

6. 海外文献サーヴェイ

6. 海外文献サーヴェイ

1. 退院調整 (Discharge planning) に関する海外文献サーヴェイ

(概要及び総括)

退院調整 (Discharge planning) に関しては、英米等においては、これまで少なくとも30年に及ぶ調査研究の蓄積がある。そうした中で、病院からの退院に関する基本的な考え方としては、①患者の側の希望 (早期復帰の期待)、②急性期入院医療の限定的な役割 (急性期病院は、他の保健医療サービス、社会福祉サービス、あるいは住宅制度によっては効果的に提供できないサービスの提供に限って使われるべきである) が、特に重要であると思われる (UK Department of Health (2003): 文献1)。

しかしながら、日本においては、これらはまだ必ずしも自明の考え方であるとは言えない。①に関しては、長期入院は、實際上、患者 (または家族) の希望である場合も少なくない。患者自己負担のあり方の見直し (特に在宅ケア等と比較した場合の相対的な負担感が重要) とともに、不必要な長期入院がもたらすさまざまな医学的、社会的、経済的弊害についての理解を社会に広めていく必要がある (注1)。

また、②については、急性期入院医療についての基本的な考え方の転換であるとともに、そのためには、他の (住宅を含む) 代替的・補完的サービスの拡充がその前提となる。ようやく急性期病床 (群) の議論が社会保障審議会・医療部会の場において始まったが、(平成24年3月末現在) 一般病床から急性期病床を切り分けることさえ合意を見るに至っていない。そうした中では、こうした発想 (急性期入院医療は、あくまでも他のサービスで対応できない場合の補完的措置である) は、わが国においてはまだ全く希薄であるといえる。たとえば、われわれは、急性期入院医療の「受け皿」としての在宅ケアという言い方を、つい不用意にしがちである。しかしながら、これはやはり医療サービス提供側の発想や都合に立った用語法であって、本来は、「日常的な」在宅生活がまずあって、緊急時の「受け皿」としての入院医療がある、ととらえるのが健全な考え方であろう。「病院化社会」と言われる中で、大きな発想の転換が求められているのである。

上記英国保健省のパフレット (文献1) においては、「全システム的なアプローチ」が強調され、その概念図も示されているが、その中で、特に本研究との関連では、Housing が独立した項目として取りあげられていることが注目される。「居住系サービス」(英国の場合は Sheltered Housing) も、この Housing の重要な一翼を担う存在であると考えられる。また、退院調整に関する自己点検評価ツール表においては、8つの項目 (リーダーシップとプランニング、退院政策、コミュニケーション及び調整、評価、文書 (化)、データ収集、退院、教育訓

練) ごとに具体的な質問の形でチェックリストが示されており、日本の病院における退院調整のあり方を評価する上で参考になる。平成24年4月の診療報酬改定においては、「効果的な退院調整の評価」として、「退院調整加算」が新設されており、今後わが国においても退院調整が普及拡大することが期待されている。

退院調整の効果に関する国際的な文献レビュー(文献2)においては、高齢患者の在院日数の短縮や再入院率の低下には効果があることが認められているが、一方で、これまでの研究では、死亡率や健康状態のアウトカム、医療費等に与える影響については不確実であるとされている。なお、高齢の鬱血性心不全(CHF)患者に関するメタ・アナリシス結果によれば、退院調整及び適切な退院後の支援により、メディケアにおける84,000件の再入院を防止することができ、退院調整及びその後の在宅訪問に要するコストを勘案しても、メディケアの支出を年間4億2400万ドル削減することができるということになるという(文献3)。

退院後のケアに関しては、3つのモデルが考えられる(文献4)。ホスピタリスト主導のプロジェクト、上級臨床看護師(advanced practice nursing)による対応、及びケア移行プログラム(care transitions program): コールマン・モデルである。

<注>

(注1) 社会的入院の問題に関しては、印南一路(2009)『社会的入院の研究』東洋経済新報社を参照。

文献1 : Department of Health (UK), *Discharge from hospitals : pathway, process and practice*, Department of Health, 2003.

