

2023-6-2 第6回介護情報利活用ワーキンググループ

○福田介護保険データ分析室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第6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。

構成員の出欠状況でございますが、長内構成員、正立構成員より御欠席の連絡をいただいております。

それでは、これより議事に入ります。

今回のワーキンググループは、傍聴希望者向けに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、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。荒井でございます。いつもお世話になっております。今日は現地に向かう予定でしたけれども、あいにく天候が不安定なため、オンラインで参加させていただいております。本日もどうかよろしくお願いたします。

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 それでは、資料の確認をさせていただきます。

資料1-1「科学的介護等の推進について」

資料1-2「医療・介護データ等解析基盤の本格運用を見据えたNDBデータの利活用の更なる促進について」

資料2「島田構成員提出資料」

資料3「田宮構成員提出資料」

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、議事の1「科学的介護等の推進（二次利用）に係る取組について」を行います。まず、事務局から資料1-1、1-2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1-1「科学的介護等の推進（二次利

用)について」を御説明させていただきます。

スライド2ページ目より御覧いただければと思います。まず、本日の議論の進め方でございます。

まず、介護情報の二次利用に係る、これまでの取組状況や課題等を踏まえた論点案を事務局より御説明させていただきます。

その次に、実際の介護情報の二次利用の現状や課題、また今後に向けた提案等につきまして、2名の構成員からヒアリングをさせていただきたいと思っております。

そして、最後に、ヒアリングの内容も踏まえまして、事務局が提示させていただきます論点案に沿って、構成員の皆様より御議論いただければと思っております。

スライド3枚目でございます。こちら、これまでのワーキンググループでも御提示させていただいておりますが、本日は第6回ということで、二次利用を取り扱わせていただきます。

スライド4枚目でございます。こちら、本日のテーマの二次利用に関してでございます。

主な課題といたしまして、2点挙げさせていただいております。

1点目が、介護データベースの第三者提供の実績が必ずしも多くないといった課題。

2点目が、科学的根拠の更なる創出のためには、介護データベースに格納されている情報を充実させることが望まれるといった2点を挙げさせていただいております。

続いて、5ページ目をお願いいたします。ここから、それぞれの課題に関しまして、少し詳しく御説明いたします。

まず、課題の1点目、第三者提供の実績に関してでございます。こちらの課題に関して、考えられる理由とこれまでの対応に関しまして書かせていただいております。

まず、1点目が、申請からデータ提供までに長時間を要しているという課題でございます。こちらに関しては、後ほど御紹介いたしますが、新たな提供形式といたしまして、定型データセットといったものを作成することで、提供までの日数を大幅に短縮するとしております。

また、もう一点が、介護データベースを活用されている研究者の方が限定的であるという御指摘でございます。こちらは、介護データベースを活用した経験のある研究者の方を講師とする講演会を開催させていただいたり、申出の手順でしたり、実際の研究例、こうしたものをまとめたガイドを作成して、これまで介護データベースを活用したことのない研究者の方への周知に取り組んでいるところでございます。

それでは、スライド6枚目からは、この課題の1点目の背景となる情報を御説明させていただきます。

まず、スライド6枚目でございますが、介護データベースについてというものでございます。

1番の概要の部分でございますが、実際に現在、保有している情報に関しましては、匿名化されております要介護認定情報、レセプト情報、LIFE情報となっております。

2番のこれまでの経緯でございますが、この介護データベースの第三者提供につきましては、平成30年から開始となっております。そして、令和2年からは匿名医療保険等関連情報、いわゆるNDBとの連結解析、また令和4年からはDPCデータベースとの連結解析が開始となっております。

スライド7枚目でございます。こちら、現在、介護データベースに収集しております情報の収集経路を参考として掲載させていただいております。要介護認定情報は市町村から、レセプト情報は事業所から、まず、国保連合会の方へ収集されまして、そちらで匿名化していただいた情報を介護データベースの方に格納しております。

また、LIFE情報につきましては、事業所から厚生労働省のLIFEのデータベースへ登録していただく際に匿名化していただき、そちらのデータを介護データベースに連携するという収集経路となっております。

スライド8枚目でございます。こちらは御参考でございますけれども、現在、介護データベースに格納しておりますデータの格納件数、データ容量を書かせていただいております。

そして、スライド9枚目でございます。現在の第三者提供に係る審査体制に関して書かせていただいております。介護情報に関係する部分につきましては、赤い枠で囲んでおります部分でございます。中央の匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会は、NDBやDPCと連結する申出申請に関して審査する場となっております。

一方、介護データベース単独の申請の場合は、一番右下の専門委員会での議論を行うこととしております。

そして、スライドの10枚目から11枚目の2ページにかけて、これまでの介護データベースの第三者提供の実績を一覧として挙げさせていただいております。これまでの実績でございますが、計37件が提供されております。申出者といたしましては、大学等の研究者の方が多く、提供依頼のデータといたしましては、特別抽出という形式が最も多いという結果でございました。

スライドの12枚目でございます。実際にデータ提供まで、どのくらい日数がかかっているのかというところでございます。例えば一番申出の申請が多かった特別抽出でございますけれども、平均で約1年近く時間を要しております。その中でも、審査していただいてから、実際に研究者の方へ提供いただくまでの日数が275日と、全体の約4分の3を占めているという結果でございます。

スライド13枚目でございます。こうした背景もございまして、赤のマル2の新たな提供形式という部分で、承諾から提供までの期間を大幅に短縮するものとして準備しております。こちらの新たな提供形式というのが、先ほど申し上げました定型データセットといったものでございまして、あらかじめ全データを抽出して整備したものでございます。

続いて、14ページ目でございます。こちらは、介護データベースの利活用の促進に向けた取組といたしまして、本年2月にセミナーを開催させていただいたものでございます。

また、こちらのウェビナーの内容を基にガイドも作成させていただいて、こちらは公開させていただきます。

事後アンケートの中では、非常に期待以上でよかったというお声もいただいておりますけれども、より詳細な研究手法でしたり、もう少し詳細な事務的な内容も含めて、さらなる機会を御要望いただいております。

続いて、15枚目からが課題の2点目でございます、介護データベースに格納されている情報を充実させることが望まれるというものでございます。

考えられる理由として3点挙げさせていただきます。

まず、介護データベースに格納されている情報が限定的であるという課題につきましては、現在、介護情報の標準化や、どのような情報を共有していくのかという検討を、本ワーキンググループにおいても行わせていただいております。また、こちらのワーキンググループで御指摘いただいた課題に関しましては、本年の調査研究事業等においても整理させていただくこととしてございます。

また、介入に係る情報の充実という御指摘もございまして、こちらについては、学術的な観点から、LIFEでどのような項目を収集していくのかという見直しに係る検討を行っております。

また、3点目が他の公的データベースとの連結解析でございます。こちらは、先ほど御紹介しましたとおり、現在、NDB、DPCと連結ができるようになってございます。

そして、こちらの課題の2点目の背景情報でございます。まず、スライドの16枚目でございます。LIFEの概要でございます。LIFEにつきましては、令和3年度より運用を開始しております、事業所から利用者の状態やケアの実績等、こうしたデータを御提出いただきまして、フィードバック情報を事業所へお返しし、ケアの見直し等に御活用いただくという取組でございます。

そして、スライド17枚目でございます。こちらは、これまでのワーキンググループでもお示しさせていただいておりますけれども、介護現場で活用される利用者に関する主な情報の一覧となっております。こちらに赤い部分として、介護データベースへの格納状況を追記させていただいております。おおむね△という、一部の情報が格納されているところとなっております。

この一部というのがどういうものかと申しますと、例えば個人情報を除いておりますし、自由記載のような特記事項欄、こうしたものは格納されていないという趣旨でございます。

続いて、スライド18枚目でございます。LIFEで収集する項目の見直しに係る検討でございます。

こちらは、現在、学術的な観点からの項目提案に関しては、国立長寿医療研究センターが中心となって取りまとめを行っているところでございます。

また、介護現場からの項目提案につきましては、本年3月にLIFEのホームページ上での

公募を行い、さらに本年の調査研究事業におきましても、現場からの項目提案の在り方を検討させていただき予定としております。

スライド19枚目でございます。こちら以前も以前のワーキンググループでもお示しをさせていただいておりますが、全国医療情報プラットフォームの将来像でございます。

一番下の部分、少し文字が小さいですけれども、こちらで共有していく情報に関しては、研究開発等にも利用していくということが示されてございます。

そして、スライドの20枚目でございます。医療・介護データ等解析基盤（HIC）に関する内容でございます。HICは、クラウド上にプラットフォームを構築いたしまして、研究者がリモートで安全な環境に接続することで、公的なデータベースを解析することが可能なものでございます。

21枚目でございます。実際にこうした解析環境も準備したクラウド上でのデータ利活用を、今後予定しております。こちらでNDBや介護DBをはじめとする、他の公的なデータベースの連結に関しても検討を進めているところでございます。

スライドの22枚目でございます。こちらからが、本日の御議論いただく論点（案）をお示しさせていただいております。

まず、22ページ目は、介護データベースの利活用の促進に向けて、新たな提供形式によるデータ提供に要する日数の短縮化や利活用例の周知などを行ってきたところでございますが、より幅広い研究者等に利活用いただくため、どのような対応を検討すべきかというものでございます。

まず、定型データセットによる提供日数短縮を図っているところでございます。まずは、その効果を確認しつつ、そのほか、利活用を推進するに当たって追加的に対応すべきものにどのようなものがあるか。

また、介護データベースに格納されている介護情報を利活用することで、どのような研究が可能となり、実際の利活用の状況を紹介する機会を設けるなど、引き続き、周知に取り組むとしております。

