

日本の医療ここが問題 シリーズ6
「日本の医療の進むべき道」その2

「医療情報開示の義務化とIT化の促進」

「日本の医療の進むべき道」のその2として、各論の問題を
考えてみる。本レポートでは、医療情報の開示とIT化の促進
を取り上げた。

規制緩和された医療従事者が世の中に責任を負うためには、
自らの姿を世の中に明示することにつきる。「広告の自由化」
を超える医師のモラルでもある。

IT化はまずオンラインによるレセプト請求の義務化から始
まる。

電子カルテの普及も医療情報の共有と医療方法の標準化のた
めにマストである。このレポートでは、これらの課題につ
いて、どう議論が行われこれからの医療がどう変わっていくかを
考えてみる。

2007年4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 arc@om.asahi-kasei.co.jp

<本レポートのキーワード>

医療の規制改革、医療の情報開示、医療のIT化

(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 arc@om.asahi-kasei.co.jp

まとめ

「日本の医療ここが問題」シリーズの6、「日本の医療の進むべき道」のその2として、このレポートでは各論として「医療情報の公開」と「IT化の推進」の問題を取り上げ、総合規制改革会議や規制改革・民間開放推進会議がどのようにこれらの問題について考えたか、厚生労働省がどのように受け止めたかを説明する。

まず、総合規制改革会議や推進会議の累次の答申内容を解説するとともに、そのような答申に至るまでの厚労省との折衝の経過を省みる。

情報開示の義務化が本質であって、広告規制の緩和は当然ではあるが副次的なものというのが推進会議側の基本スタンスであった。

厚労省も情報開示には前向きであったが、義務化にはためらいがあった。そのため、04年の推進会議第1次答申では義務とは言い切れていない。

医療問題に関する諸難問が次第に解決のきざしを見せる中、05年には厚労省もついに義務化に腹を固めていった。

ポイントはアウトカム情報の開示をどのように義務化するかにかかっていた。事実は事実のままだと主張する推進会議側と状況補正をと粘る厚労省の間で、解決接点が模索された。

IT化の推進は、効率化・正確化の達成のためにもマストの課題であった。特にレセプトのオンライン化、カルテの電子化、それらによる医療情報の共有と医療の標準化は、医療改革がまず取り掛かるべき課題だった。

オンライン化については厚労省は積極的だったが、オンラインでないレセプトは受け取らないという、オンラインの義務化までは腹を括ることにためらいがあった。だが、推進会議側の説得により05年に決心がついた。

カルテは情報収集と共有のためにも、電子化が必要だが、どうやってその電子化を促進するかが課題だった。レセプトに連動させてカルテから電子機械的にできたレセプトでないと受け取らないという方法も研究されたが、将来問題に委ねた。これが現実のものとなった時がIT化完成、同時に医療が新しい時代に入る時だ。

目 次

はじめに	1
第2章 医療に関する徹底的な情報開示・公開	2
第1節 提言の流れと実現の状況	2
(1) 総合規制改革会議第1次および第3次答申	2
(2) 本格的に取り組み出した規制改革・民間開放推進会議答申	3
(3) 推進会議第1次答申(追加答申)の内容	4
1. 医療提供者に関する情報の公開	4
2. 患者に対する情報開示の促進	5
(4) 開示は義務だとは言っていない第1次答申	5
(5) 決定打となった推進会議第2次答申	6
1. 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進	7
(ア) 医療機関情報の公開義務化	8
(イ) アウトカム情報の公開	8
(ウ) 情報公開ルールの整備	9
(エ) 情報活用のための患者支援の充実	9
2. 医療機関による「広告」事項の拡大	9
3. 医療費の内容が分かる明細付き領収書の発行の義務化	9
第2節 ついに勝ち取った医療提供者に関する情報公開義務化	10
(1) アウトカム情報の開示範囲が焦点に	10
(2) 情報開示の義務化は最初にして最後の課題	11

第3章 IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上	12
第1節 IT化のポイント	12
第2節 レセプトのオンライン請求の原則化	12
(1) 紙によるのが原則だったレセプト	12
(2) 06年には7割以上と普及目標を示した総合規制改革会議第3次答申	13
(3) 本格的となりだしたオンライン請求 - 推進会議第1次答申	14
(4) 決着を着けた推進会議05年答申	15
(5) 腹を括った厚労省	16
(6) オンライン請求に必要な環境整備	17
第3節 カルテの電子化	19
(1) 折り返し点の意味をもつカルテの電子化	19
(2) 将来的にはカルテはレセプトから 機械的に算出されるべきと喝破した「01年憲法」	19
(3) 普及のため医療用語・コードの標準化・徹底等を説く 総合規制改革会議第3次答申	20
(4) カルテ情報の共用を説く推進会議第1次答申	20
(5) EBM確立のためにもカルテの電子化が必要と推進会議第2次答申	21
(6) レセプトのオンライン化に比べ決め手に欠けたカルテの電子化	22
第4節 患者情報の保有と共有	23
第5節 標準医療の確立	24

(注)

累次の規制緩和・規制改革にかかわる機関の提出した意見・見解・答申等

1. 行政改革委員会規制緩和小委員会

- 1) 「規制緩和推進に関する意見 光り輝く国をめざして」(第1次)
平成7年(95年)12月14日
- 2) 「規制緩和推進に関する意見 創意で造る新たな日本」(第2次)
平成8年(96年)12月16日
- 3) 「最終意見」
平成9年(97年)12月12日

2. 行政改革推進本部 規制改革(規制緩和)委員会

- 1) 「規制緩和についての第1次見解」
平成10年(98年)12月15日
- 2) 「規制改革についての第2次見解」
平成11年(99年)12月14日
- 3) 「規制改革についての見解」
平成12年(00年)12月12日

3. 総合規制改革会議

- 1) 平成13年(01年)度
重点6分野に関する中間とりまとめ
平成13年7月24日
規制改革の推進に関する第1次答申
平成13年12月11日
- 2) 平成14年(02年)度
中間とりまとめ 経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革
平成14年7月23日
規制改革の推進に関する第2次答申 経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革
平成14年12月12日
- 3) 平成15年(03年)度
「規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項」に関する答申 消費者・利用者本位の社会を目指して
平成15年7月15日
規制改革の推進に関する第3次答申 活力ある日本の創造に向けて
平成15年12月22日

4. 規制改革・民間開放推進会議

- 1) 平成16年(04年)度
中間とりまとめ 官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」
平成16年8月3日
規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申 官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」
平成16年12月24日
規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申(追加答申)
平成17年3月23日
- 2) 平成17年(05年)度
規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申 「小さくて効率的な政府」の実現に向けて
平成17年12月21日
規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申 さらに飛躍を目指して
平成18年12月25日

はじめに

前編である「日本の医療ここが問題」シリーズ6「日本の医療が進むべき道」ではその1として「進路を決めた『01年憲法』」と題して、01年に発足した総合規制改革会議の第1次答申（01年12月）が、長年氷漬けのようにされてきた日本の医療におけるもろもろの摩訶不思議について、抜本的な解決に向けての方向を決めたといった。そしてこの提言が網羅的にあげたその不思議の諸問題について解説して、同時にそれがその後の数年間にどのように解決への道を辿ったかについて、簡単な解説をした。

第2章からは、「01年憲法」の各問題がどのように解決されていったかについて、もう少し詳しくその流れと解決にあたっての考え方について説明したい。前編では、それらの諸課題はけっして独立したものではなく互いに関連しあっているという点と、それらの課題の改革にあたっては底に流れる共通した哲学があった、それは「競争の導入」によってそれらの不思議を解決しようとしたことだという点を指摘した。

第2章以降でもろもろの問題の解決過程をたどるにあたっては、原点である「01年憲法」からの流れであるため、基本的に「01年憲法」の項目立てに従って、次のように章立てをして、説明を進めていこうと思う。

第2章 医療に関する徹底的な情報開示・公開（広告の自由化、公開義務）

第3章 IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上
（レセプトのオンライン化、カルテの電子化、カルテ情報の共有）

第4章 保険者本来の機能の発揮（直接審査・支払、直接契約）

第5章 診療報酬体系の見直し（包括払い方式導入、混合診療解禁、薬価の決定、医療用機器）

第6章 医療分野における経営の近代化・効率化（株式会社、理事長要件）

第7章 その他（医療従事者の質の確保、労働派遣、医薬品の販売規制）

なお、これらの問題のうちのあるものは、これまでのこのシリーズで詳しく説明がされているものもある。それらについては、その後の変化を加味するとともに、理解に資するために、最小限の既往のレポート内容の要約に止めるので、詳しくはそれらのレポートを参照していただきたい。

(注)

特定医療法人

租税特別措置法に基づく財団または持分の定めのない社団の医療法人であって、その事業が医療の普及及び向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ、公的に運営されていること等につき国税長官の承認を受けた医療法人。

