

医療保険業務とコンピュータ（5）

ライフアシスタント 西山孝之

「E B I（Evidence-based Insurance：根拠に基づく医療保険）」の実現を

1．始まった点数改定

平成14年4月の点数改定は、2月20日の中医協への諮問・同日答申で幕を明けました。諮問書は400ページ余り、概説が添えられ、現行との対比で記載されているものの、綿密に読み解かなければ内容は理解できません。コンピュータ関係者もこの日から臨戦体制です。

3月8日には省令と告示が152ページの官報号外で公示されました。公示の下にはさらに通知があります。通知は、公示を補う地方への通知文書ですが、詳細にわたるため膨大でプログラムとの関連も密接です。

通知の前文には「...関係先への周知及び指導をよろしくお取り計らい願いたい。」とあり、本来の通知は一般国民が直接見るものではなく、地方ごとの行政指針のマニュアルのベースの位置付けと思われ、省庁によっては、必要なら地方から入手してくださいとも言われます。

だが、医療保険に関しては内容が膨大でもあり、そんな余裕はありません。通称白本と呼ばれる「点数表改正点の解説」（社会保険研究所発行）に記載されて地方への説明会資料とされ、その後に行われる一般説明会（本年は東京で3月15日、神戸で18日に実施）の資料としても配布されます。この時点になれば一般の方が購入することも可能です。

白本には官報に未公開で、発行番号が空白の告示も掲載されます。短期間に施行される点数改定には、それなりの配慮が行われているようです。

2．改定は国を挙げての一大イベント、内容の周知徹底策を

そこまでの配慮があっても現実には深刻です。半月後には実務として稼働しなければならないのです。作成にあたった担当官による説明会は、前記のように全国で2回だけです。しかも半日だけ、これでは改定の全般的な趣旨説明がやっとで、業務のレベルにまでは及びません。

点数改定の論議は幅が広く、改定幅などの全体を論じるマネジメントのレベルのものから、数千の点数項目の個々の算定手続きまでに及びます。

説明会が行われるのは中医協の諮問から20日余り後です。説明会に参加するほどの人は、少なくとも諮問の概要は承知しているはずで、また白本の概説部分を読めばわかります。

知りたいのは具体的な業務としての扱いです。それは半日程度で説明できる量ではなく、説明する側も概論以上の詳細には入れないのでしょう。

点数表の情報量が一昔前とは一変しているのに、その伝達方法が昔のままです。白本が発行された時点で内容を承知しているのは行政当局をはじめごく一部の人だけです。それを半月後の4月からは数十万人が携わる日常業務に展開しなければならないのです。周知徹底にはそれなりの仕組みが必要でしょう。

国民皆保険制度の点数改定は国をあげての一大イベントです。筆者は「医事コン」の立場から、準備時間の不足を問題とを提起してきましたが、もっと本質的な問題が隠れていました。

点数改定は国民皆保険制度をさらに良くするための見直しのはずです。国民のすべてが関心を持つべきものです。それがあまりにも複雑化し、医療従事者も内容が理解できないままに施行を迎えます。曲がりなりでもコンピュータがサポートしてくれるので、どうにか運用はできましようが、国民からはだんだんかい離してしまうような気がするのです。

難解なものの代名詞のように言われるパソコンも、パソコン教室などが普及して市民権を得ています。難解な点数

表の改定内容を説明するにはパソコン教室のような仕組みが必要でしょう。それにはインストラクタの養成からはじめ、希望者は内科系、外科系、歯科、調剤、一般国民向けなどのコースを選択し、改定に呼応して予め準備されたコンピュータを介し、数日間の講習を受ける。

諮問書、官報、白本など改定内容が記載された文書を眺めてみると、最低この程度の講習を受けない限り、点数表の改定の趣旨に沿った運用はできないと思うのですが、いかがでしょうか。

