

○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3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、日本看護協会 齋藤構成員、筑波大学 田宮構成員は御欠席と伺っております。また、お二方からは意見書をいただいておりますので、後ほど御紹介させていただきたいと思っております。

また、本日はヒアリングのため、長崎大学病院医療情報部 松本武浩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・録画を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。

なお、構成員の皆様方、御発言される際には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、よろしくお願いたします。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、よろしくお願いたします。

それでは、以降の進行につきましては荒井主査に議事進行をお願いしたいと思います。荒井主査、よろしくお願いたします。

○荒井主査 皆さん、こんにちは。主査を拝命しております長寿研の荒井でございます。本日は、どうぞよろしくお願いたします。

まず、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 それでは、資料の確認をさせていただきます。

資料名は割愛させていただきますけれども、資料の1から資料の5、加えまして、参考資料として開催要項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っております。

まず、議事の1「共有すべき介護情報に係る検討について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○大西課長補佐 それでは、画面を共有させていただきまして、資料1について御説明をさせていただきます。

共有すべき介護情報に係る検討について、2ページ目からは、これまでの議論と今回御議論いただきたい内容についてお示しをさせていただいております。第2回ワーキンググ

ループにおける資料を再掲させていただいておりますが、スライド3、前回になりますけれども、第2回ワーキングにおける論点と目指すべき姿（案）と方向性についてお示しをさせていただきます。

次のスライド4を御覧ください。第2回のワーキンググループにおきまして、対応方針案として以下のように共有をさせていただきました。

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を満たすものとしてはどうか。

1つ目が有用と考えられる情報、2つ目が一定程度標準化されている情報と条件をつかまして、これらの要件を満たすものとして、具体的には赤枠で囲いました4つの情報項目が実現性のあるものとして考えられるのではないかと御共有いただきました。その4つの情報というのは要介護認定情報、請求・給付情報、LIFE情報、ケアプランでございます。

今回、第3回のワーキンググループにおきましては、この4つの情報の中で、具体的にどれほどの情報項目が共有する優先度が高いか、また、そうした共有を考える際に、どのような留意すべき事項があるか。こうしたことの御意見を賜りたく存じます。

次のスライド5は、全国医療情報プラットフォームの将来像でございます。この全国医療情報プラットフォームは多様な仕組みによって各情報を連結し、有用に役立てていこうとするものでございます。この中で、赤枠で囲ったところが介護情報に該当するところでございますけれども、この赤枠のところはまだ案でございまして、本ワーキンググループにおきまして、どの情報を実際にこうしたプラットフォームに搭載すべきか、そのことを御議論いただきたいと考えております。

次はセクションの2つ目、各主体における介護情報の共有に関する課題と情報の共有が進んだ場合に期待される効果についてでございます。この各主体というのが4つ、利用者、介護事業者、医療機関、市区町村と並べさせていただいております。

スライド7は利用者についてです。課題、そして、情報を共有された場合に期待される効果を書かせていただいております。

まず、課題です。自身の状態が中長期的に見てどのように変化しているかについて必ずしも把握できていない。また、自身の介護に関する情報を一元的に把握することが難しい。このような課題から情報が共有された場合、介護事業所でアセスメント・記録された自身の身体機能等の情報を知ることができる、記録を経時的に振り返ることにより、自身の状態変化を確認することができる。また、自身の介護に関する情報を散逸せず、必要なときに閲覧できる、こうしたことが期待されるのではないかと。

次にスライドの8ページ目、介護事業所における課題と期待される効果でございます。まず、課題は同一利用者にサービス提供する事業者で、事業所で行われたアセスメント結果が必ずしもケアマネジャーに共有されておらず、ケアプランに反映させることが困難である、こうした課題が現在あるかと思っております。また、介護事業所間でお互いのアセスメント結果について、必ずしも共有することができていない、こうしたところもあろうかと

思います。いずれも必ずしも行うことができていないのではないかと考えております。

情報が共有された場合、同一の利用者にサービスを提供する事業者が事業所で行われたアセスメント結果をケアマネジャーがタイムリーに閲覧することができるようになることで、ケアプランの見直しをスムーズに行うことができるようになる。また、同一利用者にサービスを提供する事業所で行われたアセスメント結果を知り、自事業所、当該の事業所のサービスの見直しを行うことができる。例えば他事業所の理学療法士等の専門職により提供されたアセスメント結果を参考に、御本人のさらなる自立支援に向けた介護サービスを提供することが可能となるといったことが期待されようかと思っております。

次にスライド9、医療機関における課題と期待される効果です。

課題として、現状では患者さんのふだんの生活における身体機能や認知機能等の状態について情報を得ることが難しいことがございます。

期待される効果として、担当される患者様について、ふだんの状態、身体機能や認知機能等を知ることができ、疾患を治すのみならず、ご帰宅後の生活を見据えた、より早期のリハビリ導入や適切な医療の提供、介護サービスとの連携、こうしたことが可能となる、このような効果が期待されます。

スライド10、市区町村における課題と期待される効果でございます。

まず、課題は自らの市区町村の被保険者が受けているサービスの実態について把握が難しい。また、自市区町村内の事業所別サービス利用者特性や、そのサービスを利用した利用者の状態変化等について把握することが難しい、このような課題があるかと思っております。

情報が共有された場合、被保険者が受けているサービスの実態を把握し、被保険者のニーズに基づく介護保険事業に係る計画の策定や事業の運営に活用することが可能となる。また、事業所別サービスは利用者特性を把握することにより、地域の実情に応じた介護保険事業の運営が可能となるといったことが期待されます。

そうしたところから、次は本日の検討の進め方についてお示しをさせていただきます。

まず、この資料1の御説明の後、介護事業所と医療機関との連携等についてヒアリングを行わせていただきます。こちらは資料2を使ってお話をいただきます。

そして、本日の後半となります議論におきましては、共有すべき情報として一定合意されている、先ほど赤枠で示させていただきました4つの情報に含まれる各種様式をそれぞれ御確認いただきながら、各自治体内での介護サービスを、より適切かつ安全に提供する観点から、まず関係者間で優先的に共有すべき情報や、共有に当たり留意すべき事項等について、情報共有の主体別に御意見を賜りたいと考えております。

資料1の説明を行わせていただきました。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいま事務局から本日の進め方につきまして説明がありました。もし、御質問があればお受けしたいと思いますけれども、基本的には次に進ませてもらいたいと思っております。どうしてもという方は挙手ボタンを押していただければと思います。ないですか。

それでは、続きまして、議事の2「ヒアリング」に進みたいと思います。本日は、長崎大学病院医療情報部 松本武浩先生より「地域医療情報ネットワーク『あじさいネット』の医療と介護の情報共有について」、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、松本先生、よろしくお願いいたします。

○松本参考人

長崎大学の松本と申します。よろしくお願いいたします。

我々はいわゆる地域医療情報ネットワーク、地連と略されていますけれども、そういったものを2004年からやっております。そんな中、もともと医療連携が主ですが、経過中には在宅医療を主とした介護との連携も進んできておりますので、そういった観点から御紹介いたしたいと思います。

これは日医総研が調査した地連に関するアンケート調査ですが、これは、毎年のように実施されているものですが、これによると地連は、全国に270か所ぐらいあるということで、地連の構築自体は、全国に広く普及しております。

まず、我々の地連であるあじさいネットの沿革を紹介します。こういったネットワークは2001年に経産省の電子カルテの共有モデル事業というものがあまして、これがきっかけになっていると思います。我々もこの取り組みからヒントを得たところもありますが、2004年に長崎県の長崎空港のある大村市の国立病院機構の病院の電子カルテを地域の31か所の大村市医師会の診療所でリモートデスクトップの技術を使ってカルテを共有して始めたというものが最初です。

これは、拠点病院が少ないローカルな地域で、1つの病院のカルテを地域の医療機関で共有するという、N対1連携といいますが、これの、最初の臨床利用例だったと理解しております。

それから、2009年、先ほどのスライドにも示したように、地連が全国に急速に広がってきたのは、地域医療再生基金、その後の地域医療・介護総合確保基金を、地連構築に使っていいということになったものですから、それをきっかけに広がるのですけれども、我々は2009年、この地域医療再生基金を使って、拠点病院に対し初期導入・構築費用を半額補助することによって、このネットワークを全県に広げようということを長崎県が支援してくれましたので、これをきっかけに大村市から長崎県全県に広がることになりました。

1つの病院を利用するN対1に対して、今度は、いろいろな病院のカルテを利用するというので、N対N連携といいますが、複数の病院が参加するだけに運用は、N対1よりも難しいとされるのですが、これも、最初に臨床現場でうまく運用できたのは我々かなと思っています。

また、多くの地域は、それまでこういったネットワークがなかったので、ネットワーク構築そのものに基金を使っているケースが多いのですが、我々は既に基金が利用できる以前から運用していましたので、むしろこの基金を地連自体の機能強化に使っております。

具体的な内容を後で紹介します。

さて、あじさいネットの在宅介護での利用ですが、長崎県の中では長崎市が最も在宅医療が進んでいるのですけれども、2014年頃より長崎市を中心として、あじさいネットの在宅医療での活用が始まりました。また、同時に訪問先の患者宅での利用のためにVPNによる同じレベルのセキュリティー対策を施したアップル社製iPadでの利用も始めております。

その後も、基金を使って様々な機能強化を実施しているのですが、2020年に新型コロナがまん延した際に、我々はオンライン診療の普及が必要だと考えまして、オンライン診療のソフトウェアの一つである、YaDocをサービス展開するインテグリティヘルスケア社と我々、あじさいネットが提携し、あじさいネット会員特別価格として、通常より安い利用料金の実現と運用支援を行っています。同時に、YaDocの患者から症状等を入力できる機能を利用したPHR、パーソナルヘルスレコードの運用を開始しております。