法人税においては22%（通常は30%）の軽減税率が適用される。

特定医療法人の承認規準の概要は次の通り（租税措置法、厚生労働省告示）

1. 財団又は持分の定めのない社団の医療法人であること。
2. 理事・監事・評議員その他役員等のそれぞれに占める親族等の割合がいずれも3分の1以下であること。
3. 設立者、役員等、社員又はこれらの親族等に対し、特別の利益を与えないこと。
4. 寄付行為・定款に、解散に際して残余財産が国、地方公共団体又は他の医療法人（財団たる医療法人又は社団たる医療法人で持分の定めのないものに限る）に帰属する旨の定めのあること。
5. 法令に違反する事実、その他帳簿書類に取引の全部又は一部を隠蔽し、又は仮葬して記録又は記載している事実その他公益に反する事実がないこと。

～以下、略～

特別医療法人

役員と同族支配の制限等公的な運営の確保、残余財産の帰属先の制限等の要件を満たし、地域において安定的かつ公正な医療を提供できる医療法人として、平成9年の医療法改正において制度化された。特別医療法人は、その開設する医療施設の業務に支障のない範囲でその収益を医療施設の経営に充てることを目的として、構成労働大臣の定める収益事業を行うことができる。

特別医療法人の要件

1. 同族役員制限

各役員について、その役員、その配偶者及び三親等以内の親族が役員総数の1/3を超えて含まれることがないこと。

2. 公的な運営に関する要件

財団である医療法人又は持分の定めのない社団医療法人であること。

3. 寄付行為・定款に、解散時の残余財産を国、地方公共団体又は他の特別医療法人に帰属する旨の定めのあること。

～以下、略～

第2章 医療に関する徹底的な情報開示・公開

第1節 提言の流れと実現の状況

(1) 総合規制改革会議第1次および第3次答申

総合規制改革会議第1次答申(01年の憲法)の骨格は前編(その1)で述べたように、徹底した情報の開示として以下の4点を指摘している。

患者情報の開示(カルテの開示)

医療提供者に関する情報公開

広告規制の緩和

医療機関に対する評価の充実

これらのうち、医療提供者(病院など)に関する情報の公開は単なる広告の自由化とは違って、その医療提供者の社会的責務として、自らの姿を世間に公知させる、そのために公開は「義務である」と考えるべきこと、そのゆえにこれら4項目の情報の開示のなかの基本となるのは、この義務としての「医療提供者に関する情報開示」であることは、前に述べた。そういうことだから、規制改革・民間開放推進会議時代に入ってから情報の開示に関する議論はもっぱらこの開示の義務化と義務として開示を要する情報の範囲はどこまでにするかという視点での議論が展開された。

1年の間をおいて、03年12月の総合規制改革会議の第3次答申は、第1次答申を受けて、この2年間で成果のあった事項として、「その間、具体的には広告規制の緩和、保険者によるレセプトの直接審査・支払の解禁、保険者と医療機関における個別契約の解禁など、一定の成果をえた」と評価した上で、03年度の情報公開に関する課題として、「会計基準の統一」に的を絞っている。

医療機関の経営主体には多様な経営形態がある。病院(病床20床以上。国公立の病院もあれば、私立の病院もある)もあれば、診療所(病床数19床以下。普通の医療法人もあれば、公益性の高い特定医療法人や特別医療法人(注)などがある)もある。このように異なった経営形態が入り混じっているが、会計基準が統一されていないと経営のパフォーマンスについて相互の比較ができないからだと、その統一を求めている。

(注)

規制改革会議からの答申も踏まえ、医療法人運営の透明性を図る観点から、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」(平成18年法律第84号)により、

毎会計年度終了後3月以内に、以下の書類を都道府県知事に届け出ること

- ・ 事業報告書、財産目録、貸借対照表
- ・ 監事の監査報告書

上記の書類は法人の事務所に備えて置き、社員、評議員、債権者からの請求により閲覧に供すること

都道府県においては、請求があったときには広く一般に上記の書類を閲覧に供することを、特定医療法人等にとどまらず医療法人全体に義務づけることとしている。

(改正医療法第51条、51条の2、52条)

これに加えて、社会医療法人においては、

- ・ 救急医療等確保事業の実施等認定要件の充足を証明する書類を、
- さらに、社会医療法人債を発行する社会医療法人においては、
- ・ 純資産変動計算書
 - ・ キャッシュフロー計算書
 - ・ 附属明細表
 - ・ 公認会計士等の監査報告書

を、都道府県知事に届け出て、閲覧に供することとしている。

また、社会医療法人債を発行する社会医療法人については、社会医療法人債権者の保護及び透明性の確保等の観点から、「社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する準則」を制定することとしている。

この問題は03年の「これからの医療経営の在り方に関する検討会」でも議論され、最終報告（03年3月26日）に盛り込まれている。これらを受けて厚労省は06年の医療法の改正により計算書類などを都道府県知事に届け出ることとしている（注）。

01年提言は「公開は義務だ」と火をつけたが、この提言は公開されるべきもののうち経営内容などに関するものは比較可能なものとせよと、内容面から迫っているものといえよう。

（2）本格的に取り組み出した規制改革・民間開放推進会議答申

総合規制改革会議の後継機関である規制改革・民間開放推進会議（04年～07年、「推進会議」という）の時代に入ると、医療関係のいろいろな課題も少しずつだが実現に向けて動きだした。総合規制改革会議の2年目（02年）と3年目（03年）が、どちらかというとき雌伏の時期で、問題を提起しても、肝心の受け手である厚生労働省（「厚労省」という）側に当事者能力がなく、決定できないことが多かった。総合規制改革会議の委員が厚労省の局長や次官と話しあっても、官僚独特の逃げをうたれるのが関の山で、暖簾に腕押しということが再三起こった。

推進会議時代に入って、そのような姿勢に変化の兆候が現れ始めた。変化し始めた原因には、長年にわたる規制改革推進の機関と厚労省との間の折衝により厚労省側も次第に改革が必要だという気になりだしたという点もあるが、これを積極的に推進した政治家が担当大臣となったという点、改革を旗印とした小泉純一郎氏が総理大臣となったという点などがあげられよう。特に担当大臣となった村上誠一郎氏は熱心で、04年就任すると、混合診療の解禁、中央社会保険医療協議会（中医協という）などの大物に対して熱をいれ、尾辻秀久厚生労働大臣との間での折衝を繰り返し、04年には混合診療に関しては一定の結論を得、また中医協問題についてもその在り方を審議する中立機関を設立するなど、大活躍だった。

こういう環境の中で、医療に関する徹底的な情報開示のテーマも、動意をみせるところとなりだした。こうして、05年3月の推進会議第1次答申（追加答申）は、情報開示に関してはおおきく前進をするところとなった。

(3) 推進会議第1次答申(追加答申)の内容

答申は、「情報開示の徹底も医療の質の向上、患者本位の医療の実現のためには重要である。医療機関間の競争原理が有効に機能するためには、患者に対し、診療内容や医療機関の財務・会計に関する情報が適切に提供されることにより、適切な情報に基づき、患者の自発的かつ合理的な選択を可能にする必要がある。しかしながら、広告としての情報開示は自由化されつつあるものの、一部の医療機関を除けば、提供する医療内容、診療実績、治療方法の指針等に関する情報提供ははなはだ不十分である。」としたうえで、次のように具体的に実施すべき事項の提言をしている。

1. 医療提供者に関する情報の公開

(ア) 平成14(02)年4月1日の通知(各都道府県知事宛、厚生労働省医政局長通知「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等について」)により、提供可能な情報の範囲が一部拡大されたが、それらの情報はあくまでも「広告」として提供されるものであり、開示する情報の範囲と内容については医療機関の判断に委ねられていた。しかし、患者が医療機関を選ぶにあたって、事前に自分がかかる医療機関について、その治療方式、手術件数、病床数などの情報をえることは患者の当然の行為であり、それら情報は、医療機関の「広告」として提供を認めるといった性格のものにとどまることなく、本来、医療機関が利用者である患者に対して提示すべき情報である。

ア. したがって、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」(平成15年3月28日閣議決定)に示された「患者視点の重視」の趣旨にのっとり、医療機関が公開すべき情報の内容について、以下 ~ に示すような患者の視点に立った情報公開を徹底することを求めている。

医療機関が開示する情報を一括りに「広告」と定義するのではなく、

医療機関が「任意」に顧客誘引のために行う「広告」であるか、

患者の選択に資するため、医療機関として患者、地域に対し提示すべき客観的な情報であるか、

イ. 医療機関の「広告」については、現在のポジティブリスト方式からネガティ

ブリスト方式への転換の検討も含め、現在広告することが認められている内容・範囲の大幅な拡大を引き続き図る。

ウ． 患者に対する医療機関の積極的な情報提供が行われるような仕組みの導入や情報の提供の方法について、アの情報の選別・整理とともに、具体的な施策について検討し、結論を得る。

