

特集

第31回 医療情報に関する講演会

医療制度におけるICT化の 問題点について／ITフェア



この記事は、平成31年4月11日に開催された
「第31回医療情報に関する講演会」の様態をまとめたものです。

主催者挨拶

大阪府医師会長
茂松茂人



医療のICT化に関連して政府が進めている方向性として、患者情報の共有、患者が自身の医療情報に自由にアクセスできる仕組みであるPHR（Personal Health Record）、AIや新薬の開発などが掲げられています。また、それらの実現に向け、厚生労働省がデータヘルス改革推進本部を立ち上げ、患者情報等のデジタル化・標準化、地域保健医療ネットワークの構築、ビッグデータ化の推進などを着々と進めております。更に、健康保険法の改正を経て実施が予定されている保険証番号の個人単位化、保険証の個人番号の医療等IDとしての活用、保険証やマイナンバーカードを活用したオンライン資格確認などの施策を厚労省は着実に進めております。それに比べ、医師会はそのままで追いついておらず、このままでは埒外にされる可能性もありますので、我々は医療情報のIT化についてしっかりと議論していかなければなりません。

外来受付でマイナンバーカードを用いると混乱を来すことが予想されます。そうしたことも踏まえ、我々は今後の在り方を見据えてしっかりと検討していかなければならないと思っております。

また、医師免許証がカードにされれば、医師免許が更新制とされる恐れがあります。そのためにも、日本医師会が取り組んでおります医師資格証を普及推進することで対応すべ

きと考えております。本日お越しの先生方は既に持っておられると思いますが、地元に戻られましたら医師資格証の取得を勧めていただくようお願いいたします。

ICTについて医師会は遅れております。知識を高め、行政に対応していかなければなりませんので、しっかりと学んでいきたいと思っております。

メインテーマ

医療制度におけるICT化の問題点について／ITフェア

座長 大阪府医師会
医療情報委員会委員長
川西克幸



皆様、こんにちは。それではまず、大阪府医師会の大平真司理事から講演をお願いいたします。ご清聴のほどよろしくお願いいたします。

医療を取り巻くICT化の情勢について

大阪府医師会理事
大平真司



ICT化に関する問題点

ICT化に関する問題点として、オンライン

資格確認では確認のたびにつながなければならない、あるいは常時つないでおく必要があることによる安全対策が挙げられます。また、マイナンバーカードは顔写真があるためなりすましを防げる利点がありますが、取り扱いに細心の注意が必要であり、それに対する対策費用、更にはカードリーダーや専用回線の費用が必要となります。

医師資格証

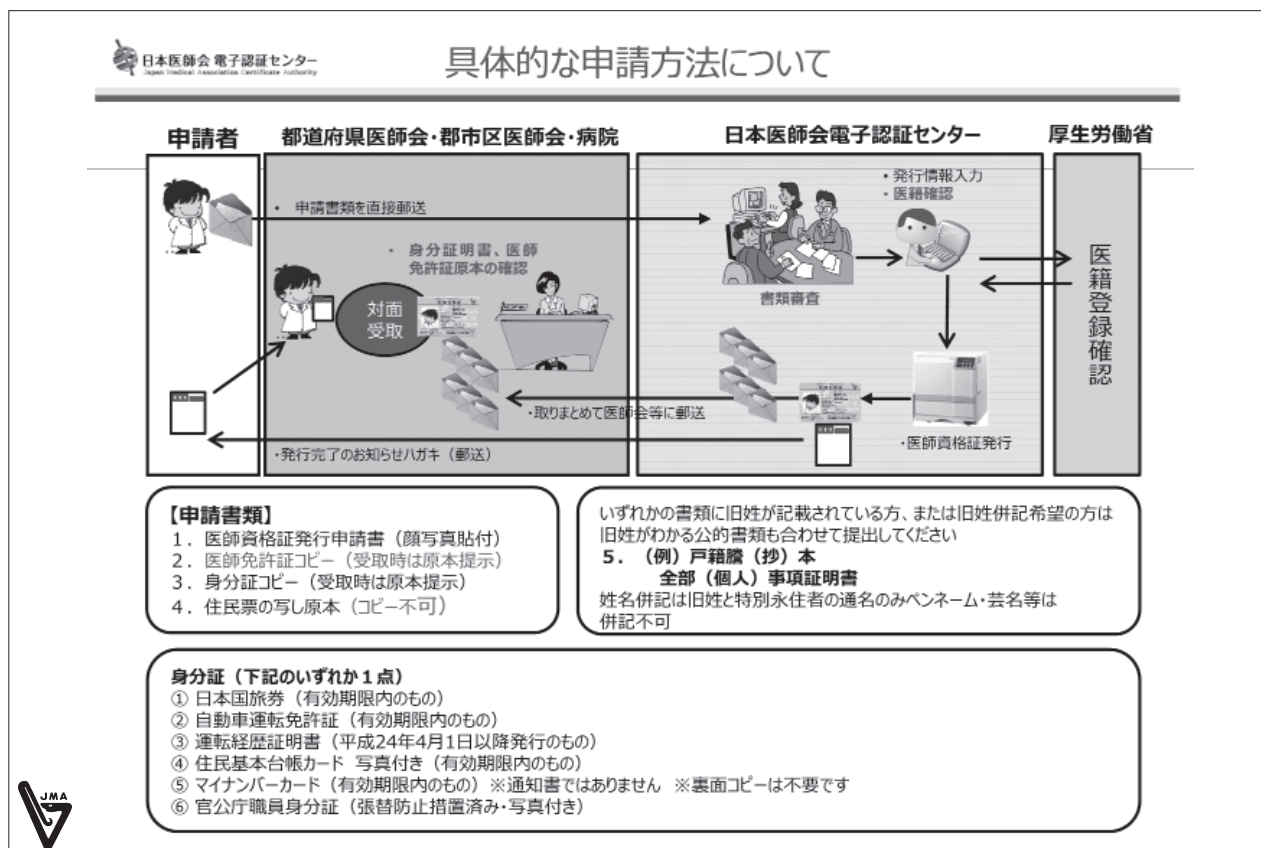
医師資格証は保健医療福祉分野の公開鍵基盤、Healthcare Public Key Infrastructureの頭文字をとってHPKIと呼んでいます。これも顔写真がついており、5年ごとに更新が必要です。HPKIで証明できる資格には医師、歯科医師、薬剤師など26の業種があり、多職

