

提 言

介護事業・医療連携を支える情報化の在り方

～ I C Tで地域の絆の再生へ、希望と安心のある長寿社会を目指して～

中国地域 I C T利活用研究会

2012年3月22日

中国経済連合会

目 次

1. はじめに	1
2. 介護・医療制度における政策動向および情報化の現状と課題	1
2.1 介護・医療分野の概要と中国地域の特徴	1
2.2 介護分野における情報化	2
2.3 介護分野と医療分野との連携	3
2.4 高齢者・介護者の自立支援と生活支援サービス	4
2.5 地域のコミュニティ基盤	4
2.6 情報端末	4
3. 利用者視点から見た介護分野の情報化のあり方	4
3.1 介護分野・医療との連携における業務効率化と仕組みづくり	4
3.2 新たな生活支援サービスの創出と介護との連携	5
3.3 地域コミュニティの再生	6
3.4 介護行政の効率化と施策の高度化・反映	6
4. 地域包括ケアを支える社会インフラ・共通基盤の形成	7
4.1 地域包括ケア共通情報基盤システムの構築	7
(1) 目指すべき社会インフラ・共通基盤	7
(2) システムの構築・運用にあたっての具体的な方策	8
4.2 実現に向けた環境整備	9
5. むすび	11

<参考資料>

付録A 中国地域の特徴

付録B 介護分野における業務の流れ

付録C 介護分野と医療分野などとの連携に向けた仕組みづくりと期待できる効果

研究会でのプレゼンテーション

研究会構成員

1. はじめに

わが国の高齢化は急速に進んでおり、2010年には約23%であった65歳以上の人口の割合が、2055年頃には40%を上回ると推計されている。特に、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年からの10～20年間には最も深刻な時期を迎えるといわれており、高齢者が自立した生活を営めるよう、社会保障制度の根本的な再構築が急務となっている。それと同時に、介護サービスが、行政により「与えられる」時代から、利用者が「選択する」時代へと変わった今、利用者の選択を保障し、サービスの質を維持・向上させて行くことが求められている。

長寿社会においては、子育て世代など様々な人々が共存する地域社会の中で、高齢者がその一員として安心に包まれて穏やかに過ごせる環境が求められる。これを実現するためには、医療、介護、介護予防、住まい等の様々な支援が切れ目なく提供される必要があるが、現状では、それぞれが互いに連携することなく、ばらばらに提供されている。これらの分断されたシステムを相互に繋いで、高齢者が生活している地域の中で、医療・看護・介護すべてを組み合わせたサービスを、24時間適時・適切に提供する仕組みが地域包括ケアシステムである。政府は、地域包括ケアシステムの実現目標を2025年に設定しているが、実現には多くの課題も指摘されている。中でも、介護事業における情報化の遅れと介護・医療間連携の遅れは大きな課題となっている。

本研究会では、このような状況を踏まえ、介護および介護・医療連携における情報通信技術（以下、ICT）の利活用に焦点を当て、その効率化、費用の削減とともに、介護サービス、介護予防を充実させていくための方策やコミュニティの再生に繋がる仕組みなどを探ってきた。

本提言は、今後さらに深刻化する長寿社会の諸問題に備え、介護事業の改善、介護と医療連携の推進、新たな事業分野としての生活支援サービスの発展に向けた方向性を示すとともに、それらへの取り組みが、高齢者が安心して暮らせる地域コミュニティの実現に繋がるよう、社会システムのパラダイムシフトに対応する方策を提起するものである。

2. 介護・医療制度における政策動向および情報化の現状と課題

2.1 介護・医療分野の概要と中国地域の特徴

2000年4月の介護保険制度の導入から10年以上経過したが、高齢者の自立支援と尊厳の保持という基本理念は十分に実現されておらず、利用者ニーズに応じたサービス提供も殆ど行なわれていない。2006年の法改正では「自宅で安心して最後まで」という方針が打ち出され、その考えは2012年の法改正にも引き継がれ、地域包括ケアシステムの実現に向けて取り組むこととなった。独り暮らしの高齢者世帯が増加する中、在宅のまま要介護者をいかにケアしていくかが最大のポイントとなる。

医療においては、24時間対応の在宅医療を推進するべく、2006年に在宅療養支援診療所・在宅医療支援病院制度が新設された。しかしながら、7割以上の医療機関がこの制度に負担を感じており、在宅医療には解決すべき課題が山積みである。在宅医療と在宅介護の関係では、要介護度が重度となった場合、訪問看護など医療を伴うサービスが中心となるため、医療機関と在宅療養支援診療所、訪問看護師、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）等との連携が非常に重要になる。

介護業界は、人手不足や低賃金、厳しい労働環境、高い離職率など様々な課題を抱えているが、2012年の法改正の結果、介護事業者を取り巻く環境は一層厳しくなる可能性もある。2009年時点で全

国に約35万の介護事業者が存在するが、その多くは零細規模であり、高額な初期費用や制度改正の都度メンテナンスが必要となるICTの導入に消極的な事業者も多く、業務の効率化が進んでいない。施設介護事業での参入規制や価格の自己決定権がないことなどから、現行の介護保険制度のもとではこの業界の高コスト体質が温存されやすい。また、地域内に開設できる施設数を限定する総量規制が行われるなど、介護業界は新たな改革や効率化を促すインセンティブが働きにくい非競争的な環境にある。

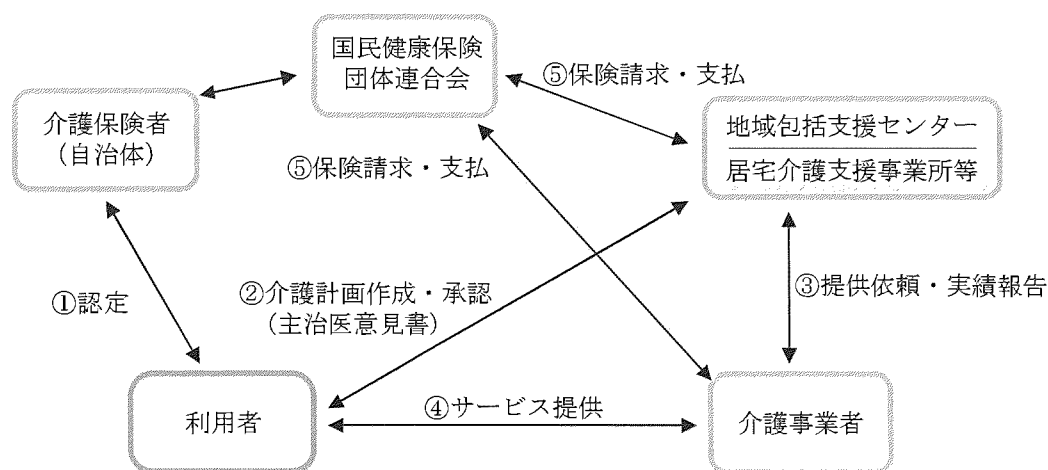
中国地域では、全国水準を上回る勢いで高齢化が進むと予測されており、10年後には高齢者世帯が全世帯のほぼ半数に達する。都市部では、高齢者の独居世帯や夫婦世帯が増加し、社会的支援の負荷量が増大していく。他方、当地域の人口の2割強（全国平均の約2倍）を占める中山間地域では、取り残された高齢者世帯が広く散在するため、介護サービス提供などの効率が大幅に低下する。また、65歳以上人口に占める要介護者の比率も全国平均より高く、介護サービスの利用度は総じて全国水準より高い。保険給付費は島根・鳥取が上位5位以内で、岡山・広島・山口も全国平均を上回る。サービス給付額も、山口を除いて全国平均より高く、施設利用者の多い島根・鳥取は突出した状況である。このように、在宅・施設サービスともに多用する地域であることを反映して、各保険者の保険料も高い傾向にある。（詳細は付録Aを参照）