3点目が、速やかなデータ提供を図る観点からも、先ほど御紹介しましたHICを活用した方策等をしっかりと検討してはどうかとしてございます。

スライド23枚目が論点（案）のマル2でございます。

介護データベースの利活用を促進することで、エビデンスの創出につなげていくためには、どのような介護情報を格納し、利活用できる情報を充実させていくべきかというものでございます。現在、検討を進めている介護情報基盤の整備でございますけれども、この整備に当たりまして、二次利用の推進の観点から、どういった点に考慮していくべきなのか。

また、2点目には、科学的根拠に基づいた介護を進めるため、どのような項目や情報が求められるのか。

3点目に、他のデータベースとの連結解析等をさらに進めていくために、どのような対

応が介護データベースとして必要とされるのか、こうした点を論点（案）として挙げさせていただきます。

それでは、引き続きまして、資料1-2につきまして、こちらはNDBの担当部局でございます保険局のほうより御説明をお願いしたいと思います。

○鈴木参考人 よろしくお願いたします。NDBを担当しております保険局医療介護連携政策課保険データ企画室の鈴木と申します。

こちらは、先日、4月に匿名医療等の提供に関する専門委員会を臨時で開催しまして、HICの本格運用を見据えたNDBデータの利活用の更なる促進についてというタイトルで、NDBデータの今後の提供方針について、全体論としておまとめしたものでございます。

おめくりください。今回、NDBについては簡単に御説明申し上げますが、NDBは2006年の高確法の改正を契機にして、2009年から収載、2011年から研究者への提供が始まっております。その後、2019年の法改正で民間事業者等へも提供を拡大いたしまして、介護データベースとの連結規定を整備しているところでございます。その後も収載内容の拡充を図っておりまして、第三者提供以外にもオープンデータの拡充等で広く使っていただけるように整備しているところでございます。

今後、介護データベース以外の公的データベースとか次世代データベースとの連結解析、死亡情報との連結を順次進めていくところでございます。

次を御覧ください。こちらにNDBの提供形式をまとめております。本来の利用目的であります医療費適正化対策等の政策立案のみならず、右の緑色でお示した3種類につきましては、介護データベースと同じような形式でございますけれども、研究者の申請したデータを抽出してお出しする特別抽出のほかに、皆様にホームページ上で自由に御覧いただける集計表であるオープンデータ、そのほか、第三者提供の形式としてサンプリングデータセットといいまして、1月ごとのデータをあらかじめ一定の割合で抽出して、プリセットして、比較的短期間でお渡しできるように整備したデータセットもございます。

また、データセットの形式ではありませんけれども、オンサイトリサーチセンターという形で、御自身の研究室単独で解析環境を整えられない方に向けて、オンサイトの環境でNDBを使っていただけるように整備しているところもございます。

先ほどのデータの拡充ですとか、このような利活用の拡充がございまして、下の表で抽出件数をお示していますが、本省利用、第三者提供ともに、データの件数、あとは提供しているデータの容量とも、年々伸びてきているところでございます。令和4年度に関しましては、NDBのクラウド化がございましたので、一時期システム停止等があつて、一時的に落ち込んだ形にはなっていますが、全体として拡大傾向にあるところです。

4ページ目を御覧ください。このように利活用の高まりを反映しまして、関連として、審査から第三者提供、研究者の方へ提供できるまで期間が長くなってきているという御指摘がございまして、こうしたことに関して、どのような要因で提供までの期間が長くなってきているのか、それぞれのプロセスに分けてブレークダウンしたものが、下に示している表に

なります。第三者提供における承諾からデータ提供の内訳というところを御覧ください。全体で承諾からデータ提供まで、一番右の合計というところで331日という非常に長い期間が示されていますけれども、内訳を分解してみますと、主に赤枠で示した2つの段階が大きく時間を食っていることが分かります。

前半としましては、抽出条件の特定、コーディネーター機能のところですか。これは、研究者の方が書いていただいた研究計画書から、実際にデータベースの抽出、抽出条件を確定するというところでやり取りをして整えるところですが、こちらに約5か月。その後、データ提供を待つ。条件が確定してからSEさんが作業されて、データ提供の待ちの時間も2か月近くに及んでいるというところですか。

これについては、コーディネーター機能を果たす方、またSEさんの人的資源の枯渇ということも原因としてありますけれども、同時に、研究者の方のリテラシーを高めていただくとか、そのほかの工夫としては、使いやすいデータセットの提供。また、抽出を待たずとも、御自身で抽出できるように、比較的慣れていらっしゃる研究者の方に対しては、そうした大きいデータセットから御自身で抽出していただくというやり方の検討。そのほか、審査会の頻度の問題。また、書類のやり取り等、現在、アナログの部分も多いですので、事務手続の簡略化といったことも方策として考えられます。

そこで、5ページ目を御覧ください。こちらが先日の専門委員会で、今後のNDBデータ提供について、抜本の見直しとして1枚で示させていただいたものになります。下の図表と上の四角は、基本的に同じ内容を書いておりますので、御覧になりやすいほうを御参照ください。

まず、研究者の方にとって、現在、NDBは、提供されるまで、どのようなデータ形式で来るか、全く不透明であるという事情がございますので、主に初学者の方を対象として、サンプルデータ、非常に小規模に縮小したNDBを受領する形式のデータ見本として作成して、こちらをホームページ上で公開するというのを今年6月中に予定しております。

また、本年秋に、既に開発しつつあるHIC基盤のセキュリティを整えた上で、現在、第三者提供しております特別抽出のデータ。また、サンプリングデータセットに近い構成のトライアルデータセットというものを、HIC上、クラウド上で使っていただけるようにシステムを整備する予定です。

そして、右側の図を最終形態として考えているのですが、来年秋までにリモートアクセスでクラウド上で解析できるデータを拡充しまして、一部の機微なコードの匿名性などをきちんと担保した上で、ある程度使いやすいデータにしたものを研究者の方が直接触っていただける。これについて、申請の形態についても、ポータルを整備するなどによって電子的に審査のシステムが行えるようにして、また、審査会についても、現在、NDBに関しては月平均して5件程度の申請ですので、当面、月1回という設定で審査会頻度を見直すといったことを組み合わせることで、研究者の方が計画書さえきちんと提出していただければ、最短7日でアカウントを払い出しして、クラウド環境でデータにアクセスして

いただけるというシステムを構築することを考えております。

次を御覧ください。今、お話ししました右側の最終形態をちょっとブレイクダウンして書いた形になりますけれども、現在は特別抽出を運用事業者の側で行ってお渡ししている次第ですが、これが御自身で行える方にとっては、使いやすいように、解析用に処理したNDBと書いてございます通り、ある程度機微なコードの匿名化等をしっかりした上で、御自身で特別抽出の作業をしていただけるような環境を整える。トライアルデータセット、これはサンプリングデータセットに近いものですが、こうしたものは試行的に触っていただけるような環境を整える。

御自身の研究室で環境整備されている方に関しては、媒体提供も引き続き行いますけれども、この媒体を提供するものについては、研究者のほうにデータが渡って、制限されたデータであるにしても自由に使っていただくこととなりますので、その提供形態では現行どおりの審査を行うということを考えております。

おめくりください。こちらが最後になります。今のようなことを実現するに当たっては、審査会の在り方とか審査会の頻度の見直しが必要と考えておりまして、現在のメールでWordやExcelをやり取りするというやり方では、なかなか実現が難しいというのは認識しております。ですので、ポータル上で書類の申請とかワークフローのチェックができるように整備して、書面審査等をして、1週間程度で承認まで持っていくということを考えております。そして、事務局での書類の事前チェックとか、そうした具体的な体制については、匿名医療等の提供に関する専門委員会でも今後、御議論いただいでいく内容と認識しております。

駆け足になりましたが、NDBの提供体制、今後の見通しに関しては以上になります。

○荒井主査 ありがとうございます。

ただいま老健局及び保険局から、介護データベース及びNDBについての現状・課題、そして今後の展望について、お話をいただきまして、介護データベースについては、論点整理もしていただきました。事務局から説明がありましたように、今後のヒアリングも踏まえて、後ほど皆さんから御意見をいただければと考えております。

続きまして、議事の2「ヒアリング」に進みたいと思います。

まずは、島田構成員より資料2について御説明をお願いいたします。

○島田構成員 貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

先ほどのお話をお伺いしまして、定型データセットの整備ですとか、HICが進んでいるということで、今日、私がこれからお話しする内容のかなり多くの部分が、もう既に対応済みだという形でございますが、現状の状態について御紹介させていただければと思います。

次、お願いいたします。まず、介護データベースの二次利用の現状につきまして、現状におきましては、審査が年4回に限られているということもありまして、一度機会を逃すと3か月間遅れてしまって、計画どおりの研究実施がなかなか難しいという状況にございまして、現場の研究者からは審査の頻度を増やせないかという意見が多く出ております。

また、提出書類がかなり煩雑でございまして、先ほどシステム移行というようなお話もありましたけれども、現状におきましてはWord、Excel等々でのやり取りで、バージョンもどんどん上がっていくものですから、どれが最新なのか分からなくなってしまうという状況も起きているようで、その辺りの改善が必要だろうと感じております。

次、お願いします。また、セキュリティ確認資料が介護DBには求められておりまして、合計72項目ということでございますが、事務局との調整に非常に時間がかかっているというのが現状でございます。さらに、ホームページ上では、申出に必要な書類として、公開されていないというのも準備の遅れにつながっているだろうと思われまして。また、NDBにつきましては、この資料は必ずしも求められていないということもございまして、介護DBにおきましても、項目の削減とか資料提出の必要性自体について再検討していただければと思っております。

また、データの管理に関する経費がかなり負担となっているというところもございまして。介護DBの特別抽出したデータは、受領のたびに高額のワークステーション、そしてアイソレーションされた部屋を用意する必要があるとなっておりまして、これがかなり利用を制限しているのではないかと考えておるところでございます。

