

第5回健康・医療ワーキング・グループ 議事概要

1. 日時：平成25年5月24日（金）10:00～12:12
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室
3. 出席者：
 - （委員） 翁百合（座長）、大田弘子（議長代理）、金丸恭文、佐々木かをり、
林いづみ、森下竜一、竹川節男、土屋了介、松山幸弘
 - （政府） 寺田内閣府副大臣
 - （事業者） 関東ITソフトウェア健康保険組合、デンソー健康保険組合
株式会社データホライゾン
 - （厚生労働省） 鈴木保険局総務課医療費適正化対策推進室長、
佐久間保険局総務課保険システム高度化推進室長、
井上保険局医療課企画官
 - （事務局） 羽深規制改革推進室次長、大熊参事官
4. 議題：
 - （1）電子レセプト等の活用による保険者機能の強化（健康指導による医療費削減）等
について
 - ①関東ITソフトウェア健康保険組合からのヒアリング
 - ②デンソー健康保険組合からのヒアリング
 - ③株式会社データホライゾンからのヒアリング
 - ④米国におけるレセプト活用事例について
 - ⑤厚生労働省からのヒアリング
 - （2）健康・医療ワーキング・グループ報告について

5. 議事概要：

○羽深次長 それでは、時間になりましたので規制改革会議第5回健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。

始めに、寺田副大臣から一言御挨拶をお願いします。

○寺田副大臣 皆様おはようございます。担当副大臣の寺田でございます。

今日は5回目となります健康・医療ワーキング・グループということで、大田議長代理にもご出席いただき、翁座長の下、このレセプトの問題を始め、重要諸問題についての審議、また、関係者の方々からの意見聴取を予定しております。

御承知のとおり、レセプトの問題は1995年の閣議決定で、当時はレセプト、カルテのIT化という言い方でもってスタートアップし、当時は総合規制改革会議という呼称でしたが、2004年に全面的なIT化に向けた歩みをスタートし、当時5.5パーセントだった普及率も、

7割を超える普及を目指すという大変大胆な目標設定もなされたところであります。

その後、財政制度審議会の方でも、これはまた財政の立場から保険者機能の発揮、強化でありますとか、あるいは運営の効率化、残債問題の解消、システムの統一化など議論がなされ、今日に至っております。

今回この規制改革会議で、この問題は非常に重要な問題として御議論いただくわけでありまして、活発かつ濃密な御議論をお願いしたいと思います。

また、役所の方々も是非とも改革マインドを持ってやっていただきたいと思います。今朝、稲田大臣からも公務員制度改革について発表がなされ、この秋の臨時国会に公務員制度改革の法案の提出、また、闘う公務員をキャッチフレーズに大いにこの改革マインドを持って、公務員の皆さんが抵抗勢力としてではなく、前向きに取り組んでいただけるように、そして、そのことについて信賞必罰を実証するというところであります。

正に役所の皆さんの一挙手一投足がこれから国民注視の的になるわけでありまして、決して遅滞、猶予あるいはサボタージュは許されない状況になっていることも十分に自覚をいただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。

○羽深次長 ありがとうございます。

ここからは翁座長をお願いします。

○翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

議題1「電子レセプト等の活用による保険者機能の強化（健康指導による医療費削減）等について」に移らせていただきたいと思います。

本日は関東ITソフトウェア健康保険組合、デンソー健康保険組合、株式会社データホライゾン、厚生労働省の方に御出席いただいております。

まず、健康保険組合事業者の皆様からお話をお伺いし、松山専門委員からアメリカの事情について少し御紹介をいただいた上で質疑を20分ほど行い、その後、厚生労働省からお話を伺い、質疑という手順で進めたいと考えております。

それでは、関東ITソフトウェア健康保険組合様から10分程度でお話をお願いいたします。
○関東ITソフトウェア健康保険組合 御紹介いただきました関東ITソフトウェア健保の三木でございます。よろしくお願いいたします。

私が使わせていただきます資料は資料1と書いてございます。基本的にこの流れ、11ページまで、最後の1ページだけは別紙になっております。御参考で、高齢者医療制度の簡単な計算式の考え方を別添で付けさせていただきました。

では、早速御説明をさせていただきます。

1ページ、まず私どもITSのプロフィールでございます。設立が昭和61年4月でございます。現在まで26年、27年になります。私どもは総合健保といった形でございますので、いわゆる業界健保でございます。

私どもの設立母体は1～2行目に括弧書きで書いてございますが、日本パーソナルコンピュータソフトウェア協会。いわゆるパソコンのソフトまたはハードを扱うメンバーが中

心になって設立した組織でございます。

現在、右の表のところがございますが、事業所数は6,334社。これは先月4月末のデータでございます。参画していただいております事業所は例えばソフトバンク、楽天、コナミ、今日委員で参加していただいております金丸委員の会社、フューチャーアーキテクト。外資系ですとマイクロソフト、グーグルといったいわゆるIT、ソフトウェア系の企業が参加している健保組合でございます。

右の表、下の欄に行きますが、被保険者が35万6,000人。平均年齢が35.7歳。ある意味非常に若い健康保険組合でございます。平均標準報酬月額が平均で38万9,730円。これはちょうど4月の数字ですので、新卒が入りましたので、例月でいきますと39万円半ばぐらいでございます。収入の予算規模1,500億円を超えるのが25年度の予算規模でございます。

私どもは若い健保ということで扶養率は60.7パーセント、これも非常に若い健保の特徴かと考えております。

保険料率は次のページで再度御説明させていただきますが、健康保険8.5パーセント、介護1.0パーセント、このような中で私どもは活動しております。

3ページ、保険料率の比較推移。私どもITSは赤い折れ線グラフになっております。御覧のとおり、平成16年から平成21年までは6.6パーセントまたは6.4パーセントと非常に低い料率でやってまいりました。この6.4パーセントが21年から23年にかけて、8.5パーセントまで2.1ポイント急激に値上がりしました。背景は言うまでもございませませんが、一番上の行に書いてございます法定給付費の増加に加え、リーマンショック以降の景気低迷でございます。

同時に、次のページで再度記載しておりますが、私ども先ほどの35万6,000人、被保険者の伸びが全ての経費面を隠していました。人が伸びていたので支出が増えていても全部ある意味クリアできました。その人の伸びが鈍化しました。それが21年以降でございますけれども、料率は御覧のとおり8.5パーセント、8.5パーセントといった形で横に推移しております。

4ページ、健保組合は私どもの後に御説明させていただくデンソー様も同じでございますが、支出項目では大きな2つの項目がございます。

財政支出の中の医療費関係、保険給付と称しております。5ページは高齢者向けの負担金。この2つが私どもの支出の大物でございます。

4ページ、まず保険給付で平成20年からブルーと赤で2つ表示してございます。健康保険をやっておりますと、このブルーの方は現物給付、いわゆる本人3割、健保組合7割、病院に行って払うのは3割でございます。これを現物と称しております。

現金給付は赤い部分でございます。こちらは傷病手当金または出産、育児等、お金が被保険者または被扶養者に支払わせていただきます。それがこの平成20年から平成25年の予算で見えてまいりますと、まず上の折れ線は私どもの被保険者の推移でございますが、20年から25年、これはパーセンテージで言いますと117パーセントの伸びでございます。下の段

の医療費、ダウントータル合計を入れておりませんが、20年度が477億円、25年度が704億円でございます。こちらはパーセンテージにしますと147パーセントでございます。被保険者の伸び以上に医療費、保険給付費が伸びています。これは一般的な話題でございますけれども、保険給付、医療費は年3パーセント自然増。その自然増の3パーセントと人の伸びが相まって、こういった数字になっております。

この保険給付だけをいわゆる健康保険料で賄おうとしますと3.98パーセント、私どもは8.5パーセントでございますので、ほぼその40何パーセントが保険給付といった形の医療費となっております。

その下、今度は高齢者向けの負担金でございます。こちら平成20年度から制度が大きく変わりました。いわゆる前期高齢者、後期高齢者といった形で高齢者向けの医療制度が大きく変わりました。こちら前のページの保険給付と同じような見方をしてみますと、いわゆる人の増加、被保険者の伸びは前のページと同じ20年度から25年度は117パーセントでございます。

翻って今度は金額ベースでございます。前期、後期、そういった高齢者向けの負担金が20年度から25年度まで、2行目に書いてございますけれども、20年度が406億円でしたが、25年度予算は720億円です。人の伸びが117.2パーセントであったのに対しまして、金額では177パーセント、非常に大幅な伸びを示しております。

この前期及び後期の高齢者向けの保険制度、算式の話を出しますと長くなる嫌いがございますので、先ほどの別添資料で後ほど御興味のある方は、要は前期高齢者65～74歳まで及び75歳以上の後期高齢者の方向けにオールジャパンの負担をし、私どももその一翼を担っております。

今このページでお話させていただきたかったのは、被保険者の伸び以上に高齢者の負担金が伸びているといった現状をお話させていただきました。

6 ページ、健保業務に関するICT化の現状。これは他の健保組合も一般的かもしれませんが、私どもどんな形でやっているか。右の図で御説明させていただきます。

右の図でブルーの線でくくっている場所がございます。ビルの横に直営健診センターを都内2カ所私どもは持っております。私どものオフィス、それから、右の方に基幹業務系clientと書いてございます。いわゆるこの直営健診センターが都内に2カ所がございます。ここには健診のデータ、健診をし、そのデータを保存する。データセンターに保存する。右側の基幹業務系clientは先ほどの6,200～6,300社、35万6,000人といった各自、各社の適用データを扱っているものがございます。この基幹業務系と直営の健診センターのデータは、データセンターといった形でクローズな形でのデータの保管をしております。

右側で直営健診センターの下に契約健診センターが全国72カ所と書いてございます。私ども先ほどのような被保険者、被扶養者の数がございますので、都内2カ所では到底健診をカバーできません。現在、全国72カ所の健診センターと契約しております。この健診センター72カ所と私どもの直営2カ所をクラウドコンピューティングでつなぐことによりま

して、これも1つのネットワークをやっております。

一般的ではございますけれども、真ん中のビルの下からイントラ・外部接続といった形で健保連、厚生労働省初め、幾つかのところとアクセスをしております。

左の文字の第2ブロックでございます。レセプト・健診等のデータベースは保有しておりますが、被保険者個人がアクセスできるものは医療費通知、ジェネリック通知の閲覧にとどまっております。この医療費通知、ジェネリックは昨年2月からウェブベースでアクセスしていただくことが可能になっております。それこそ従前の健康・医療ワーキング・グループの資料を読ませていただきますと、どこでもMY病院構想。そういったどこでもMY病院構想の1つの部品という言い方は差し障りあるかもしれませんが、それが健保組合等に開放していただけるならば、医療費通知、ジェネリック通知であり、使うユーザーさんからすればデータ量は豊富な方がよろしいので、健保組合単独で用意するよりも、そういった大きなネットワークの中で私どもの情報を有効に活用していければと考えおります。

7ページ、2-1は医療・健診データとの保険事業等への活用。こちらでございますけれども、今回のテーマ、電子レセプトの活用にというテーマで始まっておりますが、私ども先ほど御説明させていただいた若い、若いということは他の組織に比べまして重症化は少ないです。そのため私どもが使いますデータは電子レセプトのデータの有効活用以前で健診データをいかに保険事業に活用できるか、そういった切り口でやっておりますのが現状でございます。

