

# 解説

## 有効なオンライン・レセプト処理システム実現への提案 —プログラムコードをデータコードに—

### Suggestion About Effective Online Receipt Processing System Realization — Convert Program Cord into Data Cord —

西山孝之<sup>1</sup>

Takayuki Nishiyama

#### 1. 要約

2006年1月、内閣官房からレセプトのオンライン化が指示された。医療保険事務のコストの大幅削減とともに、レセプトのデータベース化とその疫学的活用によって予防医療等を推進して、国民医療費を適正化することが目標に設定され、それを達成するために、当然のことながら、レセプトは全項目が分析可能なデータ形式によることとされている。

本文は、レセプト処理の過去を振り返るとともに、この目標を達成するオンライン・レセプト処理システム実現のための提案である。

従来のレセプト処理は、紙の場合も電子媒体の場合も同様に、点数表に記載された点数要素にコードを付け、プログラムを介して請求点数を計算してきた。そのために点数改正のつど、プログラム改造が必要であった。この場合のコードは「プログラム用コード」なので「Cp」と呼ぶが、「Cp」と請求点数との間にはプログラムが介在するため、請求点数ごとのコードが存在せず、レセプトが電子媒体で伝送されても、それはデータ分析ができないという問題を抱えている。

データ分析を可能とするには、コードは請求点数ごとに付ける必要がある。そのコードは「データコード」なので「Cd」と呼ぶが、この「Cd」は、

加算等を予め計算し、その結果の請求点数ごとに付ける必要がある。

日本が「Cd」を設定せずに「Cp」にプログラムを組み合わせた「Cp+P」の形式を採用してきたのは、複雑な点数表からすべての「Cd」を洗い出すことが、短期間の点数改正時には不可能であったためである。この方式は当初、レセコン<sup>11</sup>で採用され、それが電子媒体にもそのまま引き継がれた。その結果、点数改正時には全国のすべてのプログラム改造が必要なため、その根拠はのちに述べるが、その経費はおよそ1000億円にも達する状態となってしまう。

オンライン・システムでは信頼性の維持も重要である。信頼性の観点からも大幅なプログラム改造を伴う「Cp+P」方式を継続することは危険である。韓国は「Cd」方式によってオンライン・レセプトに成功している。その成果は大いに参考になる。

#### 2. 日本のコンピュータ処理の現状と経過

表1は、レセプトの電算化状況の最新データである。手書き処理は例外状態なので以後の論議からは除外し、紙レセプトを第1世代、電子媒体を第2世代と称し、オンライン方式を第3世代と称する。表1から、現状は未だ第1世代が

<sup>11</sup> 柳韓大学保健医療福祉研究所 日本事務所  
〒245-0016 横浜市泉区和泉町6234-11  
E-mail: yuhan@tbb.t-com.ne.jp  
受付日: 2007年1月31日

<sup>11</sup> Yuhan College, Institute of Health & Welfare, Japan  
Branch  
6234-11 Izumicho, Izumiku, Yokohama, 245-0016,  
Japan

主流で、第2世代は、調剤レセプトを除いては順調ではないことを示している。

図1は第2世代の経過と第3世代の計画を描いたものである。第2世代がレセプト電算処理システム（「レセ電算」）であるが、このシステムは1983年に計画が開始され、1999年には法的にも公式化された。しかし、図1でもわかるように、2002年に遅れて始められた調剤レセプトだけが好調である。それは、調剤請求の場合、規定点数以上のレセプトでは当該処方せんをレセプトに貼付することになっているが、電子媒体の場合は処方せんの一括提出でよいとされている。このことが作業上のメリットと評価された結果である。医科にはそのようなメリットもない。歯科は未だ計画段階にとどまっている。このような状況で、厚生労働省は2011年から第3世代への全面移行を告示している。

図1には韓国の電子化状態も併せて示した。韓国の実情は後述するが、オンライン・レセプトはEDI (Electronic Data Interchange) 方式によって1993年から始められ、順調に推移して

<sup>1)</sup>レセプトの処理は一般の事務処理よりもコンピュータへの負荷が重い。開発当初の小型コンピュータは専用設計が必要でもあったので小型機にレセコンの名称がついた。ここではレセプト処理コンピュータのすべてをレセコンとしている。

表1 日本のレセプトの電子化状況  
出典：社会保険旬報 2006.11.21  
(2006年5月診療の支払基金受付分)

	医数ベース		件数ベース	
件数	医科	96,547	42,212,849	
	歯科	70,508	8,916,880	
	調剤	49,850	20,269,075	
	計	216,905	71,398,804	
電算化率 (紙または電子媒体)	医科	80.1%	93.1%	
	歯科	70.5%	84.6%	
	調剤	83.6%	97.3%	
	計	77.8%	93.2%	
上記中 レセ電算 参加率	医科	6.7%	15.4%	
	歯科	0%	0%	
	調剤	46.5%	66.7%	
	計	13.7%	28.0%	

2004年12月にはその完成が宣言されている。

### 3. レセコンで始まった日本のレセプト処理

日本のレセプトのコンピュータ処理は、民間企業によるレセコンによって始められた。しかし、医療保険業務手順はそれ以前から手書きベースで固められていた。遅れて参入したコンピュータは、条文形式の点数表を解釈して、それをプログラム

