

医療保険業務とコンピュータ（3）

ライフアシスタント 西山孝之

〔レセプト電算処理システム〕

1. はじめに

今回は、レセプト電算処理システムを、いままでと同様に「レセ電算」と略して、正面から述べます。最近、とくに注目を集めながら、「レセ電算」の実際の姿は一般には知られていません。実態を知った上での対策が必要です。実態を述べるのが、1983年（昭和58年）の計画発表当時から参画し、現在はフリーの立場にあるものの責務とと思っています。そのことが同システムの改善と普及への理解につながれば幸いです。異論があればどうぞ指摘ください。

2. レセプト電算処理システムの経緯

表3-1 レセプト電算処理システムの経緯（〔 〕は導入医療機関の累計数）

1982(S57)年 :FD記録仕様を示してメーカーに実現の可能性がアンケート ¹⁾ された。
1983(S58)年 :メーカーより可能との回答を得て、レインボーシステムの基本構想が発表された。
1984(S59)年 :日本医師会が試行に合意した。
1985(S60)年 :某紙の合意記事に不正請求防止の語があり、計画は一時頓挫した。
1987(S62)年 :日本医師会が技術評価試験を了承した。
1989(H1)年 :13医療機関に6社が対応し、技術評価試験 ²⁾ が開始された。〔13医療機関〕
1991(H3)年 :請求省令を改正して法整備 ³⁾ を行い、16医療機関でパイロット・スタディ ⁴⁾ が開始された。〔16医療機関〕
1992(H4)年 :日本医師会と厚生省主催による「基本マスター懇談会」 ⁵⁾ が設置された。
1994(H6)年 :届出により実施できる地域 ⁶⁾ が兵庫県の姫路市、飾磨郡、尼崎市と指定された。
1996(H8)年 :病院を対象に一時的に技術評価試験 ⁷⁾ が行われた。
1997(H9)年 :届出により実施できる地域が兵庫県全域、船橋市に拡大された。〔151医療機関〕
1998(H10)年 :国立大蔵病院 ⁸⁾ に導入された。〔192医療機関〕
1999(H11)年 :社会保険船橋中央病院 ⁹⁾ に導入された。
2000(H12)年 :福井社会保険病院 ¹⁰⁾ に導入された。
2001(H13/4)年 :基本マスターが厚生労働省のホームページ上での無償公開 ¹¹⁾ となった。〔288医療機関(8月現在)〕 ¹²⁾
2001(H13/12)年 :個別指定制度が廃止され、いずれの医療機関 ¹³⁾ も届出によって参加できることになった。
2001(H13/12)年 :厚生労働省の「情報化に向けてのグランドデザイン」が発表され、「レセ電算」の整備すべき条件と普及目標が掲げられた。 ¹⁴⁾

いままでの経過の概略を表3-1にまとめ、コメントを加えました。

1982年（昭和57年）¹⁾：メーカーへのアンケート

厚生省（現厚生労働省、以下同じ）より、紙に記載していたレセプト情報をフロッピーディスクに記録する概略仕様をつけ、「医事コン」各社に実現できるかという、アンケートが行なわれました。メーカーにプログラムが作れるかと問うことは、大工さんにこの家が建てられるかと聞くのと同じです。できないとは答えません。当時はまだ、フロッピーディスク（FD）装置すら付属していない「医事コン」もありました。その場合は、FD付きの装置ができるまで待つてほしいと回答しましたが、相手は医療保険のご本家です。ご本家が医療保険のコンピュータ化に取り組む方針を打ち出されたのです。対応に困惑していた手書きベースの点数表などのしくみが、コンピュータ向けに改まるのは当然と、小躍りして喜び、前向きな回答をしたものです。

1989年²⁾（平成元年）：技術評価試験

難航した日本医師会との合議が成立すると、早速、1年後に医療機関で技術評価試験を行うので協力してほしい旨のお達しが出ました。技術評価試験は、従来通り紙レセプトを打ち出しつつ、磁気レセプトを作成し、誤まりがない

