

紙レセプトからの脱皮がIT確立の抜本策

西山 孝之^{*1} 烏帽子田 彰^{*2} 手嶋 弘一^{*3}

^{*1}柳韓大学保健医療福祉研究所 日本事務所 ^{*2}広島大学大学院 公衆衛生学研究室
^{*3}新興サービス(株)

Necessity of paradigm shift from paper health insurance claims

Takayuki Nishiyama^{*1} Eboshida Akira^{*2} Teshima Hirokazu^{*3}

^{*1}Yuhan College Institute of Health Medical & Welfare

^{*2}Department of Public Health and Health Policy, Hiroshima University Graduate School of Biomedical Sciences

^{*3}Shinko Service Co.Ltd

Electronic health insurance claims of Korea have helped improve the quality of Korean medical care at the core of the PDCA (Plan-Do-Check-Act). It is a result of designing the electronic health insurance claims is appropriate for the data processing is performed.

By contrast, electronic health insurance claims of Japan is a merely digitization of paper health insurance claims, so it cannot realize data analysis easily.

Now in Japan, health care system is in a state of crisis. The breakthrough of the crisis, it is necessary to realize the PDCA cycle by electronic health insurance claims.

To achieve this, electronic health insurance claims are needed to leave as soon as possible from the restriction of paper.

Keywords: electronic health insurance claims, non coded disease name, Korea

1. 韓国の現況

韓国はIMF危機に陥った2000年に「国民医療の質と費用の適正性の保障」をミッションに掲げた健康保険審査評価院(Hira)が設立された。レセプトの審査だけでなく医療の評価までを行う組織であり、電子レセプトによってそのミッションを達成するために電子レセプトを早期に普及させ、データウェアハウスを構築した。

以来十数年、レセプトの適正審査はもちろん、そのデータから各種の医療施策が実施されている。医療機関ごとの各種評価指数が詳しく表示され、各種統計は詳しく迅速に集約される。図1はがん疾患の医療費を入外別に110種のICD-10分類ごとに集計したものであるが、医療費のほか、疾患別の患者数、請求件数、入院日数、療養日数、処方回数、処方日数、給付費、院外処方率、院外処方当り日数、入院日当り費用、件当り入院日数、件当り給与費が集計されており、データに基づく対策が実施できる状態になっている。

審査傾向も変化した。審査基準の公開は当初から行われてきたが、規制を強化するよりは自発努力を助成する方が医療の質向上に効果的と判断され、審査基準も大幅に見直されている。

財源的理由で混合診療は続いているが、疾病の種類ごとに患者負担を区別するなど、コストと質のバランスが図られている。

医療補償は費用が対象であったが、本来は質に対して補償すべきであるとし、質評価指標の確立が鋭意推進されている。

2000年から実施されてきた医薬分業の電子レセプトから、禁忌薬の処方・調剤が少なくないことが判明した。それで急遽DUR(Drug Utilization Review)システムの開発が決定され、それがすでに普及を終えている。医師の処方時及び薬剤師の調剤時に禁忌薬や重複投与をチェックするシステムであるが、チェックの範

囲は他の医師や薬剤師の処方・調剤にも及ぶもので、国民に対し薬は安心して飲めることを広く宣伝している。

また、海外の主要国には駐在員を置いて情報収集に余念がなく、OECDの勧告にも謙虚に耳を傾けている。

2. 日本の電子レセプトの経緯

2.1 紙レセプトの廃止を目的に

1983年に厚生省によって始められた日本の電子レセプトは、非能率の象徴とされた紙レセプトを無くすことに狙いがあり、業務はそのままで紙レセプトの電子化が行われた。

電子レセプトの前に企業による紙レセプトのコンピュータ処理が1970年代から広まった。小型のパッケージ化されたものがレセコンと呼ばれているので、本文でもこのシステムをレセコンと呼ぶ。

出来高払いの請求は月末に徹夜覚悟で行われる。そのため紙レセプトには1文字でも文字数を減らす工夫が施され、それが下記のような規定になっている。

- 1) 様式は医科、歯科、調剤で区別する。
- 2) 請求単位は「項目」でなく「一連」として請求額の記載数を減らす。診療行為は基本点数と加算点数、薬剤は同時に服用する薬剤群、材料は同一手術で使用する材料群を、それぞれ「一連」とする。
- 3) 複数回の請求は回数倍で請求する。
- 4) 算定日は審査に必要な場合だけ書く。
- 5) 保険者以外に請求先がある場合は、それぞれへの請求額は書かず、その計算が別途できる情報をコード等で書く。
- 6) 外来歯科では項目ごとに記載枠を設けて名称の記載を省く。

