

Dr武藤のミニ動画講座 医療DX推進本部の創設



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

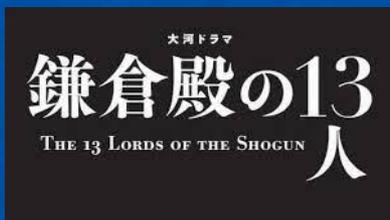
江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート 1
 - 医療DX推進本部と
医療DX令和ビジョン2030
- パート 2
 - 全国医療情報プラットフォーム
- パート 3
 - 全国版EHRの構築へ向けて
- パート 4
 - 診療報酬改定DX



パート1
医療DX推進本部と
医療DX令和ビジョン
2030

医療DX推進本部（仮称）の設置

- 医療のDX推進本部
 - 全国医療情報プラットフォームの創設
 - 電子カルテ情報の標準化等
 - 診療報酬改定に関するDX
 - 医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。
- 政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置する
- 「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画～人・技術・スタートアップへの投資の実現」（2022年6月7日）

- 「骨太の方針2022」の閣議決定後、会見する山際大志郎・内閣府特命担当大臣（経済財政政策）



山際大志郎・内閣府特命担当大臣

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

…「全国医療情報プラットフォーム¹⁴³の創設」、「電子カルテ情報の標準化等¹⁴⁴」及び「診療報酬改定D X¹⁴⁵」の取組を行政と関係業界¹⁴⁶が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療D X推進本部（仮称）」を設置する。
…

143 オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。

144 その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やA I等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。

145 デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。

146 医療界、医学界、産業界をいう。

「医療DX令和ビジョン2030」の実現に向けて、データヘルス改革推進本部に厚生労働大臣をチーム長とする「**医療DX令和ビジョン2030厚生労働省推進チーム**」を設置する。

医療DX令和ビジョン2030厚生労働省推進チーム

【チーム長】
厚生労働大臣

【チーム長代理】
事務次官・医務技監

【チーム次長】

医薬産業振
興・医療情報
審議官

健康・生活衛
生・災害対策
担当審議官

データヘルス
改革
担当審議官

〔 幹事会とりまとめ
も担う 〕

【幹事】

医政局・医薬局・保険局・健康局の関係課室長

【タスクフォース】

「電子カルテ・医療
情報基盤」TF

「診療報酬改定DX」
TF

定期的に報告

医療DX推進本部

厚生労働大臣が構成員
(本部長：総理)

医療DX推進本部 幹事会

厚生労働副大臣が構成員
(議長：木原副長官)

【アドバイザー】 葛西参与

- ✓ デジタル庁・経産省・総務省とも連携
- ✓ 必要に応じて、関係局長・審議官も参加

- ✓ 必要に応じて、他部局の関係課室長も参加

- ✓ 各TFには、必要に応じて、支払基金・国保中央会も参画
- ✓ 必要に応じて、TFを適宜追加

医療DX推進本部の創設

- 医療DX推進本部（仮称）
 - 本部長は総理
 - 事務局を内閣官房に設置
 - 厚労省事務次官、医務技監
 - 幹事役を厚労省医薬産業振興・医療情報審議官が務める、これを当該審議官で支える組織体制をはかる



城 克文 (じょう かつふみ)元経済課長
厚労省医薬産業振興・医療情報審議官

経済課は
医薬産業振興・
医療情報企画課
と名称変更

自民党 社会保障制度調査会 + デジタル社会推進本部 「健康・医療情報システム推進合同PT」

【趣旨】

- 電子カルテの導入途上にあつて、現状では導入した各医療機関内での活用が図られているだけで、医療機関を横串にした、個人の診療・治療への活用や健康管理、医療連携、政策決定、研究開発への活用が限定的。新型コロナの危機管理でも活用できなかった。
- この課題を大胆に解決するため、社会保障制度調査会とデジタル社会推進本部合同のPTを設け、電子カルテの標準化や連携基盤の整備を含む健康・医療情報の活用に向け、必要な制度改革等を検討する。
- 検討に際し、コードや規格の標準化に加え、書き方や医療用語の標準化も必要なため、産業界、医療界、医学界の協力を得ていく。

【御協力いただいている先生方（一部、敬称略）】

最高顧問 甘利 明 渡海 紀三郎 尾辻 秀久

座長（共同） 加藤 勝信 平井 卓也

事務局長 武見 敬三

事務局長代行 新藤 義孝

事務局長代理 小倉 将信 鈴木 馨祐 橋本 岳
藤井 比早之 村井 英樹 古川 俊治
丸川 珠代

【関係省庁】

- 総務省、厚労省、経産省、デジタル庁

【オブザーバー】（敬称略）

- 笠貫 宏 MEJ理事長
- 永井 良三 自治医科大学学長
- 大江 和彦 東京大学大学院医学系研究科教授

※ 日本医師会、日本歯科医師会、厚労省データヘルス改革推進本部技術参与である
葛西重雄氏もオブザーバー参加

医療DX令和ビジョン2030

関連議員



衆議院議員
甘利 明



衆議院議員
渡海 紀三朗



参議院議員
尾辻 秀久



衆議院議員
加藤 勝信



衆議院議員
平井 卓也



参議院議員
武見 敬三



衆議院議員
新藤 義孝



衆議院議員
小倉 将信



衆議院議員
鈴木 馨祐



衆議院議員
橋本 岳



衆議院議員
藤井 ひさゆき



衆議院議員
村井 英樹



参議院議員
古川 俊治



参議院議員
丸川 珠代

「医療 DX 令和ビジョン 2030」の提言

令和4年5月17日
自由民主党政務調査会

(提言の概要)

- 日本の医療分野の情報のあり方を根本から解決するため、
 - (1) 「全国医療情報プラットフォーム」の創設
 - (2) 電子カルテ情報の標準化（全医療機関への普及）
 - (3) 「診療報酬改定 DX」の3つの取組を同時並行で進める。
- これにより、患者・国民、医療関係者、電子カルテ等のシステムベンダのそれぞれが、以下のメリットを享受できる。

【患者・国民】

- ・ 診療の質の向上、重複検査・投薬の回避、自身の健康維持・増進への活用（1次利用）
- ・ 治療の最適化や AI 医療等の新技術開発、創薬、新たな医療機器の開発等（2次利用）
- ・ システム費用の低減を通じた医療保険の制度運営にかかる国民負担の抑制

【医療関係者】

- ・ 患者情報の共有や新技術開発による医療サービスの向上
- ・ 電子カルテにかかる費用の低減
- ・ 電子カルテ未導入機関への導入契機

パート2 全国医療情報プラットフォーム

「全国医療情報プラットフォーム」のイメージ



「全国医療情報プラットフォーム」

マイナポータル経由で本人閲覧可能

- ・薬剤等(レセプト)
- ・特定健診

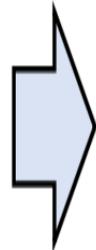
医療
保険者

- ・自治体検診
- ・予防接種

自治体

- ・カルテ(3文書6情報)
- ・電子処方箋

医療機関等



登録等

支払基金・国保
中央会
(オンライン資格
確認システム)



本人同意の
下、閲覧可
能

医療機関等

医療機関等

医療機関等

クラウド

オンライン資格確認制度

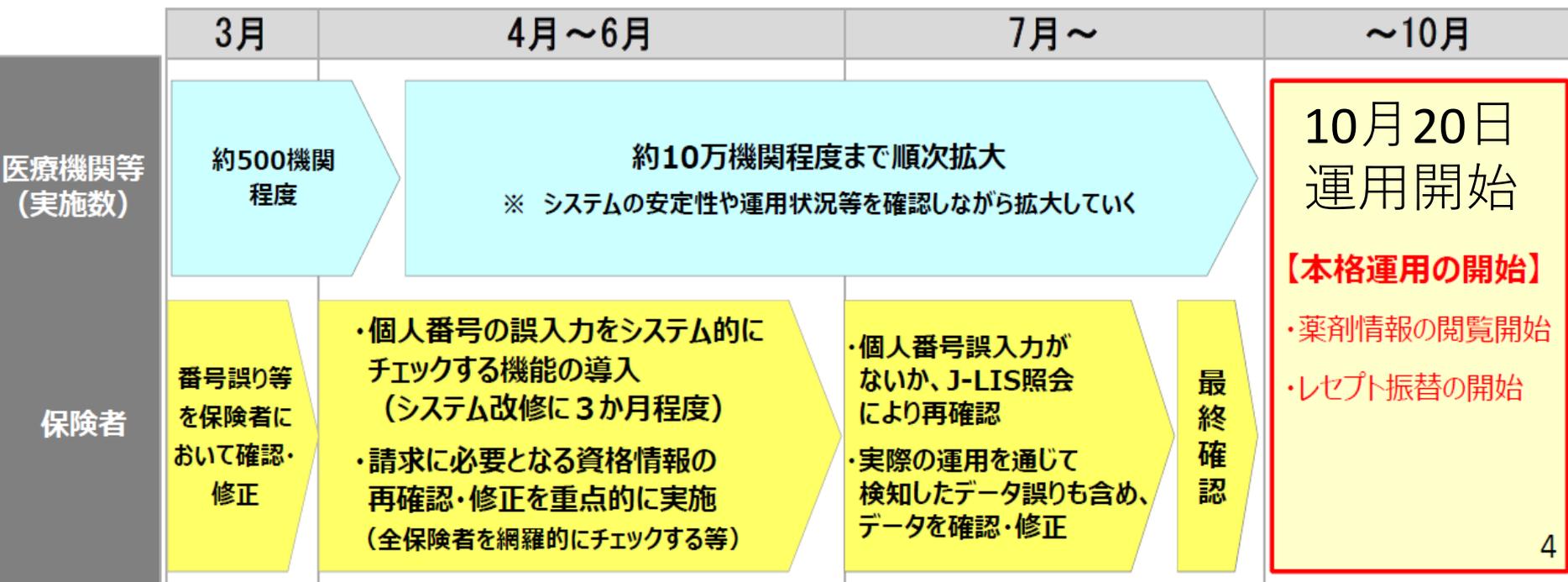
全国で医療情報を確認できる仕組み

3 オンライン資格確認等システムの本格運用の開始時期について

- オンライン資格確認については、骨太の方針2019において、「2021年3月から本格運用する」とされている。
 ※ 「マイナンバーカードの健康保険証利用を進めるため、診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、医療保険事務の効率化や患者の利便性の向上等を図り、2021年3月から本格運用する。」（令和元年6月21日閣議決定）
- 医療機関等・保険者における現状と課題を踏まえ、オンライン資格確認については、システムの安定性確保やデータの正確性担保などの観点から、プレ運用を継続したうえで、遅くとも薬剤情報の閲覧開始を予定している10月までに、本格運用を開始する。
- この間、個人番号の誤りが生じないように、個人番号の誤入力を系統的にチェックする機能を導入する。並行して、実際の運用を行いながらデータを検証し、精度を高めていく。

【本格運用開始に向けた厚生労働省の工程管理スケジュール】

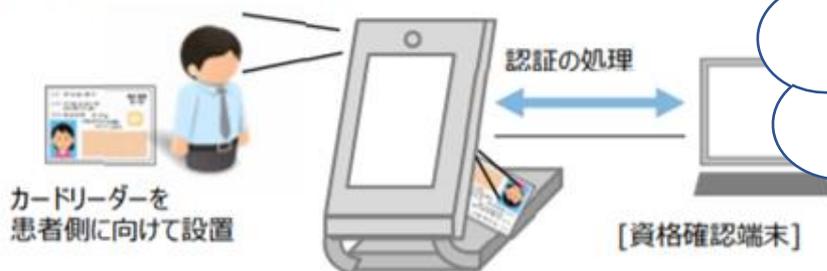
2021年



顔認証付きカードリーダーにおける 「患者の本人確認」と「薬剤情報等の閲覧の同意取得」について

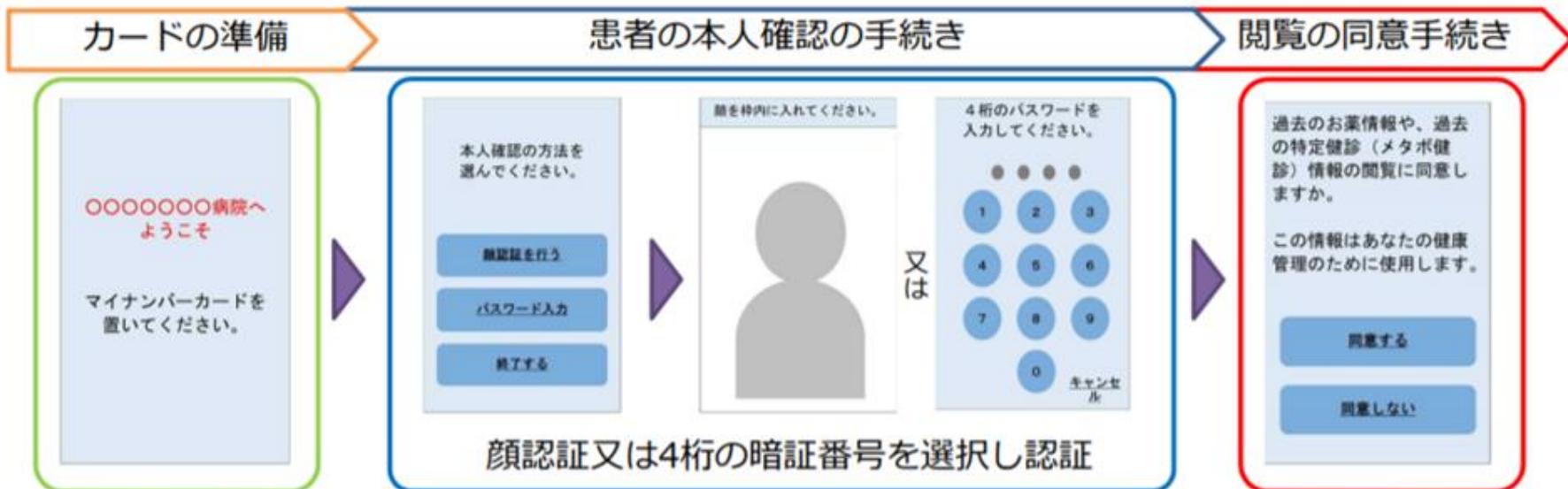
- マイナンバーカードの保険証利用において、顔認証又は4桁の暗証番号により本人確認ができる。
- 医療機関等が薬剤情報・特定健診情報の閲覧する際は、同意意思を明示的に確認した上で患者本人からの同意を毎回取得することをシステム上で担保している。
(過去に知り得た被保険者番号を悪用した取得等ができないような仕組み)

