

2025 年度調査研究事業

「医療 DX 推進に向けた診療報酬請求業務の
変革：現状分析と未来への展望」

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

医療DX推進に向けた診療報酬請求業務の 変革：現状分析と未来への展望

目 次

はじめに	1
第1章 レセコンベンダーから見た診療報酬改定の12年	3
1. 平成26年度診療報酬改定と令和6年度診療報酬改定及びその間の経緯 ..	3
(1) 平成26年度診療報酬改定のシステム改修上の特筆すべき点、点数表の簡素化・解 釈の明確化に関する話題	3
① 明細書の無料発行の促進	3
② 向精神薬の多剤投与	4
③ 診療報酬点数表の簡素化	4
④ 医科点数表の解釈の明確化	4
(2) 平成28年度から令和4年度まで、計4回の診療報酬改定の経緯	5
(3) 令和6年度診療報酬改定のシステム改修上の話題	6
① 施行時期の2か月後ろ倒し	7
② その他のトピックス（ダイジェスト）	7
(4) 診療報酬改定による算定・請求ルールの変更	9
2. 12年間における診療報酬改定時の作業の変化	12
(1) 診療報酬改定時の作業の変化	12
① 期間ごとの改修の現状	12
② 「窓口会計機能」と「レセプト機能」の2つのシステム改修	14
(2) JAHISが照会した疑義と行政からの事務連絡による疑義解釈（QA）	16
3. 当時の課題は解消され、提言は実現したのか	17
(1) 平成26年度診療報酬改定時の課題	17
(2) 平成27年度調査研究における提言とその検証	18
① 点数表計算の基本形の提言	18
② 目指すべき作業スケジュールの提言	18
③ 当時の調査研究における提言と現状について（検証）	19
(3) 10年前から残る課題と10年間で新たに生じた課題	22
① 検証の結果、依然として残る課題	22
② 当時にはなかった新しい課題	23

第2章 診療報酬DXの実現に向けた提言	24
1. 「診療報酬DX」の理想像とそこに至る道筋	24
(1) 「診療報酬DX」における最終到達点：「カルテからの自動算定」	25
① デジタル化からDXに至るまでの過程と最終到達点	25
② 「カルテからの自動算定」の実現がもたらす効果	25
(2) レセコンにおける「カルテからの自動算定」実現までの道筋	28
① 「カルテからの自動算定」実現に向けたレセコン側の課題	28
② 「カルテからの自動算定」実現に向けた「算定・請求ルールデジタル化・標準化」	28
2. 「診療報酬DX」の理想像に至るためのこの先5年間に向けた提言	30
(1) 算定ルールの簡素化	30
① 「点数計算の基本形」について	30
② 点数表における割合計算について	31
③ 合成コードについて	32
④ 「点数計算の基本形」を定めるメリット	34
⑤ 提言 点数表通則に「点数計算の基本形」を定める	35
(2) マスタ構造・データ整備のさらなる推進	36
① マスタ整備を進めることで想定されるメリット	36
② マスタ整備の基本的課題軸	37
③ 第一の課題軸：機能性	37
④ 第二の課題軸：網羅性（量の充足）	43
⑤ 第三の課題軸：現行マスタでは表現できない領域（新規マスタの設計）	45
⑥ 総論：マスタ整備の今後の方向性について	47
(3) 「診療報酬DX」を加速する行政のITガバナンスと連携体制の強化	48
① 提言1 行政機関におけるIT知見の蓄積・活用に向けた外部団体（支払基金）との連携	49
② 提言2 制度間の改定時期等の横断的統一（マスタ公表スケジュールの統合）	52
③ 提言3 疑義解釈の最新化及び発出形式の変更	54
おわりに	56

はじめに

近年、わが国の医療分野においては、デジタル技術を活用した「医療DX」が国の重要政策として推進され、診療報酬請求業務の電子化(DX)・効率化が大きな課題となっている。令和6年度診療報酬改定(以下「令和6年度改定」(他も「XX年度診療報酬改定」は「XX年度改定」とする))では、診療報酬改定DXにより診療報酬請求に関わる業務の在り方に大きな変革が求められた。具体的には、令和6年度改定では、診療報酬改定DXの一環として施行日が例年の4月1日から2か月後ろ倒しされ6月1日となった。

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、長きにわたり、医療現場を支えるシステムベンダーの立場から、具体的なテーマに基づく調査研究を実施し、その成果を調査研究としてまとめてきた。特に近年の調査では、独自に定義した「診療報酬DX」(算定や請求などを含めた診療報酬制度全般に関するDX)という概念に基づき、制度の枠組全般に資する様々な提言を行ってきた。

これらの近年の調査研究の端緒となったものが、平成27年度(2015年度)の調査研究「診療報酬改定に伴う保険医療機関等のレセプトコンピュータ改修作業等の現状とこれに関わる改善への取組みについて」(以下「平成27年度調査研究」)である。平成27年度調査研究については、レセコンベンダー(以下、原則として「ベンダー」)の業務全般を整理してそこから見えてくる課題を抽出し、その課題を解決すべく具体的な提案を行うという画期的な調査研究であった。これ以降連続と続く調査研究においても、平成27年度調査研究と同様の着眼点を貫いており、継続的な視点を持ちつつ、診療報酬算定・請求業務に一石を投じる提言を行ってきたものと自負している。

今年度(2025年度)の本調査研究では、第1章において、一連の調査研究の起点となる平成27年度調査研究の対象となった平成26年度改定及び直近の令和6年度改定を振り返ることにより、12年間における診療報酬改定時の作業の変化を客観的に把握する。また、平成27年度調査研究で行った提言を検証し、現時点で残存する課題や当該12年間に新たに生じた課題を浮き彫りにし、現状の課題を明確にする。その課題を基にして、第2章では、現時点から10年後の未来を見据え「診療報酬DX」の実現に向けた提言を行う。

本調査研究は、平成27年度調査研究から数えて11回目となるものである。「十年ひと昔」というが、この10年の間に診療報酬算定・請求制度は大きく変貌し、簡素化(最適化)、電子化は大きく進むこととなった。しかし、診療報酬算定・請求に関わる当事者の感覚としては、10年以上残された課題も存在すると考える。本調査研究において、当時の調査研究を振り返り、提言内容の検証を試みるには適したタイミングであると考ええる。

JAHISは、医療機関等の現場で対応を行うベンダーとして、時の施策に沿ったシステム

構築／開発／導入／運用等の対応を行っている。過去の調査研究ではそうした業界と現場における当事者としての知見を活かし、診療報酬請求業務の簡素化・電子化（DX）・効率化に向けた提言を示してきた。本調査研究も、こうしたJAHISの特性を最大限に活用して進めることとする。本調査研究の成果が、国の政策立案や業界の実践に資するだけでなく、医療DXの社会実装の一助となることを期待したい。

なお、本調査研究では医科の診療報酬算定・請求業務をめぐる諸問題について主に論ずることとする。歯科診療報酬、調剤報酬における問題及びその対策に関しては、原則として対象外としていること申し添える。

第1章 レセコンベンダーから見た診療報酬改定の12年

JAHISでは、平成27年度調査研究において、診療報酬改定時のレセプトコンピュータ（以下「レセコン」）改修の実情をまとめ、診療報酬改定の課題を整理した上で多岐にわたる提言を行った。この調査研究は、診療報酬改定及びそれに携わるベンダーの実態を詳細かつ的確に記しているものとして、高い評価を受けたものである。

この章では、平成27年度調査研究の内容に基づき、その調査対象となった平成26年度改定の内容や当時の課題を振り返る。それを踏まえて、現行の令和6年度改定に至るまでの4度にわたる診療報酬改定（平成28年度改定、平成30年度改定、令和2年度改定、令和4年度改定）の変遷を参照しつつ、令和6年度改定の内容や課題を整理し、平成26年度改定と令和6年度改定の実情を客観的な視点で捉えることとする。

さらに、平成27年度調査研究において行った診療報酬改定に関する提言について、現時点での実現度を評価、検証するとともに、当該調査研究の公表時には存在しなかった新たな課題についても考察し、過去から現在に至るまでの診療報酬改定の改修作業に携わったベンダーの経験から、将来の診療報酬改定を考える素地とする。

1. 平成26年度診療報酬改定と令和6年度診療報酬改定及びその間の経緯

本節では平成26年度改定から令和6年度改定までの診療報酬改定の流れを再確認する。

はじめに、平成27年度調査研究の調査対象である、平成26年度改定において話題となったシステム改修上の特筆すべき点、点数表の簡素化・解釈の明確化の話題について紹介する。次に、平成26年度改定から令和6年度改定に至るまでの、その間に実施された平成28年度改定から令和4年度改定までの4度の診療報酬改定のトピックスを簡潔に整理して、その期間における診療報酬改定の変遷について客観的にまとめる。さらには、直近の令和6年度改定のシステム改修上の話題について振り返ることとする。

また、診療報酬改定を確認する別の視点として、診療報酬改定の度に増え続ける算定・請求ルール of 規模について、点数表書籍のボリュームから推察することとする。

(1) 平成26年度診療報酬改定のシステム改修上の特筆すべき点、点数表の簡素化・解釈の明確化に関する話題

平成26年度改定については、その改定内容は多岐にわたることとなったが、レセコン改修作業において特筆すべき内容についてピックアップしてまとめることとする。特に、以下の③・④で述べる診療報酬点数表の簡素化や解釈の明確化については、現在の診療報酬改定を考える上でも重要な視点であると考えられる。

① 明細書の無料発行の促進

平成24年度改定の時点でレセプトの電子請求を行っている400床以上の病院及び

薬局については、平成26年度改定において個別の点数項目が分かる（レセプト並みの）明細書の無料発行が義務化されることとなった（400床未満の病院についても平成28年度から義務化）。一連の施策でレセプト並み明細書の無料発行が促進されることとなった。

ベンダーにおいても、レセプト並み明細書無料発行の義務化に伴い、それに対応したシステムの改修が必要となった。また、平成26年度改定では明細書様式の一部変更も行われたことから、その対応も同時に実施することとなった。

② 向精神薬の多剤投与

現在まで継続されている「向精神薬の多剤投与」に関する規定ができたのが平成26年度改定の時である。点数表留意事項通知において、複数の診療区分における向精神薬の多剤投与に関連する点数表の項目が新設され、それらの対象となる薬剤（向精神薬）のリストが、算定に必要な様式がまとめられている「別紙様式」中に、「別紙36」としてリスト（様式ではないもの）が示されたことは異例であった。

向精神薬の多剤投与については、ベンダーでは診療で使用された向精神薬の特定や種類のカウント、減算の処理等のロジック構築が必要となり、内服、頓服、外用の区分により対象の向精神薬が異なるため、区分ごとの対応が必要となった。さらに、「別紙36」に示される向精神薬は成分名（一般名）のみであったことから、具体的な薬剤名との紐づけに苦心することとなった。

③ 診療報酬点数表の簡素化

医療技術の進展に伴って臨床上実施されなくなった診療行為や加算について、評価の見直し（廃止）を行い、「診療報酬点数表の簡素化」として対応がなされた。具体的には「密封小線源治療（旧型コバルト腔内照射）」、「遊離脂肪酸（NEFA）」、「静脈形成術、吻合術（指の静脈）」などが対象となった。

不要なものを点数表から削除するという、根本的な点数表の簡素化については評価すべきものであり、システム改修時の負荷の軽減等を考える上においても、規定の簡素化については今後も有効な手段であると言える。

④ 医科点数表の解釈の明確化

さらに、平成26年度改定においては、医療現場において点数表の解釈に関する混乱が指摘されている事項について、その解釈が明確化されることとなった。具体的には「創傷処理及び小児創傷処理（6歳未満）」における「筋肉、臓器に達するもの」の定義の明確化や、「電子画像管理加算」の対象となる画像の明確化、施設基準に規定された室内面積等の算出に当たっては、壁芯ではなく内法によることなど、解釈に揺れが生じないようにするための点数表の改正が実施されたことになる（図表1-1）。

「解釈の明確化」という点については、診療報酬改定ごとに徐々に整備されつつあることは事実であるが、診療報酬改定時の個別改定項目の1つとして見直しが実施されたのは同改定が最後である。このような既存の点数表の中から解釈にゆれが生じているものを洗い出し、診療報酬改定時に明確化するというスキームについては、解釈が明確でない点数表が散見される現状においても有用であり、今後も着目していくべきであると考えられる。

【図表1-1 医科点数表の解釈の明確化（具体的な内容）】

診療項目	具体的な内容
創傷処理 小児創傷処理	「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理（筋膜縫合、骨膜縫合等）を行うものを指すことを明確にする
在宅人工呼吸指導管理料	患者の呼吸状態を把握して適正な陽圧で呼吸を補助することにより、慢性心不全等に合併する中枢性の睡眠時無呼吸症候群（SAS）に対して、従来の陽圧換気装置よりも効果的とされるASVを用いてSASの治療を行った場合に、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にする
エックス線診断料、核医学診断料、コンピューター断層撮影診断料	電子画像管理加算の対象はデジタル撮影した画像であり、アナログ撮影した画像をデジタル映像化処理して管理・保存した場合は算定できないことを明確にする
療養環境加算（施設基準）（例）	施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出にあたっては、壁芯ではなく内法により行うことを明確にする
往診料	夜間の定義については、「12時間を標準として各都道府県で統一的取扱いをすること」とされている現行の規定を改め、初・再診料の夜間の定義と同様に「午後6時から午前8時までの間」と明確にする
生活習慣病管理料	適正化の観点から、院内にて薬剤を処方する必要がない患者や他の医療機関において既に薬剤が処方されている患者について算定する区分を明確化する
在宅自己腹膜灌流指導管理料	当該管理料を算定している患者について、他の医療機関において人工腎臓等を行った場合については、人工腎臓等の所定点数は算定できないことを明確にする

(2) 平成28年度から令和4年度まで、計4回の診療報酬改定の経緯

平成26年度改定及び令和6年度改定までの間には、合計で4回の診療報酬改定が実施されており、これらの診療報酬改定を経て現在に至ることになる。これらの4回の診療報酬改定においても、それぞれ当時の診療報酬を巡る議論を反映した特筆すべき変更が行われてきた。

図表1-2は、平成28年度改定から令和4年度改定に至るまでの期間の計4回の診療報酬改定について、「IT化」・「点数表の簡素化、解釈の明確化」という観点をベースとして、トピックスを簡潔にまとめたものである。

診療報酬改定を俯瞰した時に見えてくることは、点数表の簡素化・明確化の前進もさることながら、診療報酬改定の「電子化」・「IT化」はスピード感をもって進展してき

たということである。この間に診療報酬改定を巡る状況は大きく様変わりしたが、その裏には診療報酬改定ごとの着実なブラッシュアップが実施されてきたことが読み取れるものとなっている。

【図表1-2 10年間の診療報酬改定の経緯（図表）】

診療報酬改定	トピックス
平成28年度	【IT化関連】 ・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了を目指す） ・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 【点数表の簡素化、解釈の明確化等】 ・廃用症候群リハビリテーション料の新設 ・紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 ・算定回数が「週」単位、「月」単位とされているものについて、その範囲（始期と終期）を明確に定義
平成30年度	【IT化関連】 ・選択式コメントの導入／コメント関連テーブルの公開 ・オンライン診療料、オンライン医学管理料の新設 ・Kコード（手術）に対応するSTEM7が参考として示される 【点数表の簡素化、解釈の明確化等】 ・一般病棟入院基本料について、新たに急性期一般病棟入院料、地域一般入院基本料として再編・統合
令和2年度	【IT化関連】 ・選択式コメントの拡充 ・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（令和3年10月） 【点数表の簡素化、解釈の明確化等】 ・答申書の新旧対照表のリニューアル ・新型コロナウイルスの感染拡大に伴う、臨時的取扱いが頻繁に発出
令和4年度	【IT化関連】 ・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の新設、廃止／医療情報・システム基盤整備体制加算の新設（オンライン資格確認の促進） ・オンライン資格確認の原則義務化（令和5年4月） 【点数表の簡素化、解釈の明確化等】 ・不妊治療に係る診療に対する評価

(3) 令和6年度診療報酬改定のシステム改修上の話題

令和6年度改定では施行時期の2か月後ろ倒しのほかにもシステム改修において影響があったものがある。以下に同改定のトピックスを簡潔にまとめることとする。

① 施行時期の2か月後ろ倒し

令和6年度改定のシステム改修上の話題については、真っ先に施行時期の「2か月後ろ倒し」が挙げられる。医療機関等やベンダーの業務負担を軽減するという「診療報酬改定DX」の一環として、診療報酬改定の施行日を従来の4月1日から2か月後ろ倒しの令和6年6月1日とすることで、医療機関等やベンダーの作業の平準化を目指したものであり、長い診療報酬改定の歴史上初の試みであった。

◇改定情報公表のタイミング

点数表告示（点数表留意事項通知）、施設基準告示（施設基準通知）等の主要な規定の発出時期については3月初旬（3月5日）の発出となり、従来通りのタイミングとなった。また、改修作業の上で参照すべきものが多くなる最初の一部訂正事務連絡（以下、単に「一部訂正」）、疑義解釈事務連絡（以下、単に「疑義解釈」）についても従来通り3月下旬（3月28日）の発出となったが、その後の一部訂正、疑義解釈自体は、施行時期が6月1日となったことにより、前回改定時より施行日までによく発出されることとなった。その結果、施行時期に関わらず、医療機関等及びベンダーによる対応が余儀なくされた。このことから、延長された「2か月間」が純粋に医療機関等やベンダーにとって作業の平準化のためだけに利用されたのではないと言える。

また、施行時期の後ろ倒しにより、令和6年度改定の規定が発出された後も、4月から5月までの期間においては、令和4年度改定の診療報酬に影響する告示・通知の一部改正が生じ、ベンダーにおいても令和4年度改定と令和6年度改定の両方に対応することとなった。

