

移行期医療に関する主要 6 要素 2.0

医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行

家庭医療、内科-小児科 関係者の活用に向けて

2019.5 事務局試訳版

目次

はじめに.....	1
移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 : 要素一覧.....	2
移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 : 医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行.....	4
主要 6 要素の紹介	5
主要要素 サンプル	
1) 移行ポリシー	
● 移行ポリシー サンプル	6
2) 移行のフォローとモニタリング	
● 移行準備進捗チェックシート サンプル	7
● 移行レジストリ(移行データベース) サンプル	8
3) 移行の準備 (レディネス)	
● セルフケア評価[移行準備状況評価] 青年期患者/若年成人向け サンプル.....	9
● セルフケア評価[移行準備状況評価] 両親/保護者向け サンプル	10
4) 成人としてのケアへの移行の計画/一本化	
● ケアプラン サンプル.....	11
● 医療サマリーおよび緊急時のケアプラン サンプル.....	12
5) 成人としてのケアへの移行	
6) 成人としてのケアへの移行完了/ケアの継続	
● 移行期医療に関するフォローアップ調査 青年期患者/若年成人向け サンプル	15
● 移行期医療に関するフォローアップ調査 両親/保護者向け サンプル.....	16
評価測定方法	
● 移行期医療支援の現状評価	17
● 移行期医療支援進捗評価ツール	20

本パッケージは Got Transition/Center の医療移行改善プロジェクトチーム (Margaret McManus, Patience White, and Megan Prior) が内閣エグゼクティブ・チーム (Jeanne McAllister, Carl Cooley, Eileen Forlenza, Laura Pickler, Mallory Cyr, Nienke Dosa, Teresa Nguyen, Tawara Goode, and Wendy Jones) と連邦母子衛生局プロジェクト・オフィサー (Marie Mann) の協力を得て立案しました。The National Alliance to Advance Adolescent Health の Corinne Dreskin、Daniel Beck 両氏には特に感謝の意を表します。このプロジェクトは、母子衛生局、保険資源サービス局の共同契約を通じて資金をご提供いただいております。(U39MC25729)

はじめに – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

私ども Got Transition は、「移行期医療に関する主要 6 要素」の最新版を皆様と共有できることを、大変嬉しく思います。家庭医療、内科-小児科関係者にご利用いただき、小児ケアから成人としてのケアに移行するすべての青年期患者のためにお役立ていただければと思います。主要 6 要素は、移行期医療における AAP/AAFP/ACP の「移行における臨床報告¹と足並みをそろえて作成されています。移行期医療は、セルフケア技術の獲得と意思決定への積極的な関わりを育むために青年期患者と共同参画することで成り立っています。

「移行期医療に関する主要 6 要素 2.0」は、移行期医療支援について、基本的な要素を明確にしています。この資料内のサンプルは、成人としてのケアに移行する青年期患者にご活用頂けるものとなっております。初版の「移行期医療に関する主要 6 要素」は 2009 年に開発されましたが、最新改訂版では、いくつかの州で近年行われた移行期医療の共同研究の成果⁵ 米国や諸外国での移行期医療の研究、そして 50 人以上の小児期ならびに成人期医療の専門家、移行期医療に深く関わった青年期患者と家族のレビューを取り入れています。

私どもは、家庭医療・内科-小児科関係者には、移行プロセスにおいて 3 つの異なる役割があると認識しています。

1. 青年期患者/若年成人患者が診療科に残って成人としてのケアに移行する場合には、発達に則した適切なケアを提供する。
2. 移行中の青年期患者/若年成人患者が引越すまたは遠方へ進学する場合には、患者を異なる成人診療科に転院(転科)させる。そして
3. 他の診療科から転院(転科)してきた新たな若年成人患者を診療科に受け入れ、適応させる。

本資料は、上記のうち 1 番のみ--すなわち、幼少期から成人期まで同じ診療科内にとどまり、成人としてのケアに向けての準備について移行期支援(例えばセルフケア管理やプライバシーとコンセントについての理解など)が必要な青年期患者/若年成人患者向けのものとなっております。他に(上記 2 の様に)異なる成人診療科へ転院(転科)をする青年期患者/若年成人患者や、(上記 3 の様に)³他の診療科から転院(転科)してきた新しい若年成人患者についても、ご利用いただける該当資料がございます。

青年期患者とその家族の多様性を理解し、それに対応することは、移行のプロセスにおいて不可欠です。こうした多様性は、文化、人種、民族性、言語、知的能力、性別、性的志向、年齢などの違いによる面を含みますが、その限りではありません。「主要 6 要素」の実施は患者と医療者間のコミュニケーションに依るところが大きいため、健康管理計画と診療には、必要に応じ、通訳・翻訳サービスやヘルスリテラシー・サポート等、口頭または記述による適切なコミュニケーションを利用する事が必要です。² さらに、移行の質を向上させるプロセスの確立と評価においては、様々な文化的背景を持つ青年期患者、若年成人患者や両親/保護者が関わる事が重要です。³

主要 6 要素を実施するには、質を向上させるための取り組みが推奨されます。Plan (計画) -Do (実行) -Study (評価) -Act (改善) サイクル (PDSA サイクル) は、青年期患者/若年成人患者が、ケアの基準となる部分として主要 6 要素を徐々に取り入れるのに有用な手段です。⁶ そのプロセスはまず、医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務スタッフなどの医療関係者と青年期患者/若年成人患者とその家族から構成される医療チームを結成することから始まります。また、診療科や企画部および大学学部による指導的な支援も重要です。移行に必要とされる、小児科ならびに成人診療科における医療提供体制の変更を試験的に実施するため、多くの場合、診療科は移行を青年期患者の小集団から始めます。プライマリ診療にも専門診療にもカスタマイズできるサンプルは本資料や、当センターのホームページよりご利用いただけます。
[www. GotTransition.org](http://www.GotTransition.org).

