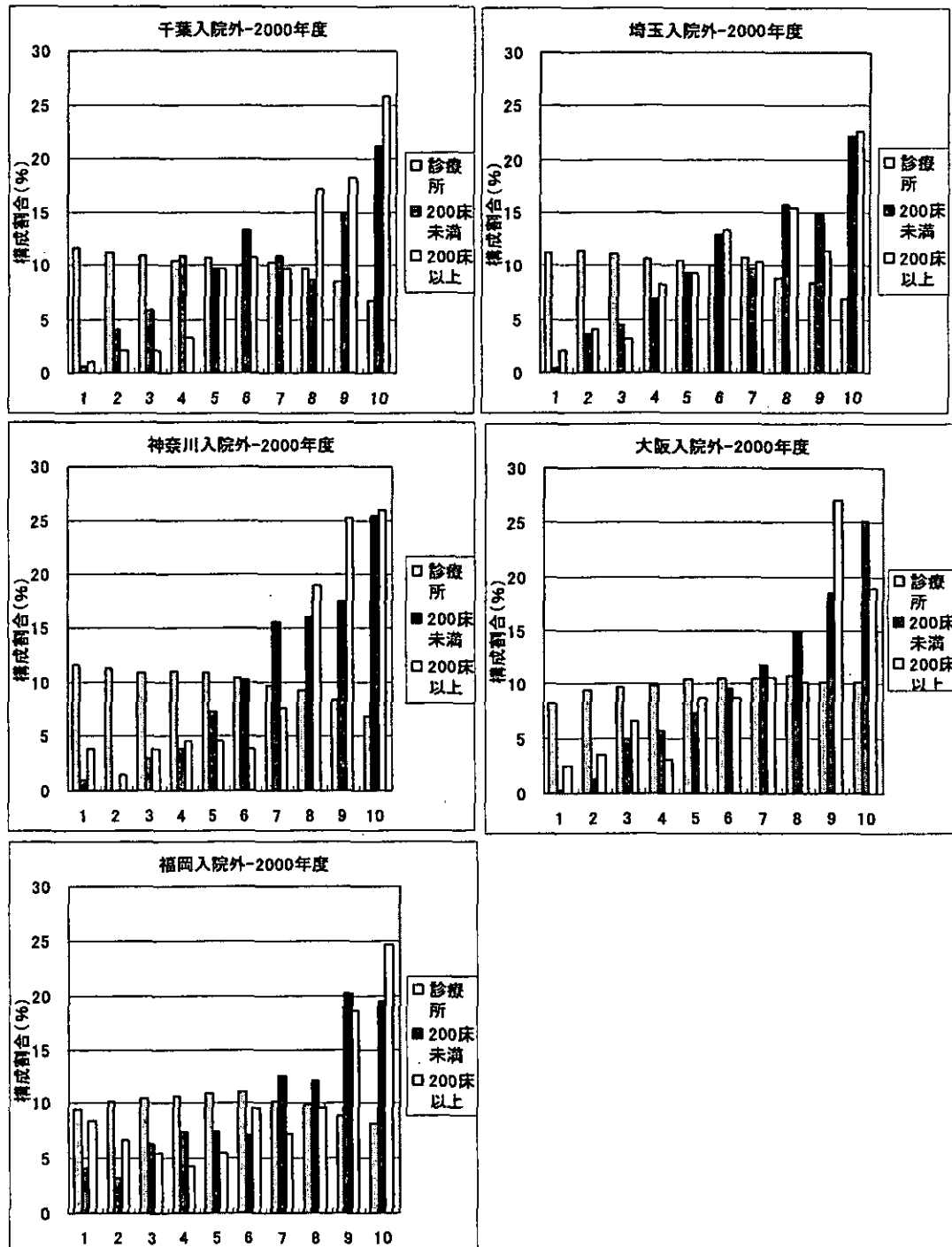


図表 36 には入院外の医療機関指数の度数分布状況を示した。病院は指数の値が高いほど、施設数の存在割合が高い傾向が見られたが、診療所は指数の値によらず施設数の存在割合は変わらなかった。福岡県においては、指数の値が低いにも関わらず、病院の施設存在割合が他府県に比べ高い傾向が見られた。

図表 36



(7) レーダーチャートによる都道府県特性の把握

本節では、4.1～4.6における分析から得られた結果を、都道府県別という観点からいくつかの指標について整理し、都道府県特性を捉えることを試みた。5 府県データによる平均値を基準としたレーダーチャートを描くことにより、視覚的に各府県の特徴を捉えることとした。

レーダーチャートの描画に用いた指標は以下のとおりである。

入院：1 患者当たり医療費、人単位受診率、高額発生率、
 頻回受診（長期入院）発生率、頻回受診（多医療機関）発生率、
 医療機関指数（病院）、医療機関指数（診療所）

… 計 7 指標

入院外：1 患者当たり医療費、人単位受診率、高額発生率、
 頻回受診（多日数）発生率、頻回受診（多医療機関）発生率、
 初診時病院選択率、初診時診療所選択率、医療機関指数（病院）、
 医療機関指数（診療所）

