

# 「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

## ーレセプトオンライン化に関する韓国実態調査ー

平成18年3月

特定非営利活動法人 日本医療情報ネットワーク協会  
医療IT化調査会 (Health Care IT study project)

# 目次

はしがき	3
<b>第1章 韓国医療保険制度</b>	
1. 1 制度の特徴	4
1. 2 制度の法的根拠	4
1. 3 制度の沿革	5
1. 4 医療保険の管理体系	6
1. 5 財源	8
1. 6 適用人口	11
<b>第2章 訪問調査報告</b>	
2. 1 事前質問票および回答	14
2. 2 保健福祉部	37
2. 3 国民健康保険公団研究所	41
2. 4 健康保険審査評価院	46
2. 5 韓国テレコム	57
2. 6 国民健康保険公団イルサン病院	61
2. 7 ウリドル病院	64
<b>第3章 EDI化の効果</b>	
3. 1 韓国医療費の国際比較	68
3. 2 EDI導入の経済効果	70
3. 3 健康保険審査評価院レセプトデータウェアハウスの概要	74
<b>第4章 韓国EDI化の成功要因</b>	
4. 1 日本の立ち遅れの要因	84
4. 2 電算化へのメリット誘導	86
4. 3 優れた診療行為コード体系	88
4. 4 審査透明化のためのデータ分析の必要性	91
4. 5 点数表策定のシステム化	91
4. 6 EDI化促進の取組	91
<b>第5章 日本のレセプトオンライン化</b>	
5. 1 日本のレセプト電子化状況	92
5. 2 レセプトオンライン化の推進	93
5. 3 レセプト情報を分析活用する体制整備への提言	94
5. 4 まとめーデータから情報へ	95

<資 料>

1	諸外国のEDI化の現状	97
2	韓国レセプトEDI化訪問調査面談記録	99
3	韓国のレセプト及び診療報酬点数表	127
4	国民健康保険法	133
5	健康保険審査評価院ウェブサイトの解説	152

# はしがき

## 1. 背景と目的

2001年IT基本法制定以来、我が国は世界最先端のIT国家を目指してe-Japan戦略を推進してきた。その結果、インフラ整備は飛躍的に進み、世界最先端を実現した。その一方で、実利用が低迷していたことから、2003年に見直しを行い、医療等先導的7分野でITの利活用を推進するe-Japan戦略IIを決定し、これまで推進してきたところである。

ところが、e-Japan戦略の目標年である2005年において、医療分野はITによる恩恵が大いに期待される分野であるものの、国民の満足度等は低く、依然として課題が存在していた。

こうした背景の下、政府は、ITの特性を利用者視点に立って有効に使い、ITによる社会の構造改革等を目指し2010年を目標年とする「IT新改革戦略」を2006年1月に決定した。IT新改革戦略では、医療分野を今後重点的に取り組む「IT戦略の重点」として位置づけ、レセプトの完全オンライン化等の方針が明確化されたところである。

そこで、レセプトオンライン化の先進国である韓国の実態を調査することにより、我が国での円滑なレセプトオンライン化の推進、医療の情報化の一層の進展に資することを目的とした。

## 2. 研究体制(主たる執筆分担)

岡本 悦司 (国立保健医療科学院経営科学部経営管理室長、全体総括)

西山 孝之 (柳韓大学日本事務所長)

李 中淳 (エヌ・ティ・ティ・コミュニケーションズ(株))

穴水 弘光 (NPO 法人日本医療情報ネットワーク協会)

山肩 大祐 (東京医科歯科大学大学院)

(現地協力者)

南 商堯 (柳韓大学保健福祉研究所教授)

## 3. 研究方法

韓国のレセプトオンライン事情を文献やインターネットならびに識者より情報収集し、調査すべき項目と調査対象を検討した。検討された内容は事前質問状にまとめ、訪問予定機関に送付した(2005年12月)。送付先機関から得た回答を事前に予習した上で2006年1月22~26日訪韓し、実地調査を行った。面談内容は録音し帰国後ただちにテープ起こしを完了させ(2006年2月初)、その他入手資料の分析とともに委員全員で検討し本報告書をまとめた。

## 第1章 韓国医療保険制度

### 1. 1 制度の特徴

韓国の医療保険制度は、日本をはじめ、ドイツ、フランスと同じ社会保険(NHI: National Health Insurance)方式をとっている。社会保険方式とは「医療費に対する国民の自己責任意識」を堅持しつつ、かといってアメリカ式のように保険運営を民間企業に委ねるのではなく、国営ではないが社会化された公法人である保険者が保険料を財源として医療を保障するもので、租税を財源とするイギリスのようなベバレッジ型に対して、ビスマルク型とも呼ばれる。

社会保険方式は保険原理に基づき、国民より保険料を徴収して財源を調達することを基本とし、国の役割は二次的な支援と後見的監督人的な機能にとどめる。いわば国民の保険料負担義務を前提に、制度に要する費用を国民に常に意識させる制度であって、政府依存を最小化する制度である。その実施体制は、独立した民間団体(組合または金庫といった公法人)中心の自主的な運営を根幹としつつ、保険給付は民間主体の医療供給者が保険者に代わって国民に対して提供する方式である。

韓国の医療保険は、法律による加入が義務付けられている4大社会保険(健康保険、国民年金、産災保険、雇用保険)の一つである健康保険が担っている。健康保険は全国民または長期滞在の外国人に対して、本人の意思とは関係なく強制適用され、保険料の額は負担能力に応じて不均一に賦課される。反対に、保険給付は平等主義を原則に、賦課された保険料額の高低とは関係なく法令によって平等に行われる。

加入を強制される「強制保険」の実効性を確保するため、被保険者には保険料納付義務が課せられ、保険者には保険料の強制徴収権が付与されている。

保険料の計算は、1年単位の会計年度を基準に収入と支出を予定して算定し、年金のような長期保険とは異なり、支給条件と支給額は保険料の納入期間とは関係がない短期保険である。

社会保険方式を採択しているが故に、韓国の医療保険は「社会連帯性」の機能と「所得再分配」の2つの機能を果している。すなわち国民の医療費問題は、国家または個人の責任でない社会の共同の連帯責任で解決すべき、という認識にたち、社会的な連帯を強化して社会統合をなすことを目標とする。個人の経済的能力に比例した負担で保険料を集め、給付は個人の負担額とは無関係に必要なに応じて均等な給付を受ける。これにより病気発生の時、家計にかかる経済負担を軽減させて、リスク分散の効果を得る一方、所得再分配機能を遂行する。

韓国の医療保障に関連する制度としては、一般国民に対する健康保険の他、一定の水準以下の低所得層に国家が地方自治体を通して医療の恩恵を施す「医療給付」制度(日本の生活保護制度に相当)と、業務上の災害の保障・予防及び福祉事業を行う「産業災害」保障保険制度(同労働者災害補償保険)、民間保険として自動車保有者が加入を義務付けられている自動車保険がある。

### 1. 2 制度の法的根拠

韓国の憲法には、第34条1項「すべての国民は人間らしい生活をする権利を持つ」と2項「国家は社会保障・社会福祉増進に努力する義務を負う」の規定があり、また第36条3項「すべての国民は保健に関して国家の保護を受ける」の規定が医療保険制度の法的な根幹を成す。

社会保障に関する基本的な法律である社会保障基本法には、「社会保障とは社会的な危険からすべての国民を保護し、貧困の解消と国民生活の質の向上のために提供する社会保険、公的扶助、社会福祉サービスをいう」と規定している。それをベースに、社会保障制度としての健康保険制度は、国民健康保険法により、国民の病気、負傷に対する予防、診断、治療、リハビリと、出産、死亡を含め健康増進に対して保険給付を実施し、国民健康を向上させると規定している。また、医療給付法により、生活の維持能力がない国民に対しては医療給付制度を実施することを規定する。

その他関連法として、国民健康保険の財政赤字を早期に解消して財政健全化を図るために保険料及び保険報酬の算定などに関して国民健康保険法に対する特例を規定した国民健康保険財政健全化特別法がある。この法律は2002年1月から2006年12月31日まで時限的に施行する。

国民健康保険法は、社会法(社会保障法)として行政法の一面を持っており、公法の性格が加味されている。そして法体系上、法律の以下に施行令-施行規則-告示、例規などの下位体系を成している。

### 1. 3 制度の沿革

- 1963年11月、社会保障に関する法律、同年12月6日医療保険法が制定された。しかし、任意に適用する方式であり、社会的な条件にも合わず、有名無実であった。
- 1970年、勤労者、公務員、軍人などを適用対象にする強制保険とした医療保険法を制定した。これも諸条件上の困難な状況で、その施行令の用意も出来なかった。
- 1977年7月、500人以上の事業場の勤労者と工業団地の勤労者に医療保険の強制適用(486の組合が設立)。
- 1979年1月、公務員・教職員の医療保険を実施、7月、300人以上の事業場の医療保険の適用から、被雇用者の医療保険を段階的に実施。
- 1979年、医療保護法(現在は「医療給付法」)を制定し、生活維持の能力がない国民に対して医療保護制度を実施。
- 1981年7月、地域医療保険の段階的实施。12月、職種別医療保険組合発足(文化芸術人、理美容師)。
- 1987年2月、漢方医療サービスの保険給付実施。
- 1988年1月、全国農漁村地域の医療保険の実施。
- 1989年7月、都市地域の地域医療保険が拡大適用され、医療保険実施から12年で全国国民医療保険が達成。10月、薬局への医療保険適用が開始される。
- 1994年1月、KT・審査評価院が保険請求・審査 EDI(electric data interchange)を提案。6月、EDI開発に着手。
- 1995年12月、保険請求・審査 EDI 試験サービスが開始される。
- 1997年2月、DRG 支払い試行開始。11月、韓国 IMF 管理体制下に入る。12月31日国民医療保険法の制定で医療保険の統合準備。
- 1998年2月、医療保険の完全統合合意。4月、保険請求審査 EDI サービス全国に拡大。
- 1998年10月、公務員・教職員の医療保険と227の地域医療保険が統合。
- 2000年7月、医療保険が単一の組織で完全統合。医療保険管理公団が国民健康保険公団に再編。審査評価院が設立。医薬分業が実施される。
- 2002年1月、国民健康保険財政健全化特別法が制定される。
- 2003年7月、地域と職域の保険財政が統合される。

## 1. 4 医療保険の管理体系

国民健康保険法の上で、国家を代理して保険業務を行う主体としては、国民健康保険公団、健康保険審査評価院、療養機関が含まれている。

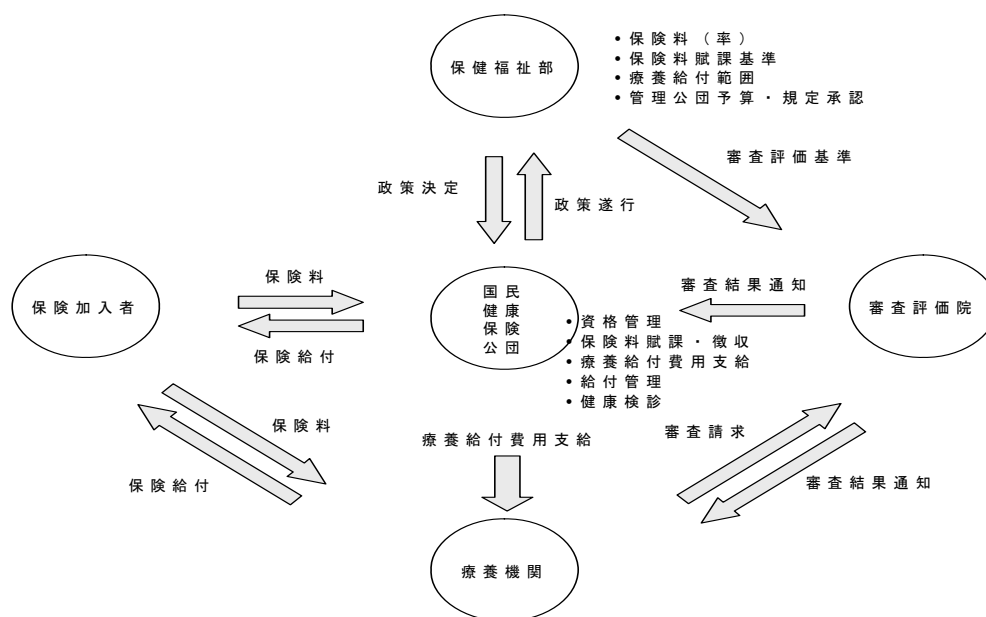
### 1. 4. 1 保健福祉部

国家の保健・福祉政策を管掌し、健康保険の運用における制度全般に関する業務を管理・監督する。保険福祉部傘下には健康保険関連の主要な合議・議決機構である健康保険政策審議委員会、健康保険審議調整委員会、健康保険紛争調整委員会が置かれている。

#### 1. 4. 1. 1 健康保険政策審議会

保険料及び医療報酬を決める機構である。この審議会は、委員長以外、国民代表 8 人、医・薬界代表 8 人、公益代表 8 人、総 24 人の委員らで構成されている。この機構は 2001 年に結成され、2004 年末最初に保険料および医療報酬の調整に合意した。

健康保険加入者を代表する 8 人の委員は、勤労者団体及び使用者団体がそれぞれ 2 人を推薦、市民団体（非営利民間団体支援法に規定による非営利団体）、消費者団体、農・漁民団体、その他自営業者関連団体が、それぞれ一人を推薦する。共益を代表する委員は、中央行政の機関長が、所属の 2 クラス以上公務員の中で指名する者 2 人、健康保険公団の理事長と審査評価院の院長がそれぞれ推薦する 2 人と医療保険に関する専門家 4 人である。審議委員会委員の任期は 3 年で、公務員である委員の任期はその在任期間にする。



#### 1. 4. 1. 2 健康保険審議調整委員会

療養給付の基準、療養給付費用その他健康保険に関する主要事項を審議する機能を持つ機構である。

委員会の構成は、保険者、加入者及び使用者を代表する国民委員 8 人、医・薬界系代表 8 人、公益代表 8 人、総 24 人の委員らで構成されている。会議は年 2 回以上開催する。

### 1. 4. 1. 3 健康保険紛争調整委員会

健保紛争に関する行政不服を審査する機構で、保健福祉部長官の下に設置される。加入者及び被扶養者の資格、保険料、保険給付及び保険給付費用に関する健康保険公団への異議申し立ての結果と療養給付の費用審査に関する審査評価院への異議申し立ての結果に対する不服を扱う。

委員会の構成は、保険に関する法学的な経験と医事の学識が豊富な 15 人の有識者で構成される。委員長は保健福祉部の社会福祉政策室長になる。

### 1. 4. 2 国民健康保険公団（保険者）

加入者及び被扶養者の資格管理、保険料の賦課と徴収、加入者の健康増進の業務を推進、医療サービスの価格（毎年改定される診療報酬点数の 1 点当たりの単価）を療養機関と契約で決めるなど、保険財政の管理及び包括的な国民健康保障の主体としての役割をする。

保健福祉部が健康保険に必要な制度と政策を決めて、国民健康保険公団がその政策を執行する機関である。国民健康保険公団は対象者の資格を管理し、保険料を徴収し、診療費を医療機関に支給するとともに、請求内容に過誤があつて患者負担が過払いになった部分に対しては患者への還付も行っている。また対象者らに健康診断を実施して健康情報を提供するなど病気予防および管理のための多様な加入者支援事業を施行している。

国民健康保険公団は、2005 年現在、本部（1）、地域本部（6）、支社（227）から構成され、職員は 10、454 名である。

健康保険公団の議決、執行機構としては理事会と財政運営委員会がある。

理事会の構成は、保険福祉部長官の推薦によって大統領が任命する理事長と、17 人の理事で構成されている。理事の中で、8 人は労働組合、経営者団体、農・漁民団体、消費者団体がそれぞれ 2 人ずつ推薦し、5 人は公団の理事長が推薦、4 人は関係公務員を保健福祉部長官が任命する。

財政委員会は、保険料の調整、その他保険の財政と係わる主要事項を審議議決する機構である。財政委員会の構成は、労働組合、経営者団体がそれぞれ 5 人を推薦めする職場加入者代表 10 人、農・漁民団体、都市自営業者団体・市民団体がそれぞれ 5 人を推薦する 10 人、合計 20 人の委員で構成される。

### 1. 4. 3 健康保険審査評価院

療養機関が提供した医療サービスとその費用の適正性を客観的で公正に審査評価して公団が療養機関に支払う費用を査定する。診療費審査の専門性と効率性を持ち、療養機関の適正な診療を誘導、国民の良質の医療サービスを受けるようにすることを目的で、2000 年 7 月特殊公法人として設立された。

審査評価院は、本院の 12 室 58 部と、地方の 7 支院で構成され、定員 1、531 人の内、役員は保健福祉部長官が任命する院長と理事 16 人、監事 1 人がいる。

審査評価院には専門性、公正性、客観性を確保するために、診療費審査評価委員会が設置されている。同委員会は諮問機構の性格を持ち、30 人以内の常勤審査委員と 600 人以内の非常勤審査委員で構成される。その中では診療科目別に専門の分科委員会がある。

審査評価院は、審査評価業務を遂行するために、国民健康保険公団から負担金を取り立てることができる。負担金は保健福祉部長官が承認した審査評価院の予算金額で、公団の前年度保険料収入の 1000 分の 30 以内である。



#### 1. 4. 4 療養機関

加入者に対する医療サービスを提供して、医療サービス価格（診療報酬点数単価）は、療養機関の代表が公団と契約を結び決定する（契約未締結の場合は保健福祉部長官が決定することとされており、これまでは毎回契約未成立で保健福祉部が決定しているとのこと。）。

医療機関が 49、384 ヶ所で全体の 67.5%、薬局は 20、341 所で 27.8%、その他保健機関は 3、425 所で 4.7%である。

療養機関の現況（2006年2月現在）

区分	計	総合病院	病院	医院	歯科病院	歯科医院	漢方病院	漢方医院	保健機関	助産院	薬局
機関数	73,150	292	1,139	25,209	126	12,619	147	9,800	3,425	52	20,341

医療機関の利用は、段階的な受診が義務づけられている。すなわち総合専門療養機関ではいきなり診療は受けられず、それ以外の療養機関の医師による診療依頼状を提出しないと費用の全額を自己負担しなければならない。但し、急病患者、分娩患者、歯科患者、血友病患者、リハビリ治療患者、家庭医学科、該当機関の勤務者は2段階機関で、診療を受けることができる。

#### 1. 5 財源

##### 1. 5. 1 保険料

保険料は、被保険者の保険給付を実施し、保険事業を営むために必要な費用を、被保険者の所得水準など負担能力に合わせた額が徴収される。保険料負担は、一般会社人の場合、社員が 50%、経営者が 50%を負担し、公務員の場合は、政府が 50%を負担する。私学の教職員の場合は、職員が 50%、学校経営者が 30%、国家又は自治体が 20%を負担する。

地域保険の加入者(自営業者)の保険料賦課は、所得、財産(不動産、自動車含み)、生活水準、経済活動参加率を考慮した要素別点数の合算で賦課標準所得を求め、これに適用点数当たりの金額を掛けて保険料を算定する。

保険料の徴収については、2004年全体賦課額が 156、142 億ウォンに対して徴収額は 151、012 億ウォンであり、徴収率が 96.71%である。地域の徴収率が 91.08%、職場の徴収率が 99.20%である。保険料の納付は、現金払い、銀行振り込み、自動引き落としのほか、クレジットカードでの支払いも可能である。クレジットカード利用の場合は、インターネットでの納付もできる。

##### 1. 5. 2 補助金

医療保険事業の費用は、保険の原理によって基本的には全て保険金から充当することを原則とする。しかし、国民健康保険の財政健全化を図るために 2002年に施行された国民健康保険財政健全化特別法の規定により、2006年までの期限付きで国庫支援金及び健康増進基金で支援できるようにしている。

政府は毎年、地域加入者に対する保険給付の費用と、健保事業運営費の 100 分の 35 に相当する金額を国庫から国民健康保険公団に支援している。

また、国民健康増進法の規定により、国民健康増進基金を積み立て、これを2006年までに保険財政に使えるようにしている。但し、ここで充当される金額は、当該年度の国民健康増進基金の予想収入額の100分の65を超過しないようにする。2005年現在国民健康増進負担金は、タバコの20本当たり354ウォンが賦課されている。

年度別標準月給額(ウォン)と医療保険負担率(%)

年度	職域平均		勤労者		公務員・教職員		地域保険 点数当たり 金額
	平均標準 月給	平均保険 料率	平均標準 月給	平均保 険料率	平均標準月 給	平均保険 料率	
1990	-	-	489,308	3.19	506,593	4.60	-
1991	-	-	578,011	3.13	559,174	4.60	-
1992	-	-	656,451	3.09	614,739	4.60	-
1993	-	-	716,665	3.06	676,898	3.80	-
1994	-	-	798,058	3.04	743,211	3.80	-
1995	-	-	895,719	3.03	770,947	3.80	-
1996	-	-	1,008,584	3.05	820,158	3.80	-
1997	-	-	1,078,139	3.13	871,105	3.80	-
1998	-	-	1,083,748	3.27	938,621	4.20	-
1999	-	-	1,148,324	3.75	1,237,934	5.60	-
2000	-	-	1,522,175	2.80	1,604,835	3.40	-
2001	1,703,342	3.40	1,566,544	3.40	2,315,868	3.40	-
2002	1,936,921	3.63	1,802,213	3.63	2,589,057	3.63	100 (1月施行) 106.7 (3月引上)
2003	2,262,972	3.94	2,125,029	3.94	3,014,165	3.94	115.8
2004	2,359,857	4.21	2,198,925	4.21	3,208,075	4.21	123.6
2005	-	4.31	-	4.31	-	4.31	126.5

【注】1ウォン=0.12円で換算すると2002年の平均月給は23万2430円となる。同年の日本の政管健保の平均報酬月額は28万6186円であった（日本の政管健保は中小企業のみ、賞与を含まず。韓国の数値は大企業も含む全企業、年間総給付）。しかしながら、保険料率は8.2%と韓国のほぼ倍である（40歳以上はこの他介護保険料率1.25%）。

年度別政府支援金（単位：千ウォン）

年度	政府支援金計	地域国庫支援金			タバコ負担金		
		計	管理財政	保険財政	計	地域配分金	職場配分金
1988	94,558,524	94,558,524	39,528,952	55,029,572	-	-	-
1989	220,516,912	220,516,912	87,676,250	132,840,662	-	-	-
1990	363,901,737	363,901,737	117,638,732	246,263,005	-	-	-
1991	586,790,063	586,790,063	146,898,229	439,891,834	-	-	-
1992	592,440,184	592,440,184	165,286,368	427,153,816	-	-	-
1993	638,149,263	638,149,263	175,303,525	462,845,738	-	-	-
1994	692,406,677	692,406,677	184,872,373	507,534,304	-	-	-
1995	755,319,182	755,319,182	193,410,978	561,908,204	-	-	-
1996	872,304,434	872,304,434	217,112,293	655,192,141	-	-	-
1997	995,353,169	995,353,169	235,196,173	760,156,996	-	-	-
1998	1,076,025,606	1,076,025,606	223,777,828	852,247,778	-	-	-
1999	1,165,620,667	1,165,620,667	180,055,000	985,565,667	-	-	-
2000	1,552,746,000	1,552,746,000	171,779,000	1,380,967,000	-	-	-
2001	2,624,979,558	2,624,979,558	158,419,558	2,466,560,000	-	-	-
2002	3,013,934,364	2,574,723,000	129,883,000	2,444,840,000	439,211,364	197,645,114	241,566,250
2003	3,423,829,000	2,779,241,000	136,361,000	2,642,880,000	644,588,000	286,197,072	358,390,928
2004	3,482,965,000	2,856,652,000	140,452,000	2,716,200,000	626,313,000	268,061,964	358,251,036

## 1. 6 適用人口

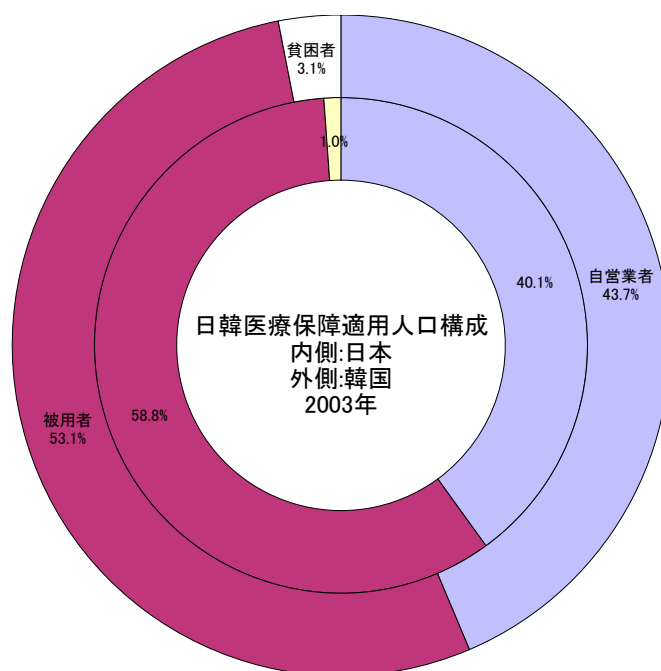
健康保険の対象は国内に居住するすべての国民または長期滞在の外国人である。現在総対象者は2006年現在人口の97%である4,740万人。'職場加入者(給付所得者)'と'地域加入者(自営業者)'の二つの部類で分けると、勤労者、使用者、公務員・教職員およびその扶養家族が対象の職場加入者は55%であり、都市農民地域住民が対象の地域加入者は45%。医療保険加入者から除外された人口の3%である157万人は国家から保護を受ける医療給与対象者である。

年度別医療保障適用人口現況 (単位：人)

年度		2000	2001	2002	2003	2004		
医療保障		47,465,758	47,882,147	48,080,015	48,556,572	48,900,835		
健康 保 険	計	45,895,749	46,379,161	46,659,476	47,102,786	47,371,992		
	職 場 小 計	小計	22,403,872	23,166,561	23,751,940	24,834,233	25,979,308	
		加入者	7,267,972	7,885,452	8,323,084	8,804,906	9,282,739	
		被扶養者	15,135,900	15,281,109	15,428,856	16,029,327	16,696,569	
	勤 労 者	小計	17,577,672	18,502,683	19,118,197	20,149,184	21,236,668	
		加入者	5,891,004	6,504,244	6,923,992	7,377,203	7,822,545	
		被扶養者	11,686,668	11,998,439	12,194,205	12,771,981	13,414,123	
	公 務 員 教 職 員	小計	4,826,200	4,663,878	4,633,743	4,685,049	4,742,640	
		加入者	1,376,968	1,381,208	1,399,092	1,427,703	1,460,194	
		被扶養者	3,449,232	3,282,670	3,234,651	3,257,346	3,282,446	
	地 域	小 計	加入者	23,491,877	23,212,600	22,907,536	22,268,553	21,392,684
			(所帯数)	8,215,282	8,563,866	8,701,123	8,730,311	8,612,088
		村	加入者	3,286,043	2,872,691	2,741,485	2,466,740	2,315,615
			(所帯数)	1,144,395	1,047,997	1,037,085	970,074	941,519
		都 市	加入者	20,205,834	20,339,909	20,166,051	19,801,813	19,077,069
			(所帯数)	7,070,887	7,515,869	7,664,038	7,760,237	7,670,569
	医療給与(貧困者)		1,570,009	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	

日本と比較したのが右グラフで、その構成はよく似ている。なお日本の自営業者の中には年金受給者の高齢者も多数含まれる。

保険料の負担額は、職場加入者は報酬の 4.48%を職場と本人が折半、地域加入者は所得と財産(自動車家具)、世帯(性、年齢)等を総合して、点数化して賦課する。また保険料の 35%を国庫より、15%を健康増進基金から補助している。<参考>国民健康保険公団「健康保険制度概要 2005」



### 【補論 1】自営業者の所得捕捉の問題点

韓国は 2000 年に給付所得者の医療保険と自営業者の医療保険を統合したが、自営業者などの申告所得が勤労者の 1/3 にすぎず、また申告される所得も正確性が欠けるため、両者の統合は保険の公正性を害しているという批判が絶えることなく続いてきた。実質的に賃金勤労者の所得はほとんど 100%把握されている反面、農漁民の場合は所得の 4 分の 1 の水準、都市自営業者の場合は約 60%の水準で、都市自営業者の場合申告される所得は実所得の 1/4~1/25 程度にすぎないという調査もある。

健康保険公団は自営業者などの保険料賦課のための所得推定に国税庁の所得資料を使わず別途に推定して賦課しているが、これに対しては行政費用の重複支出によって社会保障管理の非効率を招くという批判を受けている。

### 【補論 2】患者負担過払いをめぐる日韓の違い

韓国国民健康保険法はあらゆる面で日本の国民健康保険法と類似するが、微妙なしかし決定的な違いがある。本文 2. 2 で述べられた公法性がそれである。

医療機関が請求する診療報酬が 1 万円とすると、3 割負担の場合、医療機関はまず患者から 3000 円を徴収し、残る 7000 円を保険請求する。しかし請求額が後の審査で査定(否認)されることがしばしばある。もし 1 万円のうち 1 割が査定されると正当な医療費は 9000 円、したがって患者負担も 2700 円だったことになる。すなわち患者は 300 円過払いさせられたわけであるが、日本では医療機関は患者に返還する義務は無く、日本の国民健康保険法のどこにも規定は無い。

韓国国民健康保険第 43 条③には「納めた本人一部負担金が第 2 項の規定によって通報された金額より過大な場合には療養機関に支給する金額から過多に納付された金額を控除して加入者に支給しなければならない」と、保険者(医療保険公団)が患者に返還することを明記している。

過払いをめぐる日韓の相違は、公法か私法かの違いである。韓国の審査評価院は国の機関であり、税務署と同様にその決定には法的強制力が付与されている。審査評価院が 1 割を不当と査定したら、それは税務署の課税処分と同様に強制力があるので法律でこうして明確な扱いが可能である。

対して、日本の国民健康保険法では、医療機関と患者の関係は通常の私法関係とされて

いる。上の例でいうと、支払基金が1割を不当として支払拒否しても、患者と医療機関の関係には影響しない。したがって患者が300円の返還要求を行う場合には、患者自ら医療機関を相手取って民事訴訟を起こすしか手段がないわけである。

## 第2章 訪問調査報告

### 2. 1 事前質問票および回答

訪問に先立って事前質問票を作成し、各機関に送付した。その内容と回答は以下の通りである。しかし、回答は保健福祉部で取りまとめの上送られてきた。

#### 2. 1. 1 医療保険EDI (electric data interchange)の導入の経緯、成功の理由 (回答依頼先:保健福祉部保険年金政策本部)

①医療保険診療報酬請求(レセプト)をオンライン化(EDI)するに至った経緯、オンライン化の目的等を説明ください。

<回答>

<EDI 導入経緯>

- 医療保険診療費請求が年間 10~20%ずつ増加して、療養機関と審査機関の診療費請求および審査支給業務が急増した。
- 社会全般にわたった電算化傾向と療養機関の電算請求条件が整えられた。
- 療養機関の診療費請求方法を改善し、審査機関の業務処理方法を電算化することによって医療保険制度の発展のための基盤を造成する必要がある。

<目的>

- 医療請求分野の電算化を通して業務の効率性を向上し、人材の浪費を防止する。
- 請求方法の簡素化により療養機関に対する満足度を向上する。
- 審査自動化を通じた請求額の早期支給および増大を続ける審査分量を早期に解消する。

②日本ではレセプトのオンライン化は難しい課題と考えられていますが、韓国でオンライン化を速やかに普及できた要因は何だとお考えでしょうか。

<回答>

- 請求方法の簡素化などの政策的な支援
- 政府の医療保険 EDI 請求に対する法と制度の再整備および政策的なインセンティブの積極的な実施。
- 通信事業者(KT)主導の事業初期から各分野別に役割を明確に区分して、ノウハウをそろえた業者と相互協力体制を持続的構築したこと。
- 審査評価院の積極的な事業推進意志による広報の強化と、信頼性あるシステム構築と安定した運用。

③オンライン化普及促進のための施策(早期支払、審査免除、義務化や罰則、その他の支援策等)について、それぞれの具体的内容を示してください。

<回答>

- 1)EDI 利用誘導(incentive)の開発
- 他の請求方法と支給期間、請求方法面での差別化 ⇒ 早期支給、請求周期の細分化、貼付書類の最小化
  - 加入後 3~6 ヶ月間無削減、実態調査の猶予

<p>2) 法、制度の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○1994年 5月: EDI方式による医療保険診療費請求の試験事業を承認</li> <li>○1996年 10月: 「EDI方式による医療保険診療費請求の方法」指針承認</li> <li>○1996年 12月: 「医療保険診療費請求の審査および支給の電子文書処理基準」を告示</li> <li>○1997年 5月: 「EDI方式による薬剤費の請求方法」の指針を承認</li> <li>○1997年 9月: 「EDI方式による医療保険診療費の請求方法」を告示</li> <li>○2000年 7月: EDI請求時診療費の早期支給を国民健康保険法に明文化</li> </ul>
---

④オンライン化普及促進のための各種施策のそれぞれについて、その効果や問題となった点を示してください。（例えば、審査免除制度を導入した結果、不正請求が生じたり、請求内容の質が低下したりしなかったでしょうか。）

<回答>

観点	問題	効果
事業推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健福祉部、審査機関、支給機関、療養機関など関連機関相互間の意見相反。</li> <li>・自動審査体系への転換の業務、組織、人材の変動を予想した審査機関内の反発。</li> <li>・審査の強化、削減の増加を憂慮で療養機関の反発。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政策樹立、事業推進機関の強力な意志。人材の節減より効率的な再配置で業務能力向上に対する理解を強調。</li> <li>・中立的な位置にある事業者の選定。</li> </ul>
サービス開発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期間に開発。</li> <li>・手作業の審査体系から自動審査体系への転換のための既存の業務プロセスの革新が必要。</li> <li>・審査システムと多様な療養機関のシステムとの関係。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中継、審査、加入者システムの全般に対する開発能力の早期確保。</li> <li>・既存業務の十分な理解を基に新しい業務プロセス設計能力の確保。</li> <li>・療養機関へのシステム供給業者に EDI 関係にかかる所要費用を支援。</li> </ul>
サービス普及	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養機関の EDI 導入効果に対する不信。</li> <li>・新しい業務処理方式に対する不信感。</li> <li>・療養機関の情報化環境の劣悪。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養機関に対する直接的な政策的な支援</li> <li>・診療費支給期間の短縮、緑色認証制及び実態調査の猶予</li> <li>・早期加入者への恩恵付与</li> <li>・社会全般にわたる情報化マインドの拡散</li> <li>・PC、超高速インターネットの普及拡大</li> </ul>
サービス運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用者、対向データの送信/処理の輻輳</li> <li>・サービスの障害時に使用者の解決能力不在</li> <li>・情報技術の変化に伴う多様な使用者要求の噴出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・負荷分散の工夫およびシステムの増設</li> <li>・システム供給業者の療養機関訪問支援</li> <li>・持続的な機能の開発およびインターネット、WEB などを活用した新技術の適用</li> </ul>



**2. 1. 2 医療保険 EDI の関連組織・要員、情報システム、運用実績などについて**  
 (回答依頼先: 健康保険審査評価院、韓国テレコム)

①関係資料をご提供ください。

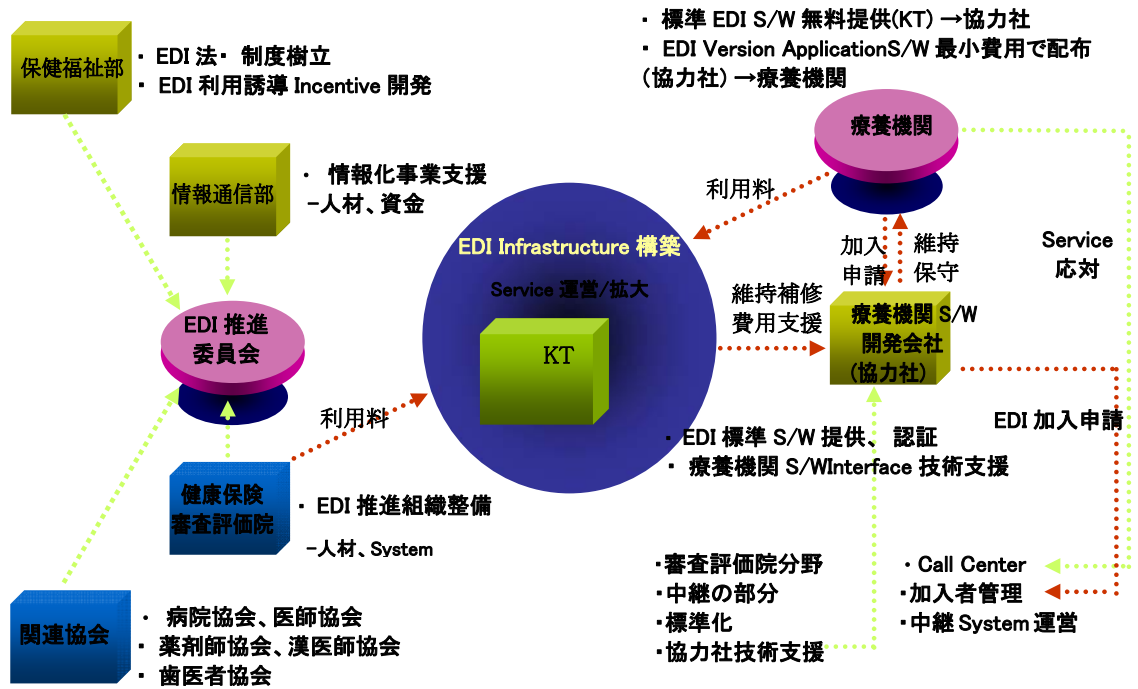
<p>&lt;回答&gt;</p> <p>1) 事業の推進体系</p> <p>○医療保険 EDI 推進委員会を構成して、定期的な協議による事業推進状況を点検し、関連問題点の解消及び支援方向を検討。</p> <p>○EDI 推進委員会の役割は、関連する利害当事者間の意見を調整するほか、政府のシステムの拡大意志を表明することで、実務の部分より政策的な方向を提示する。</p> <p>○EDI 事業者の信頼性あるシステム構築と安定した運用、療養機関の受け入れ態度、療養機関への S/W 供給者の流通体制などの全分野が相互有機的に運営する。</p>
---

**情報システム運営組織**

区分	組織	主要業務	備考
事業企画	事業部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ サービス企画</li> <li>■ サービス構築および利用制度の用意</li> <li>■ 対外機関との協力</li> </ul>	
加入者管理	運用部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 加入者管理</li> <li>■ 利用料金の賦課</li> <li>■ Call Center 運用 (13 人)</li> </ul>	
サービス運営	営業部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 中継システムの運用</li> </ul>	
技術支援	KT/ MIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 中継エンジン S/W のアップグレード</li> <li>■ 審査評価院など業務処理</li> <li>■ 主管機関のシステム運用の支援</li> <li>■ 加入者用の標準 S/W の開発</li> <li>■ 協力業者への技術支援</li> <li>■ 標準化</li> </ul>	
加入者拡大	協力社 約 44 社	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 加入者用 S/W の維持補修</li> <li>■ 病院クラス以上、医院、歯科、薬局</li> <li>■ 保健機関の加入者拡大</li> </ul>	健康保険 (40) 電子処方せん (27) 病院情報 ASP (4)

<p>&lt;回答&gt;</p> <p>2) KT の健康保険請求 EDI サービスの運用体制</p> <p>○EDI 中継システムと全国 Network 構築、標準化、電子文書のセキュリティ</p> <p>○療養機関が使う S/W とのインターフェース、膨大な資料処理のためのシステムおよび運用体制の構築</p>
--

### 3) 情報システム実現体制



### 4) 運用実績

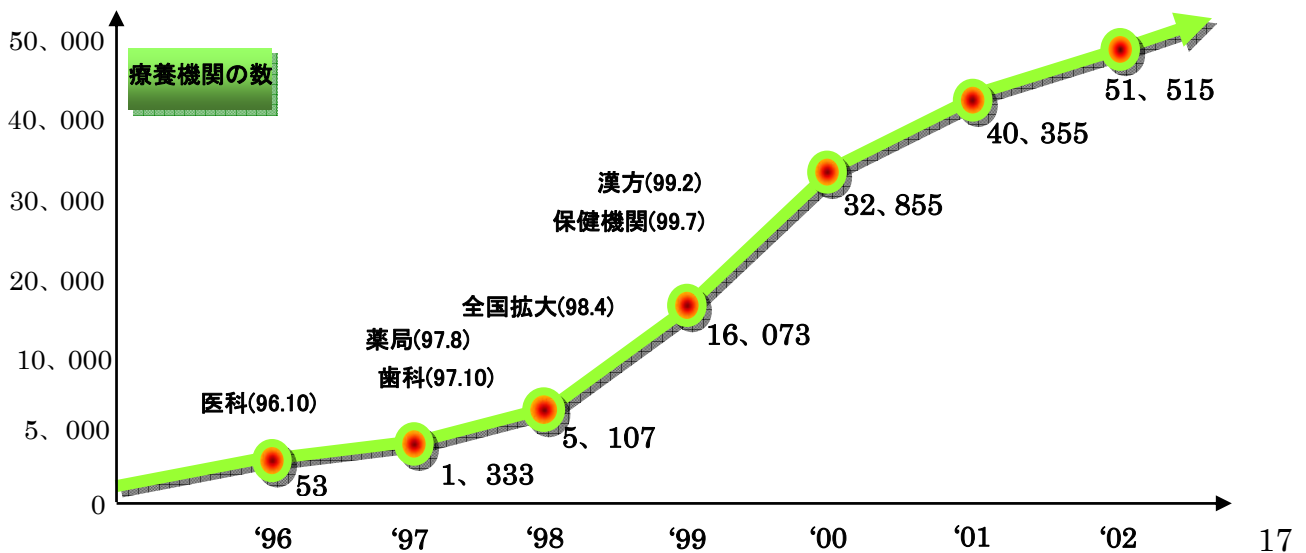
健康保険請求 EDI 加入者現況 (2004 年 8 月現在)

種別	専門総合病院	総合病院	病院	医院	歯科医院	漢方医院	薬局	保健機関	合計
全機関数	42	241	1,198	24,183	11,947	9,064	19,674	3,411	69,760
EDI 加入機関数	42 (42)	239 (181)	1,075 (836)	20,209 (17,585)	10,555 (9,271)	8,811 (8,239)	19,666 (18,188)	3,159 (2,991)	63,756 (57,333)
占有率 (%)	100 (100)	99 (75)	90 (70)	84 (73)	88 (78)	97 (91)	100 (92)	93 (88)	91 (82)

\* 歯科、漢方病院は病院に含む。

\* ( )内は EDI を常用する機関数であり、総請求件数中 EDI 請求件数は約 85%水準である

EDI 加入機関数の増加推移



## 2. 1. 3. EDI化の効果

(回答依頼先：国民健康保険公団保険年金政策本部、国民健康保険公団研究所)

- ① 以前の紙と手作業による診療報酬請求事務をEDI化したことによる効果・メリットをどう評価されていますか。

<回答>

- 業務改善および電算入力費用の節減
- 迅速かつ正確な審査で業務の効率性の向上
- 請求関連の統計的な資料の確保(DB)

- ②EDIによって得られた各部門(行政、医療機関、審査機関、保険公団、その他)ごとのコスト節減額、業務の改善度(人員削減数、事務経費削減額、レセプト審査支払の期間短縮など)はどう評価されていますか。

<審査評価院の回答>

### 1)行政機関

- DATA資源の共同活用
- 国家保健医療政策統計の基盤確保

### 2)審査機関

- 入力費用の節減
- 諸般業務の科学化、標準化

### 3)療養機関

- 受付、診療、受納など情報化プロセスの出発点
- 顧客関係管理など競争力の基盤
- 診療費審査、支給期間の短縮

### 4)その他-S/W業界の発展

- 医療分野S/W市場の拡大
- KTと協力でEDI関連技術伝授および利用者拡大にともなう運用費の支援

<国民健康保険公団の回答>

- 業務改善の程度を数値で換算することはしなかったが、EDIの利用で事業場の担当者が訪問またはファックスで請願を処理する業務が改善された。医療保険のEDI事業は1997.7月公・教機関の保険の専用で導入された。2001.3月EDI商用サービスが開始された。現在は資格・賦課および健康診断業務など21種の業務をEDIで処理する。2004年末現在全体職場加入者の資格処理の業務の中EDI処理率が40%を占め、業務量の減少に寄与している。またEDI加入の事業場に保険料の内訳、その他の案内や電子文書の発送にも活用されるなど行政費用の節減および便益増進に寄与している。

③医療保険 EDI が存在しないと仮定した場合との各種の推定比較など EDI の総合的な評価はどうでしょうか。

<審査評価院の回答>

○IT を活用した費用・経済的な効果と効率性が大きいので、EDI の総合的な評価は成功的である。

<国民健康保険公団の回答>

○組合に所属している事業所の年度別 EDI 加入現況は下表のとおり、急激に増加した。特に、被保険者の加入現況を見れば 2004 年 9,282,739 人中 6,245,356 人(67.3%)が加入し、2004 年 4 大保険情報の連係処理件数 7,846 千件中 3,096 千件(39.5%)が EDI で処理されて、大型事業場中心に加入が増加している。

(注:公団の回答の EDI とは、レセプトの EDI ではなく公団と加入事業所間ならびに公団と被保険者間の EDI システムをさす。)

年	2001	2002	2003	2004
全体事業所	363,210	416,607	489,384	548,714
EDI 加入事業所	28,478	69,682	108,970	144,007
同比率	7.8	16.7	22.3	26.2

④医療関係者や国民の評価はどうですか。

<審査評価院の回答>

○2005 年度国際革新博覧会に革新事例として出品した。

○ISO9001 の認証を受けた優秀な情報システムとして評価されている。

<国民健康保険公団の回答>

○満足度の調査は実施していないが、上記の通り加入事業場、特に大型事業場中心に、継続的に増加している現象から満足度および便利性が計れる。

## 2. 1. 4 診療報酬点数表の決め方

(回答依頼先:保健福祉部保険年金政策本部、国民健康保険公団研究所)

①診療行為項目の相対価値点数はどのように決めるのでしょうか。医学的効果、所要人力、所要器材、リスクなどを考慮して設定することですが、大量の項目に対しこれらのデータを集めて納得ある設定を実際にはどのように行われているのでしょうか。

<回答>

報酬は、相対価値点数に換算指数をかけて算出しており、診療行為項目の相対価値点数は療養給付に必要とする時間、努力など業務量、人材、施設、装備など資源の量と療養給付の危険度を考慮して、算定した療養給付の価値を各項目間に相対的点数であらわした報酬体系である。

②毎年の報酬改定では、一部で相対価値点数の変更も行われますが、ほとんどは金額係数(一点当たり単価)の変更で対応されている。日本では急性期医療から慢性期医療に重点を移したり、診療科ごとの点数配分を調整するため、項目の構造までが改正ごとに変更します。韓国のように金額係数の変更で報酬改正が行われるなら、コンピューターシステムの対応は容易ですが、医療保険における金額配分を行う点数表の本来の目的も達成できるのでしょうか。

<回答>

年度ごとに（暦年に同じ）毎年、一点あたりの単価を改正して、全般的な報酬の改正が行われている。しかし、専門医の支援、自然分娩奨励など政策的な変化の要素によっては、一部の項目に対する点数の調整は行う。

③相対価値点数の全体的な見直しは、何年ごとに見直されているのですか。それはどのように行われているのでしょうか。

<回答>

相対価値点数に対する再検討は5年ごとに施行することにしており、2003年から現在の相対価値点数の研究が行われている。

④手術や検査など個々の項目の金額が「高い」、「安い」の議論があると思うのですが、そのような場合にも審査評価院のDWのデータが利用されるのでしょうか。実例によって示してください。

<回答>

このような報酬改正の時には、個々の項目ごとの頻度および所要費用の把握のためにD/Wのデータが利用されている。

⑤韓国で医療保険制度を始める初期段階に、日本の点数表も参考にされたと聞きましたが、日本の点数表に関してどのように評価していますか。受け入れられた事項、問題があって、採用されなかった事項に対しておっしゃって下さい。

<回答>

無回答

⑥DRG方式の包括点数はどのようにして決められたのでしょうか。

<回答>

疾病群別の包括報酬制の報酬は、該当患者の診療時必要な医療行為、薬剤、治療材料などに関して、行為別での給付診療費の平均金額と行為別での非給付（疾病群に含まれる）診療費の平均金額を合わせて算出し、この平均金額を医療行為に対する相対価値点数の点数単価で分けて、疾病群別の相対価値点数を求め、保健福祉部で決定して告示している。

## 2.1.5 点数表コード化の技術的な苦勞

（回答依頼先：保健福祉部保険年金政策本部、健康保険審査評価院）

①韓国の点数表はコンピューター処理を前提とした「標準コード」が採用されていることは見習うべきことと思っています。それは、基本点数だけの場合は「5桁コード」、加算が付加された場合は加算の内容によって3桁のコードを付加して「8桁コード」を整備していることです。

この標準コードが設定されたことがEDI成功のキーと思っていますが、このコード体系はどのような発想で、いつ実現したのでしょうか。EDIとは無関係に設定されたのでしょうか、それともEDIの計画の際に設定されたのでしょうか。

<回答>

コード体系は電算体系用に必須事項と考えて検討し、1994年電算媒体（ディスク）による請求の施行からコード体系を使い始めた。EDIとは無関係ではない。コード化は電

算体系に必須である故に推進段階別に拡大した。

②「標準コード」は同時に算定できる加算を最大3種に限定することで加算を3桁のコードで表示したことが特徴と評価しています。それによってプログラムでの点数計算を不要となり、EDIが実現したものと思われ、日本でも参考にすべきと思いますが、

(1)加算を最大3種までに制約しても、診療行為点数の設定には問題はなかったのでしょうか。

<回答>

算定コード3桁で、1000種類が表現できるので、運用には問題がない。

(2)もし制約が生じた場合にはどのように解決したのでしょうか。

<回答>

このような問題が発生したことがない。

③韓国の「標準コード」の件数は約3万件存在しますが、改正の際の変更作業はどこで、どの程度の時間で行われているのでしょうか。それは余裕をもって実施されているのでしょうか。

<回答>

コードの変更作業は随時に行われる。時間の余裕を確保するために審査評価院に専門担当部署がある。

④請求を書面で行うならコード統一は不要であり、韓国でも当時はコンピューターシステムごとにコードは異なっていたと思われる。個別コードから標準コードへの移行はどのように行われたのでしょうか。

<回答>

書面請求であっても標準コードは記載して請求する。

⑤ どころが資金を負担して対応したのでしょうか。

<回答>

標準コードは審査評価院が構築した。

## 2. 1. 6 傷病コード（回答依頼先：保健福祉部保険年金政策本部、審査評価院）

① レセプトで請求するのはICD10コードですが、これは患者の傷病名の分類コードであり、傷病名そのものではないので、統計処理には好都合でも診療行為のチェックには網が粗いように思います。ICD10を採用された背景に関して説明してください。

<回答>

診療行為をチェックするのにコードは足りなくない。国際的な標準疾病分類死因コード体系に基づいた勧告事項であるICD10は運営に便利である。

日本では医薬品の添付資料に記載された傷病名とレセプトの傷病名とのチェックを行っていますが、韓国でもこのチェックが行われていますか。ICD10 では行えないと思いますが、そこまでのチェックは無意味との考えでしょうか。

<回答>

電算的に検査している。電算的な検査が可能。

③ICD10 コードでは特殊で稀な傷病名はその範囲が広まってしましますが、その場合でもレセプトの審査は十分行えるのでしょうか。

<回答>

審査中に補完資料要請で処理し、審査を行うことができる。

② 複数の傷病を診療した場合はレセプトには複数の傷病名が記載されますが、1 件のレセプトに記載される傷病数は入院、外来別にどの程度なのでしょうか。傷病数の件数の資料があれば示してください。

<回答>

傷病数は入院、外来共に 3-4 ケ程度である。傷病件数は 2005 年基準で約 838, 431 千件である。

③ 複数の傷病名があるレセプトも傷病が主傷病だけのレセプトとしてデータ処理されるのでしょうか。それとも診療行為を複数の傷病名ごとに区分してデータ処理するのでしょうか。

<回答>

主傷病だけで処理されるのではないが、かといって複数傷病ごとに区分して処理しているのではない。

⑤複数の傷病名のレセプトの場合、主病名は必ず指定しているのでしょうか。その選定は何を基準に行われているのでしょうか

<回答>

主傷病を必ず指定しなければならず、重または軽症により医師の判断できめる。

⑦たとえば糖尿病と高血圧の 2 傷病の場合、主傷病をいずれにするかによって審査に影響があるのでしょうか。

<回答>

慢性疾患の場合、発生の順番により審査処理する。

⑧医療機関による主傷病の選択の妥当性は評価するのでしょうか（たとえば A 医療機関は糖尿病を主傷病とし、B 医療機関は高血圧を主傷病とする傾向があるかの評価）。

<回答>

療養機関の正しい請求運動をすることで評価する。

## 2. 1. 7 レセプト審査（回答依頼先：健康保険審査評価院）

①審査を行う医師などの医療従事者は公募ですか、または医師会や学会からの推薦でしょうか。

<回答>

常勤と非常勤で区分して、各医・薬団体と保険者及び市民団体の推薦によって任命。常勤の場合一部は公募する。

②審査評価院の費用は保険公団が負担するとのことですが、その額はどの程度ですか。

<回答>

国家予算であるが、支払いの形式は国民健康保険公団の負担となっている。2005年度の予算基準では1,067億ウォン（128億円）である。この額は日本のように件数あたりで決まるものではない。

（注：韓国のレセプトは652,318千件（2004年）なので、1件あたりでは163.6ウォン、円換算は $\times 12/100 = 19.6$ 円に相当する。日本のレセプト件数は、平成13年5月の支払基金扱いが67,383,429件である。社保と国保が同件と仮定すれば、年間件数は、 $67,383,429 \times 12 \times 2 = 21$ 億7900万件、収入（コスト）は1件あたりの手数料118円20銭として、2,576億円、1件あたりで韓国の6倍、レセプト件数は日本が3.3倍、絶対値では約20倍である。）

③審査結果を医療機関、保険者、一般国民が不承知または不満の場合はアピールする制度があるとのことですが、それはどの程度の件数でしょうか。裁判にまでいたる件数と結果（原告医療機関と被告審査評価院の勝敗の数）はどうなっているのでしょうか。保険公団は改めてレセプトを審査するのでしょうか。そして審査評価院に不服を申立てて再審査依頼をすることがあるのでしょうか。

<回答>

異議申請件数は1次審査結果に対する不服を言い、2004年は733,165件で審査請求件数は事件類型別に2,816件である。異議申請を通した審査請求後の訴訟件数は2004年、2005年合わせて23件で、裁判まで到達した件は2004年末現在1件である。健保公団が再び請求を審査することはなく、健保公団が審査評価院に不服で再審査を依頼した事例はない。

④審査基準や診療指針（ガイドライン）について

（1）審査基準・審査指針は何件程度あるのですか。その公示はどのように行われ、発行済み指針の参照法はどうするのでしょうか。

<回答>

電算点検は約1000種類余りで、その基準は保健福祉部より告示される。随時ホームページで提示される。

（2）審査基準や審査指針のすべてがコンピューター論理でチェックできるのでしょうか。

<回答>

コンピューターの論理で可能であり、特異な事例として発生するものは不可能。

（3）審査基準や審査指針のチェックはレセプトの記載内容だけでは不十分で、カルテとの照合も必要と思われ、審査評価院でのレセプトチェックには限界があると思うのですがいかがでしょうか。



