

データ処理に適した電子レセプト

西山 孝之*1 烏帽子田 彰*2 岡本 悦司*3 時松 衆一*4 南 商堯*5

紙レセプトの電子化は計画開始から30年を要して普及に至った。普及までの電子レセプトは紙ベースのままの姿を維持することで導入の円滑化が図られた。紙レセプトは医科、歯科、調剤、DPCごとに様式が区別され、それに省略を多用した手書き重視の形式で記載が行われている。電子データであっても処理に適した構造ではない。

データ処理に適した電子レセプトの検討を行った。その第1点は、医科、歯科、調剤、DPCの様式統一であるが、それは紙レセプトの様式を意識せず、カルテから直接取得すれば、処理にも適した実施日順のデータが取得できることを示した。

第2点は、データ形式を1行ごとにIDを含めた完結形式にすることである。それは診療行為の加算処理を見直し、薬剤や医療材料の請求を行為単位から銘柄単位に改めるなどによって実現が見込める。その際のコードは現行コードをベースとする方式を提案している。

電子レセプトの普及は膨大な紙レセプトの排除を実現した。しかし、現状の姿のままでは発展を続ける情報処理技術の活用にも難がある。社会の要請に応じて電子レセプトが蓄えたビッグデータを処理するためには、本提案の実現が必須と考える。

■キーワード：レセプト、データ分析、データ形式

A New Data Format of Health Insurance Claims Suitable for Data Processing: Nishiyama T*1, Eboshida A*2, Okamoto E*3, Tokimatsu S*4, Nam Sang Y*5

Health insurance claims data were almost fully computerized. The focus of interest has shifted from computerization to effective utilization of accumulated data. Unfortunately, however, the data format of health insurance claims remains as it was when health insurance claims were processed manually in paper form. Such obsolete data format has been a hindrance to effective utilization of the data. We examined the possibility to reform the present data format to better suit for data analysis. First, we propose a common format unifying medical, dental, pharmaceutical and

*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広島大学大学院 公衆衛生学研究室

*3国立保健医療科学院

*4元旭ファイバーグラス健康保険組合

*5柳韓大学 保健医療行政科

E-mail: yuhan@tbb.t-com.ne.jp

受付日：2012年1月18日

採択日：2012年12月26日

【第15回日本医療情報学会春季学術大会推薦論文】

*1Yuhan College Institute of Health Medicine & Welfare

6234-11 Izumicho Izumi-ku, Yokohama-city, Kanagawa, 245-0016, Japan

*2Department of Public Health and Health Policy, Hiroshima University Graduate School of Biomedical Sciences

*3National Institute of Public Health

*4Asahi Fiber Grass Health Insurance

*5Department of Health Services Administration, Yuhan College

DPC claims with each record including a patient ID as well as a provision date. Secondly, we propose a one-record format for clinical procedures, which consists of multiple records covering both procedure codes and extra-charge codes. In case of pharmaceutical claims, the dispensing data can be improved by expressing in drug units. Through our proposed revision of health insurance claims data format, the data will be suitable for effective analysis. This will enable the effective use of health insurance claims data for the fields already practiced in Korea. Some of Koreans' achievements such as measurement of health care quality as well as medical researches published in major international journals.

Key words: Health insurance claims, Data analysis, Data format

1. 緒 論

1) 電子レセプトの生い立ち

わが国の診療報酬制度は出来高払い方式で始められた。この制度ではレセプトに詳細な請求内容を記載する必要がある。それが手書きで行われたので文字数を可能な限り少なく、しかも目視による審査が直感的に行えるような様式が規定された。

レセプトの原典はカルテである。カルテには診療行為や薬剤名などが実施日順に記載されている。しかし、カルテの内容のままなら、実施日ごとの診療行為や薬剤名を繰り返し記載することになり、手書きの負担は重い。項目ごとに1月分の実施回数をまとめて請求する様式が制定されたのも、手書きなら当然と思われる。

制度発足に遅れて実用期を迎えたコンピュータはレセプトの電算化を目指し、レセコンと称するシステムの開発に成功した。その普及が本格化しつつあった1983年、厚生省（当時）はレセプト

電子化計画を発表した。紙レセプトの電子媒体化は医療機関や地域を限定した試行を終え、1991年には制度化された^{1,2)}。請求省令³⁾では、電子レセプトは「紙レセプトに記載すべき内容を厚生大臣（当時）が定める方式にしたがって記録したもの」と規定された。

2) 紙レセプト様式を再現している電子レセプト

電子媒体はその後オンラインに移行したが、請求機関から送出されるこれらの電子レセプトは、審査支払機関が受信し、事務のデータ処理を行うとともに、紙レセプトのイメージに出力して審査を行う。図1は医科、歯科、調剤、DPC（2003年に追加）ごとの紙レセプト様式を概念的に示したものである。

