

く働いたという(表5-1、表5-2)。

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、17万ウォンとなっている。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²⁴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²⁵。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 (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)

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。

²³ 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。

²⁴ 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。

²⁵ 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5-3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。

病院マネジメントへの影響としては、(1)紙請求時に比較して支払いまでの期間が短縮されたこと、(2)紙代節約、電算費用、物流費用、人件費など運営費用の節減、(3)病院のレセプト提出前の検査時間および人件費の節減、(4)院内情報システムの強化などが指摘される。審査支払いに関しては、請求エラーの減少と請求の適性化(ばらつきの減少)が見られた。コーダー教育については、EDI 方式導入に伴いコーダーの教育が標準化された。

表5-4 EDI 導入による費用便益分析

	専門的総合病院	総合病院	診療所	歯科医院	薬局	審査機関
費用	2849.3	1047.6	99.0	69.2	59.2	1374675.2
収益	23628.5	5790.0	182.4	91.4	77.1	1988653.9
差額	20779.2	4724.4	83.4	22.2	17.9	613978.7

注意1:単位 1000 ウォン/月(約 100 円)、1996-1998 年の試行に基づく分析である

注意2:収益には 初期投資費用(追加装備、施設費、業務開発費、人件費、EDI 導入費)+月間費用(EDI 使用料、装備保守料)を含む。

注意3:資料削減、郵便料金削減、人件費削減、支払いまでの期間短縮による利子を含む。

(オ)医療の質への影響

韓国では 1996 年ごろから病院機能評価を実験的に実施しており、2002 年からは 300 床以上の病院は NIHSM(National Institute of Health Service Management)による評価、および結果の一般への公開が義務付けられている。これは認定制度ではなく客観的に結果を公表するにとどまっている。

ソウル国立大学病院では独自の医療情報システムを開発し、その中に Performance Tracking System という評価システムを設け 2002 年 6 月から実施している。これは主要な臨床指標について定期的にモニターし、目標を達成した診療科や教授にインセンティブを与える、というものである。「診療/財務成果」、「外来患者の現況」、「病床運営状況」、「手術室利用状況」などが設定されている。

HIRA には韓国全土から 90 パーセント以上のレセプトデータが集積される。医師ごとの情報も蓄積されている。現在は、このデータをデータウェアハウス化して、2004 年からは一般の利用が可能となっている。データは請求データであり、診療アウトカムが不明であるため、その利用には限界がある。DRG、EDI の導入も質の評価にはまだいならず、EBM(Evidence Based Medicine)についての研究も今後の課題である。また、アウトカムに加え、診療行為に対して支払った額(診療報酬)ではなく原価が明らかにできればさらによいシステムとなる。詳細なデータがこれほど 1 箇所集積されることは注目すべきことであり、これからは質の評価へのデータの活用が期待される。

(カ)教育制度他

韓国では診療情報管理士は国家資格であり、高校卒業後3年の専門教育を受ける。1990年には2,123名であったが、1997年には6,142名と増加している。その役割はカルテの量的点検、質的点検と日本の同職と大差はない。医療情報システムの電子化に伴う役割の変化についてはサムスンメディカルセンターと2003年開院予定のソウル国立大学付属ブンダン病院について話を聞くことができたが、サムスンメディカルセンターでは、これまでのようなカルテの物理的管理が不要になったことにより、統計、解析業務を多く行うようになった。反対に、ブンダン病院では開院当初より電子カルテを導入したため診療情報管理士の配置そのものが不要とされるなど、病院により対応が異なっている。電子カルテ導入の移行期にあり、さまざまな対応が病院で認められるという混乱は理解できるが、電子カルテに対応した診療情報管理のあり方について、検討される必要があろう。

医師は6年制であり卒業後に一般医になるか専門医を目指すか進路が分かれる。現在、医大卒のほぼ100%が政府認定である専門医を目指すため一般医が不足している。収入に差異があることが一般医不足の原因となっている。韓国では漢方医も育成されており、漢方医大学で6年間の教育を受け、その後1年間のインターン、非公式に2-3年のレジデントを行っている。漢方医の人数も急増しており、医師とともに供給過剰になることが予測されている。

参考

1) 東京都病院協会視察報告

視察:2003年2月5日-2月7日

視察先:ソウル国立大学公衆衛生学部、健康保険審査評価院(HIRA)、ソウル国立大学病院、サムスンメディカルセンター

2) KTによる説明会

2003年7月26日

全日本病院協会にて

3) Soonman Kwon, "Pharmaceutical Reform and Physician Strikes in Korea: Separation of Drug Prescribing and Dispensing," *Social Science and Medicine* 57:3, 2003, 529-538.

4) Soonman Kwon, "Payment System Reform for Health Care Providers in Korea," *Health Policy and Planning* 18:1, 2003, 84-92.