3. 「医事コン」の対応

具体的な内容に戻ります。白本は「医科・調剤編」と「歯科・調剤編」との分割して編集されています。前者の内容は下記のとおりです。

「社会保険・老人保健 点数表改正点の解説（医科・調剤）平成14年4月版」
（社会保険研究所発行）

平成14年4月点数表改正点の解説（通称：白本）（医科・調剤編）	
第1部 点数表	ページ数
(1) 医科（一般、老人）診療報酬点数表、調剤報酬点数表新旧対照表	245
(2) 療養担当規則改正等（9件）	38
第2部 関係告示	
(3) 基本診療料の施設基準（告示第73号）	35
(4) 特掲診療料の施設基準（告示第74号）	21
その他告示（16件）	39
第3部 関係通知	
(5) 診療報酬点数表の一部改正に伴う実施上の留意事項	334
(6) 基本診療料の施設基準等及びその届出手続き	124
(7) 特掲診療料の施設基準等及びその届出手続き	109
(8) その他の通知（10件）	112
材料価格基準・通知	63
参考資料（入院関連早見表）	16
	計1,136ページ

第1部、第2部は、諮問書や官報の再編集ですが、第3部は白本で始めて示された内容です。300ページ以上の「診療報酬点数表の一部改正に伴う実施上の留意事項」の通知は、必読部分です。

最近、新規部分にはアンダーラインが、削除部分は2本線で除され、ずいぶん見やすくなりました。告示には記載がなく、通知で新規に現われたアンダーライン部分をランダムにとりあげて、通知の内容を紹介します。

「在宅療養指導料は、患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、患者において行った場合は算定できない。」

「生活習慣病指導管理料において、同一月において、院外処方せんを交付する日と交付しない日が混在した場合には、当該月の算定は、「処方せんを交付する場合」で算定する。」

「糖負荷試験や胃液分泌刺激テストの「注」の注射とは注射手技料をいい、施用した薬剤の費用は別途算定する。」

「鼻腔通気度検査を手術前に実施した場合は手術予定日をレセプトの摘要欄に記載する。」

などです。

「医事コン」設計者は、これらをプログラム機能として追加するか、人為判断に任せてプログラムでは対応しないかを、

医療機関での発生頻度がどの程度か

人為判断の難易度はどうか

改定が一時的なものか永続的なものか

自社システムの論理構造では可能か

改造の難易度はどうか
改造所要マンパワーはどうか
今後の改定の際の作業への影響度はどうか
などを考慮して決定します。

点数の変更だけならマスターの修正ですみむので対策は容易ですが、この種の論理変更は大変です。これらの事例に関してはいずれの機種もプログラム対応は困難でしょう。医療機関側での判断が必要となるでしょう。

4. 改定対応の基本マスター

今回は、昨年春開設された厚生労働省の診療報酬情報提供ホームページ¹⁾から基本マスターが提供される最初の点数改定でした。3月19日現在のホームページの内容は以下のようになっています。(下線は筆者)

14年度医療費改定のページ

14年度医療費改定対応マスターのダウンロードサービスを行います。
改定に対応したマスターから順次提供を開始していく予定です。
<基本マスター利用上のご注意>
基本マスターの整備については現在鋭意作業中ですが、今般ご提供予定のマスターについてはあくまでも迅速性を重視した「速報版」の位置づけであることをご理解ください。
掲載されている情報の正確性については万全を期しておりますが、今後公開されるレセプト記載要領や疑義解釈通知等の内容によってはデータ項目等について一部変更が発生する可能性があります。これらの正誤情報についても本ホームページで随時提供予定ですが、本マスターに掲載されている情報を基に医療保険請求行為を行う場合は、各自内容等について今一度ご確認の上ご利用ください。

・診療行為マスター	：平成14年3月15日
・医薬品マスター	：平成14年3月18日(筆者注：3月13日が更新された)
(18日付で経過措置品目に関する告示が墮されましたので対応しました。)	
・特定保険医療材料マスター	：平成14年3月18日
・調剤行為マスター	：平成14年3月15日

当初「近日提供予定」であった提供日が確定日の数日前に明示され、その通りにマスターは掲載され、ダウンロードできました。内容紹介は次回を予定します。

連載の第3回(2002年2月)で「公表順序番号」が「予備」となり、診療行為マスターが点数表順に並べられない問題を指摘しましたが、この番号が復活され、点数表順の配列できたので随分見やすくなりました。しかし、ファイルレイアウトでは「予備」のままであるのが気掛かりです。

医薬品マスターへの期待は、後発医薬品のフラグです。後発医薬品の有無で処方せん料に2点の差がつくことになったためです。しかし、それは付与されず、予定も示されてはいません。

