

## 6 医療・福祉

### 【問題意識】

医療改革の目的は、患者本位の医療サービスを実現することである。そのためには医療の質の向上、安全の確保を図りつつ、医療サービス提供上の無駄を徹底的に排除し、効率的な医療サービスを実現すること、医療の透明性が確保され患者自らの選択が尊重されるようにすることが必要である。

このような基本的考え方にに基づき、一昨年の「規制改革の推進に関する第1次答申」(平成13年12月11日)及び昨年の「規制改革の推進に関する第2次答申」においては、医療に関する徹底的な情報開示・公開、医療分野のIT化の推進、保険者の本来機能の発揮、診療報酬体系の見直し、医療分野における経営の近代化・効率化など、様々な提言を行ってきた。その間、具体的には広告規制の緩和、保険者によるレセプトの直接審査・支払の解禁、保険者と医療機関における個別契約の解禁など、一定の成果を得た。

しかしながら、一方で、医療分野のIT化の推進などに関しては、進ちよくが遅く依然として目に見える成果が得られていないと考えられる。このため本年度は、特に医療分野のIT化の推進を重要課題と位置付け、IT化の推進による医療事務の効率化と質の向上、オンラインによるレセプト請求原則化のための条件整備、電子カルテシステムの普及、医療用語・コードの標準化・徹底等に関して、関係省庁と積極的に議論を重ねるとともに、新たに外国人医師・看護師による医療行為等の解禁についても議論を重ねた。

また、高齢者介護、児童保育などの福祉サービスにおいても、従来の公的福祉から、利用者の自由な選択に基づくサービスへの制度改革が進められており、その中で生活の質向上を求める利用者ニーズに応える観点から、今後、提供されるサービスの質の一層の向上について取り組む必要がある。

これらの問題を中心に、当会議として以下のとおり提言する。

なお、これまで医療・福祉分野において議論してきた、株式会社等による医療機関経営の解禁、いわゆる「混合診療」の解禁(保険診療と保険外診療の併用)、労働者派遣業務の医療分野(医師・看護師等)への対象拡大、医薬品の一般小売店における販売、幼稚園・保育所の一元化、株式会社等による特別養護老人ホーム経営の解禁、の問題については、今年度は「規制改革推進のためのアクションプラン」に基づく検討に議論をゆだねた。

### 【具体的施策】

#### 1 医療提供者に関する徹底的な情報の公開【逐次実施】

医療機関の経営主体には多数の形態があり会計基準が統一されておらず、相互の比較ができない。統一した会計基準についてはその作成が進められている途上であるが、可及的速やかに作成が行なわれる必要がある。また、公的病院及び、公益性の高い特定医療法人・特別医療法人や国・自治体からの運営費補助や税の優遇を受けている医療機関においては、より高いレベルでの経営の透明性が確保される必要がある。これらの医療機関の中には、赤字経営が続いており、その原因究明もされないまま放置されているものもある。それらについては、医療事業の内容ごと（例えば、研究事業、教育事業の分離）の会計の区分など、医療にかかるコストの分析を進め、効率的な医療の推進と必要不可欠な政策医療、研究事業などとの明確化を図る必要があるとの指摘がある。

したがって、医療機関に診療報酬以外の政策的経費などの資源を投入している場合には、その資源の投入効果についての検証が可能となるような情報を公開すべきである。また、公的病院はもちろんのこと、公益性の高い特定医療法人・特別医療法人や国・自治体からの運営費補助や税の優遇を受けている医療機関については、「医療法人運営管理指導要綱」（平成2年3月1日健政発第110号厚生省健康政策局長通知）の平成14年4月の改正などを踏まえ、医療機関の運営実態に関する財務・会計資料などの開示を一層推進すべきである。

## 2 IT化の推進による医療事務の効率化と質の向上

### （1）電子レセプトの規格の充実・強化及び普及の促進

現在、レセプト電算処理については、マスターコードなど、医療機関ごとの独自のものが使われており、統一化されたオンライン請求に向けての障害となっており、審査・請求業務の非効率を生じている。そのため、レセプトの用語、コードなどの統一及びレセプトの審査に関しては以下の通りとするべきである。

レセプト電算処理システムの一層の普及のため、用語、コードの統一による請求事務の効率化等について医療機関への周知徹底を図るべきである。【平成16年度中に措置】

社会保険診療報酬支払基金など審査支払機関は、電子レセプトに対応した投資を集中的に行い、一連の審査業務全般にわたって電子的手法を活用した方式を開発するなど、審査の質の向上と効率化を図るべきである。【平成17年度中に一部措置、逐次実施】

