

レセプト情報からみた高齢者医療

Health care resource use among older patients using insurance claim data

石崎 達郎

要約

レセプト情報をデータ源とする厚生労働省の社会医療診療行為別調査を用い、全国レベルでの実態把握が難しい多重処方の状況と胃瘻増設術の施行件数を記述した。処方薬剤（内服薬のみ）の種類数については、平成26年6月審査分の調剤レセプト1枚あたり、種類数の中央値は、15～24歳は2種類、25～34歳から65～74歳は3種類、75～84歳4種類、85歳以上では5種類であった。多剤処方レセプト（1枚のレセプトに内服薬が6種類以上処方）の割合は、15～24歳で7.8%であったが、年齢階級が上がるにつれて増加し、65～74歳で19.8%、75～84歳30.2%、85歳以上では41.1%に達していた。胃瘻増設術と胃瘻カテーテル交換の施行件数（毎年6月審査分）の経年変化については、胃瘻増設術は2011年の約7,000件から2014年の約4,500件へ大幅に減少していたが、胃瘻カテーテル交換件数はその間に大きな変化は認められず、約3万件で維持されていた。この二つの推移から、胃瘻栄養の施行患者では胃瘻増設後の生命予後が長くなっている可能性が推察される。本稿で提示した集計値は、社会医療診療行為別調査の再集計であり、閲覧できる集計表以上の詳細な統計は得られない。しかし、全国レベルでの詳細な実態把握が難しい状況下においては、社会医療診療行為別調査のような既存資料の活用は、疫学研究実施のためのリサーチ・クエスチョンの具現化、研究デザイン構築に有用である。また、国レベルでの実態把握が難しい高齢患者に対するさまざまな診療行為について、経年的に実施件数をモニターできるという点で、社会医療診療行為別調査は有用である。

Key words 社会医療診療行為別調査, 多病, 多剤処方, 胃瘻増設術

(日老医誌 2016; 53: 4-9)

はじめに

医療経済学の基本的課題は、保健医療に係るモノ・サービスについて、何がどれだけ、どのように生産されているか、それは誰に分配されるのか、そして、その費用は誰が負担するのかをとらえることである¹⁾。レセプト情報には診療報酬明細書に記載された内容が含まれており、これを集計することで、どの診療行為がどれくらいの頻度で実施され、その医療費がいくらかかったのか、全体像を把握することが可能となる。医療経済学の基本課題を検討する際、レセプト情報は

とても有用な情報源である。

厚生労働省は毎年6月審査分のレセプト情報を用いて社会医療診療行為別調査を実施している²⁾。この調査は、診療行為の実施回数と件数、医療費、診療行為、処方薬の種類等を集計している。これらの調査結果は、中央社会保険医療協議会が診療報酬点数を見直す際の基本データとしても使用されている。レセプトの電子化が進んでいない時代は、対象医療機関から抽出された紙レセプトを一枚ずつスキャンして集計用データを作成していた。その当時は集計対象となるレセプト数が決して多くはなかったため、施行件数の少ない診療

表1 社会医療診療行為別調査における保健医療機関・保険薬局と明細書の集計数

			2010年6月	2011年6月	2012年6月
医科診療	施設数	総数	11,341	18,144	18,189
		病院	1,282	8,467	8,533
	明細書件数	診療所	10,059	9,677	9,656
		総数	342,698	22,776,935	23,290,168
調剤薬局	施設数	入院	47,437	2,039,590	2,090,725
		入院外	295,261	20,737,345	21,199,443
	明細書件数	総数	5,115	49,299	50,491
		総数	71,996	45,906,633	48,353,275

出典：厚生労働省 社会医療診療行為別調査

行為では、年によって施行件数が変動することがあった。その後、レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下NDB）が整備され、NDBに蓄積されている全てのレセプト情報が2011年から使用されるようになった。その結果、2011年以降、集計されるレセプト件数は大幅に増加し、病院については国内のほぼ全ての病院のレセプトが集計に用いられている（表1）。

本稿ではレセプト情報をデータ源とする社会医療診療行為別調査の集計表を用い、全国レベルでの実態把握が難しいとされる多重処方（多剤処方）の状況と胃腸増設施設施行件数を記述し、わが国の高齢患者における医療資源消費状況の一端を概観する。