信頼性向上への地道な対応を

気掛かりなのはアンダーライン部です。使用前に今一度確認をするなど、実際には不可能なことです。あまりにも率直なコメントです。

内容が未確定のままに施行されるのが基本問題ですが、企業の個別マスターはそれでも提供しています。そのため、情報のインフラが整備できないままであるための問題は、すでに述べてきました。信頼される基本マスターの提供が首を長くして待たれています。それには的確な情報を提供して信頼性を一步一步築いていくしかありません。

具体的には、些細なことでも可能な改善を迅速に行うことです。ユーザーの声をメールで聞き、素早く対応することです。現在でもできることは沢山あります。すでに述べたことですが、データ内容の説明資料がファイルのレイアウトだけで、マスターの仕様書が見当たらないなど、大きな問題ですが、すぐに対応できることです。

地道な努力の継続とともに、提供のネックとなっている事項の改善提案を積極的に行うことでしょう。

5. グランドデザインの「レセ電算」

話題は変わります。昨年12月、「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン(以下、グランドデザイン)」

が発表されました。報告書は厚生労働省のホームページ²⁾からダウンロードできます。

図14:(筆者注:お手数ですが、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/dl/s1226-1.pdf>のp50をダウンロードして参照ください。)は、その中の「レセ電算」工程表です。普及率はレセプト件数比で0.5%の現状を、2年後には病院の5割以上に、4年後には7割以上にすることが掲げられています。そして、その具体的手段として、オンライン化の計画や、医療機関への理解促進などがあげられています。

オンライン方式は磁気媒体よりは近代的です。しかしオンライン方式でないことが現在の不振の要因なのでしょうか。また、医療機関が関心を示さないのは単なる理解不足のためでしょうか。

「レセ電算」は国家プロジェクトとして推進されているシステムです。世間の期待は、医療保険全体の情報処理化であるのに、事務処理の合理化だけが目標であることに飽き足らなさを抱いているのではないのでしょうか。

以下、「グランドデザイン」を踏まえての提案です。

6. 医療保険の「Plan - Do - See」

いかなる事業でも「Plan - Do - See」のフィードバックループが必要です。厳しい市場に臨む民間企業ではそれが生存条件です。スーパーやコンビニエンス・ストアが、レジスターの情報から商品の売れ筋をタイムリーに判断して仕入れ情報にしているなど、いまさら言うまでもありません。

図15に医療保険の「Plan - Do - See」の原状を描いてみました。そこには、一貫した情報処理システムは存在していません。

「Do」

現在は、請求、審査、支払いごとに処理されています。たしかに非合理です。「レセ電算」がこの三者に一貫した整合性のあるシステムを構築するとして始められた当時は、たしかに英断でした。しかし、それはあくまで「Do」の部分に限定したシステムです。「グランドデザイン」では「レセ電算」の情報を「健康指導などの保健事業に活用」する効果が述べてありますが、まずは保険事業の「Plan - Do - See」に活用することが本来ではないのでしょうか。

「See」

厚生労働省大臣官房統計情報部の管轄とされています。毎年1回、6月査定分の政管健保、組合健保、国保のレセプトから、医療機関を限定して抽出されたものの再集計です。集計にはコンピュータが使用されていることですが、結果を纏めるまでに2年余りを必要としています。

現在得られる最新のデータは平成11年6月査定分です。対象レセプト6,280万件から342,000件(サンプル率0.54%)のレセプトを抽出しての報告です。報告書³⁾の発行は平成13年8月です。厚生労働省のホームページからもダウンロードが可能です。

サンプル率が僅少でも統計的には精度は十分なのでしょう。だが、その作業は手作業の限界を遥かに超えたものと思われます。もちろんコードはなく、診療行為群ごとにまとめて記載された点数から、行為ごとの点数を割り出すなど、想像するだけでも大作業です。生化学のまるめ算定や、包括算定項目の処理もあります。2年を要するのもうなずけませんが、データの価値は激減します。当然ITを駆使すべき分野でしょう。

「Plan」

点数表等の設定です。厚生労働省の原案を、支払側委員、医療側委員、公益代表委員からなる中医協の諮問・答申を経て公示されます。国の予算編成との関連もありましょうが、前回の改定結果はどのように還元されているのでしょうか。データ分析がスーパーやコンビニエンス・ストアのように簡単ではないのはわかります。それ故にこそ、データ分析のノウハウの蓄積が必要でしょう。

