

レセプトのオンライン化は始まったが・・・ －学ぶべき韓国のとりくみ－

柳韓大学 保健医療福祉研究所
日本事務所 所長 西山 孝之

日本の電子レセプトは 24 年前の設計のままである。当時の事情からその中身は紙レセプトを単に電子媒体に置きかえただけのものであり、データ分析にも難がある。

一方、韓国では、綿密な設計のもとに医療保険の全面的なオンラインを実現し、業務の効率化はもちろん、レセプトデータを国民への最適医療提供のため広く活用するシステムを実現している。

日本は現実を冷静に確認し、韓国を謙虚に学ぶ必要がある。

● 1. はじめに

紙レセプトを電子媒体に改めた「レセプト電算処理システム（以下、「レセ電算」）」は 24 年前の 1983 年に設計が行われた。そして、1991 年には関連法規が整備されて電子レセプトは公式のものとなった。しかし、今日でもレセプトの大部分は紙である。

それが 2006 年 1 月にオンライン化の方針が打ち出された。医療保険業務を合理化するだけでなく、レセプトデータの有効活用を目指した計画であろうが、なぜいままで電子媒体化が普及しなかったかの反省がないままであり、計画には不透明な部分も多い。具体的な推進責任部署が明らかでないことも気がかりである。

世間一般の常識としては、オンラインと聞けばデータが活用できる世界を想定するだろうが、現実の電子レセプトはそのようにはなっていない。紙に記載していた内容を単に電子的に記録して伝送しているに過ぎないものだが、その現実は知られていない。

点数改正も気がかりである。現在は点数改正のつど、短期間にシステムの大改造を行っている。それは専門業者に委託せざるを得ない大作業である。これをオンラインのもとで行なうことが果たして可能なのか。レセプトをオンライン化するなら、点数改正の方法も見直す必要があると思われる。

オンラインは単なる伝送の手段である。肝心なのは伝送するデータの中身である。電子化の始まりも四半世紀の過去のものとなってしまい、当時の体験者は少なくなった。筆者は当時から関与し、また不十分ながら韓国事情も一通りは調査した。知る限りの事情を紹介するので、悔いのない最適の対策が実施されることを願いたい。

● 2. 「紙と同じ」で過ぎた 24 年

日本の現状を知るには、コンピュータとしても特異な存在である「レセコン」の歴史を振り返る必要がある。レセコンは医療現場の手書きレセプト業務の行き詰まりを解決するために、民間企業が開発したシステムである。それが医療機関のニーズにマッチして順調な普及を遂げた。

1983年に至り、レセプトの電子化の論議が国会で起こり、厚生省（当時）はそれに応じて「レセ電算」の開発に着手した。しかし、当時の医療界はコンピュータへの警戒心を解かなかったので、「電子化はするが、その取り扱いは紙レセプトと同じとする」との妥協の提案が行なわれた。

何のことはない。医療機関から審査機関に送付された電子媒体（フロッピーディスクなど）は、審査段階で紙に戻された。しばらくして審査は画面でも行なわれるようになったが、保険者への送付の大部分は紙である。結局、電子媒体に記録された医療情報は活用されることなく、24年が経過している。

● 3. 一連表示の点数

紙レセプトと同じとされたのは審査の方法だけではない。審査が目視で行われるので、電子媒体の記録方式は紙に再印字した際、紙レセプトと同様にする必要からも、紙と同様とされている。その紙レセプトにはもともとデータの概念がない¹。紙レセプトのままの電子レセプトは、かたちは電子情報ではあるが、データとして扱えないままである。それを具体的に紹介する。

図1は紙レセプトの例である。紙レセプトは記載文字も点数も最少の状態ですべて請求・審査が行えるように工夫されている。点数欄にまず記載し、点数欄だけでは分からない場合だけ摘要欄に記載する。点数の記載も最少限とする。それが一連記載である。一連は“*”ではじまり、点数に関係ある診療行為名、加算名、薬剤名などを書いて最後の行に計算した結果の一連の点数を書く。一連は1項目で構成される場合もあるが、一般には複数項目で構成される。一連の点数をチェックする際には、個々の点数の値と算定式とを点数表などで確認し、電卓などで計算する必要がある。これがレセプトをさらに分かりにくくしている。

