

「電子点数表」の試作

—医科診療報酬点数表の請求項目(約4万件)のデータコード付与を実現—

柳韓大学保健医療福祉研究所 日本事務所 所長 客員教授 西山 孝之
広島大学大学院教授(公衆衛生学研究) 烏帽子田 彰

1. はじめに

オンラインレセプトは、医療分野のIT化の最優先課題と位置づけられ、2011年の完全実施を目指している。2008年8月末現在のオンライン化率は10.8%で、電子媒体を含めた全電子レセプトはレセプト全体の48.9%に達しているとのことである。

しかしながら、電子レセプトの中身は紙レセプトと同様の設計のままである。それは次項に述べる歴史的経緯に由来するが、請求項目に対応したコード(以下、「データコード」という。)が存在しないために、オンラインレセプトは本来のIT化のメリットが発揮できる状態にはなっていない。正確には別項の図3に示すように、加算を伴わない場合にはデータコードが存在するが、一部の項目にしかデータコードが存在しないシステムでは正常なデータ処理は実行できない。

全請求項目に逐一データコードを付与することが合目的な方式・方法であるが、日本の点数表が複雑であるためにそれは困難な作業であるとして、紙レセプトの時代から請求点数はプログラムで計算する方式が採用されてきた。この方式を採る限り、点数改正のつどのプログラム改造費の出費も避けられない。その費用は厚生労働省保険局の「平成18年度医療のIT化に係るコスト報告書」

(<http://www.mhlw.go.jp/singi/2007/6/s0908-8html>)では、病院あたり200万円と報告されている。全国規模なら、病院だけでもおよそ200億円である。

この状態を改善するには、点数表のすべての計算を予め実行し、その結果にデータコードを付与した電子点数表を作る必要がある。本稿は、困難とされてきたその作業を行い、約4万件の請求項目にデータコードを付与した電子点数表(案)の試作を行ったので、その結果を報告する。

2. 日本のレセプトのコンピュータ処理の経緯

電子点数表(案)の説明のまえに、日本のレセプトのコンピュータ処理の経緯を述べる。

表1は日本のレセプトのコンピュータ処理の経過と、電子点数表による将来のシステムイメージを表現したものである。

日本の医療保険制度の整備は、コンピュータの実用化・普及期を迎える以前のことであった。レセプトは紙(手書き)であり、点数改正ごとの変更も手書きにより支障なく処理されてきた。

実用期を迎え、医療費請求分野に進出したコンピュータにとって、複雑でしかも短期間に改正される点数表の内容から電子点数表を作成することは困難であり、結果的に採用した方式は、技術者にとって手慣れたプログラムによる点数計算方式であった。さらに当時のコンピュータの主目的がレセプト作成であり、データ処理は二の次と考えていたので、ここで問題としているプログラム処理方式を採用したための問題は、意識されることはなかった。

厚生省(当時)が「レセプト電算処理システム(以下、「レセ電算」という。)」の構想を発表したのは1983年のことである。当時の社会は、レセプトが紙から電子媒体に変わることを警戒した。そのため、このシステムは特定の地

域または特定の医療機関に限定して、紙に記載していた情報を電子媒体に置き換える形で行われ、審査は紙に再度印字して行う方式とされた。2001年には適用医療機関の制約は撤廃された。レセプトをコンピュータ画面に表示するシステムも作られた。また、電子媒体に記録するコードは、「診療行為マスター」として薬剤コードや傷病名コードとともに、厚生労働省のホームページ(<http://202.214.127.148/>)から公表された。しかしながら、レセプトのイメージは従来の紙のままである。

「診療行為マスター」の構想は1983年の「レセ電算」の設計当初のものである。当時は点数表の条文を忠実に再現することに重点を置き、が置かれた。すなわち、条文で書かれた内容から簡単に請求点数が得られるものも、条文の記述通りの表現をプログラムで表現している。そのため処理は複雑になり、しかも請求点数にコードが付与できないという現象を生じている。これは別項で、エックス線撮影・診断料や人工呼吸の例で詳述する。

「診療行為マスター」のコードと、今回試作した電子点数表(案)のデータコードとの差を表1に示した。前者は点数要素に付与したプログラム用のコードで、その件数は約5300件である。後者は日本の医療保険が提供するすべての項目の請求点数を計算し、それに付与したデータコードで、その件数はこの電子点数表(案)によって約4万件と判明したもので、データ処理システムの設計では当然準備すべきデータコードを、遅ればせながらその原案として示したものである。

レセプトがオンライン化された後のデータ処理に関する論議はまだ十分ではないが、電子点数表(案)は表1の将来システムを実現するために必須のものとして提案する。

表1 日本におけるレセプトのコンピュータ処理の経過と将来システム構想

開始時期	1970年代	1983年	2008年	?年
処理形体	紙レセプトのコンピュータ処理(自由市場)	レセプト電算処理システム(国のシステム)		あるべきシステム*3)
レセプト媒体	紙	電子媒体	オンライン	
診療行為コード	提供	—	診療行為マスター(厚生労働省ホームページ)*1)	電子点数表*2)
	目的	—	×点数計算用	○請求及びデータ処理用
	統一	—	△伝送データとして統一	○データとして統一
	概数	5,300件(基本点数、加算点数、加算率などの計算要素)	—	40,000件(請求点数)
点数算定方法	×プログラムによる計算			○コード選択
点数改正作業	×プログラム改造(病院あたりの経費が200万円との報告がある。)			○電子点数表の更改
データ処理	×医療機関以外では再入力が必要	△審査機関や保険者でも部分的に可能		○制限なし(データウェアハウスの実現も可能)

