

## 韓国から学ぶデータ分析可能なレセプト構想

西山孝之

柳韓（ユハン） 大学保健医療福祉研究所 日本事務所 所長

### 1. はじめに

レセプトは国レベルの医療の質を評価するデータ源として有効である。しかも2011年を期して日本のレセプトは原則オンライン化が指示された。しかし、現状は厳しい。日本の電子レセプトは、その発足時点から「紙レセプトと同じ」を原則としており、データとして分析できる機能が十分ではない。

一方、韓国のレセプトはその電子化を完成し、いまや、5年分のレセプトがデータウェアハウスに蓄積されている。韓国を学んでシステムの見直しを行うことで、レセプトは質評価のデータ源として有効に活用できる。

本報告は日韓両国の電子レセプトを比較し、その結果を報告する。韓国は医療保険の全体をデジタル化に移行した上での電算化であるが、日本は医療保険そのものは従来通りとしたままで、レセプトだけの電算化を行ってきた。そのために、電子レセプトは部分的な効果しか発揮していない。

日本も韓国の取り組みを学ぶ必要がある。そのためにはデジタル化の真髄である韓国の点数表とそれを具体化した点数マスターコードの日本語訳を行った。翻訳には一部不確実な部分もあるが、韓国の実態を学ぶには十分と考えられる。この翻訳が日本の電子レセプトの本格的な実施に役立てば幸いである。

### 2. アナログ状態のままの電子レセプト

日本でもレセプトのオンライン化が打ち出された。一般にはレセプトをオンライン化すればレセプトのデータが活用できる世界が展開すると思うだろうが、オンラインはデータ伝送の手段であり、問題は伝送されるデータの中身である。

レセプトのデータは大別すると、レセプトの周辺に記載された「頭書きデータ」と、中央に記載された「診療データ」に大別される。前者は支払いの事務処理に関するデータで、医療機関コード、保険者コード、合計点数、患者負担金額などであるが、これらはレセプトが紙であってもすでに過半数は光学文字読取装置（OCRシステム）によって読み取れるようになっている。

従って電子レセプトに期待されているのは「診療データ」のデータの分析である。だが、この部分のデータは、形式はたしかにデジタルであるが、コードとデータが対応していないのでデータを分析することができない。それは「診療データ」の記載方式がデータ分析を意識していない

紙レセプトと同じにしているためである。その詳細は後ほど述べるが、これではデータがアナログであるのと同じである。

### 3. レセコンは手書きの世界の新参者

レセプトのコンピュータ処理の歴史は古い。最初は医療機関の紙レセプトの手作業を肩代わりするレセコンであった。医療機関にその効果が評価されて普及した。その普及が確認された段階で、コンピュータを使うなら、紙に印字するのではなく電子媒体に印字するほうが効果的として「レセプト電算処理システム（レセ電算）」が始まった。1983年のことである。

電子媒体で伝送し、しかもその勧進元が厚生省（当時）であったため、世間は医療保険制度全体のデジタル化が始まったものと思い、警戒論と期待論が激しく論じられたが、当時の医療界は電子媒体化を受け入れる状態ではなかったため、厚生省は「電子化はするが扱いは従来通り」を方針として「レセ電算」がすすめられ、それがそのまま今日に至っている。

### 4. Plan-Do-See のループを期待したが

「従来通り」の方針によって、医療保険制度は「レセ電算」によって、何の変化も起こらなかった。制度はアナログ状態のまま運用された。レセプトの審査は従来通り目視で行なわれた。電子媒体で提出されたレセプトは審査段階で紙に再印字するか、紙イメージのコンピュータ画面表示で行われた。そのために、電子レセプトの編集形式は紙レセプトと同じとされた。紙レセプトには本来、データの意識がない。「レセ電算」は紙レセプトと同様に、データとしては扱えない形式となってしまった。

医療保険制度は、「限られた医療資源を有効に配分するように点数を設定し、設定通りに運用し、その結果を確認して、社会的変化も勘案して、さらに有効な再配分を行なっていく。」という Plan-Do-See のサイクルによって運営されるものだろう。それは情報処理システムがなければ実現しないし、「レセ電算」はそのための構想の始まりと期待したが、実際は上に述べたように、紙レセプトの媒体を変えただけのものとなっている。

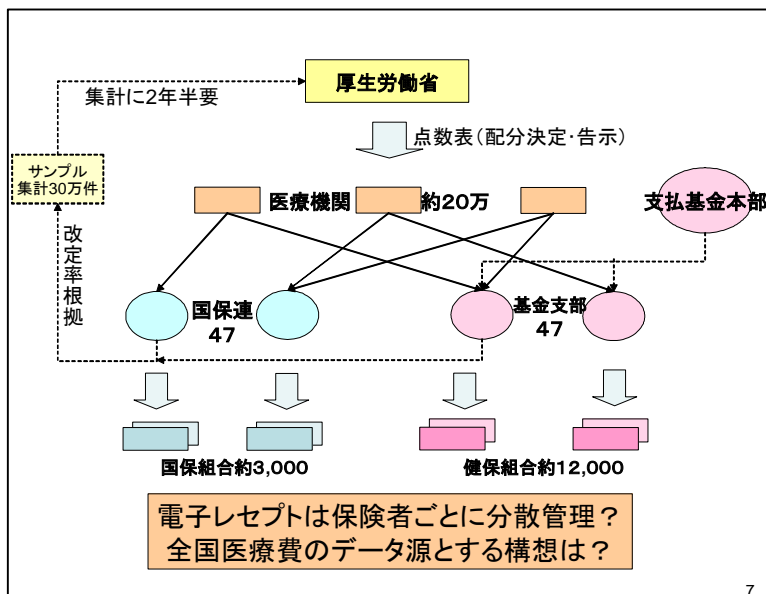


図1 レセプトの情報の流れ

図1にレセプトの情報の流れを示した。約20万の医療機関は、厚生労働省の示す点数表によってレセプトを作成する。作成作業のほとんどはコンピュータ処理である。それが都道府県ごとの社保、国保の審査支払機関に提出されて審査され、その結果が約15000か所の保険者に送付され、所定期間保管される。

レセプトがオンライン化されても、この基本パターンは変わらないようである。電子化されたレセプトデータの活用は、保険者の自主的判断に委ねられているだけで、全国的に集計して医療保険全体の Plan-Do-See のサイクルに活用することは、少なくとも現在は考えられていないようである。

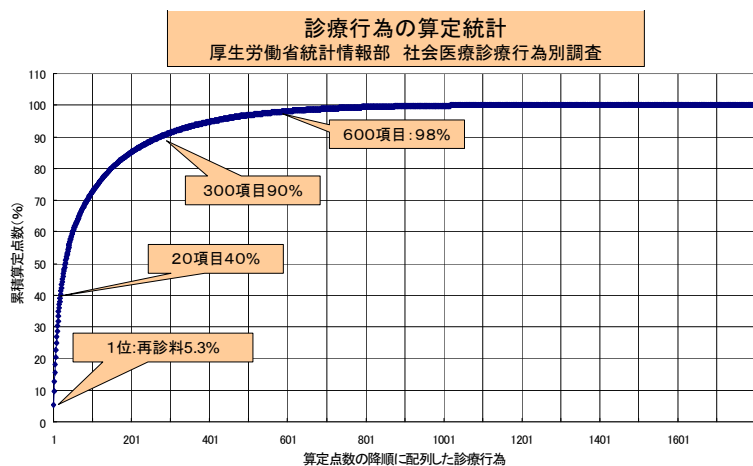
## 5. 改定率の根拠は2年前の手作業サンプル

点数改正の際、改定率が公表される。改定率を公表するには項目ごとの算定頻度のデータが必要である。それに関連した統計としては、厚生労働省の統計情報部の「社会医療診療行為別調査」がある。これは紙レセプトの手集計なのでコードもない。従って経年変化をたどることはできないが、年ごとの項目単位の算定頻度は把握できる。改定率はこれから算定されているのだろうが、データは2年前のものであり、サンプル数も手作業が可能な範囲で選ばれているので、約30万件と極めて少ない。