<回答>

請求書チェックに限界はあるが療養給付費用の適正性管理で補完する。

- ④ 外来レセプトでは標準的な請求の場合は審査はフリーパスするとのことですが、その境界はどのように設定するのでしょうか。また、それは公表されるのでしょうか。

<回答>

審査は指標審査と精密審査に区分され、主傷病別に標準診療費を算定した後、相対的な比較と統計的資料に根拠して区分する。その基準の公示は審査評価院がする。

- ⑤ コンピューターでレセプト内容を審査する仕組みを説明ください。

<回答>

各種告示、基準などをプログラム化して、電算点検を実施する。

- ⑦すでに提出済みのレセプトとの照合も行われるのでしょうか。

<回答>

必要な場合電算で照合することができる。

- ⑧患者が医療機関で一部負担金を支払った場合、領収書は内訳が明確に分かる形式でしょうか。領収書の様式は規定されているのですか。事例を紹介ください。

<回答>

領収書の形式は規定されている。

- ⑨患者が請求内容に疑義を抱いてレセプト開示を要求した場合、開示が行われるのですか。開示要求先は保険公団ですかまたは保険審査評価院ですか。要求件数と開示容認件数はどの程度でしょうか。

<回答>

閲覧が可能であり写本を提供する。請求書の要求先は審査評価院であるが、健保公団に要請して審査評価院の資料を利用出来るように情報システムが連携している。

- ⑩審査評価院による医療機関に対するフィードバックの内容について。審査評価院の広報資料において、*Medical institutes submit the billing of medical services to HIRA by EDI, and then its review results will be feedback by EDI, also. Medical institutes apply the results of feedback in improving medical services and contribute to improve the health of the people.*

されているが、審査評価院より医療機関に対して、どのような内容のフィードバックをおこなっているのでしょうか（単なる審査結果の通知、医療行為や疾病傾向に関する統計的な分析結果、投薬、禁忌 etc）。

<回答>

審査結果の通知、評価結果の通知、医療行為や疾病の傾向に関する統計的な分析結果、投薬、禁忌などのすべての必要情報をフィードバックする。

- ⑪EDI で提出されるレセプトの一件当たり費用は紙で提出されるレセプトより一貫して安くなっています（添付したグラフは省略）。その理由はなぜでしょうか。電子請求する

と審査が厳しくなるので医療機関が自主的に請求を減らしたのでしょうか。あるいは電子レセプトは月単位ではなく週単位となるのでしょうか。レセプト電子化それ自体に医療費抑制効果はなかったのでしょうか。

<回答>

外来は月単位、入院は週または月単位から療養機関が選択する。さらに日別請求の実現が進行中である。

## 2. 1. 8 ディジーズマネジメント（DM）の活用

（回答依頼先：国民健康保険公団研究所）

①レセプトデータのほか、どのようなデータを活用しているのでしょうか。

<回答>

対象者選定時、個人別の診療請求書データおよび健康診断データを主に活用するが、健康キャンプで測定された資料も活用している。

②被保険者に対してどのようなサービス（健康管理指導、受診指導等）を行っているのでしょうか。

<回答>

公団で開発した疾患別要求評価道具(need assessment tool)を活用しており、主要領域は下記のようなものである。

問題領域	細部内容
対象者基礎情報	性、年齢、教育、結婚状態、経済状況、診断名、最初診断日、家族歴
治療順応度	血圧水準、周期的な血圧測定
	血圧管理に対する対象者の知識および態度
	投薬指示履行
危険要因	身長、体重、肥満度
	栄養管理
	飲酒、喫煙
	運動、ストレス管理
健康水準	合併症発生(脳血管疾患、冠状動脈疾患、心不全、腎臓疾患、網膜症、末梢血管疾患など)
医療利用	服薬状態
	入院および外来の利用回数と総診療費
	主治医とのコミュニケーション
社会的支持	地域社会の資源活用の有無
	家族支持(ヘルパーの状況、家族支持有無)

※要求評価の結果現れた問題の領域に対しては、2-3ヶ月間延べ6回(訪問、電話)の教育および相談により必要な健康情報を提供し、危険要因を減らし健康行為および合理的な医療利用をするように手伝っている。要求評価は最初の面談時に測定し、最終面談時に再測定して介入効果を評価する。主な提供資料は自家管理指針書(高血圧、糖尿、脳卒中)、健康管理手帳であり、家で測定できる血圧器材および血糖器材を無料で貸与して、定期的な測定をするように助ける。

③Disease Management Program の効果測定の方法と結果(経済評価を含む)を教えてください。

<回答>

問題領域別目標達成程度

評価領域	評価項目	研究設計方法	活用資料	結果
過程	問題領域別目標達成程度	事例管理単一群の事後分析	個人別健康要求評価紙(事例管理 D/B)	投薬指示履行、血糖/血圧および症状調節、食餌調節は改善効果あった。 - A 比率が 56.95%と高い。 喫煙/地域社会資源活用は不十分 - C は 38.29%、D は 18.13%で比率が高い。
	対象者呼応度 <sup>1)</sup>			高血圧:72.83% 糖尿:78.69% →好意的反応を示す。 (基準:「そうである」以上のもの)
結果	満足度	事例管理単一群の事後分析	質問用紙活用した電話質問	2005年:83%
	健康結果	事例管理単一群の前/後比較	個人別健康要求評価紙(事例管理 D/B)	危険要因、治療順応度 →向上 体重調節と喫煙量 →変化がない。
	医療利用変化	コーホート内の事例管理対照群の研究	個人別医療利用内訳(個人給付 D/B)	短期的な評価では変化がなかったが、訪問する医療機関の個所は減ったことが分かった。

注 1) 目標達成程度の評価基準

A: 目標の 75%以上 100%達成、B: 同 50%以上 75%未満、C: 同 25%以上 50%未満、D: 同 25%未満

1) 対象者の呼応度の評価項目: 非常にそうである、そうである、普通である、そうでない、全くそうではない

## 2. 1. 9 統計に関するテクニカルな質問 (回答依頼先: 健康保険審査評価院)

①統計を読むために「請求件数」の定義を示してください。

<回答>

療養機関で患者に診療(投薬)した後、健康保険療養給付費用の請求方法に基づいて作成した療養給付費用の明細書の数を意味する。

② 外来は月単位で請求するので月の診療日数に無関係に請求は1件でしょうか。

<回答>

同一患者の診療内訳を診療月別で同じ明細書に統合して作成し、来院日が属した月の次の月の初日から月別で請求する。ただし、薬局は 2005 年 1 月から処方せん別に明細書を作成するように変更されて、請求周期は週または月単位で請求出来る。保健機関は 2005 年 11 月から適用される。

③入院は月単位または週単位で請求できるとのことですが、件数はどのように定義されているのでしょうか。

<回答>

入院は同一患者の入院期間中診療内訳を同一明細書に統合して作成するものの、30日を超過して入院診療を受けた場合には、診療月の単位で区分して明細書を作成、分割請求ができる。請求周期は、EDI請求の場合、退院日が属した週の次の週の月曜日から週単位で請求できて、書面などその他の電算媒体請求では退院日が属した日の次の月の初日から月別で請求する。

④審査評価院の統計に「来院日数」と「診療日数」があります（入院、外来とも）が、その区別を説明ください。

<回答>

○来院日数は、患者が療養機関を訪問した日数で、明細書を基準にして入院は入院日数を、外来は全体の訪問日数を意味する。

○診療日数(療養日数)は、医療機関への来院日数に院外処方箋によらない直接院内投薬の日を含んだ日数である。ただし来院と投薬が重複した日は1日で算定する。薬局は処方調剤による投薬日数を意味する。

⑤外来は医薬分業が原則と聞いていますが、審査評価院の統計では外来の処方率が50%など100%には程遠いデータがあります。説明ください。

<回答>

主に外来で院外処方せんが発生し、院外処方率は患者が医療機関に来院する時、院外処方せんが発行される比率であり、投薬がなかったり院内投薬などすべての場合には院外処方せんが発生しない。

※ 院外処方率=[院外処方せんの数/来院日数]の比率。

## 2. 1. 10 審査評価院の統計データの外部提供と活用目的

(回答依頼先：健康保険審査評価院)

① 統計データに関するデータウェアハウスのシステム構成、機能はどうか。また、システム構築経費及び毎年度の運用経費はどの程度なのでしょうか。

<回答>

世界水準のDWシステムを運営しており、物理的DW規模は95TBである。診療費請求資料をはじめとして、審査評価院に集結されたすべての情報資料は保存と抽出、変換と精製、そして適材過程を経る。そして全社的(EDW)で形成された後、要約テーブルとデータマートで保管され、統計分析(OLAP)とデータマイニング(DM)に活用される。構築経費は約100億ウォンで、毎年の運営経費はデータ量の増加にともなって追加がある。

②統計データの院内での活用計画、専門スタッフの体制、活用状況、その成果はどうか。

<回答>

○マイニング業務

-現地調査対象機関の選定モデル

-精密審査参考資料の提供のための分析モデル

-総合管理制成果(効果)分析モデル

○審査効率化、自律是正、指標審査、総合管理制分類指標など各種の統計資料

- ② データウェアハウス構築後 6 か月で Power User 210 人、Casual User 140 人との資料がありますが、この種のユーザーはどのような人が何の目的で分析しているのでしょうか。

<回答>

○データウェアハウス使用者とは、データウェアハウスに構築された資料を分析道具(OLAP Tool)を用いて、定形・非定形の報告書を生産・分析するデータウェアハウスの使用者であり、分析道具の使用権限と生産資料に対する管理責任の範囲などを考慮して、一般使用者と専門使用者に区分して運用している。

- Power user:分析道具を利用して定形報告書活用し、非定型報告書を作成して資料を生産出来る使用者
- Casual user:分析道具を利用して、定形報告書を照会できる使用者

- ④統計データの部外医療研究者等への提供ルールや手続き、これまでの提供状況はどうでしょうか(個人情報の取り扱い等について含む)。

<回答>

審査評価院が保有した診療内訳の統計資料は「情報公開請求提供業務」制度により運営されており、大学研究所、学術研究体などの専門研究機関に、健康保険細部診療内訳資料を算出して提供している。住民登録番号、姓名など個人情報は関連法令に従い徹底的に保護管理されている。統計情報生産提供実績は、2004 年は 220 件、2005 年 11 月末は 261 件である。

- ⑤後出の学会との情報共有協定を含めて、部外情報利用者はどのような組織・関係者があり、その利用目的、成果はいかがでしょうか。(たとえば、糖尿学会等)。

<回答>

○ 2004 年から重症-救急患者らを扱う応急医学会など 4 つの学会と糖尿病学会に続き、2005 年に脳卒中、腸、股関節、循環器学会など、医学的専門性がある 9 つの専門医学会と共同調査および研究分析を推進する共同研究協約を締結した。

○これを通じて、

- ・ 患者の規模と特性、医療利用現況、健康結果などに対する疫学研究
- ・ 臨床診療指針および患者の自家管理指針の作成・普及
- ・ 慢性患者の管理のための情報体系
- ・ その他臨床的・政策的な主体研究

などに対する具体的研究結果を算出して、個人および社会の健康負担を最小化して、国家政策樹立に寄与できるようにする。

○今年 3 月には大韓糖尿病学会と共同シンポジウムを開催して、糖尿病の有病率と発生率、医療利用に対する診療実績、今後糖尿病患者発生推定などを発表した。

- ⑤ データウェアハウスのあり方や、統計データの利用方法について、意思決定や意見を提出する関係組織・機関はどこでしょうか。

<回答>

D/W 開発、構築は審査評価院が行い、活用は審査評価院と健保公団が共同で行い、意志決定や意見提出は審査評価院が担当する。

- ⑥ 保健福祉部に相対価値点数、薬価および医療制度の政策決定のための統計資料を随時提供とあるが、こういった資料をこれまで提供し、それはどういう政策決定にいかされたのでしょうか。

<回答>

保健福祉部の医療制度など諸般政策決定のための統計資料は随時に提供しながら、政策決定のための支援作業は審査評価院が担当する。

## 2. 1. 11 医学調査研究への活用の可能性等（回答依頼先：国民健康保険公団研究所）

- ①手術件数と治療成績との相関関係について、例えば「手術件数の多い医療機関ほど治療成績が良い(術後死亡率、再手術率が低く、在院日数が短い)」ということが正しいか否かを、脳動脈瘤クリッピング(脳外科)、角膜移植術(眼科)、鼓室形成手術(耳鼻科)、PTCA、CABG(循環器)、人工股関節置換術(整形)、前立腺悪性腫瘍手術、尿路結石 ESWL(泌尿器)の各手術について調査することが可能でしょうか。

<回答>

この質問は審査評価院の評価対象項目に関する事項で、現在審査評価院で同懸案に対する持続的な調査および評価管理をしている。

- ②アスベストを扱う工場労働者に塵肺や肺癌が多いことは労働災害統計でわかりますが、年月が経過した後に「労働者だけでなく、工場周辺に居住する一般住民にも中皮腫等のアスベストによるがんが多発している」という指摘が起こった際に、この指摘が正しいかどうかを、たとえば中皮腫や肺癌の傷病名で入院または死亡した患者が、工場所在地の半径5キロ以内とそれより遠方とで差があるか否かを調査することは可能でしょうか。

<回答>

「歳月が流れた後にも一般住民だけでなく、工場周辺に居住した人々にも中皮腫などのアスベストによる癌がたくさん発生している」という指摘に対して、公団は特別な見解を持っていない。また同患者の中工場周辺半径5KM以内とさらに遠い距離に居住した人との差の調査が可能なのかに対しは、加入者の資格資料を照会して、追跡管理をすれば非常に大変作業ではあるが、調査は可能である。しかし資格DB上の住所と実居住の住所が違う場合が多く、職場加入者の場合は実居住地が把握されなくて信頼度は落ちる。

- ③上記のような事例に関して

- (1) 詳細の調査が可能なのは、どの程度さかのぼった時期まで可能でしょうか。また、居住地域に関してはどの程度に細かく区分して調査が可能でしょうか。
- (2) この調査が得られるまでにはどの程度の期間が必要でしょうか。
- (3) もし、これらの調査が現行システムでは無理だとしても、システムを拡張するなどによって調査ができる可能性があるでしょうか。

<回答>

詳細な調査ができる時点は分からなくて、システム拡張などで調査が可能なのかは、資料の充実性に対する基本的な問題であるので、これに対する補完方法はないと考えられる。

- ④インフルエンザが大流行した場合を想定して、
- (1)国内のインフルエンザによる受診者数が日単位(あるいは週単位、月単位)で、地域単位で把握できるでしょうか。
  - (2)これが把握できるとしたら、受診日(あるいは週)から何日くらい遅れて把握できるでしょうか
  - (3)感染症全般について、全国的なサーベイランスシステムが存在するのでしょうか。

<回答>

大部分の国民が健康保険で診療を受けるので、請求明細書を分析すれば可能である。ただし請求が月単位なので、日単位または週単位では把握するのは困難である。地域単位で正確に把握するのは難しいが、療養機関所在地を基準とすれば容易である。診療費請求が月単位で、診療日の次の月から請求され審査をするので、把握可能な期間はは最小2ヶ月所要する。(3月診療患者は5月から把握可能)

感染症全般に関しては、全国的な Surveillance System があるので、法定伝染病に対しては医療機関で管理当局に申告するようになっている。

- ⑤医療の質に関する国際誌の2005年4月号に、審査評価院が57の医療の質評価指標をレセプトを使って評価してゆくという報告がされ、国際学会等ではその一部が報告されはじめています。これら医療の質評価の最新の進捗状況は如何でしょうか。

<回答>

療養給付費用の適正性評価を2001年から2004年まで、薬剤給付など13の分野を評価対象に行った。

- ⑥「特定の薬剤の使用による副作用等の発生」等の因果関係が推定できるようなデータは抽出可能でしょうか。(例として、ある血液製剤が原因でHIV感染者が現れた場合、データからHIV感染と血液製剤の因果関係を特定できるか等)。可能な場合、どのような条件の下で、どのような仕組みによって可能となるでしょうか。

<回答>

薬価、報酬、材料代で抽出が可能である。

- ⑦週単位でも請求できる入院の場合、1件とはどのようにカウントしているのでしょうか。下図(略)のように電子レセプトの1件当たり費用が低いのは、紙の場合と同じ入院でも1件の期間が短くなるためでしょうか。

<回答>

請求明細書一枚を各々1件として算定する。電子請求書の1件当たり費用が低くなったのは、入院でも請求間隔が短くなったためではない。

## 2. 1. 12 現在のEDIシステムと関連制度の問題点又は今後の改善予定

(回答依頼先:健康保険審査評価院)

- ①これまでの運用状況を踏まえて、現行の制度やシステム上の問題点又は改善すべき点は  
どうお考えでしょうか。

<回答>

特異事項はない。

- ②次期システムを検討中と聞いていますが、その基本的考え方や計画内容等をご説明くだ  
さい。

<回答>

2005 年度に診療費電子請求発展のためのコンサルティングを受けており、XML- EDI 基盤  
に転換と新しい請求方式の新電子請求システム(XML- PORTAL)の導入を計画している。

- ③情報システムに関するセキュリティ対策や情報漏洩（個人情報保護）対策をどう講じて  
おられるのでしょうか。これまで、事故・故障や問題点は生じなかったでしょうか。

<回答>

EDI システムは専用線を使って運営し、セキュリティを守っている。いままでセキュリテ  
ィに関わる事故、故障または問題等は発生していない。

- ④セキュリティや情報保護の観点から EDI システムや審査評価院の統計データの取り扱い  
について、医療専門家、国民・マスコミ等の意見や評価はどのようなものでしょうか。

<回答>

審査評価院の電子請求のための EDI システム、膨大な医療情報を保存して管理できるデー  
タウェアハウスシステム、業務支援と対顧客(療養機関)サービスのための情報システムな  
どが、最新情報システムのセキュリティ技術のサポートの下で安定的に運営されていると  
評価されている。

## 2. 1. 13 KTによるEDIサービス (回答依頼先: KTI Infotech Co.Ltd)

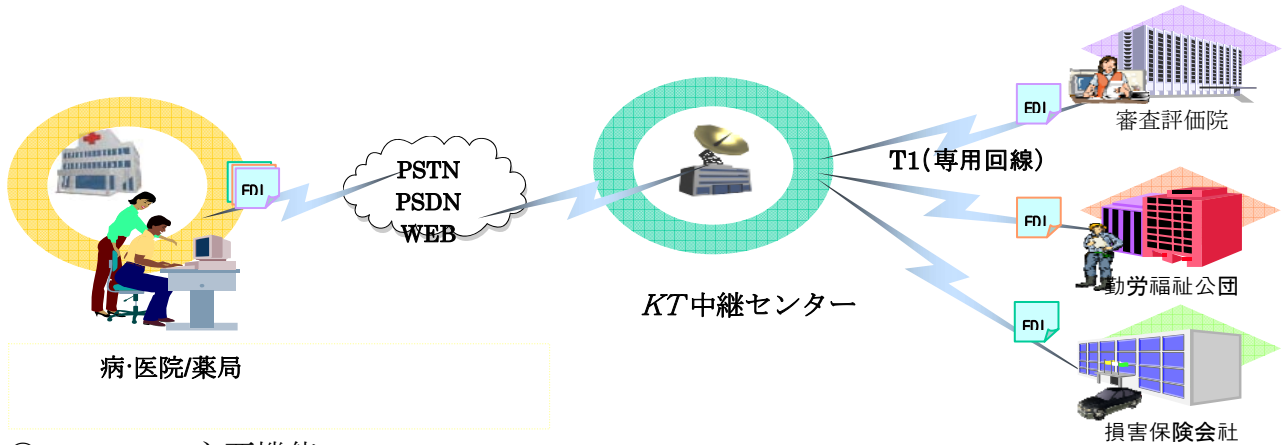
- ① KTが提供されている医療保険 EDI サービスは、どのようなシステムや回線を使いどのよ  
うな機能を提供しているのですか。その料金の仕組みはどのようになっていますでし  
ょうか。

<回答>

EDI サービス概要：保険関連業務(健康保険、産災保険、自動車保険など)に発生する療養  
機関と審査機関間の各種文書伝達体系は Computer を利用、標準電子文書交換方式  
(EDI:Electronic Data Service)で伝達する情報通信網である。



## 情報システム構成図



### ○ KT EDI の主要機能

- ①療養機関(全体) 審査機関  
(健康保険診療費、産災保険診療費および自動車保険診療費請求)
- ②療養機関(病・医院) 薬局(院外処方せん伝達)
- ③療養機関(保健機関) 国立保健院(法定伝染病発生申告)
- ④療養機関(病院) KT(病院電算 System Outsourcing(ASP))
- ⑤企業・国民健康保険会館(健康保険資格取得変動・喪失、保険料徴収業務)

### ○ 料金体系

- ①定額制(月間、2006. 1月分から2006. 10月まで適用)  
-その他: 歯科医院、漢方医院、保健機関
- ②従量制(月間、2006. 1月から2006. 10月まで適用)

#### 定額制料金

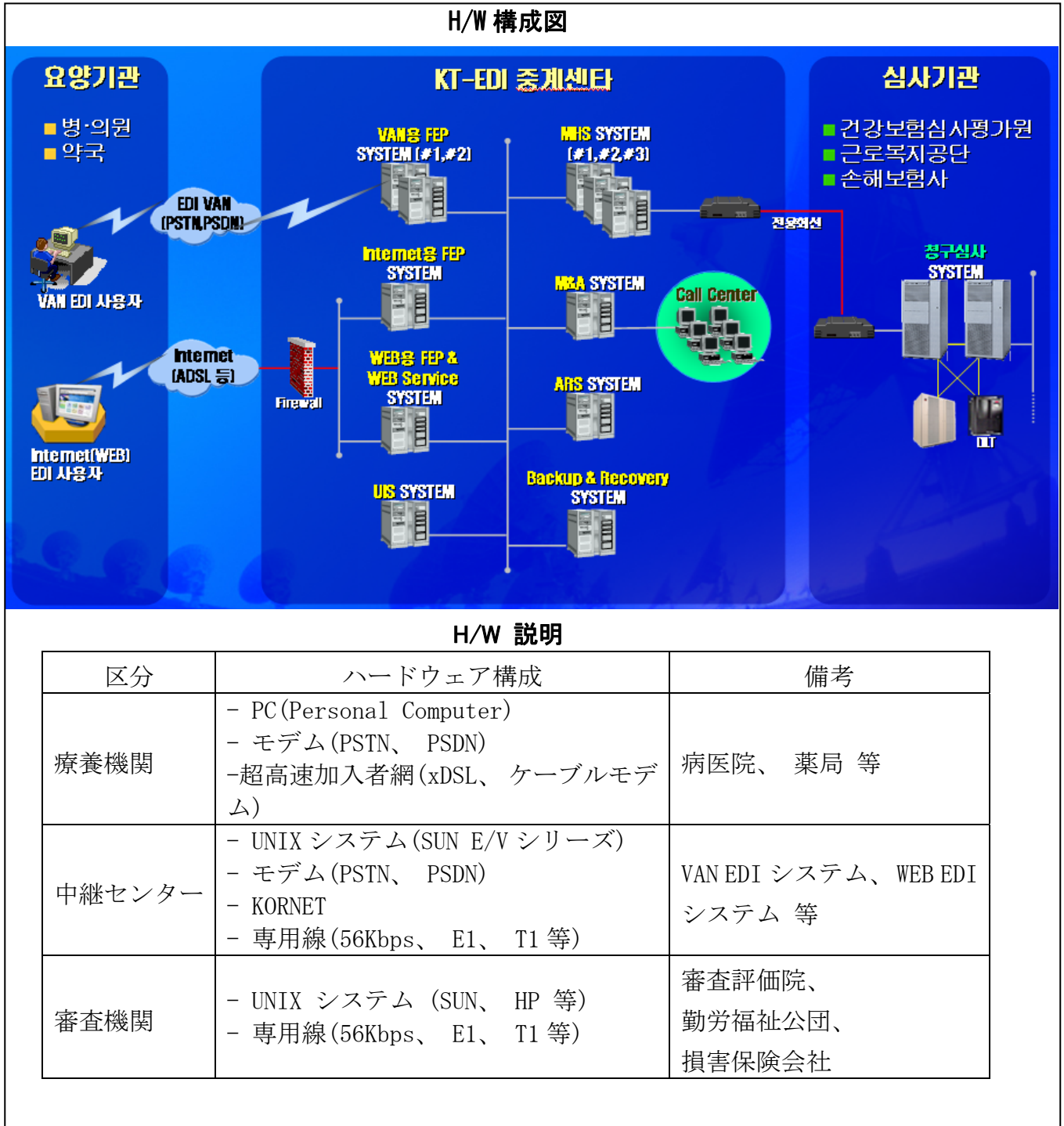
区分	小型	中型	大型
総合専門	1,616,800 ウォン		
総合病院	485,040 ウォン		
病院	119,840 ウォン		
医院	16,080 ウォン (500kb 未満)	24,160 ウォン (500~2,500kb)	32,240 ウォン (2,501kb 以上)
薬局	12,400 ウォン (200kb 未満)	16,440 ウォン (200~1,000kb)	20,680 ウォン (1,001kb 以上)
その他	12,120 ウォン (200kb 未満)	16,080 ウォン (200~1,000kb)	20,200 ウォン (1,001kb 以上)

#### 従量制料金

最低使用料	500Kb 以下	501~2,000Kb	2,001~5,000Kb	5,001Kb 以上
12,120 ウォン	41 ウォン	32 ウォン	24 ウォン	15 ウォン

②利用者である病院と審査評価院とで設置している端末機器や情報システムを含めて、関連システムの全体像や機能、各関係者の責任範囲、平均的な所要経費等をご説明ください。

<回答>以下の図を参照



## S/W 構成図



## S/W 説明

区分	ソフトウェア構成	備考
療養機関	-請求管理システム -EDI 請求システム(通信、変換、マッピング)	-協力社 S/W - KT 提供 S/W
中継センター	- FEP システム(加入者接続管理システム) - WEB Server システム - X.435 Based EDI MHS システム - 認証書システム(CA、DS など) - 運用管理システム(使用者管理、課金、統計)	
審査機関	-EDI ソング/受信システム(通信、変換、マッピング) -受付システム(記載/自動点検、専門家点検など) -画面審査システム -審査システム	

平均的な所要経費

審査機関：年 141億ウォン

療養機関：年2、118億ウォン

総額：年2、259億ウォン

③KT側のシステム開発・構築費、毎年度のサービス利用件数と運用経費を差し支えない範囲でご説明ください。

<回答>

1) KT システム開発構築費

- システム構築費は初期構築費および拡張費用が 280 億ウォン程度所要された。
- 2001 年、現在使っているシステムで電算装備を全体的に交替した。

2) 毎年度サービス利用件数 (下表参照)

EDI 加入現況(療養機関数)

年度	96 年	97 年	98 年	99 年	00 年	01 年	02 年	04 年	05 年
件数	53	1,333	5,107	16,073	32,855	40,355	51,515	56,812	63,363

使用件数

年度	2004 年	2005 年
件数	4,603,138	5,253,804

④ 関連システムの全体について、事故などのセキュリティ対策やプライバシー情報などの保護はどのように講じられているのでしょうか。

<回答>

- ネットワークセキュリティ、サーバー(設備)セキュリティ、物理的セキュリティおよび文書セキュリティにわけて施している。
- ネットワークセキュリティは、ファイアウォール(侵入遮断)システムによる 1 次的侵入遮断、IDS(侵入探知)システムで侵入痕跡分析および措置、IPS(侵入防止)システムによる 2 次的侵入遮断、NMS システムで効率的にネットワークを運用している。
- サーバー(設備)セキュリティは、サーバーセキュリティ S/W の設置運用、定期的に弱点の点検活動、その他定期的にセキュリティ活動(サービス担当者)で行っている。
- 物理的セキュリティは、非認可者の電算室への出入を統制、主要情報のバックアップ施設の運用、システム

⑤ これまでのシステム構築・運営上の事故やその他の問題点はなかったでしょうか。

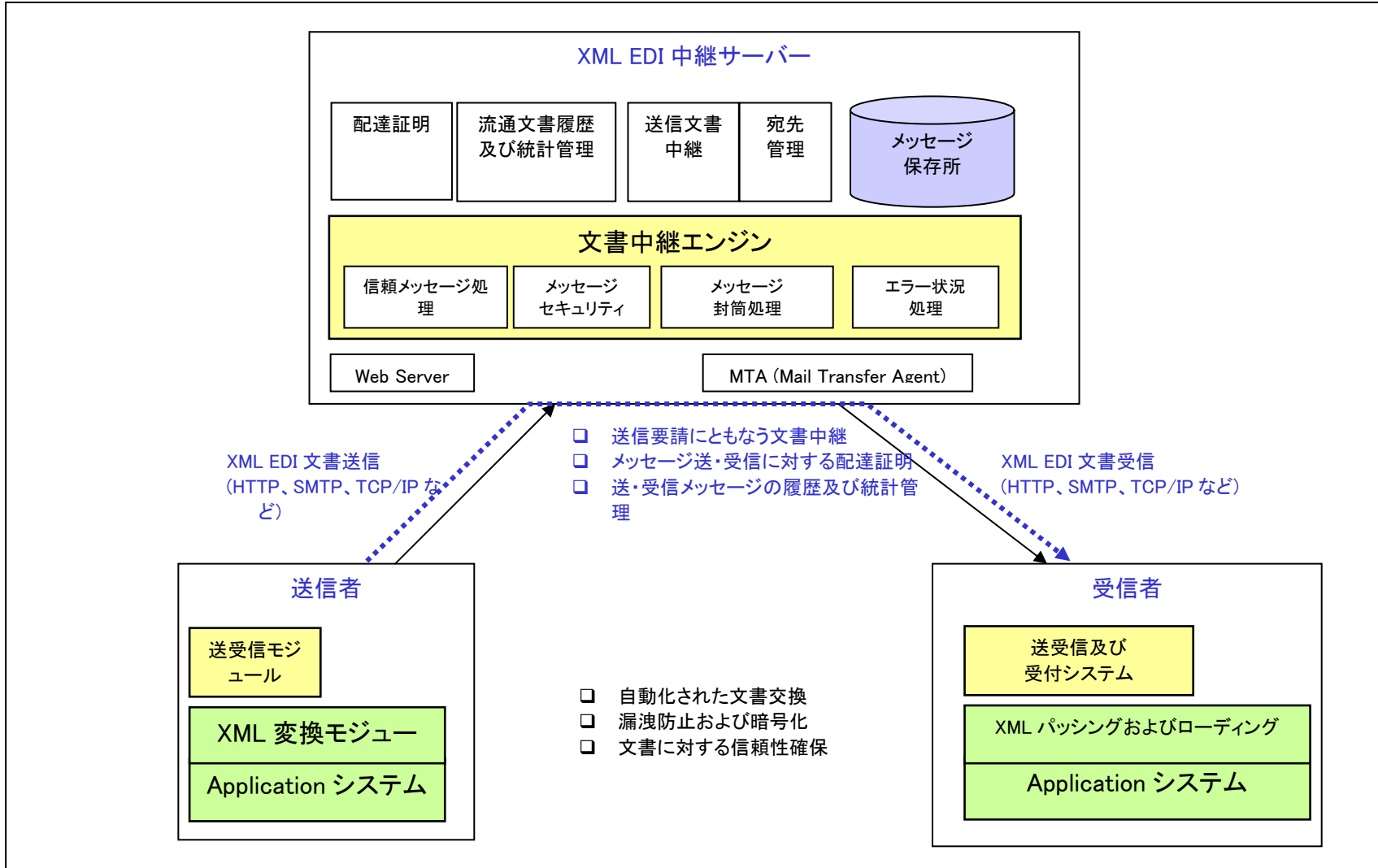
<回答>

現在まで構築、運営上の軽微なサービス支障を除いて、問題はなかった。

⑥ 次期 EDI システムが検討されていると聞いていますが、次期システムはどうあるべきとお考えでしょうか。

<回答>

情報技術環境を考えると、XML- EDI 基盤に転換したシステム構築が必要であると思われる。次期システム構成図:[図 8]参照



次期システム構想

## 2. 2 保健福祉部 保険年金政策本部 保険給付企画チーム

### 2. 2. 1 前書き

ソウルの中心部から地下鉄4号線で南へ約30分、駅番号439、「政府果川庁舎」駅下車、ソウル特別市ではなく、果川市に集合する政府関連庁舎のひとつに保健福祉部がある。面会受付で厳重な審査を受け、各人の身分証明書を受付に預けて目指す保健福祉部保険年金政策本部の保険給付企画チームでソン課長と面談。

今回の訪問調査の事前質問書も保健福祉部へ送付し、そこから関係先に送付して取りまとめいただいた。

担当者は、配属されて日が浅く、業務内容を承知していないことを気にしていたが、対応された課長の対応はさすがであった。

しかし、処理システムに関しては、審査評価院に任せているのでそちらで聞いてほしいとの言葉が繰り返された。

このチームは、日本の厚生労働省保険局医療課に相当する仕事を担当されているが、その陣容は入り口にメンバーの顔写真が配列されているので分かるが16名、しかもそのうち正式職員は4名でその他は外部から出向者である。

今回、対応していただいた4名のうち女性の2名は審査評価院からの出向者である。

日本では医療課プロパーの業務である薬価基準、医療材料価格、診療行為の算定基準、各種のコード設定、紙レセプトの記載要領や電子レセプトの仕様を設定するといった事務作業の大半は審査評価院の業務になっている。

今回の訪問調査でも、質問状は保健福祉部が窓口となって受けていただいたが、実際の回答は審査評価院や保険公団に依頼された。訪問時の回答も「詳細は審査評価院で聞けばもっと詳細が分かるから」が繰り返された。



### 2. 2. 2 診療報酬点数表の概要

保健福祉部が発行する診療報酬点数表2004年1月版の目次を下記に示す。

#### 第1篇 行為及びその相対価値点数

##### 第1部 一般原則

- I. 一般基準
- II. 療養機関種別加算率
- III. 差等報酬
- IV. 例外規定

##### 第2部 行為給付目録・相対価値点数表及び算定指針

###### 第1章 基本診療料

###### 第2章 検査料

- 第1節 検体検査料
- 第2節 組織病理検査料
- 第3節 機能検査料
- 第4節 内視鏡、穿刺及び生検料
- 第5節 影像診断及び放射線治療料
- 第6節 放射線単純影像診断料
- 第7節 放射線特殊影像診断料
- 第8節 核医学影像診断及び骨密度検査料
- 第9節 放射線治療料

###### 第3章 投薬及び調剤料

- 第4章 注射料
  - 第1節 注射料
  - 第2節 血液及び血液成分製剤料
- 第5章 麻酔料
  - 第1節 麻酔料
  - 第2節 歯科麻酔料
  - 第3節 神経遮断術料
  - 第4節 神経破壊術料
- 第6章 理学療法料
  - 第1節 基本物理治療料
  - 第2節 単純再活実施料
  - 第3節 専門再活実施料
  - 第4節 その他理学療法料
- 第7章 精神療法料
- 第8章 処置及び手術料など
  - 第1節 処置及び手術料
  - 第2節 キャスト料
- 第9章 歯科処置・手術料
  - 第1節 歯牙疾患処置
  - 第2節 手術後処置、歯槽組織の処置など
  - 第3節 口腔外科手術
  - 第4節 歯槽疾患手術
- 第10章 助産料
- 第11章 保健機関の診療報酬
- 第12章 漢方検査料
- 第13章 漢方施術及び処置料
  - 第1節 施術料
  - 第2節 処置料
- 第14章 薬局薬剤費

※付録：検体検査依頼に関する基準

- 第2篇 疾病群及びその相対価値点数
  - 第1部 一般原則
  - 第2部 疾病群給付目録-相対価値点数
    - 第1章 眼科
    - 第2章 耳鼻咽喉科
    - 第3章 一般外科
    - 第4章 産婦人科
  - 第3部 疾病群分類番号決定要領

○行為給付-非給付目録(保健福祉部公示第2003-81号)

- I. 療養給付費用の一部を本人が負担する項目
- II. 療養給付費用の100分の100を本人が負担する項目
- III. 非給付項目
- IV. 疾病群非給付項目
- V. 給付項目の療養給付費用算定基準

## 2. 2. 3 各種算定基準

診療報酬点数表は保健福祉部の告示だが、その詳細を定める算定基準は別途告示される。その例を以下に示す。

- 療養給付行為及びその相対価値点数  
第2部各章に分類された分類項目に週2回以内だけ算定することは実施間隔にかかわらず週2回まで算定できることを意味する。ただ、同一日に2回以上実施した場合には1回だけ算定できる。(告示第2002-72号、02.11.1.施行)
- 化粧品による皮膚過敏反応で接触性皮膚炎が生じた場合給付可否  
化粧品によるアレルギー接触性皮膚炎はかゆみ及び肌発しんが惹起される疾病は治療するための薬剤投与は給付対象になる。ただし、化粧品によるアレルギー接触性皮膚炎を防止するために予防的に Hydrocortisone Lotion を使うことは化粧品を使うための投薬とみて非給付対象とする。
- ファロピー管・卵管結索術の療養給付可否  
永久避妊手術(ファロピー管・精管結索術またはクリッピング)を受けた者が子を生まうとして実施するファロピー管・精管復元術は療養給付行為対象である。(告示第2004-36号、04.7.1.施行)
- 人工受精後合併症である過剰排卵ガイドランスによる卵鞘過刺激症候群と多胎出産の給付可否  
不妊女性に経妊回数目的に実施する‘体外人工受精’手術の場合当手術の時必要となる手術、投薬、処置など一連の行為は「国民健康保険療養給付行為基準に関する規則」[別表2] 非給付対象4により非給付対象だが、人工受精後合併症で現われる過剰排卵による卵鞘過刺激症候群と多胎出産は妊娠に随伴された疾病治療の目的または経妊回数された母体の健康を害する恐れに対して施行されるものなので給付する。
- 医師が自身を直接診療した時の給付可否
  1. 医師が自身の疾病を直接診るとか投薬、治療するなどの診療行為は医療法令に違背することで認められない。
  2. 医師自身の診療行為自体が正当だと言っても医療関係者が自分自身を診療して自分の診療費を請求することは医の倫理及び社会通念上無理があるので診療の時使った薬剤及び材料費だけ実費水準で償う。
- 医師・薬剤師の本人診療及び調剤の時の療養給付費用算定方法  
医師が自分を診療して療養給付費用を請求する場合実際使った薬品費及び材料費だけ実費水準で補償受けることができるので薬剤処方のための診察料に対する保険者負担療養給付行為費用は請求することができない。また薬剤師本人が医者の方を受けて本人の医薬品を調剤をした場合にも技術料を除いた医薬品費だけ実取引価格で補償受けることができる。(告示第2001-40号、’01.7.1)
- 患者に退院を勧めたが従わない時の給付可否
  1. 国民健康保険の療養給付行為基準に関する規則[別表1]「療養給付行為の適用及び方法」に基づいて入院は診療上必要と認められる場合に限るように明示されており、疲労回復、通院不便などによる不必要な入院を抑制と適正診療を誘導するためである。
  2. 入院中の患者の傷病及び疾病がその状態が良好で担当医者の所見上退院して通院治療が可能だと客観的に判断して患者に退院を勧めたが、これに応じない場合、保険給付に関して制限措置ができる者は国民健康保険法第48条により保険者であり、療養機



関が一方的に一般患者で退院措置するなど給付制限することは不当である。

3. したがって、療養機関は患者が療養に関する指示に従わない場合にはその指示内容、診療経緯、担当医の所見など保険者が上記規定による給付の制限措置決定に必要な事実を知らせてその患者に関する保険者の決定によって措置しなければならない。
  4. また療養機関の退院指示にもかかわらずやむを得ない事由で長期入院診療をするようになる場合には療養給付費用請求時にその事由を療養給付行為費用明細書の余白に記載するとか証拠資料などを添付することで審査の参考にするようにできる。
- 調剤医薬品を受けなかった時の療養給付費用請求可否  
受診者が薬店に処方を出した後調剤された薬剤受領と一緒に服薬ガイダンスを受けた状態は療養給付と考えられるが、薬を尋ねなかったら療養給付とは考えられないので療養給付費用の請求は不可能である。(告示第 2001-40 号、' 01. 7. 1. 施行)
  - 精神疾患に対する医薬分業の例外
    1. 薬事法制 21 条第 5 項第 3 号に基づいて“精神分裂症または躁うつ症などによって自分または他者を害する恐れがある精神疾患”に対して調剤する場合は医薬分業適用外であり、これに対する判断は患者の診断名や診療当時患者の状態を同時に考慮しなければならない
    2. したがって、精神疾患(F20～F99)に対して医療機関内で調剤をする場合には“自分または他者に害する恐れがある。”と判断される担当医の客観的な所見(自分または他者を害した患者の過去歴や診療記録、または今後の憂慮判断)を添付しなければならない。(EDI 請求機関は参照欄に記載)
    3. ただ、医療給付費用の基準及び一般基準にしたがって定額報酬を算定しなければならない医療給付精神疾患は除く。
  - 脳死者の臓器移植給付可否  
臓器移植(眼球、脾臓、心臓)を受けた患者は大部分が長期入院及び通院を必要とし、術後免疫抑制剤治療が併行しないと直ちに拒絶反応により致命的な傷害を与える、といった経済的な事情を考慮し、臓器移植を受けた場合、臓器移植手術料(臓器摘出料及び移植料)を除く入院料薬剤料及び検査料など全ての診療費を給付する。  
眼球摘出及び角膜移植は眼球摘出付帯費用に対して臓器移植法第 37 条の規定に基づく眼球摘出及び角膜移植において‘眼球摘出付帯費用’算出は移植に必要な諸般の検査が行われたら該当項目別報酬基準によって療養給付費用を算定する。療養給付行為及びその相対価値点数に別に規定しない行為に対しては臓器移植法施行規則第 14 条に基づき医療法第 37 条の規定による診療報酬にあたる金額を適用するが、他の臓器移植の場合と同様、移植を受ける受贈者が負担する。(告示第 2001-40 号、01. 7. 1. 施行)
  - 新生児粉ミルク費用に対して
    1. 国民健康保険法規則 [別表 2] 非給付対象 4.-イに基づいて入院期間中の食代は非給付対象でありその費用を自分が負担するようにしているので療養機関が入院患者に提供するすべての種類の食事は該当の療養機関の自主的価格決定によって患者からその費用を全額取り立てる。
    2. この場合患者に提供する食事の価格は材料費、人件費、施設及び装備の減価償却費、電気料金、水道料などを考慮した水準でそれぞれの療養機関別に自律的に決めて運用しているが、非給付対象である新生児粉ミルク費用も一般的な食代と同じく材料など価格決定要素を含んだ水準で該当の療養機関の自律的決定による価格は自分が負担しなければならない。

## 2. 3 国民健康保険公団研究所—ディジーズマネジメント (DM) のシンクタンク

国民健康保険公団(以下、公団)は 5000 万人の全国民をカバーする単一保険者であるが、訪問したのは純然たる保険業務の部門ではなく 5 年前設置された研究所部門であった。保険者が研究所を、は意外かもしれないが、ある意味で保険者が今後強化すべき機能を示唆しているといえる。

研究所の現在のスタッフは 42 名、うち研究者は 21 名、そのうち 11 名が博士号を有する。6 部門からなり、うち研究部は 4 部で、その研究分野は以下の通り。

第 1 部門：保険制度

第 2 部門：保険給付、保障制度

第 3 部門：給付管理、ヘルスプロモーション、加入者支援、ディジーズマネジメント

第 4 部門：保険財政関連

保険者の機能は、(1)保険料徴収、(2)診療報酬の審査支払の二つがあるが(2)については審査評価院(HIRA)に委託しているため、公団の重要な機能として(3)被保険者の疾病管理が重視されてきており、研究所が設立された任務の最も重要なものがこれにあるように思われた。

単に保険料を集めて給付を支払うだけでなく、被保険者の健康水準を向上させて病気になりにくくすることを予防(健やかを保つ=保健)、そして発病した場合には治療効率を高めて早期に治癒させたり重症化を防止したりすることをディジーズマネジメント(=疾病管理、以下 DM)と呼び、生活習慣病による医療費増高に悩む先進国の多くで、保険者を予防と疾病管理の主体に進化させる試みが行なわれている。

審査という重要な機能を審査評価院に分離させた公団は、DM 機関への脱皮を図っている。そのシンクタンクの役割を担っているのがこの研究所だ。研究所は建国大学予防医学教室とともに「医療保険ディジーズマネジメント人材開発及びモニタリング方法研究」という大部の報告書を 2005 年 7 月に出しており、以下、訪問インタビューでの記録と合わせて公団が実施している DM について概観する。

### 2. 3. 1 DM とは何か

各国の医療費高騰の原因は、かつて健康への脅威だった急性感染症ではなく、長期にわたる管理を必要とする慢性疾患に移ってきた。疾病管理(ディジーズマネジメント)は本質的には医師と患者との関係であるが、医療費の面からみると医師患者関係のみに委ねていることが必ずしも最善の選択ではないと指摘されるようになった。病気を悪くしようとする医師はむしろいないが、診療報酬の面からみると、たとえば喘息患者の管理を徹底して発作を無くすよりも、むしろ頻繁に発作で受診した方が医療機関の収入は増加する、という逆インセンティブも働きうる。

そこで、放置すると医療費が高額になりやすい慢性疾患の管理を医療機関のみにまかせるのではなく保険者が積極的に関わって良好な管理と適正な受診を確保し、もって長期的な医療費効率化を図ろう、という動きがとくに医療費高騰に悩む先進国ででてきた。すなわち保険者が直接に、あるいは疾病管理を提供する企業と契約して慢性疾患で受療する被保険者に対して良好な管理を支援するサービスを提供することが 1990 年頃からアメリカでは製薬企業も参加して誕生した。製薬企業が参加したのは、プログラムを通じて自社製品の販売拡大をねらう、と思惑もあったようだ。こうした保険者が関与する疾病管理はディジーズマネジメント(DM)と呼ばれるようになり、各国に普及していった。もともと、本来は金銭出納係にすぎない保険者が医師、医療機関が責任を負うべき疾病管理にまで介入することに批判や疑問もあり、それは韓国とて例外ではない。それだけに保険者が DM 事業

を実施する上では法的根拠が重要になり、報告書もこの点を重視し「DM事業の法的根拠」として以下のように述べている。

「保険者の本質的な役割は保険給付を実施することであり、その他加入者と被扶養者の健康増進のために必要な予防事業業務を提供(国民健康保険法第13条1項第4号)することになっている。

公団のDM事業は高血圧、糖尿病などを対象疾患とし、その中でも合理的な受療が成り立たない患者を対象にしている。管理に対する法的根拠は地域保健法、医療法、保健医療基本法にある。地域保健法では地域住民の慢性退行性疾患などのDMに関する事項は保健所の業務として決めているし、医療法では医療関係者は患者またはその保護者に対して療養方法その他受診指導に必要な事項を指導しなければならない(第22条)と明示しているし、保健医療基本法ではすべて国民は自分と家族の健康を保持、向上に努力しなければならない、保健医療関係者による正当な保健医療サービスと指導に対して協力する(第4条1項、第3項)とある。

現行ケースマネジメント事業はそのアプローチからみると、DMサービスとして規定される。この場合、宿痾者に対して保健医療サービスを提供する法的義務を持つ医療機関や保健機関と類似した役割を持つ。診療機関の役割がその機関内において患者の疾病に対する診断、投薬及び処置に限られており、また保健機関のサービス範囲は限定されて連続性が確保されていない。すなわち社会的に効果的なDMのための資源が限定されており、そこに公団DM事業の意義がある。しかし公団のDMに対する法的裏付けは不備であり、保健機関及び医療機関のDMに対する要求が増大している現在において、これに対する検討と補完が必要である。

またDM事業はレセプトのような個人情報を利用して対象者を抜粋し選定している。個人情報を使う法的根拠に対する懸念と批判があったが国民の健康を維持するために必要な情報を活用することは公団の固有目的のために情報を使うこととして法的主旨を脱することではない。しかし個人情報使用の目的と範囲を明確にして誤解釈をとり除くのが重要としてDM事業の実施根拠を明確にするために法律規定を改善補完することがより望ましい」

最後の個人情報保護の部分は、わが国においてもきわめて示唆に富む。わが国でも健康増進法により医療保険者が健康増進事業者と規定されたが、未だにレセプトを被保険者指導に使用することに抵抗や誤解がある。個人情報保護法との関連を明確にするためにも国民健康保険法等に保険者はレセプトをDM事業に活用できることを明記することが「誤解釈」を防止する上でも有効であろう。

### 2. 3. 2 DM導入の経緯

1997年の通貨危機(IMF危機と韓国では呼んでいる)は韓国経済に甚大な影響を及ぼし、それは医療保険財政にも及んだ。国民健康保険の財政赤字は2000年に大問題になり、財政健全化のための努力として始められた。すなわち医療費削減と適切な受療を確保する一石二鳥を達成するという目論見で、外国でも試みられていたDMが導入された。

公団は2002年7月から2003年5月までの全国15支社に各2人ずつ健康管理士を配置してDM事業を始め、2005年3月現在健康管理士30人を15支社、DM担当者139人を89支社に配置して全体169人が従事している。

ここでディジーズマネジメント(DM)とケースマネジメントの言葉を整理しておく。ケースとは顧客あるいは被保険者というヒトを指し、ケースマネジメントとはいわば「お客さま担当係」と考えればよい。およそ客商売でお客さま担当を置かない業界は無いといえ、福祉分野でも福祉事務所にはケースワーカーと呼ばれる担当職員が配置されている。医療

保険では従来は、医療提供は主治医に委ね、保険者が関与することは少なかったが、福祉分野でふつうに行なわれていることを医療保険にも導入したと考えてよい。ケースマネジメントを担うケースマネジャーはディジーズマネジメントの重要な部分ではあるが、必ずしも同義ではない。ディジーズマネジメントは後述のように対象疾患が絞られているが、ケースマネジメントは支援を要するあらゆる被保険者が対象となる(たとえば重複多受診者や特別なケアを必要とする者)。

### 2. 3. 3 対象疾患

DMは多くの資源を必要とするので有効な効果をあげられる対象疾患を明確に選定しなければならない。2002年に始まった公団DM事業では高血圧、糖尿、脳卒中、心筋梗塞、小児喘息など5疾患を対象に出発した。5疾患が選定された根拠は、主要死亡原因(高血圧、糖尿病、脳卒中)、診療費(高血圧、糖尿病、脳卒中)、疾病管理の重要性などであった。

しかし1年間のパイロット事業の結果、心筋梗塞と小児喘息は他3疾患に比べて疾病の経過が早く進行するのに対象者の受療と対象者選択時点間の差が大きく、必要な時期にケースマネジメントを提供することができないという理由で除かれた。以後公団は高血圧、糖尿、脳卒中3疾患をケースマネジメント対象にしている。専門家に対する調査結果でも高血圧及び糖尿病がケースマネジメント対象にすべき疾患の1位及び2位に選ばれた。したがって現在公団が高血圧と糖尿病をDM対象疾患にしていることは専門家からその妥当性を認められている。

一方、専門家の調査結果では高血圧と糖尿病に引き続き関節炎が3位を占めた。これはこれからのケースマネジメント疾患拡大を検討する時、関節炎を優先順位として考慮するに値することを意味している。同時に関節炎は高血圧または糖尿病を主傷病に受療した患者が、高血圧と糖尿病を除き一番多く主傷病として医療機関を利用した傷病名(次章参照)であり、すなわち高血圧と糖尿病以外の疾患のなかで一番優先順位が高い疾患でもあるから高血圧と糖尿病ケースマネジメント対象者の中に関節炎がある場合にはこれに対して効果的な介入ができるプログラムを開発して適用することも考慮しなければならない。

しかしながら研究報告書は、現在の公団のDM事業は対象傷病名などを拡大するよりは現在の実施システムと問題点を改善することに焦点を置く方が必要である。したがって関節炎をケースマネジメント対象疾患として追加するよりは現DM対象者の中に関節炎を複数傷病として持つ場合、関節炎の問題点を包括してケースマネジメントできるプログラムを開発して実施するのが望ましい、としている。

### 2. 3. 4 保健所等他事業とのすみわけ

韓国にも当然ながら、保健所があり、地域保健法に基づいて公衆衛生サービスが提供されている。新しく開始された公団DMも、それら既存の類似事業とのすみわけ、というか役割分担を明確にすることが迫られている。同時にまた既存の類似事業とうまく連携してゆくことも重要になる。

第一に、保健所が提供する公衆衛生サービスは、結核等の感染症が中心で社会を感染から守る、という社会防衛を主眼におく。逆に保険者によるDMは社会防衛というよりも医療費の見地からみた経済防衛の観点を重視する。したがって対象も生活習慣病といった非感染性疾患が主体となる。

第二に、保険者のDMサービスは医療費という経済性を重視するが、公費を財源とする公衆衛生サービスは経済観念が希薄となる。たとえば重複多受診者は、保健所等の公衆衛生サービスの対象とはならない。とはいえ、保健所が生活習慣病といった非感染性疾患を重

視する傾向にあるのは日韓共通であり、その意味ですみわけはますます不明確になってしまふ。日本では健康増進法で医療保険者を健康増進事業者に位置づけ、各県に保険者協議会を組織する等、生活習慣病対策は公衆衛生から保険者に主体を移行させようとしているが、韓国においても保険公団がDMという新事業を展開するにあたって「古参」の保健所公衆衛生サービスに対して一種の「遠慮」のようなものがあるようである。

しかしながら、最大の困難は民間医療機関との関係であろう。DMの目的が過剰受診と医療費抑制にあるとすると、医療機関との間には利害対立が発生する。しかしながらDMの目的は過剰受診抑制が全てではなく、病気をもちながら自覚していなかったり受診しようとする患者に受診を勧奨することも含まれており、相互にメリットのある協力関係の構築が事業成否のカギと思われる。

### 2. 3. 5 対象者の発見・選定

対象者の選定には人口集団に基づく接近法(population-based approach)が取られている。これの意味するところは「DMが欲しい人は申込んでください」と呼びかけて申込を待つ通常のマーケティングではなく、こちらからDMを提供すべき人を特定して個別に勧誘する、という方法である。

そのためには、被保険者の中で誰がどういう疾患でどのように受療しているか、を完全に把握するデータベースが必須となる。ここで、オンライン化されたレセプト情報のデータウェアハウスが威力を発揮する。

また誰をケースマネジメントの対象にするかはなるべく客観的な基準で選別すべきとされる。なぜなら、被保険者はなぜ自分に電話がかかってきたか、不審を抱くことになるからだ(たとえば、自分は不正請求を疑われているのではないかと)。それゆえ、インターネットや広報誌等で、ディジーズマネジメントとはどういうものであり、疾患の被保険者に対してDMへの参加を呼びかけるか、を十分に広報することも必要である。

対象者の選択にはレセプトデータの傷病名と医療機関利用回数を活用している。しかしながら傷病名別の医療機関利用回数を利用して対象者を選択した結果、対象者の現在の状態が選択基準を適用した時の状態より変化しているとか、該当疾患ではないとか、DM担当者がケースマネジメントをやりにくい合併症の保有者が多数含まれていた、といった問題も発生している。理想的には、レセプトデータだけから、理想的な対象者を的中させたいところだが、その基準がまだ完全でなく、的中率が低いという問題がある。

現在公団では、高血圧と糖尿病の対象者を「最近1年間に、高血圧(ICDコードI10)や糖尿病(E10~14)を主傷病又は傷病名とし入院一回以上または外来3回以上利用した者」と定義している。

レセプトが完全電子化されているわりには粗い基準のように思われる。その理由は、レセプトは医療機関からまず審査評価院に提出され、審査評価院から公団に提供されるが、その時、元のレセプトの全データではなく、傷病名は主病名と第一副傷病名のみであり、薬物情報などの情報が欠落する。また検査結果等の医学データは当然ながらレセプトには記載されないののでそうした情報も入手できない、といった問題のためである。

