

## 医療情報の電子化と医療事務の今後

長谷川 正 志

### 1. 本小論の背景と目的

医療費の伸びが深刻さを増す中で、医療の効率化が急務となっている。その解決策の一つが「医療情報の電子化」である。厚生労働省は2006年までに、全国の400床以上の病院の6割以上に「電子カルテシステム」を普及させるという目標を打ち立てるなど、電子化促進の方向を打ち出している。本小論はそういう状況の中で、

- ① 医療情報の電子化の普及が今後の医事業務をどのように変えるか。
  - ② その具体的な方向性。
  - ③ 今後医療事務職にもとめられるもの。
- という以上の3点を考察したものである。

### 2. 国が描く医療情報電子化の基盤整備

現在、医療現場の様々な場面で情報の電子化が進められている。医療情報の電子化の立役者となっているのが、国際モダンホスピタルショー等で盛んに紹介されているレセプトコンピュータ、医事会計システム、オーダーリングシステム、カルテ管理システム、画像ファイリング、遠隔医療対応のテレビ電話などの医療情報システムである。

これらの中で現在、最も注目されている

のが、電子カルテシステムとレセプト電算処理システムである。2001年12月、厚生労働省は“医療情報を活用した望ましい医療を目指す”という理念の下で、2002年度から概ね5年間、医療の情報化を戦略的に推進するための方策として、「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」を公表した。

このグランドデザインでは、電子カルテを2004年度までに全国の二次医療圏ごとに少なくとも1施設導入するほか、2006年度までに全国の400床以上の病院及び診療所のそれぞれ6割以上に普及させる数値目標が示されている。

また、レセプト電算処理システムも2004年度までに全病院の5割以上、2006年度までには7割以上に導入するという目標がかかげられている。

政府は、2001年度の補正予算で「電子カルテシステム導入施設整備事業」として260億円を計上したほか、2002年4月には補助を行う110施設を内示するなど、導入補助に力を注いだ。また、電子化推進に伴い、2003年度までに用語・コードの標準化を進める、個人情報保護のガイドラインを作成するなどの工程表を示している。一方、レセプト電算処理システムについても、2002年度は国立病院・診療所をはじめ、地域の中核病院など約300の医療機関

に、整備費として350億円を投入する補正予算が組まれた。

さらに、医療機関における電子カルテ導入をできるだけ早く実現するため、厚生労働省は2003年8月から標準的な電子カルテの開発に着手した。現在電子カルテはさまざまな種類のソフトが、多くのメーカーからそれぞれのコンセプトで提案されているが、同省自らがユーザーの立場に立って、より使い勝手のよい電子カルテを開発することで、普及を推進しようとしている。

### 3. 電子カルテシステムについて

現在、大規模病院（500床以上）を中心に普及している医療情報システムにオーダーリングシステムがある。オーダーリングシステムは「オーダーエントリーシステム」とも呼ばれ、臨床検査の発注、薬剤の処方指示などを医師の手元の端末から電子的に行うものである。検査部、薬剤部、医事課がネットワークで結ばれているために、検査の実施、調剤、医療事務をデータ発生とともに開始できるのが特徴である。それは、薬局や会計での患者の待ち時間を少なくする目的で開発されたものであり、患者が診察を終えて受付に戻ってきたときには、すでに薬剤や会計の準備は出来ており、待たされる事がない仕組みとなっている。

電子カルテはこのオーダーリングシステムの検査の発注、薬剤の処方指示に加え、現病歴や日ごとの診療記録などカルテに記載する全ての情報を医師の手元の端末から入力するもので、X線フィルムなどの画像記録も取めることができる。

患者はパソコンの画面に表示されたX線

画像や検査結果などを見ながら、医師から病態の説明を受けたり、治療方針を話し合ったりする事ができる。カルテ内で使われる言葉や表現も標準化されているため、患者が読んでもわかりやすい。また、蓄積された検査や処方のデータは、必要に応じてすぐに引き出すことができるので、診察に有効に活用できるという利点もある。

