

平成 20・21 年度
医療 IT 委員会 答申

「医療の IT 化の光と影」

平成 22 年 2 月
日本医師会 医療 IT 委員会

平成 22 年 2 月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

医療 IT 委員会
委員長 佐伯 光義

本委員会は、平成 20 年 7 月 31 日の第 1 回委員会において、唐澤会長より「医療の IT 化の光と影」との諮問を受け、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、2 年間にわたる本委員会での検討結果を取りまとめましたので、答申として提出いたします。

平成 20・21 年度 日本医師会 医療 IT 委員会

委員長	佐伯	光義	愛媛県医師会常任理事
副委員長	藤井	純司	京都府医師会理事
委員	石井	出	神奈川県医師会理事
委員	石川	広己	千葉県医師会理事
委員	内田	一郎	大分県医師会常任理事
委員	大橋	克洋	東京都医師会理事
委員	小澤	孝好	兵庫県医師会常任理事
委員	笠井	英夫	岡山県医師会専務理事
委員	川出	靖彦	岐阜県医師会副会長
委員	河本	英敏	埼玉県医師会理事
委員	末松	哲男	福井県医師会理事
委員	富田	雄二	宮崎県医師会副会長
委員	登米	祐也	宮城県医師会常任理事
委員	藤原	秀俊	北海道医師会常任理事 (～H. 21. 3)
委員	水谷	匡宏	北海道医師会常任理事 (H. 21. 4～)
委員	三原	一郎	山形県医師会常任理事

(委員五十音順)

目 次

I. はじめに	1
II. レセプトの電子請求について	1
III. 社会保障カード（仮称）について	5
IV. ORCA プロジェクトについて	6
V. 日本医師会認証局について	11
VI. 医療の IT 化と情報漏えいについて	16
VII. 地域医療情報ネットワークの事例紹介	17
VIII. おわりに	20

I. はじめに

本委員会は、平成 20 年 7 月 31 日に唐澤会長から「医療の IT 化の光と影」との諮問事項を受けて、2 年間 10 回に亘り審議を続けてきた。

諮問を受けた当初、さまざまな医療の IT 化にまつわる問題の中でも、「レセプトオンライン請求義務化」が喫緊の最重要問題であり、早急に委員会として意見を取りまとめるべきということで全委員の意見が一致し、平成 20 年度はこの問題を集中的に検討した。その検討結果は、去る平成 21 年 1 月に中間答申「レセプトオンライン請求義務化について」として、日医執行部に提出したところである。

結果的に、レセプトオンライン請求義務化の問題については、平成 21 年 11 月 26 日に施行された厚生労働省令の改正により、「オンライン請求義務化から紙媒体請求の免除・猶予を設けたうえでの電子レセプト請求義務化」に下方修正され、一応の決着を見た。

本委員会では、この問題のほか、社会保障カード（仮称）、ORCA プロジェクト、日本医師会認証局、医療情報システムの安全管理をめぐる問題、今後の医師会ネットワーク等についても議論を深めた。

今回、それらの議論を総括することで、諮問事項「医療の IT 化の光と影」への答申とする。

II. レセプトの電子請求について

平成 18 年 4 月 10 日付厚生労働省令第 111 号で定められた、いわゆる「レセプトオンライン請求義務化」については、日本医師会は一貫して反対姿勢を表明し、「完全義務化」は拙速であるとして、「手挙げ方式」への変更を強く求めてきた。

本委員会でも、オンライン請求義務化は大変重要な問題であるという認識から、最優先で議論を取りまとめ、平成 21 年 1 月に中間答申を唐澤会長宛てに提出した。中間答申では、「レセプトを手書きしている医療機関については、従来通り紙レセプトでの請求を認めること」「レセプトコンピュータ（以下、レセコン）によりレセプト電算処理が可能な医療機関においては、オンライン請求だけでなく、電子媒体による請求も認めること」を柱として、特に患者情報の漏えいを防止する観点から、「電子レセプト請求については、現状ではオンライン請求よりも安全な手法と考えられる電

子媒体による請求を推奨すべきである」と主張した。

我々の中間答申を受けた日医は、その後も各地域医師会のさらなる協力を得ながら、完全義務化撤廃に向けて粘り強い交渉を続けた。その結果、平成 21 年 3 月 31 日に閣議決定された『規制改革推進のための 3 か年計画』の再改定で、「原則現行以上の例外規定を設けない」「地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」といった形で、各種の例外を認める方針へと転換させる成果を上げた。しかしながら、解散総選挙を迎える政局の混乱から、具体的な内容が示されない状況となったため、日医は平成 21 年 5 月 29 日、オンライン請求義務化への「対応指針」を公表するに至った。そこでは、「オンライン請求に対応が可能な医療機関は、積極的に推進して欲しい」という、本委員会の中間答申とは異なった指針が示されていたため、我々としては非常に不本意ではあったが、当時の状況下では日医としても苦渋の選択だったものと推察される。

その後、衆議院選挙で「完全義務化から原則化に改める」と主張していた民主党への政権交代が起こり、状況は大きく変化した。当初示された改正案は、小規模施設や医師が高齢等の理由によりオンライン請求が困難である施設への例外措置等を内容とした省令等、前政権時の緩和策とさほど大きな違いはなかったが、パブリックコメントで寄せられた多くの真摯な声、各医師会における様々な活動の展開や働きかけを背景に修正され、平成 21 年 11 月 25 日、厚生労働省令第 151 号として、省令等改正が交付された。

この改正省令では、「オンライン請求だけでなく、電子媒体での請求も可能」「レセコン未使用（手書き）の病院・診療所は免除となり、従来通り手書きによる請求が可能」「常勤医師がすべて 65 歳以上の診療所は免除」となった。これは本委員会の主張がほぼ採用されていると言える内容であり、大いに評価できるところである。

しかしながら、問題点は残されている。

まず 1 点目は、保険証の即時資格確認の問題である。これは、保険証に QR コードを収載し、レセコンに保険証情報を自動転記することで入力ミスを減らし、更に次の段階ではレセプトオンライン請求のネットワークを活用して保険者のデータベースを参照することで即時資格確認を行うとされていたものであった。しかし、当時、厚生労働省が提案した「健康 IT カード」や、その後の年金記録問題に端を発した「社会保障カード（仮称）」構想の登場で、導入直前に立ち消えとなってしまったという経緯がある。

保険証情報の自動転記もさることながら、即時資格確認に関しては導入に期待を寄

せていた医療機関も多い。本来であれば、この検討が進む中で、被保険者の移動情報更新のタイムラグや資格確認を実施するための保険者の被保険者データベース整備の問題、保険証情報の取り扱いに係わる法的手当の問題など、即時資格確認を行うための多くの課題や前提条件が検討され、実現に向けた要件が整理されていたはずである。

これは、単に QR コードにするとか、IC カードにするとといった手段の問題ではなく、社会的基盤として現実的な検討がなされ、実現に向けた方策が提示されるべき事案である。その中で、強制的なものでなく、現場の医療機関に極力負担のかからない方法での実現を目指し、保険者の努力も求めつつ、社会的基盤の整備のひとつとして、日医としても積極的に国に働きかけるべきである。

2点目は、「国保総括表（請求書）等」と乳幼児・ひとり親・障害等の「地方単独公費請求書」の問題である。そもそも、厚労省がレセプト請求オンライン化を強硬に進めるにあたって用意した“錦の御旗”は「医療保険事務全体の効率化」である。しかし現状では、国保総括表と地方単独公費請求書は独自の紙様式の請求であり、医療機関にとっては、レセプト請求をオンラインや電子媒体で行ったとしても、これらが残っている限り、請求事務の省力化というメリットを享受することはできない。国保総括表については、一部電子媒体請求を認める地域もあるものの、紙と両方提出しなければならない地域もあるなど、その扱いは様々である。ましてや地方単独公費については、全国各地で積み残しとなる可能性が非常に高い。完全義務化ではなくなったとは言え、国が今後も電子レセプトによる請求を推進していくのであれば、公的医療保険の請求に付随するローカルな制度も、当然ながらそれに合わせて処理方法を見直すべきであり、そこから目をそらし続けるのは怠慢以外の何物でもない。

これらは「医療保険事務全体の効率化」を図るためには非常に大きな問題であるにもかかわらず、問題提起しているのは医師会のみである。我々としても、それぞれ、国保中央会や単独の省庁が簡単に解決できる問題ではないことは承知している。しかし、それではいつまで経っても医療機関の事務効率化を達成することなどできはしない。様々な関係省庁が絡むこの問題の解決のためには、国のトップに問題を認識させ、強力に号令を出させる必要がある。日医には、全国で積み残されるこの問題について、関係機関に周知、啓発し、解決の端緒を開くべく、積極的に働きかけていただきたい。

3点目は、集積されるレセプトデータの扱いについてである。医療機関が電子レセプト請求を行うことにより、保険者側は労せずして個人の時系列のレセプトデータを手に入れることができ、さらに同データは、その後国に報告される仕組みとなること

