

プト内容の点検やレセプト情報を用いた医療費分析・疾病分析について一定の裁量を認められてきたが、その「裁量」という曖昧さが逆に利活用の制約でもあった。しかし、種々のガイドライン制定により、レセプト情報利活用の制度的条件は整いつつある¹⁰⁾。インフォームドコンセントについても、医療保険財源が法に基づいて強制的に徴収される保険料および税金による補助金であること、言い換えればレセプトの公的性格からみて、個別に同意をとるのではなく、保険者から保険加入者へ広く周知することが妥当と思われる。

もちろん、レセプト情報の利活用にあたっては、匿名化を行うことが前提となる。その一方で、個々のレセプトを名寄せ、あるいは他のデータとリンケージするための何らかのIDが必要となる場合もあるが、前述の匿名化名寄せ技術などが利用できるだろう。

今後、レセプト情報の利活用と個人情報保護の観点から検討すべきことは、レセプト情報の調査分析や学術研究使用について、保険加入者への周知徹底、匿名化、レセプト情報取扱者や研究者の守秘義務の徹底などであろう。とりわけ、匿名化と研究者の守秘義務は相補関係にあると考えられ、一方のみを徹底することは現実的ではなく、両方向から個人情報保護を進めていくことが肝要である。この点で前述の米国のメディケア・データベースの利用規定が参考になる。

おわりに

繰り返しになるが、レセプト情報の特徴を正しく理解して利活用すれば、レセプトの資料的価値はきわめて高い。レセプト・データベース化は、レセプト情報を多くの研究者らが有効利用できる

最良の方策であり、公衆衛生・医療経済領域において、有用な政策提言を行う可能性を確実に高める。レセプト・データベース化に向けた今後の展開を注視して行きたい。

さて次回(最終回)は、本連載の共同企画者である岡本悦司氏が、厚生労働省「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」委員としての経験も踏まえて、本連載を締めくくることになっている。

文 献

- 1) 総務省政策統括官ホームページ：統計法(平成19年法律第53号)(2007年11月アクセス)
<http://www.stat.go.jp/index/seido/1-1n.htm>
- 2) 岡本悦司：海外のレセプト情報活用の例－韓国。公衆衛生71(12)：1015-1020, 2007
- 3) Virnig BA, McBean MA: Administrative data for public health surveillance and planning. Annual Review of Public Health 22: 213-230, 2001
- 4) The Research Data Assistance Center (ResDAC) ホームページ(2007年11月アクセス)
<http://www.resdac.umn.edu/>
- 5) 谷原真一：レセプトに記載された傷病名の妥当性について。公衆衛生71(10)：859-862, 2007
- 6) 木村真也：レセプトにおける匿名化名寄せ技術と傷病名辞書。公衆衛生71(11)：939-942, 2007
- 7) 厚生労働省ホームページ：医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会(2007年11月アクセス)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/07/s0725-8.html>
- 8) Kobayashi Y, Yano E: Structure, process, effectiveness and efficiency of the check and review system in Japan's health insurance. Health Policy 19: 229-244, 1991
- 9) 岡本悦司：レセプトの法的性質と研究利用の可能性。日本公衛誌42：999-1006, 1995
- 10) 厚生労働省ホームページ：厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等(2007年11月アクセス)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/>

レセプトに記載された傷病名の 妥当性について

谷原 真一

レセプトに記載された傷病名に対しては、「保険病名」として懐疑的な意見を呈する者も多い。本稿では、レセプトに記載されている傷病名に関する問題点を整理し、レセプトに記載された傷病名を分析に用いる上での課題について検討する。具体的には、傷病名の決定はどのようなプロセスをたどって行われているか、という命題について確認した上で、わが国のレセプトに実際に記載される傷病名の問題点を整理する。

わが国の診療報酬制度と「保険病名」

通常の診療行為では、自覚症状や理学的所見から考えられる複数の鑑別診断を血液検査結果や画像所見などによる検討を重ねることにより、傷病名を確定してゆく。また、救急救命などの緊急時においては、患者の状態に即応するための治療行為が、診断の確定よりも優先される場合がある。そのためレセプトには傷病名が確定された後に行われた診療行為と、傷病名が確定される前の段階で行われた診療行為の双方が記載される。

そもそもレセプトは、患者に対して実施した診療行為の対価を支払基金(保険者)に請求するための文書である。医療機関から提出されたレセプトを受け取った支払基金(保険者)は、レセプトに記載された資格情報に過誤がないかをまず確認する。その上で、医療行為とレセプトに記載された傷病名が保険診療の範囲を逸脱していないかのチェックが実施される。このチェックにおいて、レセプトに記載された傷病名と結びつかない診療行

