

2023-4-5 第5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5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。

構成員が2名追加となっておりますので、御報告させていただきます。参考資料1を御覧ください。

福岡県知事 服部構成員でございます。本日は、福岡県保健医療介護部 白石部長に代理出席いただいております。

続いて、大阪府豊中市長 長内構成員です。本日は、大阪府豊中市長寿社会政策課 山岸課長に代理出席いただいております。どうぞよろしくお願いたします。

本日の出欠状況でございますが、全ての構成員に御参加いただいております。

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。

以後は荒井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、どうぞよろしくお願いたします。

それでは、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 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「本日の議論の進め方について」

資料2「野尻構成員提出資料」

資料3-1「能本構成員提出資料」

資料3-2「能本構成員提出資料」

資料4「医療・介護間で連携する情報の範囲について」

資料5「安全管理措置について」

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した。

それでは、議事に入りたいと思います。まず、議事の1「本日の議論の進め方について」を行います。事務局から資料1について御説明をお願いいたします。

○溝上補佐 事務局でございます。それでは、資料1「本日の議論の進め方について」、御説明させていただきます。

2ページ目を御覧ください。これまでの本ワーキンググループにおきまして、当面の間、共有を目指す介護情報として、こちらのスライドの赤囲みの4つの介護情報について検討していくとしたところでございます。

3ページ目を御覧ください。こちら、これまでのワーキンググループにおいて提示させていただいております、本ワーキンググループでの当面の検討スケジュールでございます。本日は、こちらの赤枠の2つのテーマを御議論いただく予定でございます。

4ページ目でございます。本日の議論の進め方でございます。

1つ目のテーマ「医療・介護間で連携する情報の範囲について」。こちらは、先ほどの4つの介護情報につきまして、利活用が想定される場面ごとに、具体的にどのような情報を共有すべきかなどを御議論いただければと思います。また、いただいた御意見も踏まえまして、令和5年度の調査研究事業において、さらに整理させていただきたいと考えております。

2つ目のテーマ「安全管理措置」でございます。こちらは、現在の規程を確認の上、介護情報基盤を用いた情報共有の場合、どのような論点があるのか、調査研究事業に向けた論点出しができればと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの説明につきまして、御質問や進め方についての御意見がある方は、「手を挙げる」ボタンを押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。特に、今回から入られました福岡県の方あるいは豊中市の方、よろしいでしょうか。

それでは、次に進めさせていただきたいと思います。次に、議事の2「ヒアリング」に進みたいと思います。まずは、野尻構成員から資料2の御説明をお願いいたします。

○野尻構成員 それでは、画面を共有させていただきます。全国デイ・ケア協会の理事をしております野尻と申します。現職は、熊本にあります介護老人保健施設清雅苑で施設長をしております。

本日は、医療・介護間で連携すべき情報、並びに安全管理措置について、現場の立場から課題や対策についてのお話しをしたいと思います（スライド1-2）。

今、事務局からお話がありましたように、要件を満たす情報として、このスライドの4情報を取り上げられているところです（スライド3）。

これらの4情報、認定調査、主治医の意見書からケアプラン作成、請求情報やLIFE情報は取得できるまでの間に一定の期間を要しますし、特にLIFEデータにおいては提出時期が

異なるということも、これまでの議論の中にも出てまいりました（スライド4）。

例えば、排泄に関わる情報としましては、認定調査では、基本調査の2-5や2-6の排尿・排便についての特記事項や、特別な対応という項目の排尿・排便の項目がありますし、主治医の意見書では、特殊な医療、失禁への対応の記載欄があります。

ケアプランでは、第1表や第2表に解決すべき課題として排泄が上がってきた場合は、その情報がありますが、そうでなければ、上がってこないことになると思います。

また、（スライド5）右側にLIFEの項目をざっと書いているのですけれども、右上上の表の5つ、科学的介護推進体制加算からリハビリテーションマネジメント加算までの、老健施設で取得できるLIFEの加算全てを取った場合、排泄に関わる項目はこの中に21項目ぐらいいありまして、重複している項目が結構あります。それを整理すると、排泄の情報の場合は一番下の5項目ぐらいい整理することができます。またそれぞれの状態をいろいろな職種が評価しています。施設サービスの場合はカンファレンスでその整合性を取ってLIFEデータとして提出している状況になります。

今、お話ししましたのは施設・サービスの場合です。ここ（スライド6）には介護保険の4施設の種類の取得できる加算項目が表記ありますけれども、それぞれの施設で共通している加算とそうでないものと、ばらついていますが、内容的にはほぼ同じような項目で占められていまして、それぞれの施設が全ての加算を取ると8加算取れるという仕組みになっています。

ところが、在宅サービスになりますと、それぞれの事業所、サービスの種類ごとに取れる加算の数が異なっておりまして、科学的介護推進体制加算というのも全てが共通ではなくて、訪問リハだけは外されているという状況になっています。事業所が取得している情報が少しばらついていてということにもなりますし、実は、この中にまだ入っていない事業所があります。これは令和6年の改定では、LIFE情報として提出しなければいけない事業所として入ってくるということが検討されていると思いますけれども、現状では、LIFE加算が設定されているのはスライドで示した施設と事業所ということになります（スライド7）。

4情報で留意する点の2つ目は、在宅で急性発症して医療機関を経由して在宅復帰し介護認定を受ける方と、居宅にいる状態で徐々に状態像が悪化して要介護認定を受けて、そしてサービスを受ける方と、大きく2つのルートがありルートにより情報量や共有の仕方が異なる場合がある点です（スライド8）。

スライド9に示す事例Aさんは、脳卒中で急性発症した方で、当法人の回復期病棟を経由して在宅復帰された方です。熊本の場合は急性期と回復期の連携が割とスムーズに行っている地域だと思うのですけれども、18日ぐらいい急性期病院から回復期病院に転院されております。在宅に帰るまでに要介護認定が下りていないと、サービス導入まで非常に時間がかかってしまいますので、入院されたらすぐに介護申請の案内をして、7月20日ですから、入院されてから約3週間で訪問調査が実施されて、8月1日、案内して約1か月後に

は要介護4の認定が下りております。

それから、自宅訪問を実施して、入院されてから3か月ぐらいで訪問調査を実施しています。皆さんの資料は3か月となっていると思いますがけれども、2か月の誤りですので、修正をお願いします。介護保険申請から2ヶ月ちょっとの期間でケアプランの作成まで行っています。そして、回復期リハ病棟入院後約3か月で自宅に退院なさっています。退院後は、4日後に訪問リハビリテーションのサービスが開始され、5日後には通所リハビリのサービスが開始されている流れです。

しかし、初回のLIFEデータ、つまりアセスメントデータは、利用開始月の翌月の10日までに提出することというルールになっていますので、この方は訪問リハが10月3日からスタートになっていますけれども、LIFEデータが提出されるのは1か月ぐらい遅れて、11月10日より少し前に提出されます。アセスメントから1か月ぐらい間があると思いますけれども、そういう制度上の流れになっています。

それから、2回目は3か月後に提出するものと、加算の種類によっては6か月後に提出するものということで、ここの期間も少し分かれているところになります。情報量が非常にたくさんあって有用なデータなのですけれども、どの時期のどの情報を取得するのは検討が必要と思います。

さらに、いわゆる脳卒中モデル、急性発症して医療機関を経由して在宅に帰られる場合は、4情報のほかに様々な情報提供があります。これは地域によるかと思いますが、熊本の場合は、サマリーの情報、退院あるいは退所前に訪問に行った時の情報、カンファレンスシートなどに加え、地域連携パスから来る情報が介護保険の領域に情報提供されます（スライド10）。

スライド11は熊本脳卒中地域連携パスです。脳卒中に限られているのですが、急性期病院が記入するシート、その後、回復期リハビリテーション病棟が記入するもの。それから、施設の場合は介護医療院だったり、老健施設だったり、それぞれ受け取った施設で記入されますけれども、在宅の場合はこれが全部のチームにこれがわたるわけではなくて、在宅の主治医にわたるという流れになっています。

スライド12は医療者用のパスです。詳細は省きますが、患者さん用もありまして（スライド13）、倒れたときから急性期の先生からパスの説明があります。このコースは、回復期に行ったときに回復の状況で変わる場合もありますので、その都度、主治医の先生のほうから再度患者さんに説明があるという流れになっています。

スライド14は事例Aさんのサマリーのシートです。基本情報、生活史や住環境の状況やADLの状況という一般的なものですが、こういったものが送られてきます。これに加えて、特に脳卒中や大腿骨頸部骨折を含めて、急性発症の方が在宅に帰る場合は、家の環境の情報が非常に大事になってきます。実際に送られてくる写真は鮮明なものですが、個人情報も含まれていますので、イラストっぽく見にくくなっております。玄関先の状況や家の間取りと家の中の動線、どういうところを主に使うかということ（スライド

15、16)。

それから、この方の場合には車椅子と杖の併用の方なのですから、こういったタイプの車椅子を使うのかの資料です(スライド17)。

次は、玄関からのアプローチはどの方向から入るのか、どういう動作を指導してほしいということもここに書かれています(スライド18)。

これは、玄関のかまちのところの手すりの設定の検討(スライド19)。

次は、ベッド周りの環境や家具の配置の状況の検討(スライド20)。

次は、提案として、この方の場合には居室内にトイレを増設するという案と、ベッドのレイアウトを変える案が提案されていまして、1案にするか2案にするかは、在宅チームのほうで検討して決めてほしいという送りが来ております(スライド21)。