が決定している。厚労省は先の行政刷新会議「事業仕分け」の際に、「この集積したレセプト情報から疾患別分析を行えば、国民の正確な医学的ナショナルデータベースが構築される」と回答している。しかし、レセプトはあくまでも保険ルールに従った診療報酬の請求書に過ぎず、それを元に分析を行った場合、国民医療費データベースの構築は可能としても、この医療費とレセプト疾患名を関連付けされたデータ、あるいはレセプトから純医学的分析に資する有用なアウトプットが得られるかは疑問と言わざるを得ない。なお、国が入手できるのであれば、これらの検証のためにも、同じデータは診療側にもフィードバックされて然るべきであろう。

高度情報化社会において、医療情報の取り扱いには高い倫理性が求められている。しかしながら、聖域に囲い込めば公益に寄与できなくなるとして、高齢者の医療の確保に関する法律（医療費適正化計画遂行手段としてのオンライン請求など）が施行された。レセプトデータを国が集約し、国全体の医療経済分析に使うために個人名は必要ないとしても、一方でレセプトは月ごとに出されるため、患者ごとのデータをまとめなければ分析はできない。これは、同意なくして個人の医療情報が集中管理されることに他ならない。

さらに、国以外の組織でもレセプト情報の活用を意図したナショナルデータベース化構想が進んでいる昨今、利用のルールについて日医は毅然とした態度をとるべきと考える。

また公益性の確保ができるとしても、レセプト・特定健診データには病名や患者属性など、慎重な取り扱いが求められるデータが含まれるため、日医は研究目的や計画、データの利用法などを個別に審査する第三者機構の設立を主張し、その機構の運営に深く関わるべきである。

いずれにしても、これらのデータの取り扱いについて、目的外使用を厳禁するとともに、誰がどの範囲のデータを入手できるのかを明確に法制化することが先決である。さらに、レセプト情報の漏えいリスクの検証や、万が一漏えいした場合の責任の所在についても、医療機関側が一方的に不利になることのないよう、日医として各方面と調整し、納得のいく形で整備されるよう尽力いただきたい。

このように、オンライン請求は「完全義務化」ではなくなったとは言え、医療機関側にとってメリットが全くないばかりか、セキュリティに関する理解やレセプト情報漏えいのリスク等の問題が多いという事実は変わらない。日医は改正省令交付後の定例記者会見において、「日医の要望がおおむね受け入れられたことを評価する」とともに、「今後は、IT投資はもとより、セキュリティ対策が極めて重要となってくるこ

とから、国による財政負担や 2010 年度の診療報酬改定における電子加算など、十分なインセンティブを強く期待する」とのコメントを公表している。しかし、本委員会としては、日医は今回の改正内容で満足してしまうのではなく、レセプトの電子化に伴う諸問題についての議論を継続し、解決に向けて今後も強く訴えていくべきと考えている。

Ⅲ. 社会保障カード（仮称）について

社会保障制度は国民にとって安心と信頼の礎であり、「平時の安全保障」とも言われてきた。少子高齢化や世界的恐慌の中にあっても、社会保障制度の維持は至上の課題であると言える。また、IT の活用による効率的な運用も、今の時代にあっては多くが予想するところであり、その入口の手段が社会保障カード（仮称）構想（以下、（仮称）は省略）であった。IT を使った社会システムの構築にあたっては、国民一人一人に個別の「番号」があることが最も効率的である。これは、コンピュータを台帳として活用した経験があれば誰でも実感することである。そして、このいわゆる「総背番号」は諸外国でもさまざまな形で運用されている。しかし、我が国では住民基本台帳番号導入の際の反省から、「番号」ではなく「社会保障カード」としたのが、これまでの政策展開であった。これは、PKI（Public Key Infrastructure：公開鍵認証基盤）を利用した最新技術ではあるが、米国の社会保障番号のように口頭でもやりとりできる番号を明示的に使わないため、運用が複雑で高コストとなる恐れがあった。

医療の現場では、意思表示や理解が困難な高齢者までの全国民を平等に対象とし、緊急を要することも多い。このため、IT 機器を通さなくては「カード」の持ち主が「誰」なのか分からない仕組みは、国民にも医療提供側にもデメリットであると指摘された。一方、社会保障カードを使えば、被保険者証の資格確認が瞬時に行えるというメリットもあり、資格過誤を不正請求と誤解されることに対する解決策でもあった。ただ、このすべての保険者における被保険者証の瞬時の資格確認には、保険者切り替えの際に生じるタイムラグの問題や保険者の規模の問題等があり、全国一律の実施には曲折も予想される。

さて、政権与党となった民主党のマニフェストでは、社会保障カードに代わって「所得の把握を確実にを行うため、税と社会保障制度共通の番号制度を導入する」と記載された。これは、(社)日本経済団体連合会の主張する「社会保障番号を活用した納税者

番号制度の導入」とも一致した考えである。

社会保障の番号制度は、うまく活用すれば、保険の資格確認や地域医療連携、医療安全等、国民にとってメリットがあるとも考えられる。しかし、厚労省の検討会で、プライバシー侵害や情報の一元管理に対する国民の不安を踏まえて導入を見送ったという経緯もある。社会保障制度のIT化で最も重要なのは、ITを使った「制度」を今後どのように社会福祉の発展のために構築していくかというビジョンである。このため本委員会では、日医の示した、「国民・患者視点から、目的外利用の禁止、管理医療の可能性排除を明確にした法律等を含めた制度面の整備が前提であり、それができない限りは社会保障カードの導入は時期尚早」という見解は極めて妥当であったと考える。

今後は、社会保障制度のIT化でどのような福祉を実現するのか、そのためには何が必要かの「国民的な議論」をいま一度十分に行い、慎重に対応していくべきと考える。

IV. ORCAプロジェクトについて

2000年に開始されたORCA（Online Receipt Computer Advantage）プロジェクトは、今年で10年目の節目を迎えた。日医標準レセプトソフト（以下、日レセ）のユーザー数の増大とともに、本来の目的であったデータ収集などもスタートした。

ITを使ったネットワーク化が進んでいく社会において、日医がこの成果を如何に利活用していくかは、これからの10年の為の重要な鍵であると言っても過言ではない。一方、日医のような非営利組織による、規模の大きいソフトウェアの開発と運用についても、この節目に再考する必要がある。

1. 概況

(1) 日医標準レセプトソフト

日レセは2011年までに1万医療機関での利用を当面の目標としており、2010年1月現在で導入済医療機関が8,078施設（うち病院338施設）、導入作業中が1,160施設（うち病院47施設）となった。我が国のレセコンに占める日レセのシェアは10%を越え、レセコン業界においては第3位に位置すると思われる。目標の1万医療機関には2010年度中に達成できる見込みである。

従来、日レセには無床／有床別、さらにはリリース時期の違いによる複数のバージョンが存在していたが、今年度より効率化のため、無床版と有床版が1本に統一されることとなった。また、セキュリティやメンテナンス性向上の観点から、2012年10月までの約3年間をかけ、全導入医療機関を対象としたOS（基本ソフト）の変更が進められている。

都道府県単位の医療費助成制度については、連記式請求書等の帳票も含め、ほぼ全て対応できている。大手メーカーでは大抵、地域の販社が独自にオプションソフトとして提供しているものである。しかしながら、市町村単位の医療費助成制度については、窓口計算に必要な保険者番号の提供のみで、帳票までは提供できていない。全国1,700あまりの市町村の医療費助成制度に個別対応することは、予算的にもマンパワー的にも無理があるため、市町村公費関連の帳票については、認定事業所によって作成されたカスタマイズプログラムの提供に頼っている。

日レセと連携する電子カルテは、既に22社から市販されている。現状、新しく開発される電子カルテの多くが、日レセ連携型である。これまで、電子カルテメーカーにとってレセプト部分の開発は大きな負担であり、診療報酬改定時の影響も大きかったが、日レセと連携することで解決できるようになった。また、ORCAプロジェクトがオープンソースを基本としているため、権利関係を気にせず自由に開発を進められるというメリットがある。

(2) 定点調査研究事業

ORCAプロジェクトでは、日レセの順調な導入数の推移を鑑み、2008年4月からレセプトデータ収集・分析のための「定点調査研究事業」を進めてきた。収集・分析の手法などについて研究・改良を進め、2009年12月には全ての日レセ利用医療機関に対して参加を呼びかけ、2010年1月現在の参加数は約500施設となった。

あわせて、日レセに入力された診療行為や傷病名から自動で感染症マップを作成する、「感染症サーベイランス」にも着手した。レセプトデータが月毎であるのに対し、日毎で新型インフルエンザを含めた疑い症例を集め、翌日には関係者に知らせる試みである。感染症マップの公開の仕方などについては、新型インフルエンザの流行で先進的な試みを行っている医師会にノウハウを請う予定となっている。

(3) 日本医師会認証局

2009年4月に、厚労省のHPKI（Healthcare Public Key Infrastructure）と接続した。運用経費を抑えるため、今年度より必要最小限の機能をアウトソーシングして運営することとなった（詳細については次項「V. 日本医師会認証局について」を参照のこと）。