- 5) Soonman Kwon, "Health Care Financing Reform and the New Single Payer System in Korea: Social Solidarity or Efficiency?" *International Social Security Review* 56:1, 2003, 75-94.
- 6) Soonman Kwon, "Health and Health Care in Korea," *Social Indicators Research* 62-63, 2003, 171-186.
- 7) Soonman Kwon, *Achieving Health Insurance for All: Lessons from the Republic of Korea*, ESS (Extension of Social Security) Paper 1, ILO (International Labor Office), 2002, Geneva.
- 8) Soonman Kwon, "Globalization and Health Policy in Korea," *Global Social Policy* 2:3, 2002, 279-294.
- 9) Soonman Kwon, "Economic Crisis and Social Policy Reform in Korea," *International Journal of Social Welfare* 10:2, 2001, 97-106.

第6章 ITの利用:薬剤事故防止

(1) 医薬品情報の電子化

医薬品情報の電子化は、医療安全の面でも有用である。アメリカでは、政府主導でバーコードを利用した医薬品情報のコード化が進められており、医療安全の促進の一役を担っている。わが国でも、厚生労働省および日本医師会によって医療安全面からの医薬品情報の電子化が検討され、製薬会社でもバーコード導入の検討が進められている。今後の検討課題は、既に国内で流通しているバーコードとの整合、および国際基準との整合をどう図るかである。

(2) コーディング

医薬品や、採血管、気管チューブ等の消耗品の情報を電子化することによって管理を図ることが検討されている。特に医薬品情報の電子化は、情報をコード化して薬品に添付することによって、薬剤事故が最も多く発生すると言われている与薬時での管理(取り違い防止、重複与薬の確認、副作用情報の提供等)が可能となる。

情報の電子化で採用されているのが、バーコードによる表示である。アメリカではFDAの主導のもとに導入が行われており、2004年には病院で使用される医薬品のラベルへのバーコード表示の必須化に関する最終規則を発表した。対象は、主に病院で使用されている処方薬、および特定の市販薬であり、製薬会社・販売業者、薬品情報(与薬量等)、および量(サイズ)を包含したNational Drug Code(NDC)の情報を組み込むこととした²⁶。この規則は輸血用血液についても表示を定めており、また現在使用されている医薬品については2年以内(2006年4月まで)、新薬については承認後60日以内に表示することとしている。

わが国では、2000年9月に医薬品の表示改善による対策が発表されているが、2001年5月に設置された医療安全対策検討会議は、2004年4月に医薬品の薬剤事故防止策として、バーコード等の他産業で使用している手法を取り入れた製品のコード表示の標準化やITの活用を提言した。

2002年7月に公布された改正薬事法(2005年4月全面施行)は、医薬品の安全対策強化とこれに係わる承認申請制度の改正を骨子としたものである。2002年8月に厚労省が発表した医薬品産業ビジョンでは、医薬品コードの統一化、IT化、標準化が述べられており、同年11月には製造

²⁶ NDCは、1972年のFederal Food, Drug, and Cosmetic法によって表示が定められたコードであり、従来メデイクアで使用される医薬品に表示が定められていた。3区分10桁からなり、FDAのサイトでNDCによる薬品検索が可能となっている

番号・記号のバーコード表示等の IT 化を 2 年以内で実施することが製薬企業に要請されている。更に、2003 年 12 月に厚生労働大臣による「医療事故対策緊急アピール」が発表され、医療品への二次元コード・IC タグを用いた管理の導入検討が提示されている。

同様の動きは医療機関においても行われており、日本医師会は 2003 年 12 月の報告書「患者の安全確保に資する医療事故の防止策について」において、情報の共有化を促進するための方策の検討が必要と報告し、2004 年 2 月には研究結果から、バーコード表示の導入によって、医薬品の取違い防止やトレーサビリティの保証に有用であることを報告している。

(3) 企業の対応

わが国の医薬品業界におけるバーコードの導入は 1991 年から行われている。1990 年代後半から 2000 年にかけて利用者側のインフラが未整備であること、費用対効果が不明瞭であること等から見直しが検討されたが、実現には至らなかった。しかしながら、商品のトレーサビリティの確保には製造年月日、有効期限、製造番号等のコード化されていることが不可欠であるとして、バーコードの導入が検討されている。

現在利用されているのは JIN コードと呼ばれる医療用医薬品の共通商品コードであり、業界、製薬企業、製品名のみが表示されているものであり、表示情報の見直しが必要である。関連業界である医療業界、食品業界やでは、国際 EAN(European Article Number) 協会が中心となり UCC(Uniform Code Council アメリカコードセンター)の協力により標準化された、国際互換性を持つ識別コード体系とバーコードシンボル(Code-128)である UCC/EAN128 の使用が行われており、また輸血用血液のバーコード表示には、Code-128 をもとに作成された「国際血液輸送企画(SBT-128)」の導入を決定した。

しかしながら UCC/EAN128 は表示スペースが大きくなってしまふことが難点であり、UCC/EAN で開発された小物商品管理用バーコードである RSS(Reduce Space Symbology)コード併用と、交通管理、車両管理やアパレル業界でも一部採用している IC タグの利用も検討している。

