

大学病院における医療等情報の 提供に伴う課題と要望

令和8年7月8日

一般社団法人全国医学部長病院長会議

本日の説明要旨

【エグゼクティブサマリー】

全国医学部長病院長会議（AJMC）としては、医療等情報の利用推進という国の政策に対し、適切に取り組む意志を有している。

大学病院には、希少疾患をはじめとした利用価値の高い医療等情報が適切に整備された状態で蓄積されており、これらのデータは、日本成長戦略の実現に大きく貢献できる内容である。

大学病院がこれらのデータを率先して提供できる体制を整備するにあたっては、自助努力だけでは対応に限界があり、以下の支援・制度設計を強く求める。

- ① システム改修費・専任人材・データ品質管理・ガバナンス体制整備等の追加負担が生じることから、**負担軽減となる制度設計と継続的な財政支援が必要である。**
- ② 導入にあたっては、**一次利用側の標準化を先行**させ、一次利用と二次利用の検討状況を踏まえ、**準備が整った大学病院から順次対応できるよう段階的な義務化の拡大が不可欠である。**特に、第三者への対応の安全管理や、匿名化・仮名化などの整備が適切になされ、患者からのクレームが病院に向かわないよう**病院を守るSafe Harborを設けることが必要**である。
- ③ 大学病院が提供するデータの価値は研究人材の関与によって初めて担保される。また、収集した医療等情報を活用してエビデンスを生み出し、医療の発展に資する研究を牽引できるのも大学病院に集積された研究人材である。データ提供体制への支援に加え、**大学病院がデータを利活用して研究を行うための制度設計・体制支援・研究費措置をあわせて求める。**
- ④ 大学病院の利用価値の高いデータの利活用を進めるにあたっては、**各大学病院の連携・協力の下に一元的なデータ集約・データクリーニング、データ提供等の体制整備を行うことにより、大学病院が個々に取り組むより、効率的に実現できる可能性が高くなる。**

【参考】

令和6年度の経常利益：マイナス508億円（速報値）（文部科学省調査）

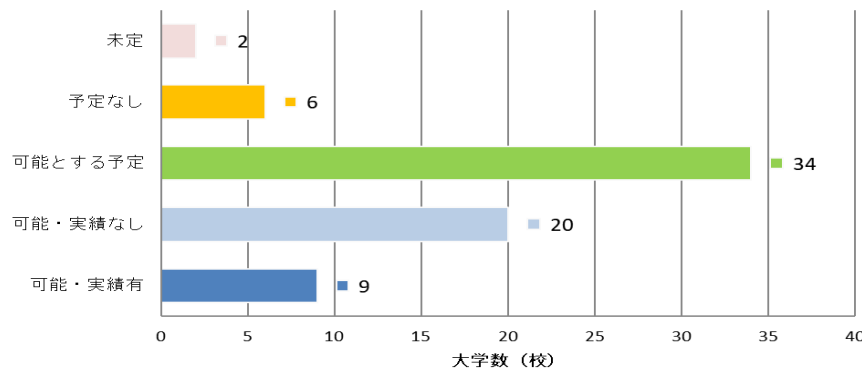
令和7年10～12月の医師の平均週労働時間：56.4時間/週（2026.01_AJMCアンケート調査）

大学病院の医療等情報提供への対応状況(調査結果 1)

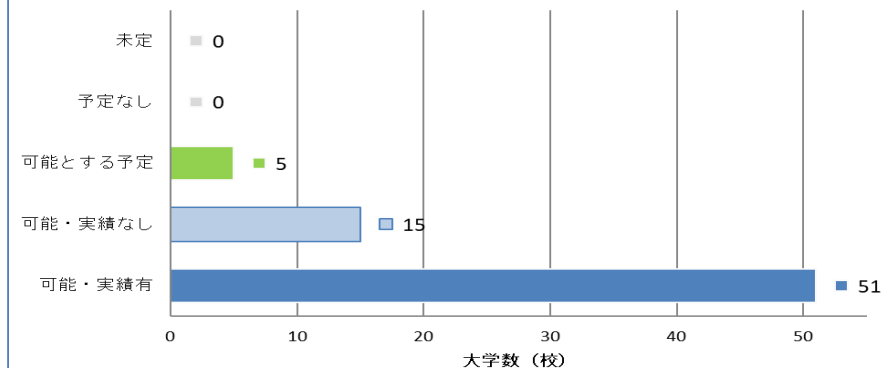
大学病院における医療等情報の提供に関して、現時点での状況を調査した。

- ◆ 対象病院数：82大学病院（回答病院：71病院 回答率86.6%）
- ◆ 調査時期：令和8年6月10日（水）～6月24日（水）
- ◆ 調査結果：
 - ①HL7 FHIRでの出力は、63大学（88.7%）が可能または可能とする予定と回答
 - ②DICOMでの出力は、71大学(100%)が可能または可能とする予定と回答
 - ③医療情報取扱事業者としての届け出は、予定を含めて29大学（41.4%）が届け出
 - ④医療等情報提供義務化へ対応は、67大学(97.1%)が対応あるいは条件付きで対応可能（その他4を含む）と回答

