

豊橋市における医療と介護の情報連携促進の試み

神谷 昌孝^{i), ii)} 神谷 琴美^{i), ii)}
森嶋 直人ⁱⁱ⁾ 太田 進ⁱⁱⁱ⁾
清水 和彦^{iv)}

【目的】医療と介護の情報連携を促進するためモデル事業を実施した。【対象】基本チェックリストの運動器に係る項目で注意が必要な高齢者を対象とした。【方法】医療機関のリハビリ終了時に理学療法士または作業療法士が運動機能評価を行い、その結果を介護予防手帳に記載し、利用者を介して介護保険事業所に情報伝達を行った。介護保険事業所には情報連携確認書の返信を依頼した。【結果と考察】参加者の86.8%が急性期病院と回復期病院から選出され、情報の出発点として重要であることが判明した。情報連携確認書の返信率は33.8%であることから情報伝達の更なる実態調査を行い、また介護予防手帳の内容をより洗練させていく必要性が示唆された。

キーワード：医療介護情報連携、介護予防手帳、リハビリテーション

I 緒言

本邦においては要介護（要支援）認定者が増加の一途を辿り、大きな社会問題となっている。また『平成19年国民生活基礎調査の概況』によると、介護が必要となった主な原因の構成割合において、脳血管疾患は23.3%、認知症 14.0%、高齢による衰弱 13.6%、関節疾患 12.2%、また骨折・転倒は9.3%であり、運動器の機能低下に関係する疾患が全体の半数以上を占めている¹⁾。

一方、平成18年度の診療報酬制度・介護保険制度の同時改定で医療保険のリハビリテーション（以下、リハビリと略す）に算定日数制限が導入され、その後の維持期におけるリハビリは介護保険で対応するように定められた。しかし、医療機関にとっては、いつ、どの介護保険事業所でリハビリが開始されるか不明である場合が多く、医療機関と介護保険事業所間の情報断絶が生じ易い。このように運動機能向上の役割を担う医療機関と介護保険事業所間の情報連携システムには検討の余地が残されており、より充実した社会的ネットワークが構築されるよう期待されている。更に医療機関から介護保険下の個別リハビリに結び付けることが必要な年間人数を運動機能から推定した場合、その数は日本全国で約56万人にのぼる

i) 豊橋市役所 福祉保健部 高齢福祉課
ii) 豊橋市民病院 リハビリテーションセンター
iii) 名古屋大学 医学部 保健学科 理学療法学専攻
iv) 豊橋創造大学 保健医療学部 理学療法学科

と報告されており²⁾、医療と介護の情報連携促進の方策を検討することは急務の課題である。

これらの社会状況を踏まえて、豊橋市では平成18年度より「運動機能向上に関する検討会」(以下、検討会)を設置し、介護保険事業所における機能訓練方法および医療機関と介護保険事業所間の情報連携の方法を検討している。検討会の構成員は大学教員2名(理学療法士2名)、豊橋市医師会より推薦された医師2名(整形外科医、脳神経外科医、各1名)、豊橋リハビリテーション連絡会より推薦された理学療法士2名、作業療法士1名、豊橋市介護保険関係事業者等連絡会より推薦された理学療法士1名、看護師2名(介護支援専門員有資格者1名)、准看護師1名、および地域包括支援センターより推薦された保健師1名(介護支援専門員有資格者1名)の計12名である。平成19年度には市内共通の尺度で運動機能の推移が把握できるように、医療機関と介護保険事業所共通の運動機能評価表を作成した(図1)。

今回、豊橋市はこの検討会で討議された内容を精査して、平成20年度にモデル事業を企画して医療と介護の情報連携を進める具体的な試みを実施した。その結果、医療と介護の情報連携を進める貴重な知見を得たので報告する。

なお豊橋市は愛知県東部に位置する中核市であり(平成21年4月1日現在:人口384,431人、総面積261.35km²)、要介護(要支援)認定者数は平成21年度において10,341名、平成26年度においては12,612名と推計され³⁾、他市と同じく介護を必要とする高齢者は増加傾向にある。

