

点数表の簡素化による電子レセプト普及策

韓国の成功例に学んで

Method for Popularization of Electronic Medical Insurance Receipts System with Simplification of Fee for Service Table —Studying from Korean Success—

西山 孝之¹ 南 商堯²
Takayuki NISHIYAMA Sanyo NAM

日本のレセプトは、コンピュータで作成されながら、そのほとんどが紙に出力されている。磁気媒体による電子化を目指した“レセプト電算処理システム”(以下、「レセ電算」という)は、関係者の努力にもかかわらず調剤報酬を除いては、未だ普及への弾みがついていない。一方、韓国はレセプトの9割までが電子化を実現している。

韓国は、日本の点数表をもとに医療保険制度を立ち上げており、きわめて近い関係にある。日本のレセプトがなぜ紙を脱しきれないのかの原因を究明し、率直に韓国を見習えば、日本のレセプトの電子化は確実に進展するであろう。

点数表に、基本点数と加算点数があり、その組み合わせで診療単位の所定点数を算定することは、日韓とも同様である。相違するのは所定点数の実現方法である。日本は、基本点数と加算点数にコードを付け、プログラムで計算している。加算の論理が複雑なので、プログラムは不可欠としてきた。

韓国は、コードのアレンジで所定点数コードを定義し、所定点数の算定はコードの選択で済ませている。簡便かつ正確で、しかもこのコードは医療保険のデータとしても活用できる。プログラムを介している日本では、所定点数にはコードがなく、所定点数がデータとして扱えない。

韓国の点数表は、日本の点数表がベースではあるが、コンピュータ処理の仕様書のように再構成している。さらに、改正時には予め処理側と事前打ち合わせが行われる。関係者が協力一致して電子レセプトを実現し、それを維持している。

日本の点数表は手書き時代のままである。しかも、改正時に出現する内容は、システム提供者には予測できない。このような環境では、出力結果を規定通りにすることでよい紙レセプトがまだしも無難である。電子レセプトとするには、コードだけでなく、算定や表現の細部までを規定に合わせる必要がある。二の足を踏むのも当然である。

¹ 柳韓大学保健医療福祉研究所日本事務所
〒245-0016 横浜市泉区和泉町 6234-11
² 柳韓大学医務行政科
韓国京畿道富川市素砂区槐安洞 185-3
E-mail: yuhan@tbb.t-com.ne.jp

¹ Yuhan College, Institute of Health & Welfare, Japan Branch
6234-11 Izumicho, Izumi-ku, Yokohama 245-0016, Japan
² Yuhan College Department of Health Services Administration
185-34 Goean-Dong, Sosa-ku, Buchon City, Gyongi-Do,
Korea

韓国は、医療保険の仕組み全体で電子レセプトを支えている。日本でもレセプトが紙のままではよいはずがなく、電子化は必須である。韓国の実情とその点数表を紹介し、日本の対応策を提案する。

(キーワード：韓国，電子レセプト，レセプト電算処理システム)

In Korea, 90% of medical insurance receipts are digital data. To realize digital data, 27,000 treatment item codes are decided. Reasons of realize treatment item codes is depend on simplification of fee for service table.

In Japan, almost medical insurance receipts are yet paper style. Receipts are calculated every time with computer. Fee for service table is very complicate. Computer is used to calculate fee for service price in each hospital. There are no treatment item codes. Computer used only to calculate fee for service price.

To realize electronic data interchange system (EDI) in Japan, it is necessary to simplify fee for service price table.

