

# 函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール作業部会

## 第17回会議 会議録（要旨）

### 1 日 時

令和5年3月6日（月）19:00～20:00

### 2 場 所

函館市医師会病院 5階講堂

### 3 出席状況

メンバー：亀谷部会長，大内メンバー，星野メンバー，岡田メンバー，熊倉メンバー，石井メンバー，青木メンバー，松野メンバー，吉荒メンバー，保坂メンバー  
部会運営担当：函館市医療・介護連携支援センター）佐藤，近藤，花輪  
事務局：函館市地域包括ケア推進課）根崎主事  
オブザーバー：ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター）眞嶋，社会医療法人高橋病院）高橋理事長，滝沢法人情報システム室長

### 4 議 事

#### ○報告事項

- （1）モニタリングの結果について（資料1）
- （2）医療・介護連携におけるID-Linkの普及に向けた動きについて（資料2）

#### ○協議事項

- （1）はこだて医療・介護連携サマリーQ&Aおよびモニタリング集計結果について（資料3）
- （2）サマリーの修正箇所について（資料4）
- （3）応用ツールの追加について（ACP様式）
- （4）はこだて医療・介護連携サマリーの全国展開に向けて

### 5 その他

次回の部会日程について

### 6 会議の内容

#### 根崎医療・介護連携担当

ただ今から，函館市医療・介護連携推進協議会の情報共有ツール作業部会の第17回会議を開催いたします。前回の会議でも確認いたしておりますが，この会議は原則公開により行いますので，ご了承願います。

次に，第16回の会議録ですが，各メンバーの皆様にご確認していただき，修正等がなけ

れば、市のホームページ上で公開させていただきたいと思えます。

本日の会議には、メンバーの皆様その他、高橋病院理事長の高橋肇先生、高橋病院法人情報システム室 室長の滝沢礼子様にご参加いただいております、後ほどお話を頂戴する予定となっております。高橋先生、滝沢さんよろしくお願ひいたします。本日は北海道看護協会 道南南支部の今野メンバーが所用により欠席となっております。

それでは、本日の資料を確認させていただきます。事前に会議次第1枚、資料1から4までの合計5部を送付しておりますが、本日お持ちでない方はいらっしゃいますか。また、あらかじめ机上に、座席表と出席者名簿および当日配布資料として資料5「応用ツール<sup>⑱</sup> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報」、参考資料「もしもノート」を配付させていただきます。全てお揃ひでしょうか。

次に幹事の交代がございましたので、ご紹介させていただきます。令和5年2月1日付で函館市医療・介護連携支援センターに配属となりました、花輪様です。ご挨拶をいただきたいと存じます。花輪様、よろしくお願ひします。

### 花輪幹事

2月から函館市医療・介護連携支援センターにお世話になることになりました、花輪です。これからよろしくお願ひします。

### 根崎医療・介護連携担当

花輪様、ありがとうございました

本日の会議の議事の進行につきましては、皆様の特段のご配慮とご協力をお願いいたします。それでは亀谷部会長、お願ひします。

### 亀谷部会長

久しぶりの会議となります。内容的にも盛り沢山のため、皆様の協力のもとスムーズに会を進めていきたいと思えます。それでは、次第に従ひまして議事を進めてまいります。

報告事項(1)「モニタリングの結果について」、(2)「医療・介護連携におけるID-Linkの普及に向けた動きについて」を佐藤幹事から説明願ひします。

### 佐藤幹事

報告事項(1)、(2)を続けてご報告させていただきます。資料1をご覧ください。今年1月に行いました活用状況調査についてのご報告です。医療・介護関係機関合わせて422件に調査票を配信し、回収は124件、回収率は29.4%と、これまでで一番低い回収結果となりました。しかし、(1)の情報提供に活用したことが「ある」との回答が76件で全体の61%、「いいえ」と回答した機関は48件で全体の39%となりました。前回の活用状況調査結果と比べると「ある」という回答の割合が12%増えております。「いいえ」と回答した48件のうち、活用していない理由の内訳および、「いいえ」と回答した理由の「その他」の内訳は、資料に記載の通りです。

(2)の何件サマリーを作成しているかとの問いには、最大で850件作成しているとの回答をいただいております。作成件数のトータルは1,563件で、1機関あたりの平均活

用件数は21件となっております。また、(2)「イ どのような機会に作成し、活用しているか」と「ウ 頻度」に関してはご覧の通りです。

(3) サマリーの見直しの必要性に関しては「見直しの必要性がない」という回答が87件の73%となっております。また、未回答が25件の21%となっており、これを「見直しの意見がないもの」と判断すると、大多数が見直しの必要性はないという回答状況でした。作成していない理由や見直し等の意見を抜粋し、資料に掲載しております。

続けて、北斗市および七飯町の調査結果もお配りしております。調査票を113件に配布したうち、回答は29件、回収率は25.7%でした。29件のうち11件、全体の38%が活用したことが「ある」との回答で、前回の活用割合と同じ結果でした。函館市、北斗市・七飯町における調査の中で寄せられた意見のうち、確認や回答が必要と判断した7件に対し、個別に連絡して解決策等を伝え、了承をいただいております。

また、前回会議でもお伝えしておりましたが、新規立ち上げの事業所に個別に訪問し、サマリーの説明を行う取り組みについてですが、今年度は現在までで23件の事業所に訪問し、センターで行っている事業の紹介と共に、サマリーやID-Linkについての説明も行っております。今後も新規立ち上げ事業所および既存の事業所へのアプローチを継続していきます。

続きまして、(2)「医療・介護連携におけるID-Linkの普及に向けた動きについて」をご説明いたします。資料2をご覧ください。令和4年1月に立ち上げました「医療・介護連携ID-Link活用推進ワーキンググループ」の報告になりますが、当部会の第15回会議において、ID-Linkの試験運用を実施する旨を報告しておりました。その試験運用の結果をまとめたものが資料2です。試験運用の方法としては、市立函館病院および高橋病院、訪問看護ステーションフレンズにご協力いただき、この3つの機関を中心に連携している介護事業所と、実際にID-Linkを活用して情報の共有を図るという形で実施しております。

