

電子レセプト推進策 「計算法」を「テーブル法」に

柳韓大学保健医療福祉研究所

日本事務所 所長 西山孝之

1. 日韓の差は普及率だけではない

日本の電子レセプトは、“レセプト電算処理システム(以下、「レセ電算」と略す)”によって推進されている。2001年(平成13年)からは調剤報酬も対象に加わり、普及率は上昇に転じたが、2004年5月現在、レセプト全体では未だ13%に過ぎない。¹⁾

韓国は、日本の点数表をベースに日本より遅れて国民皆保険を運営しているが、レセプトの電子化は、2003年8月現在、医療機関ベースで90%、件数ベースでは95%に達している。両国の電子化状態を図1に示した。

日韓の差は、単に普及率の差だけではない。日本の電子化は現在のところ、医療機関と審査機関の間だけのものであるが、韓国では医療機関から審査機関を経て保険者に至り、さらに全国の統計までの全体で「電子データ交換システム(EDI:Electronic Data Interchange)」を実現している。

全国集計もほぼリアルタイムに行われている。日本の集計が2年以上をかけ、一部のサンプル・レセプトによる手集計であるのとは大違いである。医療機関へのメリットの還元も、入金期日を40日から15日に短縮するなど、十分に配慮されている。²⁾

医療保険は、本来、請求→審査→支払いの日常業務を合理的に実行し、そのデータを次回の改定に結び付け、医療資源の有効配分を行うまでが一連の業務のはずである。しかし、2001年12月に公表された「保健医療分野の情報化に向けてのグランド・デザイン」には、「レセ電算」の目標として、医療機関における普及目標は掲げられているが、医療保険全体のシステム構想については、なにも触れられていない。

現状のままで、医療保険全体のシステム化が、実現するのだろうか。医療情報システム関係者も、この分野には及び腰であり、レセプト処理の実態は一般にはあまり知られていない。

ここでは、手書処理のレセプトにコンピュータが導入され、それに「レセ電算」が導入された過去、現在を振り返り、電子レセプトの推進策を述べる。

2. 「テーブル法」と「計算法」が併用されていた手書きレセプト

レセプトの手書き処理を振り返ってみると、それは2つの方法をうまく併用して処理していた。それらを「テーブル法」、「計算法」と名づける。「テーブル法」は、早見表に記載された具体的な点数を転記するだけの、簡単な方式である。その早見表は、点数改定のつど、医療関係団体や出版社が作成したものが入手できる。具体的に記載された点数は、点数表全体のごく一部ではあるが、日常の業務のほとんどはこれで間に合う。

まれには、早見表にない点数を算定する場合も生じる。そのときは「計算法」である。簡単なものは早見表の注の計算式で計算できるが、ときには点数表などにさかのぼり、ベテランが条文を解釈しながら計算することもある。

小規模の診療所なら早見表だけで処理ができる。現在でも診療所の24%から、全体の7%のレセプトが手書きで提出されている。¹⁾

3. 医事コンピュータは「計算法」を採択

医療機関の規模の幅は広い。一定規模以上の医療機関では、医事コンピュータ(小型のものをレセコンと呼んでいるが、本文ではまとめて「医事コンピュータ」という。)を必要とするのは当然であり、企業がそれを見過ごすわけではない。しかし、コンピュータは高速だが不器用である。「テーブル法」と「計算法」を切り替えるような器用な真似はできない。およそ30年前のことになるが、医事コンピュータの導入黎明期には、その方式が種々検討された。「テーブル法」を選べば処理は簡単だが、それには「完全な早見表」を準備しなければならない。点数表を網羅した早見表を作るなど、最初から選択肢になかったようである。(韓国はこれを選択している。日本でも「テーブル法」への切り替えがシステム化への道と考えている。) 診療所向けのレセコンで、診療科を限定すれば、それが可能かとも見込まれた。しかし、急患は標榜診療科とは無関係に来院する。結局、生き残った医事コンピュータは、「計算法」によるものだけとなってしまった。

例外は、診療範囲が限定できる歯科レセコンである。日本歯科医師会が古くから完全な「歯科点数早見表」の提供を継続している。歯科診療所では、分厚い点数表に代わって、A3判4枚の「歯科点数早見表」によって日常業務が行われている。歯科レセコンもこの早見表をベースに、使いやすいシステムを実現している。

