

IT 化政策の進展と ORCA プロジェクトの推進

上野 智明・渡部 愛

1. はじめに

情報ネットワーク技術やコンピュータ技術の進展により、あらゆる分野において効率化・合理化の波が押し寄せている。医療においても IT 化の促進は、社会インフラ整備のひとつとしてとりあげられ、皆保険制度そのものが IT 化の波にさらされる時代となった。他の多くの先進国でも国家規模で医療の IT 化政策が推進されており、いまや IT 化は、将来のヘルスケアシステムや医師の裁量権を考える上で切っても切り離せないテーマとなっている。

本稿では、皆保険制度下における最近の医療 IT 化政策について概観するとともに、日本医師会の推進する Online Receipt Computer Advantage（以下、ORCA）プロジェクト¹の活動報告をあわせて行う。

2. 方法

最初に近年の医療の IT 化政策²について ORCA プロジェクトの進むべき方向を考察するため、わが国における IT 化政策の推移と特徴について論述する。ついで日本医師会の ORCA プロジェクトの概要について述べるとともに、2005 年度の主な活動内容のまとめを行う。最後にわが国との比較のため諸外国の IT 化政策の状況についても触れることとした。

3. 結果

1) わが国の医療 IT 化政策

(1) これまでの流れ

医療の IT 化に関する最近の政策は 2001 年 3 月総合規制改革会議の「規制改革推進 3 か年計画」³より始まった。その後 2001 年 6 月には小泉内閣によるいわゆる「骨太の方針」⁴、2001 年末には「医療制度改革大綱」⁵が相次いで閣議決定され、これに呼応するように厚生労働省において「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」⁶が策定された。また、2001 年 1 月に「世界最先端の IT 国家となることを目指して」スタートした e-Japan 戦略でも、「e-Japan 戦略 II および重点計画」⁷ (2003 年) において、構造改革の名のもと「医療」が先導的取り組み分野として重要視され、内容も総合規制改革会議と足並みを揃えたものとなった。

(2) 主な政策の推移

「規制改革推進 3 か年計画」(2001 年 3 月 30 日)

<主要論点> 医療の質の向上・医療システムの効率化・医療事故防止システムの確立・医療分野における「IT 革命」の推進

「今後の経済財政運営および経済社会の構造改革に関する基本方針」(骨太の方針：2001 年 6 月 26 日)

<主要論点> 医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し・患者本位の医療サービスの

実現・医療提供体制の見直し・消費者機能の強化・公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の守備範囲の見直し

「医療制度改革大綱」(2001年11月29日)

＜主要論点＞電子カルテ・レセプト電算化などの医療のIT化の推進・診療ガイドラインの策定などEBM(根拠に基づく医療)の推進・医療機関の経営の近代化・効率化のための早期検討

「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」(2001年12月26日)

＜主要論点＞2006年度までに電子カルテを400床以上の病院、全診療所の6割以上に普及・2006年度までにレセプト電算処理システムを全国病院レセプトの7割以上に普及

「e-Japan重点計画-2003」(2003年8月8日)

＜主要論点＞保健医療分野における認証基盤の開発・整備および電子カルテのネットワーク転送等の容認・保健医療分野のIT化に対応したセキュリティ等に関するガイドラインの作成・医療機関の機能評価および医療情報のデータベース化等の環境整備・オーダーリングシステムの導入・電子カルテの普及促進および高度化・レセプト電算化の普及促進およびオンライン請求の開始・遠隔医療のシステム整備支援・診療ガイドライン等のデータベース化およびインターネット等による情報提供

「IT政策パッケージ-2005」(2005年2月24日)

＜主要論点＞診療報酬制度による医療のIT化の一層の促進・医療機関から審査支払機関に提出されるレセプトの電算化およびオンライン化の推進・審査支払機関から保険者に提出されるレセプトの電算化の実現・レセプトデータ等の有効活用による医療の質の向上・電子カルテの普及促進・遠隔医療の推進・ITを利用した医療情報の連携活用の促進・ユビキタス健康医療の実現・医療機関における管理者層に対するIT教育の促進

(3) IT化戦略の特徴

医療のIT化に関する最近の政策では、「医療サービスの標準化」や「保険者機能の強化」などの名目で、構造改革の方針が色濃く反映されてきた。例えば「医療サービスの標準化」の目的のひとつには医療の経済的な効率化が読みとれる。具体的には、個々の疾病に応じた標準的な薬剤や検査のパターンを抽出、それらをもとに費用対効果を算出し、構造改革の求める診療報酬体系の見直しに役立てる試みである。

しかしながら、標準化には多くの疾病を網羅する大規模な医療情報のデータベースの解析が必要となるが、そのようなものは存在しない。そのため、医療のIT化の政策では、EBMの推進、レセプトの電算化、電子カルテの推進がうたわれてきた。特にレセプトは、詳細な診療行為と病名をサマライズした上で毎月提出する制度である。この紙媒体で提出されているレセプト情報を電子化し、利活用することが「医療サービスの標準化」を始める入り口として位置づけられ、早急な実現が求められてきた。こういった流れの中、2002年3月には、レセプト上で主傷病名と副傷病名を区別し、記載することを求める通知⁸が全保険医療機関に出されることとなった。

規制改革・民間開放推進会議は、電子化されたレセプトを処理することが「保険者機能の強化」にも役立つと考えている。コンピュータを使って審査を効率化でき、しかも「標準的な医療サービス」が定まれば、そこから逸脱する過剰な支払いを抑制することが可能

