

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社



東京海上日動

2024年(令和6年)6月21日

第326号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL：03-5217-0896 / FAX：03-5217-0898 / URL：https://tha.or.jp / E-mail：thaoffice@tha.or.jp

医療DXレポート

「マイナンバーカード」「セキュリティ対策」医療DX2大テーマの現状と課題

マイナンバーカードは2024年4月現在で保有率が73%に達する(総務省発表)など、着実に広がっている。これを基盤に、マイナンバーカードの保険証利用が推進されており、5〜7月は「マイナ保険証利用促進集中取組月間」と位置づけられ、さまざまな施策が展開されている。一方、病院に対するサイバー攻撃が医療界内外で取り沙汰され、厚生労働省からは「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6・0版」が2023年5月に発表された。オンライン資格確認などが浸透していくなかで、セキュリティ対策は不可欠だが、一方で医療機関の負担も大きくなっていく。本企画ではマイナンバーカードの保険証利用の進捗状況と課題、そしてセキュリティ対策の実情についてお話をうかがった。

インタビュー

マイナ保険証利用について

業務効率だけでなく医療の質向上にも マイナンバーカードの可能性は大きい

山下 護氏
厚生労働省保険局保険課長

「マイナ保険証」は 本人確認証の役割

5〜7月は「マイナ保険証利用促進集中取組月間」として、マイナンバーカードの保険証利用を促す取り組み

膨大な費用が発生します。診療費未納は医療機関経営にも影響を及ぼします。これを防ぐ手立てとして、健康保険証にICチップを貼付したり、顔写真を載せたりといった案も出ましたが、そこまで財政基盤が強い保険者ばかりとは限りません。

そうしたなかで、それらを備えたマイナンバーカードができることになり、これを本人確認証として活用しようという流れになったのです。保険証そのものの機能を持たせるといふより、本人であることを確認できれば目的は達成できるわけで、裏を返せば、それ以上のものは何も備えておらず、実際、カード自体には診療情報の類は記録されていません。マイナンバーカードの保険証利用は、健康保険の本人確認について、保険証ではなくマイナンバーカードを使ったほうが便利だという考えから生まれたのです。

似た役割を持つものとして、銀行のキャッシュカードが挙げられます。これも目的はあくまで「本人確認」で、カードを保有していること、そして4ケタの暗証番号を入力できることを通じて、本人であることを確認しているのです。カード自体にお金が入っているわけではなく、銀行側が本人であると確認して、振り込みや預金の引き出しといった次の手続きに進むためのもの



山下 護氏

のです。

持ち歩いて紛失したら大変だということもありませんが、誤解であることがお分かりいただけると思います。そもそもプライバシー性の高い個人情報が入っていませんし、ICチップの部分にも税や年金などの個人情報記録されていません。16ケタのマイナンバーを見られても、個人情報盗まれることはありませんし、不正に情報を読みだそうとするとICチップは壊れる仕組みになっています。

公費負担医療の 請求業務負担が激減

医療機関における窓口業務の効率化にも役立つようですね。

本人確認の精度は間違いなく上がります。また保険診療以外の、さまざまな公費負担医療の手続きに活用できる点も大きいのではないのでしょうか。結核医療や療養介護医療、難病患者への医療支援などのほか、各自自治体が行っている無料医療なども含めると大変な種類になります。それらの公費負担医療の受給者証とマイナンバーカードの本人確認を一緒に使えば、「この人はこの保険に入っている」「この子は何歳だから無料」といった情報とも紐づけることができます。

さらに、窓口業務の負担も大きく軽減されます。現在、公費負担医療の種類に応じて請求先を特定し、自己負担分を確定し——といった煩雑な作業を行っておられると思いますが、これらが一扫されます。各地方公共団体も含め、公費負担医療の情報を国が一括で集め、マスタを作成するとともに計算方法も構築して審査支払機関のシステ

ムに搭載することで、それぞれの医療機関は審査支払機関に請求していただければ、必要な計算は中央で済ませ、お金だけ当該医療機関に振り込む流れになるからです。レセプトコンピューターの改修費用も相当程度、抑えられるでしょう。