◇薬価基準改定・介護報酬改定とのタイムラグ

薬価基準改定・介護報酬改定については従来通りの4月1日改定となった（介護報酬改定の医療系のサービスは6月施行）。そのため、医療・介護の両方を請求している施設では、2度の改定対応が必要となったことになる。

② その他のトピックス（ダイジェスト）

以下には、システム改修において特筆すべきトピックスをまとめる。

◇第14部「その他」新設

看護職員、病院薬剤師等の医療関係職種について、賃上げを実施していくための新たな評価が行われ（「ベースアップ評価料」）、令和4年に導入された「看護職員処遇改善評価料」とともに、今回新設された医科点数表第2章第14部「O その他」の中で規定されることとなった。

点数表に「部」が新設されるのは、平成20年度改定の「N 病理診断」以来16年ぶりのことであり、請求書や領収証における項目の新設に伴う印字するスペースの確保など、広くレセコンの改修対応が必要となった。さらに、医療機関内で使用する帳票類の出力内容の改変や、自動入金機のシステム更新などが必要になるなど、「部」

の新設は広範囲に影響が及ぶこととなった。

◇生活習慣病に係る項目の見直し

「B000特定疾患療養管理料」の対象疾患から糖尿病、脂質異常症、高血圧が除外されるとともに、従来の生活習慣病管理料の評価・要件が見直され、「B001-3-3生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る）」が新設された。

レセコンの改修対応の特筆すべき点として、特定疾患療養管理料については、傷病名マスターの設定対応が施行直前に行われたことから作業がひっ迫したこと（※）、生活習慣病管理料については、療養計画書の簡素化に伴うレイアウト変更によって改修作業が発生したこと等が挙げられる。

※ 特定疾患療養管理料から除外となる傷病名について具体的なものが示されないまま、ベンダー各社の判断で傷病名マスターをベースに算定可否を設定していたところ、施行直前のタイミングで傷病名マスターの公式な見解が示されたことから、施行直前のベンダーの設定との突合や確認作業を行うことが必要となった。

◇コロナ特例の廃止

新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取扱い（コロナ特例）については、当該感染症の収束に伴う5類感染症への移行等により徐々に縮小・簡素化されてきた。令和6年度改定においては、恒常的な感染症対応への見直しを行うこと等に伴い、これらの臨時的取扱いについても原則廃止となり、令和6年4月1日以降の取扱いは、「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日医療課事務連絡）に集約された。

令和2年度改定時の新型コロナウイルス感染症の拡大以降、矢継ぎ早に臨時的取扱いが発出され、そのイレギュラーなルール変更に対してシステムを迅速に改修すべく、ベンダーは動向を常に注視していたが、令和6年度改定時にはその対応の必要がなくなったことになる。

◇長期収載品の選定療養

後発医薬品の安定供給を図り、長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品で、価格差のある後発医薬品があるもの）の保険給付の見直しを図るための施策として、令和6年10月1日以降、長期収載品の選定療養の仕組みが実施された。これらのレセプト請求に対応するため、医薬品マスターの仕様を変更し、従来の医薬品コードとは別の選定療養に係る価格の医薬品コードが設定されることとなった。このことにより、ベンダーのマスタ管理の負担が増加するとともに、新たな計算ロジックを構築する必要性が生じ、レセコンの改修対応が必要となった（※）。

※ 1つの医薬品について、処方仕方によってコードが変わるという「コードの二重持ち」という状態になった。長期収載品の選定療養のルールにおいて、患者が支払う特別料金の計算には適した対処方法であるが、同一の医薬品でも処方仕方によってコードを選択しなければならないことや、医療機関における医薬品関連のデータ採取の際には留意する必要があるなど、メリット・デメリットがある対処方法となった。

(4) 診療報酬改定による算定・請求ルール of 規模の変化

ここまでは、平成26年度改定及び令和6年度改定のシステム改修上の話題を中心に、その間を含む6回の診療報酬改定におけるトピックスの概説を行ったが、本節の最後として、それら6回の診療報酬改定による算定・請求ルール of 規模の変化について、点数表書籍のボリュームを例にとってまとめることとする。

診療報酬改定時に発刊される「医科点数表の解釈」（社会保険研究所発行）は、点数表から特定器材、施設基準等に至るまで、診療報酬の算定・請求に関するルールが網羅されているものである。したがって、当該書籍のボリューム（ページ数）と算定・請求ルール of 規模とは、一定程度の相関関係があるものと考えられる。

平成26年度版から令和6年度版までの10年間にわたる6冊の書籍のボリュームを比較すると、発刊されるたびに右肩上がりでボリュームが増えているということが分かる（図表1-3参照）。平成26年度版と令和6年度版を比較すると、判型の大型化（B5判→A4判）、掲載内容の整理等がされたにもかかわらずページ数が同等であることから、ボリュームアップが顕著となっている。このことは、診療報酬改定ごとに新しい算定・請求ルール of 規模が拡大しているということにほかならない。(1)～(3)で述べたように診療報酬改定が実施される度に診療報酬関連の電子化、点数表の簡素化・明確化等は進展しつつあるものの、それ以上に算定・請求ルール of 新規追加や増補が行われ、結果として算定・請求に関する諸規定のボリュームが増えているというのが実情である。

なお、ボリューム自体は増えているものの、この間の診療報酬改定では新たに複雑なロジックを要するものはなく、改定時の作業は単純化している傾向にあると言える。ただし、ボリュームが増えている分、規定を読み込む（確認する）量は増すこととなり、ベンダーとしての負担感は継続していることも事実である。また、改定時の改修の範囲がレセコンだけにとどまらず、電子カルテシステムや部門システムとの連携など、広範囲に及ぶようになったことも特筆すべき点である。

【図表1-3 「医科点数表の解釈」のボリューム（ページ数）の比較】

診療報酬改定（書籍の年版）	総ページ数	備考
【参考】初版（昭和30年）（70年前）	334	B 6判「点数表の解釈」
【参考】昭和49年3月版（51年前）	492	A 5判「点数表の解釈（甲表編）」
【参考】平成6年4月版（31年前）	1517	A 5判
平成26年度改定（平成26年4月版）	1993	B 5判
平成28年度改定（平成28年4月版）	2208	B 5判
平成30年度改定（平成30年4月版）	2455	B 5判
令和2年度改定（令和2年4月版）	1905	A 4判 ※掲載量の増大により、この版より大判化（B5→A4）される。実質的には100ページ以上の増となっている
令和4年度改定（令和4年4月版）	2122	A 4判
令和6年度改定（令和6年6月版）	1959	A 4判 ※施設基準の届出様式等の約250ページ分が書籍から割愛→Webでの提供となる。このことでスリム化されることとなったが、実質的には掲載量は100ページ程度の増となっている

（参考）「医科点数表の解釈」の本の比較

・ 表紙（左から初版、昭和49年度、平成6年度、平成26年度～令和6年度）



・表紙（上段がA 4判、中段がB 5判、下段がA 5判・B 6判（初版本））



2. 12年間における診療報酬改定時の作業の変化

この節では、診療報酬改定に伴うベンダーの改修作業の12年間の変化を客観的に評価する。

平成27年度調査研究においては、レセコン改修を中心としてベンダーの診療報酬改定時の作業の実態について詳細に記載しているが、当該調査研究で取り上げた項目（レセコン改修の実情）をベースとして当時の実態と現在の状況を比較し、変更点等の整理を行うこととする。

(1) 診療報酬改定時の作業の変化

診療報酬改定時の改修作業について、平成26年度改定時と令和6年度改定時を比較すると、算定ロジックの対応（新規作成、変更等）が主であったものから、マスタ対応に比重が移行してきていると言える。

現状の改修作業の実情を顧みると、従来のマスタの仕組みで対応できる項目の件数が増えてきた。近年のマスタに対するベンダーの要望（早期公表、（訂正のない）正確な公表等）が増加傾向にあることは、令和6年度調査研究で実施したアンケートでもうかがえるものである。

① 期間ごとの改修の現状

平成27年度調査研究では、平成26年度改定時のベンダーの改修作業の詳細について、以下の5つの期間（フェーズ）に分類して説明した。ベンダーの改修作業の大きな流れについては、令和6年度改定においても基本的には変わらないが、10年間におけるIT化や作業効率化等によって、ブラッシュアップされた部分もあると言える。

- ・期間A：改定年の前年～12月
- ・期間B：改定年1月～点数表告示日前
- ・期間C：点数表告示日～記載要領通知発出前
- ・期間D：記載要領通知発出日～4月
- ・期間E：5月～

図表1-4は平成27年度調査研究で記載した、平成26年度改定時のベンダーの改修作業の概要であるが、現状と照らし合わせて変更点がある場合は、その都度「【現状】」として注釈を追記しているものである。

【図表1-4 平成26年度改定時のベンダーの改修作業の概要（平成27年度調査研究）】

期間A：改定年の前年～12月
・ 中医協の傍聴（前年8月頃～） ・ 中医協の傍聴・資料の入念なチェック／中医協の動向注視（前年11月～） 【現状】 中医協については、YouTubeによってリアルタイムで視聴できるようになった。当時は中医協の傍聴（先着順）をするべく、順番待ちのため早朝から会場に出向く必要があったが、現在ではその必要はなくなった
期間B：改定年1月～点数表告示日前
中医協資料（短冊）（1月～2月上旬） ・ 短冊で確認できる変更内容を共有（ベンダー内、医療機関）（方法はまちまち） 答申書（2月上旬） ・ 改修作業の本格的な始動 ・ 答申書の読み合わせ、変更箇所の洗い出し（対応方法の振分け） ・ 点数計算方法の疑義の取りまとめ、行政への照会 プログラムの改修作業 ・ インプット（窓口入力）／アウトプット（レセプト）のプログラム変更の判断 ・ （記載要領・記録条件仕様の発出が遅いため）アウトプットの体系を予測してプログラムを作成 マスタの変更 ・ 答申書で具体的な点数が分かるので、（ベンダーによっては）変更作業を開始する 【現状】 期間Bの作業内容には特に変化なし
期間C：点数表告示日～記載要領通知発出前
点数表告示・留意事項通知等（3月上旬） ・ 答申書等をベースとして作成したロジック等との照合、確認がメイン ・ 留意事項通知等で初めて示される算定要件があればそれを反映 施設基準関連告示・通知（3月上旬） ・ 内容の精査 ・ 施設基準の要件で算定点数が変わるものについては、医療機関が選択できるような仕組みを作成 薬価基準関連・材料価格基準関連（3月上旬） ・ 薬価基準は算定ロジックを考える必要がない（マスタの入れ替えのみ） ・ 特定保険医療材料は、商品名と告示名の紐づけに労力を要する（MEDISのデータベースがあるが基本マスタとの紐づけがタイムリーではない等の課題あり） ・ 経過措置対象の材料のマスタの設定には注意を要する 基本マスター（3月上旬） ・ 答申書ベースでマスタを仮作成しているベンダーは、基本マスターと照合 ・ 基本マスターに準じて対応を行っているベンダーは、入れ替えのみでほぼ完了（基本マスターは構造が非常にシンプルなこと、窓口での入力には少々手数を要する場合あり） ・ 医療機関の使い勝手を考慮したマスタを作成しているベンダーもある マニュアル作成 ・ マスタを並行して、入力の手順書（マニュアル）を作成 窓口会計システム（窓口会計機能）リリース（3月中） ・ 上記の作業を経て窓口会計システムがリリースされる ・ 改定前の3月・改定後の4月の入力について、設定によって同じシステムで入力できるようにする（3月中の入力プログラムを持った、4月以降の入力プログラムを実装） ・ 記載要領通知等の発出後に修正箇所が発覚した場合は4月のプログラム変更時に修正（遡及を伴う場合あり） 【現状】 施行時期の2か月後ろ倒しにより、窓口会計機能はレセプト機能と併せての5月中のリリ

ースが可能となった（②参照）
期間D：記載要領通知発出日～4月
記載要領通知（3月下旬）・記録条件仕様（4月上旬） ・これらの発出により初めてレセプト関連の作成が可能となる ・この発出のタイミングはシステム開発が間に合うぎりぎりのライン 【現状】 記載要領通知発出後に、コメントマスター及びコメント関連テーブルの更新が行われるためそれに対応することとなった。平成30年度改定から選択式コメントが導入されたことに伴う新たな作業である。 疑義解釈（3月末、4月以降断続的に） ・解釈が明確になったものは、速やかにプログラム・マスタを修正 ・4月以降に発出されるものは遡及の対象となる 【現状】 施行時期の2か月後ろ倒しにより、4月～5月に発出されるものは施行日までに対応する必要があり、6月以降（施行日以降）に発出されるものが遡及対象となる レセプト関連システム（レセプト機能）リリース ・記載要領通知・記録条件仕様が発出されたら速やかに作業にとりかかる ・記録条件仕様が発出されてから1週間程度でリリース（4月中に実装） ・「早期レセ」が必要な医療機関には4月10日頃にリリースしなければならない 【現状】 施行時期の2か月後ろ倒しにより、レセプト機能は窓口会計機能と併せて5月中のリリースが可能となった（②参照）
期間E：5月～
疑義解釈 ・解釈が明確になったものは、プログラム・マスタを修正（遡及） 修正プログラム（5月中） ・問題点の修正や疑義解釈等による解釈の変更・明確化に対応 ・これらの修正で、改定作業はほぼ終了となる ◇平時のメンテナンス ・特別なことがない限り大変なメンテナンスはない ・検査の保険適用、疑義解釈等の内容によっては、特別な対応が必要（マスタ変更、プログラム変更）となる場合があるため、発出された際は入念に読み込む 【現状】 この期間の作業は、現状では施行後の6月1日以降の作業となる（作業内容に大きな変化はなし）

② 「窓口会計機能」と「レセプト機能」の2つのシステム改修

①ではベンダーの改修作業の12年間の変化を列挙してきたが、その12年間の変化の中でも画期的であったイベントが、レセコンの2つの機能（窓口会計機能、レセプト機能）の同時リリースが（ベンダーによっては）可能となったことである。このことについては令和6年度改定時の「2か月後ろ倒し」によるところが大きいですが、レセコンの機能を2回に分けてリリースすることの負荷については平成27年度調査研究でも問題にしており、そのことが改善に向けて動き出したと言えることから、以下にその変化をまとめることとする。

◇具体的なシステム改修のスケジュールの変化について

レセコンの機能は大きく2つに分けられ、施行日当日から使用することとなる、主に算定、会計に関連する「窓口会計機能」と、施行後最初の月の請求時まで必要と

なる「レセプト機能」がある。

従来の診療報酬改定時の作業では、改定情報の公表（3月上旬）から施行日（4月1日）までのスケジュールがタイトであったことから、施行日から必要となる「窓口会計機能」の作業を優先して3月中にリリースを行い、「レセプト機能」のリリースは4月分の請求時まで間に合わせるという2回のリリースが必要であった。リリースまでの作業時間の短さに起因する不具合が生じるリスクに加え、2回に分けてリリースすることによる非効率性や、ベンダーの「早く、正確に開発する」ことに対するプレッシャーも存在したことが平成27年度調査研究からはうかがえる。

令和6年度改定における施行時期の2か月後ろ倒しは、これらのレセプト改修のスケジュールに大きな変化をもたらすこととなった。2か月後ろ倒しによって「窓口会計機能」を3月中にリリースする必要がなくなり、「レセプト機能」とともに5月中にリリースすることが可能となった。ベンダーにとっては、2つの機能の同時リリースと医療機関への適用が可能となったことで、作業の効率性が高まったとされている。

別表1-5は、システム改修のスケジュールに関する、平成26年度改定と令和6年度改定の比較である。平成26年度改定が可及的速やかな作業となる一方、令和6年度改定では、5月リリースという目標を設定し、計画的に作業が行えるようになった。

【図表1-5 作業スケジュールの比較（平成26年度改定／令和6年度改定）】

	2月	3月	4月	5月	6月
平成26年度	答申書(2/12)	点数表告示・通知／施設基準告示・通知／薬価・材料関連／基本マスター(3/5) 記載要領通知(3/26) 一部訂正(3/28) 疑義解釈①(3/31)	■施行日(4/1) 記録条件仕様(4/11)		
		★窓口会計機能リリース	★レセプト機能リリース		
令和6年度	答申書(2/14)	点数表告示・通知／施設基準告示・通知／薬価・材料関連(3/5) 基本マスター(3/6) 記載要領通知(3/27) 疑義解釈①(3/28) 一部訂正／コメントマスター更新(3/29)	記録条件仕様(4/22)		■施行日(6/1)
				★窓口会計機能リリース ★レセプト機能リリース	

ベンダーによっては、2つの機能を同時にリリースすることが可能なスケジュールとなった

(2) JAHISが照会した疑義と行政からの事務連絡による疑義解釈（QA）

診療報酬改定時にベンダーが答申書等を精査する中で、点数の計算方法（端数処理、加算（減算）の順序など）について疑義が生じる場合があるが、これらについては答申後速やかに取りまとめてJAHISから行政に照会してきた。これらの照会を行った疑義については、例年3月末に発出される最初の疑義解釈事務連絡（Q&A）において行政の見解が示される場合があり、それら疑義の大部分が解消されることになる。このような疑義照会の流れについては、診療報酬改定の施行前の段階で一定程度のベンダーの疑義が解消されることについては高く評価できるが、タイムリーな回答が得られないのが実情である。照会件数については平成26年度改定からは減少傾向にあるが、近年は照会時に疑義を、JAHISの委員会にて「分からないと本当に困るもの」に厳選していることもあり、平成26年度改定と現状を比較しても、実質的に大きな変化はないと考えられる。

また、行政から発出される疑義解釈については施行後も断続的に発出されるが、その累積の件数は相当な数になり、レセコンに影響があるものであった場合には速やかに対応するため、ベンダーは発出の都度、システムに関係する内容かの確認を行わねばならず、そのことがベンダーの負担となっている。