左のところに基幹システムDBと書いてございますが、レセプト情報が月間60万弱ございます。下が健診情報で年間28万件でございます。

レセプト情報を基に右のところにインフルエンザの予防接種補助。こちらは24年度で約8万人実施いたしました。平成23年度から24年度は倍にしておりますけれども、23年度は被保険者だけに補助を出しました。24年度はレセプト情報を分析いたしまして、年齢またはインフルエンザにかかっている数等をやって被扶養、要は小さなお子様ですけれども、そちらに対する補助または配偶者、それが効果があることがデータから判明した次第で、被扶養まで予防接種を拡大した次第でございます。

第2ブロック、生活習慣病予防、中高年リスク改善プログラム。これは健診データを使っております。生活習慣病は40歳未満、中高年リスク改善は40歳以上。書いてございますが、HbA1c等の健診結果を使いまして、あるリスクのあるターゲット層に対しまして、これはスポーツジムを使いまして年3クール、1回3ヶ月でございますけれども、約600人。中高年の方は40歳以上。これは特定健診、特定保健指導とダブることはまずいので、これは現在治療中の方も無視しております。

ダイエットプログラムは健診データのうちBMIが25以上の方をスコープしまして、ウェブベースで記録型のダイエット。これが年2回、1回180日で現在703名がやっております。

医療費の削減というところまでまだ行き着いていないのが現状でございます。現在進行

形でございますが、こういったアプローチを始めたのが22年度の後半からでございますけれども、HbA1cの値が5.2以上の方が22年度から23年度にかけて減っているという傾向が出てまいります。統計値は一番右欄を御覧になっていただきますと、22年度はHbA1cが5.2以上の方が20.2パーセントいましたが、23年度は17パーセント、これは当然私どものこういったアプローチだけではない、世をあげての健康に対するアプローチ。もちろん特定健診、特定保健指導といったものの成果と考えております。

8 ページ、医療・健診データ。今後有効に使うとしている現在、道の途中でございます。私ども単独でやるよりも、これは健保連でやっておりますデータ分析事業に乗っていくのが今の方向かなと考えております。

9 ページ、ICT化に関する独自の取組。先ほど全国72カ所の健診機関とネットワークをやっているとお話ししました。現在、特定健診、特定保健指導は非常にいい数字になっておりまして、被保険者ベースで平成23年度が87.5パーセントといった形の特定健診をやっております。ただ、数字はいい方向には行っているのですが、それに伴う事務処理がボトルネックになってまいりました。72カ所から毎月健診データ、請求等々、またそれをフィードバックしたりする、または数字が漏れている、そういったものに対する、これに対して健診期間のネットワークを構築いたしました。

10ページ、24年4月に独自のネットワークの仕様を策定いたしました。事業者の要件、認証要件等々書いてございますけれども、一定のハードルとしてフィルターをかけてスタートしました。

11ページ、言うまでもございませませんが、ネットワーク導入によりまず今まで人を介してやっていたのが、人を介さずに全部ネット上でできることになりました。初期投資額がざっくりでございますけれども、約2,000万円。従前は郵便代が年間600万円かかっておりましたが、これは基本的にはゼロ、ランニングコストは月40万円です。そういった費用対効果は減額効果、同時に人を介さないという形で太字で書いてございますが、ヒューマンエラー、郵送事故で私どものデータが漏れいする経路は断ち切ることができました。

こういった動きをやっているまだ道の途中でございます。すみません、時間が長くなってしまいましたが、以上で私の御報告は終了させていただきます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、次にデンソー健康保険組合様から10分ぐらいで御説明お願いいたします。

○デンソー健康保険組合 デンソーの赤塚でございます。本日はこういう機会をいただき、ありがとうございます。

本日は電子レセプト活用等による保険者機能の強化ということで、私どもデンソー健保の取組事例を中心に御説明をさせていただきます。

最初にデンソー健保の概要ですが、2 ページを御覧ください。当然国内が当然中心でございますが、加入者は従業員とその家族を併せて15万人ぐらいでございます。予算規模は約400億円ということで、下にQRコードが書いてありますが、このQRコードは実はデンソー

の開発でございます。今、特許を公開しておりますのでどこでもお使いいただけます。

3 ページに、デンソーとは一体どういう会社というのはよく聞かれますので、簡単に御説明しますと、売上高3兆5,000億円ぐらいございまして、従業員はグローバルに12万6,000名ぐらいの人員でオペレーションしております。主な製品が自動車部品、自動車の制御、コンピュータ関係を中心に、先ほど話をしましたQRコード関連機器、FAの仕事をしております。

自動車部品は参考までにお話しますと、品質管理はppmの管理をしています。ppmというのは100万分の1のデータ管理でございます。そのppmの管理をしている風土、そういう職場から健康保険組合に赴任したとき、非常に大きなショックを受けたわけです。データがほとんどないということで、そのデータを活用してPDCAを回して目標管理をしていくというのが我々企業の一般的な姿でございます。民間の活力の源泉でございますが、それがこの健康保険組合ではほとんどできなかったということもありまして、私が最初に取り組んだのはデータ化とIT化ということで、後ほどお話しますが、レセプトがオンライン化する、データ化されるかなり前から取り組んでおりました。その結果、ITのハード、ソフトの飛躍的な進歩に基づき最近、ここ5年、10年ぐらいそういう分析可能な状態にようやくなってきたということでございます。

4 ページは私どもが目指す姿を書いてあります。健康ステージに応じて我々健保組合は全てのステージに関与しています。お金だけ出す分野もあるし、非常に力を入れる分野もでございます。健康、予備軍、早期治療、ここのところを3進活動と言っていますけれども、ここが我々が一番力を入れているところでございます。一番下に書いてありますデータで検証して継続的に改善する。これが一番私どものデンソー健保の方針の中でも肝でございます。

5 ページ、時間がないので申し訳ないのですが、5 ページからのものはICTの現状についてそれぞれの立場でこんな問題がある。我々がデータ化と分析をやってきた結果、こんな問題点が見えるというところを書いておりますので、これは後ほど御覧になっていただきたいと思えます。

8 ページ、デンソーが実践する保険者機能についてですが、よく保険者機能とは一体何とよく言われます。これはまとめて回答する人はほとんどおりません。我々健保組合が実践してきた経験値からしますと、大体3つに分かれます。

1 つは健康保険組合ですから加入者のQOLの向上。QOLというのはQuality of Lifeと言いますが、体力づくりも含めた健康増進が第一の目的です。それで健康増進するものの、万が一、病気にかかった場合、給付を充実してあげる。これはどちらかと言うと心身は当然ですが、経済的な支援という考えも含めて、それを2番目に掲げています。この1番と2番を達成するために、財政の健全化があるのです。

昨今の議論を聞いていますと、どうしても財政の健全化が最初に来てしまう。財政問題だけ、負担論が先に来てしまう。そうではないのだと。健康保険組合というのはQOLの向上

と疾病にかかった人の支援、この2つが第一前提なのだということをもう一度御確認いただければありがたいと思っております。

9ページ、では具体的にどういうことをやっているのだということをございますが、取組事例は先ほど申し上げましたけれども、IT化とデータによる保険者機能を実践するということの具体的な事例を申し上げます。

1つ目は健診データと医療費のデータをかなり、1990年から蓄積しております。その結果、昔はホストコンピュータだったので、なかなかホストコンピュータの時代は簡単に分析できなかったのです。それがサーバクライアントシステムを導入してから、職員がアクセスベースで仕事をやれるようになってから、こういうことができるようになったということです。これは例えば被扶養者7万人を10年間追跡突合するとか、被保険者8万人を20年間追跡突合するとか、歯科と医科の相関分析。歯科と医科というのはジャンルが違って、この業界は分かれているのです。合せた分析がほとんどされていなかったのに、被保険者7万人は15年間にわたって追跡分析をやってみました。その結果です。

保険事業は当然データで検証して、費用対効果を出さないといけないわけです。これがなかなかできてなくて、改善を費用対効果のデータで確認しながら進めてきた結果、ウォーキングでは毎年1万人、今年は多分1万5,000人ぐらいになると思います。参加しています。体力教室には5,000人参加しています。インフルエンザ予防は子供だけですが2万人。健診受診率は80パーセントと高い数字を達成しています。

10ページは取組事例の②として領収書とレセプトの突合点検もやりました。領収書は個人が3割負担をします。その自己負担にお支払いした3割に対する領収書です。ですが、最近では明細書がつかますので、どういう受診をしたかというのは分かります。これは実は患者が一人一人紙で持っていますのでデータ化されていません。これを収集するのが大変なのです。ですから全体の1パーセントの領収書を集めまして、その領収書に対応するレセプトを、レセプトはデータ化してありますのですぐ抽出できますけれども、突合をしてみました。そうしたら4.3パーセントの医療機関で不正というか、間違いがありました。

その結果、当時は医療監察官にお願いをして査察してもらったら100万円の還付があったということです。100万円は小さいですが1パーセント100万円です。100パーセントだと1億円という想定ができる。デンソー健保は健保連の中で0.4パーセントのシェアを占めますので、健保連で見ますと250億に相当します。健保連というのは大体4分の1でございます。国保とか健保を入れますと4分の1ぐらいです。そうすると日本全体で1,000億円という巨大な数字に相当するということです。これは実際にあるかどうかということをおっしゃっているわけではなくて、そのぐらいの可能性があると申し上げております。

ジェネリックの効果分析をしています。ジェネリックを今、非常に推進しておりますけれども、件数ベースでは30パーセント近くになっていますが、金額ベースで言いますと削減効果はまだ5～6パーセントというところです。

ジェネリックをなぜ進めるかといいますと、医療費の抑制に使わなければいけないわけ

です。ところが、まだ抑制効果が非常に低いという状況にとどまっています。私どもはなぜかということ調べてみました。1,500品目の正規品といいますか、ジェネリックのある製品を全部調べましたら、ジェネリックに置きかえた場合に数量と置きかえの削減効果を掛け算した金額効果を積算していきますと、10品目で45パーセントになるのです。20品目で63パーセントということになります。20品目のみで品ぞろえで十分対応できる。金額効果ですから、1,500品目でも20品目さえしっかりやれば半分以上の効果につながるということで、医療機関にこのデータを提示しまして、この分だけはジェネリックに置きかえてくれという交渉をしてくれています。

病診連携は長くなりますので省きますが、これは1つの事例として大変IT化が進んだ結果、アップロードとダウンロードが可能になりまして、紹介、逆紹介で慢性期だとか軽症の患者が高度病院から外来して、診療所に回すことができるようになったということがございます。このように全てデータ化して検証した結果分かってきたということがございます。

次に11ページ、取組事例の最後ですが、いろいろな活動をやっておりますけれども、昨今、健康経営という言葉が非常に流行っておりますが、健康経営はどうしても表面的なところで終わっています。保険事業が経営だと思っているような風潮がありまして、健康経営というのは会社の経営指標ですから、健康経営を経営指標に置きかえないと会社の指標にはなりません。指標とは何かといいますと定量化、データ化して、全社展開できることです。定量化、データ化しないと目標管理ができません。目標管理ができなければ実績管理もプロセス管理も検証もできないわけです。それでPDCAが回らないわけです。ですから定量化することができるかどうかというのは、健康経営の一番大事なところなのです。ここをされているのは今、日本ではほとんどございません。