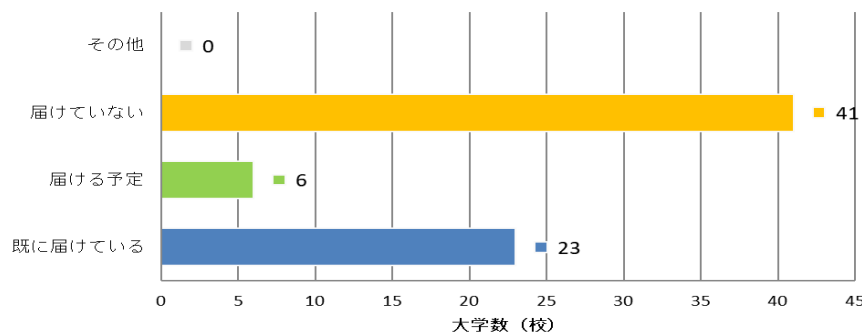
Q1. HL7 FHIRでの出力は可能ですか（n=71）



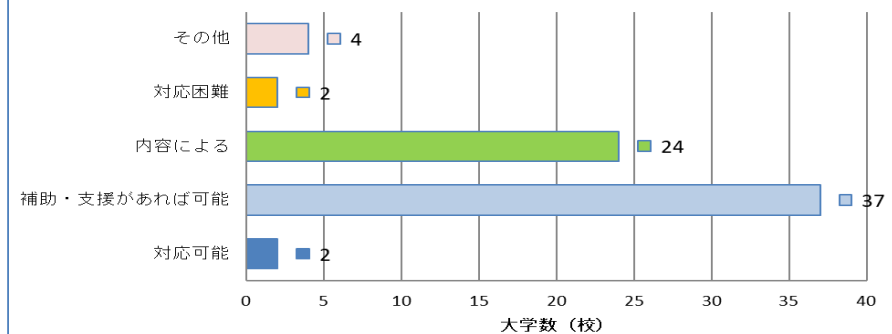
Q2. DICOMでの出力は可能ですか（n=71）



Q3. 次世代医療基盤法の医療情報取扱事業者としての届出状況（n=70）



Q4. 医療等情報提供の義務化への対応可否（n=69）



大学病院の医療等情報提供への対応状況(調査結果 2)

□ 義務化対応に生じる負担や必要な支援についての意見 (要約) (回答大学数 71校、うち記述あり 48校)

① 費用負担 n=40 (最多)

システム改修・インフラ費用

- ◆ システム改修費、インフラ構築費、クラウド利用料等の全額または大部分を公的補助でカバーしてほしい
- ◆ 電子カルテ更新のたびに費用が再発生するため、継続的な財政支援が必要
- ◆ ネットワーク構築 (外部接続費用含む)、セキュリティ対策費も対象に
- ◆ 診療報酬への加算など恒常的な費用確保の仕組みの整備を

標準化・マスタ整備費用

- ◆ HL7 FHIR対応に伴うマスタ整備、マスタ変更の院内調整に相当の工数が発生
- ◆ 標準化コードのマッピング対応費用が別途発生する
- ◆ DICOM等の画像出力対応にも十分な予算確保が必要
- ◆ 認定事業者ごとに異なる仕様への個別対応コストが積み上がる

継続的支援の必要性

- ◆ 一時的な補助ではなく、事業継続中は安定的な補助金措置が不可欠
- ◆ 単年度予算では専門人材確保、体制整備が困難であり、複数年度にわたる支援が必要
- ◆ 運用開始後もデータ抽出、品質管理、問合せ対応等の運用コストが継続的に発生

② 人的負担 n=22

専任人員の確保

- ◆ データ整理・提供対応のため3名程度の増員が必要
- ◆ 対応する部署・人員の確保と予算化がまだ未対応の施設も多い
- ◆ 専任担当者の人件費を継続的に支援してほしい

業務負荷・ワークロードの増大

- ◆ データ抽出、標準化、マスタ整備、患者説明等の対応が情報部門スタッフに集中
- ◆ 医師、医療情報部門、関連部門の多岐にわたるスタッフが関与するため業務負担が甚大、提供要求の頻度・対象によっては現状人員では対応困難

人材育成・確保支援

- ◆ 医療情報に精通しデータ抽出ができる専門人材が全国的に不足している
- ◆ データ管理を含む認定事業者対応部署の設立、運用には継続的な人的リソースが必要
- ◆ 専門人材の育成・確保に対する国レベルの支援制度の整備を求める

③ 技術的負担 n=21

- ◆ 現行電子カルテはHL7 FHIR形式に未対応のため、データコンバート用サーバの新設・システム改修が必要
- ◆ 認定事業者ごとにデータフォーマット、伝送方式、プロトコルが異なり、提供先が増えるほど個別調整が増加
- ◆ PACSや医療文書システム等の部門システムの改修、出力調整も別途発生
- ◆ 認定事業者とのセキュアなネットワーク網の構築コストが高額になる
- ◆ FHIRマッピングテーブル作成を病院側で担うと、データ送受信の不一致時に繰り返し作業が発生
- ◆ 「医療用にチューニングされた安全なAIモデル」を国が認定し無償・低コストで提供することを要望