全国に先駆けて高齢化が進む当地域では、介護及び介護・医療連携分野を地域の優先課題として取り組み、各関係機関が効果的・効率的に連携して解決を図る必要がある。

2.2 介護分野における情報化

介護分野では、逼迫する財政状況のもと、介護サービスの拡充は限界に達しており、これまで殆ど未利用の状態にあった「情報」資源を活用することの重要性が非常に高まっている。

ここに、利用者が介護認定を受けてサービスを利用し、事業者が介護保険から対価が支払われるまでの主な業務の流れを下図に示す。（詳細は付録Bを参照）



介護事業にあたっては、印刷物による情報交換・提供が義務付けられていることもあり、書類・帳票の作成・訂正に多くの時間を費やしているうえ、タイムリーな作成・訂正が困難な状況にある。また、ケアマネジャーは、事由の発生する都度、内容に応じた様々な手続きを自治体の窓口に向いて行っているが、その実施にあたり、関連する施設・利用者・自治体との連絡・調整における情報面での連携が不十分で、現場間の移動に頼るところが多く、効率的な業務遂行の妨げとなっている。

各業務プロセスについては個別のシステムが提供され、関連する事業者間でデータを共有し連携し

たサービスを支援するシステムも一部にあるが、大半の情報システムは連携を前提としておらず、アセスメント作業の利便性（MDS-HCと全国社会福祉協議会版でどちらが使いやすいか）に依存して、ばらばらのシステムが採用されることも多く、データが共有できる可能性は非常に小さい。また、利用者情報（住所・氏名・被保険者番号等）については、自治体・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター及び介護サービス事業所それぞれが、個別のシステムで多重管理しているケースが多く、情報の正確性・迅速性等の点で課題がある。さらに、各システムは制度改正や新たな解釈通知の都度、対応するメンテナンスを必要とし、システムを維持する負担の増加に繋がっている。

一方、介護サービスの利用開始にあたり、通常、居住地区のケアマネジャーの事業所一覧の中から選ぶこととなるが、利用者の状態に応じて事業者を適切に比較検討するための情報は極めて少ない。2005年に導入された「介護サービス情報の公表制度」など、事業者をサービスごとに検索できるサイトはあるものの、掲載されている情報からサービスの内容・レベルを確認したり、他の事業者と比較したりすることは、極めて困難な状況にある。

2.3 介護分野と医療分野との連携

病院や在宅での治療とリハビリや介護サービスは互いに関連しており、利用者の状態に合った最適な形で切れ目なく提供されることが望ましい。高齢者の場合、退院後に在宅医療と居宅介護を同時に受けることが多いが、在宅での療養状況までは医療関係者の目が行き届きにくいことから、医師とケアマネジャーとの連携が重要になる。高齢化に対応するための医療サービス提供体制の改革においても、一般病棟における長期入院を適正化し在宅医療を推進することが掲げられており、医療・介護連携（多職種連携）は一層重要になっている。

しかしながら、医療と介護が異なる背景・学問分野のもとで発展してきたことや、別々の制度で運用されていることから、同じ対象や現象を表す用語の相違、処理を行う手順や規約、コード等の違いが多職種連携を進める上での障害となっている。さらに、それぞれの業務を支えるシステムも個別に構築・運用されている。医療・介護情報や健康情報は、紙または個別のシステムで単発的に蓄積・管理され、利用者の管理も個別に行われているために、関係者間の連携が不十分で、利用者や介護事業者などの利便性が損なわれている点も見受けられる。介護に比べ、電子化・情報化が進んでいる医療分野でも、各医療機関における診療データの相互運用の範囲は限定されており、地域医療推進上の課題となっている。多職種連携の不足によって生じている問題の事例を以下に示す。

- 介護開始にあたっては、医療・介護に関するすべての関係者が集まり、サービス担当者会議を開催することが理想だが、現実的には医療関係者などが多忙のため、全員の出席が難しく、結果的にケアマネジャーが多忙を極めている。
- 利用者に関する申し送り事項は、ケアマネジャーと各関係者（医療機関、介護事業者など）との間で個別に行わざるを得ず、診察患者の介護状況の確認など、関係者間での情報共有を進めようとすると、さらにケアマネジャーの負担が増大する。
- 介護サービスにスケジュール変更が生じた場合に、その都度それぞれの機関と調整したり、自己管理が困難な利用者の状態を把握したりするため、必要の都度、医療機関に通院日程や服薬状況等を確認するなどの手間が生じている。
- 利用者の経過を踏まえて、過去の同様な症例を参考に、的確に状況判断、アクションに結び付けるなど、医療面での適切なサポートを継続的に行うことが難しい。
- 医療機関で示された日常生活での注意点などの情報が介護従事者には伝わりにくい。また、介護

の現場で、病気が懸念される症状が現れても、医療機関と直接やりとりすることが難しい。

2.4 高齢者・介護者の自立支援と生活支援サービス

私たちは普段、寝る、食べる、排泄する、入浴する、移動する等の動作や、買い物・洗濯・掃除等の家事全般、金銭管理、趣味のための活動を通常当たり前のように行っている。それがあつた日ふとしたきっかけでできなくなり、第三者の手助けが必要になって、生活支援サービスを利用することになる。現在では、安否確認、緊急通報、配食サービス、買物の宅配・介護タクシーなど様々な生活支援サービスが提供されているが、自治体や民間事業者等のサービス主体に応じて申込先が異なる、書類等の手続きに手間がかかるなどの課題がある。最近では宅配事業者向けに一元的に顧客管理を行うクラウドサービス（以下、クラウド）も提供されつつあるが、介護事業者などとの連携の枠組みを形成するまでには至っていない。また、買い物支援の取り組みも各地で行われているが、コスト面で採算が合っていない現状にある。

わが国の急速な高齢化は、見方を変えれば膨大なシニア向サービス市場が新たに誕生するというこゝともある。現在、生活支援サービスには様々な民間事業者が参入しており、高齢化の進展とともに、この市場は今後ますます拡大するものと予想される。介護保険適用外となるため介護事業者との関わりが希薄になりがちであるが、高齢者の自立した生活を支援するためには、利用者を中心に介護事業者と民間事業者が連携し、効率的なサービスを提供する必要がある。

2.5 地域のコミュニティ基盤

現代社会においては血縁・地縁といった従来型のコミュニティが崩壊し、孤独死など様々な社会問題が顕在化している。子供などの血縁者が遠方に居住している単身や夫婦だけの高齢者世帯が増えており、それらと地域とのつながりの細さが都市部でより顕著になってきている。高齢者とコミュニティは、老人クラブ、生涯学習や文化・スポーツ活動などへの参加を通じた地域住民との交流、民生委員、公的介護サービス、生活支援サービスなどを通じて繋がっているが、それぞれに課題を抱えている。例えば、老人クラブ等の活動への参加は任意であり、全体をカバーできていない。高齢者の増加に伴い民生委員の負担も大きくなっており、現実には十分な対応がとれておらず、公的介護サービスの利用を介したつながりにも限界がある。これらを補う策として、ICTの利活用による情報共有の仕組みが有効と考えられているものの、事例としてはまだ少ない。

2.6 情報端末

高齢者・要介護者のための安否確認や地域医療・介護連携及び見守りについては、個別にシステム構築がなされている。その上、採用されている情報端末もその目的にしか使えない専用端末が多く、様々なサービスの同時利用に対応しうる拡張性を持っていない。

