

日医総研ワーキングペーパー

レセプトオンライン化政策に関する考察

No. 129

2006年6月28日

日本医師会総合政策研究機構 上野 智明

レセプトオンライン化政策に関する考察

上野 智明

キーワード

- ◆ 医療の IT 化
- ◆ オンライン請求
- ◆ レセプト
- ◆ レセプト電算
- ◆ 管理医療
- ◆ ORCA プロジェクト

ポイント

- ◇ この数年、医療制度改革ではレセプトの電子化が最も重要視されており、医療制度改革大綱（2005年12月）、IT新改革戦略（2006年1月）などにおいてレセプト請求を2011年までに原則オンライン化する政策提言が行われた。
- ◇ レセプトのオンライン化は「医療費の抑制」「保険者機能の強化」「管理医療」「民間参入」など様々な取り組みへの突破口として進められている。
- ◇ 社会インフラの整備としてレセプトオンライン化は避けられない道ではあるが、2011年に完全義務化とするには、薬理作用で審査を行うことや、地域毎の医療費助成制度、レセプトコンピュータを必要としない小規模医療機関への配慮など、多くの課題や問題がある。このため、対応可能な医療機関が参加できる方式が望ましい。
- ◇ 医療行為の妥当性、必要性の評価をするにはレセプトだけでなく、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あろう。

目 次

1. はじめに	4
2. レセプトオンライン化の目的	4
2-1 医療費抑制の視点から	4
2-2 保険者機能強化の視点から	5
2-3 患者の視点から	6
2-4 民間参入の視点から	6
3. 医療提供側の対応に関する考察	7
4. さいごに	12

レセプトオンライン化政策に関する考察

日医総研 主任研究員

上野 智明

1. はじめに

この数年、医療制度の改革では医療の IT 化への提言が数多く行われてきた。レセプト電算をはじめとする強制的な IT 化施策の内容は、総合規制改革会議が中心となって端を発したものである。その方針には「医療の標準化」や、「保険者機能の強化」というキーワードが読みとれ、レセプトの電子化が必要な突破口とされてきた¹。そして、2005年12月「医療制度改革大綱（政府・与党医療改革協議会）」、2006年1月「IT新改革戦略（IT戦略本部）」などにおいて、レセプト請求を2011年までに原則オンライン化する政策提言が行われた。

オンライン化の目的と是非、対応策について、これまであまり深い議論がされてきたとは言い難い。「民間開放」、「規制改革」を求める会議がレセプトの電子化にこだわるにはそれなりの理由があろう。

本稿では、目的が明示されることなく進められてきたレセプトオンライン化施策について考察するとともに、医療提供側の対応策についていくつかの検討を行った。

2. レセプトオンライン化の目的

2-1. 医療費抑制の視点から

例えば、診療現場の医師が「EBMの推進」というテーマについて考える場合、その目的は純粋に「医療の質を高める」というものであろう。

医療制度改革の施策では考え方のスタートが異なる。つまり、個々の医療サービスにおける費用対効果を計測するために、治療・診断方法の「標準化」が必要とされ、その道具としてEBMや診療ガイドラインが採用された感がある。

¹ 日医総研：Annual Report ,P115-127 「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

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する試みである。その結果を診療報酬体系に反映させ、包括払い制度へ移行し、医療費を抑制するための施策である。こういった考えのもと、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て記載することを求める通知が全保険医療機関に出された。

レセプトがオンライン化されれば、これらの分析を大規模に行うことが可能となる。この「医療の標準化」から逸脱する医師の裁量や医療のアートな部分、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。

当然ながら、保険者はコンピュータを使って審査を効率化でき、「標準的な医療サービス」から逸脱する過剰な支払いを抑制することが可能となる。また、保険者にとっては支払基金へ払う事務費を節約できるという予測もある。

2-2. 保険者機能強化の視点から

保険者と医療機関の直接契約が2002年に閣議決定され、これにより審査支払機関でなくとも一次審査が可能となった。実際には多くの問題がある中で、運用の問題として、審査支払機関が行っている紙レセプトの保険者毎の仕分けと搬送業務があり、個々の保険者では対応に無理があった。

