

○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7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。

まず、構成員の変更がございましたので、御報告させていただきます。参考資料1を御覧ください。

公益社団法人日本歯科医師会常務理事、野村構成員、公益社団法人日本看護協会副会長、山本則子構成員に、本日より構成員として御参画いただきます。どうぞよろしくお願いたします。

また、本日の出欠状況でございますが、山本則子構成員より御欠席の御連絡を頂戴しております。

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

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

なお、構成員の皆様方、御発言される際は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。

以降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 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「医療・介護間で共有する情報の範囲について」。

資料3「高橋構成員提出資料」。

資料4「今後の議論の進め方について」。

ほか、参考資料を配付しております。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。まず、議事の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。

スライドの2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、検討スケジュールでございます。本日第7回ということで、医療・介護間で連携する情報の範囲に関して御議論いただきたいと思いますと思っております。

スライドの3枚目でございます。こちらは前々回、第5回のワーキンググループでお示しさせていただいた資料でございます。前々回は医療・介護間で共有すべき介護情報という観点で御議論いただきましたけれども、今回第7回目につきましては、医療・介護間で連携する医療情報に焦点を当てまして、御議論いただければと思っております。また、本日御議論いただいた内容も踏まえまして、調査研究事業におきまして整理をさせていただき、次回以降の本ワーキンググループで引き続き取りまとめに向けて議論をさせていただきたいと考えております。

スライドの4枚目でございます。こちらが本日の進め方でございます。まず、事務局から医療情報の共有に関する論点案を御説明させていただきます。その後に、情報共有の現状や検討すべき方向性に関しまして、ヒアリングを実施いたします。ヒアリングの内容も踏まえまして、どのような医療情報を医療・介護間で共有すべきか、また、その方策等につきまして、事務局が御提示させていただきます論点案に沿って御議論いただければと思っております。いただいた御意見も踏まえまして、繰り返しにはなりますけれども、令和5年度の調査研究事業におきまして論点を整理させていただき、改めてワーキンググループに御報告をさせていただければと考えております。

資料1に関する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。

ただいま事務局から御説明いただきましたように、事務局が提示しております論点案とこの後行いますヒアリングを踏まえて、後ほど御意見を頂戴したいと思います。

引き続き、議事の2「医療・介護間で共有する情報の範囲について」に進みたいと思えます。

事務局から資料2についての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2の説明に先立ちまして、本日参考資料3といたしまして、医療情報の共有の検討状況を参考資料としておつけしてございます。こちら、第1回目の本ワーキンググループにおきましても、医療情報の共有の検討状況につきましては御報告をさせていただきました。改めて、今回の資料としましても医療情報の共有に関する検討状況をお示ししております。

スライド3枚目でございますように、電子カルテ情報共有サービスでございます。文書

情報として、こちらにございますように健診結果や診療情報提供書、退院時サマリー、そして、お示しの6情報について共有・閲覧できる仕組みでございます。

また、続くスライドの4枚目には、先ほどの6情報の提供方法に関しましてもお示ししておりますので、御議論に際しまして、こちらを御参考いただければと思います。

それでは、資料2でございます。医療・介護間で共有する情報の範囲につきまして御説明させていただきます。

まず、医療・介護間での情報共有の方向性につきましてです。

スライド3枚目を御覧ください。改めまして、医療・介護間での情報共有の方向性について記載してございます。現状、各専門職が利用者等と個別にやり取りを行いケアが提供されておりますが、関係者間での情報共有は必ずしも円滑にできていないことが課題であると考えております。これがこの介護情報基盤の整備を進めていくことで関係者間で円滑に情報が共有され、シームレスなケアの提供、また、利用者の生活の質の向上、こうしたものにつながると考えてございます。

スライドの4枚目でございます。こちらは第1回目のワーキンググループにも御提示をさせていただきましたが、主な介護情報の流れでございまして、医療機関、介護事業所、自治体などが利用者に関するどのような情報をやり取りしているのかをお示ししております。ただ、こちらは主立ったもののみを記載してございますので、こちらに記載できていないものもあるかと思えますけれども、その点は御容赦いただければと思います。

スライドの5枚目でございます。こちらは先ほどの4枚目の資料にお示しをしました情報の各内容に関して記載してございますので、併せて御参考いただければと思います。

スライドの6枚目でございます。こちらも以前のワーキンググループで御提示をさせていただきました、介護情報の共有の範囲などの方向性でございます。必要とされる関係者に共有し、原則として利用者自身も閲覧できるようにすること、利用者への情報共有については、自己評価や今後の改善につながるような項目を共有し、分かりやすく共有することが重要であること、また、新たな対象に共有されることにより、本来記載すべき情報の内容が影響されることのないよう留意すべきと御意見をいただいていたところでございます。

スライドの7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におきまして、構成員の皆様より頂戴いたしました御意見でしたり、ヒアリングにおいていただいた医療・介護間で共有すべき情報に関する主な御意見でございます。主治医意見書の内容や口腔・栄養、嚥下や食事形態、また、バイタル、こうした情報について共有することが重要ではないかといった御指摘をいただいております。

続いて、医療・介護間で共有される医療情報の活用イメージや課題等についてでございます。

スライドの9枚目を御覧ください。医療機関から介護事業所などへ共有される情報の一例といたしまして、診療情報提供書の項目をお示ししております。実際の様式につきまして

ては参考資料2につけておりますので、併せて御覧いただければと思います。また、これまでのワーキンググループのヒアリングの際にも御意見をいただいておりますけれども、地域独自の様式を活用されている場合もございますので、こちらのスライドはあくまで診療情報提供書を活用した場合の例として御参考いただければと思います。

スライドの10枚目を御覧ください。医療情報の医療・介護連携における活用イメージを記載してございます。入院中の状態変化や疾病の治療経過などを介護事業所等の関係者が同時に把握することで、利用者の状態に応じた介護サービスの提供が可能となること、また、紙媒体からの転記作業や入力ミスの減少、また、郵送でしたり、書類持ち込みのコスト減少、関係者間の情報共有の時間短縮、こうしたものにつながるのではないかと考えてございます。

スライドの11枚目でございます。こちらは先ほどの10枚目の内容をイメージ図にさせていただきました。全国医療情報プラットフォームを介して情報共有することで、利用者に応じたサービスの提供や事務負担の軽減、こうしたものにつながると考えております。

スライドの12枚目から14枚目にかけてでございます。こちらは御参考でございますけれども、医療的ケア児等情報共有システム、略してMEISというものでございます。主に救急時に医療機関が情報共有できる仕組みでございまして、患者、家族と医師とが相互に入力、共有することが可能となっております。

こちらのシステムの経緯などにつきまして、現在オブザーバーとして御参加いただいております村嶋参与より少し御説明、補足をいただければと思います。

村嶋参与、お願いできますでしょうか。

○村嶋参与 データヘルス改革推進本部技術参与の村嶋と申します。

MEISについて、今、救急時ということで御紹介があったのですが、平時の場合にも活用していただくことを想定してございまして、原則、本人も使えて御家族も使えることになっているのですが、基本的には御家族に情報を入力していただいて、医療情報に関してはお医者様が確認をしていただくという流れになっています。

御家族が平時に使う場合としてよく利用されているのが、ケア情報というものを入力して、それをお医者様と共有するということがあるのですが、ケア情報は例えば動画などもアップできるようになってございまして、外出先など親御さんがいない学校に行った際に発作が起きた場合に、こう対処すると発作が治まるとか、そういった動画をアップされるという使い方もされていると聞いています。実際、1～2分の動画ではあるのですが、医療的ケア児様は個々個別に皆さん全く症状が違って、いろいろな対処方法があるため、そういった個別の情報がとても有効に活用できるシステムになっています。

また、MEISは医療的ケア児に限ったシステムですが、恐らく介護情報に関しても周辺症状などの状況を動画で投稿することも有効になってくると思いますので、今後共有する情報として動画の共有なども考えていく必要があるのではないかと思います、御参考までにお伝えしておきます。

以上です。

○溝上補佐 村嶋参与、ありがとうございます。

それでは、資料説明を続けさせていただきます。本日の論点でございます。

16枚目のスライドを御覧ください。まず「共有すべき医療情報の範囲について」、医療機関から介護事業所や自治体等の関係者へ共有することが望ましい医療情報には、どのようなものが考えられるか、また、関係者間で共有する際、どのような点に留意すべきかとしております。論点案といたしまして、医療機関から介護事業所へ医療情報が共有されることによって、利用者にとってどのようなメリットがあるのか、また、アレルギー予防や状態に応じた食事の提供などが確実に行われるなどの観点も重要ではないかと。上記の目的を実現するためには、医療機関から介護事業所へ共有すべき医療情報にはどのようなものがあるか、共有に際して利用者の個人情報保護の観点から、どのような点に留意すべきか、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、としてございます。

