

第 1 回 医療 T F 議事録

- ・ 日 時 : 平成 19 年 4 月 2 日 (月) 13:30 ~ 15:00
- ・ 場 所 : 永田町合同庁舎 第 1 共用会議室
- ・ 議 題 : 医療の I T 化について厚生労働省からヒアリング
- ・ 出席者

【規制改革会議 医療 T F】

松井主査、阿曾沼専門委員、長谷川専門委員

【厚生労働省保険局】

保険課	岩淵課長、柴田課長補佐
国民健康保険課	江崎課長補佐
医療課保険医療企画調査室	八神室長、中野補佐
総務課医療費適正化対策推進室	大島企画官
総務課保険システム高度化推進室	藤澤室長
政策統括官付社会保障担当参事官室	岩井政策企画官

【議事内容】

松井主査 今度医療タスクフォースの担当になりました松井です。
宜しく申し上げます。阿曾沼さん、長谷川さんに専門委員になっていただきました。専門
的見地から色々と一緒に考えていきたいと思えます。どうぞよろしく。
まず、宮内委員会から草刈委員会に替わって、医療についてはダッシュ7と称して、でき
るものからやっていこうとしています。5月中を目標に現在、まとめている最中です。医
療に関して言うとレセプトオンライン化、これが全てのスタートだろう。ご存知のように、
去年、厚労省さんがタイムスケジュールを定めています。最初にこれだけは絶対確認して
おきたい。(オンライン化の最終期限である)平成22年度末というのは、民間から言う
と遠い遠い将来の話。こんなものは普通民間では計画とは呼ばない。しかしながら、これ
は色々な事情があってここにこぎつけた、厚労省さんもいろいろ勘案しながらぎりぎりの
線をとりとまとめ、規制改革会議もこれでやりましょうということで決まったので、これを
覆すつもりはありません。確認したい点は、最終期限が平成22年度末であるということ、
例外は絶対に認めませんと。色々な理由で例外事項を設けることがよくありますが、これ
は絶対認めないぞということをもう一回確認したい。法律なので間違いはないと思えます
が、ともすると抜け穴、例外を設けることはよくありますので、それは基本的にはないと、
つまり、期限後はレセプトはオンライン請求以外認めないことを明確に確認したい。年間

のレセプト扱い件数が1200件以下というごくごく例外はあるかもしれませんが。もう一つは、さはさりながら、物事は段階を追ってやるのが普通です。その場合それを促進するための仕組みが必要。何が推進力になるかという、インセンティブとディスインセンティブです。ディスインセンティブは明確です。オンライン請求をしないと支払わない。ではインセンティブは何か。計画を前倒しするため何が必要か、これを検討するため、皆さんと相談したい。それを前提にして、事前にお配りしたレジュメに書いてある8項目について厚労省さんのスタンスをお伺いしたい。

岩井政策企画官 それでは厚生労働省からご説明します。まず第一番目の部分について申し上げます。医療全体のIT化の部分についてはこの資料を御覧下さい。IT化に関しては厚労省においても平成7年に医療の情報化について定め、平成13年度にもグランドデザインを策定し、これに基づいてレセプトの電算処理を進めてきました。政府としてもIT化の推進を国の施策としてきました。平成18年1月にIT戦略本部がIT新改革戦略を決定しています。様々な施策を検討していますが、その中で、横断的なグランドデザインを3月末までに作成するとされました。これを受けまして、厚労省において検討を進め、IT戦略本部医療専門分科会でご議論いただいたことを踏まえ、このたびのパブリックコメントを終えグランドデザインを定めました。

グランドデザインですが、いくつかポイントがございます。保険、医療、福祉の各分野を含む横断的なデザインにする、ユーザーにとってメリットがあるものとする、将来のIT化の姿を体系的に作り、それに基づいた環境整備のアクションプランを作るということとございます。

簡単にグランドデザインをご説明いたします。まず背景ですが、少子高齢化による人口の減少、医療介護サービス利用者増がありますので、日本の活力を維持するには効率的にサービスを提供する必要があります。その一方で目覚ましい情報技術進歩がありますので、これを効率的なサービス提供に活用いたします。一方で個人情報の漏洩、なりすまし等の社会問題がありますので、これにも対応していくということです。

つづきまして基本的視点です。第一点、総合的施策の着実な実施でございますが、この中身については先ほど申し上げたとおり保険・医療・福祉連携をとって、重複投資が無いよう、最大限配慮するという事です。これについては全体最適の実現ということで医療評価委員会からも繰り返し指摘を受けているところです。もう一つはBPRといわれています、業務全体の見直しも併せて検討いたします。

