

医療評価委員会（平成20年度 第6回）

日時：平成21年1月29日（木）10：00～12：00

場所：合同庁舎7号館 第2特別会議室

1. 開会
2. 平成20年第3回 I T新改革戦略評価専門調査会の報告
3. 第49回 I T戦略本部の報告
4. 論点整理に対する厚生労働省の見解
5. 目的体系図を使った利用者視点での評価
6. 閉会

（配付資料）

資料1：平成20年度医療評価委員会論点整理に対する見解

資料2：目的体系図を利用した利用者視点の評価の進め方について

資料3：平成20年度医療の I T化に関する実感調査アンケートについて

参考資料1：平成20年度医療評価委員会論点整理

（平成20年度第3回 I T新改革戦略評価専門調査会提出資料）

参考資料2：重点計画－2008 施策の進捗状況

（平成20年度第3回 I T新改革戦略評価専門調査会提出資料）

参考資料3：デジタル新時代に向けた新戦略の策定について

（第49回 I T戦略本部提出資料）

参考資料4：医療分野の I T化に関する調査票（テーマ1～3）

1. 開会

國領座長より、挨拶が行われた。

2. 平成20年第3回 I T新改革戦略評価専門調査会の報告

國領座長より参考資料1、参考資料2に基づき、説明が行われた。

構成員から、以下の発言があった。

- 参考資料2の小文字のアルファベットと大文字のアルファベットの対応表というのは、何を参照しているのか。

(事務局)

目的体系図の施策において、目標を大文字で表し、方策を小文字で表していた。本日公布の目的体系図からは外したため、対応づけができない。

3. 第49回 I T戦略本部の報告

事務局より参考資料3に基づき、説明が行われた。

構成員から、以下の発言があった。

- 去年の10月にレセプトオンライン請求の義務化撤廃を求める共同声明が医師会、薬剤師会、歯科医師会から出たり、最近では訴訟も起こされたりという現状であるが、それをどう克服すべきか。
- 今の医療の世界は I T に関して後れている。今更 I T がどうのこうのという時代ではない。国家、国民のために、レセプトオンライン化に協力して、早く電子データにすべきである。そして厚生労働省は、集めた電子データをきちんとフィードバックすべきである。また医療経営上、オンライン請求になると保険証の確認が即座にできるため、未収金対策になるといったメリットをもっと強調すべきだ。
- レセプトオンラインというのはあくまでもツールに過ぎない。これにより我が国の医療システムをどうつくり変えていくかが非常に重要であり、それを多くの人に知らせる努力をすべきである。

(厚生労働省)

レセプトオンライン化については、政府としての決定であるので、この方向で引き続き努力する。小規模な診療所等オンライン化が難しいところにも十分目を配り、必要な救済策等を講じながら進めていく。

4. 論点整理に対する厚生労働省の見解

厚生労働省より資料1に基づき、説明が行われた。

構成員から以下の発言があった。

- 論点整理の「診療報酬点数改定に係る事務作業効率化の観点から、電子点数表の完成型を見据えながら事務作業を行う」について、現在この視点が無いようである。この問題は、疑義照会が非常に多いということで、疑義照会が多いのは、点数表の完成型を意識していないからである。したがって中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて、最終的には点数体系にブレークダウンする、その過程で電子点数表の完成型を意識して作業できるようにBPRする必要があるのだが、現状はそこが議論されていない。

(厚生労働省)

診療行為基本マスタは告示と同日での公表を目指しているが、そのためには同時並行的にやるべきことがあると考える。こういった議論は今始まったばかりなので、今後は指摘されたBPRについても議論するつもりである。

- 電子点数表研究会のメンバーに医療機関が入っていないが、なぜか。

(厚生労働省)