(図1)

種連携などにも利用できます。

HPKIは医師資格の証明になるため、現実的な世界の身分証明書としてだけではなく、ITの世界でも電子認証という形で証明できます。また、電子署名を施すことにより、誰が書類を作成したのか、改ざんされていないかということが証明できます。紙では自筆でサインをして印鑑を押しますが、このカードを使って電子認証という形で自筆と同じレベルのものができるといことです。

医師資格証のITでの利用シーンについてですが、生涯教育、認定医制度、かかりつけ医機能研修制度等の各種研修会では、カードリーダーにかざすだけで受付を行うことができます。また、ログイン認証として使用することもできます。都道府県医師会などの勉強会の出欠管理システムとしても利用できま



す。今後、日医では生涯教育講座やかかりつけ医機能研修の更なる普及のほか、認定産業医や認定健康スポーツ医への対応、各学会・専門医機構との連携を検討しています。

申請方法は、医師資格証の申請書をダウンロードして顔写真を貼り、医師免許証のコピー、運転免許証やパスポートなどの身分証のコピー、住民票の写し原本を日医電子認証センターに送り、確認されれば地区医師会等に郵送されます。申請者には発行完了通知ハガキが届きますので、そのハガキと身分証明書と医師免許証原本を持って地区医師会へ行くと受け取れます。将来は、専門医などの様々な単位を自宅で確認できるので便利になります。(図1)(図2)

しかしながら、平成31年2月28日現在、日医会員の取得率は7.013%。非会員も含めると全国医師数取得率は3.965%です。大阪は(図2)

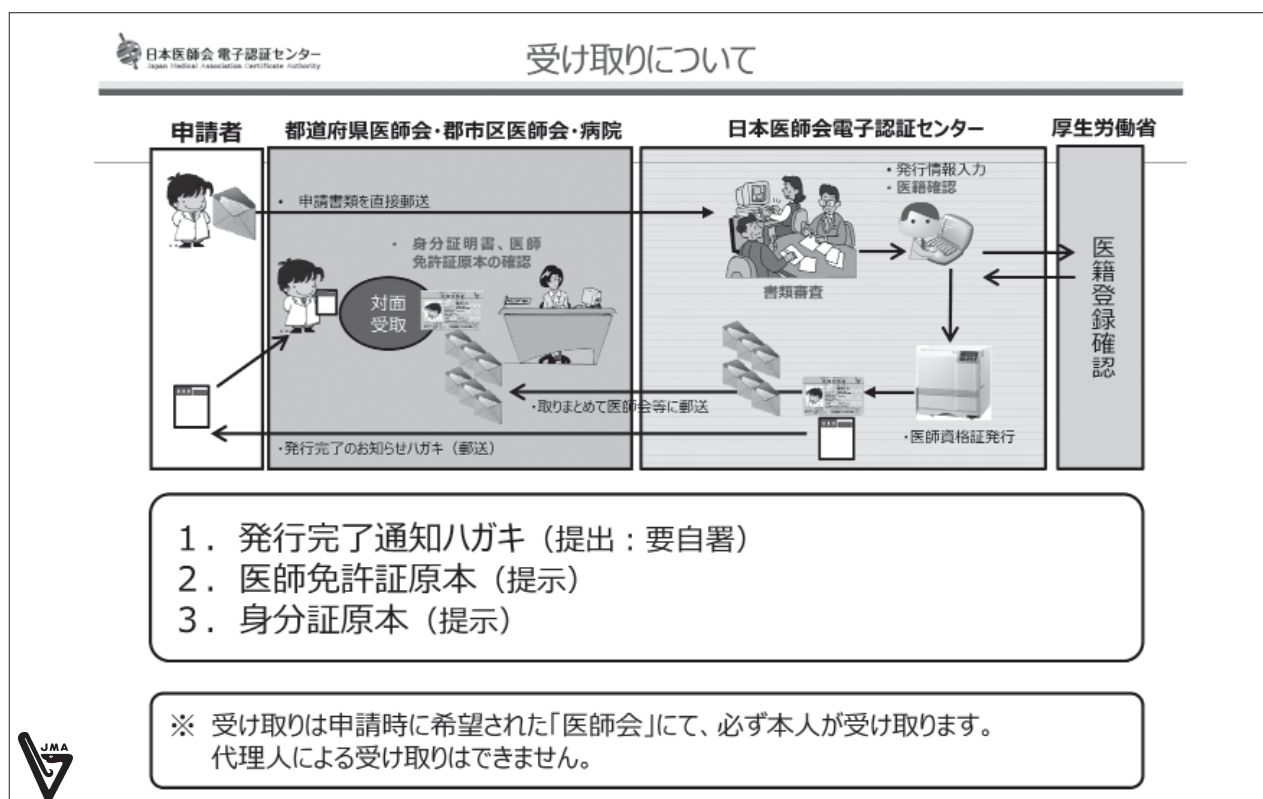
1.7%で全国最下位です。一方、マイナンバーカードの全国取得率は12.2%。日医としては医師資格証の普及を推進しておりますが、これではマイナンバーカードの方がいいのではないかと国から言われますので、医師資格証の普及率を上げたいと思います。