- 英国の医療福祉分野における行政官、実務家、医療者等に対し、病院の退院政策及び実践の改善を支援するために編纂された文書。1994年に出版され、好評だった *Hospital discharge workbook* を継承し、その後の調査研究結果、ベストプラクティス、近年の考え等を反映させたもの。
- 基本的な考え方として、①多くの病院入院患者は、入院及びそれによって自立を失うことを怖れ、できる限り早期に以前の生活に復帰することを望んでおり、それを支援するために、あらゆる努力がなされるべきであること、②急性期病院は、他の保健医療サービス、社会福祉サービス、あるいは住宅制度によっては効果的に提供できないサービスの提供に限って使われるべきであること、ということがある。
- 病院からの退院問題に関しては、少なくとも30年に及ぶ調査研究の蓄積がある。退院の遅れは、病院における病床管理のまずさ及び医療と社会サービスの間のコミュニケーションの失敗の兆候でもあり、原因でもありと見ることができる。
- 退院調整の困難さの原因はさまざまであるが、①病院内の要因（病棟回転のタイミング、診断検査結果の待ち時間、在宅評価に関する照会の遅れ、薬物治療の組織及び管理、移送手段の利用可能性等）、②調整問題（医療、社会サービス及びその他のコミュニティサービス間のコミュニケーション等）、③収容力及び資源問題（リハビリ等の場所の利用可能性の制限、ケアホームあっせんの困難さ、在宅ケア提供事業者確保の問題等）、④患者／ケア提供者の参加及び選択の問題に分けて考えることができる。
- 効果的な退院調整及びケアのトランスファーに関する基本原則は次の通りである。
 - ①不必要な入院は避けるべきであり、効果的な退院は、アセスメントプロセス及びサービスの提供に対する「全システム的なアプローチ」によって促進される
 - ②個々の患者及びそのケアの提供者が対等のパートナーとして契約を結び積極的に参加することが、ケアの提供及び退院計画の成功において重要である。
 - ③退院は1つのプロセスであり、孤立した事象ではない。退院は、プライマリケア、病院及び社会サービスを通じてできる限り早い機会に計画されなければならない。そして、個々の患者及びそのケアの提供者がケアプランニングの決定を適切なものとして理解し、その決定に貢献することができるよう保証しなければならない。
 - ④退院調整のプロセスは、「患者の旅路」のあらゆる段階を調整する責任を持った指名された個人によって調整されなければならない。このことは、コミュニティにおける入院前のケア調整者とのできる限り早い機会における連携及び退院に当たっての責務の移管を伴う

ことになる。

- ⑤スタッフは、退院プロセスのすべての局面を管理する統合された多職種及び多組織のチームのフレームワークの中で働かなければならない。
 - ⑥過渡的及び中間的なケアサービスの効果的な活用により、既存の急性期病院の収容力が適切に利用され、患者個人が最適な成果を達成できるようにする。
 - ⑦継続的な保健医療及び社会サービスの評価及び提供が組織され、患者個人が保健医療及び社会サービスの継続性を理解し、将来のケアに関して情報を得た上での決定ができるようアドバイス及び情報を得ることができるようにする。
- NHSとしては、救急入院の増加率を毎年1%未満に抑制するとともに、再入院を増加させないことを目標値として掲げている。
- 「全システム的なアプローチ」は、患者個人を中心に置き、そのニーズに応えようとするものである（図参照）。
- 退院調整に関する自己点検評価表も示されているので、参考までに掲げておく（表参照）。ここでは、①リーダーシップと計画、②退院政策、③コミュニケーション及び調整、④評価、⑤文書、⑥データ収集、⑦退院、⑧訓練及び教育といった項目ごとに具体的なチェックリストが示されている。

