

電子レセプトの過去・現在・未来

柳韓大学保健医療福祉研究所 日本事務所
西山孝之

(8月22日の講演では時間不足で端折りましたが、述べたいことを一応すべて記載しました。PPTの番号と照合してお読みください。)

2. 電子レセプト計画は1983年に始まりました。当時でもすでにコンピュータが必要な規模の医療機関にはレセコンが一応普及していましたので、電子レセプトになっても医療機関は格別のメリットが期待できるわけでもありません。そのため厚生労働省の掛け声にも係わらず電子レセプトの普及には時間がかかりました。最後は法的な規制も加えられましたが、レセプト様式も制度も紙のままです。受信した電子レセプトは紙または紙形式の画面に再現されて審査が行われました。
3. レセプトを規定した請求省令でレセプトは紙と規定されています。紙に書くことをそのまま電子レセプトに書くのだから、何ら変化が生じるわけではないとして医療関係者の納得を得て始まったのです。そのため、具体的な設計を担当することになった支払基金は「紙と同じ」の条件に極めて神経質でした。私は当時、業界団体にいましたので「そんなに紙と同じに拘っては電子レセプトの特徴が発揮できない。紙は手書きの手数を減らすために記載省略のルールが多いが、コンピュータでは計算のために全てのデータを取り込まなければならないので、省略をやめてデータが活用できるようにしてはいかがですか。」などと意見具申しましたが、受け入れられませんでした。
4. あの複雑な出来高の診療報酬点数表による請求を手書きで成功させるには、省略は不可欠だったと思います。しかし、紙と電子が併存した状態で制度を運用するには、当初は電子化の効果に目をつむることも必要でしょうが、電子化が普及を終えたら電子化の効果は発揮させる必要がありますが、その見直しが無いのです。
5. 業界団体の努力で実現できたのが紙様式の統合です。紙様式は制度の複雑化とともに種類が保険種、本人、家族などの別に増え、最後には官報の規定が41種になりました。しかし実際は都道府県ごとに異なって規定されるので全国では1000種ほどもありました。それが点数改正ごとに変更するのです。全国の変更内容を確認してプログラムを変更が必要です。こんな問題があるのだとPRし、改正の必要性を訴え、統一様式を提案して10年がかりでそれが認められ検討が具体化し、1年間の協議を経て統一様式が実現できました。紙に印字する「レセコン」はやっと最終の姿が実現しました。
6. 統一された4様式の概略図です。その後DPCが加わりましたが、電子レセプトがこの紙のままに電子化が行われています。
7. 省略重視の紙のままであるための問題点を医科の例で示しますが、目視なら紙全体を見て処理しますが、電算処理は1行ごとに処理します。目視の処理形式をそのまま電算処理に持ち込んだための問題です。

患者情報や医療機関情報などは1行ごとのデータに編集できます。しかし請求行為は手書き文字数を減らすために、1月に複数回の請求は回数で請求し、実施日は書きません。手術などの主要項目の実施日だけはコメントで記載しますが実施日ごとのデータへの展開はできません。
8. 請求は一般に*で括られた複数行の一連ごとになっています。電子レセプトには計算のために1行

ごとにコードが書かれていますが、このコードは計算のためのものなので、このコードで計算結果の請求点数をデータとして処理することができないのです。このことは医療関係者でもレセプトを扱わない人は必ずしも理解していないのです。

