

ケアマネジメント実践事例集

ケアマネジメント実務研究会 編著

第一法規

第4節 運営・管理

多職種連携	居宅介護支援事業所・介護老人保健施設ほか
事例のテーマ▶	「ID-Link」「ばるな」を用いたICF情報連携の実際

ICTを活用した多職種連携によるケアマネジメントの質向上をめざして

KEYWORD ICT 多職種連携 ICF

●施設の概要

対応機関	社会医療法人 高橋病院
施設の概要	
運営主体	社会医療法人高橋病院 社会福祉法人函館元町会 一般社団法人元町会
併設施設	クリニック、介護老人保健施設、グループホーム、ケアハウス、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、訪問介護ステーション、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護)、小規模多機能型施設
執筆者	社会医療法人高橋病院 法人情報システム室 滝沢 礼子 社会医療法人高橋病院 理事長 高橋 肇

当法人グループは1894年に創立した179床の高橋病院（以下、当院）を母体とし、入所施設は150床の介護老人保健施設「ゆとりろ」、認知症対応型グループホーム「秋桜」「なでしこ」、ケアハウス「菜の花」を有し、居宅介護サービスは居宅介護支援事業所「元町」「なでしこ」、訪問看護ステーション「ほうらい」、訪問リハビリテーション「ひより坂」「美原」、訪問介護ステーション「元町」、通所サービスは通所リハビリテーション「元町」「ゆとりろ」、認知症対応型通所介護「秋桜」「谷地頭」、小規模多機能型施設「なでしこ」を有する医療介護複合体である。

生涯カルテの構築をめざし、法人全体の共通キーワードを「生活を支える医療・ケア」「連携文化の育成」と定め、医療から生活へ、生活から医療へ橋渡しをする役割を担う組織をめざしている。

●ケアマネジャーのICT利用状況

当法人のケアマネジャー（以下、ケアマネ）は、当院介護療養病棟、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、グループホーム、小規模多機能施設に配置されている。各々、日常の支援経過記録、ケアマネジメント、介護報酬請求は、当院は電子カルテで、そのほかの施設は介護ソフトを用いている。

法人内や地域の施設と情報連携する手段として、「地域医療連携ネットワークシステムID-Link（道南MedIka）」、「医療介護生活支援システム“ぱるな”」を活用している。前者は病院や訪問看護、訪問リハビリ等の医療情報を主とした情報連携、すなわちEHR（Electronic Health Record）が主体となっている。後者は在宅介護サービス事業所に加え、患者本人と家族も参加可能な地域包括ケアシステム構築のため情報連携、すなわちPHR（Personal Health Record）が主体をなしている。

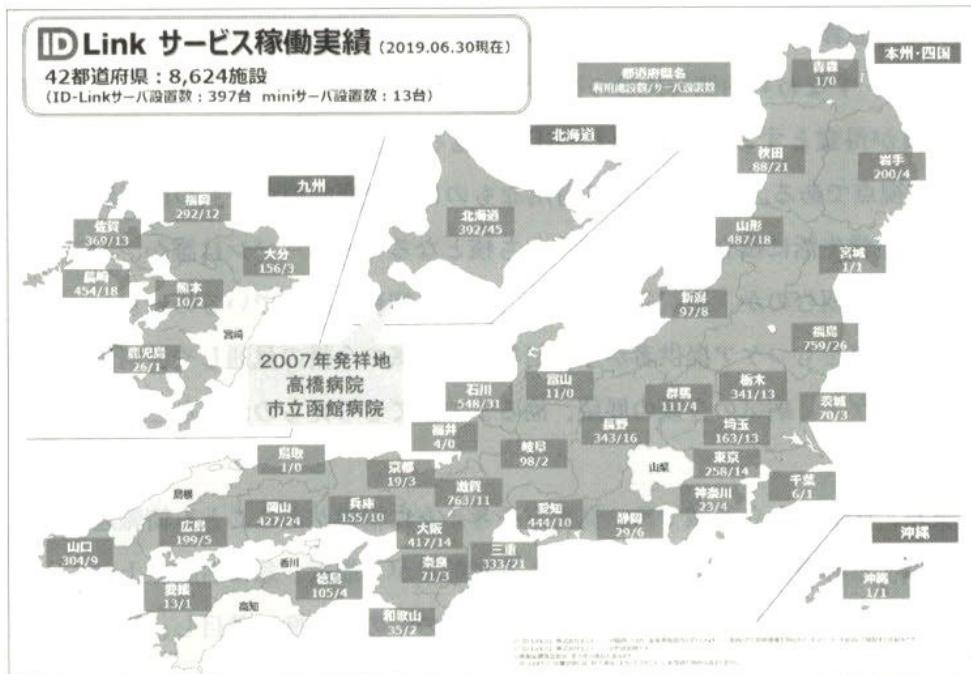
〔ケアマネジメント一〇二〕

●地域医療連携ネットワークシステム「ID-Link（道南MedIka）」

地域医療介護連携ネットワーク「ID-Link」は、全国に先駆けて2007年に当院と市立函館病院において導入された。当地では「道南MedIka」と名づけられたが、MedIkaの由来はメディカル（Medical）+いか（Ika）（函館市の魚）の造語である。

