

電子レセプトが普及した韓国の医療保険 診療報酬点数表の内容と EDI システム

柳韓大学^{ユハン}保険医療福祉研究所 日本事務所 所長 西山 孝之

前回は韓国の医療保険の近況などを紹介しました。今回は診療報酬点数表の内容と EDI システムについて述べますが、今回、初めて読まれる方ものために、前回紹介したことを再度述べることを了解ください。

9. レセプト様式

韓国の点数表の紹介の前にレセプトを紹介します。図 4 は韓国の医科外来のレセプトサンプル（日本語訳）です。様式だけでなく記載例も紹介するため、ソウルの書店で「レセプトの書き方」の本を求め、その中に掲載されていたものを翻訳しました。

レセプトのサイズは B4 判です。歯科も医科と同形式ですが、傷病名欄に歯の部位を示す歯式が追加されています。当然ながら入院レセプトは一部異なりますが、その紹介は紙面の都合で割愛します。

ご覧になっておわかりのように、レセプト様式は明らかに日本がベースとなっています。その特徴を紹介します。

中央上部の 6 桁+7 桁コード（例示では 710216+2362422）が、国民ひとりひとりを識別する住民コードです。これが被保険者の識別にも用いられています。保険者のデータベースと照合することで、資格確認は確実です。薬局の調剤レセプトと診療レセプトの照合にも有効なことは、前回述べたとおりです。

保険者は統合されましたが、事業場記号があります。収支勘定はいったんは統合されたものの現在は再度分割されています。本年 7 月に諸般の調整を終え、再統合が予定されているとのことです。

傷病名関連には、傷病名欄とコード欄があります。傷病名の表現は任意ですが、それを ICD10(韓国語に翻訳して KCD と称している)コードで記載することが必須となっています。

来院日欄があるのは外来のみです。

点数表の部ごとに日数/回数、合計点数が記載されるのは日本と同じです。

摘要欄の薬剤は名称で、診療行為はコードで記載しています。手書きの場合でも統計処理のため、コード記載です。

CT、MRI は保険適用外であるためか、別枠となっています。

10. 点数表と算定マスター

点数表の目次は前回紹介しましたので、今回は点数表の内容をトピック的に紹介します。

表 6 は、第 1 章基本診療料の初診料の冒頭の部分です。

初診料は、医療機関の種類によって 7 つに区分され、(1)の「医科医院および保健医療院内の医科」はさらに表 7 に示すように診療科によってア群からエ群の 4 つに分類されています。

表 7 診療科群ごとの診察料(医院)

これら 10 種の初診料にはそれぞれに 5 桁の請求コードが決められています。これに「注 1」の年齢加算、「注 2」の障害者加算（歯科限定）、「注 3」の時間外および公休日加算を算定し場合に追加する 3 桁コードも示されています。

点数表全体が、このようにわかりやすくなっており、健康保険審査評価院がこれを実用的な算定マスターにして、ホームページに掲載しています。表 8 はその冒頭部分です。

「名称」欄には点数表の名称が、「算定名称」欄には注加算のすべての組み合わせ名称が記載されています。

「点数」欄はその点数で、「金額」欄は点数に、2002 年の告示額（1 点あたり 53.8 ウオン）を掛けた金額が

記載されています。

日本の点数表では、ある複数の注加算が同時に算定できるのかどうか、わからなくなることがよくありますが、韓国では算定可能な加算をすべて合算、コーディングされたマスターがヨウイ用意作成されており、そのような悩みが生じる余地はなさそうです。

点数表は歯科診療、調剤報酬がひとつにまとめられたものです。前回は触れましたが、老人の区別は現在はありません。また、生活困難者向けに「医療保護法」がありますが、公費負担医療に相当する制度はありません。

指導料や在宅医療の項目としては、基本診療料のなかに「慢性疾患指導料」と「家庭看護基本料」があるだけです。

日本の特掲診療料に相当する項目には、表9の「療養機関種別加算」が適用されます。これにより大規模、高機能な療養機関ほど同一項目でも点数は高くなるのです。ただし、外部委託検査にはこの加算は適用されず、定額の外部検査委託管理料を算定します。

入院料には看護従事者の数による差が設けられていますが、日本のような病棟の区分はなく、施設基準による点数の差も見当りません。検体検査の検査項目数によるまるめ算定もありません。

医師の1日の診療件数に適用される診察料の「差等点数」は、日本には見られない仕組みです。1日の診察件数が75件以下の場合には点数表どおりで、75件を超え100件以下の場合には90%、100件を超えて150件以下の場合には75%、150件を超えた場合は50%の算定となります。薬剤師にも、調剤料に同様の規定が適用されます。

