

7. 死亡に関する分析

レセプト：転帰（死亡）

- ◎90歳を超える頃から、転帰（死亡）が増加、100歳を超えるとさらに増加
- ※レセプトへの転帰の記載は少ない

死亡に関する分析(全国の人口動態統計)より追加

- ◎日本人の死因の第1位はがんだが、全国的に80歳を超える頃から心臓病や脳卒中、肺炎、その他の死亡が増加。（女性は、85歳以上は心疾患が第1位）
- ◎循環器疾患は、心不全に至ると呼吸苦、動悸息切れ、高度の浮腫といった症状が出現し、患者本人や家族が救急搬送、高度医療による症状緩和を求める例が少ない。
- ◎また、心不全に至る前に急激な症状悪化や突然死による救急搬送、原疾患治療のため外科治療や投薬など高度医療が費やされる。



原疾患の治療、危険因子のコントロール、患者・家族教育、**終末期**に望むケアや療養場所を決めることへの支援の必要性が高い。

8. 在宅医療に関する分析

在宅医療の利用状況(国保65歳以上＋後期患者)

◎在宅医療に関する診療報酬を算定している患者の状況を示す。このような管理が必要な患者においても、療養場所や療養内容に関する意思決定支援、在宅医療・介護サービス、インフォーマルなサービス等を利用することにより、本人・家族が望む在宅療養を最期まで送ることが可能であると考える。

●年齢別にみた、在宅医療の利用状況

医療制度 /年齢	在宅中心静脈栄養法			在宅経管栄養法			在宅人工呼吸			在宅酸素療法		
	患者 人数 (人)	医療費点数 (点)	患者一人 当たり 点数(点)									
国保患者												
65歳以上	5	504,439	100,887.8	1	46,545	46,545.0	8	1,069,240	133,655.0	232	11,093,691	47,817.6
後期患者												
65-74歳以上	3	446,358	148,786.0	2	177,692	88,846.0	23	4,536,542	197,241.0	84	11,733,977	139,690.2
75-84歳以上	7	977,670	139,667.1	8	809,016	101,127.0	28	5,197,640	185,630.0	421	33,577,526	79,756.6
85歳以上	5	466,769	93,353.8	7	538,142	76,877.4	13	2,408,398	185,261.4	295	24,725,819	83,816.3
合計	15	1,890,797	126,053.1	17	1,524,850	89,697.1	64	12,142,580	189,727.8	800	70,037,322	87,546.7
総計	20	2,395,236		18	1,571,395			13,211,820		1,032	81,131,013	

※在宅人工呼吸指導管理料には、非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）を実施している者も含まれる

