

医療保険業務とコンピュータ（2）

ライフアシスタント 西山孝之

5. コンピュータを無視したままの点数改正

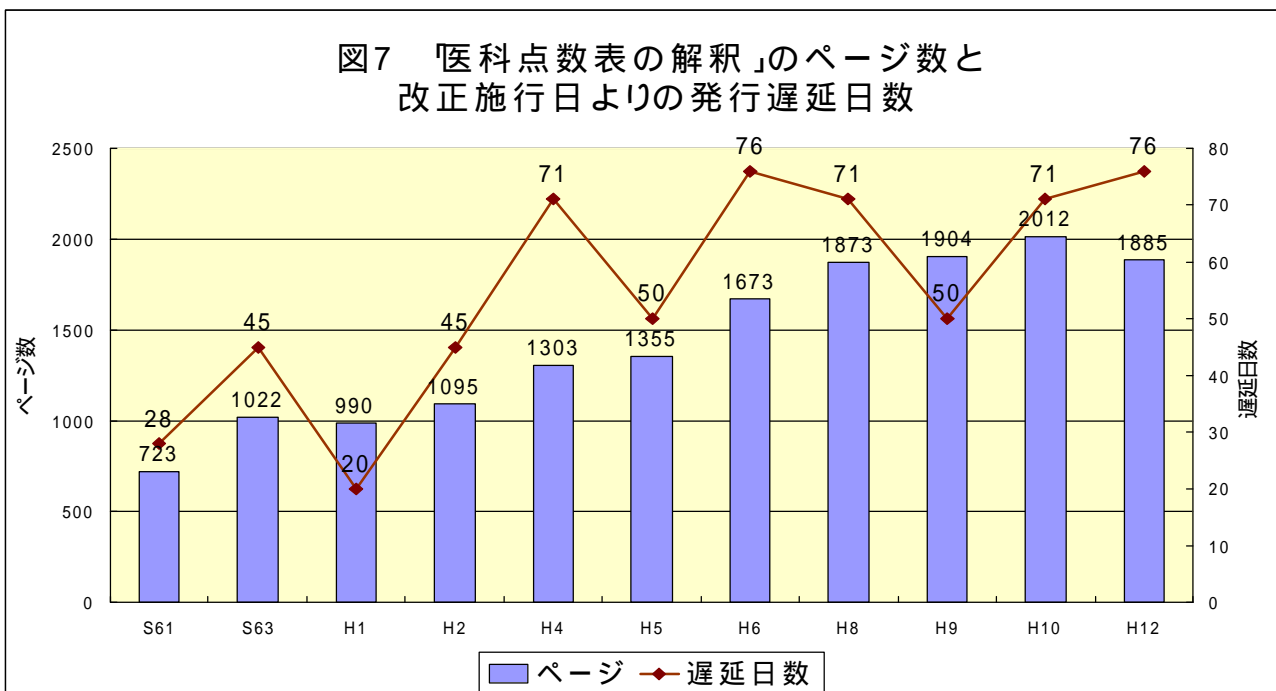
5-1. 「医事コン」はメーカーまかせに

点数改正について第1回に引き続き述べます。レセプト様式は業界団体からの提言も受け入れられ、1998年（平成10年）からはA4判の4種に統合されました。しかし、3月告示、4月1日施行という、コンピュータにとって非情なスケジュールはそのままです。

要員のいる医療機関では、一昔前までは独自にプログラムを作成し、メンテナンスも独自でした。しかし、点数表がここまで複雑化してしまうと、対応出来る医療機関はほとんどなく、コンピュータ企業提供の共通プログラムを使用するか、それを一部手直しして使用することになってしまいました。その結果、医療機関の情報システム担当者までが医療保険の処理には縁遠くなり、改善提案も期待出来なくなってしまったのが残念です。

5-2. 6月発行が定着した「点数表の解釈」

社会保険研究所発行の「点数表の解釈」は、医事関係者の座右の書の代表例ですが、その発行は6月に定着してしまいました。膨大な内容が細かく整理された内容を見れば、6月発行もやむを得ないと納得してしまいます。



そのページ数は点数表の複雑さの尺度でもあります。図7は、「医科点数表の解釈」のページ数と、改正施行日からの発行遅延日数をグラフ化したものです。（平成12年版からサイズがB5判に大きくなったので従来のA5判に換算しています。）発行元を責めるつもりはありません。4月になって発行される通知類も収録されており、当然の日程でありましょう。