このスライドは地域医療情報ネットワークの様々な機能を分類したものです。最も歴史が長いのは、遠隔画像診断です。それから、診療情報を共有した上での日常診療支援、在宅支援、専門診療支援、そしてオンライン診療、PHRといったものがあると思いますが、全国に最も普及しているのは、地域の拠点病院のカルテを共有するという、先ほどのN対1とかN対N、こういった取組が主流になっておりまして、我々の取組の根幹も同様です。

そもそもこういった取組みを始めようとしたきっかけは、我が国の医療システムに起因します。日本の医療の特徴であるフリーアクセス、これは非常に優れたシステムと評価されておりますが、一方であまりにも自由度が高いことから、患者さんが様々な医療機関を自由に受診するので、カルテがいろいろな医療機関に分散保存されてしまう。このカルテ、この貴重な診療情報を共有しようということを考えたわけです。このような医療情報もそうですが、もちろん介護の情報も同じように分散しています。これらを暗号化したインターネットで結んで、それを共有して医療リソースを有効活用しようということになります。

もう一つは、かかりつけ機能の強化をしようと、これは様々な診療情報を集約化することで、かかりつけ機能の強化、ちょうど今、かかりつけ医の定義が法制化されて、今後、かかりつけ医機能を強化しようといった動きがありますが、こういった方向性には非常に合致した仕組みとなっております。

様々な機能がありますが、最も利用しているものは地域の拠点病院のカルテの共有であり、電子カルテの全ての情報を共有しているのが我々「あじさいネット」の特徴です。これは医師記録・看護記録も含めて全て共有しております。スライドのように、地域医療再生基金が使えたのが平成23年からなのですが、このように開始年度が施設毎にバラバラです。このように基金支援によりこういったいろいろなところが五月雨式に基金のつながりが情報開示病院（情報提供病院）が年々、増えてきて現在に至っているのもあじさいネットの特徴になります。今では長崎県全域に広がって、県内の拠点病院はほぼ全て網羅しております。

このようにあじさいネットが広がった中では、かかりつけ医に診療情報を集約できます

ので、高齢の方が様々な医療機関に行ったとしても、そこで拠点病院の診療情報を有効活用できる。さらに、単純に集約化するだけではなくて、逆に専門病院に必要なに応じて患者を紹介する際にも利用します。診断が分からないからとか、治療が自分のところではできない、あるいは、手術が必要であるとか、が目的で紹介するわけですが、このような時もこのあじさいネットが使われております。診断が分からない場合は、その診断過程が全てカルテの中から把握できますので、その診断過程はもちろん、詳細な治療内容、看護やケア内容と紹介することで、患者を通して最新の医療や介護を学ぶことができる。このような生涯教育としての使われ方もかなりなされています。

これは実際の登録数です。全て同意書を取って利用しておりますが、現在、最新で15万9000人の方の患者情報を共有しています。これが毎月約1,000人ずつ増えていっている形です。この総登録数は長崎県の人口128万に対して12%に当たります。最初に運用した県央地区の大村市では人口の50%が登録されています。参加施設は408施設、会員数は1,894、408施設の中には、もちろん介護関係の医療機関も含まれています。ほとんどが、長崎市ですが、訪問看護ステーション23か所をはじめとして介護関連施設も徐々に増えつつあります。

このスライドは地域の拠点病院のカルテを共有したときに、こういったものが共有しているかということ調べています。我々の診療情報共有の仕組みは2つあり、NEC系のID-linkと富士通社のHumanBridgeという仕組みのうちのID-linkのアクセス履歴を分析したものですので、全体の半数ということになるのですけれども、当初スタートしたときには、画像所見とか検査のデータとかの閲覧利用が多かったのですが、ここ6年を見ても、最も多いのは診療記録でした。恐らく医師記録は医療機関が使う。そして、看護記録は介護分野の方々が活用しているのだろうと思っています。

また、ここにあるノートというものが、在宅医療の記録です。ちょうど2020年からコロナの影響が出ていますが、その前後での利用が非常に増えていることが分かります。

また、そういった取組みを進める中で、この青色部分が、この18年間に強化してきた機能です。特に最近強化したのはオンライン診療とPHR機能です。あじさいネットでは、会員の会費だけで運営していますので、こういった機能強化が、あじさいネットの価値をより高めることになり、費用対効果を高め、入会を促進し会費による運営を楽にするということをやってきました。

これがあじさいネットのオンライン診療です。あじさいネットとインテグリティヘルスケア社、両社の提携により両社サービスのデータセンター間を連結しました。通常、オンライン診療には、電子カルテを導入していても、別途インターネットに接続されたタブレットやパソコンが必要なのですが、あじさいネットでは、データセンター連結により、電子カルテ端末から直接このサービスを呼び出し利用できるのです。別の端末の用意が不要です。このため端末コスト削減ができるとともに、対面患者とオンライン患者を順番に診察してもシームレスに診療を進めることができ、利便性が高まっています。

それともう一点、我々がこのサービスを選んだ理由が、PHR機能です。患者さん所有のス

スマートフォンにインストールするアプリケーションでオンライン診療が可能なのですが、同時にこのアプリケーションには、患者さん自身が症状やバイタル情報、体重とか、様々な測定情報や患者状態を入力する機能があり、そして、これらの入力内容が診察時に電子カルテ端末上で確認できるのです。このスライド上で、右側に血圧と脈拍が表示されていますが、それを確認しながら診療ができるという特徴があります。この機能をPHRとして使おうというのが我々のPHRの進め方です。これをオンライン診療のときだけ使うのではなく、対面診療のときも使うことによって、PHRとしての価値を高めています。

ここで、あじさいネットの特徴のまとめを紹介します。

1 点目が長崎県内のほとんどの拠点病院の記録を共有している点です。

共有の種類は医師記録・看護記録で、原則全カルテ情報を共有としています。

診療所からの情報は、後で紹介しますが、外注検査結果と調剤情報を共有しています。

運営はNPO法人の協議会で、ランニングコストは会費のみで18年間運営しています。

在宅・介護情報の共有は拠点病院の電子カルテ情報が表示されているID-linkと、HumanBridgeを利用しているため、医療情報と在宅介護情報をシームレスに閲覧できます、これも後で紹介します。

セキュリティー対策は全情報を仮想専用線であるVPN上のみで共有利用していますので、セキュリティーの堅牢さも特徴です。

診療情報共有に加え、遠隔画像・病理診断、テレビ会議、セキュアメール、動画配信ネットワークパス、周産期支援システム等を追加して機能を強化しています。

オンライン診療は、YaDocを利用したD to P型、D to D to P型はあじさいネットのテレビ会議システムを利用して運用しております。そして、YaDocのほうでPHRの運用を開始している。

本日は紹介する時間がありませんが、ネットワーク型パス、すなわち電子化した地域連携パスも運用しており、これとPHRを使って、最近は臨床研究での活用も始まっています。

今回のテーマである在宅での利用は2014年から始まりました。ID-Linkあるいは、HumanBrigeいずれかの患者カルテを上に、在宅医や訪問看護師をはじめとする在宅チームメンバーがそれぞれ書き込むことでこれを共有しています。これにより誰かが訪問するたびに新たな患者情報が自医療機関にしながら把握できることになります。

在宅医療での情報共有において非常に有益だと考えられていたものは、SNSのような情報共有と聞いております。つまりグループLINEのようなソフトウェアを使って、訪問した各職種が患者に関し気になったことを入力して共有するといったものです。なぜこういったものが必要とされたかという、病院と違って、在宅の場合はそれぞれ訪問するタイミングがばらばらな上に、職種の方々の所属が全部違う。したがって、共通カルテが必要とされたためです。かなり利用されているサービスとしてメディカルケアステーション(MSC)がありますが、これもグループLINEのような形式で情報共有しています。形になっている。このような機能をあじさいネットの中で実現しようとID-LinkやHumanBridgeに各

職種が入力して運用しているわけです。

一方、グループLINEやMCS等は、診療情報を共有するID-LinkやHumanBrigeとは別システムです。在宅医療では、しばしば医療の管理状態から在宅に移行して、在宅管理から再び入院するといったことがありますから、医療と介護は切り離せないですね。別のシステムを利用するとこれが切れてしまいます。同じプラットフォームを利用することによって、医療と在宅・介護が切れ目なく連続性を持って把握できるので、我々の方式の利点があります。

スライドに示しているのは、実際の患者さんですが、退院から在宅に移行して、その後このように、再入院しています。在宅管理中の患者さんが再入院した場合は、その後在宅に戻ることが厳しいと言われていたのですが、この患者さんはこのように在宅に戻っています。なぜ可能だったかという点、在宅の患者さんが入院後、入院中の状態を在宅スタッフがあじさいネットを使って見ているので、退院時の患者状態に対し、自分たちのリソースでそれを受け入れられるかを正確に判断できることから在宅再移行が可能だったとのこと。こういったところはメリットがあるところです。在宅チームは、現在、900のチームがあります。

そして、このような機能を強化する意味で採血検査結果のチーム内共有、これは診療所が外注検査を利用しているの、その検査結果を共有する仕組みを持っています。これが、結果を閲覧する検査ビューワーです。電子カルテやオーダリングシステムを導入していない診療所でも、あじさいネット端末かiPadがあれば、検査の結果を見れますし、それを共有することができます。

薬剤のほうは調剤情報共有システムを県の薬剤師会が運用して、この情報を共有しています。本システムでは、調剤薬局での調剤入力時、重複処方や併用禁忌処方があれば、システム上で警告表示されます。本年1月より電子処方箋が運用開始され、一部の医療機関で運用された結果、全く同じ機能があり、これが極めて有効であると報告されていますが、これを先行して運用していたこととなります。もちろん電子処方箋が全医療機関に普及すれば、この機能は、役目を終えることとなります。ちなみに、本システムには、調剤入力確定時点で、その都度、全薬剤を一覧表示するまとめた調剤サマリーを自動作成し閲覧できる保存される機能も持っています。この2つの機能も訪問診療・在宅医療を支援しています。