点数改定のつど、改定幅が公表されます。今回はそれがマイナスのため、その根拠を求める声が一段と大きくなっています。改定幅の算定には当然、項目ごとの発生頻度データが必要でしょう。

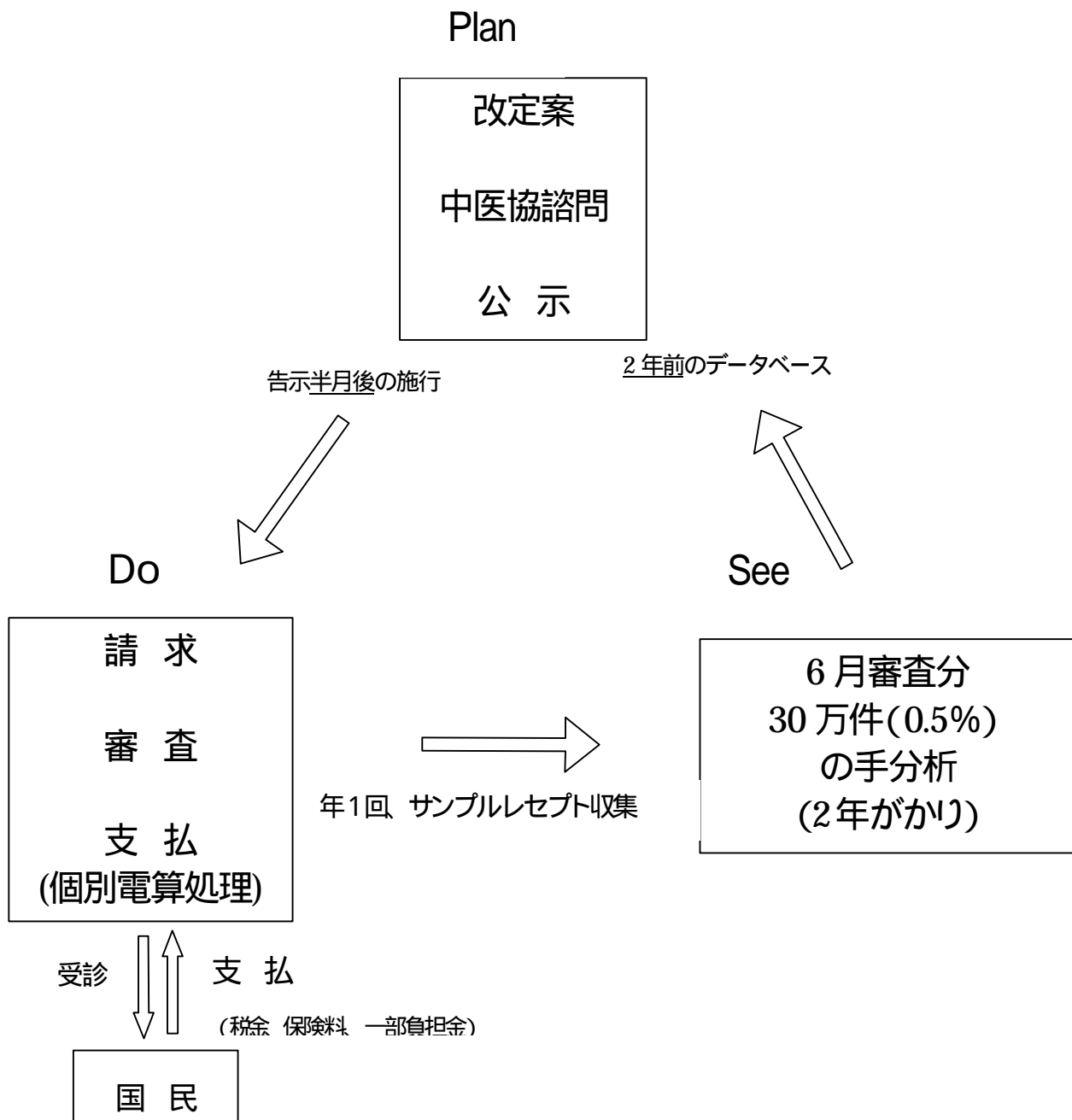


図15 医療保険の「Plan - Do - See」の現状

慶応大学の池上先生は参考文献⁵⁾で、つぎのように述べています。

診療報酬改定率とは、各診療行為の点数にそれぞれ前年度の回数を乗じて加重平均した点数価格の全体としての改定幅である。診療行為の回数は、改定によって変化する。また新しい行為や算定方式が導入されたものは分らない。

