

連載

社会と健康を科学するパブリックヘルス(6)
「データに基づく地域医療政策・病院政策（その1）」

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 大坪徹也 今中雄一

背景

増大し続ける医療費に対し、誰がどの程度まで負担するか、できるのかといった観点を含め、医療費抑制政策は医療システムの持続可能性において重要な課題として位置づけられてきた。急速な高齢化、医療技術の進歩や国民の期待の上昇の中で、国民の健康水準の維持・向上と医療費の抑制という半ば相矛盾する課題に対し、ヘルスケアシステムの構造、過程や結果について多角的に評価・研究し、データ分析を活用した、より質高く効率よい医療システムの設計と運営が必要となる¹⁾。

地域医療政策における諸計画の策定とその手続き

国の指針としての医療費適正化基本方針に準じて、各都道府県において平成20年から5年計画として、医療費適正化計画が策定、施行されることとなった。医療費の適正化に向けては、生活習慣病の予防と平均在院日数の短縮が中心に据えられた。すなわち、医療、介護、福祉を包括的に提供可能であることならびに、機能の分化と機能間の連携により効率性を獲得することを中核としたヘルスケアシステムの要求仕様が規定されたのである。

国策としての要求仕様に対して、都道府県は地域の社会経済的状況を勘案した要求仕様を領域ごとに策定する事になる。具体的には、医療においては医療計画（医療法第三十条の四第一項）ならびに生活習慣病対策に重点を置いた都道府県健康増進計画（健康増進法第八条）、介護においては介護保険事業支援計画（介護保険法第百十八条）と一体的に策定される都道府県老人福祉計画（老人福祉法第二十条の九第一項）が該当し、福祉においては都道府県地域福祉支援計画（社会福祉法第百八条）の策定が義務付けられており、いずれの計画も相互に調和が保たれることが課せられている。これら諸計画の目的とするところは、地域において医療・介護・福祉資源を合理的に配分し効率的にサービスが提供できるような体制を整えることによって、地域住民の健康水準の向上を図ることにある。

諸計画を策定する手順としては、まず地域における住民の健康水準を評価する事により需要を把握し、また地域の提供体制を評価した上で必要とされるサービスにあった施設・人員の確保・配置を中心とした医療・介護・福祉資源の配分計画を策定する事になる。資源の配分計画を検討する際の観点としては、医療施設・マンパワーの地域偏在問題や地域住民のニーズと提供されるサービスの不一致、医療機能の未分化などの問題である。こうした問題に対して、システムを構成する要素間の振る舞いやあり方をモデル化することが求められる。その基盤として、疫学データや方法論は、重要な役割を果たす。

活用が期待される主なデータ

医療政策の評価・立案を支援し得る資料は多岐に亘り、下記では主なものについて例示する。実際には、各データの長所と短所を見極め、測定・評価事項に適したデータを選択、組合せることを踏まえた研究デザインを設計する事になる。

1) レセプトデータ

レセプトデータいわゆる claims data は、医療機関や介護事業所からの請求内容を社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険連合会が内容を審査した後、各保険者に支払請求するといった一連の明細書に関するデータである。レセプトデータは、データの質そのものに問題が指摘されつつも、保健医療情報の貴重な資料として集計・分析され用いられている。従来は、紙媒体で提出されるレセプトを手入力で電子化していた経緯があるが、近年では電子媒体での審査・支払請求が増えつつあるため、診療内容についても全医療機関での動向把握が可能な体制へと近づいている。これまでは、保険者統合的つまり全住民を対象とした集計・分析は困難であったが、厚生労働省が全国悉皆的にレセプトデータおよび特定健診・保健指導に関するデータを集積し、根拠に基づく施策の推進を図る体制が構築されることになった²⁾。

2) DPC データ

DPC (Diagnosis Procedure Combination) データは、診療録情報、診療報酬請求情報、施設調査票により構成される、全国統一形式の電子データセットであり、自費のみの症例を含む全ての退院症例について病院単位で作成、管理される³⁾。どういった患者に対し、いつ、何を、どの程度行い、いくら費用を要したかを時系列で把握する事ができる。しかしながら、DPC データの作成する医療機関は急性期医療を提供する医療機関が中心となるため、医療機関悉皆的な調査とはならず、ヘルスケアサービス利用という観点での個人単位でのサービス利用履歴には限界がある。

3) 厚生労働統計

厚生労働省は従前より、多岐に亘る統計調査や業務統計を収集、整備してきており、多くが医療政策評価、立案への貢献に資する。特に、傷病状況や受療内容に関する統計調査としては、患者調査や社会医療診療行為別調査などが活用に適している。患者調査は三年に一度行われ、層化無作為抽出された医療機関において、入院は一ヶ月、外来は一日を参照期間とした期間内に受療した患者について、保険者悉皆的に把握可能な調査である。ただし、医療費については同調査内容に含まれない。また社会医療診療行為別調査は、層化抽出された医療機関から毎年一ヶ月間を期間として、全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険および国民健康保険のレセプトを無作為抽出することによる。