資料の1, 2ページは、試験運用の実施後に行ったヒアリング調査の項目となっており、3ページ目には、その調査結果を掲載しております。全部で13の事業所にご協力いただき、ID-Linkを利用してみた感想やメリット・デメリットについてお伺いしました。まず、実施機関としてご協力いただいた市立函館病院からは、「連携機関へのFAXの手間が省けている」「FAXの誤送信のリスクも回避できている」というように、確実に業務量の軽減が図られているというメリットが挙げられました。今後の期待としては、「連携している事業所すべてにID-Linkで情報提供できるようになれば、更に助かる」「ケアマネジャーには介護側の参加拡大の入り口のような役割を担ってほしい」とのお話をいただきました。また、課題としては、「同意の取り方等、介護側の参入にあたり、何かしらルールが変わってくるのか。その辺りのルールをしっかりと決めていく必要があるのでは」とのご意見をいただいております。

高橋病院からは、「ID-Linkを利用して、施設側、介護事業所側で処方や検査結果を確認してくれるため、こちらもやはり業務負担が軽減している」とのメリットが挙げられたほか、「施設の介護職員が活用できるようになれば、また違う視点での情報を得られると共に、施設側も共有が図りやすくなるのでは」という、今後への期待を伺うことができました。介護側への広め方のアドバイスとしては、「まずは閲覧から始めてもらい、ID-Link

n kに慣れていくことからスタートし、自然な流れの中、必要なタイミングで機能的な活用を伝授していくことができればよいのでは」「多職種研修会等においてID-Linkを活用した事例検討を行い、活用のイメージを発信できれば良いのでは」とのアドバイスをいただいております。また、デメリットとしてはSECからの情報提供と一緒に「今後、資格による情報閲覧の制限などのルールを設けるとした場合、その管理はどこが行っていくのか、いずれにしてもそのルールをどうするか等も含めて、課題を整理し、その解決に向けて対策を検討していく必要があるのでは」とのご提案をいただいております。

訪看ステーションフレンズからは、「ケアマネジャーの利用者との関わりが見えてくる結果であった。自分たちとは異なる視点で、ケアマネジャー特有の情報を得られた」というメリットが挙げられました。また、課題としては、「試験運用実施に伴い、いくつかの介護事業所に声をかけたが、断られることが幾度かあった。それは苦手意識からのものでは」とのお話がありました。

協力いただいたほとんどの介護事業所からは、「有効活用できている」「スムーズに情報を共有できるようになった」「指示が受けやすい」等のメリット面が多く聞かれましたが、「使い方が分からない」「手続きが複雑」などといった意見も挙げられました。これらの声は、これから活用が広がっていく介護関係者の率直な課題になっていくのではと思われ、これらに対しての対策等を今後ワーキンググループにおいて検討していく予定となっております。ワーキンググループでの検討結果や対策等については、部会でご報告させていただきます。報告事項の(1)および(2)についてのご説明は、以上です。

### 亀谷部会長

佐藤幹事、ありがとうございます。まず報告事項(1)ですが、このモニタリングとアセスメントとしての評価を継続していくことは必要なことと思いますので、ここは皆様に、報告ベースとして承認いただければと思います。報告事項(2)のID-Linkの普及に向けての動きについては、実際に活用いただいた市立函館病院、高橋病院、訪問看護ステーションフレンズからの意見をいただいてまとめたものですが、率直な感想等を一言いただければと思います。市立函館病院の熊倉さん、お願いします。

### 熊倉メンバー

市立函館病院のワーカーの熊倉です。資料に書いてある通り、情報提供の部分で実際に訪問看護指示書などをID-Link経由で確認していただくなどしましたが、訪問看護師の方は外に出ている機会も多いので、ID-Linkに載せておくことによって、都合のいい時に確認してもらえるし、私たちのタイミングで情報提供ができるという点で有意義かなと感じました。課題についてですが、きちんとしたルールを設けなければ、閲覧できる方が増えていく中で、不必要な情報共有が起りうることも考えられますので、患者さんのデメリットにならないよう、道南Medikaの協議会等において協議が必要なのかなと感じております。

### 亀谷部会長

ありがとうございます。当院も市立函館病院と同じ立場なので、同様に感じています。レ

スポンスはかなり良くなるのですが、実際のルールについては、使っていきながら広めていくのが一番いいのかなと日々考えているところです。高橋病院の石井さんから、何かありませんか。

### 石井メンバー

私たちも患者さんの情報を病院同士でやり取りする際には、常に I D - L i n k 上で共有するような動きになっていて、作業の効率化や業務負担の軽減等を含めて、メリットを感じているところです。お話があった通り、これから使われる事業所の方などは、担当している利用者の情報を見るところから、I D - L i n k に触れて慣れていくのがいいかと思います。

### 亀谷部会長

ありがとうございます。保坂さんはどうでしょうか。

### 保坂メンバー

私のところでは、3件の居宅とデイケア、デイサービスと連携し、末期の患者さんを在宅で看取るという場面での連携をやらせていただきました。やはり、ケアマネジャーならではの視点があって、我々がキャッチしきれない家族の思いなどを、ケアマネジャーがしっかりと汲み取って I D - L i n k 上に載せてくれるので、すごくいいなと感じました。どうしても看護師は、冷たい訳ではないですが、きつい目線で見えたり記録をしてみたりするところもあるのですが、違う視点での情報が伝わってきてよかったと思います。

居宅からは、ケアマネジャーが訪問した時の情報、デイケアからは、食事の摂取量やお風呂に入れた時の皮膚の状態、車椅子に乗っている時にずり落ちてしまった等というトラブルの情報も載せてくれて、次の訪問時にみてくださいというやり取りができました。I D - L i n k を使った連携は、電話や F A X とは違い、タイムリーに情報を得られるというところがいいと思います。

介護の場面での使い方やルール作りについては、これから行っていかなければならないと思いますが、運用している中では、真ん中に患者さんや家族がいるというイメージにすごく近くなっていると感じました。以上です。

