

2022-9-12 第1回介護情報利活用ワーキンググループ

○福田介護保険データ分析室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第1回健康・医療・介護情報利活用検討会「介護情報利活用ワーキンググループ」を開催いたします。

参加される委員の先生方におかれましては、カメラをオンにさせていただきますようよろしくお願い申し上げます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

本日は第1回の開催となりますので、主査選出に入るまでの間、事務局において進行を務めさせていただきます。厚生労働省老健局老人保健課の福田でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

開会に先立ちまして、厚生労働省老健局長の大西より御挨拶申し上げます。

○大西老健局長 皆様、こんにちは。老健局長の大西でございます。

第1回「介護情報利活用ワーキンググループ」の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。本日は、誠にお忙しい中、御参集いただきまして、感謝申し上げます。

厚生労働省では、国民が生涯にわたりまして自らの保健医療情報を把握できるようになりますとともに、医療機関や介護事業所におきましても、患者・利用者のニーズを踏まえた最適な医療・介護サービスを提供することを目指しまして、データヘルス改革に取り組んでおります。令和3年6月にデータヘルス改革推進本部におきまして決定されました工程表のうち、介護分野につきましては、利用者が介護情報を閲覧できる仕組みの整備、2つ目、介護事業所間等におきまして介護情報を共有する仕組みの整備、さらに科学的介護の推進、これらに取り組んでいくこととなっております。

これらの検討に当たりましては、介護サービスを利用されている方々にいかにより適切なサービスを提供できるのか、すなわち、介護情報の利活用を通じまして、介護保険法の理念でございます尊厳の保持と自立した日常生活の支援、そのために質の高い介護サービスの提供を目指すということを目的といたしたいと考えております。併せて、効率的・効果的なサービスが展開できるようなという視点も重要だと考えてございます。ぜひ委員の皆様のお知見をいただければ幸いです。

いまだ新型コロナウイルス感染症の御対応を含めまして、皆様、大変御多忙の中、本ワーキンググループに御協力いただけますことに改めて感謝申し上げます。

以上、簡単ではございますけれども、本日の御挨拶とさせていただきます。ありがとうございます。

○福田介護保険データ分析室長 続きまして、本ワーキンググループの親会に当たります

「健康・医療・介護情報利活用検討会」の座長をお務めいただいております東京大学名誉教授の森田先生に参考人として御参加いただいております。御挨拶をいただく予定でございますけれども、少し遅参されると伺っております。後ほど到着次第、御挨拶をいただきたいと考えております。

続きまして、本ワーキンググループの開催趣旨と構成員の御紹介をさせていただきます。

資料1を御覧ください。本ワーキンググループの開催趣旨について説明させていただきます。「健康・医療・介護情報利活用検討会の検討事項のうち、主として介護の提供等に伴い発生する情報の利活用に関する検討を行うため、介護情報利活用ワーキンググループを開催する」としております。

開催要綱の内容につきましては、資料1を御覧のとおりになりますけれども、運営につきましては、老健局長が本ワーキンググループを開催することとしております。

構成員とオブザーバーの御紹介になりますが、資料1の別紙、2枚目を御覧ください。こちらの先生方に御参画いただいております。

なお、本日、全国老人クラブ連合会理事・事務局長の正立構成員から御欠席の連絡、また、田宮構成員から途中退室と御連絡をいただいております。

続きまして、事務局の御紹介をさせていただきます。

大西老健局長。

斎須審議官。

古元老人保健課長。

藤井課長補佐。

佐々木課長補佐。

私、介護保険データ分析室長の福田でございます。

また、参考人といたしまして、厚生労働省データヘルス改革推進本部の葛西アドバイザーグループ長にも御出席いただいております。

次に、資料の確認をさせていただきます。配付資料は上部に番号を付しております。

資料1 介護情報利活用ワーキンググループ開催要綱

資料2 介護情報の利活用の検討について

資料3 介護情報の利活用にむけて（松田構成員）

資料4 医療情報共有の現状（厚生労働省医政局）

資料5 検討事項および今後の進め方について

ほか、参考資料1から4まで配付しております。

それでは、森田先生が今、入られたようでございますので、ここで御挨拶をいただければと思います。本ワーキンググループの親会に当たります健康・医療・介護情報利活用検討会の座長を務めていらっしゃいます東京大学名誉教授の森田先生に参考人として御参加いただいております。

森田先生より御挨拶を一言いただければと思います。お願い申し上げます。

○森田参考人

皆さん、こんにちは。森田です。

親会議の座長として冒頭に一言御挨拶をさせていただきたいと思います。健康・医療・介護情報利活用検討会では、医療分野におけるデジタル化、情報化を推進しているところでございます。それにつきまして、それぞれの課題に応じた形でワーキンググループが存在し、活動しているところでございます。

最近急速にこうした動きが加速してまいりまして、これは我が国にとって大変望ましいことではないかと思っております。ただ、若干危惧いたしますのは、それぞれのワーキンググループがそれぞれのテーマについて取り組んでいらっしゃるのはいいのですが、医療分野における情報全体について一貫した形でのインフラ、仕組み、制度がありませんと、相互のデータのやり取りとか結合というものが大変難しくなってくるのではないかと思っております。危惧いたしておりますのは、そういう分野ごとで部分最適化は進むのですが、全体としての最適化というものがなかなか進まないということだと困ってしまうと思っております。

今回のこの介護関係のワーキンググループに関しましては、親の検討会やほかのワーキンググループのメンバーと重なっていらっしゃる方も大変多いようでございますので、そうした方を中心にして、ぜひ今、申し上げましたように全体的な調和を持ったような形での議論を進めていただければと思っております。

現在課題になっておりますのは、やはり総合性、基本的な医療分野における情報の在り方についての議論というものが比較的希薄であるということと、また、実際に医療も介護もそうですが、現場でどのような形で情報が収集され管理されているかということ、安全面もそうですし、現場でできるだけ御負担をかけないような形でデータが集まるような仕組みというものをぜひ工夫していただきたいと思います。

もう一つは、この検討会とは別の検討会で取り組んでおりますけれども、個人情報を含めた情報の収集と管理の在り方について。これからの時代はできるだけそうした個人の権利というものが損なわれてはならないのですが、そうでない限りは、利活用することによって医療も介護も、そして社会全体をよくしていくという視点、方向性が大事ではないかと思っておりますので、これは私の希望でございますけれども、そうした検討会全体のことを頭の片隅に置いていただいて御議論を進めていただければ大変ありがたいと思っております。

どうもありがとうございました。以上でございます。

○福田介護保険データ分析室長 森田先生、ありがとうございました。

それでは、これより議事に入ります。

今回のワーキンググループは、傍聴希望者向けにユーチューブでライブ配信しております。本検討会では録音・録画は禁止させていただいておりますので、傍聴されている方は

くれぐれも御注意ください。

構成員の皆様方、御発言をされる際には、Zoomの「手を挙げる」ボタンをクリックし、主査の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除していただき御発言のほどお願い申し上げます。なお、御発言終了後は、再度マイクをミュートにさせていただきますようよろしくお願い申し上げます。

それでは、議事の1「主査の選出について」でございます。資料1を御覧ください。

本ワーキンググループの開催要綱の2の(3)にありますとおり、「ワーキンググループに主査を置く。主査はワーキンググループの構成員の中から選出することとし、主査代理は、主査が指名することができる」とされております。

本ワーキンググループの主査につきましては、事務局としましては、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長の荒井秀典構成員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

(構成員首肯)

○福田介護保険データ分析室長 ありがとうございます。

それでは、荒井先生に本ワーキンググループの主査をお願いしたいと思います。

それでは、荒井先生、以後の議事運営をよろしくお願い申し上げます。

○荒井主査 御紹介いただきました荒井でございます。ただいま主査の大役を仰せつかりましたけれども、構成員の皆様方の御協力を得まして、円滑な議事運営に努めてまいりたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

なお、先ほど事務局からございましたとおり、ワーキンググループ開催要綱におきまして、「主査代理は、主査が指名することができる」とされております。そこで主査代理につきましては、一般財団法人医療情報システム開発センター理事長の山本隆一構成員にお願いしたいと考えておりますけれども、いかがでしょうか。

(構成員首肯)

○荒井主査 特に異議がございませんので、山本構成員、よろしいでしょうか。

○山本構成員 はい。お引き受けいたします。どうもありがとうございます。

○荒井主査 それでは、山本構成員に本検討会の主査代理をお願いしたいと思います。

それでは、早速でございますけれども、議事に入りたいと思っております。

まず、議事の2「介護情報の利活用について」ですが、事務局から説明をお願いいたし

ます。

○藤井課長補佐 よろしくお願いたします。では、資料2「介護情報の利活用の検討について」を御覧ください。

今回のワーキンググループを開催するに当たりまして、今までの検討の状況や介護情報の利活用を取り巻く状況について事務局のほうでまとめてまいりました。

こちらは令和3年6月4日に公表しました厚生労働省データヘルス改革工程表になります。参考資料1のほうで全体像についてお示ししておりますけれども、こちらのスライドのほうで介護情報にまつわる情報3点をまとめております。1つ目、利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備。これにつきましては、「2023年度中までに技術的・実務的な課題等を踏まえ、介護者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討」とされてございます。

2つ目に、介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするための取組。「介護事業所間等」というところに対しては、介護事業所間同士、介護事業所と医療機関の間ということも含まれてございますが、「2023年度末までに全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室とともに検討し、結論を得る」ということとされてございます。こちらの検討について、今回のワーキンググループで検討を重ねていただければと考えております。

3番目に、科学的介護の推進とされておまして、これは以前よりVISIT、CHASE等の運用をしておりますけれども、2021年度からLIFEに統合しまして運用を重ねてきております。これに関しましては、新たな情報収集システム（LIFE）に向けたさらなるデータ項目の整備、あとは次期システムの開発ということが目指されております。

次に、経済財政運営と改革の基本方針2022。これは今年の6月7日に示されたいわゆる骨太方針ですが、医療・介護分野でのデジタルトランスフォーメーションの推進、加えて、同時にデータヘルス改革に関する工程表にのっとりPHRの推進等改革を着実に実行するという。くわえて、全国医療情報プラットフォームの創設。この中にはオンライン資格確認等システムのネットワークの拡充、レセプト・特定健診等に加えて、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護）となつてございますけれども、それらの共有・交換をできるような全国的なプラットフォームを進めるということが記載されてございます。