Got Transition は、「移行期医療に関する主要 6 要素 2.0」が臨床プロセスに取り入れられている程度を評価するため、以下のとおり、2 つの異なる測定方法を開発しました。いずれも AAP/AAFP/ACP の移行ならびに主要 6 要素における臨床報告と足並みをそろえています。

- 1) 移行期医療支援の現状評価** 小児ケアから成人としてのケアへ移行中の青年期患者・若年成人患者に提供できる現時点での移行期医療支援のレベルを、個々の医療者、診療科、医療チームが測定する為の、質的な自己評価方法です。診療科における主要 6 要素の実施がどのくらい進んでいるか、最新の現況を可視化するのが目的です。
- 2) 移行期医療支援進捗評価ツール** 診療科や医療チームが、主要 6 要素の実施における進捗、そして最終的には 12 歳~26 歳のすべての青年期/若年成人期患者への普及の程度を評価することができる、文書を用いた量的な採点法です。移行計画開始時に現状を把握する為に行われ、その後進捗評価の為に定期的に用いられます。

Got Transition は、最新の「移行期医療に関する主要 6 要素 2.0」に関する、皆様からのコメントやフィードバックを歓迎いたします。
info@GotTransition.org までお寄せください。青年期患者・若年成人患者の小児ケアから成人としてのケアへの移行に関する成果にご関心をお寄せいただき、誠に有難うございます。

注釈

1. 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. Transitions Clinical Report Authoring Group. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. 移行のクリニカルレポート。Pediatrics. 2011; 128; 182
2. White, PH, McManus MA, McAlister JW, Cooley WC. Pediatric Annals. 2012; 41; 5.
3. こちらから、3 種類の資料すべてにアクセス、閲覧可能です。www.GotTransition.org.
4. <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/resources/specialtopics/lep/index.html> または <http://www.health.gov/communication/literacy/> で、さらなる情報をご覧ください。
5. www.thinkculturalhealth.hhs.gov で、さらなる情報をご覧ください。
6. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Quality and Safety 2013;0;1.

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。ⁱ 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 移行の質を向上させるためにご活用ください。

青年期患者の成人医療提供者への移行 (小児科、家庭医療、内科-小児科 関係者)	医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行 (家庭医療、内科-小児科 関係者)	若年成人患者の成人診療科への受け入れ (内科、家庭医療、内科-小児科 関係者)
1. 移行ポリシー <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 	1. 移行ポリシー <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 	1. 若年成人患者の移行およびケアのポリシー <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。
2. 移行のフォローとモニタリング <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 	2. 移行のフォローとモニタリング <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 	2. 若年成人患者のフォローとモニタリング <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。
3. 移行の準備 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 	3. 移行の準備 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 	3 移行の準備/成人診療科への方向付け <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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）。 ● 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。

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;

青年期患者の成人医療提供者への移行 (小児科、家庭医療、内科-小児科 関係者)	医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行 (家庭医療、内科-小児科 関係者)	若年成人患者の成人診療科への受け入れ (内科、家庭医療、内科-小児科 関係者)
4. 移行の計画 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 	4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 	4. 成人診療科への移行の計画/受け入れ <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。
5. 成人医療への転院(転科) <ul style="list-style-type: none"> ● 成人診療科の最初の診療予約日を確認する。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 	5. 成人としてのケアへの移行(transfer) <ul style="list-style-type: none"> ● 若年成人患者が成人としてのケアへの移行(transfer)に関して抱いている、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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 	5. 成人医療への転院(転科) / 初診 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 若年成人患者が成人医療への転院(転科)に関して抱い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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。
6. 転院(転科)の完了 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 	6. 成人としてのケアへの移行(transfer)完了/ケアの継続 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 	6. 転院(転科)の完了/ケアの継続 <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。 ● 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。

医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行

– 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

1. 移行ポリシー

- 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。
- 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。
- 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。

2. 移行のフォローとモニタリング

- 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。
- 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。
- 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。

3. 移行の準備

- 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。
- 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。

4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化

- 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]、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。
- 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 Consent 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。
- 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合いを判定し、然るべき法的支援へつなぐ。
- 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。
- 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。
- 健康保険等の情報、セルフケア管理情報、適切な地域支援へ繋がるよう支援する。

5. 成人としてのケアへの移行(transfer)

- 若年成人患者が成人としてのケアへの移行(transferring)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 Consent、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について等、成人としてのケアを明確にする。
- 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完了させ、必要なセルフケア技術について話し合う。
- 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。
- 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。

6. 成人としてのケアへの移行(transfer)完了/ケアの継続

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

主要 6 要素 各要素の紹介 – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

1. 移行ポリシー

診療科の移行ポリシーを文書で作成することは、移行期医療の質に関する提言の最初の要素です。青年期患者/若年成人患者やその家族の考えを取り入れ、あなたの診療科や医療制度によって作成された文書は、診療科のスタッフ間の見解一致、関連する移行プロセスへの共通した理解、評価方法の構築に役立ちます。この文書には、青年期患者の自立する力やセルフケア技術を向上させるために、診療科が青年期患者と共同して行う取り組みを盛り込まなければなりません。また、成人期(米国では 18 歳)に生じるプライバシーとコンセントにおける法的主体の変更についても説明しなければなりません。ポリシーは、患者が 12 歳から 14 歳までの間に青年期患者・家族と共有しはじめ、公表されなければなりません。

2. 移行のフォローとモニタリング

主要 6 要素の実施について、個々の青年期患者/若年成人患者の進捗をフォローする仕組みを確立することは、移行期医療の質に関する提言の第 2 の要素です。診療録内の移行準備進捗チェックシートまたは EHR (米国生涯健康医療電子記録) は、主要 6 要素を実施している患者個人の進捗をフォローするために利用できます。また、移行準備進捗チェックシートの情報は、移行レジストリ (移行データベース) [参考資料 3] に追加することで、集団内での移行状況の把握にも役立ちます。診療科では、慢性疾患を持つ青年期患者/若年成人患者を一つの集団として、移行の進捗をモニタリングすることから始めるのが良いでしょう。長期目標は、慢性疾患の有無に関わらず、12 歳以上の全ての患者について移行の進捗状況をフォローすることです。

3. 移行の準備 (レディネス)

青年期患者の成人としてのケアへの移行準備状況を評価することが、移行期医療の質に関する提言の第 3 の要素です。標準化された移行準備状況/セルフケア評価ツールを用いることは、青年期患者や家族が健康管理上の優先事項を設定し、18 歳で (米国の場合) 成人としてのケアへ移行するために準備すべきセルフケア・ニーズに取り組み、健康保険を含めた成人の医療制度へ繋ぐ手助けとなります。医療提供者は、青年期患者・家族と共にケアプランを作成する際に、その評価の結果を利用することができます。移行準備状況/セルフケア評価は 14 歳から開始し、必要に応じて青年期・若年成人期を通して継続しなければなりません。

