

## 松田・藤野論文に対するコメント

森山 美知子\*

### I. レセプトの有用性とその限界を理解した上での活用

本論文が主張するように、レセプトは、各医療保険者の被保険者／加入者の疾病構造等を理解し、保健政策に役立てることができる重要な情報基盤である。また、国民健康保険レセプト、後期高齢者医療制度レセプト、そして、介護保険給付レセプトを突合して分析することで、介護保険側に移行する医療費や、人工透析や在宅酸素使用といった特定疾病によって75歳未満でありながら後期高齢者医療制度に移行する医療費をも追跡することが可能となり、全体像が把握しやすくなると共に、保健政策の実施結果の評価も行えるようになる。しかしながら、レセプト病名は必ずしも診断病名ではなく、薬剤処方や検査のための病名もあることを理解して活用する必要がある。

レセプトの活用においては、大分類ではほとんど何も見えないことから、傷病名コードやICD10コードでの詳細な分類で分析を行う必要がある。分析方法は目的によって異なる。何を見るかによって、医療費を主病名に集めるのか、病名ごとに集めるのか等を決める。例えば、疾病構造や発生者数・割合、その疾病に使用される医療費や薬剤費・診療行為等の評価にはこれらの医療行為が病名に結びつくグルーピングの方法を用いる必要があるが、特定の人の医療費の使用状況や1入院エピソードでの医療資源の活用などは主病名に集めて分析する必要がある。また、重複・頻回受診、通院先の分布等の

受療行動や、保健施策のために、病名と診療行為・使用薬剤を結び付けて特定の集団（例えば、糖尿病腎症）を抽出するための活用もある。

検討事項としては、必ずしも正しい診断名や病期が記載されていないことから、正確に疾患ごとの医療費や人口構成の把握が困難であり、これらの国際比較等も困難となる。この点の検討は重要と考える。今後、社会保障番号が導入されることによって、医療・介護レセプトの突合が容易になり、保険が切り替わっても個人が追跡できるようになり、長期的に保健施策の効果等の追跡が可能となると考える。

---

\* 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門 成人看護開発学教授

## Ⅱ. 医療・介護レセプト・特定健診データの有効活用： 分析によりわかること

レセプトの分析及び特定健診データとの突合により、個々の医療保険者において以下のような活用が可能である。

- ・ 疾病構造の把握による予防施策の企画・実施
- ・ 治療管理の標準化に向けたプロセス管理とベンチマーキング
- ・ 健診後の未受診者の特定や、医療・保健施策の介入による効果の評価
- ・ 要介護度と医療・介護資源の利用状況：適正使用の判断と質の高いケースマネジメント

- ・ 保健対策の経済評価（ジェネリック代替・重複受診・頻回受診・重症化予防の効果等）
- ・ 医療・介護費の使用の分布：医療・介護資源の適正配分や適正使用の評価
- ・ 高額医療費・介護費使用者の抽出と個別アプローチ
- ・ 疾患に対する薬剤の適正使用と薬剤のコストパフォーマンスの評価：（国際標準の）診療ガイドラインに基づいた薬剤使用の促進等

## Ⅲ. レセプトや健診データを活用した保健施策の実際<sup>1)</sup>

### Ⅲ-1. 医療費支出の概要を知る

複数の健康保険組合被保険者約7万人のデータ、複数の国民健康保険の被保険者のデータ、2自治体の後期高齢者医療データによると、2割の被保険者が7~8割の医療費を使用している。医療費適正化の観点からは、高額使用者の状況を精査し、適正な医療資源の活用について指導を行うことは可能である。

### Ⅲ-2. 疾病構造を知る

A 健保、B 国保、C 後期高齢の、入院・外来それぞれの合計金額上位疾患（ICD10分類）を表1と表2に示す（歯科を除く）。合計医療費（入院）では年齢層の違いによっての特徴が現れている（表1）。健保では妊娠・出産に関するものが、国保では統合失調症や脳梗塞、心不全、腎不全、心筋梗塞が、後期高齢では大腿骨骨折や認知症関連、肺炎等が上位に上がる。

合計医療費（外来）では、高血圧症、慢性腎不全、糖尿病、脂質異常症が上位に上がる（表2）。健保ではアレルギー性鼻炎や上気道炎が、後期高齢では認知症や骨粗鬆症等が上位に上がる。多くが予防対策により発症・再発・重症化予防の可能な疾患である。一方で、一人当たりの医療費では、入院・外来ともに、特定疾患（難病）やがん、HIV感染、外科手術やデバイス挿入が必要な循環器疾患が上位を占める。いずれの被保険者においても、一人当たり年700万円以上の医療費を使っている人が散見され、なかには3,000万円以上、さらには7,000万円の使用例もある。

1) 井伊・森山・岩本（2015）

表1 各医療保険者の入院医療の利用者割合と入院医療費の上位疾患

入院医療費	A 健保	B 国保	C 後期高齢
加入者/被保険者数約	12,000 人	約 9,400 人	約 2,200 人
入院利用者割合	約 0.5%	約 10%	約 20%
合計金額上位疾患	妊娠期間短縮及び低出産体重等	統合失調症	アルツハイマー病・認知症
	脳梗塞	気管支及び肺の悪性新生物	大腿骨骨折
	股関節症 [股関節部の関節症]	脳梗塞	肺炎・慢性気管支炎
	慢性腎不全	慢性腎不全	脳梗塞・脳出血
	自律神経系の障害	脳性麻痺	心不全
	くも膜下出血	結腸の悪性新生物	糖尿病
	偽陣痛	脳内出血	慢性腎不全
	広汎性発達障害	心不全	気管支及び肺の悪性新生物
	心筋症	胃の悪性新生物	高血圧症
	統合失調症	急性心筋梗塞	胃炎及び十二指腸炎・胃潰瘍
	膝の関節及び靭帯の脱臼、捻挫等	肝及び肝内胆管の悪性新生物	パーキンソン病
	頭部損傷の続発・後遺症	脳血管疾患の続発・後遺症	膝関節症 [膝の関節症]
	胆石症	狭心症	前立腺の悪性新生物
	呼吸不全等	脊椎障害骨髄性白血病	骨髄性白血病
	心房細動及び粗動	部位不明の損傷	老人性白内障