次に、老健局で行ってきた検討の中で今回のワーキンググループに関するところをお示ししてございます。2017年から2019年にかけて、科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論の確立、普及していくために必要な検討を行うという目的で、「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を進めてまいりました。その中では、CHASEの初期仕様や収集事項についての整理を行ってございます。

令和元年7月16日の取りまとめの抜粋をこちらに掲載させていただいております。参考

資料2には全文をつけておりますので、御参照ください。

こちらは抜粋になりますが、エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止を進めるために、「エビデンスに基づいた介護の実践」「科学的に妥当性のある指標等を現場から収集、蓄積し、分析すること」「分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進」といった、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏づけに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要があるということ。

2ポツ目で医療との違いについて記載されてございますが、介護分野においては、目指す方向性として、医療における「治療効果」等関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在することに留意が必要であるということが書いてございます。

4ポツ目ですが、科学的介護を推進していくに当たっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要であるということが記載されてございます。

また、フィードバックの在り方についても記載がありましたので、抜粋してございます。科学的介護の仕組みについて、関係者の理解を得るためには、サービスの利用者やデータ入力を行う事業所等がデータの分析結果の恩恵を享受できるようフィードバックできる仕組みが必要であり、フィードバックを享受できる対象としては、利用者、利用者の介護者、事業所、保険者（自治体）等ということが記載されてございます。

以上がこれまでの介護情報の利活用に関わる検討の状況でございます。

次に、今回構成員の皆様、多数お集まりいただきましたので、一度事務局案ということで、今回のワーキンググループを進めるに当たって、介護情報の全体像を皆様に共有させていただきたく、事務局案というところで作らせていただきました。図示させていただいておりますけれども、こちらは介護保険制度における利用者に関する主な介護情報の流れでございます。「主な」と記載させていただきましたが、全てを図示できなかつたので、大まかなところを記載させていただきました。利用者を中心に、医療機関、介護事業所、国、国保連、市区町村の中でどのような情報が行き来されているかを矢印で示してございます。もちろん、これで全てを示しているわけではなくて、利用者の隣には介護をしてくださっている家族・介護者の方がいらっしゃいますし、これ以外にもたくさんの矢印が飛んでいると思うのですが、全体像というところで示させていただいているものでございます。

次に、こちらに示させていただいている情報を表で示してございます。まずは要介護認定情報等ですが、これは被保険者番号や保険者番号、あとは要介護認定に関わる認定情報や認定調査項目などが含まれています。

次に、介護保険サービスの報酬を請求する際の介護給付費請求情報。

あとは、先ほども少し話題に出しましたが、LIFEで集めている情報。これは介護報酬のLIFE関連加算の様式に規定されている利用者の状態や介護事業所で行っているケアの計

画・内容が含まれてございます。LIFEに関しましても参考資料3のほうで全体像をつけさせていただきますので、後ほど御参照いただければと思います。

あとは、医療機関の入退院や受診の際に関わってくる診療情報提供や入退院に関わる情報。

あとは、要介護認定を受ける際の主治医意見書の情報。

あとは、訪問看護を受けている方に限ってですけれども、訪問看護指示書・報告書。

あとは、ケアマネジャーさんがつくるケアプラン。

あとは、介護事業所等において日々記録されている利用者の情報で、提供したケアに関する記録というものがあります。

これらに関しまして、主な作成主体と保有主体を星取表のようなもので示させていただいております。これらの情報を利用者の方に全て共有しているわけではなく、幾つかの情報を共有している。あとは、各主体で持っている情報がばらばらであるということがこれで分かるかと思えます。

また、これらの情報の主な記録・交換の形式ですけれども、電子的に集めているものもあれば、電子的または紙媒体で集めているものがございます。

国が示す様式があるかないかですが、これは参考資料4「介護情報に係る様式の例」に一覧で示させていただいておりますけれども、このように様式が示されているかどうかを○×で示してございます。一番右の行「コード化の有無」というところを○×で示させていただいておりますが、これに関しましては、例えばコード化されているものの例ということで、要介護認定情報を示させていただいております。各項目についてコード値がついているかどうかというところですが、要介護認定情報については全てコード値がつけられてございます。

一方、提供したケアに関する記録。各介護施設等で提供したケアに関する記録、例えば介護の内容とか利用者さんの状態に関してはまだコード化はされていない状況でございます。

それらコード化された情報に関して、介護保険総合データベースを紹介させていただきます。平成25年から運用を開始したのですが、収集目的としては、介護保険事業計画の作成・実施等及び国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するという目的で収集を開始してございます。

内容に関しましては、匿名の要介護認定情報、匿名の介護レセプト情報、匿名LIFE情報になってございます。

収集経路は、こちらで図示させていただいておりますが、市町村から要介護認定情報、事業所から介護レセプト情報を国保連合会のほうにデータが送られ、そこで匿名化され、介護保険総合データベースに格納されてございます。

LIFE情報に関しましては、事業所の中で匿名化されて厚生労働省のほうに送られ、介護保険総合データベースに格納されます。それらが利用者1人に対して1つの情報というこ

とで連結されて、第三者提供という形で、研究者の方々等にデータ提供を行っている状況です。

最後でございますが、介護事業所等で介護業務ソフトウェアがどれほど導入されているかというところが調査でありましたので、図示させていただいております。介護事業所、各サービス種別がありますけれども、全体の中で介護業務ソフトウェアを導入しているものが大体6割で、導入しているけれども請求や職員の勤怠だけに利用しているところが約3割、全く導入していないところが1割でございます。事業所規模が大きくなるほど導入していないという割合が高くなっているというところが調査で示されてございます。

また、ソフトウェアを導入している中でも、サービス提供時の情報共有を行っている割合は、利用者や家族等に共有をされているというところがそのうちの1割となっております。

以上、資料2の説明でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの説明につきまして御意見のある方は、「手を挙げる」ボタンをクリックして挙手をお願いいたします。いかがでしょうか。では、能本構成員からお願いします。

○能本構成員 資料の説明、ありがとうございます。

日本介護支援専門員協会常任理事をしております能本と申します。よろしく願いいたします。

今の御説明の内容について基本的な質問をさせていただきたいのですが、9月6日に「介護保険最新情報Vol.1096」、9月6日付で高齢者支援課のほうから「ケアプランデータ連携システム」の通知が出ておりますが、そのシステムと本事業の関係性について御教示いただけましたら幸いです。よろしく願いいたします。

○荒井主査 事務局、いかがでしょうか。

○佐々木課長補佐 事務局でございます。

ケアプランデータ連携システムは来年度から稼働いたしますけれども、本ワーキングの検討課題である介護事業所間の連携という意味では一つのシステムになっていると考えております。今後事業所間の連携等について議論をしていただくときに資料のほうを御用意させていただきます。

○荒井主査 能本構成員、今のお答えでよろしいでしょうか。



○能本構成員 了解いたしました。ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ほかに御質問がある方は挙手をお願いしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。もう既に幾つかコメントとかをいただいておりますが、改めてこの場で御発言いただける方がおられれば、ぜひとも挙手をお願いしたいと思います。では、赤羽構成員、よろしくお願いたします。

○赤羽構成員 国立保健医療科学院の赤羽でございます。よろしくお願いたします。

お聞きしたい点は資料の10ページのところですが、先ほどの事務局の説明で、自治体とか介護事業所それぞれでデータの保有がばらばらであるという御説明がありましたが、その中で特に市町村の保有が何となく少ないような印象を受けますが、将来的に市町村が保有していく情報を増やしていくような方向性というのはあるのでしょうか。例えばLIFEなどで今、いろいろ進めていると思いますが、こういう情報というのは市町村、都道府県にとって有用な情報になるのではないかと思います。いかがでございましょうか。

○荒井主査 いかがでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

10ページに保有主体、作成主体と示されている中で、市町村については、保有している情報が少し少ないような見方ができるのではないかと御指摘だったと思います。どこの主体がどういう情報を持つべきか、どのような情報を保有すべきか、そういったことも含めて、この検討会の中でぜひ御意見をいただければと思っておりますし、そうしたことも踏まえながら、我々としても情報連携の在り方とかその内容について考えていければと思っております。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

ほかに御質問。江澤構成員からお願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

ぜひこういった取組を進めていただきたいと思います。特にLIFEにおいては、どういった状態の方にどういう介入、どういうケアを提供しているかによってどういう状態になっているかというストーリーがつながることが重要だと思いますので、今後に向けてケアのコーディング、それに伴う入力等もまた視野に入れていただければと思います。

もう一点は、データベース等が構築されて、それをどう有効活用するかという課題が出

てくると思いますので、特に市町村においてKDB等も含めたデータの活用の支援、ノウハウの提供等も必要かと感じます。よろしくお願ひいたします。

最後に1点。15ページの資料でお示しいただきましたが、実は現実的には導入しているが全く使っていないという介護事業所も幾つか散見されます。これは職員、介護人材の確保に難渋している中で、なかなか使いづらい職員もいるということで、そういうところで苦慮している施設もあるということを示し共有していただく必要があると思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○荒井主査 今の点につきまして、事務局から何かございますでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 特段ございません。ありがとうございます。

○荒井主査 コメントとして記録をお願いできればと思います。

ほかに。小玉構成員、お願いします。

○小玉構成員 主査、ありがとうございます。いろいろと御説明いただいて感謝申し上げます。

私からは10ページの「介護保険制度における利用者に関する主な介護情報」というところでお伺いしたいと思います。上段に「主な保有主体と作成主体」とございますが、国が例えば要介護認定情報等、請求・給付情報、LIFEで集めている情報等を「主な保有主体」というふうにしてございまして、左端の利用者さんのところでそれに丸がついていたり、ケアプランは特に国ではなくてというところで、様式が今、定まっていないという話だったのですけれども、これは現在は紙情報でみんな行っていると思うのですが、将来はPHRとかそういったものに乗せた形で、利用者さんも必要に応じてデジタル化したものを受け取れるというところが必要ですし、そういった方向に持っていくというところが確かだと思います。それに対する対策というのは、8ページの図で言うと、どの辺りのところでそういったことが示されているのか、ちょっと教えていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○荒井主査 事務局からいかがでしょうか。