公団としては審査評価院からデータをそのまま提供してもらおうか、あるいは対象者選択を審査評価院に委託することを検討している。公団ではまた完全なレセプトデータから対象者の選択基準を設定する研究も実施している。また、レセプトはあくまで医療機関を受診した患者を把握できるが、病気を持っている自覚が無く放置している患者の発見はできない。こうした限界に対しては健康診査や健康相談で対応するしかない。この点では日本と同様である。

### 2. 3. 6 レセプト分析による選択基準改善

公団は選択基準見直しのため、一部地域を対象に審査評価院のレセプトデータウェアハウスとリンクすることで研究を行っているので紹介する。

テジョン市の被保険者のうち糖尿病または高血圧を主傷病または副傷病に持つ12万8800人で、選択基準を現在の外来3回以上から「一回でも受診したことの有る者」に拡大すると、対象者は80781人(62.7%)から100,598人(78.1%)に増加する。その増加が果たしてどれだけ適切か評価するために全体から3220人を無作為抽出し、審査評価院の薬剤データベースとリンクして降圧剤や糖尿病薬の投与状況から主傷病との一致率を比較した。

区分	既存ケースマネジメント選択基準(X)による対象者		新しいDM基準(Y)によって追加に選定された対象者	
	高血圧1)	糖尿病2)	高血圧1)	糖尿病2)
レセプトデータで確認した者 (A)	2,117	1,004	425	247
審査評価院 降圧薬物確認者 薬物データ 血糖降下薬確認者 (B)	1,989	-	342	-
B/A*100(%)	94.0%	75.0%	80.5%	21.1%

- 1) 高血圧が主傷病または副傷病の者
- 2) 糖尿病が主傷病または副傷病の者

以上の結果をもとに報告書は高血圧については選択基準範囲の拡大で見逃しを減らせると支持したが、糖尿病については範囲拡大しても空振りが多く推奨できない、と結論した。

### 2. 3. 7 DM事業の人材

DM事業は、医療行為そのものではないので医師等の医療資格は要求されないが、通常の医療サービスと同様の専門的な対人サービスであり、適性(コンピタンス)と表現される)を有する人材の確保がきわめて重要となる。報告書もその点を重視し、業務に適した人材育成を今後の重要課題と位置づけている。

公団のケースマネジメントを担当する職員のうち、看護師あるいは社会福祉士といった有資格者は健康管理士と呼ばれ、それ以外の一般事務職員は「ケースマネジメント担当者」と呼んで区別している。担当者は公団の事務職員の中でDM業務に転職した者であり、これらのうち関連免許または資格を有する者は全体の約4%にすぎない。

もっとも健康管理士でさえも、専門的なケースマネジメントサービス提供経験がなく、既存教育訓練機関も現在公団DM事業に相応しい共同作業のために必要な人材教育訓練を提供しているところは皆無であったため、ケースマネジメントの専門性を習得するための特別の教育訓練が必要であった。

それでも現在公団DM人材開発プログラムは教育訓練の期間、内容と方式など充分でない水準で、改善が必要であるとしている。実際DM業務を担当する人材が新規教育訓練プログラムを履修した後業務に配置された後に業務実施で多くの困難を訴えているし、適正水準の業務対応が確保されているかも確認しにくい状況だという。

有資格者と無資格職員の協力関係は重要であるが困難な問題でもあり、専門知識のバックグラウンドの相違に加えて有資格者である健康管理士は契約制で雇用されるのに、一般

事務職員は公団生え抜きであるという雇用形態の違いも両者の効果的な共同作業を阻害する要因であるという。

### 2. 3. 8 DMの効果

これはDMの経済効果にいささか否定的な結果であるが、統計的有意差に達しなかった理由として、標本数の小ささとともに研究者は「対象者の受療実績と状況が変化しないことにはある意味で予想された結果ともみられる。現在、DMサービスは対象者の治療コンプライアンス等、健康危険要因の管理に力点を置いており、対象者の受療行動上の問題(重複、頻回受診やはしご受診)に対してはほとんど力を傾けてはいない。保険者によるDM事業は本来なら受診指導が中心となるべきであるにもかかわらず受診指導が軽視された理由は、ケースマネジメント事業を成功させるために、医療機関や医師との不必要な摩擦を避けることが必要だったためである。

患者の受診抑制は医療機関や医師が最も反発することだからだ。したがって、業務プロセスのマニュアル上受療行動に対しては介入すべき問題とする基準を寛くした。そのため、大部分の対象者には受療行動がDM上の問題には選定されず、介入も行っていない。

ケースマネジメント職員へのDM教育の内容も高血圧と糖尿病の病的しくみと管理を中心にし、受診指導はあまり扱わなかった。DMを通じて受療に大きい変化が発生しない一次的な理由はこのように受診指導に努力を傾けなかったことにあるとみられる」と考察している。

## 2. 4 健康保険審査評価院

### 2. 4. 1 概要

設立：2000年7月

国民健康保険法第55条によって設立された法定公法人で、目的は公正で効率的な療養給付費用審査と療養給付の適正性を評価して国民健康増進と社会保障の発展に寄与することである。

#### <沿革>

- |          |   |
|----------|---|
| 1963年12月 | 医療保険法が制定                                |
| 1977年11月 | 全国医療保険協議会設立                             |
| 1979年7月  | 医療保険給付費用の審査を開始                          |
| 1982年1月  | 医療保険連合会と名称変更                            |
| 2000年7月  | 統合された国民健康保険公団の発足と同時に独立した審査・評価の専門機関として発足 |

#### <任務> (国民健康保険法第56条ほかで規定)

1. 療養給付費用の審査
2. 療養給付の適正性に対する評価
3. 審査及び評価基準の開発
4. 審査及び評価に関連した調査研究および国際協力
5. 委託を受けた場合は他の法律の規定で支給される給付費用の審査および評価
6. 健康保険に関して保健福祉部長官が必要と認めた業務
7. その他保険給付費用の審査と保険給付の適正性評価に関して大統領令が定める業務

- 8. 療養給付費用審査請求に関連するソフトウェアの開発および供給
- 9. 業務に関連した教育および広報
- 10. 審査及び評価に関連した異議申請の処理

<組織構成>

理事会：16名、13室70部7支院

職員数は1,539名、このうち医師が40名、看護師が1000人（看護師は看護大学を卒業し総合病院の勤務経験が2年以上あることが条件）

<運営費用>

法の規定で総額が国民健康保険公団から受けているが、実態は国家予算である。

**2.4.2 診療費の審査**

国民健康保険法によって審査評価院は療養機関が患者に提供したサービスの診療費を審査する権限が与えられている。審査は審査基準、各種の規則や指針にもとづいて患者に提供されたサービスが医学的に認められた範囲か、適正な水準か、費用対効果が高い方法かなどを審査する。この審査は不公正、不適正な診療への支払いの防止、不要または過度の診療抑制につながり、適正な医療保険制度の確保に重要な機能である。

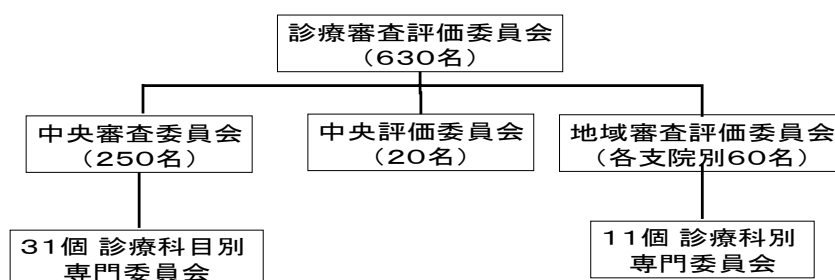
**2.4.2.1 審査手順**

- 1 段階：(レセプトの接受) 記載事項点検、請求件数等主要内容点検。
- 2 段階：(審査職員による審査) 療養給付費用の審査基準に対応させて算定の可否を審査。
- 3 段階：(審査委員審査) 専門医学的判断によって診療の適正性、医学的妥当性の可否を審査。
- 4 段階：(審査委員会審査) 審査の基準設定が必要な事案、高度の専門医学的判断を要する事案と審査基準の解釈上の異見がある事案を合議的な方式で審議決定。
- 5 段階：(審査結果の通報) 療養給付費用の審査を終えた後、審査評価院は審査結果を国民健康保険公団と療養機関に通報する。国民健康保険公団は審査評価院の審査結果によって療養機関が請求した療養給付費用を支給する。

**2.4.2.2 審査委員会**

審査委員会は30名の常勤委員と600名の非常勤委員で構成される。委員は免許取得後10年以上で高次機能病院での経験をつんだ医師、歯科医師、漢方医、薬剤師で構成される。

委員会の構成は下記である。中央委員会が31、地域委員会は11の小委員会が設置されている。委員は2年ごとに交代する。





本部は総合病院、大学附属病院、漢方病院の療養給付費用の審査・評価を行う。支院は、ソウル、釜山、大邱、大田、水原、昌原、光州 の7ヵ所に存在し、病院、医院、歯科病院、歯科医院、漢医院、薬局、保健機関の療養給付費用の審査・評価を行う。

外来レセプトは、診療科や疾病別の全国平均額等で設定された各種の指標と比較して請求費用が低い場合は請求の妥当性を調査する（指標審査）だけで、高い場合は詳細に審査が行われる（精密審査）。入院レセプトは精密審査が行われる。

指標審査：対象機関は療養給付費用審査の経済性を考慮して、統計的に算出した基準指標が一定基準以下の状態にある場合、一定期間審査を省略する。

主に外来療養給付費用を対象として、同一診療科目別、傷病別全国平均診療費と比較して基準指標を算出する。

精密審査：療養給付費用明細書を1件毎に診療内容の適正、適合性等を審査する方法指標審査の物件を除いて主に入院療養給付費用明細書を対象に実施する。

医療機関の実査：年間数百件の規模で医療機関を訪問調査して実際を行っている。

医療機関は人員、設備、その他の医療サービスに関連する全ての情報を報告する。それらの情報は変更のつど報告する必要がある。その情報はDWに蓄積されて審査に反映させる。

### 2. 4. 2. 3 審査基準

毎年改正される「診療報酬点数表」は保健福祉部から公示される。その点数表の記載内容によって計算された具体的な請求点数（所定点数という。(5.3.1及び5.3.2参照))は名称とコードを付けて審査評価院のホームページで公開される。

「算定基準および算定指針」は、審査の過程で必要と判断されたつど作成されて審査評価院のホームページに掲載される。関係者はそれによって具体的な対策を立てる。

今回訪問した(株)Ginusなどの専門ベンダーがその内容をプログラムにまとめて、インターネットで提供している。

### 2. 4. 3 診療給付の適正性評価

#### 2. 4. 3. 1 法的根拠と方針

審査と並んで審査評価院の重要な業務は、国民健康保険法第56条第1項第2号に規定された「診療給付の適正性評価」である。これは医療機関が患者に提供する医療サービスの質、有効性、経済性を高めることを目的としている。法第55条で療養給付費用を審査して療養給付の適正性を評価するために健保審査評価院を設立することになっており、施行規則第21条で、具体的に療養給付等の適正性評価方法に対して規定している。保健福祉部では「療養給付の適正性評価及び療養給付費用の加減支給基準」を公示で制定して療養機関の適正性評価に適用している。また保健医療基本法第52条で保健医療サービスの質的向上のために評価を実施するように規定している。

評価委員会は評価対象と詳細な評価手順を決定する。下記は適正性評価の基本指針である。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① 個人に重大な健康的影響をもたらす診療内容、医療資源の利用に注目する。</li><li>② 計測可能な指標を特定して医療の質の基準を定める。</li><li>③ 診療行為の改善の可能性を明らかにする。</li><li>④ 公式、非公式の連繋を審査評価院が主導して構築する。</li><li>⑤ 実績の測定と統計分析に合理的な方法を採用する。</li></ol> |
|---|

### 2. 4. 3. 2 評価手順

- 1 段階：(問題の発見) 問題の現況等の把握、評価の必要性等の情報管理
- 2 段階：(評価対象の選定) 問題の大きさ、効果性、受容性等を考慮、公衆意見の聴取等
- 3 段階：(評価計画の構築および評価基準の開発) 対象選定の理由、時期、評価方法等、専門家の諮問または提供基準の開発。
- 4 段階：(調査の実行) 診療の現地調査 (臨床、調査専門家同行)
- 5 段階：(結果分析) 評価結果のまとめ
- 6 段階：(結果管理)
  - 医療機関、関連組織に対して、
    - 評価結果を該当病院に通報
    - 診療の質改善のための教育、資料の提供、評価基準の発行
  - 政府に対して、
    - 評価結果と結論の報告
    - 政策決定のデータ、資料の提出
    - 評価結果を反映した診療給付基準、診療報酬の更新、改定
  - 国民健康保険公団に対して、
    - 請求・支払いの増減の理由となる評価結果の通知
    - 実情に応じた段階的な対策実行

### 2. 4. 3. 3 実施項目 (2001年～2005年)

- ① 医療技術評価：造血母細胞移植術、帝王切開術、血液透析術、膝関節置換術、輸血
- ② 質評価：社会福祉法人付属療養機関、CT、集中治療室、医療給付、精神科
- ③ 薬剤等：薬剤給付の適正性評価、注射剤、薬品費 (韓国は薬剤比率が高いので薬剤費の削減は大きな課題である。必要に応じて取引実態調査のために業者等の訪問も行っている。)

### 2. 4. 3. 4 評価の意義

診療報酬審査と適正性評価の意義には以下のような違いがある。

区分	審査	評価
目的	社会的共同費用の保護 - 不必要な給付費用の抑制 - 給付と診療秩序の確立	医療サービス向上と国民の医療利用権の増進 - 医療の患者満足度追求 - 療養給付の巨視的効率性向上
概念	診療報酬を一定基準と原則によって審議・査定	医薬学的側面と費用効果的側面に対する専門家的判断
接近方法	個別的、各論的、事後的、直接的	包括的、概論的、予防的、間接的
適用部門	事例単位(明細書単位またはその集合)	機関、サービス、手術単位(構造、過程、成果)
適用単位	明細書単位	評価単位
結果適用	主に減額調整	加算または減額調整

### 2. 4. 3. 5 評価対象項目の選定

1. 医療機関の種別ごとに評価対象とする。
  - ・診察・検査、薬剤・治療材料の支給、処置・手術その他の治療、予防・リハビリ、入院、看護、移送等
  - ・日常生活に差し支えがない疾患、療養機関ではない機関で提供した療養、加入者または被扶養者でない者に提供された療養等は評価対象にならない。
  - ・医療機関内での診療費審査自体も療養給付ではないので直接的評価対象ではない(評価結果で改善などを模索することは可能)
2. 評価対象項目選定基準の範疇(問題定義の基準)
  - ・乖離の水準、適切性、技術的水準、効果、効率性、費用の水準、
3. 優先的対象項目の選定基準
  - ・全体給付領域で占める大きさ：比重の大きさ
  - ・問題の明白性、効果：医薬学的重要性
  - ・社会的関心及び要求水準：社会的関心度
  - ・医療担当者の改善可能性：改善期待効果
  - ・評価の容易性
4. 人力・施設・装備など療養給付と関連があり、影響を及ぼす事項を含む
  - ・評価目的にかなわない場合及び重複評価が成り立っていると判断される場合評価対象から除外

### 2. 4. 3. 6 効果及び活用

適正性評価の効果及び活用を医療供給者、保険者、患者、政府そして審査評価院の五者から見ると以下のように総括される。

#### 1. 医療供給者

評価結果サービス提供内容	活用
適正性評価結果の提供	経営改善及び形態変化資料として活用
適正性評価総合報告書提供	質向上のための資料で活用
質向上関連知識 DB 構築	印刷媒体とインターネット媒体活用
最優秀事例分析提供	ベンチマーキング資料として活用
適切性評価指針(AEP)開発	療養機関自体改善資料として活用
評価結果巡回発表会開催	サービス提供者、関連学界との討論機会を持つ
医療の質向上関連シンポジウム、セミナー、学会発表	
適正性の向上のための専門教育	サービス提供従事者に対する長短期教育課程開発
適正性の向上のための関連相談サービス	電話、書信、インターネット活用
適正性の向上のためのプログラムコンサルティング	中長期的に有料化も可能

## 2. 患者

評価結果サービス提供内容	活用
評価結果の公表	受診形態の改善
供給者質関連情報提供	知る権利を充足、医療機関選択の基礎資料提供
インターネットを活用した消費者用インフォメーションシステム構築	双方向情報交流構築

## 3. 保険者

評価結果サービス提供内容	活用
適正性評価結果の提供	療養給付費用加算または減額調整支給に活用
評価関連資料・情報の提供	給付事後管理及び報酬契約の政策資料で活用

## 4. 政府

評価結果サービス提供内容	活用
適正性評価及び各種質向上のための関連情報の提供	医療サービス質向上と費用効果関連政策の核心情報、諮問提供
医療の質向上および費用効果を高める関連政策の用役サービス	
医療の質向上及び費用効果向上関連政策のthink-tank	

## 5. 審査評価院

評価結果サービス提供内容	活用
審査参照資料提供	審査結果の書式(現地審査含み) 参照
現地調査参照資料提供	現地調査業務参照
薬剤給付管理情報提供	薬剤給付管理業務改善

## 2. 4. 3. 7 今後、推進を目指している業務

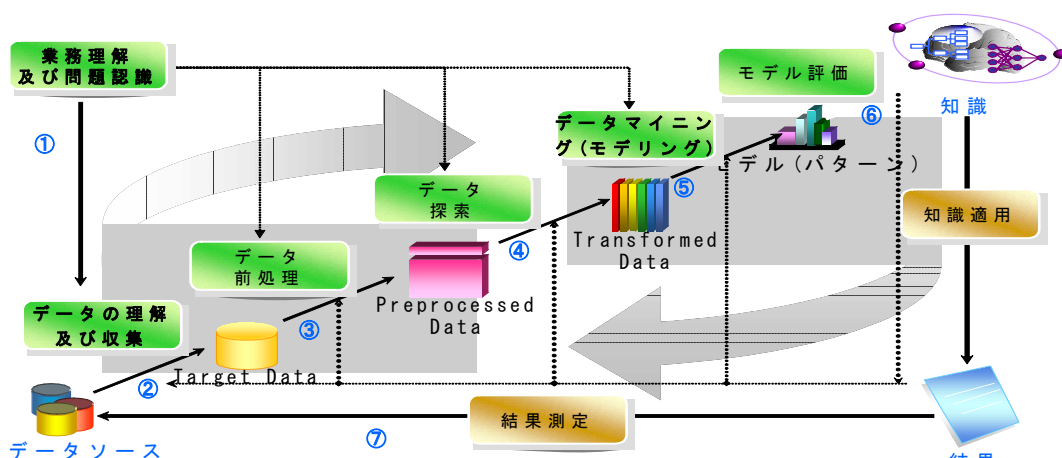
- ① 給付適正性の総合管理制施行  
標榜科目別、疾病別で算定した標準診療費に個別機関の傷病別件別診療費と傷病件数を対比し診療費の高価度指標(CI: Costliness Index)を利用
- ② 診療形態、処方、診療費請求上の問題点を分析して情報を提供することによって、予防的審査を可能とする。
- ③ 請求プログラム認証制度の強化方策の検討
- ④ 急性呼吸器感染症の電算審査の実施
- ⑤ DRG の安定的運営
- ⑥ 薬剤使用の適正性評価：抗生剤、注射剤、薬品費
- ⑦ データウェアハウスの構築
- ⑧ 医療情報ポータルシステム構築および改善
- ⑨ 医療技術評価システム構築およびモデル運営
- ⑩ 相対価値研究事業の推進

上の中でもとくに審査評価院の重要な事業であるデータウェアハウス構築とそれを活用したデータマイニングについて付言する。データマイニングとは予め目的を定めてデータを分析するのではなく、膨大なデータの中から今まで気付かれなかった新事実を発見する技術をさす。世界最大クラスといわれる審査評価院の巨大なDWは、その活用によっては韓国のみならず世界の医療に役立つ新事実の発見につながるかもしれない(図は審査評価院ヤン氏提供)。

# 1. データマイニングの概念



# 2. マイニング開発及び適用過程



# 3. マイニング活用

科学的で、体系的な意思決定情報提供

効率的な対象機関選定

審査業務の効率化企図

地域別・対象機関選定

結果測定・総合管理情報成果測定

- 錯誤請求の診療様相把握のため、診療内訳間連関性分析
- 医療機関の錯誤可能性予測のための医療機関分類モデル開発

- 医療機関の様相変化把握のためのSegmentの間、移動推移分析
- 医療機関Segmentation及びProfiling分析モデル開発(支援別、地域別、チーム別など)

マイニング主題追加開発，結果の正確度向上を志向

#### 2. 4. 4 行政不服審査制度

国民健康保険法の第76条に異議申請、第77条に審査請求、第78条に行政訴訟が規定されている。そのシステムは日本の国民健康保険法と微妙に異なるので比較する。不服審査の対象は、被保険者対医療保険公団と、医療機関対審査評価院の2つあるが、いずれも3段階のステップがとられる。

- ・ 被保険者資格と保険給付

加入者及び被扶養者の資格 ・ 保険料 ・ 保険給付及び保険給付費用に関する公団の処分

韓国:1) 公団に対する異議申立→2) 健保紛争調停委員会への審査請求→3) 行政訴訟

日本:1) 社会保険審査官へ審査請求→2) 国の社会保険審査会へ審査請求→3) 行政訴訟

- ・ レセプト審査

療養給付費用及び療養給付の適正性に対する評価等に関する審査評価院の処分

韓国:1) 審査評価院に対する異議申立→2) 3) 同上

日本:行政不服審査制度そのものがなく、通常の民事訴訟として争う

#### 2. 4. 5 健康保険審査評価院の最近の活動

韓国審査評価院がわが国の社会保険診療報酬支払基金と根本的にことなるのは、わが国の支払基金が審査支払を行うにすぎないのに対して、韓国の審査評価院は、審査支払に加えて電子レセプト情報を分析し、適宜政府あるいは議員の質問に対して、医療の実態を報告しているところにある。

ジャーナリズムの例では、インターネットによる電子新聞は審査評価院に専任記者をあてて、その活動を逐一報じている。その記事の例を紹介する。

- ・ 帝王切開分娩の少ない医療機関名公開

政府の努力にもかかわらず帝王切開分娩が十分に低下しなかったことから保健福祉部は帝王切開分娩を低める政策の一環として分娩率が低い医療機関25%の179所の名簿を公開した。保健福祉部と審査評価院は帝王切開分娩を減らして消費者の知る権利を充足させる趣旨で2004年度上半期1247医療機関を対象に帝王切開分娩適正性を評価した結果、分娩件数が50件以上ある732機関中、帝王切開分娩が25%以下と低い179医療機関の名簿を公開する。帝王切開分娩率が最も低い医療機関は、江原道東草市第一産婦人科、春川市産婦人科、春川聖心病院など。病院クラス以上の医療機関中では春女性病院とハユゼ病院、サンボン第一病院、ブンダンソウル大病院などが上位にランクされた。179機関のうち8か所が総合専門療養機関で、22か所が総合病院、34か所が病院、115か所が医院であった。全国の帝王切開分娩率は38.1%で、評価初年であった2001年の40.5%よりは2.4%低くなった。年間47万余名の出産産婦のうち18万余名が帝王切開分娩をしている。これは世界保健機構(WHO)の帝王切開分娩勧告率5~15%を大幅に上回り、アメリカの27.6%(03年)や、イギリス22%(02年)、ヨーロッパ全体15.7%(00年)、日本15%(97年)より高い。保健福祉部は今年の1月から自然分娩で出産した場合には発生する診療費を全額保険給付するなど、自然分娩を増やす為に関連制度を改善して、自然分娩の正しい認識の為の教育と広報も並行するなど帝王切開分娩を減らす為の努力を多角度で推進中。

- 3 医学会と疾病統計共有協約締結

審査評価院が疾病統計算出及び研究強化を目標に専門医学会と実務支援及び共同研究を強化している。審査評価院は昨年、応急医学会など4学会(1次)及び糖尿病学会(2次)と共同研究協約を締結したのに続いて3次協約で大韓股関節学会、大韓脳卒中学会と疾病統計資料共有及び調査研究分野で相互協力する協約を結んだ。

今回の協約を通じて両側は股関節、腸、脳卒中疾患の有病率及び発生率など国民の医療機関利用に対する客観的な資料を確保するための統計資料を産出し医療の質、医療利用、費用-効果分析など保健医療関連研究などを遂行する為に基準及び研究モデル設定、調査分析、結果配布、教育広報を実施。協約事項を忠実に履行する為に審査評価院と3学会は常時連絡及び実務支援体系を構築して、統計資料提供、資料に対する諮問及び検討、共同研究など相互関心分野について協力する。

これと共に双方は学会小委員会と審査評価院の調査研究室を相互連絡窓口指定、協約以後進行事項を交換するなど円滑な協力が出来上がるようにした。

審査評価院関係者は、「今回の協約で重症-応急患者を扱う応急医学会など4学会と糖尿病学会に続き、脳卒中、腸、股関節学会など8専門医学会と審査評価院間に共同研究協約を締結した。これによって全国単位の根拠(evidence)ある疾病疫学情報を産出する土台を設けた点で重要な意味を持っている」と評価した。

- 喘息ステロイド処方率は病院より医院が多い---2004年喘息ステロイド評価結果発表

アレルギー性炎症反応が原因とされる喘息の主治療剤であるステロイド飲み薬・注射薬処方率が病院クラス以上より医院クラスの方が高いことが判明した。審査評価院(以下、審査評価院)は全国の医療機関及び保健機関約3万5000余所を対象に2004年に実施した薬剤給付適正性評価結果とともに使用方法によって副作用発生率に大きい影響を及ぼす喘息のステロイド使用を重点評価した。その結果、飲み薬・注射薬ステロイド処方率は関連総合専門療養機関は、28.7%、総合病院は44.8%、病院は68.3%、医院は82.3%と判明した一方、経口剤に比べて副作用を減らし気管支に直接作用して治療効果を高めることができる吸入薬の処方率は総合専門療養機関は86.1%、総合病院は72.5%と高かったが、病院は53.4%、医院は38.1%であった。

審査評価院は、経口ステロイドは副作用を考慮して重度喘息患者に必要な時に吸入薬と併用して使うように勧奨されるが、医院は総合専門療養機関に比べて併用使用割合が低いなど、治療方法が互いに異なった様相であることを明らかにした。医院の吸入薬処方割合は2004年第1四半期に比べてやや増加(1分期30.1%)、経口・注射薬処方割合は減少(1分期91.6%)したが、病院の吸入薬処方割合は2004年1分期に比べて減少(1分期59.0%)、注射薬処方割合はむしろ増加(1分期21.1%→4分期28.4%)した。内服薬処方割合が特に高い医院では約10~16%の患者だけが吸入薬と内服薬を併用し、約84~90%程度が内服薬単独であることも明らかになった。

これ以外にも総合専門療養機関の場合、内服薬の処方割合は低く、内服薬と吸入薬の併用率でも多かったが、内服薬を投与した患者のうち、30日以上投与した患者は全患者の中で956人で、患者状態を勘案しても長期間投与する傾向を見せており、これに対する原因把握などが必要と言われた。

今回の評価結果を関連喘息学会は、

- △ 慢性的管理が重要視される喘息概念に対する理解不足
- △ 吸入薬使用の必要性に対する広報不足
- △ 高価な薬剤費用と使用上の不便



等による患者たちの忌避などが主要理由だとしている。

- 患者情報 5 年データ保管

審査評価院は国内最大保健医療情報であるデータウェアハウス (DW) システムに患者情報を保管している。DW 資料は 5 年、個人情報でない統計的性格の特定主題領域別のデータである Mart 及び Summary データは 10 年間の保管することで運営することにした。個人情報保護の第一歩は機関の業務性格及び保管の目的によるデータ保管期間の短縮化から始まるとして、その事前作業で

- △ 投資評価分析を通じた影響評価の実施を経て設定した。

- △ 科学的な審査技法開発及び評価業務遂行のための情報経営化

- △ 健康保険政策支援のための政策資料の即時提供体系構築

など国民健康保護及び医療保障、財政保護に寄与する為の構築であり、構築当時 5 年間 ('99~03 年) の資料を積載して以来、2004 年末には総 34 億件のレセプトデータを保管する最大の保健医療情報に成長した。このたびデータ保管期間を 5 年に設定したことにより、個人情報保護対策及び装備導入費用約 50 億ウォンの節減が予想される。一方 2005 年 8 月には「明細書書式改善事業実施」によって EDI 電送データ量は減少したが、再生性データの増加と請求明細書の件数増加に対応するためディスク 11TB を増強し、現在の 84TB を 95TB に増設した。また使用者の DW 使用量急増に対して処理速度向上の為に OLAP サーバー 1 台を増設する予定である。

- 国家保健医療統計基盤整備 — 審査評価院来年度 IT 投資計画審議 —

審査評価院が世界的な審査-評価情報システムを構築し医療 IT 化のハブとして国家保健医療統計基盤を設ける。計画によると EDMS 及び事務管理システム拡張、療養機関情報化支援、アウトソーシング拡大、情報保護及びセキュリティ強化、老朽設備交替及び補強などを主要内容にしている。審査評価院の「2005 年度 IT 投資計画」は国民など使用者に対するサービス拡大、電子政府具現による段階的な履行、療養機関情報化支援、事務の科学化及び人力省略化追求などを目標で推進予定である。

- 医薬品情報センター構築、老人療養保障制モデル事業

医薬品納品の透明性を高めて製薬産業の競争力強化のために、保健福祉部は審査評価院内に「医薬品総合情報センター」を構築-運営するために、来年度に構築事業費 15 億ウォンを支出し、2014 年まで 10 年間で 142 億 6 千万ウォンを投入する。保健福祉部は医薬品流通の改善のために 99 年から民間資本事業で推進して来た「医薬品流通情報システム」が使用不振で稼働が事実上中止されることによって、2003 年下半期に運営した医薬品流通企画団会議の結果「医薬品総合情報センター」を設立することを決め来年予算に新規事業要求した。このセンター構築で福祉部は医薬品流通情報提供機能を通じて医薬品流通の透明性を確保することができると期待している。

- 審査評価院、病院別審査担当者を指定

審査評価院は、療養機関サービス改善及び信頼度向上のために、一定規模以上の療養機関別担当者を指定した。2005 年 4 月 18 日から、該当療養機関の療養給付費用審査結果通知に、担当の審査次長のほかに担当者の姓名と電話番号を紹介して顧客サービスの改善に努めた。これは指定された担当者が、審査内訳に対する問い合わせと、国民の請願に対して迅速に返事することで、サービスを改善し、療養機関と情報を共有すること

によって相互同伴者的な信頼を構築し、審査調停資料を詳しく作成通報することによって、療養機関の理解が高まることを期待している。



Shin On-Han 院長表敬訪問



審査室



2005 年 6 月に移転した  
本部事務所

## 2. 5 韓国テレコム

韓国テレコム (K T : Korea Telecom) は韓国国内の市内通信網の 90% 以上、ブロードバンドの 50% 以上のシェアをもつ旧国営の電気通信の総合キャリアである。韓国レセプトオンラインシステムにおいて、KT は通信インフラの整備の役割を担っている。そもそも韓国の EDI (Electronic Data Service) 化への提言は KT によりなされており、今日までの韓国電子化全般に多大な貢献をしているといえる。(右写真はレセプトオンラインシステムが入っている KT ビル外観)。



【2006 年 1 月 23 日 (月)】

我々医療 I T 調査団は、KT のレセプト情報中継センターを訪問した。場所は明洞。ソウル市内の有名な繁華街の只中に中継センターのある KT ビルはたたずんでいた。一見するととても韓国全体のレセプトオンラインシステムを支えているようには見えなかったが、中は最新かつ嚴重な設備であった。我々に説明をしてくれた担当者も自信に満ち溢れており、システムに対する自負が感じられた。以下にインタビューの概要を示す。

### ・ 事業の推進体系について

1996 年より診療請求 EDI 事業を始めている。事業体系としては「医療保険 EDI 推進委員会」を構成し、事業推進状況を点検し、利害当事者間の意見を調整するほか、政府のシステム拡大意思を具体化することで実務面から政策的な方向を支援している。

### ・ 診療費 EDI システムの構成について

ユーザーの 60% がインターネット、残りの 40% が PSDN 回線を利用している。それぞれの回線を用いて病院から送られてきたレセプト情報は MHS (Message Handling System) に集約され、M&A システム (Management & Administration System) によりデータのバックアップ、リカバリー等が行われる。これとは逆にレセプトの審査結果やお知らせを審査評価院 (HIRA) から病院へ送るためのシステムとして ACS (Auto Calling System) がある。

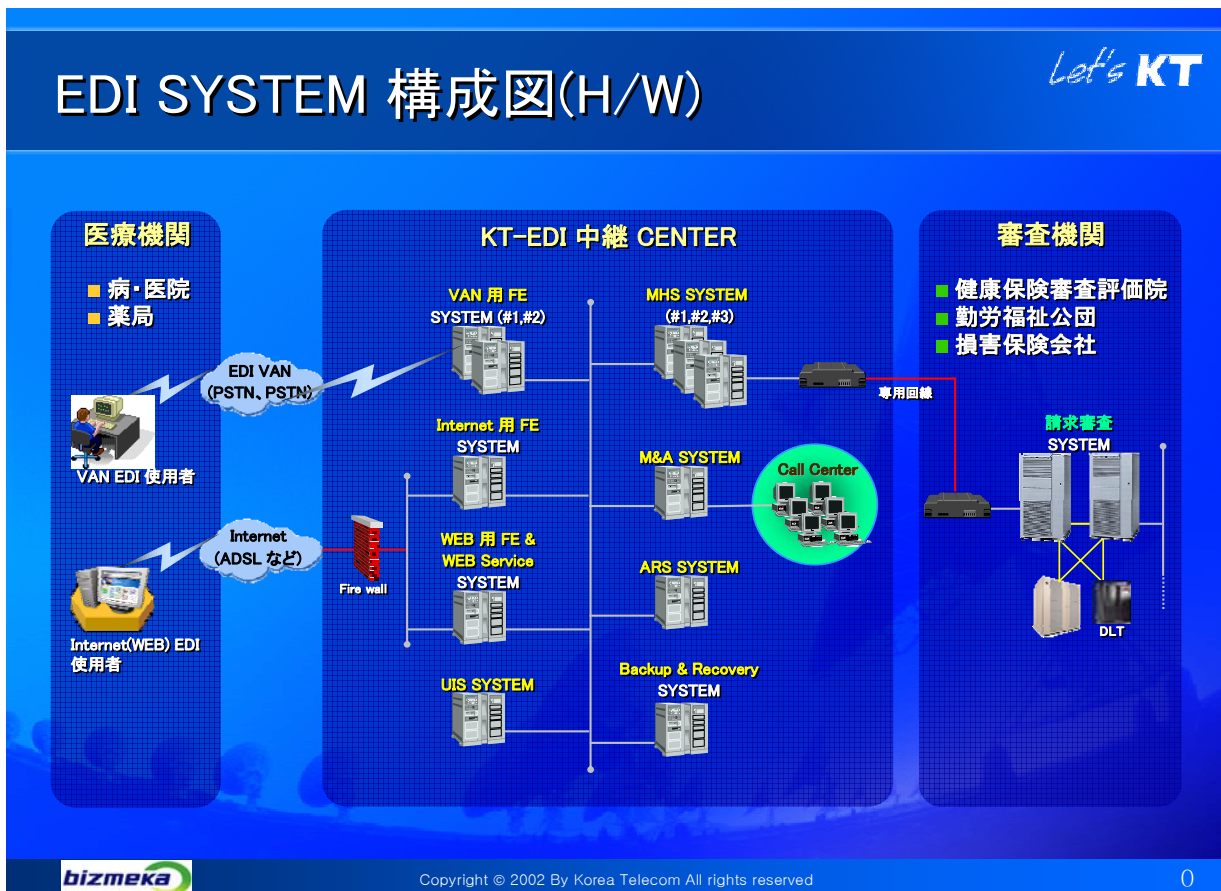
各病院から送られてくるレセプト情報は一旦 KT の中継センターに集められ、そして

HIRA へと送られる。中継センターへは上記の各システムがあり、どのシステムも二重化されているため片方の CPU に故障が発生しても問題なくシステムは運用される。データに関しては 10RB の HDD3 つで保存する。基本的に 5 年間保存する義務があるので、ディスクで過去 1 年分を保存し残りの 4 年分は磁気テープで保存している。



また、EDI のアプリケーション（開発は KT の子会社である KTI が行っている）の配布も中継センターから行われる。

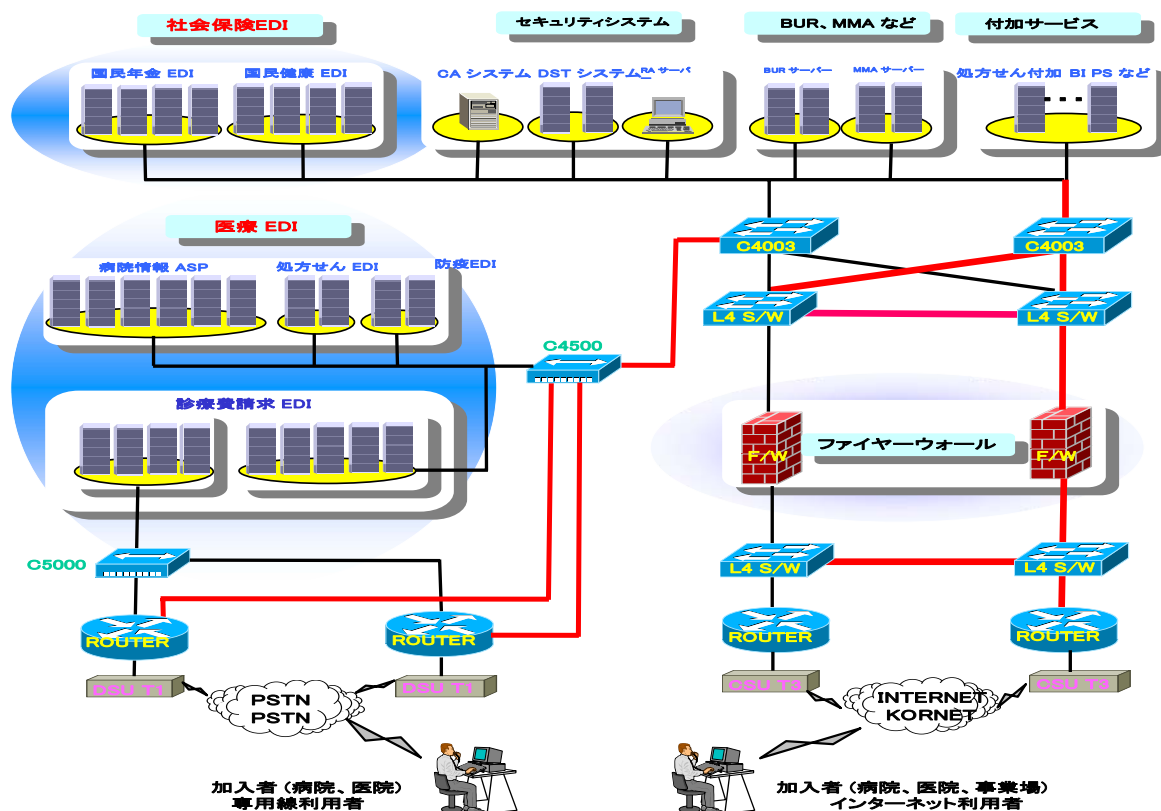
システムの保守要員は 10 名であり、そのうち医療 EDI に携わるスタッフは 5 名である。診療点数改定等のシステムに変更を加える作業が発生しても 1 週間程度で対応できる。



EDI SYSTEM 構成図

- 開発費用等について  
初期構築費用は 400 億ウォン。アップデート費用を入れるとさらにかかっている。だが現在ならハードウェアだけなら 50 億ウォン程度でできるだろう。  
ソフトウェアで最も金額を要したのは MHS で 200 億ウォン。これの開発は国内大手 3 社に外注して行った。今ならその 4 分の 1 程度でできるのではないかと考えている。
- 回線提供の独占権とクライアントとの契約について  
韓国政府から EDI 化に関するインフラ整備のインセンティブとして 10 ヶ年にわたる回線提供の独占権を与えられている。インターネット回線については 1999 年～2009 年、電話回線は 1996～2006 年である。電話回線についての契約は今年(2006 年 10 月)で切れるが、現在ユーザーにはインターネット利用への誘導も進んでいるためあまり影響はない。  
ユーザーから徴収するネットワーク使用料は、最低使用料+設定されたデータ量ごとに従量課金する方式をとっている。これらから得られる利益は KT 全体からみると実はわずかなものである。
- セキュリティ等について  
国レベルで行われる国家安全点検や、内部点検などを行いセキュリティや情報漏えいに対しては非常に気を使っている。これまでのところ情報漏洩事件等は起こってはいない。  
また、1999 年から PKI 方式を採用しており、KT も CA(Certificate Authority)局を運営している。ただ手続きの関係で私的認証局ではある。
- その他の EDI について  
診療請求 EDI とは別になるが、他の EDI についてもインフラを提供している。  
2000 年からは社会保険 EDI が始まっている。これは患者が個人の端末からインターネット経由で社会保険の受給資格の確認やサービスの享受ができるものである。ID やパスワードは公団から直接発行される(この発行はオフラインで行われる)。  
これの他にも、処方箋 EDI(医師と薬局間のみデータのやり取り)や感染症サーベイランスに関して保健所へデータを送る防疫 EDI などがある。

## ネットワーク構成図



## ネットワーク構成図

- 問題点

大抵の病院ではレセプトの請求を月末に一気に行うため、その時に多大な負荷がかかり暴走してしまう。そのため回線の混雑には気をを使う。だが請求を週、日単位で行う制度がある。これが主流になれば請求のタイミングが分散されるであろうから、この制度がなるべく早く周知、利用されるよう審査評価院等と話し合っている。

この他のシステム、ハードウェア的な問題はほとんどなく、むしろ組織間の行政的な問題や事務的な調整に関する事が大きい。

中継センターは現在ここ一箇所しかないのは問題ではあるが、費用面のことなどもあり難しい。だがデータに関しては政府機関が何箇所かにわけて所持しているため有事の際もシステムさえ復旧させることができれば問題なく運用を再開できる。



## 2. 6 国民健康保険公団イルサン病院

医療保険公団イルサン病院は公団直営の病院で740床の大型病院で2000年から運営を開始した。公団が実際に病院を運営することにより、保険診療の実態についての情報を収集し審査基準作りの基礎データにすることを目的として設立された。保険者が病院を直営することには反対の声もかなりあったが、この病院を通じて現場での運用面の実態に関する情報を収集でき有益な存在となっている。

イルサン病院は国民の保険料で運営される病院であり、市民へ様々なサービスプログラムを提供することを重視している。また、開放型病院でもある。

- ・ 開放型病院について

たとえば内科開業医が持っている喘息患者が悪化して入院の必要があるとしてこの病院に入院させた場合、その患者の医療費はこの病院が保険公団にレセプト請求する。この場合紹介した医師への報酬はその医師と病院との契約による。たとえば報酬の何十%を医師に払うというような形である。契約については保健福祉部がモデルを示している。一人の医師が複数の病院と、たとえば内科についてはこの病院、外科についてはこの病院と別々に契約することも可能だ。

- ・ 医療保険公団イルサン病院が導入しているシステムについて

第一が双方向ビデオ情報システム、第二が診療費請求システム、そしてイルサン病院の医療 DW システムがある。院内 DW を保有するのはイルサン病院だけではないが、イルサン病院の院内 DW が最も有効利用されているといわれている。

韓国の医療情報システムのトレンドは、以前は診療支援システムだったが、現在では病院経営の観点を重視したものになってきている。また以前は内部業務のみを対象としていたが現在では e-health という外部機関との連携を重視したものになりつつある。今後のシステムは機能よりも診療のプロセスを重視したものに、また単にデータを出すだけでなくその分析を重視したものになりつつある。

少子化が進み患者数の伸びが期待できないなか、病院数は増加しているため競争は激化しつつある。情報システムはまさに「生き残る」ためのシステムでもある。イルサン病院は公団直営という特徴も生かしたものになっている。基幹系はレセプト、診療、診療支援そして一般管理の4システムに分かれている。

EDI は院務というレセプトシステムの中に含まれる。基幹システムの上に附加システムというべき PACS システム、e-health システム(健康管理)そして本院で未導入だが EMR(電子カルテ)システムもある。

e-health システムは、オープンシステムに参加する医師が外部から患者のデータを照会する、テレメディスンといったものである。患者もインターネット経由で、知りたい病院情報を入手できる。また病院が外部業者よりいろいろな物品を調達するための電子調達システムといったものだ。一口でいうと、院内ではなく外部との情報のやりとりを行うものである。

- ・ 診療費請求システムについて

診療報酬請求を HIRA へ送る前に院内で事前審査を行う。事前審査プログラムで確認した後、HIRA の審査フォーマットに変換する。この時に本院内で用いている独自のコード体系から HIRA 用のコード体系へと変換される。それを事後審査プログラムにかける。こうして請求ファイルが作られ、電子文書として HIRA へ発信される。発信は KT が提供す

る専用線(VAN)を介して行なわれる。したがって最終的な電子文書はKTのプロトコルに合わせたものでなければならない。この部分は各病院の保険担当者が管理している。このように二重三重にチェックが行われる。薬品に関しても審査プログラムによりチェックされる。保険者直営病院ということもあり慎重にチェックを行っている。

本院は保険請求に従事する職員は10名。人数が多いのは、医師のミスや入力エラーが多く、コンピューターでチェックできないものもかなりあるためである。紙請求の頃は13人くらいだったが、EDI化した後は10人になった。

EDIは患者にとって利便性がある。紙レセプトでは請求漏れ等について患者が退院後に判明することが普通だった。しかしその場合、退院後の患者に追加請求しても支払われることは少なかった。EDI化した後はこのような問題が減っている。

レセプト作成は外来患者については月末にまとめて行う。入院患者については毎日約120人の退院患者についてレセプトを作成している。外来は月に約6万件、入院は2800件だ。KTに払う伝送費用が月66万ウォン(約8万円)。チェックプログラムの費用が月18万ウォン(約2万2千円)である。チェックプログラムのレベルはHIRAの審査レベルまで達しておらず、やはりHIRAの審査の方が細かい。

疑義のある請求についてはHIRAにより実地調査が行なわれる。本院ではそのような調査は受けたことがない。実地調査が行われる場合には必ず事前に通知される。たとえば「あなたの病院は、この診療行為について許容範囲を逸脱している」と通知があり、すみやかに改めればそれ以上追及されない。2回通知を受けて変わらないと実地調査になる。ただ、たまに「抜き打ち」で実地調査が行われることもあるようだ。

HIRAの指針が変わった際のシステムの変更は大変な作業である。HIRAの発表から期間が3日しかなかったり、ひどい場合は翌日には運用開始を求められるケースもある。1週間余裕があれば良い方なので、関係者にとっては大きな問題である。請求できたものが突然できなくなるなどの変更もあり大変だ。多くの病院が情報システムに多数の人員を要するのはそれへの対応があるからだ。

イルサン病院で導入している自己点検システムは2億ウォン(約2400万円)もするが大抵の病院が導入している。これで人件費が削減でき、大型病院平均1%と言われる査定率を低くできるというメリットがある。

- レセプト一件あたりの傷病名数  
多いときは20も書くことがある。主傷病は必ず記載しなければ請求できない。主傷病名のチェックは10人のスタッフで行う。疑問がある場合は医師に訂正を求める。
- HIRAから提供されるデータについて  
HIRAはEDIの効果として、全国のデータを病院に提供してフィードバックしている。これにより全国の傾向を知ることができる。  
例をあげると抗生剤の使用量をHIRAは全国平均と比較して同一規模の病院平均と比較してどうか、同一傷病の治療としてはどうか、どういう傷病の患者が多い病院と比較したらどうか、等の情報をランク付けして知らせてくれる。病院に提供されるそうした評価情報は自分たちの医療内容の傾向を知る上で有益だ。
- イルサン病院のその他のシステムについて  
最上位にあるのが意思決定支援システム。DWを構築している。ABC(activities-based costing system)は様々な診療行為に対するコスト分析をするシステム、CP(critical

path)分析システムとは DRG の分析システム、CRS(clinical research support system)は研究支援システム。イルサン病院は延世大学病院と連携しており、大学の医師が本院と兼務している。

医師別、傷病別そして診療行為別の原価を推計する ABC は本院の設立目的に照らしても重要である。つまり診療行為ごとの価格をどう設定するかの上で診療行為ごとの原価計算をすることは必須だからです。このデータを医療保険公団は診療報酬単価設定の参考資料としている。

公団支部間のネットワークは専用線を用いている。一般の人とはインターネット回線を用いている。VPNは費用の関係で利用していない。

- セキュリティについて

基本的には PK(公開鍵)による暗号化でアクセスできるようになっている。韓国には公的認証局は韓国は 5 つある。イルサン院のセキュリティレベルは国の決めたレベルでは軍事機密並みの高さだ。少なくともこれまでセキュリティで問題が起こったことはない。ファイアウォールも二重化している。

- デイジーズマネジメントについて

デイジーズマネジメントは公団が各地の病院と契約して行われている。主管は保健福祉部にある「疾病管理本部」である。

- EDI 化の意義

病院経営からみると EDI はあまり経費削減のメリットは大きくない。しかし HIRA の立場からみれば EDI 化のメリットは大きい。患者からみてもメリットはある。過去に多かった請求漏れをめぐるトラブルは現在ではほとんどなくなっている。また、医療に関する各種情報や統計を収集しなければ本院の立場としては、EDI 化は統計をとる上でメリット大だ。もうひとつ診療費支払が早くなったメリットも大きい。HIRA は週単位請求を求めているが、本院では月 2 回請求にしている。

国内では一部週単位で請求を行っている病院もあるようだが、主流は月単位である。

- EDI の今後について

webEDI の XML 方式になると HIRA も大変便利になる。従来の VAN 方式では、EDI に入れられるコンテンツに制限があった。だが XML 方式になれば問題のあるレセプトについて、たとえばレントゲンフィルムを別に送ってもらう必要があったが XML になるとテキストだけでなく画像ファイルも全部入れられるようになる。



## 2. 7 ウリドル病院

1980年に神経外科医のリー氏により釜山で開業される。その後脊椎ヘルニア分野に特化。1992年よりソウル市へ移転。現在では脊椎総合治療を理念としている。国際化を進めておりウリドル病院グローバルウェブサイトを運営し、4か国語で提供している。現在ソウル2か所を含む全国5か所にウリドル病院系列の医院がある。

今回訪問したウリドル病院（ソウル）スタッフは医師59人、他職員404人、金浦空港病院は医療スタッフ18人、他職員95人、他病院合わせて医療スタッフ110人、他職員780人、手術室は総数33室。手術件数は2003年全身麻酔7638件、局所麻酔3395件計11033件。2004年はもっと増え11633件、2005年は約1万5000件。部位別では腰椎が最多である。

病棟は226床。ウリドル病院の新館は24床でここから徒歩4分程度。その中には健康診断センターや内科や女性外来、救急室等がそろっている。放射線センターや医学実験室等いろいろなシステムがある。脊椎健康センターではリハビリ施設や様々な治療システムがある。

ウリドル病院はペーパーレス病院としても有名であり、ネットワークを介して画像フィルムやカルテ等の書類を医師がみることができる。

今回の韓国レセプト調査においてはEDI化について実際の現場の声を聞くために訪問した。なお、ウリドル病院の回答者は過去にHIRAで勤務経験がある。

- ・ 対日マーケティング戦略

日本の医療学会にリー理事長が訪問して、発表したり宣伝している。また日本の医療スタッフを受け入れて研修させている。日本の医療関係誌でのウリドル病院の紹介、来月2月には日経メディカルにも掲載される。リー理事長の腰椎頸椎椎間板ヘルニアに関する教科書を日本語に訳して出版する。インターネット検索エンジンに病院ホームページを登録する。目下グーグルとヤフーに「腰椎ヘルニア」と入力するだけで本院のホームページがでるようになっている。

- ・ 日本からの受診について

**【質問】** 日本は皆保険制で、外国で治療を受けた場合、帰国後に医療費を払い戻してもら制度(海外療養費)がある。しかし国は、これは旅行中の急病や外傷のためのものであって、単に韓国の病院がいいからという理由で訪問して治療を受けた場合は払戻されない。ウリドル病院では既に多数の日本人が治療を受けているが彼らは医療費はどうしたのか？

**【回答】** 当院で受けた日本人は全額自己負担していった。

- ・ ウリドル病院におけるEDIについて

入院や外来で診療が終わるとファイルを作る。操作方法は、まずIDとPWを入れる。次に保険の種別を入力。こうすることにより患者一覧が表示されるので内訳が正しいかチェックをかける。たとえば投薬関係を見たければ、医薬品の一覧と用量や期間を見ることができる。こうすれば検査結果が表示される。赤い数字は異常値。カルテを見たければ、入院と外来に分かれており、全体をみることができる。オーダー、そしてプログレス記録、看護記録も表示される。レントゲンはこのように電子カルテになっている。

画面で審査して審査が終わると保存する（注：審査請求した場合に通るかどうかをチェックするアプリケーションがあるので利用している）。EDI請求のための画面を作る。

病院の資料を全てチェックして EDI 請求ファイルは作られる。その後に「送信」を押す。送られたファイルは HIRA で審査され、1 か月後審査(査定)結果を受け取る。審査結果を受信して、査定の内訳を分析できる。

- 審査評価院の査定について  
査定結果はどこがどんな理由で査定されたか患者ごとにわかるようになっている。  
査定理由が記号で表示される。1 診療料、2 投薬、3 注射。A は点数間違い等。査定される内訳の 80%が「過剰」。  
審査請求前に内容をチェックするプログラムを導入しているが、ウリドル病院で行っている手術の大半が最先端のものであり保険で認めていないものも行っているため、HIRA の審査基準の審査基準にひっかかってしまって高額査定になる。  
大体 5%程度の減収となる。
- 査定に対する不服申し立てについて  
査定理由に納得がいけない場合は異議申請を行う。審査決定後 90 日以内に HIRA に書面で申立てることができる。今までは紙でやってきたが、目下不服申立も EDI で行えるよう準備している最中だ。90 日以内に申立て棄却された場合、さらに 90 日以内に HIRA に再審査申立ができる。申し立ての際には必要ならば医師のコメントやレントゲンフィルムも添付する。  
異議申請が通るか否かは基準があるものもあるが、審査委員の意見による個人的判断もある。  
査定に納得したら、再発防止を院内に徹底される。主治医に、なぜ削減されたか、請求しても通らない項目等周知する。
- 審査異議申し立ての頻度について  
金額ベースで 5%削減され、その額の 95%以上分については不服申立をする。頻度はたしかに多い。不服申立して、最大 67%まで回収したことがあるが、平均的には 20%しか回収できない。
- レセプトの種類について  
健康保険、労災、自動車そして生活保護の 4 つである。そのうち HIRA が審査するのは生活保護と健康保険のみである。
- 入院外来のレセプト件数の量について  
入院 1000 件、外来は 8000 件。いずれも月単位で請求を行っている。
- 疾病名について  
レセプトに記載するものも院内管理用も共に標準化された ICD10 を使っている。
- 施設基準や経営情報の EDI を用いた提出について  
薬の購入価格も医師数も EDI で申告する。申告の頻度は変更のある都度だ。
- 保健福祉部からの通達について  
保健福祉部からの通達は E メールもあるが、基本的には以前と同様書類で届けられる。