とされた。また、保険者が被保険者（患者）のエージェント（善意の代理人）としての名のもと、医療機関毎にサービスの質やコストを評価・公開するための環境を整備することが目標とされた⁹。

「医療サービスの標準化」から逸脱する医療のアートな部分、もしくは患者の自由選択の受け皿が「混合診療」の一つの姿であった。また、「保険者機能の強化」によって、保険者と医療機関の直接契約が可能となった。そのためのインフラの整備として、2005年度中に審査支払機関から保険者へ電子媒体でのレセプト送付が始まることとなった。保険者が審査支払機関を通さずに皆保険制度下での運用を行うためには、全国に散在する医療機関や他の保険者へのレセプトの仕訳と搬送業務が問題となったためである。

こういった流れを強引に推し進めるように、2005年12月に医療制度改革大綱（政府・与党社会保障改革協議会）、2006年1月19日にはIT新改革戦略（IT戦略本部）が相次いで発表され、2011年までの原則オンライン請求化がうたわれた。オンライン請求化については、必要なコストの問題に加え、下記の4点が深刻な課題と考えられる。

- ①適応外投与について薬剤の薬理作用で審査すること。
- ②保険証の資格を医療機関から確認できるようにすること。
- ③情報漏出の危険性を担保すること。
- ④レセプトデータが審査以外の目的に利用されない保証。

2) ORCA プロジェクトの展望

我が国の医療機関で最も普及しているコンピュータは診療報酬請求のためのレセプトコンピュータ（以下、レセコン）であり、約8割の医療機関が導入している。このレセコンは30年以上の歴史がある。一般的な医療機関において、レセコンはカルテ番号、保険番号、氏名などを必須条件として管理する重要なデータベースの役割を果たしてきた。ところが、今日においても、いまだメーカー間や他の医療機器との互換性が少なく、データのやりとりが困難な状況である。こういった効率の悪い状況下でのIT化がうまく進まない原因のひとつは、各メーカーがコンピュータの黎明期から、独自に複雑な診療報酬制度に対応してきたことにある。さらに、シェア争いや営利追求を優先せざるを得なかったメーカーが、自社システムを閉鎖的にしてきた、などの事情がある。例えば電子カルテを連携させる場合、医療機関は既に導入済みのレセコンと同じメーカーの電子カルテしか選択肢がない場合が多い。地域の医療連携システムの試みにおいても、患者の基本情報を持つレセコンが医療機関毎に異なるため、操作のたびに2重入力を強いられるケースが多く見受けられる。

（1）プロジェクトの概要

前述のような背景の中で、今後の医療のIT化というものをレセコンの高機能化という切り口で考え、2000年に日本医師会の研究事業プロジェクトとしてスタートしたのが、「ORCAプロジェクト」である。日医総研において研究開発を進めた結果、日本医師会の医療情報ネットワーク推進委員会で2001年に「医師会総合情報ネットワーク構想¹⁰」を構成するツールのひとつとして認められた。

ORCAプロジェクトでは普及率の高いレセコンに着目し、オープンなレセプトソフトの開発から着手した。こうして開発された「日医標準レセプトソフト」（以下、日レセ）は現

在、オペレーティングシステム（OS）のレベルから全ての構成要素を無償の公開ソフトウェア（オープンソース）として提供中である。この結果、複雑な医事請求を切り離れた、電子カルテの自由な開発が活発ⁱとなり、その他、日レセ内の患者情報を活用する各種診療支援アプリケーションの開発も広まってきた。

このプロジェクトでは、医事業務において必須のツールとなったレセコンを医療機関が導入する際、内容が完全に公開された日レセの選択を勧めることで、医療機関内部のIT化を支援し、また、地域医療の土台としてネットワークの形成を支援することを目的としている。ここで課題となるネットワークセキュリティに関しては、PKIⁱⁱ技術を使った認証局の試験運用を現在進めている。

国民皆保険が徹底された日本において、医療の公共性は非常に高いと言えよう。近い将来、国民医療を支える根幹となるべき医療のITインフラは、国の内外を問わず1企業の趨勢に左右されないことが望ましく、また、国民のプライバシー保護のためにもシステムやネットワークに潜むバックドアの可能性は限りなく小さい方がよい。医師の団体である日医が基幹部分の著作権を保有し、公共財的な考えのもとにオープンソース方式をとることにより、これらの問題の多くがクリアされる。

また、レセコンの分野は既に述べた通り普及率が約8割に達したりリプレース市場で、大手メーカー数社の寡占市場でもある。オープンソースという方式は、医療のIT化の土台を誰にも平等に提供し、普及と競争を促し、また既存レセコンメーカーとの摩擦をも抑える効果がある。ORCAプロジェクトの成果物は既存メーカーも自由に取り扱うことができる。独自のシステムにインストールし、動作を保証することで対価も自由に請求できる。将来、日レセのシェアが大きくなった場合、既存メーカーの開発リソースは、真に診療を支援するシステムにシフトすれば良く、これによって医療情報システムの進歩を促進する効果が期待される。一方、医療機関はレセコン導入時に浮いたコストを電子カルテなどのシステムに投資することができ、正の循環による医療現場のIT化が期待できる。

日医総研の試算¹¹では、医療現場のIT化を電子カルテの導入とレセプト電算処理システムによる請求だけに絞った場合でも、全ての医療機関が対応するには今後10年間で約18兆円（メンテナンス費用を含む）が必要となる。医療機関の経営環境が厳しさを増すなか、本来はその大半を国が負担すべきであるが、この費用を少しでも抑え、医療の専門家としての医師会が主導する形のIT化を進めていく意味合いもORCAプロジェクトにはある。

