健康保険組合連合会機関誌「健康保険」連載　（第1回 2001 年 12 月号）

医療保険業務とコンピュータ（1）

ライフアシスタント　西山孝之

1. はじめに

1－1. 連載のはじめに

「医療保険業務とコンピュータ」について連載することになりました。私は、最初は企業で、その後は業界団体で、合わせて２５年ばかりこの道で仕事をしてきました。医療保険業務には多くのコンピュータが使われていますが、それが充分な働きができる環境に置かれてはいません。

医療そのものへのコンピュータ利用は、新分野でもあり、医療情報学としても真剣に取り組まれています。行政の援助も活発です。しかし、医療保険業務は事務の一環ととられられ、事務ならコンピュータの手慣れた分野であると扱われ、必要な施設がそれぞれに個別のシステムを導入され、システム全体の観点からの検討が不十分の状態です。

いずれの分野のコンピュータも、当初は個別でした。しかし、それでは業界全体の合理化には適さないことが分かり、個別の組織を越えて標準化が検討されました。スーパーやコンビニエンス・ストアのきめの細かい商品管理、鉄道会社相互に通用する定期乗車券の導入、他行の預金も扱える銀行のＡＴＭなど、標準化の成果は日常生活に欠かせないものとなっています。

これに対し、医療分野には全体を通じた情報処理システムが未だに存在しません。大病院には病院総合情報処理システムがそれぞれ構築されていますが、個別です。しかも、これらの近代的なシステムも、点数改正時には、近代的ではない力まかせの手荒な大作業にさらされます。それを関係者は天災のようにあきらめの心境で迎え、せっかくのシステムにダメージを与えているようです。

1－2. 必要なのは実務者からの提案

医療保険がコンピュータで処理されていることは世間は周知ですが、３月告示で４月施行の、コンピュータにとっては非情なスケジュールの点数改正が繰り返し行われます。問題なしと判断された結果でしょう。事実、レセプトが出せなかったなどの社会問題は起きていませんが、その裏で、ＩＴ社会への立ち遅れがますます拡がる悪影響は、取り返しがつかなくなってしまいます。現場からの問題提起がないためと思うのです。

問題が提起されないのは、業務内容があまりにも複雑なため、管理者は内容に入り込むことができず、逆に、実務者は日常の処理に追われ、問題を整理して提案にまとめる余裕も習慣もないためと思われます。

レセプト電算処理システムは、計画発表以来１８年、実施が告示されて以来でも１０年になりますが、未だに立ち上がらず、その原因すら把握されていないように思われます。

筆者は、医療保険業務にコンピュータシステムを提供することを仕事としてきました。それを推進するにはまず、医療保険制度へのプロモーションの必要性を感じました。それには業界全体の結集が効果的であり、業界団体の設立に参加しました。

設立当初からそこで活動し、レセプトの記載要領にコンピュータ向けの定めを設け、レセプト様式を統一した上で手書用と電算用の分離に成功しました。これらは合理化のほんの入り口です。

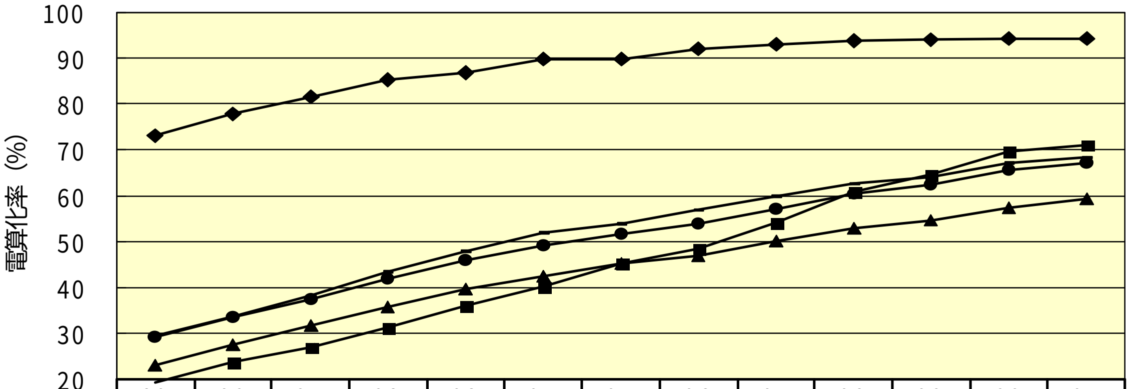
合理化を実現するには、この業務に携わっている人が、現状を「やむを得ず」とするのでなく、効果的な改善策を具体的に提案するであると信じています。そのために筆者の経験などを交えて、連載に取り組みます。

