

## 個人情報保護法の医療分野個別法を考える

山本 隆一<sup>1)</sup> 木村 通男<sup>2)</sup> 秋山 昌範<sup>3)</sup> 矢野 一博<sup>4)</sup>

東京大学大学院情報学環<sup>1)</sup> 浜松医科大学医療情報部<sup>2)</sup>

東京大学政策ビジョン研究センター<sup>3)</sup> 日本医師会総合政策研究機構<sup>4)</sup>

## Discussion About Health Field Specific Persona Data Protection Act In Japan

YAMAMOTO Ryuichi<sup>1)</sup> KIMURA Michio<sup>2)</sup> AKIYAMA Masanori<sup>3)</sup> YANO Kazuhiro<sup>4)</sup>

Interfaculty Initiative in Information Studies, the University of Tokyo<sup>1)</sup>

Dept. of Medical Informatics, Hamamatsu Univ. School of Medicine<sup>2)</sup>

Todai Policy Alternatives Reseach Institute<sup>3)</sup> Japan Medical Association Research Institute<sup>4)</sup>

In June 2011, Japanese Government release the framework of program for social security and taxpayer number, and in this framework, health field specific personal data protection act shall be drafted within a couple of years. Because privacy as a human right is closely linked with information technology, we, Japanese association for medical informatics should discuss about the demands and measures on privacy issues in health field for better new act. In this paper we suggested 7 issues for personal data protection act, 1: discussion about the sensitivity of personal data, 2: ensuring the usage for public good, 3: rational exemption from responsibility of health care providers, 4: consideration for consents in various states of health care, 5: ensuring the data security with effective legislation, 6: possibility of data oriented regulation, and 7: discussion about patient's own risk (self-responsibility). We hope these issues or discussion in JCMS 2011 should induce the more precise discussions.

Keywords: Personal data protection act, Health field specific personal data protection act, Security, Using for public good

### 1. はじめに

2005年4月にわが国で個人情報保護法<sup>1-3)</sup>が全面施行された。しかしリスボン宣言<sup>5)</sup>を引用するまでもなく、個人情報保護法とは無関係に、以前から医療現場ではプライバシーには相当の関心を持たれてきた。個人情報保護法は苦情の申し立てを制度化したが、国民生活センターの調べでは保健医療分野での個人情報保護に関する苦情は他分野に比べて著しく少なく、元々医療機関や医療従事者が患者のプライバシーに関心が高かったことを示している。しかし苦情が少なかったから問題がなかったとは言えない。むしろ苦情にはいたらない、つまり実際の被害は生じなかったものの、インシデントは数多く存在したことは周知であり、また我が国の個人情報保護法も、その土台である近代的なプライバシーの概念も、人権を阻害することなく、活用を図ることが主眼であるにも関わらず、保護を偏重するあまりに、公益目的の利用が著しく困難になり、またそれのみならず、本人のための利活用さえ阻害された事例が存在する。さらに、法自体はかなり抽象的であり、法6条および8条で主務大臣は指針を策定して法を実施することになっているが、その指針さえ、医療・医学の現場のすべての場面に対応できるほどは具体的でなく、現場は現在でもしばしば判断に迷うことがある。そのような現状の中で、2011年6月に社会保障・税番号制度に関する大綱<sup>5)</sup>が公表され、その中で、医療分野で個人情報保護に関する個別法の制定が明記された。2003年に現在の個人情報保護関連法案が国会で可決された際に、衆参両院で通信・金融分野とともに個別法の検討が付帯決議されていたが、8年の経過を経て個別法の実現に向けて議

論が開始されることになったと言える。プライバシーの概念自体が後述するように情報のあり方の変化と強く関係して発展してきたことを考えると、医療情報学の分野は個別法のあり方に真剣に取り組まなければならない。このオーガナイズセッションが端緒になればと考える。なお、個別法制定のきっかけとなった番号制度自体はまだ検討が進行中であり最終的な輪郭が見えないために、本セッションでは主題としては取り上げない。

### 2. プライバシーの概念と歴史

議論の方向性を見失わないために、プライバシーの概念を、歴史的背景を含めて整理しておきたい。プライバシーという人権は1890年にS.D. WarrenとL. D. BrandeisがHarvard Law Reviewに寄稿した論文<sup>6)</sup>に端を発する。きっかけはゴシップ記事を主体とした商業大衆新聞の登場により、個人情報の暴露による商業利益と個人の被害の相克が社会問題化したことであり、個人情報が社会的な価値を持つことで認識されるようになったために気づかれた権利と言え、そのベースにはマスコミの登場がある。この時点では大衆新聞という新興産業の利益と個人の損失に対処するための概念であり、「本人が秘密にしておきたいと思っていることをむやみに暴きたてられない権利(Right to be let alone)」であった。つまり19世紀末では「保護」という要素が主体であったことがわかる。しかし情報の取り扱いはこの100年間に大きく変化した。変化の主体はコンピュータと情報ネットワークによるITの導入である。行政サービスでも商用サービスでも効率よくサービスを提供するためには対象を、情報技術を駆使して管理することが必須で、オンライ

ンショッピングや電子政府に代表されるようにサービス自体もITに大きく依存して提供される時代になった。保健・医療・福祉サービスもITに依存していくことは避けられない。またそうすることによりサービスの質もサービス自体のあり方も速やかに向上させることができる。しかしそのためには個人情報、情報技術を駆使して扱わざるを得ない。これは個人情報を単純に「秘密にしておく」ことを認める旧来のプライバシーの権利では対処できないことを意味している。医療・介護を含めサービスを迅速かつ効率よく受けるためには自らの個人情報を活用せざるを得ない状況になり、また社会としての利益も個人情報の一定の利活用が必須である。そのような利活用にあたって、個人に不当な損害を与えないための権利概念の確立が必要になったと言える。そっとしておくことは簡単であるが、利活用にあたって損害を与えないような権利は単純には表現しがたい。したがって抽象的ではあるが、個人の情報はその本人がコントロールする権利があるとする権利概念がプライバシーに加わった。本人に自由な裁量権を与えると同時に本人に一定の責任を求める考え方で欧米的な個人主義を基礎にしていることは明らかである。この考え方も1970年代に米国で形成された<sup>3)</sup>。また今後もインターネットを中心とするIT社会の進展にともなってプライバシーの権利は常に再検討されつつあると言える。

### 3. 医療とプライバシー

前節で述べたようにプライバシーの概念は情報を取り扱う技術や個人情報の社会的価値の変化に深く関係している。一般には情報技術の進展が直接的にプライバシーの概念に影響を与えたとも言える。それでは医療ではどうであろうか。結論から言えば医療は若干特殊である。医療は本質的に情報を高度に利用する分野であり、情報技術の進展より利用の高度化が先行した。紙のカルテであっても、整然と整理されて保管され、必要時に迅速に利用できることを実現してきたし、スタッフ間での情報共有も紙やフィルムといった媒体の制限ぎりぎりまで進められてきた。クレジットカードの大規模な発展は電話線とコンピュータによる資格確認がなければ為しえなかったとは大きく異なる。また一方で診療情報はきわめてプライバシーに機微な情報とされている。これは診療情報でプライバシーの侵害が起こった場合に損害がきわめて大きくなる可能性があることを示している。これらがあいまって医療では情報技術の進歩とは独立してプライバシーの重要性が論じられるようになった。1985年に世界医師会で採択されたリスボン宣言<sup>5)</sup>においても患者の尊厳に関する権利としてプライバシーの尊重は謳われており、わが国でも医療従事者の倫理目標として広く取り込まれてきた。ただ医療の特殊性は情報技術の進歩に先行して重要視されたばかりではない。プライバシーと部分的に重なる概念ではあるが、患者の自己決定権に関する議論も19世紀末からさまざまな国で議論され、先に述べたリスボン宣言にも反映されている。ここでいう自己決定権は治療の選択に関わるものではあるが、治療の選択を行うためには診療情報を活用することが必須であり、その意味では情報の利活用の自己決定権、すなわち情報の自己コントロール権

と強く関係している。この点でも一般のプライバシー権と異なる観点から、平行して、または若干先行して議論されてきたといえる。また最後に強固な守秘義務がはるか以前から存在してきた点も医療の特殊性といえる。2節で述べたように、守秘はプライバシー権の一部と強く関係している。

プライバシー権の保護の具体的な対策のあり方についても、医療と医療以外の分野には若干の相違がある。わが国の個人情報保護法は基本的に事業者、すなわち業を行う組織が対象であり、個人を直接の対象にしていない。医療で言えば医療機関に対する法規制であり、ここの医療従事者は原則として対象にはしていない。これは一般の社会ではプライバシー権が個人情報の社会的価値が変化し、さまざまなビジネスでの活用が生じたために発生した権利概念であることを考えれば当然で、法規制の対象はビジネスの主体である事業者になる。一方で医療では医療従事者の個人の倫理が大きな比重を占めている。リスボン宣言も刑法などで定めている守秘義務も基本的には個人としての医療従事者を対象としている。医療の現場においても個々の医療従事者の責務として守秘や患者の尊厳の保護が為されてきた。もちろん組織、すなわち診療所や病院としても取り込まれてきたが、基本的には個々の医療従事者の意識の水準を保つためであり、また非医療専門職の職員に対する周知の意味合いが強いといえるだろう。これに対して一般の企業では企業としての取り組みが主体であり、従業者に対しては就業規則等の規則やマニュアルによる一種の規制として進められてきた。QC運動やISO9000シリーズの取り組みでは従業者によるボトムアップ手法も採用されているが、対社会や対顧客よりも企業の発展や維持が主眼である。これに対して医療従事者、特に医療専門職は事業者の発展や存続より自らの職業倫理が優先されることさえあり、自分の考える医療を実現するための転職も珍しいことではない。