次、お願いいたします。また、連結データの申出におきましては、NDBと介護DB、別々に書類を作成しなければならないという実情がございまして、できることなら申請書類も一本化ができると簡便なのかなと考えます。

また、承諾から提供までの時間が現状ではかなりかかっているという状況でございまして、迅速な対応が今後図られるということで、期待しておるところでございます。

次、お願いいたします。また、NDBにおきましてはオンサイトリサーチセンターの設置がございまして、介護DBにはございませぬので、研究者同士が交流する機会というのが限られている状況であろうと思われまして。ですので、そういった利用者同士の様々な交流という点から、オンサイトの構築というのがあるといいのかなと思われまして、先ほどからでございますように、将来的にはHICで簡便なアクセスができる。そのシステム構築が望ましいと考えておりましたので、非常にいい方向に進んでいると考えております。

さらに、オープンデータには、サービス種類、サービス項目単位の集計がないというところがございまして、公開されているオープンデータのみでは研究利用がなかなか難しいという状況がございまして、できれば介護DBにおきましても、サービス種類、サービス項目単位別の集計をしていただくことによって、情報量が大幅増すのではないかと考えております。

次、お願いいたします。また、変数のバリデーションあるいは算出方法の標準化が利活用の中では非常に重要であろうと考えております。具体的には、介護における利用者のアウトカムの計算方法が、現在、個々の研究者が各自で算出して、それを使っているという状況でございます。この算出方法が必ずしも統一されていないということがございまして、例えば死亡とか入院、入所日数、認知症発症のアウトカム等々、これらについての標準的

な値というのがないものですから、こういったことが利用の促進になかなかつながらない、1つの大きな理由であらうと考えられますので、この辺りは、標準化したデータセット、ないしはマクロの提供等々が必要なのだらうと思っております。

次、お願いいたします。また、介護データベースの成果物の公表確認の手続が簡略化する必要があるのではないかという意見がございます。NDBにおきましては、過去、一度公表確認を行った成果物については、新規データの追加がない限り、公表確認の依頼は不要となっております。介護DBにおきましては、公表確認を行った成果物であっても、新規データ追加のありなしを問わず、文書の修正があれば公表申請が必要になる。ここでやり取りがかなり頻繁に行われるということがございまして、論文発表まで非常に時間がかかってしまうという実情がございます。

次、お願いいたします。等々、いろいろ課題はあろうかと思いますが、先ほども申し上げましたが、定型データセットあるいはHICの整備によって、かなりの部分が改善すると考えております。

また、これらの二次利用によって期待できることといたしましては、介護サービス利用の有効性、安全性、公平性などに関する検討が広くできるということが最大の魅力であらうということでございます。

また、これらの結果に基づいて、個別のケアプランとか新たな政策介入の検討を行っていく基礎資料になるような研究成果を出していく必要があるのだらうと考えております。

次、お願いいたします。さらに、この介護データベースの二次利用のデータのポテンシャル、インパクトを向上するために、新しい項目の検討というのも必要だらうと感じております。

特に、患者報告アウトカムは、現状ではLIFEの中にございませんで、これをぜひ新しく導入を御検討いただきたいと思っております。具体的には、健康関連のQOLといたしまして、EQ-5D-5LとかASCOT等々が想定されるかと思っております。

また、これらの健康関連QOLでは、対象者のADLに沿った評価というので、大分側面が限られるという観点もございまして、もう少し広く生活満足度に関する評価というのも入れておいたほうがいいのかと思っております。

また、医療等に関する情報との連結で新たな解析、具体的には、既往歴、現病歴、処方、手術等々の高い精度を持った情報利用が可能となりますので、今までにない解析が大分可能になってくるのだらうと考えております。

次、お願いいたします。最後でございますけれども、医療レセプトデータとの連結解析によって、介護データベースのポテンシャルは格段に増すと考えられるのですけれども、実際にNDB使用に関しての高いハードルといたしまして、レセプトデータから疾病発症の特定がかなり難しいという現状がございます。これはレセプト診断の影響がいろいろございますので、特定というのは非常に厳しいところではございますけれども、例えばがんとか心筋梗塞、脳血管疾患、糖尿病、認知症、うつ等々の主要な疾患ぐらいについては、あ

る程度操作的な定義にはなろうかと思えますけれども、医療レセプトデータから、その発症をきちんと追えるようなシステムを、どこかから責任を持って発表するような、そういった取組が必須であろうと考えておるところでございます。

以上で私の発表とさせていただきます。ありがとうございました。

○荒井主査 島田構成員、ありがとうございました。現状の課題について、まとめていただきました。

続きまして、田宮構成員から資料3についての御説明をお願いいたします。

○田宮構成員 ありがとうございます。貴重な機会をいただき、光栄に思います。筑波大学の医学医療系ヘルスサービスリサーチというところにおります田宮と申します。今回の資料に当たっては、渡邊准教授とラボメンバーみんなで介護DBを使っていますので、そのみんなの意見というのをまとめさせていただきました。

最初に、細かいところに行く前に申し上げたいことが1つあります。今、会議を聞いていて思いましたが、ヘルスサービスリサーチというのが私たちの研究室なのですけれども、これは必要なケアが必要な人に、まず、きちんと届いているか。そして、その質はどうかということをサービスとして評価する学問なのです。そういう場合にいつも思うのは、新しい治療法、新しい薬を見つける、という技術を前に進める研究と、今、ここまではできているべきというガイドライン的なものがあつたときに、それを現場において、できるだけアクセスよく、質を高く、いかに広げていくかという、研究は2つあるとっていて、私は後者をやっている立場です。

後者として介護DBを使わせていただいていると、全国の悉皆データであるということの意味はすごく大きくて、アクセスできていないところとか、施設によってケアできていないところが見られるというのが、すごくありがたく思っているのですね。

そういう視点で、先ほどの議論の資料の23ページの二次利用に関する論点のところ、新たな科学的根拠の創出につなげていくためには、どのような介護情報を格納したらいいかというのが書いてあつたので、ちょっと気になってしまいました。新たな科学的根拠の創出もすごく重要ですが、特に介護においては、LIFEのフィードバックも少し関わっていますけれども、データを用いて、ケースカンファレンスとかをあまりやっておられないようなところがどの位あつて、こういうふうに展開したらいいのではないかみたいなことを示す研究の役目もあると思っています。広い意味ではこれも科学的根拠を含みますが、新たな個々の介護方法を見出す研究と、すでに科学的根拠がある方法だが実際にやれていないという実態の把握や対応の研究といった2つ方向があり、後者も大切と考えていることをお伝えさせていただきます。

このように、我々の立場は、新たな根拠を出すというよりは、今あるものがきちんと使われているのかとか、あとは、介護報酬でこういうふうに工夫されているほうがよりよかつたとか、プラクティカルなところに目を向けている研究であるということを最初に申し上げさせていただきます。

スライドを出していただいて、ありがとうございました。

○荒井主査 田宮先生、今、ちょっと音声が乱れたような気がするのですが、ちょっとだけ今のところ、前半部分を繰り返していただけないでしょうか。二次利用に関する論点のところを。もしあれだったら、画面オフにさせていただくと、より通信がよくなるかなと思いますけれどもね。

○田宮構成員 すみません、私もオフにしていいですか。

新たな科学的根拠の創出につなげていくためにはと書いてあるところですが、新たな科学的根拠の創出もとても重要ですけれども、介護の場合は、既にこういうふうにしたらいと分かっているラインのことも、現場ではなかなかできていないことも多く、現場でいろいろな施設、いろいろな提供サービスの業者がいるところ、そういうことをできるだけ底上げしてできていくにはどうしたらいいかとか、そういうために加算は有効であったとか、そういうサービスの質の評価とアクセスの向上という意味でも、介護DBはとも有用であるということをお願いさせていただきます。

なので、科学を前に進めるだけの研究ではなく、そちらも本当に重要で、長寿研の先生とかも、ほかにもたくさんそれを研究によって、こういうときにはこうしたらいいという根拠を出していることはとても重要ですけれども、私たちは今あるものを現場の底上げをという考えでお話するという話をさせていただきました。その後で使っている立場からということになりますというお話でした。聞こえましたでしょうか。すみません。ありがとうございます。

では、プレゼン資料に戻っていただければと思います。私の分野がヘルスサービスリサーチ分野というので、どうやってサービスに応用していこうかという分野の立場であるということでお話しさせていただきました。

スライドを次、お願いします。内容は、今、島田先生に大体お話しいただいて、重なっている部分があります。ただ、私たちも一応つくってきたので、さらっといかせていただきます。まず、計画とか研究、実施においてとか、少し分野を分けさせていただきました。

まず、計画するときに使いたい情報が十分でない。でも、これはLIFEで大分増えてきたのがありますし、それから、今後、介護DBに使う、追加すべき情報ということで後でまとめていきますので、それは後にいたします。

それから、ここは島田先生のところにあつたかな。聞き漏らしたかもしれないです。「摘要欄」というのがありまして、我々は33条提供の介護給付費実態調査の頃から研究に使わせていただいていたのですが、このときに摘要欄というのを非常に活用させていただいたのですね。摘要欄はいろいろな内容があるのです。それだけに提供が難しいかもしれないなと思いつつお話ししていますけれども、例えば福祉用具の商品コードまで入っていたのですね。なので、どんな福祉用具がどのような方に使われているのか。さらに、その効果がどうかまで見ようとしていますけれども、そういうこともできたのですが、今は

そのコードがないのですね。

それから、所定疾患施設療養費というところで、介護老人保健施設における投薬、検査、注射、処置。老健ですと医療保険での医療というのは原則ないので、介護保険の枠の中なのですけれども、そこで何が行われたかがきちんと書いてありまして、私たちのグループでは、老健での抗生剤の使われ方とか、どうも不適切な部分もあるのではないかみたいな研究をさせていただいていました。なので、この摘要欄というのが研究という上では非常に重要だったのですけれども、今回、介護DBでは提供不可となっているというのを最終ページに挙げています。資料の後ろの方でまとめて御覧いただきますが、そこが残念だなと。ただ、これ全体は難しいかなという状況も分かった上ですが、有用性は高いということでお話しさせていただきました。