(Keywords: Korea, simplification, electronic receipt, EDI, fee for service table)

1 緒 論

2001 年末に発表された“医療保健分野の情報化にむけてのグランドデザイン”における「レセ電算」の普及目標は、“平成 16 年度までに全国病院の 5 割以上に普及¹⁾”となっている。しかし、現実には図 1 のような状態である。遅れて始まった調剤報酬は普及に加速が付いているが、医科診療報酬は 1991 年に制度化されながら、医療機関ベースで 2%、レセプトベースで 4% に過ぎない(歯科診療報酬は未着手状態)。

図 1 には韓国の電子レセプトの状態も併せて示した。両国の差は普及率だけではない。医療保険は本来が、請求 審査 支払いの実務と、その結果を集約して次期の改正につなぐ社会システムで、それを複数の組織が分担している。まさに EDI (Electronic Data Interchange System) の適用分野である。韓国は EDI としての電子レセプトであるが、日本の電子化は、未だ医療機関と審査機関の間だけのものである。

EDI では取扱対象のコード定義が必要である。日本でも傷病名、医薬品、材料などのコードは整備されつつある。診療行為もコードが整備されているが、それは点数要素のコードであり、取扱対象である所定点数のコードではない。所定点数は

これらのコードからプログラムを介して算定している。このままで EDI に展開しても、所定点数のプログラム算定は常につきまとい、とうてい実用的なシステム化は見込めない。

所定点数にコードを設定すれば、プログラム処理は不要となり、EDI 実現が展望できる。

2 電子レセプトが効果を発揮している韓国

1) 電子レセプトの導入効果²⁾

韓国で EDI による電子レセプトが普及したのは、次のようなメリットを医療機関に還元できた結果といわれている。

医療機関への入金期日は 40 日から 15 日に短縮したこと。

入院診療の請求は週単位でも可能となり、早く請求すればそれだけ入金も早くなる。併せて業務の平準化が実現できたこと。

医療機関への審査結果も EDI でその明細が返送され、業務全体が透明になったこと。診療所に限ってであるが、正当な請求が評価された場合は、2 年間は審査を免除する制度が導入されたこと。

日本の電子レセプトには、少なくとも現状では、このようなメリットは還元されていない。

審査に関しても、日本とは様子が異なるようで

ある。レセプトの審査は、医療評価の観点から総合的に実施されている。そのための独立機関として、健康保険審査評価院が2000年に設立され、本部と7支部で800名の看護師経験者が審査に当たっている。それを30名の常勤医師と、30部門に分かれた専門委員会の600人の医師がサポートしている。審査は画面中心であるが、医療機関は積極的に画像情報等をCDで添付して、実施した

医療行為の必要性を強調する。審査側から各種データの提出を求めることもある。

審査は、データを活用した各種の手法を開発して効果的に行われている。ときには医療機関への訪問審査も行われる。

算定基準は、随時ホームページに掲載される。その内容は相当に細かい。関係者はホームページに留意しているが、専門ベンダーがこれをタイムリーにバージョンアップして、医療機関や審査機関にチェックプログラムを提供している。

全国統計はほぼリアルタイムに集計され、根拠のある合理的な施策に迅速に適用されているようである。

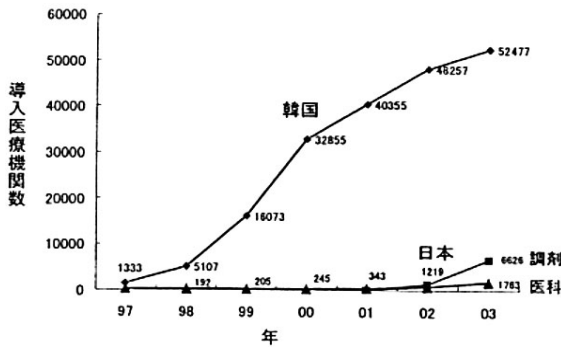


図1 日韓の電子レセプトの普及状況

2) 韓国の点数表³⁾

表1は、韓国点数表の冒頭の初診料部分である。医療機関種別ごとの初診料に5桁のコードがあり、注には加算点数と共に、算定した場合に追加するコードが3桁で示されている。点数表全体がこのような構成になっている。

