

長尾和宏の  
在宅介護を  
快適にする意極

在宅医だから  
伝えたい！

私  
ここだけの話

執筆▶長尾和宏  
医学博士。長尾クリニック名誉院長。公益財団法人日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。日本慢性期医療協会理事他。ベストセラー『ひとり、死なせへん』など著書多数。

来年度から稼働

この秋（9月6日）、厚労省は、「ケアプランデータ連携システム」を構築する方針を明らかにし、来年度（令和5年度）からの本格稼働を目指すことになりました。

データの利活用、ケアマネと事業者の事務負担軽減による効率化などのメリットが強調されていますが、懸念材料もたくさんあります。大切なことはそれが在宅介護を利用する人にとっての利益になるかどうかです。真に利用者のメリットになり、ケアの質向上となり得るシステムを構築するためには導入までになにをすればいいのでしょうか。

このシステムが導入されると、現在は「紙ベース」、かつ「対面」を基本とするケアプランや、提供票のやり取りをコンピューターのアプリケーションを通して行うことになります。IT化導入のつど、懸念されるのは、個人情報の漏洩です。ケアプランの情報が洩れたら、家族の内側を丸裸にされたも同然。こうしたセキュリティ面でのリスクについては、「国保連合会への介護報酬請求時に利用する電子

証明書を活用する」といっています。

このシステムを利用するためには、居宅介護支援事業所と担当サービス事業所の双方が申請を行うとともに、データの統一規格となる「ケアプラン標準仕様」に準拠した介護ソフトを使用するらしいです。このシステムを使えば、厚労省の試算では、人件費、印刷費、通信費、交通費など、年間81万6,000円のコスト削減が期待できるといいます。しかし導入コストは？ 昨今のマイナンバーカードの流れや、コロナ給付金システムのずさんさを国民は知っているわけですから、ほんとうにこれが普及されるのかな？ と僕はもやもやしています。具体的に僕が気になっているところを、書いていきます。

### 誰がやる？ 入力自体が大変！

そもそもこのシステムは、ケアマネージャーの負担軽減のための方策であるということです。しかし、連携システムへの入力作業が負担にならないのかという懸念があります。若い人はいいかもしれません、年配の人間は新しい機器が導入されるたびに、現場から振り落とされてしまがちです。

医療分野においては、この2年半に及ぶコロナ禍において、コロナ陽性患者さんの発生届の記入とFAXとともに国が把握するためにHER-SYSというシステムへの入力作業が必要でした。しかしデータ入力作業が大きな負担となり、ただでさえ疲労

困憊の医療現場をさらに疲弊させてしまいました。僕はほんとうに泣きたくなりました。

保健所がそれを代行してくれる自治体もありますが、その場合は、保健所職員に大きな負担がかかってきました。たとえ、ひとり10分間程度の入力作業であっても、たとえば20人の患者さんを診たら3時間もかかってしまいます。多くの医療機関や保健所は通常業務を終えた後、深夜まで入力作業をする日々が続きました。なんのため？ いたずらに国に振り回されて、ようやく10月1日からは全数把握が見直されることになり、入力の作業量の8割が軽減されたばかりです。

このような経験から、今回のケアプラン連携システムへの入力項目を必要最小限となるよう吟味することが必要ではないか。もしも利用者には紙ベースで事業者間は連携システムと二本立てで進むのであれば、まさに二度手間にならないか心配です。そうならないようにするために、入力項目の無駄を極力省く工夫を急いでしなければなりません。

### 国が民間任せにしてきたツケを誰が被る？

そもそもシステム構築の前に問題がいろいろあると思います。たとえば、サービス提供の記録方法や評価方法が事業所によってバラバラであること。また、ケアプランの標準化はどこまでなされているのでしょうか。さらに、これまでベンダー任せにしてきて、

同じベンダー以外のシステムとは連携できないという大きな問題をどのようにして乗り越えるのでしょうか。こうした課題は医療分野における「全国統一電子カルテ構想」とどこか似ています。現在、多くの病院と半数近くの診療所が電子カルテを導入しています。しかし、さまざまな業者がいろんな電子カルテを販売しており、医療機関同士での患者情報の共有はありません。日本医師会はORCAという標準レセプトや電子カルテを作成しましたが、充分に普及しておらず民間企業が作成したさまざまな電子カルテが混在しています。例えば、長崎県の「あじさいネット」のように病院と開業医の医療情報の共有が実現している地域もありますが、ごく一部にすぎません。

また、外来診療の電子カルテと在宅医療の電子カルテでは、かなり様式が異なるため両者を満足させる電子カルテはほとんどないのが現状です。

本来は国が率先して「かかりつけ医共通電子カルテ」や「地域包括ケア電子カルテ」などを製作すべきだと思いますが、実際には民間のベンダー任せでまさに放置状態です。地域包括ケアシステムの実現のために医療と介護が協働利用できる連携システムもいくつか開発され実際に活用されていますが、いまだ全国的に統一されたシステムはありません。国は想像上の「連携」を謳いますが、地域には地域ならではの目に見えない課題が山積しており、叡智の結集が必要です。現場を介護事業所に