4) 医療機能調査データ

都道府県が医療機関の医療機能に関する情報を集約して公開する医療機能情報提供制度(平成19年4月1日施行)における医療機能情報には、管理・運営・サービス等に関する事項、提供サービスや医療連携体制に関する事項に加えて医療の実績、結果に関する事項などが含まれる。上記事項に加えて、都道府県独自に追加項目を設けることが多いため、全国統一レイアウトではないものの、医療機関を集計単位とした医療提供体制の実態が把握可能である。厚生労働統計としての医療施設調査や医師・歯科医師・薬剤師調査などでも資源配置に関する情報を把握可能であるが、医療機能調査で収集したデータでは組織として実践される機能について把握可能であることが挙げられる。

データに基づく政策立案支援の具体例

行政機関が果たすべき機能について、WHO (World Health Organization) は“stewardship”として提唱し⁴⁾、医療の質、効率や公正性の確保・向上

に係わるシステムの設計と評価、優先度の決定、セクター間の調整、規制と患者・利用者の擁護といった機能とした。都道府県はこうした stewardship の発揮において、有用かつ実践可能な医療政策を効果的に策定・運用・監視する必要がある。従って、地域におけるヘルスケアシステムの実態ならびに人口構造、経済状況、地勢、文化などを横断的かつ経時的に評価、把握する事が求められる。ここで、ヘルスケアシステムにおける提供体制とその実態について可視化するとともに、保険システムのあり方について分析・検討を試みた例として、京都府のあんしん医療制度プロジェクト⁵⁾を紹介する。そこでのデータ分析を当研究室が担当したが、データ管理や個人情報保護など必要要件については京都府および京都府国民健康保険連合会の関係の詳細な手続きと承認を得て、同時に京都大学医の倫理委員会での検討と承認を得て行われた。このプロジェクトは、市民の健康確保に必要な医療サービスを将来にわたり安定的に提供できる制度の構築に資するよう、レセプトを初めとする諸々のデータを分析し今後の制度政策の設計に活かそうとするものである。

1) 医療提供体制

医療提供体制の可視化においては、疾患別に患者の受療行動としての二次医療圏の越境動向を把握することで、医療機能の地理的分布の評価が可能となる。図1に示す通り、疾患により患者の移動状況が大きく異なることが窺い知れる。ただし、患者移動の結果は、多岐に亘る要因により引き起こされたものであると考えられるため、医療の質を考慮すると共に患者の移動状況の是非について検討することで、アクセスの改善に向けた具体策を検討する事になる。また、診療内容の地域格差への問題提起として、Wennbergらにより発展してきた small area analysis⁶⁾を参考に、臨床指標を地域単位や病院単位で集計する事で地域格差が可視化される。図2は、脳梗塞患者の発症数に占める t-PA 注射療法の実施割合を市町村別に集計したものであり、診療行為の実施状況に関する地域差を把握する事が出来る。こうした状況を踏まえ資源配分計画を検討するためには、その基礎となる圏域を設定する必要がある。ただし、従前の入院医療全般に対する二次医療圏という考え方だけでは、医療計画の重点課題である四疾病五事業の事業別特性を吸収しきれない。そこで、新たに疾患別医療圏の検討を要すると共に地域の拠点となりうる医療機関を同定することになり、ここでも広く administrative data の活用が期待される(図3)。

