

## 紙レセプトをデータベースに ～電子レセプトのバージョンアップは社会の要請～

コハン  
柳韓大学保健医療行政科 客員教授 日本事務所 所長 西山孝之  
広島大学大学院教授 (公衆衛生学研究室) 烏帽子田彰

### 1. これまでの電子レセプトの経緯とバージョンアップの必要性

情報処理システムは、社会の進化に応じたバージョンアップが必要である。しかし、わが国の電子レセプトは、1983年に計画されたままである。このシステムを電子レセプトの第1バージョン(V1)と称するが、それは点数改正ごとの改造は行われてはいるものの、紙レセプトの電子化のままで四半世紀が過ぎた。

紙レセプトの形式は、手書きを楽にして、目視の審査のしやすいことを考えた形式である。周辺部分は業務処理のために見直されたが、医療情報を記載する中央部分は当初のままである。

そのコンピュータ化には筆者も業界で手を焼いたが、やがては「手書き処理をコンピュータで実現する」という、「コンピュータらしからぬコンピュータ」を世に送り出してレセプト業務の省力化には貢献した。しかし、本来のIT化の効果が発揮できない状態のままの現状を早急に改めて、IT化の本来の姿とすべきである。

このコンピュータには「レセコン」という特別の名前が付けられている。コンピュータでありながら統計処理に弱く、点数改正ごとの大改造を繰り返し、大規模で複雑なプログラムはユーザからの距離を遠ざけている。

V1がはじめられた1983年は、「レセコン」がようやく普及し始めた時期であった。コンピュータで処理するなら、アウトプットを紙でなく電子媒体にしておけば未来は開くとし、そのネーミングも“レインボーシステム”として、医療機関・審査機関・保険者をつなぐ虹の橋構想でのスタートであった。しかし、当時の諸事情により、その名も“レセプト電算処理システム”となり、審査機関に送るだけのシステムにトーンダウンした。

その後、伝送手段は電子媒体からオンラインに変わり、関係者の努力により電子レセプトの普及という所期の目的は達成されつつある。紙へのこだわりが根強かった人々にも電子化の具体的なイメージを示すこともできた。この四半世紀の間に医療界のIT理解度は格段に進んだと思われる。

日本のレセプトには豊富な医療情報が存在する。これは世界に誇るべき日本の特徴である。しかし紙レセプトのままのV1ではそれが実際には取り出せない。34兆円の年間医療費の内容を把握することも容易でない。その取り出しが日常業務で可能なようにバージョンアップすることが社会の要請である。それを可能としたシステムを本稿では第2バージョン(V2)と称する。

V2とV1の相違点は逐次述べるが、紙レセプトの形式がデータ処理に適さないのは、ひとつの請求点数が一般的に複数行で表現されているためである。データ処理を可能とするには、ひとつの請求点数は1行で表現する必要がある。そのためには請求点数ごとのコードを整備した「電子点数表」の実用化が前提である。しかし、日本では点数表が複雑なのでそれができなるとし、紙レセプトの時代から請求点数はプログラムで計算し、その結果を複数行で表現する方式を採用し、V1もそれを踏襲してきた。

その「電子点数表」も試案が実現できた。(詳細は巻末の参考文献参照)。医療界はV1によって電子レセプトの経験も積み、ITアレルギーも消滅しつつある。本格的な電子レセプトのV2実現の条件は整備されつつある。

表1はV1の現状と計画すべきV2の概要を記したものである。

表1 第1バージョンと第2バージョンの比較

	第1バージョン(V1)	第2バージョン(V2)
システムの目的	紙レセプトの電子化	医療全般のIT化 ・データの根拠に基づく施策・フォロー、 ・業務の合理化・透明化 ・データによる医療の質向上 ・国民へのサービス向上 等々
システム範囲	レセプトの請求・審査・支払業務	医療全般
診療報酬点数表	条文の点数表	条文と表裏一体の電子点数表
請求業務	プログラム計算	コードの選択
点数改正対策	プログラム改造(500億円*)	電子点数表の差し替え
データ処理	×	レセプトデータベース実現
レセプト審査	目視審査	IT論理の併用検討開始 (具体的な審査基準設定)

