東京保険医新聞　2007－9－25掲載（一部加筆）

# 考察・レセプトオンライン

韓国・柳韓大学保健医療福祉研究所
日本事務所　所長　西山孝之

## ●知られていないのは日本の実態

韓国のレセプトオンライン事情は本年5月、東京保険医協会の先生方と韓国を訪問し、その詳細を「診療研究430号」で報告しています。知られていないのは逆に日本の実態です。それを報告し、韓国と比較して改善点を明らかにしたいと思います。

私はメーカでレセコンを担当していましたが、これは1メーカで解決できる問題ではないことを知り、進んで業界団体で20年ほど活動しました。改正内容のプログラム化に困り抜いて当局に相談にも行きました。「勝手にコンピュータを売り込んでおいて、困ったからと持ち込まれても困る。点数改正はコンピュータのためにやっているのではない。」が最初のお叱りでした。25 年も前のことですが、その後、担当者が変わるたびに説明を繰り返して実情は納得いただき、部分的な改善はずいぶんやっていただきました。

しかし、医療保険の本質は手書きベースのままです。これは、個人的な配慮で解決するものではありません。まさに改革が必要です。

## ●電子点数表の検討は行われたが・・・

日韓の電子点数表

| | 日本 | 韓国 |
|---|---|---|
| 電子点数表 | 17表＊ | 1表 |
| 計算ロジック | 明確化を目指す | 不要 |
| プログラム計算 | 要 | 不要 |
| データベース | × | ○ |
| 実現時期 | 平成20年 | 実用中 |

＊17表の内容、（▲は未公開）
①基本点数テーブル、 ②単位コード、 ③算定限度コード、④算定期間コード、⑤点数加算名称テーブル、 ⑥点数加算条件テーブル、 ⑦割合加算名称テーブル、 ⑧割合加算条件テーブル、 ⑨加算条件コード、 ⑩包括グループテーブル▲、 ⑪包括関係テーブル▲、 ⑫背反テーブル▲、 ⑬まるめグループテーブル、 ⑭まるめ結果点数テーブル、 ⑮例外一覧▲、 ⑯用語定義、 ⑰基本点数テーブル可読表現

複数の表で表現された電子点数表が条文の点数表より分かりやすでしょうか。
ホームページで確認してください。しかも点数計算にはプログラムが必要で、
現状の請求業務が便利になるわけでもありません。1表で表現してこそ電子点数表です。
プログラム計算も不要になり、そのコードがデータベースにもなります。
複数の表で表現するような電子点数表は無意味です。
なぜこんな無駄が行われるのでしょうか。

条文の点数表を分かりやすく表現するために、平成17年には電子点数表の検討が始まりました。技術者はテーブルでの表現方法を考え、それに平成18年の改正内容を入れる作業が行われました。それが公表されたのは施行後の4月になってからです。しかも、17種類のテーブルのうち4種類はいまだにブランクのままです。これは厚生労働省のホームページにあるのでご覧ください。条文より分かりやすいと思われますか。

いまの点数表のままではこれが限度と思います。点数表を簡素化しなければ、これ以上は無理と思います。それでも閣議決定は、来年の改正に合わせて再検討し、その後、算定ロジックの明確化を進めるとなっています。

**●紙レセプトでのコンピュータ化**

オンラインは画期的な出来ごとのはずです。その実施を前に過去を振り返ることが重要と思います。

最近やっと、レセプトデータの活用が話題になり、オンラインでその実現がうたわれています。しかし制度としてのレセプトは会計伝票の明細内訳です。支払いに先立ち目視で審査するのに適したように諸規定が決められています。

レセコンは手書きの肩代わりです。手書きの規定の遵守が条件です。規定には点数を一連で記載するというのもあります。そのためレセプトのデータはコードと一致しないというデータベースの基本条件に欠けているのもこのためです。それが今もそのままです。詳しくは「月刊保団連 2007.2」参照ください。

**●紙レセプトのままの「レセプト電算処理システム」**

レセコンが普及を迎えた 1980 年代初頭に、「医療機関がコンピュータを使ってレセプトを作るなら、紙に印字するのでなく、電子媒体に打ち出すべき」との意見が国会で起こり、厚生省（当時）は「レセプト電算処理システム」を始めました。このシステムは文字通り、紙を電子媒体に変えただけです。審査は紙に戻して行われました。

当然ながら、医療機関には格別のメリットはありません。一時的に支払いの短縮が試行されましたが長続きしなかったと記憶しています。

**●電子媒体がそのままオンラインに**

それが次にオンラインです。オンラインと聞けばデータベースの代名詞のように考えますが、レセプトの実態は上に述べたとおりです。オンラインで伝送される中身は紙のレセプトのままです。

日本のレセプトは実態を知らない人がシステムの計画を行い、机上でスケジュールを立てます。実態を知っている人は黙っています。全体のシステムはどうなろうとも、自分の仕事はなんとか処理できる方法を考えます。自衛策としてこのような風習ができてしまったようです。

「オンラインのような本格的なシステムが、あんな複雑な点数表のままでやれるわけがない」、医療以外のシステムをやっている人は点数表を一瞥して言います。しかもそれを、あの短期間に改造しているのです。通常のシステム関係者なら逃げ出しますが、この世界に入ってしまったら、いまさら点数表が簡単に簡素化されるわけがない。流れに掉さして商売やるしかない。口にしなくてもそのような境地になってしまうでしょう。

