

最終報告会資料
健康医療分野のデータベースを用いた戦略研究

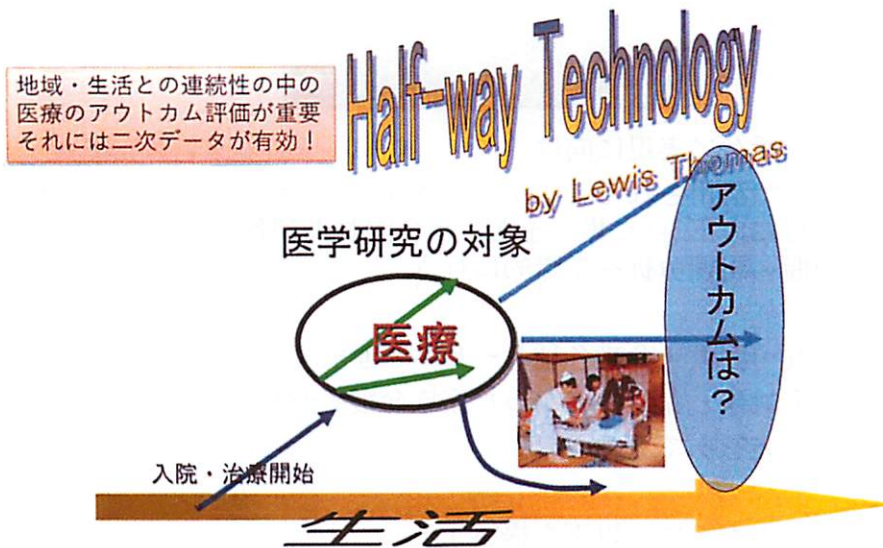
地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ
—二次データ活用システム構築による多角的エビデンス創出拠点—

研究代表者：田宮菜奈子（筑波大学）

副代表：高橋秀人（福島県立医科大学）
4月より国立保健医療科学院
野口晴子（早稲田大学）

2017年3月15日

1



田宮 大学院入学時研究開始図

学位論文テーマ 在宅医療継続のための要因—在宅改修の効果、在宅死には往診する医師が必須であることを疫学的に示した（学位審査では意見が割れた！！）

「健康の社会的決定要因」への医師の関与を求める

サー・マイケル・マーモット世界医師会長講演会 **医療の方向性を決定するのは医師！**

サー・マイケル・マーモット世界医師会（WMA）会長の講演会が9月5日、約300名の参加者を集めて、日医会館大講堂で開催された。

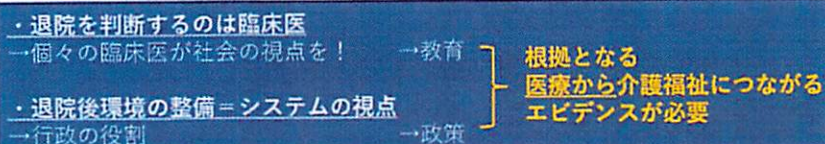
「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）」をテーマに講演したマーモットWMA会長は、健康格差は回避可能であるとして、それを引き起こす要因への医師の関与を求めた。

「健康の社会的決定要因（SDH）」に関するマーモットWMA会長による一連の活動は、これまで、主に欧米、アフリカなど諸外国で行われてきたが、今回の講演会は、アジアにおいて健康の社会的決定要因に関する講演を行いたいとの同WMA会長の要望を受けて開催されたものである。



「せっかく病気を治した人々を、なぜその病気にした状況に送り返してしまうのか」

もちろん医師は病気を治療するわけですが、**医師にはぜひ人々を病気にしてしまう状況にも対応してもらいたい**と思っています。



<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/004708.html>

目的

地域包括ケア実現に向け

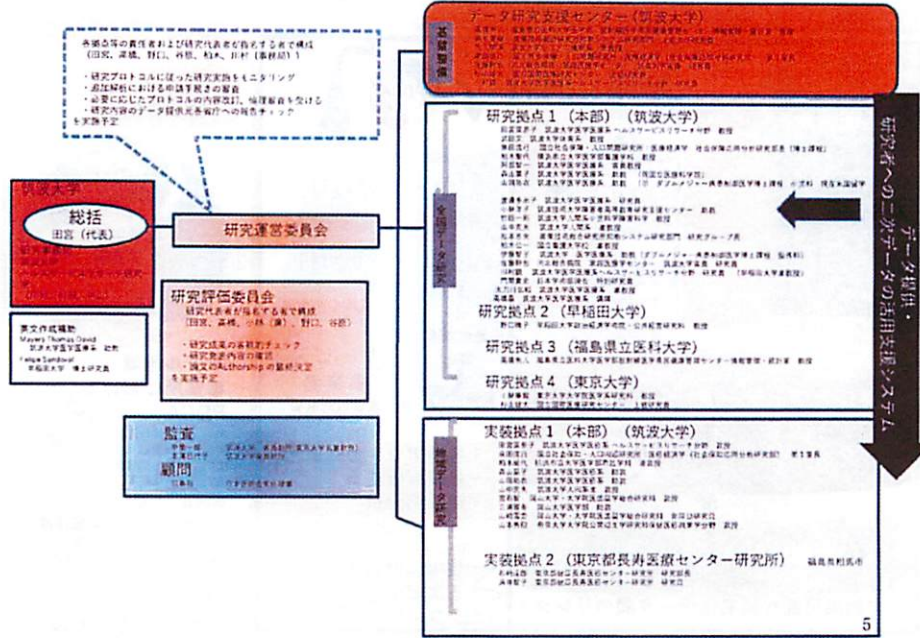
これまで活用されてこなかった各種の二次データの分析を通し、特に以下2点に焦点をあて、全国および各地域差を含む実態把握・課題分析を学際的に行う。

- ・保健・医療・介護各種サービスの連続性
- ・研究対象となりにくかった家族介護者や貧困層の実態にも光をあてる

これらをもとに、以下を提案する。

- ・研究成果からの政策提言
- ・実施経験からの二次データ活用プロセスに対する政策提言

研究体制



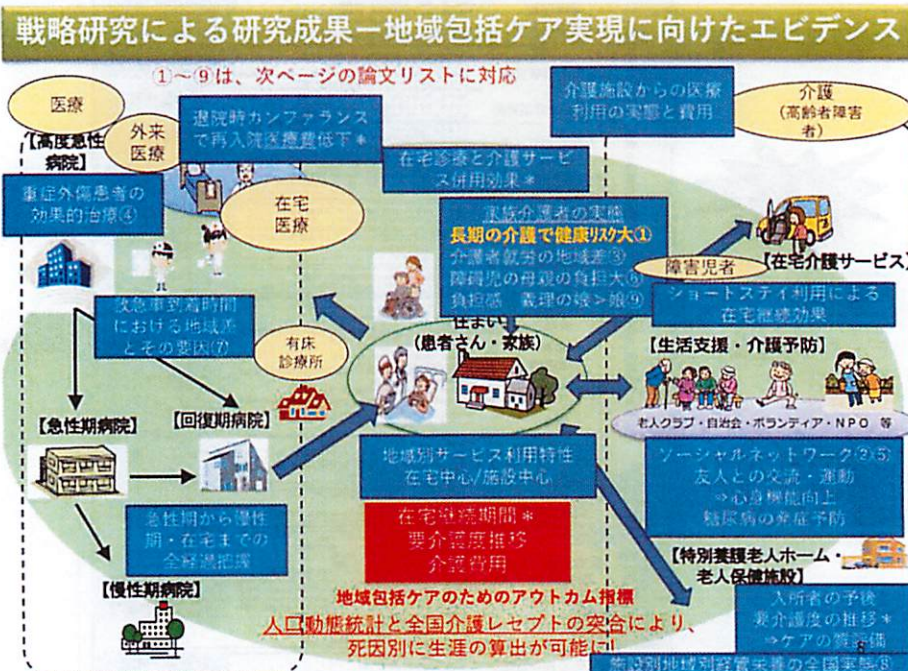
研究実施体制



所属も多様・
データ分析室は筑波大学早稲田大学のみ
2地点でのスカイプ会議を定期的実施し、進捗確認

全学種レセプト研究 国民生活基礎調査 中高年齢層調査なども、各拠点で分析	在宅日数 要介護度推移	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	介護 社会福祉
	脳血管障害介護	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	脳外科
	在宅医療介護時間	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	総合診療科
	介護費用対効果	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	医療政策
	介護費用の指標化	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	医療経済
	介護機器評価	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	ロボット工学
	認知症	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	心理学
	障がい者	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	障害学
	家族介護 小児	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	小児科
	精神	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	精神科・心理学
	地域指標	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	体育学
	体育・スポーツ	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	看護学
	看護	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	老年学
	人文社会学分析	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	宗教学 法学
	救急データ	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	救急医学
法医学記録	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	法医学	
地域レセプト研究	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	公衆衛生学 + 各科臨床医学	
データ基礎	筑波大学 筑波大学看護学部 教授 早稲田大学 早稲田大学看護学部 教授 福島県立医科大学 福島県立医科大学看護学部 教授 東京大学 東京大学大学院医歯学部 教授	統計学・福祉	

総勢 50人強



戦略研究分 主な公表済み論文 (番号は前ページの図と対応)

