

の法律が目的を達成するための手段として合理的なものか、という点にある。原告らは、州の法律が患者のプライバシーを保護するという目的に照らして過度広範な規制である、と主張している。文面上明らかであるが、州の法律では、個人識別情報を除去された処方せん、いわゆる匿名化された後に処方せんを譲渡や使用することまで規制されているわけではない。しかしながら、少なくとも適法に匿名化されていることを証明する手段がないとすれば、州の法律は、あらゆる処方せんの解析、譲渡、そして利用に影響を及ぼすことになる。それは、製薬会社の販売促進活動を妨げるおそれがあるだけでなく、医師にとっても医薬品の適正な使用についてのフィードバックを受けられなくなる可能性があり、結局のところ患者に不利益をもたらす事態も十分に予想できる。関係者の言論・表現を不当に侵害する州の法律によって、良好な医療が妨げられる、というわけである。

他方、患者を支援する団体は、州の法律で規制されない場合には処方せんの売買によってプライバシーが侵害される、と主張している。プライバシーの侵害を裏付けるものとして挙げられているのは、そもそも匿名化が極めて難しいという現実である。例えば、個人識別情報に代わる対応コードを利用し、対応コードへのアクセスを適切に管理制限していても、公開されている出生記録を組み合わせれば、ある処方せんは個人識別性を帯びるといふ。また、特別の属性を持った個人や著名人の個人識別性を除去することは難しいと指摘されている。さらには、匿名化技術と競うように個人再特定のための技術は格段に進歩していて、公開されている個人情報を利用すれば効果的に個人を再特定することができるのではないか、という懸念が生

じている⁸。匿名化された処方せんが適切に使用されていることを確認できないとすれば、実際に処方せんの不正利用が報道されている以上、患者が自らのプライバシーについて懸念を抱くのも無理はない。

上記訴訟は、現在合衆国最高裁で口頭弁論が開かれ、判決が待たれているところである⁹。この判決の影響は予想できないが、今後の匿名化のあり方をめぐる議論を左右することは間違いない。

3. 結びにかえて

アメリカにおける医療分野のプライバシー保護をめぐる議論は、連邦議会ではなく合衆国最高裁の判決を契機に大きく変わることになる。薬剤給付管理は、アメリカにおける医薬品ビジネスの根幹を担う重要な業務であり、それを規制する州法が合衆国憲法上違憲とされるか否かによって、現在の匿名化技術のあり方も影響を受けざるを得ない。

匿名化は、医療情報の利活用のために必要不可欠のものであるが、具体的な方法だけでなく、その適切な実施の担保について一般国民に知られることはほとんどない。匿名化といっても、完全な匿名化は難しく、利用目的に照らしてどこまでの匿名化を必要とするのか、そしてどうやって匿名化の実施を確認し、不正な利用を防止するのが問題になるのに、筆者自身を含めて一般国民には不明な点が多いのである。

匿名化と一口にいっても、個人が特定される

⁸ 以上の患者の懸念については、次の書面を参照した。 See Brief for the Electronic Privacy Information Center, EPIC as Amicus Curiae Supporting Defendant/Appellant Kelly A. Ayotte at 6-10, *IMS Health Inc. v. Ayotte*, No. 07-1945 (U.S. Aug. 20, 2007).

⁹ *IMS Health, Inc. v. Sorrell*, 630 F.3d 263, 267 (2d Cir. 2010) (裁量上訴が受理された事件)。

リスクは、データの利用目的、データを利用する者、データの利用方法によっても異なるため、誰によって匿名化されたデータを、誰が何のためにどのように利用する場合の個人識別可能性なのかが問題になる¹⁰。

このように、匿名化といっても医療情報の利用目的、利用主体（医療機関内部のみの利用、複数の医療機関、その他の機関または個人）、利用の方法（1度きりの利用、複数回の利用、外部保存の有無、第三者提供の有無）などに照らして講ずるべき措置が異なる。もし、コンテキストごとに匿名化の方法、または、匿名化されていることを確認するための手続きがより具体化されれば、個人情報保護しながらデータを利活用する可能性が開かれる。

また、匿名化だけに頼るのではなく、コンテキストによっては匿名化と患者本人の同意を組み合わせて利用する方法や、統計学に基づいて個人識別される可能性が極めて低いことを確認する、という方法も検討に値する。同意については、患者が将来の利活用について事前に同意する可能性と、利用目的を変更した場合の事後な同意取得ルールが極めて重要になる。このように、匿名化と患者本人の同意を組み合わせて利用する場合には、患者の同意を促すために一部の個人情報だけを特別に隠したい旨の希望に応えるような、より柔軟なルールが必要になるだろう。

合衆国最高裁の判決とその後の議論を参考にし、わが国でも医療情報の利活用のために、より優れた匿名化のあり方について考えてゆくことが期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

¹⁰ See, e.g., NHS Connecting for Health, Guidance on De-identification (Final version 1.0, Nov. 20, 2009).