3.2 Who is included?

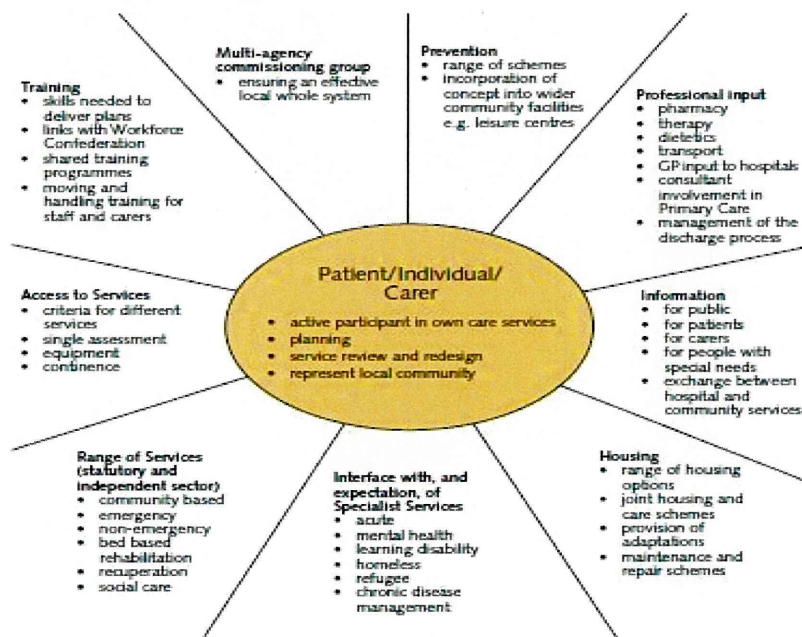


Figure 3.2. Health, housing and social care system for adults

<退院調整に関する自己点検評価ツール表>

項目	質 問	自己 評価
リーダーシップ とプランニング	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハイレベルのプランニング・グループが設置され、主要なステークホルダーが皆関与しているか ・ 当該グループは、退院管理の改善について積極的に対応しているか ・ 当該グループの構成員には個人プラス介護者及びすべてのステークホルダー（一次及び二次医療、社会サービス及び住宅、救急医療、主要な臨床医、ボランティア等）が含まれているか ・ リーダーシップは明確な説明責任を伴う十分ハイレベルのものか ・ 退院調整は連帯責任であるという認識が共有されているか ・ 当該グループは、退院調整プロセスをモニターし評価しているか ・ 退院の遅れの最大値についての合意された上限があるか ・ 境界問題を減少させ、統合を推進するため、医療法の弾力的運用が考慮されているか 	
退院政策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に関する政策があるか ・ それはすべてのステークホルダーによって合意されているか ・ 退院政策及びそのプロトコル（実施要綱）の実施は監査を受けているか ・ 介護者のニーズを反映した共同の合意プロトコルがあるか ・ それは、退院プロセスの各ステージごとの時間枠を含んでいるか ・ 退院政策及び関連手続きは実践的な手引きを含んでいるか ・ 遅延や重複を避けるため、退院院及びケアの継続ニーズについての適格基準があるか ・ 退院に関する紛争（自己都合退院、患者の選択、退院拒否等）を処理する適切なプロトコルが設定されているか ・ 長期ケア紹介に関する患者の選択についての合意された解釈が存在するか。そして、それが文書化され、スタッフや患者に配布されているか ・ 異なる患者グループ（精神疾患、児童、様々な退院場所、早期退院等）に対応する適切なプロトコルが設定されているか 	

項目	質 問	自己 評価
コミュニケーション及び調整	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟単位のケア調整者（ないしは同等の者）が部署にいるか。その場合、その役割は、ステークホルダーや運営スタッフにとって明確になっているか ・統合された退院調整チームによるアプローチがとられているか ・異なる諸機能（評価、病床管理、教育、退院促進等）がどのように調整されているか ・中間的なケアサービスへのリンクがどのように調整されているか ・退院調整支援は毎日、時間外でも利用可能か ・組織間、専門分野間、施設間で適切な明確なコミュニケーションメカニズムが存在するか。それらは機能しているか ・退院チェックリストが作成され、公表されているか ・転退院の手はず等についての情報が患者及び介護者に利用可能か ・コミュニケーション及びモニタリングを支援する適切な IT が利用可能か ・モニターされ記録された口頭のコミュニケーションが、特に患者及び介護者に関して、正確で首尾一貫しているかどうか ・入院前の状況を情報伝達し、確証するため、入院から 24 時間以内にコミュニティサービスとの連絡がとられているか ・病棟単位のケア調整者は退院を調整しモニターする責務を有しているか ・医療及び社会サービスの間に関係情報を共有する共同の合意されたシステムが存在するか 	
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整は入院時点で（あるいは入院前の適切な時期に）開始されているか ・暫定的な退院日が入院から 24 時間以内に設定され、定期的（毎日）見直されているか ・認定共通評価プロセス（SAP）*が設定されている、ないしは設定予定であるか ・当該 SAP は、リスクアセスメントの規定を策定しているか ・当該評価は、精神保健の要件を考慮に入れているか ・当該評価は、他の専門や組織への紹介の発動要件を含んでいるか 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断、専門医の意見、薬局等の支援サービスへのタイムリーなアクセスが利用可能か ・ 評価の完了についての合意された目標時間が存在するか ・ 患者が転退院する場合、暫定的な退院日は変更されずにおかれるのか ・ 長期ケアへの紹介が行われる前に、リハビリテーションの機会が十分探られているか 	
文書 (化)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な患者情報は 1 回だけ記録されているのか ・ 統一記録様式が確立しているか ・ 患者は、退院時点で、自分のケアプランのコピーを持っているか ・ 24 時間以内に、GP に対して退院書簡が送付されているか ・ 主要な症状に関する適切な統合ケアパスが設定されているか ・ 転退院等の遅れについて、全国的な基準に基づき、データが収集されているか、また、それが、プロセスを評価し、投入資源を方向付けるのに利用されているか ・ 転退院等の遅れ及び遅れの原因を含む SITREP 及び CIC データが有効に活用されているか 	
データ収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ なぜ退院が遅れたのかに関して合意が存在するか ・ 需要の趨勢及び変動が識別され、サービス計画にリンクされているか ・ 退院プロセスが、予想と結果に照らして監査されているか ・ 在院日数及び再入院率がモニターされているか 	
退院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期の転退院を支援する適切な特別な手はずがあるか ・ 以下の要因が管理され、退院の遅れにつながらないことを保証するメカニズムがあるか：設備、患者情報、薬剤、退院書簡、コミュニティサービスの立ち上げまたは再開、家の準備、引越し、移送、届け出られた介護者、問題が起こった場合の指名連絡を含むフォローアップの手はず ・ スタッフに対して、退院調整者や退院ハンドブック、さらには退院パス等を通じて、支援及び情報が利用可能となっているか ・ 退院ラウンジ（ないしは同等のもの）が利用可能か、また、全ての部局によって有効に利用されているか ・ 病棟会議が退院を支援するための時期と頻度で開催されているか 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の調剤手続きが、退院の遅れを防ぐよう適切に行われているか 	
教育訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整に関連する全てのスタッフに、教育及び訓練の機会が利用可能となっているか ・トレーニングのセッションが6か月の間隔で繰り返されるよう適切に設定されているか 	

*** 認定共通評価プロセス (Single Assessment Process :SAP)**

SAP は、英国 (Cornwall, Devon, Plymouth 及び Torbay) で使用され始め、英国保健省によってその使用ないしは当該プロセスへの収斂が推奨されている、医療及び (または) 社会サービスに関するニーズを有する高齢者に対する標準化された評価のプロセス及びケアマネジメントのシステムである。

文献2 : Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL, Discharge planning from hospital to home (Review), *The Cochrane Collaboration*, 2010.