- ① Miyawaki A, Tomio J, Kobayashi Y, Takahashi H, Noguchi H, Tamiya N. Impact of Long-Hours Family Caregiving on Non-Fatal Coronary Heart Disease Risk in Middle-Aged People: Results from a Longitudinal Nationwide Survey in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, **Accepted 21 February 2017** IF=2.229 (中高年縦断調査)
- ② R. Fu, H. Noguchi, H. Tachikawa, M. Aiba, S. Nakamine, A. Kawamura, H. Takahashi, N. Tamiya. Relation between Social Network and Psychological Distress among Middle-aged Adults in Japan: Evidence from a National Longitudinal Survey. *Social Science and Medicine*, 175, 58-65, doi:10.1016/j.socscimed.2016.12.043, 2017 IF=2.814 (中高年縦断調査)
- ③ 渡邊 多永子, 田宮 菜奈子, 野口 晴子, 高橋 秀人: 都道府県別にみた主たる家族介護者である中高年女性の就業の有無および就業希望の状況、厚生指標 (印刷中), 2017 (国民生活基礎調査)
- ④ Abe T, Uchida M, Nagata I, Saitoh D, Tamiya N. Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta Versus Aortic Cross Clamping Among Patients With Critical Trauma: A Nationwide Cohort Study in Japan. *Critical Care* 15;20(1):400. 2016IF=4.950 (外傷データベース)
- ⑤ Monma T, Takeda F, Noguchi H, Takahashi H, Tamiya N. The Impact of Leisure and Social Activities on Activities of Daily Living of Middle-Aged Adults: Evidence from a National Longitudinal Survey in Japan. *PLoS One*;11(10):e0165106. 2016 IF=3.057 (中高年縦断調査)
- ⑥ Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. *SSM-Population Health*, 2, 542-548, doi:10.1016/j.ssmph.2016.08.001, 2016 (国民生活基礎調査)
- ⑦ Nagata I, Abe T, Nakata Y, Tamiya N. Factors related to prolonged on-scene time during ambulance transportation for critical emergency patients in a big city in Japan: A population-based observational study. *BMJ Open*;6:e009599 doi:10.1136/bmjopen-2015-009599. 2016 (救急データベース)
- ⑧ 川村 顕, 田宮 菜奈子, 泉田 信行, 榎嶋 大晃, 高橋 秀人, 野口 晴子: 全国介護レセプトを用いた経口移行者実態把握の試み 厚生指標 63(15) p29-36, 2016 (全国介護レセプト)
- ⑨ 桑名 温子, 田宮 菜奈子, 森山 葉子, 堤 春菜, 柏木 聖代: 娘による母親の介護と義理の娘による義母の介護の比較 - つくば市におけるアンケート調査結果から 厚生指標 63(5) p22-29. 2016 (市町村ニーズ調査)

「戦略研究の研究成果」からの政策提言 1

・医療介護の連携の重要性

退院カンファランスの効果→再入院時医療費低下⇒在宅継続、費用削減

* 医師への参加促進、スカイプなど簡便性↑、教育、報酬点数の評価など

・ソーシャルネットワークの重要性

友人との交流・運動など⇒心身機能向上、生活習慣病の発症予防効果あり

* 地域での交流促進、民間の活用

・介護者支援の重要性

介護者自身の健康リスク、就労支援に地域差、

フレキシブルなショートステイによる在宅継続と介護費用軽減

* 介護者対象サービスの充実(ショートステイ、コンサルテーション等)

介護準備休暇の充実

* = 政策提言、上段が主な研究結果

「戦略研究の研究成果」からの政策提言 2

- ・サービスの質向上に向けた二次データ利用の可能性
 利用継続期間、介護度推移などの指標による各サービスおよび
個々の事業所のサービスの質評価の可能性
- * データ利用可能にする法的しくみ、データ利用によるPDCAシステム整備
 (データを解釈し改善プランにつなげられる人材が必要—下記とも共通)
- ・地域特性にあわせた**地域包括ケア推進政策**の必要性
 種々の医療・介護の地域差を把握できた⇒今後、地域差要因の分析研究を推進
- * **地域の行政担当者**がデータを解釈し政策立案できるしくみ
 (英国では、各自治体がデータ分析から政策提言する専門家を配置)

「戦略研究の経験」からの政策提言 1



- 行政の透明性・信頼性の向上、国民参加・官民協働の推進、経済の活性化・行政の効率化を目的とした「**公共データ(オープンデータ)**」活用の動き
- 科学的根拠に基づく政策の立案・評価・改善(いわゆる、PDCAサイクル)が強調される中、ビッグデータである公共データ/行政データの有する**科学的な価値**に注目

- * PDCAをまわすための市町村の人材育成(担当者が統計わかる)
- * 行政データへのアクセス改善(申請の簡略化、提供までの期日短縮)
- * 「統計調査」の変革(現状→明日の施策をつくるための統計調査へ)

「戦略研究の経験」からの政策提言 2

* 統計データの連結 → より有益な結果を得るために必須

トレード・オフ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● <u>個人情報保護の観点</u> ✓ 個人情報の管理上の安全・安心を優先 ✓ 二次利用申請手続きが煩雑で申請期間が長期間に及ぶ ✓ 複数の行政データを照合する共通番号・個人を特定化する情報（生年月日の日付等）の不在 | <ul style="list-style-type: none"> ● <u>社会的インフラの観点</u> ✓ PDCAに資する社会的インフラとしての情報の活用を優先 ✓ 二次利用申請手続きの簡略化と申請期間の短縮化 ✓ 住基番号やマイナンバーの活用を検討する（現在、法的に第三者利用は不可能） |
|--|--|

米国の事例：

- 「医療保険の携行性と責任に関する法律（通称、HIPAA）」（1996年）が制定⇒社会保障番号の研究者への提供は不可となる
- データ提供を受ける側が個人を特定化するリスクを**最小化する**ことが義務付けられているが、**100%特定化されないことを保証しているものではない**
⇒**データの運用上、個人情報保護と利便性の絶妙なバランス**

学会での活動

第75回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム30
2016年10月27日（木）15:10～17:00

地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ：
「戦略研究」の研究成果と社会実装

【全国介護保険レセプトデータ等：全国統計個票データの活用】

1. 野口 晴子（早稲田大学 政治経済学術院）
「日本における行政データの活用を模索するー介護レセプトデータを中心にー」
2. 高橋 秀人（福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター）
「介護レセプトデータを用いた介護評価指標化（要介護度変化、および在宅日数について）」

【医療・介護レセプト連結データ：都道府県・市町村個票データの活用】

3. 石崎 達郎（東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム）
「要介護高齢者の療養場所移動時におけるケアの質確保への取り組み」
4. 谷原 真一（帝京大学大学院 公衆衛生学研究科）
「医療・介護データ分析と社会実装事例について」
5. 杉山 雄大（国立国際医療研究センター研究所 糖尿病情報センター）
「医療・介護のレセプトデータ連結による可能性」

本戦略研究を基盤にした今後の展開

・外部資金

1) 厚生労働科学研究費補助金 (H27~29)
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究
一境界期健康寿命に着目して一

**全国介護レセプトにより要支援～要介護2の期間を全員に算出
市町村別に算出し、市町村格差要因を検討**

2) AMED 長寿科学研究開発事業 (H28~29)
医療介護情報の連結方法の検証とロジックの構築及び医療介護の地域差分析:
効果的な医療-介護の二次データ活用システム構築のためのヘルスサービス
リサーチ

**地域レベルの医療・介護レセプト連結データを活用した
医療介護連携に資する具体的研究実施→方法論の蓄積
→有効な公開方法を検討 (10分の1サンプリングの妥当性も全国
レセプトデータとの比較で実施予定)。**

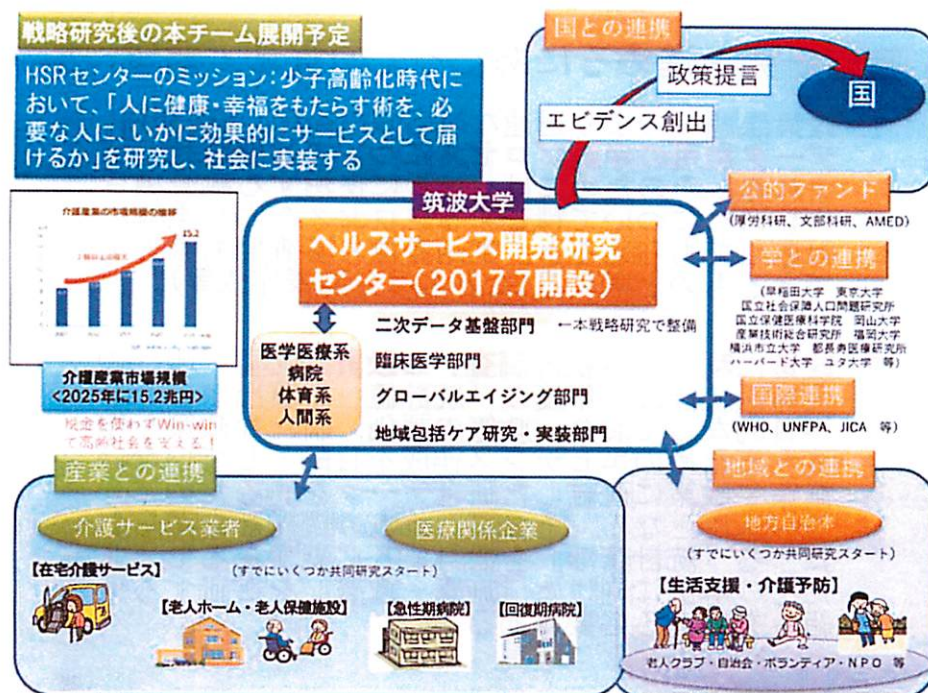
・筑波大学

ヘルスサービス研究開発センター (2017年7月1日設置予定)

地域差の要因分析 (両方のプロジェクトで活用) 既存統計資料からの地域指標データベース (戦略研究で整備)

<p>市区町村指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 114項目 <p>データ出典</p> <p>国勢調査 人口動態 住民基本台帳人口移動報告年報 市町村別決算状況調査 など</p> <p>データの分類(統計項目例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口・世帯(人口総数・出生数・死亡数・転入者数・高齢単身世帯数) ・ 自然環境(総面積・可住地面積) ・ 経済基盤(課税対象・所得納税義務者数・製造品出荷額等) ・ 健康・医療(一般病院数・医師数・老人ホーム数・保育所数) 	<p>都道府県指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 567項目 <p>データ出典</p> <p>国勢調査 人口動態 住民基本台帳人口移動報告年報 都道府県別決算状況調査 など</p> <p>データの分類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人口・世帯/自然環境/居住 ・ 経済基盤/行政基盤/労働(可処分所得【勤労者世帯】) ・ 教育/文化/スポーツ ・ 健康・医療/福祉・社会保障(国民年金被保険者数【第1号】) ・ 安全/家計(民生委員数)
--	--

+ 中高年縦断調査から導出したソーシャル・キャピタル指標 (都道府県レベル)
中高年者縦断調査を用いたソーシャル・キャピタル指標の作成と妥当性・信頼性の検討
相羽美幸・太刀川弘和・仲頼真・高橋晶・野口晴子・高橋秀人・田宮葉奈子 (日本公衆衛生雑誌原著論文 受理)



今後の課題(抜粋) 公的データ中心

1. 得られた結果を市町村等に提供し、施策に反映していただいたときの、その「施策の評価」のための評価プロセスを構築する研究が必要である。そのためにはどのような「統計値」を収集するか、どのように評価するかなどの定める必要がある。
2. 統計解析技術のさらなる蓄積について、これまでは研究者が必要に応じて個別に学習してきたが、今後データ利用機会が増大する可能性を考えると、統計解析技術蓄積のための仕組みづくりがあってもよいのではないか?
3. 2については研究者のみならず、地方自治体等での政策担当者についても同様である。彼らのデータリテラシーを高め、それに基づく政策立案を支援する仕組みづくりが必要である。(PDCAサイクルの履行)
4. 研究者にとっては、個人情報には必要ない。個人情報に配慮しながら、データの利用申請や得られたデータを利用するのは、時間的浪費ともいえる。政府で個人情報をもとに、できるだけデータ間のリンクを行っていただき、連結された個人単位のデータを、個人情報を抜いた形で提供いただくなどの方向で進めていただければありがたい。

戦略研究を進めるにあたっての意見・要望 (抜粋)

1. 政策課題へのより迅速な対応のために、**2次利用データ利用の申請プロセスについては簡略化**が望まれる。そのためには、分析に使用する調査項目の1つ1つについて精査するプロセスをより柔軟に対応してもらえると、申請者側も審査側も省力化できるものとする(たとえば分割表作成等)。
2. **政策に利する「統計調査」の設計**が必要。現行の政府系統計は、年度の「統計値」を算出することが目的となっており、政策の評価、新たな政策を作成するためのエビデンス作成を目的としていない。施策や政策に直結した研究テーマを得るために、その基礎となる、その国、地域の問題点を明らかにする「統計情報」を設計する必要があるし、またその解決に向けた「施策・政策」を評価する仕組みを考える必要がある。

19

戦略研究を進めるにあたっての意見・要望

(抜粋)

3. 戦略研究は「大規模臨床試験」をベースに展開されてきた経緯もあり、研究計画書として、プロトコルを整備・共有することが必須となる。しかし、大規模な観察研究を大きなチームで行うという枠組みでは、従来の意味でのプロトコルは所期の目的を達成するためのツールとにならないことがはっきりとした。すなわち「観察研究」では、データが得られれば解析によりすぐに「結果」を得ることができ、その「結果」を見ながら次の解析を考え「結果」を得る。そしてこの結果の積み重ねにより、「仮説設定」「仮説の検証」のサイクルがまわり、「知見」が集積する。そしてまた別の「仮説」が生まれ、その「検証」のサイクルが生まれる。これが大人数でそれぞれ個別に生じるので、これを「中央」で把握するのは「従来のプロトコル」の考え方では無理である。これを解決するには例えば**個人単位に、研究の進捗管理としていわゆるガントチャート(Gantt chart)のような「進捗管理ツール」を導入し、それを定期的に中央に提出していただき、中央でその全体像を把握し、中央の意向をそれぞれ研究者に伝えるなどの管理**により、運営する方が実際的である。研究計画が時間とともに成長していくという発想をもった「進捗管理」と意味での「研究計画書」を導入する必要がある。
4. また、臨床研究では「高いエビデンス」を得るために、研究そのものが計画されているが、このような「観察研究の束」では、**結果の「エビデンス」の評価**が必要となる。どのような結果であれば「施策」に踏み切れるのか、この辺りの整備は大きな課題である。

20

戦略研究全体を通して

二次データを活用する研究を幅広く推進させていただけた本機会は大変貴重でした。心から感謝申し上げます。
 個々に課題が与えられている研究費と異なり、人的・物的な基盤整備を含めた支援をいただけてこそ、データ活用から研究へのノウハウがわかり、また、多彩な学際チーム構成が成り立ちました。
 これまで研究の光が当たることのなかった部分に、データで光をあてることができ、国の調査に回答くださった方々の声にならなかった声を少し届けることができました。
 医療から介護への長期的な追跡ができるようになり、医療モデルのみでなく生活につなげる必要性を少し示すことができました。

今後、我々が経験したデータ申請のノウハウや課題を、研究者および行政、産業界とも共有しつつ、二次データ活用あればその意義を社会に示せる努力を続けます。
 これらにより、我が国のデータ活用がよりスムーズになり、誰もが共有できる意義あるエビデンスが多角的に創出され、これに基づく豊かな高齢社会をともに築いて行けたらと願います。
 引き続き、どうぞよろしくお願ひします。