<顔認証付きカードリーダーのイメージ>



本人の閲覧同意があれば、
全国で医療情報を確認できる仕組み
まだ医療機関の利用は2割程度

<ディスプレイの画面遷移>



3. メリット：薬剤情報・特定健診情報の閲覧①

オンライン資格確認を導入いただければ、**患者の薬剤情報・特定健診情報を閲覧**することができます。患者の意思を**マイナンバーカードで確認**した上で、**有資格者等（薬剤情報は医師、歯科医師、薬剤師等。特定健診情報は医師、歯科医師等）が閲覧**します。

※ 特定健診情報は令和3年3月から、薬剤情報は令和3年10月から閲覧可能

＜閲覧イメージ＞



薬剤情報/特定健診情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が薬剤情報/特定健診情報を閲覧



有資格者等とは

医師・歯科医師・薬剤師等のことを指している。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」より、医療機関・薬局にて有資格者等の識別を行い、アクセス権限の管理を行うこととされている。

薬剤情報										
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳
診療月	入/外/調	処方日	処方薬の場合 調剤日	用法	特別指示	内服/外用/注射	薬剤名(商品名)	薬剤名(一般名)	数量	回 単位数
10月	外来	5日	-	-	-	内服	ガスター-D錠20mg	ファモジン錠	2錠	7
10月	外来	5日	-	-	-	内服	プロレス錠12 12mg	カンテサルタンシキセル錠	1錠	7
10月	外来	5日	-	-	-	外用	リンデロン-VG軟膏0.12%	ベタメタゾン古草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏	5g	1
10月	外来	5日	-	-	-	注射	アリアミンF10注	アルスルチアミン塩酸塩注射液	1管	1
10月	調剤	6日	6日	1日1回朝食後	-	内服	アーチスト錠10mg	カルバジロール錠	1錠	23
10月	調剤	6日	6日	-	痛みが強い時は1日2錠	内服	ロキソロロンNa錠60mg	ロキソロロンナトリウム水和物錠	23錠	1
10月	調剤	18日	18日	1日3回食後	-	内服	コペジンカプセル10mg	コペジンカプセル	3カプセル	23
10月	調剤	30日	30日	1日1回夕食後	-	内服	エースール錠2mg	アモカプリル塩酸塩錠	1錠	23
11月	入院	5日	-	-	-	内服	リンキサー錠250mg	カルシウムカルバミン酸エステル錠	2錠	1

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

特定健診情報										
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳
身体計測	身長	170.08	血中脂質検査	中性脂肪	140					
	体重	63.6		HDLコレステロール	125					
	腹囲	79.5		LDLコレステロール	154					
	BMI	21.8		血糖検査	空腹時血糖	97				
血圧等	血圧	67~106	HbA1C		5.1					
	肝機能検査	GOT(AST)	23	随時血糖	120					
GPT(ALT)		22	血清学検査	CRP	0.07					
LDH		160		RF定量	3未満					

特定健診情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

薬剤情報の閲覧イメージ（1）

作成日：2022年1月8日

2/4ページ

薬剤情報一覧

作成日：2022年1月8日

1/4ページ

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	98765432
氏名	三機龍太郎	被保険者証等記号	1234567890
		被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	性別	男
		年齢	46歳
		検索	00

この薬剤情報一覧は、2021年11月までに調剤された医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(紙レポートや医薬品が包括される場合など、医薬品が表示されない場合があります)

処方実績

調剤 年月日	処方 医療 機関 識別 *1	処方 区分 *2	使用 区分	医薬品名 (成分名)		調剤数量 *4		
				【用法】*3	【1回用量】*3			
21年11月 28日	(001) 他院	院内	1.	セロクエル100mg錠 (クエチアピン fumarate)	1錠 30日分			
				アエル2.5mg錠 (ジアピン fumarate)	2錠 30日分			
				3. ヒルナミン錠 (2.5mg) (レボメプロラン マレイン酸塩)	1錠 30日分			
				4. 向ラントセン錠 2mg (ラモトリジン)	1錠 30日分			
				5. フルニトラゼパム錠 2 (フルニトラゼパム)	1錠 30日分			
				6. マグミット錠 500mg (酸化マグネシウム)	1錠 30日分			
	(002) 他院	院外	1.	ツロプアールテープ 2mg「サワイ」 (ツロプテロール)	1テープ 30日分			
				14日 (003) 他院	院内	1.	カルバマゼピン錠 200mg「アメル」 (カルバマゼピン)	1錠 30日分
				mg「NP」 (メチルフェニラミン)	1錠 28日分			
				4. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物)	1錠 28日分			
				5. カルボシステイン錠 250mg「サワイ」 (L-カルボシステイン)	6錠 28日分			

「調剤年月日」
検索した期間で最新の順で表示

「医薬品名」
実際に調剤された薬剤名

「成分名」
調剤された薬剤名

「医薬品記号」
・麻薬の場合：麻)
・毒薬の場合：毒)
・覚醒剤原料の場合：覚)
・向精神薬の場合：向)
を表示

「処方医療機関識別」
・自院か他院かの把握可能
・処方された機関を識別する番号が付与

「用法、用量」
いつ、どれだけ服用するか等表示

「調剤数量」
実際に調剤された数量を表示

調剤 年月日	処方 医療 機関 識別 *1	処方 区分 *2	使用 区分	医薬品名 (成分名)		調剤数量 *4	
				【用法】*3	【1回用量】*3	【用法等の特別指示】*3	
21年11月 10日	(004) 他院	入院	1.	ソリュゲンF注 500mL (酢酸リンドル)	1瓶 1回		
				注 TN 50mL (注射液)	2キット 1回		
				ハイドロコトシド注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	3瓶 1回		
				4. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 1回		
8日	(004) 他院	入院	1.	ソルデム3A錠液 200mL (維持液)	1袋 2回		
				2. リンデロン注 2mg (0.4%) (ステルナトリウム)	1管 2回		
				mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 2回		
				注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 2回		
				200mL	1袋 2回		
				2. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 2回		
				3. 水溶性ハイドロコトシド注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 2回		
5日	(004) 他院	入院	1.	ソルデム3A錠液 200mL (維持液)	1袋 1回		
				2. 水溶性ハイドロコトシド注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 1回		
4日	(004) 他院	入院	1.	ボスミン注 1mg 0.1% 1mL (アドレナリン)	1管 1回		
				2. ソルデム3A錠液 200mL (維持液)	1袋 1回		
				3. リンデロン注 2mg (0.4%) (ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム)	2管 1回		
				4. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 1回		
1日	(005) 自院	院内	1.	メジコン錠 15mg (ジキストロメトラン炭化水素硫酸塩水和物)	3錠 3日分		
		院外	2.	メプテンアール 10μg 吸入 100回 0.0143% 5mL (ブカテロール塩酸塩水和物)	1キット 1処方分		

「処方区分」
・入院、院内、院外のいずれかで調剤されたかを表示

「使用区分」
・内服、外用、屯服※、注射、在宅のいずれの区分かを表示
※屯服：決まった時間ではなく、発作時や症状のひどいときなどに服用すること

--- 次頁へ続く ---

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関等のシステムにより見え方は異なる。

特定健診情報の閲覧イメージ

特定健康診査受診結果

作成日：2026年5月25日 1/3ページ

労働安全衛生法に基づく健康診断（事業者健診）等を受診した際、特定健康診査の基本項目を実施し、かつ事業者が保険者による結果を提供している場合、特定健康診査として記録が表示されます。

資格情報

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	06999999
氏名	三機能太郎	被保険者証等記号	1234567890
		被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	性別	男
		年齢	51歳
		枝番	01

特定健診情報

実施日	2025/09/21
既往歴 (医師記載)	高血圧
自覚症状 (医師記載)	体がだるい めまいがする
他覚症状 (医師記載)	特記すべきことなし

実施日	受診動員判定値*1	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06
身長		173.6	173.8	173.5	173.2	173.6
体重		76.2	74.5	72	74.4	76.2
BMI		25.2	24.7	23.9	24.8	25.2
内臓脂肪面積*2		—	—	—	—	—
収縮期血圧	▲ 140 以上	▲ 142	▲ 144	▲ 168	▲ 150	132
拡張期血圧	▲ 90 以上	78	71	▲ 103	▲ 91	78
中性脂肪	▲ 300 以上	144	132	102	132	144 ※
HDL-C	▽ 34 以下	44	50	53	50	▽ 33
LDL-C	▲ 140 以上	127	132	134	132	127
Non-HDL-C	▲ 170 以上	—	—	—	—	—
GOT	▲ 51 以上	22	16	23	16	22
GPT	▲ 51 以上	43	31	36	31	43
γ-GTP	▲ 101 以上	43	33	31	33	43
空腹時血糖*4	▲ 126 以上	89	90	91	90	89
HbA1c*4	▲ 6.5 以上	5.3	5.2	5.2	5.2	5.3
随時血糖*4	▲ 126 以上	—	—	—	—	—
尿糖		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
尿蛋白		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
赤血球数		490	490	508	491	490
血色素量	▽ 男 12.0 以下 ▽ 女 11.0 以下	16.2	15.7	16.6	15.9	16.2
ヘマトクリット値		46.5	46.2	49.1	45.5	46.5
血清クレアチニン値		1.15	1.09	1.12	1.02	1.15
eGFR	▽ 45.0 未満	52.7	56.2	55.1	61.8	52.7

*1~*4 別紙「説明」を参照

※がついている結果は、健診機関等により複数の検査結果が登録されているため、実際に受け取られている特定健康診査受診結果通知表の結果と異なる場合があります。

作成日：2026年5月25日 2/3ページ

実施日	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06	
心電図検査	所見なし	所見なし	所見なし	—	要精密検査心臓超音波	
詳細項目	キースワグナー分類	0	1	1 a	—	
	シェイエ分類：H	0	1	2	—	
	シェイエ分類：S	0	1	2	—	
	SCOTT分類	1 (a)	1 (b)	1 1	—	
	Wong-Mitchell分類	所見なし	軽度	中等度	—	
眼底検査	改変Davis分類	網膜症なし	単純網膜症	増殖前網膜症	—	
	その他の所見	—	—	—	左側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い 右側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い	
質問票（※1）	血圧を下げる薬	服用なし	服用なし	服用なし	服用なし	服用なし
	血糖を下げる薬・インスリン注射	服用なし	服用なし	服用なし	服用なし	服用なし
	コスタロル・中性脂肪を下げる薬	服用なし	服用なし	服用なし	服用なし	服用なし
	既往歴(脳卒中)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(心臓病)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(腎不全・人工透析)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	医師に貧血といわれたことあり	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	喫煙	いいえ	いいえ	はい	はい	はい
	20歳から体重が10kg以上増加	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	30分以上の運動(週2回1年以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行・身体活動を1日1時間以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行が速い(同年齢同性と比較)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	—	何でもかんで食べる
	人と比較して食べる速度が速い	ふつう	ふつう	ふつう	—	ふつう
	就寝前2時間に夕食(週3回以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
3食以外に間食・甘い飲み物	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	—	ほとんど摂取しない	
朝食を抜くことが週3回以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
飲酒	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	—	ほとんど飲まない	
飲酒量	2~3合未満	2~3合未満	2~3合未満	—	2~3合未満	
睡眠で休養が十分とれている	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
生活習慣の改善	既に取組 (6ヶ月以上)	既に取組 (6ヶ月以上)	既に取組 (6ヶ月以上)	—	既に取組 (6ヶ月以上)	
保健指導の希望	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
M98"リカソッド"判定*5	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	
保健指導レベル*6	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	