この研究会では医療機関は必要に応じて呼ぶためである。

- ベンダーの言うことを聞くだけではなくて、現場の言うことを十分聞いていただきたい。
- DPCに関するシステム改修の経緯について、コーディングの妥当性が検証できる仕組みを、医療機関の負担が極力少なくするようにしたことが伝わればよい。
- DPCに関するシステム改修について、医療機関側の負荷が大きくなると心配したが、今回、医療機関、審査機関の負担が大きくなる配慮をすることによって、これは評価したい。
- 「論点整理」の1、基本的な考え方の(3)利用者視点の重視と「見える化」とあるが、ここでいう「利用者」を「個々の患者」と見た場合、病院の窓口で出される請求書には、どのジェネリック薬品を使ったなどの詳細は出てくるのか。こういう情報がまるめられて、患者にとって「見えない化」にならないように配慮しているのか。

(厚生労働省)

診療報酬の明細を知りたいのか、行為の内容を知りたいのか分けて考えるべきだ。診療報酬の明細であれば、DPCは包括請求なので詳細は出せないのはやむを得ない。ただし、患者が求めた場合は、使用した薬剤と検査についてはわかるようにすべきというのが中央社会保険医療協議会の見解である。

- 患者が求めた場合というのは心理的に抵抗があり難しい。患者が自分に使われた薬がわからないというのが薬害肝炎の原因のひとつであるので、使った薬が自動的にわかる「見える化」は強く求めるべきだ。

(厚生労働省)

そのような点も中央社会保険医療協議会で議論になったが最終的には、先ほどの見解

となった。このような問題が提起されれば、次期改定に向けて議論されることになる。

- 「見える化」をたびたび提案している評価委員会としては、「見える化」を強く申し上げたい。
- DPCに関するシステム改修について、E Fファイルに必要な情報が含まれているため、医療機関、審査機関、保険者の手間が増えるとはあるが、実際に手間が増えるのは審査機関、保険者である。医療機関で手間が増えるわけではない。だれの苦勞をだれが補っているのかを十分考慮すべき。
- 女性医師支援センター事業等の提言があったが、ITを利用したという割には、インターネットしか使っていない。テレワークについては、女性医師の活用等がまだないとのことだが、テレワークに関して何か事業モデルはないのか。

(厚生労働省)

厚生労働省としてはない。総務省ではテレワーク全体の先駆的なモデル事業の検証、実証モデル事業をやっていて、その中の一つに入っていると聞いている。

- テレワークという言い方ではなく、遠隔診断というと、事例は沢山ある。患者とフェイス・トゥー・フェイスではない領域に関しては、ITを利用した女性医師の活用と医師不足の両方含めて、大きな場があるのではないか。
- 1日あたりの勤務時間を制限して仕事をするということを、女性医師は非常に喜んでいる。さらにテレワークを利用すると、自宅にいながら、患者に直接接しない業務を、時間を自由に選んで行うことができる。そういう視点を取り入れて、ITの活用の中身について考えるべきだ。
- 医師の性差に関するデータを示すことは、ITをどう活用すべきかという点を明らかにしたので非常に高く評価できる。eラーニングに関して、若手医師が研修病院の選択に際してeラーニングの環境が、非常に大きなファクターになっている。都立病院が立ち上げた東京医師アカデミーでは、若手医師を対象にしたeラーニングのコンテンツを独自に立ち上げるといふ事業も始まっている。若手医師の育成や女性医師の復職支援を考えると、ITの持っているポテンシャルは相当高いのではないか。
- 看護師の離職防止・再就業支援についても重視すべきだ。復職支援の職業斡旋だが、現実には難しい。こここそIT化を駆使して、労働供給側と労働需要側の条件がマッチングする仕組みを工夫していくべきだ。
- 看護師不足対策がまだまだ足りない。医師と看護師ではITのスキルに差があるので、看護師にはハード、ソフト両面での支援が必要ではないか。代替医師と短時間正規雇用の区別について、代替医師は毎日短い勤務をし当直もある。一方、短時間正規雇用は毎日5時間程度働くが、当直がないという理解でよいか。そもそも代理医師のなり手はいるのか。また、医学部入学者に占める女性の割合がここ数年下がっている理由は何か。