(4) 介護ソフト

介護ソフトは、従来の医見書（主治医意見書・訪問看護指示書・医師意見書作成支援）、給管鳥（給付管理・介護報酬請求支援）の2種類から、2008年に訪看鳥（訪問看護ステーション専用請求支援）が独立したソフトとしてリリースされた。介護サービスのうち、訪問看護の請求については介護保険だけでなく医療保険にも対応する仕組みが必要なためである。これらのソフトは全てオープンソースとしてダウンロードできるとともに、実費にてCD+マニュアルを購入することも可能である。2010年1月時点の販売数は、医見書19,682本、給管鳥1,725本、訪看鳥273本となった。

(5) 日医特定健康診査システム

日医特定健康診査システムは、2008年4月より実施された特定健康診査への対応を支援する目的で開発された。主に小規模の健診実施医療機関での利用を想定し、日レセとも連携が可能である。代行入力業務の帳票やファイル形式の日医規格、保険者や請求先へ提出するためのXMLファイル形式「HL7(HL7CDAR2)」に対応している。配布方法はダウンロードのみのため、正確な利用数は不明であるが、推定で700～800名の会員に利用されていると思われる。

(6) その他

日医総研の日医IT認定制度では、現在165の事業所が認定を取得している。認定システム主任者は499名、認定インストラクタは550名を数えるに至った。さらに今年度は、日レセを操作できる医療事務員の確保を目指した「日レセ操作実務者（認定オペレータ）資格」を創設した。また、インターネットを使ったオンライン請求を行うための「オルカVPNサービス」、日レセのレセプトチェックマスタを活用した「傷病名ガイドブック」などをそれぞれ民間企業に技術供与、情報提供することによって開発させた。

2. 普及から活用へ

(1) 日レセの利便性向上

操作性や機能追加については、メーカー製と同等となった今でも年間数百もの要望が会員ユーザーから寄せられている。今後も慢心することなく進化を続けて行くことが肝要である。

システム構成については、現在大部分の医療機関が利用している OS (Debian GNU/Linux) では、メンテナンス、セキュリティの面で限界があると考えられる。Debian GNU/Linux は定評のある優秀な Linux OS であるが、ボランティアによる非営利開発であるため、バージョンアップ時期が不定期である。また、バージョンアップが行われると、旧バージョンについては、約 1 年間しかセキュリティ対策が行われない。このため、日レセを利用する医療機関では、追従して OS のバージョンアップが必要であった。しかし、OS のバージョンアップは複雑な作業であるため、作業費用の問題も生じていた。したがって今後は、バージョンアップが計画的で、5 年間のロングタイムサポートが保証されている新しい Ubuntu への移行を混乱のないよう舵取りしていくべきであろう。Ubuntu は Debian をベースに開発された、比較的新しい Linux OS である。OS バージョンアップのタイミングが長く、また時期がはっきりしていることから、医療機関や業者の負担を減らすことが期待できる。

レセプトの電子請求では現在、フロッピーディスク (以下、FD)、MO (光ディスク)、CD-R が利用可能である。しかしながら、FD と MO については需要が減っており、多くのメーカーで生産の中止が計画されている。今後は、CD-R への移行を認定事業所を通じて進めて行くとともに、十分なユーザーを持つレセコンメーカーとして、これからの電子請求用媒体の規格等を行政に提言して行く立場をとるべきであろう。

高齢者医療制度が揺れ動く中、地域毎の医療費助成制度の変更にタイムリーに対応する体制も必要である。ORCA プロジェクト公式 Web サイトにある地域公費情報コーナーは、今や、日本で最も詳細な情報を網羅するサイトであるが、これは各地の医師会、認定事業所などからの任意の情報提供に頼っている。情報入手のタイミングが遅れたために、制度変更の期日に間に合わないこともあったと聞いているので、今後は各都道府県医師会において医療費助成制度の窓口を立てるなど、情報提供の手段を要請していくべきであろう。

(2) データの収集と活用

全国では、2009 年 11 月診療分で約半数の医療機関が電子請求をしている。レセプ

ト件数ベースで見ると、既に7割のレセプトが電子データである。2009年度末までに電子請求の割合はさらに増えるであろう。電子レセプトを利活用するナショナルデータベースについては、まだ詳細が明らかになっていないが、早晚、医療費適正化を主たる目的とした分析が始まると考えて良い。すでに一部の市町村国保では、電子化されたレセプトを使った分析を強化しているとの報道もある。

ORCAプロジェクトでは目的の一つとして、患者個人情報を含まない日医独自のデータベースを構築する目標があり、これを実現するのが日レセを使った定点調査研究事業である。医師会としては、プロフェッショナルの視点から公正な医療政策の提言をしていく必要があり、情報社会において、独自に利用できるデータを持つことの重要性は言うまでもない。我が国の医療機関数からみて、統計学的には1,500程度の定点があれば全国を表現できるとのことであるが、診療科別、地域別の分析を満足いくものにするには到底足りないと思われ、最終的には1万以上の医療機関が参加する必要があるだろう。

しかしながら、2010年1月時点での定点調査参加数は僅か500程度である。しかもこれは、日レセを利用する約8,000の医療機関に参加を依頼する文書を出した結果の数字である。

今後は中央からの参加要請だけでなく、都道府県医師会や認定事業所の協力を仰ぎながら、意識の変容と参加を求める活動を早急に展開すべきである。強制的に日医にデータ送信を行う仕組みに変更するという手段もあるが、これまで医療機関のプライバシーに配慮する前提で普及を進めてきたため、方針変更には熟慮が必要であろう。さらには、日レセに限らず、全国のレセプト電算データを匿名化して収集できる仕組みの検討も始めるべきであろう。

IT化の進展とあふれる情報が、患者の意識やニーズを変化させていく中で、レセプトデータの利活用とは、医療費の分析のみならず、受療動向、公衆衛生、治療方法、連携パス、介護、検診等々医療の質の向上にも資するものでなくてはならない。具体的な目的と分析手法を決めずに、データだけを闇雲に集めても良い成果は得られない。日医IT化宣言にもあるように、「日医が先頭に立ち、公共財としての医の情報系ネットワークづくりへ向けてイニシアチブを取る」ためには、それなりの体制を整える必要があると思われる。そのためには、各分野における新進気鋭の若手研究者を起用するなどし、ORCAを使ったデータ収集と分析を行うチームを整えることを提案したい。

また、新たにスタートした感染症サーベイランスは、将来、リアルタイムに医療の「天気予報」を関係者や国民に知らせる、「医師会の顔」となる可能性を秘めている。

月次ベースの電子レセプトでは対応できるものではないため、ORCA の日々の入力を使ったネットワークが実現に最も近いポジションに居ると思われる。今後の発展に期待したい。

ここまで述べたようなデータが収集できるようになれば、次は地域医師会が自由に利活用できるような仕組みも必要である。地域の歴史、患者、医療提供体制を熟知した地域医師会が、主導権を持ってこれからの地域医療の情報化に活用できるよう、日医は支援していくべきであろう。

3. 今後の展開

日レセのような、扱う金額の大きい会計ソフトでは、今後利用が増えるほど、ソフトウェアのバグは許されないものとなっていく。1万医療機関が利用した場合には、年間で概算一兆円もの請求を担うこととなる。一つの重大なバグが数百億円もの損害を与えることにもなりかねない。しかも、診療報酬改定時には、検証作業の十分な時間がとれない。無保証かつ自己責任で使うことが前提のオープンソース方式ではあるが、事故の起きることのないよう、利用者数の規模にあった開発と検証体制の強化が必要となる。

しかしながら、ORCA プロジェクトは非営利組織による運営であり、会費の投資を無尽蔵に続ける訳にはいかないであろう。利用が増えるにつれ、サポートの規模も拡大せざるを得ない。前述の医療費助成制度への対応にも限界がある。

本委員会としては、10年目を迎えた ORCA プロジェクトについて、日医の著作権を確保しつつ、ある程度自立した活動が続けられるよう、今後の運営方針の転換を考えるべき節目にあるのではないかと考える。

V. 日本医師会認証局について

1. 日医認証局構築の経緯

日医認証局は、1997年の「医師会総合情報ネットワーク構想」に端を発し、2001年の「日医 IT 化宣言」における ORCA プロジェクトの一事業として、「医療における IT セキュリティ基盤の構築、安心・信頼できるネットワークの実現」との目的でこれまで取り組んできた。当時、国の方向性が見えない中、国策関与の観点からも、日本最大の医師団体である日医主導で認証局を構築するという基本理念のもとに、ま

た、これにより医師の日医加入が促進される仕組みを包括化させたいという思いもあり、日医総研で研究、開発を推進してきた経緯がある。

現在、日医認証局は厚労省が進める保健医療福祉分野 PKI（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）認証局として既に稼働しており、例えば、ある電子文書の作成者が医師（保健医療福祉分野の国家資格を有する者）であることを証明するための電子署名発行が、ほぼ可能な状態になっている。