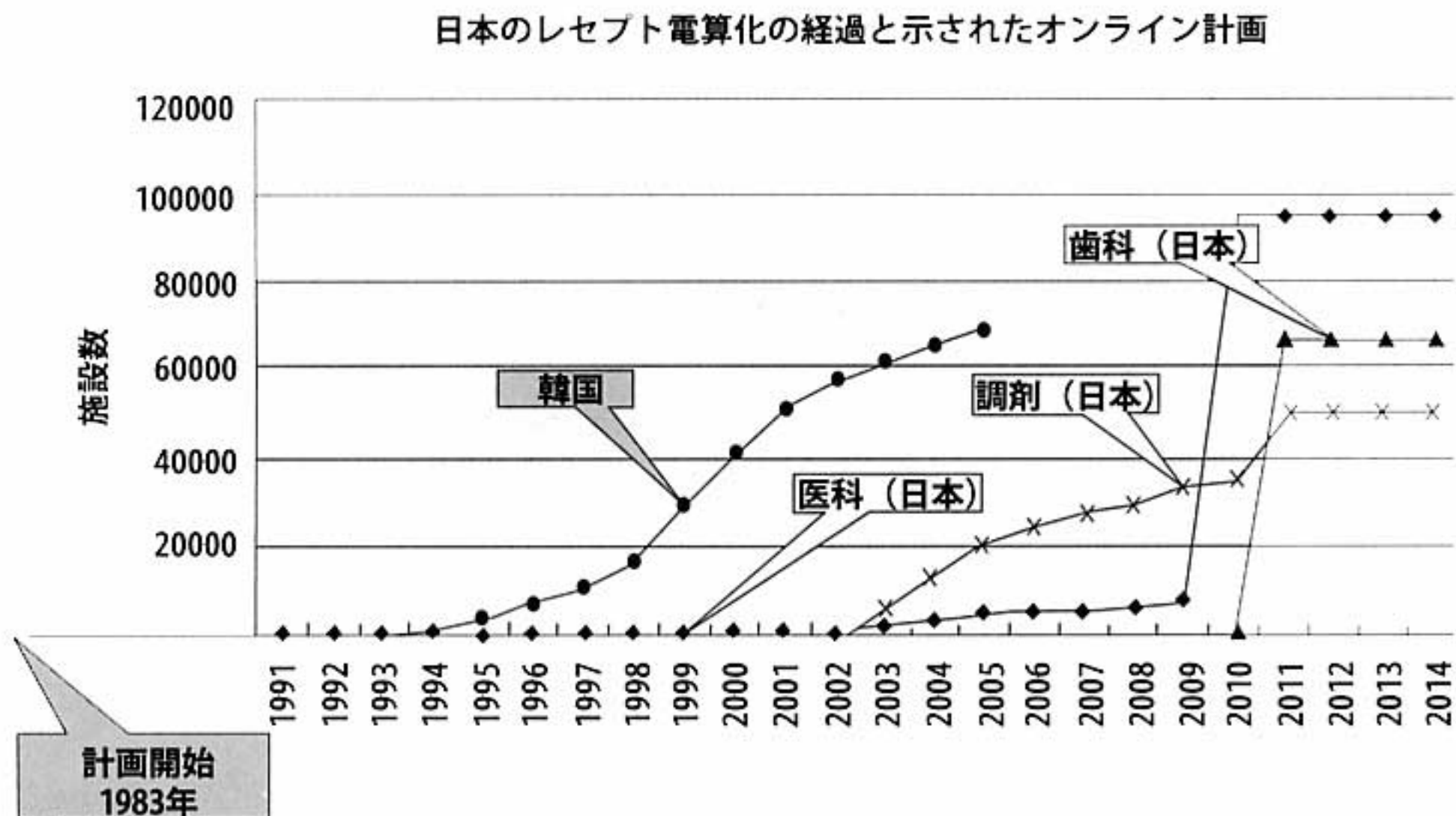


図1 第2世代の電子媒体の推移と第3世代の計画 (韓国の状況も併記)



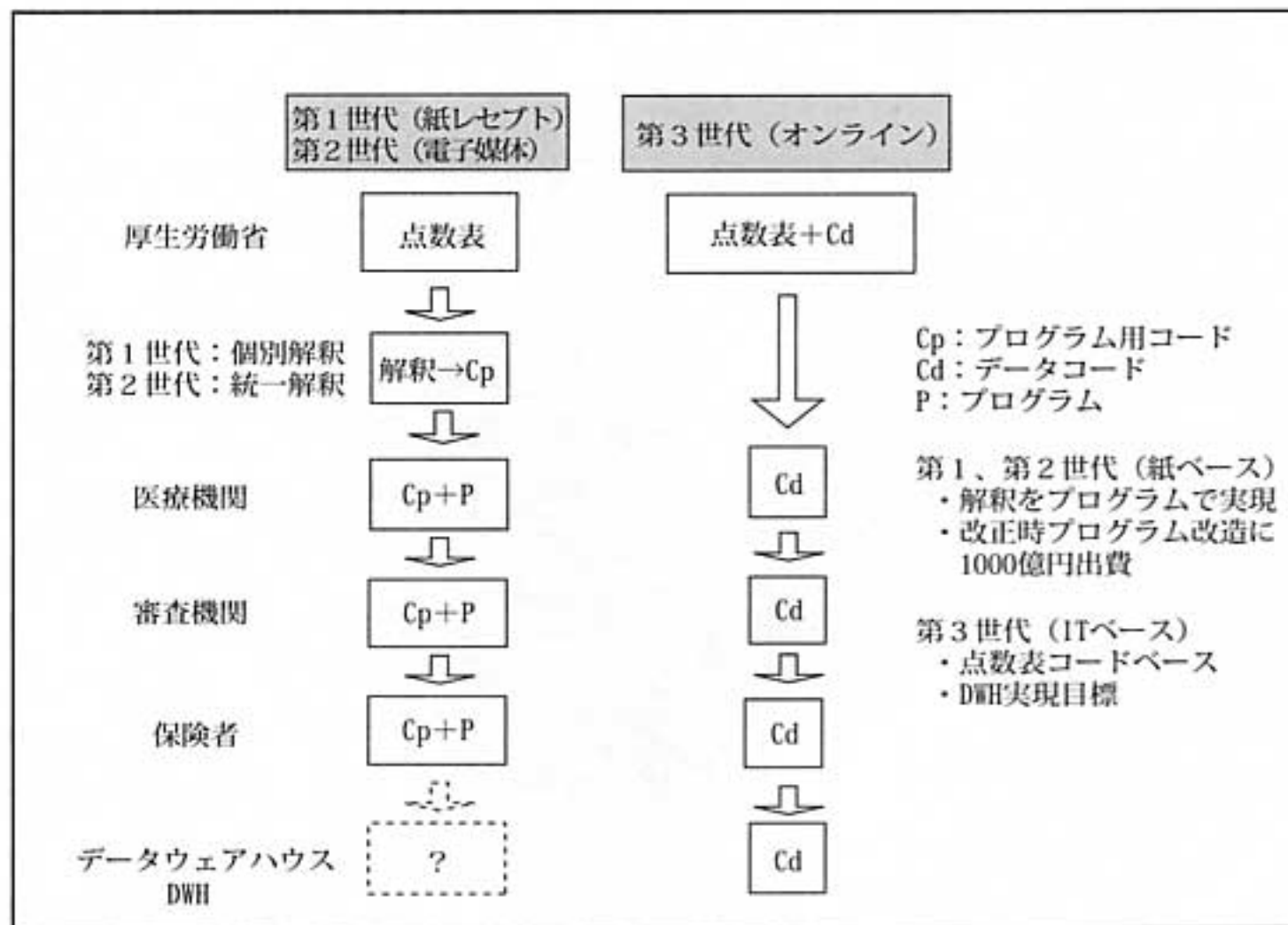


図2 日本のレセプト処理形式 (従来方式とあるべき第3世代)

