

第 1 回

東京都在宅療養推進会議

ワーキンググループ作成部会

I C T を活用した情報共有検討部会

会 議 録

平成 3 0 年 8 月 2 3 日

東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○久村課長 定刻でございますので、ただいまよりICTを活用した情報共有検討部会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、また遅い時間にかかわらず、ご参加いただきましてありがとうございます。

こちらのICTを活用した情報共有ですけれども、なかなかずっと課題だ、課題だと言われていながら、なかなか東京都も動いていなかったところまでございまして、ようやく第一歩をとっている状況ではございますが、今回の事務局のほうでまとめております資料、たたき台なのでございますけれども、事務局のほうで各方面に取材したり、いろいろ相談させていただきながらつくったものではあるのですけれども、なかなか現場の実態を的確に把握できているかどうかというところもございまして。全然かけ離れているよというお話もあろうかと思っておりますので、そのあたりのご指摘も含めながら、ご議論いただければと思いますので、よろしくお願いたします。

座って進めさせていただきますが、本検討部会でございますけれども、昨年度末3月のワーキンググループにおきまして、ご議論を今後進めていこうということになりました。新田先生のほうから、では作業部会を設けて進めていきたいと思いますということをご提案をいただきまして、設置したものでございます。

本検討部会の委員でございますが、資料1の委員名簿に記載をさせていただいておりますが、ワーキンググループの先生方をお願いしております。そして、ほかにお二人、オブザーバーとしてご出席をいただいております先生、ご紹介をさせていただきます。豊島区医師会理事の土屋先生でございます。

それから、新宿ヒロクリニックの英先生、少し遅れてみえるとご連絡をいただいておりますが、英先生にもご参加をいただくということになります。

次に、本日配付の資料でございますが、お手元の次第の下段の配付資料に記載してございますが、資料1から3と、それから参考までに、多職種連携システムにつきまして、主な4社のシステム概要の資料をお配りしております。万が一落丁等ございましたら、議事の都度で結構でございますので、事務局までお申し出いただければと思います。

続きまして、会議の公開でございますが、本会議は、会議録、資料につきましては、公開とさせていただきますので、ご了承のほど、お願いたします。

それでは、以後の進行につきまして、座長の新田先生にお願いたします。

○新田座長 お疲れさまでございます。それでは始めたいと思います。

なお、この会議はだらだらとするのではなくて、20時半までと。それはなぜかという私の頭の限界でございまして、1時間半ということで、できれば20時半に終わりたいと思っております。

本日、議事にありますように、在宅療養におけるICTを活用した情報共有についてということでございますので、まず東京都から説明をお願いいたしまして、その後、皆

様にご議論していただければと思っています。中島さん、よろしく申し上げます。

○中島課長代理 改めまして、福祉保健局医療政策部の中島と申します。よろしくお願
いいたします。

今日はちょっと資料が多いのですが、順番にご説明させていただきます。よろ
しくお願いいたします。

まず、資料3-1をごらんください。1ページ目です。こちらは、これから皆さんに
いろいろご議論をいただく前に、まず、現状と課題というところをまとめさせていた
だいたページになります。

まず、都内におけるICTを活用した情報共有の取組状況、利用状況をまとめさせて
いただきました。これは西田先生がご所属されている東京都医師会さんのほうで、過去、
各地区医師会さんに調査をしたときの結果を少し使わせていただいています。

まず、都内においては、MCS、メディカル・ケア・ステーションというシステム、
カナミック、バイタルリンク、それからMCS・カナミックを併用している地域、その
他のベンダー、あと独自システム、アンケート中と未実施というところがありまして、
これはMCSはメディカル・ケア・ステーションで、それからカナミック、あとその他
のベンダーのところなのでありますが、今日、参考資料に付けておりますが、バイタル
リンクというシステムと、それから、NTTがやっているひかりワンチームというシス
テム、それから、市独自というのは、八王子市さんがやられている、まごころネットと
いうシステム、この五つが都内では使われているという状況でございます。最も多いの
がMCSということです。

このようなシステムに参画している医療・介護関係者の数なのでありますが、これも
調査で結果が出ておりまして、4,490人となっております。これはちょっとご注意
いただきたいのは、地区医師会さんのほうで把握されている数が、あくまでも4,49
0人ということですので、実際にはもっと多いのではないかなと考えております。

また、個人持ち端末、いわゆるBYODとかと呼ばれるんですけども、自分がお持ち
のスマートフォンなどを使って情報共有をされているという利用状況については、右の
円グラフをごらんいただければと思うのですが、それを使っている地区医師会が
約25%、それにプラスなのでありますが、個人持ちとそれから医療機関から支給された
端末を併用していますよという割合、これが44%ということで、これを合わせますと
大体約7割程度の地域で、利用者さんのほうで個人持ち端末を使っているというこ
とがあるという状況になっております。

この個人端末の利用状況に関しましても、介護事業者さんが個人で在宅医の先生から、
例えば、MCSというような、あるいはカナミックだっりの患者さん部屋に招待され
て、すみません、介護事業者さんが個人で在宅医の先生からMCSやカナミックのシス
テムの中に招待されて、利用されているという場合もございますので、そうやってまい
りますと、地区医師会さんのほうで把握されていない方でも、個人持ちの端末を使って

情報共有されているということは多いと思います。

これが東京都内のICTの利用の状況をまとめてございます。それが現状なのですが、我々として、ICTを活用した情報共有の中の課題として認識しておりますのが、資料の中段のほうで、(1)から(3)で記載しておりますけれども、まず、一つ目は、複数のシステムが都内で利用されているということによって、特に今、見ていただいているように、MCSやカナミックなどのいろいろなシステムが使われているということで、特に在宅医や、あるいは患者の部屋を管理されている先生から、招待を受けて参画されている場合が多い、訪問看護師さんであったり、ケアマネジャーさんやヘルパーさんなどは、この複数のシステムを患者ごとに使い分けているという現状が考えられるということで、そうしますと、複数のシステムを同時に使うということで、情報共有の煩雑さを招いているのではないかと考えております。

それから、二つ目は、これは課題というものではないのですが、入院医療機関と、地域の医療・介護関係者との連携というのを、もう少し充実が必要ではないかということも考えております。特に退院予定の患者さんが別の病院に転院するときの情報共有であったりとか、あるいは退院予定患者さんが在宅療養に移行するときの地域と病院間の情報共有であったりというのを、もう少しICTを活用して、充実させることができないかということも必要ではないかと考えております。

続いて、三つ目なのですが、先ほどお話しした、個人持ち端末のことなのですが、こちらに関しては、昨年度、厚生労働省がガイドラインを発出してございまして、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン、これが29年度5月に、第5版が出ております。それによれば、個人の所有する、あるいは個人の管理下にある端末の業務利用というのは、原則として行うべきではないということが明記されてございまして、このBYODのセキュリティ面に関しても課題と認識してございます。

以上、三つが地域間、あるいは地域と病院間などで、ICTを活用して情報共有を行う際の、東京都として、より充実したいところ、あるいは課題と考えているものでございます。

今回、作業部会でご検討いただきたい事項、それを資料3-1の下にまとめてございます。

まず一つ目でございますけれども、最初の課題の一つ目とリンクしてくるのですが、複数のシステムを利用することによる、情報共有の煩雑さを何とか解消したいということで、現在、東京都において、それらのシステムからの新着情報を一元的に閲覧できるような共通ポータルサイトの仕組みを検討してもらいます。それが多職種連携ポータルサイト導入について、(1)のところです。後ほど、詳しく内容などについて、紹介させていただきます。そのサイトの内容について、今回の中でご意見を頂戴できればと思います。

二つ目、そのポータルサイトの導入に当たりまして、地域での多職種間の情報共有と

入院医療機関と、それから地域の医療関係者間での情報共有について、何かルールなどの制定が必要かどうか。この部会で検討をさせていただきたいと思います。

それから、最後の三つ目なのですが、個人持ち端末のセキュリティ対策、BYODのセキュリティ対策についても、現在、東京都が考えている対策方法について、少しご紹介させていただきたいと思います。

以上の三つが、本日、部会において、ご議論いただきたい事項としております。よろしく願いいたします。

(1)、(2)、(3)のご議論をいただきたいことを、資料3-2から1枚ずつまとめさせていただいております。

資料3-2をお開きください。(1)ということで、東京都多職種連携ポータルサイト(仮称)の導入についてです。

現在、ポータルサイトについては、二つの機能を持ったものを考えております。

まず、一つ目が、多職種連携タイムライン(仮称)を考えておまして、これは異なるシステムを利用している場合でも、ポータルサイトにログインしていれば、多職種連携タイムラインの中での異なるシステムからのそれぞれの新着情報が一気にわかる、一元的にわかるというものです。

資料の下のほうにイメージを載せているのですが、多職種連携タイムラインのこの図をごらんいただければと思うのですが、まず、誤解がないように申し上げるのですが、異なるシステムを統一して、一緒のシステムにしますとかというようなシステムではありません。あくまでも、このポータルサイトの役割というのは、各システムの入り口をつくるというイメージで、例えば、MCSの中の患者さんの部屋に所属しているヘルパーさんが、患者さんに関する新しい情報を、何かMCSのシステムの中で入力した場合に、同じ患者の部屋に所属しているメンバーに対して、タイムライン上に新着情報が入りましたよといった旨の通知が出るようになるという仕組みです。そうすると、複数のシステムを同時に利用している介護事業者さんや医療従事者さんにとっては、まずは、このポータルサイトのタイムラインにログインしておけば、一元的に新着情報のありなしが一目でわかるというものになってございます。新着情報があれば、その通知をクリックして、おのおのシステムのログイン画面、もしくは患者さんの部屋に飛べるといったような形を今想定しているところです。

