

2022-11-7 第2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 定刻となりましたので、ただいまから第2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。

構成員の皆様には、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、ウェブ会議にて開催させていただきます。

本日の出欠状況でございますが、全国老人クラブ連合会の正立構成員は御欠席と伺っております。また、日本看護協会の齋藤委員、筑波大学の田宮委員より遅れての参加の御連絡をいただいております。

そして、本日はヒアリングのため、医療法人博仁会理事長、鈴木邦彦先生に御参加いただいております。

それでは、これより議事に入りますので、頭撮りはここまでとさせていただきます。

今回のワーキンググループは、傍聴希望者向けにYouTubeでライブ配信しております。本委員会では、録音・録画は禁止させていただきますので、傍聴されている方はくれぐれも御注意ください。

なお、構成員の皆様方、御発言をされる際は、Zoomの「手を挙げるボタン」をクリックし、主査の指名を受けてから、マイクのミュートを解除していただき、御発言のほどよろしくをお願いいたします。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、よろしくをお願いいたします。

以後は主査に議事進行をお願いしたいと思います。それでは、荒井主査、よろしくお願いいたします。

○荒井主査 皆さん、こんにちは。荒井でございます。本日はよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から資料の確認等をお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。それでは、資料の確認をさせていただきます。

資料1「本日の検討内容について」。

資料2「志村フロイデグループにおける医療・介護情報連携」。

資料3「介護情報の考え方」。

資料4「利用者自身や介護事業者等が閲覧・共有することが適切かつ必要な情報の選定、記録方法の標準化などについて」。

ほか、参考資料を配付しております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。まず、議事1、本日の検討内容につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○大西課長補佐 事務局でございます。それでは、資料1「本日の検討内容について」を

御説明させていただきます。

スライド2枚目をおめくりください。スライド2枚目は第1回ワーキングでもお示しさせていただきましたデータヘルス改革工程表でございます。介護分野に関する部分を抜き出し、示しておりますが、本ワーキングで進めるべき課題として、介護情報に関する3点あることを再度確認させていただきたいと思っております。

まず1点目は利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備でございます。

2点目は介護事業所間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す。

3点目は科学的介護の推進となっております。

続いて、スライド3ページ目を御覧ください。この改革工程表に従い、本ワーキングで目指すべき姿（案）と方向性として、以下、誰がという視点から3つの事項を挙げさせていただきます。

1つ目は、利用者自身が介護情報を閲覧することにより、利用者自身が自分の状態を知り、自立支援・重度化防止の取組につながるということです。

2つ目は、介護事業者等が介護情報を共有することにより、適切に利用者の状態や経過を把握して、ケアを提供することができるようになることです。

3つ目は、市区町村が住民の介護情報を得ることにより、地域の実情に応じて、きめ細やかに介護保険事業を運営でき、支援を要する方への対応が可能となるということです。

続いて、スライド4枚目を御覧ください。このスライド4と次の5も第1回のワーキングの再掲となります。スライド4は介護保険制度における利用者に関する主な介護情報でございます。左端の列は介護情報の主な種類、文書を示しています。右の列はそこに含まれる情報の詳細です。

要介護認定情報とは、被保険者番号、保険者番号、認定情報、負担割合、認定調査などの情報がございます。

請求・給付情報とは、介護給付費請求情報などの情報がございます。

LIFEで収集している情報とは、ケアの計画・内容などがございます。

診療情報提供書・入退院情報とは、診断名、処方などがございます。

主治医意見書とは、診断名、日常生活自立度、現在または今後発生の高い状態などの情報がございます。

訪問看護指示書・報告書とは、病状・治療状態、処置の有無、看護の内容などの情報がございます。

ケアプランとは、居宅サービス計画書などがございます。

その他、テキスト形式のものが多いと思っておりますが、提供したケアに関する記録がございます。

続いて、スライド5、介護保険制度における利用者に関する主な介護情報を御覧ください。左端の列は1つ前のスライドと同様、介護情報の主な種類、文書を示しています。そ

の右の列は情報がどこで作成されたか、保有されているか、記録・交換は電子的か紙媒体か、定まった様式があるか否か、コード化されているか否かを示しています。

続いて、スライド6、全国医療情報プラットフォーム（将来像）を御覧ください。今年の骨太の方針にて全国医療情報プラットフォームを創設することが記載され、9月、医療DXの資料としてイメージとして公表された図でございます。

全国医療情報プラットフォームとは、上のほうの段、医療保険者、医療機関、自治体、介護事業所等から集められた様々な情報、例えば被保険者情報、健診情報、薬剤、カルテ、レセプトや介護情報などを一元的に収集し、中段に書かれているように、確かな資格情報の確認の上、必要に応じて情報を連結し、下段、医療機関や自治体、介護事業所らに提供されるほか、左端に書かれておりますように、マイナポータルを経て御本人が御自身のデータを確認できるという仕組みでございます。

このイメージの中では、赤枠で囲まれておりますように、介護情報として認定情報、ケアプラン、レセプト、ADL等を含めることが想定されていますが、まだこれはイメージでございます。どのような介護情報をここに搭載していくべきかを本ワーキングで御検討いただきたいと思いますと考えております。

それらにより、資料1の最後となりますスライド7、本日の検討内容についてを御覧ください。1. 本日御議論いただきたいテーマとして、利用者自身や介護事業者等が閲覧・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御議論お願いしたく存じます。まず、共有すべき情報というのはどの情報か、どのように記録するかの2点でございます。

どの情報、どのように記録するかを御議論いただくに当たっても、もう少し絞らせていただきまして、2、検討に当たっての基本的な考え方を示させていただきたいと思っております。

まず○の1、今回は、以下のいずれの条件も満たす介護情報について検討を行うとして2つの条件を挙げさせていただきたいと思っております。1つ目は、データヘルス改革工程表のスケジュールを踏まえ、2025年頃に本人の閲覧や介護事業所間での共有が実現可能と思われる情報であることです。すなわち10年、20年先のことではなく、数年以内、2025年をめどとして実現可能と思われる情報でございます。

2つ目の条件は、全国医療情報プラットフォームへの搭載が想定される情報であることでございます。

介護の情報の中にも、体温や血圧、食事摂取量など日々刻々と変化する情報も多くございますが、そうした即時的な情報をプラットフォームに搭載し、共有するというのはなかなか難しいところでございます。情報の更新頻度としてさほど頻回でなくてもよいものをお考えいただきたく存じます。

○の2つ目として、検討に当たっては、介護サービスを受ける本人の個別性を踏まえて、エビデンスのある適切なケアを提供することにつながる仕組みを構築する視点で検討することとさせていただきたいと思っております。

また、○の3つ目として、介護事業者等と医療機関で共有される情報については、次回以降に検討することとさせていただきます。存じます。

医療・介護連携も重要な件ではございますが、一回のワーキンググループで議論いただく時間も限られますので、医療との共有についての議論は主には次回以降にお願いいたたく存じます。

以上、資料1について御説明させていただきました。どうぞよろしくお願いたします。

○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、御意見のある方は挙手ボタンをクリックして挙手をお願いしたいと思います。

高橋構成員からお願いします。

○高橋構成員 全国老人保健施設協会の高橋です。よろしくお願いたします。

例えば欲しい情報が病名だった場合、LIFEあるいは診療情報提供書、主治医意見書などでその情報が散在しているのではないかなど。例えば医療者であれば、それらが同じ病名でなくても理解できると思うのですけれども、今回は主語が利用者自身とか介護事業者であれば、そこはちょっと厳しいのではないかなどと思っています。病名を知りたいが、散在する情報を延々と羅列だけではかえって混乱させると思うので、どこから持ってきた情報かなどの整理が必要なのではないかなどと思っています。それが1点目です。

2点目は、今の7ページなのですけれども、2番の検討に当たっての基本的考え方の○1つ目のポチ、本人の閲覧というのは具体的にはマイナポータルを指すのか、スマホなども指すのか、そして、閲覧というのは一方的に御本人が見るだけのものなのか、あるいは御自身の情報を提供するといえますか、いわゆる双方向的なものなのかということが2点目。それから、3点目の次のポチです。全国医療情報プラットフォームへの搭載というのは、専らオン資確認ネットワークシステムなのかなど思うのですけれども、ここに既存の医療連携ネットワークが入ってくるのかということ。それから、今後、2025年度までということであれば、介護のほうのマイナンバー化ということも想定されているのかどうか、以上です。よろしくお願いたします。

○荒井主査 幾つか御指摘をいただきましたけれども、事務局からお答えいただけますでしょうか。お願いします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。まず、本人の閲覧が一方的なのか、あるいは他の方からも含めた双方向的なのかというところでございますけれども、基本的にはデータをつくるような主体があらわれて、そしてその中から御本人が見るという形になるかと思っておりますけれども、そういった意味で言いますと、まずは御本人がその情報にアクセスできるか、閲覧することができるかというところを念頭に御議論いただければなと思っております。

それから、こういった情報を見るプラットフォームといえますか、閲覧することができるところがマイナポータルなのか、それ以外なのかということでございますけれども、こ

れは様々な、これからこういった情報をプラットフォームに載せて、そのうち何がマイナポータルから見ることができるかと、こういった整理が全体の中でなされる中で、こういった窓口から見ることができるか、こういったインターフェースから見ることができるか、こういったことをこれから並行して前提の議論と含めながら見ていくことになろうかと思えます。

それから、3点目の介護のマイナンバーカード化というところですが、こちらのことにつきましても、当然、様々な今マイナンバーカードについては議論がなされているところかと思えます。この会のマニフェストといいますかミッションとして、そういったことについて特別扱うということは現在想定しておりませんが、全体の社会や保健医療、介護の分野においてマイナンバーカードがどのような扱われ方をするかというところの動向も踏まえながら、当然検討はしていきたいと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 あと、病名はどうですか。病名が散在していてその情報が集約されるのかということですが、どのように。