急性期の市立函館病院では受け手先病院の確保が急務であり、システムを用いての連携先を模索していた。その当時、当院は道南で唯一電子カルテを導入しており、回復期リハ病棟をもつ性格上、急性期からの患者紹介を必要としていたため、両者の目的が合致し、2007年の試験運用を経て2008年本稼働後にNPO法人化とし、2019年6月末現在では42都道府県、8,624施設まで広がっている（図1）。

図1 ID-Link稼働実績



出典：ID-Linkホームページ（株式会社エスイーシー）

ID-Linkは“地域医療”連携ネットワークシステムとして出発したため、当初、介護事業所系は参加していなかった。しかし、地域包括ケアシステム構築をめざしていた当法人では、このプラットフォームは医療介護連携ツールとなりうると判断し、当法人全ての事業所を参加施設とした。

各法人事業所に当システムの利用を浸透するため、まずは業務の洗い出しを改めて行い、どの職種がどのような情報を必要としているのかを調査後、業務フローを作成し、ID-Linkの具体的活用につなげていった。その後、関係職種の業務分担を明記した周知文を作成し、法人グループ全体への説明会を実施した。

もともと操作が簡便なシステムではあるが、さらに簡易なマニュアルを作成し、それを元にスタッフへの周知・教育を行った。

●どの職種がどのような情報を必要としているのか

連携がうまく機能するには、「相手が知っていて、自分が知らない情報の中で自分が知りたい情報は何であるかを相手に伝え、確実に情報提供を受けること」「自分が知っていて、相手が知らない情報の中で相手が知ったら有用な情報を、

相手に確実に提供すること」が前提となるが、その当たり前のことが連携の現場で明確に意識されていることは少ない。たとえば、医師は「病気を診る」「臓器を診る」、すなわち内側＝ICDの視点であるのに対し、ケアマネやリハビリ・介護職員が得意とする守備範囲は「ADLを見る」「生活を見る」、すなわち外側＝ICFの視点である。情報交換して有用なものは、医療的視点をもつ医師側からすると、日常生活に役立つ情報、すなわち核となるキーパーソンは誰か、どこまで延命行為を望むのか、退院先はどこか、などの情報を望んでいるのに対し、生活支援の視点をもつケア提供者が望む情報は、病気の今後の見通しや、病気に悪影響となるケア、病気の今後の展望、治るまで診てもらえるのか、などである（図2）、（図3）。

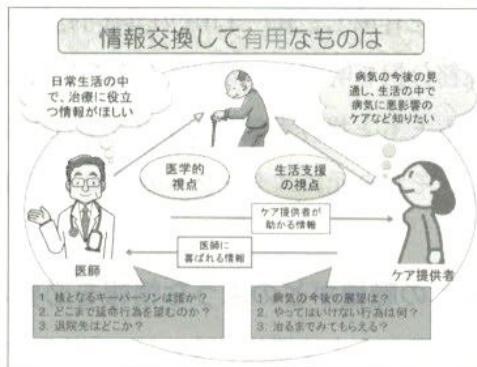
また、医療職と介護職では、見え方や考え方には相違があることも情報連携の中で意識する必要がある。たとえば、ある高齢者が「最近、急に右腕が上がらなくなってきた…」と訴えた場合、医療職は身体の中の病態像に着目し、検査や画像等で原因を探り、手術や投薬等により、マイナスに振れた機能を元に戻す健康回復を重視する。一方介護職は、日常生活の障害に着目し、衣服の着脱の不便さや、料理などの家事全般が不便とならないか、など本人の気持ちや生活の質を重視する。