表1 韓国の点数表

分類番号	コード	分類	点数	金額(ウオン)
ア-1		外来患者診察料		
		ア.初診料		
		注1 満6歳未満の小児に対しては9.03点を加算する。但し、医科医院、医療院内の医科の場合には満1歳未満の小児については27.09点を、満1歳以上満3歳未満の小児については18.06点をそれぞれ加算する。(算定コードのはじめの桁に満6歳未満は6、満1歳未満は1、満1歳以上満3歳未満は7を記載する。)		
		注2 歯科で障害者登録証を交付された脳性麻痺または精神障害人に対しては9.03点を加算する。(算定コードの100の桁に9を記載する。)		
		注3 平日20時(土曜は15時)から翌日9時まで、または公休日に関する規定による公休日には診察料の中の基本診察料(初診)の所定点数の30%を加算する。(算定コード10の桁に夜間は1、公休日は5を記載する。)		
	AA154	(1) 医科医院、医療院内の医科	179.63	10,220
	AA155	(2) 医科病院、療養病院内の医科	203.97	11,610
	AA156	(3) 総合病院、総合専門療養機関に設置された場合を除いた歯科大学付属歯科病院	227.44	12,940
	AA157	(4) 総合専門療養機関、総合専門療養機関に設置された歯科大学付属歯科病院	250.90	14,280
	AA100	(5) 歯科医院、医療院内の歯科	166.06	9,450
	AA109	(6) 歯科病院	178.70	10,170
	10100	(7) 漢方医院、漢方病院、医療院内の漢方と、国立病院内の漢方診療部、療養病院内の漢方診療部	151.62	8,630

韓国健康保険療養給与費用2004年1月版より

さらに、点数欄と金額欄があることに注目したい。点数はRBRVS (Resource Based Relative Value Scale：相対価値点数)の観点から継続的に取扱うものとして定められ、金額は毎年、折衝によって点数あたりの金額が決められる。その額は、2002年は1点あたり53.8ウオンであり、2003年には55.4ウオンとなり、2004年には再び53.8ウオンとなっている。改正幅は明確で、しかも、システム改造が点数テーブルの交換で対応できる効果も大きい。点数も、相対価値評価が改まった場合には改正されるが、その件数は限られている。

部	加算コード	加算内容	部	加算コード	加算内容
初再診	予備 夜間、公休日、処方箋受領 年齢区分(3)	脳波検査	予備 デジタル検査 満6歳未満	予備 専門医判読、外部判読依頼 血管撮影種別(7) 満6歳未満	予備 時間(2) 年齢区分(3)、麻酔種別(5)
管理料	予備 夜間、公休日 予備	麻酔	予備 時間(2) 年齢区分(3)、麻酔種別(5)	処置手術	予備
検体検査	予備 夜間、公休日 予備 核医学法、外部判読依頼	検査	予備 製剤料 予備 満6歳未満	生体検査	予備 内視鏡下生検 満6歳未満

図2 加算を3桁コードで表現した韓国の所定点数コード

3) ホームページから提供される所定点数コード
 点数表の定めによって、加算がない場合は5桁、加算がある場合は3桁を加えて8桁とした所定点数コードが、健康保険審査評価院のホームページ⁴⁾から提供される。表2に紹介するのは初診料の一部である。

加算が3桁コードで表現できるのは、同時に算定できる加算を、3ステップ以下に制限した結果である。3桁の内容は点数表の部ごとに(一部はさらに細かく)決められている。それを図2に示す。

初診料以外の所定点数コードについても、その一部を紹介する。人工呼吸料や分娩監視料などは、日本と同様に階段状に点数がアップするが、その点数ごとに所定点数コードがある。因みに日本の電子レセプトは、時間関数のプログラムで算定しなければならない。

画像診断料は、撮影部位ごとの撮影枚数が1~5枚ごとに、診断料、撮影料を加えた所定点数コードが定義されている。それがさらに満8歳未満、専門医の判読の場合などごとに、所定点数コードがある。日本では診断料、撮影料、各種の加算をそれぞれコードとして、プログラムで所定点数を計算している。

