

医療保険業務とコンピュータ（4）

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（続）〕

4．診療行為基本マスター

前回は、膨大な基本マスターの配列が点数表の順序でないこと、正式名称がないため点数表との照合が容易でないこと、略称は重複しているなどの問題点をあげました。これらの、一見して分る問題すらが表面化していないことが問題だと思います。今回は、内容に踏み込んで報告します。やや専門的になりますが、わかりやすく説明することに努めます。

4 - 1．見直しが必要なのは傷病名マスターだけではない

昨年12月に発表された厚生労働省の検討委員会による「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」では、「レセ電算」の傷病名マスターの見直しの必要性が大きく取り上げられています。「グランドデザイン」に関しては改めて触れる予定ですが、見直しが必要なのは、診療行為マスターも同様なのです。それが知られていないのです。

傷病名マスターは直接、医療関係者が扱うため、クレームが率直に表明されますが、診療行為マスターは業者への発注仕様として扱われます。業者としては、不具合の指摘は顧客へのクレームととられ、遠慮が伴うのです。クレームがないので問題なしとするのではなく、結果的に普及していないことを問題と認識してください。

筆者は自由な個人の立場で、厚生労働省のホームページから基本マスターをダウンロードし、調査結果を報告しています。難解な内容を分かりやすく、しかも表現に留意して説明しています。現業の技術者には多忙さからも立場上からも期待は困難でしょう。しばらくお付き合いください。

4 - 2．必要な部分だけを取り上げた「医事コン」のマスター

点数表は膨大ですが、個々の医療機関が扱うのはそれぞれその一部です。早見表や自製の“あんちょこ”による手作業は、慣れれば見かけほどには大変ではありませんが、この種の作業はコンピュータに任せるのが社会の一般傾向ということで、「医事コン」が出現しました。第1回の連載でも述べましたが、社会一般の業務は、部分的なコンピュータ化から始まり、それが業務のしくみをコンピュータ向けに改め、トータルシステムへと展開しましたが、医療保険は手書きの仕組みのままです。

「医事コン」はいだに現場の省力機器の位置付けですが、それでも大変回りくどい手数が必要です。また、なるべく多くの医療機関で採用されるよう、点数表や関連通知の内容をできるだけカバーしていますが、関連条文の端々まで対応する自信はありません。関連通知を詠みますと、点数は同じでも名称を区別した項目を設ける必要があるのではと思うような場合にも遭遇しますが、クレームがない限り、そのままとしています。