… 計 9 指標

図表 37 には、レーダーチャートに用いた各指標の値を一覧で示した。

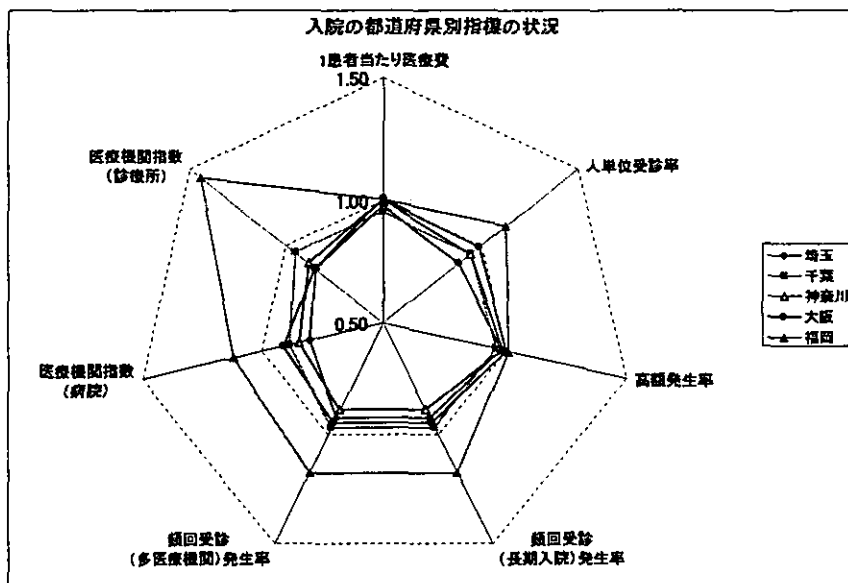
図表 37

入院	1患者当たり医療費	人単位受診率	高額発生率	頻回受診 (長期入院) 発生率	頻回受診 (多医療機関) 発生率	医療機関指数 (病院)	医療機関指数 (診療所)
埼玉	625,527	5.11	15.52	6.36	6.36	5.2	1.8
千葉	609,165	5.43	15.18	6.66	6.66	5.8	2.0
神奈川	640,154	5.43	15.65	6.08	6.08	5.5	1.9
大阪	642,751	5.68	15.87	6.50	6.50	5.9	1.8
福岡	638,799	6.50	16.01	8.09	8.09	7.3	3.0
全体	636,761	5.75	15.78	6.87	6.87	6.5	2.1

入院外	1患者当たり医療費	人単位受診率	高額発生率	頻回受診 (多日数) 発生率	頻回受診 (多医療機関) 発生率	初診時 病院選択率	初診時 診療所選択率	医療機関指数 (病院)	医療機関指数 (診療所)
埼玉	81,756	84.96	1.27	0.20	13.84	28.46	71.54	7.2	5.1
千葉	82,178	86.08	1.22	0.19	14.34	25.70	74.30	7.2	5.1
神奈川	84,742	86.28	1.34	0.20	15.61	24.44	75.56	7.7	5.1
大阪	84,912	88.93	1.52	0.32	16.76	27.08	72.92	7.5	5.6
福岡	83,644	89.52	1.36	0.31	17.26	21.15	78.85	6.9	5.4
全体	83,983	87.94	1.40	0.27	16.17	25.09	74.91	7.3	5.2

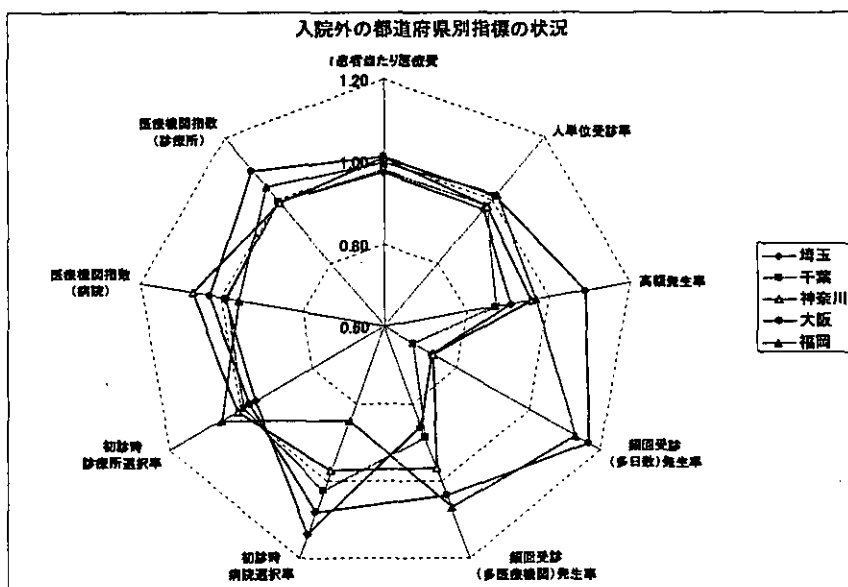
図表 38 に入院の都道府県別指標の状況を示した。福岡県がいずれの指標においても最も高い値を示していた。特に医療機関指数（診療所）が顕著に高い傾向が見られた。他4府県についてはそれほど大きな差異は確認できなかった。

図表 38



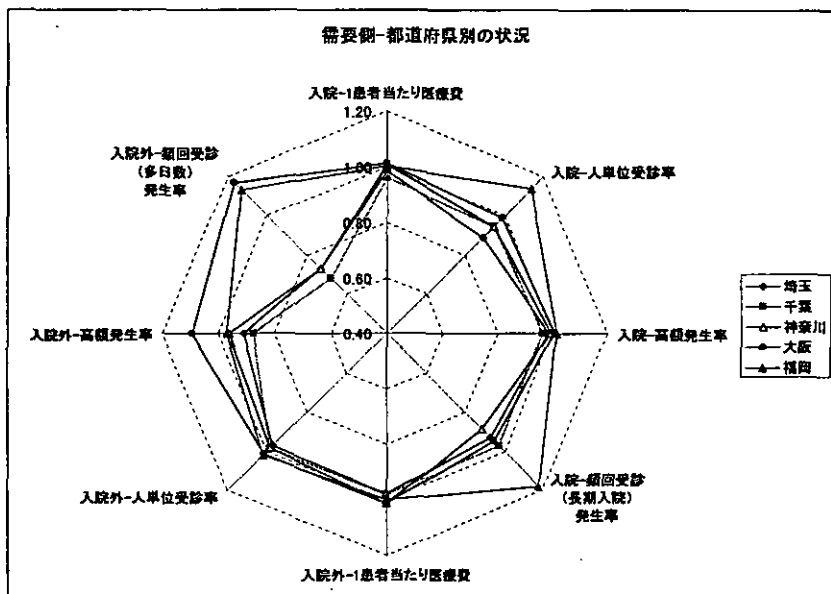
図表 39 に入院外の都道府県別指標の状況を示した。入院ほど顕著な傾向を持つ府県は見られないが、大阪府が全体的に高い値を示す傾向にあった。千葉県が全体的に低い値を示す傾向にあった。また大阪府、福岡県における頻回受診（多日数）発生率は、他3県に比べ顕著に高いことがわかる。