この紙レセプトの記載原則がそのまま「レセ電算」に取り入れられた。その詳細は支払基金発行の「磁気レセプト作成の手引き」に書かれている。注目を引くのは点数表の記載とは異なった扱いをしているとの断り書きが多いことである。点数表の記載内容が実務処理と乖離していることの証拠でもある。

レセプトへの記載要領が複雑でも、紙レセプトは目視なので融通性があった。しかし、「レセ電算」ではコンピュータで論理的にチェックされる。それを誤まれば返戻の扱いになる。「レセ電算」には格別のメリットもないのに、チェックだけが厳しいというのが、専らの風潮になるのも当然の現象である。

● 4. コンビニの「一連」は「来客ごとの購入品」

レセプトの点数を一連で書くことにした当初の背景は想定できなくはない。コンビニで一連をたとえるなら、図2の左側のようになるだろう。コンビニの「一連」はさしずめ「来客ごとの購入品」であろうか。このような管理は、来客の購買傾向を知るには有効であっても、定常的な管理手法は右側の商品ごとのはずである。レセプトに一連表示が継承される意義はあるのか疑わしいし、現在の関係者がその意義をどれだけ意識しているのかも疑わしい。

点数の表示方法はデータ処理の基本である。24年前の設計をそのまま踏襲するのではなく、オンライン化の計画段階で見直すべきものと思われる。

¹ 業務処理のための医療機関コード、保険者コード、合計点数、負担割、一部負担金などのデータは整備されている。ここでは請求内容の医療情報データを対象としている。

●5. データ分析の前提はデータ単位の点数表示

図3の左側は、図2の紙レセプトの「レセ電算」データである。紙レセプトは一連の範囲を目視で確認するので点数はそのエリア内ならどこに書いてもよいが、データとして扱う電子レセプトでは1行ごとに独立とすべきだが、図3の左側はそのようにはなっていない。一連が1行で構成される場合は問題ないが、一連が複数行で構成される下記の場合が問題である。

①診療行為が基本項目と加算項目などの複数の項目によって構成される場合。

②検体検査のまるめ算定の場合。

③内服薬の1剤が複数の薬剤によって構成される場合。

図3の右側は電子レセプトのデータを分析可能なかたちに表現したものである。データコードと算定結果の点数が1行ごとに記載されている。②、③に関しては編集を改めることでよいが、①の対策は、コードの設定方法から改める必要がある。これは大作業であるが、オンラインの電子レセプトを紙の目視の世界から分析可能なIT論理の世界に移すためには必要である。IT論理の世界で何をどのように分析するかは今後検討するとしても、これはそのための前置条件である。

韓国のコード設定方式はこのために参考にすべき優れたものである。

●6. 処理を複雑化し、コードとデータの対比をなくしたプログラム算定

なぜ、このようなことになったのか、それは加算が存在するという、診療報酬点数表の特性と、その処理方法の選択によって生じたものである。図3の「手術D 39000点」と「時間外加算 40%」がその具体例であるが、点数表にはこの種の加算が各種存在する。それを日本では点数表に記載された点数要素にコードを付与し、それをプログラムによって請求点数を算定してきた。

この方式が採用されたのは多分に、手書きの世界に遅れて参入した民間企業のレセコンが「点数表の内容を忠実に再現」した結果と思われる。ひとかどの技術者なら、点数表に書かれた計算は日本全体で1回だけ実施し、その結果を全国に公表すれば、全国津々浦々が計算を繰り返すことなく簡単に請求し、それがデータとして集計すると着想するだろう。

しかし実際は、筆者もそのひとりであるが解決策としてプログラムを想定してしまった。あの複雑な点数表の内容の全てを、しかも改正時の短い猶予期間に全ての加算を計算し、それをコードにして公表するなど、想定もしなかった。筆者は4年前に韓国がそれを実施していることを知って正直、愕然とした。

権威に弱い日本人は点数表を絶対視してきた。それは医療者が人体を絶対視するのと同じレベルのようである。そしてコンピュータにとっては過酷な点数表に、企業は社名をかけて挑戦する。かくして日本の技術は点数表がいかに過酷であっても、改正のためにレセプトが打ち出せないなどの社会問題は引き起こすことはなかった。