(イ) 医療機関の情報公開を徹底するとともに、医療機関が公開している（公開した）情報を集約し、データベース化、ネットワーク化をおこない、国民が容易にアクセスできる環境を整備すべきである。また、そのための具体的な推進策を策定するとともに、現行の医療機関情報の提供ツール等において開示される公表内容の一層の充実を促し、また、そうした提供手段の存在を一般国民に広く周知するなどの具体的な措置について検討し結論を得るべきである。

2. 患者に対する情報開示の促進

(ア) 患者が具体的に自ら受ける医療を選択するにあたって必要な情報を開示するのはもちろんのこと、医師と患者の間の情報格差を多少でも解消し、患者が自立的に自ら受ける医療を選択できるよう、患者の意思決定をサポートする機能や体制の整備・充実等について検討し、具体的措置を講ずべきである。

(イ) 平成17(05)年4月の個人情報保護法（個人情報の保護に関する法律、平成15年法律第57号）の全面施行に伴い定められた「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16(04)年12月24日）にしたがい、診療情報の開示がすべての医療機関で遵守されるよう徹底すべきである。また、患者の要請に係る診療情報の開示を適切に行っていない医療機関に対して指導するよう明確な運用基準を定める等、実効性を確保するための具体的な措置を講ずべきである。

(4) 開示は義務だとは言っていない第1次答申

上記の推進会議第1次答申を注意深く読んでいただければ、いくつかのことに気づかれると思う。

1. 「広告」と「開示」とは別だという考えを述べているが、では「開示」は義務かというところまでは言い切っていない。

「任意」に顧客誘引のために行う「広告」であるか、患者の選択に資するため、医療機関として患者、地域に対し提示するべき客観的な情報であるかといった観点から整理し、患者視点に立った情報提供の在り方について検討し、結論を得る。」

「患者に対する医療機関の積極的な情報提供が行われるような仕組みの導入や情報の提供の方法について、アの情報を選別・整理とともに、具体的な施策について検討し、結論を得る。」

この2つの提言の表現が、この間の事情を物語っている。つまり、この時点での厚労省との議論は、推進会議も厚労省もいずれは医療提供者の情報の義務としての「公開」は避けて通れないという意識では共通するものがあつたが、これを高らかに「義務」とうたい上げることには、厚労省側にはまだ躊躇があつた。「義務とはっきり書こう」と迫る推進会議側と「もう少し待って欲しい」と粘る厚労省側の歩み寄った表現が、「在り方について検討し、結論を得る」、「情報の選別・整理とともに、具体的な施策について検討し、結論を得る」という主要論点についての結論の表現となる。

2. 推進会議側の関心はただ一点に絞って、医療提供者に関する情報の義務としての公開であり、広告については原則自由化が当然であり、あえて論ずるまでもないと言え思っていた。もっとも、どのような広告も自由というわけにもいかないから、禁止するものがあるとしたら、そのみを指定し、それ以外は自由という方式をとるべきとした。それがポジティブリスト方式とネガティブリスト方式の議論である。ポジティブリスト方式では、これまでがそうであったように、出してよい広告は、「A、B、C…」であると内容をいちいち決める。ネガティブリスト方式は、出してはいけない広告は「X、Y、Z」だと示し、それ以外は自由だとする。

(5) 決定打となった推進会議第2次答申

推進会議第2次答申は、医療の分野での提言にあたって、「患者本位の医療」を実現す

るための基本的な考えを述べたうえで、次のような3つ(1~3)の具体案の実行を求めている。

1. 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進

患者本位の医療の実現には、医療機関情報の公開と診療情報の一層の開示が不可欠である。設備・施設、医師数、実施する治療等の医療機関情報は、これまで一括りに医療機関の任意の「広告」とされてきたが、それらの中には患者が医療機関や治療方法等を選択するために絶対的に必要な情報も含まれており、広告という医療機関側の「任意」による情報提供の在り方を、患者本位及び患者参加の医療の実現という観点から、抜本的に見直す必要がある。患者が的確な診療を受けられるように確かな情報を自ら責任をもって公開することは、医療機関としての本来の使命の一つであり、患者に対する責務である。したがって、医療機関情報の公開を「広告」として医療機関の「任意」に委ねるのではなく、患者の医療機関等の選択に資する情報に関しては、医療機関の「義務」として、より積極的に公開させ、早急に患者本位の医療、患者参加の医療の礎を築く必要がある。

医療機関情報の公開は、医療機関にとっても有益なものである。地域医療における自身の役割を住民に明らかにするとともに、他の医療機関との比較や患者による評価を可能とすることによって、より質の高い医療を提供するための改善の契機ともなる。

また、医師が公開された情報を用いて患者と対話することによって、医師のより適確な判断、患者の意志を尊重した適確な医療機関や治療方法の選択につなげることもできる。さらに、他医療機関との連携を通じて地域一体となった医療提供を行うためにも有益である。

医療機関による患者への診療情報の開示も未だ不十分である。平成17年(05年)4月の個人情報保護法(個人情報の保護に関する法律、平成15年法律第57号)の全面施行に伴う「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16(04)年12月24日)の整備、患者本人からの請求によるカルテ、レセプト等の診療情報の開示が義務化される等、改善に向けての取組は進めら

(注1) インフォームドコンセントとセカンドオピニオン

informed-consent 説明と同意。患者が自分の症状と医療行為について、十分に説明を受け、同意した上で治療を受けること。

米国で生まれ、日本でも必要性が認識されている。

だが、十分なインフォームドコンセントが行われるためには、主治医からの情報提供だけでは限界もあり、主治医以外の意見を聞いて参考にする。これをセカンドオピニオン（second-opinion 第二の診断）という。

患者本位の医療提供が図られるようにするため、こうした考え方が定着、普及しつつある。

(注2) 患者が医療機関や治療方法を選択するに当たり、不可欠な事項、選択に資すると思われる事項の例

(施設・設備、医師・看護体制などの基本情報)

- ・医療機関の理念、基本方針、地域における役割など組織運営に関する事項
- ・医療機関の沿革
- ・診療科名、医療機関の名称、電話番号、所在地、診療日、診療時間、交通手段など患者のアクセス等に関わる事項
- ・医師数（常勤医師・非常勤医師）、看護師数、その他スタッフの職種と人数
- ・特定承認保険医療機関など施設認定、基準許可に係る事項
- ・入院設備の有無、個室病室、病床数、診査機器など施設・設備に関する事項
- ・専門外来の有無
- ・セカンドオピニオンの実施に関する事項
- ・D P C (Diagnosis Procedure Combination、診断群分類別包括評価) など包括支払方式の導入の有無
- ・電子カルテ、電算レセプトの導入に関する情報
- ・バリアフリーに関する事項
- ・カルテ開示の実績に関する事項
- ・インフォームドコンセントの実施とその方法に関する事項

(院内管理体制等)

- ・リスクマネジメント委員会、臨床症例病理検討会の設置、研修・教育体制など医療の質と安全の向上への取組に関する事項
- ・院内感染に関する事項
- ・個人情報保護、診療情報の管理に係る取組に関する事項
- ・治療に関する相談窓口の有無
- ・クレーム対応窓口の有無とその内容開示に関する事項
- ・入院治療計画、クリニカルパスの実施実績

(医療機関の実績、治療方針)

- ・標榜科毎の専門にしている分野とその治療方針
- ・行われている診療、治療方法（高度先進医療などを含む）
- ・実施可能な検査、画像診断の方法とその件数
- ・得意とする診療、手術など医療機関の特色

(医師の経歴・実績、診療、治療についての情報)

- ・診療に従事する全ての医師、歯科医師の性別及び略歴、専門医資格、認定資格の有無、及び得意とする診療領域

(入院、外来に関する情報)

- ・外来件数
- ・平均待ち時間に関する事項
- ・手術件数（入院外来別、全身麻酔・部分麻酔別、疾患別、ステージ別、治療法別）
- ・主要な疾患毎の平均在院日数
- ・アメニティ、プライバシー保護に関する設備、入院食、面会時間など入院環境に関する事項
- ・差額ベッド代など保険外費用に関する事項
- ・通訳、対応できる言語に関する事項
- ・夜間・時間外の受入・当直体制に関する事項
- ・在宅支援・訪問看護の実施に関する事項

(他医療機関との連携に関する情報)

- ・専門医療機関、他医療施設への紹介実施の有無
- ・治療において協力関係にある医療機関の有無

(治療成績、アウトカム情報、評価に関する事項)

- ・死亡率、治癒率、術後生存率、再入院率など治療成績に関する事項
- ・患者満足度調査の実施の有無、及び実施している場合にはその結果
- ・日本医療機能評価機構の認定の有無と審査結果の概要

