

(別紙様式11の2)

※提出の場合必ずご記入ください。

医療機関コード							
都道府県名							
保険医療機関名							

ニコチン依存症管理料に係る報告書

平成22年7月1日現在

本管理料を算定した患者数(※1) (期間:平成21年4月~平成22年3月)	①	名
--	---	---

①のうち、6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
------------------------------------	---	---

②のうち、禁煙に成功した者(※2)	③	名
-------------------	---	---

5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止期間に禁煙していた者	④	名
---	---	---

喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ① %

[記載上の注意点]

※1…ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。

※2…12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

実際に e-Gov でこれらのデータがどのように収集されるか検討した。

●初期画面

e-Gov でニコチンで検索すると以下のような初期画面が表示される。

電子申請システム **● ニコチン依存症管理料**

電子申請手続の情報 手数料等の情報 記載要領等の情報

手続概要
保険医療機関において、厚生労働大臣が定める告示において規定されているニコチン依存症管理料の算定を行おうとする場合に、あらかじめ届出する手続です。

電子申請システムによる手続に関する情報

この手続は電子申請が行えます。
提出方法 署名が必要な手続のため、電子証明書が必要です。 詳細は「各府省からのご案内」の厚生労働省からのお知らせをご覧ください。
申請書様式 この手続は申請時に表示される様式に従い必要な項目を入力してください。

以下の条件で検索しています
指定した条件は以下の通りです。
キーワード:「ニコチン」の全てを含む手続
厚生労働省から検出しました。

●記載要領

WORD 文書で掲載されている記載要領をまず熟読する。全ての電子申請に共通の「留意事項」の後に各様式の記載要領が以下のように説明されている。

ニコチン依存症管理料の施設基準

電子申請を行う場合の留意事項

本手続きを電子申請で行う場合には、以下の制限事項がございます。制限に沿わない申請は、電子申請・届出システムにおいて受信できない場合がございますので、ご注意ください。

電子署名について	本申請書には必ず申請者の電子署名を付与してください。この手続で使用できる電子証明書は次の認証局で発行されたものが使用可能です。 ・ 電子認証登記所（法務省運営） ・ 日本認証サービス（株） ・ 公的個人認証サービスに係る各都道府県の認証局
電子添付書類について	拡張子が「.DOC」「.PDF」「.XLS」「.CSV」「.TXT」「.XML」「.BMP」「.JPEG」「.JPG」「.PNG」「.ZIP」形式が利用可能です。但し、「.ZIP」ファイル内に「.ZIP」がある場合は受信することができません。 また、パスワードを要するファイルは受信することができません。
申請データの容量について	申請データ（電子添付書類、電子証明書を含む。）は5MBを超えると受信できません。

この申請書は、ニコチン依存症管理料の施設基準の届出をするためのものです。

- * 申請書の作成が終了しましたら、「検査」ボタンを押下し、必須項目に記入漏れがないかを確認下さい。
- * 申請データが到達しますと、送信結果が表示されます。送信結果には、到達番号や処理状況の確認に必要な ID 番号が記載されておりますので、必ず保存してください。
- * 郵送する添付書類がある場合には、電子申請・届出システムのトップページから、申請した手続処理状況を確認し、到達番号、申請者氏名、届書名等記載された「処理状況確認」を印刷のうえ、添付書類とあわせて申請先に送付ください。

別添2の記載要領

<p>次のことに注意して入力してください。</p> <p>○ 「(届出事項)」欄の「[]の施設基準に係る届出」の「[]」内には、届出を行う施設基準の名称を記入してください。</p> <p>○ □には、適合する場合チェックを入れてください。※印の欄は、入力しないでください。</p> <p>○ 申請年月日は、半角数字で入力してください。</p> <p>○ 所在地、法人名、機関名、開設者氏名を必ず入力してください。ただし、診療所を開設されている場合等で、個人名を入力する場合は、姓と名の間にスペースを1文字分入力してください。また、郵便番号については、半角数字にて入力してください。</p>
--

様式8の記載要領

<p>次のことに注意して入力してください。</p> <p>1 禁煙治療を担当する医師欄は、担当の医師の氏名を入力してください。氏名を入力する場合は、姓と名の間に1文字分スペースを入力してください。人数が多いため欄に入力できない場合は、別に氏名を記入したファイルを作成し、添付してください。禁煙治療の経験欄は、有・無のいずれかを選択して下さい。</p> <p>2 専任の看護師又は准看護師欄については、専任の看護職員の氏名を入力してください。氏名を入力する場合は、姓と名の間に1文字分スペースを入力してください。人数が多いため欄に入力できない場合は、別に氏名を記入したファイルを作成し、添付してください。</p> <p>3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台欄の機種名欄及びメーカー名欄は、該当測定器名称及びメーカー名を入力して下さい。台数欄は、半角数字にて入力してください。</p> <p>4 その他欄については、該当する項目を選択してください。</p>
--

様式8の2の記載要領

<p>次のことに注意して入力してください。</p> <p>○ 本管理料を算定した患者数欄については、期間（年）を半角数字にて入力し、①に患者数を半角数字で入力してください。</p> <p>○ ①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙指導を終了した人数は、半角数字にて入力してください。</p> <p>○ ②のうち、禁煙に成功した人数は、半角数字にて入力してください。</p> <p>○ 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者（①-②）うち、中止期間に禁煙していた者</p> <p>○ 喫煙を止めたものの割合は、計算のうえ、半角数字で入力してください。</p>
--