告示や通知を発行される当局の多忙さも理解しているつもりです。作成文書は種類も量も膨大ですが、相互の関連はぴったりしており、訂正が官報に載ることなど、ほとんど皆無で、説明不足を補う追加通知が1～2編発行されることで改正は納まれば一件落着、手慣れた条文の扱いには全く敬服させられます。

改正の検討は、前年秋から準備されてきたのでしょう。それに反して「医事コン」技術者はいきなり膨大な文書を与えられ、そこから改正の意図を理解し、条文を解読して既存のプログラム論理に取り込み、ユーザには改正点の解説付きの操作マニュアルまで、作り上げなければなりません。心情的には同情されても、制度としては考慮されません。

膨大な通知文の冒頭の「貴管下の保険医療機関、保険薬局その他関係団体等に周知徹底の上、その取扱いに遺漏のないようにされたい。」の文書は空虚に響きます。規則を設定する側もそれを実行に移す側も、大変な無理が強いられています。

5 - 3 . 現状を改善するのはコンピュータユーザの姿勢

刑法など、国民の一部の不心得者だけが対象の法律なら、法の専門家がじっくり腰を据えて対応しても間に合うでしょう。しかし、医療保険は一般国民の日常生活が対象です。同様の定めには年金や税金がありますが、これらは遙か以前からコンピュータ・ベースのシステムが安定に稼働し、処理を実行すると共にその結果も収集され、次の対策に役立ちます。制度改正の際、コンピュータ・システム改造に一定期間が必要なことは当然と認めています。

一方、今日の最大の社会問題である医療保険では、点数改正が合議に達したら即刻実施です。業務の手順書を作る暇もなく、実務の現場に条文の解釈が必要となり、竹槍戦法のようなローカル処理のコンピュータが頼りにされます。結果を集約する総合的な情報処理システムは未だに存在せず、全体はアバウトにしか把握されません。年金や税金に比べ、医療は情報が膨大で情報処理そのものが数段困難です。それがさらに期限的な制約の二重苦を負わされているのです。なぜなのでしょう。

情報処理システムの一般傾向は、当初の専門家頼りから、ユーザ自身が業務と一体化したシステム作りへと変化して来ました。業務の環境も情報処理システム中心に改めて業務全体が情報処理を支援し、ますますその機能を向上させてきました。

それに反して医療保険では業務の環境も改まらないため、ユーザ自身での対応は出来なくなり再び情報処理の専門家頼りに逆行してしまいました。そして、変わる事のない業務環境下でコンピュータ企業に苦勞を強いているのです。企業はこれを市場の前提として「他社並み」の対応はするでしょう。ユーザがこの「他社並み」を是とする限り、現状は変わらないでしょう。

陳腐化した言い方で恐縮ですが、コンピュータには大きな可能性が秘められています。しかしそれはユーザが取り組まなければ引き出せません。コンピュータの特性が未だ理解されなかった市場の黎明期には、コンピュータ企業がユーザのトップマネジメントの教育コースを設け、コンピュータ導入の手順や心得を説きました。以来30有余年、世はIT時代の真っ只中、いまさらマネジメント教育でもなく、現在のコンピュータユーザは、それぞれの分野ごとにIT構想を確立しています。

医療分野にも多くの情報処理論者がおられます。医療情報システムのグランドデザインは画かれますが、医療保険分野に関しては内容に踏み込むこともなく、「レセ電算」の推進がテーマとして繰り返し挙げられるだけです。医療保険の分野も医療情報システムの一環ですが行政当局の部局も別のままです。我が国の医療情報システムは一体どこが采配を振っているのでしょうか。

6 . 点数改正の実態

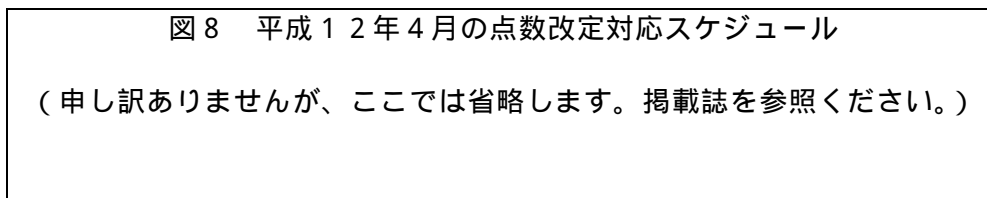
筆者は、審査支払機関や保険者のシステムの詳細は知りませんが、点数改正の影響を最もシビアに受ける医療機関のシステム対応は経験していますので、その経験をもとに述べます。

