

巻頭言

エビデンスに基づく医療政策立案にむけたデータ整備の課題

東京大学大学院経済学研究科 教授
飯塚 敏晃

エビデンスに基づく政策立案への機運が高まるなか、その土台を支える医療・介護の公的データベースの整備が目覚ましい。医療分野では、レセプト情報と特定健診情報等を収集した NDB（ナショナルデータベース）の第三者提供が 2013 年度に開始され、現在 2009 年度以降の約 10 年分のデータが利用可能となっている。介護についても、介護レセプトデータと要介護認定情報を含む介護 DB（介護データベース）のデータ提供が 2018 年度より開始された。いずれも日本における公的医療・介護の利用の大多数をカバーする、まさにビッグデータである。2020 年度からは、NDB と介護 DB を結合したデータの提供も予定されている。

データの爆発とともに実証分析の手法にも進化が見られる。例えば、近年、Regression Discontinuity（回帰非連続デザイン）と呼ばれる手法が多く用いられるようになった。ある閾値の前後で、介入の有無以外の要因が連続的に分布することを前提に因果関係を推定するものだ。また、推定結果が統計的に有意でない場合、「有意でない」と議論するだけでは不十分で、有意でない結果がどの程度の精度を持つのかを示すことが求められつつある。いずれも、世界各国において巨大な Administrative Data（業務データ）が整備され、実証分析に供されていることと深く関係している。

データ量の爆発的な増加と分析手法の進化により、エビデンスに基づく政策立案の可能性は格段に広がりがつつあるが、一方で、有用なエビデンスを示すために必須のデータがなかなか得られないことにもどかしさを感じることも多い。本稿では、エビデンスに基づく医療政策立案にむけたデータ整備の課題を 3 点議論したい。

第一は、所得に関するデータの欠如だ。医療政策の影響が所得の違いで異なり得ることは、これまでの研究からも知られている。その代表例は、1970 年代に米国で行われた RAND Health Insurance Experiment（ランド医療保険実験）だ。実験からの重要な示唆の一つは、一般的には医療費の自己負担の大小と人々の健康との間に因果関係は認められないが、低所得者に限っては自己負担増が健康に悪影響を及ぼすというものであった。わが国においても近年所得格差の拡大が懸念されているが、現状では医療レセプトデータと所得を紐づけることは難しい。今後、更に所得格差が広がることも考えられ、医療データと所得データとの紐づけが喫緊の課題である。マイナンバーの活用を期待すると同時に、例えば、高額療養費の自己負担限度額の区分と紐づけるなど、どのような対応が可能か、早急な検討が必要と考える。

第二は、医療の「質」に関するデータの不足だ。医療政策の影響を把握するにあたって、政策導入に伴う費用に加えて、その効果（アウトカム）を把握することが必要だ。医療の質はアウトカムの重要な指標

だが、わが国のデータでは医療の質の把握が大変難しい。

まず、究極のアウトカムとして考え得るのは各人が生存しているか死亡したかの情報だが、現状、レセプトデータと生存・死亡情報を紐づけるのは難しい。レセプトデータにも「転帰」欄があり、病院内で死亡した場合は記録されるが、自宅や他の施設などで亡くなった場合は把握できない。もちろん死亡そのものは人口動態調査で把握されているが、これとレセプトデータを紐づけることは困難だ。

また、病院やクリニック、介護施設のサービスの質に関しても把握が難しい。諸外国においては、例えば、患者のリスクを調整した後の手術後死亡率が病院別に公表されていることが多い。わが国においては、これまで医療や介護の質の計測と公表には消極的で、統一的な指標の作成や公表はされてこなかった。結果として、政策の効果が医療や介護の質に及ぼす影響を測定することは難しい。ただし、病院団体等による自主的な質評価の取り込みは進められてきており、これらを全病院に広げる形で、質の評価と公開を進めるべきだ。

第三の問題は、NDBや介護DBのデータを他のデータとリンクできないことだ。NDBや介護DBの情報量は圧倒的だが、他のデータとリンクして使うことが認められておらず、孤立したデータベースとなってしまう。外部のデータのみならず、厚生労働省が保有する医療施設の情報や医師の情報ともリンクできない。先に述べた、所得の情報や死亡の情報についても、仮に個人をリンクすることが技術的にも可能であっても、レセプトデータとリンクして分析することはできないことになっている。

他のデータとのリンクができない理由の一つは、個人情報の保護だ。もちろん個人情報保護の観点から、個人を識別しうる情報の取扱いに慎重を期すことは論を待たない。一方で、公益性の高いデータ利用においては、個人情報の保護を踏まえつつ積極的にデータを開示していくことも重要だ。

これらの観点から、より踏み込んだデータ利用を認めている国々も少なくない。例えば、米国の高齢者や障害者を対象とした公的医療保険であるメディケアでは、提供する情報のレベルを三段階に分けて開示している。最も機微な情報を含む Research Identifiable Files の利用が認められた場合は、外部データを含む様々なデータとのリンクが可能となる。医療機関や医師情報とのリンクはもちろん、社会保障番号を用いて外部データとリンクすることもできる。

公益性の高いデータ利用には柔軟に対応する一方で、個人情報の保護にも注意が払われている。特に、データの不適切な利用に対するペナルティは厳しい。例えば、データの利用契約に反したデータ利用や開示を行った場合、\$10,000未滿の罰金もしくは5年未滿の投獄の罰則に処せられる。一方、わが国のNDBや介護DBの利用に関しては、このような罰則規定はない。不適切利用に対するペナルティとしては、データの提供禁止や違反者の公表等にとどまる。

罰則規定が緩いため、現状ではデータ提供の度合いを制限せざるを得ないとも考えられるが、政策立案に有用なエビデンスを示すためには、様々なデータとのリンクが重要だ。今後、罰則強化等の施策とセットで、より広く柔軟にデータ利用を認める方向に舵を切るべきではないだろうか。

データの爆発的な増加と分析手法の進化に伴い、政策立案に有用なエビデンスを構築できる可能性が広がっている。本稿で議論したデータ整備に関する課題を克服し、エビデンスに基づく医療政策の立案が更に進展することを期待したい。