「頭書き」欄は医療機関の情報や患者情報などを記載する欄であり、「合計」欄は請求先への請求額を記載する欄である。これらの欄はほぼ統一されている。「合計」欄に記載する請求先は保険者だけのことが多いが、一部は公費負担医療、地

頭書き欄 傷病名欄	頭書き欄 傷病名、術式欄	頭書き欄 医療機関、保険医欄	頭書き欄 診断群分類欄
点数欄 摘要欄	明細欄	医薬品名等欄 単剤薬劑料欄 調剤數量欄 調劑料欄 加算料欄	患者基礎情報欄 包括評価欄 出来高欄
合計欄	全体のその他欄 摘要欄 合計欄	月日欄 合計欄 基本料欄	合計欄
医科(出来高)レセプト	歯科外来レセプト	調剤レセプト	DPCレセプト

図1 レセプト様式（電子レセプトも最終的にはこの様式に再現されている）

方単独事業、高額療養費制度などが加わる。公費負担医療は数種が同時に適用される場合もある。その組み合わせが例外的な場合などは枠の分割や個別処理も必要になっている。

(1) 医科（出来高）レセプト

請求内容を記載する欄としては「点数」欄と「摘要」欄が設けられている。「点数」欄は点数表の区分ごとに「請求点数×回数」をまとめて記載し、「摘要」欄は「点数」欄の記載だけでは不十分な場合にその摘要として記載する欄であった。しかし、電子レセプトでは「摘要」欄に初診料、再診料、医学管理、在宅医療…の順に、そのすべてを記載することになっている。

実施日は、手術などの主要項目と、実施日情報が請求の適否の判定に欠かせない項目に限って記載していたが、2012年4月からはすべての項目に対して記載することになった。実施日は1日から31日までの実施日を示す枠にフラグをつけて目視審査に供される。この形式は歯科、調剤も同様である。

(2) 歯科レセプト

歯科レセプトは外来診療を重視した様式である。診療行為ごとに記載枠を割り当てているので、行為名記載の手数は省ける。しかし、割当てに漏れた項目は「その他欄」に名称と点数を記載する。その欄の余地がなくなれば「全体のその他欄」に、さらに「摘要欄」へと記載場所を移動する。この処理が電子レセプトでも行われている。なお、歯科入院診療は医科入院レセプトを流用することになっている。

(3) 調剤レセプト

調剤レセプトは請求項目の種類ごとに記載欄を区別する様式である。処方せんの受付ごとに算定する調剤技術基本料や各種管理料は下部の欄に記載し、調剤単位に算定する調剤料、薬剤料、加算料は1月分の同一調剤を日付ごとにまとめて中央の欄に記載して請求する。

(4) DPC レセプト

DPCでの請求では複数の様式が必要になる。包括算定期間内の請求はDPCレセプトに記載す

る。診断群分類ごとに定められた入院期間を過ぎて入院が続く場合は、出来高算定になるので出来高レセプトに記載し、合計点数を総括レセプトに記載する。

包括算定期間中の診療行為は2種に区分されている。DPC点数には含まれず別途算定する診療行為はレセプトに記載し、DPC点数に含まれている診療行為は個別には請求しないのでレセプトには記載せず、別形式の日計表に名称と実施日を記載することになっている。

DPCでは病院ごとの評価係数の告示が行われる。その係数算定のためのデータ分析用に、別途E、Fファイルを提出する。Eファイルは診療明細として実施日ごとに診療行為が展開されているが、一連が複数行にわたる場合は一連中の1行目の名称で一連を示し、一連の内容は行為明細のFファイルを参照する方式になっている。

3) 電子レセプトのデータ構造

電子レセプトデータは、各行ごとにレコード識別とよばれるIR、RE、HO…など、2桁の英字識別がつけられている(表1)。審査支払機関はこのデータで事務処理を行うとともに、紙レセプトイメージに再現して審査が行われる。

電子レセプトの様式は請求省令で概要が規定され⁴⁾、詳細は支払基金が編集した「電子レセプトの作成手引き」⁵⁾で示されている。「作成手引き」は紙レセプトの記載要領⁶⁾に対応したものである。

2桁の英字のレコード識別が同じでもその様式は医科、歯科、調剤、DPCごとに異なる。表2は表1のデータ群の1例として「IY：医薬品」の内容を示した。同じ医薬品レコードでも、それぞれに様式が異なる。さらにIYレコードそのものには患者を識別する情報が含まれていない。そのため、例えば、「向精神薬を投与された患者の抽出」など、患者ごとの分類ができない。「SI：診療行為」、「TO：特定器材」も同様である。したがってデータ分析を行うには、個人IDを各行に付加するなどの前処理が必要になる。保険者では、このような前処理を外部に委託する場合も少

