

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

全国介護レセプトを用いた経口移行者実態把握の試み

研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	教授
研究協力者	川村 顕	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	研究員
研究協力者	泉田信行	国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部	部長
研究協力者	植嶋大晃	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	研究員

研究要旨

我が国では誤嚥等により経口栄養摂取が困難になった高齢者に、経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下PEG）等の経管栄養が用いられているが、経管栄養の是非について議論するだけでなく、経管栄養から経口摂取への程度戻るかについても議論することが求められる。そこで本研究では、全国介護レセプト個票データを用いて経口への移行の実態把握を可能な範囲で試みるとともに、その限界について考察することにした。本研究で用いるデータは、レセプト審査年月が2006年5月～2014年4月の全国介護レセプト個票である。介護レセプトデータのうち、受給者台帳ファイル、および、明細情報ファイルを用い、経口移行加算の利用状況を施設種類（老人福祉施設（特養）、老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（介護療養））別に、記述統計によって示した。その結果、経口移行加算利用件数は、老健と介護療養が同程度に多かったが、入所に占める経口移行加算者の割合（以下、加算者割合）では介護療養（1.016%）が老健（0.274%）や特養（0.087%）に比べ多かった。加算者割合の継時推移では、3施設すべてで加算者割合の低下が確認できたが、観察期末の加算者割合を期首で除すると、老健（56%）が特養（30%）や介護療養（27%）より高かった。都道府県別の加算者割合では、各施設種類で大きなばらつきが見られた。ただし、加算者数の解釈には注意が必要であり、経口移行者の実態により近づけるためには、少なくとも医療レセプトと介護レセプトとの突合が必要である。

A．研究目的

我が国では誤嚥等により経口栄養摂取が困難になった高齢者に、経皮内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, 以下 PEG）等の経管栄養が用いられている¹⁾。我が国における PEG の正確な件数については不明であるが、近年は毎年 10 万人前後の新規造設がある¹⁾²⁾³⁾⁴⁾と報告され、PEG 等の経管栄養摂取に否定的な欧米の状況より多いと考えられる^{5) 6)}。欧米で経管栄養が少ない一因としては、生命予後の改善が明らかでないことが挙げられる^{7) 8) 9) 10)}。それに対し、日本人の PEG

造設後の生命予後は、欧米に比べてよいことが示されてきた^{11) 12)}。

ただし、欧米に比べてわが国で予後が良好である背景として、人種などの元来の身体的特徴や医療技術の違いだけでなく、社会的、経済的、文化的背景の違いにより、PEG 造設が適応となる対象者の属性が欧米に比してより軽度である可能性を考慮しなければならない。PEG 造設の是非について議論する際には、その造設の実態とともに、一旦 PEG を造設した後に経口摂取への程度戻りかの把握が重要である。しかし、PEG を含む経管栄養の実態や経口移行の程

度を把握する試みは、アンケート等により一部で行われているものの¹³⁾¹⁴⁾、全国レベルでは行われていない。

そこで本研究は、全国介護レセプト個票データを用いて経口への移行の実態把握を可能な範囲で試みるとともに、その限界について考察することを目的とした。介護施設が経管栄養摂取を行う入所者に対し経口摂取への移行を進める場合、原則、最大180日間「経口移行加算」を算定できることから、加算利用の実態把握を介護老人福祉施設(以下、特養)、介護老人保健施設(以下、老健)、介護療養型医療施設(以下、介護療養)の介護3施設別に行った。また、図1に示した経口移行加算者数の概念図にあるように、経口移行加算者数の集計が経口移行の実態を正確に示しているとは言えないという限界について考察を加えた。

B. 研究方法

1. 使用データについて

本研究で用いたデータは、審査年月が2006年5月～2014年4月の全国介護レセプト個票であった。本データは、統計法第33条の規定による承認に基づき、厚生労働省統計情報部より提供を受けた。本データに収載されている市町村数は、全1,742区市町村中1,630区市町村(93.6%)であった(2014年3月31日現在)。なお、観察期間中は経口移行加算の単位数に変更はなかった(1日につき28単位)。

本研究では、介護レセプトデータのうち、加算等の情報が記載されている明細情報(D1)、および、受給者台帳(M)を用いた。経口移行加算は介護施設サービスの加算であるので、介護3施設(特養、老健、介護療養)のレコードを抽出、各個人の保険者番号、被保険者番号、審査年月を用いて受給者台帳と明細情報を突合し、受給者台帳のみ、あるいは明細情報のみに存在するレコードを除外、サービス提供年月