また、改訂作業を行う際に用いる社会医療診療行為別調査のデータの精度が必ずしも高くない。同調査の客体数が少ないうえ毎年異なる医療機関からレセプトを抽出しているため、誤差が大きい。このように確実性の必ずしも高くない状況で個々の診療行為に対する改訂作業が行われるため、結果的には実際の作業にあたる保険局医療課と日本医師会の担当者の裁量幅は比較的大きい。

この仕組みは「不透明」として批判されているが、医療分野における様々な利害を総合的に調整する公正な方法を見いだすことが困難である以上、現状では当事者の「バランス感覚」に頼らざるを得ない。いずれにせよ、各医療機関が新しい点数表のもとでどのように行動するか分らないので、改定率はあくまでも予算を編成するための見込の数値に過ぎない。

(中略)

こうした制度改革と合わせて診療報酬データの有効活用が今後の大きな課題である。レセプトデータは膨大であるが、社会医療診療行為別調査以外には体系的には使用されず、同調査についても前述したように大きな制約がある。今後、医療サービスの真の効率化を望むなら、データベース構築のためのIT関係を含めた先行投資を行い、あわせてデータ分析のプロの養成、キャリアの用意をする必要がある。医療を適正に測れるようにすることが真の効率化の第1歩である。

最近ホームページから中医協の論議も知ることができます。新しい改定提案に委員から「その根拠となるデータはどこにあるのか」と質問が出されています。あるべき医療保険を実現するためにも、データをベースの論議が展開され、国民にも見えることが必要でしょう。

ともあれ、現在の医療保険の「Plan - Do - See」のループは「See」の部分で2年以上を要しています。その一方で「Plan」から「Do」への移行が半月と、無理なスケジュールが強行されています。

その上、税金、保険料、一部負担金と、名目は変わっても医療費のスポンサーであることに変わりのない国民は、「Plan - Do - See」のループの外に置かれたままです。

30兆円の医療費を扱う医療保険の「Plan - Do - See」のループが正常に機能しているとは言えないのです。

7. 「レセ電算」を「EBI」のシステムに

医療分野では最近、「EBM (Evidence-based Medicine : 根拠に基づく医療)」が喧伝され、論議も盛んです。筆者はEBMに呼応して、「EBI (Evidence-based Insurance : 根拠に基づく医療保険)」を提唱します。