○佐々木課長補佐 事務局でございます。

まず、8ページの部分につきましては、現状というところで、御指摘のとおり紙でやり取りしているものも多いと承知しております。

一方、まさにデータヘルス改革工程表の1つ目の柱で示されている、どういった情報を個人が見るかということを進めていくのは工程表だと考えておりますので、具体、どうい

った情報を見られるようにするか等々をこのワーキングで御議論いただければと考えております。

○小玉構成員 分かりました。ありがとうございます。

○荒井主査 では、久留構成員、お願いいたします。

○久留構成員

ありがとうございます。

初回ということもありますので、少し確認をさせていただきたいことがございます。まず、資料2の3ページでございます。介護情報の利活用といった場合に、まず、この場合の「介護情報」とは、「誰に関する情報」であって、「誰が保有する情報」という主語について共通認識としておきたいと思っております。

また、「利活用」といった場合にも、これは誰が活用するということによって、情報の整理の仕方、情報の内容といったものが変わってくると思うのですが、「①利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備」については、電子カルテや介護記録等に記載された1人の利用者の個人情報ということになるかと思っております。

「②介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするための取組」では、介護事業所そのものは一つずつでございますので、1つの指定介護事業所が保有する不特定多数の利用者の個人情報ということになるかと思っております。

次に、「科学的介護の推進」ということになると、指定を受けた、もしくは加算を取得した数多くの介護事業所が保有する不特定多数の利用者の個人情報ということになるかと思っておりますので、これらについても検討の中で議論していくということになるかと思っておりますが、①の中に24年度から「マイナポータル等で閲覧可」と出てくるのですが、マイナポータルの考え方は、利用者個人に関する各種情報を個人IDにひもづけて一元管理していくということですから、①は割とそれに近くて、②、③については、あくまで利用者個人に関する情報について、それぞれが管理しているものを共通のシステムで閲覧できるようにするということの理解でいいのかということが1点目の確認事項でございます。

次に、8ページですが、これは説明の中でもありましたので、今後の検討となる訳ですが、全部を記載できないということは御説明がありましたが、ケアプランは記載されていますけれども、各サービス事業所・施設ごとに、またサービスごとに個別サービス計画というのも出てまいりまして、これらが結構膨大になってまいりますので、そこら辺も加味するのだろうなと思っております。

最後に、10ページについて1点だけ質問です。12ページ【参考】の縦軸で、ほかのところは全部「等」がついているのですが、「記録等」のところは、右側の「主な内容」のところには「等」がないのは、限定列挙ということなのか、それとも単に「等」が漏れた

のか、そこだけは確認させてください。

以上です。

○荒井主査 今回の2点につきまして、事務局、いかがでしょうか。

○藤井課長補佐 事務局でございます。

2点目を先に。12ページ目の「等」が抜けてございます。大変申し訳ございません。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

1点目、いただいた御指摘ですけれども、今回様々検討する中で、例えば事業所間で共有される仕組みの在り方とか、科学的介護の推進とか、あるいは利用者の方本人が見る仕組み、様々な観点があるというところで、最終的には利用者の方が受けるサービスや介護の質とか、しっかりと利用者に還元されるというところが大きなポイントになろうかと思えます。その上で、実際にどのようなシステムで、あるいはどのような枠組みの中で閲覧が可能にできるか、どういうシステムを構築していくかというところについてでございますが、本検討会の中で、まずどういった情報を共有すべきか、どういった情報が標準化とか考えられるかというところ、いわゆる中身、そのコンテンツについて、ぜひ中心に御議論いただきたいなと思っております。

その上で、個人の方が見る仕組みとか、あるいは事業所間、あるいは事業所と医療機関、様々な仕組みの中で情報が共有されることになろうかと思えますけれども、これは本検討会にとどまらず、様々な他の検討会とか全体の動きの中で検討される事項というところもあるかと思えます。今回マイナポータル、一部記載はさせていただいておりますが、「等」と書かせていただいておりますとおり、様々な手法、ツールがあるかと思えますので、厚労省あるいは政府全体の動きと合わせて仕組みとか実際のシステムについては決まってくるということかと思えます。今回は主にどういった情報か、どういった内容があるといいか、そこを中心にぜひ御議論いただきたいと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 よろしいでしょうか。

○久留構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 では、江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 手短かに申し上げます。3ページ「①利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備」ということですが、要介護の利用者は認知症の進行した方も多く、

意思表示が困難な方が相当多いと思われまますので、そのときの個人情報の取扱いというのは十分議論を踏まえていただきたいと思います。

もう一点ですけれども、介護情報の利活用の目的。医療であれば、安心・安全な医療で、医療の質を高めるというキャッチフレーズで行っていると思いますが、介護においても同様かと思えますので、目的を明確化した上で推進していくことが必要だと思います。

以上です。ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

事務局から個人情報について何かお答えはありますでしょうか。

○藤井課長補佐 ありがとうございます。非常に重要な論点かと思ってございます。このワーキンググループの中でもこういった情報を返すのか、その上でこういったところに留意すべきなのかというところをぜひ議論を深めてまいりたいと思ってございます。

○荒井主査 それでは、野尻構成員、お願いします。

○野尻構成員 デイ・ケア協会の野尻です。

事前レクでも御質問をさせていただいたのですけれども、こういった動きは、Society5.0に向けた動きの中で我々も非常に期待していて、現場の生産性も上がるのではないかなと思っているところです。

1点は、データヘルスという観点から、将来的なお話になると思うのですが、例えば国交省がやっているPLATEAUというプロジェクトなども連携すると、地域のハード面、環境の在り方というのは健康面ともいろいろ関与してくるところがあるので有用だと思います。そうすると将来的に一気に通貫するデータをどの番号で使っていくのかというのはちょっと難しい課題があると思います。事前レクで質問したところでは、マイナンバーではたてつけの問題で、ここのデータを個人を特定する番号として使うのはまだハードルが高いというお話でした。将来的にはその辺を少し触っていかれるところがあるのか。

また現場の細かな話としては、情報が匿名化されるということですが、前のリハのデータベースのVISITのときも、現場にデータがフィードバックされる時は匿名番号でした。それを利用者がわかるように変換する作業が現場に起こってきます。そこら辺が介護記録ソフトの中で処理されるとか、そういう形ができてくると現場は助かると思います。

以上2点です。

○荒井主査 ありがとうございます。

今の点につきましてはいかがでしょうか。

○佐々木課長補佐 事務局でございます。

1点目につきましては、マイナンバーにつきましては番号法という法律に基づいて用途が決まっているというものでございます。

今後情報連携をするに当たりましてどういったキーを使っていくかにつきましては、それぞれの主体がどういった番号を持っているかとか、本人を特定できる番号は何かといったものを見ながら検討していくものかなと考えていますし、ぜひ御議論いただければと考えております。

後段のフィードバックにつきましては、LIFEにつきましては利用者単位のフィードバックというのが実現はできていないですけれども、今後の実現に当たりまして、事業者さんの負担ができるだけ少なくなるような形での実装を目指していきたいと考えております。

ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、今構成員、お願いします。

○今構成員 全国老人福祉施設協議会の今と申します。よろしくお願ひいたします。

まず、8ページの絵を最初に拝見したときに、決してそこに限定されるというわけではないのでしょうかけれども、基本的にはいわゆる在宅での介護を受けながら生活されている方々の利用状況というところがベースになっているかなと。制度上、施設入所であっても同じような流れにはなりますが、そこについては、施設入所をされている方のサービス提供の流れまたは情報の流れというものと、在宅で生活をされている方、そこで利用しているサービス等の関係者への情報の流れというのは、かなり性格的に異なってくるかなと感じております。端的に申し上げますと、施設は基本的にワンパッケージで、ある程度情報の共有もしやすい環境にある。またはそれなりの職員のマンパワー等も整えているところが比較的多いかなということが言える。

もう一方で、在宅の事業所またはそこで生活されている方の情報の流れというのは非常に多岐にわたっていて、例えば同じサービスを利用される方でも事業所の選択の幅もかなり多いところでは、情報の流れが非常に複雑かつ多岐にわたるかなというところがあるかと思ひます。その辺りについて検討の中でしっかりと整えていかないと、いざ使おうといったときに、そこに入ってこられない事業所もしくは機関があると、そこで流れが止まってしまう。そういうことについて非常に危惧をすることがありますので、ぜひここについての議論、検討はしっかりとしていく必要があるかと思ひます。

そこに関連しますと、15ページの調査結果の概要のところ、ここでも平たく言ってしまうと、事業所の規模が大きいほうがそれなりに業務ソフトの導入状況も高くなるし、業務ソフトで扱う情報もいろいろなものを扱っているというところがあるかと思ひます。

これは先ほど申し上げた在宅に限っていえば、本当はこのデータの中でサービス種別ごとの差が出てくると、これは私がちゃんと調べなかったので申し訳ないのですが、施設

入所に比べて例えば訪問介護や通所介護といった事業のほうが、ソフトの導入割合も低いだろうと想定されますし、活用している種類もかなり限られてきているかなと思っていきます。8ページの表のような流れをしっかりとつくっていくためには、今、LIFEの参画状況も多分在宅のほうが少ないはずですから、そういったところがしっかりと参画できるような仕組みづくりということが非常に重要なポイントになるかと思っておりますので、その辺を併せて検討いただければと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

大変重要なポイントだと思いますので、多様性の問題について、また議論をさせていただきたいと思っております。

事務局から追加でありますでしょうか。

○藤井課長補佐 御意見ありがとうございます。

確かに8ページの表だと在宅に偏ったような見え方になってしまうのですが、在宅を中心に使われている方、施設サービスを使われている方、かなり情報の流れが異なってくるかと思っております。なので、その点も今後のワーキングの中で課題として検討を進めてまいりたいと思っております。よろしく申し上げます。

○荒井主査 では、次は島田構成員、お願いします。

○島田構成員 国立長寿医療研究センターの島田と申します。よろしくお願いいたします。

LIFEの評価内容についてですが、今後この評価を有機的に有効に使うためには、できるだけ精度の高い評価をしていなければならないという観点から、項目の増加ということも検討課題に挙がるかと思うのですが、それを行うに当たって、例えば実測評価等々は非常に手間がかかりますが、将来の予測能は優れている。評価の難しさと煩雑さというのは非常に難しい関係があると思うのですが、ここまではやってもいいけれども、これ以上はちょっと難しいのではないかという線引きが現時点であるのであれば、教えていただければなと思っております。