（2）プロジェクトの概観

ORCAプロジェクトの主な活動は、以下の内容に分類される。

①アプリケーション開発

日医標準レセプトソフト（無床版／入院版）・医見書（主治医意見書／訪問看護指示書作成支援ソフト）・給管帳（給付管理／介護報酬請求支援ソフト）

②ネットワーク構築

認証局・ORCAセンターサーバ

ⁱ 13社の市販電子カルテが接続可能（2006年2月現在）

<http://www.orca.med.or.jp/community/link/link.rhtml#MML>

ⁱⁱ Public Key Infrastructure：公開鍵基盤

③決済・金融系

窓口負担決済の電子化

④マスタ開発

併用禁忌データベース・傷病名マスタ・レセプトチェックマスタ

⑤法務系

日医オープンソースライセンス・認証局運用規定

⑥メンテナンス系

ORCA サポートセンター・認定事業（日医 IT 認定事業所）・公式 Web サイト・メーリングリスト

(3) メンテナンス

ORCA プロジェクトはオープンソースソフトウェアの開発だけでなく、実際に普及・運営をはかっていく時期に入っている。そのための体制は主に次の2項に大別される。

①サポート体制

プロジェクトの推進母体である日医総研が中心となり、サポート提供組織である ORCA サポートセンター、開発ベンダによってサポートが行われている。実際のサポートはメールと Web ページによるものが中心で、その他に電話、FAX なども利用されている。特にメールによるサポートでは障害報告や改善要望に対する窓口業務以外に、プロジェクトからの情報提供や、コミュニティの提供を目的とした公開メーリングリストがあり、開発者から利用者まで幅広い層に多くの情報を提供、交換できるよう運営されている。

②認定制度

普及と運営を進めるにあたって別途創設したものに「日医総研日医 IT 認定制度」があり、医療機関への導入を行うための有資格者とサポート事業所を認定している（2006年2月現在 108 事業所）。

日レセは、誰もが自由に使えるオープンソースソフトウェアであるが、医療機関の請求事務を支える重要な基幹業務ソフトでもある。さらに医事業務の分野では高度な専門知識が必要であり、この知識がなければソフトウェアの適切な設定が不可能である。加えて地域公費などに代表されるローカルルールも存在する。こういった特殊な要素にハードウェアのメンテナンスや維持といった通常システムの保守が加わるため、日レセの導入には専門のサポート事業所を通じた導入と保守契約が望ましい。そこで、この認定制度では、ユーザが安心して正しい専門知識をもった業者を選定できるよう、適格な業者の認定を行っている。

この認定制度は、医師会組織を通じた普及や運営という観点から見ても、全国の都道府県ならびに郡市区医師会が地元の会員に推薦する基準となる。また、地元の医療 IT 産業を地域で育てるといふ、将来の地域医療連携へ向けた布石にもなる。オープンソースの成果物を扱うという点で、従来の販売代理店制度と大きく異なっており、認定を受けていない一般のサポート事業所も存在している。

(4) 今年度の活動

①日医標準レセプトソフト

日レセの稼働数は順調に増え続けており、2006年2月現在において、稼働数ⁱⁱⁱは全国で1,763件、加えて導入作業中の医療機関も430件を数えた。病院での利用も徐々に始まっており、20床以上の施設のうち79施設が既に導入している。現在のレセコン市場に占める全国シェアは約2.9%であるが、沖縄県ではシェアが10%に達している。今後は、2006年度診療報酬改正によるリプレース時期を迎え、加速度的に普及が進んでいくと考えられる。

