

日本の医療ここが問題 シリーズ4

# レセプトオンライン化は実現するか

紙のレセプト（診療請求書）しか認められないという規制が長らく続けられてきた。このIT化の時代に至ってもだ。レセプトの電子化、なかんずくオンライン化は、効率化の面はもとより、医療機関と保険者とが直接の対話を通じてあい競うためにも、カルテの電子化を促進し、標準医療を確立し、包括払い方式に移行するためにも、そのスタートラインと位置づけられる。

01年以来その必要性が叫ばれてきたが、一向に進まなかったこの問題に対する解決の道が05年に、総理の強い意向もあってようやく実現しようとしている。

このレポートではオンライン化の持つ意義・効用と、実現に至るまでの道のりを鳥瞰し、この課題の本質を掘り下げてみる。

2006年2月



## 株式会社 旭リサーチセンター

東京都千代田区内幸町1-1-1（帝国ホテルタワー）

電話 (03) 3507-2406 (代)

このレポートの担当

取締役会長

鈴木良男

お問い合わせ先

03-3507-2422

E-mail [suzuki.ys@om.asahi-kasei.co.jp](mailto:suzuki.ys@om.asahi-kasei.co.jp)

<本レポートのキーワード>

レセプト（診療請求書）、オンライン化、医療改革、規制改革

（注）本レポートは、ARCホームページ（<http://www.asahi-kasei.co.jp/arc/index.html>）から検索できます。

このレポートの担当

取締役会長 鈴木良男

お問い合わせ先 03-3507-2422

E-mail [suzuki.ys@om.asahi-kasei.co.jp](mailto:suzuki.ys@om.asahi-kasei.co.jp)

## まとめ

05年は日本の医療改革にとって記念すべき年となるかもしれない。懸案諸課題の解決が図られたからだ。レセプトのオンライン義務化はその筆頭だ。 ( p1 )

日本の医療の問題点と解決策を再考察する。 ( p2~4 )

改革の原点となった01年の総合規制改革会議第1次答申。思い切った提言をした。だが、いざ実行の段階で頓挫した。抵抗勢力が強かったからだが、医師会に弱い厚労省の腰の弱さも問題だ。 ( p4~6 )

実例を見てみよう。保険者による直接審査・支払の実行段階で見た厚労省のやり方は何なのだ。実現不能案で実行を回避したではないか。 ( p6~9 )

いくつかの実現課題のうち、レセプトのオンライン義務化を取り上げる。 ( p9 )

レセプトは紙で出せという不思議な省令は廃止されたが、電子化は進まない。電子化の基本はフロッピー化ではなくオンライン化だ。医師と保険者が直接やりとりする仕組みが医療の活性化に不可欠だから、それにはオンライン化が必須。 ( p10~13 )

オンライン化によりカルテの電子化を促し、標準医療の構築に資し、出来高払いからの脱却を図るとというのが狙った構図だ。だからオンライン化は医療改革のスタートラインとしての意義をもつ。 ( p13~16 )

01年総合規制改革会議のオンライン化答申は大はずれした。 ( p16~18 )

総合規制改革会議はついにオンラインでない請求には支払をするなという奥の手を出した。 ( p18~19 )

総合規制改革会議でもオンライン化は激しく論じられた。だが、意はあるが、厚労省として進められない雌伏の時期が長く続いた。 ( p20~21 )

IT戦略本部と経済財政諮問会議での小泉発言が鶴の一声となった。 ( p21~22 )

ようやくオンライン義務化を言えるようになった厚労省。推進会議公開討論でオンライン義務化を明確に表明する。 ( p22~24 )

今度こそ本物としなければいけない。次は電子カルテの義務化。 ( p26~27 )

# 目 次

はじめに	1
第1章 踏みにじられた01年医療改革	2
第1節 日本の医療の問題点は何か	2
何が問題でどういう解決策が必要だったか	2
第2節 改革の原点となった総合規制改革会議 第1次答申	4
思い切った改革を提言した総合規制改革会議	4
第3節 踏みにじられた第1次答申	5
お決まりの「いざ実行となると」の壁に突き当たった時期	5
厚生労働省と医師会との奇妙な関係	5
第4節 実例に見る「いざ実行」に弱い厚生労働省の体質	6
骨抜きされた保険者による直接審査・支払の復権	6
約束時期を9ヶ月遅れ、実現不能の通達を出した厚生労働省	7
第5節 このレポートのシリーズで取り上げる事項	9
第2章 レセプトのオンライン化への道	10
第1節 オンライン化に向けての第一歩 紙からの脱却	10
原則は紙という不思議	10
総合規制改革会議の最初の成果	10
電子化なканずくオンライン化が必要な理由	11
直接審査・支払のためにはオンライン化が必須	12
第2節 オンライン化はなぜ必要か 医療改革のスタートライン	13
医療の効率化、競争の導入	13
究極の目標は「出来高払い」からの脱却	13
定額払いに行き着くには標準診療方式決定が不可欠	14

標準医療の蓄積には電子カルテがマスト	15
レセプトのオンライン化を前提として、レセプト情報はカルテから	15
結局レセプトのオンライン化がスタートライン	16
第3節 レセプト、オンライン化への道 その1、雌伏期	16
明確な姿勢を示した01年総合規制改革会議第1次答申	16
大はずれになった厚生労働省「情報化グランドデザイン」	17
大はずれの理由	18
奥の手を考え出した総合規制改革会議	
オンライン化によらないものには払うな	18
引き継いだ規制改革・民間開放推進会議でひそやかに上げた産声	20
第4節 レセプトオンライン化への道 その2、実現期	21
大っぴら議論の俎上に乗った05年度議論	21
ついに厚生労働省がオンライン義務化に乗ってくる	21
IT戦略本部との共闘、小泉首相の鶴の一声	21
推進会議が公開討論を開く	22
最後の止めを刺す推進会議側	23
政府・与党の決定	24
12月21日、推進会議第2次答申は高らかに勝利宣言をする	24
06年1月のIT本部提言	25
第5節 今度は本物となるか、レセプトのオンライン化 次の課題は	26
食い逃げは許されない	26
電子カルテの義務化は将来の課題	26

## はじめに

2005年は日本の医療改革にとって記念すべき年となるかもしれない。かねてから懸案であったいくつかの問題に対する改革案がある程度具体性をもって解決が図られたからである。医療分野のIT化の促進、保険者機能の強化、中央社会保険医療協議会（中医協）の改革、医療機関の情報公開の義務化などがそれであった。

この意味で、05年は医療の世界において画期的ともいえる大改革が「こんどこそ本当に」実現されるという期待を抱かせた年といえるかもしれない。この「日本の医療ここが問題」シリーズの第一回（ARCレポート RS-773）では、日本の医療界が抱える多くの問題とその解決へ向けての道について解説した。おりしも、そのような問題点は、総合規制改革会議における01年の審議のなかで包括的・体系的に整理され、同年12月の答申はそれに対する改革の方途を示した。この意味で、01年は長らく手をつけることができなかった医療界が抱える諸問題の解決に向けて、本格着手を宣言した年だったといえる。

だが、この宣言、いざ実行の時期に入るとにわかに色あせたものとなる。反対勢力による執拗な抵抗にあったからだ。高らかに謳いあげたが、改革は遅々として進まず、7割を標榜したレセプトの電子化が2割に留まるという事実象徴されるように、「旗は掲げたが」という始末であった。その間に医療費をめぐる財政は悪化の一途を辿り、日本が誇る「国民皆保険」は名前だけのものとなる危惧が現実のものとなろうとしている。

このような事態を回避するために、厚生労働省では06年を目処に医療問題を総洗いして、医療の危機を回避する改革に着手した。だが、この省の欠点は抵抗勢力に弱いということだ。そこで、医療問題に深く携わってきた、総合規制改革会議、その後を受け継いだ規制改革・民間開放推進会議（推進会議）をはじめ、関係機関では本格的な医療改革の実現に向けて、審議・提言をつくした。その結果、01年に着手宣言をしたが、実現されていなかった多くの課題に、具体的解決の道が示されることになった。

「今度は本当に」というのは、05年の審議に携わった者、そして国民全体の切望である。01を宣言の年とするなら05年は実現に向けての第一歩の年としたいものである。こういう視点から、05年に何が実現に向けての第一歩を印したかを考えてみたい。

(注1)

昭和23年9月に社会保険診療報酬支払基金法に基づいて設立された法人(平成15年10月1日から民間法人)。

全国の病院や診療所などの医療機関から、健康保険組合や共済組合などの保険者に対して請求される医療費(診療報酬)を、保険者の委託により審査と支払の業務を行う審査支払機関。

診療報酬の審査支払の他には、老人保健、退職者医療及び介護保険関係の業務も取扱う。

支払基金以外の審査支払機関としては、国民健康保険の保険者の審査支払機関である国民健康保険団体連合会(国保連)がある。

(注2)

保険診療と保険外診療の併用。これを禁止する明確な法律上の規定はない。混合診療が認められていないため、一連の診療行為の中で一部でも保険外診療を行うと、本来、保険適用されるべき診療についても保険が適用されず、診療全てについて患者が費用を負担しなければならない。

# 第1章 踏みにじられた01年医療改革

## 第1節 日本の医療の問題点は何か

何が問題でどういう解決策が必要だったか

01年当時、日本の医療の世界は混濁の極に陥っていた。シリーズ第1回はそれらの「抱える問題点」を以下のように分析している。

### 1 日本の医療が抱える課題

まず、医療の世界は医療法が制定された昭和23年(1948年)以来ほとんど変化のない世界だと評価したうえで、抱える問題を次のように指摘している。

第1に、患者の視点が欠落している。医師と患者とでは持っている情報にあまりにも差がある(情報の非対称性)というのが、医療関係者の言い分だ。ここから、いろいろな独特の主張が出てくるが、「患者には知らしむべからず」というのがこれまでの医療のやり方だった。医師が主人として何事も一手に握るやり方は根本から改める必要がある。

