

共同企画 | 第40回医療情報学連合大会（第21回日本医療情報学会学術大会） | 共同企画

共同企画10

退院時サマリー Now and Beyond ～有用な patient summaryの確立へ～

2020年11月22日(日) 09:00 ～ 11:00 B会場 (コンGRESセンター3階・31会議室)

[5-B-1-03] 生活機能サマリー、ICFに準拠した標準化への取り組み

*大冢賀 政昭¹、渡邊 直²、柴山 志穂美³、坂田 薫⁴（1. 国立保健医療科学院 医療福祉サービス研究部, 2. 一般財団法人 医療情報システム開発センター, 3. 埼玉県立大学保健医療学部, 4. 公益社団法人 京都保健会 京都民医連中央病院）

*Masaaki Otaga¹, Sunao Watanabe², Shihomi Shibayama³, Kaoru Sakata⁴（1. 国立保健医療科学院 医療福祉サービス研究部, 2. 一般財団法人 医療情報システム開発センター, 3. 埼玉県立大学保健医療学部, 4. 公益社団法人 京都保健会 京都民医連中央病院）

キーワード：ICF, ICD-11 V-chapter, Summary Report on Functioning, integrated care system

現在わが国では超高齢社会の進展に対応すべく、地域医療構想による病院の機能分化、そして地域における医療・介護・福祉サービスの包括的・継続的な提供体制である地域包括ケアシステムの構築を進めている。これらを進めるにあたって、2006年から継続的に診療・介護報酬等におけるインセンティブによって、患者を中心としたさまざまな連携が展開されている一方で、連携によって共有されている情報の活用や患者アウトカムにつながっているかどうかの検証は十分になされていない。この原因として、現在、患者にかかわる機関や専門職らは、さまざまな様式やアセスメント項目を扱っていることや内容の統一化の試みも地域ごとに行われていること等があげられる。このような状況下において、ヘルスケア領域における網羅的な情報を整理するフレームワークが必要になるが、その候補として考えられるのが、2001年にWHOが発表した「国際生活機能分類」と訳されるICFである。このICFの活用については長年検討されてきたが、項目は多すぎるといったことや評価の方法が煩雑であるなどさまざまな課題があることが指摘されてきた。しかし近年、疾病ごとのショートセットであるコアセットや参加と活動に焦点化したWHO-DAS2.0といったアセスメントツールの臨床適応が検討されつつある。また2018年6月18日に公表されたICD-11にはICF項目の一部を含む補助セクションVが新たに創設されており、ICDと合わせてICFを活用していく契機が生まれている。そのような背景のもと、ICD-11に導入された生活機能評価に関する補助セクションVの内容やこの元となったICFの評価ツールとしてこれまでの活用状況を概括した上で、地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護・福祉の共通情報としての生活機能サマリー開発の取り組みについて本発表におで報告を行う。

生活機能サマリー, ICF に準拠した標準化への取り組み

大茅賀政昭^{*1}、渡邊直^{*2}、柴山志穂美^{*3}、坂田薫^{*4}

*1 国立保健医療科学院 医療福祉サービス研究部

*2 一般財団法人 医療情報システム開発センター

*3 埼玉県立大学保健医療学部

*4 公益社団法人 京都保健会 京都民医連中央病院

Development of Summary Report on Functioning, Towards Standardization of Shared Information in Accordance with ICF

Masaaki Otaga^{*1}, Sunao Watanabe^{*2}, Shihomi Shibayama^{*3}, Kaoru Sakata^{*4}

*1 Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health, *2 Medical Information System Development Center, *3 Saitama Prefectural University, *4 Kyoto Miniren Chuo Hospital

