

保険者機能の強化のための調査研究報告(21年度委託研究)について

全国健康保険協会

全国健康保険協会では、「保険者機能強化アクションプラン」に基づき、調査研究を通じて保険者機能の強化のための基盤を整備することとしている。

20年度に実施した調査研究においては、レセプト、健診・保健指導、DPC等の各種データを活用した加入者の健康増進、医療費の適正化等の在り方を検討した。

これに引き続き、24年度診療報酬・介護報酬の同時改定を視野に入れ、保険者機能を強化する上で踏まえるべき論点等を整理するとともに、更なる各種データ活用策を検討することを目的として調査研究を行った。本調査研究は、委託先である医療経済研究機構が、次のテーマによる全10回の有識者を招いた検討会及び文献調査をもとにまとめたものである。

良質な高齢者医療・ケアを実現する政策

介護現場における医療サービスのあり方

医療保険制度改革・医療計画等の見直し

医療費データ・健診データの分析手法

検討会を通じて得られた主な論点(ポイント)

(1) 医療の質の向上

〔制度の見直しによる高齢者医療の質の向上〕

急性期医療における高密度ケアの提供や、慢性期医療における患者の機能回復及び在宅退院等への診療報酬上の評価等により、社会的入院の削減と高齢者医療の質の向上が可能である。

〔医療の質に係るチェック機能の強化〕

療養病床へ包括評価が導入されたが、仕組みは十分ではない。レセプトに添付されている医療区分・ADL区分評価票等を用いて、ケアの質を客観評価する仕組みの検討が必要。

〔レセプト分析を通じた医療の標準化〕

レセプトを用いて診療内容に関する分析（診療ガイドラインに沿った診療・治療が行われている割合を把握する等）を行い、結果の公開により、医療の標準化と質の向上につなげることが可能である。

〔レセプト分析を通じた医療安全への貢献〕

保険者が医療及び調剤レセプト分析を行うことで、薬効分類が同じ薬剤の重複投薬、服用が禁止されている年齢への投薬、望ましくない薬剤の併用等の把握が可能であり、将来的には加入者や医療機関へフィードバックし、医療安全への貢献が期待できる。

〔維持期・終末期リハビリの重要性〕

尊厳ある終末期を支援するため、経口摂取や排泄訓練に力を入れることが重要である。

(2) より良い医療・介護保険制度に向けて

〔医療保険・介護保険の給付範囲の再確認〕

「予防」は、医療保険では給付対象とならない一方、介護保険では対象となるが、政府と個人の責任範囲の明確化の観点から、両保険の給付対象の再確認が必要である。

〔介護保険における利用者負担の均衡と施設不足の解消〕

介護保険における居住系サービス（グループホーム等）と施設サービス（特別養護老人ホーム等）の利用者負担の均衡のために、施設サービスのうち居住費の部分は最低限の給付とし、介護サービス部分は介護保険より給付、医療サービス部分は医療保険より給付とする形の居住系サービスを増やすべきである。

〔自己負担の拡大による医療費拡大の弊害〕

低医療費政策は、サービスの質の低下、人材の確保困難、サービス・革新的医薬品等の供給不足を招く可能性が高いことが、OECD 加盟国の経験から指摘されている。将来的には、患者負担の拡大ではなく、公費、保険料の引上げによる医療費拡大を検討すべきである。

〔地域の医療提供体制への関与〕

協会は、都道府県別の保険料設定となっている。資金の収集・分配に止まらない、加入者の代理人として地域の医療提供体制に関して積極的に関与すべきである。

〔介護療養病床の介護療養型老人保健施設への転換可能性〕

介護療養病床は、介護療養型老人保健施設に転換する道もあるが、現行では転換要件が厳しく、また転換した場合、老人保健施設としては人員配置の問題から夜間の看取りが困難になる。介護療養型老人保健施設への転換を促すのであれば、老人保健施設としての看取り機能の強化が必要である。

(3) 加入者への情報提供について

〔高齢者医療に関する啓発〕

延命治療に対する議論を喚起し、国民にリビングウィルの概念を浸透させることが必要である。また社会的入院に関わる問題の解決や、患者及び家族の病院依存を改善するため、高齢者医療における低密度ケアの弊害に関し、認識の向上を図る必要性がある。

〔未受診問題への対応〕

糖尿病や高血圧等の基準値を超えている人の半数以上は医療機関を未受診となっている。また、受診しても通院を止めるケースもある。未受診者や中断者が受診することで、短期的には医療費が増える可能性があるが、疾病の発症を予防・遅延できれば長期的に見て有益である。

(4) その他

〔加入者リスクの保険者間の偏り〕

傷病の発生には、所得、配偶者の有無、就労の状況、居住環境等の社会経済的要因も関連している。協会と健保組合では、加入者のこれらの要因が異なるため、傷病発生リスクが異なるという点の認識が必要である。

保険者が今後検討すべき方向性（ポイント）

(1) レセプト等を用いた医療の質の評価

- ・ 診療ガイドラインに沿った治療の実施割合、年齢別の平均在院日数と標準的な入院期間との差異など、集積されたレセプトデータを医療機関別や地域別に分析することで、ケアの質を評価していくことが考えられる。
- ・ 100%電子化されている調剤レセプトを用い、加入者個人の重複投薬や、医療機関別・地域別での特定の薬剤の処方傾向を観察し続けることが可能になれば、疾病のサーベイランス等につながる。

(2) 高齢者医療に関する啓発

- ・ 加入者の親世代は高齢者であることが多いため、リビングウィル、終末期、看取り、低密度医療による弊害等について知識を蓄えられるよう、保険者が情報提供することが考えられる。
- ・ 特定健診のデータと健診後のレセプトデータを用いて、腹囲、血糖値、血圧、コレステロールが基準値を上回る加入者の医療機関の受診状況を確認し、未受診や治療中断者に受診を促すことが考えられる。

(3) 保険者としての医療・介護保険制度への提言

- ・ 協会は都道府県別の保険料率であることから、都道府県の医療計画策定過程への参画をはじめとして医療提供政策に積極的に関与し、提言を行うことが考えられる。
- ・ 社会的入院への対策として、現状では医療機関が持ち出しで行っているような患者のQOL向上や機能回復、在宅退院につながる質の高いケアを制度上評価するよう提言することが考えられる。
- ・ 高齢者医療費の適正化の観点から、行政に対し、療養病床の入院患者に係る医療区分・ADL区分評価票を収集し、データベース化して定期的に点検するよう求めることが考えられる。