それから、本人さんの居室での状況です。どの椅子を使ってほしいとか、そういう細かなところまでいろいろ書いてあります(スライド22)。

これはトイレ環境です。段差や手すりの設置位置(スライド23)。

次は、洗面所や脱衣所の手すりの設置位置や動作の方法(スライド24)。

それから、浴室環境です。浴室は非常にいろいろなリスクの高い環境となりますので、いろいろな設定の提案がなされています(スライド25)。

これらの医療機関から在宅サービスチームに提案されたものがまとめて書いてあります(スライド26)が、こういう情報が、このケースの場合にはパワーポイント資料ですが、一定の様式で来る場合もあります。様式はあまり統一されていないところもありますけれども、医療機関から、特に回復期から在宅復帰される方には、このような細かな情報が伝達されるという流れになっています。

一方、介護保険のサービス事業所間では、一般的にはこの(スライド27)様式、ケアマネジメント連絡票が使われておりまして、これを事業所間でやり取りしています。介護記録ソフトをお使いのところは、この中のデータも一応デジタルデータとして保管されている状況だと思います。

急性期・回復期から在宅や施設への情報提供、サービス提供者間での情報共有。それから、この方がもし在宅で2回目の発作があったり、転倒して骨折があったりすると、また施設、在宅から急性期病院に情報が送られます。

このように縦横のチーム間で情報のやり取りが行われています(スライド28)。

スライド29が一番上が医療・介護の情報として、我々が急性期病院に送った場合もよく求められる情報は、今の疾病や外傷を発症する前の生活状況を教えてくださいということ。またその間、提供された治療やサービスの内容。それから、サービスの開始と直近の状況はどうでしたかという情報です。今、挙げました求められる情報を4情報の中から必要なものをピックアップして、しかも時系列がしっかり分かるような流れで提供されることが大事だと思います。

続きまして、情報共有の際の安全管理措置について現場の課題をお話したいと思いま

す。

先ほどお話ししましたように、情報が急性期から回復期・生活期の施設へと提供される場合、情報は急性期の医療職の1チームから回復期病棟の医療チームに、そして、生活期が施設の場合は同様に医療・介護の専門職の1チームに伝達されます。専門職1チームから1チームに対する情報提供の流れですので、情報の共有は比較的容易な部類に入ります（スライド31）。

これが在宅になりますと、回復期リハ病棟退院後は医療・福祉の専門職のほかにテクノロジーサービス、建築をやっている方など医療や福祉の専門職とは言えない方々へも情報提供が必要になってくる場合がありますので、1チームから多チームに情報を流すという流れになっています（スライド32）。

さらに地域包括ケアシステムの構成メンバーになった場合は、地域のインフォーマルサービスやボランティア、近隣住民の方々と広がり、どうやって、どの程度まで情報共有するかというのは非常に難しい課題の一つになると思います。

それから、私は、東日本大震災のときにリハの支援チームとして石巻に派遣された経験がありますけれども、現場で避難所に運ばれてくる方の情報を取るというのはとても大変な作業でした。また熊本地震のときは、現場で在宅の利用者さんや施設の入所者をサポートしていましたが、在宅の利用者の場合は、ご利用者・家族が避難所や親戚など様々な場所に避難され、居場所が分からない状況でした。居場所が分かっている場合も、その方を今支援しているのは誰で、どのような状況なのかの情報を取得するのが非常に大変だった記憶があります。この健康・医療・介護の利活用に関わるプロジェクトが災害支援の場面でも生かされると非常にいいのではないかと思います。（スライド34）。

次に介護保険領域情報の安全管理で課題になるのは共有の範囲です。本人や家族の人間関係に左右されることが多くあります。例えば、「この情報は長男には言わないでくれ」とか、「これは嫁さんには言わないでください」ということを言われる場合がありますし、サービスチーム間であっても「訪問看護の方にはこの情報を流さないでください」とか、共有範囲を指定される場合もあります。サービス提供の現場では、同意書で取ったチーム間で共有することを、包括的に同意を取っていますので、その辺をどう扱えばいいのか現場でよく困るところです（スライド35）。

先ほど言いましたように、これを地域住民とか近隣の方とも共有すべきかとか、考えたときに、どこまで支援チームとしての範囲が許されるのかも非常に苦慮するところです。家族に対して別々の支援チームが入っているという場合も、これまで何度も経験していますが、同居の家族に入っているサービスですけれども、そのチームメンバー間での共有は同意の範囲かということも含めて、いろいろな課題が起こってきます。また情報に対するリテラシーの差が非常に大きくて、伝わる方となかなか伝わらない方があったり、アセスメントの時期がずれていたり、様式が異なっていたりということで、共有が非常に大変になることが現場ではいろいろ起こっています。

個人情報の安全対策ということでは、前回のお話を聞いていて、現場は大丈夫なのかなと非常に不安に思ったのですけれども、一般的には（スライド36）に示す程度しかやれていないと思います。我々のほうがデジタル化しても、相手方がデジタルツールを使っていらない場合は、ファクスにしてほしいとか、封書にしてほしいということも多々あります。ファクス送信の場合も、同意を得たチームの一構成員が、そのファクスを受け取っているか非常に怪しいところもあります。一応電話を入れてからの送信になるのですけれども、正直なところ、受信者の正確なチェックができていないかというところ、その辺も怪しいところになってきます。

最後に、先ほどから何回も言っていますが、在宅生活期では、情報が様々なサポートチームに広がります。それぞれの支援チームの構成員ごとに法律の立てつけが異なります。医療・介護の専門職は、医療保険や介護保険法に定められている守秘義務や、個人情報保護の原則に加え各職能の法律、さらには契約書や重要事項説明書事業所の就業規則と、たくさん縛りがあるわけですが、インフォーマルサービスや近隣住民が支援メンバーの場合、グループ間の申合せや簡単な口頭ルールみたいなものとなる場合が多いです。もちろん、ベースには個人情報保護法というのがあるのですけれども、それぞれのチームを縛っている法律やルールが異なることも、配慮することの一つだと考えます。

非常に雑駁な話でしたけれども、現場からの意見です。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。

ただいまの野尻構成員からの御説明につきまして、御質問や御意見がありましたら「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けれども、いかがでしょうか。

高橋構成員、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。非常に参考になるお話、ありがとうございました。

2つ質問があるのでありますが、1つ目、共有すべき帳票とか連絡票など、いろいろ登場しておりますけれども、情報をつなぐネットワークシステムは一体何を使われているか。誰が責任を持って書いて、どれがリアルタイム、新しいのかなど、個人情報を含めて、それが1つ目の質問です。

2つ目は、これは後の能本構成員に関わるかなと思うのですが、4月から始まるケアプランデータ連携システムに関しては、どのようなお考えか、この2つです。よろしくをお願いします。

○野尻構成員 ありがとうございます。

共有の方法は、先ほどの地域連携パスは基本的にはサマリーと一緒に来ます。パスの内容は独自のデータベースに入力することになっています。2次利用もできるような形になっています。その他、一般的に送られてくる情報としましては、まだまだ紙ベースのものが多くて、情報が違った場合は、その送られてきた日付を確認して、どっちが直近の情報なのだろうかというの確認をします。それであまりにも違うときには電話をかけて、状況

を確認しています。今、先生がおっしゃったように、その辺の煩雑なところを整理して情報提供しないと、現場では非常に混乱すると思います。

あと、ケアプラン連携システムに関しては、見積りとかを今、当法人でも取ってもらっています。新年度になりましたけれども、周りからいろいろな声はまだ聞こえてきていない状況で、動きを皆さん、見ている状況じゃないかなと思います。

○高橋構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 では、西村構成員、お願いします。

○西村構成員 日本栄養士会の西村でございます。野尻構成員、分かりやすく御説明いただき、ありがとうございます。

今、拝見させていただいた先生の資料の中で、口腔・栄養とか食事に関する連携について、すみません、私が見つけれなかったのかもしれないですけども、なかなか見えてこなかったんですけども、その辺りは実際にはどのような形で連携されているのか、教えていただければと思います。お願いいたします。

○野尻構成員 口腔・栄養の情報は、LIFEデータの中に加算をお取りになっている施設から情報が来るという流れなっています。当事、当法人医科歯科連携ということで、訪問歯科連携センターを設置しています。当法人に歯科医師はいないのでですけども、歯科衛生士が退所後に地域の先生方と施設利用者ケアを結びつける活動をしています。

栄養は、加算を取得できる管理栄養士の数が入所サービスと通所サービス両方で、必要数を確保できないような状況で、栄養の加算は入所しか取れていないとか、両方とも取れていないという施設がまだ多いと思います。利用者やサービスチームにリハ・栄養・口腔、セットで情報提供できる形が一番望ましいと考えますけれども、現場はまだ十分追いついていないというのが現状だと思います。

○西村構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 では、正立構成員、お願いします。

○正立構成員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会の正立でございます。野尻構成員、分かりやすく御説明いただきまして、ありがとうございます。

1点、利用者の視点からお尋ねしたい点がございます。先ほど脳卒中モデルをもとに御説明いただきましたが、29ページ目に共有すべき情報ということで整理いただいている表がございます。こちらですが、一番上に医療・介護事業者間、その次に利用者自身、最後に第三者機関となっております。家族と共有すべき情報というのはここには書かれていないのですが、この枠組みで見るとそれは利用者自身というカテゴリーに入るのか、情報の内容によっては、利用者と家族とは分けて提供するものがあるような気がするのですが、その辺りはいかがでしょうか。