第2に、IT化を避ける事務運営が罷り通っている。レセプトというのは医師が支払い側である保険者に出す請求書のことだが、これがこのIT化の時代に、紙面でするのが原則となっていた。その紙のレセプトを社会保険診療報酬支払基金(支払基金)(注1)という特殊法人が1枚1枚人間の目で見、内容を審査する。電子的手段でのレセプトの提出は01年にようやく公認されたが、紙のレセプトが99%以上(当時)を占める。05年になっても、まだ20%程度でしかない。

第3に、知恵を使う競争が皆無といってよいほどない。「出来高払い」といって、医師の判断で認められた範囲内での治療や施薬はどんなことでもでき、その出来高に応じて医師に医療費が支払われるというのが現在の仕組みである。この仕組みの中ではひたすら長く入院をさせ、捨てるほどの薬を出すというインセンティブが働くが、患者のためにできるだけ早く快復させるという知恵と技術を使う競争は生まれてこない。

長らく問題であった混合診療の禁止という問題もそうだ。公的保険診療と保険外診療の併用は、混合診療(注2)といってこの世界では忌避されてきた。その原因の一つに「医師間競争の回避」という思惑があることは間違いない。



(注3)

四病院団体協議会 平成12年設立 ( ~ 間で重複有り)  
社団法人 日本医療法人協会 昭和27年設立 1,430法人  
社団法人 全日本病院協会 昭和35年設立 約2,000病院  
社団法人 日本病院会 昭和23年設立 2,781病院  
社団法人 日本精神科病院協会 昭和24年6月 民間精神科1,214病院

国立大学附属病院長会議 (全国の国立大学病院)

全国公私病院連盟 現在7団体  
主要な約1,700病院を会員とする病院団体。

日本病院団体協議会 (日病協) 病院11団体  
参加団体の病院数は全国の病院9,064施設のうちの約80%のシェア。

(注4)

Evidence Based Medicineの略

根拠に基づいた医療。「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床診断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義される実践的な手法である。

~厚生労働省、医療技術評価検討会資料から抜粋~

(注5)

我が国の公的保険での医療行為には個別に点数とそれに基づく価格が定められている。(診療報酬点数)現在、医療行為が行われる際、その行った医療行為の積み上げで支払金額が定まっている(出来高払い)。これに対し、入院治療において疾患別に定額の報酬支払いを行うような方式を包括支払方式という。現在、我が国では急性期等の入院治療においては、一日定額の支払方式が導入されつつあるが、諸外国で主流となっている1入院につき定額の支払方式は未導入である。

第4に、「医の倫理」と称するものが一人歩きしている。人間の命は平等だから金持ちだけが受けられる混合診療はダメだ、金儲け主義の株式会社はダメだ、というのはその典型だ。

最後にもう一つ、政治勢力との結託という点を挙げなくてはなるまい。これまでも政治との結託を図る業界は多かった。現在もそれに頼る業界も多い。だが、無党派層が増え選挙民の意識は特定の利害集団の意向を重んじる政治家に対して冷やかかになっていることは事実で、この意味で政治と業界の結託は少なくとも表面からは消えるか、見えないようになりつつある。だが、医療界だけは違う。その代表選手が日本医師会（医師会）で、主な勢力は診療所などつまり中小の医療機関だといわれる。この医師会が現在も残っている政治との結びつきが強いものの中での最強の存在ともいえる。

医療界にはこの医師会の他にいくつかの団体がある（注3）。その団体同士は必ずしも一枚岩ではない。だが、医師会は会員総数約15.6万人（2001年8月現在）、地域に根を張っている診療所が中心であり豊富な資金力を持っているから、政治も一目を置かざるを得ない。だから日本の医療政策は、大病院ではなく診療所に配慮したものが多い。中小企業が業界の中心となるという、日本では珍しい存在である。

## 2 抱える課題の解決には、どういう方法で対応するのか

（1）あらゆる分野で、効率化が阻まれている。そのような効率化を阻む過去のシステムの全面見直しが喫緊の課題である。効率化阻害要因の排除としては、以下の諸課題が指摘できる。

「IT化の推進」 カルテから支払者までオンラインで、が目標となる

「標準化の推進」 医療情報の蓄積 EBM(注4)の確立 標準医療方式の確立 包括払い方式への移行、が目標となる

「医療従事者の派遣の解禁」 医局制度との訣別

（2）医療のあらゆる分野で競争が欠如している。ギルド社会から脱却し、政治力依存体質を打破し、国民のための医療に生まれ変わるためにも競争の導入が不可欠

「包括払い制度」(注5)へ移行 支払面からの競争の導入 乱診乱療を生む「出

(注6)

健康保険法においては、保険者は審査・支払する権限を本来持っていると考えられているにもかかわらず、公的保険の運営を重んじるあまりに本来の権限が制限されてきた。(例えば、審査支払権限は保険者固有の権限であり、健康保険法上でも社会保険診療報酬支払基金に業務を委託できるとされているが、実態的には通知通達で委託しなければならないと指導されてきた。) そのように保険者の権限が制限されていたものを排除し、保険者のもつ機能を充実強化すること等を保険者機能の充実・強化という。保険者機能の強化・充実により、保険者の機能・権能を活用し、運営に積極的に関与させることで、公的保険運営の向上をはかる等の目的が期待されている。

(注7)

医療法等による医療計画には、地域ごとの医療圏にベッド(病床)の数量上限が定められており、この基準を超えるような病床をもつ医療施設の開設は実態的に困難な状況にある。これがいわゆる病床規制と言われている。

(注8)

累次の規制緩和・規制改革の推進機関

1. 行政改革委員会規制緩和小委員会	(1995～1998)
委員長 飯田庸太郎(三菱重工業相談役)	
小委員会座長 椎名武雄(日本アイ・ピー・エム会長)	(1995)
宮内義彦(オリックス社長)	(1996～1998)
2. 規制緩和委員会	(1998～2000)
1999年から規制改革委員会に名称変更	
委員長 宮内義彦	
3. 総合規制改革会議	(2001～2004)
議長 宮内義彦(オリックス会長)	
4. 規制改革・民間開放推進会議	(2004～2007)
議長 宮内義彦	

来高払い制度」に訣別を

「混合診療の解禁」 技術・サービス面での競争の導入 10兆円産業の創出  
は容易

「保険者機能の強化」(注6) 支払側からの監視 あわせて医療機関との自由な  
契約の容認を

「株式会社の参入許容、理事長要件の撤廃」 ギルドの世界に新しい血液を

「広告の自由化と情報開示システムの強化」、あわせて「第三者評価システムの  
導入」

「病床規制」(注7)からの脱却

### 3 その他の問題

「医師免許の更新制度」の導入 お医者さんは信頼してよいのか  
なぜコンビニで薬が買えないのか。

完敗の医療機器関係業界。アメリカの10倍で売りつけられる心臓ペースメーカー  
など

## 第2節 改革の原点となった総合規制改革会議 第1次答申

思い切った改革を提言した総合規制改革会議

思えば01年は医療改革にとっては、まさに改革元年とも評するべき年であった。この年に、95年から始まった現代的規制改革の流れ(注8)の中で、第3期目の改革推進機関として、総合規制改革会議が発足した。この総合規制改革会議は、前身である行政改革委員会(規制緩和小委員会)、規制改革(緩和)委員会が、規制改革のターゲットとして経済的規制の緩和・改革に、その主力を注入してきたのに対して、視点が徐々に社会的規制の改革に移ろうとしていた時期にスタートした。その社会的規制の対象となったのは、医療、福祉、教育、農業などだが、なかでも医療が圧倒的に改革を求められていた改革の本丸であった。

総合規制改革会議は、そのような時代背景を背負って、医療の世界のあらゆる既存の

仕組みを取り上げて、01年12月に本格的な医療改革の答申を行った。その提言範囲は上述した「抱える問題」のすべてに及び、内容はそれまでのような微温的なものではなく、徹底して日本の医療界の本格的な改革を求めるものであった。そのゆえに、医師会をはじめとする日本の医療業界は震撼した。提言は厚生労働省との長い討議を経て、最終的に互いに合意され、閣議決定を経たものである。決して「言って言い放し」という性格のものではなかったはずだった。

### 第3節 踏みにじられた第1次答申

お決まりの「いざ実行となると」の壁に突き当たった時期

医療改革元年であったはずの01年答申だったが、実現までの道のりは平坦ではなかった。いや、むしろ茨の道だったと言った方が正確だろう。理由は、お決まりの反対勢力の跋扈であった。その代表選手が医師会であったことは言うまでもない。

01年答申は、厚生労働省内でも波紋を生んだ。厚生労働省の官僚は全部が全部、官僚独特の既得の権益と仕組みを墨守するメンタリティーを持った人たちばかりではない。日本の医療が抱える問題の将来に及ぼす影響に敏感で、変革を必要とするという考えを持った人たちも少なくなかった。答申が閣議決定され、いよいよ実行段階に移ったとき、彼らの前に立ちはだかる厚い壁が、進歩派の官僚の行く手を遮り、立ち上がろうとした彼らに無力感を味あわせることが多かった。

遮ったのは反対勢力、つまりは医師会である。政治と結託して、官僚の施策を操り、自らの利害に合致する方向に持っていくのは、この業界団体の特技中の特技だ。この特技は、彼らを震撼させた01年答申の実行段階で、遺憾なく発揮されるどころとなる。反対派としても、閣議決定された答申内容だから、正面からその実行に反対するワケにはいかない。取れる手段は、これをどう骨抜きにするかということとなる。

#### 厚生労働省と医師会との奇妙な関係

厚生労働省と医師会との間では、長い間、信じられない逆転の関係が横行してきた。それは厚生労働省が政策を実現しようとする時には、法律はもとより、政省令、はては

(注9)