か、レスポンスなどの操作性はよいかなどを確認するとのことでした。そして、実験フィールドとなる医療機関が名乗り出てきました。

業界団体は発足直後で微力でしたが、この種のシステム構築の経験は豊富です。今後の標準となるシステムで、しかもセンターとの連携によって稼動するものです。1年後にいきなり医療機関に持ち込むのは、余りにも無謀と申し出ました。

「医事コン」は、出力の紙レセプトが規定通りであれば、内部演算はコードを含めて任意です。それに対して「レセ電算」は処理結果を規定されたコードで出力するため、内部演算までがコードに左右されます。しかも我が国の標準として今後普及させるべきシステムです。腰を据えての設計が必要です。その間にユーザーの意見を聴くことも当然必要です。その結果をプログラムとし、センターシステムとの相互試験までを行い、使いものになることを企業間で確認してからフィールドに持ち込むのが手順であり、未完成状態の舞台裏をお客にお見せしては、信頼も失いかねないと、異論をさし挟みました。

しかし、残念ながら、このようなシステム構築の定石的な手順は無視されました。正確にはそこまで説得する能力がなかったと反省すべきでしょう。それがいまでも心残りです。紙のレセプトを磁気媒体に変えるだけではないか、と安易に考えられ、名乗り出た医療機関に納入している企業が、互いに競い合いながら納入機を改造して、対応することになってしまいました。

複雑な点数表の論理を実現する手段は企業ごとにまちまちです。紙が磁気媒体に変わったものの、「レセ電算」もその一種のような感覚で扱われました。メーカーは経験をもとに種々の提案も行いましたが、所詮は噛み合いませんでした。

記述も不十分な仕様書を手探り状態での作業でした。1年間で実現するため、期せずして中身まではできるだけ手を加えず、外部条件だけを合わす方式になってしまいました。それでも仕様の行き違いや単純ミスなどがユーザの面前で生じます。条件はどうであれ、エラーが出ては言い訳はできません。懸命なエラーつぶしによって、やがてはエラーも落ち着きました。

1991年(平成3年)³⁾: 法整備

エラーが落ち着いた段階で、「請求省令」に磁気レセプトが加えられるなどの法整備が行われました。しかし、磁気レセプトは広く適用するものではなく、厚生大臣が指定する医療機関に限って実施するものであるといったように、規制付きで実施される個別指定の特別制度として、始まりました。

審査は、「磁気テープ等による診療報酬の請求に係る審査については、審査支払機関で紙に出力したレセプト(審査用出力紙レセプト)により、現行の紙レセプトと同一の方法により行うものであること。」と、規定されました(保険発第82号:平成3年9月27日)。磁気レセプトが審査機関に到着したら再び紙に戻されるのです。暫定的な措置と思われたものが、そのまま今日も継続しています。

1991年⁴⁾: パイロット・スタディ

磁気レセプトに法的根拠が確立したため、紙レセプトとの併存から磁気レセプト単独となり、パイロット・スタディと、名称が改まりました。

1992年(平成4年)⁵⁾: 基本マスター懇談会

「レセ電算」の普及にはマスターの整備が重要との認識から「基本マスター懇談会」が、日本医師会と厚生省の共催で設けられました。業界にも参加の機会が与えられ、会議は1年程度継続しましたが、徹底した論議には至りませんでした。

1994年(平成6年)⁶⁾: 指定地域

厚生大臣の指定でなくても、届出によって実施できる地域が制定され、兵庫県の姫路市、飾磨郡、尼崎市が指定されました。医師会の会長さんが熱心に取り組まれた地域への恩典のような扱いでした。その地域は1997年に拡大されて昨年12月まで継続されました。