現在多くの医療機関が使っている紙のカルテの場合、たくさんの業務が付随している。具体的には、検査記録・処方せん・紹介状・意見書などの各書類作成、カルテ・フィルム・書類などの検索、取り出しや収納などである。1枚のカルテが診察室や検査室、受付などを移動するため手元にある人だけが利用でき、他の人は使いたくても待たされるという事も少なくない。

だが、電子カルテになれば紹介状を作成するときも、住所・氏名や病名、薬剤名、検査結果、薬歴経過、カルテ内容などは、既に記載されているものをパソコン画面上で転記（複写）するだけでよい。医師・看護師・薬剤師・検査技師・事務スタッフがそれぞれの端末で、同時に同じ情報を見ることができる。

また、在庫管理にも力を発揮する。電子カルテにバーコード承認方式を用いたシステムを活用すれば、それぞれの現場の端末から電子カルテシステムに実施記録が流され、医事会計システムには会計情報が届き、物流システムには在庫の減少等の情報が自動的に流れる。

この他、電子カルテの診療情報は経営情報と結びついているため、個々の医療機関内で蓄積された診療情報を分析・評価し、経営改善に役立てる事も可能となる。現在は、個々の医療機関内での処理にとどまっ

ているが、将来的には電子カルテが標準化され、他の施設とのネットワーク化が進めば、その価値は更に高まる事も予想されている。1人の患者の診療情報を複数の医療機関で共有する事が可能となり、地域医療連携もより円滑に行えるようになることも考えられよう。これにより医療情報の標準化が進めば、連携医療機関ごとの病気と治療に関するデータを集計する事も容易となる。地域ごとにデータを集計・分析する事で病気の傾向や生活習慣などがつかめ、地域の特性を踏まえた疾病予防や健康管理も可能となり、患者・国民の利益につながると期待されている。

#### 4. レセプト電算処理システムについて

レセプト電算処理システム（以降レセ電算という）とは、診療報酬の請求を紙の診療報酬明細書（レセプト）ではなく、電子媒体に記録した磁気レセプトで行うシステムの事をいう。現在医療機関の70%以上はレセプトコンピュータ（通称レセコン）が導入されているが、そのほとんどの施設は紙に印字しており、電子媒体に記録し提出している医療機関はごくわずかである。

そのため、レセプトの審査・支払を行う社会保険診療報酬支払基金では、保険者に請求するために、提出された紙情報を再びコンピュータに入力しなければならず、その非効率さがたびたび指摘されてきた。

MOやフロッピーディスクなどの磁気媒体で遣り取りするシステムを導入すれば、保険者ごとの仕分けも送付作業も大幅に効率化される。仮に、半数をこの方法で処理するだけで、支払基金の事務量は3/4に減少すると言われている。2000年に特別認

可法人の「情報処理振興事業協会」が行った研究によると、すべての医療機関と保険者がインターネット通信を利用して、直接レセプトをやり取りすると、全体で年間医療費の1%近い2,311億円が節約できるといふ。

医療機関側におけるレセ電算の導入メリットとしては、紙レセプトではプリンターで全てのレセプトを印刷した後宅配便で送ったり、何箱ものダンボールに入れて支払基金や国保連合会に持参する必要があるが、磁気レセプトでは情報の入ったMOやフロッピーディスクを送るだけで済むという利点がある。又、レセプトの総括も、電子化により担当者の省力化と短時間で行えるようになったことが、導入医療機関からの報告事例で挙げられる。

#### 5. 電子カルテ、レセ電算の普及状況について

こうしたメリットが指摘されているにも関わらず、電子カルテ・レセ電算とも普及状況は今ひとつである。2001年6月に発表された日本病院会の「病院内情報システム導入調査結果」によると、電子カルテシステムが稼動している病院は回答のあった病院761施設のうちのわずか1.1%であった。