### 亀谷部会長

ありがとうございます。5年前のツール部会では、I C T の話をこんなに具体的に話すことができるとは夢にも思わなかったですが、実際に試験運用を行って、これから徐々に広まっていくことを考えると、本当にこれから色々ルール等についての議論をしていかなければいけないのかなと思います。先日、僕も岡田先生の講義を聞かせていただいたのですが、ツールの原点に立ち返って、思いやりのある連携でなければ、I C T の普及には繋がらないんだなとつくづく痛感しました。

熊倉さんや石井さん、保坂さんも話されていましたが、相手にどういう情報を見せるかなど、そういうことは今後もこの部会で考えていきつつ、お互いに情報共有していかないといけないのだと切実に痛感しました。今後も様々な調査や試験運用を行っていきながら、I D - L i n k をどんどん広げていき、道南の力にしていければと思っています。

皆様のご意見についても伺いたいのですが、今日は内容が盛り沢山なので、報告事項(1)および(2)については以上で終了にしたいと思います。(異議なし)

それでは、次に進めてまいりたいと思います。協議事項(1)「はこだて医療・介護連携サマリーQ&A及びモニタリング集計結果について」、協議事項(2)「サマリイの修正箇所について」、(3)「応用ツールの原案について」を続けて、佐藤幹事から説明願います。

## 佐藤幹事

協議事項(1)および(2)についてご説明いたします。資料3、資料4をご覧ください。モニタリングで寄せられた意見の中で、フェイスシート版を活用されている居宅介護支援事業所から、「基本ツール2で作成したジェノグラムが、フェイスシート2へ反映されない。反映されるようにしてほしい」というものがありました。他の情報は問題なく反映される反面、ジェノグラムだけはどうしても反映することが難しく、ご希望に沿う形にはなりませんでしたが、コピー&ペーストができるようにサマリーを修正したいと思っております。次に資料3の裏面ですが、こちらはこれまで同様、モニタリングの集計結果をグラフにしたものです。資料3のQ&A集、モニタリングの集計結果については、皆様からのご承認をいただいた後、ホームページ上で公開する予定です。協議事項(1)および協議事項(2)のご説明は以上です。

次に協議事項(3) 応用ツールの原案についてご説明します。本日机前にお配りしてまいりましたが、資料5および参考資料をご覧ください。前回会議でご承認いただいております、ACPの応用ツールの「たたき台」です。コアメンバーの皆さんと幾度も協議を重ねて作成してまいりましたが、その中で情報共有ツールとなるサマリイの他に、ACPの理解を深め、実践に繋げていくために参考となるものが必要なのではないかとのお話になりました。現在、高橋病院のように、既に独自の取り組みを行っている機関もありますが、地域の中では、まだまだACPは根付いていないと考えられ、その概念や手法を何らかの形でお示ししなければ、この書式を埋めることがACPと勘違いされる方もいるのではとの思いから、このサマリー上で「もしもノート」をご紹介させていただいております。

この「もしもノート」を初めてご覧になるという方もいらっしゃるかと思いますので、少しだけこれまでの経過をご説明いたしますと、市立函館病院の緩和ケア科の山崎裕先生が中心となり、地域でのACPの普及を目指して作成された「もしもノート」というツールと、「もしもプロジェクト」という仕組みがあります。こちらはコロナ以前から検討がなされ、平成30年11月にはこの部会の親会となる、函館市医療・介護連携推進協議会においても一度検討されました。その際に改善点等について委員の皆さんからご提案があり、その意見を元に修正され、その上で試験運用を市立函館病院で実施すべく準備を整えていたところのコロナ禍でした。そのため、本日お配りしている「もしもノート」は、市立函館病院での試験運用用のノートとなっております。今回、このサマリー内で「もしもノート」を紹介させていただくにあたり、「もしもノート」および「もしもプロジェクト」を地域で活用できる形に修正していくことについて、山崎先生および市立函館病院から了承をいただきました。この先、先駆的に進めていらっしゃる高橋病院の仕組みも参考に、皆さんからのご意見をいただきながら、地域で活用できるACPツールとして作り上げていくことができると考えております。サマリーと「もしもノート」の修正が済んだのち、公開していきたいと考えて

おります。協議事項の（１）～（３）の説明については以上です。

（１）Ｑ＆Ａおよびモニタリング集計結果の掲載，（２）サマリーの修正箇所へのご承認，（３）応用ツール原案および「もしもノート」を本サマリー上で紹介していくこと，「もしもノート」の修正について，ご協議をお願いいたします。

#### 亀谷部会長

ありがとうございます。それでは，協議事項（１）と（２）のＱ＆Ａと集計結果，サマリーの一部修正については，承認いただいてよろしいでしょうか。（異議なし）

協議事項（１），協議事項（２）は承認いただいたということでありがとうございます。協議事項（３）についてですが，もしもノートを基にした応用ツール<sup>⑱</sup>は，ＡＣＰのツールになるのですが，これについて皆様からご意見をいただければと思います。大内先生からは何かありますでしょうか。

#### 大内メンバー

この応用ツール<sup>⑱</sup>を作っていただくことについてはもちろん賛成なのですが，これは具体的にいつ頃から応用ツール<sup>⑱</sup>として使う予定なのでしょうか。

#### 亀谷部会長

今日初めてこの場を出して，ではすぐに使いましょうとはなかなかいかないと思いますので，まずは皆さんから意見を伺って，もう一度議論を深めながら，また次回の部会に出して，という流れになると思います。その際には，いつ頃スタートするかというタイムスケジュールを出そうかなというように考えていました。

#### 大内メンバー

わかりました。こちらのほうの詳しい専門家ではないので，はっきりわからないところも多いのですが，基本的には賛成ですので，ぜひ進めていただきたいと思います。

#### 亀谷部会長

ありがとうございます。星野先生，いかがでしょうか。

#### 星野メンバー

函館薬剤師会の星野です。私もこちらの意見に賛成です。薬剤師もＡＣＰの取り組みの中に関われるようになればいいなと思っています。簡単ですが以上です。

#### 亀谷部会長

ありがとうございます。岡田先生，お願いします。

#### 岡田メンバー

必要なものだと思うので，ぜひ作っていただきたいと思います。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。熊倉さん、お願いします。

