

# 保健医療分野におけるデータ交換と知識の流通

清水 薫 石樽康雄

株式会社 NTT データ  
技術開発本部システム科学研究所

東京都江東区豊洲 3-3-9 豊洲センタービルアネックス

## Data Exchange and Knowledge Sharing in Healthcare

Kaoru SHIMIZU, Yasuo ISHIGURE

Research Institute for System Science  
Research and Development Headquarters  
NTT DATA CORPORATION

3-3-9 Toyosu Koutou-ku Tokyo Japan

### 概要

政府 IT 戦略本部が示した『個人の健康情報を「生涯を通じて」活用できる基盤』は政策的に検討途上にあり、保健医療分野におけるデータ交換の基盤として各関係主体にもたらすニーズ及び課題が十分に整理されているとは言い難い。そこで、特定健診結果、レセプト・データ、診療情報の各データについて共有の可能性と課題を示す。さらに、保健医療分野の関係主体間における知識の流通による連携の実現モデルを示しつつ考察を加え、データ交換の基盤の整備、知識の流通及び連携について必要性和今後の検討課題を指摘する。

### Abstract

In its New IT Reform Strategy of 2006, IT Strategy Headquarters of Japanese Government announced its plan to build National Health Information Infrastructure (NHII), a platform for individuals to electronically manage their lifelong healthcare data. In the policy discussion, however, demands and difficulties of the data exchange parties are not sufficiently identified. This study presents an analysis of acceptability of NHII by its stakeholders that will enhance healthcare information sharing and knowledge sharing models in healthcare system. Lastly, some future challenges will be drawn.

## 1. はじめに

社会の少子高齢化に伴う医療費の増大に備え、政府 IT 戦略本部は「IT 新改革戦略」において、疾病の予防、医療の質の向上と効率化、医療費の適正化に向け、『2010 年度までに個人の健康情報を「生涯を通じて」活用できる基盤を作り、国民が自らの健康状態を把握し、健康の増進に努めることを支援する』ことを目標として掲げている[1]。この「IT 新改革戦略」に掲げられた構想の実現手段たる施策集として毎年更新されている「重点計画」において、IT 戦略本部は健康に関する情報のうち、①特定健診結果(以下、特定健診等データ)、②レセプト・データ、③診療情報の3つに触れている[2]。これらは、作成する主体やその利用目的が異なり、関係主体の範囲、交換が可能なデータの範囲をそれぞれ考察した上で、『個人の健康情報を「生涯を通じて」活用できる基盤』の全体像が描かれなければならない。

加えて、保健医療分野で専門分化と役割分担が進むにつれ、各主体が個別にデータを活用することを超えて、複数の主体が相互の知識・経験を補完し合

うことも求められようとしている。

本稿においては、かかる基盤の実現に向けて、まず、政策動向の現状を整理した上で(第2節)、個人の健康に関する情報の各共有主体がそれぞれに有する利害関係の整理と情報共有の可能性と限界を明らかにすることを通して、目指すべき実現形態を提示する(第3節)。続いて、保健医療分野におけるデータ交換の今後の展望を示し(第4節)、複数主体間での知識流通のモデルを考察を加えながら示す(第5節)。最後に今後の課題を指摘し(第6節)、まとめることとしたい(第7節)。

## 2. 政策動向の現状と問題点

平成 20 年度から開始される特定健康診査制度の下で作成される個人の特定健診等データは当該個人の加入する健康保険組合等の医療保険者から委託を受けた健診機関において年に一回電子的に作成され、受診した本人にも送付される。一方、レセプト・データは診療報酬を請求するために医療機関において作成され、医療保険者に集約されるが、個人が閲覧

できるのは医療機関が自主的に開示する場合か、自らが加入する医療保険者に開示請求を行う場合に限られる。平成 23 年度には、原則として全ての医療機関において電子的な作成・管理等が行われることとなる。結果として、個人の特定健診等データとレセプト・データの双方が個人の加入する医療保険者に電子的に集約される。

厚生労働省は平成 19 年 7 月から「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」を開催し、国民の特定健診等データとレセプト・データを収集・分析し、「高齢者の医療の確保に関する法律（以下、高齢者医療確保法）」に基づいて医療費適正化計画の作成等のため、調査・分析を行うための環境整備を開始した[3]。

