

## 移行要素一覧 – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 は、成人としてのケアへ移行する青年期患者/若年成人患者を支援する目的で、小児科、家庭医療、内科-小児科、そして内科の診療での活用を目指しています。主要 6 要素は、AAP/AAFP/ACP の「移行における臨床報告」と足並みをそろえています。<sup>i</sup> 臨床ツールサンプルと測定リソースは、こちらのサイトで閲覧可能です。[www.GotTransition.org](http://www.GotTransition.org) 移行の質を向上させるためにご利用ください。

<b>青年期患者の成人医療提供者への移行</b> (小児科、家庭医療、内科-小児科 関係者)	<b>医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行</b> (家庭医療、内科-小児科 関係者)	<b>若年成人患者の成人診療科への受け入れ</b> (内科、家庭医療、内科-小児科 関係者)
<b>1. 移行ポリシー</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 移行に向けた診療科の取り組み（プライバシーおよび本人に同意してもらうための情報提供を含む）を記載した移行ポリシー/文書を、青年期患者とその家族の考えを入れて作成する。</li> <li>● 移行に向けた診療科の取り組み、移行ポリシー/文書、主要 6 要素、そしてそれぞれの役割、すなわち青年期患者、家族、小児科と成人医療チームの移行プロセスにおける異なる役割について、スタッフ全員に教育を行う。</li> <li>● ポリシーを公表し、青年期患者や家族と共有/議論する。開始年齢は 12 歳から 14 歳とし、ケアの一環として定期的に見直しをする。</li> </ul>	<b>1. 移行ポリシー</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 18 歳で成人としてのケアに移行する為の、診療科の取り組み（プライバシーおよび本人に同意してもらうための情報提供を含む）を記載した移行ポリシー/文書を、青年期患者/若年成人患者とその家族の考えを入れて作成する。</li> <li>● 移行に向けた診療科の取り組み、移行ポリシー/文書、主要 6 要素、そしてそれぞれの役割、すなわち青年期患者、家族、成人医療チームの移行プロセスにおける異なる役割について、スタッフ全員に教育を行う。</li> <li>● ポリシーを公表し、青年期患者や家族と共有/議論する。開始年齢は 12 歳から 14 歳とし、ケアの一環として定期的に見直しをする。</li> </ul>	<b>1. 若年成人患者の移行およびケアのポリシー</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新患を受け入れ、ケアのパートナーとなる為の診療科の取り組み（プライバシーおよび本人に同意してもらうための情報提供を含む）を記載した移行ポリシー/文書を、若年成人患者の考えを入れて作成する。</li> <li>● 移行に向けた診療科の取り組み、移行ポリシー/文書、主要 6 要素、そしてそれぞれの役割、すなわち若年成人患者、家族、小児/成人医療チームの移行プロセスにおける異なる役割について、スタッフ全員に教育を行う。</li> <li>● ポリシーを公表し、初診時に若年成人患者と共有し、ケアの一環として定期的に見直しをする。</li> </ul>
<b>2. 移行のフォローとモニタリング</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 移行中の青年期患者を確認するための基準とプロセスを確立し、その移行患者のデータを移行レジストリ（移行データベース）に入力する。</li> <li>● 主要 6 要素を用いた青年期患者の移行の進み具合をフォローするために、移行準備進捗チェックシートまたは移行レジストリを活用する。</li> <li>● 主要 6 要素を診療に取り入れる。可能であれば EHR（米国生涯健康医療電子記録）を利用する。</li> </ul>	<b>2. 移行のフォローとモニタリング</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 移行中の青年期患者/若年成人患者を確認するための基準とプロセスを確立し、その移行患者のデータを移行レジストリ（移行データベース）に入力する。</li> <li>● 主要 6 要素を用いた青年期患者/若年成人患者の移行の進み具合をフォローするために、移行準備進捗チェックシートまたは移行レジストリを活用する。</li> <li>● 主要 6 要素を診療に取り入れる。可能であれば EHR（米国生涯健康医療電子記録）を利用する。</li> </ul>	<b>2. 若年成人患者のフォローとモニタリング</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 26 歳までの移行中の若年成人患者を確認するための基準とプロセスを確立し、その移行患者のデータを移行レジストリ（移行データベース）に入力する。</li> <li>● 若年成人患者が主要 6 要素を完了しているかをフォローするために、移行準備進捗チェックシートまたは移行レジストリを活用する。</li> <li>● 主要 6 要素を診療に取り入れる。可能であれば EHR（米国生涯健康医療電子記録）を利用する。</li> </ul>
