国際公共政策研究センター主催シンポジウム

活発な討論が行われたシンポジウム＝長崎市のＡＮＡクラウンプラザホテル長崎グラバーヒルで６月28日

医療現場での地域医療情報連携ネットワークの進展や全国普及に向けて、マイナンバー制度と情報通信技術（ＩＣＴ）をどう融合、活用させていくかがテーマのシンポジウム「マイナンバー×ＩＣＴを活用したスマートガバメントの実現～広域医療連携の実現と生涯にわたる健康・疾病管理に向けて～」が６月28日、長崎市のＡＮＡクラウンプラザホテルで開かれた。マイナンバー制度の政策提言をしている国際公共政策研究センター（ＣＩＰＰＳ）主催。同センターの金子麻衣主任研究員がマイナンバー制度活用の重要性を解説。地域医療ネットワークにたずさわる関係者を中心に５人がプレゼンテーションし、同センターの田中直毅理事長をモデレーターに有効性や課題について活発な討論が行われた。概要を掲載する。（本文敬称略）

モデレーター

国際公共政策研究センター
田中 直毅理事長

たなか・なおき　東京大学大学院修士課程修了。国民経済研究協会研究員を経て経済評論家。21世紀政策研究所理事長などを務め、2007年から現職。愛知県出身。

マイナンバー×ＩＣＴを活用したスマートガバメントの実現

広域医療連携の実現と生涯にわたる健康・疾病管理に向けて

スマートガバメント　ＩＣＴなどを活用して、政策の迅速な実現や行政の効率的な事務処理ができる、市民や行政、企業の連携による新しい地域経営体。ＣＩＰＰＳでは、マイナンバー制度と有効なツールであるＩＣＴで構築したスマートインフラによる、国民一人一人と向き合いながら国としての成長も実現する機能的な「新しい国のかたち」としてスマートガバメントを位置づけている。その上で医療や災害に強い共通の情報基盤をもった社会システムの構築など、政府をはじめ行政、国民、民間企業が連携、一体となっての自立したガバナンスの確立を提言している。

プレゼンテーション

医療の質向上に貢献

NPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会会長
小尾 重厚さん

おび・じゅうこう　1977年弘前大学医学部卒。同年長崎大産婦人科入局、国立長崎中央病院などを経て86年開業。長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会（あじさいネット）会長。

ネットワークを立ち上げて約10年、さまざまな課題も抱えていますが、情報提供病院数は23、診療所など閲覧可能施設は237、薬局43、会員387、登録患者数は約3万5000人です。

ネットワークの重要な機能は他施設や紹介先の診療情報の閲覧、高額医療機器の利用、服薬指導で、診療そのものの支援機能の充実とともに、診療経過を詳細に把握することで、かかりつけ医などが最新医療の生涯学習の有効な支援機能も果たしていること。医療の質の向上がネットワークで地域全体につながっていることです。

ネットワークのより効率的な運営、組織やシステム作り、コスト負担のあり方など課題もあり、マイナンバー制度にも注目しています。また、患者さん中心の真の医療連携のためには、研究会など交流の場を積極的に開き、データばかりではなく顔の見える組織づくりの大切さも痛感しています。

医療から介護・福祉へ展開

長崎大学病院医療情報部准教授
松本 武浩さん

まつもと・たけひろ　1989年長崎大学付属病院、90年佐世保中央病院、91年田川市立病院内科医師、2000年国立国際医療センター情報システム部研究員などを経て現職。

ＩＣＴを活用した医療連携では、広域化と事業の継続性が普及する上での課題とされています。あじさいネットは、医療機関の多い長崎市への展開を皮切りに、ここ10年で離島を含めた長崎全県下に広がりました。

事業の継続性のため運用当初から会費制で運営していますが、この10年間での退会はわずか4施設。共有している患者さんの数は3万5000人を超え、毎月の新規登録は約800人と順調に利用が広がっています。