れつつあるが、インフォームドコンセントやセカンドオピニオン（注1）を行う上では未だカルテ等の診療情報の開示が十分でない等の指摘がなされており、個人情報保護に配慮しつつも、その充実が必要である。

答申は、そう述べた上で、具体案を提示する。いずれも平成18（06）年医療制度改革で措置すべしとした。

（ア）医療機関情報の公開義務化

我が国の医療制度においては、フリーアクセスを含め患者の権利の確保が謳われているが、患者が医療機関等を選択する上で十分な情報が提供されているとは言いがたく、正確な情報の入手には困難が伴う状況にある。

したがって、患者が医療機関や治療方法を選択するために不可欠な事項、選択に資すると思われる事項については、医療機関に都道府県への届出を「義務」付け、都道府県がそれらの情報を集積し、患者等に対し情報提供する枠組みを制度化すべきである。（例えば、別紙に掲げる事項（注2）について検討の上、措置する）とした。

（イ）アウトカム情報の公開

医療機関の「治療成績」等のアウトカム情報は、特に患者や国民の情報公開のニーズが大きい。したがって、死亡率、平均在院日数、再入院率、院内感染症発生率、術後合併症発生率等のアウトカム情報については、地域による情報格差が生じることのないよう、段階的に公開の対象とすることとし、直ちに具体的な取組を開始すべきである。

その取組を進めるに当たっては、適切なデータの開示方法についても検討の対象とするとともに、各医療機関の特殊性や重症度の違い等による影響やその補正のための手法等、アウトカム情報の客観的な評価を可能とするための研究開発の推進等のため、一定の病院について、提供する医療の実績情報に関するデータを収集し、さらに、医療の質の向上、アウトカム情報の信頼性の向上を図る等の具体的な仕組みを構築すべきである。

(注) 広告規制 (病院・診療所)

医師又は歯科医師である旨

診療科名

診療科名

病院又は診療所の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項

診療日又は診療時間

予約に基づく診察の実施

保険医療機関又は特定承認保険医療機関である旨

労災保険指定病院、労災保険指定診療所、労災保険二次健診等給付病院又は労災保険二次健診等給付診療所である旨

母体保護法指定医である旨

臨床研修指定病院、歯科医師臨床研修指定病院又は歯科医師臨床研修指定診療所である旨

身体障害者福祉法指定医である旨

精神保健指定医、精神保健指定病院又は応急入院指定病院である旨

生活保護指定医、生活保護指定歯科医、生活保護指定病院又は生活保護指定診療所である旨

結核予防法指定病院又は結核予防法指定診療所である旨

養育医療指定病院又は養育医療指定診療所である旨

戦傷病者特別援護法指定病院又は戦傷病者特別援護法指定診療所である旨

外国医師臨床修練指定病院又は外国歯科医師臨床修練指定病院である旨

原子爆弾被爆者医療指定病院、原子爆弾被爆者医療指定診療所、原子爆弾被爆者一般疾病医療取扱病院又は原子爆弾被爆者一般疾病医療取扱診療所である旨

指定自立支援医療機関である旨

特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関又は第二種感染症指定医療機関である旨

指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は指定介護療養型医療施設である旨

入院設備の有無

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の員数及び患者数に対するこれらの従業員の配置割合

病床数又は病室数

病室、機能訓練室、談話室、食堂又は浴室に関する事項(医療の内容に関するものを除く。)

常時診療に従事する医師又は歯科医師の氏名

医師又は歯科医師の略歴、年齢及び性別

別に厚生労働大臣が定める研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う医師及び歯科医師の専門性に関する認定を受けた旨

休日又は夜間における診療の実施

診療録を電子化している旨

他の医師又は歯科医師の意見を求める患者に対する協力体制を確保している旨

当該医療機関内に患者からの相談に適切に応じる体制を確保している旨

当該医療機関内において症例を検討するための会議を開催している旨

安全管理のための体制を確保している旨

紹介をすることができる他の病院又は診療所の名称

共同利用をすることができる医療機器に関する事項

紹介をすることができる他の指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設又は介護老人保健施設の名称

診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨

当該医療機関の情報の伝達の用に供する電気通信設備を識別するための記号

入院診療計画を導入している旨

実施している治療の方法(健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成六年厚生省告示第五十四号)又は老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準(平成六年厚生省告示第七十二号)に規定するものに限る。)

健康保険法第四十三条第二項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養(平成六年厚生省告示第二百三十六号)又は老人保健法第十七条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養(平成六年厚生省告示第二百五十一号)に規定する療養の実施

児童福祉法施行令(昭和二十三年政令第七十四号)第二十三条の二第二項第一号の医療の給付を行っている旨

昭和四十八年四月十七日衛発第二百四十二号厚生省公衆衛生局長通知「特定疾患治療研究事業について」による治療研究に係る医療の給付を行っている旨

(ウ) 情報公開ルールの整備

義務として公開すべきとされる医療機関情報については、具体的な提供方法等を定めるとともに、情報を集約してすべてを公開し、患者その他の医療関係者等が情報を容易に制約なく閲覧・取得・利用できるようにすべきである。

(エ) 情報活用のための患者支援の充実

アウトカム情報を含め公開された医療機関情報は、患者に適切に理解、活用される必要がある。そのため、情報公開と併せ、公開された情報を患者が正確に理解し活用できるよう、行政機関や医療機関等において、適切に相談に応じ関連情報を提供する体制を確保する等の患者支援の方法を充実するよう所要の措置を講ずるべきである。

2. 医療機関による「広告」事項の拡大

医療機関が「任意」に広告できる事項については、現行の事項を個別に列記する方式から項目群ごとに包括的に規定する方式に改め、客観的事実については、基本的に広告できることとすべきである。また、患者保護の観点から何らかの制限を設ける場合にも、患者の適切な医療の選択の観点から必要最小限のものとするべきである。なお、虚偽、誇大、誤解を与える事項の公開が禁じられるべきものであることとはもとよりである。なお、拡大せられ現在認められている広告の内容は注の通りである（注）。

3. 医療費の内容が分かる明細付き領収書の発行の義務化

医療費の内容が分かる領収書については、医療機関に対し交付に努めるよう促す通知が発出されているが、患者が窓口で一部負担金を支払う際、合計金額の記載のみで何に幾ら払うのかが明確でない領収書も依然として多く、患者本位の医療を実現する観点から改善が必要である。

したがって、記載項目や記載方法等の規格を整備しつつ、まずは保険医療機関等に、行われた医療行為等とその所要費用等の詳細な内容が分かる明細付きの領収書の発行を義務づけるべきである。

基本診療料の施設基準等(平成十六年厚生労働省告示第四十九号)に規定する基準に適合している保険医療機関として地方社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出たものである旨
特掲診療料の施設基準等(平成十六年厚生労働省告示第五十号)に規定する基準に適合している保険医療機関として地方社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出たものである旨
入院時食事療養の基準等(平成十六年厚生労働省告示第二百三十八号)に規定する基準に適合している保険医療機関として地方社会保険事務局長に届け出たものである旨
往診の実施
在宅医療の実施
訪問看護に関する事項
当該医療機関で行われた手術の件数(健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法又は老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準に規定するものに限る。)
当該医療機関で行われた分べんの件数
平均在院日数
患者数
平均病床利用率
その他厚生労働大臣の定める事項
健康保険病院、健康保険診療所、社会保険病院又は社会保険診療所である旨
船員保険病院又は船員保険診療所である旨
国民健康保険病院又は国民健康保険診療所である旨
救急医療を提供している病院又は診療所である旨
公害医療機関である旨
平成五年七月二十八日健医発第八百二十五号厚生省保健医療局長通知「エイズ治療の拠点病院の整備について」によるエイズ治療の拠点病院である旨
健康診査の実施
保健指導又は健康相談の実施
予防接種の実施
薬事法(昭和三十五年法律第百四十五号)第二条第七項に規定する治験に関する事項
介護老人保健施設又は医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第四十二条第一項各号(第三号を除く。)に掲げる業務を専ら行うための施設であって、当該医療機関の同一敷地内に併設されているものの名称
費用の支払方法又は領収に関する事項
入院患者に対して当該医療機関が提供する役務(医療の内容に関するものを除く。)及びそれに要する費用
対応することができる言語
当該医療機関の施設内に設置された店舗等の名称及びその業務の種類
駐車設備に関する事項
理事長の略歴、年齢及び性別
外部監査を受けている旨
財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果(個別の審査項目に係るものを含む。)
財団法人日本適合性認定協会の認定を受けた審査登録機関に登録をしている旨
前各号に掲げるもののほか、都道府県知事の定める事項

第2節 ついに勝ち取った医療提供者に関する情報公開義務化

(1) アウトカム情報の開示範囲が焦点に

01年、厳重な広告規制がまだまかり通っていたころ、「01年憲法」で早々に指摘した、「広告規制の緩和ではなく、医療情報の開示の義務化だ」という課題は、こうした経緯を経て、ようやく推進会議第2次答申で決着をみるところとなった。