点数表の作成者にとって、こんなありがたいことはないだろう。点数表には複雑化の度が加えられ、その権威が維持できる。根拠となるデータが2年前のごく一部のサンプルレセプトの集計結果であっても、発表する改定率は権威あるものとして社会は容認する。一旦発表した改定率の実数がフォローされることもない。点数表は、コンピュータとは無縁の時代からの手馴れた手法によって、編集を続けることができる。

今日発せられる点数表などの規定を見ると、それがITとは無縁の世界から発せられていることを、いやで

も知らされる²。

点数表の項目ごとの統計は、ごく一部のサンプルレセプトから2年以上かけて手集計されている。韓国は実数を集計した統計が数ヵ月後に発行される。2006年に指示されたレセプトのオンライン化においても、30兆円を超える年間医療費の実数統計の取得の計画がないのは残念である。社会が点数改正時の改定率に確たる根拠も求めず、30兆円の内訳のエビデンスを求めない限り、現状は変わらないだろう。

● 7. 明確な目的設定で成功した韓国

隣国の韓国ではすでに5年分、38億件のレセプトがデータウェアハウスに蓄積され、有効な医療情報を湧出し、政策は根拠あるデータによって実施されている。韓国の保険制度は日本をベースとして実現され、点数表もレセプトも同じものからスタートした。それが雲泥の差が生じてしまった。

日本の皆保険制度実現は1961年のことであり、韓国のそれは1989年である。ITの実用化と時期が合致したことも幸いだったようで、1997年のIMF危機もプラスに働いたようである。2000年に医薬分業が完全実施され、保険者の統合が行なわれた。統合に際して保険者の一部門であった審査部門は、健康保険審査評価院（Health Insurance Review Agency : Hira）として独立した。Hiraにはレセプトの審査だけでなく医療の評価までが責務と規定された。医療評価にはデータが必須である。そのためにレセプトの電子化は喫緊の課題となった。

待望の医療保険の実現で受診者は殺到した。紙レセプトは手作業の限界を超え、事務処理面からもレセプトの電子化は緊急課題となり、医療保険のIT化に国を挙げての取り組みが展開された。

検討の中心はHiraにKT（韓国通信）で、それにソウル大学病院も参画した。政府は開発コストの肩代わりをKTに打診し、KTは完成後の回線利用料で回収することが成約された。

電子化の対象はレセプトだけではない。医療保険の業務がEDI（Electronic Data Interchange）として設計された。EDIはコードや処理方式にばらつきがないことが条件である。当時、韓国でもすでに民間企業によるレセコンが存在した。レセコンは日本と同様に法令を解釈して個別にコードやプログラムを作成した。その延長線上にEDIが存在し得ないことを韓国は察知した。日本はレセコンをそのまま延長した。これが日韓の明暗の岐路である。

韓国では点数表で規定された各種の加算や算定の区分の全てを洗い出し、それに体系的なコードを付与した。その件数は2006年現在約3万件である³。これが医療保険の全メニューである。このコードでそのまま保険請求ができて、それが全国統計になる。手数がかかり、しかもコードと点数の対応を失わせるプログラム算定は行なわない設計である。表1にその一部を紹介した。加算のない項目には5桁コードが設定され、加算のある項目には3桁のコードが追加されている。

さらに注目すべきは、毎年を改正を点数あたりの金額変更で行ない、改正時にもプログラム変更を不要としていることである。その効果はコスト面だけでない。改正時にもEDIが安定稼動を維持するための条件も満た

² 前代未聞のことであるが、2006年9月に「平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」が発行された。これは4月に遡って適用するとされている。それだけに4月の改定が複雑であった証拠でもあるが、プログラムで処理している現場は一体どうすればよいのであろうか。

³ ちなみに、日本が基本点数や加算点数などの点数要素に付けているコードは約5千件である。これをプログラムによって請求点数を算定している。請求点数の総数は数えられたことがない。日本の医療保険は、取り扱い商品数が分からない商店のようである。

している。⁴

● 8. 医療機関へのメリット還元

EDI は 1996 年からサービスを開始した。医療機関にはメリットを与えて EDI への切り替えを促進した。その第一は支払い期限を 40 日から 15 日に短縮したことで、業務の透明化・簡素化も行なった。投資に踏み切れない中小病院向けには回線で利用できる ASP を提供した。紙レセプトを継続する医院には二次元バーコードプログラムを無償提供し、バーコードの電子データを得るようにした。オンラインの強制はしていない。