9. 人工透析（血液透析）患者に関する分析 その1

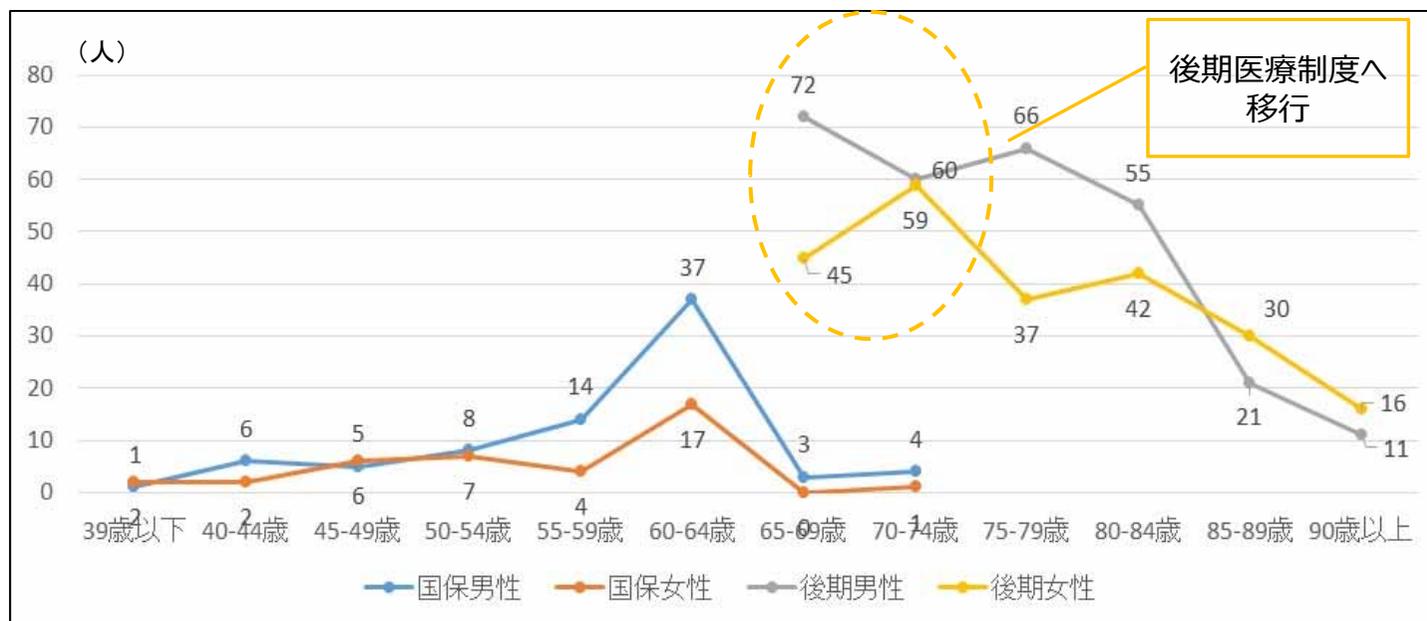
●人工透析（血液透析）患者数（2015年3月時点）

透析患者総数は631人（うち国保患者が117人（18.5%）、後期患者が514人（81.5%））
（全国保被保険者数の0.2%、全後期被保険者数の1.3%）

後期患者は、患者総数に対する入院割合が高い（22.8%）。加齢により増加傾向、全身状態悪化により入院管理の下に透析しなければならない者や終末期加療（看取り含む）を受ける者割合（高度救命の心不全治療とも関連）が増えていると考えられる。（通院困難者もあり）

後期男性では「75-79歳」が、後期女性では「80-84歳」が医療費を最も使用。

医療制度別、性別、年齢別にみた人工透析（血液透析）患者数



9. 人工透析（血液透析）患者に関する分析 その2

●人工透析患者の傷病名

どのような人が透析導入となっているのか分析

上位は、高血圧症、整形外科治療による鎮痛薬内服、心不全、糖尿病、高尿酸血症、脂質異常症といった腎機能低下のリスクファクターになる生活習慣病を含めた病名。

どの年齢においても精神疾患が8位。統合失調症等精神疾患を有すると、疾病管理（食事、身体活動、服薬等）が困難な事例があると推測。向精神薬には、糖尿病を悪化させる副作用がある薬剤も含まれ、精神疾患患者はハイリスク。

●64歳以下患者の病名

順位	傷病名 (ICD-10コード)	患者数
1	高血圧症(腎硬化症含む)	84
2	整形外科疾患(骨折以外)	68
3	心不全	61
4	糖尿病	52
5	脂質異常症	41
6	虚血性心疾患	39
7	高尿酸血症	31
8	精神疾患	22
8	悪性新生物	13
10	脳血管障害	13
11	てんかん	9
12	慢性糸球体腎炎	8
13	自己免疫疾患	7
14	敗血症	6
14	腎のう胞	3
16	神経変性疾患	3
16	骨折	2
18	腎癌	2
19	急速進行性糸球体腎炎	1
20	腎梗塞	1