医療介護の多職種が情報連携する場合、上記を念頭におくとより情報連携の効果が上がる。

図2 医療（医師）の視点、介護（ケア）の視点



図3 情報交換して有用なものは



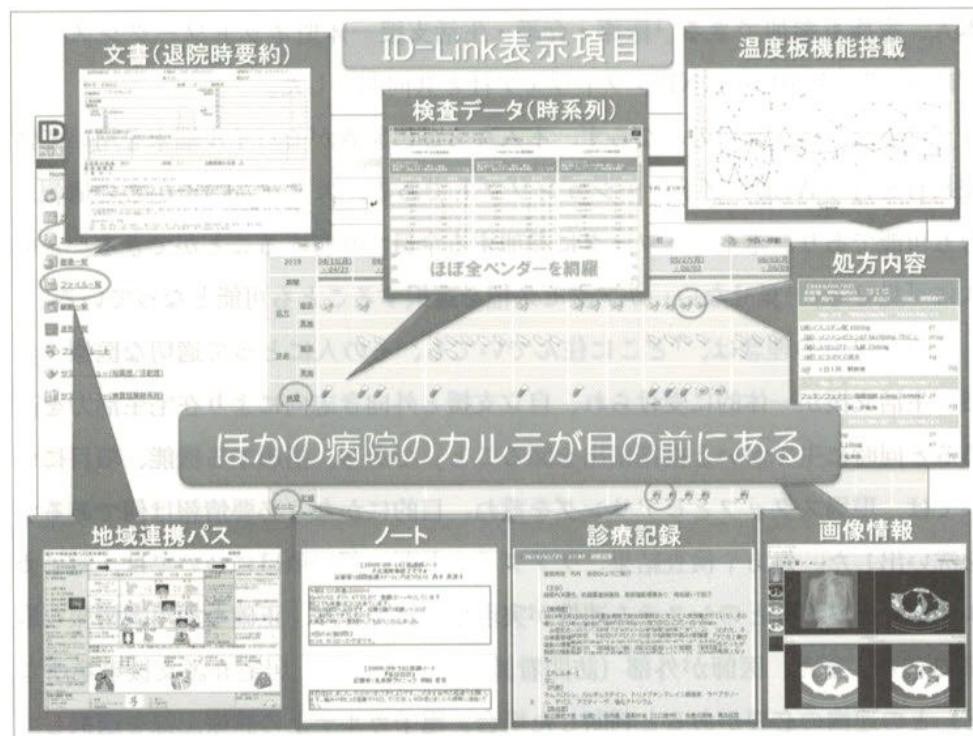
〔ケアマネジメント一〇二〕

出典：社会医療病院 高橋病院

●道南地域医療連携ネットワークシステム導入の効果

医療職である医師や看護師等のメリットは、たとえば脳梗塞を発症した利用者が急性期病院から当院への転院を経て介護老人保健施設（以下、老健）へ入所したケースでは、発症当初からの治療・回復状況が経時的に把握できる。各医療機関の処方・注射・検査結果・画像情報からは病態や治療の経過が確認でき、バイタルサインの経過は温度板が入院期間ごとに表示されるため、病態変化が一目でわかるようになっている。文書情報の添付では、診療情報提供書や退院時要約も公開されているため、急性期からの詳細な治療経過が確認可能である。ID-Link導入前は紙による診療情報提供書と検査結果1回分程度の情報提供であったが、ID-Linkを用いることで得られる情報が格段に増えた。老健では、一般的に発症時のCT・MRI画像情報等を入手するには労力を要するが、導入後は病態に即した効果的なリハビリテーションの実施につながっている（図4）。

図4 ID-Link表示項目



出典：社会医療法人 高橋病院

在宅ケアマネが退院前カンファレンスに参加する際、ID-Linkから事前に情報を入手し、生活状況や今後の方向性を前もって確認してから参加することで、

より適切な在宅支援につなげることが可能となった。

当システムは医療系のスタッフには情報連携として馴染みのツールとなった反面、医療の知識が十分ではない介護福祉系のケアマネ等には未だ敷居が高いものであり、生活面の情報共有にまで至らず、利用者本人の情報発信ツールになりえないなどのデメリットがあった。

超高齢社会においては、医療と介護、生活支援の境が曖昧になっていくこと、人生会議（ACP）（後述）に代表されるように、今後はより一層利用者本人の情報発信が大切になっていくことから、2013年に次なるシステム“ぱるな”を開発した。

●利用者参加型システム“ぱるな”

当法人では、利用者・家族と関わる中でもち得た情報をいかにわかりやすく、かつ効率的に共有できるか日々模索してきた。その解決策の1つとして、利用者本人、家族も参加できる「医療・介護・生活支援一体型ネットワークシステム“ぱるな”」を2013年にNDソフトウェア社と共同開発した。