## 熊倉メンバー

私も必要なものだと思いますし、もしもノートも活用いただけるのであれば、ぜひお願いしたいなというところでした。私たちもACPを実施しようとした中で、一医療機関だけでの限界といいますか、急性期ならではの話をもちかける難しさというのもあったので、地域として取り組むというところで活用していただけるのであれば、逆に救急医療を受ける側の病院としても、患者さんがどういう意向なのかを知りたい場面も沢山あるので、今後に期待していますし、協力していきたいと思っております。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。色々ご苦労なさって、ちょうどコロナもあってタイミングが合わなかったところもあったと思うのですが、上手く地域で広げていくためには、函病さんからのアドバイスも順次必要になってくると思います。石井さん、お願いします。

## 石井メンバー

はい。地域の中の共通サマリーが身近なものになっている中に、ACPが入るとすごく身近なものとして目に触れる機会が増えると思うのでいいと思って聞いていました。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。高橋病院さんは、先駆的に市内の中でもACPに取り組んでいらっしゃるのので、色々その辺のアドバイスをいただけたらと思います。保坂さん、お願いします。

## 保坂メンバー

もしもノートを上手く活用して、地域の人たちにも手に取ってもらえて、常に自分のこととして考えて、地域で使える仕組みとして作っていければいいかなと思います。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。吉荒さん、お願いします。

## 吉荒メンバー

私の職場は老健で、日常的ではないのですが、看取りやターミナルケアを行っています。新しい年度からは、ACPの取り組みを始めようということも、ちょうど今話しているところですが、たたき台がない中で一から探るよりは、応用ツールやもしもノートがあると、施設の中で展開する際にもとても参考になるにはないかと感じており、ぜひ進めていただきたいと思います。



## 亀谷部会長

ありがとうございます。松野さんは何かありますか。

## 松野メンバー

もしもノートを最初に見た時に、すごくいいなあと感じたことを思い出しました。これは確か、アドバイザーを養成してということで、研修を受ける過程があったかと思うのですが、そういったものをどうしていくのかについても、今後話し合っていく必要があるのかなと思いました。

これまで地域包括支援センターの業務の中で、人生会議のことをどれだけ周知できていたかと考えると、やはりまだまだ浅いなというのが自分たちの想いでもあるので、こういったツールができることによって、色々と普及させていくことができるのかなと思っています。ぜひとも活用しながら進めて参りたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。青木さん、お願いします。

## 青木メンバー

私も保坂さんの意見と同じで、もしもノートの普及について考えた時に、一般の方がこのようなツールを目にする機会が増えると、ギリギリになってから残された時間にご本人の意思を尊重するのではなく、皆さんが自然に終活や人生について考えることが当たり前になるようないい機会だと思います。

しかし、自分自身に当てはめて考えると、ケアマネジャーがこういった話をするハードルというか、話しにくく感じる場面も出てくるだろうなと思います。上手に話をもっていくスキルも、更に高めていかなければいけないのだと思っています。以上です。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。やはり地域で広げていくためには空気感も大事だと思います。高橋先生からもACPに関して一言お願いします。

## 高橋先生

高橋病院の高橋です。よろしく願いいたします。

私どもは5年ほど前に、全日本病院協会という大きな病院団体があるのですが、そこでモデルとしてACPに関するビデオを作らせていただきました。職員みんなで仮装して、4つくらいそういうビデオを作ったのですが、地域包括ケア病床のある、300～400くらいの医療機関で上映されていたと思います。ただ、急性期側が「さあやみましょう」というのもなかなか大変だと思いますので、普段住まわれているお家や施設、あるいはなかなか敷居が高いかもしれないですが、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等と関わっている方たちがACPに関するツール等を作って情報を共有していただくと、急性期側もいざという時には戸惑わないのかなという思いはあります。

## 亀谷部会長

ありがとうございます。高橋病院は函館のなかでも先駆的にACPに取り組まれており、実は明日、中央病院から高橋病院へACPについて勉強に行きますのでよろしく願います。

今、皆さんからお話をいただいて、ACPの普及に向けて地域に取り組みを広げていこうというのは、かなり大きなプロジェクトになるかと思います。素敵な地域になるというのがこの取り組みの先に見えてくるかなと思いますので、今日皆様にお披露目させていただいたツールについて、後日でも構いませんのでセンターの方に意見等を寄せていただければ、コアメンバー会議等で色々話を進めながら、次回の部会に向けてタイムスケジュールを作って、もしもノートを地域に広げていけるような方法を考えていこうと思います。そのような形で進めていくということで、よろしいでしょうか（異議なし）

ありがとうございます。それでは、もしもノートを本サマリーで紹介していくことと、もしもノートの修正について、承認いただいたということで、今後も取り組みを進めて参りたいと思います。この辺については、忌憚のないご意見をどんどんセンターの方にお寄せいただければと思いますので、よろしく願います。

それでは次に、協議事項（４）「はこだて医療・介護連携サマリーの全国展開に向けて」に関しまして、本日お忙しいなかお越しいただきました、高橋病院 理事長の高橋肇先生からご説明をいただきたいと思います。この件につきましては、事前にセンターから皆さんにご説明のメールが送信されていたかと思います。また、参考資料として配布しております、「病院」という冊子にも掲載されておりますが、産業医科大学の松田晋哉先生が、全国共通のサマリーを作成する土台として本サマリーをご提案くださるとのお話です。

もちろんそのためには、いろいろと変化等も必要になっていくかとは思いますが、まずはこの嬉しいお話について、高橋先生からお話を伺いたいと思いますので、よろしく願います。

## 高橋先生

改めまして、高橋病院の高橋です。このような場にお招きいただき、感謝申し上げます。それでは早速ですが、15分ほどお時間をいただいておりますので、お話をさせていただきたいと思います。

2月下旬に、日本医師会主催の協議会が毎年2日間で行われておりまして、私も何度か出させていただいているのですが、この大きなテーマが医療のデジタルトランスフォーメーションについての話と、ID-Linkのような地域医療連携ネットワークについての話、独自のオンライン資格確認ネットワークシステムについての話となっております。オンライン資格確認はマイナンバーカードを用いたもので、現在1億2000万人中1億人がマイナンバーカードを申請中ということですが、そのオンライン資格確認を使ったネットワークシステムというのが非常に伸びてきていて、ID-Link等々が危ういということ、このセッションでお話させていただきました。