### 4. 診療情報システムとプライバシー

前節までに述べたようにプライバシーと医療の関係は他の分野と比べて少し異なり、情報技術の進展よりプライバシー権の議論が先行してきたが、医療の情報化は最近急速に進行し、電子カルテという言葉に象徴される診療情報自体の電子化が普及の兆しを見せている。プライバシー権の観点から見れば情報技術の進歩が追いついてきたともいえる。最近の診療情報の電子化の目的は単なる一施設内の合理化ではなく、医療自体の合理的発展であり、診療情報の高度利用が主目的といえる。地域連携医療での情報共有の密度を飛躍的に上げるためであり、個人の健康にかかわる情報を時間的制約や空間的制約を越えて高度に利用することを目指している。医療ではこれまで述べてきたようにプライバシー権はけっして軽んじられてきたわけではなく、むしろ重視されてきたが、プライバシーに機微な情報を大量に扱う医療において、情報技術を導入し、さらなる高度利用を目指すので、他分野に比してプライバシー権に対する慎重な配慮が要求されると言える。

また医療従事者側から見ても情報システムの導入は大きな変化をもたらす。まず負の面、すなわち注意し

なければならない点について述べたい。これまでは、守秘義務の遵守やプライバシー権の尊重は主に個々の医療従事者が責務を全うすることで、確保されてきた。しかしこれが可能であったのは紙のカルテやフィルムと言ったメディアの特性による。カルテは常に存在が目視できるし、同時には一箇所にしか存在しない。したがって誰かが注意していれば安全性は確保できた。それに比べて電子情報はデータベース上に存在し、ネットワークを介して同時に複数個所でアクセスできる。医療従事者があるディスプレイを監視しても安全管理上の意味は小さい。サーバの管理、ネットワークの管理および端末でのアクセス制限など、系統的で組織立った対策をとらない限り安全に管理することは難しい。情報が安全に管理されることはプライバシー権の確保にとっても基本的な要件であり、多くの医療機関は情報技術の導入にあたって情報管理の発想を転換することを迫られているといえる。厚生労働省も診療情報の電子化と個人情報保護法の実施にあわせて「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を2005年3月に公表し、第4.1版<sup>7)</sup>が2010年2月にリリースされている。

その一方でプライバシー権の観点から好ましい面も大きい。管理が組織的になり、物理的な搬送が減少することは病院のような不特定多数の人が出入りする環境での不用意な情報露出を防ぐことを容易にする。またカルテは一冊単位でしかアクセスの制御や記録ができないが、適切に電子化された情報は理論的には肌理細やかなアクセス制御および記録が可能であり、来院日時と病名のような性格の異なる情報のコントロール権の管理が容易になる。もっともこのような制御や記録はどのように電子化してもできるというものではなく、あくまでも適切に行わなければならない。また、匿名化も飛躍的に容易になる。カルテ一冊を匿名化することは一般的に非常に困難である。氏名や生年月日が焼き付けられたアナログ撮影のフィルムは塗りつぶすか切り取る以外には匿名化できない。それに比べて適切に電子化された診療情報ははるかに容易に一定の匿名化が可能であり、プライバシー権に係わる問題を飛躍的に少なくすることも可能である。これは研修・教育・研究といった診療以外の利用目的が存在する医療情報にとってはきわめて重要な利点といえる。

## 5. 何が問題点か

2006年に英国Academy of Medical Sciencesが”Personal data for public good: using health information in medical research”<sup>8)</sup>と題されたレポートを公表した。また2009年には米国Institute of MedicineがBeyond the HIPAA Privacy Rule: Enhancing Privacy, Improving Health Through Research”<sup>9)</sup>を公表した。どちらも学術団体のレポートであり、学術研究から見た問題点の指摘であるが、この2つのレポートは基本的な内容は共通である。英国は1995年のEU指令に基づく1998年のData Protection Actおよびその影響下に制定あるいは改訂された、いくつかの法令のために、米国は2003年に実施された医療分野に特化したプライバシー保

護規則のために、公益目的の学術利用が著しく阻害されており、その一方でプライバシーの保護は進んでいないと述べている。両者とも対策も提案しており、その後、両国では十分かどうかは別として一定の対応が取られている。なお、念のために附記するが、米国、英国ともに、もともとの法制度自体で医療の様々な場面で取り込まれており(英国の場合Data Protection Act単独ではないが)、我が国の個人情報保護法に比べればはるかに具体的で、なおかつホワイトリストも多く掲げられている。それにも関わらず上記のレポートが出されていることは興味深い。

さて、では我が国では何が問題であろうか。いくつかの視点で捉えることが必要と考える。ここでは7点を代表的な論点として挙げる。

- 1) まず、機微性という概念を導入すべきかどうか問題である。現在の法では個人の識別性だけが定義されており、機微性は顧慮されていない。機微性は言い換えれば権利が侵害された場合の被害の大きさであり、その意味では重要な概念である。しかし一方で機微性は本人との関係や社会的意味、あるいは動機によっても大きく変化し、定型的に扱うことは一定の困難さが予想される。
- 2) 公益利用の確保も重要な課題である。先に挙げた英米の例にもれず、我が国でも公益利用に困難を伴う事例が知られている。地域がん登録でさえ、網羅的に行うことは困難であることが知られている。もっとも教条的には、学術利用も公益利用も個人情報保護法では特例とされているが、同等の配慮が必要とされ、その具体的指針が法自体にはない。疫学倫理指針など、分野ごとの指針は定められているが、研究者に対する指針であり、データを提供する本人や医療機関に対する指針ではない。そのために、協力が得られにくい事例が目立つ。公益性が高く権利侵害が生じる可能性がないにも関わらず提供を拒否する事例にどう対処するか論ずる必要がある。
- 3) 合理的に公益性を確認し、権利侵害の可能性を排除した上で、提供した情報が事故等で漏洩した場合に、提供した医療機関に無限責任が及ぶか否かも論じる必要がある。一次取得者である医療機関等に無限に責任が課せられるのであれば、本人のための利活用さえ制限されかねない。
- 4) 医療・介護等の特殊性の明確化も論ずる必要がある。情報の取得に際して同意を得ることが困難な場合は数多くある。また本人(あるいは保護者)の同意を得ることが困難な状況で第三者提供しなければならない場合も頻繁に起こる。厚労省の指針ではいくつかの特例として列挙されているが、十分かどうかは議論の必要があり、同意のあり方も法的に明確にする必要があるかも議論される必要があると考える。
- 5) 指針はある程度整備されているが、罰則は法に戻らなければ適応できない。罰則のあり方も1で指摘した機微性への顧慮がないために軽微であり、実際に被害が生じた場合に起こりうる民

事上の賠償請求と大きな開きがある場合も想定される。特に安全管理に関しては実効性が求められるべきで、指針としては整備されていてもインシデントが多発していることから実効性を担保する方策が論じられなければならない。

- 6) 現在の法の執行体制は主務大臣制であり、省庁の管轄を横断する情報の取り扱いに関しては十分に対応できない。しかし医療情報にITを導入すれば、多くの非医療事業者が関与することは容易に想定される。現行法では医療機関の委託業務に切り分けられ、監督責任が医療機関にあるとされており、そのこと自体は合理的と考えられるが、事故がおこった際には医療機関には個別法が適応され、他の事業者には一般法が適応されるか、あるいは民法上の契約による制約だけが課せられることになる。仮に機微性を導入するのであれば情報の流通先すべてに適応されるべきという論点もある。
- 7) 最後に自己責任のあり方も論じる必要がある。情報コントロール権は自己責任を前提としている。しかし医療・介護情報には知識格差が存在し、コントロール権を行使する本人が情報の意味をすべて理解することは一般に困難である。突き放した制度になれば本人に予期せぬ被害を与えかねない。その一方で医療でのパターンリズムに陥ることも避けなければならない。

本セッションでこれらのすべてに十分な議論をすることはできない可能性が高く、また論点もこれだけではない。議論の端緒になることを期待したい。

## 6. 謝辞

本論文に記載した論点に関しては、厚生労働省政

策統括官付情報連携基盤推進室との議論により整理したもので、須田室長、中安室長補佐、他情報連携基盤推進室の皆様には感謝いたします。

## 参考文献

- [1] 個人情報保護に関する法律.<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/kojin/houritsu/050815houan.pdf>. (2011年9月1日確認.)
- [2] 行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律.<http://law.e-gov.go.jp/announce/H15HO058.html>. (2011年9月1日確認.)
- [3] 独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律.<http://law.e-gov.go.jp/announce/H15HO059.html>. (2011年9月1日確認.)
- [4] 6) 世界医師会、患者の権利に関するWMAリスボン宣言(日本医師会訳).<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>. (2011年9月1日確認.)
- [5] 社会保障・税番号大綱.<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bangoseido/pdf/110630/honbun.pdf>. (2011年9月1日確認.)
- [6] L.D. Warren and S.D. Brandeis. The Right to Privacy. *Harvard Law Review*, 4(5), pp193-220, 1980.
- [7] 7) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン.<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/s0202-4.html>. (2011年9月1日確認.)
- [8] Personal data for public good: using health information in medical research, *Academy of Medical Sciences*, 2006.<http://www.acmedsci.ac.uk/p48prid5.html>. (2011年9月1日確認.)
- [9] Institute of Medicine of the National Academies. *Beyond the HIPAA Privacy Rule : Enhancing Privacy, Improving Health Through Research*. 2009, The National Academies Press, Washington DC.

# 在宅医療対応電子カルテに必要な機能

金安 双葉 秋山 昌範

東京大学 政策ビジョン研究センター

## Functions Necessary for Electronic Health Record Systems for Regional Medical Network on Home Healthcare

KANEYASU Futaba AKIYAMA Masanori

Policy Alternatives Research Institute, The University of Tokyo

Recently, demand for home healthcare for relatively-severe disease has been increasing. There are three major reasons. First, average length of hospital stay has been shortened. Secondly, there is not enough care for recovering patient. And the third is that elderly patient who has multiple medical problems has been increasing.