ソフトウェアの完成度においては、既にメーカー製と同等であり、メーカー製であれば有償オプションであるような機能を標準で搭載しているのが特徴である。

<今年度公開履歴>

Ver2.5.0 2005年4月7日公開（開発81項目／リクエスト対応53項目）

Ver2.6.0 2005年10月18日公開（開発59項目／リクエスト対応59項目）

Ver2.7.0 2006年2月24日公開（開発14項目／リクエスト対応48項目）

Ver2.8.0 （予定）2006年3月公開（診療報酬改定版一日次業務対応）

Ver2.9.0 （予定）2006年4月公開（診療報酬改定版一月次業務対応）

上記、バージョンアップ毎に都道府県ローカルルールの調査、支払基金、国保中央会への疑義解釈照会、約1,000項目の動作検証作業などを行い、品質の確保に努めている。

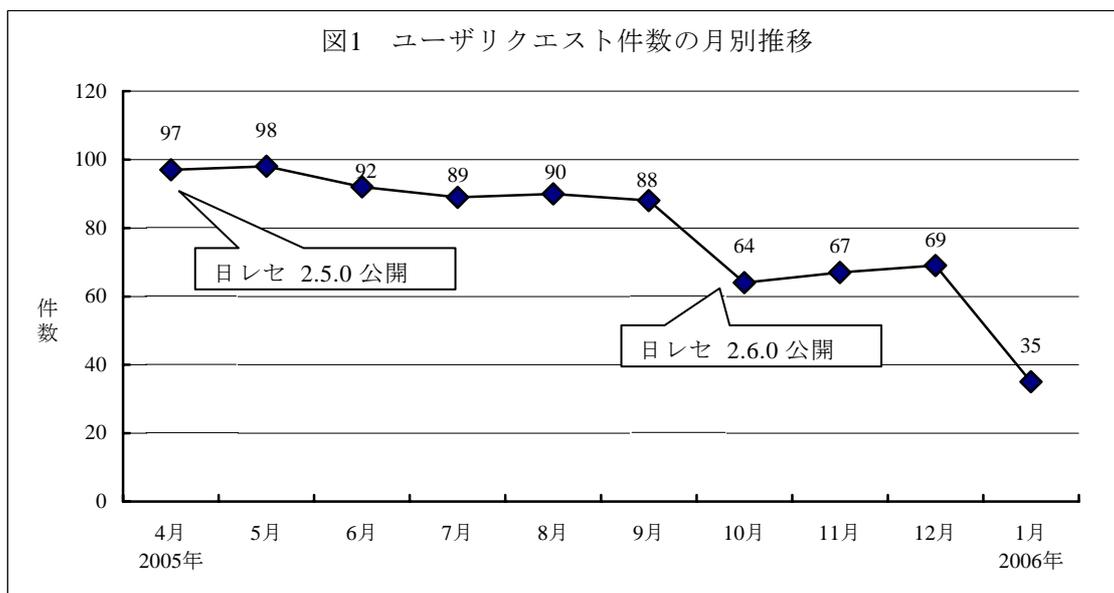
<ユーザーリクエストへの対応の効果>

日レセは日医会員からの意見を採り入れ、常に改良が続けられている。今年度、公式Webサイトより得られたユーザーリクエスト（改善要望）は789件^{iv}（2006年1月現在）であった。これらについて同一要望の数、必要性、公平性、実現可能性、作業規模などを考慮し、160項目^vの改良を行った。月別のユーザーリクエスト件数の推移を図1に示す。ユーザー数が増えているにも関わらず、日レセのバージョンアップ毎に要望数が減少しており、改良の効果がうかがえる。

ⁱⁱⁱ 日医総研「日医標準レセプトソフト稼働状況」<http://www.orca.med.or.jp/orca/nintei/kadou.rhtml>

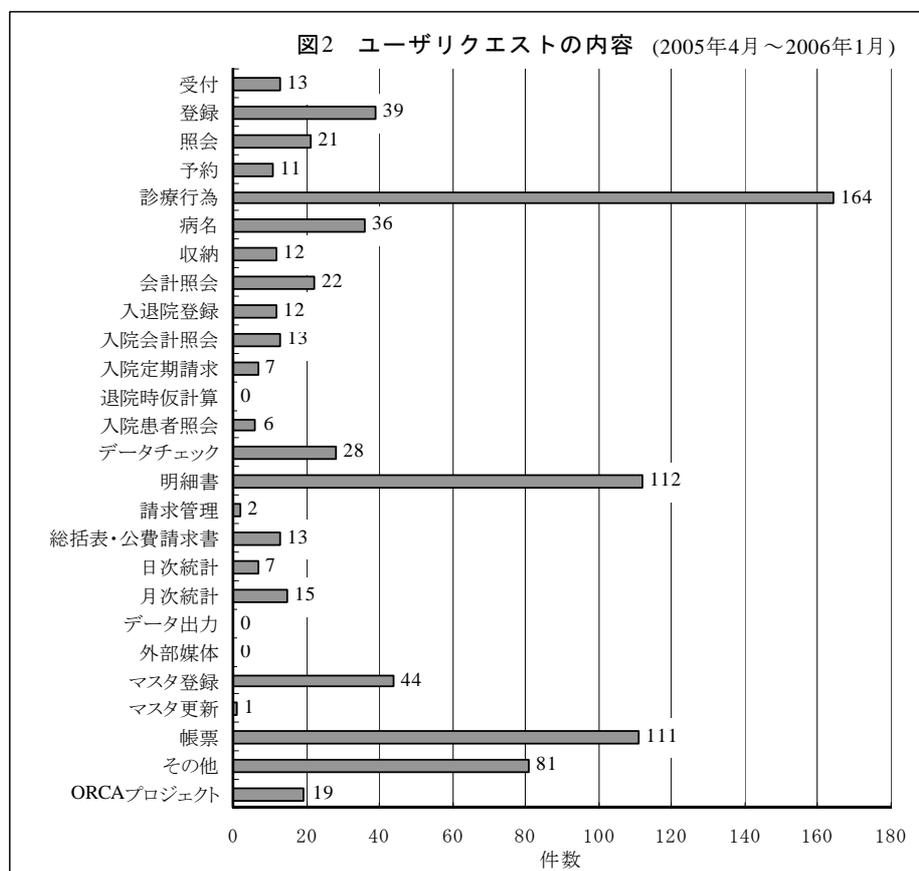
^{iv} 789件の要望は、認定サポート事業所経由の依頼が88%を占める。また、医院独自の運用、あるメーカーでのみ特有、制度解釈の間違い、レアケース、実装済み等も含まれる