わが国の製薬企業の代表である日本製薬団体連合会では、2005 年 3 月までに実装実験結果の取りまとめと標準化ガイドラインの作成を図り、2005 年 7 月までに業界標準導入を行う予定である(2005 年 7 月現在、HPからはガイドラインの報告は確認できていない)。

(4) 予想される結果

FDA は、医薬品情報のコード化によって今後 20 年間にわたって約 50 万の Medikation・エラーを防止できると予想している。これは、全 Medikation・エラーの約 85%に相当する。医薬

品情報をコード化することは、①薬剤事故防止のみならず、②病院経営、③マーケティング戦略の点からも有用とされており、その経済的利益は今後の20年間で約930億ドルと推定している。

医療情報の電子化が普及することによって、適正な患者に適正な薬剤が、適正な時間に、訂正な量・経路で投与されていることが確認でき(トレーサビリティの保証)、かつ医薬品情報の患者との共有が可能となることから患者自身による医療事故防止行動の実施も可能となると期待できる。

FDAの動向

・今後20年にわたって、約50万の Medikation エラーを防止できると予測。
・経済的利益(過剰による医療コスト、患者の苦痛、Opportunity Loss)は930億ドルと推測。

□ 実施時期

- 製薬企業、流通に関わる中間業者 (repackers, relabelers)、民間のラベル業者、血液供給業者に適用
- 新薬は、承認60日以内にバーコードを表示しなければならない。
- 大部分の既に承認されている薬剤、及び全ての血液、血液製剤は、2年以内(2006年4月25日)までに新しいルールに沿う。

□ バーコードの利用によって期待できる効果

- Medikation エラーの発生割合を85%減少
 - 患者に自分自身を識別できるバーコードを備えたリストバンドを提供
 - 情報システムが患者を比較検証し、適正な患者に、適正な薬剤が、適正な時間に、適正な量・経路で投与されていることを確認
 - バーコードスキャンニング・システムを使用する施設では、570万回の投薬が Medikation エラーなしに実施。

図6-1 FDAの動向

包装の形状別のデータキャリア

梱包形状	データキャリア	盛り込まれる情報
Unit dose (最小投薬単位)	RSS合成シンボル, ICタグ	商品情報 使用有効期限 ロット番号
投薬単位	UCC/EAN-128シンボル (圖形的に表示不可能ならRSS合成シンボル)	商品情報 使用有効期限 ロット番号
個装ケース単位	UCC/EAN-128シンボル	商品情報 使用有効期限 ロット番号、総入り数
段ボールケース単位	UCC/EAN-128シンボル	商品情報 使用有効期限 ロット番号、総入り数

図6-2 包装の形状別のデータキャリア

流通コード見直しにおける基本事項（まとめ）

- 対象：医療用医薬品（生物由来製品を優先）
- 表示範囲：段ボール単位
個装ケース単位
投薬単位（バイアル、アンプルのみ）
- 表示情報：①商品を特定する情報（JANを想定）
②ロット番号情報
③有効期限、使用期限情報
④数量情報
- 表現体系：UCC/EAN128
- 導入時期：平成17年7月（第一次導入）

図6-3 流通コード見直しの方向性

参考

- 1) 医療用医薬品流通コード標準化検討プロジェクト:「医療用医薬品流通コード標準化の検討に関する第2次報告」、日本製薬団体連合会資料 2004 年 7 月、リスファックス 4278 号、2004 年 12 月 17 日
- 2) 今庄秀徳:医薬品流通コード見直しの現状、JAMA News Letter NO.101、2004
- 3) 平井愛山:IT を活用した情報伝達、薬局 Vol.54(12)、2003
- 4) 秋山昌範:IT で可能になる患者中心医療—物流管理システム—、日本医事新報 No.4049、2001
- 5) 坂村健:IT で医療が変わる—ユビキタス・コンピューティング実現のために—、新医療 8 月号、2003

第7章 ITの利用:レセプト電算処理システム

(ア) 審査支払機関の対応状況

(1) 政策動向

① e-Japan 重点計画-2004

e-Japan 重点計画は、世界がインターネットの普及など IT 化の取り組みを本格的に推進し始めた 2001 年、政府はわが国の IT 化が情報化社会対応したインフラ整備等の基盤整備に遅れていた危機感から、「2005 年に世界最先端の IT 国家となる」政策目標を定め、スタートしたものであった。当初の e-Japan 重点計画はこのインフラ整備を中心としたものであったが、2002 年の e-Japan 重点計画-2002、2003 年の e-Japan 重点計画-2003 は、IT 利活用重視政策に重点を移し、医療分野を含む先端的 7 分野がその重点として定められた。