(注1)質問票は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」の「標準的な質問票」から引用、*5~*6 別紙「説明」を参照

実施日	2025/09/21
医師の判断	高血圧 主治医の指示に従って治療をお続け下さい。



健康・医療・介護情報利活用検討会
(森田朗座長) 2020年3月9日

全国の医療機関等が確認できる「医科点数表（DPC点数表含む）」のレセプト情報（案）

（薬剤情報とあわせて提供予定の情報）

基本情報： 氏名 性別 生年月日 調剤年月日 医療機関名 ※医療機関名は患者のみ提供（医療機関には非開示）
薬剤情報： 薬剤名

① 過去の受診医療機関への照会が可能となる情報

基本情報： 医療機関名 診療年月日 ※診療行為等が実施された年月日

② 過去や現在の具体的な診療歴を把握することにより、今後のより適切な診断や検査、治療方針の検討に有用と考えられる情報

基本情報： 傷病名
診療行為： 手術（移植・輸血含む） 放射線治療 画像診断 病理診断 ※画像結果・病理結果は含まず

（上記以外）

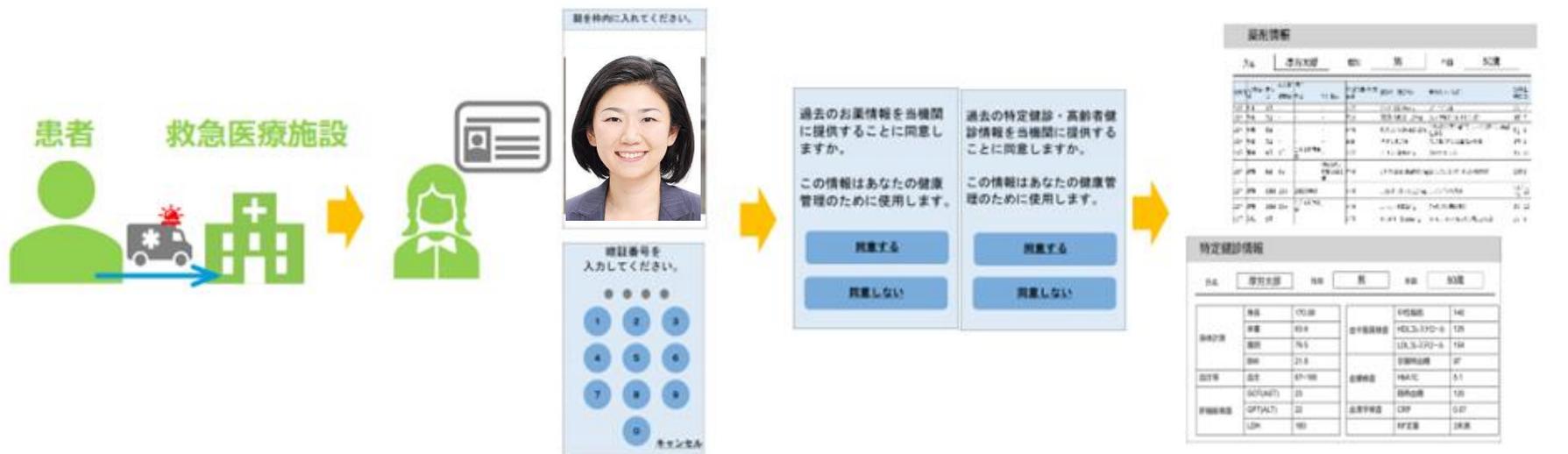
基本情報： 保険者情報 被保険者情報（ 保険医氏名 ※調剤レセ（院外処方）のみ）
診療行為： 初・再診料 入院料等 医学管理等 在宅医療 検査 投薬 注射
リハビリテーション 精神科専門療法 処置 麻酔

※ 薬剤情報は上記で提供予定であり、投薬・注射等には含まないことに留意

救急時の情報閲覧の流れについて(原則)

- 保険医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みでは、救急時であっても、原則、以下の対応により、医師等が情報を閲覧することが可能となる。
 - ①患者本人がマイナンバーカードを持参
 - ②医療機関等が顔認証付きカードリーダー等を用いて本人確認を行う
 - ③保健医療情報を閲覧することへの本人の同意を得る

①マイナンバーカードを持参し、本人の意思確認が可能なケース



- ✓ マイナンバーカードによる本人確認を行う
 - ・ 顔認証又は暗証番号の入力による本人確認を行う。

- ✓ 情報閲覧について同意を取得して照会
 - ・ 薬剤情報、特定健診情報、医療情報について、閲覧の同意を取得して照会する。

- ✓ 通常時の画面で閲覧可能
 - ・ 閲覧ログは、管理・保管される。

救急時の情報閲覧の仕組みに関する論点

○ 救急時の情報閲覧の仕組みは、①患者がマイナンバーカードを持参し、②顔認証付きカードリーダー等を用いて本人確認を行い、③情報閲覧への本人の同意を得た上で、医師等が情報を閲覧することを原則とする。

○ 患者の意思が確認できない場合は、目的外での閲覧等を防ぐため、以下のとおりとしてはどうか。

- 情報の照会は、救急専用端末のみで対応する。
- 閲覧者は、救急医療に携わる有資格者等（医師、歯科医師、薬剤師等）に限定することとし、事前に専用IDを発行する。
- さらに、救急時の閲覧として、閲覧者を画面表示する等の利用状況のモニタリングを行う。

○ 患者がマイナンバーカードを持参していない場合は、目的外での閲覧等を防ぐため、以下のとおりとしてはどうか。

- 救急専用端末のみでの情報照会に加え、事後的に閲覧者を確認可能とするよう情報の照会時に端末利用者の再確認を行う。
- 救急専用端末の閲覧ログにもとづき、電子カルテへの患者情報の登録の状況等を事後的に点検する。

オンライン資格確認の今後

データヘルスの基盤として、順次、機能を拡大していきます。

- 現在全国の医療機関・薬局で確認できる情報は、薬剤情報・特定健診等情報のみですが、対象となる情報を拡大します。（令和4年夏を目処）
手術、移植、透析、医療機関名といった項目が対象となる予定です。 2022年夏ごろ
- オンライン資格確認等システムを基盤とし、電子処方箋の仕組みを構築します。（令和5年1月予定） 2023年1月
紙の受け渡しが必要なくなり、薬剤情報共有のリアルタイム化（重複投薬の回避）が可能となります。
- 閲覧・活用できる健診等を拡大します。
- 現在対象になっていない生活保護受給者に対する医療扶助の医療券・調剤券も対象にする（令和5年度中）など順次対象を広げていきます。
- 訪問診療等におけるオンライン資格確認も検討しています。（令和2年度研究事業）



今後、用途が広がっていく

【見られる情報の拡大】

「薬剤情報・特定健診情報」

- 透析や医療機関名など
- 閲覧・活用できる健診等を拡大
- ⇒ PHR、さらにその先へ



【電子処方箋の導入】

- ・ 紙の受け渡しが不要になり、

薬剤情報共有のリアルタイム化

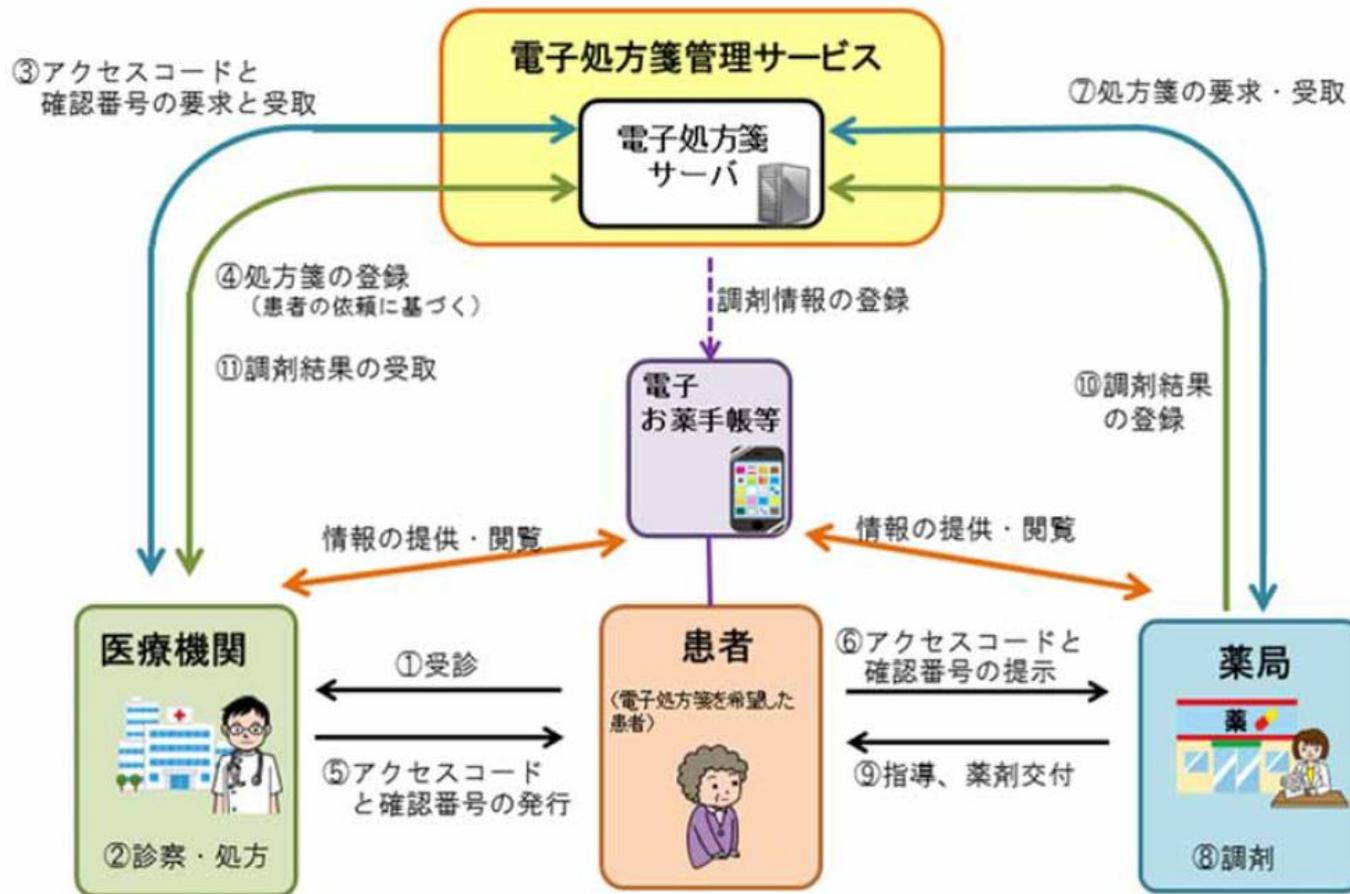
(重複投薬の回避) が可能に



電子処方せん情報も 加わる



電子処方せん管理サービスは支払基金、 国保中央会のサーバを使用する

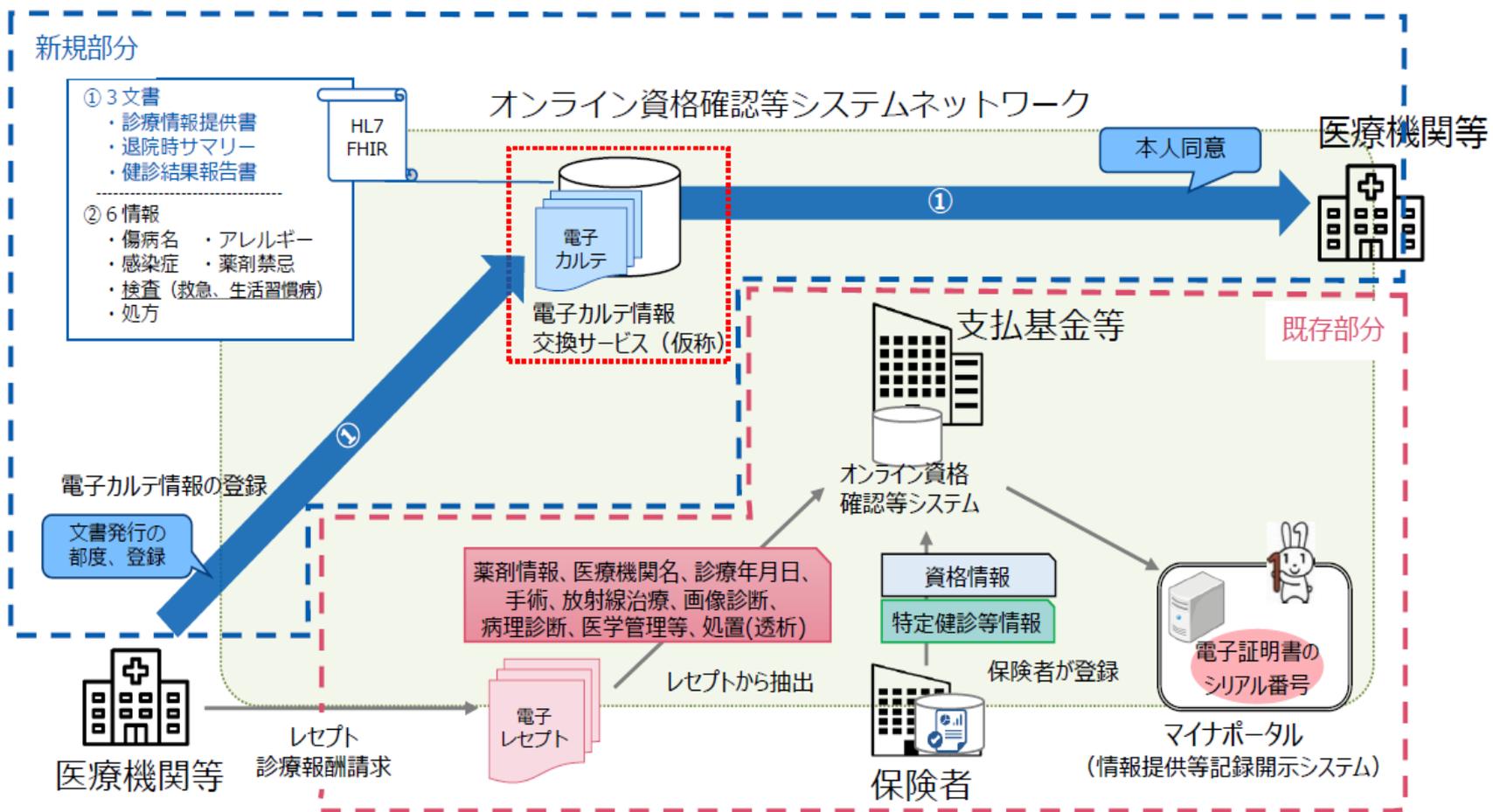


電子カルテ情報も加わる



考えられる実装方法（イメージ）

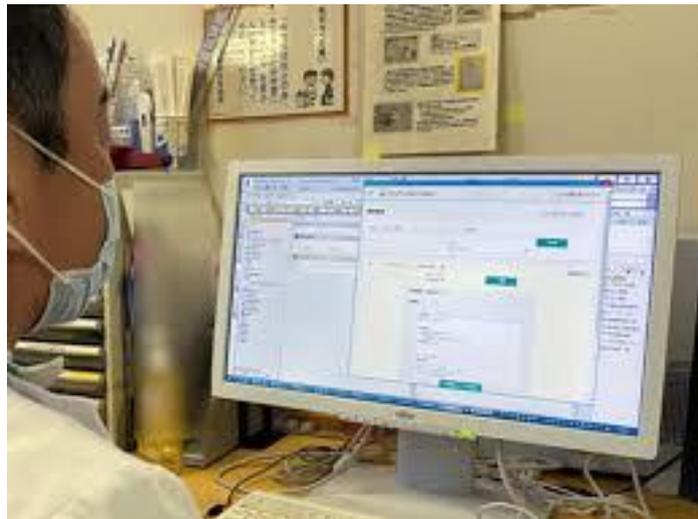
全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。



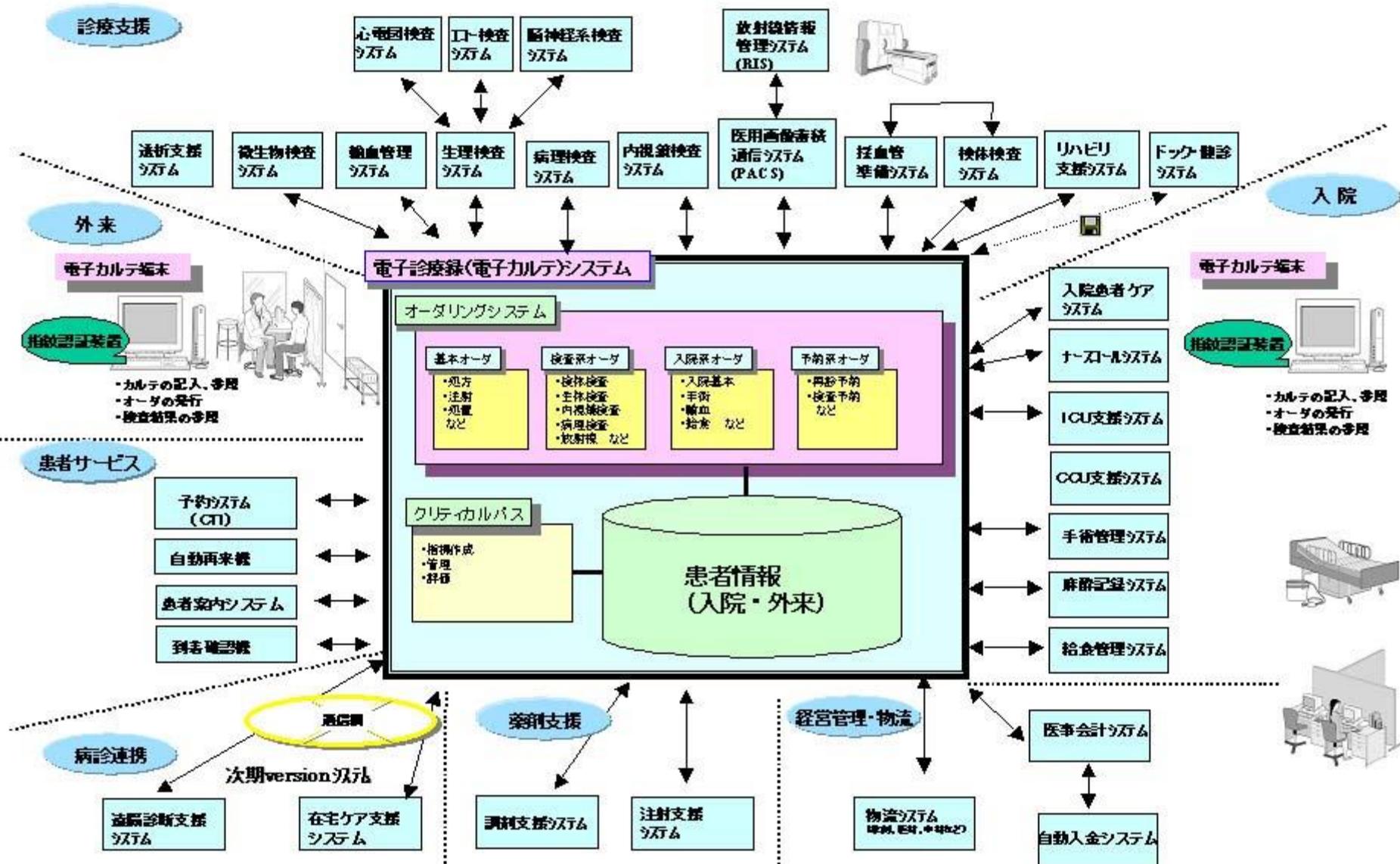
① 医療機関等の中でやり取りする3文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

送受信方式

電子カルテの普及



NTT東日本 関東病院 総合医療情報システム概要



電子カルテシステム等の普及状況の推移

電子カルテシステム

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)

オーダリングシステム

	一般病院 (※1)	病床規模別		
		400床以上	200～399床	200床未満
平成20年	31.7% (2,448/7,714)	82.4% (593/720)	54.0% (745/1,380)	19.8% (1,110/5,614)
平成23年 (※3)	39.3% (2,913/7,410)	86.6% (606/700)	62.8% (827/1,317)	27.4% (1,480/5,393)
平成26年	47.7% (3,539/7,426)	89.7% (637/710)	70.6% (946/1,340)	36.4% (1,956/5,376)
平成29年	55.6% (4,088/7,353)	91.4% (645/706)	76.7% (1,021/1,332)	45.6% (2,422/5,315)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

出典：医療施設調査(厚生労働省)

電子カルテ普及率の国際比較

- 日本の電子カルテ普及率は、海外に比べて低い¹



¹2017年時点の、電子カルテ普及率の国際比較

アクセンチュア資料より

電子カルテの普及

- 医療DX令和ビジョンでは2026年までに80%、2030年までに100%を目指すこととしている。
- そして標準化された電子カルテの普及には一般診療所や非DPC病院向に低廉で安全なHL7FHIRに準拠したクラウド電子カルテの開発と普及が必要だと述べている。
- このためには補助金などの施策が必要としている。

パート 3

全国版EHRの構築へ向けて

全国医療情報プラットフォームとは
EHR（Electronic Health Record）のこと

全国医療情報プラットフォーム とはEHRのこと

EHR (Electronic Health Records)とは・・・

健康情報や電子カルテ等の情報を集め、一定の形式で要約し、継続的に蓄積し、全国的な規模の情報ネットワークを通じて活用できるようにした情報プラットフォームのこと

全国EHRに乗り遅れた日本

- すでに先進諸国では2000年ころから健康情報や電子カルテ等の情報を集め、一定の形式で要約し、継続的に蓄積し、全国的な規模の情報ネットワークを通じて活用できるようにした健康医療情報基盤（EHR：Electronic Health Record）が構築され、活用が進んでいる。
 - 活用方法として健康医療情報の一次利活用、2次利活用に分けられる
 - 1次利活用として救急受診時の患者情報閲覧や、医療機関間の情報連携への活用など医療の効率化、また重複検査や重複処方、薬剤相互作用の防止などの医療安全への貢献があげられる。
 - 2次利活用としては、医療のアウトカムやコスト分析を行い、医療の質の評価などの医療機関の第三者評価への応用や、アウトカム情報からの診療成果への支払い方式（Pay for Performance:P4P）への応用、コスト分析による政策立案など多岐にわたっている。
- EHRのためには情報交換規格の標準化が必要
- それがHL 7

全国EHR構築の要件

- ①情報交換規格の標準化 HL7
- ②交換する情報の標準化

①情報交換規格の標準化

HL7

HL7 (Health Level 7) Internationalとは

- 1987年、米国にて設立された医療情報システム間における情報交換のための国際標準規約の作成、普及推進に寄与することを目的とする非営利の任意団体（参加国：米,豪,中,加,仏,独,印,日,韓,蘭,露,台,英等40カ国が参加）
- HL7はHealth Level Sevenの略で「医療情報システム間のISO-OSI第7層アプリケーション層※1」に由来

※1 具体的なシステムやサービスに必要な機能を実装する最上位の階層。ソフトウェアが提供する具体的な機能・通信手順・データ形式等の仕様が含まれる。

	階層	階層名
O S I 階 層 モ デ ル	第7層	アプリケーション層
	第6層	プレゼンテーション層
	第5層	セッション層
	第4層	トランスポート層
	第3層	ネットワーク層
	第2層	データリンク層
	第1層	物理層

HL7が定める規格について

- HL7 Internationalが、20年以上に渡って医療情報の交換等として定めてきた規格。
- 医療情報の交換規格として1987年にHL7 V1.0が発行。
- 2002年にHL7 V2.5、その後2005年にHL7 V3が公開され、2009年にHL7 V2.5等がISO（国際標準化機構）規格として採択。
- 今までのHL7規格（HL7 V2.5 / HL7 V3等）を基に、国際的な医療情報交換の次世代標準フレームワークとして、新たに最新のWeb技術を採用し、実装性に重点を置かれたHL7 FHIRが2012年公開され、順次開発が進められている。

HL7 FHIRのメリット

- **普及しているWeb技術を採用**し、実装面を重視しているため、実装者にわかりやすい仕様で比較的**短期間**でのサービス立上げが可能
- 既存形式の蓄積データから必要なデータのみ抽出・利用が可能のため、個々の電子カルテシステムのデータ格納方式にとらわれず、既存の医療情報システムの情報を活用した**相互運用性を確保できる**

医療情報の交換規格に関する諸外国の状況

国	医療情報の交換規格の活用状況
米国	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HL7 FHIRベースのAPI実装を促すことを目的としてインセンティブ・ペナルティ施策を導入している。更に、国が運営する情報システム（CMS）においてFHIRを採用し、実装ガイド等の展開を図っている。 ✓ C-CDA（経過記録用臨床文書構造）はHL7 CDAで整備されており、HL7 FHIRへのマッピング等は今後の課題として検討中。 ✓ 電子カルテベンダー：主要4ベンダーで50%以上シェアを占有。
英国	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 電子カルテ調達契約において、HL7 FHIRを採用する標準仕様が定められている。国が運営するNHS Englandにおいては実質的に実装が義務化されており、APIや実装ガイド等の整備を行っている。 ✓ 電子カルテベンダー：主要4ベンダーで50%以上シェアを占有、その他30弱のベンダーが参入している。
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療情報システムからPHR向けにデータ抽出・送信を行うため、FHIRを採用したAPI・実装ガイド等の整備・提供が官民連携により行われており、インセンティブ施策として医療機関・PHRベンダー向けの補助金制度および中小企業向けの投資を行っている。 ✓ 医療機関間の連携については既にHL7 V3で構築され、HL7 FHIRへの移行は課題。 ✓ 電子カルテベンダー：主要10ベンダーでほぼシェアを占有している。
日本	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2010年3月から、厚生労働省標準規格の制定が開始。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療情報の交換規格として、臨床検査・放射線・処方情報についてHL7 V2.5を採用。 ・ 医療文書として、診療情報提供書・退院時サマリについてHL7 CDAを採用。 ・ その他、コードやデータ格納方法等に関する標準規格を採用。 ✓ HL7 FHIRについては、まだ厚生労働省標準規格として採用されていない状況。 ✓ 電子カルテベンダー：主要7ベンダーで50%以上シェアを占有、その他多数のベンダーが参入している。