事前の試験要項も発行されましたが、それには「参加を希望する保険医療機関は、当面、本システムへの切替えが容易で技術的検証も短期間で済むソフトにより運用する診療所、小病院等であることが見込まれるので念のため申し添える。」と、小規模医療機関志向の制度である旨が、保険発第179号(平成6年12月27日)で申し添えられ

ました。

1996年(平成8年)⁷⁾: 病院での技術評価試験

病院での拡張の可能性を検討するため、希望参加企業を募り、その企業に病院の選定を求めて病院評価試験が行われました。

診療所での診療行為は、簡単なものが一般ですが、点数表は診療所と病院で共通です。診療所向けのシステムは、記憶容量は小さくても、機能は病院向けと同等の備えが必要です。「診療所に限って使用できる」ということは「満足なシステムではない」と同じことを意味します。

病院での評価試験は、「レセ電算」が「満足なシステム」か否かを判断する重要なものでした。それが短期間に終わられてしまいましたが、業界団体は報告書を提出しました。それには注目すべき提案も含まれていました。「レセ電算」は未完成の状態であるが、それは各社が「医事コン」を完成させるために辿った同じ道筋の中間にあり、完成に至るまでの道筋も示していました。

残念なことは、それを未体験の人々にも理解できるほどに懇切な表現でなかったことです。この提案が受け入れられた形跡はなく、結果的に「レセ電算」は「満足なシステム」となることなく、「それなりの状態」で今日に至っているようです。

ここでは「レセ電算」の性格を象徴した3点をあげることにします。

薬価マスター単位と相違する薬剤使用単位

医薬品マスターは、薬価基準の単位で算定することでコード化されています。しかし、現場での薬剤の使用単位は必ずしも薬価基準の単位と同一ではありません。前者が「瓶」で後者が「リットル」の場合などがあります。「医事コン」は、医療機関ごとの使用単位でのマスターを作成することが可能ですが、「レセ電算」では、一律に薬価基準の単位での算定に限定されます。現場では電卓片手の算定が必要となっています。

長期投与薬の区分のない医薬品マスター

1回に30日分など、長期投与に関する規定は、対象疾患ごとの薬効区分が規定されているまでで、具体的な薬剤名称までの規定はありません。薬価基準に記載された日からの経過日数が規定されるなど、機械的に選別できないためか、この算定は民間のデ・タベ・スが頼りです。

「医事コン」のマスターはこのデータを装備していますが、「レセ電算」の医薬品マスターには「長期投与」の項目は設けられながら、そのデータは空白のまま、長期投与の確認には役立たないのです。

労災、公害補償、自賠責の対応

医療機関では労災、公害補償、自賠責など、旧厚生省管轄以外の医療も扱います。「レセ電算」ではそれらの配慮はありません。サポートの予定すら示されません。医療機関でのこれらの扱い件数は少ない場合も多いのですが、少いためにあってその算定ルールが覚えられず、処理能力よりもむしろ算定ルールをコンピュータに期待しているのです。もちろん、「医事コン」ではこれらへの対応が市場に生き残る条件となっています。

ここにあげた3点は、「レセ電算」の将来の方向を占う基本問題の一部だと思います。もちろん、当初から全ての問題が見通せないことは責められませんが、技術評価試験やパイロット・スタディでこれらの問題を発見し、対策が必要です。

医療保険の請求処理を実際に行うには、公式な告示にない事項もなにかと関連があります。「医事コン」ではこれらを随時取り込んで対応していました。「レセ電算」にはそのような融通性が欠如しています。

標準的なシステムを実現するにはこれらをすべて明確な規定にするか、規定しないのならしばらくは融通性を持たせるなどの配慮が必要です。地方自治体ごとに条例で定められる地方単独事業も現存します。条例ごとであっても、工夫すれば何種類かのパターンに分類できることも見込めましょう。これらの整理も「レセ電算」普及のための課題でしょう。