厚生省は医師免許証のカードによる発行も検討しております。資格確認は5年ごとにしても免許証の更新はしないとしておりますが、10年前に教員免許が更新制度になりましたので、医師免許もそうならないとも限りません。

次世代医療基盤法

次世代医療基盤法への取り組みです。

日医では、個々人の生涯保健情報統合基盤を構築・運用する一般財団法人を日医ならび



に本事業に賛同する医療関連団体等で設立して、認定事業者として認定を受けるべく申請することが理事会決定されています。医療機関や健診機関、介護事業者等から医療情報を適正に収集し、それを保管し、匿名加工および解析して、それを産官学の様々なところに提供し、それらから得られた様々な知見を国民に還元するということです。

認定事業者は非営利的なものでなければなりません。金銭的な対価では事業を継続できないため、各種勉強会や事業管理、ITマネジメント、匿名加工・解析、コンサルティングなどのサービス提供を通じて地域と共存することとなります。

医療セプター

医療セプターのセプター (CEPTOAR) とは、「Capability for Engineering of Protection, Technical Operation, Analysis and Response」の頭文字をとったものです。国の重要なインフラが14あり、医療はそのうちのひとつです。医療セプターでは日医がその事務局になります。

その機能として、医療事業におけるIT障害の未然防止、IT障害の拡大防止・迅速な復旧、IT障害の要因等の分析・検証などを行います。あるいは、政府からの情報を伝える、あるいは関連する情報を共有するということがあります。構成としては、日医のほかには日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会等17の構成員がごぞいます。

先ほど14の重要インフラと言いましたが、医療のほかには、情報通信、金融、航空、空港、鉄道、電力、ガス、政府・行政サービ

ス、水道、物流、化学、クレジット、石油があります。それに関連した重要インフラ所管省庁、関連機関等が内閣サイバーセキュリティセンターによる調整・連携をいたします。災害やサイバー攻撃に起因したインフラサービスに障害が発生した場合には迅速に復旧し、あるいはそれが起こらないように防止することによって、国民生活や社会活動に重大な影響が及ばないようにします。

医療ICT化の第一歩は、医師資格証の取得から始まると考えております。研修会や講習会の出欠管理、特に専門医、産業医、日医生涯教育講座単位取得・管理がこのカード1枚でできればと考えております。また、医師免許証の原本の代用として新規採用時や麻薬施用者免許申請などでの活用が想定されますので、ぜひ取得していただきたいと思います。

最近の医療におけるICT化について

日本医師会常任理事
長島公之



オンライン資格確認

日医は平成28年に「日医IT化宣言2016」を出しました。(図3)

「日本医師会は、安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守ります」については、医療機関が安全安心に安価に地域医療連携に活用できる医療専用ネッ

トワークの構築を目指すということで、医療等IDやオンライン資格確認やオンライン請求、地域医療連携、医療介護連携、電子紹介状、電子処方箋などが使える専用のネットワーク構築を提案しております。

オンライン資格確認について、日刊紙の記事等でマイナンバーが保険証になるという報道がありましたが、これは間違いです。マイナンバーではなく、マイナンバーカードの

(図3)

日医 IT化宣言2016

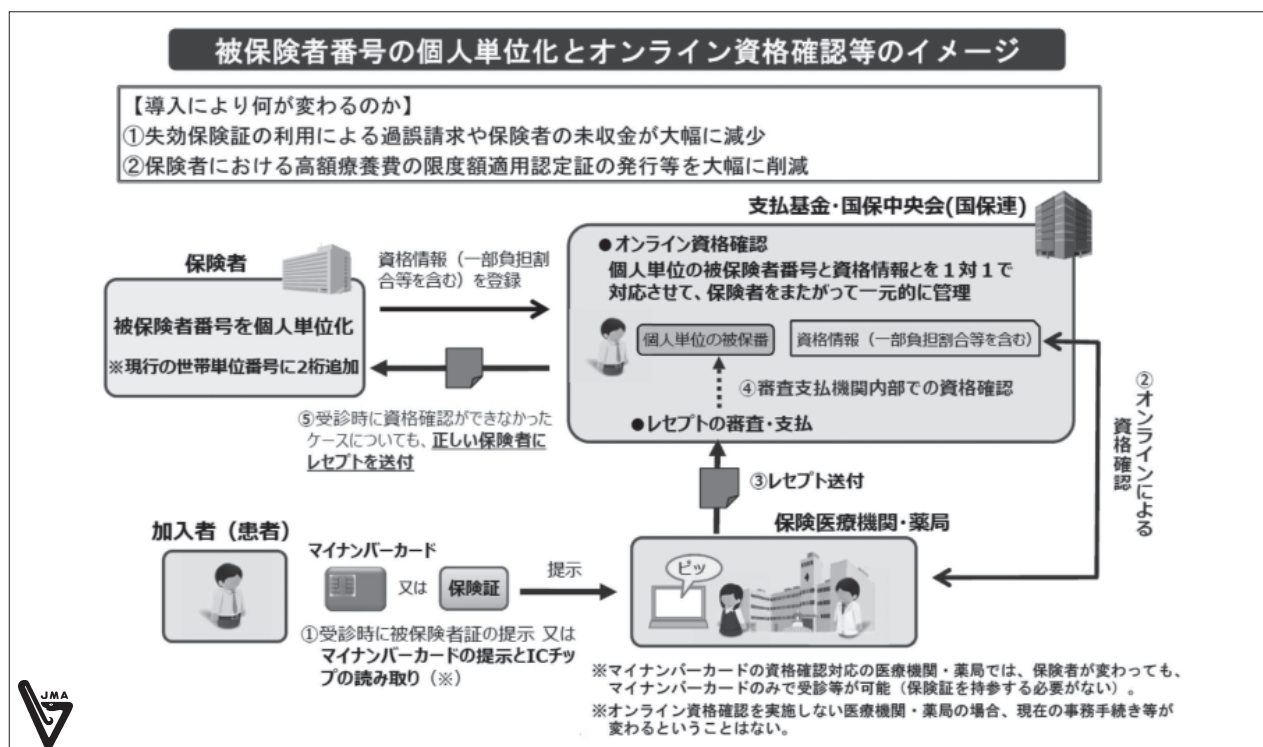
- 日本医師会は、安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守ります。
- 日本医師会は、医療の質の向上と安全の確保をITで支えます。
- 日本医師会は、国民皆保険をITで支えます。
- 日本医師会は、地域医療連携・多職種連携をITで支えます。
- 日本医師会は、電子化された医療情報を電子認証技術で守ります。

