

日韓オンラインレセプトの明暗

柳韓大学保健医療福祉研究所

日本事務所 所長 西山孝之

●EDI を推進する健康保険審査評価院

韓国のオンラインレセプトは健康保険審査評価院（Health Insurance Review Agency : Hira）が中心となって推進している。Hira は 2000 年の保険者統合と同時に発足した。レセプトの審査だけでなく、給付の適正性評価を通じて国民医療の質向上と健康増進をはかることが目的の組織である。

韓国のオンラインは対象が医療保険全般にわたっているため、EDI（Electronic Data Interchange）と呼んでいる。EDI は業務の合理化だけが目的ではなく、Hira の責務を果たすためのシステムとして構築されている。しかし参加は強制ではない。電子媒体や紙のレセプトもある。紙レセプトの場合は多次元バーコードでデータを収集している。

●ホームページの整備

ホームページも重要な役割を担っている。関連告示や算定指針はすべてここで確認できる。質疑応答、統計、制度の解説、教育資料も豊富である。もちろんハングルだが翻訳プログラムで日本語になる。

統計類は迅速・正確かつ詳細である。レセプトの傷病名が ICD-10 コード（国際疾病、傷害および死因統計分類コード）なので、傷病ごとの統計が整然としている。

医療機関を総合専門病院、総合病院、病院、医院の 4 つに区分して、投薬日当りの薬品費、疾病ごとの薬品目数、高価薬の処方率など各種の統計が実数で発表されている。抗生剤処方率や注射剤処方率、それに帝王切開率は医療機関ごとにも公表されている。

病名などの条件を設定すれば入院期間や入院費用を表示するサービスもある。

●ICD-10 コードによるレセプト請求

日本は使用薬剤に合わせて傷病名を記載しているが、韓国は ICD-10 コードで請求している。その講習会も開かれている。その資料には ICD-10 コードの記載原則が、

- ①3 桁、4 桁、5 桁と、それぞれ定められた桁数の ICD-10 コードを記載すること。
- ②請求する ICD-10 コードは、病歴記録用の ICD-10 コードと同一のものであること。
- ③最初の欄には医療資源を最も多く使ったコードを主病名として記載し、次いでその他のコードを重要度の順に記載すること。
- ④診断が不明または疑い病態の場合は、異常所見を表すコードを記載すること。
- ⑤当該請求期間に診療しなかった既往症のコードは記載しないこと。

などがあり、的確な記載を実現するための各種のツールも提供されている。

薬剤の添付文書の病名がどのように書かれているのか、気がかりなので調査したが添付文書の目的は両国とも同じであり、適用病名は ICD-10 コードではなく日本と同様に個別の傷病名で書かれている。

●公開される適用基準

両国で相違するのは適用基準の扱いである。日本では都道府県ごとの審査委員会の内規であって非公開だが、韓国では「公開」が法令で規定されており、告示として月に数件のピッチで診療行為、薬剤、材料ごと

に発表されている。

薬剤の場合の例を紹介すると「意識が極めて低下した重度の脳病患者の急性期に3週の範囲で認める。許可事項範囲であっても認定基準以外に投与した場合は、薬剤費全額を患者負担とする。」のように書かれ、根拠を示す文献名が必ず記載されている。適用症状は書かれているが傷病名は見当たらない。告示以外に審査現場の事例からの審査指針も月ごとに発行されている。

これらは定期的に刊行物になる。2005年1月版は約600ページ。但し薬剤分は大量のため別冊となり、その規模は未確認である。

●審査の実情

レセプトの審査は看護師経験者が担当し、医師がそれを支援している。各種の指針が準備されているので重点審査すべきレセプトの選別は容易である。それらはコンピュータ論理を経由して画面で判断して審査している。

Hiraは医療機関側のプログラムの認可も行っているので、そのチェックレベルは一定以上に保たれていると思われる。一般レベルを超えるチェックルーチンを提供している専門ベンダーもある。それを採用した医療機関でも目視の確認は欠かせないと言っている。審査基準は相当に細かく綿密のようである。

特定の症状には画像情報や検査情報の添付が求められる。医療行為の正当性を主張するためにこれらを自発的に添付する場合もあり、Hiraがそれらを追加請求することもある。