図4 - 1は、診療行為項目とその発生頻度を概念的に示したものです。「医事コン」は発生頻度に沿った重点指向によって、使い易さを実現してきました。

機能不足のクレームを受けても、それに対処して市場を拡大するか、対応せずにその市場をあきらめるかの選択も自社の判断で行えます。

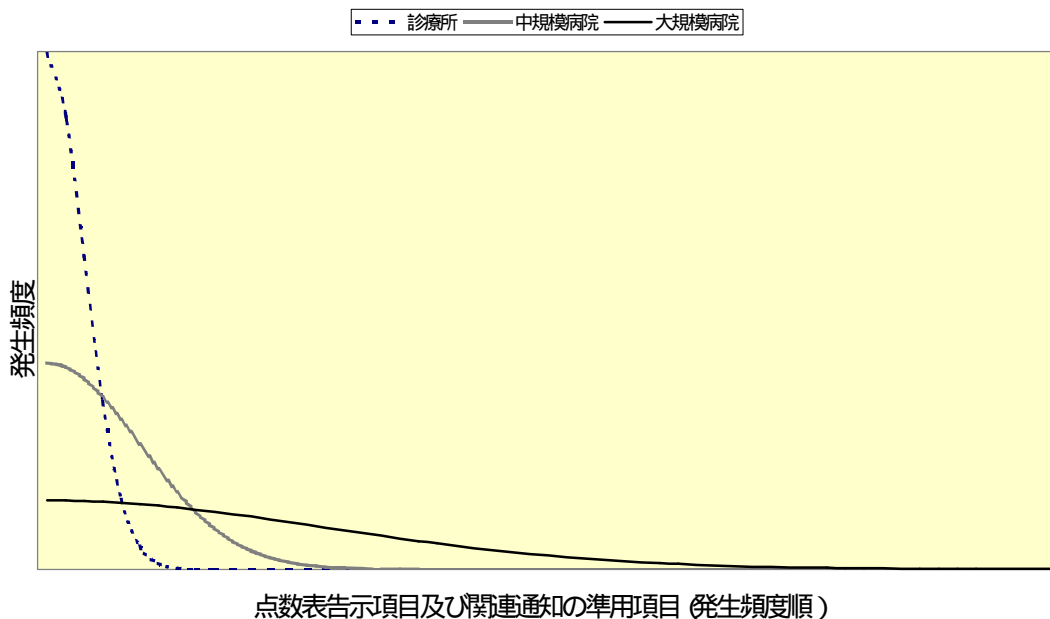
4 - 3．算定基準のすべてが対象の「レセ電算」

それに対し、「レセ電算」は医療保険の勧進元が、請求・審査・支払業務の全般を対象として始めた国家プロジェクトです。それがまず、請求から着手されたものと理解しています。

審査以降の過程はともかくとし、まずは請求部分について考えます。それは、「医事コン」のアプローチとは異なり、点数表とは表裏一体の関係を確立することを世間は期待しています。図4 - 1の全域をちゃんとカバーする必要があります。しかし、点数表側は処理面への配慮はなく、「レセ電算」側が四苦八苦しているようです。

「医事コン」は、紙レセプトレベルの大まかな定めを逸脱しない範囲で、使い易さに重点を置き、医療機関はそれ

図4-1 診療行為の発生頻度の傾向図



に慣れ親しんできました。「医事コン」が普及しているので、「レセ電算」が普及する素地があるとの楽観論が聞かれますが、賛成できません。

具体例は枚挙にいとまがないのですが、思いつきで「末梢血液像の特殊染色」を選びました。これに関する点数表は

D005 血液形態・機能検査

5 末梢血液像 29点

(注) 特殊染色を行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ42点加算する。

と記載され、関連通知には、以下のように特殊染色の内容が記載されています。

本区分の(注)にいう特殊染色は、次のとおりである。

ア オキシダーゼ染色

イ ペルオキシダーゼ染色

(途中 略)

ク エステラーゼ染色

また、「レセプト記載要領」に特殊染色の種類名を記載せよなどの記載はありません。したがって、3種類の特殊染色を行った場合、手書きなら、「特殊染色3種 42×3=126」と記せば済むことでしょう。

これをコンピュータで処理するには、

「特殊染色 42点」のマスターを1個設け、複数の染色の場合は複数回、キー操作をする。

同じマスターで、n倍の算定はプログラムで行う。

「特殊染色(1種類) 42点」、「特殊染色(2種類) 84点」・・・「特殊染色(8種類) 336点」と、8個のマスターを作成し、種類数に応じて選択する。

「オキシダーゼ染色加算 42点」、「ペルオキシダーゼ染色加算 42点」...と、染色ごとのマスターを作成し、種類別に選択する。

と、4方式が考えられます。が最も簡単、はプログラムを伴い構造が複雑化する、はキーの種類が増えて複雑、はキーの種類が増えるのに加え、特殊染色の種類の確認までが必要です。

「鶏を割くに牛刀をもってする」の感を抱かれるでしょう。その通りです。「医事コン」は、定め反しない範囲で、できるだけ簡単な方式を選びます。しかし、「レセ電算」ではもっとも厄介な が採用されているのです。

行政当局や審査機関が定めた算定に関する仕様です。正面から「何故ですか」とも言えず、「レセ電算はシビアだ」という風潮になってしまうのです。

マスターは、この種のものの積み上げです。「医事コン」は便利すぎた現場の省力機器であったようです。世間一般のIT化をよそ目に、個別の便利さだけが余りにも長期間追求し続けたようです。トータルシステムには当然ながら規制が伴います。その規制を工夫によって気にならなくした段階で、トータルシステムは普及に至ります。

「医事コン」が今日の状態に達するまで、紙レセプトのベースで、20年の試行錯誤を繰り返しました。磁気レセプトベースで使いやすいシステムを実現するには、磁気レセプトの環境下で同様の試行錯誤が必要でしょう。紙レセプトの経験を生かせば期間の短縮は可能でしょうが、それにはともかく、事例の積み重ねが必要です。個別指定制度の撤廃が、弾みになることを期待します。