この統計はホームページからもダウンロードできるので、合計算定点数の大きい順に累積曲線を描いてみた。それが図2である。

## 6. 600項目で決まる30兆円

図2 項目ごとの点数算定状況



この統計から医療費のうちで最大を占めるのは再診料であることがわかる。再診料は全医療費の5.26%を占めている。次いで初診料が4.44%、それに一般病棟の入院料のある区分の点数と続く。そして600までの項目で医療費の98%が占められている。後述するが点数は基本項目数だけでも約5千件はある。それに加算をどのように組み合わせる

かによって件数の総数は大きく変化するが、その総数がいくらであっても、600項目を超えるものは、医療費に占める割合は極めて微々たるものであり、複雑な加算の計算方式など、実際はどうでもよい世界であることをこの統計は示している。点数表をはじめ、医療保険のシステムはこの傾向を念頭において決めるものであろう。

## 7. 簡素化せずに結果の判断ができるのだろうか

しかし、実際の点数表はきわめて複雑である。なぜ、あれほどに複雑でなければならないのだ

ろうか。医療機関への動機付けや、政策誘導などの行政上の方針も必要であることはわかる。しかし、算定結果の評価も同様に重要なのではなからうか。これほどに複雑で、しかもそれを手作業の統計で行って、果たして適正な点数表の設定が行われるのだろうか。簡素化は算定結果を評価するためにも必要と思うが、点数表は複雑化の一途をたどっている。

点数表の簡素化と改正時の猶予期間の確保は、現場からは切実な要請として繰り返し提案される。その要請が妥当なものなら簡素化は実行される。しかし、それを上回る複雑な規定が新たに追加され、点数表は改正のつど複雑さを増している。

これらを考え、告示される点数表の実態<sup>1</sup>を眺めると、医療保険制度そのものは、現場がいかにITを渴望していても、それとは無関係な旧来のアナログの世界に留まっているとしか考えられない。レセプトがオンラインとなってなすべきは、なにはさておき、医療保険のPlan-Do-Seeのサイクルの実現と思うが、日本では考えられないようである。

## **8. 電子レセプトでPlan-Do-Seeのサイクルを**

このような医療保険の環境の下では、ITは部分的な範囲でしか活用できない。グランドデザインで「レセ電算」の目標が設定されても、現実のレセプトは紙レセプトが主体であり、それをレセコンでローカルに処理するのが一番適していることを、現実が証明している。

点数表がいかに複雑で、改正時の期間がいかに過酷であっても技術者がそれを支えてくれる。また、点数改正時の改定率を2年前のデータで算出しても世間はそれを真に受ける。そして改正結果の医療費を改定率と照合することも求めない。

医療機関はマイナス改定であってもプログラム改造に汗をかいた業者に費用を支払う。30兆円を超える医療費はその内訳が明確でないままに増大している。この状態を是とする限り、医療保険の管理当局はアナログの世界から脱して不慣れたデジタルの世界に移行する必要性はないとするだろう。

このような状態では、レセプトデータを医療情報に活用できる世界への期待は叶えられないのではなからうか。

韓国の医療保険制度は日本をベースに整備された。日本は医療保険制度はアナログ状態に留まっているが、韓国はデジタルへの変換を遂げた。具体的には点数表を見直してコード化を実現した。レセプトの電子化はもちろん、医療保険のすべてのEDI (Electronic Data Interchange) 化が成功している。

以下にそれを報告し、日本の状況と比較し、日本の改善案を提案する。

## **9. 目的を明確にして推進した韓国の電子レセプト**

日本の皆保険制度の実現は1961年のことであるが、韓国のそれは1989年である。ITの実用

---

<sup>1</sup> 前代未聞のことであるが、2006年9月に「平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」が発行された。これは4月に遡って適用するとされている。それだけに4月の改定が複雑であった証拠でもあるが、コンピュータ処理を行っている現場はどうすればよいのだろうか。

化の時期と医療保険の立ち上がり時期が一致したのは、韓国にとっては幸いであった。1997年からのIMF危機も結果的には幸いしたようである。

2000年には医療保険に大改革が行われた。医薬分業の完全施行と保険者の一本化である。総合に際して、それまでは保険者の一部門であった審査部門が、健康保険審査評価院（Health Insurance Review Agency : Hira）と称する政府機関として独立した。Hiraはレセプトの審査を保険者の立場に偏重するのではなく、公平な立場で審査し、併せて医療評価までを実施することが使命とされた。

医療評価を実施するにはデータが必須であり、レセプトの電子化が喫緊の課題となった。また、待望の医療保険が実現したことによって、受診者は殺到し、紙レセプトは処理の限界を超えてしまい、事務処理面からも電子化は緊急課題となった。電子化の検討はHiraを中心にKT（韓国通信）やソウル大学が協力した。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案が採択された。

医療機関には早急にレセコンからの移行を実行してもらいたい。そのために医療機関へのメリット還元にも留意した。最大効果は支払期限を40日から15日に短縮したことであり、優良診療所にはフリーパス制度である緑認証制度を採用した。業務の簡素化・透明化も行なわれた。投資に踏みきれない中小病院向けには回線利用のASPが提供され、それでも紙レセプトを継続する診療所などには、紙に二次元バーコード印刷用のプログラムが無償提供した。無理やりオンラインを強制するようなことは行なわれてはいない。

これらの対策の結果、レセプトの電子化は2004年12月に完成が宣言され、レセプトは5年分の34億件がデータウェアハウスに蓄積され、各種の情報を生み出し、政策はデータをもとに実施される体制を実現するに至っている。

## 韓国の電子レセプト

- **目的**
  - 業務の合理化
  - 良質な医療提供のためにレセプト情報を活用
- **普及促進方法**
  - 医療機関へのメリット(支払い期限の短縮、業務の透明化)還元
  - 手作業ベースの点数表の見直し、マスターの整備
    - プログラムによる点数算定不要
  - システムに影響を与えない改正手順の導入
    - 相対価値点数当たりの金額変更
- **推進責任元**
  - 健康保険審査評価院
    - 医療情報のハブ機関の役割→標準化の推進元
- **成果**
  - 電子化の完成宣言(2004年12月)
  - レセプトデータによるデータウェアハウス構築(5年分、34億件)
  - EHRの実現(2010年目標)

### 10. 分析可能な韓国のレセプトデータ

韓国のレセプト形式は日本と酷似している。左側が点数欄で右側が摘要欄である。注目すべきは摘要欄の診療内容が統計表のように整備されていることである。後述するが日本のレセプトは

このようにはなっていない。

電子レセプトはこの紙の様式が電子化されている。データ形式は、

- ①医療機関コード、患者コード、合計金額、患者負担金などを記載した基本事項
  - ②主病名が冒頭に書かれたICD10コード群、診療開始日
  - ③統計として整備された診療行為
  - ④院外処方の薬剤名も記載した処方箋内容
  - ⑤特定事項をコードで記述した特定コメント
- の5区分で構成されている。

