

# 医療と介護が連携した在宅での疾病管理 による心不全再入院予防

## ー基本モデルとツールBoxの提案ー

2022年6月18日

北海道国民健康保険団体連合会  
医療介護連携支援企画本部

研究委員 伊藤一輔

# 北海道国保地域医療学会 COI開示

発表者名 伊藤一輔

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

## 【背景 = 高齢の慢性心不全患者の再入院予防に着目】

### (1) 心不全パンデミックに備える！

- ・ 心不全は増悪と寛解を繰り返して生命予後が悪化する進行性の症候群
- ・ 患者数は約120万人で老年層で増加中。今後パンデミックになると予想。
- ・ 心不全の増悪による再入院率は、退院後1年以内で約35%と多い
- ・ **心不全パンデミックに備えるには、急性増悪をいかに予防するかがポイント**

### (2) 疾病管理による再入院予防

- ・ 再入院の誘因は、基礎的心疾患の悪化に加え、塩分・水分制限の不徹底、服薬忘れなど、予防可能な因子が半分をしめる
- ・ 再入院の予防には、医療と介護の連携がする継続的・包括的対応が必要で、それには**多職種チームによる「疾病管理」**が必要です

### (3) 医療と介護が連携

- ・ 在宅の高齢者の疾病管理には介護との連携が必要だが、まだ試行錯誤
- ・ そこで北海道国保連合会では、昨年からは多職種による研究会を設け、**医療と介護の連携案を作成ので報告する**

## 【研究会】

座長	伊藤 一輔	医師、国立病院機構函館病院名誉院長、医学博士
	今村 啓	大阪府国民健康保険団体連合会審査部審査管理課長 (2021年3月31日まで)
	及川 啓明	新ひだか町保健福祉部医療・介護対策室長
	川添恵理子	地域看護専門看護師、北海道医療大学看護福祉学部講師
	菊池まち子	保健師、北海道国民健康保険団体連合会介護サービス苦情処理委員
	古郡 修	北海道保健福祉部健康安全局長
	出光 英哉	北海道国民健康保険団体連合会常務理事

2020年10月1日～2022年3月31日 全14回開催

○先行研究の文献調査と症例検討（2例）に基づき討議

# 【研究報告（1）在宅での疾病管理の基本モデル】

## （目的）

在宅で療養する高齢の慢性心不全患者を対象に、  
急性増悪を予防し、早期対応により再入院を回避して、  
予後及びQOLを良好に保つ

## （体制）

主治医（基幹病院、かかりつけ医）と在宅の患者との間を、  
医療と介護の多機関・多職種が連携したチームにより継続的につなぐ

## （活動）

服薬の遵守や適切な体重の維持のため患者、家族を支援する  
日々の状況をモニタリングし、体重増加時は早期に対応する  
他の併存疾患、フレイル・サルコペニア、不安・抑うつ、家族への支援など  
を含めた包括的なケアを行う  
療養と生活が折り合うよう患者や家族と共に取り組む