図表 39



次に、需要側という観点から入院・入院外を合わせた都道府県別指標の状況を示した。大阪府は入院外の項目において高い値を示していた。また福岡県は入院、入院外ともに高い値を示す傾向が見られた。埼玉県、千葉県、神奈川県は入院、入院外ともに低い値を示す傾向が見られ、地域特性として同じような県であることが伺われる。ただレーダーチャートを描く基準としているデータが5府県分のデータに過ぎないことには留意が必要である。

図表 40



III. 総括

本研究では、政管健保のレセプト個票データの活用可能性を、多面的な実証分析により示すことを試みた。また実証分析における医療費データの取り扱いを通して、より詳細かつ有効な実証分析を行うために必要と思われるデータ項目の整理や、医療費集計において考慮すべきデータの取り扱い方法の検討を行った。以下では本研究の総括として、レセプトデータによる実証分析結果のまとめ、実証分析における医療費データのあり方をまとめた。最後に保険者機能強化のための個票データ活用という観点から、本研究で得られた知見と、今後の方向性について整理した。

1. 政管レセプトデータによる実証分析結果のまとめ

以下に政管レセプトデータによる実証分析の主要な結果を示す。

[1 患者当たり医療費]

- ・ 1 患者当たり医療費では、入院：約 62 万円、入院外：約 8 万円、歯科：約 4.5 万円であった。
- ・ 入院において大阪府の被保険者が顕著に高い値を示していた。
- ・ 入院の被扶養者では福岡県が最も高い値を示していた。
- ・ 入院外では大阪府、神奈川県が高く、埼玉県、千葉県が低い値を示していた。
- ・ 歯科では神奈川県が最も高く、埼玉県が最も低い値を示した。

[人単位の受診率]

- ・ 入院の受診率は約 5.5%、入院外は約 85%、歯科は約 43%であった。
- ・ 被保険者・被扶養者別に見ると、入院、入院外については被扶養者の方が高く、歯科では被保険者の方が高いという傾向が見られた。
- ・ 都道府県別の比較では、入院、入院外、歯科いずれにおいても、西高東低の傾向が見られた。

[高額発生率]

- ・ 被保険者・被扶養者別に見ると、入院、入院外、歯科いずれについても、被保険者の方が高い値を示した。
- ・ 入院において大阪府の被保険者が最も高い値を示したが、同じ大阪府でも被扶養者は逆に最も低い値であった。
- ・ 入院外では、大阪府が最も高い値であり、福岡県、神奈川県の順であった。
- ・ 歯科では神奈川県が最も高く、福岡県、大阪府の順であった。

[頻回受診発生率—多受診日数]

- ・ 入院外日数約 150 日において患者が局部的に増大する傾向が見られた。
- ・ 長期入院（180 日以上）の発生率は約 1.7%であった。
- ・ 入院外多日数受診者（150 日以上）の発生率は約 0.25%であった。
- ・ 長期入院発生率は福岡県が最も高い値を示した。
- ・ 入院外多日数受診者発生率は、福岡県、大阪府が他 3 県に比べ高い傾向が見られた。

[頻回受診発生率—多受診医療機関]

- ・ 入院外で年間 4 医療機関以上通う患者発生率は、約 15%であった。
- ・ 全体的に西高東低の傾向が見られた。

[初診時選択率]

- ・ 初診時診療所選択率は、71~79%であった。
- ・ 病院 200 床未満と 200 床以上の初診時選択率では、200 床以上の方が若干高い値を示した。
- ・ 初診時診療所選択率は「福岡県」が最も高い値を示した。（約 78%）
- ・ 初診時診療所選択率は、0~15 歳の若年層および 60 歳以上の高齢者層において高い値を示す傾向が見られた。

[かかりつけ診療所指標]

- ・ 低年齢層、高齢層においてかかりつけの診療所を持っている傾向が確認できた。
- ・ 福岡県における診療所が、かかりつけ医機能がよく働いていることがわかった。

[単月診療医療費]

- ・ 単月医療費を診療日数別に見ることにより、各府県における診療所、病院 200 床未満、病院 200 床以上の機能分担状況を把握できる可能性が示された。

[医療機関指数]

- ・ 医療機関ごとに 1 件当たり医療費のランキング付けをもとに点数づけをし、医療機関属性別の平均点を算出した。
- ・ 入院では福岡県が病院属性によらず高い値を示した。
- ・ 福岡県では他府県が主に病院 200 床未満で担っている入院機能を、診療所が担っていることが伺えた。

2. 実証分析における医療費データのあり方

本研究で分析に用いたレセプトデータは、所有する項目が限られていたため、おのずと実施可能な分析の幅も限定されるものとなった。ここでは、さらに詳細かつ有効な分析を行うために必要であると思われるデータ項目を整理した。また今回の集計・分析を通して、医療費データ集計におけるデータの取り扱い上で、留意したほうがよいのではないかと思われた点を挙げた。

[追加必要データ項目の整理]

疾病情報：

疾病別医療費、患者受診行動など多面的な分析が可能となる。主要傷病の ICD-10 コードだけでもあれば望ましいが、ICD コーディングに際し、医学的な判断等が必要となるため、レセプト全数に対して実施するにはコストが多大であると思われる。

診療開始日、入院年月日：

同月内に複数医療機関受診した際の、受診順序が分かる可能性がある

退院・再入院日：

退院、再入院を繰り返している患者も含めた入院日数が捉えられる

[医療費集計におけるデータの取り扱い]

