

DPC・・・受付、事務点検、レセプト編集・出力 等

②システム構成

現行のレセプト電算処理システムは、各都道府県の審査支払機関に機器を設置し、電子レセプトの受入れを可能としている。システム基盤には、UNIX、Windows のオープン系プラットフォームが採用されている。システムの機器構成を図4-4に、ソフトウェア構成を図4-5に示す。

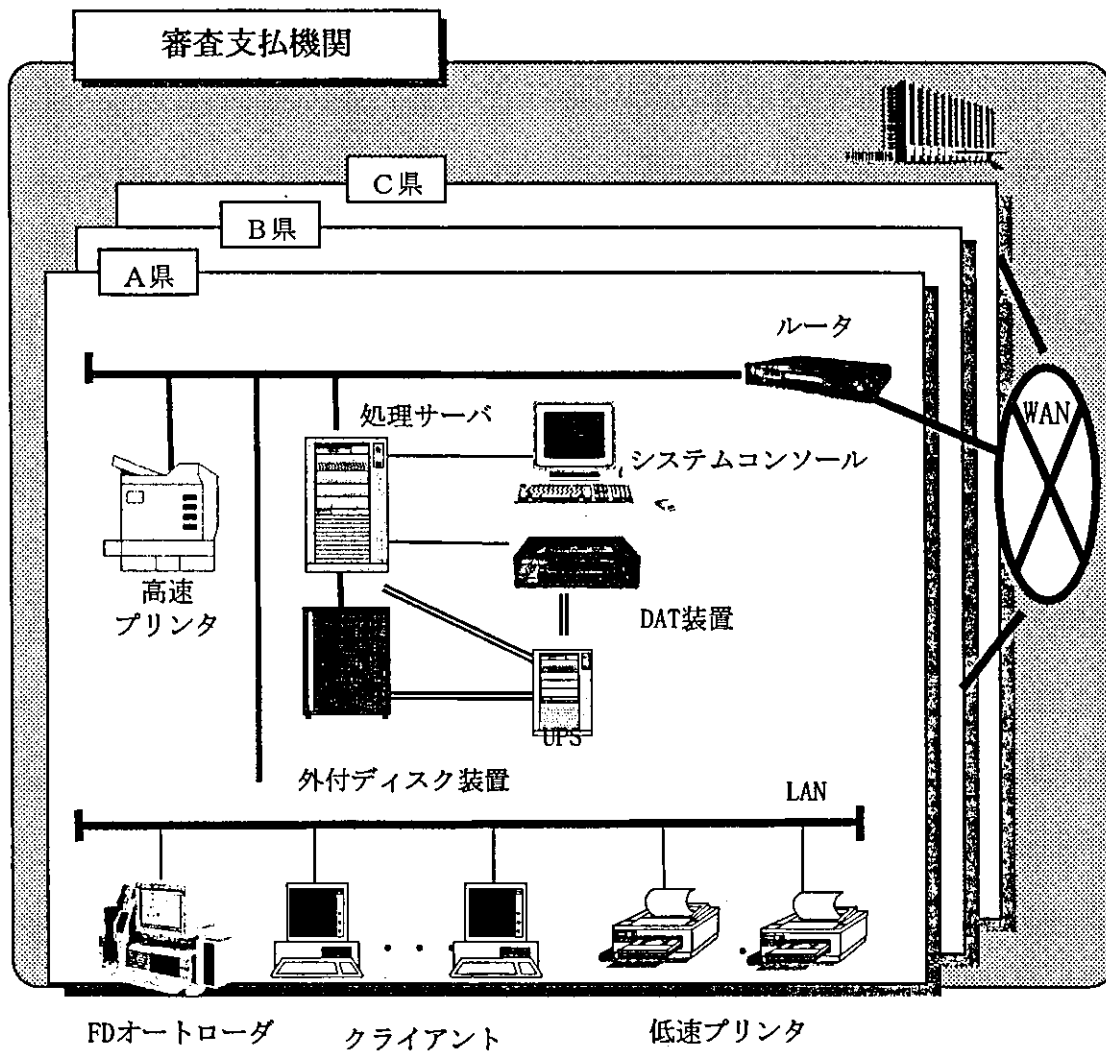


図7-4 レセプト電算処理システムの機器構成

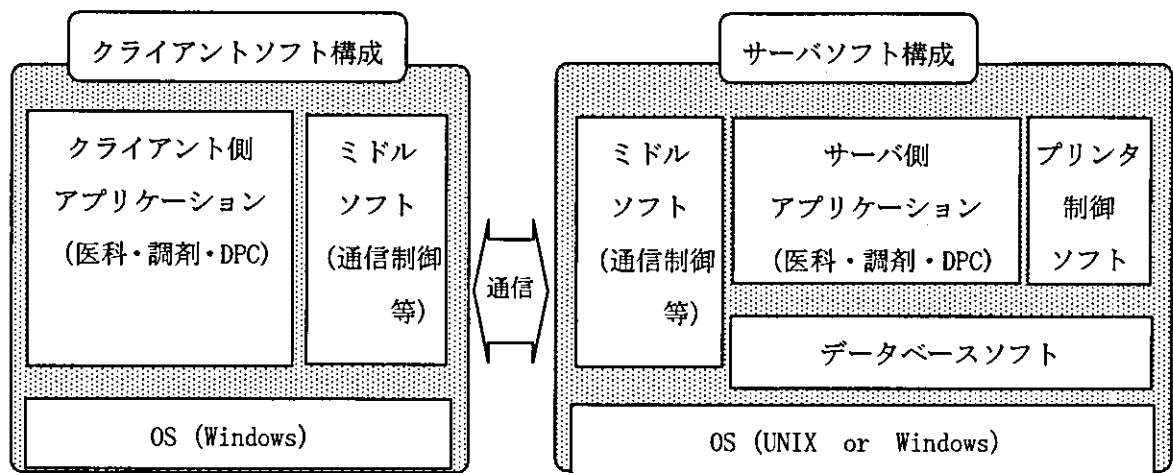


図7-5 レセプト電算処理システムのソフトウェア構成

③システム特性

レセプト電算処理システムは、大量の電子レセプトを限られた期間内で処理する必要があること、医療保険請求に関連する法改正や、点数表改定の都度、改正内容に短期間で対応しなければならないことなどを踏まえ、様々な工夫が施されている。主なシステム特性は、以下のとおり。

