

# 看護師を中心としたトランジショナル・ケアの活動

小原 淳子<sup>†</sup>第73回国立病院総合医学会  
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 75 No. 1 (54-58) 2021

## 要旨

国立長寿医療研究センター（当センター）の所属する施設は、地域包括ケア病棟45床および回復期リハビリテーション病棟45床を含む入院病床数301床を有しており、地域医療支援、在宅医療における後方支援病院の役割も果たしている。また、平均在院日数17.9日、病床利用率90.8%、年間新規入院患者数4,912人/年（2019年度）の実績がある。

当センターでは、退院直後の不安定な時期に在宅療養高齢者が不安なく在宅生活を開始し、円滑に地域の診療チームにつなげることを目的に、在宅へのアウトリーチ活動をトランジショナル・ケア（Transitional care: TC）と位置づけ、2017年4月より退院後訪問を開始した。TCは、入院患者の退院後にかかりつけ医等と共に患者宅への訪問、地域の関係者とのカンファレンス実施、および在宅療養患者の入院前評価など退院後も支援を継続している。

今回、誤嚥性肺炎を繰り返していた80代の女性に対して在宅医や訪問看護師と連携を図り、医療管理を行ったことで再入院のリスクを軽減することができた事例を中心に報告する。

キーワード トランジショナル・ケア, 退院後訪問, 在宅療養

## はじめに

高齢者に対する退院指導や在宅管理が重要なことはいうまでもない。注目すべきは、高齢者が退院後に在宅で安心して日常生活を送れるように、地域の介護・医療サービスへとつなげることができるかである。

## トランジショナル・ケアとは

2003年の米国老年医学会の立場表明<sup>1)2)</sup>によると、「トランジショナル・ケア（TC）」とは、患者

が異なる場所（施設など）間を移動、ならびに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をいう。

TCの実践場所は、「急性期・亜急性期病院」「回復期病院・施設」「在宅」「プライマリーないし専門治療外来」「その他の介護・福祉施設」である。

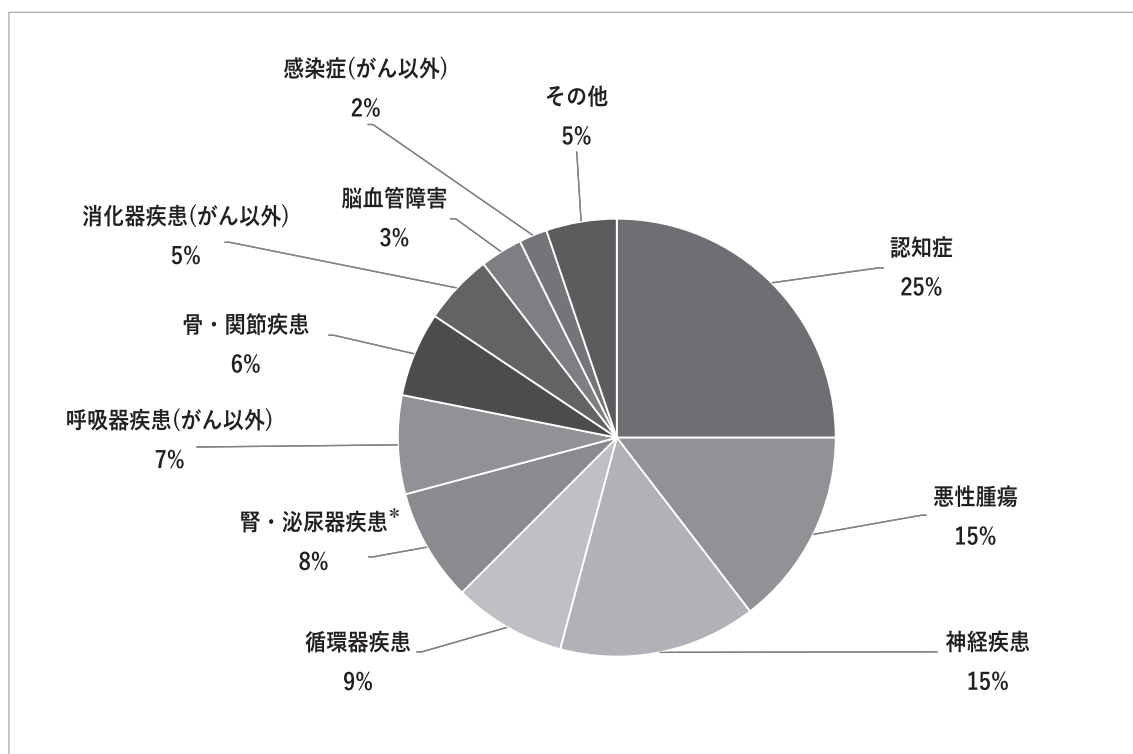
TCは包括的な医療・ケア計画に基づき行われ、かつ慢性疾患を熟知し、患者の目標・嗜好・臨床の状態についての最近の情報を把握している医療実践者の関与により行われる。

