

序論

心不全は高齢化とともに増加し、入院加療して退院しても再入院する人が多い。

そこで、北海道国民健康保険団体連合会では、2020年度に研究会を立ち上げて、医療と介護が連携して再入院を予防する方策を検討し、報告書をまとめたので紹介する。

研究の成果は次の3点である。

- 1 在宅での疾病管理の基本モデルを作成
- 2 現場実践を支援するためのツールBoxを作成
- 3 医療機関や介護事業所への支援活動を提案

本年度からは、ご協力いただける地域を募り、実地で試行して改良を重ね普及に適したものとするモデルプロジェクトを展開している。

I 研究の背景

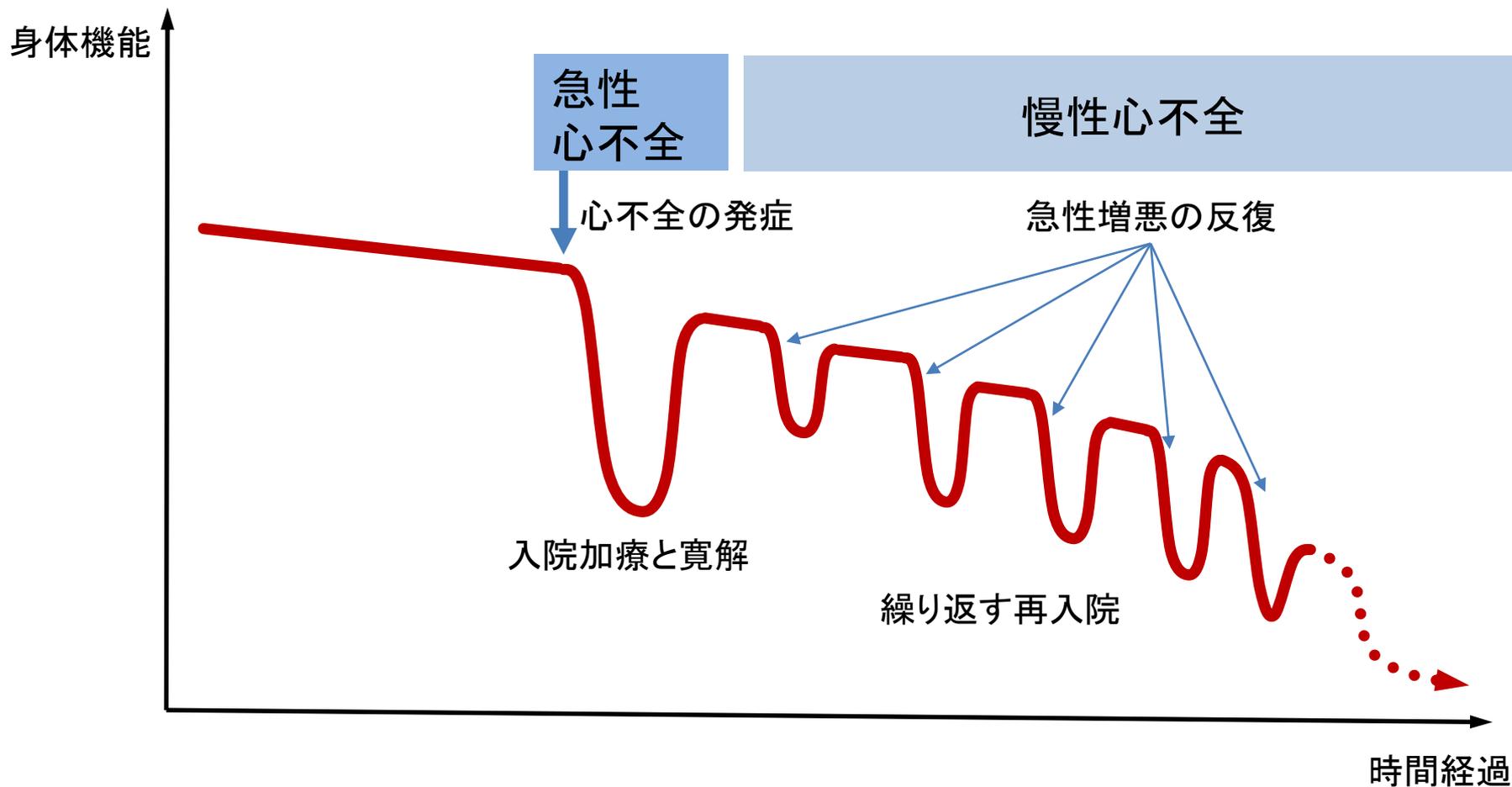
○ 心不全パンデミック

- ・ 心不全は急性増悪と寛解を繰り返して生命予後が徐々に悪化する進行性の症候群
- ・ 高齢化とともにパンデミックになる懸念
- ・ 患者数は全国で約120万人。退院後1年以内の再入院率は約35%
- ・ **急性増悪をいかに予防するかがポイント**

