への配慮）

本研究は既存情報のみを用いた人を対象とする医学系研究に該当するため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（以下、倫理指針）」に従い、国長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した（承認番号：No1357）。なお、倫理指針に従い、

当院ホームページに本研究に関する情報を公開し、診療情報が本研究に使用されることを拒否する機会を保障した。

## C. 研究結果

### 1. 解析対象者の背景情報

解析対象となった症例の背景情報より、多種多様な患者が解析対象に含まれていることを確認した。

### 2. 初回退院支援計画書・初回訪問計画書間での必要とされる支援項目の変化

対象患者に必要とされる支援項目数を初回退院支援計画書および訪問計画書間で比較した結果、初回退院支援計画書における平均支援項目数は  $4.1 \pm 2.1$  であったが、初回訪問計画書では  $2.8 \pm 1.7$  に有意に減少した。

初回退院支援計画書における支援項目のうち、「支援必要」と判断された患者の割合が最も高かった項目は「意思決定支援」、割合の最も少なかった項目は「経済面の調整」であった（図3）。

初回退院支援計画書時「支援必要」から初回訪問計画書時「支援不要」に移行した割合が最も高かった項目は「経済的面の調整」、移行割合の最も少なかった項目は「医療管理・介護指導」であった。

### 3. ずれ有り支援項目の特徴

ずれ有り支援項目の発生割合について図5に示した。「ずれ」が最も発生しやすい項目は、「医療管理・介護指導」であり、続いて、「関係機関連携支援」、「介護サービス利用支援」、「薬剤指導」、「栄養指導」であった。

また、これら上位5つの項目を初回退院支援計画書の支援項目において、「支援必要」と判断された患者の割合をもとに以下の2つに分類した。

- A) 支援必要を判断される割合が高いが、ズレも多い項目（50%以上）：「医療管理・介護指導」「関係機関連携支援」
- B) 支援必要と判断される割合が低く、ズレが多い項目（50%未満）：「介護サービス利用支援」「薬剤指導」「栄養指導」

## D. 考察と結論

### 1. 入院中・退院後退院支援計画書間での必要とされる支援項目の変化について

TC は、入院医療と在宅療養の橋渡しの役割を担っており、その役割が終われば介入終了となる。「支援必要」と判断される項目が減少したことは、当センターのTC活動における退院支援の有効性を示す一助になると考える。

海外では、これまでにTCの有効性についての報告がなされているが、国内においては、

これまで限られた領域での事例報告が散見されるのみである。近年、レセプトデータを用いてリハビリテーション実施後の高齢者を対象とした退院支援サービスの効果検討がなされたが、退院支援サービス直後の再入院抑制効果は乏しく、退院支援サービスをパッケージ化した適切な「移行期ケアプログラム」の開発とその効果検証の必要性が述べられている。当センターにて提供している TC 活動は、入院初期からの退院支援も包括しており、前述の「移行期ケアプログラム」の概念に近いものと思われる。退院後の生活支援を専門とする TCT が入院スタッフと連携し、入院初期から退院支援を提供することで、退院後に必要となる移行支援の減少につながったと考える。

## 2. ずれ有り支援項目の特徴について

本研究の結果、入院中の支援が必要と考える項目と退院後実際に支援が必要となる項目の認識の「ずれ」について、「ずれ有り支援項目」という概念を用いて検討した。

適切な TC を提供するためには、提供する側のスタッフが対象患者ごとに在宅療養生活を具体的かつ正確に想定するためのスキルが必要である。入院時初回退院支援計画書は主に病棟看護師が初回訪問計画書は TCT メンバーが行っており、両者間での在宅療養生活に対する想定に差が生じていた可能性が考えられた。病棟看護師が在宅療養生活を理解するために在宅訪問する機会は少なく、在宅療養生活を想定するためには、TCT を中心として専門スタッフによる教育プログラムの実施が必要と考える。また、入院時初回退院支援計画書における「支援必要」と判断される割合が半数を超えた「医療管理・介護指導」・「関係機関連携支援」(カテゴリーA) は、看護師が単独で行っている業務と深く関連しており、在宅療養生活を想定する上で必要となるスキルを習得しやすい項目と言える。その一方で、入院時初回退院支援計画書における「支援必要」と判断される割合が半数未満となった「介護サービス利用支援」「薬剤指導」「栄養指導」(カテゴリーB) は、ケアマネジャーや介護サービス提供者、薬剤師、栄養士と連携して行う必要があり、在宅療養生活を想定するためのスキルを習得するためには、専門外のスキルについても習得する必要性が高くなる。「ずれ」が生じやすい項目毎に、その原因は異なるため、支援内容や TC 活動に加わるスタッフの職種を考慮した教育プログラムを設定する必要がある。

本研究は少数例の短期的な経過のみを後方視的に調査したもので、我々が示した結果だけでは TC 活動の有効性や課題点を明確にすることは困難であり、今後は TC 活動の効果を適切に反映する評価指標の作成や教育プログラム立案のための実態把握などについて検討する予定である。

国立医療学会誌「医療」に投稿中。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし