

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たうえで、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、厚生省は 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」の后者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。