高齢者における多剤処方の状況

高齢者は複数の慢性疾患を同時に抱える多病（multimorbidity）の状態にある者が多く³⁾⁴⁾、処方される医薬品の種類も多くなりやすいと言われている。複数の医薬品が処方される状態は多剤処方（polypharmacy）と呼ばれ⁵⁾⁶⁾、多剤処方では薬剤有害事象のリスクが高くなることから、その対応は国内外で大きな論点となっている。わが国における多剤処方の実態を把握した研究は、医療機関を対象とするものが多い⁷⁾⁸⁾。多剤処方による健康アウトカムへの影響を把握した研究も多数報告されている^{9)~11)}が、わが国において、高齢患者を対象とした多剤処方に関する全国規模の疫学研究は限定的である。そこで、社会医療診療行為別調査報告の調剤に関する集計表を用い、処方医薬品数を年齢階級別に比較し、年齢階級の違いによって多剤処

方となっている処方箋の割合が異なるかどうか検討した。

社会医療診療行為別調査では、毎年6月審査分の調剤レセプト（処方箋）1枚あたりの薬剤種類数が剤型別（内服薬、注射薬、外用薬）に集計されている。ここでは平成26年の社会医療診療行為別調査の集計表を使い、15歳以上の患者の内服薬処方に限定し、年齢階級別に処方された薬剤数の分布を記述した。多剤処方とは、一枚の処方箋に内服薬が6種類以上処方されている場合と定義した。

集計対象となった処方箋は3,693万件であった。各年齢階級における薬剤種類数（図1）は、15~24歳で中央値2種類と最少で、25~34歳から65~74歳の各年齢階級では3種類、75~84歳で4種類、85歳以上では5種類であった。年齢階級ごとの多剤処方の処方箋の割合は、15~24歳では7.8%であったものが、年齢階級が上がるにつれて増加し、65~74歳で19.8%、75~84歳30.2%、85歳以上では41.1%に達していた。

社会医療診療行為別調査における集計単位は処方箋であって個人ではないため、個人ごとの処方箋の医薬品種類数は集計されていない。医薬品の種類数が個人単位で集約できるとすると、同じ患者が同じ月に複数の医療機関（例えば、内科、整形外科、眼科の各診療所）を受診する場合もあることから、その医薬品種類数は、処方箋を単位として集計した値よりも多くなる可能性がある。したがって、処方箋を集計単位とする統計値は、一人あたりの処方医薬品種類に外挿した場合、薬剤種類数は過少評価されていると考えられる。過少評価の可能性があるにもかかわらず、85歳以上

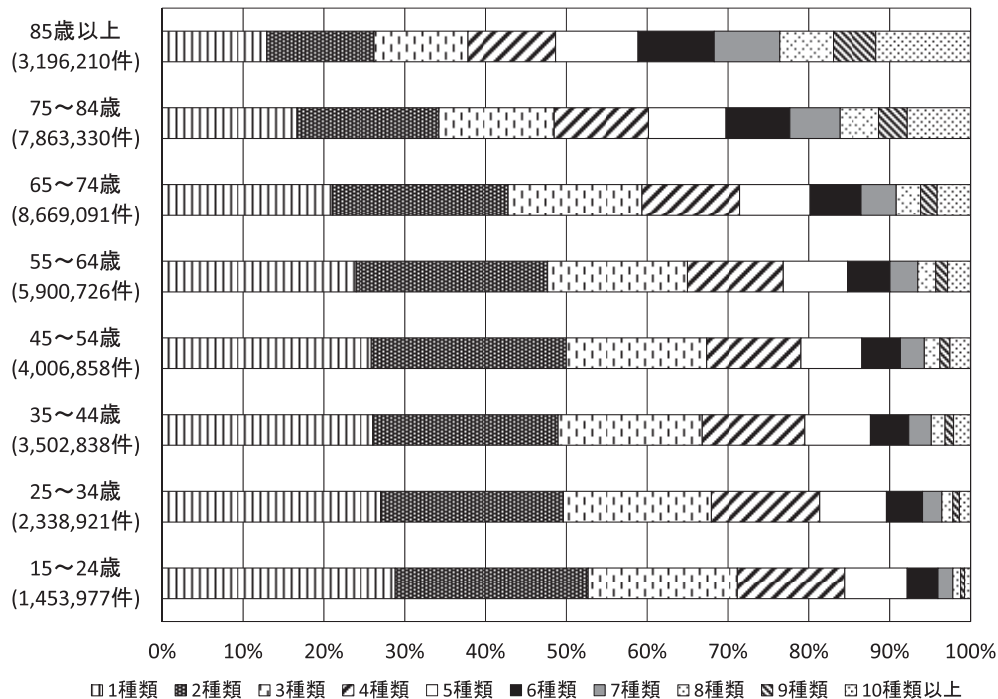


図1 年齢階級別にみた処方箋1件当たりの医薬品種類数(内服薬のみ)
 出典：厚生労働省 社会医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)