医療は、国民(患者)、医療機関、審査支払機関、保険者、その他関係機関、関係業者等多岐にわたる関係者のもとに構築・運営されている。さらに、それぞれの機関あるいはメーカーごとに医療情報等が共通基盤のない独自のデータ様式で処理・運営・管理しているため、インフラ整備がされても、共通コード、共通ファイル仕様等でのデータ保有・処理ができない現状にある。言い換えれば、入力、処理、保管、通信等の共通性がなく、何回も同じ作業をそれぞれの機関が繰り返し行っている。医療機関から医療費の請求をうける審査支払機関を考えれば、医療機関から提出されるレセプト(診療報酬明細書)は、年 13 億枚(医療保険全体で)に達しているが、医療機関でコンピューター処理されているのは 90%以上に達している。しかし、共通コードを使ったレセプトデータ(レセプト電算処理システム電算処理システム記録条件仕様)で提出されているのは、まだ医科の場合 10%も満たない。そのため、審査支払機関でも支払計算等のため、再入力作業が行われているのが現状である。さらに、健保組合、市町村等の保険者でも改めて必要項目の入力作業が行われている。

医療の現場でも、医療機関同士の連携が乏しく、患者が複数の医療機関において、継続性のある治療を受けられ、適切な医療機関の選択など可能になるためには、共通基盤の上にとったネットワーク化が求められている。

こうした背景の中、政府 IT 戦略本部は平成 16 年 6 月、「e-Japan 重点計画-2004」を定め、医療分野の具体的施策として、

(i) IT を活用した医療情報の連携活用

- (ii)IT を活用した医療に関する情報の提供
- (iii)電子カルテの普及促進
- (iv)レセプトの電算化及びオンライン請求
- (v)遠隔医療の普及促進

を定め、それぞれに目標をたてた。(iii)の電子カルテの普及促進では、電子カルテの用語・コードの標準化及び相互運用性の確保、診療情報の電子化など医療分野での IT 利用促進、医療情報化に係る人材育成が挙げられた。(iv)のレセプトの電算化及びオンライン請求では、レセプトの電算化の促進とオンライン請求開始に向けた体制整備、審査支払機関及び保険者における電子レセプトへの対応準備を図ることが定められた。

審査支払機関の業務を電子レセプトの処理を前提とするため、審査支払機関の業務改革を含めたシステム最適化計画を 2005 年度中に策定することになっている。一方、紙のレセプトがほとんどを占める現状では、この紙レセプトの対応・処理を改善する検討する必要があることも指摘されている。

保険者へのレセプトの電子的提出は、2004 年度中に可能となる方策等の結論を得ることになっている。保険者まで一貫したデータのやりとりができることで、レセプト電算処理システムの意味があるので、是非とも保険者への電子データ送付は実現すべきと考える。特に今後、レセプト開示とか医療情報の広報、健康教育などは、保険者において、レセプトがデータとして確実な検索・保管ができることが必要となってくると考えられる。

オンライン請求については、医療機関と審査支払機関の間での実施で現在は検討されている。それぞれの体制の整備、セキュリティの確保、認証基盤の確立を求めている。回線を使ってレセプトデータを送信することになるが、膨大な件数のレセプトを受け入れるシステム、送信する回線等大掛かりなインフラ整備が必要となる。

②IT 政策パッケージ-2005

政府 IT 戦略本部は、平成 17 年 2 月、「世界最先端の IT 国家の実現にむけて」と題して「IT 政策パッケージ-2005」を発表した。この背景には、2005 年为目标とした世界最先端の IT 国家の達成年であるとともに、わが国がインターネットでは世界第2位の規模になり、一応の成果をあげたことから、国民に身近な分野である、行政、医療、教育などの取組をさらに発展させて、国民が IT による恩恵を実感できるよう策定された。

医療分野では、9項目について早急に実現できるよう取り上げられた。

- (i)診療報酬制度による医療 IT 化の一層の促進

- (ii)医療機関から審査支払機関に提出されるレセプトの電算化及びオンライン化の推進
- (iii)審査支払機関から保険者に提出されるレセプトの電算化の実現
- (iv)レセプトデータ等の有効活用による医療の質の向上
- (v)電子カルテの普及促進
- (vi)遠隔医療の推進
- (vii)IT を利用した医療情報の連携活用の推進
- (viii)ユビキタス健康医療の実現
- (ix)医療機関における管理者層に対する IT 教育の促進

審査支払機関にとって、特に関係する事項は、(ii)、(iii)である。(ii)のレセプトの電算化については、医療機関がこれまでそれぞれで独自に構築してきたレセプトコンピューターとレセプト電算処理システムのコードが共通でないため、審査支払機関には電子レセプトとして直に処理したものを提出できないことが最大の要因である。しかし、このコードとコードの変換システムを構築すれば、いままでのレセプトコンピューターで処理したデータを変換すれば、電子レセプトとして審査支払機関に提出できる。この変換ツールを2005年度末までに開発し、提供するとしている。ただ、コードを結びつける際、たとえば、傷病名であればこれまで使用してきた病名コードとレセプト電算処理システムの病名コードと意味・名称と合わせていく作業が出てくる。これは、大変な作業であるが、一度紐付けしてしまえば終わることなので比較的可能な手段であろう。ただ、システムの二重管理が発生し、一時凌ぎの感もある。もともと、レセプト電算処理システムの標準マスターは算定用の名称・点数コードであり、これを使って直に点数を請求できないものが多い。コードとコードの組み合わせで点数が決まるもの(例えば加算算定)が多く、プログラムを介して請求点数を計算することとなる。韓国は、コードが直に請求コードとなっており、請求システムも複雑でなく、数年で電子化が格段に前進した理由がここにある。また、レセプトコンピューターのオープン化を図り、レセプト電算処理システムの標準マスターを搭載して、他の院内システムとマルチベンダー化を進めるため、基幹的な共通データベースフォーマットを構築するとしている。これが実現できれば、全ての医療機関がデータの共通性を持ち、電子カルテの標準化とあわせれば、さらに効率的な医療情報の保管・提供が進むことが期待される。