ICチップに入っている情報を使って保険証の有効性が確認できる仕組みということです。マイナンバーそのものは使いません。マイナンバーカードの券面には医療保険の情報は記載されておられませんから、ネットワークにつなぐための回線や、それを使うためのコンピュータがない医療機関では保険証の代用はできません。(図4)

現在の保険証は世帯単位に被保険者番号がついていますが、これだと個人がわかりません。2桁の番号を追加することで個人を識別できます。なお、2桁の番号は保険証を新規に発行するときに追加しますので、現在のものでもそのまま使用できます。

では、2桁の番号がない保険証ではオンライン資格確認できないかという、できる仕組みになっています。保険証でもマイナンバーカードでもできます。マイナンバーカードの場合は、まず医療機関の窓口で顔写真によ

(図4)



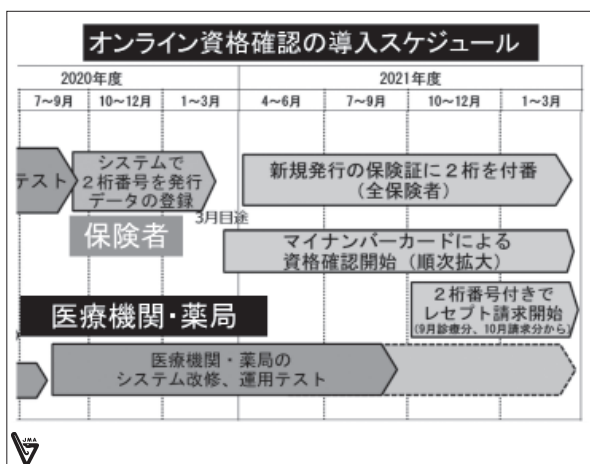
って本人であることを確認します。次に、患者さん自身にカードを読み取り機にかざしてもらうということで、医療機関はカードを預からない仕組みになっています。トラブルのもとになるので預からない、だから大丈夫というのが厚労省の説明ですが、当然そんなことはないと思っております。

オンライン資格確認の導入スケジュールですが、医療機関、薬局の側では2020年7月から9月にシステム改修や運用テストを始め、2021年10月から2桁の番号付きでレセプト請求を開始することになっています。保険者は2020年10月からシステムの方で2桁の番号を発行してデータの登録が始まります。そして、2021年4月から新規発行の保険証に2桁をつけていきます。(図5)

医療機関のメリット・デメリット

医療機関側のメリットとして、資格の有効性が確認できるため過誤請求が大幅に減ることが期待できます。失効している保険証があれば確認できますし、正しい保険者にレセプトを送ってもらえるため、失効保険証による

(図5)



過誤請求が減ります。

一方、デメリットや負担としては、マイナンバーカードの番号、個人情報を知られてしまうとか書き写されてしまうのではないかと心配もありますし、カードを失くしたというようなトラブルがあります。厚労省はカードを預からないから大丈夫と言っておりますので、医療機関ではカードを預からないということを患者さんに、あるいは医療機関側にも周知徹底が必要ですが、現実には、高齢者や身体が不自由な方などでひとりではカードを上手にかざせないとなると事務の方が手伝うことになると思います。今の保険証でも、記入所で失くしたと勘違いする患者さんが多いので、失くした、盗まれたという話が当然出てくると思います。あるいは、持ってきていないのにそこで失くしたという電話がかかってくる、これは保険証でもよくある話ですが、マイナンバーカードだと更に騒ぎが大きくなりますので、ひとりでは扱えない患者さんへの対応、あるいは勘違いや失くすということに関して、国に責任を持って対応していただきたいと要望していきます。

また、オンライン資格確認のためには、医療機関のパソコンが常時ネットワークにつながっていないといけないので、セキュリティ対策を取らなければ極めて危険です。オンライン請求とは比較にならないくらいセキュリティ対策を取る必要が出てくるといっても厚労省はよく把握していないと思いますので、厳しく言っていきます。

更に、カード読み取り機器の導入、レセプト等の情報システムの改修、カード読み取り機とつなぐための専用パソコンの準備など、コストが非常にかかりますので、それに対す

る補助金が必要と思っております。

メリットも多いのですが、デメリットや負担も大きいです。保険証だけで資格確認をするのであれば大きな負担はありませんが、マイナンバーカードを使うと現場の混乱やトラブルが起こり得ることも十分認識しておりますので、しっかり交渉していきたいと思っております。