To respond to the super-aging society, Japan is currently promoting the functional differentiation of hospitals based on the regional medical care concept and the construction of a community-based integrated care system, which is a comprehensive and continuous provision of medical, nursing and welfare services in the region. However, it has not been sufficiently verified whether or not the information shared through the collaboration is utilized and whether or not it leads to patient outcomes. One of the reasons for this is that patient organizations and professionals currently use a variety of forms and assessment items, and attempts to standardize the content are being made in each region. One possible candidate is the International Classification of Functions of Living (ICF), which was published by the World Health Organization (WHO) in 2001. (Classification of functioning, disability and health). Although the use of ICFs has been studied for many years, it has been pointed out that the number of items is too many and the method of assessment is too complicated. However, in recent years, clinical adaptation of assessment tools such as the core set of disease specific short sets and the WHO-DAS2.0, which focuses on participation and activity, are being considered. In addition, ICD-11, published on 18 June 2018, includes a new supplementary section V that includes some of the ICF items, creating an opportunity to use ICFs in conjunction with ICDs. Against this background, the content of the supplementary section V on functional living assessment introduced in ICD-11 and the status of its use as an assessment tool for the ICF, which was the basis of the ICD-11, are outlined, and then the efforts to develop a functional living summary as common information for medical, nursing and welfare services for the construction of a community-based integrated care system are described. This presentation will include a report on.

Keywords: ICF, ICD-11 V-chapter, Summary Report on Functioning, integrated care system

1. はじめに

この現在わが国では超高齢社会の進展に対応すべく、地域医療構想による病院の機能分化、そして地域における医療・介護・福祉サービスの包括的・継続的な提供体制である地域包括ケアシステムの構築を進めている。

これを進めるにあたって、2006 年から継続的に診療・介護報酬等におけるインセンティブによって、患者を中心としたさまざまな連携が展開されている一方で、連携によって共有されている情報の活用や患者アウトカムにつながっているかどうかの検証は十分になされていない。

この原因として、現在、患者にかかわる機関や専門職らは、さまざまな様式やアセスメント項目を扱っていることや内容の統一化の試みも地域ごとに行われていること等があげられる。このような状況下において、ヘルスケア領域における網羅的な情報を整理するフレームワークが必要になるが、その候補として考えられるのが、2001 年に WHO (世界保健機構) が発表した「国際生活機能分類」と訳される ICF (international classification of functioning, disability and health) である。

この ICF の活用については長年検討されてきたが、項目は多すぎるといったことや評価の方法が煩雑であるなどさまざまな課題があることが指摘されてきた。しかし近年、疾病ごとのショートセットであるコアセットや参加と活動に焦点化した WHO-DAS2.0 といったアセスメントツールの臨床適応が検討

されつつある 1), 2)。

また 2018 年 6 月 18 日に公表された ICD-11 には ICF 項目の一部を含む補助セクション V が新たに創設されており、ICD と合わせて ICF を活用していく契機が生まれている。

これらのことを踏まえ、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを推進し、その共通基盤となる医療・介護・福祉の共通情報としての生活機能サマリーの開発が求められている。そこで、本発表では現在進められている地域包括ケアシステムの構成要素やこれを実現するために展開されてきた診療・介護報酬上のインセンティブについて概括し、このシステム構築において求められる報告を行う。

2. 高齢社会に対応するケア提供システムと情報

2.1 高齢社会に対応する統合的なケアシステムへの要請

日本と同様、先進諸国のほとんどで、医療や介護、福祉といった複合したニーズをもつ高齢者が増加し続けている。彼らは、サービスを受けるために、当該サービス提供主体別にアセスメントを繰り返し受けなければならない。しかも、事業者別に異なるアセスメントの結果には矛盾も多いため、これによって起こるサービスの遅れ等に常に悩まされて続けている 3)。

また、日本では高齢患者の多くは、急性期医療体制下での侵襲を伴う医療サービスを受けることで、ADL や精神機能が低下し、在院日数が若年者よりも長くなる傾向が強い。入

院の長期化はADLや認知機能の低下を齎すという入院関連機能障害も報告されている。このような在院日数の長期化は、病院にとっては、診療報酬の低下を意味し、高齢患者にとっては、大きなリスクを孕むものとなっている。

