共同企画
共同企画12
標準化退院時サマリーの次の標準化へ
2021年11月21日(日) 15:10 ～ 16:40 F会場 (2号館2階224)

[4-F-3-04] 入院患者の生活機能サマリーの試行評価： ICFに準拠した情報の活用に向けて
Trial Evaluation of a Summary Report on Functioning of Hospitalized Patients: Towards Standardization of Shared Information in Accordance with ICF

*坂田 薫[1] （1. 京都民医連中央病院）
*Kaori Sakata[1] （1. Kyoto Min-iren Chuo hospital）
キーワード：ICF, Summary Report on Functioning, Trial evaluation

1.背景と目的：入院患者の高齢化が増える中、生きることの全体像を示す「生活機能モデル」である ICFを医療現場においても活用することが期待されている。医療現場で働く多様な職種が ICFを実際に評価し、その情報を用いるには、医師・看護師が ICFの概念や評価における考え方を理解することが必要である。今回当院において、昨年度報告した[1)] ICFに準拠した生活機能サマリーによる評価の導入に向け、試行評価を行った経験を報告する。 **2.方法：**試行評価にあたっての準備としては、まず地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護助手（介護職員）を中心とし、主任看護師と副看護部長を加え、 ICF推進チームを立ち上げ、カンファレンス前に ICFによる評価を実施した。 **3.結果：**試行評価の結果、職種による評価の視点のずれが指摘されたため、ICF推進チームに理学療法士や作業療法士を加え、院内学習会を実施し、この改善を図った。一方で、生活機能サマリーの活用によって、カンファレンスでの場面で、これまでの退院支援のプロセスでは共有されなかった活動や参加に係る情報が共有され、退院後の在宅生活の継続を支え、その質を高めるような支援を検討するための情報が補強されたという報告もあった。 **4.結論：**今回の試行評価を通じて、医療機関において ICFを評価し、患者の全体像を理解するために活用するには、 ICF概念の理解と評価のずれをなくすための学習会等の視点を統一の機会が必要なことが明らかになった。当院では、2021年7月から全病棟で生活機能サマリーによる評価を開始したところであるが、引き続きの取り組みが必要と考えられた。

文献 1 ）大夛賀政昭、渡邉直、柴山志穂美、坂田薫（2020）．生活機能サマリー， ICFに準拠した標準化への取り組み．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）．

©一般社団法人 日本医療情報学会

入院患者の生活機能サマリーの試行評価
−ICF に準拠した情報の活用に向けて−

坂田薫*1、渡邉直*2、柴山志穂美*3、
*1 公益社団法人　京都保健会　京都民医連中央病院
*2一般財団法人 医療情報システム開発センター
*3 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター

Trial Evaluation of a Summary Report on Functioning of Hospitalized Patients: Towards Standardization of Shared Information in Accordance with ICF

Kaoru Sakata *1 , Sunao Watanabe*2 , Shihomi Shibayama *3 ,
*1 Kyoto Miniren Chuo Hospital, *2 Medical Information System Development Center,
*3, Center for Professional Education, Kanagawa University of Human services

Background and purpose: As the number of hospitalized patients ages, the International Classification of Functioning (ICF) is expected to be utilized in the medical field as well, as it represents the overall picture of living. If patient information can be shared not only among medical institutions but also among local medical and nursing care facilities and multidisciplinary professions in accordance with the ICF, which is an international classification, the informational integration that is essential for the construction of a community comprehensive care system can be realized. The evaluation was conducted. In this report, we will summarize the process of implementing the trial evaluation, examine the clinical validity of the summary report on functioning, and discuss the significance of its utilization in acute care hospitals.
Methods: First, the implementation process, including preparations for the trial evaluation, was summarized over time. Next, for the overview of the results of the trial evaluation, we summarized the evaluation results of three representative cases and visualized them by illustrating them on a radar chart. Furthermore, one of the three cases was taken up as a case study, and a detailed description of the utilization of the summary report on functioning for discharge support was made.
Results: In the implementation process of the trial evaluation, it took about 30 minutes to evaluate one person at the beginning, but the number of times it was done improved to about 10 minutes per person, and the sense of burden improved. In addition, it was pointed out that there was a gap in the perspectives of evaluation among the different occupations because the evaluation of nurses varied depending on the situation and assistance, and the nursing care workers evaluated the patient's abilities. On the other hand, with regard to the significance of the use of the summary report on functioning, it was reported that information related to activities and participation, which had not been shared in the previous discharge support process, was shared in the conference scene, and information was reinforced to consider support that would support the continuation of home life after discharge and enhance its quality.
Conclusion: The results of the trial evaluation helped us to prepare for the implementation. Our hospital is planning to change the format of the discharge summary based on this experience. Our future tasks are to standardize the evaluation by continuing the practice and to visualize the effect of using the system in clinical practice.