ただし、レセプトをデジタル化しネットワークを使えば可能であろう。このように、オンライン化の目的には、保険者側の事務作業を軽減することもあげられる。

さらに、予防医療の観点から健康診断を義務化することが決まった。国民医療の向上のため、医療提供側の悲願として歓迎する向きもある。被保険者にとっては健康管理が強化されたことによる窮屈感や、将来、生命保険料などへ利用される可能性に心配の声も聞かれる。

レセプトオンライン化という観点でみると、個々の被保険者にとって、健康な時の検診データが自身の保険者に集積されることとなる。また、異常があった場合、どこの医療機関を受診しても、最終的にはレセプトデータ（治療過程）が、やはり、自身の保険者に集積されるという究極の管理医療の未来が見える。

医療提供側も管理される。「骨太の方針」の目標では、保険者が被保険者（患者）の善意の代理人として、医療機関の質やコストを評価し、公開するとされた。これはすなわち、保険者が患者を医療機関に誘導できるようになる可能性が大きい。

2-3. 患者の視点から

医療のIT化と銘された数々の施策の中で、医療現場の効率化を考えた施策は非常に少ない。レセプトオンライン化に代表されるように、多くは保険者側の効率化を目的とした施策である。

その結果は管理医療として患者に跳ね返る。これまで医療提供側が主体となり、世界的にも高い評価を得るようになった国民医療の質が、保険者主体の管理医療に変わることによってさらに向上するとは考えにくい。

支払基金などでの一次審査と保険者での二次審査との大きな違いに、「縦覧点検」「重複受診点検」などがある。重複受診は患者の自由選択の結果であり、様々な理由で重複してしまうことも多い。今後、オンライン化とセカンドオピニオン制が進んで行くにつれ、重複受診へのチェックが厳しくなることも考えられる。

また、現行の医療費通知なども、オンライン化で集まる詳細なデジタルデータを使って、より効果的なプレッシャーが患者に与えられるようになる可能性もある。

2-4. 民間参入の視点から

既に市場には民間医療保険が多く参入し、広告宣伝を目にする機会が多くなった。これら民間医療保険商品では、リスクの分析を元に保険料率などの設計を行う。リスクの分析には疾病にかかる年齢、性別、コスト、治療期間、生活習慣など様々な要素があり、検診結果とレセプトはリスク分析に最適なデータといえよう。

また、高齢化につれ医療費が今後増大していくことは必定だが国庫の負担は減らしたい、というのが昨今の医療制度改革の論点である。現状の国庫負

担を超える医療費については民間に開放すべしというのが「民間開放・規制改革推進会議」の目的に思える。

これまで、株式会社による医療機関経営、保険者と医療機関の直接契約、民間医療保険の台頭など、医療への民間参入の流れが着実に進められてきた。今回は、そこにレセプトオンライン化というインフラ整備が加わったと分析できる。医療提供側の橋頭堡は医療機関の理事長要件だけとなりつつある。

3. 医療提供側の対応に関する考察

あらゆる分野で IT を用いた効率化や合理化が進められている昨今、社会インフラの整備としてレセプトオンライン化は避けられない道であると言えよう。しかしながら、その実現には、医療機関での業務の効率化が図られなければ意味はない。

日本医師会の見解では、レセプトオンライン化の「試行」に関しては認めているが、2011年までの原則実施については以下の4項を理由に賛成はしていない。

- 1) 医薬品の適応外投与について薬理作用で審査を行うようにすること
- 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で利用されないよう担保すること

以上、レセプトオンライン化の是非にあたっては上記に加え、下記を検討課題も十分に考慮する必要がある。

- 5) レセプトの審査ロジックの整備と公開
- 6) 医療機関における事務の効率化について
- 7) レセプトオンライン化で医療機関にかかるコストについて
- 8) レセプト文字データ変換ソフトについて