II 目的

豊橋市における医療と介護(介護予防を含む)の情報連携を促進するため、介護予防手帳を情報連携のツールとして用いたモデル事業を企画・実施したので紹介する。

III 対象

医療機関のリハビリが終了した豊橋市在住の65歳以上の方に、厚生労働省が高齢者の生活機能を評価するために作成した基本チェックリストの運動器に係る項目の評価を行い、5項目中3項目以上にあてはまる運動機能の低下に注意が必要な高齢者(要支援、要介護認定者を含む)をモデル事業の対象とした。

共通運動機能評価表

氏名 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日

評価項目		医療機関 (H 年 月 日)	介護保険事業所 (H 年 月 日)
1	体幹機能	寝返り 右へ	0 ・ 1 ・ 2
		寝返り 左へ	0 ・ 1 ・ 2
		座位保持	0 ・ 1 ・ 2
		起き上がり	0 ・ 1 ・ 2
2	下肢機能	立ち上がり (40 cm椅子から)	0 ・ 1 ・ 2
3	※1 FIM (歩行)		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7
4	※2 TUG (立ち上がりを含めた 3m 往復歩行速度) (少数点第 1 位まで記入して下さい)	1 回目	1 回目
		秒	秒
		2 回目	2 回目
		秒	秒
特記事項			
評価機関名			
評価者サイン			

[図 1 共通運動機能評価表]

IV 方法

1. 情報連携のツール「介護予防手帳」

介護予防事業の効果的な実施のためには、本人、家族、地域包括支援センター、介護保険事業所等の関係者が、介護予防の情報を共有することが不可欠である。

しかしながら、医療と介護の情報連携を阻む大きな問題の一つとして、医療機関にとっては、いつ、どの介護保険事業所で維持期のリハビリが開始されるか不明である場合が多いため情報提供が困難であることが挙げられる。この問題を解決するには医療機関での情報を介護予防手帳に記載し、利用者を介して関係施設へ情報伝達を行うのが現在においては有用な方法と考えた。

このため、豊橋市では生活機能の状況や介護予防ケアプランの内容等をファイリングし、情報を一括するため、介護予防手帳の配布を平成20年6月より開始した。手帳の配布対象は特定高齢者および豊橋市が指定する事業の参加者である。仕様はA4版のファイル（バインダー形式）となっており、各事業で必要とされる書類 ①モデル事業の流れ（参加者に対する事業説明用）、②参加同意書、③共通運動機能評価表、④情報連携確認書および返信用封筒、⑤地域包括支援センターの説明文書を介護予防手帳に綴じ込んだ。

2. モデル事業の実施期間

モデル事業の実施期間は、平成20年9月1日から平成21年1月31日の5ヶ月間とした。平成20年9月1日から10月31日の2ヶ月間にモデル事業参加者の募集を市内医療機関18施設に依頼した。対象者が介護保険サービスを利用する場合は、平成20年9月1日から平成21年1月31日までに医療機関で行ったのと同じ共通運動機能評価を再度実施するよう介護保険事業所に依頼した。医療機関退院後、介護保険サービスを利用しない場合は、豊橋市役所より介護予防教室の案内を対象者に送付し、平成20年12月1日から平成21年1月28日まで地域包括支援センターが行う介護予防教室への参加を促した。

3. モデル事業の流れ

医療機関において、理学療法士もしくは作業療法士がモデル事業の対象者に対して事業概要の説明を行い、リハビリ終了時に共通運動機能評価を実施した。この結果を介護予防手帳に綴じ込むことにより、医療機関で行われた運動機能の評価結果を本人・家族だけではなく介護支援専門員および介護保険事業所の職員も共有できるようにした。介護支援専門員に対しては運動機能の評価結果をケアプラン作成に役立てるよう依頼した。介護保険事業所には情報連携確認書を市役所へ返信して貰い、自由意見の記載も依頼した。また再度所定の評価を行うことにより運動機能の変化を把握出来るようにした。