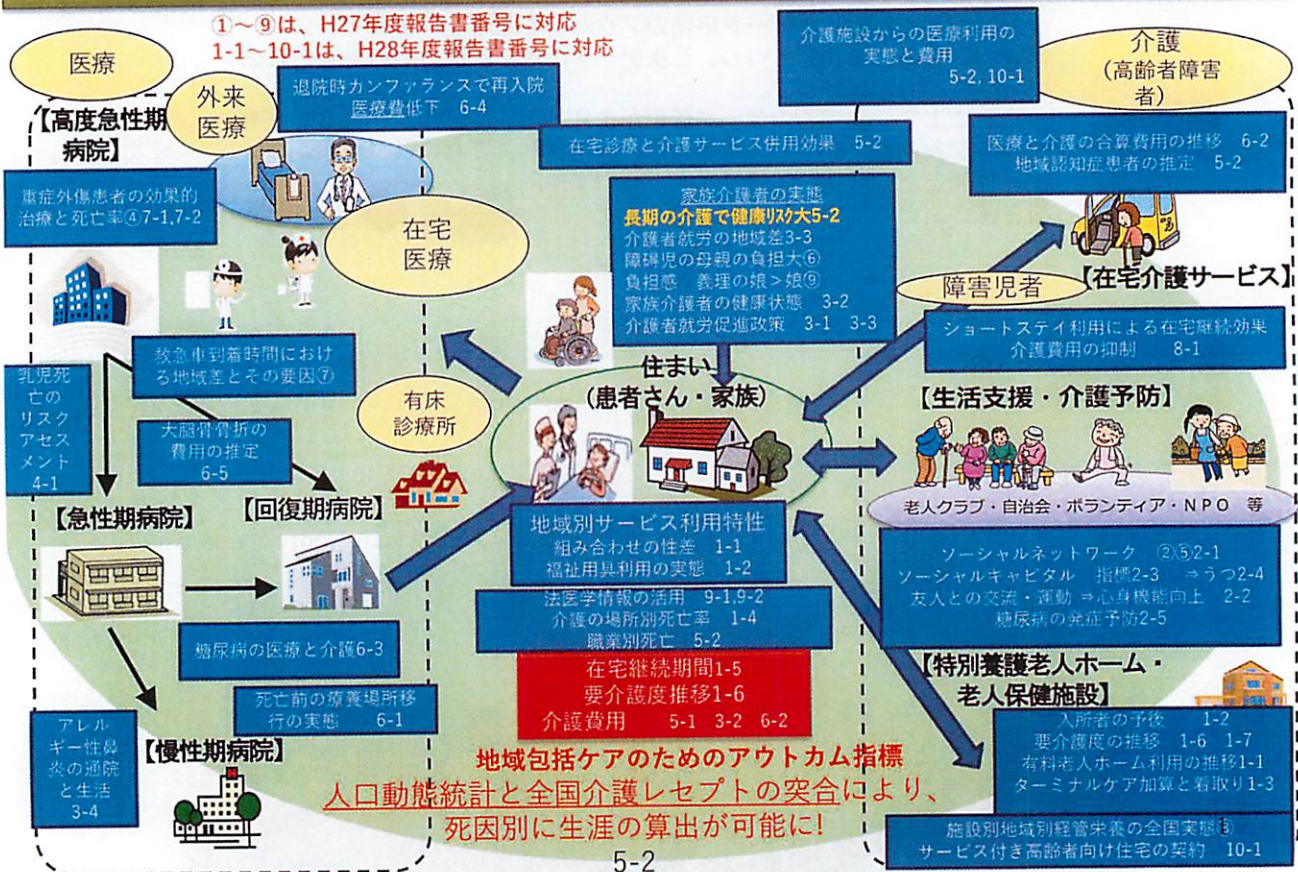
最終班会議—明日の日本のために 2017/03/06



多大なご支援、大変ありがとうございました。
 これを基盤に、一同頑張ります！！

戦略研究による研究成果—地域包括ケア実現に向けたエビデンス

①～⑨は、H27年度報告書番号に対応
1-1～10-1は、H28年度報告書番号に対応



第74回日本公衆衛生学会総会 自由集会

「地域包括ケアに向けたエビデンス作り
一市町村でどう作り、どう活用するか」

厚生労働省戦略研究
「地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ」による

開会の挨拶

田宮菜奈子
(筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野)

介護保険関連データによる見える化事業

→市町村の政策根拠が把握でき、画期的！！



しかし...

このデータをどう解釈し、
どう市町村の政策に活用し
たらよいかわからない...



他にもこんなデータが
あったらいいな...



そこで！！

・本自由集会では・・・

- 1) 英国の「見える化」ともいえるしくみに学ぶ
 - ① 仕組みの実際
 - ② 英国の市町村担当者からの生の声を聴く
- 2) 日本での取り組みの共有
 - ① 2つの自治体の取り組み
 - ② 市町村と大学の連携の可能性

ケアの質向上のための、データを用いた英国
地方自治体における取り組み

Jonathan Kilworth (Business Intelligence Partner
at Harrow Council, London)

ケアの質向上のための、データを用いた
英国地方自治体における取り組み



Jonathan Kilworth

ジョナサン キルワール

- ・ ロンドンハロウ地区(council)職員 (週4日雇用)
ビジネスインテリジェンスパートナー所属
地区(council)
- ・ 英国政府健康局 (週1日雇用)
 - ・ ナショナルデータ使用と調査に関するアドバイザー
(since August 2015)
 - ・ 長期短期的サポートと調査 (2012-13) 技術専門家(2013-15)



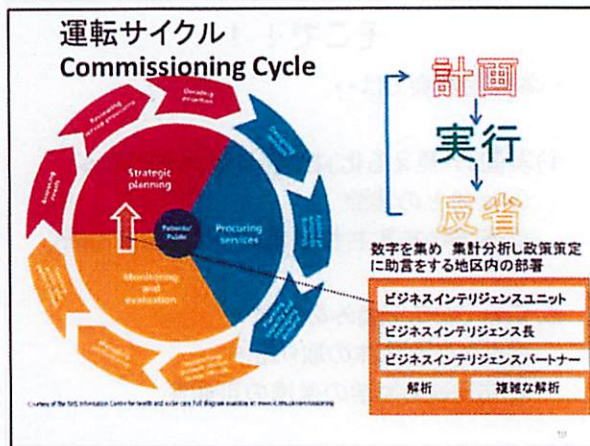
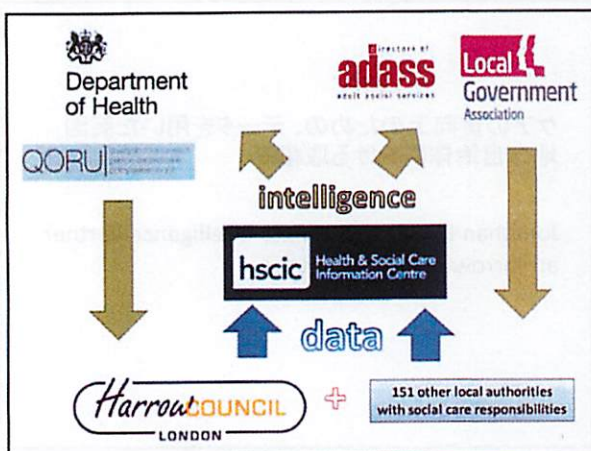
* 今回の発表はHarrowのDepartment of Healthでの調査ではなく個人の観点からです

ナショナルアウトカムの枠組み -国が提供する結果データ-

- 英国は、健康と社会保障の進み具合を監視する3つの枠組み、を構築した(↓)
 - 公衆衛生結果データの枠組み (PHOF)
 - ナショナルヘルスサービスデータの枠組み(NHSOF)
 - 高齢者社会保障データの枠組み (ASCOF)
- 毎年公開, **オープンアクセス**
 - 自治体レベルの情報 (e.g. 地方自治体)
 - 個人レベルの情報 (e.g. 調査)

ナショナルデータの枠組み

- 概念
 - アウトカム(インプットではない!)を重視
 - 使用者の経験や客観的なデータが含まれる
- 使用
 - 政府は政策がうまくいっていることを評価できる
 - 各地区は改善のためにサポートしあっている
 - e.g. across London
 - 各々の組織において局所的に改善



ビジネスインテリジェンスアプローチ

- ケアサービスの効果をより高めること重視
- マネージメントはつねにチャレンジ精神をもち、問題点をみつけ改善する姿勢を尊重
- 高い技術と知識をもつ分析の専門家集団

調査をどのように用いたか

- 多くの ASCOFの指標は通常の介護者から得られ、調査は地方自治体によってなされた
- 標準化された調査の調査は英国ケント大学で方法論が開発された
- 地方自治体には多くの人がいるため郵便番号を用いている⁵

⁵ <http://www.hscic.gov.uk/indices/ascocof>

調査データをどう活用するか

- 他の地区と比較しあい、よいところをお互いに学ぶ

例) サービス利用者の中で、サービスが安全で安心できると回答した者の割合

Proportion of people who used services that said that those services have made them feel safe and secure²³ in 2013/14²³, by local authority.

Problems with Survey Data

調査データの問題点

- Survey data measures outcomes but the data is not wholly attributable to local authorities
- 調査のデータはケアを受ける側の個性や環境などにも左右されるため、地方政府の調査だけで全ての結果を得ることはできない。

Dept of Health IIASC project

どうやって、他の要因をコントロールしてサービスの評価だけを計るか？

プロジェクトの課題

第74回公衆衛生学会総会 2015年11月5日19時～21時、「えきまえいきいき広場、長崎市。自由集会「地域包括ケアに向けたエビデンスー市町村でどう作り、どう活用するか」

アウトカム評価にもとづく地域包括ケアシステムの運営にむけて

—イギリスASCOF・ASCOTからの示唆—

国立保健医療科学院
医療福祉サービス研究部 森川美絵
m.morikawa@niph.go.jp

地域包括ケアシステムの構築の局面

	フォーマルケア 専門的	困窮 子ども・子育て 障害 高齢	インフォーマルケア 非専門的
	医療 介護	福祉	健康維持 生活支援
地域計画レベル	①分野横断的な視点に立った地域アセスメントとサービス整備		
サービス提供システムレベル	②総合的な相談・支援調整体制の強化		
臨床レベル	③臨床実践における多分野の専門職の連携・情報共有		④互助・自助の活性化、専門的ケアとの組み合わせの最適化
	⑤包括ケアの評価とフィードバック		

↓今回はここ

出典: 森川・松葉・大野「地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みとは?」『地域ケアリンク』17(1): 56-63 頁

ケアの評価とフィードバック

- ◆ストラクチャー、プロセス、アウトプット
 > **アウトカム**
- ◆疾患・生活習慣病リスク因子・身体機能
 > **社会関係・生活**
- ◆専門職・介入側の視点・判断
 > **本人・介護者の視点・経験・感じ方**

アウトカム指標をめぐる国際動向

- 医学的技術的側面から社会的側面へ
- 生活モデルへの転換
「個別のQOLの維持・改善、対人関係性といった定量化しにくい社会的要素を如何に組み込むか」(長澤2012:136)
- 客観的な評価から利用者の視点を重視した評価へ

ケアのアウトカム 尺度化されている8側面(Kane 1995)

- 身体的機能の改善
- ADLとIADL
- 痛みや不快感
- 認識
- 情緒
- 社会的活動への参加
- 人や動物との社会的関係
- ケアや社会的環境に対する満足度

→実際に各国で導入されている指標はごく一部・・・

ANCIENプロジェクト

EU11か国 391指標の収集・類型化

- プロセス指標247、インプット指標76、アウトカム指標68
- **アウトカム指標:4分類**
 - 満足度指標(サービスについて、職員について、希望に対して)
 - 健康状態(身体機能の低下、行動障害、死亡率等)
 - 予期しない入院
 - 安全の欠如(転倒、意図しない体重減少、褥瘡)
- 指標の利用可能性availability は各国で大きな相違
- 「安全」「コーディネーション」に関する指標は少ない

