

票レベルでの情報をシステム活用の情報と連結するなどの工夫によりさらに精緻な検討が可能と考えられ、今後も重要な情報源として活用されるものと考えられた。

地域医療連携システムは質の高い診療の継続性、医療安全に貢献し、また、重複検査等軽減などにより医療経済的な効率化をはかる基盤としてその効果が期待されている。しかし国内では、地域医療連携システムに限らず、医療情報システムについての客観的、定量的な指標による有効性や医療経済性の評価は少ない。また、海外の文献検索においても、さまざまな地域に医療情報システムが稼働している割には医療経済の観点からの研究は限られていた。しかしながら、研究分担報告「地域医療関連システムの医療経済性評価に関わる知見の文献的検討」で取り上げた事例などは今後、我が国においても適用可能な方法になり得るものと考えられる。

一方、評価に当たっては、考察1に述べたように、いくつかの重要な考慮点があると考えられる。

5. 地域医療連携システムの現状と今後

5箇所地域医療連携システムの調査では、いずれも情報は原則的に病院から診療所や処方薬局などへの一方向である。利用者へのアンケート調査結果(本報告書の付録1に示す)によると閲覧されている情報としては、画像情報、検査歴情報、処方情報が、いずれのシステムでも共通していた。費用負担に関しては、利用者負担や補助金の活用が一般的であるが、地域医療連携システムが無料であれば存続希望としているユーザーと、負担金を継続的に払ってでも地域医療連携システムを存続して欲しいと考えるユーザーを合わせると病院(約65%、n=33)、診療所(約85%、n=176)、薬局(約95%、n=49)の順で高くなっていた。回答率が低いためバイアスを考慮する必要があるが、全体として利用希望の割合は高いと言える。

規模の拡大、機能的拡張とともに費用の拡大も生じると考えられる。医療連携システムは、患者参画を含めた地域の医療提供体制の枠組みとして議論される必要があるが、国内ではまだ少ない。何のため、誰のための共有か、共有すべき診療情報、連携システムの

デザイン・アーキテクチャ、システム全体としてのガバナンスなど本質的議論が求められる。

6. 医療連携の情報化に期待されるものか

データを蓄積・分析することにより治療成績や生存率を上げることが可能な時代となってきている。地域での医療の質を向上するためには、単にデータを見えるようにするだけでなく、データを収集・解析し、フィードバックできること、地域のデータに基づいた医療へと進化させていくことが重要であると考えられる。ここは病院単独ではできず、地域医療連携に期待される点である。日々の臨床はもちろん、ポピュレーション・ヘルスに役だてることが、地域医療連携システムに期待される。

地域での情報共有は、専門医と一般診療医だけでなく薬剤師など多職種、さらに今後は介護職を含むことが重要であり、患者自身もその情報を共有することが治療成績上望まれている。

米国MU政策は単にEHR導入がcost-effectiveかという議論ではなく、国家主導で医療の質の向上のためにEHRの果たすべき役割を定め、それを実現したとき、どの程度、どのように質の向上に役立つかを評価するというプロセスである(図4)。このためには医療の質をどう捉えるかの枠組みの策定が必要である。



図5 EHRを用いた医療の質の測定

E. 結論

1. 文献レビューからの効果指標の検討

地域医療連携システムにおける医療経済的評価を検討するため、海外の研究事例を中心に、EHRや電子カルテおよびオーダーリングシステム、遠隔医療連携システムなどの診療情報を扱うシステムを含めて文献的な検索を行った。その結果として、海外事例における費用効用を含む費用対効果あるいは費用便益分析の限られた研究から具体的な効果指標を抽出し、その主要なものを提示した。これらについては、今後、国

内の地域医療連携システムの具体的な医療経済評価への適用が考えられる。

2. 地域医療連携システムの課題

国内の地域医療連携システムは、主に一方方向性で基幹病院のデータが診療所で閲覧できるように構築されてきているが、米国にみる事例における目的や方向性は全く異なっていた。医療提供体制の枠組みが異なり、システム自体の単純比較をする意図はないが、地域での医療の質を向上するために情報共有のシステムを構築するには、単にデータを一方方向で見えるようにするだけでなく、情報共有の輪の中には専門医と一般診療医、メディカルスタッフ、さらに介護職が同じ認識・同じ目標を持って臨むこと、患者自身もこの輪の中に参加することが望まれる。さらに、地域におけるデータを解析し、フィードバックすること、地域の患者の状態、提供されている医療に反映されていくようになることが望ましいと考えられた。

3. 診療情報交換の効果の評価と課題

地域医療連携システムによる診療情報の共有で期待される医療の効率性の観点から重複検査・入院の減少効果についてHIE (Health Information Exchange)をキーとして文献的に検討を行った。多くがHIEについて肯定的な結果であったが、医療環境の異なる限られた地域での検討であることなど研究結果の内的・外的妥当性に対する考慮が重要と考えられた。

4. NDBによる評価の試行結果

地域医療連携システムの臨床的な効果を推定するために、レセプト情報・特定健診等情報データベースを用いて、地域医療連携システム導入を行っている医療機関とそれ以外の医療機関に受診する糖尿病患者を対象に、その診療内容、合併症頻度、診療報酬請求額などを比較検討した。その結果、一部の診療内容および合併症について地域医療連携システムを導入している医療機関の患者グループで、経年的な変化を認めしたが、診療報酬請求額には変化を認めなかった。今後、今回得られた診療状況の経年的な結果が地域医療連携システム本来の効果によるものか否かを明確に

することが必要である。

5. 地域医療連携システム効果メジャーのフレームワーク

本研究では地域医療連携システム効果メジャーのフレームワークを構築し、メジャーの例を示した。医療情報技術の評価に関する議論全般にみられるとおり、医療情報システム、医療連携システムは、関係する要因の複雑さ、多面性から強いエビデンスを生成するデータ解析の困難さは明らかである。その中で、関係要因を整理し、評価の対象を明確化、評価項目の概念を整理して、メジャーを特定することは極めて重要であり、このことが今後の医療情報連携システムの向上につながると考えられる。今後のメジャーの開発に、医療者に、研究者に、地域のコミュニティにおける測定と質向上に、また医療政策に貢献するものとする。今後、様々な場面での適用により、地域医療連携システムの向上に繋がることを期待する。

F. 健康危害情報

特に無し

G. 研究発表

1. 論文発表

- [1] 白鳥義宗:医療を取り巻く状況と病院情報システムの課題. 新医療 2014:475:24-28
- [2] 渡邊直、岡田定、嶋田元:電子カルテ時代のPOS—どのように記載し、何を継承するか. 医療情報学. 2014: 34(Suppl):98-100
- [3] 白鳥義宗:医療を取り巻く状況と病院情報システムの課題. 新医療 2014:475:24-28
- [4] 渡邊直:電子カルテ時代におけるPOS—デジタル化・連携・comorbidity時代の診療記録. 日本POS医療学会雑誌. 2013:17:17-25
- [5] 岡田美保子:医療情報学会としての活動方針および診療情報連携の観点からみた医療情報化の要素. 医療情報学2014:34(Suppl)6-7.
- [6] 石田 博, 渡邊 直, 白鳥義宗, 岡田美保子. 地域医療連携システムの活用に関する利用者アンケート調査. 医療情報学. 2015; 35(Supple): 342-345.
- [7] 白鳥義宗, 若宮俊司:電子クリニカルパス構築のための用語統一とベンダーの標準化状況. 日本クリニカルパス学会誌2015:17:47-51
- [8] 渡邊 直, 岡田 定. 電子カルテ時代における真

に有用なプロブレムリスト構築の提案. 日本POS
医療学会雑誌 2016;20:110-113

- [9] 渡邊 直. 電子カルテ時代のPOS~その精神から
記載法の原理と活用法を見直す. 日本POS医療学会
雑誌 2016;20:118-121.