2006年4月～2014年3月以外のレコードを除外、というプロセスでデータセットを作成した。

2. 加算者割合の算出

上記により、同一年月における介護施設入所者100人あたりの経口移行加算者数(以下、加算者割合)を算出した。本来は、PEGを始めとした経管栄養摂取者に対する経口移行者の割合が重要であるが、それは医療レセプトが利用できないと把握できない。そこで本研究では、介護保険施設入所者数を分母とした用いた割合を算出した。

3. 分析

第1に、上記データセットを以下のように全国単位で集計した。1) 経口移行加算者数を年齢階級別・要介護度別・施設種類別に集計した。2) 介護施設入所者数を年齢階級別・要介護度別・施設種類別に集計した。3) 加算者割合を年齢階級別・要介護度別・施設種類別に集計した。4) 加算者割合を性別・施設種類別に月単位で集計した。

第2に、上記データセットを以下のように都道府県単位で集計した。5) 加算者割合を性別で集計した。6) 加算者割合を施設種類別に集計した。

(倫理面への配慮)

本研究で用いる二次利用データを筆者らが受領する以前に、データからは住所や氏名等の個人を特定できる情報が削除されているため、個人情報保護されている。また、本研究は筑波大学医学医療系倫理委員会の承認(通知番号:第1009号2015年10月1日)を受けた。

C. 研究結果

1. 全国集計データ

1) 経口移行加算者数

性別、年齢階級別、要介護度別の経口移行加算者数、介護施設入所者数、および、

加算者割合を、表1に示した。ただし、月単位のデータである介護レセプトを観察対象期間(96か月)で集計したので、経口移行加算者数、および、介護施設入所者数については96か月間の延べ人数であることに注意が必要である。まず経口移行者数についてみていくと、対象期間における3施設合計・男女計では172,736件であったが、特養で30,121件、老健で70,303件、介護療養で72,312件となっていた。年齢階級別では、85-89歳で43,070件と最も多くなっていた。要介護度別に確認すると、要介護5が最も多く、139,218件(全利用件数の約80.6%)であった。要介護4の27,804件(約16.1%)と合わせると96.7%となった。

図2は年齢階級ごとの、図3は要介護度ごとの経口移行加算者数を、性と施設種類で分類して示した。図2で全年齢階級利用者を性別に集計すると、女性の利用者が男性の約3倍となっていた。また、75歳以降から年齢階級が上がるにつれて加算者数の男女差が大きくなっていた。図3では、性と施設種類で分類しても、経口移行加算者の多くは要介護5であることが分かった。

2) 介護施設入所者数

表1から、対象期間における介護施設入所者数は、3施設合計・男女計で68,225,566件であった。3施設別の内訳をみると、特養で34,517,962件、老健で25,662,476件、介護療養で7,118,955件であったことから、特養が最も多く、介護療養は他の2施設に比べると1桁小さい利用であった。

3) 加算者割合

1)、2)を用いて加算者割合を算出すると、3施設合計・男女計における加算者割合は0.253%であった。要介護度別の分布をみると、3施設合計・男女計で、要介護1の0.005%から要介護5の0.657%まで増加した。年齢階級別に確認すると、年齢階級の

上昇に伴って加算者割合が低減していた。特に、要介護5での低減の程度は64歳以下の1.374%から100歳以上の0.217%まで、他の要介護度に比べて最も大きかった。

3施設それぞれの加算者割合は、特養が0.087%、老健が0.274%、介護療養が1.016%、要介護5にのみ着目すると、特養が0.207%、老健が1.062%、介護療養が1.510%であった。

4) 時系列推移

3施設における加算者割合を、利用月ごとにプロットしたものが図4である。この図では、3施設それぞれについて、男女計、男性、女性の加算割合を示した。

3施設の中では、介護療養の加算者割合が最も高い水準で推移した。老健がそれに続き、特養が最も低い水準で推移した。介護療養については、2006年4月には男女計で1.977%であった加算者割合はおおむね低減を続け、2014年3月には0.541%と、約27%まで減少した。老健についても、定性的な傾向は介護療養に類似しており、2006年度から2007年度にかけて大きく減少、期間後半も漸減傾向であった。ただし、2006年4月の老健における男女計の加算者割合が0.377%、2014年3月は0.212%であり、観察期間当初からの減少は56%であった。特養も同様の減少傾向であり、2006年4月に0.179%であったものが、2014年3月には0.054%となり、約30%の減少であった。