- 退院調整は、病院と在宅の間のギャップに橋渡しをすることを通じて、病院の在院日数のみならず、コミュニティにおけるケアのパターンに影響を与える可能性がある (Townsend 1988)。病院の総退院数のうち、30%は非医学的な理由によって退院が遅らされているという推計もある (Selker 1989)。
- 心疾患患者に関しては、退院後の追加的な支援と結び付けられた退院調整は、予定外の再入院を減少させるということを示唆する実証研究もある (Phillips 2004)。
- 退院調整に対する取組みは国によって異なっている。米国においては、メディケア及びメディケイド制度に参加する病院については、退院調整は必須とされている。英国においては、英国厚生省が医療及び社会サービスに関する退院調整のガイダンスを発表している (文献1)。
- 本レビューの目的は、病院から在宅への患者の退院調整の有効性を検討することにある。ここでは、以下の11項目について、通常ケアと比べ、退院調整がある場合の比較検討が行われている：①退院調整が病院の在院日数に与える影響、②予定外の再入院率に与える影響、③当初の入院に関連した合併症の発生率に与える影響、④他のプロセス変数 (患者の退院場所) に与える影響、⑤死亡率に与える影響、⑥患者の健康状態のアウトカムに与える影響、⑦患者及びケア提供者の満足度に与える影響、⑧病院のコストに与える影響、⑨コミュニティケアのコストに与える影響、⑩総医療費に与える影響、⑪医薬品使用に与える影響
- Marks (1994) によれば、退院調整のプロセスは次の5つのステップに分けることができるという：①入院前評価 (可能な場合)、②入院に当たってのケース調査、③入院患者の評価及び個々の患者のニーズに基づく退院調整の準備 (たとえば、患者及びその家族を含む多職種による評価及び病院内における関連職種間のコミュニケーション)、④退院調整の実施：これは、評価と一貫している必要があるとともに、退院プロセスについて文書化する必要がある、⑤モニタリング
- レビューの結果→1990年～2009年の21本の調査研究 (RCT : randomized controlled trials) のレビュー：米国10本、英国5本、カナダ3本、オーストラリア、デンマーク、フランス各1本 (上記11項目)
 - ①小さいが、有意な在院日数の短縮が見られた
 - ②高齢の病状 (通常、鬱血性心不全) を有する患者については、再入院率について小さいが、有意な減少が見られた
 - ③ ———

- ④患者が退院後、居住系サービスやナーシングホームではなく、自宅へ復帰する割合については、不十分なエビデンスしか得られなかった
- ⑤高齢の病状（通常、心疾患）を有する患者については、死亡率に関しては、不十分なエビデンスしか得られなかった
- ⑥患者の健康状態のアウトカムに関しては、有意な改善を示している研究がある一方で、不十分なエビデンスしか得られなかった研究も見られた
- ⑦患者の満足度に関しても、有意な改善を示している研究がある一方で、不十分なエビデンスしか得られなかった研究も見られた
- ⑧病院のコストに関しては、再入院のコストまで含めれば、有意なコストの縮減が見られるという研究があった
- ⑨コミュニティケアのコストに関しては比較データなし
- ⑩総医療費に与える影響については、1研究が有意な差違は見られなかったとしている
- ⑪医薬品使用に与える影響については、エビデンスは得られなかった

文献3 : Christopher O. Phillips, Scott M. Wright, David E. Kern, Ramesh M. Singa, Sasha Shepperd, Haya r. Rubin, Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure, A Meta-analysis, 1358-1367, JAMA, March 17, Vol.291 No.11, 2004

○米国においては、65歳以上の鬱血性心不全（CHF）入院患者の半数は、病院退院後、6か月以内に再入院しており、その費用は、メディケアによる CHF 償還費の60%に達している。再入院はメディケアにおける予見支払制度導入以来増加しつつあるが、これは退院準備に関する不適切な評価、分断され、ばらばらの退院調整、病院の医師とコミュニティの医師との間におけるコミュニケーション及び情報伝達の失敗、不適切な退院後のケア及びフォローアップ、あるいはこれらの複数の要因の組合せを反映した結果と考えられる。