2. 学会発表

- [1] 岡田美保子: 診療情報連携-何のために・誰のため
に・何を・どうやって日本医療・病院管理学会
第328回例会(岡山、2014年10月26日)
- [2] 石田博: 診療情報共有から得られる効果とその評
価. 日本医療・病院管理学会第328回例会(岡山、
2014年10月26日) .
- [3] 白鳥義宗: 医療連携のための情報化とは. 日本医
療・病院管理学会第328回例会(岡山、2014年10
月26日)
- [4] 渡邊 直. 連携に必要な診療情報 - 誰のために、
何のために, 日本医療・病院管理学会第328回例会.
2014年.
- [5] 白鳥義宗: 電子クリニカルパスの用語と機能の標
準化第34回医療情報学会連合大会 (2014年11月7
日)
- [6] 白鳥義宗: スムーズな地域連携に必要な情報とは.
第16回日本医療マネジメント学会学術総会(2014
年6月13日)
- [7] 島井良重、武田理宏、真鍋史朗、寺本圭、三原
直樹、白鳥義宗、松村泰志: 抗がん剤における
薬剤性間質性肺炎発生率の網羅的評価, 第 35
回医療情報学会連合大会 (2015年11月3日)
- [8] 渡邊 直, 岡田 定, 嶋田 元. 電子カルテ時
代の POS ——どのように記載し, 何を継承する
か. 第 34 回医療情報学連合大会 シンポジウム.
2014 年
- [9] 白鳥義宗, 渡邊 直. 地域医連携システムの評価
のあり方を考える. 第35回医療情報学連合大会
シンポジウム. 2015年
- [10] 渡邊 直. 電子カルテ時代における真に有用な
プロブレムリスト構築の提案. 第35回医療情報学
連合大会 共同企画. 2015年.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

付表 地域医療連携システム効果メジャーのフレームワーク

| 測定対象領域 | メジャーのカテゴリ | メジャーの例 | 連携システム評価 | Donabedian(診療の質) | 評価項目 | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------|---------------------------|------------------|------------------|------|-------|-----|----|-----|-----|-----|-----|---|--|
| | | | | | 満足度 | 実入可能性 | 適切性 | 能力 | 継続性 | 有効性 | 効率性 | 安全性 | | |
| 連携システム組織 | 連携システム自体に関するメジャー | システム継続年数 | S | S | | | | | ◎ | | | | | |
| | | システム導入費用・維持費用 | S | S | | | | | | | ◎ | | | |
| | | 運用体制に関わるメジャー | システム担当者数、事務担当者数 | S | S | | | | | | | | | |
| | 運用方針に関わるメジャー | 運営組織の構成(患者の立場の委員も含め) | S | S | | | | | | | | | | |
| | | 運営組織の方針の公開性 | S | S | | | | | | | | | | |
| | | 患者同意(同意撤回) | S | S | | | | | | | | | | |
| システム構築組織/運用方針 | 連携システムの機能・提供するサービス | ユーザインターフェース | 操作性(わかり易いか、直観的か) | S | S | | | | | | | | ○ | |
| | | 患者参画支援 | 患者への提供 | S | S | | | | | | | | | |
| | データの蓄積性 | データ相互運用性 | 閲覧可能な診療情報 | S | S | | | | | | | | | |
| | | 標準化の対応度(臨床検査、薬剤識別等) | S | S | | | | | | | | | | |
| | | 情報共有の双方向性(病院から診療所の情報の閲覧等) | S | S | | | | | | | | | | |
| | | 連携システム外のシステムとの相互運用性 | S | S | | | | | | | | | | |
| | データの蓄積性 | BCP・災害時対応 | S | S | | | | | | | | | | |
| | 臨床研究(疫学研究)への活用性 | S | S | | | | | | | | | | | |
| 医療者への提供機能 | アクセス可能な医療職種 | S | S | | | | | | | | | | | |
| | 臨床メジャーの医療者への提供 | S | S | | | | | | | | | | | |
| システム利用 | 連携システムの利用状況 | 参加施設に関するメジャー | 開示施設割合 | P | S | | | | | | | | | |
| | | 閲覧施設割合(病院、診療所、薬局) | P | S | | | | | | | | | | |
| | 患者に関するメジャー | 当該地域患者全体に占める登録患者割合 | P | S | ○ | ◎ | | | | | | | | |
| | | 患者満足度 | P | ○ | ◎ | | | | | | | | | |
| | 医療者に関する客観的メジャー | 利用者割合 | P | ○ | ○ | ◎ | | | | | | | | |
| | | 利用頻度 | P | ○ | ○ | ◎ | | | | | | | | |
| 医療者満足度 | 支払ってもよいと考える金額 | P | ○ | ○ | | | | | | | | ◎ | | |
| 規模を反映した費用 | 費用/規模 | P | | | | | | | | | | ◎ | | |

地域医療連携システム効果メジャーのフレームワー

| 測定対象領域 | メジャーのカテゴリ | メジャーの例 | 連携システム評価 | Donabedian(診療の質) | 効果評価 | | | | | | | |
|-------------|-----------------|-------------------------|-------------------|------------------|------|-------|-----|----|-----|-----|-----|---|
| | | | | | 満足度 | 実用可能性 | 適切性 | 能力 | 継続性 | 有効性 | 効率性 | |
| システム利用による効果 | 検査 | 検査数の減少 | ○ | P | | | ◎ | | | | ◎ | |
| | | 検査に要する費用の削減 | ○ | P | | | | | | | ◎ | |
| | | 重複検査の削減(検査をせずに済んだ割合) | ○ | P | | | | ○ | ○ | ◎ | ○ | |
| | 入院 | 入院頻度の減少 | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |
| | | 入院に要する費用の削減 | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |
| | | 再入院の減少 | ○ | ○ | | | | | ◎ | ◎ | | |
| | 受診 | 救急頻回受診患者の把握 | ○ | P | | | | | ◎ | | | |
| | | 救急受診時のコンサルテーション頻度の抑制 | ○ | ○ | | | | | ◎ | | | |
| | 処方 | 重複処方の減少 | ○ | P | | | | | ○ | ○ | ◎ | ○ |
| | | 薬剤監査(薬局)による不適切処方の減少 | ○ | P | | | | | ○ | ◎ | | |
| | 予防医学 | 肺炎球菌ワクチン等の接種率の向上 | ○ | P | | | | ○ | | ◎ | | |
| | 当該疾患臨床クオリティメジャー | HbA1c改善・血圧低下(Surrogate) | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |
| | | がん生存率(True) | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |
| | 公衆衛生に対する効果 | 地域医療機関間の情報共有 | インフルエンザ等の流行の把握 | ○ | P | | | | | ◎ | | |
| | | | HIV患者の適切な受診に向けた支援 | ○ | P | | | | | | ◎ | |
| 間接的効果 | ガイドライン順守率 | 順守率の向上に関わるメジャー | | | | | | | | | | |
| | | HbA1c<7.0%の達成率 | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |
| | | BP140/90未満の達成率 | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |
| | | 脂質ガイドライン達成率 | ○ | ○ | | | | | | | ◎ | |

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた地域医療連携システムの
糖尿病管理に対する効果の評価に関する研究

研究分担者 石田 博

山口大学大学院 医学系研究科 教授

研究要旨

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の集計表データを用いて、地域医療連携システムを導入した医療機関と導入していない医療機関・地域間で糖尿病管理における診療プロセス、および、その結果としての合併症や診療報酬請求額の経年変化に違いについて比較検討した。