議論の過程で推進会議側と厚労省側で意見がかならずしも一致しなかった点は、義務として公開する情報の範囲の問題であった。推進会議側は8ページ以下の(注)に示したような「患者が医療機関や治療方法を選択するに当たり、不可欠な事項、選択に資すると思われる事項の例」はすべて義務として公開すべきだとしたが、厚労省側はこのうちアウトカム(治療成果)情報の開示の仕方にこだわった。

厚労省としてもアウトカム情報の開示に反対しているわけではない。ただ、どのような内容のものとするかについて厚労省なりの意見があったのである。推進会議側の考えは、たとえば100人入院をして100人が死亡したとしても、それは事実に関する問題だから、そのまま事実を公開すべきだとした。推進会議の考えは、全員死亡したからといって、そのことが直ちにその医療機関の成果の良し悪しにつながるものではない。死に直面している患者が藁にもすがる気持ちでその病院の能力を頼ったという評価もできれば、どの医療機関も引き受けない患者を「終の棲家」として選んだと評価もできる。かりに100人入院で100人死亡だとしても、そのことは当該病院の力量を低くみなすこととはつながらない。その病院は、そのようなアウトカムにいたった理由を公表してもよいし、それらは医療評価をする各種の組織の評価に待てばよいことだとした。

これに対して厚労省は、やはりそういう客観的事実をそのまま公表させるのは、誤解を招くおそれがある。入院した経緯、患者の特性、その他そのような結果について世間に誤解を与えないような、ある評価換算指標のようなものを考えないといけないと主張した。分からないわけではないが、そのような換算指標はどうやって作るのか。作ることは可能か、意味があるものとなるのか。無理な話で、やはり事実を事実としてありのまま公表するのがこれからの情報公開の基本だと思う。

そのような議論を経て合意した内容が、上述した「地域による情報格差が生じること

のないよう、段階的に公開の対象とすることとし、直ちに具体的な取組を開始すべき」としたうえで、「その取組を進めるに当たっては、適切なデータの開示方法についても検討の対象とするとともに、各医療機関の特殊性や重症度の違い等による影響やその補正のための手法等、アウトカム情報の客観的な評価を可能とするための研究開発の推進等のため、一定の病院について、提供する医療の実績情報に関するデータを収集し、さらに、医療の質の向上、アウトカム情報の信頼性の向上を図る等の具体的な仕組みを構築すべきである」ということになる。厚労省においては、この趣旨にもとづき、現在「補正のための手段」を検討中だが、ここはまず「アウトカム情報の信頼性」を確保できる万人が納得できる「補正」方法の開発に期待をしておこう。

(2) 情報開示の義務化は最初にして最後の課題

現代におけるあらゆる主体による活動にとって何がいちばん大切かといったら、その主体が「何を、どうやって行っており」、「どういう結果を出したのか」ということをつねに世間に対して「開いて見せる」ということにつける。特に規制改革はその主体に対してこれまで禁止していた発想・行動の自由を与え、その自主的な発想と行動によって経済社会の発展を目指そうという趣旨から行われるものであるから、与えられた自由の対価として「自分は何者であるか」という点を広く開示するのは当然の義務であり、その開示により自由が保障されるという仕組みの中にある。この意味で、情報の開示は規制改革後の世界に住む人たちの最初でありかつ最終の義務である。

医療に限らず、あらゆる規制改革は、目的である経済・社会の発展のために、構成員が相互に競い合うなかでその目的の達成を図ることを目指している。この意味で、「競争」は規制改革の実を確保するための最重要な手段といえる。この競争はあくまでルールに従ったフェアなものでなくてはならないこともまた当然である。これを検証する手段が「自らを開示する」という姿勢にあることはいうまでもない。「開示」は規制改革の目的達成を担保する最後の手段なのだ。

第3章 IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上

第1節 IT化のポイント

医療においてIT化を推進するにあたってのポイントは、2つの側面から考察する必要がある。一つはどのような項目についてIT化を促進するのかという問題であり、いま一つは各項目についてIT化を促進する目的意義は何かという点からの考察である。

第一の項目については以下の諸点があげられる。

レセプトのオンライン請求の原則化

カルテの電子化

患者情報の保有と共有

標準医療の確立

第二の、上記の各項目ごとに、それを行う目的と意義については、総括していえばこの章の表題にあるように、医療事務の効率化と医療の標準化と質の向上にあることはいうまでもない。

この章では、上記の各項目別に累次の規制改革における答申が何を求めて、それほどのような実現に向けての道を辿ったかを、とを中心に考えてみたい。

第2節 レセプトのオンライン請求の原則化

(1) 紙によるのが原則だったレセプト

医療分野でのIT化はほとんど進んでいない。例えばレセプトやカルテは紙が中心となっており、事務の効率化が妨げられるだけでなく、医療の近代化を妨げている。このような状態はIT化により速やかに改善する必要がある。IT化はそれにより、多様・多量の医療情報のデータベース化を可能とし、医学研究が推進され、医療の質の向上が図られる。「01年憲法」は、そうIT化の現状とIT化する効用を述べたうえで、その第一着手として、「レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化」をあげている。

これまでは医療費の請求書であるレセプトは、原則紙面によって行うとされていた。

(注1) 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って、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。

(注2) 高度情報通信ネットワーク社会形成法(IT基本法)

すべての国民が、高度情報通信ネットワークを容易に利用する機会を持ち、その利用を通じて個々の能力を創造的かつ最大限に発揮できるよう情報通信技術をだれもが享受できる社会を実現するための理念や方針を提示した法律。別称、IT基本法という。2000年11月29日に成立し、2001年1月6日に施行された。条項は4章34条からなる。世界最高水準の高度情報通信ネットワークの形成、国民の生活情報活用能力の向上、電子政府や電子自治体の推進、ネットワークの安全性および信頼性の確保、などを掲げている。

高度情報通信ネットワーク社会推進本部

情報技術の活用によって世界的規模で急激に拡大している社会経済構造変化に適確に対応することが国家的課題ともなっている。高度情報通信ネットワーク社会の形成に関する施策を迅速かつ重点的に推進するために、2001年1月に、内閣に「高度情報通信ネットワーク社会推進本部(IT戦略本部)」が設置された。本部長は首相、全閣僚が副本部長または本部長(その他に8名の有識者が本部長)となっている。

電子的請求をするには「磁気テープ等（フロッピー等）を用いた費用請求の特例」という厚生省令（注1）により、原則として個別に厚生労働大臣の認可が必要とされていた。この驚くべき時代遅れの省令に言及したうえで、IT化のメリットを最大限享受して医療事務の効率化などを図るために、レセプトの電子処理の方法の確立を求めている。それが磁気テープなどに加えて、オンラインによる請求ができるような仕組みの構築であった。このための明確な目標期限、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01年度中に策定して、速やかに電子的請求の原則化を図るべきとした。

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に、一定期間を定めて、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を導入するなどして、オンライン請求の原則化を図るべきとした。

さすがに紙面による請求が原則であり、電子的方法によるのが例外であるというやり方は、IT化が広く国民生活に浸透しており、また官庁における行政事務の処理にあってもIT化が盛んに導入されていた01年の話としては（注2）驚くべき時代錯誤の産物であって、この厚生省令は01年末の答申を待たずに、総合規制改革会議と厚労省が議論を行っている最中の01年10月1日をもって廃止された。

（2）06年には7割以上と普及目標を示した総合規制改革会議第3次答申

総合規制改革会議は01年答申で紙面によるべしとしてきたレセプトの提出方法に関する省令を廃止し電子的手法によることを認める方向を打ち出したが、1年置いて、03年の第3次答申では、「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」と題して、具体的方法に言及をしている。

医療分野のIT化のメリットを最大限に享受し医療事務の効率化を図るために、レセプトの電子的請求を限定していた個別指定制度は、平成13（01年）年10月の「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」（昭和51年8月2日厚生省令第36号）の改正により廃止され、電子化に向けての環境は整備されたが、それにもかかわらず電子化は遅々として進んでいない。

そう指摘したうえで、レセプトのオンライン請求の普及に向け以下の措置を講ずるべ

保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザインの策定について

〔平成13年12月26日〕
〔厚生労働省〕

厚生労働省においては情報技術を活用した今後の望ましい医療の実現を目指して平成13年3月28日より保健医療情報システム検討会において平成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の検討を進めてきた。

この間、本年9月25日に厚生労働省において「医療制度改革試案」を公表し、本年11月29日には「医療制度改革大綱」が政府・与党改革協議会において取りまとめられた。

同大綱においては「電子カルテ等について目標と達成年次を年内に策定し、その実現に向けた支援措置を講じる。」こととされている。

このような中、今般保健医療情報システム検討会において「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」が取りまとめられた。