○福田介護保険データ分析室長 まずは、例えば病名が必要かということを中心に御議論いただいたり、例えば疾病名を見ることができるか。そのような観点でまず御議論いただければと思います。そうした中で、その先に、実際そういったものが散在しているのであれば、どういうふうに取り扱うのか、あるいはその情報がどこにひもづく情報なのかというのを分かるようにする必要があるのではないかと、そういったところについてもまずはコンテンツがあった中で考えていく必要があるかなと考えております。

以上です。

○荒井主査 よろしいでしょうか。ほかの委員の方から御質問いかがでしょうか。

江澤委員からお願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。ちょっと今、質問があるのでありますが、事務局からの今の御説明で、利用者自身、本人ということだったのですが、例えば認知症の一定程度進行した方とか、いろいろな御本人がアクセスできないケースがあるときに、例えば家族等とか、あるいは意思を推定する者とか、場合によっては成年後見人であったり、その辺りの対応についてはどのようにお考えでしょうか。

○荒井主査 事務局からいかがでしょうか。プロキシでいけるかどうかということですが、どうぞ。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。利用者御本人という書き方をされておりますけれども、当然、今、江澤構成員からいただいたとおり、本人や本人に代わって情報を閲覧する必要がある方、こういった方についても整理する必要があるかと思っております。第1回目するときにも同趣旨の御意見が出たかと思っておりますので、この検討会の中でそういった範囲についても少し御議論いただくようなことを現在検討しております。

以上でございます。

○江澤構成員 今回の関連でよろしいでしょうか。

○荒井主査 どうぞ。

○江澤構成員 当然、本人の意思とか、例えばACPも本人に帰属するものでありますので、その手続というか、その辺りはかなり慎重に考えていかないとかなりデリケートな個人情報等も相当含まれますから、家族だからすぐオーケーというわけにはいかないでしょうし、いろいろな法的な側面も含めて、慎重な検討は必要だと思います。

それから、もう一点だけ申し上げたいのは、介護情報のどういった情報をとということですけれども、特記事項も含めた主治医意見書の全体部分を将来に向けてデータベース化が必要かとは思っているのですが、例えば主事意見書の記載の全ての部分、あるいは自治体向けであれば、既に地域包括ケア見える化システムもございますので、その辺りもプラットフォームの中でどう位置づけるのか、また御検討いただければと思います。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。医療データというのは我々医療あるいは介護専門職の言語で入れることになると思うのですけれども、それがちゃんと一般の方に理解できるような形で翻訳がされるかどうかということが極めて大事なと思います。そういった形の検討は今後されるのでしょうか。それは自動的にできるのか、あるいは我々自身がそういう言葉で入力しなければいけないのかという点についてはいかがでしょうか。主査が聞いて恐縮ですけれども、何か事務局のほうからお考えがあればお願いします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。直接入力した情報が、例えば利用者の方が見られるときに十分御理解いただけるかという観点は主査がおっしゃるとおり重要な点かと思えます。そういった翻訳が必要なのかというところも当然あるかと思えますし、まずは利用者の方が見て分かるような情報の範囲を議論の対象にするというところも一つかと思えます。

それから、その上で何か新しい翻訳や情報に通訳といいますか、解釈するようなプロセスについては、現在のところ十分な検討を我々はしておりませんでした。ですので、まずは今ある情報についてどういった情報を利用の方が御覧いただければ、我々が今資料でお示したようなところに資するものになるのか。こういった観点で御議論いただければと考えております。

○荒井主査 ありがとうございます。

江澤構成員の御指摘は非常に重要かと思っておりますので、認知症の方の場合、当然その御家族が情報を知りたいというふうに思いますが、その点に関して、このワーキングだけで決められるものがあるかどうかですね。倫理的、法的な問題ということは、やはり専門家の御意見も伺いながら慎重に進めていくべきかと思っております。

では、小玉構成員からお願いいたします。

○小玉構成員 ありがとうございます。今の御本人とか御家族とか後見人の皆さんとか、本当にそういった情報をどう共有して、それが本人とかにちゃんとフィードバックして、

その後さらによりよいサービスを受けられるかという、そういった倫理的な面でありますとか尊厳に関する部分は非常に大事だと思います。今、主査がおっしゃったとおりの形で、江澤先生もおっしゃったとおりの形で進めていただければいいなと思います。

私からも一つ、疾患についてのお話が出たのですけれども、施設でも口腔のスクリーニングを今やっただいただいているところがあります。それから、医科的な疾患も含めて、歯科的な疾患が栄養とかりハに関係する。また、いろいろなサービスを受けたときにそういったところがよくなると効果が上がるのではないかなと思っています。あと摂食・嚥下についてもそうですけれども、そのような口腔に関する医療情報についてはどう考えていただいているのかお伺いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○荒井主査 口腔については入っていたと思いますけれども、事務局からお願いできますでしょうか。どうぞ。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。そういった情報を共有することでとか、利用者の方が見られることについてどう考えるかというところについて、まさにこの中で御議論いただきたいなと思っております。

今、既存の文章ですとか情報の中ではそういったものが搭載されているところがあるかと思いますが、そういったものを実際に共有すべき情報としてみなすかどうか。そういった点についてこの中で御議論をぜひいただきたいなと考えております。

○荒井主査 では、赤羽構成員、お願いします。

○赤羽構成員 赤羽でございます。先ほど事務局のほうからお示しいただいた2025年頃をめどにというような比較的短いところという観点からしますと、5ページの一覧表に電子的になっているかどうかという欄があったかと思いますが。その中で紙媒体という情報が下5つ分ぐらいにあらうかと思いますが。そこの割合がかなり大きいものがあると、短期的にはなかなかこれを全て電子化して共有に持っていくのは難しいのではないかという気がしますが、その辺りの電子化ということが予定されているのかどうかということの一つ質問する事項としてお聞きしたいと思います。

それともう一つ、どのような情報を入れたほうがいいのかという点ですけれども、その前の4ページにいろいろな情報を示していただいておりますが、その要介護認定の情報の中の一次判定のところ、ここの部分に関しては非常に細かな調査がなされてデータ化されているかと思いますが。御本人には要介護認定の結果だけ、二次判定の結果だけが通知されていると思うのですが、この部分をフィードバックして分かりやすく、先ほど翻訳とかいうような表現もありましたが、利用者に、あるいは家族にわかりやすくこの辺りをうまいことまとめてフィードバックするということが重要なのではないかなと感じます。

以上2点でございます。

○荒井主査 最初の点についてはいかがでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。資料の5ページ目に電子的または紙媒体、そういった情報が書かれているかと思いますが。こういった特に紙でやられている

ものについて、直ちに電子化の予定があるかというお尋ねをいただいたと思っております。現実問題として、これも前回御意見としていただきましたけれども、例えば今から標準化を目指すとか、これに向けて電子化を目指すというところについてはかなり困難もあるのではないかなという御意見をいただいたかと思っております。

現状、直ちに紙媒体について電子化とか、あるいはここに書かれておりますようなコード化を目指すというようなプロセスについて、具体的にお示しできるものは、私の現状としてはございませんけれども、趣旨としましては、今、様々な媒体などがある中で、現状電子化されているもの、コード化されているもの、紙媒体、様々かと思っておりますけれども、まずはどういったものであれば実現可能か。そういったところもお含みおきいただきながら御議論いただきたいという趣旨で考えております。

○荒井主査 では、野尻構成員からお願いします。

○野尻構成員 利用者自身が介護情報を閲覧することによって、利用者が自分の状態を知り自立支援重度化防止につながる最低限掲載できる情報ということになると思います。利用者の状態像が要支援の方と要介護5に近い方、進行性疾患を患っていらっしゃる方と様々で、現場ではフィードバックの際に神経を使うところがあります。ここに載せる情報というのは状態像や介護度にかかわらず、共通のものを載せるという認識でよろしいのでしょうか

○荒井主査 どうぞ。

○大西課長補佐 御質問ありがとうございます。状態像につきましては、構成員が今おっしゃっていただいたような共通するような部分を現在のところ念頭に置いております。ただし、確かに御指摘のとおり、要支援の方、要介護5の方、進行性疾患、特に悪性腫瘍などの方においては大きく状態が変化することを想定してございますので、私どもの想定しておりますところは、御本人、また現場を混乱させないようにと、異なる情報で誤って解釈されにくいようにということも考えてございます。では、どのような情報を共通して使うことができるか、また、どのような情報に配慮が必要かと、こういったことを御意見いただきながら考えてまいりたいと思います。

○荒井主査 時間の関係で、あとお二人まで、今構成員と能本構成員だけにさせていただきたいと思っております。できるだけ手短にお願いします。では、今構成員からお願いします。

○今構成員 ありがとうございます。事務局の方からの御説明をいただいた検討に当たった基本的な考え方の中で、情報の更新が頻回でないものと、日々刻々と変わるものでないものという御指摘がありました。介護現場での情報というものについては、やはり本当に即応性の必要な日々刻々と変わるものと、それからある程度長期的な視野、または情報の更新をあまりしなくてもいいような安定したものがあろうかと思っておりますが、この頻回でないものというのはどのぐらいのスパンをお考えであるのかなというのが1点。

それから、介護現場で情報の利活用ということを考えていったとき、現場の中で一番最初に思い浮かぶものは、特に在宅の分野でいくと御本人や御家族等からなかなか情報が得

にくいというか、すぐに入ってこない、もしくは正確性にちょっと不安があるような場合にはほかの事業所さんでの状況とか情報がすぐに共有できるものは非常に重要で、また、そこが使い勝手として期待される部分もあろうかと思うのです。そういった意味において、即応性の必要なものについての情報が、例えば将来的にはこの医療情報プラットフォームの中に組み込まれていくようなイメージをお持ちなのか、それともそれはまた別のところで考えていくというふうな整理をされているのかをお聞きしたいと思います。よろしくお願いたします。