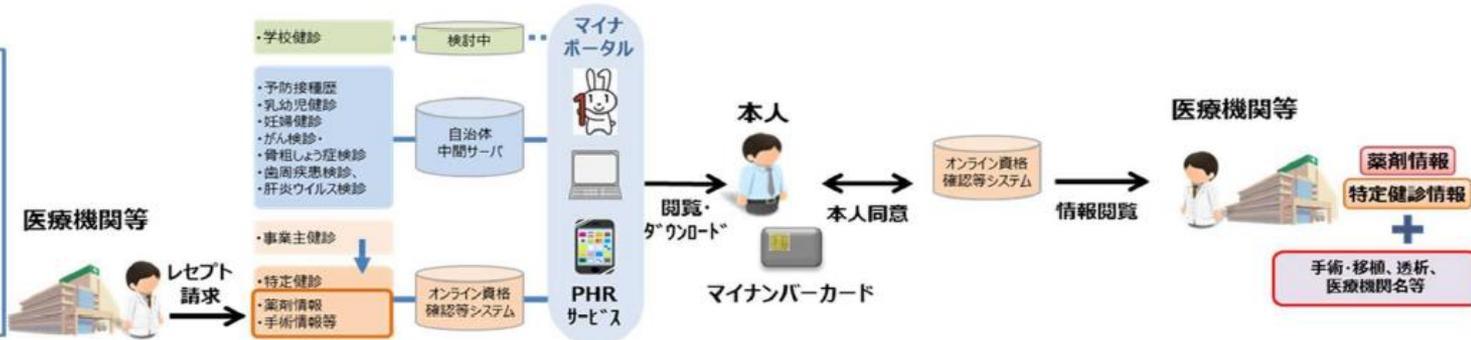
保険医療情報の閲覧の仕組み

保健医療情報の閲覧の仕組みとしては、

- ① マイナポータル等を通じて、健康診断や予後管理に有用な保健医療情報を本人が閲覧できる仕組み（本人同意の下に、同じ情報が全国の医療機関等でも閲覧可能）
- ② 患者本人にとって最適な医療を実現するため、医療機関間で電子カルテ情報を相互に閲覧できる仕組みの二つが存在。

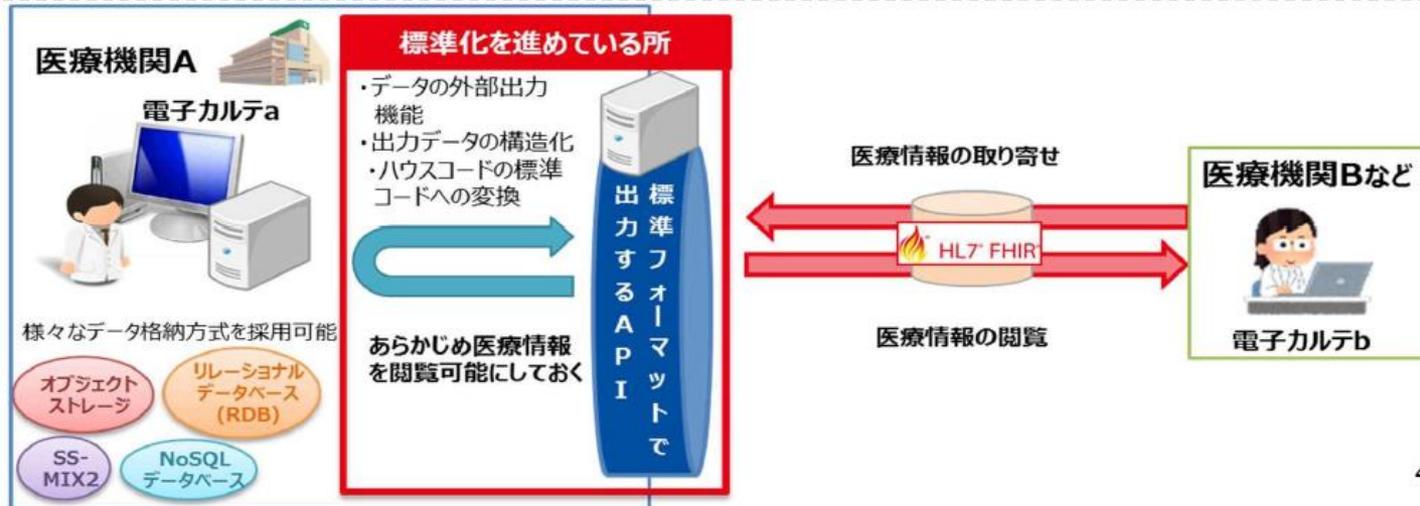
①

患者・国民が閲覧可能な仕組みにより、健康管理や予後管理、災害・救急時に有用な保健医療情報をマイナポータル等を通じて取得できるとともに、患者本人の同意を得た上で、医療機関等が保健医療情報を取得し、適切な医療を実現（災害・救急時は本人確認のみで情報を閲覧）



②

医療機関間で閲覧可能な仕組みにより、電子カルテ情報及び交換方式の標準化等を通じた情報の共有を通じて、円滑な紹介（逆紹介）、災害・救急時の利用、医療機器の共同利用等が可能

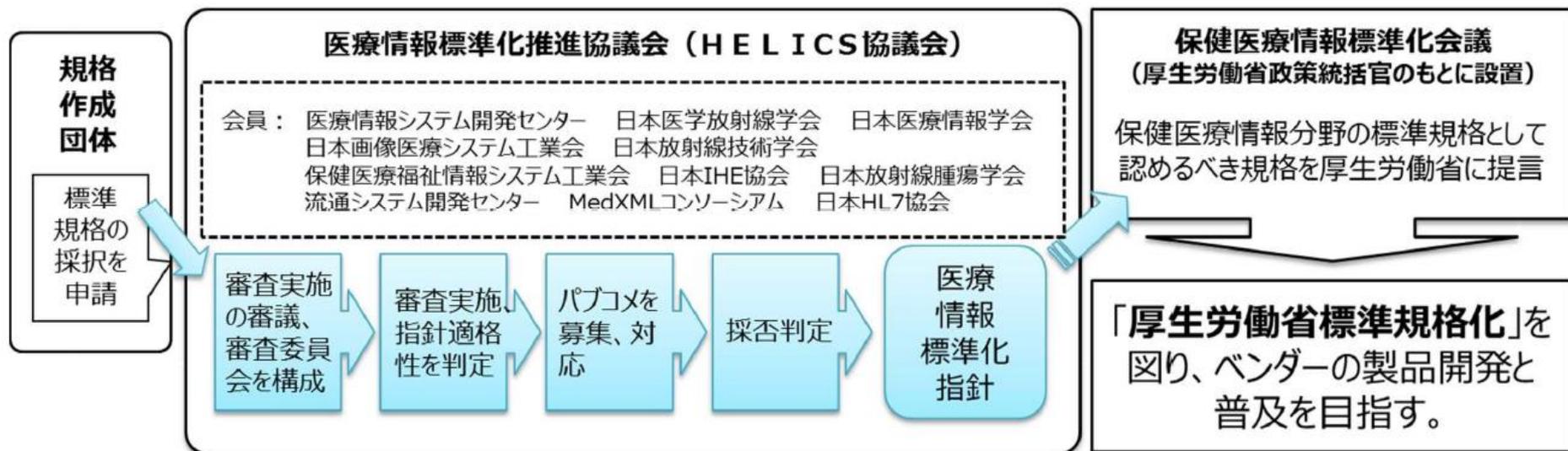


厚生労働省標準規格化に向けた進め方

○ 令和2年度厚生労働科学特別研究事業「診療情報提供書, 電子処方箋等の電子化医療文書の相互運用性確保のための標準規格の開発研究」において、以下のHL7 FHIRの記述仕様書案を策定。(研究班ホームページ <https://std.jpfhir.jp/> 上で公開)

- 診療情報提供書FHIR®記述仕様書案
- 退院時サマリFHIR®記述仕様書案
- 電子処方箋FHIR®記述仕様書案
- 健康診断結果報告書FHIR®記述仕様書案

○ 今年度、学会や事業者等の各種規格作成団体等が参画する民間団体「HELICS協議会」における「標準化指針」の策定状況を踏まえ、「保健医療情報標準化会議」において議論を行い、「厚生労働省標準規格化」を図り、ベンダーの製品開発と普及を目指す(産官学が協力して標準化を推進)。



我が国では地域医療情報
連携システムがSS-MIX
で先行した

地域医療情報連携ネットワークの現状

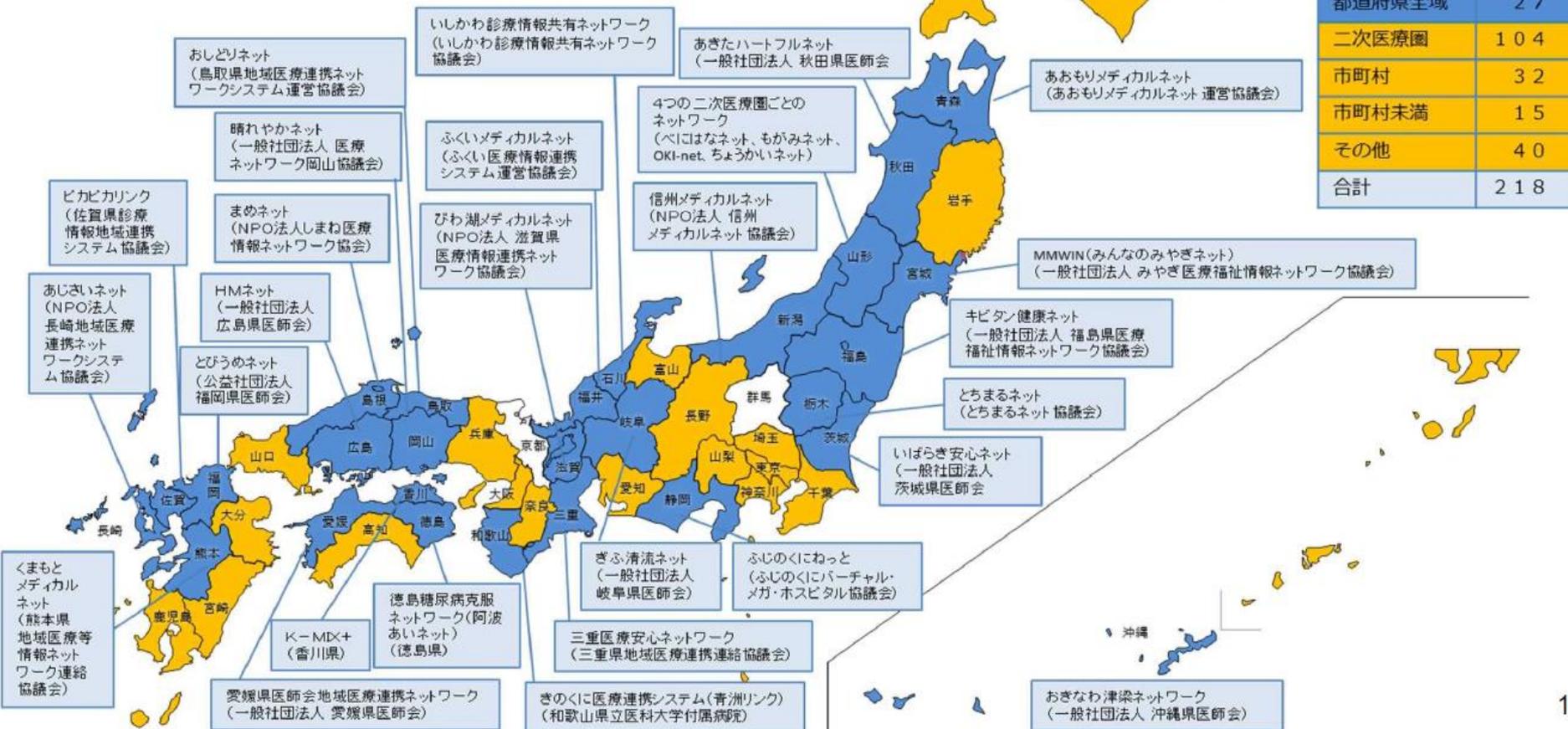
- 地域医療介護総合確保基金及び地域医療再生基金を活用して構築した地域医療情報連携ネットワークは218。
- そのうち、全県単位のネットワークは27存在している。その他の都道府県では、二次医療圏単位や市町村単位のネットワークを構築している。

(注) 群馬県及び京都府では、基金を活用せずに構築したネットワークが稼働中

2019年度 厚生労働省調べ
(都道府県担当課宛調査)