※ 複数病名をもつ患者あり

●65歳以上患者の傷病名

順位	傷病名 (ICD-10コード)	患者数
1	高血圧症(腎硬化症含む)	107
2	心不全	96
3	整形外科疾患(骨折以外)	90
4	糖尿病	80
5	虚血性心疾患	68
6	脂質異常症	55
7	脳血管障害	37
8	精神疾患	36
8	悪性新生物	27
10	高尿酸血症	26
11	骨折	26
12	てんかん	24
13	認知症	23
13	敗血症	12
13	自己免疫疾患	10
16	慢性糸球体腎炎	8
16	腎のう胞	5
18	急性循環不全	4
19	神経変性疾患	3
19	腎癌	1

※ 複数病名をもつ患者あり

10. 精神疾患患者に関する分析 その1

精神疾患患者の概要

【国保】入院（主病名）

注）患者数10人以下の傷病名を除く

統合失調症：合計医療費（第1位：11.8%）、一人当たり医療費（第6位^注）：299万円）
患者数（第1位：351人）

アルコール使用による精神・行動障害：合計医療費（第2位：3.2%）、
一人当たり医療費（第8位^注）：280万円）、患者数（第15位：102人）

【後期】入院（主病名）

統合失調症：合計医療費（第6位：2.1%）、一人当たり医療費（第7位^注）：270万円）、
患者数（第36位：146人） ※一人で600万円、700万円もいる
※一方で、アルツハイマー病、認知症の患者数は増加

アルコール使用による精神・行動障害：合計医療費（第39位：0.5%）、
一人当たり医療費（第5位^注）：283万円）、患者数（第111位：43人）
※一方で、多量飲酒が関連すると考えられる脳卒中（特に脳出血）は増加

精神疾患^注を持つ者の医療費の総額

（主病名か否かを問わず、下記の傷病名をもつ個人の医療費を集約）

（注）統合失調症、アルコール使用による精神・行動の障害、双極性感情障害〈躁うつ病〉、うつ病エピソード

外来医療費全体の 7.6%（約23億円）
入院医療費全体の 22.4%（約62億円）

10. 精神疾患患者に関する分析 その2

病床機能分類からみた医療費の利用状況（入院）

◎医療費合計は「4つの病床分類に分類されない精神科を有する医療機関」が最も高く、26億円（精神疾患を主病名とするレセプト総点数に占める41.8%）、次いで「高度急性期」「急性期」。

◎これらの医療機関は、1か月あたりの平均在院日数が著しく長い。「高度急性期」「急性期」医療機関の転院先として利用されるが、社会復帰が困難などの理由から長期入院につながると推測。昔からの入院患者の継続もある。レセプト上の転記に「死亡」の記載があり、入院の長期化により看取りも含まれることがわかった。

病床機能分類	レセプト枚数(枚)	医療費				精神疾患を傷病名にもつ患者の入院医療費全体に対する割合(%)	1ヶ月当たり平均在院日数(日)	レセプト転帰「死亡」者数
		合計請求点数(点)	合計請求金額(円)	レセプト一枚当たり点数(点)	レセプト一枚当たり金額(円)			
高度急性期	1,994	147321460	1,473,214,600	73,882.4	738,824	23.7	17.2 ± 9.8	73
急性期	2,237	108,919,022	1,089,190,220	48,689.8	486,898	17.5	23.4 ± 9.7	70
慢性期	336	16,350,675	163,506,750	48,662.7	486,627	2.6	26.1 ± 8.3	1
回復期	503	19,139,752	191,397,520	38,051.2	380,512	3.1	21.2 ± 10.0	5
上記に分類されない精神科を有する医療機関	6,923	260,393,841	2,603,938,410	37,612.9	376,129	41.8	28.5 ± 5.9	44
その他(不明含む)	1,710	70,334,783	703,347,830	41,131.5	411,315	11.3	25.2 ± 8.9	26
合計	13,703	622,459,533	6,224,595,330			100.0		219

精神の単科病院等

10. 精神疾患患者に関する分析 その3

精神疾患患者がもつ傷病名 (重複あり)