○荒井主査 頻度については、恐らくこのワーキングで議論していけばいいのかなと考えておりますので、今すぐに事務局からこうだというお答えは難しいのかなと思っております。あと、即応性につきましても、これはそういった目的ではないという認識でおりますので、またそれについては別のプラットフォームが必要かなという認識で、僕が答えてしまっていていかどうか知りませんが、事務局、よろしいでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 ありがとうございます。主査がおっしゃっていただいたとおりで、まずこれは現状においても様々な民間サービスで、リアルタイムであったり即応性がやられているものは実際にあると思います。しかも、そういったものが特に利用者であったり事業所で実際に役に立つという側面もあろうかと思っておりますけれども、こういった非常に大きな国全体的なプラットフォームをつくる中で、そこにそれを搭載する情報としてなじむもの、こういった観点で資料4でもぜひ御議論をいただきたいと思っておりますけれども、そういったところについて御議論いただければと思っております。

○荒井主査 いろいろなアプリとかが出ておりますので、即応性についてはそういったものを活用していただくのでいいのかなと考えております。国がやるべきことではないのかなと思っておりますが、最後に能本構成員からお願いします。

○能本構成員 恐れ入ります。能本でございます。

まず、些細な訂正といいますか、資料の5ページ、マトリックスになっているところで1回目の再掲ということで今さらで申し訳ないのですが、LIFEのところ、介護事業所が入力する形で利用者に今後フィードバックで※がついていますけれども、これは居宅介護支援事業所にもフィードバックがあるのかなと思っておりますので、そちらにも※をつけていただければというのが1点です。

あと、この表を今見て改めて感じたのは、利用者のところに何の印もついていない。例えば診療情報提供書、主治医意見書、訪問看護指示書等、現状は利用者にはこの辺が届かないのかもしれませんが、今後こういうデータ活用を進めていく中で、やはり利用者不在になっては一番まずいのかなと思っておりますので、基本的には利用者は、可能であれば全て閲覧できるような仕組みにしていくべきかと思っておりますので、意見でございます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、議事のほうを進めさせていただきたいと思っております。議事の(2)「ヒアリン

グ」に進みたいと思います。本日は医療法人博仁会理事長、鈴木邦彦先生より「志村フロイデグループにおける医療・介護情報連携」について、そして島田構成員より「介護情報の考え方」について、それぞれ20分程度で御説明をいただき、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、市村フロイデグループにおける医療・介護情報連携について、鈴木先生、よろしく願いいたします。

○鈴木理事長

ただいま御紹介いただきました医療法人博仁会志村大宮病院理事長・院長の鈴木でございます。本日はこのような機会をいただきまして、ありがとうございます。私のところがこの分野で進んでいるかどうかはよく分かりませんが、御指名いただきましたので、私どもの取組をお話しさせていただきます。

私どもの病院は、茨城県の北西部にある常陸大宮市というところにございまして、通常は病院を中心としたまちづくりとか、あるいは在支病連絡協議会を四病協を母体につくらせていただきましたので、地域密着型中小病院の話とか、そういうこととお話する機会が多いのですが、この分野は私にとっては初めてということでございますので、背景についてお話しさせていただきます。

私どもの病院がある常陸大宮市は、2004年に5町村の合併で誕生した新しい市ございまして、高齢化率は既に38%、人口も合併当初は4万8000人近くおりましたが、現在3万8000人ということで1万人近く減少しているという非常に高齢化、過疎化の進んだ地域でございます。

それが背景ございまして、私どもは医療法人、社会福祉法人、学校法人、3つの法人から成るグループでございます。職員総数は1,150名程度でございます。

母体の志村大宮病院は、常陸大宮市の中心部の市街地にございまして、創立71年目、178床の典型的な中小病院です。在宅療養支援病院、地域密着型中小病院でございます。

地域密着型中小病院として在宅支援にも力を入れておりまして、ここにございますように、病院の隣に志村フロイデ地域包括ケアセンターを設置して、そこを中心に多様な訪問系サービスを行わせていただいております。ここにありますように訪問診療を2か所から、訪問看護を4か所から、訪問リハビリを3か所から、訪問介護は4か所から、定期巡回は3か所から、配食サービスが3か所から、居宅介護支援が5か所からということになっております。

また、合併時に合併特例債を使って市内に160床の公的急性期病院ができましたので、我々は今で言う機能分化を迫られまして、1つは旧5町村毎に介護サービスの拠点を設置しました。それと、急性期病院と機能分化をするために回復期に力を入れ、回復期リハビリ病棟を県内4番目、水戸市を含む県央・県北西部地域ではいち早くつくらせていただきました。その結果、リハビリを終えた方が戻ったところでリハビリが継続できるようにということで、都市部にも拠点をつくらせていただきました。このように我々は通常、常陸

大宮市の志村大宮病院を中心とした話をする人が多いのですが、実際には今後ともあまり人口減少の見られない水戸市、ひたちなか市のような都市部にも事業所がございまして、南北50キロ、東西30キロ、人口60万人ぐらいの圏域に、もちろん全部我々がということではなくて、常陸大宮市を中心としたところは我々が中心なのですが、事業所が比較的広範囲にたくさん点在しておりますので、そういう意味で我々の内部のみでも情報共有が必要になってきて、ある程度進んでいる部分もできたのかなと考えております。

ただ、ICTの導入にはコストがかかるということでありまして、現在までに5億3000万円以上はかかっておりますし、今ちょうど電子カルテの入替を求められておりまして、それに3億8000万円以上、合わせて9億2000万円以上のコストがかかります。今のところは全部我々のグループ内での情報共有が中心なので我々が負担しておりますが、これが地域で情報共有となった場合にどこがどのように負担するのか、そういったことも課題になるのではないかと思います。

続きまして、各論に入らせていただきますが、こちらは実際に担当している鈴木明廣というコミュニケアサービス部のナンバースリーで、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士の3つの資格を持っている38歳の者から説明をさせていただきます。

○鈴木参考人

それでは、私のほうから志村フロイデグループにおける情報連携と外部との連携の課題について御報告させていただきたいと思っております。

目次としましては3つに分けさせていただきました。まず1つ目としましては、法人内部・外部との医療・介護連携の情報共有ということでお話しさせていただきたいと思っております。

まず、志村フロイデグループの医療・介護連携ですけれども、当法人は富士通のシステムを使っております。医療と介護の情報共有に関しましては、富士通のHOPEとWINCAREで医療・介護を連携させていただいております。そこに関しましては、サーバーでつながっておりますので、医師から介護事業所やケアマネジャーの記録を閲覧できるような形になっております。逆に、ケアマネジャーとか介護事業所のほうから病院の診療録とかを閲覧できるような形になっております。

法人外に関しましては、メディカルケアステーション、電子連絡帳、スマケアなどを使いながら情報の連携をしているところです。

医療・介護情報連携の富士通のシステムになるのですが、WINCARE・HOPEのサーバーで繋がっており、そこにアクセスしているという形になります。こちらに関しましては法人内の連携になりますので、本人・家族の閲覧は不可になっております。

こちらは介護システムから電子カルテ、HOPEのほうを見た画面になります。介護事業所のほうからも医師の診断や病歴が見られる形になっております。

薬剤に関しましては同様に、介護システムのほうから閲覧できるような形になりますの

で、薬の処方や薬剤師の記録が見られる形になっております。

同様に検査結果です。検査結果もこのような形で見られるようになっております。

逆に、医療のほうから実際に病院退院後や入院する前にも、その利用者さん、患者さんがどのようにサービスを使っていたのかというのが事業所ごとに時系列で見られるような形になっております。当法人を使っている方だけですが、訪問介護だったりショートステイだったりケアマネジャーが時系列で記載したものが、医療側からも見られるような形になっております。

在宅の記録に関しましては、iPad（スマートデバイス）を利用して、訪問看護、訪問リハ、訪問介護、ケアマネジャーが自宅にスマートデバイスを持っていき、サービスの記録する。基本的には介護システムに記録されるような形になります。事務所でも記録したものが即座に見られるような形になっております。

もう一つ、志村フロイデグループでは情報共有会議を行っております。月曜から土曜まで毎朝20分、病院と各市町村にあるサテライト施設をつないでウェブ会議で情報共有をやっております。目的としましては、法人内のサービスの連携だったり、病院、在宅との切れ目のないサービスの提供づくりということで、病院部門、老健、施設、訪問看護だったりケアマネジャーの者も参加して、朝約20分で開催しております。

こちらが志村フロイデグループ在宅医療介護支援体制の全体図となっております。基本的には法人内については真ん中にあるWINCARE、HOPEのサーバーに記録されまして、病院のシステム「電子カルテHOPE」に記録され、介護保険関係については、在宅系・施設系に関しましては「介護保険システムWINCARE」に記録をするとサーバーに記録されますので、こちらを閲覧しにしているような形になります。

こちらは法人内のシステムになっておりまして、逆に外部との連携に関しましては、先ほどもお話ししましたけれども、メディカルケアステーション、電子連絡帳、スマケアのような形でやっております。

ここからは外部との連携についてお話ししたいと思います。

まず、法人外の連携に関しまして、先ほど言った3つのツールを使わせていただいております。基本的にはメディカルケアステーションや電子連絡帳を使用しているのですが、メディカルケアステーションに関しましては、私たちのほうで言えば医療機関が中心に利用している傾向があります。本人も家族も閲覧が可能な形となっております。それは後で詳しく御説明しますが、閲覧出来るところが分かれております。逆に電子連絡帳に関しましては、近隣では市町村の事業で実際にやっているところがあります。