オンライン請求については、実施に向け、そのメリットを周知することが掲げられている。レセプトの電子化が進めば、データの送信が可能となり、効率的な審査支払機関への請求(伝送)が実現する。

(iii)の審査支払機関から保険者に提出されるレセプトの電算化の実現では、2005年末までに実現するとされている。現在はすべて紙レセプトで保険者に提出されているおり、保険者でのレセプト点検作業、整理、保管は重荷になっている。電子レセプトであれば、パソコン上で処理でき、検索・

点検も効率的になり、保管も電子媒体で可能となり、倉庫を借りるような場所は取らずに済み、経費面でも削減できる。平成15年3月に紙以外の媒体による保存が健保組合で可能となる国の通知が出され、同年10月には国保保険者でも同様の通知が出て、電子レセプトでの受入が保険者ですでに可能となっている。

(iv)のレセプトデータの有効活用でも指摘されているが、本来レセプトデータは請求明細という意味から個々の医療の内容・内訳が記載されており、医療費の統計的な活用、保健事業の基本資料としてなくてはならない基礎データでもある。個人情報保護の観点から適正な措置を講じた上で、データを利活用していくことは、今後の重要な一つの目的でもある。韓国では、レセプトの電算化は件数ベースで95%まで進んでおり、保険者まで電子レセプトが送信されるシステムが構築され、リアルタイムで医療費統計ができる仕組みが完成している。

③規制改革・民間開放推進会議

内閣総理大臣の諮問機関として平成13年5月から検討が開始された総合規制改革会議では、平成16年3月に医療分野のIT化等推進を含む規制改革・民間開放推進3カ年計画をまとめ、同年4月には規制改革・民間開放推進会議として改組し、さらなる具体的な検討に入った。同年8月には、中間まとめとして混合医療の解禁、株式会社の医療機関経営参入など医療分野の課題についても取りまとめが行われ、これを受け、同年12月には第一次答申案が発表され、平成17年3月には、規制改革・民間開放推進3カ年計画が改定された。この中で、電子カルテ及びレセプトオンライン請求の普及促進について、一層の推進を図るべく、目標の具体策(オンライン請求は2007年3月までに7割)とスケジュールの明示を求めている。

(2)普及・推進状況

①普及状況

レセプト電算処理システムの普及に国が本腰を入れて取り組み始めたのは、平成13年12月に、厚生労働省が策定した「保健医療分野のIT化に向けてのグランドデザイン」以後である。医科システムの審査支払機関における受入態勢は、平成11年4月から整備はされていたが、それ以前からの普及率の低さと、医療機関がシステムへ参加する場合は、厚生労働大臣の個別指定方式をとっていたこともあり、認知度は低かった。

(i)社会保険診療報酬支払基金取扱分の状況

支払基金は、「グランドデザイン」で、16年度病院レセプトの5割、18年度7割という普及目標が示されたことを受け、これに沿って独自の普及目標(16年度全レセプトの3割、18年度6割)を掲げ

普及に取り組んできた。14年度から16年度末にかけての普及率の推移は、表7-1のとおりである。

表7-1 レセプト電算処理システム普及率の推移(支払基金分)

	14年度末		15年度末		16年度末	
	件数 (千件)	普及率 (%)	件数 (千件)	普及率 (%)	件数 (千件)	普及率 (%)
医科病院	749	2.1	1,394	9.6	2,402	17.5
医科診療所	441	1.6	949	3.5	1,644	6.0
歯科	0	0	0	0	0	0
調剤	1,602	9.5	5,197	30.8	8,729	49.4
合計	2,792	4.2	7,540	11.2	12,775	19.0

グランドデザインで示された普及目標には到達していないが、3か年度でそれなりに普及はしてきている。特に、13年度末にスタートした調剤のレセプト電算処理システムは、急速に拡大している。医科のレセプト電算処理システムが、目標どおり普及が進まない理由として考えられる点はいくつかあるが、主なものをあげれば次のことが指摘されている。

- ・レセプトを請求する医療機関側にとっての経済的メリットの欠如
- ・電子レセプトといえながらも、症状詳記、再請求などが電子化されていないためのシステムの使い勝手の悪さ
- ・レセプトが電子化されることによる、レセプト情報の目的外使用への懸念