2. 医療保険業務の電算化状況

医療保険業務用のコンピュータは、小型のものはレセコン、一般的には医事コンピュータ、略して医事コンとも呼ばれています。ここでは「医事コン」と呼ぶことにします。この「医事コン」は必要とする医療機関にはほぼ一巡した状態です。

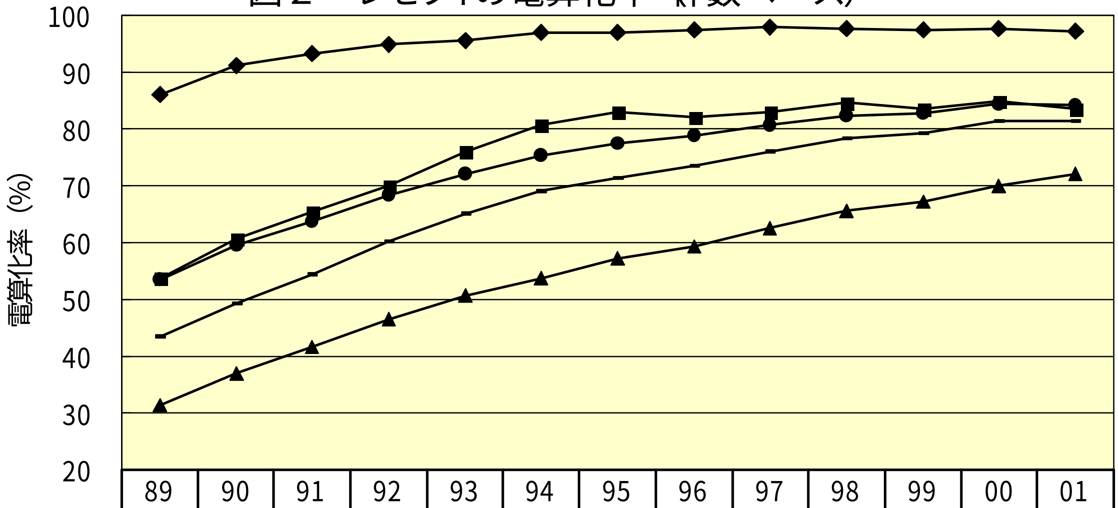
幸い、この統計は整っています。(財)医療保険業務研究協会が支払基金から引き継いで、毎年５月

図１　レセプトの電算化率　医数ベース）



	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
◆ 病院	73.2	77.9	81.6	85.2	86.8	89.8	89.8	92	92.9	93.7	93.9	94.3	94.2
― 医科診療所	29.4	33.8	38.2	43.4	47.8	51.8	53.9	56.9	59.8	62.5	64.2	67.1	68.4
▲ 歯科診療所	23.1	27.5	31.6	35.8	39.6	42.4	45.2	47	50.2	53	54.7	57.4	59.4
■ 調剤薬局	19.3	23.8	27	31.2	35.9	40.2	45.2	48.3	54.2	60.8	64.5	69.5	71.2
● 合計	29.1	33.4	37.5	41.9	45.8	49.1	51.6	54	57.2	60.4	62.3	65.5	67.2