必要医療費との峻別

医療費はただ高いことが問題なのではなく、無駄な医療費があるならばそれを削減することにより医療費の適正化を目指すことが必要である。また医療費分析においては、1 人の高額な医療費を要する患者により全体の傾向が影響を受けることがある。そこで医療費集計においては、無駄ではないけれど高額な医療費がかかってしまう患者を峻別することが必要であると思われる。具体的

な例として人工透析患者が挙げられる。

3. 保険者機能強化のための個票データ活用

保険者がレセプト個票データを分析することで得られる最も大きな特徴は、加入者ごとの情報を把握できることにある。具体的な把握方法・指標例として、本研究において行った分析では以下のものが挙げられる。

◆ 患者個人ごとに集約

- ・ 1患者当たり医療費、人単位の受診率
- ・ 高額発生率
- ・ 頻回受診（長期入院）発生率
- ・ 初診時選択医療機関

これらは医療費の支払いなどの、「財政的側面」から見たリスクを把握することにもなる。また患者の受診行動に関する指標は、加入者指導にも利用することが可能であると思われる。また「加入者へのサービスという側面」からの情報活用も考えられる。加入者へ医療機関情報の提供などが考えられるが、これは本研究において行った以下の分析結果が、加入者が通う医療機関の特性把握という意味で、提供情報に当たるものと思われる。

◆ 医療機関ごとに集約

- ・ 医療機関指数

以上が本研究におけるレセプト個票データの、保険者機能強化という観点から見た場合の活用方法になる。

保険者が所有する情報としては、レセプト情報の他に健康診断の結果データがあるであろう。保険者の役割の一つとして健康保持・増進機能が挙げられるが、レセプト個票データと健診結果個票データを突合するといった情報活用も考えられる。保健事業の評価や有効な保健指導等のあり方など探るといった、専門的情報機関としての保険者機能の発揮も今後は求められるものと思われる。

4. おわりに

平成15年3月に閣議決定された「保険者再編・統合」、「高齢者医療制度の創設」、「診療報酬体系の見直し」からなる医療制度改革基本方針において、政管健保は平成18年度より都道府県別の財政運営が始まることになるため、現在様々な事項について検討中である。

図表 41 基本方針日程

		平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	
医療制度改革基本方針 (平成15年3月)	保険者の再編・統合 高齢者の医療 診療	市町村合併、事業の共同化推進(3,200保険者)		保険運営の広域化(広域連合等)			国民保険者の統合 (都道府県単位の公法人)	
		被用者保険の再編(規制緩和)(2,000保険者)			被用者保険の都道府県単位の財政運営(重要組織形態の見直し) 地域型健保組合の設立(小規模健保組合の高齢)			
		老人保健制度(適用開始年齢の段階的引上げ、公費負担割合の引上げ)					患者・苦悩の事務処理体制の見直し 廃止	後期高齢者医療制度
		退職者医療制度(被用者保険の退職者、退職者給付拠出金)						前期高齢者の財政調
		報酬改定			報酬改定			報酬改定
		審議会、関係機関設置(法人大綱、等)			法制定 健保法等の改正	法令、告示等 制度事務運用の詳細規定		

特に、保険料率を算定するにあたり、「都道府県の医療費の状況などを含めた保険者努力を反映される仕組み」を導入することには、今後十分な検討が必要であろう。

情報基盤のインフラという面から見ると、政管健保は国1つによる保険者であるため、国民健康保険における国民健康保険団体連合会のように各県で異なっているような状態にはなく、統一されている。したがって、取り出したい情報がシステム保有項目であれば、都道府県別に容易に取得可能である。

将来的に、47の保険者の活動から、個々に持つ情報が異なる状況になる可能性もあるが、統一してもたなければならない情報においては、今から検討に取り組む必要があるものとする。また、それを評価する組織の設置やシステム構築をどうするかをあわせて検討する必要があることを最後に付け加える。

資料1 レセプト点検の状況 —医療費の適正化に向けて—⁸

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」は、レセプト等の個票データの提供を、政府管掌健康保険を管轄する社会保険庁の協力を得て実施している。そこで、それら個票データを、現在、社会保険庁及び社会保険事務所ではどう活用しているか、また、今後の活用範囲の展開について把握するため、高野裕治様より講義を受けた。本資料は、その際のメモをもとに作成したものである。

I. レセプト点検の状況

I-1. レセプト点検におけるこれまでの課題

レセプト点検調査は、資格点検調査、外傷点検調査、内容点検調査の大きく3つの調査からなる。点検調査の手順としては、レセプト受付後、資格点検、外傷点検、内容点検の順に行われる。資格点検は、被保険者資格の有無等を点検するものであり、記号番号誤り・氏名不明・受給資格のないもの等がチェックされる。外傷点検では、業務上・通勤災害の疑いや、第三者の行為に起因する傷病か否か等の保険給付の発生原因が調査される。これら二つの点検調査終了後、診療の中身のチェックである内容点検が行われることになる。

内容点検はさらに単月点検、縦覧点検、特定点検の大きく3種類に分けられる。単月点検は1ヶ月分のレセプトにおける算定内容の適否を点検するもの、縦覧点検は同一被保険者又は医療機関に係る数ヶ月分のレセプトを突合して算定内容の重複有無等を点検するもの、特定点検は電算処理により把握された重複請求の疑いがあるレセプト等を点検するものである。

これまでの点検体制は、全国312の社会保険事務所ごとに、社会保険給付専門官が中心になって点検調査を実施する状況であった。資格点検については一部システム化を行うことで効率化が図られていたが、外傷点検については、傷病名により外傷性かどうかの判断が必要となることからアルバイト等の人手に頼る状況であった。内容点検については多大な手間を要することから、人員不足等の理由で十分に行われておらず、社会保険事務所間で実施状況に大きなばらつきがあった。