^v 検討結果については、<http://www.orca.med.or.jp/receipt/outline/rqlist.rhtml>にて随時公開している



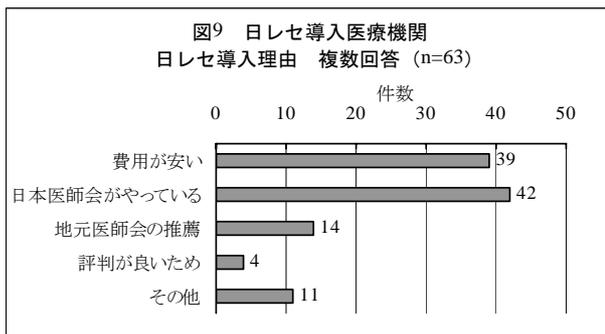
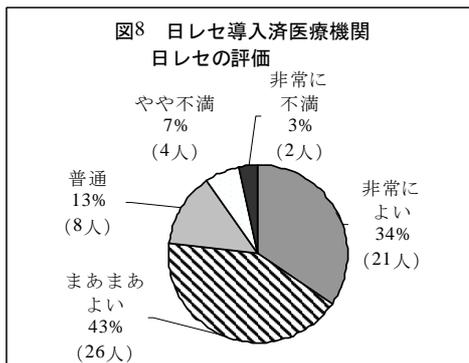
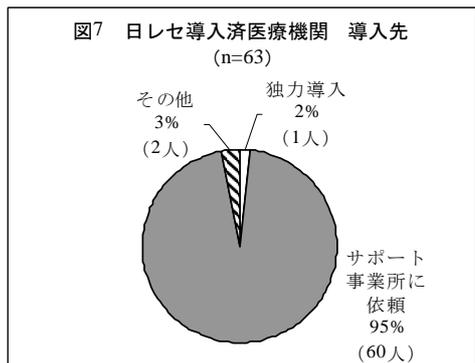
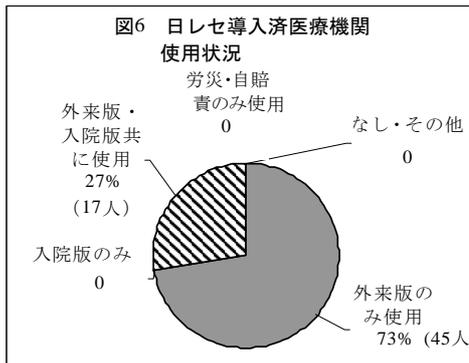
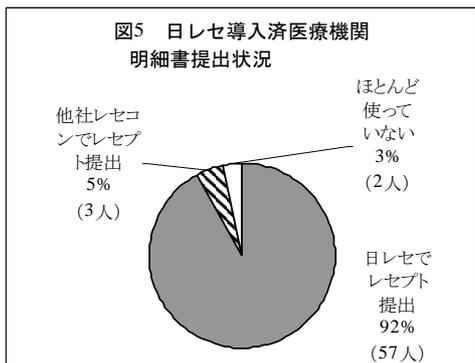
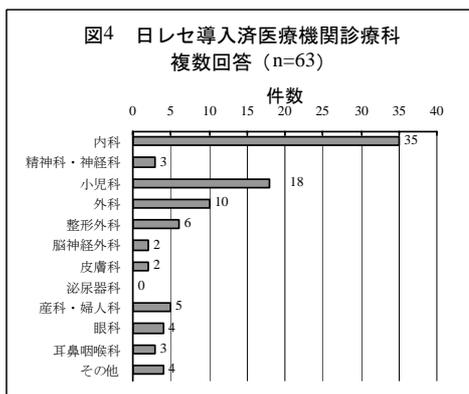
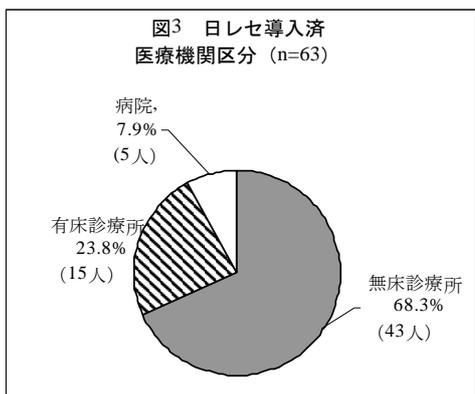
<ユーザリクエスト内容の分析>