○野尻構成員 すみません、最後の音声途絶えて聞こえなかったところがあります。

○正立構成員 失礼いたしました。場合によっては、利用者自身のほかに家族と共有すべき情報があるかと思うのですが、内容によっては、利用者と家族とは違う情報というも



のがあるのかどうか。それから、ここの図表でいえば、家族に対する情報というのは、利用者自身のカテゴリーの中に入ると考えてよろしいのかというお尋ねでございます。

○野尻構成員 ありがとうございます。

カテゴリーは利用者のところに入るのですけれども、先ほどの共有すべき範囲というところでお話ししましたように、御家族がお一人の場合は別ですけれども、複数いらっしゃる場合、それぞれがいろいろなことを事業所側に言ってこられます。中には、遺産の問題とか、様々な事情があります。この情報はこの範囲にしてくれとか、それぞれの家族ごとに設定される場合があります。長男さんは情報を出さないでくれと言っているし、次男さんは情報を全部自分にくださいということと言われたときに、どこまでの情報共有範囲をよしとするのか。

本人さんが意思表示のできる方であれば、本人さんの意思を一番重視することができるのですけれども、認知機能の問題で判断がつかない場合、情報共有の範囲をどういうふうに定めたらいいのか、また共有する情報として、個別の事情に関わらない情報として、どんなものを挙げればいいのかというのが難しかったので、すごく曖昧な表現になっているかもしれませんけれども、カテゴリーとしては利用者自身に含まれるという考えになるかと思えます。すみません。

○正立構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 では、松田構成員、お願いします。

○松田構成員 松田でございます。野尻先生、どうもありがとうございます。

熊本の取組は、本当に長い歴史があって、すばらしい仕組みだと思えます。幾つか質問があります。今日は脳卒中モデルで御説明いただいたのですけれども、ほかの病態についても、このような形でやっているという理解でよろしいでしょうか。

○野尻構成員 このパスで動いているのは、この医療モデルは大腿骨頸部骨折と脳卒中だけです。ほかは一般的なサマリーとか様式にのっとった情報提供で、今のところ、熊本の場合は脳卒中と大腿骨頸部骨折という形になっています。

○松田構成員 この連携パスそのものは、行政も関わってデータを管理しているというか、見れるような形になっているのでしょうか。

○野尻構成員 いいえ、地域連携の熊本の会でファイルメーカーでつくっているデータベースなので、そこにそれぞれ打ち込んで、必要があるときには、その連携チームの会員であれば、事務局に申し出ると、匿名化したデータを頂いて2次利用するのは可能です。自由にアクセスして、そのデータをパスワード等で見れるとか、そういう形にはまだなっておりません。

○松田構成員 ありがとうございます。

先日、今日、構成員もされている高橋先生のところ、函館の連携システムというのを見てきたのですけれども、LIFEの基本利用票みたいなものをもっと大きくしたものにチェック項目があって、そこにチェックがかかると詳細な分析に入ってくるという二重構造にな

っているのですけれども、そういう形で基本チェックのほうでやって脳卒中のパスにつないでいくような形になると、すごく使いやすい、分析しやすい仕組みになるのかなと思って聞いておりました。これは野尻先生というよりも高橋先生に伺ったほうがいいのかもしいないですけれども、高橋先生、いかがでしょうか。

○高橋構成員 高橋です。ありがとうございます。

○松田構成員 すみません。

○高橋構成員 地域連携サマリーというものがかなり前から動いておまして、基本票が2枚と応用ツールがあって、基本票でチェックがついたものに関しては、応用ツール18枚の中のどれかに飛ぶというところに、今回、ACPも加えてという形で、その裏では標準化というのがこれから大事だと思いますので、HL7 FHIRとか、そういうものも含めて、データが構築しやすいようにしていきたいなと今、考えているところです。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

先ほど、医療ケアチームでは、情報を共有するのが原則かなと思ったのですけれども、看護師さんには教えてほしくないような情報があるというお話があったのですが、それは結構特殊なケースなのでしょうか。あるいは、職種によって情報を知らせてほしくないケースというのは多いのでしょうか。

○野尻構成員 これはサービス提供者と御家族の人間関係のところがありまして、しっかりラポールが取れているスタッフに対してはいいのですけれども、中には、家族と担当者との息が合っていないといいますか、この方だけにはこのことは言わないでほしいとか、そういうことを現場で言われることがありますので、その辺の難しさがあるかと思います。

○荒井主査 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

続きまして、能本構成員から資料3-1と3-2について御説明をお願いいたします。

○能本構成員 かしこまりました。では、資料を共有いたしますので、お待ちくださいませ。

先ほど、野尻構成員から非常に緻密な御説明をいただきまして、ありがとうございます。野尻構成員のほうからは、情報連携、医療・介護連携の仕組みとか具体的な情報の項目、あるいはメリット、デメリット、たくさん御教示いただきまして、ありがとうございます。

私のほうからは、情報共有の意義とか連携の意義について、10分間、お時間をいただいておりますので、非常に雑駁な資料で恐縮ですけれども、説明をさせていただきたいと思っております。申し遅れました。私、一般社団法人日本介護支援専門員協会で常任理事をしております能本守康と申します。ふだんは茨城県水戸市で、株式会社ケアファクトリー法人代表と、自身、ケアマネジャーとして現場のほうに出させていただいております。

では、説明のほうを始めさせていただきたいと思っております。

まず、医療・介護間で連携すべき情報についてということの内容ですが、一番上のところ、多職種連携とよく言われておりますけれども、様々な専門性を有した職種が、共通項としては、利用者・患者様の利益のためにという共通のベクトルが必要ではないかと思っております。その上で、それぞれの専門性の異なる職種が、それぞれの役割をいかに発揮することで、2つの職種が集まって1足す1が2ではなくて、1足す1が3とか4の相乗効果をもたらすことができるのが連携ではないかと思っております。

ただ、こういうことをシステムとして共有することをスムーズにするだけでは、多職種間の連携は駄目だと思っております。まず、専門職同士の意識・認識が土台・環境としては非常に重要になってくるのではないかと思っております。その上で、今、議論しているようなシステムが初めて有効性を発揮するのではないかと思っております。

例えば、専門性が異なるとどうということが起きるかといいますと、本当に雑駁な例で恐縮ですが、肺に病気のある方がたばこが大好き。医師は、恐らく肺の病気を治すために一生懸命治療されるわけですから、そのたばこというのは病気を悪くする要因ですので、患者様にたばこをやめてくださいと言うのが役割ではないかと思っております。

一方で、例えば介護職、ヘルパーさんとしましょう。診察に行くと、お医者さんからそういうことを言われて、ちょっとしょげて帰ってきた患者さんが、自宅でヘルパーさんに、今日、病院に行ったらたばこをやめろと言われてちゃったんだよ。私は、何よりもたばこが大好きなんだ。たばこがないと生活すること自体もままならないという、それぐらいたばこをこよなく愛している利用者さんだとします。そういう愚痴をヘルパーさんが聞いたとします。

後日、サービス担当者会議、カンファレンスが行われたとしまして、そこでお医者さん、ドクターは、この方は肺に病気があるのだからたばこをやめなさいと言うのが役割だと思います。そこで、ヘルパーさんがその意見をただ黙って聞き流してしまうのか、それともそこで手を挙げて発言するかということになるかと思っております。

発言するとするならば、先生、私はヘルパーです。先生のおっしゃることはよく分かります。肺に病気があって、たばこはよくないというのはよく分かります。ただ、この方にとって、たばこは何よりも大事なもののなのです。この方からたばこを取り上げてしまうと、生きがいを失ってしまう。ふだん、そういうことを私におっしゃるのです。なので、その方の生きがいを守るという観点から、たばこを楽しみとして少し残すことはできないでしょうかという意見が出たとします。ここで真逆な意見が出ることになるのですね。ドクターは、たばこをやめてください。ヘルパーさんは、たばこを残せませんかという真逆の意見が出ることになるのです。

ただ、この二者の意見が共通していることは、どちらも利用者・患者のための意見だということなのです。そこで議論が始まると思うのです。結論はどうなるか分かりませんが、例えば、たばこを今は1日1箱、これは認められないけれども、その方の楽しみとして、食後の1服、1日3本、ここまでだね。これ以上は責任を取れないということで、そのよ

うな結論に至ることができれば、これがまさに多職種連携の議論の末にもたらされる結論ではないかと思っています。

そういう利用者・患者さんのために議論ができる関係性、お互いの専門性をお互いに尊重した上で議論ができる関係性。そこで、例えば1日3本のたばここという結論に達したのであれば、あとは全ての専門職がそのことを守って、その方のためにそれぞれの専門性を持って支援を行っていくという仕組みができて、初めて連携ということが言えると思います。その上で、このような情報共有がスムーズにできることによって、相乗効果がもたらされるのではないかと思っています。なので、情報共有することは非常に重要なことです。ただし、専門職によって、欲しい情報、有すべき情報というのは異なるわけですね。ですから、どの情報を共有すべきかということが重要になってきます。

先ほど野尻構成員のほうからも、そのようなところを表にしてお示しいただいたところでございますけれども、私は、この情報というのは大きく2つに分かれるのではないかと思っています。1つが、専門職として欲しい情報、専門職側からこの情報が欲しいと言ってくるもの。もう一つが、各専門職が職種を問わず共有しておくべき情報というのがあるのではないかと思います。この専門職側から欲しい情報と、専門職を問わず共有しておくべき情報というものをしっかり整理して、情報共有の仕組みを構築することが大事ではないかと思っています。