様式4の記載要領

<p>次のことに注意して入力してください。</p> <p>○ []内には、当該届出の施設基準の名称を記入してください。</p> <p>○ 「No」は、半角数字で入力してください。</p> <p>○ 職種の欄には、看護師、准看護師又は看護補助者と記入してください。個人名を入力する場合は、姓と名の間にスペースを1文字分入力してください。</p> <p>○ 勤務の態様は、常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任それぞれ該当するものを記入してください。</p> <p>○ 勤務時間については、週当たりの勤務時間を記載してください。</p>

郵送する添付書類に関する留意事項

<p>記載されている添付書類ごとに、当該添付書類を郵送する場合は有無欄の「有り」を、郵送しない場合は「無し」をそれぞれ選択してください。</p> <p>また、記載されている添付書類以外のものがある場合、具体的な名称を入力のうえ、有無欄の「有り」を選択してください。</p>
--

なお、各地方厚生（支）局等ごとに必要とされる添付書類が異なる場合もあるため、必要とされる添付書類については、送信先の地方厚生（支）局等に確認していただきますようお願いいたします。

●手続き開始画面・・・ID, PW を取得した後、電子申請にログオンし、まず申請者の氏名と所属機関を入力する。

基本情報入力 | e-Gov [イーガブ] 電子申請システム - Windows Internet Explorer
 https://shinsei.e-gov.go.jp/shinsei/main.jsp?egovparam=000541445

お気に入り | 基本情報入力 | e-Gov [イーガブ] 電子申請シ...

手続名
ニコチン依存症管理料 / 電子申請
現在入力中の手続です

■ 申請者・届出者に関する情報

氏名(法人・団体の場合は代表者氏名)
 氏名の漢字・フリガナを入力する際には、姓と名の間に全角スペースを入力してください。

漢字 岡本悦司 必須 <全角256文字以内>
 フリガナ オカモトエツジ 必須 <全角256文字以内>

法人・団体の名称
 漢字 <全角256文字以内>
 フリガナ <全角256文字以内>

部門の名称
 漢字 国立保健医療科学院 <全角256文字以内>
 フリガナ 医療・福祉サービス研究部 <全角256文字以内>

次に表紙あたる「別添2」を入力する。この表紙は特掲診療料全てを通じて共通である。ここで保険医療機関コードが収集される。

申請情報入力 | e-Gov [イーガブ] 電子申請システム - Windows Internet Explorer
 https://shinsei.e-gov.go.jp/shinsei/main.jsp

お気に入り | 申請情報入力 | e-Gov [イーガブ] 電子申請シ...

<input checked="" type="checkbox"/>	別添2 (2)	入力
<input checked="" type="checkbox"/>	様式8	入力
<input checked="" type="checkbox"/>	様式8 (2)	入力
<input checked="" type="checkbox"/>	様式8の2	入力
<input checked="" type="checkbox"/>	添付書類	入力