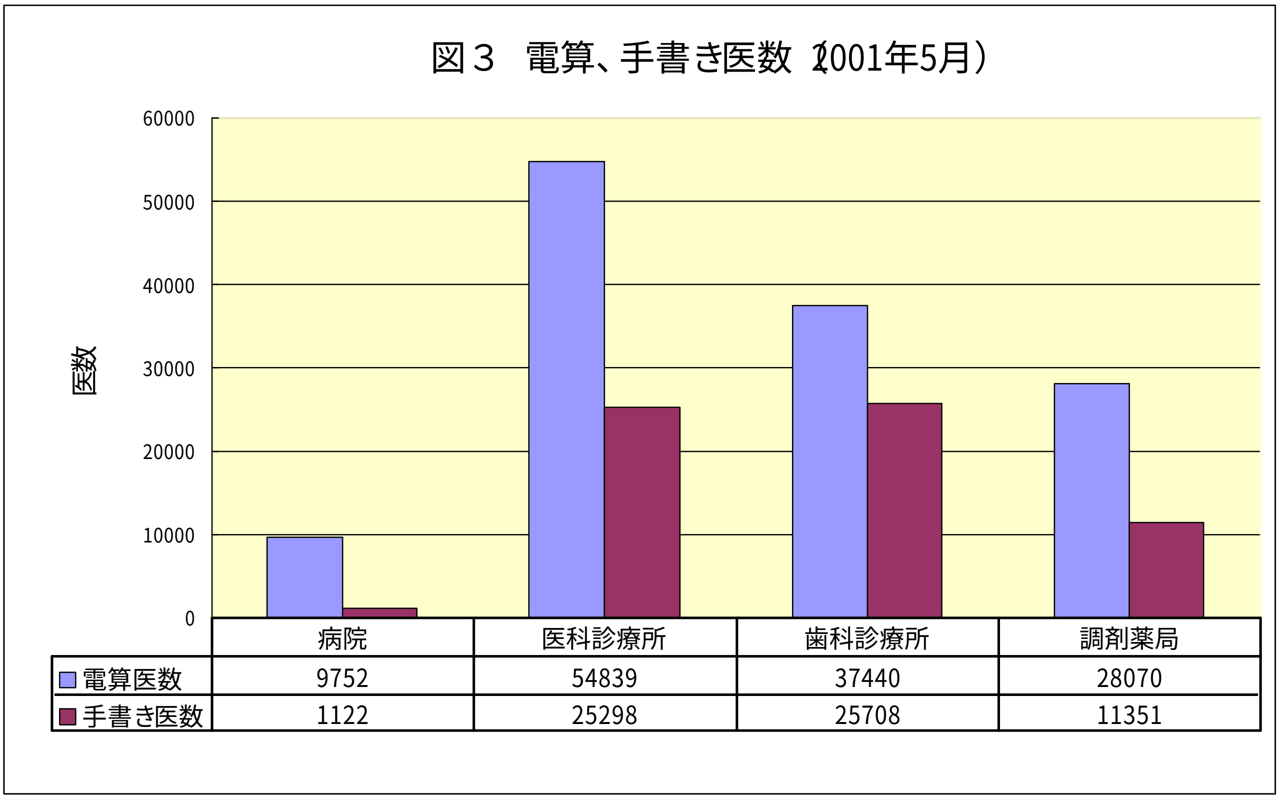
図２　レセプトの電算化率　件数ベース）



	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
◆ 病院	86.1	91.1	93.3	94.9	95.6	96.9	96.9	97.5	97.9	97.7	97.4	97.6	97.2
― 医科診療所	43.4	49.3	54.4	60.3	65.1	69	71.5	73.5	76	78.3	79.3	81.3	81.5
▲ 歯科診療所	31.4	36.9	41.6	46.5	50.7	53.7	57.3	59.2	62.5	65.5	67.3	69.9	72
■ 調剤薬局	53.7	60.7	65.3	70	76.1	80.6	83	82.1	83	84.6	83.4	84.8	83.5
● 合計	53.6	59.5	63.8	68.3	72	75.3	77.4	78.8	80.6	82.3	82.7	84.4	84.3

