

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

臨時会 会議録（要旨）

1 日 時

令和6年5月20日（月）18：15～19：45

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，中野メンバー，岡田メンバー，熊倉メンバー，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）渡辺主査，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

産業医科大学）松田晋哉先生

社会医療法人高橋病院）高橋肇先生，滝沢礼子法人情報システム室長

4 議 事

○はこだて医療・介護連携サマリーの改変について

- ・松田先生からの説明
- ・高橋病院におけるヒアリング結果の報告
- ・質疑応答

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 臨時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。

本日の会議には、メンバーの皆様のほか、産業医科大学の松田晋哉先生，高橋病院 高橋肇先生，高橋病院法人情報システム室 室長 滝沢礼子様にご参加いただいております。よろしくお願いいたします。

本日は一般社団法人 函館薬剤師会の星野メンバー，公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部 片桐メンバー，一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部 石井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。机上に会議次第1枚、前回の会議の内容をまとめた資料を1枚配付しております。また、座席表と出席者名簿を配付させていただいております。全てお揃いでしょうか。

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、お願いします。

亀谷部会長

皆さんお疲れ様です。3月11日に開催した前回のツール部会を、簡単に振り返りたいと思います。

はこだて医療・介護連携サマリーについて、LIFEに沿った修正を試験的にやっていかないかというような話で議論になったと思います。その中で、バーセルインデックスの形式ですとか、口腔、栄養の部分、主観的健康感などについても、すぐ導入するという形ではなく、まずは試験運用をしていきながら進めていくのがいいのではないかとの話になりました。滝沢さんがオブザーバーで参加していらっしゃったので、高橋病院さんの方で、試験運用を含めてモニタリングできれば、というような形で終わっていたかと思います。

また、その中で一番大事になるところは、部会メンバーが一様に気にされていました、主観的健康感をサマリーの基本ツールに入れるか入れないかという部分です。議論した結果、松田先生が来るタイミングで臨時の部会を開催し、松田先生と高橋先生に色々と今後の展開等をお聞きしたうえで、この部会で、どのように進めていくかをもう一度議論しよう、ということになっていたかと思います。松田先生、お越しいただき、ありがとうございます。高橋先生、滝沢さん、ありがとうございます。

早速ですが、高橋先生の方から、色々お話があらうかと思いますので、ご説明とヒアリングの結果等を含めたうえで、議論していただければと思います。よろしく願いいたします。

高橋先生

皆さん、こんばんは。高橋病院の高橋です。今日はどうぞよろしくお願いします。

今日は力強い味方というか、松田先生が遠いところからいらしていただいて、ありがとうございます。

部会長さんのお話にありましたように、少しスライドにまとめております。主観的健康感のアンケートを高橋病院でとるという話があったと思うのですが、それをまとめましたので、まずは滝沢から説明させていただきます。

滝沢オブザーバー

よろしくお願いします。今回はどうもありがとうございました。

急性期病院の方の視点が大事なのかなと思いましたので、当院の外来と各病棟の看護師と訪問診療室と総合支援センターの方からアンケートをとりまして、そんなに多くはないのですが、59名の方から回答をいただきました。

アンケートの設問ですが、1番目に「初めて連携サマリーを作成する前まで、『主観的健康感』という言葉は知っていましたか」という設問、2番目に「理解度がある患者に対して『主観的健康感』の質問の仕方は以下のどれですか」ということで、「主観的健康感」につ

いて、ダイレクトに聞いているのか、説明しながら聞いているのかということを尋ねています。

3番目は『主観的健康感』の情報が患者さんとの関わり（患者さんへの聞き取り時、他の情報確認時）に役に立った経験がありますか」という設問、4番目は『主観的健康感』という項目は医療・介護連携の項目に必要なだと思いますか」というもので、以上の4つの設問としております。

結果です。①「初めて連携サマリーを作成する前まで、『主観的健康感』という言葉は知っていましたか」という項目については、「知っていた、聞いたことがある」という回答が22名の37.3%、「知らなかった」という回答が、36名の61%でした。コメントとして、「言葉としては見聞きしたことはあるが、日常業務の中で使ったことはない」、「アンケートに出てきた言葉そのものは聞いたことはないが、どんなものかはわかった」というような自由記載がありました。

続きまして、②「理解度がある患者に対して『主観的健康感』の質問の仕方は以下のどれですか」では、「ダイレクトに伺う」という人が19名の32.2%、「補足説明しながら聞いている」という人が35名の59.3%でした。私達医療者の客観ではなく、あくまでも主観ということを患者にきちんと説明する必要があると考えます。自由記載には、「健康感という言葉自体の説明をする必要があると思う」、「患者さんは、この言葉を知らない方がほとんどなので、説明が必要だと思う」、「生きがいや心の安全・安心、安定感はスムーズに回答できない方も多いと思うので、具体例を示しながら質問の意図を理解していただければいいと思います」などがありました。

続きまして、③『主観的健康感』の情報が患者さんとの関わり（患者さんへの聞き取り時、他の情報確認時）に役に立った経験がありますか」という設問に対しては、「経験がある」が8名の13.6%、「経験がない」という方が40名の67.8%でした。「自分の意見を話せる人の場合、健康感について何かしらの思いがある人は、それらを維持するための考えや行動を起こそうとする。一緒に振り返ることにもなる。そこからACPの聞き取りにつながることもありました」、「本人の意向を確認し、ICFシートに記載してチームで共有できた」とのコメントがありました。

最後に④『主観的健康感』という項目は医療・介護連携の項目に必要なだと思いますか」という設問ですが、「必要だと思う・できれば必要だと思う」と「なくても困らない」という回答が半々に分かれたという結果になっています。「必要だと思う」という回答には、「健康感とは人生の目標でもある」、「引き出すことは難しい」、「患者自身が健康感についてわからない場合もある」、「健康感について説明しながら考えることで健康感、目標について考えるきっかけになる」など、思った以上のコメントがありました。「できれば必要だと思う」という回答には、「ACPにもなるし本人の精神的な部分の聞き取れる機会になる」という意見ですとか「患者自身が病状をどれくらい理解しているのかを知るには必要と感じます」等の意見がありました。

逆に「なくても困らない」という回答への意見はいずれもほぼ同じで「高齢者や認知機能低下、言語障害の方に対しては聞き取りが難しい」というものでした。また、やはり「よくわからない」という意見も多くありましたし、「考えたことがない人もいると思うので、さほど気にしていませんでした」など、この情報共有ツール部会でも話題になったような意見

も多くいただきました。アンケート結果は以上です。

高橋先生

後で質問をいただこうかと思います。

今年の高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の中に、「主観的健康感」という項目が必ずあると思うのですが、左側の「非認定者」、介護認定を受けていない方は「よくない」、「あまりよくない」で大体18～19%、そして要支援認定を受けられると「よくない」、「あまりよくない」が、ぐっと増えて45%くらい。これに対して私達としては、要支援状態にならないようにするか、あるいは要支援認定を受けたとしても、健康や心、生きがいなどに、どうやってアプローチしていくかということにつながるのかなと思っています。今回のアンケート結果を受けて、やはり現場はなかなかわかっていないということがわかりましたので、松田先生と話し合っ、今回「主観的健康感」を導入するには時期尚早ということで、皆様のご意見をいただきながら、改めて時期が来たらお話をさせていただければと思っています。松田先生の方からもコメントいただきたいと思います。

松田先生

皆さんすごく難しく議論されてしまったみたいですね。「主観的健康感」という名称の項目になったのですが、実は臨床の現場で、僕も含めて医師が、「今日調子はどうですか」と聞いていて、その回答が「主観的健康感」ですね。そこで、「調子が悪い」と言われたら、そこから「なんでですか」と聞いていく。そういう取っ掛かりになる、モニタリングで使うものが主観的健康感です。