表1 電子レセプトのデータ群

識別情報	レコードフォーマット	医科	DPC	歯科	調剤
IR	医療機関情報	○	○	○	
RE	レセプト共通	○	○	○	○
HO	保険者	○	○	○	○
KO	公費	○	○	○	○
KH	国保固有	○	○	○	○
CO	コメント	○	○	○	○
SJ	症状詳記	○	○	○	
BU	診断群分類		○		
SB	傷病		○		
KK	患者基礎		○		
SK	診療関連		○		
GA	外泊		○		
HH	包括評価		○		
GT	合計調整		○		
SI	医科診療行為	○	○	○	
IY	医薬品	○	○	○	○
TO	特定器材	○	○	○	○
NI	日計表	○	○	○	
CD	コーディングデータ		○		
SY	傷病名	○	○		
TI	臓器提供医療機関	○	○		
TR	臓器提供者レセプト情報	○	○		
TS	臓器提供者請求情報	○	○		
GO	診療報酬請求書	○	○	○	○
YK	薬局情報				○
UK	受付情報			○	
HS	傷病名部位			○	
SS	歯科診療行為			○	
SH	処方基本				○
KI	薬学管理料				○
CZ	調剤情報				○
TK	摘要欄				○

なくない。

4) 改正された請求省令

電子レセプトが普及に至った2009（平成21）年に、請求省令は抜本的に改正された。その改正内容を枠囲みで示すが、「レセプトは電子レセプト」と定められ、紙レセプトは例外的な場合に限り提出が認められるものになった。そして電子レセプトは第1条で、紙レセプトは第7条で、それぞれに示されるものになった。

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（請求省令）

（昭和51年8月2日厚生省令第36号）（平成21年11月25日改正条文の要点）

第1条 保険医療機関又は保険薬局は療養の給付を請求しようとするときは、厚生労働大臣が定める方式による電子情報処理組織又は光ディスク等により行うものとする。

第5条 レセプトコンピュータ（レセコン）を使用していない場合は、書面による提出が行える。

第6条 保険医又は保険薬剤師が65歳以上の場合は届出によって書面による提出が行える。

第7条 書面による提出を行う場合には厚生労働大臣が定める様式により行うものとする。

2. データ処理に適した電子レセプトの提案

提案内容の理解を容易にするために、「統合様式の実現」と「統合された様式での1行化の実現」の2段階に区分して提案を述べる。

1) 統合様式の実現

レセプトの主な情報源はカルテである。カルテからデータをそのまま抽出すれば、実施日順の診療行為データが得られる。すでに述べたが紙レセプトでは手書きの負担を軽減することが優先され、「月単位の回数」にまとめて記載し、目視の

表 2 電子レセプトのデータ群の 1 例
(医薬品レコードフォーマット (IY))

NO	医科, DPC		歯 科		調 剤	
	項 目	最大バイト	項 目	最大バイト	項 目	最大バイト
1	レコード識別情報(IY)	2	レコード識別情報(IY)	2	レコード識別情報(IY)	2
2	診療識別	2	診療識別	2	負担区分	1
3	負担区分	1	負担区分	1	医薬品コード	9
4	医薬品コード	9	医薬品コード	9	使用量	11
5	数量データ	11	数量データ 1	11	予備	7
6	点数	7	数量データ 2	7	予備	1
7	回数	3	加算コード 1	3	混合区分コード	1
8	コメントコード	9	加算数量	1	混合区分枝	1
9	文字データ	100	1日の情報	3	配合不適区分	1
10	コメントコード	9	2日の情報	3	1回用量	11
11	文字データ	100	3日の情報	3		
12	コメントコード	9	4日の情報	3		
13	文字データ	100	5日の情報	3		
14	1日の情報	3	6日の情報	3		
15	2日の情報	3	7日の情報	3		
16	3日の情報	3	8日の情報	3		
・	・	3	・	3		
・	・	3	・	3		
・	・	3	・	3		
37	・	3	29日の情報	3		
38	・	3	30日の情報	3		
39	・	3	31日の情報	3		
40	・	3				
41	・	3				
42	29日の情報	3				
43	30日の情報	3				
44	31日の情報	3				

審査に適した編集が行われている。これは手書きの処理には適切であるが、分析を目的とした電子レセプトに適さない。カルテも電子カルテの時代が到来している。電子レセプトは電子カルテからの自動編集が今後の姿であろう。