2. 医療 IT ネットワークにおける認証と日医認証局の電子署名機能について

医師会等により、全国各地で様々な医療情報ネットワークが構築され、稼働している。それらにログインする際の認証については、ネットワーク内で交換される情報の質により、あるいは簡便な認証手順を希望する会員のため、ワンタイムパスワードや IC カードを使用した高度なものから ID・パスワード入力だけのものまで様々な方式が採用されており、セキュリティレベルはまちまちである。

現在の日医認証局は、この「ネットワーク認証機能」は有していない。すなわち、情報を交換する際の最初のアクセスを認証する場ではなく、ネットワーク回線自体のセキュリティレベルを担保するものでもない。提供できるサービスは、電子署名法に則った電子文書等に電子的な印鑑を押印（サイン）する「電子署名機能」である。

これを使った電子紹介状のやり取りのイメージとしては、「送り手側は、電子署名ソフトがインストールされ、カードリーダーが接続されたパソコン（以下、PC）に日医認証局カードをセットし、ソフトの機能で紹介状の PDF 等に電子印鑑を押印する。受け手側は、電子署名確認ソフトをインストールした PC で文書を閲覧し、押印されている電子印鑑をクリックすると、〇〇医師によって作成されたことや改ざんの有無等が確認できる」といった機能である。また同時にタイムスタンプを付与することも可能となっている。これにより、電子署名法第 3 条にある「電磁的記録の真正な成立」が推定されることになり、仮に電子紹介状等の記録が裁判の証拠とされた場合でも、民事訴訟法第 228 条に定める文書の成立等に対処できる可能性が高まる。

3. 本委員会の議論における意見

本委員会の認証局に関する議論においては、以下のような意見が出された。

(1) 現状での電子署名の意義・使用例

- ・全会員が医師である医師会組織において、会員であることを正確に認証する根幹と

なるもの。

- ・紙の紹介状を受けた医療機関が電子カルテに保存する場合、スキャナーで取り込んでそのまま PDF 等の形式で保存することはガイドライン違反となるため、電子署名して確認した証拠を残すという法律的規則がある。
- ・生命保険会社等の電子診断書を提出する際に電子署名が必要。

(2) 将来的な電子署名の利用

- ・今後の医療機関同士の情報交換において、認証局は医師が作成した電子文書であることを保障するための最低限の基礎基盤となる。日医が推進すべきであるが、何年度までに具体的に何ができるのかという工程表を示すことが必要。
- ・電子処方せんが利用されるような場合には、確実に電子署名が必要。
- ・例えば DNA 情報等の電子化された医学研究データを電子媒体等でやり取りする際には、電子署名が必要。
- ・多忙な勤務医の業務を減らす目的で、医師の代替業務で看護師等が作成した電子的な主治医意見書を役所に電送すること等が可能になれば、最終的に医師が確認したことを示すために電子署名が必要。
- ・日医が認証局を運営することで、入会者が大幅に増加すると考えられる。職能団体として組織率を上げることは重要なポイントである。
- ・将来的に若手の医師にとっては、電子署名の需要が高くなる可能性がある。

(3) 現状での電子署名に関する疑問点・問題点

- ・我々が現在行っている診療は、電子署名が必要なほど IT を活用しているような状況ではなく、具体的に会員にどんなメリットがあるのか明確でない。
- ・電子署名された文書を受け取った側の PC に電子署名確認ソフトがインストールされていないと確認できないのは面倒。
- ・セキュリティレベルを上げると使い勝手は悪くなる。それを我慢して日常で使っていけるのか疑問。
- ・医療情報の入った電子文書等は、電子署名したとしても現状の電子メールで送ることはできない。
- ・セキュリティが担保された閉鎖ネットワーク内であれば利用される可能性がある。しかし、逆にそのような環境ならお互いの顔も見えており、わざわざ電子署名する必要性があるのか疑問。

- ・紹介状等、印刷した紙に自筆でサインする方が遥かに迅速。
- ・現時点で考えられる電子署名の用途は患者紹介状になるだろうが、我々の現実の医療においてネット上で紹介状のやり取りをする必要があるだろうか。電子カルテを導入していても、紹介状は印刷した紙を患者に持たせるのが普通なのではないか。
- ・医師会ネットワークの中で紹介状や承諾書を送信しても、基本的には原本があるのだから、電子署名する必要はないのではないか。
- ・裁判所が電子カルテの内容を証拠として使う際の形態は、現状では画面のハードコピー（患者が画面で見るとそのままの形で印刷されたもの）との話（於：東京都医師会と東京地裁医療集中部裁判官との勉強会）もある一方で、真正性、見読性、保存性を担保していくことが根本的には必要である。
- ・より簡便な方法で使用できれば広まる。そのためには、さらなる技術革新が必要。
- ・将来的に需要が増せば、国家資格者のみを扱う HPKI だけでなく、各種資格の電子署名を付与する認証局が他にも登場し、より簡便に利用するための新たなデバイスも開発されると思われる。当初の理念は理解できるが、HPKI の電子署名を発行する認証局が他にも稼働している現状で、日医が莫大な運用費用をかけて同じことをすることには疑問がある。
- ・日医として取り組むのであれば、会員からの会費で運営する点に留意し、認証局の費用対効果を重要な要素として常に念頭に置くべきである。

4. 日医認証局と既存の HPKI 認証局との比較

国内には既に 2 年前から、厚労省の認可を受けて保健医療福祉分野の HPKI 署名用電子証明書を発行している認証局（運営は MEDIS-DC : (財)医療情報システム開発センター）が存在する。厚労省の策定した証明書ポリシー（申請方法等を定めた基準）への準拠性に対する実証・検証のためとして、日医と MEDIS-DC に同時に協力依頼があったので、申請方法、費用とも日医認証局が想定している内容と差異はない。同じ枠組みで稼働しており、厚労省から認可を受けて厚労省のルート認証局に接続している。

申請方法は、医師免許証のコピー、本人確認書類等の郵送申請であり、費用は 2 年間 26,250 円（税込）である。

5. 日医認証局カード発行時の医師認証手順について

日医認証局カード発行時の本人確認について、カード発行元である日医が直接行う

ことは非常に難しい。確認業務についてはルール化したうえで、会員の顔が直接見える郡市区医師会に委託し、日医はそこから申請を上げてもらえば比較的安価に実現できると思われる。しかし、郡市区医師会レベルでの入会規定は様々であり、その入退会データベース（もしくは会員簿）がすべて信頼のおける堅固なものであるかは疑問である。

6. まとめと今後の展開

ITを活用した秘匿すべき内容の情報交換は、医療のみならず、あらゆる分野において今後さらに需要が高まるだろう。これまで、こうした需要に答えるべく、拠点間を専用線で結んだイントラネットや、より安価に構築できる IP-VPN (Virtual Private Network)、IPsec+IKE 等のインターネット VPN、認証のための USB 型をはじめとする各種セキュリティトークン等、さまざまな手法が生み出されてきた。これらの技術により、医療機関相互に電子的な患者情報の交換が可能な医療専用の通信経路が、比較的簡単に構築できるようになった。将来的にはさらに、より安価で誰もが簡単に導入でき、より安全、確実に通信を行える技術が必ず開発されるだろう。

このような通信経路は、医療情報を交換するために最低限必要なセキュリティレベルを満たしたネットワークであり、医師会総合情報ネットワークの基本理念に立ち返れば、まずはこのインフラ構築を目指すことも日医の役割ではないか。そのような、セキュリティレベルを確保した環境下で、どのような方法で、どのような質の医療情報を、どのようなレベルで交換しようとするのかは、施設同士あるいは地域医師会の中で運用を取り決めればよい。その運用を検討していく中で「電子証明書」「認証局」の必要性をどのように考えていくかということになる。医療情報を交換できる環境があってこそ「認証局」に対するニーズも出てくるであろう。

日医認証局は 2003 年に本格的な開発が始まり、2005 年には電子証明書発行準備も完了、その実証実験も終了している。しかし、初期開発から 9 年経過したものの、未だ日医会員に広くサービスを提供する段階には至っていない。これは、全国的にみれば、ネットワークを介した医療情報の交換というものが、未だ実際に現場ではほとんど行われておらず、必要性に迫られていないことにほかならない。同じ ORCA プロジェクトの日レセと異なり、認証局を必要とする会員が非常に少数でしかないのであれば、たとえ発足当時に日医が主導権を持つという戦略的構想があったとしても、既存の認証局に対する明らかな優位性がない限り、高額の維持管理費用を毎年支出する根拠は乏しく、一般日医会員の理解を得ることは難しいと言わざるを得ない。平成

21年度から運用の一部を外部委託し、経費削減を図っていることは承知しているが、提供サービスが電子署名発行のみであるなら、日医認証局という名称は残したまま、他の既存認証局に全面的に外部委託し、さらなる費用削減を目指すことも一案である。また、仮に医師の資格を証明するようなカードとして、公的な位置付けのものとするならば、国からの委託事業として運営していくのもひとつの手段である。更に、HPKIという保健医療福祉分野の資格を証明する基盤であるならば、医師の資格だけでなく、歯科医師、薬剤師といったような他の資格を証明する、職域をまたがった認証基盤として、他の職域団体と共同で運営することも考えられる。日医には今後の方向性として多方面から検討いただきたい。

