

慢性疾患の療養給与適正性評価

김계숙 (キムケソク) 健康保険審査評価院給与評価室室長



1. 慢性疾患評価の必要性

最近、世界的に人口高齢化及び慢性疾患増加による保健医療費用の急増が、保健医療領域で慢性疾患管理の重要性が認識されている。

健保審査評価院(以下審評院)で適正性評価業務を始めて以来、評価の傾向は急性期疾患から1次医療領域である慢性疾患に徐々に拡大している。

慢性疾患中の代表的な疾患である高血圧と糖尿病は有病率が高く、心・脳血管疾患発生の主要危険要因で一生治療が必要な疾患のため、これをよく管理することでこれらの余病と死亡の減少効果が知られている。

2010年に高血圧で診療を受けた患者は約600万名、糖尿病患者は約200万名で、徐々に慢性疾患者が増える傾向にある。

そのため我が国でも保健福祉部や地方自治体など種々の部門で慢性疾患管理事業が行われている。このような慢性疾患管理の効率性を高めるために審評院では2008年に全般的な評価計画を立て、2010年から全療養機関を対象に高血圧と糖尿病に対する評価を実施しており、評価条件などを考慮して段階的に評価を拡大して行く予定である。

2. 高血圧療養給与適正性評価

가. 評価背景

高血圧は有病率が最も高い疾患として、国民健康栄養調査は2010年の30才以上では28.9%を占めている。高血圧療養給与費用は2010年には約2兆1千億ウォンで、健康保険外来療養給与費用の約7.2%を占め、その比重は人口高齢化と連関して毎年増加している。

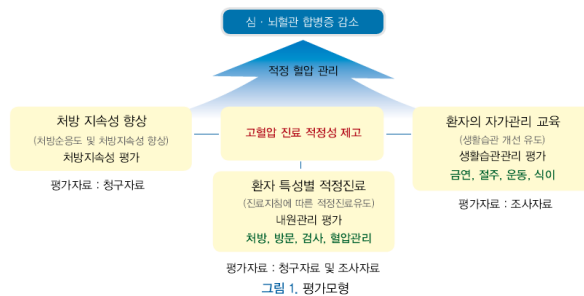


図1 評価モデル

	心・脳血管合併症減少 適正血圧管理	
処方持続性向上（処方順応度及び処方持続性向上） 処方持続性評価	高血圧診療適正性	患者の自我管理教育 （生活習慣改善評価） 生活習慣管理評価 禁煙、節酒、運動、食餌
	患者特特別適正診療 （診療指針による適正診療誘導） 来院管理評価 処方、請求資料、調査資料	
評価資料：請求資料	評価資料：請求資料及び調査資料	評価資料：調査資料

そこで審評院は高血圧患者管理の質向上を通じて、心・脳血管疾患発生の危険を減らし、健康保険の給与適正性を図るため高血圧適正性評価を実施しており、現在はその2次年度の評価が進行中である。

4. 評価モデルと段階別評価

高血圧の治療持続性を高めることで血圧調節率を進めて、禁煙など生活習慣管理のための医療機関の患者教育を強化することで適正診療をはかって余病を減少させるために評価を実施している。

現在は1段階で請求資料を利用して処方持続性を評価しており、今後は2～3段階である血圧調節率と生活習慣管理を評価することにしている。

評価対象は委譲性(false positive)患者などの医療利用中断による影響を最小化するために、満30歳以上に評価対象期間以前6ヶ月の間外来で高血圧傷病(I10～I13、主・副全体)で血圧薬を7日以上院外処方を受けた患者中、評価対象期間中高血圧傷病(I10～I13、主・副全体)で血圧薬を1回以上院外処方を受けた患者とした。

評価対象療養機関種別は上級総合病院、総合病院、病院、療養病院、医院、保健機関で請求形態が情報通信網または電算媒体請求機関で、健保及び医療給与を対象にしている。

医師は処方を発行しないか、高血圧を主に診療しない機関(漢方機関、助産婦、保健診療所、精神療養病院、歯科病院、歯科医院、保健機関歯科など)は評価対象から除外している。

評価与は毎年上・下半期(但し検査は年間)で年間2回とした。

表1 高血圧評価指標 (2004年度我が国の高血圧診療指針参照)