7) 複数の規格がある薬剤で最小規格の薬剤を使った場合は規格の記載を省く。

これらの規定はIT処理には不向きで、省略は情報を失うことにもなることを繰り返し申し入れたが、省略は大量の目視審査のためにも必要とされ、これらの規定はほとんどそのまま、レセコンを経て電子レセプトに引き継がれて今日に至っている。

2.2 実務者の知恵で実現した紙レセプトの様式統合

制度の複雑化とともに法で規定される紙様式は増大した。医科/歯科/調剤、社保/国保、本人/家族/退職/老人、公費単独/併用を紙色/刷色の組み合わせで、B5判の紙様式は、訪問看護を除いて41種になった。その様式が点数改正ごとに一部変更され、それを多くの都道府県がさらに変更するので、現実の様式は1000種程度も存在した。

業界はその状態でも対応する一方、統一様式の提案も繰り返した。それが漸く認められ関係者間との協議を1年間続け、その結果、医科入院/外来、歯科、調剤の4種で色別のない様式が設定できた。それが官報告示され1年間の併行期間を経て、1998年4月からの全面移行を実現した。その後DPC様式が加わったが、都道府県ごとの差異は全く姿を潜めた。

今や語り草になっているが、国の制度であっても実態を知った実務者が協議して綿密な設計を行えば標準化が実現し、それが継続するという貴重な体験を得た。

最近の国民医療負担の増大で、全国の自治体はそれぞれに医療費補助制度を設けており、その対応を個別に行っている。電子レセプトのデータ活用が大きく阻害されている。額は自治体ごとでも処理ボタンを数種設けることで統合できるのではなかろうか。様式統合の成功体験が生かされることを期待する。

2.3 データ処理のために実施している個別対策

一般には信じられないことであろうが、電子レセプトはその開発経緯で述べたように、紙レセプトの様式のままの電子化のため、そのままでは実用的なデータ処理に供することができない。そのために可能な範囲の個別対策が行われている。

2.3.1 必要な対策はデータの1行化

医療機関を電子データで発したレセプトは審査機関で紙レセプトの形に戻される。電子レセプトの処理はレセプト単位である。従ってレセプト単位のデータ処理、例えば患者の属性や合計点数のデータ処理は、そのままでも実行できる。

しかし、レセプト内に多数存在するデータを分析するには、コンピュータ処理の原理に従って、データを1行ごとに独立のものにする必要がある。まず、レセプトごとに1か所にしかない患者IDを各行にコピーしてソート処理を可能にする必要がある。

また、複数行に亘る「一連」ごとの請求点数を各行の「項目」に展開する必要がある。例えばA、B、Cの3薬剤で一連の場合、3薬剤の合計点数はレセプトにあるが、各薬剤にはない。それを配分するには、それぞれの薬剤のマスターを参照して合計点数の配分が必要になる。

これらの処理は全く不可能とは言えないが算定規則や情報処理技術に通暁する必要があり、一部の研究者や専門企業は行っているが、経済社会の常識では実行しない処理である。

2.3.2 NDB(National Data Base)

「高齢者の医療の確保に関する法律」によってレセプトデータは特定健診・特定保健指導データとともにNDBに収納され、その第三者提供がはじまった。その状況は有識者会議の資料から伺える。セキュリティも重要だが、提供されるデータが研究に叶うことが基本である。提供マニュアル(案)では、紙レセプトの省略形式を踏襲しているので空欄もあるなど、各種分析には適していないことが明示されている提供である。

年2回開催される審査を経て、認可された範囲のデータが、膨大なNDBから抽出されて提供される。処理向きでないデータが審査を経て個別に提供され、それで研究が行われる。その研究結果にどれほどの期待ができるのだろうか。

2.3.3 DPC

DPCでは病院評価係数の設定も必要なのでデータ処理が欠かせない。そのために「DPC導入の影響評価に係る調査」の協力要請が行われている。様式1、3などのデータはレセプトから得られるものではないが、E、Fファイルは電子レセプトでは処理できないためにそれを編集するものである。

Eファイル(診療明細)は複数行の「一連」を最初の行で代表して1行化を実現し、「一連」の内容はFファイル(行為明細)を参照するという2段構えの構成である。Eファイルに算定日が追加されたことが有効と評価されているが、これはDPCに限らず必要な処理である。本来の電子レセプトで実現すればE、Fファイルの編集は不要になり、患者ごとのレセプトデータをDPC、出来高の区別なく、集約することも可能になる。

3. 「目視のレベル」に留まり「処理のレベル」に向上しないデータの信頼性

具体例として2つの事例、「未コード化傷病名コード」の存在と「算定日」の実態をまず紹介する。

3.1 データ処理を妨げている「未コード化傷病名コード」

紙レセプトの傷病名欄の記載要領は「通常用いられる傷病名をわかりやすく記載すること。」と書かれていた。それが電子レセプトになって「標準病名のコードを記載すること。」に変わった。

