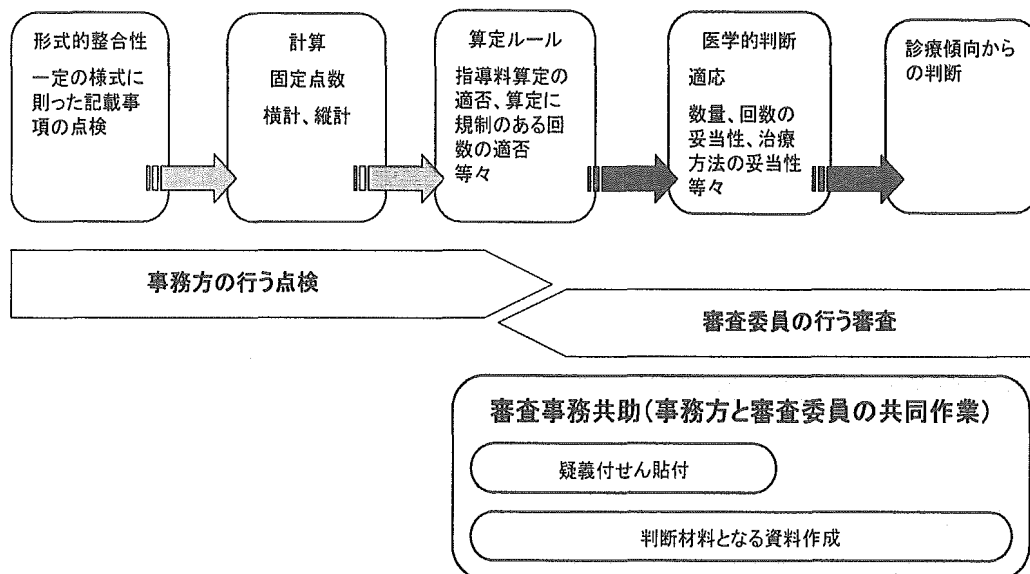


図3-4 審査における審査委員と事務職員の関わり



#### (iv) 再審査

支払基金の審査結果に異議がある場合、保険者又は医療機関は支払基金に対し再審査を請求することができる。再審査は、その請求理由によって、1ヶ月分のレセプトについて診療内容に関する支払基金の審査結果に不服のあるもの（単月点検）、複数月分のレセプトを並べてみたときに請求に矛盾があるもの（縦覧点検）、患者の受給資格に問題のあるものに大別される。このうち、支払基金に責任のあるものは、単月点検に関する審査結果への異議申し立てである。支払基金は、単月点検に関する再審査請求の結果、保険者又は医療機関の異議申し立てが認められる「再審査容認」の多寡が、結果的に医療機関から当初請求された原審査の精度を推し量る指標になるとの考えから、平成11年度から13年度にかけての3年計画で「再審査容認」件数の半減を目標に取り組み、ほぼ達成した。14年度からは新たに第2次3年計画として、「再審査容認」件数の更なる減少を図りつつ、「再審査容認」点数の半減計画を策定し、16年度最終年度を迎えている。

#### (v) 審査の差異解消の取組み

支払基金が保険者から再三再四指摘される問題に、県毎の審査委員会で審査結果に差があるという審査の差異の問題がある。保険請求のルールは全国共通であるから、本来、審査結果に差が生じることはありえないとはいえ、医師の受けた医学教育上の考え方の相違、地域住民の医療給付に対する欲求の差により、差異が生じているのが現実である。レセプトの審査決定は、都道府県の審査委員会の独立した権能として行われるので、支払基金本

部の一方的な指示により差異解消を図ることは審査の現場に混乱を生じかねない。そこで支払基金では、本部に審査の差異解消に関する委員会を設置し、各県の支払基金から審査に差異があると思われる事例を収集し、各県の審査委員が参加して差異解消に向けて事例ごとに協議を行い、漸進的に差異の解消を図っている。

#### ④支払基金の業務のIT化の現状

##### (i) IT化の目的

支払基金の目的は、適正なレセプトの審査並びに医療機関への迅速な支払であり、そのことを通じて、医療保険制度の安定的運営と維持発展をめざすものである。そのため、より一層の審査の充実と業務の効率化を追求し、低コストで質の高いサービスを提供しなければならないのであるが、その鍵を握るのが業務のIT化であるという認識に立ってシステムの改善に取り組んでいる。