1998年(平成10年)⁸⁾: 国立大蔵病院

院長先生のご指示によって国立大蔵病院(359床)に導入されました。その詳細が巻末の文献、に掲載されています。

1999年(平成11年)⁹⁾: 船橋中央病院

引き続き船橋中央病院(410床)への導入が報じられました。詳細は巻末の文献を参照ください。

2000年(平成12年)¹⁰⁾: 福井社会保険病院

さらに福井社会保険病院(199床)でも導入されました。巻末の文献を参照ください。

小規模診療所志向で進められた「レセ電算」を、大規模病院に適用するには種々の苦労があったことと思われます。その苦労が、当該医療機関のノウハウに留めることなく、共通の課題として取り上げられることが必要と思います。

2001年(平成13年)¹¹⁾: ホームページでのマスター提供

マスターに関しては、項を改めて述べます。

2001年¹²⁾: 導入医療機関数

導入医療機関数は、支払基金のホームページ(アドレスは文末に掲載)からのものです。このホームページには「レセ電算」の拡大に向けての活動状況が記載されています。調剤報酬についても準備が進んでいることがわかります。調剤報酬は医科よりもずっと簡単な筈です。積極的な情報提供が望まれます。センター側が立ち上がった後も、薬局側のシステムの対応には準備期間が必要なのです。

2001年¹³⁾: 個別指定制度の廃止

12月1日より個別指定制度が廃止され、届出だけで導入を可能とする旨の告示および通知が10月1日に発行されました。技術問題に限ってでも、なぜ10年に亘って個別指定制度が継続されていたのか、またなぜ今それが廃止されたのかの説明を期待するのは、筆者だけでしょうか。なお、審査は引き続き紙レセプトに印字して行う旨が、通知されています。

2001年¹⁴⁾: 情報化に向けてのグランドデザイン

項を改めて述べる予定です。

3. 基本マスターの実態

関係者は基本マスターが大事と、異口同音に唱えるようになりました。しかし、実態はあまり知られていません。調査した範囲で分りやすく紹介します。

3-1. 提供は厚生労働省のホームページから

基本マスターや仕様書類は、(財)医療保険業務研究協会(以下、財団)からの有償提供で、改正のつどメンテナンスされる仕組みができてきました。それが、平成13年4月から、基本マスター類は厚生労働省のホームページ(アドレスは文末に記載)から無償提供されることになりました。財団のホームページ(アドレスは文末に記載)は従来そのままなので確認したところ、財団は既存の提供先にはサービスを継続し、新規には応じないとのことでした。調査できた範囲で両者の関係を表3-2にまとめました。

表3-2 基本マスターの提供

内容	従来の(財)医療保険業務研究協会よりの提供	H13/4よりの厚生労働省ホームページによる提供
診療行為マスター(6,400項目) コメントマスター(140項目)	85,000円*	無償
傷病名マスター(15,000項目) 修飾語マスター(1,500項目)	50,000円*	無償
調剤行為マスター(67項目)	-	無償(H13/11より)
医薬品マスター(17,000項目) 特定器材マスター(700項目)	150,000円*	無償(H13/11より)
マスター仕様書(85ページ)	2,000円	? (ファイルレイアウトのみ ホームページに掲載)
磁気レセプト作成手引き(140ページ)	3,000円	?
メンテナンス	*全面改正までメールによる 改正通知サービスを含んだ価格。	更新のつどホームページに 全項目が再掲載されるとのこと。

提供物件

提供物件はマスター、マスター仕様書、磁気レセプト作成手引きです。厚生労働省のホームページから提供されるのはマスターと、マスター仕様書の一部であるファイルレイアウトまでのようです。

メンテナンス

財団の有償提供価格には、全面的な改正が行なわれるまでの部分改正のメンテナンスは含まれているとのことで、改正があった場合は、ユーザにメールで連絡されることになっています。厚生労働省のホームページからの提供は無償とのことですが、改正は全面的なもの以外に部分改正も頻繁です。それがどのように連絡されるのでしょうか。