(i)業務特性

・多種多様な受付媒体への対応

過去の導入経緯を踏まえ、医療機関側レセコンが取り扱っているMT、FD、MOといった多種多様な媒体を受付可能とする必要がある。FDでは、JISフォーマット(IBMフォーマット)も読み込み可能としており、受付処理では読み込んだ媒体の種別、フォーマットの種類を自動的に判別し、記録条件仕様どおりに記録されているか、チェックを実施している。

・複雑な事務点検処理への対応

事務点検処理では、電子レセプトの1件1件について、傷病名や摘要欄に記載されている診療行為、医薬品などがマスターに存在し、診療月に使用可能であったか、固定点数に誤りがないかを確認するマスター突合や、点数の再計算を行って請求点数に誤りがないか、点数表の解釈に基づいた算定ルール通りに請求されているか等のチェックを行う。レセコン側での計算結果を、逆算して検証するような処理を行っており、マスターの内容や項目数を考慮すると、数十万通りの組み合わせがありうる。プログラム上では、チェックの順番を考慮したり、可変的なパラメータを外部テーブルに切り出し、設定条件によりチェックする・しないを判別するなどの工夫を行っている。

・法改正、点数表改定へ短期間で改修可能とすること

法改正、点数表改定では、改正内容の決定から施行までの期間が非常に短いため、プログラムを短期間で改修できるように、予め考慮しておく必要がある。レセプト電算処理システムでは、構造化設計によりアプリケーションを階層化し、改正内容の影響範囲や改修箇所を早期に検出可能としている。

・過月分への対応(診療月でのマスター確認、複数年月分のマスター保持)

通常、診療月の翌月 10 日までに請求が行われるが、医療機関側の事情により、前月分や前々月分等過月分の請求も同時に行われる場合がある。これら過月分の請求に対応するため、レセプト電算処理システムでは複数年月分のマスターを保持しており、診療月の時点でその薬品が使用可能であったか、点数は合っているか等の事務点検を実施可能としている。

・画面審査でのめくり性能の確保

画面審査では、審査委員はレセプト1件1件を画面上で審査するため、画面へのレセプト表示や次のレセプトの読み込み時間(めくり性能)をできる限り短くし、スムーズな審査を実施可能とする必要がある。入院のレセプトでは、1件でA4数枚の情報量を持つため、複数の画面にまたがった表示となり、より高速なめくり性能が求められる。このため、クライアント・サーバ間の通信量をできる限り少なくしたり、マスターを予めクライアントのメモリ上に展開しておいて翻訳速度を速くする等、高速化の工夫を行っている。

(ii)方式特性

・各県の件数に応じたスケーラビリティの確保

審査支払機関に請求されるレセプト件数は、各都道府県の医療機関数、人口に応じてばらつきがあり、最大の都と最小の県を比較すると、件数比では 20 倍近くにも上る。このように都道府県単位で処理件数に大きな差があっても、同じアプリケーションを使用して既定の業務日程内ですべての処理が行えるよう、スケーラビリティの確保を行っている。

・処理性能確保の工夫

特に事務点検や、レセプト編集のようなバッチ処理では、例えば1件あたりの処理時間が 0.1 秒でも、100 万件では単純計算で 10 万秒(=27.8時間)必要となり、一昼夜でも終わらない計算になってしまう。このような要となる処理においては、0.01 秒の単位でも性能向上を図ることの効果は大きい。レセプト電算処理システムでは、マスター類をコンピュータのメモリ上に常駐させて読み込み速度を高速化したり、ディスクにアクセスする回数の削減、データベースチューニングなど、処理性能

確保の工夫を行っている。

・多重処理、並列処理によるハード資源の有効活用

審査支払機関へのレセプト提出期限である毎月10日前後や、審査委員会開催期間、保険者別レセプト編集の時期など、日程に応じて使用される業務やその組み合わせ、集中度は異なってくる。同一業務の集中、複数業務の同時起動が行われても、ハード資源を有効活用して効率よく処理が行えるよう、多重処理、並列処理を多用し、効率化を図っている。

・大量印刷への対応

現状では、磁気媒体で請求された電子レセプトは、すべて審査支払機関にて紙に印刷する必要がある。この大量情報の印刷を、市販プリンタの性能を最大限利用できるように、印刷方式に工夫を加える作りこみを行っている。

④画面、帳票例

画面例として画面審査の例を図7-6に、帳票例として事務点検結果リストの例を図4-7に示す。

例) 「硝酸ストレプトマイシン明治 1 g」を査定事由 [D] で削除する場合

- ① 削除する「医薬品」をマウスでクリック
- ② 補助・査定メニューから 「削除」を選択
- ③ 事由メニューから査定事由を選択

The screenshot shows a medical software interface with a list of items on the right and a summary table on the left. A context menu is open over the item '93: 硝酸ストレプトマイシン明治 1g'. The menu options are: 指示 (Instruction), 追加 (Add), 削除 (Delete), 変更 (Change), 修正 (Correction), 戻す (Reset), 医薬品情報 (Medicine Information), 54: 静 (Silent), 60: 空 (Empty), 70: 透 (Transparent). The '削除' option is highlighted.

初診	1回	250
再診	回	
指導		500
在宅		
内服	14日	14
点滴	1日	148
外用	14日	140
皮下注	回	40
静脈内	回	40

④ 削除した「医薬品」に取り消し線が引かれる

The screenshot shows the same medical software interface as above, but the item '93: 硝酸ストレプトマイシン明治 1g' is now crossed out with a red line. The summary table on the left has been updated to reflect the deletion.