- 患者へ渡される領収書について  
 保険への請求明細書（レセプト）とは異なり統一した様式はない。本院では、診察料、投薬料、放射線料、総診療費、本人負担額などがわかるものを患者へ渡している。これ以上詳しい明細は患者が求めたら発行する。
- 審査プログラムの改定について  
 HIRA のホームページに審査基準の改訂が公示されたら、ただちにプログラムに変更を加える。プログラムの改定は、本院には情報チームがあるので彼らが行う。そうでない病院ではベンダーがやるのだろう。  
 情報チームは9名。さらに本院は独立した情報会社を持っている。
- HIRA の元職員について  
**【質問】** 元 HIRA ということは政府公務員であったわけだが、関係業界に再就職する上での制限等はないのか？  
**【回答】** 特に制約はないが、在職中に知り得た秘密は漏らしてはならない。
- HIRA からの情報の有益性について  
 HIRA から貰っているのは、当院はついでに資料のみで、他病院との比較という資料は頂いていない。部分的に抗生剤とか CT については、全国平均との比較も見せてもらっているが、本院は特殊なのであまり参考にならない。  
 これらとは別に医療の質を点数化して病院をランクづけしランクに応じた報酬支払をするという話を聞くが、まだ実際には始まっていない。
- ウリドル病院が独自に用いているシステム（オーダリングシステムに入力すると自動的に診療報酬 EDI を作成するシステム）の開発期間や費用等について  
 このシステムは 1999 年に導入した。オーダリングシステムの開発に 1 年以上かかり、それをさらに EDI につながるようにするために 1 年以上かかった。オーダリングシステムの開発に 2 億 5000 万ウォン（約 2700 万円）。これに PACS まで入れると倍くらいかかる。  
 病院にとっては大変な負担だった。現在ならば、オーダリングシステムと EDI 化ソフトウェアの開発にあわせて 4 億ウォン（約 4300 万円）くらいだと思う。
- システム導入時の病院の反応について  
 審査部門の負担はコード化等で増えたが、病院全体としては導入の抵抗はなかった。国の政策であり、流れでもある。ただ中小病院は初期投資にたえられず未導入の病院はあるようだ。本院は十分な資金があったので問題はなかった。  
 システム導入のメリットとして、審査部の仕事がやりやすくなった。紙でなら、あちこちの紙を寄せ集めなければならないが全ての仕事がコンピューターの前に座るだけででき、時間も短縮した。以前の紙ベースの頃は毎日何百何千枚もの紙をプリントアウトし穴をあけて綴じ、保管場所や郵送費等「モノ」の管理経費もかかった。8000 件ものレセプトを紙処理するのは大変だったが、それが無くなったのはとても有益である。
- ウリドル病院のネットワークについて  
 国内 5 箇所あるウリドル病院間でネットワークを介して情報を共有している。これは

あくまで患者の同意を得て行っている。国際間（今後中国に進出予定）ではやはり法律の違いから共有はできない。保存期間は韓国の法律上は10年だが本院ではバックアップをとって永久保存を目指している。

データの保存は各病院ごとにサーバーをおいて分散して保存している。釜山の人がソウル病で受診すると、ソウルから釜山病院のサーバーにアクセスして取り出すことができる。

### 第3章 EDI化の効果

5、000万人もの人口をカバーするレセプトデータを網羅する韓国のDWは、様々な情報活用の可能性がある。その効果は医療費の審査支払にとどまらず多方面に応用されている。その効果を、医療費、審査支払そして医療の質や医学研究の面から概説する。

#### 3.1 韓国医療費の国際比較

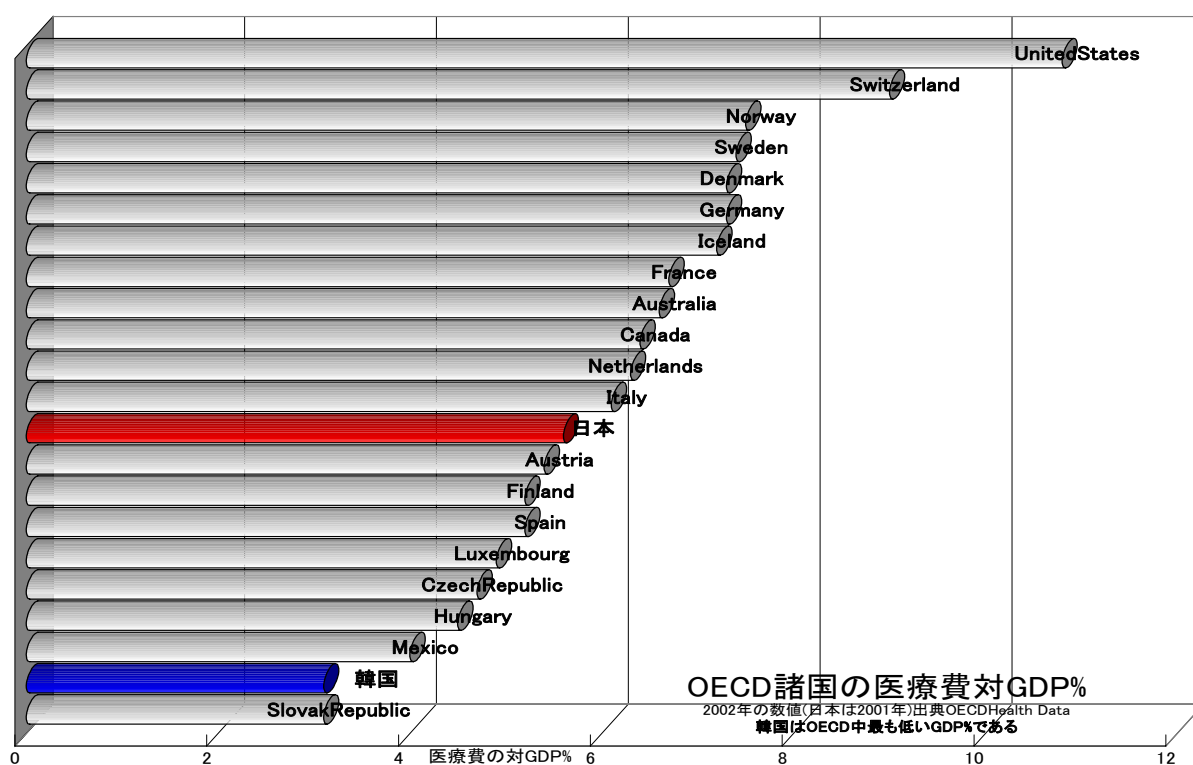
韓国はOECD加盟国であり、OECDが医療費の国際比較を目的に刊行するOECDHealth Data2004を中心に韓国の医療費水準を国際比較によって検討する。

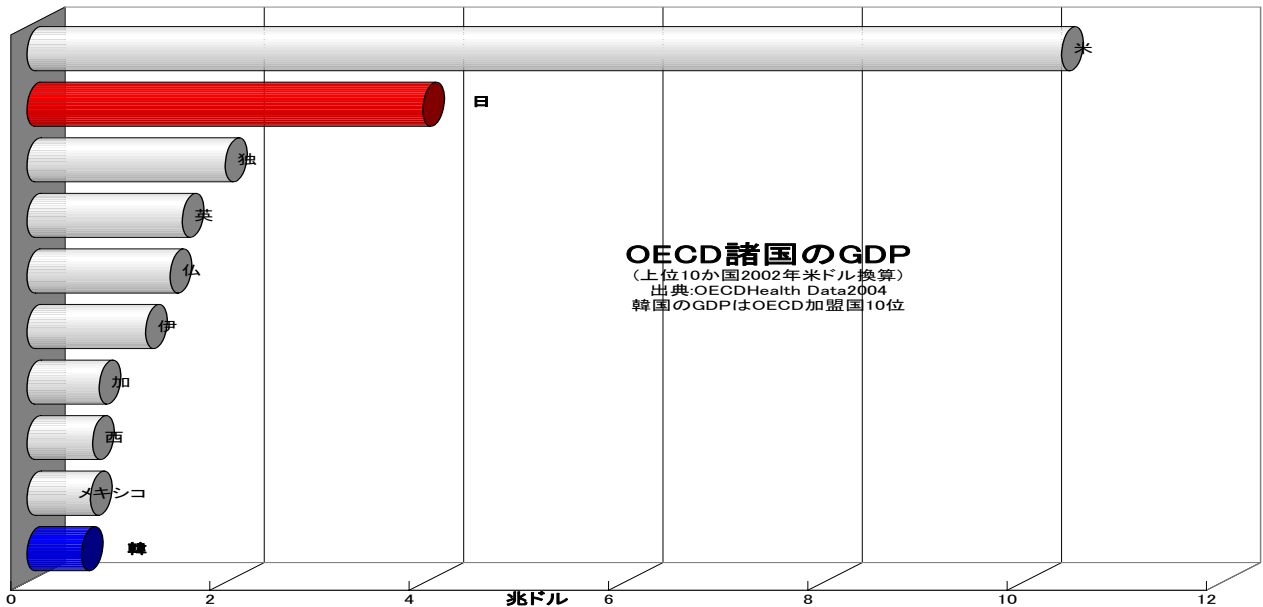
一国の経済規模を示すGDP(ドル換算)は、2003年は6054億ドルと加盟国中10位であり、日本の4兆3000億ドルの約7分の1である。

国民医療費のGDPに対する割合は日本が5.6%に対して韓国は3.1%とOECD加盟国中最低の部類に属する。国民医療費のサイズでは韓国は日本の10分1以下と考えられる(OECDは、医療機関の建設費等も含む広義のヘルス支出という定義を使い、狭義の傷病の治療費という意味では医療支出、expenditure for medical servicesという名称を使う。本稿では医療費とは後者の狭義の医療支出で比較する)。

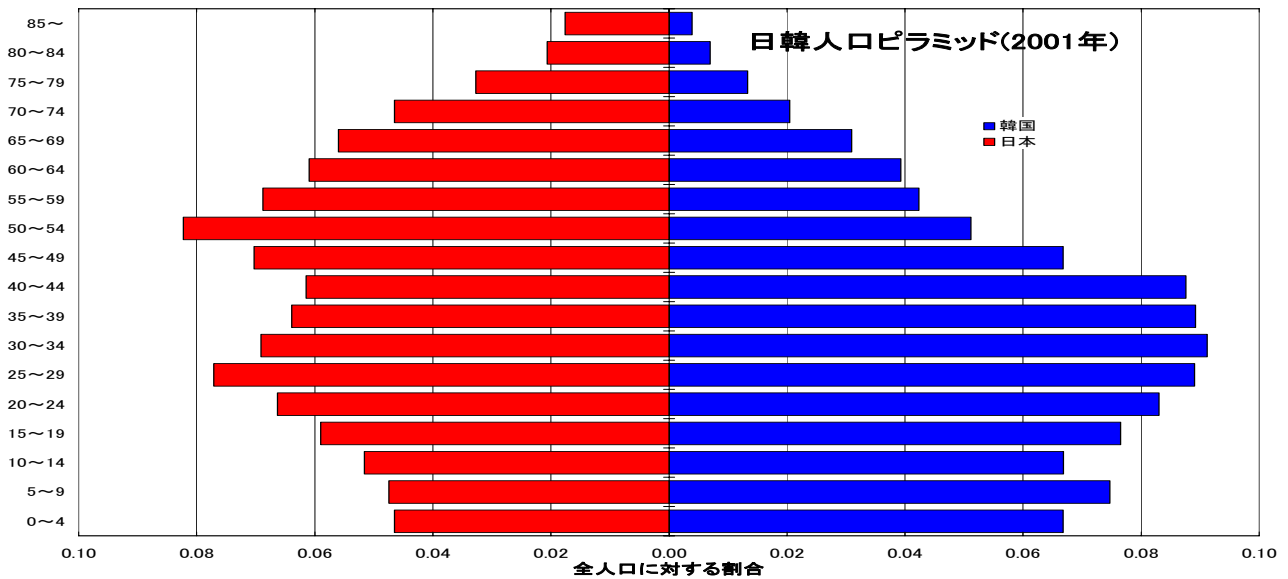
一般に一国の医療費水準を比較する場合、通貨額では為替レートや物価水準によって影響されるためGDP比が専ら用いられる。韓国が相対的に少ない医療費で済んでいることは疑いないが、その理由はなぜであろうか。

医療費水準の国際比較上まず考慮しなければならない条件は人口高齢化であり、韓国は人口ピラミッドが示すように日本よりまだまだ年齢構造が若い。したがって医療費水準が日本より低いのは当然であるが、定量的に把握するために年齢補正による医療費水準の比較を試みた





●年齢補正額算出の試み



日本の年齢階クラス別国民医療費(2002年)の額を両国の年齢階クラス別人口に乗じて、一人当たり額を算出した。それによると日本は一人当たり 23 万 4800 円の医療費がもし韓国と同じ人口ピラミッドだと 16 万 7500 円、すなわち現在の約 71.4%ですむことになる。

したがって日本の医療費の対 GDP 割合 5.6%にあてはめると 4.0%になる。韓国の現在の対 GDP 割合 3.1%は年齢構造が若いことを補正してもなお、日本の水準より低いことを意味する。

韓国医療費が GDP の 0.9%分低くすんでいるのは年齢以外の要因によっている。他の要因として真っ先に考えられるのが韓国の患者負担の重さである。患者負担割合が 45.7%と OECD 諸国の中でもメキシコ、アメリカに次いで高い。後述するように法定給付の負担割合が高いだけでなく、保険給付外の医療が相当あるわけで、特に貧困層が必要な医療を受けられないでいる可能性は否定できない。

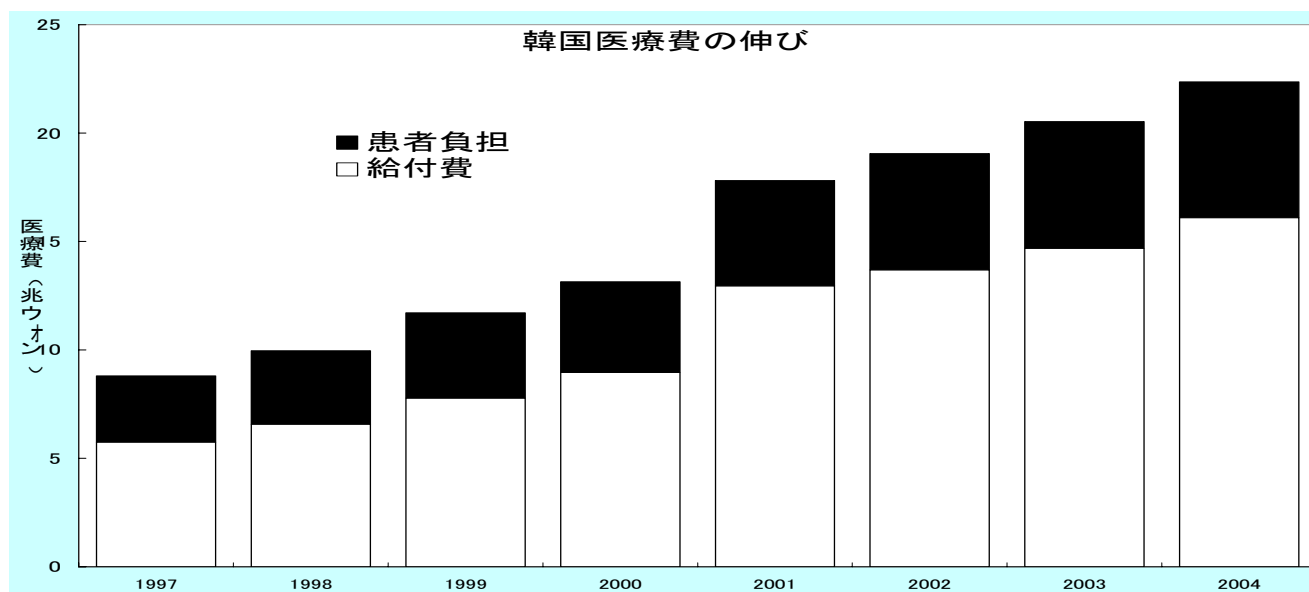
もうひとつの理由として、病床数が日本よりはるかに少なく、日本の高齢者医療費の大半を占める入院医療費が少なくすんでいることが考えられる。第6章でも述べるように日本の入院レセプトは3000万件だが、韓国は560万件にしかすぎない(日本のレセプト電子化率は韓国より低いが入院レセプトについては日本の電子レセプト件数は韓国をすでに凌駕している)。

このように医療費の低い要因は単一ではないが、EDI化による効果的な保険運営も寄与していることは間違いない。次にEDIの医療費抑制効果を検証する。

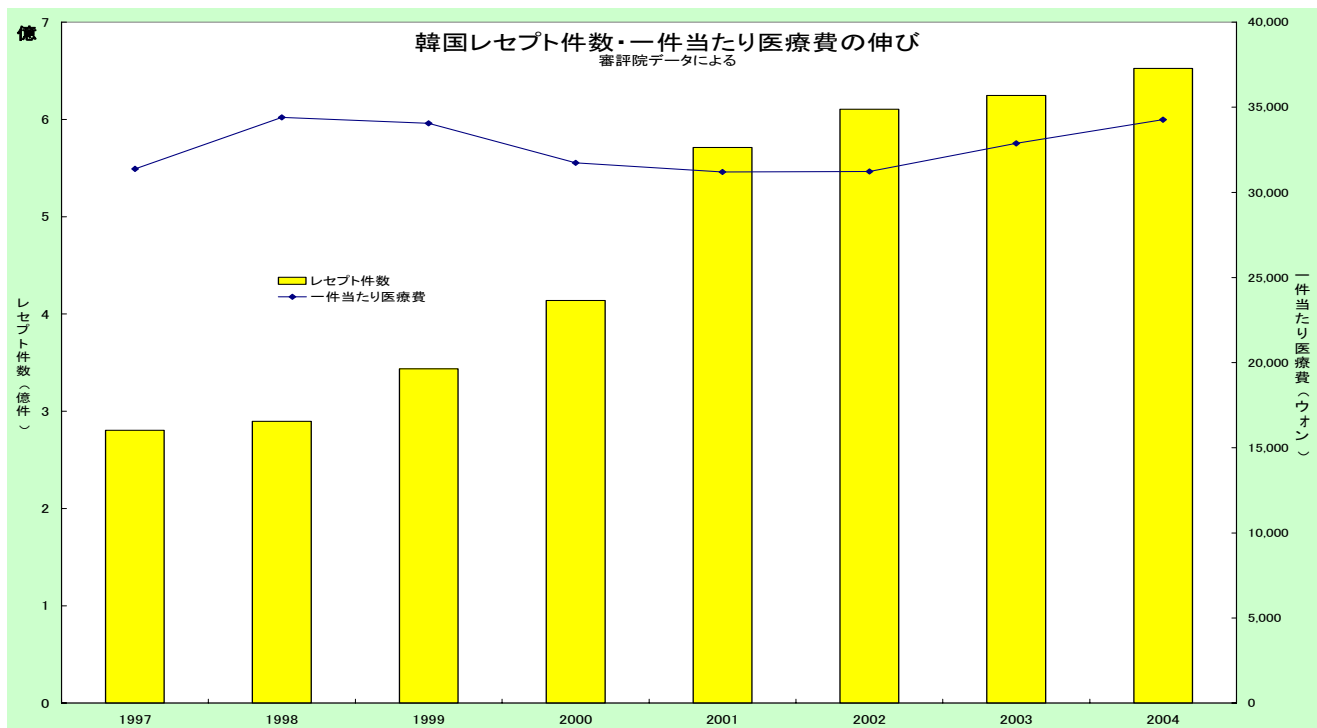
### 3.2 EDI導入の経済効果

#### 3.2.1 韓国医療費の伸び

皆保険達成後、韓国の医療費は伸び2004年度には約24兆ウォンとなった。金額では2001年度以降伸び率はやや落ち着いている。患者負担割合は以下の図のように全体の約3割を占めている。冒頭に紹介したOECDの数値より小さいが、下図の患者負担は保険が適用される法定給付における患者負担率であってOECDの数値は保険適用外の全額自費の医療費も含んでいるため、と考えられる。日本のような高額療養費も十分ではなく、がん等の悪性疾患を患うと財産を失う、といった問題はあるようだ。



レセプト件数も伸びているが、一件当たり金額は横ばいであり、医療費の伸びは専ら件数の伸びに依存しているといえる。

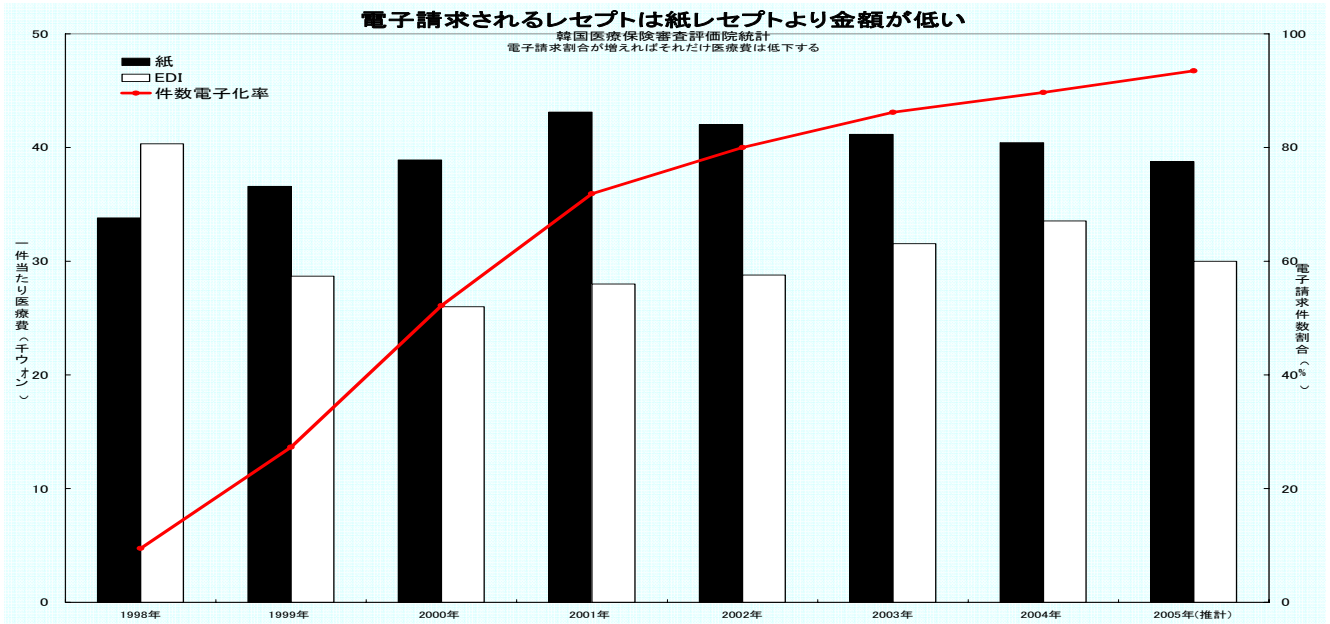


### 3. 2. 2 EDIによる医療費抑制効果

EDI 導入は韓国医療費にどう影響したのだろうか？ 理論的には請求書を紙で出そうと磁気媒体で出そうと医療費には影響無いはずである。しかし実際には、EDI 化はそれ自体に医療費抑制効果があったことを示すエビデンスがある。次頁上図は電子化率を線グラフ、レセプト一件当たり金額を棒グラフで98年から2005年の推移をみたものである。一件当たり金額は紙提出されたレセプトを黒、EDI化されたレセプトを白で示した。

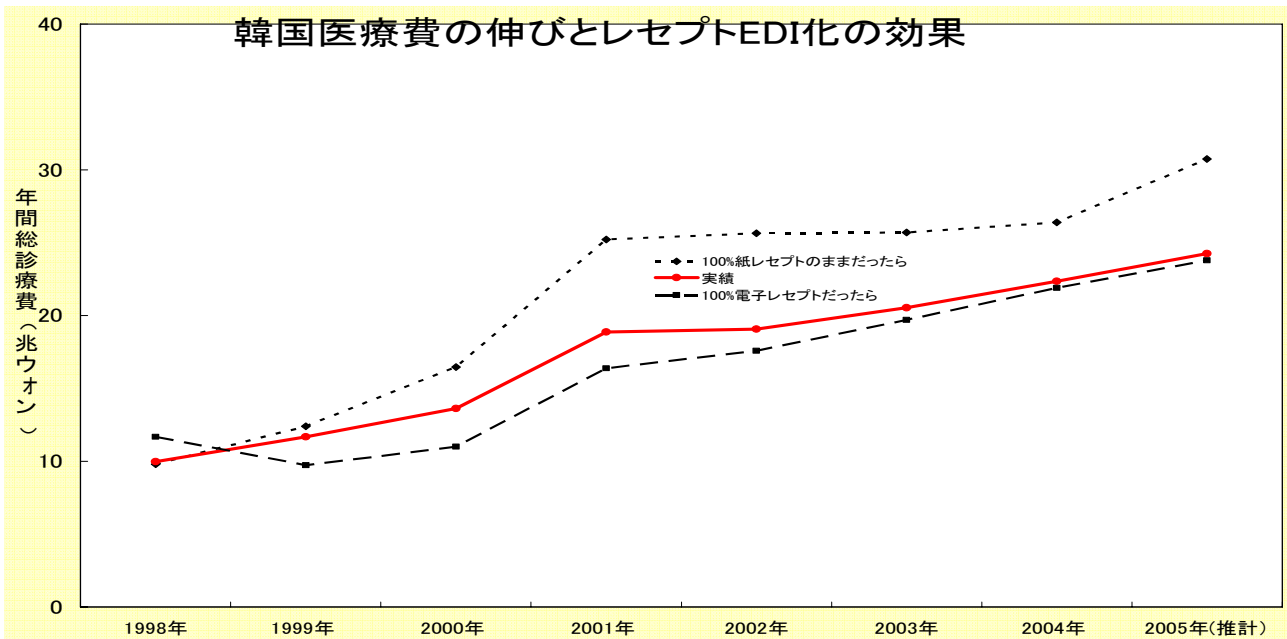
一見して明らかのように電子化率がまだ低かった98年を除き、EDI化レセプトは一貫して紙提出されるレセプトより金額が低くなっている。あたかもEDI化すればそれだけで一件当たり金額が下がるかのような印象を受ける。そうすると理論的には100%磁気化が完成すればかなりの医療費抑制効果があることになる。





なお上のグラフは審査評価院が作成したものではなく審査評価院が使用したパワーポイント等の数値をもとに作成したグラフである。このグラフについては議論があり、入院レセプトについてはEDI化した場合週単位請求も認められているので、その影響ではないか、という見方もあった。しかしながら韓国のレセプト件数は外来約3億件に対して入院は560万件にすぎず、また週単位請求もまだ一般化していないことを考えると入院レセプトの週単位化は一件当たり金額にほとんど影響を与えない、と判断できる。

EDI化そのものの医療費抑制効果はあまり喧伝しない方針のようだが、訪問した審査評価院のインタビューではEDI化自体に医療費抑制効果があるのは確実なようである。次にEDI化が韓国医療費をどれだけ削減する効果をもたらしたか試算してみた。



2004年を例にとると、レセプト件数は6億5232万件(EDI請求率は89.7%)、診療費総額は22兆3526億ウォンであった。ところがレセプト一件当たり金額ではEDIレセプトは紙レセプトより低く、EDI請求されたレセプトは33600ウォン、紙レセプトは40400ウォンであった。

もし全レセプトが紙請求のままだったと仮定すると 6 億 5232 万件 X40400 ウォン=26 兆 3750 億ウォンと予想される。すなわち 26 兆 3750 億-22 兆 3526 億=4 兆 223 億ウォン  
電子化によって低くすんだと考えられる。率にして 15.3%の削減効果があった。

逆に 100%EDI 化されたと仮定すると。6 億 5232 万件 X33600 ウォン=21 兆 8902 億ウォンと予想される。すなわち 22 兆 3526 億-21 兆 8902 億=4624 億ウォン

さらに節減できる可能性があることを意味する。韓国の EDI 化率はすでに 90%超になっているため、EDI 化のみによってこれ以上節減する効果はあまり期待できないといえそうだ。

韓国は 98 年からの 6 年間で電子化率を 9.5%から 93.5%にあげたが、2005 年の年間医療費は 24 兆ウォンと推計されるものの、もし EDI 化しなかったら今頃は 30 兆ウォンを超えていたと推定される。言い換えれば、93.5%の電子化は紙レセプトのままだった場合に比較して 21.1%の医療費削減効果をもたらしたといえる。

### 3. 2. 3 EDI 化の審査支払経費削減への影響

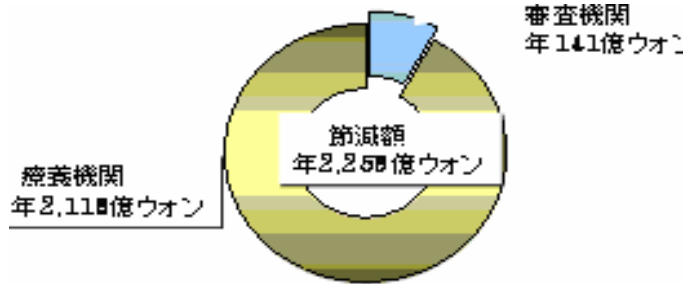
紙レセプトが磁気媒体で提出されるようになる直接的なメリットは審査支払機関の効率化である。医療保険が統合一本化された韓国と異なり、保険制度が分立する日本では、審査支払機関も国保と社保とで分かれており、国保については都道府県単位の国民健康保険団体連合会によって審査支払がされている。そこで日本の社保分だけとりだし、単一最大の審査支払機関である社会保険診療報酬支払基金と韓国の審査評価院とを比較すると両者は似通った規模になる。

下図のように、レセプト取扱い件数は支払基金が 7 億 6065 万件に対して韓国の審査評価院は 6 億 5237 万件と両者の取扱い件数は大きな差はないが審査評価院の方が相対的に少ない職員や審査委員数で業務をこなしていることがわかる。こうした事務の効率化は、EDI の直接的な経済効果といえる。

	社会保険診療報酬支払基金（日本）	審査評価院（韓国）
組織形態	特殊法人[民間]	国の機関
目的	レセプト審査支払、拠出金徴収交付	レセプト審査支払、医療内容の評価
職員数	6、500 人	1、500 人（1 本部、7 支院）
審査委員	4、490 人(2005 年委嘱数)	6 5 0 人
年間予算	860 億円（平成 18 年）	1、0 6 7 億ウォン(128 億円)
取扱レセプト件数	760、650 千件（2004 年度）基金年報	652、326 千件（2004 年）HIRA 年報
審査支払手数料	一件当たり 118.2 円の手数料	全額公費
IT 部門のウエイト		全事業費中の 50%、職員 900 人

### 3. 2. 4 EDI化の医療機関経費への影響

EDI化の直接的なメリットは審査支払機関に対するものであるが、医療機関へのメリットも大きく、審査評価院の独自の試算によると審査支払機関のEDI化による費用節減額が141億ウォンであったのに対して、全医療機関の節減額は2118億ウォンとされている。審査支払経費の約15倍の医療機関経費節減につながる、というのである。



日本の医療機関がどれだけの費用を診療報酬請求事務に費やしているか、正確な統計は無い。診療報酬請求事務は主に事務職員によって行なわれているが、その人件費や諸経費を他の経費と区別することは困難だからである。日本の医療機関の経営状況を把握する代表的な調査である医療経済実態調査によると、最新の2003年6月調査では、1056病院(うち113は精神病院)は1病院あたり305万6155円を医療事務委託費に支払っており、医業費用2億8365万円の約1%強にあたる。許可病床1床当たりになおすと約1万3000円、年間12か月に換算すると1床あたり15万6000円となり、わが国の病院病床数約163万床にあてはめると約2543億円となる。

むしろこれは医療事務を委託している医療機関が支払った経費であって、委託せずに自院の職員で医療事務をこなしている医療機関が多数あることを考えれば、日本の医療機関が診療報酬請求事務につきやす経費はこの倍はあるとみて間違い無い。

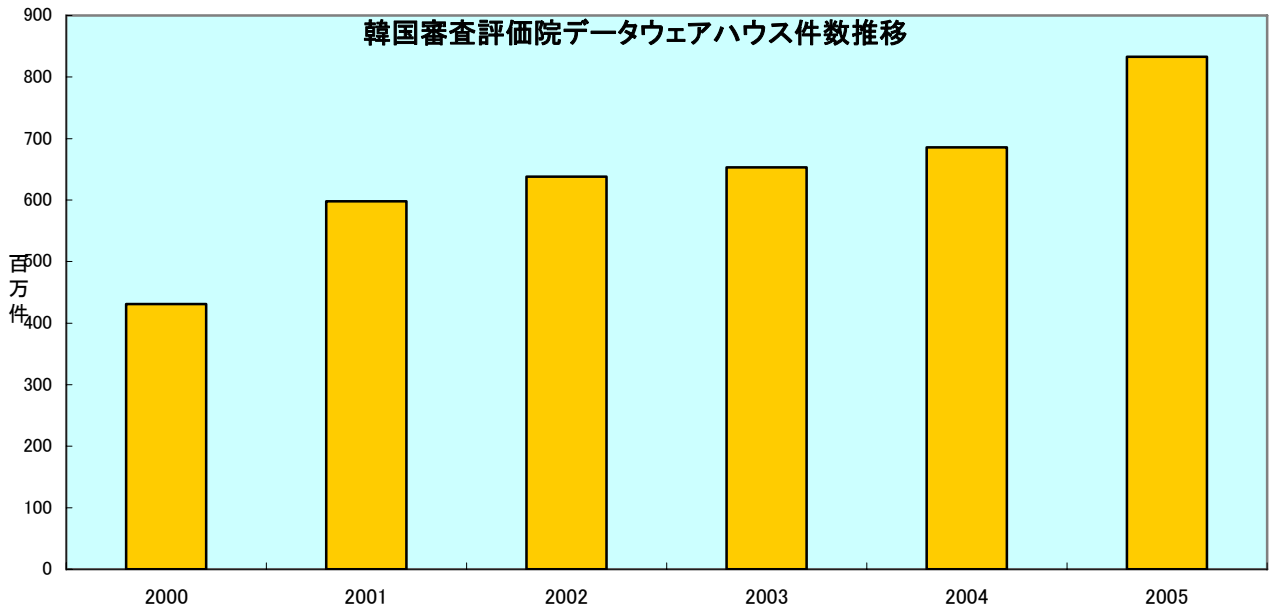
大胆に試算すると、韓国審査評価院の年間予算は1067億ウォンでEDI化は141億ウォンの節減効果をもたらしたという。率にして約13%である。日本の支払基金の年間予算860億円に当てはめると113億円、その15倍は1704億円・・・。やや単純すぎるが、わが国病院が請求事務委託に支払う年間2543億円が不要になることはむしろありえないが、かなりの節約効果は期待できるかもしれない。

### 3. 3 健康保険審査評価院レセプトデータウェアハウスの概要

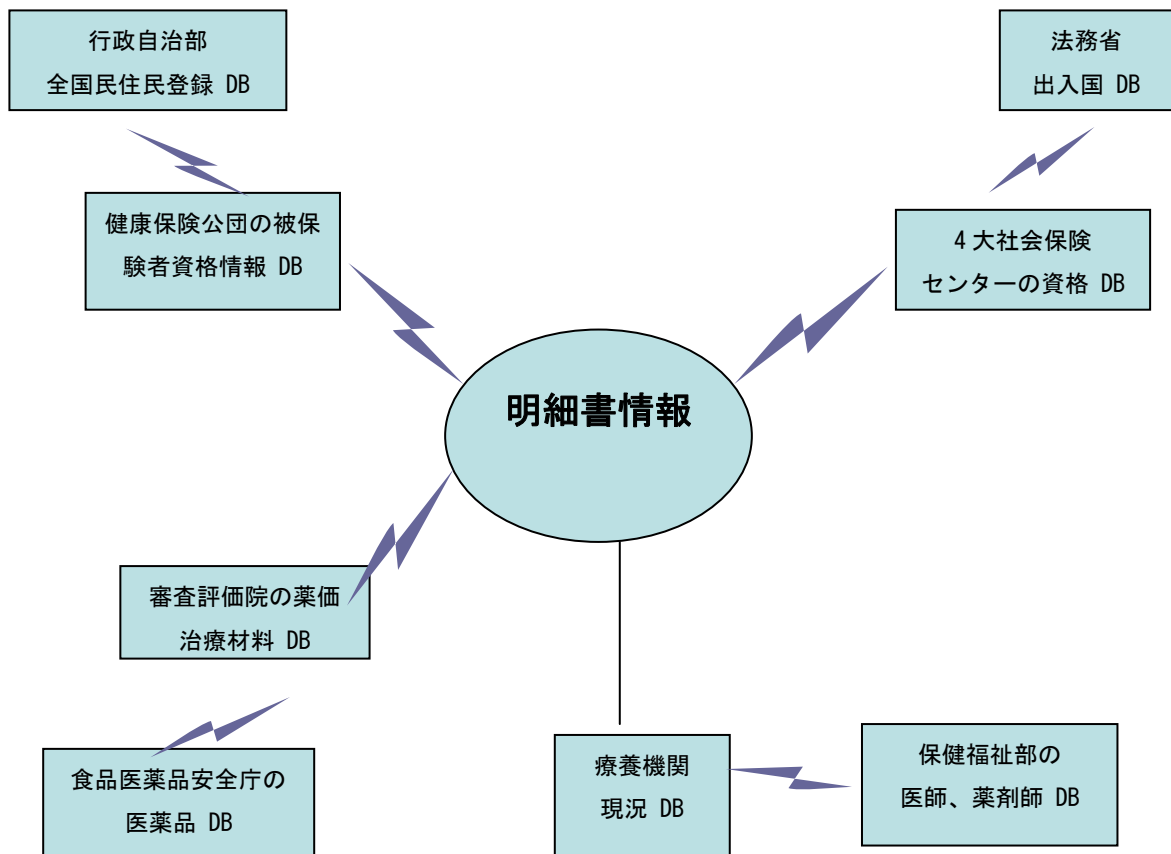
EDI化の効果は、単なる審査支払の効率化にとどまらず、レセプトデータを様々な活用して審査業務のみならず医療の質評価や医療安全ひいては公衆衛生目的に活用できることにある。

EDI化されたデータを様々な活用できるようシステム化したものをデータウェアハウス(DW)と呼び、そのデータを様々な角度から分析して新しい知識を発見する分析をデータマイニングと呼ぶが、韓国の審査評価院と日本の支払基金を区別する最大の相違はこの情報分析機能にある。

審査評価院のDWは2000年よりスタートし、2005年までの全国民の5年間のレセプトデータ38億3,900万件を収録している。レセプト一件あたり、12.5KBとして38億×12.5KB=40TBのメモリサイズとなる。この他、ミラーリングや作業領域を考慮してサイズは95TBにもなる。1TBはA4用紙をつなぐと長さは100kmにもなり、5,000万人もの個人情報を含むDWとしてはおそらく世界最大クラスのものである。もっとも個人情報保護の観点から保有するのは5年間とされ、統計情報のみ10年間保有することになっている。



審査評価院のDWの強みはレセプトの件数とそのサイズだけではない。韓国は総背番号制を取り、個人情報によって他の様々なファイルとリンクされる。



### 3. 3. 1 療養給付の適正性評価

審査評価院のDWは、直接にはレセプト審査に活用される。点数表や告示された法的な審査基準は単純なコンピューター審査でチェックされるが、それ以外にもレセプトデータ分析により、インフォーマルな審査基準も作成される。

そのひとつが医療機関傾向審査(Medical Data Management、MDM)と呼ばれるもので、医療機関の診療傾向を統計的に分析して重点審査対象を選別するものである。全てのレセプトを片っ端から審査するのではなく、MDM審査基準でひっかかったレセプトだけを審査委員がチェックする。

審査対象機関を選定する指標が「割高指数(Costliness Index、CI)」である。

$$CI_h = \frac{\sum_g (C_{hg} \times n_{hg})}{\sum_g (C_g \times n_{hg})}$$

この式において、hは医療機関、gは疾病群を指す。すなわちC<sub>hg</sub>はh医療機関のg疾病群の一件当たり診療費の平均値、n<sub>hg</sub>はレセプト件数を指す。この指数はある医療機関の総医療費を傷病補正した上で、平均的な医療機関の医療費水準と比較する。この指標は、一件当たり診療費、一日当たり診療費、診療行為別(10区分)そして一件当たり薬剤処方費と全指標について算出される。この指標がたとえば1.2であれば患者の傷病補正をしてもなおその医療機関の医療費が期待値より20%割高であることを示す。

この他「患者組成指数(Case Mix Index、CMI)」があり、これは医療機関単位ではなく診療科ごとに、同一診療科であっても患者組成の相違を補正した上での医療費水準を比較する。

$$\frac{(\sum_g (C_g \times n_{hg})) / (\sum_g n_{hg})}{C}$$

ここでC<sub>g</sub>は表示科目別の疾病別平均一件当たり診療費であり、n<sub>hg</sub>はh医療機関のg疾病群のレセプト件数そしてCは診療科目別一件当たり診療費の平均値である。

また帝王切開、CT、血液透析、輸血、股関節置換術といった主な医療行為については、その実施率を定常的にモニターし、国全体の医療の質監視を実施している。今後はさらに、冠動脈バイパス手術等の実施率や治療成績といった指標にも取り組んでゆく。

### 3. 3. 2 医薬品適正使用評価(DUR)

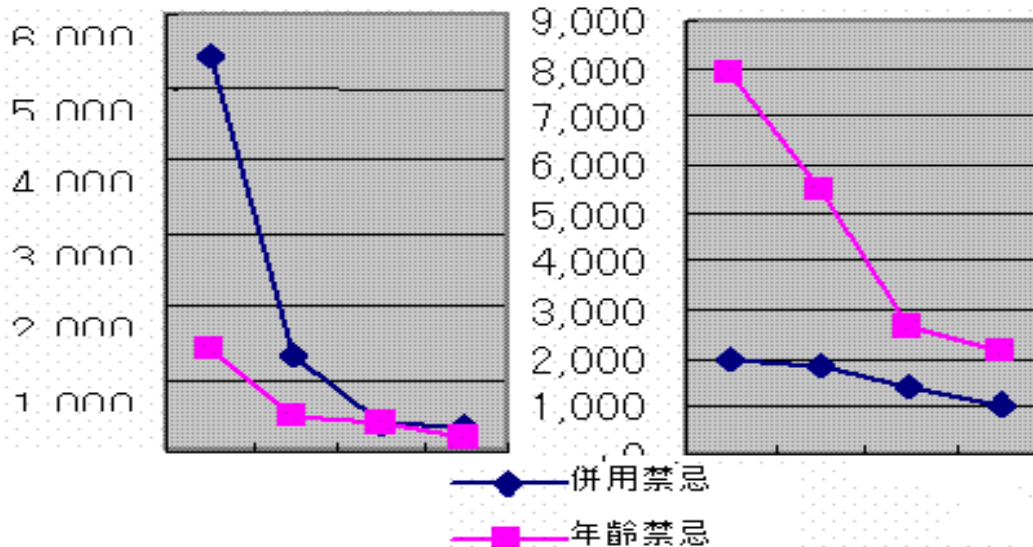
電子レセプトのDW化による医療の質と安全の向上で最も期待されるのが医薬品の適正使用のチェックがある。処方箋や調剤レセプトの内容を分析することにより、投与してはならない年齢に投与されたり、同時に併用してはならない医薬品を検出して医薬品副作用被害の発生を未然に防止することが可能になる。

医薬品適正使用評価事業(Drug Utilization Review、DUR)は2004年1月より開始された比較的新しい事業である。まずどの薬とどの薬が併用禁止(併用禁忌)か、またどの薬はどの年齢に使用してはならないかあるいは使用が制限されるか(年齢禁忌)のチェック基準が合計172件告示された。

当初は併用禁忌は5400件、年齢禁忌は1400件もあったが、わずか4か月でそれぞれ336件、217件に激減した。2005年3月には追加基準が告示され、基準数は併用禁忌204項目、

年齢禁忌 24 項目の計 228 項目になった。その結果 2005 年 4 月には併用禁忌は 2005 件、年齢禁忌は 7934 件と増えたが今度も 4 か月でそれぞれ 1031 件、2123 件に急減した。

医薬品適正使用調査 (DUR) 開始時 4 か月の禁忌件数の減少  
左は 2004 年 1~4 月, 右は 2005 年 4~7 月

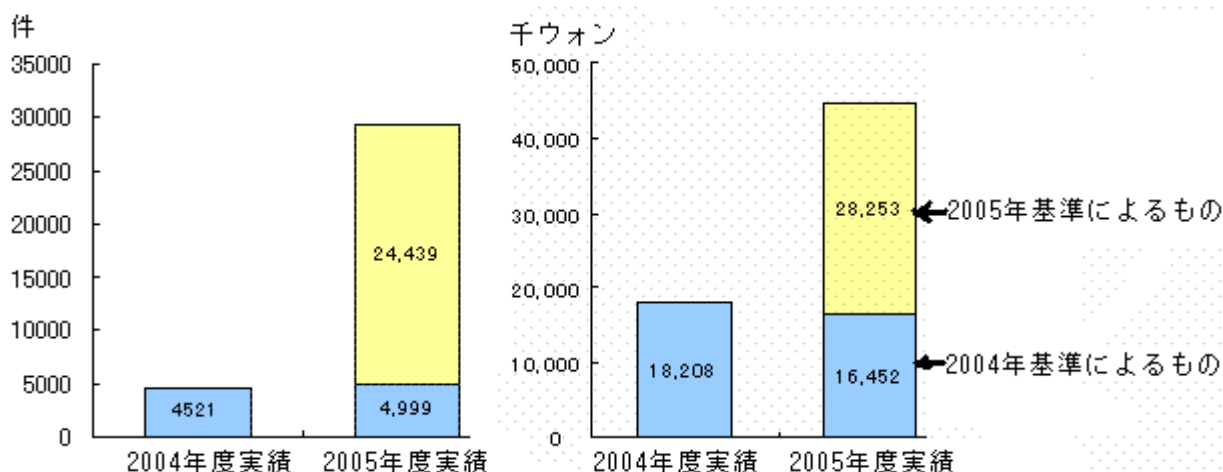


急激な減少は、レセプト内容がチェックされることが医療機関や薬局に周知され、医療機関側の自発的な努力により減少したことを意味する。裏返せば不適正投薬はレセプトチェックの強化によって簡単減らせることを意味しており、医薬品の安全使用のためにもわが国も早急に導入すべきといえる。

### 3. 3. 2. 1 査定件数及び金額

医薬品のチェックによって併用や年齢禁忌に該当するものは当然ながら査定されるが、その件数と金額は以下の通りである。2005 年基準による対象拡大で件数、金額ともに大幅な伸びを記録している。

薬剤チェックに係る査定件数と金額



### 3. 3. 2. 2 基準の追加

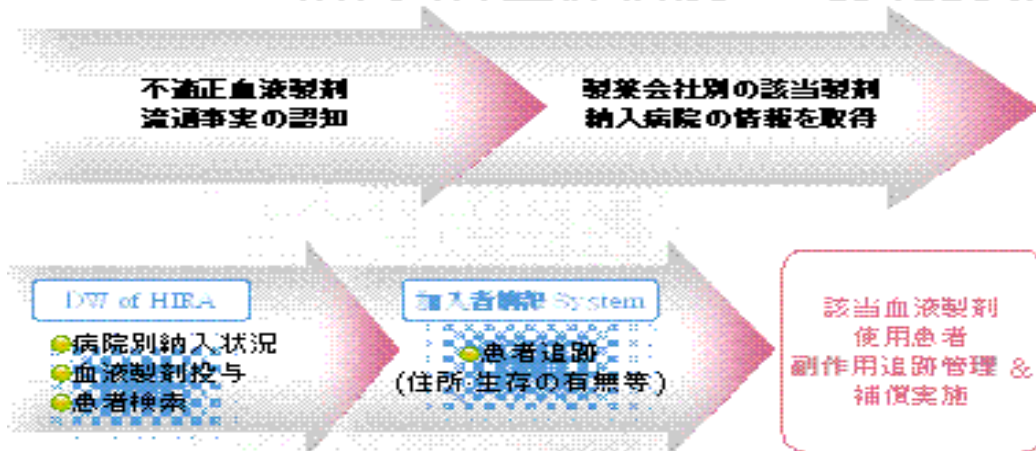
医薬品のチェック基準はコンスタントに追加されており、2005 年も既に 56 項目が告示され、211 項目が告示勧告され、そして 153 項目が検討中とある。

	効能群 (成分、品目数)	審議結果								告示推進 現況
		計	併用禁忌項目			年令禁忌項目			系列 禁忌	
			禁忌	慎重 投与	再検 討	禁忌	慎重 投与	再検 討	再調 査	
1次	11414 (215 成分、1420 品目)	9393	4242	0	0	1414	0	99	2828	56 項目 告示
2次	60000 (699 成分、5670 品目)	25353	16969	0	1515	2121	0	2525	2323	211 項目 告示勧告
3次	11010 (360 成分、1100 品目)	28585	8080	0	4141	1414	0	3838	11212	94 項目 告示建議
4次	14040 (115 成分、520 品目)	9999	1010	0	1414	11	0	2929	4545	11 項目 告示建議
5次	22020 (300 成分、1280 品目)	33636	4848	33	1515	29	0	2222	219	48 項目 告示建議
	計	106666	34949	33	8585	7979	0	12323	42727	364 項目 告示建議

### 3. 3. 2. 3 DURの最近の成果の例

電子化されたレセプトデータが最も効果を発揮すると期待されるのが薬剤疫学の分野においてである。以下、調査、報道や学術論文等より DUR システムの成果を紹介する。

#### 不適正(感染)血液製剤発生時におけるレセプトDWの活用(審査評価院Yang氏提供)





### 3. 3. 2. 4 不適正血液製剤発生時の対処

審査評価院を訪問した時、対応したヤン氏が最初に説明したのが、不適正(汚染)血液製剤の流通が発見され、対策にレセプトDWを活用した事例、であった。

事実を認知した後、まず企業から納入病院の情報を取得し、電子カルテで投与患者を検索し、続いて審査評価院のレセプトDWで患者を追跡した(医療保険が一本化されており、総背番号制なので追跡は容易)。そして副作用を管理したり、補償を実施する(個人が特定できるので製剤で感染した肝炎かそうでないか挙証できる)。

### 3. 3. 2. 5 副作用のため回収された医薬品の不適正使用の発見

フェニルプロパノラミン(PPA)は日本でも風邪薬に広くつかわれてきた成分であるが、稀に脳出血を起こすという理由で、2003年末で販売中止となった。韓国でも2004年8月以降販売禁止になったが、そのPPA含有医薬品が2万件以上処方・調剤されていたことを審査評価院が発見し食品医薬品安全庁に通報して、直ちに対策が取られた。

発表によると「PPA含有医薬品は安全性問題のため2004年使用禁止措置をしたのにもかかわらず、一部医療機関と薬局で処方・調剤されている事例が発生した」と言う。その理由として当局は「市中に流通中である品目に対する製造店の回収措置が及ばなかったことと、一部品目の場合には保険請求電算上のエラーの可能性が大きい。」と明らかにした。

食品医薬庁によると2004年8月1日以降、2005年5月末までにPPA成分医薬品に対する処方が2万2031件発生し、このうち9846件が薬局で調剤されて審査評価院に保険請求されていた。食品医薬庁はPPA成分の医薬品を調剤時には、大部分はプログラムで自動的に拒否するが、電算操作に不慣れな一部小病院、医院、薬局で処方し、調剤されたようだ。

食品医薬庁は審査評価院からのEDI請求資料の通報を受けて、調剤薬局について実際を確認後、関連法令違反時に厳重処罰する一方、現在薬局で保管中であるPPA含有医薬品など安全性問題を惹起する品目の全量収集・廃棄措置を取ると強調した。また医療機関に対しては、販売禁止になった医薬品を処方することができないように関係法令を補充し、審査評価院と業務共助を強化して販売禁止になった医薬品の保険請求チェックを強化する。

### 3. 3. 2. 6 使い捨て医療機器の再使用状況

食品医薬品安全庁が提出した「使い捨て医療機器の再使用管理方法」研究報告書によると、吸入用カテーテルの場合には調査対象医療機関の74%が再使用されていることが分かった。具体的には産婦人科用医療機器であるポンプが医療機関の51.2%で再使用され、このほか直腸チューブが37.6%、エルチューブが30.1%、手術用トロッカーが27.3%の再使用されていた。2004年の審査評価院の保険請求内訳によると、使い捨て医療機器の請求件数は12万106件、請求金額は50億600万ウォンで、使い捨て医療機器の再使用が国民健康保険への不正請求の温床になっていた。

### 3. 3. 2. 7 老人の服薬状況と副作用

65歳以上の老人の81%が薬を服用し、一ヵ月に平均服用する薬はなんと205ケに達し、副作用発生比率が一般成人の6倍に達することが審査評価院の国政監査資料で明らかになった。老人の受療状況はまた、月平均1.9回医療機関から診療を受け、2.5枚の処方箋を受けて9.2種の薬剤を22.3日服用していることがわかった。

療養機関の老人患者調査では入院患者の57%、外来患者の27.8%に、危険性のある不適切な薬剤を処方されたことが分かった。このうち、薬剤相互副作用現象が発生した老人は月平均2.5回診療を受け、3.3枚の処方箋で平均13.8種の薬物を月平均24.6日服用している



と分析された。薬剤相互副作用の発生率は、一般成人に比べて6倍も多い19.2%であった。老人は医療機関で処方調剤される薬剤以外にも健康食品、漢方薬、一般医薬品もたくさん服用しているので、調査された結果よりずっと多い薬物を服用していると推定された。

老人10名中の9名以上が老化に伴う慢性疾患を一つ以上持っており、関節炎と高血圧、腰痛、神経痛、白内障などが多かった。三つ以上の慢性疾患を持っているのは、女性老人では66%、配偶者がいない老人では65%であることが分かった。このような老人性疾患の頻発によって、老人医療費は5兆1000億ウォンに達し、総医療費(22兆3000億ウォン)の22.9%を占めており、老人1人当たり年平均約120万ウォン(本人負担金除外)の医療費が支出されている。

### 3. 3. 3 レセプトデータの医学研究への活用

膨大な件数のレセプトデータは医療情報として医学研究や疫学研究に活用することができる。審査評価院はDWを各種医学研究のために積極的に研究者に活用させており、その成果は一流の国際医学雑誌に近年さかんに発表されるようになった。以下に主に英語文献のデータベースより検索した韓国レセプトデータDWを活用した医学研究成果である。それぞれの研究の重要性を日本と対比しつつコメントも入れた。

#### 3. 3. 3. 1 医療の質管理目標の設定

【論文の要約】韓国ではレセプト審査を単なる医療費支払だけでなく、医療の質確保の目的で使用していることを示す最新論文。医療保険審査評価院は医療の質の目標を設定する57の診療行為(心臓手術、白内障手術、扁桃摘出、虫垂切除、抜歯、アルブミン/グロブリン製剤の使用状況、高血圧治療、肺炎、急性上気道炎等)について医療保険審査評価院はレセプトデータより調査する。

【コメント】韓国の医療保険評価院(HIRA)がこれから着手する医療の質評価の対象となる項目を列挙した論文。この論文には結果そのものはまだ記載されていないが、昨年10月の国際学会において血液製剤の使用状況からみた医療の質を病院ごとに評価した結果が発表された。HIRAは今後、この論文でかかげた57指標について国内の全医療機関の評価をしていく。Int J Qual Health Care. 2005 Apr;17(2):157-65. Epub 2005 Feb 21.