以下には、行政から公表された疑義解釈における「Q&A」の件数をまとめる（図表1-6）。疑義解釈の件数については、その数に比例して上記の作業が増えることから、ベンダーの作業量の一つの指標となる。令和6年度改定の件数（401件）については、令和7年10月20日までのものながら、平成26年度改定の件数（320件）と比較すると、その差は81件となり、近年の増加の傾向がうかがえる。

【図表1-6 医療課事務連絡（疑義解釈）の件数】

改定年度	平成26年度	平成28年度	平成30年度	令和2年度	令和4年度	令和6年度
発生件数	320件	338件	329件	257件	387件	401件
※ 医科診療報酬点数表（DPC関連は除く）の疑義解釈の件数を示している ※ 令和2年度改定、令和4年度改定における、新型コロナウイルス感染症の検査キット等の保険適用時期に関する疑義解釈については除外している ※ 令和6年度については、令和7年10月20日（その30）までの件数						

なお、疑義解釈は診療報酬改定のたびに出しなおされるものではなく、原則として、以前の改定の際に発出された内容が引き続き適用されることから、疑義解釈が発出されると解釈が蓄積されていくことになる。また、診療報酬改定を跨いだ疑義解釈については、改定後の点数表に応じてベンダー各自で読み替える必要が生じることもあり、解釈の明確化という点においても課題が残るものである。

3. 当時の課題は解消され、提言は実現したのか

平成27年度調査研究では、当時のレセコンの改修作業の状況を踏まえ、診療報酬改定に関連した課題を抽出するとともに、それに即した提言を行っている。これらの課題、提言内容については、現時点で既にクリアになっているものもあるが、依然として残っているものもある。

本節では、平成26年度改定の際に掲げた課題がクリアになっているのか、当時の提言が現在の施策に活かされているのかを検証することとし、さらに平成26年度改定時には存在しなかった診療報酬改定上の課題についても抽出し、次章で展開する将来像や提言に繋げるものとする。

(1) 平成26年度診療報酬改定時の課題

平成27年度調査研究では、質の高い算定・請求システム、ベンダーの労働環境の改善も目的とした、ベンダー目線での診療報酬改定に関する各種の課題を掲げている。これらの課題について10年後の現時点での評価を試みる。診療報酬改定のみならず、社会情勢や仕事の環境も変化した10年であり、ベンダーを取り巻く環境の変化も踏まえ、これらの課題に対する相対的な評価を行うものである（図表1-7）。

【図表1-7 平成26年度改定時の課題に対する現時点での評価】

平成26年度改定時の課題	平成26年度改定時の状況・背景	現時点（令和6年度改定）での評価
作業時間が短い	- 作業開始から納品までの時間が短い - 窓口会計機能のリリースは3月中旬 - 点数表告示日までにプログラム改修	施行時期の2か月後ろ倒しによって解消
あとから確定してくるシステム要件	- 留意事項通知の一部訂正は3月末 - 疑義解釈の発出も3月末 - これらを正確に把握し、システムに訂正が生じる場合は速やかに対応 3月末以降も、一部訂正、疑義解釈は五月雨式に発出される - リリース後の修正は遡及の対象	- 施行時期の2か月後ろ倒しによって、3月末の一部訂正、疑義解釈には時間的余裕を持って対応が可能 - リリース後の五月雨式発出については継続、遡及の対象となる可能性あり
点数表（告示・通知）の問題点	■文章表現ゆえの「曖昧性」 - 区分番号の明確化 - 加算名称の明確化 「所定点数」の定義	- 区分番号、加算名称の明確化は整備されつつある 「所定点数」については令和6年度改定において定義された
	■点数計算方法のばらつき 「点数表の基本形」の遵守 - 単位表記、準用項目に関する明確性	「点数表の基本形」の概念は生きていない - 単位表記に関連して、週の定義、日の定義については、明確に規定されることとなった - 準用項目に関する明確性については、大きく進展していない

システム構築にそぐわない算定ロジック	・新たな概念の点数表項目の新設	・最近の改定では、新たな概念のルールは新設されておらず、システム構築にそぐわない算定ロジックは出現していない
疑義解釈と見切り改修、追加改修	・行政への疑義照会に対する回答に時間がかかることで、「見切り」で改修 ・「見切り」改修により、確定後の追加改修の恐れあり	・施行時期の2か月後ろ倒しによる時間の猶予によって「見切り」改修、とそれに伴う追加改修は減少

(2) 平成27年度調査研究における提言とその検証

平成27年度調査研究では、平成26年度改定の内容をベースにベンダー目線による幅広い内容の提言を行っている。ここでは、それらの提言内容から、当時の診療報酬改定における課題感を把握するとともに、現時点から見てその提言内容がどの程度実現しているのかを検証することとする。

① 点数表計算の基本形の提言

平成27年度調査研究の中で重点的に提言した内容が「点数表の基本形」の徹底という点である（基本形の具体的な内容については、第2章参照）。「点数表の基本形」を提唱した背景には、1つの診療項目に対して「注加算」と「通則加算」を同時に適用するケースが増えてきており、加算の適用順序によって最終的な点数や端数処理に違いが生じる事例が散見されるようになったことがある。「点数表の基本形」を定める意義については、計算方法に複数の選択肢が生じた場合、レセコンのロジック構築の方法如何によって、算定する点数にばらつきが発生する危険性を孕んでいることから、計算方法の選択肢が生じることをなくし、計算の手順を予め決めておくことにある。

この点を踏まえて現状を顧みると、加算に関する計算方法が一定の手順に従っておらず「点数表の基本形」という考え方が希薄なものになっており、点数表の作り手である行政においてその概念が十分に浸透していないことがうかがえる。このようなことから、点数表算定の疑義を減らし簡素化する観点からも、今一度確認すべき事項であると考えられる。

なお、令和6年度改定の留意事項通知では「所定点数」の定義（特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数）等が規定されたことで、若干ではあるが、計算方法の手順の統一化への意図は感じられるものとなった。

② 目指すべき作業スケジュールの提言

平成27年度調査研究では、具体的なベンダーの作業の実態を踏まえて、「目指すべき作業スケジュール」について提言をしている。当該作業スケジュールでは、2つの機能（窓口会計機能、レセプト機能）を同時にリリースして、作業負担の軽減や効率

化をすることに重きを置いており、そのためには確定情報の早期化、特に記載要領通知（記録条件仕様）が点数表告示と同時期に発出されることが必須であるとしているものである。

前述のとおり、この作業スケジュールに関して言えば「施行時期の後ろ倒し」という、当時では想像すらしなかった方法で、一定程度実現したことになる。2つの機能の同時リリースが可能となった現状においては、さらなる最適化を目指し、施行時期の2か月後ろ倒しを踏まえた、次に「目指すべき作業スケジュール」を令和6年度（2024年度）の調査研究「医療DXにおける令和6年度診療報酬改定の振返り」（以下「令和6年度調査研究」）において提起している。具体的な内容としては、（施行日の2か月後ろ倒しが継続されることを想定して）コメント関連テーブルの早期発出（記載要領通知発出と同じタイミング）等を求めるものとなっている。

図表1-8は、平成26年度と令和6年度の各調査研究において提言された作業スケジュールの比較である。両者とも、2つの機能の同時リリースを見据え、そこから逆算してスケジュールを組み立てている（※）。

※ なお、令和6年度調査研究では図表1-8の通り「2か月」の後ろ倒しを想定したスケジュールを提言したが、JAHISでは、本来「6か月」程度の後ろ倒しが必要であるとの考えもあり、引き続き後ろ倒し期間の検討を期待しているところである。

【図表1-8 調査研究内で提言した目指すべき作業スケジュールの今と昔】

	2月	3月	4月	5月	6月
平成27年度論文	【中旬】 点数表告示・通知 記載要領通知・記録条件仕様	【中旬】 一部訂正① 疑義解釈①	■施行日（4/1）		
		【中旬】 窓口会計機能／レセプト機能リリース			
令和6年度論文		【上旬】 点数表告示・通知 【下旬】 記載要領通知 コメント関連 疑義解釈①	【中旬】 記録条件仕様		■施行日（6/1）
				【5月中】 窓口会計機能／レセプト機能リリース	

③ 当時の調査研究における提言と現状について（検証）

平成27年度調査研究の結びとして、当時の課題や問題点をクリアにするために目指す方向性として、具体的に実現可能なアクションや働きかけに関する提言を行っている。当該調査研究では、主に3つのカテゴリーに分けて提言を行っているが（「提

言1」～「提言3」)、ここではそれらの提言が、現時点から見てどの程度実現しているのかを検証する。

◇ 提言1：「確定情報の早期化、適正な算定」の検証

「確定情報の早期化、適正な算定」というテーマで行った提言の概要は以下の通りである。

【平成27年度調査研究における提言内容（概要）】

- ・点数表告示の早期化（3月上旬→2月中旬／告示後最初の一部訂正・疑義解釈等の早期化）
- ・記載要領・記録条件仕様の公表の早期化（3月→2月／2つのシステムの同時リリース／確定情報に対応した改修作業／記録条件仕様の早期公表の重要性）
- ・確定情報の早期化を踏まえたスケジュール

■「2か月後ろ倒し」によって概ね実現

告示・通知の早期発出については、施行時期の「2か月後ろ倒し」によって、実質的には実現されたことになる（施行日（6月1日）から起算すると、発出日が2か月早くなったと捉えることができる）。このことによって、施行前の早い段階で告示・通知等が確認可能となり、全体的な作業時間に余裕が生まれた。結果として、質の高いシステム開発が可能となり、「適正な算定」にも寄与することとなった。

記載要領（記録条件仕様）の早期化についても「2か月後ろ倒し」で実質的に実現し、ベンダーによっては2つのシステム（窓口会計機能・レセプト機能）の同時リリースが可能となった。レセコンの「レセプト機能」については、当時は記録条件仕様の公表後約1週間でリリースする必要がある、タイトなスケジュールが組まれていたが、それが解消された（マスタが記録条件仕様を意識したつくりになってきているため、最近は記録条件仕様で悩まされることは少なくなっている）ことで、ベンダーの労働環境に対しても好影響を与えている。

■いまなお残る課題について

告示・通知発出後、最初の一部訂正・疑義解釈等の早期化についても「後ろ倒し」によって実現していることになるが、「確定情報に対応した改修作業」については、4月以降の五月雨的な事務連絡の発出等により課題が残っている。一部訂正、疑義解釈については、施行日直前の5月31日にも発出されたことから、それらの内容を精読するなど早急に対応する必要があった（結果的にはベンダーの改修に関わる重要なものは出なかった）。

また、マスタ類の公表については、「後ろ倒し」により相対的には以前より早くなったものの、今なお遅れ気味ではある。

◇ 提言2：「疑義の少ない改定内容」の検証

「疑義の少ない改定内容」というテーマで行った提言の概要は以下の通りである。

【平成27年度調査研究における提言内容（概要）】

- ・疑義を少なくするための方策（新しい概念の規定／答申書公表→点数表告示のフローの公表／産業界とのレビュー／点数表関連（基本形の徹底、文章→ロジック、点数表の電子化））
- ・疑義に対する対応（疑義に対する迅速な回答／疑義解釈の内容（複数の加算、%計算が絡むもの、端数処理等については具体的な算定を想定した内容））

■点数計算に関わる疑義は少なくなっていると考えられる

点数計算に関わる「疑義の少ない改定内容」に関しては、新しい（斬新な）算定の概念となるものを作らないということに尽きるが、平成27年度調査研究で取り上げられた「マスク又は気管内挿管による閉所循環式全身麻酔」のような複雑なロジックを必要とするものは、10年前からあまり生じていないため、それに起因する疑義は生じていないことになる。

さらに、合成コード（第2章参照）の普及により「最終的な計算結果」が明確となって適正な算定が可能となるケースが多くなってきたことから、点数計算に関わる疑義自体の数は少なくなっていると考えられる。

また、疑義自体が全体的に施設基準等の内容を確認するものにシフトしてきた傾向にあり（計算の方法に関する疑義中心から、算定の対象となるもの（病院、患者等）の解釈に関する疑義中心に）、そのためロジックに影響があるような疑義が減ってきていると考えられる。

■業界とのレビューについて

業界とのレビュー（行政・JAHIS間での意見交換）については、次回改定に向けた要望事項の提出を以前から実施しており、疑義の解消に少なからず寄与するものとなっているが、一番有効と考えられる改定前のレビューについては行われていないのが実情である。ただし、行政から声がかかり、次期改定でやろうとしている施策の説明を受けるとともに、「システム的に実現が可能か否か」の意見を求められ、最終的にはその意見が反映された形で改定内容が公表されたという実績もある。したがって、行政においても改定内容をシステムで対応可能なものにするという考え方が浸透していると考えられる。

■いまなお残る課題について

パーセント（割合）による計算が必要な加算等の規定が依然として残っているが、これが疑義を招く一因となっている。パーセント計算がある場合は、計算する順序により最終的な点数に影響を及ぼすことから、「点数表の基本形」のような計算方法の手順の徹底が求められるが、基本形という概念自体がおざなりにされている状況にあり、計算手順が項目によってまちまちであるのが現状である。

また、ベンダーが取りまとめた疑義について、行政が迅速に受け付けてくれることで、想定（見切り）でのプログラム作成が解消されるとしているが、疑義受付に関する状況については、現在に至るまで大きく変化はしていない（※）。

※ 一時期は答申後1週間程度で、本当に知りたい（分からないと次に進めないような）疑義に絞って照会を行い、2月中に回答をもらっていたこともあるが、それも今は実施されていないのが実情である。

◇ 提言3：「より多くの話合い・検討・情報提供の場の設定」の検証

「より多くの話合い・検討・情報提供の場の設定」というテーマで行った提言の概要は以下の通りである。

【平成27年度調査研究における提言内容（概要）】

- ・点数表（基本形・ロジックなど）に関する勉強会の設定（改定のない年）
- ・公的な疑義の受付窓口の設置（審査機関、諸団体も対象となるもの）
- ・告示後の実務的な疑義の調整を行う場の設定（行政、診療団体、審査機関、JAHISで構成）
- ・算定ロジックの確認を行える場の設定（行政担当者とJAHISにおける調整の場）

■あまり進展はしていない

これらの提言内容については、課題感は10年前から変わっておらず、状況に進展はないと言える。診療報酬の算定・請求に関する疑義の窓口とされる地方厚生局は、あくまでも所管の医療機関等からの疑義を受け付ける（病院単位ごとの受付）というスタンスであり、疑義に対する回答が医療機関等の間で横展開されることも想定されていない。

(3) 10年前から残る課題と10年間で新たに生じた課題

(2)における平成27年度調査研究の提言の検証の結果、現在でも残っている課題が抽出されることとなった。同時に、その当時にはなかった新しい課題、10年前には気づいていなかった論点も存在する。

これら2つの課題（現在でも残っている課題、当時にはなかった新しい課題）の大半は、この先5年～10年においてクリアにされるべき課題であると考えられることから、その概要を以下にまとめることとし、第2章での提言への足掛かりとする。

① 検証の結果、依然として残る課題

(2)において「いまなお残る課題」について抽出、列挙したものを以下にまとめる。

検証の結果、依然として残る課題
◇一部訂正・疑義解釈の五月雨式発出 ・解釈が確定せず、その都度の対応が必要となる
◇「点数計算の基本形」の課題 ・注加算、通則加算に割合加算等が混在している状況等において、点数計算の手順となるべきもの（考え方）が必要
◇改定前のバンダーと行政の協議の場の設定
◇公的な疑義受付窓口の設定 ・バンダーも対象となる窓口の設置

② 当時にはなかった新しい課題

知見の継承という観点では、行政においては担当者が2年で異動してしまうことで新旧の担当者間でのコミュニケーションが分断されてしまい、醸成された知見が引き継がれないという課題感があることについて、基本的には10年前と変わらない。

しかし、ITやDX等（以下、単に「DX等」）が叫ばれている昨今においては、診療報酬改定に関わる関係者においても改定時にはこれらDX等に関する知見が必要であり、必要とされる知見の内容に多少の変化が生じていると考えられる。昨今の診療報酬改定DXを念頭に置いた改定作業のシステム化が常に意識される状況では、切れ目のない政策を展開するためのDX等に関する知見の醸成と蓄積、継承の重要性は年々高まってきており、上記のような知見の分断が、診療報酬改定DX推進の足枷となることも考えられる。仮にシステムへの実装を考慮しない要件が提示された場合には、医療機関等やベンダーでは複雑な対応を余儀なくされることとなり、本来の診療報酬改定DXが目指す方向性と逆行する可能性も想定される。

このようなDX等を中心とした知見の醸成と蓄積、継承については、本来の行政の仕事ではない面もあるが、電子化が進展した現代は、それらの施策を実現させるためのシステム的な実現性やコストを考慮する上で、最低限考慮すべきものである。また、点数表告示等の算定・請求ルールを発出する上でも、それらの内容がレセコンのシステムに反映されることが前提であるから、DX等の観点からその影響度を意識して進める必要があると考える。

第2章 診療報酬DXの実現に向けた提言

第1章では、直近12年間の診療報酬改定の変化をベンダーの視点で客観的に振り返った。その結果、関連業務のデジタル化は着実に進んでいる一方、依然として少なからぬ課題が残されていることが明らかになった。第1章での振り返りと考察を受けて第2章では、残された課題への対応策を考察し、診療報酬関連業務のDXに資する提言として取りまとめたい。

提言を行う前段として、本章の第1節において、まず診療報酬改定の12年間の変遷の延長線上に本調査研究がどのような未来像を描いているかを明確にすることとする。この未来像は、直近12年間の診療報酬改定の変化を最も近い場所で見えてきた本調査研究の立場から、現在からおよそ10年後の未来を想定して描いた診療報酬関連業務におけるDXの完成形のイメージであり、「ベンダーの立場として診療報酬改定DXにはこのように発展して欲しい」という理想像であるとともに具体的な目標である。