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
分担研究報告書

医療情報システムによる新しい管理会計と医療の最適化に関する研究

研究分担者 小塩篤史（日本医科大学 医療管理学教室）

研究要旨

本研究分担においては、医療情報システムを用いた管理会計、特に原価計算に関する国内外の先進事例を検討した。原価計算の精緻化には、情報システムの普及が必須であり、また臨床データを2次的に活用する必要があることから、それらも併せて検討した。学術データベース、政府機関等のホームページから情報収集を試みた。アメリカにおいては、アメリカ再生法による医療の電子化と比較有効性調査が大規模に進められるため、関連して原価計算の進展も予想される。イギリスでは、患者単位での原価測定と情報提供システムが導入され、医療の効率性向上のために取り組みがなされている。日本においても、レセプトの電子化により、レセプト/DPC情報を利用した原価計算が進むと考えられるが、原価計算手法の精緻化やリスク調整情報の提供が行われないと誤った解釈を成される危険性がある。正確なデータ収集を行える情報システムを用いて、原価計算のベストパフォーマンスを構築していく必要がある。

A. 研究目的

本研究では、医療情報システムによる新しい管理会計に関して、国内外の先進事例を検討する。そもそも直接計測や活動基準原価計算のような非常に精緻な原価計算の実施には、情報システムの整備が不可欠である。他産業における原価計算の精緻化は、情報システムの普及と軌を一にしてきた。近年、医療産業においても、情報システムの普及が進んでおり、精緻な原価計算が可能な状況が整いつつある。特に、アメリカにおいては、アメリカ再生法に基づいた公共投資により、医療の電子化が急速に進展し、電子データの利活用も大きなターゲットとなっている。医療情報システムを用いた原価計算としては、本研究の研究代表者が実施した過去の厚生労働科学研究の成果

などがあるが、原価計算や電子データの利活用に関する国際的な動向を注視しながら、保健医療の最適化に繋げていくことが重要と考えられる。本研究では、特に米・英の動向に注目し、医療情報システムを用いた原価計算の動向を検討した。その際、原価計算論の流れ並びに、医療情報の2次的利活用の方向性についても同様に議論を行った。これは、情報システムのデータを用いて原価計算を行う際に、より詳細な分析を行うと必ず患者のデータが必要となり、患者情報の2次的利活用の問題が同時に発生すると思われるからである。

B. 方法

医療情報システムを用いた原価計算の先行事例を検証するため、Pubmed, Google

Scholar などの学術論文検索システムを用いて、病院における管理会計の現状並びに医療情報システムを利活用した原価計算に関して、検索を行った。また、米・英の医療情報学会のホームページ、AHRQ、NHS 等の公的なホームページ等から、現状調査を行った。考察部分では、分担研究者の過去の研究成果を引用しているが、そこでは正確な原価計算の基礎となる活動量データの解析が行われている。本解析の結果は、国立国際医療研究センターの情報システムから収集したものである。

(倫理面への配慮)

先行研究調査、現状把握に関しては、すべて公開されたデータであり、個人情報保護に関する問題は発生しないと考えられる。また、考察で一部引用した研究結果に関しては、個人情報をも特定出来ない集計データとなっており、倫理面での問題はないと考えられる。

C. 結果

ーアメリカの現状

アメリカは、原価計算・管理会計そのものの先進国であり、医療分野においても原価計算の先進国である。多くの原価計算における新手法（活動基準原価計算・直接賦課方式・Time Driven Activity-Based Costing など）がアメリカにおいて開発・実施されている。アメリカにおいては医療における原価計算も進展しており、先進的な原価計算の医療応用はアメリカを中心に行われている。原価計算の応用が進んでいる理由としては、医療制度としては市場メカニズムを活用している点、保険者の権限

が強く、実施医療行為の管理が出来る点、病院間での競争が存在し、原価を下げる圧力がある点、疾病分類ごとの定額支払いが主であり、原価下げのインセンティブがある点などがあげられる。特に網羅的な原価計算を実施しているのが、Center for Medicare and Medicaid Service で、全国のメディケア・メディケイド対応病院で原価計算に関する情報を収集している。

特に、American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) 制定後、アメリカで医療情報の 2 次的利活用が進展している。特に焦点を当てられているのが、比較有効性試験 (Comparative Effectiveness Research) で、約 1000 億円を本試験へのインセンティブ付け・実施費用に利用している。ここでは主に、治療方法・医療技術等の有効性の検証を行い、選択・意志決定の新たなエビデンス構築を目指している。このプロジェクトにおいては、データ収集に多額のコストがかかるため、電子カルテデータを 2 次的に利用して、比較有効性試験のためのデータを得ることとしている。比較有効性の検証においては、費用の計測も当然含まれており、原価計算に近い検証も合わせて実施されると考えられる。本プロジェクトを通じて、電子カルテの生データを用いたアウトカム評価や費用把握手法が進展すると考えられる。さらに、比較有効性調査の枠組み内では人的資源の育成もあげられており、医療分野での原価計算人材の育成効果も期待できる。