● 9. 廃止すべき検体検査のまるめ算定

項目ごとの点数が制定できない 2 番目の問題は検体検査のまるめ算定にある。図 3 の生化学検査 E, F, G がその例である。血液化学検査や内分泌学的検査などでは、規定件数以上を算定した場合、項目ごとの点数ではなく、項目数ごとに決められた点数で算定する。その点数は項目数に比例したものより低く設定されている。行政的意味はわかるが自らの手によるデータ集計機能の放棄である。これを温存したままのオンライン化は無意味と思う。

● 10. 薬剤点数は薬剤単位に一実状を知った実務者が改善提案を一

同様の例が薬剤の購入価格の点数換算にもある。点数換算は薬剤単位でなく剤単位に行なわれる。剤とは同時に服用する薬剤群が単位であり、図 3 では A, B, C の 3 薬剤が 1 剤を構成している。剤単位の算定では薬剤単位の統計が得られない。診療行為の一連と同様の思いが込められた規定のようであるが、この規定が薬剤管理を困難にしている。審査機関での高額レセプトの特別審査では、薬剤ごとの算定にわざわざ編集しなおしている。それでも改善提案は行なわれない。実状は実務者が最もよく知っている。その実務者が口を閉ざしては改善はできない。韓国では実務者も大いに意見を述べている。

● 11. おわりに

表 2 に成功した韓国と日本を比較した。個別の説明までの紙面がなくなったが、日本のオンライン・レセプトが何を目的に、どのように推進するのか不明事項が多すぎる。当事者も多いに意見を述べる必要がある。

韓国では Hira が全国のレセプトデータが集約しているが、日本にはそのような組織がない。オンラインで集計された電子レセプトは個々の保険者に分散したままで、全国集計は行なわれるようでもない。医療保険部門だけでなく医療情報部門との具体的協議を期待したい。

日本の電子レセプトは、24 年前に「紙レセプトと同様」を前提にはじまった。当時は時期尚早でもあったが、現在は社会情勢も一変している。

24 年前の「紙レセプトと同様」が今日もそのままであることが奇異である。「電子化の可能性の追求」に改めるべきである。タブーとしてきたレセプトの審査も論じる必要がある。タブーのあるシステムの成功例は存在しない。

⁴ 点数は「相対価値点数」と位置づけ、長期間の慎重審議を経て変更するとのことである。

参考文献

- 1) 電子レセプト推進策―「計算法」を「テーブル法」に― 西山孝之 社会保険旬報 2232(2005. 1. 21)
- 2) 韓国に学ぶ日本の医療情報システム普及のシオナリオ 西山孝之 新医療 2006. 7
- 3) 「医療分野における情報化促進のための国内外の実態調査」報告書―レセプトオンライン化に関する韓国実態調査―H18. 3 特定非営利活動法人日本医療医療情報ネットワーク協会 医療 IT 化調査会
http://www.soumu.go.jp/s-news/2006/060425_2.html

図1 日本の紙レセプト

[点数欄]		[摘要欄]	
11 初診	342	11 * 初診料 乳幼児加算	342 × 1
20 21 内服調剤	9	21 * 内服調剤料	9 × 1
21 内服薬剤	147	21 * 内用薬A 6錠 内用薬B 6錠 内用薬C 6錠	21 × 7
50 手術	54600	50 * 手術D 時間外加算	54600 × 1
60 検査	410	60 * 生化学検査E 生化学検査F 生化学検査G	410 × 1

図2 コンビニの商品管理

来客ごとの一連管理					商品ごとの管理				
コード	一連内訳	一連金額 (円)	一連回数	一連コード	コード	商品	単価 (円)	売上 個数	売上高 (円)
1234 *	缶ビール 1個	700	2	1234	1234	缶ビール	700	4	2800
1234 *	缶ビール 2個				2345	オレンジジュース	120	1	120
2345	オレンジジュース 1個			?	4567	さきいか	450	1	450
4567	さきいか 1袋	1970	1		5676	おでん(こんにやく)	50	2	100
4377 *	週刊未来 1冊	380	1	4377	5678	おでん(がんもどき)	70	3	210
4377 *	週刊未来 1冊				4377	週刊未来	380	2	760
4365	ノート 1冊	450	1	?	4365	ノート	70	1	70
5676 *	おでん(こんにやく) 1個			?		計			4510
5678	おでん(がんもどき) 2個	190	1						
5676 *	おでん(こんにやく) 1個			?					
5678	おでん(がんもどき) 1個	120	1						
	計(Σ一連金額×一連回数)	4510円							