そうした本調査研究の理想像を明確に提示した上で、本章の第2節において、その理想像に至るために現在からおよそ5年後までを目途に解決すべき現実的な課題とその改善策を考察し、提言として整理する。したがって、本調査研究が目指す診療報酬関連業務のDXを達成するためには、本章の第2節に挙げる課題をクリアすることが極めて重要な要件であると言える。

なお、上述の診療報酬関連業務のDXの理想像については、令和5年度の調査研究「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」（以下「令和5年度調査研究」）での議論の成果を踏襲するものであるため、本章の第1節において同調査研究を適宜参照する。詳しい議論についてはそちらを参照されたい。

また、同調査研究では、政策としての診療報酬改定DXと区別するために、「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「診療報酬DX」という名称を与え議論を進めた。本調査研究ではそれも踏襲し、以下この「診療報酬DX」という用語を用いる。

1. 「診療報酬DX」の理想像とそこに至る道筋

本調査研究では、令和5年度調査研究で提示した「カルテからの医療費の自動算定」（以下「カルテからの自動算定」）が行える状態を「診療報酬DX」における到達すべき理想像と考える。本章の第2節ではこの理想像に至るためにどのような課題をクリアすべきか、また、それが達成されるまでの期間に暫定的にどのような運用を行うべきかという観点で論を進め、提言を行う。本題の提言に入る前に、本節ではまず「カルテからの自動算定」の概要について簡単に振り返り、そこへ至るための道筋を確認する。

(1) 「診療報酬DX」における最終到達点：「カルテからの自動算定」

① デジタル化からDXに至るまでの過程と最終到達点

令和5年度調査研究では、デジタル化からDXに至る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た（図表2-1-1）。そして、このフレームワークに基づき、診療報酬関連業務に関する諸要素がDXに至るまでに経る各段階の具体的な内容を整理した（図表2-1-2）（なお、政策としての診療報酬改定DXに掲げられた内容は、本調査研究の考え方ではデジタライゼーションの段階に相当するものである）。

その上で、最終的な到達目標である「診療報酬DX」の段階として「カルテからの自動算定」を設定し、現時点で到達しているステップと今後の課題、さらにその到達目標へ至る道筋を考察した。「カルテからの自動算定」に期待される効果は、算定請求プロセスの変革（DX）によってもたらされる、医療機関やベンダー等の診療報酬関連業務にかかる作業時間とコストの大幅な削減である。

本調査研究においては、この「カルテからの自動算定」が「診療報酬DX」の最終到達点であるという考え方を踏襲する。

② 「カルテからの自動算定」の実現がもたらす効果

「カルテからの自動算定」とは、電子カルテなどに記録された診療データをもとに、診療報酬の算定から請求までを自動的に行う仕組みを指す。これは、従来必要とされてきた点数計算やレセプト作成・送付等に係る作業を省略し、カルテ情報から直接審査支払機関への請求を可能にするという意味で「カルテからのダイレクト請求」と言い換えることができる。

現行の診療報酬算定・請求業務では、医事課スタッフが診療記録を確認し、レセコンを用いて算定ルールに基づき各患者の医療費を計算するとともに、記載要領に則ってレセプトを作成している（図表2-1-3）。一方、「カルテからの自動算定」が実現すれば、カルテに入力された情報がそのまま請求データとなり、人の手を介在せずに請求を行うことが可能となる（図表2-1-4）。

そのメリットとしては、第一に、診断、検査、処置などの情報が電子カルテに入力された時点で自動的に診療報酬の算定が行われ、同時にレセプトが作成されるため、医療機関における医事課スタッフ等による入力作業や確認作業が大幅に削減され、労力の削減と作業時間の短縮が見込める点が挙げられる。それにより、医療機関では本来的な業務である患者サービスの向上により多くのリソースを割くことが可能となる。

第二に、作業の自動化により、医療機関における人為的な入力ミスの減少による請求精度の向上や、それによる審査支払機関における審査業務の効率化にも寄与すると考えられる。

第三に、ベンダーにおいては、「カルテからの自動算定」が実現することで算定・請求ルールを独自にデジタル化（※）する必要がなくなり、業務量の軽減等が見込める。これは、後述するように、「カルテからの自動算定」の実現には「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」という前提条件を満たす必要があるためである。それによりベンダーにも余剰リソースが生まれ、データ利活用等の高付加価値サービスの提供等にリソースをシフトすることができるようになる。

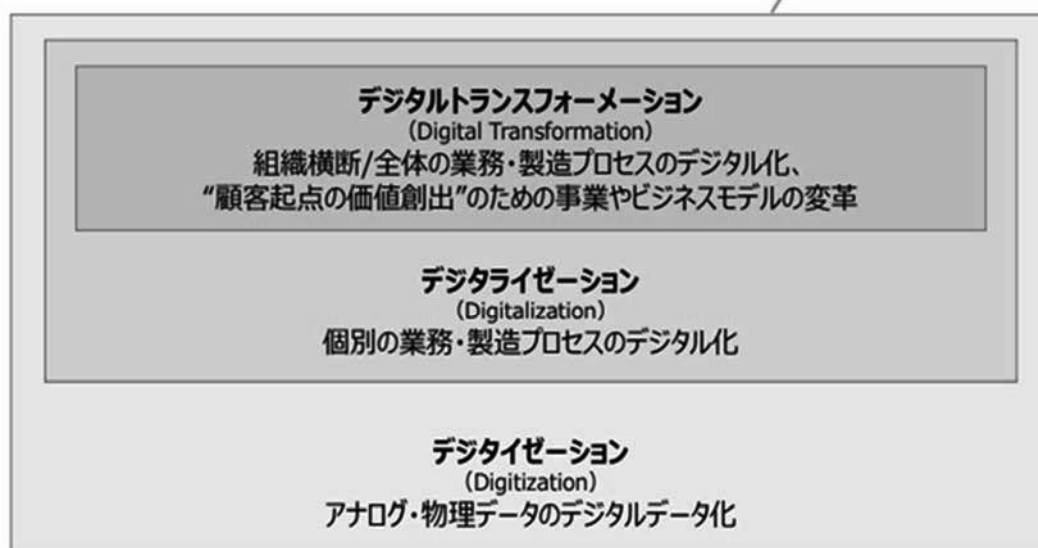
このように、「カルテからの自動算定」とはまさに図表2-1-1にある「組織横断／全体の業務・製造プロセスのデジタル化」、「“顧客起点の価値創出”のための事業やビジネスモデルの変革」であり、DXの定義に当てはまるものであると言えよう。

※本調査研究において、ベンダーが行う「デジタル化」とは、点数表等の記載内容を解釈し、計算順序や端数処理を含む算定ルールを仕様化したうえで、算定ロジックとしてシステムに実装する一連の工程をいう。

【図表2-1-1 DXの構造】

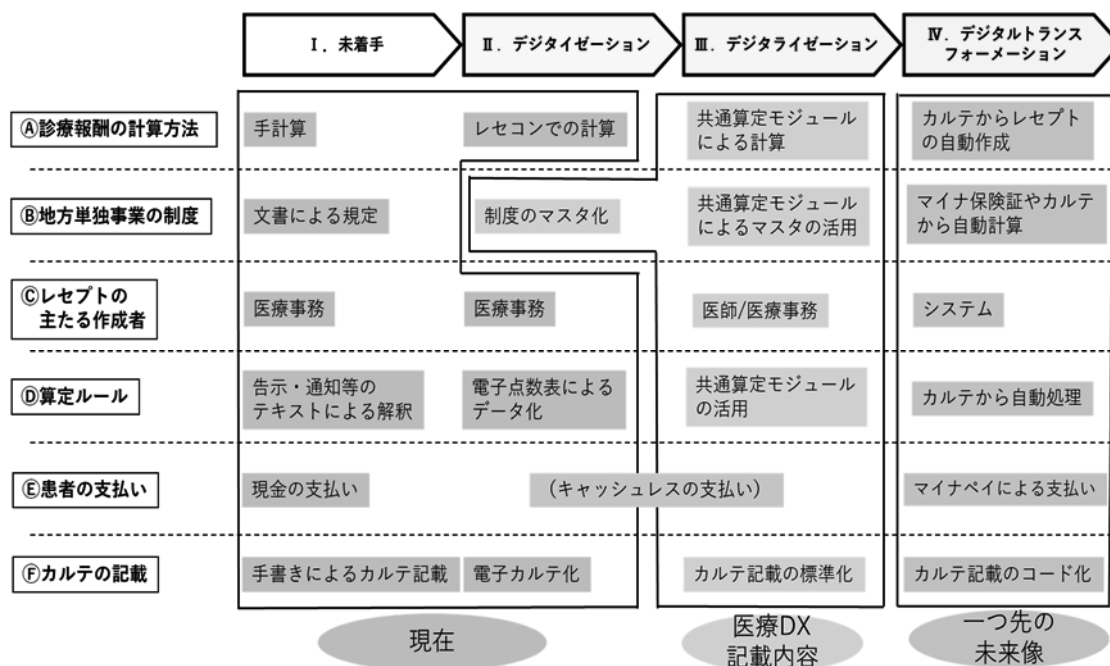
- 企業がDXの具体的なアクションを設計できるように、DXを3つの異なる段階に分解する
- これらは必ずしも下から順に実施を検討するものではない

DX推進指標における
“DXの定義”はこの範囲

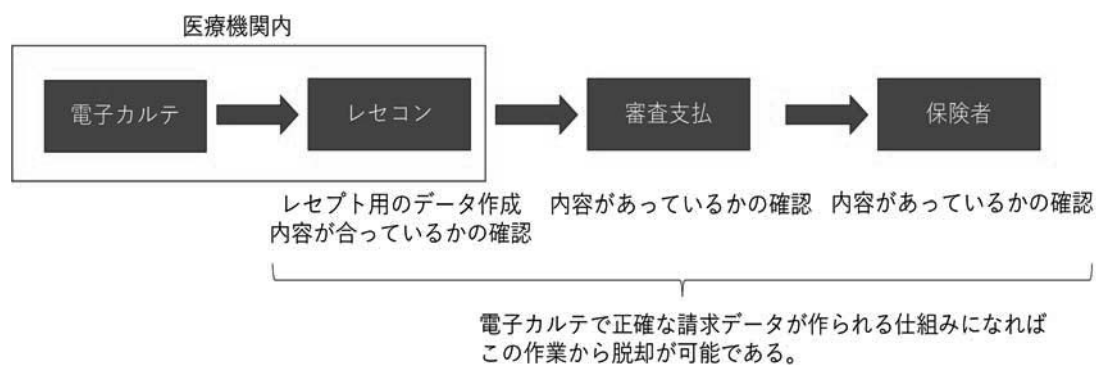


（出典：経済産業省「DXレポート2 中間とりまとめ」）

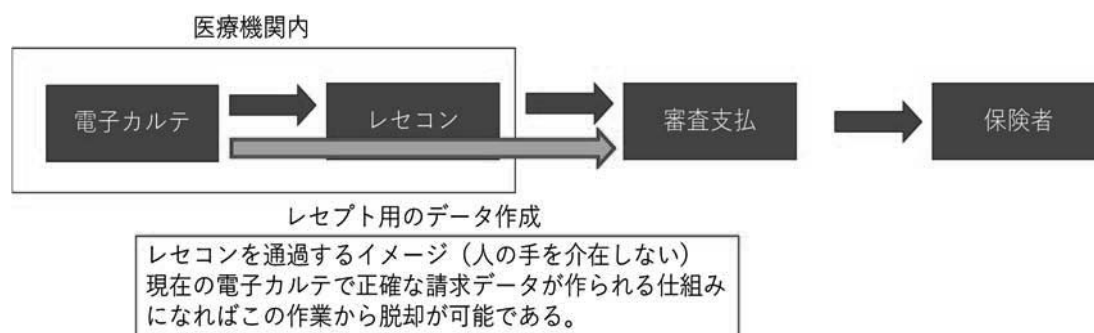
【図表2-1-2 「診療報酬DX」の構造（令和5年度調査研究）】



【図表2-1-3 現状の診療報酬請求プロセスのイメージ（令和5年度調査研究）】



【図表2-1-4 「カルテからの自動算定」のイメージ（令和5年度調査研究）】



(2) レセコンにおける「カルテからの自動算定」実現までの道筋

(1)では令和5年度調査研究で提示した「カルテからの自動算定」の概要を振り返った。以下では、レセコンにおいて「カルテからの自動算定」を実現するための道筋を確認する。なお、「医療DX推進に向けた診療報酬請求業務の変革」というタイトルを付した本調査研究の対象として、ここではレセコンに議論を限定する。

① 「カルテからの自動算定」実現に向けたレセコン側の課題

「カルテからの自動算定」を可能とするレセコンの条件を端的に言えば、それはレセコンの中心的な機能である窓口機能（点数表等の算定ルールに基づき医療費を計算する機能）とレセプト機能（記載要領に則ってレセプトを作成する機能）を自動化し、人手を介さないように業務を効率化できることである。

それを実現するためには、電子カルテからのデータがレセコンで処理される際に適切な診療報酬上の請求コードが自動的に紐づけられ、レセプトが完成するような仕組みを構築する必要がある。

「算定ルールに基づき医療費を計算」、「記載要領に則ってレセプトを作成」というように、レセコンの機能は診療報酬制度の算定・請求ルールに基づき構築・運用されていることから、その機能を自動化するためには、それを規定するルールがデジタル化可能であることが前提条件となる。

しかし、現行の診療報酬制度における算定・請求ルールは文章で定義されており、曖昧さを含む箇所が少なからず存在する。この曖昧性がルールのデジタル化とレセコンの自動化を困難にし、最終的には人間の経験や解釈に頼らざるを得ない状況を生み出しているものであり、「カルテからの自動算定」を実現する過程においてレセコンが乗り越えるべき最も根本的な課題であると言える。

こうした課題の解決のためには、診療報酬制度の算定・請求ルールについて曖昧さを排し、コンピュータが解釈可能な明確なルールへと整備すること、より簡潔に言えば「現行のルール体系をデジタル化可能なルール体系に置き換えること」が必要である。これは単なる文言のデータ化にとどまるものではなく、制度の根幹に関わるルール体系をプログラムで扱える形式に変換することを意味する。

なお、令和8年6月より本格稼働が予定されている共通算定モジュールに実装予定の「請求支援機能」により点数計算からレセプト作成・送付までが自動化される見込みだが、その段階においてもレセプト請求における定型的なコメント情報の入力等、人の手が介在する必要は残ることが想定される。

② 「カルテからの自動算定」実現に向けた「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」

上記の議論より、「カルテからの自動算定」の実現に向けたレセコン側の道筋を整理すると、以下のようになる。

- ❶算定・請求ルールをデジタル化可能なものに整備する
- ❷算定・請求ルールをデジタル化する
- ❸デジタル化されたルールを利用してレセコンの機能を自動化する

このように、「カルテからの自動算定」を達成するためには、診療報酬制度の算定・請求ルールの整備およびデジタル化が不可欠である。

こうした「カルテからの自動算定」を達成するための算定・請求ルールのデジタル化を含む整備全般について、本調査研究では以降「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」と呼ぶ。「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」が完遂されれば、これまで医療事務スタッフ等が経験や解釈に基づいて入力していた情報について人手を介さず自動的に処理することが可能となり、「カルテからの自動算定」は理論上実現可能となる。

このような観点から、次節では「カルテからの自動算定」という理想像を見据え、そこに至るための条件である「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」について考察し、提言を行う。

2. 「診療報酬DX」の理想像に至るためのこの先5年間に向けた提言

本節では、第1節で概説した「カルテからの自動算定」という「診療報酬DX」の理想像に至るために現時点からのおよそ5年間に取り組むべき「診療報酬算定・請求ルール」のデジタル化・標準化」をテーマとして提言を取りまとめる。

具体的には、以下の3つの観点から「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」に寄与すべく提言を行う。

- | |
|--|
| (1) 算定ルールの簡素化
(2) マスタ整備及びデータの標準化
(3) 行政におけるITガバナンスと連携体制の強化 |
|--|

これらはそれぞれ「カルテからの自動算定」に向けて、(1)診療報酬制度、(2)技術基盤、(3)推進体制及び情報発出の在り方の整備を企図したものであり、いずれも「カルテからの自動算定」の条件に深く関わるものである。

(1) 算定ルールの簡素化

ここでは算定ルールの簡素化に関する考察および提言を行う。算定ルールの簡素化は、ルールのデジタル化のための標準化の一つであり、「カルテからの自動算定」を実現するために不可欠の条件である。厚生労働省による「診療報酬改定DX対応方針(案)」の中では「診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化」が診療報酬改定DXのテーマの一つとして位置づけられており、時宜を得たテーマであると言える。

以下では、点数表に焦点をあて、その簡素化に資する概念として、第1章でも触れた「点数計算の基本形」を取り上げ、活用の道を考察する。

① 「点数計算の基本形」について

平成17年に開催された厚生労働省による電子点数表仕様作成ワーキンググループで電子点数表の仕様が取りまとめられた。その際、点数表における点数の計算順序の基本形を定めた「点数計算の基本形」が考案された(図表2-2-1)。

平成18年度改定では、この「点数計算の基本形」に則った改定が行われたが、その後、年を経て、改定を重ねていく中で、基本形を外れる規定が再び散見されるようになってきた。そうしたことから、第1章で述べたように、本調査研究では平成27年度調査研究において、「点数表の基本形の徹底」を提言している。