次、データ受領や手数料支払時期の見込みが分からず、年度単位の予算作成・執行に適さない。これは本当に悩ましいところで、外部資金の研究費でいろいろやっていますけれども、年度の中でデータがなかなか届かないとか、その見込みも立たない。予算は、この使用料はいつ払うということが分からないというのに非常に悩んでおります。ですから、大まかな提供時期が分かるとか、手数料の時期を相談可にさせていただきたいということに対応策として挙げています。ただし、今までのお話で、これらも大分対応を考えていただいているということは前提にお聞きいただければと思います。

次のページ、お願いします。

申請の段階がまだ続きます。申請の必要な書類がすごく多くて複雑である。特に別添8の作成が難しいので、マニュアルの提示とか事前相談でもう少し教えていただけるとありがたいという意見です。

それから、先ほども出ていましたが、NDBとの連結解析の場合、両事務局が独立して行っておられるので、似たような、でも違う種類を両方に提出しなければならないというのがあって、同じ内容に対しても独立に事前に指摘いただくので、同じことでも別の指摘が入ったり、なかなか煩雑になるのです。ですので、ぜひこれはNDBとか介護DBとか、事務局の統合ですとか、システムティックなアプローチができるように、あと書類の統合とかお考えいただけますと、介護DBとNDBの連結というのは、世界にない、日本にしかない悉皆の医療と介護を結ぶ貴重なデータですので、その辺がスムーズに研究者に渡るように、ぜひここは何とかしていただきたいと思っています。

次は、承諾後ですけれども、申請からデータ受領までが長くて、科研費が終わってしまいそうになっても来ないということもありまして、実際、駄目だったときもあつたりします。定型データセット化というのに期待しますし、特別抽出の迅速化ということで、マンパワーとかの問題があるのは分かりますが、もう少し早くいただけるとありがたいということです。

それから、研究が始まってからの問題としては、ファイルの種類、月ごとに来るのですけれども、それが1つのフォルダーに1つのファイルが格納されてきていて、ファイルの

種類ごとにまとめていただけるとありがたいという希望があります。細かいですけれども、そのほうが利用しやすい。

次、お願いします。先ほどの医療・介護の連結のデータですけれども、必要以上に大きなデータが提供されて利用者で加工する必要がある。介護DBの要件で対象者を特定し、その対象者のみのNDBのみを提供するなど、両方の大きいデータがぼんと来てしまうので、非常にハンドルも難しく、こちらでも大変だということがあります。データ抽出作業を行う委託業者が一本化。先ほどと共通するのですけれども、もしくは連携強化をしていただいて、医療と介護の突合データというのが本当に貴重なだけに、いろいろな工夫をお願いしたいと思います。

それから、探索的研究や研究目的の変更・追加に対する柔軟性が乏しい。これは、もともとこういう仮説立証研究的な、このデータとこの病名だけを、こういう人だけを使いますぐらいに、なるべくデータを小さくして申請しなければいけないということで、かなり絞らないと通らないという現状がございます。しかし、特に介護などは幅広いので、疾病で絞ってしまっても、本当に多病性のある高齢者ですので、なかなか現実的ではないのですね。なので、もっと幅広く探索的な研究もできるようにしていただけるとありがたいと思います。これは、出口を柔軟化していただいて、公表物においては厳密にするとか、何か今、入口の段階でかなり厳しいために、研究仮説が限られてしまっているということです。

それから、公表物確認の問題も先ほど出ていましたけれども、軽微な変更を行う際にも再度公表物確認が必要で、研究が非常に遅くなってしまうのですね。例えば、我々が実際の介護DBを使った例なのですけれども、一度の論文発表までに6回程度の公表物確認をする。セミナーの中でお互いにもんでいって、みんなでディスカッションして、いい研究にするというのが、普通よく使っているパターンなのですが、それをみんなに見せてはいけないということになって、それをやるたびに公表申請、確認して、オーケーが出たものを見せるという感じになってしまうのですね。

なので、このように、セミナーのときに1回だけしたとしても、原稿にする段階とか。あと、リバイスで来たときにもまた変更しなければならない。英文校正とかレビューアの段階、proofの段階。これ、全て公表物確認というのが必要になっているので、ここが非常にスピード上問題になって、こちらとしても大変です。

また、これは先ほど申し上げたように、介護DBとNDBの担当の会社といますか、担当者が違うので、微妙に違うのです。NDBは時間がたっているせいか、もう少しスムーズに、公表申請はここまで厳しくないのですね。でも、介護DBはNDBに比べて非常に厳しくて、せめてNDBと同じぐらいにいただけるとありがたいなど、ちょっと思っておるところです。

次、お願いします。先ほど述べたものをまとめていますけれども、科学的介護の推進ということで、医療と同様に、思い込みではない、きちんとしたエビデンスを出すということを進めることが第一である。これは先ほど申し上げた科学的な根拠を前に進める。こ

れの推進ももちろん大切です。

ただ、その次に、介護サービスの均てん化、こちらがよりヘルスサービスリサーチ的なのですけれども、施設間の介護の質の格差、まだまだ大きいです。医療でも格差がありますけれども、介護はさらに大きいと思われるので、学術的に妥当な方法で、必要な人に必要なサービスがきちんと届く検証も、介護DBは全国悉皆なので、やるのには非常に適しています。サンプリングで理想的なところだけを抽出して前に進めるというだけではなく、全体をみることができるということで、そういう意味で台帳もすごく重要です。

そして、介護が学問や科学として体系化されることによって、介護ということにさらに関心を持って技術開発につながると思っています。これはもちろん応用としてできることです。

それから、高齢化する他国に向かって、日本の介護を科学的な言語で発信できる。これはとても大きいと思っております。グローバルエージングというのを我々、1つの柱にしていますけれども、ほかの国、特にアジア諸国、それから南米とか、いろいろなところから日本の介護制度に学びたいという気持ちはお持ちです。これらの国はすごく高齢化が激しいスピードで、日本以上で来ますので、そういうときにこの介護データベースというのは本当に宝物になります。特に医療と介護が国民悉皆で突合できる。これは、国民皆保険である日本でしかできないことなので、これを我々としては意識して進めていくべきかなと考えています。

次、お願いします。これは先ほど島田構成員のほうからも出ましたし、似ていますが、介護DBに現在入っていないものです。まずは、介護サービス情報公表システムの情報。我々ヘルスサービスリサーチですと、施設・事業所単位の情報というの、どういうところが離職が多いとか、研修会を実施しているとか、細かい人員の動きとか、どういう施設がどういうサービスを提供できているかという施設情報が重要になってくるのです。均てん化を図るためには特に重要で、そういうところがもっと入っているといいということ。

先ほど出ていましたが、主観的な評価。医療の場合は、寿命の延伸とか、疾病の予防、そして死を予防するということですが、介護の場合はもっとQOL的な要素がありますので、先ほども出ていたASCOT（アダルト・ソーシャル・ケア・アウトカム・ツール）、ソーシャルケアのアウトカムとしてイギリスで今、開発されているもので、日本でも妥当性が評価されているものがありますので、そういうものを入れるとか。あとは、介護家族というのは切っても切れない関係にありますので、本人・家族の意向とか、家族の介護負担とか、そういうことも入れられるといいなど。それから、在宅においては住居がとても重要なので、住居。

LIFEとして、介護者・家族の情報が、本当に一部ですが、入ったというのはすごく画期的なことで、レセプトには全くない情報ですので、これらはさらに深めていただけたらありがたいなと思っております。

最後のスライドをお願いいたします。次世代基盤法の改正というのがありまして、さら

にほかのデータとの連結が可能になっていくことを非常に期待しています。特に、死亡情報。死因とか死亡場所が分かる死亡統計というのは、医学、社会学、公衆衛生で基本ですので、コロナの場合も死亡情報の活用というのが非常に言われながらも、なかなかハードルが高かったのですけれども、これがさらに連結できるように。今、NDBとの連結で、かなり充実した方向には行っているようだけれども、死因統計とか死亡情報、人口動態統計のほうにありますので、それとの連結など推進いただきたい。

あとは、民間企業が介護DX関連の情報と連結できるようになれば、さらに評価につながるであろう。

それから、我々、市町村レベルではやっているのですけれども、住民のアンケートとレセプトをつけるということは非常に有効で、介護の状況とか本人の状況が分かった上で、その人が医療・介護のどんなサービスを使っているかが分かりますので、とても有効だと思っています。このニーズ調査は、介護保険ができたときから全国でやるように推奨されていて、かなりのところがやっておりますので、そこつなげられるようなことができたらいいなと思っています。

最後、参考に、摘要というところがどういうところにあるかです。今、黒くなっているということ介護の申請テンプレートからお示しました。

私のほうは以上です。ありがとうございます。

○荒井主査 田宮構成員、どうもありがとうございました。

それでは、冒頭の事務局の説明のとおり、資料1-1にあります論点に沿って、ヒアリングの内容を踏まえて構成員の皆様より御意見をいただきたいと思います。また、資料1-2で御説明いただいたNDBに関する御質問やヒアリング内容に関する御質問でも結構でございますけれども、まず、今の島田構成員と田宮構成員の発表に対して、事務局から答えられることがあれば、事務局と鈴木参考人からお答えいただきたいと思います。その後で質疑に入りたいと思いますけれども、事務局、いかがでしょうか。