○荒井主査 事務局からいかがでしょうか。これはLIFEの入力項目がトゥーマッチという御意見もあるようではございます。

○佐々木課長補佐 事務局でございます。

LIFE、特に科学的介護推進体制加算に係ります項目につきましては、5ページにあります検討会のときの先生方に御議論いただきまして、それを基にして項目を入れていったと

いう背景がございます。他方、入力をされる事業者様の手間というものもございますので、明確に線というものは、当然客観的に引けるものはないと思いますけれども、その辺りにつきましては、実際の必要性とか手間とか、そういったものを見ながら考えていくものかなと承知しておりますし、ぜひそういった観点からの御議論をお願いしたいと考えております。

○荒井主査 よろしいでしょうか。

もし御意見がなければ、次に進ませていただきたいと思います。

続きまして、議事の3「ヒアリング」に進みたいと思います。

本日は、介護情報の利活用における現状の課題につきまして松田構成員より、医療情報の利活用における検討状況について厚生労働省医政局よりそれぞれ15分程度ずつ御説明いただき、質疑応答の時間を10分程度設けたいと思います。

それでは、最初に介護情報の利活用に係る課題につきまして、松田構成員より御説明をお願いしたいと思います。お手元にお送りした資料は若干修正が入っているようでございますので、Zoomの画面を御覧いただきたいと思います。

それでは、松田構成員、よろしく願いいたします。

○松田構成員 産業医大の松田でございます。

私たちの教室でどういう分析をしてきたのかということをご参考までにお話ししたいと思います。大量なので少しはしょっていききたいと思います。

私たちの教室では、もう15年ぐらいになるのですが、国内の11自治体の御協力を得て、約1,300万人のデータを最長15年、医療のレセプトと介護のレセプトと特定健診・特定保健指導をつないで分析できるという仕組みをつくってきました。この結果を各調査協力自治体にフィードバックして、それぞれの自治体の介護事業とかに反映させていただくということをやっています。

レセプトのほうはなかなか面倒くさいものでありまして、これを変換するロジックをつくって、具体的に言うとDPC様に再構成して分析をするという仕組みをつくっています。

これがHDAS (Health Data Analysis System) というものなのですが、これで各自治体における医療・介護サービスの現状を可視化して、これを基にして施策の評価をしていくということをやっています。

例えば、これはある自治体のものですが、どういう病気で外来のレセプトが発生しているか。これは要支援1から要介護1で、認知症がある人はどういう病気を持っているのか。こんな感じで分析できるものをつくっています。日常生活圏域とかそういう単位でもできるようにしています。

さらに、この中に例えば介護予防事業に参加した人について、その後の医療費がどうだったのか、介護給付費がそうだったのかということをご分析するようにしています。論文化



するときはもう少し詳しくやらなければいけないのですけれども、自治体に返すレベルではこういうシンプルな形でやっています。介護予防事業に参加した人というのは、外来受療率は高いけれども入院率は低いとか、在宅サービスは使っているけれども入所サービスは使っていないとか、こんなことが明らかになっています。このようなフィードバックがあると、介護予防事業の予算化とかに関して各自治体で具体的な議論ができますので、こういう返し方をしています。

今、研究としてやっているのは、医療介護生活ニーズが複合化しているので、こういうものに対して今のサービス提供体制は適切なのかということ进行分析して、実際の施策に反映していただくということをやらせていただいています。

例えば、これはある自治体ですけれども、入院患者の推計を病気別に出したりしていません。例えば、この自治体の例では肺炎とか骨折とか脳血管障害、心不全というものが増えてくるのですけれども、さらに、こういうものはどこから増えてくるのかということ、医療と介護をつないで分析すると非常に面白い結果が出てきます。

これは65歳以上でDPCをやっているという、いわゆる急性期病院に、脳梗塞、股関節の骨折、心不全、肺炎で入院した患者さんが、入院する半年前から1年後までどういうサービスを使っていたのかということ进行分析した結果の一部を示したものです。

例えば脳梗塞やDPC病院に入院した患者さんの3割の方は、半年前に既に介護保険を使っています。股関節、心不全、普通の肺炎の方は半分の方、誤嚥性肺炎の方は75%の方が入院する半年前に介護保険を使っている。要するに、介護保険の現場からこういう急性期のイベントが起こっているのだということが分かると思います。これは先ほどこれから増えてくると言ったものです。

一方で、1か月後を見ていただきますと、脳梗塞と股関節はそれぞれ2割、4割というのは回復期に行っていますけれども、それ以外の心不全とか肺炎というのは回復期に行きません。要するに、そこで治療ができて治れば、元の場所に戻っていくわけです。

要するに、脳梗塞とか股関節の骨折というのは、リハビリテーションを軸にして、急性期、回復期、生活期という形で推移していくのですが、心不全とか肺炎の患者さんの場合には、介護の現場、在宅の現場からそういうものを起こして急性期に入院して、治療が終わればまた介護の現場や在宅に戻る、ダイレクトな行ったり来たりというものが増えてきているということが分かります。

そういうことで、僕たちはこういう結果を踏まえながら、では、どういう人たちが在宅で悪くなるのかということ、例えば医療のレセプトと介護のレセプトと要介護認定の情報を組み合わせて分析をしています。

これはパネルデータ分析という経済学領域でよく使われる方法ですけれども、それをやりますと、一番効いているのは年齢です。年齢が85歳以上になってきますと、やはり悪化します。もう一つは、下のほうにありますけれども、急性期のイベントを起こして一般病院に入院すると悪化するということが分かります。特に肺炎などが重要だということが分

かってきます。なおかつ、肺炎などで急性期病院に入院すると、高齢者は入院するという  
こと自体でADLが悪くなっていきます。これは後でまたデータとして出てきます。

こういうことで、慢性期病棟のほうからいろんな指摘が出ているわけです。急性期病棟  
で不十分なリハとか栄養ケア、ADLケアがやられていないために、低栄養の寝たきり高齢者  
がたくさんつくられている、ということになります。

こうした現状を踏まえて、複合化したニーズに対応するためには、看護基準に加えて、  
急性期でももう少しリハとか介護をやらなければいけないのではないかという指摘を武久先  
生、前の日慢協の会長がされていますけれども、僕らもそうではないかなとデータ分析の  
結果から思っています。

あと、高齢者のケアにおいては肺炎が重要なわけですが、では、肺炎に何の関係してい  
るのだということ进行分析しました。そうすると、肺炎の発生には要介護度の影響が大きい  
です。ほかのいろんな病気を調整しても肺炎を起こす人というのは要介護度が高い人が多  
い。なおかつ多様な疾患を持っている人が肺炎になりやすい。ということは、ケアマネジ  
メントにおいて医療的な配慮をどうするかということがとても重要になってきます。

肺炎とか骨折、いろんなものがあるのですが、そういうもので急性期に入院しま  
すと、確かに要介護度が悪化します。これは一人当たり入院前後医療費と介護給付費を股  
関節の骨折の前後で見ているものですが、見ていただいたら分かりますように、骨折で入  
院後は医療費も介護給付費も増加します。そうしますと、こういうデータから、先ほども  
示したようないろんなリスクがある人たちについて、股関節骨折を起こさない、あるいは  
肺炎を起こさない、尿路感染を起こさない、そういう予防的なケアマネジメントをやると  
いうことが大事だということになります。そうすると、個々の利用者さんに関しては、そ  
ういうリスクがどのくらいあるのかということの評価するような情報を提供するというこ  
とが介護予防の視点からは重要なのだらうと思っっています。

実際厚労省もそれについてずっと問題意識を持っていて、こういう病気を持った人のケ  
アマネジメントのやり方というのを調査研究事業でやっているのですが、なかなか現場に  
反映されていないという現状がありますので、こういう状況をどういうふうに改善するか  
ということも課題だらうと思っっています。

これは老健施設での情報の共有の話ですけれども、前回の改定の前には口腔衛生管理加  
算というのがありました。これは、要するに、放っておけば誤嚥性肺炎を起こしてしまう  
ような状態の人たちに対して口腔ケアをやるということで加算が設定されていたものです。  
こういう加算を取っている人はどうなっているかというと、その後を追いかけてみますと、  
退所後、大体40%が肺炎に罹患します。

この人たちを退所後の介護レセプト、医療レセプト、歯科レセプトとくっつけて分析を  
してみました。そうすると、結論は表のオレンジのところだけですけれども、歯科受診を  
している人は、3割から4割ぐらい肺炎の確率が減少します。ただし、歯科受診を定期的  
に行っている人は2割ぐらいしかいません。老健施設の中でこの人は口腔衛生管理加算が

必要な状態であるというリスクの評価がされているにもかかわらず、それが退所後のケアマネジメントにつながっていない。リスクに関する情報をどういうふうに事業所間で共有するかということが課題だということがこの研究の成果であります。

あと、これから高齢者救急が非常に重要になってくるのですけれども、高齢者救急の予想というのをやってみました。そうすると、これから1.2倍から1.3倍ぐらい救急が増えるのですが、実は75歳未満はもう増えません。これから増える救急というのは基本的には75歳以上で、特に85歳以上が増えてきます。

では、どういう病気がということ进行分析すると、先ほど来ずっと言っている脳梗塞、肺炎、心不全、徐脈性不整脈というのは心停止です。尿路感染症、骨折、こういう形になってきます。介護の現場でこういうものが起こってくるということを考えると、医療・介護全体のことを考えたときに、こういう疾病の発生をいかに予防していくかということが介護の現場でもケアマネジメントにとっても重要なものになってくると思います。そうすると、個人のレベルでも利用者さんのレベルでもそういうリスクについてきちんと把握しておくことが重要なことだと思います。

高齢者救急の出口問題というのを考えてみたのです。今回コロナでもすごく問題になりましたが、これも連結して分析していますけれども、肺炎で老健からDPC対象病院に入院した75歳以上の患者さんについて、在院日数に何が影響しているのかということを中心度とか併存症の有無とか、そういうもので分析してみました。

結論から言うと、同じ施設に帰れるか帰れないかということが一番重要なことです。重症度とかそういうものを補正しても同じ施設に帰れる人は3週間から4週間在院日数が短くなります。これは医療・介護の連携問題になります。