手術料は、手術の部位ごと、およびそれに第2手術、さらに再手術を行った場合に区別して、所定点数コードを設けている。

表2 韓国で請求に用いられる所定点数コード

	コード	名称	算定名称	点数	金額
1	AA154	初診料-医科医院、医療院内医科		179.63	9950
2	AA154010	初診料-医科医院、医療院内医科	夜間	225.12	12470
3	AA154050	初診料-医科医院、医療院内医科	公休日	225.12	12470
4	AA154100	初診料-医科医院、医療院内医科	満1才未満	206.72	11450
5	AA154110	初診料-医科医院、医療院内医科	満1才未満夜間	252.21	13970
6	AA154150	初診料-医科医院、医療院内医科	満1才未満公休日	252.21	13970
7	AA154600	初診料-医科医院、医療院内医科	満6才未満	188.66	10450
8	AA154610	初診料-医科医院、医療院内医科	満6才未満夜間	234.15	12970
9	AA154650	初診料-医科医院、医療院内医科	満6才未満公休日	234.15	12970
10	AA154700	初診料-医科医院、医療院内医科	満1歳以上満6才未満	197.69	10950
11	AA154710	初診料-医科医院、医療院内医科	満1歳以上満6才未満夜間	243.18	13470
11	AA154710	初診料-医科医院、医療院内医科	満1歳以上満6才未満公休日	243.18	13470

健康保険審査評価院ホームページ2004/1より

図3 プログラムで算定される日本の初診料(診療所)

基本項目	注1	注2	注3	注4	所定点数 コード	所定点数
1					111003610	270
2				紹介患者111003770(50)	なし	320
3					なし	342
4		乳幼児加算 111000370 (72)		紹介患者111003770(50)	なし	392
5			育児栄養指導 111000470(130)		なし	472
6				紹介患者111003770(50)	なし	522
7					なし	355
8	時間外加算 1100570 (65)			紹介患者111003770(50)	なし	405
9		乳幼児時間外等加算 111011470 (102)			なし	457
10			育児栄養指導 111000470(130)		なし	507
11				紹介患者111003770(50)	なし	587
12				紹介患者111003770(50)	なし	637
13					なし	520
14				紹介患者111003770(50)	なし	570
15	休日加算 111670 (250)				なし	622
16		乳幼児時間外等加算 111011470 (102)		紹介患者111003770(50)	なし	672
17			育児栄養指導 111000470(130)		なし	752
18				紹介患者111003770(50)	なし	902
19					なし	750
20				紹介患者111003770(50)	なし	800
21	深夜加算 111000770 (480)				なし	852
22		乳幼児時間外等加算 111011470 (102)		紹介患者111003770(50)	なし	902
23			育児栄養指導 111000470(130)		なし	982
24				紹介患者111003770(50)	なし	1032
25					なし	500
26				紹介患者111003770(50)	なし	550
27	時間外特例加算 111000870 (230)				なし	602
28		乳幼児時間外等加算 111011470 (102)		紹介患者111003770(50)	なし	652
29			育児栄養指導 111000470(130)		なし	732
30				紹介患者111003770(50)	なし	782

図3 プログラムで算定している日本の初診料(診療所)