システム導入に関しては、すべての医療機関での義務化はされず、対応可能な医療機関のみとなっています。ただ、その場合に、患者さんがマイナンバーカードを持ってきたのにこの医療機関では使えないのかと、導入していない医療機関に対する批判が起こる可能性がありますので、すべての医療機関で対応しているわけではないことを国が周知徹底すべきと思っております。

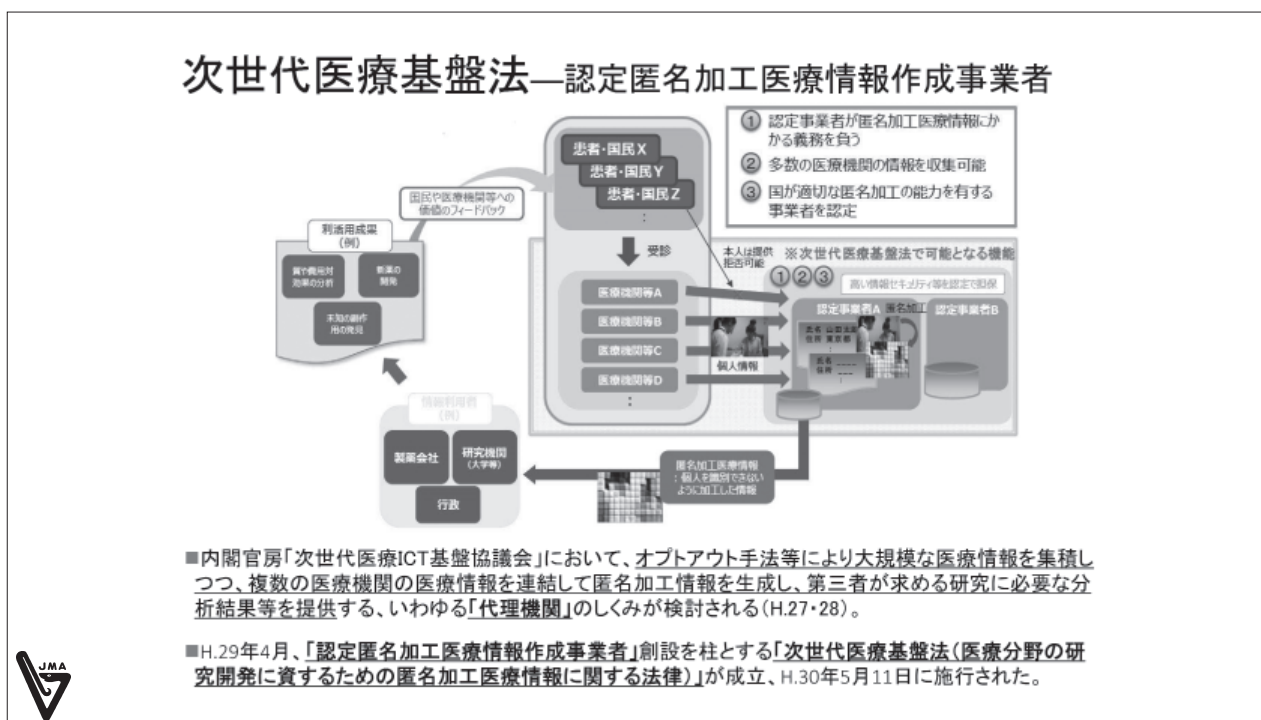
日医としては、オンライン資格確認をすべての医療機関に義務化することには断固反対

です。保険証を廃止してマイナンバーカードへ一本化することにも断固反対です。医療現場の負担や混乱を極力少なくするために今後努力してまいります。

認定匿名加工医療情報作成事業者

「日本医師会は、医療の質の向上と安全の確保をITで支えます」ということで、次世代医療基盤法に基づく認定匿名加工医療情報作成事業者に対応するため、日医として新たな財団法人を設立し、認定事業者となる方向で準備中です。この事業者の責任が非常に重いため、怪しい民間企業などが行いますと、情報が漏れたり怪しい使い方をされる心配がありますので、日医がこの事業者になることで、医療機関の先生方が安全に、そして安心して情報を出せる環境を整えるべきと考えております。(図6)

(図6)



日医標準レセプトソフト

「日本医師会は、国民皆保険をITで支えます」ということでは、日医が開発するレセプト処理システムを電子カルテメーカーに提供、普及させることによって診療報酬を請求するためのインフラ整備を行い、国民皆保険を堅持するということで、日医標準レセプトソフトあるいは介護保険のソフト等を開発し提供しています。

遠隔診療・オンライン診療

最近話題の遠隔診療・オンライン診療についてです。

遠隔診療とは、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為全般の広いものです。その中で、医師と患者間でやりとりをするものだけがオンライン診療と定義されています。かつては、オンライン診療と遠隔診療は明確に区分されておりましたが、今は医師と患者間で情報通信機器を通して患者の診察および診断を行って、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムに行うものがオンライン診療であるとされています。リアルタイムに医療通話システムを使って行うものという定義になっています。

医師to医師、これは患者ではないのでオンライン診療ではないです。医師to患者だけがオンライン診療になりますが、今議論されているのが、医師to看護師等to患者です。例えば、在宅患者さんのところに看護師が行って一緒に参加するというものですが、これをどう扱うかが議論されています。