このグランドデザインにおいては「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」、「情報化の進展にともなう保健医療福祉総合ネットワーク化への展開」、特に医療情報システムの構築においては電子カルテ・レセプト電算処理システムの目標と達成年次、国の講ずべき施策等が盛り込まれている。

厚生労働省において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の達成に努めるとともにグランドデザインで描かれた情報技術を活用した今後の望ましい医療の実現に向け、各般の施策を行っていくこととする。

きとして、普及に向けての手段について言及をする。

1. 厚労省が「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」(平成13(01年)年12月)において設定しているレセプト電算処理システムの導入目標は、全国の病院のレセプトについて、04年度で5割以上、06年度で7割以上としているが、この目標を確実に達成すべきである(注)。

こう言ってIT化の達成目標を示した。

2. 調剤レセプトについては、電子化に関する環境が整っているので、厚労省が平成13(01)年12月に病院レセプトについて策定した目標を視野に入れた保険薬局のレセプト電算化の普及状況に応じた目標設定を行い、確実な達成を図るべきである。
3. 「規制改革推進3か年計画(再改定)」において閣議決定されている「レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化」について、セキュリティレベルの確定も含め、速やかに措置するべきである。
4. 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な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べきである。
5. 社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会のレセプト電算処理関連のコンピュータに関しては、厚労省の数値目標が達成された状況を想定した更新計画を立て、その計画内容を広く開示するなど、情報提供を行うべきである。

また、計画に際しては当該システム開発の関係者に加え、第三者の意見を求め、計画の妥当性や経済性を検証すべきである。

(3) 本格的となりだしたオンライン請求 - 推進会議第1次答申

掛け声は勇ましいが、現実は踊らずという、レセプトの電子的請求の遅々とした進捗状況に業を煮やし始めた推進会議は04年に入ると攻勢に転じた。

答申は、以下のように提言をする。厚労省が自ら掲げた06年度に全国の病院レセプト

保健医療分野の 情報化にむけてのグランドデザイン（概要）

「情報化が我が国医療の将来に大きな影響を与えるものであることを踏まえ、これを国として戦略的に進めていくことが極めて重要」



医療制度改革大綱（H13.11.29.）

当面、以下のような具体的な施策について、目標、時期、国の講ずべき施策をできる限り明確に示しながら、推進する。

- ・ 電子カルテ・レセプト電算化などの医療のIT化の推進
電子カルテ等について目標と達成年次を年内に策定し、その実現に向けた支援措置を講じる。

保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン

医療情報システム構築のための達成目標の設定

- 【電子カルテ】
- ・平成16年度まで
全国の二次医療圏毎に少なくとも一施設は電子カルテシステムの普及を図る
 - ・平成18年度まで
全国の400床以上の病院の6割以上に普及
全診療所の6割以上に普及
- 【レセプト電算処理システム】
- ・平成16年度まで
全国の病院レセプトの5割以上に普及
 - ・平成18年度まで
全国の病院レセプトの7割以上に普及

アクションプラン

目標達成のための戦略を踏まえ、国家的視点から実現方策を提示することとし官民の役割分担、達成目標等を明示したアクションプランを策定

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るべきであるとする。また、7割が最終目標ではあり得ないことから、その後の原則電子化の推進のスケジュールも明確にすべきである。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。

厚労省のIT担当部署もレセプトのオンライン化にはこのころには積極的になっていた。だから、あの手この手で嫌がる医療機関を口説き、電子化率の向上とオンライン化を志向していた時期だった。だが、その方法はどちらかというと飴を与えてオンライン化を推進しようという安易さと医療界に対する遠慮があった。

推進会議側は、飴もよいが、飴だけではムリで、鞭をも用意すべきだと強硬に主張した。理屈はお金を払う側と受け取る側があるときに、請求の方法を誰が決めるかは、どこの世界でも払う側が決めるに決まっている。払う側の決めたルールに従わない請求は認められない、したがって払わないですむ問題だ。遠慮することはない。

こう強硬に主張された厚労省側は、さてそれで医療機関は文句を言わないのだろうか。とたじたじしていたのがこの頃だった。まだ腹は据わっていなかった。推進会議の言う理屈もそれが通れば問題はないのだがと半信半疑の時期とでもいおうか。

(4) 決着を着けた推進会議05年答申

電子レセプトによるオンライン請求や電子カルテの整備により、次に掲げるような効用等が期待される。答申はその効用をもう一度繰り返している。

第一は、審査支払事務の効率化・迅速化と事務コストの軽減等が図れるのだとする。

電子レセプトによるオンライン請求は、医療機関、保険者、審査支払機関などそれぞれの審査支払事務の効率化、迅速化し、事務コストの軽減が図れる。保険者においては、紙レセプトのデータの打ち直し作業の削減、保管の場所・費用の軽減など、事務の効率化、コスト軽減等のメリットがあり、それによる財政改善や保険者による様々な取組の

保健医療分野の情報化にむけての グランドデザイン策定について

医療分野のIT化の推進に係る政府提言

(1) 「経済財政諮問会議」閣議決定 (H13.6.26)

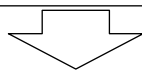
・ 「骨太方針」

医療サービスのIT化(電子カルテ、電子レセプト)の推進

(2) 「IT戦略本部」了承(H13.9.14)

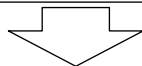
・ e-Japan 重点計画、e-Japan2002プログラム
の加速・前倒し

医療情報化のためのグランドデザインの年内策定
(電子カルテ、レセプトの電算化等のための具体的な普及
目標、期限、普及方策を明示)



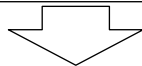
厚生労働省医療制度改革試案(H13.9.25)

平成14年度から5年間の保健医療の情報化計画・目標達成のための道筋と方策を示す



医療制度改革大綱(H13.11.29)

電子カルテ等について目標と達成年次を年内に策定し、その実現に向けた支援措置を講じる



(H13.12.26)

「保健医療分野の情報化にむけての
グランドデザイン」策定・公表

ための資金源の捻出、さらには被保険者・患者の保険料負担の軽減ともなりうる。

審査支払機関においては、年間14億件を超える膨大な件数のレセプトを抱え、高額レセプトなどの重点審査という形で既に全件審査ができない状況に陥っているが、そういう問題の解消の契機となり、1次審査における事務点検、審査事務共助などにおける業務効率化、迅速化など、審査支払業務の充実を図ることが期待される。

さらには、医療機関などにおいては、レセプトの仕分け作業などの負担が軽減され事務の効率化、コスト軽減のメリットがでるが、これに加え、支払期間の短縮など、多くのメリットが見込める。

そう効用をかき口説くように述べた後、最後の切り札をどうしても飲めと迫る推進会議側に厚労省はついに抗せずに、落城のくだりとなる。

それが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(11年)年度当初から原則完全オンライン化】と題した提言である。

レセプトについては、06年度からオンライン請求化を進め、遅くとも11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・薬局などの医療関係機関、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、オンラインで提出およ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と答申は続ける。

また、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とする。

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 など)を適用することとすべきであると「01年憲法」で提言した「奥の手」を極めて具体的にかつ明白に言及している。

(5) 腹を括った厚労省

以上が長い時間をかけてようやく決着にいたったレセプトのオンライン化にいたるま

での顛末記であるが、さすがに04年以降の推進会議側の厳しい追及を受けて、05年には厚労省も腹を括った。11月1日の同省幹部との打ち合わせで、「オンライン請求でなければ支払わない」という点について合意した。省内統一見解かと聞くと、そうだという。推進会議ではこれを明確にするために急遽21日に公開討論を開いた。出席した局長は、公開の場で明確に肯定した。内容は、11年までに大病院・薬局を第一とし、中病院を第二として、最後に小病院・診療所を第三として、段階的に義務化を完成させるというものだった。こうして4年かかったオンライン化は急速に進展するところになった。この間小泉前首相の「なぜオンライン化ができないのか」という度重なる発言も、厚労省の態度決定にとって大きな圧力をもっていた。

厚労省はオンライン化は段階的に行い、11年には全面オンライン化すると言っているが、推進会議の後継機関である規制改革会議は、同会議のスタートダッシュ期間に「ダッシュ7」と名づけて7項目について緊急提言を行おうとしているが、その第2番目の項目に、「医療のIT化（レセプトのオンライン化）」を掲げており、これはオンライン化の時期の繰上げに議論が集中すると考えられる。

レセプトのオンライン化は、ことの性質から当然とはいえ、その他の解決したが、かなりの曲折を経た案件に比べ、彼我の意見が当初からほぼ噛み合って、成果をだした珍しいケースともいえる。