2. 都道府県別集計データ

都道府県別の加算者割合を、男女計で高い値の順に並べたグラフが図5である。男女計において最も高い利用割合を示したのは福井県(0.59%)、最も低いのは島根県(0.074%)であり、その格差は7.97倍であった。男女差については、男性の方が女性よりもおおむね高い加算者割合であった。加算者割合の男女差に違いがない、あるいは女性の方が男性より加算者割合が高い都

道府県はグラフの右方に集まっていた。

都道府県別・施設別の加算者割合を、介護療養で降順に図示したグラフが図6である。この図から、介護療養における加算者割合が他の2施設よりおおむね大きかった。また、介護療養で最も高い加算者割合は山梨県(2.14%)、最も低いのは山形県(0.03%)であり、格差は71.3倍であった。

D. 考察

1. 全国集計

本研究では、経口移行加算者の介護保険施設入所者に占める割合を算出したが、その多寡については議論することはできない。ただ、参考として、PEG造設の入所者に占める割合が老健で7.2%であったという報告¹⁾を用いると、老健の経管栄養者のうち、最大約3.8%が経口移行加算を利用したことになる。医療経済研究機構の報告では、PEG造設時における将来の経口移行の可能性に関する医師の見通しについて、「経口摂取に戻る可能性があった」患者が24.3%、そのうち、23.8%が摂食・嚥下訓練の実施を「実施しない・予定がない」状況であった¹⁴⁾。本結果からも、経口移行できるがしていないという可能性は排除できない。しかし、前述したように、経口移行加算件数が経口移行の実態を表していない可能性を考慮すると、この解釈を行うのは早計である。特に、加算単位数と請求手続きの煩雑さの両方を考慮した結果、経口移行サービスを提供していてもレセプトでの請求を行わないかもしれない¹³⁾。

2. 時系列推移

経時的には、加算者割合が低減していた。この理由としては、経口移行加算者数の減少、PEG等経管栄養者数の減少、が考えられる。本研究のデータでは、入所者のうち何人が経管栄養者であるかが不明であるため、加算者割合減少の解釈は保留せざるを得ない。また、3施設の中でも、介護

療養の加算者割合が比較的大きく低減していたことについても、単純に加算利用者が減っているのか、介護療養施設の減少によって(潜在的)経口移行加算者が老健等に移っているのかが不明であることに注意が必要である。

3. 都道府県別集計

都道府県別加算者割合から、全体的に地域差が大きいことが明らかとなった。ただし、ある地域で加算者割合が高いのは、経口移行への取り組みの熱心さの違いなのか、経管栄養導入件数が多い結果、経口移行加算者数が多くなったことによるものなのかは識別できないことに留意する必要がある。

なお、加算者割合の男女差については、地域特性で説明できる可能性がある。例えば、平均的な家族構成が地域間で異なることが、加算者割合の男女差を生んでいることは考えられる。

施設種類別については、老健と介護療養が代替関係にあるようにみえる都道府県もある。上述したように、介護療養の減少により代替的に老健での加算者割合が増加した可能性もあるが、両者の相関係数は統計的に有意ではなかったことから(相関係数: -0.079, P値: 0.596)、関係があるとは言えない。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究で使用したデータの特性から、経口移行の実態を把握するにはいくつかの限界がある。これを図1から考察すると、「180日超過による加算中止」された加算者が経口摂取に移行できたかどうか、経口移行訓練が主眼ではなく、経管栄養によるQOLの低下を緩和するための「「お楽しみ」としての経口摂取」¹³⁾¹⁴⁾であったかどうか、および、「加算したが経口移行サービス提供せず」の有無、については、経口移行加算者の健康状態等が記載されていない介護レセプトからは判断できないため、加算者の中には経口移行できなかった(し

なかった)人数が含まれる。また、「経口移行サービスを提供したが(施設が)加算申請せず」¹³⁾という人数、および、医療レセプトとの突合が不可能であるため「介護施設以外で経口に移行した」人数が不明である。経口移行者数の実態把握に必要なこれらの人数は、経口移行加算者に含まれていない。