今回のイメージとしては、ACPのプロセスにそれが入ってくるといいのかなと思って提案したのですが、公衆衛生の方では結構一般的な思考ですが、今回はまあいいのかなと。とりあえず、この後ACPの色々な話も出てくるとしますので、その時にまた議論ができるといいのかなと思います。

高橋先生

松田先生が言っておられましたように、連携サマリーの中というよりも、ACPの中で展開していくという形をとるのがスムーズなのではないかなと思っています。まずはこの主観的健康感については以上ですが、何か皆様の方からご質問はありますか。

亀谷部会長

今、主観的健康感について、高橋病院でのアンケートのフィードバックと、松田先生から考え方等についてお話を伺いましたが、せっかくの機会なので、何か部会の中で質問や意見はありませんか。岡田先生どうですか。

岡田先生

高橋病院で丁寧なアンケートをとってもらって、大体意見のとおりかなと思うので、そういうのが伝わるということは大切だと思うのですが、やっぱり変わりやすい項目ですね。今日も外来をやっていましたが、2週間前には「具合悪い」と言っていた人が、完璧によく

なるということはないので、医療・介護連携のところでそれを伝えるのはなかなか難しいと思います。高橋先生のおっしゃるとおり、ACPのところで使っていくのがいいのかなと思います。技術的にも、ようやく函館で色々な病院が使い始めてくれたサマリーに、今項目を入れると、また混乱するかもしれないので。本当に丁寧なアンケートしていただいて、とても助かると思いました。ありがとうございました。

松野メンバー

主観的健康感について、先ほどのアンケートのとおり、この間の部会の時にもちょっとお話ししていたのですが、うちの包括支援センターのなかでも知っていたのは保健師だけで、ほかの職員は知りませんでした。実際に主観的健康感のことを調べていくと、結局、患者さんや利用者さんへのアプローチですごく必要になってくる項目だろうということにはわかっていたのですが、実際にどんな場面でどんなふうに活用されているのかがわからなかったもので、もしあれば教えていただければと思います。

松田先生

主観的健康感とは、人と人を比較する指標じゃなくて、同じ人を追いかけていった時に、その人がどういうふうに変わってきているかっていうことを知る指標。要するに同じ人をずっと追いかけていった時に、先ほど岡田先生が言っていたみたいに、今日はすごく調子よかったと答える、でもその次はすごく悪いと答える。その時に、客観的に見て病状は変わっていないけれど、主観的健康感が悪くなったということは、多分それ以外に何かあったということなのですね。家庭のことですか。そういうふうにモニタリングしていった時に、悪くなった時に何かあったでしょうと。そこからまたその人の状態をずっと追いかけていく、それが多分、主観的健康感の一番のオーソドックスな使い方です。例えば函館市と伊達市の主観的健康感を比較して、平均がどちらの方がいいとか悪いとか比較をすることは全く意味がない。だから同じ人をずっと追いかけていった時に、その人がどういうふうに変化してきているのか、その気持ちの揺れを評価していくのが主観的健康感になります。

保坂メンバー

その気持ちの揺れを何で表すのですか。例えば聞き取りで、気持ちの揺れを書き込むものなのですか。数字ですか。

松田先生

そうではなく、ここに書いているように「とてもよい」、「まあよい」、「あまりよくない」、「よくない」、「わからない」です。

保坂メンバー

そんな感じでいいのですか。

松田先生

そうです。保坂さん達が、例えばガンのターミナルの患者さんのところに行って「今日調

子ども？」と聞いた時に「今日あんまりよくない」や「いい」と返ってきますよね。そうです。ただ、調査するためには項目を揃えないといけないので、そのため国が定めた主観的健康感の項目が、ここにある「とてもよい」、「まあよい」、「あまりよくない」、「よくない」、「わからない」です。

保坂メンバー

それだけでいいんだ。そこから先は進まなくていいのですか。

松田先生

例えば、僕の「まあよい」と高橋先生の「まあよい」は違ってきます。

保坂メンバー

個別だというのはそうですね。

松田先生

僕と高橋先生を比較するためではなくて、僕自身がどういうふうに動いているのかということを知るためのもの。これを集団でやろうとするならば、例えば函館市が何か新しい健康プロジェクト始めたとして、地域の住民がみんな参加する。プロジェクトをやることによって、地域の主観的健康感の平均点がもし上がっているのであれば、プロジェクトの効果かもしれない。同じ集団に対して、主観的健康感がどういうふうに変化していくかということ、同じ個人に対してどういうふうに変化していくかということを見るだけの指標なので。だから、ここにあるような「とてもよい」とか「まあよい」というのは、人によって違って構わないのです。そういう指標です。

保坂メンバー

わかりました。

亀谷部会長

僕達が結構違和感を持つというか、色々深く考えてしまったのは、情報をつなぐという点では、局面によって評価する人が結構変わるので、つなぎ方が難しいのではないかと思うのですが、今松田先生と高橋先生のお話を聞くと、例えば関わりの長い中での変化というのを、すごく大事にしている評価値なのかなとは思います。

松田先生

本人の気持ちなので。

亀谷部会長

そうですね。そこでどの場面が変わるかというのも、そこはあくまでも本人の気持ち、という捉えで。松野さんどうぞ。

松野メンバー

これは実際に患者さんの診察をしている時に聞いているのか、病棟で入院患者さんに聞いているのか、現場での使われ方についてもお聞きしたいです。

松田先生

例えば、リウマチの調査票なんかに使います。あとはガンの患者さん。そういう個人の気持ちの揺れみたいなもの。うちの大学はリウマチが結構有名なので、うちで調査する時は、リウマチの患者さんに対して、痛みの具合と主観的健康感を聞きます。臨床の場面ではそんな感じですね。

亀谷部会長

ほかに主観的健康感に関して何かありませんか。吉荒さん。

吉荒メンバー

私に関わっている中で、数年前から函館市の事業でフレイル予防体力測定会というを行っています。その中で参加者の方に主観的健康感をお聞きして、翌年にフォローアップの集まりをやるのですが、そこでこう経年変化がどうかということをお伺いする時に、この項目を使わせていただいていたいました。

亀谷部会長

ありがとうございます。比較的、永続的にある程度やる、評価していくということは、今の話でも皆さんの話でもわかったかと思います。その他、何か部会の皆さんからありませんか。よろしいですか。

では、今回のツールの改定につきましては、まずは基本的にはバーセルと口腔と栄養のところ。そこにコミットしたマイナーチェンジとする、と。主観的健康感、先ほど松田先生、高橋先生からお話いただいたように、今はこの基本ツールというところからちょっと外れて、⑮番であるACPのツール、そこに持っていきけるように検討していく、というのが一番いいのかなと思います。その中で、主観的健康感の項目がマストになるような状況になった段階で、また松田先生、高橋先生のご意見をいただきながら、基本ツールの方に持って行くタイミングがあれば、そういうふうにできればいいのかなと思うのですが、いかがでしょう。よろしいですか。（異議なし）

では、この主観的健康感、基本ツールではなく、ACPの⑮番のツールの方で検討していくということで、また次回の部会の方で考えていきたいと思います。

この間の会議のなかでも出ていたのですが、主観的健康感、将来的にはLIFEに入ってくるのでしょうか。施設等の評価のなかには。

松田先生

これから多分ACPがベーシック化されてくるので、その議論の時には。実は、今回も利用者満足度を入れるという話があったのですが、結局入れませんでした。

高橋先生

国立長寿医療研究センターの方で満足度の項目が色々あったのですが、結構なボリュームだったので、今回は見合わせようということになりました。そのため、今後L I F Eの中に入ってくるのは、主観的健康感なのか、あるいは満足感なのかというのは、これから3年かけての議論になるかなと思うところです。