単月点検においては、時間の制約もあり1ヶ月以内に内容点検をすべて終えることは困難であった。また、過去の3ヶ月分の縦断、横断的な点検をする縦覧点検においては、過去のレセプトを抜き取る作業、医療機関別、被保険者記号番号順に配列する作業などが手作業によりなされていたため、時間と手間がかかることも内容点検を充実できない要因であった。

内容点検を中心となって行う点検調査員、社会保険事務所の職員は、再審査の請求についても、手作業によって再審査請求の理由書を付し、支払基金に再審査請求を行って

⁸ 本資料は、平成15年6月2日の研究会における高野裕治氏の講義内容を元にとりまとめたものである。記して感謝申し上げます。誤りが無いように心がけたが、本資料に残される誤りはすべて筆者の責任である。また、本稿の内容は筆者の所属機関とはなんら関係がない。

いた。また、基金よりの容認レセプトを確認し、保管・容認件数金額を集計する作業についてもすべて手作業で行っていた。

I-ii. レセプト点検事務センター

平成10年に、レセプト点検事務センターが基本的に各都道府県に1箇所、但し大都市には複数箇所、計56箇所に設置された。主な設立目的は、医療給付費の大幅な削減と、医療費適正化対策を徹底するために事務処理を集約化することである。社会保険事務所間の点検基準の均一化と点検レベルの向上も設立目的として挙げられている。

レセプト点検事務センターの体制は、センター長を中心に、社会保険給付専門官、専任スタッフからなる。社会保険給付専門官を集約することで能率向上を目指し、専任スタッフとして支払基金OB・医療事務経験者をレセプトの種類別に配置するなど、体制の整備が行われている。保険医療機関等の指導監査部署との連携強化も推進されている。

レセプト点検事務センター設立により、レセプト点検の準備作業（手作業）を軽減することで、内容点検の充実に重点が置かれるようになっている。資格点検において機械的にチェックされたリストを元に、レセプトの抽出・配列作業も機械的に行っている。従来の手作業時間が短縮された分、内容点検調査の期間を一定期間確保し、再審査件数を増加させることが目指されている。

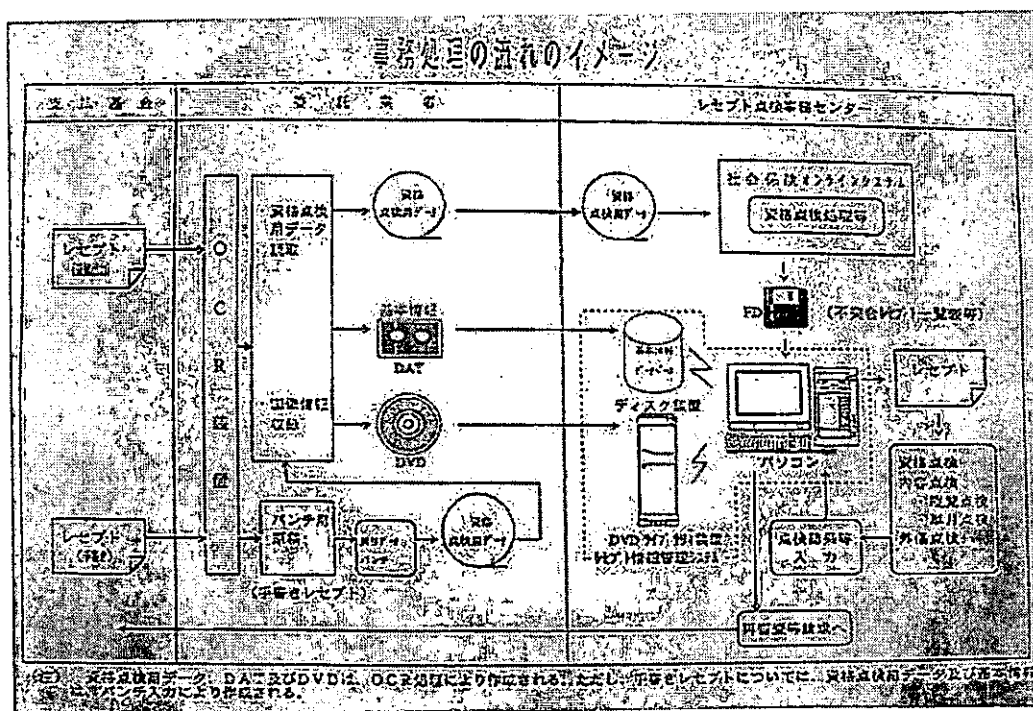
I-iii. レセプト情報管理システム

平成14年2月から3月にかけて、各レセプト事務センターにレセプトの電子媒体への保存・管理を行うレセプト情報管理システムが導入された。レセプトを画像ファイル化し、ライブラリ装置に保管することで、レセプトの抽出・配列を機械的に処理し、再審査等請求と審査結果の集計業務を機械的に行うことが可能になった。また医療機関ごと検索や、被保険者ごとの検索も可能となり、抽出まで可能となったため、手作業による事務処理が大幅に省力化された。

システム導入後、資格点検・外傷点検に係る事務と内容点検を並行して実施可能となり、本来業務である、内容点検に重点をおく事が出来るようになった。また、点検体制を医科・歯科・調剤別に専任化することで、質を高めることが可能になった。再審査レセプトの所在を追跡することが可能な為、支払基金の再審査スピードアップへ繋げることもできる。

さらには、医療機関別に再審査の結果の把握が容易になったことで、再審査等請求の頻度が高い医療機関のリストアップ等が可能となり、次回以降の点検調査に反映することができるようになった。また点検結果と併せて、医療機関の指導・監査部門へ診療傾向等の情報提供をするといった活用も可能となった。

図表1 事務処理の流れのイメージ



I-iv. 社会保険オンラインシステムとレセプト情報管理システムの活用
 資格点検処理等を行う社会保険オンラインシステムと、レセプト情報管理システムによる被保険者データの突合により、以下のような一覧表の作成が行われつつある。これらを元に該当レセプトを抽出し、重点的に内容点検を行うなどの活用が考えられている。

