

**医療等分野の情報連携基盤となる全国的なネットワークや  
サービスに関する検討会・WGでの構成員の主な意見  
(概要)**

※主なご意見を事務局の責任でとりまとめたもの

**平成 30 年 6 月 27 日**

1 医療等分野の情報連携基盤となる全国的なネットワーク・サービスの総論・全体像

(○検討会①、□WG①、◇WG②、◆WG④)

項目	構成員の意見の概要
保健医療従事者や患者・国民のメリット	<p>○保健医療従事者が、本当に医療が患者のためになっているか確信できることが重要。患者・国民にメリットがないといけないし、保健医療従事者にもメリットが必要。医療を提供する側、受ける側、連携する保健医療従事者等が本当に大事だと認識して、基礎をつくっていくことが必要。</p> <p>□保健医療従事者が正しく活用できるための周知が必要。</p> <p>○目的、効果、安全面も含め、一般の人にわかるような説明が必要。</p> <p>○個人の利益も大事だが、国民全体のための目的を明確にすべき。</p> <p>◆全国的なネットワークを作るメリットの整理が必要。どのような便益があるかによって、同じコストでも耐えられるものかどうかが変わる。</p>
保健医療機関のネットワーク参加インセンティブ	<p>○今までネットワークに参加していない医療機関等に簡易でコストも低く、セキュリティが高いネットワークを供給し、医療・介護の進展を目指すべき。</p> <p>○大小様々な医療機関にネットワークに参加するメリットを説明できなければいけない。全国で1つの電子カルテになるというのがわかりやすい。</p> <p>○看護の領域で地域包括ケアの観点から、患者が病院から地域に出るときに顔の見える関係で医療と介護をつなぐことが必要。その際、情報共有はメリット。訪問看護ステーションについては、電子化の基盤整備も必要。</p>
シンプルなシステム、将来の発展可能性、費用便益等	<p>○ヨーロッパの国々では、システムはできるだけシンプルにすること、将来の技術革新を見据えた発展可能性があること、そしてコストの問題を議論したと聞いている。ある国では、イニシャルコストはかかるが、将来的に節約できるコストと国民に対する医療サービスの質が向上するベネフィットを考慮し、間違いなくこの道を進むことにした、と聞いている。</p>
日本の医療制度の中での位置づけ等	<p>◆日本の医療がつぶれないようにするためにどのような仕組みを作るのか。医療の効率化を図り、サービスの質や国民皆保険に基づく社会保障制度を維持していくことが大きな目的であるはず。日本の医療の仕組みとして、どうやって効率をあげるのか、どうやって透明性を確保するのか、どうやって国民に負担をお願いするのか、それらを考えた上での全国的なネットワークであるべき。</p>

## 2 データ項目・標準化等

(○検討会①、□WG①、◇WG②、◆WG④)

項目	構成員の意見の概要
データ項目の選定と標準化の実装	○何のために全国をつなぐネットワークをつくるのか明確にすることが必要。医療がひとつの医療機関の中で完結しない以上、複数の医療機関でデータが共有され、評価できないといけない。標準規格が普及していないのは、医療機関の中で完結するなら必要ないから。全て共通にするのは困難であり、本当に役に立つデータ項目を選ぶことが必要。
	□共有すべき最小な情報には、アウトカム情報の中から本当に必要なものを含めるべきで、検査結果を検査センターから収集することを考えるべき。また、病名はレセプトからではなく、サマリから確認することが必要。
	□最小なデータは、レセプト情報を主として、臨床検査情報を付加したくらいの最小な医療情報から始めてはどうか。
	◇診療所の基本情報作成にはコストの問題や診療所が手書きで情報入力する課題がある。レセプト情報は診療所の医師から見ると非常に手軽。
	◆レセプトコンピュータには診療報酬請求のためのレセプト情報以外にも処方せん情報や検査センターから取り込んだ検査データなどがあり、活用できるのではないか。
	○薬局が保有している薬の情報はネットワークでは有効。
	○標準化は時間がかかり、特に現場に実装されるまで相当かかる。現実的なことを考えるべき。

### 3 ネットワーク構成等

(○検討会①、□WG①、◇WG②、◆WG④)

