

日医総研ワーキングペーパー

医療IT化への留意点

No. 98

平成16年5月7日

日医総研

上野 智明

医療IT化への留意点

上野 智明

キーワード

IT	DVD	e - Japan 戦略
総合規制改革会議	ORCAプロジェクト	レセプト電算
レセプトOCR	医療事務	オンライン請求

ポイント

総合規制改革会議ならびにIT戦略本部(e-Japan)では、医療分野のIT化を最重要課題として進めている。これは医療機関の事務業務ではなく、審査支払機関と保険者のIT化に特化されている。

総合規制改革会議の宮内議長は、レセプトや電子カルテのデータを分析し、医療の標準化を進めることが医療の効率的で高度な改革だと発言されている。

既に、医療機関がレセプト上に印字しているOCR文字は、審査支払機関からOCRデータとして保険者に有償で提供されている。

OCRデータ、レセプト電算、オンライン請求のいずれも、医療機関のコスト負担で保険者側の業務軽減と審査強化が図られる構図である。

IT化は時代の大きな流れであるが、今の流れが患者の「管理医療」に向けて道を開き、皆保険制度下のフリーアクセスを妨げることにならぬよう、留意する必要がある。

～ 目次 ～

1 . I Tを使った医療事務の効率化とは	P3
2 . 医療IT化の真の目的（宮内発言）	P3
3 . レセプトOCR処理システム これまで	P5
4 . レセプト電算処理システム これまで	P6
5 . レセプトの電子データ（DVD）による保管 これまで	P6
6 . レセプト点検のIT化 これまで	P7
7 . OCRデータの保険者への提供 これまで	P8
8 . 画像イメージ（DVD）の保険者への提供 これから	P8
9 . オンライン請求試験事業 これまで	P9
10 . オンライン請求の先行実施案 これから	P9
11 . セキュリティ	P10
12 . 処方せんの電子化について	P10
13 . 既成事実積み上げ戦略	P11
14 . ORCAプロジェクトとの関係	P11
15 . まとめ	P12

1. ITを使った医療事務の効率化とは

内閣府総合規制改革会議の第3次答申¹では「IT化の推進による医療事務の効率化と質の向上」が重要課題と位置付けられた。ここで述べられた「医療事務の効率化」とは医療機関の事務業務ではなく、あくまでも審査支払機関と保険者のITによる事務効率化が目的であった。

もう一つの重要課題とされたものに「オンラインによるレセプト請求原則化のための条件整備」がある。これも表題から分かるように、審査支払側のためのIT化であり、医療機関に対しては「オンライン請求導入時のコストを軽減するため具体的な方策を検討すべき」とあるだけであった。

IT化は時代の大きな流れである。しかし、かねてより「株式会社等による医療機関経営の解禁」や「保険者による直接審査・支払」を提案してきた「規制」を「改革」するこの会議の趣旨から察するに、上記の重要課題は国民医療の向上よりも、企業が医療提供と医療保険を包括した事業を「効率的に」行うことのできるIT環境作りが目的のように見える。

2. 医療IT化の真の目的（宮内発言）

上記の憂うべき状況を裏付ける資料がある。総合規制改革会議の第3次答申が行われる3日前、首相官邸でIT戦略本部の会合が行われた。ここで総合規制改革会議の議長である宮内義彦氏は医療関係について下記のように発言された²。

「・・・規制改革のところで処方せん等の医療関係のことが書かれているが、規制改革会議ではかねてレセプトの電子化をやっている。レセプトの電子って何だということであるが、これが電子化され、その次にカルテの標準化・電子化ということになると、医療の内容が非常にデータが集積され分析されるようになる。そうすると、医療の標準化が進み、診療報酬制度も現在の方法からいわゆる定額払い、あるいは包括払いというふうに移行できるわけで、医療の効率的で高度な改革ができる。そこまでつながっていく一番ベースのところである。」

つまり、医療のIT化とは、型にはまった効率的な管理医療を進めていくこと

¹ 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第3次答申」平成15年12月22日

² 第22回IT戦略本部議事録 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/dai22/22gijiroku.html>

だと述べたのである。

さらに次のように発言を結んでいる。

「・・・各論の中でもやはり医療全体に影響を与える一番入口のレセプトのところでもたついているという事実もある。

そういう意味で、この内容については、評価がこれからあるということではあるが、そういう重要性に応じた評価をして、我々にまた問題提起をしていただくことが必要と思う。また総合規制改革会議とも密接な連絡を保って取り組んでまいりたいと思っている。」

効率的な管理医療のため、入り口となるレセプトをIT化していかななくてはいけないという主張は、冒頭の総合規制改革会議の重要課題と見事に一致する。さらにはこれを受けて、茂木敏充IT担当大臣が下記のように答えた。