そのため、これまで複数のシステムを同時に開いて、常時、それぞれチェックしなければいけなかったというのが、このタイムラインを見ておけば済むというように、これまでの煩雑さが軽減されるのではないかと考えております。

それから、二つ目の機能でございますけれども、退院予定患者の転院先のマッチング機能です。これは退院予定患者が別の病院へ転院するときに、移行先の医療機関の検索を効率的に行えるという仕組みです。これも下のイメージ図をごらんいただければと思います。下のイメージ図の右側の図です。この図では、退院候補者のリストに、医療機

関が入力をいたします。反対側は、今現在、あいている病床があって、患者を受け入れたいなど、積極的に受け入れられますよと申し出したい医療機関が、受け入れ可能数を右側に載せていくと。このようにして、双方がお互い情報を共有し合うことで、患者の円滑な転院を支援していくというものです。

このマッチング機能は、病院間の転院だけではなくて、在宅療養に移行する患者さんへの活用であったりとか、あとは在宅療養中の患者さんが、後方支援病床を利用するときなどの検索への活用も視野に入れているところです。

東京都としては、このポータルサイトを導入することで、地域の医療・介護関係者さんの情報共有の促進というのはもちろんなのですが、地域の医療・介護関係者さんとそれから病院の情報共有、これの連携についても活用していければと考えているところです。

このポータルサイトの仕組みについては、現在、東京都医師会さんと一緒に連携して、検討を進めているところでして、具体的な中身については、今後詰めていく形となるのですが、まずは、こういった仕組みを検討しているということをご紹介させていただくというのと、それから、今回の部会のほうで、いろいろとご意見をいただいて、中身についてもご議論いただければと思っております。

今後、ポータルサイトの提供の開始なのですが、まだ詳細なスケジュールは決まっていないのですが、早ければ来年度内、遅くとも再来年度の4月からの運用開始を目指しております。これはまた後ほどご意見をいただくということで、次の3-3のほうに進みたいと思います。

続いては、このポータルサイトを導入して、各地域内での連携、各地域と病院との連携について、活用していくに当たって、事前に検討が必要かというふうに考えております点について、ご説明させていただきたいと思います。

(2)の多職種連携ポータルサイト導入に当たって検討したい事項ということで、まず、カナミックとかMCSが都内で主に使われておりますシステムになりますけれども、今、MCSとカナミックにいろいろヒアリングをしたり、あるいは資料を確認したりなどして、まとめさせていただいたのですが、その二つをとってみても、仕組みが大きく異なっております。

MCSについては、チャット形式で、日ごろの情報共有を行っていくというのがメインかと思えます。隣のカナミックに関しましては、患者情報の入力画面がかなり充実しているというのが特徴です。

もしよろしければ、参考資料におつけしております、メディカル・ケア・ステーション、次がバイタルリンクですね。カナミックというのが、こちらの人生を抱きしめるクラウド、これがカナミックになります。

例えば、メディカル・ケア・ステーションの場合ですと、最初のところを見ていただくと、「見る」というところがあるのですが、このiPadの画面がございしますが、

このように、先生がエックス線画像を送りますとあって、クリニックに届いたファクスをシェアしますという形で、チャット形式で写真を送受信したり、あるいはメッセージで情報を共有したりしている。これがメインの機能になっているということです。

カナミックについては、開いていただいて、パンフレットの16ページ目をごらんいただくと、白黒で恐縮なのですが、システム画面というのが出てまいりまして、この笑顔の患者さんの写真なのですが、これがいわゆる患者さんの部屋となっておりまして、それぞれ身体、生活、認知、精神、住宅情報とか、あるいは食事、排せつであったりとか、医療情報だったりとか、いろいろタグがありまして、それぞれに参加者の方が入力をして、細かく情報共有ができるというような形になります。そういった項目は既にカナミックの場合はあってというのが、MCSとちょっと異なる点かなというところになります。そういった形で、仕組みが大きく、この二つをとっていても違っているというところになります。

これらのシステムにおいては、患者さんの基本的な情報、患者氏名であったり、家族情報だとか、それからバイタルサインや、それから服薬情報、ADLとか、食事、排せつとか、介護認定の状況であったりとかというような基本的な情報を共有するということと、それから、日ごろの多職種間のコミュニケーションにより共有される情報、訪問時のケアの結果であったりとか、そのときの患者さんの様子であったりとか、日ごろのコミュニケーションにより共有される情報と、大きく分けて二つの情報が共有されているということは共通しているのかなと思います。

ただ、先ほど見ていただいたように、仕組みが大きく違っていますので、画面構成からして大きく違っているという状況でございます。そのため、資料の中ほどに記載しておりますけれども、複数のシステムを利用して、情報共有をする場合の課題と考えているものを挙げております。利用するシステムであったりとか、システム内のグループ、先ほどの患者さんの部屋ですね。グループによって共有する情報であったり、共有するときのルールだとかというのが異なっているのではないかと思います。そのためには、東京都としては、今回、部会において検討したいものがメインの事項ではあるのですけれども、先ほどご説明させていただいた共通のポータルサイトというのを導入する前に、まずは共有する情報の標準項目であったりとか、共有のルールといったものを定める必要があるかどうかという点のご意見をいただきたいと考えています。

我々としては、ルールというと義務的に捉えられてしまうことも多いと思うのですが、東京都としては、既に地域で進んでいるICTの取り組みというのはありますので、ルールという形ではなくて、地域が参考にできるような、情報共有のモデル例というようなものを形につくっていくということができないかというふうにも考えています。よろしければ、そういった視点からもご意見をいただければと思っております。

また、今回検討するに当たって、検討したい情報共有の場面というのを資料の下のほうにまとめてございます。

本日の部会では、まず、地域と医療機関、あるいは地域内での情報共有の場面について、つまり、地域の在宅のチームの皆さんがかかわる場面について、それぞれ検討したいと考えております。それぞれの場면을あらわした図を右側につけているのですけれども、ちょっと見づらくてすみません。資料の一番後ろ、この図をごらんいただければと思います。3の資料の一番下につけてございます。これは拡大図になっています。

今回の部会では、地域の在宅のチームの皆さんがかかわる、在宅から入院するとき、退院して在宅に移行するとき、それから、地域の中で情報共有をするとき、この三つの場面です。アルファベットでいうとAとD、Eという場면을少し、今回、部会で検討したいと考えている場面になります。

時間が長くなってしまって申しわけございません。

この後、それぞれの場面についての資料が続いておりますので、順番にご説明させていただきます。4枚目をお開きください。資料の構成としては、4枚目が在宅療養中の患者さんの情報共有の場面で、5枚目が、在宅療養中の患者さんが入院するときの情報共有。6枚目が、入院から在宅療養へ移行する際の情報共有の場面というふうになっております。それぞれ資料の上段に、一般的に行われているというふうに都が考えている情報共有を示しております。下段に、その場面で、ICTを活用して情報共有する場合には、ルールづくりが必要かというところについて、お示ししております。

まずは、資料3-4のE、在宅療養中における地域内での情報共有の場面でございます。拡大図もあわせてごらんいただければと思います。点線で囲った地域と書かれた部分が、今回、検討したいEの場面というふうになっております。

特徴的なのは、職種によっては、aネットワークというものに入っていたり、bというネットワーク、双方のネットワークに参画して、異なるシステムそれぞれ参画してるという職種もいるということです。

例えば、訪問看護師さんや、ケアマネジャーさんというのは、もともとaというネットワークのシステムで、在宅医の先生から招待されて参画しているという場合もありますし、bというネットワークの在宅医の先生から招待されて入っているということもあります。というような図になってございます。

これらを念頭に置いていただきながら、資料にお戻りいただきまして、左側が地域の医療・介護関係者さんが共有してる情報として一般的なものを紹介しております。患者さんの情報であつたり、基本情報であつたりとか、あと療養中の変化の頻度が多いもの、診療や治療記録、それから身体機能等の課題であつたりとかということが、患者さんの基本的な情報として共有されているかなというのと、あとICTを使った情報共有で特徴的なのが、日ごろの多職種間のコミュニケーションにより共有される情報ということで、日ごろの訪問時のケアの内容であつたり、患者さんの状態であつたりということがあるかと思えます。

今回、このポータルサイトを導入するという事に当たって、少し皆さんのご意見を

伺いたいというのが、下の標準ルール策定の検討というところです。情報共有する内容を決める必要があるかというところです。最初の患者の基本的な情報と、それから、日ごろの多職種間のコミュニケーションにより共有される情報、それぞれを何かルールを決める必要があるかというところを、皆さんにご意見をいただければと思います。

それから、資料3-5です。次の資料です。二つ目の場面になります。在宅から入院時の場面での情報共有についてです。在宅療養中に情報共有されていた患者さんが入院するという場面、資料上段に記載しておりますけども、一般的な情報共有としては、地域の医療・介護関係者さんから入院医療機関に対して、在宅医療の先生からは診療情報提供書、紹介状という形で情報共有がありますし、ケアマネジャーさんからの入院時情報提供書による情報共有というものがあろうかと思えます。

この情報共有の場面について、そのシステムを活用して情報共有を進めていくとした場合に、同じようにルールを設ける必要があるかという点、ご議論していただきたい点を下にまとめております。

現在、先ほど申し上げましたように、こういった診療情報提供書であったりとか、入院時情報提供書で情報共有は行われているわけなんですけども、受け入れ側として、もうそれで十分なんじゃないかということでもいいのか、あるいは入院医療機関とは、もっと違う内容についても情報共有する必要があるとすれば、それはこういった情報がいいのかという点、それから、そういった情報をどうやって共有するかというところで、システムを活用する場合は、誰が情報を書き込むのか、病院側から情報を求める形になるのかとか、それから多職種連携システム、病院側に参画してもらうときは、病院として参画してもらうのがいいのか、あるいは病院の医師個人や、看護師個人として招待して参画してもらうのがいいのか。少し細かい部分もありますけども、東京都として少し整理しておいたほうがいいのかという点をまとめさせていただいています。