In this study, we developed an electronic health record system for home care which was possible to share correct medical information in real-time using smartphone. This system is based on cloud computing technology, and it helps cooperation with people in all types of job category in home nursing such as hospital, a medical clinic, home-visit nursing station.

Evaluating this system, it worked in following respects. First, it has enhanced cooperation in medical, nursing and welfare to share medical information and nursing report with high-security and individual certification. Secondly, those objective data can be used for management of medical care, and it is useful for medical services because it shows change of patient across the ages. And third, it provides a variety of contents and can relieve healthcare professionals from spending time on double input of data for the record.

The future challenge of our research is to define common terms used on medical services and assessment, and to clarify a care process management integrating healthcare and welfare in order to make effective use of this kind of system.

Keywords: Home Healthcare, Electronic Health Record, Welfare Informatics

### 1. はじめに

我が国では医療水準が非常に高く、また医療保険制度も優れていることから、世界一の超高齢社会を迎えている。2007年の第5次医療法改正等の制度の改正に伴い、平均在院日数が短縮されたことにより、従来入院で治療を行っていた回復期の患者に対するケアが不十分となっている。また医療技術の進歩に伴い、複数疾患を抱えた高齢者が増加している。従来の看取り中心の在宅医療ではなく、比較的重症度の高い高齢患者に対する在宅医療の需要が発生していると考えられる。

本研究においては、今後の在宅医療のモデルとなる地域医療介護連携に有用なシステムに求められる機能について検討し、明らかにする。在宅電子カルテシステム構築の際の問題点を把握した上で、効果的な在宅電子カルテシステムのあり方、情報コンテンツに関する検討を行う。

### 2. 在宅医療対応電子カルテの構築と評価

#### 2.1 システムの概要

今回我々は、スマートフォンとPCでリアルタイムに情報共有できる電子カルテを開発し、評価を行った。在宅医療においては、福祉を中心とした他職種の連携の必要性が高く、福祉システムとの統合を考慮する必要がある。具体的には、在宅における情報がリアルタイムで訪問看護ステーションや診療所、病院等で連携できるシステムが求められる。クラウドコンピューティングの仕組みを活用し、モバイル端末(スマートフォン)でも稼働する電子カルテシステムを構築した。愛媛県新居浜市の新居浜医療生活協同組合の協力を得て、在宅診療・介護サービス施設にて当システム

の検証を行った。介護士、ヘルパー、ケアマネジャーなどの介護従事者が、現状としてはノートに手書きで記録している介護情報を、スマートフォンで入力・閲覧を行う。

#### 2.2 システムの構成

図1にシステム構成を示す。

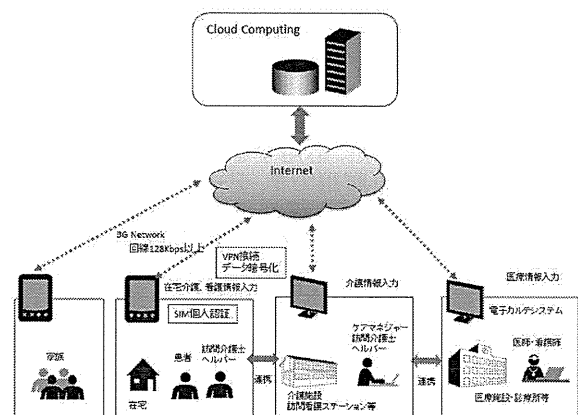


図1 在宅医療対応電子カルテ 概念図

#### 2.3 システムの特徴

ほぼ全ての医療介護従事者が携帯端末を保有していることから、スマートフォン端末の利用は実現性が高く、サステナビリティを確保できると想定される。また、ソフトウェアを端末毎にインストールする必要はなく、全てインターネットブラウザ経由で利用可能なこと

から、実際の在宅医療介護現場への展開しやすさを確保している。3G回線を利用することによって、光ファイバーやADSLなどのインターネット回線の通信インフラが整備されていない地域においても利用できる、より汎用性の高いシステムを目指した。

#### 2.4 システムのセキュリティ

医療情報のプライバシーの考慮において課題となるセキュリティに関しては、下記3点によって強固なセキュリティを確保した。1)VPN接続(仮想プライベートネットワーク)によって、データの暗号化 2)携帯電話端末のSIMカードによって個人認証を行い、他人によるID盗用を防止 3)情報の送信時に全データが削除されるため、端末の紛失時にも安全性を確保

### 3. 結果

下記3点の効果が見込まれる。

#### 1)複数事業者・多職種間での情報共有・連携

適切な個人認証のもとで電子カルテ情報を共有できるようにすることで、医療間・医療福祉間・福祉間の連携が強化される。当システムの導入により、従来の介護記録情報には一覧性が無く、事業者ごとにフォーマットが異なるなどの課題に対して改善が見込めると考えられる。在宅介護従事者の介護行為の記録をリアルタイムに記録、情報を蓄積することにより、情報の一覧性を確保し、複数事業者・多職種間での情報共有・連携に貢献する。

#### 2)エビデンスに基づいたマネジメントへのデータ活用

リアルタイムに記録した情報は客観的なデータとして活用でき、在宅医療介護における患者や利用者、また医療介護従事者の実態を正確に把握することが可能となる。データ活用によるエビデンスに基づいた客観的分析を行うことで、医療機関や在宅介護施設などの業務分析や、地域医療介護連携のマネジメントへの活用も期待される。また、データベースとして蓄積された情報は、在宅患者や在宅療養者の経年変化を、10～20年程度の長期間に渡って把握することができ、診療に役立てられることが期待される。

#### 3)PHR

既存の電子カルテシステムをクラウドコンピューティングによって在宅医療に应用することで、コンテンツの豊富な電子カルテが利用でき、データの2重入力も不要となった。散在している医療情報が集約され、どこからでもアクセスでき、情報の記録・閲覧が即時に行えるシステムとして利用できる。地域内で1患者1カルテを実現する、地域包括的ケアシステムに役立てられることが期待される。

### 4. 考察

今後の在宅医療においては、複数事業者間での医療情報の共有や連携、利活用が重要となる。従来は、医療情報が医療機関毎にカルテに記録されてきたが、在宅医療へシフトした際、患者単位での継続的な医療情報の管理が困難である可能性がある。在宅と医療施設が一貫した情報管理を行える仕組みによって、在宅医療介護を含めた地域連携におけるPHR(Personal Health Record)に寄与できると考えられる。

昨今、医療施設の機能分化が進んでいることから、クラウドコンピューティングの技術やインターネットを介した電子カルテシステムの有効性、期待が向上してきている。既存の電子カルテシステム・地域連携システムを携帯性等の観点から改良されたデバイスで実行することで、電子カルテの在宅応用は可能になると考えられる。その際の課題としては、在宅独自の問題点にどのように対応するか、また、医療情報のプライバシーを考慮したセキュリティの確保なども課題となる。

立場による医療情報への関心の違いについて、医師など医療従事者側は異常値に着目するが、患者は正常値に着目する傾向がある。従来の医療従事者の視点中心のカルテ(診療記録)ではなく、介護を含めた複数の事業者がシステムによって包括的に医療情報管理を行うことにより、バイアスのない医療情報を実現でき、患者を主体としたPHRに寄与できると考える。

情報基盤をより効果的に活用するためには、診断や機能評価で使われる用語や手法の隔たりを埋める共通言語や医療・福祉を統合したケアプロセスの管理などが重要な課題となると考えられた。

### 参考文献

- [1] 中目 千之. 鶴岡地区医師会-IT ネットワークを用いた医師会主導による 医療介護関連多職種間情報共有化の実現 (在宅医療-午後から地域へ) (在宅医療に取り組んでいる事例の成果と課題 自治体・医師会が中心となって取り組んでいる事例). 日本医師会雑誌 2010; 139巻 特別号(1): p272-275.
- [2] 荻野正. 在宅医療を支える情報通信技術. Medical Imaging Technology 2011; Vol. 29, No. 2: p.59-64.
- [3] 満生康一. 地域医療連携の現況. Medical Imaging Technology 2011; Vol. 29, No. 2: p.88-91.
- [4] 八幡勝也. 地域診療情報連携システムにおける臨床情報の要約およびコミュニケーション. IT ヘルスカデア誌, 2008; Vol. 3, No. 2: p.78-84.

# 診療データの利活用における問題点と 将来展望

東京大学政策ビジョン研究センター 教授 あきやま 秋山 まさのり 昌範 (医学博士)

## ■ 1. 医療の信頼維持・回復 ■

超高齢化を迎えたわが国の医療を考えてみると、ますます増大する医療費や崩壊しつつある医療提供体制への不安が増大している。医療提供体制の維持のためには、費用を増やす必要があるが、国家財政は逼迫している。国民も医療費の財源問題は深刻と考えているので、医療費の増額は理解できるが、その額を最小限にしたいと考えている。医療の効率化とはいっても、簡単な話ではなく、大幅な制度変更が必要になってくる。

そこで、医療制度の見直し、それも国家レベルでの仕組みの変更が必要になる。しかし、「本当に医師は足りないのか?」「必要最小限の医療費はいくらか?」など、医療費の問題や医療事故の問題では、患者・国民側と医療従事者側の視点は、180度違うように思われる。

仕組みを変える際には「正しい情報」が大きな力を持つ。正しい情報に基づいたデータを見せることにより、初めて合意形成が可能となる。この過程で、国民から医療提供側に求めるものは、「透明化」いわゆる「見える化」である。そこで、「見える化」による「信頼維持・回復」が求められる。

ここで、信頼回復にあたり、Transparency (透明度を上げること) や Accountability (説明責任) は必須のことである。ただ、患者や国民は現状で医療側にそれらがかなり不足していると考えているようである。不足の程度の認識が、両者間で乖離しているというのは、「情報」の流通不