\*日本病院会のアンケートより推定

## 2.34兆円の医療費の内訳は不明なままの現状

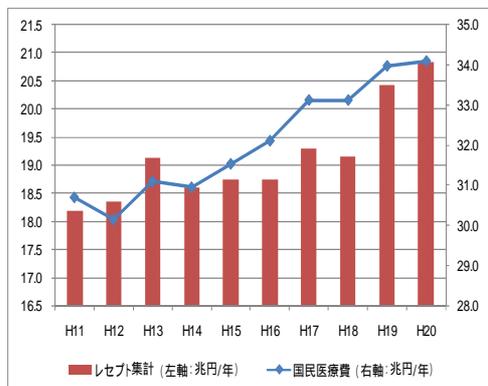


図1 全国医療費とレセプト集計の相関

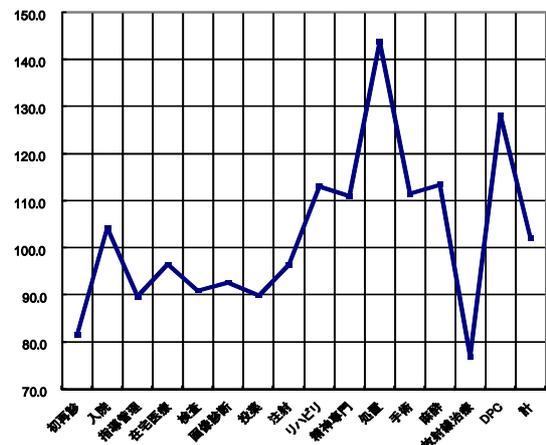


図2 H19年とH20年の請求点数の変動

国民総医療費は推計によって年度ごとに発表される。それとは別にレセプトの分析結果が社会医療診療行為別調査によって発表される。両者の経年変化を図1に示したが、両者の間には一応の類似性が見られる。

しかし、社会医療診療行為別調査の年ごとの変動は大きい。調査は5月診療分のレセプトを抽出して行われる。医科の例では35万件(0.5%)規模のサンプルレセプトを抽出しての調査である。図2はH19年とH20年の変動を、H19年を分母に置いて比較したものである。

例えば、初再診料では2割の減少が見られる。H20年4月の改正で、外来管理加算の算定条件が変更にな

ったがその影響は少なく、大幅減少の原因はサンプルレセプト件数が 87%に減少したためと推察されるものの、減少理由まではわからない。

処置料の部は 45%増加している。処置料の中で突出した人工腎臓が H19 年は処置料全体の 64%であったが、H20 年にはそれが 74%に増大した結果である。同様の現象は放射線治療の部では逆に現れている。それは 63000 点の「直線加速器による定位放射線治療」と、50000 点の「ガンマナイフによる定位放射線治療」という高額項目の点数が H19 年を 100 とした場合、H20 年には 17 に激減した結果である。

多様なレセプトの内訳を 1 月分の 0.5% ( 1 年分の 0.04% ) のサンプルで把握することが本来無理である。しかし、紙レセプトの集計ではこれ以上は望み得ないだろう。だが、点数改正時には小数点 2 桁の%で点数改定率が公表される。しかし、そのフォローは行われない。

医療費の内訳を明確にすることは、医療制度の透明化の原点であると考えられる。それが実現できるのはレセプトが存在するわが国の特徴であり、社会の電子レセプトへの期待もこの実現にあるはずである。