## （評価）

定期的に、また、再入院などイベント発生時に、振り返りの評価と修正を行う

## 【研究報告（2）現場実践を支援するためのツールBox・14本】

# 1 在宅支援体制検討のためのフローチャート

2 在宅チームをつくるモデル的なステップ

3 症例検討会での意見交換の参考例

4 体重測定支援のための連携確認シート

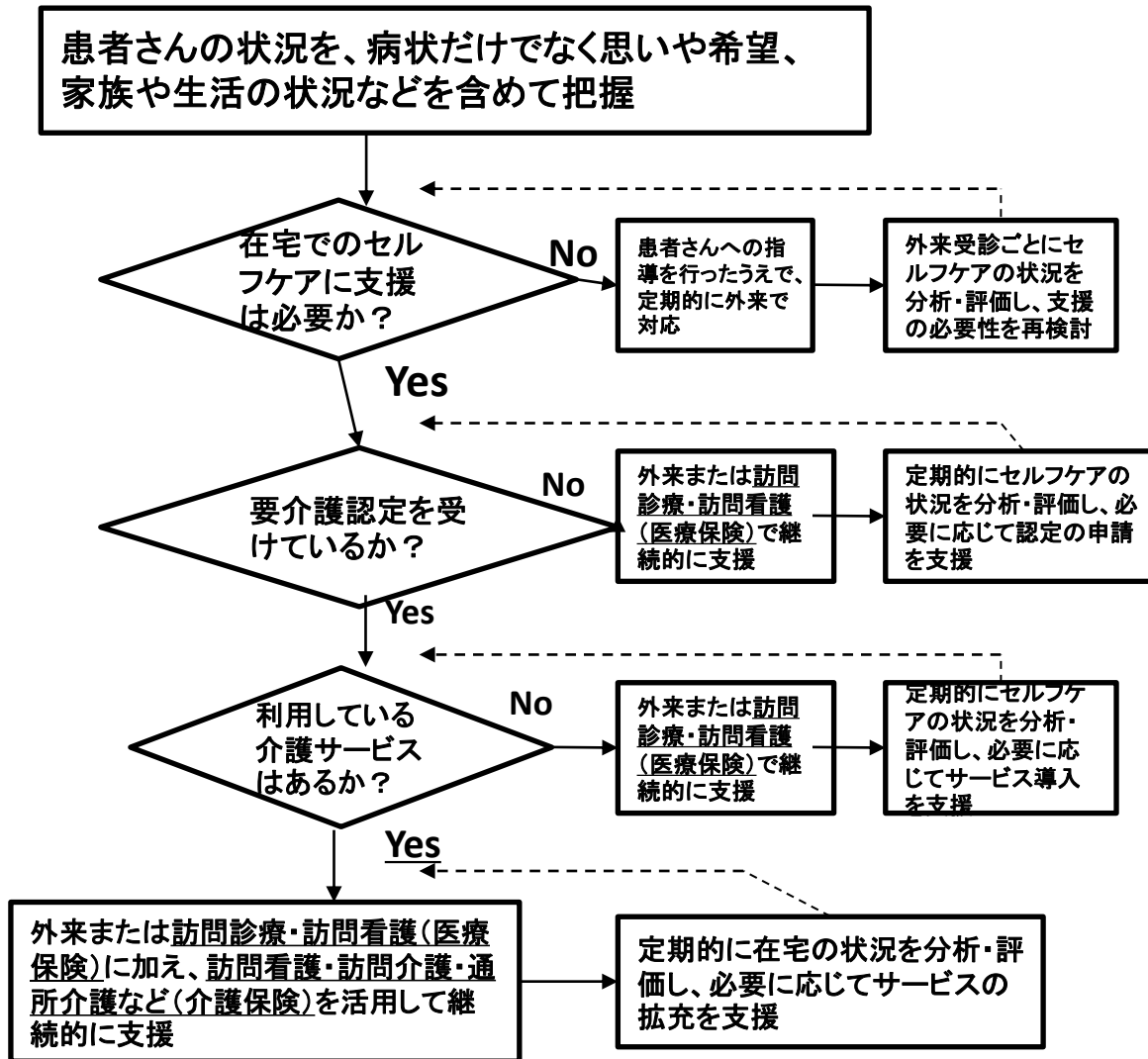
# 5 心不全日記帳

6 在宅チーム振り返りシート、医療機関振り返りシート

7 専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例 など14本

# 在宅支援体制検討のためのフローチャート

(下線が在宅チームになります)



「患者さんやご家族の思いや希望を尊重し、主治医、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどの多職種で患者さんやご家族とともに検討するのがよいでしょう。  
高齢者の独居世帯や老老介護世帯では、どのような支援が必要か自分でもわからなかったり意思表示ができないことがありますので、地域包括支援センターとの連携も有効です。」

※ 令和4年4月から令和5年3月までの1年間、記録できるものとする。

# (心不全日記帳)

4月 APRIL 卯月 2022 (令和4年)

1 金  先負	体重 kg	血压 (脈拍) / ( )	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩	
	生活メモ					
2 土  仏滅	体重 kg	血压 (脈拍) / ( )	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩	
	生活メモ					
3 日  大安	注意: 体重が1週間で急に2Kg以上増えた。 息苦しさ、足にむくみなどがある場合は、早めに医師に相談して下さい。					歩
4 月  赤口	体重 kg	血压 (脈拍) / ( )	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩	
	生活メモ					
5 火  先勝	体重 kg	血压 (脈拍) / ( )	体温 度	服薬 (○か×で記入) 朝・昼・夕	歩数 歩	
	生活メモ					
6	体重	血压 (脈拍)	体温	服薬 (○か×で記入)	歩数	



## ※ ツールBoxのねらい

現場実践のなかに心不全の再入院予防を加味できる。

シンプルなツールによって負担感なく取り組める。

「ひな形」をもとに使う人たちが話し合って改良できる。

まずはできるところから始めてステップアップしていける。

ツールの各所で「療養と生活の折り合い」が意識できる。

## 【研究報告（3） 連合会による医療機関や介護事業所への支援活動】

- ① **地域の医療機関、介護事業所等と協働した実地研究**  
(ご協力いただける医療機関等と共に基本モデルやツールBoxを試行して改良)

**★国保病院、国保診療所とも  
ぜひ協働させていただきたいと思います！**

- ② **レセプトデータ等を用いた再入院率の算出と提供**  
(医療機関の希望に応じてベンチマークとして提供)
- ③ **地域資源に応じた対応を検討するための基礎情報の提供**  
(地域連携に活用できる情報をレセプトデータ等から算出し提供)
- ④ **診療報酬改定及び介護報酬改定に向けた取組**  
(必要な取組への評価を地域の人たちと共に検討し国に提案)

この取り組みは、国保連合会としては、全国的にも初めての試みです。基本モデルやツールBoxをもっと知りたい！と思われた方には、別途ご説明の機会をセットします。

国保連合会 保健事業課 まで  
是非ご一報ください。

ご静聴ありがとうございました。