

発表：岡利香さん

記録：福富

山口：KIOSK 端末とは何でしょうか？

先生：コンビニなどで行うことのできる端末なのではないか。

山口：共有のデータベースがないと難しいのではないか。しかし個人情報の扱いも難しい。住基を活用して枝葉を広げていくことができるのではと思う。

福宮：病院や施設とのやりとりも紙ベースで情報交換、共有しているのか？

岡：はい。Y 市内には OA システムがあり、利用しているサービス一覧などがわかり、事業別に入力することができるデータベースはある。それは役所内のみの連携で、外とつなげるにはまだ難しい。

福宮：町医者と行政とのやりとりは電子化されている取り組みも始まっているとは思うが。

岡：病院と訪問ステーション（系列の）などとのやりとりは行っているところもある。ちなみにケースとのメールのやりとりはしていない。対象者が幅広い。自分で情報を収集し選んで行動を行える人というのはまだ少ない。彼ら対象というよりは、そこに関わるスタッフ間との情報

三瓶：情報共有について、どこまで公開可能にするかの判断をするのに、精神疾患をもつケースに関して難しい。判断に時間がかかったことがある。ある科研で、ケースとの対応について一番効果が高かったのは E メールであったということがあった。これから研究も教育もされていかなければならない分野だと思う。

先生：その人にとっての情報となると、その人が管理しないと、まわりの人間がどうこう言うよりも、自分で整理したほうがよいと思うが、それが膨大になって管理しきれなくなったときに、誰かがやろうとしたときにはそれが行政だというのは不可能だろう。国がやろうとしてきめてしまえば日本人は割と従順なのでありえるかもしれないが…。最低限のソーシャルセキュリティがどうなのか、という部分が一番問題。国として管理することができるのか。イギリスは国が個人の情報をすべて管理している。アメリカは民間委託していく方向にある。グーグルやマイクロソフト社「自分カルテ」のようなもの。日本は国民皆保険であることを利用するとするとどうなるのか。情報サービスがベースになるだろう。日本では NTT や日立など？

岡：国としても予算がないので人件費削減のニュアンスもあるだろう。情報管理もアウトソーシングされていくだろうという実感もある。相手先との契約もどうなるのか。

先生：行政として社会サービスの「公共性」とはどう

岡：自ら自己決定する人はサービスを受けられている。そうではない人たちに対して、情報がうまくキャッチできるようにしていかなければならない。

福宮：保健行政に関しては、病院との連携をもっとすべきではないか。パッケージのよう

なもので、利用できるサービスを選べるものも開発されつつあるようだ。また、脳梗塞の退院患者については行政に情報がこない。介護申請を通して情報を入手する。漏れる人は多く、地域でとじこもっていて、緊急時の対応ができないなどの問題もある。

先生：情報は非常に組織の話になる。政治体制をどうするかということ。日本人は選択をあまりしていない。自民、民主とも大きい政府にしようとはしていない。北欧型は、国民の意見を聞いてから、国として管理するものになった。国民も国を信頼している。日本は公でもなく私でもない、中道をいけるのかということである。「ユーロミニズム」市民主導で自分たちで行政や民間を利用して組織作りを自分たちで行っていかうという動きもある。日本にはまだ浸潤していない。おそらく政府と巨大企業によって行われるようになるだろう…。

福宮：メール対応をしていないというのは、どういうことか。

岡：一個人としてはしていない。市民の声などに対しては返している。それにたいして Y 市では〇時間以内に返信、などと決まっている。だれもがチェックする欄がありすぐにメールがまわる。市民の声は HP 上でも公開され、集積されて冊子になってまわる。

福宮：これに賛成・反対と投稿できるシステムなどがあると面白い。

三瓶：ゴミの分別違反は罰則というのは、市民も責任を果たしているのですね

先生：行政の保健医療福祉関連は、保健所の HP から分析もできる。

岡：Y 市の HP から保健関係のところに行きつのが難しい。結局は各区の係まで、という電話での問い合わせ画面になってしまう。

福宮：保健部門の人間で、情報を操作する担当の人間はいるのか。

岡：HP 担当者というのが決められ、HP の更新を定期的に求められる。紙ベースでのデータと HP をリンクさせている。

先生：行政の保健分野は、国の仕事と地方行政の仕事とがあり、2 重の板挟みである。

U-Japan であったように、日本の家電はけっこう前から、外出先から操作できるようなシステムにはなり、光ケーブルも引かれているので、技術的にはいつでも可能である。高齢者の火事予防などに使えるとよい。

三瓶：技術的にシステムを整備するコストと、現在の人件費等のコストとを比べるとどうか。

岡：これからアウトソーシングがほとんどなので、今後は人件費が測れなくなっていくのではないか。

先生：画像解析により、「いつもと違う状態」というのが分かるようになってきている。認知症の人が、普段と違う動きをしたときわかる。安いソフトで可能になる。人が見て判断していたことが、機械で可能になるようになる。その人にとってどういうサービスやシステムがあったらよいかということ判断する専門職があればよい。