**●「改正対策費は病院あたり2百万円」厚生労働省保険局は淡々と発表**

私は自分の経験的な尺度で明確な根拠もないままに、1回の改正対策費を1か所50万円、それに医

療機関数の20万を掛けて、1千億円として、その無駄を警告してきました。それに根拠ができました。本年6月に厚生労働省保険局が「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病院当り198万円と淡々と発表しています。病院数は約1万あるので全病院の対策費はざっと200億円です。1千億円もさほど的外れではないことに自信を得ましたが、この費用はマイナス改定でも発生するのです。こんなことが許されるのでしょうか。

**●コスト問題だけでなく、データベースの実現を阻害するプログラム**

なぜ、プログラムで計算するのか。それは点数表が複雑すぎるからです。電子点数表が17種類のテーブルでなければ表現できないのがその証拠です。なぜそんなに複雑な点数表が必要なのでしょうか。過去からのものを見直さずに継続しているからで、それでも支障なく運用されているからでしょう。問題の先送りです。レセプトが会計伝票の明細内訳だけならそれでもすみますが、データベースには展開できません。プログラムで計算してはだめなのです。

対策の目標は明確です。点数表を簡素化して電子点数表を1つのテーブルでの表現を可能とすることです。そうすれば算定ロジックは不要となり、プログラムの出番はありません。改正のつどの推定1千億円の無駄もほとんど解消します。

**●日本の点数表はオンラインの外の存在、韓国は内の存在**

25年前はコンピュータは行政の邪魔者扱いでした。点数表の自由な編成にクレームを付けていたのですから。しかし世間は e-Japan の時代にもなり、コンピュータへの理解を示すことも必要になり、なにかと配慮は行われるようになりました。しかし、行政とコンピュータは別であるとの考えは変わらないようです。点数表の論議は別の舞台で行われています。この状態ではコンピュータは現場の省力装置以上の機能は発揮できません。

年金では未確認のままのデータをコンピュータに入れるという非常識が行われていました。医療保険では貴重なデータが存在するのに、それが取り出せないままでコンピュータを使うという非常識が行われています。

私は4年前に、韓国の点数表とそれをコードに展開した電子点数表を見て驚愕し、反省しました。こんな考えかたがあるのだ。なぜこのような知恵が浮かばなかったのか。なぜもっと早く韓国を知らなかったのかと。

ご承知でしょうが韓国の点数表は日本のものがベースです。それを簡素化し、加算の有無が分かるようにコードを付けているのです。1つのテーブルで表現する究極の電子点数表を実現しているのです。

日本の点数表はシステムの外の存在ですが、韓国は点数表をシステムの仲間に引き込むことに成功しています。その結果、点数表に限らず、医療保険にはシステムの成果を数値として把握して還元することが可能になっています。

韓国のEDIシステムの開発者にも偶然会いました。「EDI の成功要因は点数表の簡素化と、そのコード表現にあると思うがどうか」との質問に「まさにそのとおり、それがポイントである。しかし、それを政府筋に納得させるのに苦労した。賢明な先輩の日本がなぜそれをやらないのか不可思議なのだ。わかったからにはぜひ実現されたい」と激励されました。

それ以来、日本でも講演に論文に韓国の広報に努めています。説明すれば膝を打って同意してくれる

人も増えています。韓国の点数表やコード表を翻訳して私のホームページ[1]に掲載しています。

日本は永劫に改正のつど、推定１千億の無駄をつづけながら、データベースも実現しないオンラインを強制的に実施するのでしょうか。

**●改革は事実を知った人が積極的に参画することで実現する**

業界団体での仕事で今でも誇れるのは、レセプト様式の統一です。統一前のレセプト様式は保険種別ごとでした。公式のものは37種、しかし実際は都道府県ごとにほとんど個別でした。手書きなら問題はありませんが、コンピュータには致命的ですコンピュータの機能が非常に阻害されます。問題を10年言い続けて改善のチャンスを得ました。具体的な打ち合わせの段階になると、諸所からいろいろな疑義が出ますが、それらは各社の技術者の知恵を集めて納得性のある対策を実現しました。その結果、レセプト様式は医科外来、医科入院、歯科、調剤の4種に統合することに成功しました。

その体験から得たことは、改革の実現は、事実を知り、実際に困っているものが執念深く積極的に参画し、具体的な案を提示すれば成功するということです。医療の分野では実態を知らないままの論議が多すぎます。対応の遅れを形式だけを整えて誤魔化す風潮もあります。医療を生業とする人にとっては耐え難いことでしょう。成功のためには、事実を明らかにし、具体的な提案を行うことです。

**●韓国に学ぶ**

全く残念なことですが30年来、この分野のIT技術は後ろ向きの点数改正の対応に終始していました。その間に韓国は確固たる目標の設定にITを活用して、長足の進歩を遂げています。日本が自力で韓国のレベルに到達するのは無理と思います。両国の歴史には不幸なこともありましたが、日本と韓国には長い交流の歴史があります。韓国は健康保険設立の際の日本の協力に今でも感謝しており、いまは高齢化社会対策に日本を学んでいます。韓国は一歩先を行くITで日本に協力することはやぶさかではありません。日本が要請すれば喜んで受け入れてくれるはずです。

レセプトを合理的に処理し、レセプトのデータが医療保険の適正配分を決定し、レセプトに集積されたデータが国民の健康に貢献する。そのようなシステムの実現に東京保険医協会のみなさまが自らの仕事として貢献されることを期待します。及ばずながら私も協力させていただきます。

[1] http://www2.tba.t-com.ne.jp/yuhan/index1.htm