

指標

医療とIT (Information Technology)

常任理事 地域医療部長

伊藤 利道

はじめに

ここ数年の間に、医療情報のIT化は大きく進み、電子カルテやオーダーリングシステム、レセプトのオンライン請求が普及するとともに、医療機関同士がネットワーク回線で診療情報を共有する医療連携が各地で見られるようになってきました。

政府は世界最先端IT国家創造宣言を2013年6月14日に閣議決定しました。医療分野では「医療・介護・健康情報を、医療機関の他、遠隔医療、在宅医療・介護及び生活支援サービスを担う主体を含む多様な主体が共有・連携する仕組みを構築し、効果的・効率的な医療・介護等を提供する体制を整備する。このため、地域を超えた国民への医療サービス提供等を可能とする医療情報利活用基盤の構築を目指し、医療情報連携ネットワークについて、データやシステム仕様の標準化、運用ルールの検討やシステム関連コストの大幅な低廉化等による費用対効果の向上を図りつつ、2018年度までに全国への普及・展開を図る」ことにより「効果的・効率的で高品質な医療・介護サービスの展開」を行うと書かれています。ITを利用し医療・介護の連携を促進することは、「地域包括ケア」の考えとも関連し、興味深いと思われます。

1) ITを利用した医療連携

通産省は2001年に「ネットワーク化推進事業」を立ち上げ、先進的な医療IT連携を行っている26地域に助成金を出しました。この時に登場したのが第一世代というべきケースで、ITに長けた医師がいる地域で個別に発展してきました。しかし、各自がメーカーと契約してシステムを開発していたため、費用と手間がかかり、他地域にそのまま持ち込むには難点がありました。それが各地に広がったのは2000年代半ばでした。2007年には総務省の「地域ICT利活用事業」が始まりました。この時にできたのが函館市の「道南MedIka」や長崎県の「あじさいネットワー

ク」などです（第二世代）。

日医総研は昨年10月「ITを使った地域医療連携」について全国の団体にアンケート調査を行いました。結果は日医ホームページで公表されており、小職が参加している日医の医療IT委員会でも先日、結果の一部が報告されました。調査対象は既存約100カ所（Web調査など）と地域医療再生基金関連の約70カ所、合わせて170カ所余りです。しかし、その約50余りが既に停止中であるとの結果でした。ネットワークシステムを作っても、それが使いにくいものであれば普及しませんし、使うメリットが実感できなければ次第に廃れていくでしょう。また、システムを作る当初の予算は補助金などで確保できたとしても、維持費がかさむため休止してしまう例もあるようです。

ITを利用した地域医療連携は、現在日本各地で運用されていますが、その多くは2次医療圏かそれ以下の規模での連携です。都道府県単位の連携は長崎県などまだ数カ所に過ぎません。これからの数年で都道府県あるいはそれを超える連携を構築しようと政府は考えているようですし、日医もそれに協力する姿勢です。しかし、費用の問題・情報漏洩の問題などの観点から、安易に政府やIT業界の言いなりになることは、大変危険であると考えられます。また、北海道は他都府県と比べると広大な面積を持っており、患者の移動から考えると、果たして道内全体の医療連携ネットワークシステムが必要かどうか、十分に議論することが必要です。

2) 医療等ID

行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案（番号法案）、通称マイナンバー法案が2013年5月24日に参院本会議で可決、成立しました。マイナンバー法で対象となっている医療分野とは、医療保険の「保険給付の支給又は保険料等の徴収」部分であり、診療記録等の医療情報そのものは対象になっておりません。

2011年6月30日の社会保険・税番号大綱において、「医療分野等の特に機微性の高い医療情報等の取扱いに関し、個人情報保護法又は番号法の特別法として、その機微性や情報の特性に配慮した特段の措置を定める法制を番号法と併せて整備する。なお、法案の作成は、社会保障分野サブワーキンググループでの議論を踏まえ、内閣官房と連携しつつ、厚生労働省において行う」とされました。