### 3 . V2 の実現は制度とシステムの一体化が前提

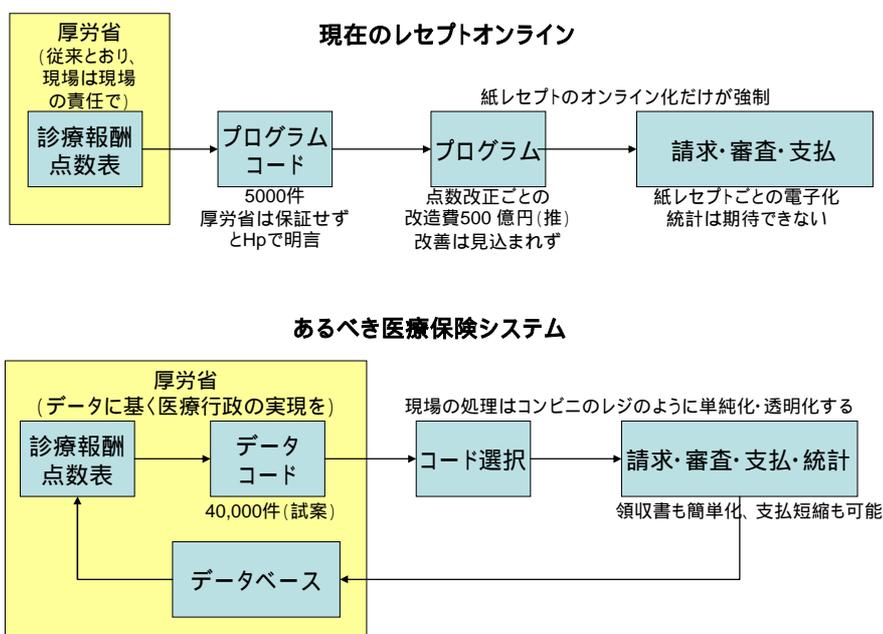


図4 電子レセプト (V1) と (V2) の相違のイメージ

図4はV1とV2のシステムイメージの比較である。V1は現場のシステムであって医療制度全体のシステムになっていない。諸規定は紙レセプトの時代のままで、V1はそれを解釈して実現している。

V1で伝送するプログラムコードは支払基金が定めて厚労省のホームページで公表している。しかし、その厚労省のホームページには免責事項として、

「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いますが、その内容を保証するものではありません。厚労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なんらの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を行う場合は、各自ご確認の上ご利用ください。」( <http://202.214.127.143/> ) と書かれている。

また、支払基金が作成している「電子レセプトの作成の手引」には「点数表と異なるマスター設定の考え方」が数十ページにわたって記載されている。点数表の規定通りでないことの「ことわりがき」である。

これらは実務者しか参照しないものだが、紙レセプトが前提の諸規定のままでは電子レセプトは実現できないことを如実に示している。諸規定をシステムに接近させなければ、システムの IT 化は実現しない。

## **4．点数改正ごとに必要なシステム改造に500億円**

レセコンもV1も、プログラムで点数を計算しているので、2年ごとの点数改正のつど、その改造が必要になっている。日本病院会のアンケートから、病院あたりのコストは平均200万円とのデータが得られる。全国では病院だけで200億円の規模になる。その他を含めると500億円程度であろうか。点数改正は制度に必須とされており、コンピュータは現場に必須となっている。そのコンピュータが点数改正のつど、大改造を必要としている。制度上の大きな矛盾である。

損失は金銭面だけではない。日本病院会のアンケートには病院担当者からの多くの切実な声が寄せられている。その代表例として「ベンダーも点数改正には苦労している。しかし、その見積を検証することもできない。ITを活用した自主的業務など、行える状態にない。」を紹介する。

因みに韓国では、個別の点数を変えてもその評価が出来ないので、保険者と医療団体の代表者が年末に協議して、翌年の1点あたり単価を決定している。システム改造も簡単で、システムは安定な発展が約束されている。

## **5．レセプトからは得られない薬剤統計、医療材料統計**

当事者はあきらめ、一般には知られない問題に、V1では薬剤や医療材料の統計がレセプトからは得られないという事実がある。得られないというのは言い過ぎで、データは存在するので別途プログラムを作れば不可能ではない。しかし、レセプトは自然現象ではなく、変更可能な社会の約束ごとである。約束ごとがシステム化の支障になるなら、それを改めてからシステムを構築するのが社会システムのあり方であろう。

ともあれ、日常必要とする統計が得られない理由は、コードのある薬剤や医療材料の単位で請求を行っていないためである。薬剤の請求単位は「剤」が単位である。血圧降下剤と消化剤を同時に服用した場合、その2種の薬剤の1日分を1剤としている。医療が患者ごとの個別の行為なので、請求も患者ごとに個別の単位で行うとの考え方が続いている。コードで管理するシステムの考え方とは逆である。

医療材料は一連の手術または処置ごとが請求の単位となっている。手書き文字を減らすためと思われるが、V1もそのままである。

V1は、紙レセプトの仕様を忠実に電子データ上で再現することに重点が置かれている。その適否を論議することなく四半世紀が過ぎている。V2はまず、システムの目標を設定し、その実現のための問題点を聖域なしにすべてを洗い出す。これが効果あるシステム実現の定石であることはいまさら言うまでもない。