調剤報酬マスター

調剤報酬の開始が近づいたため、調剤報酬関連のマスターも平成13年11月より、新たにホームページに掲載されました。しかし、調剤に関する仕様書は、マスター仕様書、磁気レセプト作成の手引き共に見当たりません。

3 - 2 . 削除された公表順序番号

表3 - 3は、厚生労働省のホームページからダウンロードした、診療行為マスターの最初の初診料の部分です。

ご承知のことと思いますが、点数表の冒頭の初診料は

区分 A001 初診料

- | | |
|----------|------|
| 1 病院の場合 | 250点 |
| 2 診療所の場合 | 270点 |

と並び、次いで「注」が並びます。点数に関連する注項目は、

注3 乳幼児加算

注4 育児栄養指導加算

注5 時間外等加算

注6 診療所の初診時紹介患者加算

注7 病院の初診時紹介患者加算

ですが、表3 - 3に見る通り、このマスターは順不同です。この順不同の状況が5000項目以上のマスター全体に亘っているのです。探すのは容易ではありません。配列順が任意の9桁コードである「診療行為コード」でソートされた結果です。

「診療行為コード」の冒頭の1桁は「医科」を示すものですが、2桁目以降に関する規定は仕様書にもありません。表3 - 3では2 ~ 3桁が「11」に統一されていますが、それは当初の設定の偶然の結果と考えるべきでことでしょう。

表3 - 3には小児科外来診療料も見えますが、これは初診料ではなく「指導管理等」に属します。小児外来診療料には表3 - 3に記載したもの以外にも存在します。参考のため、表3 - 4に小児外来診療料のすべて集めました。これを集めるには、章、部、区分番号、枝番、項番の順にソートした結果です。ソート前の配列順は表5の左端のNO欄で示しています。小児外来診療料だけでも23項目も存在するのです。順序付けて並べて始めて全体が理解できるものです。表3 - 4の23項目の配列も決して見易くはありません。項番以降のソートキーが存在しないため、注加算関連のすべての項目が項番の3に含めた結果でしょう。

当初の設計では存在した「公表順序番号」

基本マスターの当初設計には配列を規定するための「公表順序番号」が設けられており、財団が提供していたマスターでは、それが存在していたのでマスターは点数表の順序の配列で提供されていました。