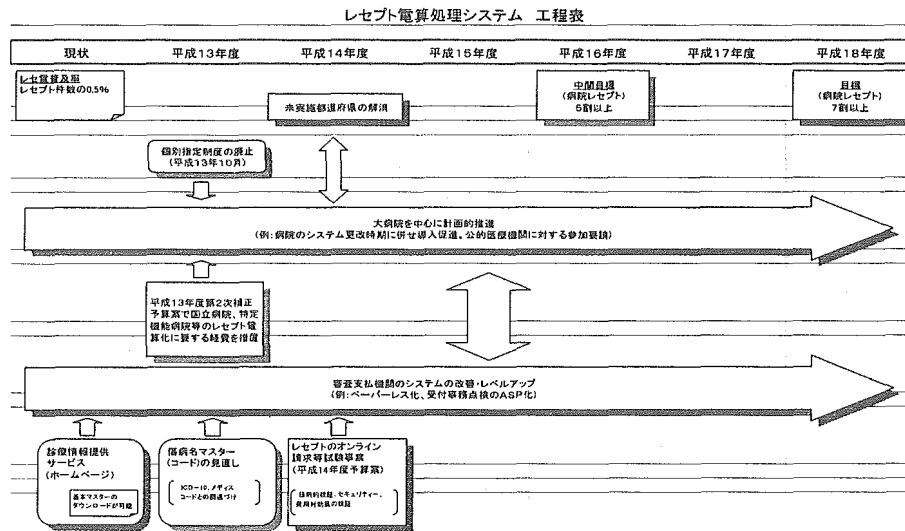
##### (ii) レセプト電算処理システム

レセプト電算処理システムは、レセプトの請求内容を電子データで医療機関から審査支払機関に提出することによって、医療機関、審査支払機関及び保険者を通じて、コンピュータ処理による効率化のメリットを全体で享受するものである。本システムは、診療報酬の請求・決済分野では最も重要なシステムであり、支払基金も中長期的には、レセプト電算処理システムを骨格とする効率的な業務処理体制の構築を目指している。

##### (iii) レセプト電算処理システム普及拡大の努力

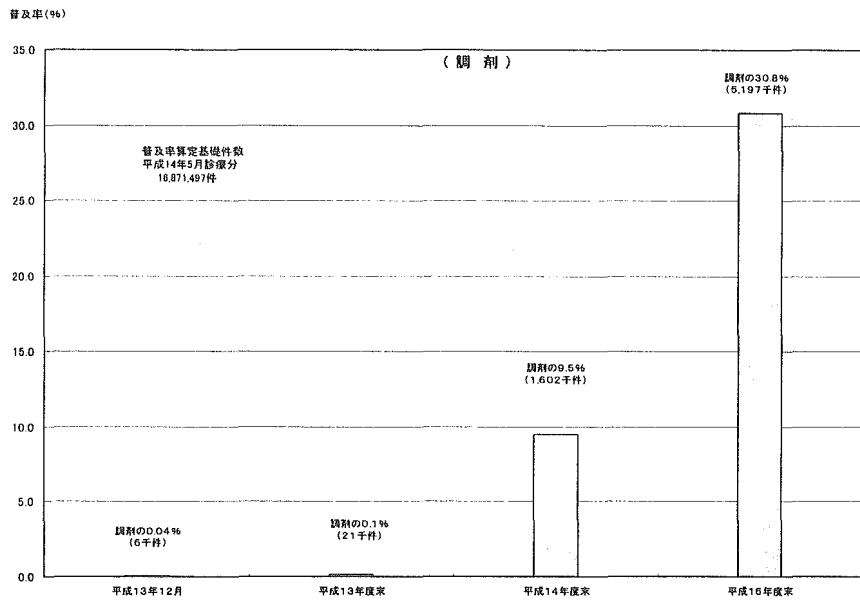
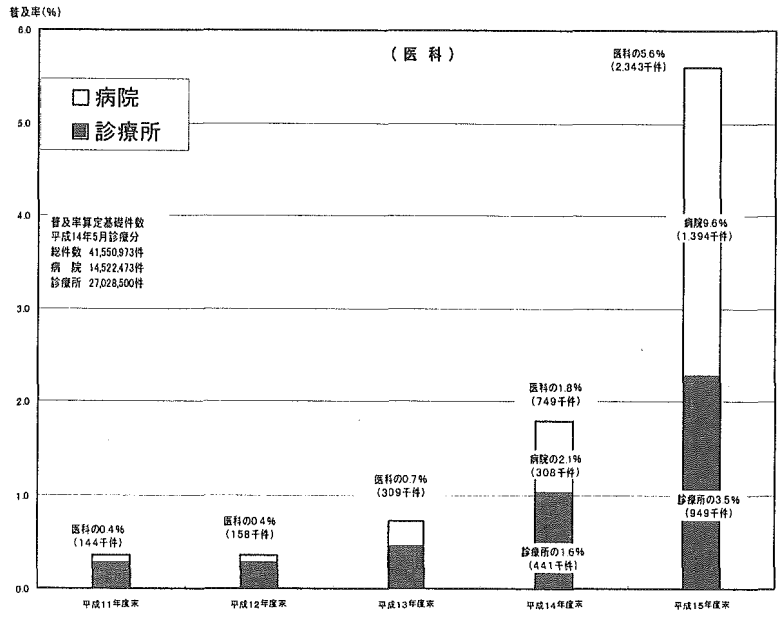
医療分野のIT化は、国も重点分野の一つとして位置付け、レセプト電算処理システムの普及を平成16年度全病院の50%、18年度全病院の70%とする目標を定め、関係者がその実現にむけて努力することとされた(図3-5、図3-6)。ただし、支払基金が取扱うレセプトは、病院のものだけでなく、診療所または調剤薬局のレセプトもあるので、内部的には16年度30%、18年度50%を目標として取り組んできている。普及のための説明会は平成14年1月から平成15年9月までに、医科システム説明会を160回、調剤システム説明会を99回開催し、それぞれ19000人、17000人の参加を得ている。