「・・・宮内議長御指摘のように、レセプトの電子化も遅れており、大変重要分野だという認識を持っている。」

このまま日本の医療IT化を任せておくと大変なことになりはしないか。

先般IT戦略本部から発表された「e-Japan戦略 加速化パッケージ³」では、6つの重点施策の1つに「IT規制改革の推進」という施策があり、「総合規制改革会議と緊密に連携しつつ、推進する」と述べられている。

以下本稿では、レセプトのIT化についての「これまで」と「これから」を解説し、必要な対応策について述べていくこととする。

³ IT戦略本部「e-Japan戦略 加速化パッケージ」平成16年2月6日

3. レセプトOCR処理システム これまで

支払基金では、平成9年頃から「レセプトOCR処理システム⁴」が全国に本格導入され、レセプトの機械分類業務に使われるようになった。これに対応して、レセプトコンピュータを使っている医療機関では、レセプト用紙の下欄に見慣れない数字が印字されるようになった。これは「OCRエリア」と呼ばれており、機械で読みとり易い67桁の数字から構成されている。各都道府県の国保連合会においてもこのエリアを利用するシステムの採用が増えている。

< OCRエリアに含まれる主な項目 >

- | | |
|--------|----------|
| 保険者番号 | 請求点数 |
| 受給者番号 | 診療実日数 |
| 都道府県番号 | 一部負担金 |
| 市町村番号 | 医療機関コード |
| 診療年月 | 本人・家族・入外 |

図1 レセプトOCRエリアの例

○ 診療報酬明細書 (送料込) 平成 9年 9月分 県単04 医コ9910013		☆☆			
市町村 老人受		1 医科 1 社 1 単独 2 本外			
公費① 公費②		保険 0 6 1 3 2 0 1 3			
公費③ 公費④		記号・番号 115 2428			
氏名 ○ ○ ○ ○	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称 ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ - ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ 病院 (床)			
名 1男 3昭 10 1 31生	職務上の事由	診療日数 1日			
11 初診	○	12 再診	×	同	
13 指 導	×	同	×	同	
14 住 居	×	同	×	同	
150 手術・麻酔	○	50 検査	○	70 画像診断	○
90 処方せん	○	他薬	○		
請求点数	718	一部負担金	420		
13102000000011500000024281 06132013991001300007188004200000000701090960000000000000004111214					

4 「診療報酬明細書の印刷」等について(お願い)平成8年12月27日基業発第218号

4．レセプト電算処理システム これまで

「レセプトOCR処理システム」が紙を媒体としたレセプト提出を前提としているのに対し、完全な電子的手法でレセプト提出を行う「レセプト電算処理システム⁵」がある。このシステムでは、レセプトOCRシステムとは異なり、レセプト（診療報酬明細書）上の全ての情報が、集計可能な「文字データ」として医療機関から提出（郵送）される。

この仕組みは、前述の総合規制改革会議でも強く推進が求められており、「医療機関への周知徹底を図るべき」と第3次答申には書かれた。しかしながら現状、医科において普及はあまり進んでおらず、このデータを電子媒体で受け取った審査支払機関は「文字データ」をレセプト用紙の上に再現・「印刷」し、他の9割以上を占める「紙で提出されたレセプト」と一緒にして審査が行われている。

5．レセプトの電子データ（DVD）による保管 これまで

この他のキーワードに、最近許可されたDVD（デジタルビデオディスク）などによるレセプトの保存⁶がある。審査支払機関や保険者において審査や点検が済んだ後の膨大なレセプト用紙を効率良く保管することが目的である。

この方法では、レセプト1枚1枚が高速スキャナを使って「画像イメージ」として電子化される。1枚のDVDには何千枚ものレセプトが収録される。この「画像イメージ」は、レセプト電算処理システムで扱う「文字データ」と同じく電子化された情報であるが、文字データのように集計はできない。

⁵ レセプト電算処理システム（支払基金）<http://www.ssk.or.jp/rezept/ika/index.html>

⁶ 例「健康保険組合における診療報酬明細書及び調剤報酬明細書の紙以外による保存について」平成15年3月7日保保発第0307002号厚生労働省保険局保険課長通知

6 . レセプト点検のIT化 これまで

さて、昨今では保険者での「縦覧点検」「重複受診点検」などの強化が著しく、保険者再審の増加、医療費通知などの話題も良く聞くようになった。従来の医療事務専門家を使った点検手法のみならず、ITも駆使されるようになってきている。

政府管掌健康保険を例に挙げると、大量のレセプト用紙を外部に委託して「画像イメージ」としてDVDに収録し、さらにOCRエリアの情報は「文字データ」(以下、OCRデータ)として機械で読みとることが平成15年2月より始まった⁷。