1.1. 算定マスター件数

表10は日韓の算定マスターの件数比較です。

診療行為マスターは、点数表の複雑な日本の方が少ないのです。ここに電子レセプトの明暗の原因が潜んでいるようです。その詳細は次回に述べます。

薬価マスター件数は同程度ですが、医療材料には相当の差があります。日本のマスターは告示された一般名称の件数です。商品名レベルなら数十万件になります。韓国の件数も、商品名のレベルではなさそうですが、詳細は未確認です。

薬剤マスターおよび医療材料マスターに記載されている価格は「上限値」で、請求はこの上限値以下の範囲で、実際の購入額によるとのことです。

傷病名マスター

件数は同程度でも傷病名マスターの内容は大きく異なります。韓国のマスターは、国際標準のICD10(韓国語に翻訳したてKCD)の詳細分類の4桁コードそのものです。日本のマスターは、多くの傷病名を標準的に集約したもので、日本独自のコードが用いられ、それにICD10の4桁コードが付与されています。ICD10コードは、複数の傷病名に同一のものがある一方、まったくコードが付されない傷病名も多数あります。

傷病名マスターの日韓比較も論じることが多いようですが、ここでは事実の紹介にとどめます。

「審査基準、指針」はレセプト・チェックの論理を決定するものです。これをキーとしてレセプト・チェック・プログラムが専門会社の手によって作成され、医療機関および審査機関に装備されています。

これは日本の「解釈通知」に相当するものです。日本ではその見直しは改正時に一斉に行われますが、韓国では随時見直されてホームページに掲載されます。その1例が表11です。相当細かい規定と思われるが、医療機関はホームページに留意することで、日常業務を消化しています。専門会社はこれをプログラム論理に作り上げているのですが、その手法が確認できていません。

1.2. 医療保険 EDI の導入

医療保険 EDI の導入経過を表 1.2 に示します。

実現のきっかけは、韓国通信 (KT) が、国際標準の EDI (Electronic Data Interchange : 電子式データ交換システム) の基本技術を整備したうえで、システム構想を提案し、それが保健福祉部およびインターネット立国を推進する情報通信部の意に的中し、図 5 のような EDI 推進委員会を結成して推進されました。

図 6 は EDI の系統図です。保健福祉部はつぎの制度を設けて医療機関のメリットを与えました。

医療機関の入金までの期間 30 ~ 40 日を 15 日以内に (審査に手間取っても請求の 90%) は支払う。
EDI 画は加入当初は無審査とする。

優良医療機関はグリーンカードを付与して 2 年間無審査とする。

原則月単位の請求を週単位の受け付けにも応じる。

資料の添付を簡素化ないし省略する。

これらのメリットが見込まれても、導入経費が高くては普及しません。そこで、すでに設置されている紙または磁気媒体のシステムを EDI 向けに安く改造することが重要になってきます。図 7 に示すように、KT は「各社共通の EDI モジュール」を作成し、各社に無償提供して組み込ませ、その費用は医療機関からの回線使用料で長期間で回収する方策によってこれを実現しました。

その詳細は不明ですが、「各社に共通の EDI モジュール」によって各社のシステムが EDI 向けの改造できたのは、コード体系が紙、磁気媒体、電子情報の区別に関係なく、点数表によって規定されていたためと思われます。

残念ながら、日本のコードは点数表によって決められたものでなく、各社ごとに個別のため、同様の手段では成功しないでしょう。

1.3. 医療保険 EDI による請求・審査・支払い

医療機関で編集されたレセプトは、チェックプログラムを通して中継センターに伝送されます。健康保険審査評価院ではこれを受け、暗号を解いて記載内容を点検し、積み上げた統計と照合して審査対象のレセプトを選別します。審査の流れは

看護職経験の職員による画面一次審査

一次審査では判定できないものを審査委員 (医師) が行う二次審査

さらに審査が必要と判断されて行われる専門分科委員会による三次審査

と進みます。審査は画面中心ですが、高額のものには電子コメントのほか、検査結果、カルテが添付されます。審査委員会が資料の提出を求めることもあります。

審査を終えたレセプトは、同じビルの中にある国民健康保険公団に磁気テープで渡されます。そこでは資格確認は行われますが、再度審査することはなく、支払いにまわされ、医療機関に報告されます。