別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

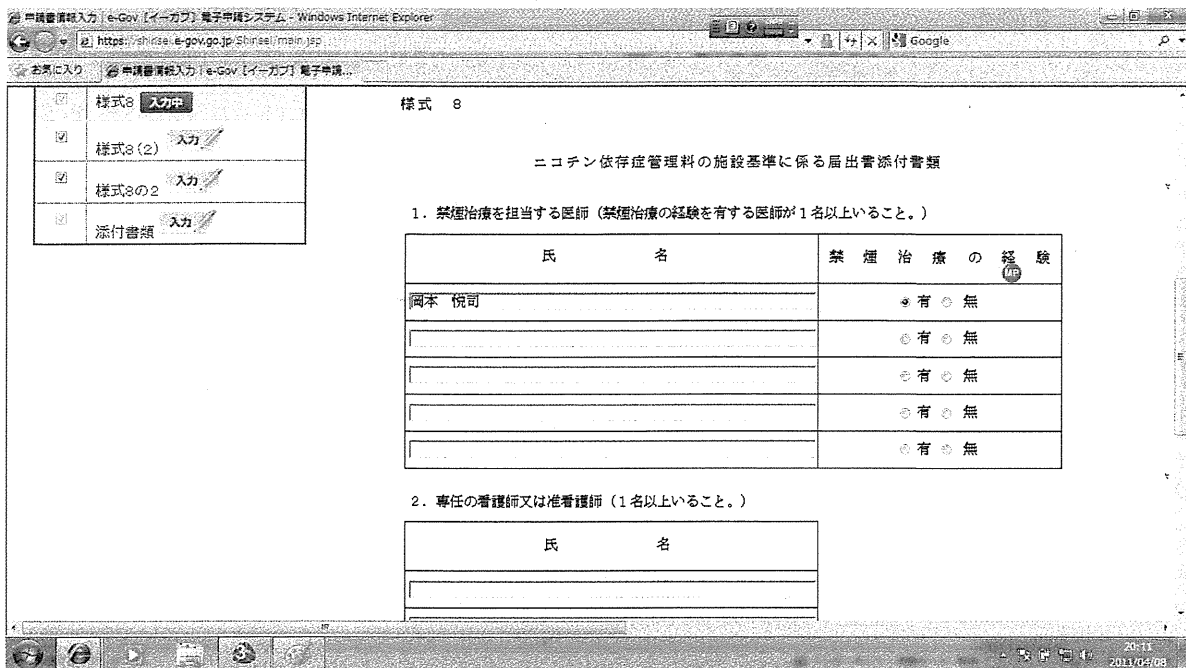
保険医療機関コード
 又は保険薬局コード

連絡先
 担当者氏名: _____
 電話番号: _____

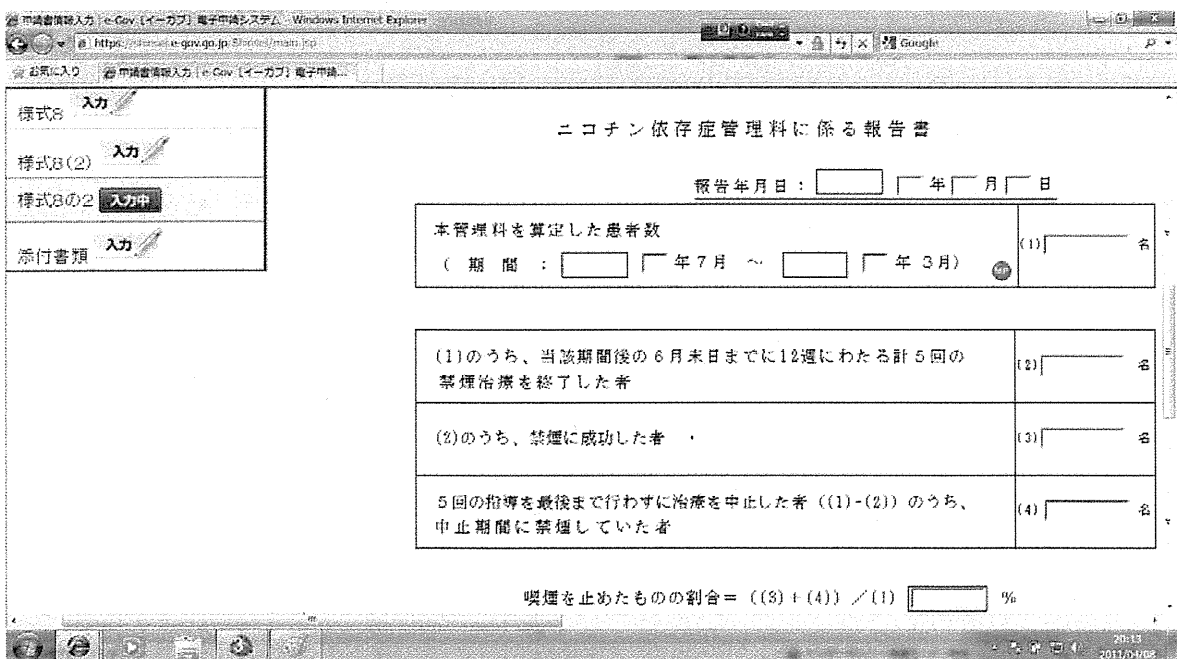
(届出事項)
 [] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。
 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

次に様式8に移る。これは届出書の添付書類であり、届出のためならこの書類で完了である。施設基準として「禁煙治療の経験を有する医師が1名以上」かつ「専任の看護師が1名以上」かつ呼気一酸化炭素濃度測定器を有すること、等が定められているのでそれぞれ記入する。



最後は「様式 8-2」ニコチン依存症管理料に係る報告書である。これは届出時には不要であり、毎年7月に前年4月～当年3月までの1年間の算定患者数ならびに禁煙成功者数や中断者数といった治療成績を報告させるものである。



e-Gov を活用した医療統計の可能性

保険診療に関わる施設基準は多数あるが現時点では紙による提出がまだ主体である。しかし今後 e-Gov を活用した電子申請は増加してゆく。上の例でみたように、電子的に収集されるデータは入力の手間がかからないため集計して医療統計として公表することも迅速にできる。そこで考えられるのは統計法に基づき e-Gov を介して収集される届出書添付書類や報告書等を集計する「保険診療動向調査(仮

称)」である。

レセプトについては既にナショナルデータベース(レセプト情報・特定健診等情報データベース)が稼動しているが、レセプトだけでは把握できないデータもある。上のニコチン依存症管理料でいうと、ニコチン依存症管理料が請求された人数や回数は把握できるが、それで何%が禁煙に成功したか、という最も重要なアウトカムは把握できない。保険医療機関から提出される届出書添付書類や報告書を医療統計として活用することにより医療のアウトカムも測定できる優れた統計データとなることが期待できる。

【参考】各種施設基準の届出様式

(別紙様式6)

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書(1)

(平成22年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関名

1 初診

初診に係る特別の料金

円

(消費税含む)

2 再診

再診に係る特別の料金

円

(消費税含む)

目 次

I. 総括研究報告	
患者調査の出生コホート別時系列分析に関する研究	2
岡本悦司	
II. 分担研究報告	
1. 統計法からみた医療統計と今後のあり方	8
井伊雅子	
2. 患者調査出生コホートOLAP化による総患者数受療率経年変化の検討	13
関本美穂	
III. 資料	
疾患別出生コホート別受療率の推移(悪性新生物を除く)	18
悪性新生物部位別出生コホート別罹患率・受療率・死亡率の推移	50
患者調査に係る調査票情報の提供について(申出)	63
副傷病の有無の年齢階級別受療率への影響	70
IV. 研究成果の刊行物	
健康日本21期間中における部位別がん死亡率の状況	73

患者調査の出生コホート別時系列分析に関する研究

岡本悦司(国立保健医療科学院 上席主任研究官)