私どもはそれにチャレンジしておりますが、3つの項目が分かってきました。健康経営は簡単に言いますと従業員の健康管理は会社収益に直結するということです。医療費もそうです。人件費もそう。労働生産性。この労働生産性が一番悪いわけです。日本は労働生産性が悪いと言われますけれども、これは病気もしくは体調が悪いとき、会社には来ていますが、仕事が捗らないという労働生産性の低下はデンスーで実は8パーセントもでございます。これはスタンフォード・プレゼンテーションスコア、アメリカの統計指標に従ってやっていますので、ほぼ間違いないところでございますが、こういうところをちゃんと指標化して、データ化して、管理していくというのは非常に大事になってきています。

2番目には職場のリスクマネジメント、3番目は当然心身の健康、人材育成に役立つということです。経営指標は民間活力と言われているものを4つ、下に書いてありますので、後ほど御覧いただきたいと思っております。

12ページ、レセプトの電子化によって期待される主体別の役割と書いておりますが、これは審査体制や保険者、医療提供体制の側、行政に関して様々なことが期待されます。これは後で時間がありませんので御覧いただきたいと思っております。

16ページで医療情報のICT化に寄与できるもの。いろいろな医療情報データがございます。なぜ私どもがレセプトの電子化に20年前から取り組んだかといいますと、カルテは公開されていませんが、最も適切な医療情報が記載されています。ただし、カルテにはコストの記載がない。電子カルテはございますが、電子カルテは50パーセントぐらいの普及でございます。様式が様々なコンピュータメーカーがやっていますので不統一で、手書きも多く、実はこれはまだデータ化できないのです。電子カルテの活用はこれからの課題になります。

ところが、レセプトは病名診療行為、薬剤、コストが明確でございます。様式も統一化されていますので、これが一番データ化には最適な医療情報だということで私どもは取り組んできたわけです。

領収書には明細つきコストが記載されており、最も正確なコスト情報でございます。実際に本人が現場で診療を受けた内容に現場でお金を払って、幾ら払ったかということですからそれは最も正確なコスト情報です。これは紙ベースのデータですから、データ化が非常に難しいということで、レセプトが最も医療情報のICTが活用しやすい。ただし、分析しやすい改善が必要です。多分、この後データホライズンさんがその具体的なこととお話いただけたらと思いますので、期待したいと思います。

17ページ、具体的に何をしているという、もう少し具体的なものでございますが、活用事例は資料2-2を御覧いただければと思います。ここに先ほど私が少し話をしました大きなものを5つほど書いております。最初に健診と医療費データの突合分析。これは10年間2万人をやったものでございますが、19ページを見ていただければ、その結果、ただ、ここの10年前にBMIが標準もしくは痩せている人に比べて、10年後に25以上の人、要するにちょっと肥満の方は10年間で医療費が痩せている人、標準の人の2倍になっている。体重だけです。

次に、それに血圧を加えますと5倍になるとか、そういうものがデータとしてずっと書いてあります。20年間追跡したのが30ページでございます。これは従業員を20年間7万人を追跡調査しました。その結果もBMIベースの入院率とか、次のページはもっと大きな数字が出ております。これはBMI別ですとか、メタボの問題とか、様々なこと。これは後でゆっくり御覧いただきたいと思います。

37ページ、医科と歯科の突合相関分析ということでございますが、保険者7万人を15年間追跡分析してみました。結論としては歯の健康維持は体全体の医療費、健康とものすごく密接な関連があることがはっきり分かる。実は先ほどお話しましたけれども、医科と歯科を一緒に見ている分析は世の中にほとんどないのです。分野は学会も含めて異なりますので、これはされていないのです。初めてそれをされて、その結果、これは3年前ぐらいに行ったのですが、歯科のシンポジウムが国際フォーラムでありました。当時の小宮山厚生労働大臣にもおいでいただいて、シンポジウムでこれを発表しました。かなりの反響をいただいております。

38ページを見ていただければ、歯周疾患がほとんどでございます。虫歯は最近ほとんど

ありません。歯科の医療費の85パーセント以上が歯周疾患です。歯周疾患がある人とならない人では年間これだけの総医療費が違います。大体17～20パーセントぐらい、歯周疾患がない人の方が健康度が高いということが分かりました。39ページを見ますと、一生懸命歯科の健診や治療をやったA社、B社と、ほとんど個人任せのC社で比べますと、C社は15年で24パーセントも医療費が伸びております。先ほど関東ITソフトウェア健康保険組合でもお話があったように、普通医療費は毎年大体2～3パーセント伸びています。それが24パーセントというのは年間で換算すると1.2パーセントぐらいで、伸び率は低いですが、伸びています。ところが、歯科を一生懸命やったところはA社に至っては横ばい、B社に至っては減っているわけです。この関係は7万人の調査ですからほぼ事実と私どもは捉えています。

40ページはレセプトと領収書の突合と医療費の過誤請求。先ほどお話ししました件ですけれども、そのことが書いてあります。

41ページは喫煙による企業損失。これも後で御覧いただきたいと思います。デンソーでは来年度から4万人の工場を含めて、オフィス含めて全部屋内禁煙を目指すことを機関決定して、会社の方針としております。多分小さなオフィスで屋内禁煙というのは多いですけれども、4万人規模で工場も含めてやっているのは多分余りないと思っています。

本論に戻っていただきたいのですが、18ページです。電子レセプトを電子化してきましたけれども、それにおける課題が非常に大きな問題がやってみて分かってきたことです。今のレセプトを分析可能なデータにすることは難しゅうございます。現行レセプトは電子化されても直ちに分析可能なデータにはなりません。そのままデータ化しても分析できません。理由は傷病名、コードが統一されていない。主傷病名の記載が徹底されていないとか、病名と診療行為、薬剤とのリンクづけがされていないとかいうことでございます。

実は今日レセプトを御覧になったことがない人が多いかと思しますので、サンプルをずっと回します。問題はここに病名が23項目書いているものがあります。ここに病名を書く欄があつて23項目。病名は1項目のものもありますが、普通は2～3の病名のものが多いです。こちらから両方お返ししますので、御覧いただきたいと思います。厚生労働省さんの資料の3ページにもレセプトの様式が書いておりますので、それを参考にいただいて、このようなことですから分析可能な形にデータ化しにくいということでございます。このようなところで時間を超過して申し訳ございませんが、19ページに、これから改革の要望といたしまして、まず第1に電子レセプト帳票の見直し、病名と診療行為のひもづけ、病名の統一等々をやっていただくことが一番、私どもとしてはお願いしたいことだなと思っています。それから、いろいろなことがずっと書いてありますが、これは後で御覧いただきたいと思います。

以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、次に株式会社データホライズン社様から10分程度で御説明をお願いいたします。

す。

○株式会社データホライゾン データホライゾンの内海でございます。

今、デンソー様が電子化されたレセプトにおける問題点を挙げられました。それを引き継いで説明していきたいと思います。

ビッグデータ活用における問題点というところの資料3-1をお開きください。時間がありませんのでかいつまんで申し上げますと、今、赤塚さんが申されていたように、レセプトが電子化されたと言えども、この問題点①～③が今ありまして、それがすぐ分析に活用できないということになっています。当社は12年ほど前の紙レセプト当時から紙レセプトを変換しまして分析をしておりまして、当時からこういう問題に気づいておりまして、この問題を解決するべくデータベースと技術を開発してまいりました。

問題点①というのは、先ほどから、レセプトが回っておりますが、レセプトに記入されている病名欄に書かれている病名が、現在、治療中の病名だけでなく、過去つけられた病名もずっと残っているという問題、当社が分析した結果では、大体4割ぐらい不要病名が存在しています。したがって、現在治療中の病名だけを抽出しないとレセプトが分析に供しないという問題点が1つ。

もう一つは、疾病ごとの医療費が分かりません。糖尿病の医療費が幾らかなという分析をしようと思ってもできません。今どういう形で分析がされているかということ、レセプトの病名欄に複数病名がある場合は、どれか1つに主となる病名のサインをつけるようにされています。例えば糖尿病に主という病名のサインがつけば、レセプトの全ての医療費が主の病名に集計されます。したがって、主にならなかった病名の医療費が隠れてしまうということです。したがって、この問題を解決しないと、これも分析をやる場合に非常に難しくなります。

もう一つは、先ほどもありましたワープロ病名といいますか、コード化されていない病名が今7パーセントぐらいあります。当社はこれを全てクリアすべく変換テーブルを開発しました。

1枚めくっていただきまして問題点を解決するところのグリーンの部分をご覧ください。弊社技術を用いることで以下のように治療中の疾病を把握することができます。この例を使って詳しく御説明します。大体これで全体のニュアンスがつかめると思います。

左側にはレセプトの例があります。実際とは違う様式ですが、分かりやすく整理されています。病名欄にはこの患者の病名が記入されており、1つの場合もあるのですが、お年寄りの場合は大体複数あります。今の例では5つの病名が記入されています。摘要欄にはいろいろな診療行為、いわゆる請求書の請求明細に当たる内容が記入されています。薬がいくら出たとか、検査されたとか、いろんなもののそれぞれの点数と併に書かれています。問題は先ほど言いましたようにどの病名の医療費がどれなのかということがこれでは分かりません。したがって、当社では摘要欄に発生する薬であったり検査、指導料、医療材料、手術、レントゲン等の画像処理、これを全てそれぞれの疾病にひもづくデータベ

ースを12年ぐらい前から構築しました。大体200万レコードぐらい今、存在しております。そういったものを使いまして、どの病名の医療費が幾らかということを知りやすくします。

したがって、そういう作業をした場合としない場合、どういう違いが出てくるかという1つの例を説明しますと、例えばこのレセプトには高血圧が主となっておりますので、5,660点という医療費、金額に直すと、掛け10円の55,660円ですが、全て高血圧症の医療費と見なされて、今、いろんな分析が動いております。しかし、中身を見ますと、なぜそうなったかという経緯の説明は今は省きますが、それぞれひもづけしていきますと、全然違う実態があらわれてきます。③と⑤の病名については治療も検査もされていない。したがって、この病名は現在治療中かどうかということがここで問われるわけです。そういったものを解決して今、いろんなレセプトを分析に供するような形にして、保険者に提供しております。

未コード化病名につきましても、我々は紙レセプトでやった当初は病名が30万から40万病名が巷に出ておりまして、ICD-10でも2万ぐらいしかございませんので、世の中に出ている病名をICD-10コードに結びつけるデータベースを使って、当社は今、未コード化病名を約1%まで落ちるぐらいまで変換をしております。

こういった技術を使いまして、レセプトがいよいよ保険事業に使えるようになったという話を資料3-2を使って御説明します。

時間もないのでポイントだけ説明します。「ヘルスケアやまのご提案」の、3ページを御覧ください。日本における糖尿病の現状。これは2009年に厚生労働省から糖尿病の実態という形で公表されたデータに基づいた図でございます。これによりますと当時人口1億2,700万人、糖尿病予備軍と思われる方が1,320万人。この方を対象に特定健診、特定保健事業が始まりました。それから、糖尿病を発症したと思われる人が890万人。