経口移行加算が実態に合わない理由として、サービス提供の負担と比べて加算単位数が多くない可能性が挙げられる。この場合、負担の程度に合わせて単位数の設定をよりきめ細やかにしたり、経管栄養摂取終了に対する加算を介護保険にも新設することで、の問題を緩和でき、加算者数が経口移行の実態により近づくものと考えられるが、一方で請求手続きがますます複雑化し、施設の負担が増加する。また、前述したように、請求手続きの労力を避けるため、経口移行サービスを利用者に提供しても加算をレセプトに計上しない可能性もある。請求手続きの負担緩和の方法として、診療報酬における医師事務作業補助体制加算と同様の加算を介護報酬においても新設すれば、の問題が縮小し、加算者数が経口移行の実態に近づくかもしれない。

今後の課題としては、まず経管栄養者の実態を明らかにするために、医療レセプトと介護レセプトを突合したデータを用いる必要があることが挙げられる。それにより、経管栄養者に占める経口移行加算者の割合を算出できるようになる。また、医療レセプトから医療施設側での経口移行の状況や経管栄養を終えたかどうかの情報も明らかにできうるので、経口移行の実態により近づけた記述とすることが可能となる。

E．結論

本研究は、レセプト審査年月が2006年5月から2014年4月の全国介護レセプトデータに記載された経口移行加算を用い、

可能な範囲で経管栄養者の経口移行の実態把握を試みた。その結果、施設種類によって経口移行加算の利用にばらつきがあること、地域間の利用にも格差があることが確認できた。ただし、本研究の結果だけで実態を解釈するには限界があるため、今後は医療レセプトと突合したデータによる検証が必要である。

F．研究発表

1．論文発表

現在投稿中

2．学会発表

1) Kawamura A.; Tamiya N.; Izumida N.; Noguchi H.; Takahashi H.; The trial of the shift from tubal to oral feeding in long-term care facilities: a descriptive analysis of the difference among Care-Levels, facility types and prefectures in Japan 第3回CGAT国際会議 2015年9月30日 つくば市。

2) 川村顕、田宮菜奈子、泉田信行、植嶋大晃、森山葉子：全国介護レセプトデータを用いた介護保険施設における経管栄養者の経口移行の実態、第74回日本公衆衛生学会学術総会、長崎新聞文化ホール、2015年11月6日。

G．知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

参考文献

- 1) 社団法人 全日本病院協会. 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) PEG 造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究報告書. 2011
- 2) 特定非営利活動法人 PEG ドクターズネットワーク. 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 認知症患者の胃ろうガイドラインの作成 原疾患, 重症度別の適応・不適応, 見直し, 中止に関する調査研究 調査研究事業報告書. 2011.
- 3) 中央社会保険医療協議会総会 (第 264 回) 議事次第「個別事項 (その 6 : 明細書の発行, 技術的事項) について」, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000031923.pdf>) 2015. 11.30.
- 4) Sako A, Yasunaga H, Horiguchi H, et al. Prevalence and in-hospital mortality of gastrostomy and jejunostomy in Japan: a retrospective study with a national administrative database. *Gastrointestinal Endoscopy* 2014 ; 80(1) : 88-96.
- 5) 会田薫子. 認知症の終末期と胃瘻栄養法 PEG の施行要因分析と価値判断を経た代替法の提案 , 勇美記念財団 2009 年度在宅医療助成一般公募(前期)報告書, 2010.
- 6) 池上直己, 油谷由美子, 石井剛他. 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書. 医療経済研究機構, 2002 .
- 7) Grant JP. Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with Stamm gastrostomy. *Annals of Surgery* 1988 ; 207(5): 598-603.
- 8) Rebeneck L, Wray NP, Peterson NJ. Long-team outcomes of patients receiving percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *Journal of General Internal Medicine* 1996 ; 11 (5): 287 293.
- 9) Sanders DS, Carter MJ, D' Silva. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. *The American Journal of Gastroenterology* 2000; 95: 1472 1475.
- 10) Cervo FA, Bryan L, Farber S. To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tube in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics* 2006; 61: 30 35.
- 11) Suzuki Y, Tamez S, Murakami A, et al. Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. *World Journal of Gastroenterology* 2010; 16 (40): 5084 5091.
- 12) Suzuki Y, Urashima M, Izumi M, et al. The Effects of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy on Quality of Life in Patients With Dementia. *Gastroenterology research* 2012; 5(1): 10-20.
- 13) みずほ情報総研株式会社, 平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 施設入所者に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業報告書, 2013.
- 14) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業報告書, 2013.