によって実現した。そのプログラムが点数改正のつど、非常識ともいえる短期間に改正・施行される。短期間では改造結果を十分に確認する暇もないが、民間企業はその難関をクリアし、やがてはレセコンの普及期を迎えるに至った。

レセコンの普及が見込まれるようになった時点で、厚生省(当時)は「レセ電算」の計画を発表した。1983年のことである。しかし、当時の医療界は電子化に理解を示すまでには成熟していなかった。結局、「電子媒体のレセプトも紙と同様に扱う」ことで、この計画はすすめられた。

#### 4. 点数改正ごとの出費は 1000 億円規模

点数改正のつど、点数表は大幅に変更される。そのためプログラムは改造が必要となる。以前は、医療機関自身で改正対策を実施することも可能であったが、点数表が複雑化した昨今は、専門企業に依頼せざるを得なくなっている。そのための出費は、大規模医療機関では数百万円の規模にも達し、診療所クラスでも数十万円を要することもある。審査側も改造が必要であり、オンラインとなれば保険者のシステムも改造の対象になる。

関連施設数は医療機関だけでも20万を超える。1カ所の改造費を50万円としても、改正ごとの出費は全国で1000億円の規模になる。貴重な医療費がそのために費やされる。その額は改定率とは無関係で、改正内容の複雑化とともに増大し、

マイナス改定でも発生している。

#### 5. オンライン化を契機に 1000 億円規模の出費の解消を

医療保険に点数改正は必須だろうが、現場もコンピュータが必須になっていることは周知の事実である。しかし、点数改正は従来通りの方法で行われる。対策はかろうじて専門企業が実行しているが、そのために1000億円規模の貴重な医療費が出費されている。

コスト以外の影響も大きい。医療保険の事務は改正のつど混乱に陥り、医療情報システムが受ける被害も無視できない。医療情報システムの対象範囲は改正対応が可能な範囲に限定することにもなっている。

改正時の出費は、全国のすべての機関がプログラム改造を行うために高額になっている。この作業をまとめて実行できればコストは低下する。システム提供者は現在でもプログラムの共通化には可能な限りの努力を求めている。それでも個別の作業は発生する。この作業のコストを低減する抜本的な対策は、請求点数項目ごとのデータコードを「Cd」として1カ所で作成して全国に配布することである。

図2は、現状と、あるべきオンライン化の関係を示したものである。第1, 第2世代では点数表を「解釈」している。解釈の結果を「Cp」と



[点数欄]		[摘要欄]	
11 初 診	342	11 * 初診料 乳幼児加算	342 × 1
20 内服調剤 内服薬剤	9 147	21 * 内服調剤料 * 内用薬A 6錠 内用薬B 6錠 内用薬C 6錠	9 × 1  21 × 7
50 手 術	54600	50 * 手術D 時間外加算	54600 × 1
60 検 査	410	60 * 生化学検査E 生化学検査F 生化学検査G	410 × 1

図3 摘要欄が一連で記載されている紙レセプト

プログラムで「Cp+P」のかたちで実現している。医療機関からの請求データは審査機関に「Cp」で送付される。審査機関では「Cp」をプログラムで処理している。それを保険者でも繰り返すことになる。

第3世代では医療機関がデータコードの「Cd」で請求した内容を審査機関が審査し、保険者に送付するように設計すべきである。どうすれば、データウェアハウスにも「Cd」がそのまま蓄積できる。点数改正の際は1カ所で「Cd」を変更して配布する。改正時の経費も僅少ですむ。標準化が効果を発揮するIT時代においては当然の形式である。

## 6. 介護保険のオンライン請求はデータコードで実現

2000年からの介護保険の給付費は「Cd」によるオンライン処理で行われている。給付額の基準である単位数は医療の点数表と同様のかたちで告示されるが、それがまさに「Cd」のかたちに展開して公開されている。その「Cd」の件数は約1万2千件である。改正の際は改正後の「Cd」が公開されている。

この成功例を医療保険に適用することである。構成が簡単な介護保険では可能でも複雑な医療保険では無理との言い訳は通じない。韓国は医療保険で、すでに実施している。

## 7. 紙レセプトと同じ一連編集のため、データ分析かできない「レセ電算」

「レセ電算」は紙レセプトと同様に扱うことが前提のシステムであった。審査は紙に印字するか、画面上に紙のイメージに表示して行われている。そのために電子媒体の編集は紙と同様となっている。その内容を紙レセプトに戻って説明する。

図3は紙レセプトの主要部分である。紙レセプトは、その様式も記載要領も、手書き文字を最小限にするように工夫されている。請求点数はまず点数欄に記載する。それだけで内容が分からない場合だけ、摘要欄にも一連で内容を記載することになっている。一連の冒頭には“\*”を書き、点数に関係ある項目名、加算名、薬剤名などを書いて最後の行に一連の点数を書く。

一連は1項目の場合もあるが、一般には複数項目で構成される。点数は、審査員の目移りを避けるためとも伝え聞くが、項目ごとに書くことが禁じられている。この省略がレセプトを分かりにくくし、点数チェックを困難にしている。

## 8. コンビニでの一連処理は来客ごとの購買管理

一連記載を理解するために、それをコンビニに適用した例を図4に示した。コンビニの「一連」はさしずめ「来客」である。このような編集は来



来客ごとの一連管理

コード	一連内訳	一連金額 (円)	一連回数	一連コード
1234 *	缶ビール 1個	700	2	1234
1234 *	缶ビール 1個			
2345	オレンジジュース 1個			?
4567	さきいか 1袋	1270	1	
4377 *	週刊未来 1冊	380	1	4377
4377 *	週刊未来 1冊			
4365	ノート 1冊	450	1	?
5676 *	おでん(こんにやく) 1個			
5678	おでん(がんもどき) 2個	190	1	?
5678 *	おでん(こんにやく) 1個			
5678	おでん(がんもどき) 1個	120	1	?
計(Σ一連金額×一連回数)		3810円		

