

第3回医療WG 議事録

日時 平成17年1月21日 15時～16時

場所 永田町合同庁舎第1共用会議室

出席 鈴木主査

厚生労働省 保険局総務課保険システム高度化推進室 小林室長

医政局研究開発振興課医療技術情報推進室 新村室長 ほか

事務局 林内閣審議官、田中室長、井上参事官、原企画官ほか

議事：カルテ及びレセプトの電算化の具体的推進策について厚生労働省からヒアリング

小林室長) 電子レセプト普及率は、病院医科のレセプト件数ベースは平成16年12月時点で14.5%と、10%台になってから飛躍的に伸びている。平成15年3月と比べると6.3倍で、35%を超えた県もあり、12県が20%超。融資、補助金、税制優遇の効果である。薬局は45.4%で、3月末には過半数を超える勢い。離陸期は越えたと思われる。

レセプト電算処理システムの普及推進については、17年度予算案において、レセコンの文字情報をレセプト電算処理システム仕様に変換するツールの開発費を17億円計上した。主なレセコンメーカーに対応し、7割5分以上をカバーしたものとしたい。17年度内の開発を視野に入れている。

目標値については、平成16年度に5割達成はなかなか難しい状況だが、18年度に7割は、変換ツールの開発により普及率が伸びる環境整備ができた。

用語コードについては、カルテと連動できるよう整備を行った。

レセプト以外の請求書等の添付文書についても、電子媒体として一体として提出できる方法も検討している。

レセプトの電子化を進めるためには、それ以外は受け付けないこととすべき、手数料をとるべきというご指摘もあるが、長年紙媒体でやってきたので、医療機関に対し、オンラインを含む電子レセプトのメリットを見せた上で自主的に移行させるのがベストと考えている。

鈴木主査) 14.5%はFD等に落とすだけのもので数字だが、審査はどのようにするのか。

小林室長) 画面審査を行っているが、点数誤り等は、電子的に処理できる。

鈴木主査) 肝心なのはオンライン化である。今のスピードでは遅い。変換ツールはどのように普及させるのか。

小林室長) 無料でダウンロードできるようにすること等も考えている。レセコンのベンダーとこれから詰めていく。

鈴木主査) 希望的観測のみではいつまでも実現できない。態度をはっきりさせるべき。医療改革をするに当たり、まずはこうしたいかにも不合理な状況を抜け出すことがスタートライン。このような当たり前の改革ができないようでは、もっと難しい医療改革などできない。オンライン化して、手間なく保険者に請求が行くようになれば、保険者が直接審査することが現実のものとなる。パソコンを使えない人も皆無ではないのだろうが、紙で請求の方が手間がかかるので、その分は手数料をとるべき。韓国のようにできないのか。

小林室長) 韓国は、法令上は義務化していない。紙でも受け付けているが、診療報酬の早期払いや一定条件下での無審査など、電子を有利にしている。統一規格を作ってから導入したということであり、昭和60年代から様々なレセコンが普及している日本とは風土が違う。オンライン以外は受け付けないということではできなくはないが、システム導入のための補助が必要となる。

鈴木主査) アメとムチは両方使えばよいと従来から言っている。日本はなぜうまくいかないのか、韓国はなぜうまくいったのかを説明してほしい。

小林室長) 医療機関側から手数料を取るとなると、診療報酬から差し引くことになるだろうが、そのためには健康保険法上の根拠が必要。保険者が審査支払機関に審査させ、審査料を支払っている。そうした整理の中で、保険者が医療機関側に新たに手数料を取ると言えるかどうか。

鈴木主査) 法律は改正すればよい。医者はプロフェッショナルフリーダムを与えられており、それが適正かどうか審査してもらうのだから、医者が審査手数料を払うのが本来ではないのか。現状の保険者が審査手数料を払うのとは逆の発想だ。この発想に従って制度を変化させなくても、電子であれば審査支払いの手間がかからなくなる。だから、紙の場合は電子に比べてかかった費用を支払ってもらうと単純に考えてもよい。

小林室長) 医療機関と審査支払機関は直接には契約当事者とはなっていない。保険者から言うべきである。審査支払機関は保険者の審査支払業務の受託者である。

鈴木主査) 事務的な流れはそうではない。実態として基金に審査させるという契約関係は強制されている。

平成18年度に7割達成するというが、2年も待って進みが遅いと手遅れになる。達成する年度と推進法策をはっきり書きたい。

小林室長) 昭和60年代から入っているレセコンの抱える業界体質がある。

鈴木主査) ノートパソコンで、ソフトをダウンロードできるような話ではないのか。だまされていないか。

事務局) 全銀連のようにメーカーが違っても共通のフォーマットを使って実施出来ている例もある。

小林室長) ベンダーに協力してもらって、共通的な部分の汎用性は持たせるつもり。介護保険のように共通的なものを作る。

システムを入れ替えるにしても金がかかり、安価なシステムを入れて過去データを変換するとしても、変換費用に相当な金額がかかる。

鈴木主査) IT化100%が当たり前という原則と打ち出すことによって、医療界の良い意味での競争が始まるのではないか。

小林室長) 端末はそうかもしれない。

鈴木主査) 送る側と受け側のソフトを共通にしまうと、支払基金の使用しているソフトを使わせるとかは出来ないのか。また、FDで提出するのは、電子的手法とはいえない。オンライン申請が電子的手法と考えている。

小林室長) 今でも、異なるソフトでは文字化けするので、受け付けていない。

小林室長) 電子が増えてくれば、現状の画面審査システムも限界になる。韓国等を参考に考えていかざるを得ないと思う。

鈴木主査) 何年何月までに、オンラインでないものは受け付けない、手数料を取る、と書くのがこちらの案。今年はこの点を貫徹したい。

小林室長) どこまで書けるか、ということだと思う。

鈴木主査) 次のステップとして、カルテからレセプトに置き換えられていないものは受け付けない、DRG-PPSを推進する、というものがある。早くやるべき。

小林室長) 同一の診療行為であれば、カルテとレセプトに同じことを書くのは当然。

鈴木主査) 電子ならそれが確実にできる。それを推進すべきと言っている。

新村室長) 電子カルテについては、400床以上の病院は12%、診療所は2年前の数字だが2.6%。毎年数%伸びている。平成18年度の目標達成に向け努力している。なお、電子カルテからレセコンにデータを流すことは可能であると考える。

鈴木主査) とにかく重要な改革の第一歩なので、よろしくお願いします。

以上