研究要旨

戦後の統計制度も 60 年近くたち、また e-STAT による電子データ提供も進んだことから、統計政策の目標も収集から利用しやすい公表形態へと移らなければならない。長期にわたって同一の内容で蓄積された統計を有効活用するためには、1)時系列、2)出生コホート別の集計が必要となる。この他、傷病別、地域別といった多次元項目について利用者がデータを自在の集計できる利用形態を OLAP(オンライン分析処理)と呼ばれる。たとえば「1950～54 年生まれ男性について、国民生活基礎調査による健康意識と患者調査によるうつ病の受療率の推移」を瞬時に得られる形態は時系列コホート OLAP と呼ぶべきである。本研究では、統計法の手続きにより患者調査について時系列コホート OLAP を作成し、その効果を示すとともに、現在の e-STAT に、様々な異なる統計を結合した時系列コホート OLAP 化することを提言する。

分担研究者

井伊雅子 一橋大学教授

関本美穂 東京大学特任研究員

A. 研究目的

あらゆる統計表はタテヨコ軸のクロス表形式であるが、歴大な統計表を、経年的、傷病別、性・年齢階級別等に迅速に集計する方法として OLAP(多次元データベース)あるいはデータウェアハウスと呼ばれる技術が近年発展してきた。データベースは特定の個人を検索するものであるが、データウェアハウスとは、個人のデータではなくあくまで集計データを迅速かつ簡易にクロス表として表示させるものであり、企業経営等に盛んに活用されているのでビジネスインテリジェンス(BI)とも呼ばれたりする。医療統計もまさに OLAP のよい適用と考えられ、OLAP 化することによって現行の e-STAT もいっそう使いやすいものとなることが期待される。

また 5 歳階級ではなく、出生コホート別に時系列分析を行う時系列コホート OLAP 化を初めて患者調査で試みる。

B. 研究方法

前述の人口動態統計は毎年の全数調査なので、5 歳階級でも 5 年毎の数値を用いることで近似的なコホート分析が可能であったが、患者調査は 3 年毎なので、そうした手法はとれない(同様の問題は国民生活基礎調査の大規模調査についても該当する)。すなわち患者調査の時系列コホート OLAP 化のためには統計法に基づき調査票の再集計が必要となる。

本研究では、統計法に基づき目的外使用を申請し出生コホート集計を行った。各個票の生年月日より出生コホート別傷病別の受療率ならびに総患者数推計を行い、出生コホート別に健康状況がどう変化してきたか OLAP 化した。

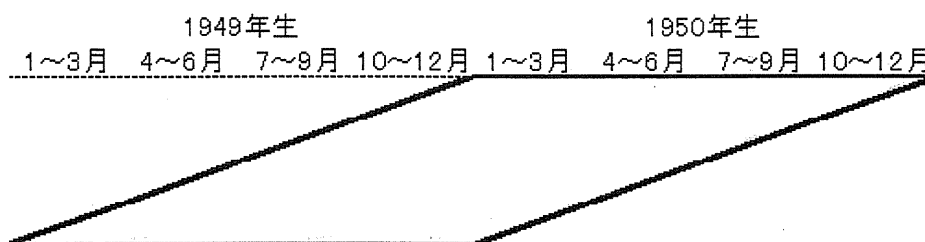
患者調査ファイルには各人の性・生年月日があることより以下の出生コホートについて性別、傷病別の患者数を推計し、各調査年の 10 月 1 日推計人口より受療率を算出する。暦年ではなく年度としたのは推計人口ならびに患者調査が 10 月なので、それが年央となるように設定した(また世代効果をみる上では暦年より

学年でみた方が妥当であり、幼少時の学校保健統計との相関もみれる、というメリットがある)。

本年度は患者調査の統計表を現行の3年毎調査となった1984年より最新の2008年までの9回分の調査票を統計法に基づく利用によりコホートOLAPし、コホート別の受療率の動向を観察した。

●出生コホート集計の必要性

どの統計でも年齢階級別の集計がある。それ



従来の年齢階級別の集計では年齢効果はわかってもコホート効果はわからなかった。もし出生年ごとのコホートごとの集計があれば、罹患率、死亡率そして受療率等の指標が出生年によってどう変化していったか、というコホート効果が把握できる。

5歳階級の場合、おおまかには調査年が5年毎に同一のコホートが出現するといえる。下は人口動態統計より1950年から2010年まで5年毎の死亡率13回分をグラフ化したものであるが、まず第一に胃がんでも肝がんでも出生年がくだるにつれて死亡率が減少していることが

によって年齢効果、たとえば年齢が高くなるとがんによる死亡率が高まる、という傾向がわかる。

しかしその年齢階級とは、調査時点における年齢である。そのため年間の死亡数の場合、同一年齢で死亡した者であっても生年は2年間にまたがる。たとえば2010年中に60歳で死亡した者だからといって全員を1950年生まれとはいえず、1949年生まれが半数近くいる(下図)。

明瞭に読み取れる。

その他、がんの部位ごとのパターンが異なることもわかる。一般に死亡率は年齢の対数に比例する、というゴンペルツ曲線が知られている。胃がんでは、出生コホートが下るにつれて死亡率は下がっているが、年齢とともに上昇するゴンペルツ曲線は一貫している。しかしながら、肝がんをみるとどのコホートでも60歳以降で頭打ちになる、といういわばロジスティック曲線を描くことがわかる。時系列、年齢階級そしてコホート分析を組み合わせることによってこうしたパターンが瞭然となる。