松田先生

市の方はご存じだと思うのですが、主観的健康感と満足度と幸福度という3つの項目が入っています。個人、特にエンドステージの人達をどういうふうに見ていくかという時に、そこが議論になっていきます。多分、ACPの中にそれらを確実に入れるのかということについては、ACPを行っていくうえでの1つの指標として入ることは十分ありますが、それを使った研究がどれだけあるかということがポイントになります。実は主観的健康感のものすごい数の研究の実績があるので、その議論は多分出てくるのかなと思います。あとは満足度と幸福度ですが、幸福度というのはどうなのかなと。だから、満足度と主観的健康感のどちらか、あるいは両方が入るかではないかと思っています。

高橋先生

L I F Eは、フィードバック票というもので現場に返すので、将来的にはマイナポータルで、利用者さん本人が内容を見ることができます。その時に、フィードバックの中身、個人票に、満足度とか、そういうところがどう影響するかということですね。事業所別に出ますので、事業所で満足度が低いと選ばれなくなるじゃないですか。それをマスコミが使ってしまう場合もあるので、その辺りはいかななものかなと思っています。

亀谷部会長

ありがとうございます。

となると、この主観的健康感をツールに入れるかどうかというのは、今すぐ、来年すぐ検討するというのではなくて、3年後という、そのくらいのスパンで考えていていいのでしょうか。

高橋先生

そうですね、老健局の方は後でお話しますけども、訪問系ですね、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、ならびに居宅介護支援事業所のところを今重点的にやっていますね。なぜ今回入れなかったのかというと、L I F Eの項目が多いので、それを減らすということと、それから、儲かっているところはちょっと、となったという話です。

保坂メンバー

わかるんですけど、結局、「とてもよい」、「まあよい」、「あまりよくない」、「よくない」、「わからない」を評価するということであっても、私達がガンやリウマチなど、色々な患者のところに行って、「今日どう？」って聞いた時に、「今日最高にいいさ」という人が次の日には「なんかあんばい悪いんだよね」という。そうなった時に、昨日と今日とでどこが違う

かというところをアセスメントしなければならないじゃないですか。そういう視点で、きちんとこういう項目を聞いていくトレーニングというんですか、そういうのをしておいた方がいいのかな、と思うのですが。ただ聞けばいいわけではないですね。

松田先生

先ほど説明したとおり、そうなった時には、今保坂さんがおっしゃったように、「なぜそうなってしまったのか」ということをさらに深掘りしていく。

保坂メンバー

それでは、深掘りするということを念頭に置いて取り組まないと、これは何にもよくないということですね。よくないというか。

松田先生

ACPのプロセス自体が、多分1つの項目で決まるものじゃないので。

保坂メンバー

ただ、一般的にACPは、そこまで深掘りして話をするというところまで、まだトレーニングできてないと思うんですね。

松田先生

一般的にはそうですね。

保坂メンバー

だから、主観的健康感も入れるとなれば、別に絶対やろうということではないのでしょうけれど、やっぱり人にもものを聞くということはこういうことだよ、というようなスタイルで取り組まないといけないのではないかなと思うのですが。

高橋先生

逆に、函館市さんはどうしてこれを入れているのでしょうか。入れるタイミングというのは、多分年1回の調査だと思うんですね。今、保坂さんのおっしゃる、本人から「どうだよね」と聞くタイミングというのは、毎日になりますか。

保坂メンバー

そうだと思うんです。その人を知っていて、毎日聞くからこそ、なんでこんなことになっているのだろうというのをきちんとアセスメントして、その人の背景など色々なものを元にして、その人の健康感をちゃんと毎日見つつ、その人を評価していかなきゃいけないということですね。それをこの5つの「とてもよい」、「まあよい」、「あまりよくない」、「よくない」、「わからない」でいいのかなと思って。

松田先生

多分、すごく単純化して考えていると思うのですが、SOAPだと思ってもらえればいいんです。看護記録でSOAPやりますよね。あれのSの1つだと思ってもらえればいいので。

保坂メンバー

そうですね。そういう書き込みはしていますけどね。何というか、できる人はいいけれど、できない人ができるようになるために、そういう思考をきちんと植え付けていかなければいけないのではないかと思います。

高橋先生

そのとおりだと思います。Sを書いて、それに対してのOで、アセスメントができて、ちゃんとそれでプランが立てられるかどうかというのは、やっぱり現場での教育で質が向上するということになりますので。

亀谷部会長

そうですね、この評価値をある程度揃えたうえでないと、色々な人が聞いても比較できないので、まず評価値を合わせたうえで質問のトレーニングを、ということですよ。人によって評価値は変わるかもしれませんが、まずは評価値のベースを合わせることが大事なのだと思います。保坂さんが聞く時と、違う看護師さんが聞く時で違う。それも、先ほど松田先生がおっしゃったとおり、ありなのだと思うんです。その人が聞く時のその人の体調というのは、その時その時で変わるとは思うので、そこをどう比較するか。SOAPのフリー記載だと、色々な文言の書き方があるし、病院のカルテはなかなか比較しにくい。しかし、項目がある程度決まったものであれば、第三者が見ても比較しやすくはなるのかなと。

話を整理するとこんな感じでしょうか。

松田先生

そんな感じだと思います。今うちはリウマチと整形外科でやっていますけれど、問診票も今タブレットで項目を選んでもらっています。そうすると変化もわかるので、変わったところに対して「どうしましたか」という形になっていきます。多分、主観的健康感はそのような使い方になるのだらうと思います。

保坂メンバー

なるほど、わかりました。

亀谷部会長

よろしいですか。

保坂メンバー

人を教育していきなさいいけない部分もあって、どうしたらいいんだらうと思ってしまったもので。

亀谷部会長

同じタイミングでACPも議論していて、聞くトレーニングについては、保坂さんは何度も言っていたので、よくわかります。

では、せっかくですので、滝沢さん、主観的健康感について、何か意見をいただけますか。

滝沢オブザーバー

3月11日にここで色々な議論をして、高橋病院でアンケートをとって、岡田先生からも先ほどお言葉をいただきましたが、当院の職員の意識がわかったので、すごくよかったなと思いました。機会をいただきましてありがとうございます。

亀谷部会長

では、主観的健康感、今言った方向性で、ACPツールの方で考えるということでしょうか。（異議なし）

では高橋先生、引き続きお願いします。

高橋先生

次は連携サマリーの話で、LIFEがどういうふうな形になるのかというところですね。私自身、医療や介護の国の部会に結構出ていますので、その中で出たものを含めてお話ししたいと思います。

LIFEは今後、全国医療情報プラットフォームに即していきます。医療と介護の連携は全て全国医療情報プラットフォームに載っていきますので、これを知らないと、もう外れます。オンライン資格確認ネットワークなど、そういうものの中にこれらがあるのですが、これは後でお話します。大事なのは、連携サマリーもそうですけれども、情報連携することによって、医療側は診療報酬、介護側は介護報酬をお互いに算定できれば、お互いにWinWinで、経営にもプラスになる、ということです。

それから（3）ですが、お互いが1回1回聞き取って書くのではなく、書いたものが自動的に展開していけば、二度手間を防ぐことができますし、ダブルチェックもできます。

それから（4）ですね。得た情報は常に更新されます。特にACPなどは、FAXやUSB渡しですと、何が最新版かわからなくなる。これを間違えると、かなり困ったことになりますので、それをどうやって時系列化するか。過去にも遡って、その方がどういうふうに変えていったかというのがわかるようになりますね。

（5）、これはもう非常に大事なことです、データを活用できるようになります。そのためには標準化が重要です。皆さんのサマリーはエクセルですね。なんとなく書いていますが、中身を標準化しないとデータがつながりません。国はデータを提出しないと点数をあげないと言っていますので、そこが1つ大事になります。

（6）ですが、やはり、患者さん・利用者さんの、メンタル、フィジカルあるいはその両方ということだと思いますが、元気で生きがいにつながるかどうかです。これはフィードバック票と言われるものです。

それから（7）です。この3年間、老健局の方は、訪看、訪リハ、居宅をこれに入れる

ことは決定していますので、今回L I F Eに居宅介護支援事業所のケアマネさんが登場しないというのは、やっぱりすごくおかしいというふうに猛烈には話したのですが、なかなか時間的關係でということでした。