### （2）審査支払機関から保険者への電子的手法によるレセプト提出

「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」(昭和51年8月2日厚生省令第36号)の平成13年10月の改正により個別指定制度が廃止され、医療機関から審査支払機関へのレセプトの提出は、電子的手法によることが可能となった。また、保険者においては、「健康保険組合における診療報酬明細書及び調剤報酬明細書の紙以外の媒体による保存について」(平成15年3月7日保保発第0307002号厚生労働省保険局保険課長通知)により、レセプトの電子データでの保管が認められている。しかしながら、審査支払機関から保険者へのレセプトの提出は紙媒体に限られており、連続性が損なわれている。

したがって、電子的手法により保険医療機関や保険薬局から提出されたレセプトについては、社会保険診療報酬支払基金などの審査支払機関から保険者への提出についても、保険者の求めに応じ電子的手法による提出が可能となるよう検討を行い、その結果を踏まえ速やかに措置し、一定期間経過後は電子的手法による提出を原則とするべきである。【平成16年度中に検討・結論、その後速やかに措置】

また、レセプト以外の現在紙ベースでの提出、保存が義務付けられている日計表などの添付文書についても電子データによる医療機関等から保険者への一連の提出、保存が可能となるよう見直すべきである。【平成17年度中に措置】

### (3) レセプトデータの活用【逐次検討】

レセプトには、様々な医療上のデータが記載されており、そのデータを有効に活用することにより、医療の質の向上に資することができ、諸外国においては実際にそのデータが活用されている例もある。

したがって、個人情報を除くレセプトの医療データについては、医療の質の向上を図る観点から、レセプト情報の電子化を前提として、簡易かつ有効に活用できる方法を研究・検討するべきである。

## 3 オンラインによるレセプト請求原則化のための条件整備

医療分野のIT化のメリットを最大限に享受し医療事務の効率化を図るために、レセプトの電子的請求を限定していた個別指定制度は、平成13年10月の「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」(昭和51年8月2日厚生省令第36号)の改正により廃止され、電子化に向けての環境は整備されたが、その電子化は遅々として進んではいない。

したがって、レセプトのオンライン請求の普及に向け以下の措置を講ずるべきである。

- (1) 厚生労働省が「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」(平成13年12月)において、設定しているレセプト電算処理システムの導入目標(全国の病院レ

セプトについて平成 16 年度 5 割以上、平成 18 年度 7 割以上) を確実に達成すべきである。

( 2 ) 電子化に関する環境の整っている調剤レセプトについては、厚生労働省が平成 13 年 12 月に病院レセプトについて策定した目標を視野に入れた保険薬局のレセプト電算化の普及状況に応じた目標設定を行い、確実な達成を図るべきである。【平成 15 年度中に目標設定、以降確実な達成】

( 3 ) 「規制改革推進 3 年計画 ( 再改定 ) 」において閣議決定されている「レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化 ( 医療ア a、b ) 」について、セキュリティレベルの確定も含め、速やかに措置するべきである。【平成 15 年度中に措置】

( 4 ) 医療機関のオンライン請求への参加を促進するため、オンライン請求における提出書類の簡素化を図るとともに、医療機関側のオンライン請求導入時のコストを軽減するための具体的な方策を検討すべきである。なお、一定期間経過後、オンライン請求に参加しない医療機関については、その参加を促進するための所要の措置を講ずるべきである。【平成 16 年度中に検討・結論、その後速やかに措置】

( 5 ) 社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会のレセプト電算処理関連のコンピュータに関しては、厚生労働省の数値目標が達成された状況を想定した更新計画を立て、その計画内容を広く開示するなど、情報提供を行うべきである。

また、計画に際しては当該システム開発の関係者に加え、第三者の意見を求め、計画の妥当性や経済性を検証すべきである。【平成 16 年度より逐次実施】

#### 4 電子カルテシステムの普及、医療用語・コードの標準化・徹底等

カルテの電子化は、医療機関内の業務の効率化に資するのみならず、医療の安全性の向上、患者に対する診療情報開示、診療結果等に関するデータの蓄積、医療機関間でのネットワークの構築・診療情報の共有等を通じて、医療の質の向上に大きく資する。そのため、厚生労働省が「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」(平成 13 年 12 月)において設定している電子カルテの導入目標の確実な達成に向け、以下の措置を講ずるべきである。