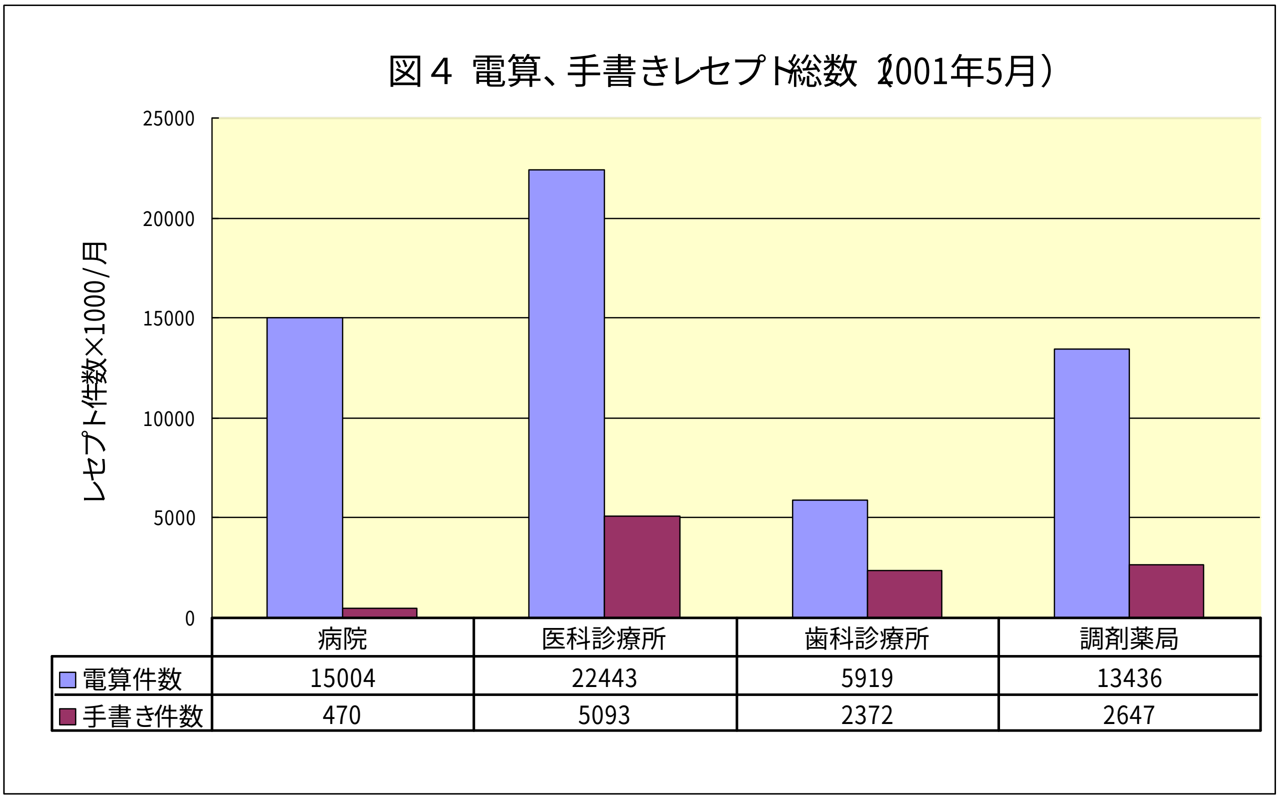
診療分の電算化状況を発表されてきました。データは社会保険に限られていますが、普及率は全体を表していると見なせます。この統計を整理して図にしました。

図 1 には医数ベース、図 2 にはレセプト件数ベースで、それぞれ普及率の推移を示しました。2001 年の施設全体で、前者は 67%、後者は 84%です。病院はさらに高い値を示しています。