○ 疾病管理により再入院を予防

- ・ 再入院の誘因は、基礎心疾患の悪化に加えて、塩分・水分制限の不徹底、服薬忘れなど予防可能な因子が約半分
- ・ **多職種チームによる疾病管理**が再入院予防に有効とのエビデンス有り
- ・ 現状は、医療と介護が連携した在宅での疾病管理は今後の課題

心不全は急性増悪と寛解を繰り返して進行する



Ⅱ 研究会の構成と方法

☆ 多職種による研究会を設け、**医療と介護の連携案を作成した。**

(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 (集合、オンライン、書面)

先行研究の文献調査と症例検討 (2例) に基づき討議、検討

Ⅲ 成果1:在宅での疾病管理の**基本モデル**を作成

ねらい = 多職種が共通認識を持って取り組めるよう、
心不全の疾病管理の基本型と留意点を整理

内容 = (目的) 急性増悪の予防と再入院回避
QOLを良好に保ち予後を改善

(体制) **多機関・多職種が連携したチームで**
主治医と患者さんを継続的につなぐ

多機関=基幹病院、クリニック、訪問看護ステーション、介護事業所 など

多職種=医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、OT、PT、MSW、ケアマネ、ヘルパー など

(活動) 服薬の遵守、適切な体液量維持の支援
モニタリング、**体重増加時の早期対応**
包括的なケア、療養と生活の折り合い

(評価) 定期的、また再入院時などに振り返って改善

Ⅲ 成果2:現場実践を支援するための**ツールBox**を作成

ねらい = ツールを使うことで現場実践が**基本モデル**に近づく

内容 = 多職種で疾病管理を行う上でのチェックシート、
フローチャート、情報共有様式など**14本のツール**

- ① 取組を始めるにあたってのスリーポイント・アドバイス
- ② 在宅支援体制検討のためのフローチャート
- ③ 在宅チームをつくるモデル的なステップ
- ④ 症例検討会で心不全患者さんの在宅ケアを検討する際の着眼点
- ⑤ 症例検討会での意見交換の参考例
- ⑥ **体重測定支援のための連携確認シート**
- ⑦ **心不全日記帳**
- ⑧ 先週と比べての状態確認シート
- ⑨ 主治医と在宅チームのこれだけは知りたい・知らせたい情報

- ⑩ 心不全患者さんの療養と生活が折り合うよう支援する際の留意点
- ⑪ 在宅チーム振り返りシート、医療機関振り返りシート
- ⑫ 包括的なリハビリテーションへのステップアップ・プラン
- ⑬ 退院して他地域での在宅療養に移行する際の連携フローチャート
- ⑭ 専門的な資源が少ない場合の在宅支援体制の検討例

▷ ツールの例

ツール6: 体重測定支援のための連携確認シート

ねらい = 体重の急激な増加は心不全増悪の明らかな指標
体重測定は複雑な作業を要しない
取りかかりやすいテーマから入ることで連携を促進

内容 = 病棟、外来、在宅チームにおいて、
医師、看護師、ケアマネージャー、訪問介護・通所介護の介護職が行うことをチェック項目として整理

※ 注意すべき体重増加の目安を主治医が数値で示すこと、
目安を超えたときは受診を支援することがポイント

体重測定支援のための連携確認シート

【共通目標】

体重を毎日測り、体重増加時には受診できるよう患者さんやご家族を支援する。

【病棟用】

<p>医師、看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 患者さんの病状やセルフケア能力に応じた指導内容を立案する。 <input type="checkbox"/> 退院後の毎日の体重測定を患者さんに指導する。 <input type="checkbox"/> 心不全日記帳等の記録用紙を患者さんに渡す。 <input type="checkbox"/> 体重増加時には受診するよう患者さんに指導する(目安を数値で示す)。 <input type="checkbox"/> 受診先がどこになるかを患者さんと確認する。 <input type="checkbox"/> 病状、患者さんのセルフケア能力、患者さんへの指導内容、受診の目安、その他在宅での留意事項等を外来や在宅チームに情報提供する。
---------------	--