これがメディカルケアステーションの内容となっております。医療・介護側と患者側という形で右側のところに青い枠でなっていると思いますが、ここで医療側と患者側の閲覧が分かれておりますので、状態の報告をメインとしてメディカルケアステーションは運用を行っております。

同様に電子連絡帳も同じように日々の記録を情報共有のツールとして実際にやっており

ますが、本人・家族というのは日々の状況の把握を一番に求めていますので、電子連絡帳に関しましては御家族さんとか御本人さんは閲覧できないのですが、同じようにツールとして使っております。

もう一つ、うちのほうは定期巡回でスマケアというシステムを使っております。これはクラウド型の記録システムになるのですが、こちらは本人も家族も閲覧ができます。基本的にはこのシステムに関しましては真ん中にクラウドがあって、スマートフォンで入退室も管理させていただいているような形になっております。基本的にはスマートフォンで記録をするとクラウドに飛びますので、その記録が御家族さんだったりケアマネジャー、病院だったりクリニックだったり、介護事業所も権限の問題もありますが、ある程度の権限を与えると見られるような形になります。関係のない人は権限を与えていませんので見られないような状況になっております。

先ほどから言っているとおり、スマケアに関してはクラウドサービスになりますので、URLを入力すれば誰でもどこでもアクセス可能ということです。その代わり、権限がありますので、IDとパスワードが必要になりますので、そこを関係事業所にお話しして運用しているような形になっております。

スマケアのほうでも介護保険証のPDFや写真、負担割合証、ケアプランですね。あとは利用者宅の外観や写真で添付した書類をアクセスして見られるような形になっております。

これが一覧になるのですけれども、基本的には訪問した時間、訪問者、介護の内容、特記事項という形で実施内容が見られるような形になっております。

最近で言えば居宅介護支援事業所に関しましてはカイポケというシステムを使っている事業所もあります。こちらもスマケアと同じような形で、PDFにはなるのですが、基本的には提供表だったり介護保険証、写真のほうをアクセスしてこちらが取得できるような形になります。

次に共有する情報の項目ということで、まず現状の把握をさせていただきたいと思いません。外部との連携に関しましては、法人内は富士通のシステムで行っていますが、本人、家族、介護事業所間、医療と介護の連携でそれぞれ共有することが求められている情報とは、本人と家族はやはり日々の記録が一番メインに知りたいところではないかなと思っております。介護事業所間に関しましては、基本情報、ケアプラン、アセスメント、病歴、薬情、バイタル、体重とか長谷川式になるのかなと思っております。医療と介護の連携に関しましては、同様の項目も入っておりますが、入院時基本情報とかADL、自宅の環境、日々の記録、病状とか病院での入院情報、診療の情報が必要になってくるのかなと思っております。

現在できている情報ということで、基本的には今は紙ベースがメインになっております。介護保険証、負担割合証、基本情報、ケアプランですね。あとは病院等に関しては入院時とか退院時の情報を紙ベースでやっているのが現状となっております。

現状の把握ということで、課題1、2を挙げさせていただきました。想定される患者A

がいまして、今お話があったとおり医療情報、介護情報に2つ基本的には分かれるような形になるのですが、患者さんAの情報について各個別の情報は持っているが、基本的には横のつながりが少ないというのが課題ではないかなと思っております。例えばケアマネジャーが持っている情報と通所介護が持っている情報、訪問介護が持っている情報というのが横につながっていればいいのですが、つながっていないことも往々にあります。

もう一つ、課題2としては、各事業所が持っている情報を共有するには、先ほどから話しているとおり、紙ベースから電子ベースでの運用が必要と考えます。やはり介護事業所間の文章の情報交換の効率化が今後は必要になるのではないかなと思っております。

次に、ケアマネジャーと行政間についてお話しさせていただきたいと思います。先ほどからいろいろお話は出ていますが、ケアマネと行政間の現状としましては、基本的には文章情報の連携については紙ベースが今はメインとなっております。市町村・区役所からの認定調査、調査員に依頼が来て紙でチェックして郵送して返すというのが基本的には紙ベースの対応となっております。逆に介護認定が下りた後の依頼に関しましても基本的には紙ベースでの結果となっております。主治医意見書だったり認定の情報だったりというのが紙ベースとなっておりますので、こういうところが電子化になってくればいいのかと思っております。

4月からのケアプランデータ連携システムのように、現在の介護保険事業においてケアマネジャーが中心で動いている中、ケアマネに情報がスムーズに行くようにすることで事業所へもスムーズな情報がいくのではないかと考えております。ケアプランデータ連携等、現在運用しているシステムを活用できないか考えております。

次に、ケアマネと事業所間連携になります。厚労省の資料を引用させていただきましたけれども、先ほどもお話ししたケアプランデータ連携システムのような形で情報が行き来できたらいいのかなとと思っているのですが、これは一例になってしまうのですが、全国で共有されるものということで介護保険証だったり負担割合証、あとは基本的な情報、調査の情報だったりケアプランというのが、このような情報を紙ベースから電子ベースで行い、ケアマネ・介護事業所間で情報の閲覧や取り込みができるシステムが必要ではないかと考えております。共通する項目については共有した方がいいのではないかと、私たちは考えております。

次に、介護事業所間のお話になります。今、電子ベース（情報共有）への変更ということで話をしましたが、介護保険に関わる場所では、主治医意見書や訪問看護指示書ですね。訪問看護指示書については医療機関から訪問看護へ発行するが、実際の在宅においてはほかの在宅サービスも先生からの指示を確認できたほうがいいのではないかと私たちは考えております。なかなか先生から介護事業所へ直接連絡がないので、上記の「主治医意見書」を見られたほうがいいのではないかなと思っております。特に看護師においては心身の状況、状態の変化の際に参考にするためにも、閲覧出来「紙ベースから電子ベース」の方が連携しやすいと感じている。訪問看護の計画書・報告書も同様です。先生と看護師

さんのやり取りに関して紙ベースで行っているところが多いですが、今後は医療・介護連携を考えると、訪問看護に関しては介護保険で入っている方もいらっしゃると思いますので、そういうのが閲覧できたほうがいいのではないかなと思っております。

全国共通するものだと、バイタル関係ですね。血圧、熱、サチュレーションとか、身長・体重に関しましては上記の項目においては全国共通であり、データとして共有してもいいのではないかと私たちは考えております。

まとめになるのですが、先ほどからお話ししているとおり、将来的には日々の記録を共有することが御利用者や御本人や事業所間で閲覧や記載が出来て一番いいのかなと感じております。しかし、介護ソフトの連携の問題もあるので、現実的には現在介護事業所に記録している共通項目をまずは紙ベースからデータベースに移行して共有することで事業所間では効率的につながり、利用者・御家族からは、同じことをお答えしなくてもよくなって負担が少なくなるのではないかと考えております。介護事業所間の情報連携をスムーズに行えるプラットフォームを私たちは願っておりますということで、これで終わりにさせていただきます。

○荒井主査 鈴木先生、どうもありがとうございました。

先生方が行っている情報というのは、ある程度こちらに開示していただけると。どういうデータを入力して活用して、どういうデータが活用されて、どういうデータは活用されていないのかというようなデータは開示をしていただけるのでしょうか。僕から質問してもあれですけども。

○鈴木参考人 問題はないと思います。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、委員の先生方から御質問をお受けしたいと思います。

高橋構成員、お願いいたします。

○高橋構成員 ありがとうございます。2点質問なのですけれども、1つ目はLIFEに関して、今、実態がどうなっているか教えていただければというところと、もう一つ、IT化というのは質の向上等を含めて、現場の二度手間とか効率化、残業等々、働き方改革に資するものでなければ駄目なのかなと思っています。その点はいかがなのか、お聞かせいただければと思います。

○鈴木参考人 ありがとうございます。LIFEに関しましては、基本的にはうちは富士通のシステムに入力して、CSVに落としてデータを提出しているという形になっておりまして、データはうちのほうは提出しているような形になっております。

もう一つ、質の向上ということで、先ほどからお話ししているとおり、基本情報やADLというのは各事業所ごとに再度アセスメントしてという介護保険の中でもありますので、そういうことをさせてはいただいているのですが、同じような項目を御家族さんに何度も聞いたりとかというのが現状になっておりますので、こういうところが軽減されれば、質の向上もそうですが、働き方改革の中でもそういうのが軽減されるのではないかなと私の

ほうでは思っております。

○高橋構成員 LIFEのほうは、そうすると1人の利用者さんに対して法人内の方たちは共有できると。LIFEはIDが事業所が違えば全部違ってくるので、その辺りの共有方法はどのようにされているかだけ、お願いします。

○鈴木参考人 LIFEに関しては各事業所ごとで入力はしていますので、基本的には各事業所でしか共有できていないのが現状です。

○荒井主査 では、今手が挙がっているお二人までとしたいと思いますので、久留構成員からお願いいたします。

○久留構成員 ありがとうございます。御説明ありがとうございました。

私のほうからお聞きしたいのは、情報共有に当たりまして、非常にセンシティブな情報が多いと思うのですけれども、利用者・家族の同意というのはどのような形で取られているのかというのが一つ御質問です。

それから、御説明の中で見られるところと見られないところがあるという御説明があったかと思うのですけれども、これはシステムとかデバイスの関係なのか、もしくは見る方々のスキルの問題なのか、そこら辺がよく分からなかったので教えていただきたい。

最後に3点目、記録につきましては紙ベースということの御説明でした。確かにテキストデータが多いと思うのですけれども、法人内で記録については標準化、ルールを決めていらっしゃるのかどうかということについてお聞かせいただきたいと思います。