○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。

まず、お二人の構成員から御指摘いただきましたNDBと介護データベースの事務局部分の連携の強化といった御指摘でございます。こちらは、我々としても、連結で解析していくということはしっかりと進めていきたいと思っておりますので、改めて保険局ともしっかりと連携しながら、今日、いただいた課題の解決に向けて検討させていただきたいと思っております。

また、田宮構成員から御指摘がありました摘要欄の記載の部分に関して、この第三者提供の枠組みが始まって提供がないという御指摘でございます。先ほど資料1-1で御説明させていただきましたが、現在の第三者提供は平成30年から開始となっております。その際に、介護データベースに格納されている情報のこういったものを提供していくのかということ専門委員会のほうで議論させていただいたのですけれども、その際に悉皆性のあるものを提供していこうという整理となっております。

ですので、例えば先ほどのような特定のサービス種別にしかデータがないものでしたり、特に摘要欄ですと、主にテキストデータになってまいりますので、コード化されていない情報であったり、そういったところで、まずは悉皆性のある情報をしっかりと提供しているという一定の整理がなされたところでございます。ただ、情報の充実という観点からは、今回の御指摘も受け止めさせていただきながら、どのような情報を格納していくべきかといったことを、構成員の皆様からも追加で御指摘いただければと思っております。

保険局さんのほうからもし補足がございましたら、お願いできればと思います。

○荒井主査 鈴木参考人、いかがでしょうか。

○鈴木参考人 ありがとうございます。

今、老健課から介護データベースの事務局として言っていたとおりですけれども、NDBとの連結申請、近年、徐々に件数も増えておりまして、介護データベースとNDBの連結というのが、各公的データベースの連結の中で先を走っている状態と考えています。その中で申請書類が2つになっていて、事務局の確認等も全て分かれているというところは、非常に御不便をおかけしていて、両事務局でもそちらは認識しておりますので、まだ検討段階ではございますけれども、今後、書式の統一とかコンサルの一本化といったところは取り組んでいかねばならない課題として認識しております。

以上です。

○荒井主査 先ほどの公表物の確認が非常に多いというのは、これは大きな問題かなと思って聞いていたのですけれども、これはNDBと同じようになっていくという理解でよろしいでしょうか。事務局への質問です。

○溝上補佐 事務局でございます。

現状、介護データベースの第三者提供のガイドライン上の記載は、恐らくNDBのガイドラインともそれほど大きな記載の差はないのかなと思っておりますけれども、実際の運用の部分でこうした差が出ていると受け止めておりますので、今、保険局からもありましたように、この両部局がしっかりと連携していかねば連結解析も進めていけないと思いますから、今回の御指摘を踏まえて、改めて運用の部分でもしっかりと見直しを検討させていただきたいと思っております。

○荒井主査 あと、スピードの問題も両構成員から御指摘がありましたけれども、これはぜひともお願いしたいのですけれども、AIなどを使って、ある程度自動的に申請書をチェックするようなことができれば、と思います。人の手を介して何人もの委員の先生が集まって議論して結論を出すのに時間がかかりますし、チェック項目は大体決まっていると思いますので、ぜひともそういう人工知能を活用した審査システムというのを両データベースで導入してほしいなと個人的には思っているのですけれども、その辺は事務局、いかがでしょうか。

○溝上補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

御指摘のとおり、審査の手順が非常に煩雑であるというところでしたり、書類も非常に

多いというところがございます。保険局と私どものほうからも御説明させていただきましたが、今後、HICという取組も始まってまいります。その中で、審査の在り方も抜本的に見直していく必要があるかと思っておりますので、その際に、今の課題を含めて、どういったところができるのかというところを、改めてこちらでも考えさせていただきたいと思っております。

○荒井主査 田宮構成員からお話がありましたように、日本がこの分野では先頭を走っていると思えますけれども、データは利活用されて初めて世界に対してアピールできます。残念ながら、なかなかそれができていないというのは、システムそのものも進めていただく必要があるのかなと思っておりますので、厚労省全体でしっかりと議論いただければと思います。

それでは、御質問に入りたいと思っておりますので、いつものように手挙げ機能を使って、御質問がある方は挙手をお願いしたいと思います。前半部分でも結構ですし、後半部分の鈴木参考人に対してでも結構です。

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。ありがとうございます。

1つお願いと、1つ質問なのですけれども、超高齢社会で、同一の人間を医療・介護の両面から別々に見ている時代ではないと考えています。医療・介護データを利活用する際に、DXは1人の生身の人間を分断させることがあってはならないと。そういう観点から、二次利用なり利活用を考えていただければと思っています。

質問のほうですけれども、このナショナルデータベースあるいは介護レセプトデータ等を使うことによって、医療では、平均寿命あるいは健康寿命を延ばすということがアウトカムの一つなのかなと思っているのですけれども、ここに介護データベースを加えることによって、アウトカムとして何を目指していくのか。例えば本人の価値観とか意欲、思い、主観的健康観とか、ウェルビーイングと言われておりますけれども生活満足度とか、こういうものがデータベースの中に今、入っているのかどうか。医療との連携において、何をアウトカムとして考えていくと国民の幸せのためになるのかというのをちょっと教えていただきたいのですけれども、よろしく申し上げます。

○荒井主査 これは事務局に対してですね。

○高橋構成員 今日の島田先生と田宮先生、事務局でも構いません。

○荒井主査 まず、島田構成員からお答えいただけますでしょうか。

○島田構成員 高橋先生、ありがとうございます。

まさにその部分が、どこを目指すのか、何をアウトカムにしていくのか、介護の非常に重要な部分だと認識しております。特に、要介護の重い方々に対して、どんどん改善していくというのは、現実的にはなかなか難しい部分があるかと思っておりますので、そこを目指すのは妥当ではないかもしれません。我々の研究の知見、あるいは様々なレビューをしていく中で、対象者がどのように現状、満足しているのか、どういった思いにあるのか、

この辺りがケアにおいては非常に重要なアウトカムになるのではないかと考えておりますが、残念ながら、現状におきましては、そういった満足度等々の評価指標がLIFEに入っておりませんので、LIFEの項目の中にPROの導入というのが必須ではないかと感じておるところでございます。

以上です。

○荒井主査 田宮構成員、いかがでしょうか。

○田宮構成員 ありがとうございます。

今のお話に加えて、介護の目的というのは本当にいろいろですので、主観的なところがおっしゃるとおり大切ですが含まれていないですね。それは入れていただきたいと思えます。ただ、今のない段階でも、それを模索していくということで、我々、いろいろやってきていますけれども、1つは介護予防という言葉がありますけれども、要介護にならないようにということで、要介護度の維持ができるようにどうするかというのは、今あるところではできるもので、それは全国の特養と老健、両方やりましたけれども、栄養士がちゃんという要介護度が維持できているとか、施設レベルのデータは全国で出したりしたこともあるので、1つは要介護度の維持。

ただ、おっしゃるとおり、要介護度4、5になって要介護度の維持とか、要介護になってしまったら、それは失敗かということではなくて、要介護になっても、その人らしい人生を最期まで送れるということが高齢者の場合、とても重要ですので、そこに偏らないようにというのは、逆に私もすごく気をつけながらやっているのです。そういう意味では、我々がやっているのは、在宅もしくは施設からの入院、住み慣れた場所で暮らすというのは地域包括ケアでも目指しているところなので、できるだけ自宅、または住み慣れた施設にいて、入院しなくて済むようにするにはどうしたらいいか。これは医療・介護連結データで我々、いろいろやってきていて、いろいろな要因が入院を防げるのではないかとことをやっています。

それから、マクロの視点では、地域包括ケアは住み慣れた地域で長く生きるということなので、在宅継続時間というのを、在宅継続日数になりますが、介護保険によって出せるのです。全国や地域別に、施設や病院に行かずに在宅でどのぐらいの時間を過ごしておられたかというマクロのデータも出ますので、これが市町村も一応出るのですけれども、都道府県レベルで分析しますと、雪国だったり、いろいろな状況によって、都道府県によって差があるということも出ています。できるだけ住み慣れたところにいるという視点でアウトカムを設定し、なるべく入院しないようにする要因なども算出しています。

あとは、在宅のみとりです。これも在宅でみとれば全ていいというわけではなくて、ご遺族の考え方とか本人の満足度も入れた上でやりたいですが、今はないので、在宅のみとりはどのようなときに可能になっているかということをお我々もやっていて、往診する医師がきちんといらっしやることとか、医療だけでは駄目で、在宅サービスの、特にヘルパーなどを最期まで使っていると在宅にいられるということを示しています。生活を支える視点

というのも在宅で過ごすにはとても重要で、在宅医療だけではなく、両方というのはエビデンスで結果として出させていただいたりしています。

今あるデータではそういう感じですが、島田構成員もおっしゃったように、クオリティ・オブ・ライフとかASCOTというのを出させていただいていますけれども、あと、家族ですね。見ている家族も、介護の場合のアウトカムとしては重要だと思っています。ぜひ入れていただければと思っています。

ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

現状は、そういうQOLとかに関する指標、アウトカムとしては記入されていないかと思いますが、御本人もそうですけれども、御家族の負担感というのも大事ななと思います。その辺りをどの程度入れ込むか。データ入力はできるだけ必要最小限になるかと思えますけれども、その中で重要な項目については入れていく方向で議論していきたいと思えますけれども、事務局から何か追加で回答ありますでしょうか。

○溝上補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

今、いただいた中で、こういった項目があったほうがいいのではないかという、研究者のお立場の先生方からも御指摘を賜りましたので、今後、事務局としても情報基盤の整備を進めていくところでございますので、今回の御指摘も踏まえて、しっかりと検討させていただきたいと思えます。