図3-5 レセプト電算処理システム工程表<sup>13</sup>



<sup>13</sup>厚生労働省医療分野のIT化に向けてのグランドデザイン、平成13年12月

図3-6 レセプト電算処理システム普及率



#### (iv) 紙レセプトの処理

支払基金にとって、紙レセプトのもっとも厄介な点は、医療機関から提出され審査が終了した後の、医療機関別のレセプトの束から保険者別の束へのレセプトの組み換え作業（保険者別分類）である。全国にレセプトを提出する医療機関、薬局は約 20 万機関存在する一方、支払基金がレセプトを送達する保険者及び公費負担医療実施機関は約 13000 機関存在する。毎月 6000 万枚を超えるレセプトを数日間のうちに仕分けしなければならない。かつては全て人力手作業で仕分けを行っていたが、ここ 10 年で、支払基金は全国支部に OCR ソータを装備し、レセプトの 70%程度は OCR ソータで仕分け作業を行っている。

#### (v) 紙レセプト処理の IT 化

レセプト電算処理システムの普及が中長期的な課題であるとする、短期的には現状の紙により医療機関から提出される紙レセプトの IT による業務処理が眼下の課題である。現在の OCR ソータは、レセプトの仕分けとレセプトの請求点数のデータエントリに特化したマシンであるが、昨今の OCR 技術の進歩を活用し、OCR 処理できるレセプト項目を拡大し、審査の重点化、効率化を進めることを検討している。

#### (vi) IT 化の課題

支払基金にとって大きな課題は、レセプト電算処理システムによる電子レセプトの普及を睨んだシステム開発投資と、現実に存在する紙レセプトを効率的に処理していくシステムへの投資と、オンライン請求など社会的要請に対応するためのシステム開発投資がタイミング的に集中している点である。一方で、支払基金の手数料を簡単に引き上げられる状況ではなく、財政面で苦しい場面が続くのではないかと見込まれる。

### (3) 国民健康保険中央会の活動

#### ① 組織の概要

国民健康保険中央会（国保中央会）は、国民健康保険（国保）事業および介護保険事業の普及、健全な運営および発展を図り、もって社会保障および国民保健の向上に寄与することを目的として、昭和 31 年に厚生大臣の認可を受け、社団法人として設立された。

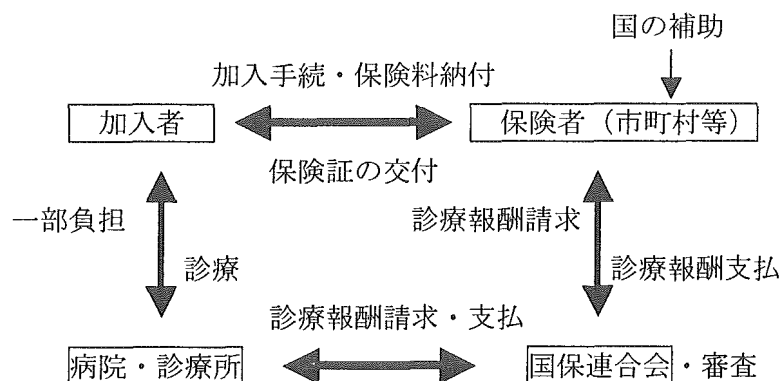
国保の加入者は総人口の約 4 割（平成 15 年 10 月現在 5112 万人）を占め、わが国の医

療保険制度の中核として大きな役割を果たしている。一方、被保険者層においては高齢者や低所得者の割合が高いため、高齢化の進展に伴う老人医療費の増大や保険料（税）負担力の低下による影響が、他の医療保険制度に比べ特に大きく、この問題にいかに対処していくかが、緊急の課題となっている。このため、国保中央会は、国保連合会、関係団体などと協力して、国保制度の改善と国保事業の健全な運営に力を注ぐとともに、制度が創設されて間もない介護保険を円滑に運営し推進するために各種の事業を実施している。

## ② 国民健康保険中央会が行う主な事業と活動

国保の診療報酬請求・審査制度については、医療機関等より請求された国保診療報酬請求について、都道府県に設置されている国民健康保険団体連合会で審査・支払がなされている（図3-7）。国保中央会は、その審査業務の支援のため、各種連絡会議の開催、担当職員の研修、審査業務にかかる連絡調整等実施している。平成14年度受付件数は5億2千万件、支払額は14兆5千億円であった。

図3-7 国民健康保険の仕組み



IT化の推進については、社会全般の高度情報化の進展に伴い、医療及び医療保険分野におけるIT化推進の必要性が近年、強く指摘されている。レセプトの磁気化による事務の効率化を目指したレセプト電算処理システムについては、国保においても現在（平成16年3月）、医科と調剤で磁気化の仕様（記録条件仕様）に基づいて磁気請求されている。このレセプト電算処理システムを国は推進すべく、平成13年12月に「保健医療分野の情報化に向けたグランドデザイン」を策定し、レセプト電算処理システムの導入目標（全国の病院レセプトについて平成16年度50%以上、平成18年度70%以上、前述）を掲げた。

③ レセプト電算処理システムの実施状況

レセプト電算参加医療機関・薬局、件数、電子請求率は表3-1の通りである。

表3-1 レセプト電算処理参加状況（国保 平成16年2月請求分）

|    | 参加医療機関・薬局          | レセプト件数 | 全レセプトに占める割合 |
|----|--------------------|--------|-------------|
| 医科 | 病院 375<br>診療所 1614 | 207 万件 | 5.5%        |
| 調剤 | 保険薬局 7654          | 495 万件 | 29.5%       |