“ぱるな”は、職員のみならず、本人ならびに家族がモバイル端末を用いて情報共有を行うWEBアプリケーションソフトである。スタッフ端末からの情報入力も可能であり、本ネットワークに参加する全員で共有することができる。どの人に「見せる」「見せない」かアクセス権を選択することも可能となっている。

このソフトの理念は、「どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護・生活支援が一体的に受けられ、自立支援と外向き志向により在宅生活力を高めると同時に生きがいと役割創出を図ること」である。搭載する機能、項目については、現場スタッフとヒアリングを重ね、目的にかなう必要情報は何であるかを洗い出した。処方や検査結果、ケアプランなど一部の項目については、電子カルテや介護ソフトとのシステム連携が実現化されており、正確な利用者情報を取得できる。また、医師が外部（訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など）との連携の必要があると判断した場合、電子カルテ上の診療記録を選択して“ぱるな”へ公開する機能も設けられている。

従来、在宅サービス事業所では点在する情報を統合することに多くの時間と労力を割いてきたが、その観点からも“ぱるな”的貢献度は高いものとなってい

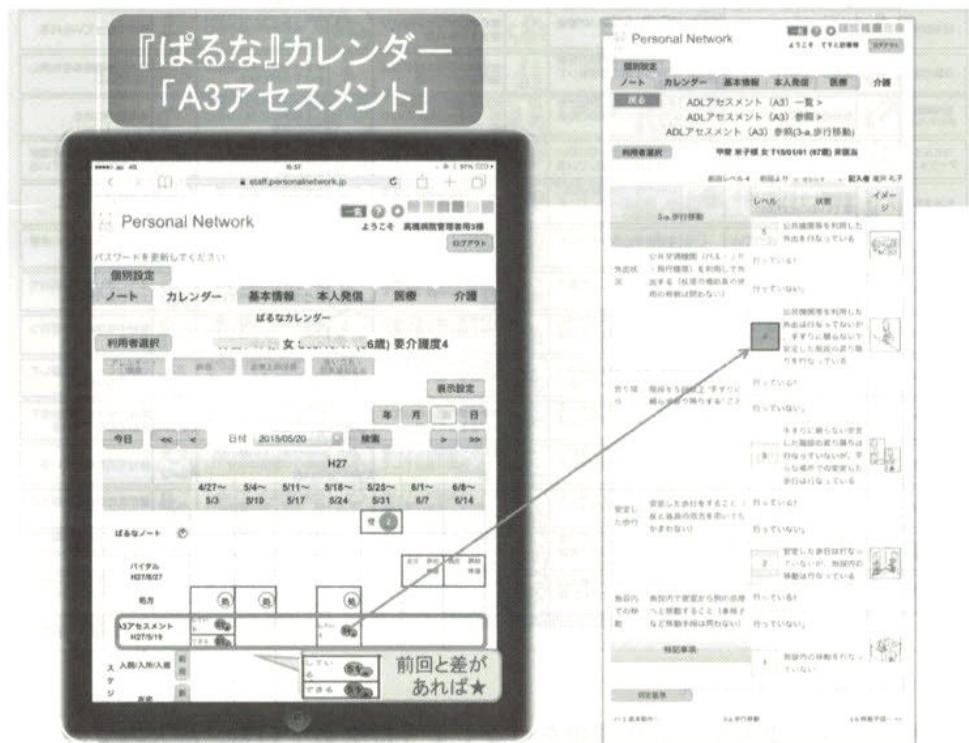
〔ケアマネジメント〇一〕

る。

●ICFステージング（A3アセスメント）の活用～つなげるADL情報

“ぱるな”では、ADL評価ツールとしてR4システムのICFステージング（A3アセスメント）を用いている。ICFステージングでは、実行状況すなわち「しているADL」を評価するが、当法人ではリハビリ職が最大能力である「できるADL」を、看護介護職（時にケアマネ）が「しているADL」を評価している（図5）。

図5 “ぱるな”によるICFステージング（A3アセスメント）



出典：社会医療法人 高橋病院

ICFステージング導入前に職員研修で行ったことは、一人の利用者に対し多職種が同時にADLを評価し、その点数の差異を見ることであった。当初は、ADL評価は職種ごと、経験年数ごとにバラバラであり、点数評価を誤るケースが多く見られたため、8ページにわたるQ&Aを新規作成し、スタッフが迷いなく、かつ的確に評価を行えるようにした。

また、多職種で評価したADL情報を時系列データとして可視化することで、

個別性の高いケアプランの立案やケアの検討に役立てた。評価のタイミングは、入所時、ケアプランの見直し前、退所時を基本としているが、病状不安定などによりADLが大きく変化した場合はその都度再評価を行っている。