ちょっと難しいお話で申し訳ないですが、「全国医療情報プラットフォーム」というワードは何度も出てくるのですが、資料右上のワーキンググループには私も出ていて、今後ID-LinkやITを使うときにこれを使わないとだめです、標準化から外れますので点数が

取れなくなりますが、電子カルテも認められませんというような話をしています。その中で、オンライン資格確認と、皆さんが自分で情報を入れて、それをあるところに貯めて「はい、先生こうですよ」と見せる、マイナポータルのシステムですが、これは現在ID-Link上にありません。それと、資料右側の方にある、色々なデータのやり取りができるという部分は、この医療情報プラットフォームの特徴で、介護のLIFEも入り込んでいるところになります。これをまとめたものを、これから政府が作っていくことになっています。こうした情報共有を行うための手続きと方式について、これから何を基盤として作っていくか、使っていくかということになっていて、これをプラットフォームと言います。駅に電車が集まるように、色々な情報が集まる場所ということです。その中央にあるものを、出入りする基地とすると、もう一つは地域連絡、これはID-Linkのことですが、これについてお話しします。

元々、ID-Linkができる前には、真ん中に中核病院があり、その病院のサーバーにどんどん周りのクリニックがデータを入れていて、非常にコストがかかるということと、医療機関間でケンカ別れしたときに、このデータはどうなるのかという問題がありました。これに対してID-Linkは、それぞれのクリニックや病院にあるデータはそのまま使いましょうということで、データセンターにそれぞれのカルテの中身は持ちませんよという形になっています。では、データセンターは何をするのかということですが、これがSECのサーバーになる訳です。患者さんのIDはみんなバラバラですが、それを紐づけるということでID-Linkという名称が付いていて、診療所がどこにあるかということと、対象患者の情報を見る権利がありますというアクセス権を設定・管理をしているのがデータセンターです。

ID-Linkは、クラウド側のサービスということでは、とても画期的なものだと思っていて、裏で動いている標準化の仕組みや行動をきちんと結び付けて、輸送、いわゆる運搬の仕組みを動かさないと、認められないものになります。ITベンターが一生懸命システムを作っても、それを満たしていなければダメです。これを一つずつ説明すると2時間くらいかかるので省略します。

ID-Linkでは、色々な情報が見れるということは、皆さんもご存知かと思いますが、診療記録や看護記録、場合によってはワーカーやリハビリの記録を載せている医療機関が現在増えています。というのも、コロナ禍でなかなか病院に入れなくなっているケアマネジャーや家族、患者さん本人に聞いても正確な答えが返ってこない時に、ID-Link上の記録を見ると、患者さんの様子がよく分かります。施設から入院された際にどんな状態なのか、熱だとか、いつ戻ってくるのか、といったこともわかるようになってきました。ただし、これはあくまでも、このネットワークに参加している医療機関のみの情報ですので、このネットワークに入っていないクリニックや病院の情報は入ってきません。そこが問題になっています。現在、函館市民のうち、ID-Link上に情報が載っている患者数が72,000人ということなので、総人口である245,000人のうち、大体30%くらいの人をID-Link上で見ることができます。ただし、245,000人全員が医療機関にかかっているわけではないので、すごい参加率なのだろうと思っています。

Medikaに参加している機関についてですが、病院の参加率は非常に高く、診療所は2割くらいとなっていて、介護側はまだまだ少ないです。介護側の参加率が低い理由はなぜ

でしょうか。やはり、介護側は在宅でもサービス事業所でも、ID-Link内のどの部分が大事なのかを見つけるのが大変というところもあるのでしょうか。内容も難しいし、自分たちが書いたら怒られるのではないかという意識もあるのだと思います。また、電子カルテがないところは、両方に情報を書かねばならないという問題もあります。二度手間現場が一番嫌がりますよね。それから、情報のやり取りをする際に大事なことが書いてあった場合、例えばガンとかですが、そういうものを渡した途端に相手の責任になりますから、それを見逃したらどうするのかとか、裁判になっても困るし、そもそも医師から信用されていないのではないかというところもあるかもしれません。介護側になかなか広まらないのは、それらも理由としてあると思います。

もう一つは、皆さんに与えられた、一生変わらない12桁の番号が入ったマイナンバーカードについてです。去年の秋にスタートしたオンライン資格確認なのですが、私たちは全国に先駆けて、その一年前からやらせていただきました。このオンライン資格確認システムネットワークから何を得られるかというところ、レセプト情報がほぼ入ってきます。ただし、レセプトというのは1、2か月遅れで、薬もそうです。1、2か月遅れているので、ちょっと大丈夫だろうかという感じになって、リアルタイムで見ることができる電子処方箋が始まりました。電子処方箋は、入院・外来に関わらず、全ての医療機関で見ることができ、非常に素晴らしい情報量です。

また、レセプトではなく電子カルテ本体から情報を見ようじゃないかということで、3文書6情報という言葉があるのですが、診療情報提供書や退院時サマリーといった3文書も見られるように、現在取り組んでいる最中です。その情報をどこに入れるかというところ、この電子カルテ情報交換サービスというところなんです。ただし、どこにデータを貯めるのかということが問題になっていて、PUSH型とPULL型と資料にあります。これはどういうことかというところ、救急と災害時の情報が見えなくなった時に備えて、仮称ですけども、電子カルテ情報交換サービスに情報を逐一貯めておいたほうがいいのではないかと話になりました。そして、見たい時にその患者さんの情報を見ることができるのが、オンライン資格確認です。ID-Linkは逆にそれはやめようということで、依頼に応じて患者さんの情報を医療機関が提供する形のPULL型になっています。