④ 制度的負担 n=8

- ◆ 治験患者のデータは業者との契約上提供できないケースがあり、除外のための人手作業が発生→治験患者を除外不要とする制度設計を求める
- ◆ オプトアウト受付の維持費、人手が大きな負担→マイナンバー資格確認と一体化し不要とする制度設計を求める
- ◆ 複数の認定事業者と個別に契約が必要なため事務が煩雑→包括的契約を可能にして事務手続きを簡略化してほしい
- ◆ 患者説明の根拠となる法的整理、同意書ひな形、同意取得方法の国による提示が必要
- ◆ 事業者側と病院の責任分界点が曖昧で、病院側ヒアリング対応にリソースを消耗している

大学病院の医療等情報提供への対応状況(調査結果 3)

□ 義務化に関する意見・要望 (要約) (回答大学数: 71校、うち記述あり 29校)

制度設計の公平性・一貫性 n=10

- ◆ 大学病院のみへの義務化は不公平で法的に一貫性が保たれない→全医療機関への義務化が必要
- ◆ システム環境・データ整備状況に差があるため、段階的導入、経過措置が現実的
- ◆ 対象範囲、責任範囲、インシデント時の責任所在の明確化が大前提
- ◆ 規模だけでなく提供データの内容・項目によりpush型/pull型を柔軟に整理することを求める

標準化・共通基盤の整備 n=7

- ◆ 電子カルテベンダー横断の規格統一 (HL7 FHIR) を国主導で強力に推進してほしい
- ◆ 電子カルテ情報共有サービス、地域医療連携システム、本提供の仕様が三者で異なり管理負担が膨大→統一化が必要、共通基盤からデータを抽出する方式とし、医療機関ごとの個別対応を不要にする方法の検討を
- ◆ カルテベンダーを巻き込んだデータ平準化で改修頻度を極力減らすことを求める

情報セキュリティ・患者信頼 n=4

- ◆ 情報漏えい、不正利用が発生した場合でも病院は責任を問われない法整備が前提条件
- ◆ 患者との信頼関係を損なわないための適切な法制度の整備が必要
- ◆ オプトアウト手続きをマイナンバー資格確認と一体化し、患者・医療機関双方の負担の軽減を求める
- ◆ 提供拒否患者のデータ削除手続きは国側と患者間で処理し、病院側に責任が及ばない設計を要求

データ活用とインセンティブ n=10

- ◆ 診療報酬評価が導入費用すら賄えないほど低く、義務化との整合性に疑問
- ◆ 民間認定事業者への提供は有償での対応も検討すべき
- ◆ 研究能力を有する大学間の格差拡大を防ぐため、地方大学・自治体への配慮が必要
- ◆ 医療等情報を提供するとともに研究利用もできる仕組みとしてほしい

拡張提供レベル(大学病院等)と 基本提供レベルの要求水準の違い(1)

内閣府の「医療等情報の利活用の推進に関する検討会」（以下「検討会」）の検討では、医療機関を「基本提供レベル」（3文書6情報の送信・全医療機関＝診療所等含む）と「拡張提供レベル」（研究機能を持つ医療機関＝大学病院等）に区分する考え方が検討されている。大学病院は、研究者からの利用申請を受けてリクエストに応じた広範なデータ（画像・ゲノム・時系列臨床情報等）を出力することが求められることが想定される。EHDSのデータ保有者義務化（強制力または強いインセンティブ）を参考にした制度設計が検討されており、現時点での**大学病院への要求水準は基本提供レベルの医療機関とは次に示すように質的・量的に大きく異なる。**

大学病院等の高度医療機関には「何が来るかわからない研究者の多様なニーズに、広範・高度・セキュアに対応し続ける」役割が期待されていることになる。なお、標準化については「生成AI時代においてはテキスト平文での提供も有効」との意見も検討会で示されており、構造化の要求水準については引き続き議論中である。

① 対象データの範囲

項目	基本提供レベル医療機関	拡張提供レベル医療機関
電子カルテ情報	3文書6情報のみ（診療情報提供書・退院時サマリー・健診結果報告書＋傷病名・薬剤アレルギー・感染症・検査・処方等）	3文書6情報にすべての検査結果・看護記録などを含めた一次利用で必要となる全項目に拡大することが検討されている
画像データ	不要	CT・MRI・病理画像・内視鏡画像等が対象。
ゲノムデータ	不要	対象として検討中。個人識別符号として特別管理が必要
時系列臨床情報	不要	診断・治療・転帰の時系列データ。創薬研究に不可欠
死亡情報	不要	追跡調査に必須。ライフコースデータとしての連結
レジストリ・バイオバンクデータ	不要	大学病院が独自に蓄積した学術データも対象となりうる

拡張提供レベル(大学病院等)と 基本提供レベルの要求水準の違い(2)