3. 利用者視点から見た介護分野の情報化のあり方

3.1 介護分野・医療との連携における業務効率化と仕組みづくり

現状の枠組みでは、介護分野における情報化および医療・介護・利用者間の連携は十分ではないが、ICTの導入だけで課題が全て解決する訳ではない。ICTを導入した介護施設が、その効果を十分

に引き出せず、利用が低迷する例も見られる。重要なのはシステムそのものではなく、そこで飛び交う情報をいかに扱うかについての共通理解の形成と、さらには、その前提として、利用者や家族と、関係する医療機関や介護事業者などとの信頼関係をいかに構築するかということにある。

それを踏まえた上で関係者が連携し、利用者目線に立ってサービスを提供できるよう、歩み寄りやすい仕組みが必要となってくる。また、介護関係者のみならず、医療関係者においても居宅介護や施設入所に向け、「患者の安全・安心を守るために何ができるか」という観点から、介護側の意見を尊重することも質を高める重要なポイントである。利用者の立場に立ち、介護サービスの利用開始・運用が迅速に行えるよう、医療・介護に関わる関係者が一層連携し、仕組みを見直していくことが求められる。あわせて、法改正も含め、より一層の多職種連携も必要となる。そのためには、以下のような仕組みを構築する必要がある。(詳細は付録Cを参照)

【介護事業者が利用しやすい情報システムの構築】

クラウド利用による導入・運用負担の抑制や、多様化が進む情報端末（モバイル機器やスマートテレビ等）の活用による自動化など、経費面でも操作面でも利用者の負担を軽減し、情報化のメリットを最大限生かせる仕組み。

【利用者の利便性】

施設やサービスの選択や利用に必要な情報が、容易かつ迅速に入手できる、事業者間をまたいだサービスがシームレスに利用できる、幅広い決済方法から選択できる、といった利用者とその家族にとってユーザビリティとアクセシビリティの高いサービス提供の仕組み。

【介護分野と医療分野の連携】

より良い利用者サービスを提供するための、介護分野と医療分野を中心とする関係者間の連携を実現する仕組み。システム面での連携が効果を発揮するための、その目的・対象（範囲）・手段等に関する、多職種間での共通理解に基づく人や組織間のリアルな連携。

利用者が自らの情報を自己管理できることを基本として、これらの仕組みを導入し、医療情報と介護情報とを連携させ統合することにより、関係者間の新たな情報の共有や伝達を実現できる。その結果、安全な食事管理、質の高い介護サービスの実現、当事者である利用者と家族が必要な情報を容易に入手できる、といった理想の姿に一步近付けることができる。

3.2 新たな生活支援サービスの創出と介護との連携

高齢者や被介護者が社会から孤立せずに地域コミュニティとのつながりを持ち、その人らしく生活を送っていくためには、日常から地域社会が様々な形で支援することが必要である。生活支援サービスを効率的に提供できる環境を整備することで、利用者は安心して自立した日常生活を過ごすことが可能となり、社会との結びつきも強まる。一方、生活支援サービス事業者にとっても、新たな市場開拓の機会が増加し、収益拡大へ繋がる。また、高齢者は将来的に要介護者となる可能性があることから、生活支援サービスのみを利用する段階から情報を継続的に入手することで、介護事業者・行政への引継ぎも円滑に切れ目なく行うことが可能となる。これらを実現するためには、以下のような具体的な仕組みを構築する必要がある。(付録Cを参照)

- 生活支援サービス事業者と利用者を結びつける共通基盤
- 介護保険サービスと保険外のサービスとを連携して提供するための仕組み

- 生活支援サービス事業者の負担軽減や利用者の利便性・利用機会向上に繋がる仕組み
- 介護事業者と生活支援サービス事業者が協力して利用者を支える仕組み
- 介護事業者などと情報共有でき、共同でマネジメントを行う仕組み

3.3 地域コミュニティの再生

地域の人々による見守り機能の充実や娯楽などのコミュニティづくりに向けた情報提供及びネットワーク化の推進を図ることにより、認知症対策や孤独死の防止など民生委員がカバーしきれないセーフティネットからの漏れを防止することができる。地域包括ケアシステムの中心的テーマの一つである地域コミュニティの再生に向けては、本人や家族・地域住民が対応できることを拡大させるなど、お互いの特性を活かしつつ、ICT等を利用して情報共有できる様々な仕組みを提供する必要がある、そのために以下の機能・手法を採用することが望ましい。

【繋がる仕組み】

- 地域包括支援センターや民生委員など、地域コミュニティの役割を支援する組織の組み込み
- 個人情報保護などを勘案した、セキュアで安全な伝達手段による情報共有
- 相手に応じた、医療・介護・健康情報の開示（その他は非開示）
- 支援関係者の打合せなどの時間確認・確保、調整の仕組み、Web会議などを実現する仕組み
- 段階によって運営主体を分けられる機能・手法
（予防段階は地域包括支援センター、介護段階はケアマネジャーを指定するなど）

【災害時における支援体制】

- 被介護者・家族などへの緊急連絡・安否確認の自動化、居住場所の視覚化（GIS連携）

【地域住民を中心としたネットワーク】

- ICTを利用した、地域住民参加など日常のコミュニケーションや交流の機会を増やす仕掛け
- 高齢者と近所のシニアを結びつける仕掛け
- 見守られる側から生活・コミュニケーションの幅を拡げられるような支援の仕組み
- 今後増加が予想されるサービス付き高齢者向け住宅等への入居者と地域社会とを結びつける仕組み
- 退職者や地域外の支援者が、ボランティアや生活支援サービスの提供等を通じて地域社会に溶け込みやすい仕掛け

3.4 介護行政の効率化と施策の高度化・反映

現在の行政サービスでは、高齢者情報を分析し、行政サービス向上に繋ぐ仕組みがない。ICTを利用して蓄積された情報を分析することにより、介護に関わる様々な相関関係・経年変化の可視化が可能となり、介護事業所数の妥当性確認、介護に有効なサービスの確認、将来の介護給付額予測や介護予防に向けた各施策の展開が効果的に行える。また、保険者（市町村）による主体的な取り組みの推進が求められるなか、地域密着型サービス等の市町村独自報酬設定への対応や地域包括支援センター機能の強化を図る必要がある。

介護分野の情報化及び医療との連携にあたっては、行政の役割も重要であり、利用者や介護現場のニーズを的確に把握した上で、ICTの利用や、ICTに特化した担当者の配置など、適切な連携の仕組みを構築し、ケアマネジャーなど現場の負担を軽減していくことが必要である。