第二点目としましては、利用者視点の重視ということです。ITというのは技術中心に陥りがちですが、国民が利益を受けるものでなくてはならないと。また、これまでの経緯をふまえると、やはり医療機関にもメリットがないとIT化もなかなか進みません。三点目は重複するところもありますが、真に必要なIT化の推進です。これにつきましては過剰ではなく真に必要なIT化を進めていくということでございます。四点目は個人情報の保護と国民の選択の尊重です。極めて高度な個人情報である健康情報を扱いますのでこの点

については重視しております。五点目ですが、官民の役割分担です。

こうした基本的視点にたって、国民、医療機関、介護事業者、保険者等のニーズを掲げております。簡単ですが、国民が自分自身の健康情報を電子的に入手して、それを日常生活、医療機関における診療に役立てる、セカンドオピニオンあるいは遠隔治療にも役立てるということでございます。医療機関、介護事業者については安全で効率的なサービスを提供する、データを生かす、医療保険事務にかかわるコストを抑えるといったものでございます。保険者等につきましては、保険事務費用を抑制するあるいは効果的な保健指導を実施する。そうした上でIT化を進めるに当たっての課題を示していますが、多くは技術的なものでございます。標準化、安全性の確保、データベースの整備等です。最後に国民、医療機関等の合意形成が重要としております。

こうした課題を踏まえ、将来の姿でございますが、2ページ目でございます。第一点目でございますが、希望する個人が自分自身の健診情報、診療情報を電子的に収集・管理する。そうしたものを個人が希望した場合に入手して、健康管理に役立てる、医療機関にかかったときに提供する、それにより高度な医療を受けることができる、重複検査を避けることができます。保険者についてもこれらを利用して効果的な保健指導を行うことができます。2点目ですが、医療機関内の情報化です。従来から進めていますが、医療事務の効率化に資するものです。3点目ですが、医療機関間の情報化です。医療機関間のネットワーク化により診療情報の交換、専門医の紹介、セカンドオピニオンをスムーズに受けることができました、重複検査も避けることが出来ます。4番目、医療と介護の連携です。医療と介護の連携で、より安全なサービスが受けられるということでございます。5点目、そうした健診情報、診療情報、レセプトデータを統計的、医学的に分析することによって、EBMを推進するというものです。6点目ですが、レセプトオンライン化です。先ほどお話しにもありましたとおり、レセプトオンライン化を確実に推進しまして、医療保険事務にかかるコストを抑制するものでございます。最後ですけれども、これに関連する論点としまして、ICカードについて触れております。ICカードにつきましては、先ほど述べました非常に高度な健康情報を活用するサービスができた段階で、アクセスキーとしての役割が期待されます。ICカードについては厚労省において今年夏までに検討することがIT戦略本部で決定されていることもございまして、現在検討を進めております。関連しまして社会保障番号、社会保障制度に対する国民の理解を促進する観点から、ITを活用した、個々人の給付と負担に関する情報提供について検討しております。

最後に、今後5年間の環境整備に関するスケジュールを示しております。簡単ですが、以上です。

藤澤室長 続きまして、2番目のご質問ですが、オンラインのスケジュールにつきましてご説明いたします。参考資料の2ページをご参照下さい。医療機関の規模に応じたオンライン化のスケジュールです。これをご参考下さい。平成18年度は審査支払機関でオンライン請求のためのシステム整備を進めてきました。希望するところ全てがオンライン請

求できるように準備を進め、可能となったところです。4月にオンライン請求する医療機関の数は345、薬局の請求数は235、合計580となる見込みです。

松井主査 全体での割合はどれくらいですか。

藤澤室長 医療機関全体は22万ありますので比率はごくわずかですが、病床数400床以上の病院における比率は約3割です。

松井主査 400床以上の病院のオンライン義務化までの残る時間は1年。レセコン有無等条件があるとはいえ、その条件を満たした400床以上の病院については平成20年度以降オンラインで請求する以外レセプトを一切うけつけないのですね。

藤澤室長 義務化する期限がきたものについては、請求いただいても払えないということです。

松井主査 あと残り一年も無い中ですが、目途はどうでしょうか。

藤澤室長 具体的にご説明はできませんが、個別にレセプト電算処理システムにのっていただく、審査支払機関でオンライン請求を受け入れるための共通のマスターコードにそろえる、レセプトを共通の仕様にしていただくことが前提になりますが、その前提となるレセプト電算処理システムの導入時期について、支払基金が医療機関を調査しています。それを踏まえ、厚労省としても単純にフォローするだけでなく、誤りは訂正した上で、スケジューリングをやるようお願いしていきます。

松井主査 お願いではなく、これは義務ですから。例えば素朴な疑問ですが、彼らがそれをやらなかった、対応できなかった病院は請求しても払われなくて結構と覚悟しているのでしょうか。もしそれで何らかの混乱が起こったときはどう対応するのですか。

藤澤室長 請求権は民法上3年間ありますが、その間、支払いはされません。

松井主査 請求権が3年間というのは抜け穴では。一番心配な点は、なし崩し的に、出来ないものはしょうがないじゃないかというようなこと。現実に対応できないのだから何とか救済してやれといったような、政治的な動きも含めて妥協案が出ることを恐れています。一度そういうことを認めるとその後の計画がご破算になってしまう。それをどう防止するか、今のうちに考えないといけません。普通の常識でいうと、一年以内に達成するという計画で現状30%しかできてないというのは、民間の感覚では目標達成は不可能だと解釈せざるをえない。

藤澤室長 オンライン化の前提として、レセプト電算処理システムの導入が前提と申し上げましたが、3ページにございます。病院の普及率は36.2%です。こちらにのっていただいているところは作業的にはかならずしも大変ではありません。先ほど345の医療機関がオンライン請求と申し上げましたが、そのうち400床以上の病院は243です。前倒しの可能性ですが、私どものスタンスとしても、一部例外を除き、22年度期限ということについて違いはありません。18年度いっぱい審査支払機関がシステム整備をすすめる、この4月からオンラインで実際に請求できます。実際の義務化は20年度からですので、平成20年度から3年間ということになります。

オンライン化を実施する医療機関がどういうことをしないといけないかということ、5ページ目に列挙しています。全体の準備作業、スケジューリングを行っていただいた上で、まずレセコンを導入していただき、共通マスターに個別に変えていただき、共通の仕様にレセプトを変えていただき、審査支払機関との確認試験を実施頂く。オンライン請求はさらにその上で、個人情報保護の観点からセキュリティポリシーを策定いただき、ネットワーク回線の接続が必要になります。それぞれの作業に要する期間も書いている通りでございます。仮に義務化までの期間実質3年間をもっと短縮するとなると、こうした準備が個々の医療機関で必要となりますので、多くの医療機関が短期間に集中すること、ベンダーの負荷、審査支払機関が対応できるかといった懸念があります。仮に今のスケジュール通り、期限ぎりぎりまでオンライン化をしなかったとしても、22年度当初には全医療機関の8割はオンライン化する見込みです。19年4月のオンライン請求ですが、600弱がすでにオンライン化をスタートするわけで、これは仮定でありますように、仮にぎりぎりまでオンライン化しなかった場合の20年度当初のオンライン請求割合と同じになります。つまり実質1年前倒ししているという見方もできます。いずれにしてもこのスケジュールを着実に実施することが我々の使命と考えます。

3番目のご質問、期限までにオンライン化しなかった医療機関への対応ということですが、先ほど申し上げたとおり、支払いはされないということです。

それから4番目、前倒しできるインセンティブについて、いくつか具体的なご提案がございますが、そもそもオンライン化、レセプト電算処理システムの導入に際して、請求事務の効率化がはかられます。請求にあたって、記載もれ、誤記入はチェックでき、返戻の減少につながります。資格過誤によるレセプト返戻も減少します。医療機関が被保険者資格を確認するためにオンラインシステムを活用する方法も今後考えていきたい。

松井主査 ちょっと確認したい。日本医師会幹部が、レセプトオンライン化について、これは義務目標ではなく努力目標だと考えているといった話をしたと聞きましたが、これは義務目標であるということでもいいですね。

藤澤室長 それは義務目標ということです。

大島企画官 省令で義務付けとなっています。

松井主査 努力目標ということは医師会が勝手に言っているだけです。

大島企画官 そうです。付帯決議の項目の書き方が、「完全実施に向けて努めるものとする」となっていますが、省令で決まったことをやるのはあたりまえですが、その解釈を「努める」と書いているのであたかも省令自体が「努める」ことになっていると解釈しています。省令はあくまでも義務です。

八神室長 それでは参考資料6ページ、電子化加算でございます。平成18年度の改正によって22年度までの時限的措置として、インセンティブとして3点加算することになりました。

松井主査 社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）への手数料は11.4点とい

うことですか。

八神室長 支払基金への手数料は点数として定めているわけではありません。

松井主査 事実としては、支払基金はレセプトの振り分け作業と審査という、この2つのファンクションに対する手数料的なものとして、保険者が114.20円を支払っています。オンライン化するなら、振り分け作業は、いくら分に相当するのかわからないけど、合理化されるのだから、その部分を支払基金に払わずにオンライン化促進に協力した病院に付けるというように、これをインセンティブとして取り扱うということは考えられませんか。大変なインセンティブだと思うのですが。