図3 韓国の紙レセプト様式

韓国外来レセプト														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
書式番号	G103		療養給与?????					療養機関						
事業所	記号	3810						記号	12345678					
家業者姓名				証番号	912-128			名称						
受診者姓名				710216	-	2362422								
傷病名				分類記号	手術	診療科目	傷害外因	特定記号	入院日数	療養給与日数(投薬日数含)	診療結果			
急性上気道感染				J06.9		01					日			
詳細仏影上気道疾患				J39.9		01					日			
区分				基本診療、薬剤、特定材料(I)	診療行為(II)	処方せん交付番号		処方日数						
						点検番号								
①初診		1回	11,500ウオン	夜間、公休 回	薬品コード (一般名または製品名)		薬品名 (一般名または製品名コード)	1回投与量	1日投与回数	総投与日数				
②再診		回	ウオン	夜間、公休 回	コード		分類 (例外区分コード)	単価	1日総投与量または実施回数	総投与日数または実施回数	金額			
③医薬品管理料			1,050ウオン											
④応急及び回送料			ウオン											
①内服		日分	3,959ウオン	ウオン	1)AA144	?-1-?		11,500	1.00	1	11,500			
②外用		日分	ウオン	ウオン	AL400	?-11		150	1.00	7	1,050			
③処方せん		回												
①皮下または筋肉内		日	340ウオン	ウオン	3)	タイレノル		43	3.00	7	903			
②静脈内		日	ウオン	ウオン		エックティビド		33	1.50	7	347			
③水液剤		回	ウオン	ウオン		アムピシリン		42	6.00	7	1,764			
④その他		回	ウオン	ウオン		コブレル		34	3.00	7	714			
⑤特定材料			ウオン	ウオン		ピソルボン		11		7	231			
⑥輸血		回	ウオン	ウオン										
①麻酔料		回	ウオン	ウオン										
①理学療法料		種	ウオン	ウオン										
①精神療法料		種	ウオン	ウオン										
①処置及び手術		回	ウオン	ウオン	4)	???	600	340	1.00	1	340			
③キャスト		回	ウオン	ウオン	KK010	?-1		810	1.00	1	810			
①自家検査		種	ウオン	ウオン										
②委託検査管理			ウオン	ウオン										
③委託検査		種	ウオン	ウオン										
10. 画像診断及び放射線治療料				①診断	ウオン	ウオン	特定内容							
				②治療	種	ウオン	手術コード							
C. CT		①CT	回	ウオン	ウオン	区分	コード	調整	I、II	区分	コード	調整	I、II	
M. MRI		①MRI	回	ウオン	ウオン									
C T 総額				ウオン										
M R I 総額				ウオン										
11. 小計			16,849ウオン	810ウオン	審査内訳									
12. 加算率			15%	122ウオン										
13. 療養給与費用総額			17,780ウオン					??			??			
14. 本人一部負担金			5,330ウオン					??			??			
15. 請求額			12,450ウオン					??			??			
一連番号				審査調整				計			計			
受診者一連番号														

図4は、③の診療行為のデータの例である。各行ごとにコード、単価、1日量、総回数などが整備され1データをそれぞれ構成している。

図4 データ単位に編集された韓国の電子レセプト

コード	単価	1日 投与 量	総 回数	金額	内 容	
	× 100	× 100		ウォン	区分	名 称
AA154050	1388000	100	1	13880	診察	初診料(医院・公休日)
AA254	796000	100	1	7960	診察	再診料
AH200	142000	100	1	1420	診察	慢性疾患管理料
AL801	16000	100	1	160	診察	医薬品管理料
B2570	164000	110	1	1804	委託検査	AST[SGOT]
C2411	160000	110	1	1760	委託検査	総コレステロール定量
G2101	426000	100	1	4260	影像	胸部1枚単純撮影
G6102	445000	100	1	4450	影像	腹部2枚単純撮影
K2054003	77000	100	1	770	影像	フィルム
K2056003	45000	200	1	900	影像	フィルム
KK010	89000	100	1	890	注射	皮下・筋肉内注射
A25852321	30000	100	1	300	注射	注射薬

### 1.1. 韓国の点数表のデジタル化

韓国の電子化はレセプトだけが対象ではない。医療保険の業務のすべてを EDI として設計した。EDI はコードや処理方式にばらつきがないことが条件である。当時、韓国でもすでに民間企業によるレセコンが存在した。レセコンは法令を解釈して個別にコードやプログラムを作成している。このレセコンの延長線上では EDI が実現できないことを韓国は見通した。これが日韓の明暗の岐路である。

韓国の点数表はまさにデジタルの仕様書である。学ぶべきことが多いので、その全文の翻訳を実行し、本報告書に添付した。

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

韓国の点数表にも各種の加算があるが、デジタル化は各種の加算や算定の区分の全てを洗い出して、そのすべてにコードをつけて独立の項目として定義することである。記述式に表現された点数表がデジタルなコードとしてあいまい性を排除してしまった。2006年現在、30,750件の総数にそれぞれコードが付与されている。

日本の点数項目との比較を上図(図5)

に示した。

日本は基本点数や加算点数などの点数要素にコードを付けて、プログラムで請求点数を算定している。その件数は5,171件であるが、そのプログラム処理の結果として生成される請求点数の総数は不明のままである。業務の必要性から日本の点数表を見た人でなければ分からないことであるが、点数表ならびにその関連規定は、読めば読むほどに点数項目が湧き出てくる。日本の医療保険は、取扱商



品の全件数のカウントもできず、倉庫にデッドストックの山のある商店のような状態である。実際の在庫品はないのかもしれないが、ITで処理する現場は、コストをかけて情報の収納場所を準備する必要がある。

韓国の医療保険は30,750件が全メニューである。このコードでそれぞれ保険請求ができる。そしてその結果が全国統計になる。手数がかかり、しかもコードと点数の対応を失わせるプログラム算定は不要の設計である。

図6 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)
가-1		外来患者診察料 Outpatient Care 가. 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	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



図7 健康保険審査評価院が発行する診療行為点数マスターコード

算定コード	名称	算定名称	点数	金額 (ウオン)
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才未満	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

図6は、点数表の冒頭部分の初診料である。医療機関の種別ごとに初診料が決められており、それに3種の注加算があり、それを算定した場合に記載するコードも併記されている。

図7は、この点数表の規定によってHiraが発行しているマスターコード一覧である。加算のない項目には5桁コードが設定され、加算のある項目には3桁のコードが追加されている。

大まかな統計なら、5桁コードをキーとし、詳細な統計は8桁コードをキーとすることでそれぞれ作成することができる。

## 1.2. 点数表にも課されているシステム規制

図8 同時に算定できる通則加算は3項目までの条件設定

部	加算コード	通則加算内容	
		1	2
AA 初再診		1:夜間、5:公休日、9:保護者来院し薬剤または処方箋受領 満1歳未満、6:満6歳未満、7:満1歳以上3歳未満、9:脳性まひ、精神遅滞者(歯科)	
AB 入院		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	
AD,AG,AJ,AK 特殊入院料		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	
AN 家庭看護料		1:夜間、2:公休	
B,C 検体検査		5:核医学的方法 抗グロブリン、薬物、毒物、有機溶剤、細菌、真菌、ウイルス、寄生虫、感染症の区分	
C 組織病理検査		9:病理専門医外部スライド判読	
C 穿刺、生検		1:治療目的 3:満8歳未満	
E 内視鏡検査		1:内視鏡下生検 3:満8歳未満	
F,FA 機能検査		1:デジタル脳波分析 6:満6歳未満	

(4) 通則加算を三桁で表現した韓国の診療行為コード(1)

加算の3桁表示を可能としたのは、同時に算定できる加算は3項目以下に限定するという制約が必要となる。韓国の点数表はこのようなシステムの制約を受け入れている。3桁コードの実例を図8に示すが、システムの制約を受け入れてこそ、システムの効果も享受することができる。韓国はそれを実現している。