ORCAプロジェクトは、その最大の成果である日レセにより、レセコン業界で革新的役割を果たしている。その開発には、当然ながら日医会員の会費が使われているが、オープンソースで作られたソフトである故、日医非会員の利用も可能となっている。今後、国のレセプトデータ収集に対抗するためにも、日医会員専用でレセプトデータ収集、分析が可能なクラウドサービス型の次世代日レセの開発について、費用対効果を考慮しつつ、実現の可能性を模索いただきたい。

本委員会としては、日医が中長期的展開を見据えたうえで、「医師会総合情報ネットワーク構想」を再考されることを期待する。

VI. 医療のIT化と情報漏えいについて

中間答申でも指摘したとおり、レセプトオンライン請求が進めば、一度に大量のレセプト情報が医療機関から漏えいする可能性は高くなる。日本医師会ホームページ・メンバーズルームに掲載されている「インターネットデイリーニュース」（ニュースソース：共同通信）で、医療情報の流出や紛失について検索すると、該当記事数は、平成16年7件、17年16件、18年21件、19年35件、20年26件と増加してきている。内容としては、IT化が進んでいる病院関連の情報漏えいが主であり、その原因は新たな技術によるシステム攻撃や不正などではなく、PC、FD、USBメモリ等の紛失、盗難や、ファイル交換ソフトを通じてネット上に患者情報が漏えいする例がほとんどである。基本的なミスと管理監督の不徹底と言える。

IT化に伴う情報漏えいは医療分野だけの問題ではなく、個人情報保護の代表的な認定制度であるプライバシーマークを取得している企業ですら機密情報の漏えいが

発生している。総務省はこれらのケースを分析し、全国の自治体に再発防止を呼びかけ、省内に外部有識者による検討作業会を設置するなど対応に追われているが、いろいろな分野で情報漏えいは繰り返されている。医療の IT 化が広がれば、病院のみならず診療所でもこのような事例は表面化し、紛争に発展する可能性も十分あると考える。

本委員会では、「特効薬」と呼べるものがなく、人の管理・監督が要とされる医療機関内の医療情報システムのセキュリティ対策に役立てるため、「医療情報システムを安全に管理するためのしおり」を作成した。医療情報が電子化される現代においては、情報漏えいしたことを当事者が把握することすら困難な場合があり、そのような状態で事後処理を強いられることが想定される。従って、時代に応じた情報管理の仕組みが必要であり、日医においても定期的な講習等の開催など、医療機関管理者に情報管理の重要性を認識してもらうための啓発活動を行っていくべきと考える。

Ⅶ. 地域医療情報ネットワークの事例紹介

本項では、東京都医師会、兵庫県医師会の取り組みを紹介する。

前者は医療機関同士、医療機関－患者間のネットワーク、後者は医師会内部、医師会同士のネットワークの事例であり、共に端末として携帯電話を利用しているのが特徴である。これからの取り組みを模索している医師会の参考となれば幸甚である。

1. 東京都医師会 HOT プロジェクト：携帯電話を使った医療情報サービス

東京都医師会の HOT プロジェクト（Health of TOKYO）は、都民の健康を守るための医療連携や医療と受診者との連携、さらにそれを支える様々な診療支援の仕組みの提供を目的としており、その受皿となる医療機関向け診療支援サービスに重点をおいた基盤作りを進めている。

そのコンセプトは「電子カルテを持たない医療機関でも、インターネットに接続できる PC さえあれば利用できる」「特別なソフトやソフト管理をまったく必要としない」ことで、すべて Web サービスとして提供しているのが特徴である。通常のインターネット回線で利用できるが、回線上のデータは暗号化され、ネットバンキングと同程度のセキュリティを確保する。

提供するサービスのひとつに、医療機関と受診者との連携のための「電子健康手帳」

がある。受診者が自分の医療記録を閲覧したり、書き込むこともできる。また希望すれば、医療機関から受診者の医療データを記入してもらうことができるが、カルテの記載内容すべてを転記するより、ドクターからの簡単な注意事項や、予防接種歴、分娩履歴など、要点の情報に絞った方が実用的と考えられる。「ドクターの前では頭が真っ白、言われた事を記憶していない」のが患者心理であるが、これを補完する意味が大きい。受診者はこれらを自宅から Web ブラウザで読み書きできるが、さらに携帯電話で閲覧できる機能を追加した。

今年度は「電子処方せん」サービスの開発を進めている。多くのレセコンは処方せん発行機能を有するが、これらは単に医師が作成した処方せんの印刷機に終わるものが多い。これに対し「電子処方せん」の目的は「医師の手元で処方を組み立てるためのツール」であり、これにより処方レポートも広がり「良質な医療の提供」にも寄与する。

また、ほとんどの電子カルテにも処方機能は存在するが、それが使いにくいようであれば、処方機能に関しては Web サービスとしての「電子処方せん」を電子カルテと同じ画面で使うこともできる（今後は、処方せんや紹介状その他、電子カルテの周辺ツールは電子カルテと一体ではなく、ユーザーごとに好きなものをプラグ・インできるべきと考えている）。

受診者は、作成された処方せんを自分の携帯電話で「お薬手帳」として閲覧できる。その利点として「自分の処方歴を手元の携帯で閲覧できる」ほか、「他院を受診した際、過去の薬歴を医師に見せたり」「医師の要望に応じてメールで転送したり」できる。このように電子的データとして扱えることにより、従来の紙のお薬手帳より再利用しやすいというメリットがある（メリットは必ずデメリットとの裏表であるが、利用するかしないかは受診者本人の意志でコントロールできる）。

携帯電話は「個人用情報端末」として今後ますます発達するであろうし、本人認証という、ともすれば非常に複雑なシステムと高額なコストを要する部分も、実用上ほぼクリアできるのが大きな利点である。

2. 兵庫県医師会緊急連絡網メーリングリストの構築について

兵庫県医師会では、平成7年の阪神・淡路大震災の経験から、常日頃より通信手段の多様化が危機管理として重要であると考えている。

平成18年の県医師会館の建て替えに伴い、事務処理及び連絡に関するデジタル化を急速に進めており、通常業務はインターネット回線を利用する方法が主流となって

いる。しかしながら、多忙な県医師会役員は、様々な会議等への出務のために移動していることが多く、机上のパソコンを常時操作できる環境にはない。そのため、移動体通信を利用する緊急な連絡網の構築が不可欠と考えていた。

この目的で、役員専用の携帯メールリスト（以下、ML）を構築することとし、まず平成21年4月9日より、会長、副会長、常任理事、監事を対象に試験運用を実施した。当初の予定では、段階を踏んで順次、理事も含めた役員全員に運用範囲を拡大する予定であったが、メキシコで豚由来の新しいインフルエンザ感染による死亡が報道されたため、急遽予定を前倒しして、すぐに全役員への拡大を行った。

国内発の新型インフルエンザの感染疑い患者が神戸で発生し、確定した情報が飛び交うのが土曜日や日曜日であったため、この役員専用携帯 ML は絶大な威力を発揮した。当時、県医師会の担当常任理事は、早朝から深夜まで1日に数回、行政と会議を行っていた。状況が刻々と変化していく中、そうした会議の結果を直ちに同 ML 宛てに情報発信することにより、医師会として迅速かつ適切な対応を行うことができたのである。

現在、同 ML は休息状態ではあるが、いざ緊急事態になれば再び活躍することは明白であるため、各郡市医師会の感染症担当役員との携帯 ML も別途構築した。

(参考) ML 送信件数 4月：50件／5月：137件／6月～9月：30件

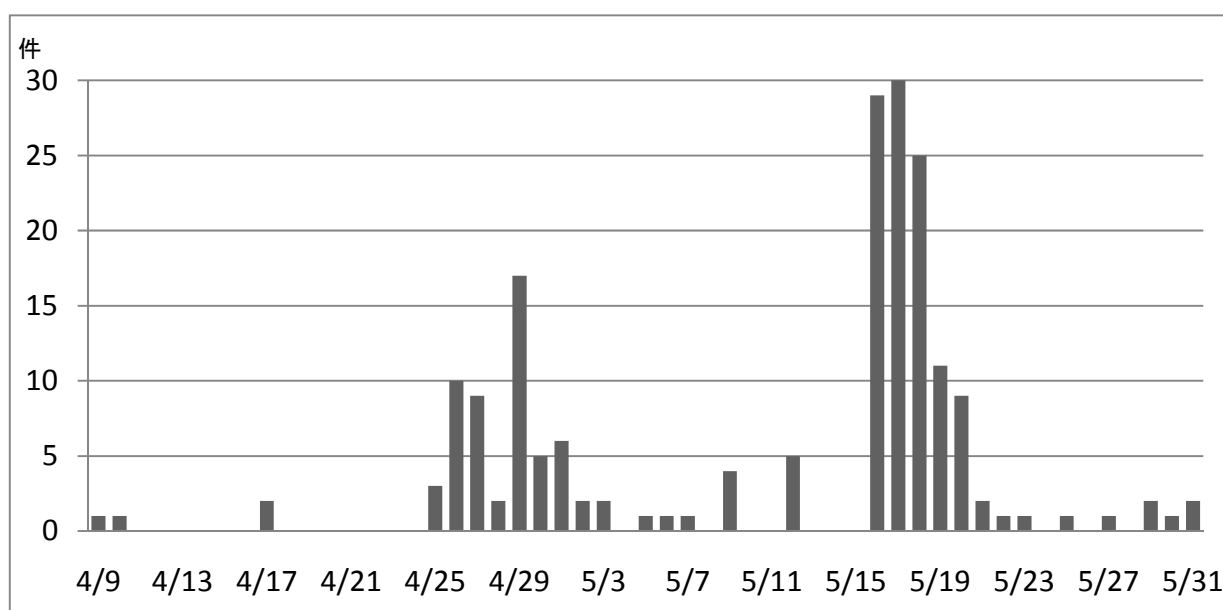


図 1. 兵庫県医師会緊急役員用 ML 送信件数 (H.21 年 4 月～5 月)