そして、「Do」の領域に限られた「レセ電算」を、「Plan - Do - See」の全体を貫ぬく「EBI」のシステムと位置付けることを提案します。

その構想が図16です。スポンサーであり、かつクライアントでもある国民がシステムの中心です。

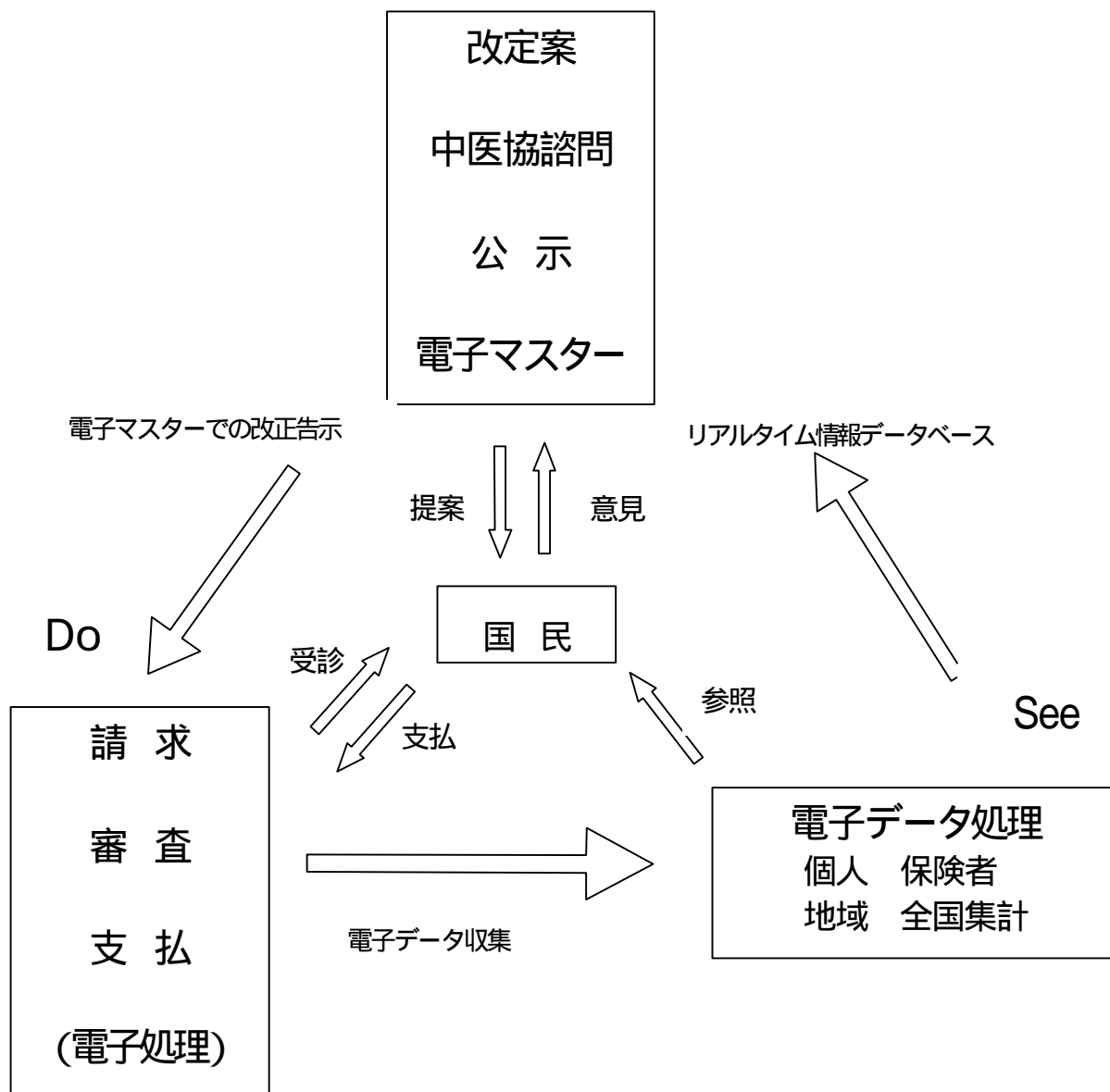
「Plan」である点数の配分は、実施結果のデータをもとに原案を作成し、スポンサーの国民にも広く公開します。それに国民は意見を述べます。もちろん医療機関も意見を述べます。

国民は日頃から「See」の部分で個人ごと、地域ごと、さらには全国規模の医療の実施状況のデータが参照可能です。自分自身のことはもちろん、医療全体に関する見識を深めています。建設的意見も多く出るでしょう。

「Plan」で決定した点数配分はもちろん、電子マスター形式で告示されます。「Do」の部分はそのデータによってシステムを構築し、請求・審査・支払の業務を合理的に処理します。その結果は「See」の部分で、保険者、地域、全国と集約します。その結果を分析し、点数の再配分が必要となれば見直し案が作成されて提案されます。

かくして、国民ひとりひとりが、医療保険を自分のものとの実感をもって接する仕組みが実現します。点数表が難解では国民には理解できないばかりか、情報処理システムも複雑化し経費も高騰します。根拠が明らかにできる限り簡素化することです。複雑な「ひとの病気」を対象としたEBMが複雑になるのは当然ですが、EBIは根拠が明らかである限り、簡素であるべきでしょう。

図16 「EBI (Evidence-based Insurance システム) ベースの医療保険の「Plan - Do - See」



8. 「EBIシステム」に改めた「レセ電算」の普及見込

以上が、「レセ電算」の社会的意義を「EBI」に置いた基本的概念の提案で、そのイメージが図16です。「EBIシステム」の詳細は今度論じるとしても、医療機関も企業も全面協力を惜しまないでしょう。