規制改革の推進に関する第1次答申 平成13年12月11日 総合規制改革会議

第1章 重点6分野について 医療 【具体的施策】

(3) 保険者の本来機能の発揮

通知・通達の類にいたるまで、それを発出しようとする、その内容について、医師会の意見を聞くという格好がよいが、実は医師会の承認を必要とするという奇妙な関係が続いてきた。官僚がなにかを改革のためにしようとしても、医師会が首を縦に振らない限り、その政策は陽の目を見ないという関係だ。中間管理職の官僚は、このため、ある通達を出すに当たって、医師会に日参する。そして医師会の意向に沿うように内容への介入を受ける。この関係が、長い間、厚生労働省には政策がないといわれてきた原因であって、つまり、厚生労働省では医療政策を決められず、実質的に決めるのは医師会だったということである。

このねじれた関係が、厚生労働省の官僚の意欲と進歩を阻害してきたことは、想像を絶する。逆らえば、時にあっては、出世の道さえ閉ざされる。だから、厚生労働省の官僚は「飼い猫」のように、無気力にひたすら頭を垂れるのが当たり前と自嘲する雰囲気さえ、省内・体内にこびりついてきたといっても過言ではない。

#### 第4節 実例に見る「いざ実行」に弱い厚生労働省の体質

##### 骨抜きされた保険者による直接審査・支払の復権

そういう経緯から01年の画期的な答申も実行段階で、見事に骨抜きをされた。一例を挙げよう。「保険者機能の充実」という課題がある。01年答申では、その第一歩として、保険者によるレセプトの直接審査・支払を解禁するという答申(注9)が盛り込まれている。つまり、レセプトの審査およびこれに伴う医療費の支払は、これまで支払基金が独占的に行ってきたが、これを基金だけでなく、保険者にも直接認めるべきという答申である(この意味で、以下では「保険者による審査・支払」を「直接審査・支払」とよぶことがある)。

だが、これは解禁でもなんでもない。もともと昭和23年の医療法では、医師からの診療行為の請求書であるレセプトの審査と支払は、同法76条第4項により、保険者が行うということが定められている。だから審査・支払は保険者固有の本来の機能・権限であったはずである。ところが、この法律が施行された直後の昭和23年9月に、厚生

(注10)

規制改革の推進に関する第1次答申 平成13年12月11日 総合規制改革会議

第1章 重点6分野について 医療 【具体的施策】

(3) 保険者の本来機能の発揮

我が国の医療制度は社会保険を制度の基本としており、患者本位の医療サービスの提供に当たっては、患者のエージェントとしての保険者の役割は極めて重要である。国民の生活レベルが向上し、それに伴う多様なニーズと要求されるスピードにこたえるためには、保険者が被保険者に対してより良い保健サービス・情報を提供し、本来の機能を発揮することが必要である。

そのためには、これまで国が行ってきた運営をなるべく各保険者の自主性にゆだねるとともに、その受皿となる各保険者が被保険者のエージェントとしての付託に応じ、自主自立の意識の下、責任を持ってその機能を十分果たしていくよう、保険者の体質強化が望まれる。また、保険者機能の強化のために、保険者による医療機関、被保険者に対する情報収集が円滑に行えることが必要である。このためには以下の点が特に重要である。

ア 保険者によるレセプトの審査・支払【平成13年度中に措置（速やかに実施）】

レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であり、保険者の自由な意思に基づき、(1)保険者自らが行う、(2)従来の審査・支払機関へ委託する、(3)第三者（民間）へ委託するなど、多様な選択が認められるべきである。このために、健康保険組合などに対して社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している通達（昭和23年厚生省保険局長通達）や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている省令（昭和51年厚生省令）の規定を廃止する場合には、公的保険にふさわしい公正な審査体制と、患者情報保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とするべきである。

イ 保険者と医療機関の協力関係の構築【平成13年度中に結論を得、平成14年度から実施】

保険者と医療機関は協力して被保険者の健康を守り、傷病からの回復の手助けをするという共通の目的を有しており、効率よく医療制度を運用して被保険者の利益を確保するために、協力していく関係にある。そのためには、保健事業の推進等を通じてより密接な関係を構築するとともに、フリーアクセスの確保に十分配慮した上で、保険者と医療機関がサービスや診療報酬に関する個別契約も締結できるようにするべきである。



労働省は社会保険診療報酬支払基金という特殊法人を作った。そして、レセプトの審査・支払はこの支払基金に委ねるようになって欲しいという通牒を出す。最初は委ねて欲しいという要望だったが、その後「支払基金を通じるように」という命令に変貌した。以降50有余年、保険者の本来の権能は、深い眠りの中に氷漬けにされてきた。氷を割ったのが01年総合規制改革会議答申であった。

01年答申では、「保険者によるレセプトの審査・支払」について、「レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であり、保険者の自由な意思に基づき、保険者自らが行う、従来の審査・支払機関へ委託する、第三者（民間）へ委託するなど、多様な選択が認められるべきである」としたうえで、「このために、健康保険組合などに対して社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している通達や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている省令の規定を廃止する場合は、公的保険にふさわしい公正な審査体制と、患者情報の保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とするべきである」としている(注10)。

これは、昭和23年誕生とともに氷付けした、保険者の本来の権能を実に50年ぶりに解凍した画期的な答申であった。おまけに、従来の支払基金独占から、当事者である保険者はもとより、保険者の委託を受けた民間の第三者にまで審査・支払を委託できるとしている。

約束時期を9ヶ月遅れ、実現不能の通達を出した厚生労働省

この答申部分は、01年度中に措置（速やかに実施）とされたが、02年3月、年度末になっても厚生労働省は改正通達を出すことができなかった。総合規制改革会議は速やかな実施を行うようと、再三にわたり厚生労働省の注意を喚起したが、必要な通達は実に年末にいたってようやく発出される始末だった。医師会との調整が難航したからである。

おまけにようやく12月に出された通達は、解除ができなくなるように仕組んだとしか言いようのない代物だった。それは、厚生労働省が保険者による審査・支払を容認す

るにあたり付けた3つの条件が実行を阻む役割を果たしたからである。一つは医療機関との合意が必要という点、二つは、ある医療機関と直接審査・支払の合意をした場合、その医療機関と当該保険者との間のすべてのレセプトを当該保険者が審査しなければならないとした点、三つ目は、その合意は当該保険組合の規約に記載しなければならないとした点である。

第一の医療機関との合意は、本来審査・支払が保険者の権能である以上、何ゆえに相手方医療機関の合意が必要か、理解できない条件である。ただ一つ言えることは、IT技術を利用したレセプトのオンライン請求が技術的にもまったく不可能な当時としては、ある保険者が、以降自分のところの被保険者分については自分が審査・支払をすと言っても、全国の医療機関に周知させる方法がない。従来どおりに支払基金に提出されてくる紙レセプトのうち、自分の被保険者分は抜き取って、自分に渡してくれと支払基金に言っても、全部でない場合には仕分ける方法が不可能に近いほどない。

総合規制改革会議はこれらの点に鑑みて、レセプトのIT化が進むまではやむなしとしたが、直接審査について「合意」するよう保険者がその旨を医療機関に申し出たら、相手方はその申し出に応じるべき性格のものと理解した。言ってみたら、ある医療機関に、「貴方のところへ診療を受けに来た私のところの被保険者については、私の方で審査・支払いをしますから、以後私のところにレセプトを直接送ってください」と言ったら、相手方は拒否ができない、つまり「合意」ではなく、「通知」のようなものであると理解した。だが、現実には「合意」どころか、医療機関による「拒否権」として活用される羽目になった。制度がスタートした02年12月から今日まで、直接審査・支払の実例はゼロである。その裏に、規制改革に対する医師会の組織的な抵抗があったことはいうまでもない。

第二の一旦ある医療機関と直接審査・支払の合意をしたら、つまみ食いは許さない、全部のレセプトを自分で審査せよというのは、なんのためか。審査料節約のために、やさしいレセプトだけ自分で審査して、難しいのは支払基金に持ち込むのを阻止しようというのが狙いのようなのだが、そんなのは審査料の問題に過ぎない。簡単な審査は安く、難しいものは相応に高く料金設定をすればよいし、そうすべきだというに過ぎない。そん

な当たり前のことを、まるで意地悪をするように、全部自分で審査せよというのは、何を心得違いをしているのかと言いたい。

なお、当面難しい審査内容のレセプトを持ち込まれるのは支払基金だろうが、その際、それに対する基金の審査料が高ければ、認められている第三者の審査機関が名乗りを上げるだけである。こんな単純な経済行動も理解できないほど、医療の世界は社会主義の塊となっている。

三番目の組合規約に記載せねばならない点だが、この規約は厚生労働大臣の認可対象となっている。したがって、直接審査・支払が、本来保険者の権能であるのに、それを組合規約の変更の認可という形で厚生労働省が介入する余地がでてくる。

## 第5節 このレポートのシリーズで取り上げる事項

長々とレセプトの直接審査・支払を例にとって、医療の世界の不思議の例としたが、不思議はこれに止まるものではない。いずれにせよ、せつかく01年に高らかに改革を打ち出した医療改革だったが、その後4年間は実現段階で、ほとんどの改革事項について、紆余曲折があったが、蝸牛の歩みを強いられてきた。それが、05年に一気に抜本解決に向けて一斉に動き出した。

このシリーズのレポートでは、何がどう進んだかという点を、先に述べた改革を要する諸点について、以下のような項目について眺めていきたい。

レセプトのオンライン化の実現を中心として医療におけるIT化の加速

保険者機能の充実・強化に関する実効性のあるシステムの確立

医療情報の公開義務の新設(医療費の内容が分かる明細書付きの領収書発行の義務化を含む)

中央社会保険医療協議会(中医協)の在り方の見直し

医薬品販売に関する規制改革(薬局・薬店以外での薬販売の許容)

医療機器の内外価格差の是正、医薬品の薬価等の見直し

その第1回として、このレポートでは、「レセプトのオンライン化を中心とする医療におけるIT化の加速」という課題で、05年に何が大幅に進んだかを考えてみたい。

(注11)

附則(平成3年9月27日厚生省令第51号)抄

(磁気テープ等を用いた費用の請求の特例)

第二条 第一条による改正後の療養の給付、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第四条第二項に規定する磁気テープ等を用いた請求は、当分の間、同条第一項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる保険医療機関に限りすることができるものとする。