の患者の処方箋のうち4割超で内服薬が6種類以上処方されていたという状況は、わが国においても多剤処方による薬剤有害反応の発生リスクが高い可能性を示している。なお、当然ながら、この調査では、多剤処方とされる処方箋のうち、どれくらいが「problematic polypharmacy」と「appropriate polypharmacy」に相当するのか⁵⁾を判別することは不可能である。これらを判別するためには、保険者から提供された調剤レセプトデータ(個票)を対象に、不適切処方に関するスクリーニングツール¹²⁾¹³⁾を用いた評価が必要である。

胃瘻造設術と胃瘻カテーテル交換の実施件数の推移

高齢化の急激な進行に伴って要介護高齢者の数は増加し、重度の脳卒中後遺症、パーキンソン病、認知症等によって経口栄養摂取が不可能な状態にある高齢者も増加している。そのような状態にある入院患者が、居宅または介護保険施設へ退院するための手段として

胃瘻が増設されるようになった結果、胃瘻栄養を受ける高齢者が増加していると言われて⁴⁾。しかし、わが国において、胃瘻増設患者の発生率や胃瘻栄養患者の有病率に関する全国レベルの疫学調査は報告されていない。そこで社会医療診療行為別調査の医科診療の集計結果を用い、胃瘻増設術と胃瘻カテーテル交換について実施件数の経年変化を記述した。

まず、2008年から2014年までの胃瘻造設術施行件数を年齢階級別(65～69歳、70～74歳、75～79歳、80～84歳、85歳以上)に示す(図2)。全年齢では、2008年から2011年の間は7,000件前後であったが、2012年以降、減少傾向が続いていた。年齢階級別では85歳以上の群において2011年以降の減少が顕著であり、2014年の施行件数はピークであった2010年の半分程度となっていた。

次に、胃瘻造設術の診療報酬総額の推移をみる。診療報酬点数は、2008年から2011年までは9,460点、2012と2013年は10,070点、2014年は4割カットの6,070点となっていた。2008年から2011年までは施