この活動には、患者・家族教育、移行期の調整や

国立長寿医療研究センター 地域医療連携室 副看護師長 <sup>†</sup>看護師  
著者連絡先: 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  
〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目430番地  
e-mail: obaraa@ncgg.go.jp

(2020年4月6日受付, 2020年11月13日受理)  
Transitional Care Activities Mainly by Nurses  
Junko Obara, National Center for Geriatrics and Gerontology  
(Received Apr. 6, 2020, Accepted Nov. 13, 2020)

Key Words: transitional care, home visit after hospital discharge, home care support



TC活動2018年度実績より作図

図1 基礎疾患割合  
\*がんを含む。

専門職のコーディネーターが含まれる。

### 国立長寿医療研究センター（当センター）におけるTC活動について

#### 1. TCのメンバー構成：

- ①コアメンバー：TC看護師2名，医師1名，
- ②多職種との連携：薬剤師，管理栄養士，理学療法士，臨床工学士等

#### 2. 対象者：

- ①新規在宅医療導入患者
- ②再入院のリスクが高い在宅患者
- ③認知症・終末期ケア・褥瘡ケアの退院後もサポートが必要な患者

3. TC活動2018年度実績：対象者96人 基礎疾患割合：図1参照。

#### 4. TC活動の流れ

- ①TCはトランジショナル・ケア・プログラム（図2）に基づき行われ，患者の目標，希望，臨床の状態について最近の情報を把握し，退院後の患者・家族教育，移行期のコーディネーターを行う。
- ②患者の状態に応じて，コアチームの医師・看護師

に加え，専門職種がチーム員となり退院後1カ月を限度に訪問を行い地域医療・ケアチームにバトンタッチする。

- ③在宅医療開始直後の不安定な時期にTCが連携を図り地域医療・ケアチームと共に，在宅訪問を行い在宅療養生活が継続できるように支援する。

#### ○トランジショナル・ケア・プログラムとは

ステージⅠ：対象者をスクリーニング

医師，病棟看護師，退院調整看護師が退院後のリスクを検討する。

ステージⅡ：情報収集

病棟からの依頼を受け，担当看護師は電子カルテや病棟での情報等収集をする。

ステージⅢ：退院後のゴール設定

収集した情報を基に，本人・家族の意向を踏まえ，多職種チームで退院後のゴール設定や目標を決める。本人・家族へのTCの説明および同意取得後，地域医療・チームと退院前カンファレンス等での顔合わせを行う。