Keywords: ICF, Summary Report on Functioning, Trial evaluation

1. はじめに

入院患者の高齢化が増える中、生きることの全体像を示す「生活機能モデル」[1)]をしめす国際生活機能分類（ICF）を医療現場においても活用することが期待されている。

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的統合が実現できることになる[2)]。

現在、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 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そして、「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。

この生活機能サマリーの開発にあたっては、医療現場で働く多様な職種が実際に評価するとともに、その情報が退院支援等に活用できるかといった臨床的妥当性を確認する必要があり、リハビリテーションや介護領域と比較し、急性期病院においては患者の治療が優先されるため伝統的医学モデルで患者の状況を把握することにプライオリティがある [3)]ため、生活モデルやこれと親和性のある ICF に基づく評価や情報収集を行うためには、教育や多職種によるチームの組織など事前準備が必要になると考えられる。

このため、昨年度開発した ICF に準拠した生活機能サマリー[4)]を、急性期病院で導入するために試行評価を実施した。そこで、本報告においては、この試行評価実施のプロセスをまとめるとともに、生活機能サマリーの臨床的妥当性を検討し、急性期病院における活用意義について考察を行う。

2. 方法

まず、試行評価に向けた準備等の実施プロセスについて、経時的にまとめた。次に、試行評価の結果の概要については、代表的な 3 事例について、評価結果をまとめるとともに、レーダーチャートに図示し、可視化を行った。さらに、この 3 事例のうち、1 事例について事例的に取り上げ、生活機能サマリーの退院支援への活用について、詳細に記述を行った。なお、今回の試行評価においては、表 1 に示した様式を用いた。

表 1　ICF に準拠した生活機能サマリー

生活機能サマリー

1. 基本情報・現在の状態　等　　記入日：　2021　年　月　日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度　要介護3(■　要区分変更)
	氏名	A　様	女	80 歳台	□要支援(　)・要介護(　)　□申請中　□なし
	家族情報	世帯構成：同居（ 長男　）・独居 、キーパーソン：長男　主介護者：長男			
入院（所）概要		・入院(所)日：R3　年　○月　○日　　・退院(所)予定日：H　年　月　日			
	入院原因疾患（入所目的等）	COVID−19 肺炎			
	入院・入所先	施設名　　室			
	今後の医学管理	医療機関名：　H クリニック		方法	■通院　□訪問診療
①疾患と入院（所）中の状況	現在治療中の疾患	① 骨粗しょう症　② ACS(PCI後)　③	疾患の状況	＊番号記入	安定(　　)　不安定(　　)
	症状・病状の予後・予測	ペクルリー治療5日間終了。酸素不要だが、微熱、SPO2低めで推移。下肢筋力低下で、転倒した経過あり。リハビリ開始し、自宅で歩行器歩行できたら退院可能とみている。5日後の退院目指したい。			

生活機能評価（ICF準拠）

分類	項目	評点	項目	評点
感覚器	視力	1：軽度の問	聴力	1：軽度の問
移動・移乗	座位保持・移乗	0：問題なし	立位保持	2：中等度の
	移動(杖、歩行器、車いす)	1：軽度の問	歩行(室内、室外、階段)	3：重度の問
セルフケア	摂食・水分摂取	0：問題なし	排泄(排尿・排便)	0：問題なし
	洗身(シャワー)	1：軽度の問	整容(歯磨き・爪切り・整髪など)	0：問題なし
	更衣	1：軽度の障害		
認知・精神機能	話言葉の理解	0：問題なし	食話(言語表出)	0：問題なし
	日常生活における記憶・学習	0：問題なし	日常的な人との交流	0：問題なし
	日常生活における課題解決	2：中等度の障害		
高次機能	日々の仕事または学校に通う	3：重度の問	レクリエーション及びレジャー	4：完全な障