医療面での臨床指標

OECD(2013:56-7)、長澤(2012)

アウトカム評価をベースにした ケアの質保証・効率化(地域単位/個人単位)

地域単位・・・地域におけるケアの質保証・効率化
個人単位・・・個々人が受けるケアの質保証・効率化

→ケアの効果(アウトカム)と費用に基づく検討

■イギリス ASCOF/ASCOT

- ASCOF 自治体の社会的ケアに関するアウトカム測定の手組み・指標
- ASCOT 個人ベースの社会的ケアのアウトカム測定ツール

ASCOF: Adult Social Care Outcome Framework

領域	目標	指標
1. 要支援・要介護者のQOLを促進する	最重要指標 (上記以外の複数目標)	1A. 社会的ケア関連QOL (ASCOT指標に準拠) (個々の目標に対応した単一ないし複数の指標)
2. 要支援・要介護ニーズを減らせ、低減させる	最重要指標	2A. 人口千人あたりの高齢者施設への永続的入居者数 ・予防的サービスの有効性(置換指標)
3. 支援や介護における患者の肯定的経験を保証する	最重要指標	3A. サービスの利用者がケアや支援に全般的に満足する 3B. 介護者がケアや支援に全般的に満足する(2012年～)
4. ヴァルネラブルな状況の人を保護し、避けられる危害から保護する	最重要指標	4A. 安全と感じている利用者の割合(公衆衛生との共通指標)

長澤(2012)表1を編集

ASCOF導入の意図 2011年3月～

- サービス提供が、ケア利用者、ケアラーのアウトカム・経験にどのようなアウトカムをもたらしているのかを評価する枠組み
- 自治体のケアの質確保の状況を、利用者・介護者・地域住民が理解するツールとして
- 過去数年分のデータ蓄積により、利用者集団間の比較、自治体間比較、自治体の継続的推移の把握が可能

指標による成果把握例 2012/13報告書(p10~21)より

- ◆ 社会的ケア関連QOL、利用しているサービス・支援への満足度は2011/12と比較してやや上昇
※利用者はサポート・支援に「満足」約64.1%、ケアラー「満足」は半数以下。
- ◆ 学習障害(またはメンタルヘルスサービス受診者)で自立生活をしている者の割合は自治体格差大きい
- ◆ Social careサービスの利用により安全・安心感を得た人の割合平均78.1% (2011/12から増加)。自治体間の相違大(50%~90%台)。
→安全・安心感に影響を及ぼす要因には、自治体のコントロール範囲外のものが多いが、要因分析が必要。
- ◆ 「サービス利用に関する情報を入手しやすい」と答えた者の割合利用者74.1% (4分の1はあてはまらない)。ケアラー70%未満
→必要な情報へのアクセスに課題

25

2014/2015改訂のポイント

- Health, Public Health, Social Care の統合を視野にいれた新たな指標設計
- 「3. 支援や介護における患者の肯定的経験を保証する」最重要指標に「integrated care の経験の改善」が組み込まれる
- 「ケア・支援ニーズの予防・発生遅らせ」に関する指標リニューアル
- 「パーソナルバジェット」制度を反映した指標見直し

26

ASCOT: Adult Social Care Outcome Toolkit

- 個人の社会的ケア関連QOL (social care-related QOL: SCRQOL) の測定尺度 0点(最低)~24点(最大)
平均18.7(2011-2012年)(OECD2013: 71)
- EQ-5D (health related quality of lifeの測定尺度)と類似アプローチ
- 多様なケアの場で利用できるツール
- 「潜在能力(実態的な機会の集合)」と「機能(人々が経験する状態)」を区別し、社会ケアにおいて価値として重視されてきた前者をも指標に反映。

27

ASCOT (Ver.2) の尺度の8領域

- 1 日常生活のコントロール(何を、いつするかを選択でき、日常生活や活動を制御できる)
- 2 個人の清潔さと快適さ(清潔・快適で見苦しくなく、好みを反映した装いや身だしなみができている)
- 3 食事と栄養(十分な食料や飲料を定期的に摂取し、栄養があり、多様な文化的にふさわしい食事ができている)
- 4 安全(虐待や転倒、身体的な危害を加えられる恐れがない)
- 5 社会参加と関与(友人・家族との関係の継続、参加やコミュニティに属している意識)
- 6 活動(occupation) (雇用、無償労働、他者のケア、レジャー等の多様な有意義な活動で充たされている)
- 7 居所の清潔さと快適さ(全ての居室を含む住環境が清潔で快適と感じる)
- 8 尊厳(支援やケアが利用者の自己肯定感に与える否定的・肯定的な影響)

✓ 領域ごとに4つの評価基準、当該基準のSCRQOL得点が設定、各指標の重みづけ
✓ サービスを利用していなかった場合に起こりえる状況(予期されるSCRQOL)を利用者への質問や観察により把握。(サービス開始前後の効果測定手法の開発)

出典:長澤(2012:表2)

28

ASCOTの利用・応用

- 英国では、国レベルの利用者調査に利用。
※利用者経験の調査の、一過性+データ比較可能性の課題克服?
- デンマーク、オーストラリア、フィンランド、オランダではASCOTの利用を開始しつつある
- ASCOT尺度の妥当性やケア事業の費用対効果測定への応用に関する科学的知見も出始めている (Malley et.al. 2012, Netten et.al. 2012, van Leeuwen et.al.2014 & 2015)
- ケアの質評価の新展開として国際的に注目 (OECD 2013)

29

日本の地域包括ケア運営への活用

- ◆ 地域のケアの質に関する、アウトカムベースの測定の枠組みは?
介護保険事業計画? 介護報酬データ?
目指していることが指標に反映されている?
利用者視点からの評価は?
- ◆ 効率的・効果的な事業運営・資源の確保?
• 社会ケア関連QOL向上に結びつく/結びつかない 事業者
• 社会ケア関連QOL向上に結びつく/結びつかない 事業

30

ASCOF/ASCOT指標(類似指標)の導入を通じたマネジメントの可能性は？

- ◆地域包括ケアシステムにより何を達成するのか？の明確化と数値的把握
- ◆包括的なケア提供・サービス事業の質確保と効率性
 - ✓ 個々の利用者に提供したケアの質の評価(地域ケア会議のケース検討等への活用)
 - ✓ 事業者が提供するケアサービスの質評価
事業者自身の運営管理/自治体指導監督/第三者評価
 - ✓ 地域支援事業の効果(費用対効果)

参考文献

- Department of Health (2013). The Adult Social Care Outcomes Framework 2012 to 2013. Department of Health.
- Department of Health (2013). The Adult Social Care Outcomes Framework 2014/2015. Department of Health.
- Kane, R.L.(1995) "Improving the quality of long-term care", JAMA 273(17):1376-1380.
- Malley JN et.al.(2012) An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. Health And Quality Of Life Outcomes; 10:21.
- 森川・松葉・大野「地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みとは？—事例から学ぶための仕組み整理」『地域ケアリング』17(10):56-63
- 長澤紀英子(2012)「ケアの質の評価指標の開発と課題—国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に」『季刊・社会保障研究』48(2):133-151.
- Netten A et.al.(2012) Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship?, Age And Ageing; 41(4):512-7.
- OECD (2013) A Good Life in Old Age?: Monitoring And Improving Quality In Long Term Care. OECD Health Policy Studies. OECD.
- van Leeuwen KM et.al.(2015) Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults. The Journal of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research; 18 (1): 35-43.

いつまでも住みなれた地域で安心して暮らしていくために

～長崎市の地域包括ケアシステムの構築に向けて～



長崎市地域包括ケアシステム推進室

地域包括ケアが必要となる背景

2025年を見据えると

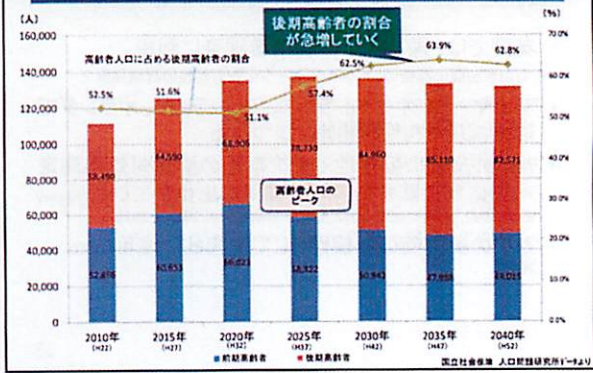
- 人口減少 ●少子・高齢化 ●家族機能の低下
- 家族形態の変化(高齢者世帯・一人暮らし高齢者の増加)
- 斜面地に住む高齢者
- 要介護高齢者の増加 ●認知症高齢者の増加
- 地域や個人のニーズの増大と多様化
- 医療費や介護給付費の増大
- 死亡者数の増加 看取り先の確保困難
- 地域医療構想と医療提供体制(病床機能報告制度)
- 介護人材の不足
- 介護報酬や医療報酬改定の可能性 等・様々な課題