図4 診療行為項目の

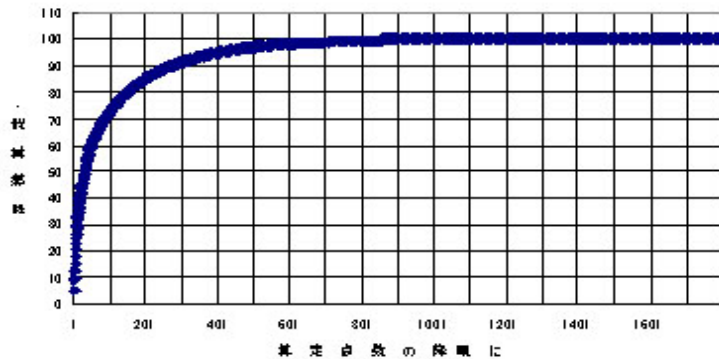


図4 診療行為項目の算定点数の累積曲線

3 日本のコンピュータは点数算定用

1) プログラム算定の例

図3は、日本における所定点数の算定例を、比較的分かりやすい初診料(診療所)で示したものである。診療所の初診料は1つの基本点数に4ス

テップの注加算の有無が組み合わせられる。9桁コードは「レセ電算」のコード^{5,6)}であるが、このコードがプログラムで組み合わせられて30件の所定点数を算定している。

注目したいのは加算のない場合の最上段を除き、所定点数にはコードも名称も存在しないこと

表 3 日韓の診療報酬点数項目数

	韓国		日本	
	点数表掲載 (算定要素)	基本点数 4,400	点数表にコード 掲載 48	4,900
	加算点数 4,448	計 4,448	5,484	
医療保険のメニュー (所定点数)	加算なし点数 4,400	点数表 掲載コードを 展開 300,000	4,900	プログラム算定な ので「加算あり」 はコードがない (件数は推定値)
	加算あり点数 23,000		300,000	
	計 27,400		300,000	

表 4 点数表簡素化の提案

①簡素化の目標	所定点数コードの実現
②実現を目指す 効果	(1)すべての所定点数をコードで公開し、点数算定の疑義の発生を皆無とする。併せて所定点数のプログラム算定を不要とする。 (2)所定点数の信頼性が増大し、本来の請求・審査・支払いに専念できる環境を実現する。 (3)所定点数を医療保険の単位データと定め、医療保険の計数管理を可能とする。 (4)統計処理は、所定点数コードによって、正確かつ迅速に集計できる。
③コード件数	管理可能な範囲に限定する。(改正時に所定点数コード公開が可能な範囲に限定する。3万件程度か?)
④実現する所定点 数コード形式	基本点数部分(5桁)+加算点数部分(3桁)
⑤同時算定可能な 加算ステップ	3ステップまで
⑥3ステップを超 える加算の扱い	(1)独立した別の基本点数として扱う。 (2)基本点数に包括する。

である。コンピュータで点数は計算するが、結果がデータとして扱えない。初診料には見られないが、一般の加算は「点数」と「率」との組み合わせである。加算順序を誤ると所定点数は誤りとなる。後述する厚生労働省の「社会医療診療行為調査報告」⁷⁾は、レセプトに書かれた所定点数を基本点数と加算点数に分解して作成されている。2年以上かかるのも分かる気がするが、レセプトが電子化しても、いまのままでは所定点数の分解は依然として必要である。日本では医療保険の計量単位が決まっていないようである。

2) 日韓の項目数の比較

表 3^{4,6)}は、項目数を日韓で比較したものである。韓国の点数表に記載された項目数は、4,448 件であり、そのうち 4,400 件が基本点数で、48 件が加算点数である。基本点数に加算点数を組み合わせた所定点数は、27,400 件であり、そのすべてに表 2 に示したようなコードが設定されている。

日本の点数表には分類コードはあるが、項目を区分するコードはない。システム提供者が点数表を解釈しながら、プログラム用にコードを設定している。したがって件数も分類も提供者ごとに異なっていたが、最近では「レセ電算」用のコードが、紙レセプトにも採用されつつある。

その総数は点数改正のつど変動するが、平成 15 年は 5,484 件で、そのうち基本点数は 4,900 件、加算点数が 584 件であった。日韓で基本点数には大差はないが、加算点数には 10 倍以上の開きがある。

所定点数の総数は、医療保険のメニューとして管理されるべきものであるが、日本ではコンピュータに依存しているので無関心である。所定点数の総数は加算項目に比例するものとし、加算項目が韓国の約 10 倍なので、所定点数も韓国の約 10 倍の 30 万件と推定した。