点数改正に際し、各企業は他社の動向にアンテナを張りながら顧客をサポートします。蓄積した

情報処理技術を駆使するのではなく、一時的な火事場の馬鹿力の発揮を競う状態です。

企業にとってこれは市場の条件です。他社の手前、苦しさを率直に述べるには抵抗があります。システムの方向はユーザが設定するものです。コンピュータ企業としては「このままでよいのですか」とアラームするのが限界です。このアラームも不足で、あたかも企業が手を抜いているように思われています。それは企業のみならず医療保険、ひいては医療界全体の不幸だと思います。

図8は、平成12年4月の点数改正時のスケジュールです。これによって改正作業をやや詳しく述べます。



6 - 1 . 解説は業界で統一実施

6 - 1 - 1 . 医事コンピュータ協議会の設立

点数改正のはじめは法令の解説です。解説は業界が一致して実行できます。業界の窓口統一を期待する行政側の意向も伝えられました。業界団体としての医事コンピュータ協議会が結成されたのは1982年(昭和57年)のことです。筆者は企業在職当時から業界団体の必要性を痛感していましたので、創業当初から、協議会を活動の場としました。医事コンピュータ協議会はその後、1994年(平成6年)に保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS)の医事コンピュータ部会と改まっています。

最初の仕事は審査機関の支部巡りでした。懇談を繰り返すうちに、審査機関も大変な仕事を負った同憂の士であり、身内のためか、却って提案がしにくい立場であり、中央への改善提案は業界の代弁が有効なことが分かりました。

各社の担当技術者は長年に亘ってそれぞれに疑義を抱いていました。それらは、

四捨五入など端数処理の方法は示されていても、それをどの時点で行うのか。

加算が重なる場合、加算結果にさらに加算するのか、または元の点数に加算するのか。

経過日数のカウントは日単位なのか月単位なのか。

個々の算定条件は理解できるが、それが重複して発生した場合の扱いに不明確な場合がある。など、点数表をプログラムの論理から見た不明確さや、不統一さでした。これらは中央へ申し入れることによって、点数表上で逐次明確にされました。

6 - 1 - 2 . 改正時の条文の解説

毎回の点数改正は中医協への諮問書から始まります。諮問書の入手を期して各社の第一線の技術者が一堂に会し、読み合わせを行います。各社は概要を把握して作業規模を見積り、段取りを立てます。併せて確認が必要な疑義事項を洗い出します。質問書はたちまち纏まります。だがその回答は容易に得られません。結局、点数表の官報告示や、全国の説明会資料として発行される「点数表改正点の解説(約1000ページ)」の発行を待つしかありません。

それでも判明しない疑義事項が残ります。点数表の改正に携わる担当官の多忙さは尋常ではありません。面談など到底不可能、FAXが唯一の頼りです。明確な回答を得るために設問に工夫を凝らし、「A」か「B」か、いずれかにをつけることで、担当官が本業の合間に回答できるよう、設問を組み立てるコツも会得しました。

得られた回答は即刻吟味します。これは各社のプログラム作業を左右する情報で、100%の信頼

性が必要です。また、流してよいタイミングの判定も重要です。しばらくすれば、これらの疑義は地方からも提起され、各種の解釈が氾濫しはじめます。それに動じることのないように、公式な文書の発行予定を確認しておくことも重要です。

6 - 2 . 見切り発車状態での対応

完璧な解釈を待っていては対応が間に合いません。改正情報は、 諮問書、 点数表の告示、 点数表改正点の解説、 正式告示および通知の発行、 点数表の解釈、の順に整理され、精度が向上します。疑義事項をフォローしつつ、見切り発車のタイミングを計ります。