PUSH型とPULL型は標準化の意味では非常に大事なことで、それぞれメリット、デメリットがあります。私が長く言っていたのは、医療保険はいいけれど、介護保険証や被保険者番号はどうなるのか、介護保険がマイナンバーカードに入っていないではないかということで、今老健局と打合せをしていて、これが来年あたりから入ってくるということになります。マイナンバーカードに被保険者として医療保険と介護保険が入ってくると、データ量が格段に違ってくるということになります。

もう一つ、皆さんご存知だと思いますが、この4月から、ケアプランデータ連携システムが始まりました。これはどういうものかというところ、今までは紙ベース、FAX、電話あるいは対面で動いていたものが、ケアマネジャーが立てた様々なサービス計画票やケアプランを使い回しできるというものです。ケアプランデータ連携システムの中に貯めた、サービスの実績等のデータを、他の在宅サービス事業所がリアルタイムで見ることができ、それを使えるということになると、いちいち最初からやらなくてもいいということになり、非常に効率的です。資料に、記載時間や転記誤りをこのくらい削減できますよと書いていますが、これ

は働き方改革にもつながります。ですので、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの方々には、これを使って動いていくことになると思います。

次に、ID-Linkとオンライン資格確認の特徴をまとめてみました。情報量と即時性については、オンライン資格確認はID-Linkに敵いません。オンライン資格確認は、レセプトですから遅い。しかし、オンライン資格確認ではマイナンバーカードを使うため、参加率が100%です。国民全員のものなので、ID-Linkは全然敵わないです。また、オンライン資格確認は国のシステムであり、中央会と基金がやっていますので、コストは圧倒的に安いですし、マイナポータルを持っているオンライン資格確認のほうが勝っています。データ解析についても、オンライン資格確認は元々レセプトデータや介護レセプトデータ、DPCを持ってきていますので、ID-Linkは負けます。ですが、コミュニケーション力については、チャット機能があるID-Linkの方が強いです。現場の方たちは、生活史や価値観、人生観など、先程のACPの話でも出ていましたが、そういうものをとても大事にされていますよね。ICDよりもICFをと私は思っています。

また、私はLIFE検討会にも最初の頃から参加させていただいていて、今後新規項目が出てくる予定で、検討しているところです。具体的に言うと、LIFEに載せたいデータには何があるだろうかという問いかけに対して、自由に書いてもらうという項目なのですが、提案していただいた項目の、科学的な根拠について記入してくださいというのが難しい。先日老健局の方たちが、2日間高橋病院に来た際に話をしたところ、老健局の方たちも「なかなか難しいことを言うね」と話していました。

資料ですが、これは私が日本医師会で発表したスライドから持ってきたものです。情報共有ツールの使用状況についての話で、基本ツールと応用ツールがあって、基本ツールにチェックを入れると応用ツールが書けるようになりますということを説明しました。これに追加で話をしたのが、このサマリーをFAXや手渡しに代えてID-Linkに搭載すると、情報を書き換えられる可能性があるということです。今、介護情報システムのガイドラインを作っていて、もともと医療の方に携わっていた私もその中に入っているのですが、やはり介護側はそのあたりに弱いです。リアルタイムで見られる情報が書き換えられる可能性があるというのは、情報の真正性が担保できないためまずいです。医療保険や介護保険の制度は、一人の人生をぶつ切りにしているようなものですが、それを結びつけるものの一つとしてACPがあるんだろうなと思っています。

最後になりますが、新しいものを導入するためには、絶えず標準化を意識する必要があります。皆さんが色々検討されて、とてもいいものを作っていただいて、聞いていてすごいなと思ったのですが、標準化というものをこれからやっていかないと、国からは認めてもらえなくなります。そのため、この辺りについては皆さんで勉強していかなければならないです。

私は産業医科大学の松田晋哉先生と仲が良く、今回の資料のうち10枚くらいを彼に提供して、やっぱりID-Linkが一番いいよねという話をしていました。国などで行われている議論は、急性期の入院中心になっていますが、本来は質の高い医療・介護サービスを提供するべきで、その中核情報は慢性期の医療・介護・リハ・ADLだと思っています。これはMedikaで既に実践されています。また、診療報酬や介護報酬、作成されている情報については、松田先生が一生懸命研究しています。松田先生は、現在既に動いている、MedikaやID-Linkといった仕組みをまとめて、介護報酬改定に向けて、この仕組み

を使うと点数になるように、今仕掛けていているところです。ですから、函館で作られた連携サマリーが全国標準になって、しかもそのシステムを使うと点数が算定できるということを算段しているということです。

先程話したように、こういった標準化が大事ですよ。どのように標準化していくかという、現在のサマリーの手直しを、エクセルをベースにお手伝いをさせていただければ、それを国に提出して、松田先生たちがこれで点数化に向けて動いていくということになります。そうすれば、全国でもトップクラスのソフトになるのではないかと考えています。ご清聴ありがとうございました。

### 亀谷部会長

高橋先生ありがとうございました。今、高橋先生からご説明いただきました件について、委員の皆様からご意見をいただきたいと思います。大内先生からよろしいでしょうか。

### 大内メンバー

詳しいお話をありがとうございました。いつもこういったものについては、歯科側が乗り遅れていて、どうやったら歯科の皆に乗っていただけるかと、何かもっと歯科側にできることはないかと考えているのですが、なかなかいいアイデアが思いつかなくて、今とても迷っているところです。何かアドバイスがありましたら、よろしく願いいたします。

### 高橋先生

そうですね。私は、函館歯科医師会の連協ネットワークにも、北海道老人保健施設協会の代表として出させていただいています。非常に活発なご意見が出て、皆さん議論をされています。

歯科という領域の中で、やはり患者ひいては歯科医師自身を守るには、副作用や薬、麻酔についての情報が大事になってきますよね。患者や歯科医師をリスクから守っていくためには何が必要かという、身近なことから取り掛かってもいいと思います。それをITで、例えば新しい情報を入れていこうというような感じで、そういったことから始めてもいいのかなと思いました。

### 大内メンバー

ありがとうございました。

### 亀谷部会長

星野先生、お願いします。

### 星野メンバー

ありがとうございました。アカデミックなお話に圧倒されて驚いているというのが、今の正直な心境です。調剤薬局のほうでも、ID-Link等を利用している薬局と利用していない薬局があって、利用しているところはとても活用しているのですが、利用していないところは全くやっていない状況です。正直私の職場でも、なかなか認められておらず、入って