【外来用】

<p>医師、看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病棟からの情報を受領する。 <input type="checkbox"/> 心不全日記帳等に記載された体重を確認する。 <input type="checkbox"/> 測定できているときは褒め、できていないときはその事情を分析し、患者さんとともに考える。 <input type="checkbox"/> 測定結果に応じた医療的対応を行う。 <input type="checkbox"/> 体重増加時には受診するよう患者さんに指導する(目安を数値で示す)。 <input type="checkbox"/> 休日、夜間、予約外の受診の連絡方法を患者さんに示す。 <input type="checkbox"/> 病状、患者さんのセルフケア能力、患者さんへの指導内容、受診の目安、その他在宅での留意事項等を在宅チームに情報提供する。
---------------	---

【在宅チーム用】

<p>医師、看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病棟、外来からの情報を受領する。 <input type="checkbox"/> 訪問看護計画の中に体重測定支援を位置づける。 <input type="checkbox"/> 訪問時、心不全日記帳等に記載された体重を確認する。 <input type="checkbox"/> 測定できているときは褒め、できていないときはその事情を分析し、患者さんとともに考える。 <input type="checkbox"/> 測定結果に応じた医療的対応を行う。 <input type="checkbox"/> 外来受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/> 体重増加時には受診するよう患者さんに指導する(目安を数値で示す)。 <input type="checkbox"/> 休日、夜間、予約外の受診の連絡方法を患者さんに示す。 <input type="checkbox"/> 病状、在宅での状況を外来に情報提供する。 <input type="checkbox"/> 在宅チーム内の情報共有を促進する。
<p>ケアマネージャー</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 訪問診療も訪問看護もない場合は、病棟、外来からの情報を受領する。 <input type="checkbox"/> ケアプランの中に体重測定支援を位置づける。 <input type="checkbox"/> 在宅チーム内でのカンファレンスを設定する。 <input type="checkbox"/> 介護サービスを調整する。 <input type="checkbox"/> 受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/> 測定できていない事情を分析する際に協力する。 <input type="checkbox"/> 訪問診療も訪問看護もない場合は在宅での状況を外来に情報提供する。 <input type="checkbox"/> 在宅チーム内の情報共有を促進する。
<p>介護職(訪問介護)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 毎日忘れず測定するための患者さんへの声かけを行う。 <input type="checkbox"/> 患者さんが自力で体重を測定・記録できない場合に補助する。 <input type="checkbox"/> 測定された体重が受診の目安に達しているか判断する。 <input type="checkbox"/> 受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/> 測定できていない事情を分析する際に協力する。 <input type="checkbox"/> 在宅チーム内の情報共有を促進する。
<p>介護職(通所介護)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 毎通所時に体重測定と記録を行う。 <input type="checkbox"/> 測定された体重が受診の目安に達しているか判断する。 <input type="checkbox"/> 受診が必要になった場合に連絡調整を支援する。 <input type="checkbox"/> 測定できていない事情を分析する際に協力する。 <input type="checkbox"/> 在宅チーム内の情報共有を促進する。

Ⅲ 成果3: 医療機関や介護事業所への**支援活動**を提案

ねらい = 医療・介護サービスの質の充実などを連合会が支援
(審査支払を中心としてきた国保連合会の新たな試み)

内容 =

- ① 地域の医療機関、介護事業所等と協働した**実地研究**の実施
(基本モデルやツールBoxを試行、改良)
- ② レセプトデータ等を用いた**再入院率の算出**と提供
(医療機関のご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)
- ④ **診療報酬改定及び介護報酬改定**に向けた取組
(地域で得られた知見を基に保険者団体として国に提案)

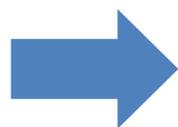
IV 今後の展開

実地研究の実施などを3年計画のモデルプロジェクトとして展開、
心不全の再入院予防を目指して医療・介護の連携活動を支援

☆ 期待される効果＝心不全急性増悪の再入院率が低下する。



- ・ 患者さんのQOLが良好に保たれて予後が改善する。
- ・ 基幹病院（急性期）の負担が軽減、
かかりつけ医や介護事業所の活動の場が充実する。
- ・ 再入院率の低下により結果として医療費が適正化する。



国保診療施設の皆さんもぜひ一緒にやりませんか？
詳しくお知りになりたい方は下記までご連絡ください。

北海道国民健康保険団体連合会 総務部保健事業課地域医療支援係（医療介護連携支援企画本部事務局）
〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 電話(011)231-5161 内線1320
E-mail hokenjigyoka@hokkaido-kokuhoren.or.jp