現在においても、この基本形に倣っていない点数計算のルールが散見される。たとえば令和2年度改定では、以下の区分において注加算に割合加算の規定が新設された。

【注加算における割合加算の例】

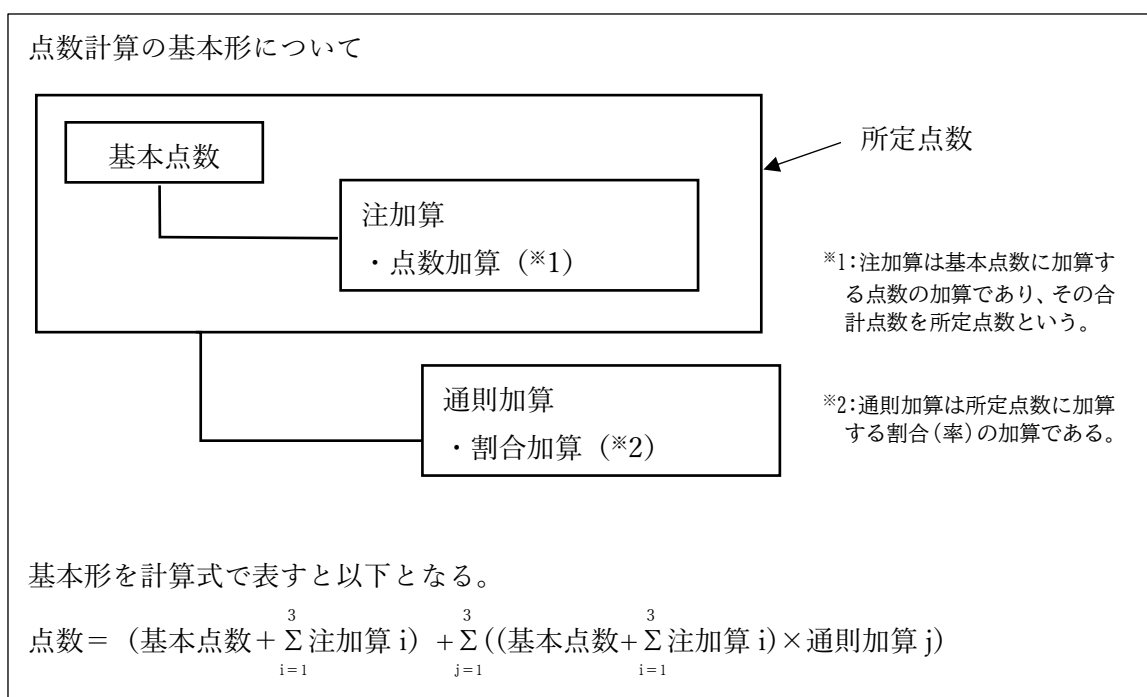
- ・A308-3地域包括ケア病棟入院料「注9」

- ・D006-12E G F R遺伝子検査（血漿）「注」
- ・K037腱縫合術「注」
- ・K134-3人工椎間板置換術（頸椎）「注」

「点数計算の基本形」においては割合加算は通則加算でのみ使用されることとされているため、上記の割合加算は基本形が崩れているとすることができる。以降で見るように、点数表において「点数計算の基本形」が守られないことは算定における計算ルールを複雑化させる一因となっており、算定ルールの簡素化とは逆行するものである。

そこでここでは「点数計算の基本形」をめぐる議論を整理し、算定ルールの簡素化に資する提言に向けて考察したい。

【図表2-2-1 点数計算の基本形】



② 点数表における割合計算について

◇「点数計算の基本形」を外れた割合計算のデメリット

点数表において新規の加算等の点数が定められる際、それが点数表の作成者（厚生労働省）と利用者（医療機関、ベンダー等）の間に定められた共通認識である「点数計算の基本形」に則ってなされるのであれば、利用者は計算順序等を考慮する必要がない。ところが、「基本形」が崩れ、注加算に複雑な割合加算（％）が新設される場合等（たとえば、地域包括ケア病棟入院料の減算のように算定に関わる注加算が多数

あるケース)には、計算順序によって点数が異なる可能性が出てくる。計算順序が一意に定まらないことは、その規定をデジタル化してシステムに実装することができないということを意味する。そのため、そうした場合、ベンダーは業務を進めるために計算順序や端数処理の方法・タイミング等について厚生労働省から示される考え方を待つ必要がある。

計算順序は告示では示されずに留意事項通知に入ることも多いが、往々にして留意事項通知でも示されずに疑義解釈の発出を待つこととなり、さらにはベンダーから厚生労働省に照会し回答を待つこともある。規定の納期までに医療機関に納品するために作業を行うベンダーにとっては、当然ながらそうした情報の遅延は作業の遅れに直結するため望ましくない。ベンダーのみならず、こうしたタイムロスは、限られた時間の中で作業を行うすべての利用者にとってデメリットであると言ってよい。

このような状況は、長期的には「カルテからの自動算定」を実現するために改善すべきなのはもちろんのこと、短期的にも施行時期の後ろ倒しをはじめとする診療報酬改定DXの効果を最大化するために改善すべきである。

◇割合計算のメリット

他方、そうした表現が根強く使われ続けることから、点数表において割合計算を用いることにはメリットも存在するはずである。考えられるメリットとしては、点数表に新たに加算等を追加する際、固定点数を採用する場合は各項目に点数を定める必要があるが、割合であれば一つの指定ですべての項目に適用できるというものである。加算等で点数を定める際に割合が使われる理由には、そうした作成者側にとっての利便性の高さがあるものと推察される。

③ 合成コードについて

◇「基本マスター」と合成コード

点数表の規定における割合計算に関しては、点数表のコード化という観点からも検討する必要がある。ここでは「基本マスター」における合成コードというテーマについて整理する。

レセコンはコードを使用して診療報酬の算定業務を電子化したものであるが、点数をはじめとする算定に必要な情報はコード化・マスタ化され、厚生労働省のホームページ「診療情報提供サービス」で「基本マスター」として公開されており、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）のホームページでも閲覧・ダウンロードできる。この基本マスターについては、ベンダーによってそのまま使用するところがあれば、それを参考にして独自のマスタを作成・保持するところもあるが、いずれにせよその内容はベンダーにおける診療報酬関連業務に多大な影響を及ぼす。

基本マスターに収載されている請求コードは、点数表との関係性の観点から、一般

的なコードと合成コードの二種類に大別できる。図表2-2-2は支払基金による「レセプト電算処理システムマスターファイル仕様説明書」（令和6年度版）の別紙の一部であり、当該部分には基本マスターにおける診療行為コードの分類が記載されているが、合成コードとはこの表における「合成項目」に該当するコードを指すものである。

以下、このコードについて概説する。

◇合成コード（合成項目）の概要

図表2-2-2における「基本項目」「準用項目」「加算項目」「通則加算項目」は、医科点数表等をもとに作られた一般的な診療行為コードである。これらのコードは、医科点数表等において、A〇〇〇といった区分番号を付された診療行為や、注加算、通則加算といった点数の規定に対応している。したがって、これらのコードの総数は、点数表告示で実際に定められている点数と原則としては1対1の関係となる。

【図表2-2-2 基本マスターにおける「医科点数表等の規定と異なるコードの設定」】

別紙7-11		
医科点数表等の規定と異なるコードの設定		
1 項番68「告示等識別区分（1）」		
医科点数表に規定する診療行為を、次の区分に分類し、項番68「告示等識別区分（1）」に設定する。		
コード	種 別	設定対象診療行為
1	基本項目	医科点数表等に規定する区分番号を付された診療行為（「A**」等の区分番号を設定している診療行為）
3	合成項目	医科点数表等に規定する診療行為の点数とその加算である診療行為等の点数を組み合わせ設定した診療行為
5	準用項目	医科点数表の関係通知等に規定する他の診療行為の点数を準用する診療行為
7	加算項目	医科点数表に掲げる診療行為の注書きに規定する加算である診療行為
9	通則加算項目	医科点数表の通則に規定する加算である診療行為

（出典：「レセプト電算処理システムマスターファイル仕様説明書」（令和6年度版）別紙7-11）

それに対して「合成項目」とは、点数表において区分番号を付された診療行為の点数と、それに関連する注加算や通則加算とを組み合わせた結果をコード化したものである。たとえば、地域包括ケア病棟入院料の減算であれば、ベースとなる各種の入院料に対して「100分の〇〇」を掛けた点数が合成コードとして設定されている。合成項目は、割合加算に対応して作成されており、それ以外にもレセコンにとって例外的なケース、すなわちデジタル化の難しい算定ルールへの対応として作られることが多い。

◇合成コードのメリット

ベンダーにとって、合成コードを使用する最大のメリットは、計算ロジックの作成に悩む必要がなくなることである。一般的な診療行為コードは、点数表告示と原則として1対1対応なので一見シンプルでわかりやすいが、もしそれらのコードのみでレセコンを運用するとなれば、②で述べたような複雑な計算を含むケースにおいては、ベンダーは点数表の文章を解釈し、計算順序や端数処理等を勘案したうえで計算ロジックを考える必要がある。

それに対して、合成コードはそういった計算の結果をあらかじめコード化したものであるため、ベンダーはコードを積み上げて加算・減算すればよく、複雑な計算ロジックの組み立ては不要である。

◇合成コードのデメリット

合成コードのデメリットの一つは、それが複数のコードの組み合わせから成るため、コード数が増大する点である。計算順序が一意に定まる、言い換えればデジタル化が可能な点数表の形を示したのが「点数計算の基本形」であったが、そこから外れる規定が点数表内に増えることによって必要となる合成コード数も増加することになる。

無論、コード数が膨大であると言っても、実在する医療機関等の条件を当てはめれば、当該医療機関が届け出ている施設基準によって算定可能な項目は限定され、また、実際に使用される算定項目はある程度固定化される傾向にあるため、初回の算定時にコードを選択すれば後は同じものを選択すればいいことになる。そのため現状は実用可能な範囲に収まっているが、今後コード数がさらに増加すれば必要なコードを迅速に抽出するための検索機能に関する仕様の見直しや追加開発等が必要となることも考えられる。

また、合成コードのもう一つの懸念点として、改定時やエラー発生など何らかのトラブルがあった際、システム検証を行う際など、医療機関やベンダーが元の規定を参照することも想定されるため、点数表告示自体の簡素化の必要性は残ることが挙げられる。そのような場合、「点数計算の基本形」を外れる割合計算などの規定であればベンダーは厚生労働省からの見解を待つというタイムロスが発生することになるため、やはり点数表自体に何らかの対策が必要であると考えられる。

④ 「点数計算の基本形」を定めるメリット

ここまでに見てきた課題を解決するものとして、「点数計算の基本形」の概念に立ち戻ることが重要であると考え。

「点数計算の基本形」に原点回帰することのメリットとしては、ベンダーが計算順序について一つひとつ解釈したり、厚生労働省の見解を待ったりする必要がなくなるため、診療報酬改定作業の大幅な効率化を図ることができるという点が挙げられ

る。

また、厚生労働省側のメリットとしても、計算順序を周知するために留意事項通知や疑義解釈を発出する手間が省ける、ベンダーや医療機関等からの点数表に関する余計な照会が減るといった業務効率化がもたらされることが考えられる。

加えて、先に見たように、「点数計算の基本形」を定めることは、コード数の増加要因である割合計算の使用を抑える方向に作用するため、間接的にコード数の増加を抑えることに繋がると考えられる。

さらに、「カルテからの自動算定」の前提である「算定・請求ルール of デジタル化・標準化」を目指す中では、点数計算の順序の明確化は不可欠であるが、それに対しても「点数計算の基本形」の導入は有効である。

このような点から、「点数計算の基本形」への原点回帰は各関係者にとってメリットの多い施策となると考えられる。

⑤ **提言** 点数表通則に「点数計算の基本形」を定める

そこで本調査研究では、点数表の通則に「点数計算の基本形」を明文化することを提言する。その目的は、点数表における計算順序等について「点数計算の基本形」を定め、それを点数表の作成者（厚生労働省）と利用者（医療機関、ベンダー等）が共有することで諸々の課題解決を図ることである。

具体的な共有方法としては、各種点数表告示の基本診療料及び特掲診療料の通則、または留意事項通知の通則などに、計算順序を含む「点数表の基本形」を定めることが考えられる。

◇点数表内に「点数計算の基本形」を定める意義

点数表内に「点数計算の基本形」を定める理由としては、第一には、それを定めることによってデジタル化が可能な計算順序を点数表の前提として位置づけられるためである。

改定時のベンダーの動きとして、計算の仕組みを改定施行の数週間前には各医療機関へ展開する必要があるため、点数表告示や留意事項通知と同時に計算方法を把握できることが望ましいが、点数表内に基本形が定められることによって、点数表の発出と同時に計算方法が確定することになり、待機時間の短縮が見込める。

第二に、点数表内に位置づけることによって、永続的に「点数計算の基本形」を定着させることが可能となる。本項の冒頭で述べたように、この12年間に点数表において「点数計算の基本形」を外れる規定が散見されるようになってきた経緯があるが、点数表自体に計算順序が書かれていれば将来におけるそういった状況の再来を回避できる。

「点数計算の基本形」の内容としては、平成18年当時のものと全く同じである必要はないが、少なくとも計算順序（特に割合計算）に関する基本的なルールを定めるこ

とが、診療報酬改定の円滑な施行や「カルテからの自動算定」に向けたデジタル化には有効である。

◇やむを得ず「点数計算の基本形」から外れるケースについて

点数表を定めるにあたり、各種都合により、基本形に沿うことが必ずしも合理的でない場合も考えられるが、そのような場合は正しい計算方法の迅速な周知が必要である。診療行為の要件により止むを得ず「点数計算の基本形」に従えない場合は、留意事項通知で点数計算の方法を可能な限り明示されることが望ましい。「基本形」を定めることは、このような例外が現れた場合も、その判断を容易にし、対応の迅速化に資すると考えられる。

なお、JAHISとしては令和2年度から厚生労働省への要望書の中で「点数表の基本形」の重要性に触れてきたが、今回、本調査研究のテーマに合致するものであるので、ここに改めて提言する次第である。

(2) マスタ構造・データ整備のさらなる推進

ここからはマスタ整備のさらなる推進を目指した考察と提言を行う。

過去の調査研究で見てきたように、診療報酬に関するマスタの整備は、近年、一定の進展を遂げている。ベンダーの作業対象としても、ロジック改修からマスタ整備へと比重が移ってきていることは第1章で触れたとおりである。

しかしながら、その整備水準は依然として、本章第1節で述べた「カルテからの自動算定」を可能とする段階には至っていない。換言すれば、現行のマスタは算定要件のすべてを表現するには至っておらず、なお多くの条件が各ベンダー及び医療機関の独自の判断に委ねられている。

このような状況は、ベンダー及び医療機関が独自に判断を行うことによる重複コストを生じさせるだけでなく、医療機関ごとに異なる運用やシステム間の齟齬を生じさせる可能性があり、業務の効率性・正確性を損なう一因となっている。「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」に向けて、より高次のマスタ整備に積極的に取り組む必要がある。

なお、マスタ整備の推進は、「(1)算定ルールの簡素化」と同様に国策のレベルにおいても診療報酬改定DXの主要なテーマの一つとして位置づけられており、これを検討することは時宜に適ったものである。

① マスタ整備を進めることで想定されるメリット

マスタの整備・拡充を行うメリットとしては、短期的には各ベンダーにおけるマスタ整備やロジックの開発作業といった実装コストを軽減し、正確な算定に資するという点が挙げられる。さらに、中長期的には、ベンダーのコスト削減により社会的コストが削減されることが考えられる。そのため、ベンダーが削減したコストが費用の低廉

化というかたちで医療機関等へ社会的に還元されることが見込める。そして最終的には、電子カルテに入力された情報から直接的に算定を行う「カルテからの自動算定」への移行を可能にするものである。

② マスタ整備の基本的課題軸

ここではマスタ整備の方向性をより具体的に検討するために、以下の三つの課題軸を設定する。すなわち、「機能性」、「網羅性」、そして「現行のマスタで表現不可能な新たな領域」である。

第一の課題軸「機能性」では、マスタの横軸（図表2-2-3）にカラムを追加し、算定要件の判別等を容易にするフラグを設定することによって、水平方向へマスタの機能性を拡張する観点から改善点を検討する。

第二の課題軸「網羅性」では、マスタの縦軸におけるコードの量的な充足度に着目し、現状において欠落しているコードを明らかにする。

第三の課題軸「現行のマスタで表現不可能な新たな領域」では、「機能性」の拡張と「網羅性」における量の充足では解決不可能な課題について、新たなマスタの創設等による解決策を検討する。

以下ではこれら三つの課題軸に沿ってマスタ整備に関する課題を分析する。

【図表2-2-3 診療行為マスタの例】

0 S	111000370	9 乳幼児加算（初診）	10 ニュウヨウジ カザン	0 0	3 . . .	→ 横 軸
0 S	111000470	10 乳幼児育児栄養指導料	20 ニュウヨウジ イクジ エイヨウシド リ	0 0	3 . . .	
0 S	111000570	9 時間外加算（初診）	10 ジ カンガ イカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111000670	8 休日加算（初診）	9 キュウジ フカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111000770	8 深夜加算（初診）	6 シンヤカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111000870	15 時間外特例医療機関加算（初診）	20 ジ カンガ イトクレイリョウキカンカザ	0 0	3 . . .	
0 S	111010770	28 乳幼児時間外特例医療機関加算（初診）（小児科外来診療料）	20 ニュウヨウジ ジ カンガ イトクレイリ	0 0	3 . . .	
0 S	111011570	14 乳幼児夜間加算（小児科初診）	13 ニュウヨウジ ヤカンカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111011670	14 乳幼児休日加算（小児科初診）	16 ニュウヨウジ キュウジ フカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111011770	14 乳幼児深夜加算（小児科初診）	13 ニュウヨウジ シンヤカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111011810	18 初診料（同一日複数科受診時の2科目）	7 ショシンリョウ	0 0	3 . . .	
0 S	111011970	12 乳幼児時間外加算（初診）	17 ニュウヨウジ ジ カンガ イカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111012070	11 乳幼児休日加算（初診）	16 ニュウヨウジ キュウジ フカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111012170	11 乳幼児深夜加算（初診）	13 ニュウヨウジ シンヤカザン	0 0	3 . . .	
0 S	111012270	18 乳幼児時間外特例医療機関加算（初診）	20 ニュウヨウジ ジ カンガ イトクレイリ	0 0	3 . . .	
0 S	111012470	12 夜間・早朝等加算（初診）	13 ヤカンゾウチャウトウカザン	0 0	3 . . .	
∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	∴ ∴ ∴	
↓ 縦 軸						