この中身を見ますと、400万人が通院すらしていない。したがって、保険者はこの人たちを対象に二次予防、要するに受診勧奨という形で保険事業をやっております。我々は、890万人の糖尿病の中で通院している490万人が、通院していながら、重症化しているというのを長年レセプトを扱って分析する中で問題意識を持ちました。通院している人は自分の病気を治すつもりで病院に行っているにもかかわらず、病気が悪化している。さらには合併症が出てQOLも下がってくるというのはいかかなものかということで、いろいろそれに対する保険事業を考えていたのですが、実は2007年までは服薬している患者に対して、保険者は口出しできませんでしたので、一切そういう事業はできませんでしたが、2008年からは服薬中の者に対する重症化を保険者やったらどうかということで可能になりました。実は既にそういうことに問題意識を持っておられた呉市と、それを学術的に研究しておられた広島大学の森山教授が、たまたま広島に、それぞれの立場こそ違え、同じ思いを持った人たちが広島にいたということで、呉市と広島大学と当社とで糖尿病の重症化予防をパイロット事業としてやっていく構想を描きました。

次の1枚をめくっていただきまして、まずはレセプトを分析して、どこをターゲットにしていくかということの考察をしました。これは被保険者10万人の国保の糖尿病の重症化の階層化でございます。10万人の中で1万5,000人が糖尿病。このピラミッドの一番下の階層です。ここはまだ合併症がない段階で医療費も少なく、年間5万円ぐらいです。ここから顕性腎症期という腎症に合併症が出始めた集団が下から2番目の集団です。糖尿病というのはいろんな合併症が起きますが、我々が調査したのは腎機能が重症化していて、最後、透析にいくこういふところの追跡調査をしました。理由は透析が一番医療費が高い。QOLも下がるので、この透析の遅延もしくは回避が保険事業で可能かどうかを調査するために、ここフォーカスしました。

顕性腎症期の集団は大体1,110人。だから全体の集団からすると約1パーセントが顕性腎症期という集団です。この1,110人の中で上矢印に90人とありますが、1年後に90人が腎機能が悪化して腎不全になります。この集団が240人。240人の中で1年後に25人が透析に至るという構図が浮かんできました。

ここで問題なのは、レセプトから分析したということです。レセプトから分析したということで何が言いたいかというと、みんな通院しているということです。病院に行っている人がこのように重症化していることが問題なのです。

理由は1枚戻っていきますと、先ほど通院している人が490万人とありましたが、実は残念ながら糖尿病の専門医さんにうまく当たっている人は100万人ぐらいしかいない。だから80パーセント弱は糖尿病と診断されて治療していても、専門医さんではないので、ついつい見逃されて重症化しているのではないかと、我々は素人なので推察しかできませんが、事実はこの三角形のピラミッドのようにレセプトで分析しているということは、皆さん病院に行っていないながら悪化しているということです。

どこをフォーカスするかということで呉市、広大と協議した結果、もちろん医師会もあわせてアウトカムを早く欲しいので、実はピラミッドの上から2つ目の層にターゲットを絞りました。腎不全期。なぜならば、この集団は図にありますように240人中25人、1割ぐらいが1年後に透析に行くというハイリスク集団です。したがって、ここの集団に指導することでのアウトカムは1年後に出るだろうという推測のもとにやりました。レセプトから実は76名の対象者を抽出し、その患者それぞれのかかりつけの先生の同意をもらって、患者の同意をとりつけた結果50人の患者が、この保健指導を受けるという事に同意されました。26名の患者は保健指導の同意がとれませんでした。要は大きなお世話だということです。広島大学発ベンチャーDPPヘルスパートナーが50人の指導を始めまして、1年後まで指導を完了した人が44人、6人脱落。脱落者を含めましても50人中1年後に誰も透析に行っていないでした。今も追跡調査をしています、3年たってもこの指導を受けた集団は誰1人すら透析に行っていない。76人中指導を断った26人は、案の定と言ったら大変あれですけども、26人中3名が実は1年後に透析に行っています。だから統計上、1割が行くということの裏づけがまあまあ間違っていないかということでございます。

5 ページは流れですので、後で見てください。

一番この事業で苦労したのは、お医者様の同意を得るのが大変難しかった事です。当初は3割ぐらいのドクターの同意しか取れませんでした。とは、言っても患者のことを考えれば、良いのでやりました、1年後に実は医師にアンケートをとりましたら、6 ページですが、当プログラムは患者に必要かという問いに対して「大変必要」と「必要」が93パーセント、それから、診療に貢献したか。診療に貢献したかというのは、明らかに検査値がよくなったということの裏づけだと思います。これが80パーセント弱。事業としての継続も90パーセント以上の医師が賛同してくれましたので、呉市では継続事業として今現在4年目に突入しています。

7 ページ、今は糖尿病の重症化予防だけ強調して申しましたが、呉市ではレセプトでできるあらゆる保険事業をやっています。糖尿病のところは、今、説明しましたが、特徴のあるところだけ御説明します。

受診勧奨も通常の受診勧奨は健診をやって赤信号であるにもかかわらず、行っていない方の勧奨。これが中心なのですが、当社が呉市と一緒に重症化予防をやる中で医師会から大きな注文がありました。

保健指導をしていただくのもありがたいが、一番患者が重症化するのには治療に来なくなった人だと。来なくなった人を、再度受診に結びつけるようなことは、できないのかという相談を受けまして、実は医師会長と直接お話をしたのですが、「来なくなった患者に受診勧奨をしないのですか」と言うと、「私たちからは、他院に行ったのかも分からないので、なかなか来なさいと言うのは言いにくい。でも保険者は全レセプトを見られるはずだから、どこにも行っていない患者は分かるはずだ。どこの病院も行っていない人だけの受診勧奨をしてくれということではじめました。

それがそこにあります治療中断者勧奨330名。昨年330名の治療中断者の再受診を促しました。

これが実は健康日本21の糖尿病の目標の第2番目に、実は挙がっているのです。現在、糖尿病の継続受診率は63.7パーセントです。それを平成34年までに75パーセントに持っていくという数値目標が出ております。糖尿病からの人工透析の目標値も現在年間1万6,200数十名が毎年透析に行っておりますが、平成34年には伸びている中で1万5,000人に減らすという数値目標が出ています。

今まで2つの健保さんが御説明されました保険事業というのは、なかなかアウトカムが見えにくい。今までは保険事業はどちらかと言いますと、やることが目標だったわけです。例えば特定健診である場合、40歳以上の70パーセント以上に検診をやりなさいとか、指導対象者の40パーセントを指導しなさいと。結果は問わず、やることが目標だったにもかかわらず、今回のようにアウトカムが目標になったというのは、非常に我々としても大きく潮目が変わったなと思いました。

したがって、透析患者を1万5,000人に減らしなさいと、やり方問わず結果を出す。継続

受診率を75パーセントに高めなさい。やり方問わず。要は結果を求める保険事業になったということが、大きくITを使った保険者の機能が発揮できたように思います。

時間もありますので、これぐらいにしておきます。どうもありがとうございました。

○翁座長 どうもありがとうございました。

次に、松山専門委員からアメリカの事例に関して資料を御提出いただいておりますので、簡単に御説明をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○松山専門委員 それでは、資料4を御説明いたします。

アメリカのレセプト活用事例について説明します。レセプトの電子化等については2004年にヒアリングを行ったことがあります。後で説明がある韓国と同じように2004年の時点でレセプトの電子化はできていました。レセプト全体の7割ぐらいはコンピュータの中で適正度を判定する仕組みです。残りの3割は医師のノート、つまり注書きがついているものであり、請求内容が正しいかどうかレセプトを詳しく見るとのことでした。さらに、病院がそのレセプトデータをパソコン端末に入力するとそれが自動的にベンチマーク会社に転送されて解析されるという仕組みになっていました。アメリカの場合、2005年から第2期の医療IT投資ブームが起きており、2004年の時より現在はさらにレベルが上がっている模様です。

本日御説明する内容は、アメリカの地域医療ネットワークで中心的役割を果たしている事業体が、具体的にどのようにレセプト活用しているかです。この事業体では、非営利の地域医療保険会社と非営利の医療提供事業体が連結経営しています。連結の意義は、事業体全体としてまず予防に注力することができる点です。予防効果で業収入が減ることになっても、医療保険部門の利益が増えますので事業体全体としては問題がなく、予防強化に医療提供部門が抵抗しないということです。もう一つの意義は、保険者機能を発揮するために必要なデータの収集に関して、医療提供部門は非常に協力するということです。

したがって、経営者は何を考えているかということ、必要なデータは全て手に入る。でも、全て手に入れようとするコストがかかるわけで、コストと効果のバランスをどのようにすれば全体最適になれるか、を研究している段階とのことでした。

その具体的内容を御説明しますので、今日来てくださった民間でレセプトの分析をしている専門家の方々から見て、自分たちも同じことができるかどうかというのを後で教えていただければと思っています。

2ページを見て下さい。これはヴァージニア州にあるSentara Healthcareの地域医療保険会社からもらった会議の資料です。例えば一番上に赤で囲ってある2万8,061というのは、この地域医療保険会社が引き受けているある企業の職員の数です。その上の図の右側の2番目にAverage Total Costというものがあります。これは、従業員1人当たり実際にかかった医療費であり、その上が理論値です。保険会社としては、コストを負担する雇用主に理論値よりも実際にかかったコストがこれだけ落ちていきますと、説明するのです。その理由の分析等もできるようになっています。その中で先ほどの御説明の中にも出てきまし

たけれども、疾病リスクの高い人と低い人がいますので、5分類して上位5パーセントの統計を見ると平均コストが10倍かかっていることが分かります。

それから、Risk Indexという言葉が7.63と書かれています。これについては3ページを御覧下さい。保険者機能を発揮するに当たりデータ分析するために、米国ではRisk Index、Care Gap Indexという2つの概念を使っているとのことでした。その内容については後で御覧いただきたいのですが、要はRisk Indexというのは一人一人の職員の病気の重みの程度をデータ化したもの。Care Gap Indexというのは本来提供しなければいけない治療というものを、その職員がきちんと受けられているかどうかということの評価する指標です。

4ページを御覧下さい。先ほどの御説明の中で日本では疾病ごとのコストを集計することがなかなか難しいということですが、米国ではそれが簡単にできるようになっています。1つの保険集団でどの病気に幾らかかっているかというのが分かるようになっている。

5ページは予防ケアの実施率、その事業体が目標にしている目標値とのギャップを分析するためのツールです。

6ページは先ほど御説明があった糖尿病のケアとの関係で、これも目標値と実際の値のギャップをグラフ化して見るができるようになっています。

7ページは、その保険集団の被扶養者の中で、子供に関しては誕生から成人までの健康診断が年齢別に、大体年何回という目標値があるのですが、それがちゃんとできているかどうかということ全部チェックできるようになっている。

8ページは、子どもの予防接種の実施率とギャップ。

9ページは、専門医別の総医療費です。

10ページを御覧下さい。センタラグループは半径120キロぐらいの医療圏で事業展開しています。そこに100以上の施設を運営しており、その中に救急拠点というものが含まれています。このグラフには下に英語で名前がありますけれども、これは救急拠点の名前です。各拠点到患者さんがどのくらい来ているかというのを分析して、その施設の配置が最適かどうかを判定できるようになっているのです。