3) 厚生労働省の統計に見る算定の実態

項目ごとの算定頻度は、厚生労働省の「社会医療診療行為調査報告」で知ることができる。この統計は毎年 6 月査定分のうち、約 30 万件のサンプル・レセプトを分析して、母集団のレセプトの状況を 2 年がかりで推計したものである。各種の分類ごとに多くの統計が報告されているが、ここでは全医療機関対象の統計を報告する。

この統計は、サンプル・レセプトに記載された所定点数を再度、基本点数と加算点数に展開して集計されている。基本点数と加算点数の合計は、コードベースでは表 3 に示したように 5,484 件であるが、この統計は点数表上の別項目も一括して扱われている。そのため統計上の項目数は 1,800 項目しか存在しない。

図 4 は、1,800 項目を対象レセプト全体の算定点数の大きいものから降順に並べて、累積点数を描いたものである。第 1 位は全体の 5.3% を占める再診料で、第 2 位は初診料である。40% までを 20 項目が占め、90% までを 300 項目が占め、98% までを 600 項目が占め、末尾の 300 項目には算定点数は存在しない。点数の累積曲線は極端な飽和状

態を呈している。図4の横軸を5,000項目にまで展開しても、飽和曲線の形態が変化するものでもない。算定点数の大部分が、一部の項目で占められる寡占状態を示している。

4 提案：点数表の簡素化

図4の算定実態からも、所定点数の項目数を管理可能な範囲とし、請求・審査業務だけでなく、医療保険全体の効率的な運用を図ることが重要と考え、表4の点数表簡素化を提案する。

簡素化の目標

従来から、点数表の簡素化は改善のテーマであったが、その目標が明確でなく、コンピュータ処理にとってはかえって複雑化するものもあった。提案は、簡素化の目標を具体的に「所定点数コードの実現」と明確に設定する。

実現を目指す効果

現状のプログラム算定をコード選択方式とすることにより、簡便で正確な処理を実現する。その結果、本来の請求・審査・支払い業務に専念できる環境を実現する。併せて、従来は明確でなかった医療保険の単位を所定点数と定め、それにコードを付けて計数管理を可能とする。それにより、現在は2年以上を要している「社会医療診療行為調査報告」も、正確かつ迅速に集計可能とする。

コード件数

改正時に解釈が必要な算定規則しか公示できない現状を、所定点数とそのコードによる公開に改める。件数はそれが可能な規模に限定する必要がある。それは韓国の例からも、3万件程度と思われる。

実現する所定点数コード形式

韓国方式の基本点数部分5桁、加算部分3桁の計8桁とする。全項目数は3万件程度であっても、全国統計は5桁部分で集計すれば、約5,000件の基本点数によって、その全貌が把握可能となる。

同時算定可能な加算項目

韓国の方式を提案したい。これを実現するには同時算定できる加算を3ステップに限定する必要がある。

3 ステップを超える加算の扱い

提案は単純な廃止ではない。3ステップを超える加算を、(1)独立した基本項目として扱うのである。または、(2)基本点数に包括する、のいずれかである。

日本の初診料(診療所)の算定手順は図3に示したように、同時に算定できる加算は4ステップ存在する。このうち4ステップ目の「紹介患者加算」を独立した基本点数として扱うことで表2に示した韓国の所定点数コードと同様のコードが設定できることは容易に理解されよう。

しかし、初診料のように簡単なものは少ない。手術の部の加算は、新生児、乳幼児の年齢加算、時間外、休日、深夜などの時間帯加算、自動吻合器使用加算、自動縫合器使用加算、脊髄誘発電位測定加算、超音波凝固切開装置使用加算、HIV抗体陽性患者観血的手術加算、レーザー照射加算……と多彩である。