ICFステージングの結果は、ケアプランの説明時に利用者本人、家族に提示しているが、課題や目標を共有するようになってから、利用者のリハビリ意欲や、日々の生活行為に対する自立心がより一層高まっていることを実感している（図6）。

図6 ICFステージング説明用紙

〔R4〕 老健版ケアマネジメント方針R4システム。ICFに基づいたADLアセスメント方式（A3）です。医療・介護など多職種間のADL共通指標として利用しています。					
	1点	2点	3点	4点	5点
基本動作					
移動方法					
認知機能 対応力					
コミュニケーション					
精神活動					
食べる・飲み込む力					
食事動作					
移動動作					
入浴動作					
口腔ケア					
筋肉動作					
着脱動作					
社会参加 交際					
社会参加 奉仕					

〔ケアマネジメント一〇一〕

出典：社会医療法人 高橋病院

退所時には、連携先にADL情報をつなぐように努めている。法人内の移動であれば、各事業所端末から“ぱるな”にログインするだけで当該利用者の過去のADL情報が直ちに把握できる。法人外へは紙媒体で提供を行っている。

2015年8月からは、函館市唯一の3次救急病院である市立函館病院をはじめ、複数病院においてICFステージングがADL指標として正式に採用された。これにより、老健入所中に健康状態が悪化して急性期病院に入院した場合、急性期側のスタッフは利用者の元々のADL状態が容易に把握できるため、在宅生活に戻るためにのイメージをもちやすくなる。また、老健再入所直後に「歩けるようだけ

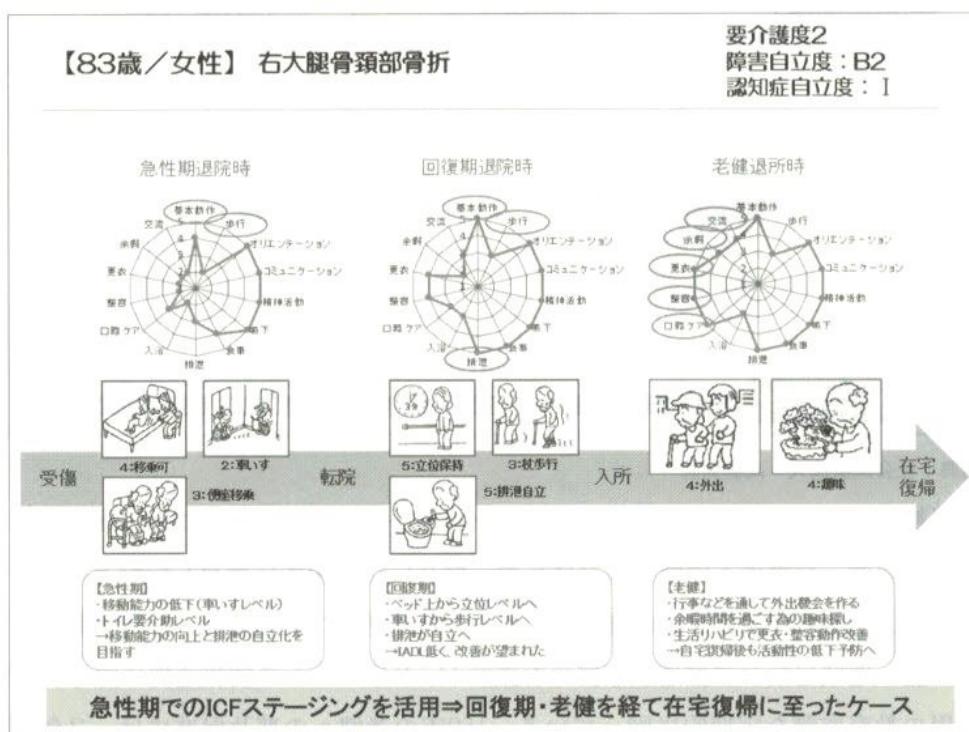
ど、能力を見極めるまでは車いすにしよう」というADL後退も最小限に抑えられる。

ここで、ADL情報をつなぐことにより急性期病院から自宅復帰に至った事例を紹介する。

83歳、女性。自宅で大腿骨頸部骨折を生じ、手術目的で急性期病院に入院。早期離床に向け基本動作と移動能力へのアプローチが行われた。当院回復期リハ病棟転院後は、基本動作および移動能力向上に加え、排泄動作自立に向けたりハビリテーションが中心に行われた。在宅復帰をめざして当老健入所後は、個別リハビリテーションや生活リハビリテーションを通じて、更衣、整容動作のレベルアップを図った。また、社会交流を中心とした活動・参加への働きかけも行い、独居生活の再開となった（図7）。