9. わかりやすい例をうどんのチェーン店で示します。いまのコードは商品ごとのものではないのです。だからメニューも作れないし、売り上げ管理もできないのです。商品単位のコードを作ればよいのです。
10. 商品（データ）単位のコードとした電子レセプトを示します。
11. レセプトの規格である「記載要領」は現在も紙レセプトを対象に書かれています。それを支払基金が解釈して電子レセプトの仕様を決めています。不必要に複雑です。
12. 医科、歯科、調剤ごとに当然別です。
13. 電算処理では不要な略称の設定が種々規定されています。
14. その請求省令は、電子レセプトは普及に達した際に紙と電子は様式を区別すると改正された。しかし、現実の電子レセプトは従来そのままです。
15. 支払基金も厚生労働省に現状の規定では実務に支障があると改善を申し入れています。
16. 支払基金からの電子レセプト向けの規定の設定要請です。
17. 紙の改善提案です。レセプトは電子化されましたが周辺の業務は従来と同様です。業務を熟知した人が提案しなければ変わらないでしょう。
18. 電子レセプトは審査機関で受信されたら紙様式に再現して審査が行われます。紙は画面に変わったので多少の業務改善はあるでしょうが、目視であることには変わりありません。電子レセプトのデータは紙レセプトの再現だけを目的に編集されています。医科、歯科、調剤ごとには当然異なります。
19. 多くのデータ群の中の薬剤データ「I Y」を見ます。紙様式への再現だけが目的なので相互の互換性は考慮外です。1行ごとの「I Y」に患者識別がないことに注目してください。これがないので1行ごとのソートもできないのです。
20. 技術と業務に精通すれば各行に患者IDを追加することなどは出来るでしょう。一部の研究者や企業はやっています。余裕のある保険者は外注も可能です。だが社会の資産である電子レセプト野有るべき姿ではありません。
21. 電子レセプトのデータを集めてNDBが構築されています。IT処理には古くから「garbage in garbage out ごみを入れたらごみしか出ない」という諺があります。
22. そのNDBの第三者提供が始まっています。これはそのマニュアル（案）です。
23. その「はじめに」にデータ処理に適した構造でないといっています。ブラックユーモアでしょうか。
24. 利用できるか否かはともかく、健康管理を目指す保険者には申請の資格もありません。
25. セキュリティの管理は厳重です。審査は年2回の割です。提供申請が多く無なさそうです。研究成果が期待できるのか、研究当たりのコストはどんなことになるのか、など率直な疑問が湧き上がります。

26. 欠点を「特徴」と表現する苦悩がしのばれます。
27. 請求用データは集計に向いていないので研究用に活用が難しいというのもブラックユーモアでしょうか。
28. 1993年に当時の厚生次官の発言です。勘と度胸からの脱皮は未だ実現しません。
29. 医療情報学会誌に改善案を論文にして検討を依頼しました。これがそれに対する回答です。
30. お忙しいのは確かでしょう。中医協は月平均6回以上開かれています。その事務局業務だけでも資料づくりの大変さは充分伺われます。
31. 点数改正の効果確認は中医協の改定結果検証部会で行われています。5件の検証が計画され、
32. そのスケジュールが提案され、
33. 受託した業者が医療機関にアンケートを送付します。医療機関は「電子レセプトに全部書いて出しているのに、何でまた聞くの？」と言いたいでしょう。
34. 回収率が低いのも当然でしょう。
35. それを集計して報告書が提出されます。有償で委託したのですから委託元が納得する報告書が作成されるのも当然ではないでしょうか。
36. 話題は変わります。これは保険者が自分でレセプトを分析している極めて稀な例の紹介です。
37. 保険者が健康管理システムを目指しています。当局の強力な指導によるものです。傷病名コードはそのキー情報として重要なものですが、そのコードのなかに「未コード化傷病名コード0000999」が規定されているのです。これがトランプのジョーカーのようにシステムを乱します。電子レセプトの導入初期段階で、標準傷病名コードを探すことになれない過渡期ならともかく、普及が達成し、健康管理が強調される今日でもこれが存在しているのです。コードに000999さえ書けば、手書き時代と同様に任意の傷病名でレセプトは受け付けられ、保険者に回されるのです。電算化の初期段階ならともかく、健康管理システムの構築が主要テーマになっている今日でもそのままです。仕様を決める側も異常ですが、健康管理を目指す保険者から怒りの声が出ないのです。まったく不思議です。
38. 厚生労働省もこのような通知を発行して統一の推進を呼びかけていますが、「未コード化傷病名コード」は現存します。廃止するのが当然と考えます。
39. 次は算定日です。長年の保険者の願望がやっと届いて、2012年4月から全行為に算定日を記載することがレセプトの規定になりました。改造も大変です。しかし、その表現が目視には便利でデータ処理には不適當な、31日分を横に配列した方式に決まっています。これでは算定日順に請求行為を配列することもできません。保険者はこんなことを望んだのでしょうか。相当のコストをかけて改造した結果です。しかも実施が2012年と最近のことです。これが電子レセプトの姿です。
40. 一定額以上の高額レセプトは本部で特別審査が行われます。紙レセプトに時代からそのために31日のカレンダーの日ごとに算定回数を記載した表を作成していました。紙レセプトで実現できる最大の工夫でしょう。だが個々のレセプト審査に限度があるでしょう。類似レセプトを医療機関相互に比較することで審査の視野は大きく開くでしょう。それを高額レセプトで実行するのは目的達成のために当然の手段だと思います。
41. 算定日以外にレセプトには各種の日付をコメントで記載する決まりがあり、それには一定の規定が設けられています。しかし実際には使いやすいフリーコメントで日付が書かれています。規則な