表 3, 4 の左側がその構想による電子レセプトの統合様式案である。

患者情報や合計点数の記載欄などの共通部分は省略している。入院には食事関連、歯科には歯式表示、調剤には処方せんを発行した医療機関情

表3 提案する総合電子レセプト（DPC、医科出来高入院）〔網掛け行に1行化対策実施〕

カルテ記載順の統合電子レセプト										1行構成を実現した統合電子レセプト								
区分	NO	患者	実施日	DPC区分	コード	項目	単位数	日/回	加算係数	請求点数	項目	単位数	日/回	係数説明	加算係数	請求点数	1行化	
D P C	1	185	13	入1	nnn・n	包括入院料1	2,517	1	1.3559	3,413	包括入院料1	2,517	1		1.3559	3,413		
	2	185	13	入1	nnn・n	1級地域加算	18	1		18	1級地域加算	18	1			18		
	3	185	13	入1	nnn・n	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1		1,000	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1			1,000		
	4	185	13	入1	nnn・n	診療行為(包括)	120	1		0	診療行為(包括)	120	1			0		
	5	185	13	入1	nnn・n	診療行為(包括外)	240	1		240	診療行為(包括外)	240	1			240		
	6	185	17	入2	nnn・n	包括入院料2	1,861	1	1.3559	2,523	包括入院料2	1,861	1		1.3559	2,523		
	7	185	17	入2	nnn・n	1級地域加算	18	1		18	1級地域加算	18	1			18		
	8	185	17	入2	nnn・n	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1		1,000	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1			1,000		
	9	185	17	入2	nnn・n	診療行為(包括)	150	1		0	診療行為(包括)	150	1			0		
	10	185	18	入2	nnn・n	包括入院料2	1,861	1	1.3559	2,523	包括入院料2	1,861	1		1.3559	2,523		
	11	185	18	入2	nnn・n	1級地域加算	18	1		18	1級地域加算	18	1			18		
	12	185	18	入2	nnn・n	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1		1,000	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1			1,000		
	13	185	21	入3	nnn・n	包括入院料3	1,582	1	1.3559	2,145	包括入院料3	1,582	1		1.3559	2,145		
	14	185	21	入3	nnn・n	1級地域加算	18	1		18	1級地域加算	18	1			18		
	15	185	21	入3	nnn・n	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1		1,000	ハイリスク妊娠管理加算	1,000	1			1,000		
	16	185	21	入3	nnn・n	診療行為(包括)	100	1		0	診療行為(包括)	100	1			0		
	17	185	26	出来高	nnn・n	一般病棟7対1入院基本料					一般病棟7対1入院基本料(15-30日)	1,747	1			1,747	(1-2)	
	18	185	26	出来高	nnn・n	(15-30日)入院加算												
	19	185	26	出来高	nnn・n	1級地域加算					1級地域加算	18	1			18	(1-3)	
	20	185	26	出来高	nnn・n	ハイリスク分娩管理加算	4,765	1		4,765	ハイリスク分娩管理加算	3,000	1			3,000	(1-3)	
	21	185	26	出来高	nnn・n	帝王切開術					帝王切開術	19,340	1	深夜	1.8	34,812	(1-1)	
	22	185	26	出来高	nnn・n	深夜加算	34,812	1		34,812								
	23	185	26	出来高	nnn・n	注射剤P					注射剤P	320	1			320	(2)	
	24	185	26	出来高	nnn・n	注射剤Q					注射剤Q	240	1			240	(2)	
	25	185	26	出来高	nnn・n	注射剤R					注射剤R	220	1			220	(2)	
	26	185	26	出来高	nnn・n	注射剤S	982	1		982	注射剤S	202	1			202	(2)	
	27	185	26	出来高	nnn・n	特定材料K					特定材料K	200	1			200	(2)	
	28	185	26	出来高	nnn・n	特定材料L					特定材料L	300	1			300	(2)	
	29	185	26	出来高	nnn・n	特定材料M	547	1		547	特定材料M	47	1			47	(2)	
	30	—										4項目包括検査	410	1			410	(3)
	31	185	26	出来高	nnn・n	検査A					検査A	100	1			0	(3)	
	32	185	26	出来高	nnn・n	検査B					検査B	120	1			0	(3)	
	33	185	26	出来高	nnn・n	検査C					検査C	180	1			0	(3)	
	34	185	26	出来高	nnn・n	検査D	410			410	検査D	100	1			0	(3)	
	35	185	27	出来高	nnn・n	一般病棟7対1入院基本料					一般病棟7対1入院基本料	1,555	1	外泊	△0.85	233	(1-1)	
	36	185	27	出来高	nnn・n	外泊	233	1		233								

表4 提案する総合電子レセプト(医科外来, 歯科, 調剤)[網掛け行に1行化対策実施]

