

## 第 32 回 (2012 年) 医療情報学連合大会 2-D-4-4

## 韓国における電子レセプトの成果の紹介及び我が国の電子レセプトへの提案

西山孝之

(1) 西山です。

●(2) まず韓国の近況を述べます。

(3) 韓国は HIRA と呼ばれる「健康保険審査評価院」がレセプトの推進母体です。日本の審査・支払機関のタスクは審査だけですが、Hira のタスクは審査と医療評価です。ですから、ミッションに「国民医療の質と費用の適正性の保障」を、ビジョンに「正しい審査、正しい評価、共にする国民の健康」を掲げ、それを電子レセプトで推進しています。

(4) 病医院の評価指数を決め、ホームページでそれを公開し、(5) 国全体の傾向もウオッチしています。

(6) 手術の件数の多い病院は、入院日数が短く、質も高いことが疾病ごとに確認されています。日本では以前に、手術件数で点数差を付けたことがありましたが、根拠不明確で中止されました。

(7) 具体的な医療評価テーマを定め、毎年、100 ページ規模の報告書を発行しています。急性心筋梗塞。

(8) 高血圧、薬剤給与、

(9) 精神科、脳卒中、

(10) 帝王切開などです。

(11) 手術の死亡率が、胃がん、大腸がん、肝臓がん、について発表されています。(12)(13)(14) なぜこの疾病を選んだか、いままでの検討の経過を示しての発表です。

(15) 2007 年からは隔月に専門誌が発行されています。

(16) その目次例です。

(17) 大きく 4 区分、政策懸案、HIRA 研究、診療傾向分析、海外動向に分かれています。

(18) 累計 365 件の論文を分類しましたが、執筆者は Hira 関係者のほか、大学関係者も多く、国の方針を正面から論じています。日本ではレセプトが学問として論じられることがなく、決定事項を実現するための技術論に終始していることと、大きな差異を感じます。より良くなるための海外調査も怠りありません。

(19) 電子レセプトの運用開始早々に、禁忌薬が処方されている事実が判明し、急遽、DUR (Drug Utilization Review) と呼ばれる支援システムが開発され、関係機関への全国展開を果たし、2009 年の状況が報告されています。

(20) チェックは同一処方せん内だけでなく、他診療科や他病院で発行された処方せんも対象です。そしてアラームのうちの 96% が、処方せん相互のチェックからのものとなっています。

(21) これは警告を受けた後の処方変更状態です。アラームのポップアップ画面が 1 秒以内に現れることを実現したことが好評で、システムの実用化に大きく貢献したと評価されています。

(22) 5 年分のレセプトによるデータウェアハウスは、医療政策の情報源ですが、研究者にも門戸を開きます。その上で、研究者が手軽に使えるように、2009 年 1 年分の入院の 13% と、外来の

1%による患者標本が DVD1 枚に収められ、30 万ウォンで提供されています。日本円で 2 万円程度です。

(23)母集団との類似性も確認済みです。

(24) 韓国は出来高払いが主体ですが、一部では DRG も行われ、請求方式の検討は常に続けられています。本年 5 月には DRG の国際シンポジウムも開かれています。

(25)(26)(27)hira の文献からは各国の状況も伺えます。韓国以外の各国も医療資源は有限で、医療ニーズは無限に拡大しています。どうすれば国民が納得する配分になるかを、IT を活用して模索を続けている状態です。

● (28)(29)さて、日本です。日本のレセプト処理は作業の省力化の追求に始まり、それが電子レセプトの普及に至りましたが、制度への徐放還元は断片的です。

(30)電子レセプトは 1991 年に請求省令が改正され、紙と同じ内容を記録した磁気テープ等の提出を認めるということで発足しました。

(31)しかし、開発着手は 1983 年、いまから 30 年前のことです。紙レセプトの電子化さえしておけば、データ処理もできるものと、誰もが考えていた時代ですが、それがそのまま普及しています。

(32) 2003 年に始まった DPC では、包括算定と出来高算定が併存します。レセプトは新規に作られた包括用レセプトと、従来からの出来高レセプトに区分して記載したので、電子レセプトもこの 2 種に区分されています。そしてデータ分析には E、F ファイルを編集して、レセプトとは別に行っています。

