

連載

ヘルスサービスリサーチ(6)
地域ケア活動の評価筑波大学大学院人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻
ヘルスサービスリサーチ分野 柏木 聖代 田宮菜奈子

1. はじめに

国や地方自治体、機関における現実の健康政策や施策、保健事業の評価や決定を仮定するモデルは非常に複雑である。政策決定過程においては、複数の異なる目標や価値観などが関与しているため、政策がもたらす結果には不確定要素が大きく、意図した結果や予測した結果もあれば、そうでない結果もある。また、政策がすべて実行されないことも多く、さらには具体的な実行内容については地方公共団体や機関などに任せられ、施策や事業の目標やそのための要件が具体的に設定されていないことも少なくない。そのため、ヘルスサービスの内容やサービスを受けた個人や対象集団の反応は、国や地方自治体の健康政策だけでなく、サービスの供給体制や環境によっても異なってくる。さらに、近年、国や地方財政は逼迫し、資源の再分配、費用抑制は大きな課題となっていることに加えて、少子高齢化が進展し、家族構造の変化、地域の健康問題はさらに多様化・複雑化している。現代社会における健康課題の分析や政策、施策、保健事業の評価は、もはや個別学問の方法論では対応しきれなくなっている。

ヘルスサービスリサーチは、「個人や集団のためのヘルスサービスの構造や過程、効果についての知識と理解を増やすため、ヘルスケアサービスの利用、コスト、質、アクセシビリティ（利便性）、供給、機構、財政、アウトカムを調べる基礎的ならびに応用的な調査研究の学際的分野」であり（Institute of Medicine, 1995）、こうした問題を解決するための方法の1つであるといえる。実際に、「地域や集団における健康課題は何か？」「現在の健康水準は（どのくらい健康なのか？）」「行政としてどの健康課題に対してどう対処すべきなのか？」「新たな事業の効果をどのように把握したらよいのか？」「介入の効果は何か？」「どのような体制によってどのような効果が得られるのか？」「選択された介入は効率的な方法なのか？」といったニーズアセスメント、プログラムやアウトカム評価に関する研究、さ

らには健康政策そのものを評価し、そのあり方や方向性を示した研究などが欧米を中心に数多くみられ、政策立案過程においてエビデンスとしても活用されてきている¹⁾。わが国の地域ケア活動においても情報公開等の流れから、行政で把握している地域の健康課題やその成果等についての説明責任が問われる時代となってきた。しかしながら、地域ケア活動の評価やこうした結果に基づいた保健医療計画や施策、事業がこうしたヘルスサービスリサーチに基づき展開されているかということ、未だ試行錯誤の状況なのではないかと考える。そこで、本稿では、地域ケア活動の評価に際し、ヘルスサービスリサーチを具体的にどのように展開していけばよいかについて解説する。

2. ヘルスサービスリサーチの実際

1) 問題の発見と特定化

ヘルスサービスリサーチの第一歩は、現在、個人または集団がどのような問題に直面しているのかを見極めることである。ヘルスサービスリサーチを行うために問題を探すのではなく、問題があるからヘルスサービスリサーチを行うのである。多くの場合、地域ケア活動を行おうとする時点ですでに様々な問題が観察されている。

例えば、ある市は「高血圧や糖尿病の有病率が県内で最も高い」ことがわかったとする。そして、その理由として「特定健康診査の受診率が低い」ことが考えられていたとする。次の段階としては、その問題を特定し、疑問（リサーチクエスションの基）という形で詳細に述べてみる必要がある。例えば、「なぜ、40歳以上の住民のなかに特定健康診査を受けていない者がいるのか？」「どのような要因が特定健康診査を受けるのを妨げているのか？」「特定健康診査を受けている人は受けていない人に比べて高血圧や糖尿病の有病率が高いのか？」などである。このように、発見された問題について、疑問という形でできるかぎり具体的に言及していくことが