審査結果は担当者名を明示し審査事由コードを付けて請求元に返送される。複雑な請求業務が一般の事務処理と同じレベルで扱えることを医療機関は歓迎している。

●総合管理の重視

Hiraはときには訪問調査も行い、同種の医療機関との比較資料を提示して相談にも応じる。それらを総称して「総合管理」と呼んでいる。審査すべきレセプトは厳密に審査するが、レセプトを単に個々の「木」として捉えるだけでなく「森」を見るための情報源と位置づけ、医療機関が自ら改善活動を活発化することを誘導している。

●基本は相互信頼

「総合管理」を成功されるには相互の信頼が大切としてHiraは2005年に「顧客サービス憲章」を設定した。その全文を紹介すればHiraの姿勢がより鮮明になるが、紙数の都合でその要点だけを紹介する。

○顧客サービス憲章制定

健康保険審査評価院は療養機関が国民に提供する医療サービスの適正性を保証することで、国民医療の品質向上と健康増進に貢献するように最善を尽くします。また、私たち役職員は国民に最高のサービスを提供する顧客満足経営を追求することを誓い、次を実践します。

- ・いつも顧客の声に耳を傾け、顧客の立場で考え、行動します。
- ・顧客に迅速、公正、正確で、気軽なサービスを提供します。
- ・顧客への約束は必ず実行し、顧客の秘密を守ります。
- ・顧客が必要とする情報は最大限公開して透明な経営を実践します。
- ・顧客の不便と不満を傾聴し、誤りは直ちに改めます。改めるために法令や制度の変更が必要な場合は政府に建議します。

●得つつある世界的評価

2005年に韓国のEDIはISO-9001の認証を取得した。OECDは韓国の医療統計が驚異的なものと評価している。最近の国際学会にはレセプトデータから得た多くの研究報告が韓国から発表されている。

●日韓のシステム比較

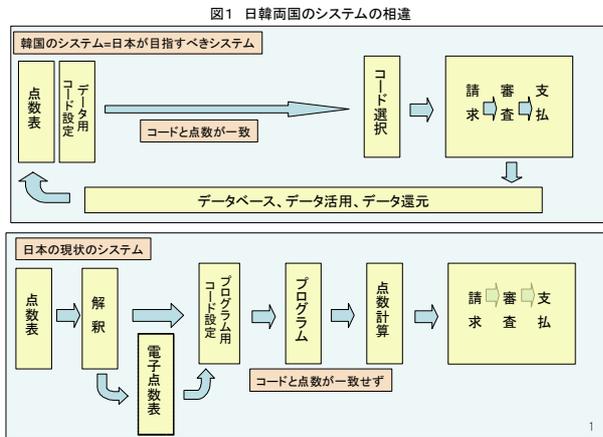


図1は日韓のシステムを比較して描いたものである。韓国のシステムは医療保険全体が対象であり、Plan-Do-Seeのフィードバックループが存在している。日本のシステムにはそのループがない。日本には医療保険全体をオンラインで統括する部署が存在するのだろうか。日本のオンラインはどこが設計書を書いているのだろうか。

●日本でも電子点数表が検討されているが、

日本でも電子点数表の検討がはじまった。その試作品が厚生労働省のホームページに昨年春から掲載されている。それは表2に示したように、17種類の表から構成されている。そのうちの4種ははまだ内容が示されないのも気がかりである。現状の点数表のままではいかに技術者が知恵を絞ってもこの程度が限界であろう。このテーブルを完成しても、改正時に改正内容を承知してい

表2 日韓の電子点数表

	日本		韓国
	現在	平成20年度	
電子点数表	なし	17表*	1表
点数計算ロジック	プログラム計算	明確化を目指す、プログラム計算は継続必要	不要
プログラム計算	要	要	不要
改正の対応	電子点数表の変更とプログラム改造が要		電子点数表の変更で可
データの処理	△(部分的に可能)		○

韓国の電子点数表は1表のみで診療行為そのもの、日本の電子点数表は17表で表現され、プログラム計算が必要。
(17表の内容:△は未発表)