図1 医療圏を越える入院患者の移動状況

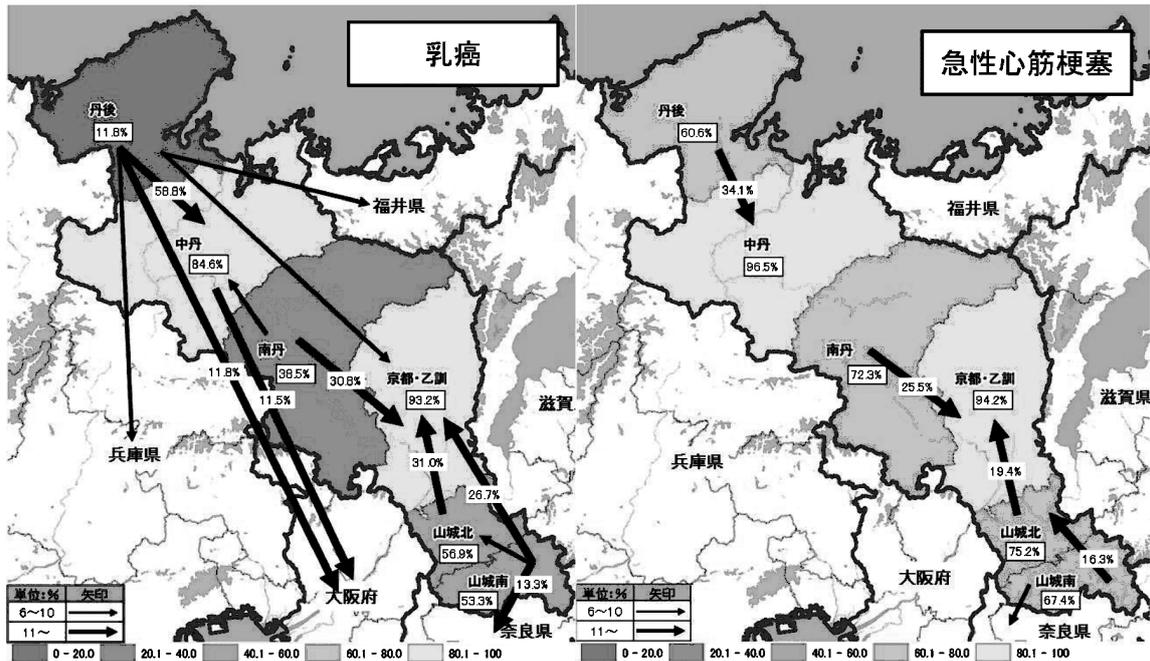
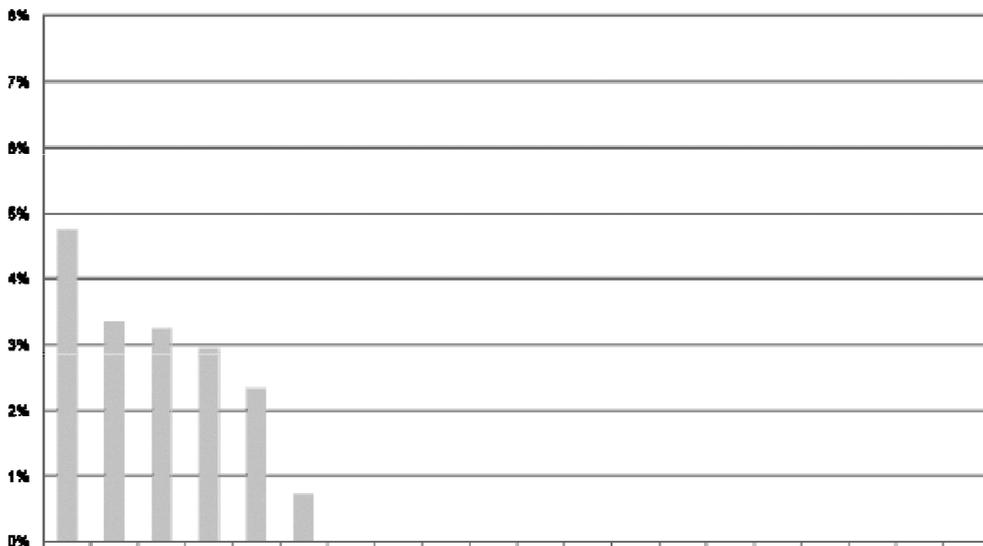


図2 t-PA 注射療法施効率 (26市町村別集計)



2) 国保保険料推計

ヘルスケアシステムは、単に提供体制のみならず、要する費用を誰がどのように負担するかといった保険システムも包含される。人口構造や経済状況の急変に伴い、逼迫した状況にある保険財政に対し、将来を見据えた保険システムの再考が急務である。そこで、市町村国民健康保険における財政システムの持続可能性を検討するに当たり、医療費の将来推計を行なうとともに、賦課方式と保険財政スキームを考慮した保険料の将来推計を行なった(図4)。ここでは、現行の市町村を単位とした国保保険システムでの保険料推計に加えて、二次医療圏や都

道府県で広域化した際の保険料の推計も合わせて試算している。なお実際には、保険システムのあり方については、財政の側面だけでなく、発揮されるべき保険者機能についても検討を行なった。

国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計人口」(平成18年12月)では、2050年の65歳以上人口が総人口に占める割合(高齢者割合)は40%にまで上昇し、65歳以上人口自体は2040年頃を境に減少すると推計された。すなわち、絶対量として需要の逡減が予測される中、医療資源の需給バランスを中長期的な視点を踏まえ監視および調整しつつ、社会経済的に合理的な応能応益の原則に即した

