

連載

ヘルスサービスリサーチ(9)

「保健行政とヘルスサービスリサーチ」

杉並保健所 保健予防課 坂野 晶司

はじめに

行政機関の機能のうち、ヘルスサービスリサーチ（以下、HSR）に包含または隣接する領域について、現状を概説したい。行政機関におけるHSRというのはやや場違いな印象があり、実際2011年現在の現場ではいまだ馴染み薄い概念である。

地域保健法で保健所の事業のうち「行わねばならない事業」（第六条一項から十四項）と「行うことができる事業」（第七条一項から四項）としてあげているが、HSRは主に同法第七条一項および二項での「所管区域にかかる情報収集、整理、活用と調査研究」に該当する「行うことができる事業」といえる。

本稿でも地域保健法に記載の情報収集（インプット）、整理、活用（アウトプット）にわけて同法および医療法、関連法での実際の運用と問題点について考察したい。

改正医療法により、行政は4疾病5事業（4疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療）を医療計画に盛り込むことに努めなければならない¹⁾こととなった。そのため、行政機関においてもHSRの考え方を敷衍し、医療介護施設を「ストラクチャ、プロセス、アウトカム」の3軸での評価を導入することが求められている。

なお、本稿では医療施設と介護保険法（介護老人保健施設など）に規定する施設をあわせたものを便宜的に「医療介護施設」として表記している。介護保険施設については本連載「7」に詳細な言及があるのであわせてご参照いただきたい。

保健所組織の多様化と二次医療圏との乖離

近年の医療介護施設をめぐる変化はひとえに二つのキーワードに集約されるであろう。ひとつは他国に類例を見ない速度で進行する高齢化であり、このことは医療介護需要の爆発的増加を意味する。もうひとつは「医師不足」に代表される医療・介護を提

供する側の人材不足（偏在）である。これらにくわえ、「限界集落」なる言葉に象徴される超過疎化、「消えた百歳」問題で表面化した「無縁化」など、医療介護周辺の状況は困難さ・複雑さを増すばかりである。この状況下で行政に課せられる課題もますます大きくなっているが、一方では行革の名のもとに行政側のマンパワーも著しく減少しており、「選択と集中」の掛け声のもと、組織の合理化というかたちで具体化されることとなった。

地域保健法施行令第一条で保健所を設置する市について、指定都市+中核市+狭義の保健所政令市としている。これら広義の保健所政令市に加えて、都道府県と東京特別区が保健所を設置する自治体である。

文献²⁾によると、広義の保健所設置市+東京特別区でみた場合、保健・環境・福祉部門がそれぞれ単独組織で存在している自治体が36.1%、保健福祉が一体化して環境部門が独立している自治体が54.2%、保健と環境が一体化して福祉部門が独立している自治体が2.4%であった。非常に概略的な評価であるが、約半分の保健所設置市では保健福祉が一体の運用になっているといえよう。保健・医療と福祉の連携が求められてはいるが、組織の点では課題が多い。すなわち、一体的運用が望まれるのだが、本当に一体的に運用すると組織が巨大化してしまうため、現実的には困難な自治体も多い。

近年では指定都市の人口要件緩和（法的な指定都市の人口要件は人口50万人以上だが運用面の緩和）と平成の大合併などにより、岡山市（2009年4月指定）・相模原市（2010年4月指定）が指定都市となった。今後熊本市の指定都市移行が予定されている。

文献²⁾によれば、広義の保健所設置市+特別区の人口は5164万人であり日本全体の40.6%を占めている。いわゆる県型保健所管轄区域の人口7537万人である（平成20年度）。その後の市町村合併と人口の都市への移動などを考慮すると、現時点で全国民のほぼ半数弱が広義の保健所設置市か特別区に在住し

ているといえる。

また、指定都市の運用要件緩和によりたとえば特別区では世田谷区などはすでに人口80万を大きく越え（平成22年国勢調査速報人口878,056人）、指定都市の運用上の要件を十分満たすようになっており、今後ますます保健所の態様が多様化することが予想される。

このことが「保健所」という用語が指し示す先の流動化を示している。二次医療圏毎にひとつの保健所という原則は東京特別区以外でも崩れつつある。地域保健法上、「必置」であるからおいてはいるが、いわゆる二枚看板で最小の機能に絞っている保健所もあれば、逆に関連ある部署を取り込んで大きな組織になっている保健所もある。