電子処方箋やレセプト情報など 今ある情報も役立てることが可能

——マイナンバーカードで診療情報を見られることが話題になっていきました。

医療DXの一環で、将来的には電子カルテ情報についてマイナンバーで自己情報を閲覧可能になります。いわゆるPHR(Personal Health Record)ですが、現在既に紐づいている情報でも、工夫次第で役立つことがたくさんあると考えています。

電子処方箋は一例です。マイナンバーカードを用いると、オンライン上のマイナポータルを経由して、過去3年分の処方薬をチェックできます。目の前の患者さんの処方歴は、医療を提供する側にとってきわめて貴重な情報になるでしょう。たとえば歯科医院で抜歯する際、患者さんが抗血栓薬を服用しているとして、そのことを事前に知ることができれば、リスク対策をとることができず。多くの患者さんは、隠すつもりはなくとも、リスクとかわなければいちいち医師には伝えませんが、そもそもリスクがあるかどうかは簡単には判断できません。血液がサラサラになること、歯を抜いて血が止まらなくなることは、大半の人は結びつけられないのです。

レセプト情報も貴重な診療情報録と位置づけることができるでしょう。た

とえばある人が肺炎にかかって3回、診療所で受診したとします。レントゲン撮影を行ったことや、処方された薬を見れば、「肺炎が気管支炎だろう」というふうには推察できます。レセプト請求が3回で途切れているならば、完治したことが分かるし、同じ月に別の医療機関から入院のレセプトが出てくる記録があれば、「重症だったのか」と見立てることができるわけです。

レセプト情報を読み込むことで、診療にあたった医師は、この人がどんな診療を受けたのかを推測できるので、もし確かめる必要があるならば、その時は目の前の患者さんか、前に診療した医師に連絡して尋ねることで、さらに情報を得ることもできます。繰り返しになりますが、こうした内容は、よほどのことがない限り、患者さん自身から話を切り出すことはありません。仮にこの患者さんが整形外科の診療所で受診したとして、半年前に自分が肺炎になったことを話すとは考えにくいでしょう。

確かに電子カルテのような詳細な記録ではないですし、更新は1カ月後ですから、即時性はないかもしれませんが、それでも、マイナンバーカードで過去の履歴を確認できれば、問診では聞き出せなかった情報をすくい上げ、さらに深堀りすることもできるのです。これらが診断に有益であることは言うまでもありません。

マイナンバーカードを「命のカード」に育てる

——電子カルテとの連動など、まだまだ計画段階のものも多いようです。確かにマイナンバーカードに紐づく

コンテンツの充実は途上段階ですが、今お話ししたように、既存の情報でもお役立ただける内容はいろいろあると考えています。今後、「医療現場でこういう情報があれば治療に役立つ」という情報を入力し、共有できるシステムにしていけば、どんどん使い勝手が良くなっていきます。本人確認のためのアイテムという側面はもちろん大きいですが、それだけではありません。診療現場のアイテムとして使っていた方がいいのです。

実際、今年1月に起きた能登半島地震では、被災者のマイナンバーカードで服薬履歴や診療情報を確認し、診療に役立てていただけたとうかがっています。加えて、その際に違う人物の情報も引き出されるといったこともありませんでした。

救急現場でもご活用いただけるようになります。救命救急センターは搬送されてきた患者についてほとんど事前情報がない状態で搬送されてきます。その時にマイナンバーカードで病歴などが事前確認できれば、診療の質は大きく向上するはずです。マイナンバーカードはまさに「命のカード」になるのです。

来院した患者さんに健康保険証と診療券の提示を求め、それを突き合わせて本人確認するという慣習を捨て去るのは決して簡単なことだとは思いませんが、今、使いづらいからといってその可能性を摘んでしまうのはやはりもったいない。医療界、一般市民、行政の皆で大きく育てていただきたいと思えます。