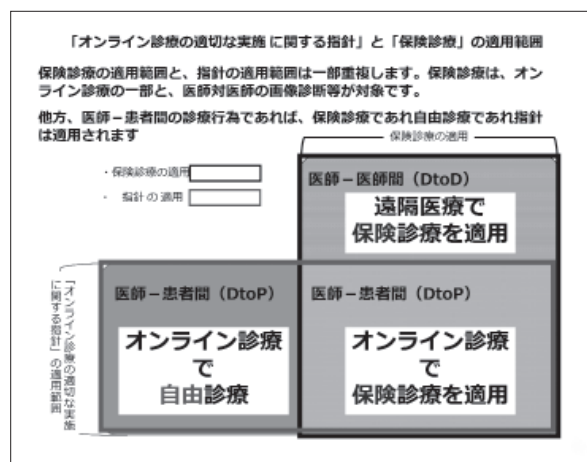
「オンライン診療の適切な実施に関する指針」

保険診療の適用範囲とガイドラインの「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の適用範囲が別になっております。保険診療の適用では、医師と医師の間の遠隔画像診断や遠隔病理診断も適用になっていますし、オンライン診療の医師と患者で行うものも保険診療が適用されます。一方、オンライン診療に関するガイドラインでは自由診療に対しても適用になっているものがあります。(図7)

遠隔診療全般に対し、遠隔画像診断や病理診断については、医師と医師の間に関しては積極的に活用していくべきというのが日医の考えです。診療所等あるいは地域の病院から専門医がいる病院に画像などを送って、病院にいる専門的知識を持った医師が診断を行う遠隔画像診断や病理診断については積極的に活用していくべきと考えています。

一方、医師と患者の間で行うオンライン診療に関しては、本当に必要とされる方に提供すべきです。実際に通院できない人を守る

(図7)



ことが大切で、例えばへき地や離島の患者さんとか在宅医療の患者さんで、実際に医療へのアクセスが困難な本当に困っている方に提供すべきということです。

それから、患者さんとの信頼関係が基本です。医療は信頼関係が基本であり、そして、五感をフルに活用して診察します。したがって、まず信頼関係がしっかりできていることと対面診療を組み合わせるというということです。信頼関係がしっかりできているかかりつけ医がオンライン診療を行い、容体が急変した場合には直ちに駆けつけられることが必要と考えています。

4K、8Kという非常に精巧で細かい画像もありますが、五感を使って診察することが重要で、オンラインだけでは情報が不足する場合があります。したがって、本当に必要なのか、単なる利便性だけを求めた要求なのかを区別する必要があります。あくまでも直接対面診療がすべての基本ということで、今後はオンライン診療でできること、できないことを見極めていくことが重要です。

オンライン診療が始まって問題になっていることとして、スマホの画面に相談員と名乗る男性が出たけれども、医師どころか医療関係の資格さえ持っていなかったなどの問題事例があります。これに対しては厚労省からも、不適切な診療行為の取り扱いについて注意を喚起する通知が出ています。

指針の見直しの検討会が開かれており、現状と問題点を把握して、患者さんの利益になるような形で進めていこうと考えております。その中では、医師と患者に看護師が補助するようなオンライン診療をどう扱うかが検討されています。在宅医療ではこういうケー

スが非常に多くなると思います。

医師資格証（HPKIカード）

「日本医師会は、電子化された医療情報を電子認証技術で守ります」ということで、この医師資格証がそのための重要な鍵になります。今後、医療分野のICT化が加速して一般化してきますが、そうすると、情報が電子化・ネットワーク化されてきます。その内容が改ざんされたり、本来見るべきではない人が見る、あるいは二次利用されてしまうというリスクが非常に増えることとなり、患者さんの不利益になります。それを医師が守らなければいけないということで、日医が電子認証技術を使って守るという考えです。

これが実際の医師資格証です。（図8）

裏側のICチップに医師であることを証明する電子証明書が入っており、これを使って電子証明と認証が可能になる仕組みになっています。

HPKIというのは、Healthcare Public Key Infrastructure、つまり電子証明書を発行するための公開鍵基盤で、その中の保健医療福

（図8）



社分野に適応させたものです。「HPKI証明書ポリシ」というルールに準拠した形で日医の認証局が発行した電子証明書、これが医師資格証のICチップに入っています。

HPKIでは、現在、国家資格26種に対して電子証明書の発行が可能になっており、医師以外にも歯科医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、看護師、保健師、助産師など様々な職種が可能になっています。

平成31年1月31日時点で1万2,523枚発行されていますが、医師全体の比率で見ると非常に低迷しており、日医会員全体に対して6.9%、全医師では3.9%しか持っておりませんので、まだ非常に低い数字です。これを5年間かけて100%に持っていこうというのが医師資格証普及推進プロジェクトです。

(図9)



ただ、強制的に持たせるのでは意味がなく、便利だから持ちたいと思っていただくことが目的ですので、利用価値、活用場面を増やしていこうと考えております。都道府県あるいは郡市区医師会に働きかけて使っていただく、そして、取得しやすくするための工夫もしようと考えております。

医師資格証は2つの使い方があります。アナログ的に写真を見て医師だという身分証明書としての利用と、本来の目的である電子的ITでの利用です。(図9)

医療機関等で採用する場合には、紙の医師免許証と同様に医師資格証を提示すれば資格確認も認められるという通知が、平成29年12月18日に厚労省から出ています。ただ、これだけでは活用場面が少ないので、保険医登録や麻薬の免許申請などでも大丈夫という通知を出すよう交渉しているところです。

それから、災害のときにニセ医者が出たという問題がありますので、緊急時に医師だということを医師資格証で証明できるということで、各行政、例えば消防庁、警察、あるいは各自治体にも広報して、これを持っていれば間違いなく医師であるということをわかっていただこうと思っています。

JAL DOCTOR

JAL DOCTORという制度がございます。医師資格証を持っている医師が事前に登録してJALの飛行機を予約すると、スタッフがこの席には医師が座っているということが把握できますので、急病人やけが人が出た場合に、機内アナウンスはしないで直接その医師に依頼するというものです。現在登録してい