これに対してカルテ（診療録）記載の診療情報は、情報の機微性に配慮して、医療機関の間でも積極的に共有されているとは言えない状況にある。しかし、改正医療法（平成 19 年 4 月 1 日施行）を受けて「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針（医政指発第 0720001 号）」が通知され、都道府県が定める医療計画に沿って医療機関が相互に連携することが制度的に求められることとなった。

以上の動向を整理すると、図 1 の通り、医療保険者の元には被保険者に関する特定健診等データ、レセプト・データが集約され、医療機関には自らが作成したレセプト・データと診療情報が蓄積され、個人には特定健診等データが届くに過ぎない。政府には匿名化された特定健診等データおよびレセプト・

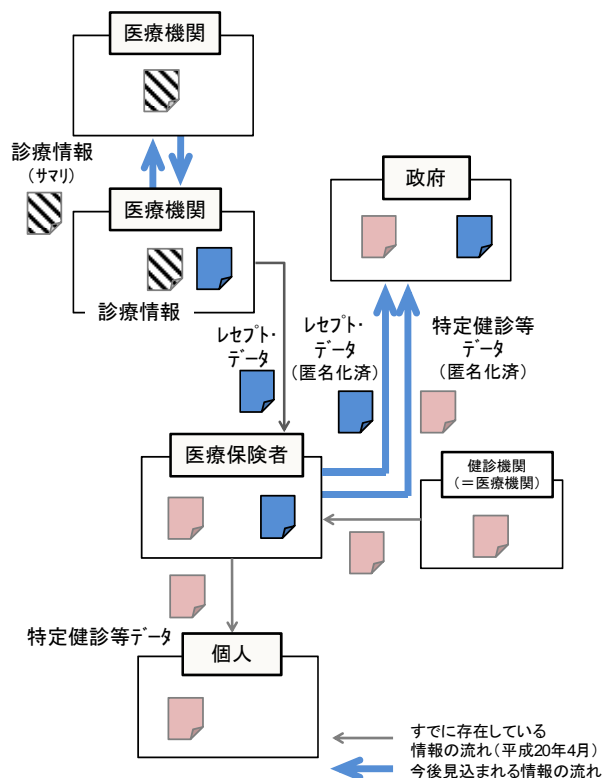


図1 保健医療当事者間におけるデータ交換の整理

データが集約される。診療情報については医療機関間で共有されることにより、各個人に関する情報が分散しながら蓄積される形で議論が進められている。

### 3. 各関係主体間におけるデータの交換の考察

『個人の健康情報を「生涯を通じて」活用できる基盤』は個人による健康情報の活用を本質としながらも、本人によって管理・活用され得るデータは原則として特定健診等データのみである。また、ひとりの個人に関する健康情報も複数の主体によって分散して保有されるために、データ相互の関連付けや分析が十分になられない可能性がある。そこで、ここでは主たる関係主体ごとに、健康情報の有効な共有と活用のあり方について考察し、現在の政策に欠けている視点を明らかにする手掛かりとしたい。

#### 3.1 政府

我が国の国民医療費は、現在のところ 33 兆円を超え、厚生労働省によって 2025 年には約 69 兆円にも上るとの試算が示されており[4]、その伸びをいかに抑制するかが政府にとっての喫緊の課題となっている。医療政策の中で対策を講ずるためにも、より精緻な疾病構造の把握や医療機関の評価を行うに耐える情報が求められることとなり、特定健診等データおよびレセプト・データを活用することによって目標を一部達成することが可能である。しかし、医療の質という観点からは、依然として提供された診療行為の効果までは把握することができない。そこで、政策策定に必要な範囲の情報を診療情報の要約（サマリ）として医療機関から収集し、特定健診等データおよびレセプト・データと併せて同一人に関する時系列分析が可能な仕組みが求められる。なお、特定健診等データおよびレセプト・データと同様、診療情報も政府にとって個別のデータが誰のものであるかを把握する必要性は乏しく、情報の十分な匿名化を行うことで個人のプライバシーに配慮することが求められる。

#### 3.2 医療機関

これまで、診療情報を開示することに必ずしも医療機関が積極的でなかった要因として、診療録記載の情報は医師の備忘録としての性格が強く、医師と患者、あるいは患者とその家族といった様々な関係者の間での信頼関係を損なうのではとの懸念が挙げられる。また、医師が業務上知り得た情報について刑法の下で守秘義務を課せられていることも、医療機関が他者との間で診療情報を共有すること心理的に妨げる要因となっている。しかし、個人との関係においては、近年において患者の権利意識や個人情報保護法の施行に伴う法規制の変化を経て、本人から請求を受けた場合に医療機関は原則として診

療情報の開示を義務付けられるに至っている[5].