為が認められたレセプトは「返戻」または「査定」の対象となり、請求が認められない可能性が生じる。そのために、保険診療の範囲に従って実施した医療行為と結びつくようにレセプトに記載される傷病名を「保険病名」とする解釈が一般的である。なお、実際には行われていない医療行為が記載されているレセプトは架空請求であり、「保険病名」の妥当性とは性質の異なる問題と認識すべきである。

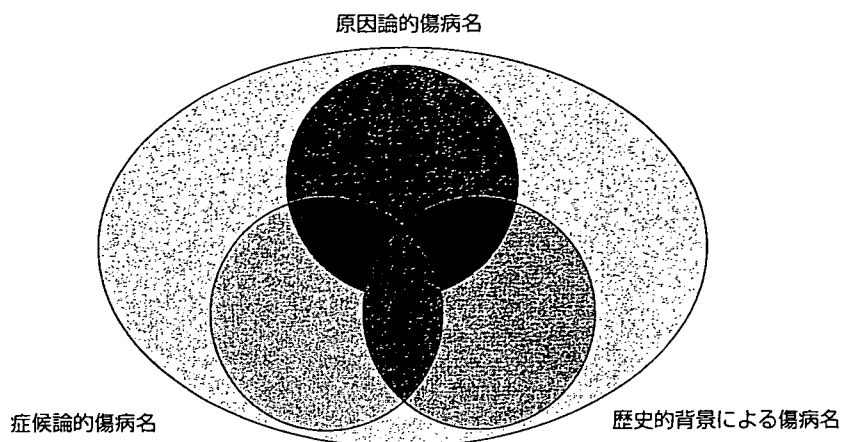
診断基準および傷病名の分類

保健医療福祉の分野における調査研究を実施する上では、開始前の段階で調査対象である傷病を明確に定義する必要がある。この定義は再現性を有することが必須であり、学会などを通じて、複数の専門家の合意によって制定されたガイドラインに基づく各種の診断基準を用いることが一般的である。しかし、各種の診断基準には、感染症における病原体のように傷病の原因そのものと、糖尿病のように血糖値などの検査値、つまり症候の組み合わせ、という2種類の基準が存在する。

傷病名については病名に原因が入っている原因論的病名と、症候のみしか病名に含まれていない症候論的病名が存在しており¹⁾、傷病名と診断基準は強く関連している。また、傷病名の中には、当該傷病の基本概念を構築した医学者の名前に由来するものや、当該傷病が最初に発見された地名などの歴史的背景に由来するものが存在する。

以上のように、傷病名の決定方法は複数存在し

たにはら しんいち：福岡大学医学部衛生学教室 連絡先：☎ 814-0180 福岡県福岡市城南区七隈 7-45-1



範囲を大きくとれば同一の疾患概念とみなすことが可能な傷病であっても、傷病名の決定方法によって、少しずつ異なる概念に細分化される状況が存在する。

図1 同一疾患概念の傷病名による相違

ており、場合によっては同一の疾患概念に対して同時に複数の傷病名が用いられる場合も存在する。しかし、それぞれの傷病名で規定される疾患概念が完全に一致しているとは限らず、同一の疾患概念であっても、傷病名の決定方法によっては少しずつ異なる概念を含む場合も存在する(図1)。

レセプトに記載された傷病名は、疫学研究などの各種調査研究で用いる厳格な診断基準によって定義されているわけではない。しかし、「保険病名」は実際に行った診療行為と、保険診療の範囲の中で結びつくものであり、症候論的な立場からの傷病名とも考えることが可能である。レセプトに記載された傷病名を「保険病名」として、あたかも虚偽の傷病名であるかのように取り扱うことは、病名に原因が入っている原因論的病名と症候のみしか病名に含まれていない症候論的病名を混同してきたために生じた誤り¹⁾と、同様の誤ちを犯すことにつながる。保険診療の範囲の中で定められる傷病名と一般的な医学常識の範囲、または疫学研究で用いられる診断基準との乖離の存在に対して再認識した上で、「保険病名」の妥当性について議論する必要がある。

レセプトに記載された傷病名の精度について

レセプトに記載された傷病名と診療録などのレセプト以外の情報源を用いた診断結果を比較検討した場合、心筋梗塞では非常に信頼性が高く²⁾、痛風では信頼性は十分ではなかった³⁾との報告がある。保険制度の異なる米国で実施された研究成果が、そのままわが国に適用可能とは限らない。しかし、レセプトに記載される「保険病名」について、信頼性の高い傷病名とそれほど高くない傷病名の双方が存在すると考えても、大きな矛盾はないと判断できる。

