



情報ボックス

健康のプロは多くの関係者を巻き込んで「社会的協働」の構築を!

第79回日本公衆衛生学会総会で「健康医療介護の未来づくり：社会的協働」をテーマに学会長講演

日本公衆衛生学会は昨年10月20日から3日間、第79回学会総会を開催した。

「健康医療介護の未来づくり：社会的協働」と題する学会長講演では、京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療経済学分野教授の今中雄一氏が「ビックデータなどを活用してデータ駆動型の社会的協働を進め、良い未来をつくっていくことがこれからの公衆衛生的な課題」などと強調した。

京都大学では、1990年代から医療や介護、健診等のデータを結合し、健康医療介護システムの改善に着手。大規模データを活用した医療介護施設の状況や地域の状態の「見える化」に取り組み、「個人・臨床現場」「組織・マネジメント」「国や地域・制度政策」の各レベルのデータ解析を行っているとした。

まず、「個人・臨床現場レベル」の解析では、DPC（診療群分類包括評価制度）対象病院等の入院情報を用いたICU患者や人工呼吸器患者の院内死亡予測などを行ったと説明。某県で医療介護レセプトを連結し、要介護度悪化リスクを探索して関連要因を見出し、予測モデルを構築したほか、健診データと基本チェックリストの結果を活用して認知症の発症リスクを予測するリスクスコアの開発もJAGES（日本老年学的評価研究機構）と一緒に行ったとした。また、健診データ等とつないで、地域のどのような人が肺炎になって入院するかを予測できるようにもしたとし、「肺炎球菌ワクチンの適応への示唆、効果的予防策の展開のあり方などを示すこともできる」と述べた。その上で、「こうしたデータにもとづくプロセス評価やアウトカム評価のためのデータ基盤と技術基盤が各領域で積み上げられている」とした。

一方、「組織・マネジメントレベル」では、「京都大学では国がDPCデータベースを整備する以前から、全国500病院から診療データをもらい、施設ごとの医療の質や効率を高められるよう支援してきた」とし、「予測モデルをつくれれば、病院ごとのリスク調整死亡率が計算でき、急性心筋梗塞の死亡率を改善させている病院がどこか、といったことがわかるようになる」と述べた。具体的には、京都大学

では医療の質の可視化のため、DPCデータベースの分析を通じ、多施設間のリスク調整死亡率などのアウトカム指標を導き出して医療の質と経済性の向上を目指すQIP（Quality Indicator/Improvement Project）というプロジェクトに取り組んでいるとし、「これで多施設間の死亡率などのリスク調整アウトカムが見える化できる。こうした手順でアウトカム指標を示すことができれば、病院ごとに診療ガイドラインのエビデンスにもとづく推奨治療が行われているかといったプロセス指標も導き出せ、実践とエビデンスのギャップが埋められる」と指摘した。さらには、「周術期の予防的抗菌薬の種類および投与期間の遵守率も疾病ごとにわかり、改善の余地があるものを明らかにできる」などとした。

また、地域医療のパフォーマンス向上には、医療資源の集約化・拠点化が重要となるため、症例数と成績が一致するのか、アウトカムが良いのかという点も分析したところ、「急性心筋梗塞やターミナルケアなど多くの領域でボリュームアウトカムスタディーが行われているが、症例数が多ければ良いかという点も必ずしもそうではなかった」と指摘した。例えば、急性心不全のリスク調整死亡率は、専門医が多い病院ほど低い傾向で、症例数より医師同士の競争のほうが良い結果を生むというエビデンスがあるとした。加えて、「医師数が多い地域は競争が働き、医療の質に影響を与える可能性も考えられるので、“競争”と“集中”を分けて研究することも大事だ」とも指摘した。その上で、「こうした研究は拠点病院の推進の上で重要な知見となる」と強調した。

さらに、「データを公表している病院のほうが成績が良い傾向がある。実際、80施設を調べたら、組織文化が前向きだと医療の質の指標が高かった」と述べ、病院の組織文化の測定方法の開発や可視化も重要な課題であると指摘した。

大規模データによるデータ駆動型政策が不可欠

「国や地域・制度政策レベル」の研究に関しては、DPC/PDPS（診断群分類別包括支払い制度）政策の導入効果について説明。「例えば、急性心筋梗塞の医療費に関しては、検査・投薬費が16～18%減少し、全体では5%減少した。在院日数は2.3日短くなったが、死亡率には変化がなく、むしろ再入院率が有意に上昇していた」と指摘した。

さらに、地域ごとの医療の質、内容の差を見ていくことも重要と指摘。「脳梗塞症例の早期リハ受療割合とt-PA投与割合を二次医療圏単位で見ると、かなりバラツキがあることが把握できた。実態を見える化して共有し、地域ごとの医療の改善を促すこと