ーイギリスの現状

イギリスは National Health Service が伝統的に原価計算を実践してきている。特

に医療制度改革以降、透明性・説明責任が重要視されており、国営医療サービスである National Health Service も原価構造の把握・公開が課題となってきた。その一環として、Patient Level Information and Costing System(PLICS)患者レベル費用情報システムが導入された。PLICSでは、①提供された全サービスの費用を計測、②出来る限り費用計測を直接計測する、③原価計算の測定プロセスの透明化、④活動基準原価計算の活用が行われている。NHSでは、家庭医への Pay for Performance が導入されたため、こういった費用情報がますます重要になっている。

PLICSでは、臨床データから患者毎のコストドライバーを計測し、患者に直接利用した費用の直接賦課と活動基準原価計算の手法によって設定されたコストドライバーに基づいて間接費用を賦課している。

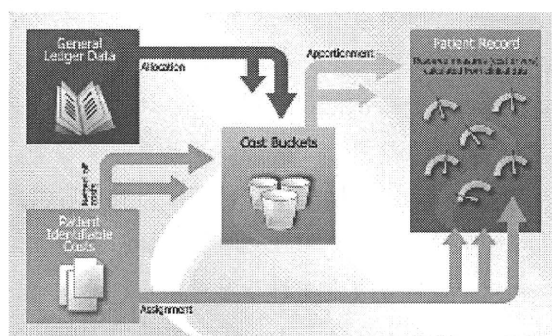


図 PLICS 概念図

その他の国際的な潮流としては、ドイツで実施されているプロセス原価計算論、オーストラリアの Micro Costing があげられる。ドイツでは、精緻な原価計算を制度化し、保険者の価格決定・交渉に利用されている。オーストラリアはまだ実験段階であるが、すべての費用を直接計測する Micro

Costing の制度化に向けて、実証実験を行っている。

また、病院ベースではなく、研究ベースで行われているものとしては、アメリカが中心である。研究ベースの原価計算は最も精緻な原価計算を行っているが、データ収集の限界から、診療科を限定する、ICU や検査だけで行うなどの手法が取られている。

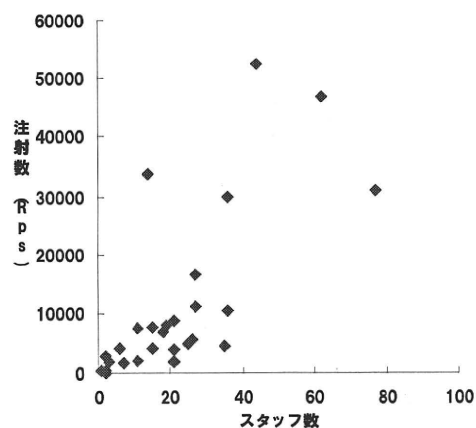
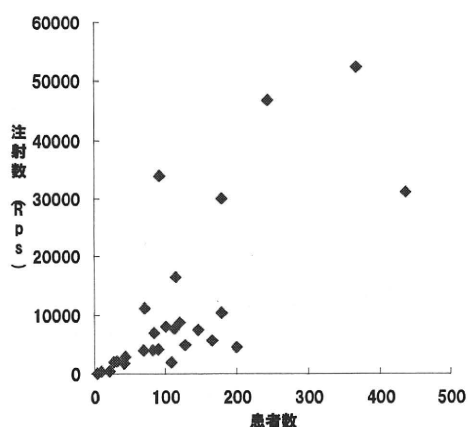
D. 考察

結果で上述したように国際的に情報システムを利用した管理会計はますます進展しつつある。一方で日本の状況としては、レセプトの電子化とレセプト情報を用いた原価計算が取り組まれている。日本においても DPC 包括支払い制度導入以降、病院における原価計算の必要性が高まってきている。また、政府・保険者側にとっても、医療費の増大と財政難から適切な原価把握は重要課題となってきた。レセプトデータを用いた原価計算は、既に電子化されたデータが大量にあり、悉皆性も高いことは非常に有利な点である。一方で患者の重症度が把握できない点や保険請求に現れない廃棄等のデータが補足できないという点がある。また活動基準原価計算などの精緻な原価計算手法の応用も難しい。近年 DPC データが利用可能になり、DPC E/F ファイル内の情報も利用が進みつつある。DPC データを用いることで、活動量や重症度がある程度測定可能となったが、保険請求とは関係ないデータの補足が問題である。