（6）オンライン請求に必要な環境整備

上述の経緯を経て、ついに念願のレセプトのオンライン義務化は実現するところとなるが、それが円滑に導入されるためには、いくつかの環境整備が必要となる。累次の答申は、この点にも気を配り、各種の配慮すべき事項について、次のような指摘をしている。

第一は、電子レセプトの規格の統一と内容の充実、そして普及促進である。

01年当時厚生労働省が定めていたレセプト電子化のための規格「レセプト電算処理システム」は普及率が低かった。原因には、病名・手術名・処置などやそのコードについてレセプトとカルテの間での統一化やそれに適したレセプトフォームの規格化が必要だがその統一・規格化は進んでいなかった。また、診療報酬点数算定ルールも複雑で曖昧

だった。それらを明確・簡素化しないと、コンピューターで利用可能なものとならない。

「01年憲法」はこの点の改善をまず求めている。

第二は、レセプトの記載事項の見直し（主傷病名の記載など）である。

01年当時のレセプトは、複数の傷病名が並列記載されていた。このため、傷病とそれに対する医療内容の対応関係や医療サービスが提供された日付、転帰（どのような治療結果になったかの記録）が不明なままになっていた。したがって、患者が受けた医療内容が正確に分かるものとなっていなかった。

このため「01年憲法」は、レセプトの記載内容の明確化が必要だとして、例えば、入院治療に関しては、主傷病、並存症、後発症を区別し、主傷病に応じて医療費を明確にするなど、レセプトの記載事項を見直すべきだとしている。この問題はレセプトデータの活用とも関連し、後で言うがレセプトを単に請求のためだけに使うのではなく、そのデータから医療情報を蓄積し、これを医療関係者が共有し、標準医療方法を確立するとともに、医療技術の発展に活用するなどの目的のためにも意義が大きい。

答申もこれらのメリットとして、医療標準化の基礎となる、医療機関にとっては自己の医療水準の検証と改善に資する、保険者は被保険者によりよい保健サービスの提供ができる、包括払い・定額払いの制度の拡大の基礎となる、医療機関、保険者、審査支払機関との間での共通の理解がえられ、審査点検効率の向上に繋がる、としている。

「01年憲法」の規格の統一というIT化推進の基礎となる事項についての提言を受けても、なかなかその作業は進まない。そこで総合規制改革会議第2次、第3次答申は改めてこの点について提言をしている。

第2次答申は、レセプトには、様々な医療上のデータが記載されており、そのデータを有効に活用することにより、医療の質の向上に資することができ、諸外国においては実際にそのデータが活用されている例もあるとしたうえで、このような点に鑑み、個人情報を除くレセプトの医療データについては、医療の質の向上を図る観点から、レセプト情報の電子化を前提として、簡易かつ有効に活用できる方法を研究・検討すべきであると苛立ちを込めて催促をしている。

続いて総合規制改革会議第3次答申は、現在、レセプト電算処理については、マスター

コードなど、医療機関ごとの独自のものが使われており、統一化されたオンライン請求に向けての障害となっており、審査・請求業務の非効率を生じている。そのため、レセプトの用語、コードなどの統一及びレセプトの審査に関しては以下の通りとすべきとする。

レセプト電算処理システムの一層の普及のため、用語、コードの統一による請求事務の効率化などについて医療機関への周知徹底を図るべきである。

社会保険診療報酬支払基金など審査支払機関は、電子レセプトに対応した投資を集中的に行い、一連の審査業務全般にわたって電子的手法を活用した方式を開発するなど、審査の質の向上と効率化を図るべきである。

第3節 カルテの電子化

(1) 折り返し点の意味をもつカルテの電子化

レセプトのオンライン化の完成が医療のIT化推進の出発点とするなら、カルテの電子化は折り返し点ともいえる。医療事務の効率化という効用をまずもって狙ったものではあるが、IT化の効用はそれだけにとどまるのでない。IT化されたデータをどのように活用していくか、これがIT化の本来の目的である。それは蓄積され、共用されて、その間そのようなデータをベースとして、医療の標準化が進み、医療費支払いの根拠として活用されるとともに、新しい医療の誕生の契機となるのである。

以下、累次の答申でカルテの電子化についてどのような考えが述べられてきたかを眺めてみよう。

(2) 将来的にはカルテはレセプトから機械的に算出されるべきと喝破した

「01年憲法」

電子カルテの導入・普及の積極的促進をすべき。その際、用語・コード・様式の標準化を進め、医師、医療機関が同一のものを使用するようにすべき。カルテにおける用語・コード・様式はレセプトのそれと統一したものとすべき。将来的にはカルテからレセプトは機械的に作成される仕組みとすべき。

これが「01年憲法」の宣言文である。そしてその精神を受け継いだ提言がこれを追

いかけることとなる。

(3) 普及のため医療用語・コードの標準化・徹底等を説く総合規制改革会議

第3次答申

カルテの電子化は、医療機関内の業務の効率化に資するだけでなく、医療の安全性の向上、患者に対する診療情報開示、診療結果等に関するデータの蓄積、医療機関間でのネットワークの構築・診療情報の共有などを通じて、医療の質の向上に大きく貢献する。そのため、厚労省が「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」(01年12月)において設定している電子カルテの導入目標の確実な達成に向け、つぎのような措置を講ずるべきであるとする。

1. 電子カルテにおける用語・コード・様式(施設間で安全・確実に医療情報を交換するための規格や電子カルテに入力を行う際のインターフェース)の標準化を図ることが必要である。病名については標準化が図られ、02年6月から適用されているが、早急に普及促進を図るべきである。検査名、手術名・処置名、医療材料名についても04年度中に標準化を図り、その普及を促進するべきである。また、普及に当たっては、医師などの国家資格取得段階から標準化された病名などの用語などの使用を促進すべきである。
2. カルテにおける用語・コードとレセプトとの整合性を図り、将来的にはカルテからレセプトが真正に作成される仕組みについて検討し結論を得るべきである。
また、レセプトオンライン請求のためのコードは、電子カルテに用いるコードとの整合性を図り、相互の連結・利用が可能なものとすべきである。

(4) カルテ情報の共用を説く推進会議第1次答申

厚労省の保健医療情報システム検討会は「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」(01年12月)で、06年度までに全国の診療所の6割以上、400床以上の病院の6割以上に電子カルテシステムを導入させると提言しているが、答申はその目標が確実に達成できるよう、具体的な実行策を明定し、公表すべきとする。併せて、電子カルテ

システムの導入負担を軽減し、導入が促進されるよう、地域中核病院等にWeb型電子カルテを導入して診療所等の電子カルテ利用を支援する等、具体的な措置を講ずるべきであるとする。

答申はまた、電子カルテシステムが導入された後も、医療機関において継続的に運用されるよう、システム導入後の運用維持も視野に入れ、電子カルテシステムを用いた望ましい診療行為や医療機関の体制の評価を踏まえ、具体的な推進策を策定し、措置すべきであるとする。

さらに、電子カルテにおける用語・コードとレセプトにおける用語・コードの整合性を図り、カルテからレセプトが真正に作成される仕組みを構築し、我が国のカルテについて電子カルテ化を積極的に推進することとし、そのための実効性ある方策を講ずるべきであるとする。

大事なことはカルテ情報の共有で、セカンドオピニオン取得の際に初めの医療機関で検査した診療情報のすべてを別の医療機関で活用できるようにし、電子カルテシステムが単独の医療機関内での使用にとどまらず、複数の医療機関間で利用されることにより、診療連携に寄与するなど、標準的電子カルテ推進委員会で取りまとめられる標準的電子カルテに求められる機能、基本要件などを踏まえ、診療情報の共有に資する標準化の在り方を早期に提示し導入、普及の一層の推進を図るべきであるとする点である。

(5) EBM確立のためにもカルテの電子化が必要と推進会議第2次答申

答申は「電子データによる新たな取り組みの創出」と題して、次のようにいう。

カルテなどの診療情報を電子データで交換・利用することにより、患者への情報提供の充実、診療情報の共有による医療機関間の連携の促進、検査の重複等の無駄な医療の排除や、医療現場における安全性の向上、事務の効率化・迅速化にも資する。

また、電子データにより蓄積が容易となることで、研究・分析などに基礎データとなる全レセプトデータを蓄積したナショナル・データベースの構築が容易となり、初めて我が国の医療全体を詳細かつ継続的に俯瞰することができるナショナル・データベースが構築されることが期待される。

(注)医療のIT化の加速

医療のIT化の推進は、医療における最重要課題の一つ。医療の質の向上と効率化等に資する。諸外国においては、米国のEHR（Electronic Health Record）構想、韓国のレセプトのオンライン請求（達成率90%以上）を始め、医療のIT化を積極的に推進し、大きな進展あり。一方、我が国では、厚生労働省の保健医療情報システム検討会が「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」（平成13年12月）等で提言した導入目標には未だ程遠い状況。オンライン請求でない「電子媒体」（フロッピーディスクなど）による提出ですら21.5%のみ。「規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）」（平成17年3月25日閣議決定）において、電子カルテ化、電子レセプトによるオンライン請求化の原則が明示されたところ。