今後の事業展開を図る上で手帳配布に係る情報を得るため、医療機関別にみたモデル事業参加者の内訳を検討した。モデル事業参加者のうち要支援・要介護認定者を受けた人数と情

報連携確認書の返信数より情報連携確認書の返信率を算出し、医療機関から介護保険事業所への程度情報伝達が可能であったのか実態把握を行った。また介護保険事業所から自由意見を聴取することにより、介護予防手帳の運用方法を検討した。

4. モデル事業の協力依頼施設

モデル事業の実施にあたり、情報の出発点として理学療法士または作業療法士が勤務する市内の医療機関 18施設（急性期病院 3施設、回復期病院 2施設、その他病院 13施設）に協力を依頼した。なお市内に理学療法士もしくは作業療法士が勤務する医療機関は20施設（作業療法士のみが在籍する精神科の2病院を除く）である。また市内の介護保険事業所 81施設（通所介護事業所 64施設、通所リハビリテーション事業所 10施設、老人保健施設 7施設）、居宅介護支援事業所 50施設、及び地域包括支援センター 15施設に協力を依頼した。

5. インフォームドコンセント

参加同意書に本人または家族の署名を得てモデル事業を実施した。参加同意書には運動機能の評価結果および住所・氏名・生年月日についての個人情報豊橋市役所に送られることを明記した。また必要な方には豊橋市役所より介護予防教室の案内が送付されることを明記した。

6. 運動機能の推移に関する統計処理

医療機関と介護保険事業所で実施された共通運動機能評価の結果を回収し、モデル事業参加者の運動機能の推移を統計学的に検討した。回収された評価結果はエクセル統計statcel2を利用し、寝返り、座位保持、起き上がり、立ち上がり、Functional Independence Measure（以下FIMと略す）の歩行に関する項目については、分割表分析を行った。またTimed Up & Go test（以下TUGと略す）については対応のないt検定を用いた。

V 結果

1. モデル事業の参加者

モデル事業参加者数は91名であった。医療機関別にみると急性期病院（3病院）から58名、回復期病院（2病院）から21名、その他病院（13病院）から12名が参加した。また参加者総数に対する医療機関別の参加者数比を算出すると急性期病院が63.7%、回復期病院23.1%、その他の病院が13.2%であり、モデル事業参加者の86.8%が急性期病院と回復期病院の計5病院から抽出されていた（表1）。要介護度別にモデル事業の参加者数をみると要支援が14名、要介護が51名、申請中が9名、介護サービスの申請なしが15名、その他（認定切れ等）が2名であった（表2）。

表1 医療機関別にみたモデル事業参加者の内訳

	急性期病院	回復期病院	その他の病院	合計
モデル事業参加者 (人)	58	21	12	91
(全体に対する比率)	(63.7%)	(23.1%)	(13.2%)	(100%)

表2 要介護度別にみたモデル事業参加者数

要介護度	モデル事業参加者数 (人)
① 要支援	14
② 要介護	51
③ 申請中	9
④ 介護サービスの申請なし	15
⑤ その他 (認定切れ等)	2

2. 情報伝達および介護保険事業者からの声

介護保険事業所から市役所に返信があった情報連携確認書の総数は22通であり、この内訳はデイケアより8通、デイサービスより9通、老人保健施設より5通であった(表3)。情報連携確認書の返信率は33.8%であった。

返信のあった情報連携確認書22通のうち自由意見が記載されていたのは7件であり、このうち医療と介護の情報連携に関係する意見は6件であった。「情報連携確認書の自由意見欄には自宅に退院後のデイケア利用では有効と思われる」(1件)、「医療機関からの適切な情報記載があり有益な情報を得ることができた」(1件)。「医療機関からの情報に特記事項が少ない場合には、連携としては役割が薄いように感じた」(2件)との意見もみられた。「共通運動機能評価なら、とりあえず病院から老健への最低限の評価項目を決めて、転院日には送るなど決めてはどうなのでしょうか」という提案や、「医療機関でのリハ計画書や介護・看護師にもわかるような注意点などがあると良い」との要望もみられた(1件)。