レセプトに記載された傷病名を分析する上での問題点

国際疾病分類(International Classification of Diseases and Related Health Problems)は、WHO(世界保健機関)が定める疾病分類の定義であり、現在は第10回国際疾病分類(ICD10)が人口動態統計の死亡原因の分類に用いられている。また、医療機関のカルテ管理やレセプトなどの臨床現場向けに、疾病のほか手術処置コードも含むICD-9-CM(International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)も用いられ

ている。わが国では2002年4月より、レセプトに記載する傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」(平成3年9月27日)に規定する傷病名を用いること、とされている⁴⁾。しかし、わが国のレセプトに記載された傷病名が以上に挙げた分類に従っているとは限らず、同一の疾患概念であっても、医療機関によって異なる傷病名が用いられている可能性が否定できない。

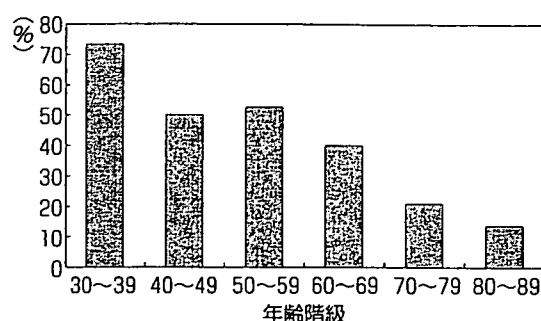
傷病名の分類(カテゴリ化)

レセプトに記載された傷病名をそのまま分析・集計することは非常に困難である。現在、傷病名は社会保険表章用疾病分類表による中分類(以下、119分類)によって分類されるのが一般的である。119分類の問題点の1つとして、生活習慣病の中でも大きな割合を占めている高脂血症が「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」(119分類:403)に分類され、高脂血症単独での集計を行うことが事実上不可能な点が挙げられる。糖尿病においても、糖尿病網膜症や糖尿病性腎症などの重篤な合併症と、合併症を発生していない糖尿病が同一のカテゴリに分類されてしまう点も問題とされる。傷病名のカテゴリ化に伴う問題は、現行の119分類にレセプト分析の目的に応じたカテゴリを追加する方法によって対応可能である。

しかし、この方法論の最大の問題は、保険者、都道府県国保連合会もしくは支払基金独自の形式となるため、全国レベルでの分析が不可能な点である。さらに、がんの疑いによって検査を実施した結果、がんは存在しなかった場合の傷病名は、いわゆる「疑い病名」としてレセプトに記載されるが、現行の119分類では、がんの有無によらず同一のカテゴリに分類されることも、傷病名の分類に関する重要課題である。

レセプトに関する統計の実施時期

社会医療診療行為別調査等、わが国の医療費に関する主要な統計は5月診療分(6月審査分)のレセプトを情報源としている。5月は季節変動の存



平成17年度厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業報告書
(H16-新興-5, 研究代表者: 谷原真一) より一部改訂

図2 レセプト全疾病データベースにおいて「腸管感染症」を含むレセプトが3疾病データベースで把握可能だった割合

在する感染症の流行時期に該当せず、年間の医療費や受診状況を月別に検討する場合には、もっとも安定したデータが得られると考えられているためである。このため、インフルエンザのように冬期に流行する傾向の強い感染症の医療費が、国民医療費⁵⁾に反映されることはほとんどない。

主傷病について

現在の日本の保険診療制度上、レセプトには医療機関ごとの1か月分の診療報酬が一括して記載されるため、レセプトに記載される傷病名は複数となる場合が大半である。2002年4月より、複数の傷病名が記載されたレセプトについては主傷病の明記が義務づけられるようになり⁴⁾、社会医療診療行為別調査および国民健康保険医療給付実態調査報告では、主傷病に基づいて傷病分類別医療費が求められている。

この方法によって傷病分類別医療費を求める場合、月初と月末で完全に独立した傷病で受診した場合など、主傷病として選択されなかった傷病に用いられた費用まで主傷病の医療費として計上されてしまうという問題が指摘されている⁶⁾。また、複数人による同一レセプトにおける主傷病名の分類結果が必ずしも一致しないことや⁷⁾、頻度の高い傷病名であっても主傷病として取り上げられる割合が異なるために、傷病別医療費の推計に

も影響が生じていることが報告されている⁸⁾。

K 県の複数の国民健康保険被保険者において、主傷病および副傷病 2 つまでのデータベースとレセプトに記載されたすべての傷病名を用いたデータベースについて、腸管感染症(119 分類：0101)を有するレセプトの件数を比較した結果、年齢によって傷病数を 3 までに限定した場合のデータベースがレセプトに記載されたすべての傷病名を用いたデータベースにおける腸管感染症の件数を反映する割合は、年齢とともに低下していた⁹⁾(図 2)。