国保	D10コードを集約	患者数 (人)	後期	D10コードを集約	患者数 (人)	
	1	不眠症	2,856	1	高血圧症	4,277
	2	糖尿病	2,792	2	糖尿病	4,275
	3	慢性胃炎	2,599	3	便秘症	4,167
	4	便秘症	2,163	4	慢性胃炎	4,011
	5	高血圧症	1,976	5	不眠症	3,726
	6	悪性新生物	1,644	6	心不全	3,386
	7	脳血管障害	1,059	7	悪性新生物	2,961
	8	虚血性心疾患	1,022	8	脳血管障害	2,915
	9	心不全	1,010	9	虚血性心疾患	2,439
	10	てんかん	945	10	認知症	2,188
	11	高尿酸血症	650	11	骨折	1,581
	12	慢性肝炎(原因不明)	615	12	高尿酸血症	1,146
	13	頭痛	531	13	神経因性膀胱	864
	14	神経変性疾患	504	14	前立腺肥大症	728
	15	骨折	446	15	慢性肝炎(原因不明)	703
	16	自己免疫疾患	391	16	てんかん	694
	17	脂質異常症	338	17	頭痛	672
	18	前立腺肥大症	316	18	自己免疫疾患	624
	19	神経因性膀胱	307	19	慢性腎臓病	581
	20	認知症	291	20	脂質異常症	550
	21	関節・脊椎の変形	262	21	関節・脊椎の変形	537
	22	慢性腎臓病	149	22	神経変性疾患	522
	23	高プロラクチン血症	103	23	敗血症	370
	24	敗血症	102	24	薬剤性肝障害	94
	25	耐糖能異常	65	25	耐糖能異常	85
	26	肥満症	58	26	アルコール性肝障害	27
	27	アルコール性肝障害	54	27	肥満症	21
	28	薬剤性肝障害	53	28	高プロラクチン血症	18
	29	薬剤性腎障害	16	29	非アルコール性脂肪性肝炎	5
	30	非アルコール性脂肪性肝炎	9	30	薬剤性腎障害	3

◎特徴の1つに、薬物療法の副作用がある。(不眠症、便秘、胃腸症状等)

⇒これらは、専門医療機関による**適正な薬剤への変更と服用量の調整**で軽減することもある。

◎2つめに、精神疾患のコントロール不安定時には、**適切な食事、身体活動、生活習慣、服薬管理が困難**になることも生活習慣病(高血圧、脂質異常症、糖尿病、肥満等)が上位に挙がる要因。

⇒**透析(腎不全)、心不全、脳血管疾患等**が高い頻度で起きており、これによって**高度医療の使用も高いと推察される。**

精神疾患患者は、医療費高額使用のハイリスク者！



・心身状態、生活状況、社会資源などを包括的にアセスメントして出来る限りの教育、社会資源につなげる支援が必要。

10. 精神疾患への対策

一次予防

- ・ハイリスク者の発見(保健師による活動):過体重、栄養障害、学習障害、アルコール(多量飲酒者)、失業、閉じこもりなど(負の環境遺伝への対応)
- ・地域住民への啓発プログラム、学校保健との連携