さらには在宅医療の質向上、およびそれから、訪問診療従事者の負担軽減を目的として、測定結果を自動取得できるバイタルデバイスを貸し出して、患者宅で利用してもらう取組みも進めています。これらのバイタルデバイスは体温計、血圧計、体重計やパルスオキシメーターとかがありますが、これらのデータを全部自動で取得できます。これは実際のデータですが、全て自動取得で一切手入力がありません。この取組は、今年度のあじさいネットを利用した長崎県の地域医療・介護総合確保基金事業の、在宅介護分野の質向上と医療・介護事業者の負担軽減事業であり、33セットを11医療機関に貸し出して、その効果を

評価する実証事業を始めています。

いろいろな使い方を想定しているのですが、在宅医療では、実際に訪問しなければ、患者状態はさっぱりわかりません。例えば入院だったら病棟でバイタルサインを看護師が測定して記録されているので、常に状態を把握できますが、在宅医療ではそうはいかない、行かなければ分からないわけです。ところが、これを貸し出して本院あるいは家族等にこれを貸し出し使ってもらえば、訪問しない時も時刻刻バイタルサイン等が入ってくる。たとえば、訪問看護で当日の訪問予定の担当患者が5人だとすると状態が把握できない以上等間隔で行くしかないのですが、5人の中には、当日軽い症状の方もあれば、悪化傾向の方もいます。こういうケースで事前に本事業により状態把握ができれば訪問の時間配分や順番、訪問回数とかも調整できるので、訪問をより効率化、最適化ができて負担軽減につながるでしょうし、介護の質の向上にもつながるだろうと考えています。

このスライドはあじさいネットの利用者すなわち会員に向けたアンケート結果です。定期的に実施しており、これは、2018年の結果ですが、「患者にメリットがあると思う」が92.9%、「医療費削減効果があると思う」が87.8%、この結果は、検査データ共有サービスを利用できるからだと思います。それから、「診療の質を向上させると思う」が92.3%、そして、「在宅医療の質の向上に貢献すると思う」が75.6%という結果でした。

冒頭の話にもありましたが、現在、全国医療情報プラットフォームが構築されようとしています。地連同様、これも診療情報の共有ですから、こういったものに対して、今後地連をどう関わらせていくかという点検討しておく必要があります。これまで我々は地域の中での診療情報や拠点病院のカルテを中心として診療情報を集約化してきた。いわゆるEHRを整備してきたわけです。

その基盤の上にさらに在宅介護の情報を加え、医療と介護のシームレスな連携を進めてまいりました。このEHRにYaDocが加わったことで、患者さんと直結するとのルートができましたので、今度は患者さんからの情報をここに集めてくる。そして、さらに患者さんからの情報を増やして行ってPHRを強化していく、その中では、先ほどのバイタルデバイスもうまく活用していく。

そういう中に今度は新しい全国医療情報プラットフォームに保存される予定の情報が3文書・6情報、それから今回検討している介護の情報、これらの情報に対してAPI連携という技術で地連に接続が可能と聞いておりますので、我々が構築した地連としての基盤とAPI連携することで、このような情報もうまく活用する使うことで、地連の価値はさらに高まり、地域の情報を有効活用したかかりつけ機能強化、地域医療の強化ができると考えております。

ここで、介護分野の情報共有に必要な情報のかんがえてみました。分類すると、生活の情報、生体の情報、医療情報、それから、介護・リハビリ・看護情報、そして、信条等の情報、こういったものがあるのかなと思っておりまして、こういったものが共有できれば、かなり有効なのではないかと考えております。

まとめです。長崎県ではあじさいネットを利用し、県内主要拠点病院のカルテ情報を活用した日常診療を2004年からやっております。これはEHRの位置づけです。さらに、あじさいネットでは、様々な機能を強化・追加することで、その利用価値を向上させています。

在宅介護分野では検査データ共有と調剤情報共有に加え、在宅チーム全員が訪問記録を共有する多職種連携システムを運用しております。今後は全国医療情報プラットフォームともAPI連携を実現して、3文書・6情報と電子処方箋、それから、介護・見守り支援情報、そういったものも利用可能な地域医療・介護総合情報システムへと発展させ、地域医療の質の向上に貢献できればと思っております。

発表は以上になります。御清聴ありがとうございました。

○荒井主査 松本先生から非常にすばらしい長崎県の取組について御紹介いただきました。大変勉強になりました。ありがとうございます。

ただいまの松本先生の御発表に関しまして御質問・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したいと思います。

では、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。松本先生、どうもありがとうございました。介護側の情報共有という観点から、3点ほど質問させていただきたいです。

1点目、医療機関は在宅医療で非常に網羅性が高いなど見ていたのですがけれども、ただ、介護のほうの参加率、介護側というのは、ITを扱う人もいない、あるいはお金もない、IT、デバイスが苦手な人が多いという中で、どうやったら参加率を高められるか、また、そのガバナンス、そこの辺り、まずは1点目として。

そして、2点目なのですが、最後のほうで先生は生活情報・生体情報、介護側とこのデータ分析といいますか、医療と介護をやっている中で何かデータとして出されているものがあるかどうかということが2点目。

3点目、ノート機能というのが出てきましたけれども、これは自由記載が主ではないかなと思うのです。例えば参加している訪問看護ステーションが潰れたりすると、その情報というのはノートから消えてしまわないか。いわゆる真正性とか保存性、その辺り、アクセス権が設定されているのかもしれませんが、実際にどうなのか。

その3点をお聞かせいただければと思います。以上です。

○松本参考人 まず1点目、我々は介護関係者の皆さんにあじさいネットに是非、参加してほしいと再三お願いしておりますけれども、なかなか入ってくれないのです。その理由は会費の問題です。1施設あたり最低でも月4,000円かかります。介護の分野だと、参加する会員数も多いので、入会者数が増えると、会費が割安になるそれを安くするという割引制度も設定しているのですが、医療分野に比べると、介護分野は収入が少ないということなのか、なかなか入ってくれない。それでも、在宅介護分野で最も利用活躍しているのは訪問看護師さんたちなので、訪問看護ステーションの参加はかなり増えてきたなと思っております。

もし、介護の方々を多く入会して利用してもらうためには、たくさん入れるとすると、我々はランニングコストは全部会費だけで運営しているのですけれども、介護の分野に限り何らかの経済的な補助がいるのではないかと考えています。そうしないとなかなか入ってくれないのかなと考えています。

それから、2点目のデータ分析についてですが、もともと我々はあくまでも臨床診療おける支援としてスタートしましたから、本ネットワークがデータ分析を目的として構築したものではないのです。このため主たるサービスの診療情報共有サービスをそのままデータ分析に利用することは容易ではありません。しかしながらこの18年間ずっとやっていく中で、そのようなニーズも高まり、次のステップとして、進めています。一つは我々が、ネットワーク型パスと称しているもの、これは疾病管理システムと地域連携パスを同時に満たすシステムですが、これで実現しようとしています。本システムであれば、診断が明確なものを扱うので、その評価がしやすい。また、ネットワーク型パスの一種である妊婦健診記録を共有する、周産期医療支援システムは、一般的な指標である死産率や周産期死亡率などで評価できるので、こういったデータ分析活用を進めています。

それから、先ほど示したPHRの機能による患者情報収集に様々な製薬業者が興味を示しています。このPHRをePRO(Electronic patient-reported outcome)として利用する。すなわち患者さん自身が症状や健康情報、バイタルサインなどを入力することで、その結果を新たな臨床研究として活用しようと注目されていまして、そのような取組みに協力したいという製薬会社が複数申し出てこられています。

それから、先ほどの最後に紹介した今年度の基金事業、これは臨床研究として実施しています。日常診療にデジタルデバイスを使うことによって、診療の質に影響があるかという点を評価予定ですので、やっとならぬ我々の取組みもデータ分析につなげられるステップに入ってきたなと考えています。

3点目のID-LinkやHumanBridgeのノート機能で入力したデータの保存の件ですが、他の地域の取組みと違って、あじさいネットでは、入力されたデータはすべて、あじさいネットが所有するデータセンターのSS-MIXのサーバーに保存されています。このため、あじさいネットが無くならない限り、データが消失することは、ありません。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

小玉構成員、お願いします。

○小玉構成員 日本歯科医師会の小玉です。松本先生、今日は本当に素晴らしいお話をありがとうございました。

介護分野の情報共有に向けてということで、医療情報の中で歯科の情報ということも入れていただいているのですけれども、先生が御説明いただいたあじさいネットの中に、入院・外来・在宅の情報の共有が非常に大事だということを示していただいているのです。

歯科でありますと、確かに施設から在宅というところだと、口腔健康管理がどう継続さ

れているのかとか、必要に応じた治療がどのように入っていくのかということが誤嚥性肺炎の予防にも大事と思うのでいます。例えば歯科口腔の状態の情報でありますとか、摂食嚥下機能の様子でありますとか、食形態といったものが今、このあじさいネットで扱われているのか、どのような形で情報が共有されているのか教えていただければありがたいと思います。よろしくお願いします。

○松本参考人

我々のネットワークの中では歯科の参加がまだまだで、残念ながら1か所しかまだ、参加しておりません。しかしながら、誤嚥性肺炎の予防に口腔管理は極めて重要ですし、高齢になっても元気で過ごすためには歯周病管理がとても大切なので、歯科診療所にも多く入会してもらいたいと思っております。