#### 3. 3. 3. 2 病院ごとの血液製剤の使用実態と医療の質評価

HIRAのデータベースを使って268病院(大学病院42、一般病院226)の2002年7~9月の3か月分の血液製剤使用実態を病院ごとに、3の医療の質指標を分析した。その3指標とは以下の通り。

- 1) 使用量・・・韓国版DRGを使って傷病補正した上での血液製剤使用量の比較(赤血球、血小板、新鮮凍結血漿)
- 2) 一本だけの輸血の割合・・・注:輸血はある程度の量を一気に注入するべきで、一本だけの小出しの輸血は効果が乏しいのみならず医学的にむしろ有害(感染の危険をもたらすだけ)とされる。

### 3) 血液製剤ガイドラインの遵守状況

結果は以下の通り

#### 1) 使用量

42 大学病院	最低	平均	最高	変化 係数	226 一般病院	最低	平均	最高	変化 係数
濃厚赤血球	0.7	1	1.65	21.84	濃厚赤血球	0.08	1	1.6	31.28
新鮮凍結血漿	0.15	1	1.69	47.44	新鮮凍結血漿	0.02	1	6.33	121.13
血小板	0.22	1	2.06	44.82	血小板	0.08	1	3.84	90.9

2) 一本だけの輸血の割合・・・大学病院6.6%、一般病院7.8%大半が濃厚赤血球

3) ガイドライン遵守率・・・赤血球81.1%、新鮮凍結血漿97.8%、血小板81.9%いずれも日米より高い遵守率。

2004年10月国際医療の質学会でのHIRAの発表

### 3. 3. 3. 3 レセプトでがん登録を補完

【論文の要約】以下の2論文は、肥満ならびに喫煙がどれだけがんになりやすくするかを追跡調査した、テーマとしては「月並み」な研究である。しかしながら、その手法は注目に値する。78万人に健診して肥満度を測定しその後10年間追跡したのだが、そのうちがんを発病したかどうかの把握をがん登録とレセプトで二重に把握した。

韓国では全国がん登録があり、診断されたがんの80%が把握されている。しかしそれでも20%は把握されないわけで、レセプトで照合して把握した(総背番号制の利点)。その結果、がん登録で把握された患者の5.9%に当たるがんがレセプトで追加的に発見された。ただ、がん登録ではがんの詳細な種類まで報告されるがレセプトではわからない。そこでレセプトでのみ発見されたがんは「型不詳」と分類された。

【日本の現状】わが国には全国的ながん登録制度がなく、たとえば胃がんによる死亡数は確実に把握されるが、何人胃がんが発生したか不明(かつてがんは死亡数≒発生数だったが、現在では治療技術の向上で胃がんは致命率は50%といわれる)。大阪や宮城で研究者によって自発的に行なわれているが、そのカバー率は80%にとどいて及ばない。本論文のデータよりして韓国のがん登録のカバー率は80%どころか90%をはるかに超える優れた精度を有しているようだ。全国がん登録の制度がないわが国では、レセプトを活用する以外、がん等の発生や生存率を把握することは不可能。

J Clin Oncol. 2005 Jul 20;23(21):4742-54.

Cancer Detect Prev. 2005;29(1):15-24. Epub 2004 Nov 23.

### 3. 3. 3. 4 腎盂腎炎の再発率

【論文の要約】以下の2論文は腎盂腎炎やパーキンソン病といった、感染症やがんのような届出や登録制のない疾患の発生状況をレセプトで調べた報告である。腎盂腎炎は再発率が高いが単に何人発生しているかだけでなく、最初の発生の後12か月以内に再発する確率は男性5.7%、女性9.2%だったということもわかった(さらに4回発生した人が5回目を発生する率はなんと50%)。パーキンソン病のような非感染症もレセプト以外に有病率や治療実態を把握する手段はない。この論文はパーキンソン病の有病率をレセプトで把握し、10万人当たり19人と日本より低い、と報告している。

【わが国の現状】わが国では感染症法に規定する公衆衛生上重大な感染症(インフルエンザ等)は報告システムがあるが、報告率は悪く、また同一人を特定して調査できないので、一

度インフルエンザにかかった人が翌年も再感染する確率は全くわからない。その点レセプトは、たとえばアレルギー性鼻炎等感染症でない疾患も把握でき、韓国のシステムでは総背番号制の下、同一人のレセプトをリンクして再発率も調べられる点が優れている。わが国ではいくつかの病院の医師が自院のカルテを分析してこうした報告を学術誌に報告したりするが、全国をカバーする調査は行なえない。

### 3. 3. 3. 5 レセプトにおける心筋梗塞の傷病名の正確性

レセプトを用いた循環器疾患のサーベイランスシステムを構築する準備として、レセプトの傷病名の正確性を調査した2000年の論文。韓国医療保険公社は実に1993年から18万人以上の循環器患者を対象とする追跡システムをもっており、そこから258人の男性患者を選び専門の診療録管理士によるカルテ調査をした。その結果、76%が正確と判定された。不正確の最大の原因は、医療機関のレセプトチェック部門に責任があった。

Yonsei Med J. 2000 Oct;41(5):570-6.

### 3. 3. 3. 6 傷病コーディングエラーと政府による介入の効果

レセプトの傷病名コーディングにエラーがあると医療費支払のみならず、疫学研究ならびに医療研究に重大な影響がある。1997年5疾患についてコーディングエラーのあった226医療機関に対して指導を行った結果98年には対象医療機関の94%においてコーディングエラーがなくなった。簡単な介入によってコーディングエラーは激減できる。

【コメント】わが国ではレセプト傷病名に対する不信が強いが、それはレセプトを単なる医療費の請求書としてしかみず、医療情報として考えなかったことが大きい。レセプト傷病名の記載に診療録管理士のチェックを入れる等、医療情報としての質の確保はわが国も大いに見習うべきであろう。

Int J Health Plann Manage. 2003 Apr-Jun;18(2):151-9.

### 3. 3. 3. 7 タバコによる傷病別医療費への影響

【要約】韓国の成人喫煙率は1999年に男性66.6%、女性3.3%であった。韓国医療保険公社の被保険者、男性11万5682人(25%無作為抽出)と女性67932人(全数)を1992年に健診して喫煙状況を把握し1993年一月から1998年12月までのレセプトと照合して医療費を、喫煙者、前喫煙者を非喫煙者と比較した。その結果、意外な結果が・・・

- 1) 循環器、呼吸器、消化器ならびにがんの医療費だけを比較した場合・・・喫煙者>非喫煙者
- 2) 全傷病の医療費で比較した場合・・・喫煙者<非喫煙者と正反対の結果になった。

傷病別に分析し、喫煙に起因する四傷病だけの医療費で比較すると明らかに喫煙者は医療費がかかる。

【わが国の現状】この韓国の研究は、医療費の比較にあたって傷病別に分析することの重要性を余すところなく示している。日本でもこれまでも喫煙者と非喫煙者の医療費比較が行なわれたが、レセプトデータシステムの不備のため、傷病別分析を行えず、常に総医療費で比較せざるをえなかった。そして結果は予想に反して喫煙者の方が医療費が低いとでることが多かった。これは日本のパラドックスと呼ばれ「タバコは医療費に悪影響を与えない」とするタバコの反論の主な根拠とされた。

日本での類似の研究は泉陽子による国際疫学雑誌の論文である(2001年30巻616~621)

頁)。宮城県大崎保健所内の43408人の成人男女に1994年に健診で喫煙状況を把握し95年一月～97年6月30月分のレセプトをリンクして比較した。その結果、男性の医療費は喫煙者>非喫煙者だったが女性では差はなかった。また男性の喫煙者の医療費が大きくなったのは入院費用がかさんだため、外来医療費のみで比較すると男女とも喫煙者は88ポンド/人 vs 非喫煙者92ポンド/人とむしろ喫煙者の方が医療費が安くなる傾向があった(統計的有意差なし)。

同様の結果は、日本の他の研究でもあるが、共通点はいずれも傷病別ではなく総医療費で比較している、という点である。韓国の結果から想像されるのは傷病別分析を行えば、韓国同様の結果が得られたものと考えられる。

Tob Control. 2003 Mar;12(1):37-44

### 3. 3. 3. 8 全体的コメント

研究者の立場からわが国と比較して注目されるのは、政府として「皆保険制の下、国は責任をもって金は払います。しかし単に払えばなし、というのではなく、支払うに値するだけの医療が提供されるようキチンと監視します」という明確なポリシーをもち、医療機関から提出されたレセプトを審査が終わったら倉庫にしまうのではなく、その情報を、疾病の流行状況、手術の成功率といった医療の質の評価といった疫学研究や医療サービス研究に役立てようとしている点である。

事実として医療保険公社や医療審査評価院が自ら研究者を雇用したり、大学等の研究者に積極的にデータを提供して分析させ、それが一流国際誌に多数掲載されている。韓国の医療保険制度はわが国にならって作られており、基本的には似たシステムである。したがってわが国も韓国と同様のレセプトデータ活用システムを構築することは可能である。

## 第4章 韓国EDI化の成功要因

### 4.1 日本の立ち遅れの要因

韓国EDI化成功の要因を検討する前に、まず、日本が立ち遅れた要因を検討する。

レセプト電算化では、完全に韓国の後塵を拝する日本であるが、レセプト電算化の構想そのものは実は日本の方がはるか以前に立案していた。レインボー計画というロマンチックな通称で呼ばれた日本の「レセプト電算処理システム」(以下、「レセ電算」という。)計画が発表されたのは1983年のことであった。パーソナルコンピューター元年といわれたのが1981年。当時すでに民間企業が開発した「レセコン」が医療機関に普及中であった。当時の普及率を下表に示す。導入は医療機関の1割だが大規模の施設が多かったため、コンピューターで作成されたレセプトは全体の2割を占めていた。

紙レセプトのレセコンによる作成割合(1983年、%)

	医科	歯科	調剤	計
医療機関ベース	12.6	5.4	3.9	9.4
レセプト件数ベース	23.6	7.8	18.7	20.7

(財)医療保険業務研究会資料より

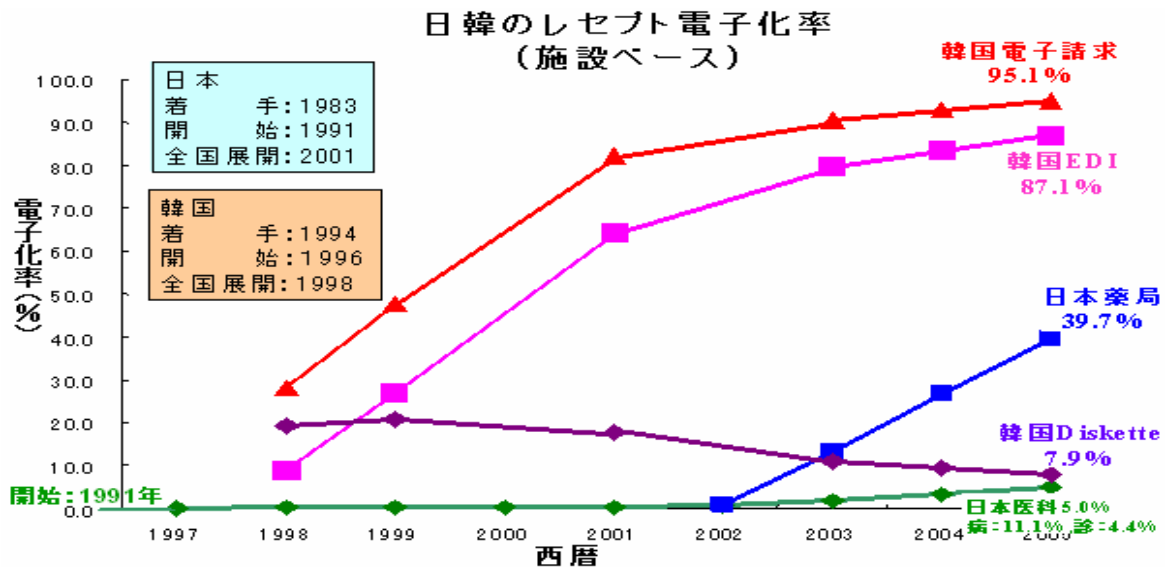
「医療機関がコンピューターで処理しているのなら、レセプトは紙に印字するのではなく、電子媒体で提出すればあとの処理が楽になる。」これが当時の計画の趣旨であった。

当時の状況のある関係者は次のように語る。「この時代に厚生省からレインボーシステム構想が示された。このシステムは、レセプトを紙ではなくフロッピィのような媒体でも行うという画期的なものであった。しかし1985年の計画実施前に、これは不正請求の防止手段が目的であるという情報がマスコミによって浮上し、せっかく進んでいた医師会との合意がなくなってしまった。3年間の検討の後、1988年に厚生省はレセプト電算処理システムというプロジェクトを再び世に示すことになった。1991年から16医療機関の参加によってパイロットスタディが実施された。その内容は、紙レセプトは一切提出せず磁気媒体のみによる請求を基本にする、という当初の方針を貫いたものである。しかし審査は紙にしてから行うという医師会との合意のもとに進められている(前田征男.レセプト処理の歴史.医療とコンピューター5(4)1993;2:5)」

1991年9月には、電子レセプトの様式も告示され、この時点で日本の電子レセプトの「形式」は整った(その形式は現在もお踏襲されている)。この時点では、明らかに日本は韓国より先行していた。当時韓国はようやく皆保険制を達成したばかりであり、日本のレセプト電算化の動きを注視していたようである(韓国の関係者は当時を振り返って、1987年頃からで、政府の説得に奔走したのが1989年くらいだったと語った)。韓国とてその後に急速に電子レセプトが普及したのではなく、日韓の差が拡大するのは90年代後半に入ってからである。

次頁のグラフは日韓両国の電子レセプトを採用した医療機関数の割合を示している(医歯薬を合わせた機関数は、日本が22万、韓国が7万と大幅に相違するので縦軸は普及率としている)。1998年以降韓国の電子化率が急増し、日韓が逆転した。

この動きをITの歴史と重ねあわせると、日本でパソコン通信が開始されたのが1987年、インターネットの商用提供が始まったのが1992年であった。画期的なOS、Windows95とあ



いまってインターネットが国民生活に普及していったのは1996年くらいからである。韓国のレセプト電子化は爆発的なインターネット普及の波に見事にのったかのように見える。

1997年にはアジア通貨危機に端を発して、韓国経済は深刻な不況に直面したが、このいわゆるIMF危機も韓国のレセプト電算化には追い風となった。

一方、1996年当時の日本の旧厚生省は薬害エイズや汚職事件で揺れていた。そうした不祥事に加えて、当時の日本の関係者は介護保険というより重要な問題に忙殺されていた。この頃、日本のレセプト電算化が停滞した背景にはこうした事情も無視できない。ただ、介護保険のレセプト請求は当初より電算オンライン請求でスタートし、審査支払機関である国民健康保険団体連合会の情報力が飛躍的に高まった点は特筆されよう。そして医療保険レセプト電算化が再び重視されるようになったのは介護保険施行が一段落した2001年末のことであった。

2001年初頭、当時の森内閣はIT基本戦略を策定し、e-Japan戦略を打ち出した。2001年末には「保健医療情報化グランドデザイン」が公表され「2004年度末までに病院レセプトの5割、2006年度末までに7割」という数値目標が示された。これにより、ようやく国をあげたレセプト電算化にとりくまれるようになった。当初は医科だけであったが、2002年から調剤レセプトが加わった。しかし歯科レセプトは未だ、計画さえ未定である。グランドデザインで示された目標は達成できなかったが、日本においてもレセプト電算化は着実にすすみつつある。

電子レセプトでは受けとり側である審査支払機関の事務処理データの再入力が必要なくなる。しかし、審査はなおも目視により行われているので、電子請求されたレセプトも紙にプリントアウトが行われている。最近になってレセプトイメージを画面表示して、画面審査ができるシステムが実現したが、最終的な保険者へ送付は紙で行なわれるためにプリントアウトはなおも必要となっている。

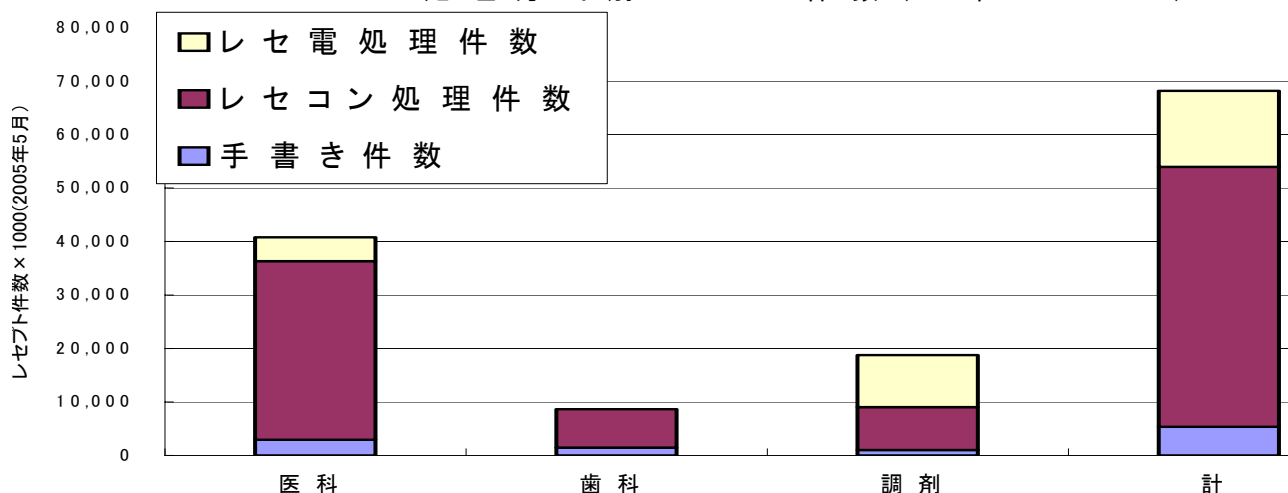
当初は韓国より5年先行していた日本が、結果として5年の遅れをとってしまったことは、IT分野における進歩の速さ、それぞれの国をとりまく社会経済情勢そして政治的なリーダーシップ等様々な要因がからむ。しかし20世紀末に韓国が急速な医療IT化を実現した間、日本は決して怠惰だったわけではなく、同時期に介護保険制度という世界に冠たる制度を全く新しく創設した。当時の介護保険をめぐる国をあげての政策論争はほとんどフィーバーと言っていいぐらいで、その社会へのインパクトは韓国のレセプト電算化のそれ

よりはるかに大きかった。第4章に示した人口ピラミッドをみても、当時の日本にとってレセプト電算化以上に重要な課題があったのは事実である。要は当時の両国の政策優先順位に違いがあった、というべきであろう。

21世紀の今、日本が韓国の医療IT技術を学ぼうとしているのと同時に、韓国はある意味で日本以上に深刻な高齢化問題に直面しようとしている。西暦2100年の歴史家は「20世紀末から21世紀初頭にかけて、日韓両国は期せず理想的な役割分担を行っていた」と教科書を記述するかもしれない。

日本の立ち遅れの背景を理解した上で、次に韓国の成功要因を吟味してゆく。

処理方式別レセプト件数（日本：2005/5）



#### 4.2 電算化へのメリット誘導

立ち遅れた日本でも調剤レセプトの普及は進んでいる。調剤薬局がレセプト電算化に熱心な理由として、調剤レセプトはある点数以上のものは処方せんのコピーを添付することになっている。紙レセプトではそれをレセプトごとに貼付するが、電子レセプトの場合は一括でよいので薬局は電子化により事務負担が軽減されるというメリットがある。薬局の普及が顕著なのはこのメリットの効果と考えられる。

支払基金関連レセプトの電子化状況は毎年発表されている。下図は2005年5月の状況である（2005.10.11：社会保険旬報より）。

	医科	歯科	調剤	計
レセ電処理	11.0%	0%	51.8%	20.9%
レセコン処理	81.8%	83.3%	42.7%	71.2%
手書き	7.2%	16.7%	5.5%	7.9%

これによると、日本の医療機関へのレセコンはすでに普及を終えているが、「レセ電算」への切り替えは進んでいない状況といえる。薬局とは異なり医療機関としては、敢えてレセプト電算に切り替えるメリットがないようである。やはり新しいものを導入させるには、何らかのメリットの付与が必須のようで、韓国は医療機関が歓迎する以下のような様々なメリットを付与した。

- ・ 早期支払 (97 年の IMF 危機中の高金利が追い風になった)

(1) 診療費の早期支払い

高金利社会の韓国ではこれが最も効果があった。電子レセプトでは15日以内に支払われた。審査のためなどでそれが実現できない場合でも診療費の90%は15日以内に支払うと規定された。紙レセプトの場合は27日で可能であったものを逆に40日に延長したとのことである。

(2) 請求周期の短縮

月単位の原則を入院に限っては週単位でも可能とした。この周期がさらに短縮して、日単位請求の実現が現在検討中である。

- ・ 診療所向けの緑認証制度

過去1年以内に行政処分を受けなかった医療機関（現在は診療所のみ、将来は薬局への拡大を検討中）は、緑認証制を申請することでレセプトの審査が2年間免除される。ただし抜き打ち的に審査は行われる。その際に虚偽や不当請求が発見されると認証は解除され、3年間は認証が受けられない。現在、診療所の約半数が認証を受けている。

- ・ 導入初期の誘導策

加入後3～6ヶ月は無削減扱いとし、実査は猶予する。KTはソフトウェアベンダに業務プログラムの無償提供を実施したのでEDI導入費用が削減できた。中小医療機関向けには回線経由のASPサービスによって安価にコンピューター機能が使用できる環境を準備した。

- ・ 請求作業量の削減

ペーパーレスによる人件費及び輸送費の改善、修正要請に対する修正作業の簡素化。

- ・ 添付資料の簡素化

条件に合致した場合に限ってであるが診断画像、検査結果、院外処方せん、麻酔記録などのレセプト添付が求められる。電子レセプトではそれが担当医師名や検査項目の記録で代行できる。

- ・ 審査の透明性および信頼性の拡大、医療経営に役立つ情報の医療機関へのフィードバック

査定された内容は理由を付けて返送されるので、医師ごとに再発防止対策をとることができる。また、同規模の医療機関の平均的経営状態のデータが得られるので自院の問題点の把握が可能になる。



### 4. 3 優れた診療行為コード体系

上に述べた経済的インセンティブに加えて、韓国の点数表の診療行為コード体系が、日本のそれよりも電算化にきわめて有利なものであったことも重要な EDI 化を促進した条件であった。以下にその有利さを詳説する。

#### 4. 3. 1 日韓コード体系の相違点

韓国と日本では医療保険のコード付与の対象に下表のような違いがある。韓国の点数表は日本のものをベースとしているが、それを簡素化してコード付けを実現している。

分類番号	コード	分類	点数	金額(ウオン)
ア-1		外来患者診察料 ア.初診料		
		注1 満6歳未満の小児に対しては9.03点を加算する。但し、医科医院、医療院内の医科の場合には満1歳未満の小児については27.09点を、満1歳以上満3歳未満の小児については18.06点をそれぞれ加算する。(算定コードのはじめの桁に満6歳未満は6、満1歳未満は1、満1歳以上満3歳未満は7を記載する。)		
		注2 歯科で障害者登録証を交付された脳性麻痺または精神障害人に対しては9.03点を加算する。(算定コードの100の桁に9を記載する。)		
		注3 平日20時(土曜は15時)から翌日9時まで、または公休日に関する規定による公休日には診察料の中の基本診察料(初診)の所定点数の30%を加算する。(算定コード10の桁に夜間は1、公休日は5を記載する。)		
	AA154	(1) 医科医院、医療院内の医科	179.63	10,220
	AA155	(2) 医科病院、療養病院内の医科	203.97	11,610
	AA156	(3) 総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除外した歯科大学付属歯科病院	227.44	12,940
	AA157	(4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学付属歯科病院	250.90	14,280
	AA100	(5) 歯科医院、医療院内の歯科	166.06	9,450
	AA109	(6) 歯科病院	178.70	10,170
	10100	(7) 漢方医院、漢方病院、医療院内の漢方と、国立病院内の漢方診療部、療養病院内の漢方診療部	151.62	8,630

韓国健康保険療養給与費用2004年1月版より

	韓国	日本
コードの付与対象	「所定点数 <sup>1</sup> 」ひとつひとつにコードと点数を付けている。たとえば「深夜受診した乳幼児の再診料」は〇〇点と単純に記載されている。	たとえば「深夜受診した乳幼児の再診料」の点数そのものは告示されておらず、ただそれぞれの加算点数が告示されているのみ。 その点数を得るには、いちいち計算しなければならず、最終計算結果は告示されない

<sup>1</sup>両国とも医療保険の取り扱い単位を所定点数としている。所定点数は加算点数を算定しない場合は「所定点数=基本点数」であり、加算を算定する場合は「所定点数=基本点数+Σ加算点数」であり、加算の算定論理は単純ではない。

#### 4. 3. 2 点数表簡素化が可能にした韓国のコード体系

診療行為を商品としてみた場合、特殊なことは、基本料金だけではなく様々な追加料金(加算)が付加されることである。しかも加算は単純ではなく、たとえば年齢によって乳幼児加算があったり、時間によって深夜加算や休日加算等がある。そのため基本料金(点数)と各種加算との組み合わせは膨大な数になり、表現が複雑になる。その膨大な組み合わせを韓国は簡素化されたコード体系によって容易にしている。

日本の診療行為コード体系はきわめて複雑で EDI 化の阻害要因になっているが、韓国も以前は日本と同様の複雑なコード体系であったのを 1991 年頃、電算化を目的にコードを導入した。このコードは基本点数を 5 桁で、加算点数を 3 桁に固定して表現しているため、本報告書では以後「5+3 コード」と表現する。

	コード	名称	算定名称	点数	金額
1	AA154	初診料-医科大学		179.63	9950
2	AA154010	初診料-医科大学	夜間	225.12	12470
3	AA154050	初診料-医科大学	公休日	225.12	12470
4	AA154100	初診料-医科大学	満1才未満	206.72	11450
5	AA154110	初診料-医科大学	満1才未満夜間	252.21	13970
6	AA154150	初診料-医科大学	満1才未満公休日	252.21	13970
7	AA154600	初診料-医科大学	満6才未満	188.66	10450
8	AA154610	初診料-医科大学	満6才未満夜間	234.15	12970
9	AA154650	初診料-医科大学	満6才未満公休日	234.15	12970
10	AA154700	初診料-医科大学	満1歳以上満6才未満	197.69	10950
11	AA154710	初診料-医科大学	満1歳以上満6才未満夜間	243.18	13470
11	AA154710	初診料-医科大学	満1歳以上満6才未満公休	243.18	13470

健康保険審査評価院ホームページ2004/1より

それを初診を例として次頁図に示した。初診料は医療機関の種別ごとに異なっているが、それぞれに 5 桁コードがある。注 1、注 2 は年齢など患者の状態による加算で、注 3 は時間帯による加算である。これらの加算を算定した場合は、3 桁のコードを追加している。したがって、加算を算定しない場合の所定点数は 5 桁、加算のある所定点数は 8 桁で表示される。所定点数の総数は、32、810 件であり、加算のないもの(5 ケタ)が 5、547 件であり、加算のあるもの(8 ケタ)が 27、263 件である。

加算を 3 桁で表現するには「同時に算定できる加算は 3 件以下」が前提となり、点数表の策定も当然ながらその制約に縛られることになる。これは日本のような自由な点数表の策定を困難にはするが、反面、ひとつのコードにひとつの点数が対応し、データ処理を容易にした(日本の点数表では、診療行為ごとに様々な加算点数を合計しなければその診療行為の点数は得られない)。

コード体系という技術的な違いが日韓両国の EDI 化の普及に大きな影響を及ぼしたことは一見分かりにくいと思われるので、つぎに日韓の電子レセプトの例を使って説明する。

韓国は所定点数とコードが 1 行で記載されており、しかもコードの桁数で加算の有無も

わかる。日本の所定点数は複数項目の算定結果が一般である。下の例の「新生児加算（画像）」は「単純撮影」点数の30%なので、所定点数は計算しなければ確認ができない。

図をみてもわかるように、日本の複雑な点数表体系では、医療機関、審査機関そして保険者といった各段階で複雑な計算をくり返さなければならない。その複雑な計算をプログラム処理していたとしたら、点数改正のつど計算のロジックにも変更が加えられるので、プログラム全体の改造が必要になる。韓国の簡素化された点数表なら点数を告示するだけですむ。

加算を3桁コードで表現した韓国の所定点数コード

部	加算コード	加算内容	部	加算コード	加算内容
初再診	n n n	予備 夜間、公休日、処方箋受領 年齢等区分(3)	脳波検査	n n n	予備 デジタル検査 満6歳未満
入院	n n n	予備 特殊病室(3) 入院時刻(2)、入院日からの日数(2)	画像診断	n n n	専門医判読、外部判読依頼 血管撮影種別(7) 満8歳未満
管理料	n n n	予備 夜間、公休日 予備	麻酔	n n n	予備 時間帯(2) 年齢区分(3)、麻酔種別(5)
検体検査	n n n	予備 予備 核医学法、外部判読依頼	処置・手術	n n n	第2手術、再手術(主、第2手術) 夜間、公休日、応急 予備
穿刺	n n n	予備 治療目的 満8歳未満	投薬	n n n	製剤料 予備 満6歳未満
生体検査	n n n	予備 内視鏡下生検 満8歳未満	注射	n n n	予備 予備 満8歳未満

### 日本の電子レセプト

	コード	名称	所定点数
1	112000210	再診(診療所)	
2	112001070	再診(幼児)加算	101
	112000210	再診(診療所)	74
3	170000410	単純撮影(イ)の写真診断	
	170001910	単純撮影	
	170017170	新生児加算(画像)	339

所定点数とコードが対応していない。(所定点数が1つのコードで表現できない。)

### 韓国の電子レセプト

	コード	名称	所定点数 (ウォン)
1	AA254600	再診診察料、医科医院、満6歳未満	8180
2	AA254	再診診察料	7960
3	G2101300	胸部1枚、満8歳未満	4690

所定点数とコードが対応しているので所定点数がコードで処理できる。

#### 4. 4 審査透明化のためのデータ分析の必要性

韓国でもかつては、人間の主観に頼る審査が主流であったが、医療保険改革(統一本化や審査評価院の創設)の過程で、データとエビデンスに基づく公正な審査を求める声が保険者のみならず医療機関からも求められた。複雑で多種多様なレセプトに統一的な審査基準を策定するためには、膨大なレセプト内容を分析し、ばらつきや傾向を定量的に把握することが必要であり、そのためにはレセプト電算化が不可欠になった。

審査評価院のレセプトの審査現場では、審査画面が開く前に、レセプトはコンピューターによる論理的なチェックを経ている。職員による審査はコンピューターのロジックでチェックできなかった例外的なものだけであり、その後の審査もできるだけ客観的な選択肢を経て行われるよう配慮されている。レセプトの大半は問題のないものであるから、客観的な基準によるコンピュータースクリーニングは詳細なチェック要不要も短時間に判定して審査効率を向上させている。

審査評価院はこれまでに1000を超える審査基準を公表している。これら基準はいずれも膨大なデータの積み上げの結果であり、審査評価院のデータウェアハウスがその効果を発揮している。

#### 4. 5 点数表策定のシステム化

韓国においても点数表などの法令類の策定は、保健福祉部等行政部局の管轄であるが、EDI化に適した点数表の構造を実現するためには、点数表策定の段階からシステム部門との共同作業が有利になる。韓国保健福祉部は、審査評価院からの出向職員を受け入れ、点数表そのものをEDIやコンピューター審査に適した形態で策定している。具体的には3万項目にもものぼる所定コードの明確な定義や、診療報酬点数表を比較的長期間固定し、一点単価のみを変更させる診療報酬改訂といった制度導入であった。

#### 4. 6 EDI化促進努力

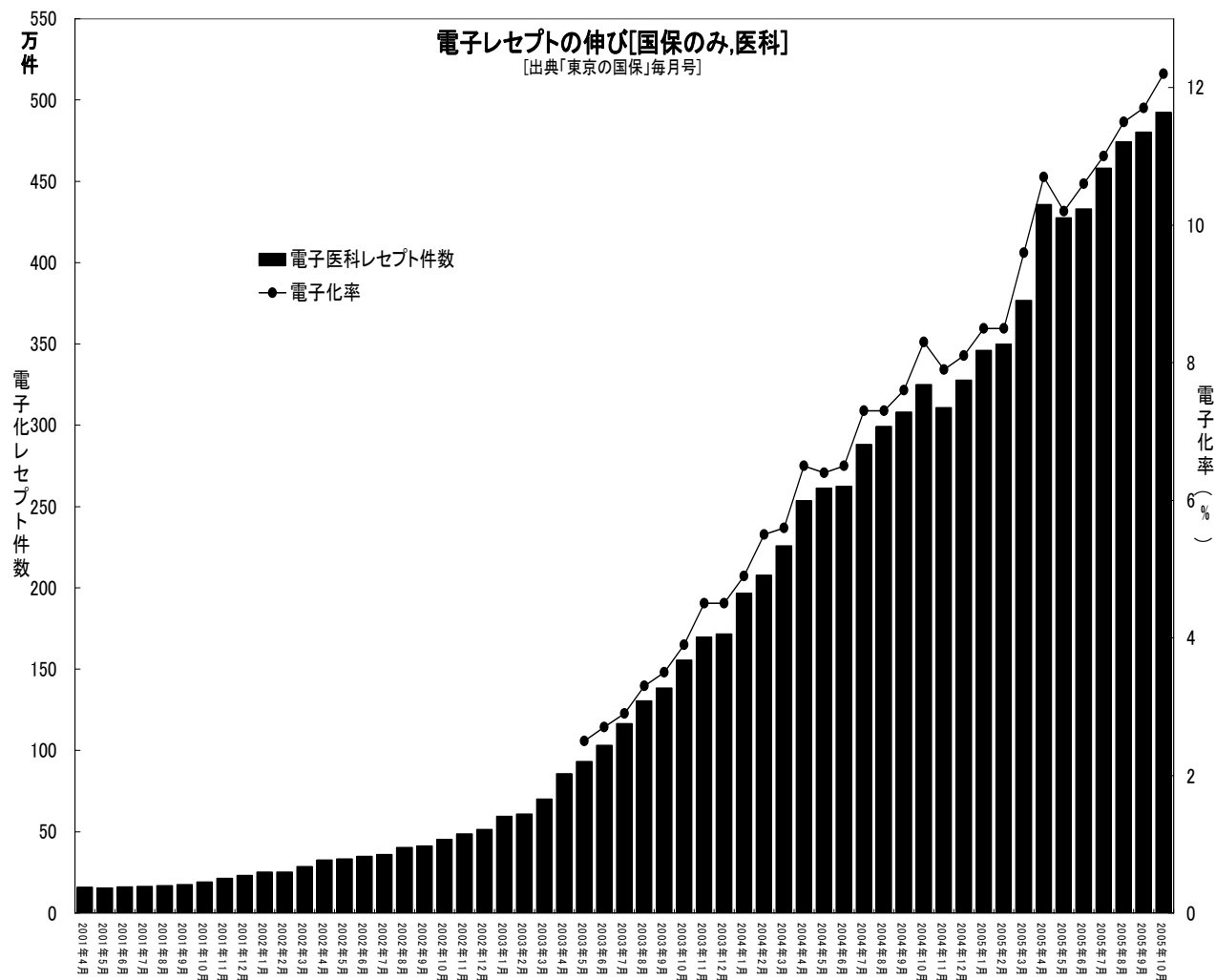
韓国EDI化進展の影には当然ながら、関係者の地道な努力があったことは言うまでもない。EDI化促進の中心的役割を果たしたのはKT(韓国テレコム)と審査評価院である。

KTは10年間の独占契約と引き換えに情報インフラを整備提供し、審査評価院は2,000年の設立当初より、全国医療機関のEDI化とそれによるデータ収集・活用をその使命としてEDI化促進のために積極的なPRや支援策を講じた。たとえばコンピューターを整備しにくい中小病院には対してはソフトウェアをASPとして提供したり、医療機関ソフトウェアの認証制度を提供したりしてそのソフトウェアの信頼性を向上させた。

## 第5章 日本のレセプトのオンライン化

### 5.1 日本のレセプト電子化状況

2001年にIT基本戦略が策定され、同年末保健医療情報化グランドデザインが公表され、それまで沈滞していたレセプト電子化にもはずみがついた。2002年11月から調剤薬局にも拡大されたことも電子レセプト件数を大幅に増加させた。



社会保険診療報酬支払基金の発表による最新データでは、2006年2月審査(大半は1月診療分)分で電子請求されたレセプトの割合は医科が14.0%(病院24.5%、診療所8.9%)、調剤レセプトでは64.4%にまで増えた(国保実務2006年3月13日号26頁)。

これは最新の1月分の率であるが、この率を2005年の日本の年間レセプト総件数に適用して電子レセプト件数を推計してみる。2005年の総件数は医科約9億8481万件(うち入院約3000万件)、調剤約4億5621万件なので、この率をあてはめると電子請求されるレセプト件数は医科約1億3787万件、調剤約2億9381万件となる。病院は4件に1件が電子請求であり、入院レセプトに限れば約720万件となる。

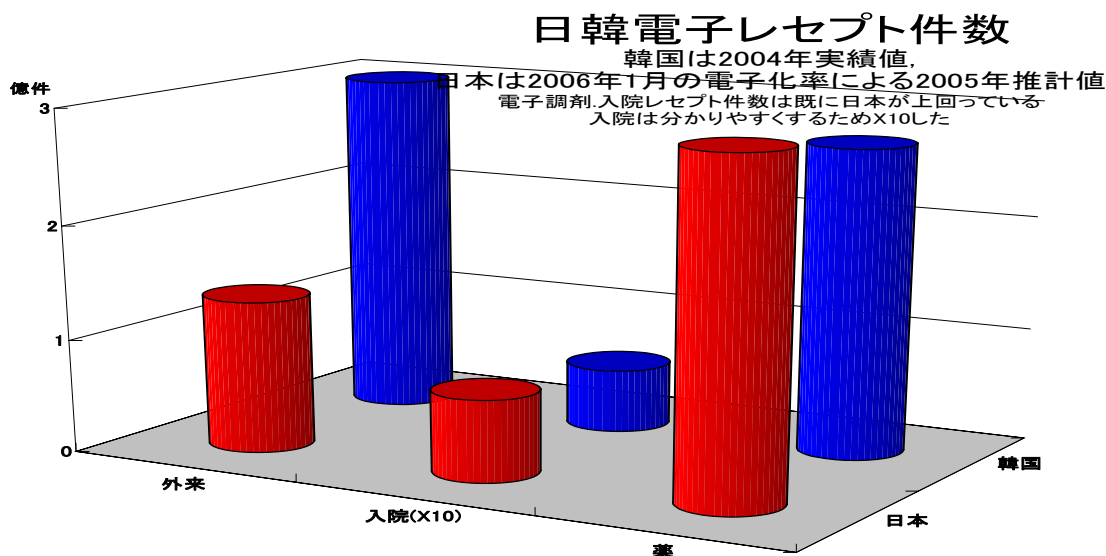
韓国のレセプト件数は年間6億5232万件(2004年)だが、これは医、歯、薬、漢方、保健所を含んだ件数であり、日本は歯科レセプトは全く電子化していないことを考えて、医薬のみに限ると韓国の件数は医科が外来約3億94万件、入院約560万件、調剤約2億7000万件になる。電子化率で見ると日韓は25%対96%(2005年8月現在)と大きな格差があるが、件数で見ると日本4億3168万件対韓国5億7560件と、意外に差は小さいことがわかる。

すなわち率では大きな差があるが、件数の絶対値ではあまり大きな差はなく、今後日本

の電子化率が高まればその差は縮まってゆくと考えられる。

下のグラフは電子レセプト件数の日韓比較であるが、医科外来ではまだまだ韓国の半分以下であるものの、その差は決して圧倒的なものではなく、入院と調剤レセプトについてはすでに日本は韓国を凌駕していることがわかるだろう。韓国審査評価院のようなデータ分析活用体制を整備すべきであることを物語っている。

現時点においても韓国の審査評価院の半分に規模の DW を構築できるだけのデータが日本には既にある、という点である。ただ、オンライン化されておらず、また日本ではレセプトは一部の高額レセプトが中央での特別審査に回される他、全て都道府県レベルに分散して審査されている。すなわち韓国の審査評価院のような全国のレセプトを统一的に収集する体制が整っていない。また何より、日本のレセプト審査が医療費の審査支払のみを目的としていて、医療の質評価や安全性確保を目的に分析することへの法的整備に欠けている。



## 5. 2 レセプトオンライン化推進

本年1月に公表されたIT新改革戦略では、レセプト完全オンライン化を目標にかかげ「遅くとも2011年度当初までに、レセプトの完全オンライン化により医療保険事務のコストを大幅に削減するとともに、レセプトのデータベース化とその疫学的活用により予防医療等を推進し、国民医療費を適正化する」という方針が打ちだされた。上にみたようにレセプトの電子(磁気媒体)化は着実にすすんでいるが、オンライン化にはいたっておらず、また2011年度当初までというタイムリミットを達成するためには、現在のテンポを相当加速させなければならない。

本年4月からの診療報酬改訂で、初めて電子化加算が2010年度までの時限的措置として導入されたことは電算化の加速に貢献すると期待される。しかしながら、5年程度の限られた時間で100%のオンライン化を達成し、そのデータを有効に活用するためには、先進的な韓国の取組みを参考に、政府と医療関係者の積極的な取り組みが必要である。

レセプトのオンライン化とその情報活用を早急に円滑に実現し、効率的、有効なものにするためには、診療報酬の体系や点数表の構造、加算・適用基準等の記述方式をコンビ



ユーザ処理に適したものに変わることが必要である。オンライン化に適したコード体系はデータ分析がしやすいだけにとどまらず、プログラムの更改やシステムの保守を容易にする。診療報酬点数表の改訂に際しては、国又は公的組織において、各医療機関のコンピュータに搭載するための電子点数表マスター（点数表コード集ないし点数表プログラム）を作成・公開することを検討すべきであろう。また、レセコン・医事会計システムの標準化を、電子カルテ等の医療の情報化全体ともリンクさせて進めていくことが必要である。そうすることで医療分野全般の情報化を推進し、医療の効率化や質の向上に寄与し、個々の医療機関にメリットをもたらす、情報システム業界等の発展にもつながると期待される。

また、診療報酬点数表の決定、診療報酬の請求、レセプトの審査支払の各過程・業務のあり方に、予め情報システムサイドからの効率化の要請を反映させ、IT化を前提にした政策や業務の遂行体制を整備していくことが必要である。

### 5.3 レセプト情報を分析活用する体制整備への提言

既に述べたように日本の電子レセプト件数は部分的にはすでに韓国を凌駕している。これから日本が重視すべきことは収集されたレセプト情報を分析活用する体制づくりである。日本で現在磁気媒体で提出されるレセプトデータは審査用にプリントアウトされた後そのまま消去され、韓国が、過去5年間の全国民のレセプトデータを審査評価院に蓄積しているのと好対照である。また100TBという世界最大規模のレセプトデータウェアハウスを韓国政府は国家戦略と位置づけているが、残念ながらレセプト情報を「国家戦略」と位置づける発想は日本には無い。

韓国のレセプトIT化を推進した原動力は？という質問に対してしばしば示されたのが「国家意思」という4文字であった(審査評価院ヤン氏提供の図)。レセプト情報活用の目的を経費削減や医療費効率化という次元にとどめず、国民の医療水準向上という高い目標を掲げることが、国民の支持と理解を得ることにつながる。

IT新改革戦略は「レセプトデータの学術(疫学的)利用のため、ナショナルデータベースの整備及び制度的対応等を2010年度までに実施する」と提言しているが、日本の審査支払システムは国保社保二本立てになっており、高額レセプトを除けば47都道府県で別々に行なわれ、94のローカルデータベースに分断されている。人口5000万の韓国は医療保険を一本化した。人口2.5倍の日本では医療保険一本化の見通しはない。韓国は審査支払と分析評価を一本化して審査評価院を作ったが、日本においても、少なくともナショナルデータベースを用いて分析評価する体制は一元化されることが望ましい。

2002年健康保険法改正法の付則第2条第6項に、①政府は次に掲げる事項について検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。②医療及び医療に要す

#### EDI 導入成功の要諦

##### 政府の医療情報化の意思

- 保健福祉部(国立病院), 行政自治部(保健機関), 教育部(大学病院), 警察庁(警察病院), 国防部(軍病院), 援護処(援護病院), 労働部(産災病院)等  
全部署 : 傘下病院 EDI 協力推進
- コード等の標準化
- プロセス設定 等

##### EDI 核心技術利用 & 通信サービス手段確保

##### 専門 S/W 業界活用 & EDI 優秀事業者選定

##### 全利害当事者が協議し、順次移行

##### 初期投資誤謬を最小化 & 開発期間短縮のため、韓国のCase Study

##### EDI 導入の核心動力主体確保

る費用に関する情報の収集、分析、評価及び提供に係る体制の整備と明記されたが未だ実現していない。例えば中央社会保険医療協議会（中医協）に、中医協直属のレセプト情報分析評価センター（以下、センター）を設置することも考えられる。

個人情報保護については近年めざましく進歩した暗号技術を用いれば技術的に解決することが可能である。レセプトのオンライン化とナショナルデータベースの整備を行うに当たっては、情報通信面でセキュリティが高く物理的な耐震災性も高いネットワークシステムの構築・運用や安全なデータベースの整備・運用に十分な配慮が必要である。また審査支払機関等データ提供者からのレセプトデータ提出とセンターにおけるデータ保存・分析においては、個人名をマスクする不可逆的な暗号技術の活用が可能であるが、その他個人情報保護に十分な配慮が必要である。

日本の健康保険法はその目的として「医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上(第 2 条)」を掲げている。レセプトを単なる診療報酬の請求書にとどめることなく、これらの目的のため積極的に活用するためにも所要の法的整備が望まれる。

具体的には、以下の目的のためにセンターがレセプト情報を活用できる旨を個別法に明記することを提言する。

- ・ 医療機関ごとの手術件数や術後死亡率等の医療の質指標・・・医療法
- ・ 医薬品の適正使用と副作用の検出・・・薬事法
- ・ がん登録や感染症サーベイランス・・・健康増進法、感染症法
- ・ 生活習慣病の保健事業の評価・・・老人保健法
- ・ 医療技術や医薬品の経済評価・・・健康保険法

#### 5. 4 まとめ - データから情報へ

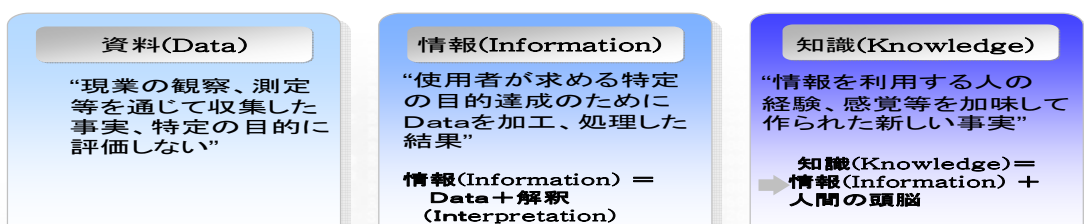
データと情報 - 日常、何気なく使う言葉であるが、両者には決定的な相違がある。

審査評価院の情報担当者ヤン氏が流暢な日本語で説明してくれた以下の図はその違いを的確に表現している。ただ紙レセプトを磁気媒体にただけではデータテクノロジーであっても、インフォメーションテクノロジー(IT)ではない。情報(インフォメーション)とは「特定の目的達成のためにデータを加工処理した結果」である。データを有効に活用できて初めて IT 化は達成される。

EDI 化、オンライン化はレセプトという巨大なデータから貴重な情報を取り出す第一歩にすぎない。データを収集するだけなら、ある意味そんなに困難なことではない。しかしそれを加工処理し、役立つ情報を得ることがきわめて難しいことは歴大なデータと格闘した者なら誰でも知っている。そうした困難な作業を可能にするために、似通った制度と情報システムを持つ日韓両国が密接に協力しあってゆく体制が、今後一層求められることになるだろう。

## I . 資料と情報

### 1. 基本概念





## <資 料>

<b>1 諸外国のE D I化の現状</b> .....	97
<b>2 韓国レセプトE D I化訪問調査面談記録</b>	
(1)保健福祉部.....	99
(2)健康保険審査評価院（H I R A）.....	102
(3)韓国テレコム（K T）.....	107
(4)国民健康保険公団イルサン病院.....	111
(5)ウリドル病院.....	116
(6)G E N U S社.....	122
<b>3 韓国のレセプト及び診療報酬点数表</b> .....	127
<b>4 国民健康保険法</b>	
第1章 総則.....	133
第2章 加入者.....	134
第3章 国民健康保険公団.....	135
第4章 保険給付.....	139
第5章 健保審査評価院.....	143
第6章 保険料.....	144
第7章 異議申立及び審査請求.....	147
第8章 補則.....	148
第9章 罰則.....	150
<b>5 健康保険審査評価院ウェブサイトの解説</b> .....	152

## 1 諸外国のEDI化の現状

医療の世界に IT 化という大きな潮流がおしよせている。

各国における医療の IT 化は医療の質の向上と効率化を目指している。その背景には医療の複雑化、患者の要求の高度化等からくる医療費の増大があり、レセプトを紙ベースから電子ベースに移行することによって今後予想される医療費増加を少しでも効率化しようという動きがある。また、質の高い医療の提供のために医療情報を有効活用することも試みられている。そのためには診療報酬情報のみならず、医療情報全般を医療機関間で迅速かつ正確に情報をやり取りする EDI (Electronic Data Interchange) 化が不可欠となる。診療報酬情報の EDI 化は、医療機関に対しては情報の早期のやり取りから来る支払期間短縮、保険者側に対して事務効率化と請求内容チェックの簡素化などのメリットをもたらす。

以下に世界の医療 IT 化と EDI 化の流れを概観する。

### 1. 1 アメリカ

アメリカでは、医療における複雑な事務処理の効率化のため 1996 年に HIPPA 法 (Health Insurance Portability And Accountability Act of 1996) が制定された。これはアメリカの全ての保険者を対象としたトランザクションの規定、プライバシーの規定、セキュリティの規定が定められている。これが制定された背景には、病院において保険請求業務が複雑であることによる事務効率の悪化からくる高コスト化への対応の必要があったためである。HIPPA 法の目的は

- ・ EDI の使用を通して健康保険の事務コストの削減
- ・ 州を越えた転勤等の際の健康保険の継続
- ・ 健康保険の悪用、不正使用の管理
- ・ 連邦議会による患者プライバシーの保護

である。

その後 2004 年のブッシュ米大統領が年頭教書で「医療情報をコンピューターで処理することによって危険な医療過誤を回避し、コストを削減し、ケアを改善できる」と発表し医療の IT 化が加速する。その年の 4 月には大統領令で「10 年以内に全アメリカ民へ EHR を普及させる」と発表、2004 年 5 月に HHS (United States Department of Health and Human Services) 内に全米医療 IT 普及の総責任者として役職 National Coordinator for Health IT を設置し David J. Brailer 博士を任命した。こうして任命された National Coordinator とそれを補佐する事務局 ONC (Office of the National Coordinator) によりアメリカの医療全体の IT 化が進められている。

アメリカの医療保険制度は日本と異なり、政府はもともと、軍人・公務員等に対する医療以外には関与してこなかった。1965 年にメディケア (高齢者医療保険) とメディケイド (低所得者医療保険) を設立したが、主体となっているのは HMO (Health Maintenance Organization) 等が行うマネジドケアとよばれる保険医療制度である。マネジドケアは医療費の高騰や医療機関における医師の過剰を和らげるために導入された制度である。患者は保険会社に保険料を支払う。保険料は安くなるが、患者の医療機関へのアクセスや医療サービスの提供は制限される。

HMO の最大手はカイザーパーマメンテで 840 万人 (2005 年) の加入者がいる。8 箇所の研究センターを持ち、疫学的な研究や医療サービスの調査、新薬や医療器具の試験なども行っている。これは非学術的な研究機関としてはアメリカ最大のものの一つである。

## 1. 2 イギリス

イギリスの医療は国営医療で NHS (National Health Service) により提供されている。NHS は行き過ぎた医療費節減政策などからくる現場のモチベーションの低下、専門医にかかるまでの長大な待ち時間などの問題をかかえていた。そのため 1990 年代後半から医療改革の必要性が訴えられており、医療の IT 化に関しても検討されていたが当時は成功しなかった。

その後 2002 年から推進方法を一新させ資金も大型化して IT 化の国家計画 NPfIT (National Programme for IT) を開始する。この計画は NHS (イギリス国営医療) 全体の IT 化をめざしており、現在では NHSCfH (NHS Connecting for Health) と名称を変更している。NHSCfH の目的はテクノロジーを用いて患者と医療従事者との間をつなぐことにより全国に安全かつ安価な医療を提供し、さらには NHS 全体の改革をも目論む計画である。

診療報酬に関する EDI 化については、ETP (Electronic Transmission of Prescription) を用いることにより行われている。これは各医療機関から ETP を通して電子化された処方箋が NHS に送られる。そして薬局を経由して PPA (Prescription Pricing Authority) に送られ決済がなされる。ETP は 2006 年までに全国をカバーすることを目指している。

PPA はまた、PEM (Prescription Event Monitoring) とよばれる医薬品副作用監視システムも実施しており、ETP は診療報酬支払いだけでなく医療の質向上のためにも使われている。

## 2 韓国レセプトEDI化訪問調査面談記録

保健福祉部 保険年金政策本部 保険給与企画チーム課長

2006年1月23日

【SON】 この資料は、昨年(2005年)の記者懇談会で今後のEDI拡大推進計画に関するものです。これは審査指針に関する職務教育指導です。

ご存じのように1994年からEDIが医療現場に導入され、今では安定したシステムとして98%の普及率です。EDIに関連しては、保健福祉部よりは審査評価院が主に運営しています。今後の日韓の協力はHIRAの方が専門でもあり、情報も集まっているのでそちらを中心にされればよいと思います。必要なら我々の方よりHIRAに依頼します。

昨年の懇談会での資料を中心に説明します。

EDIというシステムは診療報酬の審査支払はもちろんですが、政策決定に必要な多様な情報を収集するシステムです。

スライド5が示すように、1994年6月に開発着手され、95年10月よりソウル首都圏から開始されました。ソウル地域の大半の病院はその時すでにアクセス可能な環境にありました。以降、段階的に全国に拡大しました。96年になると歯科と漢方以外の全分野でサービス開始しました。97年には漢方や歯科も含む全分野に拡大しました。98年になると全国をカバーしました。99年には保健所まで全てとなりました。現在医療機関の95%がEDI請求です。

スライド7にはEDIを拡大できた要因を説明しています。まず第一に病院経営に役立つようなインセンティブ、すなわち支払が早まるようにしたこと。紙審査では遅い場合は4~5か月後に支払われますが、EDIなら1か月以内に支払われる。審査の順番もEDIの方から審査する、と順番が早まる。これは病院経営にメリットです。これらが急拡大の要因です。当時IMF経済危機があり金利がかなり高かったこともこのインセンティブを有効にした。保健福祉部からもEDIを導入する医療機関に対しては政策資金を提供したりした。情報推進部も医療機関のIT化を低金利ローンで後押しした。EDI促進の最大要因は、金利面の有利さと政府による支援と思います。

1000床規模の病院なら、EDIで人員を半分に削減できたといいます。病院から見ると当時OCS(オーダーリングシステム)がすでに競って導入していたことも有利にはたらいした。国もEDIのためのプログラム(モジュール)を提供したが、実際にはそれだけを使う病院は少なく、大半はOCSとパッケージで使った。以上がEDI普及の要因です。

スライド8は今後の推進計画であるが、保健福祉部としてもEDIの普及定着のためには何らかのインセンティブを続けるべき、という認識に変わりはない。スライド10は拡大方針を示しており、EDI請求医療機関は審査期間短縮、紙請求は審査強化という措置をとる。EDI請求はその手続きを簡素化する。HIRAの方で現地調査という病院から嫌がられている制度があり、これは病院に赴いてカルテをみながら調査するというもので、これをやられると削減率が高くなる。紙請求の医療機関には現地調査をよくすることにする。零細のためEDI導入できないという医療機関に対しては国からプログラム提供したり、といった政策的支援を行う。