保健所設置市の圏域は二次医療圏と一致しない場合が多いため、保健所の事業のうち HSR に該当する部分が、明示的でなくなる可能性が高くなるわけである。

情報収集（インプット）

行政が行うべきヘルスサービス評価の項目を、改正医療法であげられた「4疾病」別にストラクチャ・プロセス・アウトカムの3軸で評価する際に検討すべき事項を前出の課長通知¹⁾などから抜粋して表に示した。

行政機関に医療介護施設の情報が入るチャンネルは設立時や指定時に法・規則に定められた事項の情報が制度的に入ってくるが、この情報は評価の3軸の中では主に「ストラクチャ」軸に関係するパラメータである。

たとえば、無床診療所開設の際、医療法第八条に基づいた届出（医師以外のものが開設する場合、届出ではなく同法第七条の許可申請）が必要であるが、この届出書類には管理する医師、所在地、診療時間、従事者等の情報が記載され、これらは行政が管理する情報となる。また、定期的・不定期的な立ち入り検査の際の情報、たとえば食中毒や感染症などが発生した場合に感染症予防部門や食品衛生部門の職員が立ち入ることなども想定されるし、医療法第二十五条に基づく立ち入りという状況もありうる。

精神科病院については地域保健法第六条や精神保健福祉法などで規定があるだけに、保健所とのパイプは身体科よりも太く、より細かい情報が行政側にインプットされうる。また、結核病棟のある病院には感染症部門経由で情報が行政側にもたらされる。また、住民健診などを医師会に委託しているような場合は、折につけ医療機関と行政側が対話する中で、情報が行政側にもたらされることになる。

保健師等の住民からの相談を受けているチャンネルからは「あの病院は良かった（悪かった）」という情報が多く入るが、このチャンネルの情報は悪かった方向に大きなバイアスの可能性がある情報であり、評価する場合は周辺の情報を含めた慎重な検討が必要になる。

いずれにせよ行政には複数のチャンネルから医療介護施設の情報がインプットされるが、あくまでそれは施設のポテンシャルを一面的に評価した情報に過ぎないということを認識しておく必要がある。

情報の整理

次に、インプットされた情報を行政内部で如何に評価するかが問題となる。前述したように、非常に組織によって名称が異なっているので、本稿においては便宜的に以下の表記を用いる。

市町村業務部門

保健師等の専門職がいて、住民の相談などに対応している部門である。日頃より各種の相談などに対応しており、関連する施設に関する情報集積は高い。

しかし、高齢者関係部門を分離している組織では、高齢者関係施設の情報は介護保険を掌握している部門が握っている場合が多い。典型的な保健所の場合は、この部門は感染症や精神などに特化して一般的な相談機能は市町村に委ねられている場合が多い。

障害者施策部門

障害者福祉部門には主に障害者関係の施設の情報が入る。先に示したように保健と福祉の一体運用がなされている自治体が都市部では約半数である。

現在、この部門では HSR とは密接な関係は今のところは少ない。しかし、三障害一体化運用を指向している自治体では精神障害者の身体医療の問題を常に考慮せねばならない。一例を挙げれば、近年の精神疾患患者の「入院から地域へ」の動き³⁾によって、患者が入院を要する身体疾患（たとえば悪性腫瘍など）になった場合、受け入れる医療機関がなかなか見つからないということがしばしば発生する。組織の壁を越えた連携が重要になってこよう。

医事部門

保健所の生活衛生部門で所轄している場合が多いが、免許部門と監視部門が分かれている場合もある。前述したように、この部門には医療機関の主に「ストラクチャ」軸の情報が集積している。後述する医療安全支援センターの運用に関与している場合もあるであろう。いずれも HSR の面でははずして