このように、診療情報の内容には客観的記録としての要素と作成した医療機関において対内的にのみ意味の認められる情報としての要素が混在しており、両者を区別することで他者との共有も容易となる。そこでは共有ないし収集される項目の抽出において、いかに両要素の区別を明確化し、医療機関にとって受け入れられるものとするかが課題となる。

医療機関が目指すところは患者に対する最善の医療サービスを提供するところにある。従って、医療費の主たる費用負担者である医療保険者との緊張関係の下では、直接の診療情報の共有は困難であると思われる。患者との関係では、その特定健診等データの提供を受ければ、より詳細に健康状態を把握することが可能となり、患者の実情に即した医療の提供につながる。

### 3.3 医療保険者

費用の一部を国庫から補助されているとはいえ、国民医療費の増大は医療保険者にとっての支出の増大を意味する。さらに、特定健診・特定保健指導制度の下では被保険者の健康増進に関する目標の達成状況に応じて後期高齢者制度へ拠出しなければならない支援金が増減される。その意味で政府と同じく医療費を抑制し、被保険者の健康を増進することが求められ、より質の高い医療を提供する医療機関に被保険者を誘導するといった取り組みも必要となる。そのためには、医療機関から提供される特定健診等データ、レセプト・データに留まらず、診療情報を得ることで、自らが被保険者に対して実施する健康増進策の有効性を検証するとともに、医療機関で受ける診療の結果を把握し、被保険者の経過の評価を可能とする必要がある。

### 3.4 個人

個人において重要なのは、自らの健康情報を活用することで健康状態を向上・維持し、あるいは疾病の悪化を回避することにある。そのためには、定期的に送付される特定健診等データと併せて、医療機関で診療を受けた際の検査結果や、そこで留意すべき事項を診療情報から得ることができれば自らの健康状態のより詳細な管理に資する。レセプト・データについては、個人にとっては診療情報との間に重複する内容も多い。個人が診療情報の共有を受ける状況においてもなお、レセプト・データを個人が活用する必要性は更なる検討が必要である。

活用すべき健康情報が個人に集約されることにより、本人のニーズに応じて介護分野等の新たな領域での健康情報の活用の可能性も開ける。加えて、他の分野に増して求められるプライバシーへの配慮においても、情報のコントロールを本人たる個人に服