表3 情報連携確認書返信数および共通運動機能評価実施数

施設分類 (施設数)	情報連携確認書返信数 (通)	共通運動機能評価実施数 (件)
デイケア (10)	8	8
デイサービス (64)	9	5
老人保健施設 (7)	5	1
合計	22	14

3. モデル事業参加者の運動機能の推移

介護保険事業所別にみた共通運動機能評価実施数はデイケア8件、デイサービス5件、老人

保健施設1件の計14件であった(表3)。共通運動機能評価の結果をみると、寝返り、座位保持、起き上がり、立ち上がり、FIM(歩行)のどの動作を見ても医療機関と介護保険事業所においては分割表分析で有意な差は認められなかった。TUGに関しては医療機関で 21.9 ± 9.3 秒、介護保険事業所では 23.1 ± 13.7 秒であり、t検定の結果有意な差は認められなかった(表4)。

表4 共通運動機能評価の結果

起居移動動作		不可能	手すりなどを使用	自力にて可能
寝返り(右)	医療機関	1	4	9
	介護保険事業所	0	4	10
寝返り(左)	医療機関	0	3	11
	介護保険事業所	0	5	9
座位保持	医療機関	1	1	12
	介護保険事業所	0	1	13
起き上がり	医療機関	0	5	9
	介護保険事業所	1	5	8
立ち上がり	医療機関	2	8	4
	介護保険事業所	1	8	5

※1 FIM(歩行)	1:全介助 2:最大介助 3:中等度介助 4:最小介助 5:監視 6:修正自立 7:完全自立						
医療機関	1	1	0	3	5	4	0
介護保険事業所	1	1	0	2	5	5	0

※2 TUG	平均値±SD(秒)	実施者数(人)
医療機関	21.9 ± 9.3	6
介護保険事業所	23.1 ± 13.7	7

※1 FIM: Functional Independence Measure, ※2 TUG: Timed Up & Go test

4. 介護予防事業との連携

介護保険サービスを申請しなかった15名に対して介護予防教室の案内を送付し、そのうち1名が介護予防教室に参加した。

VI 考察

今回のモデル事業を行った豊橋市においては、豊橋リハビリテーション連絡会の存在など理学療法士や作業療法士の協力が得られやすい地域性があり、この結果を他市にあてはめる場合には注意が必要である。しかし医療機関のリハビリ終了時に理学療法士または作業療法士

が運動機能評価を行い、その結果を介護予防手帳に記載し、利用者を介して関係施設に情報伝達を試みた点は、これまでにない新しい試みである。以下、今後の事業展開を図る上で必要な項目について考察を加える。

1. 手帳の配布先について

本モデル事業では91名の対象者が抽出されたが、この内79名（全体の86.8%）が急性期病院と回復期病院の計5病院から抽出された。このことより医療と介護の情報連携を促進するためには、情報の出発点として急性期病院と回復期病院が非常に重要であることが判明した。本モデル事業には理学療法士または作業療法士が在籍する豊橋市内のほぼ全ての病院・診療所が参加しているため、得られた運動機能のデータの信頼性は高く、情報連携の出発点の状態をよく反映していると考えられる。維持期のリハビリテーションを円滑に行うには、医療・介護・福祉・保健といった様々な分野間の連携が重要であると報告されているが⁴⁾、今回の結果より特に急性期病院と回復期病院を情報連携の出発点とした事業計画を立案する必要がある。

2. 情報の伝達実績について

情報連携確認書の返信率は33.8%であった。要介護認定を受けても、福祉用具貸与や住宅改修のサービスのみを利用する場合もあり、介護保険事業所でのサービスを受けなかった可能性も考えられた。今後は対象者がどのようなサービスを利用することになるのかケアプランを作成する介護支援専門員に対する調査を行うこと等、情報伝達の更なる実態調査を行う必要がある。