	病院	医科診療所	歯科診療所	調剤薬局
電算医数	9752	54839	37440	28070
手書き医数	1122	25298	25708	11351

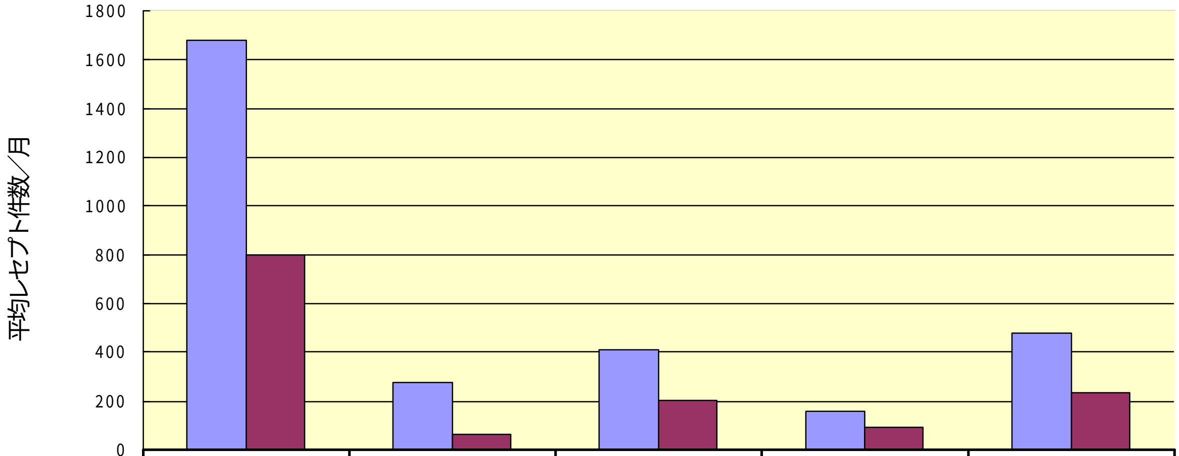
図 3 には、2001 年における電算処理と手書き処理の医数を並べて比較したものです。
図 4 はそれぞれのレセプトの総数を並べました。
図 5 は電算処理と手書き処理の医療機関当たりの平均レセプト件数の比較です。両者に差のあること