スライド17枚目を御覧ください。続いて「医療情報を共有する範囲について」、介護事業所等において医療情報を共有する範囲についてどのように考えるか、としてございます。論点案といたしまして、検査結果や疾病状況等を含む医療情報を正しく解釈し、活用する観点から、医療機関から提供される医療情報を介護事業所にいる医療職に限定することやその情報の範囲などについてどのように考えるか、2点目、他方で、多職種連携の観点から、職種などによって限定することなく介護事業所等において利用者のケアに携わる関係者に共有することについてどのように考えるか、3点目、仮に情報共有する範囲を限定した場合に、現実的に情報の閲覧範囲を限定することが可能かどうか、4点目、また、介護サービスの類型に応じて共有される医療情報の範囲を検討することについてどのように考えるか、としてございます。この後の高橋構成員のヒアリングと併せまして、後ほど構成員の皆様より御意見を頂戴できればと思います。

事務局からの資料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。

続きまして、議事の3「ヒアリング」に進みたいと思います。

まずは、高橋構成員より資料3についての御説明をお願いいたします。

○高橋構成員 全老健の高橋です。

早速始めさせていただきたいと思います。パワポでアニメーションを使っていますので、よろしく願いいたします。

このスライドは、函館山に抱かれた、私が今、勤務している高橋病院本院ですが、観光地元町のだ真ん中にあります。手狭になってきたのと、古くなってきたので、現在街の中心に新病院を建築中です。

今回高橋病院に与えられた課題ですけれども、以下の4つとなっており、まずは情報に関して主に医療側の視点からどのような情報を共有すべきか、それから、その仕組みによ

って誰にどのような恩恵があるのか、実際に函館の取組を2つ紹介させていただきたいと思います。それから、介護側で標準化をどのように考えるか、この4つに沿ってお話しさせていただきたいと思います。

これは私見ですけれども、情報共有に関する医療モデルの変化とすると、20世紀の場合、若い人は元気なので、健康を取り戻して、社会復帰、職場復帰する。ですから、「治す医療」というのは病院の中で治る。よって「電子カルテ」が情報共有手段であり、その中心は「臓器」が主となります。21世紀の場合は、超高齢者が多くなりますので「治し支える医療」となり、また地域で空間的に患者さんが移動しますので地域完結型となり、情報共有手段としては地連のネットワークあるいはオン資ネットワークですね。こういうものが登場してきます。情報の中心は「生活史」にシフトし、特に価値観や人生観、あるいは満足感、主観的な健康観など、本人の思いをどう共有するかが大事になってくるのではないかと考えています。

なぜ「情報」が必要なのか。「情報」とは、「お互いが知らなければならない」、「自分が知りたい」、「相手に知らせなければならない」、「知りたい情報ではないが、制度上やらなければならない」となり、特に(4)ですね。点数が絡んでくると「職員にとって不必要な情報であっても管理者にとっては必要な情報となって、現場には無理がかかるけれども、経営的には無駄にならない。一見役に立たない情報も必要な「時」と「場合」があり、現場が直接恩恵を受けない情報が存在することを意識する必要がある。現場にはあまり必要ないけれども、経営面からは必要であることも考えなければならないということになります。

医療と介護、これを双方から見てみると、左側の医師側の得意とする守備範囲はICD的、いわゆる内側からの視点に対して、右側、ケア提供者側の得意とする守備範囲はICF的な発想になります。よって、退院を境に連携がうまく取れなくなる。左側は「病気を診る」「臓器を診る」、右側は「ADLを見る」「生活を見る」ということで、医療系から介護系に行く場合には別世界といいますか、隣の隣ぐらいになってしまうということですね。ただ、高齢者になりますと、医療も介護も両方受けますので、制度自体でその人を分断してはいけないということだと思います。「病気だけではなく人をみる」「障がいでだけではなく生活をみる」ということだと思っています。

20年間電子カルテをやっているのですけれども、情報交換して有用なものがなかなか定まらない。急性期側は医療が安全に行われる情報を知りたい。つまり、何かあったときにキーパーソンは誰なのか、いろいろな人が出てくるけれども、一体誰に話せばいいのか、それから、どこまで延命行為を望むのか、これはACPですね。一方では、生活支援の視点で考えるケア提供者にとっては、ケアする中で病気に悪影響を及ぼす情報を知りたい、病気の今後はどうなるのか、あるいはケアする上でやっていけない行為は何だろうかということ、大まかに言うと、両者ともリスクマネジメント、自分の身を危険にさらすようなことを回避できるような情報がリアルで欲しいのではないかと。ほかの情報はゆっくりと仕

入れてもいいのではないかと考えています。

例えば介護事業所でいうと、リスクマネジメントとすれば、誤嚥性肺炎であれば右のようなものですね。あるいは薬剤管理と転倒・転落がありますけれども、介護側が医療機関から欲しい情報というのは、安全にケアができる情報なのではないかと考えています。

これは先ほども出た資料ですが、電子カルテからは3文書6情報と言われていますが、利用者本人が閲覧できるサービスをつくる上で、この図で「本人」はあるけれども、「介護事業所」が抜けています。

もう一つ、これも本日の資料にありましたけれども、介護情報の流れとすると、中心にケアマネさんがいて、介護事業所とケアプランを通してやり取りする。この春からケアプランデータ連携システムが動いているということでしょうけれども、ケアマネを囲んでそれぞれの事業所と連携を取るという中では、この図に医療の姿が見当たらない。まずはということでしょうけれども、ここで「標準化」というものを念頭に置かないと「医療情報プラットフォーム」にうまく乗らないのではないかと、業務の効率化ということでも新たに創設したシステムが、プラットフォームにつなげる段になると、別の二度手間を生むのかもしれないことに留意する必要があるかと思っています。

それから、よく言われることですが、介護業界の実情・課題とすれば、人・物・金、特に人ですね。具体的にはリーダーシップが不在である、ITリテラシーを教える人が不在である、それから、ベンダーの言いなりにならないか。4番目、ネットワークを知っている人が不在である、特にサイバーアタックですね。こういった脅威に対して人がいない。次にお金ですけれども、特に補助金、地域医療介護総合確保基金のようなものですが、医療・介護連携というところでは、両方にまたがって補助金が取れるというのは行政的になかなかないのかと。医療・介護団体で松竹梅等でお手本を出していただければと思っています。医療における「診療情報管理士」や「医療情報技師」という資格者が介護ではないので、コスト的にはなかなか難しいでしょうけれども、市町村レベルでもいいので、図に示したこういう方に実際に動いていただければいいなと思っています。

続いて、函館方式の紹介です。いわゆる情報基盤、プラットフォームとしては大きく2つあるのだろうと。地連ネットワークが1つ目、もう一つ、オン資確認ですね。地連ですが、このID-Linkは手前どもと市立函館病院で始めたシステムで、今、割と全国で使われているシステムなのですが、これはトップ画面で、横軸が年月日ですね。縦軸が見ることのできるものということで、いろいろなものがオーダリング、電子カルテから見るができることになっています。いわゆるほかの病院のカルテが目の前にある、あるいは院外からの情報がリアルタイムに入手可能となっているということです。

介護側ではどうなのかですけれども、医療で書いたものがそのまま転用できます。例えばワード、エクセル、パワーポイントはアップロード、ダウンロードは自由ですので、原本保存は担保された状態で、既往歴や現病歴などは介護側で加筆したりあるいは削除したりが可能で、渡された情報書類の有効活用、いわゆる「ムダ・ムラ・ムリ」が排除できる

のではないかと考えています。

これは函館の連携協議会の実態ですけれども、右下、どんどん参加機関は増えているのですが、ここで病院は電子カルテを持っているところはほぼ100%入っているのですが、ようやく診療所と調剤薬局も伸び始めてきている。訪問看護ステーションは訪問診療と並んで非常にこれも伸びもいい。ところが、介護施設と歯科、非常に少ないのですね。これは悩みどころなのですけれども、私が考えるに、介護施設側ではID-Linkのどの部分が大事なのか、どさっと最大公約数で来ますので、膨大なので、分かりづらい。しかも、内容が難しい、参加するにも書いた内容を見せる自信が介護側がない、そもそも参加する権限が与えられていない場合もある、それから、紙カルテの場合はID-Linkにもまた書き込まなければならない、二度手間になる。それから、診療記録なのか、補完記録なのか、この情報を受け渡して何か大事なことが書いてあれば、それを見落とした場合の責任はどうかということ、こういうところが課題になっているのかと考えています。