4. 地域包括ケアを支える社会インフラ・共通基盤の形成

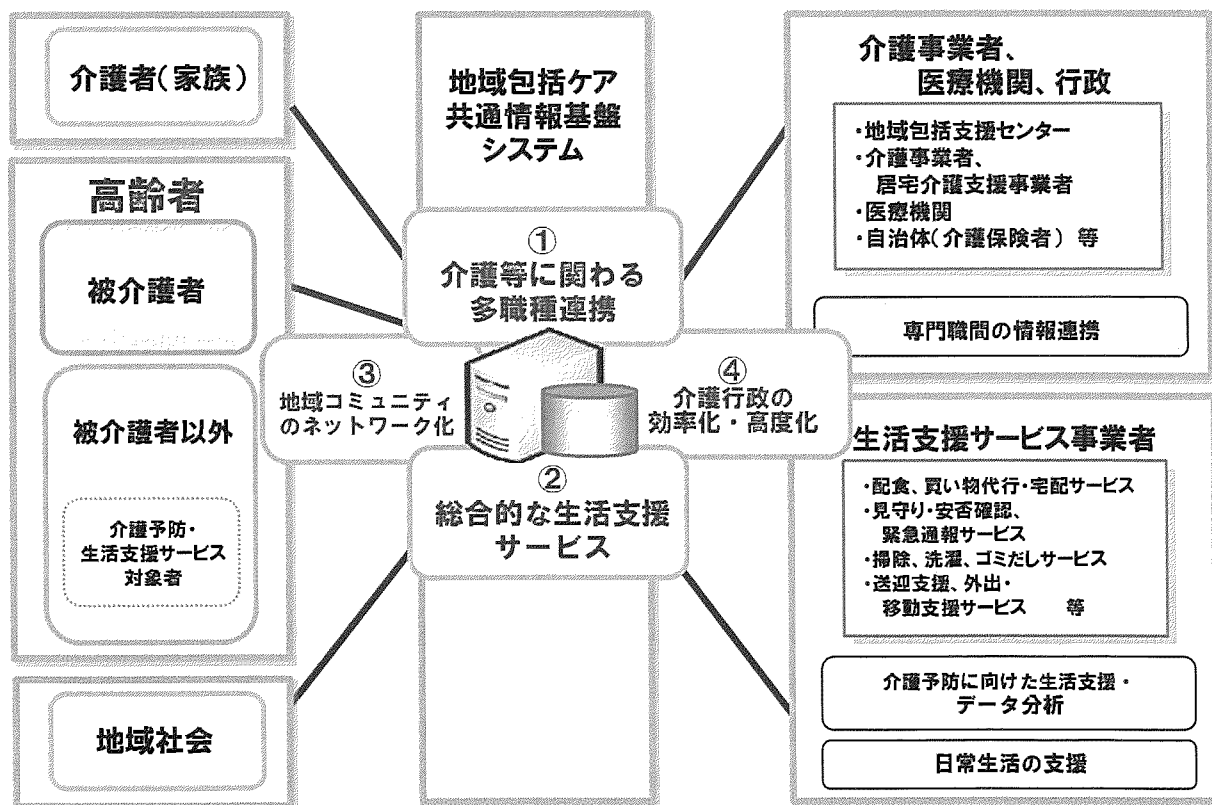
4.1 地域包括ケア共通情報基盤システムの構築

(1) 目指すべき社会インフラ・共通基盤

これまで述べてきたように、長寿社会の到来に備え、介護事業と介護・医療連携における情報化を推進するとともに、新たな生活支援サービスの創出、さらには地域コミュニティの再生に向けて取り組むことが重要である。そのためには、介護事業者・医療機関・行政などで別々に管理されていた情報を、利用者を中心に連携させ、共有することが可能となる共通基盤「地域包括ケア共通情報基盤システム」を構築する必要がある。そして、その基盤上に生活支援サービスの提供や自治会・ボランティアの参加が可能となる環境を整備し、さらには行政サービスを付加することで、高齢者・被介護者を中心にあらゆる関係者が基盤上で地域コミュニティに参加している状態を創り出すことが望まれる。

本システムが「上手く回るための必要条件」としては、第1に、自助・互助・共助・公助の全ての主体が、地域の介護に関わる状況を共有していること、第2に、それぞれがどこまで対応できるか相互に理解していることが挙げられる。この2つの条件を充足していくことにより、自律的に不足しているところを埋めていこうとする行動が生まれ、自助・互助・共助・公助による効率的な施策促進に向けた土壌が形成されると考えられる。

また、システム導入以前のヒューマンネットワークを構築するための歩み寄りやすい仕掛けとして、要介護者のみならず、高齢者を含めた地域コミュニティにこの基盤をどう取り込むかが重要となってくる。社会インフラとしての地域のつながり、利用者、行政、介護事業者、医療機関などがお互い壁をつくらず、価値を高め合うことのできる人間関係・組織間連携関係を確立することを大前提としつつ、地域包括ケアシステム（自助・互助・共助・公助）に関する様々なサービスが上手く回る仕掛けを構築し、運用していくことが望ましい。



(2) システムの構築・運用にあたっての具体的な方策

① クラウドの効果的な活用

地域包括ケア共通情報基盤システムの構築にあたっては、サーバ管理、環境構築、インストール、システムのメンテナンスや制度改正による変更などへの対応が一元的に行えるクラウドの活用が効果的である。本共通基盤を利用する多数の専門職団体では、費用的に見て個別にICTリテラシーの高い人材を確保することが困難で、共通基盤を維持運用するハードルが高い。これらの運用業務を集中的に行うことで、専門技術の業務を切り出すことが可能となる。また、共通基盤のサービスを受ける利用者にとって、クラウド環境は、企業、団体、自治体、個人やNPOまで、その属性に関係なくアクセスできる環境の点からも望ましい。そのアクセス属性を問わない情報連携により、情報の管理も各利用者が自ら管理できる仕組みを構築できる。

② 利用しやすく発展性のある情報端末の導入促進

これまでのほとんどの端末は、導入時に機能が固定されており、発展性が極めて限られていた。これからは、利用者・家族によるセルフケアが可能で、本人の健康状態を蓄積でき、必要に応じて情報発信できる、利用しやすく機能の追加が容易な情報端末の活用が求められる。それにより、①テレビの操作状況などから安否確認できる機能、②健康状態の蓄積・発信機能(血圧計などと接続)、③緊急時連絡のワンタッチ化、④受信メールの自動印刷機能など、日常生活で利用する生活機器が、無意識のうちに見守りサービスなどと連動することが必要である。

そのような機能を提供する情報端末として、スマートテレビと多機能モバイル端末が注目される。ネットワークに接続され居宅に常置されたスマートテレビは、パソコンの機能を内蔵し、利用者インターフェイスと並んで家庭内の様々な機器の司令塔としての役割も果たす。一方、スマートフォンやタブレット等の多機能モバイル端末は、利用者や家族からのリクエストの入力、介護事業者によるそれらの確認、現場でのデータ入力等のツールとして、利便性と作業環境の改善をもたらし、ケアプラン作成等の事務処理の迅速化・弾力化にも貢献する。

また、これらの端末については、体重・血圧・脈拍測定などの医療機能や、日用品購買機能など様々な支援機能を、簡単かつ柔軟に付加できるなど発展性のあるものにするため、汎用性のある共通のインターフェイスを標準化して公開することが必要である。

③ 用語・仕様・規格・コードの統一・標準化

各事業者間の情報連携不足を解消するためには、相互に医療・介護情報を参照できるよう、情報のやり取りを行う用語、コード、システム相互の接続仕様、規格などの統一、標準化を図る必要がある。医療機関、介護・健康情報などを扱う機関相互での連携を実現し、迅速に措置できる仕掛けを共通基盤などにより構築することが望まれる。

④ 推進体制と費用負担の考え方

地域における新たな社会インフラの構築を推進していくためには、その有効性や必要性、コスト負担や運用体制等について、介護・介護予防・医療・権利擁護・生活支援サービスに関わる関係者、そして利用者たる地域住民の合意形成が前提となる。基礎自治体などの行政には、そのための場づくりと関係者の参加促進などにおいて、積極的な支援のみならず主導的な役割を果たすことが期待

される。その結果、「地域包括ケア協議会（仮称）」のような共通基盤を構築・運営、包括的にコーディネートするコンソーシアムが設置されることが最善ではあるが、具体的なシステム構築には至らなくても、地域社会を維持していく上で極めて大きな課題として、関係者が、前述の「上手く回るための必要条件」とは何か、それを満足させるにはどのようにすればよいのか等について議論し、共通理解を深めていくことが重要な意味を持っている。