0:問題なし 1:軽度の問題　2:中等度の問題　3:重度の問題　4:完全な問題　8:詳細不明　9:非該当

0-4%　5-24%　25-49%　50-95%　96-100%

	移動手段	□自立　□歩行　□杖　■ 歩行器　□車いす　□その他(　　)	
	排泄方法	■トイレ　■ポータブル(夜間のみ)　□おむつ　□カテーテル・ストーマ(　　)	
	入浴方法	□自立　■シャワー浴(一部介助)　□一般浴　□機械浴　□清拭　□行わず	
	食事形態	■普通　□経管栄養　□その他(　　)	UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	■なし　□あり(時々・常に　)	義歯　□ なし　□ あり(　部分 ・ 総　)
	□腔清潔	■良　□不良　□著しく不良	入院(所)中の使用：□なし　□　あり
	睡　眠	■良好　□不良(　　)	眠剤使用　□なし　□あり

2. 課題認識のための情報

③退院後に必要な事柄	医療処置の内容	■なし □点滴　□酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開　□胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養 □褥瘡　□尿道カテーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□痛みコントロール □排便コントロール　□自己注射(　　)　□その他(　　) 交換頻度(　　)次回交換(　　)
	看護の視点	□なし ■血圧　□水分制限　□食事制限　□食形態　□嚥下　□ □ 口腔ケア　■清潔ケア　□麻痺・拘縮 □血糖コントロール　□排泄　□皮膚状態　■睡眠　□認知機能・精神面　□服薬指導 □摂養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導)　□ターミナル □その他(　　)
	薬剤管理の視点	□ 自己管理　■ 他者による管理 (・管理者：Nル手渡し　・管理方法：カレンダー　)
		■ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない　□服薬拒否
	精神面における療養上の問題	■なし □幻視・幻聴　□興奮　□焦燥・不穏　□妄想　□暴力/攻撃性　□介護への抵抗　□不眠 □昼夜逆転　□徘徊　□危険行為　□不深行為　□その他(　　)
	禁忌事項	(禁忌の有無)　(禁忌の内容／留意点)
		□なし　■あり　ロキソニン

3. 退院に関しての本人・家族の状況

②受けとめ／意向		本人への病名告知　：■あり　□なし
	＜本人＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	こんな足が弱ると思ってなかった。歩行器があれば今家帰ってもなんとか生活できると思う。 コロナという事は理解できている。
	＜本人＞退院後の生活に関する意向	機会があれば運動したい。買い物が気分転換だったが、いまは出来なくても仕方ない。 そろそろ、家事は卒業しよかなと思っている。長男・長女のが折り合いが悪く行き長女の孫と会えていないためさみしい
	＜家族＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	日中独居なので自分のことは自分でしてほしい。
	＜家族＞退院後の生活に関する意向	できることが増やせるように運動やリハビリは継続してほしい。
退院後の生活の促進因子（心身状況・環境等）		心身状況・活動と参加 下肢筋力のトレーニングを続けることで、生活範囲が拡大する可能性があり 環境 内服管理はカレンダー管理で自己管理可能 評価 ＋
退院に関しての生活の阻害因子（心身状況・環境等）		心身状況・活動と参加 80歳代と高齢であり、寂しさ、引きこもりがちとなる事で筋力低下につながる。 環境 昨年現在の自宅に引っ越したところで、親しい友人・知人がいない 評価 ＋
在宅復帰のために整えなければならない要件		区分変更。訪問リハビリやデイ増回などリハビリ環境の強化。ご本人と相談し自宅での筋力アップのトレーニングメニューを作り、在宅ケアチームと共有する ご本人のさみしい気持ちを、長男に伝える

3.結果

1）試行評価の実施プロセス

試行評価はまず、ICF について知識のある人材を選ぶことから始めた。当院の地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟は、看護助手として介護福祉士を採用している。この中で、ICF を知っている、評価したことがある介護福祉士に今回の試行調査の趣旨を説明した。

そして地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟の、主任看護師と副看護部長を加え、ICF 推進チームを立ち上げ、試行調査は地域包括ケア病棟と回復リハビリテーション病棟からスタートすることとした。

介護福祉士と看護主任は協働してカンファレンス前に ICF による評価を実施し、チームカンファレンスで ICF の評価をすり合わせ、生活の阻害因子・促進因子から退院後の課題を抽出し、ケア計画を立案・修正した。これらの経験を月 1 回の定例会議で交流し、評価の進め方について検討した。

この経過を踏まえ、2021 年 4 月より、急性期一般病棟での試行評価を開始した。なお、開始に当たっては ICF 推進チームが各病棟で ICF の学習会を開催した。