ノート機能というものがあまして、いろいろな職種が参加できるものをつくってあります。これはチャットみたいなものですね。関わっているみんなでその人をフォローしていく、言ってみれば、お互いが知りたい情報を個々に入手可能と。前もって決めていなくても、例えば訪問診療の先生と訪問看護師がやり取りすれば、割とそれで済むのではないかと、きちきちと情報を決めていなくても大丈夫だと思っています。ただし、当地区もそうなのですけれども、アクセス権をきちんと制御する、誰がいつどのように見たかというログ管理も徹底する、定期的に職員へ教育する、実際は毎月協議会が動いていますので、そこで議論をしていくことになっています。

もう一つ、今、非常に見られているものとする、医師、看護師、セラピストなどの記載した診療記録を閲覧できるということなのですね。見せるかどうかというのはその医療機関等々のポリシーになると思うのですけれども、例えばこのコロナ禍ではなかなか病院の中に入れなかったという意味では、いつ退院してくるのかとか、どのようなことを外来で言われたのかとか、非常によく分かるということですね。それから、今、考えていることは、こういう内容を今度はChat GPTなどで例えば退院時要約をまとめてという感じで、看護要約でもいいのですけれども、それをまとめてやってもらう。もちろん物理的に可能ですけれども、そうすると、現場は非常に負担が少なくなるのかと。当然自分のものを後でチェックするのは必要だと思っていますけれども、今後のID-Linkの使い方の一つと思っています。

では、実際にID-Linkを活用してどういうものが回覧されているかという紹介になりますが、函館では「連携サマリー」というものが動いております。これは函館市に支援センターというものがございまして、医師会が委託を受けて事業をスタートしております。13団体のバックアップがあることが非常に強みで、いろいろな事業をやっているのですが、「連携サマリー」は入院・退院、入所・退所のときに、医療機関ないし介護事業所が作成するものとなります。

細かくて申し訳ないのですけれども、左側ですね。これは基本ツールですね。2枚物です。これはフェイスシートのようなもので、必須であると。それから、応用ツールですね。これは18枚あって、必要時に書くということになっています。

合わせて3～4枚ぐらいで動いていますけれども、例えばここです。これを拡大しますと、このようになっています、例えば「視力」「聴力」から始まって「食事摂取」「口腔ケア」「排泄」ですね。こういうものがありますので、ここにチェックをかけてフェイスシートを完成します。

それから、ここはどういうものかということ「特別な医療等」ですね。これは主治医意見書と同様ですが、例えば「食事摂取困難」があるとここをチェックする。自動的に応用ツールが立ち上がって、ここにまたチェックをかけていくことになっています。「現在の状態とその対応方針」とか「今後発生する可能性が高い状態とその対応方針」が掲載されていくことになります。

このID-Linkに搭載した大きな理由は、今まではファクスとか手渡し、USBだったのですが、その場合、何が一番新しい情報なのか、それから、書換え自由、上書きですね。これはまずいということで、電子カルテに倣って3原則を担保していこうと。それから、時系列管理ができますので、地域でその患者さんを追っていく。それから、文書を地域で共有可能になりますので、再度の入力負担が少ないということになっていくのかと思っています。医療・介護側が活用しやすい情報として患者さん、家族も参加できるACPを応用ツールに盛り込んでいる最中です。

うちの法人で独自にやっているものとして、ICFツールをつくっています。うちはリハ病院ですので、リハをやっている人は全てICF、こういうものを作成しています。もう一つ、その中の個人因子を大事にしております、ここですね。特に「主観的健康観」というところですけども、意欲や思い、心の充足感、仕事、趣味、生きがい、役に立っているという実感、どう本人の思いを盛り込むかを非常に大事にしているということになります。本人の生活・人生をよく知っている介護職側は、急に入院された場合、時間がない急性期にACPを含めて情報を手渡すということを頑張っている最中です。

最後になりますけれども、「標準化」ということですね。医療側は一生懸命やっていますけれども、これについてお話ししたいと思います。介護側も標準化を意識したシステム構築を考える時代なのだろうと思っています。

標準化の課題ですね。全くの私見ですので、後で山本隆一先生等に御意見いただければと思うのですけれども、医療のほうは処方や検査、病名などは情報を一まとめにできる特徴があります。例えば、処方というのは必ず処方オーダーという場所にまとまる。一まとめになっていることで、後々の統計、連携、処理がしやすく、こうした一まとめにできる情報の標準化が先行しているのかと思っています。文書構造的なものはいろいろあると思うのですけれども、文書そのものが標準化される例はまだ少ないのかと。

大きく3つに私たちは考えているのですけれども、まずはデータとして扱えるように項

目の洗い出し、関係を整えると。

それから、コードの標準化ですね。お薬、HOTとか、GTINとかいろいろあると思うのですが、これをどのように考えるかという標準化をしていくということですね。ちなみに、6情報なのですけれども、ここで書いているように、まだコードはないものもあるということです。

それから、交換規約ですね。これはやればやるほど分からなくなってしまうので簡単に話しますと、項目・構造化してコード標準化したものを、交換規約という規約にのっとって受け手側に情報を送り届けるということですね。

例えば今日の資料に載っていますけれども、左側、紙で運用される診療情報提供書のイメージですね。このようになっていますけれども、実際は右ですね。XML/JSONでこのように記載されている。どうしても私たちは簡単に「この表のここを書き換えて」とかシステムベンダーに要求しますが、エクセル一つ取っても書き換えることはデータ連携上、なかなか大変であることは考えていく必要があるのかと思っています。

これは最後の1枚ですが、標準化の課題として「医療と異なる介護情報の特徴」とすると、先ほど言ったことになると思います。「現場の負担」は無視できないことになりまので、「標準化されていないものは連携しづらい」ことを念頭に置いて、現場の不安をできるだけ減らすようなシステムが大事なのだろうと。それから、これは「標準化を担う存在」と書いていますけれども、現場というのは標準化に合わせて運用する場所、ベンダーというのは標準化をシステムに組み入れる場所であって、標準化そのものの策定、運用等々を行わないと思っていますので、医療でいうところのHL7協会や医療情報学会、あるいは山本先生が理事長をされているHELICS協議会のような学術的な団体が介護側でも何か必要なのではないかと思っています。介護DX時代では「標準化」を念頭に置いての提案が介護側も必要なのではないかと思っています。

これはお約束の最後の私の1枚なのですけれども、函館の夜景、100万ドルの夜景で、高橋病院が写っているのですけれども、移転するとこれが消えてなくなりますので、早く見に来てください。

以上です。御清聴ありがとうございました。（拍手）

○荒井主査 ありがとうございました。

高橋構成員からすばらしい講演をいただきました。函館市におけるID-Linkという非常に優れた仕組みについての御説明をしていただきましたけれども、それでは、構成員の皆様より御意見を頂戴したいと思います。御発表いただきました高橋構成員への御質問や事務局の論点に対する御意見など、挙手ボタンを押して挙手をお願いできればと思います。よろしく願いいたします。

能本構成員よりお願いします。

○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。

高橋先生、丁寧かつ緻密な御説明をありがとうございました。先生が冒頭で御指摘され

た情報とはという4つの分類がございました。必要なもの、自分が知りたいとか、あるいは制度上やらなければいけないという御説明をいただいたのですけれども、4番のところですね。時に現場では不要かもしれないけれども、管理者側では必要な情報があるという御指摘、ごもつともだと思っておりました。そこには報酬が絡むというお話も理解できました。今後このような情報共有を進める上で、高橋先生のお考えでも結構ですから、この4番のところはどのように扱っていくべきか、報酬に位置づけられればここはどんどん共有していくべきなのか、あるいは現場サイドで必要な情報に特化した形で共有を進めていくべきなのか、お考えを御教示いただけたらと思います。よろしくお願いたします。

○高橋構成員 高橋です。ありがとうございました。

施設基準等々がありますので、例えば重症度、医療・看護必要度とか、全老健でも強化型とか、そういうものを取るのには、ここは入れなくてはならないといいますか、現場は何のためにこれをやるのかというところだとは思うのですけれども、それで経営が成り立っているということであればやらざるを得ないところもあるのかとは思っています。やっているかやらないかというところは文書主義なのかと思っていますので、こういうチェックのところは必要なそういう歴史なのではないかと思うのですけれども、これは老健局さんに聞きたいところではあるのです。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございました。

今の点に関して特に事務局からはいいですかね。

では、ほかの御質問があれば挙手をお願いします。いかがでしょうか。最初の事務局からの御説明、論点に関してでも結構ですし、先ほどの高橋構成員からの御説明に関する御質問でも何でも結構でございますので、お時間は十分に取ってございますので、御自由に御発言をいただければと思います。