足と考えられるだろう。すなわち、「患者のための医療」を考える場合に、患者が求めているのは「信頼」であり、その継続により、それは「信用」とか「ブランド」というもの(Trust)に変わっていくと考えられる。その「ブランド」を維持することが、医療機関の目的にもなる。そのためのキーワードが、前述したTransparencyとAccountabilityと考えるが、医療従事者から見ると、患者の側にも考えて欲しいことがある。それはResponsibilityということである。

Responsibilityを日本語にした場合、責任とか責任感となるが、欧米ではそれとは少し語感の違う「自己責任」~自分の力で決めて、自分がその結果責任まで負う~というニュアンスが入っている。その意味では、病気に向かって、医療従事者と患者や家族が一体となって戦う仕組みが、本当の患者本位の医療体制ということになる。したがって、そこで担保されるべきものは相互の信頼関係(Trust)になる。

## ■ 2. 情報を正確に記録する ■

その信頼関係を考えたときに、それを阻害している大きな要因は、「医療の閉鎖性」とか「ブラックボックス」という言葉で表現されている。患者サイドから見たときに、いかに医療機関内部が見えないかということであるが、その閉鎖性を払拭しようとする場合に、ITが役に立つ。すなわち情報の偏在性というものを解消することに、ITが有用である。現在は、診療情報の重心が医療機関側に偏っており、情報の偏在性が

指摘されている。そこで、この情報の重心を患者と医療機関との中心に持って行くことを、医療機関が目指すべきであり、情報公開という言葉はこのことを指している。

しかし、単に情報の重心を中心に移すのみでは不十分である。情報の重心を移動させても、たとえば、カルテ開示をする、カルテを見せるという行為だけで、単純に信頼を回復できるとは思えない。たとえば一度事故が起きてしまうと、単に情報公開しただけでは、また重心が戻ってしまうのではないか、一部のみで全体像ではないのではないか、最悪の場合、当初まで戻ってしまうのではないかという危惧が、患者側にあると思われる。いわゆるカルテの改ざん等である。また、事故が起こった場合、そもそも「最初からカルテに記載しない」という例もあるだろう。この場合は、いくら開示をしても無意味である。

したがって、信頼回復には、ただ単に見せるのみではなく、その情報がいかに正しいか、情報の正確性ということが担保されなければ、どんなにカルテを見せても、いくら看護記録を閲覧させても、何の信頼感も得られない、ブランドは維持できないのではないだろうか。即ち、「正確に記録をする」ということは、簡単なようで意外に難しい。

周知のように医療現場は大変忙しい。医師・歯科医師のみならず看護師も大変である。諸外国に比べ職員が少ないという大変な激務の中で、いかに正確な記録を行うかを追求すると、さらに多忙になる可能性がある。そして、正確な記録を取る時間をかけつつ、医療の質を下げないようにするという難しい問題を孕んでいる。さらに、診療情報をただ単に見せるだけで、医療側の説明責任は十分に達成されるわけではなく、患者や家族に理解されるように丁寧な説明を行う必要があることはいうまでもない。結果として、超過勤務が増えるようでは、良い解決とはいえない。

### ■ 3.ITは正確な記録作りに有用■

それでは実際にITは何を実現するのであろうか。診療に関わる指示だけでなく、指示受け、実施を含む医療行為の経過や実績が記録されるシステムであることが望ましい。具体的には、オーダーリングシステムや電子カルテシステム等において、医師による指示の発行、内容の変更、指示の中止の記録以外に、看護師による医師指示の確認、診療や医療行為の実施記録、薬局、検査部門など診療部門における指示の確認、指示に基づく実施記録は必須であろう。もちろん、診療行為の実施者によって作成された実施記録やレポートについて、指示・実施内容と更新履歴、またそれぞれの時刻、操作者が一元的に記録できるシステムであることも必要である。

従来のオーダーリングシステムは、いわば大型印刷機であり、病院内で迅速に伝票が印刷できることを可能にしてきた。伝票を運んだり、再利用したり、コピーしたりする手間は大幅に省くことができた。しかし、このデータの単位は、伝票単位であったために、「いつ(when)、どこで(where)、だれが(who)、だれに(to whom)、どういうふう(how)、どういう理由で(why)、何をしたか(what was done)」といった情報を正確に記録することができない。

たとえば、手術やインプラントを留置する作業は、カテーテルや医療材料を発注し、処置室や手術室に運んで一時的に保管し、他の消毒器具などと一緒に直前に準備し、医師の処置を介助し、後片付けを行うというように、多くのスタッフの共同作業になっている。つまり、医師を含めて少なくとも5~6人、場合によっては10人以上がかかわっている。しかし、伝票に記載されている実施者は、指示を出した医師のみであることが多く、その行為に関わったすべての人間の6W1H(whoにto whomが加わるので6Wになる)情報は記録されていない。もちろん、紙でも同様である。



チーム医療が重要であることは当然であるが、記録まではチーム医療になっていない部分がある。そこで、入力自動化を図り、すべての医療従事者の実施記録まで、正確に記録できることが望まれる。

#### ■ 4. 評価可能な記録～全数を記録 ■

医療の仕組みを変える過程で、患者から信頼を得るために、議論に必要なデータには正確性が必須である。さらに、医療費の値上げ等、将来の見直しを見据え、再評価（自己評価、客観評価）が可能な記録が行えなければならない。そのために、医師が行った診療行為に関わる記録を、自己および第三者が追跡、検証できる機能が必要になる。診療に関わる行為を発生順に参照、出力できる、すなわち医療のプロセスがわかるように時系列表示ができなければならない。

正確性のためには、医師による指示の記録だけでなく、衛生士など他の医療従事者が作成した記録、それらの記録の参照履歴(Audit trail)についても蓄積できるシステムであることが望ましい。正確な記録により原価計算も可能になるが、レセプトやDPCのような蓄積された診療に関わる実績情報から、患者、疾病、医療従事者、診療行為単位に抽出し、各々のグループの中で比較、分析を行うことにより、医療のパフォーマンスの数値化や治療結果の評価ができることも求められる。同時に、経営に資する情報を含んだ記録が作成され、十分な経営管理を可能にする必要がある。その要件として、電子カルテシステムに記録される情報は医事会計システム、物流システム等から得られる実績情報と関連づけを可能にして、病院の経営状況を把握し、改善のための情報を提供できるシステムであることが挙げられる。

また、昨今の中医協（中央社会保険医療協議会）等の議論でも、データのサンプリングの偏りが

問題になっている。そこには、恣意的にデータを集めたのではないかという疑念がある。周知のように、ピアソン統計学では、データサンプリング手法が、大きな問題点であり、全数をつかめないという前提では、サンプリング時、データ解析時の2点でどうしても誤差を生みがちである。しかし、コンビニエンスストアのPOS(Point of Sale)のようにITを用いると、簡単に全数を集めることが可能になった。医療においてもこの考え方で全数を収集可能である。そうすれば、相互不信の解消につながるだろう。

#### ■ 5. 根拠に基づいた意思決定 ■

現在の国民皆保険は、ちょうど半世紀前の1961年（昭和36年）に達成された。その後も、日本の医療は機能分化せず、長期間病院と診療所の区別しかなかった。本来なら福祉的な分野の介護と、予防医学的な部分、クリニック的な部分、専門医療的な部分という4つのドメインに分化していくという方策も考えられたが、政府がとった政策は、医療費抑制のために総病床数を減らそうというものだった。

一方、当時、病院のなかでも、特に自治体病院では、多くの院長に権限がなかったがゆえに経営感覚も不足しており、時間単価の高い医師に雑用が多いという現状であった。近年の医療制度改革で、経営学的に生産性を上げる必要が増加した。そのために、医師に事務的なことを受け持つクラーク（事務員）を付ければよいといわれる。しかし、クラークを付ければ、単純に生産性が向上するというものでもない。医療は市場経済ではなく、計画経済によって運営されているからである。このような経緯から、今の医療費の原価計算は困難である。

信頼関係を維持するためには、正確な意思決定に基づく必要があり、費用も含めてどのような根拠に基づいて診断と治療を行ったかを検証

できるシステムでなければならない。その要件として、電子カルテシステムで診療行為がどのような根拠に基づいて行われたかを検証できるように、診断の履歴、各種検査実施記録、検査結果などのレポートの参照記録、医師の診療行為の指示、その他の医療従事者が作成する各種記録について時系列的に追跡が可能であることが挙げられる。

また、インフォームドコンセント推進の観点から、患者に説明する際に、これらの情報を3D等、最新のIT技術を用いて視覚的に提供できることが求められる。さらに、EBMをより実効的なものとするためには、個々の診療行為とその行為を行う原因となった病名、プロブレム、アウトカム等との関連を明確にすることが必要である。

## ■ 6. 正確な分析と個人情報保護 ■

この診療情報を分析する上で、個人情報保護が重要である。個人情報には、氏名、性別、生年月日、住所、住民票コード、携帯電話の番号、勤務場所、職業、年収、家族構成、写真、指紋などの生体情報、コンピュータのIPアドレス・リモートホストなどが該当する（出典：Wikipedia）。

しかし、単にこれらに該当しても、個人を特定することができなければ、個人情報には該当しないのである。個人情報の保護に関する法律の定義では、生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により「特定の個人を識別することができるもの」（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるもの〈たとえば学籍番号など〉を含む）をいう。つまり、上記に該当しない情報であっても、複数の情報の組み合わせにより、その個人を特定し得る情報も個人情報である。

個人情報はプライバシー保護の対象であり、

本人の意図しない形での情報流通は防止する必要がある。しかし、個人情報を含く流通させないと、名前がわからないまま付き合うことで誤解を生じたり、ミスも起きやすい。通常、初対面での挨拶は名前紹介から始まる。この場合、名前や所属などは、むしろ情報流通させることが個人を大切にすることになる。また、集団においても、個人情報の保護だけではなく、その活用を図ることが、各人を大切にすることでは重要であろう。