我々の取り組みの結果から、全国的に苦労しているケースではＩＣＴネットワークの価値や必要性の啓蒙不足や利用負担の少ない使い勝手の確保に加え、セキュリティー対策のために最低限費用負担が必須であることへの理解不足が原因ではないかと考えています。

あじさいネットでのカルテ閲覧の特徴は、複数の病院に通院していれば複数病院の診療情報を同一カレンダー上で一度に見ることができ、時系列で患者さんの診療経過を把握することができます。拠点病院の診療情報共有をこえ、現在、診療所からの情報提供や在宅医療チーム内での多職種からの情報提供と共有を進めています。このような医療から介護・福祉への展開と、あじさいネットそのものに新たな機能を付与することで、ＩＣＴネットワークの新たな価値の創出に取り組んでいます。

共通の基盤整備へ制度導入検討

佐賀大学医学部付属病院医療情報部准教授
高崎 光浩さん

たかさき・みつひろ　1991年佐賀医科大学大学院医学研究科博士課程修了。2004年から現職。総合情報基盤、地域医療支援の各センター副センター長。地域医療科学教育研究センター医療連携部門准教授を兼担。

佐賀県診療情報連携システムは、大学、中核病院、医師会、行政が一体となって協議し構築した全県ネットワークです。特に東部二次医療圏では隣接の福岡県久留米市での受診率が高く、県境をまたいだ広域連携が不可欠であることから、ＩＤ－ＬＩＮＫ同士の直接連携が実現しました。

鳥栖市に西日本で初めての炭素線によるがん治療施設が誕生したこともあり、九州内の全大学による連携治療を核に広域化がさらに進むと思われます。

紙カルテでも電子カルテでも患者さんの二重登録は重要な課題です。一医療機関内でさえその人がその人であることの確認は難しく、医療連携が広域化すると、各病院に受診歴があるＡさんが同じ人物かを見極めることは医療安全上欠かせません。情報の機密性、完全性、可用性の3点が維持されて適切な管理といえます。医療に限らず情報は活用して意味があります。

個人情報の有用性と個人の権利利益の保護のバランスが大事。個人に付与されたＩＤ番号に求められる普遍的な機能は①本人であることの証明②その人のもつ権限の確認の2点。分野に関係なく共通の基盤整備が必要で、マイナンバー制度導入も重要な課題として検討しています。

「どこでもマイ病院」実現のために

東京医科歯科大学教授
田中 博さん

たなか・ひろし　1981年東京大学医学系大学院博士課程修了。87年浜松医科大付属病院医学情報部助教授、91年東京医科歯科大生命情報学教授を経て現職。地域医療福祉情報連携協議会会長。

これまでの医療体制は、個々の病院が担う「病院完結型」医療の無関連な集まりである日本型医療体制でしたが、超低成長期を迎え、医療費抑制や医師不足、産婦人科医や小児科医の減少、高齢化による慢性疾患増大などで崩壊。行きづまった地域医療は、現在、医療・福祉を含めた持続可能な医療、ケア体制の構築、医療情報連携システムの導入といった再生を目指しています。

地域を単位に、病院や診療所を専門化、分担機能化した連携医療▽急性期治療中心から生涯を通じた健康・疾病管理へ転換▽重症化防止などによる医療費の適正化▽在宅医療を基点にした日常生活圏中心の地域包括ケア――が柱になっています。

連携システム構築に対する各地の医師会の関心は高まる一方です。セキュリティーレベルや費用負担、同意書の形式の共通化、標準化などシステムの課題があります。また、地域を越え国家レベルまで視野に入れた医療、ケアの広域化・生涯化には、個人が生涯にわたっての自身の医療・健康情報を記録した生涯健康医療記録（ＰＨＲ）を地域や国家レベルで共有する必要があります。そのための共通ＩＤ番号を持ってこそ個別化医療・ケア「どこでもマイ病院」が実現するわけです。