11ページは細かくなりますけれども、例えば救急搬送後2週間以内に経過診断を受けていない患者の場合、後で重症化するリスクが高いことが分かっていますので、それがちゃんとできているかどうかを個別に分析できるようになっているのです。

12ページを御覧下さい。日本では非常に実施が難しいと思うのですが、医師の個人成績が分かるようになっています。センタラヘルスケアというのはオープン方式ですので、その地域にいる独立開業医約3,000名がその施設を利用します。契約に基づいて利用するわけですが、その医師たちが同僚の医師たちと比べて患者のケアでコストが幾らかかっているか。それから、この図の右から2つ目にCDIというものがありませんけれども、これがCare Gap Indexです。この医師が担当している患者さんを平均的に見たときに、本来あるべき治療の在り方とギャップがどのくらいあるかというのがデータで出るようにな

っています。これにより問題のあった医師と協議して改善策を考えるわけです。

さらに13ページは、それをさらに細かく分析するツールです。

14ページは保険集団全体のアウトカムの計測を疾病別に見るものです。これは糖尿病患者の場合ですが、改善ができていのかどうか集団全体のデータを月ベースで見えています。

先ほどの御説明でもありましたが、ライフスタイルが健康にもものすごく大きな影響を与えるということで、今、米国で一番注目されているのは、予防によっていかに医療費を減らすかということです。

15ページのPMPYというのは、保険加入者1人当たり年間医療費です。

16ページはウェルネスリスク、つまり生活習慣に関して問題のある人がどのくらいいるかというような分析です

17ページが非常に重要です。これは何かというと職員数が2万4,000名のある企業、つまり雇用主に対して保険会社が保険者機能を説明するデータであります。どういうことかという、これは緑色、左側が非常に健康な人です。右側に行くほど重症度が高い。数字で言うと赤のところの下に5パーセントとありますけれども、職員に占める割合が5パーセントの人が医療費の72.2パーセントを使っている。一方、健康な人は45.6パーセントですけれども、医療費の1パーセントしか使っていない。このような人たちに対してセンタラヘルスケアの方は、いかに健康な人を増やすかということ而努力する、説明をするということであります。

18ページは、疾病レベル別の加入者1人当たり年間医療費がどうなっているかということです。健康な人の場合、年間1,036ドルで済んでいるけれども、リスクの高い人は2万5,775ドルかかっています。こういうデータが自動的に出るようになっています。

19ページは特にリスクの高い人の中で、どういうリスクがあるのかということ进行分析しています。心疾患とか筋骨格系の関節の病気、栄養摂取の問題等々、リスク分析が行われています、最後になりますけれども、その高リスク集団の中で心血管系が非常に重要なのですが、その心血管の要因分析をしたのが20ページであります。こういうデータに基づいて議論をしているということです。

以上で御報告を終わらせて頂きます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、皆様の御発表に関しまして御質問などございましたら、どうぞお願いいたします。

○森下委員 デンソーさんにまず御質問なのですが、先ほど未払いのところの保険と実際の診療を突き合わせると、大体100万円ぐらいのミスがあったという話があったと思うのですが、10ページのところの資料です。領収書とレセプトの突き合せの話です。このところの内容に関して、具体的にどういう内容が多かったかというのは分かっているのでしょうか。実際の内容です。不正という書き方をしているのですけれども、これは不正なのか、それとも要するにカルテ病名の間違いなのか。その点をまずひとつお聞かせ願

たいと思います。

○デンソー健康保険組合 領収書とレセプトの突き合せをしますと、簡単に申しますと領収書というのは自己負担ですから3割の金額でございます。それでレセプトがその医療機関の7割部分は直接医療機関から健保組合、保険者に回ってきます。ですから、通常一緒に見ることはありません。ですから従業員の領収書をいただいて、レセプトのデータを突合しますと、領収書には3割負担ですから例えば1万円の治療費に対して3,000円あった。ところが8,000円のレセプトに請求書があるものがあります。それを全て一つ一つ検証しますとプラスマイナスがございます。ミスの分野と、明らかに過剰請求だと思われるものがございます。それを分類します。

大手の病院は非常にミスがございます。レセプトを起こすのにいろいろなインプットがありますから、ミスは大手病院に多いです。ただし、一定期間全数処理しますとプラスマイナスゼロに近づくのです。これはミスというふうには我々は判定しています。ただ、医療機関によっては傾向的などころがございます。常にプラスに多くなっているところがある。それが4.3パーセントの医療機関でございます。ですから今データを持ってきていませんので分かりませんが、中身はいろいろございます。

今の様式、ルールですと、ある傷病に対してこの投薬とこの検査は認められているというものがございます。様々なルール上認められているものがございます。ところが、それを診療で実際にやっているかどうかというのは分からないわけです。

例えば極端な例ですけれども、A検査、B検査、両方ともこの疾病には許可されている場合、認められている場合、実際にはA検査しかやっていなくてもB検査を請求しても書面上は通ってしまうわけです。レセプトというのは書面ですから。ところが、内容はどうかというのは分からないわけです。ですから内容を調べるために領収書とレセプトがこういうふうに違いますよと。これをエビデンスを持って当時の社会保険事務所に持ち寄って監査をしてもらったのです。それでカルテと突合したら明らかにやっていないものがレセプトに計上されていたということが判明してきた。それを全部合わせると当然それは還付になります。それを全部合わせると1パーセント、100万ぐらいあったということです。ですから、レセプトに記載されている内容はいろいろです。

○森下委員 今のお話はよく分かるのですけれども、逆に私は自分で診療しているので、しかも大学病院というのは自分でやらなければいけないわけです。そうすると先ほどの保険病名を3年ぐらいつけっ放しというのはしょっちゅう起こってくるので、逆に本来請求すべきものを請求していないというのが結構出てきて、結構怒られるのです。逆に言うと突き合わせると請求するものも出るので医療費の削減効果は弱いのかなという気もしていて、むしろどちらかと言うと正確にやるべきなのだろうと理解しているのです。保険病名が漏れているのでお金が返ってこないというのも、病院のケースは結構あると思うのです。特に大手病院は。ですから実際の医療費としてこれだけ削減できるかということ、私は疑問を感じているのですが。

○デンソー健康保険組合 それは医療費の削減ではなくて、正確な、公正な支払いが行われているかという観点で私どもはやっています。

○森下委員 そちらの方が望ましいという理解ですね。

○デンソー健康保険組合 領収書は必ずほぼ正確なコストと診療内容が記載されますので、やっていないことを自己負担には絶対請求できません。

医療機関のことを追加で申し上げますと、医療機関とそれで問題にならないかということですが、愛知県医師会ともお話をしまして、本来ならば愛知県医師会は医師会でそういう正確な、公正な請求行為というのは指導する立場だと。だからこれをやっていたいてありがたいと言われていまして、問題ありません。

○大田議長代理 ありがとうございます。

レセプトの電子化は93パーセントまで来ているというのですが、来ていないですか。

○デンソー健康保険組合 来ていません。

○株式会社データホライゾン 今、医科・調剤レセプトであれば、95～96パーセントは、いっています。

○大田議長代理 電子化は進んでいても、標準化もなされていないし、不正請求のチェックもなされていないので、その理由を知りたいのです。

まずデンソーの方から御説明いただいた資料の18ページに課題が書かれているのですが、これが実現すれば、レセプトは本当の意味で医療の効率化に役立つようになるのか。これ以外に、もともとそういう分析する気がないとか、そういう理由があるのかというのが1つです。

それから、ソフトウェア健保組合の御説明いただいた資料の6ページに、左下の表ですが、紙媒体が結構多いのですが、これも最初から電子入力するということが役立つのかどうか、教えてください。

○デンソー健康保険組合 最初にレセプトの93パーセントを聞いておりますけれども、実は歯科に関してはまだ進んでいないところがございます。ですから、そういう意味では全ての医療が電子化されているわけではなくて、医科の分野は進んでいまして、やらないのは70歳以上の高齢のお年寄りぐらいというところでございますので、問題ありません。ですからデータ化、電子化はされている。ただ、問題は分析できないということでございます。

そこで18ページのようなことを、一番大きい問題は病名が分からない。病名がいっぱいある。私が調べたところでは45万病名ありました。ICDだと1万5,000当時あって、そういう意味では1万5,000ぐらいの病名に統一されれば非常に少なくなる。20～30分の1ぐらいになりますから、そうするともっと簡単に分析しやすくなるということでございます。

御覧になったと思いますけれども、病名と診療行為と薬剤が別々です。我々はデータホライゾンさんの前で恥ずかしいのですが、必用上やむを得ず勝手にやったのは薬剤から診療行為と病名を特定する逆のコースで、この薬剤を使っているということは、この治療な

り診療、治療が行われたのであろう。それで病名はこれであるというようなひもづけをするソフトを開発して、これは開発も薬剤メーカーと一緒にやっていきます。ですから我々が作ったものですから、一般に厚生労働省から見るとそんなのまだ駄目だと言われるかもしれませんが、一応、自分たちの分析のためには必要なので作ったということです。ですから、それを書いてあるのは18ページでございます。

これがなされれば、そういうことをすることはなくても済むかなと。そうするとビッグデータを用いて全部厚生労働省に集まって、ナショナルデータベースがもっと簡単に分析できるのかなと思っています。

○大田議長代理 要は18ページのこれが解決すればいいわけですね。

○デンソー健康保険組合 問題はかなりの部分は解決します。全てではありません。

○寺田副大臣 その関連で、私はそうは思いませんで、保険者というのは保険料の委託を受けて患者、企業の従業員さんでもいいのですけれども、十分保険者機能を発揮しないといけないわけです。したがって、アメリカ型の医療機関の格付けもできるし、それは個別契約が法的に認められているわけですから、保険者と医療機関の、それがなされていないのは何らかの規制があるからではないですか。つまり、薬とのリンクづけ、あるいは病名とのリンクづけ。これは当然やらなければいけない。あと、森下先生言われたような過去の病歴の問題もあるでしょうけれども、十分な保険者機能を発揮できていない阻害要因があるのではないですか。それを言ってください。

○デンソー健康保険組合 おっしゃるとおりでございます。アメリカはなぜこんなことができるかといいますと、私も2000年から5回にわたってアメリカに調査へ行きましたけれども、ディジーズ・マネジメント会社というものがございまして、医療機関と医者の中にディジーズ・マネジメント、要するに疾病管理会社というものがございまして、そこは完璧にデータ管理して、アメリカは医療機関を保険者が契約できる。ですからジェネリックを使いなさい。使わなければできません、契約しません。だからジェネリックの比率は60パーセントで、制度的に60パーセント、70パーセントいくわけです。

ディジーズ・マネジメント会社はどんなことをやっているかといいますと、保健指導もちゃんとやってくれる。保健指導でどんなことをやっているか。私はびっくりしたのですが、コールセンターに行きました。非常に多くの保健師さんとか様々なコールセンターの人たちが50人、60人いる。電話1本。契約者の会員の誰か、番号を入れますと20秒以内に画面が3つ立ち上がるのです。3つ立ち上がるというのは過去の病歴、現在何をしているか、このまま放置したら将来何になるかということが分かる。ですから50人の保健師さんがそのデータを見れば、すぐそこで保健指導ができるのです。そのぐらいのデータ化とシステム化というのは、治療に関する保健指導が可能なのです。