その次の段階に進む鍵になる。しかし、すべての疑問を一度に明らかにすることは難しく、どれに焦点を当てるのかを決めておくことがこの時期大切になる。

2) 仮説の設定, モデル化

具体的な疑問が定まったら、次にすることは仮説 hypothesis を立てることである。この一連のプロセスは疫学研究と似ている。仮説は疫学研究と同様に、一般に X が原因でアウトカム Y (Donabedian の3概念のアウトカムとは異なるため注意が必要。本稿では区別するため Y とする) が発生するという因果関係の形で考えるとわかりやすい。仮説を立てる際に、Y が発生している原因 X を1つに特定することができず、原因 X が何かを探索する場合もでてくる(探索研究)。そうした場合には、Y に関連すると考えられるすべての X を設定しておく必要がある。自らの経験や観察から X を見つけ出していくことには限界があり、この時に必要になってくるのが文献レビューである(図1)。X および Y について観察可能な変数を明確にすると同時に、過去の研究ですでに明らかになった関連要因については具体的な変数を事前に確認し、これから行う研究においても可能な限り収集しておく必要がある。また、X と Y の関係に影響を与える第3の因子である交絡因子を同時に検討しておく必要がある²⁾。

性別や年齢は必ず交絡因子として扱われる。仮説によっては、地域や機関、サービス提供体制も交絡因子であるかもしれない。交絡因子の制御方法については、疫学のテキストなどを参考にされたい。

次に、モデル化である。ここでいうモデル化とは、仮説で述べた変数間の関係を可視化(図式化)する作業である。冒頭でも述べたように、健康政策や施策、保健事業の評価や決定を仮定するモデルは非常に複雑である。そのため、経験や文献レビューを通じて、仮説のモデルのなかで明らかにしようとしている問題に関係していると考えられる変数を、潜在変数を含めて全て確認し、その関係性や流れを示したモデル図を作成し、Y を説明できるか検討する必要がある。図2は、ヘルスサービスリサーチのなかでサービス利用を Y とした研究で多く用いられている1968年に Andersen が示したサービス利用の行動モデルである。サービス利用の決定には、政策、環境特性、個人特性が影響を及ぼしており、このなかの個人特性には、①素因 predisposing factors, ②促進要因 enabling factors, ③ニーズ needs factors の3つの予測因子があることを示している^{3,4)}。①~③の factor の下にある点線の各項目に例として示しているような具体的な変数が入る。先ほどの「どのような要因が特定健康診査を受けるのを妨げているのか?」の例では、Andersen のモデルのサービス利用の部分特定健康診査の受診に置き換え、関連すると考えられる変数をモデルに当てはめていくと整理しやすいかもしれない。今回は、理解のしやすさから Andersen モデルの初期モデルを紹介したが、Andersen モデルは研究が積み重ねられ、個人特性の前に環境因子(ヘルスケアシステム、外的環境)、サービス利用を含めた健康行動の

図1 仮説の設定

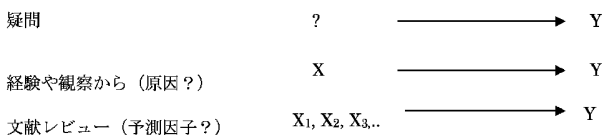
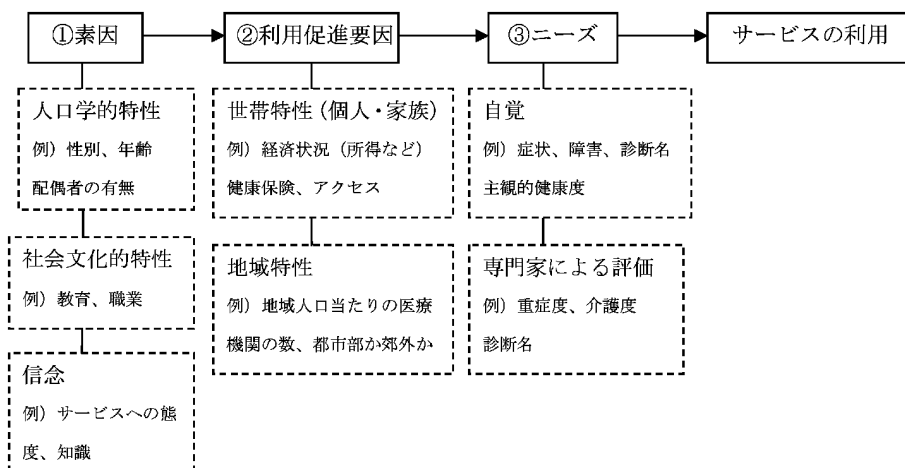


図2 Andersen モデル (1960年代の初期モデル)



文献 3,4) を基に 柏木が作成

後にアウトカムが加えられるなど⁴⁾、時代の変化とともに改定がなされている。

サービス利用をYとした研究では、変数選択に際し、Andersenモデルを参考にできる。しかし、すべての仮説にこうしたモデルが存在している訳ではなく、モデルがあったとしても国によって社会保障システム、サービスの供給体制や財政などが異なることから他の国における結果をそのまま日本に適用できないことも多い。そのような場合には、実践での経験や観察、文献レビューなどから新たな仮説やモデルが作られることもある。このようなときに役立つのがDonabedianの3概念である。立てた仮説のXとYがそれぞれ「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」のいずれに(Xについては、複数の場合もある)該当するかをまず確認する。そして、該当する具体的な変数を割り当てていく。そうすることによってモデル(変数の関係性)がみえてくるのではないかと考える。例えば、先ほどの特定健康診査受診の例でいうと、Yの特定健康診査受診の有無は「プロセス」に該当する。予測因子となる変数Xとして、性別や年齢などの個人特性に加え、「ストラクチャー」や「プロセス」に該当する項目、例えば、健康診査が行われている会場の広さ、人員体制や予算(ストラクチャー)、会場までの距離や健康診査の内容、実施スケジュール(プロセス)をあげることができる。また、特定健康診査受診の有無をXとし、高血圧や糖尿病の有病率をYとして、「特定健康診査(特定保健指導)を受けている人は受けていない人に比べて高血圧や糖尿病の有病率が高いのか?」といった特定健康診査受診の効果を明らかにする仮説やモデルを考えることも可能である。

モデル化にあたっては、交絡因子を含めた関連する可能性のある変数をすべて特定するとともに²⁾、これらの変数が実際に測定可能なものか、収集可能であるかについて確認しておく必要がある。用いられる変数や評価尺度は、評価の対象、つまり「個人」「集団」「事業」「政策」かによっても異なってくる。ここであげられる変数は、アンケート調査などにより新たに収集しなくても、健康診査結果やレセプトデータ、事業の記録などにあるデータも活用できる。普段から調査データや統計データだけでなく、どのようなデータ(具体的な変数)がどこ(担当課など)にあり、どのような手続きで入手可能であるか、過去に実施した調査も含めて調べてリストにしておくといよい。

3) ヘルスサービスリサーチの実例

ヘルスサービスリサーチの実例を2つ紹介したい。

1つ目の研究は、新たに導入された介護保険制度下で家族介護者の存在が居宅サービスの利用にどのように関連しているのかを明らかにすることを目的として行われた横断研究である⁵⁾。対象は、某市において在宅で暮らしていた介護保険の利用者237人とその家族介護者であり、介護保険制度導入1カ月後に某市が行なった高齢者実態調査のデータを用いている。

本研究の仮説におけるYは介護保険における居宅サービスの利用、具体的にはデイケア、訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与、ショートステイの利用の有無である。予測因子(X)には、利用者本人の性別、年齢、世帯特性として主介護者との関係、性別、年齢、ニーズとして要介護度を用いている。サービスの利用は、Donabedianの3概念の「プロセス」に該当することから、本研究は、ヘルスサービスリサーチの3概念のうちの「プロセス」を評価した研究であるといえよう。分析においては、サービス利用者本人など交絡因子による影響を考慮するために多変量解析を行い、各変数相互の影響を考慮している。