岩淵課長 支払基金は審査、支払作業について手数料をもらっています。支払基金については、今年から、保険者がレセプトを電子データでうける場合は手数料を1円引き下げることにしています。これは保険者が電子化の負担をしているので、メリットは保険者が享受すべきと考えています。

松井主査 一円の根拠はなんですか。

岩淵課長 現時点では紙と電子レセプト併用のため、コストが下がっていないのですが、まさに促進していただくための1円です。

松井主査 114.20円の中の1円、無いようなものでは。年間8億円ですね。

岩淵課長 それで実際に電子データで受け入れると、1円×レセプトの枚数。全部やればかける8億円。これは診療報酬請求の価格設定とは全く別です。

厚労省事務局 例えば、手数料は11.4点と定まっているわけではありません。別次元の話です。また支払基金は年間約8億枚のレセプトを扱っていますが、国保も同じくらい扱っていますので、全体で10数億枚程度になります。

松井主査 そもそも114.20円の根拠はなんですか。

厚労省事務局 実際にかかる費用を取扱見込み件数で割っています。

松井主査 支払基金の年間の予算はいくらですか。

岩淵課長 19年度の予算額は、885億円です。

松井主査 大雑把にいつて従業員は4,000人くらいですか。

厚労省事務局 5,600人、職員としています。それ以外に審査を行う医者が4,500人ほどいます。

松井主査 この総計一万人を抱える支払基金の予算が885億円。収入のほとんどが手数料。税金は入っていないのですか。

岩淵課長 入っておりません。

松井主査 収入は手数料収入だけですか。

岩淵課長 9割以上は手数料収入だけです。

松井主査 そこから割り返して、114.20円がでてきたということですか。

厚労省事務局 基金の手数は費用総額を取扱い件数で割るということが基金法に記載されています。

松井主査 そこがポイントになるでしょうね。要するに、なるべくオンライン請求を前倒しする、促進させるにはどうすればいいか、そのためにはインセンティブ、保険者なり医療機関の、協力したセクターがメリットを享受できるようにすべきです。「前倒しにしたほうが得じゃないか」とそのセクターに思わせる。その仕組みを考えるべきです。たとえば請求して3ヶ月かかるものを1ヶ月で払うことも大変なメリット。これは別途考えるとして、もうひとつはやっぱり金銭的な形で、協力したところには金銭的見返りがあるよ、というところがミソです。

岩淵課長 今ご説明しましたけど、インセンティブを病院にかけるもの、保険者にかかる、両方あります。私ども申し上げた手数料の1円下げは保険者へのもの。医療機関へは、診療報酬の電子加算になります。

松井主査 このような財政状況の中で、支出を増やすべきではないと思います。その意味ではゼロサムを基本に考えるべき。メリットを受けるところが供出して、生み出したところが享受する。即ち、配分の問題です。どこかから原資を持ってこないといけません。一番の原資は支払基金への手数料ではないでしょうか。金額が非常に大きいですから。

岩淵課長 支払基金は単年度収支です。支払基金1円引き下げることについてもオンライン請求促進の観点から、基金の負担で1円努力しています。例えばもっと下げさせるとすると、全体を賄えなくなります。その場合は、それ以外のことを保険者からということになります。

松井主査 1円ではあまり効果がないように見えますが。

長谷川専門委員 今、基金法に割り戻す規定があるとおっしゃいましたが、1円の根拠はなにを根拠にされたのですか。

岩淵課長 この4月から改定されるということです。

規制改革会議事務局 114円ですが、見直しの頻度はどのくらいになりますか。

厚労省事務局 単年度収支なので毎年になります。

規制改革会議事務局 これからオンライン化がどんどん進んでコストが下がってきたら手数料も毎年下がるのですか。

厚労省事務局 合理化されますが、IT化となると機械の投資をしなくては行けないので、その分コストが下がるかということ、この段階では言えないかと。

規制改革会議事務局 22年までは114円のままで行くということですか。

岩淵課長 毎年見直しは行いますが、5年後の状態では見直しがかかると思います。

松井主査 5年後も、支払基金は「800億はかかる」と言うでしょう。いつまで114.20円をとるのですか。我々の常識からすると、審査はともかく、振り分け作業は23年度当初からはオンラインで出来るわけですからかなりの額の合理化がなされると思う。合理化メリットは支払い側が享受するのは当然でしょう。