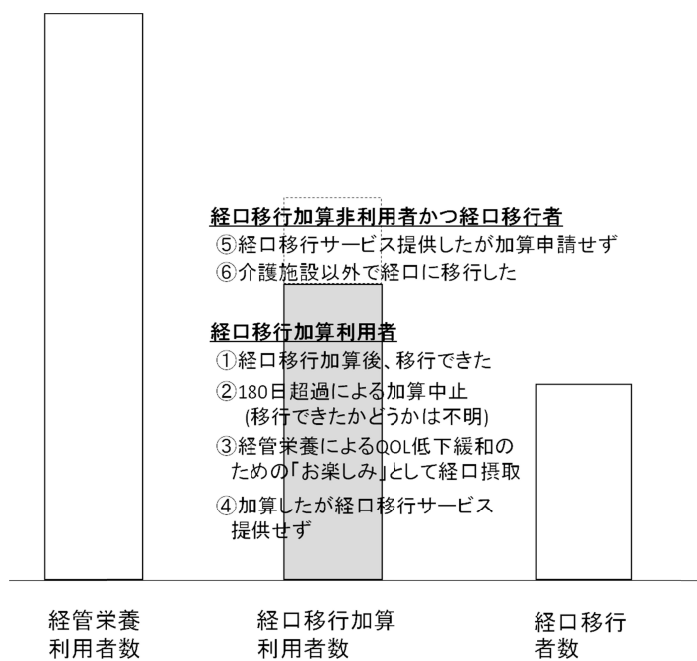


図 1 経口移行加算の概念図

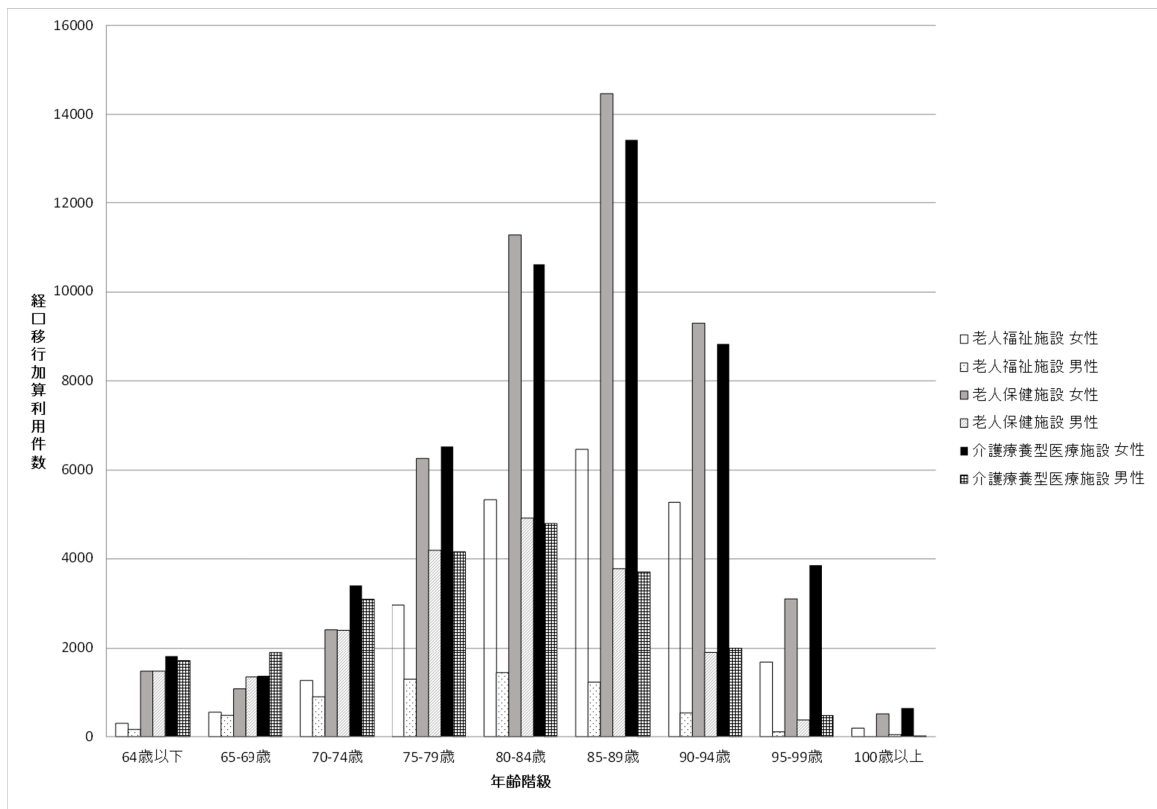