*1) 診療行為マスターは厚生労働省のホームページ(<http://202.214.127.148/>)から提供されているが、そこには「厚生労働省は利用者が当ホームページの情報を用いて行う一切の行為について、何ら責任を負うものではない」旨の免責事項が書かれている。このマスターがプログラムコードなので構造が複雑なためと思われるが、実際の責任はこれを採用してシステムを提供する企業が負っているのも、国のシステムとしては正常な姿ではない。

*2) 電子点数表はデータコードなので件数が多いが構造は簡単である。条文の点数表と表裏一体の形で責任を持って提供されなければならない。電子診療報酬点数表(案)ならそれが十分可能である。

*3) 電子点数表が実現すれば、韓国がEDI(Electronic Data Interchange)導入の際に実施したように、標準請求プログラムの提供によって移行を円滑に実施することも可能だろう。

3. 「診療報酬点数表電子化に関する検討会」の結果を反面教師に

標記の検討会は、2005年に厚生労働省によって開催されたものである。その経緯は開原の論文¹⁾や平良の論文²⁾にも記述されており、その結果は、厚生労働省のホームページ

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/tp0330-1a.html>)に掲載されているが、プログラム作成の際に必要な点数表の計算論理を13種のテーブルで表現したものである。13種のうちの4種の表は未だ空白であり、この検討会の成果は、まだ実用化には至っていない。

平良は、現在の点数表に存在する統一的な原則の欠如を詳細に報告しているが、検討会の結論はテーブルによってもそれを表現することが容易でないことを示している。プログラムによって点数計算を行う場合、点数表に明確な計算論理を求めるのは当然であるが、現実の点数表は長年に亘って手書きを対象に改正されてきた経緯もあり、その期待に応えられる状態にはないことを、上述の検討会の結果は示している。

この現実のもとでデータコードを整備するには、たとえ計算論理に統一的な原則が欠如していても、それを個別に Excel で表現して請求点数を算定し、その結果にデータコードを付与し、その結果から点数表を俯瞰することによって、統一化に向けての整備を行う方が現実的な手法と思われる。そのような観点から電子点数表（案）の作成に取り組んだ。

4. 電子点数表(案)の概要

(1) 件数は約4万項目

電子点数表(案)は、2008年3月に公表された改正医科点数表と、「レセ電算」用の「診療行為マスター」を参考にして作成した。すでに述べたように、「診療行為マスター」には基本点数、加算点数、加算率などの点数要素が約5,300件記載されている。それをExcelに展開することによって、約4万件の請求点数とデータコードを作成した。作成に際しては正直なところ不明な点も残っており、約4万件とした項目数はなお流動的である。しかし、Excelでの表現は分かりやすい。この分野の専門家によってプロジェクトチームを編成し、これを見直せば、信頼性の高い実用的な電子点数表の実現は、十分可能と見込まれる。

すべての電子点数表(案)は400ページを超える量なので、その全体は西山のホームページ <http://yuhan.jp/> に掲載し、本稿ではその概要を説明する。

表2は電子点数表(案)及びそのベースとなった「診療行為マスター」の項目数を、点数表の部ごとに示したものである。

(2) 5つに区分した項目の特性

点数表が一般商品の価格表などと相違する最大の点は、多様な加算が存在することにある。その加算は大別すると、(1)医学的な意味の加算、(2)患者の属性または医療の実施環境による加算(減算の場合を含む)、に2区分される。しかし、この区分が必ずしも明確でない場合もある。電子点数表(案)の項目は、これらの加算の扱いを中心に、①～⑤に区分して構成した。その内容を以下に述べる。

①「基本項目」

加算点数が存在しない請求項目と、上記の(1)の医学的な注加算が加算される場合を含めて「基本項目」とした。実際の請求に供されるのはこの「基本項目」が大部分を占めている。

②「加算付き項目」

①の「基本項目」に、上記の(2)の加算点数を加算した請求点数を「加算付き項目」とした。この加算には、年齢加算や時間外加算、同一項目を同一月に2回以上算定した場合に90%の点数で算定する場合の減算、さらに第2手術として50%の点数で算定する場合の減算などがこれに相当する。さらに、これらの加算が重複する場合も存在するので、件数は非常に多く、全項目数のうちの84%が、この「加算付き項目」であった。しかし、この「加算付き項目」が算定される頻度は高いものではない。

③「単独加算項目」

電子点数表の基本原則は、加算点数を加算した結果の請求点数によって扱うことであるが、この原則を徹底すると、却って扱いにくくなることが懸念される。それは、点数表上では加算項目として規定されている点数でも、

請求が単独で行われる場合もある。統計を単独項目として扱いたい場合もある。さらに、加算項目の対象である被加算項目が多数に亘る場合、「加算付き項目」として扱うのは却って煩雑な場合もある。

これらの加算項目は例外的に「単独加算項目」として扱うこととした。その実例を表3に示すが、その決定には実務者の意見を聴取することが重要であろう。

表2 電子点数表(案)の項目数
(項目数は今後の検討で変動することが予想される。)