- ① プリチェックエラーリスト
- ② 不突合レセプト一覧表
- ③ 長期受診者一覧表
- ④ 高額療養支給対象者一覧表
- ⑤ 重複請求疑いレセプト一覧表
- ⑥ 調剤医科歯科突合レセプト一覧表
- ⑦ 同一医療機関受診割合レセプト一覧表
- ⑧ 未査定疑いレセプト一覧表
- ⑨ 自家受診対象レセプト一覧表

II. 保健事業による医療費の適正化

平成8年より「健康管理意識の啓発から個々人の状況に応じた生活習慣改善指導までの健康管理事業を総合的かつ効果的に実施すること」を目的とし、社会保険総合健康管理推進事業が実施されている。実施内容としては、各県ごとに社会保険健康管理対策委員会の設置、健康管理指導員等の配置等による実施体制の整備、保健師による健康指導の実施、生活習慣改善セミナー等を重点的に実施、などが挙げられている。

今後はレセプト情報の活用により、長期受診者（3ヶ月以上同じ病院にかかっている患者）、多重受診者（複数の病院にかかっている患者）等の把握をデータにより行うことで、効率的かつ効果的な保健指導が為されうるものと期待される。また受診率の高い事業所の把握を行い、保険者からの指導も行うことになる。現在は、高医療地域の都道府県で主に実施されている。

また健康管理事業の一環として生活習慣病予防健診も実施されているが、この結果の活用も進められている。経過観察・軽度異常の被保険者への生活改善指導、要精密検査の被保険者等への健康指導・早期治療への誘導などが、社会保険健康事業財団により実施されている。

IV. 今後の展開と課題

レセプト点検事務センターにおける社会保険オンラインシステムとレセプト情報管理システムの本格稼動に伴い、今後更なる点検業務の強化が望まれる。内容点検（縦覧点検・横断点検）の充実や、再審査の結果、容認・原審とされた事例を収集し、その情報を活用することで支払基金の審査との差異を解消することも期待される。また点検調査員の質向上を目的として研修等の実施も計画されている。これらはレセプト点検事務センター間の点検調査の格差を解消するという課題に向けて為されるものでもある。

保健事業については、従来から健康指導等を行った結果に対する効果測定などは為されておらず、その評価が大きな課題となっている。今後は生活習慣病予防健診の結果が要精密検査等であった者のデータとレセプトデータを突合することで、保険事業の評価を行い、さらには有効な保健指導のあり方を見出していくことも必要だと思われる。

資料2 「保険者機能を推進する会」について⁹

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」は、個票データの活用が考えられる保険者について、先進的な事例を保険制度別に収集することを試みた。現状調査の結果、組合管掌健康保険の保険者有志を中心とした「保険者機能を推進する会」が、平成15年9月より医療情報プラットフォームをインターネット上に開設するとの情報を掴み、そのプラットフォームとは何か、被保険者にどんな情報を提供するものなのか等の実態を把握するため、その実行の中心人物である古井祐司様より講義を受けた。本資料は、その際のメモをもとに作成したものである。

I. 「保険者機能を推進する会」発足の経緯

「保険者機能を推進する会」の起源は、平成12年6月より始まった10健康保険組合程度の自主的な勉強会にある。この中で、当時の東京海上健保組合常務と古井氏が中心となり、研究会の発足及び研究フィールドの事業化の必要性が掲げられ、検討を重ねた。その結果、勉強会に参画していた健保組合を核に、平成13年5月、研究フィールドとして「保険者機能を推進する会」を設立した。また、平成14～15年の厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業において、東京大学医学部附属病院の大江和彦教授を主任研究者とした研究プロジェクト「保険者機能の在り方に関するモデル研究－医療情報の社会的活用を目指して－」を遂行したのであった。

II. 「保険者機能を推進する会」について

「保険者機能を推進する会」は、被保険者・被扶養者のために良質な医療の確保、保険料の効率的な活用、健康づくりの推進を目的として設立され、平成15年8月の時点で、約90の大手企業の健康保険組合が参画している。「保険者機能を推進する会」は、医療情報サービス委員会と医療費適正化委員会とで構成されており、各委員会にはワーキンググループがいくつか存在している。尚、現在、健康づくり（疾病管理）推進委員会を設立準備中である。

医療情報サービス委員会では、医療サービスにおける、患者と医師との情報の非対象性を補うことを目的とし、そのフィールドとして「医療情報プラットフォーム」の開設を準備している。医療費適正化委員会では、医療費適正化の推進、患者調査の実行、被保険者の指導教育を中心として活動している。健康づくり（疾病管理）推進委員会では、レセプトデータ・健康診断データを活用した健康・疾病管理の実現を目標としている。

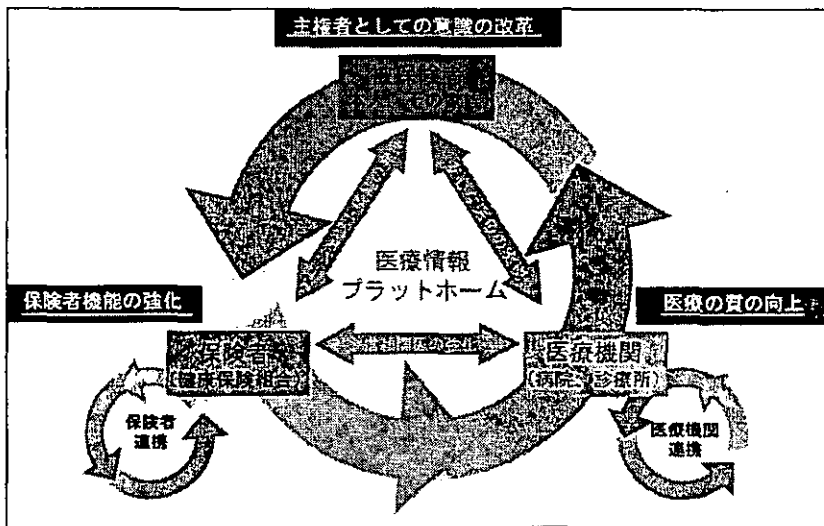
* 本資料は、平成15年8月22日の研究会における古井祐司氏の講義内容を元にとりまとめたものである。記して感謝申し上げます。誤りが無いように心がけたが、本資料に残される誤りはすべて筆者の責任である。また、本稿の内容は筆者の所属機関とはなんら関係がない。