——ありがとうございます。

事例

ガイドラインは重要だが 実装に配慮した支援も不可欠

伊藤 雅史

社会医療法人慈生会等潤病院理事長
東京都病院協会理事

「トータルヘルスケア」を支える情報インフラを整備

社会医療法人慈生会は、等潤病院をはじめ、訪問診療の常業診療所(左記の等潤メディケア診療所に移転、名称変更)、訪問看護ステーション等潤、さらに介護老人保健施設イルアカーサ、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、グループホーム、認知症デイサービスなどの介護事業所、健診センターを展開し、法人理念である「地域と共に生きる慈しみのトータルヘルスケア」を實踐してきた。加えて2023年9月、等潤メディカルプラザ病院(緩和ケア病棟や透析、健診)、等潤メディケア診療所、デイケア、デイサービス、有料老人ホームを有する等

潤メディカルプラザを開設した。

これらの事業を円滑に運営するために、従前よりITシステムの充実に取り入れて、情報の統合・一元化を図ってきた。サーバーを院外に設置して広域イーサネット(VPNの一種)で繋ぐプライベートクラウドを採用し、統合脅威管理装置を経由し仮想化技術を利用して端末を使う、いわゆるシンククライアントシステムとなっている。モバイル端末も同じシステムに載っており、往診先や訪問看護先で端末を通じてサーバー上の電子カルテに直接アクセスし、診療やケアにあたることができるようになっている。スタッフが操作する端末にはデータが残らないこともあり、安心・安全で、かつ医療系と情報系が1つの端末で処理できる点も大きな特徴といえる。

メディカルプラザを開設する際に、このシステムのうち情報系のパートを大きく改良し、アンチウイルスソフトも全面的に入れ替えた。従来の対策はEPP(Endpoint Protection Platform)によるマルウェア侵入の防御がメインであり、侵入された後は無策であったが、新規導入ソフトであるEDR(Endpoint Detection and Response)は内部に入ったマルウェアの不審な動きを即座に検知して管理



伊藤 雅史

「ガイドライン第6・0版」への対応を進めた結果、費用が大幅増

さらに法人全体の電子カルテシステム更新の検討を開始した矢先、厚生労働省から「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6・0版」が示され、新たな対応を迫られることになった。ただ、内容を読んでも、良く言えば検討すべき項目を網羅しているが、反面、教科書的で、実際にそれぞれの医療機関、病院、企業などが既に運用しているセキュリティシステムに当てはめることについてはあまり顧みられていなかった。私たちベンダー各社とひざを突き合わせて対策を練ることになった。

たとえば、求められる対策の一つに「ウイルスに汚染された時の、早期復旧」がある。仮に感染した場合、汚染されたサーバーは速やかにシステムから切り離し、除染する。かつ、別のシステムに記録されていたバックアップデータを移し替える。端末も同様で、汚染された端末は使用禁止にして除染しなければならない。

一連の作業をどのくらい短期間で済ませるかが課題になるのだが、当法人では検討を重ねた結果、サーバーは3時間、遅くとも1日以内に復旧し、予備端末を活用し、限定した端末で医療を継続する。更に、業務端末を含めたシステム全体は3日以内、遅くとも1週間ですべて復旧することを目指した。除染作業はベンダーやスタッフによる「人海戦術」が必要で、その分費用も伴う。

復旧するためのバックアップは隔離されて汚染されないシステムが必要で、迅速にバックアップを完成させて多くの世代(ガイドラインは最低7世代)をストックし、復旧時にはバックアップを瞬時に除染されたシステムに移行する必要がある。

復旧期間が長時間になるほどそれだけ費用は割安になるが、被害から回復までの期間も長期化する。因みに、一般的な方法では1世代のバックアップを取るだけで1日以上かかる。最も優先すべきことは地域住民とスタッフの安心であり、地域の医療・介護の安定供給を考えると、少しでも早く復旧すべきという考えに至ったのだ。「第6・0版」には当然、そこまでの内容には踏み込んでおらず、正直、いつ起こるか、もしかしたら起こらない可能性さえあるサーバーテロ対策のためにどこまで費用をかけるべきか迷ったが、結果的にサーバーテロ対策費用は電子カルテ更新費用の6割にも達することになってしまった。