二次予防

- ・早期診断と治療の開始
- ・精神科医療機関との連携の構築、精神病院の医療従事者へのリスクの啓発
- ・精神科医療機関からのアウトリーチ

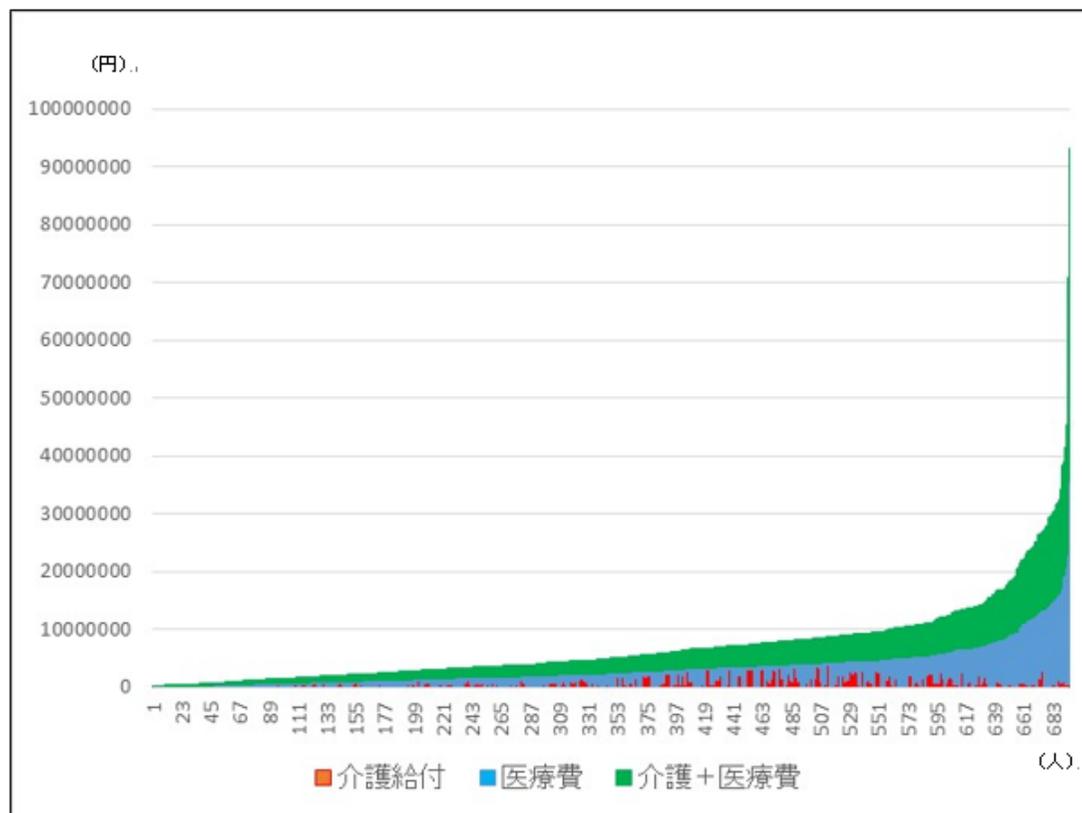
三次予防

- ・地域の社会資源と協働しての見守り(服薬管理、食事・水分の管理など)、重症化予防教育
- ・リハビリテーション、社会活動の推進(例:公園の花壇作りなどの地域活動)

呉市:レセプト・特定健診等からに精神疾患・生活習慣病(特に糖尿病)の両者がある者への予防的対応を、保健師・看護師が家庭訪問、アセスメントを行い、ケースマネジメントを行う予定。

11. 介護保険と医療保険の使用状況

- 医療・介護サービス両方を使用している医療費・介護費の使用の分布



◎ 介護給付金は要介護度により給付額の上限があるため、大きなばらつきはみられないが、医療＋介護費においては、これまでの医療費分析と同様に、一部の多くの医療費を使用している者が医療＋介護費総額においても突出していた。

(参考) 介護保険サービスの使用状況の特徴 A市

医療制度別にみた医療と介護の合計点数

◎ 医療と介護サービスを1年間に両方受けた者について。合計医療点数は、合計介護保険点数より少ない。介護には自己負担額があり、合算すると医療費より、介護費はるかに高い点数となる。

◎ 後期被保険者は、国保の6.8倍の医療点数になる。介護サービスを利用している者は、医療費も高い。

◎ 医療・介護・介護の自己負担分の合算では、国保被保険者が56億円、後期被保険者が486億円、合計542億円と巨額である。

制度別	人数 (人)	医療請求点数合計 (点)	介護保険		医療・介護全体額 (円)
			請求点数合計 (点)	自己負担合計 (円)	
国保	1,046	266,471,274	273,326,254	251,539,182	5,649,514,462
女性	443	113,272,266	115,847,817	107,007,389	2,398,208,219
男性	603	153,199,008	157,478,437	144,531,793	3,251,306,243
後期	8,267	1,802,954,326	2,791,864,330	2,615,505,899	48,563,692,459
女性	5,948	1,215,801,234	2,025,144,883	1,900,365,173	34,309,826,343
男性	2,319	587,153,092	766,719,447	715,140,726	14,253,866,116
合計	9,313	2,069,425,600	3,065,190,584	2,867,045,081	54,213,206,921