一番目の、プラットフォームについてお話します。医療情報プラットフォームというのは、情報を共有する基盤と考えてください。この基盤のうえで情報は展開します。ここに医療情報基盤、介護情報基盤、それから行政・自治体情報基盤と3つあります。医療の方は、オン資確認ネットワークシステム。皆さんのマイナンバーカードですね。これは6月から在宅の方で展開されます。それから、電子カルテ情報共有サービス。それから電子処方箋、これは電子的にお薬が何かわかるということです。そして、今回の診療報酬改定では、この3つがワンセットで揃っていると、色々な点数が取れるようになりました。初診再診で、こういうものが取れますよと。期限が、それぞれ経過措置がありますが、医療機関側が取れるだけではなくて、患者さん側からすると、このシステムを入れていないと、6円ないしは12円、費用を多くとられます。そういうことに患者さんが気付いていくと、これをやっていない医療機関は使われなくなっていく可能性もあるということです。今回医療と介護の連携に点数がついたということは、裏を返せば、連携ができてないという意味でもあるのかなと思っています。

続いて介護情報基盤、緑色で書いているものがありますが、ここにL I F Eが入って、もう1つはケアプランデータ連携システム、これは去年の4月から、ケアマネジャーを中心に関わる事業所の中で情報を共有しようというものです。電話やFAXではなくということです。ただ残念なことに、ここはほかのものとはつながらないということです。介護情報基盤の方はマイナンバーカードを使用することになりますので、介護保険被保険証もマイナンバーカードに入ってきます。ただし、オン資の方は動きません。動かないということは、こっちとこちらはすぐつながることはないということです。なんでつなげないのかというと、全然お金がないからということです。

今回情報共有することが決まった介護情報は4つあります。介護認定情報、レセプト、L I F Eとケアプラン。この4つは介護側にとって共有する情報として大事ですよということです。登場する人物が青く書いてありますが、利用者さん本人、市区町村、介護事業所、ケアマネ、医療機関。今回、L I F Eに関しては、全部二重丸になっています。こちらにフィードバック票というものをお見せします。これはかなり影響があると思っています。淘汰される事業所等も出てくるのではないかなと思っています。

L I F Eというのは、Long-term care Information system For Evidence ということで、いわゆる科学的な介護のケアの情報システムのことです。緑で書いているものが、L I F Eをとれる施設あるいは事業所で、横軸が加算です。加算が付きまして、さらに加算がとれるような項目が付きましてということです。そして、これは前回お見せしたと思うのですが、加算をとっている率です。老人保健施設は今85%から90%くらいになっています。特養や在宅系の加算をとっている率もどんどん上がっている最中です。なぜか、今回特養も老健も赤字でした。50%が赤字で厳しいなか、とれるものはこのL I F E加算です。生き残るためにはL I F E加算をとらなければならない。しかも、情報を厚労省に提出しないと算定できない加算というのが、たくさんつきまして、条件が縛られています。できる限り介護の現場が加算をとれるようなシステムを作らないと、まずいだろうな

ということです。時間もマンパワーもない中では、効率よく医療の情報を手に入れられるような形がいいだろうなと思っています。

先ほどお話ししたフィードバックですが、皆さんご存じのように、現場の方はデータを登録して国に置きます。そして、データを収集したものを厚労省は現場にフィードバックします。この加算というのは、出せばいいというものではなく、返ってきたフィードバック票について個別にPDCAサイクルに回してケアプランを展開しなさいということになっています。ただし、介護側はこれをやると非常に大変なので、医療側からの情報が欲しいというふうになっていきます。ご存じのように左側が施設サービスの科学的介護推進体制加算で、右側が通所等居住サービスです。これが医療の連携サマリーでいう基本ツールになります。何が違うかというと、やはり入所系であれば、口腔や栄養に重みがありますよ、情報として多くありますよということです。ほかは全部一緒です。これは、ご存じADLがバーセルインデックスで載っているということになります。

これがフィードバック票なのですが、事業所フィードバックの方はお時間の関係で飛ばします。利用者フィードバックですが、例えば要介護4で基本情報B2、Ⅱaで、いくつかデータを打ち込むと、口腔と栄養とADLが都道府県ごと、あるいは事業所ごとに出てきます。これを見て自分の立ち位置がどこにあるかと、その中の立ち位置がどこにあるかわかり、これを実際にケアプランに展開して初めてお金が取れるという仕組みになっており、現場の質を向上させるツールだと言えます。この見える化が、今回10月に新しいシステムに入って、それをどうやって見せていくかということは、松田先生と私で関わらせていただいているところです。

滝沢から聞いているのですが、前回の情報共有ツール作業部会で、このバーセルインデックスのところは入ったということによろしいでしょうか。そして、ここにある主観的健康感を除きますよ、ということが話し合われていたかと思います。部会メンバーの皆さんは、この基本ツール・応用ツールを誰がどう入力するかというマニュアルを作っていきますということですね。

今後の課題ですが、医療の基本ツールはそのままということで、介護の基本ツール、これは前回の打ち合わせでは科学的介護推進加算は載せましょうということであつたと思うのですが、ただし、これはあくまでも医療の基本ツールと同じように、基本的なもので、例えば医療であればここに褥瘡が必要であるとチェックすると、介護のLIFEも褥瘡やリハビリや排泄の項目があるんですね。そこでお金をいただいているところがあるので、科学的介護推進体制加算だけだと、現場への魅力は非常に薄れるのかなというふうに思っています。この様式はエクセルベースですので、単純に型はもう決まっています。ですので、例えばこういうふうに関係の情報を載せていただくと、介護の方では、どんなリハビリをやっていたかというのがわかるよというふうになっています。

基本的に医療側は、LIFEの様式に入力する必要はないです。ただし、私達の仕組みとすると、介護側の様式に入れたものは自動的にもう一方の様式に展開するようになっていきますので、介護側が基本的な項目、例えば褥瘡などを入れると、医療・介護連携サマリーに飛んでいくということになります。そして、これは時系列で並んでいくということになります。このようなイメージです。先ほど言ったエクセルベースの標準化とも組み立て方は似ているのではないかなと思うのですが。皆さんが自由にセルをいじれる状態だと、

それだけでデータ化がすっ飛びますので、こういう標準化は非常に大事な話です。そうすると、松田先生がおやりになっているD P Cデータ、National Databaseや、そういうものにも連携ができるということですが、こちらは皆さんが意識する必要はないという話です。

ですので、私が今回お伝えしたかったことは、連携サマリーの科学的介護推進体制加算に加えて、L I F E加算というものを乗つけられるかどうかをご議論いただければなというところです。医療側の方は特にそれに対して何かをするということはないです。松田先生、お願いします。

松田先生

僕は両方の委員会に出っていますが、今医療の方で問題になっているのは、医療の方での介護をどう評価するか。介護の方で問題になっているのは、介護の方で抱えている医療をどう評価するかということです。評価しないとどちらも行き詰まってしまうので、そこを評価するための枠組みが必要だということです。

今回、介護施設が日常的に医療を支援してくれる病院と契約した場合には、介護施設も病院も加算がつくという仕組みが、介護報酬と診療報酬で入りました。これは、この後在宅サービスでも、日常的に医療を支援してくれる医療機関と契約した場合には、同じように両方に連携の加算がつくという仕組みになっていきます。その時に必要な情報というのが、おそらく介護の方ではL I F Eだし、医療の方では、今皆さんがお作りになっている基本ツールと応用ツールだと思います。そういう意味で、多分介護と医療で有機的につながるような仕組みを作っていくということが、すごく大事だと思います。