実際この問題について厚労省は医療のほうでも介護のほうでもいろんな加算をつくっているわけです。

でも、これをレセプトとかを使ってどのくらい算定されているかという分析をしてみると、これはかなり悲惨な状況です。連携を促進する報酬をいろいろつけているけれども進んでいない。僕らは、こういう制度の分析というのが主にやっていることですが、特に訪問とか対面での調査を必要とするような加算に関しては、算定率が1%台というのがほとんどの状況になっています。連携がこれから適切なサービス提供に重要だということが分かっている。だけれども、その連携が進んでいない。この現状をどうするかということをごくこのデータから考えていくということが重要だろうと思っています。

あと、こういう分析もしているのですけれども、これは人口統計と組み合わせでそれぞれに保険者においてどういうふうに介護サービス提供量が膨らんでくるのかということ进行分析したものです。

仮に今の状態が続いていくとすると、これから団塊の世代の方たちが80歳を超えてきますので、介護サービスのニーズが物すごく増えてきます。例えば札幌ですと、2015年の性・年齢階級別、要介護度別のサービス利用状況をそのまま2045年まで伸ばしていくと、ほと

んどのサービスが2倍以上になります。でも、恐らく施設介護サービスを2倍にするとしたら、これは介護保険の財政から難しいと思いますので、そのうちの半分以上は在宅で見なければいけないということになってくるのだらうと思います。そうすると、要介護3、4、5という人たちがかなり在宅に回ってくるということになりますので、訪問介護、訪問在宅ケアを十分量提供する環境をどういうふうにつくっていくかということが重要になります。

また、在宅医療の現状についても分析をやってみました。西日本の一医療圏において在宅医療を受けている方たちを3年間追いかけてみました。そうすると、大体3分の1ぐらいの方は3年間で亡くなります。生きていた方の3分の2ぐらいの方が在宅を利用されているのですが、それ以外の方はどこに行っているかという、実はあまり慢性期の医療に行っていません。在宅でケアを受けている方のかかりの人たちが認知症を持たれていますので、かなりの方たちがグループホームのほうに行きます。それ以外の方たちは一般病院の入退院を繰り返しながら、在宅を維持しながら亡くなっていく。そういうパターンになります。

分析をやってみると、在宅ケアを推進するためには、訪問診療をやってくれる医療機関があること。在宅介護を行ってくれる事業者がいること。急性期イベントが生じたときに入院できる一般病院があること、こんなことが分かってきます。

実際これについて共分散構造分析をやってみると、在宅医療を進めるためには、在宅人材がちゃんといること、在宅の支援機能があること、緊急時の対応機能がすごくあること、それからサ高住など住まいの保障があることが在宅医療を進めるためには重要であることがわかります。このように、こういう環境をいかに整備していくかということが重要だということがわかりますので、こういう結果を自治体のほうにお返しして、介護施策を考えていくということを教室としてやっています。

あと、こういう分析もしています。これは介護保険の台帳とレセプトをくっつけると、介護保険の保険料の段階がわかりますので、いわゆる経済状況と医療サービスの利用状況の関連分析ができます。これを見ていただきますとわかりますように、1が低いほうですが、経済状況が低い人で外来受療率が少ないという結果になっていますので、こういう貧困問題にどうするのかということもこれから考えなければいけないことだらうと思っています。

日常生活圏域の分析結果については省略したいと思います。

分析結果からは、生きがいというのはすごい大事であること、こういうコミュニティーの力があると死亡確率が低くなることなどが明らかになっているのですが、この説明は省略したいと思います。

こういう分析結果を踏まえて、今、私たちは福岡県の一自治体で高齢者向けの地域参加プログラムというのをやっています。このことについては、また後ほど資料を読んでもいただけたらと思います。

もう一度高齢者の貧困問題を分析した結果を示しますと、所得段階が低い人ほど公営の住宅とか民間の賃貸住宅に住んでいる割合が多くて、しかも介護サービスが必要だけれども受けていない人の割合が高くなります。そういう意味で、住宅政策・一般福祉対策も併せて考えていかなければいけないということが分かります。このような分析結果を各自治体にお返しするというのを当教室では今までやってきています。

これは認定調査票データを使って要介護状態がどういう方で悪化するのかということ进行分析した結果を示したものです。そうすると、軽度の要介護者では、排泄、移動、清潔保持が悪化すると要介護度が悪化します。そうしますと、排泄、移動、清潔保持というところをどうやって維持・改善していくかということが、介護予防という点ではすごく重要になってきますので、排泄とか移動とか清潔保持に関連するような何らかのスコアみたいなものを利用者さんのほうにお返しすることができれば、介護予防のためのインセンティブになるような、そういう情報提供システムになるのではないかなと思います。

もう少し細かく分析をしていくと、下肢筋力の低下というのが起こってくると要介護度が悪化してきます。そういう意味で、排泄、移動、清潔保持というところの前提である下肢筋力の向上をどうするか。それを何らかの形で利用者さんに返せるといいのかなと思います。これはほかの分析もやっけていまして、報告書のほうに入れていまして、また後ほど読んでいただけたらと思います。

あと、僕たちが今、やらなければいけないなと思っていることは、Quality Indicatorをどういうふうに設定するかということです。Quality Indicatorを設定するために、今使える枠組みで一番重要なのは医師意見書だろうと思っています。医師意見書の中にはいろんな情報が入っているわけです。これは少し情報を追加するという意味での提案を含めた意見書になっていますけれども、この中では特に「現在ある状態とその対処方針」という情報はとても重要です。今後発生する可能性が高い対処方針も重要です。

これらの情報に医療のレセプトデータと介護のレセプトデータと介護の認定調査情報の調査票データを組み合わせて、その人が例えば尿失禁を起こすのか起こさないのかという予測を判別分析でやるということをやります。あるいは褥瘡を起こすか起こさないかということ判別分析で推計するということをやります。将来的にはこれはベイジアンによるAIにしたほうが良いと思うのですけれども。

そうしますと、こういうO/E比（Observed/Expected比）が計算できます。1から31というのは施設の番号です。例えば褥瘡の多い日。例えば1番の施設というのは、Expected、この判別式で計算される褥瘡の発生数に対して、1.5倍の褥瘡が発生しているということを意味します。例えば8番ですと0.3ぐらいですので、7割ぐらい少ないという形になります。そういう形で、こういういろんな指標について、その施設がどういう状況であるのか。こういうQuality Indicatorを計算してベンチマーキングをすることが出来ます。これは内容の示し方を変えれば、個人レベルの確率として示すことも可能であります。

こういうものを使って何をやっていくのか。O/E比の推計というのは絶対的なものではな

いので、基本的にはP4Pに使うのもないし、この結果を実名で公開するようなものでもないと思っています。今、LIFEでいろんなことが考えられていますけれども、こういうアクティビティーをやっている、Quality Indicatorを作成しているというプロセス、作成した結果に基づいて御自分のところのサービスの在り方を考えるというプロセスに対して管理料なり加算をつける形にして、各施設では、その得られた結果に対して、なぜそうなっているかということを考えていただく。そうやって質改善のアクションにつなげていくという使い方をするのが一番いいのだろうと思っています。

介護レセプトデータ活用の課題ですけれども、NDBと介護保険データベースの連結が可能になって、国レベルでの分析可能性がすごく高まりました。そういう意味では、加算とか管理料の分析ができるようになりました。しかし、これを施策に反映させる、フィードバックさせるための体制はまだ十分ではないので、こういうものを老健事業などとも連結して、施策の有効性とかそういうものを評価するような仕組みにしたらいいいのかなと思います。

こういうデータ分析の第一義的な目的は、各自治体の医療行政とか介護行政の実効性の向上だと私は考えていますので、そういう意味で、地域レベルでのQuality Indicatorみたいなものを作って、それを基にしていわゆる施策を見直していくというものを介護保険情報の見える化システムの中でやっていくといいのではないかなと思います。出てきた指標に対してどういう改善ポイントがあるのかということが分からないと、なかなか情報の活用が進みませんので、そういう視点からのデータの利活用というのが重要ではないかなと思っています。

データヘルス改革工程表でいろいろ出ていますが、例えば利用者自身が介護情報を閲覧する仕組みということに関しては、アセスメントそのものをあまり出さないほうがいいと思っています。判断基準が明確でないもの、詳細なものは除いたり、認知機能に関する情報というのはすごくセンシティブですので、ここで返すものとして、例えば介護関連時間、本人の行動変容につながるレベルのもので少し粗めのデータを返したほうがいいのかなと思います。

あと、非常に重要なのは主治医意見書で、現在主治医意見書というのは電子化されておらず、活用されていないのですけれども、これがDPC制度で言うと様式1に相当するものですので、こういうものを少し活用するということが医療介護の連携を進めるうえで重要だろうと思っています。

介護事業所間において介護情報を共有する仕組みとしては、いろいろとできると思うのですが、そのためには記録方法の標準化が必要です。少なくとも帳票みたいなものについては、介護保険制度の中である程度様式を固めて、それをお互いに閲覧できるような仕組みがあってもいいのかなと思います。特にADL自立度、看護などの情報を共有することが必要だろうと思います。

利用者が複数施設を利用して、しかも小規模施設が多いということを考えると、どちら

かという利用者のPHRの仕組みの中に情報を入れて、それをみんなで閲覧するという仕組みのほうが現実的ではないかなと思います。

あと、すでに説明しましたように主治医意見書の「今後発生する可能性の高い状態とその対処方針」というのは非常に重要な情報ですので、これを何とかデータベース化できないのかなということをおぼろげに研究者としては考えております。

科学的介護の推進ですが、これは介護情報だけでは駄目だと思います。医療と介護のニーズが複合化してしまっていますので、それを連結して分析する体制をできれば都道府県単位でつくることが重要だろうと思います。そして、それを実際の市町村のプログラムに反映させるような取組をどういうふうに行っていくかということも重要だろうと思います。

これができるためには、これは我々アカデミアの仕事になりますけれども、いわゆる介護分野の臨床研究です。医療の分野ではかなりやられていますが、介護分野の臨床研究を活性化するということが重要ではないかなと思います。

いろんなことをこれまで書いた本の中に書いてありますので、また参考にさせていただけたらと思います。

以上です。

○荒井主査 松田構成員、大変膨大なデータ、あるいは詳細な報告をいただきまして誠にありがとうございます。

多くの部分は非常に納得できるものがありましたけれども、先生のデータの中で分娩数が今後極端に減るとするのはショッキングでありましたが、それはいいとして、今回のコロナにおきましても、どれだけの患者さんが急性期にリハを受けたり、あるいは口腔ケアを受けたり、あるいは栄養の介入を受けるといったことがあったのかと非常に疑問でして、そういったことが適切に行われていなかったことが今回のコロナの死亡率の上昇につながったのかなと考えておりますけれども、今の松田構成員からの御発表に対して。まず、田宮構成員からお願いします。