地域内の情報共有とはちょっと異なりますので、病院となりますと、広域的な連携が必要になってまいりますので、もしかして、ある程度のルールは必要なんじゃないかなというのは、ちょっと考えてございます。そういった点も含めてご意見を頂戴できればと思います。

続いて、三つ目の場面になります。資料3-6です。Dの在宅移行時の場面になりますけれども、一般的な情報共有は先ほどと一緒にすけれども、上段に記載しております。退院時情報連携シートというもので、各区市町村が独自でつくったりしているものもありますけれども、そういったシートを活用して情報共有が行われているというところです。

この情報共有の場面において、システムを活用して情報共有を進めていくとした場合に、ルールを設ける必要があるかどうかという点、ご議論いただきたい点を、また同じように下にまとめております。

在宅移行に当たって、どのような情報を、こういった職種の方、範囲で共有をしてい

く必要があるかというところ、それから、どうやって情報共有をするかというところ、多職種連携システムを活用する場合には、同じように、そういった情報を誰が入力するのか、地域側からなのか、病院側からなのかというところでは。

それから、システムに病院側に参画してもらう場合は、これも同じになっちゃうんですけども、医師個人、看護師個人として招待するのか、もしくは病院として入っていただくのか、この辺が、都として整備しておくべきだろうと考えた点になります。

この場面も、先ほどと同じように病院が絡みますので、ある程度はルール化しておく必要があるのではないかと考えております。こちら後ほどご意見をいただければと思います。

ちょっと早足になってしまったのですがけれども、資料3-7、これが最後になるのですけれども、先ほど、最初にお話しさせていただいた、個人持ちの端末を使って情報共有をするということについて、セキュリティ対策を何がしか、東京都のほうで設けられないかと、構築できないかと今考えてるところです。厚生労働省のガイドラインの改定もありましたけれども、そもそもBYODで情報共有をしているというところで、患者情報の取り扱いというのは、特に病院の場合ですとか、情報端末を持ち出したことによって、患者情報が漏えいされてしまった、漏えいの事件が発生してしまったということで、それは今までも問題とされてきたところでございます。

ただ、多職種連携のシステムを使って情報共有をされている医療・介護関係者の方の中には、個人持ち端末を使って情報共有をされているということも多くあります。こういった状況の中で、東京都としては、ポータルサイトを活用して、ICTの取り組みを推進していきたいと考えておりますので、広域的な行政機関として、セキュリティ対策をしっかりと講じる必要があるだろうと考えております。

その仕組みとして、今現在検討しておりますのが仮想デスクトップの環境、この仕組みの導入でございます。この仮想デスクトップ環境を導入することによって、ポータルサイトにログインして情報共有をする場合でも、端末に情報が残らないという形になります。これであれば、個人持ちの端末であっても、プライベートでは通常の使い方を使っていただいて、業務に使うときだけというか、ポータルサイトにログインして、システム内で情報共有する場合には、こういった仮想デスクトップの環境を利用してアクセスしていただくということで、端末内に患者情報を残さないということが可能になります。

ただ、この仮想デスクトップの環境の構築に関しては、まだやると決まっているわけではないんですけども、費用面について、インシャルコスト、それからランニングコストなども含めて、かなりお金がかかるものですので、まずは費用対効果のほうも含めて検討していかなければならないというふうには考えているところではございます。

すごく長くなってしまったのですが、私からは以上になります。よろしく願います。

○新田座長 ありがとうございます。少し議論を整理していきましようか。

資料3-1の中で、下の2番目の1番目、まず、東京都多職種連携ポータルサイトの導入についてという基本的な問題ですね。そこから議論したいと思うのですが、先ほど話されましたように、今、さまざまなシステムが都内で機能しているという中で、入り口の共有化を図るということで、共通ポータルサイトの導入を考えるということの基本でございますが、その中の点で、まず、ご意見等を伺えればと思います。まず、そこから一気にいきたいと思えます。遠慮なくどうぞ。

これは英先生、土屋先生も、地域でそれぞれ医師会、個人でやられていますが、まず、その点について、英先生からご意見を伺えますか。

○英先生 新宿で在宅医療をしています、英と申します。

昔、個人的にMCSを使っていましたし、新宿医師会では、以前カナミック、今はバイタルリンクという、TEIJINさんがつくっているサイトを利用させていただいています。

今の状況をちょっとお話をすると、新宿医師会で、バイタルリンクを使って3人主治医制、つまり病院の主治医、地域のかかりつけ医、それからあと在宅を専門とするような24時間態勢を持っている医療機関、要するに一人の患者さんを、それぞれが登録というか、お互いに受け持ちを決めて、それで何かあったときに情報共有しようということで、少しずつ今進めているところですね。ただ、以前はMCSも随分普及していたところもあるので、秋山さんのところはMCSでつながっていたりとか、結構しているじゃないですか。

○秋山委員 サイボウズのkintoneで。

○英先生 それもありますが、いずれにせよ、全部あって、結局、問題は二つなんですよね。一つは、どれもこれもまばらになっちゃっているんで、それが1カ所になるといいなど。今は多分メール機能は1カ所になっているんですね。ですから、MCSを使った患者さんでもメールは飛んでくるし、サイボウズにしてもみんなメールで、今日はMCSの人から来たなみたいな、そんな感じで今動いているので、これからつくられるポータルサイトですか、それについて言うと、全てのメールがばらばらに来ている中で、それらをピックアップしなければいけなかったのが一覽的にピックアップできるということと、あとは少し患者さんの情報が一元的に、例えば、薬剤師さんが拾い上げた服薬状況であったりとか、ケアマネジャーさんが拾い上げた要介護度であったり、サービス利用状況とか、そんなものが、いちいち我々が行かなくても拾い上げられたりするというメリットがあるかなと思いつつながら、お話を伺っていました。

新宿とか、我々の問題点なんですけれど、うちも複数のドクターと複数のナースと複数のスタッフがいて、このシステムを誰が管理して、どこまでみんなで共有化するかというのは、すごく悩んでいるのです。全てのドクターで、全てのナースまで、三つ、四つのシステムを登録しないと動かないのか、それとも担当者を一人、がっちり決めて、

そこを窓口にするのか。そういう運用の、まだまだマネジメントができていないというのが課題になっていて、全ての患者さんを全部登録するんだというような勢いになりつつあるのですが、ちょっとそこまでの運用のマニュアルができていない。

だから、仮想のデスクトップですか、それをどういうふうにしていくのか。うちは全て法人のパソコンとか、法人の携帯を貸与しますので、その中でセキュリティ対策を講じているのですね。全てのログが残るとか、全部消去されるとかですね。ですから、その中でやりくりをつけるのか、今後これだけいろいろふえてきて、利用もふえてきたので、運用の仕方を考えなければいけないというのが、今一番の課題になっています。

- 新田座長 ありがとうございます。具体的には、現状、誰が管理しているのですか。
- 英先生 具体的には、私が少し、あと連携担当の事務が主です。
- 新田座長 なるほど。三人の先生たちというのですが、ほかの先生たち、あるいはナース。
- 英先生 三人主治医制ですね。
- 新田座長 たくさんいる場合がありますよね。そのポータルサイトというか、システムの中には、先生のところだけではなくて、他の先生たち、あるいは看護婦さん、その人たちは余り管理に加わらないのですか、その場合は。
- 英先生 いえ、これは内部だけの話です。ですから内部で、例えば、患者さんの担当医が私ではない場合でも、そういったサイトに上がってることがありますよね。そうしたときに、まずウォッチしている事務がいて、こういう情報がありましたよということでその主治医に言って、その主治医はアクセスする権限がないので、結局、事務員を通して話を進める。これは内部のフローが余り風通しがよくなっていないのです。でも、外部はちゃんとそれぞれ先生と1対1になっていたりはするので、逆に外部のほうが、フローはうまくいっちゃっているのかもしれないというところですよ。
- 新田座長 ありがとうございます。
- 秋山委員 だから、招待された人はスムーズに部屋に入れるから、それでやっているのです、うちもたくさんというか、とにかくたくさんの人を全部、そういうやり方はしていないですよ。結構やりとりが頻回で、医療面でのディスカッションが必要な人で、なおかつ例えばひとり暮らしで、ヘルパーさんの情報も要るとか、ケアマネさんもしょっちゅうかかわって見ていくとか、時には外から家族がのぞけるとか、やはりそういうことで、その場に行かなくてもICTの中でのデータが見れるという、そのメリットがある人を使っていて、全部は。全部やっていますか。
- 英先生 この間、秋山さんのところから招待されたのですよ。それから、うちでまだ入ったばかりのドクターが担当している患者さんで、ナースから招待されたので、しかもMCSで招待してもらって、MCSは僕も見ることができるのですが、もう半年ぐらい使っていないのかな。そういう感じだったので、登録どうするのだよと。もう一回、オペレーションどうするんだという話になったのですよね。でも、何かやろうではないかと

は、みんなで思っているのですけれども。確かに、さまざまなものがあるので、それによって、まだまだ我々も混乱しているなというところですね。

○向山委員 今、先生方がおっしゃられたのは、少しモデル例というか、こういうケースには使うといいよみたいなパターンが出せるといいのかなと。

私は行政なので、すごくこの分野はととてもとてもというところがあるのですけれども、でも、結構、医師会の先生の中にもとても慎重な先生方もいらして、お話を伺うと、全部やらなきゃいけないのみたいなイメージがあるのですね。なので、こういうときにとこのガイドラインではないのですけれども、類型化をしていって、その運用に当たってはというメリットが伝わる形が大事なのかなと。