VIII. おわりに

本委員会では、これまで述べてきたように、さまざまな観点から医療の IT 化について検討を行ってきた。IT 化の「光」の部分とは、例えば「紙に手書きした書類の手渡し」だったことを、「電子データの送信」に替えることによる利便性の向上や業務の効率化、マンパワーの省力化といったことが挙げられる。さらに、患者個々人の健康情報や病歴が電子データ化され、データベースとして蓄積されていくことは、それぞれの患者へのより適切な医療提供体制の構築に資することはもちろん、我が国全体の医療政策をより良い方向に舵取りするための貴重な基礎資料となることも明らかであろう。

しかしながら、「光」が当たる面があれば、その裏に「影」ができるのもまた必然である。従来、医師－患者間、医師同士の信頼関係によって成り立ってきた情報提供、情報交換に何らかのシステムやネットワークが介在することになれば、双方の資格確認やセキュリティの確保等を含め、運用の取り決めが複雑化することは避けられない。そして、そのシステムを維持、運用していくために発生する新たなコスト負担が、効果に見合ったものであるかという疑問もある。さらに、煩雑だからといってその仕組みを理解せずに漫然と運用することは、如何にシステム的にセキュリティが保たれたものであったとしても、人的要因で情報漏えい等が発生するリスクは高まる。また、患者情報は、その人の一生を左右することにもなる極めて重要な個人情報であり、漏えいだけでなく、国や第三者が不正に目的外使用するようなことは絶対に許してはならず、国民の意見も踏まえた法整備が必要である。

このように、効率化・省力化だけを追い求めることは、医療にとっての大事なものが零れ落ちてしまうことにもなりかねない。「光」を手に入れようとするあまり、「影」に陥ってしまつては本末転倒である。特に、国が画策する、医療費削減だけを目的とした、医療現場を顧みない机上の空論に従つて IT 化を進めるようなことは厳に戒めるべきである。医療現場の状況を正しく理解し、そこからの意見を最大限尊重した形で IT 化を図っていくために、ORCA プロジェクトの推進をはじめとして、医療の専門家集団である日本医師会の果たすべき役割は非常に大きく、重いものとなるろう。

本委員会の活動としては本答申の提出が一応の区切りとなるが、是非来年度以降も、医療を取り巻く IT 化について真摯に検討する場を設けて、さらに議論を深めていただきたい。本答申が、真に患者や国民、医療提供者双方に役立つ IT 化を、日医が主導的に推進していくための一助になれば幸いである。

平成 20・21 年度
医療 IT 委員会 中間答申

「レセプトオンライン請求義務化について」

平成 21 年 1 月
日本医師会 医療 IT 委員会

平成 21 年 1 月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

医療 IT 委員会
委員長 佐伯 光義

本委員会は、平成 20 年 7 月 31 日の第 1 回委員会において、唐澤会長より「医療の IT 化の光と影」との諮問を受け、鋭意検討を重ねております。

医療の IT 化にはさまざまなテーマがありますが、中でも「レセプトオンライン請求義務化」は大変重要な問題であり、早急に委員会として意見を取りまとめるべきということで、全委員の意見が一致いたしました。

ここに、本委員会での検討結果を中間答申として提出いたします。国や厚生労働省との交渉の一助となれば幸いです。

医療 IT 委員会

委員長	佐伯 光義	愛媛県医師会常任理事
副委員長	藤井 純司	京都府医師会理事
委員	石井 出	神奈川県医師会理事
委員	石川 広己	千葉県医師会理事
委員	内田 一郎	大分県医師会常任理事
委員	大橋 克洋	東京都医師会理事
委員	小澤 孝好	兵庫県医師会常任理事
委員	笠井 英夫	岡山県医師会専務理事
委員	川出 靖彦	岐阜県医師会副会長
委員	河本 英敏	埼玉県医師会理事
委員	末松 哲男	福井県医師会医療システム委員会委員長
委員	富田 雄二	宮崎県医師会副会長
委員	登米 祐也	宮城県医師会常任理事
委員	藤原 秀俊	北海道医師会常任理事
委員	三原 一郎	山形県医師会常任理事

(委員五十音順)

目 次

1. はじめに	1
2. レセプトオンライン請求義務化に対するこれまでの日本医師会の対応	1
3. レセプト電算処理とレセプトオンライン請求（医療 IT 委員会見解）	4
4. 委員会からの日医への提言	6
5. まとめ	9

1. はじめに

医療 IT 委員会は、唐澤会長からの諮問事項「医療の IT 化の光と影」に対し、既に省令化され、「待ったなし」の状況にあるレセプトオンライン請求義務化の問題について、以下のとおり中間答申を行う。

なお、本委員会では、引き続き医療分野の IT 化に関して各方面からの検討を行い、今後の状況の変化を踏まえ、平成 21 年度末に最終答申を行う予定である。

2. レセプトオンライン請求義務化に対するこれまでの日本医師会の対応

日本医師会は、「IT 化推進の立場からはオンライン請求自体を否定するものではなく、医療機関や関係機関がネットワークで接続され、患者・国民のために活用されるのは時代の趨勢である。しかし、現状において約 13,000 もの医療機関がレセプトを手書きしており、地域医療を支えるために必死で努力している医師も多い。IT 化の旗のもとで強制的な義務化を行うことは、地域医療崩壊を加速させかねない重大な問題」であると認識している。結論は「レセプトオンライン請求の完全義務化は拙速である」ということである。

オンライン化を進める上での課題と要望として、平成 18 年 8 月の定例記者会見で日医が示した 5 項目は次のとおりである。

(1) 薬効薬理作用に基づいた医薬品の投与を認めること

デジタルによる画一的な審査をしないこと。

昭和 55 年通知で薬理作用に基づく処方認められており、これはオンライン請求においても同じである。

(2) 被保険者証（保険証）の有効性の即時確認システムの確立

受診日に確認された保険証の資格について、保険者は責任を持つこと。

(3) レセプトコンピュータ（レセコン）の統一基準化

医師と IT 専門家による統一化されたコードを採用してのレセプトチェックシステムの確立。

(4) レセプトデータの利活用に関する問題

民間保険会社など民間利用の禁止。

(5) IT 化財源の別途確保

オンライン化のための新たな機器の導入およびメンテナンス費用として、別途財源が必要。

さらに、昨年から今年にかけての日医の追加要望項目は、以下の 5 点である。

(6) 平成 21 年度予算概算要求

平成 20 年度予算は約 5,700 万円で代行請求の調査研究のための費用。

平成 21 年度予算として、日医から「レセプト手書き医療機関への支援」と「レセコン利用医療機関を対象としたオンライン化の支援」を要望。

⇒ 結果、厚労省は 26 億円を計上した（代行請求ソフト開発 5.7 億円を含む）

(7) 少数該当の要件緩和

厚生労働省令第 111 号では、レセコンを使用しておらず、平成 21 年度の年間レセプト枚数が 1,200 件以下の医療機関については、平成 23 年度から最大 2 年間の延長を図ることになっている。

⇒ 交渉中：1,200 件を 3,600 件とすることと最大 2 年間の期限のさらなる延長。

(8) 代行請求業務の改善

厚生労働省令第 111 号では、オンライン請求が困難な医療機関に対して、代行請求機関として医師会等しか認めていない。

⇒ 交渉中：プライバシーの守れる審査支払機関でこれを可能とし、これまでどおり紙レセプト提出を認めることと代行手数料の財源確保。

(9) 国保請求書、医療費助成制度などの書式統一と電子化

(10) レセプト電算処理（電子媒体）の活用

医療分野の IT 化は、レセプト電算処理だけでも十分達成できるにも関わらず、提出をオンラインに限定する理由についての説明がない。介護保険や特定健診・特定保健指導においては、オンライン提出と電子媒体提出の選択が可能である。レセコンは 5～6 年でリプレイスする機器である。すべてのレセコンにレセプト電算処理システムを標準搭載するようメーカーに指導すれば、次期リプレイスを待つだけでよい。