次、行きます。この情報共有、システムを使うにしても、誰がその辺の交通整理を行うのかというのが次の課題になってくるのではないかと思っています。例えば、私、ケアマネジャーですので、ケアマネジャーをハブ機能として情報連携の交通整理、コントロールすることも1つの案としていかがかなと思っています。具体的には、医療機関側、医療職側から送られてくる疾患を中心とした情報をケアマネジャーが一度受け取り、そして多職種に伝えるべき情報を取捨選択して、例えば介護側に伝えていく、共有するという役割。逆に、介護側からの情報、主にこれは生活の情報が中心となってくるかと思いますが、これをケアマネジャーが受け取り、必要に応じて医療機関・医療職側に情報共有するという仕組みが、まず人的に必要なのではないかと思っています。

そのときの留意点としまして、先ほども申し上げたように、ケアマネジャーというのは、恐らく全ての情報を持っている。かなり多くの情報を持っている職種と言えるのではないかと思います。これは医療・介護業界だけじゃなく、世の中の全ての職種を考えた上でも、ケアマネジャーほどいろいろな個人情報を持っている職種はいないのではないかと思っています。例えば、名前、住所、生年月日等はもちろん、家族構成あるいは経済情報あるいは疾患のこと、ADLのこと、おうちに訪問するのであれば、家の中の様子まで全て知ってしまうというのが、このケアマネジャーの特徴ではないかと思っています。それらの膨大な個人情報を全てパッケージとして、全ての専門職に共有することが許されているわけでは、決してないと思います。

なので、先ほど申し上げましたように、職種側が欲しい情報の共有と、例えばケアマネ

ジャーが、これは全ての専門職に把握しておいていただきたい、知っておいていただきたい情報を判断して伝達するという仕組みが必要になってくるのではないかと考えております。

次、行きます。共有すべき情報ですね。先ほど野尻構成員も共有すべき情報という言葉が使われていましたが、私、ここを重みといたしますか、意味を持たせて使わせていただいております。ケアマネジャーが、このことは専門職から情報が欲しいと言われたわけではないけれども、ぜひ知っておいてほしいという情報、これが共有すべき情報と使わせていただいております。

具体的にどういう情報かといいますと、利用者・患者様の価値観とか生活上のこだわり、あるいは今までの生活習慣や、自宅を中心に、あるいは地域で担っていた役割とか趣味、生きがいとしていること、あるいは家族との関係性などといった情報は、ぜひ共有すべきではないかと思いますが、この辺の情報というのは、ともすると共有されないで終わってしまう。特に、医療機関側・医療職側には伝わらないで終わってしまう可能性が高いのではないかと考えています。

あえてナラティブデータと名称させていただきましたが、例えば入所中とも書きましたが、入院中はこういう情報がなくても治療はできるかと思うのですね。ただ、やがて患者様が退院して在宅生活に戻るのであれば、その在宅生活を視野に入れた病院での治療あるいは療養をしていただくことによって、スムーズな在宅復帰につながるのではないかと考えています。こういう情報は入院中、どのように使われるかといいますと、例えば医師とか看護師さんとか、いろいろな専門職が医療機関にいらっしゃるとは思います。会話の中で、おうちに帰ったら何をなさりたいですかとか、園芸が趣味だったんですね。また園芸をされたいんですかとか、そういう会話の中で役立てていただくことによって、患者様の意欲の保持とか向上につながるのではないかと考えています。

単なるADLの向上だけじゃなく、個々の利用者さんの価値観、生きがい、こだわり等を理解することによって、QOLの維持・向上にも役立てられるのではないかと考えておりますので、意外とこういう情報というのは共有することが重要ではないかと考えている次第でございます。

次は、安全管理措置についてですけれども、今般、このようなシステムを構築しているわけですけれども、システムのセキュリティが十分にものになったとしても、人為的ミスというものは、一方で別の方法で防いでいく必要があるのではないかと考えています。この人為的ミス、明らかに漏えいとか、そういうものは言うまでもないですが、これは伝えるべきという思いで共有したのだけれども、伝えたことがちょっとまずい方向に行ってしまうとか、これは伝えないほうがいいのではないかと考えて判断したことが、逆に伝えるべき情報だったのではないかという判断ミスというのは、システムが構築されてもどうしても起きてくるのではないかと考えております。

これが具体的にどういう影響が出るかということですが、共有すべき職種に共有すべき

情報を知っていれば、もっと効果的な支援ができたのに、伝達されなかったことによって、その支援ができなかったということ、支援効果の低下ということにつながってしまうのではないかということです。逆に、共有すべきでない職種に共有してしまった、情報を伝えてしまった。これも先ほど野尻構成員が、例えばヘルパーさんだけ、内緒にしておいてねとか、このことはケアマネジャーさんだけにとどめておいてねというのは、多々あります。私も経験しています。

にもかかわらず、ほかの職種、それ以外の職種に伝えてしまって、その職種の方が、こういうことがあったんですってというふうに本人・家族にしゃべってしまう。何であなた、そのことを知っているんですかということ、侵襲性をもたらしてしまうということも避けなければいけないことかなと思っています。この辺は、恐らくシステムで判断できないと思いますので、人為的にしっかりと判断していくことが重要であるのと同時に、これからシステムが構築されると、これも先ほど野尻構成員が説明いただいたように、今はファクスとか、場合によっては郵送。これは送るまでに、もう一度無意識に確認する時間というのがあるのです。今から本当にファクスで送ってしまっていないだろうかとか、誤字・脱字はないだろうかとか、そういうことを確認する時間が実は結構あるのですね。

ただ、これからシステムが構築されるとワンクリックで行ってしまいます。となると、軽率な情報共有と、私、あえて書かせていただいたのですけれども、こういうことが多く起きてくるのではないかと考えておりますので、便利になるがゆえに、そのようなジャッジミスを防ぐためのルールづくりというのが必要になってくるのではないかと考えています。

そのルールづくりをするときの一つの目安が根拠ではないかと思っています。この情報を今から誰かに伝えようとしている。なぜこの情報をその職種に伝える必要があるのかという根拠を、送り手側はしっかり意識する。まず、ここがしっかりできれば、判断ミスというのはある程度防げるのではないかと考えられますので、ただ、情報だから知っておいてほしいから何となく送ってしまうということではなく、なぜこの情報をこの職種に送る必要があるのかという根拠づくりを、全ての専門職間でそれぞれ意識していくことが重要ではないかと考えております。

そして、この資料の最後のページですけれども、実際に地域では、今、どうなっているのかということですが、これも先ほど野尻構成員から、すごく緻密な、精度の高い連携システムの話をしていただいたところですが、そのほか、私が知るところですと、市町村レベルで医療・介護連携の仕組みというのが構築されているということを見聞きしております。その方法は、SNS等を利用したネットワークシステムであったり、あるいは紙媒体で共通シートを作成して連携していますよ。ここは様々かと思っています。

市町村が主体となって構築したソーシャルネットワークシステムの場合には、これは非常に有効なのですけれども、一方で、市町村が主管していますので、その市町村内の医療・介護連携にしか使えないということが起きております。ですので、事業所とか医療機関はもちろんですけれども、特定の市町村だけを患者様・利用者様が使っているわけではあり

ませんので、他市町村の連携には、このシステムは活用できないという課題が起きております。あくまでも市町村単位で構築されているということですね。

一方、紙媒体の場合、共通シートも市町村単位で活用されているところが多いのですが、これは市町村外との連携においては、共通シートは使ってはいけないということではないのですけれども、複数の異なった様式が使われることになってしまいます。これは実際に医療機関から、例えばケアマネジャーから送られてくるシートが、全部様式が違うので見づらいという意見を私ども、聞いたことがありますので、市町村単位で統一するのはいいのですけれども、市町村をまたがった場合には、このような問題が起きてくるということですね。

では、都道府県単位にすればいいのか、国レベルで共通してしまえばいいのかという議論になってくるのですけれども、今般、ここで構築しようとしているシステム、国レベルでというところの有効性というのはあるのではないかなと思っております。

この資料の共有を一旦外させていただきまして、別の資料に差し替えたいと思います。お待ちしております。今、見ていただいていますのは、私、茨城県なのですけれども、許可をいただいていますので、茨城県の八千代町という人口2万人ぐらいの小さな町で開発しました医療・介護の情報提供シートというものです。具体的な活用方法は、患者様・利用者様が入院したときに、ケアマネジャーから医療機関に送るときの情報シートということで、実際にはファクスとかメール添付という形で使っているということです。

内容は御覧いただければと思うのですけれども、特に大事なところは、この中ほど、本人の意向、家族の意向、これがナラティブなテキストデータになります。文字で入力することになりますけれども、この辺がぜひ医療機関側にも知っておいていただきたいところかなと思います。

下のほうは家族構成。あとは、家族のジェノグラムが入りますね。生活状況、ここが本人のこだわりとか生活習慣とか、そのようなものがテキストデータで書かれてくる部分になります。

下のほうが医療情報です。医療情報というのは、医療機関側で当然知っているという場合には、あまり詳細に書く必要はないのしょうけれども、救急搬送されて初めて入院するような医療機関ですと、在宅医療の状況などをここで細かく記す必要が出てきます。

そして、2枚目は主にADL状況ということで、右側のほうに特記事項でテキスト、詳細な身体状況を記入するような形になっております。排泄、移動とか入浴ということが事細かに書けるようになっております。

こちらが茨城県の八千代町で作り上げた情報連携シートです。

次は、実は私の会社でつくったものなのですが、かなり急を要する連携というものがありますので、2枚というのは決して多いとは思いませんが、私どもは1枚で簡素に連携が取れるというもので作り上げております。在宅の様子というのは、テキストデータで、ここはどうしても文字を書かなければいけないところとなっております。