4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化

青年期患者・家族と協力的かつ継続的に移行計画を立てることが、移行期医療の質に関する提言の第 4 の要素です。これにはいくつかの事項が含まれます。まず始めに、移行中の青年期患者の優先事項と、自身の身体のことや健康管理についてどのように学べばその優先事項をサポートできるかを明確にしたケアプランを作成し、定期的に更新することが重要です。これに加え、青年期患者の更なる自立に向け、医療サマリーおよび緊急時のケアプランを作成・共有したり、地域支援への繋がりを築くことも重要です。16 歳頃からは、成人時 (米国では 18 歳) に意思決定における法的主体変更があることに対しても、医療提供者が青年期患者と家族の準備をサポートする必要があります。意思決定支援については、然るべき法的支援につなぐ必要がある患者・家族もいますし、そうでなくとも両親/保護者の関わりについては患者の同意を得る必要が出てきます。最後に、移行計画には青年期患者に専門医の紹介 (transferring) に関する意向について尋ねる項目を盛り込み、そのプロセスを支援する必要があります。

5. 成人としてのケアへの移行 (transfer)

18 歳で成人ケアモデルへ移行することが、移行期医療の質に関する提言の第 5 の要素です。医療提供者は若年成人患者と協力しながら、信頼のおける支援を提供し、患者のセルフケア技術を評価し、より高め、ケアプランを作成し、医療サマリーおよび緊急時のケアプランを更新、共有することを継続しなければなりません。

6. 成人としてのケアへの移行 (transfer) 完了/ケアの継続

必要に応じて、専門医の紹介 (transferring) を調整し、移行期医療支援を受けた若年成人患者の体験を評価することが、移行期医療の質に関する提言の最後の要素です。移行プロセスが上手く機能しているかどうかや、若年成人患者のケアにおける体験を評価するために、フィードバックを得て取り入れる仕組みがあることで、診療科における成人としてのケアへの移行に対する取り組みは向上していきます。

移行ポリシー サンプル – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

【診療科名】は、当科を引き続き受診される小児科の患者さまが、18歳で成人ケアモデルに移行する準備を円滑に進められるよう支援することをお約束いたします。14歳頃より、質問に答えたり、健康管理上の目標を設定する等、より自立してご自身の健康管理に携わる支援をするため、私どもは患者さまの診察を、ご両親のご同席なしで進めていくことになります。青年期患者の皆さまは、(米国では)法律上、18歳で成人になります。患者さまの多くは、健康管理に関する決定を行う際、これまでと変わらずご家族の意見を取り入れたいと考えていらっしゃると思います。しかしながら、私どもは患者さまご自身のご同意なしに親御さんに個人の健康情報をお渡ししたり、ケアに関して話し合ったりすることができなくなります。患者さま以外の方が健康管理上の決定に関われるようにするためには、当機関でご用意した署名入りの同意書にご記入いただく必要があります。もし患者さまが意思決定が難しい病状でいらっしゃる場合には、意思決定支援として、ご家族にふさわしい選択肢をお考え頂くことをお勧めいたします。患者さまの健康こそが、私どもにとっても重要なことです。ご質問やご不安な点がございましたら、いつでもご遠慮なくご相談下さい。

移行準備進捗チェックシート サンプル – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

患者名： _____

生年月日： _____

主病名： _____

移行ポリシー

- 移行における診療科のポリシーを青年期患者や親、保護者と話し合った/共有した _____
年月日

セルフケア評価[移行準備状況評価]

- セルフケア評価[移行準備状況評価]を実施した _____
年月日 年月日 年月日
- ケアプランに、移行の目標およびそのために優先すべき行動を盛り込んだ
_____ _____ _____
年月日 年月日 年月日

医療サマリーおよび緊急時のケアプラン

- 医療サマリーおよび緊急時のケアプランを更新し、共有した _____
年月日 年月日 年月日

成人ケアモデル

- 成人としてのケアにおける意思決定主体の変更、プライバシーとコンセントについて、青年期患者、親/保護者と話し合った
(必要があれば、意思決定支援の計画を話し合った) _____
年月日

専門医への紹介(transfer)

- 必要であれば、専門医への紹介(transfer)を取りまとめた _____
年月日

移行レジストリ（移行データベース） サンプル – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

移行データベース 2014/1/22						
生年月日	年齢	氏名	主病名	前回診療年月日	次回診療予定 (日付または空欄)	移行ポリシーを青年期患者/家族と共有した (「はい」または空欄)
	18歳以上は赤				網かけ：未定の場合	網かけ：12歳までに共有していない場合
1995/3/4	18Y	Mary Smith	てんかん	2013/8/13	2013/10/30	はい
1996/9/2	17Y	Billy Jones	喘息	2013/6/23	2013/12/22	はい
1997/12/25	16Y	Susan Cue	先天性心臓病	2013/7/6	2013/8/6	はい
1993/1/17	21Y	Terrence Train	若年性関節リウマチ	2013/8/16	2013/11/20	はい
2002/6/17	11Y	Devin Carn	ぜんそく	2013/6/19	2013/12/21	
1996/4/18	17Y	David Crockett	良好	2012/12/22		はい
1998/4/2	15Y	Tom Sawyer	ADHD	2013/6/19	2013/12/19	
1990/1/3	24Y	Jen Lawrence	脳性麻痺	2013/9/14	2013/10/21	はい
1999/2/14	14Y	Sasha Jones	良好	2012/4/16		
1994/2/3	19Y	Enrique Montoya	うつ病	2013/5/13		はい

移行データベース 2014/1/22				
氏名	セルフケア評価[移行準備状況評価]を行った (日付または空欄)	ケアプランを更新し、 青年期患者/家族と共有した (日付または空欄)	医療サマリーおよび緊急時のケアプランを更新し、 青年期患者 / 家族と共有した (日付または空欄)	若年成人患者から成人としての ケアへの移行についてフィードバックを得た (「はい」または空欄)
	網かけ：14歳までに行っていない場合	網かけ：14歳までに行っていない場合	網かけ：14歳までに行っていない場合	網かけ：22歳までに行っていない場合
Mary Smith	2013/8/13	2013/8/13	2013/8/13	
Billy Jones	2013/6/23	2013/6/23	2013/6/23	
Susan Cue	2013/7/6	2013/7/6	2013/7/6	
Terrence Train	2013/8/16	2013/8/16	2013/8/16	はい
Devin Carn				
David Crockett	2012/12/22	2012/12/22	2012/12/22	
Tom Sawyer				
Jen Lawrence	2013/9/14	2013/9/14	2013/9/14	
Sasha Jones				
Enrique Montoya	2013/5/13	2013/5/13	2013/5/13	

セルフケア評価[移行準備状況評価] 青年期患者/若年成人向け サンプル

－ 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 －

ご自身の身体のこと・健康管理について、あなたが既にご存じの事とさらに学ぶ必要がある事を、我々医療従事者が把握するため、この用紙へのご記入をお願いいたします。記入にお手伝いが必要な場合は、スタッフまでお知らせください。