図7 急性期病院からADL情報をつなぎ、自宅復帰に至った事例

〔ケアマネジメント○〕



出典：社会医療法人 高橋病院

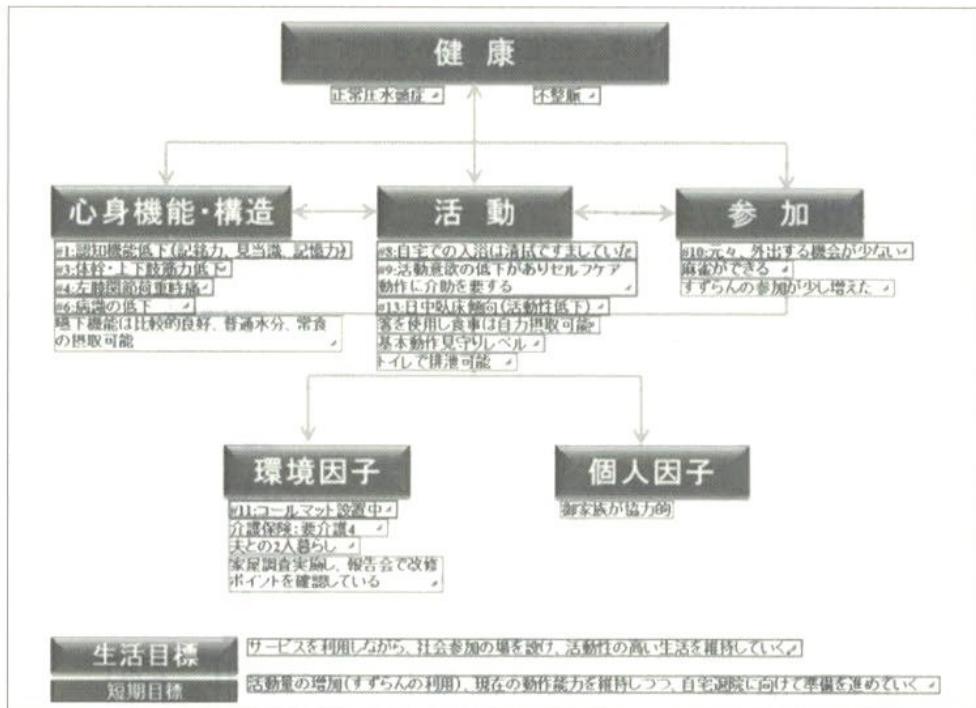
●ICFシートの導入とICFを法人全体でつなぐ体制

つながるケア・つなげるリハビリテーションをめざす当法人は、前述のICFス

ステージングによりADL情報の共有化を促進してきた。生きることの全体像を示すICFの「健康」「心身機能」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」からなる6つのプラス・マイナス面を見る化するため、ICFシートソフトを独自開発し、2017年より稼働を開始した。

ICFシートには「生活目標」と「短期目標」の記述欄があり、定期的に見直す内容は、時系列表示が可能なため、経過が一目瞭然となっている（図8）。

図8 ICFシート実例



出典：社会医療法人 高橋病院

当初は当院の回復期リハビリテーション病棟から活用を開始したが、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設をはじめ、徐々に法人全体に普及しつつある。普及には、当院の作業療法士が室長を務める地域包括ケア推進室と、法人情報システム室・地域包括ケア推進室兼務の看護師が、ICFシートの情報連携に際し、IT活用の教育啓蒙を定期的に図っている。150床の老健への普及促進には、3年間当法人情報システム室に在籍経験のある理学療法士の機能訓練室室長がその役割を中心的に担っている。月1回開催のICF学習会にはケアマネ・社会福祉士・看護師・介護福祉士・セラピスト・管理栄養士等の多職種が参加し、症例をもとにICFステージングをケアマネジメントシステムへ落とし込む作業を行っている。

老健のケアマネからは、「入所前のICF情報から、より個別性のある情報を入手することができ、多職種が同じ目標をもった関わりができるようになった」との声が聞かれている。