	電子点数表(案)						診療行為マスター		
	計	基本項目	加算付き項目	単独加算項目	計算請求項目	まるめ差額	計	基本項目	加算項目
		①	②	③	④	⑤			
初診再診	156	23	131	2	0	0	52	12	40
入院	917	895	0	12	10	0	449	376	73
医学管理	135	116	16	3	0	0	119	91	28
在宅	236	216	0	18	2	0	132	86	46
検査	3,295	971	2,285	22	1	16	1,280	1,216	64
画像	774	296	468	10	0	0	152	117	35
投薬	25	15	6	4	0	0	20	11	9
注射	57	43	7	7	0	0	51	36	15
リハビリ	28	28	0	0	0	0	20	18	2
精神	67	67	0	0	0	0	73	59	14
処置	2,414	497	1,912	4	1	0	389	372	17
手術	27,209	2,577	24,601	28	3	0	2,339	2,295	44
麻酔	3,505	141	3,364	0	0	0	156	142	14
放射線	76	73	0	3	0	0	58	50	8
病理	15	15	0	0	0	0	15	13	2
計	38,909	5,973	32,790	113	17	16	5,305	4,894	411

④「計算項目」

請求点数は予め計算してしまうことが電子点数表の基本原則であるが、これにも例外を設け、請求のつど請求点数を計算する項目を「計算項目」として残すことにした。「計算項目」とした請求点数を請求する場合は、計算過程と計算結果を規定のデータコード欄に詳記することにする。その事例は表4に示すように極めて例外的な場合に限定している。実際の決定は実務者の意見も聴取して決めるのは当然であるが、「計算項目」の適切な設定が電子点数表を成功させるための重要な判断と思われる。

しかしながら、2008年4月の点数改正によって、例外的でない請求項目にもこの「計算項目」を適用せざるを得なくなる事態が発生した。それは「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」の算定式が非常に複雑な方式となったためである。その内容は本誌でも異例の紹介³⁾が行われたほどに複雑である。プログラム処理はそれを実現しているが、日常の請求項目である閉鎖循環式全身麻酔までを例外処理の対象とし、統計も得られなくなるのは極めて残念である。

⑤「まるめ差額」

検体検査の請求点数には、規定項目数以上の検査を実施した場合、項目ごとの点数ではなく、項目数ごとに決められた「まるめ点数」で算定するという「まるめ規定」が存在する。この場合の請求点数は、同時に算定した複数の検査項目数ごとの「まるめ点数」であるため、レセプトからは検査統計が得られないという問題が以前からあった。

これを解決するために電子点数表(案)に「まるめ差額」コードを設けた。そして、この「まるめ差額」欄には検査項目ごとの請求点数の合算と「まるめ点数」との差額を「まるめ差額」として記載する。それによって、検査項目

にはそれぞれ所定の請求点数を記載することが可能になり、データとしても単独で扱える。その事例を表5に示すが、これによって、請求点数は点数表の規定通りに行い、かつ検査統計も支障なく得られる方式の実現が可能となる。

表3 単独加算項目の例

- 加算であっても統計対象とすべきもの
 - 電子加算、外来管理加算など
 - 算定が単独で行われるもの
 - 褥瘡評価実施加算、死亡診断加算など
 - 被加算項目が多数のため単独の方が処理が容易なもの
 - 自動縫合器加算、超音波内視鏡加算など
- 実務者の意見を収集し、医療情報システムとの整合性の考慮が必要。

表4 計算項目の例

- 選定療養による180日超の入院基本料
- 定数超過入院基本料の減額算定
- 標欠医師数の場合の入院基本料の減額
- 16km超、海路による特別往診

表5 まるめ算定の例示

例：出血凝固検査を3項目実施した場合
 現行方式（最終行にまるめ点数を記載）

検査名	点数
D-Dダイマー	
第8因子様抗原	
フィブリンモノマー 複合体定量	530

提案方式(差額欄を設けてデータ化)

検査名	点数
D-Dダイマー	150
第8因子様抗原	160
フィブリンモノマー 複合体定量	240
まるめ算定差額	-20

08/9/16

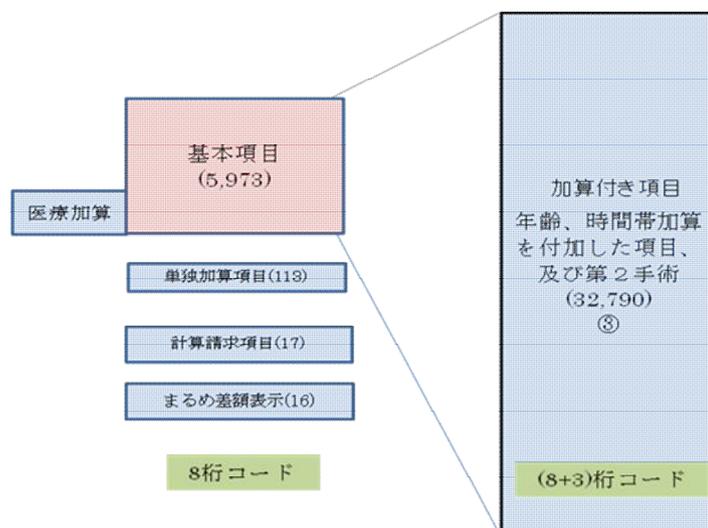


図1 電子点数表（案）の特性区分の相互関係

図1は特性で区分した項目の相互関係を示したものである。

5. Excelの7セルに収納できた点数要素

「電子点数表(案)」は、請求点数の点数要素である基本点数、加算点数、加算比率などをExcelに記載することによって実現した。点数要素の挿入に必要なExcelのセル数は最大でも、基本点数1セル、注加算3セル、通則加算3セルの合計7セルであった。そして請求点数はそれらの合算結果に所定の端数処理を行うことによって得ることができた。

