

ICDとICFの一体としての 統計への導入の可能性

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大冢賀政昭



2025年に向けた医療機能再編のイメージと今改定における基本的な考え方

現在

2025年の姿

この移行を進めるために…

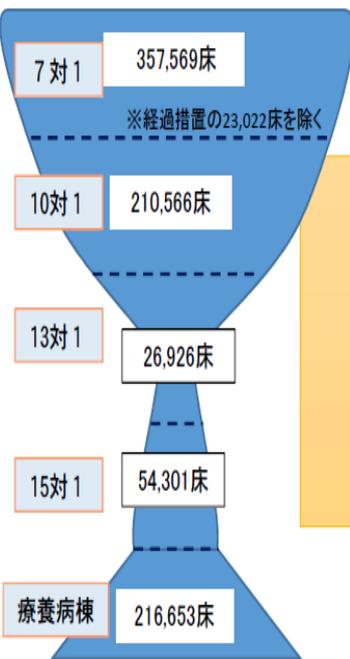
いびつな
病床構成を
是正する
方針

【2014年度診療報酬改定における基本的考え方】

社会保障・税一体改革関連

<現在の姿>

<2025年(平成37年)の姿>



高度急性期・一般急性期

○病床の機能の明確化と機能に合わせた評価

- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化・重症度・看護必要度の見直し・入院早期からのリハビリの推進など

回復期(亜急性期入院医療管理料など)