その第1弾として、今、長崎大学病院の歯科と糖尿病専門のクリニックが先ほどのネットワーク型パスの一つとして、歯周病と糖尿病の管理パスをつくって運用しています。これも、臨床研究としても進めていますので、ここで得られた成果を歯科の先生方にフィードバックすることで、歯科の分野に広げていこうと考えています。歯科に特化した情報としては、このネットワークパス上では、歯周病管理としての数値化した指標である歯周炎症表面積 (periodontal inflamed surface area : PISA)、ポケット上皮表面積 (periodontal epithelial surface area : PESA) 等を共有しています。今後、そういったものも先ほどの歯周病管理と口腔ケアという観点から進めていくきっかけになるのではないかと思います。

○小玉構成員 ありがとうございます。

そうしますと、今後、介護分野の情報共有におきましても、先生が今、あじさいネットの将来的な展望としての歯科の情報項目ということを挙げていただいたところの共有を進めていくとよろしいというお考えと受けとめてよろしいですか。

○松本参考人 そのとおりです。

○小玉構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、西村構成員、お願いします。

○西村構成員 松本先生、本当に分かりやすくネットワークのお話をありがとうございます。私は日本栄養士会の西村と申します。よろしくお願いいたします。

このネットワークの中で、管理栄養士・栄養士はどのような関わりを取っているのか。もしくは栄養ケアステーションが長崎にもございますけれども、そちらとの関わりがもしあれば教えていただきたいです。よろしくお願いいたします。

○松本参考人 これまで栄養管理士さんはあまりあじさいネットに入っていなかったのですが今回、オンライン診療をあじさいネットで始めることを推進した結果、オンライン栄養指導を始める医療機関が出てきました。

もう一つは、さきほどの基金事業、先ほどのバイタルデバイスの貸与事業です。この事

業はオンライン診療の利用権限も付与しており、手挙げ方式で11医療機関に貸与したのですが、貸与施設の1つである、日赤長崎原爆病院の緩和ケア科の取組みで、がん患者さんの栄養管理にこれを活用しようとする準備を進めています。まだスタートし始めたというところでは。

○西村構成員 ありがとうございます。

長崎県の栄養ケアステーションは関わっておられないですか。

○松本参考人 それは、まだ関わっていないのですが、日赤長崎原爆病院の担当の先生が、栄養管理で著名な東口高志先生の元で診療と研究を長い間やっていらっしゃった方なので、恐らく地域の栄養部門を巻き込んだ形で今後展開していくのではないかと期待しています。

○西村構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 時間の関係で能本構成員、野尻構成員まででお願いします。

能本構成員からお願いします。

○能本構成員 貴重な御報告ありがとうございます。

御説明の中にケアマネジャーの関与というのがありましたが、実際にケアマネジャーの関与がどれぐらいの割合といますか、人数がいるのかということ。あとはこのシステムの中でケアマネジャーの役割として期待されることとか、この辺はケアマネジャーから逆に情報提供してほしいというのがありましたら、御教示いただければと思います。

○松本参考人 ケアマネジャーの数が何人かは本日把握していないのですが、まだまだ少ないのは確かです。そして、ケアマネジャーの参加は、先ほど紹介した在宅医療での多職種連携という取組の一員として情報共有しています。その中でよく聞く話は、ケアマネジャーさんが医師にいろいろ聞きたいことがあるけれど聞きにくいとか、なかなか医師に会えないとかの現状で、こういった多職種連携であれば、聞きやすいし、情報も得やすいという話は聞いたことがございます。その程度です。

○能本構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 野尻構成員、お願いします。

○野尻構成員 全国デイ・ケア協会の野尻といいます。素晴らしい発表をありがとうございました。

先ほど介護の分野では、訪問看護からの参加は比較的あるけれども、他が難しいというお話でした。看護の場合、参加したいという手挙げがあったときに、かなりの情報量があると思います。システムの使い方を教育する仕組みや、教育の担当者がいらっしゃるのかという点と、訪問看護ステーションの中にはリハ専門職も多いので、訪問リハなどリハ専門職の参加率はどんなものか、お伺いしたいと思います。

○松本参考人 こういった取組を始める前までは、在宅医療での情報共有は御存じだと思いますが、患者宅の手帳のようなもので情報共有しています。そして、各職種が訪問するたびに、気になることを記録して情報を共有していました。これは、実際に訪問すれば、過去の記録も読めば共有できるのですが、行かないと分からない。もちろん緊急の場合は

電話連絡するのですが、実際には少々気になることがあっても訪問看護師さんは医師に遠慮して電話を躊躇するので、在宅医が訪問してみると状態の変化に驚かれることが時々あるという話も聞きます。

このため、前もってその情報を知りたいという点がニーズで、これに対しLINEやメーリングリスト等を使ったりしていたのですが、LINEもセキュリティーに問題がありましたし、メーリングリストも同様ですので、セキュリティーがしっかりしているあじさいネットの中でという形に移行しつつあります。そうすると、その使い方はどうすれば良いか？もともと手帳で共有していたこと、手帳で共有したかったことをそのまま移行しているので、利用するときに困ったとは、聞いたことがありません。

また、参加している会員は1,800人ぐらいいますし、また、在宅のグループは非常に仲がいいといいますか、医師と看護師さんたちの関係がかなり密なので、新しく入っても相互に教育しているようです。使い方については、参加を義務化している運用説明会のときに大まかな話はしますが、自然と我々が知らないようなもっと有効な活用方法もやっているのかなと、思いますし、自然にそれらは広がって発展しているように思います。

後半のもう一つの質問は何でしたか。

○野尻構成員 リハスタッフです。

○松本参考人 例えば長崎リハビリ病院というリハビリ専門病院が参加され利用していますが、リハの人たちが特に、積極的に使っているというわけではありませんが、長崎リハビリテーション病院は、転入前の情報収集や転院した後のサポートに使っていると聞いております。

○野尻構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

先生、ちなみに各患者さんの同意はどのように取られているのでしょうか。

○松本参考人 全て情報を共有する前に、個別同意を取っています。同意書は、いわゆるカルテを共有する同意と多職種連携の同意と先ほどのネットワーク型パスの同意、主に3種類あります。そして、自分たちが必要な機能に応じて同意を取って運用しています。

○荒井主査 現時点で、何人ぐらいの方の同意を取られたのですか。

○松本参考人 今日の資料にあったように、全体で16万人ですけれども、在宅で利用しているのは今900人ぐらいです。

○荒井主査 これは県内を移動しても特に問題ない、島から市内に移っても特に問題なく使えるということによろしいですか。

○松本参考人 離島の拠点病院の数が少ないですし離島の全病院が参加しています。離島在住の人たちは、離島の拠点病院にも行きますが、長崎市や佐世保市の病院にも行ったりするので、そういった意味では、むしろ、離島の方々のほうが、全ての診療情報を共有できる。長崎市とか佐世保市在住の方は、地域で満足しなければ、長崎県外に行ってしまうので、こうなると診療情報の一部は共有出来なくなります。むしろ離島在住の方々のほう

が診療情報が全てそろっているという現状はあります。

○荒井主査 ありがとうございます。

続きまして、資料3以降に基づいた「共有すべき介護情報について」に進みたいと思います。事務局からの説明をお願いします。

○大西課長補佐 事務局より、後半に御議論いただきたい資料3、4、5について御説明をさせていただきます。

資料3を御覧ください。共有すべき介護情報について、この後半の御議論におかれましては、次の論点に従って御議論をいただきたいと存じます。

まず1点目、介護・医療の現場で、個別のサービスを、より適切かつ安全に提供する観点から、最も優先的に共有すべき情報は何か。

2点目、上記のほか、例えば業務改善などの観点から、情報共有が望ましい情報はどのようなものがあるか。

3つ目、共有に当たり留意すべき事項としてどのようなものがあるか。共有するのはよいが、しかし、この点とこの点、こうした配慮が必要、そうしたところの御意見を頂戴したいと思います。

これらの御意見をいただくに当たりまして、注を2つほど申します。

まずは技術的に共有しやすい情報から優先的に共有に向けた検討を進めさせていただきたく存じます。また、個人情報の保護及び同意取得手続等については、これは大変多く課題があるところでもございまして、第1回、第2回でも要介護者の方々は御本人の理解が難しい。御家族の方をどうする、そうしたことも頂戴しておりますけれども、これについては次回以降でしっかり検討の機会を設け、お願いをしたいと考えております。

また、ただいま松本先生のほうからお話を頂戴したところでございますけれども、大変優れたネットワークであるあじさいネットワーク、お話の中で即時的、直ちに共有されるという情報のことも含めてお話をいただきました。今回、加えてお願いさせていただきたいところは全国医療情報プラットフォームに搭載するような情報ということで御議論をいただきたいと存じますので、即時性でない、まだ、どのくらいかというのはしっかり決まっておりますけれども、少なくとも月単位以上で共有できるような情報ということで今回御意見を頂戴したく存じます。

資料3におきましては、この論点以下の部分、各情報の内容につきましては、後ほど御説明をさせていただきます。それぞれどのようにつくられて、そして、どのように保有されているか。そんなところをそれぞれ情報項目に従って御説明をさせていただきます。

続いて、資料4について御説明をさせていただきます。資料4は、第1回、第2回でも各情報の種類を提示させていただきまして、主な保有主体、そして、作成主体、こうしたところをお示しさせていただきました。今回、この資料4におきましては、この情報の種類に加えて、それぞれに含まれる様式等をお示しさせていただき、現状についてまとめさせていただきました。この現状について先ほど資料3と資料4を含めて御説明をさせてい

ただき、御意見をいただけるように準備させていただきたく存じます。

資料5のほうは、それぞれの情報についての様式でございます。こちらの方がページ数が多く大変恐縮でございますけれども、関連するところのページを目次としてつけてございますので、この後の御議論の中、で適宜御参照いただけますと幸いです。

今後の御議論におきましては、論点に従いまして共有すべき情報、また留意すべき事項等、それぞれの情報と、それから、保有主体について合わせながら一つ一つの御議論を頂戴したいと思っております。