注) 医療・介護全体額(円) = (医療請求点数 + 介護請求点数) × 10円 + 自己負担額(円)

対策

ターゲティングと予防

✓ 高額医療費消費者・そのハイリスク者へのケースマネジメントと疾病管理の展開

レセプトによる病歴や使用薬剤数等からターゲティング(抽出) 介入へ
ニーズアセスメントとサービス利用の適正化
疾病管理を中核にした重症化・再入院予防(心不全や脳卒中等)

✓ ハイリスク者の抽出と予防的対応

精神関連疾患＋生活習慣病保有者、社会的弱者、高度肥満・多量飲酒等(健康経営とのリンク)、
心不全・腎不全のハイリスク者の早期発見(BNPや腎機能の検査の導入)

✓ 精神関連疾患患者対策

適切な治療(内科との連携等)、地域医療計画(病床転換)
統合失調症者等の慢性疾患管理(特に透析予防)
長期入院の是正 地域へ(地域住民への啓発活動、ヘルパーや看護師など)

✓ 生活習慣病の発症・重症化・再発予防(透析導入予防を含む)

減塩対策、節酒(アルコール対策)、体重コントロール等:地域を巻き込む
ロコモティブ対策

✓ 誤嚥性肺炎予防対策

✓ アルツハイマー病/認知症に対する正しい診断と適切な治療薬の使用

✓ 感染症対策(HIV、ウイルス性肝炎等)

プライマリケア
の強化(総合医
がトータルに診
る必要性)

高額な治療に対して

医療技術評価(Health Technology Assessment)を導入。高額な治療薬や高額医療機器の使用等、費用対効果による検討が必要。QALY(Quality Adjusted Life Years)による評価の導入

対 策

強力な在宅(介護施設を含む)へのシフト政策の必要性

✓ 看護師の病院偏在の是正

看護師は本当に不足しているのか？
看護師の本来の仕事はケア

プライマリ・ケア(診療所・訪問看護等)と病院、介護施設等がネットワーク化(組織化)することで、サービス量の最適化を目指す。

・広島県内の訪問看護ステーション数 (H27.4) 223ヶ所
訪問看護師数 1,094人
(広島県就業看護師+准看護師の2.7%)

(参考)

H26.12月末 広島県就業看護師数 39,736人
(看護師+准看護師)

広島大学病院 700床：看護師数(含：非常勤) 791人
(数キロ圏内に500～700床規模の大病院が複数あり、中規模病院まで含めると5000人近い看護師が採用されている。)

※1つでも病院が在宅医療にシフトし、病院の看護師が地域に出て訪問看護を行ったら、介護問題は解決します。700床規模病院(看護師数約800人)が在宅にシフトしたら、単純計算で、訪問看護ステーション(開設基準：看護師2.5人)が320できます！

✓ 在宅や介護施設での看取りの推進

・後期高齢者、難病患者等の在宅医療の推進

ホームホスピスの整備、小規模多機能看護・介護の数の拡大

・アドバンス・ケア・プランニングの推進(住民への啓発事業)

・後期高齢者の救急搬送への対策(心不全対策を含む)

大分県での介護老人保健施設等へのナース・プラクティショナーの配置

フィンランド:救急車要請の際に患者の病歴を有する老人専門の医師への連絡を入れ、必要性を判断
スウェーデン:救急車にトレーニングを受けた看護師が乗り、現場で対応を判断 等

自己決定の推進と緩やかに高齢者を看る、態度・考え方の転換が必要

共同実施

呉市保険年金課

レセプトデータ分析

- ・山口大学経済学部大学院 経営学科 特命教授 岩本 晋
- ・広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門 成人看護開発学
慢性疾患マネジメント・プロジェクト研究センター 特任助教 加澤佳奈
- ・株式会社データホライゾン