項 目	構成員の意見の概要
各地域のネットワークとの関係	○全国をひとつにまとめる案と、現実にあるネットワークを連結・連携させる案がある。スケジュールやコストを考えれば、後者の方が早く実現できるのではないか。また、段階的な形のスケジュールも視野に入れるべき。
	○都道府県単位のネットワークが既にあり、県域を越えた連携も工夫して行っている。全国ひとつのネットワークはコストに見合わないと思うが、首都圏など、ネットワークの圏域を超える場合、ネットワーク間をつなぐ仕組みは必要。最低限共有するデータや機能は何か議論していただきたい。
	□現在各地域で行われているネットワークの資産を生かした上で、ネットワークを構築していない地域が参加しやすいシステムの提案を行うことが必要。
	◇全国で進めた方が効率的なものと地域で価値あるものを分けるべき。理想的なものをいきなり全国的に実現するのは難しい。
	◆地域のネットワークについては、これまで共通仕様などが無い中、公費財源を用いてそれぞればらばらに構築してきた。今回は全国的なネットワークをコスト負担の課題も整理して、実現していかなければならない。
	◆地域のネットワークはほとんどうまくいっていないのは、コストの問題や情報共有の標準化がなされていないため、ばらばらに構築されているのが現状。医療従事者の人員不足、データヘルス推進などを踏まえれば、一気に進めないといけない。
	◆全県単位のネットワークは 26 あるが、導入コストの問題、運営コストの問題、セキュリティ専門知識の欠如等の理由により、急速に導入が進んでいるとは言い難い。基本的に医療は地域で行うことが多いことから、全国での基盤を活用しながら、地域での人的ネットワークをベースとしたネットワークを作りやすくするという観点から、全国的なネットワークを構築することには意味があると思う。

項 目	構成員の意見の概要
ネットワーク構築の留意点	○健康長寿に向け、様々な分野を有機的に連結するためのネットワークであり、ユースケースが異なる中、重複投資がないよう、互換性の取れるネットワークの検討が必要。
	□各ネットワークで閲覧するための共有ビューアが必要。どの医療機関でも扱うことが可能な拡張子を決める必要があるのではないか。
	□責任分界点については、非常に難しいが、ルールが必要。
	□プライバシーに配慮しつつ、情報ネットワークが適切・効果的に運用されるよう、医療現場での利用シーンを想定した設計に留意すべき。
	■様々な職種がネットワークにアクセスするため、H P K I カードによるオンラインでの保健医療従事者であることの確認が重要。特に訪問看護師はどうするのか。安全性・セキュリティを含めて検討すべき。
	◆ネットワーク部分とアプリケーション部分は分けて整理し、検討すべき。最初から重いデータをやりとりする前提では運用経費もかかるため、アプリケーションの価値が明確なものからやっていくべき。地域をまたがる全国的なネットワークを一気に太くすることはやり方次第では破綻しかねず、やめた方がいい。
	◆基本的にはアプリケーションから検討を行うべき。
	◆ネットワーク技術面で I P - V P N のほか、オンデマンド V P N があり、費用対効果や特性の違いを鑑みながら、組み合わせていくことが必要。
	◆全国的なネットワークの構想は、様々な目的別のネットワークが構築され、診療所が複数のネットワーク回線を契約したり、ネットワークのトラフィックが一時に集中したりする中、より有効な使い方はないか、という議論。どういうアプリケーションでどういう価値があるか、昨年度の総務省実証事業も踏まえつつ、精査が必要ではないか。密度と容量は順次、時間軸によって変えながら、有効に使うべき。
◆広域 M P I の設計を間違えると医療等分野の識別子 ( I D ) が動かなくなるので、きちんと議論すべき。	

項 目	構成員の意見の概要
全国的なネットワークの方向性	□これまでの各種調査実証事業を踏まえ、全国的なネットワークのゴールイメージを明確にすることが必要。
	◇全国的なネットワークでは、高いセキュリティを確保し、オンライン資格確認やレセプトオンライン請求等を含め、つなげられる根幹を目指すべき。
	○いわゆるインターネットエクステンジをうまく使えば、標準方式に変えることも可能。オンライン請求のネットワークを相互接続に変えるということも考えられる。
	◆HPKIなどの基盤となる技術は熟してきている。今こそ全国的なネットワークを構築すべき。国や医療業界全体の力をうまく使って、運営主体、コストの問題について、きちんと議論を進めて乗り越えていくべき。
	◆レセプトがデジタル化して久しいが、すべての医療機関がオンラインでつながっているわけではない。多くの診療所はデータを地域の医師会に集めて、そこから請求しているのが現状。基盤となるネットワークを作ると合わせて、診療報酬にかかわるようなサービスを導入することも同時並行的に行う必要がある。
	◆全国的なネットワークの姿が見えてきたが、誰がどういうメリットを感じ、好んで手を挙げるか。薬剤師会ではHPKIカードの発行、電子お薬手帳の閲覧サービスも提供しているが、月数千円でもこの足を踏んでいるのが実態。薬剤師の業務がこうした仕組みがなくても回っているのも現状。ICTの取組を誰が引っ張り、誰が後押しするのか、もう少し明確にすることが必要。

#### 4 運営主体

(◆WG④)

項目	構成員の意見の概要
地域のネットワークとの関係	◆県境で他県のネットワークの医療機関等を利用するケースでは、地域のネットワーク同士の連携の課題や同意ルールの違いなどの阻害要因があり、ガバナンスを取るためにも、全国的な運営組織を考えることが必要。
全国連絡協議会	◆全国連絡協議会については、これまでいくつかの実例があり、現在は日本医師会に医療情報に関する連絡協議会がある。日常的な運用のための協議会では現状ないが、こうした既存の仕組みも踏まえて検討してほしい。
I S A C	◆金融分野や電力分野等で安全性の向上のため I S A C が運営されているが、検討に当たっては、医療分野でも運用モデルをしっかりとっておかないといけない。