② データ提供の方式 (Push型 vs Pull型)

	基本提供レベル医療機関	拡張提供レベル医療機関
方式	Push型 (病院が決まったデータを一括送信)	Pull型も含む (研究者のリクエストに応じて動的に出力)
システム要件	既存の電子カルテ情報共有サービスへの接続	リクエスト対応型APIシステム・データカタログの整備が必要
主体性	受動的・定型的	能動的・個別対応型

③ 標準化・構造化の要求水準

	基本提供レベル医療機関	拡張提供レベル医療機関
標準規格	HL7 FHIR準拠の3文書6情報	FHIR+研究用データモデル (二次利用にはOMOP Common Data Modelが重要な役割を果たすとされており、研究用の別途標準化が必要)
テキストの扱い	構造化データのみ	非構造化テキスト (医師の所見等) をAI等で構造化することも有効。ただし検討会では「生成AI時代はテキスト平文での提供も可」との意見が支持を得ており、構造化要求水準は議論中
コーディング	基本的な傷病名・処方等	ICD標準コーディング・死亡情報との連結・医療機器UDI情報との紐付けも必要

④ 安全管理・セキュリティの要求水準

項目	基本提供レベル医療機関	拡張提供レベル医療機関
環境整備	既存の電子カルテのセキュリティ基準に準拠	TRE (Trusted Research Environment) /SPE (Secure Processing Environment) への接続・対応が必要
データの性質	仮名加工後のデータが中心	ゲノムデータ等「仮名化困難」なデータの送信を含む可能性があり、特別な安全管理措置が必要
ログ管理・監視	基本的な監視	詳細なアクセスログ・利用状況の監視・監督体制が必要

拡張提供レベル(大学病院等)と 基本提供レベルの要求水準の違い(3)

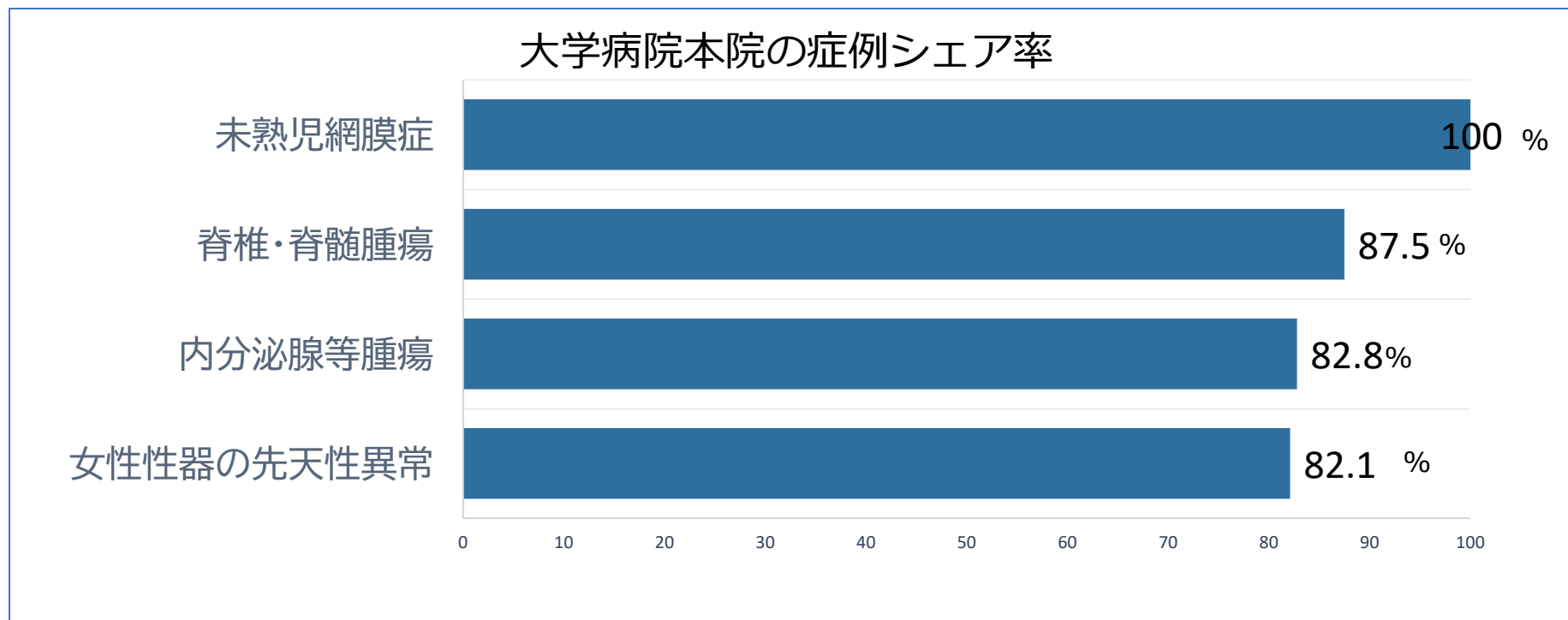
⑤ 運用・体制の要求水準

項 目	基本提供レベル医療機関	拡張提供レベル医療機関
専任人材	既存の情報システム担当で対応可能	医療情報専門技師・データエンジニア・データサイエンティストの専任配置が必要
利用申請への対応	不要	研究者・製薬企業等からの利用申請を受け付け、審査・対応する窓口・体制が必要
データカタログの整備	不要	保有データの内容・形式・利用可能範囲を記載したメタデータ情報の整備・登録が義務的に求められる可能性
倫理審査への対応	最小限	多数の外部研究者からの申請への倫理的関与が継続的に発生