カルテ記載順の統合電子レセプト										1行化を実現した統合電子レセプト									
区分	NO	患者	実施日	DPC区分	コード	項目	単位数	日/回	加算係数	請求点数	項目	単位数	日/回	係数説明	加算係数	請求点数	1行化		
医科 外 来	37	346	16		nnn・n	初診料					初診料(時間外)	355	1				355	(1-2)	
	38	346	16		nnn・n	時間外加算	355	1		355	—								
	39	346	16		nnn・n	内用薬 A 3g					内用薬 A 3g	3	3					9	(2)
	40	346	16		nnn・n	内用薬 B 3錠	5	3		15	内用薬 B 3錠	2	3					6	(2)
	41	346	16		nnn・n	調剤料	9	1		9	調剤料	9	1					9	
	42	346	16		nnn・n	内用薬 C 1錠	1	3		3	内用薬 C 1錠	1	3					3	
	43	346	16		nnn・n	処方料	42	1		42	処方料	42	1					42	
	44	346	16		nnn・n	調剤基本料	8	1		8	調剤基本料	8	1					8	
	45	346	16		nnn・n	超音波検査(断層撮影)	350	1		350	超音波検査(断層撮影)	350	1					350	
	46	346	20		nnn・n	再診料					再診料(深夜)	489	1					489	(1-2)
47	346	20		nnn・n	深夜加算	489	1		489	—									
48	346	20		nnn・n	超音波検査(断層撮影)					超音波検査(断層撮影)	350		月2回目	△0.1		315	(1-1)		
49	346	20		nnn・n	月2回目通減	315	1		315	—									
区分	NO	患者	実施日	DPC区分	コード	項目	単位数	日/回	加算係数	請求点数	項目	単位数	日/回	係数説明	加算係数	請求点数	1行化		
歯 科	50	748	13		nnn・n	歯科初診料	218	1		218	歯科初診料	218	1				218		
	51	748	13		nnn・n	歯科疾患管理料(1回目)	110	1		110	歯科疾患管理料(1回目)	110	1					110	
	52	748	13		nnn・n	処方料(その他)	42	1		42	処方料(その他)	42	1					42	
	53	748	13		nnn・n	薬剤情報提供料	10	1		10	薬剤情報提供料	10	1					10	
	54	748	13		nnn・n	調剤料(入院外)(内服薬等)	9	1		9	調剤料(入院外)(内服薬等)	9	1					9	
	55	748	13		nnn・n	カロナール錠 200	2	3		6	カロナール錠 200	2	3					6	
	56	748	13		nnn・n	歯周基本検査(20歯以上)	200	1		200	歯周基本検査(20歯以上)	200	1					200	
	57	748	13		nnn・n	抜髄(1歯につき)(3根管以上)	588	1		588	抜髄(1歯につき)(3根管以上)	588	1					588	
	58	748	20		nnn・n	歯科再診料	43	1		43	歯科再診料	43	1					43	
	59	748	20		nnn・n	スケーリング(3分の1顎)					スケーリング(3分の2顎)	104	1					104	(1-2)
60	748	20		nnn・n	3分の1顎加算	104	1		104	—									
区分	NO	患者	実施日	DPC区分	コード	項目	単位数	日/回	加算係数	請求点数	項目	単位数	日/回	係数説明	加算係数	請求点数	1行化		
調 剤	61	487	5		nnn・n	調剤技術基本料	40	1		40	調剤技術基本料	40	1				40		
	62	487	5		nnn・n	薬剤服用歴管理指導料	30	1		30	薬剤服用歴管理指導料	30	1					30	
	63	487	5		nnn・n	内服調剤料(10日分)	47	1		47	内服調剤料(10日分)	47	1					47	
	64	487	5		nnn・n	キプレス錠 10ML 1錠	25	10		250	キプレス錠 10ML 1錠	25	10					250	
	65	487	13		nnn・n	調剤技術基本料	40	1		40	調剤技術基本料	40	1					40	
	66	487	13		nnn・n	薬剤服用歴管理指導料	30	1		30	薬剤服用歴管理指導料	30	1					30	
	67	487	13		nnn・n	外用調剤料	10	1		10	外用調剤料	10	1					10	
	68	487	27		nnn・n	計量混合加算	80	1		80	計量混合加算	80	1					80	
	69	487	27		nnn・n	フロリード D クリーム 1% 5g					フロリード D クリーム 1% 5g	10	1					10	(2)
	70	487	27		nnn・n	ビスダームクリーム 0.1% 5g	24	1		24	ビスダームクリーム 0.1% 5g	14	1					14	(2)

表 5 電子レセプトデータの 1 行化実現策

1 行化を妨げる原因	提案する 1 行化実現策	
(1) 「所定点数+通則加算」が請求の単位であり、それを基本点数、注加算点数、通則加算率のコードを 1 行ごとに記載して請求しているため。	率による通則加算	(1-1) 現コードのまま、加算率を掛けて請求する。
	点数による注加算	(1-2) 加算後の請求点数コードを設定して請求する。
		(1-3) 加算項目を独立項目として請求する。
(2) 薬剤、医療材料の請求がグループ単位のため。	薬剤、医療材料の銘柄を単位として請求する。	
(3) 生化学検査など「項目数」ごとの包括検査を「項目」で表現しているため。	包括検査として請求し、検査名をコメントとして追記する。	