(中間略)

一 厚生大臣が定める地域に所在する保険医療機関

二 前号に掲げる保険医療機関以外の保険医療機関であつて、厚生大臣が指定したもの

2 前項第二号に規定する保険医療機関については、新省令第四条第二項の規定にかかわらず、磁気テープ等を用いた請求を始めようとするときは、同項に規定する届書を提出することを要しない。

## 第2章 レセプトのオンライン化への道

### 第1節 オンライン化に向けての第一歩 紙からの脱却

原則は紙という不思議

筆者はこれまで、医療改革のスタートラインはレセプトのオンライン化であると主張し続けてきた。

01年に総合規制改革会議で医療問題に始めて取り組んだ時は、見ることも聞くことも驚きの連続だったと言ったが、その中でも驚いたのが、医療機関が診療報酬請求のために請求書(レセプト)を支払基金に提出する時に、請求書は原則として紙面で行うべきとする(注11)が厳然として残っていたからである。この省令によると、レセプトは原則書面によるべきとされ、フロッピーディスクなどによる請求は、厚生大臣の個別指定を受けた場合以外は認められなかった(その他、厚生大臣は一定の地域を定めて、その地域内の医療機関がフロッピーなどによることを、包括的に認可することができた)。

時は01年である。パソコンの発達によりIT化が国民生活に浸透し、主婦もパソコンで家計簿をつける時代なのに、電子的媒体による請求は、あくまで例外とされていた。支払基金を視察すると、審査員が膨大な紙の束を繰って、請求内容のチェックを行っている。それに紙は重い。トラックで運び込まれた紙の束を1枚1枚めくるという仕組みだ。扱うレセプトの件数は1年間に約15億枚、基金の審査員は約4500人、計算上1件のレセプトの審査に要する時間は実に数秒と言われた。このような条件で、全数チェックを完全にこなすのは物理的にも不可能であった。このためサンプルチェックが常態となり、また審査結果の公正性にも疑問が呈せられていた。

総合規制改革会議の最初の成果

このような非効率な事務処理が、何の疑問もなく行われていたこの世界に、最初の警告を発したのが、01年の総合規制改革会議第1次答申だった。この省令自体は、厚生労働省もさすがに疑問を持ったのか、総合規制改革会議での審議中の01年10月1日付けで廃止した(通達「レセプト電算処理の個別指定制度の廃止について」)。しかし、

総合規制改革会議が狙っていたのは、単にフロッピー等の電子媒体でのレセプト提出の容認という単純なことではなかった。IT技術の成果を享受するために、電子処理方法を確立することこそ目的だと考えた。それはオンラインによる請求であるというのが、総合規制改革会議の結論となった。

01年答申は言う。「レセプトの電子的処理方法を確立すべきであり、磁気テープなどによる請求に加え、オンラインによる請求ができるようにするべきである。このため、明確な目標期限、実現のための推進方策、安全対策などを明らかにした計画を平成13年度中に策定し、速やかに電子的請求の原則化を図るべきである。さらに、オンライン化による請求を中心のものとするため、一定期間を定め、それ以降オンライン請求をしないものに対しては、それに伴うコストを負担させる仕組みなどを導入し、オンライン請求を中心とする電子的請求の原則化を図るべきである」。

#### 電子化なくオンライン化が必要な理由

総合規制改革会議が狙ったのは、第一に1件1件を人間の目で見ると判断するという効率性から見地からも、誤りの見落としという視点からも問題がありすぎる方法から脱却するには、電子的手法による審査支払方法が必要であるということに原点があることはいうまでもない。レセプトの審査といっても、ある病名とそれに対応する診療方法、薬剤が診療報酬点数等に定められた通りかどうかという単純なものが多い。風邪の診断を受けたが、風邪薬以外の薬が入っていないかという類だ。こういうことは、まさしくパソコンがその能力を発揮する部門で、パソコンに取り込まれた審査ソフトが一瞬に間違いを抽出してくれる。

現にレセプトの電子化で世界的にもトップを行く韓国では、ほぼ100%に近い請求がオンラインで審査機関に送られてくるが、一次審査はパソコンソフトで行っている。日本の審査員のように医師ではなく、看護師たちが、机の上のノート型パソコンで処理する。そしてそこで審査終了となるケースは全体の7～8割に上るといふ。

審査支払業務の電子化は、事務の効率化に多大の寄与をするが、フロッピーなどの電子媒体のまま行っているのは、持ち運びなどの手間もかかり、リアルタイムで接続されて

いないことから、時間的に紙で行っている場合とそうは変わらない。しかし、なによりも重要なことは、後で述べるが保険者による直接審査・支払という仕組みを確立するには、オンラインが必須になるということだろう。保険者による直接審査・支払いのシステムの導入は、これまで支払基金という医師寄りのいわばお仲間による審査という関係を絶ち、医療報酬を支払う者と受け取るものが直接の対話ができる関係を作ろうというものである。それにより医療機関に対するチェック機能と相互の緊張・協力関係を持たせることにより、医療の世界に「競争」の思想を取り入れようとしたもので、01年答申の目玉の一つだった。そして、この点が、後に述べるが専ら事務効率の向上をメリットとしてあげるIT戦略本部などでのオンライン化論と一味も二味も違うところだ。

#### 直接審査・支払のためにはオンライン化が必須

だが、この直接審査・支払いを保険者に認めるに当たって、最大の問題は、どうやって自分で審査をしたいと名乗り出た保険者と、その保険者の組合員が診療を受けた医療機関とを結びつけるかにある。組合員は大きな会社の場合全国に散らばり、組合員個々が選ぶ医療機関も区々にわたる。いったん支払基金にフロッピーによるレセプトを集約して、それを直接審査を希望する保険者に振り分けるといっても、膨大な作業を必要として不可能に近い。

この問題を解決するのが、オンライン化である。オンラインにすれば、ちょうどE-MAILがプロバイダーを介して相手方に着くように、レセプトは目的の相手方に一瞬にして到着する。したがって、オンライン化にあたっては、E-MAILの世界にいるプロバイダーのような役割をする者が必要になる。直接審査を求める保険者は、あらかじめプロバイダーに対してその旨を登録し、データの送付先を知らせておけばよい。

つまり、全国津々浦々の医療機関はレセプトを一旦このプロバイダーに送信する。プロバイダーでは登録された審査を要求する保険者のナンバーをもとに、その登録保険者のナンバーが記載されたレセプトを機械的に保険者毎に仕分ける。そのうえで、そのレセプトデータを、直接にそれぞれの当該保険者のもとに送付する仕組みとなる。

このようなプロバイダーの役割を持つものは、支払基金であってもよく、その他の民間の機関であってもよい。希望者は多いという。

(注12)  
日本(36.4日)、ドイツ(10.2日(2002)、フランス(13.4日)、イギリス(7.6日)、アメリカ(6.5日)  
出典 OECD Health Data 2005



## 第2節 オンライン化はなぜ必要か 医療改革のスタートライン

ここでレセプトのオンライン化に、なぜ総合規制改革会議、それを引き継いだ規制改革・民間開放推進会議が全力を注入したのかについて、いま少し深く考えてみよう。両会議ともオンライン化は医療改革のスタートラインとの認識をもち、かつその旗印を掲げて長い戦いを戦ったからである。

### 医療の効率化、競争の導入

電子化、なかんずくオンライン化が、医療事務の効率化を高めるものであり、かつ保険者機能の強化、それによる医療機関の間の競争の導入に資することについてはすでに述べた。

### 究極の目標は「出来高払い」からの脱却

だが、目的はそれにとどまらない。両会議が究極的に狙ったのは、医療費の包括払い・定額払い方式への移行である。それは外国ではDRG-PPS (Diagnosis Related Group - Prospective Payment System)ともいわれている、診断群別に一診療について一入院ごとに定額で医療費を支払う仕組みである。これまでの日本の医療費は「出来高払い」といって、医療行為の内容は医師の判断に任されており、どのような医療行為を行うかは、医師の裁量に任されてきた。この仕組みは、薬漬け、入院漬けを助長する欠点があると同時に、工夫を凝らして新しい治療方法や薬の与え方を研究して、より効果的な医療を提供することで、一刻も早く患者の治癒を目指す医療を開拓するインセンティブに欠ける点が指摘される。こうして世界でも最も長い入院期間(注12)という治療慣行が生まれる。この仕組みからは、医師の研究・開発努力も生まれにくいし、急速な高齢化と少子化の狭間で、膨れ上がる医療費と減少する医療保険料という構図の中で危機に瀕している医療費不足問題を乗り切れない。

解決には最小の受診側の負担費用で最大の効果を生み出す医師の腕に頼るしかない。そのためには、出来高で医療費を支払うのではなく、一つの病気で入院した時には、定額で医療費を支払うことにすれば、患者は一定の費用のもとで標準的な医療はもちろん

のこと、より良質な医療を受けることができるとともに、出来高払いによる乱診・乱療に歯止めが掛かる。同じ病気でも最小限の経費で治癒させる医師には、定額で支払われる医療費からお釣りがでる。腕の悪い医師は、なかなか治癒させることができず、場合によっては定額の医療費では足が出ることもありうる。そういう仕組みを取り入れ、ムダな医療を廃し、医療費の危機を回避し、かつ医師が腕を競って医師間の技術競争が起こり、医療の世界が活性化するというのが狙いだ。両会議は医療費問題についてはそう考えた。

定額払いに行き着くには標準診療方式決定が不可欠

そこに辿り着くには、どうしたらよいのか。まず定額払いを導入するには、標準医療は診断群別にどうあるべきかが決まらないといけない。それはすべての人(医師、患者)を納得させるものでなければならないのは当然だ。そのような標準医療行為が決まれば、後はそれに価格付けをするだけで、それが定額払いの金額になる。

問題は、標準医療の内容の決め方である。日本ではこれまで医療方法は、個々の医師の判断に委ねられてきた。もちろん、学術論文、学会その他を通じての医療方法に関する情報の交換はあったが、体系的なものではない。それは「根拠に基づく医療」(Evidence-Based-Medicine)といわれる、蓄積された医療方法に関する情報をベースとして、その時点でのベストの医療方法を示す基準が、満足のいく形ではできていないからである。