以上、資料3、4、5について御説明をさせていただきました。

○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、まず御質問と進め方についての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。よろしいでしょうか。

島田構成員、お願いします。

○島田構成員 まず、議論するに当たって、これらの情報が電子化されているかどうかはかなり重要な点かと思うのですが、その辺りについてはいかがでしょうか。

○荒井主査 事務局からお願いします。

○大西課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

電子化の状況についても、この後、それぞれの情報項目を御説明させていただく中で御説明させていただきます。

○福田介護保険データ分析室長 補足させていただきます。この後の進め方について、少しイメージを改めてというところがございます。

まず、資料の4で、それぞれの情報、中にあるような様式について、作成主体ですとか、保有主体ですとか、そういったものについて表を準備させていただいております。その上で、資料5で具体的な様式について準備しております。ですので、この後の議論では、その2つの資料をお手元に置いていただきながら、様式の中で、この主体であればこういった情報も共有したほうがいいのか。まず、そういった観点で御議論いただければと思います。

その際に、先ほど事務局から申し上げましたとおり、それぞれの地域で既に構築されているネットワークとこれから国で構築するプラットフォーム、少し役割分担があるかと思っております。例えばその情報のきめ細やかさですとか、あるいは即時性、そういったものに対応できるそれぞれの地域でのネットワークに比較して、今やっていますプラットフォームの中で閲覧可能となる情報というのは、それよりも大きな枠組みになると思っておりますので、論点にお示しさせていただいておりますとおり、まず優先して、まず必須として共有するようなものがないか、こういった点で御議論いただければと思っております。

その際に、資料3の論点の四角の中の※で書かせていただきました。先ほど島田構成員から、例えば電子化の様相ですとか、そういったものが情報の取捨選択を検討にするに当

たつては必要ではないかといったところでございます。例えば電子化の状態ですとか、あるいは様式の記載の標準化のされ具合、そういったものももちろん考慮要素にはあろうかと思っております。本日はその内容、まず、それが必要かどうかといったところについて御議論いただきたいと思っております。

ただ一方で、事務局としましては、それに本当にフィジビリティがあるかというところは、また別途考えなければいけないと考えておまして、一旦そういった留保はつきますけれども、まず、そもそもどういった情報が必須か、こういった観点で御意見をいただければと思っておりますので、少し補足させていただきました。

以上でございます。

○荒井主査 他はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

高橋構成員、お願いします。

○高橋構成員 全老健の高橋です。今の先ほどの論点の中の※の技術的に共有しやすい情報というのは、具体的には、例えば医療のほうの3文書・6情報と同じように標準化というものを念頭に置いてということなのか、そこをお聞かせいただければと思います。

○福田介護保険データ分析室長 少し多義的でございます。先生がおっしゃっていたような標準化も一つかと思えます。あとは例えば、今、実際に紙媒体でPDFで運用されていたりですとか、あるいは電子的に入力されていたりですとか、様々なことがあろうかと思っておりますので、そういったことも包含した意味で技術的という形で御理解いただければと思っております。

○荒井主査 よろしいでしょうか。

今日は事務局が用意した筋書きどおりで進めさせていただきたいと思えます。先ほど松本参考人の御講演の中で、2番目のスライドにあったかと思えますけれども、そういった形でも横串を刺すこと、資料5が大変多くございますので、横串を刺す形での情報の整理といったものが本来あってしかるべきかと思えますし、電子化がどこまで進んでいて、どこにデータベースがあるのかとか、そういう情報を整理した上でというのが一つの方法かと思えますけれども、今日はこれから進めさせていただくような方法で議論をさせていただきたいと思えます。

それでは、これから4つの情報につきまして一つずつ検討したいと思えます。

まず、事務局から御説明をお願いいたします。

○大西課長補佐 画面のほうは資料3、4、5でございますけれども、4の表を供覧させていただきます。御説明を続けさせていただきたいと思えます。

前半で、第2回以降から4つの情報を選ばせていただいたと申し上げさせていただきました。要介護認定情報、請求・給付情報、LIFE情報、ケアプラン、そのうちの最初の要介護認定情報から始めさせていただきたく存じます。

資料3を読ませていただきます。

1、要介護認定情報について、要介護認定情報では①認定調査票、それから、②主治医

意見書、③介護保険被保険者証、④要介護認定申請書とございます。

①の認定調査票は、まず、認定調査員がマークシート等を使って記録し、市区町村が保有をしております。現在のところ、利用者、介護事業所、居宅介護支援事業所、医療機関ともこれらは持っていません。記載事項が定められております。電子化したデータを保有している市区町村もございます。

②は主治医意見書でございます。現状といたしましては、医療機関にて電子的、または手書きにて作成をされ、市区町村に提出されております。記載事項が定められています。また、電子化されたデータを保有している市区町村もございます。主治医意見書は市区町村が保有をしており、利用者、介護事業所、居宅介護支援事業所とも保有はしてはございませんが、資料4の表の下の方、また、資料3の巻末にも書かせていただいておりますけれども、開示請求をすることで保有可能となる場合は、この表に丸をつけずに、除かせていただいております。実際といたしましては、居宅介護支援事業所は、この作成された主治医意見書の開示請求を行っていただいております。事業所にお持ちということが多くございます。

③の介護保険被保険者証でございます。これは市区町村にて発行され、印刷されたものが御本人に交付されております。また、様式が定められております。現在の保有は利用者がお持ちですが、そのほか、介護サービス提供においては確認が必要とされておりますもので介護事業所、そして、居宅介護支援事業所ほか、閲覧が可能となっております。現在のところ、医療機関は保有していません。

④の要介護認定申請書は利用者によって作成され市区町村に提出される。よって、この2者が保有しておられますけれども、介護事業所、居宅介護支援事業所、医療機関は保有してございません。

要介護認定情報について御説明をさせていただきました。これからの御検討の際には、資料3の冒頭の論点、そして、画面で供覧させていただいております資料4及び資料5の関連の箇所を御参照いただければと存じます。

今回の議論を経て、電子化されていない情報については電子化の必要性や先ほど話題のございました同意取得の必要性、範囲等について議論してまいりたいと考えております。

今回、これ以降の議論におきましては、各主体で共有すべき、例えばこの表の中で①の認定調査票は利用者には共有される必要性はどうか、そのように優先的に共有されるべき情報がこの中に含まれているか、また、留意すべき事項は何か、こういった観点で御議論をいただきたく存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、資料3、4、5、同時に見ながらの作業になるかと思っております。既にそれぞれの調査票等にお詳しい方も多いかと思っておりますけれども、実際には一個一個進めるように事務局から承っております。

まずは①の認定調査票につきまして、現在、作成が市町村で行われていますけれども、これを利用者、介護事業所及び居宅介護支援事業所並びに医療機関、これらのグループに共有すべきかどうかという観点から御意見を伺いたいと思います。今日は時間が1時間しかありませんので、一応1個ずつやるように指示を受けておりますので一個一個行いますけれども、大体4時ぐらいをめどに終了ということでお考えいただければと思います。それまでは積極的に御発言をいただきたいと思います。

まず、認定調査票につきまして、星印ないし丸印がついていない部門に情報を共有すべきかどうかということについて御意見をいただければ大変ありがたいと思います。いかがでしょうか。手挙げ方式で積極的にお願いできればと思いますけれども、必要ないということであればこのまま進めます。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 全て必要な重要な、例えば要介護認定情報の1番のところですがけれども、①から④までいずれも重要な情報ばかりだと思いますので、なかなか取捨選択というのは難しいのかなと感じています。

そういった中で、例えば利用者という欄が資料4にあります。ということは、よほど一般の方が分かりやすい、理解できるような様式とか表示の仕方に変えなくてはいけないのですけれども、そういったところも踏まえた上で、必要・不要という、この辺りはもう気にしないのでいいのか事務局に質問で、電子化できていないものもあったり、利用者向けでないものもあったり、その辺りはあまり考えないで意見を述べたらいいのかどうか。併せて、電子化ができていないものは電子化できることを踏まえた前提で意見を申し上げていいのか教えてください。

○荒井主査 事務局は、恐らく今日の議論で優先順位が高いというものがあれば、それは基本的に電子化をするという方向で進むと、私としては理解しておりますけれども、事務局からお願いします。

○福田介護保険データ分析室長 まず、例えば利用者が御覧になるときに、このままの情報を御覧になるのか、それとも何かしらの解釈が加わった上で御覧になるようなことを想定すべきかというところですがけれども、基本的には今ある情報をそのまま御覧いただくような形になろうかと思っております。例えばこういうような条件だったら見る価値があるかもしれないけれども、そうでなければ共有閲覧するような必要性は低いというような観点でも御意見をいただければと思っております。

また、2点目の電子化が前提になるかというところですがけれども、今回お示ししているものにつきましては、電子化の状況ですとか標準化の状況は一様ではございません。まずは内容的に必要性の有無を判断していただいた上で、次に、それが必須として必要な情報であれば、電子化や標準化に向けた次の工程に向けた検討は必要かと思っておりますけれども、まずは実現可能で、かつ必須なものから優先的にはなろうかと思っております。ただ、いただいたものも踏まえて、例えば電子化ですとか、そういった検討も進むと考えております。

以上でございます。

○荒井主査 江澤先生、よろしいでしょうか。

○江澤構成員 ありがとうございます。

この1番についても非常にいずれも重要な情報と考えております。

もう1点だけ質問させてもらいたいのですけれども、主治医の意見書の電子化データ保有というのは、例えば主治医の意見書の特記事項についても電子化で保有されているのでしょうか。事務局へ御質問です。

○長嶺課長補佐 主治医意見書の電子化の状態につきましては、チェックボックスの中の5か所のみ、現在電子化されている状態でございます。それ以外の部分は電子化はされておられません。特記事項も含めてでございます。