初診	0回	250	0
再診	回		0
指導		500	0
在宅			
内服	0日	14	0
点滴	0日	148	0
外用	0日	140	0
皮下注	0回	40	0
静脈内	0回	40	0
その他	0回	40	0
処置	0回	470	0
手術	0回	7,488	0
検査	0回	0	0
処置料	0回	110	0
その他	0回	2,780	0
入院料	0回	1,280	0

図7-6 画面審査の画面例

事務点検結果リスト

レセプト 番号 カルテ番 号等	診療 識別	事項名	厚労省 コード	エラー内容	点数 (誤) (正)
000020 010001		保険者番号 06139999		保険者番号の確認 (1)公費単独・2種の公費併用以外の 場合、診療年月<新設年月、または廃 止年月<診療年月である(廃止済みの 保険者番号で請求された)	
000100 100001	60	精密眼底(両) 請求点数 587	160081130	固定点数の誤り(レセコン側マスタの設 定誤り) 請求点数の誤り(縦計計算誤りを含む)	113 112
000200 100011	60	精密眼底(片) 精密眼底(片) 乳幼児加算(生体検査) 請求点数 496	160081010 160081010 160155390	固定点数の誤り(再計算の結果と一致 しない) $56 \times 1.15 + 56 \times 1.15 = 128$ $(56+56) \times 1.15 = 129$ 請求点数の誤り(縦計計算誤りを含む)	129 128
000220 100111	80	入院精神療法(1)	180018110	届け出と異なる施設基準を算定 (精神科でなければ算定できない診療 行為を算定した)	
000250 111001	80	特定疾患処方管理加算 (処方せん料)	120002570	診療(調剤)行為の上限回数確認 (月2回まで算定可能な診療行為を3 回算定した)	
000251 111101	90	老人一般病棟特定入院 基本料 夜間勤務等看護加算3 1種地域加算	190799410 190076170 190077070	当該入院基本料に加算不可の入院基 本料加算を算定(老人一般病棟特定 入院基本料には夜間勤務等看護加算 3は算定できない)	

図7-7 事務点検結果リストの例

(3) 医療機関側でのレセプト電算対応

医療機関におけるレセコンは、レセプト電算処理システムが開始される以前から使用されてきており、傷病名や診療行為のマスターには、旧システムからの互換性が保たれるよう、メーカー独自、医療機関独自のコードが多数使用されている。従って、医療機関側でレセプト電算処理システムに対応するには、独自マスターを標準マスター(病名、診療行為、医薬品等)に対応づけを行う作業と、既定の記録条件仕様に基づいて電子レセプトを作成する機能追加が必要となる。医療機関側でのレセプト電算対応イメージを、図7-8に示す。最近では、レセプト電算の普及と共に、最初から標準マスターを使用したレセコンや、電子レセプト作成機能を標準的に搭載したパッケージも販売している。

日々の医事会計入力イメージ (入力方法、コード体系はパッケージ毎に異なる。以下は他のイメージ。)

