

INTERVIEW

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授
松田晋哉先生



地域をベースにした ビッグデータを作ろう!

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

へき地にはデータがない

山田隆司(聞き手) 今日は産業医科大学の松田晋哉先生にお話を伺います。松田先生はDPCデータ調査研究班のデータ収集の中心的な役割を担われました。先生には、ぜひ今こういったビッグデータからどんなことが分かるのかといったことを伺いたいと考え、6月25日に地域医療振興協会が開催したへき地・地域医療学会のシンポジストとして登壇していただきました。

今日のインタビューでは地域の現場で医療に従事する医師がそのようなデータをどう活用できるのか、また今後どのような関わりが可能なのか、お話を伺えればと思います。

松田晋哉 私は1991年から92年にフランスに留学したのですが、ちょうどフランスではGPのステータスを上げていこうというムーブメントがあっ

たのです。当時GPが日常診療を研究につなげていく作業をするのに、とても重要な教科書「Epidémiologie sans paine:易しい疫学」がありました。そこには疫学というのは難しく考える必要はなく、自分たちがやっている医療をエビデンスにつなげていけばいいのだということが書かれていました。

例えば、インフルエンザの予防接種をした人としなかった人で、その後どうなっているかを追跡するだけで立派なデータになるわけです。地域のGPたちがそういったデータを集積すれば医療計画を考える際の予防計画のデータとなると思います。現在私は福岡県の地域医療計画を手伝っていますが、へき地に関しては書くことがないのです。それはなぜかということデータが

ないからです。

山田 なるほど。

松田 へき地診療所がここにあつて、その診療所をどう支えたらよいかという話はあるけれど、ではそのへき地でどんな診療がされていて、そもそもへき地にどういう問題があるのかというデータが全くない。私は実は岩手県の山の中のへき地出身なのですが、私の育ったへき地は、割と子どももたくさんいて、ただ都会から遠くて交通が不便で、でもそこに医療もあるというイメージなのです。

何をもってへき地性というのかというのはまた別の問題ですが、へき地はプライマリ・ケアが保証されていれば医療はそれほど困らないの

です。ただその日常のプライマリ・ケアをやってくれる先生が問題なわけです。ではそのプライマリ・ケアの有益性をどういうふうに見ていくかという、そういう視点から新しい疫学が必要なのではないかと思っています。

山田 自治医大の卒業生というのはへき地に派遣されて、それぞれにその地域のニーズに応じて診療を頑張ってきたと思っています。しかし、その医師がいることでどういうふうに変更したかとか、あるいはこれまで自治医大として支えてきた全国ネットワーク、その実績はどういうもので、30年、40年前と比べて何が違って何が変わっていないかということが、第三者から見て分からない状況かもしれません。

レセプトからデータ化を

松田 まずへき地で行われている医療がどんなものかという記述が必要だと思います。それもそんなに難しいことではない。レセプトを集計するだけで分かります。レセプトによってどういう病気が多く、どのくらいの年齢の人が多く、しかもその人たちがどういう受療行動をしているかが分かるわけです。だからまずそのデータを作る。そこからではないかと思います。

山田 へき地の医療機関にとって唯一たどりつけるのはレセプトデータくらいですが、少なくとも診療報酬をもらっている介入行為は分かりますね。

松田 ケアのパスも分かります。しかもへき地の場合は役場も近いので介護とつながられます。医療と介護を総合したデータが作れます。

一方で懸念されるのはケアギャップです。このケアギャップにはいろいろなギャップがあつて、そこに住んでいることによって適切な医療

にかかれないという地理的なケアギャップもありますが、むしろ問題なのは知識のギャップです。例えば降圧剤の使い方というのは医師の卒業年次によるというデータがあります。

山田 そうそう！

松田 私の世代が好きなのはCa拮抗薬ですね。

山田 本当にそうです。われわれの下にならないとACE阻害剤やARBが出てこない。

松田 そうなんです。逆に1つ上になるとβブロッカーと利尿剤なんですね。ですから生涯学習の仕組みを作っていかなければいけないということですね。

高血圧にしても、糖尿病にしても、高尿酸血症にしてもプロトコルがあるわけで、それを基にしたデータを作つて、フィードバックしていくことが臨床疫学の仕事だと思います。そうすると、例えば地域医療振興協会の運営する全ての施設からレセプトを集めれば、高血圧に対