(厚生労働省)

代替医師と短時間正規雇用についてはその通りである。代替医師のなり手は、派遣や他の病院からの応援などがあると考ええる。医学部入学者に占める女性医師の割合だが、2007年度は上がっている、下がり続けるということではない。それから、復職研修・相談事業については看護師も対象であり、病院内の保育所の運営事業も病院内の保育所を支援するので、当然看護師も対象である。さらに職業斡旋についても既に都道府県にナースバンクがあり、看護師についても対策を講じている。

- 「全国規模での健康情報の分析・活用」について、最終的には都道府県での活用が望まれると考えるが、あくまでも国の活用が前提なのか。

(厚生労働省)

「高齢者の医療の確保に関する法律」の16条に全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成についての調査・分析とあるので、データを集めるのは一義的には国だが、都道府県で医療費適正化計画に関する分析をするのならば、データを提供することは想定している。

- 「匿名化」に際し、データを個人をハッシュで結びつけることは、理論的には不可能である。個人を識別する部分をハッシュ値にした上に、健保ごとの整理番号をつけるという話も聞くがこれは事実か。

(厚生労働省)

整理番号などのハッシュ関数以外のものは使わない。

- ハッシュ値だけではデータは結びつかないという前提に立つと、時系列情報として扱えないという問題が生じるがどう考えているのか。

(厚生労働省)

個人のデータの時系列の分析は可能であると考ええる。もちろん患者が途中で保険者を変えたときにはデータが必ずしも結びつかないことは認識している。

- 保険者を変えなくてもデータを結び付けられないのでは。後日できるという根拠を示していただきたい。
- 「全国規模での健康情報の分析・活用」だが、全体のデータを収集し、医療政策に使うという意味では非常に画期的な政策だ。しかし、公開のレベルを狭めていけば、その意義が薄まる。逆に、公開レベルを広げるといろいろな問題が出てくる。データを有効に使うための長期的な検討が重要ではないか。

(國領座長)

「高齢者の医療の確保に関する法律」の16条の確認だが、「全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画のため」には疫学的利用というのは入っているのか。

(厚生労働省)

ケース・バイ・ケースで判断していくことになる。

- 地方自治体がレセプトデータを、二次医療圏単位で保健医療計画の推進のために、疾病管理的手法等について用いるという用途で使えるような設計になっているのか。

(厚生労働省)

都道府県の利用については、一義的には都道府県の医療費適正化計画の枠内での利用を想定しているが、これが地方自治体の医療計画の策定にどのように利用できるかというのとは明らかにしてお答えしかねる。

- 地方自治体における医療費適正化は二次予防を中心とした取り組みであり、国の考える一次予防を中心とした取り組みとは異なる。このまま進むと国にとっては非常にいいが、地方自治体の医療費適正化に関してはどうなっていくのか疑問である。

(國領座長)

費用の適正化だけだと、IT新改革戦略が掲げたゴールには足りないのではないか。

5. 目的体系図を使った利用者視点での評価

評価専門調査会事務局より資料2に基づき、説明が行われた。

構成員より以下の発言があった。

(國領座長)

体系として、現行行われている戦略の構造や進捗が俯瞰できるようになったので、次の戦略に向けての重要事項等について気づいたことがあるか。

- 医療費の適正化のところについて、「予防医療等の推進」とあるが、一次予防による発症を減らすことによって医療費を削減するという取組みと、重症化防止等による医療費適正化に分けるべきだ。一次予防については特定健診を含めた流れが、二次予防のところは医療連携を中心とした地域ぐるみの疾病管理がそれぞれあると考える。

実感調査アンケート調査について、株式会社NTTデータ経営研究所より資料3に基づき、説明が行われた。

(國領座長)

今回の医療評価委員会は3月17日に開催する。本日の会議、ありがとうございました。