(注) 歯科は含まない。主病名で決定点数を均等按分。1年分の分析、後期高齢のみ半年分。類似傷病名分類を部分的にまとめている。

### Ⅲ-3. 保健施策の効果の測定

本論文では、社会保障制度を維持するための医療費適正策としてジェネリック医薬品への切り替えの効果について述べている。確かに、比較的容易に医療費の削減効果を狙うことはできるが、切り替えによる医療費の削減額は他の施策に比べて大きくはない。実は慢性疾患の増悪による合併症の発症や急性増悪による救急医療や高度集中治療の使用、そして高齢者の終末期における高度医療の使用を防ぐほうが医療費の抑制効果は高い。

Ⅲ-1で述べた医療費の上位を占める疾患についても、ジェネリックへの切り替えと並行して、国際的な診療ガイドラインに則った標準的な治療薬の使用や同等の効果があるならば薬価の安い薬剤を使用する、そして初期から薬剤を

使用するのではなく生活習慣の改善や運動リハビリの実施などの予防行動を推進するほうが医療費の適正効果は高い。<sup>2)</sup>

2008年7月から切り替えによる医療費削減効果が高いと思われる対象者約3,000人/月に通知したところ、通知開始2年後(25回目の通知)には累計通知者の約7割が、また、現在(50回目の通知)では、約8割以上が切り替えている。この切り替えによる広島県呉市の累積の薬剤費削減額は累計6.5億円(医療費ベース、通知開始の2008年7月~2014年3月までの合計)になると試算されている。<sup>3)</sup>

2) (参考) ジェネリック医薬品の使用促進通知の効果 (呉市国保: 被保険者数 54,000 人)

3) ジェネリック医薬品への切替率 82%。年間医療費削減額 147,300 千円 (2013 年度)

表2 各医療保険者の外来医療の利用者割合と外来医療費の上位疾患

外来医療費 加入者/被保険者数	A 健保	B 国保	C 後期高齢
加入者/被保険者数	約 12,000 人	約 9,400 人	約 2,200 人
外来利用者割合	約 90%	約 80%	約 95%
合計金額上位疾患	高血圧症	高血圧症	高血圧症
	喘息	糖尿病	慢性腎不全
	アレルギー性鼻炎	慢性腎不全	糖尿病
	脂質異常症	代謝障害	胃炎及び十二指腸炎・胃潰瘍
	急性上気道感染症	脂質異常症	脂質異常症
	糖尿病	胃炎及び十二指腸炎, 胃潰瘍	骨粗しょう〈鬆〉症
	急性気管支炎	統合失調症	アルツハイマー病
	胃炎及び十二指腸炎・胃潰瘍	骨粗しょう〈鬆〉症	緑内障
	慢性腎不全	関節リウマチ	胃食道逆流症
	うつ病エピソード	結腸の悪性新生物	背部痛
	屈折及び調節の障害（目）	膝関節症 [膝の関節症]	前立腺の悪性新生物
	関節リウマチ	うつ病エピソード	心不全
	皮膚炎	前立腺の悪性新生物	狭心症
	乳房の悪性新生物	狭心症	膝関節症 [膝の関節症]
	口腔及び消化器の新生物	背部痛	高血圧性心疾患

(注) 歯科は含まない。医療費グルーピング。非関連を主傷病に均等按分。1年分の分析、後期のみ半年。類似傷病名分類を部分的にまとめている。

## IV. Population Health Management の方法論の導入

本論文では、レセプト・健診データの分析による保健政策の実施、さらには、特定健診・特定保健事業を Fit For Work (FFW) の枠組み、そして、地域医療及び職域産業保健・職域健康づくり（データヘルス）との関連での展開の推進が説明されている。分析の結果をさらに有効に活用するためには、「集団に属するすべての

者が何らかの健康支援を必要とするとの認識に立ち、集団に属する人々を、身体・心理社会的ニーズ評価から、資源の投入度等に応じてリスク分類（階層化）し、そのリスク特性に応じたプログラム/サービスを提供するもの<sup>4)</sup>と定義される Population Health Management の方法論の導入も有効と考える。

### 参 考 文 献

- Population Health Alliance. PHM Glossary. 2015年4月24日  
 Population Health Management. (検査日 <http://www.populationhealthalliance.org/>)

4) Population Health Alliance. PHM Glossary. Population Health Management. (2015)

research/phm-glossary/p.html

井伊雅子, 森山美知子, 岩本晋 (2015) 「コラム 医療現場の取組に関する詳細な説明 看護師による疾病管理プログラムの医療費適正化効果を中心に」『NIRA オピニオンペーパー

No. 14 : 社会保障改革しか道はない (第2弾)  
—財政健全化に向けた具体策はここにある—』, 総合研究開発機構 (NIRA) [http://www.nira.or.jp/pdf/file\\_opinion14\\_p4.pdf](http://www.nira.or.jp/pdf/file_opinion14_p4.pdf)