まとめ

傷病名に限らず、レセプトに記載された情報の分析は、通常業務を通じてすでに情報が集積されているという点が、事前に診断基準などを明確にした上で情報収集を行う疫学研究とは異なっている。通常業務を通じて集積される大量の情報を検討し、有益なパターンの存在を確認していく手法は、データマイニングと言われ、小売・流通業界において物流の最適化を図る目的などでしばしば用いられている。市町村のように調査研究以外の業務が大半を占める組織においては、通常業務から得られる情報を用いて各種事業の評価を行うことが求められている。レセプトに記載された傷病名に対して、「保険病名」であるという理由のみによって懐疑の立場に停滞し続けるのではなく、

分析の目的や方法論に応じてレセプトに記載された傷病名の妥当性や、利用しているデータベースが現実のレセプトに記載された情報をどの程度反映しているかについて検討し、長所と短所を認識した上で有効活用することが望ましい。

文 献

- 1) 津田敏秀・他：我が国の社会医学における因果関係論の構築を目指して。日衛誌 55：462-473, 2000
- 2) Kiyota Y, et al: Accuracy of Medicare claims-based diagnosis of acute myocardial infarction; Estimating positive predictive value on the basis of review of hospital records. Am Heart J 148: 99-104, 2004
- 3) Harrold LR, et al: Validity of gout diagnoses in administrative data. Arthritis Rheum 57: 103-108, 2007
- 4) 厚生労働省保険局医療課長：診療報酬請求書等の記載要領等の一部改定について。保医発 0325002 号, 2002 年 3 月 25 日
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部：国民医療費(平成 16 年版)。厚生統計協会, 2006
- 6) 岡本悦司：電算化レセプトのための傷病マグニチュード按分(PDM)法。厚生指針 43(6)：24-29, 1996
- 7) Okamoto E: How the change of classifiers affected the disease classification of health insurance claims? Jpn J Health Economics Policy 17: 43-58, 2005
- 8) 谷原真一・他：診療報酬明細書における主傷病のみの統計分析の妥当性の検証。第 77 回日本衛生学会総会(大阪, 2007/3/28)。日衛誌 62：665, 2007
- 9) 谷原真一：国保レセプトを用いた「腸管感染症」による直接医療費および診療実日数の年齢階級別推計および季節変動の検討。平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業報告書(H16-新興-5, 研究代表者：谷原真一), 2006

入院外レセプトにおける主傷病の記載状況について

谷原 真一*¹, 畝 博*²

* 1 福岡大学医学部衛生学教室准教授 * 2 同教授

連絡先：〒814-0180 福岡市城南区七隈7丁目45-1

福岡大学医学部衛生学教室

FAX：092-863-8892

E-mail：taniyan@fukuoka-u.ac.jp

別刷り希望部数：100部

図表：図1枚 表4枚

別刷請求先：谷原真一

〒814-0180 福岡市城南区七隈7丁目45-1

福岡大学医学部衛生学教室

抄録

目的

複数の傷病名が記載された診療報酬明細書（以後、レセプト）における主傷病の明示がどのように行われているかを把握した上で、現行の主傷病に基づいたレセプト調査及びレセプトのオンライン化に関する問題点を明らかにすること。

方法

ある県の健康保険組合連合会の 2007 年 5 月診療分の被保険者本人の入院外レセプト 7819 件について、主傷病を明示する事項が付加された全ての傷病名を傷病名記載欄の各行毎に連結不可能匿名化を実施した上でデータベース化した。各レセプト毎に 1) 主傷病を明示する事項を有する傷病名記載欄の行数、2) 各行に記載されている主傷病数、2) 主傷病を明示する事項を有する傷病名の総数、を集計した。

結果

7819 件のレセプト中、主傷病名を明示する事項が付加されたレセプトは 4823 件（61.7%）であり、6462 行の傷病名記載欄に主傷病を明示する事項が付加されていた。主傷病を明示する事項が付加された傷病名が複数認められたレセプトは合計で 1246 件（15.9%）であった。複数の主傷病が記載されていた傷病名記載欄は全体の 7.9%（509 行）であり、主傷病を明示する事項が付加された傷病名数の最大値は 6 であった。複数の傷病名に主傷病を明示する事項が付加されていた傷病名記載欄を有するレセプトは 447 件（9.3%）であった。

結論

現行の紙媒体によるレセプトにおいて、主傷病の明示に区切り線を用いた場合に

は、診療開始日が同一の複数の傷病名の全てが主傷病と判定される。診療報酬明細書等の記載要領等において主傷病及び副傷病の明確な定義は存在しないが、診断群分類別包括評価方式におけるレセプトについては、医療資源を最も多く投入した傷病名及び医療資源を2番目に多く投入した傷病名を記載することとなっている。現行の紙媒体におけるレセプトの現状と課題を十分把握したレセプト記載事項の設定を行った上でオンライン化が実施され、レセプト記載情報の全項目が利用可能となれば、レセプトを用いた統計調査がより医療現場の現実を反映可能になる。