以下、上記8項について筆者の私見によるコメントを述べる。

1) 医薬品の適応外投与について薬理作用で審査を行うようにすること

薬理作用で審査することについては、武見太郎会長の時代に出た通知があるが、保険者では無視されていることも多く、保険者再審の原因になっているとも聞く。またコンピュータによるデジタル審査になった場合はチェックのやりようがない。このため、日医では適応外投与の事例マスタを作ることを厚労省に要請している。

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

保険証に資格過誤があった場合、現行では医療機関が損害を被ることが多い。しかも不正請求の如く報道されることもある。クレジットカードなどの分野では端末から与信のチェックが行われることが常識である。

医療機関から保険証の資格確認をするには、保険者側のシステムが統一されていないため、実現には難問も多い。個々の保険者で日々更新される被保険者の異動や有効期限の情報を一元管理する必要があり、国の関与なしでは実現できない。

3) 情報漏出の危険性を担保すること

オンライン請求はデジタルデータであるため、プライバシー度の高いレセプト情報が大量に漏出する危険性がある。オンライン請求の「試行」では安全のため、ISDN 回線を利用している²。しかしながら、クラッキングの手口にはソーシャルハッキング、交換機乗っ取りなどもあり、いずれにしても安全確実だとは言えない。

通信の分野では、ADSL、光ファイバーの台頭により、ISDN の利用が大きく減りつつある。ホームバンキングサービスの多くもインターネットを利用した Web サービスに移行しつつある。日本の地形では ISDN 回線すら選択できない地域もあるため、通信は物理レイヤーに依存しない形の方が望ましい。

ネットワークセキュリティの確保については、データの暗号化や認証を使う方法が主流になってきており、日本の電子政府（GPKI）構想でもこの方法がとられている。レセプトオンライン請求の認証は、皆保険制度の請求基

² 今後オンライン請求の通信インフラとして IP-VPN が採用される予定

盤となりうるインフラであることを考慮し、将来を見据え、日本医師会認証局（MPKI）で取り仕切ることも考慮に入れたい。

4) レセプトデータが審査以外の目的で利用されないよう担保すること

レセプトは、多くの保険会社、信用調査会社、製薬企業、その他外資系企業など、あらゆる分野において利用価値の高い情報である。昨今は利用用途を明確にし、「個人情報保護法」に則りさえしていればデータを使うことができる、という風潮になりつつあるので注意を要する。

なお、支払基金については「基金法」という法律により、基金の外にレセプトデータを出せないようになっている。一方、健保組合など保険者に対しては、個人情報保護の徹底を求める厚労省通知しかないのが現状である。

支払基金と同等のデータを扱い、医療機関と直接契約もできる以上、保険者に対しても支払基金と同等のレベルで守秘義務や罰則の範囲を明確にすべきである。

5) レセプトの審査ロジックの整備と公開

レセプトオンライン請求を実施するのであれば、公的にオーソライズされた共通のレセプト審査ロジックを国が公開することを強く求めたい。

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。

実現すれば、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る。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。

あわせて、審査ロジックについてはメンテナンスしていく組織（委員会）を立ち上げ、診療報酬の改定時期などにも遅れることなく審査ロジックを追加修正できる体制が必要である。

日医の ORCA プロジェクトでは、医療事務の効率化を目指すという方針のもと、「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

を折に触れ提案してきた。しかしながら、既存のレセプト点検ソフトやマスターはビジネスツールとして知的所有権の問題があった。そこで ORCA プロジェクトでは、独自に作成した、保険薬と適応病名などのレセプトチェックマスタを公開する方向で進めている。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。

6) 医療機関における事務の効率化について

オンライン請求では、現行のレセプト電算（電子媒体による請求）と同じ書式のデータを電送する手法が予想できる。

これは請求のみの一方向であり、このため医療機関側にメリットが少ない。

返戻はもとより、資格過誤の保険者間調整や地域の医療費助成制度、労災自賠責なども設計に入れるべきである。

そういった設計もしないまま、オンライン請求を実施するのであれば、医療機関にメリットは少ない。このまま、どうしてもオンライン化を進めたいのであれば保険者が医療機関のコストを負担し、オンライン請求を「お願い」するのが筋と言える。