抽出調査による推計値なので、各歳は困難と考えられたので5年毎とし下記のように1900年4月以降の出生者とした。

出生コホート	調査型入院外来別	主傷病(基本分類)	前回診療日から平均日数	総患者数	患者数
1900年4月～1905年3月出生					
1905年4月～1910年3月出生					
1910年4月～1915年3月出生					
1915年4月～1920年3月出生					
1920年4月～1925年3月出生					
1925年4月～1930年3月出生					
1930年4月～1935年3月出生					
1935年4月～1940年3月出生					
1940年4月～1945年3月出生					
1945年4月～1950年3月出生					
1950年4月～1955年3月出生					
1955年4月～1960年3月出生					
1960年4月～1965年3月出生					
1965年4月～1970年3月出生					
1970年4月～1975年3月出生					
1975年4月～1980年3月出生					
1980年4月～1985年3月出生					
1985年4月～1990年3月出生					
1990年4月～1995年3月出生					
1995年4月～2000年3月出生					
2000年4月～2005年3月出生					
2005年4月～2010年3月出生					

●受療率の推計

各調査年の10月1日推計人口でわって受療率を算出した。

●総患者数の推計

総患者数= (入院患者数+初診患者数) × 拡大乗数 + (再診患者数 × 拡大乗数 × その疾患の平均診療間隔 (<=30日) × 6/7

疾病分類(ICD10中分類)		調査年								
胃の悪性新生物		1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008
出生コホート	1900年4月～1905年3月出生									
男	⋮									
	⋮									
女	2003年4月～2010年3月出生									
	1900年4月～1905年3月出生									
女	⋮									
	⋮									
	2003年4月～2010年3月出生									

推計された
総患者数

●作表の工夫

出生コホートの影響と加齢(年齢)による効果を理解しやすくするため、縦軸に受療率、横軸に年齢のグラフに出生コホート曲線を重ね合わせるグラフを作成した。5年毎コホートなの

で1900～1905年コホートは全員1902年生まれとし1984年調査時は82歳として作表した。また悪性新生物については、罹患率、死亡率コホートOLAPとも比較検討した。

C. 研究結果

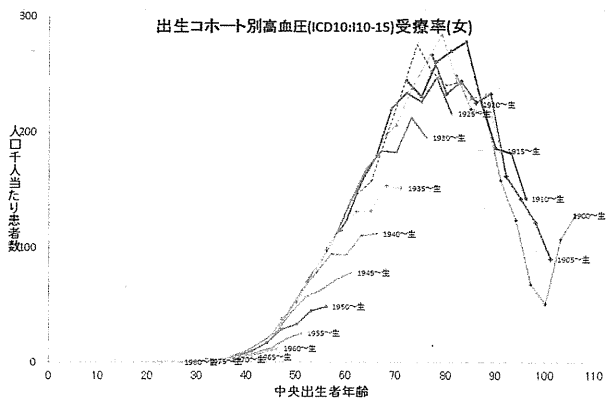
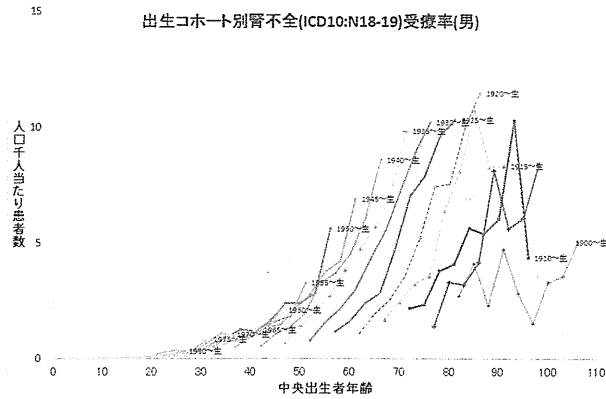
作表は各コホートの中間年で表した。すなわち1900～1905年コホートは全員1902年生まれとし1984年調査時は82歳として作表した。また悪性新生物については、罹患率、死亡率コホートOLAPとも比較検討した。

作表した表の全ては別冊としコホート効果がよく現れた2例を示す。

●コホートが下るほど受療率が上昇する例

コホート効果をみるには年齢(中央出生者年齢)の直線上のコホートの序列をみるとわかる。コホ

ートが下がるほど受療率が急増する例が腎不全でありグラフはコホート間で重なることなく左に平行移動しており明確なコホート効果を示している。



●コホートが下がるほど受療率が低下する例
女性の高血圧受療率は、若い世代ほど受療率が低く、その世代が高齢になった時でも昭和ヒトケタ世代の3~4分の1に低下すると予想される。

D. 考察

3年毎に行なわれる患者調査では、同一コホートを継続的に観察できない、という限界があった。本研究は調査票を再集計することによってコホート別の時系列分析を行った初のケースである。患者調査も現在の形態になって24年が経過し、今後はこうした長期的な観察という活用面を重視すべきである。

コホート OLAP 化は患者調査にかぎらず、人口動態統計、国民生活基礎調査や国勢調査等様々な調査とリンクすることを可能にする。なぜなら匿名調査であっても出生年月はたいていの調査で調査対象になっているからである。

しかしながらコホート OLAP 化のためには今回のように統計法の手続きをふみ調査票の再集計をしなければならなかった。通常の5歳階級の表にかえて出生年の5年きざみの表を公表しても個人情報

報侵害の危険は少なく、理想的には e-STAT 上のデータベース機能で、容易に時系列コホート OLAP を作表できるようなシステム構築が望まれる。

E. 結論

患者調査、社会医療診療行為別調査等の医療統計は全て e-STAT 上で提供されており、データベース形式(表を自由に作れる)も増えている。それでも複数年にわたる時系列グラフはつくれず、また出生コホート別には今回のような統計法による手続きが必要であった。これまで e-STAT に蓄積された膨大な統計表を今回示したような時系列コホート OLAP 化し、人口動態統計の死亡率などと同一の出生コホート間で比較表示できるようなシステム

を構築できるよう統計法の制約も含め検討すること

を提言する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

岡本悦司. 自殺と生命保険. *ヘルスサイエン*

なし

ス・ヘルスケア 10(2):49-58[2010].