○江澤構成員 ありがとうございます。

ということは、意見書はそもそもPDFみたいなもので保管しているわけではなくて、チェック事項の項目について電子化という理解でよろしいですね。

長嶺課長補佐 電子化といった場合には、今、江澤先生がおっしゃったとおり、PDFということもあり得るでしょうし、コード化も含めて一個一個の項目を電子化することもあるかと思えます。段階を追ってということになるかもしれませんが、両方含んで御検討いただければと思います。

○江澤構成員 ありがとうございます。

以前から申し上げているとおり、主治医意見書の中には非常に重要な情報、あるいは将来に生かせる情報が多々ありますので、できるだけ網羅していただきたいと思えます。

とりあえず以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ちなみに資料1のページ3の国としての目標は令和何年度までに達成するというところで今進んでいるのでしょうか。それに向けて電子化・高度化を進めるべきものは進めていかなければいけないという意見をこの部会から出していくということになるのかなと思うのですが、3年後ですか、5年後ですか、その辺はいかがでしょうか。ちょっと脱線しすぎですか。

○福田介護保険データ分析室長 まず、今回のワーキンググループの設置したもともとの大きな目的の一つが、データヘルス改革工程表というのに従って課題を進めていくというようなところの目的で実施されました。これにつきましては将来的なそういった情報共有の仕組みに向けて、2023年度中にそういったものの方向性について、まずは結論を得るところが一つの目標でございます。

その上で、実際にこういう仕組みがどのように構築されているかというのは、年限が順次という形になっておりまして、何年後からきっちり始まるというところは、この場で申し上げるのはなかなか難しいのですけれども、少なくともそういった数年スパンといえますか、そういった形で進めていくことになろうかと思えます。

○荒井主査 脱線してすみませんでした。

既に江澤構成員から②についても御意見をいただいていますので、当初は一個一個という予定で筋書きをいただいているのですけれども、①から④、そして横も利用者から医療機関ということで、どこに○をつけるかという観点から議論をまとめてやっていただければと思います。

久留構成員からお願いします。

○久留構成員 まず、①から④につきましては、介護保険制度の利用の流れから言いますと、要介護認定からケアプラン策定、さらに個別サービス計画の策定と利用者情報のアセスメント結果については非常に共有すべき情報ですので、今、江澤委員がおっしゃったように全て重要な情報だと思っておりますので共有すべきだと思います。

ただ、資料5にありますように、中身の情報によりましては、非常にセンシティブな情報とかがありますので、十把一絡げ的に全部を見られるということにするのか、その中でもマスキング等ができるような仕組みを導入して、共有できる情報、できない情報と整理をしていくのかというのは、今後の課題としてあろうかと思えます。

もう1点、認定調査票につきましてはですが、現時点におきましても特記事項記載がすごく多くて、もともとの様式が当時から今日に至ってはつくり変えたほうがいいのではないかという御意見もあるので、これは今後を考えますと、その見直しも含めて検討すべきではないかと考えております。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

主治医意見書といいましてもたくさんの情報がありますから、その中でどれがという議論はまたいずれということになるかと思えます。

それでは、野尻構成員、お願いします。

○野尻構成員 認定調査票や全体の帳票を通して、共通の評価項目、情報が入っているうえアセスメントする職種が違う、さらに、アセスメント時期が違うということは留意点にもなると思います。

現場としては、時期は少しずれていても主治医の情報が欲しい、ADLに関しては、できるだけ最新のもので、この職種がこの場所でアセスメントしたものが欲しいとか、いろいろあると思います。重複する情報を少しこの様式ないで整理する必要があります。一番リアルで近いところで欲しい情報と、少し古くてもこの情報だけは閲覧ができるようにしたいというのを少し整理した上で、アセスメントの時期の問題と職種を切り分けて必要度の高いものを選択しその中で既に電子化できているもの、これからするべきものを整理したほうが良いと思えました。

○荒井主査 ありがとうございます。

今のところ、具体的にということではなくて、そういう整理が必要という御意見だったかと思えます。

それでは、赤羽構成員、お願いします。

○赤羽構成員 赤羽でございます。①から④、全て重要な情報ではあると思います。先ほどの先生方と基本的に意見は一緒なのですが、ただ、利用者とそれ以外の保有主体と分けて考えたほうがいいのではないかと思います。特に①②辺りの情報というのは、先ほど資料1でも期待される効果というところ、あれは効果だけではなくて影響というような、マイナスというか何かあり得るのではないかと考えますので、そこのところはよく検討したほうが、そこは公開しないとするか何か考えたほうがいいのではないかと思います。

以上になります。

○荒井主査 ありがとうございます。

小玉構成員、お願いします。

○小玉構成員 要介護認定情報は本当に①から④まで全て重要なとは思っています。介護認定審査会に出させていただいて、認定調査票を一次判定結果の要介護度と主治医の先生の意見書が出たところで、それを勘案しての要介護度の変更等があるように思います。また、主治医の先生も専門の先生によって調査員の見方と違うようなところが出てきたりしているので、その辺りは全て認定調査をしている先生との意見が全く一緒になって結果が出るということが全てではないような気がします。

ですから、そういった意味では、我々審査会で見るから2つの情報が1つになったところでの判定というもので結果を得るわけなのですけれども、別々に出して、これを共有するところの意味というのがどこにあるのかというところが、また、それぞれの保有の主体と作成の主体とのバランスを取って考えていただければありがたいと思います。

以上です。

○荒井主査 次は、正立構成員、お願いします。

○正立構成員 私どもは利用者の立場ですので、資料4の①②について意見を申し上げます。認定調査票については、今、構成員の先生から調査員と医師との所見が違う場合もあるやのお話がありました。認定調査を受けた本人、利用者の家族も含めてということで申し上げますと、その中身について全く分からないということよりも、やはり公開していただいて、ここはこうだなということを理解した上で、そごがあるかとか、まちがいないとか、客観的・主観的な評価というのもあろうかと思いますが、もし支障がなければぜひ利用者も閲覧できるようなものにしていただければありがたいと思います。

それから、主治医の意見書も利用者にとって非常に重要な情報だと認識しておりますが、確かに重要な情報イコール利用者、また、その家族に公開するのがいいのかどうかという視点はあろうかと思いますが、例えばサービス利用による生活機能の維持・改善の見通しという項目があるのですが、これが公開されて「期待できない」といったことを利用者本人が知ったときに、どのように感じるかというようなこともございますので、その辺りは十分検討を要することだとは思いますが、できれば利用者本人も閲覧ないし情報共有ができるような形で進めていただければありがたいと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

次は、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 今回の意見に対してなのですけれども、認定調査票及び主治医意見書から認定委員会で総合的な判断の上で要介護度が決定されていくと思うのですけれども、それらを全て公開してしまいますと、いろいろな齟齬が生じる可能性もあって、不安を持たれてしまうというような懸念もあろうかと思えます。また、情報に埋もれてしまって何を見させられているのか分からないということにもなると思えますので、開示する内容を整理をした上で、公開に向けた準備を進めるほうが良いのではないかと感じております。

○荒井主査 ありがとうございます。

この要介護認定情報は非常に複雑で、今、議論がありましたように①②は本当に多くの情報を含んでおりますし、例えば利用者に帰すべきもの、そうでないものに分かれるかと思えますので、その辺りは少し議論を深めなければいけない。事務局からは全部、4×5のますに○か×をつけるように言われているのですけれども、今日はそこまではいけないと思えますので、その辺を少し整理していただいて。今後、もし多数決が必要になるようであれば、こういったウェブ会議であれば投票の機能を用意していただくとか、今日はありませんけれども、そういう機能を用意していただいて、ある程度多数の意見で進めていくというような形を取らざるを得ないのかなとも思っております。

松田構成員、よろしくお願いします。

○松田構成員 今までいろいろな委員が言われたとおりでと思うのですけれども、まず、今の情報をそのまま出すのは弊害が大きいように思います。ただ、それぞれの情報には共有したほうが良い情報とそうではない情報があるので、先ほどどなたかおっしゃいましたけれども、サービス提供者で共有すべき情報と利用者も含めて共有すべき情報を分けて考えないといけないと思えます。また、利用者に提供する情報というのは、利用者にとって日常の療養生活とか、そういうものに改善が期待できるような、自己評価につながるような情報にすべきだと思います。そうすると、そのままの情報を全部それぞれ個票で出すのではなくて、そこから必要な情報を少し抜いて、利用者用の情報提供、それから、共有すべき情報という形で一つサマリーテーブルみたいなものをつくらないといけないのではないかなと思えます。

先ほどどなたかがおっしゃいましたように、認定調査票と主治医意見書をそのまま出してしまうと、特に特記事項などを出してしまうと、調査員と家族と御本人との間でいろいろな感情的なトラブルが起こりかねないと思えます。また、今の認定調査票のロジックは、なかなか対象者に分かりにくいロジックになっているので、それをそのまま出してしまうと、いろいろ悪影響が出ると思えますので、僕は情報を抜いて行ってサマリーテーブルみたいなものをつくったほうが良いと思えます。その内容に関しては、恐らくケアマネジャーさんとかサービス提供者さんが、いろいろとこういうものがあつたらいいなという情報

を持っていると思いますので、そういう意見集約を1回されたほうがいいの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。

御意見のとおり、例えば主治医意見書であれば、江澤構成員に選んでいただくとか、あるいはその他2～3人が議論していただいても結構かと思いますが、認定調査票につきましては能本構成員を中心に何名かでワーキングで議論していただくとか、そういうプロセスを経ないと、今日の議論ではとても決められないなと思いますので、これは次回以降への宿題とさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

そんな感じで事務局もよろしいでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございますが、ありがとうございます。