その標準病名コードの中に「未コード化傷病名コード:0000999」が存在する。「0000999」をコード欄に記載すれば、請求する傷病名はどのように表現してもよい。これは標準病名に慣れるまでの暫定対策の筈であるが、それが普及を終えた今日でも存在を続けている。

例を示す。2型糖尿病のコードは「2500015」であるが、「0000999:成人型糖尿病」や「0000999:インスリン非依存型糖尿病」で請求するレセプトが存在する。

また、部位を示す場合は傷病名コードとは別に部位コードで表現すると定められている。「3659003:緑内障、2049:左」がその例であるが、従来の慣例のままに部位をカッコ書きした、「0000999:緑内障(左眼)」のようなレセプトも存在する。

「未コード化傷病名コード:0000999」の存在は、システムの初期には意味があったかもしれないが、今や傷病名コードによる健康管理システムなどの機能を妨げる存在になっている。廃止すべきである。

3.2 データとして扱えない算定日

算定日は審査上必要な場合に限って記載するのが、紙レセプト以来の規定であった。しかし算定日は情報としても重要であり、保険者などの要望が認められ、数年の準備期間を設け、2012年4月を期してすべての請求項目の算定日を記載することになった。

しかしながら、その記載法が1日から31日の横並びの表の該当日に算定回数を記載する方式である。保険者などの要望はDPCのEファイルが実現しているように、算定日をキーとしたデータ処理を望んでものであったが、実現したのは目視のチェックに役立つに過ぎないものである。

医療情報において算定日の重要性はいまさら述べるまでもない。それが紙レセプトでは手数省略の観点からコメント記載に制約されていたからとて、電子レセプトがそれを継承する必要は全くない。正式なデータとして処理すべきものである。

レセプトには算定日のほか、「退院日」、「初回算定日」、「発症日」、「病棟移動日」などの各種の日付情報が存在する。日付をコメントとして記載する場合の規定は決められているが、現実の日付コメントは、扱いが容易なフリーコメント形式が多く、そのデータ化は事実上不可能になっている。

3.3 レセプトのゲートキーパはデータの信頼性もチェックの対象に

繰り返すことになるが、日本の電子レセプトは紙レセプトの廃止を目指して始まった。そのため、ユーザには電子化のショックを和らげての電子レセプト移行が図られた。「未コード化傷病名コード」や日付のフリーコメント記載はその一環と考えられる。

しかし、電子レセプトはすでに普及を終え、レセプトデータの分析の拡大が政府の戦略にもしばしば挙げられる時代になっているにも拘わらず、データ処理に逆行する規定がそのまま存在している。

審査機関はレセプトのゲートキーパの役目を担っている。受付時にレセプトを確認し、不備のあるレセプトは修正を求め、時には返戻も行っている。

電子レセプトが有効に機能するためには、そのデータの信頼性は「目視のレベル」のような低位でなく、「処理のレベル」の高位を維持する必要がある。ゲートキーパとして充分チェックすべきものであるが、フリーパス状態のようである。

それは審査機関自身が電子レセプトのデータを「目視のレベル」でしか扱っていないためと思われる。しかし、電子レセプトのデータを扱うのは審査機関に限らない。現に保険者はレセプトと特定健診情報とを照合する健康管理システムを運用しているが、レセプトデータの信頼性が「目視のレベル」であるため、このシステムが十分機能発揮しない状態に置かれている。NDBにもレセプトデータが蓄積されている。電子レセプトのゲートキーパが自身の都合だけでチェック範囲を設定することでは広範な分野が活用する電子レセプトの機能は維持できない。

審査機関の審査においても電子レセプトのデータ活

用を「目視のレベル」に留めることは妥当ではない。医療の審査業務は数多の業務のうちでも最高に難解な部類と考えられる。その業務において電子レセプトを「目視のレベル」で利用する程度で果たして極められるのだろうか。

電子レセプトのゲートキーパの役割、並びに審査における電子レセプトデータの活用に関して熟考されることを期待する。

4. データ処理を可能にする基本策

4.1 カルテからの直接入力

紙レセプトは、複雑な出来高払いを制約のある紙面上で実現した先人の知恵の結晶である。しかし、それはすでに役割を終えた。それを維持することは百害あって一利もない。それを脱し、カルテから直接レセプトデータを取得することが「処理のレベル」のレセプトデータ取得の最短コースと考える。

4.2 請求省令は改正済み、技術的提案は発表済み

そのための法整備はすでに2009年の請求省令(昭和51年8月2日、厚生省令第36条)改正で終わっている。その第1条には「レセプトは電子レセプトとし、その方式は厚生労働大臣が定める。」とあり、第5、6条には例外的に書面での提出を認める場合が記されており、第7条には「書面の形式は厚生労働大臣が定める。」と、電子レセプトと紙レセプトの様式の区別が規定されている。