EDI請求プログラムも進化しており、請求前に病院内で自己チェックするプログラムも普及してきた。医療機関として望ましくない医療行為や請求できない行為を医療機関経営者が常時把握できるシステムに進化している。スライド12は、EDIのための費用がかかるが、初期には国も支援した、初期にはEDIを開始した医療機関にHIRAの職員が出向いて祝福して、それが反響を呼んだりした、といったことが説明されている。

これくらい普及してくるともう後戻りはない。今後はEDIシステムを、医療行為の適正性

評価等に活用してゆく。個別の医療機関や患者がどうの、ではなく同一傷病に対する診療内容を医療機関ごとに診療行為の適正性を管理してゆくツールとして使ってゆく。医療機関側からも、以前はひとつひとつの医療行為について削減とかがあったと反発もあったが、今はかなりのデータが蓄積され、全体的な費用の平均値とか診療行為に関する適正基準ができたので、そのデータを逆に病院側に提供することにより自院を全国平均と比較してもらうことができるようになった。

【岡本】それは現にやっているのか？

【SON】もうやっている。

【岡本】たとえば肺炎なら、こういう治療が標準的だ、と本か何かで公表しているのか？

【SON】大型病院については本にもなっている。その他HIRAのサイトで検索すれば自院のデータを全国と比較することもできる。大型病院の場合、たとえばがんについては「あなたと同種の医療機関ならこのような治療が平均的ですよ」というふうに資料を合わせると本になるほど、という意味だ。一般市販される本という意味ではない。

【岡本】あなたの病院を全国平均と比較したらこうなりますので今後の御参考に、という趣旨か？

【SON】その通り。病院別、診療科別、傷病別に全データを病院に提供している。

【西山】次に訪問する病院で見せてもらおう。

【SON】この方法にも問題はあり、一番の問題は、同一傷病でも重症度が同一ではない、ことだ。この重症度の分類をどうするか現在の研究の課題だ。重症度が細かく分けられないと比較できない。

【岡本】同じ心筋梗塞でも救急車で運び込まれた人と、回復期の方は重症度が違う。ところが現在では心筋梗塞という傷病名が同じなので同一扱いとなる・・・。

【SON】我々はそれをK-DRGと呼んで、開発中だ。

【岡本】それを分析しているのは？

【SON】HIRAだ。HIRAが研究テーマとしてやっている。現段階ではまだ客観性や信頼性が十分でないので一般公開せず、医療機関にのみ適用している。きちんとしたK-DRGができれば、真に同一条件で診療費が高いか低いか医療経営者に判断してもらえるようになるだろう。

【西山】現在、7傷病についてDRGとして2000病院で試行されておられると聞いているが、従来の出来高払いとDRGによる定額払いの関係は今後どうなっていくか？

【SON】DRGによる定額払いは段階的には拡大するだろう。しかし今話したK-DRGは傷病分類のツールであって請求方法ではない。こういうツールを使って診療費の管理体制を整備し、医療費の抑制・適正化に役立てたいというものだ。観点が異なる。EDIも、単なる報酬請求の合理化から細かな政策に役立たせるものへと発展してきた。

EDIでは、医療機関との摩擦が最も問題となるが、今述べたようにEDIで各種情報提供が可能になり病院側の経営にも役立つ、それによって摩擦を回避できる。病院の方もコンピューター化や電子カルテの必要性に迫られており、そんなに反発はない。韓国はOCSやPACSが普及しており、PACS普及率は世界一。次なる段階がEMR(電子カルテ)で昨年くらいから急速に普及してきた。

今までの成功の要因としてインセンティブや政策支援を述べたが最大要因は、韓国では保険者が医療機関に対して圧倒的に優位にあることだ。病院の「首を締める」ほどのパワーがある。

【西山】単一保険者であることも影響してるのだろうか？

【李】韓国の状況では、健康保険を考えずに病院経営はなりたたない。その点、他国との大きな違いだろう。それにしても病院側の協力は必須だ。

【西山】残念ながら日本は、医療費情報を活用してゆこうという発想はなく、とにかく計算しよう、

という段階だが、昔はソウル市医師会が反対していたようだが、そうした反対はどうなったのか？

【SON】 当時反対はあったが、当時金利が14%もあった。医療機関からみても反対して(支払が遅れたら)自分の方が損をする。病院収入の7~8割は保険からの収入ということもあり、医師会も結局やらなきゃいけない、となった。スライド7をみてもわかるようにIMF危機(97年)後よりEDI参加医療機関数が急増している。98年以降を韓国ではIMF時代と呼ぶが、それ以降、支援を受けてEDI導入医療機関が増えた。紙請求するともっと厳しくチェックする、EDI請求すると金利が助かる、のアメとムチだ。また紙請求だと請求漏れがかなりあったらしい。広報の面でも98年度に政府をあげてとりくんだ。EDI化すると削減(査定)率が下がり、請求漏れも防げる、ことをアピールした。

2001年度はまた保険危機が訪れた。保険財源が無くなり、削減率があがった、つまり厳しいチェックが入った。EDI導入によって削減率が下がる、ということでEDIが進んだ。

【岡本】 国にとってはマイナスだった経済危機もEDI化ではプラスにはたらいた。

【SON】 そうだ。今のような低金利だとインセンティブもあまりはたらかなかっただろう。

【岡本】 今、EDI導入しようとしたら、もっと困難だっただろか？

【SON】 難しい質問ですね。削減率が紙請求よりEDIの方が低いことを宣伝すれば、いいかも。

【山肩】 削減率は紙請求とEDIでどれくらい違うんですか？

【SON】 公団の話では差があるのは事実らしいが・・・。集中削減期間といってある時期に集中してやる時期があるらしい。そういう時にEDIのメリットをアピールしたら有効かもしれない。HIRAは全てを審査しなければならないが、EDIはほとんどチェックしない、とも聞いた。

【岡本】 (持参したグラフを見せて)一件当たり請求金額が99年以降EDIレセプトの方が紙レセプトより一貫して低くなっている。昨日のHIRAの話では、EDIでは医療機関が最初からチェックして適正なレセプトを出すから、といわれて私も同感だが、どう思われるか？

【SON】 点数表についてもEDIになってより細かくチェックされるようになった。しかしこのグラフだけから見ると医療機関の収入が減少したかのように見えるが、そう考えるのは短絡的だろう。

【岡本】 少なくともEDI化されたからといって医療機関経営が悪化したわけではない・・・。

【SON】 紙請求では、細かくチェックできるのは6万の医療機関の10%くらいにすぎない。EDIならコンピューターのロジックで細かくチェックできる。削減率が低くなったのはそういう影響もある。

【西山】 韓国でEDIが成功したのは診療行為コードに5ケタ、加算については3ケタのコードをつけたことにあると見ている。つまり加算を3段階に「固定」した。日本の点数表は加算が何段階もありEDI化の障害になっている。韓国の場合、逆に3段階という制約が障害になっていないか？

【SON】 そういう技術的なことはHIRAにまかせている。コード体系のためだけにHIRAには40人の職員がいる。もし3段階で不足になったら別体系のコードを作る。

【岡本】 点数表そのものはこの給付設計室で作っているのか？

【SON】 その通り。点数表そのものはここで、コード化はHIRAに任せている。

【岡本】 でも、ここで点数表を作る時も、HIRAのコード担当者が困らないよう配慮して作っている？

【SON】 その点ではお互いに協力しあう。もし政策的に重要な加算がでてきたら別立てコード作る。

---<SON室長退席>---

【西山】 保健福祉部から発行されるのは診療点数表だけですか？他に通達集はここからですか？

【保福部】 出しています。全て保健福祉部ホームページに掲示するので医療機関は見ている。点数

表は告示だが、審査指針といった通達はかなり改訂が多い。

【西山】 EDIでチェックしているのはこの審査指針か？

【岡本】 これは市販されているのか？

【保福部】 販売はされていないが、HIRAから医療機関に配布される。本として刊行されるのは年一回1月1日だが、常時の変更は公文書で配布する他インターネットでも掲示される。

こちらはHIRAから出向している職員です。この室で担当している公務員は4人だけで残り  
はHIRA出向者で作業しています。

【西山】 点数改訂は1月1日施行ですね。

【保福部】 そう、点数改訂は1月1日からだ。この本はさしあげましょう。【岡本】 本の体裁も日本と似てますね。

【西山】 たとえば在宅医療を増やそうという政策目的にそって点数の配分を変えようとしたら一点単価ではなく診療行為ごとの点数を上げなければならないのでは？

【保福部】 そうした全面改訂は4年に一回だ。

【西山】 その間に変えない、ということか？

【保福部】 そうだ。一部だけ変えたら全体のバランスを崩すことになる。【西山】 日本はそれを2年毎にやっている。その都度コンピューター技術者は大変だ。

【HIRA出向職員】 今の点数は2000年7月に決められたもので、それ以来「相対評価」研究を2～3年やっており、近く見直しがあると思う。4～5年の間は金額の配分は変えない。

【岡本】 全面改訂の時、全項目の何%くらい変わるのか？

【李】 医療保険が統合されて以来全面改訂はまだ行なわれたことがない。【西山】 点数改訂の毎に20項目くらい点数そのものが変わるような告示がでていたように記憶しているが……。ということは、EDIシステムを変える時には一点単価だけいじればいいわけだな。

【李】 ガイドライン（審査指針のロジック）はコロコロ変わる。それが変われば当然システムも手直しが必要となる。

【西山】 労災（産業災害）は別点数表か？

【HIRA出向職員】 それは別の点数表だ。一般医療保険の点数表は参照はするが、あくまで別だ。

【岡本】 日本の中医協に相当する組織はあるのか？

【HIRA出向職員】 HIRAの中に評価委員会がある。組織上はHIRA内の組織だが、改訂となると医師会や病院団体等も参加して議論する。その他、保健福祉部内に24人の健康保険政策審議委員会があり、それには市民団体も参加している。基本的には日本の中医協と全く同じ。最初は日本の制度を参考にしたのだから当然ともいえるが。

---

## 健康保険審査評価院(HIRA) 情報通信室 情報開発部長

2006年1月23日

【Yang】 配布しました「EDIとDW」という資料は、私が日本の厚生省の求めに応じて作ったもので最新のものであり、これを中心にHIRAの業務を説明してゆきます。この説明を終えた後、審査部を見学していただきます。

【岡本】 これは日本の厚生労働省の要請で？

【Yang】 要請、というよりも「韓国のEDIやDWを説明した資料はないか」との問い合わせを受けて、私が参考までに作ったものです。ですからまだ「温かい」。

スライド3。まず医療機関のレセプトと薬局のレセプトをクロッシングして、HIRAのDWを適用して医療機関別の抗生剤や注射剤の使用量の推移を分析する。

【岡本】 クロッシングとは患者単位でくっつけるのか？

【Yang】 そのとおり。医薬分業なので、医療機関は処方箋を患者に出し、患者は薬局で薬剤を受ける。それを患者単位でくっつけて、抗生剤や注射剤の使用量の推移を見て、これが多すぎたら、自己是正または「圧力」によって「仲裁」する。つまり医療機関別に診療内容を分析してその医療機関に通報する。医療機関はそれを見て自己是正する。逆に薬剤をあまり多用しない「優秀」医療機関については公開して「市場圧力」を使っている。そうした活動によっても是正されない医療機関は「仲裁活動」を発動して使用抑制する。その後、診療費については「加減支給を予定する」と通知する。こうした適正性評価の対象疾患は、帝王切開等多数の傷病があり増加している。

スライド4。不適正な血液製剤が流通したという事実を把握した場合、DWを使用して、どの会社のどの製品がどの病院に納入されどの患者に投与されたか、の情報を把握する。

【岡本】 不適正血液製剤とは、たとえばウイルス等に汚染された製剤という意味か？

【Yang】 その通り。たとえばあの会社の製品が(エイズ等で)汚染されていたとしたら、DWを分析して取引を止めさせたり、病院別に投与された患者を検索して患者を特定する。そして住所、生存安否を追跡して、該当血液製剤の使用患者について副作用の有無を追究・管理し、必要に応じて補償を実施する。

【岡本】 今まで実際に、そうしたケースはあったのか？

【Yang】 ありました。そうした薬害把握と防止ができるのもこのDWの効果だ。

スライド5。2年前からは配合禁忌を検知するDUR(薬剤使用実態調査)も稼働しました。たとえばA薬とB薬は同時に投与できないとか、何歳以下には投与できないとか、何とかの傷病に対しては禁忌といった薬剤がある。こうした薬剤使用実態についてもDWで管理している。まず配合禁忌薬については保健福祉部が公示する。HIRAでは食薬局の薬剤と連携して、ソフトウェア業界を指導する。

【岡本】 ソフトウェアとは、各医療機関のソフトウェア？

【Yang】 そうだ。各医療機関の投薬内容をチェックするソフトウェアを改善して、危険な投薬を未然に予防するのだ。これがDURであり、ソフトウェアはHIRAが開発し、全国の医療機関、薬局に無償提供する。全国の医療機関がこのDURをオーダーリングシステムに搭載し、そうした処方箋がなされた時点で警告が発せられるようになる。もし誤った処方箋が発行された場合は薬局での調剤時に警告がでる。このDURのおかげで誤った投薬がきわめて少なくなった。それでも見逃されたものはHIRAが発見し、医療機関に再発防止を警告する。これによって誤投薬による副作用を未然に防止し、国民健康の増進に寄与した。

【岡本】 ひとつ質問。このグラフは98年以降のEDI提出レセプトと紙レセプトの一件当たり金額の推移だが、98年にはEDIレセプトの方が高かったのに、99年以降一貫してEDIレセプトの方が低くなっている。これはEDIによる医療費抑制効果と考えてよいか？あるいは1か月単位の請求が1週間単位等に縮小した効果なのか？

【Yang】 紙レセプトでは内容がチェックできないので指導できない。EDIやディスク、CD-ROMなら内容をHIRAがチェックでき、問題があれば「今後こうした請求はしないでください」と指導もできるし、医療機関別、地方別にいろいろに分析して審査基準を改正することもできる。だからEDI化だけでこれだけ医療費削減効果がある。また新しい医療技術が発展しても、それに合わせて審査基準をつくり指導できるので、審査で削減されることもほとんど無くなりました。EDI導入前は削減率も3~5%だったのが、現在では0.5~0.6%に下がった。だから診療費減少はEDIの効果だ。スライド24はEDIが無かった頃の問題を列挙している。まず医療機関からみると、医師に対する社会不信が多かった、審査から診療報酬支払まで60日以上かかった、各種資料をオフラインで提出する不便もあり、大型医療機関では紙レセプトを作成するために4~7人の事務職員を必要とした。国民と社会の立場からみると、政策決定が遅延



し、また有力者を中心とした意思決定が行なわれがちで社会コストが発生していた。そして何より保健医療費の増加。アメリカの研究によると医療情報化により医療費10%くらい削減した、という報告がある。

【岡本】2,005年推計では紙レセプトは3万8,000ウォンに対してEDIレセプトは3万ウォン。その効果は10%どころではない。

【Yang】そのとおり。韓国でも同様の統計がでている。EDIにより医療費の減少効果があるのは確実だ。

【岡本】日本では同じレセプトを紙で出してもオンラインで出しても違うはずがない、紙代が助かるだけ、という意見もあるが。

【Yang】医療情報化で医療費削減効果があるというアメリカの結果は韓国でも同じだ。医療機関側も当初は「圧迫だ」という声もあったが、現在では歓迎されている。

【西山】医療機関は収入が減るといのに歓迎しているのか？

【Yang】たしかに金額は10%以上減っている。しかしその削減は全医療機関ではなく、一部の医療機関だけだ。大多数の医療機関にとっては最初から適正な請求ができることにより審査による削減の不安がなくなった。また請求すれば速やかに支払が行なわれることもメリットだ。HIRAにとっても現在1,600人職員がいるが、もし紙レセプトだと2~3倍に増えるだろう。そのういた財源を回すことによって診療報酬を2~3%上げることができた。

【西山】請求単位が月から週、日と短くなっている。また請求額が一定以下の医療機関は審査を省略することも行なわれる。そうなると一件当たりいくらという基準をどう設定するのか？

【Yang】ほとんどが月単位で週や日単位はまだテスト段階だ。

【岡本】ほとんどが月単位なら、一件当たり金額の減少もやはりEDIによる効果なんだな。

【西山】でも入院は週単位があるのでは？

【岡本】いや、日本と違って入院レセプト件数は断然すくない。このグラフは入院外来合わせたの数値であり、たとえ少数の入院レセプトが週単位になったところでその影響は微々たるものだろう。

日本でも、韓米で報告されたのと同じか、あるいはそれ以上の効果があると思う。

【西山】これは韓国の点数表をまとめたものだが、初診料が5ケタコードで点数とウォンが決まっている。そして注加算があった場合には8ケタのコードがついている。こうしたコード体系がEDI成功の要因と思っているが、このためには加算は最大3つまで、と決定されていなければならない。日本ではこのようになっておらず、無制限の加算があり、基本点数は日韓があまり変わらないのに、加算の組合せ数は日本はおびただしい数になる。韓国は日本の点数表を参考にしたのでしょうが、それを簡素化したのがEDI成功の要因か？

【Yang】そうでもない。

【西山】点数表としてはこれだけのコード体系しかないが、他にもっと複雑なコード体系があるのか？

【Yang】あります。HIRAのコンピューターに全てコードができていて、複雑な診療行為に対応している。

【西山】もっと複雑なコードで医療機関から請求するのか？

マスターコードは基本点数の項目であって、必要に応じて新しい追加コードを作ってインターネットで公表する。ケタ数(8ケタ)はむしろ変わらない。

【西山】このようなかたちのコード体系がいつできたのか？以前の紙レセプトの時は各企業が自由にコードを作っていた。その後、フロッピィと磁気媒体で提出することとなり、コードを統一しよう、となった、それがEDI化でも生きた、と考えてよいか？

【Yang】その通り。薬剤も医療行為もどんどん変わってゆく。コードも常に変わる。

- 【西山】しかし体系をキチンと定めてゆけば、コードがしょっちゅう変わっても安定する、ということか？
- 【Yang】最初は6ケタだったが、問題があったので5ケタ+3ケタになった。最初はアメリカや日本にないか探したが、見つからず、韓国独自につくることになった。もし先例があったらもっと安く開発できていただろう。今も諸外国を注視しているが、韓国のような例は国際的にも前例がなく、その意味で自負している。むろんレセプト内容を紙から磁気にしただけでは効果はない。我々は日本を初め各国を子細に検討し、DW等いろいろなものを作ってきた。我々の成果は、単にレセプト電子化だけによるものではない、ことを強調したい。
- 【西山】傷病名はICD10コードを使っておられる。日本では勝手な傷病名を使っていますが、ICD10は大雑把だが分類や統計をとりやすいメリットがある。ICD10を採用した経緯を。
- 【審査部員】ICD10をベースにしたKCD4というコードがあり、それでだいたい対応できる。
- 【西山】医薬品の適応症はICD10では記述されていないが、それである薬の妥当性を傷病名との照合でできるのか？
- 【審査部員】薬と適応症とを照合するような審査ではない。疾患ごとに審査ロジックが組まれており、そのロジックにしたがってどういう薬剤が使用できるかチェックされる。
- 【西山】レセプトには傷病名が複数記載されることがふつうだが、主傷病と副傷病とはどのように扱っているか？
- 【Yang】副傷病があってもあまり複雑にはならない。ノウハウが10年来蓄積されているから。
- 【穴水】韓国でEDI化が進んだ「背景」は？当時の資料が欲しい。また1600人職員中医師数は？
- 【Yang】パンフレットに載っている。常勤医師が30人。
- 【岡本】DWとデータマイニングの研究目的利用については？
- 【Yang】国際共同研究も含めて今後検討したい。
- 【Yang】机をはさんで座っている6人の女性は審査員で全員看護師です。端にすわっている者は管理者でパソコン上でレセプトを各職員にわりふっている。
- 【岡本】この管理者画面に写っているのはレセプト情報か？
- 【Yang】午前中にみたKTから送られたファイルがここに表示される。受付番号順に病院のファイルが表示されている。自動審査はコンピューターが自動的に行うので、画面に表示されるのは「精密審査が必要」として除外されたレセプトだけです。管理者のパソコンに他の審査員の名前が表示される。管理者は各自の仕事量をみながら、わりふってゆく。ふりわけは患者ごとではなく病院ごとにふりわける。
- 【岡本】ではこの病院はどういう理由でロジックからハネられたのか？
- 【Yang】データベースで常に平均値を計算し、平均値をオーバーしたらハネられる。
- 【岡本】この病院は何がオーバーしたのか？
- 【Yang】このケースは「補完」つまり何か情報が抜けている。「追加」も同じ。
- 【岡本】何の情報が抜けていたのか？
- 【Yang】これは保険証の番号不備、という分類。つまり事務的ミス。
- 【岡本】たとえば心筋梗塞の病名でありながら、坑不整脈剤を投与しないあるいは過剰投与、といったものをリストアップできるが？
- 【Yang】そういうものは画面審査でひっきりなりに人によって審査される。
- 【岡本】では、DURの対象となる配合禁忌の投薬をした医療機関は表示できるが？
- 【Yang】ここではだいたい審査の流れを見せています。
- 【岡本】各審査員は認める認めないの決定権をもつのか？
- 【Yang】その通り。審査の権限と責任を負う。
- 【岡本】1000くらい審査基準がある、というが、それでも判断できずここにあがってくるのは何%く

らいか?

【Yang】 外来は30%, 入院は70%くらい。その他100円をあやまって105円としたような単純ミスも自動的に修正される。

【岡本】 審査員として判断に悩むのはどんなものか?

【審査員】 かなりある。薬の適応症についてだ。薬事法上適応症の範囲は幅広いが審査上の幅は狭い。その境界の扱いが難しい。

【岡本】 ということはここではたらく審査員は皆薬剤の知識が必要ということですね。

【審査員】 皆、臨床の現場経験を積んでいる。また薬剤のデータベースも参照する。ここに画像に表示した。

【岡本】 審査員一人当たり何件処理するのか?

【審査員】 70件くらい

【岡本】 内科, 外科等専門は分かれているのか?

【審査員】 その通り。たとえばこの机にいるのは産婦人科, 小児科専門だ。

【岡本】 審査基準はどうやって作られる?

【Yang】 審査員の意見をくんで、この上にある審査委員会が決定する。12項目の重要な審査項目があり、CTとかいくつかの点についてくわしくみる。この画面は、一人の患者について、入院期間中、どの日にどんな検査、投薬を受けたか、一覧表示している。

【岡本】 最初に説明された配合禁忌とかは検索できるか?

【Yang】 できる。配布したDURプログラムだ。最近では、問題ある投薬はほとんど医療機関レベルでチェックされるので、こうして上がってくることは稀になった。

【岡本】 つまり韓国では投薬ミスはほとんど根絶された、と。

【Yang】 4重5重のチェックが行なわれている。したがって現在、わが国では調剤ミスという単純ミスはあるが処方ミスは存在しない。

【岡本】 たった2年間ですね。DUR直後はまだ処方ミスもあったのですが、2年間でこれだけ減った、という報告書等はありませんか?

【Yang】 それは薬剤部が担当している。ここの審査部ではなく。HIRAホームページでも公開している。

【岡本】 審査員は全員女性だが、どうやって募集しているのか?

【Yang】 試験採用だ。看護師であって一定の臨床経験があることが条件だ。臨床看護師よりも人気がある。

---2006年1月26日HIRAのYang氏を再訪問---

【Yang】 1987年にこの問題について検討を開始した。入力費用、審査する人員の費用が問題だった。当時、日本をレインボーシステムを見学するため訪問したことがある。その時、私が考えていたものと似ていた。しかし社会的な問題もあって日本では全然進まなかった。日韓は共に診療行為別の出来高払いである点、他国とは異なっている。出来高払い制の複雑なレセプトを人で審査することは無理でコンピューター化が必要だ。そのためには、診療行為や薬剤を文字では扱えないからコード化が必須となる。そこで韓国では専門家が集まって診療行為をどうコード化するのがいいか検討した。

【西山】 日本では各レセコンメーカーが独自に基本点数や加算ごとに8ケタとかのコードを作って、レインボー計画でもそのままだった。EDI実現のためには共通のコード化が必要だが、日本でもすでに電子レセプトが10%を超えており、コードを根本から変えることには抵抗がある。

【Yang】 プログラムの中で全部いれたら難しい。

【西山】 日本では、それが当たり前とされている。

【Yang】キッチンとしたコード化をすることはコンピューターエンジニアの任務だ。医療従事者も官僚も、コード化やプログラムにはあまり神経を使わない。

【西山】保健福祉部を訪問したとき、HIRAから人が派遣され、協議しながら点数表を作っていた。

【Yang】実質的には点数表は我々HIRAが作っている。保健福祉部の職員は法律のことは知っていてもITの知識は乏しい。保健福祉部もHIRAのEDIシステムが世界的に注目されたこともあり、我々の技術を評価してくれるようになり自由に任されるようになった。日本の研究者には頭が痛いだろうが、韓国のベンチマーキングは優れており、日本が最初から作るのは困難だろう。

【西山】HIRAにそうしたコード作業を担当するのが40人くらいいると聞いているが、彼らは普段どいう業務をやっているか？

【Yang】現在ではただアップデートをやっているだけで10人くらいだ。

【西山】コード化のシステムがきちんとできると、ある意味では、点数表改訂の自由度を制約することにもなる。保健福祉部は技術者主導ともいべき点数表作りを歓迎したのか？

【Yang】私は医療保険連合会に20年以上つとめているが30代後半だった1989年頃、EDIがまだ知られておらずフロッピィでやりとりしていた頃、私は6か月以上、毎日、保健福祉部で深夜まで説明して説得した。多忙な職員に30分説明するために12時間待ったことも多々あった。当時医療機関にパソコンもほとんど普及しておらず、私のアイデアはきちがい扱いされたが確信を持ってやった。これをやらないと禍根を残すと。当時EDIはなくHIRAにフロッピィを受け取る部署を作った。多数のフロッピィをスタックして読み取る機械を工場に行ってつくったりした。私に電算化専属職員4人を選ばせてくれ、と要請したりした。

やはり担当者の意思こそ最も重要だ。その他、保健福祉部の中や連合会の中に支持者がいた。関係者が意思をひとつにしてとりくむことだ。

日本は今のような請求審査を続けていたら世界一遅れた国になってしまうと憂慮している。改革には利益も不利益もあるが自分の立場だけを守ろうとしていたらいけない。しかし日本が本気でとりくめば韓国の半分の期間で達成できるだろう。

【岡本】韓国のEDIは単なる経費削減だけでなく、そのシステムは国家戦略として位置づけられるほどになった。ヤンさんはそれこそ勲章ものですね。

【穴水】これはこのほどIT戦略本部が出した文書で2011年までに完全EDI化、2008年までに標準コードをつくって配布する、という方針が打ちだされました。しかし最大の試練は、ヤンさまがおっしゃったように、関係者が心をひとつにして利害を超えてとりくめるか否かでしょう。

【Yang】まさにそうです。私は1979年から1年間日本に学び、愛情を持っています。そして誰よりも日本の動向に関心を持っている。私はコンピューター専門だから、日本の医療情報システムの発展に役立てれば幸いです。がんばってください。

---

## 韓国テレコム ソリューション支援センター-bizmeka運用2課 室長

2006年1月23日

【KT】医療機関から提出されるデータはまずこのKTに集められ、そこからHIRAに送られる。このEDIサービスのためにはこの中継センター、そして医療機関クライアントそしてインターネットが必要です。EDIにはいろいろ種類があるが診療費請求EDIは1996年に初めて稼働しました。処方箋EDIは2001年から開始しました。これは医師がEDIで発行した処方箋に基づき患者が薬局で調剤を受ける、ものです。社会保険EDIが2000年から開始され国民年金もEDI化された。これにより被保険者は自宅のパソコンから、資格確認やサービスを受けられるようになった。このEDIの特徴は、この中継センターでアプリケーションプログラムを開発しておけば、医

療機関は各自ダウンロードして使えることである。

では構成図をみてみます。インターネットサービスを開始する前は、PSDN, PSTNといった電話線を使った通信網でした。5年前よりインターネットサービスが始まり、今ではユーザーはインターネット60%, PSDN40%となっている。端末数ではPSDNが4万5000, インターネットが4万。現在では電話線とインターネット経由は分かれている。電話線とインターネットの両方をMHS (Message Handling System) というシステムに集約する。またそのデータをバックアップ, およびリカバリーするシステム。そして利用者の情報を補佐するM&A (Management & Administration) システムがある。逆にHIRAからクライアントにデータがありますと知らせるACS (Auto Calling System) もある。病院はACSを介してHIRAからの審査結果を自動的に受けられる。以上が診療費EDIシステムの構成です。

その他処方箋EDI, 社会保険EDIそして防疫EDI (感染症サーベイランス) もある。これは保健所への感染症の報告システムで、もうひとつ別に国立医療院へのルートもある。

【岡本】 医師は一回パソコンに入力すれば保健所と国立医療院の両方へ同時に送られる。

【KT】 そうです。社会保険EDIは、国民年金の資格の異動等をこの中継センターを経由して政府に送る。だから端末は個人あるいは会社だ。

【岡本】 インターネットだから、誰でも自宅でチェックできる?

【KT】 それだけでなく、会社も、たとえば新入社員を雇った時にオンラインで届出ができる。内容は医療EDIと異なるが流れは全く同じだ。医療EDIはHIRAに行くが、社会保険EDIは年金公団に行くだけの違いだ。この他、30人くらいのコールセンターも運営しており、ユーザーからの問い合わせに応じている。KTはCA (Certificate Authority, 認証) 局を運営している。国内に5つ公的認証局があり、KTも公的認証局の許可を得ようとしたが、手続きが困難なのでここだけの私的認証局となった。その証明書をもって暗号化や相手の確認をしている。

【穴水】 このユーザーは任意のID, PWをもらっているのか? インターネットはADSLあるいはVPNの手法を使って、必要であればPKIの手法もつかっているのか?

【KT】 個人情報公団より認定サーバーに落として、照合して個人確認する。

【穴水】 みんなID, PWを持っているのですね。

【李】 あらかじめ公団から被保険者にID, PWを発行する。

【穴水】 ID, PWは何歳から? 生れた時から?

【KT】 何歳というより被保険者資格だ。事業所に雇われたら何歳でも。

【岡本】 自分はインターネットで確認したい、という人は郵送か何かでID, PWを発行してもらおうわけだな。

【KT】 個人情報はHIRA, 公団そして被保険者が共有している。最初は郵便で送っていたが、今では最初からEDIでやろう、となった。

【穴水】 じゃあPKIは使っている。

【李】 最初にオフラインで情報をやりとりする。

【山肩】 家族間でIDやPWを共有するのは何歳から、とか基準はあるのか? 子が何歳以上になったら親から分離するとか。

【李】 EDIといってもあくまで紙ベースでもできるもの。紙ベースでできないものはEDIでもできない。

【穴水】 それは医療情報じゃないからな。

【KT】 この中継センターは60個のサン・ベースのサーバーからなる。では実物をみながら説明しよう。

これはネットワークの入り口。こちらがファイアウォール、外から入ってくるものは全てここを経由する。左が認定サーバーすなわち私的認証 (CA) 局のサーバー。そのユーザーのログ

オン情報も管理するディレクトリーサーバー。ネットワークは二重化されており、155メガのネットワークです。ごらんのように機材が全て2つになっている。上がファイアウォール、下が侵入防止のIPS(Intruder Protection System)。

ここはインターネットの入り口。この認証サーバーは今はこちらだけの私的認証局になっているが構造的には公的認証局と変わらない。

次が電話線のPSDN。ここはMHSのアプリケーションサーバーです。4台あり、こちらは診療費請求のアプリケーション、つまりプログラムを運営するサーバー。4台は地域別に分かれており、ソウル、首都圏そして地方。ひとつのサーバー内でもCPUが二重化されており、ひとつのCPUが死んでも大丈夫になっている。

こちらはFEP(Front End Processor)システムといって外部からCPUに行く入り口。こちらがPSDNという電話回線を介して入ってくるもの。もうひとつはインターネットからアプリケーションサーバーにデータを送る装置。

こちらは、バックアップ&リカバリーシステム、ずーっとデータを蓄積するのではなく入ってきたデータを一時的に貯留するところです。サーバーがダウンした場合にこっちのデータを使ってリカバーする。データを蓄積するところは別途ある。こちらはあくまでサーバーがダウンした時のための備えだ。

こちらはM&Aサーバーといって顧客のデータが入っているサーバー。Nはandという意味です。こちらはサーバーのデータをバックアップするディスクストレージ。10TBのHDDが3つある。基本的に5年間保存する義務があるが、ディスクでは1年間のみ保存し残る4年は磁気テープで保存する。

こちらは電話線の入り口。1チャンネルが32ターミナル使える。電話では64の顧客が同時にアクセスできる。前はISDNを使う顧客も多くそちらの機械も用意してある。電話線を介して入ってくるデータはルーターを通じてencapsulationつまりデータ変換してFTPで送る装置です。次は、内部のLANになっていて、そのデータがサーバーやディスクに行く。

こちらはHIRAならびに年金公団の専用線のネットワーク装置です。装置ひとつでE1すなわち2048Mbpsをカバーする帯域、それが4つある。

これはACSすなわちオートコーリングシステム、HIRAあるいは年金公団からデータ処理が終わったという通知が来るとここから顧客に通知を出す。データベースは全てオラクルを使っている。

それでは診療費請求送信の実際をデモしよう。40万のユーザー(8万の医療機関、30万の社会保険事業所)があり、それを7人でシステム管理をしている。これを病院のパソコンと考えてください。実際の病院では他システムと統合しているのがふつうだが、これは診療費請求システムのみとしている。

まず病院が請求ファイルを生成すると、こうしたIF(interchange file)という形式になる。では最初からやってみる。まずKTIのソフトをたちあげる。IDとPWは既にセッティングされているので省略。送信ボタンを押す。その前に別のシステムで生成されたIFが表示される。ひとつのファイルで999人の患者が含まれる。まず送るファイルを選択し、送信ボタンを押す、確認画面がでる。送り終わったら「成功した」と表示されるので接続を切る。

【穴水】OSはWindowsだがマックもあるのか？

【KT】マックは使えるがLINUXはまだ。この中継センターからHIRAがデータをとってゆくのは以前は一日一回だったが最近ではもっと頻繁になった。そして医療機関に「確かに受け取った」という確認の知らせを送る。その他、HIRAからの通知事項や審査結果も全てここで得られる。

【岡本】データは固定長のテキストファイルか？

【KT】請求ファイルそのものはテキストだが暗号化してバイナリファイルとしておく。サーバー

で解説すれば元のテキストになる。ファイルのフォーマットはHIRAで聞いてください。我々は中継するだけ。たいていの病院は月末に一気に請求するので、ふだんは負荷がかからないが月末には暴走してしまう。そのため、回線の混雑に気をを使う。

【岡本】でも週・日単位とかの請求もあるんでしょ。それが増えたら負荷も減る？

【KT】その通り。未だ月単位が主流だが、できるだけ分けるようHIRAと話し合いしている。

【西山】KTが保守管理しているのはここだけ？

【KT】アプリケーションプログラムは子会社のKTIがやっている。中継センターはここだけ。PSDN請求でも電話は1分かからない。

【西山】保守にどれだけの人員が？

【KT】この中継センターは10人(医療EDI関係の運用に5人, その他EDIに5人)。コールセンタープログラム開発のため2人。その他のプログラム開発は別組織でやっている。ここは運用だけ。ここでプログラムというのはあくまでクライアントとの中継のプログラムをいう(EDIそのもののプログラムではなく)。その他KTIの営業担当者が3~5人, プロジェクトマネージャーが3~5人。

【岡本】営業とは誰に対して？

【KT】顧客管理, ということで課金業務。顧客は医療機関等。

【岡本】KTの収入は医療機関からとる通信料とHIRAからの委託料？

【KT】収入は主にネットワーク利用料。定額制+従量制。従量制とは容量に応じて3グレードあり, その中では定額制だ。使用量が増えるとグレードが上がる。

【岡本】この医療EDIはKT全体からみると売上の何%か？

【KT】KT全体から見れば, 微小なもの。

【岡本】全国民をカバーする医療情報ネットワークも規模としては微小ということですね。

【西山】点数改訂時は作業が発生するのか？

【KT】フォーマットが変わらないといいのだが様式も変わるとこっちの作業もある。

【西山】作業期間は？

【KT】だいたい1週間で何とかなる。もっともソフトウェア会社はロジックが変わると1か月でも大変, と聞くが。

【西山】HIRAとの10年の独占契約が10月で切れる, とのことだが, その後どうなるのか？

【KT】PSDNの電話線の契約は96年から始まり来年で終わる。しかしインターネット契約は2000年から始まったので2009年までだ。今インターネット契約に誘導しているのだから, 来年から解禁されるのはPSDNだけ。

【岡本】いずれにせよ2009年からは完全自由化。

【KT】インターネットユーザー4万人といってもウェブアプリケーション(ウェブEDI, ブラウザー)が4万。

【西山】日本でもようやくレセプトオンライン化がすすみだしたが, KTとしては日本進出を目論んでいるのか？

【KT】日本からの見学者は受け入れているが, 進出までは考えていない。よろしく宣伝してくれたらありがたい。

【穴水】今かかえている大きな問題点を3つほど教えて欲しい。

【KT】組織間の行政的な問題, 事務的な調整が大きい。システム, ハードウェア的な問題はほとんどない。

【岡本】レセプトオンライン化というと日本ではセキュリティを心配する声が聞かれるが, 隣国でこうして安全かつ効率的にやっている, という事例は日本にとってもいい説得材料となるだろう。

- 【KT】1999年よりPKI方式を始めた。KTは日本のNTT並の高い信頼を得ている。
- 【穴水】日本のNTTは外注の際に漏洩事件が発生したりしているが。
- 【KT】幸これまで外注で漏洩は起こったことがない。国レベルの国家安全点検、内部点検が行なわれる。運用の5割以上は安全点検に費やされる。
- 【穴水】クライアントである医療機関に対する教育や説明会はどれくらいやっているか？
- 【KT】KTが提供する診療報酬請求プログラムは病院からみると院全体のシステム内のひとつのモジュールになる。その全体システムを構築する業者が、ユーザー教育をやってくれる。むろん我々は業者と情報を共有している。TRUI(Translation and User Interface)を業者に提供する。TRUIとはデータのマッピングのこと。デモの時に送信ボタンを押した段階で、ファイル変換と暗号化が行なわれ、それが中継センターに届く。病院情報システムに診療報酬請求システムはモジュールとしてインターフェイスファイル(IF)をくっつける。
- 【穴水】構築コストは？
- 【KT】初期構築費用400億ウォン。アップデート費用をいれたらもっと。今の時点ならハードウェアだけなら50億ウォンできるだろう。ソフトウェアで最も金がかかるのはMHS。MHS開発は外注して国内大手3社(現代情報システム, LG)がやって200億ウォン。今開発したらもっと安くすむはず。私の感覚では以前の4分の1だろう。日本ならコストも高いだろうが。
- 【山肩】システムがここに集中しているようだが災害時の復旧プランは?先ほどの国家安全点検にも関係するだろうが。
- 【李】バックアップ体制はあるが、この建物が全部やられたらダメ。
- 【KT】日本のように大きな地震はないが、遠隔地にバックアップ施設をおくべき、という声もあるが費用面で・・・。
- 【岡本】日本では生命保険会社でさえ東西にセンターを置いたりしているのに、それは意外だ。
- 【李】政府や金融機関はそうしている。戦争対策だ。
- 【岡本】国民年金や医療データがここしかない、というのでは万一の時は・・・。
- 【李】ここをやられたらシステムは落ちるが、各機関がデータは保有している。ここに保存されている5年分のデータは失われるだろうが、各機関は保有している。金融機関は遠隔地にバックアップ施設を保有している。NTTコミュニケーションもバックアップ施設を有しているが、その所在は秘密だ。

---

## 国民健康保険公団イルサン病院

2006年1月24日 医療情報チーム長他

- 【李】本病院の設立目的。実際に公団で病院を運営することにより、保険診療の実態を収集することができる。むろん保険者が病院を直営することに「どういう意図なのか」と反対もかなりあった。しかしこの病院を通じて現場での運用面の実態を収集することがこの病院の設立目的です。
- 【岡本】いわゆるアンテナショップですね。公団直営病院はここ一カ所のみですか？
- 【李】そうです。医療保険公団が統合されたのは2000年だが、この病院の計画そのものは1994年からあった。その間に反対もあつたりして当初1998年のオープン予定はかなり遅れ2000年初になった。
- 【穴水】ここの土地は確保していたが、建設できなかった。
- 【李】では病院全体の概要と、本病院の診療費請求システムについて説明します。またこの病院だけでもDWを運営している。皆様に本院の紹介CD-ROMを配布します。



---<ビデオ上映>---

- 【李】本病院の特徴を一口でいえば、国民の保険料で運営される病院であり、市民へのいろいろなサービスプログラムを提供することを重視している。また本院は開放(オープン)型病院であり、地域の医師が自分の所有しない医療施設を本院で利用し、主治医としての患者との関係は維持する、しくみになっている。
- 【岡本】韓国の病院は日本と同様クローズドシステムが中心と聞かすが、オープンシステムはこの病院だけか？
- 【李】いえいえ、この病院だけでなく大規模病院にはオープンシステムはあります。ただ本院はそのシステムを一層徹底しているということです。
- 【岡本】オープン病院とクローズド病院は制度上も区別されているのか？
- 【李】制度上の差はありません。しかし保健福祉部は、オープンシステムを誘導しており、病院によって積極的なところとそうでないところがある。この地域は同様の大病院が3つもあり競争が激しい。
- 【岡本】たとえば内科開業医が持っている喘息患者が悪化して入院の必要がある、としてこの病院に入院させた場合、その患者の医療費はこの病院が保険公団にレセプト請求する。そして紹介した医師への報酬はどうなるのか？
- 【李】それはその医師と病院との契約による。いろいろ複雑で、たとえば報酬の何十%を医師に払う、というふうな。
- 【岡本】つまり医師と病院との間で「私の紹介した患者の報酬は2割をもらう」というような契約を結ぶ、と。
- 【李】契約については保健福祉部がモデルを示している。一人の医師が複数の病院と、たとえば内科についてはこの病院、外科についてはこの病院と別々に契約することも可能。
- 【情報部長】では本院のシステムを説明します。本日用意した資料は皆様のために特別に作ったものです。

第一が双方向ビデオ情報システム、第二が診療費請求システム、そして本院の医療DWシステム。院内DWを保有するのは本院だけではありませんが、本院は最もよく使っているといわれています。

韓国の医療情報システムのトレンドは、以前は診療支援システムでしたが、現在では病院経営の観点を重視したものになってきています。また以前は内部業務のみを対象としていたが現在ではeヘルスという外部機関との連携を重視したものになりつつある。今後のシステムは機能よりも診療のプロセスを重視したものに、また単にデータを出すだけでなくその分析を重視したものになりつつあります。

少子化が進み患者数の伸びが期待できないなか、病院数は増加しており、競争は激化しつつあります。情報システムはまさに「生き残る」ためのシステムでもある。本病院は公団直営という特徴も生かしたものになっている。基幹系はレセプト、診療、診療支援そして一般管理の4システムに分かれている。

EDIは院務というレセプトシステムの中に含まれる。基幹システムの上に附加システムというべきPACSシステム、eヘルスシステム(健康管理)そして本院で未導入だがEMR(電子カルテ)システムもある。

- 【岡本】eヘルスとは、公団がとりくんでいるディジーズマネジメントと関係するのか？昨日訪問した公団研究所の話では公団は全国に250人の人員を配置しているとのことだったが。
- 【情報部長】直接は関係ありません。ディジーズマネジメントは公団が各地の病院と契約してやっている。主体は保健福祉部にある「疾病管理本部」だ。公団がやっているのは保険者としてのサービスだ。eヘルスは、オープンシステムに参加する医師が外部から患者のデータを照

会したり、テレメディスンといったもの。患者さんもインターネット経由で、知りたい病院情報を入手できる。また病院が外部業者よりいろいろな物品を調達するための電子調達システムといったものだ。一口でいって、院内ではなく外部との情報のやりとりのことだ。設置主体が保険者とはいえ、あくまでも医療機関の立場だ。

【岡本】保険者直営として保険運営に貢献する、と先のビデオにもあったが、この病院での診療実績がレセプトの審査基準作りの基礎データにもなるのか？

【李】本院設立のもともとの目的はそうだった、が、そうしようとするといろいろな病院から反発があった。保険者直営の病院なら赤字を度外視してするだろう、それを全病院の基準にされては困る、というふうに。

【岡本】イルサン病院の「基準」を全国基準にされるのは困る、と。

【李】そこで、本院も方針を変え、赤字黒字といった保険診療の経営情報もちゃんと分析しよう、となった。

【岡本】現実には、ここの病院の診療内容が必ずしも全国の点数表や審査基準には直接には生かされていない？

【李】表向きはそうだが、公団としてはむしろ本病院の実績は注視している。

【情報部長】最上位にあるのが意思決定支援システム。DWを構築している。ABC(activities-based costing system)はいろいろな診療行為に対するコスト分析をするシステム、CP(critical path)分析システムとはDRGの分析システム、CRS(clinical research support system)は研究支援システム。この病院は延世大学病院と連携しており、大学の医師が本院と兼務している。医師別、傷病別そして診療行為別の原価を推計するABCは本院の設立目的に照らして重要です。つまり診療行為ごとの価格をどう設定するか、の上で診療行為ごとの原価計算をすることは必須だからです。このデータに基づいて医療保険公団は診療行為ごとの価格設定をします。

【穴水】恣意的に決定することもあるのでしょうか。

【李】それもありません。しかしここでは実際のデータを収集する。

【情報部長】本院は740床の大型病院ですので、これからの説明は大型病院用システムと理解してください。

これはハードウェアの、次はネットワークの構成図。

【穴水】外部からの接続はインターネット？専用線？

【李】公団支部間は専用線だが、一般の人とはインターネットです。

【穴水】VPNを使わないのか？

【李】みんな簡単にVPN、っていうのが高いんです。セッティングとか操作は一般の人はいじれない。一度相手を固定したら変更には専門家をよばないといけない。

【穴水】一般の人はともかく、契約医療機関とかなんかは・・・。

【李】それなら可能性はあるでしょう。

【和気】日本でレセプトオンライン化の最大障壁はネットワークセキュリティ。そこんところをどう解決するか・・・。

【情報部長】VPNは現在はやっていない。基本的にはPK(公開鍵)による暗号化でアクセスできるようになっている。公的認証局は韓国は5つある。VPNよりはるかに安い。

【穴水】日本は認証局の費用が高くてPKIが普及しない。一回で7000円くらいかかる。

【李】韓国も高いですよ。本院のセキュリティレベルは国の決めたレベルでは軍事機密並みの高さだ。少なくともこれまでセキュリティで問題が起こったことはない。ファイアーウォールも二重化している。

【情報部長】これからは皆様も関心の高い診療費請求システムです。まず患者に対する請求が発生

したら院内で事前審査をする。審査プログラムの中でまわす。事前審査の段階では請求のフォーマットにはなっていない。それを審査のためのフォーマットに変換し、再度事後審査プログラムにかける。ここでEDI変換という言葉があるが、これはHIRAに提出するフォーマットに変えることだ。ここを境に病院独自のコード体系とHIRA用のコード体系という全く異なったコードが変換される。そして請求ファイルが作られ、電子文書として発信される。発信はKTが提供する専用線(VAN)を介して行なわれます。したがって最終的な電子文書はKTのプロトコルに合わせたものでなければならない。この部分は各病院の保険担当者が管理している。この病院はインターネット経由で発信しているがVANという一種の専用線に近いものである。しかしHIRAに到達する前にシンクロードというHIRAと同一ロジックの審査プログラムにかける。二重三重にチェックされるわけだ。

【岡本】 DURもこの病院のシステムに入っているのか？

【情報部担当者】 薬もシンクロードでチェックされる。

【李】 保険者直営ということもあり、請求に問題があるとメンツにかかわるのでこんなに慎重にやっている。

【穴水】 ・ ・ XMLとXML7について質問あり(よくききとれず)

【情報部長】 webEDIのXML方式になるとHIRAも大変便利になる。問題のあるレセプトについて、たとえばレントゲンフィルムを別に送ってもらう必要があったがXMLになるとテキストだけでなく画像ファイルも全部入れられる。従来のVAN方式では、入れられるコンテンツに制限があった。

HIRAで審査が終わったら診療費通知書が送られてくる。外来は毎日レセプトを生成し、月単位でまとめて請求する。入院も月単位だが、途中で抜けがあったり再請求の場合は別に請求する。

【岡本】 基本的には月単位ですね。

【情報部担当者】 本院は保険請求に従事する職員は10人。なぜこんなに多いのか、というと、やはり医師のミスや入力エラーが多く、コンピューターでチェックできないものもかなりあるため。

【岡本】 EDIで人員が減る、大病院なら4~7人の人員がいなくなる、と聞かされたが、その話が事実なら、紙請求でもEDIでもこれくらいの病院ならやはり10人はいる、ということか？

【情報部担当者】 紙請求の頃は13人くらい、それがEDI後は10人になった。それほど差がないといえそうですが。EDIは患者にとって利便性がある。紙レセプトでは請求漏れ等が患者が退院後になってやっと分かることが普通だった。しかし退院後に追加請求しても患者は払おうとしないどころか逆に患者から叱られることがしばしばあった。EDIでそうしたトラブルはなくなった。

【山肩】 紙請求の頃はどれくらい請求漏れがあったのか？

【穴水】 請求件数はどれくらい？

【情報部担当者】 本院は開院時すでにEDIがかなり普及していたので紙請求の頃の請求漏れの数値は今となってはよくわからない。外来については月末にいっせいにやるが、入院については毎日約120人の退院患者についてレセプトを作成している。外来は6万件、入院は2800件だ。KTに払う伝送費用が月66万ウォン。シンクロードという会社に払うチェック費用が月18万ウォン、わりと安い。ただシンクロードはHIRAの審査レベルまで達しておらず、やはりHIRAの審査の方が細かい。

【情報部長】 病院経営からみるとEDIはあまり経費削減のメリットは大きくない。さっき言ったように13人が10人に減ったくらい。しかしHIRAの立場からみればEDI化のメリットは大だ。もうひとつ患者からみてもメリットはあった。請求漏れをめぐるトラブルは現在ではほとんどなくなった。また、医療に関する各種情報や統計を収集しなければ本院の立場としては、EDI

化は統計をとる上でメリット大だ。もうひとつ診療費支払が早くなったメリットも大きい。HIRAは週単位請求にしる、と勧めているが、本院では月2回請求にしている。

【岡本】週単位請求の病院もあるのか？

【情報部担当者】一部週単位の病院もあるそうだがやはり月単位が主流。

---<自己審査画面の解説>---

【李】この自己点検システムは2億ウォン(≒2200万円)もするが大半の病院が導入している。これで人件費が削減でき、大型病院平均1%と言われる査定率を低くできる、というメリットがあるから。10人くらいかけても完全にはチェックできないから。

【西山】電子レセプトのフォーマットをいただけませんか？

【情報部担当者】そんなものはHIRAサイトにのっている。

【西山】傷病名はICD10とのことですが、請求傷病名と病歴管理の傷病名とは一致していますか？相違がある、ともきくのですが・・・。

【情報部担当者】内部管理のコードは異なる。主傷病は同一だが、細かい管理のためのコードが必要だから。

【西山】レセプト一件当たり傷病名は平均いくつ？

【情報部担当者】多いときは20も書くことがある。主傷病は必ず記載しなければ請求できない。

【岡本】主傷病の選択が正しいかはチェックされますか？

【情報部担当者】10人でチェックする。

【岡本】コーディングスペシャリストですか？

【情報部担当者】スペシャリストではないが、疑問がある場合は医師に訂正を求める。

【西山】EDIではレセプト以外にも、薬剤の購入価格や医師数等、施設基準に関するデータ提出にも使われるのですか？

【情報部担当者】EDIによるリアルタイムではなく、事前に別に提出している。変更があればその都度、提出するがレセプトのEDIではない。

【西山】患者に渡す領収書の様式を見たい。

【情報部担当者】全国共通の様式がある。お帰りの際にさしあげましょう。

【西山】EDI請求のための共通コードの他に院内独自のコードがあるとのことだがサンプルをいただけませんか？

【李】いや～、私もこの情報システムを作ったが、どの病院も秘密にするんです。それでメーカーはかなり苦勞させられた。

【西山】算定基準がホームページに掲載されるとどう対処されるか？

【情報部担当者】一点単価だけなら楽だが、ロジック(指針)が変わる、となると担当者は大変な作業になる。

【西山】どれくらいの時間的余裕があるのか？

【情報部担当者】HIRAで困るのは、3日しかなかったり、ひどい場合は今日変更して「明日より適用」と言ってくることもある。1週間余裕があればいい方。関係者の頭痛のタネだ。請求できたものが突然できなくなったり、して大変だ。多くの病院が情報システムに多数の人員を要するのはそれへの対応があるからだ。

【西山】これじゃ、日本と変わらないな～。一点単価改訂だけなら、簡単なんですね。

【情報部担当者】そういう作業ならすぐ終わるし、そもそもそのような改訂はいつ行なわれるかわかるので対処しやすい。しかしロジックの変更はいつ何時いつくるかわからないから困る。

【西山】HIRAはEDIの効果として、全国のデータを病院に提供してフィードバックできることだ、といっているが、本当にHIRAからもらうデータは病院にとって有益なのか？

【情報部長】たしかに病院にとってそうした情報は重宝だ。全国の傾向を見ることができる。大型

病院はいいが中小病院は対応できず、請求漏れが多数あると聞く。そのためにASPの業者も多数あるのだが。HIRAも公団もそうした零細医療機関を支援する方法を検討しているとのこと。

【西山】HIRAはこれまで医療費の審査支払だけの機関だったのが、医療の質の評価も行う方向に変わってきている。具体的にどうかたちで病院にかえてきているのか？

【情報部担当者】たとえば抗生剤の使用量をHIRAは全国平均と比較して同一規模の病院平均と比較してどうか、同一傷病の治療としてはどうか、どういう傷病の患者が多い病院と比較したらどうか、とランクつけて知らせてくれる。病院に提供されるそうした評価情報は自分たちの医療内容の傾向を知る上で有益だ。

【岡本】HIRAから送られてきた通知書は見せてくれませんか？

【情報部担当者】ウェブメールというかたちでHIRAのウェブサイト上で閲覧できるのみ。

【西山】疑義のある請求については実地調査が行なわれる、とのことだがそうした経験はないか？

【情報部担当者】本院では受けたことがない。

実地調査は、事前に必ず通知される。たとえば「あなたの病院は、この診療行為について許容範囲を逸脱している」と通知があり、すみやかに改めればそれ以上追及されない。2回通知を受けて変わらないと実地調査になる、とのこと。ただ、たまに「抜き打ち」でやることもあるそうだ。

---

## ウリドル病院 保険審査チーム部長

2006年1月25日

【ナム】私は日本人係のナムと申します。

ウリドル病院の沿革ですが、1980年、神経外科医のリー氏により釜山から始まりました。84年ウリドル病院の開院、86年脊椎ヘルニア分野へ特化、92年ソウル進出、99年今私たちが座っているところに移転。2000年別館開設(ここから3分程度)、2003年光州、2004年金浦空港内にそれぞれウリドル病院を開設。今年、テグウリドル病院開設予定そして2007年には済州島にウリドル病院開設計画があります。

ウリドル病院の理念は脊椎総合治療です。また国際化を目指しており、ウリドル病院グローバルウェブサイトを運営し、4か国語で提供している。現在ソウル2か所を含む全国5か所にウリドル病院がある。

ウリドルネットワーク病院の未来計画は、第一は済州島計画です。テグは今年開設ですが、済州島プロジェクトが現在進行中で、ただの病院ではなくリゾート・メディカルセンターを目指している。病院だけでなく、コンドミニアム、クラブハウスそしてゴルフコースも全部合わせてひとつのリゾートとして作ります。この写真は予想図です(スゴ〜イと嘆息)。

国際化のひとつが中国計画です。2005年2月、中国の天津医学大学と相互協力協定を締結。2004年9月ベンチャーキャピタルグループ設立、2200万米ドルの資金調達。ウリドルグループの持ち分は45%。

ウリドル病院のスタッフは本院は医療スタッフ59人、他職員404人、金浦空港病院は医療スタッフ18人、他職員95人、他病院合わせて医療スタッフ110人、他職員780人、手術室は総数33室。

本院の59人医療スタッフの内訳は神経外科医20人等々。一階ロビーの装飾は「安心楽観」すなわち安心して治療を受け未来は楽しくなる、という意味のモニュメントです。15室の手術室のうち顕微鏡手術室が10室、その他内視鏡手術室5つ。手術件数は2003年全身麻酔7638件、局所麻酔3395件計11033件。2004年はもっと増え11633件、2005年は約1万5000件。部位別では腰椎が最多。

病棟は本院は226床。ウリドル病院の新館は24床でここから徒歩4分程度。その中には健康診断センターや内科や女性外来、救急室等がそろっている。放射線センターや医学実験室等いろいろなシステムがある。これはペインクリニック。脊椎健康センターではリハビリやいろいろな治療システムがある。

金浦空港ウリドル病院は、アジアのMISS (Minimal Invasive Spinal Surgery, 最小侵襲的脊椎手術) のハブ(基幹)を目指している。地理的には東京、上海そして台湾から飛行機で2時間程度。ちなみに羽田と金浦間は毎日16便飛んでいます。

脊椎専門クリニックとして、頸椎、胸椎、腰椎そしてヘルニア専門クリニックを運営中。他に脊椎変更クリニック、このように歪んだ腰を矯正するクリニックです。

ウリドル病院はペーパーレス病院として有名であり、5病院は画像フィルムも含めカルテ等書類は全てネットワークで医師が見ることができるし、ソウルの患者が釜山に引っ越しても何の問題もありません。全てコンピューターネットワーク化されているので、自分のカルテをみることができる。

以下は手術風景で、できるだけMISS (内視鏡による非侵襲的手術)を試み、そうでない場合もできるだけ切除を最小限に止めることが当院の誇りです。

#### ---<映像供覧>---

金浦空港病院は2004年6月診療開始ですが、2004年中全身麻酔1039件、局所麻酔323件、2005年は全身麻酔2554件、局所麻酔893件でした。病床数は80床。このように毎朝、当日のスケジュールについて医療スタッフのミーティングを行っている。外国人専門センターを運営しており、開院と同時に英、日、中3か国語圏の患者と対応できる体制を整え、インターネットで相談できるようになっている。医師も外国語のできる医師を各科にそろえた。

患者数は2003年192人、2004年285人、2005年399人、3年間で876人の外国人が治療を受けて帰国した。中国、アメリカ、イギリスそして日本。これは治療を受けた患者の声です。

次は進行中の対日本マーケティング戦略。日本の医療学会にリー理事長が訪問して、MISSについて発表したり宣伝している。また日本の医療スタッフを受け入れて研修させている。日本の医療関係誌でのウリドル病院の紹介、来月2月には日経メディカルにも掲載される。リー理事長の腰椎頸椎椎間板ヘルニアに関する教科書を日本語に訳して出版する。インターネット検索エンジンに病院ホームページを登録する。目下グーグルとヤフーに「腰椎ヘルニア」と入力するだけで本院のホームページがでるようになっている。

金浦空港病院の拡張計画。2007年1月より向かいの大きな建物も病院の一部となる。増築の目的は国際的なMISSの基幹を目指すことにあります。関節や乳がんも対象にひろげる。

ウリドル病院の教育活動ですが、多くの学会から教育研修機関として認められている。昨年はインドやフランスと結んだ手術の実況中継も行った。これは2004年の長期フェロー、日本から一人、インドから2人ここで1年間教育を受けた。短期訪問としては、日本脊椎整形外科学会会長等です。

【岡本】日本は皆保険制で、外国で治療を受けた場合、帰国後に医療費を払戻してもらう制度(海外療養費)があります。しかし国は、これは旅行中の急病や外傷のためのものであって、単に韓国の病院がいいからという理由で訪問して治療を受けた場合は、払戻すなど指導している。ウリドル病院では既に多数の日本人が治療を受けているが彼らは医療費はどうしたのか？

【バン】当院で受けた日本人は全額自己負担していった。

---<後で自由診療の価格を訊ねたところ、日本と同様保険診療価格の2倍とのこと>---

【岡本】わかりました。法律上は「海外で治療を受けた場合」となっており、私なりの解釈では希望して海外で治療を受けた場合も当然保険が払うべきだと思っています。典型例が臓器移植

で、日本ではなかなか移植がうけられずやむをえずアメリカ等で受けるケースはありますが、その場合も保険は一切支払わず、親族や友人らが寄付活動をしたりするケースもあります。

【バン】ではEDIについて説明します。入院や外来で診療が終わるとファイルを作る。これが実際の画面です。まずIDとPWを入れる。次に保険にいろいろ種類があるので保険の種別を選ぶ。これで患者一覧が表示される。ダブルクリックで内訳がでるので、内訳が正しいかチェックをかける。たとえば投薬関係を見れば、医薬品の一覧と用量や期間を見ることができる。こうすれば検査結果が表示される。赤い数字は異常値。カルテを見れば、入院と外来に分かれており、全体をみることができる。オーダー、そしてプログレス記録、看護記録も表示される。レントゲンはこのように電子カルテになっている。

このように画面で審査して審査が終わると保存して、EDI請求のための画面を作る。病院の資料を全てチェックしてEDI請求ファイルは作られる。その後に「送信」を押す。送られたファイルはHIRAで審査され、1か月後審査(査定)結果を受け取る。審査結果を受信して、査定の内訳を分析できる。

これは査定結果で、どこが査定どんな理由で査定されたか患者ごとに分かる。

【岡本】この月は9人の患者が査定された？この病院の患者数の何%か？

【バン】査定を受けるのは人数の20%、金額の5%。

【岡本】ということは査定された患者については査定率は25%!?画面に表示されているのは患者氏名、傷病名、そして査定理由のコードそして査定項目ですか?ICってどういう意味?