記入年月日：

お名前：

生年月日：

移行とセルフケアの重要度と自信について 10段階評価で、あなたが現在どう感じているか、最も適切な番号を○で囲んでください。

あなたにとって、セルフケアはどのくらい重要ですか。

0(まったく重要でない)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10(きわめて重要)
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------

あなたご自身のセルフケア能力について、どのくらい自信がありますか。

0(まったく自信がない)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10(きわめて自信がある)
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

ご自身の身体について 現在あてはまるものにチェックを入れてください。

はい/
知っている

もっと学ぶ
必要がある

誰かにしてもらう
必要がある

具体的に誰ですか？

自分が受診を必要としていることを知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分が受診を必要としていることを他の人に説明できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ただちに医師の診察が必要な状態を含め、自分の症状を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急に症状が変化した場合、何をすべきか知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬について、目的や服用時間を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬のアレルギー、また服用してはいけない薬について知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の習慣や考え方を、自身の健康管理における意思決定や治療にどのように反映させるか説明することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

健康管理について

主治医の電話番号を知っているまたは調べることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分で診察の予約をすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察前に、医師への質問を考えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師の診療科/施設へ行く方法を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受付のため、診察の 15 分前に来院することを知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
主治医の診療科/施設が休診の場合、どこで治療を受ければよいか知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の医療情報をまとめたファイルが自宅にある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問診票の書き方を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の医療提供者を紹介してもらう方法を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬局の場所、自分の薬を処方してもらう方法を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師から指示があった場合、血液検査やX線検査をどこで受診すればよいか知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分の重要な健康管理情報を毎日携帯している。 (例：保険証、アレルギー、薬、緊急時連絡先、医療サマリー)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
成人期(米国では 18 歳)以降、自分の健康保険を保持できるよう計画を立てている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 歳時点での、自分の健康管理における意思決定能力について家族と話し合っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

セルフケア評価[移行準備状況評価] 両親/保護者向け サンプル

– 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

お子様がご自分の身体のこと・健康管理について既に知っていること、またご両親/保護者様が、お子様がさらに学ぶ必要があると感じていることを、我々医療従事者が把握するため、この用紙にご記入をお願いいたします。記入が終わりましたら、お子様の回答と比較なさってみてください。ご両親/保護者様の回答と異なる場合もあります。お子様のセルフケア技術を向上させる為、我々も一緒に取り組んで参ります。

記入年月日：

お名前： 生年月日：

移行とセルフケアの重要度と自信について 10段階評価で、あなたが現在どう感じているか、最も適切な番号を○で囲んでください。

お子様にとって、セルフケアはどのくらい重要ですか。

0(まったく重要でない)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10(きわめて重要)
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------

お子様のセルフケア能力について、あなたはどのくらい自信がありますか。

0(まったく自信がない)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10(きわめて自信がある)
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

身体のことについて 現在あてはまるものにチェックを入れてください。

	はい/ 知っている	もっと学ぶ 必要がある	誰かにしてもら う必要がある 具体的に誰ですか？
お子様は、自分が受診を必要としていることを知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、自分が受診を必要としていることを他の人に説明できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、ただちに医師の診察が必要なものを含め、自分の症状を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、急に症状が変化した場合、何をすべきか知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、薬について、目的や服用時間を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、薬のアレルギー、また服用してはいけない薬について知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は自分の習慣や考え方を、自身の健康管理における意思決定や治療にどのように反映させるか説明することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

健康管理について

お子様は、主治医の電話番号を知っているまたは調べることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、自分で診察の予約をすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、診察前に医師への質問を考えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、医師の診察科/施設へ行く方法を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、受付のため、診察の 15 分前に来院することを知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、主治医の診察科/施設が休診の場合、どこで治療を受ければよいか知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、自分の医療情報をまとめたファイルを自宅で保管している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、現在のケアプランのコピーを持っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、問診票の書き方を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、他の医療提供者を紹介してもらう方法を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、薬局の場所、薬を処方してもらう方法を知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、医師から指示があった場合、血液検査やX線検査をどこで受診すればよいか知っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、自分の重要な健康管理情報を毎日携帯している。 (例：保険証、アレルギー、薬、緊急時連絡先、医療サマリー)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、あなたが待合室で待っている間、ひとりで診察を受けることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、法律上成人になる時(米国では 18 歳)、健康管理におけるプライバシーにどのような変更があるか理解している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様は、成人期(米国では 18 歳)以降、自分の健康保険を保持できるよう計画を立てている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様とあなたは、18 歳時点での、お子様の健康管理における意思決定能力について話し合っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お子様とあなたは、必要があれば意思決定支援の計画について話し合っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ケアプラン サンプル

－移行期医療に関する主要 6 要素 2.0－

はじめに：このケアプランのサンプルは、移行中の青年期患者と共同で作成された文書で、優先順位をつけ、健康管理およびライフプランにおける目標をまとめた行動方針です。患者と協同してプロセスを確立し意思決定を共有するためには、動機付け面接や重み付けしたカウンセリングが重要です。健康管理上の目標を設定するためには、セルフケア評価[移行準備状況評価]に基づく情報を利用するとよいでしょう。ケアプランは変動するもので、定期的に更新されなくてはなりません。

お名前： _____ 生年月日： _____

主病名： _____ 副病名： _____

あなたが大人になるとき、最も重要なことは何ですか。あなたご自身の身体の状態や、目標を達成するための健康管理法についてさらに学ぶにはどうすればよいでしょうか。

優先する目標	問題や懸念	行動	担当者	目標期日	完了期日

計画の初回年月日： _____ 最新の更新日： _____ 親/保護者のサイン： _____

担当医のサイン： _____ 支援スタッフの連絡先： _____ 支援スタッフの電話番号： _____

医療サマリーおよび緊急時のケアプラン サンプル(ひな形) – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