当院回復期リハビリテーション病棟退院後のフォロー体制を強化するため、法人内在宅サービス事業所と月1回定期的なミーティングを開催している。2012年4月に開始したこの取組みは、当初は退院時のICFステージングを含めた患者情報を報告するのみであったが、2017年5月「ICFの普及」を法人内目標に掲げたことで、より個別的なサービス提供が求められることになったため、ミーティング方法の見直しが図られた。当院回復期リハビリテーション病棟を退院し、当法人居宅介護支援事業所ならびに在宅サービス事業所を利用したケース、あるいは当院外来に通院しているケースでは、関係職種がICFの概念に沿って退院後の経過を話し合っている。具体的には、退院翌月から5カ月間は在宅サービス事業所からICFステージングを報告、その後3カ月ごとにICFステージングの評価を継続している。ミーティングの場でサービスの再検討を行い、居宅介護支援事業所に相談、報告する仕組みとした。実際に適切なサービスの提供を行うことでその後に効果が表れた2つの事例を紹介する。

〔ケアマネジメント一〇一〕

事例①：88歳女性（疾患：大腿骨頸部骨折）。退院後ケアハウスに入居し当院の外来ならびに通所介護、ヘルパーを利用していたが、退院後1カ月目より下肢の筋力低下を自覚するようになったため、通所リハビリテーションの検討をミーティングで提案。退院後2カ月目から通所リハビリテーション開始となり、身体能力が維持された。

事例②：78歳男性（疾患：脳幹梗塞）。自宅退院後当院外来を利用、退院後2週間が経過した頃より、妻が次第に介護困難に陥った。サービスの再検討のため外来看護師から担当ケアマネに連絡調整を依頼、その後、当院地域包括ケア病床へ入院となった。リハビリテーションを行うとともに在宅サービス内容を充実し自宅退院となった。

●人生会議（ACP）への取組み

前述のように当法人では利用者を全人的に把握し、よりその人らしい生き方を支援していく手段・方法としてICF普及を図ってきたが、2018年度から人生会議（ACP）への取組みも開始した。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は2018年6月閣議決定され、同年11月「人生会議」と名づけられた。

今後、ますます超高齢少子化多死社会が加速する中、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためにには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組みが、医療・介護の現場だけではなく、利用者一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要である。ACPはICFと密接な関係があり、ケアマネジメントにおいては生活目標とも関わるものである。万が一、なんらかのアクシデントが起き急性期医療を受けることになった場合、どこまでの治療を望むのかなど、利用者の意向を確認し関係職種と共有するため、特に在宅でのケアマネの果たす役割は大きいといえる。

当法人では、まず当院地域包括ケア病床に入院した患者への人生会議から開始した。倫理委員会・ACP分科会が中心となり、利用者用のパンフレット作製や職員へ啓蒙するための動画撮影や学習会が行われ、居宅介護支援事業所をはじめ法人全体への普及を進めている。ちなみに当院では人生会議をすでに100件近く行っている（2019年6月末現在）。