商品ごとの管理

コード	商品	単価 (円)	売上個数	売上高 (円)
1234	缶ビール	700	3	2100
2345	オレンジジュース	120	1	120
4567	さきいか	450	1	450
5676	おでん(こんにやく)	50	2	100
5678	おでん(がんもどき)	70	3	210
4377	週刊未来	380	2	760
4365	ノート	70	1	70
計				3810

図4 コンビニの場合の一連管理(左側)と商品ごとの管理(右側)

客の購買傾向を知るには好都合かも知れないが、商品ごとの管理には適さない。来客が単一の商品を購入した場合は商品コードが一連のコードも兼ねるが、複数の商品を購入した場合の一連を管理するコードが存在しない。コンビニの管理は図4の右側のように、コード中心に行われているはずであろう。

### 9. データ分析を可能とするための3つの対策

図5の左側は、図3の紙レセプトを「レセ電算」の規定によって電子化したものである。紙レセプトの場合は、一連の点数は一連の範囲内ならどこにあってもよいが、1行ごとに処理するデータは1行ごとが独立でなければならない。しかし、「レ

セ電算」のデータは紙レセプトと同様に1行ごとが独立していない。データ分析を可能とするには図5の右側のように記載しなければならない。それには下記の3点を改める必要がある。

- (1) 診療行為が基本項目と加算項目などの複数項目によって構成される場合は、加算結果の点数にコードを付ける。これが「Cp」から「Cd」への変換であり、図5の項番7, 8がその例である。
- (2) 検体検査のまるめ算定を廃止する。図5の項番9, 10, 11がその例である。
- (3) 複数の薬剤で1剤を構成する内服薬の場合も薬剤単位に点数を算定する。図5の項番4, 5, 6がその例である。

項番	日本の電子レセプトのデータ形式						データ分析可能な形式				
	区分	コード	内容	1日量 ①	単位点数 ②	日数/ 回数 ③	区分	1日量	単位点数	日数/ 回数	合計 点数
1	11 *	111000110	初診270点				11		270	1	270
2		111000370	乳幼児加算 72点		342	1	11		72	1	72
3	21 *	120000710	内服調剤料 9点		9	1	21		9	1	9
4	21 *	613920056	内服薬A 18.7円	6			21	6	11	7	77
5		612180011	内服薬B 9.2円	6			21	6	5	7	35
6		613130240	内服薬C 6.4円	6	21	7	21	6	4	7	28
7	50 *	150217710	手術D 39000点				50		54600	1	54600
8		150000490	時間外加算 40%		54600	1	50				
9	60 *	160033610	生化学検査E 160点				60		160	1	160
10		160033310	生化学検査F 150点				60		150	1	150
11		160034210	生化学検査G 150点				60		150	1	150
計: Σ(②×③) = 55,508							計 55,551				

図5 一連表示の「レセ電算」のデータ形式(左側), データ分析を可能としたデータ形式(右側)



(1)に関する図5の例は、「手術D 39000点」と「時間外加算40%」であるが、それぞれ「Cp」が設定されている。これを「手術D(時間外に実施) 54600点」に「Cd」を設定する。このような対策を点数表のすべてに実施する必要がある。

(2)は検体検査の「まるめ算定」であり、図5の生化学検査E, F, Gがその例である。血液化学検査や内分泌学的検査などでは、規定件数以上を算定した場合は項目ごとの点数ではなく、項目数で決められた点数で算定することになっている。その点数は項目数に比例したものより低く設定されている。行政的な意図によるものだろうが、これによってレセプトの検査データは統計機能を失ってしまった。「まるめ算定」は、レセプトのデータ活用など考慮されることのない時代に設定されたものである。データ活用を目指すオンラインのレセプトシステムを実現するためには、その見直しが必要である。しかし、現実にはそのような論議は話題にもなっていない<sup>12</sup>。

(3)は薬剤の点数換算の単位の問題である。円表示の薬剤価格を請求の際は点数単位に換算するが、それが薬剤単位でなく剤単位と決められている。1剤は同時に服用する薬剤群であり、医療行為の一連と同様の概念であるが、剤単位に点数を計算するためにレセプトの薬剤データは薬剤統計機能を失わせてしまった。

## 10. 目的を明確に、効果を還元して実現した韓国の電子レセプト

韓国はすでにオンラインによる電子レセプトを実現している。以下に韓国のシステムを紹介する<sup>13</sup>。

<sup>12</sup>大規模医療機関を中心に診断群分類DPC方式の点数表の導入が進んでいるが、DPCが適用されない診療行為には出来高払い方式が適用される。また、DPCの適用部分についても出来高払いによるデータの提出が要請されている。その際には「Eファイル」、「Fファイル」の2形式が求められるが、それが必要なのも「まるめ算定」が原因である。「まるめ算定」の見直しは、手作業中心の制度をデータ中心のオンライン・レセプトに移行するためには等閑視できない課題である。ちなみに韓国には「まるめ算定」は存在しない。

<sup>13</sup>詳細は参考文献の1)参照

韓国の国民皆保険制度は1989年に実現した。その後、2000年に医療保険は大改革が断行された。医薬分業の完全実施と保険者の一本化である。保険者の一本化を契機に審査部門は独立して、健康保険審査評価院(Health Insurance Review Agency: Hira)となった。Hiraに課せられた業務は、保険者の立場でのレセプト審査ではなく、中立の立場でレセプトの審査を行い、さらに医療評価までを実施することになった。

この任務を遂行するには実データが必須であり、そのためにレセプトの電子化が喫緊の課題とされた。また、レセプト件数は国民待望の医療保険が実現したことによって年々増大し、紙のままでは早晩、処理の限界を超えると見込まれ、事務処理面でも電子化は緊急の課題であった。電子化はHiraを中心に、KT(韓国通信)やソウル大学が協力して設計された。開発コストはKTが一旦立替えて開通後の回線使用料で回収することで、めどを立てることができた。

韓国でも当時すでに日本と同様のレセコンが使用されていたので、医療機関へのメリットを鮮明にして早急に移行を誘導する必要があった。そのため、まず、支払期限が40日から15日に短縮された。さらに、優良診療所には審査を省略する緑認証制が導入された。また、審査基準はインターネットで公開して、業務の透明化・簡素化が図られた。

装置の導入に踏みきれない中小病院には回線利用によるASPが提供された。レセプトが少量で電子化が無理な診療所には、二次元バーコード印字プログラムが無償提供され、電子化が強制されることはなかった。