その結果、見込まれる普及予想を図17に掲げます。これは以下を前提に描いたものです。

平成16年までに、「EBIシステム」の構想を確定するとししました。それが遅れればその分、計画全体は遅れることとなります。

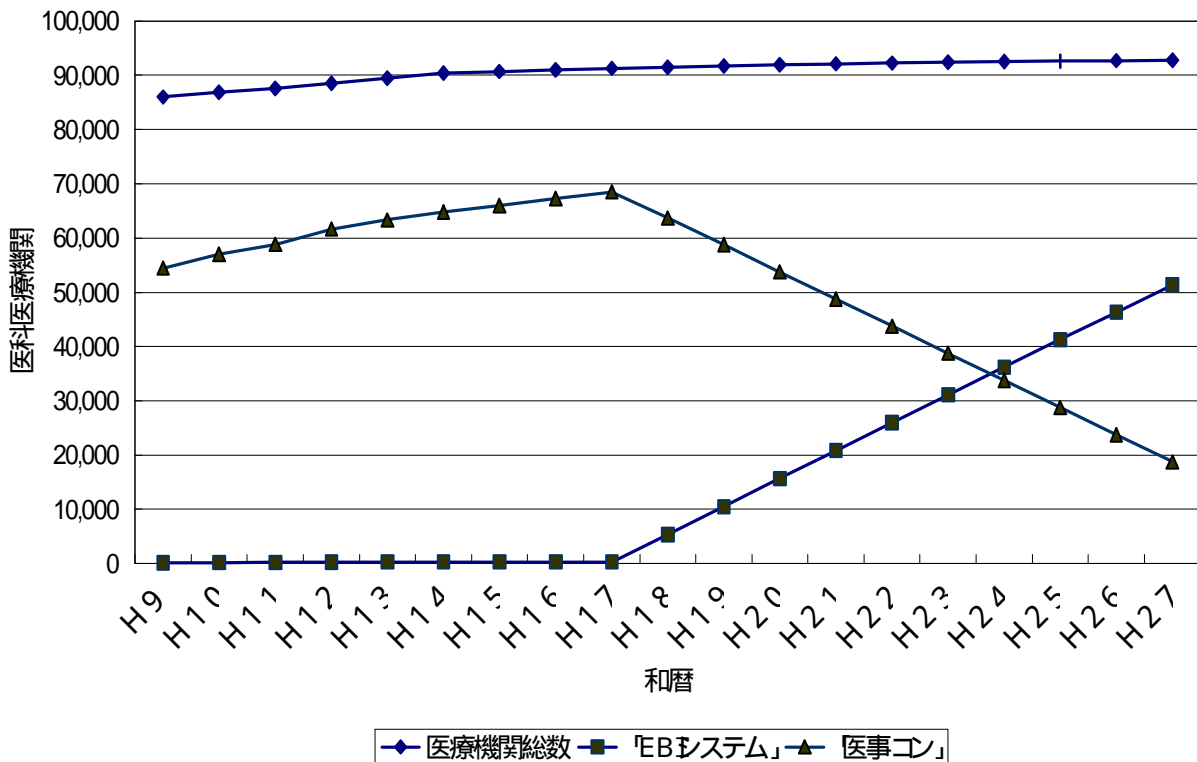
医療機関、審査機関、保険者及びそのデータ収集システムが全体構想に基づいて具体化します。

その結果、医療機関のシステムは平成17年から導入可能となり、設置後6年を経過した「医事コン」が逐次リブレースされると見込んでいます。

「EBI (Evidence-based Insurance: 根拠に基づく医療保険)」は、「医事コン」の実態、「レセ電算」の不振、点数改定の現状、世間一般のIT化の進展の陰に取り残されていく医療情報システムの現状を憂い、世界に冠たる国民皆保険制度を今後も発展させるために、到達した情報技術者である前に国民である筆者の願望です。

ご批判いただき、活発な論議が展開されることを期待します。

図17 『レセ電算』改め『EBシステム』の普及予想



(参考文献及びホームページ)

1)厚生労働省「14年度医療費改定のページ」:<http://202.214.127.149/>

2)厚生労働省「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」:

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1.html> :

3)厚生労働省大臣官房統計情報部、(財)厚生統計協会:平成11年(6月審査分)社会医療診療行為別調査報告(上巻:概要480ページ、下巻:詳細950ページ)

4)池上直己:社会保険旬報旬報N02121(020101「診療報酬による医療改革は可能か」

(以下、次号)