

2023 年度調査研究事業

医療 DX の基礎となるシステム施策と
その発展に向けた考察

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会
医事コンピュータ部会

一般財団法人 医療保険業務研究協会

目 次

はじめに

- 1. 本調査研究を始めるにあたって—医療 DX と診療報酬請求システム 1
- 2. 本調査研究の問題意識と目的 2

第1章 JAHIS が考える医療 DX

- 1. 医療 DX の概要 4
 - (1) 令和4年度改定以降の医療 DX を取りまく環境 4
 - (2) 「骨太方針2022」の公表 5
 - (3) 医療 DX 推進本部の設置 5
 - (4) 医療 DX 令和ビジョン2030推進チームの設置 6
- 2. JAHIS が考える医療 DX 7
 - (1) 医療 DX における JAHIS の提言 7
 - (2) 本調査研究で考察する医療 DX (新たな『診療報酬 DX』という考え方) 7
- 3. 本調査研究で展開する『診療報酬 DX』 9
 - (1) 『診療報酬 DX』をどう捉えるべきか 9
 - (2) JAHIS が構想する『診療報酬 DX』の概説 11
 - (3) 本調査研究における展開 12

第2章 これまでの診療報酬請求業務の電子化とその先にあるもの

- 1. 診療報酬請求業務のデジタル化・オンライン化の歴史 14
 - (1) 近年の診療報酬改定における簡素化・合理化の経緯 14
 - (2) デジタル化・オンライン化に関する JAHIS の取り組み 19
- 2. 電子化が進められてきたものに対するこの先の展望 21
 - (1) 選択式コメント 21
 - (2) 『診療報酬 DX』を前提としたこれからの制度の在り方 28
 - (3) 診療報酬改定 DX 41

第3章 JAHIS が構想する一つ先の未来

- 1. カルテからの医療費の自動計算 50
 - (1) カルテからの医療費の自動計算 (カルテからのダイレクト請求) 50
 - (2) ダイレクト請求の前提となる電子カルテ関連の標準化 54

Column ~カルテ記載の DX によってもたらされる未来~
- 2. 院内の請求事務の DX とそれが患者にもたらすメリット 59
 - (1) DX による医療事務の効率化 59
 - (2) 患者から見た DX のメリット: DX による患者の支払方法の変革 64
 - (3) 国の施策としての DX の重要性 66

おわりに

- 本調査研究を省みて 67

はじめに

1. 本調査研究を始めるにあたって—医療 DX と診療報酬請求システム

本調査研究では、「医療 DX」について、診療報酬請求システムの開発を担うベンダの立場から、令和5年度における施策動向等を概観しつつ現状を分析し、近未来の展望までを考察する。

医療 DX は、「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太方針2022）」（以下、単に「骨太方針2022」）において「社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進」の一環として示され、医療 DX を通じて医療・介護費の適正化を進めるとともに、医療・介護分野において DX を含む技術革新を通じたサービスの効率化・質の向上を図るとされた（骨太方針2023においても、医療 DX の方向性は維持されている）。

第1回「医療 DX 令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームでは、「DX」及び「医療 DX」は以下のように定義されている。

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。

医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

DX は、本来上記のような幅広い意味を持つ語だが、「骨太方針2022」においては医療・介護分野でのDXの主なテーマとして「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定 DX」が挙げられ、これらについて行政と関係業界が一丸となって進めるとされた。

当会（一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会（以下「JAHIS」））では以前より、調査研究事業のテーマとして診療報酬請求システムに関する政策の影響点等を取り上げてきた。医療 DX の大きな柱である診療報酬改定 DX は、診療報酬請求のデジタル化による業務効率化等のプロセス改革だが、第1章で詳述するようにこれは「骨太方針2022」に先だち JAHIS が中心となって提言したものである。

診療報酬請求システムは医療 DX のいわば土台となるシステムのひとつであり、医療 DX という構想の基礎には、診療報酬請求業務のデジタル化やオンライン化といった同システムに関する施策の蓄積があると言える。したがって、診療報酬請求システムを知悉するシステムベンダの立場から医療 DX の施策を分析することは、医療 DX の現状と発展を考察するために有意であると考えられる。

本調査研究では医療 DX の近未来の展望を考察するが、その定義にもあるように、DX の推進にあたっては「全体最適化」が重要となる。医療 DX において全体最適を達成するためには、医療 DX の「あるべき姿」を明確にしなくてはならない。無計画にデジタル技術を導入しても、それが医療 DX 全体の中で他の技術や施策と効果的に結びつくとは限らないからである。そうした意味で、医療 DX の近未来の展望を考察することは、医療 DX の「あるべき姿」を検討するために有効である。

令和4年度、JAHIS は「診療報酬請求情報システムから見た2022年4月診療報酬改定およびオンライン資格確認等システム等における対応の特徴点の評価および対応案検討過程の考察」と題して調査研究を行い、論点のひとつとして医療 DX を取り上げた。本調査研究ではさらに踏み込んで、全編にわたり「医療 DX への発展」という観点から診療報酬請求システムを取り上げる。また、過去の調査研究を踏まえつつ、それぞれの施策により診療報酬請求システムを取り巻く状況がどう変わり、どのような効果が得られたのかを改めて検証する。その上で、残された課題を明らかにし、全ての関係者にとって有益な提言を可能な限り示していきたい。

2. 本調査研究の問題意識と目的

医療 DX が推進される背景には日本の人口構造の変化に伴う労働人口の減少や医療・福祉サービスを利用する高齢人口の増加といった状況があり、本調査研究もそうした問題意識を共有している。

日本の人口は平成20（2008）年をピークに減少に転じ、少子高齢化・人口減少時代を迎えた（表1）。少子化については、令和4（2022）年の出生数は80万人を割り込み、急送に進展している。総人口は2022年時点で約1億2,495万人だが、2070年には約8,700万人まで減少し、生産年齢人口（15-64歳）は2065年に約4,500万人となると推計されている。これは2020年の数値と比べ約2,900万人の減少である。

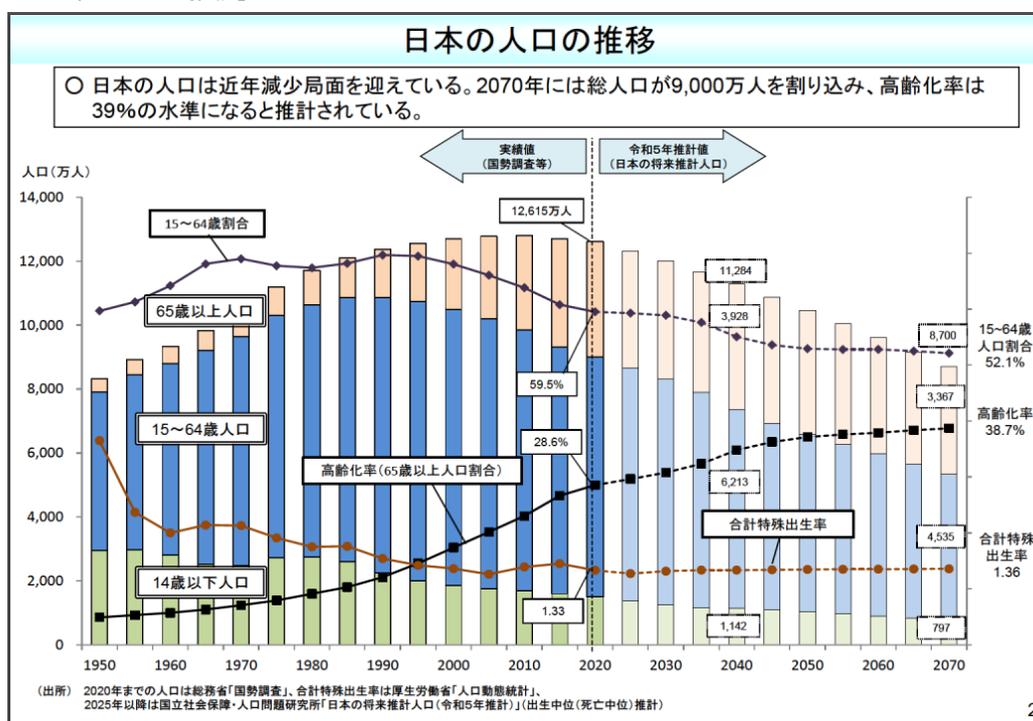
他方で、高齢化に目を向けると、令和7（2025）年には、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、2040年には、団塊の世代のこども世代である団塊ジュニア世代が65歳以上となる。2022年現在で29.1%であった高齢化率（65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合）は、2050年には37.7%に達するとされている。

こうした人口構造の変化を踏まえた2040年の医療・福祉従事者の必要人数は、現在の医療・福祉従事者数を200万人以上上回るというシミュレーションもある（表2）。医療・福祉分野においては、生産年齢人口が減少する中で維持に必要な労働者数は増えることになる。このような状況において、労働環境の改善を含む持続可能な社会保障制度の構築が喫緊の課題であることは言うまでもない。そして医療 DX によるデジタル化社会の実現と業務の効率化は、この課題の解決に不可欠のものである。

本調査研究の大きな目的は、そうした重要性を持つ医療DXについて、診療報酬請求システムを担うベンダ固有の立場から、関連する施策の成果と課題、さらにはひとつ先の未来を考察することにより、その社会実装の一助となることである。

JAHISは医療機関の現場におけるシステム対応のみならず、システムベンダとしての専門性により業界団体として政策に対する企画協力などを実施しており、現場や業界の知見を活かした調査研究を行うことができる。本調査研究は、そのような組織の特性を最大限に活かし、医療DXの実現に向けた実践的で効率的な施策検討に資するものとなることを目指す。

【表1 日本の人口の推移】



出典：内閣府 こども未来戦略会議（第2回）参考資料 将来推計人口（令和5年推計）の概要

【表2 医療・福祉従事者の就業者数の見通し】

	2018年	2025年	2040年	
	【実績】	【実績・人口構造を踏まえた必要人員】	【実績・人口構造を踏まえた必要人員】	【経済成長と労働参加が進むケース】
医療福祉分野の就業者数（かっこ内は総就業者数に占める割合）	826万人 (12%)	940万人 (14~15%)	1,070万人 (18~20%)	974万人 (16%)

資料：「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論素材）」に基づくマンパワーシミュレーション（2019年5月厚生労働省）を基に作成。

出典：令和4年厚生労働白書

第1章 JAHISが考える医療DX

我々JAHISは、過去の調査研究において「選択式コメント」、「オンライン資格確認等システム」をはじめとする、いわゆる診療報酬請求の「デジタル化」「オンライン化」に関して、その時点での特徴点や施策の検討過程に関する評価を行い、直面している課題と今後の目指す方向性を提言してきた。

第1章では、過去の調査研究等での知見を基にした、現在進行形で施策が行われている「医療DX」に関するJAHISの捉え方・考え方を明らかにする。デジタルトランスフォーメーション(DX)とはデジタル技術によって社会や生活に変容をもたらす意であることから、いくつもの取組みが為されてきたとは言え、創設当時の手続きが色濃く残る診療報酬制度は、デジタル技術によってさらなる劇的な変革をしなければDXとは言えない。本章において、その診療報酬制度変革のカギを握る医療DXという命題に対してJAHISがどのように捉えているかを示した上で、JAHISが考える医療DXのあるべき姿を「診療報酬DX」として新たに定義し、第2章以降で展開する各論の足掛かりとする。

1. 医療DXの概要

はじめに、医療DXの概要を、その経緯とともに整理する。かねてより「デジタル化」、「オンライン化」などICT化への取組みが行われてきたが、それらが令和4年度診療報酬改定(以下「令和4年度改定」)後に「医療DX」という発展したかたちで示されたことになる。

(1) 令和4年度改定以降の医療DXを取りまく環境

令和4年度改定以前より、レセプトの電子化・オンライン化、レセプトへの記載内容の電子化(選択式コメントの導入)、返戻再請求のオンライン化が順次実施され、DXの前提となる「デジタル化」、「オンライン化」が進められてきた。さらに、令和5年1月から電子処方箋が導入され、オンライン資格確認についても原則義務化に向けた改革が行われている最中である。なお、オンライン資格確認については、令和4年4月1日から「電子的保健医療情報活用加算」(令和4年9月30日で廃止)、令和4年10月1日から「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」、令和6年6月改定から「医療情報取得加算」へと名称変更等の見直しをされ、普及を後押しするような施策が取られている。

また、令和4年度改定時の算定ルールにおいても「情報通信機器」の使用に関連する項目が増えてきた。情報通信機器を使用したものとは、主にオンライン診療やオンライン会議(カンファレンス)のことであり、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、順次

適用の範囲が広げられたものである。患者の診察においては、今までの常識であった「対面であること」が全てではなくなってきていると言える。具体的には、情報通信機器を用いた初診・再診等が評価されるようになったことが特筆すべき点である。

施設基準の要件であったカンファレンス（医療従事者間、医療機関間等）についても、従来は一堂に会して「対面で」実施することが求められていたが、オンラインでの開催でも可となり、遠距離の相手とでも容易に開催できるようになった。また、算定の要件においても、患家を訪問する必要がある「入退院支援加算」や「在宅患者訪問看護・指導料」等については、特にへき地・離島にある患家への訪問は医療機関にとって負担となっていたことから、オンラインでも可になったことは医療機関・患者にとって大きなメリットをもたらす変革と言えよう。

なお、「診療録管理体制加算」においては、算定の要件として毎年7月に標準規格導入に係る取組状況等を報告することとされているが、その中で電子カルテの標準規格である「HL7 FHIR」(※)の導入予定の有無についても報告することになっている。

以上のように、令和4年度改定以降の医療DXを取りまく環境については、「デジタル化」や「オンライン化」に対する政策が推し進められ、さらに発展して、データ活用に向けて「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められようとしている状況にある。

※ 「HL7」は医療情報を標準化するための国際的な規格で、「FHIR」は Fast (to design and implement) Healthcare Interoperability Resources の略であり、「手早く設計し導入できる保健医療分野の相互運用性リソース」の意。つまり「HL7 FHIR」は、医療データにおける国際的な標準規格となる。

(2) 「骨太方針 2022」の公表

令和4年6月7日に「骨太方針 2022」が閣議決定された。その中には「医療・介護分野でのDXを含む技術革新を通じたサービスの効率化・質の向上を図る」こととされ、同時にオンライン資格確認について医療機関等に令和5（2023）年4月からの導入を義務付けることが明記され、強く進められてきた。このことは、オンライン資格確認の普及のみならず「オンライン資格確認等システム」を活用したネットワークの構築、インフラを構築することの国としての決意表明であると捉えることができる(※)。

※ 「骨太方針 2023」においても「医療DX推進本部において策定した工程表に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する」とされており、骨太方針 2022 の方向性が維持されている。

現在は「アナログ」から「デジタル」への過渡期にあり、デジタル化を踏まえた医療提供体制の総合的な改革、診療報酬制度（算定・請求・改定など）の構造的な変革を構想するフェーズにあると言える。

(3) 医療DX推進本部の設置

前述の「骨太方針 2022」には、さらに「医療DX推進本部」を設置する旨が明記され

ている。これを受けて、内閣に設置された医療 DX 推進本部の第 1 回が令和 4 年 10 月 12 日に開催され、岸田総理を本部長として発足した。構成員には内閣官房長官、厚生労働大臣、デジタル大臣、総務大臣、経済産業大臣が名を連ねており、省庁横断的なプロジェクトとして医療 DX を推進することとしている。医療 DX 推進本部が設置され、具体的に動き出したことで、医療 DX を取りまく環境を背景に改革のスピードが上がっている状況にある。

(4) 医療 DX 令和ビジョン 2030 推進チームの設置

令和 4 年 5 月 17 日に自由民主党より「医療 DX 令和ビジョン 2030」の提言が行われ、医療分野の情報の在り方を根本から解決するための施策として、「3つの骨格」(①「全国医療情報プラットフォーム」、②電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討、③「診療報酬改定 DX」) が提唱された。これを受けて、当該ビジョンを実現するべく、厚生労働省（以下「厚労省」）において「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チームが設置されることとなった（令和 4 年 9 月 22 日・第 1 回／同年 12 月 22 日・第 2 回／令和 5 年 4 月 4 日・第 3 回が開催）。その会議の中で「医療 DX」という文言が定義されるとともに（表 1-1 参照）、「3つの骨格」を中心とした医療 DX の推進について、具体的な議論が行われることとなった。

【表 1-1 医療 DX の定義】

医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

（出典：第 1 回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム資料）

2. JAHIS が考える医療 DX

前節では政策的な医療 DX の概要について述べてきたが、それを踏まえてこの節では、「JAHIS が考える医療 DX」の在り方や方向性について明確にしていくこととする。行政が医療 DX を世に示す前から、JAHIS としてはその前段階のファクタである「デジタル化」や「オンライン化」に着目しており、本調査研究等を通して様々な施策の提案を行ってきた。その実績から JAHIS として医療 DX の進展に貢献することが可能と思われるテーマを設定し、本調査研究で取り上げることとする。

(1) 医療 DX における JAHIS の提言

前節において掲げた医療 DX の3つの骨格のうち「診療報酬改定 DX」という言葉とその具体的な施策については、「骨太方針2022」に先立って JAHIS が中心となって提言したものである。さらに、この診療報酬改定 DX を着実に進めていくための具体的な施策を3項目（3つの提言）に整理している（表1-2参照）。これらの提言が、最終的に「骨太方針2022」に採用されることとなったことから、JAHIS は「診療報酬改定 DX」の実現に向けて積極的な関与が求められる立場にあると言える。

【表1-2 JAHIS が提言する具体的な施策】

【診療報酬情報デジタル化】	現在の大量の紙ベースかつ文章ベースの診療・調剤報酬情報を容易にプログラム利用できるようにデジタル化。
デジタル化の実現方法として 【診療報酬算定モジュール】	診療・調剤報酬の点数・患者負担金計算に係るプログラム・ロジックをベンダが共通利用できるようモジュール化。
モジュール化の効果最大化のための 【診療報酬改定作業ピーク抑制化】	診療・調剤報酬改定作業のピーク抑制と品質のさらなる向上のため、現在のスケジュールを見直す。

（出典：JAHIS 会誌69号）

(2) 本調査研究で考察する医療 DX（新たな『診療報酬 DX』という考え方）

医療 DX の3つの骨格のうち本調査研究で取り扱うべきものは、JAHIS のこれまでの実績を鑑みても「診療報酬改定 DX」であることは明確である。過去の調査研究において、歴代の診療報酬改定や診療報酬請求業務の「デジタル化」「オンライン化」を取り上げた実績があり、具体的な考察・提言を経て獲得した知見を十分に活かすことができると考えられるからである。

① 診療報酬制度全般の諸規定の現状

診療報酬制度全般の諸規定については、「医科診療報酬点数表（一般財団法人 医療保険業務研究協会）」や「医科点数表の解釈（社会保険研究所）」などの書籍にもまとめられているが、それらの書籍が（規定の量が増えて）分厚くなっている。表1-3は、掲載量の増加が特に顕著な「医科点数表の解釈」のページ数の変遷を一覧にまと

めたものであり、診療報酬改定ごとに制度全般の規定量が如実に増えていることが確認できる。

【表1-3 「医科点数表の解釈」のページ数の変遷】

診療報酬改定（書籍の年版）	総ページ数 (索引を除く)	備考
平成26年度改定（平成26年4月版）	1,781	B5判
平成28年度改定（平成28年4月版）	2,012	B5判
平成30年度改定（平成30年4月版）	2,324	B5判
令和2年度改定（令和2年4月版）	1,729	A4判化。実質的にはページ増
令和4年度改定（令和4年4月版）	1,895	A4判（参考：重量3,255グラム）

② 『診療報酬 DX』の定義とその考え方について

上記の①における現状を鑑みると、診療報酬改定 DX を確実に実現するためには、その前段階として診療報酬算定・請求等の制度自体をデジタル化に耐えうるよう明瞭かつ簡潔にしていく必要があると考える。

そのために、本調査研究では診療報酬改定 DX より踏み込んだかたちで、診療報酬制度を成立させている要素である「算定」や「請求」にまつわる DX についてまで広く考えてみることにする。この診療報酬改定 DX の構想を超えた「算定や請求などを含めた診療報酬制度全般に関する DX」について、ここでは『診療報酬 DX』と定義する。「2年に1度の診療報酬改定」のみをターゲットにするのではなく、デジタル化に適した算定ルールや窓口請求・支払等も含めて『診療報酬 DX』として包括的に捉え直す必要があるとの判断のもと、JAHIS としてどのように貢献できるかを考えていきたい。

3. 本調査研究で展開する『診療報酬DX』

ここまで、JAHIS が深く関わるべき医療 DX として『診療報酬 DX』を定義し、その必要性を説明してきた。それを受けて、この節では具体的な『診療報酬 DX』に関する考察を展開していく。はじめに、DX に至るまでのステップについて構造化することを試み、それを『診療報酬 DX』に当てはめた上で現時点での状況や今後の課題を考察し、今 JAHIS が考える「あるべき姿」を提示する。

(1) 『診療報酬 DX』をどう捉えるべきか

① DX の構造

表1-1等で示した「医療 DX」の定義の通り、DX とは単なる「デジタル化」ではなく、デジタル化によって社会や生活の形に変容をもたらすことである。本調査研究では、DX までの過程について、

■ デジタイゼーション（データのデジタル化）

■ デジタライゼーション（プロセスのデジタル化）

■ デジタルトランスフォーメーション（事業やビジネスモデルの変革）

という3つのステップを踏んでいくものと捉え（表1-4参照）、この構造（フレームワーク）をベースに『診療報酬 DX』を考察することとする。

【表 1-4 DX の構造】

- 企業がDXの具体的なアクションを設計できるように、DXを3つの異なる段階に分解する
- これらは必ずしも下から順に実施を検討するものではない

DX推進指標における
“DXの定義”はこの範囲



(出典：経済産業省「DX レポート2 中間とりまとめ」)

② 診療報酬請求業務のDX（レセプトのDX）

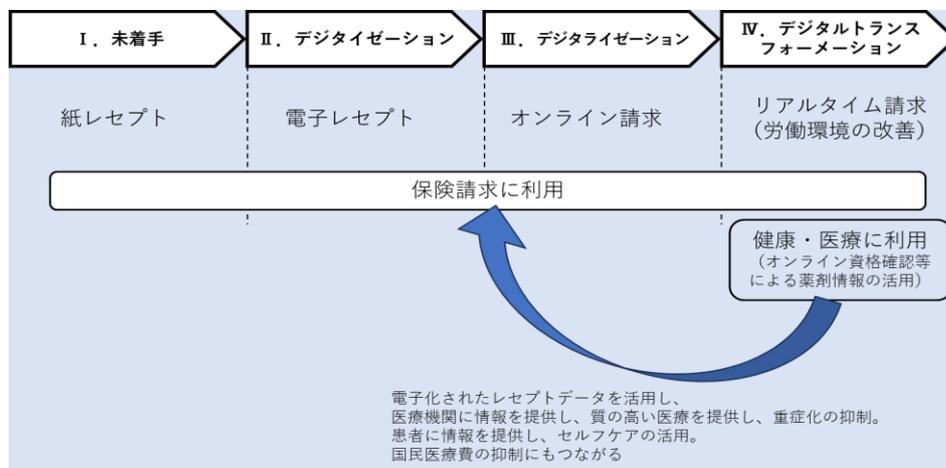
診療報酬制度関連の施策の中で「DX化（デジタイゼーション→デジタライゼーション→デジタルトランスフォーメーションの遷移）」が比較的進んでいるものは、オンライン請求の普及にまで至った診療報酬請求業務である（「レセプトのDX」）。進んでいるとはいうものの、それでもDXに到達したとは言えない状況である。紙から電子レセプトへと移行はしてきているが、内容としては紙媒体のものをデータに置き換えただけであり、医療機関によっては、未だにレセプトを紙媒体や電子媒体で提出しているところがあるのが実情である。ここでは、レセプトのDXの過程や現状を考察する。

レセプトのDXのフレームワークを考えると、最初（未着手の状態）は紙レセプトの状態であり、そこからのスタートであった。その紙レセプトの内容を単純にデジタル化して電子レセプト（電子媒体による提出）にしたことが「デジタイゼーション」に当たる。さらに、オンラインによる請求を可能とし、審査支払機関における受付・事務点検ASPによるチェックを実現した段階が「デジタライゼーション」であると考えられる。

「デジタルトランスフォーメーション」の段階について考えると、共通算定モジュールを活用した診療を行った当日に請求を可能とすること（リアルタイム請求）により、請求業務の平準化や削減が期待できるようになる。さらに、健康・医療の促進を目的としたマイナポータルによるレセプトデータの閲覧、医療の質向上を目的としたオンライン資格確認等システム活用によるレセプトデータの閲覧、ナショナルデータベース（NDB）を活用した研究等がこれに当たる。

レセプトは、今までは請求のためのデータだったが、請求データからさらに次のステップに進み、請求業務の抜本的な改革や健康・医療の促進に繋がるものとなりつつある。この過程の到達点が真の「レセプトのDX」と言える（表1-5参照）。

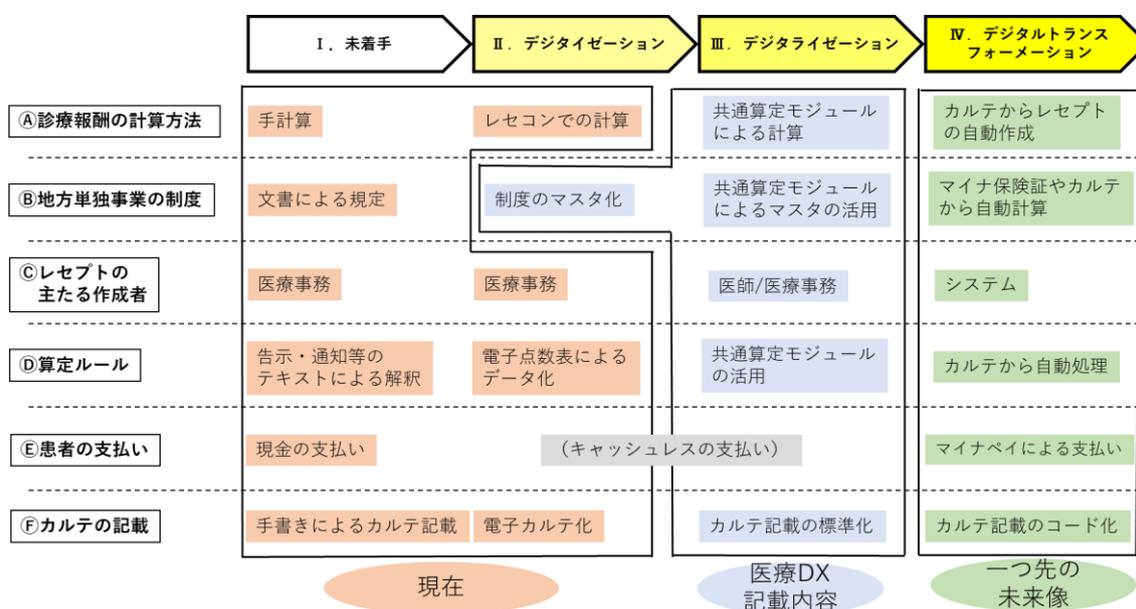
【表 1-5 レセプトのDXの遷移】



(2) JAHIS が構想する『診療報酬DX』の概説

診療報酬改定DXについては、その具体的な到達目標を国がどのように設定しているか不透明な部分があるが、関係者全てがその利益を享受できるという点についてはJAHISと同じ認識であると考えられる。本調査研究では、JAHISが考える『診療報酬DX』について表1-6のような構造化を試みた。カテゴリについては他にも設定することができるが、ここでは特に必要であると思われるものについてまとめている。『診療報酬DX』の到達目標として、将来的には「カルテからレセプトの自動作成」を想定しているが、カテゴリごとにデジタルトランスフォーメーションに至る過程を明確にし、現時点で到達しているステップと今後の課題を示した。

【表 1-6 診療報酬のDX 構造】



「①診療報酬の計算方法」については、II. デジタイゼーションの領域は「レセコンでの計算」、III. デジタライゼーションの領域は「共通算定モジュールによる計算」になる。つまり、共通算定モジュール化の時点ではまだIV. デジタルトランスフォーメーションは至っていないと考えられる。IV. デジタルトランスフォーメーションによって社会や生活の形まで変えることを考えれば、最終目標は医療機関におけるレセプト作成作業からの解放となり、それはとりもなおさず「カルテからレセプトの自動作成」ということになる。

「②地方単独事業（以下「地単」）の制度」で考えると、自治体が独自に文書によって規定しているものについて、それをマスタ化することがII. デジタイゼーションとなる。マスタ化によって、現状では自治体ごとに異なる地単の内容について、ある程度集約しつつ、根幹部分についてルールの共通化を図ることが可能となる。さらに、「①診

療報酬の計算方法」同様に算定モジュールが構築された時点でⅢ、デジタルライゼーションとなり、最終的なⅣ、デジタルトランスフォーメーションの到達目標は、やはりカルテからの自動計算となる。

「㉔レセプトの主たる作成者」についても、Ⅳ、デジタルトランスフォーメーションに至る段階に応じて変容し、最終的にカルテからの自動計算が可能となった時点で「人（医療事務）」から「システム」に移行するため、人的な配置は不要となる。

「㉕算定ルール」については、従来はベンダ独自でマスタを作成していた。近年は、「診療行為等のマスタ」など主要なものについては行政（主に厚労省）がマスタ化して配布するケースが多くなってきておりⅡ、デジタルライゼーションに達している。さらに次のステップを考えると、そもそもマスタを取り込まなくてもカルテから自動計算するような未来を描くことができる。この場合においても、Ⅳ、デジタルトランスフォーメーションの最終目標は「カルテから自動処理」としているが、マスタについては、その概念が消滅する可能性もある。

「㉖患者の支払い」については、患者にとってのDXを考えた場合、受診行動の改革の一つに患者負担の支払行為の改善が大きなテーマとなる。従来は現金の授受が主流であったが、近年はキャッシュレスを導入する事例が多くなってきており、Ⅲ、デジタルライゼーションに達していると言える。費用がいくらかかるか分からない医療機関でのキャッシュレスによる支払いは、患者にとってのメリットが大きく、さらなる普及が求められている。マイナ保険証として利用され、銀行口座（公金受取口座）と紐づくことで、当該口座から自動引落としされるキャッシュレス決裁（ここでは仮に「マイナペイ」と呼ぶことにする）による支払いが可能となると、Ⅳ、デジタルトランスフォーメーションに達することとなり、患者が診察後に待たされる問題や未収金への懸念がなくなるとともに、窓口における人的なリソースが大幅に削減可能となると考えられる。

「㉗カルテ記載の標準化」については、現在電子カルテが普及している状況にある。さらに近年は、カルテの標準化の機運が高まっておりⅢ、デジタルライゼーションの途についた。最終的にⅣ、デジタルトランスフォーメーション（カルテ記載のコード化）を実現することで、診療における作業負担が大幅に減ることが考えられる。また、カルテ記載の標準化、コード化に伴い「レセプト作成」にシームレスに繋がることにより、診療報酬請求業務においても大きく変革するものと考えられる。

(3) 本調査研究における展開

本調査研究では、表1-6の『診療報酬DX』のフレームワークを基に、「全ての関係者にメリットがある」これからの方向性を第2章で、さらなる未来像を第3章で展開する。「骨太の方針2023」における医療DXは、フレームワークのⅡ、デジタルライゼーション～Ⅲ、デジタルライゼーションあたりで止まっていると考えられるため、Ⅳ、デジタルトランスフォーメーションに向けた「その先」を構想するものであり、第2章では従来の診

療報酬請求業務の電子化の延長線上にあると考えられること、言い換えれば早期に着手し議論を深められることについて項目ごとに論じる。さらに、第3章では、全ての関係者がその利益を享受するという基本的な考え方にに基づき、『診療報酬DX』によってもたらされる近未来の診療報酬請求業務を独自の視点で論じる。この近未来像は、単なる理想ではなく、最終的に実現すべきものとして構想していくこととする。

第2章 これまでの診療報酬請求業務の電子化とその先にあるもの

第1章で整理した『診療報酬 DX』の考え方にに基づき、第2章では現在の診療報酬請求業務の変革を論じる。本章での提言は、早期に着手すべきものを多く含んでおり、DX フレームワークのその次のステップに遷移することを想定したものである。はじめに、診療報酬請求業務のデジタル化・オンライン化の歴史を振り返り、それを踏まえて論を展開する。

1. 診療報酬請求業務のデジタル化・オンライン化の歴史

(1) 近年の診療報酬改定における簡素化・合理化の経緯

表2-1-1は、平成10年度診療報酬改定以降の診療報酬改定における簡素化・合理化の経緯等についてまとめたものである。2年ごとの診療報酬改定において、診療報酬の体系は簡素化・合理化が進められてきた。この簡素化・合理化については、「デジタル化」「オンライン化」の歴史とも言えよう。

具体的には、DPC/PDPSが導入された平成15年以降、診療報酬改定の都度、診療報酬請求業務や制度全般について積極的にデジタル化・オンライン化が図られ、「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」により、段階的に電子請求・オンライン請求の義務化が実施されてきた。さらに近年では、選択式コメントの導入によるレセプト記載事項のデジタル化、オンライン資格確認等システムを活用したオンライン資格確認や電子処方箋の導入など、診療報酬請求業務を取りまく環境の変化は顕著となっている。

【表 2-1-1 診療報酬改定における簡素化・合理化の経緯等】

平成10年度	診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等
1998	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定機能病院外来診療料の新設 ○ 基準看護から新看護への移行促進として逓減制の統一
	日本版DRG/PPS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成10年4月から国立等10病院で試行スタート ○ ICD-9を採用していた
	その他
	○ 平成11年3月1日から「WAM NET」運用を開始
平成12年度	厚生労働省におけるWeb化の動き
2000	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成12年6月頃から法令データベースが稼働 ○ 2000年問題の特設サイトがあった
	医療のIT化推進
	○ 診療報酬情報提供サービスのウェブサイト開設（平成13年3月）
	診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来診療料の拡大（特定機能病院のみから一般病床200床以上病院へ） ○ 入院環境料、看護料、入院時医学管理料等を整理して入院基本料、入院基本料等加算の体系に ○ 短期滞在手術基本料の新設

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ペースメーカー、PTCA用カテーテル、人工股・膝関節用材料の3分野に新しい機能区分が設定され、併せて償還価格設定材料については定義通知によりその内容が定義された（平成12年10月） ○ 都道府県購入価材料について、101分野510分類の機能別分類が設定され、うち45分野150分類に価格が設定された（平成13年2月）。残る56分野360分類については13年10月と14年改正時の2段階で価格設定
	<p>日本版DRG/PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成13年4月から定額払いを伴わない調査協力病院が参加 ○ 平成13年4月からICD-10に変更
	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成12年4月から介護保険法施行 ○ 平成13年1月に厚生省から厚生労働省に再編 ○ 平成13年1月に老人の薬剤一部負担金廃止（平成11年7月から特例により国が肩代わりしていたので実質窓口負担なし）と、老人定率負担（診療所外来では定率・定額の選択性）導入等
平成14年度	<p>厚生労働省におけるWeb化の動き</p>
2002	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「厚生労働省電子申請・届出システム」を平成14年度末から運用
	<p>医療のIT化推進</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 遠隔画像診断の場合に、送信側で診断料・画像診断管理加算を算定できるように
	<p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 白本の検査・手術について、全件リスト化 ○ 長期投与の規制について原則廃止 ○ 4月から再診料に受診回数による月内逓減制を導入したが、翌年6月から廃止された ○ 後発医薬品を使用した場合の処方箋料を高く設定 ○ レセコンが電算化されている医療機関では205円ルール（レセプトへの205円未満の薬剤名記載の省略を認めるルール）廃止（手書きは175円ルールに） ○ 消炎鎮痛等処置への湿布処置の組込みと同一月内逓減制の新設 ○ 手術について施設基準設定の拡大と未届出の場合は70/100算定
	<p>DPC/PDPS</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成15年4月から82特定機能病院等についてスタート ○ 当初からDPC電子点数表（各医療機関において使用されている情報管理システムと適合のしやすい形に整えた診断群分類決定ロジック）が提供されていたが、文字コードや不要スペースの混在など精度に課題があった
	<p>その他</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 初の本体マイナス改定 ○ 健保本人の3割負担導入と薬剤一部負担金の廃止
平成16年度	<p>厚生労働省におけるWeb化の動き</p>
2004	<ul style="list-style-type: none"> ○ 審議会資料は非掲載&議事録も数週間～数ヵ月後
	<p>医療のIT化推進</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は5.6%（平成16年3月）
	<p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来診療料の包括範囲拡大 ○ 手術について、施設基準によって5/100加算、30/100減算
	<p>DPC/PDPS</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ツリー図のExcel表現化
	<p>その他</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 初の±0%改定
平成18年度	<p>厚生労働省におけるWeb化の動き</p>
2006	<ul style="list-style-type: none"> ○ 改定関連通知が初めて厚生労働省ウェブサイト上に掲載

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3月31日までに一部訂正・QAが事務連絡される
	<p>医療のIT化推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は14.6%（平成18年3月） ○ レセプトオンライン請求の原則義務化を規定（平成20年4月から） ○ 医療費の内容の分かる領収証の発行義務化 ○ 電子点数表をWebに掲載（現在のものとは別規格／機械可読的で電子請求に使えるものとして／公表17テーブル中4テーブル略） ○ 時限的措置として電子化加算（初診料）を新設→23年3月までの予定 ○ 平成20年度当初までに、診療報酬体系を簡素かつ明確にし、コンピュータ処理及びレセプトデータの有効活用に適した電子的な診療報酬点数表を整備することなどを定めた「IT新改革戦略」の発表（平成18年1月） ○ 平成18年度から概ね5年間のアクションプランを示す「医療・健康・介護・福祉分野の情報化ランドデザイン」を決定
	<p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 分かりやすい表記に：hühner検査、瘰癧手術→ヒューナー検査、ひょう疽手術 等 ○ 物の加算を注加算から独立した加算に→在宅療養指導管理材料加算、処置医療機器等加算、手術医療機器等加算 ○ 老人点数表の一本化 ○ 初再診料の時間外加算等について簡素化のために新点数を創設 ○ リハビリの評価体系を疾患別に改める（平成19年4月に逡減制・疾患別リハビリテーション医学管理料を新設） ○ 消炎鎮痛等処置の同一月内逡減制を廃止 ○ 診療情報提供料の簡素化
	<p>DPC/PDPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 検査入院、教育入院の廃止
	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時生活療養費の創設（平成18年10月） ○ 第五次医療法改正により医療機能情報提供制度、入院診療計画書義務化、退院療養計画書努力義務、医薬品の業務手順書義務化など（平成19年4月施行） ○ 高額療養費の70歳未満入院現物給付化（平成19年4月）
平成20年度	<p>厚生労働省におけるWeb化の動き</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3月5日告示当日に省令・告示・通知のPDF全てがウェブサイトに掲載される ○ 3月31日までに量的に多い一部訂正（138頁）・QA（54頁）が事務連絡される ○ 通知については(1)等の外字を廃止し、シフトJISの範疇で表記されるようになる
2008	<p>医療のIT化推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は34.1%（うちオンライン11.0%）（平成20年3月） ○ レセプトオンライン請求の原則義務化（平成21年11月にオンラインまたは電子媒体の原則義務化に変更） ○ レセプトオンライン請求が義務化された医療機関は、患者の求めがある場合にレセプト並みの明細書発行義務化 ○ 電子化加算（初診料）は400床以上で算定対象外に ○ 日本版EHRの実現などをうたった「i-Japan戦略2015」が策定される（平成21年7月）
	<p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1手術当たり支払方式（短期滞在手術基本料3）の試行的導入 ○ 平成19年4月に設けられた疾患別リハビリテーション料の逡減制・疾患別リハビリテーション医学管理料を廃止
	<p>DPC/PDPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3日以内再入院は1入院として取扱う ○ 平成21年1月診療分からレセプトへのコーディングデータの別ファイル添付

	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ オンライン請求システムサポートサイトの開設（平成21年1月） ○ 高額療養費70歳未満細分化
平成22年度	<p>厚生労働省におけるWe b化の動き</p> <p>2010</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 改定説明会資料（いわゆる白本）が説明会当日にウェブサイトに掲載される <p>医療のIT化推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は78.4%（うちオンライン51.0%）（平成22年3月） ○ 現在の規格の電子点数表をWe bに掲載 ○ 電子請求が義務付けられている医療機関は、正当な理由のない限りレセプト並みの明細書発行義務化 ○ 診療行為マスターに基本漢字名称を収載 ○ 電子化加算（初診料）を見直して明細書発行体制等加算（再診料）を新設 ○ 平成21年8月に政権交代→どこでもMY病院などをうたった「新たな情報通信技術戦略」の発表（平成22年5月） <p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 再診料の病・診統一 ○ 特定集中治療室管理料について重症者を9割以上入院させている場合の加算を廃止 <p>DPC/PDPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eファイル、Fファイルの一体化 ○ コーディングデータの1ファイル化 <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 出産育児一時金の受取代理の再制度化（平成23年4月） ○ 東日本大震災（平成23年3月）
平成24年度	<p>医療のIT化推進</p> <p>2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は94.5%（うちオンライン61.6%）（平成24年3月） ○ 一般名処方加算の創設に伴う一般名処方マスタの整備とWe b掲載 ○ データ提出加算の創設 ○ マイナンバー制度などをうたった「世界最先端IT国家創造宣言」（新戦略）を閣議決定（平成25年6月） <p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 栄養管理実施加算、褥創患者管理加算について入院基本料等への包括化 <p>DPC/PDPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DPC電子点数表・その他のExcelデータを厚生労働省We bに掲載 <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高額療養費の外来現物給付化
平成26年度	<p>医療のIT化推進</p> <p>2014</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は96.6%（うちオンライン67.8%）（平成26年3月） ○ 400床以上病院はレセプト並みの明細書無料発行義務化→平成28年4月からは病院全て義務化 ○ 全ての病棟についてデータ提出加算の届出が可能となる <p>診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 代替医療に置き換わり臨床上行われていないような項目の廃止（旧型コバルト腔内照射、NEFAなど） ○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に休日リハビリテーション提供体制加算の要件を包括化 ○ 解釈の明確化（往診料の夜間の定義、生活習慣病管理料における院内処方の患者の算定区分等） ○ これまで評価が不明確だった胃瘻抜去術の技術料を新設 <p>DPC/PDPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7日以内再入院は1入院として取扱う

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院患者調査についてⅢ群病院も提出必須化
	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 第六次医療法改正により病床機能報告制度の創設（平成26年10月） ○ マイナンバー制度（行政手続番号法）の施行（平成27年10月）
平成28年度	医療のIT化推進
2016	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は98.1%（うちオンライン74.4%）（平成28年3月） ○ 全ての病院でレセプト並みの明細書無料発行義務化 ○ 支払基金業務効率化・高度化計画（令和4年度まで（システム刷新後2年以内）に、レセプト全体の9割程度についてコンピュータチェックでの完結を目指す） ○ 診療情報提供書等について、電子的に署名を行い安全性を確保した上で、電子的に送受することに関する評価
	診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 廃用症候群リハビリテーション料の新設
	DPC/PDPS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第三日（包括算定の終了日）を入院日から30の整数倍とする ○ DPC対象病棟に入院中は、DPCに基づく算定または医科点数表による算定のいずれかに、1入院で統一
	その他
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入
平成30年度	医療のIT化推進
2018	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は98.3%（うちオンライン76.6%）（平成30年3月） ○ コンピュータチェック対象事例の公開（支払基金） ○ 選択式コメント導入（平成30年10月から本格運用）／コメント関連テーブルの公開（平成30年8月） ○ オンライン診療料、オンライン医学管理料の新設
	診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料について、新たに急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料として再編・統合
	DPC/PDPS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 調整係数の基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えを行い、暫定調整係数は廃止
	その他
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kコード（手術）に対応するSTEM7が参考として示される
令和2年度	医療のIT化推進
2020	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は98.8%（うちオンライン78.4%）（令和2年3月） ○ 選択式コメントの拡充（別表Ⅰの大半が選択式コメント化） ○ 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進 ○ オンライン資格確認等システムの本格運用開始（令和3年10月から） ○ 返戻再請求の電子化・オンライン化／レセプトの振替・分割サービス開始（令和3年10月請求分から） ○ 審査支払新システム稼働（AIによるレセプト振分け等）（支払基金）
	診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 答申書の新旧対照表に工夫が見られた ○ 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価（地域医療体制確保加算） ○ 業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議等の要件見直し ○ 紹介先の医療機関から、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合の評価（診療情報提供料（Ⅲ））
	DPC/PDPS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 機能評価係数Ⅱの要件見直し

	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、臨時的取扱いが頻繁に発出される。 ○ 感染拡大が続き、行動制限がかかる中での改定作業となった
令和4年度	医療のIT化推進
2022	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電子レセプト請求は98.7%（うちオンライン82.0%）（令和4年3月） ○ 電子処方箋の導入（令和5年1月） ○ 電子的保健医療情報活用加算（新設→廃止）／医療情報・システム基盤整備体制充実加算（新設1）（オン資利用の患者に対するインセンティブとなった） ○ オンライン資格確認の原則義務化（令和5年4月） ○ 選択式コメントに別表Ⅱ（医薬品）、別表Ⅲ（検査値）が追加 ○ 情報通信機器を用いた初診・再診料の評価／オンライン診療料の廃止
	診療報酬体系の簡素化・分かりやすい診療報酬体系等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象手術に追加 ○ 不妊治療に係る診療に対する評価
	DPC/PDPS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ DPC調査について、個人単位の被保険者番号を提出データに含める
	その他
	<ul style="list-style-type: none"> ○ リフィル処方箋の導入 ○ 看護職員の処遇改善（看護職員処遇改善評価料）（令和4年10月） ○ 院内感染対策の見直し（感染対策向上加算・外来感染対策向上加算） ○ 令和2年度改定時に示されたコロナ関連の臨時的取扱いは、令和4年度改定後も継続（点数も令和2年度改定時のまま）／令和5年3月に規模を縮小して出し直し、令和5年4月1日からは新たな取扱いが適用 ○ 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する金額等の見直し ○ 支払基金の組織改革（審査事務集約）（令和4年10月）

(2) デジタル化・オンライン化に関する JAHIS の取組み

JAHIS の設立は平成6年であるが、当初からレセプト電算処理システムの標準化と普及を目指し、様々な活動を行ってきた。具体的には、標準マスターの開発において、医療機関におけるパイロットスタディを実施して、各ベンダや実施医療機関における問題点等をまとめながら取り組むとともに、全国各地で説明会を開催することでその普及に努め、現在の「電子点数表」の基礎を築いてきた歴史がある。さらにレセプトのA4化やOCR化、「デジタル緑本」の開発など、診療報酬請求業務の簡素化や合理化に少なからず貢献してきた。

近年では、JAHIS はシステムベンダの取りまとめ役として、過去の調査研究だけでなく、あらゆる機会において「算定ルール電子化」、「請求ルール電子化」、「紙の廃止による請求業務効率化」等、診療報酬改定を含む診療報酬制度全般のデジタル化を提案してきた。これらのデジタル化のテーマは診療報酬制度に関わる者全てにとってメリットがあるものとして提案してきたが、医療DXのベースとなるテーマと合致するものであり、DXに関する議論を行う上で不可欠なものであったと考える。この意味においても、JAHIS が長年考察してきたことが蓋然性の高いものであったと自負するものである。

このように、過去の調査研究等で論じてきた診療報酬制度のデジタル化等への働きかけが奏功し、前述の3つの骨格のうちの「診療報酬改定 DX」に該当する分野の議論に繋がっていったと考えられる。JAHSが行ってきた提案は「様々な処理が必要なことから短納期でやると負荷が高い」、「公表される情報についても、内容が複雑、曖昧であることで疑義が生じやすく、後から見直しが行われることも多い」という具体的な事象から出発したものだが、行政がこのような医療機関やベンダ等の諸々の現状を考慮し、政策立案した結果が今般の診療報酬改定 DX として昇華しようとしている。

2. 電子化が進められてきたものに対するこの先の展望

本節では、既に電子化・オンライン化が進められてきたものについて取り上げ、この先の展望をまとめることとする。第1章で述べた通り、表1-4のDXフレームワークにおける次のステップに進むことを念頭に入れたものであり、早期に着手することが可能な現実的な施策である。

具体的には「選択式コメントコード」、「診療報酬制度の在り方」、「診療報酬改定DX」について、現時点で考えられる「次の一手」を模索し、『診療報酬DX』（表1-6における④～⑥の各項目）を切れ目なく前に進めていくことを目指すものである。

(1) 選択式コメント

はじめに、現在進行形で電子化が進みつつある「選択式コメント」を取り上げる。前回の調査研究において取り上げたテーマではあるが、前回は令和4年度改定の評価をメインとしたものであるのに対し、今回の調査研究では次の診療報酬改定以降を見据えた、選択式コメントの進むべき方向性を考える。

① これまでの経緯

選択式コメントは、平成30年度改定時に初めて導入され、その後2度の診療報酬改定を経て内容がブラッシュアップされ、今に至るものである。診療報酬改定を経るごとに「別表Ⅰ」（レセプト摘要欄への記載事項一覧）に記載される件数が増加するとともに、記載事項の選択式コメントコード化も着実に行われている。その意味においては、選択式コメントのデジタル化・最適化の進展は明確であり、「レセプトのDX」という観点での実用性は飛躍的に向上したと言える。

選択式コメント導入の目的は、請求のためにレセプトに記載する事項をコード化することで、医師や事務担当者が具体的にレセプトに記載（入力）する作業を軽減することである。令和4年度改定までの選択式コメントの変遷を顧みると、「別表Ⅰ」については「フリーコメントのものをいかに選択式コメントに移行させるか」という当該目的に基づく明確な方向性が窺え、改定の都度、選択式コメントへの移行が進められてきた。

以下には、導入当初から現在に至るまでのデジタル化・最適化の経緯を客観的に整理し、現状の到達点を把握する。

◇ 選択式コメントコード件数の変遷

診療報酬改定を経た、選択式コメントコードの種別ごとの件数の変遷は表2-2-1の通りとなる。以下には各診療報酬改定における改良の概要を示す。

■平成30年度診療報酬改定

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（以下「記載要領通知」）に「別表Ⅰ」

が新設され、一部のレセプト記載事項（コメント）にコードが付され、コードを選択してコメントを記録することが可能となった。ただし、「別表Ⅰ」にコメントが収載されていても、コードが付されておらず「医療上の必要性」などを具体的に入力する「フリーコメント（コメントパターン10）」のものは多く存在した。このフリーコメントの数は、883件中452件（51.2％）であった。

■令和2年度診療報酬改定

「別表Ⅰ」に収載されているコメントのコード化が進み、選択式コメントの件数は着実に増加した。一方、フリーコメントの数については、1701件中51件（3.0％）となり、件数、割合ともに大幅に減ることになった。

■令和4年度診療報酬改定

「別表Ⅰ」におけるコメントのコード化は完了し、フリーコメントは2167件中0件（0％）となり、完全に消えることとなった。選択式コメントの数自体は微増となったが、これはコード化をし尽くした結果とも考えられる。

さらに「別表Ⅱ（医薬品）」、「別表Ⅲ（検査値）」が新設され、コードで表現できるものの範囲も広がった。

【表2-2-1 改定ごとの選択式コメントコード（医科）件数の変遷】

	項番数	全件	診療行為コード	レセプト共通レコード	算定日情報	傷病名コード	修飾語コード	医薬品コード	特定器材コード	未設定（フリーコメント）
平成30年度（Ⅰ）	396	883	428	3						452
令和2年度（Ⅰ）	448	1,701	1,614		30	3	3			51
令和4年度（Ⅰ）	543	2,167	2,093		37	4	4	16	13	
参考	令和4年度（Ⅱ）	136	616	615		1				
	令和4年度（Ⅲ）	29	34	34						

◇ コメントパターンの変遷

選択式コメントコードについては、その記録方法によって「コメントパターン」として分類されている。選択式コメント導入当初の平成30年度改定時にはフリーコメントが数多く存在していたことについては先に述べたが、これらは「コメントパターン10」として分類されていた。コード化がほぼ完了した現在においては「コメントパターン20」のものと「コメントパターン30」のものが大半を占める状況にある。

「コメントパターン20」とは、定型のコメントが設定、選択肢化されているもので、医療機関において選択肢の中から当該コードを選択すればレセプトへの記載が完了するものである。一方、「コメントパターン30」は、当該コードを選択した後、医療機関が任意の文字列（コメント文）を入力しなければならないものである。定型（選択式）コメントとはいうものの、実質的には「フリーコメントを入力する」

という作業が必要とされるものであり、完全なかたちでの「定型（選択式）」ではないと言える。（表2-2-2参照）

【表2-2-2 コメントパターンの種別】

フリーコメント
・パターン10
定型コメント（保険医療機関等のコメント文の記録が不要なもの）
・パターン20
定型コメント（保険医療機関等のコメント文の記録が必要なもの）
<ul style="list-style-type: none"> ・パターン30：任意の文字列（診療科名、医療機関名、医学的な理由など） ・パターン31：診療行為コード ・パターン40：数字 ※コメントの途中に記録 ・パターン42：数字 ※コメントの末尾に記録 ・パターン50：年月日情報（GYMMDD形式） ・パターン51：時刻情報（HHMM形式） ・パターン52：時間（分）情報 ・パターン53：日時情報（DDHHMM形式） ・パターン80：年月日情報および数値（検査値） ・パターン90：修飾語コード

「選択式コメントコード件数の変遷」において述べたとおり、これまでのコメントコード拡充の過程においては、未コード化（コメントパターン10）の記載事項を定型コメント（コメントパターン30）にすることでコード化が多くなされてきたと言える。このことによって「別表」からは「コメントパターン10」は姿を消すことになったが、令和2年度改定以降に「コメントパターン30」が劇的に増えることとなり「フリーコメント」を要する状況は残っていることになる。

令和4年度改定を経た時点で、「コメントパターン30」の件数は、フリーコメント不要の「コメントパターン20」より件数は少ないものの、一定数（737件）は存在する。これらの変遷をまとめると表2-2-3の通りとなる。

【表2-2-3 「コメントパターン20」「コメントパターン30」の変遷（令和5年8月1日現在）】

	パターン20	パターン30	その他	計
平成30年度改定	547	30	136	713
令和2年度改定	947	466	674	2,087
令和4年度改定	1,347	737	981	3,065

② 選択式コメントの実際の事例と「次の一手」

ここまでコード化の拡充の経緯について述べてきたが、現時点においても、レセプトへの記載について「別表Ⅰ」で規定されていないレセプト摘要欄への記載事項が存在する。これらは依然としてフリーコメントでの記載が残る。このような状況の事例を明示し、併せて「次の一手」として、これらをコード化する方法について考える。

◇ (その1) 特定保険医療材料に関するコメント

■事例

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(以下「材料留意事項通知」)には、当該材料を使用する場合等におけるレセプト摘要欄への記載に関する規定が存在するが、これらはコード化されていない。

【例：031腎瘻又は膀胱瘻用材料】

031 腎瘻又は膀胱瘻用材料 (4) いずれの材料も、原則として1個を限度として算定する。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」 (令和4年3月4日保医発0304第9号)
--

■次の一手

令和4年度改定では、医薬品に関するレセプト摘要欄への記載事項は、記載要領通知の「別表Ⅱ」に整理され、コード化が行われた。このように特定保険医療材料に関するレセプト記載事項についても、別表を新設して整理することができるのではないかと。

これらのコード化が実現すれば、請求の際の医療機関や審査支払機関におけるチェック等が容易に行えるようになることが期待できる。

◇ (その2) 診療行為に紐づかないコメント

■事例

記載要領通知には、個別の診療行為に紐づかないコメントがフリーコメントとして残っていることがある。コメントマスターにも存在せず、診療行為との関連性が希薄であり、コメントコードを作成したとしても個別の診療項目に紐づかないため、コメント関連テーブルで表現することが難しいものである。

【例：DPC記載要領通知・再入院時の治療内容と経過の記載】

(14) その他について ⑨ 留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱い①のまた書きに規定する、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合については、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「出来高部分」欄に記載すること。 「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」 (平成18年3月30日保医発第0330007号)

■次の一手

診療行為に紐づかないコメントでも、コードを付して「コメントパターン30」の形態にするべきであると考えられる。診療行為に紐づかないことから、コード化しても

請求時のチェックという観点ではメリットは少ないと考えられるが、コードを記録して請求することでデータの二次利用に繋がられるものとする。

◇ (その3) 診療行為に紐づけられるコメント

■事例

上記の「その2」とは異なり、診療行為に紐づけられることが可能なフリーコメントも残っている。このような事例については、コード化するメリットが大きく、積極的にコード化を考えていく必要があるのではないかと考える。

【例：入院中の他医療機関受診時に関するコメント】

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

(5) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載すること。（以下略）
「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）

■次の一手

今までの事例と同様に、コード化を考えていくべきものである。さらに、この事例においては、以下のいずれかの診療行為コードを記録する必要があるため、診療行為との紐づけが可能であり、「別表I」及びコメント関連テーブルへの追加ができるものとする。

- ・190141590：入院基本料減算（100分の10）（他医受診）（出来高入院料）
- ・190213790：入院基本料減算（100分の5）（他医受診）（出来高入院料）

③ 選択式コメントの「次の一手」の先にある今後の展開

現在フリーコメントでの入力が必要とされる記載事項のコード化については、上記の②における「次の一手」が効果的であり、掲げた事例のほとんどが実現可能であると言える。しかし、更なる利便性を追求するのであれば、コード化が完了した後の、次の施策についても考える必要がある。選択式コメントコードの「質」を考えた場合、さらにはDXを次のステップに進めていく場合には、例えば「コメントパターン30」のコードで求められているような「テキスト（フリーテキスト）の入力」から、「コードの選択（記録）」へ変えていくような変革が求められるのではないかと考える。

「コメントパターン30」については、コード化されたものとして定型コメントとして扱われてはいるが、医療機関等が請求時に記録するのは任意の文字列となるため、実質的にはフリーコメントという位置づけにあると考えることもできる。フリーコメントの要素が残っていると、医療機関等には相応の負担が生じるとともに、審査支払機関におけるチェックも難しくなることは明らかである。

選択式コメントに関する考察の最後に、「コメントパターン30」のコードについてコメントパターン30以外に移行できるものがないかを検討することとする。以下に

は、コメントパターン30における「テキストの入力」から「コードの選択（記録）」に移行することが可能と思われるものについて考察する。移行のポイントとしては、レセプトの電子請求のために整備されているコードをフルに活用することであり、「コードの選択（記録）」が可能となれば、レセコンにおいて候補となるコードを列挙することができるため、医療機関においては候補から選択することでレセプト記載が完結することになる。このようにレセプト記載内容をコードで完結させられるものの割合を増やすことは、今後の「レセプトのDX」を前に進めるために不可欠なファクタであると考えられる。

◇ （その1）「コメントパターン20」に移行させる

「コメントパターン30」の記載事項のうち、例えば「●●を必要と判断した理由」など、各種理由を具体的に記録することが求められるものが多数ある。これらについては、医療機関から請求されたレセプトデータを分析し、その傾向から「コメントパターン20」のような固定文言化を行い、選択肢のかたちに移行できるものが無いかを検討する必要があるのではないだろうか。

選択式コメントが導入され、3回の改定（平成30年度改定から令和4年度改定まで）を経たことで、現在はその蓄積されたレセプトデータを活用するフェーズにある。各医療機関からのフリーコメントの分析を行い、一定割合以上あるコメントを定型コメントとしてコード化を行い、大半の医療機関においては選択肢の中から選んで記録できるようにすることが可能と考える。

◇ （その2）医薬品コードを記録する

抗精神病薬名使用に関する、以下のコード

- ・ 830100045：向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急急性期医療入院料））；
- ・ 830100046：向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科急性期治療病棟入院料））；
- ・ 830100047：向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急・合併症入院料））；

については、現状では当該コードを記録する際に、抗精神病薬名をテキスト入力しなければならないが、テキストの代わりに抗精神病薬の「医薬品コード」を記録することとしてはどうか。

医薬品コードを記録することができるようになれば、医療機関において具体的な医薬品名をフリーコメントで入力することなく、候補となる抗精神病薬の中から「選択」することが可能となり、利便性が向上することが考えられる。

◇ （その3）診療行為コード、傷病名コードを記録する

以下のコード

- ・ 830100075：入院中に実施した手術名（リンパ浮腫指導管理料（入院外））；

- ・ 830100111：検体検査名（外来迅速検体検査加算）；
- ・ 830100083：同意書又は診断書に記載した病名（療養費同意書交付料）；
- ・ 830100210：新たな疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）；

については、実際に行った手術名や検査名、算定に関連する病名（疾患名）等を具体的に入力することが求められているが、それらについて手術や検査の「診療行為コード」や「傷病名コード」を記録することとしてはどうか。

「その2」と同様に、医療機関におけるフリーコメントでの入力を排し、具体的な手術名や検査名、病名等を「選択」できるようになれば、利便性の向上に資するものと考えられる。

◇ コメントパターン移行の留意点

以上のような「コメントパターン30」からの脱却の留意点として、コードを記録することにした際のコメントパターンの追加が想定されるが、その場合に医療機関、審査支払機関、保険者等で使用するシステムの改修が必要となる。医療機関のシステム改修については、ベンダ側での改修だけでなく医療機関における入力操作の変更も必要となり、十分な準備期間、周知期間が必要となる。

(2) 『診療報酬DX』を前提としたこれからの制度の在り方

診療報酬請求業務の簡素化や合理化が進められている昨今において、診療報酬算定・請求関連の制度については、『診療報酬DX』の進展を左右するものとして、特にその在り方について注目している。これらの制度に関する規定は概ね文章で表現されていることになるが、従来のように規定を人が読んで解釈する時代から、レセコン等で算定できるようにロジックで表現できることが重要なフェーズにある。さらに今後は、医療DX推進本部によって取りまとめられた「医療DXの推進に関する工程表」において令和8年度より本格的に提供するとされた、診療報酬と患者負担の統一的な計算プログラムである「共通算定モジュール」（詳細は本節の(3)参照）の構築についても意識した在り方を考えていかねばならない。

以前より、マスタの整備や電子点数表の公表などによって制度のデジタル化は順次実施されてきたが、『診療報酬DX』を前提とした診療報酬算定・請求という点においては未だ課題が残されていると言える。ここでは、それら制度の課題を抽出し、課題を克服する具体的な方向性を示すこととする。

現在の診療報酬算定・請求関連の制度、特に「診療報酬の算定方法」（以下「点数表告示」）・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（以下「留意事項通知」）を中心とした算定ルールについては、規定の量が膨大で運用が複雑なものになっている。このことについては、医療費の配分上の配慮を行い、それらの調整を行ってきた経緯が背景にあるものと考えられる。

算定ルールには、このような医療費を適正に配分するための機能としての一面があることについては理解すべきであるが、ここではそれらの事情について一度フラットに捉え、シンプルな新しい算定ルールの在り方を考えてみることにする。診療報酬改定DXの目的である、システムベンダの診療報酬改定時の開発における負荷が軽減され、結果的には『診療報酬DX』の推進にも寄与することになるからである。さらに、全ての関係者にとって分かりやすい制度にするという観点に基づいたルール及びその運用の簡素化は、我が国の昨今の考え方のトレンドに合致しており、シンプルな仕組みによって運用することの方が社会的なトータルコストは低くなると考える。

以下には、上記の考え方に基づいた現状の制度の課題を2つの論点でまとめ、その課題をクリアするための仕組みとして機能すべき「電子点数表」の今後の在り方について考察する。

① 算定ルールの透明性に関する課題

点数表告示・留意事項通知等の算定ルールの内容について、その運用が複雑な部分や解釈が困難な部分があり、算定ルールの透明性という点で課題が残るものがある。算定ルールが定まっている以上、誰が算定しても同じ結果にならなくてはならない

が、複雑な運用や困難な解釈が多く存在すると、個々のルールの解釈に差異が生じ、算定の結果が異なる可能性が高くなると言えよう。

レセコン等の算定ロジックについて、ベンダは解釈の差異から算定の結果が異なることのないように入念に構築していくが、その作業の中で解釈が明確でないもの、ロジックを組み立てることが困難なものが存在する。そのような、ベンダから見た算定ルールの課題を挙げることにする。ここで取り上げるような課題についてクリアされないと、レセコン等での算定だけでなく、「共通算定モジュール」の構築が困難になり、『診療報酬DX』の進展に影響を及ぼすことになるのではないかと考える。

◇ (その1) 診療行為の起算日の明確化：診療行為の起算日ルールが複雑である
算定日数(回数)に限度がある診療行為については、起点となる日(起算日)の考え方が診療行為によって異なるのが実情である。そのため、レセコンでのロジック構築の際に個々の算定ルールを精査する必要があり、ベンダの負担が大きくなっている。この算定日に関する情報は、既存のマスタ(医科診療行為マスタ、電子点数表等)には存在しておらず、個々のベンダの算定ルール解釈による、ベンダ独自の仕組みにて対応をしているのが現状である。

さらに算定期間の考え方については、暦月で行うものや、算定日からの経過月とするものがあるなど、診療行為によってまちまちであり、その都度算定ルールを確認する必要があるため、極力考え方を統一していくことが望まれる。

■熱傷処置

【表2-2-4 J001熱傷処置(点数表告示)】

J001熱傷処置	
1	100平方センチメートル未満 135点
2~4	(略)
5	6,000平方センチメートル以上 1,500点
注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。	
2	1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。
3~4	(略)

起算日の問題の典型的な例としてJ001熱傷処置を取り上げることとする。熱傷(やけど)のため、最初に算定してから患部の面積は徐々に小さくなり、算定する点数も低くなるのが一般的だが、起算日は初回の処置の日からとなっている(起算日から2月経過すると、創傷処置で算定)のが特徴である。

初回に算定する診療行為コード(「1」~「5」の項目)が処置面積により異なることで複数の診療行為コードが起算日になるだけでなく、起算日が通算されるため、(患部の面積によって変化する)一連の熱傷処置についてグループで管理す