それを見て会社に帰って自分もやろうと思ったのです。それはまず100パーセントできないです。データがないです。ということからデータ化が始まったのですけれども、やはりネックがあって、最終的なところまで行っておりません。

○寺田副大臣 それはデータの問題というより、それを個別に妨げているものがあるのではないですか。それは役所の指導ではないですか。

○デンソー健康保険組合 そうです。

○寺田副大臣 役所の指導がなければ出来ますね。

○デンソー健康保険組合 余り言いたくないですけども、規制があって契約できません。もしくは推奨もできません。

○寺田副大臣 法的にはできるけれども、役所が妨げるということですね。

○デンソー健康保険組合 私も実は余り推奨できない医療機関というものを作ったことがあります。問題が多いところ。実はかなりの抵抗を受けて、とても公表するまでに至りませんでした。あるところが公表したらボイコットされました。ですから、そういうこともありますので、まだ道りは遠いなという感じがします。

○大田議長代理 先ほどの紙媒体についての質問もお願いします。

○関東ITソフトウェア健康保険組合 私どもの資料の6ページで、ここで言っています各種申請は、例えば新しい社員が会社に入った。それを私たち健保組合に登録する。そういったベースの方が多いのですが、その書式の中にその事業者の代表印、印鑑が必要であるということがございますので、現時点では紙ベースで印鑑を押印し、それを私どもがお預かりし、私どもが入力する。その手の申請書類が多いという現実がございますので、紙媒体が多いという書き方をしております。

健診結果は被保険者に渡す渡し方の問題もあるのですが、私ども被保険者の全部の住所は把握しておりません。まずその事業所に送ります。事業所に事務担当者の方がいらっしゃって、その方がAさん、Bさん、Cさん、Dさんという形に配る。そのとき電子で私ども用意することは可能です。下に書いてあります医療費、ジェネをウェブで公開していますので、その横に健診データをウェブベースというのはもちろん仕組み上は可能ですが、現時点では今までさせていただいた情報をつつがなく御本人に生かすために、紙の方が従前からのルールもあるというので、それは続けている次第です。

一番下のレセプト開示は、そういった要望があった場合、御本人と診療機関からあった場合、一定の組織で紙でというので、今回のレセプトの話題とは少し違うところで、現状紙ベースでやっている手続が非常に多いといったことが逆にここでうたっている次第でございます。

以上です。

○翁座長 お願いいたします。

○林委員 私もデンソー健保の赤塚様にお伺いしたいと思います。

今日御紹介いただいたデンソー健保と呉市、データホライゾン社との取組は、1つの成功事例ではないかと思えます。資料2-1の12ページから「V. レセプト電子化によって期待される主体別の役割」というのが15ページまであります。今日は時間がないということなのですが、もしこれ全体について、細かく書かれたものがありましたら、是非追って

でも頂戴できれば非常に参考になるのではないかと思います。

今日ピンポイントでお伺いしたいのが、「1. 審査体制」のところ。支払基金の在り方の問題ではないかと思います。特に2つ目のポツの「医療保険事務コスト抑制、IT化の進展を通じ審査の効率化と精度向上を図り、審査支払体制の最適化を図る」というあたりを、私も共感しているところなので、もう少し教えていただきたい。

また、15ページの「4. 行政」のところ。「分析可能なレセプト電子化を通じ、」というところなのですが、これについても国としてもっとできることがあるのではないかと御意見がありましたら、教えていただきたいと思います。

○デンソー健康保険組合 最初の審査体制と支払基金の件でございますが、我々は事業者保険ですから支払基金を通じて審査支払いをやっているのですが、支払基金は当然最近の傾向を見ますと55パーセントぐらいがロジック点検、システム点検に変わってきております。30パーセントぐらいが審査員が目視で審査しているという形になっています。

ただ、昔はこれを全部やっていたわけですが、大変な労力があって、その結果、個人の見解の相違によって支部間差異が生じて問題になったことがあります。ですから最近ほとんどそういう意味でITの進展とともに、ロジック点検が多くなって、その支部間差異の範囲が狭くなりました。

ただし、話はしていなかったのですが、実は日本の審査体制は94あるのです。というのは、支払基金が支部別に審査委員会を持っていて、そこで支部別に審査委員会のルールを持っています。ですから東京と大阪は違うルールでやる。国保連中央会、国保連も同じく47都道府県で審査体制を持つ。ですから支払基金と国保連それぞれの県単位持っていますので、94のルールがあるとお考えいただければ結構です。ですから、その部分を適正化していくことは非常に大きい。それはIT以外ない。そういう意味で透明性というのを言っております。

その結果、先ほど申し上げましたようにロジック点検が60パーセント近くきていますので、ますますこれは進展しますので、そうすると事務コストも含めて従業員、職員も削減が可能となってきました。ですから毎年、支払基金で何十名の削減をしております。ただ、私はまだ不十分だろうなと思っています。ますますこれから進めていただいて、事務負担は我々が負担しているわけですから、保険者が負担しています。海外は医療機関が審査事務負担をやっている所が多くあります。そういう違いがございます。

○翁座長 日韓の比較を出しておられますけれども、特にこれで強調されたいことがございましたらあわせて。

○デンソー健康保険組合 後ほどその話をさせていただきます。

行政の話でございますが、分析可能なレセプトが電子化された場合、もう少し先ほど様々な疾病のもとに分析が可能になります。全国レベルで、例えばインフルエンザは10月にどこで急激に流行っているかということも、2カ月遅れではございますけれども、大体そういう地域別なんかも一目で分かるようになるかなと思います。

それと韓国の事例と一緒にお話したいのですが、韓国の事例を見ていただければよく分かりますけれども、資料2-3を見ていただきますと分かりますように、韓国は実は保険制度を立ち上げるとき100パーセント日本の制度を真似して立ち上げた。ただし、そのときに日本の制度で一番問題、課題になったところだけは改善しようということで取り組まれたのです。私もこれは韓国に行って聞いておりますので、ほぼ間違いのないところがございますが、レセプトの審査方法というものが2番目にあります。審査組織は例えば日本は全国で47、韓国は1です。レセプトの審査方法で言うと日本の審査機関は目視とコンピュータが混在。韓国はほとんどコンピュータチェック。そのための仕組みがあります。さらに目的というところで日本の審査機関は審査と支払いが目的なのですが、韓国は違って審査は当たり前で評価が重要なのです。医学と費用の両面から、費用対効果を含めて診療の適正性を評価している。ここが非常に大きな点で目的が違っています。審査が主な目的ではありません。

医療機関をランクづけております。それでA、B、CランクしてCランクに当たった医療機関は厳しい指導があります。Aランクのところは審査が免除されるとか様々なインセンティブがある。こういったふうに韓国は日本の問題点を改善してやっていますので、当然のことながら日本よりは一步進んだ形になっているのかなと思っています。

そういう意味では3ページ、3番のところにも書いてあります。単なるレセプトを分析可能にただけでは問題は解決しません。3番目にその他のことが書いてあります。点数表の問題です。日本はプログラム加算法といいまして、ちょっと難しい話なので省きますけれども、それごとに計算して点数を出します。韓国はテーブル法といいまして、全部テーブル化されています。ですからこの項目が変わらないのです。診療報酬改定で点数が4月に改正されますと、大体1カ月ぐらい医療機関は混乱します。ですから非常に大きなミスが生じる。韓国は点数を変えるだけですから、項目は決まっていますから、簡単に言うと定価です。出来高の定価です。それから、傷病名の統一がございます。病名と処置の結びつきもできています。電子化は100パーセントでございます。

こういったところが組み合わせて、韓国の審査体制と評価システムはでき上がっているものですから、その辺のところを日本でもこれからの取組課題の大きなところかなと思っています。

○森下委員 今の病名の統一が最初の仕事だと思うのですがけれども、我々医者がやっても実際の病名と健保病名とレセプト用の病名と分かれていて、大変煩雑なのです。場合によってはレセプト病名が見つからないこともしょっちゅうあって大変苦勞する。これは何でこんなことになっているのですか。医者になってから既にこんな状態で、レセプト病名を覚えるというのが病院にとってはいい医者なのです。そこになかなか忙しくなると時間を割けないので結構ミスがふえるのですが、ものすごく実際の医療と病名と薬剤の適用病名も違います。何でこんな事態になっていると理解されているのですか。

○デンソー健康保険組合 何故かは分かりませんが、レセプト病名は先ほどデータ

ホライゾンさんが話したのは40万とか言っていました。私が調べたときは45万ありました。ワープロ病名といいまして疑いがついたり、いろいろ同じ風邪でも10種類以上の病名があります。それで病名が特定できないというのが1つあります。

それから、ドクターの方には申し訳ないですけども、出来高ですから病名がはっきりしない方がいいのです。

○森下委員 医者が病名を決めていないので、恐らく病名を特定できるとかなりやりやすくなりますね。それを何らかすればいいわけですね。

○翁座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 私は厚生労働省の社会保障制度審議会の下の大臣官房の統計分科会に10年来かかわっているのですが、そこでやっている分科会のさらに下の分科会にWHOのICD-11の検討会があります。一番の理由は日本の医者がほとんどICD-10を知らない。学校でちゃんと教えていないということです。それと保険点数が一応ICD-10にのっけると言うのでけれども、完全には準拠していない。その辺をやらないと恐らく先生おっしゃるように保険と実際に医者が学術名でつけるのとはなかなか一緒になってこない。

それと、細かいところが全部確かにICD-10は決まっていらないのですが、少なくとも9割方は全部選べる。残りの1割について記入するとか、そういうルールがはっきりしているのですけれども、日本の保険点数はそういう原則のルールがないという、そのあたりが問題だと思います。

したがって、先ほどの資料2-3の3ページ目で言われた傷病名の統一が日韓で違っているというのは、その辺に根本の原因がある。これはですから厚生労働省だけ責めてもかわいそうなので、医学界全体がICD-11を今、検討していますけれども、それに準拠するのだという姿勢で全てが動かないと統一できない。

(1)の点数計算も今、プログラムで加算法とテーブル法。これもやはりデータベースが一個一個の診療行為、薬剤行為をまず入れておいて、その組み合わせによってDPCで包括にしたときには、その中のデータは消さずに請求そのものは包括でやるということをおかないと、先ほどからおっしゃっている後での分析が、日本の今のDPCデータは公開だと言いますけれども、細かな分析はできないです。結果の点数しか出していないですが、その辺を最初から制度設計しないとなかなか難しいだろうと思います。

○翁座長 ありがとうございます。

今までの議論を踏まえまして、厚生労働省から10分ぐらいでお話をいただけますでしょうか。

○厚生労働省（鈴木室長） 失礼します。厚生労働省保険局医療費適正化対策推進室長でございます。

資料5をお願いいたします。今回、事務局から電子レセプトの活用による保険者機能の強化ということでいただきましたので、それに即するような資料を持ってまいりました。

最初に電子化についてのことです。2ページですけども、今さらではございますが、

レセプトということの御紹介ですけれども、レセプトは上の枠に書いてございますように、医療機関が保険者に費用を請求する書類でございまして、そこにポンチ絵がございまして、実際に患者さんに医療サービスを②で提供いたしますと、その費用を④で請求するときを使う、④から審査を経て⑤に行くのですけれども、保険者に行きますが、そのときに使う書類がレセプトでございまして。ちなみに、そのレセプトの写しについて国の方にも今いただいているところでございます。