共通基盤の構築・運用コストについては、クラウドを活用しコスト低減を図るとしても利用者には一定の負担が生ずる。このため利用範囲を、介護事業者、医療機関、行政から生活支援サービス事業者に拡大し、広く薄いコスト負担による安定的な運用を目指す必要がある。こうしたことから、共通基盤の構築にあたっては、関係者の利用を促進するための配慮も必要となる。

4.2 実現に向けた環境整備

① 介護・医療連携とICT活用を促進する制度設計、仕組みの構築

医療・介護に関連する多職種間の連携を促進するためには、法制度やガイドラインだけでなく、インセンティブ付与の仕組みまで見直すとともに、医療・介護情報の共有・管理体制の再構築が必要になってくる。連鎖化する複合的な課題に重層的に対応できるよう、老人福祉法・社会福祉法など介護に関する関係法令を見直し、介護のワンストップサービスや医療・介護連携を前提とする制度に再構築すべきである。

【介護形態の隙間を埋める制度・仕組み】

- 小規模多機能型居宅介護事業所で提供される在宅医療・介護サービスの充実、施設介護事業に関わる参入規制の見直しなど、事業が促進されやすい制度、経営改革・効率化に対してインセンティブが働く制度に再構築する必要がある。
- 様々なカテゴリーにある施設を、ICTを利用して関連づけ、情報共有し、簡単・便利に入居手続きが行える仕組みとする。

【社会実験の成果が水平展開されやすい仕組み】

- これまで多大の予算を投じて全国各地で行われてきた様々な医療・介護とその連携に関わる事業や実証実験が、終了後は、地域で受け継がれていないケースや、他の地域へ殆ど展開されないケースなど、その場限りとなっているものも少なくない。これらを適切に評価し、優れた成果を全国に水平展開しやすい仕組みを構築する必要がある。

【地域通貨を活用する仕組み】

- グローバル時代にあって、地域経済が新たな独自性を有するためには、地域社会がそれぞれの事情に応じて活用できる地域通貨を、住民の創意工夫や地域資源を流通させる手段、地域コミュニティへの参加意識を盛り上げる手段として、介護サービスの現場などに浸透させていくことも有効であり、結果的に、高齢者が地域で住み続けられる生きがいにも繋がると考えられる。

【カフェテリア方式の採用】

- 行政の費用負担の軽減・最適化を図りつつ、利用者が目的意識を持って最適なサービスを選択できるようにしていくためには、介護予防の段階からカフェテリア方式（地域住民が基礎自治体等の提供する様々なサービスを選択できる制度で、ネットワーク等を介して選択・利用する）を採用していくことが望ましい。

【ソーシャルネットワーク】

- 地域社会とのつながり、利用者の自立した生活を支援するソーシャルキャピタル、コミュニティ形成のプラットフォームとして、様々なソーシャルネットワークの活用も極めて有効である。

② 行政機関・医療機関の強いリーダーシップと政府への期待

地域における多職種連携の促進と、そのための環境整備にあたり、ステークホルダー間の利害調整が必要な事態が生ずることも想定される。そのような局面では、適切な仕組みが構築されるよう、地域を代表する行政の長や、医療・介護サービスにおいて重要な位置を占める医療機関などの強いリーダーシップが発揮されることを期待する。また、政府においては、地域の独自性を尊重しつつ、プラットフォームとしての質が保証されるよう、政策的に誘導する役割が求められる。長寿社会の到来を目前に控えた今こそ、政治の強いリーダーシップにより、社会保障サービスの提供において非効率的で安定した高コスト構造の要因となっている、参入・価格規制、高い公費比率、強い業界団体、様々な既得権益等の構造的体質から脱却すべき時である。

③ 共通番号制度等の早期実現

現在、政府では社会保障・税の一体改革と併せて共通番号制度の導入を進めている。これにより、医療機関・介護事業者・保険薬局・高齢者福祉施設などの組織や個人の情報を連携させ、正確な所得情報把握、適正な課税や給付を行うとともに、事務の効率化や国民負担の公平性の向上を図ることとしている。共通番号・国民ID・社会保障カードは、医療・介護分野の情報共有・利用促進のための重要なカギとなる。これらを活用して、医療機関・介護事業者・保険薬局などの機関や個人の異なる情報に横串を通し、蓄積できるプラットフォームとして整備を進めることが期待される。他方、番号を利用する範囲が広がれば、取り扱われるプライバシー情報も増えるため、便利になる一方で情報流出防止のために、どう対策するかが重要になってくる。

④ 個人情報保護のあり方

個人情報については、既存の個人情報保護の仕組みが非常に強固であり、特に公の情報の民間活用と事業者間での情報共有が難しくなっている。地域包括ケアシステムを実現させていくためには、情報の活用は必須であり、今後、乗り越えなければならないハードルは数多い。医療情報との連携を図るためには、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」への準拠も考慮する必要がある。さらに、共通基盤を構築する上では、情報共有ルールの構築、個人情報保護のあり方の見直し、責任分界点の明確化などを行う必要がある。

⑤ 介護・医療連携を支えるICT人材の育成・確保

共通基盤の構築においては、維持運用に関わる負担を極力減らすためにクラウドを積極的に活用して、関係する団体等全体でICT人材の効率的な活用・最適化を図る必要がある。その一方、実際の現場におけるシステム利用のシーンでは、最低限の運用に求められるICT技術の習得に向け、各団体のなかに推進担当者の設置とその推進担当者に向けた支援体制の整備が必要となる。さらに、共通基盤の構築にあわせ、各種団体への利用支援や被介護者及びその家族への利用支援にむけた定期的なフォローを実施する総合受付センター（コールセンター）などの設置が必要である。

5. むすび

長寿社会の到来を目前に控え、持続的な社会保障システムを維持していくために、制度全体の根本的な再構築が必要であり、医療・介護の分野では、医療資源利用の適正化と高齢者を支える様々な支援を地域で切れ目なく提供するための地域包括ケアシステムの構築を柱とする改革が進められている。

本研究会では、地域包括ケアシステムを実現する上で大きな課題である、介護事業における情報化を進め介護・医療連携の遅れを解決するためのICT利活用の方策について検討してきた。ここで提案した地域包括ケア共通情報基盤システムは、医療機関、介護事業者、行政など従来の関係組織に加え、生活支援サービス事業者、自治会、ボランティアなど、地域社会において高齢者支援に関わるすべての人や組織を支える共通の情報インフラである。その活用により、利用者に関する情報共有とそれにもとづく多職種連携の促進、介護業務の効率化や人的資源の有効活用、新たなビジネス機会としての生活支援サービスの創出、高齢者を支える地域コミュニティ機能の強化、などを図り、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域社会の実現を目指すものである。さらに、本提言では、この地域包括ケア共通情報基盤システムの実現に向けた具体的方策や環境整備についても言及している。

本提言を機に、他に先駆けて高齢化が進む中国地域において、希望と安心のある長寿社会の実現に向けたICT活用策に関する議論が深まることを期待してやまない。最後に、本研究会に対し様々な知見や示唆を与えていただいた講師の皆様や貴重なご意見を賜ったオブザーバーの皆様に、改めて感謝の意を表す。