また必要性、私は今、東京都後方支援病床うちの区でやっていますけれども、これから特に地域包括ケア病床のサブアキュートもちゃんとやっていこうと、今までのポストアキュートだけではなくてという話になると、やはりニーズはふえると思うんですね。そこに対応できるというためにも、病院によっても診療科の温度差というのは物すごくありますので、少しそういう類型化ができたらいいいのかなと。それができるかどうかというあたりがちょっと。

○新田座長 それは、先ほどの3-2の資料、退院予定患者転院先の中にあると思います。

土屋先生、地域で、豊島区医師会で、今の話と恐らく微妙に違ったりすると思いますか、どうでしょうか。

○土屋先生 ちょっと簡単に自己紹介じゃないですけど、僕自身は池袋の町医者で3代目で、外来をやって、昼間、訪問診療をやっているという典型的なかかりつけ医みたいな仕事をしているのですけれども、その中で豊島区医師会の理事としての立場と、東京都医師会では、医療情報検討委員会の今は副委員長をさせていただいていますけれども、その中でポータルサイトのこととかも含めて、いろいろ議論させていただいていると、そこら辺の立場があるというところです。

その中で、今日ちょっと議論したい内容というのは幾つかあるのですが、その資料の中で、それを検討する前に1個だけお話ししておきたいことがあって、どんな情報をルール化したほうがいいのかというような話もあったと思うのですけれども、情報を二通りに分けて考えたほうがいいのかと思うのですね。

一つは、例えば、話しながら流れていってもいいような情報、例えば、ちょっと電話で話すような内容とか、ファクスで送られてきたような、流れちゃってもいいような内容というのと、あとはストックしておかなければいけない内容、この人は認知症があるなとか、家庭環境がどうだとか、そういうふうなストックしておかなきゃいけない情報というのが二つあって、それぞれで考えてあげると多分わかりやすいのかなと思います。

例えば、入退院のことも後でお話しできればと思いますけれども、そういうときに、ストックしておかなければいけない情報というのを提出しなければいけないし、それを

もらわなければいけないという状況がある。日常会話というか、今日、この人、こうだったのよというような患者さんのお話は流れでというような情報で、そういう情報までは病院では必要ないですし、伝える必要もない。そういうのをきっちり分けていったほうがいいかなと思います。そうやってきたときに、流れていっていいような情報というのは、本当に電話とかファクスとかぐらいの簡単なものでやりとりすべきなんだけれども、やはり患者さん情報が入ってくるので、そこにきっちりセキュリティをかませたものでやってあげるべきだろうと思います。

先ほど、MCSとカナミックの違いという、資料3-3のところにもありましたけれども、MCSのチャット機能の部分というのが、いわゆる流れていってもいいような情報ですね。カナミックの患者情報がいっぱいあるというところが、ストックされる情報という形で、考えを分けてあげたいなと思いますね。

そういった中でも、僕は主に、豊島区医師会がMCSを使っているので、MCSの使用経験が高くて、本当にこれだけでいいのかということ、かなり医師会では契約して使っているみたりとか、サイボウズのライブですけれども使ってみたりとか、そういう経験はありますけれども、そういった日常のコミュニケーションをとるところでは、できるだけ簡単に、ちょっと電話してみたいな感じでできるぐらいの簡単なものということでMCSが広まってきたということになります。

なので、多職種のコミュニケーションを高めるという意味では、こういったとにかく簡単に流れてもいいような情報、扱いやすいものを使ったほうがきっといいのだろうなと思います。

例えばですけれども、病院だと、病院の中に主治医の先生はいるし、看護師さんもいるし、ヘルパーさんもいるし、リハの職種、いろいろな職種が同じところにいるので、すぐに連携、連絡し合えるのですけれども、在宅というのばらばらになっているわけですね。それを何かで1カ所にまとめてあげなきゃいけないという状況があるので、こういったICTを使ってあげるといいのだろうというふうに思っています。

どうしても、例えば、ケアマネさんとかが、なかなか敷居が高くて医者に話しにくいとか、それで伝わるべきことが伝わっていないこととか、そういったようなことがしばしば聞かれるのですけれども、そういったことは本来だったらあってはいけなくて、ちゃんと伝える情報は伝えてもらったほうがいいですし、逆に医者も、きっちり伝えるものは伝える。そういったところに、コミュニケーションというものが非常に大事になってくるので、まずはコミュニケーションの層、そこをしっかりとすることが、この多職種連携の第一歩なのかなと思っています。

後でまた、それぞれの議論したい内容というところから出てきたときに、また入院のお話とか、地域でどうしていくかというお話はしていけるかなと思いますけれども、いろんな事例というのは今僕らもつくっていて、これはやってよかったという事例もいっぱい出てきてはいるので、そういったところを学会とか、ランチョンとかで、ちょこちょ

こ発表させていただいているんですけども、連携事例で、こうやった事例がすごいよかったよという事例集が出るというお話だったので、そういったところを参考にしていただけるとまたいいのかなというような気がします。

○新田座長 わかりやすい話だったと思うんですが、先ほども向山委員が言われた、まず何かモデルをつくりましょうとという中で、土屋先生が、そのモデルというのは、MCSというのはコミュニケーションである。そういったものはそうだとするようなモデル。さらに言うと、もうちょっと違ったものになるとカナミックと、そういう話でよろしいでしょうか、まず基本は。

○土屋先生 それで、ストックしておく情報というものに、例えばどこかに書いていたけど、連携シートみたいなものを、そこは紙ベースにしてみたりとか、そういう使い方もあると思います。

○新田座長 わかりました。ありがとうございます。

今、入り口の共通化という中で議論をしているんですけど、入り口の共通化を図るためにも、まず基本的な認識が必要だよねと、そういう話だと思んですけど。

英先生、また戻しますが、今の土屋先生の話も含めてどうでしょうか。確かにそうですよね。何となくファクスか電話でやるものを、カナミック化する、MCS化するだけの簡単な話ですよね。

○英先生 秋山さんのところから招待を受けたのはそういう理由ですよね。ファクスでやりとりするよりは、そのほうが早いという。多分、ケース・バイ・ケースで使いやすいということでやられたのだと思い、それを定型化していくということです。

○秋山委員 なかなか、つかまらない。今電話したりとか、敷居が高いというよりも、今話をしていいかどうかとか、本当は即コミュニケーションを持ちたいけど、それがうまく、流れたよというのがサインであって、それを見てもらえればそれでオーケーで、都合のいいときに返してもらえればいいという、そういう利便性みたいなところだと思いますけど。

○新田座長 そうですね。そうすると、ここで最初に書いてあるように、共通ポータルサイトを導入しますという話をしちゃうと、全例そんなような感じが、これが結果として受けるというようになるとまずいよねという、そういう議論にもなるかなと。

○迫田委員 私が最初に思ったのは、この利用患者数2,966人という数字が、こんな数字なんだと。少ないんじゃないかと思ったんですけど、でも今お話を伺っていたら、全例をやるわけではないんだということですね。さっき先生がおっしゃったように、連携がより必要だったり、あるいはひとり暮らしだったり、するわけですよ。多分そのことがどこかに書き込まれていないと、あるいはどういうふうに書き込むかよくわかりませんが、誰がどういうふうに判断するだろうなど。

○新田座長 土屋先生、逆に聞きます。今、豊島区医師会が、その二つの条件づけ、先生が言われた大きく二つに分けるとするのは自然にやられているんですか。それとも豊島

区医師会ではこうだよねという何かルールづくりはあるんですか。

○土屋先生 まず、情報を二つに分けるとするのは、僕らが連携し合っていく中で、その連携についていろいろ検討する過程で、そういった話が出てきているというところですよ。自然に、やはり情報って二つに分かれるよねという話があります。

○新田座長 この場合は、東京都全域に共通のポータルサイトをつくりたいという話なので、豊島区医師会の、いわゆる先端的な例が通用するかどうかも含めてなんだけれども。

○土屋先生 事例が結構たまってきたのをお出ししながら、こういった事例に役に立つなというのを恐らく拾っていけば、こういった事例を登録しましょうというので、何かしらはお役に立てるかなというような気はしました。

ちなみに僕は、自分の持っている患者さん全員にタイムラインをつくっていますけれども、招待して、じゃあ一緒にやろうという人がいるところと、いないところがあります。まだ豊島区内でもMCSを使っていない人はいっぱいいるので。僕と妹と一緒にやっているんですけども、妹と二人で交換日記みたいな感じで二人でやっているようなタイムラインもありますし、20人とか、30人とか、いっぱいいるようなタイムラインもありますし、それは人によってさまざまです。

そういった経験を積み重ねてみていくと、例えば退院直後であったりとか、がんの患者さん、すぐ亡くなりそうな患者さん、ターミナルの患者さん、認知症の患者さん、ひとり暮らしの患者さんとか、そういった人たちに関してはタイムラインが盛り上がるという傾向にはあるなという気はします。いつも月に2回行って、変わりはありませんでしたなんていう人は、本当に定期的な報告だけみたいな、そういったことになってくると、かかわってくる看護師さんも、余り変わらないので書き込まなくなってきた、そういうふうな傾向にあるなと思います。

実は、どれぐらいの頻度で書き込みがふえるかというようなデータを、これから出していこうかというふうに今思っていて、例えば褥瘡が悪くなったときには書き込みがふえているね、特にヘルパーさんの書き込みがふえているようだよとかいうようなデータを抽出できるようなプログラムがあるので、そういったのを今度使っていきながら、先ほどお話があったように、じゃあどういう人に使っていこうよというのがお示しできるかなというような期待はしています。

○新田座長 西田先生、ちょっと聞きますが、豊島区医師会はMCSを使って、それでチャット形式で、それをさらにタイムラインで深めると。逆にカナミックを使っている地域で、ということは、最初からかなり深い情報量を提供してやっているところが、これは14あると言っているよね。今の話と、最初から情報を全部提供するのと、ちょっとそこは違うような気がするんだけど、そのあたりはどうですかね。