4-4. コードにこだわらず、まずは「レセ電算」の立ち上げを

暫定的な措置と信じたいのですが、審査段階で磁気レセプトは紙の「審査用出力紙レセプト」に印字されます。画面審査に関しては末尾の参考文献で「画面審査も検討されており、顧問医師団からの40項目の開発条件を研究開発中¹⁾」と報じられていますが、電子情報による審査は、マスターの内容からは気配すら感じられません。

システムの最終形態は、すべてをコードとして審査、支払い、諸統計への有効活用が計られるのですが、少くとも当面はコードにこだわるよりは、まず立ち上げることでしょう。

傷病名や特定保険医療材料は、未コード化項目も扱えます。すべてがコード化できないとの認識からでしょう。傷病名は「未コード化傷病名コード(0000999)」に自然語で傷病名を記載することが認められています。

特定保険医療材料マスターは、現在でも告示項目ベースの700件程度のものありません。十数万件はあるといわれる商品名で請求する場合は、該当する告示項目のマスターに、自然語で商品名を追記することになっています。

これに対し、診療行為や医薬品では未コード化項目は扱えない仕組みです。特殊染色の例のように、使い勝手の良いコードの設定には試行錯誤が必要です。また、使用頻度の高くない診療行為の準用項目は、暫定的に、商品名の特定保険医療材料と同様、準用元の告示項目のマスターに準用項目名称を追記することでいかがでしょうか。

現場の医薬品算定単位が、マスターの単位と相違することを前回述べました。単位の追記を許して、単位の異なる算定も容認してはいかがでしょうか。

4-5. 診療行為マスターを特徴づける「きざみ算定」

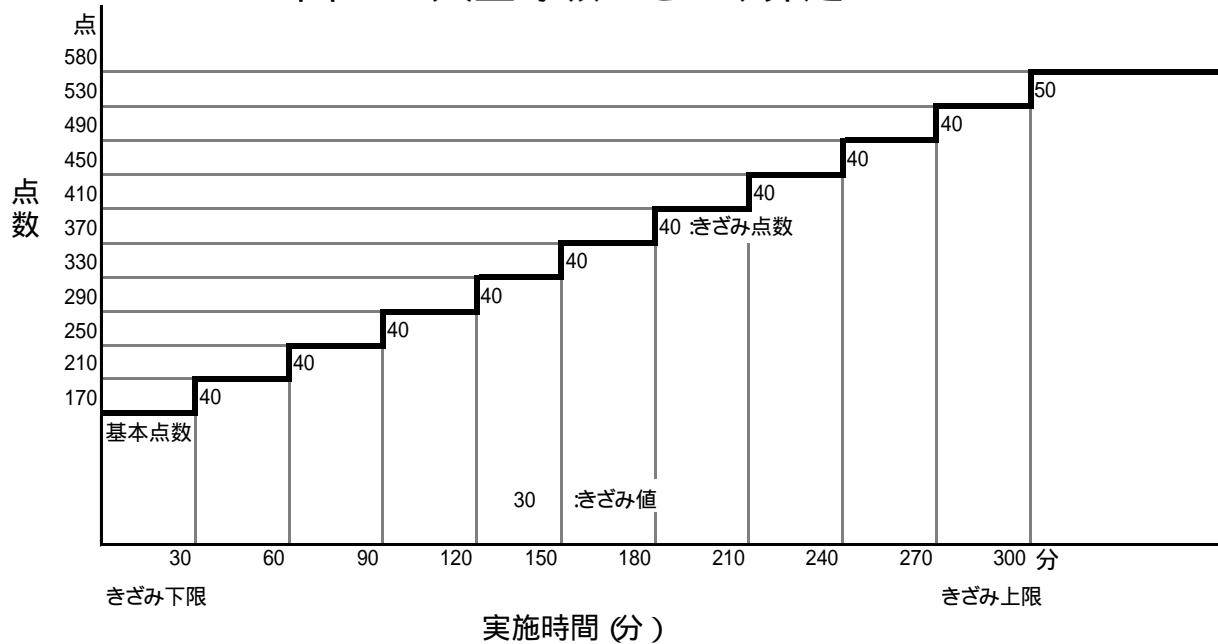
診療行為の点数には、診療所要時間や対象部位の数によって階段状にアップするものが少なくありません。これが診療行為マスターの特徴で、実現手段が多様化する原因でもあります。具体例として「人工呼吸」を挙げて説明します。