大学病院本院における希少疾患等の受け入れ状況等

大学病院本院においては、以下のような希少疾患において、大きなシェアを占めている。

(厚生省DPC退院時調査 (R6)から手術あり (輸血を除く) の大学病院本院シェアが大きいもののシェア率を提示)



出典：厚生労働省 DPC R6 「疾患別手術別集計集計方法：退院患者数をDPC6桁で合算し、大学病院本院とその他の病院を分けて集計

※ 年間退院件数が10件未満のデータは集計対象外であるため、また、DPC病院以外のデータが含まれないため、本集計は厳密な全国の症例数・シェアを反映していない。

大学病院固有の懸念事項と検討会への要望(1)

AJMCは医療等情報の提供義務化という国の方針に適切に協力する考えです。しかしながら、財政支援・技術支援・人材確保の体制をあらかじめ整えた上で、電子カルテの更新時期等も考慮しながら段階的に義務化を拡大することが不可欠です。システムや費用の支援なきまま義務化が先行すれば、現場の混乱とデータ品質の低下を招く恐れがあります。

「拡張提供レベル」として、画像・ゲノム・時系列データなど非常に広範なデータの提供を求められ、それらに対応していくための懸念事項と要望をまとめた。

大学病院固有の懸念事項

① 加工困難なデータへの対応コスト

ゲノムデータや顔画像など、匿名化が技術的に困難なデータを扱うには、TRE/SPEと呼ばれる高度なセキュア解析環境の構築・維持が必要です。

② データ品質維持に要する臨床側の継続的負担

AIを活用してデータを整理・構造化しても、その正確さを確認・修正する作業は最終的に医師が担うことになり、日々の診療の合間に相当な負担が生じます。

③ 制度の複雑さによる対応コスト

個人情報保護法・次世代医療基盤法・医療法・各種倫理指針という複数の法制度が並立しており、大学病院はそのすべてに同時対応しなければなりません。制度改正のたびにシステム改修や手続き見直しが発生し、法務・コンプライアンス部門の強化も避けられません。

AJMCからの要望

要望 01 十分な財政支援と負担軽減の制度化

補助金・診療報酬（医療DX推進体制整備加算の引き上げ等）による継続的な財政支援を制度として確立することを要望します。データの匿名化・構造化・仮名加工などの作業は認定事業者の負担とし、大学病院が直接コストを負わなくて済む制度設計を要望します。また、電子カルテのデータ出力機能を「標準電子カルテの要件」として義務付けることで、ベンダー費用の病院負担を軽減します。

なお、電子カルテのインターフェース標準化を先行させれば、かかる費用は将来的に圧縮が見込まれる。逆に、標準化を待たずに個別対応により二次利用対応を義務化した場合、対応コストはさらに高騰するリスクがあります。

要望 02 制度の統合・簡素化と現場負担軽減

複数の制度を整理・統合し、医療機関が迷わず対応できる「わかりやすいQ&Aやフローチャート」を政府が提供することを求めます。また、倫理審査委員会と新たな出口規制審査会の役割を明確化して二重対応を解消するとともに、国民への周知も国が率先して行うよう要請します。

大学病院固有の懸念事項と検討会への要望(2)

④ 知的財産権・データ帰属の問題

知財権・データ帰属の問題は、提供するデータの性質によって区別して考える必要があります。

【①保険診療データ】保険診療行為により得られ、診療として患者に提供される情報（カルテ・レセプト等）は、公的インフラを通じて収集されたデータであり、提供義務化の対象として一定の合理性があります。ただし、提供に伴うコスト負担への対価は必要です。

【②研究由来・非提供元データ】競争的研究費等により大学が独自に蓄積したレジストリ・バイオバンクデータ、および診療行為によって得られても通常は患者に提供されない元データ（生体試料由来ゲノム情報等）は、大学の知的資産であり、無償強制提供は知財権侵害のおそれがあります。EUのEHDSでも「知財・営業秘密の保護を前提」と明記されています。

⑤ ゲノムデータの対象範囲の不明確さ

大学病院が保有するゲノムデータの多くは、保険診療ではなく競争的研究費を投じて独自に収集・蓄積したものです。研究者の自助努力による研究資源を、公共財として一律に提出対象とすることには疑問があります。対象範囲が不明確なままでは、研究現場の萎縮を招くおそれがあります。