○西田委員 全くそうだと思います。MCSとかカナミックって全く目的が違うと言っただけはおかしいですけども、全く異質なもののなので。ただ、私も最初はカナミックユーザー

だったんです。データ入力に物すごく手間がかかるので、それ専属の在宅医療のMSWみたいな方がいるところはいいんですけども、そうじゃないところは、これは全部手入力になるので、とつても使えないんですよ。これが電カルと全部連動して、情報がバナーと入るような形になれば違うんでしょうけどもということで、カナミックのユーザーが減っていっちゃうんですよ。これは全都的に見ても、そこが皆さん問題になっていて、それだったら、医療介護連携に使うんだつたらMCSでいいじゃないということになるんですよ。

ただ、診診連携ということになると、ある程度の患者さんの基本情報をやりとりする必要が出てくるので、カナミックのほうを使いやすいというところがあったりして、かなりそこら辺は混沌としている現状だと思うんですよ。

結局、MCSにつきましても、BYODをやっている方は、常に携帯を持ち歩いていますから、リアルタイムな情報交換ができるんですよ。急ぎの連絡もできるわけです。そうじゃなくて、事業所のパソコンを使っているような方は、事業所に帰ってきて、報告を上げるというような使い方になって、使い方人も人によってばらばらな状況にあるんだと思うんですよ。

何か話がまとまらないですけど、どうやってこれを。

○新田座長 いや、そのとおりで、そこが一番問題点です。例えば、私のところの国立市は独自につくったんですよ。でも、独自につくったのは、カナミック方式をつくったんですよ。だから、みんな書かないんですよ。結局、そこでLINEにしたんですよ。したらそこだけが動いた。やっぱり動かないんですよ。

○向山委員 介護関係はもうそうなんですよ。それで、最初はカナミックがぎ一っと、柏とかをモデルにされて、ほかもそうだからということで、どつと行ったんですけど、それを片っ端からやろうとして、結果的に使われなくなっちゃったという。

○新田座長 そうですね。

最終的に、共通入り口はカナミックであろうがMCSであろうが違っていても、まあいいやと、今のよう。違っていても、ポータルサイトをつくれれば、それぞれがやりやすいように動いてくれるものかねという話なんだけど。まずはそのところですよ。今の最初の議論、ポータルサイトを導入するわけですから。

○向山委員 先ほどの、端末にアクセスするためには1回帰らなきゃいけないというのは、多分法人側の管理体制なんですよ。というと、両方という形をしながらも、どうなんでしょうねというところは、最後はどうしても残る。

○新田座長 今、土屋先生は一人という話を、在宅医療でされました。でも、東京全域でよく見ると1.5人なんですよ。多くは一人の医者と事務員なんだよね。この人たちは、ちょっと変な言い方しちゃったけど、なかなか実際はできないんですよ。そのことを言い始めたら、このあれは終わっちゃうので、私たちはもっと先を見据えて、こういうのを東京都でつくっていかなくちゃいけないだろうということで議論を進めたいと思うん

ですね。今やらないと、いつまでたってもこれはできないので。

○向山委員 逆に先生方の力をお借りして、こういうときに使われていくというのをある程度出していきながら、やっぱり共通のポータルサイト、どういうふうなニーズがあって、アクセスされているか、使われているかというところを、だんだん使っていく中でまとめていくということもありかなと。今ここで全部決めても、それどおりにはならないのかなと。だから、非常にルールといっても、むしろふえていくというか、普及に近いようなルールのほうが、この部分ではよろしいのかなと。

○新田座長 そうですね。今のを頭に入れながら、ここの導入に当たって、その場合に、例えば、ここに書いてある、地域の多職種間における情報共有について、土屋先生が一部話して、一つは流れてもいい情報と、そして、そこでとめなきやいけない情報。その情報共有にも恐らく二つあるだろうというふうに思うわけですが、その情報共有に対して、それぞれがそれぞれでやっていますよね。英先生なら英先生の情報があり、ほかはほかであり、情報はいっぱいあると思うんですよ。それを多職種から見ると、介護士とか、訪問看護師さんもそうだと見ると、ここに入ると別の情報というふうなことがいっぱいあると思うんですけども、秋山さん、そのあたりはいろんなところで一番苦労されていると思うけど。

○迫田委員 誰がどういう情報が欲しくて、それがどういうふうに命にかかわるのが、まだいま一つわかりません。先生方が、ヘルパーさんたちが見た日常的な変化を知りたいということが一番大きいんですか。

○新田座長 いや、それも含めて。

○迫田委員 それがいま一つ。ごめんなさい。イメージができない。

○新田座長 わかりました。そうですね。

じゃあ、どうぞ。

○秋山委員 今、なかなか使わなくなっちゃったんですけど、JCHO新宿が提携した診療所とか、一応訪看も広げてくれたんですけど、鍵のようにUSBをそこでもらって、こちらから病院の中のカルテ情報が見れるんですよ。もちろんそれをダウンロードしてコピーもできないし、書き込みももちろんできないんですけども、情報が見れるというだけで随分と違うんですね。

ただし、それにはルールがあって、こちらから在宅の方が、入院したその方を患者登録という形にして、白十字訪問看護ステーションからは閲覧ができるという、そのリストにちゃんと入っている人に関してだけ見れるんですけど、なぜいいかというと、検査データとかそういうのって、いちいち行って見せてもらうというのはすごい難しいんですが、それが見れて、肺炎で入院した、だんだん炎症反応が落ちついて、レントゲンの状況とかCTの画像とかも見れて、そろそろこっちから行きましょうかというのが見えるんですよ。

だから、そういうやりとりだけではなくて、逆にある情報が見れる、閲覧するという

ことも、在宅側からしたらとてもよいことではあるんだけど、それはでも病院のセキュリティがすごい厳しいし、じゃあ、ほかの病院とできるかというそれはできない。でも、一番身近な二次救急を受けてくれる、新宿区では緊急一次もとってくれる、その病院との関係で見れたので、それはとてもよかったなというふうには思うんですが、そういう形での、ある意味流れるんじゃないかと、データベース的な、そこに検査データの蓄積があるような、そういうものがストックされた、それを交換というよりも、見れるかどうかというのがすごい大事ではないのかと。

○土屋先生 今おっしゃったとおりで、そういった病院での情報というのがわかると非常にわかりやすいですし、例えば訪看ステーションの方というのは、データを見たくても、レントゲンを見たくても、見る術がないんですね。

というところで、何かそういった情報提供というのは、我々、医療機関側からしてあげるべきだとは思っているんですけども、今のお話の中で、取り扱う情報というのが、さっき僕がお話した流れてもいい情報と、ストックする情報、それは医療介護連携の情報なんですよ。今言った検査データとかになると、それは医療連携の情報になってくる。そのレイヤーがちょっと違うんですね。

例えば、医療介護の連携の中でも、医療にかかわる、例えば在宅医だとか、訪看さんとかは、医療の情報にもアクセスできるようになるとよくて、東京都ではやっている、病院同士が連携していくというような今ネットワークが動き始めているので、HumanBridgeとID-Linkというようなシステムを使いながら、それが連携していくというようなことはでき始めています。なので、そこに我々がのぞきに行けるようになってくればいい。そういった医療連携というレイヤーと、もう一つ、医療と介護の連携という、別のレイヤーだというふうに考えてあげると、そこも比較的わかりやすいのかなというふうに思っています。

違うところですけど、ちょうどひかりワンプールの紹介というところの2ページ目の下の段が、「地域医療連携システム」というのと、ワンプールと書かれた「多職種連携システム」が二つあるんですけど、そういうふうに二つのシステムは別だというふうに考えて、別と言いながらも、システム上、どこかでは連携がとれていると比較的やりやすいのではないかなと。

そんな中で、そういった地域医療連携システムで今よく用いられている、HumanBridgeとかID-Linkといったシステムと、多職種連携システムの一つである、Medical Care STATIONとが、システムとして連携できるようどころがあって、例えばID-Linkとかで、メモ機能みたいなのを継時的に出していくものが、向こうで書き込まれればMCSでも見れるし、MCSで書き込まれれば向こうにも行くようなシステムができ始めているので、そういったところをうまく使っていくと、そういった医療情報というの、介護側で、現場のほうで確認することができるようになってくるんじゃないかなというふうに思っています。

○西田委員 ちょっといいですか。

そういった意味において、医療情報を閲覧するというのは、例えば、処方が変わるじゃないですか。それをリアルタイムに介護側がキャッチするのは、とても皆さん、特に看護師さんは必要だと思うんですけど、それを、この手のSNSのツールに求めちゃうと、なかなかうまくいかないと思うんです。

そこは、診療所が使っているような電カルを横でつなぐようなシステムができないと、さっきも言いましたけど、カナミックって全部手入力ですから、処方を変えても、入れ忘れていたら、全然正確な情報にならないわけです。だけど、電カルだったら、必ずそこはカチッとした情報がとれますから、そこなんですよね。だから、医療介護連携用のということはこのテーブルで考えるのであれば、これは連絡用のチャットというところに、どうしても今は行かざるを得ないのかなという気はするんですけど。どうですか、もうちょっと進んでいますか。

○土屋先生 個人的には、僕も西田先生がおっしゃるとおりだと思います。医療と介護のコミュニケーションをしっかりとらせるという意味では、医療版のLINEだと言われているMCSでコミュニケーションをとるということをまずベースにしてあげよう。

その上で、例えば、今みたいなニーズがあったときにちょっと機能を追加して、実はこういう機能も追加したらできるよというようなシステムであると、ちょっとデータが見たいとか、今の処方が見たいとなったときに、うまくそういったシステムとの連携、例えば電子カルテとの連携ができていれば、薬が変わった情報というのがコミュニケーションの中で流れてくるというようなところで、ああ、薬が変わっているのねとわかったりする。もちろん、薬が変わった情報を知られたくない場合もあるので、そういうときは流さなきゃいいんですけども。そういうふうな使い方もできるんだと思うんですね。