地域医療連携システムを導入している医療機関のグループでは、導入していない医療機関・地域グループに比べて、ビッグアナイド薬やインクレチン薬の投与割合が増える一方で、インスリン、 α グルコシダーゼ阻害薬、グリニド薬が減少傾向にあった。検査や指導管理の実施頻度では、単独の経年的な変化を認めなかったが、合併症の頻度では、糖尿病性神経障害の経年的変化が有意な事象として認められた。

これらのNDB集計表による情報から得られた結果には、地域や医療機関、医師の特性など他の交絡要因が関係したことが考えられたが、それに加えて地域医療連携システムの効果が影響した可能性を示したものとも示唆された。今回のような結果を地域医療連携システムの効果によるものとするためには、それらの要因を排除することが不可欠であり、今後、地域量連携システムの活用情報を蓄積できるような機能を付加しその上でNDBから提供される情報を連結する、あるいは、今回の検討を拡大しシステム活用の有無による医療機関別にNDBの特別抽出による個票データに関連づけるなどの工夫を加え同様の検討を行うことが必要である。

A. 研究目的

背景

糖尿病は生活習慣の欧米化が進むにつれて、その頻度が増し、平成26年度の調査では糖尿病患者は300万人を超えたと報告されており(1)、その結果として糖尿病性腎症からの透析患者の増加や冠動脈疾患の増加へと関連し、生活習慣病患者を日常的に診療するプライマリケア医にとって糖尿病の疾患管理は重要性を増している。その中で病診連携は、専門医とプライマリケア医をつなぎ、診療の質を向上させることが期待される。従来、紹介状を持参し、その情報の中で専門医とプライマリケア医が継続した医療を行っているが、時系列での治療内容、血糖値や他の検査値の把握が十分とは

言えない状況での連携も少なくはなかったと思われる。

近年、地域医療連携システムが地域再生基金などの公的な支援等も受け全国に展開されており、すでに200を超えるシステムが稼働しているとも言われる。(2)

地域医療連携システムは主に医療連携を目的としたものであり、糖尿病のような慢性経過をとりしかもプライマリケア医、専門医の連携が必要となる患者が多い疾患では、地域医療連携システムは有効な連携基盤を提供するものと考えられる。

今回、そのような地域医療連携システムが導入されている医療機関と導入されていない医療機関、地域で糖尿病診療に違いがあるかどうかをレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）(3)を用いて、診療

における経年的変化に焦点を当てた検討を行ったので報告する。

目的

地域医療連携システムの稼働する地域(二次医療圏)と稼働していない地域における糖尿病における診療内容や合併症頻度について経年的な変化について比較検討する。

B. 研究方法

1. レセプト情報・特定健診等情報データベースの利用申請：

山口大学医学部附属病院の倫理委員会の承認を得た後に平成27年9月に集計表情報の利用申請を行い、平成28年1月にデータ提供の決定を受けた。

2. 地域医療連携システムの導入別の比較検討グループの設定

対象とした地域医療連携システムの稼働の有無については、日医総研の調査による全園地域医療連携一覧(2015年7月)を基に、地域医療連携システムが5年以上にわたり長期に稼働している実績のある二次医療圏1箇所(A)とそれと人口年齢構成、および、糖尿病・代謝疾患の患者頻度が類似の2次医療圏を2箇所(B,C)選択した。(表1)更にA医療圏については地域医療連携システムが導入されている医療機関群と非導入の医療機関群の2つのグループに分け、全体で4グループ(導入医療圏導入医療機関群:グループ1、導入医療圏非導入医療機関群:グループ2、非導入医療圏B:グループ3、非導入医療圏C:グループ4)とした。

3. NDB集計表の対象患者

データベースからの抽出対象は、それぞれの医療圏別に診療報酬請求に2型糖尿病の病名が付けられ、インスリンや経口糖尿病薬が用いられている、あるいは関連の指導管理料が算定されている20才以上の患者とした。抽出された患者の情報については各々のグループの、年齢階層別、男女別に集計し、平成22年~平成26年度まで計5年間のNDB蓄積情報(医科入院・DPC・医科入院外・調剤)から年度毎に抽出、集計し、以下の

診療情報の提供を受けた。

4. NDB集計表の集計情報

集計対象とした情報は、投与薬剤の種別(インスリン、ビッグアナイド、スルフォニルウレア、チオゾリジン、 α グルコシダーゼ阻害薬、グリニド、インクレチン)毎の投与が一度でもあるのべ患者数、および、高血圧薬、高脂血症薬の投与の有無、検査(HbA1c、グリコアルブミン、尿中微量アルブミンおよび尿蛋白、血清クレアチニン、脂質(LDLコレステロール、HDLコレステロール、トリグリセライド(TG)、指導管理(糖尿病合併症管理、糖尿病性透析予防、生活習慣病管理)については年間ののべ回数を集計した。また、糖尿病に関連した合併症(糖尿病性腎症・網膜症・神経障害・血管障害・狭心症・心筋梗塞、脳梗塞)および死亡、そして、年間の総診療報酬請求額の集計情報の提供を受けた。各々、グループ、年齢階層・性別で患者数が異なるため、全ての検討情報については、各々の年齢階層・性別の患者総数で除して患者一人当たりの情報とした。なお、20~40才台の患者数は、他の年齢階層と比較して少数であったため、解析ではそれらの年台の患者についてはまとめて扱った。

5. 診療情報の集計と解析

グループ別に行った比較検討は以下の通りである。

1. 年度別の患者数変化
2. 投薬治療薬剤の投与割合
3. 検査・指導管理毎の頻度
4. 合併症の頻度
5. 年間医療費

2~5については、グループ別に集計するとともに、それらの情報の経年変化をみるために、経年によるトレンドについての検定、および、各々のグループ別にそれぞれの情報を目的変数とした重回帰解析を行い、経年的な変化の有無を確認した。それぞれの重回帰解析においては、比較グループはグループ1をレファレンスとしてダミー変数化し、また、年度は平成22年度を0として、H26年度まで1~4、年齢については、20~40才を1として、以降年台毎に昇順で順序尺度変数とした。昇順に振った。さらにグループ別の5年間の平均患者数、患者の増加率、病院と診療所の比率を共変

数とした。(表2)

統計解析は、STATA SE ver. 14(Stata Corp LP)を用い、経年的な変化についてはノンパラメトリックによる傾向検定(nptrend)を行い、有意水準を0.05とした。重回帰解析については、以下のような説明変数を対象に行った。尚、[グループ_n*経年度]は、グループと経年度の交互作用項であり、経年度がグループ1をレフェレンスとしており、それ以外のグループにおける経年度変化を確認するために説明変数として入れたものである。

$$\begin{aligned} \text{目的変数} = & \alpha + \beta_1 \times \text{グループ} + \beta_2 \times \text{年齢} + \beta_3 \\ & \times \text{性別} + \beta_4 \times \text{経年度} + \beta_5 \\ & \times \text{平均人口} + \beta_6 \times \text{人口増加率} \\ & + \beta_7 \times \text{医療機関構成比} + \beta_8 \\ & \times \text{グループ}_2 * \text{経年度} + \beta_9 \\ & \times \text{グループ}_3 * \text{経年度} + \beta_{10} \\ & \times \text{グループ}_4 * \text{経年度} \end{aligned}$$

変数とその分類

年齢： 20～40才台：0、50才台：1、60才台：2、70才台：3、80才以上：4
性別： 男性：0、女性：1
経年度：平成22年度：0、平成23年度：1、平成24年度：2、平成25年度：3、平成26年度：4

C. 研究結果

1. 患者数の経年変化

表3にグループ・年齢階層・男女による5年間の集計患者数を示す。年齢構成ではグループ3以外は、70才台が最も多く、また、女性に比べ男性が多かったが、80才以上では女性の割合が多かった。また、図1のように、平成22年から25年にかけて抽出患者総数はグループ毎に異なっていたが、1.5～2.3倍程度に増えていた。