4. 医療保険制度には組み入れられない医事コンピュータ

「計算法」の医事コンピュータでも、日常業務には十分貢献している。しかし、泣き所は点数改定である。予測できない点数改定を見込んだプログラム論理を構成することは現実的ではない。規模の大小はあっても、点数改定のつどのプログラム改造は避けられない。プログラムは一部でも改造すれば、漏れのない動作確認が必要であり、それには一定期間と費用が必要である。それを怠ったためのトラブルが、繰り返し新聞を賑わしているのは、ご承知のとおりである。

今日でも医療保険のしくみは、プログラムに冷淡である。担当官の心情はともかく、医事コンピュータは、現場が勝手に採用したものとの位置づけである。プログラム改造は、改定法令の流布の猶予期間内に実施しなければならない。プログラム仕様の決定には、通知レベルの細かい情報が重要であるが、その発行は改正施行後にずれ込む。それも、提出前に修正できる手書き時代のままである。

電子カルテなど、新分野に参入するコンピュータには、行政の支援も手厚い。しかし、既存の制度に参入する医事コンピュータには、甚だ冷たい。このIT時代にあって、医療機関からの改善要望の声も小さい。医事コンピュータが医療情報システムの一環であることは、紛れもない事実であるが、医療情報システムの重要性を説く人々も、なぜか医事コンピュータには眼をそむけている。保険者や一般国民からの声は、なお小さい。

コストも無視できない。企業には幸いなことであるが、プログラムコストは、ようやく評価されるようになった。1回の点数改定費用を、仮に病院で100万円、診療所で10万円とすると、全国ではざっと300億円である。この額は30兆円の年間医療費の0.1%に相当する。このコストは改定幅とは無関係に、ゼロ改定やマイナス改定でも同様に必要である。

点数改定が必定の医療保険に、「計算法」を採用したこと自体が、適当ではなかった。採用すべきは「テーブル法」であるが、それを採用しなかった医事コンピュータを、一方的に責めるのは酷である。

5. 税金や年金は法令とシステム仕様が協議されるが・・・

今日、法令の定めがコンピュータ・システムによって運営される事例は少なくない。税金や年金はその典型例で

ある。これらは、各省庁の法令担当部門とシステム担当部門とが綿密に協議し、法令をシステム仕様書に具体化し、法令と表裏一体のシステム仕様書が作られていることだろう。

システム仕様書が出来上がっても、それを実現するにはコストも時間も必要である。法令の施行時期が、システム建設の所要期間を考慮して発表されることを、社会は当然と受け止めている。

しかしながら、医療保険では、関係者間の合議が得られ、厚さ約5センチの関連法規が印刷され、全国で東西2ヶ所、わずか半日の形式的な説明会を経て、法規が全国に到着した時期を見込んで、即施行である。現場は改定内容の解釈も日常業務も、医事コンピュータが頼りであるが、制度のしくみに医事コンピュータは入っていない。

かつての点数改定は、医療費のアップが約束されていた。そのアップ分を医療関係者に配分することが、なによりもの最優先事項だったのかもしれない。しかし、昨今の改定ではそれもない。これだけの混乱を伴ってまで、なぜ、これほど急いで点数改定が施行されるのだろうか。医療関係者、とりわけ、情報の有用性を説く人々からも異議が出ないのが不可思議である。

6. 医事コンピュータ成功の背景は「暗黙の了解」

「医療機関がコンピュータにインプットしながら、なぜそれが電子レセプトにならないのか」との疑問が繰り返される。ときにはそれが企業の怠慢のようにも言われるが、企業としては答えづらい。医事コンピュータは、システムとしてはまことに奇異な存在である。詳細設計までが法令で決められ、それに従うことが強いられている。それが「点数表」であり、「レセプト記載要領」である。それらはもちろん、法令としての体裁は整っている。しかし、システム仕様書としては十分ではない。

システム的な表現をすれば、前者が「入力仕様書」で、後者が「出力仕様書」である。システムとしては同等に重要である。「点数表」は複雑だが、内容はそれなりに時間もかけて決められている。しかし、「レセプト記載要領」は文字とおりの「要領」である。簡単な内容の手書きならこれでもよいが、コンピュータ処理には適していない。