図3 分析ができない「一連単位」の点数表示の現状と
分析ができる「データ単位」の点数表示への改善案

コード	診療内容	「一連単位」の点数表示 (現状)					「データ単位」の点数表示 (改善案)				
		点数表 区分	一 連 区 分	1日量 ①	単位 点数②	日数/ 回数 ③	点数表 区分	1日 量	単位 点数	日数/ 回数	合計 点数
111000110	初診 270点	11	*				11		270	1	270
111000370	乳幼児加算 72点				342	1	11		72	1	72
120000710	内服調剤料 9点	21	*		9	1	21		9	1	9
613920056	内用薬A 18.7円	21	*	6			21	6	11	7	77
612180011	内用薬B 9.2円			6			21	6	5	7	35
613130240	内用薬C 6.4円			6	21	7	21	6	4	7	28
150217710	手術D 39000点	50	*				50		54600	1	54600
150000490	時間外加算 40%				54600	1					
160033610	生化学検査E 160点	60	*				60		160	1	160
160033310	生化学検査F 150点						60		150	1	150
160034210	生化学検査G 150点				410	1	60		150	1	150
計: $\Sigma (② \times ③) = 55508$						計: $\Sigma (合計点数) = 55551$					

★時間外加算を含む手術Dのコード設定が必要

表1 韓国の算定マスター

算定コード★	診療行為名称	加算名称	点数	金額 (ウォン)
AA155	初診診察料-医科病院		203.97	12380
AA155010	初診診察料-医科病院	夜間	249.46	15140
AA155050	初診診察料-医科病院	公休日	249.46	15140
AA155600	初診診察料-医科病院	満 6 才未満	213.00	12930
AA155610	初診診察料-医科病院	満 6 歳未満 夜間	258.49	15690
AA155650	初診診察料-医科病院	満 6 歳未満 公休日	258.49	15690
AA155900	初診診察料-医科病院	脳性麻痺、精神遅滞者	213.00	12930
AA155910	初診診察料-医科病院	脳性麻痺、精神遅滞者 夜間	258.49	15690
AA155950	初診診察料-医科病院	脳性麻痺、精神遅滞者 公休日	258.49	15690

★加算のない場合は 5 桁コードで表示、加算は 3 桁を加えて表示している。

表2 日韓の電子レセプトの主な相違点

	韓 国	日 本
とりくみ姿勢	全面対応:点数表にコード付与など	旧来のままの点数表を解釈して実施
目的	業務改善、最適医療提供の情報源	業務改善が見込める筈
医療機関の効果	早期支払い、業務の効率化・透明化	格別見当たらない
保険者の効果	業務改善、組合員の健康管理に着手	再入力作業削減など
点数改正	点数あたりの金額変更(対応容易)	点数表の条文変更(プログラム改造要)
電子化の推進責任元	健康保険審査評価院	明確でない
コード	加算算定後の請求点数に付与	点数要素に付与(請求点数はプログラム算定)
審査方法	ITを活用(看護師経験者主体)	医師審査員の目視(紙または画面)
金額(点数)の表示単位	診療データ単位(分析可能)	一連単位(紙レセプトと同じ、コードとの対応なし)
審査基準	全国統一基準をインターネットで公開	審査委員会ごとの内規(非公開)
レセプト以外の電子化	審査結果通報など全面的にEDI実現	当面はレセプトのみの電子化
レセプトの請求単位	月または週単位、将来は請求ごとの処理	従来通り月単位
レセプトデータの活用	5年分レセプトがデータウェアハウスに蓄積、有効活用実施中	保険者単位?、全国のデータ蓄積計画は?
完成時期	2004年12月に電子化完成宣言	「2011年には全面実施」が指示