2. 診療プロセスの経年変化

表4に診療プロセスの経年度で統計的に有意に増加、または、減少した項目を示す。

治療に関して血糖降下薬では、医療圏Aであるグループ1、2においてインスリンの使用率が経年的に低下傾向であり、また、ビッグアナイド薬ではグループ3(B医療圏)で増加傾向を認めたが、全てのグループでスルホニル尿素薬、αグルコシダーゼ阻害薬、チアゾリジン薬、グリニド薬が減少経口薬であった。一方で、インクレチンの使用率が増加傾向にあった。

検査では、医療圏Aのグループ1、2で尿中微量アルブミン、およびLDLコレステロールの測定頻度が増加傾向であるが、一方で、尿蛋白、クレアチニンの測定頻度が経年的に減少傾向にある。グルコアルブミンについては、全てのグループで増加傾向にあった。グループ4(C医療圏)では、そのほかの脂質検査であるHDLコレステロール、トリグリセライド測定頻度の増加傾向が認められた。

一方、指導管理の頻度では、グループ3(医療圏B)およびグループ4(医療圏C)で糖尿病合併症予防、生活習慣病管理が、グループ4(医療圏C)でさらに糖尿病透析予防が増加傾向であったのに対し、グループ1では糖尿病合併症予防のみが増加傾向であった。

他の共変量による補正を行った上で、多変量で投与薬剤の有無や検査や指導管理の頻度について重回帰分析を行った結果を表5に示す。経年的な変化が有意であった項目について背景色を付け、また、他のグループと比べ、グループ1のみが有意であったもの、あるいは、反対方向に有意であったものを太枠で示した。

薬剤の使用については、グループ1では、他のグループに比し、ビッグアナイド、インクレチンが経年的に増加し、インスリン、αグルコシダーゼ阻害薬、グリニド薬が減少傾向にあった。検査、指導管理では、グループ1で尿中微量アルブミン測定頻度の増加やLDLコレステロール測定頻度の増加などが認められたが、前者ではグループ3で後者ではグループ2でも同様の傾向を認め、単独の事象での有意な変化は認めなかった。

尚、共変量のうち、グループ内の病院数/全医療機関については、多重共線性によって説明変数からは除外された。

3. 糖尿病診療におけるアウトカムの経年変化

グループ別の糖尿病性トリオパシー（腎症・網膜症・神経障害）および、一人当たりの年間診療報酬請求額の分布の経年変化を図3に示す。傾向検定では、グループ1において糖尿病性腎症や網膜症の経年的な減少傾向、また、グループ4で糖尿病性神経障害の減少傾向を認めた。（表6）

一方、多変量解析においては、糖尿病性腎症ではグループ4で、網膜症ではグループ2、4においても減少傾向が認められ、糖尿病性神経障害、および、高脂血症でのみ、グループ1で他のグループとは異なり減少傾向を認めた。（表7）

D. 考察

地域医療連携システムは、地域における診療情報の共有を主たる目的としたものであり、共有された情報により重複検査の減少(4-7)や無駄な投薬などの減少、さらには医療費削減が期待される(8, 9)のみでなく、また、専門医とかかりつけ医を結び、特定疾患の疾病管理などに役立つことが期待される(10)。

本来、その地域の医療機関の中で地域医療連携システムを活用した患者を対象に、その患者の診療の質の向上やそれによる、あるいは、重複検査などの減少などによる医療費の削減を検証することで、一般的な診療における地域医療連携システムの効果を測定することが望ましい。

今回、糖尿病の疾病管理に対する地域医療連携システムの効果を検討する目的で、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の集計表データを用いて、地域医療連携システムを導入・非導入の二次医療圏における糖尿病の投薬、検査、指導管理といった診療プロセス、および、糖尿病関連の合併症率、診療報酬請求額の経年変化を検討した。経年的な変化を検討した理由は、地域医療連携システムを導入する医療機関、および、対象となる患者数は経年的に増加し、その効果も経年的に変化すると考えられたことによる。

今回、地域医療連携システムを導入した医療機関における患者群であるグループ1が同じ医療圏のグループ2、さらに、非導入の医療圏に比較して、一部の糖尿病治療薬や糖尿病性神経障害などの経年的な変化が

単独で認められ、地域医療連携システムがそれらの結果に影響した可能性が考えられた。

しかし、地域医療連携システムによる影響の他に、地域間の違いや同一地域においても医療機関、それに属する医療者の特性や診療の質レベルの違いが交絡要因として今回の結果に影響している可能も高く、地域医療連携システムによる直接的な結果とは言えない。(11)

また、今回用いたNDBの活用においては、以下のような幾つかの限界がある。

- 1) 個々の医療機関の特定が不可能であるため、導入・非導入医療機関における患者の区別だけでなく、導入医療機関の導入時期やその活用程度による要因の排除も不可能である。
- 2) 患者側の要因として、地域医療連携システム導入・非導入の医療機関の双方を受診する可能性があり、そのような患者では、
- 3) 糖尿病患者においては、重症化するほど、合併症が多くなり、また、高血圧などの併発症があるほど、重症化しやすいために専門病院に受診しやすいため、今回のグループ別のように医療機関の中で病院の比率が高いグループ1などでは重症の患者を扱っていることになり、他のグループとは患者特性が異なることが想定される。
- 4) 目的とする疾病管理に対する専門医とかかりつけ医等による診療連携の効果が、診療情報提供書の有無により確認できる可能性があるが、その目的が糖尿病の管理目的かどうかは不明のため、必ずしも参考にならない。
- 5) 今回の集計患者数は平成22年度から平成26年度でグループによっては2倍を超える患者数となっている。これは、全体のレセプト収集数の増加割合や、糖尿病の自然増を大きく超えており、患者の名寄せの問題（一人が重複して登録されている可能性）以外にも何らかの要因が関連して可能性がある。そのため、特に患者数増加割合の多いグループでは、検査頻度や年間診療報酬請求額が複数に分割されるなどの影響

が多くなる可能性が考えられる。

今回の検討結果は、上記のような限界はあるものの、地域医療連携システムによる診療情報の共有による診療の継続性の効果の可能性が想定され、今後の検討に期待させるものであるが、その際には以下のような考慮が必要である。

まず、地域医療連携システムの効果を検討する際の理想的な研究デザインは、地域医療連携システム導入・非導入の医療機関において、システムを活用した患者とそれ以外の患者とを分けて、経時的にその後の診療内容、予後、診療報酬請求についてフォローする観察研究を行うか、あるいは、医療連携システム導入医療機関に受診する患者で、診療連携システムを用いる患者群と用いない患者群の2群で同様にその後の診療内容、予後、診療報酬請求を比較することになるが、これらの記録が分散し、また、診療情報としてどの程度、活用しているかが不明な、いわゆるPull型のシステム(12)では医療者の負担が大きく困難と思われる。そのため、今後は、このような情報収集や調査を容易に行えるような支援機能が地域医療連携システムに組み込まれることが望まれる。(13)

また、今回の結果および現状のシステム状況を考慮すると、NDBを活用する事は今後も次善の方法として有用と考えられる。その際に、上記の地域医療連携システムの活用状況の情報は重要であり、今回のような集計表ではなく、特別抽出による個票単位でシステム導入の医療機関と非導入の医療機関に受診している患者かどうかの紐付けを行い、その上で診療報酬請求内容からより詳細な検討を行うことなどの工夫が必要である。