あとは、ふだんの介護保険の利用状況など、特記事項が書けるようになっております。  
あとは、その他ということで、下のほうにフリーで書くことができますということで、これは1枚で構成された様式になっております。

次も、先ほどの八千代町で作成した医師と介護支援専門員の連絡票というものです。具体的には、サービス担当者会議にお医者さん、医師に参加を依頼するようなときですとか、あるいは主治医に何か質問があるようなときには、このようなファクスを使って医師との連携を取っているということです。こちらは、サービス担当者会議をいつ行いますので、出席をお願いしますと。もし出席がかなわない場合には、御意見を御記入くださいということで、下のほうが医師の回答欄になっております。目的に応じて様々ですがけれども、このようなシートを活用しながら、地域では連携が確保されているという一例の御紹介でございました。

私のほうの説明は以上でございます。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す。能本構成員からは、情報共有に当たっての様々な問題点について御指摘をいただいたかと思えます。

ただいまの能本構成員からの御説明につきまして、御質問、御意見がある方は「挙手ボタン」を押してお知らせいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

では、山岸参考人、お願いいたします。

○山岸参考人 能本先生、ありがとうございました。

私のほうからは、3点、意見として申したいことがあります。

今、ケアマネの確保が難しいという話を事業者のほうからは聞いているので、ケアマネに過度に負担にならないようなシステムにすることが必要だと思っています。

2点目は、判断ミスの話があったかと思うのですけれども、ケアマネの経験によって判断に差が出ないようにすることが必要だと思っています。

3点目ですがけれども、特に虐待を受けている利用者に関する情報の取扱いとかについては、慎重に行う必要があると思います。

以上です。

○荒井主査 能本構成員、いかがでしょうか。

○能本構成員 ありがとうございます。

御質問というか、御意見と承りましたが、ケアマネジャーが非常に人員不足というのが各地で問題になっております。一方で、私ども日本介護支援専門員協会が調査したところ、ケアマネジメント以外といいますか、本来だったら他の社会資源で対応すべきことを行っているというのが調査から見えてきたのです。例えば、利用者様の緊急入院のときに、家族がいないとか、誰もそういうことに対応できないので、家から寝間着を持っていくみたいなこととか、災害時は当たり前かと思うのですけれども、災害時の避難誘導とか安否確認とか、様々なことを介護支援専門員は実は行っているのですね。なぜこういうことを行っているかといいますと、ほかにこういうことに対応してくださるような社会資源がない



ということが現状なのです。

なので、そういう使命といいますか、役割を我々が果たしていくというのは必要かと思えますけれども、一方で人員確保が難しい中で、ますます負担が増しているということが現状、起きておりますので、いただきました御意見を参考に、これから私たち自身もどのように対応していくのかということを考えていかなければいけないと思っております。

あと、判断ミスについて御意見ありがとうございます。この辺は、今後の課題として、ルールづくりというものをしっかり我々自身も教育等を行いながら、高めていきたいと思っております。

最後、3点目、虐待ですけれども、これは本当に深刻な問題ですので、スムーズさ、スピード感と慎重な対応というのも一方でデリケートな問題ですので、必要になってくると思えます。これは地域包括支援センターと連携を取りながら、適切な対応に努めていけるように、これからも精度を高めていきたいと思っております。御意見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 能本先生、非常にすばらしいお話ありがとうございました。

1点、ナラティブデータについてお伺いしたいのですけれども、個別的なケアをする上で、そのデータの利活用というのは非常に重要だと思うのですけれども、一方で、これを集団で解析しようと思ったときには、テキストデータで標準化されていないと扱い切れないデータになってしまいます。それを解消するために、例えば少し類型化されて選択できるようなものももし既にあるのであれば、教えていただきたいなと思いました。いかがでしょうか。

○能本構成員 ありがとうございます。

これは非常に個別性が高いものですから、私も類型化はなかなか難しいと思うのですが、1つ、疾患別に取り組んだ例がありまして、認知症の方について、私がたまたま日本介護支援専門員協会から委員として派遣された認知症研究・研修東京センターの研究事業として、認知症の方の安全指標というものの作成に携わらせていただきました。これが非常にナラティブに近いような項目で、認知症の方は、ともすると意思決定支援が疎かになりがちなところですので、利用者さんにしっかりと寄り添った、生活の安寧を我々がチェックしましょうという仕組みを構築しました。

このようなものが、疾患別ではありますけれども、これから様々種類が出てくることによって、1つのデータ活用につながっていくのではないかと考えておりますので、まだ研究途上ではございますけれども、引き続き、ちょっと考えていきたいと思えます。御意見ありがとうございます。

○島田構成員 ありがとうございます。

○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。

私も今の島田先生と同じような形なのですが、能本先生がお話になったナラティブなデータというところ、これは実は非常に重要なデータではないかと感じております。ただ、これはナラティブなデータですから、それをテキストに落とし込むときに、ケアマネの方のある一定のレベルが担保されていないと、その方によって変わってくるということがあり得るのではないかと思っておりますが、この辺りは、ケアマネの方々というのは、ある一定のトレーニングを受けたり、そういうことがあるのかどうかということも、ちょっと教えていただきたいのと。

あと、先生がお示しになった情報シートのところで、本人の意向、家族の意向、この辺がナラティブであるという御説明だったのですが、スペース的には、現時点ではそんなに大きくないと思います。ここに書き込むときの、例えば何を取って、何を捨てるかという何か基準等があるのでしたら、現状のところを御教示いただけたらと思います。

○能本構成員 ありがとうございます。

1点目ですが、研修等でその辺のトレーニングはしておりますということと、今般、厚生労働省様のほうから提示されました、適切なケアマネジメント手法というのがございます。これはまず、基本ケアという、疾患を問わず、全ての利用者様・家族様に向き合うときに、ここだけはしっかりと確認しましょうという、大項目、中項目、小項目。小項目は44項目あるのです。こういうものを使って情報の取り漏れを防ぐというものができております。

さらに、この仕組みは4疾患1予防で構成されており、御存じの先生方も多いかと思うのですが、脳血管疾患、心不全、大腿骨頸部骨折、認知症の4疾患と、誤嚥性肺炎予防ということで、疾患別のチェックリストというものがさらにつくられておりますので、介護支援専門員は法定研修を受けなければいけないのですが、令和6年4月からの新たなカリキュラムの中に導入されることになりましたので、収集漏れとか把握漏れがより防げるような仕組みになっていくのではないかと感じております。

2点目、意向のところ、確かに限られたスペースですので、小さめに見えてしまったかと思っておりますけれども、ここに何を書くかというのは、今の最初の御質問にも通ずることなので、介護支援専門員が利用者様・家族様と向き合う中で、この医療者様・家族様は何を大事に生活されているのかというのは感じ取っております。ですから、そこを優先的に記載するという事です。そのためにアセスメントというものをやっているのですけれども、アセスメントを通して見えてきた優先順位と申しますか、特に重要に思っているもの、大事にしたいところを記載させていただくという判断を行っているところでございます。よろしいでしょうか。

○赤羽構成員 ありがとうございます。勉強になりました。

○荒井主査 では、正立構成員、お願いします。

○正立構成員 ありがとうございます。

能本構成員、ありがとうございます。利用者として勉強させていただくところが多か

ったです。

1つ、今お話がございましたけれども、ナラティブデータのことで、少しお伺いしたいと思います。先ほどたばこを例に挙げたお話がございましたが、利用者自身の生活上のこだわりなど、情報を共有することで生かせる場面がある一方で、家族との関係などでは、これを本当に共有すべきことがいいのかどうかということについて、私は少し疑問を感じております。なぜかといいますと、侵襲性というか、そこに大きく関わる部分でありまして、例えば長男とは関係がいいけれども、次男とは関係が悪いといったようなことが広く共有されていいのかどうか。

能本構成員のお話の中で、ケアマネジャーがハブ機能を果たすという御発言がありましたけれども、私はそういったセンシティブな情報については、ケアマネジャーがコーディネートしていくという手法がいいのではないかと考えているのですが、その点いかがでしょうか。

○能本構成員 ありがとうございます。

私どももその辺の期待に応えられるような職種として、さらに質を高めていきたいと思っておりますが、先ほども他の委員から御指摘あったように、ケアマネジャーによって判断の差が正直あるところはございますので、今後、先ほどの法定研修等も含めて、その辺の精度を高めていくということと。

これは研修とか、そういうものだけでは限界があります。事業所の意識とか事業所内の教育体制とか、あるいは先輩・後輩の関係の中での指導とか、そういったものが効果的ではないかと思っておりますので、国レベルの研修、あるいは都道府県・市町村レベルの学びの場、そして事業所の中の身近なところでの指導が全てかなえられるような仕組みを、私どもも目指しておりますし、これからもいただいた御意見に沿うような仕組みをつくっていきたく思っております。貴重な御意見ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、西村構成員、お願いします。

○西村構成員 能本構成員、ありがとうございます。

先ほど、たばこの例を示していただいたのですが、食事も患者様の嗜好等がございますので、医師の指示そのままはというのはなかなか難しいという面もございますが、食事の場合は間を取るということができず、どのような形で医師の指示に合ったものを、その方の嗜好や慣れ親しんだ食材等を生かして召し上がっていただけるかというところで、専門職として管理栄養士がおりますので、医師の指示を変えることなく活用していただければと思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