③ 第一の課題軸：機能性

まず、「機能性」の課題軸について見ていく。

マスタの横軸における「機能性」という観点からすると、現行のマスタには不十分な点が見られる。具体的には、現行のマスタは診療行為の基本的属性を表現すること

は可能であるが、算定要件を一義的に判定するための条件フラグが不足しており、改善の余地があると言える。

現状においては、診療報酬算定に必要な情報がマスタ上に存在しない場合、各ベンダー及び医療機関が条件等について独自に判断することとなる。①で述べたように、このような状況は診療報酬改定DXが目指す業務効率化を阻害するのみならず、算定ロジックの相違による不整合や医療機関間の差異を生み出す原因となり得るものであり、「算定・請求ルールデジタル化・標準化」という観点からも改善せねばならぬ課題である。

そこで以下では、具体例を二つ挙げ、マスタに条件フラグを付与することによってマスタの機能性の拡張が可能なケースを考察する。

◇条件フラグの設定による機能性拡張の例1：外来迅速検体検査加算

マスタに条件フラグを付与することで機能性の拡張が見込める例として、医科点数表の第2章第3部検査・第1節・第1款「検体検査実施料」の通則における「外来迅速検体検査加算」のケースが挙げられる。

D007血液化学検査の一部の検査は外来迅速検体検査加算の対象となっているが、たとえばクレアチニン検査の検体を「尿」で実施した場合、外来迅速検体検査加算の算定はできない。このことは、点数表告示や留意事項通知、施設基準告示により規定されているのであるが、該当部分の規定は表現の曖昧さから可読性が非常に低いと言わざるを得ないものであり、多くの医療機関で査定対象となっている。

具体的に規定を見ると、この場合（クレアチニン（尿））については、「D001尿中特殊物質定性定量検査 21その他」（図表2-2-4）で算定することされており、「外来迅速検体検査加算」の対象を規定している「特掲診療料の施設基準等」の「別表第九の二に掲げる検査」（図表2-2-5）に該当しないのだが、これらの規定の文章のみから初見でそのことを読み取ることは非常に難しいものと考えられる。さらに、マスタ上ではクレアチニン（尿）がD007に分類されていることも、利用者の誤解を招く一因となっている。

このケースにおける算定可否に関する規定の可読性の低さについては、算定ルールの標準化の観点から規定自体を簡素化し可読性を高めることを検討すべきなのはもちろんだが、少なくともシステム上では、マスタに対象検査の条件を明確化するフラグを設定することによって解決でき、ベンダー及び医療機関の業務の効率性・正確性を高めることが可能である。

【図表2-2-4 医科点数表におけるD001の規定】

D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査		
1	尿 ^{たん} 蛋白	7 点
19	L型脂肪酸結合 ^{たん} 蛋白（L－F A B P）（尿）、好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（N G A L）（尿）	210点
20	尿の ^{たん} 蛋白免疫学的検査 区分番号D 0 1 5に掲げる血 ^{しょうたん} 漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数	
21	その他 検査の種類 ^{たん} の別により区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査、区分番号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D 0 1 0に掲げる特殊分析の例により算定した点数	
注 区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査、区分番号D 0 0 8に掲げる内分泌学的検査、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D 0 1 0に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。		

【図表2-2-5 特掲診療料の施設基準等（別表第九の二）】

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251500.pdf		施設基準告示
ナトリウム及びクロール 中性脂肪 γーグルタミルトランスフェラーゼ（γーGT） コリンエステラーゼ（ChE） アルカリホスファターゼ（ALP） 尿酸 クレアチニン 尿素窒素 アルブミン（BCP改良法・BCG法） 総^{たん}蛋白 総ビリルビン		六 医科点数表区分番号D 0 0 7に掲げる血液化学検査のうち次のもの

別表第九の二 検体検査実施料に規定する検体検査

◇条件フラグの設定による機能性拡張の例２：特定薬剤治療管理料

同様に条件フラグを付与することでマスタの機能性の拡張が見込める例として、B001特定疾患治療管理料「２」の「特定薬剤治療管理料」が挙げられる。

特定薬剤治療管理料については、特定の効能を持つ薬剤を特定の病気の患者に処方した場合に算定が可能となるが、留意事項通知を見ると、特定薬剤治療管理料の算定要件として「抗てんかん剤」などの薬剤の種類が記載されるのみで、具体的な薬剤名や病名との対応が明確ではない（図表2-2-6・図表2-2-7）。

たとえば調剤報酬点数表における特定薬剤管理指導加算及び薬剤管理指導料「１」の算定が可能となる医薬品はコード単位でリスト化されており、厚生労働省のホームページで公開されているが（図表2-2-8）、特定薬剤治療管理料についてはそういったリスト化はされていない。また、特定薬剤治療管理料の算定にあたっては対象となる具体的な医薬品と病名とを組み合わせる必要があるといった課題もある。このため、現行のマスタの情報だけではシステム上で特定薬剤治療管理料の算定可否の判定を行うことはできない。

この例においても外来迅速検体検査加算の例と同様に、マスタに条件フラグを整備することで、特定薬剤治療管理料の対象を一義的に判定可能とするという機能性の拡張が可能である。これにより、各ベンダー及び医療機関の独自判断による重複コストを削減し、算定の標準化・効率化を実現できる。

【図表2-2-6 特定薬剤治療管理料の算定要件（留意事項通知）】

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001293312.pdf	留意事項通知
2 特定薬剤治療管理料 (1) 特定薬剤治療管理料 1 ア 特定薬剤治療管理料 1 は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月 1 回に限り算定する。 (イ) 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの (ロ) てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの (ハ) 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの (ニ) 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺炎腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの (ホ) 不整脈の患者であって不整脈用剤を継続的に投与しているもの (ヘ) 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与しているもの (ト) 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの (チ) 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの (リ) ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。）、再生不良性貧血、赤芽球病、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）、ネフローゼ症候群若しくは川崎病の急性期の患者であってシクロスポリンを投与しているもの (ヌ) 全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。）の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの (ル) 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの	(ワ) 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの (ヅ) 結節性硬化症の患者であってエベロリムスを投与しているもの (カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を数日間以上投与しているもの (コ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与（造血幹細胞移植の患者にあつては、深在性真菌症の予防を目的とするものに限る。）しているもの (ク) イマチニブを投与しているもの (ケ) リンパ管腫瘍の患者であってシロリムス製剤を投与しているもの (コ) 腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの (セ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの (ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの (ナ) プスルファンを投与しているもの イ 特定薬剤治療管理料 1 を算定できる不整脈用剤とはプロカイナミド、N-アセチルプロカイナミド、ジソピラミド、キニジン、アブリンジン、リドカイン、ビルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ビルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をい

【図表2-2-7 特定薬剤治療管理料の施設基準】

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251500.pdf 施設基準告示

(1) ウイルス疾患指導料の注2に規定する施設基準 イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。 ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。 ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。 ニ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ホ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。 (1)の2 ウイルス疾患指導料の注3に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 特定薬剤治療管理料1の対象患者 別表第二の一に掲げる患者 (2)の2 小児特定疾患カウンスリング料の対象患者	別表第一 特定疾患治療管理料に規定する疾患等 一 特定薬剤治療管理料1の対象患者 (1) テオフィリン製剤を投与している患者 (2) 不整脈用剤を投与している患者 (3) ハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与している患者 (4) リチウム製剤を投与している患者 (5) 免疫抑制剤を投与している患者 (6) サリチル酸系製剤を投与している若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は関節リウマチの患者 (7) メトトレキサートを投与している悪性腫瘍の患者 (8) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を投与している入院中の患者 (9) イマチニブを投与している患者 (10) シロリムス製剤を投与している患者 (11) スニチニブを投与している患者 (12) 治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者 (13) ブスルファンを投与している患者 (14) (1)から(13)までに掲げる患者に準ずるもの
--	---

【図表2-2-8 特定薬剤管理指導加算等の算定対象となる薬剤一覧（抜粋）】

薬剤分類情報閲覧システム

https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/

薬剤分類情報閲覧システム

新薬の薬価算定にかかる類似薬の選定を図る観点から、効能・効果、薬理作用等に着目し既存品の分類を行ったものです。

「特定薬剤管理指導加算等の算定対象となる薬剤一覧」

特定薬剤管理指導加算及び薬剤管理指導料「1」の算定対象となる薬剤の一覧に関する情報が掲載されています。

※「医薬品マスター」をもち、加算の対象となる薬剤（一部効能にのみ対象となる場合も含む）に○印を付けています。表示している一覧は、加算の対象となる薬剤(○印のみを抽出、表示していますので、全体を確認する場合は、フィルターを解除してご利用ください)

医薬品コード	漢字名称	カナ名称	剤形	薬価基準コード	基本漢字名称	算定対象となる薬剤
620003588	メルボン錠1%	メルボン錠1%	内	1124008F01070	メルボン錠1%	○
620004589	ベンザリン細粒1%	ベンザリン細粒1%	内	1124008F01082	ベンザリン細粒1%	○
6200033801	ニトラゼバム細粒1%〔TCK〕	ニトラゼバム細粒1%〔TCK〕	内	1124008F01114	ニトラゼバム細粒1%〔TCK〕	○
611120077	ベンザリン錠2-2mg	ベンザリン錠2	内	1124008F01021	ベンザリン錠2	○
620003588	ニトラゼバム錠5mg〔トーフ〕	ニトラゼバム錠5mg〔トーフ〕	内	1124008F20110	ニトラゼバム錠5mg〔トーフ〕	○
6200034201	ニトラゼバム錠5mg〔ツルハラ〕	ニトラゼバム錠5mg〔ツルハラ〕	内	1124008F20110	ニトラゼバム錠5mg〔ツルハラ〕	○
6200034601	ニトラゼバム錠5mg〔TCK〕	ニトラゼバム錠5mg〔TCK〕	内	1124008F20110	ニトラゼバム錠5mg〔TCK〕	○
6200034704	ニトラゼバム錠5mg〔NIG〕	ニトラゼバム錠5mg〔NIG〕	内	1124008F20110	ニトラゼバム錠5mg〔NIG〕	○
622114201	ニトラゼバム錠5mg〔JG〕	ニトラゼバム錠5mg〔JG〕	内	1124008F20110	ニトラゼバム錠5mg〔JG〕	○
622887100	ニトラゼバム錠5mg錠	ニトラゼバム錠5mg錠	内	1124008F20110	ニトラゼバム錠5mg錠	○
610453117	ベンザリン錠5-5mg	ベンザリン錠5	内	1124008F2222	ベンザリン錠5	○
610453117	ベンザリン錠5-5mg(濃)	ベンザリン錠5	内	1124008F2222	ベンザリン錠5(濃)	○
610454053	メルボン錠5mg	メルボン錠5mg	内	1124008F2230	メルボン錠5mg	○
610454053	メルボン錠5mg(濃)	メルボン錠5mg(濃)	内	1124008F2230	メルボン錠5mg(濃)	○
6200035201	ニトラゼバム錠10mg〔ツルハラ〕	ニトラゼバム錠10mg〔ツルハラ〕	内	1124008F30116	ニトラゼバム錠10mg〔ツルハラ〕	○
6200035501	ニトラゼバム錠10mg〔TCK〕	ニトラゼバム錠10mg〔TCK〕	内	1124008F30116	ニトラゼバム錠10mg〔TCK〕	○
622114301	ニトラゼバム錠10mg〔JG〕	ニトラゼバム錠10mg〔JG〕	内	1124008F30116	ニトラゼバム錠10mg〔JG〕	○

(出典：診療報酬情報提供サービス)

◇提言 1 条件フラグの設定によるマスタの機能性強化の推進

上述のような課題軸に沿った分析から引き出せる提言は、マスタの機能性の強化、すなわち、マスタの横軸における、とりわけ算定可否に関する情報のフラグ設定の推進である。

例 1 として挙げた外来迅速検体検査加算については、対象検査であることを明確にフラグ化し、算定可否を一義的に判定可能とすることが望ましい（図表2-2-9）。具体的なフラグ設定方法としては、外来迅速検体検査加算の対象か対象外であるかの情報を示すカラムを一行増やすこととする。

【図表2-2-9 例 1：外来迅速検体検査加算の対象フラグ付与イメージ】

基本マスタ（医科診療行為）へのフラグ追加イメージ		
		点数 外来迅速検体検査加算
160019210	クレアチニン	11 対象
160132150	クレアチニン（尿）	11 ← ここに対象／対象外があれば、明確

同様に、例 2 として挙げた特定薬剤治療管理料については、薬剤マスタと傷病名マスタへのフラグ付与により算定可否を自動判定できるようにすることが望ましい。

具体的には、薬剤マスタ上にカラムを一行追加し、算定対象となる薬剤、たとえば「抗てんかん剤」に該当することを意味するフラグを付与する（図表2-2-10）。また、傷病名マスタにも同加算の算定対象となることを意味するフラグを立て、対応させる必要がある。

こうしたフラグを設定することにより、管理料の算定対象か否かが一目瞭然となり、診療報酬算定・請求に関する事務負担の軽減や査定防止等の効果が見込める。

また、これらの他にも、図表2-2-11のようなケースで機能性の拡張が検討できると考えられる。

【図表2-2-10 例 2：特定薬剤治療管理料の対象薬剤に関するフラグ付与イメージ】

イメージ		
	医薬品コード 名称	薬価基準収載医薬品コード
基本マスタ (医薬品)	610461209 ハロペリドール1%細粒	1179020C1019
	620008332 ハロペリドール細粒1%「ツルハラ」	1179020C1019
	620141915 ハロペリドール細粒1%「アメル」	1179020C1019
	612320349 ガスター数10%	2325003B1022
(傷病名)	傷病名コード 病名	特定薬剤治療管理料
	XXXXXX 統合失調症	A,B...
	～	A,B...

特定薬剤治療管理料
 A,B... 一薬剤の系統ごとにフラグ設定、対応する病名のテーブルを作成
 A,B...
 A,B...
 対象外

病名・症状と、薬剤ごとに特定薬剤治療管理料を設定

【図表2-2-11 機能性の拡張が可能な項目の例】

対象項目／区分等	課題	考えられる対策
自動縫合器加算（項番55）、 自動吻合器加算（項番67）	算定可能な個数の情報 が不足	項目の追加
第2部 在宅医療 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第9部 処置 第2節 処 理医療機器等加算 第10部 手術 第3節 手 術医療機器等加算	点数表上、基本項目に 告示されている加算 の対象行為情報が不 足	加算毎に親項目との関係性を点数表上明確にし、 マスタに項目追加 なお、第10部手術・第3節手術医療機器等加算に ついては既に一部の加算について項目あり 例）画像等手術支援加算（項番20） 脊髄誘発電位測定等加算区分（項番53） 自動縫合器加算区分（項番55） 等

④ 第二の課題軸：網羅性（量の充足）

次に、第二の課題軸「網羅性」の観点からマスタ整備の課題について見る。

診療行為マスタは基本的な診療行為を広く収録しているが、算定処理を完全に表現するにはやはり不十分である。不足しているコードの例として、検査における包括規定（いわゆる「まるめ」（※））に関する点数の取扱いがある。現行のマスタにはまるめ後の点数が収載されておらず、各ベンダーが独自にまるめ点数を算出し管理する必要がある。

※まるめとは、たとえば検査項目ごとに点数が設定されている血液化学検査において、患者から1回に採取した血液を用いて5項目以上を検査した場合に、個々の点数を積み上げるのではなく、7項目以下は93点、9項目以下は99点、10項目以上は106点というように定額になるルールである。

また、特定保険医療材料（以下「特定器材」）のコードも不足していると言える。現行の「特定器材マスター」は、厚生労働省告示「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（図表2-2-12）をマスタ化したものである。この告示は特定器材の種別と材料価格の対応を示したものであるが、具体的な商品名との対応までは含まれていない。

しかし、厚生労働省通知「診療報酬請求書等の記載要領等について」では、「材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する」と規定されている。そのため、レセコン上で特定器材を算定するには、医療機関が診療でどのメーカーのどの商品を使ったかという情報を請求に必要な特定器材コードに正確に変換する必要があり、現状においては各ベンダー及び医療機関が商品名とコードの紐づけ情報を独自に整備・管理している。

これらの例における各ベンダー及び医療機関のマスタ整備・管理業務については、マスタの網羅性の観点から対策を行うことにより削減できると考えられる。

同様に、点数表第3部検査・第1節・検体検査料・D001の「21」その他等における検体のコードも不足しており、各ベンダーに作業負荷がかかっている。検査のフラグ

新設による機能性の拡張については③で触れたが、網羅性の観点からも改善されることが望ましい。

【図表2-2-12 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（抜粋）】

別表	
I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格	
001 腹膜透析液交換セット	
(1) 交換キット	554 円
(2) 回路	
① Yセット	884 円
② APDセット	5,470 円
③ IPDセット	1,040 円
002 在宅中心静脈栄養用輸液セット	
(1) 本体	1,400 円
(2) 付属品	
① フーバー針	419 円
② 輸液バッグ	414 円
003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ	
(1) 一般型	
① カフ付き気管切開チューブ	

◇提言2 コードの追加による網羅性拡充の推進

上記の考察を受けての提言は、網羅性の拡充、すなわちマスタの縦軸におけるコードの量的な充足の推進である。ここでは具体例として挙げた特定器材における商品名コード及び検査における検体コードについての改善策を提言する。

見てきたように特定器材マスタは、厚生労働省の告示レベルの情報を保持するに留まっており、個別の商品名に関する情報を保持していない。しかし、請求時には商品名を記載する必要があることから、ベンダー及び医療機関が独自に商品名の登録作業を行っており、作業負担及び管理負担がかかっている。マスタの網羅性の充足という観点からは、請求の際に特定器材の商品名を不要化することが望ましい。これにより必要とされるコードを削減し、いわば分母を絞ることで網羅性の充足が達成でき、上述の課題を解消できる。