そういったレセプトの請求書類という性格上、右の方にどんなことが明細書と、もともとは呼んでおりましたが、それに書いてあるかということを見えやすくしておりますけれども、例えば医療機関のコードとか、疾病の名前、今、議論になっておりますようなこととか、投薬、処置、手術、検査といったことが書かれておりますが、下の※にございますように、あくまで請求書の添付書類の明細でございまして、検査の結果とか症状といった状態像は基本的には入っておらないことを御承知いただければと思います。

めくっていただきまして3ページですけれども、今は基本は電子化ですので、これはもともと紙のレセプトの形、一部残っておりますが、これとデータの関係を示して、一体何が書いてあるかということを見えるようにしたものでございまして、そこに書いてございますように、御本人の名前とか生年月日とか、その人の参加している保険者の名前、どこの医療機関でどういう行為を受けたか。薬などについては薬の名前とか、そういったものも含めて入っております。

4ページ、今の電子レセの普及状況でございまして、18年から電子化を進めてきておまして、全部合わせますと92.3パーセントということが現在の件数ベースですけれども、普及状況となっております。

めくっていただきまして、以下、病院、診療所、歯科、調剤別の普及状況ということで、以下の病院、調剤は99.9パーセントで診療所は94.4パーセント、歯科の方が低くなっております。レセプトは今、原則電子化でありますけれども、先ほどもございましたが、レセプトのコンピュータを使っていない場合などは紙でも請求していいというふうになっておまして、こんな普及状況になっているところでございます。

6ページ、今それをデータベースとして誰が持っているかということで整理しておりますけれども、国の方ではレセプトの報告をもらっておりまして、これをNDB (National Data Base) と通称呼んでおります。これは匿名化処理をした上で、この情報をストックしております。

本来、レセプトは保険者さんが持っておりますので、保険者において活用いただいておりますが、特にその中央団体が関与して現在、国保であればKDB (国保データベース) と書いてあるものですが、先ほど健保さんあるいはデータホライズン社さんからありましたような分析をここでもできるようにということで今、開発中でございまして、25年10月の稼働予定でございまして。健康保険組合さんの方につきましても、健康保険組合連合会でそれと同じような、共通するような分析のシステムを今、開発中でございます。

7ページからが国が持っているデータベースの状況ですけれども、8ページです。これは国が持っているデータベースの概要ですが、これは目的がございまして、医療費の適正化計画というのがございます。これを作ったり、あるいは評価したりするために保険者からデータの提出をもらっているというのが、その一部分がレセプトのデータ。あわせて特定健診、保健指導、いわゆるメタボ健診のデータも報告をしていただいております、この下の方に収載データとありますけれども、レセプトにつきましては21年4月から今日まで59億件、健診・保健指導については20年度から9,000万件が今、収載しております。

そこに注3でありますけれども、個人情報ということでないようにするために、お名前とかそういったものについてはハッシュ関数という疑似乱数を出す関数を使いまして、匿名化処理をした上で収載しております。

そういった今、申し上げましたように医療費の適正化ということが本来の目的で集めておりまして、その利用が左半分でございまして、これは厚生労働省あるいは都道府県におきまして、そういう医療費の適正化のために使っていく。公表したり使っていくということでございます。

右の方にありますけれども、それ以外に医療費の適正化以外にもこのデータベースを使えるものがあるだろうということで、例えば国の行政機関でも適正化以外の目的ということであれば、例えば真ん中の列の例のところにあります、医療計画を作るときに医療機関への受療動向を把握するためという場合の提供は、右側の目的外利用の第三者提供として下の方にありますけれども、有識者会議というところで専門家の方々も含めて御審査をいただいております。そこに書いてございますように、目的とか必要性などについて公益性確保の観点から審査をした上でデータ提供の可否を決定する。

同様に右の国、地方公共団体以外でも研究開発をしているような独法、大学、そこに書いてあるような国から研究費用を補助されている方であれば、こういう学術研究の発展などのために同じように申請をしていただければ公益性を審査させていただく。ここで公益性を審査させていただくと申し上げておりますけれども、先ほど匿名化処理をしてはいると申し上げましたが、特定の疾病であるとか、受療動向などは、他のレセプト以外の情報と突き合せれば個人を特定できる場合も当然ございますので、そういう意味ではこれは個人情報に準じて取り扱うということでございます。こういうことがございまして、この第三者提供というところでは行政機関、個人情報と同じような考え方で、その個人情報の取り扱いに準じてそういう学術研究などに限って提供を審査させていただいているということでございます。

10ページ、今のページでいきました左側の本来目的、適正化のために今どんなものを使っているかといいますと、1つは一番上の枠は公表しているデータですけれども、健診結果でBMI、腹囲などいろんな検査値を県別とか年齢別に集計したデータを公表しております。また、調剤のレセプトについては薬剤の使用状況なども県別に分析をして公表いたしております。真ん中の段は公表というよりは、もっと分析をする材料を県に提供しているとい

うことですが、都道府県の方も適正化計画というものを作りますので、そのためにそこに書いてある情報を提供いたしております。

一番下の欄ですが、もともとこういう医療費適正化のためにいただいておりますので、国としても医療費適正化の効果ということで、まずは中心的な施策でございます特定健診、メタボ健診ですが、この保健指導の効果についての検証に今、着手したところでございます。

11ページ、これまで私どもの方でこのデータベースを使って分析した結果で、1つ御紹介させていただきますと、上の方は健診の結果でメタボリックシンドローム。これは腹囲が男性であれば85cm以上で、プラスして血圧、脂質、血糖、いずれかについて2つ以上リスクがあればメタボリックシンドロームの該当者。腹囲プラス1つであれば予備軍ということでもありますけれども、こういう方々とそうでない方々で、その人と年間のレセプトをひもづけいたしまして、年間の総医療費をこのメタボに該当している、該当していないで比較をしますと、下にグラフがありますけれども、男女別、年齢別にありますが、大体年間9万円程度メタボに該当している人の方が医療費が高い傾向にあることが分かっております。

下半分は健診を受けた後に、そういうリスクが高い方は特定保健指導という6か月以上にわたる介入を受けるという仕組みになっておりまして、それを受けた人の中でどうなったかといいますと、20年度に受けた方の翌年度の健診結果を見ますと、大体3割ぐらいの人がその保健指導を受けるとメタボではなくなっているということで、そういうことも分析をさせていただいております。

12ページは先ほどの右半分にありました目的外利用の方で、これで今まで申請を受けて有識者会議の審査を経て、これまでここに書いてありますように2011年度は11件、12年度が7件の提供を、公益性を審査した上でさせていただいているところでございます。

次から先ほど来、議論になっております保険者による活用ということでございます。14ページは前回のこの会議でも御説明しましたけれども、保険者によるレセプト情報の活用の全体像ということで、1番のところでは医療費分析をして現状把握していただいた上で、先ほど来、御紹介のあったような給付の適正化とか、いろんな保険事業に出していただくということでございます。

次に15ページですが、そういったことを支援するために国保の方では今、国保データベースの開発を進めております。これにつきましては1番というところにありますように、健診の結果とか疾病別の医療費の状況などから健康状態を明らかにする。あるいは介護のデータも収載をするということでございます。そういったところから地域の課題を、下の方にありますけれども、抽出をして、どういう疾病に対してどういうアプローチをするかということを決めて、さらに3番の方に、そういう方を実際先ほどデータホライズン社からありましたような、似たようなことで対象者を介入した人を抽出しまして、そういう方に対して介入した結果を4番で経年的に検証して、PDCAという形でまた次の取組に生

かしていく。こんなことができるように今、開発中でございます。

次の16ページは同じように健保組合さんの方でも、健保連さんの方でそういった共通のシステムを、下の方の絵にありますけれども、今も組合ごとにいろんな形で分析をさせていただいておりますが、共通するシステムは使い勝手が悪いということで今は余り活用されていないようなのですが、そこを改良いたしまして、先ほど来、出ておりますような分析機能を付加した上で、健保連さんを通じて全健保のデータを集めて、比較可能な状況を作るということで、来年4月の稼働を目指して今、開発中でございます。

17ページと18ページは先ほど来、御説明があったような実際の活用、受診勧奨、重症化予防、訪問指導、調剤レセプトとの間の突合ということで、御紹介があったので重複するので割愛させていただきます。

19ページ、今、申し上げたような好事例がございますので、そういったことに対して私どもとしては左の2番目で、システム整備ということは先ほど国保と健保のシステム開発も助成させていただいておりますので、そういったもので環境を作りつつ、右の方にありますように、取組内容を標準化して保険者間の皆さんに取り組みやすくなるようなことを、助成も含めて検討していきたいと思っております。

20ページからはDPCということで、これはヒアリングの事項として医療の標準化にレセプトがどう使えるかということでございます。レセプトは先ほど来申し上げておりますけれども、請求情報ですので患者さんの状態像などは入っておりません。そういった意味でレセプト本体ではこういった標準化というのはなかなか容易でないと思っておりますけれども、DPCという診療報酬制度の中で、診療報酬の中での標準化ということに取り組み始めておりますので、あわせて御説明をさせていただくものです。

説明者を交代します。

○厚生労働省（井上） 保険局企画官の井上です。

本日のテーマはレセプトですが、最近レセプトと並んで大きな医療データベースになりつつありますDPC制度に関しまして、1分だけ簡単にスライド20から御説明をいたします。

まずDPC制度というのは10年前から始まった制度ですが、急性期の入院医療を中心として診断群分類ごとに1日定額の支払いをするという制度でございます。10年前、始まった当初は82の特定機能病院のみでございましたが、年を経るごとに大きくなり、今は1,500病院、一般病床の半分以上がこの支払制度でカバーされているという形でございます。

大きなデータベースに育っている中で、特にレセプトデータとの対比で注目すべきは22ページに挙げているDPCデータの主要な項目というところでございます。レセプトデータにはない診療情報がDPCデータには含まれております。例えば入院の経路、退院時の患者の状況、身長、体重、ADLスコア、がんの分類、こうした直接医療の質の向上あるいは被保険者のポピュレーション集団全体の健康状況に対する様々な施策に有効な情報が含まれているという点で、DPCデータはレセプトデータと並んで今後活用を検討すべきデータセットであると我々も考えております。

以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、御質問、御意見などがございましたら。

○松山専門委員 先ほど国保のデータベースを健保連のデータベースができるというお話だったのですけれども、私の方で教えていただきたいのは2つありまして、1つはその結果、海外で行われているような医療機関別もしくは医師、個人別の評価というのができるようになるのかどうか。

というのは、カナダ、オーストラリア、アメリカ等では、政府が医療機関の評価情報をウェブで出しているのです。それができるようになるのかどうか。例えばそれができるといようなデータが作られるのであれば、せめて国公立の病院に関してはデータをオープンにするような仕組みが作れないのか。民間に関してまでやるとなると、相当な抵抗があると思うのですが、国公立病院については税金で運営されているので出すべきではないか。

2つ目の質問は、いろんな分析ができるようになるというのは理解できたのですが、例えば今の時点で国民に対してこういう分析はできますよというのを示すときのグラフとかのテンプレート。こういうデータの表示で皆さんに分かりやすく提供できますよというように今作られているのかどうかなのでは、具体的には先ほど私がアメリカの事例でお示したようなデータのイメージのパターンをたくさん作っておられるのかどうか、そこを教えてください。