診療行為マスターは、基本項目に特定の加算項目が付属したり、点数が診療所要時間の関数であったりと、多様です。加算項目も独立項目とすればマスター構造は簡単ですが、ユーザの操作は複雑となります。合成項目とすれば操作は簡単ですが、マスター構造は複雑になります。診療所要時間の関数で決まる点数は、時間関数で処理するか、個別の点数項目に展開するかを選択も必要です。それによってマスター構造もプログラム論理も変わります。

診療行為マスターの形は、ユーザの操作性や改正時のメンテナンスの容易さ、さらに正確な算定を実現するためのチェック条件など、多彩な選択肢があります。まさに各社のノウハウの集積です。

各社はそれぞれにノウハウを積み上げて来ました。互換性の欠如を一方向的に責めるのは当りませんが、改正時には各社がそれぞれ、マスターとプログラムの双方の修正を行っている状態です。

診療行為マスターに比べると薬価マスターは構造も簡単です。薬価本の版下データをベースとした標準マスターはすでに実現しています。薬価マスターに関しては提供料を支払うことで、作成の労苦からもユーザのクレームからも、すでに開放されました。

医療材料マスターの標準化は、未だに数百件の告示項目対応に止まっています。数十万件といわれる商品名レベルの対応は、やっと緒についた段階です。

6 - 3 . 期限に迫られ不十分なままのテスト

企業は数百から数千、大手ならおそらく万のオーダーの医療機関に対して、改正内容の解説からユーザ指導までを1カ月以内に対応しなければなりません。対応を誤ったり、エラーが混在しては肝が冷えます。信頼性が唯一の拠り所です。信頼性はそれぞれの段階での確実な作業と、余すことのないテストで確保する以外にありません。文書ならミスがあっても判読できますが、プログラムは絶対に正しくなければ早晚トラブルになります。あらゆるケースを洗い出しての綿密なチェックもままならないうちに、出荷期限が来てしまいます。

6 - 4 . 残作業の繰り返し

窓口会計を優先するため、施行後も残作業が山積します。レセプトの編集条件は入力データにも関連しますが、レセプトの記載要領は手書きのレセプトにもぎりぎりの段階の発行です。地方単独事業、公費負担医療、公害補償、労災、自賠償などは、医療保険を横にらみしての告示ですから、当然遅れます。請求に縁遠い院内業務や各種統計処理などが安定するのは、数カ月後となってしまいます。

7 . 点数改正対応経費

点数改正の対策経費に関する公式のデータは存在しませんので、目安だけでも得ることを目的に、大胆な推測を試み、結果を表1に示しました。推測手順は、医療機関を大きく「医事コン」処理と手書き処理に分け、「医事コン」の医療機関数は(財)医療保険業務研究協会の平成12年のデータから算定しました。「医事コン」を、病院とその他に分け、病院を共通プログラムによる場合、改造を加える場合に分けました。「医事コン」では、プログラム改造費、マスター改造費、現地調

整費、資料代、その他の経費の単価を推定し、それに医療機関数を掛けて合計金額を求めました。その総額は表1に示すように、570億円となりました。

表1 点数改定所要経費の推定試算(平成12年の全国ベース、単位:百万円)									
	電算処理						手書き処理		総計
	病院				その他				
	個別プログラム		共通プログラム		共通プログラム				
	施設当り	全国計	施設当り	全国計	施設当り	全国計	施設当り	全国計	全国計
医療施設数	-	2,000	-	6,822	-	115,803	-	65,524	190,149
プログラム改造費(百万円)	5.00	10,000	1.00	6,822	0.10	11,580	0.00	0	28,402
マスター改造費(百万円)	1.00	2,000	0.50	3,411	0.05	5,790	0.00	0	11,201
現地調整費(百万円)	1.00	2,000	0.50	3,411	0.01	1,158	0.00	0	6,569
資料代(百万円)	0.01	20	0.02	136	0.01	1,158	0.01	655	1,314
その他諸経費(百万円)	0.70	1,400	0.20	1,364	0.05	5,790	0.01	655	9,210
合計(百万円)	7.71	15,420	2.22	15,145	0.22	25,477	0.02	1,310	56,697
(1)電算処理、手書き処理の施設数は平成12年の(財)医療保険業務研究協会の統計によって区分した。									
(2)病院は個別プログラムによる場合と、メーカ提供の共通プログラムですむ場合に、筆者の推定で分けた。									
(3)その他の内容は医科診療所、歯科診療所、調剤薬局である。									
(4)施設当りのプログラム改造費等の経費は筆者の推定である。									