こういったシステムでは「OCRデータ」と「画像イメージ」を紐づけて扱うことを目的としている。読みとった「OCRデータ」と被保険者のデータベースを使って「医療費通知」の作成・発送もコンピュータが作成する。さらに、OCRデータの情報を「キー」として、画像イメージを抽出し、簡単に患者毎の縦覧点検・重複受診が点検できる。また、医療機関毎にレセプトを抽出することも自在である。つまり、「名寄せ」が簡単にできる時代となった。

⁷ 政府管掌健康保険事業運営懇談会 <http://www.sia.go.jp/mhlw/shingi/other.html>

7. OCRデータの保険者への提供 これまで

上記のように、紙レセプトを「画像イメージ」に変換して保管し、点検にも活用するシステムは高価なので、大規模な保険者でしか導入ができない。しかし、OCRデータはワープロで読めるものなのでパソコンでも扱える。OCRエリアの読みとりには専用の機械が必要となるが、今では保険者が希望すれば、有償で支払基金からOCRデータを入手することが可能となった(平成11年3月)。

ここで問題としたいOCRデータは、平成7年の特殊法人に関する閣議決定(規制緩和推進計画)「レセプト電算処理システムの構築及びレセプトの各保険者ごとの振分・集計業務の合理化、効率化を図るとともに、職員数の抑制に努める」を受け、平成9年5月1日にレセプト用紙のA4版化にあわせて適用されたものである。ただし、レセプト用紙下部へのOCR文字の印字については支払基金から、各都道府県医師会への「お願い」となっていた。

時代は流れ、今日では大抵のレセプトコンピュータがこのOCR文字の印字に対応している。そして審査支払機関でも機械化された保険者ごとのレセプト仕分け業務が当たり前となっている。

当時の資料では、OCRデータの目的はあくまでも審査支払機関の業務軽減であったようにしか読めないが、いつの間にか保険者の業務軽減にまで利用されている。患者への「医療費通知」などが盛んに行われるようになったシステムの背景にはこうしたOCRデータの活用が考えられる。OCRデータはそもそも医療機関のコストで作成されていることを忘れてはならない。

8. 画像イメージ(DVD)の保険者への提供 これから

現在、審査支払機関から保険者へのレセプト提出は紙媒体に限られている。ところが先の総合規制改革会議の第3次答申では、電子的手法により提出する手法が強く主張された。具体的には、審査支払機関で保管のためにDVD化したレセプトの画像イメージを保険者に提供(郵送)する。DVDには当然ながらOCRデータも含まれる。この方法では、大小様々な全ての保険者が少ない設備投資で「半ペーパーレス化」を享受できることになる。

9 . オンライン請求試験事業 これまで

「オンライン請求」とは、前述のレセプト電算処理システムで扱われる「文字データ」を郵送ではなく電送で提出する仕組みである。これはあくまでも提出だけであり、介護保険のように返戻まで考えられたシステムではないため医療機関の業務軽減への効果は少ない。さらに医療機関では別途通信用のパソコンが必要となる。

この仕組みは、平成14年の「オンライン請求試験事業」で初めて実施され、そこでは下記の3機関が参加する構図であった。

医療機関 - 審査支払機関 - 保険者

10 . オンライン請求の先行実施案 これから

「オンライン請求の先行実施案」とは、冒頭で述べた総合規制改革会議の第3次答申の重要課題「オンラインによるレセプト請求原則化のための条件整備」を背景に、厚生労働省が平成17年1月の実施を計画しているものである。あわせて、請求省令⁸もオンラインによる請求を前提としたものに改正することが計画されている。

この「オンライン請求の先行実施案」では、下記の2機関だけを結ぶ、単純な構図が提案されている。

医療機関 - 審査支払機関

上記の実施案では保険者が「オンライン」の枠から外れることとなった。だが、その代わりになるものとして前述の「8 . 画像イメージ(DVD)の保険者への提供」がある。DVDが審査支払機関から郵送されれば何も問題はなく、むしろ通信設備などが必要なくなるため保険者は楽になると言える。

⁸ 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令

11. セキュリティ

これまで述べたITを用いた仕組みにはセキュリティ対策が不可欠である。レセプトデータは患者カルテのサマリとも言える高度な個人情報である。電子化された大量のデータはコンパクトな電子媒体に入ってしまう、持ち運びも楽であるがコピーや流出の危険が常につきまとう。折しも最近のヤフーBBなどの不祥事がこの危険性を証明している。

こういった観点で保険者側のセキュリティ対策を見ると、健保組合、国保組合においては、厚労省の通知⁹レベルの規程しかなく不安な状況にある。保険者の職員は大抵、一人の医師より多くの個人情報に接することになるが、医師の守秘義務のような法的な罰則がない。健保連などでは「健保連共同システム¹⁰」なるものを開発・提供しており、多くの健保組合が1箇所の業務委託先を利用するようになっている。