この重要な「公表順序番号」が、厚生労働省のホームページでのファイルレイアウトでは「予備」となり、データが消去されてしまいました。

表3-3 ホームページで提供される診療行為基本マスターの冒頭の部分

NO	診療行為コード	診療行為名称(略称)	新点数	老人適用区分	公表順序番号 予備	該当する点数表の項目 (参考)
1	111000110	初診(病院)	250	1	0	初診料の1
2	111000370	初診(乳幼児)加算	72	1	0	初診料の注3
3	111000470	初診(育児栄養指導)加算	130	1	0	初診料の注4
4	111000570	初診(時間外)加算	85	1	0	初診料の注5
5	111000670	初診(休日)加算	250	1	0	初診料の注5
6	111000770	初診(深夜)加算	480	1	0	初診料の注5
7	111000870	初診(時間外特例)加算	230	1	0	初診料の注5
8	111003610	初診(診療所)	270	1	0	初診料の2
9	111003770	初診時(診療所)紹介患者加算	50	1	0	初診料の注6
10	111009970	紹介患者加算3	250	0	0	初診料の注7
11	111010070	紹介患者加算4	150	0	0	初診料の注7
12	111010170	紹介患者加算5	75	0	0	初診料の注7
13	111010270	紹介患者加算6	40	0	0	初診料の注7
14	111010370	小児科外来診療料(初診時診療所の紹介患者)加	50	1	0	指導管理等のB001-2
15	111010470	小児科外来診療料(初診時時間外)加算	85	1	0	指導管理等のB001-2
16	111010570	小児科外来診療料(初診時休日)加算	250	1	0	指導管理等のB001-2
17	111010670	小児科外来診療料(初診時深夜)加算	480	1	0	指導管理等のB001-2
18	111010770	小児科外来診療料(初診時時間外特例医療機関)	230	1	0	指導管理等のB001-2
19	111010870	小児科外来診療料(紹介患者加算3)	250	1	0	指導管理等のB001-2
20	111010970	小児科外来診療料(紹介患者加算4)	150	1	0	指導管理等のB001-2
21	111011070	小児科外来診療料(紹介患者加算5)	75	1	0	指導管理等のB001-2
22	111011170	小児科外来診療料(紹介患者加算6)	40	1	0	指導管理等のB001-2
23	111011270	紹介患者加算1	400	0	0	初診料の注7
24	111011370	紹介患者加算2	300	0	0	初診料の注7
25	111011470	初診(乳幼児)(時間外等)加算	102	1	0	初診料の注3
26	111700110	初診(病院)	250	2	0	老人初診料の1
27	111700210	初診(診療所)	270	2	0	老人初診料の2
28	111700470	初診(診療所)紹介患者加算	55	2	0	老人初診料の注4
29	111700570	初診(時間外)加算	85	2	0	老人初診料の注3
30	111700670	初診(休日)加算	250	2	0	老人初診料の注3
31	111700770	初診(深夜)加算	480	2	0	老人初診料の注3
32	111700870	初診(時間外特例)加算	230	2	0	老人初診料の注3
33	111702370	紹介患者加算3	250	2	0	老人初診料の注5
34	111702470	紹介患者加算4	150	2	0	老人初診料の注5
35	111702570	紹介患者加算5	75	2	0	老人初診料の注5
36	111702670	紹介患者加算6	40	2	0	老人初診料の注5
37	111702770	紹介患者加算1	400	2	0	老人初診料の注5
38	111702870	紹介患者加算2	300	2	0	老人初診料の注5

注1.(財)医療保険業務研究協会提供のものには点数表の順に並べるための「公表順序番号」が制定されているが、ホームページではそれが「予備」となり、配列は順不同の診療行為コードでソートされている。したがって配列は順不同、初診料のなかに「指導管理等」に属する小児科外来診療料の一部が混在している。該当する点数表の項目は参考に掲げたものである。

注2.略称の診療行為名称は一般(社保)点数表と老人点数表で重複して設定されている。ちなみに正式名称は前者が「初診料」で後者が「老人初診料」である。

注3.老人適用区分は(0:社保、老健共に適用、1:社保のみ適用、2:老健のみ適用)の区分である。初診(病院)などは点数、略称とも同一であるが社保と老健が区別され、紹介患者加算1~6は区別が不要と扱われている。

注4.表3-3に挙げた以外の小児科外来診療料はコードによってマスターのあちこちに散在する。小児科外来診療料のすべてを表3-4に集めた。

世間の注目を集める筈の基本マスターが、このような状態なのです。財団提供の仕様書によれば、「公表順序番号」の目的は「診療行為コード集の登録順序番号を記録する」ものとなっています。「診療行為コード集」とは点数改正のつど、別途発行されるコード集です。それには診療行為コード、正式名称、略称、点数など主要なごく一部のデータだけが収納されたものです。これはシステム関係者にはインデックスの役割に過ぎず、詳細はマスター本体の参照が必要なのです。それが点数表をベースに辿ることができないのです。