る方が日医会員で677名、非会員で114名。どれぐらいそれを使って飛行機に乗っているかというと、平成28年は国内線、国際線を合わせて3,300、平成29年は6,700、平成30年は8,300で年々増えています。また、実際に援助を求められたケースが3年間で14件ありました。平成28年が1件、平成29年が5件、平成30年が8件で年々増えています。国内線あるいは国際線で、意識混濁、発熱、中には昏倒、左半身麻痺など様々な状況においてJAL DOCTORが活躍しています。こういうことをマスコミ等に広報して、日医会員はこんなに活躍しています、医師資格証が役立っていますということを知らせていきたいと思っています。

本来の目的であるITでの利用について、地域医療連携ネットワークでの使い方としては、ログインのときに使うことで不正アクセスを防止します。あるいは、紹介状等を作る場合に電子署名が押せる機能もあります。

オンライン診療や遠隔診療においては、特に遠隔診療の際、病理や画像をやりとりしている者が本当に医師かどうかの確認が極めて重要です。働き方改革によって医師が自宅でこうした診断をする場合も増えてきますので、それをしているのが本当に医師かどうかという保証、担保が極めて重要ですから、医師資格証を使って確認する場面が増えると思っています。

文書交換サービスのMEDPostというのがあり、これを使って文書のやりとりをします。行政との間で主治医意見書のやりとりをしているところもありますので、行政とやりとりをする場合に大きなネットワークを作らなくて済むという意味では非常に有効ではな

いかと思います。

医師資格証での出欠管理

とても役に立つものとして、医師資格証を使っての出欠管理があります。日医の生涯教育、かかりつけ医機能研修、認定産業医、認定健康スポーツ医等、各種研修会でICカードリーダーにかざすだけで受付ができるようになりましたので、ぜひこれを使って出欠管理していただきたいと思っています。なりすましの受講はできません、必ず写真付きのもので確認し、電子的にも確認しているという、本当に医師会の医師はきちんと研修しているという説得力が増すと思います。また、今後、e-ラーニングが増えると思います。勤務医の働き方を考える意味でも、自分の都合が良い時間に研修ができますので、e-ラーニングの重要性はますます高まりますが、そこでもなりすましの受講ができてしまうと信用されないので、医師資格証を使って間違いなく受講している、だから学会の単位も問題ないという形で使えればと思っています。今まで取得した単位をホームページで確認できますし、受講証明書を印刷することも可能になります。

今考えているのが、都道府県医師会での使用を働きかけていくこと。もうひとつが、医師資格証1枚あればすべての学会や医会の出欠管理ができるというのが理想ですので、そういう働きかけをしていくために、すべての学会に対するアンケート調査を予定しています。1人の医師が複数の学会に参加することも多いので、ホームページですべての学会の単位を把握できることは非常に役に立つと

思います。日医会員であれば、初回は発行手数料が無料ですし、年間利用料も無料なので、医師資格証が無料でもらえるなら医師会に入ろうと思っていただければと思っています。

現在、マイナンバーカードを医師免許証にしようとの流れが出てきて、緊迫した状態になっています。そうされてしまうと、医師が完全に管理されることになります。それに抵抗するためには、既に医師資格証がこれだけ普及していて、実際にこれだけ役立っている、これだけ使っているものをマイナンバーカードに変えると大変なコストと手間がかかるので実際には不可能だと言いたい。そのために、ぜひ取っていただきたいと願っております。これは我々の身を守るためということもございまして、役に立つような環境を着々と整えておりますので、よろしくお願いいたします。

ORCA（日医標準レセプトソフト）からの報告

日本医師会ORCA管理機構(株)
代表取締役社長
上野智明



日医標準レセプトソフト

日医標準レセプトソフトは平成14年ぐらいにリリースされ、現在は1万7,790施設、19.9%、ほぼ2割でご利用いただいております。この2割の先生方がORCAで請求している金額

は年間2.5兆円ぐらいで、推定業界2位です。大阪では1,142医療機関でお使いいただいております。

ORCAを会計請求のエンジンとして様々な電子カルテに組み込むような形に持っていきたいと思っており、誰でもどこからでも使える保険請求の基盤としたいと考えております。保険請求の基盤、インフラを医師会で握るということを目指しております。

電子カルテや予約システム、院内の様々なシステムとつなぐためにAPI（アプリケーション・インターフェース）という規格でつなぐというのが昨今の主流です。これはグーグルでもフェイスブックでも一緒です。その規格を作るAPI協議会というのを作り、電子カルテの会社だけで40社以上が参加しております。周辺を含め、今80社は超えていると思います。

ORCAプロジェクトのホームページのトップ画面には様々な電子カルテのメーカーを並べており、これが全部ORCAにつながります。ただ、時々、何でこんな電子カルテメーカーがトップに載っているのかというお叱りを受けるようになりました。医療情報の安全管理ガイドラインというのがありますが、更に電子カルテとしてはこう在るべきだ、こういうところを守っておかないと監査で先生方に迷惑がかかるとか、そうしたガイドラインを更に作って、適合したものを○×マークにしようとか、そういう動きをさせていただいております。

クラウド・ファーストとよく言われますが、正式にはクラウド・バイ・デフォルトということを国が言い始めておりまして、調達するときには最初にクラウドを考えなさいと

いうことになっています。

そういう時代の流れもあり、私どももクラウド版をリリースさせていただきました。大阪では23医療機関で導入いただいております。バックアップの機能もあり、12の医療機関でお使いいただいております。介護ソフトもクラウド化ができております。