それでは、山本構成員から願いたします。

○山本（隆）構成員 ありがとうございます。

皆さんがお考えになる間の時間潰しで発言させていただきますけれども、データを共有する以上、しかも電子的に共有する以上、標準化というのは非常に重要ではあります。高橋先生の御指摘のように、今まで実質的に進んでいるかどうかは別として、医療の分野の標準化は試みとしてはかなり多くやられてきました。介護の分野は今のところそれほど精力的にやられているわけではない。厚労省の体制でいうと、保健医療情報標準化会議というものがございまして、それが適切な標準化かどうかを決める最も高位の会議になっていますけれども、そこが医療情報になっていて、介護情報という言葉が入っていないのですね。したがって、介護の分野の標準化を進めていく意味では、そういった枠といいますか、このスキームをきちんとつくっていくことが大事であろうと思っております。

それから、どうしても介護は生活を見る情報で、医療ほど定量化しにくいところがございいます。どうしてもディスクリプティブな表現が多くなる。ただ、最近の生成系AIとかそ

ういうものを見ていると、こういう記述的な表現でも基準に沿って要約をしていくような電子化はそれほど遠い将来ではなくできるようになると思いますから、むしろ大事なことは粒度の問題なのですね。どの程度の粒度の記載が標準的に必要なのかを正しくしていれば、それを後でコーディングするといったことは、もう少し先に機械に任せてもできるようになる可能性はありますので期待はできると思います。むしろ記述の粒度をどう揃えていくかが重要になるのだらうと思います。

以上でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

高橋構成員、何か今の山本構成員からの御意見に対してございますか。

○高橋構成員 特にございません。ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、野尻構成員からお願いいたします。

○野尻構成員 デイ・ケア協会の野尻です。

高橋先生、すばらしい発表をありがとうございます。これだけ先生のところでしっかり出来上がっておられると、今、我々が進めているこの医療介護情報の利活用の仕組みが並走したときに、先生の地域の地連情報とこの委員会で進めているネットワーク情報と、どういう感じで共存していくとお考えになっていますでしょうか。

○高橋構成員 一つは、全国医療情報プラットフォームとすると、オン資確認システムですね。ネットワークシステムとこれをどうすみ分けするかがあるかと思っているのですね。国、行政はオン資というところは非常に言われていますので、この地連ネットワークがコスト的にも更新のときにかかるというところでは、そこは危機感がある程度あるのかと思っています。

ただ、話がずれるかもしれませんが、オン資との比較ということでいうと、ID-Link等々の地連というのはリアルタイムであると。オン資はレセプトから来ているものが、電子処方はその違いはありますが、そういった時差があるのだらうと。ただし、参加範囲とすると、地連は参加医療機関のみ、あるいは介護施設のみということで、オン資は全部100%を今後目指していますので、そこがどれだけ網羅できるかというところかと思っています。

患者参加ということでは、ID-Linkも「マイカルテ」という別称があるように物理的には可能なのですが、今は医療系と介護系しか見ていないというところですね。オン資はマイナポータルというものがあると思うのですが、ただ、マイナポータルも1方向で、双方向になっているかどうかは今後注目しているところであります。

それと、オン資に比べると、ID-Linkはコミュニケーション力が強いのだらうとは考えていますので、2つをどのようにしてプラットフォームとしてやっていくかというところは、日本医師会さんとかいろいろなところと考えるべきところだと思うのですが、これで何か回答になっていますでしょうか。

○野尻構成員 分かりました。ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、松田構成員からお願いいたします。

○松田構成員 高橋先生、どうもありがとうございました。

私自身がこういう共有の情報をどのようにつくるかという研究をやってきて、自分でもサマリーをつくっていたのですけれども、高橋先生のところを見せていただいて、これに乗り換えたほうがいいなと思った理由が、途中で高橋先生が言われたように、同じ入力を2回やらなくてはいけないというのは、システム活用が進まない理由になってしまうのですね。実際、先々週、フランスに行っていたのですけれども、フランスは「Mon espace santé」という日本のID-Linkみたいなすごくいい仕組みが国全体で走っていることになっていて、使える話になっていました。でも、実際に話を聞いてみると、実は20%ぐらいしか使われていませんでした。その理由が、カルテに入力した記録を別途またそのシステムに入れなくてはいけない、そこでそこから先に進まない状況になっているみたいです。そういう意味で、高橋先生が開発に取り組んでこられたこの函館の仕組みが既に収集されているデータ、要するに、記載しなければいけないデータを活用されているところがポイントなのだろうと思っています。主治医意見書だったりとか、実際に診療情報提供書とか、そこに書かれている情報をサマリーとして使っているということが非常に大きなポイントだろうと思っています。

私自身、両方のレセプトをくっつけて分析をしていて実感することが、介護側に医療側から医療上注意すべき情報が十分行っていないことが、これだけ高齢化が進んできているような病気を持っている人のケアマネジメントを進めていく上で大きな障害になっている、課題になっていると思っています。そういう意味で、高橋先生が開発に関わっていらっしゃる医療・介護連携システムにおいて、医療側の情報をうまく使ってケアマネジャーさんがうまく対応ができていう事例があったら少し御紹介いただけたらと思うのですが、いかがでしょうか。

○高橋構成員 ありがとうございます。

まず、前半では、地域連携ネットワークシステムというのは、電子カルテに書いたものはそのまま何も改めて書くことなく全て行きますので、そこは先生たちとかあるいはワーカーの人たちも知らないうちにほかの施設が見ている、あるいは医療機関が見ているのでびっくりみたいなのところもあるかもしれませんが、非常に楽なのだろうと思います。

医療側から介護にという、今の御紹介した連携サマリーというところはかなり介護側の必要としているものを盛り込んでいるということになりますので、ここの中でブラッシュアップして、そして、必要なもの、プラス、欲しいものは個々にID-Linkのチャットとかそういうもので仕入れていくことがいいのか、最大公約数にすると結局訳が分からなくなるので、最小公倍数にプラス幾つかくっつけていくというほうがいいのかと、抜けがなくなるとは思っています。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。

高橋先生に御質問なのですけれども、現在9,992施設におきましてサービスの稼働の実績があるようだけれども、この約1万施設というのは病院がメインなのでしょうか。それとも介護施設も合わせた数でしょうか。

○高橋構成員 別資料はあるのですけれども、医療機関というのは7,500ぐらいしかないと思いますので、そのうちの1,500とか、結構な医療機関に加えて診療所プラス調剤薬局、介護施設も入っての数字となっています。

○荒井主査 今後例えば宮城県と山形県ではお隣なのだけれども、宮城県はゼロで山形県が非常に多い、九州地方だと南のほうが全然抜けているとか、何か理由があるのでしょうか。

○高橋構成員 なかなか申しづらいところもあるのですけれども、既存のネットワークといますか、あとリーダーシップが強い方が持ってくるものに皆さん、乗っかってくるということと、山形の場合は御存じのように電子処方箋をモデルでされている日本海総合病院を中心に「ちようかいネット」というものがあるって、そこがID-Linkというものを非常に使っているんで、山形の中で動いているというところがあると思います。

○荒井主査 ほかのシステムとフュージョンは可能なのでしょうか。

○高橋構成員 これはとっくに、第2回、第3回ですか、長崎大学の松本先生からお話のあった「あじさいネット」も富士通の「Human Bridge」とポータルサイトでくっついています。それは物理的に可能であるということですね。

○荒井主査 ほかの構成員の皆様からいかがでしょうか。御質問があれば挙手ボタンでお願いできればと思いますけれども、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。

高橋先生、ありがとうございました。私は老人クラブということで、専門的なことはよく分からないのですけれども、それぞれ必要な情報を共有するために、具体的にはサンプルになるというか、利用される患者さんの同意はどのように取っていて、ほとんどの方はそれに了解いただいているということで理解してよろしいでしょうか。

○高橋構成員 これを始めたのは平成19年なののですけれども、今までのところ、表立ってのトラブルは全国的に聞いたことはないのですが、最初、私たちもいわゆる1対1で結びつけるときに必ず患者さんに同意を取っていたのですけれども、後から入ってくる人たちは、全部その患者さんに適用したいということになると、これはなかなか1対1は無理なので、包括同意と。それから、いわゆるオプトアウトみたいな感じでやっているところが多くなっているというところだと思います。

そのような答えでよろしいでしょうか。

○正立構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、今構成員、お願いします。

○今構成員 高橋先生、貴重な御講演をどうもありがとうございました。非常に緻密にと

いうか、いろいろな取組をしていただいていることで、学ばせていただきました。

ID-Linkのところで少しお聞かせいただきたいのですが、先ほど介護施設等の参加がまだ非常に少ない状況にあるとお話をいただいたのですが、例えば入所施設と居宅介護支援事業所も含めて、または在宅サービス事業所、こちらの中でどのような内訳といたしますか、参加状況としてどちらが多少なりとも多い状況にあるとか、むしろ伸び悩んでいるのはこちらが多いというところがあるのかどうかがあればということと、函館市の医療・介護連携サマリー、こちらについても13の団体が参画をされているというところの構成メンバーで、居宅介護支援事業所等の連絡会等に入っているのですが、例えばこちらは在宅サービスの事業所等が参画をして、または情報提供、共有のところは図られているのかどうか。ID-Linkに比べて、こちらのほうが例えば参画の状況が多いのか、介護サービス事業所の参加が多いのかどうかというところがあれば教えていただきたいというのが1点です。