3. 介護予防手帳の運用方法について

市役所へ返送されてきた情報連携確認書の自由意見欄には医療機関からの適切な情報記載があり有益な情報を得ることが出来たとの報告もみられた。リスク管理に関する情報等がある場合には、よりきめ細やかなサービスを提供することが可能であったと考えられた。しかしながら、介護保険事業所のなかには有用な情報が少なかったという意見もみられた。これに対しては、医療機関用の評価表に『在宅・運動で気を付けて欲しいこと』欄を設け、現場から要望のあった特記事項欄を充実させるなど手帳の運用方法をより洗練させることにより、課題点の解決を図りたい。今後は継続的にそれぞれの施設へ評価表の活用方法の説明を行い、また各機関の役割・仕事内容の相互理解をさらに深めていく必要がある。

4. 介護予防事業との連携について

介護予防事業との連携については、介護保険サービスを申請しなかった15名のうち1名のみではあるがモデル事業参加者を介護予防事業に繋げることが出来た。介護保険サービスを利用しない場合においても、運動機能の低下に注意が必要な市民を介護予防事業に繋げることが出来たことも本事業の成果である。また参加者数はまだ少ないものの、介護予防事業を

行政と地域包括支援センターが一体となって取り組んでいることを医療機関に周知することも出来た。しかしながら病気などの場合とは違い、介護予防に対する意識は低く、今後も積極的に介護予防を地域に普及・啓発していく必要がある。

5. 今後の展望について

近年、他市においても医療と介護の情報連携が試みられており、手帳を用いることの利点が報告されている⁵⁻⁶⁾。今回モデル事業を行ったことにより豊橋市内の医療機関18施設、介護保険事業所81施設、居宅介護支援事業所50施設に介護予防手帳を初めて周知し、使用することが出来た。高齢者の運動機能、生活機能を維持・向上させるためには多施設・多職種が係る必要があり、今回の事業は今後の高齢福祉事業を進める上で重要な布石になると考えられた。今回モデル事業参加者の運動機能の推移を表4でみたように、介護予防手帳に共通運動機能評価表を綴じ込むことにより、医療機関と介護保険事業所において共通の尺度で運動機能の変化を把握することが可能となった。今回、共通運動機能評価表を添付した介護予防手帳を用いたモデル事業を実施したが、これは医療と介護の連携を今後も進めていくための第一歩と考えている。

Ⅶ 結語

医療と介護の情報連携を促進するためには、情報の出発点として急性期病院と回復期病院が重要であることが判明した。情報伝達の更なる実態調査を行い、また介護予防手帳の内容をより洗練させていく必要性が示唆された。

謝辞

本事業の実施にあたり、ご協力頂きましたモデル事業参加者の皆様、市内の御施設の皆様、また本事業に関し熱心に意見を交換させて頂いた検討会委員の皆様にご心より感謝申し上げます。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成19年国民生活基礎調査（第1巻），pp102～107，2009.
- 2) 後藤健一，清水和彦，内藤貞子，上村晃寛，太田進：運動機能から考える医療・介護保険サービス間のリハビリテーション連携—医療機関におけるリハビリテーション算定終了者の調査より—。理学療法学（印刷中）。
- 3) 豊橋市福祉保健部：高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第4期：平成21年度～平成23年度），pp19-36，2009.
- 4) 大塚友吉：維持期リハが可能な施設は？。MB Med Reha 34：35-41，2003.
- 5) 梅山信，野々下靖子・他：京都乙訓地域での多職種ネットワークの実践。訪問看護と介護13（12）：996-1001，2008.
- 6) 鴨下博：北多摩北部二次医療圏における地域リハビリテーションの取り組み—リハビリ手帳について—。MB Med Reha 102：63-68，2009.