○能本構成員 ありがとうございます。

特に私も糖尿病の患者様の支援でかなり苦労した経験を持っておりますので、その辺のところ、ぜひアドバイスをいただければと思っております。全国のケアマネジャーと管理栄養士様が連携を取れる仕組みを、各地でもっと構築していただければと願っております。

○西村構成員 よろしく申し上げます。

○能本構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

個人情報是非常に膨大で、個別性も高く、今、議論がありましたように、えてして医療による介入と本人の思い、あるいは生きがいというものが対峙する構造になるということも非常に多いというのは理解しております。そういった中で、ケアマネの方に全て判断を委ねるのはなかなか難しいかと思っておりますので、これはある程度フォーマットをつくって提供せざるを得ないのかな。もちろん、研修でケアマネの方の質を上げるということは必要であります。

ですので、そういった情報を今後見直していくことは必要ではあると思っておりますけれども、初めの段階では、そういう難しい情報を共有することは困難ではないかなと思いましたが、ナラティブな情報をできればデジタル化して、どうやって乗せていくかということについても議論が必要なかなと思っておりますので、また引き続き、議論させていただきたいと思っております。ありがとうございます。

続きまして、議事の3「医療・介護間で共有する介護情報について」に進みたいと思っております。事務局から、資料4について説明をお願いいたします。

○溝上補佐 事務局でございます。

それでは、資料4でございます。「医療・介護間で連携する情報の範囲について」でございます。

2ページ目を御覧ください。本テーマの議論の進め方をお示ししております。本日は、介護事業所や自治体から医療機関へ共有すべき介護情報について。そして、次々回でございますが、第7回では、逆に、医療機関から介護事業所や自治体へ共有すべき医療情報について、それぞれ御議論いただきたいと考えております。いただいた御意見も踏まえまして、調査研究事業で整理の上、とりまとめの議論へ進めていければと思います。

3ページ目を御覧ください。介護情報の医療・介護連携における活用イメージの例を記載させていただいております。1項目ごとの読み上げは、この場では割愛させていただきますけれども、記載のように、介護情報を関係者で共有・連携していくことで、利用者の状態に合ったサービスの提供やプランの見直しに活用できるのではないかと考えられます。

4ページ目を御覧ください。本日の論点でございます。介護事業所や自治体から医療機関へ共有すべき介護情報に、どのようなものが考えられるか。また、共有する際に、どのような点に留意すべきかとしております。

また、論点案といたしまして、介護情報が共有されることで、利用者にとってどのようなメリットがあるのか。

上記の目的を実現するため、共有すべき介護情報には、どのようなものがあるか。

共有に際しまして、個人情報保護の観点から、どのような点に留意すべきか。

また、介護情報基盤と地域医療情報連携ネットワークとを活用した仕組みについて、どのように考えるかとしております。

事務局からの資料の説明は以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

今の事務局からの説明につきまして、また先ほどのヒアリングの内容も踏まえまして、医療・介護間で共有する介護情報に関しまして、構成員の皆様より御意見をいただきたいと思っておりますけれども、御意見のある方は「挙手ボタン」を押してお知らせいただければと思っておりますけれども、いかがでしょうか。今回の論点は、介護事業所や自治体から医療機関へ共有すべき介護情報ということについて、既に野尻構成員と能本構成員から御説明がありまして、それに対して、今回の論点についての議論も既になされているかと思っておりますけれども、追加で何か。

小出構成員、お願いします。

○小出構成員 座長、ありがとうございます。国民健康保険中央会の小出と申します。

私どもが参加させていただいている主な趣旨は、介護情報基盤を整備していくという立場だと承知しております。一方で、私ども、国民健康保険あるいは介護保険の保険者の支援という側面を持っておりまして、この介護情報基盤をつくっていく中でこういった市町村情報を入れることができるのかということを考えております。

それで、本日の野尻先生、能本先生のお話を伺っていて、まさに現場レベルの患者さんの治療やケアの部分が第一だということを改めて実感いたしました。その上で、2次的なものとしまして、自治体が絡む健康づくり、あるいは計画を立てるといったところは、まず思い浮かぶのですけれども、それと実際の治療・介護の間ぐらいのことで情報共有していくものというのも、情報が今後、手軽に利活用できるようになっていくので、難しい課題ではあるのですけれども、考えていく必要があるだろうという問題意識を持っております。

私どもも、まだ答えは持っていないのですけれども、この研究会あるいは事務局において、そういった論点も考えていただければ幸いですと思ひまして、これは御要望です。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。

そのほか、何か御意見、御質問。

高橋構成員、お願いします。

○高橋構成員 先ほどの能本構成員のお話にもつながるのですけれども、ナラティブデータ、いわゆるACPとかICFに関係すると思うのですけれども、急性期医療機関側ではなかなかつくる時間がないので、在宅施設側でじっくり聞いていただいて、いざというときに急性期にそのデータを持って行っていただければと思うのですけれども、ここで問題なのは、ナラティブデータですので、本人の気持ちも変わりますので、リアルタイムであること、時系列であるということが重要であって、それをどのように担保するか。それがこの地域医療情報連携ネットワークだったり、今、出ているオン資確認だったりするのではないかと考えていますけれども、それで間違いはないかどうか、質問です。

○荒井主査 これはどなたにお答えいただきますか。では、事務局からお願いします。

○溝上補佐 事務局でございます。

高橋構成員、ありがとうございます。まさに今、おっしゃっていただいたように、全国で整備していきます介護情報基盤と地域ごとの地域医療情報連携ネットワーク、そうした観点での役割分担というのもあるかと思しますので、引き続き、私どものほうでいただいた御意見を踏まえて整理させていただきたいと存じます。

○荒井主査 ICFとかACPは、急性期からしっかりとフォーマットに入れるべきではないかと僕は思っていますけれども、なかなかICF自体を知らない医者がまだまだ多いというのは現状かなと思いますので、そこはしっかりと改善していかなければいけないかなと思っております。

では、江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

今後、医療現場では、治療方針の決定のために、意思決定支援の取組がますます増えてくると思います。例えば、医療や介護の現場では、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにのっとった取組が求められているところです。これは御存じのように、本人の意見を最大限に尊重するために、本人もしくは本人が意思表示できない場合は、家族等と医療・ケアチームが合意を形成していくものであります。先ほど能本構成員もおっしゃっておいりましたように、その際に必要な情報としては、本人の人生歴、生きがい、心のよりどころ、価値観、あるいはこれまでのACPや医療・ケアチームとの話し合いの記録等が不可欠となります。

介護施設から、いろいろな疾患で緊急入院ということがしばしばあります。そうすると、当然認知症の方のみならず、皆様、非常に不穏状態に陥ることがしばしばあります。これまでにその不穏状態のために、本来の治療あるいは手術ができないといった事例が蓄積されてきた苦い経験もあります。そうすると、介護施設で行っていた認知症ケアあるいはリハビリテーションの進捗の具体的な状況。それから、食事・入浴・排泄の日々の生活状況といったものが、医療現場では非常に有用な、貴重な情報になります。

先ほどから意見が出ていましたように、例えば主治医の意見書の特記事項も同様でございますが、チェック項目では対応できない共有すべき重要な情報が多々あることは共有しているところですが、そういったものをどのようにシステム化していくのかといったことが今後、検討課題と認識しています。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

次は、松田構成員、お願いします。

○松田構成員 ありがとうございます。

介護側や自治体から医療機関に必要な情報ですけれども、私たちはデータを連結して分析しているのですが、実は65歳以上で見ると、急性期でDPCの病院に入院してくる患者さん

は、脳梗塞だと2割から3割、心不全、股関節の骨折、肺炎ですと半分ぐらいが既に介護保険を使っている患者さんです。連結すると分かるのです。併せて、重症度、医療・看護必要度の分析もしているのですが、家庭からやってきた人の場合には、看護必要度のB項目、ADLに相当するものですが、その状況がどうなのかということで、退院先がかなり決まってきます。

このB項目というのは、認定調査票のほうで把握されている項目でもあるのですが、その認定調査票のデータが急性期として見ることができると、入院時のB項目の状況と、認定調査票、介護の現場でどうだったのかという2つが比較して見れるので、いわゆるケアをやっていく上でとても重要な情報なのです。特に、在宅に帰れるか帰れないかというところが、移乗能力がどうなのかということと、整容がどうなのか。もともとはどのレベルであったのかということが分かると、急性期病院でもいろいろとケアがしやすくなりますので、まず、そういう情報が取れると良いと思います。

あと、連携に当たっては、LIFEがそうなのですが、介護報酬上、診療報酬上で、それが明確に作成することが規定されているものについて転記する、使うということになると、それを記載するインセンティブになりますので、今、既につくられている情報を、具体的に言うと認定調査票のデータですが、急性期病院から見れるようになると良いと思っています。

このことをなぜ言うかといいますと、レセプトを連結して分析して患者さんで既に介護保険を使っている人の割合と、DPCのデータから把握する介護保険を使っている割合の、この二つの値が合わないのです。DPCで様式1というのをつくっているのですが、そこで介護保険を使っている人の割合がどうも過小報告されているように思います。そういう意味で、正しい要介護度の情報を得るためにも、医療機関のほうからその対象者の方の認定調査票のデータや介護保険のデータが見れると良いと思っております。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

次に、久留構成員、お願いします。

○久留構成員 ありがとうございます。

幾つかありますが、まず、この資料で医療・介護間で連携するとあるのですが、先ほどの野尻構成員、能本構成員の御発言にもありましたように、介護の分野は、施設系、居宅系、地域密着型等、非常に多種多様なサービスが入っておりますので、そのところは十分御留意いただきたいというのが1つです。