大規模総合病院を訪問しましたが、EDI 処理の評判は上々です。査定結果は個々に理由コードが付されて詳細が連絡されます。疑義があればメールで確認します。

医療機関は、査定結果を一覧表にして院内に配布し、関係者に注意を喚起します。業務の透明化が好感を与えている印象でした。

1.4. 医療保険 EDI の成果

EDI の効果を健康保険審査評価院は表 1.3 のように表現しています。単なる請求業務の合理化だけでなく、社会システムとして成果を発揮している状態がうかがわれます。

15. 医療保険 EDI の普及経過

このように導入された韓国の医療保険 EDI は、**図 8** が示すように、成功の典型的パターンによって普及しています。もちろん、各種改善が継続的に行われています。療養機関ごとの比較では、中小病院の普及率が低迷が顕著です。その理由はやはり初期投資の壁の高さにあると判断され、対策としてネットワークでプログラムを提供する ASP(Application Service Provider)方式も実用化されました。

図 8 に、日本のレセプト電算処理システムの状態を合わせて記載しました。明暗は一目瞭然です。

次回は、韓国の成功から学んだ対策を述べることにします。

参考文献

- 1) 二俣義司、山野真二、田山 優．諸外国におけるレセプト審査の現状と課題（韓国）．日本醫事新報 No.4097(2002年11月2日)

おことわり！

図 4（レセプト例）および表 8（算定マスターの例）は収録されていません。

表6 診療報酬点数表(初診料)

類番号	コード	分類	点数	金額 円
ア-1		外来患者診察料 ア 初診料		
		注1 満6歳未満の小児に対しては9.03点を加算する。(算定コードの100の桁に6と記載する。)		
		注2 歯科で障害者登録証を交付された脳性麻痺または精神障害人に対しては9.03点を加算する。(算定コードの100の桁に9を記載する。)		
		注3 平日20時(土曜は15時)から翌日9時まで、または公休日に関する規定による公休日には診察料中の基本診察料の所定点数の30%を加算する。(算定コードの100の桁に夜間は1、公休日は5を記載する。)		
	AA144	(1) 医科医院、保健医療院内の医科 ア群	207.58	11,170
	AA154	イ群	196.75	10,590
	AA164	ウ群	189.53	10,200
	AA174	エ群	189.53	10,200
	AA155	(2) 医科病院、療養病院内の医科	203.97	10,970
	AA156	(3) 総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除く歯科大学附属歯科病院	227.44	12,240
	AA157	(4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学附属歯科病院	250.90	13,500
	AA100	(5) 歯科医院、保健医療院内の歯科	166.06	8,930
	AA109	(6) 歯科病院	178.70	9,610
10100	(7) 漢方医院、漢方病院、保健医療院内の漢方科、国立病院内の漢方診療部、療養病院内の漢方科	151.62	8,160	
	イ 再診診察料 (以下 略)			

韓国健康保険療養給与費用2002年4月版より

表7 診療科群ごとの診察料

分類	診療科群	初診料(点)	再診料(点)
ア群	内科、小児科、家庭医学科、神経科、精神科、結核科	207.58	151.62
イ群	一般外科、整形外科、神経外科、胸部外科、形成外科、麻酔科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、リハビリ科	196.75	140.79
ウ群	診断放射線科、治療放射線科、核医学科、臨床病理科、解剖病理科、産業医学科、予防医学科、その他専門科目、一般医師、歯科	189.53	133.57
エ群	救急医学科	189.53	133.57

表 9 療養機関種別加算 (特掲診療料)

	区 分	加算率
1	総合専門療養機関	30%
2	総合病院	2
3	病院	2
4	医院	15%
5	薬局、助産院、保健(支)所、保健診療所、精神病院、事業所付属療養機関	0%

1～4の療養機関では、特掲診療料の点数表の記載点数に上記の加算率を適用する

外部委託検査は適用外、但し10%の委託管理費が算定できる

表 10 算定マスター件数 (日韓比較)

	韓国	日本
診療行為	27,105	5,484
薬価	16,697	17,622
医療材料	5,916	711
傷病名	20,203	19,463
審査基準、指針	23,643	-

韓国の件数は健康保険審査評価院資料より。

日本の件数はレセプト電算処理システムのマスターより。

審査基準、指針のコード内容は未確認である。

表 11 算定基準例

副腎皮質ホルモン剤を利用した関節腔内注射の認定基準

〔従来の基準〕

同一関節内の関節腔内注射は週1回きり認定し、5 - 6週までは認定する。

〔改定後の基準〕

副腎ホルモン剤を利用した関節腔内注射は、薬剤による副作用を考慮し、同一関節には2～4週の間隔で1年に3 - 4回を認定するが、同時に複数の関節に実施する場合は、2関節まで認めるが、1ヶ月に最大3～4関節まで認める。