この「社会保障分野サブワーキンググループ」および「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」から、2012年9月12日「医療等分野における情報の利活用と保護のための環境整備のあり方に関する報告書」（以下報告書）が出されました。

今後の日本においては高齢化社会がますます進行し、介護分野での仕事量が急速に増加すると予想さ

れます。そのため医療機関同士、医療機関と介護施設など異なるサービス提供者の間の情報連携が必要となってきますが、マイナンバー法では異なるサービス提供者間での情報のやりとりは一般的に禁止されております。したがって報告書では、マイナンバーとは異なる医療等分野でのみ使える番号（医療等ID(仮称)）や安全で分散的な情報連携の基盤を設ける必要があるとしています。

日医総研の「ITを使った地域医療連携」調査によると、現在稼働しているネットワークの範囲としては2次医療圏ないしはそれ以下のものがほとんどです。この規模であれば、都道府県あるいはそれ以上の広域に通用する共通IDは必要なく各医療機関のIDを関連付けられる仕組みがあれば十分です。

一方、都道府県単位の広域地域医療連携ネットワークの構築は、最近始まったところです。都道府県単位での広域ネットワークの構築・運営にあたっては、都道府県独自の共通患者IDがあれば便利ではあります。実際、広域ネットワークを構築しようとしている都道府県では、マイナンバーあるいは医療等IDを使用できれば便利であるとの意見が多いようです。

医療等ID（仮称）について、報告書では①**本人識別・本人確認**（サービス提供者間で、利用者を同一人物であると認識し、なりすまし等の防止をすること）、②**機密保護**（情報の漏洩、不正取得等を防止する方策を講ずること）、③**証跡確認**（利用者自身が不利益を被っていないことを、関係者がいつでも確認できる手段を講ずること）、④**分散管理**（医療等に関する情報が一元管理されないようにすること）の4

点を規定しています。しかし、全国民に医療用のIDカードを交付し、患者はそれを持って病院を受診、医療情報もカード（あるいはID）に蓄積されるとすると、その情報が漏洩する危険が非常に増大することになります。レセプトもこのIDを使用することになると、さらに情報漏洩の危険が高まります。現時点では、情報が漏洩した際のデメリットを考慮すると、医療等IDを導入するメリットはあまりないと思われます。

ITは急速に進歩しておりますから、医療・介護の分野でもこれを利用すべきと思われます。しかし、医療連携ネットワークの全国的な普及にはかなりの年数を要すると思われますし、セキュリティ対策として最も重要な個人情報保護法の医療特別法（個別法）の制定には、もう少し時間がかかる見込みです。

したがって、医療等IDのような全国共通のIDが必要かどうか、それがないと全国的な医療連携ができないかどうか十二分に検討する時間的余裕がありますので、医療等IDの導入には慎重であるべきと考えます。

おわりに

医療におけるITの利用の仕方は、種々ありますが、ここでは地域医療連携に限定して述べました。また、医療等IDのような共通の患者IDについての現在の考え方について説明しました。この分野は今後数年の間に急激な発展を遂げることと思われ、いずれ北海道全体の医療連携ネットワークが必要かどうか検討する時期が来ると予想されます。

電子メールによる会員への情報提供について

— メールアドレスの登録 —

◇情報広報部◇

本会では、インターネットを利用し、電子メールにより緊急性の高い情報を、会員の皆様に送信提供しております。対象は当会の電子メールアドレス利用者全員と他プロバイダの電子メールアドレスをお持ちになっていて、本会にアドレスを登録している会員です。

他プロバイダの電子メールアドレスの登録につきましては、随時受け付けておりますので、是非ご登録いただきたくご案内いたします。

●電子メールアドレスの登録方法

電子メールで、ご氏名、登録メールアドレスを明記のうえ、下記宛お送りください。

・申込先メールアドレス：add@m.doui.jp