付録A 中国地域の特徴

○ 都道府県別 高齢化率の推移

- 中国地域の高齢化は全国水準を上回る勢いで進む。
- 2035年の中国5県平均は全国平均を上回る見込み。

	昭和50年 (1975)	平成21年 (2009)	平成47年 (2035)
全国	7.9	22.7	33.7
北海道	6.9	24.2	37.4
青森県	7.5	24.9	38.2
岩手県	8.8	26.8	37.8
宮城県	7.7	22.7	33.8
秋田県	8.0	28.0	41.0
山形県	10.1	27.0	36.3
福島県	9.2	24.7	35.5
茨城県	8.4	24.0	35.2
栃木県	8.3	21.7	33.6
群馬県	8.8	23.1	33.9
埼玉県	5.3	20.0	33.8
千葉県	6.3	21.0	34.2
東京都	6.3	20.9	30.7
神奈川県	5.3	20.0	31.9
新潟県	9.6	26.1	36.6
富山県	9.5	26.0	36.0
石川県	9.1	23.5	34.5
福井県	10.1	24.6	34.0
山梨県	10.2	24.3	35.3
長野県	10.7	26.2	36.6
岐阜県	8.6	23.6	33.6
静岡県	7.9	23.3	34.6
愛知県	6.3	19.8	29.7
三重県	9.9	23.8	33.5
滋賀県	9.3	20.2	29.9
京都府	9.0	23.1	32.3
大阪府	6.0	22.0	33.3
兵庫県	7.9	22.8	34.3
奈良県	8.5	23.5	36.8
和歌山県	10.4	26.7	38.6
鳥取県	11.1	23.9	34.5
島根県	12.5	29.0	37.3
岡山県	10.7	24.9	33.4
広島県	8.9	23.7	34.5
山口県	10.2	27.5	37.4
徳島県	10.7	26.6	36.7
香川県	10.5	26.4	35.6
愛媛県	10.4	26.2	37.0
高知県	12.2	28.4	37.4
福岡県	8.3	22.0	32.6
佐賀県	10.7	24.3	34.2
長崎県	9.9	25.7	37.4
熊本県	10.7	25.5	35.6
大分県	10.6	26.4	35.6
宮崎県	9.5	25.6	36.9
鹿児島県	11.5	26.3	35.9
沖縄県	7.0	17.5	27.7

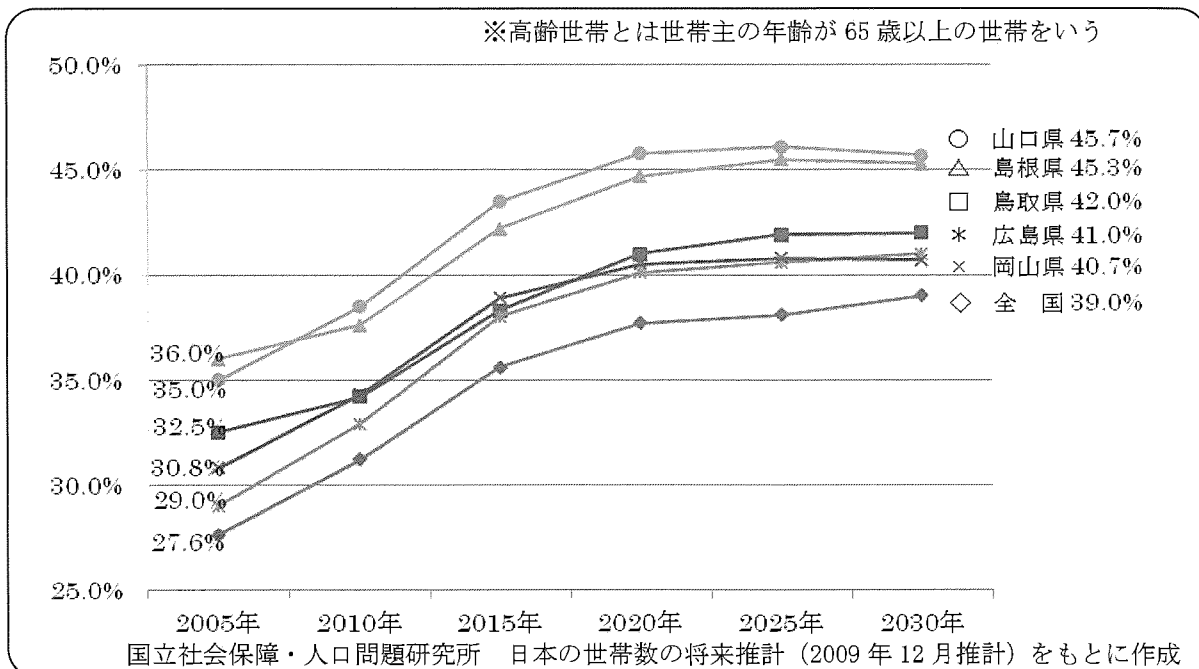
2011. 10. 21 内閣府 高齢社会対策の基本的な在り方等に関する検討会 (第1回) 資料をもとに作成

資料: 昭和50年は総務省統計局「国勢調査」、平成21年は総務省「人口推計」、平成47年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年6月推計)」

7%未満
 7%以上14%未満
 14%以上22.7%未満
 22.7%以上30%未満
 30%以上

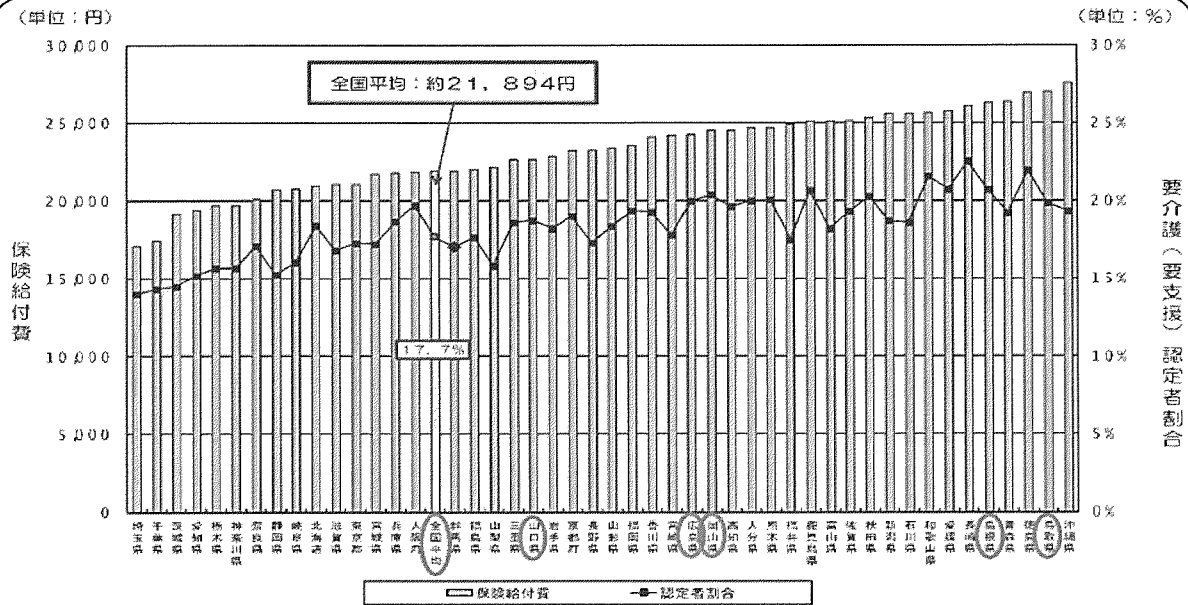
○ 全国・中国地域各県別 一般世帯総数に占める高齢世帯総数の割合の推移

- 中国地域の高齢世帯の割合は全国水準を上回る勢いで進む。
- 10年後には高齢世帯が全世帯の4割以上に達する。



○ 都道府県別 保険給付費（第1号被保険者1人あたり）及び要介護（要支援）認定者割合

- 中国地域の65歳以上の人口に占める要介護認定者は全国平均17.7%より高い。
- 保険給付費は鳥取・島根は上位5位以内、他3県も全国平均21,894円を上回っている。