日本の点数表はシステムの制約の外の存在である。「点数表にシステムの制約を設けるなど、ほかに」であり、それを提案

できるような環境ではない。残念ながら日本人なら万人がこれを認めるだろう。レセプトならびに医療保険のオンライン化は、これが韓国並にならなければ実現はおぼつかないだろう。

韓国でもこれを保健福祉部(日本の厚生労働省)に納得させるのに半年以上の説得が必要であった

とのことである。

### 1 3. システム変更を伴わない点数改正

図6でも分かるように、韓国の点数表には、点数欄と金額欄がある。毎年の改正は点数あたりの金額変更で行われる。図9はそれを示す2005年末の告示である。2006年からは、これ以外に臓器移植関連項目が新設された。点数自体は「相対価値点数」と位置づけられて、一部の変更は見受けられるようだが、慎重に検討が続けており、そのうち変更されるとのことである。点数改正時の作業は単純な変更ですむ。これはコスト面だけではない。EDIの安定稼働を継続するための必要条件である。

#### 韓国の改訂告示：点数あたりの単価告示と新設項目

保健福祉部告示第2005-87号

2005年12月22日  
保健福祉部長官

#### 健康保険療養給与費用の内容改訂

国民健康保険法第42条第4項による療養給与費用の内容は健康保険療養給与行為及びその相対価値点数(保健福祉部告示第2005-74号、2005.10.31)の点数当たり単価を60.7ウォンの療養給与費用とする。

付則

この告示は2006年1月1日から施行する。

日本が現在、改正時に必要としている大作業が、オンライン・レセプト環境で継続実施できるとは思えない。オンライン下での点数改正はシステム変更を伴わない手法を開発して実施する必要がある。これは、オンラインシステムの安定稼働を継続するための前提条件である。

オンラインシステムの実現には、現行の点数設定の手続きの見直しも必要となる。オンラインシステムはローカルの実現できるものではないことに留意する必要がある。

### 1 4. 点数表の項目を医療情報として意義あるものに

図5で分かるように、日韓の点数表の基本項目数の合計はほぼ同数である。しかし、詳細に比較すると、日本は入院料などの施設区分関連の管理的項目が多い傾向にあり、韓国は医学的な項目が細分されている。図10は管理的、医学的の区分は恣意的に分類したものであるが参考に供する。

医学的な分類の例としてMRIをあげる。日本のMRIの点数は、1.5テスラ以上とそれ以外、特殊撮影に関するもの、造影剤加算の4区分であるが、韓国は点数値に拘らず、部位によってコードを204件に区分している。日本ではMRIの算定の際に部位は区別する必要がない。

このことも、韓国との比較で判明したことであるが、日本の点数表は医療保険の点数算定のために限定されたものとなっている。レセプトに含まれたデータの活用は、一部の研究者によって研究されてきたが、それは存在する点数表を受身の姿勢で利用するというものであり、医療情報としての観点から有効な掲載を点数表に求める姿勢はないように見受けられる。

図10 医学的項目と管理的項目の日韓比較

(5) 医学的項目と管理的項目

	日本			韓国			日韓比	
	基本項目	加算項目	計	基本項目	加算項目	計		
医学的項目	処置・手術	2,594	84	2,678	1,994	18,949	20943	1.34
	検査	1,293	67	1,360	1,731	863	2594	0.79
	麻酔	117	27	144	75	841	916	1.92
	X線診断	118	9	127	433	2,317	2750	0.29
	放射線治療	47	7	54	57	63	120	0.95
	精神	37	9	46	21	0	21	2.19
	CP断層診断	16	2	18	249	874	1123	0.07
	リハビリ	16	2	18	67	0	67	0.27
	核医学診断	9	2	11	138	915	1053	0.08
	注射	39	11	50	47	27	74	1.06
	投薬	20	2	22	43	58	101	0.51
	計	4,306	222	4,528	4,855	24,907	29762	0.93
管理的項目	入院	321	68	389	62	638	700	6.27
	在宅	78	24	102	1	2	3	102.00
	指導管理	94	6	100	154	0	154	0.65
	初再診	37	15	52	26	105	131	2.00
	計	530	113	643	243	745	988	2.65
合計	4,836	335	5,171	5,098	25,652	30750	1.01	

韓国のマスターより漢方、薬局、歯科、助産所、保健所、DRGを除外した。  
日本はレセ電マスターより採択し、基本項目、加算項目の区分は実質的なマスターの「区分1」で区分した。

日韓の点数表を比較して分かることだが、韓国の点数表は、算定結果のレセプトデータがデータウェアハウスに蓄積された場合、それが有効に活用できるように、予め項目の設定が行なわれているようである。

データウェアハウスはデータの信頼性は重要であるが、それとともに重要なのは扱うべきデータが適正なものでなければならない。韓国はこの部分の配慮も行なわれているようである。

貴重な情報源としての点数表は行政機関の独占物ではない。医療情報関係者が論議に加わって、社会の公器としての点数表を実現することの重要性を韓国から学ぶことができた。

1.5. 紙レセプトのままのオンライン

説明を日本に転じる。レセプトの電算化の歴史は民間企業によるレセコンで始まった。レセプトの

[点数欄]		[摘要欄]	
1 初診	342	11 * 初診料 乳幼児加算	342 × 1
0 21 内服調剤	9	21 * 内服調剤料	9 × 1
21 内服薬剤	147	21 * 内用薬A 6錠 内用薬B 6錠 内用薬C 6錠	21 × 7
0 手術	54600	50 * 手術D 時間外加算	54600 × 1
0 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11 日本の紙レセプト

処理はコンピュータにとっても非常に重い業務なので開発当初の時代は、ハードウェアまでが特殊で

あった。パソコン、オフコンと並んで、市場は小さいがレセコンがコンピュータの1ジャンルを形成していた。その後、ハードウェアは性能向上によって標準品が採用できるようになったが、一般のコンピュータが自由に機能を発揮できる環境に置かれているのに対し、レセコンは、手書きの制度に縛られた特異な存在として、不名誉でもある別名を継承している。

繰り返すことになるが、レセコンは手書きの世界に遅れて参画した。コンピュータにとっては非常識な仕組みの中で、手書きの行き詰まりを肩代わりし、やがては医療機関のニーズにマッチして順調な普及を遂げ、その設計思想がそのまま「レセ電算」に継承された。そしてレセコンも「レセ電算」も共に、「紙レセプトと同じ」を遵守する状態におかれている。

何のことはない。医療機関から審査機関に送付された電子媒体（フロッピーディスクなど）は、審査段階で紙に戻して審査が行われた。しばらくして審査は画面でも行なわれるようになったが、保険者への送付は装置の整備が整わず、大部分が紙である。結局、電子媒体に記録された医療情報は活用されることなく、24年が経過して今日に至っている。

## 16. 一連表示の点数

紙レセプトと同じとされたのは審査の方法だけではない。審査が目視で行われるので、電子媒体の記録方式は紙に再印字した場合に紙レセプトと同様にする必要からも、紙と同様とされてしまった。その紙レセプトには本来、データの概念がない。紙レセプトと同じとされた電子レセプトは、かたちは電子情報であっても、データとして扱えないままとなっている。それを具体的に紹介する。

図11は紙レセプトの例である。紙レセプトは記載文字も点数も最少の状態ですべて請求・審査が行えるように工夫されている。点数欄にまず記載し、点数欄だけでは分からない場合だけ摘要欄に記載する。点数の記載も最少限とする。それが一連記載である。一連は“\*”ではじまり、点数に関連ある診療行為名、加算名、薬剤名などを書いて最後の行に計算した結果の一連の点数を書く。一連は1項目で構成される場合もあるが、一般には複数行で構成される。一連の点数をチェックする際には、個々の点数の値と算定式とを点数表などを参照して確認し、電卓などで計算する必要がある。これがレセプトをさらに分かりにくくしている。