キーワード：診療報酬明細書（レセプト）、主傷病、副傷病、入院外

緒言

診療報酬明細書（以下、レセプト）には被保険者氏名，保険者番号，被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号，療養の給付額，などの診療報酬に関する事務処理に利用される情報の他，性，生年月日，傷病名，診療開始日，転帰，医療行為，などの非常に多くの情報が記載されている。国民医療費における傷病分類別一般診療医療費¹⁾など，わが国の医療費に関する統計の多くがレセプトに記載されている傷病名を分類した結果を用いた集計を実施している。傷病名の分類を行うに当たっては，レセプトに複数の傷病名が記載されている場合には一つの主傷病を選択した上で，当該レセプトにおける全ての医療費が主傷病に対して用いられているという仮定に基づいて実施されている。この方法論の問題点として，複数人による同一レセプトにおける主傷病の判定結果が必ずしも一致しないことが報告されている²⁾。2002年4月より，複数の傷病名が記載されたレセプトについては医療機関の側で主傷病を明示することが求められるようになった^{3,4)}。しかし，主傷病の明示がないレセプトでも返戻や査定の対象とはされないため，必ずしも全てのレセプトに主傷病が明示されているとは限らない。

内閣府 IT 戦略本部による IT 新改革戦略（2006年1月19日）では，全レセプトのオンライン化及びレセプト記載情報の全項目が分析可能なデータ形式を用いることが明示されている。複数の傷病名が記載されているレセプトから単一の主傷病を選択して分析を行った場合には，高血圧性疾患は主傷病として選択される可能性が他の傷病よりも高く，傷病別医療費の推計に影響が生じていることが報告されている⁵⁾。レセプトのオンライン化が行われた場合には，レセプトに記載されている複数の傷病名を用いた分析⁶⁻¹⁰⁾や対象傷病名が記載された全てのレセプトを分析した調査^{11,12)}が容易になると考えられる。しかし，従来の統計情報との連続性を担保するなどの点で，将来においても主傷病による傷病分類が継続される意義は存在する。

診療報酬請求書等の記載要領等において主傷病及び副傷病の明確な定義は存在しない^{3,4)}。また、わが国の保険医療制度では各医療機関毎に個人の一月分の診療行為を一括して支払基金または国民健康保険団体連合会に請求する都合上、月初と月末で完全に独立した傷病で受診した場合など、単一の主傷病を選択することが困難な場合が存在する。しかし、レセプトにおける主傷病の記載状況と主傷病の選択に関する問題に関する検証はごく限られている²⁾。レセプトにおける主傷病の記載状況を明らかにすることで、現行の主傷病に基づいたレセプト調査の問題点を明らかにすることが可能になる。また、大半が紙媒体である現在のレセプトにおける主傷病の記載状況を検討し、現行のレセプトにおける主傷病に関する問題点を明らかにすることは、レセプトのオンライン化についても有益である。今回、健康保険組合（以下、健保）の被保険者本人の医科入院外レセプトについて、主傷病を明示する事項が付加された傷病名の状況について検討を実施した。

方法

ある県の健康保険組合連合会（以後、健保連）の2007年5月診療分の被保険者本人の入院外レセプト7819件について、主傷病を明示する事項が付加された全ての傷病名をデータベース化した。傷病名のデータベース化は傷病名記載欄の各行毎に実施し、各レセプトから最大10行までをデータベース化した。本研究では、1）（主）が付加された傷病名、2）*が付加された傷病名、3）図1に示すように傷病名記載欄および摘要欄に区切り線が付加されている場合は区切り線より上に記載された全ての傷病名、のいずれかに該当する場合に主傷病を明示する事項が付加された傷病名として傷病名記載欄および摘要欄の各行毎にデータベース化を実施した。各レセプト毎に1）主傷病を明示する事項を有する傷病名記載欄の行数、2）各行に記載されている主傷病数、2）主傷病を明示する事項を有する傷病名の総数、を

集計した。なお、傷病名に主傷病を明示する事項が付加された傷病名が存在しないレセプトについては、単独の傷病名のみが記載されているレセプトであり、主傷病であることが明らかな場合であっても集計の対象外とした。

レセプトに記載された傷病名をデータベース化する作業は全て健保連が実施した。分析に用いたデータベースには主傷病を明示する事項が付加された傷病名記載欄の行数及び主傷病名として明示された傷病名以外の情報を削除し、氏名または被保険者記号番号などの個人を特定するための情報を一切含まない連結不可能匿名化を実施した。