今、座長には、この空欄の部分の是非をどうするかというようなところで進めていただきたいとお願いさせていただいたところでございますけれども、既に我々が是非をいただきかけた御意見はいただけるかなと思っております。例えば利用者サービス、それ以外ですとか、利用者の中でも特記事項、混乱が来さないか、あるいは知ることで十分なメリットがあるか、あるいは逆にネガティブな影響がないか、そういったような観点で取捨選択すべき、そういったようなまさにいただきかけた点をいただいておりますので、このような形で御意見をいただければと思っております。

○荒井主査 次に進んでもよろしいでしょうか。

続きまして、資料3、請求・給付情報については、事務局から説明をまずいただけるのでしょうか。

○大西課長補佐 事務局でございます。ご説明をさせていただきます。

画面のほうでは再度資料4を供覧させていただいてございます。読み上げは資料3と併用して行わせていただきます。

2つ目の情報として、請求・給付情報について、①給付管理票、②居宅介護支援介護給付費明細書、③介護給付費請求書、④介護予防・日常生活支援総合事業費請求書、少し読んでいただきにくいところがあるかと思いますが、構成といたしましては請求書と明細書を並べてございます。⑤居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書、⑥介護予防・サービス地域密着型介護予防サービス、⑦介護予防・日常生活支援総合事業、⑧施設サービス等となっております。

現在供覧させていただいております資料4は①②のところを仕切らせていただいておりますけれども、この①②は居宅介護支援事業所が発行するものでございまして、市区町村に電子的に発行されて国保連に提出がされております。この給付管理票、そして、明細書とも様式が定められてございます。この内容は利用者も共有されておられますが、ほかの介護事業所や医療機関には共有されておられません。

③から⑧までの介護事業所が作成する請求書及び明細書につきましては、同じく電子的

に作成され国保連に提出がされています。また、様式が定められています。利用者もこの内容を共有しております、居宅介護支援事業所及び医療機関は保有してございません。

請求・給付情報は、このような現状でございます。どうぞよろしく願いいたします。以上です。

○荒井主査 これにつきましても①から⑧にまとめまして、2×5のますにどういう形で埋めていくか、これは比較的問題が少ないかなと思います、今、○がついているところ以外に必要なかどうかという議論になるかと思いますが、いかがでしょうか。

能本構成員、お願いします。

○能本構成員 まず、①②ですけれども、介護事業所については、介護事業所から送られてくる実績に基づいて給付管理という業務をケアマネジャーが行いますので、実質的には帳票類そのものを介護事業所は共有しておりませんが、中のデータについては介護事業所から送られてきたものをケアマネジャーが入力するという手続ですので、実質的には同じデータを共有していると認識していただければよろしいかと思えます。

③以降は、介護事業所が自らのサービスを提供した請求を行うわけですけれども、この情報がケアマネジャーに送られてきますので、こちらについてもケアマネジャー、居宅介護支援事業所、○がついていませんけれども、帳票類としてではなく、内容のデータとしては共有しておりますので、実質全てここは今現在共有できているということでもよろしいかと思えます。

さらに利用者様には定期的に保険者が請求の実績等を一覧にしてお送りしているところもありますので、現実的にはほかの方法で共有ができているということですので、今後これを一括して、このシステムの中で共有するようにしたほうが利便性が高いというのであれば、このシステムの中で共有していくということでもよろしいかと思えます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。非常にクリアな説明をいただきました。

医療機関はblankでいいかなと思いますけれども、江澤構成員、何か御意見はありませんでしょうか。

○江澤構成員 今、意見がないので大丈夫です。

○荒井主査 特にこれはblankでよろしいでしょうか。医療機関はこの請求給付情報は必要ないという理解でよろしいですか。

○江澤構成員 必ずしもそうではないかもしれませんが、これは先生、オールオアナンの考え方でしょうか。

○荒井主査 例えば③だけ必要とか、そういう御意見であれば、そういう御意見でも結構なのですけれども、①から⑧までで必要なものがあれば、それを記載するという形になりますので、先生のほうで、もし、これが医療機関で必要というものがあれば、御指摘をいただければと思います。

○江澤構成員 ありがとうございます。

これはかなり医療機関の特性や機能によって、例えば特定機能病院である大学病院とか地域医療支援病院とか地域密着型の中小病院、あるいは在支病、あるいは地域包括ケア病棟を中心に運営している病院と様々でございますので、医療機関によっては必要な部分もあるかと思えますし、ですから、この場で完全に○か×かというのは申し上げにくいと思っています。

○荒井主査 ありがとうございます。

急性期の病院や療養型、いろいろと病院によっても機能も違いますので、機能によっては必要な病院、あるいは医療施設もあるかもしれないという御意見でよろしいでしょうか。

○江澤構成員 そうですね。リハビリテーションとか在宅医療だと結構関係が深いので、その辺りは今後の展開で御配慮いただければと思います。ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ここはブランクにはできないということで、その辺りの情報については江澤構成員のほうから少し御検討いただけないかなと思うのですけれども、よろしいでしょうか。これは医師会のほうで検討いただくということでよろしいですか。ほかの先生方で詳しい先生がおられれば、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。

今日、様々な御意見をいただきたいと思っていることが一つでございます。

その上で、これから具体的にどのように詰めさせていただくのかというのは、この場で全ての議論を煮詰めていくのか、あるいは事務局や行政的な調査研究、そういったものを通じて整理するのか、そういったことも含めて、まず、事務局のほうで受けとめさせていただいて検討させていただければと思います。

○荒井主査 では、その辺をよろしくお願いします。

次に、LIFEについて御説明をお願いします。

○大西課長補佐 それでは、3つ目の情報としてLIFEについて御説明をさせていただきます。LIFEにつきましては、現状といたしまして、介護事業所にて全て電子的に作成され、匿名化の上、国に提出をされております。

記載事項は、入力されておりますので、入力事項が定められております。必須の入力項目と任意の入力項目がございます。

作成は当該の介護事業所でございますが、そのほかとは現在共有されておられませんので、そのほかは全て空欄となっております。

LIFEについては留意事項として、サービスを提供する事業所以外において共有・閲覧可能とするためには、現在、匿名でございますが、顕名の情報として収集する必要があります。

簡単ですが、LIFEについて説明は以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

現在、LIFEにつきましては介護事業所の作成ということで、ほかは○がついていないブ

ランクの状態ではあります。これは医療機関の日々のお忙しい診療の中で、こういった情報を医師が見るかどうかということについては、なかなか難しいものがあるというのは、恐らく現状かなと思います。

我々老年科を専門とするものは、こういったアセスメントを日常的に行っていますので、あまり老年科の専門医には違和感がない項目ばかりではあるのですが、LIFEについて御意見をいただきたいと思います。挙手をいただけないでしょうか。

まず、小玉構成員からお願いします。

○小玉構成員 LIFEの項目につきましては、私は歯科の立場なので、先ほど松本先生にも歯科の介護分野の情報共有の御教示をいただいたわけなのですが、LIFEなどでは特にリハビリテーション計画書でありますとか、口腔機能向上サービスに関する計画書というところが関係するのかなと思っています。

先ほど介護認定の部分の調査項目、歯科のことは義歯を洗っているか、洗っていないかということしか入ってなくて、口腔に関する情報は非常に乏しいものになっているのかなと思っています。その点、令和3年度の介護報酬の関係で口腔・栄養スクリーニングが入りましたし、まず一つの情報としてあるのかなと思います。

その中で、60ページの口腔機能向上サービスに関する計画書、ここのスクリーニングアセスメント、モニタリングの部分はどれも大事なかなと思います。併せて、これはいろいろなデータ化するときには表現の仕方とか入力の方法を変えないといけないかなと思いますけれども、口腔機能改善管理計画の中で食形態でありますとか摂食嚥下の機能でありますとか、声の出方をさらに合わせてデータ化して盛り込まれると非常にありがたいと思いますので、御検討のほどよろしくをお願いします。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

島田構成員、お願いします。

○島田構成員 LIFEにつきましては、対象者の状態像ですとか、あるいはケアの内容に関わる様々な情報が多角的に収録されておりますので、ぜひいろいろな機関の方々に共有したほうが良いと思っています。ここにつきましても対象者御本人にどのように情報を返していくのかについては議論をしていく必要があるだろうと感じております。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

今の島田構成員からの御意見は、全てに○がつくけれども、利用者に関しては加工が必要だという御意見だったかと思います。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 LIFEにつきましても、まず、医療機関におきましては、とりあえずアクセスできる環境が必要かと思っています。もちろんこれは先ほど荒井先生がおっしゃりましたように、いろいろな診療科とか医療機関の特性がございますけれども、臨床とリンクする部

分は多々あると思います。また、病院では一人一人の医師が見ることもあると思いますけれども、それに加えてソーシャルワーカーとか地域連携室とかコメディカルと共有すべき状況が多々ありますので、看護・介護・リハビリ・栄養、そういった要素がLIFEには入っておりますから、これは極めて重要な入院・外来における貴重な情報になろうかと思いません。そのほか、市区町村、居宅介護支援事業所においても必要となるケースが想定されますので大事な情報かと思いません。

最後に、利用者につきましては、少し分かりやすく理解できるようなことが必要かと思っています。例えば重度者をたくさん抱えている施設と比較的軽度な方の施設とか、いろいろな事業所によってバリエーションが多いので、その辺りは分かりやすくお示しできるような形がよろしいかと思いません。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

LIFEの調査票というのは、病院においては多職種連携にとって非常に重要な情報であるということをお指摘いただきました。

江澤構成員からも基本的に全てに○がつくけれども、利用者につきましては島田構成員と同じような御意見かなと理解しました。これは先ほど認定調査票などの解析と同じように、ここはうまく加工をする、情報を合わせて加工するという操作が必要なのかなと考えております。