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受け入れなど、病床機能を明確化した上で評価 など

長期療養

○長期療養患者の受け皿の確保

在宅医療

○質の高い在宅医療の提供の推進

- ・在宅療養支援診療所
- ・病院の機能強化 など

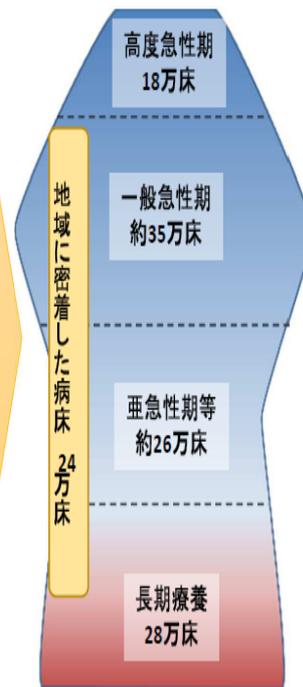
外来医療

○身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院などの紹介を受けられる体制の整備

- ・かかりつけ医機能の評価など

その他

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価



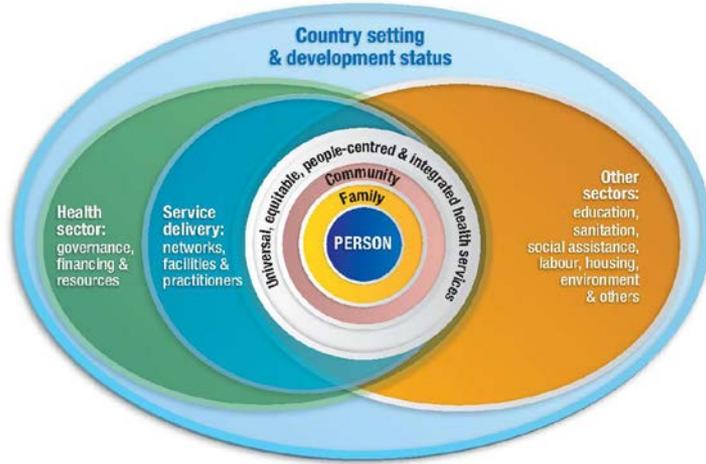
在宅医療

外来医療

在宅医療

外来医療

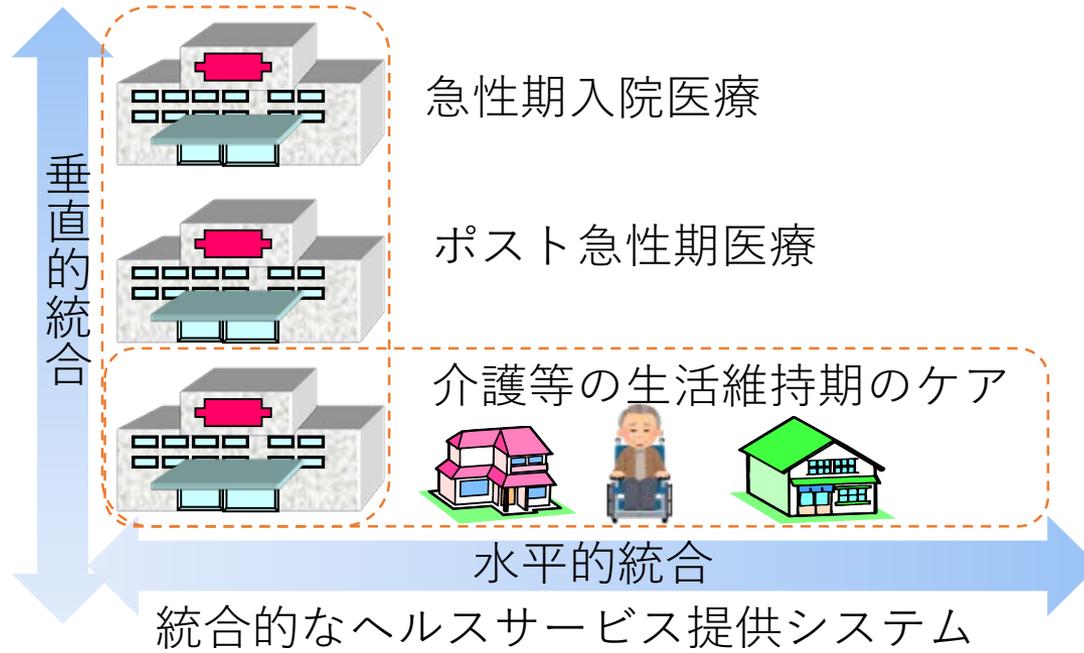
高齢化が進む諸国において求められる本人を中心とした 統合的なヘルスサービス提供システム



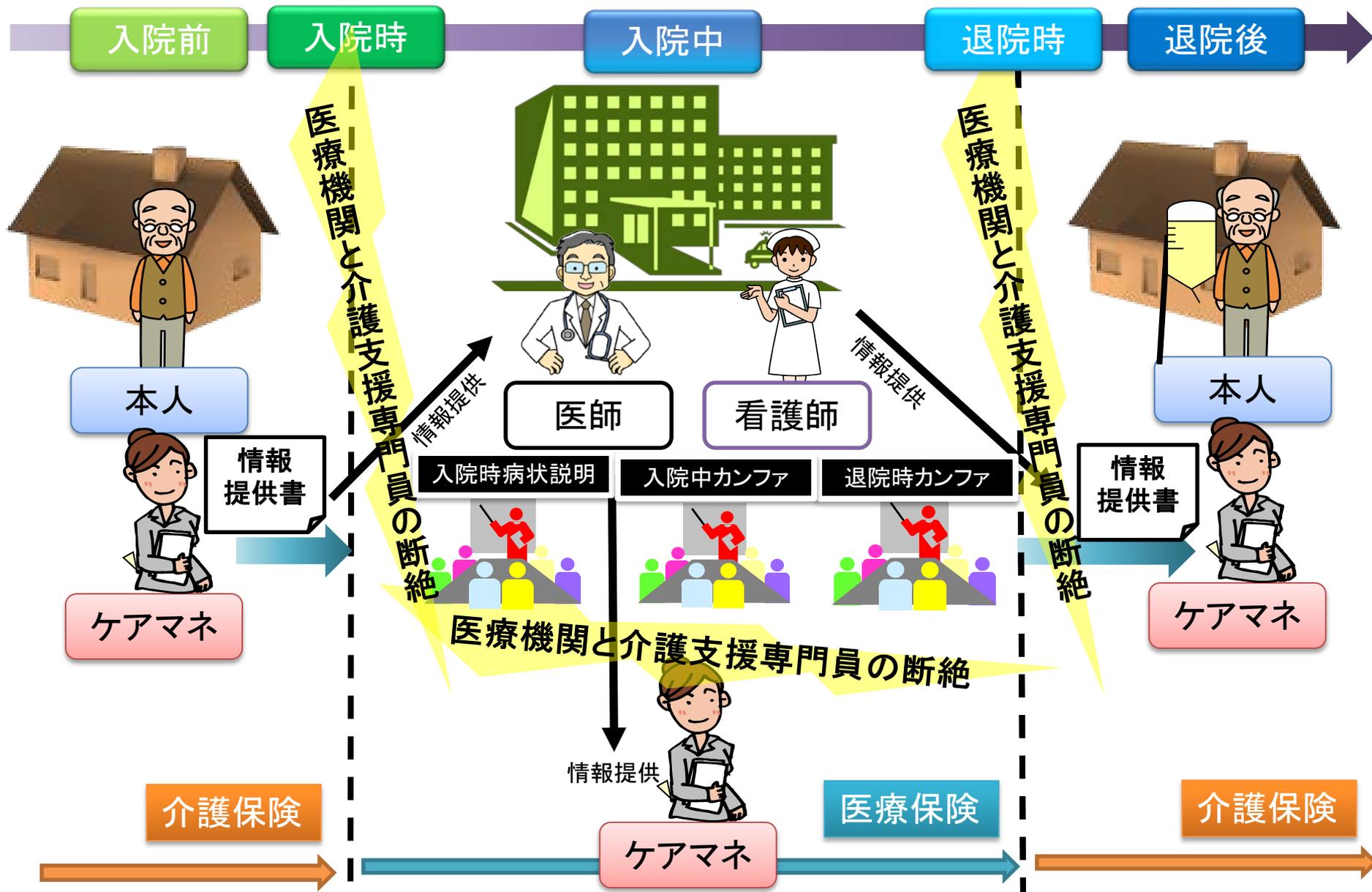
People-centred and integrated health services
By WHO Interim Report (2015)