いないというのが現状です。先程の歯科のお話でもあったかと思うのですが、どうやったら調剤薬局に、メリットや使い方についてをアピールしていけるのか、その方法やアドバイスをいただけると大変ありがたいです。

### 高橋先生

ありがとうございます。ID-Linkは先程申しましたように、医療機関を全て網羅しているわけではありません。参加していない医療機関は、本当に穴ぬけ状態ですので、ID-Linkに入っている情報が全てだと思われると、これは大きなミスになるのかなと思います。そういう意味では、オンライン資格は全てリアルタイムで情報が入ってきますので、そこには正直負けます。しかも、最初のイニシャルコストだけかければ、非常にお安く色々な情報が入ってくるので、ここでID-Linkを勧められればいいのですが、オンライン資格に軍配が上がると思います。このような答えで申し訳ないのですが、正直なところ、現在はこのような状況です。よろしいでしょうか。

### 亀谷部会長

ありがとうございます。岡田先生、お願いします。

### 岡田メンバー

ID-Linkで全国統一できるかどうかは、なかなか難しいところもありますが、函館では訪問看護も含めて、最近は介護事業所や薬局もID-Linkに入ってきていて、積極的にうまく利用しているところもあります。一方通行で使っている地域も多いので、そういう面では函館ではうまく使っているのではないかと思います。また、ID-Linkが入っていないながら、在宅では違うソフトを使っているといったような、面倒くさいことをやっていて、使い方をまだわかっていないという地域もある中で、函館は最先端をいっているなとも思っています。やはり、食わず嫌いみたいな人もいるので、私も3年前に、ID-Linkを使わない訪問看護師とは連携しないと宣言していたこともあったのですが、使ってみるとやめられないというところはいいのかなと感じています。歯科の先生からも、抜歯をする際にこの場面では何をしていますかというお便りはよく来るので、一度繋いでしまえば、すぐ使い方等もわかると思うので、ぜひ活用してもらえればと思います。

今回の件は、全国展開するにあたって、サマリーを使っているのかということだったと思います。僕たちが一生懸命議論をして作ったサマリーを、最初は函館市内の病院からも使わないと言われていたけれども、最近では病院が率先して使ってくれています。これは本当に珍しい地域だと思います。作るだけ作ったけれども、誰も使わないという地域がほとんどだと思っていますが、函館では各病院が使ってくれているので、そういう面でも、いいサマリーができあがっていると思います。また、この基本ツールと応用ツールという考え方もすごくいいと思っています。基本ツールで足りない部分を応用ツールで補っていくという、この函館のサマリーが、本当に全国で多く使われて認められるようになったら、我々みんなの努力が報われて嬉しいなと思います。頑張ってください。

## 高橋先生

ありがとうございます。岡田先生からは、超リーダーシップでバックアップしていただくと、とても心強く思っています。皆様のお許しを得て、連携サマリーを全国に展開するために、少しでもお役立てさせていただければと思っています。ありがとうございました。

## 亀谷部会長

熊倉さん、お願いします。

## 熊倉メンバー

貴重なお話をありがとうございました。連携サマリーを介護報酬と結びつけてということで、やはり双方にメリットがないと、各機関にお任せというだけでは広められないとも感じてはいたのですが、今日のお話を聞いて、今後の全国展開というのがすごく楽しみになっております。

勉強不足なのですが、ID-Linkとオンライン資格確認システムの優劣をつけていただいて整理できた部分もあったのですが、データベース的にはオンライン資格確認に軍配が上がると言いつつも、コミュニケーションの面ではID-Linkが上とお話されていましたが、今後は共存していくのでしょうか。

## 高橋先生

そうですね、おっしゃる通りです。日本医師会では、オンライン資格確認は新幹線、ID-Linkは鈍行という例えをしていて、この2つで埋めていく情報ですという風に言われています。これは私もなるほどとっていて、できるだけ共存させていきたいなとは思っています。しかし、国はどうしても名称を出すことを嫌がります。例えば、NECやSEC、富士通といったような冠がついている名前や、ID-Linkやヒューマンブリッジといった名前は出すと言われるので、そこはなかなか厳しいなと思っています。

また、今の介護には、LIFEというものがありますが、LIFEにも報酬が紐づいたもので、それをやらないと結構マイナスになる施設が多くなっています。ですから、そういった点数でバックアップしてあげて、労力を担保してあげることが必要なのではないかと考えています。

## 熊倉メンバー

ありがとうございます。

## 亀谷部会長

保坂さん、お願いします。

## 保坂メンバー

全国展開ということは、すごく嬉しい限りではあるんですけど、親としては子を出す思いでちょっと寂しいなと感じています。応用ツールを作る際にすごく苦労して、夜中も寝ないで作ったという記憶がとことん残っているんですよ。それが旅立っていくんだなと思う



ことが一つと、個人的に、もう少し応用ツールの中に組み入れたい情報もあったりしました。今は、まあいいや、やってくださいという気分ですけれど、もう少しみんなが使えるように、この応用ツールを整理して、生活に密着した内容に整理したい気持ちもあったのですが、まあそれはいいやというところです。

### 高橋先生

ありがとうございます。なんだか中学生、高校生を手放すみたいな感じなのかなと思いましたが、前半のほうにはBy保坂と、いつかつけてみます。

### 亀谷部会長

吉荒さん、お願いします。

### 吉荒メンバー

貴重なお話をありがとうございました。先生のお話の中で、介護施設の数が一番多いのに、登録率は一番低いという部分がありました。私も老健に所属しているものですから、普段自分が訪問リハや老健の中の業務を行っていくにあたって、医療の情報もすごく必要性が高いと感じています。

先生にお聞きしたいのですが、30という数字は非常に少ないなと思ったのですが、登録されている30施設、介護施設の内訳といいますか、どんな事業所があるのでしょうか。

### 高橋先生

ID-Linkや道南Medikaが始まった時に、実は当院の系列の介護事業所を全部入れました。30ある内の10いくつかはうちの施設です。あとは、在宅サービス事業所よりも施設が少し多くなってきているかもしれませんが、母数が全然違いますから、正確な答えは出せていないです。