一方、平成12年4月の点数改正の改定幅は、0.2%（医療費アップ1.9%、薬価ダウン1.7%）と発表されています。年間医療費を30兆円とすれば0.2%は600億円に相当します。あくまでも目安ですが、改正対策経費は改正で得られる1年分の増額分と同程度と推定されるのです。点数改正の原則は2年ごとですが、その合間に医療保険法の改正なども行われます。診療側と支払側が熾烈な論戦を展開してやっと得られた増額分が、必要な準備経費のために費やされると勘定されるのです。

近年は世間のプログラムへの理解も深まりました。企業の苦勞を目の当たりにして医療機関は財布の紐を解かれますが、後味はよくありません。制度的には必要なことです。合理的に実施できることを切に望みます。

8. 総合システムは決定版マスターの実現から

点数改正の対応を詳細に述べました。各企業はひとつ間違えばユーザに致命的なダメージを与え、市場から抹殺されかねないという危機迫る作業を行ない、世間はそれに頼りきっています。事故が表面化しないのが不思議な気さえます。

需要が生み出した「医事コン」を、世間がそのまま是としてきた結果です。システム的な見直しが必要なのです。「レセ電算」がそれだったのでしょうが、「医事コン」の実態確認が甘かったことを反省する必要があります。

同じ環境では、誰がやっても同じです。しかも今までやってきたのは、情報処理技術の専門集団である企業が、ウイークポイントの点数表などの関連条文の解釈は業界挙って実施することで、最善の体制を整え臨んできたものです。環境の改善なしには現状以上のシステムは望めないでしょう。

環境の改善は、点数改正時に情報処理システムとしての常識的な準備期間を設けることです。準備期間を充分にとって、決定版の標準マスターを完備することです。各企業の「医事コン」のマス

ターは先に述べたように、それぞれ工夫を凝らしていますが決定版ではありません。当初設計は最適の姿でスタートしても、予期できない点数改正に遭遇して、姑息な対策に陥ってしまうのです。

医療保険の総合システムの実現のキーポイントは、標準マスターを維持することです。それは当初の最適設計とともに、点数改正を経てもそれを維持することです。期限に迫られて姑息な対策しか出来なければ標準マスターは維持できません。全国の関係者が周知の上、納得して採用できるものでなければなりません。それには単純明解な点数表論理と、十分な対応時間が絶対に必要です。

標準マスターが完備しさえすれば、プログラムがいかに多様であってもデータの互換性は確保されます。市場の多様なニーズに各社が多様なプログラムを提供することは歓迎されるはずですが、点数改正時は、標準マスターの作成は1カ所に対応し、全国に提供します。各企業はそれを入手し、プログラムの改造に専念することですみます。

そのために必要な日程を図9に示しました。施行期日は現行より少なくとも4カ月は遅らせる必要があります。この期間は以下を行なうためのものです。

信頼性、操作性が共に優れた標準マスターを1カ所で作成して全国に提供する。

全国の医療保険関係者が標準マスターの内容を確認し、疑義を解消する。

標準マスターに合わせてプログラムを改造する。(「医事コン」及び院内の各種システム)

十分なテスト及び操作訓練を実施する。

これは、変化を伴う大規模な情報処理システムを維持するためには、当然の日程です。

図9 総合システム実現に必要な点数改訂日程

[個別システム以外は見込めない現行の3月告示、4月施行の点数改定日程]

[総合システム実現に必要な点数3月告示、8月施行の点数改定日程]

(申し訳ありませんが、ここでは省略します。掲載誌を参照ください。)

図9は、医療保険並びにそれをベースとした医療情報システムを現状の個別の状態のままに置くのか、それとも総合システムを目指すかの岐路を示す重要なものとして掲げました。

9. 電子請求と所要の改正準備期間を実現された介護保険

2000年4月より始まった介護保険の費用請求は、当初から原則を電子情報とすることが打ち出されました。それを実現された国民健康保険団体連合会の苦勞は並々なぬものがあったと思います。その一端は参考文献¹⁾に述べられています。図10は参考文献¹⁾から引用して編集したものです。2001年5月請求分では、オンライン回線伝送は5%、磁気媒体は24%の計29%の施設で始まった電子情報による請求は、1年後の平成13年4月にはそれぞれ36%、26%の併せて62%と報告されています。

