

岩本康志・鈴木 亘・両角良子・湯田道生

『健康政策の経済分析』

—— レセプトデータによる評価と提言 ——

東京大学出版会 2016.12 viii+206 ページ

筆者らは福井県全県の国民健康保険レセプト、介護保険レセプト、特定健診データを接合した「総合的パネルデータ」を構築し、医療や介護政策の評価を行なった。本書はその一連の実証分析を収録している。

筆者たちも指摘するように、日本では、膨大なデータが活用されなかったり、一部の限られた者に利用が制限されるなどして、有効な政策評価や立案に十分に結びつけられなかった。一方、「海外では、こうしたマイクロデータが一般の研究者にも広範に公開され、「根拠に基づく健康政策(EBHP, evidence-based health policy)」として早くから膨大な数の政策評価・政策研究が実施されており、それが政策立案にも生かされている。」(序章) こうした日本の健康政策に一石を投じようとしたのが本書で紹介された7本の論文だ。7本の論文のうち第2章に掲載された論文は国際医療経済学会での報告論文、それ以外の論文は日本の学術雑誌に掲載された論文である。この書評では、第1章から6章の各省ごとに「政策評価」としていう視点から、研究の意義や論点を議論した。なお、第7章はレセプトデータを用いた国民健康保険の医療費と保険料の将来推計で、今回の書評では特に触れなかった。

第1章 医療費・介護費の集中度と持続性

「社会的入院の解消」という政策目的の達成を検証している研究がこれまでほとんどなかったという問題意識に立ち、レセプト分析を通じてこの問題に取り組んでいる。

「医療費、介護費の集中度の持続性(p.31)」では医療費、介護費それぞれの2年間の分位間の移動を検討しているが、集中度の持続性をみる意図は何なのだろうか。「介護費は持続性が高く、平均への回帰がみられない」と述べているが、介護が必要な人はADL (Activities of Daily Living: 日常生活動作(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など))が悪

化することは多いが改善はほとんどないので、そのことをレセプトデータで確認したと言えよう。

第2章 死亡前1年間の医療費・介護費

「終末期には、医療費だけでなく介護費も考える必要がある」という問題意識に基づいて書かれた章である。

図2-3から分かることは、死亡者の場合、最後の1年間の医療費は年齢とともに減少し、介護費が年齢とともに増加するということだ。なぜ年齢とともに介護費が上がり医療費が下がるのか、高齢になると在宅医療(入院以外、自宅だけでなく介護施設も含む)を受ける人が増えるからであろう。在宅医療では高度な医療を行わないので、医療費は安くなる。一方、年齢が若い場合は、死の直前まで入院して積極的な治療を続けることが多い。主に介護を受けているだけの入院と、積極的な治療をする入院とでは医療費が大きく異なる。

死亡前の高齢者には、1) 入院でしか対応できない人と、2) 在宅医療でも可能な人の2種類がいる。後者である「在宅医療でも可能な人」が入院していると、これを「社会的入院」と呼ぶ。しかし「入院でしか対応できない」というのは注意が必要で、たとえば死の直前でさえ「できる限りの治療」を希望すれば、それは入院でしか対応できないことになる。また「在宅でも可能」な場合にどちらを選択するかは、患者や家族の選好による。このように、「医療か、介護か」は論理的に決められるものではなく、むしろ患者や家族の希望だったり、介護者の都合だったりする。最近では在宅医療や在宅介護のサービスが充実してきたため死の直前まで在宅医療を受ける人が増えてきているが、それでも死亡するときには入院を選ぶ場合が多い。それは、死の直前の患者の苦しみに家族がどのように対応してよいのか分からないから、という理由も大きい。

死亡前の医療費と介護費の分析というのは、患者と家族の選好が「在宅医療、在宅介護(入院以外、自宅だけでなく介護施設も含む)のサービスの充実」とともにどのように変化してきたかを明示することで、より政策的にも重要な結果が得られるのではないか。例えば、レセプトデータを用いて以下のような解析が求められる。

1) 死亡前1年間の入院日数は、経年的に(2004年9月~2008年3月)どのように変化したか? 年齢間でどのように異なるのか?

2) 死亡前1年間に介護サービスを利用した(介護費を使った)人の割合は、経年的に(2004年9月～2008年3月)どのように変化したか?年齢間でどのように異なるのか?

3) 死亡の場所は病院だったか、それ以外だったか?病院で死亡した人の割合は変化したか?年齢間でどのように異なるのか?