これらの対策が効を奏し、2004年12月にはレセプトの電子化完成が宣言された。そしていまや5年分、34億件のレセプトがデータウェアハウスに蓄積され、各種の医療情報を生み出し、国会論議もこのデータをもとに実施される状態になっている。

## 11. 韓国の成功は点数表のデジタル化から

韓国の電子化はレセプトだけではない。査定結果の報告、医療材料や薬剤の購入明細の報告、



表2 韓国の診療報酬点数表

分類番号	コード	分類	点数	金額 (ウォン)
外-1		外来患者診察料 Outpatient Cate 外. 初診診察料 New Patient 注1. 満6歳未満の小児に対しては9.03点を加算する。ただし医科 医院、保健医療院内医科は満1歳未満の小児に対しては 27.09 点を、満1歳以上満3歳未満の小児に対しては18.06点をそれぞ れ加算する。(算定コード一番目の桁に満6歳未満は6、満1歳未 満は1、満1～満3歳未満は7を記載) 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遅滞 者に対しては9.03点を加算する。(算定コード一番目の桁に9を 記載) 3. 平日20時(土曜日は15時)～翌日09時または「官公署の公休 日に関する規定」による公休日には診察料の中で基本診察料 (初診)所定点数の30%を加算する。(算定コード二番目の桁に夜 間1、公休日は5で記載)		
	AA154	(1) 医科医院、保健医療院内の医科	183.22	11,120
	AA155	(2) 医科病院、療養病院内の医科	203.97	12,380
	AA156	(3) 総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた 歯科大学附属歯科医院	227.44	13,810
	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 大学附属歯科医院	250.90	15,230
	AA100	(5) 歯科医院、保健医療院内の歯科	166.06	10,080
	AA109	(6) 歯科医院	178.70	10,850
	10100	(7) 漢医院、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	9,200

表3 健康保険審査評価院が発行する診療行療点数マスターコード

算定コード	名称	算定名称	点数	金額 (ウォン)
AA155	初診診察料-医科病院		203.97	12380
AA155010	初診診察料-医科病院	夜間	249.46	15140
AA155050	初診診察料-医科病院	公休日	249.46	15140
AA155600	初診診察料-医科病院	満6歳未満	213.00	12930
AA155610	初診診察料-医科病院	満6歳未満 夜間	258.49	15690
AA155650	初診診察料-医科病院	満6歳未満 公休日	258.49	15690
AA155900	初診診察料-医科病院	脳性麻痺、精神遅滞者	213.00	12930
AA155910	初診診察料-医科病院	脳性麻痺、精神遅滞者 夜間	258.49	15690
AA155950	初診診察料-医科病院	脳性麻痺、精神遅滞者 公休日	258.49	15690

要員数の報告など、医療保険の業務のすべてが EDI (Electronic Data Interchange) によるものとして設計され、運用されている。EDI で重要なのはコードや処理方式の統一である。韓国のレセコンも、日本と同様に点数表を解釈して個別にコードやプログラムを作成していたが、解釈による処理の多様化を避けるために、点数表に直接コードをつけて、点数表のデジタル化を実現し

た。コード方式決定のため、日本その他の先進国を調査したが、参考になるものは見い出せず、独自方式を考案したとのことである。

その韓国の点数表を表2に紹介する。これは点数表の冒頭の初診料の部分である。初診料は医療機関の種別ごとに区別されており、それぞれ5桁のコードがある。それに、日本では注加算であるが韓国は通則加算として、3種の加算が定義さ



表4 日韓のコード件数の比較

	韓国「Cd」	日本「Cp」
基本項目	基本点数 (+注加算) 5,098	基本点数 4,836
加算項目	基本点数 (+注加算) ×通則加算 (60) 25,652	注加算, 通則加算 335
合計	基本項目+加算項目 30,750	基本点数 注加算、通則 加算のプログラムの処理 件数不詳

れている。この加算は点数だけでなく、コードまでが規定されている。

初診料には例がないが、注加算を加算するか否かの別や手技や部位を区別した場合は5桁コードを区別している。その上に通則加算の3桁コードを加えている。韓国の「Cd」は通則加算がない場合は5桁、ある場合は8桁のコードで表示されている<sup>14</sup>。

表3は、Hiraがホームページで公開している実際のマスターコードである。2006年版の場合、「Cd」の総数は表4に示すように30,750件で、そのうち、5桁のものが5,098件、8桁のものが25,652件である。これが韓国の医療保険が扱う全メニューである。大まかな統計は5桁コードをキーに、細分した統計は8桁コードをキーとするなどの使い分けもできる。

韓国の診療報酬点数表およびマスターコードは、多くの関係者の協力によって翻訳に成功し、文末に示したホームページに掲載することができた。

## 12. 日本の点数表はアナログ状態

日本の点数表は一覧表とはほど遠い条文形式のままであり、医療保険で取り扱う項目をデジタル的にカウントするという考え方が存在しない。それをシステム担当部門が解釈しながらデジタルの項目に洗い出している。したがって名称が明確でないものも多い。

表4は、日韓のコード件数を比較して示したものである。日本の欄は「レセ電算」用の「Cp」

であり、その件数は基本項目が4,836件、加算項目が335件で、併せて5,171件である。しかし、医療保険が取り扱う総件数は不明である。これはまさしくアナログ状態である。日本の医療保険は複雑な価格を販売のつど計算し、取扱商品の総数もわからない大福帳で管理している商店のような状態である。

## 13. 韓国の点数表はシステム内の存在だが…

韓国の通則加算項目は、表5のように「同時に算定できる加算は3件以下」の条件で規定されている。この条件を満足しているので通則加算は3桁コードでの表現が可能であり、プログラム処理が不要となっている。韓国の点数表はシステムの制約のもとに構成されている。システムの制約は受ける代償としてシステムの効果が還元されている。

日本の点数表はシステムとは別の存在である。IT化以前のままの状態である。システムの制約を受けない代わりに、システムの効果も還元されない。システムは現場の省力化だけのものであり、そのシステムは、システムの外の存在である点数表の記述内容を解釈してプログラムを構成している。改正時の1000億円の出費も、点数表がシステム内の存在とならない限り解消しないだろう。

医療費の高騰が問題になっている今日、オンライン化はこの見直しの後に実現すべきである。

## 14. 韓国の改正は点数当たりの金額変更

韓国で、さらに注目すべきは点数改正の方法である。表2には点数欄と金額欄が見られるが、毎年の改正は点数当たりの金額変更によって行われている。点数は「相対価値点数」として位置づけ、その改正は長期間の慎重審議の結果行うことにしており、毎年の変更はほとんどなく、改正時のシステム側の対策は点数当たりの金額係数の変更だけである。オンライン・システムが高度な信頼性を維持して運営できることを考慮したものと思われる。