なので、まずは、コミュニケーションを進めていくという意味では、その部分。タイムラインとかチャットといわれるような機能の部分をしっかりベースにつくってあげるとというのが、やっぱり大事なのかなと思います。

○迫田委員 介護のことですと、私の認知症の親がデイサービスに行っているわけで、デイサービスの情報が、実は一番家族にとっては大事というか、デイサービスの一日の間で、例えば食事がどうだったかとか、お風呂に入るときにどうだったかという日々の情報が大事です。でもそれって、一緒に住んでいないこともあって特別な時以外は来ないんですけど。保育所だと、連絡帳があるじゃないですか。

○西田委員 デイサービスもありますよ、連絡帳。

○迫田委員 あるんですか。毎日来るんですか。

○西田委員 毎日。バイタルと、何をしましたとか、食事をどのぐらいとか。

○迫田委員 家族にも来るんですか。

○土屋先生 ノートを持ち歩いて、ノートと一緒に帰ってくる。

- 迫田委員 初めて聞きました。じゃあ、全部書いているんですか、保育所みたいに。
- 新田座長 書いている。
- 迫田委員 そうですか。うちはないですね。
- 新田座長 それは、そのデイサービスの能力によるから。単に笑顔で、それで終わりましたとかだから。
- 迫田委員 そんなの必要ないです。
- 秋山委員 今、みんなデジカメで写真を撮って。
- 迫田委員 デイサービスですか。
- 新田座長 逆に言うと、統一化されていないということです。
- 迫田委員 とにかく今言いたかったのが、デイの人が情報を入れるということは結構大事かなと思ったということです。
- 向山委員 夜どうなるか、昼間の活動にすごく左右される。
- 新田座長 生活情報がね。
- 迫田委員 はい。そこがいつでも本当に書けるのかなと思いました。
- 新田座長 それはデイサービスの質によって全然違うということもわかっているんで、それは逆に言うと、我々医療機関の医療者はなかなか見ないですね。家族だけで終わってしまう。そこは、先生、見えているんですか。
- 土屋先生 僕は、タイムラインの中に、デイサービスの職員が入っているケースもあって、そうすると、例えば、僕が月2回とか行ったときは、家のベッドで寝ているところしか見ていない。この人は動けないのかとすら思っているのに、デイサービスだといろんなものをつくっていたりとか、にこにこして話をしている姿が、写真を載せてくれるので、こんな笑顔をするんだと初めて知ってびっくりするということもあるんですね。

たまにデイサービスにも訪問に行ってみたりもするんですけど、なかなかタイミングが合わないといけないので、そういったタイムライン、MCSでぼんぼん書き込んで載せてくれると、患者さんの見えていない生活状況まで見えるというのはすごく便利です。

- 新田座長 何かそれを多職種連携とか格好いいことを言わないで、もっと何か優しい言葉で。多職種連携というと、職種だけの連携じゃないですか。これでごまかされちゃうような気がするんだよね。

今の先生の話はそのとおりだと思うんです。我々が訪問しても、本当に寝ているところしかなくて、何をやっているかわからない。でも実際に動いている。我々もその情報を知りたいじゃないですか。どうすればいいと思いますか。どういう言葉で言えば。それは、先生もそう思いませんか。

- 西田委員 職種側から見ているじゃないですか。多職種連携というと。そうじゃなくて、誰それさんの情報共有なんですよ。

- 迫田委員 生活を見える化するということですね。
- 土屋先生 あくまでも、患者さんが中心ということなんですよ。
- 新田座長 その共有化というのを、地域、これで作るといのはどうですか。それは全部デイサービスも含めて、大体このぐらいの情報を載せてくださいよねということ、医療・介護・看護側からもいって、それで介護士側からも、このぐらいだったら大丈夫だよとか、あるいは迫田さんのような家族も含めて、これがあるといいよねという、そういうような余り細くない話なんだろうね。

どうですか。2番目の話に入っていると思うんですが、多職種間情報共有という、かたい話じゃなくて。何かもう少し違うような言い方をして。

- 中島課長代理 多職種連携の言葉ですね。
- 新田座長 言葉も含めてですね。どういう情報が必要かという、医療機関の情報って結構専門でやるわけじゃないですか、それはそれで。医療介護多職種間情報も、確かにそれは必要かもわからないけど、もっと必要なことがあるんだろうと、確かにそう思うんですが。どうですか、西田先生。
- 西田委員 私もそう思います。だから、主人公は多職種じゃないんですよ。我々じゃなくて。
- 秋山委員 丸ごとケアの広場というか、つまりイメージはそうですね。この人を丸ごと見るのに、いろんな情報がつぶやかれて、広場のようになっていて、それを見るという感じ。
- 向山委員 多職種連携という、うちはだめだったとかいうところが、ちょっと仕切り直して、あるいはデイサービスとかが入っていくことで、むしろ質が上がっていくみたいな狙いなんですね、ご本人のために。
- 新田座長 という話だと、東京都がやるということはとても価値があつて。
- 中島課長代理 今、向山先生がおっしゃった、多職種連携となっちゃうと、なかなか入りづらいところがあるということですね。
- 向山委員 失敗したところは特にそうなんですよ。
- 西田委員 連携と聞いただけでアレルギー反応を起こしちゃうのは結構多いですよ、最近。

- 新田座長 僕らは、在宅協議会もそうだけど、連携、連携と20年近くやってきたじゃないですか。それでいてまだ連携と言っているのという話で、ずっと疑問に思っているのは、今の話だと、何か優しい話が根本にあるんじゃないかな。そのところはいいと。

次は、「入院医療機関と地域情報共有」。これは、さっきの地域医療連携システムですか、これはあるなと思うんですけど。

英先生、先ほどの多職種連携システムというのは大体別の言葉でわかりましたと。今度は、3の1の(2)の②の話、「入院医療機関と地域の情報共有について」というあたりですけど、先生、何かご意見はありますか。

○英先生 今、新宿でやっているのは、バイタルリンクというものでは、どちらかという
と病診連携中心で、多職種連携を進めているところです。ですから、今からこの患者さん
が行くからというので診療情報提供を張りつけてみたり、あるいは病院で撮ったレント
ゲン写真の写真を張りつけて見たりというような形でやっているの、それも別にMCS
でできないこともないと思うので、運用の仕方なのかなと思っています。

○新田座長 この1カ月で、立川地区の大きな病院を全部ヒアリングしたんですね。そし
たら何を言っていたかという、最近ひとり暮らし、老々とか、そういう人たちが多くな
ってきて、病院に入院したんだけど、誰とも連絡がとれないと。この人の一番の身
近な人は誰なのかと。医療の問題じゃなくて、行き場所が全然わからないと。結果とし
て地元へ送れないんですよ。なぜかという、そこからの連絡者が誰もいないので。
ということが、共通に話がある。あそこでいうと、多摩総合、立川災害医療センター、
共済総合、全部ヒアリングしたら、医療情報ではなくてそういう話があったんですよ。

在宅に戻ってくる人たちは、家族がいたり、もともとしっかりしている人たちじゃな
いんですか。それはそれで重要なんだけど、もう一つ何か必要かなという気がするけど、
どうですかね。

○秋山委員 見守りキーホルダーに、簡単な基本情報が地域包括でストックされて、それ
をフォルダーでつけていくというのがあるから、そこに最小限の連絡先とか、かかりつ
け医とか、ケアマネの名前とかがせめて入っているというか。それだけでも、すごい基
本的なデータベースが、それは地域包括が所管することに、この9月1日から新宿はや
るそうで、でもそれは大田区の大森地区から。

○迫田委員 大田区はやっていますね。ケアマネまでは書かないですね。主治医と家族は
書いている。

○新田座長 恐らく都全域でみんな困っていると思うんだけど、こういう機会に、そうい
う共通の何かというのはどうですかね、久村課長。

○久村課長 ちょっと話がずれるかもしれませんが、まずこのポータルサイトは、ここ
の取り組みのきっかけになればいいなと思うんです、全都で展開するという。その中で、
今おっしゃったいろんなルールなのかということと、そこをどんどん広げていく。例えば、今
のお話だと、今カナミック、MCSみたいな形で進んでいると。あわせて、さっきのソ
フトな見守りみたいなのところも含めて、こういう情報共有をしませんかというのを新た
に打ち出して、それもやってもらうみたいなイメージになってくるのかなとちょっと考
えていたんですけど。

あと、病院との関係で言えば、まさに今、地域医療構想の調整会議なんかでも出るん
ですけど、病院側から何が欲しいかという、やっぱりキーパーソンの情報が欲しい。
そのあたりは先ほどのグッズであったり、冷蔵庫の中に入れちゃったりみたいなの
を少なくとも情報として入れておけば、それで病院の中に入れていただければ、こ
ちらのICTでも円滑に共有できるのかなみたいな、そういう取り組みをしませんかと