平成13年4月に内閣府に設置された総合規制改革会議では、医療分野のIT化推進を重点分野とし、具体的には審査業務全般にわたる電子的手法の活用、希望する保険者への電子的手法によるレセプト提出の検討、オンライン請求の原則化などを求めている。特に審査業務については、平成16年3月に閣議決定した規制改革3カ年計画で、電子レセプトに対応した投資を集中的に行い、一連の審査業務全般にわたって電子的手法を活用した方式を開発するなど審査の質の向上と効率化を図るよう求められている。

④ 国保中央会が行う主な事業と活動（平成16年度ベース）

(i) 医療保険制度改革等への対応

政府の基本方針を受けた医療保険制度改革をめぐる動きに即応するため、関係団体との連携を密にし、制度改善、国保財政基盤安定化対策を実施する。

(ii) ITを活用した業務の効率化の推進

・レセプト電算処理の推進

平成16年度においては、画面を利用した事務共助・審査システムの構築、保険者への電子媒体によるレセプト提供の検討、調剤レセプト電算処理の早期対応を最重要項目として位置づけ、総合的な対策の推進を図る。

・新・共電システムの推進

各国保連合会が国保保険者（市町村）から委託された電算処理を全国共通システムとして開発した「新・保険者事務共同電算処理システム（新・共電システム）」をさらに機能強

化等を行い、各国保連合会への早期普及を推進し、全国の電算処理の共通化、効率化を図る。

・国保中央会データベースの充実

平成 15 年度にスタートした国保中央会データベースの充実を図り、各国保連合会が作成する各種統計資料を中央で集計・分析し、得られたデータ情報を国保連合会等が自由に取り出して医療費適正化や保健事業等に活用にする。

(iii) 保健事業の推進

疾病構造の変化に対応し、主に高齢者の医療費の伸びを適正化するため、糖尿病を中心とした生活習慣病予防対策、介護予防を含む健康寿命の延伸対策などの保健事業を推進する。このため、健康増進法の施行を踏まえつつ、地域保険である国保の特性を最大限に活用し、地域に密着した効果的な対策を積極的に展開する。

(iv) 保険者支援などの推進

医療費適正化、保険料（税）収納率向上及び保健事業の充実を柱とした新・国保 3 % 推進運動を引き続き強力に推進する。また、市町村合併の進展等も踏まえつつ、保険料（税）適正算定マニュアルの普及促進、滞納整理の実態調査研究等、保険者支援策の充実強化を図る。

(v) 介護保険事業の推進

国保連合会における審査支払等システムの安定的な運用を支援するとともに、介護給付適正化システムの稼働支援を通じて、都道府県、保険者等の給付適正化への取り組む。また、苦情処理業務の充実など介護に関する苦情・相談センター的機能を強化し、介護サービスの質の向上に寄与する。



#### (4) 現在の診療報酬請求・審査制度について—健康保険組合連合会の活動—

健保連の政策の重要な柱の1つとして、診療報酬支払い方式の体系的見直しを挙げる  
ことができる。健保連では、種々の調査研究事業を行い、それらをベースに、改善・改革  
活動を行っている。現行の診療報酬は、数多くの項目数と多様な組合せから成り立っており  
(医科初診料だけでも180の組合せ)、国民にとって複雑でわかりにくく、しかもIT化導  
入を妨げる要因ともなっている。また、長年の改定によりバランスが崩れ、医療の実態と  
乖離しているところもある。さらには、出来高払いがベースであるため、効率化のインセ  
ンティブがはたらくにくいことが指摘できる。したがって、診療報酬体系およびその内容  
については、閣議決定の基本方針(平成15年3月28日)で示された通り、早急に包括払い・  
定額払い制度の拡大を図るべきであり、これによって効率的で、質のいい、安心できる医  
療を実現していくべきであると考え。具体的には①急性期入院医療についてはDPC  
(疾病別1日当たり包括払い)の拡大、②急性期以外の入院医療については患者特性に応  
じた包括払いの導入、③外来医療については高齢化の進展、急性期医療の向上に伴う変化  
に対応できる支払い方式の確立—などが考えられる。しかし、徐々に包括化が図られてき  
ているといっても、現行診療報酬制度においてはまだ出来高払いが大半を占める。その請  
求は1人・1ヵ月・1枚単位であり、過誤請求が多いことは周知の通りである。健保組合で  
は、従前からレセプト点検に力を入れており、(この点は他の医療保険制度より経営意識が  
高いため組織的に取り組む土壌が醸成されている。)最近では、IT機器を導入活用する組合も  
増えている。健保連では、各組合が行うレセプト点検事業を支援する目的で、①点検指導  
員の設置(本部・都道府県連合会単位)、②健保組合の点検実務担当者向けの講習会の開催、  
③審査較差に起因する点数解釈の違い、などを検討するための指導員による情報交換会の  
開催—などを行っている。前述のように、包括払い・定額払いのように簡素化が促進され、  
機械処理になじむ支払い方式が確立されれば、個々の請求ごとに解釈が違うことなど自ず  
となくなり、審査に要する労力なども軽減されることになろう。診療報酬・支払い方式の  
改革が何よりも第一の課題であると認識している。

(ウ) オンライン請求導入にあたって解決すべき課題  
一紙請求⇒電算請求⇒オンライン請求への移行のための具体的な道のり

#### ① 国の推進するオンライン請求の概要

レセプト電算処理システムは、医療機関、薬局から審査支払機関、保険者へ電子的手法を用いた一貫したシステムを構築することにより、診療報酬の請求を効率的に行えることを目的としている。現在、審査支払機関では受入体制が整っており、医療機関等の磁気請求の推進に向けた活動が進められている。一方、急速なIT技術の進展により、システムの見直し（レベルアップ）が求められている。特に、電子媒体による請求をさらに進めるため、回線を利用したオンライン請求が、国のe-Japan重点計画の電子政府構想と符号するものであり、国は速やかにオンライン請求の技術的な検証をすべく、平成15年度に試験事業を実施した。試験については、主にセキュリティーの確保に重点が置かれ、不正アクセスの防止、認証キー、暗号化等の方法が検証された。