$$\text{請求点数} = [\text{基本点数}] + [\text{注加算}(1) + (2) + (3)] + [\text{通則加算}(4) + (5) + (6)]$$

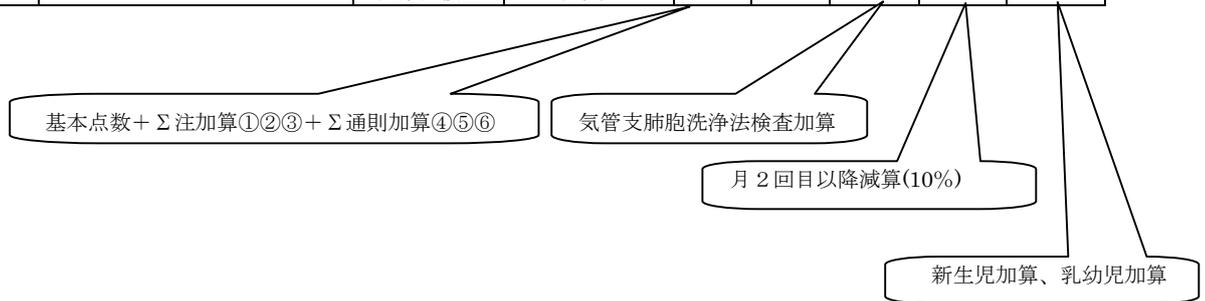
その具体例を「D302 気管支ファイバースコーピー」の場合で示す。この項目の計算条件は表6の通りであり、表7はその電子点数表(案)である。

表6 気管支ファイバースコーピーに関する点数関連事項

D302	気管支ファイバースコーピー	1500点(基本点数)
(注加算)気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合は、200点を加算する。		
(内視鏡検査の部分の通則加算)		
同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。		
(生体検査の部の通則加算)		
新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して本節に掲げる検査を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。		

表6 D302 気管支ファイバースコープの電子点数表(案)

データコード	主名称	補足名称	加算名称	請求点数	基本点数	注加算1	通則加算1	通則加算2
D3020010	気管支ファイバースコープ			1500	1500			
D3020010010	気管支ファイバースコープ		新生児	2400	1500			900
D3020010020	気管支ファイバースコープ		乳幼児	1950	1500			450
D3020010200	気管支ファイバースコープ		月2回目以降	1350	1500		-150	
D3020010210	気管支ファイバースコープ		月2回目以降 新生児	2160	1500		-150	810
D3020010220	気管支ファイバースコープ		月2回目以降 乳幼児	1755	1500		-150	405
D3020020	気管支ファイバースコープ	気管支肺胞 洗浄法検査		1700	1500	200		
D3020020010	気管支ファイバースコープ	気管支肺胞 洗浄法検査	新生児	2720	1500	200		1020
D3020020020	気管支ファイバースコープ	気管支肺胞 洗浄法検査	乳幼児	2210	1500	200		510
D3020020200	気管支ファイバースコープ	気管支肺胞 洗浄法検査	月2回目以降	1530	1500	200	-170	
D3020020210	気管支ファイバースコープ	気管支肺胞 洗浄法検査	月2回目以降 新生児	2448	1500	200	-170	918
D3020020220	気管支ファイバースコープ	気管支肺胞 洗浄法検査	月2回目以降 乳幼児	1989	1500	200	-170	459



(注) : この例の場合、通則加算が2段階に亘って存在する。算定式をデータコード D3020020220 の場合で具体的に示す。
 通則加算1 = 所定点数 × 0.1 = -(基本点数 + 注加算点数) × 0.1 = -(1500 + 200) × 0.1 = -170 点
 通則加算2 = 所定点数 × 0.3 = (基本点数 + 注加算点数 + 通則加算1) × 0.3 = (1500 + 200 - 170) × 0.3 = 459 点
 加算の対象となる所定点数の範囲は、十分に確認する必要がある。この例の場合、通則加算1の所定点数は(基本点数 + 注加算点数)であり、通則加算2の所定点数は(基本点数 + 注加算点数 + 通則加算1)である。

6. 6千件規模の要約統計にも対応できることを目指して設定したデータコード体系

表2に示したように、電子点数表(案)の項目数は約4万件存在する。しかしそのうちの85%は「加算付き項目」であり、「基本項目」は約6千件である。レセプトの統計はこの「基本項目」のレベルで集計することで、十分な場合も多いと思われる。そのため、電子点数表(案)のデータコードは「基本項目」を対象とした8桁を「主コード」とし、「加算付き項目」の場合のみ、それに3桁の「サブコード」を加えて11桁で表示する方式とした。これによって、6千件規模の統計と4万件規模の統計のいずれもが取得できるように考慮した。