第3章 高齢者の社会的入院

この章では、レセプトデータを利用して社会的入院の規模を推計しようとしている。そのため、データ上で社会的入院をどのように定義すべきかをさまざまな方法を使って考察しているが、そもそもレセプトデータのような医学的情報が少なく、重症度などのデータを使って社会的入院を判定することは難しい。そのため何らかの定義を決めて想定したところで、その妥当性や正確性には疑問が残る。実際に著者らが社会的入院の判定に用いたさまざまな手法は、複雑すぎてその意図がよく分からなかった。

社会的入院の規模を無理やり推計することに、あまり意味がないのではないか。むしろ、レセプトデータから容易に推計でき、より信頼性の高い指標を算出して、患者と家族の選好が「在宅医療、在宅介護のサービスの充実」とともにどのように変化してきたかを検討したほうが有用ではないか。前章と同様に、死亡前1年間の入院日数や死亡場所の変化などの解析も有用と思われる。

第4章 通所リハビリテーションの提供体制

「提供体制の整備が需要に与える影響を検証する」目的で、福井県のおおい町における通所リハビリテーション(デイケア)の開設が介護費に与えた影響を検討している。

2007年3月まで、福井県おおい町、永平寺町、池田町、美浜町には通所リハビリテーションが存在しなかったが、2007年4月におおい町に通所リハビリテーションが開設されたのを treatment group、他の3町の住民を control group とみなして、処置の前後での各群の介護費の変動を、レセプトデータを利用して検証した。その結果、おおい町では、通所リハビリテーションの開設により介護報酬請求額が大幅に減少した。介護サービスの選択肢が増えたことで、短期入所療養介護が増加、訪問介護・通所介護・居宅療養管理指導が減少したことが理由だ。つまり通所リハビリテーションの開設により利用者

がより適切なサービスを選ぶようになり、その結果非効率的なサービス利用が減少したと考察している。プログラム評価の手法で分析を行い、重要なインプリケーションを導き出している。

第5章 介護予防給付

「介護予防給付の導入後5年以上が経過しているが、介護予防プログラムの効果の検証がほとんどなされていない」という問題意識に基づいて行われた研究である。これまでの研究では、介護予防が要介護度の悪化防止に効果的だという結果と、効果がなかったという結果の双方がある。

著者たちは2003年4月～2009年10月の福井県下17市町の介護保険レセプトデータを分析し、介護予防給付の導入が、初回の要介護認定において旧要支援、あるいは要支援1の判定を受けた者の、その後の要介護状態の経時的な変化を検討した。この研究の特徴は、介護給付の効果を検証する際の選択バイアスの処理を、傾向スコアに基づくマッチング法(propensity score matching method)を用いて対応しようとした点である。

このアプローチには2つの大きな問題がある。まず一つは、要介護度を客観的な基準に基づいて正しく分類できないことであろう。著者らは、2005年の介護保険制度改革において要介護認定の基準が変更されたため、基準変更による要介護度の誤分類が起こることを懸念し、それを考慮した計量経済モデルの構築を試みている。しかしながら、要介護度を正しく判断することは不可能である。要介護認定の一次判定は統計学的推計に基づいて行われており、客観的なものと思われがちだが、一次判定の根拠となる調査は調査員や主治医の主観的判断に基づいた恣意的なものである。また二次判定は、一次判定での統計的推計で反映されていない要素の調整が目的であるため、患者の医学的状态よりも家族の事情などの影響を受けやすい。したがって、調査者や地域により判定に違いが生まれる。さらに2005年の介護保険制度改革により要介護認定の基準が変更された際に、「要支援」と認定された患者の特徴(身体状況や日常生活活動度)も変わってしまった可能性について考慮すべきである。

次に選択バイアスの問題である。著者たちも強調しているように、ある介入の効果を検証するときには、介入群と非介入群とで患者の特徴がほぼ均一であることが理想である。しかし実験的介入の場合を

除いて、2群の患者の特徴を均一にするのは困難であるため、その代りに多変量解析などを用いてアウトカム(この場合は介護度の変化)に影響しそうな因子(例えば、ADL)を調整するのが一般的なやり方である。しかしながら、レセプトデータにはこれらの因子に関する情報が、年齢と性別以外に全くない。「要介護度」というのは主観的な判断にすぎず、これらの因子の代用とはならない。したがって、今回著者らが用いた方法では、選択バイアスの問題は解決できていないと考える。

第6章 特定健診・特定保健指導

「特定健診・特定保健指導事業の効果(あるいは費用対効果)がほとんど評価されていない」という問題意識に基づいて執筆されている。さまざまな推計法を利用して特定健診・特定保健指導の効果を推計しているが、概して特定保健指導の対象となったことによる腹囲減少効果は認められないか、あるいは認められてもごくわずかである。

特定健診・特定保健指導の事業費は2008～2011年度までに756億円の公費、2269億円の事業費が投じられており、財政難の折、その効果についてはより厳密に評価されるべきであるというのは尤もな意見である。

第8章 これからの健康政策への提言

以上、かなり厳しめの意見を述べたが、もちろん筆者たちもレセプトデータを用いた研究の限界に気づいており、「本書の分析の大きな労力は、因果効果を堅守するためにできる限り適切な対照群を設定することに当てられている。」「より頑健な知見を得るためには社会実験が実施されることが必要だ。」と大変重要な指摘をしている。筆者たちが指摘している点は、日本の健康政策の大きな問題である。日本ではほとんどすべての重要な医療や介護を始め健康施策は全国一律に一斉に導入されるため、施策の因果効果を検証するための対照群を設定することが難しい。

こうした様々な制約のもとで、特に昨今、予防の重視と言われているが、介護予防と特定健診・特定保健指導という予防重視の施策ごとに丁寧に検証した点が特に評価される。

[井伊雅子]