この書類は医療スタッフと患者/家族で共有し、携帯してください。

完了年月日：	修正年月日：	
書類記載者：		
連絡先情報		
氏名	ニックネーム：	
生年月日：	希望する言語：	
保護者（介護者）：	本人との関係：	
住所：		
電話番号（携帯）： （自宅）：	連絡の付きやすい時間帯：	
Eメールアドレス：	連絡の付きやすい手段：文書 電話 メール	
健康保険：	病院名、ID 番号：	
緊急時のケアプラン		
緊急連絡先（氏名）：	本人との関係： 電話番号：	
緊急治療先の希望：		
緊急時によく見られる問題	必要な検査	治療で配慮すべきこと
災害時に特に注意する点：		
アレルギーと回避するべき処置		
アレルギーの原因	出現する反応	
禁忌の処置について	理由	
<input type="checkbox"/> 医療処置		
<input type="checkbox"/> 薬		
診療と現在の問題点		
問題点	詳細と対処方針	
<input type="checkbox"/> 主病名		
<input type="checkbox"/> 副病名		
<input type="checkbox"/> 行動		
<input type="checkbox"/> コミュニケーション		
<input type="checkbox"/> 摂食と嚥下		
<input type="checkbox"/> 聴力/視力		
<input type="checkbox"/> 学習		
<input type="checkbox"/> 整形外科/筋骨格系		
<input type="checkbox"/> 身体的な異常		
<input type="checkbox"/> 呼吸器系		
<input type="checkbox"/> 感覚器系		
<input type="checkbox"/> 体力/疲労		
<input type="checkbox"/> その他		

医療サマリーおよび緊急時のケアプラン サンプル(ひな形) – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

服用中の薬について					
薬剤名	1 回量	服薬回数	薬剤名	1 回量	服薬回数
医療者情報					
医師名	プライマリーケア医と専門医	診療所、病院名	電話番号	FAX 番号	
過去に実施した外科手術/処置、入院歴					
年月日					
年月日					
年月日					
年月日					
年月日					
基礎データ					
バイタル・サイン基準値：	Ht (身長)	Wt (体重)	RR (呼吸数)	HR (心拍数)	BP (血圧)
普段の神経所見：					
直近の検査と X 線検査					
検査	日付	結果			
脳波					
心電図					
X 線					
C-Spine (頸椎)					
MRI/CT					
その他					
その他					
装置、機器、医学的管理					
<input type="checkbox"/> 胃瘻造設術	<input type="checkbox"/> 介助用シート		<input type="checkbox"/> 車椅子		
<input type="checkbox"/> 気管切開術	<input type="checkbox"/> 通信機器		<input type="checkbox"/> 矯正器具		
<input type="checkbox"/> 吸引装置	医療用モニタ：			<input type="checkbox"/> 松葉づえ	
<input type="checkbox"/> 吸入器	<input type="checkbox"/> 無呼吸	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 歩行器具		
	<input type="checkbox"/> 心拍	<input type="checkbox"/> 血糖値			
<input type="checkbox"/> その他					

医療サマリーおよび緊急時のケアプラン サンプル(ひな形) – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

学校、就労、地域情報			
機関名/学校名		連絡先情報	
		担当者名 :	電話番号 :
		担当者名 :	電話番号 :
		担当者名 :	電話番号 :
患者が医療関係者に知っておいてほしい特記事項			
署名	印字名	電話番号	年月日
プライマリケア診療医 署名	印字名	電話番号	年月日
支援コーディネーター 署名	印字名	電話番号	年月日

予防接種の記録をこの用紙に添付してください。

移行期医療に関するフォローアップ調査 青年期患者/若年成人患者向け サンプル
 – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

これは、成人としてのケアに移行する際のあなたの体験に関する調査です。この調査のご回答は任意です。あなたの回答が外部に漏れることはありません。

- 1. 担当医療スタッフの説明は分かりやすいですか。
 - いつもわかりやすい
 - たいていわかりやすい
 - 時々わかりやすい
 - わかりやすかったことは一度もない
- 2. 担当医療スタッフは、あなたの話を丁寧に聞いてくれますか。
 - いつも丁寧に聞いてくれる
 - たいてい丁寧に聞いてくれる
 - 時々丁寧に聞いてくれる
 - 丁寧に聞いてくれることは一度もない
- 3. 担当医療スタッフは、あなたの習慣や考え方を尊重し、ケアにどのように反映させるかを考えてくれますか。
 - とても尊重して考えてくれる
 - だいたい尊重して考えてくれる
 - 少しは尊重して考えてくれる
 - まったく尊重して考えてくれない
- 4. 担当医療スタッフは、成人としてのケアへの移行について、あなたと話し合いましたか。または、ケアの移行について説明された診療科のポリシーを持っていましたか。
 - はい
 - いいえ
- 5. あなたは、親/代諾者の同席なしに、担当医療スタッフと話をしていますか。
 - はい
 - いいえ
- 6. あなた自身の身体についての知識やセルフケア技術（例：薬や副作用についての知識、急に症状が変化した場合にすべきことに関する知識等）を向上させるために、担当医療スタッフはあなたと共に積極的に取り組んでくれますか。[※]
 - とても積極的
 - まあまあ積極的
 - あまり積極的でない
 - まったく積極的でない
- 7. 担当医療スタッフは、将来について（例：教育、職場での人間関係、自立した生活力の構築に関する将来のプランを話し合う時間を設ける等）あなたと共に考えたり計画を立てたりすることに積極的に取り組んでくれますか。[※]
 - とても積極的
 - まあまあ積極的
 - あまり積極的でない
 - まったく積極的でない

- 8. あなたは受診機関での診療予約をどのくらい自分で入れていますか。
 - 一度も入れていない
 - 時々入れている
 - たいてい入れている
 - いつもいれている
- 9. 担当医療スタッフは、成人すると(米国は 18 歳)、プライバシーとコンセント、意思決定に関して法的に権限が変わることについて、あなたに説明しましたか。
 - はい
 - いいえ
- 10. 担当医療スタッフは、あなたの健康管理上の目標を達成するためのケアプランを文書で作成することに、あなたと共に積極的に取り組んでくれますか。[※]
 - はい
 - いいえ
- 11. 担当医療スタッフは、医療サマリーを作成し、あなたと共有していますか。
 - はい
 - いいえ
- 12. あなたが大人になったら、保険に加入することでどのような補償が得られるかを知っていますか。[※]
 - はい
 - いいえ
- 13. 成人としてのケアへの移行について、担当医療スタッフに改善してほしい点はありますか。