( 1 ) 電子カルテにおける用語・コード・様式 ( 施設間で安全・確実に医療情報を交換するための規格や電子カルテに入力を行う際のインターフェース ) の標準化を図る

ことが必要である。病名については標準化が図られ、平成 14 年 6 月から適用されているが、早急に普及促進を図るべきである。検査名、手術名・処置名、医療材料名についても平成 16 年度中に標準化を図り、その普及を促進するべきである。また、普及に当たっては、医師等の国家資格取得段階から標準化された病名などの用語等の使用を促進するべきである。【平成 16 年度中に措置】

(2) カルテにおける用語・コードとレセプトとの整合性を図り、将来的にカルテからレセプトが真正に作成される仕組みについて検討し結論を得るべきである。【逐次実施】

また、レセプトオンライン請求のためのコードは、電子カルテに用いるコードとの整合性を図り、相互の連結・利用が可能なものとするべきである。【平成 16 年度中に措置】

(3) オーダーエントリーシステムの導入、バーコードによる患者誤認防止システムなどの IT を使った医療安全対策を一層推進するべきである。【逐次実施】

## 5 EBMの一層の推進【逐次実施】

現在、診療ガイドラインの作成支援や、インターネット等によるガイドラインの情報提供サービスが行われているが、医療の質の向上の観点から EBM の一層の普及を図ることが必要である。

したがって、診療ガイドラインの作成支援を一層進め、特に、重要疾患で診療ガイドライン作成の必要のある分野などについて、優先的に作成する等、早急な整備を図るべきである。

また、ガイドラインの普及を促進するとともに、導入効果を評価できる枠組みを作成することが必要であり、傷病ごとの臨床指標（クリニカル・インディケーター）の開発など、評価のためのツールを整備し、併せて医療の質の向上に向け、クリニカル・インディケーターを活用した評価手法に関する研究などを進めるべきである。

## 6 保険者機能の充実・強化

(1) 保険者による調剤レセプトの審査・支払【平成 16 年度中に結論】

医科レセプトの保険者による審査・支払については、医療機関との合意、公正な審査体制、紛争処理ルールの明確化、患者情報保護のための守秘義務の担保等を条件とした上で、「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払いに関する事務の取扱いについて」（平成 14 年 12 月 25 日保発第 1225001 号厚生労働省保険局長通知）により可

能となったところであり、調剤レセプトの審査・支払についても、同様の条件で良いか、また、保険薬局独自の論点について検討した上で、結論を得るべきである。

( 2 ) 保険者と薬局との協力関係の構築【平成 16 年度中に結論】

保険者と保険医療機関との個別契約の締結については、「健康保険法第 76 条第 3 項の認可基準について」(平成 15 年 5 月 20 日保発第 0520001 号厚生労働省保険局長通知)により、患者のフリーアクセスの確保の観点から必要な条件を付した上で認められたところである。保険者と保険薬局との間の個別契約についても、同様の条件で良いか、また、保険薬局独自の論点について検討した上で、結論を得るべきである。

( 3 ) 2,000 点未満の調剤レセプトの再審査請求【平成 16 年度中に結論】

2,000 点未満の調剤レセプトの再審査については、その事務効率の観点から再審査請求できないこととされているが、誤請求などの請求内容の問題点があることなども指摘されており、一律にその再審査請求を拒否するのは適当でない。

したがって、2,000 点未満の調剤レセプトの保険者の申し出による再審査については、その方策と事務費負担の在り方について検討し、結論を得るべきである。

## 7 診療報酬体系の見直し等

( 1 ) 包括払い、定額払い制度への移行の促進【逐次実施】

平成 15 年 4 月より、急性期入院医療について特定機能病院等に導入されている包括評価は、諸外国に比し長い入院期間の短縮などの一定の効果を有し、医療の標準化など医療の質の向上に資するとされているが、制度としては、支払い方式、コード体系、コスト調査の実施等、まだ改善の余地ありとの指摘もある。

したがって、現在行われている包括評価について、その影響を検証した上で、精緻化された、かつ実効性のある包括評価の実施に向けて検討を進めるべきである。

( 2 ) 診療報酬点数算定ルールの特典化、明確化【逐次実施】

現在の診療報酬点数算定ルールは複雑であって複数の解釈・運用が生じる余地がある場合もあり、算定ルールの明確化、特典化を図り、誰もが容易に算定できるようにする必要がある。また、診療報酬体系については、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」(平成 15 年 3 月閣議決定)において「診療報酬の評価に係る基準・尺度の特典化を図り、国民に分かりやすい体系とする。」こととされている。