医療にこのような「根拠」を持ち込むにはどうしたらよいのか。回答は、個々の医師の行った医療方法に関する情報を分析可能な形で蓄積して、かつそれを医療に従事する人たちが共有することができる体制を築くことである。医は忍術・秘伝であってはならないのだ。今の日本の医療制度の中では医療費は被保険者が拠出する保険料と窓口で支払う自己負担金と税金によって賄われる。そうとなれば、医師が受け取る医療費は、公的な意味合いを持つ。公的資金による医療については、これを国民共有の資産として活用するために、その内容を開示する責務が医療関係者にはあるということを忘れてはならない。

## 標準医療の蓄積には電子カルテがマスト

このように医療情報を蓄積し開示するためにはカルテの電子化が必然となる。現在電子カルテの普及は進んだとはいっても、それを利用している医療機関は、400床以上の病院の20.9%（05年4月現在）とまだまだ低い。紙に符牒のような記録をするだけに止めている医師も多い。このような符牒では、当人だけが分かることで、皆が情報を共有するにはほど遠い。符牒のような紙のカルテから脱却し、電子カルテの普及を促進させることは、情報共有による「根拠のある医療」を確立するための必須の前提となる。

総合規制改革会議および規制改革・民間開放推進会議の議論では、電子カルテの普及促進のために、その導入を義務付けることができないかが、長年にわたり検討されてきた。レセプトについては、適式のを提出しなければ医療機関は医療費を支払われないとすれば、義務付けの方法はありうる。これについては、後にこのレポートの中心課題としてその実現までの経緯を述べる。だが、カルテはいろいろな目的を持つもので、時には診察した医師のメモ、備忘録としての意味さえある。これを完全統一の方式にして、それによる共通の記録をといっても、かえって不便な場合もある。そのうえに強制の手段が考え付かない。このため厚生労働省は電子カルテ普及のための補助措置を考えるが、所詮それは飽にすぎない。

## レセプトのオンライン化を前提として、レセプト情報はカルテから

総合規制改革会議の頃から浮かび上がったアイディアは、レセプトはカルテに依拠するべきであるということであった。つまりレセプトは請求書だから、その請求の根拠となる医療行為の全容はカルテに記載されており、そのカルテからレセプトが作成されるというのが本来あるべきシステムの姿である。そのレセプトを完全オンライン化（電子化）し、そうなったレセプトへの情報はカルテから来るべきとすれば、いやでもカルテを電子化しないと効率的な事務体系ができない。

この意味で、電子化されたカルテから電子レセプトは自動的に作成されるべきだという考えに立ち、このようにカルテから作成されていないレセプトは真性のレセプトとしては認められないとしてみたらどうかという考えである。レセプトだけなら、やっても

いない医療行為が、あたかもやったがごとくに作れるではないか、それがシステムとしてカルテから連動して作成されるという仕組みにしておけば、偽造レセプトは排除できる。もちろんカルテの偽造もありうるが、それは論外として医療法による適切な監査と厳罰規定とにより排除できる。カルテから作られたということが、レセプトの正しさを裏付ける最大の証拠だという考えである。

以上の考えにより、レセプトはオンラインにより提出されないといけない、そのレセプトはカルテから作られないといけない、カルテからレセプトが作成される過程は技術的なシステムとして確立していないといけないとなると、医療機関は嫌でも応でもカルテを電子化せざるを得ないことになる。こうしてカルテの電子化は、飴だけでなく鞭を伴って、それを行わざるをえないこととなる。

#### 結局レセプトのオンライン化がスタートライン

以上、なぜレセプトの電子化なくなくオンライン化が必要かという点について総合規制改革会議、規制改革・民間開放推進会議が考えた目的を詳細に述べた。まとめてみると、レセプトのオンライン化、カルテの電子化、レセプトはカルテから作られるべきことの明確・義務化、カルテ情報の蓄積と共有の促進、標準医療のEBMに基づく構築、標準医療に即した標準医療費の確定、標準医療費による包括・定額払い方式の導入、という流れを完成させるというのが、狙った点であった。

上記の項目は、どれ一つをとっても、医療の改革にとって重大事項である。しかも、それらは最終の目的を目指して互いに関連しあっているのである。そしてその一連の流れの中で、一番先に来るのがレセプトのオンライン化であることに注目して欲しい。「レセプトのオンライン化は、医療改革のスタートラインだ」というのは、こういうことを意味しているのだ。

### 第3節 レセプト、オンライン化への道 その1、雌伏期

明確な姿勢を示した01年総合規制改革会議第1次答申

01年総合規制改革会議答申が、氷漬けにされてきた「紙のレセプト」の掟を破った

(注13)

「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」の概要

厚生労働省が平成14年度から概ね5年間の医療の情報化を戦略的に推進するための方策を示したものの。内容は、医療の将来像を踏まえた医療の課題と情報化、医療情報システム構築のための戦略、情報化進展にともなう保健医療総合ネットワーク化への展開、について述べられているが、特に医療情報システムの構築においては電子カルテ・レセプト電子処理の目標と達成年次、国の講じるべき施設等が盛り込まれている。

厚生労働省では、このグランドデザインを踏まえ、電子カルテ・レセプト電算処理システムの目標達成に向け、各般の施策を行っていくとしている。

だが、実際は、本文に記されている通り、このグランドデザインには遠く及ばないものになっている。

ことは、前に述べた。01年10月1日、厚生労働省は総合規制改革会議答申を待たずに、この掟の廃止を宣言した。

この年、総合規制改革会議が打ち出した答申は、明快だ。先に述べたように、「レセプトの電子的処理方法を確立すべきであり、磁気テープなどによる請求に加え、オンラインによる請求ができるようにするべきである。このため、明確な目標期限、実現のための推進方策、安全対策などを明らかにした計画を平成13年度中に策定し、速やかに電子的請求の原則化を図るべきである。さらに、オンライン化による請求を中心のものとするため、一定期間を定め、それ以降オンライン請求をしないものに対しては、それに伴うコストを負担させる仕組みなどを導入し、オンライン請求を中心とする電子的請求の原則化を図るべきである。」としている。

注意すべきは、電子的請求を原則とすべきというのは当然としても、それはオンラインによるべきだという方針を早くも打ち出している点と、一定期間経過後にオンラインによらないものに対するペナルティーをも示唆している点である。「伴うコスト負担」を負わせるという、05年の規制改革・民間開放推進会議の答申が打ち出したオンラインによらないものに対するディス・インセンティブの一つを明示している。

#### 大はずれになった厚生労働省「情報化グランドデザイン」

ところがその後の電子的手法によるレセプトの普及だが、これは遅々としすぎていた。厚生労働省は01年12月に、「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」(注13)と称する政策実現目標を作成し、公表している。その中で電子レセプトの導入目標を立てているが、それによると、全国の病院において(診療所は除く)04年度には5割以上、06年度には7割以上は電子レセプトに移行するとしている。ところが現実はとみると、一向に進展が見受けられない。04年現在でやっと2割に達するのが精一杯という体たらくであった。この数字はその後改善の兆候を全く示していない。笛吹けども医師は踊らずを地でいく有様であった。

(注14)

保険者が個別に加入者の診療に関する契約を医療機関等と締結すること。直接にそうした診療に係る契約の締結が制限されるものかについても、見解が分かれるところであるが、現在、健康保険法第76条第3項では保険者と保険医療機関等の契約は厚生労働大臣が定めた保険点数の額の範囲内(割引契約)で締結することは可能とされている。

## 大はずれの理由

この時期、なぜ目標とした電子化が進まなかったのかは、強力な反対勢力がいたからだ。もちろん医師会で、これが電子レセプト化の促進に立ちはだかった。2000年代ともなると、IT技術の発展、それにともなうパソコンの普及は急速に進み、事務処理に占める役割ももはや必需のものとなっていた。医療機関においても例外ではなく、院内では、診療所に至るまでデータを電子的に処理しているのは当たり前になっていた。それなのに一旦パソコンに入力して、打ち出したデータをわざわざ紙のレセプトに書き写し、それを提出するという慣習から抜け出せない病院・診療所がほとんどだった。なぜそのような愚を冒すのか。理由は改革に対する潜在・顕在的な危惧があまりにも大きかったと評するしかない。蟻の一穴という喩えがある。何かこれまでと違ったことをすると、それを契機に、その他の別の改革の実行を迫られるのではないかと警戒するメンタリティーが、既得権益を墨守することしか考えない規制業界の人たちの行動様式である。それを指揮したのは医師会である。保険者による直接審査・支払がそうであり、保険者との直接契約（注14）もしかりである。そういう仕組みが認められたのだから、それを利用して、仕事をよりやりやすくしよう、より顧客満足を与えることによって、自分のビジネスを拡大しようという意欲のない人たちには、何を与えても徒労に帰する。

奥の手を考え出した総合規制改革会議      オンライン化によらないものには払うな  
総合規制改革会議最終年の活動の頃から、進まない電子化、なかんずくオンライン化への不満が鬱積してきだした。厚生労働省のやり方では、いつまで経っても事態は改善しないと考えた総合規制改革会議は、奥の手を提案するようになる。

それが、03年の総合規制改革会議の最終答申に顔を見せる。答申は言う。

「医療機関のオンライン請求への参加を促進するため、オンライン請求における提出書類の簡素化を図るとともに、医療機関側のオンライン請求導入時のコストを軽減するための具体的方策を検討すべきである。なお、一定期間経過後、オンライン請求に参加しない医療機関については、その参加を促進するための所要の措置を講ずるべきである。」

「飴と鞭」作戦だが、飴の方は具体的であるのに対して、鞭の方は曖昧である。「所要



の措置」とは何を意味するのか。これでは凄みも何もあったものではない。01年答申が、「コストを負担させる」と鞭の内容を具体的に書き込んでいるのに、2年後になると「所要の措置」と曖昧化している。そして実はここにこそ、意気込み鋭く理想を突出させた01年答申とそれへの反作用として後退した実現への道のりという現実の姿が浮き上がってくる。