※ 出展：子どもの健康に関する全国調査より

移行期医療に関するフォローアップ調査 両親、保護者向け サンプル

– 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

これは、成人としてのケアに移行する際のあなたの体験に関する調査です。この調査のご回答は任意です。あなたの回答が外部に漏れることはありません。

1. お子様の担当医療スタッフの説明は分かり易かったですか。
 - いつもわかりやすく説明した
 - だいたいわかりやすく説明した
 - 時々わかりやすく説明した
 - わかりやすく説明したことは一度もない
2. お子様の担当医療スタッフは、あなたの話を丁寧に聞いてくれましたか。
 - いつも丁寧に聞いてくれた
 - だいたい丁寧に聞いてくれた
 - 時々丁寧に聞いてくれた
 - 丁寧に聞いてくれたことは一度もない
3. お子様の担当医療スタッフは、お子様の習慣や考え方を尊重し、ケアにどのように反映させるかを考えてくれますか。
 - とても尊重して考えてくれる
 - だいたい尊重して考えてくれる
 - 少しは尊重して考えてくれる
 - まったく尊重して考えてくれない
4. お子様の担当医療スタッフは、成人としてのケアへの移行について、あなたと話し合いましたか。または、ケアの移行について説明された診療科のポリシーを持っていましたか。
 - はい
 - いいえ
5. お子様の担当医療スタッフは、診察室にあなたが居ない状況でお子様と話をしていましたか。
 - はい
 - いいえ
6. お子様の身体についての知識やセルフケア技術（例：薬や副作用についての知識、急に症状が変化した場合にすべきことに関する知識等）を向上させるために、担当医療スタッフはお子様と共に積極的に取り組んでくれましたか。[※]
 - とても積極的
 - まあまあ積極的
 - あまり積極的でない
 - まったく積極的でない
7. お子様の担当医療スタッフは、将来について(例:教育、職場での人間関係、自立した生活力の構築に関する将来のプランを話し合う時間を設ける等)お子様と共に考えたり計画を立てたりすることに積極的に取り組んでくれましたか。[※]
 - とても積極的
 - まあまあ積極的
 - あまり積極的でない
 - まったく積極的でない
8. お子様は、受診機関での診療予約をどのくらい自分で入れていましたか。
 - 一度も入れていなかった
 - 時々入れていた
 - たいてい入れていた
 - いつも入れていた
9. お子様の担当医療スタッフは、成人すると（米国は 18 歳）プライバシーとコンセント、意思決定に関して法的に権限が変わることについて、説明しましたか。
 - はい
 - いいえ
10. お子様の担当医療スタッフは、健康管理上の目標を達成するためのケアプランを文書で作成することに、お子様と共に積極的に取り組んでいますか。[※]
 - はい
 - いいえ
11. お子様の担当医療スタッフは、医療サマリーを作成し、お子様と共有していましたか。
 - はい
 - いいえ
12. お子様が大になったら、保険に加入することでどのような補償が得られるかをご存じですか。[※]
 - はい
 - いいえ
13. 成人としてのケアへの移行について、担当医療スタッフに改善してほしい点がありますか。

※ 出展：子どもの健康に関する全国調査より

移行期医療支援の現状評価（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行）

－移行期医療に関する主要 6 要素 2.0－

はじめに

Got Transition では、以下の通り、2 つの異なる測定方法を開発しており、これは、「移行期医療における主要 6 要素 2.0」がどの程度臨床過程に取り入れられているかを評価するものです。いずれも、AAP/AAFP/ACP の移行ならびに主要 6 要素における臨床報告と足並みをそろえています。この評価ツールは [www. GotTransition.org](http://www.GotTransition.org) から利用することができます。

移行期医療支援の現状評価

これは、医療提供者を変えずに小児ケアから成人としてのケアへ移行中の青年期患者と家族に提供できる現時点での移行期医療支援のレベルを、個々の医療者、診療科、医療チームが測定する為の、質的な自己評価方法です。診療科における主要 6 要素の実施がどのくらい進んでいるか、最新の現況を可視化するのが目的です。

移行期医療支援進捗評価ツール

これは、診療科や医療チームが、主要 6 要素の実施における進捗、そして最終的には 12 歳から 26 歳までの青年期/若年成人期すべての患者への普及の程度を評価できる、文書を用いた量的な採点法です。移行計画開始時に現状を把握する為に行われ、その後進捗評価の為に定期的に用いられます。

移行期医療支援の現状評価 評価方法

主要 6 要素はそれぞれ、**1（初歩的）**～**4（包括的）**の間で評価されます。

各要素のレベルが、部分的には完了しているが完全に完了しているわけではない場合は、点数は低い方のレベルになります。

総合点数表は、本資料（移行期医療支援の現状評価）の最終ページでご覧いただけます。

移行期医療支援の現状評価（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行） – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

要素	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	得点
1. 移行ポリシー	青年期患者に成人としてのケアに対する心構えをさせることに関し、担当医間で取り組み方が異なる。	担当医は、青年期患者に成人としてのケアに対する心構えをさせることに関し、明文化された方針には従わないが、一様な対応である。移行計画に対する取り組みは、担当医間で異なる。	診療科には、青年期患者に成人としてのケア移行の心構えをさせることに関し、青年期患者と家族の考えを入れて作成した、明文化された移行ポリシーまたはガイドライン(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)がある。移行ポリシーは、一貫して青年期患者や家族と共有されている訳ではない。	診療科には、青年期患者に成人としてのケアに対する心構えをさせることに関し、青年期患者と家族の考えを入れて作成した、明文化された移行ポリシーまたはガイドライン(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)がある。担当医は、患者が 12 歳から 14 歳までの間に、その移行ポリシーやガイドラインについて青年期患者・家族と話し合いを始めている。移行ポリシーは公表され、スタッフ全員が熟知している。	
2. 移行フォローとモニタリング	担当医は、移行する青年期患者の確認に関してまちまちだが、ほとんどは移行年齢(18 歳)が近づいてから患者を特定し、成人としてのケアへの準備を始めている。	担当医は、カルテを使用し、特定の移行関連情報（例:意思決定支援に関する法的書類）を文書で記録している。	診療科は、14 歳以上の移行中の青年期患者、または慢性症状のある青年期患者のサブグループを特定しフォローするため移行準備進捗チェックシートまたは移行レジストリを持っている。成人としてのケアに向けた準備においては、移行プロセスのいくつかの段階までは進み、完了しているが、すべてが完了しているわけではない。	診療科は、14 歳以上の移行中の青年期患者、または慢性症状のある青年期患者のサブグループを特定しフォローするため個人支援進捗チェックシートまたはレジストリを持っている。可能であれば HER(米国生涯健康医療電子記録)を利用し、「移行期医療に関する主要 6 要素」すべての段階を進み、完了している。	
3. 移行の準備 (レディネス)	担当医は、青年期患者が親や保護者の同席なしに一人でフォローアップ検診を受け始める年齢に関して見解が異なる。移行準備状況/セルフケアについての評価はほとんど実施されていない。	担当医は、14 歳以上の青年期患者がフォローアップ検診を受ける際、親や保護者の同席なしで一人になる時間を一貫して提供している。担当医はたいていの場合、18 歳が近づくまで、移行準備状況/セルフケアについて評価をしていない。	診療科は、14 歳以上の青年期患者がフォローアップ検診を受ける際、担当医だけと過ごす時間を一貫して提供しており、移行準備状況/セルフケア技術について、また 14~16 歳時より成人としてのケアに移行し始めることについて話し合っている。しかしながら、移行準備状況やセルフケア技術に関し、正式な評価ツールは用いられていない。	診療科は、14 歳以上の青年期患者がフォローアップ検診を受ける際、担当医だけと過ごす時間を一貫して提供している。担当医は、標準化された移行準備状況評価ツールを利用している。14~16 歳時から、セルフケアにおけるニーズや目標が青年期患者のケアプランに取り入れられ始めている。	
4. 成人としてのケアへの移行の計画 / 一本化	担当医は、移行期医療におけるニーズや目標に対する取り組みにおいて異なる。青年期患者/若年成人患者のためにケアプラン（医療サマリーおよび緊急時のケアプラン、移行の目標と移行が達成できた事項・未だ未達成の事項を含む）を利用できるような状態にしていることはほとんどない。	担当医は、ケアプランの一環として、移行におけるニーズや目標に対し一貫して取り組んでいる。しかしながら、ケアプランを更新、青年期患者/若年成人患者と共有していることはほとんどない。	診療科は、青年期患者/若年成人患者と協力し、優先する移行の目標を盛り込んだケアプランを作成・更新している。このケアプランは、定期的に更新され、青年期患者/若年成人患者も利用可能となっている。	診療科は、すべての患者のケアプランのテンプレートに移行を取り入れている。すべての担当医は、移行目標の作成、ケアプランの更新と共有に関し、青年期患者・家族と協力するよう促されている。担当医は、患者が 18 歳になる前に意思決定支援の必要性に対処している。必要であれば、青年期患者が専門医を選定する手助けをしている。	