それから、情報の共有の範囲というところで、本日の論点のところにも入ってきているわけですが、先生からも施設種別ごと、職種ごと等によって情報の共有の範囲を定めていて、月1回の協議会の中でさらに検討されるというお話がありましたが、直感的に見まして、在宅サービス事業所等の特に中小零細の事業所になると、その権限への対応が非常にその事業所や法人によって様々であって、こういったルールでやりましょうといったところにうまくマッチングするのかが素朴な疑問としてあるのですが、その辺りの整理の仕方等について示唆されるものというか、今、成果として見えているようなものがあれば教えていただければと思います。私も、自分の事業所も非常に職員数が限られている中だと、恐らく権限を定めるというよりは、むしろ一とおりの人が全部見てしまう状況が考えられることと、特に在宅サービスの事業所などにおいて、例えば訪問介護などでいけば、実際にケアをする人に情報をなるべく早く行き届かせる必要というところと、その権限というアクセス権の管理というところが非常にせめぎ合いになるのかと思いますので、その点について教えていただければありがたいです。よろしく願いいたします。

○高橋構成員 ありがとうございます。

2番目の質問をど忘れしてしまったのですが、1番目ですね。ID-Link、介護系ではこのID-Linkの情報をどのように使うかという、そこに尽きるのかと思うのですが、例えば一番多いのは訪問診療ですね。訪問看護ステーションが非常に多いと。これは訪問診療とペアで動いているところが一番強いというところですね。それから、介護施設でも患者さん、利用者さんが悪くなって急性期に送った場合に、急性期の中身を見てそろそろ戻ってくるなど、あるいは温度板を見て熱が治まったなどか、看護とかワーカーを見ると大体分かってくるのですね。そういうものに使っていたり、それから、連携サマリーというのは、これは先ほど申しましたようにリアルタイムといたしますか、みんながそれぞれ今までは自分たちでアップしていたので、どれが新しいのか、これは非常に怖いことだと思います。特にACP等ですね。それをやめるために時系列できちんと、そして、誰が入れ

たか、上書きがされないようにそれを使って、居宅ケアマネが使い始めてきていることが1点目ですね。

2点目は、医師会でしたか。

○今構成員 ID-Linkと医療・介護連携サマリーの活用の度合いと伺いますか。

○高橋構成員 これは函館市医師会が中心となって、函館市から補助金をもらってやっている会というのは、ほぼかかりつけ医も含めて、在宅も含めて、皆さん入っているのですね。その中でどうやって連携を図っていくか、情報共有をしていくかという中に、ID-Linkを使おうよということになったのですね。ですから、ほぼ一体化していくのではないかとこのところですね。

3つ目はアクセス権だと思うのですが、私たちも訪問介護、ヘルパーステーションはどうするのだといった場合に、まずは施設長、その所属長レベルには権限を与えています。それから、恐らくオン資でやられるようなHPKIとか、そういう国家資格を持った人が最初、ただ、准看さんとかケアマネさんでも国家資格を持っていない方になった人もいますので、そこはどのように考えるかということなのですが、要は、その地域でのその方たちへの信頼関係が大事なのかとは思っています。

答えになっていないかもしれませんが、以上です。よろしいですか。

○今構成員 どうもありがとうございます。

○荒井主査 それでは、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 ありがとうございます。

高橋先生、非常に貴重な御講演をいただきまして、ありがとうございました。プラクティカルな話なのですが、特に小さな事業所などでコストの問題が結構大きいという感じもしております、ID-Linkの初期導入とか、あるいはランニングコストとか、この辺りはどのくらいの費用感で導入可能なのか教えていただければと思いました。

○高橋構成員 御質問ありがとうございます。

非常に気になる場所だと思うのですが、2つあって、まずは情報を出す側、提供する側は、ある程度サーバーとか、今でいうSS-MIX2とか、そういうものに関してはコストはかかりますよと。今までは医療介護総合確保基金とか、そういうもので賄っていたところはあるのですが、それなりに連携を組むに当たってはお金、それはベンダーによって違うと思うので、500万から1500万とか、いろいろ幅はあると思います。ただ、かかりつけ医、いわゆる診療所とか訪問看護ステーションあるいは在宅施設は、一切かからないです。ゼロ円ということで、かかるものとするネットワーク代、それぐらいですね。見る人には必ずデジタル証明書を入れるパソコンで見ていただくことになっていますので、そこはコストは一切かからない仕組みで動いているのが割と全国で多いと思います。

よろしいでしょうか。

○島田構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 それでは、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。

高橋先生、大変分かりやすい説明で、貴重な内容をお教えいただきまして、ありがとうございました。質問でございます。まず、利活用の状況などをベンチマークされているかどうか、例えばよく使われている項目あるいはあまり使われていない項目など、そういった利活用の状況について何か知見があれば教えていただきたいと思います。それがまず1点目です。

それから、特に私の地元は地連がうまくいなくて、相当な金額を投資した後に、情けない話ですが、今や消滅してしまっていて、特に他院の電子カルテも見られる、看護記録も見られるような仕組みではあったのですが、要は、我々仕組みをつくる側がよかれと思っていることと現場が本当に使いたい情報、あるいは一定程度ランニングコストが発生しますから、そういう費用も払いながら情報を見たいかという、そこに温度差があったというのは、私の地元ではそう感じていて、その辺りは電子カルテなど本当に活用がどうなのか。そして、お伺いしたいのが、函館で関係者に対してこの情報の利活用の意識の高揚というか、高橋先生がリーダーシップを執られていると思うので、その辺がうまくいった秘訣を聞きたいのが2点目です。

3点目は、コストの話は今、出ましたのでいいのですけれども、もう一点だけ、特に介護になると生活ですから、文書情報が結構先生のプレゼンにもあったと思うのですけれども、文書情報の取扱いをうまくどのようにされているのかということで、以上3点を教えていただければと思います。

○高橋構成員 江澤先生、ありがとうございました。

まず、利活用状況のデータなのですけれども、これはデータをどのように活用できるかが非常にID-Link上でも問題であって、ここはナショナル（通信不良）

○古元老人保健課長 高橋先生、事務局でございますが、音が切れてございます。恐れ入ります。

○荒井主査 高橋先生、今、音声途切れたので、初めからお願いします。

○高橋構成員 まず、1番目のデータの利用状況なのですけれども、こちらはID-Linkの中でサーバーから誰がいつどのように見たかは全部データとして残っていますので、それは調べることは可能となっています。

1番目はよろしいでしょうか。

○江澤構成員 だから、全部アクセスで後で分かるということで理解いたしました。ありがとうございます。

○高橋構成員 2番目は岡山県の「晴れやかネット」。

○江澤構成員 岡山の先ほど申し上げたのは「晴れやかネット」の件です。

○高橋構成員 どうしても例えばID-LinkとHumanBridgeをくっつけるためのポータルサイトに非常にお金がかかるということで、県でなかなかそれはお金が出しづらい、イニシャルでは補助金等々が出るのですけれども、なかなかリプレースには出づらいいということも

あって、そうであれば、今、出てきているオン資確認のほうがいいのではないかみたいな、コストもかからないしという、そういう話もあると聞いていますけれども、その辺り、誰がリーダーシップを執っているかによってかなり違うのかと。公立な公的な先生たちというのは、例えば病院長とか、そういう方がいなくなったりすると、リーダーが替わると、あるいは行政の旗振り役が替わると、よくそれが頓挫してしまうことはあるのかとは思っているのです。岡山は私は導入のときにお伺いして講演をさせていただき、100人ぐらいの病院長に集まっていたのですけれども、今はそういう意味では何を目的として使うのだというところが少し見失われてきたのかという気がします。

3番目の文書情報、介護は非常に多いのですけれども、それはワード、エクセル、パワーポイントですね。特にワードやエクセルの書類が多いと思いますけれども、アップロードが簡単にできますので、それを持って相手に渡すということを結構やっています。それを今度はみんなと共有の統一のフォームで動こうということで、函館では今、やっているところです。

よろしいでしょうか。

○江澤構成員 ありがとうございます。

1点だけ、函館でうまくいっている秘訣は、先生がリーダーシップを執られているからだだと思いますけれども、地域でみんなで行っていることとか、その辺りがもしあれば教えてください。