○荒井主査 それでは、ほかに御質問のある方は挙手をお願いします。

能本構成員、お願いします。

○能本構成員 ありがとうございます。日本介護支援専門員協会の能本でございます。

私も高橋先生が先ほど御質問されたことを思っております、医療は端的に病気を治すという目的が明確になるかと思うのですけれども、介護の目的は何かと問われたら、非常に個別性が高いものですし、歩けない人が歩けるようになるというのは、全てに共通することではなくなってしまう。なので、標準的な部分で言うと、いかに個別に安寧・安心が得られた生活が継続できるかということになるろうかと思えます。そうなってくると、個別の意欲とか価値観とか希望という、前回、私、ナラティブデータと申し上げましたが、そういうことがあって、初めて個々の国民の利益につながっていく仕組みになるのではないかなと思っております。

あと、先ほど説明いただいた中で、ほかのデータベースとの連携ということになりますけれども、これも先ほど高橋構成員が、これを分断するようなことはあってはならない。今の医療と介護のデータベースというのは、1人の人生を横軸で見たつながりかと思っております。人間というのは縦軸に生きているもので、例えば障害福祉を使っていた方が、65歳になると介護保険優先になるのです。介護保険制度に移行するとなると、そのつながりがデータのつながっていないとまずいのかなというのを1つ感じましたので、そこを意見として言わせていただきます。

もう一つ、質問なのですが、鈴木参考人が先ほど4ページのところで、この1年近くかかる時期をいかに短縮できるかということで、赤枠でクローズアップされていましたが、その左右のところに、申請で三十何日、支払いで三十何日かかっているとデータがありました。先ほど申請についての意見が出ていましたので、多分そういうことかと思うのですが、申請に三十何日かかるというのは、研究者としては非常につらいだろうなど。これは文書負担なのか、申請書そのものが煩雑なのか、その辺をちょっと見直してはいかがかなということと。

支払いに三十何日、これは田宮構成員が先ほどおっしゃっていましたが、支払期日が見えないことによるものなのか、もしかして支払手続に何か煩雑なものがあるのか、それもちっと精査する必要があるのかなと思ひまして、ここをもし御回答いただければと思います。

以上でございます。

○荒井主査 では、鈴木参考人、お答えいただけますでしょうか。

○鈴木参考人

御質問ありがとうございます。

まず、前半の研究者による書類提出に時間がかかる要因として2つの要素があると考えています。

1つは、御指摘のとおり、書面の煩雑さですとか、あとは多くの時間を要するところが安全管理措置の準備と記載です。現在は媒体提供しておりますので、入退出管理が電子的にできるところなどと、施設要件も非常に厳しく、求めている安全管理措置を用意していただく。それを、さらに書類とか図表に起こしていただくという手間が生じていると考えます。

もう一面は、研究計画書そのものといえますか、研究計画そのものの不備とまでは言えないのですが、レセプトの構造と合致していないような、例えば研究計画とお求めのデータの内容が乖離しているとか、そういったリテラシー不足によって申請書の準備に時間がかかる部分の2つの要素があると考えています。

後半に関しては、そうした初学者の方というか、慣れていられない方に対して支援体制を構築する。e-ラーニング教材でございましたり、ポータル化した場合にQ&Aのように専門の方から御回答いただけるようなシステムをつくったり、まだ具体は詰めていくところですが、支援体制でカバーすべきと思います。

前半のシステムの部分に関しては、HICというクラウド環境で一定の改善を得られるのではないかと考えておまして、現在は媒体提供している関係で、そのような厳重な入退出管理等をする設備を求めているところですが、これが御自身の端末からクラウドで、そしてシステムログ等の管理で安全管理を事後的に規定できるという環境。つまり、こちらの用意した環境でデータを触っていただくということになりますと、物理的な安全管理に関してはかなりハードルが下がってくるのではないかと考えています。

こちらと、先ほど御紹介しましたような、ポータルで入力いただけるようにするという書類の簡素化、これらを全て組み合わせることで、前半の30日というのは、研究者の方にとって本質的に研究計画を考えていただける時間に変換していくことができるのではないかと考えております。

手数料のほうは非常に課題が大きくて、これは主にシステム面で御迷惑をおかけしていることになります。といいますのも、現在、国庫に収入を入れていただく手立てとしては収入印紙しかないわけでございますけれども、払ってくださいという通知までに決裁を回すなど、そうした運用面で長い時間を要している状況がございます。今後、システムの開発等にも時間がかかりますので、いつまでということはないのですが、将来像としては、ポータル内で金額の振込ですとか、費用が通知されて、そのままお支払いもしていただいたり、少なくとも銀行振込というところに落とすといかねばならないというのは考えております。

ただ、国庫への収納というところとのシステムの課題は、簡単なようで非常に大きいものがございますので、課題として認識して現実的にフィージビリティのある手段を検討させていただくという段階でございます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

能本構成員、これでお答えは全てよろしいでしょうか。

○能本構成員 詳しいことはよく分かりませんが、短縮できることを願っております。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 アウトカムのところで、主観的健康観とか幸福度という話が出ていますけれども、そういうデータは、実はもう日常生活圏域ニーズ調査でとっているのです。日常生活圏域ニーズ調査は各自治体がやっています。多くの自治体はサンプル調査でやっているのですけれども、自治体ごとの評価をするには非常に貴重なデータだと思っています。

そうすると、今回の介護保険で集める主観的健康観とか幸福度に関するデータというのは、もちろん国際的に比較するということもあり得ると思うのですが、むしろ、今までこの国で10年以上集めてきている日常生活圏域ニーズ調査のデータがありますので、それで比較できるような枠組みで考えていったほうが、多分有用性が高いと思っています。主観的健康観などは、ほかの国でもいろいろ使われているものなので、いいのかなと思いますので、そういう視点で少し項目を考えていただけたらなと思っています。

あと、医療と介護のデータでどういうアウトカムを出していくのかということに関しては、恐らく連携のところに共通の評価ポイントがあるだろうと思います。そういう意味で、医療と介護と連結して、サマリーデータを作ることが重要になります。これに関しては、現場でどういうふうに動いているかということが非常に重要になってくると思いますが、実は、現在、この委員会の構成員でもある高橋先生のところで、函館で非常にいい仕組み

が現場レベルでも動いています。医療と介護の連結の仕組みです。インターライでやっているMDSの方式に活用方法に似ており、国際的にも評価できる仕組みです。函館方式は私が知る限りにおいては、この国で最も優れたもので、非常に一般性のあるものであると評価しています。

ですので、ぜひこの委員会のどこかのタイミングで、高橋先生に御紹介していただけたら良いと思っています。この仕組みのいいところは、医療保険と介護保険の両方で既に収集しているデータをサマリーデータとして集めて、それで連結しているのです。このデータがあると、いろいろなことができます。先ほど田宮構成員が説明されていましたが、要介護度が悪化する原因としては入院が重要です。肺炎とか尿路感染症とか心不全の悪化とか、そういうもので要介護度が悪化していく。そういうものを予防するようなケアマネジメントがどのくらいやられているかということに関するデータをきちんと集めていかないと、なかなかケアマネジメントの質の向上につながっていかないだろうと思っています。

そういう意味では、そういうことも含めて、サマリーデータをはこだて医療・介護サマリーの取り組みでつくられているので、ぜひそれを御紹介していただけたらなと思っています。また、その枠組みをベースにして、新たに追加するデータというのを考えていただけると、実際的な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。

今の点について高橋構成員から何かお答えありますか。

○高橋構成員 いえ、特にはないです。まずいなと思いましたが、よろしく願いいたします。

○荒井主査 では、小玉構成員、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。また、島田構成員、田宮構成員、大変貴重なプレゼン、ありがとうございます。

私からは意見を述べさせていただくのと、あと質問と要望をお話しさせていただきたいと思っています。

まず、1つ目の意見なのですが、令和3年度の介護報酬改定で、機能回復リハビリテーション、口腔栄養を一体的に実施せよということで、介護の予防、また重度化防止について、こういった対応をするということになっているのですが、これはケアの質を高めるとともに、今、松田構成員、おっしゃったとおり、施設でも在宅でも病院でも、いろいろなところで口や栄養や機能回復によって肺炎の防止を図るところがありますので、介護だけに限らず、医療的な側面での質の向上が図れるのかなと思いますので、こういったデータ、こういったサービスを実際、行って、それぞれクロス集計して、こういった効果が出たのかということは今後、解析して出していただければいいなと思います。

一方、主観的な評価ということのお話も今、いただいている、口の働き、栄養とか運動

というのは、笑うとかしゃべるとか、あと物を食べるという部分が、要介護状態になった方、家族にとっては、そういったことがつながってできるということは本当に重要なことなのかなと思います。ですから、歯科的なところでいえば、そういった部分の評価というものを今後取り入れていただけるような検討をお願いしたいなと思います。

あと、質問と要望ですけれども、質問の一つとしては、令和4年から始まったDPCの解析があるというお話ですけれども、これについて、今のナショナルデータベースとか介護データベースのお話のように、今後、どのような展開があるのか、また、今の段階での課題はあるのかなのかということをお伺いしたいと思います。

それから、もう一つ、LIFEについてですけれども、国立長寿さんのほうで科学的な面から、この項目の検討を行う。また、介護の現場からも、この項目について検討を行うというお話がございましたけれども、口腔関連項目について、栄養とか機能回復と併せて、今後、そういったものが必要なものは残して、さらに必要であれば、ほかの項目も追加していただくということが必要かなと思うのですけれども、この点について、今後どういうふうなお考えがあるのか、教えていただきたいと思います。

以上です。

○荒井主査 では、最初は鈴木参考人からですかね。DPCについてでしょうか。はい。鈴木参考人、いかがでしょうか。

○鈴木参考人 御質問ありがとうございます。

省庁縦割りで大変申し訳ないのですけれども、DPCの担当事務局が保険局医療課となっておりますので、私のほうから完全にお答えすることが難しい状況でございます。ただ、DPCの事務局とも足並みをそろえて、DPCは令和4年度からで、今後、件数が増えてくるところと存じますので、機会があれば、今回のNDBのような形で、また担当課から御説明いただくのがよいのではないかと思いました。お答え、不十分で申し訳ありません。