移行期医療支援の現状評価（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行 つづき）

－ 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 －

要素	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	得点
5. 成人としてのケアへの移行 (transfer)	患者の成人時(18 歳)におこる、プライバシーとコンセントに関する問題に対する取り組みが担当医によって異なる。	担当医は、患者の成人時(18 歳)におこるプライバシーとコンセントに関する問題について、一貫して患者と話し合っている。	患者の成人時(18 歳)におこる、プライバシーとコンセントに関する問題について、患者と話し合い、診療記録に付記している。	18 歳以上の全ての若年成人患者は、プライバシーとコンセントの書面にサインをし、必要であれば、診察の際第三者にも同席してもらえるようにしている。	
6. 成人としてのケアへの移行 (transfer)完了 /ケアの継続	担当医は、成人としてのケアに移行した若年成人患者のフィードバックを得るための正式なプロセスを持っていない。	担当医は、一部の患者には、成人としてのケアへの移行がスムーズに行われたかどうかを知らせるよう、促している。	担当医は、成人としてのケアへの移行について、ほとんどの若年成人患者からフィードバックを得ている。	診療科は、成人としてのケアへの移行について、標準化された調査を利用し、若年成人患者からフィードバックを得ている。	
青年期患者/家族/若年成人患者のフィードバック	診療科は、成人としてのケアへの移行について、青年期患者/家族/若年成人患者からフィードバックを得るための正式なプロセスを持っていない。	診療科は、成人としてのケアへの移行について、移行調査を利用して青年期患者/家族/若年成人患者からフィードバックを得ている。	診療科は、青年期患者/家族/若年成人患者を、移行調査の作成またはレビューに参加させ、対象青年期患者・家族と共に調査を実施している。	診療科は、青年期患者/家族/若年成人患者を、移行調査の作成またはレビューに参加させ、対象青年期患者/家族/若年成人患者と共に調査を実施している。さらに、移行調査により明らかになった懸念事項について、青年期患者/家族/若年成人患者と共に対策を練っている。	
青年期患者/家族/若年成人患者の積極的な参加	担当医は、青年期患者/家族/若年成人患者に、成人としてのケアへの移行に関する情報を提供している。	診療科は、移行や特別な健康管理が必要な若年成人患者に関わる診療スタッフのための教育プログラムを作成・実行することに関し、青年期患者/家族/若年成人患者を参加させている。	診療科は、移行評価・改善委員会の正員として、青年期患者/家族/若年成人患者を参加させている。	診療科は、若年成人のケアに関し、青年期患者/家族/若年成人患者が等しく参加することを保障し、継続的かつ系統的な計画を立てている。	

右記の表にて、あなたの診療科が『移行期医療支援の現状評価(小児科版)』において獲得したポイントを合計することができます



この評価は、以下によって行われました。

- 担当医
- 担当診療科
- 医療チーム

移行項目	得点(スコア)	
	最高点	得点
移行ポリシー	4	
フォローとモニタリング	4	
移行準備 (レディネス)	4	
成人としてのケアへの移行計画/統一化	4	
成人としてのケアへの移行	4	
成人としてのケアへの移行完了/ケアの継続	4	
青年期患者/家族/若年成人患者のフィードバック	4	
青年期患者/家族/若年成人患者と家族の積極的な参加	4	
合計	32	

移行期医療支援進捗評価ツール（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行）

－ 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 －

はじめに

Got Transition では、以下の通り 2 つの異なる測定方法を開発しており、これは、「移行期医療における主要 6 要素 2.0」がどの程度臨床過程に取り入れられているかを評価するものです。AAP/AAFP/ACP の移行ならびに主要 6 要素における臨床報告と足並みをそろえています。この評価ツールは [www. GotTransition.org](http://www.GotTransition.org) から利用することができます。

移行期医療支援の現状評価

これは、医療提供者を変えずに小児ケアから成人としてのケアへ移行中の青年期患者と家族に提供できる現時点での移行期医療支援のレベルを、個々の医療者、診療科、医療チームが測定する為の、質的な自己評価方法です。診療科における主要 6 要素の実施がどのくらい進んでいるか、最新の現況を可視化するのが目的です

移行期医療支援進捗評価ツール

これは、診療科や医療チームが、主要 6 要素の実施における進捗、そして最終的には 12 歳から 26 歳までの青年期/若年成人期すべての患者への普及の程度を評価できる、文書を用いた量的な採点法です。移行計画開始時に現状を把握する為に行われ、その後進捗評価の為に定期的に用いられます。

移行期医療支援進捗評価ツール 採点方法

主要 6 要素それぞれについて、実施段階のいくつか、またはすべてを完了したかどうかに従い、採点していきます。各段階の点数は、複雑性または重要性の度合いにより異なります。例えば、「移行ポリシー/文書を作成した」は、4 点を獲得できます。つまり、この段階を完了すれば、診療科または医療チームは 4 点を得られます。完了できていなければ、点数は 0 点です。移行ポリシーを公示することは 2 点、同じように、移行ポリシーを公示できていなければ 0 点です。