それでは、赤羽構成員、お願いします。

○赤羽構成員 私もLIFEの情報に関しては、全ての保有主体に○をつけるという意見でございます。先ほどから出ていますように、利用者にとどのような形で分かりやすくフィードバックするかというのは、現在も検討が進んでいると思いますが、そこは留意する必要があるということ。

あと、以前からも言われていますように、データの信頼性、入力の信頼性というところもきちんとしていかないと、誤入力したデータがそのままフィードバックということになったりすると、何か問題が発生するのではないかと思っております。

ただ、LIFEのデータを活用していったら、どんな状態の方に、どんなサービスがいいのか、いろいろデータが出てくると思いますから、そういう意味では、自治体とかで行っているような会議で活用できるデータ、そこから得ることができるか、目標の設定とか、そういうことにつながるのではないかとともに思います。

もう一つ、先ほどデータの匿名を顕名化とかいう話がございましたけれども、もし、そういうことをしていく方向であれば、自治体が参加する事業者を今後増やしていくという前提ですけれども、地域内の事業所の状態を把握するといいますか、指導監査といいますか、そういうもののデータをリアルに把握できて、非常にいい方向に行くのではないかなと、そういう感じがしますので、基本的には共有する方向がいいかと考えます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

野尻構成員、お願いします。

○野尻構成員 共有するという意味では私も同じ意見です。LIFEの正式なフィードバックがなく、今は暫定版です。個別のフィードバックも含めて8月ぐらいからは始まると聞いています。ただ、介護事業所に期待されているのは、利用者へのフィードバックをしてリハビリテーション・ケアのPDCAサイクルを回すことで、制度上も位置付けられています。我々のところでは正式なフィードバックを待たず、提出したCSVデータを加工して利用者に分かりやすいようなものを独自に工夫して利用者にフィードバックしています。そのなかには、先ほどから議論が上がっていますように、進行性の疾患や再発を繰り返す重度な方もいらっしゃいます。フィードバックするたびにネガティブ情報しか出せないけれども、現場としては制度上何らかの形で利用者にフィードバックをしなくてはならないというなかでやっています。

対象者によって共有の仕方が、異なるとは思いますが、我々もリハ会議の場とか、いろいろところで一度提出したデータを状況に合わせて加工して出すという手間が発生しています。事業者間で共有するデータと利用者にフィードバックするデータの内容ををLIFEでも整理する必要があると思います。今、現場は提出するだけでもばたばたしている状況ですが今後取り組むべき課題になると思います。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、LIFEにつきましては、ほぼ皆さん同じような御意見をいただきましたので、最後のケアプランにつきまして、事務局から説明をお願いします。

○大西課長補佐 4つ目のケアプランについて御説明をさせていただきます。

ケアプランは居宅と施設サービスがございますけれども、いずれもケアマネジャーによって作成をされ、御本人や御家族の方に交付をされておられます。御説明をいただいて御署名をいただく。

様式の標準例が示されております。保有主体はケアマネジャー、居宅介護支援事業所や施設におきましては介護事業所が作成をした後、利用者に共有、保有されております。市区町村及び医療機関においては現在保有をしておりません。なお、ケアプランにつきましては、ケアプランデータ連携システムが開発されまして、令和5年度から本格運用を開始予定でございます。こちらのシステムではCSV形式を使って電子的に保管されることになっております。

ケアプランについては以上でございます。

○荒井主査 このケアプランにつきまして、①から⑥まで、現在の作成主体が居宅介護支援事業所で利用者介護事業所に保有されている。残っているのが市区町村に要るかどうか、医療機関に要るかどうか、医療機関につきましても様々な形態がありますので、全ての形態で必要かどうかということについて御意見をいただければと思います。

能本構成員からお願いします。

○能本構成員 まず、そごといいますか、この⑤⑥は施設サービス計画書は居宅介護支援事業所ではありませんので、施設の介護支援専門員の作成ということですので、この表を正しくするのであれば、そこを加工する必要があるのかなということです。

さらに市町村、医療機関に○をつけるかどうか、医療機関はぜひ○をつけていただきたい。これは医療介護連携においてケアプランというのは非常に有用なツールでございますので、ここはぜひ受け取っていただきたいというのは介護支援専門員からの希望でもあります。市町村に関しましては、受け取ることが必要であればということかと思えます。例えば極力ケアプラン点検とか、あるいは過度に偏ったサービスを使っているような場合には、市町村が介護支援施設に対してケアプランの提出を求めるといったことがあります。そういうことで共有することが有効であれば、それはシステムに載せていただければよろしいのかなと思っております。

あと、先ほどケアプラン、データ連携システムというお話がありましたが、この4月から先に運用が始まります。そことこのシステム、この委員会でのシステムが将来的にどのようにリンクしていくのかということにもよるかと思えますが、こういうものは利便性を考えると統一されたものがよろしいかと思えますので、そういうところを方向性に定めていただければと思います。

あと、冒頭の要介護認定情報について手を挙げそびれました、居宅介護支援事業所、①②に○がついておりませんが、ここは現在、情報開示請求という手作業で開示をすることができますので、ぜひ今後の利便性ということで、①②については居宅介護支援事業所、ここにはぜひ○をつけていただきたいということと、聞くところによりますと、保険者によっては利用者家族の同意が得られないと開示できないというようなローカルルール的なことも発生していると聞き及んでおりますので、手続の統一性という観点からも、ぜひ①②、居宅介護支援事業所には○をつけていただければと思っております。

長くなりまして申し訳ございません。以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ローカルルールをできるだけなくす方向で国から圧力をかけていただく必要があるかと思えます。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 ケアプランに関しましては、入退院支援の取組におきましても、多くの医療機関で必要な情報と思えますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思えます。

また、居宅サービスは先ほども申し上げましたように、ケアプランデータ連携システムが今後進んでいきますから、その辺りも医療機関に応用していただければと思えます。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

これも多職種連携で非常に重要な情報かなと思えますので医療機関も必要かと思えます。山本構成員、お願いします。

○山本構成員 私はデータを活用する研究をする立場からすると、今日お示しいただいた項目は多分全て共有すべき情報だと考えております。

ただ、その中で利用者にどう返すかというのは、度々いろいろな項目で問題になったと思うのですけれども、利用者が分かりにくいという観点で項目を削るというのはあまりよろしくないと思っていて、分かりにくければ分かりやすいように加工する、あるいは分かりやすいようにリードをするという姿勢が重要である。

一方で、利用者に開示するために、本来の目的が歪められるみたいなことがあった場合、例えば主治医の意見書を書くときに遠慮してしまうみたいなことがあると、これは本末転倒になりますので、そういう影響を考慮して項目を決めて議論していけばいいのだろうと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

ちょうど時間どおり進んでまいりました。次に、本日御欠席の齋藤構成員、田宮構成員からの意見書をいただいておりますので、事務局から紹介をお願いします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

まず、齋藤構成員から、共有すべき介護情報に係る検討について、全体に係るものとして、特に目指すべき姿と方向性についてということでもいただきました。少し要約して読ませていただきます。

要介護認定情報等の閲覧により利用者の状態を把握した上で、その後の利用者の状態変化やケアの効果等を評価し、さらなる重症化予防に活用するためには、より継続性があり、また、総合的な情報が必要かと考えます。そのため、標準化等の課題はあるかと存じますが、訪問看護記録等も含めた踏み込んだ情報の活用が将来的に実現されるよう、引き続き検討いただきたいというところが1点でございます。

また、個人情報の保護について、これは今後検討することになっておりますけれども、こちらにつきましても医療情報と介護情報、それぞれの特性が異なることも踏まえ、個人の尊厳を守る観点から慎重な検討を進めるとともに、情報の利活用の目的と期待される効果を十分に理解し、利用者へのケアにどのように活用していくのかといった視点も必要となることも検討いただきたいという御意見をいただいております。

また、田宮構成員からも何点か御意見をいただいております。こちらも要約して少し御紹介させていただきます。

介護情報について本人が理解できないことが多く配慮が必要である。本人に対する情報共有においてはケアマネジャーを介することが妥当と思われる方法の一つである。生活を支援するために必要な情報、特に嚥下障害、食事形態に関する情報などは、優先して介護と医療双方で共有すべき情報である。共有すべき情報については、共有先ごとに必要度に応じて設定すべきである。こういった御意見をいただいております。

御紹介させていただきました。以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

この進行メモにはないのですけれども、今日、葛西参与は御参加していただいておりますか。もし、参与の御参加がありましたら、御意見をいただきたいです。

○葛西アドバイザー ありがとうございます。拝聴しております。

今日は、皆様がいろいろな情報が必要だということ、どういう情報がどのように必要なのかなということをよく伺いたいなと思って聞いておりました。その中で、多分2つ系統があって、ドクターと介護の分野の方が共有する必要性がある情報の話と、介護の世界の中でケアの質をより向上するために、介護の関係者の方が共有する話が少し混ざっていたなど、これを分けないと、多分、医療のように急性期ですぐ必要な情報というのは、読んだりする時間がないでしょうから、そこは取捨選択が必要なのではないかなということをし少し私なりに整理して、次回、事務局とも相談の上、お話をしたいなと思っていきます。

あと、逆に介護の世界で、いろいろな情報を全てできるだけ共有したいというお気持ちは、皆様のお話はよく分かりましたし、そうなのだなということは私も承知をしております。問題は、私の立場ですと、システム的に結構いろいろな情報がシステムでは混在するので、それをどういう順番に連携するのが一番費用対効果的に合理的かというのを少し考えて、事務局と相談をして、私の立場では厚生労働省に助言をする立場ですので、そのようにしていきたいと思っております。ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

では、本日の議論はここまでとさせていただきます。

最後に、事務局におかれましては、今日の議論を踏まえて次回の進め方について検討をお願いしたいと思います。

次回の日程について、事務局よりお願いしたいと思います。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

次回の日程については追って御連絡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、本日はこれで閉会します。

構成員の皆様、どうもありがとうございました。