点数表には以下のように記載されています。

J045 人工呼吸		
1	30分までの場合	170点
2	30分を超えて5時間までの場合	170点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数
3	5時間を超えた場合(1日につき)	580点

横軸に実施時間、縦軸に点数をとって図示すれば、図4-2のようになります。

図4-2 人工呼吸のきざみ算定



「レセ電算」ではこれを「きざみ算定」によって実行しています。そのマスターコード(14009310)には以下のデータを備えています。

基本点数 170点
 きざみ下限 30分
 きざみ上限 300分
 きざみ値 30分
 きざみ点数 40点

J045の1項または2項は、このコードを選び、実施時間を入力し、プログラムを介して該当点数を算定します。3項は、きざみ点数が50点のためこのプログラムは使えません。580点の単独コードで算定することになります。

なお、平成14年4月の点数改定で、170点は220点に、40点は50点に、580点は745点にそれぞれ改正されましたが、これらの相互関係には変わりはありません。

「医事コン」では表4-1のように、きざみごとの点数コードを設け、それで直接算定するのが一般的です。

この種の「きざみ算定」は177件ありました。それを表4-2に、部ごとの件数と代表例を掲げて示しました。これには、人工呼吸や往診、訪問診療の時間加算のように時間とともにアップするもの、対象部位の数とともにアップする検査点数、指の数に比例する指の手術（これが件数の約半数を占めています）輸血量とともにアップする輸血手技料などがあります。

表4-1 人工呼吸の個別点数

	診療行為名称 (略称)	点数	点数表の項
1	人工呼吸 (30分まで)	170	J045の1項
2	人工呼吸 (30分超 1時間)	210	J045の2項
3	人工呼吸 (1時間超 1時間30分)	250	(同 上)
4	人工呼吸 (1時間30分超 2時間)	290	(同 上)
5	人工呼吸 (2時間超 2時間30分)	330	(同 上)
6	人工呼吸 (2時間30分超 3時間)	370	(同 上)
7	人工呼吸 (3時間超 3時間30分)	410	(同 上)
8	人工呼吸 (3時間30分超 4時間)	450	(同 上)
9	人工呼吸 (4時間超 4時間30分)	490	(同 上)
10	人工呼吸 (4時間30分超 5時間)	530	J045の2項
11	人工呼吸 (5時間超)	580	J045の3項