実施、患者の関与についての評価に加え、この採点方法では、診療科または医療チーム内における、18 歳～26 歳のすべての移行対象患者への普及の程度を評価します。つまり、診療やケアプランが障害のある患者の一部で開始される場合、対象となる患者は、おそらく 10%またはそれ以下にしか到達せず、点数は 1 点となります。慢性症状の有無にかかわらず、移行対象患者すべてに主要 6 要素を実施した場合には、最高レベルの 5 点を獲得できます。

実施・青年期患者/家族/若年成人患者の関与・普及の得点の集計表は、本資料（移行期医療支援進捗評価ツール）の最終ページでご覧いただけます。診療とケアプランにおいては、初期段階では移行期医療支援の質を向上させるための、実施（A）・青年期患者/家族/若年成人患者の積極的な参加（B）に関する評価の採点のみを行い、進行中の臨床プロセスに主要 6 要素が取り入れられた後で、普及（C）について評価することになるでしょう。

移行期医療支援進捗評価ツール（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行）

– 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

A) 診療科/医療チームでの実施について	はい/いいえ	最高点	実際の点数	必要書類
1. 移行ポリシー				
診療科の移行に対する取り組みを説明するポリシー/文書を作成した		はい=4		移行ポリシー
移行ポリシー/文書に、成人期（米国では18歳）でのプライバシーと Consent に関する情報を盛り込んだ		はい=2		移行ポリシー
ポリシー/文書を公表した（病院の公共スペース、診療科のウェブサイト等）		はい=2		写真（画像）
移行ポリシー/文書、移行プロセスにおける役割についてスタッフに教育を行った		はい=2		プログラムを行った日付、日数
主要 6 要素を臨床プロセスに取り入れる診療スタッフを指名した		はい=4		ジョブ・ディスクリプション(日本における職務記述書)
移行ポリシー 小計		14		
2. 移行のフォローとモニタリング				
移行レジストリまたは移行準備進捗チェックシートに入力する移行対象患者群を特定する為の、基準とプロセスを確立した		はい=3		移行レジストリ/リストのスクリーンショットまたはコピー
移行の主要要素を臨床プロセス（例：EHR[米国生涯健康医療電子記録]のテンプレート、経過記録、ケアプラン）に取り入れた		はい=4		チャートのスクリーンショットまたはコピー
フォローとモニタリング 小計		7		
3. 移行準備（レディネス）				
診療科で使用する目的で、移行準備状況評価/セルフケア評価ツールを採用した		はい=4		セルフケア評価[移行準備状況評価]
移行準備状況評価/セルフケア評価を臨床プロセスに取り入れた		はい=3		臨床プロセスのフローシート
移行準備 小計		7		
4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化				
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を盛り込んだケアプランを作成した		はい=4		ケアプランサンプル
18歳前に意思決定支援の必要性を評価するための臨床プロセスを構築した		はい=2		診療科のポリシー
医療サマリーおよび緊急時のケアプランを作成した		はい=4		患者携帯用医療サマリー
地域支援・公的資源に関する資料(リスト)を利用できるようにした		はい=2		資料(リスト)
移行計画 小計		12		
5. 成人としてのケアへの移行(transfer)				
なし	–	0	–	なし
6. 成人としてのケアへの移行(transfer)完了/ケアの継続				
移行プロセスに関し、若年成人患者から系統的にフィードバックを得る仕組みがある		はい=3		調査またはインタビューの質問事項
移行の完了 小計		3		

次頁に続く

移行期医療支援進捗評価ツール（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行） – 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0 –

B) 青年期患者/家族/若年成人患者の積極的な参加について		はい/いいえ	最高点	実際の点数
ポリシーの作成に、青年期患者/家族/若年成人患者を参加させ、考えを取り入れた			はい=2	
移行期医療に関するフォローアップ調査における質問の作成に青年期患者/家族/若年成人患者を参加させ、考えを取り入れた			はい=2	
移行スタッフの教育プログラム実施に、青年期患者/家族/若年成人患者を参加させた			はい=2	
移行評価・改善委員会の正員として、青年期患者/家族/若年成人患者を参加させた			はい=3	
青年期患者/家族/若年成人患者の積極的な参加 小計			9	

C) 普及について						最高点	実際の点数
移行要素を実施している診療科内の患者の割合	1~10%	11~25%	26~50%	51~75%	76~100%		
点数	1	2	3	4	5		
1. 移行ポリシー							
青年期患者や家族（12~21 歳）と（書面または診察で）ポリシーを共有している割合						0~5	
移行ポリシーの普及 小計						5	
2. 移行のフォローとモニタリング							
診療科が移行準備進捗チェックシートまたは移行レジストリを用いてフォローした青年期患者/若年成人患者（12~26 歳）の割合						0~5	
移行フォローとモニタリングの普及 小計						5	
3. 移行準備（レディネス）							
患者（14~26 歳）に、セルフケア評価[移行準備状況評価]を定期的実施している割合						0~5	
移行準備の普及 小計						5	
4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化							
医療サマリーおよび緊急時のケアプランを、定期的に更新し共有している割合						0~5	
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を盛り込んだケアプランを、定期的に更新し共有している割合						0~5	
移行計画の普及 小計						10	
5. 成人としてのケアへの移行(transfer)							
18 歳前にプライバシーとコンセントについての話し合いを文書化している割合						0~5	
ケア移行の普及 小計						5	
6. 成人としてのケアへの移行(transfer)完了/ケアの継続							
フォローアップ調査のため、移行後の若年成人患者と連絡を取っている割合						0~5	
移行完了の普及 小計						5	

移行期医療支援進捗評価ツール（医療提供者が変わらない成人としてのケアへの移行 つづき）

－ 移行期医療に関する主要 6 要素 2.0－

下の表にて、あなたの診療科が主要 6 要素の実施、青年期患者/家族/若年成人患者の関与、普及において獲得した点数を合計することができます。

	1.移行ポリシー		2.移行のフォローとモニタリング		3.移行準備 (レディネス)		4. 成人としてのケアへの移行の計画/一本化		5.成人としてのケアへの移行(transfer)		6.成人としてのケアへの移行(transfer)完了/ケアの継続		合計点数	
	最高点	点数	最高点	点数	最高点	点数	最高点	点数	最高点	点数	最高点	点数	最高点	点数
診療科/医療チームでの実施	14		7		7		12		0		3		43	
青年期患者/家族/若年成人患者の積極的な参加	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	
診療科/医療チームでの普及	5		5		5		10		5		5		35	
合計	19		12		12		22		5		8		87	