<b>3. 移行の準備</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● セルフケアの必要性や目標を、青年期患者および親/保護者と確認し、議論するために、14 歳から定期的にセルフケア評価[移行準備状況評価]を実施する。</li> <li>● 青年期患者や親/保護者と一緒に、目標およびそのために優先すべき行動を決定し、定期的にケアプランを文書化する。</li> </ul>	<b>3. 移行の準備</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● セルフケアの必要性や目標を、青年期患者および親/保護者と確認、議論するために、14 歳から定期的にセルフケア評価[移行準備状況評価]を実施する。</li> <li>● 青年期患者や親/保護者と一緒に目標およびそのために優先すべき行動を決定し、定期的にケアプランを文書化する。</li> </ul>	<b>3 移行の準備/成人診療科への方向付け</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 同一専門分野の診療科で若年成人患者の診療に関心のある成人医療提供者を選定し、リストを作成する。</li> <li>● 若年成人患者を受け入れ、診療科に適応させるプロセスを確立する。（利用可能な支援の説明を含む）。</li> <li>● 診療科に関する情報を青年期患者に馴染み深いオンラインや書面で提供する。また、可能であれば、顔合わせのために外来訪問の予約をするよう提案する。</li> </ul>

注釈 i) American Academy of Pediatrics (AAP、米国小児学会), American Academy of Family Physicians (AAFP、米国家庭医学会), and American College of Physicians (ACP、米国内科医師会)。Transitions Clinical Report Authoring Group. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. Pediatrics. 2011; 128;

<b>青年期患者の成人医療提供者への移行</b> (小児科、家庭医療、内科-小児科 関係者)	<b>医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行</b> (家庭医療、内科-小児科 関係者)	<b>若年成人患者の成人診療科への受け入れ</b> (内科、家庭医療、内科-小児科 関係者)
<b>4. 移行の計画</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアプランを作成し、定期的に更新する。ケアプランには、最新のセルフケア評価[移行準備状況評価]の結果、目標およびそのために優先すべき行動、医療サマリー、緊急時のケアプランを含む。必要であれば、病状説明文書と法的文書も含む。</li> <li>● 患者および親/保護者に、18歳で成人としてのケアへ移行するための準備をさせる。この準備には、意思決定やプライバシーとコンセントにおける法的主体の変更や、セルフアドボカシー、情報へのアクセスについての対応を含む。</li> <li>● 知的な問題を抱える青年期患者の意思決定支援の必要度を判定し、然るべき法的支援につなぐ。</li> <li>● 転院(転科)の最適な時期について、青年期患者/親/保護者と共に計画を作成する。プライマリーケアと専門診療の両方が必要な場合は、それぞれについて最適な時期を話し合う。</li> <li>● 青年期患者/代諾者から、医療情報提供のための同意を得る。</li> <li>● 青年期患者が成人医療提供者を選定する手助けをし、移行が完了していないケアについて成人医療提供者と連絡を取り合う。</li> <li>● 健康保険等の情報、セルフケア管理情報、適切な社会資源へ繋がるよう支援する。</li> </ul>	<b>4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアプランを作成し、定期的に更新する。ケアプランには、最新のセルフケア評価[移行準備状況評価]の結果、目標およびそのために優先すべき行動、医療サマリー、緊急時のケアプランを含む。必要であれば法的文書も含む。</li> <li>● 患者および親/保護者に、18歳で成人としてのケアへ移行するための準備をさせる。この準備には、意思決定やプライバシーとコンセントにおける法的主体の変更や、セルフアドボカシー、情報へのアクセスについての対応を含む。</li> <li>● 知的な問題を抱える青年期患者の意思決定支援の必要度を判定し、然るべき法的支援につなぐ。</li> <li>● 小児ケアから成人に特化したケアへの移行(transfer)の最適な時期について、青年期患者/親/保護者と共に計画を作成する。</li> <li>● 青年期患者/代諾者から、医療情報提供のための同意を得る。</li> <li>● 健康保険等の情報、セルフケア管理情報、適切な社会資源へ繋がるよう支援する。</li> </ul>	<b>4. 成人診療科への移行の計画/受け入れ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 若年成人患者の小児医療提供者と連絡を取り合い、必要があればコンサルテーションを受けられるように調整する。</li> <li>● 初診の前に、確実に転院(転科)のための資料を受け取る。資料には、最新のセルフケア評価[移行準備状況評価]、移行の目標と未だ達成できていない事項を盛り込んだケアプラン、医療サマリーおよび緊急時のケアプラン、さらに必要であれば法的文書、病状説明文書、追加の医療者情報(医療サマリー中に記載欄あり)を含む。</li> <li>● 新患の受け入れにあたり、顔合わせのための外来訪問予約について確認の電話を入れ、患者独自の要望や意向を明確にする。</li> <li>● 健康保険等の情報、セルフケア管理情報、適切な社会資源へ繋がるよう支援する。</li> </ul>