市立函館病院の先生たちも、自分の書いた記録が全部見られているなんて、思ってもいないと思います。ID-Linkのいいところは、書いたものがそのまま残るので、先生や看護師の2度手間にならないというところです。介護施設でもなんとかモチベーションをあげられるように、点数等をつけていく必要があります。

### 亀谷部会長

松野さん、お願いします。

### 松野メンバー

自分としては、サマリーを最初に作ろうといったところから参加させていただいていた経過があって、全国展開の話聞いた時は、本当にすごいなと単純に嬉しく思っていたところでした。ありがとうございます。5ページ目にある介護側のところですが、ID-Linkを活用していくということで、今回試験運用ができるようになったのですが、やっぱり課題を感じている方々が多くて、おそらく福祉や介護の現場には、パソコンを使ったことがないという人が沢山いると思うので、そういったことも勉強するところから始めていかなければ

いけないのだろうなと感じています。

また、道南圏域の地域包括支援センターにおいてもID-Linkや道南Medikaに変更していったところがあるというのを聞きしていたのですが、今はほとんど使われていないというのが実情だったと思います。私も使い方を含めて、どういう風に活用していけばいいのかというところを、本当に我々自身が知ることからスタートしていければという風に思っていたので、サマリーもそうですし、Medikaの方も今後一緒に進めていければという風に考えています。ぜひともよろしく願いいたします。

### 高橋先生

ありがとうございます。20年前には、やはり年配の方がどうしてもついていけないという問題があって、いわゆる小さい文字だとか、画面の色のコントラストが段々弱くなってきているという声もありました。そういったことに対する解決方法も考えつつ、現在では音声入力が今非常に進んでおりまして、インカムを付けて音声を入力して、あとで手直しするということがほぼ100%できます。高齢者施設等でも非常にそこは進んできていて、若い世代の、デジタルネイティブの人たちが教えてくれるようになっていきます。

このように、若い人も巻き込んで進めていく形と、もう一つは介護側にも、診療情報技師や医療情報技師、診療情報管理士のようなITに詳しい人を、資格者として作っていかねければダメだと考えていて、老健局などに色々な場でお話しているところです。

### 亀谷部会長

青木さん、お願いします。

### 青木メンバー

ありがとうございました。私はこの部会自体への参加が前回からなので、全国展開の話から、この場においていいのかなという気持ちで聞いていて、一生懸命先生の話についていこうと必死だったのですが、取り残されている部分もあったので、後でまた資料を読ませていただこうと思っています。

ICTに対して苦手意識のある私が居宅連の代表としてこの場に来て、このすばさを伝えるためにはどうすればいいのか考えているのですが、私のように苦手な人が先んじて取り組むことで、あの人がやっているなら私もやろうと思ってもらえるのかなとも感じました。とにかく取り残されないようにしていこうと思いますので、よろしく願いいたします。

### 高橋先生

ありがとうございます。

### 亀谷部会長

高橋先生、私からも一ついいですか。私もこのサマリーを作った時から関わらせていただいていた、先生がおっしゃっていた標準化というのを常に考えて様式を作ってきたところです。先生と松田先生のおかげで、色々広げていただくのは本当にうれしい限りです。こういう風になることは本当にありがたいことで、函館や道南地域の取り組みが、全国で日の目を

見るというのは、この道南地域の介護と医療に携わる方々のモチベーションアップにもつながるのかなと、それもぜひお願いしたいと思っていますところ。

一つ質問なのですが、具体的にこのオンライン資格確認の情報の共有というのは、いつ頃になるとほとんどフルスペックで、できるようになるのでしょうか。

### 高橋先生

やはり、画像を見ることができないため、文字のみのオンライン資格だけではなかなか難しいです。現場には、例えば読影報告だけでいいという医師なども多く、ID-LinkではCT, MRI, エコーカメラが全部見ることができるので、そこはID-Linkの方が有利だと思っています。まだまだ時間がかかります。

あともう一つ、函館ではここまで連携サマリーを細かく作られているということに、松田先生もかなり驚いておられます。ですから、皆さんの非常に絶え間ない努力といたしますか、それがこういう風になって目に止まられたんじゃないかなと思っています。

### 亀谷部会長

ありがとうございます。今、メンバーの皆様からも意見をいただいたのですが、今後の全国展開に向けては、高橋先生に標準化を含めてこのツールの発展、展開をお願いするような形でよろしいかと思うのですが、いかがでしょうか。（異議なし）

それでは高橋先生、よろしくお願ひいたします。

### 高橋先生

ありがとうございます。青木さんも一緒に頑張りましょう。拙い話で申し訳なかったですが、今日はどうもありがとうございました。

### 亀谷部会長

高橋先生、ありがとうございました。それでは、本日の議事は全て終わりましたので、次回の部会について、運営担当の幹事から説明願ひします。

### 佐藤幹事

皆様お疲れ様です。本部会で作成していただいたサマリー、そして地域で育てていただいたサマリーが全国に向けて旅立っていくということについて、ご了承いただきありがとうございました。そして、高橋先生、滝沢さん、このような機会をいただきありがとうございます。今後ともどうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、次回の部会につきましては、次回行うモニタリング調査の集計後に開催できればと考えております。協議等を要する場合は、適宜ご案内させていただきますので、よろしくお願ひいたします。改めて日程等を各メンバーの方々にお伺ひして開催しようと考えておりますので、ご了承願ひします。

### 亀谷部会長

最後に、全体を通して何かご意見やご質問等あればいただきたいと思いますと思いますが、ありま

せんでしょうか。(なし)

本日は高橋先生, 滝沢さん, 貴重なお時間をいただき, 本当にありがとうございました。他になければ, 全ての議事が終了いたしましたので, 進行を事務局にお返ししたいと思います。

#### **根崎医療・介護連携担当**

亀谷部会長, ありがとうございました。

それでは以上をもちまして, 函館市医療・介護連携推進協議会の情報共有ツール作業部会の第17回会議を終了いたします。皆様お疲れ様でした。