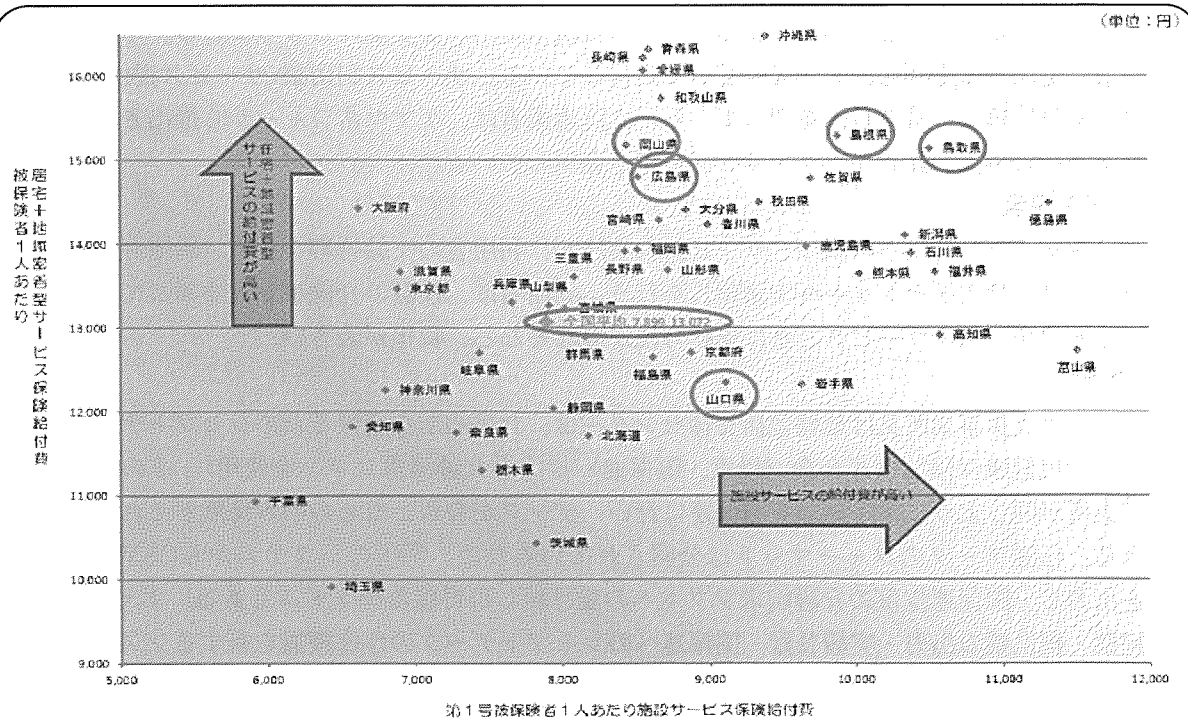


※1 要介護(要支援)認定者数及び保険給付費は、第2号被保険者分も含んでいる。
 ※2 第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、平成23年7月末実績であり、保険給付費は、平成23年7月サービス分である。
 ※3 特定入所者介護(介護予防)サービス費、高齢介護(介護予防)サービス費を含む。

厚生労働省 介護保険事業状況報告の概要（2011年9月暫定版）をもとに作成

○ 都道府県別 居宅と施設サービスとの保険給付費の相関（第1号被保険者1人あたり）

- 居宅+地域密着型サービス保険給付費は山口県を除く4県で全国平均より高く、施設サービス保険給付費は5県すべてで全国平均よりも高くなっている。
- 特に鳥取県・島根県では両サービスとも保険給付費が全国平均を大きく上回っている。



※1 介護保険サービス費、高齢介護サービス費を指す。
 ※2 施設給付費については、要介護認定者分を本人が受給している。
 ※3 介護保険事業状況報告(平成23年7月サービス分)

厚生労働省 介護保険事業状況報告の概要（2011年10月暫定版）をもとに作成

付録B 介護分野における業務の流れ

利用者が介護認定を受け、サービスを利用し、事業者には介護保険から対価が支払われるまでの流れ

① 認定

介護保険の申請は、家族や地域住民が主治医や地域包括支援センターなどの関係組織に相談することから始まる。介護保険者（自治体）は、認定74項目（自動判定機能を有するシステムあり）からなる心身の状況に関する認定調査票及び主治医意見書（直筆又は印刷物）をもとに、介護認定審査会での審査を経て、要支援・要介護を認定する。認定区分によって支援機関が異なり（「要支援＝地域包括支援センター」「要介護＝居宅介護支援事業所」）、ケアプラン書式も異なる。申請後、認定区分の決定通知まで通常1ヶ月程度を要する。

② 介護計画書作成・承認

ケアマネジャーは利用者宅を訪問し、アセスメント（課題分析）を行って、各利用者に対応した介護サービス計画原案を作成する。その後、利用者の自宅にてサービス担当者会議を開催し、計画を最終決定する。会議には、利用者の医療・介護に関する全関係者の出席が理想であるが、現実には医療機関関係者の出席は困難な場合が多く、事前に行政を通じて入手した主治医の意見書などの資料や予め医師等に聞き取りしていたことをケアマネジャーが代弁し会議が進められている状況となっている。退院に合わせて介護保険サービスの利用を開始する場合も同様の手順になるが、この会議は利用者が入院中の病院で行われることが多い。その際、入院先の医療関係者やケアマネジャー以外の関係者（退院後の医療機関や在宅での生活を支援する介護事業者等）の参加は日程調整等の面で困難になりがちである。計画決定後、サービス利用票・サービス提供票を紙に出力し、利用者の承認（捺印要）を得ている。代表的なアセスメント方式には、MDS-HC（Minimum Data Set Home Care、在宅ケアアセスメントマニュアル：医療面からの方式）、全国社会福祉協議会版（福祉面からの方式）がある。

③ 提供依頼・実績報告

ケアマネジャーは、介護事業者へサービス提供票（紙）を送付し、実績報告（紙）を受ける。システムを用いたとしても、印刷によるサービス提供票提出が必要条件となっている。定期的に関係事業者へ提出する書類も、FAXや郵送で送付している。サービス利用票・サービス提供票の送付・整理・給付管理に、計2日弱を要している。介護事業者は、ケアマネジャーから提出された書類のシステムへの再入力作業やファイリング作業が発生している。

④ サービス提供

介護事業者は、提供票に基づきサービスを実施し、利用者の実績管理を行い、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへ実績報告を行う。利用者は、複数の介護事業者を通じてサービスを利用する場合、利用サービスごとに支払方法が異なるなど、負担が大きい。

⑤ 保険請求

居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターは、介護報酬を受けるためレセプトデータを伝送する（国民健康保険団体連合会（以下、国保連）提供の介護請求ソフトを使用）。その後、サービス事業所が同じように保険請求を国保連に行い、データが合致したものののみ保険がそれぞれに支払われる。伝送データのフォーマットは公開されているため、②④のシステムからCSV形式のデータを出力し、国保連提供の介護請求ソフトへの受け渡し可能なシステムもある。アセスメント・利用票・提供票の出力・実績登録・国保連へのレセプトデータの作成機能を有するシステムを導入している事業所が多い。