都道府県全域	27
二次医療圏	104
市町村	32
市町村未満	15
その他	40
合計	218



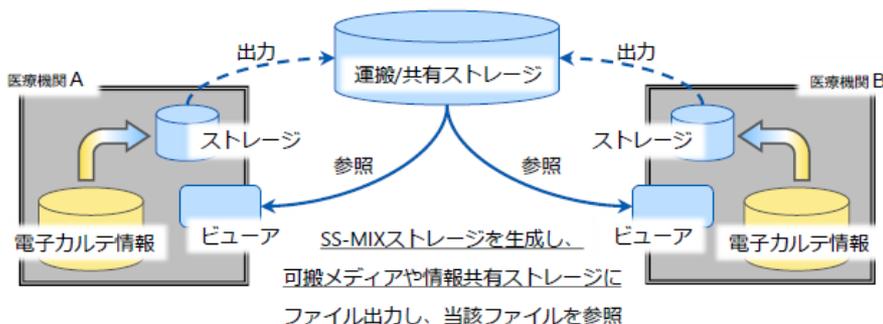
今後の電子カルテ情報等の標準化の進め方

インターネット環境で広く浸透しているデータ交換方式（Web技術）と柔軟にデータ形式変換可能なフォーマットで構成されるHL7 FHIRでデータを交換する環境整備と、データに格納する標準コードの普及を図り、進めてはどうか。

SS-MIX (SS-MIX 2)

- ・医療機関外とのネットワーク接続原則なし：オフライン
- ・データは、可搬メディア（CD/DVD）で、患者が運搬

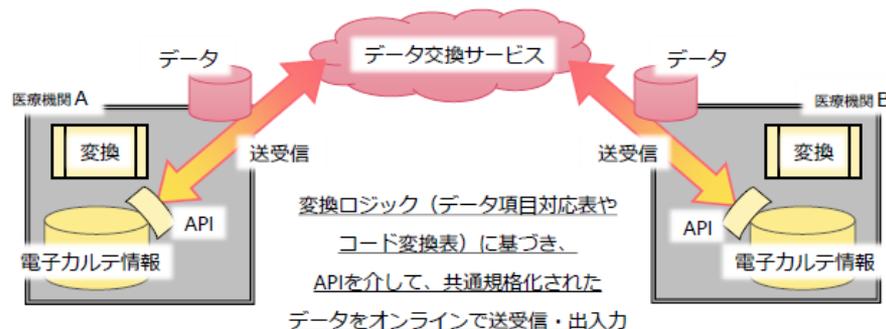
- ・HL7 Ver.2.5形式のメッセージデータ
（医療分野独自フォーマット：データ区切り“|”）を
ファイルとしてフォルダ構成でストレージに格納し、
可搬メディアに出力し、運搬



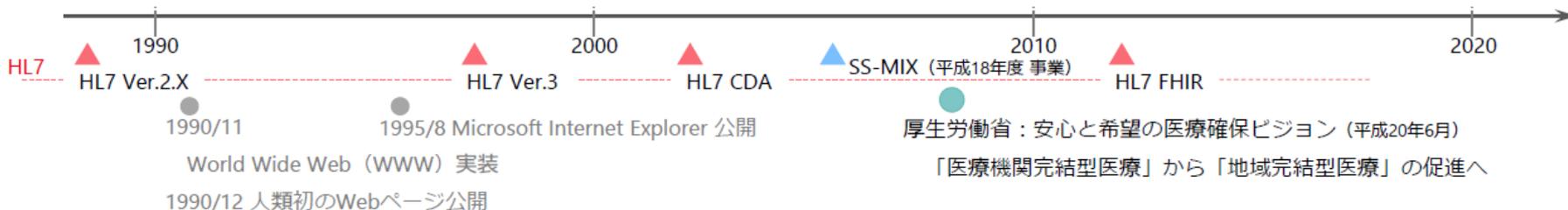
HL7 FHIR

- ・医療機関外とのネットワーク接続あり：オンライン
- ・データは、オンラインで、適時、送受信

- ・Web（HTTPプロトコル）で一般的に用いられる
データ交換方式（REST通信+JSON形式）で、
形式変換しやすいJSON/XMLフォーマットで送受信



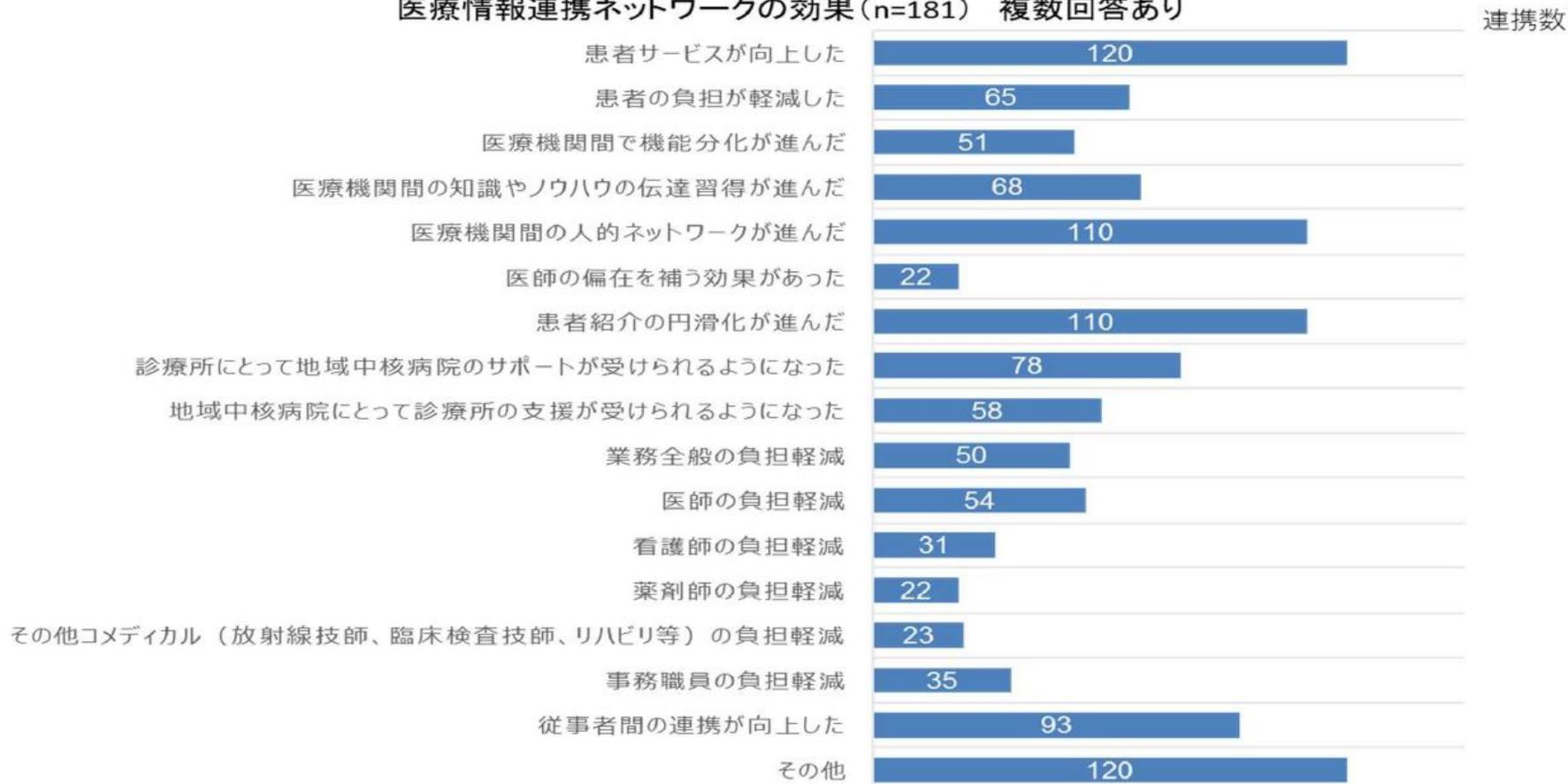
データのやりとり



地域医療情報連携ネットワークの効果

- 地域医療情報ネットワークの実施による効果について調査を実施(平成30年度)。
- 具体的な効果として、「患者サービスが向上した」120件が最も多く、次いで「医療機関のネットワークが進んだ」110件、「患者紹介の円滑化が進んだ」110件等であった。

医療情報連携ネットワークの効果 (n=181) 複数回答あり



出典: 医療情報連携ネットワークに係る現状調査 (H30年度厚生労働省調査) より

地域医療情報連携の2011年から増加

地域医療再生基金の効果

2020年
全国234カ所



日本医師会総合政策戦略研究機構調査
「ITを利用した全国地域医療連携の概況(2014年版)」より改変

しかし、地域医療情報ネットワークは補助金の墓場となった・・・

- ICTを利用した全国地域医療連携の概況（日医総研2017年度）
 - 全国348カ所を対象に、2018年1月に調査
- 270カ所から回答（回答率77.6%）
 - 2012年度154カ所から今回、継続が確認されたのは91カ所（60%）、63カ所が消失した。
 - 2012年度のシステム構築費の平均は1.24億円、「粗い計算だが、63カ所の構築費合計78.5億円の地域医療連携システムが消えたということになる」（日総研関係者）
 - 将来のシステム更新については59%が「未定」と回答、「費用を工面するのに苦慮している様子がかがえる」（日医総研関係者）

地域医療情報連携ネットワークのコスト等の現状（例）

	長崎県	佐賀県	島根県	岡山県	広島県	佐渡（新潟県）
	あじさいネット	ピカピカリンク	まめネット	晴れやかネット	HMネット	さどひまわりネット
開設年度	2004	2010	2013	2013	2013	2013
初期構築費用	約0.2億円 ※大村市地域で 運用開始 開示病院初期費用 の1/2を県が補助	約1.3億円 総務省予算1/2 開示病院1/2	約4.3億円 県（地域医療再生計画 事業費補助金） 開示病院に対して も県が補助	約9.5億円 県3/4 開示病院1/4 (2000万円上限)	約6億円 全額県負担 (2011～2013)	約16.2億円 全額県負担
更新費用	サーバ等の更新は 開示施設負担 ポータルサイトは 毎月定額契約	費用確保が課題	サービスメニュー ごとに判断 (有償サービスは 利用料から積立)	毎年1000万円程度 を積立	約5.8億円 全額県負担 (2014～2017)	更新のための積立 はなし
運営費用	会費	約1800万円 (県)	約2億4000万円 (インフラは県、 サービスは参加機関)	約5000万円 (システム利用料を含む)	約7100万円 (参加機関) 事務局人件費は県医師会	約4400万円 (参加機関)
医療機関等 負担(月額) ※入会金等 の負担が ある場合も	開示会費 5000円 プライベートクラウド 使用料等 6.8万円 閲覧会費 約1万円	サービス・VPN 利用料(回線料は別) 開示 2.6-8.6万円 閲覧 1000円程度	基本利用料 540円 VPN 約6000円 サービスごとに病床 規模別等の料金設定 例: 連携カルテ閲覧 550円-約8万円	開示 会費 2-8万円 閲覧会費 5000円	開示病院12-17万円 閲覧 約3000-4000円 ※介護は無料	佐渡総合病院 167万円 市立両津病院 21万円 市立相川病院 11万円 診療所 2.2-2.7万円 薬局・介護 1.1万円
参加医療 機関等数	開示病院 32 閲覧 病院・診療所 203 薬局 70 その他 19	開示病院 13 閲覧 病院 44 診療所 91 薬局等 93	開示 病院 32 診療所 51 薬局 68 サービス利用 病院 10 診療所 232 介護353 検査機関 23	開示病院 51 閲覧 病院 115 診療所 197 薬局 109 介護老人保健施設 5	開示医療機関 31 閲覧医療機関 403 薬局 246 介護 268 岡山 12 島根 2	病院 6 診療所 20 薬局 12 介護 37 (双方向連携)
登録患者数	約6.1万人 (2017年時点)	約1.9万人 (2016年時点)	約3万人 (2016年時点)	約1.2万人 (2016年時点)	開示カード約6万枚 HMカード約2.4万枚 (2017年時点)	約1.5万人 (2017年時点)

平成28年度に開設した「地域医療情報連携ネットワーク支援ナビ」の情報を整理。

<http://renkei-support.mhlw.go.jp/>

地域医療IT化の実際と問題点

- 2000年の経済産業省の「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業（電子カルテの共有モデル事業）」では全国26カ所に総予算56億円を投入したが、すでにその多くは休止している
（2006年8月、読売新聞）



長崎大学医学部・
歯学部附属病院医療情報部
松本武浩氏

失敗の原因

- ①地域医療現場での診療ニーズが反映されていない
 - 中核病院中心の企画で、開業医の視点が反映されていない
- ②1地域1電子カルテを前提とし、診療所側からも診療情報を提供する双方向通信にこだわるあまり、診療所側の負担となった。
- ③参加コスト並びに運営コストが高い



6月23日、ラジオNIKKEI
ドクターサロンで松本先生と対談

あじさいネットで留意した点

- ニーズ調査
 - 医師会側から閲覧希望があったのは、検査結果、画像所見、医薬品
 - 双方向通信は必要なく閲覧のみ希望
- インターネットVPNで経費を抑えた
 - 診療所側で初期費用は暗号化装置6.6万円、ウイルス対策費3000円、月額使用料2000円
- 在宅医療で、多職種連携ネットワークを実現