以上の要望事項に関して、平成 20 年 10 月 26 日に開催された第 119 回日本医師会臨時代議員会において、レセプトオンライン請求義務化に対する日医の見解を問う質問が出された。それに対する中川俊男常任理事の答弁が、日医の交渉状況を端的に表わしているので掲載する。

日本医師会は、2001 年の日医 IT 化宣言以来、ORCA プロジェクトなど、医療における IT 化を積極的に推進してきました。

しかし、オンライン請求の「完全」義務化については、地域医療崩壊につながる重大な問題であり、「完全」義務化を、「撤廃」した上で「手挙げ」を進めることを主張してきました。

平成 20 年 5 月診療分の内容を見ると、12,800 もの医療機関がレセプトを手書きしており、その多くは地域医療を支えるために必死で努力してきた先生たちです。日医のアンケート調査で廃院を考えている 8.6%の大部分の先生たちがこういう方たちであり、IT 化に対応でき

ない医療機関は絶対に守らなければなりません。

仮に、手上げ方式の導入が不調に終わった場合、その備えとして、次の5項目に絞って働きかけをしています。

第一に、来年度、平成21年度の予算概算要求において、代行入力支援（システム構築等）に必要な初期費用の手当てなどを求めています。

第二に、少数該当要件は、レセプト年1,200件とされていますが、これを大幅に緩和するように求めています。

第三に代行請求業務の改善です。

第四に、国保請求書、医療費助成制度などの書式を統一し電子化すること、

そして五番目として、オンラインではなくレセプト電算処理、電子媒体を医師会などが代行送信することといった5項目であります。

これらを受けて、今回、厚生労働省はオンライン請求について、約26億円を計上しました。このなかには、代行請求のソフト開発の経費も含まれています。

特に代行請求の仕組みは、しっかり拡充し、診療所が従来どおりの紙レセプトによる請求で済むようにしたいと考えています。

代行請求は厚生労働省令において、医師会のみが行えることになっておりますが、支払基金などで直接、代行入力業務などができれば、従来どおり手書きのレセプトで請求でき、現場に混乱はありません。

ただし、この方法については、基金法や省令の改正などが必要になります。そこで、医師会から審査支払機関への業務委託についても検討中であり、代行手数料についてもできる限り安価にすべく交渉中です。

オンライン請求になると、保険審査が強化されるのではないかとのご指摘ですが、画一的な審査の問題につきましては、昭和55年の通知により、薬理作用に基づいて処方することが認められております。

また、支払基金も平成19年6月に閣議決定された『規制改革推進のための3カ年計画』に対して、「固定点数のチェックや算定ルールのうち正否の判断が一義的に決まり得る明確なルールチェックなどはコンピューター処理するが、審査自体はオンライン化にかかわらず、個々のレセプトに即して、審査委員の臨床経験や専門的知識に基づき判断するもの。医学的判断をシステムプログラムに置き換え、『自動化』することはできない」と述べております。

さらに、各学会や疑義解釈委員会のご協力により、適応外処方の事例作りも進んでいるので、保険審査が急に強化されるという心配は少ないと思いますし、そのようなことが生じないように対処していきます。

また、オンライン請求の医療機関側のメリットは、編綴作業が要らなくなるといったことぐらいで、ほとんどないと思います。

この10月22日、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会の会長による「レセプトオンライン請求完全義務化の撤廃を求める共同声明」を、厚生労働大臣ならびに国会議員、マスコミに対して行いました。

以上のように、さまざまなクリアすべき課題はありますが、全国各地で、オンライン請求

のために、地域医療から撤退を余儀なくされる医療機関が出ることがないように、全力で取り組む所存です。

ぜひ、ご理解とご協力のほど、お願いします。

上記の回答をまとめると、次のようになる。

- (1) 完全義務化を撤廃したうえで「手挙げ」方式の採用を要望している。
- (2) 万一「手挙げ」方式が受け入れられなかった場合の備えとして、以下の 3 点を要望している。
 - 1) 代行請求業務の拡充と改善
 - 2) 代行送信の確立
 - 3) 少数該当要件の大幅緩和

3. レセプト電算処理とレセプトオンライン請求（医療 IT 委員会見解）

レセプトオンライン請求とは、レセプト電算処理により作成した電子レセプトを、専用のパソコンから VPN 回線等に接続し、オンラインで提出することである。そのため、オンライン請求を実施するためには、まず前段階としてレセプト電算処理に対応する必要がある。

従来、電子レセプトは、主に CD-R やフロッピーディスク等の電子媒体により提出されてきているが、それらとオンライン提出するデータは同じものであり、異なるのはあくまで提出方法のみである。

支払基金が公開しているレセプト電算処理システムの普及状況の資料から算出すると、平成 20 年 11 月末現在で、診療所は 24.0%、病院は 47.0%、医科全体では 26.1%の医療機関がレセプト電算処理システムを導入していることになる。また、同様にレセプトオンライン請求を行っている医療機関数について算出すると、診療所は 2.4%、病院は 21.1%、医科全体で 4.1%という結果となる。この普及状況の今後の推移を注視していく必要がある。

(1) 医療機関からみたレセプト電算処理システム導入の意義、留意点ならびに効果

- ・全国の約 13,000 医療機関が手書きでレセプトを作成している。

これらの医療機関は、これまでも今後も、レセコンを必要としていない。仮にレセコンを無料配布しても、使用する必要性もなく、入力作業を行う事務員もいない。
- ・レセプト電算処理を標準搭載していないレセコンを使用している医療機関も多い。

レセプト電算処理機能がオプション扱いの場合、おおよそ 30 万円のコストが必要になる。旧機種等でオプション対応も不可の場合、レセコンのリプレイスしか対応方法がなく、当然さらに高額なコストが必要になる。これは 100 床程度の病院でも、数百万円単位の莫大なコストとなる。

- ・レセプト電算処理化移行の際、最も留意すべきは、各医療機関がそれまで使ってきた独自の傷病名コード（マスタ）を厚労省の定める統一コードに変換・整備する作業が必要なことである。この作業が確実なものでなければ、レセプト請求に誤りが生じ、返戻等の事態がおこる。また病院においては、この作業に数ヶ月の長期にわたる準備期間が必要となる。
- ・統一標準病名導入を契機として、病名・検査・手術・処方の画一化が進む可能性がある。
- ・紙レセプトの編綴作業、総括が不要となり、事務処理が短時間で済むようになる。
しかしながら現時点では、国保連には総括表ならびに医療費助成分を紙で別途郵送しなければならない不合理な現状が存在する。

(2) 医療機関からみたレセプトオンライン提出の意義・影響

- ・オンライン請求専用パソコンの購入に、10万～15万円のコストが必要である。
- ・ISDN やフレッツ以外の回線を利用している場合、新たに on demand VPN 業者との契約が必要となり、イニシャルコスト、ランニングコストが発生する。
- ・オンライン請求するための初期設定作業は、一般の診療所においては非常に敷居が高く、自力では不可能である。そのため、業者に依頼しなければならず、数万円単位のコストが必要となる。
- ・初期設定の委託先はレセコン業者になると予想されるが、これらの業者は、医療機関側の操作ミス等を原因とするトラブルに関するクレームや、医療機関側のセキュリティポリシーの理解不足による患者情報流出の責任を転嫁されることを恐れ、本件については消極的な対応を示している。
- ・オンラインでシステムにアクセスした時点で、ASP 機能によってレセプト受付点検事務を行うことが可能になる。しかしながら、同システムの請求画面には、【請求確定（エラー分を含む）】と【請求確定（エラー分除く）】の2つのボタンがあり、さらに請求方法は【エラー分のみを抽出し、訂正して再度請求する】と【エラー分を訂正し、再度全件数を請求する】の2つがある。そして、この請求方法を間違えた場合には誤請求となる非常に複雑かつ煩雑なシステムであり、一般医療機関に推奨することはできない。
- ・機密性の高い患者情報を扱う故に、セキュリティポリシーの策定とその遵守による厳重な情報管理が要求されているが、専門家でもない一般会員がこのセキュリティポリシーを理解することは容易ではない。現状の方式では医療機関からの患者情報流出が発生する可能性も極めて高くなり、今後訴訟問題が発生する可能性もある。

- ・レセプト電算、オンライン化に関わるイニシャルコスト、ランニングコストならびに作業等は、本来国が負担すべきであるが、これらのコストのみならず、それに伴い発生する責任まで医療機関に転嫁している。