さらに、多くの高齢患者は、入院中も、退院後も医療サービスだけでなく、介護や生活支援サービスが必要となるにも関わらず、これらのサービスの提供体制は分立しているため、サービスの連携は困難であり、このような連携コストは高くなる一方であると指摘されている3)。

こういった状況を解決するために、1990年代から、統合ケアと呼ばれる新たなサービス提供体制が提唱され、先進国の社会保障システムにおける主要なテーマになってきた。高齢者人口の増大は先進国共通の現象であり、医療と介護サービスの提供体制の改革を含む、統合的なケアシステム構築は、先進国では喫緊のテーマとなっている4)。

世界各国で、統合ケア提供体制へのパラダイムシフトが進行しつつあるが、日本でも医療・介護サービスを統合した提供体制の構築を「地域包括ケアシステム」とし、その構築に向け、診療・介護報酬改定におけるインセンティブによって多職種、多機関間の連携を強化していった。その内容について以下に概括する。

2.2 診療・介護報酬改定におけるインセンティブの経過

2.1 で述べたように、医療と介護が断片化し、ケアの継続性が保持できないという問題を引き起こしている原因の一つに、サービス提供主体ごとにアセスメント方式が異なることがある。

この問題の解決策として、地域の医療機関が主体となった、地域全体で用いる「地域連携診療計画」であった。大腿骨頸部骨折や脳卒中といった対象となる疾患において、「病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院にあたり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項」を記載し、治療や診療計画の工程を管理するものとして、2008年度の診療報酬改定でインセンティブが導入された。

その後の2012年改定では、地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、計画の説明をした場合は、さらなる評価が加えられたが、2016年度改定において「地域連携診療計画管理料」は廃止され、「退院支援加算」と「地域連携診療計画加算」に整理された。

一方で、在宅復帰後のケアを想定した入院中からの介護との連携の促進については、ケアマネジャーとの入院中からの連携を評価する「介護支援連携指導料」が設けられ、入院医療機関の医師や看護師、社会福祉士等が、ケアマネジャーと協働して患者・家族に介護サービス等について説明・指導を行った場合に算定できるとされた。その後、疾病は治癒したものの、長期の入院によって在宅生活への継続性が断たれたために退院できないという事情を抱えた患者は少なくない。

このため、2016年度改定で新設された「退院支援加算1」は、退院支援に向けた体制を手厚くしていた医療機関を評価し、いわば、2014年度改定の「退院調整加算」を厳格にしたことで、日本で初めての医療と介護の連携体制、すなわち、統合ケアの実現が期待された。

2016年までの診療報酬改定における地域連携に対する評価をまとめると以下の図1のようになる。

2.3 「入退院支援加算」および「入院時支援加算」の創設で加速する統合ケア体制

2018年度の診療報酬改定は、介護報酬との同時改定であり、国家戦略として推進されている地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携を推進するための改定となった。同年改定において「退院支援加算」は、「入退院支援加算」と名称が変更され、名前の通り、退院だけでなく、入院時から、退院後の生活を見据えた支援するための体制の構築が目指された。これは、2016年度の改定での退院支援に向けた体制をより強化し、入院、退院によって患者が地域から離れることなく、円滑に在宅生活に戻ることができる体制が評価されることとなった。

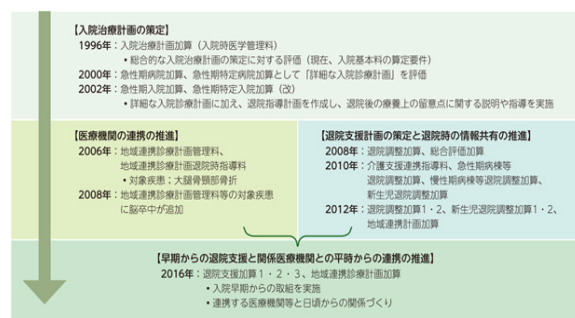


図1 診療報酬改定での地域連携に対する評価の流れ5)

これまで見てきたように、ここ10年近くの診療・介護報酬改定のすべてで、退院支援についての加算が検討されてきた。2020年改定においても、病院と地域でのケア体制（統合ケア体制）を構築するための結節点としての入退院支援の加算は、さらに高い評価がなされており、より一層の推進が求められている。