ステージⅠからⅢを入院中に行い，ステージⅣから退院してからの活動である。

ステージⅣ：電話訪問

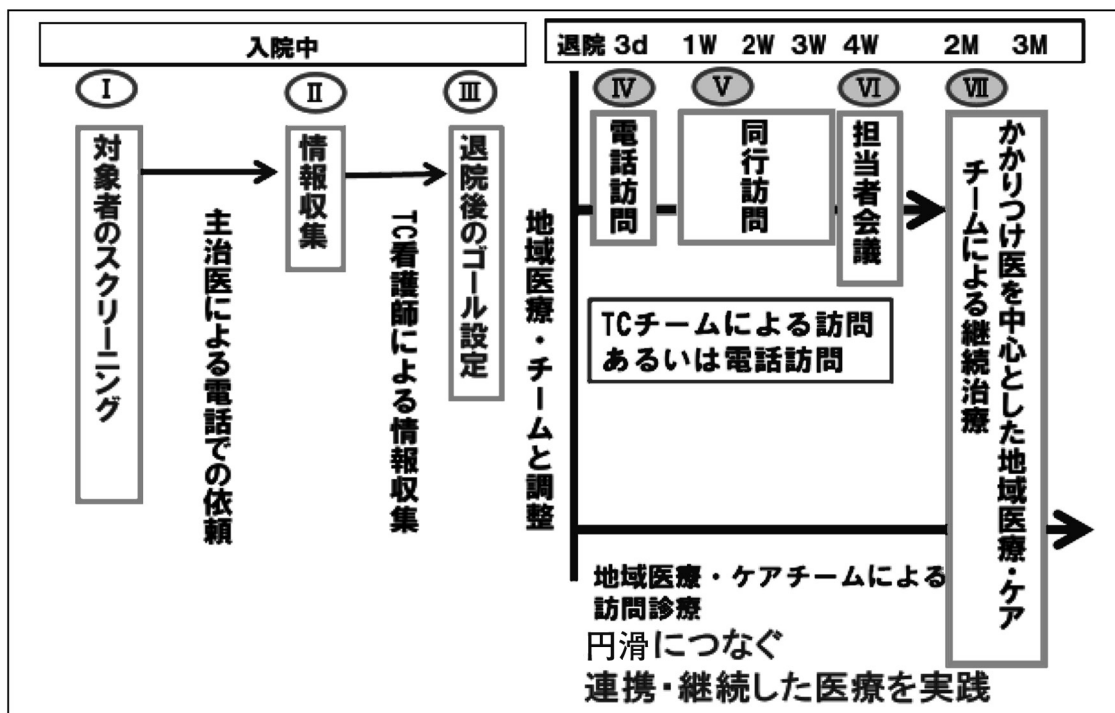


図2 トランジショナル・ケア・プログラム

退院後3日目頃、電話訪問を行い、患者・家族の状況を把握し、日程の確認を行う。

ステージV：同行訪問

1カ月以内に地域医療・ケアチームに移行できるように介護支援専門員や訪問看護師と同行訪問を行い、患者の在宅療養状況の提供・共有を行う。

実際の訪問では、以下のような視点で在宅療養生活が安定するように支援を行う。

退院後の在宅療養生活の安定に関する確認事項は以下のとおりである。

①基本的事項

- (ア) 全身状態が安定しているか
- (イ) 介護する家族が疲弊していないか
- (ウ) 療養環境が整備されているか
- (エ) 在宅医療現場でサービスが安定的に提供されているか

②個別事項

- (オ) 本人の希望と家族の思いに違いはないか
- (カ) 家族関係に問題はないか（虐待事例含む）
- (キ) 医療ケアが家族によって適切に実施されているか
- (ク) 本人・家族の希望と医療機関・ケアマネジャーが提供しているサービス内容にミスマッチがないか
- (ケ) 適切な在宅サービスが導入されているか、そ

の原因は何か

(コ) 医療器具等が適切に利用されているか

ステージVI・VII：担当者会議

サービス担当者会議に参加し、地域医療・ケアチームにつなぎ、在宅訪問は終了する

事例紹介

- ・患者：80歳代前半女性（肺炎・脱水）
- ・入院歴（既往歴）：20XX年9月アルツハイマー型認知症と診断  
徐々に症状が進行。見当識障害、記憶力低下ご家族の顔も認識できない状態で車いすでの移乗が必要となる。  
20XX+8年5月 脳梗塞による左上肢麻痺発症  
20XX+9年10月 けいれんにて抗けいれん薬の内服開始、その後肝障害が出現  
20XX+11年5月22日 肝障害増悪にて内服調整  
20XX+11年8月18日 意識障害・肺炎入院（在院日数28日）  
20XX+12年2月11日 誤嚥性肺炎にて入院（在院日数9日）  
2月19日 退院  
20XX+12年2月20日 誤嚥性肺炎にて再入院（在

院日数8日)

## 1. 現病歴（現入院）

### 1) 入院の経緯

グループホーム（GH）入居中の20XX+12年4月から嚥下状態不良となり、発熱と意識レベル低下にて救急外来を受診。肺炎・脱水を診断され4月29日当センターへ入院となる（入院期間：30日）。

### 2) 入院時の身体状況

- ・高齢者自立度：C2ランク
- ・認知症高齢者自立度：M
- ・左上肢・下肢麻痺 四肢の拘縮あり
- ・移動：リクライニング車いす全面介助
- ・食事状況：全面介助 嚥下調整食Ⅱ
- ・排泄：おむつ交換全面介助
- ・更衣：全面介助
- ・意思の伝達：できない

### 3) 治療と経過

補液と抗生物質の治療により、脱水や肺炎は改善されたが、食事が開始されると病状が悪化（肺炎の再発）した。嚥下機能評価の結果を受け、食事摂取時のベッドのギャッジアップ角度調整、さらにポジショニング調整を行った。また、嚥下調整食への食事形態の変更と食事介助時のスプーンの変更を行った。

### 4) TC看護師による支援

誤嚥性肺炎の予防として食事前後の口腔内のケアと吸引を退院後も継続する必要があった。そこで、TC看護師は病棟看護師と一緒に介護支援専門員、訪問看護師、退院後入所予定のGH職員、家族に退院に向けて「誤嚥性肺炎を繰り返さない」という方針とともに、上記内容について情報共有を行った上で、摂食嚥下ケアについて指導を行った。

## 2. 在宅訪問対応

退院後週1回、計4回の在宅訪問を実施した。

### 訪問1回目（退院後3日目）

TC看護師は、院内の多職種（主治医、病棟看護師、言語聴覚士）と連携を図り、それらの職種とともに入所中のGHに同行訪問をした。チームで居住環境の把握と体調観察、食事摂取状況を確認し、入院中の看護ケアや摂食嚥下ケアの指導内容の情報を提供した。その後、GHの介護職員に対し症状観察のポイント、吸引器の取り扱い方、吸引方法・口腔ケア、および、食事形態ならびに食事介助方法について指

