

「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅱ」

—調査結果報告の要旨—

健康保険組合連合会

健保連は、健保組合からレセプトデータ提供の協力を得て、平成28年度診療報酬改定に資するレセプトデータ分析等を実施しました。このたび、その結果をとりまとめたので、お知らせいたします。

1. 使用データ及び分析内容について

①使用データ

本分析に使用したデータは、以下のとおり

平成22年度：8,251万件

平成23年度：8,636万件

平成24年度：5,182万件（4月～12月診療分）

平成25年度：6,444万件（10月～平成26年3月診療分）

平成26年度：6,135万件（4月～9月診療分）

②分析内容

- ・分析テーマは、1)入院前検査・画像診断と入院医療の包括評価の検討、2)短期滞在手術等基本料3拡大の影響、3)皮膚科軟膏処置、4)ビタミン剤処方、5)湿布薬処方-を選定した。

2. 分析結果及び政策提言

(1)入院前検査・画像診断と入院医療の包括評価の検討

①目的と主な分析結果

(目的)

DPC対象病院における入院中の医療行為と関連の高い検査・画像診断について、入院前に実施された行為と入院中に実施されている行為を1エピソード単位と捉えることにより、入院・外来を通じた包括評価が可能と考えられる検査・画像診断が存在するか否かを、先行例のアメリカの文献調査と併せ、分析・検討した。

(文献調査・分析結果)

(文献等調査)

アメリカCMSにおける「治療の向上のための入外包括支払制度(BPCI)」では、急性期から回復期での入院、再入院、外来、在宅医療等を含めたエピソード単位支払制度を実施しており(2013年1月～)、整形外科手術のエピソードを

対象としたレポートによると、導入前と比較して死亡率や予定外の再入院率には有意な変化（悪化）がなく、かつ急性期病院への在院日数の有意な減少や急性期後の医療機関の利用率が減少したことが報告されている。

アメリカ Medicare（高齢者及び障害者向け公的医療保険制度）では、入院予定の病院（※）もしくはその病院附属の医療機関が、入院前 3 日間に患者に対して行ったすべての医療行為は包括される。

※ただし、精神、リハ、慢性期、小児、がん病院（もしくは病棟）を除く

（レセプト分析結果）

入院前 30 日から入院 3 日目の間に実施された検査・画像診断を対象に、

○入院治療に先立ち、検査・画像診断が一定割合以上外来で実施されている診断群分類

○全ての施設で実施された検査・画像診断の合計の医療費のばらつきが患者の重症度等にかかわらず、比較的小さい診断群分類

○同一施設内で実施された検査・画像診断の合計の医療費のばらつきが患者の重症度等にかかわらず、比較的小さい診断群分類

一などの条件を設定し、「全施設または施設内での検査・画像診断の実施の標準化が進んでいる」と考えられるものとして、スクリーニングを行った結果、11 の診断群分類が抽出された。

②分析結果に基づく政策提言

アメリカにおける事例を参考としつつ、NDB や DPC 対象病院等から提出されるファイル等を積極的に活用し、入院・外来を通じた 1 エピソード単位での包括評価に向けた検討を行うべきである。

併せて、本会がパイロットスタディとして実施した「入院前検査・画像診断と入院の包括化対象」のスクリーニングで該当した「未破裂脳動脈瘤（O10030xxO1x00x）」、「網膜剥離（O20160xx97xxx0）」など 11 の診断群分類については、入院前検査・画像診断の実施が一定程度標準化が示唆されることから、入院前と入院の包括化の可能性を検討してはどうか。

（2）短期滞入手術等基本料 3 拡大の影響

①目的と主な分析結果

（目的）

平成 26 年度診療報酬改定で拡大された短期滞入手術等基本料 3 の影響を定量評価し、1 入院包括のあり方や今後の可能性等を探る。

（主な分析結果）

○対象手術等(23)の外来実施割合は改定前後で有意な変化はみられない、

○入院に関しては、多くの対象手術等で改定後に出来高から短期滞在 3 への移行がみられた、○改定後、平均在院日数は 10 の対象手術等で有意に短縮

された（最大 1.19 日短縮）、○短期滞在 3 を出来高と比較すると平均在院日数は 8 の対象手術等で有意に短縮された（最大 1.26 日）、○在院日数 5 日以内の症例の比較では、改定後、平均医療費は 10 の対象手術等で有意に高くなっており（最大 24%増）、また、短期滞在 3 を出来高と比較すると平均医療費は 14 の対象手術等で有意に高くなった（最大 53%増）、○特に水晶体再建術については、短期滞在 3 は入院 5 日目まで出来高の医療費をほぼ上回り、95%を超える施設で出来高に比べて高くなったことが明らかになった。

②分析結果に基づく政策提言

・H26 年改定での短期滞入手術等基本料 3 拡大後に、対象手術・検査等実施例の在院日数は多少減ったが、医療費は全般的に増えており、適切なレベルの診療報酬設定が必要である。