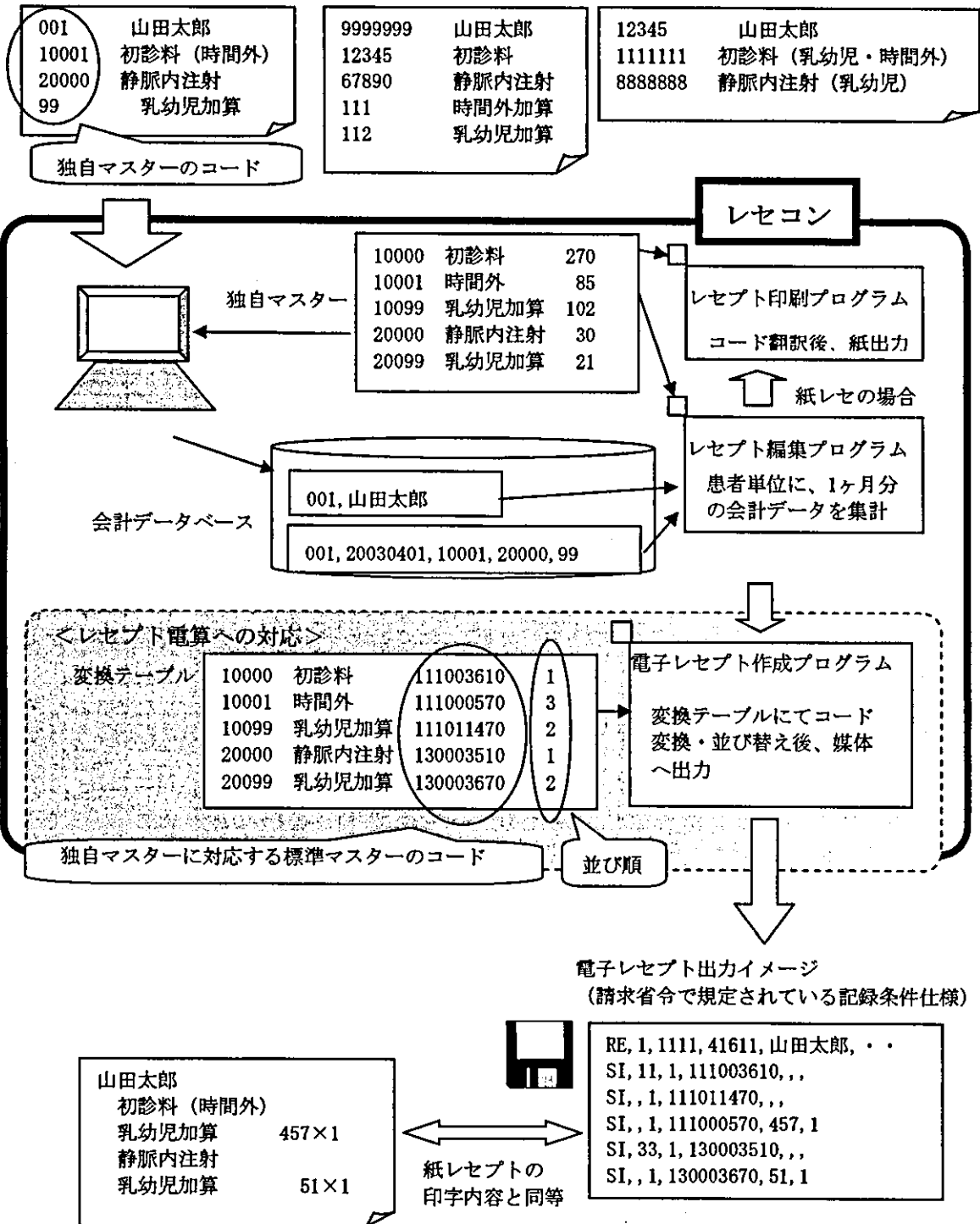


図7-8 医療機関側レセコンでのレセプト電算対応イメージ

(ウ) 今後の展望

レセプト電算処理システムは、17年度から歯科のシステム開発に着手の予定である。社会的なIT化の流れの中で、今後、着実にその普及が進むものと見込まれる。しかし、課題も山積している。特に、完全ペーパーレス化に向けての展望を切り開くことが必要である。現在のシステムでは、電子レセプトといいながら紙媒体が残っていることは先に触れたが、支払基金、国保連にとっても、保険者へのレセプトの送付は紙で行なわれているのが実態である。すなわち、医療機関からレセプト電算処理システムで請求された電子レセプトは、審査支払機関において紙媒体に印刷し保険者に送付している。このコストは、支払基金を例にとるとレセプト1件当たり約6円(17年度はトータル10億円強になる予想)である。一方、保険者は自らの業務遂行のために、改めてレセプトの内容をパンチ入力している。このように、医療機関で電子化するコスト、審査支払機関で紙に印刷するコスト、保険者で再度データを起こすコストという具合に、二重三重のコストを各機関が負担している。このことはまた、保険者から審査支払機関への再審査請求は、必然的に紙で行なわれることを意味しており、結果、医療機関へ返付されるレセプトは紙であり、再度の請求は紙で行なわれることになる。また、レセプト電算処理システムの請求媒体は、FD又はMOであり、オンラインによる請求が認められていない。このことも、ペーパーレス化へのインセンティブを弱めているといえる。

(1) 審査支払機関から保険者への電子請求

支払基金は、16年10月の理事会において、レセプト電算処理システムで医療機関・薬局請求されたレセプトを保険者に電子媒体で送付するシステムを開発し、試行を開始することについて報告し了承された。一方、健保連は、国の補助金を得て「レセプト情報管理システム」を開発中であり、両者間で仕様調整されたデータを用いて、試行を行い順調に推移している。早ければ、17年度中に電子レセプトが支払基金から保険者に送付されることとなる。ただし、支払基金から保険者に送付されるレセプトは、完全な意味でのレセプト電算処理システムのデータではない。本来の電子レセプトは、すべての診療行為がコード化されて記録されているが、当面は、医療機関から請求された電子レセプトを、支払基金が「コードデータ」を「画像データ」に変換して保険者に送付することになっている。これは、電子データが保険者に送られることに対する診療側への一定の配慮と、現時点では「コードデータ」では見読性に欠け保険者においても扱いづらく「画像データ」化の要望が強かったことに応えたものである。

(2) オンライン請求

電子レセプトのオンラインによる請求は、平成 14 年度国において試験事業が実施され、技術的には何ら問題のないシステムである。また、試験事業の結果を受け、「セキュリティガイドライン」の案も策定されている。審査支払機関は、支払基金・国保共通で利用できるシステムの開発をほぼ完了し、後はゴーサインを待つのみであるが、いくつかの問題もある。

一つは、レセプト電算処理システムそのものが完全ペーパーレス化されていないため、オンライン請求に当っては、症状詳記などのペーパーレス化を図らなければオンライン請求を行なう意味がない。

二点目は、審査支払機関から保険者へのオンラインも含めた電子請求が行なわれなければ、審査支払機関にとってのメリットがないし、保険者のメリットもない。

三点目は、2010 年度には希望する医療機関はオンライン請求を選択できるという制度を実現するためには、審査支払機関側に相当の(恐らく数十億円規模の)システム投資が必要になるが、財源が不明確である。

第8章 ITの利用:レセプト電算システムと保険者の役割ー健康保険組合連合会の動向

(1)はじめに

健康保険組合(以下「健保組合」という。)の要の業務とも言うべきレセプト点検であるが、未だに大部分が紙媒体で行われ、同情報の活用も不十分な状況にある。

保健・医療分野におけるIT化の進展を背景に、健保連は平成15年度から「レセプト情報管理システム開発事業(以下「レセシステム開発事業」という。)に取り組んでいる。社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)から提供予定の電子媒体による請求(レセプトデータ)を健保組合が受け入れることを可能とし、その電子データを活用することにより、健保組合の基幹業務の効率化やレベルアップを図ることが主な目的である。本稿では、上記健保連のレセシステム開発事業の検討状況を中心に記述する。

(2)経緯

健保連は平成15年度から国の特別保健福祉事業助成金の交付を受けて、レセシステム開発事業に取り組んできた。同事業の展開にあたっては、「規制改革推進3か年計画(H15.3.28閣議決定)」が示した方針に基づき、支払基金の計画によるレセプトの電子データ等を健保組合が受け入れることを前提に、電子データに対応したシステム構築を目指して検討・開発を進めてきた。健保連の計画に基づく開発期間は17年度までとなっている。