2. 学会発表

岡本悦司. 健康日本 21 期間中における部位別がん死亡率の状況. 第 5 回保健医療科学研究会. *保健医療科学* 61(1):63[2012].

H. 知的財産権の出願・登録状況

統計法からみた医療統計と今後のあり方

井伊雅子(一橋大学大学院教授)

研究要旨

根拠に基づく医療政策のためには信頼ある基礎統計が不可欠であり、わが国では医療機関に関する患者調査、レセプトを対象にした社会医療調査が 50 年近く前から実施されてきた。しかしながらレセプトに関しては、政府の各部門による様々な統計が分立する状況があった。この度、レセプトオンライン化が達成され全レセプトを網羅するナショナルデータベースが構築され、また新統計法の下で調査票利用は促進されるようになったが、新統計法と行政機関個人情報保護法という方向が正反対の法律の適用によりデータ活用が円滑にすすまないという問題もみられる。医療統計の現状について法的考察を加えるとともに今後のあり方を提言する。

A. 研究目的

患者調査、社会医療調査等の医療統計全般について、そのデータ収集方法、法的根拠、ならびに新統計法下における文献的考察を行うとともにその再編の状況と今後の方向について検討する。

B. 研究方法

わが国の代表的な医療統計について法的統計技術的な面から考察を行うとともに公的統計のあり方をめぐる内閣府統計委員会における議論や内部資料より、医療統計を始め厚生労働省が行う関連統計について検討した。

C. 研究結果

●患者調査

わが国の代表的な医療統計であり、前身は 1948 年から実施された傷病医療調査である。1953 年から新たに病院退院患者についての調査を加え、統計法に基づく指定統計として実施されてきた。1984 年より新医療計画のために二次医療圏ごとの数値を出すため標本数を拡大すると同時に 3 年毎の調査に変更され今日にいたっている。

本調査は自費患者も含むあらゆる病院、診療

所の受診患者を対象とする点で網羅的ではあるが、反面 3 年毎の 10 月のある一日（退院患者は 9 月中の退院患者）のみの断面調査であり、総患者数がわからない、という限界がある。そこで再来患者については平均診療間隔も調査し、1994 年に考案された推計式を用いて総患者数の推計が行なわれるようになった（橋本修二他、患者調査に基づく総患者数の推計方法に関する検討、厚生指 41(6)1994 年 6 月）。今年度の本研究における患者調査の出生コホート推計もこの手法を踏襲した。

抽出調査であって抽出率は高いものの標準誤差はやはり大きく、レセプトの完全オンライン化が達成された今日、社会医療調査のようにレセプトナショナルデータベースとリンクさせた調査方法をとるべきではないか、DPC 調査データと電子レセプトデータの活用でより効率的で正確な情報を確保できる仕組みを構築できるのではないかという意見が内閣府統計委員会でも議論されている。

患者調査は DPC 調査とレセプトの電子化によって大部分のデータが代替されうると考えられる。但し、DPC 調査は急性期病院のみを対象としているため、非急性期病院および診療所からのデータを確実に取得する仕組みに関し

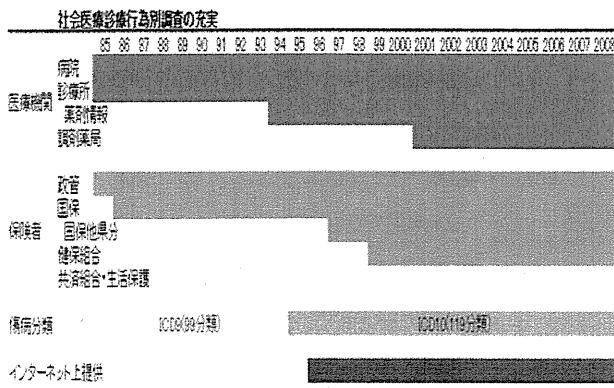
ては、十分な検討が必要であろう。ただ DPC 調査は、患者調査と異なり、患者の住所がないことが欠点である。

●社会医療調査等のレセプト統計

社会医療調査は 1955 年より、統計情報部による社会医療診療行為別調査(当初は政管のみ)と保険局調査課による国保医療給付実態調査(通称緑本)が抽出調査として実施されてきた。目下、厚生労働省においてレセプト統計は、統計情報部(社会統計課)と保険局調査課の他、生活保護医療扶助レセプトを社会・援護局保護課が実施している。これらはいずれも統計法に基づく抽出調査であり、対象も 6 月審査分のみである。また共済組合レセプトは財務省が実施している。

この他、共済組合や生活保護も含む全レセプトの集計データを保険局調査課が「医療費の動向調査(通称 MEDIAS)」として、支払基金や国保連より毎月迅速に収集公表しているが、集計データであるため、傷病別や診療行為別の医療費等は不明である。また 2004 年より調剤レセプトの電子化が進んだことより、電子化された調剤レセプトについては個票も収集し「調剤 MEDIAS」として薬効分類別の薬剤費等も公表している。