これはもうお世辞でもなんでもなくて、それができているのは、実はこの国で函館だけです。おそらく函館は、それをそのまま展開すれば国の仕組みになるような連携のノウハウをもう持っています。ほかが作ったシステムを自分達が採用するよりも、自分達が作ったシステムをここから展開する方が、お金もかからないだけでなく、多分儲かるんですね。いきなりやるのは大変だと思いますので、まずは高橋病院で今までどおり、モデル的なものを作っていたらいい、そこからあとは僕と高橋先生とで国に働きかけをします、という形でやれたらいいのではないかと考えています。その時におそらく、ソーシャルワーカーや歯科医師、薬剤師の人達も、皆さんそれぞれのノウハウを函館で積み上げていって、それを横展開するということになるのだと思います。

もう1つ大事なことは、L I F Eがそもそもなんで入ったかという、僕はこの議論にもう15年くらい付き合っているのですが、元々Pay for Performance（ペイフォーパフォーマンス）の議論でした。どういうことかという、介護労働者の給料が低いので、給料をもっと上げないといけないという議論があって、その時に、今の処遇改善加算はいずれなくなりますが、それではなくて、よりよい介護をやっている人にもっとお金を付けようという、質の評価を話し合うということで、このL I F Eが始まったんですね。そして、この後、質の評価指標、Performance Indicator（パフォーマンスインジケーター）が出てきて、これが今すごく大きな議論になっています。

世の中には非常に質の悪い、ナースিংホームと言われる施設があり、もちろんいい施設もありますが、要介護4・5の人達をほぼ1日寝かせきりにしてオムツをあてるだけで、お

風呂もほとんど入らせないという、そういうビジネスモデルができています。そこには、訪問看護、訪問診療、訪問歯科診療、訪問介護フルで入っています。先ほどのように医療と介護をつないで分析をすると、実はそういう人達は、介護施設や病院に入院するよりも、もっとお金がかかっています。質がよければいいですが、その質の評価がこれから多分議論になります。この間も国の部会でどなたかから何とかしてほしいと話があったので、これは多分喫緊な課題になってくると思います。

そういう意味では、L I F Eや函館の連携システムのような情報を使って、できれば現場の実務者の視点で作っていただきたいと考えています。今回満足度がなぜ入らなかったかという、実務者の視点から考えると、項目が多すぎて、とても入れられるようなものではないからです。でも、僕も一応研究者なのですが、どうしても国際的な視点で標準的な指標を使って論文を書きたいという気持ちが研究者にあって、指標として使ってしまう。でも、それが実務に役に立つかというと、そういうことではない。そういう意味では、函館のサマリーは、実務ベースで経験をもとにして作られているので、僕は皆さんは一番ハッピーなのではないかと思っています。まずは必要最小限のところから、現在の国の診療報酬、介護報酬で入っているところから、情報を作り上げていただいたら一番いいと思います。

それと、保坂さんが日常的に感じてらっしゃると思うのですが、ガンの患者さんの在宅ケアについてです。多分医療と介護の両方が関わらないといけないですが、我々が分析したところでは、D P C対象病院から直接訪問診療が入った方達が、1年以内に8割あったんですよ。かなりターミナルの方々に、その方達の80%が介護保険を使っていますが、最も使っているのは訪問系です。通所系はほとんど使っていません。訪問診療が入って、訪問看護が入って、訪問介護が入る。訪問診療と訪問看護は、まだちゃんと経験があるからいいと思いますが、ガンのターミナルの患者さんに訪問介護をどう提供するかということは、おそらく研修をちゃんと組まないといけないと思うんですね。ターミナルの患者さんをケアすることに対する、ホームヘルパーの心理的ストレスはすごく高いと思うので、チームでケアをしないとダメです。口の中が乾いてくるので、訪問歯科診療も入らなければいけないし、薬剤をどうするかなど、これはチームでやらないとだめだと思います。こういうシステムがチームで動いているのは、居宅だけであり、それには当然ソーシャルワーキングが必要になってきます。ガンの患者さんのターミナルをどうするかということが、大きな課題になっているので、そういうことも踏まえてぜひ。日本癌治療学会の方でも、高齢者に関しては、いわゆるC G A (comprehensive geriatric assessment 高齢者総合的機能評価)、包括的、老年医学的にアセスメントしなければいけないと言われていますが、まだ日本はそれがありません。そういうものも今後作っていかねばならないだろうと思います。

研究者の立場で勝手に函館に期待しているわけですが、多分これだけやれていて、行政もきちんと入っているところはないんですよね。こういうものを進めていくためにどういう役割があるかということを、皆さんそれぞれに理解されているのは、この地域の強みだと思いますので、前向きにやっていただけたらいいと思います。

亀谷部会長

ありがとうございます。お話を伺って、全てやるとなるとかなり問題が山積みで、色々僕の頭の中も混乱していますが、まずは、長期的というのは無くして、短期と中期でこの部会

でアプローチしていけることから始めていければと思います。

基本ツールのマイナーチェンジは、今日の話をもって、松田先生、高橋先生、滝沢さんのお話を伺ったうえで、部会でバーセルインデックスの方に切り替えて、口腔と栄養の項目を入れて、高橋病院さんで試験運用をやっていただきながら進めていきたいと思います。しかもそれは、ダラダラと試験運用するのではなく、なるべく年度内に早くやっていきたいと思いますという話だったと思います。今日話を聞いて、僕もあまり時間かけられないのかな、と正直思ったのですが、その辺のご意見を皆さんから一言ずついただいて、議決に持って行きたいと思いますが、いかがでしょう。中野先生からどうぞ。

中野メンバー

歯科医師会の中野です。スピーディーにやった方がいいともちろん思います。内容については、事前に送っていただいたスピンオフの高橋先生のお話を聞いていたので、今日はすごくすんなりとお話が入ってきました。僕はちょっとよく理解していなかったのですが、フィードバックで、施設ごとじゃなくて個人のフィードバックをとというのは素晴らしいと思います。結局、これは、切り替えると入力し直さなければならないですね。

高橋先生

今までのL I F Eは東芝が作りましたが、N E Cになって、4月11日から1回運用停止になり、8月から再稼働します。データは移行できますが、4月後半から7月の3か月間はデータ入力できないので、それは後で入力する必要があります。本格的には、8月1日から動き出すことになりますね。

佐藤幹事

一度サマリーに入力したものを、またL I F Eの様式に入力し直さないといけないのですよね、という質問だったのではないのでしょうか。

高橋先生

それは介護側で、いわゆる電子カルテを使っているタイプと直接ネットから打つタイプと2つありまして、これは、連携をするためにエクセルで動かしたいと思っていますが、どうしてもC S Vデータで入れていますので、1回の手間は必要なのだろうと思っています。これはエクセルで動いていますので、その内容、情報を取り込むことができると思っています。

佐藤幹事

ちょっと手間が省けるような形に作れるかもしれないということでしょうか。

高橋先生

そうですね。医療側が入れている連携サマリーのデータは自動的に介護側に飛んでいきますので、そこは手間が省けると思います。同じ患者さんにも関わらず、医療側と介護側が入れているものが違うということが、ダブルチェックできるということになると思います。よろしいでしょうか。

中野メンバー

ありがとうございます。

口腔の項目も増えていますので、歯科としても、歯の汚れひとつとっても、どう見て、どう評価すればいいのか、という部分も、今後出てくると思うので、その辺りは動いていこうと思います。

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

函館でしかできないというのは最高のほめ言葉で、皆さんで一生懸命頑張ってきたかいがあると思います。病院がこれだけ仲良く、存続も含めてライバルじゃなくて、みんなでなんとかやっっていこうという感じでやってくれているので、それは、ほかの地域では考えられないことだと思います。今回の診療報酬改定は、我々開業医も結構大変で、右往左往するところがたくさんあるのですが、やはり診療報酬や介護報酬をきちんととれるサマリーを作っていかなきゃいけないなと思います。そういう面では、高橋病院の方々に何もかもやっていただいて、そのでき上がったものを我々がみんなに伝えて、WinWinでやらせていただいて、手間が省けて、それが全国に広がってくればいいかなと。ぜひや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