しにフリーに書かれたコメントのデータ化は事実上不可能です。

- 4 2. 4 3. これらは電子レセプトが「目視のレベル」であることを如実に示しています。紙レセプトの延長のままに形だけの電子化です。日本は IT 先進国と言えるのでしょうか。それとも医療だけの甘えの構造でしょうか。それで国民の負担を増やすだけの政策には納得しかねます。
- 4 4. DPC が 2003 年に始まりました。大病院が対象なのでデータ処理のニーズは他よりも盛んです。しかし、紙ベースは他と同様です。新たに包括算定の様式を設定し、出来高で請求する場合は従来の出来高様式を使うという併用方式とし、両様式の総括も行う様式になっています。包括算定と出来高算定を紙様式と同様に区別した複雑な構造で、電子レセプトもそのままの構造です。そのため電子レセプトでのデータ処理は諦め、レセプトとは別のルートで E, F ファイルの作成を DPC 採用の条件として協力依頼が行われています。DPC 病院は本来のレセプトと E, F ファイル出力の重複作業を行っています。
- 4 5. E ファイルは複数の診療行為を先頭行で代表し、その内訳は F ファイルを参照する方式です。E ファイルに実施日の記載欄が設けたことが有効と評価されていますが、これは DPC だけが必要なものではありません。DPC は日本の病床数の半数を占めるに至っています。言い換えればレセプトのデータ形式を出来高と DPC で 2 分してしまいました。このままでは医療機関を亘って患者のレセプトデータを集約する道が閉ざしてしまっています。NBC にも両者が混在していますが、現在の第三者提供は出来高に限られているようです。
- 4 6. また話題は変わります。某財団は病院事務職員の認定試験を毎年行っています。その試験問題は終始一貫、紙カルテから紙レセプトを編集するものです。書店に並ぶこの種のテキスト本も旧来のままです。電子レセプトの普及はこの分野に全く影響を与えていません。レセプト作成作業はレセコンに委ね、事務職員の頭脳はそのデータ活用によって病院経営に寄与すべき然ですが、電子レセプトは手書きよりは少々ましな省力装置に位置付けられたままのようです。
- 4 7. 厚生労働省統計情報部による「社会医療診療行為別調査」の基本とする統計です。それが 1 件当たり / 1 日当たりで示されています。さらに多くの統計は存在しますが、最も基本として示されるのがこの 1 件当たり / 1 日当たりの統計です。
- 4 8. 4 9. 5 0. 5 1. これらの日本の医療統計から医療危機対策が講じられるのでしょうか。
- 5 2. 5 3. OECD による人口当たりの CT、MRI の台数統計です。日本は他国よりダントツに多いのです。これが医療を世界でトップの位置に置いていることを立証したら CT、MRI への世界市場は拡大します。そのような評価ができなければ日本は世界の常識外です。韓国では高額医療機器の設置を報告する。Hira はその病院が無為な検査を行うようなことがないか、少なくとも購入直後は監視を強化する。社会が共通資産である医療費の適切な活用を目指すためには当然の策としています。
- 5 4. 1 年分のレセプトによる別の統計も存在します（これは保険局調査課担当）。これには公費併用は含まれるが公費単独（生活保護）は別制度なので含まれていない。もちろん介護保険は別です。
- 5 5. それで私は、生活保護、介護保険を別統計から持ってきて両者を合わせてみました。全体の伸びは納得できる線になります。確かに年 1 兆円のピッチで上昇しています。
- 5 6. 1 人当たりの伸びです。後期高齢者は納得できるようです。生保が医療保険と比べて異常です。レセプトデータを分析すれば、その根拠が判断できるのではないのでしょうか。
- 5 7. 1984 年以前はレセプトからのデータありません。別途推計される国民医療費の傾向とレセプトの積み上げとはさすがに一致しているようです。しかし、これを見てどんな対策が打てるのでしょうか。