*基本点数テーブル、単位コード、算定期間コード、点数加算名称テーブル、点数加算条件テーブル、割合加算名称テーブル、割合加算条件テーブル、加算条件コード、包括グループテーブル、包括関係テーブル、腎臓テーブル、まるめグループテーブル、まるめ結果点数テーブル、例外一覧、用語定義、基本点数テーブル可読表現

る人は極く限られている。電子点数表はどこでどのようにメンテナンスされるのだろうか。

●徹底して簡素化された韓国の電子点数表

表2で比較したように韓国の電子点数表のテーブルは1種類の表で表現されており、その表に請求点数が記載されている。それ以上の計算ロジックが存在しないのでプログラム算定は不要である。図3に韓国の初診料の例でそれを示した。

請求点数を表示するコードは下記のような形式を採用している。

- ① 基本点数または基本点数に注加算を加算したものは、それぞれに5桁のコードを定める。
- ② ①に通則加算が加わる場合は3桁コードを追加する。(通則加算が3桁コードで表現するために同時に加算できる通則加算を3種までに制限する。)

韓国の通則加算にはシステムの制約を設けている。それがプログラム算定を不要にしている。点数表はシステムの一部を構成している。システムの制約を共有することで一体化し、図1で示したフィードバックループも構成している。¹

図3 韓国の初診料の例示

コード	名称	加算名称	点数	金額(ウォン)
AA155	初診料 病院		203.97	12380
AA155010	初診料 病院	夜間	249.46	15140
AA155050	初診料 病院	公休日	249.46	15140
AA155600	初診料 病院	満6歳未満	213.00	12930
AA155610	初診料 病院	満6歳未満夜間	258.49	15690
AA155650	初診料 病院	満6歳未満公休日	258.49	15690

告示されたコードで直接請求でき、それがデータとして処理される。
(改正は点数あたりの金額変更で実施される。)

里システムより上位の別世界の存在となっている。点数表はシステムでない。互いが一体化していない。この状態では総合的なシステム

韓国の点数項目は通則加算のない5桁のものが約5千件、通則加算のある8桁のものが約2万5千件、合わせて約3万件である。ちなみに日本のコード件数は基本項目が4800件、加算項目が330件であり、韓国の3万件に相当する件数はプログラム算定のため不明のままである。

数年前、筆者は韓国のこの点数表を見てショックを受けたが、これがシステム成功のキーと確信した。そのことを韓国のEDI開発者に会ったときに述べた。彼は「そのとおりである。しかしそれを政府筋に納得されるのに苦労した。賢明な先輩の日本がなぜそれをやらないのか不思議でたまらなかった。分かっただけで実現されたい。」と激励された。筆者を含めて日本の技術者は韓国の技術者ほどの粘り強さを発揮できなかったことを反省すべきと思っている。

表4 日本の初診料の請求例

点数コード		
コード	名称	点数
111000110	初診料	270
111000370	初診(乳幼児)加算	72
111000570	初診(時間外)加算	72
111000670	初診(休日)加算	250
111000770	初診(深夜)加算	480

請求例

請求項目	算定要素		点数
時間外初診料	111000110	初診	342
	111000570	初診(時間外)加算	
時間外乳幼児初診料	111000110	初診	414
	111000370	初診(乳幼児)加算	
	111000570	初診(時間外)加算	

算定要素にはコードがあるが、請求項目にコードがないので、請求項目をデータとして扱うことができない。

●医療保険は何がデータなのか

目指すのは点数表から計算ロジックを排除することである。それを図2で説明する²。時間外初診料は初診料の270点と時間外加算の72点をプログラムで合算して342点を得ている。コードは270点の初診料と72点の時間外加算には存在するが、結果の342点には存在しない。コードの存在しない342点はデータとしては扱えない。

270点の初診料と72点の時間外加算をデータと定義するならそれでもよい。しかし、加算には百分率の加算もあり、加算を独立項目として扱えないものも多い。日本では「医療保険のデータは何か」の意思統一が行われていない。レセプトは単なる会計の明細書であり、点数は問題にするがデータとしての扱いをしなかったため、名称もコードもあいまいなまま計算だけを行ってきた。