付録C 介護分野と医療分野などとの連携に向けた仕組みづくりと期待できる効果

利用者視点から望ましいサービスを、ICTを活用して実現するには、多職種連携が必要となってくる。そのためには、以下のような仕組みを構築する必要がある。あわせて、介護事業と生活支援サービス事業者との連携についても、この仕組みに組み込む必要がある。

【介護事業者が利用しやすい情報システムの構築】

- 導入・運用負担の少ないクラウドの活用や、多機能モバイル機器の活用
- 必要最小限の入力による簡素化（過去の標準パターンを踏まえた定型部分自動記入等）
- 入力情報（確定分）を踏まえた管理票などの提出の自動化
- 電子媒体での送信・提出を可能とする
- 入力情報の事業者間共有、データ互換、電子媒体での保管、一元管理
- 書類・帳票のやり取りを、一括配信、あるいは事業者間情報共有などにより簡素化
- 過去のデータの再利用・共同利用・電子保管
- 事例ごとの情報蓄積により複数の選択肢から優先度の高いサービスを確認できる仕組み

【利用者の利便性】

- 情報をクラウド上で統合することにより、利用者が必要な情報を自己管理できる仕組み
- 各施設の空き状況を一括してリアルタイムに検索できる仕組み
- 利用者や家族が直接予約できるなど、事業者間にまたがるシームレスなサービスの提供
- 利用者が、支払い方法を選択できる仕組み
- 各種団体の活動状況の開示、依頼方法の明確化
- 利用可能なサービスを簡単に検索できる仕組み
- 介護サービスの質を示す情報を共有でき、その質を維持する仕組み

【介護分野と医療分野の連携】

- 医療機関から、利用者の既往歴等疾患情報などを、ネットワークを介して提供する仕組み
- オンラインカンファレンスや、利用者の基本的情報、週単位のサービス内容、介護支援経過などの参照、医療と介護との連携連絡票・情報提供依頼書などにより、適切な指導や助言が可能とする仕組み（マニュアルづくりも必要）
- 医療機関・医師・介護事業者・介護福祉士などへのID付与により、関係者の情報の閲覧が可能となる仕組み
- 利用者やケアマネジャーを中心に、ネットワークを介して、関係組織・事業者間で情報共有できる仕組み
- 医療、介護、健康情報などを結合し、履歴を、利用者ごと、疾患ごと、介護施設形態（カテゴリー）ごとに管理、その経緯を標準化・システム化し、適切な評価・フィードバックが可能となる仕組み
- 病院における予約システムから関連情報を介護事業者などに転送し、通院・服薬などの時間が近づくと、アラーム通知する等により、利用者や介護事業者等の管理を支援できる仕組み

➤ 制度改正や解釈に関わる情報の自動取得・通知

これらの仕組みを導入し、医療情報と介護情報との連携・統合することにより、以下の実現が期待できる。

- ① 医師から介護福祉士へ、また介護福祉士から医師への申し送り事項が効率化される。
- ② 介護福祉士はその日の患者の様子や食事量などの生活状態を医師に伝えることができ医師からは、患者の病状や禁忌事項などを介護福祉士に伝えることができる。
- ③ 薬の禁忌事項など、献立を作る時の食材と整合させることにより、投薬情報を勘案した、安全な食事管理を行うことができる。
- ④ 介護情報を確認、情報を補完することができる。
- ⑤ 介護側としては、医師が求める着目点や記入事項・内容を標準化することにより、必要かつ十分な内容・データに基づいて、医師に確認できるようになる。
- ⑥ 介護サービスを受ける個人やその家族、介護サービスの提供者がリアルタイムに情報共有することが可能となり、サービスの質の向上と業務の効率化を同時に実現できる。
- ⑦ 人員不足への対応や効率化の効果による新たなサービスの提供が可能となる。(既存事業者のコスト削減効果)

研究会でのプレゼンテーション

- ・クラウドサービスを通じたICT利活用(スマート・クラウド研究会報告書)、
地域ICT利活用広域連携事業(平成22年度予算)等について
総務省 中国総合通信局 笠木 繁樹 氏
- ・奥出雲町における高齢者等の安心・安全生活サポート事業の取り組み
島根県 奥出雲町 石原 和夫 氏
- ・日本ユニシスの地域ICTに対する取り組み(これからの地域ICTサービス)
日本ユニシス株式会社 白木 裕明 氏
- ・住民参加型遠隔医療システム構築事業、高齢者支援事業と、
広域への適用・クラウドの可能性
株式会社テクノプロジェクト 長谷川榮司 氏
- ・福祉・介護における情報化の課題と展望
日本赤十字広島看護大学 小関 祐二 氏
- ・ICTを活用した健康・福祉への取組について
東日本電信電話株式会社 高木 諭介 氏
- ・地域ICT利活用モデル事業「新見あんしんねっと」の取り組み、広域連携に向けて
医療法人緑隆会 太田病院 太田 隆正 氏
- ・利用者を取り巻く社会福祉環境の現状と課題、ICT利活用にあたっての視点
株式会社広島福祉サービス 畦崎 元啓 氏
- ・元気な長寿社会を支える医療・介護連携とICT情報連携基盤の現状と課題
株式会社カナミックネットワーク 山本 拓真 氏
- ・地域ケアの展望とIT化・情報化のあり方
関西学院大学 生田 正幸 氏
- ・始まる地域包括ケアと市町村・地域包括支援センターの役割
埼玉県 和光市役所 東内 京一 氏

研究会構成員

主査

椿 康和 広島大学 大学院 社会科学研究所 マネジメント専攻 教授

副主査

脇谷 直子 広島修道大学 経済科学部 准教授

幹事

是川 幸士 西日本電信電話株式会社 中国事業本部 法人営業部 担当部長

河合 善広 日本ユニシス株式会社 中国支店長

委員

桑田 昭 株式会社アクトシステムズ 代表取締役

真鍋 誠悟 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ中国

ITサービス事業部 第一ITサービス担当課長

上口 英敏 株式会社エヌ・ティ・ティ・ドコモ 中国支社

法人営業部 ソリューション部門 担当部長

小林 干城 株式会社エネルギー・コミュニケーションズ

情報システム本部 基盤総括チーム マネージャー

福本 喜友 株式会社コトブキソリューション ICTビジネス営業部 営業顧問

桑田 清明 公益財団法人ちゅうごく産業創造センター 産業部プロデュースG 部長

藪井 和夫 株式会社中国新聞社 経営企画局長

上田 博之 中国電力株式会社 情報通信部門 事業企画部長

長谷川 榮司 株式会社テクノプロジェクト ソリューション営業部 部長

白髪 保雄 西日本電信電話株式会社 広島支店 法人営業部 公共営業部門長

飯田 典男 日本電気株式会社 中国支社 エグゼクティブエキスパート

廣田 克美 株式会社日立システムズ 西日本地域グループ 中国支社 企画部 部長

福井 五郎 社団法人広島県情報産業協会 常務理事 経営委員長

岡田 泰雄 株式会社広島ソフトウェアセンター 代表取締役専務

林 初幸 広島テレビ放送株式会社 執行役員 技術局長

田原 幸雄 富士通株式会社 中国支社 公共・農林水産営業部 部長

アドバイザー

小関 祐二 日本赤十字広島看護大学 教授

畦崎 元啓 株式会社広島福祉サービス 事業企画開発部長・ケアマネジャー管理者

事務局

宮下 文博 中国経済連合会 常務理事

堤 一志 中国経済連合会 部長

桑原 健吾 中国経済連合会 調査役

山成 悠太 中国経済連合会 主任