せしめることが望ましい。

## 4. データ交換の今後の展望

これまで、政府が整備を目指すデータ交換の基盤が保健医療分野の各関係主体にもたらす効果と引き続き残存する問題を示した。

結果として、図2に示す通り、健康情報は本人たる個人に集約し、これを関係主体と共有するデータ交換の流れを実現することで問題の解決に大きく近づくことが言える。

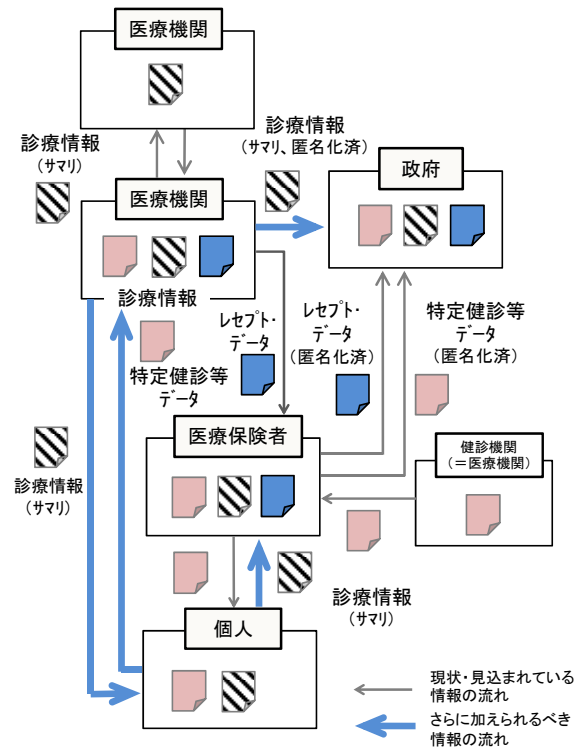


図2 保健医療当事者間におけるデータ交換の整理

ただし、データ交換による情報の共有が可能となっても、その活用によってもたらされる効果は各関係主体で個別に実現されるに留まる。以下においては、保健医療分野における時代の要請がサービスを提供する側の情報共有を超えた連携に及んでいることを指摘し、データ交換によって可能となる、保健医療分野における知識流通と、関係主体相互の連携のあり方をモデルとして示す。

## 5. 保健医療分野における知識流通

生活習慣病に代表される慢性疾患の患者とその予備軍と呼ばれる人の数は増え続けており[5]、病と付き合いながら生活を続ける人を支える議論が新たに必要である。また、社会の高齢化も進み、65歳以上が総人口に占める割合は、現在、18%程度となっており、2025年には3割近くを占めると推計されている[6].

こうした時代背景を受け、いかに個人が疾病を抱

えながらも普段通りの生活を送り、社会的な役割を果たせる環境を確保する必要性がこれまでに高まっている。

しかしながら、近代医学の発展に伴い、医師の間でも大規模な医療機関で専門領域の知識・技術を深める医師と、診療所等で幅広い症状の患者を診察する医師との分化が生じている（高度化・専門分化）。また、介護のように、医師に代わって介護従事者や訪問看護師等、異なる複数の専門職がそれぞれの役割を果たす場面も多くなっている（外部化）。結果、一人の専門職がすべての患者のニーズに応えることは困難な状況が生じている。

医療の専門化と外部化を克服し、上記現代社会の要請に応えるためには、

- ① 医療を必要とする人にとって、生活の中心となる場に高度な専門知識を届け、さらに
- ② 生活そのものを支えること

が必要である。

それぞれに解をもたらず知識流通のモデルを図3に示す通り、

- ① リーダーシップ型  
(同一専門職間での知識流通)
- ② ファシリテート型  
(異なる専門職間での知識流通)

として以下に紹介し、考察を加える。

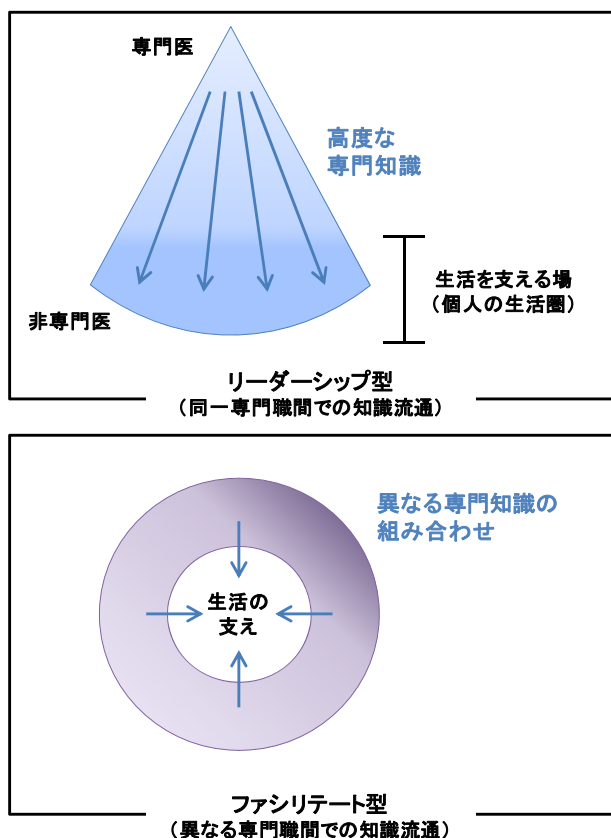


図3 保健医療当事者間の知識流通モデル

## 5.1 リーダーシップ型

限られた財源・人材を有効に活用するためには、ある特定分野の専門性を有する者と、それを有さない者との間での役割分担が自ずと求められる。医療においては、すでに述べた医療計画の下、地域で中核的役割を果たす医療機関に勤務する専門医と、住民の生活圏において診療所を営む非専門医の間での連携がこれに該当する（地域医療連携）。