○荒井主査 ありがとうございます。

では、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 項目につきましては、二通りでいろいろ検討していく必要があると思っております。1つは、様々なこれまでの研究成果をレビューすることによって、かなり広く、どういった項目が最適なのかというのを検討していく方法です。

もう一つは、介護データベースそのものを利用して、要介護との関連解析等々によって選んでいくというのが、比較的科学的な手法であり、そういった側面からの選定方法が必要かなと考えております。

○荒井主査 それでは、赤羽構成員、お願いします。

○赤羽構成員 私のほうからは、ちょっと質問とお願いといいますか、質問中心ですが、提供日数の短縮を定型データセットで2か月ぐらいを目処にさせていただけるということで、これは今後、介護DBとかLIFEの申請を行いたいと思っている我々にとってはありがたいことであります。ぜひ早く実現していただきたいということが1つ。

それと、先ほど田宮構成員のお話の中でありましたように、私も別のレセプトの分析などをやっていると、どうしても探索的な研究ということをやりたいくなります。実際に幾つか目的を設定して分析していくと、探索的ではないにしても、少し目的を広げたり、深掘りして、当初の目的よりも拡大していく必要性が出てくるが多々あるのですが、その場合に、改めてまた申請するときに、この2か月ぐらいの期間を要するのか。あるいは、追加申請であれば、さらに簡略化した手続で、多少の目的修正や拡大は認めていただけるのか。その辺がもし何か決まっているのかということと、決まっていなければ、できるだけそこを簡略化していただけたら、さらにありがたいと感じます。

以上です。

○荒井主査 事務局、いかがでしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。

赤羽構成員、ありがとうございます。

新たな提供形式、定型データセットに関してでございますけれども、今、御指摘いただいたような探索的な研究をやっていきたいというところは、研究者からのニーズは一定あるものと我々も承知しております。この新しい提供形式に基づく第三者提供のガイドラインの見直しを今、行っているところでございまして、こちらは専門委員会のほうで議論を進めているところでございます。

その中で、例えば追加的にこういった項目も利用していききたいというところについては、基本的には項目の追加申請をいただくような形で対応しているところでございますけれども、また、今後、この新しい提供形式がどんどん実績を積み上げていったときに、こういった在り方が望ましいのかという部分は、適時見直していききたいと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

では、野尻構成員からお願いします。

○野尻構成員 2点あります。1点目は質問で2点目は意見です。今、島田先生と田宮先生のお話を聞いていると、研究機関であっても、データを二次利用するためのハードルが高く環境や費用の面もいろいろ難しいことがよく分かりました。将来的には、例えば職能とか、あるいは研究熱心な一事業所がデータを利活用したいというときに、データが取れるような環境になるものなのか。それは大学や研究機関に任せましょうというところなのか、申請さえきちんと通れば、一事業所であっても使えるようなデータに将来的になるのかということが1点目の質問です。

2点目は、QOLと地域包括ケアのお話とかがいろいろ出たのですけれども、今の高齢者はまだ無理かもしれませんけれども、若い障害の方々とかはデジタル空間上にかなり長時間いるという課題があって、デジタル、時々リアルとか表現されていますけれども、その方々のタイムスタディーをとると、現実の生活の活動性では評価できないそれから、地域のコミュニティの様に、いわゆる現実の距離の範囲のコミュニティだけじゃない世界がある。

ネットをみると、高齢の方も、メタバースや他の三次元の空間でいろいろな活動をやっている方が散見されます。あと何年かすると、暮らし方が大きく変わりQOLデータの考え方というのも変わってくるのではないかなと思います。突飛な意見かもしれませんが、そんなふうに考えています。

質問としては、我々の事業所単位でも2次利用可能なデータに将来的にはなるのかというところです。

○荒井主査 これは多分難しそうな感じですが。

○溝上補佐 事務局でございます。

御質問ありがとうございます。先ほど島田構成員や田宮構成員からも御指摘がありましたが、使い慣れた研究者でないとなかなか使いにくいという現状もあるのかなと思っております。ただ、実際に申し出いただく際に、申出者が事業所だから受け付けられないなど、そういったことではもちろんございませんで、利用目的がきちんと公共の福祉に資するものなのだとところで審査させていただいているところでございます。

ただ、一方、データの使い勝手といいますか、そういった部分についてはまだまだ課題があるのかなと思っておりますので、いただいた御指摘を踏まえながら、どういった提供の在り方がよいのかという部分については、引き続き、しっかりと検討させていただきたいと思っております。

○荒井主査 それでは、小出構成員、お願いします。

○小出構成員 御指名ありがとうございます。

私からは、御要望1点です。

それで、まず、島田先生、田宮先生、貴重なお話ありがとうございました。田宮先生とは、5年前にタイの高齢者施設で御一緒したことがありまして、そのことを思い出しながら伺っておりました。

それで、アカデミアの方への要望なのですけれども、私ども国保連合会は、市町村と一緒に地域での活動、介護予防や介護悪化防止ということがミッションになります。それで、医療の分野では、実際のデータを基にした研究を基にして、健診をはじめとした保健活動といったことを、一定の歴史もありますのでやってきておりました。

他方、介護の部分については、今でもやろうと思えばできるのですけれども、そのノウハウもなかなかないし、あと、データが今後、さらに充実されていくという状況ですので、我々としては新たにやっつけていかなければいけない分野だと思っています。ただ、そのときに、市町村あるいは国保連合会という現場に近い部分でありますと、データはあるけれども、何をやっていいのか、手探りになってしまう。そういうところがありますので、そこはエビデンスに基づいて活動していくために、相互にアカデミアの方々と情報交換しながらやっつけていければと思っております。事業者への情報提供というのも大きな研究目的でしょうけれども、一方で市町村の活動も念頭に置いていただければありがたいと思います。

以上です。よろしく申し上げます。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。

私のほうは、論点に沿った意見を述べたいと思います。

まず、介護DBの利活用の促進に当たって、提供日数短縮は当然図っていくべきと考えております。一方で、介護DBの貴重な国民のデータが適切に活用され、公正・中立に分析され、結果を導いているかどうかという点も大変重要と考えています。論文でも審査がありますように、介護DBの利活用に当たって、研究のスキームやプロトコルが適切であるかどうか、あるいは導かれた結果の解釈に問題はないか、主観を含めず公正・中立に分析されているかといった点に関する検証や評価を行って、データ利活用の質を担保することも必要と考えております。また、科学的根拠の創出についても、ぜひつなげていくべきと考えております。

一方で、特に介護の特性でもありますが、10人中9人に有効なケアであっても、残りの1人には有効ではありませんので、マクロな視点を踏まえつつ、目の前のお一人お一人にとって最もふさわしいケアを提供するテラーメイドの視点も、現場では不可欠となります。

さらに、LIFEにおいては、具体的な介入によってどういう状態となったかのストーリーが必要と考えております。どういう状態の人に、どういう介入をして、どういう結果になったのかということが重要であって、こういったことも今後の検討課題と思います。

また、データベースでは把握しづらいものが、リハビリのトランスファーの技法や介護技術のノウハウといった詳細なものと考えていますけれども、そういったものをデータの解釈に含めていくことが、ケアの質の向上の観点においては鍵を握ると、現場の視点では思っています。したがって、いろいろな課題がありますので、LIFEも走りながら考えていくということでスタートしていますから、引き続き、よろしくお願ひしたいと思ひます。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

では、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。

まず、島田先生、田宮先生、本当にありがとうございました。

まず、島田先生のお話の中にございました、介護における利用者のアウトカムの計算方法・算出方法の標準化が必要だという御指摘についてですけれども、全くそのとおりだと思っておりますし、逆に分析のほうの標準化がされるということは、入力、インプットするほうの介護事業所・施設のほうの記録（介護行為の用語や記録方法等の標準化）についても影響してくると思います。これらが標準化されていけば、このような内容について、こうした精度で記録しなければいけないということになりますので、分析の効果が期待で

きるのではないかと思います。介護の記録部分、特にテキストデータの分析をしてみますと、用語の定義や記録内容が十分でないところがありますので、そこはそのとおりかと思っております。

それから、先ほど松田先生からのお話にもございましたように、実は我が国の介護保険制度では、事業所に様々な調査やデータの提出が求められるスキームになっておりまして、結構、これが事業所の負担になっております。この部分につきましては、できる限り、先ほど松田先生のお話にありましたように、既に様々な情報の集積がなされている場合、これがデータとしてつながることによって事業者側の負担を軽減することにつながるのだろうと思っております。

ですので、ぜひここは二次利用を考えていって、さらに論点にもありましたように、どのような情報をそこに追加していくべきかというロジックでいくと、どんどん情報が広がっていったって、それに対して、新たにその情報を集積するために事業者側の負担にまた跳ね返ってしまうということが考えられますので、そこはむしろ既存のデータで代用できるものについては、積極的に代用を図っていただけるということで事業所の負担を軽減させていただきたい。これは申し上げておきたいと思っております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

以前もその点については御指摘があったかと思っておりますので、現場の負担をできるだけ減らすためには、二重に入力することを避ける仕組みが必要だという議論を以前させていただいたかと思っております。

齋藤構成員、お願いします。

○齋藤構成員 よろしく願いいたします。

先ほど野尻構成員より、事業者等でもこういったデータにアクセスして様々な研究をされるのかということの御質問があったかと思うのですが、私も、より幅広い方々に使えるようにしていく方向で進めていけるといいのではないかと考えています。資料の中にもありましたように、介護DBの利活用促進のセミナー等が既に開催されているということなので、今後も、こういったセミナー等を、周知対象を拡大しながら引き続き開催していただきたいと考えます。また、研究目的の公益性についての審査は必要かと思いますが、将来的にはこういったデータを使いながら、例えば自分のところの事業のサービスがどうなのかということを見ることができるようになるといいなと考えたところでございます。