健康保険審査評価院のホームページより

表 12 医療保険EDIの導入経過

1991～94	国際標準の X.435 メッセージハンドリングソフトをKTが開発
1994	KTが医療保険EDI事業を提案し、保健福祉部が承認
1994～95	医療保険関連ソフトの開発
1996	医科でサービス開始
1996～97	EDI請求関連の法整備。調剤、歯科に拡大
1998	全国展開
1999	漢方、保健機関に拡大

図 6 EDIシステム

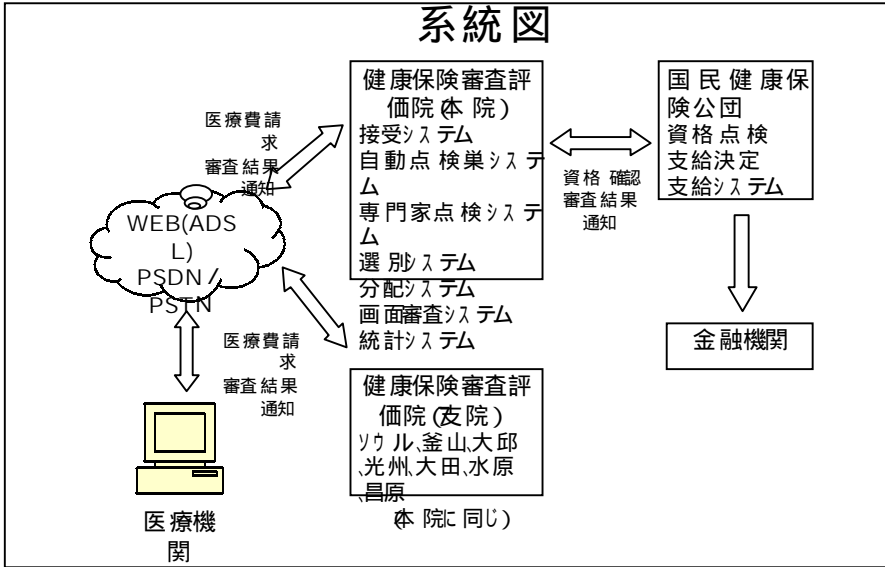


図 7 医療保険 EDIシステムブロック図

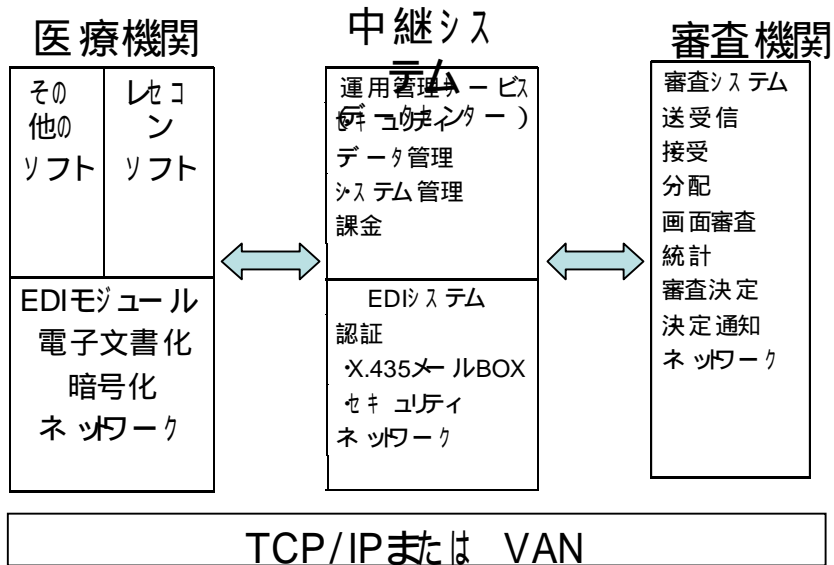


表13 医療保険EDIの効果
(健康保険審査評価院資料より)

社会面	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関相互の全国的情報交換システムの実現 政策決定に役立つ正確なデータの実現 時間、管理、輸送、郵送、保管などの社会的経費の削減
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 請求業務の合理化 管理経費の削減 償還費の早期受領による経営体質改善 審査結果の明確化による請求業務の正確度向上
審査評価面	<ul style="list-style-type: none"> 業務改善と経費の削減 <ul style="list-style-type: none"> 計算、チェック工数削減 69名減 入力コスト削減 62億ウォン(1999年),113億ウォン(2000年) 正確な全国医療費データの集計 医療費の透明化 医療機関の個別指導による無駄な出費の防止

図 韓国 の 医療保険 EDI の 普及経過

--日本 の レブ電算処理システムを併記 --