このうちから加算としての3ステップを選択し、残りを独立した基本点数として扱うか、基本点数に包括するかを選択する必要がある。簡素化の目標と効果を共通認識に置いて、点数表担当部門、処理システム担当部門、それに学識経験者も参画し、検討されることを期待する。

5 考 察

当初の点数表は現在のように複雑ではなかったはずである。それが改正のつど複雑化してきた。複雑化は社会のすべての業務に共通の現象であるが、通常の業務では実施現場からの反応や、市場原理によって見直しが行われる。一般にはそれがコンピュータ導入を期して行われる。

医療保険業務が特異なのは、現場からの反応がないことであろう。医療界の特性のうえに、これが「審査を伴う請求業務」であるためであろう。

コンピュータの導入は、点数表を絶対条件として業界が対応してきた。点数表側に改善を求めると、考えられない環境でのコンピュータ処理である。残念ながらそれが、「レセ電算」にも引き継がれた。点数表にどのような算定論理が加わって

もプログラムはともかく対応してきた。点数表は政策面の遂行の面だけで、処理とは無関係に改正されてきた。

医療の複雑化に伴って各種の加算点数が設けられてきた。単なる項目の追加なら対応も簡単であるが、レセプトには加算点数を加えた所定点数を記載する規定である。論理は複雑化し、プログラムは当然ながら個別化する。それでも紙レセプトなら処理過程が任意で出力段階で規定に合致させればよかった。

「レセ電算」では、審査側で再計算が行われる。医療機関からのレセプトデータは審査側での計算論理ともマッチさせる条件が加わり、請求側の制約は増大する。これが「レセ電算」不振の一因であろう。

審査側は、「レセ電算」によって、従来は手計算であった点数チェックがコンピュータ処理となったメリットは得るであろう。しかしそれだけでは効果は少ない。さらに一歩進めて、コードを最終結果の所定点数コードで受け取れば計算そのものが不要となる。請求側のシステムも簡素化する。画期的な改革であるが、現状の点数表では不可能である。

医療保険業務の混迷は、点数表の解釈の複雑さに起因している。予め解釈してすべての所定点数とコードを公開すれば、現場は点数算定に煩わされることなく、実施した医療に対する適用だけに注意が集中できるが、推定 30 万件では不可能である。ネックは点数表にある。

6 結 論

日韓の電子レセプトの明暗を分けている原因が、コードの付与方法とプログラムの要否にあることが分かった。韓国は、日本からの点数表を簡

素化し、コードのアレンジで所定点数コードを実現し、そのコードの選択で点数を算定している。コードさえ統一すれば電子レセプトが実現できる。さらに、そのメリットの還元が積極的に推進されている。

日本は点数のコンポーネントの基本点数、加算点数にコードをつけ、プログラムで点数を計算してきた。それを当然と考え、困難な道を歩んでいたが、韓国はコードのアレンジという妙手を採用して成功している。レセプトの電子化は必須である。韓国を学ぶことは電子レセプト実現の最適で最短の手段である。韓国の実態をさらに調査し、具体的な検討が進むことを期待したい。

謝 辞：

韓国のシステム調査に際して、懇切な説明を賜った韓国の健康保険審査評価院、国民健康保険公団、韓国通信の各位に対して、また、有効な助言を賜った東京大学大江教授に感謝を申し上げる。

参 考 文 献

- 1) 保健医療情報システム検討会。医療保健分野の情報化にむけてのグランドデザイン。別添 2。
- 2) 西山孝之。電子レセプトが普及した韓国の医療保険。健康保険 2003.3～5。
- 3) 健康保険審査評価院。韓国健康保険療養給与費用(2003 年 1 月版)。
- 4) 韓国の健康保険審査評価院のホームページ。http://www.hira.or.kr/
- 5) 社会保険診療報酬支払基金。レセプト電算処理システムマスターファイル仕様説明書。
- 6) 厚生労働省ホームページ。http://202.214.127.149/guest/plsql/IndexP
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課。社会医療行為別調査(平成 13 年)。