今後、関係機関との協議を経て、オンライン請求はシステムの開発を進められ、テスト、実地試験等を実施し、現時点（平成16年3月現在）では、平成16年度後期から医療機関から審査支払機関へのレセプト送信を中心とした範囲で実施される予定である。

#### ② 全体的な課題

- (i) コスト<sup>14</sup>
- (ii) セキュリティーの確保
- (iii) 障害、災害時の対応
- (iv) レセプト以外の添付資料の扱い
- (v) 認証のしくみとキーの管理

#### ③ 国民健康保険特有の課題

- (i) 地方単独事業（併用レセプト）の扱い
- (ii) 請求書（国保は各保険者あて）の扱い

---

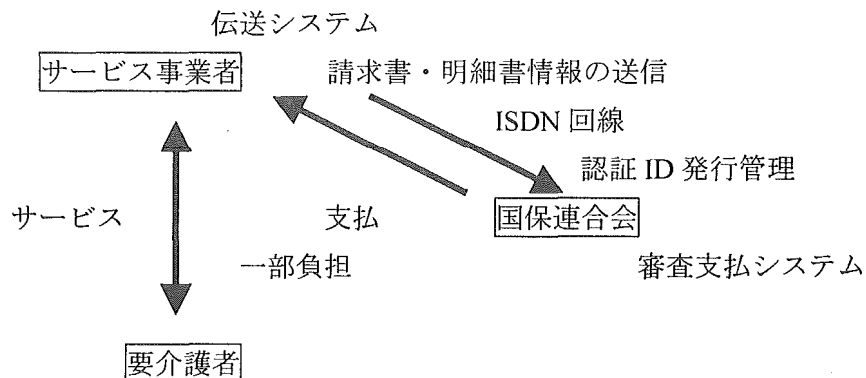
<sup>14</sup>医療機関等のコスト（回線の設置、パソコン等送信装置、必要なソフト購入、運用費など）、審査支払機関のコスト（受付システム、各県への配信システムの構築、必要なサーバ等機器、運用費など）を含む。

(iii) 国保内にデータ送信可能な回線がない

④ (参考) 介護保険にみるオンライン請求の仕組み

平成 12 年 4 月から制度がスタートした介護保険は、当初よりオンライン（回線）を用いたサービス事業者等からの電子的請求を原則としており、制度創設後 2 年 9 ヶ月経った平成 15 年 12 月請求分では、電子請求 94.5%（伝送 68.2%、磁気媒体 26.3%）、紙による請求が 5.5%となっている。介護保険がこの伝送システムを取り入れられたのは、制度創設のためすべて新しいシステムでスタートできたこと、送信するデータをすべてコード化して電子データ化したこと、事業者は ISDN 回線をつないだパソコンと伝送システムがあれば請求が可能となったことなどがあげられる（図 8）。

図 3-8 介護保険の伝送の仕組み



オンライン請求のメリットは、請求側（介護サービス事業者）では

- (i) パソコンで請求書等の処理／作成ができる
- (ii) データ保存ができる
- (iii) 紙への印刷、送付代等のコストが不要
- (iv) いつでも請求（送信）可能
- (v) 要修正分がすぐわかり、容易に訂正できる
- (vi) 量が多くても送信できる

受取側（国保連合会）では

- (i) データとして受付ができ、データ入力がない

- (ii) 処理が機械でできる
- (iii) データ保存ができる
- (iv) 受付が自動になる (24 時間受付可能)

などが考えられる。デメリットは、パソコンの設置や回線の敷設等の経費がかかることと、データの漏洩・改ざんに対するセキュリティーの確保が紙処理以上に求められることである。介護保険は ISDN 回線を使い他からの侵入を防いでいる点と、送信と受信側で双方確認の上、送受信している。

## (エ) オンライン請求導入により期待される効果 (ORCAプロジェクトの例)

### (1) 診療報酬請求上の問題点

全国 10 万カ所の医療機関の 8 割以上が、毎月のレセプト (診療報酬明細書) 請求処理のため、専用コンピューター(レセコン)を導入している。10%程度の医療機関では電子媒体に収録したレセプト(電算レセプト)により請求を行っているが、大多数は紙で請求しており、紙資源、紙の梱包、保管、輸送の面での効率化が望まれる。またレセコンの値段、維持費とも高価である。

既成のレセコンは民間企業主体で開発・販売され、それぞれが独自に開発を進めたため、データの形式(フォーマット)にはほとんど互換性がなく、そのため毎年の診療報酬(点数)改定時には、各業者がそれぞれ自社データベースの変更作業を行っている。また互換性がないため傷病名マスター、医薬品のコード、医療材料コード等の標準化が困難な状況となっている。