したがって、診療報酬点数の算定に当たっては、コンピュータの利用の促進にも配慮した算定ルールの明確化、特典化を図るとともに、その点数の組合せの特典化を図る

べきである。

また、診療報酬体系の見直しについては、医療にかかるコストを適切に把握するための調査を検討するとともに、新技術の導入について学会の調査等の結果に基づく評価を行うなど、医療機関のコストや機能の適切な反映、医療技術の適正な評価等の基本的考え方に立って見直しを進めるべきである。

なお、算定ロジックの変更等を伴う改定の場合には、実施までの医療機関におけるレセプト電算システムの修正に要する期間についても配慮するべきである。

## 8 我が国における外国人医師・看護師による医療行為等の解禁

### (1) 医師の臨床修練制度の充実【平成16年度の早期に措置】

構造改革特別区域推進本部決定において、医師の臨床修練については、医療に関する知識及び技能の修得に加え、これに付随して行われる教授を容認されたところであるが、「臨床修練中の外国医師等が行う診療に対しては、報酬を支給しない。」と規定されている「臨床修練制度の運営について」(昭和63年7月4日健政発第387号厚生省健康政策局長通知)を見直し、医療先進国からの臨床修練医の教授に対する適正な報酬を支給できるようにするべきである。

### (2) 国家資格取得者の就労制限の緩和【逐次実施】

我が国の医師国家試験、歯科医師国家試験、保健師国家試験、看護師国家試験に合格した外国人に対する就労については、医師、歯科医師については6年間、保健師・看護師等については4年間のみ研修など、厳しく制限が課されている。我が国において正規の教育を受け、かつ我が国での就労意欲のある者については、高度な教育を受けた人材として、その有効かつ適切な活用が必要である。そのためには、医療分野の我が国の国家資格を取得した外国人に対しては、就労地域、施設などの制限無く就労の期間の延長を認めるなど、就労制限を緩和していく必要がある。さらに、現在、我が国のFTA事前協議において、交渉相手国より医療分野の人材の受入れに係る要望があり、FTA交渉における大きなテーマの一つになっており、この分野の人材を受け入れる環境等の整備を検討していく必要もある。

したがって、FTA交渉における諸外国からの要望も踏まえ、我が国の労働市場への影響や相手国における同様の職種の受入制度を勘案しつつ、FTA交渉において合意した場合には、医療分野の我が国の国家資格を取得した外国人に対しては、就労制限の緩和を急ぐべきである。

### (3) 介護福祉士及びあん摩マッサージ指圧師の就労制限の緩和【逐次実施】

介護福祉士及びあん摩マッサージ指圧師として就労することを目的とする場合に入国が認められていないため、我が国の国家資格を取得しても就労できない。また、現在、我が国の F T A 事前協議において、交渉相手国より介護・マッサージ分野の人材の受入に係る要望があり、F T A 交渉における大きなテーマの一つとなっており、これら分野の人材を受入れる環境等の整備を検討していく必要がある。

したがって、介護福祉士及びあん摩マッサージ指圧師については、F T A 交渉における諸外国からの要望も踏まえ、不法就労、不法滞在その他犯罪の防止等に留意し、我が国の労働市場への影響や相手国における同様の職種の受入制度を勘案しつつ、F T A 交渉において合意した場合には、我が国の国家資格を有するなどの一定の条件に基づき、速やかに就労が可能となるように措置すべきである。

#### ( 4 ) 医師・看護師の国家資格取得要件の緩和、明確化【平成 16 年度中に措置】

現在、外国で医師・看護師などの教育を受けた者、資格を得た者が、我が国の医師・看護師などの国家資格試験などを受ける場合には、永住資格所有者のみを対象としたものとなっており、我が国の医療分野への高度な人材受入れの障害となっている。また、現在、我が国の F T A 事前協議において、交渉相手国より、医療分野の人材の受入に係る要望があり、F T A 交渉における大きなテーマの一つになっており、この分野の人材を受け入れる環境等の整備を検討していく必要がある。

したがって、永住資格を所有する者のみを対象としている受験制度を見直し、外国で医師・看護師などの教育を受けた者、資格を得た者などの医療分野の高度な人材であって、我が国で継続的に医業に従事する意思を持つ者が国家試験を受けることにより、永住許可を受けていなくとも、我が国の資格を取得できるよう措置するべきである。