情報連携には利用者が認める関係者にのみアクセス権の付与が可能な機能をもつツールを用い、最新の情報を共有できる仕組みを整えていく予定である（図9）、（図10）。

図9 ACPの手引き

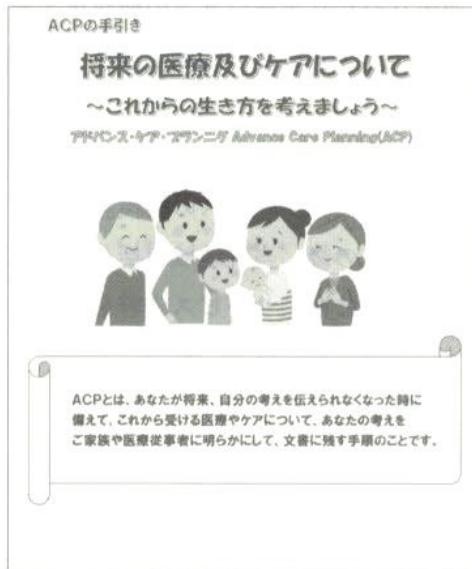


図10 ACPカンファレンス用紙実例

将来の医療及びケアについて						
機器	3階病棟	ID	0003681	氏名	高橋 一郎	性別
性別	女性	年齢	86歳 4ヶ月			
誕生日	平成31年6月28日	場所	1階貴賓室			
カンファレンス出席者						
瓦斯 主治医医師医師 MSW伊藤主任 Na附田 PT黒瀬 OT星坂 Na坂本						
1. 病状・治療・ケアについて						
平成23年頃より「歩けない」「寝たまま起きられない」「吐き気」が出ていた。平成31年1月に呼吸が苦くなり、両脚の筋肉が硬直するなどの原因不明の筋肉痛が発症して入院した。利尿剤、糖素点滴とともに症状は改善した。しかし、食欲がなく食事摂取量が低下し、ADLの低下があり自宅へ転院となった。転院してからも、歩行困難で寝たままでいることが多い。意識は保たれており、言語も理解できるが、音楽を見ていたが、音楽の音を認識していくくは做不到している事がわかり難い段々と見落していった。その後は歯を磨いたり歯石を取る事が出来なくなってしまった。その後は歯を磨いた方が良い。今は歯を磨く事で満足している。今後は歯を磨く事で満足している事を続ける事で満足感を得てください。						
2. 本人の希望や要望						
「私のこれまでの生き方、をもう少し」と本人の想いや希望を強調した。大切に思っていることは「人として大切にされる」と「痛みや苦しが少ないこと」、「自尊心が高い」と「自分で決める」と「自分の治療を受けること」については「どちらもあわせたい」と答えた。また、「納得いくまで十分な治療を受けること」については「理解できている」と答えた。そのための説明は「自分の健康状態について」「治療について」「薬について」などと答えた。今後は「自分の健康状態から、自分の夫で選んでいい」と語られていた。受けける治療に関しては「医療を知るために十分な知識がある」と「自分の夫で選んでいい」と語られた。そのための説明は「自分の夫で選ばれた」と答えた。今後は自分が判断が出来なくなった場合は「医師や看護師でも良いので、看護師でも自分の事は自分で判断したい」と答われた。将来病状が悪化した時の看護先は「本当に自分の家で寝るようになると、でも嬉しいからね」と答えた。そのための説明は「十分、希望しない」と答えた。自分の夫で選んでいいと語られた。そのための説明は「自分の夫で選んでいい」と答えた。高橋さんは、喜びを秘めし笑顔で語りました。それと同時に「自分の夫で選んでいい」と語ったことがない、自分の夫を選びとしないではならないね、困らないように、子供たちに感謝している。立派に育ってくれて」と笑顔で語られていた。						
3. その他						
今後の生活の事については、糖質使用しながら生活出来る事を誓していく。						
記載者 病棟 3階 社会医療法人 高橋病院						

出典：社会医療法人 高橋病院

〔ケアマネジメント→○→〕

●今後の展望

ケアマネジメントの質向上は、医療介護に携わる多職種が互いの必要とする正しい情報連携に基づいて成り立つものであり、その共通言語としてICF活用と情報連携をさらに促進していく予定である。

政府のICT戦略の流れからも、今後、暮らしの中でデジタル化はさらに促進され、ICTが一層欠かせないツールとなる。生活者自身の価値観や生活目標に沿つたより良い生き方、老い方ができるように、今後ますます生活者自らが自身の情報をコントロールできるようなICTツールをめざすことが重要となる。生活者が医療・介護・生活支援を必要とする利用者となった際、状況に応じた関係者が必要な情報を元に情報を共有し、利用者を支えられる社会になることが理想である。

生活者やその生活を支援する従事者が望む一体型ツールのあり方と、その具現化へ向けた取組みを今後も継続していきたいと考えている。

●参考文献

- ・大川弥生（2006）、「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資料3
- ・第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（2018） 2018年12月20日資料7 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）に関する取組状況について
- ・高橋肇「地域包括ケアシステムを円滑にすすめるためのICTの活用方法と情報連携のあり方」病院 医学書院 2016年4月号 P289～294
- ・高橋肇（2017） 「医療・介護・生活支援一体型システム Personal Network “ぼるな”」社会福祉充実計画策定ハンドブック 第一法規株式会社 P117～124
- ・高橋肇「回復期リハ病棟におけるICFの活用」 Journal of Clinical Rehabilitation 2017年11月号 医歯薬出版株式会社 P1157～1165
- ・高橋肇 「選ばれる看取りの作法（ACP）」 日経ヘルスケア 日経BP社 2018年11月号 P31～32、35～36
- ・池上直己（2018） 「医療管理」第VII章「ケーススタディ（高橋病院）—病院再編・医療連携・人事管理—」 医学書院 P80～156

- ・滝沢礼子・佐藤美知子・高橋肇（2019） 「実践講座 介護老人保健施設におけるICT導入の取り組み 第2回 地域医療介護連携ネットワークの構築と法人内グループウェアの導入」 2019年6月全国老人保健施設協会機関誌「老健」 P38～42
- ・佐藤美知子・滝沢礼子・高橋肇（2019） 「実践講座 老健施設におけるICT導入の取り組み 第3回 ICFを中心とした医療・介護・本人参加型システムの紹介」 2019年7月全国老人保健施設協会機関誌「老健」 P46～49

〔ケアマネジメント→○→〕

6214（～6294）

6214（～6294）