	平成16年度までに	平成18年度までに	現在達成状況
【電子カルテ】	全国の2次医療圏毎に少なくとも1施設は電子カルテの普及を図る。	全国400床以上の病院の6割以上に普及、全診療所の6割以上に普及	400床以上の病院の20.9%
【レセプト電子処理システム】	全国の病院レセプトの5割以上に普及	全国の病院レセプトの7割以上に普及	21.5% （注）FD等による提出。 オンライン請求の達成率ではない。
IT政策パッケージ2005（平成17年2月24日、IT戦略本部決定）	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及びオンライン化の推進（2004年度末までに開始）		

そのうえで、具体的施策として、「カルテ等の診療情報の電子化の普及促進」として以下を説く。

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、検査などの重複が回避され、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されていないために、その導入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など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。

(6) レセプトのオンライン化に比べ決め手に欠けたカルテの電子化

すべての診療情報はカルテの中に存在している。このような情報について、あらゆる医療機関が同じ用語と様式で電子的に記録し、それを各医療機関が共有できるようになったら、治療の成果に対してはもとより、医療の発展のためにどれだけ効果があるかはかりしれない。電子カルテ化とその共用は医療の世界の夢でもある。電子カルテを使う医師は最近増えてはきたというものの、相変わらず当人だけしか分からない符牒のような書面記録をしている医師もおおい。現に電子カルテの普及率は上述した保健医療情報化システム検討会が目標とした06年度までに全国の診療所の60%以上、400床以上の病院の60%以上に導入させるとした目標数値よりはるかに低い20.9%（05年11月現在、400床以上の病院ベース）と低迷している（注）。原因にはIT化不慣れ、相当の投資などもあるが、医療過誤問題が厳しくなりだした昨今、医師が明確な形で診療結果を記録するのをためらう点も指摘されている。

総合規制改革会議も推進会議もその効用、とくに共用による効率的な治療と、なによ

(注) 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進

患者本位の医療の実現には、医療機関情報の公開と診療情報の一層の開示が不可欠。

医療機関等が持つ情報には、患者が医療機関や治療方法等を選択するために絶対的に必要な情報も含まれており、これまでの広告という医療機関側の「任意」による情報提供の在り方を、患者本位及び患者参加の医療の実現という観点から、抜本的に見直すことが必要。

患者が的確な診療を受けられるよう、医療機関が確かな情報を自ら責任をもって公開することは本来の使命の一つであり、患者に対する責務。

したがって、医療機関情報の公開を「広告」として医療機関の「任意」に委ねるのではなく、患者の医療機関等の選択に資する情報に関しては、医療機関の「義務」として、より積極的に公開させ、早急に患者本位の医療、患者参加の医療の礎を築くことが必要。

医療機関情報の公開は、患者のみならず、医療機関にとっても有益。

- ・地域医療における自身の役割を住民等に明らかにすることが可能。
 - ・他医療機関との連携を通じて地域一体となった医療提供を行うためにも有益。
 - ・他の医療機関との比較や患者による評価を可能とすることによって、より質の高い医療を提供するための改善の契機に。
 - ・医師が公開された情報を用いて患者と対話することによって、医師のよりの的確な判断、患者の意志を尊重した的確な医療機関や治療法の選択に寄与。
- 医療機関による患者への診療情報の開示も未だ不十分であり、個人情報保護に配慮しつつ、その充実が必要。

りもカルテ情報の蓄積により標準医療を確立し、そこから標準医療費の算定が可能となり、包括払い方式に移るといった最終目標に向けて、カルテの電子化にはことさらに注力した。理想はレセプトのオンライン化のようにオンラインでないと受け付けられないような一種の義務化が、カルテにも適用ができないかという点だった。

そのために作った筋書きが、カルテに電子機械的に由来しないレセプトは真正のものとは認められないとして受け付けられないというロジックだった。そもそもレセプトはカルテから作られることはいうまでもない。そのレセプトがカルテから人間の手が入らずに電子機械的に計算されて出てくるとすれば、もはやそのレセプトが真正であることに疑いはない。だから医療機関はレセプト内容が真正であることの証にカルテから電子機械的に作成することとし、そうでないレセプトは真正さに疑問ありとして受け付けられない筋書きだ。こうすればカルテの電子化は間接的に強制されることとなる。

上述したカルテを巡る議論の中に「レセプトから機械的に作成される」という提言が散見されるのは、そういう議論を経ているからである。だが、この議論は中断してしまった。レセプトのオンライン化が義務的になり、そのレセプトには必要な医療情報が書き加えられることが決まったので、当面必要な医療情報はえられるというので譲歩したというのが真相だが、本当は徹底した医療のIT化のためにも、一気呵成にカルテの電子化の義務化にまで踏み込むべきであった。どれほど日本の医療の向上に寄与するかは計り知れないものがあったのだから。今後の規制改革会議などの機関に、その点までの追求を期待したいものである。

第4節 患者情報の保有と共有

個人情報保護など一定の条件を満たした上で、複数の医療機関で患者情報を共有し有効活用ができるようにすべき。それが医療の効率化、医療機関の機能分担・連携の促進に資する（注）。

これが「01年憲法」の複数の医療機関における情報の共有についてのご託宣である。その後の累次の答申も同様の趣旨の提言を繰り返してきた。

総合規制改革会議の第3次答申も、電子カルテ等の診療情報の医療機関外での保存の推

進を求めて、電子カルテ等診療情報の医療機関外での保存については、情報の安全確保等、外部保存受託機関として満たすべき技術及び運用管理上の要件を示したガイドラインを速やかに開示、周知徹底し、診療情報の電子化及び患者の診療継続等のための医療機関間での情報共有を推進すべきである、とする。

ひきついで、推進会議第2次答申は、個人情報の保護など一定の条件を満たした上で、複数の医療機関で患者情報を共有し有効活用ができるようにすべき、それが医療の効率化、医療機関の機能分担・連携の促進に資する、と説く。

医療情報の電子化は単に事務効率の向上だけではなく、その情報の共有と活用に至ってこそ始めて予定した効用を発揮する。だが、そこまでの道はなお遠い。基礎となるインフラ（レセプトのオンライン化、カルテの電子化など）がまだ整っていないからでもある。そのうえ、関係する医療機関そのものが、旧来の弊習からまだ脱することができないので、自分の診療内容の開示・共有という考えにのってこない。これらが克服されるのが一日も早いことを日本の医療の本当の発展のために望まれる。

第5節 標準医療の確立

現在診療内容については、医療機関ごとにばらつきがある。患者が安心して医療機関を選択できるように、診療ガイドラインやデータベースの作成が必要だ。03年までにEBM（Evidence-based-Medicine）の提供体制を整備すべき。患者による診療内容の理解に資するために国民用の診療ガイドラインを整備すべき。これは第3者機関がおこなうべき。というのがEBMの推進を説いた「01年憲法」の提言である。

総合規制改革会議第2次答申もまた、現在、診療ガイドラインの作成支援や、インターネット等によるガイドラインの情報提供サービスが行われているが、医療の質の向上の観点からEBMの一層の普及を図ることが必要である、したがって、診療ガイドラインの作成支援を一層進め、特に、重要疾患で診療ガイドライン作成の必要のある分野などについて、優先的に作成する等、早急な整備を図るべきである、とする。

また、ガイドラインの普及を促進するとともに、導入効果を評価できる枠組みを作成することが必要であり、傷病ごとの臨床指標（クリニカル・インディケーター）の開発

など、評価のためのツールを整備し、併せて医療の質の向上に向け、クリニカル・インディケーターを活用した評価手法に関する研究などを進めるべきである、という。

総合規制改革会議第3次答申も診療ガイドラインの整備、EBMの一層の推進を目指して、診療ガイドラインの作成支援や、インターネット等によるガイドラインの情報提供サービス等が行われているが、医療の質の向上の観点からEBMの一層の普及を図りつつ、良質な診療ガイドラインを公正かつ中立的に選定し、診療ガイドラインの作成根拠となった医学文献情報等とともにデータベース化し、インターネット等で広く公開すべきであるとする。

以上が各次の答申が厚労省との協議を経て提言したEBM確立に向けての考え方、その方法である。EBMの確立は、標準医療を明確にし、それによって標準医療費の算出を可能とし、医療費の包括払い方式への移行にいたる医療問題の最重要課題である。

だが、この課題も「笛吹けども」の感が深い。各種の検討は重ねられているとはいうものの満足というのにはほど遠い。笛を吹けども踊らない理由は、医療情報の保有と共有で述べたとほぼ同じである。いま黎明を見ようとしている医療界だが、旧勢力もおおい。確かに一步は画したが、前途はまだ長い。