表 4 疾病の評価指標の一例

	ストラクチャ	プロセス	アウトカム
がん	<ul style="list-style-type: none"> がん診療連携拠点病院数, それ以外の専門的ながん診療を行う病院数 がん診療連携拠点病院整備状況 放射線療法や外来化学療法の実施状況, 緩和ケアチームや緩和ケア外来設置状況 診療ガイドライン等に基づき作成された CP 整備状況 相談支援センターの整備状況 地域連携 CP の整備状況 	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙率 医療用麻薬の消費量 がん患者の在宅死亡割合 	年齢調整死亡率 (75歳未満)
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の専用病室を有する医療機関およびその病床数【急性期】 t-PA による脳血栓溶解療法の実施施設基準 (日本脳卒中学会によるもの) を満たす医療機関数【急性期】 リハビリテーションが実施可能な医療機関等の数【急性期・回復期・維持期】 訪問看護ステーション数【維持期】 	<ul style="list-style-type: none"> 健康診断・健康診査の受診率【予防】 発症から救急通報を行うまでに要した平均時間【救護】 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間【救護】 t-PA による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施率および実施数【急性期】 地域連携 CP 導入率【急性期・回復期・維持期】 入院中のケアプラン策定率【回復期・維持期】 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅等生活の場に復帰した患者の割合 発症1年後における ADL の状況 脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数 (要介護度別) 年齢調整死亡率
急性心筋梗塞	<ul style="list-style-type: none"> CCU を有する病院およびその病床数【急性期】 冠動脈造影検査および治療が実施可能な医療機関数【急性期】 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数【急性期】 	<ul style="list-style-type: none"> 健康診断・健康診査の受診率【予防】 発症から救急通報を行うまでに要した平均時間【救護】 救急要請 (覚知) から医療機関収容までに要した平均時間【救護】 来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間【急性期】 地域連携 CP 導入率【急性期・回復期・二次予防】 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅等生活の場に復帰した患者の割合 年齢調整死亡率
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関数【初期・安定期治療, 専門治療】 教育入院を行う医療機関数【専門治療】 急性合併症の治療を行う医療機関数【急性増悪時治療】 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携 CP 導入率【初期・安定期治療, 専門治療, 慢性合併症治療】 	<ul style="list-style-type: none"> 薬物療法からの離脱実績 医師の判断によらない治療中断率 DM に合併する脳卒中, 心筋梗塞の発症数 DM による失明発症率 糖尿病腎症による新規 HD 導入率 年齢調整死亡率

資料¹⁾より主要なものを抜粋して筆者が作成。CP: クリティカルパス/DM: 糖尿病/HD: 透析

考えることのできない部門である。

高齢者部門・介護保険部門

これらの部門の形態も自治体によってさまざまである。この部門には主に介護施設の「ストラクチャ」軸の情報が集積する。また、定期的な立ち入り検査を行っており、その際にある程度は「プロセス」軸の情報も見て取れるが、検査を担当する者の職種により評価の視点が異なってくるであろう。

医療体制企画部門

この医療体制構築の部分は自治体による違いが大きい。保健所内にある場合と外にある場合がある。改正医療法で登場した「4疾病5事業」の体制を構築する部門はここである。医療機関の評価は主にこの部門であろうが、介護施設の評価について上記の高齢者部門・介護保険部門が行っている場合が多い。

解決のために必要なこと

このように、保健所や行政機関の組織は非常に変化が多く、画一的に語ることは適切ではない。

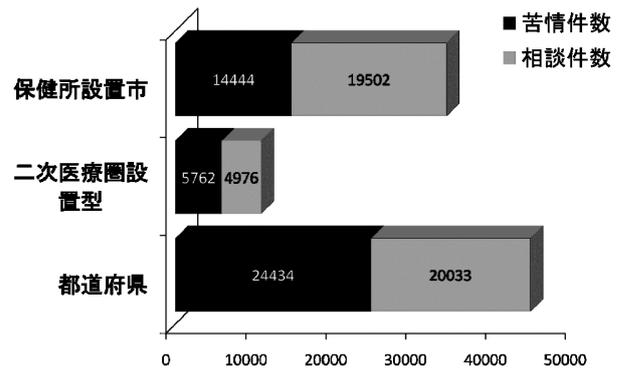
文献⁴⁾によると、市町村での保健福祉サービスの調整機能について、「行政内部の連携を調整している」ものは、「とてもしている」「している」をあわせて93.0%であったが、「NPOや地域の組織との連携調整」は「とてもしている」「している」あわせて79.7%にとどまった。今後は地域の組織を含めたより幅広い関連組織との密接な調整が必要になる。また、3軸評価において、「アウトカム」軸の項目には4疾患とも「年齢調整死亡率」が入っている。各地域で管轄圏域の年齢調整死亡率を算出できるような、数理的な検討体制の構築が望まれるが、実現は容易ではないだろう。医療統計の専門家の活用などが望まれるところである。

情報の活用（アウトプット）

医療法第六条の二で規定されているが、行政が最も苦手な分野でもある。行政から各個別の医療介護施設について、この施設は良い、悪いといった質的・主観的な評価（わかりやすい）の情報を住民に提供することは、行政組織に求められる高度な中立性もあり難しい。従って、提供される情報は設置の際に公的に報告される場所や収容能力、標榜科目や診療時間といった情報、すなわちストラクチャ軸に偏重されがちとなるが、住民がもっとも欲しているのはアウトカム軸の情報であり、乖離がある。