社会医療診療行為別調査の充実



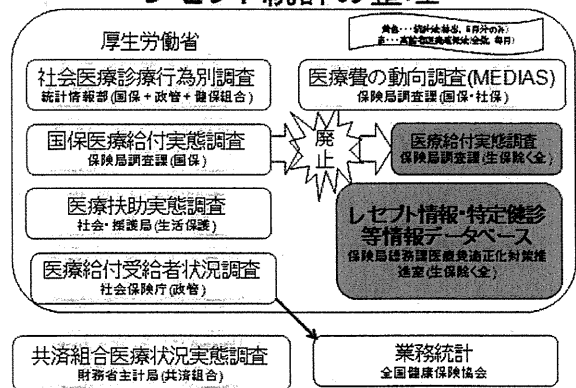
社会医療調査は毎年 6 月審査分のみ抽出調査である点に限界がある。季節変動を把握し、悉皆性を確保するためにも電子レセプトデータの活用が必要である。電子化されたレセプト

からの情報を活用することにより、正確かつ効率的に情報を収集することができる。

●ナショナルデータベースと医療給付実態調査

これら統計法に基づく調査に加えて、2008 年 4 月より高齢者医療確保法 16 条による調査と DB が加わった。医療費適正化計画の「作成、実施、評価」を目的に電子レセプトについては、総務課医療費適正化対策推進室が全数収集し「レセプト情報・特定健診等情報データベース」を運営している。しかし歯科や診療所等はまだ電子化されていないレセプトも多数あるため、限られた項目(たとえば傷病は主傷病のみ)について「医療給付実態調査」という調査を調査課が実施しており、これは全レセプトを全月収集している(このほど結果が厚生労働省サイトで公表)。なお保険局調査課は 50 年実施してきた国保医療給付実態調査を 2008 年 7 月をもって統計法の廃止届けを出し、また 2008 年 10 月より政管健保が全国健康保険協会に移管されたため、以後は同協会の業務統計として様々な集計公表がなされている。

レセプト統計の整理



●医療施設調査および医療経済実態調査

医療施設調査は全医療機関を対象とする全数調査であるが、医療機関の調査への負担が重い。レセプト情報や、保健所や社会保険事務局への施設基準の届けなどを活用することで大幅に回答者の負担を軽減できる。

医療経済実態調査は医業経営の実態を調査し

たものである。サンプル施設数が少なく、経営主体が自治体病院に片寄るなど問題点は多いが、医療のコスト面を把握するためには必須の調査。これも保険医療機関に関しては全数調査にするなど、サンプリングを増やすことが必要。

(医療法の下で経営している医療機関をすべて対象にすることも可能かもしれない)。また病院の会計原則を統一して、保険診療と自費診療に分けて財務報告を公開することを義務付ける必要がある。

医療施設調査と経済センサスとの関係は整理する必要がある。将来的に、米国の経済センサスのように調査票が業務別に詳細になり両者がリンクされるようであれば、医療経済実態調査は必要なくなる可能性もある。

●国民医療費

国民医療費は、医療政策の議論の場合ではきわめて重要なデータとされてきた。「国民医療費が10年、20年後に何兆円になる見込みだから消費税は何%にしなければならぬ」といった議論の最も基礎となるデータが国民医療費である。

国民医療費は厚生労働省統計情報部が毎年推計しているが対象範囲が保険適用される範囲に限られているため、OECDの定める基準(国民保健計算 SHA)に照らして範囲が狭くなっており「日本の医療費はOECDの平均以下」といった誤解を与えている。たとえば国民にとって比較的無料診療が身近な歯科については、国民医療費では2兆5000億円とされる一方で、自由診療部分については国民医療費に含まれておらず、その額は公式には推計されていない。

保険適用外であるため把握できない医療費には以下のものがある。(SHAで必要とされている情報)

- 1) 自由診療費部分：例、歯科自由診療費、美容整形費等
- 2) 特別料金(入院時の室料差額料、特定療養費分、紹介状を持

たないで病院を初診する時の初診代など)

- 3) 入院中の食事代の一部
- 4) 予防・健康管理サービスとして、医師の指示以外によるあん摩・マッサージ料など
- 5) 出産(正常分娩)に関わる費用(現在は出産時に支給される「出産育児一時金」を正常分娩費に要した費用として推計)
- 6) 先進医療における患者負担分

OECDが2000年から導入しているSHAに準拠した方式では、医療だけでなく福祉や予防的なものも含めて推計することとされ、これがグローバルスタンダードとして国際比較にも使われている。残念ながらわが国の国民医療費はその基準をこれまでは満たしておらず、いわば国際比較できない推計で国家政策立案の基礎データとなっている。その他国民医療費以外の総保健医療支出に以下のものがある。

1) 介護

公的介護保険で定められた利用限度額以上を使っている場合は介護保険としては要求できないためこの推計値に含まれないが、介護業者への支払いは発生する。

ただし、介護費の推計方法はOECD事務局が検討中で統一基準が定まっていない。

2) 産業データ

米国では大きなウェイトを占める医療機器や薬剤費(大衆薬)は一部分のみしか把握できない。

3) 民間医療保険

がん保険等の医療費支払は正確に把握できない。生命保険部分については有る程度データが存在する(社団法人生命保険協会「年次統計 保険金・年金・給

付金明細表」等)が、損害保険部分についてはデータソースが無いため把握できない。

4) 地方単独事業の保険事業等(子供の医療費の自己負担の無料化、健診)

恐らく、総務省による「市町村別決算状況調査」などの各種統計の発刊が遅く、各地方から該当する事業費の情報を積み上げる仕組みが出来ていないことに問題があると思われる。

5) 税控除

確定申告における医療費控除による還付なども把握されていない。

6) 補助金と管理費

地方自治体から自治体病院への補助金や国民健康保険など公的保険の管理費は含まれていない

もうひとつの問題は迅速性で、国民医療費の推計ができるのに2年もかかる。韓国は完全電子化されたレセプトデータより2日前3日前の医療費を疾病別地域別に入手できるとのことである。

