

- 1) 優先課題：IT化における重点施策の優先課題は、何をおいても政府・行政の予算執行状況（国・地方自治体、一般会計・特別会計を問わず）の透明化、政府系独立行政法人等、6,700以上ある特殊法人の経理（国庫補助金、役員給与、退職金、等）の透明化である。『骨子案』目的の第一項目であり、透明化とそれにより炙り出されたムダの削減が進めば国民の政治・政府への信頼は急速に回復される。これこそが今後のIT化政策や消費税をスムーズに進める為の最重要基盤である。加えて現在既に稼働している電子政府・電子自治体の全事業の費用対効果の仕分けを行い（向後毎年事業仕分け作業を行い不要な事業は即刻停止する仕組みの創設）、その結果を公表すべきである。これらの最優先課題がすなわち目的の1番目、3つの柱と目標の（1）、重点施策の（1）の確実な実行である。
- 2) 目的について：IT化があたかも「国民の暮らしの質を飛躍的に向上させる」と直結されているのは全くの欺瞞である。例えば、介護報酬の請求は当初より全て電子請求である。保険者・厚生労働省は過去9年分のレセプトデータを持ち、より細かな実態を十分に把握出来ていたはずである（もし把握できていなければ担当部局の怠慢である）。ところが2009年改訂の『一次判定ロジック』の当てはめでは実態とかけ離れた不合理な軽目判定が横行した。これには国民の反発も強くさすがに厚労大臣も低目誘導を認めざるを得ず、手直しがなされた。この様にIT化やデータ活用は国民の介護の質を今までより低下させた。ここで見えたことはIT化の目的は「医療の標準化・効率化」であり、「及びサービス向上」は付け足し（あるいは国民に対する目くらまし）でしか無かった実態である。事ほど左様にIT化と国民の暮らしの向上とは本来全く無関係な事柄（あるいは政策）であり、ここを恣意的に混同させてはならない。
- 3) 重点施策③について：『公的ICカード』構想の具体的イメージが全く見えない。旧IT戦略会議は『社会保障カード←→電子私書箱』構想を検討して来た。これはセキュリティ対策と実用性の乖離が大きく、カード設計に苦勞した経緯がある。これと何処がどう異なるのか？「共通番号」をどこまで広げるのか？更には「納税者番号」とはどう関係するのか？『社会保障カード』の場合、その最終目的として「社会保障個人会計」が検討されていたが、その中身を継承しているのか否か？…明らかにされていない。ちなみに「社会保障個人会計制度」は究極の自己責任論（重い病気にかかるのもその患者の自己責任として処理する社会の仕組み）であり福祉国家論の対極であり、私は反対である。年金制度改革の方向として民主党は主に情報セキュリティと移行の簡便性の観点から年金、医療、介護をそれぞれ独立した現行の番号でカード運用する構想を示し、統一番号には否定的であったが、この基本方針が変わったのか？…この点も明らかでない。