58. NDB を研究用に提供することははじめられたようですが、本来の目的は医療費適正化計画ではないのでしょうか。それにはどのように活用されているのでしょうか。
59. 60. 61. 各都道府県はそれぞれに医療費適正化計画を立てています。
62. アベノミックスでも健康・医療戦略が立てられている。
63. レセプトデータの分析が不十分なのでさらに強力に実施することが盛り込まれている。なぜ実施されないのかの原因分析がないままに、「レセプト等のデータ分析」が繰り返されている。
64. それを有効にするには、電子レセプトは紙レセプトからの脱皮が必要である。それは技術的に可能であることは学会発表も行っている。<http://yuhan.jp/08paper/604aNewFormatofHealthInsClaims.pdf>
この分野の情報処理技術は、紙ベースの規定を電子的に実現するという無駄を繰り返し、そのために複雑化してコストを引き上げ、しかもデータが利用できないものにしてしまった。もち論、一部のデータは分析できる。それでよしとしてきた。新幹線も限界に達し、リニア新幹線が検討されている今日、医療は未だに狭軌の蒸気機関車だけを走らせている。個々の医療技術、医療機器の開発も当然必要だが、それらを最適に機能発揮させるためにはトータルの情報処理システムが必要で、それはアベノミックスで強調されているように、電子レセプトの活用以外には実現手段は見いだせない。
65. ビッグデータ技術が発達しても、いまのままの電子レセプトではそれが生かせない。まずはデータが処理できるように1行ごとに整備することであり、その具体策を示している。
66. きざみ算定とは時間によって請求点数がアップする算定論理ですが、その論理もコードに組み込みます。例えば30分ごとにアップする人工呼吸の点数も一つのコードに実施時間を指定することで点数は算定できる。こんな工夫は紙レセプトの規定にこだわらなければ、実現することは常識の範囲である。
67. 項目数が多い上に新生児、幼児などの年齢加算と時間外、深夜などの時間帯加算のある手術の点数は膨大な種類になりますが、
68. コードは一つとして、加算を係数で処理すればコード数を増やすことなく実現できます。若い技術者に自由な発想をさせればよいのです。
69. 現在の電子レセプトからは薬剤や材料ごとの統計も取れないのです。ちょっと工夫すればそれらは実現します。現状の規定がそれをできなくしているのです。
70. 紙レセプトの様式に拘らなければ、カルテから実施した日付順に診療行為をわかりやすく記載することができます。包括算定と個別算定が混在するDPCは、紙の様式に拘ったので複雑化し、それをE、Fファイルを構成してデータ処理していますが、紙様式に拘らなければE、Fファイルも不要になるのです。
71. DPC、出来高の医科、歯科、調剤すべてが同一形式の電子レセプトになって、相互のデータに互換性も実現するのです。
72. 日本は紙に拘ったために、紙の時代のままに留まっていますが、韓国は電子レセプトによって新しい世界を構築しています。
73. 健康保険審査評価院（Hira）はわかりやすいハンドブックを毎年発行しています。その一部を紹介します。
74. Hiraのミッション、ビジョンの宣言です。