4. 委員会からの日医への提言

(1) 少数該当要件医療機関（手書きレセプト提出医療機関）への対応に関して

- ・本委員会では少数該当要件（手書きレセプト提出）の問題をまず最優先課題として扱う。
- ・まず、従来の紙レセプトによる適正な診療報酬請求を認めず、オンライン請求以外は受け付けないとした厚生労働省令の法的な妥当性や根拠が不明確である以上、少数該当医療機関は本来厚生労働省令第111号から除外すべきである。あるいは、平成23年度から最大2年間の期限延長について、運用面での省令追加により、さらに半永久的に延長を繰り返すべきである。10年もすれば、少数該当医療機関は自然の成り行きで減少する。もし同省令の変更が困難であるとしても、附則第4条第3項の「電気通信回線設備の機能に障害を生じたときその他の事情により、電子情報処理組織の使用による請求を行うことが特に困難であると認める場合には、当該保険医療機関は書面による請求を行うことができる」の後に明らかに該当すると思われるため、厚労省には強く要求すべきである。
- ・少数該当要件を緩和し、少なくとも月300件程度のレセプト提出医療機関とすべきである。
- ・政府答弁書（内閣参質170第80号）では、手書きレセプト提出医療機関問題について「医師会での代行請求を認めている」とされている。データ入力を専門とする派遣職員34名を雇用し、特定健診の全面的な代行請求業務を行っている某都道府県医師会の事例では、特定健診のような記載項目の少ない書面においても、一日に処理できる手書き検診データは約1,000枚である。仮に全国の各都道府県に200～300施設の手書きレセプト医療機関が存在するとした場合、レセプト100枚×250施設で25,000枚のレセプトを毎月各医師会が処理することとなる。そのためには、上記と同様の雇用規模の場合、25日間も要することとなる。さらに入力したレセプトの当該医療機関側での確認、再入力等にかかる日数を考慮すると、現状2ヶ月遅れの診療報酬支払は、4ヶ月程度にまで遅延することとなろう。医師会による代行オンライン送信についても、ネットワークでの各医療機関のID等のセキュリティを考慮すればこれを一括して医師会で行うことは非現実的である。以上から、医師会における代行入力、代行送信等の代行請求業務は不可能であると言える。
- ・手書きの場合、審査の段階までは紙のままにしておき、審査後に代行入力するのが現実的である。このことから、代行請求業務は、支払基金側が行うのが適当であると考えられる。ただ、この場合もレセプト代行請求費用という新たなコストが生じる。通常の市場価格で

は1枚300～500円と言われているが、月4万円もの追加支出はとても受け入れられるものではない。

- ・この問題を契機として、平成23年を待たずして廃院を決める医療機関が出てくる可能性がある。そうした会員の不安を払拭するためにも、早急に日医会長名で、「今後も手書きレセプトのままで診療が可能である」ことを明言、周知いただけるよう要望する。
- ・この問題により、現在でも医師の少ない医療圏において、経験豊かな医師が廃業に追い込まれ、地方の医療過疎問題に拍車をかける可能性があることを、新聞広告等を利用して国民に注意喚起いただきたい。そして、これが厚生労働省令に起因することを広報し、厚労省の政策の問題点を国民にも明らかにすべきである。

(2) レセプト電算処理システム導入医療機関への対応に関して

- ・平成18年4月の厚生労働省令第111号に記された同省令の目的は「医療保険事務全体の効率化」にあるとされている。また、後段には「個人情報の保護に充分留意しつつ」と記載されている。審査支払機関が受け取る電子レセプトデータは、電子媒体で提出されたものでも、オンラインで提出されたものでも、差異は全くない。従って、この送達手段の違いが、審査支払機関がデータを受領した後の「医療保険事務全体の効率化」に与える影響は皆無である。このオンライン請求のためだけに、本来必要ない新たな専用パソコンを設置させ、月一回の請求時にしか利用しない特殊なVPN回線の契約を結ばせ、患者情報流出の危険性をはらむ手法をあえて全医療機関に強要する手法には、法律理念を越えた、厚労省自らの省益があるのではという疑念を持たざるを得ない。医療機関側が最も懸念するのは、セキュリティポリシーの理解や対応が不足したままに、国の性急かつ強引なIT化要請を受け入れた結果発生する、患者情報の漏えいである。患者情報のセキュリティ担保のために、省令中の「個人情報の保護に充分留意しつつ」という文言から鑑み、より安全な送達方法として、電子媒体の審査支払機関への直送方式の優位性を主張すべきである。これは省令第111号附則第4条第3項の「電気通信回線設備の機能に障害を生じたときその他の事情により、電子情報処理組織の使用による請求を行うことが特に困難であると認める場合には、当該保険医療機関は書面による請求を行うことができる」の、患者情報保護理由による“オンライン請求が困難である”に該当する。
- ・レセプト電算処理ソフトがオプション扱い、あるいはオプションでも対応不可能なレセコンを運用している医療機関に関しては、レセコンの通常のリプレイス期間を考慮し、平成26年程度にまで期限延長を主張すべきである。
- ・目的はレセプトの電子化であり、オンライン化は審査支払機関への送付の手段に過ぎない。送付方法が電子媒体の持参や郵送であっても、データに本質的な差異はなく、そもそも国からは、なぜオンラインでなければならないのかの説明もない。オンライン請求に移行す

るためには、技術的な問題をクリアしたうえで、最終的には厚労省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に則り、電子化された情報の安全管理対策に務めることが求められる。同ガイドラインに則って、院内で医療情報システムを運用していくことは、通常の医療機関にとってはかなりハードルが高い。現段階では、医療機関からのオンライン送信は患者情報漏えいの可能性が極めて高く、日医としてオンライン提出をすべての会員に勧めるべきではない。そのためには、簡便で、少なくとも現状ではより安全な手法と考えられる電子媒体によるレセプト提出（レセプト電算処理の継続）を厚労省に認めさせるべきである。

- ・代行送信に関しても、銀行 ATM のようなオンライン請求専用端末を、審査支払機関が設置することを検討いただきたい。

(3) オンライン請求を実施する医療機関への対応に関して

- ・オンライン請求のネットワーク下における情報漏えいのリスクを考えると、ヒューマンエラー的な要素による医療機関側からの漏えいが最も憂慮される。IPsec と IKE を組み合わせたインターネット接続が認められたことにより、利用できる回線の選択肢は増えたものの、医療機関にはセキュリティに対するより一層深い理解が求められることになった。そのため、セキュリティポリシーを理解したうえで、院内のポリシーを策定し、それに則ってシステムを運用することが可能な医療機関が、手挙げによりオンライン請求を行うべきである。さらに、ポリシーを策定、遵守していることについて、第三者機関から認定を受けることが望ましい。
- ・従来我々が希望してきたオンラインシステムは、このようなレセプトのそれではなく、被保険者証（保険証）の有効性の即時確認システムである。本件につき、社会保障カード（仮称）ではない形で、引き続き交渉いただきたい。
- ・現在の「Web オンライン請求システム」において、レセプト受付エラー時の医療機関側からの操作は難解で煩雑である。現段階では、オンライン請求の利点はほとんど唯一この ASP 機能であると思われるので、よりユーザーフレンドリーなプログラムに修正されるよう、日医からも勧告いただきたい。
- ・以上、現行のオンライン請求システムには、運用上には数々の問題点を指摘せざるを得ない。現実的には、このようなオンライン請求一辺倒ではなく、各医療機関の状況によりいつでも電子媒体による「オフライン提出」が選択できる、柔軟なシステム運営を行うべきである。すなわち、省令第 111 号の改正通知文書にある「関係者の協力のもとに円滑な施行を図ることによって、所期の目的を実現することが求められる」の法的精神の実現である。
- ・最後に、現在レセコンを使用している診療所のレセプトオンライン請求義務化期限は平成

22年4月であるが、これは診療報酬改定と同時期であり、請求業務の大混乱が予測される。日医として厚労省への事前の勧告を要望する。

5. まとめ

国が進める医療分野における IT 化は、医療費抑制、管理医療のツールとして位置づけられ、ナショナル・データベース構想のもとで、半ば強引に推し進められようとしている。このデータベースは医療分野においても学術的に活用可能と謳われているが、現状の診療報酬体系を鑑みると、レセプトの病名等から医療に資するデータベースを構築することについては、疑問と言わざるを得ない。IT 化は、安全で効率的な医療提供体制を実現するための手段であり、目的ではない。郵政民営化においては、全簡易郵便局に端末が配備され、IT 化が進んだことが委託先の確保難を誘発し、一時閉鎖状態になっているケースもある。目的と手段を取り違え、IT 化を具現化するための課題や周辺整備がおざなりにされたまま、国がやみくもに IT 化を進めようとしていることは甚だ遺憾である。

レセプト請求をオンライン提出に限定・義務化した厚生労働省令第 111 号の趣旨は「医療保険事務全体の効率化」と記されており、患者－医師間の医療自体にはなんら寄与することがない。今や日本は日々確実に医療崩壊への道を突き進んでいる。このような状況において、真摯に国民医療、地域医療に取り組み続けている医療機関の中には、物理的にレセプトのオンライン提出に対応することができない施設も多数存在する。これらの医療機関から保険診療の機会を奪い、医療機関閉鎖の事態を招く結果となる今回のオンライン請求義務化には、強い憤りを禁じえない。省令に救済処置として記載されている医師会における代行請求方式は、全く非現実的な手法であると断言する。

日本医師会執行部におかれては、期限が差し迫りつつあり、全国会員の関心の高い本件の優先度を改めて認識いただき、この問題で地域の医療提供体制に大きな影響を与えないよう、関係方面に対して、今後も一層の働きかけをお願いしたい。