注：(1-2)、(1-3) は加算項目の特性によっていずれかを選択する。

報、DPC では疾病情報などの固有部分があるが、これらも省略している。手書きの形式に拘ることなく通常の情報処理技術で十分対応できると考えられるからであり、以下に請求部分の統合様式に関して述べる。

表 3 は DPC と出来高を統合した医科入院の例である。DPC を実施日順に記載すれば、包括算定で始まり、その期間を過ぎれば出来高算定に移る。包括算定か出来高算定かの区別は、請求点数欄の点数の有無で区別できる。なお、実際の包括入院料の算定期間は包括入院料 1、包括入院料 2、包括入院料 3 の 3 区分ごとに複数日に亘るが、表 3 はそれを 1 日ないし 2 日に省略して示している。

包括入院料は病院ごとの評価係数を掛けて請求するので、評価係数を「加算係数」欄に記載している。この様式であれば、DPC 方式を選択した場合と出来高方式を選択した場合の請求額の比較も容易である。

表 4 は医科（外来）、歯科、調剤の例である。歯科や調剤の現様式は請求項目の特性ごとに記載位置が定められている。点数表が前提なので一般の理解も容易ではなく、点数改正の影響も受けやすい。提案様式は実施日順の記載なので、内容の理解は容易と考える。

2) 統合された様式での 1 行化の実現

コンピュータのデータ処理は 1 行単位に行われるので、データは 1 行で完結するように記載する必要がある。しかし電子レセプトは、紙レセ

プトの記載条件通りに、診療行為や医薬品の名称をコードに置き換えているので、コードと請求点数が 1 行単位に完結した形になっていない。

表 3、4 の左側は実施日順の記載にはなっているが、網掛け行が 1 行単位の構成ではない。1 行化が実現できない原因と、その 1 行化実現策を表 5 にまとめ、1 行化の実施結果を表 3、4 の右側に左側と対応させて記載し、採用した実現策を表 3、4 の右端の欄に表 5 の番号(1-1)、(1-2)、(1-3)、(2)、(3)で示した。

(1) 診療行為の 1 行化対策

点数表の規定には例外的な定めもあるので、細部は今後調整が必要であるが、以下は一般的な形で述べるものである。

診療行為点数は「所定点数（基本点数+注加算点数）+通則加算」の単位で請求することになっている。そして、その算定用に基本項目、注加算項目、通則加算項目を合わせて約 6 千件のコードが設けられている。そして注加算は点数で、通則加算は基本点数の率で規定されているのが一般形である。紙レセプトの規定では、請求に用いた項目名称を 1 行ごとに記載し、計算した請求点数をその末尾の行に記載する。電子レセプトではその名称をコードに換えるが、その他は紙レセプトと同様に記載している。

表 4 の 37 行目の初診料と 38 行目の時間外加算が分かりやすい例である。前者は 270 点、後者は 85 点であるが、レセプトは合計点数 355 点を一連の末尾の行に書く。そのため行ごとの名称

表6 コードを区別せず、通則加算は加算係数欄の加算率によって算定する提案方式

NO	コード	項目	年齢加算	時間帯加算	単位数	係数説明	加算係数	請求点数
1	nnn・n4	帝王切開術			19,340		1.0	19,340
2	nnn・n4	帝王切開術		休日 (80%)	19,340	休日	1.8	34,812
3	nnn・n4	帝王切開術		時間外 (40%)	19,340	時間外	1.4	27,076
4	nnn・n4	帝王切開術		深夜 (80%)	19,340	深夜	1.8	34,812
5	nnn・n4	帝王切開術		時間外特例 (40%)	19,340	時間外特例	1.4	27,076
6	nnn・n4	帝王切開術	3歳未満 (100%)		19,340	3歳未満	2.0	38,680
7	nnn・n4	帝王切開術	3歳未満 (100%)	休日 (80%)	19,340	3歳未満/休日	2.8	54,152
8	nnn・n4	帝王切開術	3歳未満 (100%)	時間外 (40%)	19,340	3歳未満/休日	2.4	46,416
9	nnn・n4	帝王切開術	3歳未満 (100%)	深夜 (80%)	19,340	3歳未満/休日	2.8	54,152
10	nnn・n4	帝王切開術	3歳未満 (100%)	時間外特例 (40%)	19,340	3歳未満/休日	2.4	46,416
11	nnn・n4	帝王切開術	3~6歳未満 (50%)		19,340	3~6歳未満	1.5	29,010
12	nnn・n4	帝王切開術	3~6歳未満 (50%)	休日 (80%)	19,340	3~6歳未満/休日	2.3	44,482
13	nnn・n4	帝王切開術	3~6歳未満 (50%)	時間外 (40%)	19,340	3~6歳未満/時間外	1.9	36,746
14	nnn・n4	帝王切開術	3~6歳未満 (50%)	深夜 (80%)	19,340	3~6歳未満/深夜	2.3	44,482
15	nnn・n4	帝王切開術	3~6歳未満 (50%)	時間外特例 (40%)	19,340	3~6歳未満/時間外特例	1.9	36,746

実際に帝王切開術が6歳未満に実施されることはないが、点数表の規定のままに加算した例である。

(コード)と点数が一致しない。目視には適しているが、コードによるデータ処理には適さない。

通常のシステムならすべての加算を予め計算し、計算結果にコードを付与する。それが現場の省力化とシステムの信頼性の向上にもなる。韓国の電子レセプトもそのようになっている。しかし、日本の電子レセプトは「手書きとの同一」を優先したコード設定になっている。

筆者らはすべての加算計算を事前に実施し、請求点数ごとのコード設定が可能であることは確認した。そのコード件数は約6万件になった^{7,8)}。しかし、6万件のコード提案は現行のコード体系の変更を伴うことにもなるのでその提案は控え、代わりに以下を提案する。

6万件に増えるコードのうちの5万件は手術の部である。それは、大部分の手術には年齢に関する通則加算が3歳未満、3~6歳未満の2種と、時間帯に関する通則加算が休日、時間外、深夜、時間外特例の4種とがあり、これらの組み合わせ

で1件の手術コードが15件になる。一部の手術では年齢区分がさらに細分されている。そして手術項目は2,500件存在するので、請求点数ごとに区別した手術のコード件数は5万件の規模になる。他の部の通則加算も件数は少ないが同様の構成になっている。

厚生労働省の社会医療診療行為別調査⁹⁾によって、手術の通則加算の算定状況を調査したが、これらの通則加算の額は手術総点数の約2%である。2%の算定のためにコードを激増させ、システム移行を困難にすることは避けるべきと考え、表6に示すようにコードは現状のままとし、請求の際に規定の加算率から得た所定の加算係数を掛けて算定し、係数の内容を係数説明欄に記載する(1-1)の方式が適当と判断した。表3のNo21の深夜に実施した帝王切開術がその具体例であり、手術以外の例ではN035の外泊入院料、表4のN048の月2回目の超音波検査(断層撮影)がその例である。

表7 薬剤算定方式の現状と提案方式の比較

薬剤コード, 処方内容					現在の記載法			提案する1行化記載法		
コード	コードの内容		使用量/日	1日金額	単位数	日/回	請求点数	単位数	日/回	請求点数
nnnn・n1	薬剤A	10円	3錠	30円	18点	7日	126点	3点	7日	21点
nnnn・n2	薬剤B	15円	6錠	90円				9点	7日	63点
nnnn・n3	薬剤C	20円	3錠	60円				6点	7日	42点

注加算の1行化対策は(1-2)又は(1-3)の選択を提案する。(1-2)は、加算実施後の請求点数にコードを付与する方式である。これは表3の18行目の「(15-30日)入院加算」のように基本点数と密接な関係にある注加算に適用する。一方、(1-3)は注加算を独立項目として扱うものである。すでにそのように扱われている注加算も存在するが、表3の19行目の「地域加算」や、同20行目の「ハイリスク分娩管理加算」がその例である。この2種を実態に応じて選択すれば実用的なシステムが実現すると考える。

(1-2)の処理によって6千件のコード件数はやや増加するが、(1-1)、(1-3)の対策でコード件数が増加することはない。

(2) 薬剤や医療材料の1行化対策

薬剤の請求は「剤」の単位で行われている。「剤」は同時に服用する薬剤群なので、一般に複数薬剤で構成される。医療材料は一連の手術または処置ごとの請求なので、薬剤と同様に一般に複数ごとの請求になる。

表7に現状と提案を比較して示す。「現在の記載法」は、1日分の3薬剤の購入金額を単価に1日使用量を掛けて(30円+90円+60円=180円)と計算し、それを「五捨五超入」の端数処理によって18点を算定し、その7日分として126点を請求する。算定された126点から薬剤ごとの点数を得るには薬剤マスターと照合して薬価を確認する必要があるので厄介で実用的ではない。薬剤や医療材料の統計は容易に得られるべきと考え、表7の右側の「提案する1行化記載法」を提案する。

(3) 包括算定の1行化対策

検体検査には「項目」ごとの点数による算定ではなく「項目数」ごとに定められた包括点数による算定規定がある。その場合、レセプトには表8の左側のように記載しているので1行化が実現しない。表8の右側のように「3項目検査(410点)」を請求項目とし、その検査名をコメントとして記載する方式とすれば1行化が実現する。