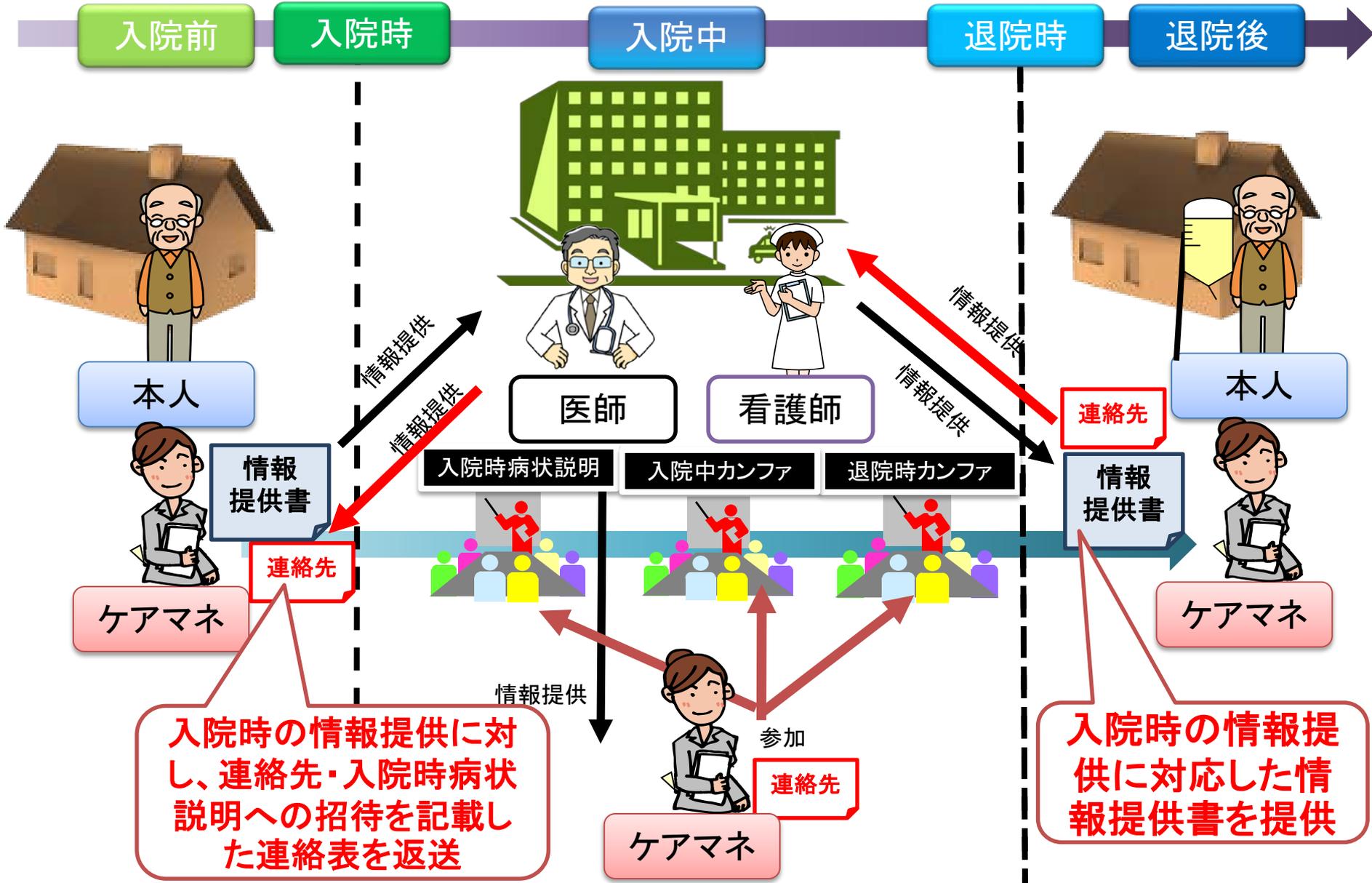
地域包括ケアシステム
By 地域包括ケア研究会 (2015)