E. 結論

地域医療連携システムの臨床的な効果を推定するために、レセプト情報・特定健診等情報データベースを用いて、地域医療連携システム導入を行っている医療機関とそれ以外の医療機関に受診する糖尿病患者を対象に、その診療内容、合併症頻度、診療報酬請求額などを比較検討した。その結果、一部の診療内容および

合併症について地域医療連携システムを導入している医療機関の患者グループで、経年的な変化を認めたが、診療報酬請求額には変化を認めなかった。

今後、今回得られた診療状況の経年的な結果が地域医療連携システム本来の効果によるものか否かを明確にすることが必要である。そのためには、医療者の負荷がなく蓄積された情報で検討可能となること必要であり、そのような情報収集の機能がシステムに付加されることが望まれる。同時に、今回、用いたレセプト情報・特定健診等情報データベースの個票レベルでの情報をシステム活用の情報と連結するなどの工夫によりさらに精緻な検討が可能と考えられ、今後も重要な情報源として活用されるものと考えられた。

F. 健康危害情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

I. 文献

1. 厚生労働省. 平成26年(2014)患者調査の概況: 5 主な傷病の総患者数.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/d1/01.pdf> 【平成28年4月確認】
2. 渡部愛;上野智明. IT を利用した全国地域医療連携の概況(2014年度版) 日医総研ワーキングペーパー

<http://www.jnari.med.or.jp/download/WP357.pdf> 【平成28年4月確認】

3. 厚生労働省. レセプト情報・特定健診等情報提供に関するホームページ.

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/reseputo/index.html 【平成28年4月確認】

4. Bailey JE, Pope RA, Elliott EC, Wan JY, Waters TM, Frisse ME. Health information exchange reduces repeated diagnostic imaging for back pain. *Annals of emergency medicine*. 2013;62(1):16-24.

5. Maenpaa T, Asikainen P, Gissler M, Siponen K, Maass M, Saranto K, et al. Outcomes assessment of the regional health information exchange: a five-year follow-up study. *Methods of information in medicine*. 2011;50(4):308-18.

6. Yaraghi N. An empirical analysis of the financial benefits of health information exchange in emergency departments. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2015;22(6):1169-72.

7. Carr CM, Gilman CS, Krywko DM, Moore HE, Walker BJ, Saef SH. Observational study and estimate of cost savings from use of a health information exchange in an academic emergency department. *The Journal of emergency medicine*. 2014;46(2):250-6.

8. Tzeel A, Lawnicki V, Pemble KR. The business case for payer support of a community-based health information exchange: a humana pilot evaluating its effectiveness in cost control for plan members seeking emergency department care. *American health & drug benefits*. 2011;4(4):207-16.

9. Vest JR, Kern LM, Silver MD, Kaushal R. The potential for community-based health information exchange systems to reduce hospital readmissions. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2015;22(2):435-42.

10. Maass MC, Asikainen P, Maenpaa T, Wanne O,

Suominen T. Usefulness of a Regional Health Care Information System in primary care: a case study. *Computer methods and programs in biomedicine*. 2008;91(2):175-81.

11. Tzeel A, Lawnicki V, Pemble KR. "Hidden" value: how indirect benefits of health information exchange further promote sustainability. *American health & drug benefits*. 2012;5(6):333-41.

12. Campion TR, Jr., Ancker JS, Edwards AM, Patel VN, Kaushal R. Push and pull: physician usage of and satisfaction with health information exchange. *AMIA Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium AMIA Symposium*. 2012;2012:77-84.

13. Fleischman W, Lowry T, Shapiro J. The visit-data warehouse: enabling novel secondary use of health information exchange data. *EGEMS (Washington, DC)*. 2014;2(1):1099.

表1 選択した二次医療圏の人口構成および内分泌・栄養および代謝性疾患の頻度

| 二次医療圏 | 地域医療連携システム | 人口比 (基準:A地域) | 年齢階層 | 構成比 (%) | 内分泌、栄養及び代謝疾患 | |
|-------|------------|-----------------|--------|------------|--------------|--------|
| | | | | | 入院/1万人 | 外来/1万人 |
| A | 待機中 | 1 | 0-14歳 | 19.1 | 2.99 | 32.25 |
| | | | 15-64歳 | 62.1 | | |
| | | | 65歳以上 | 22.7 | | |
| | | | 75歳以上 | 11.9 | | |
| | | | 85歳以上 | 3.4 | | |
| B | なし | 1.59 | 0-14歳 | 19.9 | 2.87 | 32.66 |
| | | | 15-64歳 | 62.7 | | |
| | | | 65歳以上 | 23.5 | | |
| | | | 75歳以上 | 11.5 | | |
| | | | 85歳以上 | 3.9 | | |
| C | なし | 3.00 | 0-14歳 | 14.3 | 2.65 | 31.87 |
| | | | 15-64歳 | 69.1 | | |
| | | | 65歳以上 | 22.6 | | |
| | | | 75歳以上 | 10.9 | | |
| | | | 85歳以上 | 2.6 | | |

人口比、年齢階層比は平成22年の調査に基づく

表2 グループ別の患者、医療機関特性

| グループ | 医療圏 | 地域医療連携システム | 平均患者数* (人) | 患者増加率** (H26/H22) | 病院/全医療機関*** |
|------|-----|------------|---------------|----------------------|-------------|
| 1 | A | あり | 4,979 | 1.59 | 0.215 |
| 2 | | なし | 3,185 | 2.05 | 0.089 |
| 3 | B | なし | 5,219 | 2.29 | 0.087 |
| 4 | C | なし | 16,050 | 2.16 | 0.064 |

*平均患者数：平成22年～26年における集計対象患者数の平均

**患者増加率：平成22年を基準とした平成26年対象患者数の増加割合

***平成XX年調査を基に分類した。

表3 グループ別患者数 (5年間の平均)

| 医療圏 | A | | | | | |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| グループ | 1 | | | 2 | | |
| 年齢 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| 20~40才台 | 254 | 169 | 424 | 157 | 75 | 232 |
| 50才台 | 431 | 234 | 665 | 305 | 161 | 466 |
| 60才台 | 934 | 530 | 1,463 | 593 | 354 | 946 |
| 70才台 | 854 | 640 | 1,493 | 557 | 414 | 970 |
| 80才以上 | 440 | 494 | 934 | 263 | 307 | 570 |
| 計 | 2,912 | 2,067 | 4,979 | 1,875 | 1,310 | 3,185 |
| 医療圏 | B | | | C | | |
| グループ | 3 | | | 4 | | |
| 年齢 | 男 | 女 | 計 | 男 | 女 | 計 |
| 20~40才台 | 371 | 123 | 494 | 864 | 398 | 1,262 |
| 50才台 | 557 | 244 | 801 | 1,303 | 622 | 1,925 |
| 60才台 | 1,052 | 567 | 1,619 | 3,085 | 1,780 | 4,865 |
| 70才台 | 902 | 593 | 1,495 | 3,071 | 2,267 | 5,338 |
| 80才以上 | 393 | 417 | 810 | 1,230 | 1,430 | 2,660 |
| | 3,275 | 1,943 | 5,219 | 9,553 | 6,497 | 16,050 |