結果

各レセプトにおいて主傷病を明示する事項が付加された傷病名記載欄の行数の分布を表 1 に示す。7819 件のレセプト中、主傷病名を明示する事項が付加されたレセプトは 4823 件（61.7%）であった。もっとも割合が高かったのは主傷病名を明示する事項が付加された傷病名記載欄の行数が一行のみのレセプトの 3581 件（45.8%）であった。主傷病名を明示する事項が付加された傷病名記載欄の行数が二行以上認められたレセプトは合計で 1242 件（15.9%）と全体の 6 分の 1 弱を占めていた。主傷病を明示する事項が付加された傷病名記載欄が存在しなかったレセプトは 2996 件（38.3%）と全体の 3 分の 1 を超えていた。

各レセプトにおいて主傷病を明示する事項が付加された傷病名数の分布を表 2 に示す。もっとも割合が高かったのは、主傷病を明示する事項が付加された傷病名が一つのみのレセプトの 3577 件（45.75%）であった。これは、前述した傷病名記載欄数が一つのみであったレセプト 3581 件とほぼ同数であった。主傷病を明示する事項が付加された傷病名が複数認められたレセプトは合計で 1246 件（15.9%）と傷病名記載欄数の行数の場合とほぼ同様であった。

傷病名記載欄の各行に記載されていた主傷病を明示する事項が付加された傷病名数の分布を表 3 に示す。全体で 6462 行の傷病名記載欄に主傷病を明示する事項が付加されていた。主傷病を明示する事項が付加された傷病名数が 1 のものももっとも割合が高く、全体の 92.1% (5953 行) を占めていた。主傷病を明示する事項が付加された傷病名数の最大値は 6 であった。複数の主傷病が記載されていた傷病名記載欄は全体の 7.9% (509 行) であった。

各レセプトにおいて複数の傷病名に主傷病を明示する事項が付加されていた傷病名記載欄の行数の分布を表 4 に示す。主傷病名を明示する事項が付加されていたレセプト 4823 件の内、4376 件 (90.7%) には複数の主傷病が記載されていた傷病名記載欄の行を認めなかった。複数の傷病名に主傷病を明示する事項が付加されていた傷病名記載欄を五行有するレセプトが認められた。複数の傷病名に主傷病を明示する事項が付加されていた傷病名記載欄を有するレセプトは 447 件 (9.3%) であった。

考察

本研究ではある県の健保連の被保険者本人の入院外レセプトについて、主傷病名の記載状況を検討した結果、主傷病を明示する事項が付加された傷病名が複数認められたレセプトが全体の 16%認められた。本研究は、レセプトに記載された傷病名の内、主傷病を明示する事項が付加された傷病名の全てを実際のレセプトに記載されている状況を反映可能な形でデータベース化した上で分析を実施した。通常のレセプトに関する分析は複数の傷病名が記載されたレセプトから主傷病を一つのみ選択する場合が大半である。主傷病の明示が求められていなかった時期においては、複数人による同一レセプトにおける主傷病の判定結果が必ずしも一致しないことが報告されている²⁾。本研究の結果により、主傷病の明示が求められるようになった

後でも³⁾、レセプトにおける主傷病の明示方法によって単独の主傷病を決定することができない場合が無視することのできない程度の割合で存在していることが示された。

データベース作成の都合上、主傷病を明示する事項が付加された傷病名の全てではなく、傷病名記載欄および摘要欄の合計 10 行までをデータとして用いた。主傷病を明示する事項が付加された傷病名記載欄および摘要欄の行数が合計 10 行以上のレセプトは全体の 0.2%とごくわずかであり、主傷病を明示する事項が付加された傷病名のほぼ全数を用いて分析したと考えられ、データベース化の段階で上限を設けたことによる影響は存在しない。

主傷病を明示する事項が付加された傷病名が存在しなかったレセプトは 2996 件 (38.3%) と全体の 3 分の 1 を超えていた。当該レセプトに記載された傷病名が 1 つのみの場合には主傷病は自明である。今回は主傷病を明示する事項が付加された傷病名の現状について検討しており、全ての傷病名を検討していないため、調査対象としたレセプトにおいて記載された傷病数が 1 つのみのものの占める割合は算出不可能である。そのため、複数の傷病名が記載されたレセプトにおいて、主傷病が明示されていないものの割合については検証不可能である。平成 16 年国民健康保険医療給付実態調査によると、入院外レセプトにおいて傷病数が 1 のものは全体の 18.1%であった¹³⁾。また、国民健康保険（以下、国保）加入者の老人医療受給対象者の医科入院外レセプトでは傷病数は 1 つのみのものは全体の 15.8%であった⁵⁾。本研究は被用者保険本人のレセプトを対象としており、一般医療、退職者医療、老人保健医療の全てを含む国民健康保険医療給付実態調査¹³⁾及び国保加入者の老人保健医療対象者⁵⁾よりも、複数の慢性疾患による受診の割合は少ない。よって、傷病数が 1 つのみのレセプトが占める割合は高くなると考えられ、主傷病を明示する事項が付加された傷病名が存在しなかったレセプトにおける主傷病の選択に関する問題は国民健康保険医療給付実態調査¹³⁾や国保加入者の老人医療受給対象者⁵⁾よりも