いうのを、このポータルサイトをきっかけに打ち出して、というふうな形ができないかなみたいなイメージでもあります。

- 新田座長 そうすると、簡単でいいので、標準項目をどうするかを決めてという話ですよ。それがここに打ち出せば。
- 秋山委員 こんなのは理想論なのであれなのですが、デンマークとかオランダとかに行ったら、みんなそれぞれ個人が自分のデータベースを持っていますよね。どこに行っても、それをピュッと入れたら基本情報が全部相手側に行って、それを自分でも見れるわけでしょう。だから、本来は本人のものですよねと。そんなのは不可能といつも一蹴されるけど。
- 新田座長 これはさっき西田さんが言ったんだけど、例えばイギリスは、かかりつけ医のカルテの中に全部情報を持っているのね。
- 秋山委員 そうです。かかりつけ医のカルテが個人のIDのカードの中に入るんです。
- 新田座長 全部入っている。それで個人も見れると。
- 向山委員 日本って、医療とかフリーアクセスなのに、そこが壁なんですよね。逆に権益がロジでないし、都市部だといろんなところにあるのと、その後任に帳簿がついて回るという仕組みがないので、そこはしようがないんだというのが現状です。
- 新田座長 一つは、これは西田先生の課題になるけど、これをやると医師会の会員が手抵抗するんですよ。カルテを全部公開して、情報を全部出していいよという話じゃない。我々ここにいるメンバーは、もちろんそんなの平気と思うんだけど。嫌だよねというのが多いよね。
- 西田委員 多数派でしょうね。
- 新田座長 そこなんだろうね。それを進めるわけにはいかないんだけど、最低限情報は、かかりつけ医も誰も含めて、これだけのことは共有してくださいという、そういうようなことになりますね。それで、もちろん本人も共有すると。
- 土屋先生 今の個人の情報を持つということ言えば、今、パーソナル・ヘルス・レコードというのがあって、自分がもらった情報を患者さん自身がどんどんためておく。それを医者にも見せてあげるといような形で、個人がためておくという方法があるので、そういったところが進んでくれば、もしかしたら個人持ちで情報がというのができるかもしれないと思うのが一つなんですよね。

それと、話をちょっと戻して、入退院と地域の情報に関してということなんです、今豊島区では、その都立大塚病院とMCSを使った連携をしていこうというようなことを検討している最中なんです。その中では、病院の先生が急に入ることも難しいので、連携室の人と在宅のキーパーソンになる人が連携をMCSの中で話し合っていてやっていくような形にできたらいいんじゃないかという話をされています。

その中で、入退院時に用いる情報共有の連携シートというものもつくってあるんですけども、項目がすごく多くて、これも入れたい、あれも入れたいとなるとどんどんふえ

ていって、これは全部書かなきゃだめなのとなって、結局書かなくなっちゃうというような懸念もちよっとされている。そんな中で、できるだけ最低限の、本当に知らなきゃいけないことだけに絞って、そこをエクセルやワードなどのファイルとしてタイムラインに張りつけてやりとりすればいいだろうと。

そういった中でも絶対足りない情報が出てくる。認知症プラスと書いていても、その認知症がどの程度かは詳しく聞いてみないとわからなくて、紙に起こせないんですよね。そうなるくるときに、そこでそのコミュニケーションが役に立って、認知症はあるといっても、金銭管理はどうにかできているよとか、そういったコミュニケーションで詰めていくことで、その患者像がはっきりしてくるんですね。

というようなことで、都立大塚病院とのやりとりの中では、連携シートもつくってはいるんですけども、できるだけそぎ落として、必要な情報は本当に誰か、何かということだけにして、あとはコミュニケーションで埋めていこうという流れで今考えてやっているところです。

○新田座長 ありがとうございます。

ここでやることは、今みたいに、やっているところもあるので、やっていないところのほうが絶対に多いので、やっているところの、今先生が話した最低限の項目を入れて、そして各地で応用していただくという話だろうと思うんですね。

かつて、脳卒中連携協議会ってご存じですか、あのときに連携のシステムをつくろうとして、都内に八つか九つあって、それがばらばらでまとまらなかったんですよね。ここでは、幸いなことに時代が違うので、ひょっとしたらまとまるんじゃないかなと思っているんですね、あのときとは違って。まだまだそこは進んでいないので、できればここで共通の最低限のことをつくり上げて、それで、今先生が言った、それプラスアルファ、コミュニケーションで何かをする場合は、その地区で独特なものをつくっていただけてもいいだろうなど。

○向山委員 それは、例えばオリジナルを持っていらっしゃる場所は、また別の仕組みになっちゃうのか、ここに何かさらに追加でつけ加えるというか。

○新田座長 調べて、例えば豊島区がやられていたら、その一番最低限のあれは何だったと。それでほかにも西田先生に調べてもらって、どんなところでどんなことをやっているかを見て、そこは別にやるんじゃないくて、共通で。

○向山委員 うまく何かできるといいですよ。

○新田座長 大体それは似てくると思うんだよね。と思うんだけど、どうですかね。

○西田委員 これは、いろんなベンダーのシステムをつないでいくとすると、やはりそれぞれのシステムが別の用途で使われるようなものだと、ちょっとつなぐのが難しい気がしていて、我々が考えなくちゃいけないのも確かなんですが、ある程度、各ベンダーさんに共通したようなシステムをつくってもらえる必要があるんじゃないかなと。

○新田座長 システムですか、中身じゃなくて。

- 西田委員 いや、システムですよ。例えば、患者さんのデータベース、それからチャット機能等々、ある程度同じものをつくってもらわないと共有することができない。何と言ったらいいのか、しづらいいんじゃないかなという気がするんですよ。まるで違うソフトをつないだって使いにくいというか。
- 新田座長 この図の理解度の問題で、僕も含めてなんだけど。
- 久村課長 それぞれ、MCSに飛ぶ、カナミックに飛ぶということで、システムが統一されるというものではなくて、入り口を統一して、MCS、カナミックに行きますよねということなんですよ。
- 西田委員 今それを言ったのは、我々の地域で、一馬力の診療所と専門クリニックがつながろうという話をしているんです。じゃあ、何で情報共有をしようかといったときに、専門クリニックは独自のあれを持っているわけですよ。我々はMCSしかない。だから、MCSも使ってもらえませんかというんだけど、まるでそれは意味が違うし、一つふえるということは、仕事がふえるだけだということなんです。だから、機能が違ってソフト同士をつないでも、どうなのかなという気がする。
- 久村課長 ソフトというよりは人と人ですよ。ですから、使っているソフトが違う。それをどう情報共有しましょうかということになると思うんです。
- 西田委員 そのソフトに、ある程度の共通性を持たせる必要はないですか。ちょっとそこを今感じた。
- 久村課長 もともとそれができれば一番いいなと思ってまして。例えば、本当にMCSとかもいろんなアプリを入れて、追加機能とかもできますよね。だから例えば、それぞれのところで、そういうふうなプラスアルファの機能強化をすることによって、ある程度統一が図れるのであれば、そのあたりの財政の支援というのも考えられなくもないなと思ってたんですけども。ただ、機能は機能で、どっちが中心かというのがあるので、例えばそれぞれもチャット機能ってありますよね、基本。どっちがメインかというのは、そのあたりもあるので。それとストックのほうをどう考えるのかというのがまたあったんですけども。
- 西田委員 せっかくこれを東京都でまとめてやるんだったらば、それこそベンダーさんも議論の中に入れていただいて、何か少しでもフラットになるような、そういう方向も模索していいんじゃないかなと思ったりするんですが、難しいですか。
- 迫田委員 私は、皆さんについていけないのではないかと思います。正しいかどうか。A、B、C、Dではそれぞれのお医者さんは、それぞれご自身のものを使っているらっしゃると。そこで、例えば、訪問看護ステーションとか、介護の事業所では、Aのお医者さんと、Bのお医者さんと、Cのお医者さん、Dのお医者さんと、皆それぞれ違うシステムを使っている先生と連携しなくてはならない。ということで、多職種が一緒になって一人の患者様を見るときには、介護事業者のほうで、例えば、A先生の患者さんの場合は何とか、B先生は何かというので、とにかく情報がタイムラインみたいに、

入った情報が順番に入ってくるという窓口がただできるというだけ。

- 久村課長 このポータルサイトの実質的な機能はそこですよ。それをきっかけに、何か共通ルールみたいなものをつくることで、ソフト的にどんどん東京都がまとまらないかなみたいなイメージですね。
- 迫田委員 例えば、どういう患者さんを対象とするかということのを皆の共通認識とする。そこまでは理解したんです。その場合にもう一つ、入院医療機関と地域の情報共有というのもの、そういう仕組みが必要なのかどうかがよくわからない。
- 久村課長 まず、どういう情報がどのタイミングで必要かというところから議論する必要があると思ひまして。
- 迫田委員 つまり、先生がさっきご説明くださった、N T Tのこっちはわかったんです。多職種、つまり、先生がおっしゃった一人の患者さんをどういうふうにサポートするか。この地域医療連携システムというの、同じような窓口が必要なのかどうか。
- 久村課長 それはもう、電子カルテを相互参照するという病院と診療所とのネットワークで。
- 迫田委員 それですむということですよ。ということは、こっちとこっちは別々の仕組みということ。
- 久村課長 そうです。
- 迫田委員 だったら、わかりました。
- 久村課長 それで今、先生がご紹介されたのは、この地域連携システムと、ちょっと連携できる地域のシステムもできつつある。だから、栃木とかが、たしかI DリンクとM C Sで。ただそれは書き込みのメモのところのやりとりができるという話なので、多分つないでも、カルテを見れるということはないですよ。
- 迫田委員 なるほど。ちょっと理解しました。すみません。
- 新田座長 その基本のところ、やっぱり行きつ戻りつの議論になるだろうなと思っていて、今、西田先生の話も、ポータルサイトをつくりました。それで入ると別々なものがあります。本当はそこは共有化すればベストですね。だけど、そのところはなかなか大変なので、今のところ、そこに共有化の情報の共通した情報を入れ込めば、共有化になるんじゃないかなという話ですよ。
- 向山委員 システム自体はいじらないけれども、運用というか、それをしていくことによってできるということですよ。
- 新田座長 そういうことです。だから、カナミックにしるM C Sにしる、こちらで考えた共有化の最低限のものを入れ込んでほしいという話なんですよ。
- 向山委員 なければ追加みたいなところで、実質のカスタマイズに近いことができる。
- 新田座長 ですよ。僕はその道に詳しくないので、そこはよくわからないんですけど、今考えているのはそういうことなんだけど、そういう話ですよ。