おいても、居宅サービス、デイサービス、ショートステイ、訪問看護、訪問リハビリなど多種多様な介護サービスがありますが、果たして全国共通の連携システムの構築ができるのか、できたときには、ITそのものが変化しているのではないか……大きな不安があります。「ケアプラン標準仕様」に準拠した介護ソフト？ 一体それは、誰がどういう経緯で決めたもの？ わからないことばかりです。

### オンライン資格確認義務化と比較

話が少し逸ますが、医療現場では同じく来年4月から実施予定の「オンライン資格確認の原則義務化」をめぐって不安が高まっています。

現在、電子レセプトで診療報酬を請求する医療機関を対象にカードリーダーでオンライン資格確認できる体制を義務付ける方向で議論が進められています。診療所の9割以上が義務化対象になりますが、9月14日時点でオンライン資格確認システムの運用を開始した診療所は全体の2割に過ぎません。保団連の緊急アンケート調査によると約8割の医療機関が義務化に反対しています。つまり大半の診療所が準備できていない状態でスタートしようとしているのです。

反対する理由のなかで最も多い意見は「設備投資やランニングコストの負担に不安がある」です。「ベンダーから補助金額を上回る見積りが提示された」とか「すぐ契約しない

変わりゆく時代のケアマネジャー応援誌

# 月刊ケアマネジメント

## 11月号

特集

# きつと役立つ 人材サービス活用最前線



### 新連載

エフ ソ アイ ピー  
**F-SOAIPを記録のスタンダードに**  
**特別インタビュー 田村憲久衆議院議員**

### 好評連載

**長尾和宏の在宅介護を快適にする極意  
QOL向上を目指す食支援レポート**

と間に合わないと迫られた」などシステム業者からの強引な勧説や多額の見積もりに関する相談が寄せられているそうです。また、運用を開始した医療機関の3割でなんらかのトラブルが発生しています。その7割がデータ機器のトラブルだそうです。コロナ禍の混乱が収まらないところに、この取り決めはさらなる混乱を生むのは必至。

実は、同様なことが同時に実施されるケアプランデータ連携システムにおいても起きないか懸念しています。全国共通のシステムを新たに導入するためには常識的に考えて、充分な準備期間とともに猶予期間が必要でしょう。このたびのケアプランデータ連携システムにおいてそのような「糊しろ」はあるのでしょうか。

さらに一番大切なこと。それは、患者さん・利用者さんにどのようなメリットがあるのか、という議論。オンライン資格確認においては「必要性を感じない」「患者さんに何もメリットはない」という意見が多数あり、再検討を求める声もあがり混迷しています。

そもそもこれは、マイナンバーカードを普及させたいという国の思惑だけ。閣議決定の一聲で原則義務化と決まったもの。一方、ケアプランデータ連携システムとマイナンバーの関係はどうなっているのでしょうか。利用者不在のシステム導入に首を傾げるばかりです。

### もっと声をあげていこう!

個人的な意見で恐縮ですが、ケアマネさんは「我慢」の仕事。だから、

優しく大人しく上品な人が多い印象があります。不満があっても表に出さず我慢されています。

頑張りすぎた結果、ストレスをためて病気になったり、バーンアウトしていくケアマネさんもみかけます。「従順」は人間の素養として重要ですが、ケアマネさんからみて来春からのケアプランデータ連携システムは本当のところ、どのように映っているのでしょうか。利用者のメリットとともに、勉強不足の僕にはイメージできません。

医療分野におけるさまざまな新たな「共通システム」や「連携システム」がことごとく成功していない(つまりほぼ失敗している)現実をケアマネさんに知って頂きたいと思いながら、この原稿を書いています。

医療においてはカルテやレセプトが紙ベースだったものが時代の流れとともに徐々に電子化されたためにさまざまな壁や節目がありました。しかし介護保険事業は2000年に制度の発足から電子化されているのでITの壁は低いでしょう。それでもベンダーが統一されていないという課題は医療と共通しています。

一方、介護保険制度の大規模な変更も議論されています。上野千鶴子さんらが反対の声を上げて頑張っていますね。ケアプラン作成の有料化や2割負担問題や軽度者切り捨てなどの改革案に対して、現場のケアマネさんはどうお感じなのでしょうか。「嫌だなあ」と感じている人しかいないのではないか。

今回のケアプランデータ連携システム導入についても、ケアマネ協会な

どが中心となり早急に意見を集約すべきでしょう。医師の団体は日本医師会や各病院協会や保険医協会などさまざまな団体から喧々諤々の意見が出て国会で議論されて軌道修正されます。しかしケアマネさんは、どんなへんな規則にも決して文句を言わず従う人が多い。もう少し文句を言ってもいいのではないか。いや、利用者の利益のために言うべきときは勇気を出して声をあげるべきです。

どんどん経済的に弱体化している時代に国家が決めるプランには、ロクなものはありません。歴史が証明しています。今こそ、現場から意見を出してケアマネ協会から国や市民に提言するべきだと思います。ケアマネの負担軽減策がかえってケアマネや利用者の首を絞めないのだろうか……ITに疎い、老いた町医者の杞憂であることを祈ります。