厚労省事務局 振り分けのお話ですが、多分OCRのことかと思いますが。それは無くなります。それはある外部会社に委託していますので、それにかかる経費はゼロに。

阿曾沼専門委員 基本的に支払基金は民営化されていますね。しかし経営状況はまだまだ一般国民には不透明な状況ですし、今後レセプトオンライン化と同時に支払基金の経営の透明性を担保することによって、114円20銭の単価の根拠が客観的にみて納得がいく必要があるのではないのでしょうか。例えば、国民健康保険団体連合会（以下、国保連）との価格差、調剤レセプトとの関係等、妥当性を客観的に評価できません。民間である以上、経営の透明化を図っていくべきではないのでしょうか。

松井主査 民営化は競争という土俵に上がることです。にも関わらず、なぜ支払基金・国保連の二つに限定しているのか。これもオンライン化と同時に議論しないといけないですね。

岩淵課長 支払基金の人の削減状況ですが、平成14年から毎年200人ずつ削減してきており、6,500人が5,700人になりました。平成18年度は100人削減しました。

松井主査 5,700人の中の100人。それで国民が納得できると思いますか。

岩淵課長 元々は健康保険組合連合会（以下、健保連）と政府管掌健康保険は支払基金に、国民健康保険は国保連だったのですが、今年4月からいずれにも委託することが可能という規定になりました。

松井主査 基本的に競争させるというのが常識では。審査でもなんでもどこがやろうが、支払う側が、いくらでやってくださいというのが普通の常識ではないのですか。受ける側が自分たちのコストを前提にする、こんなこと普通の常識では有り得ない。なぜ、一方で70円、もう一方では110円かという、根拠を説明することが大事なのではないですか。

岩淵課長 まずコストの違いですが、国保連は、分担金という形で保険者がお金を出しています。歳入の構造が違います。

阿曾沼専門委員 歳入の構造が違うのは前提条件で、わかっています。支払基金も委託金を運用しているわけです。そこは違いを明らかにした上で、コスト構造を明らかにしないといけないのではないかと思います。今後ルールとしては、支払基金でも国保連でもどちらに請求しても良いという競争環境ができたことを示していくわけですね。健保組合からすればどちらを選択してもいいようになってくるわけです。そうなったら、やはりコスト構造を明らかにする必要があるのではないのでしょうか。それから企画官からご説明のあったグランドデザインの話ですが、例えば総合的な政策の着実な実施ということで、重複投資はないようにするということですが、具体的にはどういうことですか。

岩井政策企画官 これは今、具体的に重複投資があるということではなく、IT戦略本部の医療評価委員会で、今後ITのインフラ投資を行う際に、全然形式がちがうものということはやめてくれと言われてしています。

阿曾沼専門委員 レセプト電算から見れば国保連・支払基金は機能が似ています。例えばレセプトオンライン化した際、国保連・支払基金の費用はどのくらいですか。共通化できないのですか。そこでの重複投資はだれがチェックして、無駄な金を使わないようにさせるのですか。誰が監視するのでしょうか。この問題、非常に重要です。なぜそんなこと

を心配するかということ、今回、簡易検診のデータベース化を行うわけですね。そのとき、健保連は22億円のお金をつぎ込みますね、そして国保連は33億円かけて同じような検診データを集めようとする。ここに重複投資あるのかないのか。誰もチェックしていません。これはものすごく問題があると考えています。例えば支払基金はレセスタというシステムの開発にお金をかけましたね。レセスタは支払基金が、オンライン化の数値目標あげるため、お金をかけて導入しましたね。変換テーブルさえできれば、レセプト電算対応の提出ができます、レセプトオンライン数値目標を達成するための飴ですね。でこの開発にはいくらかけたのですか。このお金がレセプトのオンライン化の為に投資と重複投資にはならないのでしょうか。更にそれ以前に、支払基金と厚労省と健保組合で検討されたのか、紙レセプトの画像化の為に投資をしましたね。この投資はどうやって回収するのですか。この一つ一つが結果として重大な重複投資になっているのではないのでしょうか。そういった過去の問題の残るケースを議論した上、今後きちんと重複投資を回避するということが本当に具体的に言えていますか。

もう一つは真に必要なIT化の姿を、厚労省としてきちんと議論していますか。ご説明いただいた資料のこの一つ一つの文章や表現は重要でもっともですが、この一枚にきれいに集約し表現することが重要ではなく、一つ一つの中身を具体的に定義をはっきりして、共通認識のもとに議論していただくことがないと、オンライン化の前倒しすることができないのではないですか。たとえば標準化などは、具体的にどうするのですか。

岩井政策企画官 おっしゃる趣旨は良くわかりますが、今までITに関して言うと、いけいけどんどん、なんでもやろうというスタンスでした。基本的に本当に必要なのは、具体的に書いているわけではなく、ITはユーザーオリエント、あるいはいろいろな分野でばらばらに進めないで基本方針を固めた上、厚労省の中でもIT戦略本部医療評価委員会でも監視していく。先生のおっしゃったことは、常に意識しています。