	病院	医科診療所	歯科診療所	調剤薬局
電算件数	15004	22443	5919	13436
手書き件数	470	5093	2372	2647

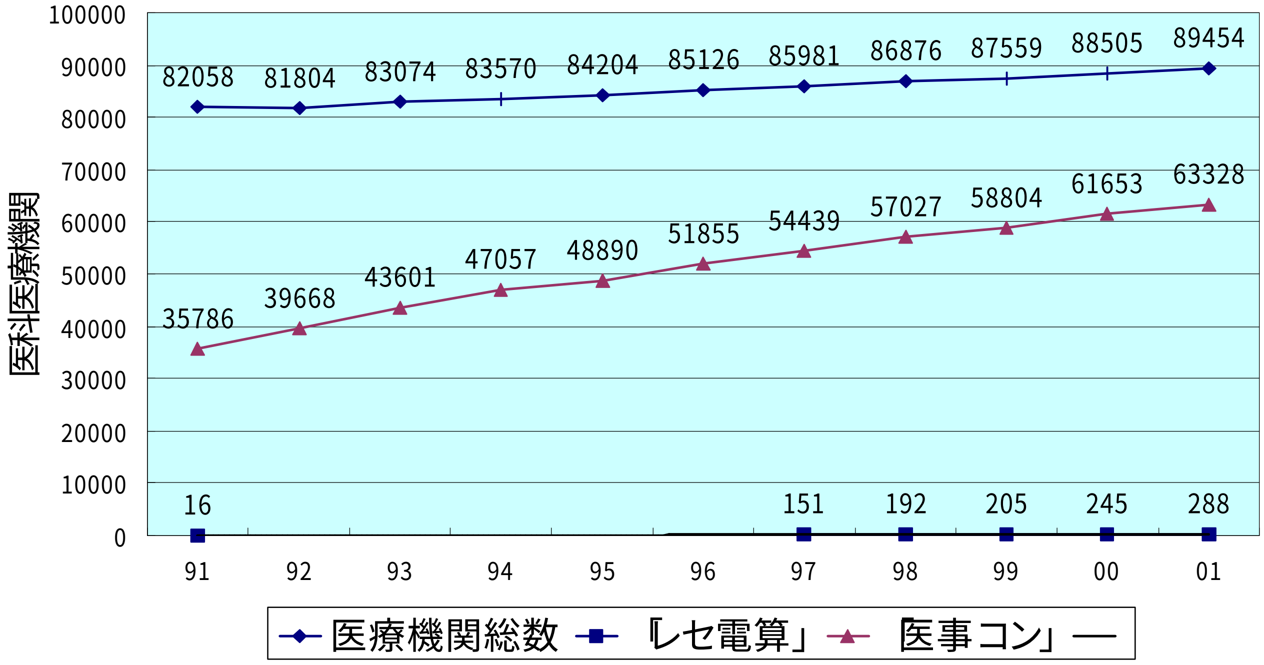
からも、導入は一巡状態であることがお分かりいただけるでしょう。

図５　電算、手書き医療機関の平均レセプト件数(2001年5月)



	医科病院	歯科病院	医科診療所	歯科診療所	調剤薬局
電算処理	1678.728609	276.5897436	409.2556028	158.0876068	478.6570004
手書き処理	799.5333333	65.11340206	201.3061112	92.25906333	233.2351335

図６　「医事コン」と「レセ電算」の使用状況



３．「医事コン」と「レセ電算」

３－１．普及しているのは「医事コン」

　これらの統計から、いまや電算処理が主流で、手書きは例外的な状態であることを明瞭に表しています。さらに、現実を認識いただくため、図６では「医事コン」と「レセ電算」の利用状況を同一の図上に示しました。

３－２．長すぎた個別指定制度

　「医事コン」は紙レセプトを対象に、民間企業が個別に開発したものです。それに対して「レセ電算」は医療保険のトータルシステムを目指して計画されたものの筈です。その計画発表は1983年（昭

和58年）のことです。決して遅い時期ではありません。「医事コン」業界はこの計画を聞き、悩まされてきた手書きベースの諸規則が、必ずやコンピュータ向けに改まることに大きな期待を抱きました。

体験したコンピュータ化以前の諸問題も種々述べて善処を要請しました。しかし問題の本質は遂に理解願えず、却って業者の努力不足を問われる状態で、技術的な検討はそこそこに、関係団体との折衝に重点が移ってしまいました。

技術評価試験の一応の安定と、関係団体との合議成立を期に、1991年（平成3年）より実運用が開始されました。しかしそれは地域指定などの個別指定制度によって限定的に適用するかたちで、それが本2001年12月まで継続されました。

一般に、システムが運用に入っても懸案が残っている場合、当初の一時期に限っては適用範囲を限定するなどの措置は、よく講じられることです。その場合でも、懸案を早期に解決し、いちはやく全面展開に転じる必要があります。さもなければシステムは勢いが失せてしまいます。当時でも「医事コン」は着々と導入されており、限定扱いの「レセ電算」は半ば世間から忘れられた存在になってしまいました。これではシステム改善の意欲も鈍化します。その結果、競合力はさらに低下するのも自然の理です。個別指定制度が余りにも長すぎたことが残念です。また、本年１２月の措置が当初の懸案解決の結果なのか、筆者には分かりません。

３－３．｢医事コン｣と｢レセ電算対応医事コン｣は基本的に別物

「レセ電算」の設備は、審査機関側のセンタ設備、医療機関側設備及び保険者側設備より構成されます。誤解されるのが医療機関側の設備です。医療機関に「医事コン」がすでに設置されている場合、それが「レセ電算対応医事コン」に簡単に転身できるものと思いがちです。しかし、外部機能は類似でも中身は違います。Windows98がWindowsXPに転身せず、新規購入が必要なのと基本的には同じです。

システムはそれぞれの与えられた条件のもとで設計し、それをプログラムとして具体化し、厳重なチェックを経て製品となります。出荷後はユーザが実務に供します。点数改正等のメンテナンスの確約も必要です。マスター等、他人が作ったものでも組み込んでしまえば責任は免れません。