図1 年度別



図2 年度別・年齢別患者数変化

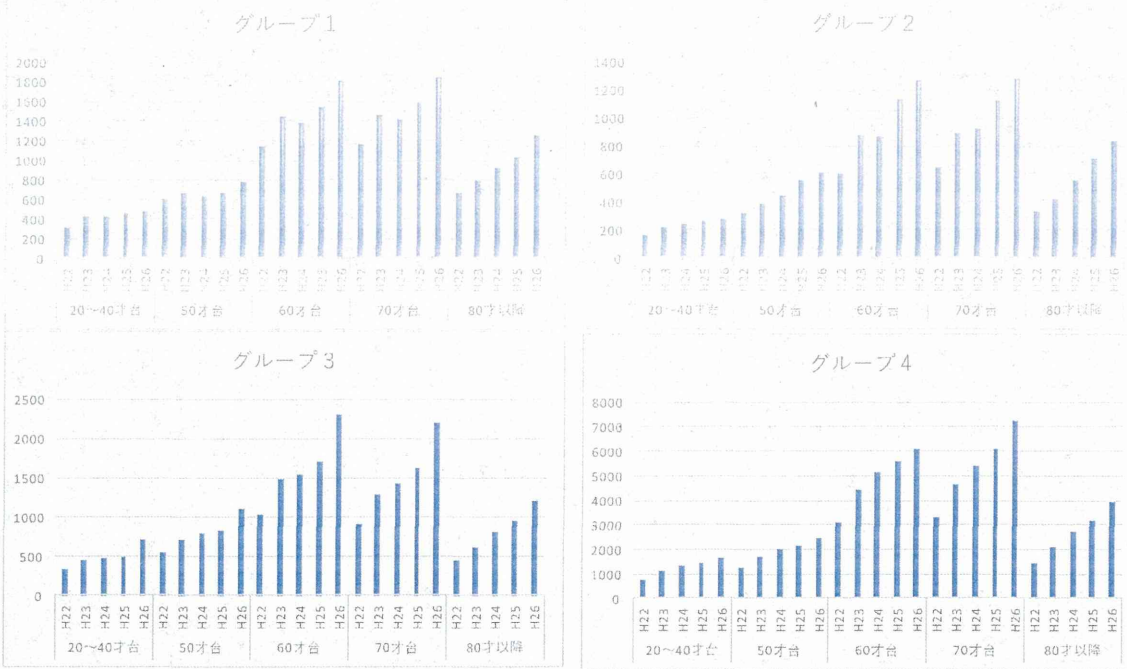


表4 診療内容における経年変化（傾向検定）

| 医療圏 | | A | | B | | C | | | |
|-------------|------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| グループ | | 方向性 | p | 方向性 | p | 方向性 | p | | |
| | | 薬剤 | インスリン | - | 0.000 | - | 0.000 | 0.451 | - |
| ピグアナイド | | | 0.151 | | 0.233 | + | 0.004 | 0.211 | |
| スルホニル尿素薬 | - | | 0.000 | - | 0.000 | - | 0.000 | - | 0.000 |
| αグルコシダーゼ阻害薬 | - | | 0.009 | - | 0.026 | - | 0.000 | - | 0.000 |
| チアゾリジン薬 | - | | 0.000 | - | 0.000 | - | 0.000 | - | 0.000 |
| グリニド薬 | - | | 0.000 | - | 0.000 | - | 0.000 | - | 0.000 |
| インクレチン | + | | 0.000 | + | 0.000 | + | 0.000 | + | 0.000 |
| 降圧剤 | | | 0.839 | | 0.688 | | 0.723 | | 0.956 |
| 高脂血症薬 | | | 0.661 | | 0.086 | | 0.093 | | 0.369 |
| 検査 | HbA1c | | 0.320 | | 0.222 | | 0.054 | | 0.592 |
| | 尿中微量アルブミン | + | 0.000 | + | 0.000 | | 0.537 | | 0.535 |
| | クレアチニン | - | 0.000 | - | 0.005 | - | 0.001 | - | 0.000 |
| | HDLコレステロール | | 0.371 | - | 0.009 | - | 0.000 | + | 0.000 |
| | LDLコレステロール | + | 0.006 | + | 0.000 | | 0.370 | | 0.447 |
| | グルコアルブミン | + | 0.000 | + | 0.018 | + | 0.001 | + | 0.001 |
| | 総コレステロール | - | 0.002 | - | 0.001 | | 0.145 | + | 0.018 |
| | 中性脂肪 | | 0.410 | - | 0.010 | - | 0.002 | + | 0.008 |
| | 尿蛋白 | - | 0.006 | | 0.128 | + | 0.000 | | 0.179 |
| 指導 管理 | 糖尿病透析予防 | | 0.073 | - | | + | 0.001 | + | 0.000 |
| | 糖尿病合併症予防 | + | 0.000 | - | | | 0.147 | + | 0.005 |
| | 生活習慣指導 | | 0.118 | | 0.174 | + | 0.000 | + | 0.002 |