○田宮構成員 ありがとうございます。

松田先生、すばらしい御発表で、網羅的に先生のお取組を把握させていただき、とても勉強になりました。ありがとうございました。

本当に示唆に富んでいて、おっしゃられることは一つ一つそうだなと思って伺っていましたが、それに関連してさらに2つ厚労省の方にも御確認をお願いしたいのですけれども、松田先生の御発表の中にも、状態の変化がいろんなことに関係するとあり、縦断追跡した分析だからこそそのものがたくさんあったと思うのです。それは非常に重要で、高齢者というのは個別性が大きいですので、断面で比較するのではなくて、1人の人がどういうことをやったらどうなったのかが大事だと思います。

別の検討会に出ていたときに、今の状況だと、例えばLIFEの話でしたが、1人の人の縦断データをフィードバックするようなシステムになっていなくて、難しいということをおっしゃったんですね。それは最初からは難しいかもしれませんが、今、御発表いただいたように追跡してこそ分かること、ほとんどそればかりというところなので、その辺の現状と見通しがどうかということをお伺いしたいのが1点。

もう一つは、おっしゃるように、これから在宅をますますやらないといけなくなりますね。そのときに在宅の担い手である介護者、インフォーマル・ケアギバー、家族のこととかが今、我が国では実態を把握できていない状況にあるので、家族のニーズを把握して対応していくということもとても必要になってくると思うのです。

まずは介護の社会化を進めたという背景がありますが、今後重要になると思うので、その辺はどうかということ。2点です。

縦断分析についてと家族について。途中退室もあって手を挙げさせていただきました。よろしくお祈りします。

○荒井主査 いかがでしょうか。

○佐々木課長補佐 事務局でございます。

1点目の追跡につきましては、追跡は非常に重要だと思っております。LIFE、事業所単位のフィードバックというものを開始しておりますが、そちらのほうで同一事業所内で6か月前と現在という2時点で、同一の方についてどういったデータの変化になっているのかというのを取らせていただいております。今後実装する利用者のフィードバックについても同様な形で進めていきたいと考えております。

また、第三者提供を通じた研究という観点におきましては、同一の介護の被保険者番号であれば追跡は可能という形になっていると思っております。こうした研究をぜひ先生方にもしていただいて新しい知見等々をいただければと思います。

家族につきましてはですが、介護については、当然家族の方が非常に重要な登場人物だと思っております。実際どういった形で位置づけていくのか、あるいはどういった形で関与していただくのかといった部分につきましても、情報の取扱いという観点でぜひ今回のワーキングで御議論いただければと考えております。

以上でございます。

○田宮構成員 よろしくお祈りします。

○荒井主査 それでは、小玉構成員からお祈りします。



○小玉構成員

ありがとうございます。

松田先生、長年にわたるすばらしい御研究の一端をお示しいただきまして、ありがとうございます。今、荒井主査のほうからもお話があったのですけれども、コロナ禍で口腔ケア、口腔健康管理でありますとか栄養の在り方が在宅でどういうふうになっていたのかなということだったのですが、松田先生のお話の中でも、口腔ケアを施設で行われた方について、在所中はいいのですけれども、在宅に戻られた後、40%が誤嚥性肺炎を起こして、その中で必要な歯科治療を受けられた方は2割しかいなかったというお話がございました。

その中でデータの取り方、特に口腔・栄養に関するもの、その情報共有の在り方、また、そのケア、サービスにつなげるシステムの構築というところが非常に大事だなと思いました。特に今度の介護報酬改定で、施設における口腔衛生管理体制が基本サービスに入りましたので、従来のようなサービスの提供とその追跡の調査がなかなか難しいかなと思うのですけれども、そういった中で、3年を限度にその体制を全ての施設で整えるということ厚労省さんのほうも示していただいておりますので、今後その体制を整えたか整えていないかというところでこういった部分の追跡調査を引き続きお願いしたいなと思っています。

それから、今、主治医意見書の重要性もお話しされましたが、口腔・栄養に関しては、介護保険の認定調査票の項目の中でそれをもとと取り上げられている点が非常に少ないのかなと思います。そういった中で、主治医の先生も一生懸命口腔・栄養については観察して記録をいただいているのですが、専門的なところは、我々から見てももう一つ知りたいなというところがあるのが実態ではないのかなと思っています。ですから、今後もし口腔とか栄養とかの項目の内容を深めていただければ、歯科医療関連職、また、栄養に関する管理栄養士さん、栄養士さん等からの意見もどこからか吸い上げていただくような、情報共有できるような仕組みをぜひ考えていただきたいなと思いますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、江澤構成員からお願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

松田先生のプレゼンテーションは全て共感できるものでしたので、幾つか事務局に意見、要望をお願いしたいと思います。

まず、先ほどの松田先生のお話にもありましたように、施設・在宅における介護現場での医学的管理、健康管理というものが合併症の予防や重度化防止につながる部分が多々あると私もずっと思ってきました。特に介護施設も含めた介護現場で、先ほど松田先生から

お示しがあつたリスク因子、その辺りを含めた日頃の健康管理の充実というのは課題ではないかなと思っています。ですから、まずはそういったもののデータをベース化するなり、データを蓄積して今後結びつけていく必要があると思っています。

もう一点、松田先生からお示しがあつた主治医意見書。主治医意見書についてもデータをどう有効活用するかということが重要だと思いますし、これまで主治医意見書のデータの有効活用という点ではまだまだ不十分だったと思いますし、一部内容の項目の見直しが必要かどうかも含めて、主治医意見書のデータの重要性とその有効活用というのは、今後ぜひ検討していく課題だと思っています。

3点目は、NDBと介護DBとLIFEがもともと連結をするという方向にある中で、こういった介護現場のいろいろな医療管理、健康管理のデータがどのように介護現場からの入院につながるのか、いろんなことがございます。特に松田先生は、見逃されていた心房細動、脳卒中になって運ばれて、実は以前から心房細動があつたとか、血栓も防げたかもしれない、予防ができたかもしれないイベントだったかもしれない。いろんな御指摘、御示唆がある中で、そういったことが一気通貫できるようなものが必要だと思います。したがって、それに資するLIFEのフィードバックの内容もかなり見直していかないといけないと考えておりますので、この辺りはまた事務局のほうでよろしくお願ひしたいと思っています。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

主治医意見書につきましては、コード化というもの、オンライン化することが重要ではないかなと思いますけれども、これは入力教育、研修というのも非常に大事だと思いますから、医師会の先生方にも再度研修を受けていただいて、しっかりと正確なデータを入力していただくということが重要かなと思います。

では、能本構成員、お願いします。

○能本構成員 たびたび恐れ入ります。能本でございます。

松田先生、本当に緻密なお話、ありがとうございます。現場の人間として非常に共感できる内容が多々ございまして、ありがとうございます。

その中でケアマネジメントの重要性について幾つか御説明いただいたところでございますが、特に入院時・退院時の加算の取得率ということも含めて、非常に低いのだという御指摘がございました。介護支援専門員としましても、この辺は教育、研修等でしっかりと伝えておりますが、医療との連携がまだまだ不十分というところも指摘されております。その一つの要因としましては、やはりデータ連携です。人と人の連携が基本ではありますが、そこにデータの利活用がさらにできれば、その辺の連携がもっと進んでいくのではないかと期待しているところでございます。ここは1つ意見でございます。

もう一つ、最後の辺りで御説明いただきました、主にLIFEを想定されているのでしょ

か、事業所にデータがフィードバックされたときに、なぜうまくいったのかは事業所で分析するべきだと。私も確かにそう感じます。そのことを今後地域で共有できるシステムがあると、確かに事業所のノウハウであります。先ほど褥瘡の施設によつての発生率の違い等も御指摘がありましたけれども、これは利用者様からすれば、どこの施設に行っても安心できるという体制をつくっていく必要があるのではないかと思いますので、そういう事業所の分析した結果がぜひ地域でも共有できるような、そういうシステムがあると全体的に質の向上というものが図られていくのではないかと思いますので、ここも意見として申し上げさせていただきます。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

あと、西村構成員、齋藤構成員までで質問を終わりたいと思います。

それでは、まず西村構成員からお願いいたします。

○西村構成員 松田先生、本当に貴重なデータ、ありがとうございます。私自身、本当に勉強させていただきました。

私、栄養の立場から少しお話をさせていただきたいのですが、先ほど小玉構成員からもお話がありましたが、今回のLIFEに関しまして、特に栄養のほうでは治療食、介護報酬では「療養食」と呼んでおりますけれども、こちらの辺りが今回抜けているということで、これは今後医療と連携した情報になってくると思いますが、その中でそれが重要になってくるのではないかなと思っております。医師の意見書の中にも治療食等がしっかり入っているのに、なぜかLIFEで抜けてしまうというところがございますので、その辺りを今後の検討の中に入れていただければと思っております。

食事の形態に関しまして、詳細が分かるような形で我々のほうはコード化したものを入れているのですが、これが今、なかなか地域のほうに広がっていないという現状もございますので、その辺りも含めて、今回のLIFEでしっかりときちんとして形づけられればと思っております。

今回、松田先生のほうからも本当に貴重なデータを頂きましたので、これを我々の会のほうにも持ち帰りまして、意見をまとめてこのワーキングのほうで提案させていただきたいと思っております。本当にありがとうございます。

以上でございます。

○荒井主査 齋藤構成員、お願いします。

○齋藤構成員

ありがとうございます。

松田先生が最後のスライドでお示しになっていたかと思うのですが、提供したケアに関する記録の標準化や使っている用語の標準化というのも非常に重要になってくると思うのですが、ただ、これを標準化していくのが非常に難しいと感じております。それでもやらなければいけないのですが、これは松田先生にお聞きするのか、厚生労働省にお聞きするほうがいいのか分かりませんが、記録の標準化、あるいは用語の標準化を何らかの形で進めていくときにどういった方法があるのか、もし松田先生が研究者の立場として何かアイデアがあれば、少し教えていただきたい。

それから、これからの議論にもなりますので、厚生労働省の方にもお聞きしたいのですが、記録の標準化については、ほかでその検討部会が立ち上がるのかどうなのか、お考えがあれば教えていただきたいと思っております。恐らくデータを様々そろえていくときに一番ハードルが高いのはここなのではないかと思っておりますので、その辺りをお聞きできればと思いました。