たとえば、各種の方針決定に使うためにも客観的な情報は有用であり、特に、学術面では、コホート研究のように、一人分では新奇性はないが集団になると、新奇性が生ずる場合も多い。その個人情報の当事者のみならず、同じような特徴を持つ他の人々にも役に立つ。したがって、個人情報を活用することがその集団の進歩と発展に寄与できる。昨今のように、個人情報の保護ばかり偏重され、利活用がないがしろにされると、その集団も閉塞感に襲われるように思う。特に、多くの国民が関心を持っている「医療崩壊」の解決策として、費用対効果を加味した制度の導入案が考えられるが、そこにも「集積した個人情報」の利活用が必要になる。

## ■ 7. 英国の医療制度改革に寄与したNICE ■

それが上手に活用された例を挙げると、英国での医療崩壊からの回復がある。英国には、National Health Service（NHS）と呼ばれる医療制度がある。NHSは国営医療サービス事業で、1948年から患者の医療ニーズに対して公平なサービスを提供することを目的に運営されている。利用者の健康リスクや経済的な支払い能力にかかわらず誰でも利用可能であり、基本的に無料である。しかし、医療の進歩などにより、コスト面で圧迫されるようになった。石油ショック後にさらに悪化し、1980年代から90年代前半の

保守党政権下で、「競争」や「民間の手法」を導入することで、効率化が進み、医療の質が良くなると期待されたが、医療費が抑制された結果医療サービスが低下し、現在の日本のような医師不足などの問題が生じた。

そこで、97年に誕生したブレア政権化で、医療改革が行われた。医療の品質管理や評価、効率を重視して、国立最適医療研究所（National Institute for Health and Clinical Excellence、略してNICE）などの独立行政法人が設立された。このNICEがイギリスの医療制度改革に寄与して、医療サービスが改善されたといわれている。

NHSの特徴は組織や意思決定が地域ごとに細分化されていて、居住地域ごとに市民を担当する GP（一般医）というかかりつけ医師が決まっている。この方式は、地域の実情に合わせたきめ細かな対応が長所だが、地域が違うだけで方針が違って、患者は嫌だったら引っ越すか、高価な民間医療を受けるしかない。このような問題を解決するのがNICEである。新しい医療技術や、新薬などについて、専門家が保険適応の是非を検討する。これは義務付けではなく、EBMに基づいた推奨（日本ではガイドライン）である。ここでは、限られた医療予算の有効活用という見地から、費用対効果を加味した上で推奨を決める。わが国では難しい、抗がん剤と血圧降下剤を同列に検討することが可能になった。最近では、どの国も医療予算は不足しており、医療に優先順位を付ける必要がある。NICEはEBMの手法を採用しているが、実はエビデンスが十分ではない分野もあるので、医療提供側にとっても納得できないことがあるといわれており、NICE批判もある。

NICEは単なる効果のみでなく、費用対効果を審議するので、もし製薬会社が値下げすれば、NICEのガイドラインに採用される場合もある。ここが大いに参考になる点であり、わが国もその方法論がないわけではないが、事実上保険収

載は価格とは別の有効性や安全性を中心に審議されており、費用対効果の観点から論じる割合はNICEに比べ、大幅に小さいだろう。

この理由として、欧州にはEUという仕組みがあり、関税障壁が低く、国が密集しているので、一つの国で値引きをすると他の国での価格交渉にも影響する点がある。どの国の薬価交渉も厳しいが、多くは水面下で行われるので国民や他国民の衆目は浴びにくい。一方、NICEは判断や根拠を明示するので、結果的に、国民的な議論を呼び、コンセンサス形成にも寄与している。NICEが活躍すればするほど、薬価に対する国民の評価が明確になって、国民の合意形成をしやすくなっている。

## ■ 8.個人を大切に作る仕組みづくりを■

このような仕組みを日本にも構築することで、診療データを利活用した分析が可能になるだろう。しかし、わが国における個人情報保護関連の法制度では、それに対応しきれないと思われる。現在は、個人情報の保護に力点が置かれすぎたために、利活用に制限が多いからである。合意形成のためには、政府のみでなく、大学や民間の研究者にもそのデータを用いた解析を可能にする仕組みが必要である。NHSでは、その仕組みも整備されており、わが国も個人情報を十分利活用できる仕組みをつくることで、「個人情報を大切に作る仕組み」から「個人を大切に作る仕組み」につながっていくだろう。

その上で、英国のNHSで行われているように、診療のガイドラインや各種データベースの作成に資する情報も提供できる必要がある。つまり、電子カルテは蓄積した情報を患者、疾病、診療行為単位に抽出し、その分析によってEBMの根拠となる診療ガイドラインやデータベース作成に情報を提供できることが望まれるだろう。医療費の問題についても、全数収集を前提にした正確なデータに基づく議論が必要である。



[Special Topic 2]  
Health and Environmental-Themed Town Renovation Innovation

# 商店、病院、住まいを一体化する

## Integrating Mercantile Stores, Hospital, and Residential Area

日本は世界に前例のないスピードで、高齢社会に突入している。今後、活力ある社会を維持していくためには、高齢者にいつまでも元気で活躍してもらう必要がある。そのためには、病気を予防する病院の役割が大切だ。しかし、大病院では待ち時間が長く、診察時間が短いという患者の不満が聞かれる。また、まちを活性化するためには、地域での消費が欠かせない。しかし、大型のショッピングモールは比較的郊外にあるために、車を利用できない人は、買い物難民となる可能性がある。特に、高齢者にとってその問題は深刻だ。今後さらに進む高齢社会で起こりうる問題を、オンデマンドバスなどITを活用することで解決しようというのが、東京大学政策ビジョン研究センターの秋山昌範教授のアイデアである。具体的にどのようなシステムなのか、教授のお話はこうだ。



### 秋山昌範

東京大学政策ビジョン研究センター教授 医学博士  
Masanori Akiyama M.D., Ph.D.  
Professor, Policy Alternatives Research Institute, the University of Tokyo

■オンデマンドバスやITの活用で、ショッピングモール、病院、住まいを一体化させるシステム  
System for Integrating Mercantile Stores, Hospital, and Residential Area by the Utilization of On-demand Bus and IT

オンデマンドバス  
On-demand bus



カードにてオンデマンドバス内で診察受付が完了する。  
Appointment for medical examination is completed by using an electronic card inside on-demand bus.



オンデマンドバス  
On-demand bus



診察結果に問題がなければ買い物後、オンデマンドバスで帰宅する。

If the test results show no problems, you return to your home by on-demand bus.

## Summary

Professor Akiyama, of the University of Tokyo Policy Alternatives Research Institute, is trying to solve the problem of a rapidly aging of Japanese society through IT. First, the On-Demand Bus is being developed as a transportation mode for elderly people. It will provide a round trip commute to and from the hospital.

One current issue is long waiting times at major hospitals. If patients can complete their appointment on the On-Demand Bus, it will reduce waiting time. Furthermore, Professor Akiyama proposes a system that notifies the patient of consultation time during a waiting time. If there is a park near the hospital, patients can spend their waiting time there until they get the notification from the hospital.

After the consultation and medical check-up, the On-Demand Bus will take the patients to a shopping mall near the hospital, so they can know the results of the medical check there. Things purchased at the shopping mall can be paid for with only one On-Demand Bus riding card. If patients require a second examination or follow-up, the On-Demand Bus can be used again. If not, the patients can go back home by taking the Bus. Professor Akiyama's system leads to patients have access to medical care as well as encourages consumption of goods.

## オンデマンドバスに 乗った時が病院の受付

普通、遠くにある大きな病院に行くとき、電車やバスに乗っている時間を待ち時間とは感じないだろう。だとすれば、地域にある大病院で、オンデマンドバスに乗った時点を病院の受付とすれば、全体としての待ち時間は少なく感じられるはずである。そうした想定のもとに考えられたのが、秋山教授のシステムだ。朝、自宅からパソコンないし電話で自治体がサービスするオンデマンドバスを予約し、自宅にバスが着いたら、カードをかざして乗り込み、病院の予約が完了する。

病院に着いてから診察が始まるまで

の時間は、普通の病院の外来患者と同じ待ち時間になる。ただし、患者は待ち時間をオンデマンドバスを使ってショッピングモールや近隣の公園で自由に過ごすことができる。診察時間が近づけば、携帯端末が知らせる仕組みだ。初診の場合はどうなるのだろうか。そこからさらに、秋山先生のアイデアが続く。