付帯する医療行為以外は、電子情報のままで審査できることが、電子請求の効果を高めたものと思われる。その成功例からも参考文献¹⁾は、医療保険の電子請求の実現には

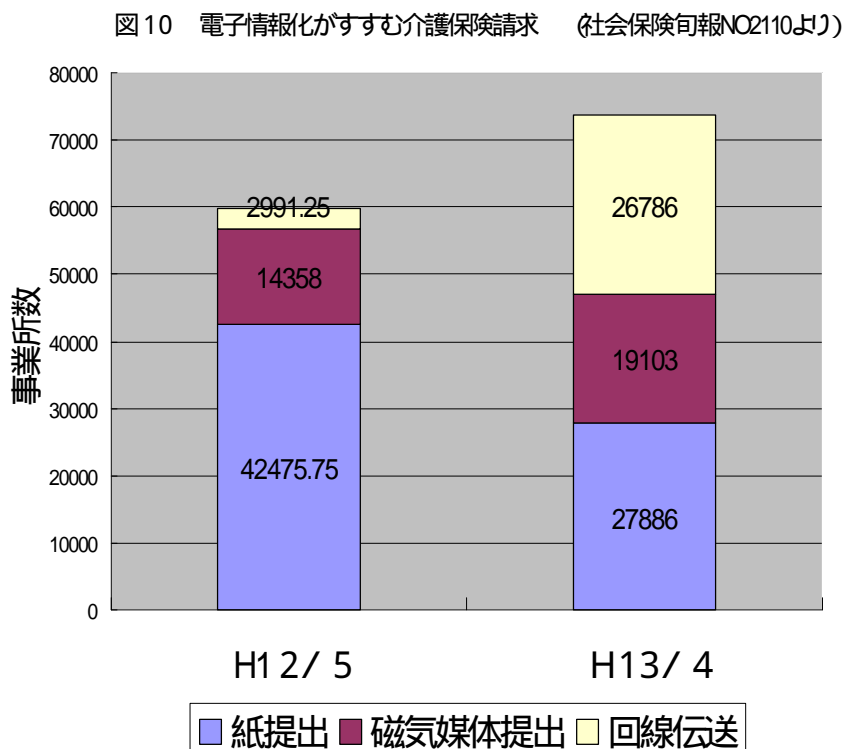
点数表をシステムになじみやすいものにする。

改正時には時間的余裕が望まれる。

現行の「レセ電算」は、紙への再印刷をするなど業務改善に限界がある。

と、傾聴する意見が述べられています。

さらに、2000年12月に「訪問通所サービス及び短期入所サービスの支給限度額の一本化」の改正が打ち出されましたが、その施行期日は2002年（平成14年）1月と、1年の猶予期間が設けられています。この期間にセンター側と施設側のプログラム改造を行い、相互のテストも考慮されています。医療保険の「レセ電算」には、相互のテスト期間も設けられていないのとは、対照的です。



10．総合規制改革会議の答申実現のために

医療保険の改定時には毎回、診療側と支払側で熾烈な論議が展開されます。それを聞けばコンピュータの都合など言い出せる雰囲気など吹っ飛んでしまいます。「レセコンはなんとかなっている、決着した結果は即刻実施すべし。」の気分が充満します。

それには医療情報システムの専門家も口が挟めず、竹槍戦法のレセコンの普及をIT化の推進と早合点したままに、手書き時代の点数改定が繰り返されてきました。IT化は一気にはできあがるものではありません。この間に、社会の他の分野では着々とIT化の種が蒔かれ、育まれ、大樹林にまで成長している例はいまさらあげるまでもないでしょう。

2回目の脱稿直前、12月11日に総合規制改革会議の答申が発表されました。それには明確に医療のIT化の遅れが指摘され、具体的な指針が示されています。それは次号で触れることとしますが、その実現は、図9に示した「総合システム実現に必要な点数改正日程」が前提であることは申すまでもないでしょう。

参考文献¹⁾：社会保険旬報NO.2110(2001.9.11)医療保険とIT(介護保険電子請求の経験から) 船橋光俊

(以下次号)