医療・介護連携の促進に向けた情報共有 —これまでの状況（一方向クリティカルパス）—



医療・介護連携の促進に向けた情報共有 —今後求められる状況(双方向クリティカルパス)—



入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

本人

情報提供書

連絡先

ケアマネ

入院時の情報提供に対し、連絡先・入院時病状説明への招待を記載した連絡表を返送

医師

看護師

入院時病状説明

入院中カンファ

退院時カンファ

情報提供

参加

連絡先

ケアマネ

情報提供

情報提供

連絡先

情報提供書

ケアマネ

入院時の情報提供に対応した情報提供書を提供

本人

情報提供書

平成30年度診療報酬改定で新設された入退院支援の評価

- 入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援に対する診療報酬上の評価が見直された

入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画(地域連携パス)加算算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

退院時共同指導料の見直し



外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【★入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・持参薬の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成 等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・医療保険未加入者又は生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

★医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

・療養に必要な情報提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする**



医療・介護の情報提供による セルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント

早期からケアマネが関わり、スムーズな退院支援を促すため

- ① 疾病の自己管理をテーマとした生活指導等によるセルフマネジメント支援を
- ② 入院中からの医師・看護師・ケアマネの情報共有とプラン作成によって行い
- ③ 退院後もケアマネ(かかりつけ医)による一定期間のフォローをする