この紙レセプトの記載原則がそのまま「レセ電算」に取り入れられた。それが支払基金発行の「磁気レセプト作成の手引き」である。基本原則がなく、個別に記載されているので内容の把握に難渋する。注目を引くのは点数表の記載とは異なった扱いをしているとの断り書きが多いことである。

システム担当者は点数表の決まりを頭に入れた上で、レセ電算の方言を習得する必要がある。

紙レセプトの記載要領も複雑だったが、チェックが目視なので融通性があった。しかし、「レセ電算」ではコンピュータで論理的にチェックされる。誤まれば返戻の扱いになる。「レセ電算」には格別のメリットもないのに、チェックだけが厳しいというのが専らの風潮になるのも当然の現象である。

## 17. コンビニの「一連」は「来客ごとの購入品」

レセプトの点数を一連で記載するのは、患者ごとに診療内容が個別であることをたぶんに意識した結果であろう。話は飛躍するが、一連をコンビニにたとえるなら図12のようになるだろう。

図 1 2 コンビニにたとえた一連表示

来客ごとの一連管理

商品ごとの管理

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(こんにゃく) 1個			?
5678	おでん(がんもどき) 2個	190	1	
5676*	おでん(こんにゃく) 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		

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(こんにゃく)	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

コンビニの「一連」はさしずめ「来客ごとの購入品」であろうか。このような管理は、来客の購買傾向を知るには有効であっても、定常的な管理手法は右側の商品ごとの管理が行なわれるはずである。

今日、処理に難のある一連表示を継承することに果たして意義はあるだろうか。現在の関係者が何の問題意識もなく「一連」を当然のように受け入れている。患者が受け取る領収書が分かりにくいのも、その原因の源はここにある。

### 1 8. 一連表示の点数をデータ単位に

図 1 3 一連表示をデータ単位の表示に

日本の電子レセプトデータ形式						分析が可能な「データ単位」					
区分		コード	内容	1日量	単位点数	日数/回数	区分	1日量	単位点数	日数/回数	合計点数
11	*	111000110	初診 270点				11		270	1	270
		111000370	乳幼児加算 72点		342	1	11		72	1	72
21	*	120000710	内服調剤料 9点		9	1	21		9	1	9
21	*	613920056	内用薬A 18.7円	6			21	6	11	7	77
		612180011	内用薬B 9.2円	6			21	6	5	7	35
		613130240	内用薬C 6.4円	6	21	7	21	6	4	7	28
50		150217710	手術D 39000点				50		54600	1	54600
		150000490	時間外加算 40%		54600	1					
60		160033610	生化学検査E 160点				60		160	1	160
		160033310	生化学検査F 150点				60		150	1	150
		160034210	生化学検査G 150点		410	1	60		150	1	150
計: Σ(②×③)=55508							計: 55551				

図 1 3 の左側は、図 1 1 の紙レセプトを「レセ電算」の仕様によって電子化したデータである。紙レセプトは一連の範囲を目視で確認するので点数はそのエリア内ならどこに書いてもよいが、データ

として扱う電子レセプトでは1行を独立したものとしなければならないが、一連が複数行で構成される場合は、それができない。単位点数はファイルから探せるが算定回数は困ってしまう。「レセプト電算処理システム」の歴史はそれなりに長いが、データとして扱われなかったためか、改善の声も無いままである。

## **19. データ分析が可能なレセプトの実現策**

図13の右側のように編集すれば、点数、回数は1行ごとに記載できる。したがってデータ分析は可能となる。その対策が必要なのは、下記の3つの場合である。

- ①診療行為が基本項目と加算項目などの複数の項目によって構成される場合。
- ②検体検査でまるめ算定が行なわれる場合。
- ③内服薬の1剤が複数の薬剤で構成される場合。

この3種のうち、②、③は算定方法を改めることで実現できるので簡単だが、加算結果にコードを付与する必要があり、現在のコード体系の変更が必要である。大作業であってもオンラインの電子レセプトを紙の目視の世界から分析可能なIT論理の世界に移すためには必要である。なにをどのように分析するかは今後の課題としても、その前提条件として必要である。

韓国は電子レセプトを設計する際にそれを実現している。

## **20. 処理の複雑化だけではないプログラム算定の弊害**

なぜ、このようなことになったのか、それは加算が存在するという、診療行為点数表の特徴と、その処理方法の選択によって生じたものである。図11の「手術D39000点」と「時間外加算40%」がその具体例であるが、点数表にはこの種の加算が各種存在する。それを日本では点数表に記載された点数要素にコードを付与し、それをプログラムによって請求点数を算定してきた。

この方式を採用したのは手書きの世界に遅れて参入した民間企業のレセコンが「点数表の内容を忠実に再現」することを最優先した結果と思われる。

もし白紙の状態で設計するなら、点数表に書かれた計算は日本全国で1回だけ実施し、その結果にコードをつけて全国に公表すれば、全国津々浦々が計算を繰り返す必要はない。点数計算に疑義は生じない。単純明快、しかもそのコードを集約すればたちまち統計が完成する。

韓国はまさにこのようにしているが、日本ではプログラム算定しか考えなかった。それは、あの複雑な点数表の内容の全てを、しかも改正時の短い猶予期間に全ての計算をするなど、事実上不可能である。点数表に記載された内容が、実際に出現する可能性はほとんど無いと思われるものも多数存在する。プログラム処理は、あいまいなアナログ状態の点数表を一見はデジタルの世界に移行するための姑息手段であるといえよう。

権威に弱い日本人は点数表を絶対視してきた。それは医療者が人体を絶対視するのと同じレベルのようである。そしてコンピュータにとっては過酷な点数表に企業は社名をかけて挑戦する。かくして日本の技術は点数表がいかに過酷であっても、改正のためにレセプトが打ち出せないなどの社会問題は引き起こすことはなかった。

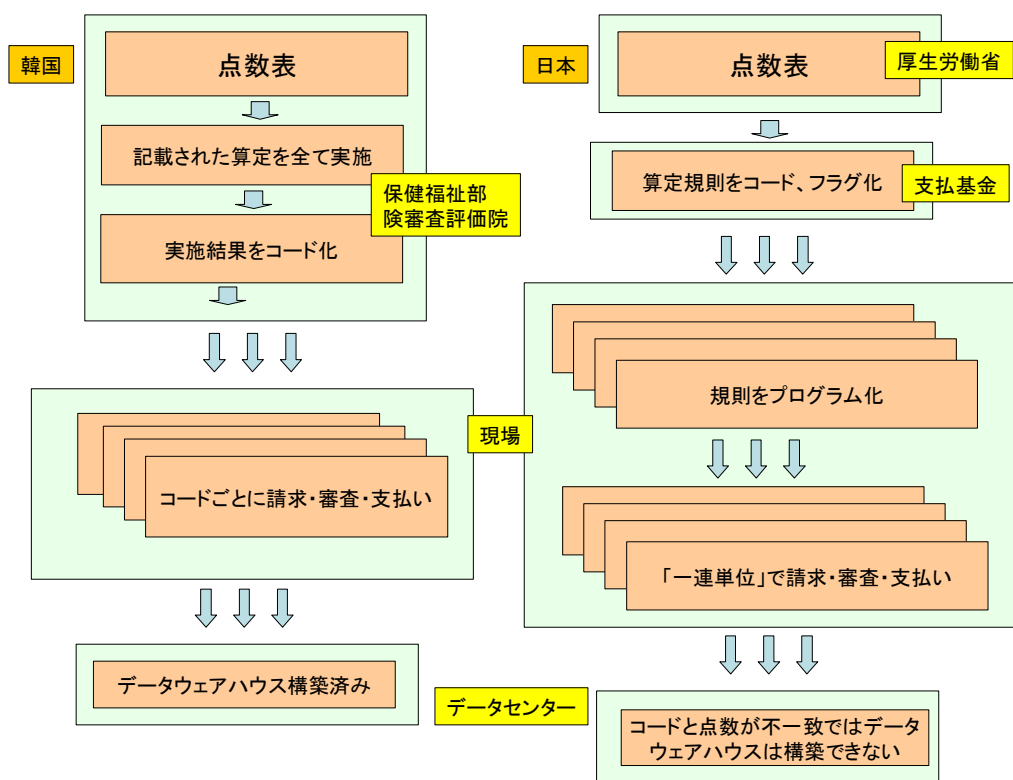


図 1 4 日韓の処理の相違

韓国は中央からのコードで現場は容易に処理してデータ化可能、日本は複雑な処理手順を公示し、現場がそれを計算によって処理することによって、コードとデータの対応を喪失させてしまっている。