阿曾沼専門委員 そのところ、具体性がないから、出来なかったという抜け道や理由がいくつもできそうですね。

松井主査 これからの時代はユーザーオリエントが原則。ユーザーとは国民です。21世紀に入ってパラダイムが変わったのだから、官のほうもスタンスを変えないといけないと思います。民でもスタンスを変えています。基本的には個人です、個が中心の世の中になろうとしているのです。官の方も発想を変えないと国民の支持を得られなくなります。政治もそれを強く意識するでしょう。供給者主体、組織主体の時代は、供給調整したり、組織をコントロールするなりして、事がうまい具合にいきましたが、もうそれはできなくなりました。世論が拒否しはじめました。とすると、官は、個中心という見地から、自分たちはどういうIT化を進めないといけないのか、といった観点で考えなければいけない。官の立脚点が変わるということです。我々ビジネス経営者もこの世の中の大変化を前提に、供給者主体の発想はもうやめよう、個人中心を前提にどういうIT化が必要なのかを日夜考えている。我々規制改革会議のスタンスも同じです。

阿曾沼専門委員 具体的なアクションプランを立てて着実に実行する仕組みづくりをする時期です。組織と人が変わるたびに先祖帰りする議論をすることは絶たないといけません。もう一つはユーズケースそのものがはっきりしていません。たとえば真に国民が望み、患者のニーズがあって、本当に病院としてやらないといけないのはアウトカム情報の公告です。そのためにも病院がきちっとしたアウトカム情報を出せる為のIT化が絶対必要です。その点を踏まえるともう少し具体的に議論する必要があります。

松井主査 常識的に考えますと、国民が医療の情報処理の現状を知ったら怒ります。今どき、レセプトは手書きでやりとりしているのかと。それで審査をやっているのかと。今頃何をやっているのか。ましてオンライン化が完了するのが平成22年度末だと？、個人の医療費負担が膨らむ中、いいかげんにしろと。規制改革会議では実態や改革議論を国民にどんどん公開していこうというのが基本スタンスです。当然、医療分野でもやります。その時、平成22年度末までにオンライン化しますと言ったとたん、国民は大騒ぎしますよ。当会議も闇雲に騒ぐつもりはありませんが、国民へのディスクロズを手加減するつもりはありません。何よりも患者、国民の視点にたって何ができるのか、一刻でも早くやろう、そのためにどのようなインセンティブを供与できるか提示しないと、政治も官も国民から突き上げられます。そういう意味で支払基金についても、どのような業務を行っているのか、どういう根拠で任せているのか、はっきりさせないと、なにそれ、ということで国民が騒ぎますよ。

阿曾沼専門委員 例えば、4番のレセプトオンラインのインセンティブですが、先ほど厚労省さんがおっしゃった請求事務の合理化は、レセ電算にしなくても解決済です。ほとんどの医療機関にはレセプトチェックシステムが入っています。最近では診療所のレセコンにはもれなくレセプトチェックシステムがついてきます。これらは既に解決済のことです。なおかつレセ電算の導入による本当のインセンティブは何なのか。基本的に今後やらないとはならないと書かれていることはほとんどの医療機関は解決済みと認識しています。

長谷川専門委員 時間の問題もあるでしょうし、後半の進捗状況をお伺いしましょう。インセンティブに関しては資料を拝見してわかります。

八神室長 5番に入ります。電子点数表の進捗状況ですが、平成18年4月に暫定版を作成し、平成20年度の診療報酬改定に向けて電子点数表を完成させる予定です。

長谷川専門委員 それはもう決定という理解でよいですか。

八神室長 はい。

藤澤室長 次のデータベース整備に関してのご質問ですが、具体的なスケジュールについては、グランドデザインの中で明記しております。平成20年度末までに、レセプトデータの収集・分析の体制を構築いたします。平成21年度から段階的にデータの収集・分析を開始し、平成23年度からは原則、全てのデータを収集・分析する予定です。そのデータをどのように利活用するかにつきましては、医療の質の向上のため、活用することを検討しております。ただ、データには個人情報が含まれますので、利活用については十分

に考慮する必要があります。国につきましてもデータベースについては、医療政策で活用してまいります。収集・分析にあたって、どう進めていくか、国以外の方々にどう活用していただくか、いろいろな御意見がありますので、有識者の意見をうかがって、コンセンサスが形成できるよう、検討を進めていきます。