セキュリティシステム導入に 適していない現在の補助金体制

この間、もう一つの難題に直面した。

IT関連の補助金を活用しようと考えたのだが、結論から言うと、サーバーセキュリティ対策に用いるには、非常に使い勝手が悪い。

そもそも補助金は単一システムをより安価に導入するケースを想定したものがほとんどで、こうした複数システムの同時運用を想定したものにはなっていないのだ。既存システムの更新・新規導入を問わず、電子カルテ、通信、セキュリティ、サーバーテロ対策などを講じるには法人単独では困難であり、多くのメーカーやベンダーと協議する必要がある、本会では1年半以上掛けて検討を重ねてきた。

しかし、東京都の場合、現在の補助金は募集開始から運用まで実質的に10カ月程度しかないという、相見積もりを要求される。時間を掛けて検討してくれたベンダーが報われない可能性も出てくるのだ。単純に「より安価な電子

カルテを導入する」というだけでは済まない。電子カルテには当院のような中小規模病院でも、50種以上のさまざまな部門システムやゲストOSがあり、セキュリティ対策や通信システムの整備、更にはサーバーセキュリティ対策・BCPも考慮しなければならぬ。そうすると、1年以上はかかって時間も要する。加えて、メーカーやベンダーも時間と人手をかけて対応することになるのだ。それが入札の結果、何の報いもないというのは、やはり理不尽だろう。

ガイドラインはもちろん重要だが、その実装も踏まえないければ、文字どおり画竜点睛を欠くことになりかねない。モデルケースの提示や相談窓口の設置はぜひ検討していただきたいし、また補助金のあり方も実情に合った形で進める必要があると考える。

報告 緊急要望書を申し入れ

東京都病院協会はこのほど、東京都庁を訪問し、東京都医師会とともに下記の概要で「東京都の基準病床数に基づく病床配分及び病院経営支援に関する要望書」を手渡しました。4ページに要望書全文を掲載しています。

■日時

2024年(令和6年)5月28日(火曜日)17:00~17:30

■来庁者

【東京都医師会】尾崎会長、土谷副会長、川島事務局長、早川地域医療課課長

【東京都病院協会】猪口会長、米山事務局長(計6名)

■対応者

保健医療局長、次長、技監、総務部長、企画部長、医療政策部長、医療政策担当部長、医療改革推進担当部長(政策推進担当部長、企画政策課長、計理課長、医療政策課長、計画推進担当課長、医療安全課長)

※7月号で猪口会長インタビューを掲載予定

ほんとうの課題は、
人が少ないことではなく
仕事が多いことでした。

人手をふやすのは、簡単ではありません。
けれどエネルギー設備を最適化すれば、
作業をへらすことはできる。
課題を解決するために、課題から考えつづける。
あなたの悩みも、どうか聞かせてもらえませんか。



東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社 都市エネルギー営業本部 公益営業部 Tel:03-6452-8413



東京都の基準病床数に基づく 病床配分及び病院経営支援に 関する要望書(全文)

東京都知事 小池百合子殿

公益社団法人東京都医師会 会長
尾崎 治夫

一般社団法人東京都病院協会 会長
猪口 正孝

2023年度の地域医療構想調整会議で、病床不足地域とされた南多摩医療圏の町田市において、都外医療法人が180床の回復期リハビリテーション病院の新規開業を申請し話し合われたが、町田市と八王子市の医療機関が反対し結局当該法人は計画を撤回することとなった。地元医療機関の主張は主に①南多摩医療圏は病床不足と計算されるが、病院の稼働率は低く不足とは考えられない、②地域医療構想では回復期機能不足とされているが実際の診療では急性期病床が回復期機能を補完しており回復期の不足は感じられない、③看護師をはじめ看護補助者、ソーシャルワーカー、医療事務などほとんどの職種が人材不足であり、新規参入により人材を奪われ閉院に追い込まれる可能性がある、との3点であった。