試行評価開始当初は 1 名の評価に 30 分程度要したが、回数を重ね 1 名 10 分程度となり、負担感は改善した。看護師は場面や介助により評価が変化すること、介護福祉士は患者の持つ能力を評価したことによる、職種による評価の視点のずれが指摘されたため、院内学習会の実施と、カンファレンスに多職種の参加により改善を図った。

2）試行評価における生活機能評価の概要

今回の試行評価における生活機能評価の概要については、代表的な 3 事例（COPB、心不全患者、COVID-19）を表 2 に示した。

A の患者は「聴力」が「2：中等度の問題」であった以外は、「0：問題なし」、「1：軽度の問題」となった。

B の患者は、「意思決定」が、「3：重度の問題」、「排尿機能」、「移動」、「歩行」、「更衣」、「自分の体を洗う」、「健康に注意すること」、「見知らぬ人に対応できる」、「レクリエーション及びレジャー」が「4：完全な問題」となり、そのほかが「1：軽度の問題」または「2：中等度の問題」であり、「0：問題なし」は 1 項目もなかった。

C の患者は、「レクリエーション及びレジャー」が「4：完全な問題」、「歩行」「日々の仕事または学校に通う」が「3：重度の問題」であり、「立位保持」が「2：中等度の問題」で、それ以外以外は、「0：問題なし」、「1：軽度の問題」となった。

評価項目ごとにみると、「日々の仕事または学校に通う」は A・B の患者は「8 評価対象外」であり、「レクリエーション及びレジャー」は 3 名とも「4：完全な問題」となった。

表 2 生活機能評価の概要

	A	B	C
主傷病名	肺炎、COPD	心不全	COVID-19
年齢	80代	80代	80代
性別	男性	男性	女性
1 視力	2	1	1
2 聴力	2	1	1
3 注意機能	0	2	
4 話言葉の理解	0	1	0
5 基礎的学習（記憶／日常課題）	0	2	0
6 会話	0	1	0
7 排尿機能	0	4	0
8 排便機能	0	1	0
9 座位保持	0	1	0
10 立位保持	1	2	2
11 移動	1	4	1
12 歩行	1	4	3
13 食べること	1	2	0
14 更衣	0	4	1
15 自分の体を洗う	0	4	1
16 健康に注意すること	1	4	
17 見知らぬ人に対応できる	0	4	0
18 意思決定	0	3	0
19 日々の仕事または学校に通う	評価対象外	評価対象外	3
20 レクリエーション及びレジャー	4	4	4

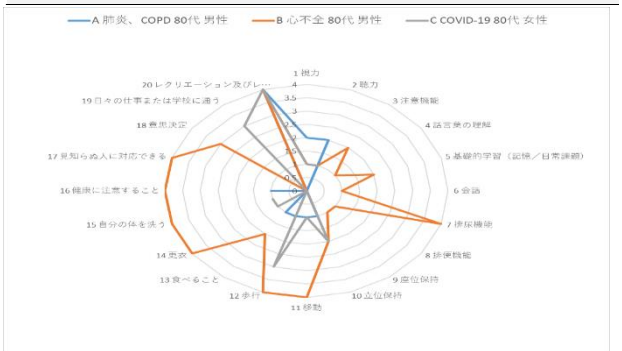

図1　生活機能評価の概要

3）試行評価のおける退院支援の実際

C 氏は 80 歳代女性。これまでは家事・外出が可能であったが、COVID-19 感染を契機に歩行器歩行となった。

退院に向けて、まず看護師が ICF に準拠した生活機能評点を、リファレンスガイドを確認しながら評価した。その後理学療法士を加えたカンファレンスを行い、評価の妥当性をすり合わせた。評価に変更はなかったが、看護師は評価に間違いがあるのではないかとの不安が払しょくされた。また患者の日常生活の全体像が共有されたと語った。C 氏は周囲に友人がいないこと、遠方の孫に会えずさみしいと感じている事、「買い物」が生活の楽しみであったことなどが共有され、セルフケア能力が維持されていることが確認された。退院後は区分変更、自主的に行うリハビリメニューを提案し、訪問看護師による継続を今後引き継ぐ課題とした。

退院前にサービス担当者会議を行い、訪問看護師による自主的なリハビリテーションメニュー実施の確認、ディケアの利用が提案された。区分変更をすすめながら、予定通り退院された。C 氏の「さみしい」と感じている思いも家族に情報提供され、交流の機会を設ける旨が提案された。