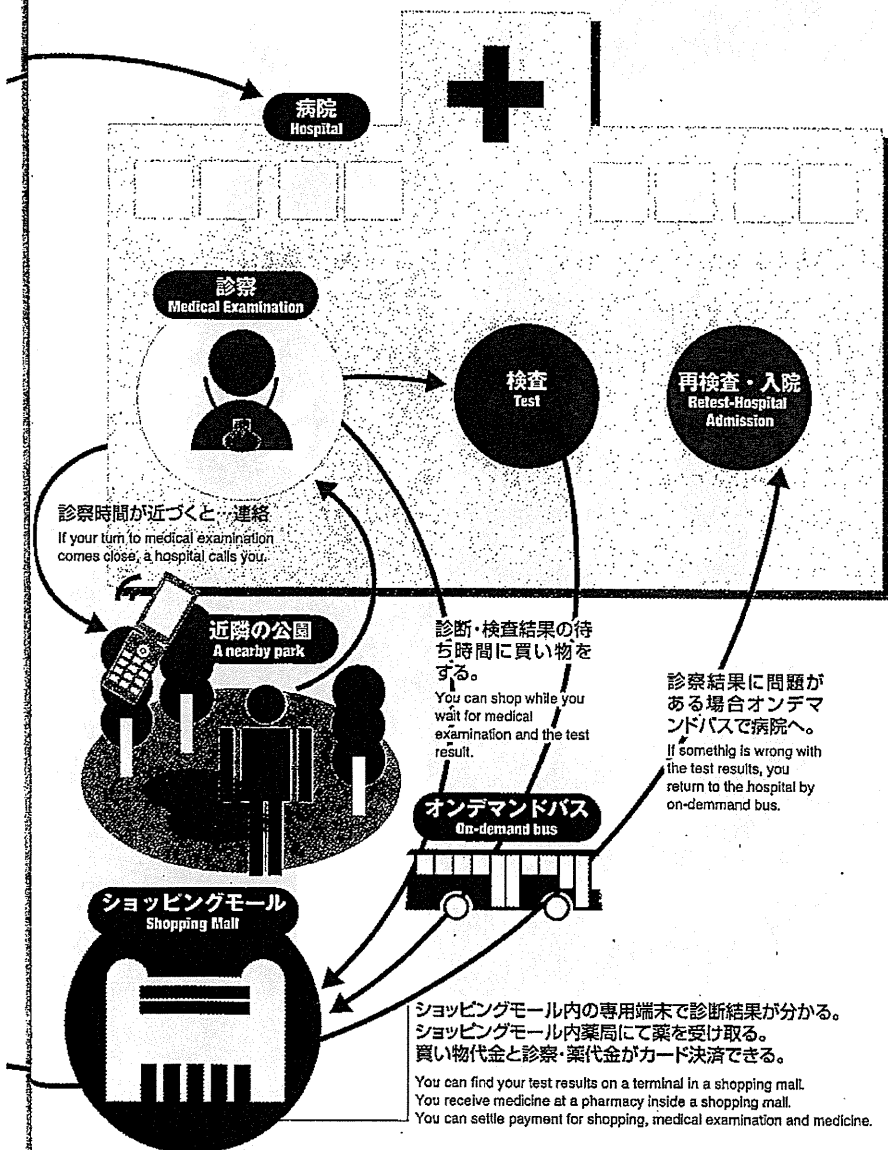
## 初診患者は、ショッピング モールで検査結果を待つ

通常、初診の患者には検査が必要になることが多い。ただ、検査をしてそのまま帰宅すると、後日、来院しなければならない。さらに、大病院の偉い先生は週に2回ぐらいしか外来診察をしないので、次に診てもらうのは翌週になり、とても非効率だ。

そこで、検査結果を待つ間オンデマンドバスでショッピングモールに行ってもらうことにする。モールには専用端末を置いておき、検査結果を見ることができるようにしておく。検査結果が正常値の場合は、モールで決済を済ませてそのままオンデマンドバスで帰ってもらう。

もし検査の結果、異常値が出たり、主治医が患者と話す必要がある場合は、オンデマンドバスで病院に戻ってもらう。戻った後、必要があれば入院の手続きをとったり、再検査や再診の手続きをしたりする。帰りは同じようにオンデマンドバスを使って帰宅することになる。

秋山教授の構想は、自宅と病院とショッピングモールをつないで、高齢者が気軽に病院に行き、なおかつ買い物もついでに済ませることができるようにしたものだ。高齢者の健康と、買い物難民の解消、ショッピングモールの消費の拡大を可能にした、斬新なアイデアである。今後、高齢化がますます進んでいく中で、地方自治体などでの採用が期待される。



# Innovation Courier

イノベーション・ワールド | 「産・学・官」事業の連携誌  
Japanese Innovation to the World

Summary in English

2011年2月5日

Vol.6

<http://www.innovation-courier.net/>

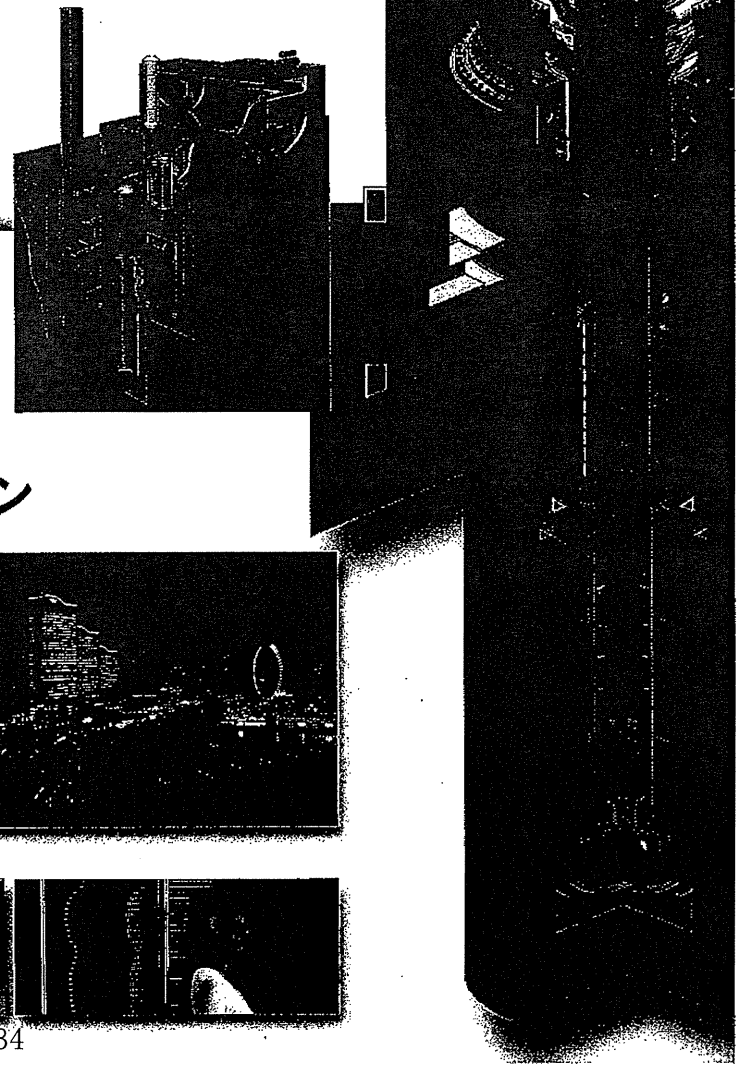
# 小型原子炉

## Aiming for Practical Use of

# 実用化に向けて

## Small Nuclear Reactor

株式会社 東芝  
TOSHIBA CORPORATION



特集 1 Special Topic 1

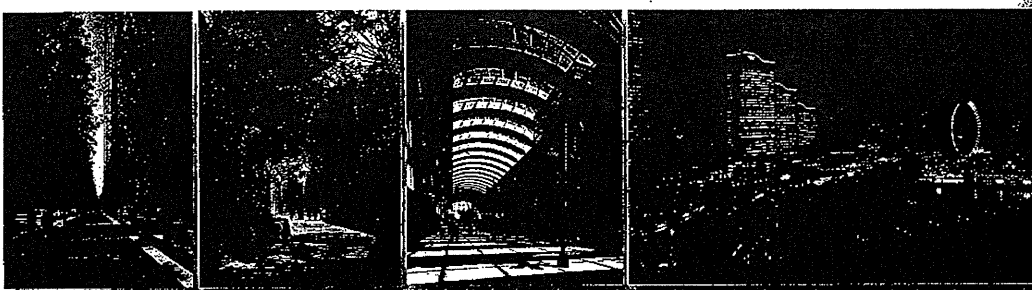
## 環境をテーマとした エネルギービジネス

Eco-Themed Energy Business

特集 2 Special Topic 2

## 健康・環境テーマのまちづくりイノベーション

Health and Environmental-Themed Town Renovation Innovation



特集 3 Special Topic 3

## 健康イノベーション事業

Innovative Health Business



SP-2-1 実施データに基づく全数データベースの必要  
性と課題

秋山昌範

(東京大学政策ビジョン研究センター)

少子高齢化の進展の中、経済不況と相まって深刻な財政危機に陥っている。財源に限られた中では、いかに資源(ヒト・モノ・カネ)を有効利用するか、保健医療体制を最適化していくのが非常に重要になる。

この厳しい状況下で、医療提供側に国民から求められているのは、「信頼維持・回復」であろう。特に、医療費の問題や医療事故の問題では、患者・国民側と医療従事者側の視点が、180度違うように見える。国民から見た信頼と医療提供側に認識には、両者間で認識が乖離している。患者が求めているのは、説明ではなく信頼であり、それは「信用」とか「ブランド」という相互の信頼関係(Trust)に昇華すると考えられる。その際に、診療情報は、様々な観点から大きな貢献をするだろう。制度上、診療情報は診療の用に供された後、種々の法制の要請により義務的に保存されている。一方、今日の情報技術の進展は、それら診療情報を様々な形で活用することを可能にした。但し、プライバシーを含む診療情報の取り扱い、非常に繊微であり、万一の情報事故などの不都合な事態を起こしてしまえば、その被害の救済も困難である。昨今の国民のプライバシーに関する権利意識の高まりや、医療そのものが訴訟などの法的リスクを抱えることとなった社会情勢に鑑みて、現下の法制の要求以上に高い証拠能力を有することが求められる局面が想定される。

そこで、事実に基づいた全数データベースの構築が重要である。昨今の中医協の議論でも、データのサンプリングの偏りが問題になっている。利害が相反する間には、恣意的にデータを集めたのではないかという疑念が生じやすい。周知のように、ピアソン統計学では、データサンプリング手法が、大きな課題であり、全数をつかめないという前提では、サンプリング時、データ解析時の2点でどうしても誤差を生みがちである。しかし、コンビニエンスストアのPOSのようにITを用いると全数を集めることが可能になった。医療においてもこの考え方で全数を収集可能であり、相互不信の解消につながる。現在、診療のために収集され蓄積された診療情報を医学研究や医療行政、創薬や新しい治療技術の開発等に活用する二次利用について議論が進捗中である。電子カルテ等の蓄積した情報の分析によって診療ガイドラインやデータベース作成が可能になるが、その際、全数収集を前提にした正確なデータに基づく仕組みが必要である。

## SP-2-2 外科専門医制度と NCD

柳野正人

(名古屋大学腫瘍外科)