図3 急性心筋梗塞における疾患別医療圏

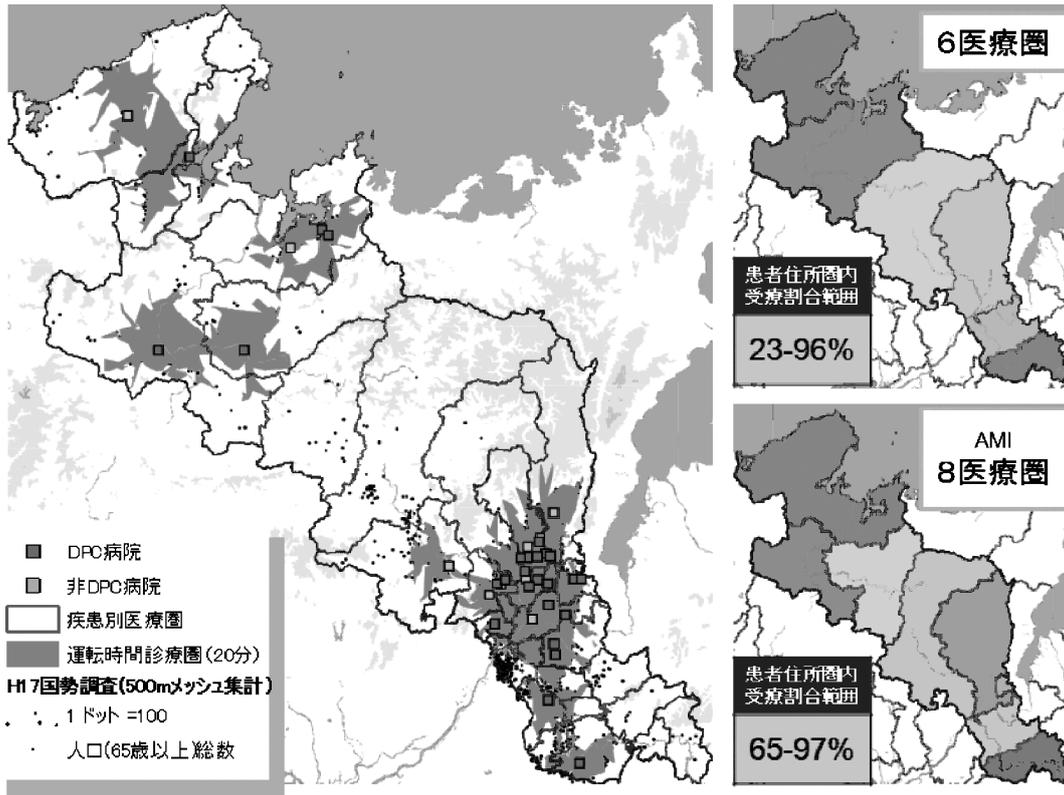
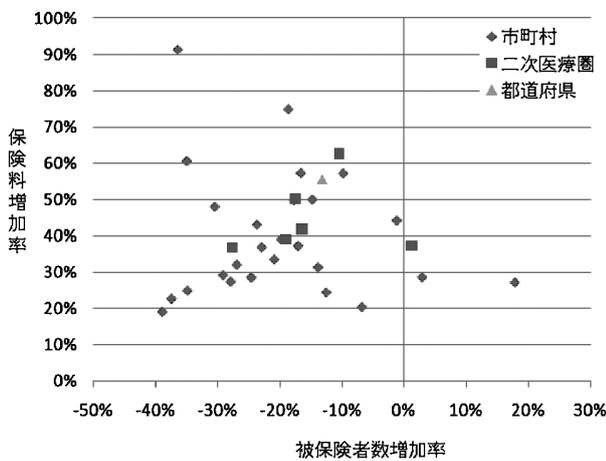


図4 被保険者数増加率と国民健康保険保険料(税)増加率 2008(実績値)-2025(推計値)



医療保険システムを維持，運用する事が一層の課題となる。

おわりに

社会経済状況の急速な変容に対し，近視眼的な医療政策からの脱却に向けた Evidence based health policy の発展，浸透は，今や組織立てた上で継続し

て取り組むべき課題となった。これを前提として，研究開発機関および行政機関は協働関係を構築し，相互作用的にヘルスケアシステムを発展，展開していくことが望まれる。

文 献

- 1) 今中雄一. 健康関連データベースの構造化と結合：戦略的な医療保健福祉システム構築へ向けて. 海外社会保障研究 2000; 133: 18-26.
- 2) 厚生労働省. レセプト情報等の提供に関する有識者会議(第2回)配布資料. 2010.
- 3) 松田晋哉. 臨床医のためのDPC入門 第2版 Q&A で学ぶDPCの基礎知識120. 東京：株式会社じほう, 2009.
- 4) World Health Organization. The World Health Report 2000 -Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 5) 京都府. あんしん医療制度研究会報告書. 2010. <http://www.pref.kyoto.jp/iryokikaku/index.html> (2011年4月7日アクセス可能)
- 6) Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery: a population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. Science 1973; 182: 1102-1108.