その技術的提案は「医療情報学 Vol.33 No.1 2013」に発表済みなので詳細は省くが、

- 1) 紙レセプトの形式からの脱皮。
- 2) 診療行為の加算の事前算定または加算の独立扱い。
- 3) 薬剤、材料の項目単位の算定。
- 4) データの1行化による全レセプトの統一

を実務の観点から提案しているものである。具体的な検討は実務者を変え、現行の電子レセプトからの移行策や併行運用などの検討が必要なのは当然である。

5. 事実を知る者が事実を明らかにして改善提案を

電子レセプトは巨大なシステムである。それを紙レセプトの規定が煩雑にしているが、その推進体制すら明確でなく、システムの全貌が把握されているとは思えない。

繰り返される点数改正にシステムが受け身で対応してきた。政策とシステムが一体でない証左であるが、一体化の実現には、システムがシステムの立場で政策に求めるべきことを曲げることなく主張しなければならぬ。現状は実態が知られないままに社会の期待だけが膨らみ、新たな難題を背負わされている状態である。

このシステムは2.2に述べた紙様式統合の成功体験を有している。現状のデータのバラツキや自治体ごとの制度の多様化による混乱は、当時の比ではなからうが、事実を知った者が事実を訴え、基本的な対策案を提示する以外に改善策はないと考える。

6. 問題を浮かび上げらせアクションに繋がる統計を

図2は、それぞれ発表された医療費と介護費をまと

めたものである。毎年1兆円ずつ増える現実に危機感
は抱くが切迫感希薄である。内訳がなく具体策に繋
がらないためかと思われる。図1の韓国の統計は積み
上げによるものなので内訳があり、それぞれの対策に
繋がる。従って切迫感が迫ってくる。

我が国の医療制度は世界のトップクラスと評価され、
しかも一人当たりの医療費は安価で、フリーアクセスを
特徴にしている。

そかし一方では保険者の窮状打開に策も尽きたとの
報も聞かれる。

各国は有限の医療資源を、無限に広がる医療需要
への有効配分に頭を悩ませている。韓国はそのため
の施策を電子レセプトのデータによって種々打ち出
し、それを研究者は前向きに厳しく批評している。

この分野の日本の研究は既存の制度を前提に行っ
ている。自由な論議を展開するにも、実態を把握する
データが得られないのではなからうか。

2年ごとの点数改正のつど、レセプトのシステムは受
け身の改造に迫られる。それは紙レセプトの時代のま
まである。IT時代なら実データを備えた電子レセプト
が、医療のPDCA (Plan-Do-Check-Act) の中心的存
在にあるべきだろう。そのためには電子レセプトは有効
なデータを発する姿への変身が必要である。電子レセ
プトの普及は到達点ではなく、すべての出発点であ
る。

このままでは電子レセプトの普及を実現した先人の
苦労は無駄になってしまう。電子レセプトは紙レセプト
よりは少しはましだが、依然として現場の省力装置の
位置に留まるのみである。それはこの業務に携わる技
術者の本意ではないはずである。奮起を促したい。

柳韓大学保健医療福祉研究所 日本事務所

韓国健康保険審査評価院

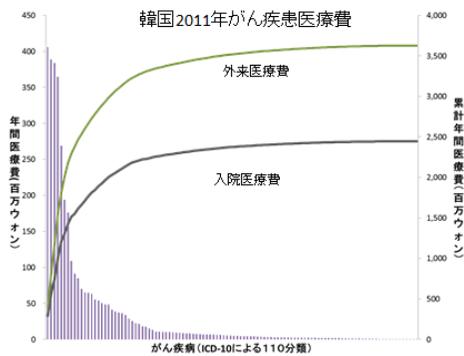


図1 情報が豊富な韓国の統計例

Hiraの統計年報の一部をグラフ化した。全医療費の7.8%が、がん
疾患に費やされており、それがICD—分類ごとの統計になっている。
全疾患に関しては、入院外来別に上位100位までの内訳が公
開されている。

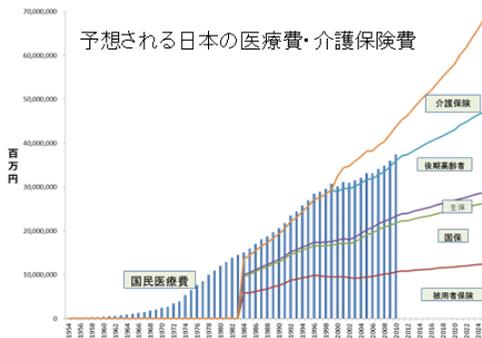


図2 日本の医療費統計

推計で発表される全国医療費と介護保険費を合算したグラフであ
る。年に1兆円ずつ増えているがその内訳は不明である。