本当に、今日は目からウロコと言いますか、函館という地域が全国から見て特異なところなのだなということを改めて感じました。その中で、私自身の所属が市立函館病院ということで、急性期の病院になるものですから、このツールのマイナーチェンジといったところ、おそらくこれがスタンダードになっていくであろうというふうにも思っていますので、試験運用期間を終えたら、速やかにうちの方でも吸収して展開していければと思います。というのも、当院からサマリーを出す量が多いものですから、その部分を自負しながら、速やかに展開に努めるのが、今の自分の精一杯の感想です。引き続き、よろしくお願いいたします。

亀谷部会長

ありがとうございます。保坂さん、どうぞ。

保坂メンバー

何か、すごく急がなくちゃいけないのかな、と思います。3年後には自分達もLIFEになってしまうので。

松田先生

2年半後。

保坂メンバー

だから、やるなら早く取り組まなければいけないということと、看護師さんは多分、入力するのは慣れているだろうし、アセスメント力もあると思うのですが、ケアマネジャーさんが最も時間がかかるのではないかと思うんですよね。だから、このツールを整理して、なぜこういうツールにしたかを説明しつつ、指導しながら浸透させていかないと、3年後にはひどいことになるのではないかと思ったりもします。実際に、今のL I F Eの項目から、在宅側はある程度作っていけると私は思っていますが、それにしても、毎回これを入力して、アセスメントするという作業を徹底的にやらないと点数が取れないとなると、1人ケアマネさんは本当に大変になってくると思います。

それと、最後に先生がおっしゃったヘルパーさんの問題。ガン患者に対するヘルパーさんのレベルをあげなくちゃいけないというのは確かにあります。ただ、できるところはできる、できないところは全くできない、その差があるので、そこを埋めていくには、やっぱり函館市医療・介護連携推進協議会の中で何らかの形づくりをしなくてはいけないのかな、という気はしますが。以上です。

高橋先生

おそらくケアマネジャーというのは、いわゆるコーディネーターみたいな形で、皆さんの立てたプランをモニタリングしてやっていく、つまり事業所や施設がやったものを集約していくので、データとすると、最初は書く必要は全然ないと思います。L I F Eに関しては。

保坂メンバー

でも、新規紹介の最初のフェイスシートは、L I F Eで来ないのですか。そうですね、私達が今まで関わっているところのプランですとか、そういうのを集約するのは、それはそれでいいと思うのですが、新規の患者さんに関しては、ケアマネがまず最初にL I F Eに入力するものだと思うのですが。

高橋先生

新規の場合はそうですが、入院中の患者さんですとか、介護施設から在宅のケアマネに渡るといふ人達もかなり多いと思うんです。ですから、ファーストで作るといふのは、ボリュームとするとそれほど、どうなんでしょう。

亀谷部会長

松野さん、どうでしょうか。

松野メンバー

結構多いかもしれないです。結構多い気がして、青木さんとも話していました。

高橋先生

連携サマリーというものは、どこから始まるのか、ということですね。

亀谷部会長

そうです。僕も今、高橋先生がおっしゃったのと同じで、利用率でいえば、今実はケアマネさん、そんなに使っていないですよ。でも、これがL I F Eに反映するものとしたら、逆に利用率があがるのではないかと僕は思うんです。

保坂メンバー

ツールから行くということになりますか。

亀谷部会長

そう。ケアマネさんから連携サマリーを作ってもらって、展開すればいいだけなので。

高橋先生

やっぱり点数がつくと、お金がつくものに誘導されます。そこは、当然私達も老健局と話し合って、できるだけその負担を減らすようにします。働き方改革の世の中ですから、負担を減らすということは当たり前だと思っていますので、保坂さんが言われるようなところはおおいに考慮していく必要があると思っています。

松田先生

この話を老健局からいただいた時に、現時点でケアマネさんにL I F Eに関わってもらわなければいけないけれども、どういうふうな役割を作ったらいいいのかということに関して、老健局はノーアイデアです。やらなきゃいけないけれども、どういうふうにやったらいのかということに関して、具体的な案を持っていない。というよりも、実は訪問系は全く一緒に、訪問系のデータを取れるのは、おそらく函館だけなんです。訪問系に関して、連携の中で今までやってきているところはないです。今この訪問系のところで介護報酬や診療報酬でとっている加算をベースに、多分L I F Eの評価表を作ることになっているんですね。そういった評価表を集めて、どういうふうにそれをまとめるかということも、多分これだけの人数が集まっているところで、むしろ函館が提案することになると思うんです。おそらく国では作れない。研究班は立ち上がると思いますが、その研究班に対して函館ではこうやっていますよということを、たたき台として出すという役割を担うのだと思います。というか、積極的にそうやった方がよくて、そうすると函館方式でできちゃう、と思っております。

高橋先生

老健局の方達は、課長も課長補佐も皆さんほぼドクターで、急性期から来ているので、介護はよくわからないんですね。ですから、割とヘルプがくるというふう to 受け止められると思っています。松田先生が言われたように、どういうL I F Eがいいかということを函館から発信・提案することは、W e bでできますし、老健局はむしろそういう方々を求めていますので、ここに老健局の人が入ってきてもいいのではないかと思います。私達が新しいL I

F Eを作ると。

亀谷部会長

後ほど、ケアマネの立場で、松野さんと青木さんから、その辺を含めてお話をいただきたいと思います。次は吉荒さんからどうぞ。

吉荒メンバー

このお話を聞いて、すごく情報量が多くて頭がいっぱいになってしまいました。松田先生と高橋先生、本当に貴重なお話をありがとうございました。実は先週、函館市訪問リハビリテーション連絡協議会の役員会と総会がありまして、そこに参加した人達で、今回の介護報酬改定についての意見交換を行いました。その中でL I F Eの話もちろん出てきて、とりあえず連絡協議会に入っている事業所は、ほぼほぼL I F Eは入れて、形式の違い等がありますが、やっぱりこれからはやっていかないとだめだね、というところで、ほぼ認識は一致しました。

私自身、老健に勤めておりますから、まさに渦中という感じではあるのですが、老健に関して言えば、そもそもL I F Eが導入されてきた時から、常に直面しながら取り組んできた部分があるので、逆にこのサマリーの中にそういった要素が入ってくることになれば、老健でも、今は情報として受け取る方がメインですが、その中に私達でも理解できるところが入ってくることによって、逆に老健側からも発信することに関して積極的になれるのではないかなと、個人的な感想が、そのように感じました。今日ここで出た情報を、一生懸命整理しながらやっていきたいと思います。ありがとうございます。

高橋先生

ありがとうございます。実は、全国老人保健施設協会の東会長から、L I F Eを作ること私達2人に頼まれました。それで、2人で一生懸命やっていますので、今のご意見は最もだと思いますので、参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

亀谷部会長

松野さん、お願いします。

松野メンバー

包括としても、予防支援はどうなるのかなと思いながら聞いていました。居宅介護支援ではなく、介護予防支援しかやらないので。今回の制度改正で、居宅が予防支援事業所をできるようになりましたが、介護予防ケアマネジメントは当然市町村ごとで色々違うので、結局入らなかったんですね。包括が少し楽になるかなと思ったら、結局楽にならなかったんです。ほとんど手上げしなかったというのが、函館市の実情でした。人を減らして失敗したと思っていたところでした。今回の制度改正もそうですが、色々疑問や大丈夫なのかなと思うところがあるのですが、結局今、介護側が何に直面しているかというと、軒並み赤字になっていくということです。このままだと、本当に今までやっていたことができなくなって、撤退するところが出てきて、人も雇えないという状況が続いているので。