(3)目的

支払基金から提供予定のレセプトの電子データを健保組合が受け入れることを可能とし、電子データを活用することにより、保険者としての業務水準の向上と意義あるIT化促進のため、次の三点を具体的な目的とした。

- ① 提供されたレセプトの電子データから健保組合として必要なデータベースを構築すること。
- ② 電子データに対応したレセプト点検(審査)等の業務に資するシステムを開発すること。
- ③ これにより、18年度から、電子データの提供を希望する健保組合を対象として、まず、画像レセプトおよびテキストデータの受け入れを可能とすること。

(4)レセシステム開発事業の実施状況

① レセプト情報管理システム開発事業検討委員会(以下「検討委員会」)等の設置

健保組合にとって有益なシステムを構築することを最大の眼目に置き、平成 15 年度から検討委員会を立ち上げた。同委員会における主な検討事項は次のとおりである。

- 1)各種点検機能(単月、縦覧、突合、外傷性等)
- 2)検索・履歴管理機能(再審査、レセプト開示等)
- 3)各種分析機能(健保組合全体・個別)
- 4)レセプト原本性の確保

同委員会(下部組織を含む)は、開発仕様書(必要な開発機能等を仕様書としてまとめたもの)を作成し、さらに 16 年度には基準仕様書(開発仕様書を技術的に仕様書としてまとめたもの)をとりまとめた。

② レセシステム導入にあたっての試行(検証)

レセシステムを個々の組合へ導入するにあたっては、いきなり全組合に配布することは予想外のリスクも想定されるため、第一段階の取り組み(16 年度)として既存の(健保)業務システムパターン毎に基準仕様に基づく検証作業を行い、基本的には大きな問題はない(必要な機能は追加)との確認を得た。

なお、16 年度においては、レセプト分析機能につき具体的論議を行い、一定の整理・確認を得たところである。

(5)レセシステム開発事業の今後の方向、検討課題

18 年度から電子データ提供を希望する健保組合を対象に画像レセプト、テキストデータの受け入れを実現(本格導入)することを目指し、17 年度は、システムの最終調整・確認、費用負担の取り扱い、健保組合への周知方法など検討委員会を中心に、詳細に詰めていくこととしている。今後保健・医療全般にわたる IT 化の推進、レセプトオンラインシステムへの備え等課題は大きくまた数限りないが、レセシステム開発事業の円滑な遂行こそがその第一歩と捉え着実に実施を図っていきたい。

第9章 IT の利用:ORCA プロジェクトの現況と方向性

(1) 日本医師会における ORCA プロジェクトの位置付け

ORCA プロジェクト²⁷とは、日本医師会の「医師会総合情報ネットワーク構想²⁸」の一環として、2000年4月より開始された研究事業プロジェクトである。本構想の中で ORCA プロジェクトの位置付けは各医師会から会員医療機関へのネットワーク普及のための具体策の一つにあたる。なかでも ORCA プロジェクトの中心的存在である「日医標準レセプトソフト(以下、日レセ)」は、医療現場の IT 化を進めると同時に、地域医療連携の土台となりうるオープンソースコンテンツとして注目されている。

(2) ORCA プロジェクトの考え方

政府の e-Japan 戦略などに代表される IT 時代を迎え、医療の情報化は重要なテーマとなった。わが国を世界一の長寿国へと導いたと言われる国民皆保険の制度をみると、年を追う毎にルールが複雑化し、レセプトをはじめとする紙の洪水を生み出している。このような医療現場の非効率を招いたり、良質な医療の浸透を妨げかねない状況は、診療支援を行う電子カルテのようなシステムだけが普及すれば良いというものではなく、医療保険制度全体の IT を用いた基盤整備が必要であろう。

現時点において日本の医療機関で最も普及しているコンピュータは診療報酬を請求するためのレセプトコンピュータ(以下レセコン)であり、約 8 割の医療機関が導入している。このレセコンは 30 年以上も古くからの歴史を持つ。一般的な医療機関においてレセコンは、カルテ番号・保険・氏名などを必須条件として管理する重要なデータベースの役割を果たしてきた。ところが、現代においても、未だメーカー間や他の医療機器との互換性が少なく、データのやりとりが困難な状況である。こういった効率の良い方向で IT 化がうまく進まない原因には、各メーカーがコンピュータの黎明期から、独自に複雑な診療報酬制度に対応してきた歴史を引きずっていること、さらに、シェア争いや営利追求を優先せざるを得なかったメーカーが、自社システムを閉鎖的にしてきた、などの事情がある。例えば電子カルテの場合、医療機関は既に導入済みのレセコンと同じメーカーの電子カルテしか選択肢がない場合が多い。地域の医療連携システムの試みにおいても、患者の基本情報を持つレセコンが医療機関毎に異なるため、操作の度に2重入力を強いられるケースが多く見

²⁷ Online Receipt Computer Advantage : 進化型オンラインレセプトコンピュータシステム (<http://www.orca.med.or.jp/>)

²⁸ 医師会総合情報ネットワーク構想: 全国の医師会をネットワークで結ぶ構想

受けられる。

医療とよく比較されるライフライン産業やサービス産業などにおいては顧客情報を管理するデータベースを中心にIT化が進んできた。本来であれば、医療機関でも患者の基本情報を管理するレセコンを中心としたIT化が進められるべきであろうというのがORCAプロジェクトの考え方である。

そこでORCAプロジェクトでは、レセコンを各医療機関でのベースインフラと考え、高機能レセプトソフトウェア(日レセ)を開発、無償の公開ソフトウェア(オープンソース)として提供、普及を促す手法をとった。これにより、複雑な医事請求と切り離れた電子カルテの自由な開発が活発²⁹となり、その他、日レセの患者基本情報データベースを活用する各種診療支援アプリケーションの開発も広まってきた。