National Clinical Database (NCD) は、日本全国で行われている外科手術に関する情報を登録し、それを集計・分析することで外科系の医療の質を向上させ、患者さんに最善の医療を提供することを目指す、いわば“国家的大プロジェクト”である。2011年1月1日から各施設で施行された手術に関する情報を、ウェブサイトを通じて登録することになっている。

NCDは外科専門医とも密接にリンクしている。NCDに参加する専門医制度は、日本外科学会の外科専門医、呼吸器外科専門医、消化器外科専門医、小児外科専門医、心臓血管外科専門医、内分泌・甲状腺外科専門医、乳腺専門医の7つである。なお、消化器外科領域については9学会(消化器外科学会、肝胆膵外科学会、食道学会、胃癌学会、膵臓学会、内視鏡外科学会、腹部救急医学会、大腸癌研究会、肝癌研究会)が消化器外科データベース関連学会協議会を組織して、NCDと連携することになっている。このように広範な診療科領域が連携してデータベース構築に取り組むことは、世界でも例が無い先進的な事例である。

日本外科学会の外科専門医は、外科専門医制度の一階部分に相当する基盤専門医である。現在は日本外科学会のホームページから必要症例の登録を行っているが、NCD開始後は、NCD共通基本入力項目(患者生年月日、性別、手術日、術式など手術終了時に数分で入力可能な13項目)を入力することにより症例登録が完了することになる。したがって、ホームページからの症例登録は将来、廃止される予定である。

本邦にはこれまで手術に関して全国を網羅するような基礎的データベースは無く、それ故、医療水準の施設間比較、外科医の適正配置、外科専門医制度といった問題を客観的に議論することが不可能であった。NCDでは、日本全国の約9500の病院施設のうち、およそ2000~3000施設が対象となり、年間約100万件の手術症例の登録が見込まれている。しかし、もし参加施設が予想外に少なればデータベースとしての価値は低くなるので、登録しなければ診療報酬請求が出来ないなどの対策が必要になるかもしれない。NCDは今後も種々のBrush-upが必要であろうが、画期的な試みであり、この制度により本邦の外科医療がより正しい方向に進む事を期待する。

# ITで信頼を維持・回復

東京大学政策ビジョン研究センター

秋山 昌範



あきやま まさのり

●東京大学政策ビジョン研究センター教授 ●マサチューセッツ工科大学スローン経営大学院客員教授 ●1957年、香川県生まれ ●国立四国がんセンター、国立国際医療センター等の病院で、医師として20年余りの泌尿器外科、腎

臓内科の臨床経験後、2005年～マサチューセッツ工科大学スローン経営大学院客員教授 ●09年8月より現職、医学博士 ●専門は、医療のIT化、医療安全、経営工学、マネジメント ●08年～WHO World Alliance for Patient Safety (Technology for Patient Safety) 日本代表委員 ●10年よりWHO Joint Classification and Reporting Initiative 代表委員 ●厚生労働省厚生科学研究事業「医療情報システムによる新しい管理会計と医療の最適化に関する研究」および「情報の構造化による医療事故・ヒヤリハット情報の利活用に関する研究」研究代表者、他。【ITで可能になる患者中心の医療】『デジタルフォレンジック事典』等、著書多数

<前号よりつづく>

## ◎医療の信頼維持・回復

超高齢化を迎えた我が国の医療を考えてみると、国民はますます増大する医療費や崩壊しつつある医療提供体制への不安が増大している。医療提供体制の維持のためには、費用を増やす必要があるが、国家財政は逼迫している。国民も医療費の財源問題は深刻と考えているので、医療費の増額は理解できるが、その額を最小限にしたいと考えている。医療の効率化とはいっても、簡単な話ではなく、大幅な制度変更が必要になってくる。そこで、医療制度の見直し、それも国家レベルでの仕組みの変更が必要になる。

しかし、「本当に医師は足りないのか?」「必要最小限の医療費はいくらか?」など、医療費の問題や医療事故の問題では、患者・国民側と医療従事者側の視点は、180度違うように思われる。前回述べたように、仕組みを変える際には「正しい情報」が大きな力を持つ。正しい情報に基づいたデータを見せることにより、初めて合意形成が可能となる。この過程で、国民から医療提供側に求めるものは、「透明化」いわゆる「見える化」である。そこで、「見える化」による「信頼維持・回復」が求められる。

ここで、信頼回復にあたり、Transparency (透明度を上げること) や Accountability (説明責任) は必須のことである。ただ、患者や国民は現状で医療側にそれらがかなり不足していると考えているようである。不足の程度の認識が、両者間で乖離しているというのは、「情報」の流通不足と考えられるだろう。すなわち、「患者のための医療」を考える場合に、患者が求めているのは「信頼」であり、その継続により、それは「信用」とか「ブランド」というもの (Trust) に変わっていくと考えられる。

その「ブランド」を維持することが、医療機関の目的にもなる。そのためのキーワードが、前述した Transparency と Accountability と考えるが、医療従事者から見ると、患者の側にも考えてほしいことがある。それは Responsibility ということである。

Responsibility という語を日本語で訳した場合、責任とか責任感となるが、欧米ではそれと



は少し語感の違う「自己責任」（自分の力で決めて、自分がその結果責任まで負う）というニュアンスが入っている。その意味では、病気に向かって、医療従事者と患者や家族たちが一体となって戦う仕組みが、本当の患者本位の医療体制ということになる。したがって、そこで担保されるべきものは相互の信頼関係(Trust)になる。

## ◎情報の偏在

その信頼関係を考えたときに、それを阻害している大きな要因は、「医療の閉鎖性」とか「ブラックボックス」という言葉で表現されている。つまり、患者サイドから見たときに、いかに医療機関内部が見えないかということであり、その閉鎖性を払拭しようとする場合に、ITが役に立つ。即ち、情報の重心、すなわち情報の偏在性というものを解消することに、ITが有用である。現在は、診療情報の重心が医療機関側に偏っており、情報の偏在性が指摘されている。そこで、この情報の重心を患者と医療機関とのちょうど中心に持って行くことを、医療機関が目指すべきであり、情報公開という言葉はこのことを指している(図)。

しかし、単に情報の重心を中心に移すのみでは不十分である。情報の重心を移動させても、例えば、カルテ開示をする、カルテを見せるという行為だけで、単純に信頼を回復できるとは思えない。例えば一度事故が起こってしまうと、単に情報公開しただけでは、また重心が戻ってしまうのではないかと、一部のみで全体像ではないのではないかと、最悪の場合、当初まで戻ってしまうのではないかとという危惧が、患者側にあると思われる。いわゆるカルテの改ざん等である。また、事故が起こった場合、そもそも「最初からカルテに記載しない」という例もあるだろう。この場合は、いくら開示をしても無意味である。

したがって、信頼回復時には、ただ単に見せるのみではなく、その情報が如何に正しいか、情報の正確性ということが担保されなければ、どんなにカルテを見せても、いくら看護記録を閲覧させても、何の信頼感も得られない、言い換えればブランドは維持できないのではないだろうか。即ち、「正確に記録をする」ということは、簡単なようで意外に難しい。

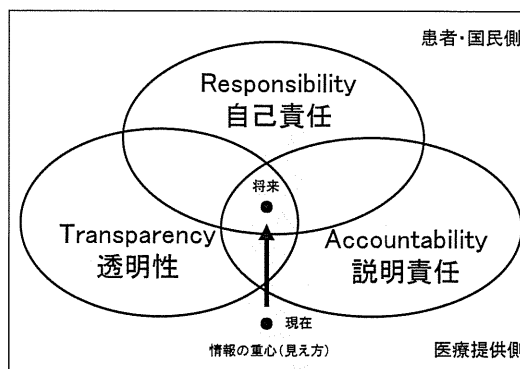


図 医療における信頼回復のために

周知のように医療現場は大変忙しい。医師・歯科医師のみならず看護師も大変である。諸外国に比べ職員の数が少ないという大変な激務の中で、如何に正確な記録を行うかを追求すると、さらに多忙になる可能性がある。その正確な記録を取る時間をかけつつ、医療の質を下げないようにするという難しい問題を孕んでいる。さらに、診療情報をただ単に見せるだけで、医療側の説明責任は十分に達成されるわけではなく、患者や家族に理解されるように丁寧な説明を行う必要があることはいうまでもない。結果として、超過勤務が増えるようでは、良い解決とはいえない。

## ◎ITは正確な記録作りに有用

それでは実際にITは何を実現するのであろうか。診療に関わる指示だけでなく、指示受け、実施を含む医療行為の経過や実績が記録されるシステムであることが望ましい。

具体的には、オーダリングシステムや電子カルテシステム等において、医師による指示の発行、内容の変更、指示の中止の記録以外に、看護師による医師指示の確認、診療や医療行為の実施記録、薬局、検査部門などの診療部門における指示の確認、指示に基づく行為の実施記録は必須であろう。もちろん、診療行為の実施者によって作成された実施記録やレポートについて指示・実施内容と更新履歴、またそれぞれの時刻、操作者が一元的に記録できるシステムであることも必要である。

次号では、信頼回復を実現するためのITの将来像を考えてみる。

(次号へつづく)

## 安全・安心を担保 するための TRUST

東京大学政策ビジョン研究センター

秋山 昌範



あきやま まさのり

●東京大学政策ビジョン研究センター教授 ●マサチューセッツ工科大学スローン経営大学院客員教授 ●1957年、香川県生まれ ●国立四国がんセンター、国立国際医療センター等の病院で、医師として20年余りの泌尿器外科、腎臓内科の臨床経験後、2005年～マサチューセッツ工科大学スローン経営大学院客員教授 ●09年8月より現職、医学博士 ●専門は、医療のIT化、医療安全、経営工学、マネジメント ●08年～WHO World Alliance for Patient Safety (Technology for Patient Safety) 日本代表委員 ●10年より WHO Joint Classification and Reporting Initiative 代表委員 ●厚生労働省厚生科学研究事業「医療情報システムによる新しい管理会計と医療の最適化に関する研究」および「情報の構造化による医療事故・ヒヤリハット情報の利活用に関する研究」研究代表者、他。『ITで可能になる患者中心の医療』『デジタルフォレンジック事典』等、著書多数