以上です。

○鈴木参考人 ありがとうございます。基本的には最初に御契約のときに個人情報になりますので契約のほうをさせていただいているような形になっております。

もう一つが法人内の共有でしたか。

○久留構成員 見られる、見られないという御説明があったかと思えますけれども、それはシステムデバイスの問題なのか、各個人のスキルの問題なのかと。

○鈴木参考人 今は基本的にはシステムの問題になっております。アプリケーションなのか、富士通のシステムの管理によって見られないものはシステム上見られなくなっております。基本的には利用者さんが閲覧するというよりは、御家族さんが見ているのが現状となっております。遠方に住んでいる御家族さんだったり、日々ケアに入っている状況を確認したいので閲覧しているというのが現状になります。

○荒井主査 よろしいでしょうか。では、最後、野尻構成員、お願いいたします。

○野尻構成員 ありがとうございます。我々の地域でもMCSや、カイポケ、地域の独自のネットワークなどケースごとにいろいろなネットワークがあって、ネットワークを利用しているスタッフのリテラシーも必要ですし、操作を利用者ごとにいろいろ覚えなくてはなりません。そちらではどなたかが一括して様々なネットワークで情報のやり取りをされているのか、それぞれのスタッフがスキルを身につけていろいろなパターンがあるネットワークに対応されているのか、いかがでしょうか。

○鈴木参考人 御質問の答えになっているかどうかあれですが、先ほどちょっとお話が出たとおりに、MCSを使ったり電子連絡帳を使っているのが現状なのですが、私たちが課題として思っているのは、例えば、市が主導でやってしまうと、その市に住んでいるとそのシステムを使わなければいけないのかとか、逆にクリニックさん主導でMCSを使うとなると、クリニックごとに違うシステムを使わなければいけないのかというのが課題として思っております。できれば統一したものでできたら一番いいのかなと思っておりますので、今の答えとしては、現状、うちの法人であればうちの法人が主導でやっていますので、MCSを使っているような形になるのですが、主導するところによって使うシステムが変わってくると、利用者さんとか事業所もちょっと不便になってくるのかなと思っております。

○荒井主査 まだまだ質問があるかと思いますが、時間の関係で次に進みたいと思っておりますけれども、これは利用者さんとか御本人が情報を閲覧できるということですが、その満足度、情報に満足されているかどうかということ何かヒアリングとかかかれていますでしょうか。

○鈴木参考人 数値で表せないのですが、先ほどから言っているとおり、御家族さんに関してはやはり遠方の御家族さんで日々どういうケアを行っているか心配というようなお話がある中で、日々ケアの内容が見られるというのは、ヒアリング程度にはなりますけれども、満足度は一定数はあるかと思っております。

○荒井主査 先ほど翻訳という話をしましてけれども、将来的にはたくさんの実例が要ると思いますけれども、そういったいい実例をベースにして機械学習をして、AIが翻訳をするみたいな形がまた別の研究で必要なのかなと感じております。

それでは、次に進みたいと思っております。続きまして、介護情報の考え方につきまして、島田構成員より御説明をお願いいたします。

○島田構成員 よろしく願いいたします。国立長寿の島田と申します。このような機会を頂戴いたしまして感謝申し上げます。私からは介護情報の考え方ということで、少し概念的な部分もあるかと思っておりますけれども、御了承いただければと思います。

今回お話しする構成要素でございますが、このような4つの単元に分けて順次御紹介をさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

まず、このようなデータベースの利用の目的となりますけれども、最終的には高齢者の健康的な状況を保持するためにデータベースの利活用があるものかと思っておりますけれども、近年、WHOのほうではこのようなhealthy agingといたしまして3つの構成要素から成り立つというような概念提示がなされております。1つはfunctional abilityということで、これが中心でございますけれども、healthy agingは高齢期のウェルビーイングを可能にする機能的な能力を身につけて維持するプロセスであると定義づけられました。この中には、基本的な生活水準ですとか学習、移動、人間関係、社会貢献等々ございます。そして、これらのfunctional abilityを下支えする能力といたしまして、内在的な能力、こ

これは身体的であるかもしれませんが、また、精神的な問題も関わってくるかと思えます。こういった能力が、環境との相互作用の中で最終的にこの能力を発揮するというところでございます。例えば具体的に申し上げれば、身体的に非常に虚弱で弱い人であっても、家庭での支援、あるいは地域社会での支援があれば社会貢献を十分できる場合もあるわけでございます。そのような観点から総合的な評価をしていくべきだろうということでございます。特に内在的能力につきましては、この2つの能力が代表的な評価パラメーターとして提唱されておりますが、一つは認知的には単語の遅延想起といった加齢に伴い非常に落ちてきやすい記憶の部分でございます。そしてもう一つは、生命力、体力と言ってもいいかもしれませんが、握力ということで、36か国のデータに基づいてこれらの指標が選ばれた経緯がございますが、残念ながら、これらの中に日本人のデータは含まれておりませんので、何らかのデータベースを用いて国際貢献していく必要もあるだろうと感じております。

そして、healthy agingを達成するためには様々な解釈があろうかと思えますけれども、日本国内におきましては、いかに要介護度を改善していくか、あるいは悪化を防止していくかといった側面があろうかと思えます。この要介護の改善ですとかあるいは悪化の要因というのは様々な研究が今までなされてきておりまして、特に赤でお示したような運動機能ですとか早期リハビリテーションの導入、筋力低下、認知機能低下等々の要因につきまして、ADLの維持向上にかなり直接的に関与してまいります。

そして、このADLの維持ができなければ要介護度が悪化していくということは自明でございますので、これらの要素をいかに評価指標の中に取り込んでいくのが重要であろうと感じております。

では、実際に介護情報がどのように構成されているか。全ての介護情報となりますと相当の量がありますので、例えばLIFEデータベースを見てまいりますと、基本的な項目といたしまして、ADL等々を含んだ基本属性の項目ですとか、あるいは口腔・嚥下の状況、栄養の状態、あるいは認知に関わる状況等々が入力されておりますし、加算に必要な項目といたしましては、体制加算といたしましてこのような様々な包括的な項目、あるいは個別機能訓練に関する項目ですとかADLの維持加算の項目等々、様々でございますけれども、これらを横串する評価指標の一つとしてADL評価、標準化されたバーサルインデックスという指標がございますが、これが横串として評価されるような形になっております。

このバーサルインデックスは、御存じのとおりでございますけれども、移乗、移動、階段昇降、食事、入浴、トイレ、排泄コントロール、更衣、整容といったベーシックな日常生活を自立、部分介助、介助の3段階で判定いたしまして、ゼロから100点で評価するシステムでございます。メリットといたしましては、世界共通の評価指標であって標準化が進んでいるということ。そして、医療現場で最も広く使われているADL指標であろうかと思えます。また、日常生活の全般を網羅した指標であるとともに、誰でも簡単に評価可能であるという利点を持つてると思えます。

しかしながら、一方でデメリットといたしましては、「しているADL」ではなくて「できるADL」を評価しているため、日常生活を反映していない部分もある場合がございます。また、状態の変化が3段階でありますので、なかなか鋭敏に捉えることは難しいというような欠点もあろうかと思いますが、こういった指標が代表的に使われているということで、これらの指標につきましては非常に代表的な指標でありますので、ぜひ共有すべき項目であらうと感じているところでございます。

介護情報を用いた将来予測について、我々といたしましては、いろいろな情報が、現状の情報というのは対象者からすれば、あるいはケアサービスの事業者からすれば、それは言われなくても分かっているという部分でありまして、それをどう使っているのかというのはなかなか解釈が難しいと思うのですけれども、それを一歩進んで、こういった状態像だと数年先にこのようなリスクがあるというところまで提示することがその情報を解釈するために非常に有益であらうと考えております。

そのような観点から、予測指標が何なのかというのは重要な観点かと思っておりますけれども、それらをコホート研究で今まで研究を進めてまいりました。国立長寿のある愛知県内で約5万5000名のデータベースを使いまして、要介護状態への移行あるいは悪化についての分析を加えてきたところでございます。

一例を御紹介いたしますと、例えばこれは認知機能の低下と要介護の移行状態を示した結果でございますけれども、何らかの認知機能の低下がございますと、2から4倍のリスクをもって要介護に移行していくということが4,300名のデータで明らかになっております。また、身体的な問題といたしまして、フレイルの状態、これはその先にディスアビリティを生じるリスクが非常に高い状況ではありますけれども、一方では健康の状態に戻れる、そういった過渡期の状況でありますので、非常に予防の観点から着目された状態像であります。

このフレイルの状態がどのように要介護に影響しているかと申しますと、フレイルはプレフレイル、フレイルと、フレイルなりかけとフレイルの状態と分かりますけれども、プレフレイルの状況であっても健康な人に比べて2.5倍の倍率で要介護状態になりますし、フレイルでは4.7倍の倍率で要介護状態になるということで、極めて高い影響力を持っているということが分かっております。

また、下位項目について言いますと、歩行速度と筋力、握力なのですけれども、この低下というのが将来の要介護状態にかなり強く影響を及ぼしているというか、予測指標として優れているということも分かっております。

また、筋肉の弱化した状態をサルコペニアと呼んでおりますけれども、これと要介護との影響を見ますと、これは先ほどのフレイルよりは少し少ないのですが、サルコペニアの高齢者ですと1.8倍要介護状態になりやすいということも分かっておりますので、筋力の弱化というのも重要な要素であらうと思われまます。

また、心理的な状況といたしましては、鬱状況と要介護の状態もそれなりに関連性が認

められておりまして、鬱徴候のある方々ですと1.6倍のリスクがありますし、鬱と身体機能の低下を併存しておりますと3.1倍のリスクがあるということも分かっておりまして、心理的側面からの評価というのにも欠かせないものだろうと感じております。