導をした。

また、調理師にも患者の嚥下状況に合致した食事形態の指導を行った。

### 訪問2回目（退院後9日目）

医師間の病診連携を図る目的で、共同診療の調整をTC看護師が行った。共同診療では、治療方針の確認と「治療が必要なときは入院を希望したい」という家族の思いを確認し、地域医療・ケアチームと情報共有した。共同診療の結果、認知症が高度となりADLも低下し、人生の最終段階にあること、GHでの看取りも視野に入れる必要があると判断した。そのため、訪問看護の導入と医師による訪問診療について、TC看護師が中心となり地域医療・ケアチームとの調整を図った。

また、GH職員に対しては誤嚥性肺炎を予防する観点から介護指導を継続した。さらに、「最期の場はグループホーム」という希望を持つ家族に対しては、医療管理を強化するために訪問看護や訪問診療が必要であることをGH職員とともに説明した。

### 訪問3回目（退院後16日目）

TC看護師が、訪問看護師と同行訪問した。訪問看護師から患者が肺炎や脱水を繰り返しており、GH職員がTC看護師からの指導を希望していることについて報告があった。

そこで、TC看護師はGH職員が、より早期の異常の発見ができるよう症状観察のポイントや状態変化時の対応について指導を行った。

### 訪問4回目(退院後23日目)

訪問看護師から、TC看護師に昨日より発熱があり、在宅医よりGHで点滴と抗生物質の治療を受けているとの報告があった。TC看護師の訪問時には、体温上昇はなく、状態は落ち着いていたため、経過観察することにした。誤嚥性肺炎の再発の懸念から再度GH職員に症状観察と食事介助時のポジショニング、食事介助および吸引方法についてスタッフの手技を確認しながら助言をした。

また、週1回定期的に訪問診療・訪問看護が実施されており、急変時の対応についても検討されていた。適切な在宅サービスが行われていることを確認できたため、TC看護師による訪問は終了とした。

### 3. TC介入の結果

TCの関わりにより、退院患者の在宅療養移行期の集中支援として、1カ月間に院内の多職種によるチーム編成および院内外における病診連携ならびに看看連携を実現し、さらに定期的な訪問による全身状態の観察、状態変化時の対応および適切なケアを継続することができた。

その結果、誤嚥性肺炎により入退院を繰り返してきた、GH入居中のアルツハイマー型認知症の患者が、退院後に短期間で再入院をすることなく在宅療養生活を継続できた。

---

### 考 察

---

本事例では、TC看護師がチームの中心となり在宅療養へ移行する際の課題を抽出し、医師・看護師と情報共有を行い、「誤嚥性肺炎を繰り返さない」という方針を立案した。誤嚥性肺炎の再発予防として、「食事前後の口腔ケアと吸引の実施」を定着させ、退院後もケアの継続を可能にした。加えて、訪問診療医、訪問看護師、GH職員等の地域ケアチームと退院後のケアの実施状況・健康状態の確認・支援を継続したことで、患者・家族の不安軽減につながり、適切な介護の実施を実現できたと考える。

TC看護師と地域ケアチームの認識がずれることなく連携し、最期をどこで迎えるのか、どのような支援を受けたいか、退院してから時間をかけて患者・家族の思いを確認し、意思決定を支援できたことは高く評価できる。また、TC看護師は、在宅療養の目標を明確にして移行期支援の起点となり、療養環境を整えるなどコーディネーターとして再入院予防に重要な役割を果たした。

また、TC看護師による退院支援・指導の有効性など、退院後の情報をフィードバックすることにより、病棟看護師のスキルアップも期待できると考える。

---

### おわりに

---

欧米のTCの先行研究では、再入院と緊急受診の減少、健康関連QOLの向上、患者のケアに対する満足度の向上、医療費の削減等が報告されている。

TCでは、退院後も地域医療チームと連携をはかり、統一した内容の指導を行うことで、トラブルへの対処、安心したサービスの提供ができると考える。

今後は、「医療処置の多い患者の在宅支援」「悪性疾患への在宅医の対応拡大」「在宅看取りの推進」などの課題に対して、順次取り組みを進めていきたい。そして今後も、退院直後の移行期に必要となる治療と予防的ケアを包括的に行い、患者のQOLを高める支援を継続的に行い、安心した在宅生活を提供したいと考える。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム「地域の在宅医療を支える国立病院の役割—トランジショナル・ケアを中心に—」において「看護師を中心としたトランジショナル・ケアの活動」として発表した内容に加筆したものである。〉

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

---

### 【文献】

- 1) Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003; 51: 556-7.
- 2) 千田一嘉. 欧米におけるトランジショナル・ケアの現状. In: 和田忠志編. 在宅復帰支援思いのほか自宅に帰れます. 東京: 南山堂; 2018: 203-9.