このように開かれた形で普及させ、医療機関内部のIT化や医療機関同士の情報交換を支援していくことにより、将来、日本独自の方法で、IT時代の皆保険制度を担うヘルスケアシステムのインフラを低コストで形成できると考える。このための根幹となるソフトウェア(日レセ)などは社団法人である日本医師会が提供するが、これは利潤を求めた活動ではない。ある程度社会的地位を持った団体がオープンソースとして提供することで、むしろこれからの医療IT産業を支援するものであると言える。

さらに、インフラとして将来必要となるものに、ネットワークセキュリティへの対策がある。日本医師会では安全なネットワーク環境を構築するひとつの方法として、PKI³⁰技術に支えられた認証局の設立を現在進めている。

(2) 日医IT化宣言

前述のような考えのもと、日本医師会では2001年11月に「日医IT化宣言³¹」をおこない、日本医師会が主導権を持って医療現場のIT化とネットワークづくりを進めることを宣言した。この宣言では医療情報交換の標準化を効率的に進めることを狙いとして、ORCAプロジェクトで開発したプログラムや医療データベースを万人に無償で公開することが謳われた。この際に作成されたライセンスが「日医オープンソース使用許諾契約第1.0版³²」である。これは、一般のオープンソースライセンスと同じくプログラムなどを誰もが自由に利用できるようにしたものであった。現在は、国際的なオープンソースライセンスに整合し、わが国の著作権法にもより適合した「日医オープンソースプログ

²⁹ 日医標準レセプトソフトに接続できる電子カルテは既に現在13メーカーある(2005.03)
(<http://www.orca.med.or.jp/communITy/link/link.rhtml#MML>)

³⁰ **Public Key Infrastructure** : 公開鍵基盤

³¹ 日医IT化宣言 (<http://www.orca.med.or.jp/orca/sengen/declaration.html>)

³² 日医オープンソース使用許諾契約第1.0版
(<http://www.orca.med.or.jp/orca/sengen/license.html>)

ラム利用許諾約款 vER2³³]を作成し、パブリックコメントを募集中である。

日医 IT 化宣言冒頭文

日本医師会は、医療現場の IT 化（情報技術）を進めるため、土台となるネットワークづくりを行うことを宣言します。まず、各医療現場に標準化されたオンライン診療レセプトシステムを導入し、互換性のある医療情報をやりとりできるようにする計画（ORCA, Online Receipt Computer Advantage）を推進します。この計画のために日医が開発したプログラムやデータベースは全て無償で公開されます。医療現場の事務作業の効率化を図り、コストを軽減させると同時に、誰もが自由に利用できる開放的なネットワークを形成し、国民に高度で良質な医療を提供することをめざします。

(4)プロジェクトの構成

2004 年度での ORCA プロジェクトの活動は、以下の内容に分類される。

①アプリケーション開発系

- ・日医標準レセプトソフト(無床版・有床版)
- ・OPAS (診療支援システム開発キット)
- ・介護ソフト(主治医意見書、介護報酬請求支援ソフト)

②ネットワーク系

- ・認証局
- ・ORCA センターサーバ

③決済・金融系

- ・窓口負担決済の電子化(J-DeBIT)

④マスター開発系

³³日医オープンソースプログラム利用許諾約款 vER2:
<http://www.orca.med.or.jp/orca/sengen/licensev2.rhtml>

- ・併用禁忌データベース
- ・傷病名マスター
- ・レセプトチェックマスタ

⑤法務系

- ・日医オープンソースライセンス
- ・認証局運用規定

⑥広報系

- ・ORCA サポートセンタ
- ・公式 Web サイト

⑦事業系

- ・認定事業(日医 IT 認定事業所)

(5)メンテナンス

ORCA プロジェクトはオープンソースソフトウェアの開発だけでなく、実際に普及・運営をはかっている時期³⁴に入っている。そのための体制は主に次の項に大別される。

①サポート体制

プロジェクトの推進母体である日医が中心となり、サポート提供組織である ORCA サポートセンタ、開発ベンダーによってサポートが行われている。実際のサポートは Mail と Web ページによるものが中心で、その他に電話、FAX なども利用されている。

特に Mail によるサポートでは障害報告や改善要望に対する窓口業務以外に、プロジェクトからの情報提供や、コミュニティの提供を目的とした公開メーリングリストがあり、開発者から利用者まで幅広い層に多くの情報を提供、交換できるよう運営されている。

②認定制度

普及と運営を進めるにあたって別途創設したものに「日医総研日医 IT 認定制度」があり、医療機関への導入を行うための有資格者とサポート事業所を認定している(現在 123 事業所)。ORCA プロジェクトの成果物である日レセは、誰もが自由に使えるオープンソースソフトウェアであるが、医療機関の保険請求を支える重要な基幹業務ソフトでもある。さらに医事業務の分野では高度な専門知識も必要であり、この知識がなければソフトウェアの適切な設定がそもそも不可能である。加えて

³⁴ 日医標準レセプトソフトの普及状況については章末に資料を掲載

地方公費などに代表されるローカルルールも存在する。こういった特殊な要素にハードウェアのメンテナンスや維持といった通常のシステムの保守が加わるため、日レセの導入には専門のサポート事業所を通じた導入と保守契約が望ましい。そこで、この認定制度では、ユーザーが安心して正しい専門知識をもった業者を選定できる目安の提供を行っている。この認定制度は、医師会組織を通じた普及・運営という観点から見ても、全国の都道府県郡市区医師会が地元の会員に推薦する目安ともなる。従来の販売代理店制度と大きく異なることは、オープンソースの成果物を扱うという点であり、このため認定を受けていない一般のサポート事業所も多数存在する。

(6)さいごに

国民皆保険が徹底された日本において、医療の公共性は非常に高いと言えよう。近い将来、国民医療を支える根幹となるべき医療の IT インフラは、国の内外を問わず1企業の趨勢に左右されないものであることが望ましく、また、国民のプライバシーのためにもシステムやネットワークに潜むバックドアの可能性は限りなく小さい方がよい。医師の団体である日医が基幹部分の著作権を持ち、公共財的な考えの元でオープンソース方式をとることにより、こういった問題が大部分クリアされる。