また、点数表の一部だけの統計を取得する必要性も多いと思われるので、「主コード」は点数表の区分番号と対応させた。但し、区分番号に例外的に付与される枝番号は無視したが、その適否は今後の検討課題のひとつ

つと考えている。

これらを考慮して設定したデータコード体系を表8～表10に示す。

表8 データコード体系

主コード(8桁)			サブコード(3桁)
A	nnn	pppp	qqq
点数表の区分コードの英字(詳細は表9)	点数表の区分コードの数字	同一区分コード内の連続番号	年齢加算、時間帯加算等を区別するコードで「加算付き項目」以外の場合空白

表9 点数表の区分番号の英字

A	基本診療料	F	投薬	K	手術
B	医学管理等	G	注射	L	麻酔
C	在宅療養	H	リハビリテーション	M	放射線治療
D	検査	I	精神科専門療法	N	病理診断
E	画像診断	J	処置		

(1) 主コードの最初の英字は表9に示す点数表の区分番号の英字を採用した。

(2) nnn : 点数表の区分番号の3桁数字を採用し、区分番号に例外的に付与される1桁ないし2桁の枝番号は無視した。(この適否は今後も検討課題である。)

(3) pppp: 区分番号内での一連番号であり、3桁でも十分だが当初は1の桁を0として1桁を余裕とした。

(4) qq: 「加算付き項目」の場合は、加算の種類を表10のサブコードで区別した。

表10 「加算付き項目」に付与するサブコード

	100の桁	10の桁	1の桁
1		新生児	時間外加算
2	月2回目以降の算定点数	3歳未満(新生児を除く)	休日加算
3	検体種別(血液)	3歳未満	深夜加算
4	検体種別(尿)	1歳未満(新生児を除く)	時間外特例加算
5	検体種別(穿刺液または採取液)	6歳未満(1歳未満を除く)	夜間・早朝加算
6		6歳未満	小児科夜間加算
7		6歳未満(3歳未満を除く)	小児科休日加算
8		未熟児	小児科深夜加算
9	第2手術の場合の手術点数	極低出生体重児	
0	上記以外	上記以外	上記以外

7. 検討が必要な名称の簡素化

点数表には区分番号ごとに区分名称があり、区分番号内の項目には項目名称がある。さらに注加算や通則加算の名称も存在する。電子点数表(案)の名称欄は、これらを表示するために「主名称」、「補足名称」、「加算名称」の3欄を設けた。実用化のためには名称欄は1欄にすべきだが、電子点数表(案)は名称の整備までには至らず、点数表に記載された名称を忠実に記載することに止まった。

名称に関しは、電子点数表(案)をベースに、分かりやすい名称表現の検討が公式に実施されることを期待する。

参考のために、複雑な名称の例を以下に示した。

表11 複雑な名称の例

K560 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)
1 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)
2 上行大動脈(その他のもの)
3 弓部大動脈
4 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴う)及び弓部大動脈の同時手術)
5 下行大動脈
6 胸腹部大動脈
7 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)
8 腹部大動脈(その他のもの)

さらに、下記のように、加算点数には名称が明確でないものも存在する。分かりやすい名称の設定を期待する。

表 12 加算点数の名称が明確でない例

A300 救命救急入院料
注 2 注1に規定する保険医療機関において、自殺企画等による重篤な患者であつて、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。
注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき所定点数に500点を加算する。
注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき更に所定点数に100点を加算する。

8. 実現できた「患者にも医療関係者にも分かりやすい点数表」

名称に課題は残しているが、電子点数表(案)は、「患者にも医療関係者にも分かりやすい点数表」の実現には貢献できそうである。以下にその具体例を示す。

(1)入院基本料は病棟ごとに入院開始日からの一連で表示

入院基本料は病棟ごとに入院開始日からの一連で表示した。さらに関連通知で規定されている外泊や、他医療機関での受診日の入院基本料も一連の中で表示した(表10)。

表 10 入院基本料の電子点数表(案)

データコード	主名称	補足名称	請求点数
A1000020	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	15日以上30日以内	1747
A1000030	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	30日超	1555
A1000040	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	外泊	233
A1000050	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	他医療機関受診	467
A1000060	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	後期高齢者、14日以内	1983
A1000070	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	後期高齢者、15日以上30日以内	1747
A1000080	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	後期高齢者、30日超90日以内	1555
A1000090	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	後期高齢者、90日超	928
A1000100	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	後期高齢者、外泊	233
A1000110	一般病棟7対1看護師比率70%以上入院基本料	後期高齢者、他医療機関受診	467

(2) 検査名称は主コードで表現し、検体名称はサブコードで表現した検体検査

検体検査には、血液によって行う検査が、尿や穿刺液・採取液によっても行える項目がある。それらを複数項目検査する場合は、検体が異なっても「まるめ規定」が適用される。この規定に適合し、しかも検査項目ごとの統計が得られるように、検査名称は8桁の主コードで表現し、検体は3桁のサブコードで表現する方式とした(表11)。

表14 検体検査の電子点数表(案)