小さいと判断できる。

主傷病を明示する事項が付加された傷病名が複数認められたレセプトには、一行に複数の傷病名が記載されている場合と、傷病名記載欄および摘要欄の複数行に主傷病を明示する事項が付加されている場合が混在していた。現行の紙媒体によるレセプトでは診療開始日が同一の複数の傷病名を一行に記載することで、レセプト電算処理マスターコードのように各傷病毎に診療開始日ないしは当該傷病が主傷病であることを示す事項を付加するよりも、限られた面積の傷病名記載欄により多くの情報を記載することが可能になる。主傷病の明示に関して区切り線を用いた場合には、診療開始日が同一の複数の傷病名の全てが主傷病と判定される。ごく一部のレセプトではあるが、一行に4～6の傷病名が記載されていた。主傷病の判定において、複数の傷病名が同一行に記載されている場合の妥当性について検証を行う必要が存在する。

診療報酬請求書等の記載要領等では、主傷病については原則として1つ記載することとされているが複数記載することも認められている^{3,4)}。慢性疾患生活指導料算定の留意事項における「主病」については、「全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいう」との定義が存在し、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対して実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われている場合に算定が可能となる。診断群分類別包括評価(以後、DPC)方式におけるレセプトについては、主傷病は「医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定」と明記されており、診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名(医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名)」とは別に定めることとなっている¹⁶⁾。わが国の保険医療制度では各医療機関毎に個人の一月分の診療行為を一括して支払基金または国民健康保険団体連合会に請求する都合上、入院外診療において月初と月末で完全に独立した傷病で受診した場合など、単一の主傷病を選択することが困難な場合が存在する。もっと

も、DPC方式におけるレセプトについては、医療資源を2番目に投入した傷病名並びに入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで）を記載することとなっている¹⁶⁾。複数の傷病名が記載されているレセプトについて主傷病を判定する場合、判定者によって結果が異なることが指摘されている²⁾。国民医療費¹⁾、国民健康保険医療給付実態調査報告¹³⁾、社会医療診療行為別調査¹⁴⁾、などのわが国におけるレセプトを用いた主要な統計調査が今後も主傷病に基づいた集計解析を実施するとすれば、入院外レセプトにおける傷病名の記載についても、現行の記載要領よりも明確な定義及び基準を定めることが望ましい。

今回は主傷病の記載状況に関する問題点を検討し、単独の主傷病を選択することが困難なレセプトが全体の約16%存在することを示した。主傷病のみによって傷病分類別医療費を求める場合に主傷病として選択されなかった傷病に用いられた費用まで主傷病の医療費として計上されてしまうという問題は以前より指摘されている^{5,17)}。国民健康保険において、主傷病のみを用いた場合とレセプトに記載された全ての傷病名を用いた場合には傷病別一般医療費や傷病数の頻度について乖離が存在することも報告されている^{5,18)}。今回明らかになった主傷病の記載状況など、現行の紙媒体におけるレセプト情報の現状と課題を十分把握した上でレセプトのオンライン化が実施され、レセプト記載情報の全項目が利用可能となれば、レセプトを用いた統計調査がより医療現場の現実を反映可能になると考えられる。

謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）「医療保険者の保健事業推進に向けたレセプト分析の方策に関する研究（H19-政策-一般-011）」（主任研究者 小林廉毅）の分担研究として行ったものである。本研究の実施に当たり、多大なご協力をいただいた熊本県健康保険組合連合会の皆様に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生労働省．平成16年国民医療費．オンライン．
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/640/2004/toukeihyou/0005572/t0122625/h1202_005.html 2007年12月参照.
- 2) Okamoto E. How the change of classifiers affected the disease classification of health insurance claims? *Jpn J Health Economics Policy* 2005;17:43-58.
- 3) 厚生労働省保険局医療課長．診療報酬請求書等の記載要領等の一部改定について．保医発 0325002 号．2002年3月25日.
- 4) 厚生労働省保険局医療課長．「診療報酬請求書等の記載要領等について」の改正について．保医発第 0330006 号．2006年3月30日.
- 5) 谷原真一，山縣然太郎，畝博．診療報酬明細書における主傷病のみの統計情報の妥当性の検証．*日本衛生誌*（印刷中）.
- 6) 谷原真一，渡辺晃紀．多・重複受診老人の入院外医療費の実態に関する分析．*健康支援* 2000;2:1~2:31-37.
- 7) 寶満誠，松田晋哉．福岡県の某健康保険組合における老人保健制度医療対象レセプトの解析 外来診療における個人単位分析，多科・重複受診に関するレセプト解析．*日本公衆衛生雑誌* 2001;48:551-559.
- 8) 八尋玄德，馬場園明，西岡和男，他．精神的健康度と受診行動との関連について レセプト情報を活用した保健事業の推進．*厚生指標* 2005;52(8):21-26.
- 9) 石原礼子，馬場園明，亀千保子，他．メンタルヘルスと医療費の指標との関連に関する研究．*衛生学雑誌* 2006;61:400-406.
- 10) 亀千保子，馬場園明，石原礼子．生活習慣病予防事業による医療費への影響．*厚生指標* 2007;54(4):29-35.
- 11) 鈴木寿則，坪野吉孝，栗山進一，他．レセプト全傷病登録による糖尿病の合併症の医療費分析．*日本公衆衛生雑誌* 2005;52:652-663.

- 12) 安西将也. 生活習慣病予防と医療費適正化に向けて 大阪府における糖尿病医療費統計. 社会保険旬報 2006;2300:10-17.
- 13) 厚生労働省. 平成 17 年国民健康保険医療給付実態調査. オンライン.
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/data-kou11/data17/kij-h17-04.xls>
2007 年 12 月参照.
- 14) 厚生労働省. 平成 18 年社会医療診療行為別調査結果の概況. オンライン.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa06/index.html> 2007 年 12 月参照.
- 15) 尾山真理, 中村和利, 土屋康雄, 他. 高齢者の骨折医療費の特徴－新潟県の国民健康保険データ解析より－. 日本衛生誌 2007;62:967-975.
- 16) 厚生労働省保険局医療課長. 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. 保医発第 0330007 号. 2006 年 3 月 30 日.
- 17) 岡本悦司. 電算化レセプトのための傷病マグニチュード按分(PDM)法. 厚生の指標 1996;43(6):24-29.
- 18) 岡本悦司, 田原康玄. レセプト全傷病分析による町村間ならびに月間変動の分析. 厚生の指標 2003;50(13):14-20.

表1. 各レセプト毎の主傷病を明示する事項が
付加された傷病名記載欄の行数

主傷病明示あり 傷病名記載欄行数	レセプト件数	割合
1	3581	45.8%
2	755	9.7%
3	247	3.2%
4	116	1.5%
5	57	0.7%
6	24	0.3%
7	10	0.1%
8	8	0.1%
9	10	0.1%
10以上	15	0.2%
記載なし	2996	38.3%
合計	7819	100.0%

表2. 各レセプト毎の主傷病を明示する事項が
付加された傷病名数

主傷病名明示あり 傷病名数	レセプト件数	割合
1	3577	74.2%
2	758	15.7%
3	248	5.1%
4	117	2.4%
5	58	1.2%
6	22	0.50%
7	10	0.20%
8	8	0.20%
9	10	0.20%
10	9	0.19%
11	2	0.04%
12	2	0.04%
13	0	0.00%
14	1	0.02%
15	1	0.02%
合計	4823	100.0%

表3. 主傷病を明示する事項が付加された傷病名記載欄の各行における主傷病数の分布

主傷病数	傷病名記載欄の行数	割合
1	5953	92.1%
2	389	6.0%
3	100	1.5%
4	16	0.2%
5	3	0.0%
6	1	0.0%
合計	6462	100.0%

表4. 各レセプトにおいて複数の主傷病が記載されていた傷病名記載欄の行数

複数主傷病あり 傷病名記載欄行数	レセプト件数	割合
なし	4376	90.7%
1	399	8.27%
2	39	0.81%
3	5	0.10%
4	3	0.06%
5	1	0.02%
合計	4823	100.0%

図1 傷病名欄の表示方法の例

傷病名	診療開始日
1) 傷病名1, 傷病名2	1)15年3月10日
2) 傷病名3, 傷病名4	2)16年3月11日
3) 傷病名5	3)17年3月28日

4) 傷病名6, 傷病名7	4)17年3月29日
5) 傷病名8	5)17年4月12日

傷病名に(主)または*が付加されているか、区切り線より上方の傷病名を全て「主傷病を明示する事項が付加された傷病名」として取り扱った。