○メタ・アナリシスの結果→18本の調査研究（RCT）のレビュー（8か国：オーストラリア、カナダ、英国、オランダ、アイルランド、イタリア、スウェーデン、米国）

①包括的な退院調整及び何らかの形の退院後の支援を実施した場合は、そうでない場合に比べ、有意に再入院率が低かった（高齢患者については25%減）

②全死因死亡率に関しては有意に低下傾向が見られた（同13%減）

③在院日数に関しても縮減傾向が見られたが、統計的には有意ではなかった

④いくつかの調査研究においては、医療費を増やすことなく、患者の QOL スコアの改善が見られた

⑤包括的な退院調整及び退院後の支援の実際については、Table 1 を参照

○米国においては、毎年約70万人のメディケア対象 CHF 患者が急性期病院から退院しているが、50%は6か月以内に再入院しており、再入院1件当たりの平均コストは7000ドルと推計されている。本メタ・アナリシス結果に基づけば、退院調整及び適切な退院後の支援により、84,000件の再入院を防止することができ、退院調整及びその後の在宅訪問に要するコストを勘案しても、メディケアの支出を年間4億2400万ドル削減することができるということになる。

$$84,000人 \times 7,000\$ - (114 \sim 116\$ + 119\$) \times 700,000人 \\ = 423,500,000\$$$

* 114～116\$: 退院患者1人当り在宅訪問経費（当初1か月）

** 119\$: メディケアにおける現行退院調整（30分以上、患者1人当り）
償還額

Table 1. Description of Included Trials

Source (Country)	Sample Size, No.	Patient Characteristics		Comprehensive Discharge Planning Plus Postdischarge Support	Duration of Follow-up, mo
		Age, Mean (SD), y	LVF, Mean (SD), %*		
Single home visit					
Claverie et al. ²² (2006) (Australia)	67	70 (11)	CI-F, LVF† 26 (11)	Medication counseling and review by clinical pharmacist to promote medication adherence; home visit within 2 wk of discharge	6
Claverie et al. ²³ (2006) (Australia)	200	70 (8)	CI-F, LVF†-C40	Medication review and counseling by clinical pharmacist to promote medication adherence; home visit within 2 wk of discharge	6
Isanaka et al. ²⁴ (2008) (Japan)	176	70 (9)	CI-F, LVF† 34 (14)	Medication review and counseling; information card with advice about diet, sodium, and fluid restriction; psychosocial support; home visit within 10 d of discharge	9
Increased clinic follow-up and/or frequent telephone contact					
Dine et al. ²⁵ (1998) (Sweden)	190	70 (5)	CI-F, LVF† 34 (12)	7-d medication organizer; diary to record signs of worsening heart failure (eg, body weight, ankle circumference, fatigue); diuretic adjustment; home visit within 2 wk of discharge	10
Harada et al. ²⁶ (2006) (United States)	24	70 (10)	CI-F, NYHA I-IV	Medication review and counseling by clinical pharmacist; increased communication between providers; telephone follow-up	12
Dodson et al. ^{27a} (2006 and 2008) (United States) ‡	440	62 (10)	CI-F, LVF†-C40	Measurement of daily weights; diuretic adjustment; medication review; increased communication between providers; prearranged clinic appointments during 6 mo after discharge	6
McDonald et al. ²⁸ (2002) (Canada)	80	71 (11)	CI-F, LVF† 37 (12)	Medication review and counseling; dietary counseling and restriction; measurement of daily weights; diuretic adjustment; telephone follow-up at 1 d and then weekly for 12 wk after hospital discharge	3
Home visits and/or frequent telephone contact					
Naylor et al. ²⁹ (2004) (United States) †	140	70 (5)	CI-F, CI-F	Generic discharge protocol; coordination of home care; increased communication between providers; telephone follow-up; home visits over 2 wk after discharge	3
Naylor et al. ²⁹ (2006) (United States) †	100	70 (9)	CI-F, CI-F	Generic discharge protocol; coordination of home care; increased communication between providers; telephone follow-up; home visits over 4 wk after discharge	6
Severin et al. ³⁰ (1996) (United States)	109	71 (8.5)	CI-F, NYHA I-IV	Reinforcement of medication adherence; daily weights; dietary restrictions; increased communication between providers; additional mailing of educational materials; telephone follow-up for 3 mo after discharge	3
Shaw et al. ³¹ (2001) (England)	162	69 (5)	CI-F, LVF†-C40	Dietary counseling; optimization of medications; increased communication between providers; home visits; telephone follow-up	12
Hirsch et al. ³² (2002) (United States)	250	72 (12)	CI-F, LVF† 43 (16.2)	Computerized assessment of patient and caregiver support; telephone case management; monitoring of weight gain and dyspnea; increased communication between providers; multiple telephone calls for 6 mo after discharge	6
Kourilsky et al. ³³ (2002) (United States)	60	74 (9)	CI-F, LVF† 30 (15)	Home-recommended follow-up based on patients' reports of symptoms; telephone monitoring; follow-up for 12 mo after discharge	12
Extended home care services					
Reich et al. ³⁴ (2002) (United States)	80	70 (5)	CI-F, NYHA I-IV	Dietary and social services consultation; medication review by generic cardiologist; increased communication between providers; intensive follow-up for 3 mo after discharge	3
Reich et al. ³⁴ (2005) (United States)	262	70 (5)	CI-F, LVF† 42 (12)	Dietary and social services consultation; medication review by generic cardiologist; increased communication between providers; intensive follow-up for 3 mo after discharge	12
Harrison et al. ³⁵ (2002) (Canada)	160	70 (10)	CI-F, NYHA I-IV	Management of medications; diet, exercise, and stress through community nurse visits; increased communication between providers; telephone follow-up; home care for 2 wk after discharge	3
Lariviere et al. ³⁶ (2002) (United States)	207	72 (12)	CI-F, NYHA I-IV	Guidance with medications, diet, fluid intake, and daily weights (eg, home scales, pill boxes); increased communication between providers; telephone follow-up; home care for 12 wk after discharge	3
Day hospital services					
Caporinella et al. ³⁷ (2002) (Italy)	224	56 (10)	CI-F, LVF† 29 (7)	Exercise training; daily weight monitoring; fluid restriction; physical training; optimal medication regimen; increased communication between providers; available day hospital services for 12 mo after discharge	12