また、現在、外国の学校養成所を卒業した者、または、外国で免許を得た者が日本の医師・看護師の国家試験を受験するには、その教育内容が日本における教育内容等との同等性が認められる場合、さらには医師の国家試験（医師国家予備試験を含む）を受験するには、厚生労働大臣が適当と認めたものとの要件があり、あいまいとなっている。

したがって、外国の学校養成所を卒業した者、または、外国で免許を得た者が日本の医師・看護師の国家試験または医師国家予備試験などを受験する際に認められる教育内容の同等性と厚生労働大臣が適当と認める際の基準を明確にするべきである。

#### ( 5 ) 看護師等養成所の外国人受入定員規制の緩和【平成 16 年度中に措置】

現在、看護師等養成所への留学・就学生については、「外国人の看護婦等養成所への留学、就学に係る留意事項について」（平成 6 年 6 月 23 日健政発第 145 号厚生省健康



政策局長通知)により受け入れる留学・就学生の人数を「養成所全体で総定員の3%以内であり、かつ5名以内」と看護師等養成所の教育能力のいかんにかかわらず厳しく制限している。

したがって、留学・就学生の不法就労や不法滞在その他犯罪の防止に留意し、留学・就学生への教育の質の維持を図りつつ、看護師等養成所の留学・就学生の受入れに関する当該通知を見直し、看護師等養成所の外国人の受入人数・割合について緩和すべきである。

(6) 医師などの相互受入協定の締結の推進【逐次実施】

在留外国人の生活基盤の充実という観点から、在留者の多い国々などを中心に検討し、相互受入協定を締結すべきである。

(7) 外国人医師等の相互受入時の国家資格の取得要件の緩和【逐次実施】

構造改革特別区域推進本部決定及び対日投資会議決定において、「現行の外国との医師の相互受入れを拡大し、相手国による日本人医師の受入れが無い場合でも、英語による国家試験に合格した外国人医師を、診察対象を当該国民に限定する等の条件の下、受入れる措置を講ずる。(平成15年度中に実施)」こととなったが、現時点で、相互受入れにより認められているフランス、イギリス、シンガポールの外国人医師については、診察対象を「外国人」としていることに対し、今回の当該決定においては、その診察対象を「当該国民」に限定することとされており、診察対象を狭めることとなっている。

したがって、実際に諸外国と協定締結に向けた交渉を行うに当たっては、交渉の状況に応じて、診察対象を「当該国民」に限らず当該相手国と密接な関係を持つ国の国民なども診察対象に含めることも考慮すべきである。

9 高齢者介護の新しい仕組みの在り方【平成16年度から科学的・実証的研究の開始、逐次実施】

介護保険制度施行により、介護の社会化と多様な経営主体による介護サービスの供給は実現されつつあるものの、介護サービス本来の意味・目的である、利用者の生活の質の向上及び残存能力や要介護度の維持改善のために必要な、サービスの質の確保は未だ十分ではない。個々の高齢者の状況に対応した適切なケアを提供するためには、アセスメントの適切な実施・分析による要介護高齢者の状態像の科学的・客観的把握と、それに基づいた介護ニーズの抽出が必要であり、これがあって始めて、個々の介護サービスについても、その役割・効果・手順を明確化した個別介護計画の策定が可能になる。

さらに、要介護高齢者の状態像とそれに対応する介護サービスとの関係、提供された

介護サービスと要介護認定結果の変化との関係等を分析することにより、高齢者の状態像に対応したケアの標準化が可能になり、このことによって個々のサービスについての検証と評価が可能になる。

したがって、本来、介護サービスの価格は、提供されたサービスの内容（評価）を基に決定されるべきものであり、介護サービスの質の向上を図る観点からも、ケアの標準化について、科学的・実証的研究を早急に進めるとともに、その確立を図るべきである。

#### 10 薬学教育6年制導入に伴う薬剤師国家試験の受験資格見直し【平成15年度中に結論】

薬学教育の6年制導入に関しては、現在、医療チームの一員としての高い臨床能力や創薬研究の推進などの面から、薬剤師の資質向上を求める声がある。一方、薬剤師については、服薬指導や安全情報の提供を行う一般販売業などで、地域偏在などでの労働力不足が指摘されている。

したがって、薬剤師国家試験の受験資格の見直しについては、薬剤師の需給調整目的ではなく、専ら薬剤師の資質向上を目的として検討を進め、適切な制度設計についての結論を得るべきである。