○高橋構成員 例えば開業医さんは年2回そういう講習会を開いたり、外部から地域連携ネットワークでうまくいっている人たちをお呼びしたり、函館では函館市に音頭を取っていただいて、医師会もしかりと。簡単に言うと、仲よく各団体がやっているということで、そのためには先生の言われたように、音頭を取る人ですね。行政のトップが替わったとしても音頭を取る人は必ず必要なのではないかと考えております。

○江澤構成員 ということは、函館市にもキーパーソンがいらっしゃるということですね。

○高橋構成員 そうですね。そのメンバーは割と替わっていないと思います。

○江澤構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 江澤先生、逆に岡山での失敗要因は何か分かっておられるのでしょうか。失敗要因も今後に生かす必要があるかと思うのです。

○江澤構成員 逆にありがとうございます。

特に例えば当初、診療の先生が自分の患者さんが入院したときの日々の入院先の入院カルテのデータなどを見られるようにということで、非常にこれは興味深く使われるかという想定の下だったのですけれども、そこはかなり県の医師会として普及にいろいろなことに取り組んだのですけれども、実際にはランニングコストも若干かかってくることで、簡単に言うと、退院時の診療情報提供書で十分ではないかというムードもあったりして、それから、我々の近隣の主立った病院は、最初はサーバーに関しまして1病院当たり

2000万円で、そのうち1500万円は補助金が出て、自己負担500万円ということで対応したのですけれども、サーバーの更新に当たって非常に苦慮するような状況があったということで、さらに、運営すると年間5000万円ぐらいの大きな赤字が出るような状況に陥ってしまったので、最終的にはやめざるを得なかったと。一方で、介護の「ケアキャビネット」というものがあって、介護の情報の部分は一応残していますけれども、よかれと思っていたことが現場にはあまり必要ではなかったということで、その温度差というか乖離が当初からあったので、そこが最終的にはお金の切れ目が縁の切れ目みたいになってしまって、フェードアウトしたというところでございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、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。

高橋先生、どうもありがとうございました。後段の標準化のお話は全くおっしゃるとおりだと思っております。厚生労働省の資料の資料2の4ページの介護情報の流れの絵ですけれども、また、これは高橋先生の資料にも同じ絵が引用されておりますけれども、この絵の中で「利用者」と書かれている部分について、医療機関や介護事業所施設においては、当事者たる利用者とその他の家族等の間で共有する情報が異なる場合があるかと思いません。例えばがん等の病名告知の問題ですとか、認知症の方の場合等においては本人には伝えていないとか、もしくは伝えにくい、伝えられない情報があるかと思しますので、このように情報の動線が1本でないことに留意する必要があるかと思っております。特に情報の秘匿や共有といった管理上の問題にも直結しますので、留意が必要なのかと。法制度上は「利用者」または医療の場合ですと「患者」と書かざるを得ないのかもしれませんが、特に介護の場合には「家族」と一括りにしても家族ごとにも情報を使い分けなければいけないみたいなケースも出てきてしまうのではないかと思っております。高橋先生の運用の場面で、そういうことについての留意点等があればお聞かせいただければと思います。

2点目ですが、医療にせよ、介護事業所施設にせよ、それぞれが備えているPC、データ管理ソフト等のシステムやセキュリティーシステム、それから、情報管理の人員体制等も含めて環境が全く異なります。当然外部と情報を共有する際には、双方に徹底したセキュリティーや情報管理が重要ですが、共有する相手が増えれば増えるほど情報漏えい等の管理上のリスクは高くなるわけですから、本ワーキングでは共有すべき情報の標準化の検討をしているわけですが、その情報を共有する相手がどのような情報管理の環境下にあるかは、実は介護保険法の指定基準では最低保証としての標準化がなされているわけではありませんし、相手の状況が分からないことが前提になってしまっています。これは先ほどの高橋先生の御説明でも指摘されていたかと思っておりますけれども、故意でなくても誤った取扱いによる漏えい等の発生は経営上の大きなリスクとなりますし、命取りになりかねないということですから、踏み切る上での懸念点になるかと思っております。先ほど江澤先生

の岡山での事例もそのようなこともあったのではないかと推察いたしますが、もちろんリスクを恐れるあまり情報の共有の歩みが遅れることも避けなければなりません。令和5年度の調査研究事業も幾つか取り組まれていますので、こうした視点からの実態把握も十分に行っていただければと思います。高橋先生、どうもありがとうございました。

○荒井主査 ありがとうございます。

では、小出構成員、お願いします。

○小出構成員 高橋先生、非常に大量の現場に即した情報をありがとうございました。勉強になりました。

1点質問なのですが、今し方お話があった資料の4ページの「介護保険制度における利用者に関する主な介護情報の流れ」という図の中で、ここを見ますと、医療機関から出てくる情報の中で、言わば制度化されたものですが、主治医の意見書、診療情報提供書、入退院情報、それから、訪問看護ステーションの場合の指示書、こういったものがあって、現在これは制度化されていて、ただ、紙でのやり取りですので、こういったものをまず電子化していくのはそれで大きな意義があると思います。一方で、ID-Linkなどの御経験を通じて、恐らくこれらの情報では少ない部分、足りない部分はあるかと思うので、言わば制度化された情報と実際の現場とのギャップみたいな、その辺りのことをお話いただけますと幸いです。よろしくお願いします。

○高橋構成員 資料を共有していただけますか。申し訳ございません。パソコンの中でどれか分からなくなったのです。

○荒井主査 資料2の4ページでしょうか。これですかね。これで説明をお願いいたします。

○高橋構成員 ごめんなさい。通信が悪くて聞き取れなかったのですが、これに足りないところということでしょうか。

○小出構成員 基本的にこれで足りないところ、ここに書いてある情報は必須なのかどうかということと、足りないところはこういったところなのか、そういったことをお伺いしたいと思いました。

○高橋構成員 なるほど。先ほど事務局からこの中では足りないという言葉が出たと思うのですが、事務局の方に一度振っていただいてもよろしいでしょうか。

○荒井主査 事務局からお願いします。

○溝上補佐 事務局でございます。

先ほど資料説明の中でも御説明させていただきましたが、こちらの図としては主な情報のやり取りの流れを記載させていただいていますので、網羅できている部分ではないかというところがございます。その上で、恐らく小出構成員からは、こういった情報は制度上やり取りすることが必要とされているものを主に記載をさせていただいておりますけれども、これまでの函館の取組も踏まえまして、実際にこういったところがより追加的に共有を検討しないといけないものなのかとか、そういったところをこれまでの御経験も踏まえ

て御意見をいただきたいという趣旨かと思いましたが、よろしいでしょうか。

○小出構成員 そのとおりです。

○溝上補佐 では、高橋構成員、お願いできますでしょうか。

○高橋構成員 介護支援専門員とかかりつけ医の関係が、非常にコロナもそうなのでしょ
うけれども、薄くなっているところはあるのかとは思っているのですね。私も2000年にケ
アマネを取って、一生懸命在宅のそういう会に出たりしていたのですけれども、医療の情
報が薄くなっているのかということはあるので、そういう担当者会議などに私が出ると
結構喜ばれるといいますか、薬に関してもその副作用とか、飲み合わせとか、あるいは私
の場合は担当者会議には必ず管理栄養士を連れていくということと、外来の看護師を連れ
ていくということですね。それと薬剤師ですね。連れていくと。重装備でお金にはならな
いのですけれども、その中でこの人が悪くなるものは一体何なのだとすることはよく出て
きていると。だから、そういう注意事項は知りたいのではないかと考えていますので、繰
り返しで申し訳ないのですけれども、それを先ほどの連携サマリーの中に載せる。関わっ
ている人の知りたい情報は一体何なのだと、そこを個々に連携サマリーの中に載せるこ
とを心がけています。

この答えで、最初のほうは聞き取りづらかったので申し訳ないです。

○荒井主査 よろしいでしょうか。

○小出構成員 はい。

○荒井主査 もし音声途切れるようであれば、画像をオフにさせていただきますと恐らく
スムーズになるかと思えます。

最後に、野村構成員から御質問をお願いいたします。

○野村構成員 高橋先生、貴重な御講演をいただきまして、本当にありがとうございました。

今回から参加させていただくようになりました、日本歯科医師会の野村圭介と申します。
どうかよろしくお願いいたします。

私からは参加人数ですね。歯科の参加が少ない、内部的なものはいろいろとお話は検討
しているところですが、先生の側から見ていただいて地域医療情報システム等につ
いて歯科の参加が3.2%と極端に少ないというところで、どういうところが原因と外部
から見た場合にお考えか。