都道府県レベルでは、「医療機能情報提供制度」が稼働開始⁵⁾しており、厚生労働省のページから各

図. 医療安全支援センターの総相談件数



平成20年4月～21年3月 文献⁶⁾より著者作成

都道府県のページにリンクが設定されている。

平成14年医政局総務課長通知で広告可能となった各科「専門医」の有無について、行政側では体系的に管理していない場合が多く、住民からの問い合わせに応じてその都度学会のウェブページなどを参照して情報を提供しているのが実情であろう。

文献²⁾によると、保健所設置市+特別区において保健福祉に関する総合相談窓口を設置している自治体は36.1%、県型保健所のエリアにおいては市町村数ベースで27.4%にとどまった。

医療法の改正により、都道府県および広義の保健所設置市（特別区を含む）は「医療安全支援センター」を設置に努めることとなった。

平成21年12月現在、文献⁶⁾によるとすべての都道府県で「医療安全支援センター」が稼働しており、ほとんどの中核市クラスでも直近1,2年程度で整備がなされる見込みであることがわかるが、狭義の保健所政令市では整備は約半数、特別区では現時点では筆者の所属する杉並区のみが同センターを有している。これは特別区では複数の区で二次医療圏を構成しており、保健所管轄圏域と一致していないことと関係していると思われる。

この「医療安全支援センター」への総相談件数を図示したものが図であるが、保健所設置市では「苦情件数<医療相談」であるが、都道府県型保健所の場合、「苦情件数>医療相談」と関係が逆転していることがわかる。すなわち保健所設置市では「医療安全支援センター」が副次的な機能である総合相談機能の一端を担っていることが伺える。いずれにせよ、分かりやすい情報を低コストで届けるシステムの構築が必要である。

おわりに

4疾病5事業の制度構築において、ひとつの大きな壁とされてきた脳梗塞へのt-PA製剤の投与に関

しては、日本脳卒中学会がガイドラインの変更を検討⁷⁾している。

脳梗塞に対する t-PA 製剤の投与は発症から 3 時間以内である旨が課長通知⁷⁾や薬剤添付文書に記載されているが、欧米のガイドラインの変更などに伴い、このリミットが 4.5 時間に延長される方向である。添付文書の改訂などが必要になるが、これにより多くの医療圏で脳卒中の医療体制構築がなされることが今後期待される。このように、医学の進歩によって評価の目安が刻々変化するので、計画を万古不易とせず、常にアップデートできる体制の構築が望まれる。

以上、行政機関のもつべき HSR 的機能について浅学菲才を省みず概説をこころみた。近年の立法措置により行政側が行わなければならない・努力しなければならない情報収集・整理 (= 評価)・活用のボリュームは増加しているが、それに適合したマンパワーを確保することは容易ではない。一方、行政の現場では、議会・住民・関係団体・行政組織など多様なステークホルダーの利害が複雑に競合し、また近年は財政的な制約なども大きく、疫学的最適解を実践に移すことが困難な場面も多く見られる。

今後はコンパクトな組織でいかにわかりやすい情報発信を行うかが行政の課題であり、従前の方法論にとらわれないパラダイムシフトが求められよう。特に、インターネットの普及は情報発信の面で大きな変革をもたらしたが、そこには同時に「デジタルディバイド」なる負の側面をもたらした。民間活力を大胆に導入するなどの思い切った政策の転換が

求められよう。

本稿の執筆にあたり、深澤啓治杉並保健所長ほか杉並保健所各位の多大なご指導・御校閲を賜った。

文 献

- 1) 厚生労働省医政局指導課長. 各都道府県衛生主管部(局)長宛通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」. 医政指発第0720001号, 2007. <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf> (2011年2月26日アクセス可能)
- 2) 財団法人日本公衆衛生協会. 平成20年度地域保健総合推進事業「市区町村における保健機能に関する調査」報告書. 2009.
- 3) 厚生労働省. 平成21年地域保健医療基礎統計. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/kiso/21.html> (2011年2月18日アクセス可能)
- 4) 社団法人全国保健センター連合会. 平成20年度「市町村保健活動調査」「市町村保健センター及び類似施設調査」調査研究報告書. 2009.
- 5) 厚生労働省医政局総務課. 医療機能情報提供制度について. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/teikyouseido/> (2011年2月28日アクセス可能)
- 6) 医療安全支援センター総合支援事業. 医療安全支援センター設置状況 (平成21年12月1日現在). <http://www.anzen-shien.jp/information/pdf/jyoho05.pdf> (2011年2月21日アクセス可能)
- 7) 小坂橋律子. t-PA 投与が発症後4.5時間以内に延長へ. 日経メディカルオンライン. 2011年1月19日 <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t124/201101/518148.html> (2011年2月27日アクセス可能)