D. 結論

わが国では半世紀前より医療統計が継続されてきた。しかしながら、蓄積されたデータの活用と体系化はそれに見合っていたとはいえない。本研究では、患者調査の個票を再集計し、出生コホート別の受療率推移を出したがこれは史上初の試みだった。コホート別に推移を追うことによってコホート効果と呼ばれる重要な知見があきらかとなった。これも統計法改正によるところが大きいであろう。指定統計の個票利用は旧統計法でも可能であったとはいえ、手続きや制約が厳しく困難であった。また新統計法の下でも、過去の調査票をたとえば10歳階級を5歳階級に集計しなおすだけでも統計法による承認が必要であり、有効活用のための制約

がなくなったわけではない。

本研究班が提案したOLAP化とは調査票の個票をそのまま公開するのではなく、性・年齢階級や地域別に集計されたデータをウェブ上で公開し、利用者は現行のe-STATのデータベース機能のように、活用できる形態である。これによって、たとえば1950~54年出生男性の患者調査による受療率、人口動態統計による死亡率、レセプト統計による医療費を、いちいち統計法による手続きを経なくても経時的に追跡できるようにしようというものである。重要なことは個人をリンケージするのではなく、1950~54年出生男性というような集団をリンケージせよ、というのである。わが国のような人口なら5歳階級程度にくくればプライバシー侵害のおそれはないはずである。

このように個人ではなく集団をOLAPによってリンケージすることによって、レセプトオンライン化が達成された今レセプトデータと患者調査・医療施設調査などをリンクし、地域医療計画・地域医療費の推計をより精度高く科学的に進めることができよう。一般公開が無理なら、せめて都道府県等、医療政策や医療計画目的のためにもっと積極的な活用が期待される。

同時に厚生労働省における医療統計データ利活用の体制のあり方を改善する必要がある。2011年6月に公表された新情報通信技術戦略によると、統計法に基づく研究者による研究利用に加えて、厚生労働省が独自に「医療効率化」目的のために利活用する、となっているが、厚生労働省内の体制もそれに応えられるよう整備が求められよう。統計情報部や調査課はこれまで統計情報の収集を専らとしてきたが、それを活用し積極的に医療効率化に役立てるための体制に脱皮しなければならない。

患者調査出生コホート OLAP 化による総患者数受療率経年変化の検討

分担研究者 関本美穂（東京大学特任研究員）

研究要旨

患者調査の個票から疾患ごとに出生コホート別・年齢階層別の受療率を算出し、その結果を疫学データと比較することで、患者調査に基づく受療率が罹患率や有病率等の疫学的指標の代用となり得るかを検討した。既存の疫学データによると、ほとんど全ての疾患は年齢とともに発生率・罹患率が増加し、それに伴い有病率も増加する。しかし今回の解析の結果では、いずれの疾患でも 70～80 歳に受療率のピークがみられ、80 歳以降は患者が医療機関を受診する機会が減少するために、見かけ上の患者数が減少する可能性が示唆された。肝臓がん・肝硬変・乳がん・うつ病・高血圧には明確な出生コホート効果がみられ、これらの知見は既存の疫学データが示す疾患発生の動向と一致した。これらの結果より、患者調査に基づく出生コホート別の受療率は、疾患の罹患率や有病率等の動向をある程度正確に反映すると考える。

A. 研究目的

現在 e-STAT を通じてさまざまな保健衛生統計が電子ファイルの形で利用できる。しかしながら、そのほとんどが年次別の横断的な集計であり、同じ集団を経年的に追跡する、いわゆるコホート形式の集計結果は公表されていない。そこで調査票を出生年月で再集計し、出生コホート別に傷病別×年齢の総患者数を推計した。厚生労働省患者調査のデータにおいて 5 年刻みの出生コホートを作成することにより、それぞれのコホートにおける疾患別の受療率を経年的に追跡することが期待できる。もし受療率が、疾患の罹患率や有病率を反映するのなら、出生コホート別の受療率の推移を検討することで、疾患の罹患の動向（増加傾向など）を把握できる可能性がある。

本研究は、疾患ごとに出生コホート別・年齢階層別の受療率（患者数を各コホートの人口で割ったもの）を算出し、その結果を疫学データと比較することで、患者調査に基づく受療率が、罹患率あるいは有病率の代用指標となり得るかを検討した。

B. 研究方法

患者調査は、無作為抽出された医療施設における入院患者および外来患者数から、継続的に医療を受けている患者数を傷病別に推計するものである。患者調査は 1953 年より開始され、当初は毎年調査がおこなわれていたが 1984 年からは 3 年に 1 回となった。10 月 15～17 日の指定された 1 日の入院・外来患者が調査の対象となり、疾患毎に入院・外来別の患者数、受療率（人口 10 万人あたり）が推計される。医療施設の抽出率は 2008 年調査の場合、病院 70%（抽出数 6649）、一般診療所 7.5%（抽出数 5879）、歯科診療所 2%（抽出数 991）であった。

拡大乗数は抽出率の逆数である。患者調査は 1 日だけの横断的調査なので、調査日以外の再来患者数も合わせて推計する必要がある。そこで調査日における再来患者数を、平均診療間隔と 1 週間の外来診療日数で補正した。平均診療間隔を算出する際には、1 週間の日数「患者調査票から診療間隔が 31 日未満のレコードのみを抽出して平均値をとり、その疾患における平均診療間隔とした。推計式は、以下の通り。