ことで、地域循環型の支援の構築を行う

コンセプト

セルフマネジメント支援



入院時における医療・介護連携
による切れ目のない支援

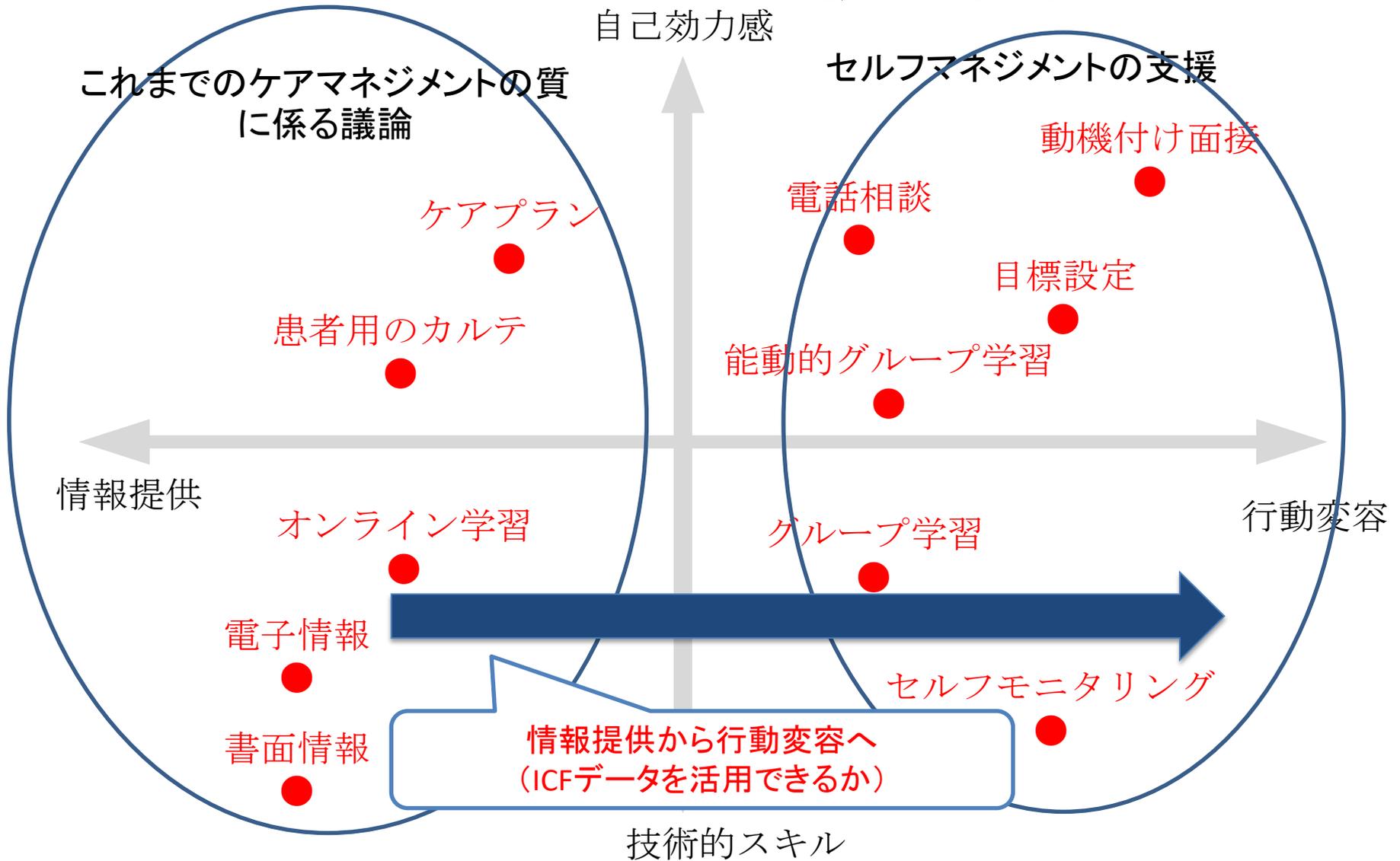


入院中においてもケアマネが係わる具体的な業務をつくることで連携を生み、早期の退院支援と継続的なケア提供を実現

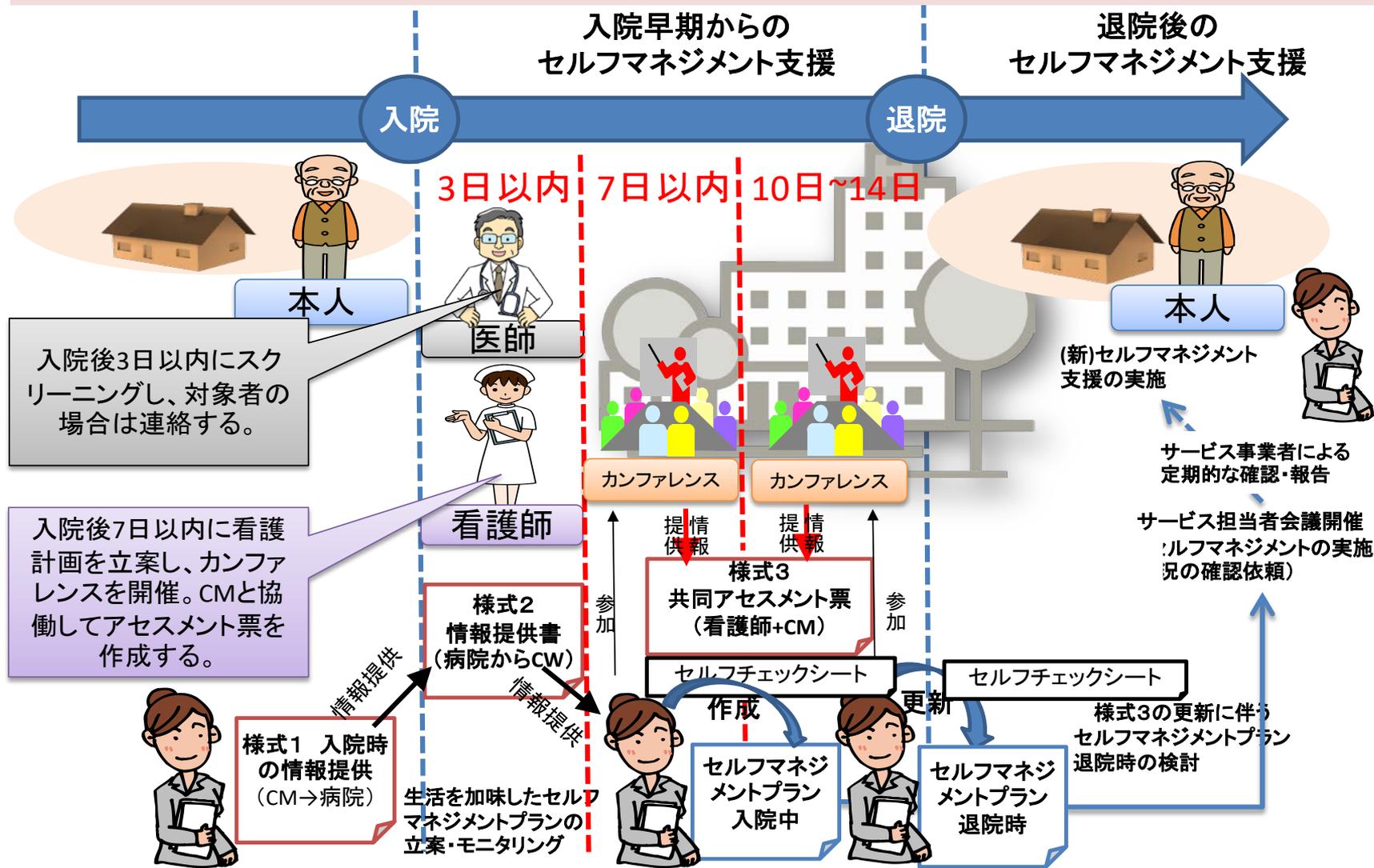
必要な理由・・・

- 入退院時の切れ目のない連携が必要だが、入院時には医療保険適用となるため、ケアマネジャーは関われない
- 急性期の入院日数がさらに短くなる中で、急性期病院とケアマネジャー連携がより求められる。
- 慢性疾患患者が増加するなかで、再発防止にはこれまでの一方向型パスから循環型パスへと変換が求められる。
- 地域に出てからの情報共有は、家族力が低下する中、本人だけでは難しく伴走者(専門職)が必要。