### (2) ORCAとは

日本医師会では医療現場の IT (情報技術) 化を進めるため、レセコンの高機能化という切り口から着手した。まず各医療現場に、標準化されたオンライン診療レセプトシステムを導入し、互換性のある医療情報をやりとりできるようにする計画を 2000 年早春より推進している。このプログラム開発のプロジェクトネームを ORCA (Online Receipt Computer Advantage: 進化型オンラインレセプトコンピュータシステム) といい、その第一弾として、「日医標準レセプトソフト」を開発し、無償提供している。2003 年 9 月の段階で 342 医療機関が導入し、レセプトの作成を行っている。現在外来のみの対応であるが、入院版も提供予定である。

一般のコンピュータプログラムは、使う人がその内容 (ソースプログラム) を見たり、改造したりすることはできないが、ORCA では「日医オープンソース使用許諾契約」に従

えば、その内容を自由に見たり、改造したりすることができる（オープンソース）。その実現のため、ORCAの基本ソフト(OS)はLinuxとなっている。

### (3) ORCAレセコンの特徴

#### 事務処理のスピードアップ

- ① ICカードやデビットカード（銀行のキャッシュカード）の利用を想定した設計となっており、頭書き情報の取り込み等の事務処理を軽減できる。
- ② 請求前に、医療機関内で予め高度なレセプトチェック（入力ミス、請求漏れ、併用禁忌薬、等）を行なえる。

ネットワークの活用： 将来ネットワークセンターが構築された場合、オンライン請求が可能となり、以下の利点が期待される。

- ① 医療機関での診療・経営に必要なバージョンアッププログラムや点数マスターなどを無料でダウンロードできる。
- ② 希望により、不慮の事故や災害時にもデータを安全に保管できる。セキュリティ対策として、暗号化により、センターで勝手に内容を見ることができない方式で、送信経路も暗号化される。

### (4) ORCAを骨格とした機能拡張

ORCAではシステムの骨格となる共通規格部分を提供し、医療機関は必要なソフトウェアを選択して組み込むことができる。今後は個々の医療機関が独自の電子カルテを開発できるよう、電子カルテ開発キットの供給も行なわれる予定である。

### (5) オンライン請求導入により期待される効果

#### マクロレベルの変化

- ① コンピューターによる審査が可能となり、審査時間の短縮、請求から支払いまでの期間の大幅な短縮が図れ、診療報酬請求業務の効率化が促進される。
- ② 標準化した、医療費のデータを集積、利用できることから、診療報酬体系を再構築する資料となりうる。
- ③ 患者の診療データの一元管理・共有化、情報の解析等による新たな臨床上の根拠の創出、医療の質向上に役立てることができる。

#### ミクロレベルの変化

- ① 支払いまでの期間が短縮され、医療機関にとり財務上好影響が期待できる。
- ② 事務処理が軽減される（院内レセプトチェックの省力化・患者情報の入力等）
- ③ 紙資源の節約、紙の梱包、保管、輸送作業の省力化と費用の節減。
- ④ 医療費のデータを集積、解析することにより経営支援のツールとなりうる。

#### （6）結語

韓国では2002年にはレセプト総数の80%がオンライン請求となっているが、わが国ではオンライン請求導入の基盤ともなるべきORCAの普及はこれからといった段階である。

## 第4章 欧米先進国の標準的電子カルテ開発動向

### (ア) 概況

欧米先進国では 2005 年に向け、電子政府プロジェクトにエンタープライズアーキテクチャー (EA) を採用、社会基盤の確立と合せ標準的電子カルテシステムの開発が数千億円規模で進められている。以下では各国の状況を概観する。

### (イ) オーストラリアの状況

オーストラリアでは現在 2006 年に向け Health Online プロジェクトとして意思決定支援 (EDS)、電子カルテ (EHR) としては電子カルテの環境整備としての Health Connect、医療情報の検索 (Health Insite)、医療情報プライバシー (Health Information Privacy)、医療情報標準 (Health Information Standards)、医薬情報サービス (Medi Connect)、サプライチェーンによる物品調達や医療費請求などの EC 化 (Supply Chain Reform) を推進中である。

### (ウ) 米国の状況

米国では HL7 (医療情報システムメッセージの標準) を 90%以上適用し、DICOM 他との連携や IHE ワークフローによる統合などで 1つとしての位置を高め、多くの海外での適用や ISO 化も推進中である。一方医療品質の向上を目指し 2003 年 8 月に 2005 年度から電子カルテの適用を発表、2004 年度中の機能モデルの標準化を政府関連機関や HL7 他一般にも参加を求め調整しながら、国家安全保障省や電子政府の目玉プロジェクトとして推進中。

### (エ) 英国の状況

英国では開業医間情報システム (GP-GP) を HL7V3 で実装に成功。また紙カルテが 1 兆 3500 億枚にもなり、抜本的対応が必要となる一方 10 年以上もかけ GEHR や CEN 等で EHR の研究開発や標準化を進めてきた成果と HL7V3 を活用、3 年間に 4000 億円近くをかけ 2005 年に HER アクセスをはじめ、2007 年末までに関連アプリケーションを整備する予定。まずブロードバンドベースに HL7V3 で予約システムや紹介状システムなどのインフラを先行整備する。

### (オ) カナダの状況

カナダは世界のトップレベルの相互運用性のある HER ソリューションをめざし NPO の Infoway を設立、2001 年から 2002 年にかけて EHR に関しての大規模の調査を実施。6 年計画