以上をベースに関係者が具体的に検討すれば、1行形式の総合電子レセプトが実現すると考える。

3. 考察

手書きであった紙レセプトがレセコンで処理されるようになり、それが電子レセプトに移った経緯によって生じた電子レセプトの問題と、その解決案を述べた。これらは手書きベースの規定を脱して、通常の情報処理で行われている常識的な手法を適用すれば実現するものである。この実現でレセプトの処理や分析に携わっている多くの関係者の期待が満足され、処理コストの軽減も図れる。すでに紹介した請求省令改正の本旨の実現にも通じると考える。

点数改正のつど医療機関が負担しているシステム改造コストは、点数改正による診療報酬引上げ分の少なくない部分を消耗している。引き上げられた診療報酬を目減りさせることなく医療に供するためにも、レセプト側がコスト削減の努力を図るのは当然である。コードの再整備、レセプトデータのカルテからの直接取得は、そのための提案でもある。

さらに電子レセプトに対する発想の転換が必要

表 8 検査項目数で包括される検体検査の記載方法の現状と提案方式の比較

包括検査の現状				包括検査の提案			
コード	項目	単位数	請求点数	コード	項目	単位数	請求点数
				n00000000	3項目検査	410点	410点
n00000001	検査A	123点	410点	n00000001	検査A	123点	0点
n00000002	検査B	140点		n00000002	検査B	140点	0点
n00000003	検査C	220点		n00000003	検査C	220点	0点

である。診療報酬体系は限られた医療資源の有効配分を目指すものであり、2年ごとの点数改正はその調整と考える。調整には診療報酬改定の影響を適切に評価する情報が必要であり、その情報取得には医療現場の状況を反映するリアルなデータの収集が不可欠であり、それは電子レセプトによる以外に考えられない。

現在の診療報酬改定に、情報インフラであるべき電子レセプトは機能を発揮していない。電子レセプトの効果は事務の省力化の状態に留まり、データ活用がもたらすメリットを享受する状態に至っていない。

韓国ではデータ処理に適した電子レセプトが稼働して10年が過ぎた。データは有効な情報に加工され、医療の実体把握や医療政策に活用されている。これらの状況は健康保険審査評価院(Hira: Health Insurance Review & Assessment Service)のホームページ¹⁰⁾に詳しい。そこに掲載された2007年以来隔月発行の技術雑誌「HIRA」は、その論文のタイトルだけでも参考になる。発刊以来の365件の論文タイトルを和訳してネット上で提供している¹¹⁾。その執筆者はHira関係者231名、Hira以外107名、海外27名にわたり、論文テーマは、審査評価分析が94件、海外関連が139件に及んでいる。

電子レセプトが医療の質向上に貢献した具体例として、服用禁忌薬や重複投与の実態がレセプトデータ分析で明らかにされたことが挙げられる。それを受けて、薬剤禁忌のチェックシステムが開発され、全国の医療機関や薬局に設置され、処方と調剤の2段階でのリアルタイムチェックが実

施されるようになっている¹²⁾。

Hiraは「国民医療の質と費用の適正性の保障」をミッションに掲げている。これはわが国でも目指すべきであり、そのためにも電子レセプト様式の早急な見直しが求められる。

参 考 文 献

- 1) 岡本悦司. レセプトオンライン化のあゆみ. 第28回医療情報学会連合大会 2008年抄録集 41-43. <http://www.resept.com/JCMI2008okamoto.pdf>
- 2) 岡本悦司. レセプトオンライン化はいかに決定されたか. ヘルスサイエンス・ヘルスケア誌 7巻2号. http://www.fih.org/volume7_2/article5.pdf
- 3) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(請求省令)(昭和51年8月2日厚生法令第36号, 最終改正平成24年1月13日) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S51/S51F03601000036.html>
- 4) 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項, 方式及び規格について(保発0427第6号平成24年4月27日) http://www.ajha.or.jp/admininfo/pdf/2012/120510_4.pdf
- 5) レセプト電算処理システム 電子レセプトの作成手引き(医科, DPC, 歯科, 調剤). 社会保険診療報酬支払基金編集.
- 6) 診療報酬等の記載要領等について(レセプト記載要領)(昭和51年8月7日保険発第82号)
- 7) 西山孝之, 他. 現状の電子レセプトで得られる情報, スルーコード化によって得られる情報. 第31回医療情報学連合大会, 2011年.
- 8) 柳韓大学保健医療福祉研究所 日本事務所ホームページ.

14 データ処理に適した電子レセプト

<http://yuhan.jp/>

- 9) 社会医療診療行為別調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-18.html>

- 10) 韓国健康保険審査評価院 (HIRA) ホームページ

<http://www.hira.or.kr/main.do>

- 11) HIRA 目次総覧

<http://yuhan.jp/10hira/701HIRAcontents.htm>

- 12) DUR の重要性和今後の推進方向. HIRA 第6巻3号 (2012.5-6)

<http://yuhan.jp/10hira/3409.pdf>