○翁座長 続けて質問をお願いします。

○竹川専門委員 御存じのように診療報酬は1点10円ですけれども、これは決まっていますね。保険者が勝手に病院に9円で、11円ということはできませんね。これは法律ですか、それとも指導ですか。

何が言いたいかというのと、評価した後、保険者が独自に、この病院は認定する認定しないというのは国民皆保険制度で難しいのですが、病院ごとにそちらは1点11円で請求していいですよ、おたくは1点9円ですよということをやるのが一番保険者機能の強化になると思います。一律1点10円というのは法律で決まっているのか省令で決まっているのか課長通達なのかお聞きしたい。

○翁座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 3点目はレセプト情報の目的外使用、第三者提供についてなのですが、9ページ目の右上に国の行政機関、地方公共団体のまたさらに右枠に研究開発独法大学保険者、地方云々とあって、民間企業も含むと括弧にあるのですが、国から研究費を補助されているものという縛りがあるのです。先ほど公益性の確保がということで有識者会議が審査をする。ところが、その2ページ後に利用されたのが11年度でたった6件、12年度で7件、しかも申請が43件、17件あるのに、これだけバツサリ切っているというのはどういうことかということと、民間が全く入っていないのです。

これは私は個人的には別に国から研究費をもらっていなくても、民間でも申請してよろ

しいのではないか。確かに保険会社が個人を特定して保険の契約をしないなんていうのは言語道断ですけども、そういう縛りをちゃんとつけておけば、むしろ民間に開放した方が早くデータが分析されて、いろいろな分析結果が利用できる。むしろそれを国に還元させるというふうな考えが必要なのではないかと思います。

最後にもう一つコメント。先ほど松山先生が施設ごとの公表は民間は問題あると言いますけれども、むしろ民間は公表して欲しいという施設が圧倒的に多いと思います。順位を公表すれば民間が上に並んで国公立が下に来ると想像されるからであります。

以上でございます。

○大田議長代理 先ほどのデンソーさんの御説明の中で、レセプトがそのままでは分析可能なデータにならないというところで、18ページに6つ改善点が書かれておりますが、これを直す御予定があるのかということと、韓国のような形を目指すのかどうかという点を教えてください。

○翁座長 たくさん御質問をさせていただきましたが、まとめてお答えいただければと思います。

○厚生労働省（鈴木室長） 3点で手分けしてお答えしますけれども、最初のデータベースをもとに医師とか医療機関の評価を行うのかということではありますが、米国の場合は基本的には民間、医療保険が主体となり、契約をしている医療機関のデータとして、そこでの契約の関係の中で公表がされているのではないかと思いますけれども、我が国の場合は皆保険という形で国の方が保険医療機関を指定し、その診療内容については診療報酬という形で公定価格をつけた上でルール化をしておりますので、そういったことを考えますと国とか全国的な仕組みとしてそういうことを考えるというのは、ちょっと難しいかなと思います。

それから、どんな分析ができるようになるかということですけども、これはそれぞれ国民健康保険連合会中央会の方と健保連の方で今、開発中のものでございまして、今時点では開発の過程で内容も少しずつブラッシュアップをされているということですので、直ちにはお出しできるものは現時点ではございませんけれども、そういった形でこういったことができるということをアピールしていくことは大事だと思いますので、そういったものを作ってはどうかというふうには提案をしていきたい。両団体に対してお伝えしていきたいと思います。

○松山専門委員 すみません、今の御回答なのですが、質問の趣旨と少しずれています。私がお伺いしたかったのは、そのデータベースができることで医師レベルもしくは医療機関レベルの分析ができるデータがそろえるのかということをお尋ねしたかったのですが、今のお答えだとそろったとしてもやる気はないよという御回答だったように思うのですが、その理由としてアメリカのことをおっしゃったのですが、ではカナダとかオーストラリアみたいに公的制度でやっているところも全部オープンにしていますね。それがあつことを考えると、先ほどの回答は理屈が合わなくなると思うのです。

○厚生労働省（井上） 補足をして御説明いたします。

担当がレセプトとDPCと異なっておりますので、DPCは今このように考えておりますという事を担当の企画官、井上から御説明いたします。

今の松山専門委員の御質問は、データがきっちりそろえば、それをもとに医療機関別にそれぞれの医療機関の医療の質なり成果、アウトカムを横並びで示すことができるのではないか。技術的に可能であるかどうかということと、海外ではそうしたことが行われており、日本において今後どのような見通しがあるのかという御質問でした。

これは今、DPCというデータセットに関して、レセプトデータセットとはまた別の独立したデータセットですが、DPCのデータセットにおいてこの問題は中医協のDPC評価分科会という分科会において議論が始まったところでございます。具体的にもう少し詳しく申し上げますと、今、約1,500病院ございますDPC病院において、一定のフォーマットでその病院の診療の内容の特徴あるいはアウトカムを示すことを義務づける、ないしはDPCの点数設定上インセンティブを与えるということをするべきではないかという提案があり、そうした議論が始まっているところでございます。

一番直近の今週開催されました分科会においてこのことがテーマになり、具体的にこうしたフォーマットでやるのはどうか。そのフォーマットというのはこの1,500の病院がすべてから病院のホームページで決まったフォーマットでそれぞれの病院の特徴をDPCのデータから抽出できる特徴なり、あるいはアウトカムを提示することができるのではないかと、そのフォーマットの原案の提示もなされました。ただ、今週のDPCの分科会の中では賛否両論があったというのが現実でございます。賛否両論というのはやめるべきだという意見ではございませんが、このデータフォーマットの表示の仕方では国民に、患者に正しい情報が伝わりにくい。技術的な限界があるのではないかと議論があり、このフォーカス自身どのようなものかということについて引き続き検討をさせていただいているという状況でございます。

したがって、松山専門委員の御質問に対しまして少なくともDPCというデータセット上では検討が始まっており、各論、具体的に何ができるかということは今後中医協の分科会の中で議論していくという段階でございます。

○松山専門委員 私が知りたいのはDPCではなくて、レセプトデータベースの方なのです。

○翁座長 この他の質問の答えもお願いします。

○厚生労働省（佐久間） 保険局総務課保険システム高度化推進室長の佐久間でございます。よろしく御説明いたします。

先ほどレセのデータベースの第三者提供のお話でございます。先ほどの9ページの一番右にございますように、国からの研究費用を補助されているもの、これは民間業者を含めてでございますが、現行上は例えば厚労科研費ですとか、そういったような補助を受けている者について、こういった申請をさせていただいて、公益性を判断した上で提供をするというスキームになってございます。

この部分についてですけれども、実は他の会議等でもいろいろ御指摘をいただいている部分がございます、一定の公益性というものを担保することを考えつつ、ただ、先ほど申し上げたとおりひもづけは一定程度暗号化されたデータで紐づけしているのですが、一定程度個人情報的なところもございますので、そういったものを勘案しながら実際にどこまでできるか考えていきたいと思っております。

○翁座長 他の点数についても、法律かどうか。

○厚生労働省（井上） 点数に関しては今、手元に法令の条文がないので正確なお答えができませんが、今、理解している限りでは法律の規定だと理解をしております。後ほどもし今の理解が間違いであれば訂正いたします。

○翁座長 それから、レセプトを改善する、今日御指摘のあったような記載の内容について改善することについてどうお考えなのかということと、審査体制です。日韓比べて今いろいろ課題があることが分かっていますが、それへの取組について、その2点をお答えいただければと思います。

○厚生労働省（鈴木室長） 確かにこういう御指摘の課題があることは伺わせていただきました。ただ、一応請求情報なので、そういった請求情報という範囲の中でどこまで個人の情報をいただくのか。基本的には必要な範囲で個人情報はいいただくこととなりますので、そういう意味では患者さんにとってどの範囲の個人情報を医療機関が請求するときに、どこまで記載するかという観点からの検討は少なくとも必要かと思っております。

また、韓国との違いですけれども、審査体制の直接の担当ではございませんので、十分責任を持ったお答えができるかあれですが、韓国とは医療の全体の仕組みなり請求の皆さん方現場の感覚などもいろんな面で違うと聞いておりますので、私どもとしても審査支払機関に対しては効率化、例えばいろんなロジックでチェックすることを審査支払機関でも順次増やしてきておりますし、そういった意味で審査の充実強化は進めていきたいと思っております。

○翁座長 実際に分析なさっている方がこういった情報がないと分析できないということでございますので、是非そのあたりは御検討いただきたいと思っております。他にもいろいろ御指摘がごありかと思っておりますけれども、時間が過ぎてしまいましたので、また適宜事務局から確認をしていただくということにさせていただきたいと思っております。

○金丸委員 相当、理想と現実に大きなギャップがあるなどは思っているのですが、今朝、総理を本部長とするIT総合戦略本部で本部長決定として、世界最先端IT国家創造宣言というものを決定したところなのです。この中に厚生労働省の関係する医療全体の情報システムに関しても、もちろん世界最先端ということを目指すことがうたわれています。今日のお話を聞くと相当ギャップがあるようでして、韓国以前に国内の深く医療にかかわっていらっしゃる方々の要求すら実現できそうもないので、世界レベルというか、世界のワールドカップにも参加できないなという気がしています。今日の話ですと、データベースの話をしたいですけれども、先ほどの新しいシステムで改修と書いてあったのですが、デー

データベースというのはインプットがあってデータベースができますから、もともとのインプットするデータの改善というか改革と、例えばトランザクションのデータとマスターデータ。マスターデータが多分病名マスターであったり医療行為のマスターであったり薬剤とか薬のマスターであったりすると思うのですけれども、そのフォーマット等が後で再利用可能なような設計をしない限りは、ビッグデータといったところで再利用不可能なものはビッグデータではなくて、がらくたデータであるわけです。だからそこについて抜本的な発想の転換をしていただいて、改革をしなければいけないのです。今、我々のワーキング・グループ全体で皆様の大きな工程表みたいなものを要求しておりますので、是非ともはっきりさせていただきたい。

特にインプットのところとデータベースが何種類あって、そのデータベース同士の関係はどうなるのか。データベース同士はリンクできるのですか。そういうようなことも今後また深く聞かせていただきたいと思いますと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

○翁座長 それでは、正に私どもも関心を持って進めてまいりますので、よろしくお取組みのほどお願ひします。私どもも是非議論させていただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

それでは、最後にお手元にお配りしているワーキング・グループの報告書の扱いなのですが、既に皆様に御確認いただいております。若干調整中の部分はありますけれども、一昨日の規制改革会議において暫定版で報告いたしまして、残る部分の調整を終えて報告書を確定する必要があるのですが、この扱いについては私に最終的に一任していただいでよろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○翁座長 それでは、そういうことにさせていただきたいと思ひます。ありがとうございます。内容によっては事務局と調整させていただく点もあるかもしれませんが、よろしくお願ひいたします。

それでは、本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。少し遅れまして申し訳ありません。事務局から事務的な御連絡がありましたらお願ひいたします。

○羽深次長 次回のワーキング・グループは6月13日を予定しておりますので、詳細は追って御連絡させていただきます。

○翁座長 今後の進め方は、追って御相談させていただきますので、よろしくお願ひいたします。どうもありがとうございました。