電子化情報による原価計算が進むと、普及が一気に進む可能性があるが、原価情報の取り扱い、分析方法に関しても十分な注意が必要である。まず、原価情報の病院間

比較に関して考えると、病院間比較は、病院のパフォーマンス測定や経営改善に非常に有益な情報を与える可能性がある。しかし、一方で取り扱っている患者の質や重症度は病院毎で異なっている可能性があるため、適切なリスク調整が不可欠である。例えば、カナダでは Canadian Institute for Health Information (CIHI) Discharge Abstract Database (DAD) という組織が作られており、病院間比較のためのリスク調整情報を提供している。NHS でもリスク調整の情報を提供しており、日本でもどうよりの組織や研究機関が必要であると考えられる。

また、原価計算の測定手法であるが、活動基準原価計算の計算の困難さから、間接経費を患者数やスタッフで賦課する手法が通常とられている。国立国際医療研究センターのデータを用いた分析によると、これらの指標は必ずしも活動量を正確に反映していない。



便宜的な手法の開発も必要であるが、やはり正確な手法を用いた妥当性の検証を続ける必要がある。

E. 結論

アメリカ・イギリスなどを中心に、医療情報システムの普及を受けて、原価計算も進展している。患者単位や疾病単位での活動基準原価計算に基づいた原価の測定が実際に行われ始めている。日本においても、情報システムの普及、レセプト電子化などによる環境が整いつつあるが、適切な情報活用のためには、データの精査と処理方法の洗練・リスク調整情報の提供が不可欠である。本研究と通じて、手法の精緻化に取り組む必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1). Akiyama M, Koshio A, Kaihotsu N. Analysis on data captured by the barcode medication administration system with PDA for reducing medical error at point of care in Japanese Red Cross

- Kochi Hospital. Takeda H(Ed.): E-Health 2010, IFIP AICT 335, pp.122-129,2010.
- 2). Koshio A, Akiyama M. Capturing and analyzing injection processes with point of act system for improving quality and productivity of health service administration. Takeda H(Ed.): E-Health 2010, IFIP AICT 335, pp.114-121,2010.
 - 3). Akiyama M, Koshio A.,Kaihotsu N. Analysis of data captured by barcode medication administration system using a PDA; aiming at reducing medication errors at point of care in Japanese Red Cross Kochi Hospital. Stud Health Technol Inform. 2010; 160(Pt 1):774-8.
 - 4). 秋山昌範, 森川富昭, 清水佐知子, 小塩篤史, 長谷川友紀. 保健医療の最適化と医療情報学の役割. 医療情報学 30(Suppl.) 212-213, 2010.
 - 5). 小塩篤史, 秋山昌範, 中村章一郎. 診療行為実施時点において入力されたデータを用いた看護業務分析. 医療情報学 30(Suppl.) 1082-1085, 2010.
2. 学会発表
- 1). Akiyama M., Koshio A, Kaihotsu N. Analysis of data captured by barcode medication administration system using a PDA; aiming at reducing medication errors at point of care in Japanese Red Cross Kochi Hospital. Medinfo 2010 - 13th World Congress on Medical and Health Informatics, Cape Town, South Africa. Sep., 2010.
 - 2). Akiyama M Koshio A, Kaihotsu N. Analysis on data captured by the barcode medication administration system with PDA for reducing medical error at point of care in Japanese Red Cross Kochi Hospital. IFIP (International Federation for Information Processing) - IMIA (International Medical Informatics Association) First Joint Symposium on World Computer Congress 2010, Brisbane, Australia Sep 2010.
 - 3). Koshio A, Akiyama M. Capturing and analyzing injection processes with point of .act system for improving quality and productivity of health server administration. IFIP (International Federation for Information Processing) - IMIA (International Medical Informatics Association) First Joint Symposium on World Computer Congress 2010, Brisbane, Australia, Sep., 2010.
 - 4). Koshio A. Applying US physician demand projection model to Japan. International Conference on future healthcare workforce

supply and demand. Tokyo, Japan.
March 2011.

- 5). 小塩篤史. ワークショップ; 保健医療の最適化と医療情報学の役割 (パネリスト), 第 30 回医療情報学連合大会 (第 11 回日本医療情報学会学術大会) 2010 年 11 月.
- 6). 小塩篤史, 秋山昌範, 中村章一郎. 診療行為実施時点において入力されたデータを用いた看護業務分析. 第 30 回医療情報学連合大会 (第 11 回日本医療情報学会学術大会) 2010

年 11 月.

- 7). 小塩篤史, 秋山昌範. 診療行為実施時に捕捉されたデータの解析を通じた医療安全マネジメント. 第 14 回日本医療情報学会春季学術大会. 2010 年 5 月.