これは検討段階でも問題になったようです。そのことは、基本マスターの仕様書に「きざみ値計算対象と

表4-2 きざみ算定の列

部 きざみ 算定 項目 数	診療 行為 コー ド	直接 算定 コー ド	見 直 し 名 称	き ざ み 下 限	き ざ み 上 限	き ざ み 値	基 本 点 数	き ざ み 点 数	規 格 名	算定に関する記述(参考)
在宅医療 (9)	114000970		往診(診療時間)加算	90		30	100	100	分	1時間を超えた場合、30分又はその端数を増すごとに100点を加算
検査(27)	160038610		アミ酸定量	1	4	1	500	500	種類	種類につき500点、5種類以上の場合1950点
	160117410		ツングムシ抗体価	1		1	70	70	菌株	各株ごとに算定
	160056110		特異的IgE	1	13	1	150	150	種類	(略)
	160162950		HR測定	1	8	1	250	250	種類	(略)
	160060010		病巣組織免疫組織化学検査	1	3	1	820	820	臓器	(略)
	160060270		免疫抗体加算	1	3	1	300	300	臓器	(略)
	160060410		組織標本精査(他医作製)	1	3	1	200	200	件	1臓器につき(3臓器以上を行った場合は3臓器を 限度に算定)
	160060510		細菌培養(婦人科材料)	1		1	140	140	部位	部位につき
	160069510		ホルター型心電図	30	479	30	90	90	分	30分又はその端数を増すごとに90点、8時間を超え た場合1500点
	160073510		呼吸心拍監視	60	180	60	50	50	分	(略)
	160073650		新生児心拍呼吸監視装置	60	180	60	50	50	分	(略)
	160073750		カレジオスコプ(ハートス コプ)	60	180	60	50	50	分	(略)
	160073850		カレジオタスコプ	60	180	60	50	50	分	(略)
	160073910		経支的血液ガス分圧	60	360	60	100	100	分	(略)
	160159350		血液ガス連続	60	360	60	100	100	分	(略)
	160074610		頭蓋内圧連続	60	240	60	100	100	分	(略)
	160076710		筋電図(四肢につき)	1	6	1	200	200	肢	(略)
160166510		筋電図(脛筋につき)	1		1	200	200	筋	(略)	
画像診断 (27)	170000410		単純造影(イ)写真診断	1	5	1	85	42.5	枚	2枚目から枚目までは50/100の点数で算定し、6枚 目以降は算定しない
	170014870		コンピュータ解像処理加算	1	3	1	400	400	処理	処理につき400点を加算、但し以上の処理を行っ た場合は処理を限度として算定
精神(1)	180017510		精神科看護指導料(2)	180	480	60	160	40	分	30時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又は その端数を増すごとに40点を加算
処置(4)	140009310		人工呼吸	30	300	30	170	40	分	30分まで170点、30分を超えた場合は70点、30分 又はその端数を増すごとに40点を加算、5時間を 超えた場合は80点
	140009550		人工呼吸(経鼻置管式麻酔 装置)	30	300	30	170	40	分	(同上)
	140010210		非閉鎖的心マッサージ	30	1440	30	250	40	分	30分まで250点、30分を超えた場合は250点、30分 又はその端数を増すごとに40点を加算(上限が 24時間設定)
手術(8 9)	150012310		縫合術(指)	1	5	1	5880	5880	指	手術の顔出し1関連、複数指ごとに行つた場合は それぞれの指ごとで算定する
	150286210		自家採血輸血(2回以降)	200		200	650	650	mL	200mLを単位とし200mL又はその端数を増すごと に所定点数を算定
麻酔(9)	150232710		硬膜外麻酔(腰部)	120	1440	30	800	400	分	2時間を超えた場合は所定点数の50/100を加算す る(マスターでは上限を24時間設定)
点滴線 (1)	180014610		血液透析	400		400	110	110	mL	400mL以下の場合110点、これ以降400mL又はその 端数を増すごとに110点を加えて算定

注1 部ごとのきざみ算定項目数を左端の欄の()で示した。合計で177項目存在する。上記はその一部である。

注2 直接算定コードが付された項目を()で示した。全体で14項目存在する。上記はそのすべてをあげた。

注3 算定に関する記述の欄は一部を参考にしたものである。

してコード設定されているものの一部については、きざみ値によらないコードが併せてコード設定されている場合もある。」の記述があることでもわかります。

この、「きざみ値によらないコード」は177件中、14件に設けられていますが、検索キーがなく、個別に探して表4-2の「直接算定コード」の欄に を付け、その全件を例示に含めました。14件で良いかの論議が当然生まれます。「医事コン」と「レセ電算」のギャップを埋めるための当事者の苦勞が滲み出ていますが、最適の方式に集約するには試行錯誤が必要です。少なくとも現在は、「レセ電算」のマスターがそのままでは「医事コン」のマスターにはならないのです。

4-6. 見直しが必要な注加算コード

話題を転じます。点数項目は、基本項目と加算項目に大別されています。両者が不当に組み合わせられないよう、システムとしてはチェック論理の組み込みが当然です。両者の相互関連の定義のひとつが「注加算コード」と「注加算通番」ですが、この構成に問題があるようです。それをファイバースコピー関連の検査の例で示します。

表4-3は、その関連マスターです。D306, D308, D310, D313に属する7つの基本項目と、5つの注加算項目には、同一の「注加算コード」(6017)が付与されており、同一グループであることを示しています。その相互条件が「注加算通番」で定義されています。この通番で、相互関係は図4-3の(1)であることを示しています。