調剤に関しては、調剤薬局の業務が受け付けた処方せんの内容をレセプトに表現するだけで、医科のような複雑なシステムを持つ必要がないことと、レセプトに病名がなく医薬品情報のみの記載であり、目的外使用に対する懸念も起きることがないことから、レセプトの用紙代、プリンタのトナー代、レセプトの搬送代や請求事務のための手間の節減といったことでも十分のメリットが感じられるといわれている。新潟県のように、すでに70%以上普及している県も出てきている。

(ii)国民健康保険団体連合会取扱分の状況

国保分の普及率の推移は、図7-1のとおりである。この図のとおり、調剤は電子レセプトによる請求が着実に伸びており、保険薬局でのレセプト電算化が推進されていることが窺える。しかし、

医科の方はまだ1桁台(病院+診療所)で、レセプト電算処理システムの標準コードへの移行が進まない状況である。

地区別には、医科、調剤とも関東地区が件数・電子請求率が比較的高く、それ以外の地区は概ね横並びになっている。また、調剤は大都市圏で高く伸びている。保険薬局の数が都市部に多いのも影響していると考えられる。

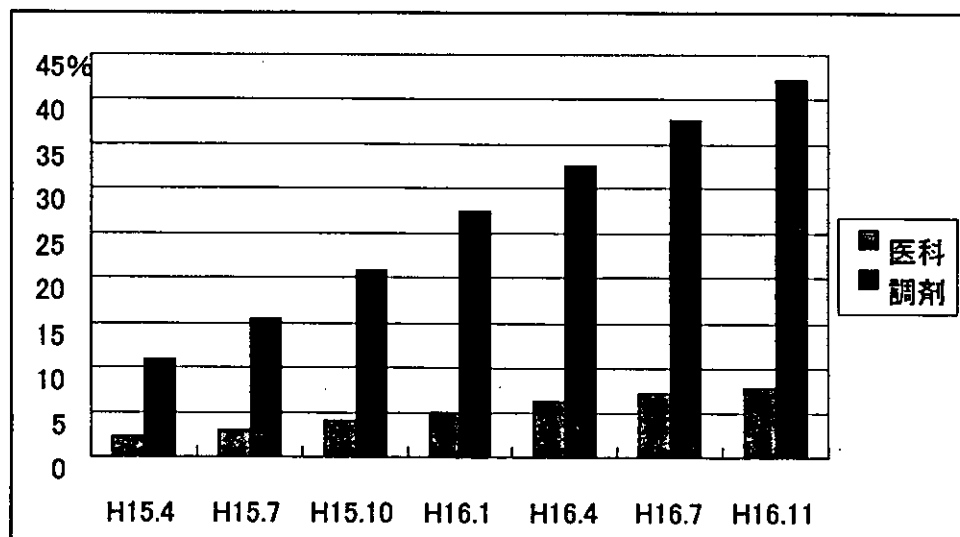


図7-1 レセプト電算処理システム普及率の推移(国保分、国保中央会調べ)

②推進への取り組み

審査支払機関としては、IT化を今後、強力に進めて事務の効率化を進める必要がある。医療機関から審査支払機関へ、そして保険者に至るまでのデータ送付が可能になるためには、レセプト電算処理システムが必須条件である。全国各県で支払基金、国保連合会、医師会等関係機関の合同で医療機関に対し、説明会の実施を行っているところである。今後、変換ツールの活用や導入のインセンティブが計られれば電算化率は伸びていくことが期待される。

レセプト電算処理システムの推進にあたって、国は、レセプト電算処理システムと電子カルテを導入する病院に対し、一定の補助を行なうとともに、社会保険病院、日赤、済生会などの準公的病院組織に働きかける。国保中央会は、国保病院・診療所に働きかける。支払基金は県レベルで国保連合会と共同で普及活動を行なうことなど、それぞれの役割分担のもとで取り組んでいる。

(i)支払基金の取り組み

グランドデザイン以降、支払基金は、レセプト電算処理システムの普及に組織をあげて取り組んでいる。審査支払機関としての支払基金は、昭和23年の設立以来、特殊法人として被用者保険に係るレセプトの審査支払業務を独占してきたが、特殊法人改革の流れの中で平成15年10月に

民間法人化されるとともに、レセプトの審査についても保険者と医療機関の契約による直接審査が解禁されることになった。民間法人化された支払基金は、社会的に必要性を認められて、始めて存在していくことができる。そのためには、以前にもまして、より質の高いサービスをより低いコストで提供していかななくてはならない。そのためには、IT化の促進による業務精度の向上と効率性の追求が何より求められるが、鍵を握るのは電子レセプトの普及である。このような認識に立って支払基金は、レセプト電算処理システムの普及推進活動を行なっている。具体的な普及推進活動は、都道府県の支払基金支部が実際に担っているが、主に次のような活動を行なっている。

- ・医療機関、薬局を対象としたレセプト電算処理システム説明会の実施
- ・都道府県医師会の理解促進活動の実施と日医 ORCA プロジェクトとのタイアップ
- ・病院を対象とした戸別訪問によるシステム参加勧奨

