

医療評価委員会（平成20年度 第5回）

日時：平成20年12月12日（金）10：00～11：45

場所：三番町共用会議所 第3特別会議室

1. 開会
2. 平成20年度医療評価委員会 論点の整理（案）
3. 医療分野のIT化に関する実感調査
4. 閉会

（配付資料）

資料1：平成20年度医療評価委員会 論点の整理（案）（非公開）

資料2：医療のIT化に関する実感調査の概要（状況報告）

1. 開会

國領座長より、挨拶が行われた。

2. 平成20年度医療評価委員会

内閣参事官より資料1に基づき、「1. 評価の基本的考え方と今年度の評価方針」「2. 本年度の活動状況」「重点的に評価する分野 3-1) レセプト請求審査」についての説明があり、各構成員から、以下の発言があった。

- 電子点数表についてだが、ロジックを機械可読な形で表現するという方法と、ロジックそのものも展開する、つまりすべての場合を表にするという2つの方法があるということ論点として明記すべきである。また、中央社会保険医療協議会での事務作業からBPRをすることを、評価委員会としては強調しフォローしていくべきである。
- 適応症と標準病名、ICD10コードとを対応させるデータベースが公開されるのは大きな進歩だが、最終的にはオーダーリングあるいは電子カルテ上で病名をつけるときに、活用され、レセプト上に反映されるような仕組みを検討すべきである。

(國領座長)

DPCの件について、医療評価委員会と評価専門委員会との問題意識の差について、もう少し詳しく表記したいが、具体的にはどうなっているのか。

- 医療評価委員会での問題意識は、コーディングの妥当性を検証する仕組みが必要ということだ。評価専門委員会での問題意識は、同じようなファイルの提出という二重の手間があるということだ。したがって、視点が異なっている。

(國領座長)

「全体最適化を図る体制作り」からすると、コーディングの妥当性を確保するために同じようなファイルの提出というのは矛盾している。結局、厚生労働省といっても中はばらばらということなのか。

(内閣参事官)

DPCのコーディングの妥当性の検証については、厚生労働省の保健局医療課が中心となり、来年1月からコーディング情報(C, Dファイル)とDCPレセプトを医療機関から審査支払機関に提出することにした。また、DPCが医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響の研究のため、厚生労働科学研究班が中心となり、DPCデータを構成する診療明細情報と行為明細情報(E, Fファイル)をDPC対象機関から厚生労働省に直

接出す仕組みにした。確認を取る必要があるが、審査支払機関側のシステムを変更して、E、FファイルをC、Dファイルへ変更できるかもしれないが、審査支払機関では対応ができないので、医療機関が新たにCDファイルを出すと決められたと聞いている。

- すべての診療行為がわかるような新たなファイルをつけることは、病院に大きな負担をかける。IT化の意味が同じようなファイルの提出とはいかがなものか。

(國領座長)

コーディングの適切化と、請求行為の適性調査という2つの目的がばらばらだが、これは同じ課の中の話なのか。

(内閣参事官)

両方の施策ともに保険局医療課が担当している。課内で十分調整したと思われるが、その結果の説明が、医療機関に十分にはなされていないということではないかと推察する。

- 問題が2つあり、分けて書くべき。1つはDPCの審査の仕方を明確にすること、もう一つはよく似たファイルを医療機関に対して別々に請求することの是非である。
- DPCにおけるレセプト審査の業務改善において、コーディングの妥当性の確保が必要である。それをいかに全体最適にするかという議論をすべきである。

論点の整理②

内閣参事官より資料1に基づき、「重点的に評価する分野 3-2) 個人による健康情報の集積・活用の推進に関する取組み」についての説明があり、各構成員から、以下の発言があった。

- 健康医療情報を提供する側は保険者や医療機関といった情報の価値がわかるプロフェッショナルだが、それを個人へ安全に渡せる枠組みを関係府省で早急に検討すべきだ。

(國領座長)

この論点整理全体を通じて、データを扱う項目については個人への安全な情報伝達を担保した上で目指すべきと表記した方がよい。

- いろいろな分野にわたるので、難しいことではあるが、関係各省が連携してやるべきである。
- 現在取り組んでいる実証実験の主役は、国民なのか、医療機関なのか明確にするべきである。