長谷川専門委員 どういうスケジュールで検討を進められますか。

藤澤室長 今年度に検討の場を設けます。

長谷川専門委員 統計法の改正との時間的な関係はどうなりますか。検討会の議論の後ですか。

大島企画官 レセプトデータは指定統計ではないので統計法の改正には至りません。

藤澤室長 7番目の質問ですが、レセプトのオンライン請求については、セキュリティに関するガイドラインを昨年4月に作成しました。医療機関、保険者についてはそれののっとなって対応頂いています。一方、医療機関が扱う、診療情報取扱いに関して、別途ガイドラインがありますが、これは先般改定されたところです。医療機関にとって、ガイドラインが2つあることが混乱を招く指摘もございますので、本年度末にはガイドラインの統合に向けて検討を進めていきたいと考えております。

岩淵課長 8番目のご質問ですが、資料の11ページです。保険者の事務コスト抑制効果ということでございますが、まず保険者ですが、電子レセプト情報の活用による業務効率化、電子レセプト審査支払いの効率化、レセプト保管経費削減といったところがございます。それから審査支払機関のコスト抑制効果でございますが、印刷コストの削減、請求支払い業務の効率化がありますが、今後、多額のIT投資が必要となりますので、定量的に示すことは難しい状況です。

長谷川専門委員 現在、保険証の番号は、それぞれ違いますね。これは統合するのですか。次のページに関する質問ですが。

八神室長 健康ITカードですが、これに番号をつけるとすれば今の保険証の被保険者番号とは別に共通の番号をつけることとなります。

長谷川専門委員 藤澤先生、ちょっと確認したいのですが、診療情報の外部保存のガイドラインは見直しがなされたのですか。

藤澤室長 はい、昨年度末に。「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」です。

松井主査 レセプトのオンライン化が達成された際に、審査業務が一番のポイントになります。経済財政諮問会議が強烈にこれを打ち出しております。いわゆる保険者機能の強化ということですが、支払基金を経由しないで、保険者が希望すれば病院の同意なしで、病院から直接レセプトデータを受理して審査する、そういう風に持っていきたい。大変なことだとは思いますが、この点を視野に入れてこのオンライン化を考えるべきというのが最も重要なポイントです。なぜ、民間である支払基金が業務を独占しているのか。支払基金に膨大な金をどうしてつぎ込む必要があるのか、また、そもそも支払基金は実質的な審

査をやっているのか。ここにメス入れないと、オンライン化する意味がなくなります。ここまで踏み込んでいきたいと思いますが、それについてのご意見をお聞かせ下さい。

岩淵課長 直接審査については医療機関の同意があれば現在でも直接審査ができます。同意なしに直接審査する、これは、当事者間で合意が無い中でのやり取りになりますので、審査の妥当性という点から医療機関・保険者との紛争が多発することが懸念されます。この場合、普通の取引と違うのは、先に診療を実施してしまった後に審査が行われるということです。その前後関係から紛争が多発する恐れがあります。それから処理についてどういう処理をするか事前の合意がありません。仮にこういう紛争が多発し、それが特定の保険者に著しく多いとなると、その保険者にどう対応するかという問題がでてきます。この点を踏まえると、慎重な対応が必要と考えます。

規制改革会議事務局 インセンティブという件ですが、実質的なインセンティブとして大きいことに、支払いの短縮化もあると思いますが。今後4年間、紙とオンラインが並存するわけですが、紙よりもオンライン請求された分を早く支払うというような、支払いの優先順位をオンライン請求に与える、その点についていかがでしょうか。

岩淵課長 資料の9、10ページを御覧下さい。現在は月単位で締めて、審査支払機関で受け付け点検し、保険者に請求する、保険者は25日までに基金に支払う、そういうサイクルで行っております。それをふまえた、審査請求サイクルの見直しですが、診療報酬はもともと月単位で請求していますのでバラバラに請求すると、前のものと照合するというような点検作業が発生すると考えています。

長谷川専門委員 支払いサイトを短くすると締め切りを翌月10日に限定するのは別物です。オンラインでやった場合、紙より事務処理が早くなるのですから、インセンティブとして、サイトを短くすることは可能だと思います。締めを10日に限定すると、システムに対して負担を与えます。システム投資からすると効率が悪くなります。韓国では、導入した際に随時受け付けにしました。でも結局、週末とか、月末とかある期間に集中したので、医療機関ごとに適当に締め切りを分けることによって、システム負荷も軽減させ、比較的スムーズにやっています。月に1回しか算定できないものはあるにせよ、サイトを短くする、インセンティブをあげることはありえると思います。