各サービス利用に関連する要因をみた主な結果としては、「ショートステイ」の利用は、要介護度に加え、嫁が姑を介護している場合、妻が夫を介護している場合との間に正の関連がみられた。これらの結果から、「ショートステイ」の利用は利用者のケアレベルにより介護者のニーズによって決定されるのかもしれないこと、介護保険サービスの利用決定にあたっては介護者の状況を考慮することが必要であると考察している。一方、実際に研究を進めるにあたってYに関連すると考えられるすべての変数のデータを入手することは難しい。本研究においても研究の限界として、事業所数や人員体制といったサービス提供体制(ストラクチャー)や介護保険料の支払い状況、サービス事業所から利用者宅までの距離などの地域特性(他のプロセス)などを考慮した研究の必要性を述べている。

2つ目の研究は、在宅での看取りを推進するために2006年4月に診療報酬上の制度として新設された在宅療養支援診療所の施設基準の届出に関連する要因、在宅診療の実績、診療報酬算定の現状およびその阻害要因について明らかにした横断研究である⁶⁾。対象は、つくば市にある診療所のうち在宅医療の意思表示をしていた65診療所のうち回答のあった39施設である。在宅療養支援診療所という新たな制度が導入されたことにより、届出を行った診療所のなかには、在宅療養支援診療所の看板だけを掲げ、実際には稼動していない診療所が存在するので

はないかという世の中の指摘に対する検証, 市町村により届出状況にばらつきが認められる中, 在宅療養支援診療所としての体制の確保や活動を継続していく上での課題を明らかにしようとした地域の医師会との共同によるヘルスサービスリサーチである。本研究では, 在宅療養支援診療所の施設基準の届出(ストラクチャー)をYとし, 医師数, 看護職員数, 併設施設の有無, 時間外・休日・夜間の連絡対応体制など診療所がどのようなサービス提供体制をとっているか(ストラクチャー)や, 在宅診療の実績(訪問診療・往診を行っている患者数や訪問件数など), 自宅での看取り件数(プロセス)などとの関連を明らかにした。結果では, 在宅療養支援診療所の施設基準の届出を行ったのは21施設(53.8%)であり, 届出を行った全ての施設において在宅診療の実績があった。届出に有意な関連があったのは, 「時間外・休日・夜間の連絡体制をもつ」「訪問診療患者数が多い」「自宅で看取った患者がいる」等であった。未届け理由および在宅療養支援診療所としての活動の主な阻害要因は24時間往診体制確保であった。また, 在宅療養支援診療所を届け出ている診療報酬を在宅療養支援診療所区分で算定していない施設もあり, その理由は患者の経済状況が最多であったことを本研究で明らかにしている。

3. おわりに

今回, 紹介した地域ケア活動の評価に限らず, 近年, 日本のヘルスサービスリサーチが国内外の学術

誌でみられるようになってきた。本学会誌に掲載されている論文のなかにもヘルスサービスリサーチに該当するものが多くみられる。公衆衛生の実践の専門家と様々な学問分野の専門家はその価値観や個別の方法論を超えて協働し, その成果が発信されてきた表れであるといえよう。今後, わが国において, さらなるヘルスサービスリサーチの推進とこうした成果を発信する研究拠点の構築が重要になっていくと考える。

文 献

- 1) Shi L. Health Services Research Methods. Albany: Delmar Publishers, 1997.
- 2) 田宮菜奈子. 保健事業評価の実際. 保健師雑誌 1998; 54(2): 114-119.
- 3) Andersen R M, Newman J F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society 1973; 51(1): 95-124.
- 4) Andersen R M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1995; 36(1): 1-10.
- 5) Tamiya N, Yamaoka K, Yano E. Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. Int J Qual Health Care. 2002; 14(4): 295-303.
- 6) 柏木聖代, 田宮菜奈子, 室生勝, 他. 在宅療養支援診療所の届出と診療報酬算定の現状およびその阻害要因. 日本プライマリ・ケア学会誌 2008; 31(4): 229-236.