- 4) 重点政策⑥について：全国どこでも過去の診療データが利用できる『My 病院』とはどのようなものか具体的なイメージが不明である。旧 IT 戦略会議の『電子私書箱』構想とは別物とすると考えられるのはインターネット・クラウドを通じて各病院・診療所の電子情報サーバにアクセスし、何処からでも全患者（国民）の全カルテ情報が閲覧出来るシステムであろうか？もしそうであれば情報セキュリティを全く無視したとんでもない暴案である。対象は極めて秘密性の高いカルテ情報である。技術的にどんなに対策を施しても完璧なセキュリティ維持はあり得ず漏洩リスクに晒され続ける。また、もしこの様なシステムイメージであれば全院所が統一規格の下に電子カルテを使用し、インターネット常時接続環境にあることが前提になって来る。しかし、院所側としては自分の患者の秘密情報を漏洩の危険に曝すようなシステムに自ら投資することなど絶対に考えられない。せいぜい新物好きの大病院レベルでの情報交換システムにしか採用されないであろう。とすれば、現行の医療情報提供方法と利便性において変わらない。現在では紹介状、画像（動画）データ、検査データを CD や DVD に落としてやり取りすることは日常的に行われている。これはインターネットを介さず自院でのセキュリティ対策で十分対応でき安全性も高い。さらに『My 病院』のネットワーク構想では現在の電子カルテの普及率の悪さもボトルネックとなるであろう。過去の『e-Japan』による導入奨励政策にも拘わらず電子カルテが普及していない原因は、一言でいえば商品力の弱さ（利便性の悪さ）による。こんな基本的問題も解決されていなくてネットワーク構成など“夢のまた夢”の段階である。優先順位は極めて低い。
- 5) 重点政策⑥-14 について：疫学的データ活用についてのルールはただ一つ。特定の個人と結びつく情報は一切使用しない取り決めとすることである。すなわち、レセプト情報は保険者以外には絶対持ち出さない。活用に用いる情報は医療費と病名、性別、年齢程度に止める。その他の属性は完全匿名化を施す。疫学的調査・検討にはこれだけの情報で十分可能である。更にその上でデータを利用するに当たっては疫学研究管理機関を設置し、データ利用者の氏名・団体名、研究目的、データ収集範囲、分析結果の公表、等を確実に登録・管理し、目的外使用の禁止やデータバックアップの禁止、研究終了後のデータ完全廃棄、などの徹底を図ることが必要である。
- 6) 重点政策⑦について：地域の医療連携推進や遠隔医療を推進することは大賛成である。しかし、その為のツールとしての IT 化はその効用が極めて限定的であることを知るべきである。例えば IT 化による遠隔医療が各開業医と病院間での画像データの診断システムを考えているとなると実現は不可能である。何故なら、専門医師の確実な画像診断には高画質の CT や MR 画像が必須である。その為には高機能の診断装置とこれを操作し、データを適切に画像処理する専門技師の配置が必要である。また造影検査が必須となるがその体制確保も要る。病理診断も同様に各院所に良好な標本作製する専門病理技師の存在が不可欠である。こうなれば、二次医療圏に 1 つの病院同士程度のネットワークしか構築出来得ない。あるいは患者がこの様な病院に赴いて検

査を受け、画像データを開業医に一方向的に送りつける機能しか果たせない。…これはネットワークでは無く、現行の院所間の診療情報のやり取りを凌駕するメリットは全く無い。心電図では既に診断ソフトが機械に組み込まれており遠隔診断は不要である。在宅・介護では「ケア情報提供」の手段の一つとしては十分考えられるが、「独居高齢者の安否確認」は可能か？…その具体的イメージとしては24時間心肺モニター監視と思われる。これは技術的には容易だが、これだけでは「孤独死の発見が少し早く出来るようになりました」だけのシステムである。「絆の再生」を謳う以上はモニターの急変に直ちに対応出来る応急処置・搬送・治療システム構築が必要となる。となれば、どの様な施設で何人で何人の患者を365日24時間監視し続ける対応体制が取れるのか。地域全体で幾つ施設が必要か。その維持費は幾らでだれが負担するのか。…この様な体制が無いと見守りは機能しない。この基盤整備はコンピュータネットワークとは全く関係の無い別の大きな課題となる。すなわち、医療や看護・介護の本質は人手であり、これこそが「地域の絆」であろう。ここに重点投資せずにいくら外枠（情報ネットワーク）を整備してもシステムは動かない。結局、IT化は社会を動かす仕組みの一つではあるが動く実体が無いと全く機能しない無意味でムダな装置である。

『高度情報通信…戦略会議』は社会や人間の生活の実態をもっともっとリアルに見つめ直し、優先課題の策定を根本から再検討すべきである。

- 7) さらに「国民が自らの健康・医療情報を電子的に管理・活用するための……サービス」とは、旧IT戦略会議の『電子私書箱』構想とそっくりである。しかも『イメージ図』によれば自分のカルテ上の不要な検査を自分で省略できるとしている。しかしこれは医学・医療の何たるかが全く分かってない患者の暴論である。医学・医療の本質は症状から出発して鑑別診断を行い、診断を絞り込み、確定していく過程である。膨大な内科学診断学教科書は大半を鑑別診断に費やしている。その中に諸検査も位置づけられる。診断絞り込み過程の中で当然結果として不要であった検査が出てくる。それが初めから不要と分かるなら医学は要らない、診断学は要らない。同じ文脈で健診も要らないことになる。しかしネガティブデータもまた極めて重要な診断根拠ともなる。こんなことが分かっていないこの図は決して許してはならない活用例である。また、自分のカルテ情報閲覧について言えば健康管理のためにアクセスすることは極めて低頻度であろう。何故なら現在既にほとんどの院所や調剤薬局では検査結果データや薬の説明書などを患者に渡しているからである。同じ結果をパソコンから何度も見ることなど常識的にはあり得ない。事業仕分けをすれば費用対効果の悪さで直ちに廃止となる“重点政策”である。こんな利用価値の低いシステムに国費を投入する必要は全く無い。優先度は極めて低い。 (以上)