表4-3 ファイバースコピーで例示した現行の注加算コードと改善提案

説明記号	点数表の記載項目	診療行為コード	略称	点数	現行方式		提案方式			
					注加算コード	注加算通番	注加算コード1	注加算コード2	注加算コード3	注加算コードn
1	D306	160093410	食道ファイバースコピー	800	6017	0	601-0			
2	D308	160093810	胃・十二指腸ファイバースコピー	1140	6017	0	600-0	602-0	603-0	
3	D310	160094110	小腸ファイバースコピー	1700	6017	0	602-0			
4	D312	160094610	直腸ファイバースコピー	550	6017	0	602-0			
5	D313	160094710	S状結腸ファイバースコピー	900	6017	0	602-0			
6	D313	160094810	下行結腸及び横行結腸ファイバースコピー	1350	6017	0	602-0			
7	D313	160094910	上行結腸及び盲腸ファイバースコピー	1550	6017	0	602-0			
A	D308注1	160093970	胆管 膵管造影法加算	600	6017	1	600-1			
B	D306注 D308注2 D310注 D312注 D313注	160148070	粘膜点墨法加算	60	6017	2	601-1	602-1		
Ba	Bと同様に適用される準用項	160159270	色素内視鏡法加算	60	6017	2	601-2	602-2		
Bb	D306に限って適用されるBの準用項目	160150970	食道ヨト染色法加算	60	6017	2	601-3			
C	D308注3	160161170	胆管膵管内内視鏡加算	600	6017	3	603-1			

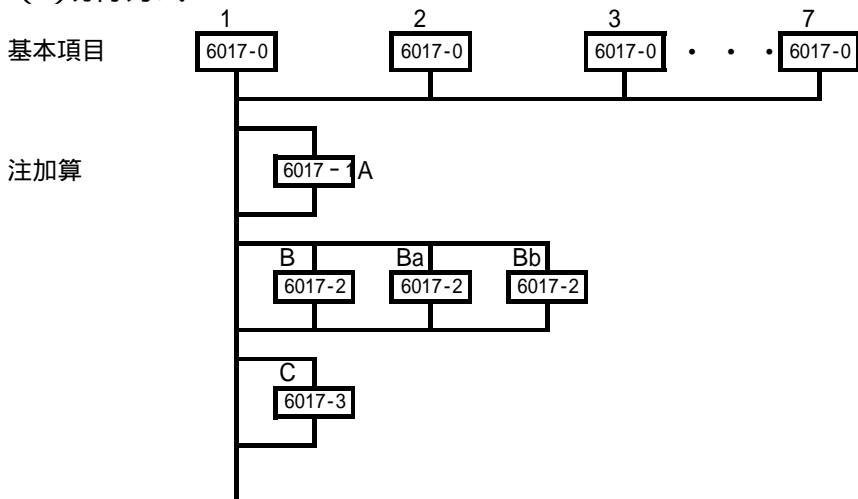
1. 現行の方式では図13の(1)の関連付けが行われる。
2. 正しい関連付けは図13の(2)であり、提案方式はそれを表現するための1案である。

しかし、点数表及び関連通知を読み解くと、相互関係は表4-4にマトリックスで示したように3つのパタンに分類されます。

これを図示すれば、図4-3の(2)となります。基本項目と注加算とが単一の関係でないため、現行の方式では表現できません。この関係を表現する1案が、表4-3の「提案方式」です。

同様の現象は初診料でも見られます。詳細は省きますが、初診料の注加算が「初診料(病院)」にも「初診料(診

(1) 現行方式



(2) 提案方式

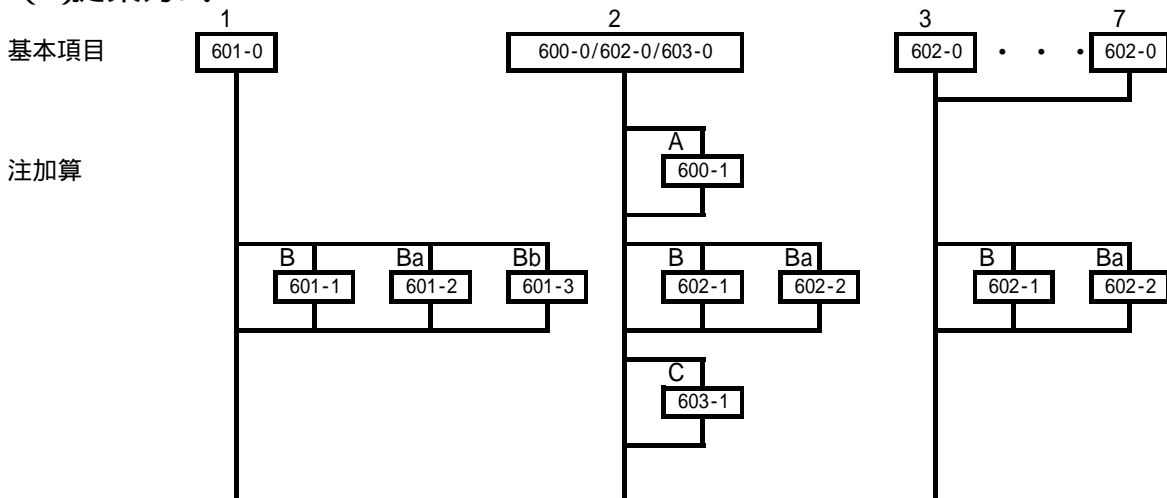


図4-3 現行方式と提案方式の注加算コード比較 (ファイバースコープの例示)