セルフマネジメント支援の位置づけ



医療・介護の情報提供による セルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント



入退院イベントに係わらず、ICD/ICFに係わる情報を専門職が一定期間保持

セルフマネジメント支援における医療・介護の情報提供の流れと目的

診断名情報:ICD
生活機能情報:ICF
を合わせて共有していくことが継続的支援には重要

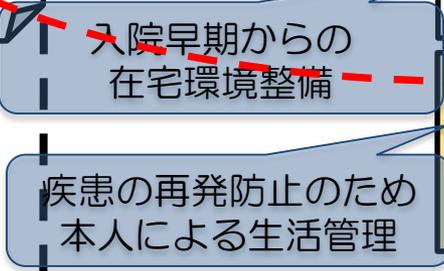
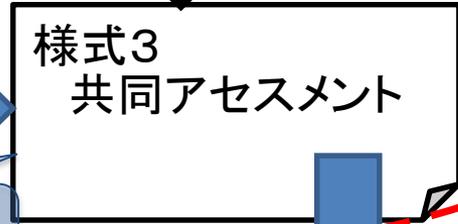
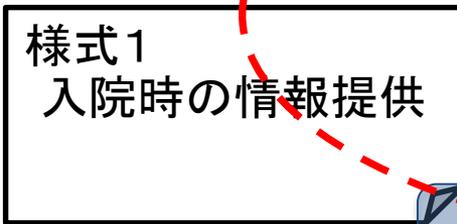
入院時

退院時



入院3日まで

入院7日～退院直前



セルフマネジメント支援が必要な人のための一定期間の伴走
(+ICDとICFによる情報)