表3-4 診療行為基本マスターの小児科外来診療料のすべて

NO	診療行為コード	診療行為名称 (略称)	新点数	章	部	区分番号 (英字を初回編集)	枝番	項番
122	113003510	小児科外来診療料 (院外処方)初診時	550	2	1	B001	2	1
123	113003610	小児科外来診療料 (院外処方)再診時	370	2	1	B001	2	1
124	113003710	小児科外来診療料 (院内処方)初診時	660	2	1	B001	2	2
125	113003810	小児科外来診療料 (院内処方)再診時	480	2	1	B001	2	2
14	111010370	小児科外来診療料 (初診時診療所の紹介患者)加算	50	2	1	B001	2	3
15	111010470	小児科外来診療料 (初診時時間外)加算	85	2	1	B001	2	3
16	111010570	小児科外来診療料 (初診時休日)加算	250	2	1	B001	2	3
17	111010670	小児科外来診療料 (初診時深夜)加算	480	2	1	B001	2	3
18	111010770	小児科外来診療料 (初診時時間外特例医療機関)加算	230	2	1	B001	2	3
19	111010870	小児科外来診療料 (紹介患者加算3)	250	2	1	B001	2	3
20	111010970	小児科外来診療料 (紹介患者加算4)	150	2	1	B001	2	3
21	111011070	小児科外来診療料 (紹介患者加算5)	75	2	1	B001	2	3
22	111011170	小児科外来診療料 (紹介患者加算6)	40	2	1	B001	2	3
54	112005770	小児科外来診療料 (再診時時間外)加算	65	2	1	B001	2	3
55	112005870	小児科外来診療料 (再診時休日)加算	190	2	1	B001	2	3
56	112005970	小児科外来診療料 (再診時深夜)加算	420	2	1	B001	2	3
57	112006070	小児科外来診療料 (再診時時間外特例医療機関)加算	180	2	1	B001	2	3
137	113005070	小児科外来診療料 (紹介患者加算1)	400	2	1	B001	2	3
138	113005170	小児科外来診療料 (紹介患者加算2)	300	2	1	B001	2	3
139	113005270	小児科外来診療料 (外来診療料時間外)加算	65	2	1	B001	2	3
140	113005370	小児科外来診療料 (外来診療料休日)加算	190	2	1	B001	2	3
141	113005470	小児科外来診療料 (外来診療料深夜)加算	420	2	1	B001	2	3
142	113005570	小児科外来診療料 (外来診療料時間外特例医療機関)加算	180	2	1	B001	2	3

注1.小児科外来診療料関連項目を章、部、区分番号、枝番、項番でソートして集約したが、項番3のなかは順不同でみやすくない。

注2. NOはホームページの提供マスターの配列順番号である。

「公表順序番号」が「予備」となったのは診療行為マスターに限りません。医薬品マスター、特定器材マスターも同様なのです。ホームページの設計者は、「公表順序番号」は「診療行為コード集」のためのものであり、一般には不要と判断されて削除されたと推定されます。理由を確認しても答は得られません。そんな質問はどこからもないとのことです。

3 - 3 . 診療行為マスターの評価

点数更新は確実に収納項目も豊富ながら配列はランダム

診療行為マスターは以前から関心をもっていますが、今回改めてホームページからダウンロードして内容を調査しました。調査するにも配列がランダムでは手が着けられません。筆者は約1カ月かけて点数表順の配列を実現し、それを筆者のホームページ(アドレスは文末に記載)に掲載しています。ご活用ください。

項目の全てを確認したわけではありませんが、点数の更新は綿密に行なわれていると判断されます。収納された情報の項目は豊富です。診療行為コード、名称、入外適用区分、集計先識別など約100項目のデータが準備されていま