このようなところから、要介護状態と例えばLIFEデータベースにどこまでが反映されているのかというのを見てみますと、ほとんどの項目がLIFEデータベースの中である程度評価がされているところがございますけれども、唯一視点が欠けている部分としまして、主観的健康感、あるいはQOLの状況についてなかなか十分な評価が現状ではなされていないというふうに認識しております。このような側面からの評価も今後は必要なのではないかと感じておるところでございます。

精神的健康状態を見る簡便な指標の一例でございますけれども、例えばWHO-5という指標がございますが、このような簡単な質問紙で6件法で答えていただくことによってある程度の精神状態を把握することができるというような指標もございますし、あるいは我々のセンターにおきまして13項目の項目を聞くことによって、個人の生活の満足感ですとか社会に対する満足感、地域生活における満足感、健康に対する満足感、これら4因子構造を総合的に把握することができるような指標も開発しておるところでございます。こういった問題がありますと鬱を発症するリスクが5倍高いということも明らかにしてまいりました。このような視点からもぜひ評価をしていくべきではないかと感じておるところでございます。

一方で、翻って世界のヘルスケアに関するデータベースを見てまいりますと、これは医療のデータベースでございますけれども、欧米諸国におきまして様々なデータベースがあるかと思えます。これらのデータベースを用いた研究活動も盛んに行われておりまして、欧米のデータベースではトップジャーナルに載るような研究成果も徐々に始まってきたところでございます。

例えば比較的介護に関するデータといたしまして、これはイングランドの医療データベースを使った研究活動でございますけれども、まず指標の開発用のコホート、2万2000人のデータを使って指標を開発しました。具体的にはICD-10のコードに基づいてフレイルのリスクを把握しようというような指標でございます。この指標が全国コホート、100万人を超えるコホートでどのような意味を持つのかというような研究を行った結果でございます。

具体的には認知症ですとか麻痺の状態、筋骨格系の状態ですとか様々な疾病コードをこのようにオッズをつけまして、それらの疾病を持っていたら点数が加算されているというような評価方法でございますけれども、これが低リスク、5点未満、5点から15点、15点以上というような形でリスクを分けて見ますと、明らかに入院30日後の死亡率ですとか入院期間、あるいは再入院ですとか、このようなリスクを層別化することが可能だということが明らかになって、「Lancet」というトップジャーナルに掲載されております。

また、これは「JAMA」に載った研究でございますけれども、アメリカのメディケアのデータを利活用した分析でございますが、発症から90日以内で早期リハビリテーションを開

始すると、それ以上に時間がかかった方に比べて明らかに死亡率が低くなっているというような治療の効果検討もなされて、研究としても非常に重要な結果が出されたというところでございます。ぜひこのような研究者にとって使いやすいデータベースを構築していただくことによって、今あるデータで新しいソリューションを開発する余地も十分あるかと思っておりますので、そのような観点からのデータの組み立てというのにも必要なのかなと感じておるところでございます。

最後に介護データのこれからの利活用という形でお話をさせていただきますと、利活用の着眼点といたしましては、先ほどからございますように、1つは個人のためにということで、エビデンスに基づく最適化されたケアをいかに実現していくかという点からデータを利活用するという側面と、もう一つは、社会全体として、例えばこれは一側面ですが研究への利活用を促進して社会還元をいかにしていくかといった側面があるかと思っております。

しかしながら、この2つはデータの収集という観点からは相反する関係にございまして、研究目的といたしましてはできるだけ詳細なデータが欲しいところではございますけれども、実際にデータを収集する現場としてはあまりに収集するデータが多くなれば、それは負担になるだけで、なかなかPDCAに追いつかないというような問題も出てまいりますので、この辺りのバランスをどのように取っていくかというのが大きな課題であろうと認識しております。

そのような観点から、イギリスの例が参考になるかと思って持ってまいりましたけれども、イギリスでは高齢者介護をシステムチックに行うために、interRAIですとかMDSの導入がなされて、結果として当初なかなかうまくいかなかったという経緯がございました。その理由としてのレポートを見てまいりますと、1つは施設内ですとか施設間でのコミュニケーション、連携不足が背景にあったであろうということ。そして、リーダーシップが取れる人材が不足していたということ。また、評価ツールに関するスタッフの知識と熱意が不足していたと。この辺りはきちんと教育をしなければいけないということ。

また、使用しにくい評価ツールであって、なかなか介護スタッフの先ほどリテラシーという問題も御指摘がありましたけれども、そういった問題から導入が難しい。さらには、有効利用ができていない。これはPDCAを回すために何らかのフィードバックがあって、それを解釈して使っていかなければならないわけですがけれども、その部分がなかなかできなかったということ。さらには政府の方針が不明瞭であったというような反省点があったそうでございます。

そして、現在においては9つの基本原則をもって導入を進めているということですが、1つはケアホーム入居者支援に最も重要なことに対する体系的なデータ収集ということで、ある程度スコープを絞ってやるということかなと解釈しております。また、エビデンスに基づいたデザインと内容でなければならぬということ。さらにはスタッフのデータの共有における負担、そして重複がある場合にはそれをきちんと削除するということ。また、デジタルケア計画及びシステムの導入も必須であるということ。さらには、ケ

アホームサービスに関する情報、入居者に関する個人レベルのデータ、入居者をサポートするスタッフ配置モデルに関する情報が含まれるが、各施設の労働力を特定する個人レベルのデータは含まれないということ。また、ケアホーム内でのデータや入居者あるいはケアサービスに関する外部データをいかに統合するかということ。そして、安全なアクセス環境下でデータを共有して、さらにはプライバシーをきちんと保護するという。また、データ統合プラットフォームを用いたデータの収集・共有、利用ということで、散在するシステムではなくて統合していくことが重要であろうということでございます。

また、最終的には国家的なインフラと既存のデータシステムとの統合、こういったことが重要であろうと言われておりまして、日本におきましても同様の観点からの評価が進められる必要があるのかなと感じています。

まとめのスライドでございますが、最後に一つ強調しておきたいのは、ケアの実践現場での負担をできるだけ減らしていかないと、なかなか継続的な入力につながっていかないと考えますし、あとは効率よくPDCAを回していくためには、やはり少しスコープを絞った形で、そして意味のあるデータをきちんと伝えていくというようなフィードバック、データの構築でないとなりません。取りあえずデータをたくさんとっておこうという形になりがちかと思っておりますので、その辺りを事前に検討しておく必要があるのではないかと感じております。

また、研究といたしましても、あまり膨大ですとクリーニング作業等々に時間がかかって、そこで力尽きてしまうということもございまして、ある程度情報を絞った形で意味のあるデータの提供が必要かなと感じておるところでございます。

以上となります。どうも御清聴ありがとうございました。

○荒井主査 ありがとうございました。介護情報の考え方につきまして、御自身のデータも含めて、そして海外のデータ、成功事例と失敗事例も併せて御説明をいただきました。

構成員の先生から御質問をお受けしたいと思っておりますけれども、御質問、御意見のある方は挙手をお願いいたします。それでは、田宮構成員からお願いします。

○田宮構成員 貴重な御発表をありがとうございました。非常に網羅的にまとめていただいて助かります。ありがとうございます。

先生も御自身、最後の課題で述べていただいている研究と現場のバランスのところ、私もいつも自問自答しながら思っていることがあるので、コメントというか、先生の御意見も含めて伺いたいと思いました。

先生のスライドの27ページにありますように、社会のためにと個人のために。そして、両方とも相反するものなのでバランスが必要という御意見だったのですが、研究の中にも幾つかありまして、先生がやっていらっしゃるように現場の質をともに上げていくような研究と、それから新たなケア方法ですとか治療法とかを開発するための研究と、ちょっと性質が違うわけですね。現場の質を上げていくためのものというのは、社会のためであり、また現場のためでもある。また一方では、先生たちもよくやっていらっしゃる

と思いますが、市町村との共同研究などを依頼されますと、市町村でこれだけのデータがなかなかハンドルできないので、市町村のレベルアップのためにもほかと比較したりして本当に妥当な知見を出したいと思っていらっしゃる方もおられますし、市町村だけではなくて介護事業所からも依頼を受けたり、大学がすることもございます。なので、そういう研究のニーズもあるので、それは今のお話で言うところとちょうど間といいですか、現場をよくするための研究というのも必要だと思います。つまり、研究のためと個人のためというのが分かれるわけではなくて間に入るものもあると思うのですけれども、その辺、先生も課題で出しておられたところなので、何かお考えがあれば伺えればと思いました。

○島田構成員 御指摘ありがとうございます。まさに先生おっしゃるとおりで、私も完全に先生のお考えに同意いたしますけれども、先ほど申し上げましたのは、データを収集するという点に限って言うと、研究者としてはなるべく多くのデータが欲しいところであるかと思うのですけれども、それをいざ収集するという形になりますと手間暇がかかりますので、その辺りはどこで折り合いをつけるのか、その折り合いをつけるためには特に重要な項目を絞っていく作業が非常に重要であろうというような観点からお話をさせていただきました。どうもコメントありがとうございます。

○田宮構成員 ありがとうございます。既にあるデータ、既存のデータのリンケージなんかもその辺が広がると研究上は現場に負担もかけずにできることがまだまだあると思いますので、その辺をできるといいなと思います。

○島田構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、小玉構成員、よろしく願いいたします。

○小玉構成員 荒井主査、ありがとうございます。島田先生、本当にすばらしい御発表をありがとうございました。大変勉強になりました。

WHOの中でもhealthy agingというところで機能的能力、あと基本的な生活状態をちゃんと把握して改善するというのが最後に先生からお話いただいた意味のある生活の状態の見方につながるのかなと思いました。