インセンティブがつくことで情報共有が推進される一方で、これが真の意味で患者の在宅生活の継続性につながっているかの検証は十分に行われてはいない、今後は、この検証を進めるとともに、より入院患者の在宅生活の継続を可能にする共通情報を多機関・多職種で共有し、活用していく必要がある。

3. 患者の入退院などの経過を踏まえた慢性疾患患者へのケアマネジメントの必要性

今後、入院医療体制の機能分化が、より一層進む環境下においては、慢性疾患に関わる高齢者を中心とした退院支援に着目すると、図2に示すような患者の入退院などの経過を踏まえた慢性疾患のケアマネジメントが重要になる。

このためには、医療機関の状況そして介護支援専門員の状況の両面を踏まえた情報共有を実現する領域をまたぐ連携メカニズムの創発が必要になってくる。

この図に示された内容において、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員など介護に係わる相談支援を行う専門職が、入院中から退院後の在宅療養生活を鑑みた居宅介護支援計画のみならず、これ以外の慢性疾患の再発予防のために自らの日常生活の管理を行うセルフマネジメントなどを支援といった慢性疾患を抱える高齢患者に求められる医療・介護・福祉領域の専門職の共通目標になりうるような業務の創発や、これを可能とする入院中から退院後の切れ目ない仕組みとこれを支える情報共有が求められる。

しかし、日本においては、急性期病院として想定される基幹病院が存在しない市町村のほうが多いため、かかりつけ医

と協力し、入院や退院などに関して、システムの外にある病院と協力するというスキームも検討することができる。

いずれにしても、ここであげたような慢性疾患のケアマネジメントを実現するシステムを構築するためには、先に述べた診療介護報酬上のインセンティブを活用するなどして具体的な計画の立案する方法や多機関で情報を共有する様式などの開発が必要となってくる。

これについては、要介護認定の有無にかかわらず介護支援専門員が退院後の療養生活を送ると共に、慢性疾患の再発防止に向けて患者本人のセルフマネジメントを支援するための計画を入院中から医療機関の医師・看護師と協働して作成するという取り組みが試みられているところである6)。

今後は、このセルフマネジメントを促進するための情報共有およびこれを実現するためのツールとしての生活機能サマリーが必要と考えられる。

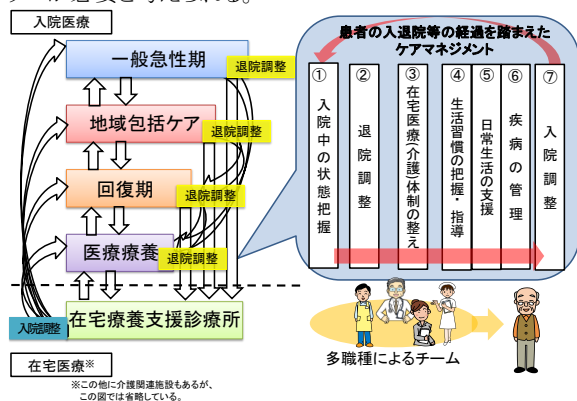


図2 患者の入退院などの経過を踏まえた慢性疾患患者へのケアマネジメント

4. 国際分類としての ICF の優位性と活用状況

2018 年 WHO より疾病及び関連保健問題の国際統計分類 ICD-11th revision が発表され7)、その補助セクション V-chapter に ICF の概念に基づいて WHO が開発した WHO-Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS2.0) と Model Disability Survey (MDS)、そして ICF Annex 9 より派生した項目が補完的に用いられている8)。ICF は個人の健康に関する障害や生活機能を把握するための分類であり、さまざまな活用の用途があるが、「機能レベルを把握し、定量化する」ということから、現在課題とされている統計としての活用が今後期待されている1),2)。