- 3省連携事業の場合、主役は国民で、状況により責任あるプレーヤーが加わってくるというモデルである。健康管理の場合は本人の他に自治体、健康増進機関等が加わる。また浦添市での実証実験の場合は、軽症糖尿病をターゲットにしており、医療機関が重要なプレーヤーとして加わる。その一方で、地域医療連携システムの実証も始める予定になっており、そこでは医療サービス提供側が主役になる。この主役の違う二つのシステムの間での橋渡しが、大きな課題として残るだろうが、それを何とか解決しようとしている。
- 浦添市の実施実験では、発症予防という主役が市民であるものと、発症して治療中の患者を医療機関が機能分担して重症化させないという主役が医療機関という2つのフェーズがあるという理解でよいか。
- そう聞いている。それがうまく融合できるモデルを考えている。
- プロジェクト同士がオーバーラップしているところの見える化を図るべきである。
- 健康情報の活用に関しての論点には、実際に医療機関でどう使われているのか、思わぬ使われ方をしていないのかと非常に不安を感じる。もう少し安心感を持てるような表現にすべきである。

(國領座長)

先ほどの、個人に安心して情報を渡せる仕組みという点を書き加えるべきである。

- 本人の意図に沿わない形で利用されないことを確保する必要があるので、複数の省庁、関係者で十分検討してから、健康情報の活用というのに入らないと、不安はどうしてもぬぐい切れない。
- 個人の健康情報の集積が、大きなメリットになるということを徹底してアナウンスしないと、健康情報をハンドリングされる不安のほうが強まり、反対ということになる。こういう視点が抜けている。
- 論点整理の3-2)は個人による健康情報の集積という章立てなので、個人のことを言うべきであり、全体最適の話は公衆衛生なので3-3)に移動すべきである。

(國領座長)

啓蒙や説明によって、情報が勝手に流用されないことを担保して、国民の納得性や安心感を高めた上で、積極的に活用されるべき。また、全体最適とか、ディジーズマネジメント的な話は、3-3)の項目で考えるべきである。

論点の整理③

内閣参事官より資料1に基づき、「重点的に評価する分野3-3)医療再生に向けたITの活用」についての説明があり、各構成員から、以下の発言があった。

- レセプトデータの疫学的利用についてだが、医療関係者が診療を行いやすい仕組みだけでなく、研究や公衆衛生に資する研究ができるという表現を入れるべき。
また、地域医療連携や遠隔医療の実証実験において、有効性が確認されたものは、その成果を還元する意味で詳細に公表すべきである。
- 「レセプトオンライン化により収集される疫学データ」という表現はわかりにくいので、「レセプトオンライン化により収集されるレセプトデータ」とすべきである。また、「重症化」の前に「疾病管理的手法」又は「疾病管理等により」を付記すべきである。「クリティカルパス」は「地域連携クリティカルパス等」とするべきである。
- IT導入の目的の中に、医療従事者の業務改善というのが抜けている。ITが全体最適化とか、国民のためとか、患者のためなども重要だが、それと同時に現場で働く医療従事者の負担の軽減、業務の改善も重要な目的である。
- 女性医師が結婚、出産後に医療に復活できるように、レントゲン画像を自宅で見るとかテレワークなどITの活用がある。また、女医、医者、研究者ともにITを活用して、最先端の知識に触れられるよう、家の中でも仕事ができる仕組みはぜひつくるべきである。今、医師免許を取ろうとしている人の4割が女性なので、早急に取り組むべきである。
- 復職支援がITで支援できるのでは。例えば医療再生の中のIT支援、スキルアップ、ティーチング、ラーニング、家での遠隔診断などITの新しい活用の切り口ということで議論が深まると考える。
- 臨床現場のドクターは体力勝負で仕事をしているので、遠隔画像診断などを在宅で行えば、現場医師の負担軽減になる。これは、本当の意味での医療再生につながるのではないか。

(國領座長)