モデル事業するセルフケアプランの様式の一部

【A】様式3 共同アセスメントシート票
 (看護師+支援担当者:入院7日目)
アセスメントシート
 ※看護サマリーを添付してください。

連絡窓口・担当者名・連絡先

病院名
 病棟名
 主治医 (フリガナ) 電話番号・内線 担当看護師所属・氏名

現在の病状(医師の所見含む)

再発防止のための気をつけて欲しいこと・留意点 ※喫煙者に対しては、「禁煙」についての具体的な意見を必ず記載する

現在の状況と今後の生活展望(在宅生活継続の見立て・アセスメント)

(対象疾患:) (様式1を踏まえ)

日常生活全般 (生活習慣等) (様式1を踏まえ)

要援ありの場合 本/日まで 指導担当者() 要援なしの場合 合/日まで

排尿
 方法 1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助
 1. トイレ 2. ポータルトイレ 3. リハビリパンツ・おむつ・尿とりパッド
 4. 尿カテーテル・ストーマ

排便
 方法 1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助
 1. トイレ 2. ポータルトイレ 3. リハビリパンツ・おむつ 4. ストーマ

便秘の有無 1. 便秘 2. ふつう 3. 軟便・下痢

認知症状による生活への不具合 1. なし 2. あり()

認知症リスク調査の結果に対する見立て
 1. 疑いなし 2. 疑いあり(要診断) → 専門医へ受診(医療機関名:) (受診予定日: / /)
 3. 認知症と診断(今回、当院にて/既に) 5. その他()

服薬管理 (様式1を踏まえ)

内服薬 1. なし 2. あり()

食事・栄養管理 (様式1を踏まえ)

食事摂取 1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助
 嚥下状況 1. できる(むせ込み:あり/なし) 2. 見守り等 3. できない
 食形態 1. 常食 2. 軟食・軟食 3. きざみ食 4. ミキサー食 5. ソフト食 6. 経管栄養(種類:) 量: ml x 回/日
 食事制限 1. なし 2. あり(塩分制限 g、カロリー制限 kcal、その他:)
 アレルギー 1. なし 2. あり()

運動・移動 (様式1を踏まえ)

歩行状況 1. 問題なし 2. 問題あり(どんな状況か:)

福祉用具の使用 1. なし 2. あり(車いす / 歩行器 / 杖 / 補装具)

コミュニケーション・対人関係 (様式1を踏まえ)

コミュニケーション ※認知症状による生活の不具合などがある場合は、「具体的な対応」について記入
 1. できる 2. 支援あり(程度:)
 コミュニケーションに必要な支援()

言語障害の有無 1. なし 2. あり(どんな状況か:)

アセスメントの領域(日常生活、服薬管理、食事・栄養管理、運動・移動、対人・コミュニケーション)ごとに本人のセルフケアプランを支援者と本人で作成するようなツールになっている。

(対象疾患:) (セルフケアプラン)
 ID: _____
 作成年月日: 年 月 日 ~

プランニングシート

アセスメント領域と取組着手時の状況	<支援担当者記入> 本人・家族の意向 ※アセスメント(現状)をどうとらえているか	<支援担当者記入> 再発防止・重症化予防のための目標と 具体的な取組内容(アクションプラン)
日常生活全般		【目標】
服薬管理		
食事・栄養管理		【具体的な取組内容(アクションプラン)】 ※健康管理表に転記 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
運動・移動		
コミュニケーション・対人関係		

様式3を転記・必要に於し加筆

ICFの対応する情報が継続的支援において共有されている。

まとめ

- 多くの病床を抱える日本において、医療サービスの機能分化が求められ、介護施設を含めて分化された機関間の継続的な支援が求められている。
- 日本では介護と医療の保険制度が分かれており、地域における支援の継続性を促進するために、近年、両制度の報酬上に専門職の情報連携に対する加算が設けられているが、全国的な情報の不統一や多職種間の壁等があり、その連携は十分ではない
- 今後、情報の連携を向上させるためには、患者の役割を引き出すような支援を、医療の専門職、地域ケアの専門職がともに行い、情報を専門職が保持する仕組みが求められる。
- また、すでに医療機関は、ICDをはじめとする診断情報、そしてそのほかの生活情報を入院時にMSWやNurseが収集している。
- これをICFで表現し、ICDとリンケージすることによって、医療と介護の継続的な支援の実現や介入効果を図るためのアウトカムとして活用することができるのではないか。