日本がここまでを望むのは無理としても、改正後の請求点数が具体的な「Cd」で公開されることが、オンライン・レセプトシステム実現の前提

<sup>14</sup> 検査項目では通則加算の3桁を検査手法の区別に用いている。



表5 「同時に算定できるのは3件以下」の条件で設定された韓国の通則加算一部の紹介

部	加算コード	通則加算内容
初再診	予備 1: 1 2: 2 3: 3	予備 1: 夜間, 5: 公休日, 9: 保護者来院し薬剤または処方箋受領 1: 満1歳未満, 6: 満6歳未満, 7: 満1歳以上3歳未満, 9: 脳性麻痺, 精神遅滞者(歯科)
入院	予備 03: 1 04: 2 11: 3	03: 腔内治療, 04: 内科, 小児科, 精神科, 11: 鉛遮蔽特殊治療室 1: 0~6時入院, 2: 18~24時退院, 8: 入院16日~30日, 9: 入院31日から
特殊入院科	予備 1: 1 2: 2 8: 3 9: 4	予備 1: 0~6時入院, 2: 18~24時退院, 8: 入院16日~30日, 9: 入院31日から
家庭看護料	予備 1: 1 2: 2	予備 1: 夜間, 2: 公休
検体検査	5: 1	5: 核医学的方法 抗グロブリン, 薬物, 毒者, 有機溶剤, 細菌, 真菌, ウイルス, 寄生虫, 感染症の区分
組織病理検査	9: 1 予備 予備	9 病理専門医外部スライド判読 予備 予備
穿刺, 生検	予備 1: 1 3: 2	予備 1: 治療目的 3: 満8歳未満
内視鏡検査	予備 1: 1 3: 2	予備 1: 内視鏡下生検 3: 満8歳未満
機能検査	予備 1: 1 6: 2	予備 1: デジタル脳波分析 6: 満6歳未満

条件であることを強調したい。

### 15. 医療費の98%は600項目で

点数表には多くの項目があるが、実際の算定頻度はどうなっているのか、それを知ることは的確なシステム設計の前提なので、厚生労働省統計情報部作成の「社会医療診療行為別調査」を紹介する。この統計は毎年5月診療分の約30万件のサンプル紙レセプトを2年以上かけて手集計によっ

て作成されたものである。コードがないので経年変化は確認できないが、年ごとの状況は把握できる。図6はやや古いですが、平成13年の統計を分析して算定点数の大きい請求項目順に並べた累積曲線である。

高額を占める項目は、再診料、初診料、次いで入院料が3種続き、処方せん料、人工腎臓、特定疾患療養指導料、処方料と続く。そして600項目で医療費の98%をカバーしている。

表6 日韓の基本項目数の比較

	日本	韓国	日/韓 件数比
	基本項目の 「Cp」	5桁表示の 「Cd」	
処置・手術	2,594	1,994	1.34
検査	1,293	1,731	0.79
X線診断	118	4,332	0.29
CP断層診断	16	294	0.07
核医学診断	9	138	0.08
入院	321	62	6.27

### 16. 点数表には医療情報として有意義な項目を

この統計は、点数表の項目の多寡に関係なく、医療費を決めるのは600程度の項目であることを示している。点数表の項目は「件数は少ないが医療費に関与するもの」と「件数が多いが医療費にはほとんど影響を与えないもの」とを区別して扱う必要がある。前者は点数値が重要だが、後者は点数値よりも医療情報としての重要性で設定すべきだろう。この点でも韓国の点数表からは多くの示唆が得られる。