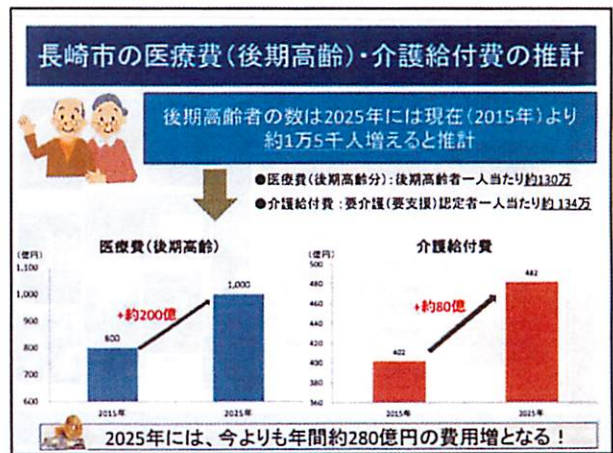
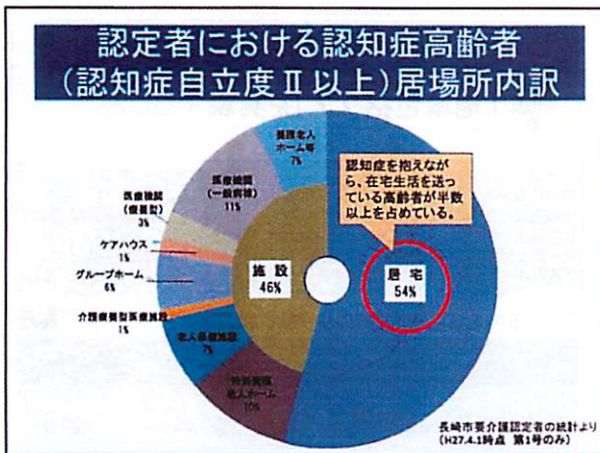
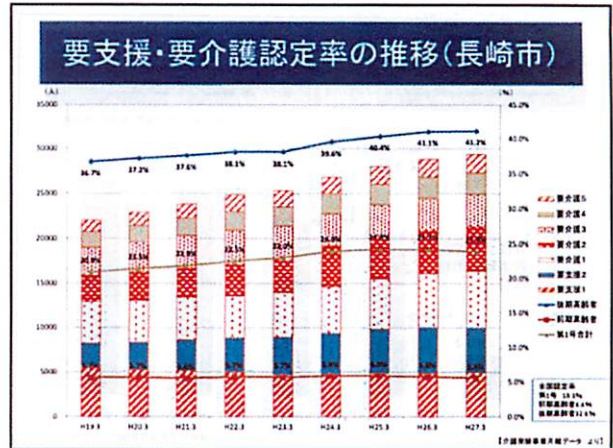
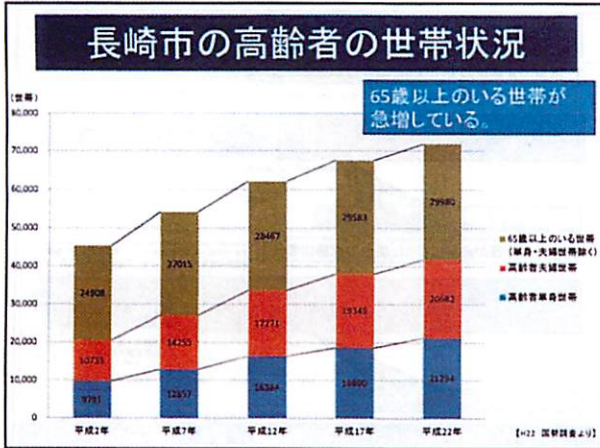
病气や介護が必要になっても安心して住み続けられる地域づくりや体制が必要＝**地域包括ケアシステム**

これからの長崎市の人口の推移



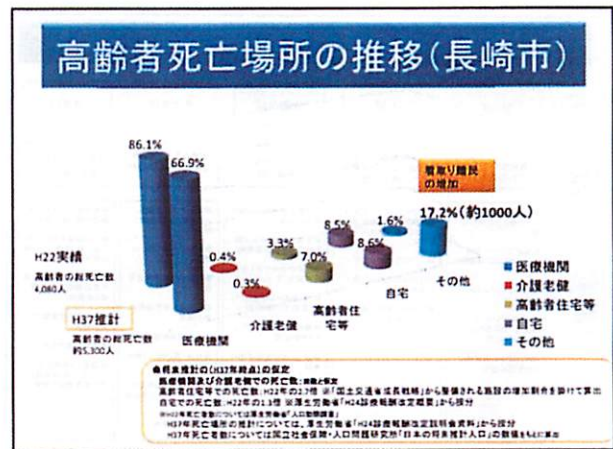
長崎市の高齢者人口の内訳

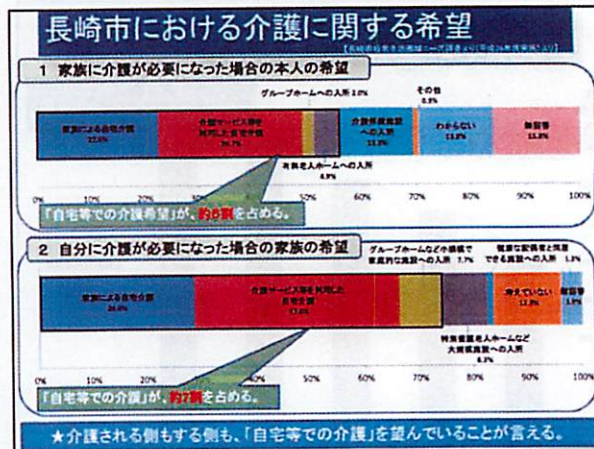
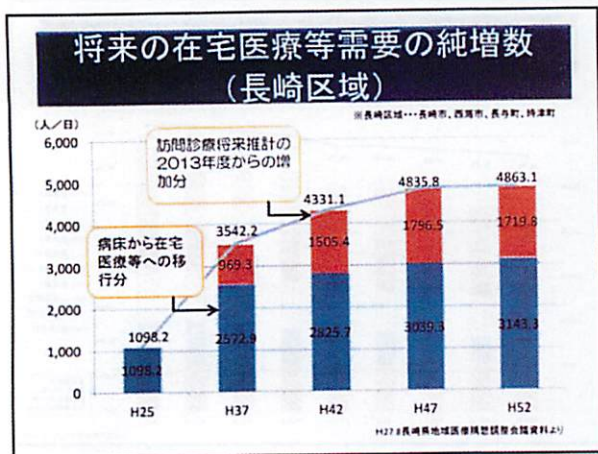




高齢者の介護と医療の現状【中核市(45市)の中で】

区分	項目	指数	現状	出典資料
介護と医療の状況	認定率	24.2%	中核市で1位	
	要支援・要介護認定者数・率	要支援認定者数10,084人(1号被保険者のみ) 要介護認定者数18,766人(1号被保険者のみ)	中核市で1位 中核市で2位 後期高齢者に比例して多い	厚生労働省「介護保険事業計画(2015年度)第1号」
	介護給付費	給付費全体 約380億 認定者一人あたり約132万円	中核市で3位(中核市平均約264億円) 中核市で42位(中核市平均144万円) サービスを受けていない人がいること 要支援認定者が多いこと	
医療費	国民健康保険被保険者1人あたりの費用	約43万1千円	中核市で1位(中核市平均34万円)	国勢調査「平成26年度」
医療費	国民健康保険被保険者1人あたりの費用	1,078,805円	全国で4位(全国平均923,576円)	国民健康保険法「平成26年度」
人口10万人あたりの病床数	2,328.6床	中核市で4位(中核市平均1,508.1床)		国勢調査「平成26年度」
人口10万人あたりの医師数	434人	中核市で4位(中核市平均284.6人)		国勢調査「平成26年度」





「生きがいづくり」への支援

長く元気で「プロジェクト」

- 健康づくり**
 - 主な事業: 高齢者ふれあいサロン、健康づくり推進員養成、健康器具貸借と運動指導、お手軽ウォーキングの実施
 - 今後の展開: シニア向けスポーツの実施
- 「出逢い」と「経費券」**
- 生きがいづくり**
 - 主な事業: ボランティアポイント制度、情報発信(ながさきダンカース、田嶋フレンドズ)
 - 今後の展開: センサーライフガイドブック発行、セカンドライフセミナー開催、自主的防災グループの立ち上げ

郵局を超え、また、市民と協働しながら「生きがいづくり」の支援にも取り組みを進めている。

地域包括支援センターの設置状況

目的 「地域包括ケア」を実現すること

「地域包括ケアシステム」の構築は市町村の責務だが、その構築に向けての中心的役割を果たすことが包括センターに求められている。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、**保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員**がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置されている。

【長崎市内地域包括支援センター設置数の推移】

	H16年度 (H18.4.1～)	H20年度 (H20.4.1～)	H24年度 (H24.3.1～)	H28年度 (H28.3.1～)
包括設置数	12箇所	15箇所	19箇所	20箇所