以上です。

○荒井主査 その点は非常に大事な問題かと思えますけれども、時間の関係で事務局に恐らくお答えいただくことになるかと思っておりますので。

○松田構成員 よろしいですか。

○荒井主査 どうぞ。

○松田構成員 松田です。

基本的に一番いいのは、介護支援、認定調査のテキストです。もう一つは主治医意見書のマニュアル。それから主治医意見書をいかに活用するかというマニュアル。そういうものの書きぶりを少し変えていって、そこで用語の標準化をやっていくというのがまず重要だと思います。

もう一つは、最近厚労省がサボっているわけではないと思うのですが、介護保険が始まったときには事例集がたくさん出ていました。最近そういう事例集がなくなってきているのですが、要介護認定の結果とケアアセスメントとどういうサービスをやっているか、そういう事例集をよくつくっていたと思うのですが、その事例集をつくるという作業をやることによって用語の標準化というのをやればいいのだろうなと思っています。

もう一つは、多分これは後で高橋肇先生のほうから言っていたらよろしいと思うのですが、例えば函館ではその帳票を標準化することによって、医療・介護のところで情報の共有をする仕組みをもうつくられています。日本でそういういい仕組みがあるのですが、そういうものが出てしまうと、ほかの地域で別のものをつくりたがるというの

がこの国のすごく悪い習慣なのです。要するに、いいものをみんなで共有するという文化で、僕はそれは函館方式でいいと思うのですが、それを日本中に広げるということをやればいいのではないかなと思っています。いいものはこの国のどこかにもうあります。僕が知っている限りではもう函館にあるので、それを皆さんで使っていただくということではないかなと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、続きまして、医療情報の共有の現状につきまして、厚生労働省医政局より説明をお願いいたします。

○田中参事官 厚生労働省医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官でございます。

それでは、資料の共有をさせていただきます。

本日は、介護の現場での情報共有について御議論いただいていると承知しておりますが、医療情報の共有の現状ということで、お時間をいただいております。

まずは共有する医療情報についてどのように考えているのかというところでございますが、医療も介護もデータヘルス改革が基本になって、今も取組を進めているところでございます。4つの大きな柱を改革推進本部のほうで定め、それぞれについて工程表を定めて取組を進めております。

その中で、医療の分野につきましては、令和2年のデータヘルス改革推進本部において3つのACTIONを今後2年間で集中的に実行するという事で、アクションプランをつくって取組を進めてまいりました。

まず、ACTION1として全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大。これがレセプトの情報を基に医療機関で確認できる情報として、薬剤、特定健診情報が現在確認をいただけるのですけれども、それに加えて診療情報を新たにこの9月から拡充するという事でございます。

ACTION2としては電子処方箋の仕組みの構築。これは新たな電子処方箋の仕組みを導入にする令和5年1月からの運用開始に向けて現在準備をしているところでございます。レセプトの情報の薬剤情報に比べてリアルタイム性が増すというところが一つの大きな特徴であるということや、重複投薬のチェックなど、そういった機能も新たに付け加えてこういった仕組みを構築しております。

ACTION3としてはPHRの仕組みの拡充ということで、御本人がPHRで確認できる情報をどんどん拡充していくということで、対象となる健診等を拡大しているところでございます。

保険医療情報の閲覧の仕組みとしては、今、申し上げたようなマイナポータル等を通じて健康診断や予後管理に有用な保険医療情報を本人が閲覧できる仕組み。これは本人の同意の下に、同じ情報を医療機関等でも閲覧が可能になっています。この「等」は、薬局を

含んでおります。もう一つは、まさに医療機関間で電子カルテ情報を相互に閲覧できる仕組み。保険医療情報の閲覧の仕組みとしては大きく2つあると考えています。

1番目のほうのマイナポータル等を通じてというのが上段のほうの絵。2つ目が医療機関の電子カルテの情報を相互に閲覧できる仕組み。御存じのとおり、電子カルテのベンダーが日本には数十ございまして、それぞれがそれぞれの情報の共有の仕方を決めておりまして、標準化されていないということ。それから、もともと医療機関間で電子的に情報をやり取りするという発想があまりない。もともと自分の医療機関の中で自分の医療情報を見られればそれでよいということがあり、共有することのメリットをあまり感じてこなかったということがございます。

そのような中で、まさに①のところに当たるACTION1、薬剤情報、特定健診情報に加えて、手術や移植、透析、受診した医療機関名やその年月日のようなものがこの9月11日から新たに確認できるようになります。手術情報については、医療機関での確認は個別に同意を得る仕組みを構築した後、令和5年5月を目途に医療機関間等では閲覧できるようになります。マイナポータルでは9月11日から閲覧可能になります。

一方で、電子カルテのシステムについては、これが普及状況になっていますけれども、令和2年を御覧いただいても、400床以上の病院では9割を超える電子カルテが普及している中で、200床未満、一般診療所においては5割を切っているというのが現状の普及状況でございます。

医療機関の中で電子カルテ、レセプトの情報からどういう情報をやり取りするとメリットを感じるかということ、医療機関に対して場面別にアンケートを行って抽出をしております。属性としては、職種別では医師が3割弱、歯科医師が1割、病院薬剤師が45%、薬局薬剤師が15%という形。医者診療の内訳は、内科、外科が4割弱という形で、アンケートを実施しています。

その結果、カルテから入手できる情報はどのような情報が欲しいですかということで確認をしたところ、それぞれの医療従事者かという場所で分けているのですが、処方や調剤情報については非常に有用だというお声が多い一方で、例えば画像情報、リハビリの情報や医学管理料というものについては、あまりニーズを感じないという結果になっています。この中で、退院時サマリー、診療情報提供書や検査結果、手術情報というのが5割を超えているようなニーズがあるという状況でございます。

また、検査の結果につきましても、どのような検査の結果が皆様に共有していただくのに有用かというところで、まさに救急のときに有用な情報と、PHRで活用することを念頭に、生活習慣病についてどのような情報が有用かということ、学会を中心におまとめいただき、こちらにある主な項目として共有すべき検査の項目をこのような形でまとめています。

では、実際に電子カルテの情報の共有をするためにどのようなプロセスで共有をしていくかということで、これは令和元年度の次世代医療ICT基盤協議会の中の「標準的医療情報

システムに関する検討会」で報告された内容についての概要のスライドになっております。まず、技術は10年単位で推移するので、統一された電子カルテ、画一化された製品は現実的ではないという大前提の下、基本的な考え方としては、クラウドベースで効率的で安全なシステムとなる可能性も追求するということと、医師等がデータの流通を制御できるようにするための基盤として、データの外部出力機能、データの構造化、ハウスコードの標準コードへの変換、標準フォーマットで出力するAPI等を実装する必要があるという基本的な考え方が示されました。

具体的な対応としては、HL7 FHIRという交換方式の導入、普及が一つの方向性ということと、標準的なコードの拡大においては、検査・処方・病名等の必要な標準規格から実装するというところでございます。その中に記載されたHL7 FHIRというものは、国際的な標準規格になっておりまして、HL7 Internationalがまさに定めてきた規格になっています。これが今までの規格と何が違うかということ、いわゆる普及しているWeb技術を採用しているため、短期間でのサービスの立ち上げが可能であることや、このWeb技術を採用していることによるPHRへの実装がたやすいということ。それから既存形式の蓄積データから必要なデータの抽出・利用が可能のため、それぞれの電子カルテシステムのデータ格納方式にとらわれず、相互運用性を確保できるということがメリットとして上げられ、HL7 FHIRの交換規格を採用することになりました。

これらを踏まえて、「データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する」と書いています。どのような医療情報をやり取りするかということで、まずは文書情報として、診療情報提供書、キーマイメット等を含む退院時サマリー、健診結果報告書、この3つの文書の電子的仕様を定めたところでございます。この3つの文書の中には医療情報として、その上にごございます①から⑦の要素が含まれておりまして、救急時に有用な検査情報や生活習慣病関連の検査情報を記載することが可能となっています。この規格を厚生労働省標準規格として今年3月に採択をしたところでございます。この採択後、各電子カルテベンダーにおいて、標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発に現在着手をいただいているところでございます。

情報の標準化の次は、まさに医療情報の共有基盤をつくるということが非常に重要になってきますが、現在、情報化の基盤としては、オンライン資格確認の仕組みが医療機関等の中の基盤として整備が進んでいるところです。オンライン資格確認は、全国の医療機関・薬局が安全かつ常時接続されるということで、今までの個別のネットワークとは異なるということ。それから医療情報を個人ごとに把握して、本人の情報を確実に提供することが可能であること。これは個人単位化された被保険者番号、マイナンバーカードによる本人確認により実現をしています。また、患者や利用者の同意を確実に取る仕組みということで、今、まさにオン資がこの基盤になっているというところでございます。それを踏まえ、どのような基盤で情報を共有するかといったときに、医療の情報は、今、地域医療情報連

携ネットワークというもの、各地域や市区町村、自治体など様々な運用主体によって電子カルテ情報を共有する仕組みが全国で270ぐらい進んでいます。一方で、こちらはなかなか地域を越えられない、運営費用が非常にかかるということが課題として挙げられています。

今、申し上げたオンライン資格確認のネットワークと新しい何か基盤をつくと。これはどれがいいですかということ、まさにこの介護の新たなワーキングと並列でございますが、医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループで議論をしました。その結果、データヘルス改革で進めているデータヘルスの「基盤」としてのオンライン資格確認のネットワークを使うということは、ワーキングのほうである程度オーソライズされたところでございます。ただ、電子カルテの情報の基盤の運用主体や費用負担については、今後引き続きこのワーキンググループで議論をしていく予定です。

先ほども少し標準化のお話が出ましたが、まさに医療情報を共有するに当たって、標準規格の文書の中に付与すべき厚労省の標準規格コードみたいなものは、今、各医療機関では実装がされていません。特に検査とかは1万ぐらいの臨床検査のマスターがあるのですけれども、当然自分のところでやる検査は限られていて、それぞれの医療機関ではハウスコードがあれば、医療機関内では何も問題がないと。そういった観点から標準コードの実装というのが進んできませんでした。