全国版EHRと地域医療情報ネットワークの関係は？

全国版HERと地域医療情報ネットワークは
当面共存する予定

	全国医療情報プラットフォーム	地域医療情報ネットワーク
運営主体	全国をカバーするオンライン資格確認制度（支払基金、国保連）	各地域医療情報ネットワークの218か所の運営主体
費用	未定	補助金、医療機関の会費
情報共有の仕組み	HL7FHIR	SS-MIX
情報共有内容	レセプト・特定健診情報 電子処方箋情報、電子カルテの3文書6情報	電子カルテ情報、処方情報、検査情報、画像情報など

②交換する情報の 標準化

医療情報の共有に関する現場のニーズ（1 / 2）

- 医療情報の共有に関する現場のニーズを把握するため、医療機関等に対して、場面別に最低限必要な医療情報項目について、Webアンケート調査を実施（令和元年度）。

【実施方法】

【有効回答数】：1,744名

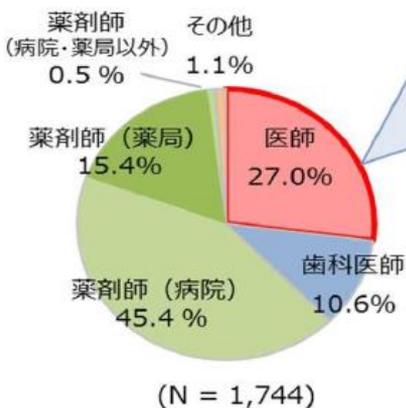
- ✓ 無作為抽出した5400施設に対して、Webアンケート調査を実施。
- ✓ アンケート対象施設に勤務する医師・歯科医師・薬剤師等に回答を求めた。
- ✓ 場面は、①救急、②外来（初診）・入院時、③外来（再診）・入院時、④退院時、⑤災害時の5つ。
- ✓ 実施期間は、2020年2月1日～2月16日。
- ✓ 施設名の入力等を実施していないため、回答施設数は不明。

職種	人数
医師	471名
歯科医師	185名
薬剤師	1,069名
その他	19名

- ①救急時：通院中の傷病や服薬の把握が困難な意識不明患者等で、救命が最優先事項であるケース 等
- ②外来（初診）・入院時：紹介状なしで初めて受診・入院した患者の診療、あるいは初めて薬局にかかる患者への処方等のケース 等
- ③外来（再診）・入院時：自院とは別に、専門的加療目的で別医療機関等を受診している患者の診療等のケース 等
- ④退院時：他医療機関等を退院後、患者を受け入れるケース 等
- ⑤災害時：停電等による医療情報システムの不具合により、自医療機関等の診療録が閲覧不能あるいは逸失したケース 等

【回答者属性】

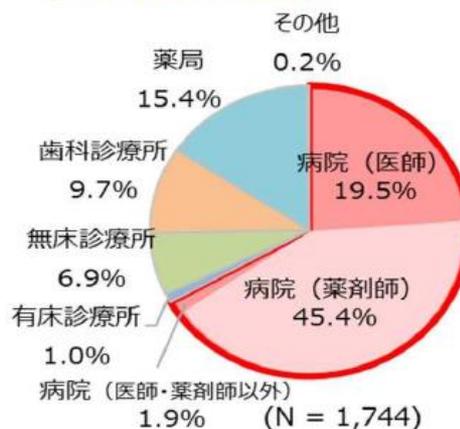
① 職種別



【医師の診療科内訳】



② 勤務施設種別



【病院の病床数内訳】



医療情報の共有に関する現場のニーズ（2 / 2）

- ▶ アンケート結果は以下の通り。ニーズが高い項目は、薬剤情報、傷病名、退院時サマリー、診療情報提供書などであった。それぞれの項目によって、レセプトから入手できる情報と電子カルテから入手できる情報とがあることに留意。

最低限必要な医療情報項目

		ニーズ高い施設種別・場面（上位3位）		ニーズ低い施設種別・場面（下位3位）	
処方・調剤情報（薬剤情報）		有床診療所：救急時（100%）	有床診療所：外来（初診）・入院時（100%）	有床診療所：外来（再診）・入院時（100%）	歯科診療所：退院時（転院時含む）（85.7%）
患者基本情報	傷病名（現病名・既往歴）	有床診療所：災害時（96.8%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（95.7%）	病院（医師）：救急時（95.3%）	歯科診療所：災害時（87.3%）
		無床診療所：救急時（95.3%）	病院（医師）：災害時（87.3%）	歯科診療所：救急時（85.5%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（84.4%）
	病院（医師）：救急時（95.3%）	歯科診療所：災害時（87.3%）	歯科診療所：救急時（85.5%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（84.4%）	
	病院（医師）：災害時（96.8%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（95.7%）	病院（医師）：救急時（95.3%）	病院（医師）：災害時（78.2%）	
	無床診療所：救急時（95.3%）	病院（医師）：災害時（87.3%）	歯科診療所：救急時（85.5%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（71.4%）	
	病院（医師）：災害時（87.3%）	歯科診療所：救急時（85.5%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（84.4%）	歯科診療所：退院時（転院時含む）（71.4%）	
	アレルギー情報	歯科診療所：災害時（87.3%）	歯科診療所：救急時（85.5%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（84.4%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（74.0%）
	感染症情報	歯科診療所：救急時（85.5%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（84.4%）	病院（医師）：災害時（78.2%）	薬局：外来（再診）・入院時（73.0%）
		歯科診療所：外来（再診）・入院時（84.4%）	病院（医師）：災害時（78.2%）	薬局：救急時（70.5%）	薬局：救急時（70.5%）
	薬剤併用禁忌情報	歯科診療所：退院時（転院時含む）（71.4%）	歯科診療所：外来（再診）・入院時（74.0%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（80.9%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（80.0%）
歯科診療所：外来（再診）・入院時（74.0%）		薬局：外来（再診）・入院時（73.0%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（80.9%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（80.0%）	
退院時サマリー	薬局：救急時（70.5%）	薬局：外来（初診）・入院時（22.5%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（80.9%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（76.2%）	
診療情報提供書	薬局：外来（初診）・入院時（22.5%）	無床診療所：外来（再診）・入院時（46.9%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（80.9%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（69.5%）	
	無床診療所：外来（再診）・入院時（46.9%）	無床診療所：災害時（43.1%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（70.2%）	有床診療所：外来（再診）・入院時（62.5%）	
	無床診療所：災害時（43.1%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（40.0%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（69.5%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（80.9%）	
検体検査結果	有床診療所：退院時（転院時含む）（40.0%）	薬局：外来（再診）・入院時（16.4%）	無床診療所：退院時（転院時含む）（80.9%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（78.7%）	
	薬局：外来（再診）・入院時（16.4%）	薬局：救急時（13.2%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（78.7%）	病院（医師）：外来（再診）・入院時（78.5%）	
	薬局：救急時（13.2%）	薬局：災害時（10.8%）	病院（医師）：外来（再診）・入院時（78.5%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（60.0%）	
手術情報	薬局：災害時（10.8%）	薬局：救急時（9.3%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（60.0%）	有床診療所：外来（初診）・入院時（50.0%）	
	薬局：外来（初診）・入院時（22.5%）	歯科診療所：災害時（3.2%）	有床診療所：外来（初診）・入院時（50.0%）	有床診療所：外来（再診）・入院時（50.0%）	
	無床診療所：外来（再診）・入院時（46.9%）	歯科診療所：救急時（3.2%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（61.6%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（61.6%）	
画像情報	無床診療所：災害時（43.1%）	歯科診療所：外来（初診）・入院時（1.5%）	病院（医師）：外来（再診）・入院時（60.5%）	病院（医師）：外来（再診）・入院時（60.5%）	
	有床診療所：退院時（転院時含む）（40.0%）	薬局：救急時（32.6%）	病院（医師）：外来（初診）・入院時（58.6%）	病院（医師）：外来（初診）・入院時（58.6%）	
	薬局：外来（再診）・入院時（16.4%）	薬局：災害時（29.2%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（62.2%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（62.2%）	
	薬局：救急時（13.2%）	薬局：救急時（9.3%）	病院（医師）：外来（再診）・入院時（53.2%）	病院（医師）：外来（再診）・入院時（53.2%）	
	薬局：災害時（10.8%）	薬局：災害時（5.9%）	病院（医師）：外来（初診）・入院時（50.3%）	病院（医師）：外来（初診）・入院時（50.3%）	
リハビリ情報	薬局：外来（初再診）・入院時（2.5%）	薬局：救急時（7.6%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（29.9%）	有床診療所：外来（再診）・入院時（25.0%）	
	薬局：救急時（2.3%）	薬局：災害時（2.2%）	有床診療所：外来（再診）・入院時（25.0%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（20.0%）	
	薬局：災害時（2.2%）	薬局：外来（初診）・入院時（1.5%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（20.0%）	有床診療所：退院時（転院時含む）（20.0%）	
医学管理料 （特定疾患療養／心臓ペースメーカー指導管理料等）	薬局：外来（初診）・入院時（1.5%）	薬局：救急時（0.8%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（24.4%）	有床診療所：外来（再診）・入院時（25.0%）	
	薬局：救急時（0.8%）	薬局：救急時（0.0%）	歯科診療所：退院時（転院時含む）（23.8%）	病院（医師）：退院時（転院時含む）（24.4%）	
				歯科診療所：退院時（転院時含む）（23.8%）	

【施設種別】 病院（医師）、有床診療所、無床診療所、歯科診療所、薬局 【場面】 ①救急、②外来（初診）・入院時、③外来（再診）・入院時、④退院時、⑤災害時

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】

患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
- ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- ③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
- ④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
- ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

HELICS協議会
審議中

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目(イメージ)

- ・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。

※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

※API (Application Programming Interface) とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

- ・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。

医療情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、
⑤救急時に有用な検査情報、⑥生活習慣病関連の検査情報

上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③電子処方箋、④健診結果報告書

※ 画像情報については、すでに標準規格 (DICOM) が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

救急時に有用な検査情報及び生活習慣病関連の検査情報

- 救急時に有用な検査情報は、救急や災害時の医療機関受診時に初期治療に有用な検査項目の整理を日本救急医学会に依頼し、集約されたもの。
- 生活習慣病については、関係する6臨床学会において、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病（CKD）の4つの疾患について共通して利用可能な検査項目が策定されている。
- その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、カルテへの実装を進める。

標準化を進めている電子カルテ情報		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
傷病名	既往歴		○	○
	現病名		○	
アレルギー情報			○	
薬剤禁忌情報			○	

臨床検査項目基本コードセット		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
感染症情報	梅毒STS (RPR法)		○	
	梅毒TP抗体		○	
	HBs		○	
	HCV		○	
	HIV		○	

※ 記号は、各データセットにおいて「○：必要」、「●：適宜実施」とされているものを記載。

※ 各項目のデータが記録された日付等もあわせて示すことが必要と想定。

臨床検査項目基本コードセット		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
生化学的検査				
総蛋白 (TP)		○	○	
アルブミン		○	○	
クレアチンキナーゼ (CK)			○	
AST (GOT)		○	○	○
ALT (GPT)		○	○	○
LD (LDH)			○	
アルカリフォスファターゼ (ALP)			○	
γ-GTP (GGT)		○	○	○
γ-GTP (GGT)			○	
コリンエステラーゼ (ChE)			○	
アミラーゼ (AMY)			○	
クレアチニン (Cre)		○	○	●
シスタチンC		○		
尿酸 (UA)		○		
尿素窒素 (BUN)		○	○	
グルコース (血糖)		○	○	○
HbA1c (NGSP)		○	○	○
中性脂肪 (TG)		○	○	○
総コレステロール (T-CHO)		○		○
HDL-コレステロール (HDL-C)		○		○
LDL-コレステロール (LDL-C)		○		○
ナトリウム (Na)			○	
カリウム (K)		○	○	
クロール (Cl)			○	
カルシウム (Ca)			○	
総ビリルビン (T-Bil)			○	
直接ビリルビン (D-Bil)			○	

臨床検査項目基本コードセット		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
血液学的検査				
血算-白血球数			○	
血算-赤血球数			○	●
血算-ヘモグロビン		○	○	●
血算-ヘマトクリット				●
血算-血小板数			○	
活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)			○	
プロトロンビン時間			○	
Dダイマー (DD)			○	
尿検査				
尿蛋白		○		○
尿糖		○		○
尿潜血		○		
蛋白/クレアチン比 (P/C比)		○		
アルブミン/クレアチン比 (A/C比)		○		
内分泌学的検査				
脳性Na利尿ペプチド (BNP)			○	
ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)			○	
免疫学的検査				
C反応性蛋白 (CRP)			○	
血液型-ABO			○	
血液型-Rh			○	
項目数		22	37	