また、検査については、D001の「21」その他等における各検体のコードを追加するとともに、マスタのメンテナンスの利便性や告示の可読性向上の観点から、点数表告示においてもそれらの検体を点数項目として新設することが望ましい。その際、網羅性の観点を突き詰めるならば、すべての検査をコード化することが理想であるが、そうすると項目・コード数の爆発的な増加を引き起こす恐れがある。この対策として、現状の請求状況において頻出する主要な検体を選別して点数項目及びコードを作成し、それ以外のほとんど算定されない検体については「その他」としてまとめるといった折衷案が考えられる。

このようにマスタのコードの網羅性の観点からボリューム拡充等を図ることによって、各ベンダー及び医療機関においてはマスタ整備・管理等にかかる作業負担の削減、算定の正確性向上といった効果が見込める。

⑤ 第三の課題軸：現行マスタでは表現できない領域（新規マスタの設計）

最後に、第三の課題軸として、「現行マスタの拡張では対応不可能な領域」について考察する。

点数表における既存のデータ構造（カラムやレコードの拡張）では表現が困難な規定として時系列や算定期間といった診療項目の算定順序に関する情報が挙げられる。現時点では医科診療行為マスタ上に該当する情報項目が存在しないため、デジタル化に際しては各ベンダーが点数表を解釈し、それぞれ独自の仕組みで対応している。

点数表における時系列・算定期間に関する規定の特徴として、複雑性が高い点が挙げられる。たとえば、算定日数・回数に限度がある診療行為において、起点となる日（起算日）の情報が入院日、手術日など複数パターン存在する（図表2-2-13）。また、算定期間についても暦月や算定日からの経過月といった複数の考え方がある。これらは算定可否の判断や管理を煩雑なものにしており、改善の余地があると言える。また、時系列が算定可否に直接的に影響する重要な事例として、DPC制度下における入院と外来を跨ぐ診療行為（検査等）のケースが挙げられる。同一の診療行為であっても、DPCと外来の診療順序によって、包括算定とするか出来高算定とするかの区分が変わることが、疑義解釈に明示されている（図表2-2-14）。これらのケースでは、既存のマスタデータのみでは、診療行為の前後関係（時系列）に基づく包括算定と出来高算定の判別ができない。

いずれもデジタル化し作業を自動化することで業務効率性の向上が期待できる領域であると言える。「算定・請求ルール of デジタル化・標準化」推進の観点からは、こういった時系列に関する複雑な領域については新たなマスタの設計を検討することが不可欠である。

【図表2-2-13 医科点数表における時系列・算定期間に関する規定の例】

算定日数（回数）に限度がある診療行為において、起点となる日（起算日）の情報が複数パターン存在している。 既存マスタ（医科診療行為マスタ、電子点数表等）には情報が無く、点数表を解釈し、ペンダ独自の仕組みにて対応。 算定期間については暦月、算定日からの経過月の考えがある。					
1) 処置 複数の診療行為が起算日になる。 J 0 0 0 創傷処置 1 100平方センチメートル未満 52点 : 5 5,000平方センチメートル以上 275点 注1 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。					
2) リハビリ 疾患別リハビリテーション料、早期リハ加算、初期加算は、患者の状態も含めた日が起算日の決定が必要。					
	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
3) 入院基本料 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。					
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。					
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、精神科地域包括ケア病棟入院料、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。 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。					
4) 診療報酬改正跨ぎの時の起算日の扱い（対応案への反映は未） 診療報酬改定前後で起算日の扱いが変更となった場合、既存マスタには情報が無い。					

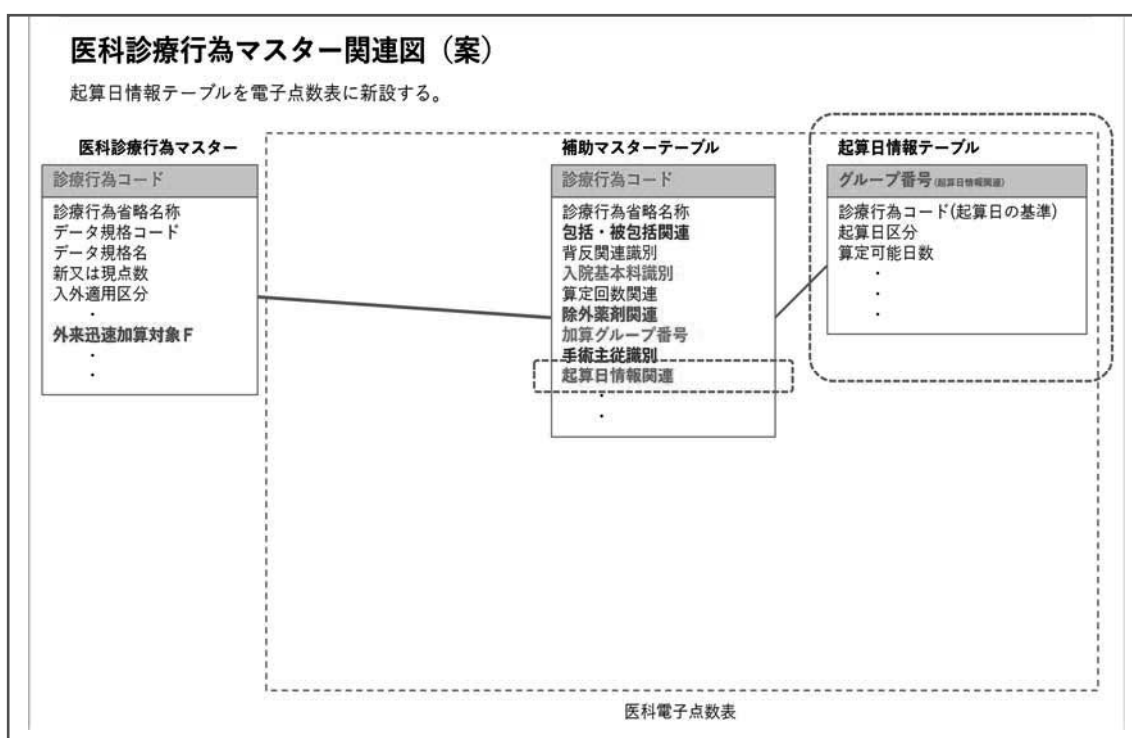
【図表2-2-14 DPCと外来診療の診療順序による包括／出来高の切り分けに係る疑義解釈】

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について	
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。 （「疑義解釈資料の送付について（その1）」令和6年3月28日医療課事務連絡）

◇ **提言3** 新規マスタの設計

上記の観点から、「現行マスタでは表現できない領域」における新規マスタの設計を提言する。具体例としては、時系列をデータ上で表現するものとして、電子点数表において診療行為の「起算日」を明示化し時系列的算定条件に対応する「起算日テーブル」を新設することを提言したい（図表2-2-15）。マスタに起算日情報を保持することによるメリットとしては、算定日に関する解釈が明確になり、規定を読み込む必要がなくなるため、ベンダー及び医療機関の業務負担が削減でき、また、業務の煩雑さが軽減されることから、算定・請求の正確性の向上が見込める。

【図表2-2-15 電子点数表における起算日情報テーブルの新設】



⑥ 総論：マスタ整備の今後の方向性について

◇ マスタ整備の基本方針とフラグ拡張等の課題

ここまで(2)において示した例のように、診療報酬関連業務の効率化、ひいては「カルテからの自動算定」の実現に向けて、まだまだフラグ拡張やコード拡充を図る余地があると考えられる。そのため、「自動算定のためのデジタル化を行う上でベースとなるマスタに必要な情報を付与する」ということを、将来的な自動算定を目指す上でのマスタ整備の基本方針とすべきである。この方針は、マスタにおけるフラグの拡張範囲と妥当性を判断する上でも重要な指標となる。

一方で、マスタにおけるフラグの設定には課題も存在する。たとえば、条件ごとに専用のカラムを追加する方式では表が横に広がりすぎる懸念があり、データ構造が

過度に複雑化し、メンテナンス性が低下する懸念がある。また、フラグの有無だけでは算定可否が一意に確定しないケースもあり、そうしたケースにおいては「起算日テーブル」のような新たなマスタの設計等を検討する必要がある。そのため現状においては、すべての算定ルールをマスタ化することは現実的ではないと考えられる。

したがって、次のように考えてはどうだろうか。すなわち、まず、条件が明確にリスト化されている領域については、既存マスタへのフラグ・コード追加によりデジタル化を進め、他方で、複雑な条件を含む領域については①法令・告示・通知等による規定の表現自体の簡素化が必要なもの、②新たなマスタ設計を検討するもの、といったように課題を区分し、それぞれの対応方針を明確化し、対応することが有効ではないか。

フラグの拡張範囲に関する技術的・費用対効果的な妥当性の議論は十分にはなされておらず、今後議論を深めていく必要があるが、診療報酬関連業務のデジタル化・自動化という未来を見据えるならば、業務効率化等の効果が見込める領域については、現時点においても費用対効果を勘案した上で積極的にフラグ付与を含むマスタ整備を進めていくことが重要である。

◇(2)のまとめとマスタ整備の将来像

➤マスタ構造及びデータ整備に関する課題は、

- ①機能性
- ②網羅性
- ③新規マスタ設計

の三つの柱に整理できる。

- これらの課題を解決することは、診療報酬算定のルールにおける曖昧さを一定程度軽減し、標準化と業務効率化を両立させることを可能とする。
- その結果、現状における医療現場及びベンダーの負担軽減と社会的コストの削減に寄与するだけでなく、将来的な「カルテからの自動算定」の実現に向けた強固な基盤が整備される。
- したがって、マスタの整備水準を向上させることは、診療報酬改定DXの中核的課題であるとともに、本調査研究が目指すDXの完成形（カルテからの自動算定）に至るための必要不可欠な取り組みとして位置づけられる。

(3) 「診療報酬DX」を加速する行政のITガバナンスと連携体制の強化

近年、デジタル庁の発足や医療DXの推進といった施策に代表されるように、国策レベルでDX推進が主体的に展開されており、たとえば政府の「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2025」には、「医療・介護DXの技術革新の迅速な実装により、全国で質の高い効率的な医療・介護サービスが提供される体制を構築することについて、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて強力に推進する。」と明記されている（図

表2-2-16)。こうした文脈の中で、行政においてもDXに対応した体制整備、すなわち「システムを意識した組織設計」への転換が強く求められる段階にあると言えるのではない。以下では、「診療報酬DX」（「カルテからの自動算定」）の実現に向けた「算定・請求ルールのデジタル化・標準化」の基盤となる、ITガバナンスの強化という観点から行政に対する要望を整理する。

【図表2-2-16 骨太方針2025における診療報酬改定DXに関する記載】

（医療・介護・こどもDX）

医療DX工程表に基づき、医療・介護DXの技術革新の迅速な実装により、全国で質の高い効率的な医療・介護サービスが提供される体制を構築することについて、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて強力に推進する。このため、医療DXの基盤であるマイナ保険証の利用を促進しつつ、2025年12月の経過措置期間後はマイナ保険証を基本とする仕組みに円滑に移行する。全国医療情報プラットフォームを構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の利用拡大、PHR情報の利活用を進めるほか、標準型電子カルテの本格運用の具体的内容を2025年度中に示すことも含め必要な支援策の具体化を検討し、その普及を促進するとともに、介護情報基盤の整備、診療報酬改定DX、薬局が有する情報の標準化とDXを進める。AI創薬、AIホスピタルの実用化を支援する。標準仕様を策定し、クラウド技術を活用した病院の情報システムの開発・導入に向け、規制的手法や財政的手法など必要なインセンティブ措置の在り方を含め、検討を進める。医薬品や検査の標準コードの在り方の検討を踏まえたマスタの一元管理、予防接種事務のデジタル化、ワクチン副反応疑いの電子報告、予防接種データベースの整備を進める。医療・介護データを最大限有効活用し、イノベーションを進めるため、医療・介護の公的データベースの仮名化情報等の利活用を可能とするためのシステム整備を進めるとともに、社会保険診療報酬支払基金の改組や公費負担医療制度等のオンライン資格確認を円滑に実施する。医療安全の向上に向け、医療機関のサイバーセキュリティ対策、医薬品・医療機器等の物流DXの推進に資する製品データベース構築を進める。これらの取組に加えて、必要に応じて医療DX工程表の見直しを検討する。

〔後略〕

① **提言1** 行政機関におけるIT知見の蓄積・活用に向けた外部団体（支払基金）との連携

本章で考察してきた算定ルールの電子化やマスタ設計といったシステム実装には、IT知見・専門性が不可欠である。しかし、行政機関内部では人事異動が頻繁に行われるため、知見が体系的に蓄積・継承されにくいという構造的な課題がある。また、政策立案・実行を担う行政機関内に、システム実装に特化した恒常的な部門を設けることは現時点では現実的ではないと考えられる。

そこで、医療DXのシステム面を主導する役割を担うべく改組が実施されている支払基金に、IT知見とノウハウを集約し、診療報酬制度のシステム実装について一貫して支援できる体制を構築することを提言したい。

この体制により、行政機関においては政策立案、支払基金においてはシステム実装という分業が可能となる。

また、行政は支払基金を通じて一貫したIT知見を間接的に活用できるようになり、結果的にシステム実装の実現可能性を踏まえた制度設計の円滑化が見込める。さら

に、②に述べるベンダーに影響を及ぼす各種制度間の連携を促進する旗振り役となることも期待できる。なお、こうした体制の構築にあたっては、行政とデジタル化を繋ぐ存在としてデジタル庁にも参画を要望したい。

◇支払基金の改組の概要

「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部）において、支払基金を「医療DXに関するシステムの開発・運用主体とし、抜本的に改組する」旨が記載された。また、「経済財政運営と改革の基本方針2024」においても、「医療DXに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組」と明記された（図表2-2-17）。

【図表2-2-17 支払基金の改組に係るこれまでの議論について】

これまでの議論について

○医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部）（抜粋）

（5）医療DXの実施主体

医療DXに関する施策について、国の意思決定の下で速やかにかつ強力に推進していくため、医療DXに関連するシステム全体を統括し、機動的で無駄のないシステム開発を行う必要がある。このため、オンライン資格確認等システムを拡充して行う全国医療情報プラットフォームの構築、及び診療報酬改定DX等本工程表に記載された施策に係る業務を担う主体を定める。具体的には、社会保険診療報酬支払基金が行っているレセプトの収集・分析や、オンライン資格確認等システムの基盤の開発等の経験やノウハウを生かす観点から、同基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組する。

この改組にあたっては、地方関係者の参画を得つつ、国が責任をもってガバナンスを発揮できる仕組みを確保し、絶えず進歩するIoT技術やシステムの変化に柔軟に対応して一元的な意思決定が可能となる仕組みとするとともに、既存の取組を効果的に取り入れられるよう、体制を構築する。この観点から、具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点を踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる。

○経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定）（抜粋）

第2章 社会課題への対応を通じた持続的な経済成長の実現

3. 投資の拡大及び革新技術の社会実装による社会課題への対応

（略）医療DXに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し、（略）。

1

この流れを受けて、社会保障審議会医療保険部会において、支払基金改組の具体的な方針が示された。その内容は診療報酬改定DXを含む医療DXを国主導で一元的に推進することを目的として「社会保険診療報酬支払基金法」の改正を行い、支払基金をDX基盤の整備・運用を担う実施主体とするというものである（令和6年11月7日・第185回社会保障審議会医療保険部会）。

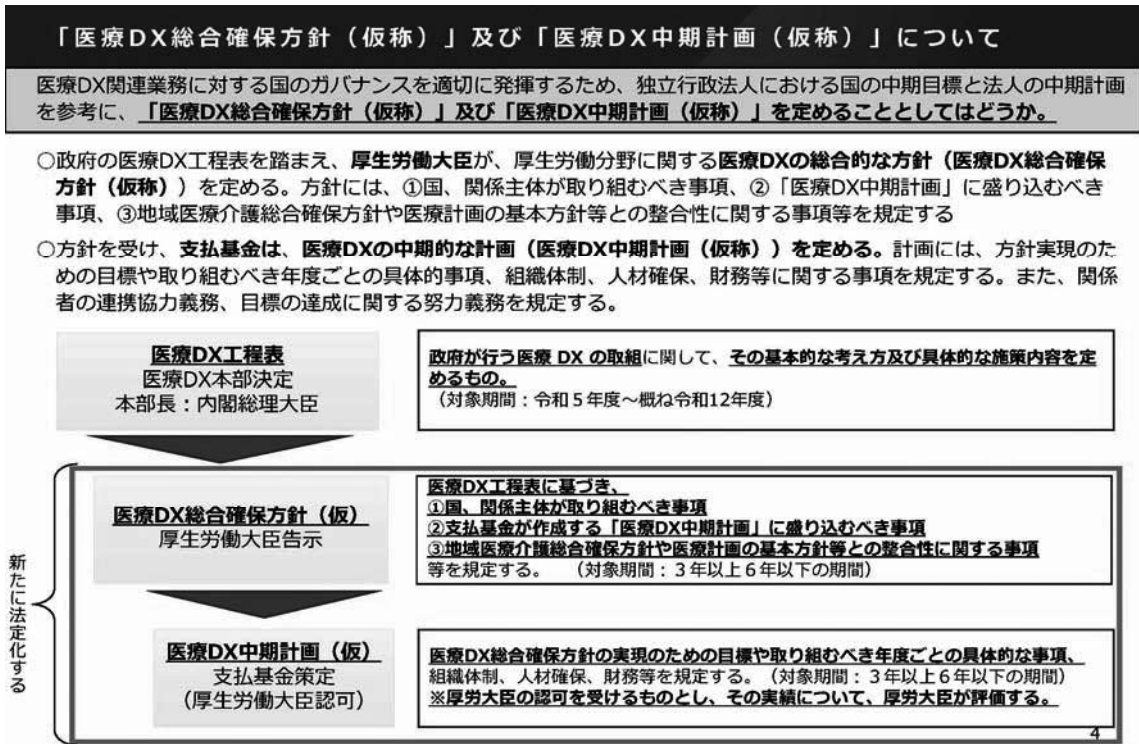
法改正の概要は、支払基金法の目的に「医療DXの推進」「DX基盤の整備・運営」を

追加し、医療DX関連業務（電子カルテ情報共有、電子処方箋等）を支払基金の法定業務に位置づけるものである。また、組織名称についても、改組後の業務内容を適切に表現し、医療DXの実施主体として相応しい名称（医療情報基盤・診療報酬審査支払機構）に変更されることとなっている。

さらに、上記のような目的のため、厚生労働大臣が厚生労働分野に関する医療DXの総合的な方針（医療DX総合確保 方針（仮称））を策定し、その方針を受けて支払基金側では、医療DXの中期的な計画（医療DX中期計画（仮称））を定めることが示されている（図表2-2-18）。

なお、当該改正法（医療法等の一部を改正する法律）は令和7年12月5日に成立し（令和7年12月12日公布）、公布日から1年6か月以内に改組が実施されることが決まった。

【図表2-2-18 「医療 DX 総合確保方針（仮称）」及び「医療 DX 中期計画（仮称）」について】



（図表2-2-17・2-2-18出典：令和6年11月7日 第185回社会保障審議会医療保険部会 資料）

◇支払基金の改組を活かした厚生労働省・支払基金・JAHIS三者間の連携強化

上述のような改組の枠組みにおいては、厚生労働省が医療制度・報酬制度などの制度設計と政策方針を担い、支払基金がその方針をもとに技術実装と運用を担う体制が想定されている。改組後の支払基金と厚生労働省との密な連携が既に見込まれていることになるが、これは近年の調査研究で述べてきた方向性と合致するものである

り、本項の提言とも軌を一にするものである。

この枠組みを活かして本項の冒頭で述べた課題解決を図るとともに、厚生労働省・支払基金・JAHIS三者間のコミュニケーションをより深めていくことを求めたい。加えて、デジタル庁には共通インフラ・データ標準化等の技術基盤の整備を通じた業界全体の横断的支援を期待したい。

② 提言2 制度間の改定時期等の横断的統一（マスタ公表スケジュールの統合）

ITガバナンス強化の観点からは、行政機関内の部門をまたぐ改定時期や作業スケジュールの横断的な統一、すなわち関連制度全体の一元的なコントロールが重要である。現行の運用では制度ごとに改定時期が異なり、複数の制度に同時に対応せざるを得ないベンダーに非効率な作業負担を強いるケースがある。そうしたケースは社会的コストの増大に直結するため、とりわけベンダーの作業に直結する各種マスタの公開時期は制度間で統一されることが望ましい。

また、このスケジュール統一の効果は、単なる作業効率化に留まらない。マスタがタイムリーかつ統一されたスケジュールで公開されれば、ベンダーは各制度要件に基づく正確な開発・実装に注力しやすくなり、将来的なデータ連携や共通基盤構築に向けた障壁も低減する。結果として、「カルテからの自動算定」の前提条件「算定・請求ルールデジタル化・標準化」の推進策となると考えられる。

以下では具体例として、令和6年度改定において、「労災診療費算定基準」マスタの公開時期が他のマスタとずれたことによりシステム実装に影響を与えたケースを振り返る。

◇事例：令和6年度改定における「労災診療費算定基準」マスタの公開の課題

令和6年度の調査研究では、ベンダーの実務担当者にアンケートを行い、診療報酬改定DXによる「改定施行時期の後ろ倒し」の影響度調査を行った。その結果、2024年度においては診療報酬改定と薬価改定、介護報酬改定との施行時期のズレが発生し、ベンダーによっては複数回の改定対応を行う必要があったため、施行時期の後ろ倒しの効果が大きく損なわれたことが示唆された。さらに、「労災診療費算定基準」改定のマスタ公表時期とのズレが影響し、労災保険指定医療機関のレセコンを担当するベンダーの負荷はより一層大きくなったことが明らかになった。

こうした考察を受け、令和6年度改定は「労災レセプト電算処理マスタコード」の発出が5月28日であったことから、次回以降の改定では労災診療費算定基準に合わせて3月下旬（遅くとも4月中）に公開されることが望ましい旨を提言したものである（図表2-2-19）。

「診療報酬DX」の達成に向けては、本事例に限らず、レセコンに影響を及ぼす情報公開のタイミング全般について、関連制度間の垣根を超えた一体的なコントロールが求められる。

【図表2-2-19 マスタの公開時期の理想形（2024年度調査研究）】

 想定されるベンダのリリース単位

		2月	3月	4月	5月	6月
次回／2026年度以降	告示等	次回改定に向けて J A H I S が希望する理想の告示等のスケジュール ▼ 諮問・答申書(2月上旬) ▼ 基金マスターメーカー説明会(2月下旬) ▼ 官報・留意事項・厚労省説明会(3月上旬) ▼ 【薬価改定】医薬品マスター等更新(3月上旬) ▼ 医科・歯科診療行為マスター更新(3月上旬) ▼ DPC告示(3月中旬) ▼ 記載要領(3月下旬) ▼ コメント関連テーブル(3月下旬) ▼ コメントマスター更新(3月下旬) ▼ 労災診療費算定基準(3月下旬) ▼ 労災レセプト電算処理マスターコード(3月下旬) ▼ 疑義解釈(その1)(3月下旬) ▼ 記録条件仕様(4月中旬)				▼【想定】令和8年度診療報酬改定施行
	ベンダリリース		① 3月Pack ・薬価改定		② 5月Pack ・診療報酬改定_窓口会計機能・レセプト機能対応 ・コメント対応 ・労災用マスタ対応	
今回／2024年度	告示等	▼ 諮問・答申書(2/14) ▼ 基金マスターメーカー説明会(2/26)	▼ 官報・留意事項・厚労省説明会(3/5) ▼ 【薬価改定】医薬品マスター等更新(3/5) ▼ 医科・歯科診療行為マスター更新(3/6) ▼ 介護告示(3/15) ▼ DPC告示(3/21) ▼ 記載要領(3/27) ▼ 疑義解釈(その1)(3/28) ▼ コメントマスター更新(3/29) ▼ 労災診療費算定基準(3/29) ▼ 記録条件仕様(4/22) ▼ 介護伝送ソフト提供(4/22) ▼ コメント関連テーブル(5/9)		▼ 令和6年度診療報酬改定施行 *1 診療報酬改定に合わせて訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導のサービスは2024年6月施行。その他の介護サービスは2024年4月施行 ▼ 労災レセプト電算処理マスターコード(5/28)	
	ベンダリリース		① 3月Pack ・薬価改定 ・介護改定の受付・窓口入力パッケージ提供(*1)	② 4月Pack ・介護改定のレセプト用パッケージ提供(*1)	③-1 5月Pack ・診療報酬改定_窓口会計機能・レセプト機能対応 ・介護改定対応のパッケージ提供(*1) ③-2 コメント対応Pack	④ 6月Pack ・労災用マスタ対応
前回／2022年度	告示等	▼ 諮問・答申書(2/9) ▼ 基金マスターメーカー説明会(2/21)	▼ 令和4年度診療報酬改定施行 ▼ 官報・留意事項・厚労省説明会(3/4) ▼ 【薬価改定】医薬品マスター等更新(3/5) ▼ 医科・歯科診療行為マスター更新(3/4) ▼ 記載要領(3/25) ▼ DPC告示(3/18) ▼ コメントマスター更新(3/25) ▼ コメント関連テーブル(3/29) ▼ 疑義解釈(その1)(3/31) ▼ 労災診療費算定基準(4/4) ▼ 記録条件仕様(4/15) ▼ 労災レセプト電算処理マスターコード(4/22)			
	ベンダリリース		①-1 3月Pack ・薬価改定 ・診療報酬改定_窓口会計機能対応 ①-2 コメント対応Pack ・コメント対応パッケージの提供	② 4月Pack ・診療報酬改定_レセプト機能対応 ・労災用マスタ提供	③ 5月Pack ・改正の追加対応	

※なお、以下の視点についてもスケジュールに盛り込まれることで、さらに品質の高いマスタリリースが期待できる

- ・マスタ公表の事前アナウンスがあると、リリースの計画が立てやすい
- ・マスタについては、何度も更新があるとその都度対応が必要となるので、今回よりさらに精度が上がっていくことを期待する
- ・修正箇所が発生したのであれば、その都度更新される方がよい（改修するレセコンに係る修正箇所のみ対応することが可能となるため）
- ・労災の改定については、「労災診療費算定基準」についても診療報酬改定の一部として捉え、一体的にコントロール（改正内容のすり合わせ、マスタの公表時期の調整など）されることが望ましい。

③ **提言 3** 疑義解釈の最新化及び発出形式の変更

令和6年度にJAHISが取りまとめた厚生労働省への要望書では、疑義解釈の扱いに関する課題が挙げられた。その課題とは「疑義解釈が散発的に通知されるが、全体版や整理版がなく有効性の判断が困難」、「疑義解釈にのみ記載があり、告示・通知に反映されていないケース多数。過去の疑義解釈を参照しないと分からない」というものである。

疑義解釈は五月雨式に発出されるが、現在有効である疑義解釈について厚生労働省からの公式な見解は示されていない。また、診療報酬改定で診療行為名等が改定されても疑義解釈に反映されることはなく、利用者が最新の情報に読み替えを行う必要があり、可読性・検索性が極めて低いと言える。こうした状況は診療報酬制度におけるITガバナンスの弱さを示すものであり、業務効率の低下や誤請求リスクを招くだけでなく、「診療報酬算定・請求ルールデジタル化・標準化」の推進を阻害する要因となっている。

これらの課題への対策として、①診療報酬関連の疑義解釈について、DPCの疑義解釈のように改定の度に全体を整理・最新化して公開する、または②現状有効である疑義解釈を整理し、最新の状態としたうえでデータベース化し、一か所で公開する運用とすることを提言する。②については、単なる検索ツールに留まらず、各疑義解釈がどの告示・通知のどの項目に対するものか、改定履歴、有効期間、代替される新たな疑義解釈などを紐付け構造化したデータベースであることが望ましい。また、疑義解釈に限らず、通知に関しても対象とすることが望ましい。

こうした疑義解釈の体系化と最新化は、「診療報酬算定・請求ルールデジタル化・標準化」を推進する上で重要である。最新の状態に読み替えられた疑義解釈が体系的に提供されれば、ベンダーが算定ルールをシステムロジックに落とし込む際の解釈の揺れを排除し、統一的なシステム開発に資するためである。②と同様、この整備は業務効率化に資するだけでなく、算定ルールの曖昧さと情報の陳腐化リスクを低減し、機械判読性を高めることによって、将来的な「カルテからの自動算定」に必要なルール体系を築き上げる上での基盤となると考えられる。

加えて、疑義解釈のうち、システムの設定に関する改正情報については、データベース化の有無に関係なく速やかに発出されることを引き続き強く求めたい。

なお、令和7年9月30日に厚生労働省のホームページ上に疑義解釈の検索ツールが公表され（図表2-2-20）、②のうちの一部は達成されており、検索性も向上しているが、疑義解釈の読み替えについてはなされておらず、現時点で最新化された疑義解釈を参照できないという課題は残されている。ベンダーや医療機関における業務効率化のためには、現在有効であり最新状態に読み替えられている疑義解釈を取得できることが重要であるので、引き続き改善されることを期待したい。

【図表2-2-20 疑義解釈検索ツール】

Ver.1.0.0

■ キーワード検索

質問・回答に

条件1

条件2

条件3

検索条件

AND条件

を含むQAを

検索

■ 詳細検索設定

改定年度が

区分が

右のキーワードを除く

の条件を追加して

検索

※全文を確認したい場合は、K列の「詳細」ボタンをクリックしてください。

※検索結果をクリアする場合はすべての検索項目を空欄にして検索ボタンを押してください。

※本ツールの検索結果はご参考です。必ず、疑義解釈が掲載されている事柄連絡や各種通知も確認するようにお願いします。

No.	改定年度	発出年月日	件名	区分	問番付	質問	回答	停止済み
1								
2								
3								
4								

（出典：厚生労働省HP（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/Ver.1.0.2.xlsm>））

55

おわりに

本調査研究は、平成27年度の調査開始から11回を数えることとなった。その間に診療報酬改定を6回経験し、わが国のレセコンをはじめとする医療情報システムを取り巻く環境は激変した。当初はレセコンの改修作業の実態調査から始まった調査研究も、現在では国の重要政策である「医療DX」を、独自の概念である「診療報酬DX」として捉え、診療報酬算定・請求の在り方そのものに変革を求める段階へと進んでいる。

本調査研究においては、まず過去12年間の診療報酬改定をレセコンベンダーの視点から客観的に振り返った。その中で、令和6年度改定における「施行時期の2か月後ろ倒し」は、長年の課題であった作業の平準化とシステムの品質向上に寄与する画期的な変化であり、「窓口会計機能」と「レセプト機能」の同時リリースが可能となったことは、ベンダーのみならず医療機関にとっても大きなメリットをもたらすこととなった。

しかしながら、我々が目指す「カルテからの医療費の自動算定」という理想像に照らせば、道半ばであることもまた事実である。第1章における検証で浮き彫りになったのは、依然として残る「算定ルールの曖昧さ」といった課題や、新たに生じた「行政におけるITやDX等に関する知見の醸成や蓄積、継承」という課題であった。診療報酬改定ごとにIT化やDXがいかに進展しようとも、その根幹となるルールそのものがデジタル化に適していなければ、我々の思い描く「診療報酬DX」には到達し得ないのである。

この課題を解決するため、第2章ではあえて原点に立ち返り、「点数計算の基本形」を今一度意識することを提言した。計算プロセスの標準化は、システム実装の効率化のみならず、解釈の揺れを防ぎ、正確な請求を実現するための基盤となる。また、マスタ整備においては、算定要件のフラグ化等による「機能性」の拡張やレコードの「網羅性」の向上を視野に入れた具体的な提言を行った。これらは、診療報酬改定におけるレセコンベンダーの負担を軽減するというDXの目的にも合致し、そのリソースをより付加価値の高い分野へ振り向けるための有効な施策であると考ええる。

加えて、これからの行政におけるDXへの対応体制についても、改組される支払基金の専門性を活かした新たな連携の形や、労災等の制度間でのマスタ公開スケジュールの統一を求めた。行政、審査支払機関、ベンダーが、それぞれの知見を持ち寄り、三位一体となって取り組むことが、診療報酬算定・請求に関する諸制度をDXの時代に適応させる鍵となると確信している。

最後に、一般財団法人 医療保険業務研究会におかれては、このような調査研究を実施する場を提供していただいたことに深く感謝する。平成27年度から継続して、一貫したテーマで論文を執筆する機会を与えていただいたことにより、「点」ではなく「線」・「面」として、制度に資する時宜に適った提言を行うことができた。JAHISとしては、引き続き診療報酬の算定・請求の最適化、発展に貢献していきたい。

■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
5	(図表1-1) 医科点数表の解釈の明確化	厚生労働省「(平成26年度診療報酬改定) 個別改定項目について」 Ⅱ-2診療報酬点数表の平易化・簡素化/医科点数表の解釈の明確化 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037464.pdf
10	(図表1-3) 「医科点数表の解釈」のポリ ューム(ページ数)の比較	社会保険研究所「医科点数表の解釈」
26	(図表2-1-1) DXの構造	経済産業省「DXレポート2(中間とりまとめ)」 https://www.meti.go.jp/shingikai/mono_info_service/digital_transformation_kasoku/pdf/20201228_2.pdf
33	(図表2-2-2) 基本マスターにおける「医科 点数表等の規定と異なるコ ードの設定」	社会保険診療報酬支払基金「レセプト電算処理システム マスターフ ァイル仕様説明書(令和6年度版)」 https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/tensuhyo/kihonmasta/r06kaiteijoho.files/master_0_20250602.pdf
39	(図表2-2-4) 医科点数表におけるD001の 規定他	厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(告示) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251499.pdf
39	(図表2-2-5) 特掲診療料の施設基準等(別 表第九の二) 他	厚生労働省「特掲診療料の施設基準等」(告示) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251500.pdf
40	(図表2-2-6) 特定薬剤治療管理料の算定 要件(留意事項通知)	厚生労働省「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」(通知) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001293312.pdf
41	(図表2-2-8) 特定薬剤管理指導加算等の 算定対象となる薬剤一覧	厚生労働省「診療報酬情報提供サービス」(HP) https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/
43	本文	厚生労働省「診療報酬請求書等の記載要領等について」(通知) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001293318.pdf
44	(図表2-2-12) 特定保険医療材料及びその 材料価格(材料価格基準)	厚生労働省「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」 (告示) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001218725.pdf
46	(図表2-2-14) DPCと外来診療の診療順序に よる包括/出来高の切り分 けに係る疑義解釈	厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その1)」(事務連絡) https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001237675.pdf
49	(図表2-2-16) 骨太方針2025における診療 報酬改定DXに関する記載	内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2025(骨太方針2025)」 https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf
50	(図表2-2-17) 支払基金の改組に係るこれ までの議論について他	第185回 社会保障審議会医療保険部会資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_45157.html
55	(図表2-2-20) 疑義解釈検索ツール	厚生労働省 疑義解釈検索ツール(Excelマクロ) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/newpage_21053.html

医療DX推進に向けた診療報酬請求業務の変革:現状 分析と未来への展望

令和8年6月1日 発行

発 行 者 角 田 隆

発 行 所 一般財団法人 医療保険業務研究協会

〒105-0003 東京都港区西新橋1-9-1
アコール新橋8階

TEL 03-3503-8698

FAX 03-3506-1959

URL <https://www.amir.or.jp>

※本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じます。