なお、IT 化以前の問題として、国保の請求書・総括表ですら 47 都道府県で統一されておらず、市町村の数だけ独自の助成制度があるという現状がある。

7) レセプトオンライン化で医療機関にかかるコストについて

支払基金の調べた保険医療機関数³を元にレセプトオンライン化で必要となるコストについて極めて粗い試算を行った結果は約 650 億円となった。

この試算では手書きでレセプトを作成している医療機関のうち、月間レセプト件数が 200 件未満の医療機関は除外してある。

このコストをどう手当とするかも、レセプトオンライン化に関しては重要な検討課題である。

³ 社会保険診療報酬支払基金：電子計算機により作成された明細書の受付状況、平成 17 年 5 月

レセプトオンライン化に必要なコストの粗い試算

診療所 87,270 施設

(うちレセコン利用施設 67,670)

(うち手書きレセ 200 枚以上 7,260)

病院 9,050 施設

(うちレセコン利用施設 8,760)

(うち手書きレセ 200 枚以上 290)

※支払基金調べ

1 医療機関あたりの概算費用

ソフトウェア費用 20 万円 (レセ電算対応ソフト+オンライン対応)

ハード・回線費用 30 万円 (PC 一式+回線契約費用)

レセコン購入一式 300 万円 (手書き医療機関の場合)

$$((67,670+8,760)*500,000)+((7,260+290)*3,500,000)=64,640,000,000$$

また、手書きでレセプトを作成しており、月間件数が 200 件未満の医療機関が、診療所で約 12,000 施設ある。これらの医療機関に関してもなんらかの救済対策が必要と思われる。地域医師会で代行請求を行うとしても膨大となる事務費の問題が生じる。

なお、日医標準レセプトソフト (ORCA プロジェクト) は、PC で稼働するオープンソースソフトウェアであるため、オンライン請求に対応したとしても上記のようなソフトやハードの費用は不要となる可能性が高い。

8) レセプト文字データ変換ソフトについて (レセスタ⁴)

レセプト電算を促進するために開発、厚労省より配布が始まったソフトがある。プリンタ出力用のレセプト文字データをレセプト電算データに変換するもので、開発のために 17 億円以上の国費が投入されたと聞く。大手メーカー 7 社のレセコン、15 機種のみで利用できる。大手メーカー製のレセコンでは、大抵はすでにレセプト電算対応用のオプションが用意されているにも関わらず、国策によって別途開発が行われた。

しかも病院のシステムやレセプトコンピュータは 5~8 年程度でリプレイスするのが通常であるため、単に減価償却を待ち、レセプト電算に対応した

⁴ レセスタ : <https://www.recesta.mhlw.go.jp/>

ものにリプレースさせるだけで済む筈であった。つまり放っておくだけで 2011 年までには、ほぼほとんどの病院がレセプト電算に対応できた。規制改革会議に急かされての開発だったのであれば、即刻、辞めても良いと考える。

4. さいごに

本稿では、レセプトオンライン化施策に対し、医療提供側が慎重に対処すべき点を網羅的に考察した。2011 年までのオンライン請求完全義務化については、先般の医療制度改革関連法案の参議院厚生労働委員会にて「努めるもの」と付帯決議が行われたことは記憶に新しい。これまで述べた問題点や課題を考えたも、闇雲な 2011 年義務化は時期尚早であり、状況を鑑みながら、可能な医療機関が参加できる方式が望ましい。

現行提案されているレセプトオンライン化は、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。医療行為の妥当性、必要性の評価についてはレセプト以外に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。医療提供側の対応としては、2011 年までの数年間に ORCA プロジェクトの成果である日医標準レセプトソフトを十分に普及させ、必要な情報を収集できる体制を整えるとともに、将来の請求事務の IT 化の設計について現実的な提案をしていくことも重要であろう。