オンラインはデータの伝送方式が新しくなっただけで、伝送される中身は紙レセプトのままである。

レセプトを請求の明細書からデータ処理の対象物にするにはそれなりの見直しが必要である。

●厚生労働省の報告でも全病院の点数改正経費は2百万円

現場が個別にロジックをプログラムで処理してきたので、点数改正時にはプログラムの改造経費がすべての現場で発生する。1回の改正経費を筆者は全国で1千億円と推定していたが、厚生労働省保険局は「平成18年度医療のIT化に係るコスト報告書」で42病院のアンケート結果として1病院あたり平均1,985,810円であると淡々と発表されている。病院は約1万存在するのでざっと2百億円である。1千億円の筆者の推定もまんざらの外れではない。韓国方式の電子点数表を実現すれば、対策は中央での電子点数表の見直しだけですむ。

●点数表を金科玉条としてきた日本

30年前に前後も分からない民間企業がプログラム処理で点数計算を行ったことを非難するのは酷である。問題はその方式が現在もそのまま継承され、電子媒体からオンラインへと伝送方式だけが近代化してきたことに問題がある。情報処理システムは使い込むほどにニーズが増大する。それを放置すればシステムは陳腐

² 初診料は簡単すぎるので問題の説明に最適ではない。しかし、複雑例では限られた紙面で解説することが困難なので、簡単な初診料を例とした。

化して使い物にならなくなる。レセプトの処理システムはレセコン以来、基本形態は変わっていない。システム改造にはコストがかかるので慎重に取り組むべきは当然だが、30年来同一のシステムであること自体、異常である。慎重かつ大胆なシステム計画が必要である。その点でもこのシステムはどこの部署で管轄しているのかが明確でないことに問題がある。

難解な点数表が、業務で必要とする者以外を寄せ付けないことも不幸である。韓国にはレセプトを承知した研究者も多いが、日本ではその種の研究者は皆無に近い。問題を承知しているのは企業の技術者だが、彼らに問題提起と解決策を求めるのは荷が重い。窮地で得た点数改正の対策技術には目を見張るものがある。その技術が却って日本の問題を見えなくしてきたことも事実である。

厳しい言い分かもしれないが、事実を知っている人こそが、問題を判りやすく説明されることを切に期待する。

●未だに話題に上らない審査問題

審査の問題は未だに話題にもならない。審査支払機関の業務は事務処理と審査業務が半々と推定されるが³、「コンピュータ審査は一律審査なので不適當」の声によって審査のコンピュータ処理は思考を停止してしまった。事務処理だけを対象にオンラインを実現しても、その効果は全体の半分にしか及ばない。ITに期待するのは単なる事務処理の合理化だけではないはずである。研究すればコンピュータは将棋の名人に對等の勝負を挑むことも可能である。タブーを設けない研究が広く推進されることを期待する。

●おわりに

日本のレセプト業務を担当してきた経験をもとに、日韓を比較しつつ韓国のレセプト事情の調査結果を報告した。韓国はあるべき姿を迫及し、すでに集積されたレセプトデータが大輪の花を咲かせ有益な結実を得るまでに大成している。それはHiraのホームページに詳しい。まさに宝庫であり驚嘆の連続である。その探索はまだ緒に就いたばかりであるが、日本に早く報告する必要性を痛感してこの紙面をお借りした。各位の参考になれば幸いである。

参考

- ・Hiraのホームページ <http://www.hira.or.kr/>
- ・「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化に関する韓国実態調査）」http://www.soumu.go.jp/s-news/2006/060425_2.html
- ・西山孝之のホームページ <http://www2.tba.t-com.ne.jp/yuhan/index1.htm>
- ・西山孝之：有効なオンラインレセプト処理システム実現への提案.医療情報学第26号第6号(2006)
- ・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
- ・平成19年6月22日閣議決定：規制改革推進のための3か年計画

³ 審査機関の手数料は、審査と支払いを行う医科、歯科のレセプトは117円で、審査は行わず支払いだけを行う調剤レセプトは57円と聞いている。このことから、審査と支払い業務のコストの比率を50：50とみなした。