【バン】査定理由は記号で示される。1は診療料、Cは「過剰」という意味。

【西山】具体的にどういう項目がどういう理由で査定されたか教えて欲しい。

【バン】1診療料、2投薬、3注射・・・Aは点数間違い・・・査定される内訳の80%がC「過剰」。1番目の患者は白血球がICで1794ウォン削減、2番目は酸素吸入が過剰として5463ウォン査定。その下は赤血球数が過剰検査と見做されて削られた。その下は薬剤名があり、単価が間違っていて査定。その下も赤血球数や白血球数の検査が過剰・・・。

【西山】そのように検査が過剰だったとされたことに皆様は納得されますか?

【バン】納得する場合もできない場合もある。できない場合は異議申請する。

【岡本】今聞いた限りでは査定内容も理由も日本と大差ない。手術や室料が大半を占める中、投薬や検査の査定だけで25%削減とはにわかには信じがたい。

【バン】20%は患者数ではない、項目数の割合だ。

【西山】1000ウォン請求して950ウォンしか払われない、のはやはり大したもの。

【バン】100項目請求してそのうち20項目について何らかの査定が入る。金額ベースでみると100ウォン請求して5ウォン少なくなる。

【岡本】なるほど件数とは項目数だな。つまり一人の患者についていくつもの項目に査定が入る、なら理解できる。日本は国全体では1~2%だが、この病院のような高度医療機関の査定率はもっと高くなり、医療機関全体で4~5%くらいになることはありうる。とはいえ韓国ではEDI導入後、各医療機関が提出前にきちんとチェックするようになったので査定率は下がった、と聞かされてきたが、今の話では、まだ相当あるようだ。いいかえればEDI導入前はもっとスゴかったのか?

【バン】この病院は他病院より手術の割合がベラボウに高く、査定率も他病院より高い。病院全体ではEDI後、査定率はやや下がったが、ふつうの病院で手術を受ける患者割合は20%だがこの病院は95%もあり、比較にならないだろう。

【西山】手術を適用する項目を誤ったら、ガクンと削られるだろうが、このように検査の過剰くらいでそんな巨額になるとは考えにくい。

【バン】金額も何千ウォンと少ない。

- 【西山】チェックプログラムは入っていないのか？
- 【バン】使っているが、ウリドル病院で行っている手術の大半が最先端のものであり保険で認めていないものもやったりする。HIRAの審査基準より進んでいるので、審査基準にひっかかってしまって高額査定になる。
- 【西山】この手術はダメ、といった手術料まるまる査定されたら巨額になるのは当然だが、白血球ダメくらいでそんな巨額にならない。
- 【バン】一人の患者で高額低額いろいろ査定されて合計すると巨額になる。
- 【岡本】ではこの患者の場合、いくら請求していくら削られたのか？
- 【バン】110万ウォン請求して5万ウォン削られた。この病院は査定率がトップの病院だ。最新手術ばかりやっている特殊な病院であって平均的な病院ではない。
- 【西山】請求は月単位ですね。
- 【岡本】韓国では明確な審査基準を定めてやっているが、日本は明確な基準なしにやっているので審査する委員が変わると査定もガラリと変わったりする。
- 【バン】でも、韓国でも似た傾向はありますよ。審査基準でひっかかって人による画面審査に回されると、担当する人によって差はでてくる。不服があれば、異議申請をする。
- 【西山】レセプトの種類はいくつかあるのか？
- 【バン】健康保険、労災、自動車そして生活保護の4つ。
- 【西山】全部HIRAが審査か？
- 【バン】生活保護と健康保険だけだ。
- 【西山】入院外来のレセプト件数は？
- 【バン】入院1000件、外来は8000件。いずれも月単位。
- 【西山】週単位の請求もできるそうだが、そうしないのか？
- 【バン】在院日数が短いので月単位にしている。
- 【西山】傷病名はICD10ですね？レセプトに記載するものと院内管理用とは同一か？
- 【バン】院内外区別せず標準化されたICD10を使っている。
- 【西山】薬剤をいくらで購入したか、とか医師数が何人いるか、といった施設基準や経営情報もEDIで提出する、と伺っているが、どれくらいの頻度で？
- 【バン】薬の購入価格も医師数もEDIで申告するが、頻度は変更のある都度だ。
- 【西山】保健福祉部からの通達等もEDIか？
- 【バン】Eメールでも来るが、基本的には以前と同様書類で届けられる。
- 【西山】日本では内訳つきの明細がわかる領収書を患者に発行することに今年4月からなるがそちらでは？標準化された明細領収書があるのか？
- 【バン】保険への請求明細書(レセプト)と違って統一した様式はない。本院ではこのようなものを交付している(画面に示す)。診察料いくら、投薬いくら、放射線いくら、総診療費、本人負担額いくら等。
- 【西山】な～んだ。日本と大差ないな。
- 【バン】これ以上の詳しい明細はないが、もし患者が要求したらあげる。ふつうはこんな診療行為別程度。
- 【岡本】5%減収は大変なものですが、不服申立はされるのですか？項目の20%について全て不服申立していたらスゴイ申立数になると思うが……。また申立は書面か口頭(面談)か？申立てたら決定はどれくらいのスピードで出るか？
- 【バン】審査決定後90日以内にHIRAに書面で申立ることができる。今までは紙でやってきたが、目下不服申立もEDIで行えるよう準備している最中だ。90日以内に申立て棄却された場合、さらに90日以内にHIRAに再審査申立ができる。



- 【岡本】 その申立書を書くのも審査部長のあなたが？
- 【バン】 そうです。
- 【南】 この方はもともとHIRAの御出身です(笑)。
- 【岡本】 そうですか・・・だったら有利!?. さて、申立て認められる場合と棄却される場合があるでしょうが、こう書いたら認められたとか具体例を。
- 【西山】 たとえば白血球は何回まで、という基準に違反したから査定されたのか？ 一定の規則があるのか？
- 【バン】 基準があるものも、審査委員の意見による個人的判断もある。
- 【岡本】 たとえば、この患者は白血球の変動が激しかったから、とカルテの写しを添付したりするの  
か？
- 【バン】 もちろん。医師のコメントから必要ならレントゲンフィルムも添付する。
- 【岡本】 一日何通不服申立書を書かれるのか？
- 【バン】 金額ベースで5%削減され、その額の95%以上分については不服申立をする。たしかに多い。
- 【岡本】 前にHIRAの審査員をされていた、ということは看護師でおられるのか？
- 【バン】 そうです。不服申立して、最大67%まで回収したことがある。
- 【岡本】 削られたら頑張ってもせいぜい67%しか復活しない。もし何もしなかったら削られる一  
方・・・。
- 【バン】 平均的には20%しか回収できない。
- 【岡本】 67%は大成果なんですね。
- 【西山】 査定に納得したら、再発防止を院内に徹底されるわけですね。
- 【バン】 主治医に、なぜ削減されたか、これは請求してもダメ、等周知する。
- 【西山】 HIRAのホームページに審査基準の改訂が公示されたらどう対応されるのか？
- 【バン】 ただちにプログラムに変更を加える。
- 【西山】 時間的に間にあうか？
- 【バン】 時間がなければ手作業でやる。
- 【和気】 それはベンダーさんがするのか？
- 【バン】 この病院は院内に情報チームがある。そうでない病院ではベンダーがやるのだろう。
- 【穴水】 情報チームは何人？
- 【バン】 9人。この病院は独立した情報会社も持っている。
- 【岡本】 聞きにくいことだが、元HIRAということは政府公務員であったわけだが、関係業界に天下り  
する上での制限等はないのか？
- 【バン】 とくに制約はない。ただ、在職中に知り得た秘密は漏らしてはならない。
- 【西山】 年末に一点当たり単価が改訂されるが、それは単純に一点の単価を変えるだけでいいのか？
- 【バン】 ふつうは単価だけだが、今年だけは、各診療行為の点数そのものが変わった。
- 【西山】 HIRAはこれまで医療費を査定するだけだったのが、医療の質評価もするように変わってき  
た。医療の質評価は病院にとって有益なのか？
- 【バン】 聞くところによると、医療の質を点数化して病院をランクづけしランクに応じた報酬支払  
をするらしいのだが、まだ実際には始まっていない。
- 【西山】 データウェアハウスからいろいろな指標を出して、あなたの病院は全体の中でこの位置、と  
いった情報を提供しているそうだが、そうしたHIRAからのデータは有効ですか？
- 【バン】 今もらっているのはあなたの病院はこれこれという資料のみで、他病院との比較という資  
料はいただいていない。部分的に抗生剤とかCTについては、全国平均との比較も見せてもら  
っているが、この病院は特殊なのであまり参考にならない。
- 【山肩】 OCSに打ち込めば請求に自動的に変更されるEDIシステムの開発経費は？

【バン】 当院がOCSを導入したのは1999年だが、当時最も優秀な業者を選定した。オーダーリングシステム(OCS)の開発に1年以上かかり、それをさらにEDIにつながるようにするために1年以上かかった。OCS開発に2億5000万ウォン、病院にとっては相当な負担だった。これにPACSまでいれると倍くらいかかる。

【山肩】 国からの補助金等はなかったか？

【バン】 全くなかった。診療所のOCSはそんなに高くないが病院のは高い。EDIのメリットは、100請求すると90は先払いになるのでキャッシュフローがよくなること。20日以内に支払われるのも有利。

【山肩】 OCS開発に2億5000万ウォン、さらにEDI化のためにいくら？

【バン】 最近では区別しないのでOCS=EDIとして込みとなり、総合病院なら4億ウォンが相場だ。

【山肩】 メリットはキャッシュフローの改善、とのことだが、導入時に混乱はなかったか？ 病院としては当初から賛成だったのか？

【バン】 審査部門の負担はコード化等で増えたが、病院全体としては抵抗はなかった。国の政策であり、流れでもある。ただ中小病院は初期投資にたえられず未導入の病院はあるようだ。本院は十分な資金があったので問題はなかった。

【山肩】 キャッシュフロー以外のメリットは？使ってみてわかったこと等。

【バン】 審査部としても仕事がやりやすくなった。紙でなら、あちこちの紙を寄せ集めなければならないが全ての仕事がコンピューターの前に座るだけででき、時間も短縮した。紙ベースの頃は毎日何百何千枚もの紙をプリントアウトし穴をあけて綴じ、保管場所や郵送費等「モノ」の管理経費もかかった。8000件ものレセプトを紙処理するのは大変でしょ。それが無くなったのはラクだ。

【穴水】 保険請求のためのEDIだけでなく医療情報システムで患者へのサービス提供はいかがでしょう？

【バン】 計画はしているが、まだサービスは提供していない。

【山肩】 国内5か所の病院間をネットワーク化し情報を共有しているが、中国で開設する病院はどうなるのか？また保存期間は？

【バン】 国内でも共有はあくまで患者の同意を得て行っている。国際間ではやはり法律の違いから共有はできない。保存期間は韓国の法律上は10年だが本院ではバックアップをとって永久保存を目指している。

【山肩】 データ保存は各病院の分散型か、一カ所の集中型か？

【バン】 各病院にサーバーがあり分散して保存している。釜山の人がソウル病院で受診すると、ソウルから釜山病院のサーバーにアクセスしてとりだす。

【穴水】 我々だけでなく、日本から同種の団体が多数来訪していると思いますが、我々に何かメッセージは？

【バン】 私が5年前にHIRAにいた頃から日本のNTT等多数の訪問者が来た。にもかかわらず日本ではEDIの進展がほとんど無いようで不思議だ。見学ばかりでは・・・。

【岡本】 ごもつとも。韓国よりずっと先にできていなければならないはずですが、弁解じみているが、日本は戦前からの保険制度の固いワクにはめられており、新幹線のように新線をひくのではなく在来線をつくりかえながら進めなければならずかえって難しい。むろん、そうも言ってもらえず、ようやくここに来て、国のトップが決断を下した。

私も西山も10年以上前からワイワイ主張してきたが日本人の多くは「そんなものできるのか」と懐疑的だった。こうした隣国が成功している例を示すことは日本人に対する最大の説得材料となるだろう。

少なくとも我々は5年後に「また来たの」って言われることのないよう努力するのでどうか

信用して欲しい。  
カムサムニダ。

---

## GENUS社 CEO社長

2006年1月26日

【南】 このGENUS社はHIRAの審査システムを作った会社です。午前中いったイルサン病院もこの会社のシステムを導入しており、午後といったウリドル病院のバン審査部長もHIRA退職後この会社に勤めていました。元の技術は全てこの会社で作ったんです。ここしかないんです。本元のような会社です。では全体の流れを説明します。

【金】 昨年、HIRAのエキスパート審査システムを本社が作ってあげた。そして2006年1月よりHIRAとのメンテナンス契約が始まりました。

【西山】 ということはこれまでメンテナンスしなかったのか？

【金】 元は現代情報システムという会社がHIRAで使うシステムを請け負った。その中のエキスパートシステムをGENUS社が担当した。HIRAとイルサン病院は同一機関であり内部はつながっている。イルサン病院もこのGENUS社システムを使いたくて目下契約額の交渉中だ。

今使っているシステムを説明します。それぞれの病院がまず請求のためのEDIファイルを作り月単位で請求する。一部週単位もあり、将来的には毎日(daily) 請求を目指しており、韓国ではこれをRTE(Real Time Environment)と呼んでいる。HIRAとしては、月単位で請求させるといろいろ悪い操作がされる。それを防止するため日単位で請求して欲しい、そのかわり報酬も毎日支払うから、とHIRAは考えている。

ご存じのように各病院からKTの回線を通してHIRAに送られる。HIRAで審査が完了すると、一部査定が入り、病院に通報する。今まではKT独占だったが、今年10月で終わる。ですからHIRAではポータルとして無償でEDIを支援するが、XML-EDIを今年の下半期からオープンする。XML-EDIのメリットは画像も送れる。これまで画像送るにはCD-ROMを使ったりしていた。10月からは独占が無くなるので、わが社では韓国病院協会(唯一の病院団体)とKTではなくGENUS社回線を通してHIRAに行くシステムを売り込んでいる。KTはただの通信会社だが、GENUS社はEDI開発技術に加えて審査のノウハウまで持っている。だからGENUS社は自動点検までしてからHIRAに送ることができる。だから韓国病院の90%以上がGENUS社を介し自動点検までして請求することになる。むろん料金はKTよりやや割高だが、附加価値がある。つまりGENUS社独自のデータウェアハウスも作られるのだ。

【岡本】 HIRAはGENUS社の審査基準にそって機械審査を行い、それにひっかかったレセプトだけを人間が画面審査していた。もしGENUS社が通信のみならず機械チェックもするとするとHIRAの業務を外注することになるのか？

【金】 KT-EDIを通じてHIRAにデータが入ってくると、まず記載が正しいかチェックする(傷病名があるか?等)。それらにミスがあると病院に返送する。記載に問題が無ければ第二段階として自動点検にはいる。韓国人は全員住民固有番号があるのでそれが入っているか、コードの有効性等がチェックされ、それらに問題が無ければ、第三段階としてエキスパート点検システムに入る。抗ガン剤をどれだけ使ったか等。そこで(エキスパート点検システムだけで)20%くらいがひっかかるので、それについては第四段階として人間が画面審査する。なお薬局と歯科は、第三段階のエキスパート点検までで、人間による画面審査は無い。

(分厚い本を見せながら)たとえばこれは、サンドスタチンという注射薬の点検の流れを示しており、適応範囲、傷病名はこれ、というふうに。

【岡本】 1,000あるという審査基準がこの本か？

【金】HIRAでは1000というが、我々のシステムは3000くらいある。

【岡本】3000でこれだけの厚さか(2cmくらい)?

【金】いや、3冊ある。極秘だ。基本的にはこうした決定木(デシジョン・ツリー)になっている。

【南】キム社長は10年前現代情報システム社にいた頃からHIRAの依頼でこのシステムに取り組んできた。この分厚い本はその蓄積だ。

【岡本】(目次を読みながら)基本診療料, 理学療法, 処置, 麻酔・・・そして病名点検・・・。

【西山】これは、算定基準として告示されたものをツリー化したものか?

【岡本】告示されたものはもちろんだが、それ以外の秘密のものも含まれている?

【金】その通り。もっとも秘密といっても、各病院の審査担当者は経験的にだいたいわかっている。

これは認められたが、これは認められなかった、という経験から類推できる。これはASPで、わが社が常にアップグレードされ、それぞれの病院はいちいち更新しなくてよい。

【岡本】薬の適切性をチェックするDURもこれに含まれているか?

【金】含まれている。DURは3年前にスタートしこの本は2003年版なので記載されていないが。その一部をお見せしましょう。梨花女子大病院はじめ7つの特定機能病院が使用しているシステムはアップグレードしたもので医師が処方する時点からチェックが入る。以前のシステムは処方が終わりEDIファイルが作られて分析される段階でチェックされたが、特定機能病院のシステムは医師が処方する段階で傷病名との適合性、抗がん剤や特定薬剤の回数管理等がリアルタイムでチェックされる。誤った処方をしたらその段階で警告メッセージがでる。イルサン病院もそれを希望しているがチェックするエンジン価格が3億ウォンもするのでもめている。EDIファイルをチェックする事後審査型の旧型は韓国内1500の医療機関(診療所含む)が使っている。今日訪問されたウルドル病院もわが社製品のユーザーだ。アップグレードされた特定機能病院システムは医師が処方した段階でオンラインで審査をかける「事前審査」型で、EDIファイルを作るときには臨床検査結果や提出資料まで全てEDIファイルを作っているシステムだ。

報動患者(退役軍人)システムも2001年わが社が作った。通常の傷病名のもものはKTを通じてHIRAにゆくが、国が責任を負う傷病についてはGENUS社のEDIを通じて(HIRAを通さず)保軍省に直接行く。

エキスパート審査システムはEIRS(Expert Insurance Review System)という商品名で、その機能を説明する。診療費の査定結果に関する分析、他の病院との比較評価、薬剤分析(DUR)がある。記載点検は知識資料を元に行う。データを受け付けて結果を出し、経営分析によるコンサルティングもやれる。これが全体の流れで、診療科別、傷病分類別、主傷病別、性年齢別、十大項目別のそれぞれの診療費分析だ。

【岡本】傷病別は主傷病別か?他の副傷病は無視するのか?

【金】診療所対象は主傷病だけだが、特定機能病院は副傷病も含めて分析する。

【岡本】主傷病が心筋梗塞、副傷病が高血圧というふうな組合せでやるのか?だとすると相当な組合せ数になるのでは?

【金】その通り。とても複雑だ。

診療費を分析した結果です。たとえばこの機関の診療費は7700万ウォンだが、同じ機関の平均は3200万ウォン。我々は1500機関のデータを持っているのでこうして同種の機関の平均値と比較できる。

HIRAは資料を四半期ごとに提供するが、我々のは毎月提供する。この機関の一件当たり診療費の平均値は2万3500ウォンだが、1500機関の平均値は2万2000ウォンだ。さらにこの下にはHIRAのデータが示されており、それによると2万ウォン。これを比較すれば我々の1500機関のデータは全国をカバーするHIRAと大差ないことがおわかりいただけるだろう。下には対象

医療機関の値と他の同一医療機関の平均値をグラフで比較できる。同一機関とは診療所は診療科別に、総合病院以上は病床数で区分している。右のグラフは一件当たり診療費を他病院の平均値と比較したもの。

これは21大傷病分類別と悪性新生物別の分析。

- 【岡本】たとえばこの病院は循環器は高いが呼吸器は安い、というふうに分析できるわけか？
- 【金】その通り。ごらんのように消化器系疾患が最も件数が多く、二番目は内分泌疾患だ。
- 【岡本】2つの病院があり、片方の病院の方が一件当たり診療費が高い、しかしその病院の方が重症者や救急患者が多ければ当然といえる。そうした患者の傷病構造をケースミックスというが、ケースミックスを補正した医療機関間比較を目的とするのか？
- 【金】それを適正診療評価分析と呼ぶ。実際のデータを見せよう。会費を払って契約した医療機関はインターネットに接続し、IDとPWを記入し、ファイルをダウンロードする<実演しようとしたが回線速度が遅くてうまくゆかず。パワーポイントで見せよう、となった>。主傷病別診療費を20,30単位でみることができる。前月との比較,他同種機関(1500機関),性・年齢別,診療日別現況もみることができる。十大項目(診察,投薬,注射,処置,手術,理学療法,精神療法,CT,MRI等)別診療費状況もだ。抗生剤,注射剤,薬剤品目数,高価薬,日当たり薬剤費,多頻度傷病別適正診療評価が見られる。これは抗生剤の適正診療評価,抗生剤投薬日数,処方率と投薬日数,同一評価群別に高いか低いかわかる。詳しい内容を見れる。だからどの項目が同一機関より高いか低いかわかる。高いものは赤字で示される。
- 【岡本】このA病院は、胃潰瘍の診療費は平均より高いが、他は平均的ということが一発で分かるのだな。ユーザーは保険者?医療機関?
- 【金】医療機関だ。たとえばうちの病院は糖尿病は64歳以上の患者は他機関より高い、ということがわかる。
- 【岡本】どの医療機関も自院の請求内容は知っている。しかし他の同種の医療機関と比べてどうか、ということにはわからない。それをわかるようにしてくれるのがこのシステムなのか？
- 【金】さよう。わが社のシステムはHIRAと同一だ。
- 【岡本】このシステムを韓国病院協会と契約して、会費を支払って毎月インターネットで請求内容がチェックできるというわけか？
- 【金】さよう。既に一部の医療機関は使ってくれているが、病院協会全体に広げよう、というわけだ。
- 【西山】これはHIRAが提供するのではないのだな。
- 【金】HIRAでも一部の機能はポータルで提供しているがあまり細かくなく、使い勝手も悪い。これは商品であり、見やすく詳しく親切に作られている。
- 【岡本】10月よりKT独占が切れると、GENUS社の目論見は、韓国の全病院がGENUS社の回線を使用するだけでなく付加価値としてこうしたサービスを提供しよう、というわけだな。
- 【金】すでに一部医療機関に提供しているが非常に評判がいいので病院協会の方から声をかけられ、某大学教授にコンサルになってもらい最終調整の段階に入っている。
- 【山肩】かなりの量の個人情報蓄積されているようだが、国家機関であるHIRAと違って、その点はどうか？
- 【金】我々が参照しているのは性・年齢くらいで個人特定できる情報は使っていない。
- 【岡本】比較する平均を出すには理想的には全病院をカバーしなければならないが、HIRAと違ってGENUS社の回線を使うかは病院の選択。全病院が参加してくれる見込みは？
- 【金】わが社と契約している病院の平均値だけでなくHIRAの公表された平均値も合わせて示している。ただHIRAのデータはあまり詳しくないので参考までだ。
- 【岡本】HIRAのデータだけでよければ契約しなくてもコンピューターに強い人のいる医療機関なら単独でもできるのでは？ HIRAが公表していないデータをGENUS社だけ特別に提供するわけ

ではないのでしょうか。

【金】HIRAのデータはおおまかで、GENUS社が加入医療機関を分析して提供するデータは付加価値のあるものである。統計的には1000以上医療機関があっても150くらいの医療機関をカバーすれば誤差は3%以内に納まることが分かっている。既に1500も契約しているので問題ない。3年前、西山さんが訪問された時は150機関くらいだったが、現在では10倍になった。

【西山】しかし、本来ならこの仕事はHIRAの仕事なのではないか？

【金】HIRAは、平均より高い医療機関には警告するが、逆に平均より低い医療機関には教えない。

【岡本】つまり「あなたの医療機関はこういうところはもっと請求してもいいんですよ」といったこと。

【金】またHIRAは技術力がない。何かシステムを作るとなると外注しなければならない。

【西山】平均より高いと査定されるんですか？

【金】そう。査定率が続けて高いと、現場への立入調査が入る。

【岡本】日本でも磁気媒体で提出されるレセプトは医療機関で10%、薬局で50%で、それをいかにして100%にもってゆくかで腐心しており、どんなインセンティブがいいか困っているが、磁気媒体で提出した医療機関にはこうした情報サービスを提供する、とすればインセンティブになるな、と思った。

【金】このサービスは病院にとって歓迎だ。

【岡本】日本でも、お金を払って契約してくれるかどうかは未知数だが、磁気媒体で出せばこうしたサービスが無料で受けられるのなら、医療機関も歓迎するかもしれない。磁気媒体で提出させるメリットに何を着けるかで腐心しており、韓国は支払期間を早くすることが高金利もあってメリットになったようだがゼロ金利の日本では効果が乏しい。こうしたサービスの付加価値は一考に値しよう。日本の支払基金や国保連がこうしたシステムを契約して無料提供したら、電子化も一気にすすむかもしれない。

【金】病院に最も歓迎されたのは、コンピューターが不調でデータが喪失しても、わが社が復元してあげたこと。100%ではなかったが。

【岡本】HIRAでは、どういう医療機関に立入調査するかをデータマイニングで選定しているが、それも貴社が？

【金】データマイニングは別業者がやっているらしい。データマイニングはわが社もやれなくはないが、儲けにならない。

<画面を紹介しながら>審査基準が更新されるたびにウイルス対策ソフトのように、自動的に更新される。わが社には看護師の職員が保健福祉部のサイトを毎日チェックして更新があるたびにシステムを更新している。

【岡本】更新の度に新しいコードが追加されたり、システムベンダーは苦勞するが。

【金】その通り、大変な苦勞だ。しかしこの会社が更新すると加盟医療機関のコンピューターは全て更新される。それをやっているのはわが社だけ。これはHIRAが決める診療費価格だ。同じコードでも、2005年1~12月は2370ウォンだったのが、2006年には2400ウォンになっている。このように同じコードでも時期によって金額がコロコロ変わる。わが社のシステムなら、その時々々の価格が全て記録されているのでどの時期でも正しく計算される。

これが実際に病院で使う画面だ。2005年10月に2000件請求したが、424件に問題があった。逆にいえば4分の3は問題なかった。PASSと表示されているのはコンピューターで審査して問題無し、のしるし。だから、問題のあったレセプトだけチェックすればいいから業務量が4分の1ですむ。

<画面のある部分が赤く点滅する>これは処方に対して「認定される傷病名なし」というエラー。下に病名漏れ、このままでは査定される、というメッセージ。そこでダブルクリッ

クすると、認定される傷病名がリストアップされる。その傷病名を追加すれば査定されない。

【岡本】日本と似ている。先に訪問した病院でも、審査部長が査定されるたびに再審査申立書を書いてしたが、こういうシステムをみながら作成していくのだろうか？

【南】このシステムの助けを得て、医師に「こういう傷病名を追加してほしい」と依頼する。

【岡本】これまでの日本のように何かわからずに削られた、というのではなくこのシステムを活用すればどこがどういう理由で削られたか分かる。透明性を高めることにつながりそうだ。だとすると医療機関の理解も得られる!? 日本も10%は磁気化されたのだから、国がこういうシステムを国費で導入して磁気レセプト提出医療機関にはメリットを与えたら、他の医療機関への磁気レセプト参加へのインセンティブになる。これまでのように審査委員の胸先三寸による恣意性を排除できる。

【金】これが事例分析だ。ある内科病院はシステム導入前には査定率が2~3%だったのが導入後は0.05%に減少した。正しく請求できるから査定を防止できる。査定内容を分析したところ、薬の処方内容、傷病名の欠如や不適切な傷病名といった面で査定率がダウンしたことが分かる。こうした重要な分析を月単位で提供でき、病院は自分に必要な項目だけ選択して閲覧できる。こうしたキメの細かい情報提供はHIRAにはできない。【岡本】こうしたデータを、病院ごとのスタンドアロンとしてではなくインターネットを介して提供してるんですね。ちょっと日本では考えられない。審査の中身は極秘であって、インターネットで提供するなんて……。私など匿名化されたデータ分析でも「処理にあたってはインターネットに接続しないスタンドアロンのパソコンでのみ行う」と契約したりするくらい。おそらく日本政府がこのシステムを輸入することはすぐには想像できないが、少なくとも隣国でこれだけの情報提供を安全にインターネット上で実施していることは貴重な情報だ。逆にいえば、これだけのことを安全にインターネットで提供できると。

【金】どういうパターンで査定されているか、たとえば内科でどの部分がよく査定されるか、等も診療科別に。インターネット時代だから全てインターネットを介してやりとりしている。

【山肩】システム導入して何年？

【金】5年くらい。暗号化しているので途中で漏れてもわからない。それも怖い、と思ったらインターネットバンキングなんてできない。

---<岡本がPDM法デモす>---

【西山】HIRAではレセプトしかなくカルテ等他資料がないから、その審査には限界があるのでは？ 完全なチェックは相当なデータがいるのでは？

【金】HIRAはレセプトだけではなく、添付資料もEDIで収集している。たとえばこの検査コードに対しては、検査結果紙の存在を確認せよ、とある。特定の検査については、こうした添付資料の提出が求められる。これはDURに関するもので、重複投与してはならない薬剤、とメッセージがでる。

また個人情報保護のため住民番号はXXXXXとしか表示されない。

わが社のシステムはCD-ROMで売り切りではなくASPとして会費契約で提供する。診療所は月20~30万ウォン、病院は病床当たり1万ウォン。特定機能病院はASPではなくデータベースとして販売するので3億ウォン。この特定機能病院システムは開発費が3億ウォン、毎月の管理費が200万ウォン。

これはわが社のイメージキャラクターだ。昔の有名な漢方医師だ。



### 3 韓国レセプト及び診療報酬点数表

#### 3.1 韓国レセプトの実物

紙レセプトも二次元バーコードによってデータの一部を電子化している。

가 입 자 성 명		증 번 호		명 칭		연세대학교 의과대			
수 진 자 성 명						세브란스정신건강병			
상 병 명		분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	당월요양개시일 최초입원개시일	당월요양급여일수 (원내투약일수포함)	진료
출혈이 있는 급성위궤양		K25.0		01			2004/08/27	14	일
급성 출혈후 빈혈		D62.					2004/08/27		
콩팥(신장) 합병증을 동반한 인슐린		E10.2							
달리 분류되지 않은 지방(변화성) 간		K76.0							일
변비		K59.0							일
과호흡		R06.4							일
입원일수	7	일	기본진료 약제·특정 재료 (I)	진료행위 (II)	처방전 교부번호	접점번호	처방 일수		
구분					약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명(일반명 또는 제품명)	1회투약량	1일투여횟수	총투약일수
1.진찰료 (외래별진 관리료 포함)	①초진 1회	15,530 원	야간공휴 1회		코 드	분류(예외구분코드)	단 가	1일투여 또는 실시횟수	총투약 일수 또는 실시횟수
	②재진 2회	5,780 원	야간공휴 회						금
	③의약품관리료 ④응급및퇴원료	15,410 원							
2.입원료	①일반 ②내과,정신과 민생미만의 소아 ③진중치료실 ④격리병실 ⑤신생아 ⑥기타	205,320 원							
	①내부 4일분	20,963 원	3,050 원						
3.투약 및 처방전료	②외용 1일분								
	③처방전 회								
4.주사료	①피하근육내 ②정맥내 ③수액제 ④기타 ⑤특정재료 ⑥수혈	1,084 원 원 원 원 원 원	6,640 원 원 원 원 원 원						
5.마취료	①								
6.이학 요법료	①								
7.정신 요법료	①								
8.처치및 수술료	①처치 ②케스트	7,092 원 원	42,590 원 원						
9.검사료	①자재검사 ②위탁검사 ③위탁검사	1,720 원 원 원	133,380 원 원 원						
10.영상진단 및방사선 치료료	①진단 ②치료	2,570 원 원	10,980 원 원						
C.CT	①CT 회								
M.MRI	①MRI 회								
C T 총액			0 원	특정내역					
M R I 총액				수술코드					
11.소계	331,381 원		236,640 원						
12.가산율	25 %	59,160 원							
13.요양급여비용총액			627,180 원						
14.본인일부부담금			125,430 원						
15.청구액			501,750 원						
16.본인부담상한액초과금			0 원						
일련번호	18- 1		※심사 조정						

254mm × 356mm(2)

다  
바  
코  
중  
드



### 3. 2 韓国電子レセプトのフォーマットと分析手法例

韓国のオンライン請求されたレセプトのフォーマットの現物を解説する。

このファイルはおそらくは一般診療所と思われる医療機関(8ケタの医療機関番号は塗りつぶし)から提出された2006年1月診療分のレセプト2376件データのトップの部分である(下図最上段1行にその医療機関の請求情報が記録されており真ん中に200601002376とあるのがその情報)。

各レセプトはA~Eの5部にわかれ、診療月の後にレセプト通番、その後A~Eの区分がある。下図はこの医療機関から提出された2376件の最初の一件(300001番目)であり、Aは基本情報であり常に1行である。Aには被保険者および患者(受診者)の氏名ならびに患者(受診者)の住民登録番号(韓国の総背番号)という個人を特定できる情報が含まれている(番号は塗りつぶし)。なお日本の被保険者番号に相当する情報は見当たらない。この住民登録番号がそのまま被保険者番号として使われているようである。

韓国が総背番号制をとっていることは重要であり、医療機関や住所がどう変わっても生涯にわたってその受療状況を追跡できることを意味する。異なった医療機関への重複受診の把握も容易であり、ディジーズマネジメントや疫学研究上、総背番号制の無い日本より圧倒的に有利である。たとえば、胃ガンと診断された人の術後生存年数等もレセプトのみで把握できるし、また腎盂腎炎を起こした者が1年以内に再発する率など把握できる(日本では一部地域で行われているがん登録が5年生存率の唯一の情報源であり、また腎盂腎炎のような非悪性疾患は疾病登録そのものが存在しない)。

レセプト全体の請求情報	医療機関番号	2200601002376	00000365992500000104480700000000000000000261511800000000000000000000
診療月	レセプト基本情報	被保険者氏名(文字化け)	患者氏名(文字化け) 13ケタの総背番号
000601000300001	A02TC5555C;171249454 9	郭ツオキ	7-1250276738
200601000300001	B110 0120060119	B傷病情報	
200601000300001	B782 0120060119	110, E782, 1739の3傷病	
200601000300001	B1739 0120060119	+ 診療開始日2006年1月	
200601000300001	C01020001 AA254	00007960000001000010000007960	
200601000300001	C01030002 AH200	000014200000001000010000001420	
200601000300001	C09020003 B2570	000016400000001100010000001804	
200601000300001	C09020004 B2580	000016400000001100010000001804	
200601000300001	C09020005 C2411	000016000000001100010000001760	
200601000300001	C09020006 C2420	000051100000001100010000005621	
200601000300001	C09020007 C2443	000029700000001100010000003267	
200601000300001	C09020008 C3711	000013700000001100010000001507	
200601000300001	C09020009 C3720	000013400000001100010000001474	
200601000300001	D2006011903041028000013A02	0000100010001028	
200601000300001	D2006011903041028000023A03	0000050010001028	
200601000300001	D2006011903041028000033A08	0000100010001028	
200601000300001	D2006011903041028000043A214	0000100010001028	
200601000300001	E1 MT008600804/24/741212/15/790222/25		
200601000300001	E20003JS00511366036/20060119		
200601000300001	E20004JS00511366036/20060119		
200601000300001	E20005JS00511366036/20060119		
200601000300001	E20006JS00511366036/20060119		
200601000300001	E20007JS00511366036/20060119		
200601000300001	E20008JS00511366036/20060119		
200601000300001	E20009JS00511366036/20060119		

韓国電子化レセプト(医科外来)の現物  
固定長のテキストファイル

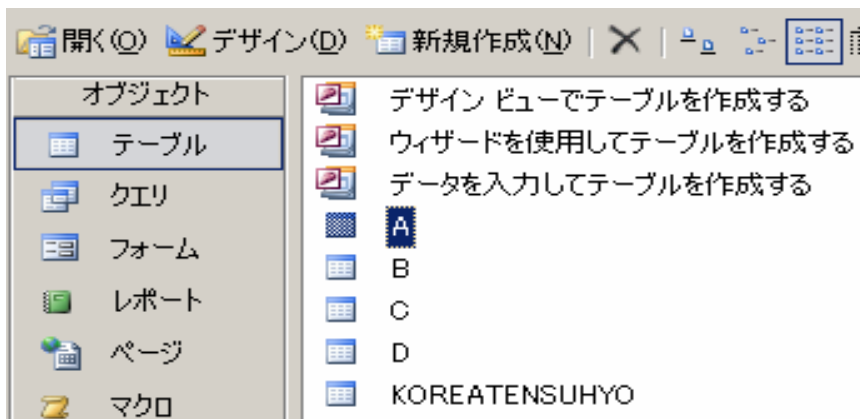
各レセプトは  
A基本情報(氏名、総背番号等の個人情報)  
B傷病情報(ICD10)  
C診療行為(5-3コード)  
D薬剤情報(薬剤コード)  
E特定内訳  
の5部からなる。

体裁は日本の電子レセプトと類似する

#### <レセプト分析手法>

こうしたフォーマットのレセプトデータを分析する具体的な手法について述べる。実際に審査評価院等が分析している手法はオラクル等の高度なソフトが使われているが、こうしたフォーマットのデータは通常のパソコンに搭載されているアクセスでも十分分析可能であり、その分析例を示す。日本の電子レセプトも基本的なフォーマットは同一である。

全レセプト情報は16ケタ目が、A~Eの区分なのでまず5つのファイルに分割する(フォーマットはそれぞれ異なるので分割した後でそれぞれのファイルを処理する)。分析にはアクセスが便利であり、以下のようにA~Eのテーブルができる(Eは今回は処理しなかった)。なおBは傷病情報、Cは診療行為情報そしてDは薬剤である。



A ファイル(基本情報)は以下の通り。書式番号 H021 は医科外来を意味し、費用総額=一部負担金+請求額である。日本の紙レセプトでも A ファイルに含まれる情報は手入力もしくは OCR で電算処理されている。

ID	レセプト番号	書式番号	療事	定額	定率	区分	保険	受療	養給	付日数	来院日数	診療結果	費用総額	一部負担金	負担上限額	請求額
1	00001	H021	05	712	9		7-1	3		1	11		26610	7980	0	18630
2	00002	H021	05		9		2-6	6		1	11		19640	5890	0	13750
3	00003	H021	05	704	9		7-6	5		1	11		15360	4600	0	10760
4	00004	H021	05	701	9		7-1	4		1	11		32090	9620	0	22470
5	00005	H021	05		9		1-3	8		1	11		15810	4740	0	11070
6	00006	H021	05		9		1-0	7		1	11		21220	6360	0	14860
7	00007	H021	05	300	9		5-6	4		1	11		15360	4600	0	10760

B~E ファイルはレセプトごとに2つ以上の行があることが多い。

B ファイルは傷病情報を含むが、1 番目のレセプトは3 傷病、2 番目のレセプトは2 傷病あることがわかる。傷病名は ICD10 コードで表記され、3 ケタの基本分類+2 ケタの枝番からなる(下のファイルでは ICD と ICD2 という変数名が与えられている)。最初のレセプトは I10(本態性高血圧)、E78(高脂血症)、I73(その他の末梢血管疾患)である。E78 には枝番 2 があり、高脂血症でも特に E78. 2(混合型高脂血症)であることがわかる。もっとも通常のレセプトの傷病分析ではあまり細かくなならないよう 3 ケタだけで分類されることが多い。なお日本のレセプトと異なり傷病名ごとに診療科も記載されている。01 は内科だが 2 番目のレセプトは 05(整形外科)でありこの診療所は整形外科も標榜しているようだ。

ID	レセプト	傷病通番	ICD	ICD2	診療科	診療開始日
1	00001	1	I10		01	2006/01/19
2	00001	2	E78	2	01	2006/01/19
3	00001	3	I73	9	01	2006/01/19
4	00002	1	M75	0	05	2006/01/23
5	00002	2	M47	96	05	2006/01/23
6	00003	1	M47	96	05	2006/01/28
7	00004	1	I10		01	2006/01/27
8	00004	2	E11	4	01	2006/01/27
9	00004	3	E78	2	01	2006/01/27

Cファイルは診療行為。診療行為コードは5-3コードと呼ばれるように5ケタの基本コードと3ケタの加算コードからなる。1番目のレセプトは9種の診療行為が提供されたが最初のAA254は再診診察料(医科医院、保健医療院内医科)で単価は7960。金額=単価×回数×日数となる(回数と表示されているのは一日投与量。単価も回数も下2ケタは小数)。ちなみに夜間受診だと加算コードがつきAA254010となる。

ID	レセプト番号	項目	診療行為通番	コード区分	コード	単価	回数	日数	金額
1	00001	01 02	1 1		AA254	796000	100	1	7960
2	00001	01 03	2 1		AH200	142000	100	1	1420
3	00001	09 02	3 1		B2570	164000	110	1	1804
4	00001	09 02	4 1		B2580	164000	110	1	1804
5	00001	09 02	5 1		C2411	160000	110	1	1760
6	00001	09 02	6 1		C2420	511000	110	1	5621
7	00001	09 02	7 1		C2443	297000	110	1	3267
8	00001	09 02	8 1		C3711	137000	110	1	1507
9	00001	09 02	9 1		C3720	134000	110	1	1474

Dファイルは薬剤。強制分業のため処方箋情報のみで薬剤費等は含まれていない。薬剤費は調剤薬局より別に調剤レセプトが請求され、個人情報によりリンクできる。

ID	レセプト番号	処方日付	処方箋番号	処方日数	処方通番	コード区分	薬剤コード	一回投与量	一日投与量	総投薬日数
1	00001	2006/01/19	03041	28	1 3		A02003881	100	1	28
2	00001	2006/01/19	03041	28	2 3		A03403641	50	1	28
3	00001	2006/01/19	03041	28	3 3		A08504271	100	1	28
4	00001	2006/01/19	03041	28	4 3		A21401751	100	1	28
5	00003	2006/01/28	02020	3	1 3		A02003841	200	3	3
6	00003	2006/01/28	02020	3	2 3		A08504101	100	3	3
7	00003	2006/01/28	02020	3	3 3		A21403401	100	3	3
8	00004	2006/01/27	03007	28	1 3		A03102611	50	1	28
9	00004	2006/01/27	03007	28	2 3		A03404281	150	2	28
10	00004	2006/01/27	03007	28	3 3		A04703301	150	2	28
11	00004	2006/01/27	03007	28	4 3		A10702931	75	2	28

### 3. 3 診療報酬体系の簡素化

韓国の診療報酬体系は、点数表(相対価値、relative value scale、RVS)を比較的長く(5年以上)固定し、毎年の変更は一点単価の変更によって行われている。改正幅は「原価に基づ(resource-based)」いて行われ、特定の診療行為や診療科に偏った資源配分にならないよう配慮され、改正の際のコンピューターシステムの対応も極めて容易である。ただ、毎年の政策上の必要に応じて若干の項目の新設・廃止は行われている。

複雑な日本の点数表の具体例を下に点滴注射で示した(日本の点数表に記載されている点滴注射の点数)。点滴注射関連の点数は、基本点数が3件、加算点数が9件である。3項目の基本点数の区分の理解も簡単ではないので次ページの表に示した(日本の点滴注射の基本点数)。さらに同時に算定できる加算は7件で、その組み合わせによる所定点数は次ページしたのグラフ(点滴注射の所定点数)に示すよう合計480項目存在する。これに対して韓国の点滴注射関連の所定点数は次ページ中表(6件の所定点数で算定している韓国の点滴注射)に示すようにわずか6件である。

日本の点数表に記載されている点滴注射の点数

		内容	基本 点数	注加 算点	通則加 算点数	計算コード
1	点滴注射	6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100ML以上の場合)	95			130003710
2	点滴注射	1に掲げる者以外に対するもの(1日分の注射量が500ML以上の場合)	95			130003810
3	点滴注射	その他の場合(入院中の患者以外の患者に限	47			130009310
4	注2	無菌製剤加算		40		130008270
5		細胞毒性薬剤加算		50		130011070
6	注3	外来化学療法加算		400		130010870
7		外来化学療法加算(15歳未満)		700		130010970
8	注4	6歳未満加算		42		130009470
9	注5	血漿成分製剤加算		50		130010570
10	通則3	生物学的製剤加算			15	130000110
11	通則4	精密持続点滴注射加算			80	130000210
12	通則5	麻薬加算			5	130000310

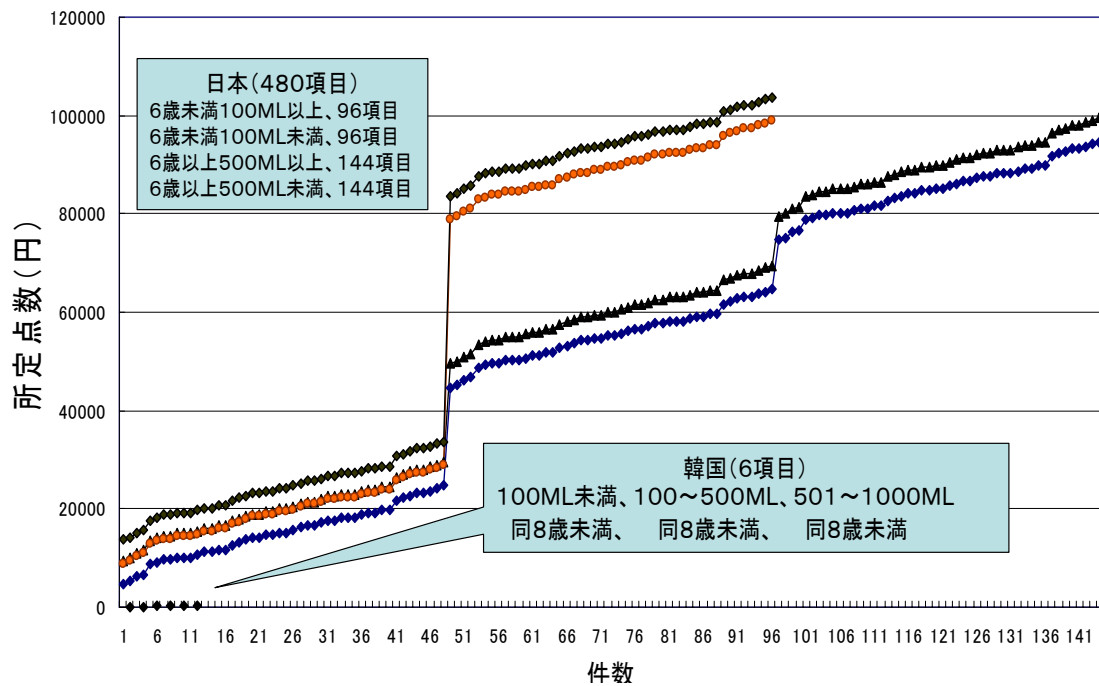
日本の点滴注射の基本点数

		外来	入院
6歳以上	500ML以上	95点	95点
	500ML未満	47点	—
6歳未満	100ML以上	137点	137点
	100ML未満	89点	—

### 6件の所定点数で算定している韓国の点滴注射

コード	名称	加算	ウォン	点数
KK051	静脈内点滴注射-100ml 未満 [1本または包装単位当たり]		680	11.2
KK051300	静脈内点滴注射-100ml 未満 [1本または包装単位当たり]	満 8才未満	880	14.56
KK052	静脈内点滴注射-100ml～500ml [1本または包装単位当たり]		1840	30.24
KK052300	静脈内点滴注射-100ml～500ml [1本または包装単位当たり]	満 8才未満	2390	39.31
KK053	静脈内点滴注射-501ml～1000ml [1本または包装単位当たり]		2350	38.75
KK053300	静脈内点滴注射-501ml～1000ml [1本または包装単位当たり]	満 8才未満	3060	50.38

### 点滴注射の所定点数



## 4 国民健康保険法

### 第1章 総則

#### 第1条 (目的)

この法は国民の疾病・負傷に対する予防・診断・治療・リハビリと出産・死亡及び健康増進に対して保険給付を実施することで国民保健を進め社会保障を増進することを目的とする。

#### 第2条 (管掌)

この法による健康保険事業は保健福祉部長官が管掌する。

#### 第3条 (定義)

この法で使う用語の定義は次のとおり。

1. "勤労者"とは職業の種別にかかわらず勤労の対価として報酬を受けて生活する者(法人の理事その他役員を含む)として第4号及び第5号の規定による公務員と教職員を除いた者を言う。
2. "使用者"とは次の各号の1に当たる者を言う。
  - ・勤労者が属している事業場の事業主
  - ・公務員が属している機関の長として大統領令が定める者
  - ・教職員が属している学校を設立・運営する者
3. "事業場"とは事業所または事務所を言う。
4. "公務員"とは国家または地方自治体で常時公務に携わる者を言う。
5. "教職員"とは学校経営機関で勤める教員及び職員を言う。〈改訂 2000. 1. 12〉

#### 第4条 (健康保険審議調停委員会)

①第39条第2項の療養給付の基準と第42条第3項の規定による療養給付費用その他健保に関する主要事項を審議するために保健福祉副長官所属の下に健保審議調停委員会(以下"審議調整委員会"と言う)を置く。

②審議調整委員会は次の各号の委員で構成する。

1. 保険者・加入者及び使用者を代表する委員 8人
2. 医療者を代表する委員 6人
3. 公益を代表する委員 6人

③第2項の規定による委員は次の各号の者を保健福祉部長官が任命または委嘱する

1. 第2項第1号の委員は労働組合・使用者団体及び地域加入者を代表する団体がそれぞれ2人ずつ推薦する者と保険者及び第55条の規定による健保審査評価院の院長がそれぞれ1人ずつ推薦する者
2. 第2項第2号の委員は医療界を代表する団体及び薬業界を代表する団体が推薦する者
3. 第2項第3号の委員は大統領令が定める関係公務員及び健保に関する学識経験が豊かな者