1つ教えていただきたいのですけれども、最後にMDSのところでもいろいろ個人の状態もデータとして最小限取り上げるということだったので、各施設の労働力を示す個人に対するそういった内容は取り入れないのだという話がありました。これは例えば介護サービスみたいなものがどのように行われたことがあるのかみたいなことは含めないという考え方なのではないでしょうか。教えていただくとありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○島田構成員 小玉先生、ありがとうございます。ここの部分について、私もちょっと読み込みが不足しておりまして、なかなか十分な御回答ができないのですけれども、各施設の様々な施設を反映するような指標があらうかと思っておりますので、そういったものについては個別に示していくと、施設評価等々にもつながっていくのかなということもあって、伏せる部分と公開する部分を切り分けていると理解しております。少し深めて勉強しておき

たいと思います。御指摘ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。臨床の現場でもPRO、Patient Reported Outcome というものが通常評価の項目になってきていますけれども、やはり介護の現場でもQOLの評価ということは極めて重要なのではないかと思います。

これは海外での例えばMDSの失敗の原因とか、interRAIの失敗の原因とか、そういった分析はなされていますでしょうか。あるいは同じようなことを試みる国があると思うのですが、その国々で集めている情報がうまくワークしているかどうか、そういう国際的なプロジェクトに関するリサーチというものはどうでしょうか。

○島田構成員 私からよりも多分、厚労省からのほうが詳しい内容を御存じかとは思いますが、私の知る範囲で申し上げますと、先ほども少し申し上げましたけれども、様々な使う側の教育体制というか意識の醸成がなされていないと、幾らいいシステムであっても使いこなせない、あるいは適正な入力をいただけないというようなところもあるかと思っておりますので、そういった教育体制、研修体制というか、その辺りも含めて一緒にやっていく必要があるのではないかなと思いますし、あとは先ほどから少し申し上げておりますけれども、本当に必要な項目を精査して、できるだけ負担を減らしていくような見せ方をしないとなかなか理解が得られないのかなと思っております。

厚労省のほうから。

○荒井主査 事務局から今の海外における経験といいますか、事例の検討といいますか、そういったものについてはいかがでしょうか。今のところはないということですね。

○福田介護保険データ分析室長 はい。

○荒井主査 何かそういう研究者も多分おられると思いますので、そういうデータも集めていただいて、このLIFEのデータベースをどういうふうに入力を適正化していくかということの参考にしていただくのは非常にいいアイデアかなと思っております。ありがとうございました。

それでは、続きまして、議事の4「利用者自身や介護事業者等が閲覧・共有することが適切かつ必要な情報の選定、記録方法の標準化などについて」に進みたいと思います。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○大西課長補佐 事務局でございます。それでは、お手元の資料4を御覧ください。スライド2は改めまして資料1でも示させていただきました全国医療情報プラットフォーム（将来像）でございます。医療法人博仁会様、島田構成員からヒアリングさせていただいた内容から、このプラットフォームの図もより理解いただきやすいものになったのではないかと存じます。介護情報としては、認定情報、ケアプラン、レセプト、ADLなどを含めるべきものは何か、どの情報かを御検討いただきたいと思います。

次のスライド3、介護保険制度における利用者に関する主な介護情報も資料1で示させていただいたものの再掲でございます。これらの中でどの情報をまず優先すべきものとして選ぶべきかを以後御検討いただきたく存じます。左列、どの介護情報、書類、文書か、

右列、どの情報項目かをお考えいただきたく存じます。

次のスライド4、医療分野における共有対象として選ばれた3文書6情報については、医療の先例でございます。3文書とは診療情報提供書、退院サマリー、健診結果報告書を指し、6情報とは傷病名、アレルギー、感染症、薬剤禁忌、検査、処方情報を指します。この3文書6情報が考えられた経過等は、第1回ワーキングにおいて医政局から説明をさせていただいておりますが、関連の調査研究等に基づき、共有ニーズが高く、医療機関同士で既に多くやり取りをしていて、現場に過度な新たな負担をかけないもの、実現可能なものとして選ばれてまいりました。

介護においても3文書6情報と同様に、共有すべき文書、情報を御検討いただき、データヘルス改革工程表に従い、まずは遠い将来ではなく、2025年頃をめどに優先的に共有すべき文書、情報を絞ることができるよう御議論いただきたいと考えております。

次のスライド5、科学的介護情報システム（LIFE）を御覧ください。こちら第1回ワーキングの再掲となるスライドでございます。介護事業所間で既にやり取りしている情報として、LIFEは代表的なものとなっております。LIFEは表のとおり、関連の加算算定に必要な情報を中心に搭載しており、一定のルールに従ったデータが集められております。

次のスライド6は、このLIFEと介護ソフト、アセスメント様式との関連を示すものでございます。介護事業所によって利用されている介護ソフトは、例えばAソフト、Bソフト、Cソフトと様々で、対応するアセスメント様式もAアセスメント、Bアセスメント、Cアセスメントとそれぞれでございます。しかし、多くの介護ソフトではLIFEとの対応ツールが備えられておまして、LIFEに提出されるデータは同じ形式の情報となっており、国に集められております。よって、現在のLIFEは規格化された情報が集められたものとなっております。

次のスライド7は参考資料です。LIFE関連加算におきましては表でお示ししますように各加算に対応する様式に従った情報の入力が必要とされています。

次にスライド8を御覧ください。以上から論点としてまとめさせていただきたく存じます。

まず1点目、本ワーキングでは、利用者本人の閲覧、事業所間及び市区町村が共有することが特に有用であり、かつ可能であると考えられる情報について、優先的に共有すべき情報について検討してはどうか。

2点目でございます。医療においては、既に定型化され、関係者間で共有されている3文書6情報が、まずは共有すべき情報とされたことも参考にすると、介護情報において事業所間等で共有すべき情報、利用者自身が閲覧可能な情報としてはどのようなものが考えられるか。

そして3点目でございます。介護情報の性質が様々であることを踏まえ、2025年をめどに実現する可能性を考慮すると、全国医療情報プラットフォームを用いて、閲覧・共有する情報の選定に当たっては、まずは、記録方法や様式が一定程度標準化された情報や文書

を念頭に検討してはどうか。これらについて御検討いただけますと幸いです。

このスライドの下には目指すべき姿（案）と方向性も示しておりますが、これは資料1で示させていただいたものを再度記載したものです。論点で議論いただく情報の共有化、この目指すべき姿と方向性にできるだけ近づくよう、御本人、介護事業者、市区町村に役立つものになるよう御議論をお願いしたく存じます。

あとスライドは2枚になりますが、次のスライド9、対応方針（案）を御覧ください。これらのため、対応方針として以下について御検討をお願いしたく存じます。まず、介護情報のうち全国医療情報プラットフォームを用いて共有することを目指す情報は、当面の間、以下のいずれの要件も満たすものとしてはどうか。まず①本人が閲覧したり、介護事業所間、市区町村等で共有することが有用と考えられる情報。それは1ポツ目、利用者の自立支援・重度化防止に向けて、本人や専門職等が共有することが有用な情報、そして2ポツ目、地域の実情に応じた介護保険事業の運営に有用な情報です。次に②記録方法や様式が既に一定程度、標準化されている情報でございます。

そして、○の2つ目、上記の要件を満たすものとしては、具体的には以下の項目などが実現性のあるものとして考えられるのではないかと。要介護認定情報、請求・給付情報、LIFEで収集している情報、ケアプランでございます。

ただし、最後の○ですが、それぞれの項目には様々な様式や情報が含まれるため、閲覧・共有する具体的な情報の範囲並びに必要な標準化方策については、個別に検討が必要と考えます。

共有すべきはどの情報か、どのように記録するかを今回御議論いただくにおいても、御本人が閲覧するためか、介護事業所間の情報共有のためか、市区町村かによっても目的、共有の仕方も異なるものと存じます。まず本日においては、優先的に共有すべきものを御議論いただきますが、共有すべきとされた情報項目においても様式、情報内容は様々でございますため、誰が共有できるか、どうやって共有するかについてなど、今後、個別に検討する必要があるものと考えております。

最後のスライドは参考資料でございます。一部の文書、一部の情報となりますが、文書と情報を表にまとめさせていただいたものをお示しさせていただいております。

以上、説明を終わります。

○荒井主査 ありがとうございます。

時間の関係で、ここで厚生労働省参与、葛西参与から情報共有に当たって踏まえるべき点などについて、また、本日の議論内容につきまして御助言をいただきたいと思っております。それでは、葛西参与、よろしくお願ひいたします。

○葛西参与 ありがとうございます。葛西でございます。時間もあまりありませんので簡単に幾つか技術的なことでの留意事項と、冒頭から幾つかの御質問をいただいていたと思うので、次回以降の検討でも参考にいただければという内容をお伝えしたいと思います。

まず1つ目ですけれども、プラットフォームの性能に関してでございます。プラットフ

フォームの性能は、例えばオンライン資格確認であるとか電子処方箋のようにプラットフォームの技術的性能は即時に共有することが可能になっています。ただ、間で即時じゃない話が出てくるなと思われると思うのですが、収集しているデータのタイミングによってまちまちです。月次で収集しているものであったり、保有主体によってタイミングが違うわけなのですね。なので、LIFEの情報を突然この全国医療情報プラットフォームに渡したところで、LIFE自体は四六時中情報を収集していませんので、これは即時に収集、シェアはできません。なので、プラットフォームの性能の議論と収集しているタイミングの議論、これは分けていただく必要があるかな。プラットフォームは即時にやることができます。

ただ、プラットフォームはもう一つ条件がありまして、コストであるとかはもちろん条件なのですが、SS-MIXとHL7 FHIRという二大標準が今のところ日本ではあります。今日お話しいただいた地域医療連携で使っているものはSS-MIXという標準でございまして、これから全国医療情報共有で使おうとしているのはHL7 FHIRという国際標準に適応していこうと考えています。なので、これも即座に地域医療連携で使っているものをつないだら急に情報が共有できるわけではないということを御留意いただければと思います。