でインフラストラクチャー、レジストリーのほか電子請求、医薬情報、診断、ラボやテレヘルスなどの戦略アプリケーションの開発を推進。ISO や HL7 など標準を重視しつつカナダにあったやり方推進し民間からの投資を含め1000億円以上の資金を調達し2000億円規模のプロジェクトを推進している。電子請求は HL7V3 用に標準化されカナダ内の2州やオランダ、台湾（V2）での適用も予定されている。

（カ）日本で活用すべき成果・テーマ

これら欧米先進諸国でのプロジェクトの中で日本での標準的電子カルテで活用すべき成果とテーマとして以下の3点が考えられる。

- ① ISO や HL7 など国際標準化積極的に参加し十分に理解し自国にあった適用を進める
- ② 政府の電子政府プロジェクトと連携し社会基盤を活用する形での適用を推進する
- ③ コンセンサスペースでの推進を目指し関連者の幅広い参加と支援を受け展開する。

しかし、これらにも増して、IT 化を医療において推進するとの方針を明確にし、国家戦略の中に適切に位置づけることが重要であると考えられる。



## 第5章 韓国の電子請求システム(EDI) (事例研究)

### (ア) なぜ韓国か

日本と類似した保険制度を有しており、短期間の間に国民皆保険、医療保険の統一、電子化、DRGの試行を実施している。病院数<sup>15</sup>は約1000、うち私的病院が85%、公的病院が15%である。特に日本と類似の保険制度を有するために、日本の医療制度改革を検討する上で参考になる点が多い。

### (イ) 医療制度

韓国の医療制度は主に日本、ドイツの制度を参考にして構築されており、1963年の医療保険法の制定以来、1977年の公的な医療保険の開始、1989年の国民皆保険、2000年の保険者の統一と医薬分業、と比較的短い期間をもって制度を確立している。特に1997年の経済危機を契機としてネット化が急速に進展したこと、2000年の医薬分業の際には長期間の医師によるストライキを招き、これを収集するために行なった診療報酬の50%の増額改定が直接のきっかけとなって2001年には医療保険財政の破綻を招いたこと、ネット化を背景に台頭した新世代<sup>16</sup>が盧武鉉大統領の誕生に重要な役割を果たしたことが注目される。

医療保険は被用者保険と居住地保険に大別され保険者は約400あったが、2000年には単一の保険者に統合された。これに伴い審査支払い機関も1つに統合され健康保険審査評価院(HIRA: Health Information Review Agency)となった。

医療保険は皆保険であるが、給付範囲が狭い。CT、MRIなどの基本的な画像診断も保険給付の対象外であり、自己負担率は平均すると50%程度である。これは給付範囲を制限することで、保険料率を低くし、円滑な導入を図ったためである。

支払いは基本的には出来高払い制であるが2002年1月から一部の疾患(8疾患)<sup>17</sup>について三次医療を行う病院を対象にDRG<sup>18</sup>による支払いシステムを導入している。これは全入

---

<sup>15</sup>韓国では病床数30以上を病院、29未満を診療所に区分している。

<sup>16</sup>盧武鉉政権での大統領秘書官は平均年齢40歳代と従来より10歳以上若く、386世代(30代、80年代に大学で学び、60年代生まれの反抗心旺盛な世代)がその主要な支持基盤であるとされる(Newsweek日本語版2003年3月15日:16-20、2003)

<sup>17</sup>2003年9月からは正常分娩がDRGの対象外となったため、現在では7疾患。

<sup>18</sup>KR-DRG(Korean Refined-Diagnosis Related Group)で、約1200のグループから構成される。

院患者の 20%，病院収入の 5-7%に該当する。1997 年から 2001 年までは試行が行われた。うち、1999 年から 2001 年まで行った第 3 次試行では在院日数が 5.7%短縮、抗生剤の使用が 20.9%減少した。また、支払いまでの期間は平均して 6 日間の短縮がみられた。医療機関にとっても請求に関する業務が大幅に減少し、また保険者にとっても審査業務が簡素化されたことも確認された。今後は合併症発生率、再手術率、死亡率、必要な検査の未実施などの指標では、医療の質の低下は認められなかった。盧武鉉大統領の 2003 年年頭教書でも DRG の導入が表明されており、今後は DRG による支払いが全病院に導入されることが予想される<sup>19</sup>。また総額予算制（Global Budgeting）についても検討されている。

在院日数は 10-11 日である。長期療養という区分はなく家族の介護の役割は大きい。福祉施設が不足しているため社会的入院も多い。2000 年の統計によると、人口約 4,600 万人中 65 歳以上の高齢者の割合は 7.5%であるが、日本よりも早いスピードで高齢化が進んでいることもあり、高齢化問題への取り組みは急務である。現在は 2007~8 年を目指して介護保険の導入を検討している。また、現行の医療保険も給付の拡大など公的な役割をより強化するのか、民間の役割を広げていくのかが今後の論点の 1 つとなっている。

#### (ウ) レセプト電算処理 EDI (Electronic Data Interchange)

健康保険審査評価院は 1999 年 2 月の国民健康保険法の制定に伴い、2000 年 7 月に創設された特殊公法人である。運営資金は医療保険から得、理事長は保健省により任命される。全国に 7 支部を有し、職員総数 1500 人（うち看護師<sup>20</sup>が 900 人、医師<sup>21</sup>は 30 人、いずれも概数）である。HIRA の主な業務としては保険請求審査、給付の適正評価、各種研究事業を行っている。