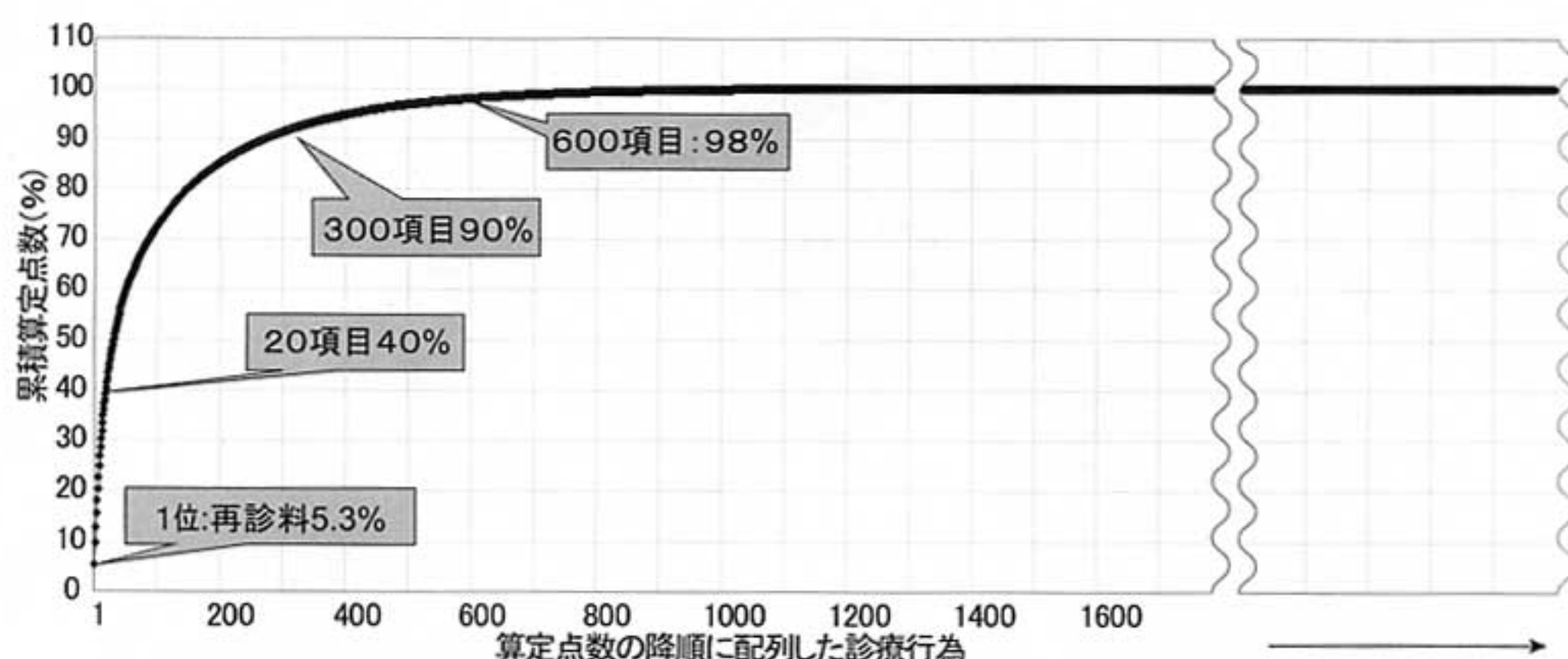


図6 請求点数の上位順に配列した点数項目の累積曲線（横軸は無限？）

両国の全体の基本項目数は表4に示したように大差はない。しかし、それを分析すると表6のように差がある。日本は入院などの管理的項目が細分化されているが、韓国は検査やX線診断などの医学的な項目が細分化されている。たとえばコンピュータ（CP）断層診断に分類されたMRIを比較すると、韓国は点数値とは無関係に、部位ごとに204のコードが設定されている。一方、日本のMRIの基本項目は、①1.5テスラ以上の機器による場合、②それ以外の場合、③特殊撮影の場合、の3項目で、それに加算項目が、造影剤加算点数の1項目の計4項目しか存在しない。また、X線診断は、韓国は点数の額とは無関係に部位ごとにコードが設定されている。

オンライン・レセプトは医療情報としての活用を目指しているはずである。それを有意義なものにするには、点数表の項目選定が重要である。点数は同額であっても、部位の別、手技の別、試験法の別などを「Cd」でどこまで区分するのかなど、医療情報関係者も点数表の項目設定に関しては積極的に参加して有効なオンライン・システムを構築する必要がある。

## 17. 保守の限界を超えた日本の算定マスターの構造

表7は、韓国の「Cd」と、日本の「Cp」との構成の比較を項目数で行ったものである。韓国の「Cd」は30,750件と多いが、それが備えているレコードは、分類番号、項目名称、加算名称、点数、金額、適用日など分かりやすい定義の9項

表7 日韓の算定マスターの構成比較

	韓国	日本
データ件数	30,750件	5,171件
レコード項目	9項目	107項目

目だけである。

日本の「Cp」の件数は5,171件と少ないが、プログラムと組み合わせるのでそのレコード内容はきわめて複雑で、107項目存在する。その内容は分類番号、名称、金額など内容の明確なものほか、算定区分、包括対象検査、検査等実施判断区分、看護加算、入院基本料加算区分、きざみ値、上限値、下限値、上下限年齢、基準適合識別、時間加算区分、検査等実施判断グループ区分、処置乳幼児加算区分、入院基本料減算対象識別、低減対象区分、自動縫合器使用加算区分、告示等識別区分(1)、告示等識別区分(2)、施設基準①～⑩等々、その定義の判断にさえ悩むものも少なくない。