## 2 1. 保守が容易な韓国の点数マスター

マスターの縦の件数である項目数は韓国が約 3 万件で日本は約 5 千件である。この項目数が多くても保守の手数はあまりかからない。保守が難航するのは横のレコード項目の多さである。韓国のマスターのレコード項目数は 9 件である。その内訳は、算定コード、分類番号、項目名称、算定（加算）名称、点数、金額、適用日など明瞭な 9 項目だけである。

日本の場合は、これらに加えて各種の適用区分、各種の算定区分、その例外処理区分、施設基準区分、加算区分など 73 件に達している。これらは点数表を詳細に読み取らなければ設定できない。

7 3 項目もあっても請求側のシステムは不満を唱えている。7 3 項目は提出されたレセプトを審査する側の必要性から出てきたものである。レセプトを作成する側はこれだけでも不足であり、医療機関への納入バンダーは個別の条件フラグを追加している。

	韓国	日本	日本/韓国
データ件数	30,750 件	5,171 件	0.17
レコード項目	9 件	73 件	8.11



## 2.2. 象徴的な厚生労働省の免責条件

日本の点数マスターは厚生労働省のホームページから無償でダウンロードできるが、その冒頭の「免責事項」の欄には下記の記載がある。

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用いて行な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なう場合は、各自ご確認の上ご利用ください。

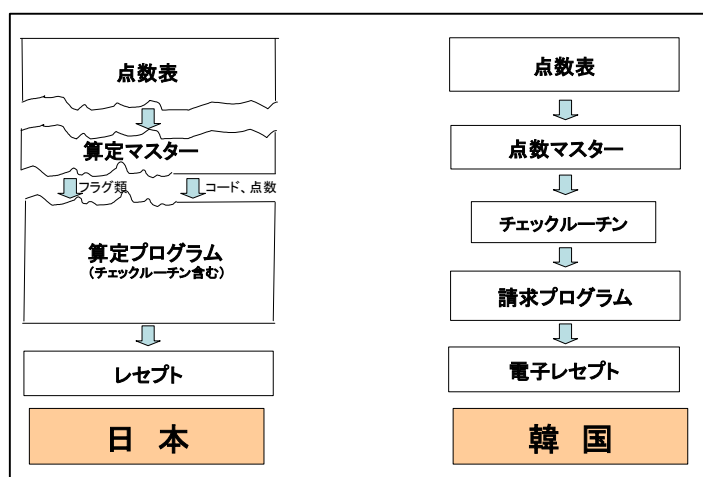
さらに事実を述べるなら、厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会が連名で発行している「ご存知ですか レセプト電算処理システム」のパンフレットには、「基本マスターは、厚生労働省と審査支払機関が責任を持って管理しています。そのため、診療報酬や薬価等の改定に迅速に対応し提供しています。」と書かれている。

これらの表現が何年間も変わらない。日本の象徴的現象である。問題の根源は根深い。抜本的な対策が必要なことを物語っている。

## 2.3. 実行されない標準化の鉄則

図15は、日韓の点数表からレセプトまでの処理を模式的に描いての比較である。本質的に点数表に差はないが、相違するのはその処理方法である。日本は複雑な内部をそのまま露出して、その処理を現場に実行させている。韓国は内部処理を行ない、その結果を公表している。日本では公表されたコードまでは共通化できても、プログラムとの関連が複雑な区分フラグまでの共通化は困難である。結局、シス改造作業は、システムごとに改正時の短期間に実施せざるを得ない。その経費も無視できないが、医療機関はそれを支払っている。

図15 複雑なので標準化できない日本  
簡単なので分業体制もとれる韓国



点数表の作成側にとっては、こんなありがたいことはないだろう。点数表には複雑化の度を加えることができ、その権威が維持できる。根拠となるデータが2年前のごく一部のサンプルレセプトの集計結果であっても、発表する改定率は権威あるものとして社会は容認する。一旦発表した改定率の実数がフォローされることもない。点数表は、コンピュータとは無縁の時代からの手馴れた手法によっ

て、編集を続けることができるのであり、現にそのようになっている。

## 2.4. 見直すべき検体検査のまるめ算定

コード設定が関連する加算に比べると、対策は簡単だが、コードとデータが一致しない2番目の事例は検体検査のまるめ算定にある。図11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、項目ごとの点数ではなく、項目数ごとに決められた点数で算定する。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。行政的意味はわかるが、これでレセプトのデータ集計機能は失われてしまった。

## 2.5. 事務官の片手間仕事の記載要領をシステム技術者の本来業務に

点数は項目点数をそのまま集計し、多項目検査による「削減点数」を別項で記載するように記載要領を制定するのもひとつ解決策であろうが、点数改正時のレセプトの記載要領の作成は、点数表の改正作業が終了した段階で、期限的に急かれて急遽設定するような時間配分となってしまう。しかもそれを、レセプト業務に従事した経験もなく、書かれたレセプトを「実務で使用することもない」事務

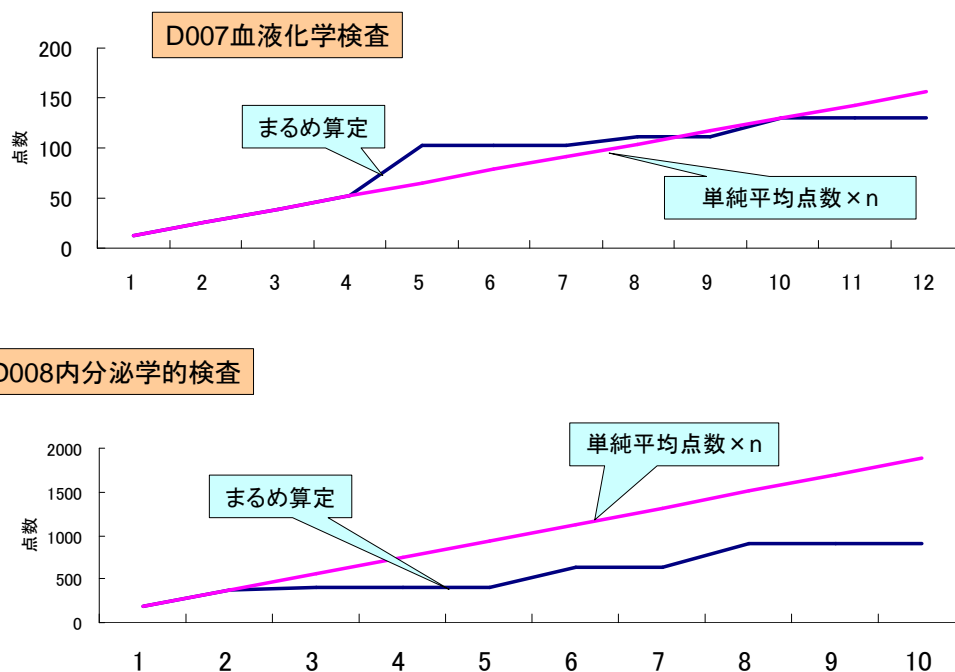


図16 検査のまるめ算定の概念図（これは日本に固有のものである）

官が机上で実行することになっている。レセプト記載要領は全国の関係者が関与するシステムの出力仕様書にも相当する重要なものであるが、その作成手順は、修整容易な手書き文書のそれと同じである。