一方、レセ電算も2003年4月時点で取り組んでいる病院は110施設（普及率2.1%）で、確認試験中の病院を含めても294施設と、普及率は1割にも及ばない状況である。

電子化が進まない背景には、まず導入コストの問題がある。電子カルテの場合は1床当たり100万円以上かかるとされ、億単位

の初期投資が必要になってくる。また、システムの運用費用をどのように賄っていくかも大きな課題となる。レセ電算もソフトの入れ替えなどで、導入の際は診療所では少なくとも25万円、レセプト量が多い大病院では600万円以上の費用がかかるとされる。

もちろん、単に費用だけの問題ではない。磁気レセプトでは、傷病名に厚生労働省の定めた統一コードが適用されるが、自分の病院で使っているコードをそのまま変換する事ができない。そのため統一コードを当てはめる作業に多くのマンパワーが必要となる。

保険薬局の場合、2001年12月請求分からフレキシブルディスク（FD）などの電子媒体による請求が可能となった。これによりレセプトの請求方法が紙媒体から電子媒体へ徐々に移行し始め、2003年4月時点では全国に約4万ある保険調剤薬局のうち2,147施設が活用するに至っている。この普及の早さは、移行へのシステム構築が医療機関より楽に行えるからに他ならない。

また、電子化が進まない大きな理由として、差し当たり紙レセプトでも問題がないという現状がある。筆者が2000年6月に三重県の医療機関を対象としたレセプト作成業務実態調査でも、レセプトコンピュータの普及によりレセプト作成業務は改善されてきており、残業時間もほとんどの医療機関で10時間前後という結果であった。

一般企業では当たり前となっている投資対効果の分析が、医療機関では従来よりあまり行われてこなかった。しかし、2002年の診療報酬マイナス改定を象徴とする医療費抑制策と、それに連動した医療提供体

制の改革、すなわち急性期と長期療養の医療機能区分が制度化され、特定機能病院の包括評価制度（DPC）が急性期一般病院に拡大される可能性などを考えると、医療情報の電子化と業務効率化は病院・診療所を問わず全ての医療機関にとって大きな課題であることは間違いの無いことである。

## 6. 医療情報の電子化と医療事務の役割

医療情報の電子化は、患者側には「わかりやすい説明」「インフォームドコンセント」を、医療面には「標準化」をもたらしすが、医療事務においても画期的な変革となる。

電子カルテ、レセ電算のもとでは、計算業務はコンピュータが行い、医事課の役目は従来の診療報酬の計算ではなく、作成されたレセプトの点検及び経営資料・統計資料の作成という（専門）分野に特化していくと考えられる。それは、単なる統計資料だけではなく、医療機関の方向性まで示唆したオーダーメイドの分析資料も提出できることが医療事務には要求されることになる。

例えば、社会保険診療報酬支払基金からの減額査定ではどのような内容が示されているかだけではなく、どんな状況下で起こっているのかなど、傾向の把握や原因追及につながる詳しいデータ分析を行い、それについての統計を出した上で、減額査定をされないためのデータ作成や、情報の医師集団へのフィードバックを行うことのできるレベルが必要となろう。

また、従来行っている診療報酬の改定時の移行点数のシミュレーションだけではなく、例えば、病院では外来部門を診療所と

して切り離した場合（サテライト化）経営がどうなるかなど、診療所では院外処方に切り替えた場合など、経営的なデータ分析とそれに基づくアクションプランの作成なども求められよう。

## 7. 医療事務スタッフの業務の方向性

医事課の役割が変われば、事務スタッフ一人一人の仕事も変わってくる。まず、電子化と並行して転記作業やパソコンへの入力といった単純作業がなくなる。オーダリングシステムでは、会計は入力されたデータを集計するだけなので、従来のような計算係は不要となろう。診察や投薬、患者情報などをカルテや処方せんから読み取ってコンピュータに入力する作業も、電子カルテになればほとんど不必要である。オンラインによって情報の共有化が進む結果、カルテの管理室も必要なくなるであろう。