图 2 年齢階級別経口移行加算者数

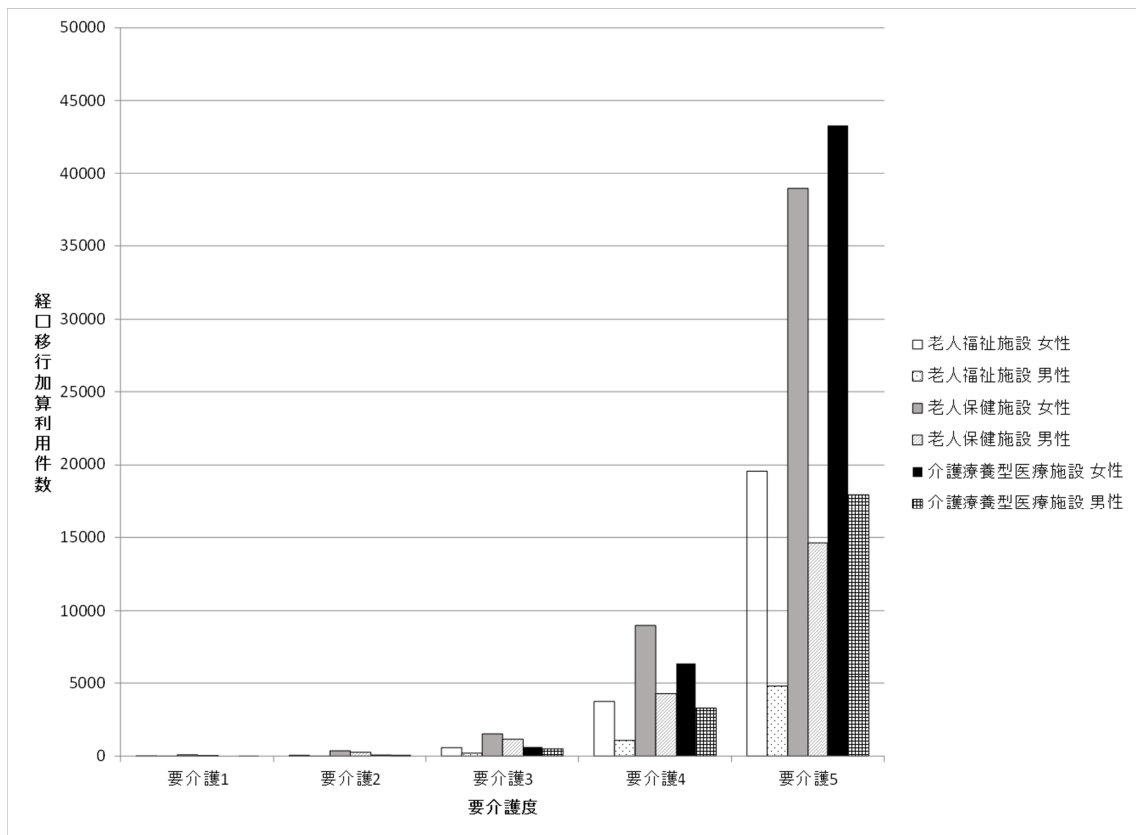


图 3 要介護度別経口移行加算者数