また、レセコンの分野は既に述べた通り普及率が約 8 割に達したリプレース市場である。しかも大手メーカー数社が大部分のシェアを抑える寡占市場でもある。オープンソースという方式は、医療の IT 化の土台を誰にも平等に提供し、普及と競争を促し、また既存レセコンメーカーとの摩擦をも抑える効果がある。ORCA プロジェクトの成果物は既存メーカーも自由に取扱うことができる。独自のシステムにインストールし、動作を保証することで対価も自由に請求できる。将来、日レセのシェアが大きくなった場合、既存メーカーの開発リソースは、真に診療を支援するシステムにシフトすれば良く、これによって医療情報システムの進歩を促進する効果も期待できる。一方、医療機関はレセコン導入時に浮いたコストを電子カルテなどのシステムに投資することができ、正の循環による医療現場の IT 化が期待できるのである。

日医総研の試算では、医療現場の IT 化を電子カルテの導入とレセプト電算処理システムによる請求だけに絞った場合でも、全ての医療機関が対応するには今後 10 年間で約 18 兆円(メンテナンス費用を含む)が必要となる。恐らくは国費と医療機関で分担することになるであろうこの費用を少しでも抑え、効率の良い IT 化を推進する意味合いも ORCA プロジェクトにはある。

日医標準レセプトソフト

稼動状況

2005-03-11

導入医療機関数

総計 **1351** 施設

稼動レベル1 (日レセのみで運用)	1096施設
稼動レベル2 (導入作業中)	255施設
稼動レベル3 (導入検討中)	423施設

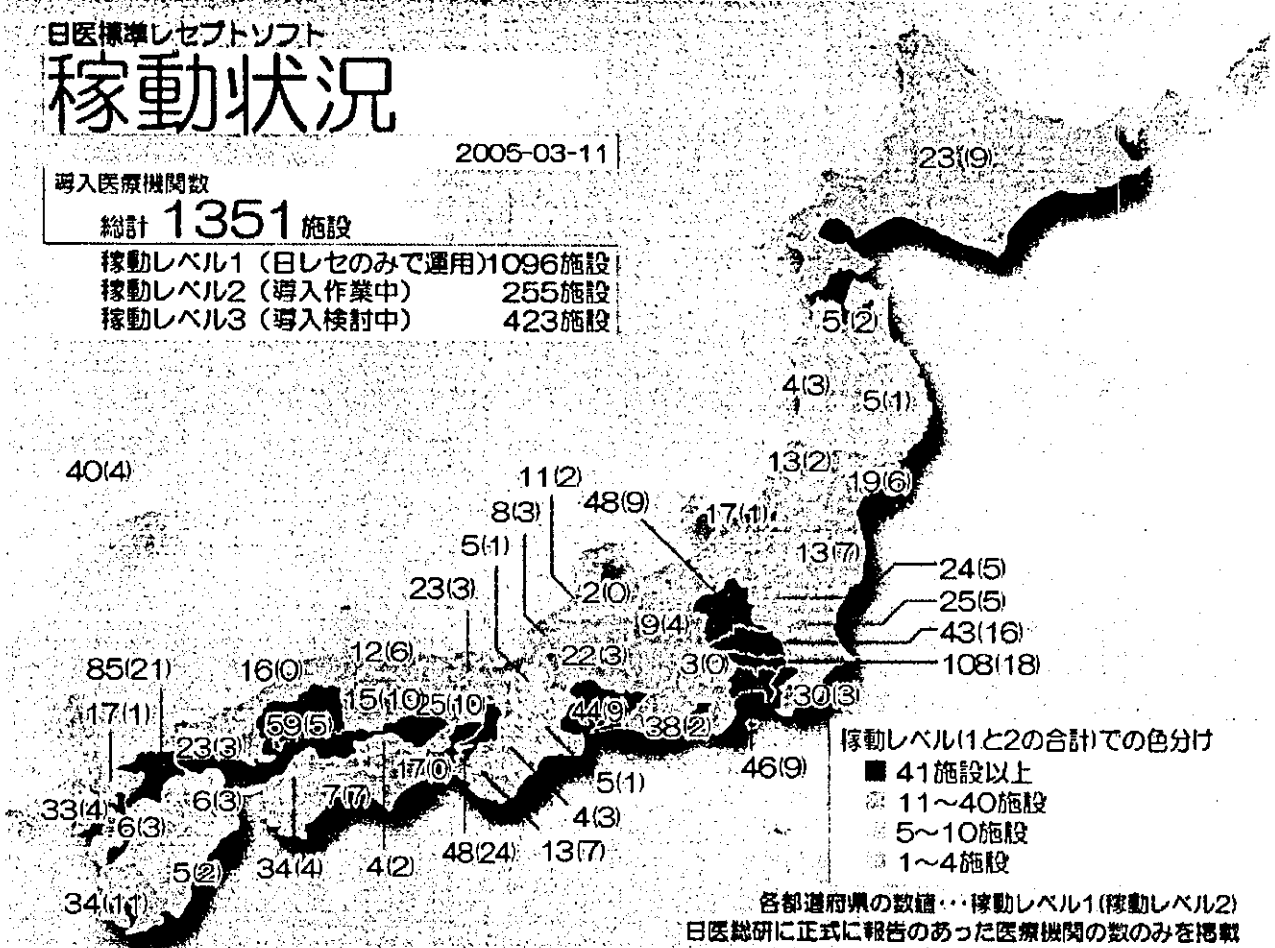


図8-1 日医標準レセプトソフトの普及分布(2005.3.11 現在)