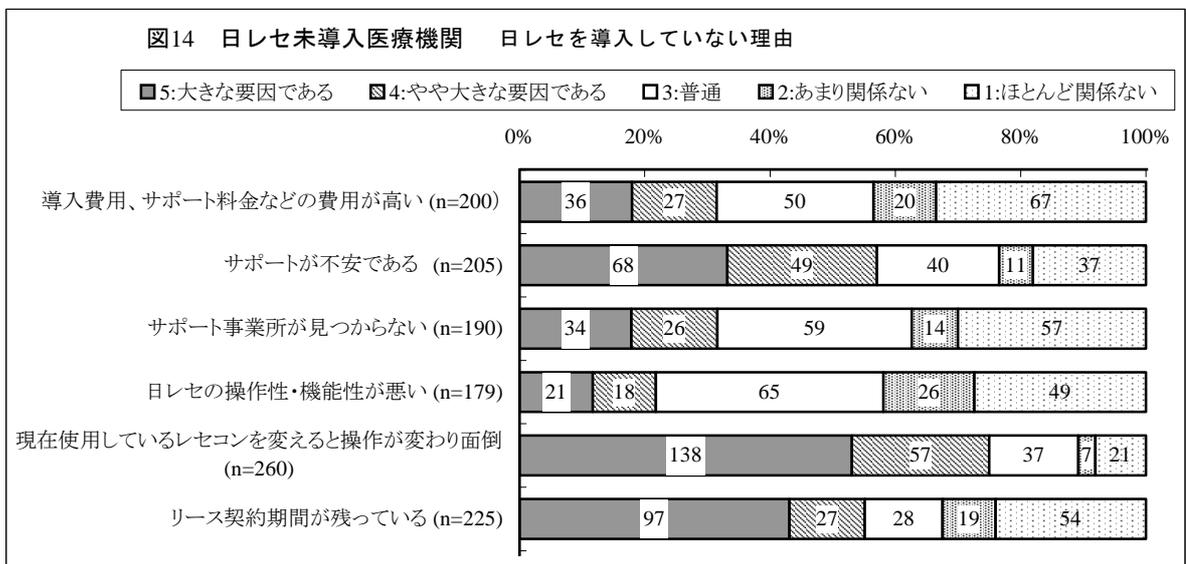
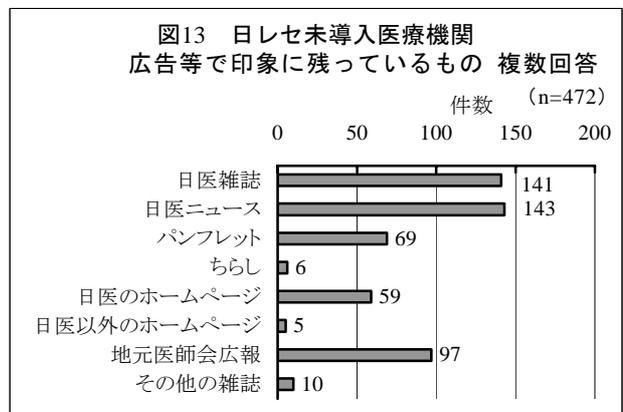
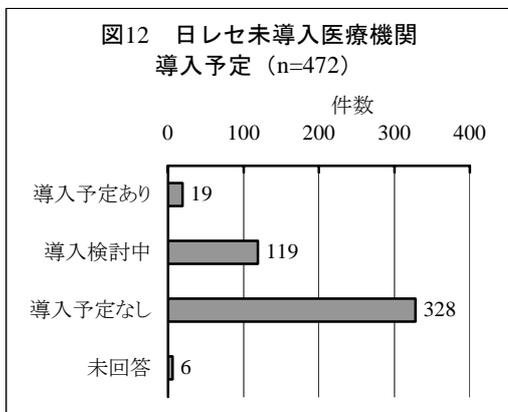
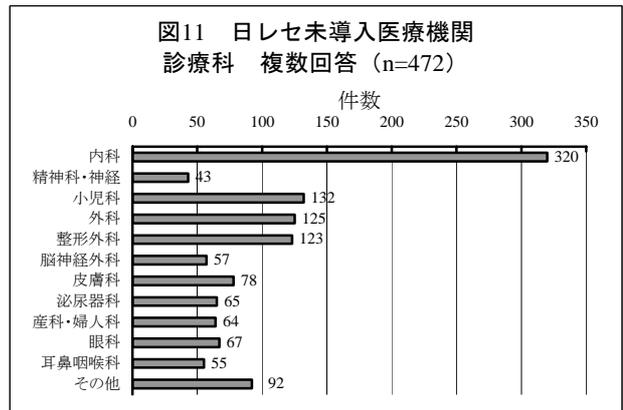
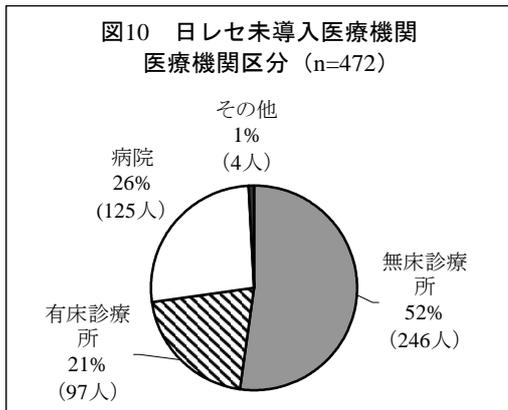
日レセの機能画面別に要望内容を分類したものを図2に示す。ユーザリクエストの半数が医事業務の根幹である、診療行為の入力、明細書の作成、帳票の印刷で占められていることが分かる。このため、プロジェクトでは今後、これらの改善にさらに重点を置きたいと考えている。



<都道府県医師会役員に対する日レセ導入アンケート>

2005年12月に、全国都道府県医師会の理事を務める963名を対象に日レセ導入についてのアンケート調査を行った。調査結果は、回収数(率)538名(55.9%)、日レセ導入済医療機関が63件(11.7%)、日レセ未導入医療機関が475件(88.3%)であり、一般の普及率に比べ関心の高さがうかがえた。アンケート結果について導入済、未導入に分けてまとめた結果を図3~14を紹介する。





②介護保険

2006年度には介護保険の制度改正も控えており、「医見書」や「給管帳」の介護関係のソフトウェアに対しても対応のバージョンアップ作業中である。あわせて、日レセとの連携機能を追加する。なお、2006年2月現在、「医見書」ソフトのユーザ数は12,000を超えており、「給管帳」は1,200ユーザとなった。

③電子決済サービス (J-Debit)

医療機関の窓口決済の利便性を鑑み、J-Debit 端末を使った試験運用を全国44医療機関を対象に展開中である。

④認証局

日医認証局は2005年度で、その基本機能の開発を完了した。開発された認証局は、厚生労働省から出された保健医療福祉分野PKI認証局証明書ポリシーに規定される電子証明書にも準拠している。2005年度下期から2006年度にかけて、電子的な印鑑に相当する電子署名の実証実験を114名の日医会員の協力のもと実施する。