それから、論点の2つ目につきまして、どういったデータと連結していけばいいのかということや、今の課題などを、本日、お二人の方に非常に貴重なプレゼンテーションをいただいたと私も考えております。特に、田宮先生がおっしゃった介護サービス情報公表システムの情報も、かなり重要なものが入っていて、事業所の体制等々がそこで分かりますので、ぜひつなげていっていただきたいと思っております。

それから、もう一つは、今回の資料1の11ページで過去5年間の介護DB第三者提供の実績が示されており、37件という状況ですけれども、結局、この分析結果、研究結果を論文等々で公表するかは研究者に任されている状況だと思います。できましたら、結果の概要だけでも、例えば厚生労働省でまとめる等して公表いただき、ホームページで見ることができると、事業者等に対しても効果があり、非常にいいフィードバックになるのではないかと思いますし、利活用の具体的なイメージもできるのではないかと考えております。サービスの質の向上が自分たちにとっても分かるようになると、さらなるサービスの質の向上につながっていくのではないかと考えていますので、御検討をお願いできればと思っております。

○荒井主査 ありがとうございます。

これは非常に大きなデータベースで、ハンドリングは一般の人にはなかなか難しいのではないかなと思います。データサイエンティストとしてのスキルが必要で、先ほどの第三者提供の実績を見ていただいても、ほとんど大学か研究機関ということなので、各事業所がやりたいと言っても、そう簡単に手をつけられるような代物では僕はないと思うのですけれども、田宮先生、どうでしょうか。

○田宮構成員 ありがとうございます。

確かにハンドリングは大変で、データサイエンティストの力が必要、おっしゃるとおりなのです。ただ、現場の方にこそ使っていて、私たちは現場にそう密接に関わっていないものですから、本当に現場の声による研究というのはとても大事なことで、そういう意味で、私たちの大学には社会人大学院生がおられますし、現場からの方もウエルカムにしているので、できるだけコラボしながらやっています。

それから、マスター・オブ・パブリック・ヘルスとか、一定の研修を積めば、ある程度のハンドリングはできるようになりますので、現場から大学院に来られる方もあります。あとは実際の病院さんとか、いろいろなところでも研究所的なことをやっていらっしゃる場所も今は出てきています。介護は、現場に根差した研究というのがとても重要で、ヘルスサービスリサーチも現場の実際のところで提供できなければ意味がないので、提供できるところにネックがあってはいけないわけですね。そのネックというのは、働いている方じゃないと分からないところがありますので、ぜひそういうところを活用できるように。大学ももっとオープンにしなければいけないと我々も思っています。

ただ、そういう道はある程度できてきていて模索しています。データ公開制度も。現場の方も使えるように、一応、門としては開いているのですけれども、実際のハードルは厳しい。ただ、先ほどの介護DBのネットワークづくりとかは、私も実は関わっていますので、そういうことをどんどん進めながら、ぜひ現場と一緒によくしていくデータベースにしていきたいなという思いはあります。そっちの方向でぜひと。

○荒井主査 その思いはよく理解していますけれども、基本的には、解析する事業所とそうでない事業所が混在するということになりまして、そういう一般的なデータは、各事業

所等のデータというのは、ある程度国のほうで分析して、事業所ごとに数値的なものだと思いますけれども、お返ししていく。それを各事業所で解釈していただいて、次のステップにつなげるというのが現実的な路線かなと個人的には考えていますけれども、松田構成員、いかがでしょうか。

○松田構成員 ありがとうございます。

DPCの経験から言うと、僕たちはDPCのプロジェクトを回してきたわけですが、1つは、片方で、国レベルで、今、DPCで公開データが出ていますけれども、ああいうサマリーデータが出ている。地域別に出されている。そういうものを参照して、各医療機関が自分たちのデータを分析するという枠組みをずっとつくってきました。各医療機関から出てくるデータは、介護データベース、国でまとめるデータベースほど大きくはないですが、データ構造は一緒です。それは、ほとんどがCSVとかでデータが出るわけなので、それを分析するというところから始めたらいいのではないかなと思っています。

国が示す集計データと各施設が出すくらいのデータの量であれば、基本的にはAccessとExcelがあれば分析できます。それでももう少し自分たちでいくつかの施設が集まったグループをつくって、データを大きくして分析しようとするれば、SQLを使ってやればできるレベルです。こういうデータ分析の取り組みを繰り返していると、大きなデータベースも扱えるようになります。そういう意味で、各介護施設がまず自分のところのつくっているデータ、出しているデータをきちんと分析できるというセミナーをやっていけばよいと思っています。

私たちのこれまでの経験から考えると、これはできます。私たちのDPCの研修では、DPCプロジェクトに参加している各医療機関の事務の方たちに参加していただいて、ハンズオンセミナーというのを初期の頃に月に2～3回ずつやっていました。皆さん、レセプトを扱ってきた経験があるので、本当に短期間でデータ分析ができるようになりました。そうした技術的基礎があれば、各グループでいろいろなデータベースの分析とかができるようになってくると思うので、何かそういう枠組みを行政や研究班としてつくっていただけたらいいのではないかなと思いました。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

事務局、どうですか。各事業所で簡単に分析ができるような形というのは、将来可能なのでしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。ありがとうございます。

今、御指摘いただいた、恐らくオープンデータの活用という部分もあるのかなと思っています。現状も介護データベースも、一部のものにはなりますけれども、オープンデータという形でホームページ上には公開しているところがございます。その中で、もう少しこういう類型も入れてほしい。例えばサービス種別の類型を追加してほしいとか、そういった御意見もいただきながら、どういったオープンデータにしていくかというところを

日々ブラッシュアップさせていただいておりますので、まず、おっしゃっていただいたような使いやすい導入的なものを公開していくという部分について、事務局としてもしっかりと取り組ませていただきたいと思います。

○荒井主査 松田先生、今のお答えでよろしいでしょうか。

○松田構成員 公開データがあるのは当然なのですが、多分、御自分たちが出している介護レセプトをどういうふうに分析するかという簡単なマニュアルが必要なのだらうと思っています。それは本当に簡単なもので、実際にExcel、Accessベースでできるようなものなので、そこからまず始めるということではないかと思えます。実は、そういうセミナーは、コロナで止まっているのですが、うちの教室でやって来ました。その資料も幾つかはホームページで公開していますので、参考にさせていただけたらいいのではないかと思えます。

すみません、今、厚労省の方がおっしゃっていた、参照としてのデータベースはデータベースとして必要なのですが、それ以外に個々の施設が出しているレセプトを分析するノウハウを使えるということが、そのような参照データベースを活用できるようになるためにも、大事なかなと思えます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

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。

今の荒井主査の御指摘に対する松田先生の御回答につきましては、私も全くそのとおりで思っておりますし、介護保険法に位置付けられた「介護サービス情報公表制度」をつくりましたときに、介護事業者は自らの情報を公表することで何が分かったかというと、自分たちの立ち位置とか自分たちのサービスのレベルがほかと比べてどうだったかということが、すごく可視化できたということがございました。こうした点も非常に有用だと思いますので、私は特別抽出のほうのレベルまで個々の事業者がというよりは、アカデミアの先生方がつくられたデータの結果を、自分のところに参考にできるような情報のいただき方のスキームがちゃんとできていたり、またオープンデータがきちんとされていることが重要かなと思っております。

これが1点目で、もう一つお伺いしたかったのは、医療のほうには医療安全という概念があって、「医療事故情報収集等事業」により事故情報が日本医療機能評価機構などに集積されていて、それが分析されるような形のスキームができていますけれども、介護のほうは、せつかく指定基準上、事故発生時には市町村に報告義務が課せられているにもかかわらず、しかも国により様式が統一されたにもかかわらず、そこからの分析がうまくいっていないというのが実状でございまして、そこは介護のサービスの質を上げていくためには、事故情報というのは、要因分析も含めてフィードバックされるべきだろうと思っておりますのでこういった情報は、データとして、ぜひ加えていただけるような形がつく

れないかなと思っております。

さらに、介護事故については、賠償責任が伴いますので、基本的には介護事業者が加入している損害賠償保険において民間保険会社も、当然これに対しては関わってくるわけですね。そうすると、必然的に保険の専門家としての事故分析を加えてきますので、これはナショナル的なデータの蓄積と民間のほうの分析を突合したり、一緒にフィードバックすべきデータをつくっていくようなことができるわけなので、そういった意味での民間活用というのもぜひ図っていくべきではないかなと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○荒井主査 ありがとうございます。

やる気のある施設は、恐らく今、松田構成員からお話があったように分析ができるかと思えますけれども、今回はより大きなデータベースのお話を中心にさせていただいたかなと考えておりますので、また事務局のほうで検討をお願いできればと思います。

先ほど医療と介護の連続性というお話もありましたけれども、1人のデータベースというのは、100年近く、我々は生きることになる社会が確実に今後やってきますので、そういうデータベースをいかに国の機関、国の1か所で管理するということが重要なかなと思っておりますので、厚労省のほうにはいつもお願いしてはいますが、できるだけ縦割りではなくて、1か所でそういうデータベースを分析する部門をつくってほしいかなと思っています。生まれてから、健診であったり、ワクチンであったり、そういったデータですね。そして、大人になっていろいろな病気にかかるわけですが、そういったデータは、全て最終的に死ぬまでつながっていきます。

残念ながら、今はそれらのデータは完全に分断されておりますけれども、そういったデータが一人一人、個人的にも利用できるし、マスとしても利用できるということが将来像なのかなと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

ぴったり予定の時間になりましたので、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。

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 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、本日はこれで閉会いたします。構成員の皆様、どうもありがとうございました。