この「Cp」の複雑さは実用の限界を超えている<sup>15</sup>。担当者は苦しむばかりで、有効なシステムは構築できない。

## 18. 分業を可能としている韓国のプログラム

プログラムは分業ができないようでは成長は見込めない。分業によって成長する。韓国のレセプト処理は分業に成功している。点数改正を企業ご



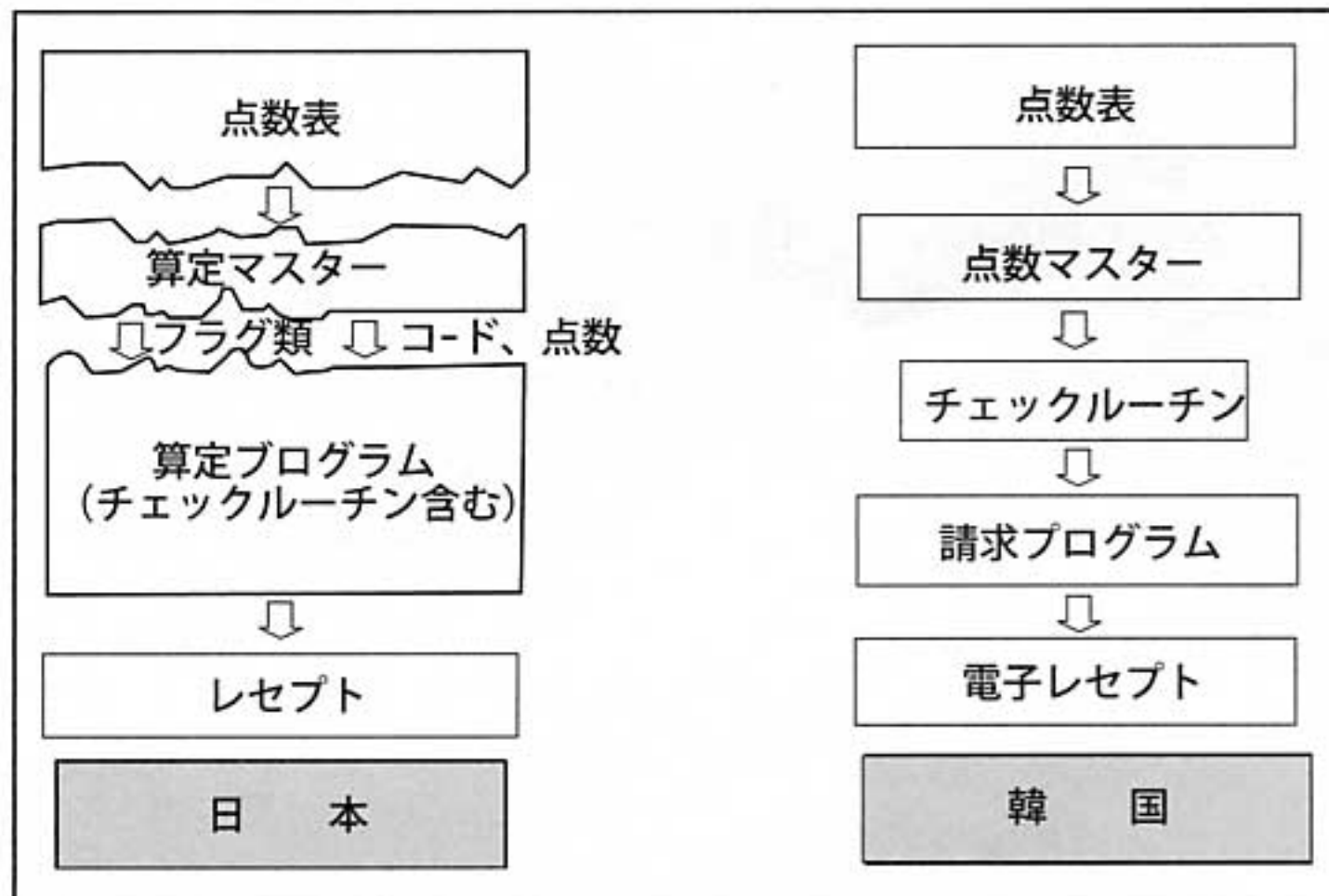


図7 分業体制を実現した韓国と個別対応の日本

とに身内だけで対策しなければならない日本のレセコンは分業など望むべくもない。

韓国の点数表も診療行為の医学的な算定基準は相当に複雑である。それが必要と判断されたつど、インターネットで公示される。その基準は医学的な内容なので点数改正で変わるものではない。日本の算定基準は管理上の規定が複雑で、それが点数改正ごとに改定される。医学的な算定基準は審査委員会ごとの内規であるとして非公開である。

マスター構造が示すように、韓国の処理のインタフェースは単純なので、処理部分とチェックルーチンとの分離も可能である。図7で示すように、韓国ではチェックルーチンを専門に扱うベンダーの存在も可能であり、事実存在する。その企業はインターネットの情報によってチェックルーチンを作成し、医療機関や審査機関に回線経由で提供している。それによって、レセプトの情報は正確になり、審査の手数は減り、データウェアハウスのデータの信頼性を保持している。

## 19. 実現に必要なのはシステムの全体設計とその推進力

一部の不心得者による建築業界の問題は記憶に新しい。法規制やチェック機構の間隙を縫った行為によるものと報じられているが、建築物と同規模の巨大な構築物である情報処理システムに関する関連法規や規定類の整備状況は、建築物とは比較できないほど未整備である。

建築業界の今回の問題は、チェック機構の不備にも原因があると報じられているが、情報処理システムの設計をチェックする機構など存在もしない。設計の認識すら希薄な場合がある。レセプトのオンライン化の方針は出されたが、その設計はどこでどのように行われているのだろうか。レセプトのオンライン処理の設計を実行すれば、24年前の「レセ電算」の「Cp+P」方式を「Cd」方式に改める必要性など、たちどころに判明するはずである。

<sup>15</sup>「レセ電算」のマスターは厚生労働省のホームページからダウンロードできる。しかし、そこには下記の免責事項が記載されている。

「当ホームページに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、その内容を保証するものではありません。厚生労働省は利用者が当ホームページの情報をを用いて行う一切の行為について、何ら責任を負うものではありません。掲載されている情報をもとに医療保険請求行為を行う場合は、各自ご確認の上ご利用ください。」

マスターの点数値には誤りは見られないようであるが、表7に示すようにレコード項目が100項目もある算定マスターの管理は、短期間の点数改正時に可能な業務の限界を超えている。業務の仕組みからの改善が必要だが、公式のホームページにこのような免責事項が記載されたままでありながら、それが表面化しないことに問題の根深さがある。



現状の日本の点数表のままで「Cd」の設定を試みても、加算条件などが複雑なために行き詰まる。点数表を簡素化すれば韓国方式の「Cd」コードの設定は可能である。点数表を簡素化しても医療費全体に及ぼす影響は無視できることを厚生労働省の統計は示している<sup>16</sup>。しかし、それを設計に導入するには技術面ばかりではなく、強力な推進力が必要である。

## 20. おわりに

日本のレセプト処理の経緯と韓国の成功状況を述べ、オンライン化実現のための提案を行った。しかし、レセプトの本来の目的のひとつである審査に関しては触れていない。電子化されたレセプトの審査は将来にわたって目視を続けるのだろうか。審査の問題に比べれば加算の扱いなど枝葉末節であるが、「Cd」の設定は合理的な審査方式実現のための第一歩でもある。

韓国の審査基準は全国統一で、インターネットで公開されていることはすでに述べたが、審査にもコンピュータ論理は積極的に活用されている。締め付けばかりが行われているわけではない。Hiraは公平な観点から医療の評価を目指している。

従来、医療情報関係者は、レセプトを単なる請求のテクニックの問題に矮小化し、それを専門企業に依頼し、関与することを避けてきたようである。それがレセプトを未だにコンピュータ化以前の状態にとどめている。レセプトを抜きにした医療情報システムなど考えられない。多くの人々がレセプトの処理に関心を抱くことを期待したい。

最後に、貴重な本誌の紙面を借りて、レセプトの問題を共有できる機会を賜った学会の関係各位に感謝する。また、韓国の調査に協力いただいた柳韓大学保健医療福祉研究所 南商堯所長、国立保健医療科学院 岡本悦司先生、韓国健康保険審査評価院 梁永権部長、韓国の点数表や算定マスターの翻訳に援助を賜った(財)ファイザーヘルスリサーチ振興財団ならびにその翻訳に超人的な活躍をいただいた近藤聖一先生、その他の関係者に深謝申し上げる。

## 参考文献

- 1) 特定非営利活動法人日本医療情報ネットワーク協会医療IT化調査会. 医療分野における情報化促進のための国内外の実態調査報告書—レセプトオンライン・レセプト化に関する韓国実態調査—. [http://www.soumu.go.jp/s-news/2006/060425\\_2.html](http://www.soumu.go.jp/s-news/2006/060425_2.html)
- 2) 西山孝之, 南商堯. 点数表簡素化による電子レセプト普及策—韓国の成功例に学んで—. 医療情報学 2004; 24
- 3) 西山孝之. 電子レセプト推進策—「計算法」を「テーブル法」に—. 社会保険旬報 2232. 2005.1.21
- 4) 西山孝之. データ分析が可能な電子レセプトの実現を. 社会保険旬報 2304. 2007.1.21
- 5) 韓国健康保険療養給与費用 2006年 1月版 日本語訳 <http://www2.tba.t-com.ne.jp/yuhan/index1.htm>
- 6) 韓国診療報酬算定マスター 2006年 1月版 日本語訳 <http://www2.tba.t-com.ne.jp/yuhan/index1.htm>

<sup>16</sup> 誤解されないように付記するが、「Cd」の項目はいかに多くても全く問題はない。「Cp+P」の形式で複雑化することが問題である。