#### 5 コスト

(□WG①、◆WG④)

項目	構成員の意見の概要
コスト負担の在り方	□安定的な運用のため、幅広い関係者によるコスト負担に留意すべき。
	◆コスト負担の検討に当たっては、最終受益者が誰かを明確にしないと議論が進まないのではないかと。できれば診療報酬上の評価も加えてほしい。
	◆コストベネフィットが不明確。レセプトのオンライン請求については、診療報酬の入金の短期化など、医療機関側に明確なメリットがあったので進んだ。コストを上回る便益、国民から見た利便性、さらにリスクに見合ったベネフィットについて、さらに整理が必要。
	◆国がサービスを運営するとコストが大きくなりがち。国が直接運営せず、サービス課金設定もサービスごとにある程度自由に設定でき、使われなくなったサービスはできるだけ簡易に廃止できる仕組みが必要。
セキュリティのコスト	◆SOC（セキュリティ監視センター）だけでも運用経費は相当なものになる。運用後すぐに維持できないとしないよう、よく考えて進めていくべき。
	◆セキュリティ対策にコストがかかることに加え、セキュリティ対策の自動化に反対意見があるなど、セキュリティ対策に関する考え方が様々であり、温度差がある。

## 6 運用ルール

(□WG①、◇WG②、■WG③、◆WG④)

項目	構成員の意見の概要
総論	□個人情報保護法には完全に抵触しないとの根拠を明確に示す必要がある。
プライバシー リスクへの対応	<p>◇ネットワークで情報が流通する中で、初診時、災害時等の様々な利活用局面が広がるほど、考えてもいないプライバシーリスクが顕在化する。介護では問題がより複雑化する。</p> <p>◇ネットワークの設計・定期見直しを行う際、どのようなプライバシーリスクが起きうるかをしっかり検証すべき。利活用シーンを広げる際のチェックポイントにもなる。また、同意して個人情報を提供する患者の側からの納得感にもつながるのでプライバシー影響評価を考えるべき。</p> <p>◇各国のネットワークの例を見ると、最初の段階でリスク評価やリスクをより小さくする制度が議論されている。設計段階でのリスクアセスメントの在り方は検討すべき。</p>
同意ルール等	<p>□同意の取得方法などの共通の運用ルールの整備、患者識別番号による名寄せの正確性、職種ごとのアクセスコントロール、HPKIや施設識別のためのOIDの扱いなどの検討が必要。</p> <p>□プライバシーに配慮しつつ、情報ネットワークが適切・効果的に運用されるよう、医療現場での利用シーンを想定した設計に留意すべき。(再掲)</p> <p>◇同意について、例えば、外来受診、母子手帳、学校入学等、ライフステージの入り口で取得する仕組みを検討すべき。</p> <p>■患者の同意はその場の同意でも可能とし、事前同意がないと開示できない仕組みは避けるべき。</p> <p>◆利用者認証の管理が大変であり、誰が管理するかによって、コストに反映してくる。</p>
開示設定	■開示項目の設定は、患者・国民の入力負荷が少ないことも大事だが、面倒であっても細かく設定できるようにするのが本来あるべき姿ではないか。



7 その他（在宅医療介護等、論点整理）

（○検討会①、◇WG②、◆WG④）

項目	構成員の意見の概要
在宅医療介護	○看護の領域で地域包括ケアの観点から、患者が病院から地域に出るときに顔の見える関係で医療と介護をつなぐことが必要。その際、情報共有はメリット。訪問看護ステーションについては、電子化の基盤整備も必要。（再掲）
	◇地域包括ケアを考える上ではどうやって介護を絡ませるかが大事。ただし、介護は契約書で動いており、同意は包括同意でいいのか、介護を受けている方の情報を医療従事者が誰でも見ることがよいのかなど課題がある。
	◇介護の現場において、医療における電子カルテの三原則や関連ガイドラインのセキュリティなどの普及が不足している。セキュリティの問題は非常に大きい、介護は小さい事業者が多いのでセキュリティ対策に費用をかけられないという事情がある。
	◆病病・病診連携でのメリットは入退院時と圏域を超えた受診がある地域くらいではないか。在宅医療介護を視野に入れないとネットワークの意義は乏しいのではないか。
今後の検討の論点整理	◇①テクノロジー（コスト、既存システムの活用、継続性）、②アドミニストレーション（マネジメント）（制度構築、運営体制）、③リーガル（同意、プライバシーデザイン、リスク・責任分界点）の3つの観点で整理が必要。①・②の方向性が定まれば、それを可能にする③の法的議論を作り上げればよいのではないか。