表3-5 診療行為基本マスターの収納データ項目

NO	データ項目名 (中分類)	バイト数	NO	データ項目名 (中分類)	バイト数
1	変更区分	1	55	自動縫合器	1
2	マスター種別	1	56	外来管理加算区分	1
3	診療行為コード	9	57~ 58	旧点数	11
4~ 7	診療行為名称	88	59	漢字名称変更区分	1
8~ 10	データ規格コード	16	60	カナ名称変更区分	1
11~ 12	新点数	11	61	検体検査コメント	1
13	入外適用区分	1	62	通則加算対象外区分	1
14	老人適用区分	1	63	包括低減区分	3
15	点数欄集計先識別 (入院外)	3	64	超音波内視鏡加算区分	1
16	包括対象検査	2	65	看護施設	2
17	往診区分	1	66	点数欄集計先識別 (入院)	3
19	病 診適用区分	1	67	自動吻合器	1
22	看護加算	2	68	告示等識別区分 1	1
24	入院基本料加算	3	69	告示等識別区分 2	1
25	傷病名関連区分	2	70	地域加算	1
26	指導管理料	2	71	病床数区分	1
27	実日数	1	72~ 81	施設基準 1~ 10	30
28	実日数・回数	1	82	超音波凝固切開	1
29	医薬品関連区分	1	83	手術帰宅加算	1
30~ 35	きざみ値	36	85	コート表番号記号	1
36~ 37	上限回数	4	86	告示通知記号	1
38~ 39	注加算	5	87	変更年月日	8
40~ 42	年令	5	88	廃止年月日	8
43	時間加算区分	1	89	公表順序番号 予備	9
46	レーザ照射区分	1	90~ 94	コート表用番号	10
47	超音波メス	1	95~ 99	告示通知関連番号	10
48	マイクロ波メス	1	100~ 102	年令加算 1	13
50~ 51	検査等実施判断	3	103~ 105	年令加算 2	13
52	低減対象区分	1	106~ 108	年令加算 3	13
53	脊髄誘発電位	1	109~ 111	年令加算 4	13
54	頸部郭清術	1	112	異動関連	9

注 1 :NOが複数に互っているものには複数のデータが収納されている。

注 2 :欠落したNOの部分は予備の収録エリア。

注 3 :NO 89の公表順序番号がホームページでは予備となっている。

すが、その配列が、多分逐次追加した状態そのままにランダム配列のままです。慌ただし点数改正時に並べ換えることは困難でしょうが、端境期に計画的に配列変更を行うことは可能の筈と思われます。配列変更は既提供先には迷惑と考得られているのでしょうか。標準マスターとしての体系整備を逐次実行すべきではないでしょうか。

診療行為マスターの概要を知っていただくために、収納データの項目を中分類のレベルで表3 - 5に示しました。NO が複数に互っている項目には、複数のデータが収納されています。NO に欠番があるのは予備項目を省略したためです。項目の配列が、全体の特性を示す項目と、入院、検査、手術など個別の特性を示す項目とが入り交じっています。しかも、ホームページにはこれらの項目に関する仕様書が存在しないのです。

なお、筆者のホームページ掲載のマスターは、項目の配列も分りやすいように配列し直しています。

確定すべき名称

「診療行為コード集」には正式名称と略称が記載されていますが、基本マスターには略称しか存在しません。検査項目も略称だけです。そのため、点数表との照合も困難です。さらに表4でもお分りのように、同一の略称が重複して付与されているのです。

本号の掲載紙数が尽きました。基本マスターに関しては次号にも引き続き掲載します。

参考文献およびホームページ

社会保険旬報 N02006(98.12.21)「国立大蔵病院がレセプト電算処理システムに参加」
病院第 58 巻第 4 号 (99.4.1)「大病院における「レセプト電算処理システム」の使用経験」開原成允
社会保険旬報 N02028(99.7.21)「社会保険船橋中央病院がレセプト電算処理システムに参加」
社会保険旬報 N02068(00.7.21)「福井社会保険中央病院がレセプト電算処理システムに参加」
厚生労働省の診療情報提供サービスのホームページ <http://202.214.127.149/>
社会保険診療報酬支払基金のホームページ<http://www.shiharaikikin.go.jp/web/web0110.html>
(財)医療保険業務研究協会のホームページ <http://www.amir.or.jp>
筆者のホームページ <http://www5a.biglobe.ne.jp/~lifeas/index.htm>

(以下、次号)