「医事コン」は医療保険の定めを解釈してプログラムを構築することで実現できます。「レセ電算対応医事コン」は医療保険の定めに加えて「レセ電算」の諸規則にも適合させる必要があり、制約条件が増えます。細かいことはともかく、少なくとも設計条件は異なるのです。従来のノウハウを生かして新たに取り組まねば、満足なシステムはできあがらないことを理解してください。

３－４．企業の行動は経済原則がベース

企業の理念は、製品を通じての社会貢献です。「医事コン」を業とする企業にあっては「医事コン」をトータルシステムとして羽ばたかせ、社会に大きく貢献することでしょう。にも拘らず「レセ電算対応医事コン」の対応には消極的で、「医事コン」の事業を継続しています。

この行動が一般には分かりにくいと思います。この行動に関する企業の説明も不足がちですが、企業は経済原則に添って行動しなければ、理念の実現どころか自身の存続すらが危うくなります。余裕の範囲内でなら経済原則に反した行動も可能です。しかし、主力製品までを経済原則の外に置くことはできません。このように考えれば「レセ電算」の現状が納得できるでしょう。

３－５．全体の姿が見えない｢レセ電算｣

「レセ電算」の入力側の姿はおよそは見えます。見えないのは審査機関で受付られた後の扱いです。「レセ電算」のパンフレットの「目的」の欄には、

「医療機関、審査機関および保険者を通じた一貫した整合性のあるシステムを構築することにより、

今後ますます増大することが予想される診療報酬請求に係る業務の軽減と事務処理の効率化・迅速化を図ることを目的としています。」

と、記載されているだけで、具体的なイメージは伝わりません。確かに医療機関の出口のレセプトの媒体形式は変わりました。しかし、「審査は従来通り」であることは通知にも明示されています。支払基金の合理化策は「レセ電算」に絞られているようですが、審査のために紙印字が必要となるでしょう。それがコンピュータの画面審査で可能としても、大部分の保険者からはおそらく紙が望まれ、その対応が必要となるでしょう。このように考えると、企業の取り組みにも、医療機関が手馴れた紙から磁気媒体に移ることにも、前向きになれないのは当然ではないでしょうか。

３－6.「レセ電算」は医療保険制度と表裏一体の運営を

紙と磁気媒体との差異はあるものの「レセ電算」はなぜ、問題の多い「医事コン」の土俵で勝負するのでしょうか。「医事コン」の土俵の苦しみが理解されないためのように思われます。

「医事コン」の苦しみは、医療保険制度の企画・設定部門と、運用・実施部門とが、年金や税のように同一ではなく、前者は「官」、後者は「民」と分離していることに起因しているようです。

わが国の医療は古くから「民」中心でした。制度は「民」の意向を諮問して「官」が決定して公示する仕組みです。この公示の手段が、現実との間にギャップを来たし、それが「医事コン」の苦しみの始まりのように思います。

社会は、「レセ電算」に同様の苦しみを求めてはいません。期待しているのは、実務に適さない諸規則を実務向けに改め、その内容を解釈が必要な条文形式ではなく、そのまま実用に供せる信頼性の高いマスターの提供です。

それが現在の猶予期間での実現が無理なら、必要な期間を確保して実現してください。制度を決定する側ですから、これも選択可能な手段の筈です。それによって医療保険を情報処理システムベースの運営に改まることを期待しているのです。これは「医事コン」には不可能なことです。

このように考えますと、やはり医療保険業務や「医事コン」の実態を広く知っていただくことが必要のようです。

4.「医事コン」のことはじめ

まず、「医事コン」が企業ごとに悩んでいた初期の状態から紹介します。

4－1.　手書きベースの個別要求

医療保険はコンピュータより古くから存在しました。当初はすべてが手書きで、記載文字を１文字でも減らすことが争点だったことが、きめ細かいレセプトの記載要領からも伺えます。

「医事コン」の歴史は手書きルールとの挑戦の歴史でもありました。当初は記載要領の存在すらも知りませんでした。記載方式は都道府県ごとに審査機関が決めるものと思っていました。