75. 審査のみでなく評価を重要なタスクとしていることが、日本の審査支払機関との基本的な相違点です。
76. 医療の適正性評価をやっているのです。すべての医療機関に共通に3項目の評価指標を設け、その値が医療機関ごとに Hira のホームページに公開されています。全国的にその評価値が改善方向に向かっていることを確認しています。
- 77～81. その具体的な値です。
- 82～84. 韓国は自然分娩も帝王切開分娩も共に保険給付給与なので、高価な帝王切開の実施が列国より多いので、その低減を目指し、その達成が確認されています。
85. この種の統計は各種整備されています。
- 86～87. 点数値自体が相対価値点数として見直しが続けられています。
88. そして毎年の改正は保険者と医療界とが協議し、点数あたりのウォンを変更することで改正が行われています。日本のように項目ごとの点数をここに調整しても、その効果は評価できないので、そんな厄介なことはしないとされています。
89. Hira のホームページは国民が医療機関を選択するために必要な情報も種々提供しています。医療機関の各種評価値を検索できます。これはその画面です。
90. その評価結果が5段階で表示されています。
91. 必要な医療費を事前に確認もできます。これはその入力画面です。
- 92～93. 医療費の検索結果です。付録サービスとして病院の場所の情報提供もやっています。
94. 経皮的にやむなく混合診療制度を採用していますが、その範囲の縮小を図っていますが、その概算額が確認できます。
95. 投薬料の確認もできます。
- 96～99. 医薬分業が徹底していますが、病院の処方時、薬局での調剤時にリアルタイムの医薬品禁忌のチェックを行う DUR というシステムが普及しています。
- 100～101. 韓国はともかく統計がしっかりしています。電子レセプの積み上げなので内訳が伴っています。
- 102～103. 上位100位までは疾病ごとの内訳明示です。内訳は医療費のほか、患者数、件数、日数(入院、外来)、処方回数、処方日数、給与費、運外処方率、院外処方当たり日数、入院日当たり費用、県粗利入院日数、件当たり給与費です。
104. がんに関しては ICD-10 分類によるすべてのがん疾患に関する内訳が明示されています。
105. その40位までの疾病名です。
106. 疾患ごとの状況は順次明確化されています。これは腱鞘炎の例ですが、性別の患者数の変化、その年間上昇率。
107. 年齢別患者数、月ごとの発症件数。
108. 給与の状況、手術の実施状況、このような情報が随時集約されています。
- 109～116. Hira は「HIRA」と称する論文集を隔月発行しています。それを翻訳して

<http://yuhan.jp/> に掲載していますが、その一部の冒頭を紹介します。この種の論文が日本には見当たりません。執筆するにもデータがないのです。日韓の格差はますます開くようです。ここでは審査を費用ベースの審査を価値（質）ベースの審査に評価の転換の必要性が論じられています。

- 1 1 7. 1年分の患者標本が1枚のDVDに収納して研究者に提供されています。日本でもやっと始まりましたが、研究に応じた個別提供なので、研究の実施件数に大きな格差があります。
- 1 1 8～1 2 9. 海外主要国の状況が各国に派遣した駐在員から報告されています。
- 1 3 0. 報道機関への広報も活発です。内容ともにその件数の多さが驚きです。
- 1 3 1. すでに見た統計の再現ですが、日本の統計には内訳がありません。その傾向に誰もが危機感を抱くでしょうが、傾向だけの統計からは具体策が得られません。大航海を羅針盤なしにやっているような状態です。
- 1 3 2. それに比べて韓国の統計には内訳があるので具体策に直結します。切迫感があります。国ごとに多少の差はあっても医療が直面している問題は、日韓はもちろん各国共に大差はないでしょう。韓国は電子レセプトのデータによって、有限の医療資源の適正配分に真剣に取り組んでいます。日本はフリーアクセスを謳歌し、どんぶり勘定に過ぎています。
- 1 3 3. 日韓の要点を比較しました。日本の実態が日本で知られていないことが大きな問題ではないでしょうか。
- 1 3 4. ご清聴ありがとうございました。<http://yuhan.jp/> も参考にしてください。ご意見、感想を yuhan@tbb.t-com.ne.jp に寄せてください。