日本には30兆円を超える費用を扱い、関連する機関は数十万に達する医療保険をシステムとして捉えていない。韓国の医療保険システムは政府機関であるHiraがそれを支えている。HiraのIT装備率は組織の50%に達し、韓国のIT職場の中でも最右翼に位置付けられている。

## **2.6. 薬剤点数は薬剤単位に**

3番目の事例は薬剤の購入価格の点数換算に存在する。薬剤の請求価格は円単位で表示されている。請求に際しては、これを点数単位への換算が必要だが、それが薬剤単位でなく剤単位に行なうことになっている。剤は同時に服用する薬剤群を1剤と定義している。一種の一連であり、一連に拘った編集である。図11ではA, B, Cの3薬剤が1剤を構成している。薬剤点数を剤単位に集約して算定するレセプトの薬剤データは、薬剤単位の統計作成には使用できないことは図11からも明らかだろう。

## **2.7. 事実を承知した実務者は改善提案を**

一定額以上の高額レセプトは、審査機関の本部で特別審査を行なうことになっているが、その際には、月単位にまとめられたレセプトとは別に、請求内容を日単位に展開した一覧の添付が指示される。その一覧表の場合は、薬剤は剤単位ではなく、薬剤単位で点数を記載する。レセプトの記載内容をデータとして扱う場合はその編集をやり直しているのである。

規定されたレセプト編集に問題があっても改善提案はない。レセプトを記載する医療団体への遠慮して、業務の不便を、意味に温存し、データとしての活用を阻害している。実務者は毎日不便を感じている。しかしそれはを変わらないものとあきらめている。韓国の実務者は大いに意見を述べている。

剤単位の点数を薬剤単位に変数すると端数処理で誤差が生じるが、その誤差は全体では相殺される。薬剤単位への変更には何らの問題もない。

ちなみに、韓国には検査もまるめ算定はなく、薬剤の請求金額はその許容最高額がウォンで規定され、実際の請求額は医療機関ごとの購入金額を薬剤ごとにEDIで報告し、その額をウォンで請求するので、日本のような問題は生じない。

## **2.8. 韓国の点数表および点数マスターコードは改善策の宝庫**

巻末に韓国の点数表および診療行為の算定マスターの日本語の一部を添付した。それらの全てはCD-Rに収納している。細部の誤訳は容赦願うとして、その内容を積極的に学んでいただきたい。(最終報告書に添付しているCD-Rは筆者の下記ホームページに収納している。)

<http://www2.tba.t-com.ne.jp/yuhan/index1.htm>

## **2.9. 日本でも実現の可能性は十分ある**

日本の電子レセプトは紙レセプトのままの状態、データ分析ができるものはないことを報告した。対策は韓国を参考にして、コードの設定変更から再構築を行なうことである。

その手順を紹介する。

- ① 韓国の点数表と算定マスターを学習する。そのためにその全訳を実行して添付した。細部の翻訳の不徹底や、用語の誤用はあるが容赦願いたい。韓国の構想は理解できるはずである。
- ② コード体系を韓国と同様に5+3桁に設定し、これに適合されないものは大胆に整理する。その際に、図2で示したように、項目ごとの算定点数の累計が600項目で飽和するという実態を

念頭に置くことである。通常の情報処理システムの設計を行う際の心構えと全く同じである。

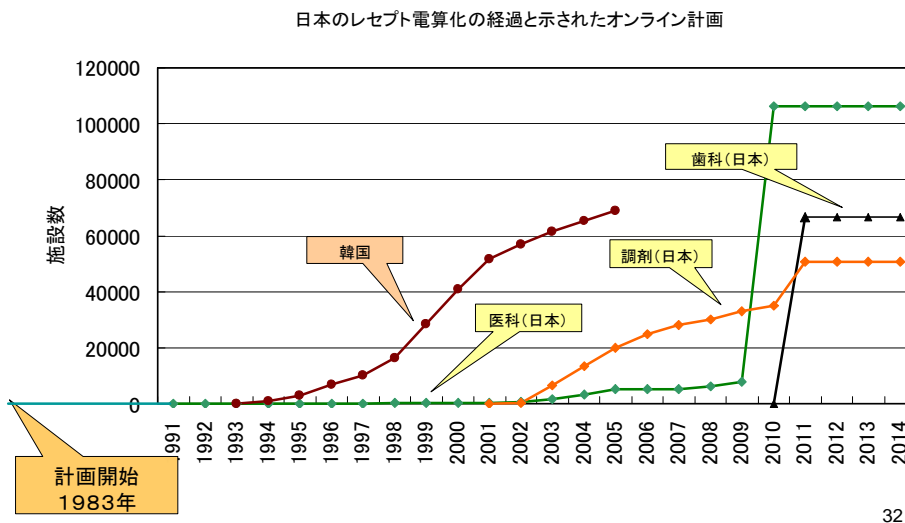
- ③ 算定項目は医療情報として必要とするものを関係者が協議して決定する。
- ④ どこまで点数表を簡素化するかは目標は、「点数改正時に許容される猶予期以内に、コード設定が可能な範囲」とする。

### 30. オンラインシステムの経費

経費についても触れておかなければならない。下表は平成18年5月診療分のレセプト電算化に関する統計である。（社会保険旬報2006.11.21 P56～59より）

		医数ベース	レセプト 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%

電算化の経過と示されたオンライン計画を年次で描けば下図のようになる。



オンラインが強制されるとなると、 $100 - 13.7 = 86.3\%$ の医療機関が電子レセプトのシステムを導入

入しなければならない。その医療機関数は18万7千で、厚生労働省発行の「レセ電算」のパンフレットでは「レセ電算」のソフトウェア経費とインストール経費の合計を、診療所は25万円、病院は200床未満で300万円、400床未満で450万円、600床未満で600万円を参考値として上げている。

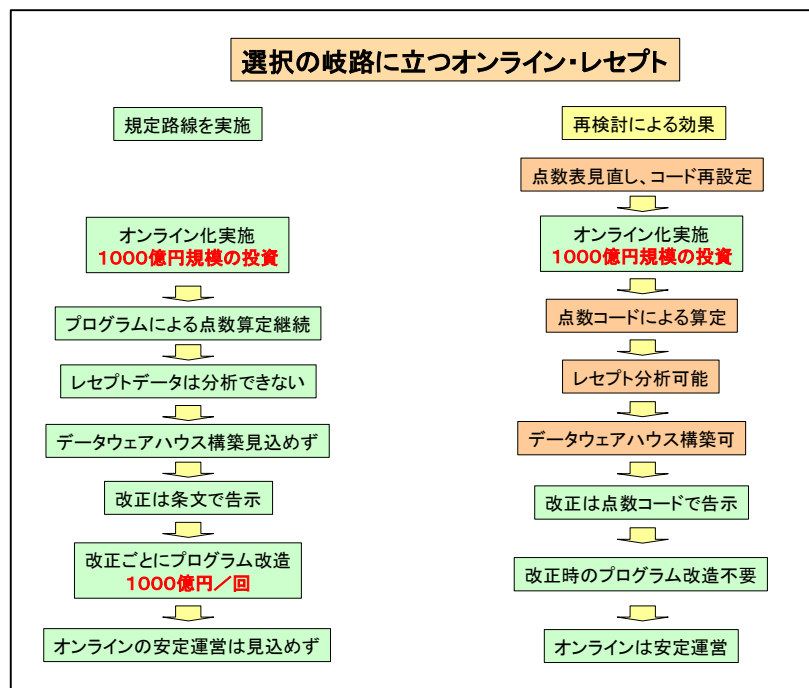
これらは紙レセプトに印字するコンピュータを電子レセプトに変更するための経費であり、オンライン化にはさらに費用はアップするだろうがその額の評価は決まらない。対象施設数は厚生労働省の資料などによって、病院：9,026、内科診療所：97,442、歯科診療所：66,732、薬局：49,956、推定ではあるが社保保険者：2600、国保保険者：3200、それに本部と都道府県ごとの審査機関：97、合計で23万か所である。