## **6．電子点数表の試案は成功**

V2のシステム内容は今後論じるとしても、対象データとそのコードの決定は不可欠である。

医療分野でもコードの重要性は古くから「標準コード」として論じられてきた。診療行為コードもそのひ

とつだが、それが他の標準コードと異なるのは、プログラムとの併用によってその機能を発揮する点である。

プログラムを併用する方式ではデータ処理に適さない。しかし、点数表が複雑なのでそれ以外の方策はないとして、V1でもそれが採用された。これが点数改正ごとに推定500億円の浪費の原因にもなっている。

本当に不可能なのか、筆者はそれをひとりで試み、3か月の作業でその試案に成功した。例外的な場合の算定はプログラム計算を併用することにしたが、V1では約5千件のプログラムコードで計算している請求点数をすべて実行して、約4万件の請求点数とそのコードに展開した。

そのすべては <http://yuhan.jp/> に掲示しているが、その一部は表2にV1の場合のプログラムコードと比較して紹介する。プログラムコードでは請求点数がわからないが、「電子点数表」では請求点数が商品カタログのように明解である。これを採用することで病院窓口もスーパーのレジのようになり、点数改正は「電子点数表」の差し替えで可能になると見込まれる。推定500億円の浪費も大幅に解消する。

歯科や調剤の点数表までは試みていない。しかし、複雑な医科の点数表で成功したので、これらも可能と考えている。

「コンピュータらしからぬコンピュータ」のレセコンをモデルにしたV1は、「電子点数表」を採用したV2によって、ようやく世間並みの情報処理システムになる。特殊な存在であった電子レセプトは、その門戸を一般の情報処理市場にも技術者にも開放し、その技術が受け入れやすくなる。

試案は提示したが、「電子点数表」の実用化までの道のりは決して平坦ではない。途中で行き詰まったら躊躇なく条文の点数表の方を見直して頂きたい。それが無限に繰り返されてきた点数表の難解化に歯止めがかかり、医療のIT化を具体的に推進することになるだろう。

プログラム計算コード(V1)

計算コード	基本名称	加算名称	点数
190117710	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料		1555
190079470		一般病棟入院期間加算(14日以内)	428
190079670		一般病棟入院期間加算(15日以上30日以内)	192
190107290		入院基本料減額(外泊)	-85%
190108790		入院基本料減額(他医療機関受診)	-70%

請求コード(V2)

請求コード	基本名称	補足名称	点数
A1000010	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	14日以内	1983
A1000020	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	15日以上30日以内	1747
A1000030	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	30日超	1555
A1000040	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	外泊	233
A1000050	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	他医療機関受診	467

表2：電子点数表試案の一部（一般病棟入院料の一部）

## 7. V2で実現できるレセプト統計

統計を比べるとV1とV2の相違が明らかになる。図5にそれを示した。

繰り返すが、V1の電子レセプトに記録するのは、計算に用いたプログラムコードである。それは請求点数ごとに単一の場合もあるが一般には複数である。それらはプログラムを介して請求点数を確認するには使えるがデータコードにはならない。統計にも再計算が必要で現実的ではない。

「電子点数表」によるV2は、通常の情報処理システムと同様にデータ処理は自在である。V1では主業務である「請求点数の誤りチェック」はV2では不要になり、データ処理中心に変身する。