この年の議論は、こういうことだ。いくらレセプトのオンライン化と念仏を唱えていても、世の中は進まない。餡は与える限度がある。だから鞭を用意しよう。その鞭とはオンラインを義務化することに尽きる。それが先に述べたように医療改革のスタートラインの意味を持つ上に、医療機関にとっても事務効率の向上に繋がり、さらに保険者にとっては本来機能を回復する唯一の手段だから、ここは躊躇すべきではないという考えであった。

もともと世の中では請求方法は、お金を支払う側が決めるのが当たり前で、お金を払ってもらう側は払う側がきめた方法に従うのが世の中のルールだ。だから、この際一定期間後には、オンラインで請求しない医療機関に対しては請求方法が支払側の要件に合致しないことを理由に拒絶できるということを明確にしようという提案だった。ただ、世の中、すべての医師がパソコンを持ち操作できるとは限らない。そういう例外的な医療機関は従来のように紙によらざるをえない。そのような紙で出す人は、電子的手法でかつオンラインでないことにより審査・支払側が要したコストを償うことにする、というのが原案だった。

総合規制改革会議側は遅々として進まない電子化、まったく議論さえ沸き起こってこないオンライン化に業を煮やして、強硬にこの提案を呑むように厚生労働省に迫った。

IT化、なかんずくオンライン化については、もともと厚生労働省もその気だった。だが、医の世界の掟に背くことができない厚生労働省は、表現の曖昧化を要望した。それが「所要の措置」という意味不明の隠し文字となって、答申となった。

引き継いだ規制改革・民間開放推進会議でひそやかに上げた産声

04年、総合規制改革会議は設置期間を終了して解散し、引き継いで規制改革・民間開放推進会議が4月からスタートした。レセプトの電子化、なかんずくそのオンライン化は、引き続きの課題となった。規制改革・民間開放推進会議側の主張も、厚生労働省の反応も格別の変化はない。課題は、一定期間経過後のオンラインでの請求をしないものに対する措置を、どのように表現するかを巡る争いであった。会議側は前年果たせなかった「受け付けない」というラストワードの挿入に全力を尽くす。厚生労働省側は、意はあるがそこまではということで、合意はなかなか得られないまま時間が過ぎていく。05年3月28日付けの第1次答申（追加答申）は、次のようにいう。

「レセプトのオンライン請求について、厚生労働省が自ら掲げた平成18年度に全国の病院レセプトの7割以上に導入するという達成目標について、それに至る逐年の目標値を明確にし、当該目標の確実な達成を図るとともに、目標達成に阻害となる要因が発生した場合には、これを検証し、速やかに対策を講ずべきである。また、7割が最終目標ではありえないことから、その後の原則電子化の推進のスケジュールも明確にし、周知徹底を図るとともに、我が国のレセプト請求は電算化を原則とする方針を明確にし、周知徹底を図るべきである。ここにいう電子的請求とは、オンライン化を原則とする方針を明確にし、周知徹底を図るとともに、一定期間経過後はオンライン請求に参加しない医療機関に関してはその参加を確実に推進するための実効性ある措置を講ずるべきである」。

ちなみに、この年ある程度推進会議側に同調する気持ちになりだした厚生労働省との間で、最後まで争われた案文の上記した「実効性ある措置」に相当する部分は、「紙媒体のレセプト請求を受け付けないことを明確に定め、これを公表すべきである」というもので、この案文を真ん中に置いて、両者がかなりの程度志を同じにしながらか、ハッキリと具体手段を提案すべきとする推進会議側に対して、それをオブラートに包んでおきたい厚生労働省との間のやり取りの中で、意をある程度はそこに置きつつ、含みを持たした苦肉の表現が「実効性のある」ということになる。この年の医療WG（作業部会）の答申は、追加答申として05年3月末に予定されていた。05年1月から2月にかけて議論は集中的に行われ、2月末には上記答申の表現で折り合った。レセプトのオンライン化実現に向けての動きは、このあたりが密かだが産声をあげた時期だといえてよい。

## 第4節 レセプトオンライン化への道 その2、実現期

### 大っぴら議論の俎上に乗った05年度議論

年が変わり05年度となる。医療費の行き詰まりを目の前にして、いまや日本の最大の改革テーマとなっているのは、成り行きでは平成37年には約56兆円と現在の2倍程度になることが予想されている医療費の抑制に向けて、どういう手段がとれるかということであり、このため厚生労働省では医療のあらゆる部門で行える改革の総点検をしており、これは06年度に改革方針が決められる。

医療のIT化の促進は、その重要なテーマであることはいうまでもない。医療WGでは、規制改革の目を見た医療改革のテーマが目白押しで、5年来の議論がこの年も続けられた。レセプトのオンライン化については、曖昧な目標ではなく、実効性のある具体的手段、つまりオンラインの義務化の実現がこの年もはげしく議論された。

### ついに厚生労働省がオンライン義務化に乗ってくる

05年答申に向けての本格折衝は秋口から始まった。晩秋のある日、厚生労働省とのヒアリングでは、これまでとは違った手応えを受けた。レセプト、カルテのIT化の話をする。レセプトのオンライン義務化、つまりオンラインでないレセプトは受け付けないというやり方に、今までよりより前向きの反応を示した。これで積年の問題は解決に向けて大きく一歩踏み出したとの感触を確実とした。

その後、11月21日に、推進会議は厚生労働省幹部を招いての公開討論を設定したが、この席で厚生労働省として一定期間を5年として、そのときまでにレセプトのオンライン化を実現する旨を公式に表明するところとなる。

### IT戦略本部との共闘、小泉首相の鶴の一声

おりしもIT本部でも医療のIT化促進を第一の具体テーマとして取り上げ、レセプトのオンライン化がその筆頭に上げられる。10月25日開催の第33回本部会議では、行政の手続きに関するIT化、なかんずくオンライン化申請等が各分野別に幅広く、議論された。医療分野においてはレセプトのオンライン化が大きな議論となった。議論は

(注15)

平成17年第23回経済財政諮問会議での小泉首相の発言内容

(中川議員) IT化、とりわけレセプトのオンライン化について発言する。

2枚紙の1枚目は現状であり、今年の9月時点で、病院から支払機関までの部分だけフロッピーディスクでやっている。これは目標に比べて非常に低い。そこから医療保険者まで行くと、完全に一枚一枚の紙である。

2枚目だが、なぜオンライン化が進まないかというと、コストが高くてインセンティブがない、あるいは、紙、フロッピーディスク等による提出しか認められていないのが現状。

しかし、韓国はオンライン化率が93%であり、支払期間が40日から15日に短縮されているとか、オンライン化によって優良医療機関、一定の期間きちんとした業務を行っているところは自動的に審査をしないシステムが導入されることで、大変な効果を上げている。こういうメリットがあるインセンティブをもっと共有していく必要がある。コストについても、標準化によりコスト低減が図られる。

先日牛尾議員から、もっと厚生労働省と経済産業省はよく連絡を取るようにと御発言があった。経済産業省は、経済性、予防を含めた医療技術の向上、関連産業の発展、知的財産といった部分だが、厚生労働省と早速協議をしており、薬事法審査の予見性を高める、診療報酬の予見可能性を高める、研究開発の協力を両省で幅広くやることで現在進めている。

(小泉議長) 医療が大事なことは、皆わかっている。この皆保険制度を持続していくためには、経済財政を無視するわけにはいかない。毎年の経済成長率・税収で考えるのではなく、何年かを見て1つの管理目標が立たないと保険制度が成り立たなくなってしまう。これから社会保障関係の費用は増えるばかりだし、その辺は考える必要がある。

現に来年度も、医療費だけで税負担が8兆円超えている。このままだと、どんどん増える。小さな政府を目指すのであれば、ある程度経済財政状況を考えないと、この保険を維持できない。そういう点は、やはり何らかの手法が必要だ。レセプトの電算化については、韓国の例も参考にして、強力に進めてほしい。一時的な電算化の費用があっても、全体及び将来を見れば、すごく経費が削減できるから。また、医療の質の向上にもつながると思うので、是非お願いしたい。

広範な内容に及んでいるが、聞いていた小泉首相は質問をレセプトのオンライン化にほぼ絞って質問を発している。

【小泉内閣総理大臣】

レセプトの電子化はどのように遅れているんですか。

に始まり、各参加メンバーがいろいろ説明するなか、会議の締めくくりの言葉で、重要な発言を行った。

【小泉内閣総理大臣】

お陰様で最先端のIT国家になったんですから、これからも上げ続けるということですが、先ほどの遅れているレセプトの電子化は何とか奨励して進めるように具体策を考えていただきたいと思います。またよろしく願いいたします。