そんな中で、ケアマネのなり手もすごく減ってしまっていて、どうしようかというところなのですが、やっぱり、加算がついて事業所を運営していけるということになれば、絶対切り替えていくはずです。それは間違いなくそういう方向になるだろうとは思っていますが、ただそれには、このサマリーはもともと情報共有ツールとしてスタートしていて、医療と介護の連携を進めていくというところでスタートしているものですから、そことL I F Eがリンクしていくんだらうな、とは理解していますが、情報共有ツールとしての本質というか、我々がこれまでにしてきたことは、やっぱりそのまま続けていきたいなというふうには思っていました。情報共有ツールとL I F Eが連動していけたら、これは本当に省力化にもなるし、さらに加算がついたら、絶対こっちに切り替えていくと思うんですよ。ただ、切り替えるにあたって、どこにお金がかかっていくのだろうとか、それをどうやって捻出するかということ、これから考えていかなければならないだろうとは、思っていました。

ただ、団体などで色々活動していく中で思うのは、介護側の質の向上というか、底上げというのは、絶対図っていかなければならないということ。やっぱり、利用者さんと接する中で、ようやく今、科学的という方向にシフトしているところで、ケアマネもそんな形でシフトしていったら、これからどうやって底上げしていこうかなというところなので、このツールも含めて、これを活用して、勉強の機会を持ちながら進めていきたいなと思っていました。

亀谷部会長

ありがとうございます。では先ほどの話も踏まえて、青木さん、お願いします。

青木メンバー

居宅連協の青木です。よろしくお願いいたします。

お話を伺って、先生の動画も見せてはいただいたのですが、やっぱり、情報がいっぱい頭がパンクしそうな感じです。

先ほどの居宅のケアマネの話ですが、新規で私たちがアセスメントをして、ツールを使わなくちゃいけないという場面が圧倒的に多いです。例えば、多い月ですと10件、包括、知り合い、利用者さんのご家族からなどの新規の依頼がある中で、病院に入院中でというのは、本当に1件あるかないかで、ない月も多いです。病院からの入院中でという依頼は、本当にとても少ないです。ですので、私達がアセスメントして使わなくちゃいけないという場面がとにかく多いのは確かです。

あとは、皆さんの話に出ていた、保坂さんもおっしゃっていましたが、やっぱり作業量です。私達は、アセスメントは普段もしていますが、やっぱりそれを落とし込むという作業は、すごく時間がかかります。最近、よく話に出ているように、ケアマネジャーの作業というのが実際のケアマネジメント以外の何でも屋のところがすごく多い。例えば、認知症でご家族がいらっしゃらない方の通院について行く。入院のための説明といっても、やっぱり身内もみんな「嫌だよ、行けないよ」なんて言って、ヘルパーさんについて行ってもらうことができいいのでしょうか、なかなか理解力がない方だったら「そんなこともやだよ」と。入院に向けて何とかしなくちゃいけない時に、ケアマネジャーが月に5回とか、時には2時間かけて1人の方についていくということも全然あるんです。なので、本当に打ち込む作業に使える時間はどんどん絞られていくし、でも絞ることはできないので、やっぱり夜間等に、

日曜日でも土曜日でも一所懸命やってという現状の中で、新しい入力作業をというのは、かなり大変。ただ、算定できるという報酬上のメリットがあれば、切り替えざるを得ないでしょうから、そちらに切り替えることになっていくのでしょうか。

もちろん研修会や勉強会も必要ですが、報酬上のメリットと取り組みやすさというメリットがあると、ケアマネたちも頑張らなくてはいという気持ちが出てくるだろうということと、先ほど出ていたガンのターミナルの方の話で、ヘルパーだけではなく、ケアマネジャーも忙しい忙しいと目の前のことばかりやって、勉強になかなか時間を費やすことができない。必要なのはわかっているけど費やすことができないという方は本当に多いと思うので、そちらに時間を割いていかなければいけないと、改めて思っているところです。なんとか皆さんからアドバイスをいただきながら行動していけるようにと思っています。

亀谷部会長

ありがとうございます。高橋先生、お願いします。

高橋先生

ありがとうございました。色々と考えさせられるなと思いながら聞いていました。やっぱり、マンパワーのところですか、働き方改革とはいうのですが、業務改善、効率化、ムリ・ムダ・ムラをどうしていくかというところが、1つ大きな問題なのだろうなと思います。

人から情報を聞くというのは、相手方が高齢で、認知症や難聴や独居ということで、かなり時間も要するのだろうなと思います。そこをお互いに助け合うのが情報なのだろうと。情けをかけると報いではなくものが来るということですね。情けをかけないと報いが来るというのが情報という漢字だと私は思っているのですが、私もケアマネの資格を2000年に取りまして、ケアプラン作成に非常に時間がかかるとは思っているのですが、モニタリングが、この連携サマリー等で済むようにできればいいのではないかと、ITを使ってということであれば、そういう提案は行政にはできるのではないかと、医政局など色々なところでできるのではないかなと思っています。

それから1つ質問なのですが、いわゆる初回で取られるというのは、紹介があった時に全てのデータ情報を書くということですが、連携サマリーは、ではどこで登場するのかっていうと、どうなのでしょう。例えば、医療側だと、入院した時に連携サマリーは登場しますよね。

佐藤幹事

受ける側としては登場する可能性はありますね。

高橋先生

書きますよね。書く方では。入院、入所、退院、退所。

佐藤幹事

退院の時には書きます。

高橋先生

フェイスシートが使われているのでしょうか。いわゆるL I F E的なところを、居宅ケアマネさんがどの程度打つのかという議論はこれからで、ボリュームとしてはそんなに多くなくて、1枚、2枚くらいなのだろうと思っています。紙ベースのチェック項目で、加算をとるためのものです。ですから、ケアプラン1表のようにたくさん書くということではなく、本当にこの1枚ものくらいだと思いますので、そんなに大変ではないと思っています。

佐藤幹事

そうですね。連携サマリーとして使うシートと、L I F E加算の情報の整理のために使うシートと、ということです。先生がよく、今までのサマリーの基本ツールが医療側の基本ツール、L I F Eの方の基本ツールを介護側の基本ツールという形で表現されていると思いますが、あくまでも、連携をするための基本ツールは、医療側も介護側も今までの基本ツールを使うことになると思うのですが。

高橋先生

そうですね。

佐藤幹事

ですので、新規で情報を提供する場合は、今までの連携サマリーの基本ツールを提供していただければいい。そして、L I F E加算を算定するための情報の整理には、高橋先生が表現されている、介護側の基本ツールというものを整理していけばいいというようなイメージだと思います。

どちらかという、連携のための基本ツールは今までのサマリー、L I F E加算算定の情報整理のためのものが新たに加わったL I F Eの基本ツール、というイメージを持っていただければ、情報提供をする分には、これまでの作業と何ら変わりません。

高橋先生

そうですね。そしてL I F E加算の方は、医療の基本ツールが展開されれば、非常に楽になるということ。逆もそうだということですね。

滝沢オブザーバー

連携サマリーを書いた状態で科学的介護を入れようとすると、必要な項目は全部そちらに飛んで入力されている、という感じ。

亀谷部会長

そのあたりは、まだ部会でもオープンにはなってないところです。コアメンバーの間では話していますが、まずは基本ツールを動かしつつ、L I F Eの方をやった方がいいのではないのでしょうか。ちょっと混線してしまうと、逆に連携すること自体が止まってしまうと困るので。

どうでしょう高橋先生、先ほどおっしゃった科学的介護の推進もありますが、そこよりも、まずはしっかりとバーセルと口腔と栄養のところが入ったサマリーをちゃんと動かしつつ、そこである程度評価値を見ながら科学的介護を動かす、そこは高橋病院で試験運用をやっていただいても全く構わないのですが、そこを全部一緒に落とすというのが、地域に広げるという意味でいきますと、ちょっと段階を踏んだ方がいいのではないかと思います。この間の部会でも、地域に落とすうえでは、やはりプロセスをしっかりと段階を踏んでいかなければ、いっぺんにこれをやってくれといっても、なかなか受け入れてもらえないのではないかという疑念は、ちょっとありました。