1985年に第1次医療法改正が行われ、東京都は医療計画で13医療圏と必要病床数を定めた。2000年の第4次医療法改正により基準病床数が導入され、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的として病床の整備が進められており、都でも2002年度から基準病床数が定められ、これまで病床が整備されてきた。しかるに2023年においても区中央部で7687床、区西部で1641床、全体で9043床も過剰な状態が残されたままであり、非過剰地域での病床増加を進められてきたが、地域的偏在は是正されたとは言えない状況である。

2013年に策定された東京都地域医療構想では都民の受療行動が図示されており、島しょを除けば、もともと一つの医療圏として発達してきたことが分かる。それを狭い東京都を13医療圏に分割したことによって医療機能の偏在や不足が生じているがごとの計算値が作り上げられてしまった。以来地域医療構想調整会議を続けてきているが、現実的にはどの医療圏においても機能の不足を強く訴えるところはない。医療資源は有限であり貴重だ。すべての地域で同等の医療を配置しようとすることは不可能である。東京を一つの医療圏と見つめなれば、地域的偏在が解消されるだけではなく、発達した利便性の高い交通網を利用してどこに暮らしても都心部の高度医療を享受できるように計画を立てなおせば、

一方でICUや7対1看護配置をはじめとして看護師や看護補助者の増員を必要とする施設基準がその後制定され、医療の進歩と細分化も進み医療人材の需要は日に日に増す一方である。2020年厚生労働省による衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況によると東京都の就業看護師数は人口対10万人比で854.6人であり埼玉、千葉、神奈川県、茨城に続きワースト5位である。東京都は国内で看護師獲得が最も困難な地域であることが推測される。

都全体の過剰病床数9043床に勤務する看護師数は約8000人以上と推計され、病院の求人に対して大いに影響を与えていることは明らかである。また医師については、東京都は医師数が最多都道府県とされているが、人口当たりの病院勤務の医師数は全国的にみてとりわけ多いわけではない。(令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計。人口10万対医師数206.4人(主たる勤務地が病院)全国第12位。最多の高知県約77.5%のみ) こうした中、非過剰地域に病床を配分しても、既存病院から新病院に医療人材が移動し既存病院が閉院に追い込まれるだけで、結局病床は増えない。

こうした9000床もの過剰病床による人材獲得過当競争によって人件費は高騰している。そのうえ諸物価諸経費のすべてが高いため、東京都の病院は他地域の病院と比べて赤字経営が多い。このことは以前より多くのデータで繰り返し示されていて、我々も主張しているにもかかわらず、状況は変わっていない。今年度の診療報酬の改定によりますます経営が困難になることが予想され、このままでは閉院や縮小などによって入院医療に混乱が生じる

可能性がある。一度でも混乱を来せば、複雑なシステムの上で成り立つ医療を修復するのは非常に困難となることが予想される。入院医療の混乱は入院医療水準の低下につながり、都民の健やかな生活を脅かすことになる。新型コロナウイルス感染症が猛威を振るい、都内医療機関は東京都と共同して都民のために必死になって医療を提供してきた。現在、新型コロナウイルス感染症は小康状態に至ったものの、都内病院は経営上、大きな危機を迎えている。こうした東京都独自の課題については、国が地域差を認めない以上、東京都独自の病院経営支援が必要であると考える。

以上を鑑みて、以下要望する。

記

1. 不足病床の配分は医療人材が充足されているとの根拠を示したうえで行われるべきである
2. どの地域であっても都全体で約9000床もの過剰病床が解消されたのちに、病床稼働率等を勘案し、病床は配分されるべきである
3. 地域の機能別病床の過不足については、地域医療構想で提示される機能別の必要病床数の数値に振り回されず、地域医療構想調整会議の意見を尊重し判断すべきである
4. 東京都独自の入院基本料など病院経営支援策を創設すべきである

以上

東京きらぼしフィナンシャルグループ

きらぼし銀行

東京の地域医療を支える 病院を応援します。



医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.<http://www.kiraboshibank.co.jp>

photo: © mapo - stock.adobe.com