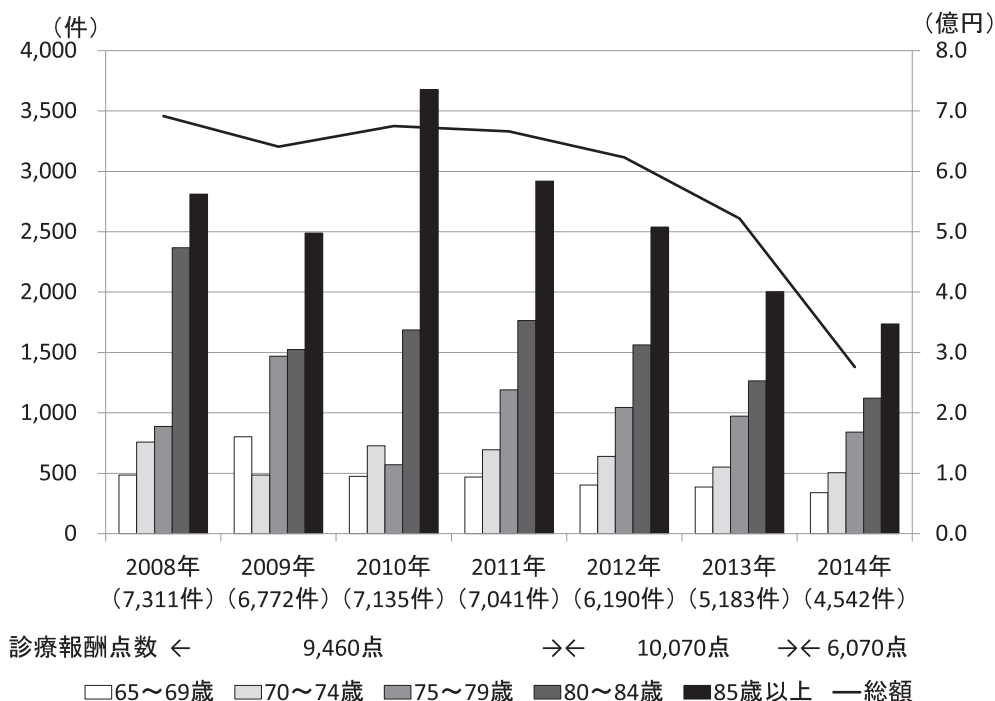


図2 年齢階級別にみた胃瘻造設術施行件数と費用額の推移
出典：厚生労働省 社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

行件数がほぼ横ばいであったため、その医療費も大きな変化が認められなかったが、2012年以降は実施件数の減少に伴い医療費総額も減少していた。特に2014年は実施件数の減少と診療報酬の減額が重なったため、総額は約2億8,000万円と、2012年の半分以下となっていた。

次に胃瘻カテーテル交換件数の推移を示す(図3)。2008年(1万6,000件)から増加が続き、2012年には3万2,000件に達した。その後、2013年、2014年と少し減少したが、3万件を維持していた。カテーテル交換の総額(2008年から2014年まで1回200点)は、件数の増加と共に増えており、6,000万円程度となっている。なお、カテーテル交換の保険請求は、交換後の確認を画像診断や内視鏡等によって行った場合に限定されるため、確認が行われないケースはこの集計に含まれない点に留意する必要がある。また、総額はカテーテル交換の点数(2008年から2014年まで1回200点)のみであり、交換用胃瘻カテーテルの材料価格(2014年の価格で1本8,000円から22,100円)は含まれていない。

胃瘻造設施行件数(図2)と胃瘻カテーテル交換件数(図3)の年次推移を重ねると、胃瘻造設術の施行件数は2011年から2014年にかけて7,000件から4,500件程度まで減少していたが、胃瘻カテーテル交換件数はその間横ばいで、3万件程度で維持されていた。この理由の一つとして、胃瘻栄養患者において胃瘻増設後の生命予後が全体として延長している可能性が考えられる。介護保険制度創設以降、特に近年、長期ケアの現場において胃瘻栄養患者が多くなってきたと感ぜられるのは、胃瘻造設術の施行件数増加によるものではなく、胃瘻栄養患者の生命予後が延長した結果、胃瘻栄養患者の数が増えたためなのかもしれない。胃瘻栄養患者数を推計する際は、新規に胃瘻が造設された患者数だけでなく、胃瘻造設後の生命予後も考慮する必要がある。

ところで胃瘻造設術の診療報酬点数は、2014年の改定で前年までの4割減額され、胃瘻造設実施に対する経済的なディスインセンティブとなった。しかし、実施件数の推移をみると、2012年に診療報酬点数が約5,000円増額されても胃瘻造設術の施行件数は減少