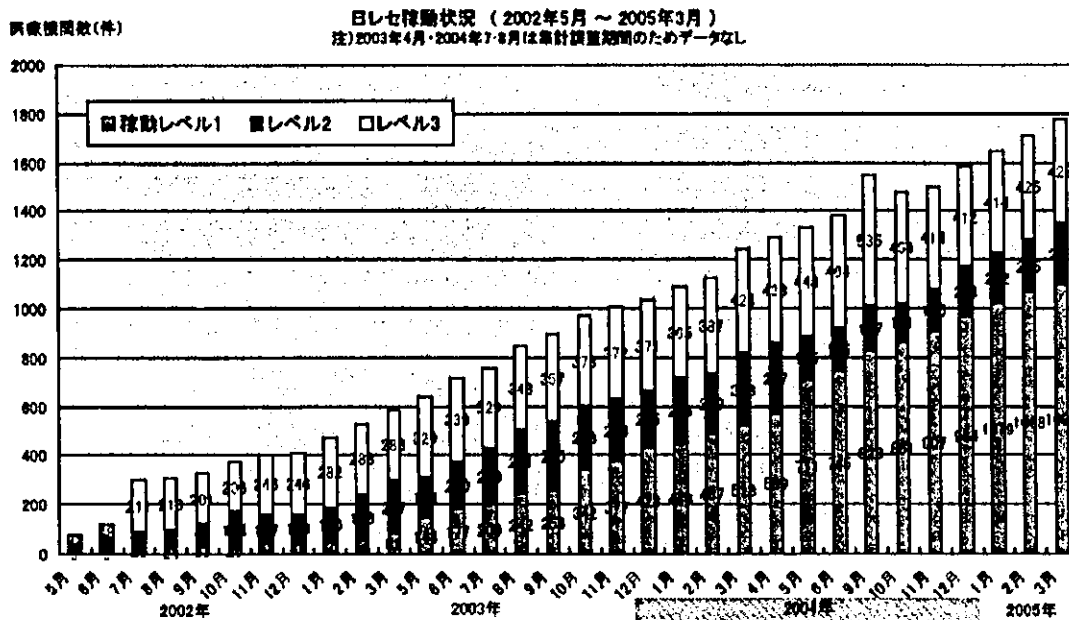


図8-2 日医標準レセプトソフトの普及経緯(2005.3.11 現在)

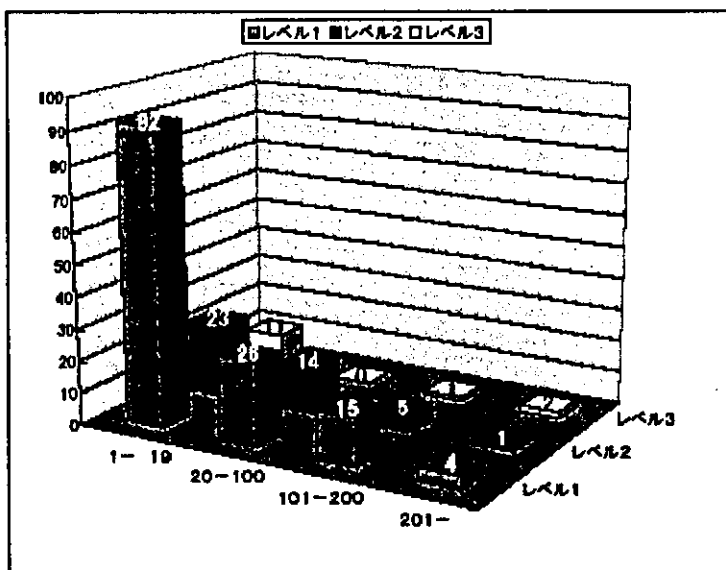


図8-3 日医標準レセプトソフトの病院への普及状況(2005.3.11 現在)

第9章 ITの利用:Leapfrog Group³⁵による医療安全推進活動

アメリカにおいては医療保険の有力な購入者は企業である。安全な医療を従業員に提供することは、従業員の為になるのみならず、最終的には医療費を軽減することにもつながるとの考えのもとに、Fortune 500 のリストに掲載される大企業をメンバーとするコンソーシアムである。現在 160 社が加盟し、合計して 3400 万人の保険を購入している。会員は、従業員に対して医療の安全について教育研修を行うこと、基準を満たす病院のリストを従業員に示すこと、その受診を促進するためのインセンティブを提供すること³⁶、を行わなければならない。

医療安全を推進するに当たって、Leapfrog Group は3つを優良な病院の基準としている。すなわち、

- ・ ICU での専門医の配置
- ・ オーダーエントリー(薬剤事故防止)
- ・ 根拠に基づく病院紹介(危険度の高い代表的手術、分娩の場合に重症度調整死亡率と症例数を基に評価)

病院の協力の下に電子的に情報を収集し、それぞれの項目について優良な病院を明らかにしてリストとして公表している。Leapfrog Group、NQF などのコンソーシアム活動は重要な役割を担っていることはアメリカでの医療安全の特徴ともなっている。Leapfrog Group の活動では、あくまで情報の提供は病院の自発的な協力の下で行われているため、参加協力している医療の割合が地域により異なっている。また従業員が優良な病院を受診する際のインセンティブが企業により異なる。次のステップとして NQF の NQF-Endorsed Set of Safe Practices を評価基準に導入する予定である。

Leapfrog Group の活動は、電子的な情報収集と提示、インセンティブとの組み合わせにより、強制力を有しないという限界を有するものの、効率的に医療安全推進、医療の質向上を目指した活動として、保険者機能について検討が行われている日本において、参考事例になると思われる。

³⁵ Leap Frog はカエルのひとつ飛びの意味であり、現状からの大きな飛躍を意味する。1997 年に空港での待ち時間の間に居合わせた企業の福利厚生部長の間での話が設立のきっかけになった。そのときナプキンに書かれたカエルの絵がこのグループのロゴになっている。正式な発足は 2001 年であり、職員は 8 人である。

³⁶ インセンティブの内容は会社により異なる。