師長や主任看護師は、C 氏の活動を促す具体的なケア、セルフケア能力を高めるケアを提供し、在宅サービスへと連携できたことに手ごたえを感じていた。また、スタッフナースは、ICF に準拠した生活機能評価の難しさより、入院中の ADL を基に、IADL 能力を評価し、必要なセルフケア支援とサービスを提案する難しさを語った。

生活機能評価点は、多職種で行うことで、正しい評価への不安が払しょくされることが示唆された。

4. 考察：ICF に準拠した生活機能サマリーの活用に向けて

1）生活機能サマリーの導入に必要な「生活モデル」の理解

医療機関、とりわけ、急性期病院において、看護師が生活機能サマリーを積極的に活用するには、退院後の生活を支える有効な情報提供の手段であることを理解する必要がある。

前述したように、リハビリテーション・介護領域の専門職は、近年教育体系に生活モデルが導入されているため、親和性が高い概念として ICF が取り上げられているが、伝統的医学モデルで患者の全体像把握する傾向にある[3]医療機関における専門職が ICF を活用した評価を行うには、その基本的考え方から学ぶ必要がある。

一方、ICFの準拠した生活機能サマリーは、生活機能と医療情報等から全体像を把握し、患者・家族の受け止め／意向を確認、「退院後の生活の促進因子」、「退院に際しての生活の阻害因子」、「在宅復帰のために整えなければならない要件」 を抽出する。これらの情報を病院側、在宅側が共有することで、リスク管理しながら健康状態をよりよく保ち、活動・参加につなげることが可能である。また患者が望む生活と現状のギャップを確認し、それを埋める支援は、患者の持つセルフマネジメント力を支えることになる。さらに入院時から退院後の生活を見据えたアセスメントの視点は退院支援の力量向上につながり、OJT としての役割も期待できる。

このため、生活機能サマリーの活用を促進するためには、看護師自身がこれまで述べたような生活機能サマリーの優位性を事前に理解し、評価を通じて体験することが重要と考える。

2) 生活機能サマリーの評価の標準化に向けた課題

看護師が正しく評価できることは、活用のモチベーションとなる。そのためには、分かりやすいリファレンスガイドと、多職種による評価が有効である。リファレンスガイドにある記入の視点はより理解が深まり、評価が正しくなる大切な要素である。リファレンスガイドの分かりやすさが正確な評価に直結する。また多職種による評価の振り返りは正確な評価と患者像の共有に有効であった。当院では理学療法士、作業療法士、薬剤師、言語療法士の参加を求めている。

3）生活機能サマリー導入の意義

生活機能サマリーの導入によって、カンファレンスでの場面で、これまでの退院支援のプロセスでは共有されなかった活動や参加に係る情報が共有され、退院後の在宅生活の継続を支え、その質を高めるような支援を検討するための情報が補強されたという報告もあった。生活機能サマリーの活用で、これまで多職種の介入のなかった患者も、多職種でカンファレンスする機会となり、生活モデルの視点で退院後の生活を支えるケアが提供できる可能性が示唆された。

急性期病院における試行評価では、患者の生活背景、高次機能の把握が十分ではなく、看護師間の評価にもばらつきがあり、リハビリテーションチームと評価する重要性が示唆された。また ICF の評価により患者像が多職種間で共有されるとの意見が聞かれた。

一方、病棟看護師は入院中の課題や必要なケアを抽出できるが、自宅での生活の促進因子や阻害因子を検討することが難しく、生活課題をイメージしたケアを検討することに苦慮した。これを解決するには高齢者に見られる、慢性心不全、慢性呼吸不全などの疾患のモデルケースがあると、生活機能サマリーに求められるスキルをイメージしやすいと考える。

5. おわりに

ICF に準拠した生活機能サマリーによる評価の導入に向け、試行評価を行った。

当院ではこの経験を経て、退院サマリーの様式の変更を計画している。今後は、実践の継続による評価の標準化と臨床への活用効果を可視化していくことが課題である。

参考文献

1) 大川弥生. ICF（国際生活機能分類）－「生きることの全体像」についての「共通言語」－ 第 1 回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会参考資料3 【https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0726-7.html】

2) 筒井孝子（2019）. 地域包括ケアシステムの深化-integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント. 中央法規, 東京

3）眞鍋克博, 榎宏朗.（2015）. 地域・在宅リハビリテーションにおける医学モデルから生活モデルへの展開. 明治学院大学社会学・社会福祉学研究 (145), 19-30.

4) 大夛賀政昭、渡邉直、柴山志穂美、坂田薫（2020）. 生活機能サマリー, ICF に準拠した標準化への取り組み. 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）.