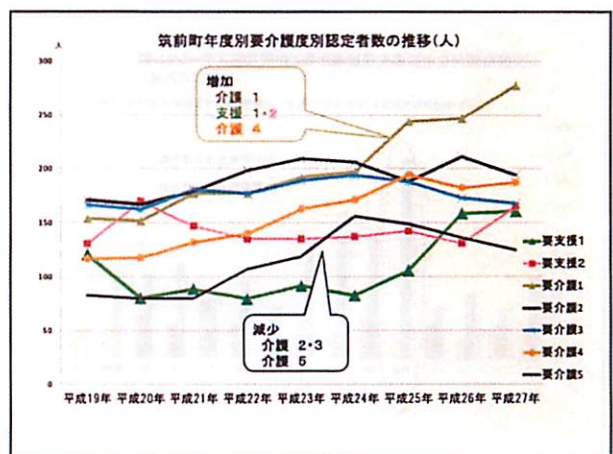
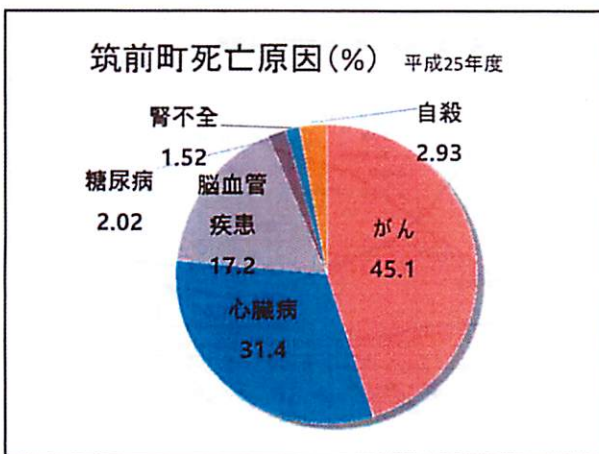
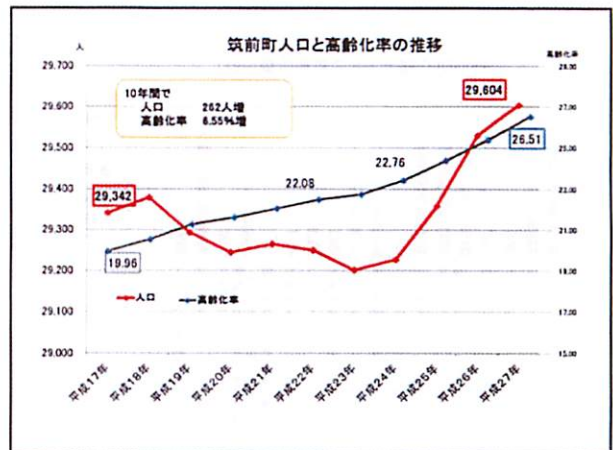
長崎市版地域包括ケアシステムの取り組み

分野	医療	介護	介護予防	生活支援	住まい
連携の方向性	在宅医療の充実と多職種連携	心身機能の維持向上が可能なサービスを構築した在宅介護	生きがい対策と介護予防	地域のあらゆる主体の協働による地域づくり	高齢者居住の住まいと安全な住まい方
具体的な取組	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の充実(診療中心化による医師増強) 地域ごとの多職種チームによる連携体制の構築 まちみんなのつながりの構築等 医療チームの作成 医療-介護連携の具現化システム 高齢者生活の在宅で支え続ける体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者における認知症の予防(認知訓練、認知症、ケアマネ、VPA等) 高齢者生活支援(リハビリの充実) 認知症の予防(認知症の予防) 介護予防と高齢者、若年層との合同取組 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防への「ハコ」の創設 介護予防の推進・個別口腔ケアの推進 地域が参加できる高齢者の健康(サロニエ) 40歳以上の健康づくりと高齢者の健康づくり 地域で活動するボランティアの育成 新しい地域交流事業の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会創設による地域課題の把握と解決 まちネットワークの構築 高齢者の在宅生活支援 介護予防と生活支援の連携 介護予防と生活支援の連携 地域に必要十分な生活支援サービスの提供 地域向け啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者に特化した高齢者の住まいの確保 住宅改修や福祉用具に関する連携 介護予防と生活支援の連携 高齢者住宅の活用 地域ごとの連携センター、介護支援などの連携体制の構築

長崎県 包摂型ケアシステム構築に向けて

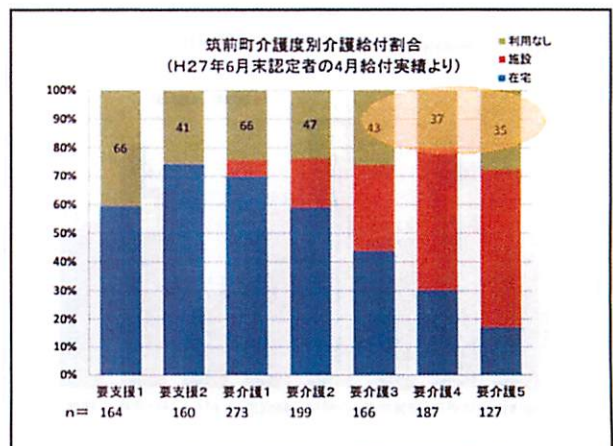
～何から始める？どこから始める？～

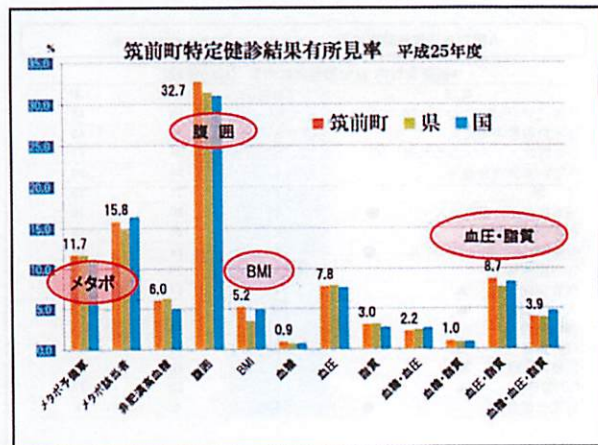
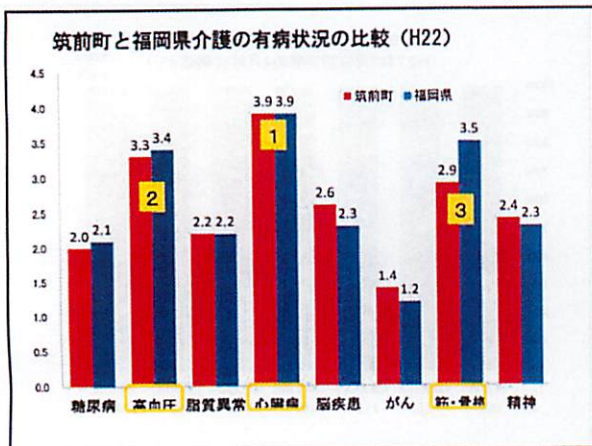
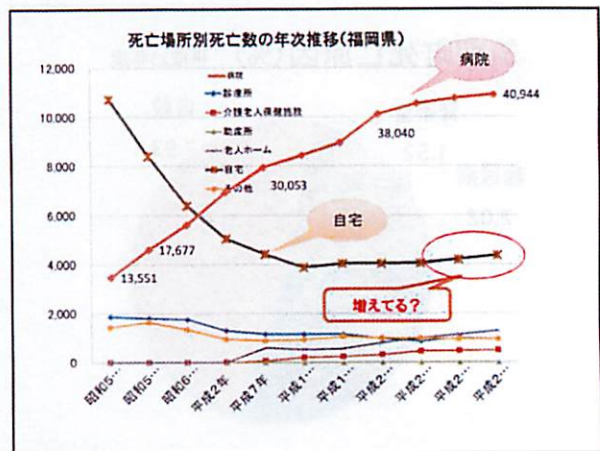
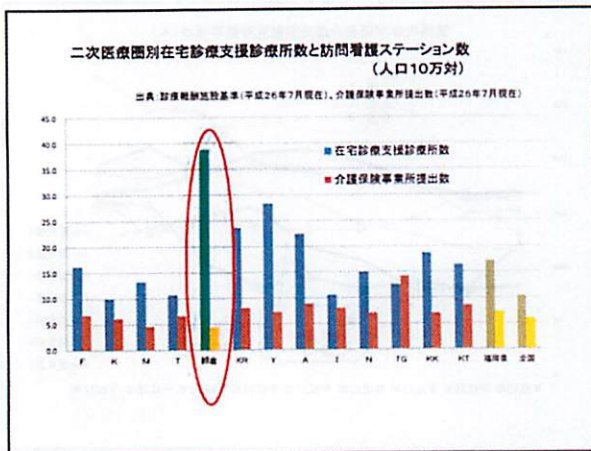
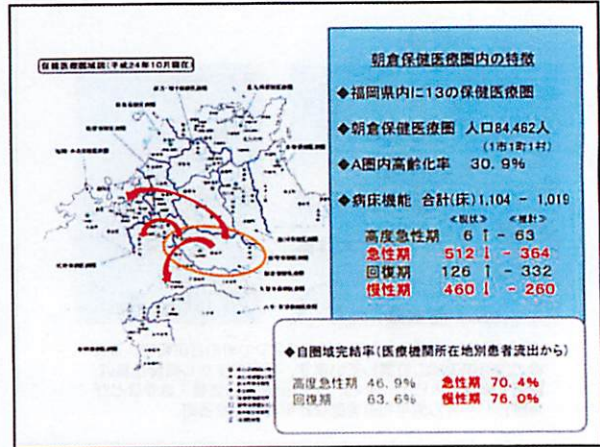
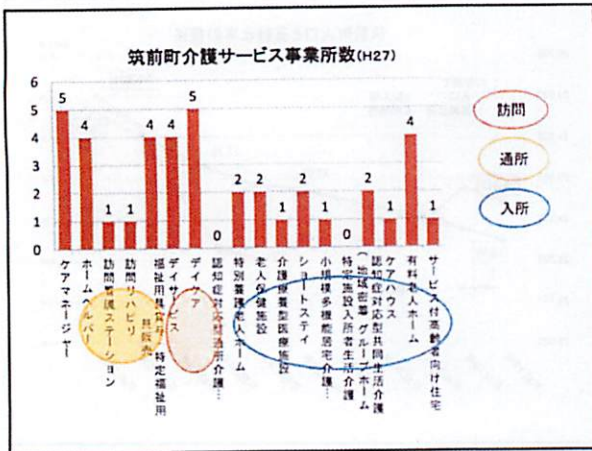
平成27年11月5日
日本公衆衛生学会自由集会
福岡県朝倉郡 筑前町 阿波野 豊後 豊後 豊後
議長補佐 一木 真澄 (保健師)