「レセプト記載要領」は、点数改定の山場を越え、施行目前の時期に実務経験を持たない事務官が机上で作成するしくみである。期限的にも無理がある。その発表はしばしば、改定施行後になっている。月末にレセプトを手書きするなら間に合うが、コンピュータは窓口入力からの一連操作である。記載条件は入力操作性とも密接に関連する。「記載要領」通りでは実務に不都合も生じることも多いので、実際の医事コンピュータは、審査機関にサンプル・レセプトを提出するなどにより、規定とは異なる内容の「暗黙の了解」を得て実現している。それでも実用性を保って普及しているのは、ひとえに「紙印字の自由度の大きさ」のためである。しかし、自由度は互換性とは逆の関係にある。現状のしくみで医事コンピュータが実現できることは、紙レセプトへの印字までであり、それ以上は無理である。

7. 「レセ電算」も一種の「暗黙の了解」で

「レセ電算」はその無理を実行している。電子情報でのデータ授受には、「暗黙の了解」は許容されず、規定が必要である。それが、「マスターファイル仕様説明書」と「磁気レセプト作成の手引き」³⁾である。敢えて「仕様書」の表現を避け、支払基金のホームページから提供されていることに、その性格が象徴されているように思われる。

この「手引き」には、「点数算定式及び点数表の解釈と異なるマスター設定」に多くのページが割かれている。関係者は、だれが設計しても、法規と表裏一体のシステム仕様は実現できないので、当然と見過すが、「レセ電算」も、一種の「暗黙の了解」によるシステムである。医事コンピュータを「レセ電算」に移行するには、方言Aから方言Bへ

移行するような、標準化とは程遠いやりがいのない作業を実施している。

8. 「レセプト記載要領」を「出力仕様書」に

解決の第一歩は「レセプト記載要領」をシステム設計者の手による「出力仕様書」に変更することである。現在の「レセプト記載要領」には、「電子計算機の場合は、…」が多く記載されているが、コンピュータ処理と手書き処理とは基本的に異質である。手書きにこだわっているのは、コンピュータは機能が発揮できない。

種々の問題のうち、加算の表現をとりあげる。加算は年とともに複雑化しているが、「レセプト記載要領」には「加算を算定した場合は、加算を含めた所定点数を記載すること。」の表現のままである。手書きの際の記載文字を少なくするための配慮であろうが、医事コンピュータも「レセ電算」も、悩みの根源はここにある。

システム設計者に「出力仕様書」の作成が委ね、関係者がそれを尊重したら、問題は解決する。もちろんその期間も与える必要がある。そうすれば、入院レセプトも折帖形式から見やすい日計表形式に移行するだろう。

手書きレセプトは、全体の7%¹⁾である。コンピュータ処理に適した設計を行うのは当然である。

9. コードがない医療保険の扱い項目

「計算法」は、医療保険の扱い単位である「所定点数」にコードが付けられないという、情報処理の基本問題を抱えている。

今日の多彩な商品の流通もその主役はコードである。取扱商品が数十万であろうとも、コードがあればコンピュータで管理できる。医療分野でも傷病名、薬剤、特定保険医療材料などでは標準コードが整備されつつある。

診療行為にも「標準マスター」⁴⁾はある。しかし、この「標準マスター」は、医療保険の取り扱い単位の「所定点数」に付されたコードではない。点数表に記載された、基本点数や加算点数などの「点数算定要素」に付けられた、プログラム処理用の算定コードである。

「所定点数」は、この算定コードのプログラム処理で算定している。従って、算定結果にはコードがない。(加算を算定しない場合だけは基本点数のコードが所定点数コードと一致する)

図2に、「レセ電算」の概念図を示した。医療機関から審査機関に送付しているのは、算定に用いた算定コードと、算定結果の所定点数である。審査機関は、送られてきた算定コードをプログラムにかけて、同様に送られてきた所定点数をチェックしている。

図4でも示したが、点数表の複雑な論理が、算定コードとプログラムとに分割されているため、算定コードの1件あたりの情報量は約100項目にも達する複雑なインターフェースをもっている。医療機関はこの複雑なコードをプログラム処理して請求し、審査機関はそれをチェックするために、同様の処理を実行している。コストをかけて複雑な処理を行っているのに、その結果にコードがないためにデータとして生かすことができない。