PK 0.05のものに背景色を付けた。
方向性：-は減少方向、+は増加方向

表5 診療プロセスにおける重回帰分析結果

| | | Baseのグループ差 | | | 経年変化 | | | | 性別 | 年齢階層別 | | | 補正R ² | |
|------------|---------------|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|--------|
| | | グループ2 | グループ3 | グループ4 | グループ1 | グループ2 | グループ3 | グループ4 | | 年齢階層 | 平均患者数 | 患者増加率 | | |
| 薬剤 | インスリン | β | -0.2749 | -0.2853 | -0.2422 | -0.0186 | -0.0202 | -0.0081 | -0.0263 | 0.0261 | -0.0417 | 0.0000 | 0.2733 | 0.6954 |
| | | p | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.816 | 0.125 | 0.263 | 0.000 | 0.000 | 0.001 | 0.000 | |
| | ピグアナイド薬 | β | 0.1000 | -0.0066 | 0.1381 | 0.0202 | 0.0130 | 0.0245 | 0.0102 | 0.0228 | -0.0804 | 0.0000 | -0.0769 | 0.9037 |
| | | p | 0.000 | 0.808 | 0.000 | 0.000 | 0.272 | 0.510 | 0.127 | 0.001 | 0.000 | 0.445 | 0.015 | |
| | スルホニル尿薬 | β | 0.1470 | 0.1811 | 0.0774 | -0.0440 | -0.0402 | -0.0335 | -0.0247 | -0.0200 | 0.0415 | 0.0000 | -0.1205 | 0.8302 |
| | | p | 0.000 | 0.000 | 0.004 | 0.000 | 0.460 | 0.043 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.018 | 0.000 | |
| | αグルコシダーゼ阻害薬 | β | 0.0063 | 0.0879 | 0.1215 | -0.0307 | -0.0264 | -0.0244 | -0.0329 | -0.0185 | 0.0418 | 0.0000 | -0.0819 | 0.6917 |
| | | p | 0.737 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.470 | 0.294 | 0.705 | 0.002 | 0.000 | 0.027 | 0.005 | |
| | チアゾリジン薬 | β | 0.1293 | 0.1664 | 0.1463 | -0.0254 | -0.0345 | -0.0460 | -0.0401 | -0.0205 | 0.0107 | 0.0000 | -0.0804 | 0.7928 |
| | | p | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.046 | 0.000 | 0.002 | 0.000 | 0.010 | 0.756 | 0.000 | |
| | グリノド薬 | β | 0.0116 | 0.0322 | 0.0305 | -0.0154 | -0.0129 | -0.0181 | -0.0198 | -0.0034 | 0.0126 | 0.0000 | -0.0350 | 0.6225 |
| | | p | 0.201 | 0.008 | 0.039 | 0.000 | 0.384 | 0.340 | 0.122 | 0.239 | 0.000 | 0.665 | 0.012 | |
| インクレチン | β | 0.0568 | 0.1619 | 0.2055 | 0.1151 | 0.1234 | 0.1186 | 0.1189 | -0.0132 | 0.0266 | 0.0000 | -0.1589 | 0.8929 | |
| | p | 0.033 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.323 | 0.678 | 0.645 | 0.118 | 0.001 | 0.001 | 0.000 | | |
| 複合糖尿病薬 | β | 0.0218 | 0.0173 | 0.0285 | 0.0084 | 0.0126 | 0.0073 | 0.0084 | -0.0034 | 0.0034 | 0.0000 | -0.0238 | 0.7361 | |
| | p | 0.000 | 0.003 | 0.000 | 0.000 | 0.002 | 0.405 | 0.989 | 0.013 | 0.006 | 0.154 | 0.000 | | |
| 降圧薬 | β | -0.0084 | 0.0232 | 0.0992 | -0.0008 | 0.0091 | 0.0080 | 0.0018 | 0.0095 | 0.1349 | 0.0000 | -0.1159 | 0.9474 | |
| | p | 0.639 | 0.330 | 0.001 | 0.839 | 0.082 | 0.122 | 0.646 | 0.097 | 0.000 | 0.574 | 0.000 | | |
| 抗高脂血症薬 | β | 0.0673 | 0.1639 | 0.2102 | 0.0013 | 0.0185 | 0.0140 | 0.0094 | 0.0855 | 0.0464 | 0.0000 | -0.2977 | 0.5404 | |
| | p | 0.024 | 0.000 | 0.000 | 0.843 | 0.069 | 0.179 | 0.391 | 0.000 | 0.000 | 0.390 | 0.000 | | |
| 検査 | HbA1c測定 | β | 0.8563 | 1.2029 | 0.8822 | -0.0560 | 0.0290 | -0.0755 | 0.0292 | 0.1427 | 0.1733 | 0.0000 | -0.5603 | 0.4203 |
| | | p | 0.000 | 0.000 | 0.006 | 0.204 | 0.172 | 0.754 | 0.171 | 0.023 | 0.002 | 0.651 | 0.063 | |
| | 尿中微量アルブミン測定 | β | -0.0432 | 0.3117 | 0.2080 | 0.0323 | 0.0472 | 0.0110 | -0.0106 | -0.0176 | -0.0053 | 0.0000 | -0.1836 | 0.6622 |
| | | p | 0.201 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.167 | 0.047 | 0.000 | 0.102 | 0.585 | 0.774 | 0.000 | |
| | 血清クレアチニン測定 | β | -6.0788 | -3.2286 | -1.1315 | -1.2729 | -0.4642 | -0.7789 | -1.1167 | -0.3978 | 0.7676 | -0.0002 | 0.8477 | 0.7235 |
| | | p | 0.000 | 0.000 | 0.294 | 0.000 | 0.000 | 0.020 | 0.458 | 0.060 | 0.000 | 0.639 | 0.404 | |
| | HDL_コレステロール測定 | β | 0.8870 | 0.7446 | -0.0281 | -0.0475 | -0.1969 | -0.1355 | 0.1154 | 0.0565 | -0.0491 | 0.0000 | -0.6315 | 0.3075 |
| | | p | 0.000 | 0.007 | 0.933 | 0.302 | 0.023 | 0.177 | 0.013 | 0.385 | 0.405 | 0.988 | 0.045 | |
| | LDL_コレステロール測定 | β | -1.9547 | 0.0793 | -0.1339 | 0.1929 | 0.0950 | -0.0180 | -0.0118 | 0.0328 | 0.0305 | 0.0000 | 0.0444 | 0.8925 |
| | | p | 0.000 | 0.644 | 0.524 | 0.000 | 0.018 | 0.000 | 0.000 | 0.424 | 0.412 | 0.683 | 0.823 | |
| | グリコアルブミン測定 | β | -0.0741 | -0.0867 | 0.0019 | 0.0383 | 0.0026 | 0.0243 | 0.0140 | 0.0233 | -0.0403 | 0.0000 | 0.1679 | 0.2722 |
| | | p | 0.117 | 0.168 | 0.980 | 0.000 | 0.018 | 0.349 | 0.106 | 0.120 | 0.003 | 0.612 | 0.021 | |
| 総コレステロール測定 | β | 1.6551 | -0.7447 | -0.7747 | -0.3217 | -0.3196 | -0.0740 | 0.0661 | -0.0119 | 0.2046 | -0.0001 | -0.8412 | 0.7100 | |
| | p | 0.000 | 0.029 | 0.064 | 0.000 | 0.979 | 0.003 | 0.000 | 0.884 | 0.006 | 0.522 | 0.033 | | |
| 中性脂肪測定 | β | 0.5913 | 0.2280 | -0.2703 | -0.0243 | -0.2491 | -0.1202 | 0.0754 | 0.0706 | 0.0392 | 0.0000 | -0.5420 | 0.2241 | |
| | p | 0.007 | 0.428 | 0.442 | 0.617 | 0.001 | 0.164 | 0.148 | 0.304 | 0.529 | 0.908 | 0.103 | | |
| 指導管理 | 糖尿病透析予防疾患管理 | β | 0.0012 | 0.0050 | 0.0031 | 0.0006 | 0.0000 | 0.0035 | 0.0023 | 0.0007 | 0.0006 | 0.0000 | -0.0077 | 0.1829 |
| | | p | 0.745 | 0.318 | 0.619 | 0.453 | 0.596 | 0.019 | 0.158 | 0.574 | 0.569 | 0.658 | 0.185 | |
| | 糖尿病合併症管理 | β | -0.0171 | -0.0018 | -0.0189 | 0.0127 | 0.0000 | -0.0048 | 0.0036 | -0.0003 | -0.0022 | 0.0000 | 0.0166 | 0.5607 |
| | | p | 0.009 | 0.832 | 0.073 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.869 | 0.237 | 0.049 | 0.096 | |
| 生活習慣病指導 | β | 0.0806 | 0.4685 | 0.1683 | 0.0061 | 0.0142 | -0.0800 | 0.0088 | -0.0014 | 0.0268 | 0.0000 | -0.1435 | 0.6258 | |
| | p | 0.014 | 0.000 | 0.002 | 0.402 | 0.431 | 0.000 | 0.798 | 0.895 | 0.005 | 0.233 | 0.004 | | |