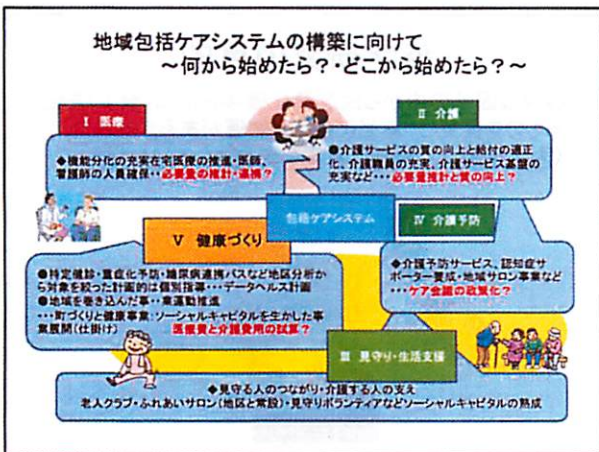
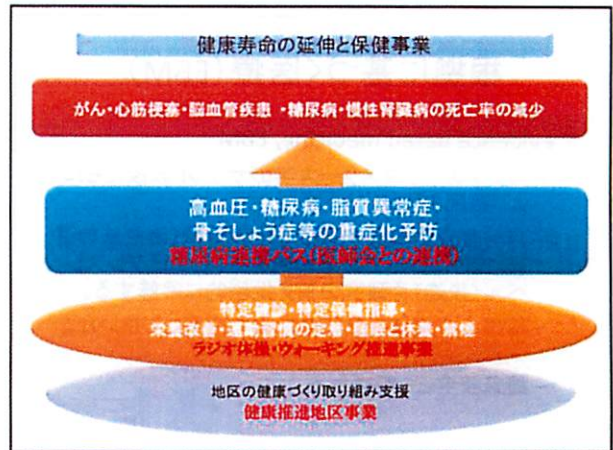
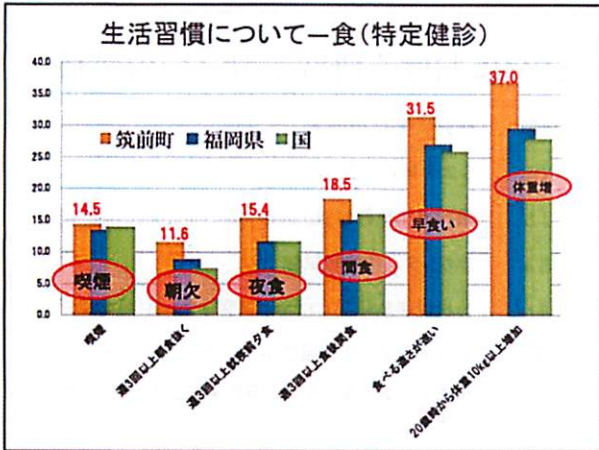


A圏内在宅療養関連情報 H25年度地域在宅医療推進事業(福岡県)

A医師会管内 在宅看護対応内容 (H26年3月)			
項目	筑前町	その他	計
往診・訪問診療ができる病院・診療所	10	38	48
在宅療養患者の受入	9	34	43
訪問看護ステーションの利用	10	31	41
在宅診療支援診療所	6	24	30
往診	7	31	38
週末期がん患者の受入	8	20	28
在宅での看取り	6	23	29
麻薬によるペインコントロール	4	24	28
在宅酸素療法	8	29	37
気管切開管理	4	17	21
人工呼吸器	3	9	12
褥瘡処置	6	15	21
経管栄養	3	18	21
胃瘻の管理	5	20	25
IVH管理	3	22	25
在宅化学療法	1	6	7







地域包括ケアシステムに 求められるエビデンス

平成27年11月5日
日本公衆衛生学会自由集会
福岡大学医学部衛生公衆衛生学
准教授 谷原真一
taniyan@fukuoka-u.ac.jp

根拠に基づく医療 (EBM)


- evidence based medicine, EBM
 - カナダのマクマスター大学のサケット教授たちにより提唱された。
 - 自分自身が直面する診療上の問題(治療法を選択など)について文献検索を行い、エビデンスレベル(後述)や研究の質を批判的に吟味する。
 - 診療上の結論を自分の患者に適用して良いかを判断する。**
 - 臨床疫学とも呼ばれる。

EBMにおける研究デザインの評価

分類	研究デザインの名称
I a	システマティック・レビュー /メタ・アナリシス
I b	無作為化比較試験(randomized controlled trial, RCT)
II a	非ランダム化比較試験
II b	分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究)
III	記述的研究(症例報告やケースシリーズなど)
IV	患者 データに基づかない 専門委員会や権威者 個人の意見

RCTが常に最高の研究デザイン?

- ヒトに対して有害と考えられる暴露を強制的に与えることは**倫理**上許されない。
 - RCTの適用は新薬の治療効果などに限定される。
- すでに日常診療に導入されている行為を改めて評価する場合
- 薬物副作用の検討
- 時間や資源の制約



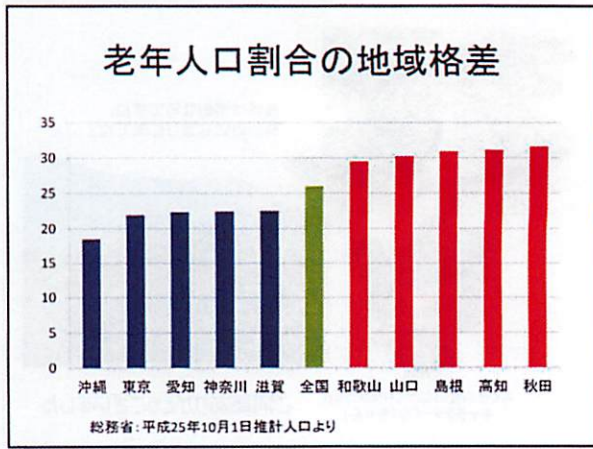
疫学研究の目的

様々な因子の中から**疾患発生確率**を増加(減少)させるものを発見し、本当に疾患と関連があるかを検討(因果推論)し、有効な対策を生み出していくこと

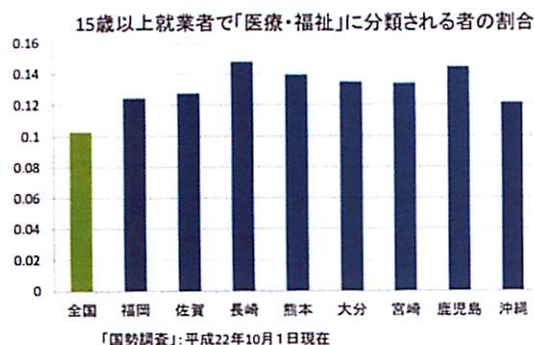


「エビデンス」を鵜呑みにしない

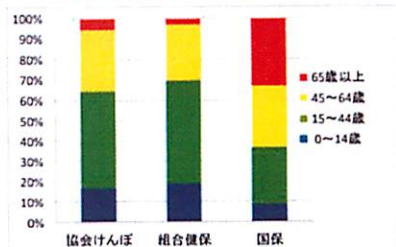
- 海外の有名な学術誌に採択された論文に記載された内容が「わが町」に適用するか?
- 被用者保険で成立する前提条件が国保にも当てはまるか?
- 人口規模や年齢構成の異なる自治体の先進事例はどの程度参考になるだろうか?



九州は全国より医療・福祉の割合が高い



国保は高齢者の割合が高い



注:協会けんぽ及び組合健保は平成25年10月1日の被保険者と被扶養者の合計、国保は同年9月30日の市町村と組合の合計である。いずれも後期高齢者医療制度の対象者は含まれていない。
資料:厚生労働省「健康保険・船員保険被保険者実態調査」「国民健康保険実態調査」

わかっているようでわかっていない

- 社会的入院と介護施設入所の関係
→医療と介護を合算したデータはどこに？
- 医療と介護に関する費用の分布
→健康づくり事業と医療費適正化
- 年齢と医療費
→国保と後期高齢者でデータが断絶

まとめ

- 研究者も一人の人間である。
→「お互い様」の心で思いやりを。
- 学術論文に示された「エビデンス」の限界
→前提条件などをきちんと把握しましょう。
- 地域格差の拡大
→優先順位を今一度見直しましょう。