岡：ケアマネージャーのように、サービスの利用を組み立てていくことが医療従事者の主たる仕事になっていくかもしれない。

先生：人を中心としてどうするかというのに看護情報学が必要となる。

三瓶：ユーザーと同じレベルに合わせていけないといけない。PC、携帯など。

先生：その人にとって必要な選択肢を選ぶという判断。必要のない選択肢は必要ないが、使用する可能性のあるものは残しておかなければならない。ユビキタスはもう古いという考え（阪大）もあり、今は「アンビエント」という言い方が新しい。その人にあつた環境設定をする。同じ端末ではなく、その人、その場所によって適切なものを提案していく。ニーズを先読みしてオーダーメイドする。ユビキタスはいつでもどこでもアクセス可能という考えだったが、アンビエントはその人に必要なものを環境に埋め込んでいくという考え。[http://www.waseda.jp/journal/2007/0712\\_02.pdf](http://www.waseda.jp/journal/2007/0712_02.pdf)

岡：自ら選べない人に対して、ニーズに合わせて組み込んでいくというものが望ましい

先生：内服を忘れてしまう人に対して、自ら希望してカメラを設置しそういう機能をつけることもできる。GPSに「おいしいお店」を登録しておくのと、その近くを通った時に教えてくれるシステムなどもある。

岡：冷蔵庫に賞味期限のシステムがついているものもあるらしい。おすすめメニューまで知らせてくれる。

先生：保健師のサイトはアクセス数が多い。「保健師はなのとある・・・」を書いている人。ブログの中で自ら保健に関する情報発信をしたり、子育て情報のデータも持っていたりする。情報を提供するだけでなく、意思決定のための先を読んだ情報提供が必要。一人一人に対して行うことは非効率的だが、共通コアの部分はFAQなどで乗せることで不特定多数には提示していおいて、個別対応はその上乘せの的にできる。

岡：子育て情報などは母親世代がインターネットをできるので、充実したものになるが、高齢者はどうなのか…。

先生：ニーズを予想して情報提供をおこなうことは、アンビエントの考え方に近い。

三瓶：電話とつなげて音声認識でFAQにつなげることはできないか？

→難しい。高齢者、精神は難しい。

先生：地デジになって地域の情報が見られたりすることを通して、何かできないかと。高齢者向けのチャンネルなど

岡：登録しておく必要情報がメール配信されるようなものがあり、便利。

先生：双方向性がないとだめだと思う。家庭に普及してるというとテレビか電話になる。

福富：光ファイバーを使って、テレビ、電話、インターネットが一体化するといいいのでは。

先生：できるひとは自分で、できない人は近所に情報を得られる場所があるとよい。緊急対応できるようなシステムができるとよい。

現在のインターネット利用率は、60代で50%、50代で80%。若い時に使っていたから使えるというわけでもなく、見ずらい、使いずらいなどがあれば利用率に影響する。むしろ良くないのは、高齢者に対する「新しいものに対して弱い」という偏見、「女性は機械に弱い」などという認識も、導入を遅らせている原因のひとつでもある。子供に対して

見せるか見せないかの問題も同じ。いつでもどこでもだれもが情報を得られるという「人権」の問題もあり、情報提供を確立していかなければならない。

三瓶：情報をマネージメントしてくれる人やシステムが必要。どの情報に信頼があるということ判断してくれるもの。

先生：「意思決定支援に関するコンソーシアム」という研究が始まった。緩やかな契約。連携？。組織は一体にしておき、あるときだけ協力する。ジョイントみたいもの。あるときのためだけに、くっついておく、みたいもの。意思決定においてそれを支援する。意思決定に関連した組織がバラバラに機能するのではなくつながっておくというもの。意思決定の教育プログラムを作ろうとする目的。いろいろなところで意思決定プログラムを独自に開発しているので、その共有ができないかということ。医療コーディネーター協会（代表は看護師）、国立国語研究所（？）、などなど意思決定に関連した機関。先日、ある NPO「つばさ」ががん電話情報センターをはじめた。相談員の養成プログラム、マニュアルを作成した。相談技術の標準化をした。意思決定に関して共通のコアな部分はあるはずで、それをもう少し広く共有されるとよいだろう。専門家は、専門的情報を持っているが意思決定支援の方法を知らないことが多い。意思決定能力のスクリーニングなど研究が重ねられている。

岡：生前後見人に意思決定をゆだねている場合は、2人で意思決定をしていく。

先生：責任問題が絡んでくることも、意思決定には必要なノウハウ。患者も医療者も決めたくないときなど、そこでどうするかということ。構造的な問題…。個人で決めない日本は…という文化論的な話もある。家族や集団でものを決める主義があるが、それは幻想だという意見がある。自分では決めているが、周囲のお伺いをたてなければならない、など。社会心理学的な分野でいわれている。「人のため」とは「自分のため」ともいえる。「集団の意思決定」。家族が意思決定するというもの大変なもの。医師、家族、本人の3者の意思決定をするのは大変。

岡：そういうときは「じゃ行政が」という時が多い。

先生：日本は昔から「お上のいうとおりにしておけば間違いはない」という幻想がある。責任の所在は曖昧になる。