それから、2点目ですが、利用者が高齢者であることから、時点の問題、いわゆる時間軸の問題がございます。情報も日々変化いたしますし、最新の情報で活用すべきものとそうでないものもありますので、その時点の問題というのも1つ留意すべき点かなというのがございます。

それから、3点目ですが、先ほど野尻構成員の御発表や能本構成員の御発表にもありま

したように、例えばケアプランについても、要介護認定についても、特記事項が非常に増えている。標準化する一方で、個別性に対応しようとする、どうしても特記事項が増えてくるということの問題点はあるかと思えます。

それから、4つ目ですけれども、これは事務局のほうにお願いでございますが、本資料の論点のところ、まず、情報の取扱いに関しまして法的な整理が必要だろうと考えております。情報を持っている方々が自ら作成した情報について取り扱う場合と、他の方の情報を取り扱う場合の、先ほど能本構成員の御発言の中にはケアプランの話がありましたけれども、ケアマネジャーは基本的に委任事務であろうと思っているのですけれども、その委任に関して、どこまでを委任しているのかという問題も出てきますので、その辺の法的な整理、特に民法上の法的な整理は必要かなと思えます。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

次は、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。

今回の議論の論点は、介護事業所や自治体、医療機関で共有すべき介護情報にどんなものがあるのかということだったため、その視点で私どもは検討したのですが、医療機関でケアに生かしていくという観点で検討していくとよいのではないかと考えております。先ほど野尻構成員も、共有すべき情報の中で、発症前、利用開始時の状況等の直近のデータが必要だという御意見があったかと思っておりますが、私どもも野尻構成員がおっしゃったように、ケアに生かしていくということを考えると、直近のデータがあるほうがいいのだらうなと考えました。

ただ、LIFEの入力等につきましては、少しタイムラグが生じるということがありますのと、LIFEの登録につきましても、まだまだ限られた事業所になっておりますので、ここをどのように広げていくのかということも検討していく必要があると考えております。LIFEの汎用性を上げつつ、医療の側からも意見を出して情報共有をきちんと進めていくことが大事だと思います。

それから、いわゆる個別情報、特記事項等につきまして、これは今すぐということにはなかなかないかと思えますが、有用性が高いという観点では、訪問看護などの各サービスの個別計画や、経過記録といった、非常に個別性が際立つような情報の活用を目指していくことが大事なのではないかと思えますので、ここは引き続きの検討が必要と考えています。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

では、今構成員、お願いします。

○今構成員 ありがとうございます。

まず、医療と介護の間で連携する情報というところで、真っ先に思い浮かぶのが、例え



ば医療側で急性期ということで、喫緊の対応をするために必要な情報というのがあると思うのですけれども、もう一方で、例えば転院であったり、退院というのも見据えての意思決定をしていくとか、情報共有をしていくという情報も併せて速やかに提供される、共有されるべきものかなと思っております。

その中で、先ほど野尻構成員の御発表のところでも御指摘があつて、なるほどと思ったのが、例えば家族間等の共有、正立構成員からも御質問があつた、御本人に属するのかどうかというところですね。そこで家族間のセンシティブな問題等もあつて、2次活用という言い方が適当かどうか分からないですけれども、介護側、または区市町村側から得られた情報を、医療のところから、例えば御家族とさらに活用して行っていくという場面が想定されるときに、活用すべきとか、していいものと、できればしてほしくなかったものとか、適切な治療法でないという、難しい言い方かもしれませんが、その辺りの切り分けがかなり難しくなるのかなと思っております。

ここは、そこまで取り組めるかどうかもお聞きしたいところではあるのですけれども、今後、行われる調査研究事業のところ、例えば医療側で得られた情報を、さらに御家族等々の今後検討する上での活用の仕方とか、そのときの課題というものをしっかりと押さえていくことが、今後の切り分けの大きなポイントになろうかと思っておりますので、その辺りは調査研究事業の取組の中に入れていただければありがたいかなと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

時間の関係で、小玉構成員、西村構成員のお二人で終わりたいと思います。では、小玉構成員からお願いします。

○小玉構成員 荒井主査、ありがとうございます。

今日は、野尻構成員、能本構成員から大変すばらしいお話を伺いました。ありがとうございます。その中で、共有すべき情報というところで、野尻構成員から、発症前の生活、経過、開始前の状況と直近の状況。これは医療・介護の事業者間での情報共有というお話を伺いましたけれども、ここに先ほど能本構成員がお話しされたナラティブな要素を加えていただいて、その部分を整理した上で、どの時期にそのナラティブな情報を重要視するか。こういったプランをどういうふうにして、その効果がどうだったというところも併せて、下の認定情報、ケアプラン、LIFE情報、請求情報の情報の取り方との組合せというものが自然に決まってくるのではないかなと思います。

ですから、発症前の生活のところは、ナラティブなところを取っていくことにして、その経過、その次の状況。矢印は一方向なのですけれども、両方向になる可能性もありますし、そこでの情報の活用というところが生かされるのかなと思います。たばこの話がございましたけれども、食事についても、栄養素、栄養形態も、特に脳卒中の後遺症の方は重要なのですけれども、そこで食べ方をちゃんとしたり、口の中の状況をよくしていく。そのことで、入れ歯ができてどんどん食べたけれども、食べ方がうまくなくて喉に詰まらせ

てしまうという状況もあります。お肉も食べたいという方に、こういうふうにしたほうがいい、医療・介護の対応とナラティブな情報を組み合わせるといふところも考えていただければありがたいなと思います。

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。

西村構成員、お願いします。

○西村構成員 お時間がない中、すみません。

食事の情報につきましては、LIFEが本当に円滑に動いていれば、栄養状態、食事内容について、かなりの部分を網羅できていると考えています。ただ、1点、LIFEで、介護で言う療養食、医療で言うところの治療食の情報が入っていませんので、その辺りは今後、課題かなと考えております。

あと、食事の場合はあしたから始めるというわけにはどうしてもいきませんので、入院してくればすぐに提供しなければいけないので、そういった意味で介護から医療への情報というのは非常に重要になってくると思いますので、その辺り、こぼしのないように、しっかりと連携できればと考えておりますので、よろしく願いいたします。

○荒井主査 多くの御意見いただきまして、ありがとうございます。今、事務局から答えられますか。お願いします。

○溝上補佐 荒井主査、ありがとうございます。事務局でございます。

多くの構成員からいただいた御意見を踏まえまして、事務局のほうでも整理させていただこうと思います。

○荒井主査 続きまして、議事の4「安全管理措置について」に進みたいと思います。事務局から御説明をお願いいたします。

○溝上補佐 事務局でございます。それでは、資料5「安全管理措置について」、御説明させていただきます。

2ページ目を御覧ください。主体ごとに参照すべき安全管理措置に係る主な規程でございます。

マル1は、医療・介護関係事業者向けの個人情報保護法のガイダンスで、介護事業所及び医療機関が参照いただくものとなっております。

マル2は、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインということで、医療情報を取り扱う医療機関をはじめ、介護事業所も医療情報を扱う場合には参照いただくものとなっております。

マル3は、行政機関向けの個人情報保護法のガイドラインでございます。自治体に参照いただくものとなっております。

3ページ目を御覧ください。こちらはマル1に当たりますガイダンスでございます。医療機関及び介護事業所が講ずるべき安全管理措置等として、従業者に対し必要かつ適切な監督をしなければならないとされております。

4 ページ目を御覧ください。御参考でございますけれども、ガイドランスの中で安全管理措置として考えられる事項ということで、取組の参考が記載されております。1 項目ずつの読み上げは割愛させていただきますが、個人情報保護に関する規程の整備や組織体制の整備に始まりまして、雇用契約時の規程や従業者への教育研修、こうしたものが挙げられております。

また、5 ページ目へ引き続きまして、盗難防止等の物理的な安全管理や、アクセス管理や認証管理等の技術的な対応。また、適切なデータ保存や不要データの廃棄、消去、こうしたものが挙げられております。

また、6 ページ目も御参考でございますけれども、介護事業所におけるセキュリティについて解説しております手引きもございまして、こうしたガイドランス等の規程に配慮するように、この手引きの中でも記載されております。

7 ページ目を御覧ください。こちらは、冒頭のスライドのマル2に相当しますガイドラインの記載でございます。こちらも個人情報保護に関する方針の制定や、8 ページ目のように、責任者の設置やアクセス管理規程等の組織的な安全管理。

また、9 ページ目のように、記録媒体の保存場所の施錠や、入退管理等の物理的な安全対策。

そして、10 ページのように、雇用契約での守秘義務や、教育訓練等の人的な安全対策、こうしたものが医療情報のガイドラインのほうでも挙げられております。

11 ページ目も御参考でございますけれども、介護事業所が取り扱う文書のうち、医療情報を含む場合があります、この医療情報のガイドラインの対象となる文書が、ガイドラインの中でこういった形で例示されております。こちらも併せて御参考いただければと思います。

12 ページ目は、冒頭のスライドのマル3に相当します行政機関向けのガイドラインとなっております。リスクに応じて、必要かつ適切な内容としなければならないということや、サイバーセキュリティの確保についても、こちらの中で触れられております。