*グループ1をReferenceとした

**医療機関構成比は、多重共線性により除外された。

図3. グループ別糖尿病トリオパシーと診療報酬請求額の経年変化

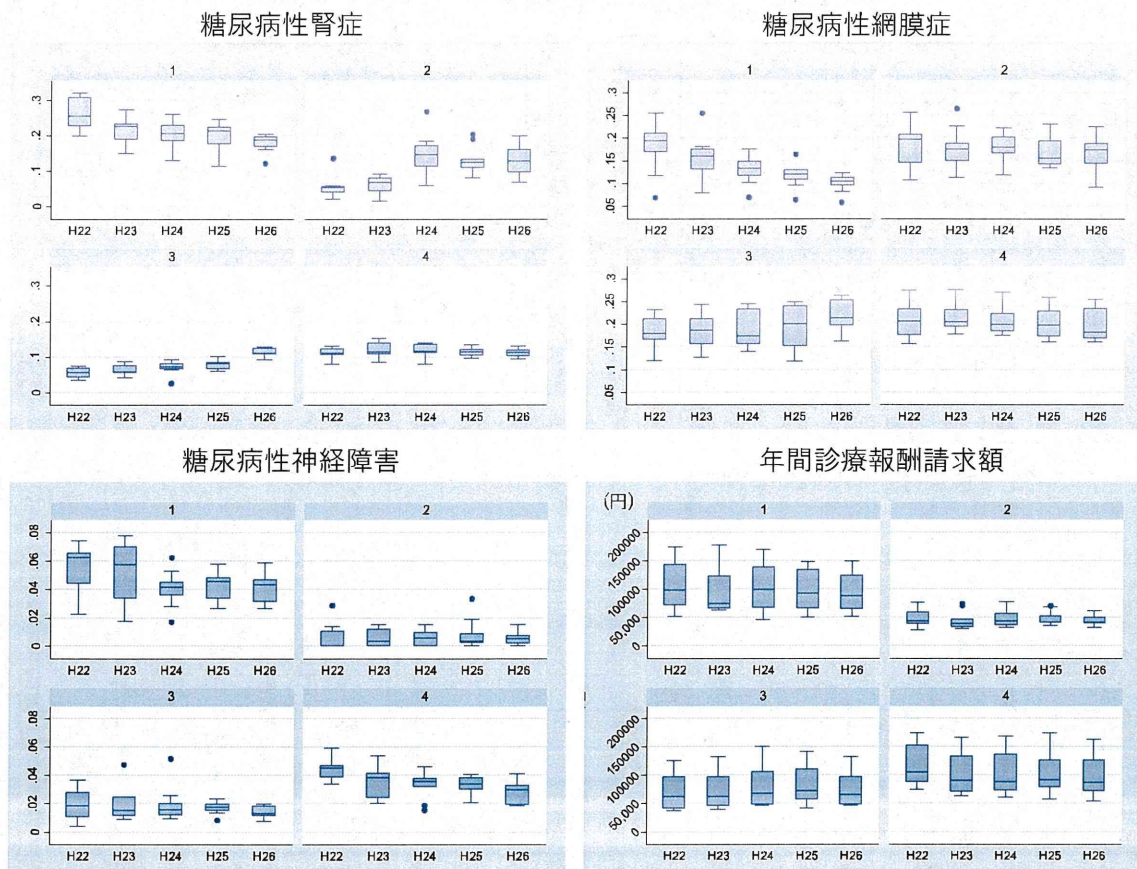


表6 合併症や医療費についての経年変化（傾向検定）

| 医療圏 | A | | | | B | | C | |
|----------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| | 方向性 | p | 方向性 | p | 方向性 | p | 方向性 | p |
| 糖尿病性腎症 | - | 0.003 | + | 0.000 | + | 0.000 | | 0.179 |
| 糖尿病性網膜症 | - | 0.000 | - | 0.036 | + | 0.044 | | 0.245 |
| 糖尿病性神経障害 | | 0.377 | | 0.140 | | 0.525 | - | 0.001 |
| 糖尿病性血管障害 | | 0.781 | | 0.992 | | 0.910 | | 0.321 |
| 高血圧 | | 0.952 | | 0.599 | | 0.692 | | 0.707 |
| 高脂血症 | | 0.145 | | 0.628 | | 0.957 | | 0.448 |
| 狭心症 | | 0.654 | | 0.486 | | 0.891 | | 0.798 |
| 心筋梗塞 | | 0.278 | | 0.715 | | 0.842 | | 0.724 |
| 脳血管障害 | | 0.479 | | 0.795 | | 0.856 | | 0.465 |
| 死亡 | | 0.848 | | 0.193 | | 0.752 | | 0.405 |
| 診療報酬点数 | | 0.639 | | 0.712 | | 0.660 | | 0.089 |

表7 合併症や医療費についての重回帰分析結果

| | | Baseのグループ差 | | | 経年変化 | | | | 性別 | 年齢階層別 | | | 補正R ² |
|----------------|---|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|------------------|
| | | グループ2 | グループ3 | グループ4 | グループ1 | グループ2 | グループ3 | グループ4 | | 年齢階層 | 平均患者数 | 患者増加率 | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬点数 (LN) | β | -0.9306 | -0.4862 | 0.0367 | -0.0247 | 0.0051 | 0.0269 | -0.0321 | -0.0319 | 0.2348 | 0.0000 | 0.1345 | 0.9171 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.734 | 0.100 | 0.161 | 0.016 | 0.725 | 0.132 | 0.000 | 0.416 | 0.188 | |
| 糖尿病性腎症 | β | -0.1689 | -0.1695 | -0.1068 | -0.0178 | 0.0211 | 0.0132 | -0.0007 | -0.0142 | 0.0003 | 0.0000 | -0.0413 | 0.7837 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.001 | 0.933 | 0.902 | 0.044 | |
| 糖尿病性網膜症 | β | 0.0267 | 0.0178 | 0.0077 | -0.0193 | -0.0050 | 0.0081 | -0.0030 | 0.0240 | -0.0061 | 0.0000 | -0.0260 | 0.6253 |
| | p | 0.039 | 0.297 | 0.710 | 0.000 | 0.001 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.102 | 0.000 | 0.187 | |
| 糖尿病性神経障害 | β | -0.0474 | -0.0332 | -0.0192 | -0.0041 | 0.0002 | -0.0015 | -0.0035 | -0.0002 | 0.0010 | 0.0000 | -0.0013 | 0.7431 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.006 | 0.000 | 0.002 | 0.051 | 0.660 | 0.904 | 0.440 | 0.005 | 0.841 | |
| 糖尿病性血管障害 | β | -0.0055 | -0.0033 | -0.0002 | -0.0001 | 0.0000 | -0.0001 | -0.0003 | -0.0019 | 0.0004 | 0.0000 | -0.0011 | 0.3894 |
| | p | 0.000 | 0.056 | 0.909 | 0.757 | 0.818 | 0.925 | 0.638 | 0.000 | 0.246 | 0.333 | 0.591 | |
| 狭心症 | β | -0.0461 | -0.1099 | -0.0168 | -0.0044 | -0.0080 | 0.0053 | -0.0076 | -0.0285 | 0.0663 | 0.0000 | 0.0531 | 0.8947 |
| | p | 0.008 | 0.000 | 0.552 | 0.257 | 0.517 | 0.078 | 0.563 | 0.000 | 0.000 | 0.063 | 0.047 | |
| 心筋梗塞 | β | -0.0191 | -0.0151 | -0.0029 | -0.0034 | -0.0008 | -0.0003 | -0.0022 | -0.0177 | 0.0084 | 0.0000 | 0.0028 | 0.7912 |
| | p | 0.000 | 0.004 | 0.647 | 0.000 | 0.042 | 0.015 | 0.348 | 0.000 | 0.000 | 0.250 | 0.647 | |
| 脳卒中 | β | -0.0743 | -0.0766 | -0.0487 | -0.0045 | -0.0045 | -0.0037 | -0.0069 | -0.0210 | 0.0509 | 0.0000 | 0.0581 | 0.9235 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.007 | 0.067 | 0.994 | 0.801 | 0.505 | 0.000 | 0.000 | 0.212 | 0.001 | |
| 高血圧 | β | 0.0041 | 0.0963 | 0.0952 | 0.0007 | 0.0134 | 0.0066 | 0.0068 | 0.0130 | 0.1242 | 0.0000 | -0.1432 | 0.9337 |
| | p | 0.818 | 0.000 | 0.001 | 0.857 | 0.027 | 0.301 | 0.283 | 0.023 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | |
| 高脂血症 | β | 0.1487 | 0.1943 | 0.1223 | -0.0123 | 0.0122 | 0.0015 | 0.0070 | 0.0731 | 0.0327 | 0.0000 | -0.2408 | 0.5992 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.002 | 0.020 | 0.001 | 0.064 | 0.010 | 0.000 | 0.000 | 0.019 | 0.000 | |
| 死亡転帰 | β | -0.0407 | -0.0270 | -0.0069 | -0.0006 | 0.0007 | -0.0008 | -0.0016 | -0.0071 | 0.0094 | 0.0000 | 0.0356 | 0.7208 |
| | p | 0.000 | 0.001 | 0.500 | 0.651 | 0.518 | 0.939 | 0.625 | 0.000 | 0.000 | 0.030 | 0.000 | |

*グループ1をreferenceとした。

**医療機関構成比は、多重共線性により除外された。

201520038B(資料)

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

地域医療連携システムの医療経済評価に関する研究

平成26年～27年度 総合研究報告書

資 料

研究代表者 岡田 美保子

平成28(2016)年 3月

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表