低めであるが1か所50万円と見積もって1150億円である。これにはオンライン設備費用が含まれていない。韓国の当時のEDI初期開発費は280億ウォンと聞いている。

ざっとの評価であるがレセプトオンライン化は1000億円規模のプロジェクトであることは確かであろう。

それに、現在のままでは点数改正の際にプログラム改造費用が必要である。病院では数百万円といわれているが、件数は診療所クラスが多いので1か所50万円としても、23万か所では1150億円となる。ざっと1回の点数改正は1000億円の出費である。

### 3.1. 選択の岐路に立つオンラインレセプト



いま、オンラインレセプトは重要な岐路に立っている。規定路線を実施するのか、本報告で提案するように点数表を見直すかである。それを上図に示した。前者の場合、1000億円を投資しても何も変わらない。レセプトはデータ分析ができないので、データウェアハウスの構築も見込めない。しかも点数改正のつど、ざっと1000億円の出費が必要である。オンライン下での実施は現状よりも

出費はかさむ。出費がかさむような大規模作業がオンライン下で安定に稼働できるかも疑わしい。

オンラインと、点数表の解釈によるプログラム改造とは本来が並存しえないものである。

後者の場合もオンラインの出費は同様に必要であるが、処理システムは簡素化する。レセプトは分析が可能であり、データウェアハウスの構築も可能である。改正時にはプログラム改造が不要なので、1000億円の出費は不要となる。

このように比較すれば、選択すべき道は自明である。

## **3.2. おわりに**

医療の質の評価のデータ源としてのあるべきレセプトの究明の過程で、日本の現状の問題点と、その解決のために学ぶべき韓国の電子レセプト事情の紹介に研究内容が進展してしまった。一見迂回路をたどっているようだが、問題の本質の解決策と考えている。

隣国の韓国が日本と酷似した環境で医療保険のデジタル化に成功したことは極めてありがたい。しかも、韓国の関係者は医療保険制度を立ち上げる際の日本の協力・指導を高く評価している。さらに今日、韓国は日本以上の高齢化社会の到来に直面し、一歩先を行く日本の老人対策から多くのことを学んでいる。両国は互いに持ちつ持たれつの関係にある。

韓国の関係者は、「IT部門では幸いにも一歩先を歩んでいるが、それもいままで日本から多くを教えられた結果。」と感謝している。

医療の世界には国境はない。率直に韓国を学べば道が開けることを報告したが、日本の医療保険は世間一般のIT化の波を他人ごととして、あまりにも長期間、旧来の環境に留まり過ぎた。それを社会が容認し、敬遠してきた。情報処理の世界でも医療保険だけは特殊と考え、それを除外してシステムを構築してきた。しかしそのようなシステムは、部分的な環境では一応の機能を発揮するが、環境が広がれば行き詰まるのは当然である。しかし、医療情報システムは医療保険だけは、常にブラックボックスとして敬遠し、改正対応は専門業者に丸投げしている。

最近、一部の不心得者の行為によって、備えるべき基準を満たしていない建築物の存在が大きな社会問題となっている。この問題は各種の法整備やそのチェック機構の隙間を掠めた問題のように思われる。被害者には申し訳ないが、問題の発生原因を突き詰めて対策することで改善の方向に向かうだろう。

直接は見えないが、情報処理システムは建築物と対比する巨大な構築物であるが、その歴史は建築物とは比べものにならないほど短い。技術力も関連法規や規定類も、あらゆる面で建築物とは比較できないほどに未熟であり、未整備である。今回の建築物の問題では、チェック機構の不備も問題であったが、情報処理システムではチェック機構はもとより、設計に関してもその概念が希薄である。器用なプログラマーがコーディングすれば、その延長線上でシステムが出来上がるようにすら、思われているようである。

30兆円規模に達した医療保険の全体を見渡すPlan-Do-Seeのシステムが存在しないことも不可思議である。24年前にはじまった「レセ電算」をここで詮索するのは酷であるが、それが今、オンラインに衣替えしようとしている。このシステムはどこが、どのように設計しているのだろうか。そしてそ

の設計内容をどこがチェックしているのだろうか。問題となった建築物との対比で考えざるを得ない。

監督官庁からは、施設ごとの実施期限は告示されるが、システムの全体構想は明らかではない。中央官庁が期限を指定し、業者を指定して費用を配分して出来上がるような規模のものではない。設計に際しては、難関の最たる中央官庁の業務までを変えなければ実現しないシステムであることは、すでに述べた。

ここまで述べてきたレセプトの問題も、レセプトの片面のような気がしている。レセプトの問題の核心は、レセプトが医療費の審査の対象物であることにある。審査の実態は関係者以外まったく、うかがい知れないブラックボックスである。その実態は当研究者まったく知らない。わずかに巻末に掲載した参考文献でうかがい知る程度である。審査基準は都道府県ごとの委員会の内規とされ、非公開である。

審査を知らずしてレセプトを語るのは、恥ずかしい。図2でわかるように点数算定の加算の問題など、枝葉末節である。

韓国の審査基準はインターネットで公開されている。もちろん全国統一である。審査にコンピュータ論理も多分に採用されている。電子レセプトは審査までが対象であるが、日本ではその研究は皆無である。ここに述べた問題提起は、審査の合理化に達するための一里塚である。

韓国から学ぶべき最大のものはシステムの実現に関する取り組み姿勢のように思える。

(以下は参考である)

日韓の取りくみの相違点

	韓国	日本
とりくみ姿勢	全対応:点数表にコード付与など	旧来のままの点数表を解釈して実施
目的	業務改善、最適医療提供の情報源	業務改善が見込める
医療機関の効果	早期支払い、業務の効率化・透明化	格別見当たらない
保険者の効果	業務改善、組合員の健康管理に着手	再入力作業削減など
点数改正	点数あたりの金額変更(対応容易)	点数表の条文変更(プログラム改造要)
電子化の推進責任元	健康保険審査評価院	明確でない
コード	加算算定後の請求点数に付与	点数要素に付与(請求点数はプログラム算定)
審査方法	ITを活用(看護師経験者主体)	医師審査員の目視(紙または画面)
金額(点数)の表示単位	診療データ単位(分析可能)	一連単位(紙レセプトと同じ、コードとの対応なし)
審査基準	全国統一基準をインターネットで公開	審査委員会ごとの内規(非公開)
レセプト以外の電子化	審査結果通報など全面的にEDI実現	当面はレセプトのみの電子化
レセプトの請求単位	月または週単位、将来は請求ごとの処理	従来通り月単位
レセプトデータの活用	5年分レセプトがデータウェアハウスに蓄積、有効活用実施中	保険者単位?、全国のデータ蓄積計画は?
完成時期	2004年12月に電子化完成宣言	2011年には全面実施が指示



## 日本の現状