⑤普及活動

主に日レセの普及に向けて、プロジェクトの運営体制を「開発」「普及」「広報」に分けた上で効率的な普及活動を推進している。

3) 諸外国の医療 IT 化政策

諸外国では、管理医療体制を求める先進国を中心とした大規模な医療のIT化が目立つ。例えばアメリカでは、アポロプロジェクト以来と言われる全国民を対象にした Electronic Health Record (EHR) 構想¹²を立ち上げた。ブッシュ大統領は2004年1月の年頭教書演説で、「医療情報をコンピュータで処理することによって危険な医療過誤を回避し、コストを削減し、ケアを改善できる」と述べ、医療におけるITの重要性を強調した。

また、イギリスでは、現ブレア政権による大規模な医療制度改革¹³が進行中である。全国民を対象にした統合診療記録サービス (Integrated Care Record Service: ICRS)、電子予約、電子処方せん等が全国の診療所や病院で運用され始めた。開発のみならず、各医療機関のIT化コストまで全て国費で賄われており、2002年からの3年間において約4,600億円、2010年までには総額1.2兆円を投入することとなっている。Webを通じて膨大な情報開示を行いながら進められており、国と地方、患者と医療機関とのデータの共有や情報交換ができるインフラを目指している。

さらに、日本と類似した保険制度を有する韓国では、レセプト総数の99%以上が既にオンラインで処理 (Electronic Data Interchange: EDI) されている。そのデータは審査支払機関である健康保険審査評価院 (Health Information Review Agency: HIRA) に集積され、今後医療の質などへのデータ活用が始まると聞く。

5. 考察

諸外国の医療IT化政策では、国家が費用を惜しまず国民医療の向上に向けてIT化に取り組みだした様子が見えてくる。米国などでは、保険者機能を強化しただけではうまく行かず、その次のステップに取り組み始めたと言えるのではないだろうか。日本の行政の考え方として、自由資本主義経済のもと保険者機能の強化に大きく片寄った政策の強行は時

代遅れであるとも言える。このような背景のもと、我が国の医療のIT化に向けた考察を述べる。

1) 医療現場のIT化

(1) 診療支援

電子カルテや最新検査機器を駆使した診療を支援するシステムは、医療の質、安全、患者サービスの向上に向けて、一層の取り組みを進めるべき分野である。そのためには、各種ソフトウェアや検査機器との連携が容易になるよう、用語・コード・情報交換規格の標準化をさらに進めていく必要がある。なお、全ての医療現場や患者にとって必要なコードや規格は、インフラ整備として国の予算でメンテナンスを行い、知的所有権の問題をクリアにした上で誰でも自由に利用できるように公開すべきである。

また、診療現場の情報化には、マン・マシンインターフェースの進展など、情報技術そのものの発展を待たなければならない要素もある。医療従事者の多くはコンピュータの専門家ではない。医療の質、安全、患者サービスに対して確実に費用対効果があがるということについて、個々の医療機関で理解されない限り、無理に導入するのは避けた方が良く、制度としての安易な電子カルテ義務化には反対すべきであろう。

さらに、電子カルテの場合に考慮すべき重要な点は、サポート体制とその継続性である。システムの不具合で電子カルテが動かなかったり、患者の情報が取り出せなかつたりした場合、患者に迷惑がかかるばかりか、極端な場合は生命にも関わる事態となる。企業は、代理店や出張所を引き上げたり、サポートを打ち切る場合に、患者に迷惑がかかることがないようにするのがビジネス上の契約以前の社会的常識と考える。つまり、電子カルテビジネスに参入する企業は、カルテの継続性を常に念頭に置き、サポート先医療機関が存在する地域の医療提供体制に参加していることを肝に銘じる必要がある。

(2) 医療事務の効率化

年を追うごとに請求事務は複雑化し、それを反映して請求事務についての解釈本も分厚くなった。そのため毎月の請求時期には、医療機関はレセプトの作成や点検に追われている。また、各都道府県や市町村で独自に行われている医療費助成制度（地域公費）などもあり、市町村の数だけルールがあると言っても過言ではない。日レセでは、既に大手メーカを超える規模と精緻さで全国多種多様の地域公費に対応しているが、それでもすべてが電子化できる内容ではない。

また、カルテに書いた診療行為をそのまま請求できず、読み替えが必要という問題もある。レセプト電算にすれば、提出前の印刷や編綴作業は軽減されるが、そもそもの原因であるルールの複雑さは軽減されていないため、提出前の点検業務はそのまま残る。日医総研の調査¹⁴でも、「医療行為以外の業務の軽減」が現場医師の考える、よりよい医療のために必要な改革や環境整備のトップであった。望むべくは「論理的で一般性のある診療報酬体系の構築」であるが、これは時間のかかる最終ゴールであろう。当面は、審査支払機関で行われる受付事務点検や保険者で行われる点検のロジックを、医療機関でレセプトを作成する際に、レセコン内で済ませてしまえば良い。そうすれば医療現場のみならず、日本のシステム全体でおおいに省力化を図ることができる。医療機関も審査支払機関も保険者

もコンピュータでレセプトを作成したり審査したりする時代である。三者でそれぞれレセプトの点検を行うのは極めて非効率である。

医療事務の効率化を目指すという方針のもと、ORCA プロジェクトのスタート時から「レセプト審査のロジックの公開、もしくは共同開発」という考えを提案してきた¹⁵。しかしながら、既存のレセプト点検ソフトやマスタは、ビジネスツールとして知的所有権の問題がある。そこで、ORCA プロジェクトでは独自に作成した保険薬と適応病名のレセプトチェックマスタを公開することとしている。もちろん、薬理作用に基づく適応外投薬のリストなどを今後追加する用意もある。