G. 知的所有権の取得状況
特になし

医療情報システムのデータを 活用した原価計算と今後の展開

小塩篤史

はじめに

- 原価計算と情報システム
- 電子データの利活用
- 海外での取り組み 米・英・独
- 日本の状況：出来高レセプトとDPCデータ

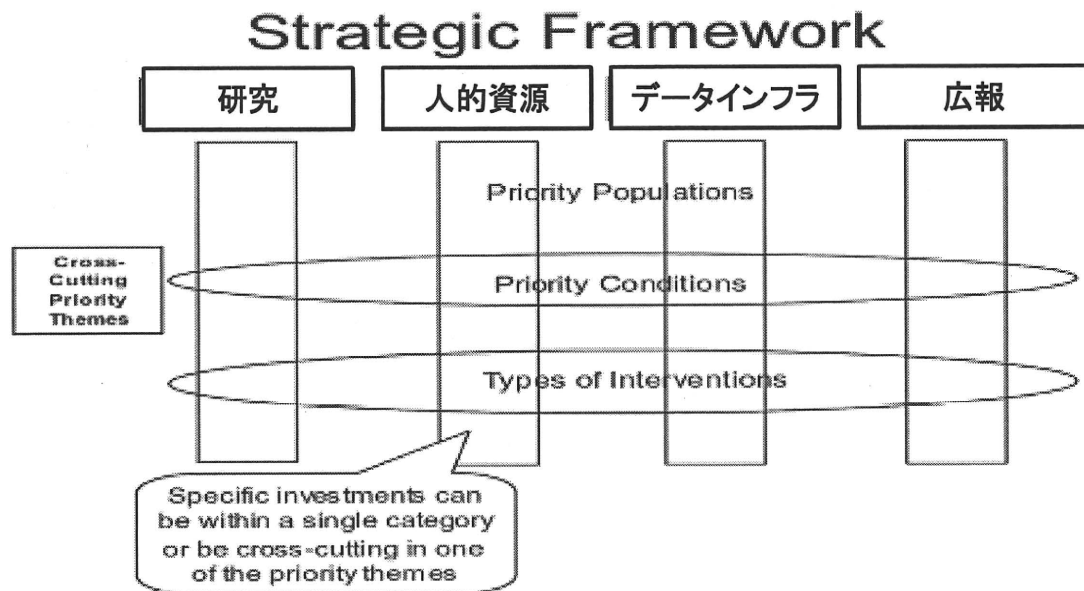
アメリカの原価計算

- 原価計算先進国
- 原価計算の推進要因：保険者の強さ、病院間競争、定額払い
- Center for Medicare and Medicaid Service、退役軍人病院による原価計算
- 費用便益分析研究の進展
- American Recovery and Reinvestment Act (ARRA)によるComparative effectiveness Researchの推進

Comparative Effectiveness Research

- ARRAにより\$1.1 billion (約1000億)の資金
- 治療方法・医療技術等の選択のエビデンス形成
- 電子カルテデータの利活用による促進
- 「生のデータ」の2次的利活用によるアウトカム評価・費用把握手法の構築

CERのフレームワーク

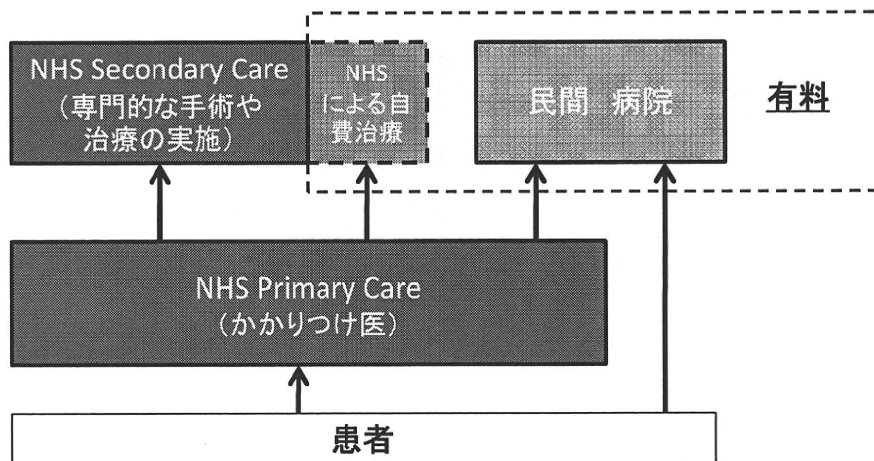


イギリスの原価計算

- NHSによる原価計算の伝統
- NHSによるPatient Level Information and Costing System(PLICS)の導入
- PLICSのコンセプト
 - ✓ 提供した全サービスの費用を計測
 - ✓ 出来るだけ直接計測を行う
 - ✓ 原価計算プロセスの透明化
 - ✓ 活動基準原価計算の活用
- GPの評価への利用と患者へのフィードバック