Abbreviations: CI-F, coronary artery disease; CI-F: congestive heart failure; LVF, left ventricular ejection fraction; NY, not reported; NYHA, New York Heart Association.
 *Mean (SD) if subject to rounding error.
 †Key components of this intervention: highlighting components (eg, are different or similar) across studies. All interventions included education about CI-F to enhance self-care.
 ‡Subjects with CI-F from a larger mixed population: Naylor et al.²⁹ (2004) (n = 202) [142 with CI-F and CI-F]; Naylor et al.²⁹ (2006) (n = 100) [100 with CI-F and CI-F]; and Dodson et al.^{27a} (2006) (n = 100) [200 with CI-F and CI-F with complete data available].

文献4 : Thomas Bodenheimer, Coordinating Care : A Perilous Journey through the Health Care System, *The New England Journal of Medicine*, 358:10, 1064-1071, March 6, 2008

◎サービス調整 (Care Coordination) における諸問題

○サービス提供者間

①プライマリケア医と専門医の間の調整

- ・小児科における紹介122事例に関する研究によれば、そのうち49%の事例について、専門医に対して何の情報も送られていなかった。紹介した医師に対して専門医からのフィードバックは55%であった。
- ・大学の医療センターにおける成人患者の紹介プロセスに関する研究によれば、プライマリケア医の28%、専門医の43%は、双方から受け取った情報の質に関して不満を表明している。専門医の診療から4週間後になっても、25%の専門医の診察記録はプライマリケア医に届いていなかった。

②プライマリケア医と救急部門との間の調整

- ・研究対象となった救急部門の患者のほぼ33%については、既往歴や検査結果を含む情報が欠落していた。
- ・2004年時点で、救急部門で治療を受けた成人患者の30%は、そこで受けた治療について、通常のかかりつけ医に対して情報が提供されていなかった。

③医師と診断データのソースとの間の調整

- ・少なくとも過去2年間に1人の医師にかかったことのある患者のうち、17%は、診察時点において、検査結果あるいは既往カルテが利用可能でなかった。

④病院勤務医とプライマリケア医との間の調整

- ・2005年の調査によれば、慢性疾患あるいは最近急性疾患にかかったことのある成人患者で、過去2年間に入院したことのある者の三分の一は、退院後何のフォローアップも行われなかったと回答している。
- ・ある調査によれば、最近入院したかかりつけの患者について、退院計画や投薬に関する情報が提供されているプライマリケア医の割合は半分以下であるという。
- ・病院勤務医とプライマリケア医との間の情報移転に関する文献研究によれば、患者の退院計画についての議論に加わっているプライマリケア医の割合はわずか3%に過ぎず、17~20%は、患者の退院について常に通知を受けているが、退院後1週間以内に退院サマリーを受け取っているプライマリケア医の割合は20%以下である。さらに、退院サマリーの25%は、プライマリケア医に届かず、38%は検査結果報告を含んでおらず、21%は退院後の投薬リストを含んでいない。そして、全体の66%

のケースにおいて、プライマリケア医は、患者の退院後、退院サマリーを受け取る前に患者を診察ないしは治療している。

○サービス提供者と患者及び家族の間

①医師と患者・家族との間の調整

- ・ある調査によれば、医師の75%は、診断検査結果が正常値である場合、患者に日常的に連絡をとらず、33%は異常値については一貫して患者に告知していないという。
- ・2004年の調査によれば、過去2年間に医師にかかったことのある人のうち18%は、複数の医師から矛盾する情報を受け取ったと回答している。また、24%は、重大な疑問について回答がないまま診察を終えており、定期的に処方を受けている者の41%は、医師が投薬について調べようとせず、副作用についての説明もなかったとしている。
- ・ある調査によれば、患者のうち50%は医師によって何が言われたのか理解することなく、診察を終えているという。
- ・また、別の調査によれば、医師が患者に医師の指示を再度繰り返して述べるように求めたところ、47%の患者は不正確に答えており、医師の説明に明確さが欠けていることを示している。
- ・124人の医師に関する1,000件以上の診察についての調査によれば、治療上の意思決定に参加していた患者の割合はわずか9%であった。(患者の)治療への積極的参加は、健康的な行動、慢性疾患のより良い治療、投薬の遵守、より良いケア調整と相関している。