また、これからのサマリーの中の口腔・栄養の部分の重要性は十分御承知いただい
ていると思いますけれども、具体的にかなり影響してくるところが出てくると思いま
すけれども、そういうところを少しアドバイスいただければと思っておりますが、い
かがでしょうか。

○高橋構成員 ありがとうございました。

本当に歯科のところの伸びが悪いというのはあるのですけれども、いろいろ考えた
のですが、電子化がどこまでされているかという問題と、これはどこでもそうなの
ですけれども、電子化する必要性といいますか、これの認識をどう持っていただく
かというリテラシ

一といたしますか、そういうところは地域で必要なのだろうと思うのですが、あとはどういう情報が欲しいのかということとか。例えば麻酔でキシロカインを使うとか、そのアレルギーが欲しいとか、あるいは私は循環器内科なのですが、感染性心内膜炎が起きるような基礎疾患がないかどうかとか、そういうものがあれば、そこはすぐ載せることが可能ですし、そういう見やすい窓をつくるのも大事だと思いますし、先生のおっしゃった口腔情報ですね。口腔ケアとか、あるいは嚥下状態を含めた口腔フレイルの状態とか、そういうところも関わる人たちで何かそういう窓をつくとアップするのではないかと考えております。頑張っていきたいと思っています。

○野村構成員 分かりました。よろしく申し上げます。こちらも全国的に展開していきたいと思っておりますので、またぜひアドバイスをお願いいたします。

○高橋構成員 ありがとうございます。

○荒井主査 歯科の先生も抜歯などに際して出血のリスクといったことは常に気にかけておられますし、また、オーラルフレイルについても歯科の中でかなり認識がこれから広まっていくと思っておりますので、そういったものをきっかけにこのシステムに入っていただく歯科医の先生方を増やしていくことが重要ではないかと考えて聞いておりました。ありがとうございました。

最初の高橋先生の御発表で、医療と介護とこの2つに分けておられますけれども、この2つを結ぶのが老年病棟、老年科の専門医ではないかと思っておりますし、もちろんかかりつけ医もこの役割を担わなければいけないということで、この絵は非常に示唆に富む絵ではないかと思っております。

それでは、引き続き議事の4「今後の議論の進め方について」に進みたいと思っております。

事務局から資料4についての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4「今後の議論の進め方について」、御説明いたします。

スライドの2枚目でございます。こちらにはこれまでのワーキンググループでの主な御議論をまとめさせていただきました。「(1)共有する情報の範囲や留意事項について」は、認定情報、レセプト情報、LIFE情報、ケアプランについて、当面の間、共有することを目指すこととし、留意点につきましては、先ほどの資料2でもお示ししております内容を記載してございますので、読み上げは割愛させていただければと思います。

「(2)同意、個人情報保護、安全管理措置について」は、介護現場の実態を踏まえた検討が必要であること、本人に不利益を生じないように、利用目的を明らかにし、共有する情報に対してどのような安全管理措置を講ずるべきか検討する、また、介護事業所等に対してどのような安全管理措置上の対応が求められるか、分かりやすく周知することが重要であるとの御意見をいただいております。

「(3)二次利用について」は、こちらは前回の御議論でございますが、連結解析が可能なデータベースとの整合性や介護分野として必要な項目の検討、また、項目の追加の際

の現場での入力負担などを検討すべきと御意見をいただいております。

スライドの3枚目、こちら先ほどの資料にも記載しておりましたが、検討スケジュールでございます。これまで御議論いただいた内容につきましては、今年度実施いたします調査研究事業において整理をさせていただき、次回以降のワーキンググループに検討結果を御報告させていただきます。そちらの御報告も踏まえまして、引き続き取りまとめに向けた御議論をお願いできればと思います。

スライドの4枚目をお願いいたします。こちらは本ワーキンググループと関係いたします、今年度の調査研究事業でございます。1つ目の「介護情報の電子的な共有の仕組み及び介護被保険者証の電子化の実現に向けた調査研究」については、情報基盤全体の仕組みでしたり、技術的な課題の検討などを行うこととしております。

2つ目の「要介護認定情報のデジタル化・電送化に関する調査研究事業」、こちらはこれまでのワーキンググループにおいても御意見をいただいております、主治医意見書などの標準化に向けた検討を行うものでございまして、実態把握の上で標準化に向けた課題を整理し、普及可能な様式の検討を行うこととしております。

3つ目「介護情報を個人・介護事業所間で共有・閲覧できる仕組みについての調査研究事業」でございます。介護事業所・医療機関間で共有することが必要な情報の内容や標準化方策について整理し、情報共有に際して同意の取得方法などを検討することとしております。先ほど御意見もございましたが、現場でのニーズや実態を踏まえてというところでございますので、こちらの事業の中でそうした点も踏まえて整理をさせていただきたいと思っております。

4つ目「介護情報の安全管理に関する調査研究事業」でございます。こちらは安全管理措置の実態調査を行いまして、情報基盤を活用していく上での課題の整理や対応案を検討することとしております。

5つ目「地域医療情報連携ネットワークと介護情報連携基盤に関する調査研究事業」でございます。介護情報も地域で共有している事例を収集いたしまして、それを基に全国規模で整備を行います情報基盤と地域ごとの地域医療情報連携ネットワーク、これを活用する仕組みの在り方について検討することとしております。

スライドの5枚目でございます。ただいま御説明いたしました各調査研究事業の結果も踏まえまして、主にスライドに記載しております6点、介護事業所、利用者、市町村及び医療機関で共有する情報の内容及び情報共有によって期待される効果、情報共有に当たり留意すべき事項、同意、個人情報保護の観点から必要な対応、安全管理措置の観点から必要な対応、情報共有に係る技術的課題、今後の二次利用を見据えた共有される情報の在り方について、取りまとめに向けて引き続き議論を行っていきたいと考えております。

事務局からの資料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、御意見や御質問がある方は挙手ボタンをク

リックして御質問をお願いします。

それでは、山岸参考人からお願いします。

○山岸参考人 山岸です。よろしくお願いいたします。

資料4の4ページの2項目めに「要介護認定情報のデジタル化・電送化に関する調査研究事業」において、認定調査に関わる関連事務の実態把握とありますので、その点について1点だけ御意見申し上げます。本市の担当課においても、主治医意見書の依頼文の郵送から始まり、督促、郵送の開封など、1日の大半がその処理に追われてしまうようなことがあります。ぜひデジタルでの情報共有を進めるに当たっては、共有されるデータを最初に所有する機関が入力することで他の機関においても事務の効率化が図られる項目などが明らかになるような調査を期待しています。

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、どうぞ。

○溝上補佐 事務局でございます。

御意見ありがとうございます。御指摘いただきましたようなまさに自治体での事務の現状、こうしたところもしっかりと調査を行いながら検討させていただきたいと思います。

○荒井主査 ほかに御質問、御意見等はございませんでしょうか。

松田構成員からお願いします。

○松田構成員 今回医療・介護の連携をやらなくてはいけないわけなので、介護側でどういう情報が必要なのか、医療側でどういう介護に関連する情報が必要なのかという項目の洗い出しをしていただいて、それがそれぞれの制度の中でつくらなければいけない書類の中に埋め込まれるような、そういう流れも考えていただけたらと思っています。これは意見でございます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

そのほか、御意見、御質問は。

田宮構成員からお願いします。

○田宮構成員 今日はいろいろありがとうございます。大変参考になりました。

2点なのですが、最後の説明に今後の議論の進め方で今後の二次利用を見据えた共有される情報の在り方という記載がありました。二次利用は今までは介護DBとしていろいろ認定情報とか全てのことが、もちろん匿名化して集まっているので、すでに全数二次利用できているわけです。今回のどの情報をどのように共有するかという議論とは少し別のもののように思います。ここで議論したことを二次利用にするというのと、今、既に行われている介護DBなど二次利用ができているものとは別と考えていいのだろうと思っています。そこを混乱しないように、念のためです。

もう一点は、最初のほうのスライドなのですが、ケアマネジャーの位置づけとし

て、ケアマネジャーが輪の中の一つに入っているような絵があるのですが、今後情報共有に当たって、本人の代わりにケアマネが、本人から代理を受けてというか、家族との関係などにおいて、他の情報も見るとか、そういうこともあるように思います。医療・介護の情報共有の方向性というスライドですね。最初のほうに出た本人利用がいて。

○荒井主査 3 ページ目ですかね。

○田宮構成員 はい。今後の方向性の3 ページ目、そうですね。ありがとうございます。ケアマネジャーが自治体とかと一緒にこの輪の中の一つにいますが、左側はケアマネからサービスに両方行っていますね。本人とケアマネの。ですから、現状と方向性という整理の中で、ケアマネが自治体とか施設サービスとかと同じワン・オブ・ゼムになっているのが気になっていて、ここは違うのかと思っています。これは従来のようにケアマネがいろいろな事業所をつなぐという位置づけから考えると、ケアマネの情報共有のときの位置づけも別に考えていかななくてはいけないのではないかと考えております。二次利用についてとこの図についての2点です。ありがとうございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