医療連携ネットワーク標準化すすめる

内閣官房審議官（社会保障改革担当室）
向井 治紀さん

むかい・はるき　1981年東京大学法学部卒、大蔵省入省。2009年理財局次長、10年から内閣審議官（社会保障改革担当）、13年内閣府番号制度担当室長併任。

住基コードや年金番号、健康保険証の番号などありますが、それぞれに課題があり、それに代わって国民一人一人を個人として特定でき、唯一無二で普遍性を持つのがマイナンバー制度。生涯にわたる大事な番号です。

利用範囲は法律で社会保障、税、災害対策の3分野となっています。医療では保険給付事務などでは利用できますが、カルテ情報など個人の医療情報の管理には利用できません。しかし、地方公共団体が関与している事務での利用について条例で定めるなどすれば、地域医療情報連携ネットワークシステムなどで利用できるようになるでしょう。

昨年、世界最先端ＩＴ国家創造宣言が閣議決定され、ＩＴ総合戦略本部が策定した取り組みでは、医療連携ネットワークの標準化をすすめ、2018年度までに全国へ普及、展開するとしています。

同戦略本部のマイナンバー等分科会の中間報告では、16年1月からの利用開始を見据えながら利用範囲の拡大として「医療・介護・健康情報の管理・連携」も位置づけられています。医療情報は機密性と公益性が高く、バランスをどう取るかなどマイナンバーの利用をからめた法体系の改正が必要です。

パネルディスカッション

使いやすい機能と低コストが大事
生涯健康医療情報と本人特定必要

田中直毅　プレゼンの発言に補足したいこと、他の人への質問があれば。

松本　ＩＣＴ連携の価値と理解、有益で使いやすい機能に加え、機能に見合うコスト設定が必要と補足させていただきます。広域医療連携で必要なことは、理解、役に立って使いやすい機能と低コストの提供。システムの実現と持続可能のためにはとても大事です。

高崎　私は私であると証明する普遍的な手段ができていないのが問題。マイナンバー制度はその一つの手段と考えています。

田中博　医療連携ネットワークは全国で100以上も立ち上がっており、県単位、2次医療圏など設定地域をどうするのか。医療と介護のネットワークのつながりも関わってくれれば、補助金の交付も現在の県単位などではなく、居住圏、文化圏、医療圏といったとらえ方で全国展開を考える必要があります。

向井　あじさいネットワークなど皆さんの意識の高さに驚かされ、勇気づけられました。

田中直毅　患者さんにとって医療連携のメリットは。

小尾　ネットに入っている医療機関の多職種の人、専門医と直接つながるメリットがあります。それと、大病院での画像や専門医の説明ではわかりにくいことが、かかりつけ医を介して理解することができ、敷居がとても低くなります。

田中直毅　地域連携に入っていればマイナンバーは要らないのでは、という声もあります。

向井　医療連携システムを構築する際、常に問題になるのが本人の特定を何を使ってするのかということ。健康保険証などあります。職場が変わると番号が変わるなど普遍性がなく、生涯にわたっての本人を特定する仕組みとしてマイナンバー制度を参照することで活用できます。

高崎　マイナンバーは本人特定にとても有用であること、そして、医療における本人特定は医療の安全上不可欠であると考えています。

松本　ＩＣＴ連携の効果ですが、全国的にまだ始まったばかりで、導入したが実際はまだ稼働していないケースもある。今は理解や普及を図る初歩段階。次のステップとして医療の質への効果評価や、共有した情報を効率的に活用する仕組みを組み込んでいくことと考えています。

田中博　医療の質の向上、コスト問題など、評価するための指標づくりを提案しています。地域ネットなど基盤システムは公的な情報インフラとして県や国の関与が必要。その上で構築されたデータは、地域医療や福祉の政策への活用が可能でしょう。