(33)病院が選んだ請求方式ごとにデータ形式が異なるとは、患者ごとのデータ集約はできません。病院にはオリジナルデータがありますが、病院以外の保険者も行政もレセプトが唯一の情報源です。にもかかわらず、電子レセプトにはデータ処理が意識されないままに過ぎていきます。

例えば、患者 ID はレセプトの頭書きの再現用に収納されており、診療行為も同様ですが、ここに示す IY の医薬品請求データの行ごとに患者 ID がありません。データ処理では IY を患者ごとにソートすることが必須ですが、それが出来ません。

(34)→(41)昨年から研究用にレセプト情報の提供が始まりました。これは提供がはじまったときの説明資料ですが、データ構造は処理に適当でないことが示され、ユーザでの対策が必要である、とされ、データ分析を行う研究者は研究のテーマごとに複雑な前処理を個別に行っています。

(42)しかし、朗報がもたらされました。2009 年、電子レセプトの普及を期して請求省令は改正されたのです。改正第 1 条で「請求は電子レセプトによる」と明示され、紙は例外的な場合に限られました。そして電子レセプトと紙レセプトの様式を、それぞれに定める、と謳われました。法制度として電子レセプトが本来機能を発揮できる環境が法で整えられたのです。

(43)考えるまでもなく、レセプトの原典はカルテです。カルテから直接データを取得すれば、月単位にまとめた上で手書き向けの省略をするなどの処理を経ずに、直接、日付順データが容易に得られます。システムはコンパクトになり、電子カルテなら自動取得も当然です。

(44) その構想による DPC レセプトです。包括請求の 3 段階の入院期間が過ぎれば、そのまま出来高に移れます。包括診療行為は 0 点で、包括外なら所定点数で請求します。包括入院点数は病院評価係数を掛けて請求します。DPC 方式と出来高方式との請求額の比較も簡単です。

(45)その他のレセプトも同様です。点数表の知識がなくても、診療経過をたどることができます。しかし、色分け部分は複数行で一連を構成しているので、データ処理のためにデータの1行化が必要です。

(46)注加算の1行化対策は、加算した結果の請求点数にコードを付けるか、加算を独立項目と扱うことで、実現します。

(47)率による通則加算は、時間外加算と乳幼児加算のように、複数の加算の組合せがあるので項目数は激増します。しかし、実際に通則加算がどの程度算定されているかを厚労省の統計で確認しましたが、手術の場合は2%程度です。2%ならコードは設定せず、基本点数のままとして、請求時に加算率を掛けるのが適当と考えました。

(48)現在の診療行為コードは約6000件で、すべての加算を予め実行すると、それが約6万件になりそうですが、通則加算の区別をやめると1万件程度に収まりそうで、移行も比較的簡単です。

(49)また、薬剤を「剤」の単位で請求し、医療材料を「手術単位」で請求していることが、1行化を妨げています。これらをコードのある銘柄単位の請求にすれば1行化が実現し、統計処理も容易です。

(50)検体検査は、表現を改めることで1行化が実現します。

(51)(52)このような工夫で、右側に示した、データ処理に適した電子レセプトが実現します。点数欄のすべてに点数が存在しています。

細かい検討は当然必要ですが、データ処理可能な電子レセプトの実現は、関係者が知恵を集めれば必ず実現すると確信します。

### ●(53)まとめです。

この提案は、システム技術者ならだれでも思いつくことですが、30年来、技術よりも規定重視であったことが、思考を閉ざしてしまったようです。

「紙レセプトと同じ」の規定は、普及のために採用された当時の手段でしょうが、国内に比較する競合システムがないためもあって、30年来それを是認してきたことは反省されます。

海外に視野を広げると、広義の競合システムは、多数存在します。それらを見ることもなく、この間に我が国は世界の流れに遅れてしまったのは紛れもない事実です。

先人の努力で電子レセプトは普及に至り、それが旧来の陋習を破る機会を与えてくれました。技術的可能性は十分なことは納得いただけたことでしょう。

病院ごとには様々なシステムが構築されていますが、電子レセプトは全国の医療実態を示す唯一の情報源です。危機に瀕した我が国の医療に指標を提供するとともに、人類共通の課題である医療を各国とともに考えていくために、電子レセプトの遅れの挽回が、焦眉の急務と考えます。問題は明らかにしました。技術的解決策も示しました。ぜひ、実現しようではありませんか。

以上