13 ページ目を御覧ください。本日の論点でございます。

介護情報基盤を介して電子的に介護情報や医療情報を共有する場合、介護事業所や医療機関が、従前の安全管理措置に加えて講ずるべき対応はあるか。

また、自治体が講ずるべき安全管理措置について、どのように考えるかとしております。

事務局からの資料の説明は以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

この安全管理につきましては、ガイドラインやルールが決まっておりますので、それに従っていただくことになるかと思っておりますけれども、先ほど論点を2 個挙げていただきましたけれども、従前の安全管理措置に加えて、今後、何か講ずべき対応はあるのかということですね。そして、自治体が講ずべき安全管理措置について、どのように考えるかという論点を挙げていただきましたけれども、構成員の皆様から御意見いただければと思います。「挙手ボタン」でお願いしたいと思います。

まず、島田構成員からお願いします。

○島田構成員 ありがとうございます。

ガイドラインとしては抜けがなくて、守るべきことが網羅されていて、これは職員一人一人が必ず守らなくてはいけないと思うのですけれども、職員一人一人が本当にこれを全部理解できているのかは疑問がございます。ですので、これは調査研究に当たるかどうか分かりませんが、このガイドラインをきちんと理解していただくための、何か資料というか、コンテンツが必要なのかなと感じました。

以上です。

○荒井主査 ガイドラインは当然理解して、何らかのテストではないのですけれども、認証した後で使えるという形ですね。そういうルールがあるという理解でよろしいでしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。

おっしゃるとおり様々な規程がございます。こうした規程に準拠した形で現場に運用していただくといったところになっております。

また、今、御指摘いただいたように、その上で現場の方により分かりやすくという点は、我々も課題として感じているところでございますので、今後の整理で、そういった点も含めて整理させていただきたいと存じます。

○荒井主査 これはe-ラーニング等はできているのですか。医療機関であれば、e-ラーニングで勉強して、そして試験に答えて合格というアプルーバルをもらうのですけれども、一般の自治体もそういう仕組みになっているという理解でよろしいでしょうか。

○溝上補佐 自治体ごとに様々なやり方はあるかと思うのですけれども、一般的には、組織内での安全管理や個人情報保護に関する研修というものが定期的実施されているものと承知しております。

○荒井主査 はい。

では、久留構成員からお願いします。

○久留構成員 ありがとうございます。

今、荒井主査のほうからお話ございましたように、制度的には、こういうものがガイドラインとして示されておりますので、本来は遵守しているのが当たり前と言われてしまえばそこまでののですけれども、実際には、現場で見ますと、これに対して適切に対応できているかと言われると、なかなか厳しい状況かなと感じているところでございます。これに対しまして、先回の個人情報のところで、山本構成員や森田参考人にヒアリングをさせていただいて、保護の観点から活用の観点へという未来志向、プラス志向の流れがあったかと思えます。

まさにこの議論もそういう方向の流れであることは承知しておりますけれども、今回のこの資料5を普通に事業者が見ますと、介護事業者が萎縮してしまうのではないかという懸念を持つぐらいの状況でございますので、先ほどお話ございましたように、事業者のほうに分かりやすく周知していくという取組は引き続き必要かなと。介護保険法の指定基

準においても、それなりのことが書いてはありますけれども、事業者にそれを十分周知しているか。また、指導監査のときに、このようなことが十分指導されているかということについても検証していく必要があるのかなと思っております。もちろん、事業者自らがきちんと理解し、取り組んでいくということが前提であることは承知でということですが、そういうことも含めて御理解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。

では、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。

今、お話ありましたように、事業所の規模に関わらず、安全管理については、守るべき基準というのが、このガイダンスであったり、ガイドラインであったりということかと思えます。ただ、小さな事業所になりますと、人材とか資金というのは非常に限られておりますので、その事業所内でセキュリティが担保された情報基盤整備を行っていくとか、あるいは従事者の情報リテラシーとか、そういった研修を実施する体制が整備されているかという、難しいところもあるのではないかと懸念しております。したがって、こういった基盤整備や教育などについては、支援を充実していくということが1つあるのと、その従事者のリテラシーが異なることを前提として、どのように周知を分かりやすく行うのかというのは、検討が必要なのではないかと考えています。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

山本構成員、お願いします。

○山本構成員 ありがとうございます。

事務局の課題の上のほう、さらに追加すべき項目があるのかというお話なのですけれども、情報の安全管理は、利用者のプライバシーの保護、それから、利用者・家族のプライバシーの保護、事業の継続性の確保、もちろん従業者も保護しなければいけませんし、その辺りはこれまでもずっとあったはずで、この情報共有の仕組みを導入することにより、1つ加わってくるのが、他施設に影響が及ぶということがございます。例えば、他の介護事業者さんに情報セキュリティ上のリスクが及んでしまうとか、あるいは医療機関に情報セキュリティ上のリスクが及ぶ。そういった意味で、若干、他の施設へ影響を与えるという意味では、少し新しく考えなくてはいけないものがあると思います。

それで、今、挙げられたガイダンスやガイドラインの中で、個人情報保護法に係るガイダンスというのは、基本的にはこれまでどおりの安全管理についてしか言及していないのですね。医療情報システムの安全管理に関するガイドラインは5.2版が挙げられていますけれども、今、6版がパブリックコメントになっていて、そこではネットワークを通じて情報交換することを前提に書いている部分が増えってきましたので、他の施設に影響を及ぼす場合も含まれているという意味では、比較的網羅的なのですね。

ところが、この医療情報システムの安全管理に関するガイドラインは、今は医政局を中心に保守されているものですから、対象は医療情報を含む場合に限定していて、介護情報が機微ではないと言っているわけではなく、行政上、施行の担保を確保するために、医療情報を含むものを対象としていると言っているだけの話です。ですから、これを介護情報に適用するためには、その適用の担保を誰が行うかによって、多分適用が変わってくるが、中身はそんなに変わるものではないと思うのです。それを考慮して、これから検討を進めていけばいいのだと思います。

それから、このガイドラインを全ての介護事業者が理解しなければいけないのではありません。これは、情報システムを導入しようとする企画を出して中心になってまとめる人が理解すべきガイドラインであって、いわゆる利用者、普通の介護従業者の方は全て理解する必要はなく、このガイドラインに沿った運用手順や運用規則がつくられて、それを理解できればいいということになります。第6版のガイドラインは、3つに分かれていて全部合わせると多分200ページ以上で、全て理解しようと思っただく必要はなく、これは事業所に対して、情報システムを導入するときに一応読んで考えていただくものです。

それから、基本的にはシステムのベンダーさんによりますが、最近は比較的理解の進んだベンダーさんであれば、そのベンダーさんと責任の分解、責任の在り方を考慮することで、ある程度は利用者側の責任を軽減することができるということもありますので、そういったことも含めて、これからの情報連携を前提とした介護情報の在り方というもののセキュリティを考えていけばいいのではないかと思います。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

今、御指摘がありました医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの第6版につきましても、参考資料3につけておりますので、そちらのほうを御参照いただければと思いますが、事務局から何か追加で御説明はありますでしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。

今、荒井主査に御紹介いただきましたように、現在の検討の状況や第6版への改定の方向性、そうしたものを参考資料3につけております。現在、パブリックコメント等で最終の調整を行っている段階でございますので、第6.0版が出ましたら、また改めてきちんと情報提供させていただければと思います。

○荒井主査 では、江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

資料の11ページに、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの対象となり得るものが列挙されていますけれども、この中に、例えばリハビリテーションの提供事業所におけるリハビリテーション実施計画書や、居宅介護支援事業所のケアプランが記載されておらず、本ガイドラインの第5.2版の別冊編にも記載されていないので、もし列挙するのであれば追加が必要かと考えます。

一方で、本ガイドラインを我が国の全ての医療機関が遵守することも、現状、高いハードルとなっています。つまり、求められている内容は本来必要なものですが、現実問題として全ての医療機関における遵守が難しい状況にあるのも現実です。したがって、段階的に実効性を高めていく方策が必要と考えます。少なくとも、介護分野において、本ガイドラインを部分的に適用するよりも、本ガイドラインの内容に沿った介護バージョン、すなわち介護情報システムの安全管理に関するガイドラインの作成が不可欠と考えます。

その上で、介護事業所はIT化が遅れている小規模事業所も多い実態も踏まえて、介護現場の職員に分かりやすく理解しやすい内容であり、かつ、各事業所の必要性に応じたガイドラインの普及が求められると思います。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

今の11ページの点について、これは江澤構成員の御指摘の部分は6.0版では追加があるのででしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。

現在調整中の段階でありますので、また関係部局にも確認してまいりたいと思いますが、11ページ目の部分は例示ということで、非常に大きな括りで記載してしまっていて、一部、文書の名称ごとに記載されているのですが、その中でも、例えば施設サービス計画という形で、その施設内で提供されたサービスの内容に関するものを広く受け止めているような記載でしたり、記載の粒度が項目によって統一できていないところがありますので、こういったところが、今、江澤構成員が御指摘いただいた分かりにくさといったところにもつながっているのかと思いますので、今後、特に介護事業所の方へ分かりやすい説明をすべきというところでは、しっかりと配慮していきたいと思います。

○荒井主査 ありがとうございます。

いろいろな課題があるかと思いますが、様々な規模の事業所があるということも理解しておりますけれども、全国レベルで用意ドンでスタートするとなると、全ての事業所にこのルールを守っていただくというのが基本になると思いますので、そこができないと全国一律というのはなかなか難しいのかなと思っておりますが、その辺について、また今後いろいろと議論できればと考えております。よろしいでしょうか。

特に御意見がないようであれば、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思えます。事務局におかれましては、本日の議論を踏まえた調査研究事業を検討していただきたいと思えます。

次回の日程につきまして事務局よりお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

次回の日程は、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、本日はこれで閉会とさせていただきます。皆様、どうもありがと

うございました。