区分	領域	指標名	
評価指標	処方持続性	処方日数率	
		処方持続群比率	
	処方	同一成分群重複処方率	
		心・脳血管等の同伴傷病が無い場合	血圧硬化剤4成分群医療情報諸方法比率 利尿剤併用投与率(勸奨指標) 勸奨されない併用療法処方率
モニタリング指標	外来訪問 検査 処方	平均来院回数、平均血圧降下剤処方せん発行回数 新規患者基本検査実施比率、尿一般、心電図 血圧降下剤投薬日当たり薬品費	

4. 評価指標

WHO(2003)によれば、低い投薬順応度は血圧調節失敗の主要原因で順応度(患者が医師の処方薬品に対して服用を守る位)を高めるのがどんな医学的治療より健康に大きい影響を与えることができると知られている。

慢性疾患において薬物を倦まず弛まず服用する位を把握する処方持続性は治療効果において

一番重要な要因で、これは健康結果及び費用に肯定的な影響を及ぼすと言えるでしょう。

現在我が国の医療システムでは患者は療養機関を自由に選択できるので処方の持続性は単一機関利用者を評価対象にしているのにこれは一機関を倦まず弛まず利用するほど治療効果が高いことで現われたからだ。処方適正性は診療指針に基づいて医・薬学的妥当性のある処方が成り立ったのかを見る指標である。処方持続性指標は高いほど、処方指標は低いほど良い指標や利尿剤併用投与率は勸奨指標である。

評価対象血圧降下剤は Thiazide系利尿剤など12成分群を次のように分類する。

표 2. 혈압강하제 성분군 분류

성분군	성분명	
이뇨제	thiazide계	hydrochlorothiazide 25mg 등
	loop	furosemide 40mg 등
	K+ sparing	spironolactone 25mg 등
	기타	metolazone 5mg 등
알파차단제	doxazosin mesylate 1mg 등	
베타차단제 (알파 및 베타차단제 포함)	atenolol 50mg 등	
칼슘채널차단제_DHP	lercanidipine HCl 10mg 등	
칼슘채널차단제_NDHP	diltiazem HCl 90mg 등	
안지오텐신 전환효소 억제제	enalapril maleate 10mg 등	
안지오텐신 수용체 차단제	losartan potassium 50mg 등	
혈관확장제	hydralazine HCl 25mg 등	
중추신경계 작용약물	moxonidine 0.2mg 등	

주) DHP : Dihydropyridine, NDHP : Non Dihydropyridine

表2. 血圧降下剤成分群分類

2010年度上・下半期評価結果は全般的に良好であった。薬物を倦まず弛まず服用する程度を評価する処方日数率は〈表 3〉精誠を現わす処方指標も全体的に良好で上・下半期を対比して多少の改善が成り立たと評価された。

高血圧は一次医療機関でのたゆまぬ管理を通じて余病を予防するのが何より重要で特に高血圧患者の 63%が利用する医院の場合、処方日数率が80%が越える良好な機関数が全医院の 80%以上に高く現われて、一次医療機関での慢性疾患管理が大体的に行われていることが分かった。

ただし、医院の同一成分群重複処方率の場合、低いほど良い指標であるが、最大は35%までになっているなど機関別、診療科目別で処方持続性や処方指標の変異が大きい療養機関に対しては持続的に評価結果を案内して管理する必要性が申し立てられた。

表3 処方日数率

(単位：数、名、%)

種別	2010年下半期		
	全体機関数	処方持続性 評価対象者数	処方日数率
全体	19,914	4,712,836(100%)	88.3
医院	17,174	2,971,553(63.1%)	87.9

注) 処方持続性評価対象1名以上である療養機関

同時に単一機関利用者の処方持続性評価結果が機関利用者より良好なことで現われたし、2011年7月に処方持続性と処方指標が良好な4,158の病院を審評院ホームページで公開した。

3. 糖尿病療養給与適正性評価

ガ. 評価背景

我が国の糖尿病有病率はOECD平均である6.3%に比べて7.9%と高く、糖尿病による薬品費療養給与費用が毎年増加している状態である。死亡原因の中で糖尿病が5位を占め(2009年死亡原因統計結果、統計庁)、糖尿病患者の死亡率は一般国民に比べて3.1倍高い。とくに初診糖尿病患者の死亡率は7.3倍も高かった(大韓糖尿病学会-健保審査評価院共同研究、2007)。

審評院では糖尿病患者管理の質向上をはかって、糖尿病による脳卒中を含めた心血管疾患などの余病発生危険を減少させて、療養給与の適正性を向上しようと2011年度から糖尿病適正性評価を実施している。2012年下半期に1次評価結果算出する予定である。