IT戦略本部の発表したe-Japan 戦略¹¹では、「電子レセプトを担保にした金融機関からの融資」なる方策も発表された。確かにレセプトは診療報酬の債権である。しかし、医療機関が金融機関に患者の個人情報の詰まったレセプトを担保として提供して良いものであろうか。

12. 処方せんの電子化について

冒頭で述べた「e-Japan 戦略 加速化パッケージ」では、処方せんの電子化などの利用促進が提案された。これに対して、厚生労働省の「医療情報ネットワーク基盤検討会」の作業班では、薬局への「フリーアクセス」などが阻害されるとし、紙の運用を基本とすべき見解を行った。

なお、日本を市場にする諸外国を含めた製薬メーカーにとって、処方情報は喉から手が出るほど欲しいマーケティング情報でもある。現に先のe-Japan 戦略¹¹においては、患者番号、処方内容、購買情報などを新たなビジネスとして活用する図が掲載されていた。

⁹ 例「健保組合における個人情報保護の徹底について」平成14年12月25日保発第1225001号

¹⁰ 健保連共同システム <http://www.kenpo.gr.jp/kiis/kyoudou/01kyoudou.htm>

¹¹ IT戦略本部「e-Japan 戦略」平成15年7月2日

13．既成事実積み上げ戦略

現在の状況になるまでには、全体像を見せず巧妙に既成事実を積み上げてきたかの観がある。

- ・ 審査支払機関での機械分類が目的だったレセプトOCRデータが、いつの間にか保険者に有償提供されていること。医師会は支払基金からお願いされたのであって、保険者からお願いされてOCR文字を印字しているのではない。
- ・ レセプトのDVDでの保管については、最初、「審査支払機関での保管」、次に「保険者での保管」、最後に「審査支払機関から保険者へのDVD提供」と1件1件個別に進められてきた。最終的にはオンライン請求のしくみの中で重要な役割を果たすと予想される。

14．ORCAプロジェクトとの関係

日本医師会のORCAプロジェクトでは、ユーザと患者の視点に立ち医療IT化を進めている。このプロジェクトは「日医IT化宣言¹²」に述べられたように、医療現場のIT化が中心である。また、将来ネットワーク上でやりとりされるであろう患者情報のセキュリティのために「電子認証局」を「日本」の技術で開発している。

一方、総合規制改革会議やIT戦略会議の方針を金科玉条として進められる医療IT化とは、審査支払機関や保険者側の効率化が中心のIT化である。その根っ子にはアメリカの戦略があると思った方が良い（事実、IT戦略本部や総合規制改革会議のメンバには外資系の委員もいる）。

オンライン請求を実現するために、両者を結ぶことは技術的に可能である。しかし、その前に「患者」を中心とした前提条件の整理が必要なのではないだろうか。

¹² 日医IT化宣言（平成13年11月20日）

<http://www.orca.med.or.jp/orca/sengen/declaration.html>

15. まとめ

OCRデータ、レセプト電算、オンライン請求、のいずれも、医療機関のコスト負担で保険者側の業務軽減と審査強化が図られる構図であり、しかも診療内容や医療政策決定のための圧倒的なデータが保険者側にのみ蓄積されることになる。

これまで見てきた状況では、冒頭で述べた「保険者による直接審査・支払」や「管理医療」に向けてさらに道を開く方向に動いていることがわかる。そして総合規制改革会議の言う医療分野のIT化の推進「重要課題」には「患者」が抜けていることがわかる。

例えば、重複受診をぎりぎりまで削りとることで皆保険制度下の患者にとっては「フリーアクセス」の部分なくなる。最初にかかった医療機関がハズレなら次の医療機関での初診は自費となる。さらには医療費通知によって罪悪感を煽る。行き着く先は、患者への管理医療である。

この流れを一旦止めて今一度国民に問う必要はないだろうか？

次に控えるのはレセプト電算である。これは100%集計可能な「文字データ」であるが、現在は「画像イメージ」に変換され、紙と同様の審査が行われていることは既に述べた。しかしながら、近い将来、「文字データ」のまま、保険者にもデータを渡すような要求は高まると予想される。この時への対応としては、以下の3点を考慮して慎重に対処すべきと考える。

患者情報保護の観点からの守秘義務の範囲と罰則の明確化
審査支払機関から保険者へのOCRデータの供給禁止
審査支払機関におけるレセプト審査ロジックの検証と公開

これらの合意ができた上で、

医療機関のIT化コストに関する検討

を始めるべきであろう。それまでは、医療機関が「OCRエリアへの印字を即刻停止¹³」するなどの用意が必要と思われる。

¹³ 日医標準レセプトソフトでは、OCR印字をしない選択もできるようになっている