高橋先生

佐藤幹事がお話ししたように、連携サマリーは、医療の方は基本的にフェイスシートの方に書いていただく。そして、科学的介護推進体制加算をとる場合、この様式は、全事業所、施設共通のもので、そこを書いていただく。それは介護側が、ということですね。

亀谷部会長

使うシチュエーションについて、使うプロセスを踏まえた説明をしっかりとしないと、なかなか難しいところがあると思います。そこまでやるのはどうなのかなと思うのですが。事務局どうですか。今の高橋先生のプロセスで話をすると、全部一緒に変えてしまうということになります。

岡田メンバー

今のサマリーを使って加算をとりたいところは、新しいやつをそのまま使えるわけだから、それは別にその施設で使おうと思えば使えるということ。しかも、自動的に転送されるのであれば、「それはどう使っても構わないよ」というくらいの感じ。

亀谷部会長

わかりました。そこはまだ部会で議論していないですね。コアメンバー会議では話しましたが、部会ではまだ出していなかった。

高橋先生

今度です、医療と介護の連携より情報共有という意味でいうと、介護側が連携サマリーを使うものとして、どんどんアップさせるには、そういう方向もあるのではないのかなという。

亀谷部会長

僕も先生のおっしゃっていることは、全くもってそのとおりだと思いますが、すみません。プロセスとして、部会でもまだ話していなかったのもので、そのプロセスは必要なのかなと思います。その辺も、滝沢さんを交えたうえで早めに1回コアメンバー会議をやって、イコールで進めていくのもいいかもしれませんが、今ここではちょっと決められません。

滝沢オブザーバー

前回、エクセルが相互に転記されるよというところまでは説明していたと思うのですが。

亀谷部会長

見ましたよね。見ましたが、ではそこを用いるかという議論はしていないはずなので。

岡田メンバー

公に使わなくてもいいけれど、そういう使い方もできますよということは言ってあげてもいいと思います。使えるところはそういう使い方をして、こういうテンプレートがあるから、それを使ったらというのは、別に公にやらなくても、今のものを使いながら、「こういうテンプレートもあるから、それを使えば加算もとれますよ」くらいのことを言えば大丈夫。

佐藤幹事

きっと説明の仕方ですね。あくまでも情報連携をするサマリーは今までのサマリー、介護のL I F E加算につながる基本ツールはL I F E加算の項目に合わせた基本ツール、という説明がちゃんと伝われば、ご理解いただけると思います。

保坂メンバー

今だってL I F Eの加算がついているのは施設だけだから。

佐藤幹事

そうですね、だからちょっと今イメージがつきにくいというものもあると思います。

保坂メンバー

在宅系は加算がついていないから、やれるとしたら施設だけではないか。

高橋先生

L I F Eの加算は在宅サービスの方もほとんどついていきます。訪問リハと訪問看護がついていないだけで、あとは全部ついていきます。

保坂メンバー

そうすると、現在のサマリーとL I F Eがそうやって連動しますよというのを、実際に高橋病院さんでやってみてくれればいいですね。

高橋先生

そういう話もあります。

保坂メンバー

実際にやっていただいて、それで時間がどれだけ省けたとか、手間が省けたとか、そうい

うことがわかればいいと思います。

松田先生

さっきのアンケートですね。

亀谷部会長

わかりました。

それでは、今皆さんに色々話していただきまして、まず1つ決定として、マイナーチェンジ、バーセルインデックスと口腔と栄養、そこはまず可及的速やかに進めていきたいと思います。一方で、先ほど高橋先生と滝沢さんがおっしゃっていた、施設側が使えるL I F Eの書式。そちらの方をどのように進めるか、コアメンバーで話したうえで、次の部会が10月ということで、ちょっとそれでは遅いかなというのがありますので、書面で部会の皆様にこのような周知報告をさせてもらいますということで意見を聞きながら、進め方を考えていきたいと思います。

この間の会議でも言ったと思いますし、先ほど熊倉さんも言ってくれましたが、ツールを変えることは、本来であれば医療機関側もやっていきたいです。函病さんはかなり多いと思いますし、五稜郭病院さんも多いと思います。中央病院もそこそこあると思いますし、国立病院さんもあると思います。そこもしっかりやっていければ、急性期、回復期、施設、在宅系とつながっていけるといいますので。熊倉さんに言っていただけてすごく助かったのですが、急性期の病院にもこのマイナーチェンジを受け入れていただいて、なるべく早めこういうのを作ってもらえれば。おそらく函病さんとか五病さんは、システムを入れているのでお金がかかるかもしれないですが、大丈夫でしょうか。

熊倉メンバー

修正という形であれば大丈夫かと思います。

亀谷部会長

メンテナンスでなんとかいけるでしょうか。中央病院も今新しく作っていて、最初からバーセルの項目が入っているパターンでチェンジしようと思っています。できればその3病院でやれば、岡田先生がおっしゃっていたように、また変わってくると思いますので、そこをやりながら、施設の方への周知等、色々考えて、早めにコアメンバー会議で話し合っ、部会メンバーの皆さんにフィードバックしていきたいと思います。

滝沢オブザーバー

当院でプロトタイプをやるにあたって、様式ができた段階で佐藤幹事にご報告するという形でよろしいでしょうか。いつからスタートするなど、そういうことは諮らなくても大丈夫ですか。

亀谷部会長

大丈夫ですね。

滝沢オブザーバー

わかりました。ありがとうございます。

佐藤幹事

この前の部会で出された様式ということですね。

滝沢オブザーバー

そうですね。うちも何回も様式を変えるのは、現場の負担にもなるので、やるならちゃんとしたものをやりたいなという気持ちはあります。調整していければと思います。

亀谷部会長

ありがとうございます。よろしくお願いします。

では、部会への承認は事後という形をとらせてもらいます。マイナーチェンジの方も進めていきたいと思いますので、よろしくお願いいたしますと思います。

岡田メンバー

省力化と点数をとるということの両立をやっていただければ、使っていないところも使いたいと思うので、そういう面では、高橋病院も今度新しい病院になるので、稼がないといけないから、積極的にそういうところをやっていただけたらと思います。その努力を我々が、函館全体で使えればいいかなと思って期待しています。

先ほどの、ガンの末期の方に対して介護の人たちがなかなか入りにくいという話、うちでもありました。例えば、僕が20年前から在宅をやり始めた時に、薬剤師さんが1人でガン末期の人のところに行くのは、怖がって行けなかったものが、ID-Linkで訪問看護と僕とのやり取りやデータを見てから行く状態であれば行けるようになる。かなり急変しているとか血圧下がったというのを見て行くのに慣れていくと、薬局全体がそのやり取りを見てるので、そういう教育ツールとしても安心感がある。病院と違って、なかなか一緒に集まってカンファレンスができないので、そういう面では、僕も1例だけ、ヘルパーさんとケアマネさんをID-Linkに入れてみたところ、うまくいったみたいなので、そういう使い方をこの地域で考えながらやっていけたら、ケアマネさんの教育にもなると思います。実際のやり取りをリアルタイムで見られるようなところは、なかなかないですね。そういう面でみれば、ID-Linkはいいツールだと思っています。

亀谷部会長

ありがとうございます。本当にそうですね。ID-Linkについては、函館の医療機関ではほとんどシェアされている。あとは介護が入ってくれば、さらに拡大できるかと思っています。

保坂メンバー

入っているけど使えない事業所もあります。ヘルパーさんとか。

亀谷部会長

これから、岡田先生がおっしゃっていた成功事例を、「こうやって使えるんだよ」というふうにどんどん話していけばいいと思います。それがここの部会の役割だと思いますので、よろしくお願いします。

滝沢さん，高橋先生，松田先生ありがとうございました。進行を事務局にお返しします。

根崎医療・介護連携担当

亀谷部会長，ありがとうございます。

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 臨時会議を終了いたします。皆様お疲れ様でした。