②病院と患者・家族との間の調整

- ・2005年時点で、過去2年間に入院したことがあり、新たな薬剤の処方を受けたことがある成人患者のうち、入院前の薬剤を服用すべきかどうかについての情報を提供されたのは、わずか33%であった。また、48%は、薬剤についての副作用情報を日常的に得ていないと回答している。

◎サービス調整改善に向けたモデル

○プライマリケアと専門ケアの間の調整

①電子紹介 (e-referral)

- ・専門医への不必要な直接受診の削減及びケアの調整の改善
- ・診療報酬システムの改善が必要 (e-referral に応じた専門医に対する評価)

②紹介に関する契約 (referral agreements)

○退院後のケア

- ①ホスピタリスト主導のプロジェクト
- ②上級臨床看護師（advanced-practice nursing）による対応
- ③ケア移行プログラム（care transitions program）：コールマン・モデル
上級実践看護師が、患者・家族の「コーチ」役を務める

○プライマリケア診療の支援

- ①「小チーム（teamlet）」モデル：2人の小チームによる対応
 - ・プライマリケア医＋コーチ
 - ・コーチとしては理想的には正看護師等だが、再教育された医療助手等も考えられる
- ②サービス調整に対する診療報酬支払
 - ・サービス調整に要する時間は医師の労働時間の13～14%を占めている
 - ・サービス調整は、医療の質を改善し、コスト削減に→診療報酬上の評価が重要

○プライマリケアの強化は、ケア移行の改善を可能にする最も重要なマクロ的な医療政策かもしれない

文献5 : Mary D. Naylor, Dorothy A. Brooten, Roberta L. Campbell, Greg Maislin, Kathleen M. McCauley, and J. Sanford Schwartz, Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure : A Randomized, Controlled Trial, 675-684, *Journal of American Geriatrics Society*, Vol.52, No.5, May 2004.

- 複数の疾患を持ち、複雑な治療の処方を受けていることが多い高齢者の病院から在宅への移行については、特にリスクが大きいことが知られている。1985年から2001年にかけて実施された94の調査研究のレビューによれば、高齢者の病院から在宅への移行に伴い、予防可能な退院後のアウトカムの悪化が高い率で見られるという。心疾患を有する高齢者は、その中でも特に再入院率が高く、年間の直接医療費は243億ドルを超えると推計されている。
- 本調査研究の目的は、上級臨床看護師（APN）による高齢心疾患入院患者に対する3か月の包括的移行ケア（退院調整及び在宅でのフォローアップ）の提供が、総再入院、心疾患及び合併症による再入院、QOL、心身機能の状態、患者満足度、及び医療費に与える持続的影響を検討することにある。
- APNの教育訓練に関しては、2か月間トレーニングプログラムに参加する。そこでは、特に糖尿病やうつ病等の合併症との関連に留意しつつ、高齢者の心疾患の早期の認知及び治療に関する能力開発に焦点を当てたトレーニングが行われる。
- 入院中：APNによる入院後24時間以内の訪問、最低1日1回の訪問
退院後：APNによる退院後24時間以内の訪問、退院後1か月は週1回、退院後2～3か月は月に2回の訪問
を基本とし、必要に応じて訪問回数増あり。また、APNへの電話相談は毎日（平日は午前8時～午後8時、土日は午前中）対応。
- 入院中のAPNの役割は、退院時点における患者の健康状態の最適化、退院計画の設計、必要な在宅ケアサービスの調整等について担当医及び他のサービス提供者と協力することにある。また、退院後は、APNは患者の健康状態における変化を認識するための目的を絞ったアセスメントを実施する。
- 調査研究結果
 - ①52週後の再入院及び死亡は、包括的移行ケアを受けた患者の方が有意に少なかった
 - ②患者1人当たり費用は、包括的移行ケアを受けた患者の方が低かった
 - ③QOLや患者満足度は、包括的移行ケアを受けた患者の方が高かったが、心身機能については、統計的に有意な差はなかった

- 本調査研究における APN による包括的移行ケアが有効だった原因としては2つ考えられる。
 - ①患者が入院中にその退院計画を調整し、退院後に在宅でこれを実施したのが同じ APN であり、ケアの連続性が保たれたこと
 - ②患者及び介護者の複雑なニーズに対応する全体的なアプローチをとる準備ができているとともに、ケアの連続性を推進するよう、複雑で、しばしばバラバラの制度をうまく通り抜けていくことを可能にする協力や調整の高度なスキルを持った APN を活用したこと
- APN の高い給与や訪問回数の多さ等によるコスト高を考慮しても、1年後の時点におけるネットの効果は、総費用の37.6%減少と推計される。

2. Assisted Living Facilities に関する海外文献サーヴェイ

(概要及び総括)