「レセ電算」のデータが保険者に伝送されたら、保険者でもこれを繰り返して、所定点数のチェックするのだろう。統計処理でもそれを繰り返すのだろう。医療保険が必要とする情報にコードを付けて送付すれば、それがそのまま活用できる。図3は、その概念図である。医療保険も商品の流通システムと同様に、コード中心の簡潔な構成が実現する。

多くの加算点数も大きくは2つに分類できるようである。そのひとつは、診療行為を加算点数で区別したものであり、他のひとつは、患者の属性や医療環境を評価した点数と思われる。前者は加算点数を含めて1項目として扱い、後者は加算を独立した項目として扱うなど、医療保険のシステムが取り扱うべき情報の単位を、まずは確定する必

要があるのではなからうか。

10. 韓国は「テーブル法」で成功

韓国は、「テーブル法」で成功している。それは点数表に請求コードを付加することから始まっている。表1は韓国の点数表の冒頭の初診料部分である。医療機関の種別ごとに初診料に区別があるが、それぞれに5桁の請求コードがつけられている。加算を算定した場合には、3桁の加算コードを加える。そのコードも点数表に示されている。

表2は、健康保険審査評価院のホームページから公表されているマスターである。点数表の定めにしたがって、基本点数だけの場合は5桁、加算がある場合は8桁のコードが付されている。注目すべきは、加算が3桁コードで表現できることである。そのためには加算に規定が必要で、それを3ステップ以下とし、表3のように定めている。

この3桁コードの加算は、いわば通則加算のような位置付けで、個別の加算は5桁コードを区別している。たとえば染色加算のある検体検査では、同一検体の検査でも染色加算の有無で、点数も5桁コードも区別している。画像診断では、診察料や撮影料の個別点数ではなく、部位ごとに1~5枚の撮影枚数ごとの撮影料と診断料の合計点数に、画像診断としての5桁コードが付いている。

韓国の点数表はシステムを中心である。日本は点数表とシステムは別の存在であり、コンピュータ処理の都合から点数表に条件を付けるなど、あり得ないこととされている。これが日韓の最大の相違点ではなからうか。

11. 基本項目数に差はないが、加算項目数は日本が10倍

表4は、日韓の点数項目数の比較である。韓国の点数表に記載されている基本点数は、4,872件、加算点数は50件である。(韓国の点数表は歯科、調剤も含んで単一であるが老人の区別はない。)この基本点数と加算点数を組み合わせた所定点数の総件数は、29,131件である。これが韓国の医療保険の診療行為メニューのすべてである。

日本の数値は「標準マスター」のものを示した。基本点数が5千件あまり、加算点数は400件強である。韓国に比べ加算点数の多さが際立っている。

所定点数の総数は医療保険の看板メニューであるが、日本ではプログラムで算定しているので、その総数は誰も知らない。敢えて推定するなら、日韓の加算項目数が10対1であることから、30万件と推定されるだろうか。

12. 「テーブル法」は日本でも実現可能

30万件が絶対なら「テーブル法」は絶望である。しかし、加算の扱いで所定点数の総数は激減する。たとえば入院料に地域加算が設定されている。その点数は1日当り、5点から18点まで4段階に区分されている。加算対象の入院基本料は約140件存在するので、地域加算によって入院基本料の所定点数は、4倍の560件となる。地域加算を独立項目と扱えば144件である。加算点数の扱いによって所定点数の総数は大幅に変化する。

この種の扱いは、すでに医事コンピュータでも、「レセ電算」でも一部は実行している。筆者はこれを徹底することで、所定点数の総数を「約7万件」と推定した。

7万件は大雑把な推定であるが、関係者がその気になり、点数表の意図の説明を受け、その実現策をシステム技術者が知恵を出し、その結果を法令に反映すれば、「テーブル法」の実現は、日本でも十分可能と判断する。