(ii) 国保連の取り組み

全国の国保連合会では、電子レセプトの受付処理システムの機器整備を平成10年から図り、平成16年度には機器を増強し、医科・調剤とも今後の電子化に備えている。また、画面を利用した事務共助や審査が行えるようにシステムの構築が進んでいる。さらに、国民健康保険の保険者である市町村や国保組合の連合体である国保連合会は、保険者から委託を受け、種々の電算処理(資格確認・給付確認等)、各種帳票等の作成を実施しており、そのデータのやりとりについてはすでに保険者とオンライン化が構築されているところも多い。

介護保険報酬の審査支払業務は国保連合会で実施しているが、平成16年11月時点で95%の電子データ化が進んでいる。残りの5%も入力作業を行い、すべて電子化し、電子処理100%を達成している。

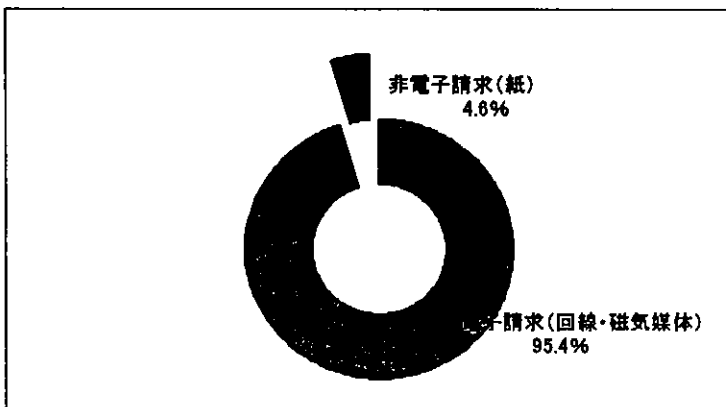


図7-2 介護保険における電子請求状況(平成16年11月請求分 国保中央会調べ)

2000年4月(平成12年)から施行された介護保険制度であるが、介護報酬データ等のコード、フォーマット、送信プロトコル等が当初より統一されてスタートしたことが、短期間で電子請求が進んだ大きな要因である。一方でレセプトの電子化が進むと、残った紙レセプトの処理をどう効率的に処理するかが問題となる。例えば画像化して画像レセプトで処理をしていくことが考えられている。画像化する機器(OCR)もほとんどの国保連合会で導入が進んでいることから、今後具体的に検討が行われると期待される。

(イ)レセプト電算処理システムについて

(1)経緯等

レセプト電算処理システムは、昭和63年11月に開始した13医療機関との技術評価試験がスタートである。医療機関側でレセプトを作成するコンピュータシステム、いわゆるレセコンは、多数のベンダーが独自のハードウェア、OS、業務処理仕様、コード体系を用いた開発を行ってきており、審査支払機関側のレセプト電算処理システムとの標準的な接続インタフェースを定める必要があった。媒体にデータを書き込むフォーマット、文字コードにもベンダー独自仕様が存在したため、接続媒体の規格としては、JISで規定されているフォーマット、文字コード体系が採用された。また、電子レセプトの記録条件仕様としては、医科点数表の解釈に基づいたマスター及び並び順が規定された。

各レセコンベンダーでは、この標準インタフェースに合うように接続部分の開発を行い、審査支払機関との接続試験を実施しながら改良を加え、平成3年10月診療分から千葉県、東京都、兵庫

県及び広島県の4都県16医療機関において、パイロットスタディとして磁気媒体を用いた請求が開始された。当時の審査支払機関側のレセプト電算処理システムは、ホストコンピュータを用いた集中処理型であり、専用のデータセンターに委託設置されていた。システム処理として、医療機関から請求された電子レセプトを読み込み、記録条件仕様通りに記録されているか、点数表の解釈通りに計算されているかなどを1レセプトずつチェックし、紙レセプトとして編集、出力を行った。出力された紙レセプトは、紙で請求された他の医療機関分と同等に審査委員による審査が行われた。その後、審査結果の査定データを端末画面から入力し、計数整理処理を行った。パイロットスタディは平成10年度末まで継続され、この間の技術進歩に応じて、5インチFD、3.5インチFD及びMS-DOSフォーマットが記録条件仕様に追加されて、使用可能となった。

平成11年4月から、全都道府県の審査支払機関にて電子レセプトの受け入れ体制が整備され、レセプト電算処理システムも全面的な更改が行われた。システム形態は、オープン系プラットフォーム(UNIX、Windows)を用いた分散処理型クライアント/サーバシステムに変わり、コンピュータ機器は各都道府県の審査支払機関内に設置された。使用可能な磁気媒体として、当初からのMT、FDに加えて光磁気ディスク(Magneto Optical disk、以下MOという。)がサポートされた。

平成13年10月には、参加できる地域や医療機関を指定した個別指定制度が廃止され、電子レセプトによる請求を希望する医療機関は、審査支払機関に届出を出すのみで任意に参加可能となった。さらに、医科レセプト分のみが対象であったレセプト電算処理システムは拡張されて、平成13年12月からは調剤レセプトが、平成16年4月からはDPCレセプトが磁気媒体により請求可能となった。