ナ. 評価対象

表4 糖尿病評価指標

区分	領域		指標名
課程	治療持続性	外来訪問持続性	分科別1回以上訪問患者比率
		処方持続性	処方日数率
	検査		糖化血色素検査施行率、脂質検査施行率 微量アルブミン検査施行率、アンジオテンジゲン検査施行率
	処方		同一成分群重複処方率、4成分群医療情報処方比率、 投薬日当たり薬品費

評価対象資料は糖尿病傷病または血糖降下剤がある外来療養給与費用請求明細で載せて対象患者は評価試合年度に血糖降下剤の処方を受けた患者中、評価年度に糖尿病疾病(E10~E14、主病・副病全体)で医療機関を利用したことがある患者を評価する。

評価対象療養機関種別は上級総合病院、総合病院、病院、療養病院、医院、保健機関で請求形態が情報通信網または電算媒体請求機関で、健保及び医療給与が対象である。

医師の処方が発生しないとか糖尿病を主に診療しない機関は(漢方機関、助産婦、保健診療所、精神療養病院、歯科病院、歯科医院、保健機関歯科など)対象から除かれて年間単位で評価する。

ダ. 評価指標

糖尿病の評価領域は、治療持続性、検査、処方の3種に倦まず弛まなく外来を訪問して治療受けたかを評価する。機関別治療持続性及び検査指標は外来を基準とした単一機関利用者のみを対象に算出するが、検査は入院で施行したものを含めて算出する。治療持続性と検査施行率は高いほど、処方領域は低いほど良い結果と見られる。

表5 血糖硬化剤 成分群分類

표 5. 혈당강하제 성분군 분류

성분군	성분명
비구아나이드	metformin HCl
비설폰계	mitiglinide calcium hydrate 등
설폰요소제	chlorpropamide 등
알파글루코시데이즈 억제제	acarbose 등
인슐린	(초속효성) insulin aspart 등 (속효성) human insulin regular (중간형) human insulin NPH (지속형) insulin detemir 등 (혼합형) human insulin(N50/R50) 등
티아졸리딘디온	pioglitazone HCl 등
Dipeptidyl peptidase-4 억제제	sitagliptin phosphate 등
인크레틴 유사제	exenatide

주) 2011년 12월 1일자 약가파일 기준

注) 2011년 12월 1일付け薬価ファイル基準

4. 慢性疾患評価の今後の発展方向

慢性疾患は薬物を倦まず弛まず処方・投薬して生活習慣をよく管理するのが治療に大きい影響を与えることが知られている。アメリカ疾病管理予防本部CDC(Centers for Disease Control and Prevention)の発表資料によれば、アメリカの高血圧認知率(過去に医療関係者によって高血圧で診断を受けた患者の割合)が1999-2000年 69.6%から 2007-2008年 80.6%に増加したという。

我が国の場合、過去10年間認知率と高血圧治療率が徐々に増加しているが、先進国と比べてこれをもっと高めるための総合的な努力が必要である。保健福祉部が発表した第3次国民健康増進総合計画(Health Plan 2020)によれば、2020年までに高血圧有病率は 23%、糖尿病調節率は35%に到達するために、医院級医療機関を中心に慢性疾患の継続的管理モデルを開発して適用することになっている。

審評院は高血圧患者の63%が診療を受ける近傍の町内医院をまず、利用するように高血圧評価結果が良好な医院名簿と機関の場所などの有益な情報をホームページに公開している。血圧と血糖に対する体系的な管理は国民健康水準を進めるための何よりも重要な慢性疾患の指標と言える。

国内で評価のために活用可能な全人口対象の資料は明細書に限られているので、第1段階は請求明細書を対象に評価を始めたが、今後は血圧と血糖、生活習慣管理に対する資料を添付することでさらに体系的な慢性疾患評価ができるであろう。

以前は入院中心の評価で処方持続性等の指標が開発されたことで1次医療、慢性疾患領域に新しい役割を達したことは大きい意義があると考えられる。

同時に、慢性疾患領域の評価拡大のために内外環境与件等を考慮して喘息など他の疾患に対しても研究推進が必要である。

保健医療パラダイムが疾病治療・事後管理から健康管理・事前予防に変わって行くことで慢性疾患領域に対する評価も健康管理・事前予防などに関する包括的領域を評価するように発展しなければならない。今後は政府を含めて地域社会及び保健医療係全般にわたった多角的努力に負って国家的次元統合管理体系を通じて、慢性疾患管理が効率的に実施され審評院の評価等が一層発展して行くことが期待される。