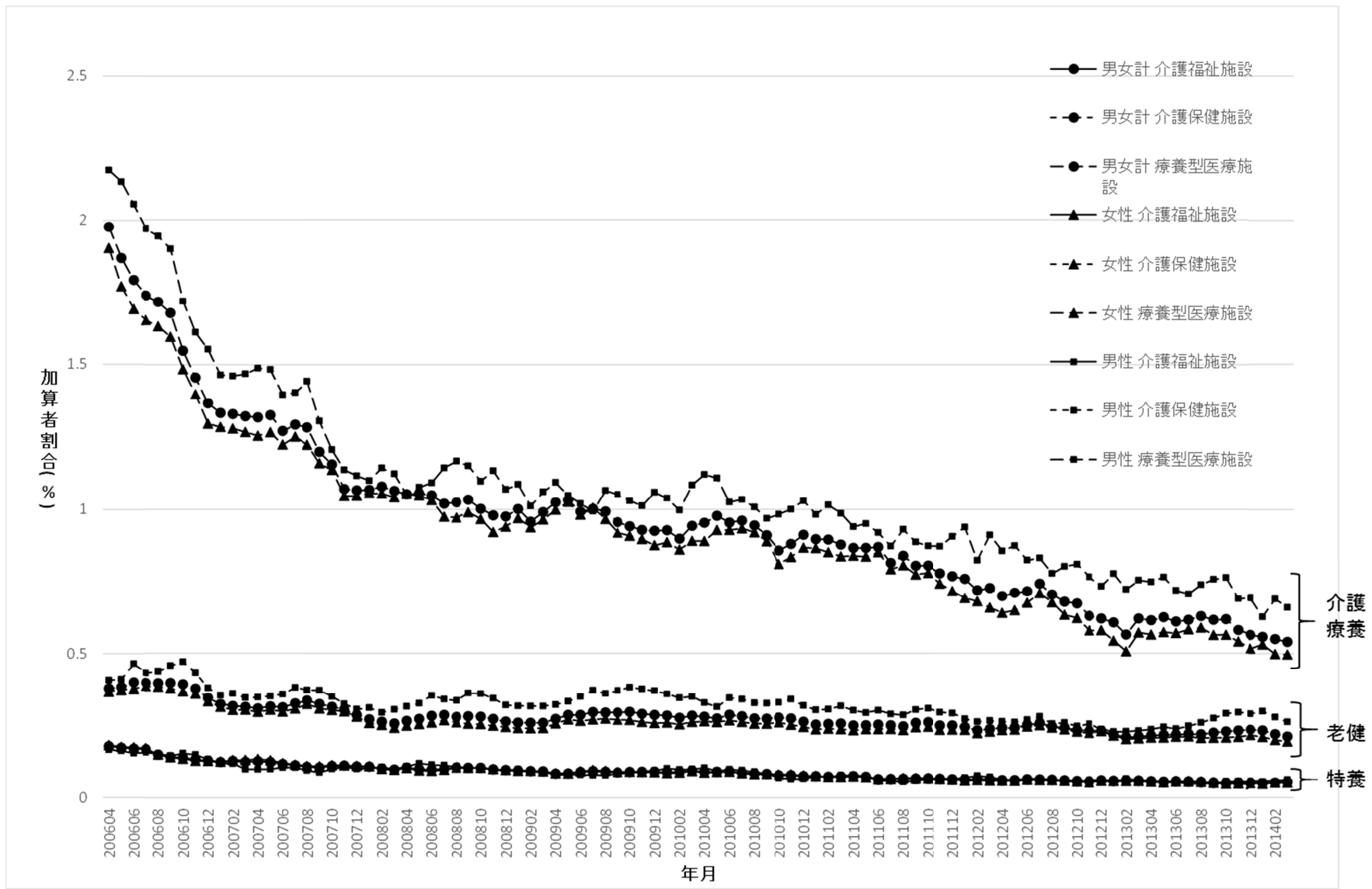


図 4 施設種類別・性別・加算者割合の推移

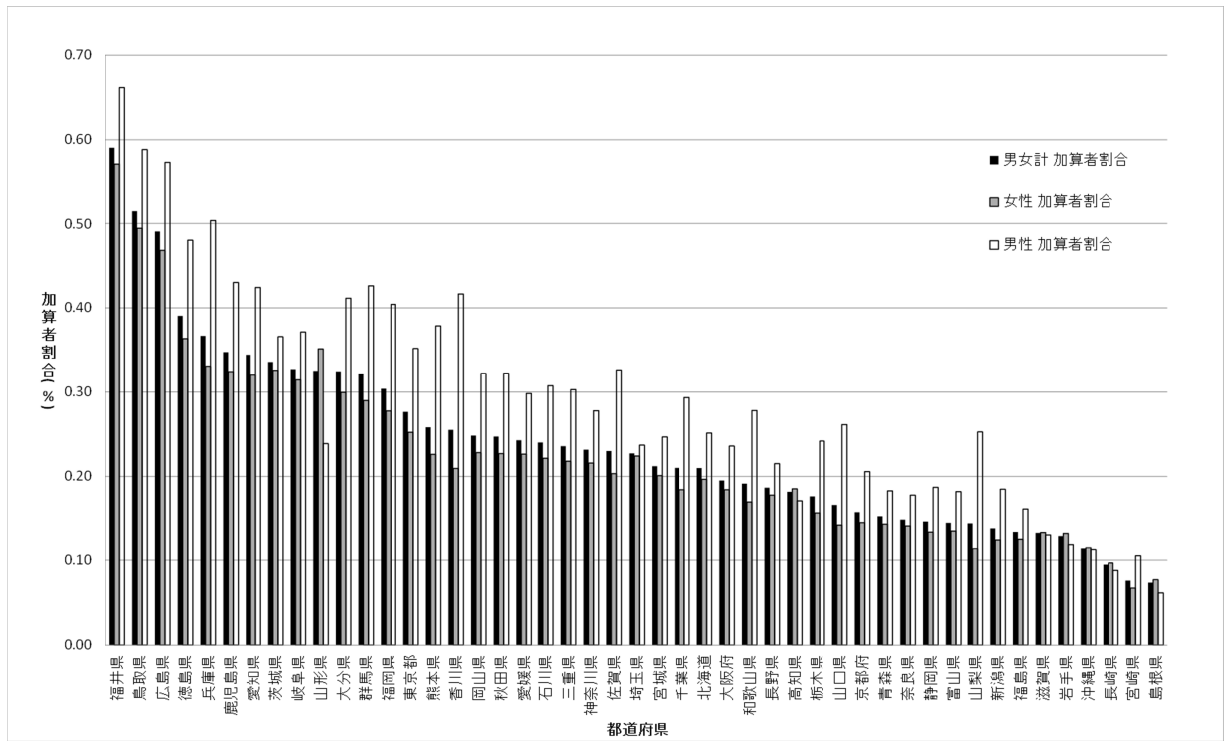