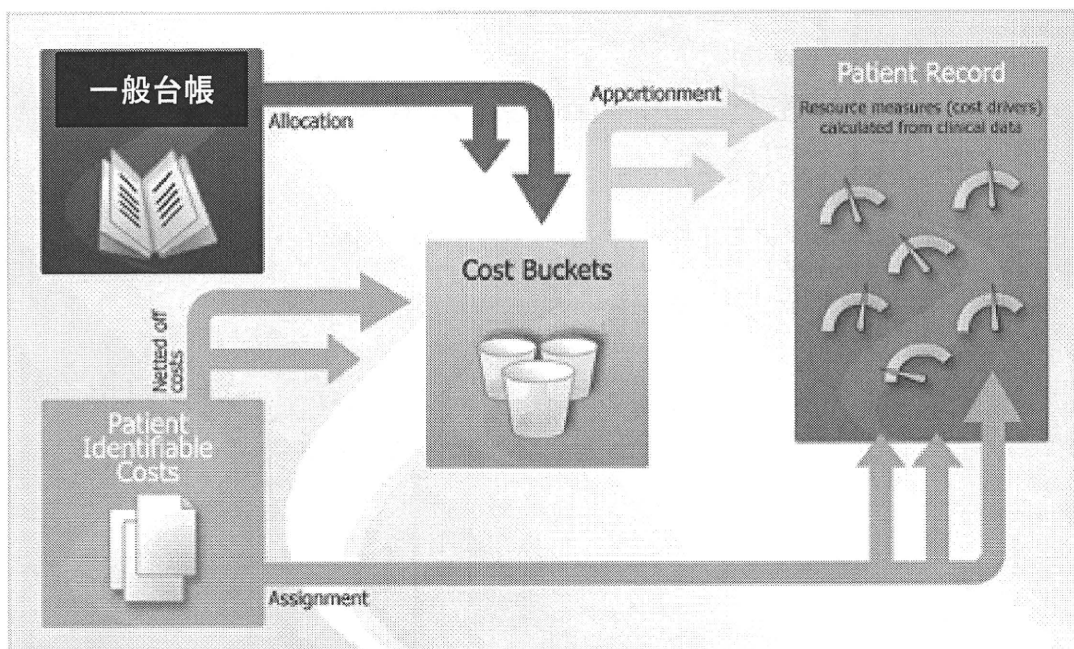
イギリスの医療制度 (NHS) National Health Service

- ・NHS:イギリスの国営医療サービス
- ・主に一般税を財源として、全国民に公平・無料で提供される国営サービス(歯科・薬剤等に一部自費負担有り)
- ・プライマリーケア(かかりつけ医)によるアクセス制限



- ・問題点:長い待ち時間、医師不足・医師の配置
→ IT利用による問題解決

PLICS



原価計算の国際潮流

- アメリカ・カナダは、トップダウン型が主流
- ドイツのプロセス原価計算論(精緻な原価計算の制度化)、オーストラリアのMicro Costing
- 病院間比較のためのリスク調整
Canadian Institute for Health Information (CIHI)
Discharge Abstract Database (DAD)
- Activity based costingを用いた費用対効果分析
→原価計算手法を公衆衛生研究に

医療原価計算研究

- アメリカを中心に医療の原価計算研究が進展している
- 原価計算研究の精緻化に伴い、医療原価計算も精緻化
- ただし、データ収集の限界から、対象は手術・ICU・特定のケアに限定されている

日本の状況

- 内部管理目的

DPC包括支払いによる原価計算の必要性の高まり

- 償還目的

医療費の増大と財政難→適切な原価の把握の必要性

レセプトデータを用いた原価計算

- 保険請求のためのデータなので悉皆性が高い
- 診療部門、診療区分データ、薬剤・材料
- 患者の重傷度が把握できない
- 保険請求に現れないデータ(廃棄等)は捕捉できない。

Eファイル<診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
E-1	○	施設コード	9	9	必須	診療科風番号+施設機関コード 間には区切りを入れない。
E-2	○	データ識別番号	10	19	必須	施設内入出院しても共通の番号、様式1と一致する。
E-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
E-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
E-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる。(※)
E-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
E-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
E-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料?77770000とする。
E-9	▲	施設番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の施設番号 8000等
E-10	○	診療行為名数	254	324		診療行為の名数(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
E-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為「割増率」での点数計。主材料+日2行為薬剤料+日3行為材料料
E-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。
E-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
E-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
E-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の累積回数(前日の同一行為は1とカウント)
E-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、頭に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
E-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)、1111~1999
E-18	○	退院年月日	8	372		yyyyymmdd(国連年4桁1996年1月1日の場合、19960101)
E-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
E-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科、厚生労働省様式1のコードを使用。
E-21	△	施設コード	10	387		診療科日コード、左詰め。
E-22	△	施設コード	10	397		施設日コード 但し、一般 一般以外の区別が可能な場合、左詰め。
E-23	○	病院区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院時の外来診療
E-24	○	入院区分	1	399		1:外来 0:入院
E-25	○	備忘タイプ	3	402		データ挿入不用、タブでフィールドのみ作成。

注1) 薬剤だけとれる検査の時は、E-8に薬剤のコードを入れ、E-11とE-12が同じ点数となる

注2) 加算点数はコメント情報扱い(独立レコードとして分離できない場合)

注3) 外治の場合、1日あたり1レコードとし、E-6にレセプト電算処理システムの外治コードを入れ、E-11の点数は外治率加算後の点数

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

Fファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
F-1	○	施設コード	9	9	必須	診療科風番号+施設機関コード 間には区切りを入れない。
F-2	○	データ識別番号	10	19	必須	施設内入出院しても共通の番号、様式1と一致する。
F-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
F-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		外来症例や未確定時は00000000とする
F-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる。(※)
F-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
F-7	○	行為明細番号	3	44	必須	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。001~999
F-8	○	病院点数マスタコード	12	56		12桁ない場合は、左詰め。
F-9	○	レセプト電算処理システム用コード	9	65		附録-6に掲げるレセプトコードは完全対応させること。Fファイルにはコメントデータを残す(コード8100000000使用)。Eには不用。
F-10	▲	施設番号(基本)	8	73		診療報酬点数上の施設番号 8000等
F-11	○	診療明細名数	254	327		診療明細の名数(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
F-12	○	使用量	11	338	必須	小数点以上7桁、小数点以下3桁にて設定(小数点は「.」にて設定する)。0.002mlの場合、000000.002、行為コードの場合は10000000.000を設定。
F-13	○	基準単位	3	341		診療行為も含めてレセプト電算処理システム用特定器材コードを使用。無い場合は「000」。
F-14	○	行為明細点数	8	349	必須	行為の点数計
F-15	○	行為明細薬剤料	12	361	必須	行為の薬剤料(薬価×使用量)
F-16	○	行為明細材料料	12	373	必須	行為の材料料(購入価または公称価×数量)。材料点数の分離が不可能な場合は、薬剤点数計に集計する。
F-17	○	円・点区分	1	374		1:円単位 0:点単位
F-18	○	出来高実積点数	8	382	必須	出来高実積として課金すべき点数。
F-19	○	出来高・包括フラグ	1	383	必須	1:出来高 0:包括

注1) 点数のないものは、0で表示とする

注2) 行為明細情報の点数は、丸め処理をする前のもの

注3) 外治の場合、1日あたり1レコードとし、F-9にレセプト電算の外治コードを入れ、F-14の点数はE-11と同一

注4) F-14, F-15, F-16にはいずれか一つに点数が入る

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

レセプトデータの利点・欠点

- 利点

母数の把握、低コスト、標準化された情報、患者毎・疾病毎の集計

- 欠点

保険診療でカバーされる分のみ捕捉、結果が不明確、保険者毎(審査機関毎)の相違、提供者毎の相違、保険支払制度の変更によるデータ内容の変更

原価計算の方向性

- 捕捉の精緻化

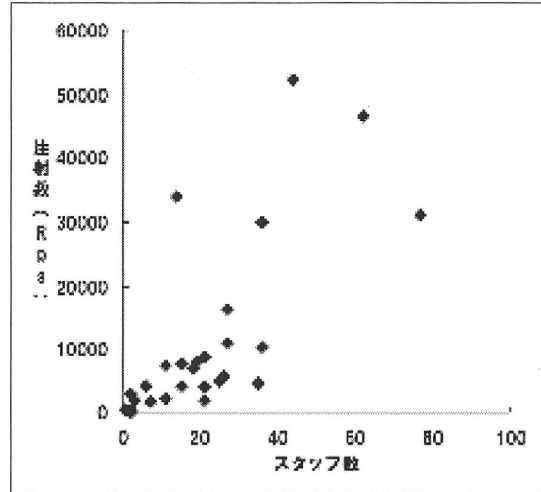
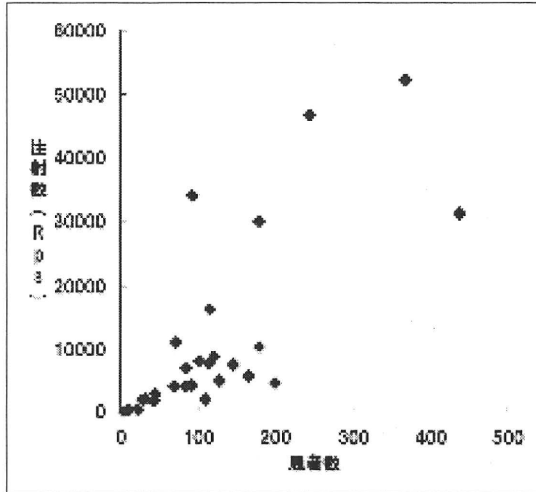
可能な限り直接捕捉

- 原価情報の活用

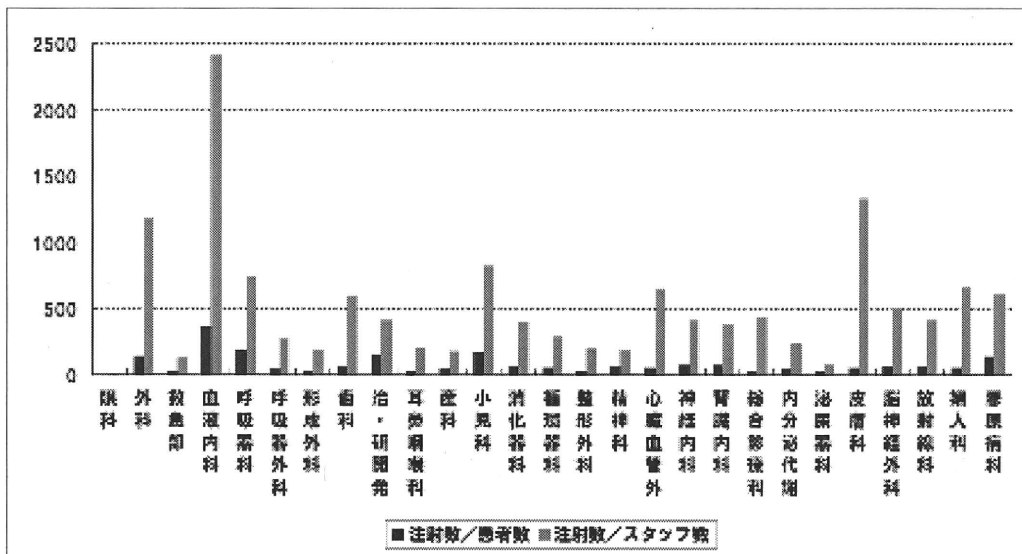
病院間比較、政策利用→リスク調整が必要

活動量の把握

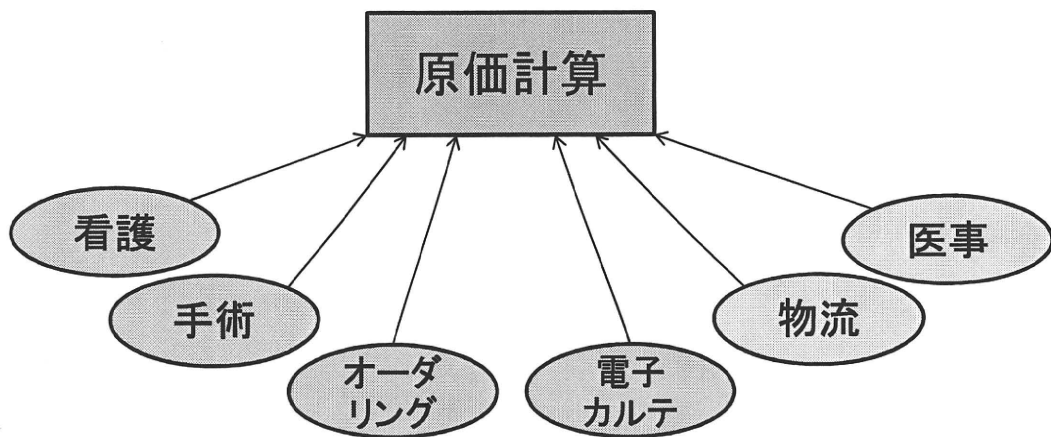
- 患者数・スタッフ数は必ずしも活動量と比例しない(国立国際医療研究センター)



活動量のばらつき



情報システムを通じた原価計算



- 生データによる直接観察
- データの相互運用性、情報の粒度

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
森川富昭	7人のホープが語るこれからの病医院経営人材と経営本部の役割	西村周三	医療経営白書 2010年度版	日本医療企画	日本	2010	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
森川富昭	「見える化」は何をもたらすか-第2回・「見える化」への理解と期待	月刊新医療	Vol.37, No.4	116-123	2010
森川富昭	「見える化」は何をもたらすか-第3回・「見える化」を病院経営に繋げる	月刊新医療	Vol.37, No.6	146-155	2010
森川富昭	「IT化」、そして「見える化」は病院経営を向上させられるか	月刊新医療 7月号 付録	Vol.37, No.7	6-13	2010
森川富昭	病院における「情報」はいかなる組織が収集・分析すべきか-徳島大学病院の事例から	月刊新医療	Vol.37, No.11	36-39	2010
森川富昭	DPCとレセプトデータを活用した医療の質と経営の評価	最新医療経営	No.316		2010