表4-4 ファイバースコープ検査関連の注加算コード

			注加算項目					
			A	B	Ba	Bb	C	
			胆管・膵管 造影法加	粘膜点墨法 加算	色素内視 鏡法加算	食道ヨード 染色法加	胆管膵管内 内視鏡加算	
基本 項目	1	D306	食道ファイバースコープ					
	2	D308	胃・十二指腸ファイバースコープ					
	3	D310	小腸ファイバースコープ					
	4	D312	直腸ファイバースコープ					
	5	D313	S状結腸ファイバースコープ					
	6	D313	下行結腸及び横行結腸ファイバースコープ					
	7	D313	上行結腸及び盲腸ファイバースコープ					

1. 基本項目 1の注加算はBのみで、Ba、Bbがその準用。
2. 基本項目 2の注加算はA、B、Cで、BaはBの準用。
3. 基本項目 3～7の注加算は、Bのみで、Baはその準用。

療所)」にも同一の関係として関連付けられていますが、これでは病院用と診療所に区別された「紹介患者加算」が区別できません。

「注加算コード」は、プログラム論理の基本であり、かつ、条文では分かりにくい点数の相互関係を目視によって確認するためにも期待されています。この件は多分、関係者は認識されているのでしょう。当初の設計では十分であったものが、改正によって不十分になったのかも知れません。対策は容易でなく、しかも、現ユーザーから格別のクレームもないので放置されているのではないかと思います。

点数表の定めに従うのが宿命の「医事コン」が、予想できな改正に仕様が不適合になるのは当然で、その際は知恵を絞って対応します。当該システムでは対応不能となることもあります。その場合は、新規システムを開発して切り換えをお願いします。経費が持ち出しになっても市場確保のため、やむを得ません。

さらに、「レセ電算」の仕様変更はセンタ側の実施で済むものではありません。医療機関側を巻き込んだ大改造なのです。点数表と表裏一体であるべき「レセ電算」が、改正によって「医事コン」以上の混乱をもたらすことは、一般には納得できないことです。

5．記載要領のレベルでは記述できない接続仕様

支払基金の編集で（財）医療保険業務研究協会から発行された140ページの「磁気レセプトの作成の手引き（医科）」が、業務関連の磁気レセプトの接続仕様を示した唯一の文書です。それは「仕様書」ではなく、文字どおり例示を集めた「作成の手引き」です。諸条件の記載漏れも少ないようにみえます。

点数マスターを適宜パターンに分類し、そのパターンごとに仕様を記述するなどの手段を採用して、漏れのない仕様を詳述する必要があると思います。

さらに、磁気レセプトの仕様が、紙レセプトの記載要領のベースで記述されているのが気掛かりです。磁気レセプトの定義のための記述内容は、あいまいさが長所でもある紙レセプトの記述内容と同程度ではない筈です。

わかりやすい電子データ授受仕様の記述方式を確立し、提供をWeb形式で迅速に行うことが必要と思うのです。

6．第三者による評価を

基本マスターを中心に「レセ電算」の諸問題を述べました。おおよそはお分りいただけたでしょうか。相手があつての社会システムですから、技術面だけで左右するものではありませんが、技術面は技術面として問題の整理が必要です。第三者による評価が必要と思います。何をもって「レセ電算」ができあがったと判断されたのか。未完成を承知でやむなく使用に供されたのなら、それはどの部分で、いつまでにどのような対策をとるのか、項目を整理して対策を明らかにする必要があるでしょう。

真面目に対応すれば解決することもあります。医療保険業務自体が歩み寄らねば解決しないこともお分りと思います。問題の本質をご理解願えたでしょうか。

（以下、次号）

（参考文献）

1) 社会保険旬報 NO2122 (02・1・11)「医療保険制度の運営とその将来(座談会)」