このため、今回我々のほうでは、今まで厚労省標準規格というのをたくさんつくってきたのですけれども、つくっておしまいみたいなところを、やはりしっかりと実装していただくことが医療情報の共有には必須であるということで、先ほど申し上げた3文書6情報については、傷病名や医薬品、検査のコードについて、最低限の検査項目ではあるものの、定めたコードをしっかりと振っていただくと。それを確認した上で、きちっとした仕組みで電子カルテから情報を出したり入れたりすることができれば、一番下にありますが、医療機関規模に応じた医療情報化支援基金による支援を実施すると。このような形でメリットを付与して、まさに医療機関の電子カルテである程度標準化された情報を共有できるような標準規格に準拠していただくような形を進めていくということにしております。

最近、「医療DX」という言葉をよく聞いている方も多いかと思うのですが、今年の骨太方針には「『全国医療情報プラットフォームの創設』、『電子カルテ情報の標準化等』及び『診療報酬改定DX』の取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる」と書かれています。冒頭森田先生のほうからお話ございましたが、まさに医療だけではなくて、このプラットフォームの中には介護を含む、それから予防接種や自治体検診など、医療機関のみならず、様々なところで情報が出てきている内容についても共有する、そのようなプラットフォームを作成することが求められています。このような観点から、まさに全体としての調和、最適化ということを議論できる場を政府を挙げてきちっと設け、進めるという方向性をお示しいただいたところでございます。

以上でございます。



○荒井主査 ありがとうございます。

ただいまの説明に関しまして御意見、御質問がある方は、「手を挙げる」ボタンをクリックして挙手をお願いしたいと思いますけれども、座長の不手際で若干時間が押してございますので、3名までとさせていただきますと思います。まずは高橋構成員からお願いします。

○高橋構成員 全老協の高橋です。よろしくお願いします。

14ページですが、私も利活用検討会とワーキンググループに出させていただいているのですけれども、改めての質問です。いわゆるプラットフォームを今後どうするかという話なのだろうと思うのですが、地連のネットワークというのは、全国でも様々に実活動していると。では、今後オン資確認が主体となると、地域連携ネットワークというのはどのような位置づけになるのか。すみ分けするのか、あるいは一本になるのか。今、地連ネットワークをやっているところ、動いているところは非常に動揺があるなというところが1つ。

それから、新基盤というのは、具体的にはどのようなものを指すのかということ。

もう一点、マイナポータルですが、マイナンバーカードは医療だけではなく、介護のほうも組み込まれていくのか。この3点をお願いします。

以上です。

○荒井主査 今の点について御回答をお願いできますでしょうか。

○田中参事官 まず、地連についてでございますが、ワーキングの中でも構成員の先生から御意見があったかと思えますけれども、すぐにオン資の仕組みに何か入るというものではないということ。それから、先ほどのような情報を共有するかということをお伝えさせていただきましたが、地連で共有される情報よりもかなり幅が狭いというのが現実でございます。診療のための3つの文書をまず最初にスタートさせるということになっておりまして、今の地連のほうで共有される情報は、もちろん地連ごとに異なると思いますが、例えば画像であるとかそういったものの共有も進んでいると承知をしておりますし、介護との連携や薬局との連携も各地域においてそれぞれの地域の実情に合わせて進めていると承知をしています。なので、全国的に最低限の情報、これだけは共有をしましょうというものをまずつくる。その上で、各地域において地域の実情に応じて必要な共有があれば、当然それはしていただいて、併存という形が自然の流れではないかと思っています。

それから、「新基盤」と書いてあるのですが、これはあくまでそれぞれのメリデメをそのときお出ししたものでございまして、具体的に新基盤をつくるというのは、コストの面からもなかなか難しいだろうという御意見で、具体的な何かがあったというものではございません。なので、その点をお伝えさせていただきたいと思います。

それから、マイナンバーカードの介護の点については、介護のほうからお話しさせていただきます。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

マイナポータルやマイナンバーカードと介護との連携ということでございますけれども、現時点では特段何か決まっているというものではないかと思えます。今後全体の中で議論されていくものと承知しております。

以上でございます。

○高橋構成員 どうもありがとうございました。

○荒井主査 ありがとうございます。

3名と言いましたけれども、あと1名、どなたか御質問があればお願いできますでしょうか。では、能本構成員、お願いします。

○能本構成員 たびたび恐れ入ります。

御説明ありがとうございます。医療データの検討会なので、当然と言えばそうなのでしょうけれども、「介護」という言葉が出てこなかったというのが、ちょっと寂しい思いをしましたので、今まで例えば検査データにしましても、本人から確認してくださいというのは結構多かったのですが、先ほどの連携システムの中に介護というものが導入されて、もちろん本人の同意の下でありますけれども、先ほどのような情報が介護側でも共有できれば、なお一層この医療・介護連携が促進されるというのはすごく痛感しましたので、その辺のところも含めて今後システムの構築のほうをお願いしたいと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 大変重要な点につきまして御指摘をいただきましてありがとうございました。

それでは、続きまして、議事の4「検討事項および今後の進め方」につきまして、進めたいと思えます。

では、事務局から御説明をお願いいたします。

○藤井課長補佐 事務局でございます。

資料5の説明に移ります。今までいろいろ議論をしていただきましたけれども、第2回以降のワーキングについて、検討事項及び今後の進め方について案を作成してまいりましたので、御説明いたします。

本ワーキンググループにおける課題と論点並びに検討事項でございますけれども、まず主な課題及び論点でございます。より適切な介護サービスの提供や自立支援に向けて、1

つ目、利用者自身が介護情報を閲覧する仕組み。2つ目、介護事業所間等において介護情報を共有する仕組み。3番目に、科学的介護の推進。これらを実現することが求められてございます。

上記1つ目と2つ目、利用者自身と介護事業所間等の共有というところですが、それらを実現するためには、まずどのような情報を閲覧し共有するのかというところの項目の選定。あとは、記録方法が標準化していないものに関しては記録方法の標準化。あと、どういった方法で共有・閲覧するのかということで、情報共有方法について検討が必要ではないかと考えてございます。

科学的介護を推進するということに関しましては、それらに加えて情報の保存・利活用の方法等についての検討が必要であると考えてございます。

それらを踏まえまして、本ワーキンググループでの検討事項でございますが、利用者自身や介護事業所間等が閲覧・共有することが適切かつ必要な情報の選定、記録方法の標準化について。2つ目、利用者自身や介護事業所等が介護情報を閲覧・共有するための仕組みについて。3番目、科学的介護の推進に必要な取組について。これらの3つのことについて検討を進めてまいりたいと考えてございます。

それにつきまして当面のスケジュール（案）でございますが、本日「介護情報の利活用に関する現状と課題」について皆様と共有し、議論をさせていただきました。

第2回につきましては、「利用者自身や介護事業所等が閲覧・共有することが適切かつ必要な情報の選定、記録方法の標準化について」を議論させていただきたいと考えてございます。

以降、「利用者自身や介護事業所等が、介護情報を閲覧・共有するための仕組みについて」「科学的介護の推進について」、これらについても検討を重ねてまいりたいと考えてございまして、データヘルス改革工程表のスケジュールに沿って検討、取りまとめを進めていきたいと考えてございます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの説明につきまして御質問、御意見がある方は、「手を挙げる」ボタンをクリックして挙手をお願いしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。それでは、葛西参与、お願いいたします。

○葛西参与 葛西でございます。

今まで5年間ぐらいデータヘルス改革推進本部でデータヘルス事業の技術的な面でのアドバイスをしてまいりました。どちらかというと補足と、老健局で御説明した今日の検討内容で皆様に御理解いただけるとありがたいなということと、経緯で私が知っていることをお伝えしておきたいと思っております。

まず、先ほど医政局から説明がありました医療情報の標準化というのはそんなに簡単ではないなというのと、電子的に標準化をする作業はかなりの人間が関わって行います。なので、介護のほうも標準化をする場合に、マンパワーを考えると、どこから優先的にやるかというのが一つ大きな課題なので、そこを御理解いただけるとありがたいなど。

その際にもう一つが、5年前から議論になっているのですけれども、今日様々な先生方から御説明いただいて、そのとおりだなと思っているのですが、介護臨床、いわゆる要介護者への還元がちゃんとできるかという問題にかなりフォーカスしています。基礎研究は大事なので、基礎研究が駄目だと言っているわけではなくて、早く要介護者に情報を返せる方法、ケアに返せる方法というのは何かと。そうすると、臨床研究用のレジストリとか臨床研究用のコホートというものをどうつくるかというのは非常に悩んでいます。ですので、ビッグデータはたくさん集まっているのですけれども、中長期な施策であったり、もしくはいわゆる短期的にすぐに介入に有用なものが出てくるわけではなくて、ただ集めているだけになってしまうおそれがあって、これをどうやって解消するかということで。優先度をつける必要があります。

もう一つは、データの入力負担を軽減する方法が大きな課題になっております。今、データヘルス改革では別の件でゲノム医療で臨床情報を共有する仕組みをつくっています。私も技術者ですので、電カルから自動的に臨床研究にデータを転送するというのをHL7 FHIRでやるのですが、これと同じようなもの、介護HL7 FHIRはありませんので、これをどうやってうまく自動的に収集するか。この論点が少し大きな悩みとなっているところを御理解いただいて、次回以降の議論の参考にしていただけるとありがたいなと思いました。よろしく願いいたします。

○荒井主査 ありがとうございます。

他はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、予定の時間が近づいてまいりましたので、本日の議論はこれまでとしたいと思います。

事務局は、本日の議論を踏まえて第2回の準備をお願いしたいと思います。

最後に、事務局から次回日程など連絡事項をお願いいたします。

○藤井課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

連絡事項ですけれども、先ほど松田構成員に御説明いただいた資料ですが、構成員の先生方、オブザーバーの皆様方に修正いただく前の資料を送付していることが分かりました。大変申し訳ございません。最新版の資料につきましては、会議終了後に送付するとともに、ホームページの資料も差し替えますので、大変申し訳ございません。よろしく願いいたします。

また、次回日程につきましては、追って御連絡をさせていただきます。

○荒井主査 医政局の資料も違っていたような気がしますけれども、併せて送っていただけますでしょうか。

○藤井課長補佐 承知いたしました。

○荒井主査 それでは、本日はこれで閉会といたします。

構成員の皆様、長時間にわたりまして御議論いただきまして誠にありがとうございました。また次回よろしく願いいたします。

それでは、失礼します。