⑥ 画像データ等の法的位置付けの不明確さ

頭部CT等の画像データには顔貌情報が含まれ、個人情報保護法上の取扱いが明確に整理されていません。法整備が整わない状態に対処を求められれば、大学が後に不当な責任を問われるリスクがあります。また画像データは3文書6情報と比較してデータ量が約2桁多く、既存システムでは対応困難です。

要望 03 データ提供対価の明確化と知財保護

データの性質に応じた**二区分での制度設計**を求めます。

【①保険診療データ】提供義務化の対象として受け入れつつも、提供に要したコストを利用者から回収できる費用請求制度の整備を要望します。

【②研究由来・非提供元データ】**大学が独自研究費で蓄積したレジストリ・バイオバンクデータ**および通常患者に提供されない元データは**提供義務の対象外と明確化**し、一定期間の権利保護のうえ公的データベースへの移行を検討するなど、**強制的な無償提供が生じない制度設計**を求めます。

要望 04 提出対象データの範囲の明確化

提出対象は公的インフラを通じて収集された保険診療由来のデータに限ることを明確化し、**大学が独自の研究費で集積したゲノムデータ等の学術資源は対象外とする方針**を、検討会として明示するよう求めます。「自ら努力して集めたデータが取られる」制度設計ではないことの明言が、**研究意欲の維持に不可欠**です。

要望 05 法的基盤の整備とインフラ投資への支援

画像データの取扱いについて**個人情報保護法等との整合性を整理した法的基盤を整備**し、大学病院が不当な責任を問われない仕組みとすることを求めます。また、画像データの伝送・蓄積には既存システムを大幅に超える投資が必要であり、大学間での**データ転送実績等のエビデンスに基づいた、相当規模のインフラ整備への財政支援を要望**します。

大学病院固有の懸念事項と検討会への要望(3)

大学病院固有の懸念事項

⑦ セキュリティリスクの集中と責任所在の問題

大量の機微な医療情報を集約・提供する役割を担うことで、大学病院がサイバー攻撃の標的となるリスクが高まります。万が一情報漏洩が起きた場合の損害賠償・復旧費用・社会的信頼の失墜は、大学病院単独では到底引き受けられない規模のリスクです。国家安全保障の観点からも、個々の病院任せにすることは適切ではありません。

⑧ オプトアウト対応の国民的理解不足と現場負担

国民的な合意・理解が形成される前に制度を進めると、オプトアウトの機運が一気に高まり、データの質・量が損なわれる懸念があります（健康ネットの事例等）。また、個人情報保護法に基づくオプトアウト通知・患者説明は医療機関にとって多大な事務負担となっており、診療の場で二次利用の説明まで行うことは患者・医師双方にとって混乱を招きます。

AJMCからの要望

要望 06 セキュリティ責任の国家的担保

データ漏洩時の被害補償制度の整備、TRE/SPEの公的な整備・国が関与するセキュリティ監視体制の構築、サイバー保険への公的支援などを要望します。**大学病院が過大なリスクを単独で抱え込むことのないよう、国が責任の一端を担う制度設計を要望します。**

要望 07 国民的コンセンサス形成とオプトアウト一元管理

オプトアウト制度が機能するためには、まず**国民的なコンセンサス・理解の醸成を先行条件として明示し、その上で大学病院が制度に対応する、という順序を要望**します。また、「マイナポータルによるオプトアウトの一元管理」を早期に実現し、**医療機関側がオプトアウト作業を個別に担わなくて済む制度設計の確立を要望**します。なお、令和8年個人情報保護法改正においてもオプトアウト窓口の一元化は法的に手当てされておらず、大学病院が直接クレームを受けるリスクは改正後も残ります。病院が二次提供を行っても患者から直接法的責任を追及されない「**Safe Harbor（セーフハーバー）条項**」の創設と、患者からの苦情・申告の受付窓口を個人情報保護委員会または認定事業者に一元化する制度設計を強く求めます。

大学病院固有の懸念事項と検討会への要望(4)

大学病院固有の懸念事項

⑨ 大学病院に対するインセンティブの欠如

データ提供の費用は大学病院が負担するにもかかわらず、持続的な提供体制を維持できるインセンティブが存在しません。大学病院がモチベーションをもって提供できるような仕組みが必要です。特に、全大学病院が提供するデータが統合されることで生まれる高付加価値なデータベースを、提供者である大学病院自身も研究に利活用できることは重要な非金銭的インセンティブとなります。

⑩ 倫理審査の過重負担と簡素化の必要性

研究ごとに個別の倫理審査が求められ、時間・コストが膨大になります。出口規制への移行に合わせた合理化・一元化が必要です。

AJMCからの要望

要望 08 インセンティブ付与と倫理審査の合理化

費用請求制度の整備や診療報酬の改善を通じ、データ提供に見合うインセンティブが病院に還元される仕組みを求めます。

データの価値を高め有意義なエビデンスを生み出せるのは大学の研究人材であり、**金銭的インセンティブに加え、大学病院が提供したデータを含む統合データベースを自ら研究に利活用できる環境の整備と、そのための研究費・研究体制への国の支援**を求めます。