Ⅲ. 医療情報プラットフォームについて

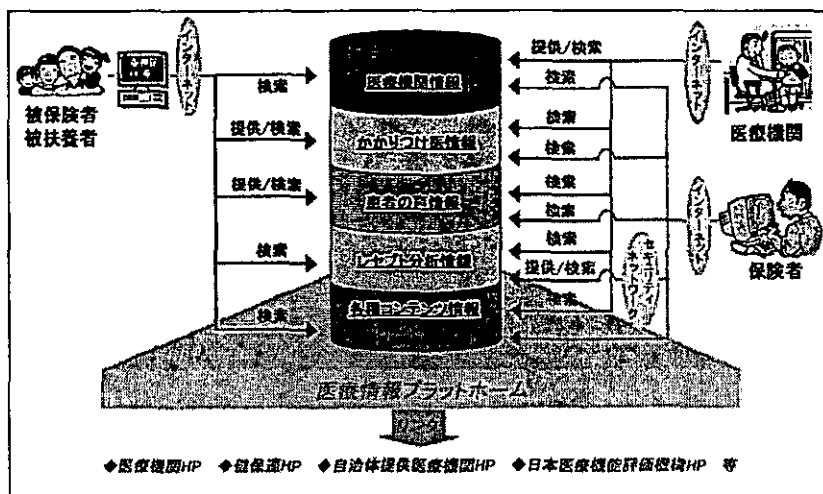
「医療情報プラットフォーム」では、医療サービスの改善・向上に役立つ情報、被保険者の「健康づくり」等を支援する情報の場を提供することを目的としている。(図表1参照)

「医療情報プラットフォーム」は、保険者、医療機関、被保険者が有益な情報を提供・共有することによって構築されている。その中で、被保険者は、全国の医療機関(病院・診療所(歯科含む))・レセプト分析の結果や健康づくり等の情報が検索できる。また、かかりつけ医や患者の声等の情報を提供すること、他の被保険者からの寄せられた情報を検索することが可能である。一方、医療機関側は、被保険者から寄せられている、医療機関自身の情報を検索することができる仕組みとなっている。(図表2参照)

図表1 医療情報プラットフォームのコンセプト



図表2 「医療情報プラットフォーム」の概要



IV. 保険者によるデータ活用

医療機関・被保険者から収集する情報を保険者が活用する意義については、次の2点が挙げられる。

- ① 被保険者から情報収集できるのは保険者だけであるため、その情報をフィードバックすることにより、医療機関からも情報を得ることができること
- ② 上記実現によって、医療機関との協同のもと、被保険者（患者）と医療機関との間で双方向の情報収集・提供が可能となること

また、必要な情報としては、被保険者からのニーズ・感想（患者の声、満足度）、医療機関からの情報（専門情報）、さらに、専門家による情報を噛み砕き、ナビゲーションする情報・機能が重要と考える。

レセプト情報においても更に今までの活用範囲を拡大する必要があり、それを保険者が活用する意義については、次のように整理されるものとする。

- ① 事務の効率化
- ② 効果的なレセプト点検（今後は審査に摘要も考えられる）
- ③ レセプトに基づく疾病管理対象者の抽出
- ④ 疾病管理等の保健事業の効果測定（事業評価）
- ⑤ レセプトから医療費通知連動型の効果的コスト意識啓発モデルの実現

尚、これらを実施する場合、次の点に留意する必要がある。

レセプトデータの集計・分析における留意点としては、個別要因の分析、対象者の抽出をどう実現するか。検診データの活用における留意点としては、医療費内容通知の活用方法、疾病管理事業への参加呼びかけの検討、疾病管理・保健事業効果の測定等、専門的な知識を有する人材及びそれを実施する主体が必要になることが挙げられる。したがって、今後は、産業医、外部専門機関を含めた審査会設置等の専門機関と連携した健康マネジメントが、保険者の新たな重要な機能になると考える。

V. 今後の展望

被保険者の管理・サービス提供、保険財政の運営・管理等は保険者単位で実施することが基本であるとする。但し、情報収集・提供や疾病管理事業、レセプト点検・審査、医療機関との直接契約等は、共同事業で行うことが有用である。その共同事業体においては、医療団体及び医療機関との連携を実現し、専門機関による具体的な保険者機能支援が必須となるであろう。

規制緩和の一環として、保険者による直接審査・支払や医療機関との直接契約が可能になったが、レセプトの電子化・電子直接請求等の情報化が普及しなければ、何も始まらないと考える。更に、そのインフラの上で、各医療機関との「情報連携」が行われなければ、保険者として有効に取り組むことは難しいものとする。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

⑰ 病院類型インデックスの作成

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所

診療報酬の請求を目的とする電算化されたレセプトデータを、どのようにして保険者の検査体制の強化、あるいは事務の効率化につなげるかということ考察する。レセプトデータに簡便な統計処理を施すことで診療機関を分類する指数を作成することにより、今回用いた、埼玉、千葉、神奈川、大阪、福岡の政管データに関する限り、各県の点検センターでは20～30の病院を重点的に点検することが効率的であることが明らかになった。これにより、重点的に点検すべき診療機関を“経験”ではなく選択することができるようになると考えられる。

A. 研究目的

重点的に点検すべき診療機関を“経験”ではなく、ある種の統計的な選択を可能ならしめる指標の作成。

B. 研究方法

まず病院毎に、合計値群として点数（医療費）、日数、件数、標準化した指数として1件あたり点数（医療費）、1日あたり点数（医療費）、1件あたり日数を降順に並べる。次に各変数の累積比率を求める。そして、上位20%に5点、上位20～40%に4点、上位40～60%に3点、上位60～80%に2点、上位80～100%に1点という得点を与える。