日韓の医療に基本的な差があるとは思えない。韓国が3万件で医療保険を運用しているなら、日本でもその程度で運用できると考えるのが、自然ではなからうか。

13. 「テーブル法」の効果

「テーブル法」の実現で、医療保険のトータル・システムはようやく実現の緒につく。カルテ情報との対応も明確になる。医療保険がデータをベースに論議できる。

現在の「計算法」では各社がプログラムを改造し、それを医療機関に提供している(マスターは「標準マスター」を参考にすが、プログラムとのインターフェースに合わせて個別に提供している。)「テーブル法」では「マスター・テーブル」が統一され、1か所からの提供が可能となる。数十万の現場は、信頼性の高い「マスター・テーブル」を入手し、そのコードの選択で点数は算定できる。全体のコストは削減し、信頼性は格段に向上する。現場から算定疑義は一掃し、本来業務に集中できる。このマスターを使用した各種のアプリケーションの展開が期待できる。診療情報との連携も明確になる。

先に試算した医療機関の改造コストの300億円の大部分は、情報処理システムの前向き投資に転用できる。企業に依存していた点数改定作業は、医療機関独自でも実施できる。点数改定がネックとなっていたシステム拡張にも、展望が開く。後向きの改定作業に温存されていた企業の要員は、前向きの開発に勇躍して転じることができる。

14. 期待される医療保険データベース

医療保険のデータベースは画期的に整備される。日本でも表2のような5桁コードと8桁コードの整備が見込める。8桁コードでの統計は、数万項目に達するので扱いにくい。5桁コードの統計なら5千件の規模である。経年変化の読み取りも可能になる。

現在のレセプト統計は、「社会医療診療行為調査報告」⁵⁾によって発表されている。この統計は、毎年6月査定分のレセプトから約30万件のサンプルを抽出し、2年以上かけての手作業集計である。手作業の制約だろうが、項目w数は約1800件に集約されている。

図4は、算定点数の大きい順の累積である。数百項目の段階で、すでに飽和状態である。悩みながらのプログラム対応も、そのほとんどは図4の飽和域のものであることが、むなしくもあり、無駄でもある。

15. おわりに

約30年前に原型が作られた医事コンピュータは、点数表を未知の自然現象と捉え、そのつど計算する方式を採用した。それが「レセ電算」にもそのまま継承された。医療保険は自然現象ではなく、単なる繰り返し事務であるが、それを金科玉条と扱えば自然現象と同じである。「計算法」を採択したのも、その姿勢の結果であろう。

「スーパーやコンビニでやっていることが、なぜ医療ではできないのか」の疑問はしばしば提示された。しかし、組織に属するシステム技術者はその答えを渋ってきた。システム技術者の役割はユーザの意図を汲みとり、あるべきシステム実現のために、積極的な提案を行うことであるが、医療保険のシステム技術者は受身の姿勢に終始し、それを行わなかった。

恥ずかしながら筆者もこの道に30年携わりながら、その例外ではなかった。韓国を知るまでは「計算法」と「テーブル法」の比較も認識できず、受身の点数改定の対応に終始してきた。が、韓国を学んで対応策を見出した。それは「計算法」を「テーブル法」に転換することである。そのためには、まず、現状の点数表において「完全な早見表」を作ってみることである。

その過程で早見表では実現できないような規定も出現するだろう。それほどに難解な規定が果たして必要なのか

を協議し、運用可能な「完全な早見表」を実現することである。その結果、法令の意図は容易にかつ正しく実行され、現場業務は簡素化し透明化する。医療保険の諸問題もデータをベースに論議できる。

それが可能なことは、日本の点数表をベースに韓国が実証済みである。

参考文献:

- 1) 社会保険旬報 (NO.2222) 2004.10.11 「レセプトの電算化状況」
- 2) 西山孝之「電子レセプトが普及した韓国の医療保険 ～ 」(健康保険 2003/3～5)
- 3) 社会保険診療報酬支払基金ホームページ http://www.ssk.or.jp/rezept/jiki_i/index.html
- 4) 厚生労働省診療報酬情報提供サービス <http://202.214.127.149/guest/plsql/IndexP>
- 5) 厚生労働省統計用データベース <http://wwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