データコード	主名称	補足名称	請求点数
D0070010400	生化学検査(1)(尿)	総ビリルビン	11
D0070010500	生化学検査(1)(穿刺液・採取液)	総ビリルビン	11
D0070020300	生化学検査(1)(血液)	総ビリルビン	11
D0070020400	生化学検査(1)(尿)	直接ビリルビン	11
D0070020500	生化学検査(1)(穿刺液・採取液)	直接ビリルビン	11
D0070030300	生化学検査(1)(血液)	直接ビリルビン	11
D0070030400	生化学検査(1)(尿)	抱合型ビリルビン	11
D0070030500	生化学検査(1)(穿刺液・採取液)	抱合型ビリルビン	11
D0070030300	生化学検査(1)(血液)	抱合型ビリルビン	11
D0070040400	生化学検査(1)(尿)	総蛋白	11
D0070040500	生化学検査(1)(穿刺液・採取液)	総蛋白	11
D0070040300	生化学検査(1)(血液)	総蛋白	11

(3) 請求の単位でまとめたエックス線撮影・診断料

すでに述べたように、「診療行為マスター」の構想は1983年の設計である。点数表の解釈に誤りが発生することが極度に懸念され、「診療行為マスター」は、点数表の条文の記述を忠実に再現することに徹したものであった。

表15のエックス線の撮影料、診断料は、撮影回数、診断回数によって階段状に点数が上昇する。それをプログラムで計算する方式では、請求の単位であるエックス線撮影・診断料を分かりやすく一覧表で表現することが難しい。

電子点数表(案)は、撮影回数、診断回数ごとの撮影料、診断料を別途計算し、その結果を請求の単位ごとにデータコードと共に分かりやすく一覧表で表現した。表15はその一部の紹介である。

このような表現は「診療行為マスター」の設計当初、「合成項目」として検討されたこともある。「合成項目」は「点数表の解釈」を実行し、その結果を点数とコードに表現することに相当する。しかし、短期間の改正時にそのメンテナンスが見込めないとして、「合成項目」は撤回され、プログラムに「点数表の解釈」の役目が課された状態が続いている。

表12 エックス線撮影・診断料の電子点数表(案)

データコード	主名称	補足名称	加算名称	請求点数
E0010020	頭部単純撮影・診断 1枚			150
E0010020010	頭部単純撮影・診断 1枚		新生児	170
E0010020020	頭部単純撮影・診断 1枚		3歳未満(新生児を除く)	160
E0010030	頭部単純撮影・診断 1枚	(他法と同時併施)		108
E0010030010	頭部単純撮影・診断 1枚	(他法と同時併施)	新生児	128
E0010030020	頭部単純撮影・診断 1枚	(他法と同時併施)	3歳未満(新生児を除く)	118
E0010040	頭部単純撮影・診断 2枚			226
E0010040010	頭部単純撮影・診断 2枚		新生児	255
E0010040020	頭部単純撮影・診断 2枚		3歳未満(新生児を除く)	240
E0010050	頭部単純撮影・診断 2枚	(他法と同時併施)		162
E0010050010	頭部単純撮影・診断 2枚	(他法と同時併施)	新生児	191
E0010050020	頭部単純撮影・診断 2枚	(他法と同時併施)	3歳未満(新生児を除く)	176

(4) 実施時間とともに上昇するきざみ点数も実施時間ごとの点数とコードを設定

人工呼吸が具体例であるが、処置の部には実施時間とともに階段状に請求点数が上昇するものが多い。人工呼吸の場合の点数表の記載内容は下記のようにになっている。

J045 人口呼吸	
1. 30分までの場合	242点
2. 30分を超えて5時間までの場合	242点に30分またはその端数を増すごとに50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)	819点

「診療行為マスター」は、点数表に記載された通りの論理計算をプログラムで行っている。具体的には、「140009310」のコードは、「きざみ点数」と名付けられた特殊なコードであり、そのコードには、「下限点数242点」、「きざみ値30分」、「きざみ点数50点」が記録されている。これらのコードによって、30分ごとの点数が300分までプログラムで階段状の計算を行い、5時間を超えた場合の点数は点数表の3. で明記されている819点を記録した「140023510」のコードによって通常通りの算定を行うことになっている。

この方式を「きざみ算定」方式と称し、点数表では随所に現れる。構成が複雑なだけでなく、算定結果にコードが存在しないので、人工呼吸の実施統計も、人工呼吸の実施時間の分布状況もレセプトから取得できない状態になってしまっている。

電子点数表(案)は、点数表に記載された内容を「解釈」して、30分ごとの請求金額を求め、表13に示すように請求点数とデータコードを設定しているので統計処理も容易である。

表13 人工呼吸の電子点数表(案)
(電子点数表(案)と「診療行為マスター」のコードの比較)

コード		人工呼吸の実施時間	請求点数
電子点数表(案)	診療行為マスター		
J0450010	140009310	30分まで	242
J0450020	(存在しない)	30分を超え60分まで	270
J0450030	(存在しない)	60分を超え90分まで	320
J0450040	(存在しない)	90分を超え120分まで	370
J0450050	(存在しない)	120分を超え150分まで	470
J0450060	(存在しない)	150分を超え180分まで	520
J0450070	(存在しない)	180分を超え210分まで	570
J0450080	(存在しない)	240分を超え270分まで	620
J0450090	(存在しない)	270分を超え300分まで	670
J0450100	140023510	300分を超えた場合	819