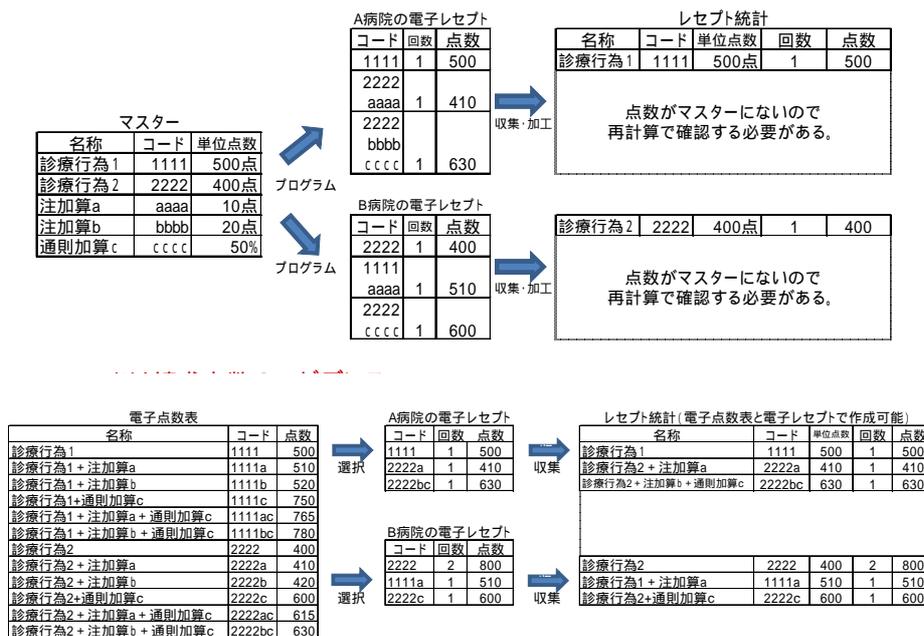


図5 電子レセプトからのレセプト統計(上: V1、下: V2)

## 8. V2で着手可能な審査のIT化研究

レセプトの最大の特徴はそれが審査の過程を経ることにある。しかし、V1では審査はブラックボックスのままに置かれている。IT化が困難なテーマであればこそ、早期の研究着手が必要だが、それがタブー視されてきた。

レセプトの審査基準は昭和32年に制定された「保険医療機関及び保険医療養担当規則」である。その第20条の(診療の具体的方針)の「投薬」は、「イ 投薬は、必要があると認められた場合に行う。ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。」である。その他の審査基準も同様に抽象的な表現であり、具体的な審査基準は審査委員会ごとの内規にあるとなっているが、その内容は示されない。

審査はいかに多忙でも医師の専任事項だろうか、目視でなければ審査は本当にできないのだろうか、審査のキーとしての病名はどのように整備すればよいのだろうかなど、単純な疑問が山積している。

あるべき審査の論議が避けてばかりでは済まされないが、その論議には定量的データも必要である。V2の実現でそれがようやく可能になるだろう。

因みに韓国の審査は、健康保険審査評価院（Health Insurance Review & Assessment Service :Hira）の本部と7支部で看護師経験者がコンピュータを併用して行い、それを少数の医師がサポートしている。審査基準は公開され、コンピュータにはその論理が組み込まれ、Hira がそれを認定している。

Hira の幹部は 2006 年 4 月 14 日の東京都文京区での講演で、「80 年代の査定率は 2.5%であったが、2001 年には 1.5%、2005 年には 0.6%になっている。査定目標は一応 0.3%に置いているが、誤った請求を行い、それを審査で査定し、再請求を繰り返す行為は誰も喜ばない無意味な行為であり、審査不要を目指している。

本来、医療機関は即時に報酬を受ける権利があり、Hira はその実現が義務である。Hira の業務目標は医療費の削減から医療の質の向上に転換している。」と述べている。

## 9 . おわりに

V1 の電子レセプトは、普及段階に達している。しかし、V 1 は当初の計画通りに「紙レセプトのままの電子化」を実現しているに過ぎず、このままでは日本が世界に誇るレセプトの貴重な情報を活用しないまま、医療崩壊が到来することすら憂慮される。

これまでは実現できないうとしてきた「電子点数表」の試案は成功した。この試案を実用化す、薬剤等の請求歩法を改めるなどにより、データ取得可能な電子レセプトの V 2 は実現する。

具体的には V1 と V2 は当面併行運用を行い、逐次 V 2 に移行するなどの設計が必要だが、それらに関してはすでに多くの経験がある。重要なことは現実の冷静な評価と、国家百年の計である。

幸いにも隣国の韓国は日本と類似の制度において、すでに多くの成果をあげている。このことを学びつつ、社会が求める V 2 の実現が具体的に計画されることを強く切望するものである。

（参考資料）

「電子点数表」の試作 西山孝之・烏帽子田彰 社会保険旬報 No.2373 （2008.12.21）