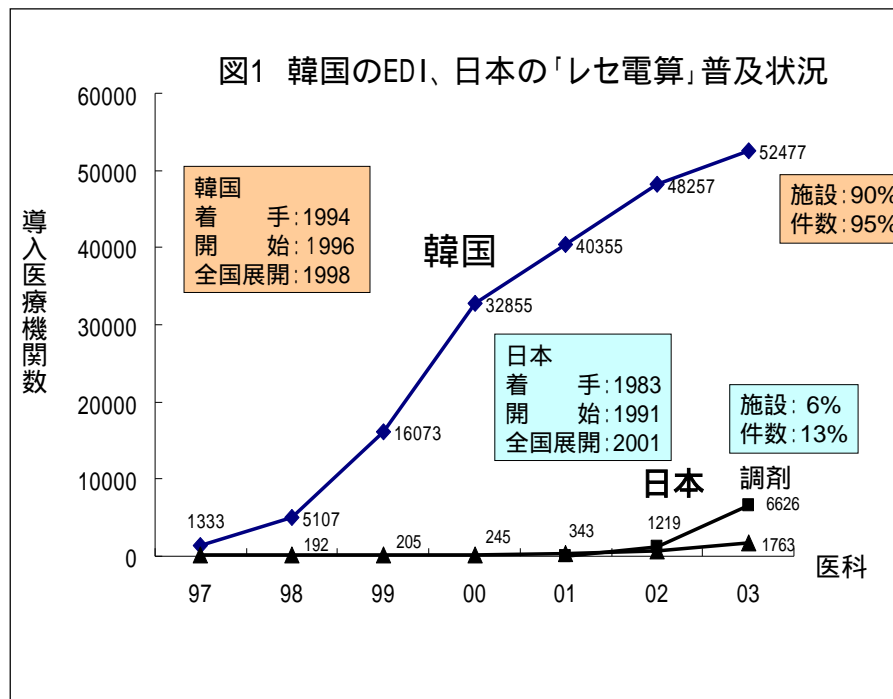


図2 プログラムで点数計算を繰り返す“レセプト電算処理システム”(計算法)

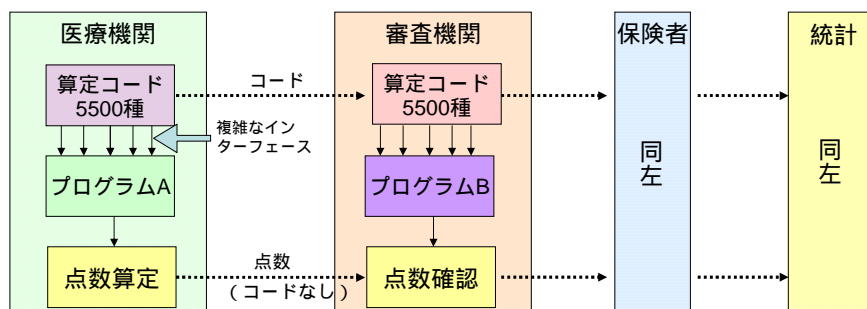


図3 コードを選択して伝送する医療保険トータルシステム(テーブル法)

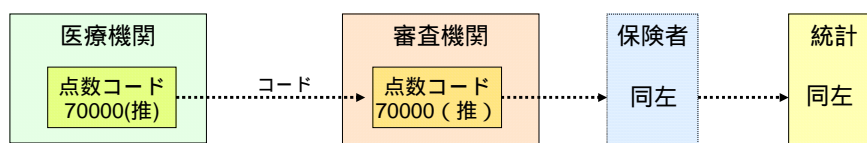


表1 韓国の点数表

分類番号	コード	分類	点数	金額* (ウォン)
アー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。但し、 医科医院、医療院内の医科の場合には満1歳未満の 小児については27.09点を、満1歳以上満3歳未満の小 児については18.06点をそれぞれ加算する。(算定コード のはじめの桁に満6歳未満は6、満1歳未満は1、満1 歳以上満3歳未満は7を記載する。)		
		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 障害者に対しては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の中の基本 診察料(初診)の所定点数の30%を加算する。(算定 コード10の桁に夜間は1、公休日は5を記載する。)		
	AA154	(1) 医科医院、医療院内の医科	179.63	10,220
	AA155	(2) 医科病院、療養病院内の医科	203.97	11,610
	AA156	(3) 総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除 外した歯科大学付属歯科病院	227.44	12,940
	AA157	(4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された 歯科大学付属歯科病院	250.90	14,280
	AA100	(5) 歯科医院、医療院内の歯科	166.06	9,450
	AA109	(6) 歯科病院	178.70	10,170
	10100	(7) 漢方医院、漢方病院、医療院内の漢方と、国立病院 内の漢方診療部、療養病院内の漢方診療部	151.62	8,630