(2) システム概要

審査支払機関側のレセプト電算処理システムには、電子レセプトの必要項目の記載漏れ、固定点数誤りや明らかに誤りと判断できる算定ルールに関するものをチェックする機能、審査委員が画面を使用した審査を行える機能、請求・支払システムと連携する機能、紙レセプトや増減点連絡書等、医療機関・保険者に送付する帳票類を作成する機能等が備えられている。職員、審査委員が行う業務と、システム処理との関連を、図7-3に示す。

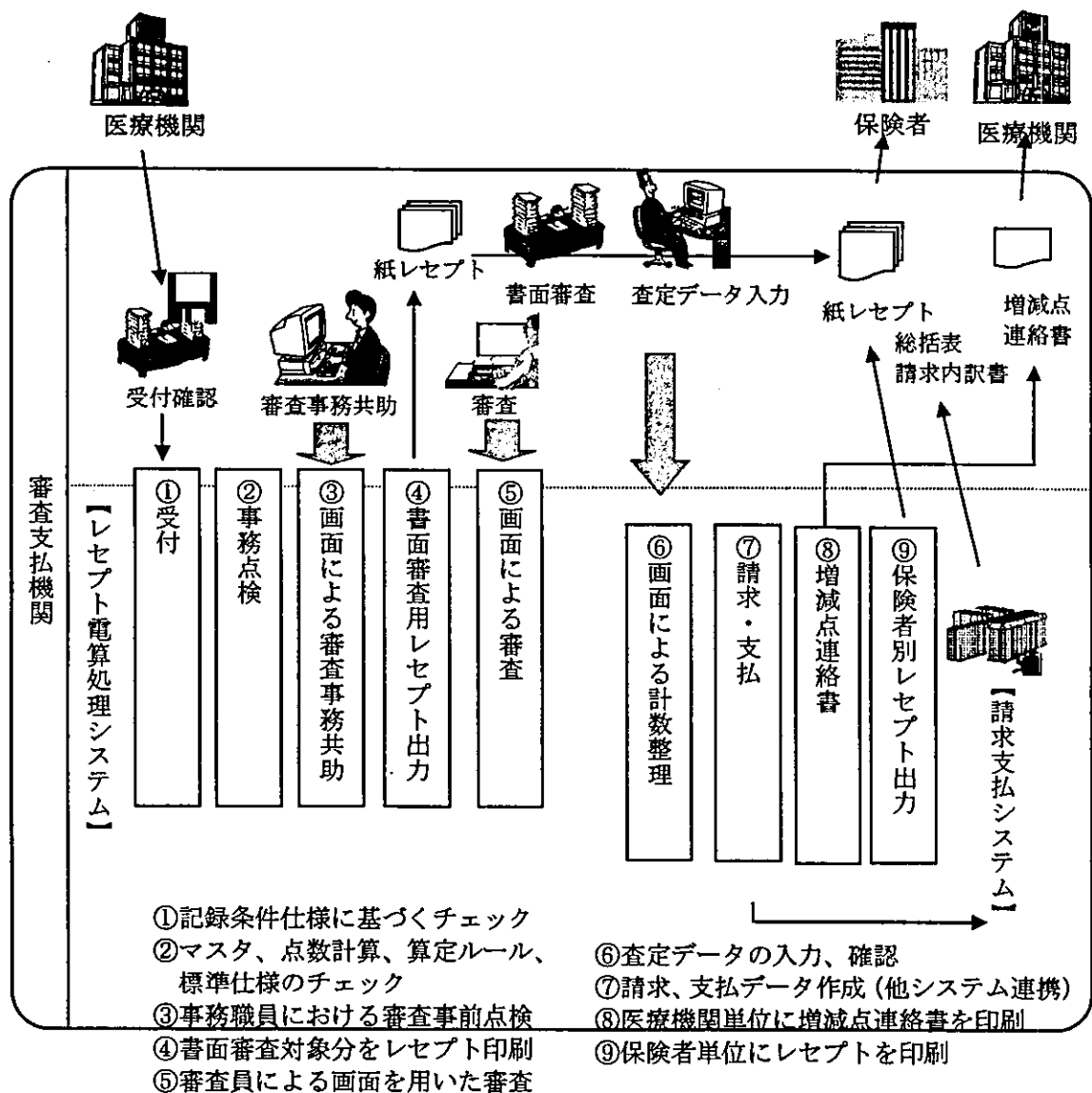


図7-3 レセプト電算処理システム(医科)の概要

①システム機能

レセプト電算処理システムは、医科、調剤、DPCの電子レセプトを対象としている。主なシステム機能は、以下のとおり。

医科…受付、事務点検、画面事務共助、画面審査、計数整理、レセプト編集・出力、増減点連絡書出力、返戻内訳書出力 等

調剤…受付、事務点検、画面事務点検、レセプト編集・出力、計数整理、増減点連絡書出力、返戻内訳書出力 等