この図に関しては、まだまだこれはドラフトといいますか、アイデアの段階なので、いろいろとブラッシュアップが必要かと考えております。

二次利用について、何かお答えはありますでしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。

田宮構成員、御指摘ありがとうございます。御指摘のとおり、現状、介護データベースの第三者提供といった形で二次利用を進めておりますけれども、ここで書かせていただいた二次利用を見据えたというところがございますが、もちろんこうした現場での情報共有も見据えながらどういう仕組みにしていくのかを検討していくものがございますけれども、ただ、この共有していく情報につきまして、例えば、全てテキストデータでよいのかといったところは論点としてあるのかと思っております。ここがいわゆる標準化、コード化していくことで、前回の御議論にもありましたけれども、介護データベースに格納されていく情報をさらに充実させていくことも可能となるでしょうし、将来的にそういった研究活用の幅を広げていくことも踏まえながら整理をしていく必要があるかというところで書かせていただいているところでございます。

○田宮構成員 分かりました。

○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。

以前の当ワーキンググループにおいて、介護分野においても医療情報を取り扱う場合は医療情報システムの安全管理に関するガイドラインにのっとった対応を行うような旨の説明があったと思います。現在全国の全ての医療機関が現行のガイドラインにすぐさま対応できるかという、なかなか難しいのが実態だと認識をしています。なおさら介護事業所においては、医療のガイドラインはかなりハードルが高いと想定されます。以前も申し上

げましたが、介護情報システム、いわゆる介護事業所向けのそういった安全管理に関するガイドラインみたいなものが必要ではないか、特に介護職員が見て分かりやすく、そして、すぐ対応、実行できるようなものが必要ではないかと思います。特に5ページのこの案のところですけれども、下の箇条書きの項目等は、できればそういった介護情報システムの安全管理に関するガイドラインみたいな形で、介護事業所版の分かりやすいガイドラインの下で、こういったものが担保できるようにしていくのが望ましいのではないかと考えております。

もう一点は質問ですけれども、本日の資料2の最後のほうに、介護事業所等においてどういった医療情報が必要かというような論点も出ております。これは先ほど失敗談ということでお話もさせていただきましたが、本当に必要とされる利活用される情報を一番よく分かっているのは現場職員だと思いますから、多くの現場職員の声も踏まえながら検討が必要かと思います。質問は、4ページのこの研究事業の中にそういった部分が入っているのかどうか、特に現場がどういった情報を最も求めているとか、そういったことで利活用が非常に期待できる情報とは何なのかというのは、この中に入っていれば教えていただければと思います。これは事務局への質問です。

○荒井主査 事務局からお願いします。

○溝上補佐 江澤構成員、ありがとうございます。事務局でございます。

御指摘いただきましたいわゆる現場でのニーズを把握するということに関しましては、上から3つ目の「介護情報を個人・介護事業所間で共有・閲覧できる仕組みについての調査研究事業」というものの中で、事業所の方などにヒアリングを行うなどしまして、ニーズや実態を調査させていただきたいと考えております。結果については、改めて御報告をさせていただければと思います。

○江澤構成員 できるだけ幅広くいろいろな御意見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。

ほか、いかがでしょうか。

赤羽構成員からお願いします。

○赤羽構成員 赤羽です。

今の議論の進め方のところの1つ目のポツに「介護事業所、利用者、市町村」という記載があります。先ほど資料2の今後の方向性というところは自治体となってイメージを示していたかと思います。ここに市町村と限定せずに都道府県という概念も入れたほうがよろしいのではないかと感じますので、その辺も今後に向けては少し加味していただけたらと思います。

以上です。

○荒井主査 これはいかがですか。自治体のほうがよろしいでしょうか。

○溝上補佐 赤羽構成員、御指摘ありがとうございます。

御意見いただいた点に関してはそのとおりに思いますので、十分留意して進めさせていただきます。

○荒井主査 野村構成員、お願いします。

○野村構成員 私からは例の情報共有のシステム図の中、先ほど御指摘がありましたような自治体の話と同じように、歯科医療機関というか、歯科診療所という形のものを入れていただければ、高橋先生がおっしゃったような窓が広がるという形で歯科の窓が広がる可能性もあるのか、リテラシーも上げることもできるのかと思うので、ぜひ歯科診療所を情報ネットワークの中に入れていただければありがたいかと思っております。要望でございます。

○荒井主査 ありがとうございます。

ほかはいかがですか。

能本構成員、お願いします。

○能本構成員 度々恐れ入ります。先ほど田宮先生が方向性の中の図のケアマネジャーのことを御発言されていまして、当事者として御意見を述べさせていただきたいと思っております。介護支援専門員もハブ機能とも言われておりますので、恐らく情報が集約される職種なのかと思っております。決して他職種よりも優越性があるとか、上下関係とか、そういうことは全くございませんが、職種の特性として情報が集まるというあたりがほかの直接サービスの方々とは異質なのかと思っておりますので、図式するのであれば、よくオーケストラの指揮者に例えられたりもしますけれども、その辺の違いが分かるような図式がもし可能であれば、そのほうが分かりやすいのかと思っておりますので、意見でございます。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

先ほど高橋構成員からもお話がありましたけれども、医療側の情報、介護側の情報を分かりやすく、それぞれ相手方のグループに分かりやすいような文章でつくるような生成AIですね。そういうプログラムというのは、今後は事務局でそういった研究課題に投資する御予定はあるのでしょうか。あるいは一般のビジネスに任せるというか、そういう方向なののでしょうか。

○溝上補佐 事務局でございます。

荒井主査、ありがとうございます。いわゆるAIの活用といった部分につきましては、厚生労働省で行っております調査研究事業ですと、例えばケアプランの作成にこういった活用ができるのかというところは、まさに今、事業等で行っております。御指摘いただいたような部分は非常に日進月歩でどんどん技術革新が進んでいる部分でございますので、実際にこういった活用ができるかという部分、一つ一つの事業の結果も踏まえながら、活用の幅をしっかりと我々も見いだしていきたいと思っております。

○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 ありがとうございます。

先ほど江澤先生からお話があったような介護職向けのガイドラインというか、マニュアルなのですが、令和5年度の調査研究事業において「介護情報の安全管理に関する調査研究事業」があります。この中で「具体的な対応案を検討」という内容はありますが、マニュアル作成のところまで踏み込んで作業が進められるのかどうか、この辺りをお教えいただけますでしょうか。

○荒井主査 お願いします。

○溝上補佐 事務局でございます。

島田構成員、ありがとうございます。こちらの事業の中で実態の調査等に加えまして、実際に介護事業所でどういった対応が必要となるかという部分、分かりやすくお示ししていく必要があるかと思っておりますので、できる限りマニュアルですとか、そういったものの整備を目標としながら事業を進めていきたいと考えております。実態調査の期間等々もありますので、どの時点でお示しできるかという部分もあるのですが、そういったところを目標としながら進めていきたいと考えております。

○島田構成員 ぜひ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。よろしいでしょうか。

先ほど高橋先生に途中で質問しましたが、全国地図をこれから埋めていくことになると思いますが、ほかの例えば先ほど岡山県の例とかもありましたし、宮城県は恐らく違うシステムを動かしている、長崎県は長崎県という形で、恐らくそういう全国的なマップがあるかと思うので、それをうまく全国展開して埋め合わせていくような集まりといいますか会議というのは、高橋先生、やっておられるのでしょうか。

○高橋構成員 実は日医総研さんのほうで毎年1回全国の医療連携ネットワークですね。これのアンケートを取ってまとめた秀逸なものがあると思うのです。そして、毎年2月にシンポジウムといいますか、2日間にわたってやっていると。そういうところの資料をぜひ参考にされると、先ほど江澤先生がいろいろ言われたようなことも含めて書いてあるかと思っております。

以上です。

○荒井主査 ありがとうございます。

事務局はそこは把握しておられるということですね。

○溝上補佐 事務局でございます。

事前に高橋構成員からも御指摘を頂戴しておりましたので、そうした点、事業の中でもしっかりと活かしながら進めていきたいと考えております。

○荒井主査 ありがとうございます。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 日医総研で全国の状況あるいは実態も毎年バージョンアップして報告書をまとめておりますので、またそちらを御参照いただければと思います。

○荒井主査 ありがとうございます。

それでは、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思います。

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の実施をお願いいたします。

次回の日程について、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、本日はこれで閉会します。構成員の皆様、どうもありがとうございました。