④審議調整委員会は年間2回以上開催する。

⑤審議調整委員会委員の任期は2年とする。ただし、公務員である委員の任期はその在任期間にして、補欠された委員の任期は前任者の残任期間とする。

⑥審議調整委員会の運営等に関して必要な事項は大統領令で定める。

## 第2章 加入者

### 第5条 (適用対象)

①国内に居住する国民として次の各号の1にあたる者はこの法による健保(以下“健保”という)の加入者(以下“加入者”だと言う)または被扶養者になる。【以下略】

### 第6条 (加入者の種類)

①加入者は職場加入者及び地域加入者で区分する。

②すべての事業場の勤労者及び使用者と公務員及び教職員は職場加入者になる。ただ、次の各号の1にあたる者を除く。

1. 日雇い労働者
2. 下賜(短期服務者に限る)・病気及び士官候補生
3. 選挙によって就任する公務員として毎月報酬またはここに準ずる給料を受けない者

4. その他事業場の特性、雇用形態及び事業の種類等を考慮して大統領令で定める事業場の勤労者及び使用者と公務員及び教職員〈改訂 2000. 12. 29; 施行 2001. 7. 1〉

③地域加入者は加入自重職場加入者とその被扶養者を除いた者を言う。

④第2項第4号の規定による勤労者及び使用者は大統領令が定める手続きによって職場加入者になるとか脱退することができる。〈新設 2000. 12. 29; 施行 2001. 7. 1〉

### 第7条 (資格取得の時期)

①加入者は国内に居住するようになった日に職場加入者または地域加入者の資格を得る。ただ、次の各号の1にあたる者はその当たる日にそれぞれ資格を得る。

1. 医療保護対象者だった者がその対象者から除かれた日【以下略】

### 第8条 (資格の変動)

地域加入者が職場加入者で資格が変動された場合にはあって職場加入者の使用者が、職場加入者またはその被扶養者が地域加入者で資格が変動された場合にはあって地域加入者の世帯主がそれぞれその内訳を保健福祉部令が決めるところによって資格変動日から14日以内に保険者に届けなければならない。

### 第9条 (資格喪失の時期)

①加入者は次の各号の1にあたるようになった日にその資格を失う。

1. 死亡した日の翌日
2. 国籍を失った日の翌日
3. 国内に居住しなくなった日の翌日
4. 職場加入者の被扶養者になった日の翌日
5. 医療保護対象者になった日

②第1項の規定によって資格を失った場合あって職場加入者の使用者及び地域加入者の世代与えるその内訳を保健福祉部令が決めるところによって資格を失った日から14日以内に保険者に届けなければならない。

### 第10条 (資格得失の確認)

①加入者の資格の取得・変動及び喪失は第7条ないし第9条の規定による資格の取得・変動及び喪失の時期に溯及して效力を発生する。この場合保険者はその事実を確認することができる。

②加入者または加入者だった者は第1項の規定による確認を請求することができる。



## 第 11 条（健康保険証）

①国民健康保険公団は加入者に対して健保証を発給しなければならない。

②加入者及び被扶養者が療養給付を受ける時には第 1 項の健保証を第 40 条第 1 項の規定による療養機関(以下“療養機関”という)に提出しなければならない。ただ、天災・地変その他やむを得ない事由がある場合にはそうではない。

③第 1 項の規定による健保証の書式とその交付及び使用等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

## 第 3 章 国民健康保険公団

### 第 12 条（保険者）

健康保険の保険者は国民健康保険公団(以下“公団”という)とする。

### 第 13 条（業務等）

①公団は次の各号の業務を管掌する。

1. 加入者及び被扶養者の資格管理
2. 保険料その他この法による徴収金の賦課・徴収
3. 保険給付の管理
4. 加入者及び被扶養者の健康の維持・増進のために必要な予防事業
5. 保険給付費用の支給
6. 資産の管理・運営及び運用事業
7. 医療施設の運営
8. 健康保険に関する教育訓練及び広報
9. 健康保険に関する調査研究及び国際協力
10. 本法または他の法令によって委託を受けた業務
11. その他健康保険に関して保健福祉部長官が必要と認めた業務

②第 1 項第 6 号の規定による資産の管理・運営及び運用事業の種類と範囲等に関して必要な事項は大統領令で定める。

③公団は当該業務の提供または施設の利用が特定の者のための場合、その業務の提供または施設の使用に対して公団の定款が決めるところにより手数料または使用料を徴収することができる。

④公団は公共機関の情報公開に関する法律により、健康保険に関して保有・管理している情報を公開する。

### 第 14 条（法人格等）

①公団は法人とする。

②公団は主な事務所の所在地で設立登記をすることで成り立つ。

### 第 15 条（事務所）

①公団の主たる事務所はソウル特別市に置く。

②公団は必要な時には定款が定めるところによって従たる事務所（分事務所）を置くことができる。

### 第 16 条（定款）

①公団の定款には次の各号の事項を記載しなければならない。

1. 目的
2. 名称



3. 事務所の所在地
4. 役・職員に関する事項
5. 理事会に関する事項
6. 財政運営委員会に関する事項
7. 保険料及び保険給付に関する事項
8. 予算及び決算に関する事項
9. 資産及び会計に関する事項
10. 定款変更に関する事項
11. 公告に関する事項

②公団は定款を変更しようとする時には保健福祉部長官の認可を受けなければならない。

#### 第 17 条（登記）

公団の設立登記には次の各号の事項を含まなければならない。

1. 目的
2. 名称
3. 主な事務所及び従たる事務所（分事務所）の所在地
4. 理事長の名前 ・ 住所及び住民登録番号

#### 第 18 条（解散）

公団の解散に関しては法律で定める。

#### 第 19 条（役員）

- ①公団に役員として理事長 1 人，理事 16 人及び監事 2 人を置く。
- ②理事長は保健福祉部長官の申請によって大統領が任命する。
- ③理事の中で 8 人は労働組合・使用者団体・農漁業者団体・消費者団体がそれぞれ 2 人ずつ推薦した者を、4 人は公団の理事長が推薦した者を、4 人は大統領令が定める関係公務員を保健福祉部長官が任命する。
- ④監事は保健福祉部長官が任命する。
- ⑤理事長、理事のうち 3 人および監事のうちの 1 人は常任にする。ただし、非常任役員は定款が決めるところによって実費弁償を受けることができる。
- ⑥役員任期は 3 年とする。ただし、公務員である役員任期はその在任期間、補欠になった役員任期は前任者の残任期間とする。

#### 第 20 条（役員職務）

- ①理事長は公団を代表してその職務を統括する。
- ②常任理事は理事長の命を受けて公団の業務を執行し、理事長がやむを得ない事由でその職務を遂行することができない時には定款の定める常任理事が理事長の職務を代行する。
- ③監事は公団の会計と業務執行状況及び財産状況を監査する。

#### 第 21 条（役員欠格事由）

次の各号のいずれかにあたる者は公団の役員になることはできない。

1. 禁治産者・限定治産者
2. 破産宣告を受けて復権にならない者
3. 禁固以上の実刑の宣告を受けてその執行が終了（執行が終わったとみなす場合を含む）した日、もしくは執行が免除された日から 2 年が経過していない者
4. 禁固以上の刑の執行猶予宣告を受けてその猶予期間中にある者

## 第 22 条（役員 of 当然退任・解任）

- ①役員が第 21 条各号のいずれかにあたることが確認された場合には当該役員は退任する。
- ②任命権者は役員が次の各号のいずれかにあたるようになった場合にはその役員を解任することができる。
  1. 身体上または精神上の障害で職務を遂行することができないと認められる場合
  2. 職務上の義務を違反した場合
  3. 故意または重大な過失によって公団に損失を発生させた場合
  4. 職務の内外を問わず品位を損傷する行為を行った場合
  5. この法による保健福祉部長官の命令に違反した場合

## 第 23 条（役員 of 兼職禁止）

公団の理事長・常任理事・常任監事は営利を目的にする事業に携わることができず、任命権者の許可なしに他の職務を兼ねることができない。

## 第 24 条（理事会）

- ①公団の主要事項を審議・議決するために公団に理事会を置く。
- ②理事会は理事長と理事で構成する。
- ③監事は取締役会に出席して発言することができる。
- ④取締役会の議決事項及び運営等に関して必要な事項は大統領令で定める。

## 第 25 条（職員 of 任免）

理事長は定款が決めるところによって職員を任免する。

## 第 26 条（罰則適用における公務員 of 議題）

公団の役員及び職員は刑法第 129 条ないし第 132 条の適用においてはこれを公務員とみなす。

## 第 27 条（規定等）

公団の組職・人事・報酬及び会計に関する規定は取締役会の議決を経て保健福祉部長官の承認を得て定める。

## 第 28 条（代理人 of 選任）

理事長は公団の業務に関する一切の裁判上または裁判以外の行為を代行するために公団の理事または職員の中で代理人を先任することができる。

## 第 29 条（代表権 of 制限）

- ①公団の利益と理事長の利益が相反する事項に対しては、理事長が公団を代表することができない場合常任監事が公団を代表する。
- ②第 1 項の規定は公団と理事長間の訴訟に関してこれを準用する。

## 第 30 条（理事長 of 権限の委任）

この法に規定された理事長の権限の中で給付の制限、保険料の納入告知など大統領令の定める事項は定款が定めるところによって従たる事務所（分事務所）長に委任することができる。

## 第 31 条（財政運営委員会）

- ①保険料の調整その他保険財政と係わる主要事項を審議・議決するために公団に財政運営委員会を置く。
- ②財政運営委員会は第 1 項の規定による保険料を調整するにあたり保険給付費用の変動等で保険財政に重大な変化が発生した時には、大統領令が定めるところによってこれを反映しなければならない。

③財政運営委員会の委員長は第32条第1項第3号の規定による委員の中で委員会が互選する。

#### 第32条（財政運営委員会の構成等）

①財政運営委員会は次の各号の委員で構成する。

1. 職場加入者を代表する委員 10人
2. 地域加入者を代表する委員 10人
3. 共益を代表する委員 10人

②第1項の規定による委員は次の各号の者を保健福祉部長官が任命または委嘱する。

1. 第1項第1号の委員は労働組合及び使用者団体がそれぞれ5人ずつ推薦する者
2. 第1項第2号の委員は大統領令が定めるところによって農漁業者団体・都市自営業者団体及び市民団体がそれぞれ推薦する者
3. 第1項第3号の委員は大統領令が定める関係公務員及び健康保険に関する学識と経験が豊かな者

③財政運営委員会の委員の任期は2年とする。ただし、公務員である委員の任期はその在任期間、補欠になった委員の任期は前任者の残任期間とする。

④財政運営委員会の運営等に関して必要な事項は大統領令で定める。

#### 第33条（会計）

①公団の会計年度は政府の会計年度による。

②公団は職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営する。

③公団は健康保険事業に関する会計を公団の他の会計と区分して計理しなければならない。

#### 第34組（予算）

公団は毎会計年度の予算案をその内容の性質別で区分編成して保健福祉部長官の承認を得なければならない。予算を変更する場合も同様とする。

#### 第35条（借入金）

公団は現金の支出に不足が生じた時には借入ができる。ただし、1年以上の長期借入をする場合には保健福祉部長官の承認を得なければならない。

#### 第36条（引当金）

①公団は毎会計年度の決算上剰余金のうち、その年度の保険給付に必要となった費用の100分の5以上に相当する額をその年度に必要となった費用の100分の50に至るまで準備金として積立しなければならない。

②第1項の規定による準備金は保険給付に必要となる費用の不足に充当する場合、あるいは現金の支出に不足が生じた場合以外にはこれを使うことができず、現金の支出に準備金を使った場合には当該会計年度中にこれを補填しなければならない。

③第1項の規定による準備金の管理・運営方法等に関して必要な事項は保健福祉部長官が決める。

#### 第37条（決算）

①公団は会計年度ごとに決算報告書及び事業報告書を作成して翌年2月末まで保健福祉部長官に報告しなければならない。

②公団は第1項の規定によって決算報告書及び事業報告書を保健福祉部長官に報告した時には保健福祉部令が定めるところによりその内容を公告しなければならない。

#### 第38条（民法の準用）

公団に関してこの法に規定することを除き民法の中で財団法人に関する規定を準用する。

## 第4章 保険給付

### 第39条 (療養給付)

①加入者及び被扶養者の疾病・負傷・出産等に対して次の各号の療養給付を実施する。

1. 診察・検査
2. 薬剤・治療材料の支給
3. 処置・手術その他の治療
4. 予防・リハビリテーション
5. 入院
6. 看護
7. 移送

②第1項の規定による療養給付(以下“療養給付”と言う)の方法・手続き・範囲・上限など療養給付の基準は保健福祉部令で定める。

③保健福祉部長官は第2項の規定によって療養給付の基準を定めるにおいて業務または日常生活に差し支えがない疾患その他保健福祉部令の定める事項は療養給付の対象から除くことができる。

### 第40条 (療養機関)

①療養給付(看護及び移送を除く)は次の各号の療養機関で行う。この場合保健福祉部長官は公益または国家施策上療養機関で相応しくないと認められる医療機関等として大統領令の定める医療機関などは療養機関から除くことができる。

1. 医療法によって開設された医療機関
2. 薬事法によって登録された薬局
3. 地域保健法による保健所・保健医院及び保健支所
4. 農漁村など保健医療のための特別措置法によって設置された保健診療所

②保健福祉部長官は療養給付を効率的に行うために必要な場合には保健福祉部令が定めるところによって施設・装備・人員及び診療科目など保健福祉部が定める基準に該当する療養機関を総合専門療養機関または専門療養機関として認めることができる。

③第2項の規定によって総合専門療養機関または専門療養機関と認められた療養機関に対しては第39条第2項の規定による療養給付手続き及び第42条の規定による療養給付費用を他の療養機関と異にすることができる。

④第1項及び第2項の規定による療養機関(以下“療養機関”という)は正当な理由のなく療養給付を拒否することができない。

### 第41条 (費用の一部負担)

第39条第1項の規定による療養給付を受ける者は大統領令が定めるところによってその費用の一部(以下“本人一部負担金”という)を本人が負担する。

### 第42条 (療養給付費用の算定等)

①療養給付費用は公団の理事長と大統領令が定める医薬系を代表する者との契約で定める。この場合契約期間は1年とする。〈改定 1999.12.31〉

②第1項の規定によって契約が締結された場合その契約は公団と各療養機関間に締結されたとみなす。

③第1項の規定による契約は契約期間の満了日前3月以内に締結しなければならない。またその期限内に契約が締結されない場合、保健福祉部長官が審議調整委員会

の審議を通して定める金額を療養給付費用にする。この場合保健福祉部長官が定める療養給付費用は第1項及び第2項の規定によって契約で定めた療養給付費用とみなす。

④第1項または第3項の規定によって医療給付費用が決められる場合に保健福祉部長官はその療養給付費用の内訳を告示しなければならない。

⑤公団の理事長は第1項の規定による契約を締結する時には第31条の規定による財政運営委員会の審議・議決を通さなければならない。

⑥第55条の規定による健康保険審査評価院は公団の理事長が第1項の規定による契約を締結するために必要な資料を要請する場合には、これに応じなければならない。

⑦第1項の規定による契約の内容その他必要な事項は大統領令で定める。〈改訂99.12.31〉

#### 第43条（療養給付費用の請求と支給等）

①療養機関は療養給付費用の支給を公団に請求することができる。この場合第2項の規定による審査請求はこれを公団に対する療養給付費用の請求とみなす。

②第1項の規定による療養給付費用の請求をしようとする療養機関は第55条の規定による健康保険審査評価院に療養給付費用の審査請求をしなければならない。審査請求を受けた健康保険審査評価院はこれを審査した後、すみやかにその内容を公団及び療養機関に知らせなければならない。

③第2項の規定によって審査内容の通知を受けた公団は直ちにその内容によって療養給付費用を療養機関に支給する。この場合、既に納めた本人一部負担金が第2項の規定によって通知された金額より過多する場合には療養機関に支給する金額によりその過多に応じて納付された金額を控除し、該当加入者に支給しなければならない。【日本の国民健康保険法には無い規定】

④公団は第3項の規定によって加入者に支給しなければならない金額を当該加入者が納めなければならない保険料その他この法による徴収金(以下“保険料等”という)と相殺処理することができる。

⑤公団は療養給付費用を支給する際、第2項の規定による健康保険審査評価院が第56条の規定による療養給付の適正性を評価して公団に知らせた場合にはその評価結果によって療養給付費用を加算または減額調整して支給する。この場合評価結果による療養給付費用の加減支給の基準に関しては保健福祉部令で定める。

⑥公団は療養機関に療養給付費用を支給するにおいて療養機関が薬剤・検査等保健福祉部令が定める療養給付の構成要素(以下本条では“構成要素”という)を第8項の規定による医薬品物流協同組合、医薬品業者、薬品問屋その他保健福祉部令が定める者(以下本条では“供給者”という)から供給受けて療養給付に用いた構成要素の内訳を第1項及び第2項の規定によって公団に請求した場合には第3項前段の規定にかかわらずその療養機関に支給する療養給付費用の中で構成要素にあたる療養給付費用を保健福祉部令が定めるところによって供給者に直接支給する。この場合、公団の療養機関に対する療養給付費用の支給債務と療養機関の供給者に対する代金支給債務は公団が供給者に支給した範囲の中で消滅したとみなし、療養機関が供給者にすでに支給した代金がある場合には療養機関はその代金の中で公団が供給者に直接支給した者に対して還付を請求することができる。

⑦療養機関は第1項及び第2項の規定による請求を行う場合、供給者から供給を受けた構成要素の内訳を包含させなければならない。公団は療養機関に供給した構成

要素の内訳その他保健福祉部令が定める事項を公団に知らせない供給者に対しては第6項の規定を適用しないことがある。

⑧医薬品業者・医薬品卸売業者その他保健福祉部令の定める者は医薬品流通体系を改善して供給者を代理して療養機関に対する医薬品の保管・配送その他物流事業を遂行するために医薬品物流協同組合を設立することができる。この場合医薬品物流協同組合の構成・運営及び同組合に対する指導・監督に関しては中小企業協同組合法の協同組合または事業協同組合に関する規定を準用して大統領令で定める。

⑨第1項ないし第7項の規定による療養給付費用の請求・審査・支給等の方法及び手続きに関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

#### 第44条（療養費）

①公団は加入者または被扶養者が保健福祉部令が定める緊急その他やむを得ない事由によって療養機関と類似の機能を遂行する機関として保健福祉部令が定める機関（第85条第1項の規定によって業務停止処分期間中の療養機関を含む）で疾病・負傷・出産等に対して療養を受けたり、療養機関以外の場所で出産をしたときにはその療養給付に相当する金額を保健福祉部令が定めるところによってその加入者または被扶養者に療養費で支給する。

②第1項の規定によって療養を実施した機関は保健福祉部長官が決める療養費明細書または療養の内訳を記載した領収証を療養を受けた者に交付しなければならない。また療養を受けた者はこれを公団に提出しなければならない。

#### 第45条（任意給付）

公団はこの法に規定した療養給付の他に大統領令が定めるところによって葬祭費・傷病手当その他の給付を実施することができる。

#### 第46条（障害者に対する特例）

①公団は障害者福祉法によって登録した障害者の加入者及び被扶養者には補装具に対して保険給付を実施することができる。

②第1項の規定による補装具に対する保険給付の範囲・方法・手続きその他必要な事項は保健福祉部令で定める。

#### 第47条（健康診断）

①公団は加入者及び被扶養者に対して疾病の早期発現とそれによる療養給付をするために健康診断を実施する。

②第1項の規定による健康診断の対象・回収・手続きその他必要な事項は大統領令で定める。

#### 第48条（給付の制限）

①公団は保険給付を受けることができる者が次の各号のいずれかにあたる場合には保険給付をおこなわない。

1. 故意または重大な過失による犯罪行為に起因する事故や故意の事故を発生させた時
2. 故意または重大な過失で公団や療養機関の療養に関する指示に従わない時
3. 故意または重大な過失で第50条の規定による文書その他品物の提出を拒否したり、質問または診断を忌避した時
4. 仕事上または公務上疾病・負傷・災害によって他の法令による保険給付や補償または補償を受けるようになった時

②公団は保険給付を受けることができる者が他の法令によって国家または地方自治体から保険給付に相当する給付を受ける時、あるいは保険給付に相当する費用を支払われる時にはその限度内で保険給付を実施しない。

③ 公団は第 62 条第 4 項の規定による世代単位の保険料を大統領令が定める期間以上滞納した地域加入者に対して保険料を完納するまで保険給付を実施しないことがある。ただし、滞納した加入者が保険給付開始日から 10 日(その期間中に公休日がある場合にはこれを算入しない)以内に滞納された保険料を完納した場合にはその限りではない。

④公団は第 68 条第 1 項の規定による保険料を滞納した場合にはその滞納に対して職場加入者本人に帰責事由がある場合に限り第 3 項の規定を適用する。この場合当該職場加入者の被扶養者にも第 3 項の規定を適用する。

#### 第 49 条 (給付の停止)

保険給付を受けることができる者が次の各号のいずれかに該当する場合にはその期間中保険給付をおこなわない。

1. 国外に旅行中の時
2. 国外で業務に携わっている時
3. 下士官(短期役務者に限る)・病気及び武官候補生で役務中の時
4. 刑務所その他これに準ずる施設に収容されている時

#### 第 50 条 (給付の確認)

公団は保険給付を実施する際、必要だと認められる時には保険給付を受ける者に対して文書その他品物の提出を要求するなど、関係者をして質問または診断をすることができる。

#### 第 51 条 (療養費等の支給)

公団はこの法によって支給義務がある療養費または任意給付の請求がある時にはこれを支給しなければならない。

#### 第 52 条 (不当利得の徴収)

①公団は詐欺その他不当な方法で保険給付を受けた者または保険給付費用を受けた療養機関(第 43 条第 6 項の規定による供給者を含む)に対してその給付または給付費用に相当する金額の全部または一部を徴収する。

②第 1 項の場合において使用者または加入者の虚偽の報告または証明、または療養機関の虚偽の診断によって保険給付が実施された時には、公団はこれらに対して保険給付を受けた者と連帯して同項の規定による徴収金を納めさせることができる。

③第 1 項の場合において公団は詐欺その他不当な方法で保険給付を受けた者の世帯に属した加入者(詐欺その他不当な方法で保険給付を受けた者が被扶養者の場合にはその職場加入者)に対して詐偽その他不当な方法で保険給付を受けた者と連帯して同項の規定による徴収金を納めさせることができる。

④第 1 項の場合において療養機関が加入者または被扶養者から詐偽その他不当な方法で療養給付費用を受けた場合には公団は療養機関からこれを徴収して加入者または被扶養者に支給しなければならない。

#### 第 53 条 (求償権)

①公団は第 3 者の行為による保険給付事由が発生して加入者に保険給付をおこなった場合にはその給付に必要な費用の限度内でその第三者に対する損害賠償請求の権利を得る。

②第1項の場合において保険給付を受けた者が第三者から既に損害賠償を受けた場合には公団はその賠償額の限度内で保険給付をおこなわない。

#### 第54条（受給権の保護）

保険給付を受ける権利は譲渡または差し押えをすることができない。

### 第5章 健保審査評価院

#### 第55条（設立）

療養給付費用を審査して療養給付の適正性を評価するために健保審査評価院（以下“審査評価院”という）を設立する。

#### 第56条（業務等）

①審査評価院は次の各号の業務を管掌する。

1. 療養給付費用の審査
2. 療養給付の適正性に対する評価
3. 審査及び評価基準の開発
4. 第1号ないし第3号の業務と係わる調査研究及び国際協力
5. 他の法律の規定によって支給される給付費用の審査または医療の適正性評価に関して委託を受けた業務
6. 健保と係わって保健福祉部長官が必要と認めた業務
7. その他保険給付費用の審査と保険給付の適正性評価と係わって大統領令が定める業務

②第1項2号・第5号及び第7号の規定による療養給付等の適正性評価に関する基準・手続き・方法その他必要な事項は保健福祉部令で定める。

#### 第57条（法人格等）

①審査評価院は法人にする。

②審査評価院は主な事務所の所在地で設立登記をすることで成り立つ。

#### 第58条（役員）

①審査評価院に役員として院長、理事16人及び監事1人を置く。

②院長及び監事は保健福祉部長官が任命する。

③理事中5人は医薬関係団体が推薦した者を、3人は公団が推薦した者を、3人は審査評価院の院長が推薦した者を、5人は労働組合・使用者団体・農漁業団体及び消費者団体がそれぞれ1人ずつ推薦した者及び大統領令が定める関係公務員中1人を保健福祉部長官が任命する。

④院長と理事中3人は常任にして監事は非常任にする。ただし、非常任役員は定款が定めるところによって実費弁償を受けることができる。

⑤役員任期は3年にする。ただし、公務員である役員任期はその在任期間、補欠された役員任期は前任者の残任期間とする。

#### 第59条（診療審査評価委員会）

①審査評価院の業務を効率的に遂行するために審査評価院に診療審査評価委員会（以下“審査委員会”という）を置く。

②審査委員会は委員長を含んだ30人以内の常勤審査委員と600人以内の非常勤審査委員で構成し、診療科目別分科委員会を置くことができる。

③審査委員会の委員の資格・任期及び委員会の運営などに関して必要な事項は保健福祉部令で定める。



## 第 60 条 (資金の調達等)

- ①審査評価院は第 56 条第 1 項の業務(同条同項第 5 号の規定による業務を除く)を遂行するために公団から負担金を徴収できる。
- ②審査評価院は第 56 条第 1 項第 5 号の規定によって給付費用の審査または医療の適正性評価に関する業務を委託を受けた時には委託者から手数料を受けることができる。
- ③第 1 項及び第 2 項の規定による負担金及手数料の金額・取り立て方法、その他必要な事項は保健福祉部令で定める。

## 第 61 条 (準用規定)

第 13 条第 4 項・第 15 条・第 16 条(第 1 項の 6 号及び第 7 号を除く)・第 17 条・第 18 条・第 20 条ないし第 30 条・第 33 条第 1 項・第 34 条・第 35 条・第 37 条及び第 38 条の規定は審査評価院に関してこれを準用する。この場合“公団”は“審査評価院”で、“理事長”は“院長”で、“常任監事”は“非常任監事”とみなす。

## 第 6 章 保険料

### 第 62 条 (保険料)

- ①公団は健康保険事業に必要となる費用にあてるために第 68 条の規定による保険料の納付義務者から保険料を取り立てる。
- ②第 1 項の規定による保険料は加入者の資格を得た日が属する月から加入者の資格を失った日の前日が属する月まで取り立てる。ただ、加入者の資格が毎月 2 日以後に変動された場合にはその変動された日が属する月の保険料は変動される前の資格を基準で取り立てる。
- ③職場加入者の月別保険料額は第 63 条の規定によって算定した標準報酬月額に第 65 条の規定による保険料率を掛けて得た金額にする。
- ④地域加入者の月別保険料額は世代単位に算定するが、地域加入者が属した世代の月別保険料額は第 64 条の規定によって算定した賦課標準所得によって大統領令が定める等級仕分けによって財政運営委員会の議決を経て公団の定款が決める金額にする。
- ⑤次の各号の 1 にあたる加入者の場合その加入者またはその加入者が属した世代の保険料は公団の定款が決めるところによってその一部を軽減することができる。
  1. 島嶼・僻地・農漁村等大統領令が定める地域に居住する者、ただし農漁村に居住する者は農業または漁業に携わる等保健福祉部令が決める者に限る。
  2. 65 才以上である者
  3. 障害人福地方法院によって登録した障害者
  4. 国家有功者 <改訂 99. 12. 31>

### 第 63 条 (標準報酬月額)

- ①第 62 条第 3 項の規定による標準報酬月額は職場加入者が日程期間の間支払ってもらった報酬を基準にして等級別に算定する。
- ②休職その他の事由で報酬の全部または一部が支給されない加入者の保険料はあって事由が発生する前月の標準報酬月額を基準で保険料を算定する。
- ③第 1 項の規定による報酬は勤労者・公務員及び教職員が勤労の提供によって使用者・国家または地方自治体から支払ってもらった金品(実費弁償的な性格のものを除く)として大統領令が定めることを言う。この場合報酬関連資料がないとか不確かな

場合等大統領令が定める事由にあたる場合には保健福祉部長官が決めて告示する金額を報酬とみなす。〈改訂 2000. 12. 29；施行 2001. 7. 1〉

④第1項の規定による等級別標準報酬月額算定の算定及び報酬が支給されない使用者の標準報酬月額の算定等に関して必要な事項は大統領令で定める。〈改訂 99. 12. 31〉

#### 第64条（賦課標準所得）

①第62条第4項の規定による賦課標準所得は地域加入者の所得・財産・生活水準・職業・経済活動参加率等を斟酌して決めるが、賦課標準所得の算定方法・基準その他必要な事項は大統領令で定める。

②第1項の規定によって賦課標準所得の算定方法・基準を決めるにおいて法令によって財産権の行事が制限される財産に対しては他の財産と違い決めることができる。〈展開 99. 12. 31〉

#### 第65条（保険料率）

①加入者の保険料率は1千分の80の範囲の中で第31条の規定による財政運営委員会の議決内容を斟酌して大統領令で定める。

②国外で業務に携わっている職場加入者に対する保険料率は第1項の規定によって決められた保険料率の100分の50にする。

#### 第66条（保険料の免除）

①公団は職場加入者が第49条第2号ないし第4号の1に当たる時にはあつて加入者の保険料を免除する。ただ、第49条第2号にあたる職場加入者の場合には国内に居住する被扶養者がいない場合に至る適用する。

②地域加入者が次の各号の1に当たる時にはその加入者が属した世代の保険料を算定するにおいてその加入者の所得を除く。

1. 第49条第2号ないし第4号の1に当たる時

2. 大学以下の各学校への在学等所得活動に携わらないのが明白だと認められる時

3. 第1号及び第2号に準することとして保健福祉部令が決める基準に当たる時

#### 第67条（保険料の負担）

①職場加入者の保険料は職場加入者と次の各号の仕分けによる者がそれぞれ保険料額の100分の50ずつ負担する。ただし、職場加入者が教職員の場合の保険料額はその職場加入者が100分の50を、第3条第2に規定された者が100分の30を、国家が100分の20をそれぞれ負担する。

1. 職場加入者が勤労者の場合には第3条第2号嘉木に規定された者

2. 職場加入者が公務員の場合にはその公務員が属している国家または地方自治体

②地域加入者の保険料はその加入者が属した世代の地域加入者全員が連帯して負担する。

③国家は大統領令が定めるところによって予算の範囲の中で地域加入者が負担する保険料の一部を負担することができる。

#### 第68条（保険料の納付義務）

①職場加入者の保険料は使用者が納める。

②地域加入者の保険料はその加入者が属した世代の地域加入者全員が連帯して納める。この場合加入者1人に行った通知または督促はあつて世代の地域加入者皆に效力があることとみなす。

③使用者は職場加入者が負担しなければならないその月の保険料額をその報酬で控除して納めなければならない。この場合職場加入者にその控除額を通知しなければならない。

## 第 69 条（保険料納付期限）

第 68 条第 1 項及び第 2 項の規定によって保険料の納付義務がある者は加入者に対する該当の月の保険料をその来月 10 日まで納めなければならない。ただし、地域加入者の保険料は保健福祉部令が決めるところによって分期別で納めることができる。

## 第 70 条（保険料等の督促及び滞納処分）

- ①公団は第 68 条の規定による納付義務者が保険料等を納めない時には期限を決めて督促することができる。
- ②第 1 項の規定によって督促をする時には 10 日以上 15 日以内の納付期限を決めて催促状を下がらなければならない。
- ③公団は第 1 項の規定による急がされた者がその納付期限まで保険料等を納めない時には保健福祉部長官の承認を得て国税滞納処分の例によってこれを取り立てることができる。
- ④ 公団は第 3 項の規定による国税滞納処分の例によって処分した財産の公売に特殊な事情があつて直接公売するには適当ではないと認める時には・・・によって設立された韓国資産管理公社(以下“韓国資産管理公社”と言う)にこれを代行でき、この場合公売は公団がしたこととみなす。
- ⑤公団は第 4 項の規定によって韓国資産管理公社が公売を代行する場合には保健福祉部令が決めるところによって授受要を支給することができる。〈改訂 99.12.31〉

## 第 71 条（加算金）

- ①公団は保険料等の納付義務者が納付期限までこれを納めない時にはその納付期限が経過した日から滞納された保険料等の 100 分の 5 にあたる加算金を取り立てる。
- ②公団は保険料等の納付義務者が納付期した経過の後 3 月以内に滞納された保険料等を納めない時にはその 3 月を経過した日から滞納された保険料等の 100 分の 5 にあたる加算金を第 1 項の規定による加算金に加算して取り立てる。
- ③公団は保険料等の納付義務者が納付期した経過の後 6 月以内に滞納された保険料等を納めない時にはその 6 月を経過した日から滞納された保険料等の 100 分の 5 にあたる加算金を第 1 項及び第 2 項の規定による加算金に加算して取り立てる。
- ④第 1 項ないし第 3 項の規定にかかわらず天災・地変その他保健福祉部令が決めるやむを得ない事由がある場合には第 1 項ないし第 3 項の規定による加算金はこれを取り立てないことがある。

## 第 72 条（欠損処分）

- ①公団は次の各号の 1 にあたる事由がある時には財政運営委員会の議決を得て保険料等を欠損処分することができる。
  1. 滞納処分が終決されて滞納額に充当される配分金額がその滞納額に達していない場合
  2. 消滅時効が完成された場合
  3. その他取り立てる可能性がないと認められる場合として大統領令が定める場合
- ②公団は第 1 条 3 号の規定によって欠損処分をした後他の処分することができる財産があつたことを見つけた時にはすかさずその処分を取り消して滞納処分をしなければならない。

## 第 73 条（保険料等の取り立て順位）

保険料等は国税及び地方税を除いたその他の債券に優先して取り立てる。ただし、保険料等の納付期限前に伝貫権・質権または抵当権の設定を登記または登録した事

実が証明される財産の売却においてその売却代金の中で保険料等を取り立てる場合のその伝賃権・質権または抵当権によって担保された債券に対してはそうではない。

#### 第 74 条（保険料等の納入告知）

公団は保険料等を取り立てようとする時にはその金額を決めて納付義務者に次の各号の事項を記載した文書として納入の告知をしなければならない。

1. 取り立てようとする保険料等の種類
2. 納めなければならない金額
3. 納付期限及び場所

#### 第 75 条（保険料等の充当と還金）

①公団は納付義務者が保険料・加算金または滞納処分費として納めた金額中過誤納付した金額がある時には直ちにその超過払額または誤納額を保険料還付金で決めなければならない。

②第 1 項の規定による保険料還付金は納める保険料等と滞納処分費にあてなければならないし、充当の後の残余金は第 1 項の規定による決定日から 30 日以内に納付者に支給しなければならない。

## 第 7 章 異議申立及び審査請求

#### 第 76 条（異議申立）

①加入者及び被扶養者の資格・保険料・保険給付及び保険給付費用に関する公団の処分に異議がある者は公団に異議申し立てができる。

②療養給付費用及び療養給付の適正性に対する評価等に関する審査評価院の処分に異議がある公団・療養機関その他の者が審査評価院に異議申立ができる。【日本の国民健康保険法には無い規定】

③第 1 項及び第 2 項の規定による異議申立は処分がある日から 90 日以内に文書にしなければならない。ただし、正当な事由によってその期間内に異議申立ができなかったことを召命した時にはそうではない。

④異議申立に対する決定、その決定の通知等に関して必要な事項は大統領令で定める。

#### 第 77 条（審査請求）

①第 76 条の規定による異議申立に対する決定に不服のある者は健保紛争調停委員会（以下“紛争調停委員会”だと言う）に審査請求ができる。この場合第 76 条第 3 項の規定は審査請求に関してこれを準用する。

②紛争調停委員会は保健福祉部に置く。

③紛争調停委員会は健保に関する法学または医学分野の学識経験が豊かな者のなかから保健福祉部長官が任命または委嘱する 20 人以内の委員で構成する。

④審査請求に対する決定、その決定の通知及び紛争調停委員会の組織・運営に関して必要な事項は大統領令で定める。

#### 第 78 条（行政訴訟）

公団または審査評価院の処分に異議がある第 76 条の規定による異議申立または第 77 条の規定による審査請求に対する決定に不服のある者は行政訴訟法決めるところによって行政訴訟を提起することができる。

## 第 8 章 補則

### 第 79 条 (時効)

①次の各号の権利は 3 年間行使しなければ消滅時効が完成される。

1. 保険料(保険料の加算金を含む)を取り立てるとか保険料還付金を受ける権利
2. 保険給付を受ける権利
3. 保険給付費用を受ける権利
4. 第 43 条第 3 項の規定によって過多納付された本人一部負担金を返還を受ける権利

②第 1 項の規定による時効は次の各号の 1 の事由によって中断する。

1. 保険料の告知または督促
2. 保険給付または保険給付費用の請求

③第 1 項及び第 2 項の規定による消滅時効及び時効中断に関してこの法に定めた事項の外は民法の規定による。

### 第 80 条 (期間の計算)

この法に規定された期間の計算に関してこの法に定めた事項の外には民法の期間に関する規定を準用する。

### 第 81 条 (勤労者の権益保護)

第 6 条第 2 項第 1 号の規定による勤労者を雇う使用者はその雇った勤労者がこの法による職場加入者になることを邪魔するとか彼が負担する負担金の増加を忌避する目的に正当な事由なしに勤労者の昇給または賃上げをしないとか解雇その他不利益した措置ができない。

### 第 82 条 (申告等)

①公団は使用者及び世帯主にとって加入者の居住地変更または報酬・所得その他健康保険事業のために必要な事項を届けるようにするとか関係書類を提出させるようにできる。

②公団は第 1 項の規定によって申告または提出受けた資料に対する真否を確認する必要があると認める時には所属職員に事項に関して調査させることができる。

③第 2 項の場合に所属職員はその権限を表示する印を持ってこれを関係人に取り出して見せなければならない。

### 第 83 条 (資料の提供)

①公団及び審査評価院は国家・地方自治体・療養機関その他公共団体等に対して健康保険事業のために必要な資料の提供を要請することができる。

②第 1 項の規定によって資料の提供を要請受けた国家・地方自治体・療養機関その他公共団体等はまじめにこれに応じなければならない。

### 第 84 条 (実地調査)

①保健福祉部長官は使用者または世帯主に加入者の移動・報酬・所得その他必要な事項に関して調査または書類提出を命ずるとか所属公務員に関係人に質問をするようにするとか関係書類を検査させることができる。

②保健福祉部長官は療養機関(第 44 条の規定によって療養を実施した機関を含む)に対して療養・薬剤の支給等保険給付に関する調査または書類提出を命ずるとか所属公務員に関係人に質問させるようにするとか関係書類を検査するようにできる。

③保健福祉部長官は保険給付を受けた者において保険給付の内容に関して報告させたり所属公務員に質問させるようにできる。

④第1項ないし第3項の場合に所属公務員はその権限を表示する印を持ってこれを関係人に取り出して見せなければならない。

#### 第85条（課徴金等）

①保健福祉部長官は療養機関が次の各号の1にあたる時には1年の範囲の中で期間を決めて療養機関の業務停止を命ずることができる。

1. 詐欺その他不当な方法で保険者・加入者及び被扶養者に療養給付費用を負担するようになった時

2. 第84条第2項の規定による命令に違反するとか虚偽報告をするとか所属公務員の検査または質問を拒否・邪魔または忌避した時

②保健福祉部長官は療養機関が第1項第1号の規定にあたって業務停止処分をしなければならない場合としてその業務停止処分があつて療養機関を利用する者にひどい不便を与えるととかその他特別な事由があると認められる時にはその業務停止処分に替えて増しその他不当な方法で負担するようにした金額の5割以下の金額を課徴金で賦課・取り立てることができる。この場合課徴金を賦課する違反行為の種別・程度等による課徴金の金額その他必要な事項は大統領令で定める。

③第1項の規定によって業務停止処分を受けた者はあつて業務停止期間中には療養給付を行うことができない。

④第2項の規定によって取り立てた課徴金は次の各戸の外の用途ではこれを使うことができない。

1. 第43条第3項本文の規定によって保険者が支給する療養給付費用に必要な資金の支援

2. ウンググブ医療エグアンハンボブリュルによるウンググブ医療ギグムへの支援

⑤第4項の規定による課徴金の用途別支援規模・使用手続きその他必要な事項は大統領令で定める。

⑥第2項の規定による課徴金を納めなければならない者が納付期限まで納めない時には国税滞納処分の例によってこれを取り立てる。

#### 第86条（秘密の維持）

公団及び審査評価院に従事した職員または携わっている者はその仕事上知り得た秘密を漏らしてはならない。

#### 第87条（公団等に対する監督）

保健福祉部長官は公団及び審査評価院に対してその事業に関する報告を命ずるとか事業または財産状況を検査して定款または規定の変更その他必要な処分を命ずるなど監督上必要な措置ができる。

#### 第88条（権限の委任及び委託）

①この法による保健福祉部長官の権限は大統領令が定めるところによってその一部を特別市場・広域市場または道知事に委任することができる。

②第84条第2項の規定による保健福祉部長官の権限は大統領令が定めるところによってこれを公団または審査評価院に委託することができる。

#### 第89条（業務の委託）

①公団は大統領令が定めるところによって保険料の収納、保険給付費用の支給または保険料の確認に関する業務を通信官または金融機関に委託することができる。

②公団はその業務の一部を国家機関・地方自治体または他のボブヤングによる社会保険業務を遂行するものであるその他の者に委託することができる。

③第2項の規定によって公団が委託することができる業務及び委託受けることができる者の範囲は保健福祉部令で定める。

#### 第90条（少額処理）

公団は取り立てなければならない金額及び返還しなければならない金額が件当たり2千ウォン未満の場合（第43条第4項の規定による本人一部負担金還付金を除く）にはこれを取り立てまたは返還しない。

#### 第91条（端数処理）

保険料等と保険給付に関する費用の計算において国庫金計算法第1条の規定による端数はこれを計算しない。

#### 第92条（国家負担）

国家は毎年度予算で公団に対して健康保険事業の運営に必要な費用を負担することができる。

#### 第93条（外国人等に対する特例）

①政府は外国政府が使用者である事業場の勤労者の健保に関して外国政府との合意によってこれを別に定めることができる。

②大統領令が定める外国である及び在外国民は保健福祉部令が決めることによって本人の申し込みにこの法の適用を受ける加入者になることができる。

## 第9章 罰則

#### 第94条（罰則）

第81条の規定に違反した使用者または第86条の規定に違反した者は1年以内の懲役または1千万ウォン以下の罰金に処する。

#### 第95条（罰則）

第84条第2項の規定に違反して調査または書類提出をしないもしくは虚偽報告するとか虚偽の書類を提出した者及び検査または質問を拒否・邪魔または忌避した者は1千万ウォン以下の罰金に処する。

#### 第96条（罰則）

第40条第4項または第44条第2項全段の規定に違反した者は500万ウォン以下の罰金に処する。

#### 第97条（両罰規定）

法人の代表者、法人や個人の代理人・使用するその他従事者がその法であるまたは個人の業務に関して第94条ないし第96条の違反行為をした場合にはその行為者を罰する外にその法であるまたは個人に対しても各該当の罰金刑を科する。

#### 第98条（過怠料）

①加入者及び被扶養者または加入者及び被扶養者であった者がその資格を失った後その資格を証明した書類を使って保険給付を受けた時にはその給付に相当する金額以下の過怠料に処する。

②保険給付を受けることができる者が詐欺その他不当な方法によって他人にとって保険給付を受けるようにした時にはその保険給付に相当する金額以下の過怠料に処する。同じ方法でその保険給付を受けた者もまた同じ。

#### 第99条（過怠料）

次の各号の1にあたる者は100万ウォン以下の過怠料に処する。

1. 第87条の規定による命令に違反した者

2. 正当な事由なしに第 82 条第 1 項 ・ 第 2 項または第 84 条第 1 項 ・ 第 3 項の規定に違反して書類の提出，意見の陳述，申告または報告をしないもしくは虚偽に陳述 ・ 申告または報告をすとか調査または検査を拒否 ・ 邪魔または忌避した者

第 100 条（過怠料の賦課 ・ 取り立て手続き）

①第 98 条及び第 99 条の規定による過怠料は大統領令が定めるところによって保健福祉部長官が賦課 ・ 取り立てる。

②第 1 項の規定による過怠料処分に不服のある者はその処分の通知を受けた日から 30 日以内に保健福祉部長官に異意を申し立てることができる。

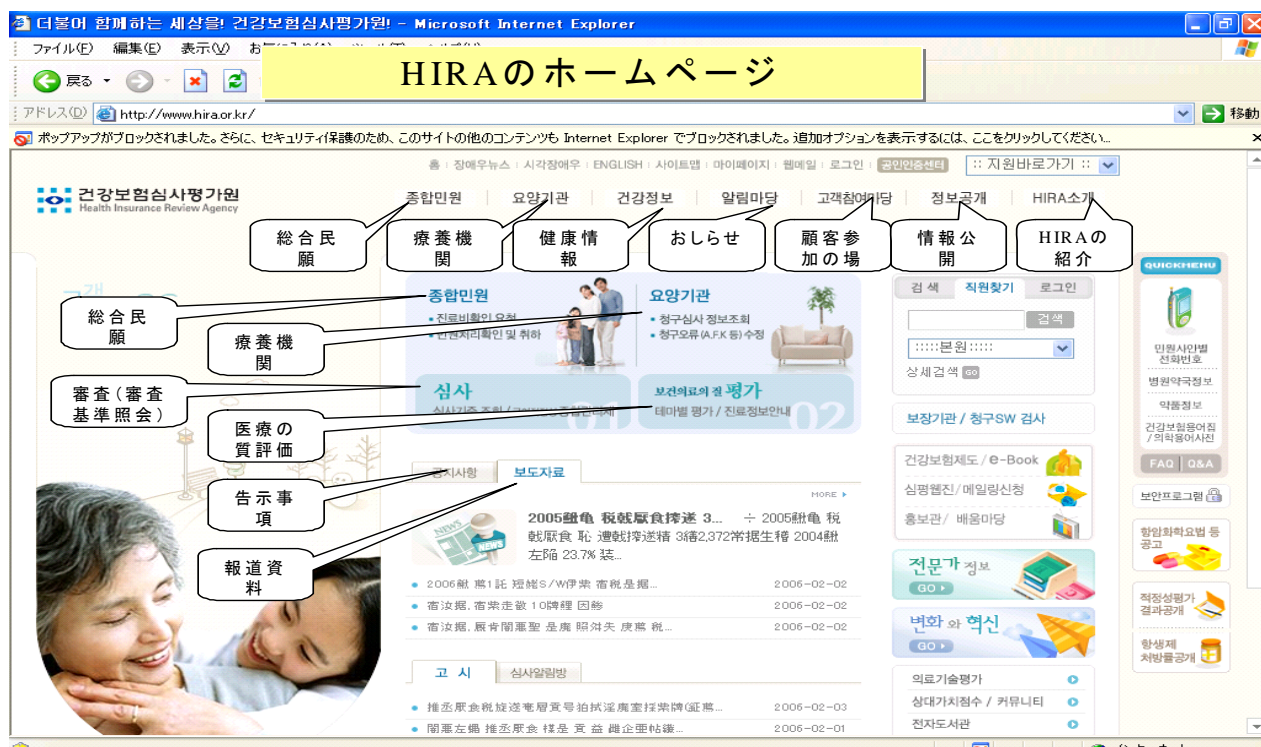
③第 1 項の規定による過怠料処分を受けた者が第 2 項の規定によって異意を申し立てた時には保健福祉部長官はすかさず管轄法院にその事実を知らせなければならないし，その通報を受けた管轄法院は非訟事件訴訟法過怠料の裁判をする。

④第 2 項の規定による期間内に異議を申し立てなくて過怠料を納めない時には国税滞納処分の例によってこれを取り立てる。



## 5 健康保険審査評価院ウェブサイトの解説

審査評価院の活動で特筆されるのは、レセプト審査統計や医療安全や医療の質評価結果をそのサイトを通じて積極的に国民と医療機関に広報していることである。以下にサイトにどのような情報が掲示されているか、説明する。これにしたがってサイトにアクセスすればかなり詳しいデータと資料が入手可能である。



審査評価院のサイトにはユーザーのみがログオンできるコーナーがある。会員には以下のような区別があり、それぞれ提供される情報は異なる。

### 会員の種別

普通会員の加入

건강 보험심사평가원 회원가입 | HEALTH INSURANCE REVIEW AGENCY

회원으로 가입하기 위해서는 먼저, **이용약관**을 읽어보시고 **동의**하신 후, 신상정보를 입력하시면 됩니다. 회원의 신상정보는 [공공기관의 개인정보보호에 관한 법률]에 따라 보호됩니다. 언제나 변함없이 민원서비스를 위해 최선을 다하겠습니다. 감사합니다

<p><b>一般会員</b></p> <p>심평원의 통신, 건강, 정보, 웹메일등의 서비스를 희망하는 일반 사용자</p> <p>GO</p>	<p><b>요양기관</b></p> <p>요양기관현황 신고등의 업무수신 및 통보서수신등을 희망하는 요양기관</p> <p>GO</p> <p>療養機関</p>
<p><b>보償機關</b></p> <p>의료급여를 집행원과 업무처리를 담당하는 사, 군, 구등 보장기관</p> <p>GO</p>	<p><b>청구 S/W/개발업체</b></p> <p>청구심사용 SW 심사용개발업체</p> <p>GO</p> <p>SW 開發業者</p>
<p><b>製藥會社</b></p> <p>심평원에 공급 목록지료를 제출할 제약회사</p> <p>GO</p>	<p><b>의료기기업체</b></p> <p>심평원에 의약품공급 목록지료 제출할 제약회사</p> <p>GO</p> <p>醫療機器會社</p>

## サイトマップとその全訳 ①

### サイトマップ1

- FAQ
- Q&A
- 請願相談予約
- 診療費確認要請
- 新医療技術等の申請(制度の紹介, FAQ)
- 健保適用可否
- 苦情受付(親切も)
- 職員不正行為の申告
- 請願処理の確認
- 低価格必須医薬品申告
- 療養機関
  - 知りたいこと
    - ・ 療養機関開設から廃業まで
    - ・ 審査総合案内
    - ・ EDI案内
    - ・ 審査請求SW
    - ・ 請求関連コード問合わせ
    - ・ DRG患者分類/診療費案内
    - ・ 検体検査受託機関照会
    - ・ 療養機関間情報交換
  - 申込及び診療提出
    - ・ 療養機関現況申告
    - ・ A.F.K.記載錯誤処理
    - ・ ウェブ異議申立
    - ・ 医薬品購入内訳リスト
    - ・ 医薬品購入内訳関連確認書
    - ・ 治療材料購入目録
    - ・ 緑色療養機関認定申請
    - ・ 療養給与費用代行請求通報
    - ・ EDI利用申請
    - ・ 疾病群(DRG)療養機関
    - ・ 通報書再出力申込
    - ・ 評価調査表
  - 審査
    - ・ 審査基準照会
    - ・ 請求方法照会
    - ・ DUR関連照会
    - ・ 審査室お知らせ
    - ・ 進行過程確認
    - ・ 総合管理制

- 健康情報
  - 診療情報案内
    - ・ 疾病・手術別診療情報
    - ・ 特殊診療実施医療機関
    - ・ 抗生剤処方率が低い機関
    - ・ 注射剤処方率が低い機関
    - ・ 自然分娩率が高い機関
    - ・ 虚血性心疾患評価が良好な機関
  - 疾病百科
  - 健康電卓
  - 健康クイズ
  - 動画資料室
    - ・ 健康情報
    - ・ 疾病情報
  - 健康な生活のために
    - ・ 精神健康
    - ・ 児童健康
    - ・ 女性健康
    - ・ 老人健康

- ・ 掲示板
  - 告知事項
  - 報道資料
  - 告示
    - ・ 薬剤
    - ・ 行為
    - ・ 酬価
    - ・ 審査基準
    - ・ 治療材料
  - フォトアルバム
  - 入札広告
  - 採用情報
    - ・ 採用制度
    - ・ 採用広告
    - ・ 合格者問合わせ
    - ・ 採用Q&A
    - ・ 求職登録
  - 変化と革新
    - ・ 変化と革新の紹介
    - ・ 革新推進体系
    - ・ 顧客満足経営革新
    - ・ 革新関連探訪記事
    - ・ 情報通信部門品質経営宣言
    - ・ 革新消息
    - ・ 顧客革新提案
  - 保健福祉消息
  - IT技術提案
    - ・ 案内
    - ・ 主要アウトソーシング及び装備導入内訳
    - ・ IT技術提案申込書作成

## サイトマップとその全訳 ②

### サイトマップ2

- 提案案内
- 提案する
- 優秀事例
- 私の提案
- 開いた掲示板
- ホームページ改善意見
- オンラインアンケート調査
- オムブズマン
  - 制度紹介
  - オムブズマン紹介
  - 告知事項
  - 運営手続書
  - オムブズマンコミュニティ
- 院長との対話
- データリンク
  - 行政情報公開
    - 利用案内
    - 情報公開公表
    - 行政情報公開書式
    - 主要文書リスト閲覧
    - 公開資料閲覧FAQ
    - 請求書作成
    - 請求処理履歴確認
    - 業務推進費執行内訳
    - 2,005国政監査
  - 審査評価面資料
    - 報酬面
    - 薬面
    - 治療材料
    - EDI
    - DRG
    - 審査基準
    - 審査事例
    - 評価面
    - 長期療養
    - 応急代行支払
  - 医療給与
  - 統計資料
    - 健保DB
    - 統計資料室
  - 法令と書式
    - 法令
    - 書式
- HIRA紹介
  - HIRAとは
    - ビジョン
    - HIRAがすること
    - HIRAの足跡
    - 部署別業務案内
    - 職員探し
  - 院長紹介
    - あいさつの言葉
    - 歴代機関長
  - 経営公示
    - 経営公示制度とは
    - 一般現況
    - 役員現況及び選任方法
    - 診療審査評価委員現況及び応募
    - 給与及び福利厚生
    - 事業計画及び成果
    - 経営革新
    - 予算書及び決算書
    - 外部評価面
    - 理事会議決事項
    - 理事会コミュニティ
  - HIRA人材像
    - 審査評院人材像
    - 人事制度
  - 本支院マップ
    - 本院のマップと層別案内
    - 支院のマップと層別案内
  - 倫理経営
    - 倫理経営というのは
    - 倫理指針
    - 制度運営
  - With Youこいっしょに
  - 旧職員広場
    - 利用方法
    - 審査評院ニュース
    - 慶弔
    - 同友会
    - 求人求職情報

### サイトマップ3

#### ウェブメニュー

- 診療事業別電話番号
- 本館診療事業別電話番号
- 支院診療事業別電話番号
- 病室薬剤師情報
- 療養施設詳細情報
- 総合専門療養施設懇話会VR
- 家庭看護施設懇話会
- 医療分業九州機関懇話会
- 応急医療センター情報
- 病室薬剤師立ちあし
- 特殊診療施設懇話会

#### 薬品情報

- 用語辞典
- FAQ
- Q&A

#### フォトメニュー

- 顧客満足度調査
- 個人情報保護意識
- カスタマーサービス憲章
- 職員種別写真
- パナー貼る
- 療養給付不正請求申告
- ホームページリニューアル
- Q&A
- ヘルプ

#### 関連情報

- 審査評院ウェブが申請
- 月報
- メールが申請
- 広報館
- アニメーションで見る審査評院
- 広報画資料
- 健康情報
- 社会情報
- 医療情報
- わか国健康情報
- 医療分業情報
- 診療費支払制度
- E-learning
- E-learning
- 教育資料
- 検索
- 職員探し
- 医療支援評価面
- 我が部門
- HTAおまかせ
- 報告書
- HTA情報
- HTA参加
- 相対面直点数
- 事業紹介
- 資料公開
- 参加意見
- 関連機関リンク
- 国政ブリーフィング
- コミュニティ
- 専門家情報
- 保健医療ニュース
- 学界/学術行事日程
- 医学用語集
- インターネット医学情報
- 保健医学専門誌
- 審査評価委員コミュニティ