ICF は健康にかかわる障害と生活機能にかかわる多岐にわたる項目により構成され、生活機能にかかわる領域を網羅的にカバーしている。ICF の項目は、「心身機能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因子」の4つの大きなセクションから構成され、その分類は、第4カテゴリという最も細かいカテゴリの項目をすべて加えると1,616項目あり、対象者の生活機能を包括的に分類することが可能となっている。

しかし、この分類の活用にあたっては、項目の多さや評価を行うにあたって項目ごとの定義が煩雑であるといった課題があり、その活用が普及していない状況にある。

社会保障費用が増大する中で、医療や介護、福祉を含むヘルスケア領域の施策をモニターする重要性は増していることや、すでに日本でICDが活用されていることなどからも、国際的かつ網羅的な生活機能分類であるICFを活用する意義が大きい。これらのことから、生活機能サマリーの開発においてもICFに準拠したものとすることが重要な視点であるといえる。

5. ICF に準拠した生活機能サマリー開発に向けて

今年度より、筆者らは、厚生労働科学研究費補助金「地域包括ケアシステムにおいて活用可能な国際生活機能分類(ICF)による多領域にまたがる評価手法の確立に資する研究」の一環として、ICFを活用した生活機能サマリーの検討を進めている。具体的には、生活機能サマリーの検討に係る手法な情報様式として、「DPC様式1」や「重症度、医療・看護必要度項目」といった診療報酬上要求されている生活機能情報として、「入院時情報連携加算」や「退院・退所加算」における介護報酬上要求されている情報を集約し、その後、ICD-11 v-chapter と ICF の環境因子との対応関係をみるというプロセスで、退院時サマリー標準情報と合わせて活用できる様式(案)の開発を進めているところであり、今年度中にこの様式を用いフィールドトライアルを検討している。

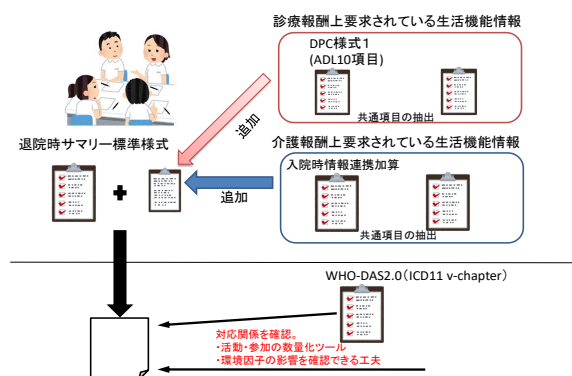


図3 研究事業で進める生活機能サマリーの検討プロセス

これまで述べてきたように、診療・介護報酬上のインセンティブは数多く存在するが、それぞれの情報は部分的に活用され、患者のために一元化して扱われていない状況にある。国際分類であるICFに準拠して患者情報を医療機関のみならず、地域の医療や介護事業所、多職種間で共有できれば、地域包括ケアシステムの構築に必須とされる情報の統合が実現できることになる。

今後は、この情報を活用した実践例や研究成果を多くの地域や実践者の間で共有し、それぞれの地域独自の情報システムを構築していくことが期待される。

参考文献

- 1) 大塚賀政昭(2018): 国際生活機能分類(ICF)をめぐる状況と活用に向けた展望, 保健医療科学 67: 480-490
- 2) 大塚賀政昭, 高橋秀人, 林玲子(2019): ICF 活用の実際と展望(第3回)統計への活用. 総合リハビリテーション 47(7), 705-709
- 3) Edwards, M., Miller, C. (2003): Two, four, six, eight: How we gonna integrate? Office for Public Management.
- 4) Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., et al. (2000): Best practice in coordinated care. Reference No. 8534-004. Princeton, NJ.: Mathematica Policy Research.
- 5) Hofmarcher, M., Oxley, H., Rusticelli, E. (2007): Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Paper No. 30, pp. 1-85.
- 6) 中央社会保険医療協議会(2017). 入院医療(その8)2017年12月6日
- 7) 日本能率協会総合研究所(2016): 「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告」平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)報告書, 2016
- 8) WHO(2018), ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (December 2018).