田中直毅　マイナンバーを活用した医療情報の安全な連携の手段としてのクラウドコンピューティングについては。

田中博　医療と介護について公的なクラウドがあればと思っています。一つの地域からいくつものクラウドにデータが流れるというムダをなくすためにも県単位で医療・福祉のクラウドをつくる政策を考えた方がいい。

松本　最も普及しているのはクラウド型の共通中継サーバーを利用する方式。これを国が構築し、低コストで利用できるようにすればいいのでは。

田中直毅　医療と介護の情報の扱いの差については。

小尾　あじさいネットは医師、歯科医師、薬剤師、看護師と、国家資格を持った人が関わっており、ネットの外側で見ています。

田中直毅　高齢者の見守りなどでＩＴを駆使した支援の手法、取り組みについてはどうですか。

向井　マイナンバー制度ではマイポータルで医療や介護など自己情報を閲覧、サポートを受けるという利便性が指摘されています。身近な情報が集まる郵便局や運送業界もいずれ介護の世界に参入する時代が来るでしょう。在宅医療や在宅介護の進展で公的費用は軽減するかもしれませんが、社会的コストはとても大きくなる。マイナンバーの活用など効率的な医療情報連携システムの構築がより重要になってきます。

田中博　医療システムの延長線上に介護を設定するか、分けて考えるのか、研究中で政策的に絞り切れていません。生涯にわたる健康管理なので、クラウドなど自己管理できる情報環境が整備できればと考えています。

田中直毅　国民皆保険制度を維持し、地域連携による医療情報の蓄積を活用、その結果として医療費抑制などのソフトウエアができれば国際的に展開できると思われます。

田中博　高齢社会、しかも低成長のなかでの持続可能な医療情報連携システムの構築は今が過渡期。創薬、医療機器、連携情報システムは、成長戦略の中でも輸出が期待されるものです。

田中直毅　広域地域連携システムが進みつつある現状が確認できました。大きなテーマとして、治療ばかりでなく予防を含めた健康管理のシステム作りのためには、一人一人を特定し生涯にわたって情報をひも付けできるマイナンバーの仕組みが必要という方向性がでたように思えます。患者は自らを守り、医療関係者には自己研さんの手立てとなり、制度の持続性にも直結させられるといいのですが。

政策提言・解説

医療の現状に欠かせぬ対応

国際公共政策研究センター主任研究員
金子 麻衣さん

かねこ・まい　1997年東京女子大学数理学科卒後、ＮＴＴ入社。2012年ＣＩＰＰＳへ出向。14年横浜国立大経営学修士課程修了、マイナンバーの活用研究などに従事。

緊急性の高い健康医療情報基盤である「地域医療情報連携ネットワーク」は、地域の医療機関が役割分担を明確にしてネットワークで結び、効率よく地域完結型の医療を提供することです。

その機能は①質が高く効率のよい医療を継続的に提供②遠隔地やへき地の診療をネットで直接診療など医療の格差是正③最適な搬送先の決定など救急医療体制の強化④医療と介護の連携――の4点。超高齢社会の到来や慢性疾患の増加などで毎年1兆円増える医療費や医師の地域間格差など、我が国が抱えている医療の現状に欠かせない対応といえます。

国はこれまでに約574億円を投じて実証事業などを展開し、現在、約140もの地域ネットワークがあります。最近は個人の健康管理や医療と介護の連携に拡大する傾向が目立っています。

これからの課題は、地域単位で個別化しているネットワークをつないで全国に普及させること。まずは政府の医療ＩＣＴに係るビジョンを地域と共有し、行政や業者など関係者が集まる場の設定など、地域が取り組みやすい環境の構築が必要です。

連携事業運営にからむ診療報酬の加算や、国による費用対効果の高いクラウド化推進、そして地域、制度の枠を超えて情報をつなぐためには、マイナンバー制度の医療情報分野への活用を図るための法改正など、解決に向けた取り組みが重要です。