専門医が知識の流通においてリーダーシップを発揮することで、専門知識を非専門医に届け、非専門医は個人の生活圏において患者に高い質の医療を届けることが可能となる。すでに、電子カルテを導入している医療機関の間で診断結果や画像といった診療に関する情報を送受信することにより、従来は大規模な医療機関が集中的に果たしてきた役割を、地域に存在する複数の医療機関が分散して果たす先進的な取り組みも存在する[7]。結果として、医療費の抑制の観点からは、医療機関間の連携による資源の有効活用と各医療機関が提供する医療の質の向上による効果も期待できる。

地域における医療連携は、病院の専門外来から地域のかかりつけの診療所まで、シームレスに同じレベルでの診療の継続を可能とし、地域全体で一つの病院として機能する仕組みとも表現できる。故に、このデータを共有する仕組みが整備されるばかりではなく、同一地域で医療を担う医師の間で、一つの病院に勤務するのと同様、ないしそれ以上の信頼関係を醸成することが連携を実現するために不可欠である。

## 5.2 ファシリテート型

専門性を有する者同士についてみても、以前は自分の得意とする分野で役割を果たしていれば事足りていたものが、患者の生活そのものを支える必要が生じ、他者との連携を図る必要に迫られている。

人口の高齢化に伴い、在宅医療の必要性、その充実に向けられる期待はこれまでに高まっている[8]。その現場では医師、看護師、ケアマネジャー、介護従事者といった様々な専門職が一人の患者のケアに従事する。しかし、各専門職はそれぞれが異なる知識、技術を有し、患者に対する接し方も多様である。医療に留まらない、医療・介護で分野横断的な連携の必要性が、今日の状況の下で再認識されなければならない。

データを共有しても、各人の経験・知識が異なるため、統一的な解釈や判断は確保されない。分野横断的な連携はチームを構成して価値観を共有し、患者が望むことを目標として共有・再確認することから始まる。目標（＝患者）を前に議論し、専門職の枠を超えて知識を相互に理解できる言葉で持ち寄り、各人の判断と行動を把握することを通じて、各専門

職は自らの役割認識を明確化させる。ここでは必ずしも強力なリーダーシップが求められるのではなく、ケアマネジャー等がファシリテータとして中立的な立場でメンバー全員が議論に参加できるよう促し、合意形成を図ることが必要である。

## 6. 今後の課題

『個人の健康情報を「生涯を通じて」活用できる基盤』については、すでに指摘した通り、個人のニーズに応じて様々な用途に活用される可能性が開けている。介護分野を例にとると、介護従事者、ケアマネジャー等の幅広いプレーヤが活用する情報が、重点計画の掲げる特定健診等データ等で十分であるかは検討の余地がある。さらに、かかる基盤整備を通じて個人も自らのデータをどう役立てるべきかが議論される必要がある。これらの点を踏まえて、あるべき「患者中心の」健康情報の管理のあり方を描く必要があるだろう。

## 7. まとめ

本稿では、『個人の健康情報を「生涯を通じて」活用できる基盤』を巡る政策動向とデータ交換の課題及びその解決、そして保健医療分野の関係当事者間における知識の流通による連携の実現モデルを示し、将来的に幅広いプレーヤや個人自らが活用することもふまえた健康情報の管理の必要性を今後の検討課題として指摘した。

### 【引用文献】

- [1] IT 戦略本部: IT 新改革戦略, 2006.
- [2] IT 戦略本部: 重点計画 2008, 2008.
- [3] 厚生労働省: 「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」報告書, 2008.
- [4] 社会保障国民会議第 8 回サービス保障 (医療・介護・福祉) 分科会, 2008.
- [5] 厚生労働省 糖尿病等の生活習慣病対策の推進に関する検討会: 「糖尿病等の生活習慣病対策の推進について (中間取りまとめ)」, 2007.
- [6] 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計)」, 2008.
- [6] 厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」2003 年
- [7] 平井愛山: 地域医療の崩壊から再生へ - 人材育成と医療連携 -, 計画行政, Vol. 30, No. 3, 2007.
- [8] 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」, 2005.