<前号よりつづく>

### ◎従来の医療情報システム

従来のオーダーリングシステムは、いわば大型印刷機であり、病院内で迅速に伝票が印刷できることを可能としてきた。したがって、伝票を運んだり、再利用したり、コピーしたりする手間は大幅に省くことができた。しかし、このデータの単位は、伝票単位であったために、「いつ (when)、どこで (where)、だれが (who)、だれに (to whom)、どういうふう (how)、どういう理由で (why)、何を (what was done)」といった情報を正確に記録することができない。

例えば、手術やインプラントを留置する作業は、カテーテルや医療材料を発注し、処置室や手術室に運んで一時的に保管し、他の消毒器具などと一緒に直前に準備し、医師の処置を介助し、後片付けを行うというように、多くのスタッフの共同作業になっている。つまり、医師を含めて少なくとも5～6人、場合によっては10人以上が関わっている。しかし、伝票に記載されている実施者は、指示を出した医師のみであることが多く、その行為に関わったすべての人間の6W1H (who に to whom が加わるので6Wになる) 情報は記録されていない。もちろん、紙でも同様である。

チーム医療が重要であることは当然であるが、記録まではチーム医療になっていない部分がある。そこで、入力自動化を図り、すべての医療従事者の実施記録まで、正確に記録できることが望まれる。

### ◎評価可能な記録～全数を記録～

医療の仕組みを変える過程で、患者から信頼を得るために、議論に必要なデータには正確性が必須である。さらに、医療費の値上げ等、将来の見直しを見据え、再評価 (自己評価、客観評価) が可能な記録が行えなければならない。そのために、医師が行った診療行為に関わる記録を、自己および第三者が追跡、検証が可能なようにする機能が必要になる。診療に関わる行為を発生順に参照、出力できる手段を有すること、すなわち医療のプロセスが分かるように時系列表示ができなければならない。

正確性のためには、医師による指示の記録だけでなく、歯科衛生士など他の医療従事者が作成した記録、それらの記録の参照履歴 (Audit trail) についても蓄積できるシステムであることが望ましい。正確な記録により原価計算も可能になるが、レセプトやDPCのような蓄積された診療に関わる実績情報から、患者、疾病、医療従事者、診療行為単位に抽出し、各々のグループの中で比較、分析を行うことにより、医療のパフォーマンスの数値化や治療結果の評価が可能なシステムであることも求められる。

同時に、経営に資する情報を含んだ記録が作成され、十分な経営管理を可能にする必要がある。その要件として、電子カルテシステムに記録される情報は医事会計システム、物流システム等から得られる実績情報と関連づけを可能として、病院の経営状況を把握し、改善のための情報が提供可能なシステムであることも必要である。

また、昨今の中医協 (中央社会保険医療協議会) 等の議論でも、データのサンプリングの偏りが問題になっている。恣意的にデータを集めたのではないかという疑念である。周知のように、ピアソン統計学では、データサンプリング手法が、大きな問題点であり、全数をつかめないという前提では、サンプリング時、データ解析時の2点でどうしても誤差を生みがちである (図)。しかし、コンビニエンスストアのPOS (Point of sale) のようにITを用いると、簡単に全数を集めることが可能になった。医療においてもこの考え方で全数を収集可能である。そうすれば、相互不信の解消につながるだろう。

### ◎根拠に基づいた意思決定

Trust (相互の信頼関係) を維持するために、どのような根拠に基づいて診断と治療を行ったかを検証できるシステムでなければならない。その要件として、電子カルテシステムにおいて各診療行為がどのような根拠に基づいて行われたかを検証できるように、診断の履歴、各種検査実施記録、検査結果などのレポートの

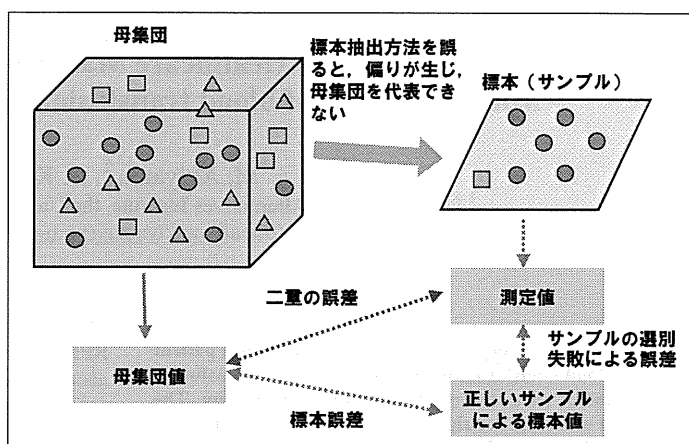


図 誤った標本と母集団との関係

参照記録、医師の診療行為の指示、その他の医療従事者が作成する各種記録について時系列的に追跡が可能であることが挙げられる。

また、インフォームド・コンセント推進の観点から、患者に説明する際の利用として、これらの情報を3D等、最新のIT技術を用いて視覚的に提供する手段を有することが求められる。さらに、EBMをより実効的なものとするためには、個々の診療行為とその行為を行う原因となった病名、プロブレム、アウトカム等との関連を明確にすることが必要である。

その上で、イギリスのNHS (National Health Service) で行われているように、診療のガイドラインや各種データベースの作成に資する情報も提供できる必要がある。つまり、電子カルテは蓄積した情報を患者、疾病、診療行為単位に抽出し、その分析によってEBMの根拠となる診療ガイドラインやデータベース作成に資する情報を提供できることが望まれるだろう。医療費の問題についても、全数収集を前提にした正確なデータに基づく議論が必要である。

### ◎安全・安心な医療を実現

ITというと、効率化ばかり取り上げられがちであるが、情報の共有化のツールであることが最も基本である。共有化というのは、職種や組織を超え、利用が広いほど効果を発揮するはずで、患者安全にも有用である。したがって、「医療現場のすべての情報を現場に負荷をかけずに流通させる」ことが可能になれば、安全・安心で患者本位の医療を実現できるだろう。

# IT Can Improve Healthcare Management for Patient Safety - Minimizing risk of blood transfusion with Point-of-Act-System -

M. Akiyama<sup>1</sup>, A. Koshio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Policy Research Alternatives Institute, the University of Tokyo, Tokyo, Japan  
(e-mail: [makiyama@pp.u-tokyo.ac.jp](mailto:makiyama@pp.u-tokyo.ac.jp))

**Abstract** - The purpose of this study is ensuring patient safety of blood transfusion by minimizing risk of transfusion at the point of care through Information Technology. The targets are ensuring five rights of transfusion, rights process and right information by auto identification and traceability of blood products. Auto identification and data capturing system with RFID based on the Point-of-Act-System (POAS). It provides real time right identification, process management to ensure right medication and traceability with serialized number in single item level. The system designed based on process analysis and use case of transfusion was successfully implemented in Red Cross Hospital to prevent transfusion errors and ensure traceability of blood products. By reading RFID at the point of care, we can check database to look for adverse events of blood products. We identified all 377 blood products and acquired tracking data successfully. We can improve patient safety and traceability with RFID.

**Keywords** - Healthcare management, Point of care, Patient safety

## I. INTRODUCTION

Many hospitals and blood centers have introduced barcode and RFID systems for patients and blood identification and they have contributed to reduce incorrect blood products and transfusion [1-6]. However, present identification of patient and blood with these technologies doesn't ensure all of '5 Rights' for safe medication. "5 rights" means right patient, right product, right dose, right root and right time administration of medication. 5 Rights are regarded as an essential factor for ensuring medication correctness and Barcode and RFID are fundamental technologies for achieving the purpose. It is better strategy to keep transfusion safety that blood transfusion system should move their focus from patient identification to comprehensive 5 rights identification. In addition, barcode and RFID have more capabilities to improve patient safety through managing process of activities and traceability of blood products as well as ensuring 5 rights identification at the point of care. Medication is not a single activity that is independent from other activities but a process that consists of connected a series of activities by various workers. It is crucially important to keep good communication among medical workers and ensure rightness of medication process without any omissions and faults. This is another area of contribution of barcode and RFID based

administration system for patient safety that barcode and RFID can contribute by capturing and documenting accurate data of activities by medical workers that has a capability to facilitate high quality communication based on real-time accurate information. Good communication based on real-time information prevents miscommunication and misunderstanding and can promote patient safety. Traceability of drug and other materials is also achieved with barcode and RFID administration and data capturing at the points of production, transfer and consumption. In medical setting traceability of materials has been widely recognized as necessary piece for enhancing patient safety. Traceability enables us to find harmful drugs and materials with perfect information of their original production points and path ways of transfers.

## II. METHODOLOGY

The purpose of this study is ensuring patient safety on blood transfusion by minimizing risk of transfusion at the point of care with Information Technology and implementing a system to conduct it. To minimize risk of transfusion, there are three important components achieved by identification and data capturing. First one is securing 5 rights of transfusion by auto identification at the point of care with right information. Right information is basic factor for right identification and the information should be update in real time based upon the change of situations including clinical settings. Second is securing right processes of transfusion. Skipping process of transfusion including cross matching and incorrect processes of transfusion might make transfusion harmful. Third one is traceability that enables checking information of adverse events of products that are prepared from same bloods. In terms of blood transfusion safety, window period is important concept to be considered. Window period is a term that test can't find virus or other harmful source after infection. The window period of Hepatitis C Virus is 23 days by Nucleic acid based tests (NAT) and 82 days by Antibody test (AB test). There are risks that infected blood products passing test during window period would be distributed to hospitals.

The way to handle the risk that infected bloods would be distributed is traceability of blood products by single item level. If there is knowledge about when and where these bloods were collected and produced, we can prevent secondary infections by recalling blood products prepared from same original immediately.