ということは、西田先生のさっきの疑問点はそういうところで、現実に行っている中で、本当にできるかという話はあるけども、このMCSとカナミックが共有化のものを入れることによって、ひょっとしたら可能になるかなと。

そうしたら、もう一つ、そこで可能なんだけど、その症例は全例ではなくて、それによって違って来るだろうなど。またそのシステムづくりも必要だというのが土屋先生からの話ですよ。というふうに理解していいですか。

そこで迫田さんが言うような、医療の話とそこはちょっと違うと。医療は医療で、別の枠でもちろんあって。ここに書いてある、そこでちょっとあれなんです。3の2の1の2のところの退院の欄の二つ、これは全く違うのがポンと出るので、これは3の2の②の話ですよ。これをどうするという話を、また別に考えなきゃいけないのかなと思っているんだけど、どうですか。

○久村課長 基本、これも全く別のシステムです。

○新田座長 ですよ。

○久村課長 なんですけど、ただ、今、病院と地域がつながるものがないので、このポータルサイトを活用して、こっちも使えないかなという。

○新田座長 頭に入れながらという話ですね。ということでどうですか。

秋山さん、はい、どうぞ。

○秋山委員 同じことをもう一回、別の仕組みで入れ込んでいるので、だから、コピペもできないし。電カルの仕組みが全然違うから。それがある程度の共通フォームがあって、それが移行できればすごい簡単ですよ。電カルの中で、例えば、その情報を介護保険の主治医意見書にスライドができるわけでしょう。中村先生はそれができると言っていた。

○西田委員 それは紙に印刷するんじゃないんですか。

○秋山委員 じゃなくて、コピペというのか、データベースを入れていると、それがそのまま。

○英先生 主治医意見書をそういうふうに上げるということはもちろんできます。それはMCSだって、全部書面に張りつけはできるから、それはできると思います。

○秋山委員 だから、せめてそういう共通というか、なるべく時間を短縮したいわけですよ。基本的なことを何度もじゃなくて。そういうことがせめてですよ。

○英先生 さっきからずっとそれについて、我々の立場、つまり在宅医で、一人一人の開業医の先生をバックアップする立場で、このシステムをどこまでやるんだとずっと考えていたんです。例えば、土屋先生のところをバックアップするならMCSでしょうし、ある先生だったらカナミックでしょうし、ある先生だったら、それこそほかのシステムということになって、バックアップするときに、私一人でやっているわけじゃないので、みんなでやるとなると、どういうふうな対応をしたらいいのかなと。ある病院ではこのネットワークって、非常に今難しい状況なんですよ。だから、さっき西田先生がおっ

しゃったように、MCSに入ってくれと言われてたら、それだけに入っても極々一部だから、それではなかなかうまくいかないなというので。

今、私達が一番苦慮しているのは、ファクスによる情報共有というのは非常に危ないじゃないですか、誤送信してしまったりするので。書類なんかをこういったサイトでみんなでも共有していったら、それで、一人の患者さんを複数の主治医が見ていくというような形の情報のネットワークというか、サイトのあり方というのが今後広がっていかないと、ファクスにずっと頼って今までどおりやっていくわけにはいかないの、何とかここをキャッチアップしなきゃいけないかなというふうに思っています。

私のところではもうペーパーレスになっているので、ファクスはインターネットファクスを使うんですけど、ポチッと押すと、そのサイトに、それぞれの患者さんのところに飛んでいくような、そんなものを電子カルテにつけたりとか、そんなことをするのと、あと、それぞれのドクターに渡しているパソコンに、MCSもカナミックも全部入れないといけないのかなと。そこまでやって初めて、それぞれのドクターはようやく動けるぐらいなので、多分、経営者としてやってと言ったって、多分誰ひとりやらないだろうなと。何かいろんな仕組みが要るなと感じた次第ですね。

○迫田委員 国がやること。都がやることですか。

○英先生 キャッチアップしなきゃいけないから、どうしようかなと。

○新田座長 そうそう。事務局員がやっているんだよね、全部。全然関係してなくて勝手にやってくれているのでという話と、1.5馬力のところは、医者が本当にやるのという話と。

○英先生 私のところもファクス機能のような人を配置する、ファクスの台みたいな人を配置して、その人が、先生、こんなファクスが来ましたよと言って、その人にファクスを送っておいてというようなレベルの運用が今やっているものですよ。ファクスが人になっちゃったという。逆転しちゃっているんですよ。

○新田座長 とてもいい話で、全体の会議の中で、東京の在宅の形というのも一つ考えなければいけない。今、英先生が言った三人体制というのも、それはそれで一つの形だろうと思うんですね。そうすると、それを機能させるために、こういったようなものが機能の一つになるかどうかということも含めて考えなきゃいけない。そこに皆さんが、さっきの西田先生もそうだけど、同じことを言っているんですよ。やっぱりなかなかうまく使えないよねという。今日は一つ、そこをクリアできるような議論が、いいところまでは行ったんだけど、どうでしょうか。

一つは、共有化する、共通認識はあるんだけど、それはそれで導入でオーケーですね。ただ、導入に際して、どういったような、さっき土屋先生の、もちろん最初からまとめると、土屋先生の言う二つのタイプがあるだろう。あるいは、ひょっとしたら三つかも知からない。それはそれで考えましょうと。その例に対して、単にチャット程度で連絡できて、情報をそれほど広げない人たちもたくさんいますね。同時に、やっぱり本当に必要

な人たちがいます。その場合が今機能していないと。それで、こういったような新しいICT、どちらを利用してもいいんだけど、それを利用して、連携と言ったらいいのか、新しいさっきのあれですね、秋山さんが言った言葉で、何とかという地域を含めて、それをつくり上げるということが必要だと。それで、その場をつくると。そのための最低限の情報をどこも、介護も含めて最低限の情報は何かということを入れ込むというところまでは、まとまったというふうに思いますが、いかがでしょうか。

そこをさらに深める、深掘りすると、最終的には今の英先生と西田先生の話になって、そこをとところは深掘りするためには、まだまだいろいろ熟考する必要があるなということじゃないでしょうか。

10分を過ぎたんですが。これはもう一回やりましょう。やらなきゃいけないので、皆さん、大変多忙だと思うんですが。

○向山委員 さっきの医療のところは、どうしても在宅との話で、今、地域医療構想の中で争点になっているんですね、うちの圏域。地域医療構想の会議の中でも、ここは一つの大きな焦点になっていて、連携をこれ以上促進するためにはどうしようというのと、どうしてもこの話は出てきますので、ぜひ詰めて。

○新田座長 僕もそう思っています。地域で議論をしているんですよ。でも、東京都でこれはやるから、ここで頑張るからという話は、僕もいろいろプロパガンダしているんですが、ここでやりきれないと地域も困ると思うので、ぜひ、と思います。

土屋先生、何かこれというご意見はありますか、追加意見で。次も含めて、こんなことを議論してほしいというのがぜひあれば。

○土屋先生 今日はまだ余り話していなかったんですけど、一番最後のセキュリティーのBYODの話とか、もうちょっとまた検討しなきゃいけないかなというところ。

○新田座長 ちょっと聞きたいんですけど、さっきの解決方法で、本当にセキュリティーになるのという話は、僕はちょっとよくわからないんですけど。

○久村課長 国のほうは、BYOD対策として仮想デスクトップというのを推奨していますので、ただ、これは本当はかなりコストがかかるんです。なんですけど、介護の方が、特にリアルタイムで情報共有をしようとするのと、やっぱり個人持ち端末を使わざるを得ないのかなというところはあるので、何とかしたいなど。

○向山委員 これって手間はかからないんですか。私たちは役所なので、ネットを見たりするのは全部仮想デスクトップのやりとりをしていて、ちょっとこう一段あってこうあるんですよ。

○久村課長 ありますよね。

○新田座長 ただこれが個人情報、個人の端末でやっちゃいけないということになると、基本が崩れますから。先生みたいな法人ということはないので、ここは乗り越えていただかないといけない。

○西田委員 国の問題ですよ。

○新田座長 国の問題もあるんだけどね。そうだよ。それは基本ですよ。これは大きな議論なので、ちょっとまたやりましょう。やると同時にもう一回考えて。本当にこれでいいのか、もう一回考えてください。よろしくお願いします。

ほかに何かありますか、大丈夫でしょうか。

じゃあ、事務局に任せますね、あとはよろしくお願いします。

○久村課長 本当にご議論をありがとうございました。

この後、どうしましょうか。例えば、こういう情報、こういうルールがみたいなところで、もしアイデアをいただければ。我々事務局ではきついで、例えばこういうルールだとか、こういう症例だとか、あるいはこういう情報があるみたいなところですか、関連するアイデア、ご意見をいただければと思いますので、事務局までお願いいたします。

また、次をやるということで、日程調整をすぐ送らせていただきますので、よろしくお願いします。

○新田座長 僕からちょっと課題をいいですか。

英先生、さっきの実際にやるために先生が考えていた課題を、先生なりにもう一つ考えてアイデアを出していただければというふうに思います。

○英先生 教えてください、土屋先生。

○新田座長 土屋先生にも、この豊島区ルール、大塚とのルールも含めて、これを東京都内全体的に広げるという視点に立って、もう一つこれがこうだというのを、先生も考えていただければよろしいかなど。こちらからお願いします。

○土屋先生 わかりました。

○新田座長 それで、私たちも考えるということで、よろしくお願いします。

お疲れさまです。

○久村課長 資料を机上に残しておいていただければ、郵送いたします。

また、お車の方は、駐車券をご用意しておりますのでお知らせください。

では、本日はありがとうございました。

(午後 8時46分 閉会)