医療機関が審査機関からクレームの呼び出しを受けると、メーカの同行を求めます。審査機関の担当者は、「先月もここはこのように書きなさいと言ったでしょう。」と、地域ごとに関係者と協議した結果で押して来ます。「それがコンピュータでは無理なのです。これでは駄目ですか。」と、代案を提示しますが、「このように出来ないとおっしゃるのはお宅だけですよ。来月も出来なければ返戻ですよ。」と最後通牒が出されます。

医療機関からは、「できなければできるメーカに代えるぞ。」と伝家の宝刀を抜かれてしまいます。かくして泣く泣く個別の要求に応じることになってしまいます。その要求内容も担当者ごとにニュアンスが異なり、メーカ側の対応にも種々のレベルがあったようです。

このような昔話を持ち出すのはほかでもありません。その後企業は業界団体を結成し、この種の折

衝は業界一本で対応し、コンピュータ化の環境整備に努めました。なにもコンピュータのエゴを主張してきたのではありません。審査上必要なことを記述するのは当然です。必要な事項は公的な文書で指示いただくことを申し入れ、実現してきました。

「レセ電算」ならこれをもっと強力に推進できる筈ですが、民間企業と同様の設計姿勢であることが、残念です。

４−２. 点数改正

点数改正はもっと大変でした。つてを頼って改正情報の入手に奔走します。改正情報を入手したと思ったらそれは審議途中のものであるなど一喜一憂です。コピー屋の前には行列ができます。「当社は医師会の○○先生と親しいので、点数改正はお任せください。」が、セールストークの決め手でした。

マスターの修正も機械的には行えません。薬剤には官報に告示されないものがあります。商品名の局方薬などです。官報は局方名で告示され、市販品は商品名が付され、商品名の管理元がありません。薬価本には掲載されますが薬剤名は出版元が製薬会社に直接確認するので、内容は出版元ごとに異ります。

診療行為にも点数表に存在しない準用項目があります。これらは準用元を探して準用元と同じ改正点数と推定して修正しなければ間に合いません。提供してはいるものの「このマスターはご参考です。」と言うことになります。納得される場合もありますが、「業者が何事か。」と声を荒立てられる場合もしばしばです。ユーザとすれば当然です。業者も個別に不完全で無駄な作業を繰り返しているのです。

プログラムは改造結果のテストも充分に行えないままに発送し、改正施行を迎えます。心配なので医療機関の窓口には要員を配備します。機能の不備を労力の提供で補うことにもなってしまいます。

窓口処理が一応安定した頃にはレセプト発注の期限が迫ります。レセプトの種類数は半端ではありません。制度ごとに制定され官報に告示される様式だけでも医科 20 種、歯科 7 種、調剤 10 種に達しますが、版下の種類は、大部分の都道府県がそれぞれに修正・追加されるので、全国での種類数は、各社ごとに千に近いものとなります。

修正・追加の理由は二つあります。ひとつは手書きの便宜のためのプレ印刷事項の追加です。二つ目は地方単独事業のための特殊事項の追加です。前者は電算用には不要のものですが、それを申し出るにも時間的に余裕もなく、業者の立場では壁が高すぎます。実際には地方ごとの協議結果を確認することすらできません。修正を覚悟で見計らいで発注することになります。

医療機関からは、手持ちの旧様式を捨てるに忍びない。使えるようにしろと言われます。審査機関が指定された取り繕い方式に従って、空きスペースに印字するような細工はプログラムがもっとも不得手です。一時的に使用されるものながら、対策は大変なのです。

レセプト様式は、業界団体の積年の提案が功を奏し、1998 年（平成 10 年）から全面的に統合されました。まさに夢の実現です。レセプト用紙での苦難は思い出の彼方に去りました。これは改善の成功例です。

医療保険の問題は一見して分かるものもありますが、実務経験がなければ改善の具体策が浮かばないものが大部分です。レセプト様式統合は、実務者が実現可能な改善提案を執念深く繰り返せば、改善は実現することを、身をもって体験した具体例でした。

（第１回終）