C. 研究結果

今回作成した指標を用いることで、要注意病院を絞り込むことができる。

D. 考察

患者1人あたりの点数も、診療日あたりの点数も、1患者あたりの日数も長い病院は、全階級をあわせても高々20～30である。

E. 結論

今回用いた、埼玉、千葉、神奈川、大阪、福岡の政管データに関する限り、20～30の病院を重点的に点検することが効率的である。

F. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第17章 病院類型インデックスの作成¹

山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

保険者が点検すべきレセプト数は膨大である。仮に、1千万件のレセプトを点検するとしよう。点検作業は1枚に20秒かかるとする。1人の人員で作業を行うならば、8時間労働で換算すると約694日²かかる。人数を増やして作業にあたったとしても、人件費総額としての694日分は変わらない。言い換えれば、効率的にレセプトを点検するノウハウを持つことは保険者機能を強化するために不可欠である。しかし、実行には多くの問題点が残る。レセプトに係る作業は

- 1) 診療機関がカルテに基づいてレセプトを作成するブロック
- 2) 作成されたレセプトを審査して報酬の支払いを行うブロック
- 3) 保険者が異議や不服を申し立てる場合を想定して再検査するブロック

に分かれる。先ほど例示した点検の時間は三つ目のブロックでかかる時間に過ぎないことは注意を要する。それというのも、レセプトは必ずしも初めから電子化されたデータで送られるとは限らないからである。例えば、平成14年度の医療施設調査によれば、診療所では6割程度しかコンピュータでレセプトを作成しておらず、請求も電子媒体で行うケースはこの数字を上限とする。いわば、相当数のレセプトが紙媒体によって請求の舞台に上ってくるのである。

図表1 レセプト処理コンピュータの使用状況 平成14年(2002)10月1日現在

	使用して いる	施設数に対す る割合(%)
一般診療所	58 964	62.2
有床	12 158	75.2
無床	46 806	59.5
歯科診療所	39 235	60.3

出所)厚生労働省統計情報部 平成14年度医療施設調査静態調査

¹ 本稿は厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」(主任研究者：植村尚史早稲田大学人間科学部教授)の助成を受けている。また、データに関しては社会保険庁をはじめ、埼玉、千葉、神奈川、大阪、福岡の点検センターの協力を得ている。また、厚生労働省統計情報部からは「医療施設調査」の目的外使用の許可を得た。本稿におけるデータの統計処理上の技術アドバイスは、慶應義塾大学理工学部の青山一基氏にお願いした。記して感謝申し上げる。もちろん、本稿に残される誤りはすべて筆者の責任である。最後に、本稿の内容は筆者の所属機関とはなんら関係がない。

² 1千万件×20秒÷3600秒÷8時間=694.44

請求の場合においては、請求に最低限必要なデータが電算化される。例えば資格要件を点検する被保険者情報と請求に直接かかわるデータ（決定点数、診療実日数等）などである。

この電算化されたレセプト情報はもう一方で、上述の3)のブロックにおける保険者の再検査業務にも使われる。本研究においては、目的は異なるが自然と収集される電算化されたレセプトデータを、どのようにして保険者の検査体制の強化、あるいは事務の効率化につなげるかということ进行を考察する。

II. データの紹介およびマイニングの方法

本研究で利用したデータは厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」(主任研究者：植村尚史早稲田大学人間科学部教授)によって作成された政府管掌健康保険加入者のレセプト個票データである。このデータは1999年度から2001年度の3年間の埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府・福岡県の入院・入院外・歯科・調剤のレセプトを、個人を区別するI.D.コード³によって接続することが可能となっている。これらのデータのうち、本研究では基本的に病院から出された医科の入院・入院外のデータのみを取り扱うことにする。

データは診療年月、レセプト都道府県番号、医療機関コード、診療実日数、決定点数、医療機関番号といったようなもので、レセプトデータといっても診療行為や投薬はおろか疾病コードもない、請求業務に最低限度必要なデータのみ集合であるが、加工を施すことにより情報量は拡大する。そのためにまず、

- 1) 安価であること。
- 2) 追加的な設備投資は最小限にすること。
- 3) 点検作業に対して有効な情報を保険者に提供すること。

という3つの原則を建てて、点検システムの構築方法を考察する⁴。

点検作業を効率的に行うためには統計的な推測に基づいて重点的に検査すべきレセプトデータを抜き出すシステムを構築すればよい。言い換えれば、重点的に点検すべきレセプトの特徴をあらかじめ捕捉しておけば、それを基準として各レセプトの点検を行うことが可能となる。このあらかじめ“あたり”をつけるという方法には、診療機関に注目する方法と、被保険者に注目する方法がある。診療機関が起こすモラルハザードは、過剰診療、過剰投薬などの水増し請求、していない診療や投薬に基づく不正請求などが挙げられる。被保険者が起こすモラルハザードとしては、いわゆるドクターショッピングであり、重複・多受診が典型である。本稿では、基

³ プライバシーに配慮して、本人を特定化できないように加工を施してある。

⁴ 実は、診療機関側に対してはレセコンメーカーがオプションとして機関の財務データを取り込んで総合的な経営指標まで出力するシステムを販売している。

本的に診療機関に焦点をあてて、点検作業の簡便化を図ることとする。

Ⅲ. レセプトのマクロ的視点とデータ加工方法

まず、レセプトをマクロ的に観察しよう。図表 2 にあげたように、5 府県の政管医療費の特徴を考えてみよう。病院における医療費、診療所における医療費にわけて総医療費（歯科、調剤）に対する比率を見ると、おおよそ病院が半分、診療所が4分の1、残りが歯科と調剤ということになる。興味深いことにその傾向は5 府県において変わらず、今回のように5 年程度では時系列的にも安定している。

図表 2