また、倫理審査については出口規制への移行に合わせて合理化・一元化を図り、内容によっては審査不要とする簡素化も検討するよう要望します。

【全懸念事項に共通する課題】

要望 09 医療情報専門人材・情報セキュリティ対策人材の育成・配置支援

データ提供に不可欠な医療情報技師・データエンジニア・データサイエンティストに加え、サイバー攻撃の標的となるリスクが高まる中、**情報セキュリティ対策を専門に担う人材の確保・育成も急務**です。これらの専門人材は全国的に深刻な不足状態にあり、大学病院の自助努力だけでは確保に限界があります。国主導の育成プログラムの創設、人件費補助、大学間・病院間での人材シェアの仕組みの整備、そして診療報酬での医療情報専任人材配置への加算等の新設を要望します。

医療等情報提供に伴う大学病院の経費負担のイメージ (大学病院1施設当たりの年間コストイメージ)

現時点で医療等情報提供の具体的な内容が未確定であること、大学病院の規模にばらつきがあることなどから参考として経費負担のイメージを試算してみた。

段階的な導入になれば、基本提供レベルから順次導入になることが想定されることから、当初、電子カルテ標準化・FHIR対応を行い、その後の患者識別子対応やコードの整備状況等に応じて二次利用向けデータ出力などの拡張提供レベルまで、段階的な整備とそれぞれに必要な経費負担が必要になる。これらに必要な継続的な財政負担をお願いしたい。

初期整備費用（数年間）

電子カルテ標準化・FHIR対応	4,000万～5,000万円
二次利用向けデータ出力基盤	5,000万～2億円
画像・ゲノム連携基盤（中長期）	1～5億円
データクレンジング・標準化	2,000～8,000万円
患者識別子対応	1,000～3,000万円
認定事業者接続	500～2,000万円
初期費用合計（概算）	2.2～8.8億円

ランニングコスト（年間）

情報システム維持管理（追加分）	1～3億円
セキュリティ・BCP対応	3,000万～1億円
専任IT人材（1名）	1,000～2,000万円
臨床医等の機会費用	1,000～3,000万円
データ品質管理・匿名化	1,000～5,000万円
ガバナンス・審査委員会運営	500～1,000万円
患者対応・コミュニケーション	400～1,000万円
年間追加コスト合計（概算）	1.7～5.2億円/年

【参考：米国の事例】 米国ではオバマ政権時の医療IT化推進施策（HITECH法・米国復興再投資法）において総額28兆円超（予算40兆円）が投じられ、2012～2016年の間に急速に電子化が実現した。その結果、コロナ禍においても全症例データの収集が最後まで機能したことが実証されている。電子カルテ市場の約80%をEpicが占め、標準化を補助条件とした集中投資が奏功した事例である。

医療等情報提供に伴う 大学病院の経費負担のイメージ内訳(1)

A. ITシステム構築・改修費用

負担カテゴリ	具体的な負担内容	費用試算 (1病院当たり)	根拠・備考
電子カルテ標準化対応	HL7 FHIR準拠への改修、3文書6情報超のデータ標準化対応	4,000万～5,000万円 (初期改修)	電子カルテ情報共有サービス対応補助上限（200床以上）：657万円（事業費の1/2）。大学病院規模での実費はこれを大幅に超過。厚労省調査では500床病院の電子カルテ5年総費用23.4億円の実績あり。
二次利用向け データ出力システム	Pull型データアクセス機能、APIインターフェース、データカタログ整備、抽出条件設定機能	5,000万～2億円 (システム開発)	EHDSのSPE（安全な処理環境）相当の機能が要求される可能性。認定作成事業者のビジティング環境整備コストを参考にすると億円単位の投資が必要。
画像・ゲノム データ連携基盤	PACSシステムの匿名化・抽出機能、ゲノムデータ管理システム構築	1～5億円 (中長期)	中間まとめで「AI開発で仮名になりえない画像データ」「医用画像の整備と質保証が遅れている」との課題が明記。既存PACSとの連携開発が不可欠。
セキュリティ強化・ BCP対応	サイバーセキュリティ対策強化（医療情報ガイドライン対応）、多重バックアップ、TRE/SPE接続	3,000万～1億円/年 (ランニング含む)	2024年度診療報酬改定で医療DX推進体制整備加算の要件として専任セキュリティ責任者・BCP策定が義務付けられたが、加算による収益はほぼゼロに近い（43病院全体で2,000万円）。
システム維持管理 (年間)	保守契約、ライセンス料、クラウド利用料	1～3億円/年 (追加分)	国立大学30病院の電子カルテ関連費用平均5.7億円/年（2024年度）。10年前比21.3%増。二次利用対応加算分として1～3億円追加が想定される。

医療等情報提供に伴う 大学病院の経費負担のイメージ内訳(2)