というのがそれである。幾多のIT化に向けての行政の課題を議論した後の首相の結語はレセプトのオンライン化一本に絞られていた。

おりしも先の衆議院選挙で誰も思っていなかった大勝を博し、力の乗り切った総理の発言である。これが決定打となったことは間違いない。

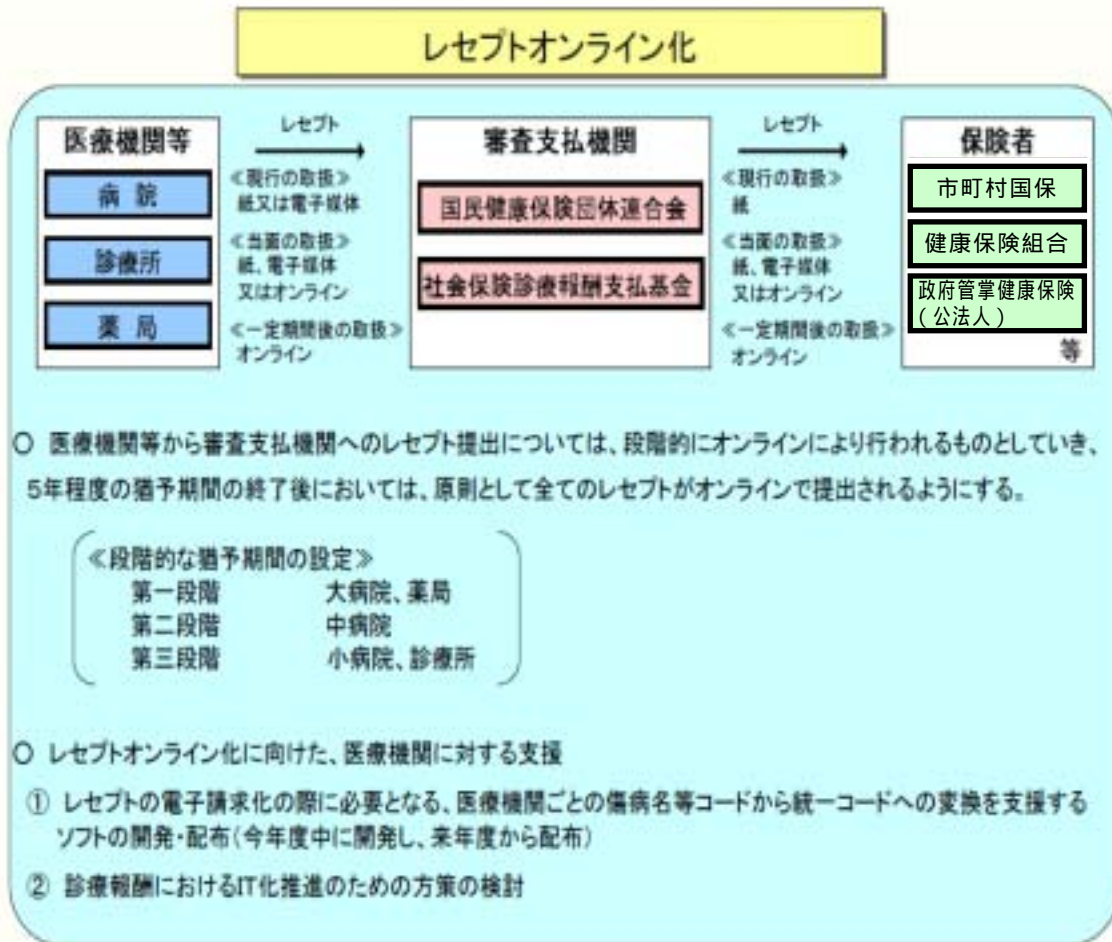
首相は続く10月27日の経済財政諮問会議でも追い討ちを掛けるように、催促をしている。「レセプトの電算化については、韓国の例も参考にして、強力に進めてほしい。一時的な電算化の費用があっても、全体及び将来を見れば、すごく経費が削減できるから。また、医療の質の向上にもつながると思うので、是非お願いしたい。」というのが、それである。どうやら決着は、小泉裁定でついたようだ(注15)。

05年初冬の推進会議医療WGでの厚生労働省からのヒアリングを先に紹介したが、こういう追い風が強力にあったから、それまでの「自分たちもやりたいが、どこまで強くできるのか」という迷いが、この小泉発言で吹っ切れたからでもあろう。

推進会議が公開討論を開く

以上の経緯を経て、推進会議では11月21日に中医協問題とならんでレセプトのオンライン化問題を議題として、公開討論を行う。討論要旨は次ページ注の通りだが、厚生労働省は、推進会議の公開討論に先立つこと3日前の11月18日に公表したと言っ

(注16)



(注17)

レセプトのオンライン化に関する厚生労働省との公開討論議事録(05.11.21 抄)

鈴木議長代理 それでは、御説明させていただきます。本件に関します、当会議の考え方は、お手元の資料の「2. 医療のIT化の加速」に記載のとおりであります。本日は、特に電子レセプトのオンライン請求の推進策について意見交換をしたいと存じます。当会議は、従前から医療の質の向上と効率性のために、100%達成に向けた電子レセプトのオンラインによる請求の原則化の必要性を訴えてまいりました。本日お越しいただいて、大島室長とも先日協議させていただき、何とかして進めたいという共通の認識には立ったのではないかと考えております。具体的な推進の方法については意見を述べるにとどまったけれども、私は資料の4ページの?の2つ目の、一定期間経過後には紙レセプトは受け付けられない。やむを得なければ、このやむを得ないというのは、オンラインでやることができない、つまりパソコンを持っていないお医者さんもないとは言えないでしょうという、誠に今日的にはあり得ない議論を言っておるわけですが、やむを得なければ紙でもって審査するのだから、オンラインによって電子的手法でやった場合には、韓国の例で見られるように、機械そのものが相当数のものを審査してしまうけれども、そうでなかったときには、いちいち見なければならぬというのが基本です。そういうときには、追加費用を紙で提出した医療機関に請求するという以外には、有効な方策はないだろうと考えまして、数年前から繰り返し御省に対してその旨をお願いをしまいたたけでございまして。そのような推進策について、どのように考えるのか。そういう点について、本日は厚生労働省さんの具体的推進策、検討の方向性などを伺いたいと思います。この考え方、つまり受け付けられないということで意見が一致いたしますならば、従来入れておりました一定期間に対しても、そろそろ数字を入れていただきたい。いつまでという数字を入れていただきたいということをお願いしたいと考えております。

て左のページの表(注16)を示し、関連して次の諸点を公式の場で始めて明らかにした。

医療機関等から審査支払機関へのレセプト提出については、段階的にオンラインにより行われるものとしていき、5年程度の猶予期間の終了後においては、原則として全てのレセプトがオンラインで提出されるようにする。

段階的な猶予期間の設定

第一段階大病院、薬局

第二段階中病院

第三段階小病院、診療所

具体的推進策として、医療機関ごとの傷病コードから統一コードへの変換ソフトを来年度から配布する、推進のための診療報酬の検討をする、セキュリティ問題を配慮する。

オンラインによる請求の手続きは省令のなかできちんと書き込むが、システムダウンとか極めて件数が少ない場合別の配慮をする。

最後の止めを刺す推進会議側

オンラインでない請求の取り扱いについては、左ページのやり取り(注17)のように、執拗な追求が行われた。厚生労働省は省令の中で請求手続きをオンラインによると書くから、これでオンライン化は達成できるという言い分だが、推進会議側は長年の懸案であった、オンライン以外の請求は正規の請求ではないから、「認めない」=「受け取らない」という処理をするかどうかを追求している。そして

大島保険システム高度化推進室長 今回違いますのは、請求手続を変えております。省令の中で明確にオンラインで請求を行うものとするという形で書く方向。

鈴木議長代理 それは反対読みをすれば、当然オンラインでないものは請求として認めないというふうに法令上解釈されるという意味ですね。

大島保険システム高度化推進室長 おっしゃるとおりです。

鈴木議長代理 わかりました。

というやり取りで、ここに総合規制改革会議から推進会議を通じて数年にわたって争

宮内議長 それでは、本件につきましても、厚生労働省のお考えをお聞かせいただければと思います。

水田保険局長 まず、保険局の関係でございますけれども、お手元の資料に「レセプトオンライン化」と記したものがございます。先ほどの中医協の次のパートであります。これは、実は11月18日、先週の金曜日に公表したものでございますけれども、現在御存じのとおり医療機関から審査支払機関には、紙または電子媒体で来ます。これを保険者に紙で渡すという仕組みになっているわけでありまして、当面は紙、電子媒体またはオンラインを認め、それが保険者に届くように改めます。その上で一定期間経過後におきましては、これはオンライン化を原則とするということを、発表したところであります。現実には段階的に進めなければいけないと考えておりますので、5年程度の猶予期間を置かせていただきまして、その終了後においては原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるようにするというような方向で考えております。従来は、特に病院のレセプトについていろいろ計画内容を示させていただきましては、今回は最終の第3段階で診療所も含めてオンライン化を進めたいと考えております。具体的な推進策としましては、これは今年度に既に開発を始めておりますけれども、医療機関ごとの傷病コードから統一コードへの変換ソフトを開発し、来年度から配布したいと思っております。それから、診療報酬において、この推進のための方策の検討を進めたいと考えております。さらに、セキュリティーについて専門家の意見をさまざまに聞いて、適切な運用をしていきたいと考えてございます。以上でございます。

鈴木議長代理 済みません。よくわかりました、年数も入れていただいてありがとうございました。5年程度、それが早いのか遅いのかという議論はまだ多少あるかと思いますが、したがって、この医療部門に関する当会議の提言ペーパーには、医療機関に対する支援というのを書いてありませんが、しかし、オンライン化はする。もしオンラインで請求しなかった人に対して原則として、原則というのはパソコンを持っていない人以外については、その請求を受け付けないということを、本年度の答申の中に明記させていただきたいと考えております。期間についても併せ入れてということで、それに対して局長はお受けいただけると理解してよろしゅうございますか。

大島保険システム高度化推進室長 私ども、すべてのレセプトをオンラインにするというのを基本的に考えておりますが、ちょっと気になりますのが、例えば、システムダウンをした場合ですとか、あるいは極めて件数が少ないといった場合がございますので、そういう場合には例外的な取扱いも検討しなければならないのではないかと考えております。具体的には、この請求手続は省令で決めておりまして、省令の中にオンライン請求ということを書きまして、その中に例外としてシステムがダウンした場合ですとか、あるいは極めて請求件数が少ないといった場合を書いてはどうかと考えております。そういった場合に費用を取るかどうかにつきましては、しばらく検討する必要があると考えております。全体に占めますウェイトは極めて小さくなるはずでございますので、そのような場合に改めて費用を取るような事務コストをかけるのか、それはまさに例外として一時的なもの、あるいは極めて件数が少ないものという扱いにするのかということは、今の時点で明確にそこまで決めることにはちゅうちょしております。

鈴木議長代理 ありがとうございます。要するに、システムがダウンしたときにはオンラインで送れないという理屈ですね。長期にシステムがダウンするということは、余り考えられませんけれども、そういう極めて明確に不可能であることがはっきりしておるケースに限る。パソコンを持ってないという理由ではなくてですね。そういうもの、これとこれとこれだということを限定して御提示いただいて、その上でその可否について議論し、それ以外のものについては、先ほど申しましたように、オンラインで請求しないものに対しては支払わないという原則を取ると理解させていただくということでもよろしいですね。