韓国健康保険療養給与費用(2004年1月版)より

*点数表には点数欄と金額欄があるが、韓国の毎年の改定は点数あたりの金額改定を中心に行われる。

表2 韓国で請求に用いられる所定点数コード

	コード	名称	算定名称	点数	金額
1	AA154	初診料-医科医院		179.63	10220
2	AA154010	初診料-医科医院	夜間	225.12	12800
3	AA154050	初診料-医科医院	公休日	225.12	12800
4	AA154100	初診料-医科医院	満1歳未満	206.72	11760
5	AA154110	初診料-医科医院	満1歳未満・夜間	252.21	14350
6	AA154150	初診料-医科医院	満1歳未満・公休日	252.21	14350
7	AA154600	初診料-医科医院	満3～6歳未満	188.66	10730
8	AA154610	初診料-医科医院	満3～6歳未満・夜間	234.15	13320
9	AA154650	初診料-医科医院	満3～6歳未満・公休日	234.15	13320
10	AA154700	初診料-医科医院	満1～3歳未満	197.69	11240
11	AA154710	初診料-医科医院	満1～3歳未満・夜間	243.18	13830
12	AA154750	初診料-医科医院	満1～3歳未満・公休日	243.18	13830

健康保険審査評価院ホームページ2004/1より

表3 加算を3桁コードで表現した韓国の所定点数コード

部	加算コード	加算内容	部	加算コード	加算内容
初再診	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 夜間、公休日、処方箋受領 年齢等区分(3種)	脳波検査	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 デジタル検査 満6歳未満
入院	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 特殊病室(3種) 入院時刻(2種)、 入院日からの日数(2種)	画像診断	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	専門医判読、外部判読依頼 血管撮影種別(7種) 満8歳未満
管理料	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 夜間、公休日 予備	麻酔	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 時間帯(2) 年齢区分(3種)、麻酔種別(5種)
検体検査	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 予備 核医学法、外部判読依頼	処置・手術	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	第2手術、再手術(主、第2手術) 夜間、公休日、応急 予備
穿刺	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 治療目的 満8歳未満	投薬	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	製剤料 予備 満6歳未満
生体検査	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 内視鏡下生検 満8歳未満	注射	n n n └─┬─┘ └─┬─┘ └─┬─┘	予備 予備 満8歳未満

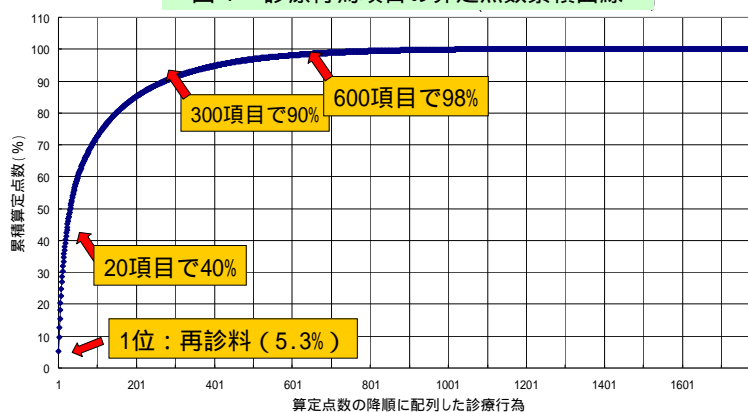
韓国点数表より筆者作成

表4 日韓の診療報酬点数項目

	点数表に記載された 点数(算定要素)		医療保険単位 (所定点数)	
韓国	基本点数	4,872	加算なし点数	4,872
	加算点数	50	加算あり点数	24,259
	計	4,922	計	29,131
日本	基本点数	5,093	推定*	300,000 (70,000)
	加算点数	468		
	計	5,561		

*カッコ外は日本の加算点数項目数の比からの推定、カッコ内は加算点数を基本点数に置き換えるなどにより、削減を試みた結果の推定である

図4 診療行為項目の算定点数累積曲線



厚生労働省 社会医療診療行為調査報告より (1800項目)