松井主査 オンラインはリアルタイムということが基本。紙ベースの発想で刻んでいくのはやめたほうがいい。どこかでしわ寄せがでてきます。

阿曾沼専門委員 日本は低金利だったので、支払いサイトが短くなってもそれほど大きなインセンティブではなかった。これからはそうではないということもありますし、今、民間医療経営は苦しくなっています。レセプト債権の流動化は行われているわけですから、そういう意味で支払いサイトを短縮することは大きなインセンティブになっていくと思います。

松井主査 支払期間の短縮化は金融上の価値を増します。今はゼロ金利という特異な時期ですからあまり意識されませんが、世の事象の殆ど全てが債権化される時代にあって、

期間の短縮化は膨大な価値増加に結びつく。今後医療はそういう世界に入っていくと思います。その際、サイトが短い・長いで決定的違いがでできます。

岩淵課長 その際、支払うのは保険者ですので、医療機関と保険者のどちらがその間を持つかという、そういう問題でもあります。

阿曾沼専門委員 みんな織り込み済でわかっています。その上でどうしたら解決するかということを考える必要があります。問題点をあげつらってもしょうがありません。先ほどおっしゃった個人情報の問題に関しても、20年、30年前からリスクヘッジする仕組みは議論し尽くされています。また一年議論して出す結論も、現在出す結論も、ほとんど一緒でしょう。現在個人情報の問題は、ルールを決めて罰則を決めるということです。罰則規定を医療情報に関しては、別途立法化、議論していけば解決できます。このことは、飛行機は事故が起きるので飛行機はつからないという議論と同じことになってしまいます。標準化・個人情報の保護、この二つがシステム化を遅らせるエクスキューズになってしまふ。ここを徹底的に議論することは、オンライン化を短縮化する上で重要です。この議論の先祖帰りのような後戻りはしてほしくないのです。

松井主査 むしろ個人を中心に考えるべきです。例えばフランスで実行されているように、カルテは個人の所有物とし、それを持ち歩き自分のコントロール下に置く、といったことも今後日本においても議論すべきでしょう。こういった事を踏まえて電子化を考えないといけません。情報のデジタル化は全ての改革のベースです。そういう意味でむしろ個人側からしたら早くオンライン化するよというのがマジョリティーであり、個人情報の漏洩が起きるかもしれないからオンライン化には慎重であるべきというのはマイノリティーだと思う。そういう状況を頭において厚労省もやってほしい。

長谷川専門委員 情報標準の強制力はどうですか。HL7とか、国としてはこれが標準という意思表示はないですね。

阿曾沼専門委員 今、レセ電算マスターが使えるようになりました。相当な時間をかけて、相互互換性の標準化機能が進んでいるわけですから、電子化のためにはこの標準コードを使って下さいと義務化の範囲を広める必要があるのではないかと思います。義務化ができないので、電子化が進みません、業界の問題ですということで、どんどん時間が経過しないように、そのためには義務化ということが議論されないといけません。

長谷川専門委員 ある種の標準は一定の強制力がないと意味をなしません。医療の情報を保存するには、標準がないことにはどうしようもありません。米国のHIPAAという法律はプライバシーの法律というよりは、標準を定める法律だとポジティブにとらえるべきです。HL7のバージョンが世界的にポピュラーだと思いますが、日本では国として何かの標準を積極的に進める印象はありませんが。

岩井政策企画官 担当がないので正確なことは申し上げられないですが、そういう国際標準的なものに基づいてガイドラインを作成していると聞いておりますので、そこは後日確認いたします。いずれにしろ、プライバシーの問題も、時間をかけるということでは

なく、国々の特性があるので、ひとつまちがえると情報化が頓挫する可能性もあるので、きっちりと手続を踏み、課題として、乗り越えていこうという趣旨です。

長谷川専門委員 それに関係して、グランドデザインの11ページ、オントロジデータベースですが、国産でつくるという理解でよいですか。世界的に今、SNOMEDが代表的であり、いくつかの国はそれに出資して知的所有権を買っています。別によそのものもいいとは言いませんが、重複投資かどうかよく見極めてやったほうがいいと思います。日本産がいいかもしれないが、互換性がないとまた翻訳が大変になります。

松井主査 今日はどうもありがとうございました。当面、ダッシュ7においては、レセプトオンライン化を重点として皆さんと議論したいと考えています。政府にもいろいろな会議がありますが、経済財政諮問会議、IT戦略本部と連携して進めていきたいと思えます。当面はオンライン化の話ですが、更に踏み込んで、支払基金という民間の組織とはどういう存在なのか、どんな設置根拠があるのか、といったことを国民に明らかにする必要がありますので、ご協力下さい。膨大な予算を抱える組織なので、経済財政諮問会議でも問題視しており、この議論を避けて通ることはできません。具体的な調査に今後入りたいと思えます。