今後残っていくのは機械（コンピュータ）に頼ることができない、最初の「受付」と、診療の中身を説明して料金を徴収する最後の「会計」だと言われている。これらの事務スタッフには「接客・接客のプロ」としての能力がより強く求められてくるだろう。

医事課の仕事はこれまで一体の組織としてみられていたが、電子化が進んでくると「診療情報管理士」のようなカルテに関する専門部門、受付・会計などのサービス部門、医療スタッフの仕事を事務面でサポートするクラーク業務といった3つに業務が分かれていくとも考えられる。

特定機能病院の包括評価制度が一般病院にも波及していくといわれている中で、今後レセプトはより専門的になっていくとい

われている。DPC（診断群分類）やDRG/PPS（診断群別定額支払方式）などが事務現場に入ってくれば、コーディングしたものが読めなければ仕事にならなくなる。病名の体系を知ることで、医師が誤った病名コードを記入した場合でも、医師に指摘できるような専門知識を蓄積し医師と対等に話せることがレセプトの完成度を高めることにつながる。

受付や会計といったサービス部門においては、患者にきめの細かな配慮ができるなど、本当の意味でのサービスができる人材が必要とされる。同時に受付・会計窓口で、患者に医療保険制度や料金の説明が行えるような十分な知識も求められる。

また、クラーク業務では例えば医師や看護職員のキーボード入力を補佐するサポート役も不可欠となる。現に、オーダリングシステムや電子カルテを採用している医療機関では、キーボード入力担当を兼ねた業務が生まれ始めている。

## 8. これからの医療事務職員

かつては医療事務として就職し仕事を覚えれば、それ以上の勉強はいらないという人間もいた。しかし、今後、入力や転記・計算といった事務業務がコンピュータ化されていったとき、必要とされるのは、コンピュータでは出来ないより高いレベルの医療知識とサービス追求への姿勢であると考えられる。

電子カルテやレセ電算の普及は端緒にすぎたばかりであり、導入に当たっての障壁も大きい。グランドデザインの通りに普及が進むことはまず考えられない。しかしながら、徐々にではあろうが医療現場で電子化

が進むことは必至である。医事業務がより専門的な分野へと分化していくなかで医療事務職員は、自分が何をを目指すのかをはっ

きり認識して、新しい知識や情報を積極的に学ぶ姿勢が求められているのである。

#### 【参考文献】

- ・国際モダンホスピタルショウ事務局編『国際モダンホスピタルショウ 2003 ガイド』(社)日本病院会・日本経営協会, 2003. 7. 16
- ・「医療情報提供体制のグランドデザインまとまる」『社会保険旬報 No. 2123』社会保険研究所, 2002. 1. 21
- ・「効率主義とは我々にとって何であったのか」『月刊保団連 2004 No. 803』全国保険医団体連合会, 2004. 1. 1
- ・「電子カルテの入力方法を考える」『月刊新医療 2003 No. 345』(株)エム・イー振興協会, 2003. 9. 1
- ・「医療制度の変化と医事課の役割」『月刊保険診療 2004 No. 1376』医学通信社, 2004. 1. 10
- ・「病院のあり方に関する報告書」『2002年版全日本病院協会病院のあり方委員会』全日本病院協会, 2002. 9. 21
- ・「患者が納得する医療費の説明」『月刊保険診療 2003 No. 1372』医学通信社, 2003. 9. 10
- ・「資料：レセプトの電算化状況」『社会保険旬報 2003 No. 2190』社会保険研究所, 2003. 11. 21
- ・長谷川正志「医療のIT化と電子カルテの普及に関する一考察」『豊橋創造大学短期大学部研究紀要 第20号 P83-92』豊橋創造大学短期大学部, 2003. 3. 15
- ・里村洋一監修『電子カルテ導入実践ガイド』医学芸術社, 2002. 1. 10