MEDPost

MEDPostについてです。レセコンの中には様々な情報が入っており、足りないのは検査の結果などです。それで、紹介状を簡単に打ち出せます。出来上がったデジタルの紹介状は電子署名をしないと改ざんの可能性がありますので電子署名をしなければいけません。それを今度は安全に送受信しないといけません。

MEDPostの仕組みですが、文書ボックス

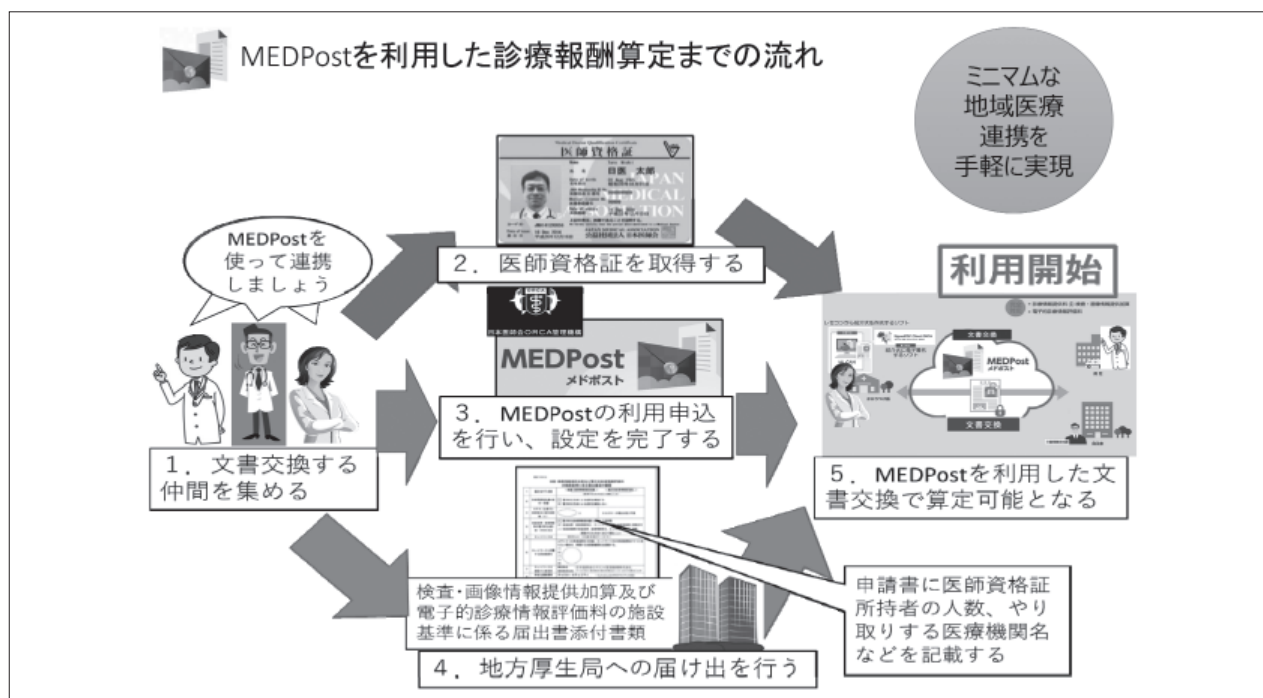
というところに1週間だけ保存していますので、そこでアップロードして、病院では地域医療連携室を使ってデータをダウンロードします。先生方の手になるべく煩わせない形でやりとりできる仕組みになっています。

MEDPostを利用した診療報酬算定までの流れですが、まず文書交換する仲間を集めて、医師資格証を取得し、利用申し込みをしていただきます。紹介状等のデジタル加算を取る場合は届け出が必要です。(図10)

次世代医療基盤法

次世代医療基盤法について、まず一般財団法人の設立ですが、これは「一般財団法人日本医師会〇〇〇〇」という感じの名前になる予定です。今回、個人情報保護法が改正されて、データを集めることが非常に難しくなりました。そのかわり、次世代医療基盤法で認

(図10)



められた事業者だけが医療機関から生でデータを集めることができます。その事業者は、データを一旦集めた上で、目的に応じた匿名加工をして周りに提供します。これはオプトアウトという方式で、後から私のデータは使わないでという方式でデータを集めることができるのは大臣が認めた認定事業者のみになります。ポイントをたくさん発行しているような会社が情報銀行の乗りでこうした免許を取ると非常に厄介ですので、日医が手を挙げ、私どもがそれをお手伝いしているという立場です。

国のレセプトデータ、健診データというのはナショナルデータベースということで100億レコード以上、国が集積しています。国保は国保で介護まで含めてKDBという形で集めています。集めていないのが診療所の電子カルテのデータです。電子カルテが普及していないことがあります。最近のがんにかかっても10年以上生きられる方がたくさんおられる中で、急性期を出た後にどんな医療を受けているのかというデータが日本にはありません。ここは日医がやるべきではないかということで、私どもORCAプロジェクトではレセプトも扱っていますし、健診も介護も扱っていますから、それを含めた生涯保健情報統合基盤という考えで行っています。

全データヘルス改革の中で、これは厚労省の医政局、こっちは保険局、または総務省でと様々な話がある中で、すべてが後に残るわけではありません。しかしながら、我々としては、オンライン資格確認の仕組みを使った最終的にはPHRに至る話と厚労省の全国保健医療情報ネットワークの両方にコミットさせていただいているところでございます。

○司会（大平理事） 川西先生、どうもありがとうございました。講師の長島先生、上野先生、貴重なご講演ありがとうございました。

本日は、皆様におかれましては最後までご静聴いただき、ありがとうございました。

（文責：広報委員会）