保険請求は EDI と呼ばれるオンライン請求システムと、紙をベースにしたものの双方が行われているが、2002 年にはレセプト総数で 80.4%が EDI 方式によりオンライン請求を行っている<sup>22</sup>。件数的には入院：外来は 1：2 であるが、金額的には 2：8 程度である。2003 年には 98%まで EDI 方式への参加率をあげることが目標となっている。EDI 方式は出来高払い、DRG による請求の双方ともに対応している。

EDI は、行政からの要請により（韓国テレコム（KT：Korean Telecom）が 1991-1996 年の

<sup>19</sup> 2003 年 11 月からは全ての病院に対して DRG による支払いが導入される予定である。

<sup>20</sup> 看護師は総合病院で 10 年以上の経験を採用の条件としている。

<sup>21</sup> 医師は 10 年以上の経験を採用の条件としている。

<sup>22</sup> レセプト総数のうち、1999 年 27.3%，2000 年 52.2%，2001 年 71.9%，2002 年 80.4%が EDI により請求されている。

6年間で400億ウオンを投じて開発した<sup>23</sup>。行政は保健省ではなくむしろ金泳三政権<sup>24</sup>のリーダーシップが強く働いたという（表5、表6、表7）。

医療機関はEDI方式導入に際しては、多くの場合既存のレセコンにEDI用モジュールが組み入れられているため、特に新規の費用は発生しない。EDI使用料金は請求件数に応じた定額制で、200万、60万、17万ウオンとなっている。開発者であるKTはこれにより収益を得ている。

健康保険審査評価院による審査は3段階に分かれている。明細の記載事項や請求内容など第1段階として機械的に不備のチェックを行う。ここで診療所の外来診療分約60%の請求に対する処理が終了する。残りの約40%、病院<sup>25</sup>からの外来請求、すべての（病院および診療所）入院診療の請求が次の段階の審査（看護師、医師、委員会審査へと進む）を必要とする。全レセプトの70%以上がある程度コンピュータによる審査が可能となっており、約30%が第2段階以降の審査の対象となっている<sup>26</sup>。請求から支払いまでの期間も大幅に短縮され約2週間での支払いが可能となった。

表5-1 EDI開発の経緯

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1991-1994       | ソフト開発           |
| 1994/06         | 試験事業実施承認        |
| 1994/06-1995/01 | 関連ソフト開発         |
| 1995/12-1996/12 | 関連サービス実施        |
| 1996/12-        | 常用サービス開始        |
| 1996/12-1997/09 | EDI請求関連制度を整え法制化 |
| 1998/03-1998/10 | サービスを全国へ拡大      |
| 1997/10-1999/07 | 対象機関の拡大         |
|                 | 1997/10 歯科、薬局   |
|                 | 1999/02 漢方      |

<sup>23</sup> 開発費用は2001年までの費用合計で600億ウオン。このうち50億ウオンは政府からの援助による。KTはEDIについて10年間の排他的な権利を有し、これまでに投資費用の70%を回収したが、2006年までに100%を回収することは困難な見込みである。

<sup>24</sup> 在位1993年2月25日-1998年2月25日。1927年12月30日、慶尚南道生巨濟生。ソウル大哲学科卒、1954年第3代民議員、1974年新民党総裁、1987年大統領候補、1990年民自党代表最高議員。

<sup>25</sup> 韓国では病床数50以上を病院、49以下を診療所に区分する。

<sup>26</sup> 健康保険審査評価院での説明。KTでの説明では、紙ベースと同じ1件1件の審査を実施し、統計的手法を用いた審査は行っていないとの説明であった（2003年7月26日）。実際の状況について再度確認する必要がある。

表 5-2 EDI 方式による業務処理指針及び基準の確立

|         |   |
|---------|---|
| 1996/10 | EDI 方式による診療報酬請求方法指針承認   |
| 1996/12 | 診療報酬請求・審査・支払いの電子文書処理基準告示<br>(標準電子文書書式 11 種、電子文書中継者に KT を指定)                                     |
| 1997/05 | EDI 方式による薬剤費診療報酬方法指針承認  |
| 1997/09 | EDI 方式による医療診療報酬請求方法告示   |
| 2000    | 電子署名法 (PKI : Public Key Infrastructure) を有効な署名であると真性を法的に保障した。これは EDI のみではなく一般法として他の産業分野にも適応される) |

表 5-3 EDI 方式普及のための方策

- (1) 診療報酬支払い期間の短縮
    - (ア) 従来 30-40 日→15 日
    - (イ) 審査期間が 15 日を超過する場合には、90%相当額を前払いする
    - (ウ) EDI 方式でない場合には支払い期間を延長 従来 30 日以内→40 日以内
  - (2) 添付文書の簡素化
    - (ア) 診療録のコピーを必要としない
    - (イ) EDI 方式でない場合には、請求用のコードを記載する義務がある
  - (3) Green 認証制度
    - (ア) 優良な医療機関 (一定期間不正請求がない) には 2 年間監査を免除
  - (4) 利便性
    - (ア) 随時請求が可能
  - (5) その他
    - (ア) 国民全員が住民カードを持ち、個人番号が付与されている : 個人番号をキーとしてシステムを利用可能
- (エ) EDI によるマネジメントへの影響

EDI 奉仕導入によるマネジメントへの影響については現在評価中である。表 8 に 1996-1998 年試行に基づいた費用便益分析の結果を示す。総額では、医療機関で年間 2118 億ウオン、HIRA で 141 億ウオン、合計 2259 億ウオンの経費が削減されたと推計されている。