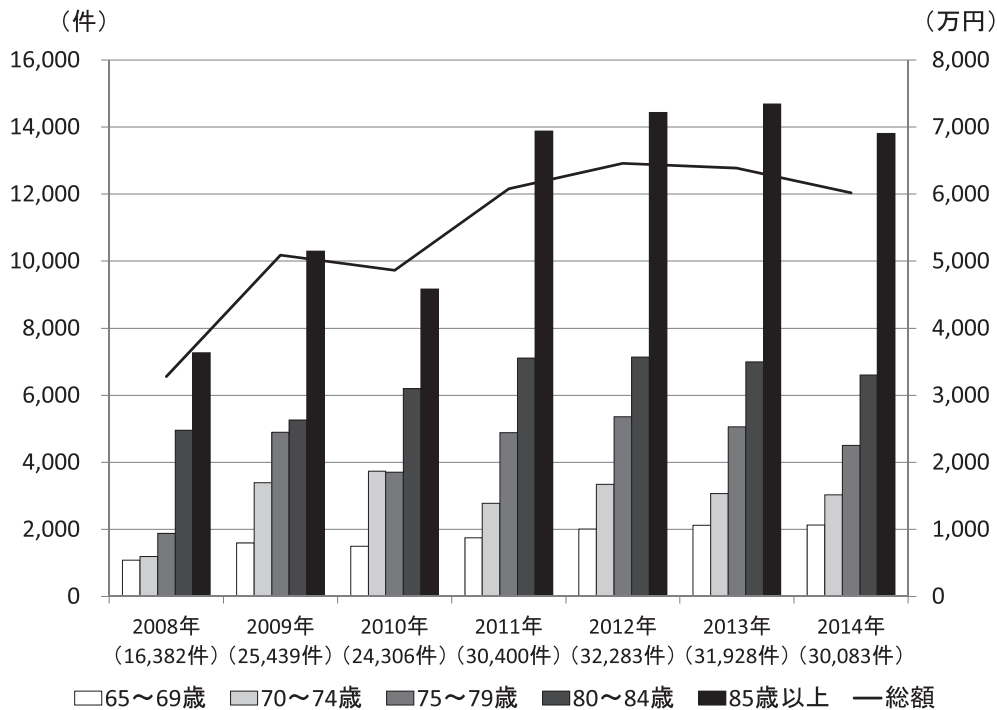


図3 年齢階級別にみた胃瘻カテーテル交換件数と費用額の推移
出典：厚生労働省 社会医療診療行為別調査（各年6月実施分）

しており、胃瘻造設に対する診療報酬による誘導の影響は小さかったものと考えられる。それよりもむしろ、日本老年医学会が2012年1月に発表した「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」2012⁵⁾や「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」¹⁶⁾が、その後の胃瘻造設術施行件数の変化に影響を及ぼしている可能性が考えられる。今後の推移について更なるフォローが必要である。

結語

本稿ではレセプト情報から集計された社会医療診療行為別調査の統計値を用いて、高齢者における多剤処方や胃瘻造設に関する施行件数の概観を把握した。本原稿では、公表されている集計表の統合に留まっているため、閲覧可能な集計表以上に詳細な統計は得られない。しかし、全国や地域レベルでのこれらの実態把握が詳細に行われていない状況の下では、社会医療診療行為別調査のような既存資料の活用は、臨床疫学

研究実施のためのリサーチ・クエスチョンの具現化、研究デザイン構築に有用である。2011年以降、社会医療診療行為別調査はNDBのデータを使用しているため、病院で実施された診療行為については、6月審査分データ（そのほとんどは5月診療分と考えられる）という制限はあるものの、全国レベルでの状況をよりの確に把握することが可能となっている。従って、全国レベルでの実態把握が難しい高齢患者に対するさまざまな診療行為について、実施件数を経年的にモニターできるという点で、社会医療診療行為別調査は有用である。レセプト情報が個票、集計表のいずれでも、これらの活用により、高齢者医療の実態を数量的に把握することが可能となり、高齢者医療の現状把握と将来のあるべき姿を検討するための価値ある基礎資料の整備につながる。

著者のCOI (Conflicts of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) Clewer A, Perkins D: Economics for Health Care Management, Prentice Hall, London, 1998.
- 2) 厚生労働省. 社会医療診療行為別調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19.html> (2015年9月30日アクセス可能)
- 3) Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al.: Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10: 430-439.
- 4) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
- 5) King's Fund: Polypharmacy and medicines optimization: making it safe and sound, 2013.
- 6) Wise J: polypharmacy: a necessary evil. *BMJ* 2013; 347: f7033.
- 7) Suzuki Y, Akishita M, Arai H, Teramoto S, Morimoto S, Toba K: Multiple consultations and polypharmacy of patients attending geriatric outpatient units of university hospitals. *Geriatr Gerontol Int* 2006; 6: 244-247.
- 8) 野本慎一, 中西由佳: 中規模一般病院における後期高齢者に対する処方実態. *日老医誌* 2011; 48: 276-281.
- 9) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, et al.: Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int* 2011; 11: 438-444.
- 10) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, et al.: Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12: 425-430.
- 11) Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein ML, Trentakange M, Martin DK: Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults- A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 2261-2272.
- 12) American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert panel: American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 616-631.
- 13) O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P: STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015; 44: 213-218.
- 14) 鈴木 裕: 胃ろう栄養の適応と問題点. *日老医誌* 2012; 49: 126-129.
- 15) 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. *日老医誌* 2012; 49: 381-384.
- 16) 日本老年医学会: 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～. *日老医誌* 2012; 49: 632-645.