大島保険システム高度化推進室長 はあ。

鈴木議長代理 ありがとうございます。

大島保険システム高度化推進室長 オンライン以外のものにつきましては、基本的にはオンライン請求を求めるという形で、費用を取るよりは、あくまでオンラインで請求してもらうということ、手続上明確にしたいと思っております。

鈴木議長代理 お願いするけれども、今まで応えてくれなかった。したがって、お願いしても応えてくれない人にはお支払いしないということまで明確に書かせていただきたいというのが私どもの主張です。これは、何も今年初めて言ったものではありません。3年も4年も前からそういうことを言い続けてきて、最終的にぼんやりとした言葉でカムフラージュをかけてきただけのことです。

大島保険システム高度化推進室長 今回違いますのは、請求手続を変えております。省令の中で明確にオンラインで請求を行うものとするという形で書くと。

鈴木議長代理 それは反対読みをすれば、当然オンラインでないものは請求として認めないというふうに法令上解釈されるという意味ですね。

大島保険システム高度化推進室長 おっしゃるとおりです。

鈴木議長代理 わかりました。

(以下略)



われてきた、オンライン請求以外は「認めない」という仕組みが確認された。

#### 政府・与党の決定

推進会議の公開討論が終わり12月に入り、政府・与党医療改革協議会は「医療制度改革大綱」を取り決める。この大綱は政府と与党との取り決めだから、事実上のラストワードとなる。そこではレセプトのオンライン化について、次のように取り決めている。

「医療保険事務全体の効率化を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプト及び審査支払機関が保険者に提出するレセプトについて、平成18年度からオンライン化を進め、平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。その際には、データ分析が可能となるよう取り組む。」

12月21日、推進会議第2次答申は高らかに勝利宣言をする

小泉発言までは、その必要性を思いながらも、有効な手法について、規制改革・民間開放推進会議などが主張する「それ以外の方法を認めない」という改革には尻込みしがちだった厚生労働省も、ついに05年には覚悟の程を決めたようだ。

05年12月21日の規制改革・民間開放推進会議第2次答申は、レセプトのオンライン化についての施策として、以下のように、提言をする。

「電子レセプトによるオンライン請求化の確実な推進【速やかに着手、遅くとも平成23年度当初から原則完全オンライン化】

レセプトについては、平成18年度からオンライン請求化を進め、遅くとも平成23年度当初から、システム障害時や請求件数が極めて少ない場合を除き、医療機関・薬局等の医療関係機関、審査支払機関、保険者の何れにおいても、原則として全てのレセプトを、オンラインで提出及び受領しなければならないものとするべきである。これらは法令上でも規定すべきである。

また、交換される電子レセプトのデータの形式については、実施された医療内容の分析などの二次的利用が可能なデータ形式であることとすべきである。

なお、オンライン請求の義務化以降、オンライン請求以外の方法によるレセプト提出

(注18)

IT 新改革戦略 - いつでも、どこでも、誰でもITの恩恵を実感できる社会の実現 -  
(平成18年1月19日IT戦略本部)

## 目次

### はじめに

#### 基本理念

1. 目的
2. 理念
3. めざすべき将来の社会
4. 推進体制
  - (1) IT戦略本部の役割
  - (2) 評価体制のあり方
  - (3) 重点計画の位置付け
  - (4) 他の会議等との連携

### 今後のIT政策の重点

1. ITの構造改革力の追求
  - (1) 21世紀に克服すべき社会的課題への対応
    - ITによる医療の構造改革
    - ITを駆使した環境配慮型社会
  - (2) 安全・安心な社会の実現
    - 世界に誇れる安全で安心な社会
    - 世界一安全な道路交通社会
  - (3) 21世紀型社会経済活動
    - 世界一便利で効率的な電子行政
    - IT経営の確立による企業の競争力強化
    - 生涯を通じた豊かな生活
2. IT基盤の整備
  - (1) デジタル・ディバイドのないIT社会の実現
    - ユニバーサルデザイン化されたIT社会
    - 「いつでも、どこでも、何でも、誰でも」使えるデジタル・ディバイドのないインフラの整備
  - (2) 安心してITを使える環境の整備
    - 世界一安心できるIT社会
  - (3) 人材育成・教育
    - 次世代を見据えた人的基盤づくり
    - 世界に通用する高度IT人材の育成
  - (4) 研究開発
    - 次世代のIT社会の基盤となる研究開発の推進
    - 世界への発信
    - 国際競争社会における日本のプレゼンスの向上
    - 課題解決モデルの提供による国際貢献

については、ディス・インセンティブ（例えば、請求を受けつけない、オンライン請求を行えない者から追加費用を徴収する、支払期日を遅くする 等）を適用することとすべきである。」

#### 06年1月のIT本部提言

規制改革・民間開放推進会議と共同しながら行政のあらゆる分野におけるIT化の推進を協議してきたIT戦略本部においても、年を越え、06年1月19日に、「IT新改革戦略」を発表した（注18）。「いつでも、どこでも、誰でも、ITの恩恵を実感できる社会の実現」という副題をつけたこの決定は、「今後のIT政策の重点」として「ITによる構造改革力の追求」の項目を各論として立て、そのトップに「ITによる医療の構造改革」を掲げ、

「（医科・歯科・調剤レセプトの完全オンライン化による事務経費の削減と予防医療への活用）

1．医療機関・薬局と審査支払機関の間のレセプトの提出及び受領について、2006年度よりオンラインで行えるようにすることとし、遅くとも2011年度当初から原則として全てのレセプトについてオンラインで提出及び受領しなければならないものとする（大病院・薬局、中病院、小病院・診療所といった区分により2005年度中に期限を設定）。なお、医療機関・薬局及び審査支払機関が電子媒体又はオンラインで提供及び受領するレセプトは、全項目が分析可能なデータ形式によることとする。

2．審査支払機関と保険者の間のレセプトの提出及び受領について、2006年度より電子媒体又はオンラインで行えるようにすることとし、遅くとも2011年度当初から原則として全てのレセプトについてオンラインで提出及び受領しなければならないものとする。なお、審査支払機関及び保険者が電子媒体又はオンラインで提出及び受領するレセプトは、全項目が分析可能なデータ形式によることとする。」とする。

## 第5節 今度は本物となるか、レセプトのオンライン化 次の課題は

### 食い逃げは許されない

以上日本の医療はこんどこそ本当に変わるかを考えるこのシリーズでは第一番に「レセプトのオンライン化」問題を取り上げ、それが必要な意義、もたらず効用、そのために必要な手段、などを考察するとともに、ようやく彼岸に達しようとするこの課題がここまでに至った経緯を説明してきた。ここまでには長い長い道のりがあった。

06年は第一段階としてオンライン化の義務付けが始まる。どのように段階的導入の具体案を作るかについては今後注視が必要だ。オンライン化の完成を10年度として、大規模病院と薬局、中小規模の病院、診療所の順で、逐年目標の達成を図っていくとするが、そうした大病院・薬局、中病院、小病院・診療所といった区分はどうするのか、そして各区分ごとにいつまでに導入するかは、05年度中に期限を定めることになっている。

フロッピー・ディスクなどの電子媒体によるレセプトの提出を06年までに全国の病院の7割以上にと定め、閣議決定まで経ているというに、いまだに21.5%に留まっている(05.11月現在)この医療界において、いまだに1件も行われていないオンライン化を、そのようなロードマップで確実に実現できるのか、それを遮る勢力はまたぞろ台頭しないのか、懸念もまた禁じえない。とくに第1章で考察したように、「決めるが守らない、というより、決めても守れない厚生労働省」だ。今度こそは抵抗勢力の圧力に屈せず断固として決まった道を進む勇氣と力を持って欲しいものだ。失敗は、すでにして破綻状況にある日本の医療の壊滅を意味するからだ。そのことに関係者は深く思いを馳せるべきだ。

### 電子カルテの義務化は将来の課題

最後にもうひとつ将来の課題に触れておく。05年はレセプトのオンライン化促進で果実をえて、かねてから平行して議論されていた電子カルテの義務化には深入りしなかった。05年答申は、

「カルテ等の診療情報の電子化の普及促進【逐次実施。標準規格の普及促進につ

【 いては平成18年度中に実施】

診療情報の電子化は、医療の安全、質、効率化に寄与する。さらに複数の医療機関で患者情報の相互利用が可能となることによって、検査等の重複が回避され、無駄な医療を排除することにもつながる。また、電子化された情報を蓄積し、二次的に利用することによって根拠に基づく医療政策(Evidence Based Health Policy)が可能となる。しかし、現状では医療機関が患者情報を相互に利用するための規格の統一がなされていないために、その導入等において医療機関やシステム開発業者に多大な財政負担、投資リスクを課している。

したがって、カルテの電子化を促進するに当たっては、医療におけるIT化の推進という方針の下、カルテの互換性・規格の統一、レセプト・カルテ連動のためのコード整備等の技術的な課題を解決するとともに、具体的な導入促進策や各種の促進手段を政府として明確にし、実行すべきである。」というに留まっている。

これは、まずはレセプトのオンライン義務化を優先的に実現するための配慮と、その義務化されたレセプトについては、「電子レセプトのデータの形式については、実施された医療内容の分析などの二次的利用が可能なデータ形式であることとすべきである。」という件を入れておけば、先述した医療データベースの構築、標準医療の設計、医療機関における情報の共有、医療政策などのための利用・分析の役目をいちおう果たすという認識によったからである。

そういうことで、カルテの電子化の義務付けは、05年としては見送ったが、前に述べたところから明らかなように、本来カルテに依拠してレセプトが作られるべきは当然だし、カルテの診療情報も共有し、また蓄積・分析することが医療の発展に有効であることから、今後の課題として、電子カルテの義務化実現を図るべきことには、変わりはない。

おわり