る必要性が生じている。以上のような事情から、算定日の管理に関するロジックが特殊かつ複雑なものになっているものである（表2-2-4参照）。

■疾患別リハビリテーションの各加算項目

【表2-2-5 疾患別リハビリテーション料の各リハビリテーション・加算項目の起算日の一覧】

	心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
リハビリテーション料	治療開始日	発症、手術、急性増悪又は最初に診断された日	診断、急性増悪、発症、手術	急性増悪又は最初に診断された日	治療開始日
早期リハ加算／初期加算	発症、手術、急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早い日	発症、手術、急性増悪	廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪	発症、手術、急性増悪	発症、手術、急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早い日

疾患別リハビリテーション料（H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料）のリハビリテーション及び加算項目（早期リハビリテーション加算、初期加算）については、起算日が様々に定義されている（表2-2-5参照）。これらのリハビリテーション料では、患者の状態も含めた起算日の決定が必要であり、個別の対応が必要となる。

■入院基本料／入院基本料等加算／特定入院料

【表2-2-6-1 入院料等・通則（点数表告示）】

第2部 入院料等・通則

5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、**保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。**

【表2-2-6-2 入院基本料等加算の各規定（留意事項通知）】

区分番号	診療行為名称	留意事項の記載
A200	総合入院体制加算	第2部通則5に規定する起算日のことをい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
A200-2	急性期充実体制加算	当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。
A204	地域医療支援病院入院診療加算	第2部通則5に規定する起算日のことをい、 入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。 （中略）病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）

【表2-2-6-3 特定入院料・通則（留意事項通知）】

第3節 特定入院料・通則

- 1 **特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を除く。以下この項において同じ。）**は、1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる（以下略）
- 2 **特定入院料を算定できる2以上の治療室に患者を入院させた場合において、特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するものとする。**

入院料の各項目（入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料）の起算日の原則については、第2部通則5において「同一の疾病又は負傷の場合は、最初に入院した日から起算する」と定義されている（表2-2-6-1参照）。入院基本料等加算及び特定入院料の起算日についても、A200総合入院体制加算のように第2部通則5に規定する起算日が基本とされているが、A200-2急性期充実体制加算のような特定の病棟に入院等をした日が起算日になるものや A204地域医療支援病院入院診療加算のような再入院時の算定の可否が規定されているもの（表2-2-6-2参照）、特定入院料の算定に関する独自の取扱いが規定されているもの（表2-2-6-3参照）等がある。

このように、起算日については第2部通則5に「原則」が示されているものの、区分番号単位で「例外」的な起算日が多く設定されている。それに伴い多様な運用方法が追加されており、結果として起算日ルールに関する統一的な考え方が存在せず、様々なルールが存在しているのが実情と言える。各項目の起算日情報については、基本マスタや電子点数表等へ正確に収載されることが望ましいが、その複雑さゆえにフラグ等で表現することも難しい状況にある。ルールの透明性の観点からこの問題を捉えるならば、起算日の原則が殆どの項目で適用されるような、統一的な考え方を維持した起算日ルールとなるように諸規定が見直されていくことが望ましい。

◇ （その2）2つの診療報酬改定にまたがる算定ルールの明確化

過去には診療報酬改定により起算日のルールが変更となり、診療報酬改定前後で加算のタイミングに違いが生じたケースがあった。表2-2-7は令和2年度改定時の A245データ提出加算を例としているが、その取扱いが留意事項通知及び疑義解釈などで明確に示されるもの、示されないものが混在している。また、全ての対象について改めて個々に留意事項通知及び疑義解釈で明示することは、現実的でないと考ええる。

このような診療報酬改定等によって算定方法が大きく変わるものについては、例えばDPCの算定ルールのように「施行日（4月1日）前日に精算する」規定を設けるなど、その都度取扱いを明示するのではなく、起こりうる事態を想定して明確に統一したルールを定める必要があるのではないだろうか。

【表2-2-7 A245データ提出加算（点数表告示）】

【令和2年度診療報酬改定時】	
令和2年3月31日まで	令和2年4月1日から
入院中1回に限り、退院時に、所定点数に 加算する。	入院初日に限り所定点数に加算する。

◇ (その3) 対象医薬品の明確化：対象医薬品が成分名のみ記載されている

算定ルールとしては明確になっており透明性に問題はないが、レセコンでの算定やチェックに必要な詳細な情報が公開されていないことで、ベンダがその情報を補う必要があり、結果として全国統一的な算定がなされていないケースが存在する。

■ 処方箋料・向精神薬多剤投与

【表2-2-8 F100処方箋料(点数表告示・留意事項通知)】

【点数表告示】		
F100処方箋料		
1	3種類以上の 抗不安薬 、3種類以上の 睡眠薬 、3種類以上の 抗うつ薬 、3種類以上の 抗精神病薬 又は4種類以上の 抗不安薬 及び 睡眠薬 の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合	18点
2	1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。)を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬(当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。)を行った場合	29点
3	1及び2以外の場合	42点
【留意事項通知】		
(3) 「1」について		
イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類 については、別紙36を参考にすること。		
【留意事項通知・別紙36】		
抗不安薬 オキサゾラム クロキサゾラム クロキサゾラムニカリウム ジアゼパム フルトプロプラゼパム ブロマイゼパム メダゼパム ロラゼパム アルプラゾラム フルチゾラム メキサゾラム トゾピバム フルトプロプラゼパム タロルジアゼパム ロフラゼパム シンスタロン ヒドロキシジン クロキサゾラム ヒドロキシジン エチゾラム ガンマオキサゾラム	睡眠薬 プロメドール 高水クロール エスタゾラム フルチゾラム ニトゾパム ニメタゼパム ハロキサゾラム トリアゾラム フルニトゾパム ブロチゾラム ロルメタゼパム クアゼパム アモバルビタール バルビタール フェノバルビタール フェノバルビタールナトリウム ベントリン トリタロキサトリン リルマゾリン ゼピタロン ゴルバム エスゾピタロン ラメルテオン スボレキサン シンボレキサン メラトニン	抗うつ薬 タロキサミン ロフルキサミン トリメタミン イミプラミン アモキシタリン アミトリプチリン ノルトリプチリン マプロチリン ベタリン ドスレピン ミアンセリン セチラチン トラゾドン フルボキサミン ミルタシプリン パロキサミン 塩酸セルトラリン ミルタザピン デュロキサミン エスシタロキサミン ベンラファキシン ボルネキサミン
抗精神病薬 (○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病薬注射薬剤) <定型薬> クロロプロマジン クロロプロマジンフルオールワタリン ペルフェナジン ペルフェナジン ペルフェナジンマレイン酸塩 プロピオン フルフェナジンマレイン酸塩 プロチル レボプロメチルマレイン酸塩 オキシリン スピロリン スルピリド ハロペリドール ゼチド ゼチド ゼチド チミベリン プロムベリン		
クロキサミン スルトプロ モキサミン ネキサミン レセルピン △ハロペリドール △フルフェナジン <非定型薬> ○△スリド ○タチアミン ○ベロキサミン ○オランザピン ○△アリピラゾール ○プロチル ○クオラピン ○クオラピン ○△アリピラゾール ○アセチル ○ズレキ ○ルチン		

F100処方箋料においては、医師が3種類ないし4種類以上の向精神薬を処方した場合（向精神薬多剤投与）の算定方法について、点数表告示で明確に規定されている。しかし、告示で示されているのは向精神薬の種類だけであり、留意事項通知で示されているものも向精神薬の成分名にとどまる。算定ルールには問題ないものの、定義されているのが成分名のみのため、具体的な医薬品名まで正確に分からないのが現状である（表2-2-8参照）。

レセコンでの算定に必要な情報を考えた場合、現在公表されている対象医薬品の成分名では不十分であり、基本マスタの医薬品コードが分かるような「医薬品レベル」までの詳細な情報の公表が望まれる。また、向精神薬の種類数をカウントするための情報についても公表されておらず、対象の薬剤どうしが「違う種類の薬剤なのか」「同じ種類の薬剤なのか」を判断する根拠がないことから、正確な種類数の計算に資する情報の公開が待たれている。

これらのニーズを汲み取るかたちで、現状では JAHIS が作成している「医薬品マスタ」がレセコンに活用されている。レセコンでの算定・チェックに不可欠な情報として広く活用されているが、このような算定に必要な情報は本来行政が責任を持って公表すべきものとする。算定に必要なオフィシャルな情報が（システムで扱いやすい）マスタとして公表されることで、全国統一的な算定が期待できるのではなかろうか。

◇ （その4）「主たるもの」の定義、「背反」規定の明確化について

現在の算定ルールは文章で規定されていることから、その文章や言葉の持つ意味によっては解釈が異なる可能性が生じるものがある。ここでは「主たるもの」という言葉の解釈を中心とした問題を以下に示すこととする。

■ 留意事項通知の「主たるもの」と電子点数表の「何れか一方」

【表2-2-9 D225-2非観血的連続血圧測定（留意事項通知・電子点数表）】

【留意事項通知】																
D225-2非観血的連続血圧測定																
非観血的連続血圧測定は、トノメトリー法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できるものとし、また、 観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。																
【電子点数表】																
03-1背反テーブル1.csv （1日につき背反となるもの）																
表②	診療行為①	診療行為省略名称①	診療行為コード②	診療行為省略名称②	背反区分③	特例条件④										
0	160157650	非観血的連続血圧測定	160074010	観血的動脈圧測定（1時間）	3	0										
0	160157650	非観血的連続血圧測定	160074210	観血的動脈圧測定（1時間）	3	0										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>背反区分</th> <th>数字</th> <th>1</th> <th>固定</th> <th>背反の条件を表す。 1: 診療行為コード①を算定する。 2: 診療行為コード②を算定する。 3: 何れか一方を算定する。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>							背反区分	数字	1	固定	背反の条件を表す。 1: 診療行為コード①を算定する。 2: 診療行為コード②を算定する。 3: 何れか一方を算定する。					3
背反区分	数字	1	固定	背反の条件を表す。 1: 診療行為コード①を算定する。 2: 診療行為コード②を算定する。 3: 何れか一方を算定する。												
				3												
<p>※3 背反テーブルの内容は次のとおりです。 「03-1 背反テーブル 1」：1日につき背反となるもの 「03-2 背反テーブル 2」：同一月内で背反となるもの 「03-3 背反テーブル 3」：同時に背反となるもの 「03-4 背反テーブル 4」：1週間につき背反となるもの</p>																

留意事項通知における D225-2非観血的連続血圧測定の算定ルールでは、観血的連続血圧測定と同一日に実施した場合には「主たるもの」が算定できるとされている。その一方、電子点数表（概要は後述）では背反区分が「3」となっており、「何れか一方」を算定することとなっていることから、表現の差異が生じていることになる（表2-2-9参照）。

留意事項通知における「主たるもの」についても、一般的には点数が高い方と解釈されているが、それらが定義（明文化）されていないのが現状である。まず留意事項通知で「主たるもの→点数が高いもの」と定義した上で、電子点数表の「何れか一方」についても「点数が高い方」とすることが望ましい。このように、表現の差異が解消されることで、更なるルールの透明性向上に寄与するだけでなく、同じ点数の診療行為を同一日に実施した場合の優先順位が明確となり、電子的に表現することが容易となる。

■「何れか一方」という表現

上記の通り、電子点数表の「背反」の区分には「何れか一方を算定する」という項目がある（表2-2-10参照）。この「何れか一方」という表現を単独で考えた場合でも、どちらを算定するのかが明確になるような表現にした方が算定ルールの透明性という点では望ましい。具体的には「点数が高い方」、「最初に算定した方」などの表現にすることにより、算定の優先順位が明確になるようなルールにしておく必要があるのではないだろうか。

【表2-2-10 医科電子点数表の活用手引き（背反関連テーブル）】

項番	項目名	形式			内容
		モード	最大バイト	項目形式	
1	変更区分	数字	1	固定	レコードの異動状況を表す。 0：異動なし 1：抹消 3：新規 5：変更 9：廃止
2	診療行為コード①	数字	9	固定	診療行為ごとに設定された重複しない番号
3	診療行為省略名称①	漢字	6 4	可変	項番2に係る診療行為省略名称
4	診療行為コード②	数字	9	固定	診療行為ごとに設定された重複しない番号
5	診療行為省略名称②	漢字	6 4	可変	項番4に係る診療行為省略名称
6	背反区分	数字	1	固定	背反の条件を表す。 1：診療行為コード①を算定する。 2：診療行為コード②を算定する。 3：何れか一方を算定する。
7	特例条件	数字	1	固定	背反条件に特別な条件がある場合に設定する。 0：条件なし 1：条件あり
8	予備	数字	1	固定	未使用：「0」を記録
9	新設年月日	数字	8	固定	レコード情報を新設した日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。
10	廃止年月日	数字	8	固定	当該診療行為の使用が可能な最終日付を西暦年4桁、月2桁及び日2桁の8桁で表す。 なお、廃止診療行為でない場合は「99999999」とする。

② 運用の簡素化に関する課題

上記の①ではルールの特明性に課題があるものについて取り上げ、可能な限り簡素化を進めていくことを提案したが、ここではルールの特明性は確保されているものの、その運用方法に課題があるもの（運用が複雑なもの）について取り上げることとする。複雑な運用が必要な算定ルールについては、各医療機関（ベンダ）が独自に工夫してオペレーションを回していることになり、相応の負担が生じている。また、今後も複雑な運用が求められるような算定ルールが維持されることになると、令和8年度改定から展開される「共通算定モジュール」を構築する際の大きな支障になることが予想される。

以下には、複雑な運用の典型的なケースを取り上げ、なぜ複雑な運用となっているのかを分析した上で、「共通算定モジュール」の構築をも視野に入れた具体的な運用方法の簡素化について提案を行うこととする。

◇ （その1）前回会計の再計算：前回会計に遡って計算が必要な場合がある

同一月内に併せて算定できないと規定されている診療行為を行った場合、受診の順番等によっては前回会計のデータを遡って計算しないといけない場合がある。そのような場合は、患者の窓口での支払金額に訂正が生じることもあり、アナログ的な対処方法が求められることとなる。特に、この「遡って再計算する」ケースについては、「共通算定モジュール」の構築する際の大きな支障となると考えられる。以下に具体例を挙げて、課題を明確にする。

■調剤技術基本料

【表2-2-11 F500調剤技術基本料（留意事項通知）】

F500調剤技術基本料

- (2) 同一医療機関において**同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。**
- (3) 同一月に区分番号「**B008**」**薬剤管理指導料**又は区分番号「**C008**」**在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。**

表2-2-11のとおり、F500調剤技術基本料については、入院時に投薬が処方された上で、退院の同一月内に外来を受診して院外処方により処方箋料が算定された場合、入院時に算定している調剤技術基本料は算定できなくなり、退院時の会計を再計算しないといけなくなる。同様に、同一月に薬剤管理指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合についても調剤技術基本料は算定できなくなることから、再計算の必要性が生じるケースが発生する。

退院時の会計をやり直すということは、既に窓口で支払を受けた患者の自己負担分について差額を返金する（徴収する）必要が生じることであり、医療機関だけでなく患者にとっても負担となることから、このような前回会計の再計算をしなければならぬようなルールは見直すべきと考える。

■手術前医学管理料

【表2-2-12 B001-4手術前医学管理料（点数表告示）】

B001-4手術前医学管理料 1,192点
注1～2（略）
3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
4（略）
5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。
イ 尿中一般物質定性半定量検査
ロ 血液形態・機能検査
ハ 出血・凝固検査
ト 血漿蛋白免疫学的検査
リ 写真診断 区分番号E001の1のイに掲げるもの
ヌ 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの
6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。
7（略）

B001-4手術前医学管理料の算定ルールについても同様の問題点が指摘されている。手術前医学管理料を算定した場合について、同一月に心電図検査をした場合には90/100の点数で算定しなければならないことから、心電図検査実施後に再計算が必要になる場合がある。さらに、手術を行う前1週間以内に行った特定の診療行為については手術前医学管理料に含まれる規定があることから、特定の診療行為をその実施日に算定しても、その後1週間以内に手術を行った場合には再計算が必要となる（表2-2-12参照）。

このケースにおいても点数の再計算による患者の自己負担分の再計算による医療機関や患者の負担が生じることとなり、さらに月を跨いだ場合の再計算については、前月分のレセプトの訂正等についても余儀なくされる。算定ルールの透明性という観点で考えれば、算定する点数がその日に決定するような明確なルールにすることが望ましい（※）。

※ (よい例として) DPCでは算定ルールが明確になっている。検査判断料の算定方法については疑義解釈によって明文化されており、透明性が高いものになっている。

診断群分類点数表に包括される項目については、入院した月に外来で実施しても算定できない(問6-1)が、外来で検査判断料を算定したあと同一月に入院した場合は、先に算定した検査判断料が算定できる(問6-2)という明確なルールが定められており、窓口での再計算の必要はない。

問6-1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を別に算定することができるのか。(例:検体検査判断料等)

(答) 算定することができない。

問6-2 外来で月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)について算定することができるのか。(例:検体検査判断料等)

(答) 算定することができる。

- ◇ (その2) 細菌培養同定検査/細菌薬剤感受性検査:特別な運用が求められる細菌検査の算定の独特の問題として、最初の検査の結果が出るのに日数を要し、その結果如何で第2の検査を実施するケースがある。患者が受診していない日に第2の検査を実施することになることから、患者の自己負担分の徴収方法について各医療機関が対策を立てて対応しているものである。

このように、医療機関は通常の点数算定や一部負担金徴収のフローとは異なる特別な運用を行う必要があり、同時に過徴収や未収金等のリスクも発生するため、通常の運用でまかなえるような簡素な算定ルールが求められている。

■細菌培養同定検査/細菌薬剤感受性検査

【表2-2-13 D018細菌培養同定検査/D019細菌薬剤感受性検査(留意事項通知)】

D018細菌培養同定検査

(1) 細菌培養同定検査

ア 細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として **培養を行い、同定検査を行うこと**を原則とする。

D019細菌薬剤感受性検査

(1) 細菌薬剤感受性検査は、**結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。**

D018細菌培養同定検査(以下「培養同定検査」とD019細菌薬剤感受性検査(以下「薬剤感受性検査」)については、区分では分かれているものの、運用上の特性として「培養同定検査→薬剤感受性検査」の順で一連として実施されるものである。

具体的に説明すると、培養同定検査はその検査料を算定するに当たって培養が必要であり(表2-2-13参照)、患者から検体を採取して培養を開始する日と、(培養

後) 同定検査を行ってその結果得られる日にタイムラグが生じる。培養同定検査については、検体採取日に算定可能であることから、患者から一部負担金を徴収するフローは通常と変わらないと言えるが、薬剤感受性検査については、上記の培養同定検査の結果、細菌が検出された場合にのみ実施されるものであり(表2-2-13参照)、患者が来院していない日に算定することになる。このような特殊な算定ルールが複雑な運用を促していると言える。

医療機関においては、①薬剤感受性検査の実施を見越して、予め培養同定検査の検体採取時に患者から費用を徴収しておく(培養同定検査未実施の場合は返金する)か、②薬剤感受性検査実施後に患者に一部負担金支払いのための来院を要請する必要がある。①の対策では薬剤感受性検査を実施しなかった場合に過徴収となり、②の対策では患者が来院しなかった場合に未収金が発生することとなることから、どちらの対策を選択してもリスクを孕むことに違いはない。さらに、培養同定検査の算定日から薬剤感受性検査の算定日まで月を跨ぐこととなって請求月が異なることも想定され、その場合は審査支払機関の査定の対象とならないように両検査の因果関係をレセプト上で明確にしておく必要があるとされている。

実施した検査ごとに算定し、点数を積み上げていくことが原則であることは理解しつつも、医療機関の負担減に資するような運用の簡素化という論点で考えた場合には、検査結果にかかわらず培養同定検査を実施するに当たって検体を採取した日に培養同定検査と薬剤感受性検査を一連で算定できる、というような思い切ったルール簡素化のメリットは大きいと考える。

③ 電子点数表の在り方について

ここまで論じてきたような透明性の高いシンプルな算定ルールこそが、『診療報酬DX』を前提とした「あるべき姿」と捉えるならば、そのシンプルな算定ルールを具現化するものが電子点数表であり、「透明性を示すアウトプット」と表現することもできる。ここでは、電子点数表をさらに洗練させることが、『診療報酬DX』の進展に資するという観点のもと、今後の「電子点数表の在り方」について考察する。

◇ 電子点数表の概要

電子点数表は、もともとは告示・通知の文章による規定の曖昧さの回避を目的として開発されたものである。その名の通り点数表(算定ルール)を電子的に表現したもので、従来の文章表現による算定ルールを廃し、ロジックで表現したものとすることができる。

ロジックで表現されていることから、レセコン等のシステムとも親和性が高く、診療報酬改定時のレセコンの改修時には、ベンダは少なからず電子点数表を参考にしている。

■電子点数表で対応可能なルール

以下の算定ルールは電子点数表で表現されている。点数表告示・留意事項通知では文章表現の中に存在するルールであることから、様々な算定のパターンが混在しているが、電子点数表では独自の切り口での整理が行われており、算定ルールを合理的に読み解く上で有用なものとなっている。

- ・診療行為の包括項目
- ・算定回数チェック
- ・診療行為間の背反チェック
- ・入院基本料等加算の算定可否

◇ 電子点数表の改善項目

概要でも述べた通り、電子点数表は『診療報酬 DX』において重要な役割を果たすものであり、「共通算定モジュール」を構築する際のベースとなることも考えられる。

上記で掲げた電子点数表で対応可能なルールについては、レセコンのロジック構築や請求時のチェックの際に有効に活用されているが、現状の算定ルールと照合した場合に表現しきれないものもあり、現状の電子点数表を最大限に活用するとなると、不十分な部分も散見される。以下では、電子点数表をよりよくするための例として以下のような具体例を取り上げ、簡潔にまとめることとする（表2-2-14参照）。

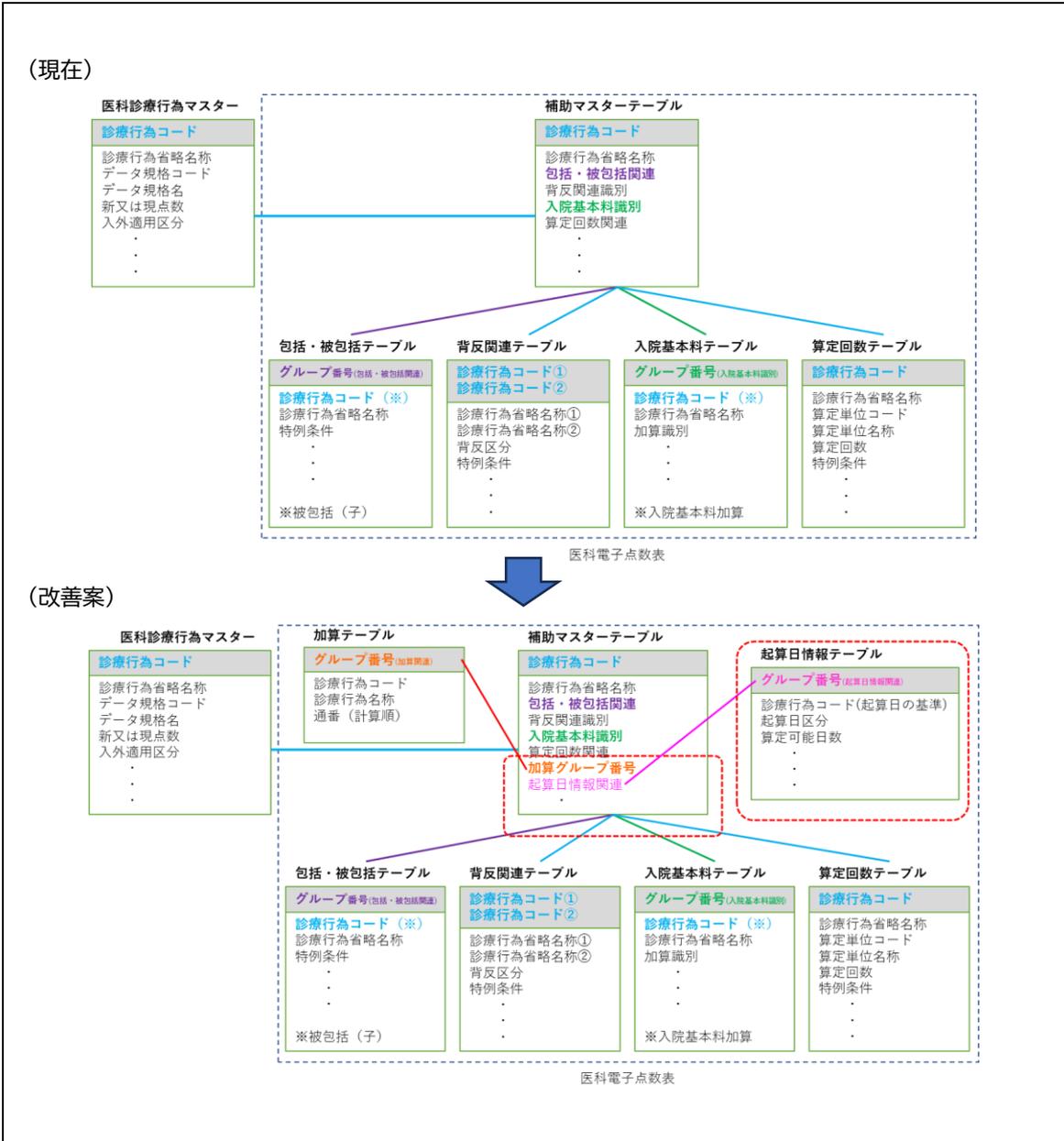
■起算日情報テーブルの追加

算定起算日が表現された情報が提供されることが望ましい。そこで「起算日情報テーブル」を付加することが有効ではないかと考える。「算定ルールの透明性に関する課題」において、起算日の分かりやすい情報が整備されることが望ましい旨を提案したが、そうなる電子点数表で的確に表現することも可能ではないだろうか。起算日関連の算定ルールの透明化を考える上での有効な一手となりうるが、その際には新たなテーブルの作成など、相応の作業が必要となることが考えられる。

■加算テーブルの追加

診療行為ごとの算定可能な加算情報の追加も、電子点数表の拡充の方向性として考慮すべき項目である。医科診療行為マスターの注加算コードでは（ある程度は診療行為と加算情報が紐づいてはいるが）不十分であることから、1つのテーブルとして特化したかたちで整備されることが望ましい。加算情報が診療行為に紐づいているテーブルが整備されれば、今以上に誤算定が抑制され、それに伴い返戻等の事例も減ることが予想される。

【表2-2-14 医科診療行為マスターと関連するマスターの関連図】



(3) 診療報酬改定DX

ここでは診療報酬改定DXの取り組みのうち、現在議論の途上にある「共通算定モジュール」を取り上げ、その導入に向けて解決すべき課題等について、現状を整理したい。

診療報酬改定DXでは、共通算定モジュールの提供が予定されており、令和5年4月の第3回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームの資料「診療報酬改定DX対応方針（案）」（表2-2-15）には、診療報酬改定DXの「最終ゴール」として次のように記載されている。

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等〔病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション〕における負担の極小化をめざす ・共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
--

そして、その最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度より段階的に4つのテーマ（※）を実現するとされた。

- | |
|---|
| a. 共通算定モジュールの開発・運用
b. 共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善
c. 標準様式のアプリ化とデータ連携
d. 診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等 |
|---|

共通算定モジュールの提供は診療報酬改定DXにおいてゴールに設定されていることから、その重要性が読み取れる。共通算定モジュールの開発・運用主体は社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）であり、モジュールの仕様や開発後の運用体制等に関する検討チームが設置されることとされた。導入スケジュールについて見ると、共通算定モジュールは令和7年度よりα版の提供が開始され、令和8年度より本格実施される予定である（表2-2-16）。

このように、「共通算定モジュール」という言葉が先行して流布する一方で、その具体的な内容については公開の場では十分な議論が行われているとは言いがたく、関係者の間においても期待値が異なっており、認識に乖離が生じることも危惧される。ましてや医療機関を含めた利用者においては、より共通算定モジュールに関する理解度は下がることと推測される。

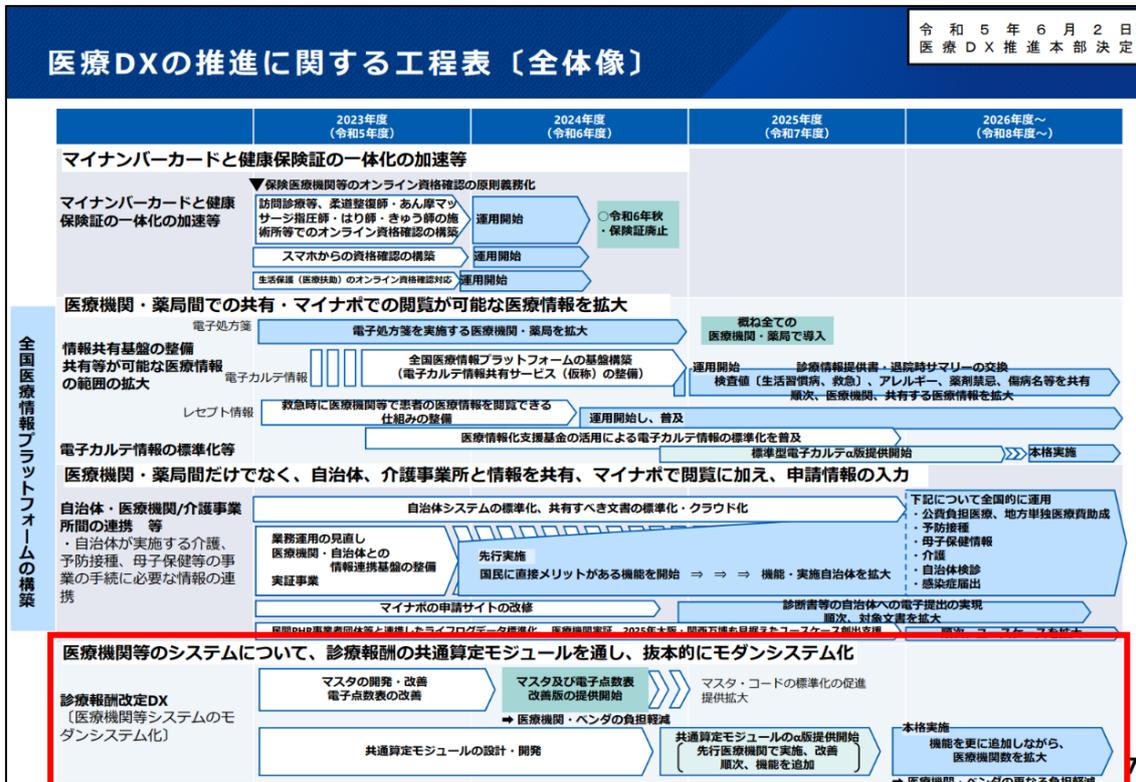
こうした理由から以下では、現状における共通算定モジュールの姿を、レセコンベンダの立場から整理する。

【表2-2-15 診療報酬改定DXの最終ゴールと4つのテーマ】

診療報酬改定DX対応方針（案）	
診療報酬改定DXの射程と効果	
<p>○ 最終ゴール</p> <p>進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等における負担の極小化をめざす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携 ・中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討 	
<p>4つのテーマ ○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現</p>	
<p>共通算定モジュールの開発・運用</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施 ○ 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討 	<p>共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備 ○ 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備
<p>標準様式のアプリ化とデータ連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供 ※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。 ○ 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進 	<p>診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減 ※施行時期・施行年度については中医協の議論を経て決定 ○ 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化
<p>○ 財政効果 XXXX億円</p> <p>・ベンダに生じる負荷軽減効果については、運用保守経費等の軽減を通じて医療機関等に確実に還元されるよう求める。</p> <p>※関係団体に要請するための確固たる根拠づくりのため、この夏までに財政効果について引き続き精査・検証。</p>	

出典：第3回「医療DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム

【表2-2-16 診療報酬改定DXのスケジュール】

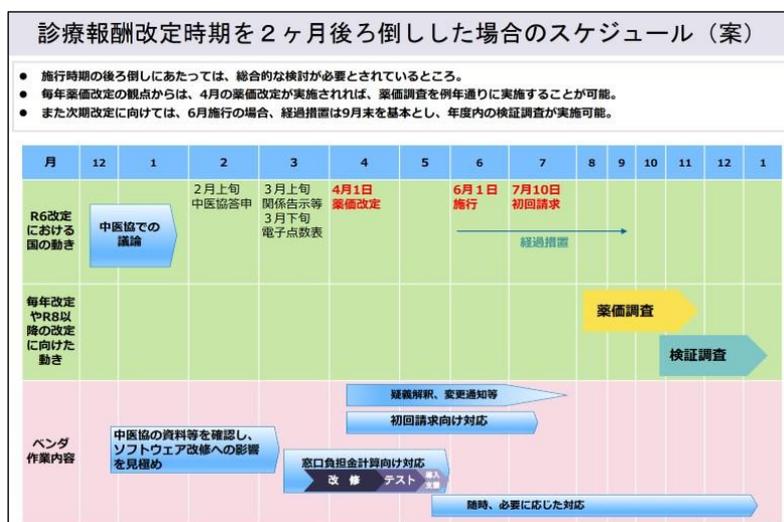


※ 4つのテーマのうち「b. 共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善」については、後述するように共通算定モジュールの導入と密接に関連しているが、このテーマに関する課題等については本節(2)を参照されたい。

「c. 標準様式のアプリ化とデータ連携」については現時点では十分な議論がなされていないため、ここでは扱わない。

「d. 診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等」については、令和6年度診療報酬改定より施行日が4月1日から6月1日に後ろ倒しされることが決定している。これまで診療報酬改定に伴い、答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関やベンダ等の業務が逼迫し、大きな負担がかかっていた。そうした集中的な業務負荷の平準化や業務の効率化を図るため、改定時期の後ろ倒しが行われることとなった(表参照)。この施行日の後ろ倒しについては、次回以降の調査研究で検証する予定である。

【表 診療報酬改定時期後ろ倒しのスケジュール】



出典：第551回中医協資料

① 共通算定モジュール

◇ 共通算定モジュールの機能

ここではまず、共通算定モジュールの基本的な機能について確認する。表2-3-4のように、厚生労働省が共通算定モジュールのイメージを示している。このイメージに基づき、現時点において想定されている共通算定モジュールの機能を整理すると次のようになる。

共通算定モジュールとは、点数(診療報酬)計算及び患者負担金計算を行うものである。診療報酬算定を行うために、共通算定マスタ及び電子点数表のチェック機能が含まれている。具体的な提供形態としては、医事会計システムの計算機能を共通化・統一化し、クラウド上に構築する。

このような特性を持つ共通算定モジュールを導入することで、診療報酬改定時の医療機関やベンダの負荷が大きい「計算機能の改修」に係る負荷を軽減することが期待できる。支払基金が診療報酬改定時に共通算定モジュールを改修し、それを

クラウド上で提供すれば済むためである。

その一方で、共通算定モジュール導入の前提として、共通算定マスタや電子点数表の整備が必要となることは言うまでもない。それらの整備にあたっては本節の(2)で見たような制度面の課題をクリアする必要がある。

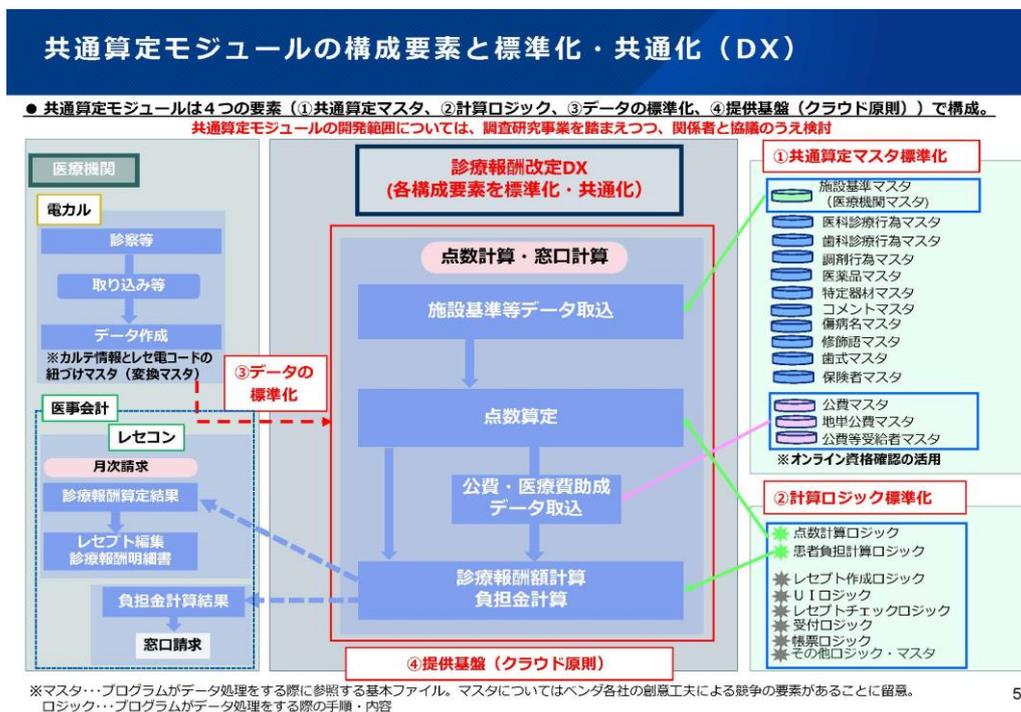
◇ 共通算定モジュール利用の流れ

厚生労働省による表2-2-17の運用イメージを受けて、JAHISが期待する共通算定モジュール利用の流れは以下の通りである。

- i. 医療機関等は、行った医療行為を共通算定モジュールにインプットとして送信する。
- ii. 共通算定モジュールが、共通算定マスタ及び電子点数表を基にインプットされたデータをチェックする。
- iii. 共通算定モジュールは、施設基準の届出内容、患者情報等を基に、年齢加算、時間外加算など必ず算定可能なものを自動算定し、計算結果をアウトプットとしてレセコンに返却する。
- iv. レセコンは、アウトプットを基に領収証、診療明細書、レセプト等を入力する。

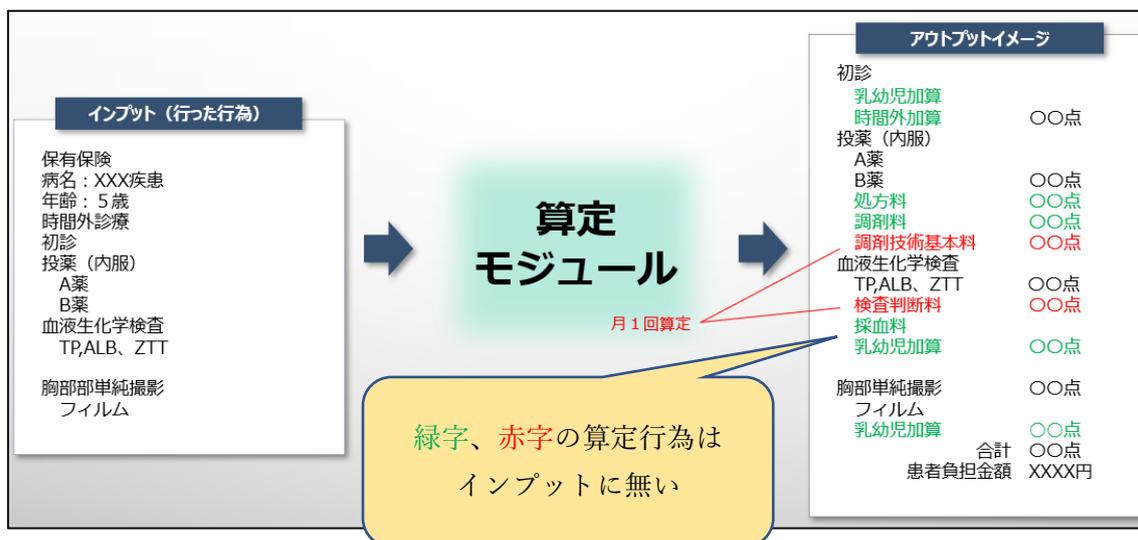
なお、共通算定モジュールのインプットとアウトプットのイメージを図解すると表2-2-18のようになる。

【表2-2-17 共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化（DX）】



出典：第3回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム

【表2-2-18 算定モジュールのインプットとアウトプットのJAHISのイメージ】



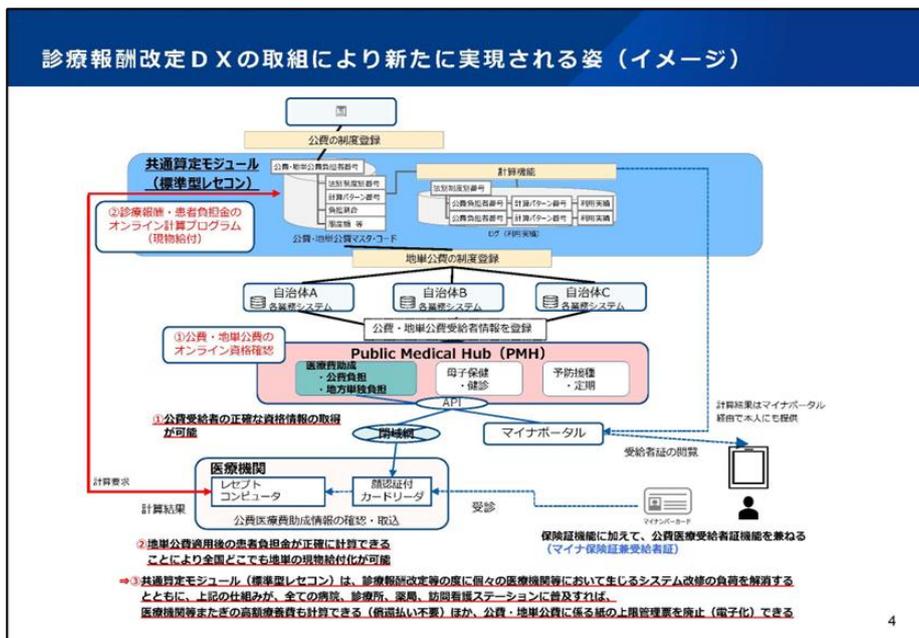
◇ 共通算定モジュールがもたらす様々なメリット

共通算定モジュールには、診療報酬改定時の改修に係る負荷軽減以外にも以下のようなメリットをもたらすことが期待されている。

まず、公費・地方単独公費について、Public Medical Hub^{※2}との連携により現物給付が可能となる(表2-2-19)。さらに、こうした仕組みが全ての医療機関、薬局、訪問看護ステーション等に普及すれば、医療機関をまたぐ医療費が計算できるようになるため、高額療養費について償還払いが不要となる。また、現在は紙を用いた運用となっている公費負担医療における自己負担上限額管理票(以下「上限額管理票」)を廃止できる。

※ 国や地方単独の医療費助成、予防接種、母子保健に関する事業の手続きの際に活用できる、マイナンバーカードを利用した情報連携を実現するためのシステム。手続きの煩雑さや事務コストの削減等を目的としてデジタル庁が開発を主導する。このシステムを用いることで、公費・地単公費について、オンライン資格確認により受給者の正確な資格情報の取得・連携が可能となる。

【表2-2-19 診療報酬改定DXの取組により新たに実現される姿】



出典：厚生労働省 第11回健康・医療データ活用基盤協議会 資料

◇ 共通算定モジュールの課題

以下では、ここまで見てきたような特性を持つ共通算定モジュールを実現するための課題を整理する。具体的には、共通算定モジュールの主たる機能である「点数算定」と「負担金計算」のそれぞれについて課題をまとめる。

i. 点数算定に関する課題	
<ul style="list-style-type: none"> 基本マスタ (レセプト電算マスタ) 及び電子点数表で示されていない情報について、告示・通知の記載が曖昧な項目の内容を把握するのに時間を要する 国側から回答がない、ないし回答までに時間を要する (施行日以降に疑義解釈が示され、追っかけでの対応が発生することもある) 疑義の対応 (現状はレセコンベンダが工夫して対応) 医療保険以外の取扱い (労災、公害、自賠責等) 	
ii. 負担金計算に関する課題	
<ul style="list-style-type: none"> 地方単独医療費助成制度への対応 (対応時期、患者負担、レセプト記載等) 特定疾病給付対象療養 (マル長) の算定方法 (地域により算定上の解釈に違いがある) 公費 (限度額有) の計算 (時系列で取り扱うべきか月単位で取り扱うべきかが曖昧) 医療保険及び公費制度改正時に計算事例及びレセプト記載事例が示されるが、実運用においては複雑なパターンが発生したり、地域によって異なった見解が発生したりし、対応に時間を要する 	

② 共通算定モジュールのその先に

本節の(3)では診療報酬改定DXの取組みのうち「共通算定モジュール」に関する課題を整理した。冒頭に述べたとおり、本節において本テーマのみ具体的な提言に至らないのは、現時点で未定の事項が多いためである。ここに整理した課題が今後の議論の足しになれば幸いである。

◇ 標準型レセコンについて

なお、ここで標準型レセコンについても触れておきたい。令和5年4月の第3回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームの資料「診療報酬改定DX対応方針（案）」（表2-3-1）の中で、診療報酬改定DXの「最終ゴール」として「中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討」と示された。また、令和5年12月に開催された令和5年第16回経済財政諮問会議の中で「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）について（素案）」が示され、「2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供する。その上で、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、効率的で質の高い医療の実現を図る。」と記載された。

標準型レセコンは、共通算定モジュールの実装の他に、現在医療機関に普及しているレセコンの機能のうち、共通算定モジュールが行う点数計算、患者負担金計算以外の機能がクラウドにて提供されることが想定されている。

◇ 標準型レセコンの課題

標準型レセコンに共通算定モジュール以外のどのような機能が装備されるかについてはまだ明確になっておらず、今後議論がなされることと思われるが、既存のレセコンの代わりに医療機関にて動作するものであるため、様々な医療機関に対応するためには以下のような機能が必要になると考える。これらの機能をどのように実現するかが標準型レセコンの導入に向けた課題であると言えよう。

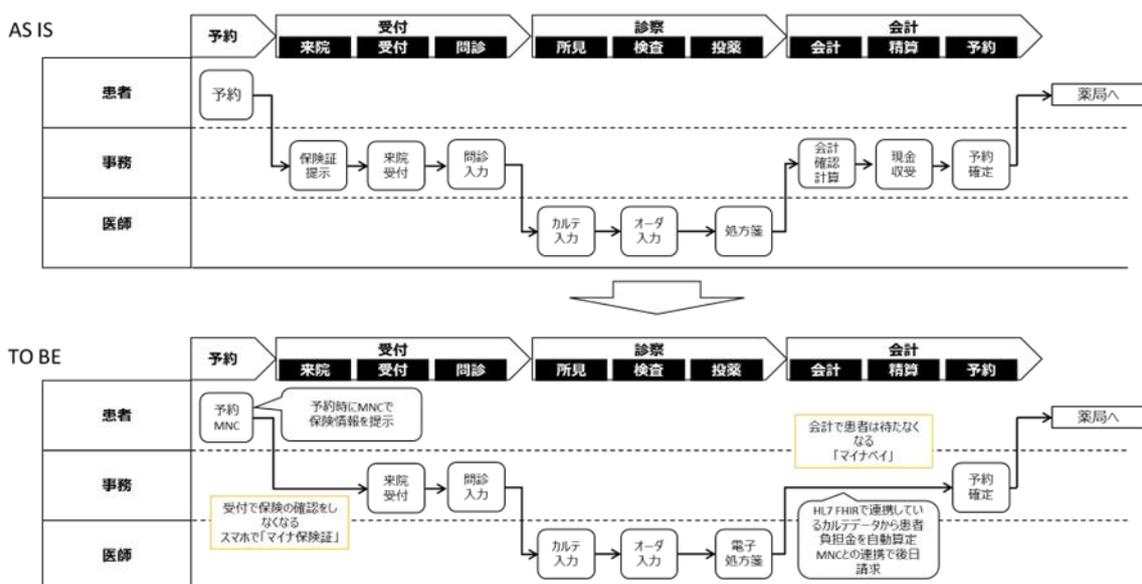
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">i. 受付、レセプト作成や、一般的に医療機関の運用に必要と思われる帳票（施設基準の届出、留意事項通知に記載されている帳票、院内統計資料等）が出力できる。ii. 医療機関個別帳票が作成できる仕組みを備える（API及びDB公開が必要）。iii. 部門システム、外部機器（診察券発行機、再来受付機、精算機、POSレジ等）と接続できる（インターフェースの整理が必要）。iv. 既存のレセコンからのデータ移行が行える。 |
|---|

第3章 JAHIS が構想する一つ先の未来

第2章では『診療報酬 DX』を実現するための次のステップとして、次の診療報酬改定から着手すべき施策について考察したが、第3章では『診療報酬 DX』における5～10年先の「一つ先の未来」を構想する。

表3-1-1は、表1-6の『診療報酬 DX』のフレームワークを基に、全ての関係者にメリットがある「一つ先の未来」像を描いたものである。「骨太の方針2022」における医療DXは、そのフレームワークの2番目（デジタイゼーション）あたりで止まっていると考えられるため、「その先」を構想したものであり、全ての関係者がその利益を享受するという基本的な考え方には変わらない。

【表3-1-1 全国医療情報プラットフォームと『診療報酬 DX』で変わる世界（未来像の一側面）】



『診療報酬 DX』の「一つ先の未来像」は色々と想定できるが、表3-1-1に掲げる未来像については、表1-6における④～⑥の各項目がIV. デジタルトランスフォーメーションに達した場合に実現すべきものとして我々が構想しているものの一つの側面を表したものである。行政主導の医療DXでは、作業工程表に電子カルテの標準化が記載されているが、さらに広い視点を持つことで総合的な『診療報酬 DX』が可能となり、全ての関係者にとって大きなメリットが生まれると考えるものである。

以下には、この未来像を実現するために不可欠となるファクタを2つの論点にまとめている。「カルテからの医療費の自動計算」は本章の「1.」で、「医療機関の窓口での支払方法」については「2.」で具体的に考察を行うこととする。

◇ カルテからの医療費の自動計算

第1章において、『診療報酬DX』のあるべき姿の一つを「カルテからの自動計算」としているが、これはレセプトを作成することが不要となって、電子カルテ等の診療データそのものを送れば、審査支払機関等において自動的に医療費を計算してくれるような未来を想定しているものである。

現在は、医事課スタッフがカルテ等の診療記録を基にレセコンを利用し、算定ルールに従って医療費を計算している。患者に自己負担分の支払いを求めるだけでなく、記載要領に従ってレセプトの作成を行っている。この点数計算やレセプト作成には明確なルールが存在しており、DXの過程において「ルールのデジタル化」が前提となるが、これをクリアすれば「カルテからの自動計算」は理論上可能であると考えられる。

◇ 医療機関の窓口での支払方法

医療機関における医療費の一部である患者負担額の取扱いのあるべき姿を、『診療報酬DX』として窓口請求・支払の行為を無くすこととして考える。医療機関の立場で考えると、患者負担分を窓口で急いで計算する必要がなくなるだけでなく、患者からの支払いを受ける必要がなくなり、医療機関の積年の懸案事項であった「患者からの未収金回収」から解放されることになる。

一方、患者に関しては、窓口での支払いがなくなることから、1回の受診に要する時間が短縮されることになる。受診した日以降に保険者から請求が来る「後払い」方式については、患者が自宅で処理できるクレジットカード払いやキャッシュレス決済が有用となる。さらに、マイナンバーカードが国民に広く普及し「マイナペイ（仮称）」の活用も現実的となる。後払い方式の患者にとっての最大のメリットである、医療機関での会計待ちの煩わしさから解放されるとともに、患者の会計待ちの解消と言うような接遇改善にも繋がることとなる。

後払い方式の課題として、小規模の医療機関では一時的に現金での収入がなくなってしまうことが予想される。入金を確認できるのが半月から1月程度遅れることから、その間のやりくりを行わなければならない。これは、出産育児一時金の直接支払制度が実施されたときと同じ問題（※）であるが、一度キャッシュフローが回り始めると経営的には安定すると考えられ、さらに未収金の問題がなくなるというメリットも十分に享受できることになる。

※ 従来は、分娩に要した費用を現金で医療機関（産婦人科）窓口で支払い、後日健康保険から出産育児一時金を受け取っていた（受取代理制度）。出産育児一時金の直接支払制度は、妊婦が高額な出産費用を準備しなくても出産ができるように創設されたものであるが、医療機関としても健康保険に直接出産育児一時金を請求することができるので、未収金対策となっている。この制度を利用すると、妊婦の（分娩後の）退院日と入金されるまでの時間にタイムラグが生じ、特に正常分娩をメインとする産科の医療機関にとっては、まとまった現金が入ってくるのが遅れることになる。現状ではほとんどの医療機関が直接支払制度を利用していることから、制度を導入した「最初の1月」の対策さえ行えば、問題は解決できると考えられる。

1. カルテからの医療費の自動計算

本章の冒頭において、「一つ先の未来像」を実現するために不可欠なファクタの1つとして「カルテからの医療費の自動計算」を掲げたが、本節ではこのファクタをカバーするための具体的な施策を考察する。

また、「カルテからの医療費の自動計算」を実現する前提として、電子カルテの規格の標準化や記載内容の標準化についても考察する必要がある。これらの標準化については、『診療報酬DX』のフレームワークの外側に位置するものと考えられるが、「医療／診療のDX」という大きな視点で考えた場合に、『診療報酬DX』と歩調を合わせて最適化を考えていく必要があることから、一つ先の未来像を構想する際には前に進めていく必要があるものと捉え、本調査研究において取り上げることとする。

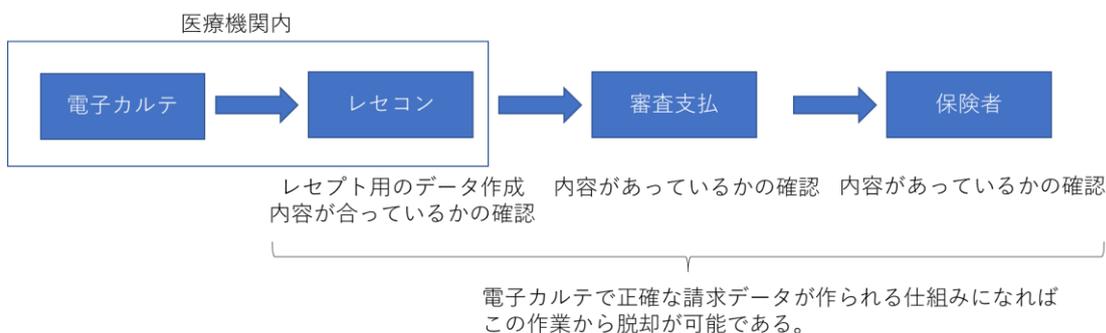
(1) カルテからの医療費の自動計算（カルテからのダイレクト請求）

本節で考察する「カルテからの医療費の自動計算」は、医師がカルテを作成することで直接的に請求が行えるようになることであり、「カルテからのダイレクト請求」と言い換えることが可能である。

この「カルテからのダイレクト請求」は、診療報酬算定・請求に関与する既存のシステムを活用することで、実現の可能性があると考えられるが、そのためには各システムの役割の見直しを行い、全体の最適化を図る必要がある。

現状の診療報酬請求のプロセスとして、医療機関においては「(電子)カルテ」から「レセコン」を経て請求が行われているが、電子カルテで正確な請求データが作られる仕組みになれば、このような作業のサイクルから脱却する（簡略化）ことが可能であると考え（表3-1-2参照）。以下には、ダイレクト請求のために必要な具体的な施策を提案する。

【表3-1-2 現状の診療報酬請求プロセスの略図】



① カルテからのダイレクト請求の全体像

本節で考えるダイレクト請求は、電子カルテから審査支払機関へのダイレクト請

求ということである。ダイレクト請求においても審査支払機関へのレセプト提出は必要となり、レセプトを作成しそれを院内で管理する必要がある。したがって、レセコンの機能は必須となるが、このレセコンに人が介在しなくてもよくなるようなシステムを構築することが求められることになる。レセコンでの処理を自動化できるように電子カルテが整備されることで、一つ先の未来が拓けることとなる（表3-1-3）。

【表3-1-3 カルテからのダイレクト請求の略図】

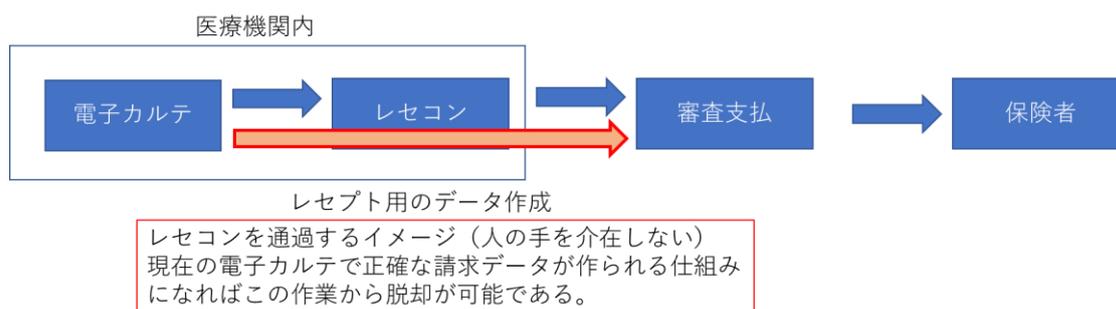


表3-1-3の略図の通り、カルテからのダイレクト請求によって、電子カルテで正確な請求情報がインプットできれば、医療機関では事務作業や作業時間の省略が見込まれる。医師が電子カルテに必要事項を入力することで、人の手を介さずレセコンによってレセプトが生成され、審査支払機関にダイレクトにデータが送信される仕組みが構築できると言えよう。

このダイレクト請求の課題は、レセコンに関する作業をいかに省略していくかということになる。現状では、医療事務スタッフがレセコンに算定・請求に必要な情報を入力しているが、この入力している情報の内容を精査して、簡略化していくことが重要となる。具体的には、現状でレセコンに入力している情報がそもそも本当に必要なのか、既に医師が電子カルテに入力している内容で代用できないのか、そのような観点で精査を実施することによって、ダイレクト請求に近くなっていくものと考えられる。記載要領通知の「別紙Ⅲ」に示される検査結果に関する電子カルテからの自動記載はその一例である。また、電子カルテからの入力によってレセプト作成が完了することができれば、カルテ記載不備による請求不備に対する個別指導・監査等の必要性は低くなると考えられ、保険医療行政における業務改善に繋がるものと考えられる（詳細は本節の(2)を参照されたい）。

② カルテからのダイレクト請求実現に向けた論点

以下には、カルテからのダイレクト請求実現に向けた論点をまとめている。これらの論点を踏まえながら電子カルテのこれからの方向性を考え、ダイレクト請求実現への道筋を作ることとする。

◇ ルールのデジタル化

■算定・請求ルールのデジタル化

診療報酬算定や診療報酬請求（レセプト作成）には文章で表現されたルールが存在するが、一部の記述が曖昧なことから、DX の過程において明確化された（曖昧さを排した）「算定・請求ルールのデジタル化」が前提条件となる。この算定・請求ルールのデジタル化が実現できれば、現状では医療事務スタッフが経験・解釈に基づき入力している情報について機械的な入力が可能となり、「カルテからの自動計算」は理論上可能になると言える。このような意味においては、「電子点数表」や「選択式コメント」などによりルールのデジタル化が整備されつつあり、さらには「共通算定モジュール」の導入が予定されている現状は、ダイレクト請求という観点から考えても重要な時期に差し掛かっているといえる。

なお、ルールのデジタル化に当たっては、チェック条件が容易となるようなシンプルなルールに変革させていくことも必要である。

■カルテ入力事項のデジタル化

医師によるカルテへの入力事項を診療報酬算定に紐づけるためには、カルテ入力事項の標準化やコード化を行うなど、さらなるデジタル化が必要となる。例えば選択式コメントのように、カルテ記載の内容が候補となるコードから選択できるようになると、医師の負荷が大きく減ると考えられる。

カルテ記載のデジタル化の詳細については、本節の(2)で考察するので参照されたい。

◇ 医師はカルテ入力に専念

電子カルテへの入力については、従来通り、医師は「診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行い（療養担当規則第12条）」、必要な事項の記載を行わなくてはならない。算定・請求に関する項目の入力は医師が担うべきことではないことから、行った診療行為に関する事項についてカルテに記録するだけで算定・請求ができるような仕組みをデザインする必要がある。そのためには、医師の入力範囲・医療事務スタッフの入力範囲を明確にする必要がある。

また、音声認識機能等で医師の言った内容がカルテに自動入力されるような仕組みもカルテ入力の一助になる。先述の入力内容の候補から選択してもらうような仕組み等と併せて、医師が直接入力せずとも正確にカルテに記録できる仕組みの開発も必要となる。

◇ カルテ入力内容の実態の精査を踏まえた新たなルールの作成

カルテからのダイレクト請求を実現するための手段として、最も根源的なファクタが「カルテ入力内容の実態の精査」である。精査の結果、レセコンへの医療事務スタッフの入力が省略できるようになるとダイレクト請求が現実的なものとな

る。

現状では医療事務スタッフがレセコンで入力している情報が数多く存在するため、それらを精査して「医師が既に入力しているカルテの記載でカバーできること」や「そもそも入力の必要がないこと」を抽出し、不要なルールを削っていく必要がある。このようなルール見直しの結果、医療事務スタッフがレセコンに入力する必要最小限のものが残ることになる（※）。残った項目については事前入力や自動化の検討を進めることになるが、対象を最小限にすることでダイレクト請求へ近づけることができる。

※ 事務において、レセプトを通すために予防的にフリーでコメントを入力しているものもある。これらの実情も精査し、必要性があるものについては記載要領通知に収載し、選択式コメントとして表現されるべきではないだろうか。

◇ カルテへの入力内容が請求情報になるために

医療事務スタッフのレセコンへの入力の削減とともに策を講じなければいけないのが、医師のカルテ記載の内容が算定情報を意識したものにすることである。医師のカルテ記載で求められている範囲内で「算定要件の記載内容を満たすことができる」、「カルテ情報がそのまま請求情報に使用できる」ことが求められる。

現状では、カルテへの入力内容が必ずしも算定ルールに結びついていないことから、医療事務スタッフによるレセコンでの情報の補足が行われることが多く、二段階の作業が生じているケースが少なくない。カルテへの入力内容を精査することは、医療機関における負担の減少に直結するものとなる。

ただし、医療事務スタッフが入力すべき内容を単に医師のカルテ入力で補うのであれば、それはただの「逆タスクシフト」であり意味がないことから、医療機関全体における入力の合理化が求められことになる。「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にあるように、医療機関としての効率的な業務運営の一環として捉えていく必要があり、ダイレクト請求というDXがその合理化を支援するものとなり、医療事務スタッフによる医師事務作業補助業務へのシフトをも拡大すると考える。

◇ 審査支払機関の役割

保険請求のルールに照らし合わせて、「適正に請求されているか」、「書くべきことを書いているか」の確認を行うものであるが、たとえ審査機能（レセプトの審査）の簡略化が実現されても「支払機関」としての機能は残ることになる。したがって、DXによる請求方法の変革については、審査支払機関の存在を前提とした枠組みであることに変わりはない。

(2) ダイレクト請求の前提となる電子カルテ関連の標準化

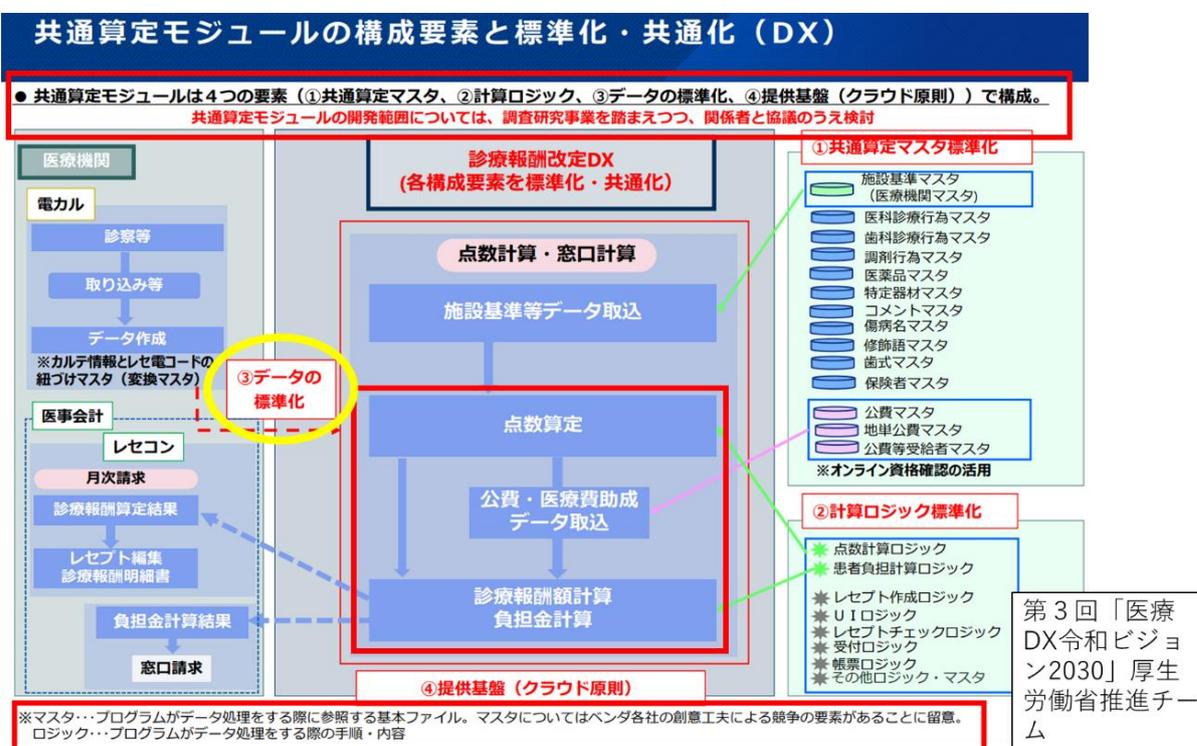
「カルテからのダイレクト請求」を実現するための前提として「データ規格の標準化」と「記載内容の標準化」の2つがあると考えられる。「データ規格の標準化」については多くの調査研究がなされ方向性も示されているが、もう一方の「記載内容の標準化」への議論を進めなければダイレクト請求にはたどり着かないと考える。したがって、本調査研究では、診療報酬請求業務の観点から記載内容の標準化に重点を置き、論を進めることとする。

① 電子カルテのデータ規格の標準化

電子カルテは、単に紙のカルテを電子化したものではないことは言うまでもない。しかし、従来は個々の病院での運用に配慮したものであったことから、電子カルテの規格については標準化が進んでいないのが実情であり、特に出力される診療情報のデータ規格については早急な標準化が求められている（表3-1-4参照）。

さらには、電子カルテに入力された診療情報のデータがシステム間で連携できることが望ましく、ビッグデータとしての利活用が期待されるものであることから、「HL7 FHIR」などによる標準化が検討されている（HL7 FHIRについては、第1章の説明を参照）。

【表3-1-4 DXにおけるカルテのデータ規格の標準化の役割（黄色の枠の部分）】



② カルテ記載内容の標準化・デジタル化（カルテ記載のDX）

本節(1)の②の「ルールのデジタル化」で述べた通り、カルテからのダイレクト請求を実現させる論点の1つとして早急な検討が求められる点が、カルテ記載内容の標準化やデジタル化、即ち「カルテ記載のDX」である。

レセプトへの記載事項と同じように、留意事項通知等において、算定ルールとしてカルテに記載すべきものが規定されている。紙のカルテの場合は手書き、電子カルテの場合はパソコンでの入力となるが、カルテ記載の主体は医師であり、医師が「手作業」で記録していることには変わらない。このような現状を鑑みると、DX推進の一環として、医師の業務の省力化や効率化に寄与することとなるカルテ記載内容の標準化やデジタル化を行う意義は大きいと考えられる。

◇ カルテ記載内容の現状

■ カルテ記載の規定

留意事項通知をはじめとした諸規定にカルテ（診療録）への記載事項が定められている（カルテに記載すること自体が算定要件となっている）。カルテへの記載内容については、医師の医学的判断に基づき記載するものであることから、特に「ひな型」や記載例などは公式には設けられていない（※）。記載内容の標準化・デジタル化を検討する際には、そのような点に留意しながら精査していく必要がある。

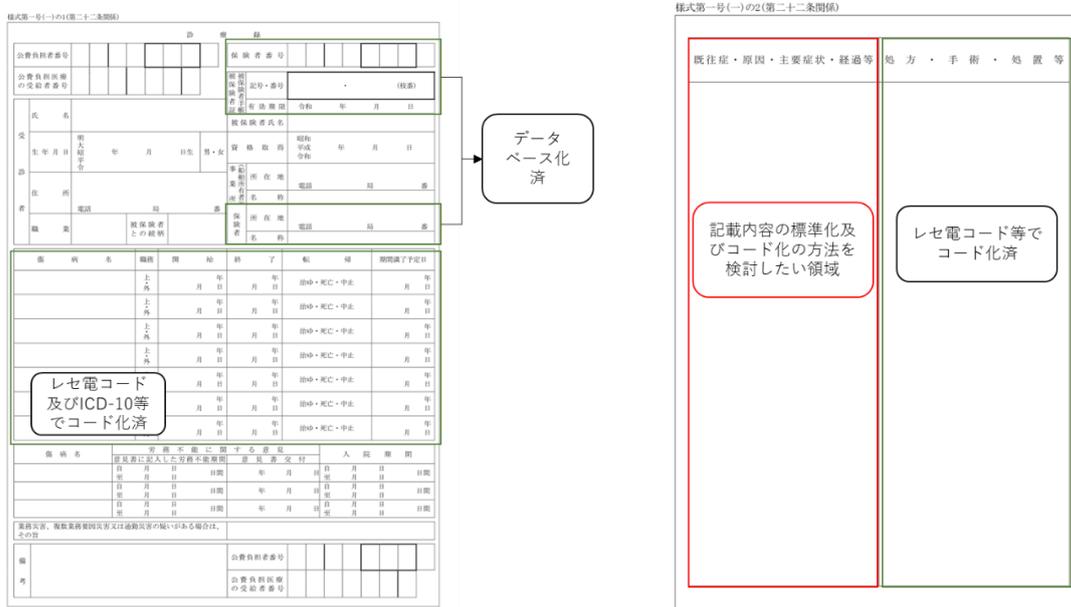
※ 記載のチェックポイント、記載例については「診療報酬とカルテ記載（社会保険研究所）」に、カルテ記載の規定ごとにまとめられている。

■ カルテ様式への記載のコード化

カルテ様式に記載する事項のコード化は概ね行われていると言える。例えば、「様式第一号（一）の1」の「保険者番号」についてはマイナンバーと紐づけが行われていることからデータベース化されている状況にあり、「傷病名」についても、レセ電コード及びICD-10等を使用してコードによって表現することとなっている。また、「様式第一号（一）の2」についても、「処方・手術・処置等」欄についてはレセ電コードと紐づいているパターンが多いとされている（表3-1-5参照）。

このようにコード化が進んでいる一方で、留意事項通知等で規定された記載内容の大部分を入力する箇所である「様式第一号（一）の2」の「既往症・原因・主要症状・経過等」欄は、コード化が進んでいない一例となる。ここでは、これらのコード化されていない「既往症・原因・主要症状・経過等」欄の記載内容の標準化及びコード化の方法について考える。

【表3-1-5 カルテ（診療録）様式への記載のデータ化について】



◇ カルテ記載内容の標準化・コード化

カルテ記載のDXの核となる部分が、標準化及びコード化である。先に述べたとおり、「既往症・原因・主要症状・経過等」欄等への記載内容の入力については、医師の手作業によって行われているのが現状である。カルテ記載内容の標準化が実現することによって、医師はその記載ルールに則った入力ができるようになり、さらにコード化されることによって入力内容の簡素化や入力作業の省力化が図れることになる。また、カルテ記載のデータがルールに則ったかたちで収集されデータベース化が実現すれば、レセプトの記載内容（選択式コメント）と同様に二次利用が可能となることから、そのメリットは広く享受できる。

■ カルテ記載内容の標準化

はじめに、カルテ記載内容の標準化について検討する。カルテのデータ規格の標準化については上記の①で述べたが、データ規格の標準化を前提としたさらに踏み込んだものである。

カルテへの記載内容が留意事項通知等の諸規定によって定められているが、これらの記載は医師の医学的判断に基づくフリーコメントであり、レセプトへの記載内容（選択式コメント）のような、記載に関するルールが存在しないのが現状である。このようなカルテ記載内容の標準化については、積極的に推進すべきとの見解も見受けられる。本調査研究では、医師の医学的判断に基づく記載に制約を持たせるものではなく、診療報酬請求において必要となる、既に記載要件が示されている項目の記載方法について明確にしていくことを想定している。したがって、カルテ記載の本質的な議論は、他の調査研究に委ねることとする。

具体的な運用の方法に踏み込むと、留意事項通知の「医学管理等」におけるカルテ記載内容の要件の多くは「診療計画、指導内容の要点」を記載するものである。一方、地方厚生局から公開される「個別指導における主な指摘事項」には、医療機関への個別指導を行う際の指摘事項・指導内容がまとめられているが、「医学管理等」においては上記内容についてカルテ記載がないことや不十分であることが例示されている。現状では「カルテ記載内容をチェックする」手段については、このような個別指導・監査等によるものしかないことから、チェックを行うという観点からもカルテ記載内容の一定の標準化は適っており、これにより審査支払機関におけるチェックが現実的なものとなる。また監査する側（行政）や受ける側（医療機関）においても、カルテ記載チェックのための監査は不要となり、負担が減ることが見込まれる。

■カルテ記載内容のコード化

カルテ記載内容のコード化については、一般的に難しいとされている。カルテ記載内容は患者の具体的な症状、実際に行った対応等の記載が求められるなど、定型なものではないためである。しかしながら、選択式コメントにおけるコメントコード化のスキームを参考にする事で、一部のカルテ記載内容についてはコード化が実現可能であると考えられる（※）。

※ 上記の方法以外にも、言葉（キーワード）を医師が選択することで、機械が言葉を繋ぎ合わせて記載内容を生成することも可能とされている。記載内容全てを入力するのは負担が大きいため、（標準化された）入力を補助できるようなサポート機能が求められている（テンプレート化）。

紙のカルテの時代は、病院ではスタンプ（ゴム判）を活用し、よく使用する単語や定型文については、それをカルテに押ししていた。この仕組みを今の時代に活用すれば、使用する頻度の高い言葉の自動入力も容易にできる。

留意事項通知より、実際の記載内容（診療計画・指導内容）を分析して、ある程度決まっている項目（パターン化できる項目）についてコードで表現する（「コメントパターン30」タイプ）ことが可能であると考えられる。残ったもの（パターン化できないもの）については、コードを付した上でフリーコメント（「コメントパターン20」タイプ）での入力とすることができる。このように、選択式コメントと同様に一部でもコード化することによって、医師の手入力は抑制され、負荷が減ることが想定される。

コード化することによって、選択式コメントと同等の入力サポートやチェック機能の実装が可能となり、医療機関におけるチェックや入力の負担を軽減することができる。さらに、カルテ記載のコード情報を基に算定する仕組み、言い換えればカルテ記載が起点（条件）となって各医学管理料が算定できるような仕組みが構築できれば、カルテ記載の不備や不十分等のケースが理論上なくなり、行政によるカルテ記載不備・不整合による個別指導・監査等が不要となると考えられる。

Column ～カルテ記載の DX によってもたらされる未来～

「カルテ記載の DX」によってもたらされる未来を構想する。

◇ 患者

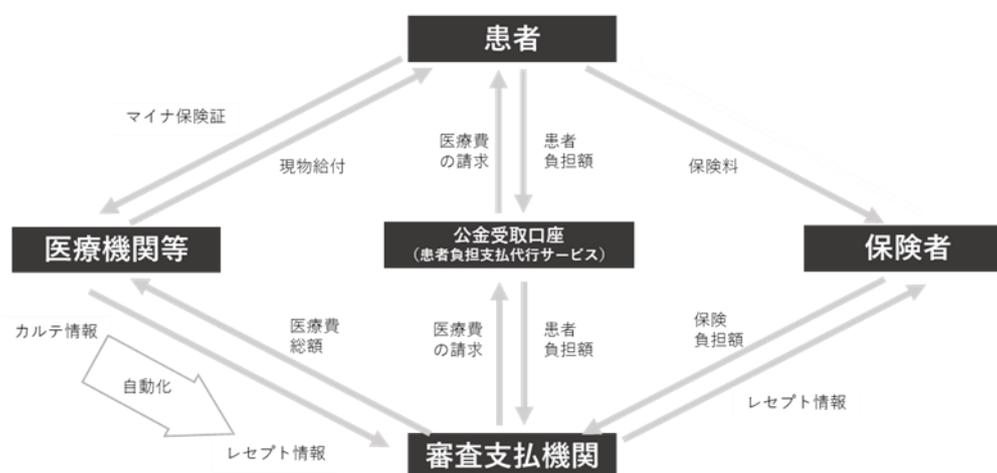
患者は、「マイナ保険証」により受診する。マイナンバーの情報があれば、患者の公金受取口座等の情報が担保されるため、患者の医療費の「後払い」も可能となる。したがって、診察が終了すれば、会計を待たずに帰宅することができる。最終的に、一定のタイミングで登録した口座から医療費（自己負担分）が引き落とされ、支払は完了となる。

◇ 医療機関

電子カルテへの記載事項の入力により、レセプト作成が完了となることから、医療事務スタッフによるレセコンへの入力が必要なくなる。また、記載内容の標準化・コード化によって従来よりもカルテ記載が容易となる。その結果、効率よく患者の診察が行えるようになり、より多くの患者を診ることや1人の患者に対する診療時間を多く確保することができるようになる。

さらに、「後払い」方式により、患者に対する請求額を早急に決定する必要がなくなることから、医療事務スタッフの負担軽減にも結び付く。医療費についても、患者負担分を含めて定期的に審査支払機関から送金されることになるため、患者の「未払い」問題も払拭されることになる（表参照）。

【表 カルテ記載の DX によってもたらされる診療と医療費等の流れ】



2. 院内の請求事務のDXとそれが患者にもたらすメリット

本節では、医療機関における請求事務のDXとそれが患者にもたらすメリットについて考察する。

本節の(1)では「DXによる医療事務の効率化」を、(2)では「患者から見たDXのメリット」を扱う。(3)では(1)と(2)の考察を受けて、国の施策としてのDXが持つ重要性について改めて考察する。なお、本章の冒頭で触れた、医療機関の窓口における支払方法については、窓口対応業務の効率化に資するものであるため、本節で詳細に検討する。

「はじめに」で述べたように、日本は前例のない少子高齢化・人口減少時代を迎えている。とりわけ医療・福祉分野においては生産年齢人口の減少だけでなく、サービスの主要な受け手である高齢者の人口増加が見込まれており、必然的に同分野を支えるのに必要な労働者数も増加することが予想される。そのため、医療・福祉分野では労働者の確保や業務効率化等への対策が喫緊の課題となっている。

こうした背景から本節では、レセコンベンダの立場から状況の改善に資するべく、医療機関の請求事務業務を取り上げ、DXによる業務効率化の可能性を検討する。請求事務業務を効率化することで、各医療機関が人的リソースを医療サービス等のコア業務に振り向けることができるようになるからである。

また、医療機関の業務は、患者側からみればサービスの質に直結するものであり、両者はいわば表裏一体の関係にあるため、医療機関の業務効率化にあたっては、それが患者へのサービスに与える影響を考慮することが必要不可欠である。したがって本節では、医療機関の請求事務業務の効率化が患者に対してどのようなメリットをもたらすかもあわせて考察する。

(1) DXによる医療事務の効率化

第1章で確認したとおり、DXとは単なる個別業務のデジタル化にとどまらず、組織を横断したプロセス改革を伴うものである。本項ではそうしたDXを用いて、院内の医療事務をどのように変革できるかを見ていく。

① 医療機関の窓口対応業務の効率化

◇ 患者の窓口支払省略の検討

まず、DXによる医療機関の窓口対応業務について効率化を検討する。医療機関の窓口における主な業務は患者の支払対応である。現状では多くの医療機関はこの支払対応のために人員を配置する必要がある。この窓口支払を何らかの方法によって省略することができれば医療機関の業務負担軽減となる。

また、窓口支払の省略は、医療機関にとって未収金対策にも繋がる。

さらに、窓口支払の省略は、患者にとっても様々なメリットをもたらすと考えら

れる（表3-2-1）。たとえば、患者は診察終了後に会計を待つことなく即帰宅できるようになり、長時間待ちのストレスから解放される。また、患者の院内滞在時間が減ることで待合室の混雑が緩和され、院内感染リスクの軽減が期待できる。このように、窓口支払の省略は患者・医療機関の双方にメリットの連鎖を生み出すと言える。

【表3-2-1 DXによる窓口支払い省略のメリット】

医療機関	患者
<ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口を支払対応のための人員を配置する必要がなくなる ・ 窓口支払のために急いで医療費を計算する必要がなくなる ・ 上記による業務量の削減・労働力不足軽減・コア業務のリソース確保 ・ 患者からの未収金の防止 ・ 院内感染リスクの軽減 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診察終了後に会計を待つことなく帰宅できる ・ 現金を持つ必要がなくなる ・ 院内感染リスクの軽減 など

ここからは患者の窓口支払を省略する方法を検討したい。窓口対応の省略にあたっては、以下の2つの方向性が考えられる。

i 患者の負担金をなくす（制度変更）

制度変更により患者の負担金をなくすことができれば、必然的に患者の窓口支払はなくなることになる。しかし日本においては少子高齢化の進展により今後も医療費が増加し保険収入は減ることが見込まれており、医療費の応分負担が議論されている昨今、検討するテーマとしては現実的ではないと思われる。

ii 窓口支払いを自動化する

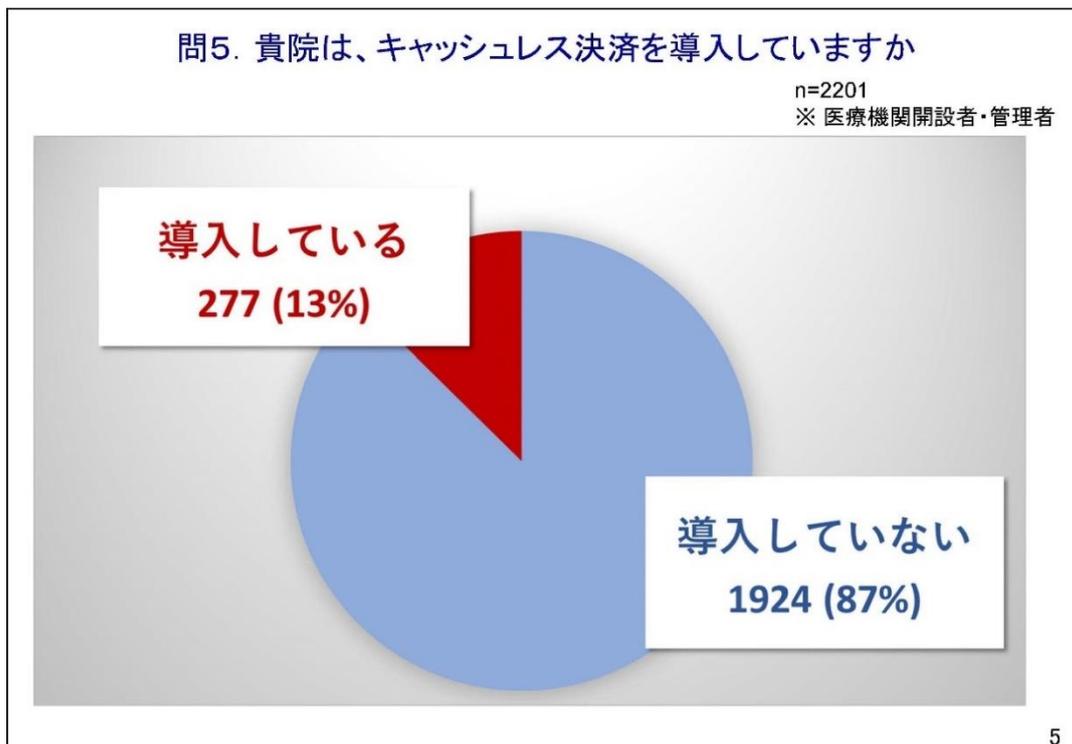
患者の窓口支払いを省略する方法としてより現実的なのは窓口支払を自動化することである。窓口支払の自動化に必要なキャッシュレス決済を導入する医療機関が実際に出てきており、医療機関への実装から実運用までの筋道が見えているためである。そこで以下では、キャッシュレス決済の導入について検討する。

◇ 医療機関におけるキャッシュレス決済の導入状況

窓口支払いの自動化が可能な支払方法として、クレジットカード決済、自動引き落とし、後払い等が挙げられる。これらの方法については医療機関で導入されはじめているものの、導入率は高くないのが現状である。2019年11月の日本医師会によるアンケート結果では、回答した医療機関開設者・管理者2201名のうち、キャッシュレス決済を導入していると答えたのは13%に過ぎなかった（表3-2-2-1）。

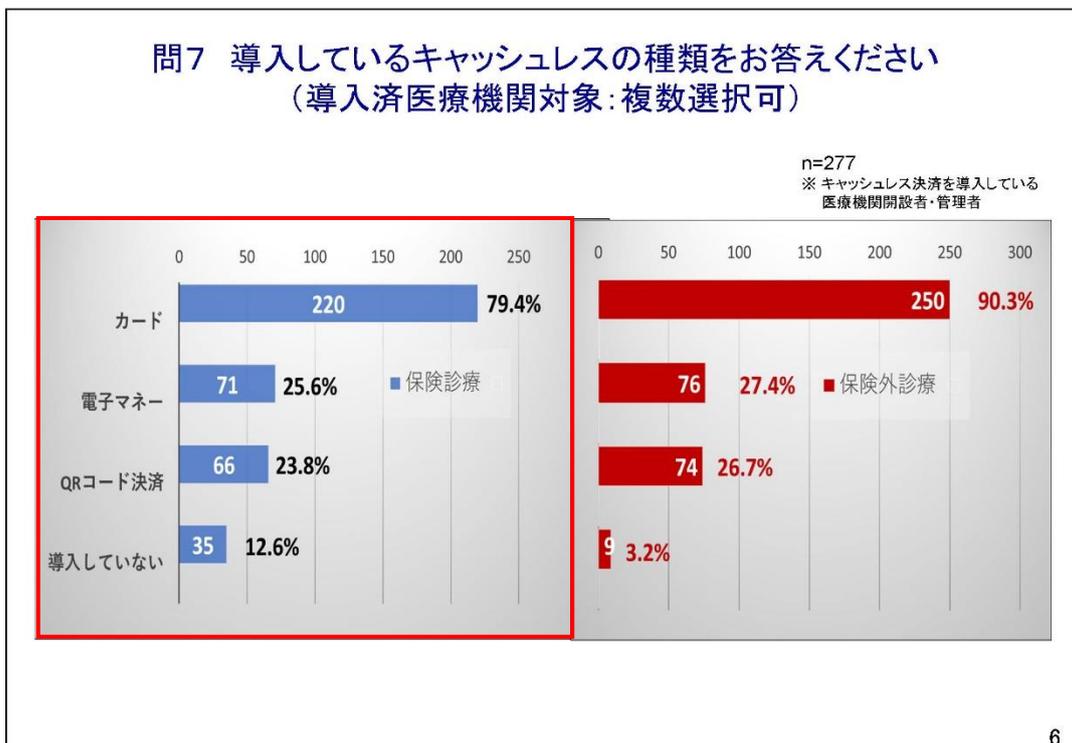
それらの医療機関が導入しているキャッシュレス決済の種類は表3-2-2-2の通りである。全体の8割をクレジットカード決済が占めており、次いで電子マネー、QRコード決済の順に多い。

【表3-2-2-1 医療機関におけるキャッシュレス決済についてのアンケート結果概要について①】



出典：公益財団法人日本医師会資料

【表3-2-2-2 医療機関におけるキャッシュレス決済についてのアンケート結果概要について②】

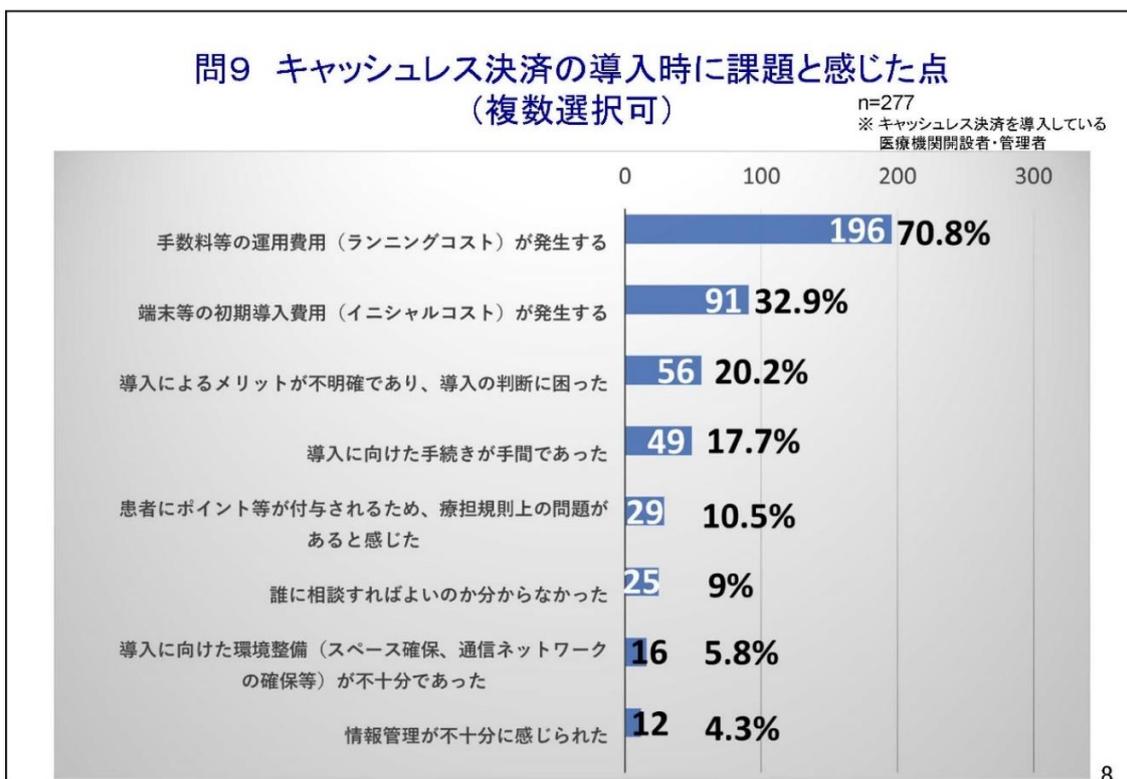


◇ キャッシュレス決済普及の課題と対策

表3-2-2-3は、前述の日本医師会によるアンケートにおいて、キャッシュレス決済を導入した医療機関に「導入時に課題と感じた点」を問うた結果である。この表によれば、最も多かった回答は70.8%の医療機関が挙げた「手数料等の運用費用（ランニングコスト）が発生する」であり、次点が32.9%の医療機関が挙げた「端末等の初期導入費用（イニシャルコスト）が発生する」であった。このことから、キャッシュレス決済の普及にあたり費用の発生がネックとなっていることが想定される。

この課題については、決裁事業者等との兼ね合いを含め対策が難しいが、成長戦略フォローアップ（令和3年6月18日閣議決定）において、「2025年6月までに、キャッシュレス決済比率を倍増し、4割程度とすることを目指す」こととされ、「成長戦略等のフォローアップ（令和5年6月16日）」においても「キャッシュレス利用環境の整備」が示されており、医療機関におけるキャッシュレス決済についても国の施策として推進することで普及率を上げることが可能ではないだろうか。

【表3-2-2-3 医療機関におけるキャッシュレス決済についてのアンケート結果概要について③】



なお、クレジットカードの手数料については、日本医師会 ORCA 管理機構株式会社が提供している日本医師会向けキャッシュレスサービスが2023年6月より、一部のカードの手数料率を1.5%から1.45%に引き下げており、若干の改善が見られる (<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011252.html> : 日医 on-line 『日本医師会向けキャッシュレスサービス』の手数料が低減されました～クレジットカード手数料率が1.45%に～」2023/10/17)。

クレジットカードについては、患者が利用する際の審査(与信)に通らないケースが考えられる。この対策としては、銀行口座を開設・保持すれば利用できる口座引き落としなど他の手段と併用する、もしくは切り替えることが考えられる。

また、上限額管理票は、現状紙で運用されているため後払いに対応していないが、近い将来に対応されて行くことが、医療 DX の工程表等に示されている。

キャッシュレス導入の大きな課題はコストに関するものであり、それをクリアすれば導入は十分可能であろう。さらに、ここで述べた導入面の課題を解決するものとして、本節(2)の②において「患者の支払い方法の変革」として、「マイナンバーカードによる公金受取口座からの自動引き落とし」の導入を提言しているので参照されたい。

② DX によるレセプト請求の効率化

ここでは DX によるレセプト請求業務の効率化について考察する。

レセプト請求業務については、診療報酬改定 DX の共通算定モジュールの活用による査定・返戻の削減が期待されるところだが、共通算定モジュールの導入に向けては以下のようなルールの簡素化・整備を図ることとされている。

- ・算定ルール(制度)の簡素化
- ・保険制度・ルール(国公費や地方単独事業など)の簡素化

これらのルール以外に、レセプトの月単位での請求というルールについても見直しの余地があると思われる。

◇ 効率化に向けたレセプト請求の見直し

現行のレセプト請求のルールについて見ると、レセプト請求業務は月初に負担が集まるのが課題となっている。この負荷の集中を解消するためには、月初の一括請求というルールを見直す必要がある。この課題については、診療報酬改定 DX で導入される共通算定モジュールにより、月単位ではなく日単位で請求データのやりとりが可能となれば解決すると考えられる。具体的には、日々蓄積された請求データを共通算定モジュール側で積算する運用を行うことで、月単位という区切りを保ったまま月初の一括請求を廃止できる。

(2) 患者から見た DX のメリット：DX による患者の支払方法の変革

本節(1)では DX による医療機関の請求事務に関する効率化を中心に考察した。(1)においても必要に応じて患者の視点に言及したが、(2)では患者側に重心を移し、患者から見た医療機関の DX を取り上げる。具体的には、患者の支払方法の変革としての「マイナンバーカードによる公金口座からの自動引き落とし」について、以下に考察することとする。

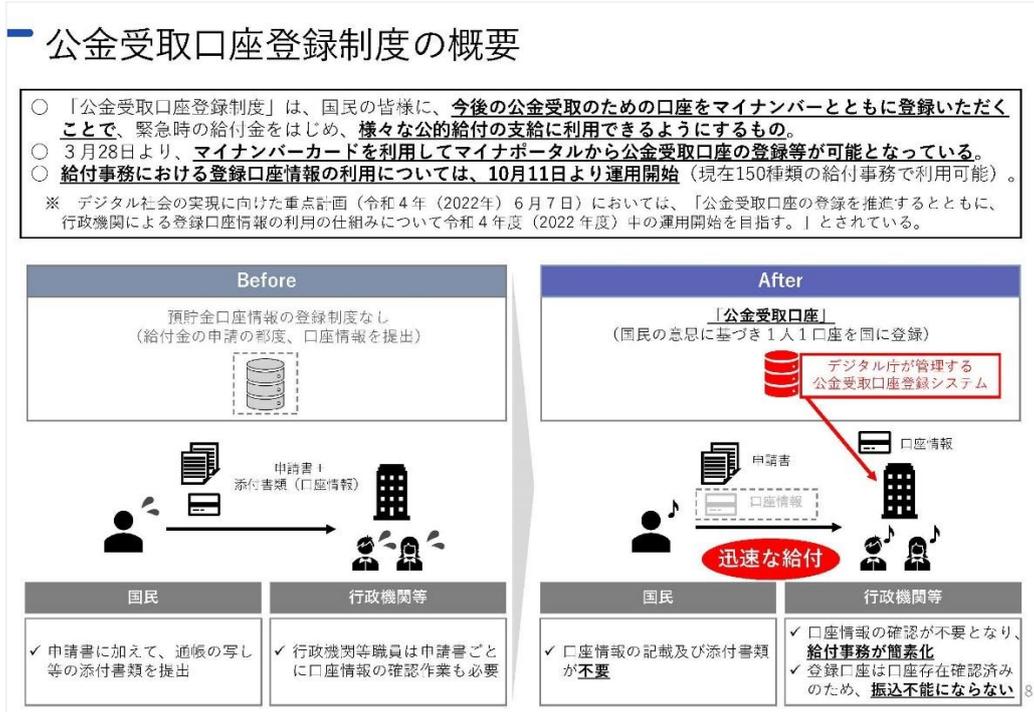
本節(1)の①で医療機関における窓口支払のキャッシュレス化の重要性を確認したが、キャッシュレス決済導入には若干の課題があることも分かった。ここではそれらを踏まえ、新たなキャッシュレス決済方法「医療費のマイナンバーカードによる公金受取口座からの自動引き落とし（マイナペイ・仮称）」を検討したい。この決済方法は、マイナンバーと紐づいた公金受取口座（※）を患者の多くが開設することを前提として、これらの口座から医療費を引き落とすというものである（表3-2-3）。

これはキャッシュレス決済であるため、表3-2-1に挙げたメリットを全て生かすことができる。また、本節(1)で見たような、手数料等からキャッシュレス決済に消極的な医療機関に対しても、国の施策の延長として導入を推進することで導入率を高めることが期待できる。

この決済方法はマイナンバーカードの普及が前提となる。現在の公金受取口座の普及状況は表3-2-4のとおりである。国の施策としての医療 DX の重要性については本節(3)に改めて述べるが、ここでは公金受取口座からの引き落としが上限額管理票の電子化等と同様、マイナンバーカードの普及という国の施策がつつがなく進むことを前提としている。一方で普及に向けたマイナンバー政策における国民のメリットの一つとして位置付けられるものとする。

※ 公的給付支給等口座登録制度は、金融機関の預貯金口座を一人一口座、公的給付等の受取のための口座として、国（デジタル庁）に事前に登録し、国・自治体等の各給付手続き等で活用する制度。事前に公金受取口座を登録しておくことで、個別の給付金等の申請手続きで、手続きの都度口座情報の記載や通帳の写し等の添付等が不要となる一方、行政機関等は、マイナンバーを活用した情報連携により、住民が事前登録した上で国（デジタル庁）において一定の確認を行った公金受取口座情報を入手することが可能となる。

【表3-2-3 公金受取口座登録制度の概要】



出典：内閣府「第1回 マイナンバーの利活用拡大のための検討タスクフォース（2022/11）」デジタル庁提出資料

【表3-2-4 公金受取口座の登録件数推移】



出典：内閣府「第1回 マイナンバーの利活用拡大のための検討タスクフォース（2022/11）」デジタル庁提出資料

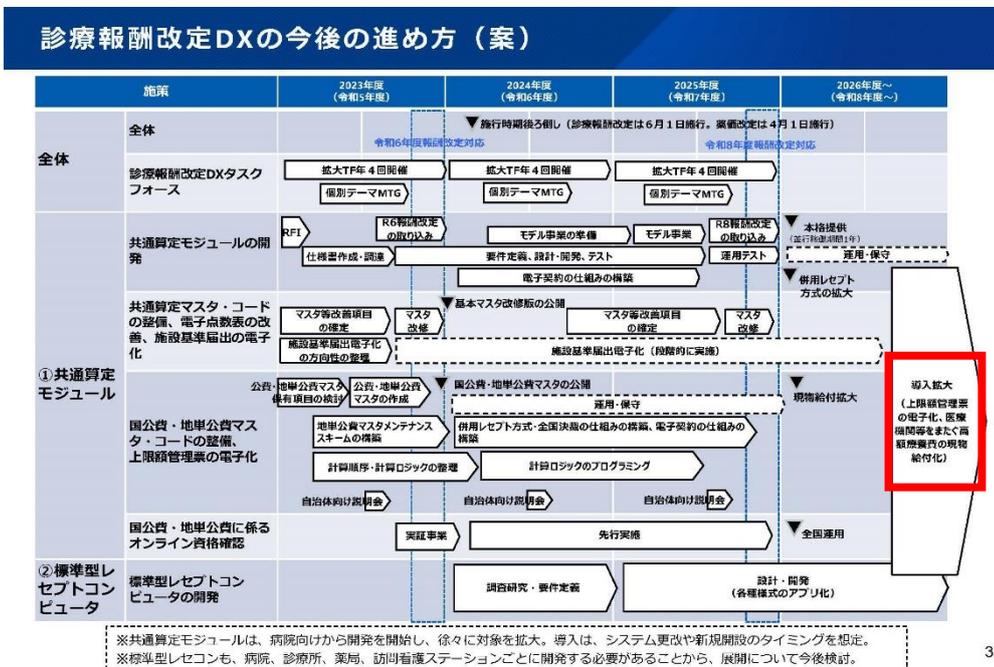
(3) 国の施策としてのDXの重要性

本節ではここまで、医療機関の請求事務のDXを中心に、国の施策としての医療DXと併走するようなかたちでその未来像を考察してきたが、医療に関するDXの取り組みは、総じて国の医療DX等の施策に依存している。たとえば、本節(1)の①「医療機関の窓口対応業務の効率化」で触れたように、上限額管理票については現在、医療機関をまたぐ情報共有のために紙を用いているが、診療報酬改定DXで導入される予定の共通算定モジュールにより電子化を行うことになっている(表3-2-5)が、これについてはほぼ全ての医療機関において共通算定モジュールの導入されるまで、紙(上限額管理票)をなくすことができない。

また、本節(2)で触れた公金受取口座についても、業務の効率化・プロセスの標準化の観点からはできるだけ多くの人が口座を紐づけることが望ましく、そのためには施策の推進が欠かせない。

こうした施策の共通点は、国が強い強制力を持って推進しないと実現しないことである。現在、国では医療DXを推進するとともに、マイナンバーカードの普及を目指しているところである。そのような勢いを医療DXやマイナンバー制度の完遂まで保持してほしい。そこで整備された国のインフラによって、本節で述べたような請求事務等の院内業務の効率化が真の成果となって行くためである。

【表3-2-5 診療報酬改定DXの今後の進め方(案)】



出典：第4回「医療DX 令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料より

おわりに

■ 本調査研究を省みて

本調査研究では、医療 DX の現状と近未来の展望について、診療報酬請求システムを扱うベンダの視点から考察してきた。

ここまで同システムの全ての関係者にとってメリットとなることを目指して論を進めてきたつもりであるが、医療 DX に関しては、ステークホルダーが多く、技術は日進月歩であり、議論は多岐にわたるため、その全分野を隈なく精査した上で最適な提言を行えたかについては一抹の不安が残る。しかし、少なくとも診療報酬請求関連業務の改善に資する DX という実用的な観点からは、十分に有用な提案を行えたものと自負している。

本調査研究において取り上げられなかった診療報酬請求の関係者としての保険者においても、DX は無論メリットをもたらす。保険者においては、加入者の健康保持増進とともに医療費給付の健全化が課題であり、「医療 DX」は医療費給付の効率化のみならず「データヘルス計画」等のデータに基づく健康増進施策への還元がなされるものと考えられ、患者の受診行動変容も視野に入れた「診療報酬 DX」はその一助になるものとする。特に、DX のキーワードのひとつに「データ活用」が挙げられる。保険者は、被保険者である患者が最終的にどの程度医療費がかかるかという観点での分析を既に行っているが、今後データが精緻化されるとともに多彩なデータが得られるようになると、医療費の抑制や保険料の有効活用、疾病の予防等に向けた、より精度の高いシミュレーションが可能となる。

最後になるが、「はじめに」で述べたように、診療報酬請求システムは医療 DX で扱われる医療情報のいわば出入口であり、そのような意味においては医療 DX の土台であると言ってよい。また、同システムに関するデジタル化等の施策の蓄積が今日の医療 DX へと繋がっており、そうした歴史的な意味においても同システムは医療 DX の基礎であると言える。本調査研究において行ってきた同システムに関する DX の考察もまた、医療 DX の進展にとってのヒントやアイデアを多少なりとも含むものであれば幸甚である。

本調査研究で扱った論点を表4にまとめたので、適宜参照されたい。

今年度も本調査研究を行う機会をいただいたことについて、ここに謝辞を申し上げる。

【表4 本調査研究の論点】

第1章 JAHIS が考える医療 DX
<ul style="list-style-type: none"> 1. 医療 DX について 2. JAHIS が考える医療 DX 3. 本調査研究で展開する診療報酬 DX
第2章 これまでの診療報酬請求業務の電子化とその先にあるもの
<ul style="list-style-type: none"> 1. 診療報酬請求業務のデジタル化・オンライン化の歴史 <ul style="list-style-type: none"> (1) 近年の診療報酬改定における簡素化・合理化の経緯 (2) デジタル化・オンライン化に関する JAHIS の取組み 2. 電子化が進められてきたものに対するこの先の展望 <ul style="list-style-type: none"> (1) 選択式コメント <ul style="list-style-type: none"> ・選択式コメントの経緯 ・フリーコメントを定型コメントコードに (2) 制度の在り方 <ul style="list-style-type: none"> ・ルールの簡略化 ・電子点数表の在り方 (3) 診療報酬 DX <ul style="list-style-type: none"> ・共通算定モジュール・標準型レセコンの現状分析
第3章 JAHIS が構想する一つ先の未来
<ul style="list-style-type: none"> 1. 診療報酬業務から見た標準電子カルテ <ul style="list-style-type: none"> ・カルテからのダイレクト請求 2. 院内の請求事務のDXとそれが患者にもたらすメリット <ul style="list-style-type: none"> (1) DX による医療事務の効率化 <ul style="list-style-type: none"> ・後払い・信用払いによる患者待ち時間の短縮 ・レセプト請求その他の医療事務の効率化 (2) 患者の支払方法の変革 (3) 国の施策としての DX の重要性

■本調査研究で引用又は参考とした資料の一覧

頁	内容	引用・参考資料
1 ・ 6	医療DXの定義	厚生労働省 第1回「医療DX令和ビジョン2030」資料「医療DXについて」(令和4年9月22日) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000992373.pdf
3	(表1) 日本の人口の 推移	内閣府 こども未来戦略会議(第2回)参考資料「将来推計人口(令和5年推計)の概要」(令和5年4月27日) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_mirai/dai2/sankou.pdf
3	(表2) 医療・福祉従事 者の就業者数 の見通し	厚生労働省 「令和4年版厚生労働白書」P7(令和4年9月16日) https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21/dl/zentai.pdf
7	(表1-2) JAHISが提言す る具体的な施 策	JAHIS会誌第69号(JAHIS)(令和4年8月3日) https://www.jahis.jp/files/user/02_katsudo%26hokoku/JAHIS%E4%BC%9A%E8%AA%8C69%E5%8F%B7.pdf
7	診療報酬制度 全般の諸規定 の現状	医科診療報酬点数表(医療保険業務研究協会)
7	診療報酬制度 全般の諸規定 の現状	医科点数表の解釈(社会保険研究所)
8	(表1-3) 「医科点数表の 解釈」のページ 数の変遷	医科点数表の解釈(社会保険研究所)
9	(表1-4) DXの構造	経済産業省 デジタルトランスフォーメーションの加速に向けた研究会 資料「DXレポート2 中間とりまとめ」(令和2年12月28日) https://www.meti.go.jp/press/2020/12/20201228004/20201228004-3.pdf
42	(表2-2-15) 診療報酬改定 DX対応方針 (案)	厚生労働省 第3回「医療DX令和ビジョン2030」資料「診療報酬改定DX対応方針(案)」(令和5年4月4日) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001091070.pdf
42	(表2-2-16) 医療DXの推進 に関する工程 表[全体像]	内閣官房 第2回医療DX推進本部 資料「医療DXの推進に関する工程表[全体像]」(令和5年6月2日) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryuu_dx_suishin/dai2/siryuu3.pdf
43	(表) 診療報酬改定 時期後ろ倒し のスケジュール	第551回中医協 資料「医療DXについて(その2)」(令和5年8月2日) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001129862.pdf

頁	内 容	引用・参考資料
44 ・ 54	(表2-2-17) (表3-1-4) 共通算定モジ ュールの構成 要素と標準化・ 共通化 (DX)	厚生労働省 第3回「医療DX令和ビジョン2030」資料「診療報酬改定DX対応方針 (案)」(令和5年4月4日) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001091070.pdf
46	(表2-2-19) 診療報酬改定 DXの取組によ り新たに実現 される姿	厚生労働省 第11回健康・医療データ活用基盤協議会 資料「データヘルス改 革・医療DXの進捗状況について」(令和5年12月15日) https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/data_rikatsuyou/dai11/ siryu2.pdf
57	カルテ記載内 容の標準化	個別指導における主な指摘事項(厚生労働省・近畿厚生局ほか) https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/iryo_shido/kobetsushitekijikou.html
61 ・ 62	(表3-2-2-1) (表3-2-2-2) (表3-2-2-3) 医療機関にお けるキャッシュ レス決済につ いてのアン ケート結果	公益財団法人日本医師会「医療機関におけるキャッシュレス決済についてのアン ケート結果概要について」(令和元年11月19日) http://ibaraisikai.or.jp/bunsyo/pdf/2019chi_311.pdf
63	日本医師会 ORCA管理機構 株式会社のカ ード手数料率 引き下げ	日医on-line ウェブサイト「『日本医師会員向けキャッシュレスサービス』の手数 料が低減されました～クレジットカード手数料率が1.45%に～」(2023/10/17アク セス) https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011252.html
65	(表3-2-3) (表3-2-4) 公金受取口座 登録制度の概 要等	内閣府 第1回 マイナンバーの利活用拡大のための検討タスクフォース デジ タル庁提出資料(令和4年11月9日) https://www5.cao.go.jp/keizai2/mynumber/20221109/shiryo_1-1.pdf
66	(表3-2-5) 診療報酬改定 DXの今後の進 め方(案)	厚生労働省 第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム 資料「診 療報酬改定DX報告資料」(令和5年8月30日) https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140175.pdf

以上