3点目ですが、LIFEの話などが出てきて、今日、まさにそのとおりだなと、私も一応研究員でもありますので思っていたのですけれども、いろいろな情報の中から共有に資する情報を取り出すことが大事だということをお話しいただいてそうだと思うのですが、その際に何か一つのデータレイクに全部入れて、それを全研究員がリアルワールドデータをつつくようなイメージを持たれる方が多いのですが、そういう形で検討は進んでおりません。コホートはコホートでそれぞれのリサーチクエストごとに解析ができるように考えているはずでございまして、あくまでシェアしたデータは1か所に集まるような形になっていますけれども、全てのデータが10年間全部保有されるとかいう話ではございませぬので、そこも御留意いただければと思います。

大体以上なのですけれども、1点だけ最後に、やはり一番重要なのはどちらかというところ標準化をする体制であるとか、標準化を維持する体制などがすごく大変なのですね。なので、そういった人的状況であるとか、もう一つがHL7 FHIRは医療では有名ですがけれども、介護にそのような標準はございませぬので、介護の電子的標準をどうつくっていけばいいかという業務的な観点での御議論をまずいただいた上で、技術的には私どものような技術者が何とかそれを実現しようとするような立場でございまして、御質問等があれば意見をいただければ厚労省の要請に従って私は助言をいたしますので、技術的な観点にあまり制約を持たれて議論されなくていいかなと思いますので、その点だけお伝えしたいと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、今の事務局からの御説明に対して、あるいは葛西参与に対して御質問、コメント、御意見があれば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。

能本構成員からお願いいたします。

○能本構成員 ありがとうございます。能本でございます。

まず質問ですが、特に優先的に共有すべき情報について、医療のほうが3文書6情報ということが引き合いに出されていますので、この程度の情報量を見込んでいるのか、あるいはここには特別制限を設けなくていいのかということの一つ伺いたいと思います。よろしくをお願いします。

○荒井主査 事務局、お願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。必ずしもこの3文書6情報に限るという趣旨ではございません。しかしながら、医療ですとか介護ですとか様々な情報共有についてこれまで議論されている中で、どちらかという介護よりも一歩先に進んで議論されている医療分野において、一定程度、これぐらいのボリュームの情報が共有されるものとして、まず挙げられていると。このような現状についてイメージを醸成するという観点でお出しさせていただいたという趣旨でございます。

○能本構成員 ありがとうございます。なぜかといいますと、介護は生活を支援するという観点から情報量が非常に増えてくると思いますので、なるべく多くの情報が入られることが望ましいかと思ひまして、意見いたしました。

以上です。

○荒井主査 では、高橋構成員からお願いいたします。

○高橋構成員 ありがとうございます。葛西参与にお聞きしたいのですが、地域の中で介護情報の共有化を考える上では、情報のやり取りというのは今後、必須なのだろうなど。標準化という意味では、特にLIFEなどはREST APIとかHL7 FHIRというなかなか難しいところなのかなと思っているのですが、1つは、最後に葛西参与が言われたガバナンスの問題ということと、それから、例えば医療で言うと診療情報管理士とか医療情報技師という人がいると思うのですが、介護ではそういう人がいないですね。介護情報管理士とか介護情報技師とか、これからネットワーク、サイバーセキュリティ対策も含めてそういう者が必要なのではないかなと思っているのですが、いかがでしょうか。

○荒井主査 事務局、いかがでしょうか。

○葛西参与 お答えしましょうか。

○荒井主査 お願いします。

○葛西参与 まず、医療分野でもいろいろな役割の方がいらっしゃるしまして、例えばがん登録のようにかなり精密にデータを取っている場合にはその資格を持っている方でないとデータは当然コントロールできないのですね。ただ一方で、そこまでの情報の精度を求めない場合ですと、そこまでの役割の人が必ずいる必要はないという状態で、情報の質によって役割は違うと思います。

ただ、一方で、病院はおっしゃるとおり情報管理をドクターがまずやられているということが前提になっているので、その辺り、介護の場合、誰が情報管理をやることになるの

かということは御議論いただく必要があるかなというのが1つです。

それから、LIFEについての技術的な御質問なのですが、データ自体は別にSS-MIXだからFHIRにならないかということでは実はなくて、データベース自体は根本から見直すことになるのですが、移行することは比較的できることはできるのです。ただ、一方で、XMLという電子的記述方法と、もう一つは、XMLでの記述方法を決めただけでは駄目で、データを交換する技術ですね。APIというのですけれども、これが介護分野は全くつくられていないので、これがかなり重たい状態でございまして、先ほどお話がありました、例えばヒューマンブリッジであるとか、そのほかの他社さんの製品もたくさんあるわけなのですけれども、そういった地域医療連携で使っているシステムインフラストラクチャーをどう見直す必要があるかというところは技術的には課題があると思います。

以上2つ、お答えになっていますでしょうか。

○荒井主査 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○高橋構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 では、時間の関係で、今手が挙がっている小玉構成員、島田構成員、江澤構成員までとさせていただきます。

それでは、小玉構成員からお願いいたします。

○小玉構成員 荒井主査、ありがとうございます。葛西先生から大変詳しい説明をいただいてありがとうございます。歯科医師会も歯科診療情報の標準化という形でHL7 FHIRを基にデータの形式をどう整えるかというところで厚労省さんと話をさせていただいているところです。やはり個人情報保護の観点とか、あとまた介護情報ではマスで取ればそういったことが個人につながらなければいいかなと思うのですけれども、先ほどもデータが何年もずっと蓄積されてそのまま保存されるわけではないというお話があったりとか、やはり情報量とか、あと情報の保存期間とか、一部個人情報に関わることでありますとか、先ほどガバナンスの話もありましたけれども、そこは安全に、どこにストックしておくかというようなところがあったり、HL7とほかのデータの方式との変換でありますとか、いろいろな技術的な問題はあるかと思うのですけれども、そういったことは大体、介護も医療も含めた情報の活用という部分では、しばらくすれば解決されると考えてもよろしいのかどうか、教えていただきたいのですけれども、どうでしょうか。

○荒井主査 いかがでしょうか。これは事務局ですかね。

○福田介護保険データ分析室長 個人情報を医療分野あるいは介護分野でストックしていくことについて、どのようにこれから道行きとして解決されるかというふうな御質問と受け止めております。個人情報の扱いは、医療分野に限らず、研究とか様々な議論、個人情報との兼ね合いを含めながら議論されているところだと思いますので、そういったところの議論の進捗と合わせて、当然解決される部分と引き続き課題になる部分があるかなと考えております。

すみません。あまりお答えになっていないかもしれませんが。

○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、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 ありがとうございます。今回提供するデータの内容ですけれども、事務局から提案された要介護認定情報ですとか請求・給付情報、LIFEケアプランということで、現実的にそれらがいいのかなと私も思いますけれども、例えば診断名について、これは医療のほうからも当然データが挙がってくるわけだと思いますが、それらが重複した場合にどちらが優先的に登録されるのか。重複がないようにしたほうがいいと思うのですけれども、その辺りの調整はどのように進めるのか、教えていただけますでしょうか。

○荒井主査 これは事務局から何かありますか。先ほども病名の話が出ましたけれども。

○福田介護保険データ分析室長 御意見ありがとうございます。これから議論を煮詰めていくに当たって、解決すべき課題というか御懸念の一つかと思います。こういったことも御意見とか御議論いただきながら、今後検討していきたいと考えております。

○荒井主査 では、江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。9ページの対応方針（案）について意見を申し上げたいと思います。まず、世の中には莫大なコスト、投資をしているにも関わらず、あまり利活用されていない、例えば地域の情報ネットワークシステム等があります。費用対効果を考えるとかなり厳しいものがあるのも実情です。それから、介護サービス情報公表制度も国民のために立ち上がったシステムですけれども、一般国民はほとんど閲覧しておらず、むしろケアマネジャーさんのほうがよく利用されているという実態になっているので、本来の目的にかなった方向性とか情報の利活用のシステムというのは重要ではないかなと思っています。

その中で、9ページに要介護認定情報から4つの情報が出ておりますが、例えば、冒頭に申しましたが、主治医意見書などは、もちろんこれは自治体によって様式が異なるところもありますが、項目的にはほぼ同一の項目ではないかと思っておりますので、そういったものも検討する必要があるのではないかなと思っています。

最後の1点は、ぜひ利活用する側のコスト負担の軽減という点もいろいろ御配慮をお願いできればと思っています。特にオンライン資格確認、あるいはケアプラン情報連携システム、一定程度、利活用する側には負担が当然かかってくるわけですけれども、今後こういったことが医療や介護のかなり広い分野で進むにつれて、その辺りも十分御配慮いただければと思います。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

御意見いただきましたけれども、そのとおりにかと思えます。このワーキングでまた検討をしていくべきポイントかなと思っています。ありがとうございました。

たくさんの御意見をいただきましたけれども、時間の関係で質問を限らせていただきました。申し訳ありません。また次回以降の課題とさせていただきたいと思えますし、何か

特定の御意見があれば事務局までお寄せいただければと思います。

それでは、予定された議事につきましてはおおむね議論がなされたと考えておりますし、そろそろ予定した閉会時間が近づいてまいりましたので、本日の議論はこの辺りまでとさせていただきますと思います。

事務局から何かありますでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 特にございませぬ。

○荒井主査 では、本日の議論はここまでとさせていただきますと思います。

最後に、事務局から次回の日程などについて連絡事項をお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 次回の日程は、追って御案内させていただきます。

以上でございます。

○荒井主査 それでは、本日はこれで閉会とさせていただきますと思います。構成員の皆様、どうもありがとうございました。