が重要だ。放っておいたら格差が拡大してしまう」と述べ、データ駆動型政策の重要性を強調した。

また、医療費・介護費を結合した研究で、介護保険制度の見直しによる2割負担の導入効果を調べたところ、「介護費は抑制できていたが、医療費が上昇し、合計額がかえって高騰していたことが把握できた。全体として見ると、改革は逆効果だったと言える。全体を見ることが重要だ」と強調した。

認知症対策などの地域包括ケア体制づくりについても論及し、「リスク調整要介護度悪化率や市民サポート力、介護資源、サービスの質・量の良し悪しなどを見える化し、地域間で比較しながら改善につなげることが重要」とした上で、「パフォーマンスやアウトカムなどを包括的に把握して、データ駆動型で推進することが不可欠だ」とデータ駆動型でPDCAを回す意義を指摘した。

京都大学では、こうした取り組みの一方、「保健医療介護だけではスマートヘルスシティはつくりえない」として、多彩な学際領域と産官学が連携してまちづくりについて協議・提案する「京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット」や、健康・医療・介護の視点で分野横断的・融合的アプローチで全世代型まちづくりを進める産官学コンソーシアム「PEGASAS」を立ち上げた。そして、医療介護の実態を可視化し、課題を共有し、行政、市民、マスコミ、保険者、医療・ケア提供者、学術界、教育界、ヘルスケア産業、社会起業家などと協調した「社会的協働」を進めていると述べた。

その上で、「大規模データベースは、ヘルスサービス、組織マネジメント、制度政策の評価、開発、向上、実装の展開において、大きな可能性を持つ。これを活用し、健康のプロは、多くの関係者を巻き込んで社会的協働をつくり上げ、健康な社会をつくらなければならない」と訴えた。

死亡前1年間の高齢者の医療介護費 85歳以上が238万円と最も低い

東京都健康長寿医療センター研究所の研究結果が
英文誌Geriatrics & Gerontology Internationalに掲載

東京都健康長寿医療センター研究所の福祉と生活ケア研究チームは昨年3月18日、65歳以上の医療・介護レセプトで死亡前の医療介護費を分析し、死亡前1年間にかかった総額は85歳以上で死亡したケースが最も安かったと発表した。死亡した高齢者を年齢階級別、要介護状態別、死亡時期別（死亡前1年間を3か月ごとの四半期に区分）に分けて分析したところ、死亡前1年間にかかった一人あたりの医療介護費の総額（年額）平均は、85歳以上が238万円

と最も低い金額（65～74歳＝395万円、75～84歳＝273万円）だった。要介護状態別では、要介護認定なし群が244万円と最も低い金額（要支援1～要介護3＝278万円、要介護4～5＝328万円）だった。一方、年齢や要介護状態、死亡までの期間の影響を見ると、85歳以上は65～74歳より44%安かったが、要支援1～要介護3の高齢者は、要介護認定なし群より1.31倍高く、要介護4～5になると1.65倍高額だった。死亡直前の死亡前3か月～死亡当月は、死亡前12～10か月よりも1.83倍高額だった。

「地域枠」医師の研修と専門医の認定 都道府県の同意がない場合は認めない方針

医道審議会医師分科会医師専門研修部会が
「地域枠」医師への対応について了承

厚生労働省の医道審議会医師分科会医師専門研修部会は昨年7月17日、従事要件が課せられている「地域枠」医師への対応について議論した。

「地域枠」で医学部に入学して当該県での従事要件があるにもかかわらず、当該都道府県の同意を得ずに他都道府県で専門研修を開始した医師を原則、日本専門医師機構の専門医に認定しないことについて了承した。

2008年以降、医学部の入学定員を過去最大規模に増員し、定員に占める地元出身者の選抜や当該大学・関連病院への勤務を要件とした「地域枠」を拡大し、地域偏在の解消をはかってきた。ところが、事務局が示した資料によると、2019年度の専門医の地域枠制度利用者736人のうち、奨学金を貸与した都道府県が離脱を認めていないのに他都道府県で専門研修プログラムを受けていたのが29人、うち日本専門医師機構に「地域枠でない」と自己申告した者が16人いた。また、2020年度の地域枠制度利用者973人のうち、離脱者は15人へと減った一方、都道府県の不同意離脱者は6人、同意離脱者は9人いた。

部会では、このように採用前の従事要件の確認だけでは地域枠離脱が防止できないことから、専門研修システム登録時に本人の同意を得た上、地域枠離脱に関する都道府県の同意の有無を専攻医募集時および研修開始後に日本専門医師機構が定期的に都道府県に確認し、同意を得ずに専門研修を開始した者には専門医の認定を行わないことにした。また、研修開始後に都道府県の同意を得ていないことが判明した場合、専門研修中に従事要件を満たした研修を行うよう、プログラム統括責任者が指導してローテーション変更などを行うことも了承された。2021年度の専攻医から適用される。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）