B. 人的資源（人件費）

負担カテゴリ	具体的な負担内容	費用試算 (1病院当たり)	根拠・備考
医療情報専門職（常勤）	医療情報部門の強化：医療情報技師・データエンジニア・データサイエンティスト	1,000～2,000万円／年	データエンジニアが最低1名必要。人材不足により人件費アップ。
臨床医・研究者の追加業務	データ品質確認、申請対応、研究者からの問い合わせ対応	1,000～3,000万円相当／年 (機会費用)	現実には臨床医の関与なしにデータの意味確認・品質担保は困難。
個人情報・法務担当	オプトアウト通知・管理対応、利活用審査参加、法的問い合わせ対応	500～1,500万円／年	中間まとめでは医療機関ごとのオプトアウト管理の課題が指摘されており、一元化されるまでの移行期間中は院内対応が継続。
教育・研修費用	全職員に対するデータ提供制度の研修、情報セキュリティ研修	800～1,000万円／年	診療報酬要件化された医療DX研修への対応も含む。

医療等情報提供に伴う 大学病院の経費負担のイメージ内訳(3)

C. データ品質管理・ガバナンス費用

負担カテゴリ	具体的な負担内容	費用試算 (1病院当たり)	根拠・備考
データクレンジング・ 標準コード整備	非構造化テキストのAI活用構造化、ICD-10等標準コーディング整備	2,000～8,000万円 (初期整備)	規制改革実施計画では「AIを活用した構造化で低コスト化が可能になりつつある」としているが、現時点では相当の初期投資が必要。各学会・診療科ごとのデータ品質差異の解消が課題。
倫理審査・ ガバナンス体制	利活用審査委員会の運営（マルチステークホルダー体制）、倫理指針改訂対応	500～1,000万円/年	中間まとめ：「出口規制では、マルチステークホルダーからなる審査会の設置が必要」。現行の倫理審査委員会の負担軽減と並立的に新たな審査体制が必要。
匿名化・ 仮名加工処理費用	画像・テキスト・ゲノムデータの仮名加工処理、品質検証	1,000～5,000万円 (継続的)	画像データ（顔貌等）は「仮名化できない」場合があり、法的整備後も追加的な安全措置コストが継続発生。ゲノムデータは個人識別性が残存するため特別管理コストが必要。認定作業者の負担となれば経費負担無し

医療等情報提供に伴う 大学病院の経費負担のイメージ内訳(4)

D. 患者対応・コミュニケーション費用

負担カテゴリ	具体的な負担内容	費用試算 (1病院当たり)	根拠・備考
患者通知・ オプトアウト窓口	書面通知、院内掲示更新、 ウェブサイト更新、電話・ 窓口対応	300～800万円 (初期+継続)	次世代医療基盤法の協力医療機関では既に実施しているが、対象データ拡大・通知内容変更のたびに費用が発生。マイナポータル一元管理の方向で検討会の議論が収斂しつつあり、医療機関側のオプトアウト作業を求めない制度設計が期待される。それまでの移行期間中のコスト支援が必要。
国民・患者説明資料作成	二次利用の説明資料（わかりやすい言葉での情報公開）	100～300万円/年	中間まとめ：「国民・患者や医療現場に分かりやすく伝えることが重要」。医療機関側でも独自の説明コンテンツ整備が求められる可能性。

E. インフラ・接続関連費用

負担カテゴリ	具体的な負担内容	費用試算 (1病院当たり)	根拠・備考
認定作成事業者との 接続費用	次世代医療基盤法認定事業者・公的DBへのデータ送信 インターフェース	500～2,000万円 (初期)	現行次世代医療基盤法の協力医療機関では認定事業者との個別契約・接続開発が必要。制度統合後もDB連結のためのAPI開発費用は継続。
患者識別子（共通ID）対応	マイナンバー符号・被保険者 番号等を用いたID連携システム 改修	1,000～3,000万円 (制度確定後)	中間まとめ：「共通の患者識別子で横断的に解析可能にすることは重要」。検討会では被保険者番号の活用に方向性が収斂しつつある（マイナンバー直接活用は政府が難色）。選択される識別子の種類によって改修規模が大きく変動するため、早期の方針決定が求められる。医療機関以外での対応となれば不要

全国医学部長病院長会議の概要

○ 名 称:一般社団法人全国医学部長病院長会議(AJMC)
Association of Japan Medical Colleges

○ 設置目的:

医育機関共通の教育、研究、診療の諸問題及びこれに関聯する重要事項について協議し、相互の理解を深めるとともに意見の統一をはかり、わが国における医学並びに医療の改善向上に資することを目的とする。

○ 組 織:

- ・ 全国82大学医学部長、附属病院長で構成する団体
- ・ 国立43大学、公立8大学、私立31大学
 - 会 長: 石井 優 大阪大学医学部長
 - 副会長: 相良 博典 昭和医科大学病院長
 - 理 事: 30名

○ 事 業:

- (1) 医育機関の教育、研究の振興及び診療の充実に必要な調査研究と情報の交換
- (2) 医育機関の教育、研究及び診療における相互の協力について必要な事業
- (3) わが国における医育機関の代表団体として、内外の医学教育に関連する団体との交渉及び情報の交換
- (4) その他この法人の目的を達成するために必要な事業