窓口の決済方法についても、患者サービスの一環として今後は多様化が予想される。カード決済などで生じる手数料については、医療機関が負担することになる。この費用は診療報酬の請求に上乗せできないため注意が必要である。

また、e-Japan の次の政策として 2010 年を目指した u-Japan¹⁶（ユビキタスネットジャパン）という政策がスタートした。医療分野においては有線と無線のシームレスなネットワークを使った電子カルテの共有、医薬品に電子タグをつけて管理することなどが提案されている。医療安全に寄与する部分は良いが、電子タグのトレーサビリティを悪用したプライバシーの侵害の可能性には注意を要する。

2) 皆保険体制下の IT 化

審査や点検のロジックを広く公開することにより、システム全体の業務の効率化が図れるという点については前段のとおりである。その他、返戻対策として保険証の資格過誤の確認を医療機関において行うことも可能とすべきであろう。

現在、医療保険全体では年間 13 億枚のレセプトが処理されている。世界的な IT 化の流れからみて、10 億枚を超える紙での運用がいつまでも続くことはないと予想できる。現在の政策に関わらず、今後なんらかの形でデジタル化、オンライン化は進んで行くであろう。その際に、日レセが十分に普及して、各医療現場から審査支払機関までの流れを日本医師会で把握することができれば、審査支払機関と保険者間の流れに対し、独自の立場を保有することが可能となる。このことは、今後の医療現場における請求事務の IT 化の設計について、医師会が大きな発言権を持つことを意味する。

3) 地域医療連携のこれから

過去において、多額の補助金が各地の医療連携システムのために投入されてきたが、その多くが継続できないまま終了している。現在は、医療情報交換のための規格の整備が進んでおり、今後、IT を使った地域の医療連携が一層盛んになると思われる。そのような中で、地域医療連携の土台としてオープンソースの日レセが活用されることが ORCA プロジェクトの目的でもある。レセコンには患者の名前や病名、投薬、検査内容などが請求のために記載されており、これらの情報を利用できれば、例えば紹介状を作成するにもかなりの手間が省けることになる。これまではメーカー製のレセコンが閉鎖的であったことと、各医療機関でレセコンの機種や年代が統一されていなかったために困難であったことが解決されるのである。

今日では、日レセ内のデータを利用して様々な定型帳票が作成でき、検査センターより

検査情報の取り込みもできるツール (Wired ORCA Linkage Facilities: WOLF) が揃いつつある。例えば紹介状を使った地域医療連携を構築する場合、参加医療機関がレセコンの入れ替え時期に日レセを選択するだけで、連携のベースとなる新しいソフトウェアの開発に悩まなくてすむ。また、今後は介護や福祉との連携も考慮する必要がでてくるであろう。その場合は ORCA プロジェクトのコンテンツである「医見書」や「給管帳」が利用できる。

4) 今後の政策提案にむけて

医療行為の妥当性、必要性の評価については、発生源である医師もしくは医療現場でしか入手できない情報が必要ではないかと考える。単に請求書としてまとめられたレセプトのみで評価し政策とする最近の流れは、人命にも関わる医療の本質を一方向でしか見ておらず、企業の財務評価のように割り切れるものではない。また、保険者による管理医療のもと、患者の権利でもあるフリーアクセスへの道が閉ざされることにもつながりかねない。

現在、診療報酬改定などで基礎資料となる厚労省の社会医療診療行為別調査は、毎年6月審査分レセプトを抽出し約1年半遅れで発表されているものである。ORCA プロジェクトの成果として日レセがさらに普及すれば、社会医療診療行為別調査と同等以上の粒度のデータを日次や月次、かつ定点で収集できる上、リアルタイムで医療費動向、受療動向などを解析することが可能となる。技術的に特に難しい問題はない。しかし、実際に実施するまでの課題として、個人情報の保護や運用方法の策定に十分な時間をかけ、日レセユーザーへのコンセンサスをとることが重要と考える。

文献

- ¹ 日本医師会：ORCA プロジェクト (Online Receipt Computer Advantage)、<http://www.orca.med.or.jp/>
- ² 日医総研：生涯を通じた医療と保健と福祉、日医総研報告書第78号、128-139頁、2005年
- ³ 総合規制改革会議：規制改革推進3か年計画、2001
- ⁴ 経済財政諮問会議：今後の経済財政運営および経済社会の構造改革に関する基本方針（骨太の方針）2001
- ⁵ 政府・与党社会保障改革協議会：医療制度改革大綱、2001
- ⁶ 厚生労働省：保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン、2001
- ⁷ IT戦略本部：e-Japan 戦略II、2003
- ⁸ 診療報酬請求書等の記載要領等の一部改定について、保医発0325003号、2002
- ⁹ 総合規制改革会議：規制改革の推進に関する第1次答申、2001
- ¹⁰ 日本医師会情報化検討委員会：医師会総合情報ネットワーク構想、1997
- ¹¹ 内閣府総合規制改革会議：第9回総合規制改革会議資料、2・14-15頁、2004
- ¹² 大統領IT諮問委員会：ITによる医療革命
<http://www.jahis.jp/site/houkoku/report/houkokusyo/2004/ithonyaku.pdf>
- ¹³ NHS：National Programme for IT in the NHS、<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/>
- ¹⁴ 江口成美・物井久美子：平成14年度 第1回医療に関する国民意識調査、日医総研報告書第50号、2003
- ¹⁵ 上野智明：医療IT化への留意点、日医総研ワーキングペーパーNo.98、2004
- ¹⁶ 総務省：ユビキタスネット社会の実現に向けた政策懇談会最終報告書、2004