9. 現在のオンラインレセプトと電子点数表(案)の方式の相違

図3は、エックス線診断撮影料や人工呼吸の具体例を含め、「診療行為マスター」を一般的な形式で示した。繰り返しになるが、プログラムによる点数計算が主目的となった方式である。保険者が請求点数を確認しようとするれば、保険者でもプログラムでの計算処理を繰り返す必要がある。

図4は電子点数表(案)による方式である。請求点数は事前にExcelによって、コードを用いることなく計算して請求点数を算出し、データコードを付与している。この作業は全国で1回限りの実行ですむ。信頼性、経済性、データの活用性など、すべての分野で優れている。オンラインレセプトが採用すべき方式が図4であることは、明

らかであろう。

図3 診療行為マスターによる現状の処理
(プログラムでの点数計算が請求、審査、支払いの時点で繰り返し必要)

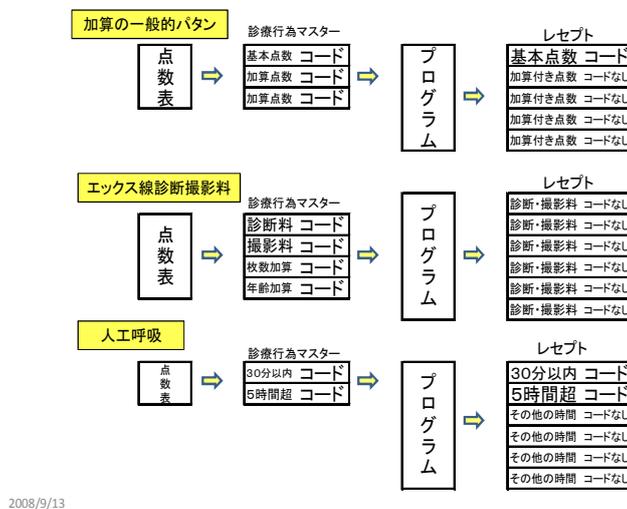


図3 電子点数表による処理

(電子点数表のコード設定は全国で1回限りの作業ですむ。それは「点数表の解釈」を実行することに相当する。電子点数表の意義は、法律の解釈と現場の作業手順を分離にある。解釈のうちでも点数計算はその入口で、法規定の解釈、医学的解釈までを明確にした電子点数表の実現がIT化の前提であろう。)



10. 電子点数表(案)から実用的な電子点数表を実現するために

電子点数表(案)は、現在の点数表で実行したもので、計算論理に統一的な原則が存在しなくても実現できることを示したものに過ぎない。点数表が統一的な論理で整備されれば、その運用は遥かに便利になる。電子点数表は、現在の点数表の論理の整合性や、医療情報の観点からの見直しを実施し、それに電子点数表(案)が提案した技術的な工夫を適用することによって、実用化の段階に至るものと思われる。

(1)「社会医療行為別調査」で確認できるレセプトの請求状況

IT時代にあって、電子点数表を単に保険請求だけのものとの位置づけるのではなく、医療情報のデータとしても役立つものを目指すべきである。そのためには、レセプトの請求結果の統計である「社会医療行為別調査」(http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/cgi/sse_kensaku)にも注目する必要がある。

「社会医療行為別調査」は、厚生労働省統計情報部が毎年6月審査分のレセプトサンプルを集計したもので

ある。残念ながら手集計なのでそれにはコードがなく、経年変化を追うことは難しい。しかし、単年ごとのレセプト請求状況を知ることができる。それだけでも種々のヒントが得られる。最新のデータは平成19年6月審査分のものであり、以下はそれを分析した結果である。

図5 診療行為請求点数の累積請求額
(平成19年6月「社会医療診療行為別調査」より)

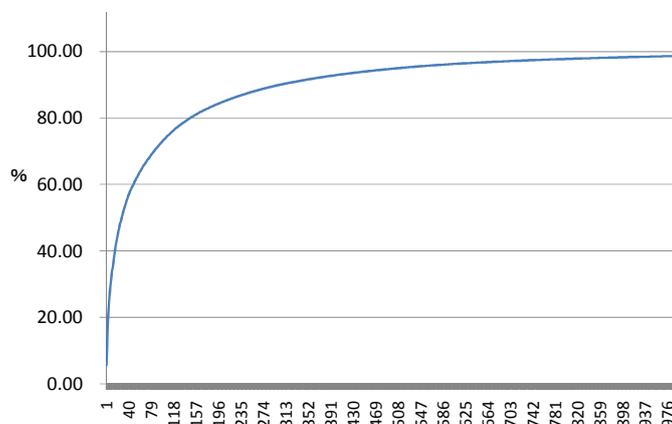


図5は、請求点数の大きい項目順の点数累積曲線である。この統計で取得されている請求項目数は4154件であるが、図5はそのうちの1000項目までを示したものである。4154件は電子点数表(案)の全項目数の4万件はもとより、基本項目の6千件よりも、「診療行為マスター」の5300件よりも少ない。しかも、4154件の中には請求事例が存在しない項目が1300件も存在する。この統計が手集計の制約のために、サンプル数が過少に過ぎるように思われるが、現在得られるレセプト統計には、これ以上のものは見られない。

実現すべきは、図5の横軸の確定である。そして年間33兆円を超える医療費の請求点数が、図5の横軸の項目ごとに、定量的に論じられる環境を整備することである。そのためにも電子点数表の実現は急務である。