- まとめると、医療従事者の負担軽減、人材活用へテレワークや遠隔教育をすべきではないか、実証実験等の成果が有効に活用すべきということである。

論点の整理④

内閣参事官より資料1に基づき、「4. 進捗について報告を受ける分野」、「5. 現状について報告を受ける分野」について説明があり、各構成員から、以下の発言があった。

- 自治体主導型は主役が市民だとすると、医療機関が主役のEHRは医療連携をベースに使うEHRだ。日本版EHRというのはこの2つのコンポーネントから成り立っている。

- 医療計画の作成の指針において、自治体主導型EHRによって、どういう効果があるのか具体的に議論すべきである。また日本版EHRがカルテの概念を変え、病気のためのカルテではなく、生涯にわたる健康マネジメントのためのカルテという概念に変えるべく、関係省庁の間で議論すべきである。
- 住民が自分の健康情報を活用するという観点からのEHRでは、最低限のサービスは国民全員が享受すべきと考えられ、自治体がサービスを行うべきもの。一方、地域医療連携の観点からのEHRは健康情報を活用して生涯の疾病予防に用いるというものだ。このように根本的に違う概念を同じ言葉で言うことが問題だ。したがって、もっと具体的な名前をつけるべきだ。
- アメリカの家庭医が使う健康情報はペイシェントセンター・メディカルレコードという。日本のメディカルレコードとの違いは、健診歴とか予防摂取歴などが重視されている点だ。今のEHRの姿というのは、アメリカのファミリーフィジシャンが使うペイシェントセンター・メディカルレコードに近いと考える。

(國領座長)

患者中心の話と、医療機関中心のディジーズマネジメント的なものの2系統だと理解するべきである。

(内閣参事官)

- 自治体による地域住民の健康情報管理というような名前に直して、書き分けたいと考える。
- 2007年にグランドデザインが厚生労働省で出されたが、当時と比べ社会的な状況が変化しているため、見直すべきではないか。

(國領座長)

具体的な指摘ができるのか。

- 医療従事者の業務改善、女性医師の復帰を促す、医療へのテレワークの活用、遠隔医療というものを、グランドデザインとしては強調すべきテーマだ。

(國領座長)

グランドデザインに抜けている視点を盛り込むような見直しを図るべきである。

4-2) 全国規模での健康情報の分析・活用の表現はこれでよいか。

- 国は健康情報を研究者には出さないらしいという話を聞くが、確かにこの論点整理でも表現があいまいである。もっと明確に「行政機関以外の利活用」という、この「以

外」という表現を「研究」などにしたほうがよいと考える。

(國領座長)

明確にしない理由はあるのか。

(内閣参事官)

医療評価委員会でしっかりフォローすべきだという形で、ニュートラルに書いた。

(國領座長)

前回の厚生労働省からの回答は、根拠法がないのでできないということだと理解している。

- 今年度中に公益目的に限り、行政機関以外の利活用のルールを整理するという回答であった。
- 10月の社会保障国民会議で公式に厚生労働省に確認したところ、所定の手続をとれば研究者にも出すとのこと。したがって、積極的な利活用を謳うべき。
- 研究者及び一般利用に関する約束を実現するように、注意しておく必要がある。そうしないと徐々に公開の範囲が小さくなりかねない。

(國領座長)

公益利用に対する使うという見解が出ていることを前提に、研究が促進されるように適切な対応を進めるべきであるとはっきり書くべきである。

異なる2つのEHRが同じ言葉で使われているため混乱しているため、呼び方を整理するという事。グランドデザインには新たな視点を盛り込む。ということでよいか。本日の意見等は論点整理に反映する。医療のIT化に関する実感調査について、テーマ1の「医療政策や医療の質の向上に資する情報基盤整備」について、厚生労働省の調査と重なる部分などを考慮した結果、アンケート対象を保険者に変更する。

3. 医療分野のIT化に関する実感調査

内閣参事官より資料2に基づき、「医療分野のIT化に関する実感調査」についての説明が行われた。

(國領座長)

次回開催日時については、また別途事務局のほうから案内する。

本日の会議、どうもありがとうございました。