・特に、水晶体再建術に見られる、入院後 5 日目まで一貫して出来高算定額をほぼ超えるような点数設定は、6 日目以降出来高に移行することを考慮するとやや高すぎると考える。また、両眼に対する水晶体再建術は、①入院を 2 回に分けて短期滞在 3 で「片眼」ずつ実施・請求するケース、②短期滞在 3 を 1 回のみ請求するケース（5 日以内に両眼を行う）、③短期滞在 3 と出来高を併用するケース（片眼を 5 日以内、もう片眼を 6 日目以降）、④両眼とも出来高で請求するケース等が混在しており、患者の利便性向上・医療費負担の公平性確保等のため、「片眼」と「両眼」を区分して点数設定することを検討すべきである。

・外来での実施率が高い対象手術等（内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術、水晶体再建術、小児食物アレルギー負荷検査など）については、極力外来での実施を促すべきである。入院で実施する場合は、終夜睡眠ポリグラフィー 1, 2 と同様に、入院で算定する理由についてレセプトの摘要欄への記載を要件とすべきである。

・前回調査で提言した「1 入院包括」候補（19 手術）の中には、短期滞入手術等基本料 3 の対象になり得る行為があると考えられ（P24 参考）、対象手術等の拡大の際に検討すべきである。なお、対象行為によっては 4 泊 5 日の包括日数設定を伸ばすことも検討が可能と考える（P24 の候補のうちやや平均在院日数が長い手術の場合などへの対応として、短期滞入手術等基本料「4」、「5」といった枠組みを柔軟に追加するなど）。

(3) 皮膚科軟膏処置

①目的と主な分析結果

(目的)

皮膚科軟膏処置について、ルーチン化で行われているかを検証し、対応策を探る。

(主な分析結果)

約 6 割弱の施設は対象軟膏処置（※）をほとんど実施していないが、一部の施設ではよく実施される傾向にあった、○対象軟膏処置の実施は、患者の希望よりも、施設側の判断の可能性が高い、○施設別に対象軟膏処置があるレセプトを金額上位 5%とそれ以外を比較すると、上位 5%のレセプト群では「再診のみ」の割合が 44.9%（上位 5%以外は 28.6%）と高い傾向が見られた、○金額の上位 5%とそれ以外の分類別では、使用される薬剤に大きな違いは見られなかった一などが判明した。

※皮膚科で軟膏処置が実施され、かつ処置に使われた軟膏と同一の軟膏が調剤されていることを定義した

②分析結果に基づく政策提言

外来の再診時における皮膚科軟膏処置について、処方した軟膏と同一の一般処方名を持つ軟膏を用いた当該処置は、同一医療機関にて治療開始時点より 1 回を限度として算定すべき。

(4) ビタミン剤処方

①目的と主な分析結果

(目的)

ビタミン剤（※）の単なる栄養補給目的での算定を不可とした平成 24 年度改定の効果を検証する。

※当分析では、特に平成 24 年度改定で新たに算定不可の対象となったビタミン A・D・E・K 群を対象とした。

(主な分析結果)

○適応病名ありの割合は改定前に比べ改定後に高くなった（ビタミン A では 6.8%増）、○改定前には一度も適応病名がつけられず、改定後に初めて適応病名がついた患者が一定割合存在する（ビタミン D では 44.5%）、○改定後にも適応病名のない処方引き続き行われている（ビタミン A では 56.1%）、○食事による必要なビタミン摂取が困難とみられる傷病名をもたない処方レセプトの割合は改定前後でほとんど変化しておらず、全てのビタミン剤で引き続き 9 割を超えている。

②分析結果に基づく政策提言

平成 24 年度改定の基準では、ビタミン剤処方の基準に対する解釈の幅が大きく、実効性のある政策にならなかった可能性があり、ビタミン剤の保険適応範囲内での処方、嚥下や咀嚼の障害や精神衰弱等、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合等に限定することを検討すべき

である。

※現在の診療報酬でのビタミン剤の取扱いは、「当該患者の疾患又は傷病の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない」、「ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない」とされている。

(5) 湿布薬処方

①目的と主な分析結果

保険適用範囲のあり方

(目的)

外皮の温熱・冷却が主な目的として処方される第一世代湿布薬を保険適用範囲から除外できるかについて可能性を探る。

(主な分析結果)

- ・第一世代湿布薬は、日本・アメリカ・ヨーロッパ等のガイドラインでは腰痛その他の疼痛に対して第一選択薬とはみなされておらず、また、比較した諸外国（ドイツ・イギリス）でも保険適用の範囲に含まれていない
- ・第一世代湿布薬は、類似の市販品を自己負担した場合の患者自己負担額増額分も比較的少ない

過剰な処方の制限

(目的)

治療上必要以上に湿布薬が処方されている患者の実態をレセプト分析により明らかにする。

(主な分析結果)

- ・患者 1 人あたり湿布薬剤費の乖離率の分布をみると、薬剤費の高低は、患者よりも施設に起因している傾向がある
- ・同薬剤費を都道府県別に比較すると、患者属性や施設構成等を調整しても、北海道、石川、近畿などで高く、中国地方で低いなど地域による特性がある

②分析結果に基づく政策提言

保険適用範囲のあり方

第一世代湿布薬については保険適用の除外を検討すべきである。

過剰な処方制限

湿布薬について、処方枚数等に一定の上限を設定（湿布薬処方の標準化）することも検討すべきである。