図4によれば医療費は上位500位までの項目で95%を占め、1000位までの項目で99%を占めている。医療費の配分だけが目的なら、現在の点数項目数は過大に過ぎるが、請求額が少なくても、その請求状況の把握が重要なことは当然である。電子点数表の項目が有効なデータ把握のために設定され、そこから重要な情報が得られるシステムの構築を目指すべきと考える。

レセプトの処理は、請求側の点数表の解釈にばかり目を奪われ、結果の統計までが論じられることが少ないようである。手作業ながら「社会医療行為別調査」は労作である。この労作に注目することから、実用的な電子点数表を実現するためのヒントが得られるように思われる。

(2) 「社会医療行為別調査」から得られる効率的な処理システムのヒント

表14 手術の加算が手術全体に占める割合
(平成19年6月「社会医療診療行為別調査」より)

	回数	点数(千点)	回数(%)	点数(%)
手術計	1,347,048	12,522,211	100.0	100.0
手術加算小計	135,579	253,138	10.1	2.0
極低出生体重児加算	0	0	0.0	0.0
新生児加算	92	2,898	0.0	0.0
乳幼児加算	33,839	74,963	2.5	0.6
休日加算	41,236	64,911	3.1	0.5
時間外加算	34,714	35,062	2.6	0.3
深夜加算	19,583	70,672	1.5	0.6

表14は、「社会医療行為別調査」から手術の加算部分のデータを抽出したものである。このデータから分かる

ことは、手術の部の年齢加算や時間外加算の請求点数は、手術の請求点数の2%にすぎないことである。しかしながら、この2%の算定のために、システム側は大変な手数をかけている。電子点数表(案)でもこれに関連した項目数は2万4千件に達し、全項目数の62.63%を占めている(表2)。これらの加算点数が基本点数の比率によって計算する方式になっているためであるが、これらの加算点数を手術点数に係わらず、新生児加算、乳幼児加算、休日加算などの加算項目ごとに、必要なら手術点数値ごとにランク分けをすることも含めて固定点数とすれば、2万4千件の項目は激減し、電子点数表は1万4千件程度の規模になって扱いやすく、医療費使用状況の把握も容易になるのではなかろうか。

これは卑近な例であるが、オンラインレセプトは医療の実態を見える状態にするための重要な国家プロジェクトのはずである。そこには知恵のある多くの民間技術者も従事している。国の指導力のもとにこれらの技術者が臆せず意見を述べることによって、国を挙げて国民が求めるシステムが実現することを期待したい。

1 1. おわりに

オンラインレセプトにあってデータコードを備えた電子点数表は必須であるが、日本では、繰り返される点数改正の対応に終始し、あるべき姿を見直すことがなかったようである。

電子点数表(案)が成功したのは、たとえ統一的な原則には欠けるものがあったとしても、個別の計算論理を克明にExcelで表現した結果である。その際、点数項目を特性によって分類したことの効果も挙げることができる。

しかし、無視できないのは、点数表が簡素化されていた効果も大きいことである。平成17年度の「診療報酬点数表電子化に関する検討会」において、筆者はこの種の電子点数表作成の必要性を主張したが、その際に推定した件数は30万件であった。それが今回、4万件以下で実現できた。その理由はこの検討会で出席委員が種々述べた簡素化の提案が率直に取り上げられ、手術の加算条件などが大幅に改善された効果が大きいことを特筆しなければならない。

韓国訪問の際、日本で学んだ経験もある健康保険審査評価院のYang 開発部長から日本語で、「日本の関係者が意思をひとつにして取り組むべきだ。日本が今のような請求・審査を続けていたら、世界一遅れた国になってしまうことを憂慮する。改革には利益も不利益もあるが、自分の立場だけを守ろうとしてはいけない。日本が本気で取り組んだら韓国の半分の期間で達成できるだろう。」との警告と激励を賜った。

本報告の成果はこの警告と激励を受け、点数表をタブー視することなく検討した結果と思っている。この分野では遥かに先を行く韓国の関係者ならびにコンタクトの機会を与えていただいた柳韓大学南商堯教授に、心より感謝申し上げる。

ともあれ、日本でも電子点数表が実現できる可能性は十分にある。この電子点数表(案)をベースに関係者が知恵を出し合って実用的な電子点数表が実現することを心底から願うものである。

参考文献

- 1)開原成允ほか「電子点数表の作成 診療報酬請求の電子化のための最も緊急な課題」
社会保険旬報 No2306 (2007.2.11)
 - 2)平良奈緒子ほか「診療報酬点数表の点数算定方式の分析と改善への提案」
社会保険旬報 No2323 (2007.8.1)
 - 3)「麻酔手技料の点数算定の考え方」
社会保険旬報 No2350 (2008.5.1) P44
- 烏帽子田彰ほか「韓国の診療報酬制度の現状 (その1～その3)」
社会保険旬報 : No2353(2008.6.1),No(2354)2008.6.11,No(2358)2008.7.11

ホームページ

電子点数表(案)の全文掲載(西山): <http://yuhan.jp/>

「診療行為マスター」(厚生労働省): <http://202.214.127.148/>

「社会医療診療行為別調査」(厚生労働省): http://www.dbt.k.mhlw.go.jp/toukei/cgi/sse_kensaku