1. まとめ

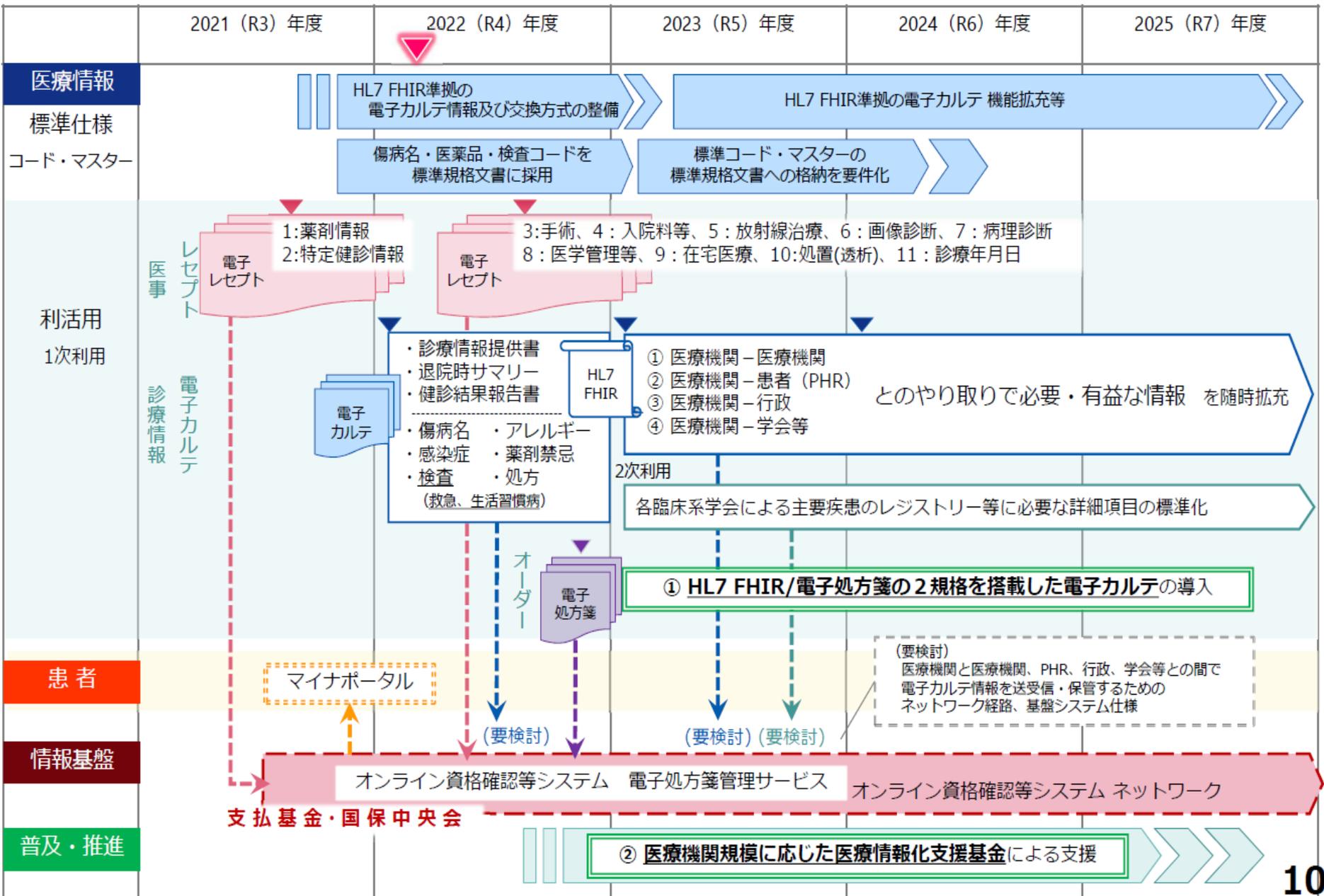
- レセプトに基づく薬剤情報は2021年10月、手術・透析情報等、医学管理等情報等は2022年夏から、本人同意の上で、医療機関等でも確認できるよう、仕組みを整備しているところ。
- 電子カルテ情報及び交換方式の標準化に向けたHL7 FHIR規格文書として、診療上の一次利用で有用な、傷病名、アレルギー情報等を含む、診療情報提供書等を進めている。

[留意事項]

- ・ これまでの電子カルテ等のシステムは、クローズドなネットワークで外部ネットワークと分離されていることが一般的。
- ・ 厚労省標準コードが広く利用されているわけではない。

など

電子カルテ情報等の標準化 今後の進め方 (イメージ)



医療機関におけるサイバー攻撃への対応策

医療機関からの報告について

- 平成19年3月から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、医療機関等においてサイバー攻撃等のインシデント事案が発生した場合は、当該医療機関等から厚生労働省等の所管官庁へ報告することを求めている。
- また、都道府県等に対しては、平成30年10月に通知（「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」（医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日））を発出し、必要に応じて管内の医療機関等における被害状況、対応状況等に係る調査及び指導を行うとともに、厚生労働省へ報告することを求めている。

現在の取組

- 厚生労働省においては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を定め、医療機関等に対し、技術的・運用管理上の観点から必要な対策を求めている。（R4.3月末の改定で医療機関へのサイバー攻撃の多様化・巧妙化等への対策を追加）

サイバー攻撃への具体的対策

【令和3年度の取組】

- 病院へのサイバー攻撃により、診療が長期にわたって制限された事例（※）があったことから、令和3年11月、全国の医療機関に対し脆弱性が指摘されている機器の点検、バックアップの作成等について注意喚起を発出。
- 令和4年1月21日に各都道府県・関係団体宛に通知し、全国の病院における、ランサムウェアを想定したリスクを把握するための実態調査を実施。
- 許可病床400床以上の保険医療機関について、①専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること、②当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施していること、③医療情報システムのバックアップ体制の確保状況を届け出ることを診療録体制加算の要件として追加。

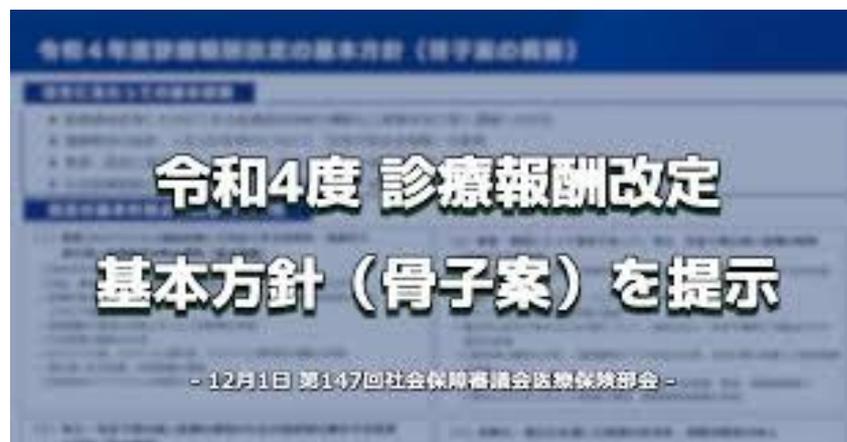
（※）徳島県つるぎ町立半田病院において、電子カルテシステムがランサムウェアに感染し、長期に渡り一部診療が停止した事案（R3.10）

【令和4年度の取組】

1. 平時の予防策 ①医療従事者へのセキュリティ対策研修の充実 ②VPN装置のアップデートの徹底
2. インシデント発生後の初動対応 ①サイバーセキュリティお助け隊（経産省事業）の活用を促進し、駆けつけ機能の強化
3. 日常診療を取り戻すための復旧対応の徹底 ①バックアップの実施の徹底 ②インシデントを想定した訓練の実施の徹底を図る。

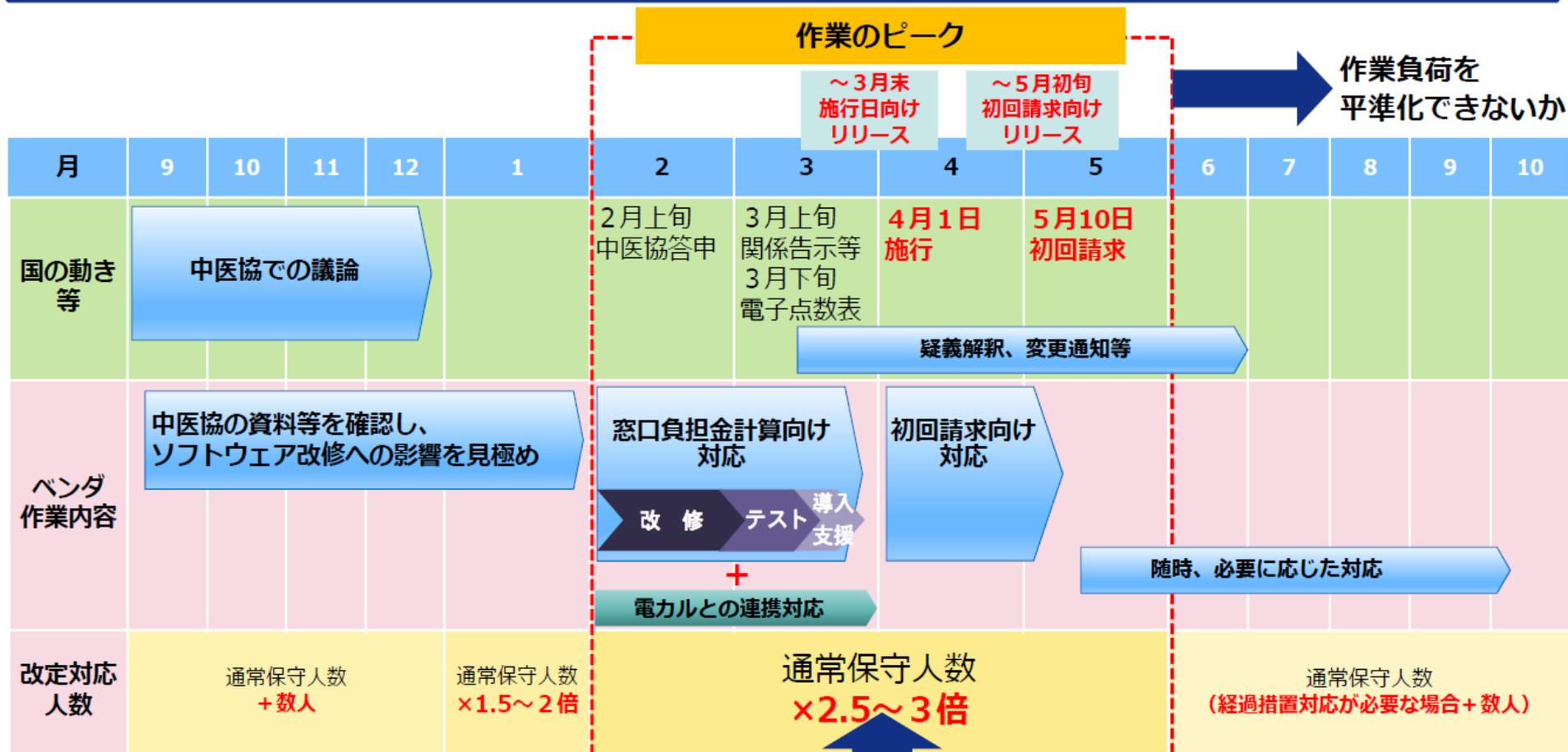
※1-②、3-①、②は医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の留意事項に今年度から記載

パート4 診療報酬改定DX



診療報酬改定への対応状況（現状）

- ・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短期間で集中的に対応するため、大きな業務負荷が生じている。
- 改定施行日（4/1）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
 - ※ 3月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
- ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要



各ベンダがそれぞれ行っている作業を1つにまとめられないか

診療報酬改定DX

- 医療機関では2年に一度の診療報酬改定に対応のため、そのシステム更新に、多大の費用とシステムエンジニア（S E）の人員の動員を行っている。
- 改定年の3月に内容が確定し、4月から現場での運用を始めるには、改定内容をS Eが読み込み、レセプトコンピューターに報酬計算ソフトとして落とし込む作業を急ピッチで行う必要がある。
- 診療報酬の項目は数万点にも及び、入院と外来の違いや、病棟種別の違い、さらには加算との組み合わせできわめて煩雑で膨大なシステム改修に追われることになる。

診療報酬改定DX

- 今回の医療DX提言では、厚労省が通知文書ではなく、デジタル化された共通算定モジュールを作り、それをオープンソースとして公開することを提言している。
- 共通算定モジュールは、厚労省、審査支払基金、ベンダーが協力してデジタル庁のサポートも得て作成している。こうしたモジュールが公開されれば、医療機関は診療報酬改定にあたっては当該モジュールの導入だけで作業がすみ、個々のベンダーの負担は大きく軽減されるだろう。
- さらに共通算定モジュール化により、文書による複雑かつ曖昧さを残す診療報酬のアルゴリズムを疑義解釈を要することのないシンプルなものに変えることができ、診療報酬体系の簡素化にも貢献できるだろう。

まとめと提言

- 「医療DX推進本部」で医療DXの推進が期待される
- 全国版HERにはHL7FHIRと情報標準化がカギ
- 電子カルテ普及もカギ

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp