

第4回 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

日時：平成19年12月26日（水）

13:00～15:00

場所：経済産業省別館 1028号室

次 第

- 1 開会
- 2 議題（予定）
 - ・レセプトデータと健診等データに係る研究（報告）
 - ・論点整理
- 3 閉会

健診要医療者の受療状況と国保財政への影響

おもとえつじ

○岡本悦司 (近畿大学医学部公衆衛生)

老人保健法による基本健診によって要医療と判定された者のうち市国保加入者について受療状況をレフト突合により把握し、国保医療費支出への影響を調査した。要医療であるにもかかわらず放置する例が3分の2あり、掘起による不必要な医療費は軽微と推定された。

【目的】老人保健法に基づく一般基本健康診査受診者のうち「要医療」と判定された者の受療状況を、そのうち市国民健康保険被保険者(老人を除く)について、レフトと突合することによって把握し、健康審査の有効性と、その国保財政への影響を検討する。

【方法】某市が96年度4～12月に実施した集団基本健康診査受診者のカルテから、1項目でも「要医療」と判定された者のカルテを抽出した。カルテ記載の氏名、住所を市国民健康保険加入者台帳と照合し、市国保加入者を抽出した。市国保加入者のうち老人を除く一般および退職被保険者について、健診日のある月と翌月診療分の医科レフトを検索した。

検索されたレフトを健診カルテと照合し、受療状況の適合度を判定した。また健診がきっかけで医療機関を受診した例につき、増加した医療費の額を推計した。

なお市の判定方針により、「要医療」には「現にその疾患で医療機関を受診中の者」も含んでいる。したがって「要医療」と判定された者には健診で初めて異常が発見された者と、かねてより受診中であり特に新しく発見されたわけではない者もまじっている。

【結果】

某市が96年度4～12月に実施した集団基本健康診査受診者の内訳	
集団基本健康診査受診者	2230人
うち要医療者	369人
うち市国保加入者	233人
うち老人を除外し一般および退職被保険者のみ	189人

要医療者の約半数強(51%)が市国保被保険者(一般および退職)であり、レフトとの突合が可能であった。189人の受療状況をレフト突合により把握した結果は以下の通り。

レフト突合により把握された市国保加入者である要医療者の受療状況	
現に医療機関で健診対象となる疾患で治療を受けている者	86 (45.5%)
要医療と判定されながら医療機関を受診した形跡がないもの(放置)	66 [33] (34.9%, [17.5%])
要医療と判定され、かつ医療機関を受診したもの(適合)	33 (17.5%)
要医療と判定されないのに、受診者が不必要に受診したもの(掘起)	4 (2.1%)

※ [] 内は「受診勧奨が必要と思われる放置例」、それ以外は放置してもとくに問題はないと考えられるケース(たとえば判定に疑問ありとされるケース)。

受療状況が「適合」および「掘起」と判定された37例につき、健診によって直接増加した医療費の額を推計した結果は以下の通り。

健診によって直接増加した医療費の推計(適合・掘起37例)	
要医療と判定され、医療機関を受診した26例の医療費総額	74,694点
要医療と判定された者で、とくに重篤と思われた3例の医療費総額	190,479点+食事療養費109,100円
要医療と判定され受診したが「空振り」におわった4例の医療費総額	5,368点
異常無・要指導しか判定されなかったのに独自に受診した「掘起」4例の医療費総額	4,405点

【考察】健診での新発見要医療例のうち放置例が3分の2、適合例(受診例)が3分の1、そして少数ながら掘起こし例もみられた。概して、健診を受けても判定通りに行動する受診者よりも、無視して放置する受診者の方が多い。また「空振り」や「掘起」で浪費された医療費は10万円弱で、健診による医療費の浪費は軽微と考えられる。

レセプト突合による基本健康診査受診者の受療状況調査

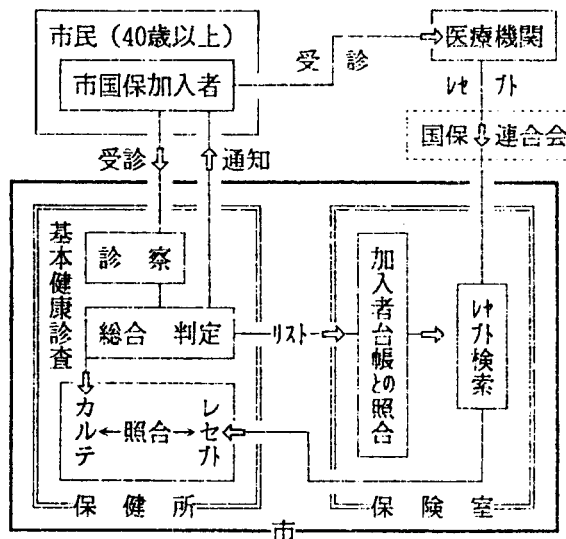
おかもと えつじ
○岡本悦司(近畿大・医・公衆衛生)

市基本健康診査受診者のうち、当該市国民健康保険加入者について健診後のレセプトとの突合を行い、判定結果と受療状況との適合を検討した。要医療と判定された61人のうち38人が放置、異常無・要指導125人のうち5人に「掘り起こし」受診が認められた。

【目的】健康診査は、自覚されない有病者を発見し適切な受療に結びつけることによって真価を発揮できる。同時にまた、判定結果から不安にかられた受診者が不必要に受診する、といった「掘り起こし」を防止することも保険財政上要請される。健診後の事後指導を適切に行うためには、受診者の受療状況の迅速確実な把握が不可欠となる。しかしながら、健診後の受療状況は本人への問合せ、医療機関からの自発的な報告によって通常行なわれるが、治療内容の正確さと十分性の面で限界がある。そこで、市民健診受診者の相当数が当該市の国民健康保険加入者であることから、レセプトとの突合によって受療状況を把握し事後指導に活用するシステムを提案する。今回は受診者の全数についてレセプト突合によって把握された受療状況を報告する。

【方法】某政令市の老人保健法に基づく基本健康診査のうち93・94年度に実施された6回分366人のうち当該市国民健康保険加入者213人(58.2%)について健診後3月間の医科レセプトを検索し健診カルテとの突合を行った。加入者台帳との照合およびレセプト検索は市保険室が行い、健康診査の診察、判定そしてレセプト突合は、診療報酬請求事務の認定資格も有する同一医師が一貫して行った。一連の作業のフローは以下の通り。

〔健診カルテとレセプトとの突合作業の流れ〕



【結果】健診判定結果区分とレセプト突合によって把握された受療状況との適合状況は以下の通り

適合(判定医師が期待した通りの結果が得られたもの)	
●全項目「異常無」でかつ受診の形跡の無いもの	62
●「要指導」とされた項目があり、かつ受診した形跡の無いもの	58
●「要医療」とされた項目があり、かつ受診の形跡のあるもの、すなわち健診の目的を達したといえるもの(他の疾患で通院中であるが、健診で指摘された疾患について新たに治療が開始された形跡のあるものを含む)	23
不適合(判定医師の期待とは異なる結果が得られたもの)	
●「要医療」と判定された項目はかつかつ受診の形跡無いもの(放置例)	38
●「異常無」「要指導」としか判定されていない項目なのに受診の形跡のあるもの(掘り起こし)	5
●通院中(健診が対象とする内科的疾患ですでに通院中のもの。すでに医療機関の管理下にあり、本来なら健診事業の対象とならない者)	25
●疑い(判定結果と適合しているのか否かレセプトとカルテの突合だけでは判断しきれぬもの)	2
合計	213

【考察】今回の結果は比較する対照が無いため評価は難しいが、要医療と判定された61人中38人(62.3%)が放置、一方異常無あるいは要指導としか判定されなかった125人中5人(4.0%)に不必要な受診が見られたことは、「掘り起こし」よりも「放置」される率の方が多い、が判定医師としての感想である。ただ「掘り起こし」少数ながらあったのは事実であり、とくに心電図で「異常はあるが医療は不要」といったあいまいな判定を通知することは、血液検査のように数字だけで自己判断ができないだけに、受診者の不安をあまり「掘り起こし」受診につながりやすいことも明らかとなった。健康診査事業をめぐって保健部局と保険部局は異なった懸念を持つ。保健部局は「せっかく発見した疾病を放置されるのではないか」保険部局は「健診によって不必要な受診の『掘り起こし』につながるのではないか」という懸念である。こうした不適合を払拭するためにも保健部局と保険部局の連携が求められる。健診カルテとレセプトとの突合は有効かつ効果的な連携であり、判定医師にフィードバックをかけることによって判定精度向上に資するとともに、疾病発見を適切な治療に結びつけるシステムとして期待できる。

論点の整理

1. 医療保険・保健施策の現状

- 医療費のマクロ分析は全数で行っているが、疾病、診療内容等の詳細な分析は、基礎となるデータがないため行えない。
- 疾病、診療内容等の詳細なデータは社会医療診療行為別調査等で把握しているが、これらは抽出調査であるため、推計を行っており、また都道府県別等の詳細な分析が困難である。
- また、生活習慣病の有病者数等についても、糖尿病実態調査等の抽出調査による推計を行っている。

2. レセプトデータ等の収集・分析に関する状況

- レセプトデータについては、既に約4割が電子化されており、さらに平成23年度に原則オンライン化。
- 特定健診・特定保健指導データ（以下「特定健診等データ」という。）については、制度開始当初の平成20年度から、電子的に作成・管理等行う予定。
- 高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という）第16条に基づき、厚生労働大臣は、医療費適正化計画の作成、実施、評価（以下「作成等」という。）に資するため、医療保険者から提出された情報の調査・分析を行うこととなっている。

3. レセプトデータ等の収集・分析に当たっての主な論点

- 厚生労働大臣が高齢者医療確保法第16条に基づき調査・分析する情報としては、より正確な分析を行うために、すべてのレセプトデータ及び特定健診等データが必要ではないか。
各医療保険者のデータは、それぞれの集団の特徴を反映したデータとなっているため、我が国の施策のあり方を検討する上では、すべての対象者のデータから分析等行う必要があるのではないか。
- レセプトデータ及び特定健診等データには、病名等慎重に取り扱うべき情報が含まれており、また、医療費適正化計画の作成等に必要分析上、特定の患者等（特定健診の受診者、特定保健指導の利用者を含む。以下同じ。）を識別する必要はないことから、患者等については個人が識別できないよう、収集時には、患者等の氏名等個人情報を削除する必要があるのではないか。
- 特定の患者等の識別は不要であるが、生活習慣病対策による生活習慣病の発症・重症化の防止効果の評価等行うためには、ハッシュ関数等を活用し、同一個人の時系列分

析が必要ではないか。

- 患者等の個人情報収集しないとしても、病名等慎重に取り扱うべき情報が含まれているデータを国が収集するに当たっては、収集・分析によるメリットと収集されることによるデメリットを比較した場合に、メリットが上回っている必要があるのではないか。
- 上記のようにすべてのレセプトデータ及び特定健診等データを収集することにより、次のような分析も含めた活用が可能となり、正確なエビデンスに基づいた効果的・効率的に施策を実施し、医療サービスの質の向上を図ることができるのではないか。
 - *すべてのレセプトデータを用いることにより、詳細な分析が可能となり、医療費の実態をより完全かつ正確に把握することができる。
 - *また、同一人物を同定した上で、特定健診等データを経年的に分析することにより、生活習慣病対策による生活習慣病の発症・重症化の防止効果等を評価することができる。
 - *さらに、レセプトデータ及び特定健診等データを突合することにより、生活習慣病対策が医療費に及ぼす影響等について評価することができる。
- レセプトデータ及び特定健診等データを保管する際には、情報の漏洩等がないよう十分なセキュリティ対策が講じられることが必要ではないか。

4. 国が行う分析内容に関する基本的な考え方

- 高齢者医療確保法第16条に基づき収集されたレセプトデータ及び特定健診等データを用いて、医療費適正化計画の作成等に資する分析を行う。
- 上記の分析以外にも、医療サービスの質の向上を目指して正確なエビデンスに基づく施策を推進するため、必要性・緊急性等に鑑み、場合によっては当該データを活用することも必要ではないか。

ただし、そのような活用をする場合には、その必要性等を明確にする必要があるのではないか。
- なお、レセプトは診療（調剤）報酬明細書であり、現行のレセプトデータにおいては、分析できる内容が限定される場合もあることにも留意する必要がある。

5. 国以外の主体によるレセプトデータ等の活用のあり方

- 都道府県は、高齢者医療確保法第15条に基づき、都道府県医療費適正化計画の評価に必要がある場合（主に、高齢者医療確保法第16条に基づき国が都道府県に提供する調査分析結果では不足しており、追加的に新たな切り口での集計が必要と判断する場合が想定される）には、国に対して、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

都道府県からの求めに応じて、国が、収集したレセプトデータ及び特定健診等データ

を提供する場合には、上記判断の前提となる都道府県の利用目的や範囲等を明確にしておく必要があるのではないか。

- 例えば研究者等が、国が収集したレセプトデータ及び特定健診等データの提供を受けて、学術的な研究を行い、国においてその成果を活用することも、医療サービスの質の向上に向けた施策を検討する際のエビデンスとしても有用ではないか。
- ただし、レセプトデータ及び特定健診等データには、病名等慎重に取り扱うべきデータが含まれているため、研究者等に対してデータを提供する場合には、研究目的や研究計画、データの分析方法等について、詳細に評価した上で、我が国における科学的な研究の進歩、医療サービスの質の向上に資するものに限定する必要があるのではないか。また、データの内容についてさらに一部加工するなどの対応も必要な場合があるのではないか。
- 国の施策への活用を前提にすると、公益性という観点から、営利企業への提供は認めるべきではないのではないか。また、データの提供対象者以外の者が結果的にデータをそのまま利用することのないよう、提供に当たっては、データの使用方法を限定しておく必要があるのではないか。

<参考> 諸外国等におけるレセプトデータ等の収集・分析事例

- 米国、韓国、フランスでは、データの管理主体（国、健康保険審査評価院、保険者）のほか公衆衛生等の研究者が、レセプトデータを分析することにより、医療サービスの質の向上に結びつけている。
- 我が国でも、医療保険者単位で、レセプトデータ等を分析し、医療保険者における保健事業の質の向上を行っている事例がある。

○高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

（資料提出の協力及び助言等）

第15条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、第十一条第一項若しくは第二項の評価又は第十二条第一項若しくは第三項の評価を行うために必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めることができる。

（第2項 略）

（医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等）

第16条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

- 一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項
- 二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 保険者及び第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。