米国における長期ケアのオプションとしては、在宅ケア、デイケア、高齢者住宅、Assisted Living Facilities、ナーシングホーム、CCRC（高齢者継続ケアコミュニティ）等がある。長期ケアは、自宅における在宅ケアとナーシングホームを両方の極とする連続的なサービスと考えられる。ALFはこの両極の中間に位置付けられる概念で、身体的、心理的独立性に力点を置きつつ、個人ケアと見守りが「施設」の外部から提供されるタイプのものである。ALFについて、米国全体の連邦レベルでの定義はなく、むしろ州レベルで定義され、規制されている。ALFに関するさまざまな定義に共通しているのは、プライバシー、尊厳、自律性の重要性の強調といった点である。実際には、ALFの利用者とナーシングホームの入居者のニーズは重なっている面が多い（Zimmerman et al.(2003)）。ALFの利用者の平均入居期間は2年半から3年である。ALFが提供するサービスは、州（の規制）により、また個々の施設により異なっているが、4つの類型（①食事とケア型、②ホスピタリティ・モデル、③新型モデル、④専門認知症ケアモデル）を考えることができる。

ALFにおける質の高い労働力の確保は、他の長期ケア施設の場合と同様、ますます大きな課題となってきている。特に、直接ケアに当たるスタッフに関しては、低賃金、重労働、労働に対する社会的な評価の低さといった問題が重要である。長期ケア施設におけるスタッフの教育訓練の重要性については、しばしば過小評価されてきている。そこには、長期ケアは、急性期ケアに比べて、スキルや知識を余り必要としないサービスであるという誤解があるが、実際には、長期ケアは複雑で専門特化しており、特別のスキルと知識とが求められる。ALFのスタッフに関する要件は、ナーシングホームに比べて規制が緩い。連邦レベルの規制があるナーシングホームに対して、ALFの場合は、州によって規制が異なり、一般に最低限のレベル（通常1時間～16時間程度）の研修要件に留まっている。ALFにおけるスタッフの確保及び職務満足度に関連したすべての要素は、ALFの人的資源管理において最も重要な関心事項たるべきである。従業員の満足度を保持することは、転職によるスタッフ喪失のリスクを軽減する。よく考え抜かれ、計画された職員確保戦略は、施設の成功のチャンスを改善するであろう。

ALFの経営に関するベンチマークとしては、70～75%の居住者利用率の下で経営的にはトントンベースとなり、ほぼ93%の利用率で、長期的に持続可能な経営的安定性を達成するというのが1つの目安である。従業員の給与等人件費はALFの経常費用の50～60%を占めており、その適切な管理はきわめて重要である。

文献：Darlene Yee-Melichar, Andrea Renwanz Boyle, Cristina Flores, *Assisted Living Administration Management*, PP1-449, Springer Publishing Company, 2011.

1. 組織の経営管理

- 長期ケア (Long-term care) の定義：一般に一定期間 (90日以上) にわたり、慢性期の症状及び (心身の) 機能的制約がある人々に対して提供されるさまざまな医療サービス、身体ケア及び社会サービスを指す (Wunderlich and Kohler (2001))。
- 長期ケアのオプションとしては、在宅ケア、デイケア、高齢者住宅、Assisted Living Facilities、ナーシングホーム、CCRC (高齢者継続ケアコミュニティ) 等がある。Assisted Living Facilities (ALF) は、住居と食事に加えて、入浴、着脱衣、食事介助、身だしなみ、排泄等のADLs に関し援助を提供する施設である。また、これに加えて、移動、家政、洗濯、医療及び社会サービス、服薬管理等に関する援助もしばしば提供される。CCRC は、高齢者がニーズの変化に応じて移動しなくてもよいように、1箇所に高齢者住宅、ALF、ナーシングホーム等が整備されている形態である。
- 長期ケアは、自宅における在宅ケアとナーシングホームを両方の極とする連続的なサービスと考えられる。ALFはこの両極の中間に位置付けられる概念で、身体的、心理的独立性に力点を置きつつ、個人ケアと見守りが「施設」の外部から提供されるタイプのものである。
- ALFについて、米国全体の連邦レベルの定義はない。むしろ州レベルで定義され、規制されている。ALFに関するさまざまな定義の事例。共通しているのは、プライバシー、尊厳、自律性の重要性の強調といった点である。
- 実際には、ALFの利用者とナーシングホームの入居者のニーズは重なっている面が多い (Zimmerman et al.(2003))。ALFの利用者の平均入居期間は2年半から3年である。
- ナーシングホームとは異なり、ALFが提供するサービスの質に関する連邦レベルの規制は存在せず、州ごとにばらばらの規制が行われてきた。連邦上院高齢化特別委員会の要請により、消費者、事業者、専門家、行政等約50の組織が参加して、Assisted Living Workgroup (ALW) が設立され、2003年に報告書が公表されている。さらに、ALWを継承する形で、Center for Excellence in Assisted Living (CEAL) が設立され、活動を展開している。
- Zimmerman and Sloane (2007) によるALFの3分類
 - ①16ベッド未満の施設
 - ②16ベッド以上の伝統的な食事とケア提供施設
 - ③16ベッド以上の新たなモデル施設：1987年以降の建設、2種類以上の個人負担料の設定、移動介助を要する住民の割合が20%以上、失禁の住民が25%以上、正看護師ま