<b>5. 成人医療への転院(転科)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 成人診療科の最初の診療予約日を確認する。</li> <li>● 若年成人患者の転院(転科)は、状態が安定している時に行う。</li> <li>● 転院(転科)のための資料をそろえる。資料は、最新のセルフケア評価 [移行準備状況評価]、移行の目標と未だ達成できていない事項を盛り込んだケアプラン、医療サマリーおよび緊急時のケアプラン、さらに必要であれば法的文書、病状説明文書、追加の医療者情報(医療サマリー中に記載欄あり)を含む。</li> <li>● 転院(転科)のための資料を添付した診療情報提供書を準備し、成人診療科へ送付し、成人診療科が資料を受け取ったことを確認する。</li> <li>● 成人診療科における初診が完了するまでは、小児医療提供者側にも責任があることを、成人医療提供者と確認する。</li> </ul>	<b>5. 成人としてのケアへの移行(transfer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 若年成人患者が成人としてのケアへの移行(transfer)に関して抱えている、すべての懸念に対処する。ヘルス・リテラシー・ニーズに対応しながら、意思決定の共有、プライバシーとコンセント、情報へのアクセス、ケアのアドヒアランス、望ましいコミュニケーション方法等、成人としてのケアを明確にする。</li> <li>● セルフケア評価[移行準備状況評価]で未完了の事項がある場合は評価を行い、必要なセルフケア技術について話し合う。</li> <li>● ケアプランの一環として、若年成人患者の健康管理における優先事項について見直す。</li> <li>● 患者携帯用医療サマリーおよび緊急時のケアプランの更新・共有を継続する。</li> </ul>	<b>5. 成人医療への転院(転科)/初診</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 適切な医療チームのスタッフと転院(転科)のための資料を見直し、初診に備える。</li> <li>● 若年成人患者が成人医療への転院(転科)に関して抱えている全ての懸念に対処する。ヘルス・リテラシー・ニーズに対応しながら、意思決定の共有、プライバシーとコンセント、情報へのアクセス、ケアのアドヒアランス、望ましいコミュニケーション方法等、成人としてのケアを明確にする。</li> <li>● セルフケア評価[移行準備状況評価]で未完了の事項がある場合は評価を行い、若年成人患者のニーズやセルフケア技術の目標について話し合う。</li> <li>● ケアプランの一環として、若年成人患者の健康管理における優先事項について見直す。</li> <li>● 患者携帯用医療サマリーおよび緊急時のケアプランを更新・共有する。</li> </ul>
<b>6. 転院(転科)の完了</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 最後の小児科診察の3~6ヶ月後に若年成人患者、親/保護者に連絡を取り、成人診療科へ責任が移譲したことを確認し、移行プロセスを体験したフィードバックを得る。</li> <li>● 成人医療提供者と連絡を取り、転院(転科)の完了を確認し、必要に応じてコンサルテーションを提供する。</li> <li>● 成人向けプライマリーケア医、専門医と、継続的かつ協力的なパートナーシップを構築する。</li> </ul>	<b>6. 成人としてのケアへの移行(transfer)完了/ケアの継続</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要に応じて、若年成人患者が専門医や他の支援サービスへ繋がるよう支援する。</li> <li>● 進行中のケア管理を、個々の若年成人患者に合わせて継続する。</li> <li>● 成人としてのケアにおける体験を評価するため、若年成人患者からフィードバックを得る。</li> <li>● 専門医と、継続的かつ協力的なパートナーシップを構築する。</li> </ul>	<b>6. 転院(転科)の完了/ケアの継続</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 成人診療科に転院(転科)したことを小児科に連絡し、必要に応じて小児医療提供者側にコンサルテーションを申し入れる。</li> <li>● 必要に応じて、若年成人患者が専門医や他の支援サービスへ繋がるよう支援する。</li> <li>● 進行中のケア管理を個々の若年成人患者に合わせて継続する。</li> <li>● 成人としてのケアにおける体験を評価するため、若年成人患者からフィードバックを得る。</li> <li>● 小児のプライマリーケア医、専門医と、継続的かつ協力的なパートナーシップを構築する。</li> </ul>