図 5 都道府県別・性別・加算者割合(%)

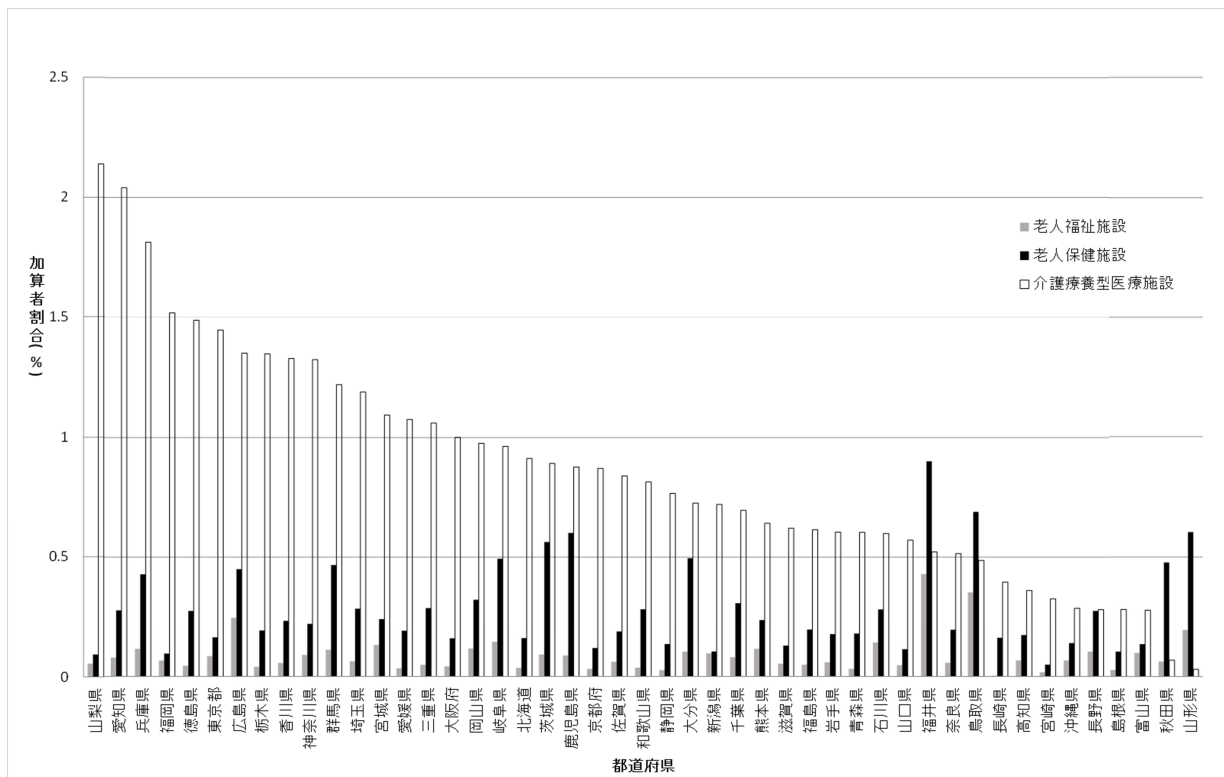


図 6 都道府県別・施設種類別・加算者割合(%)