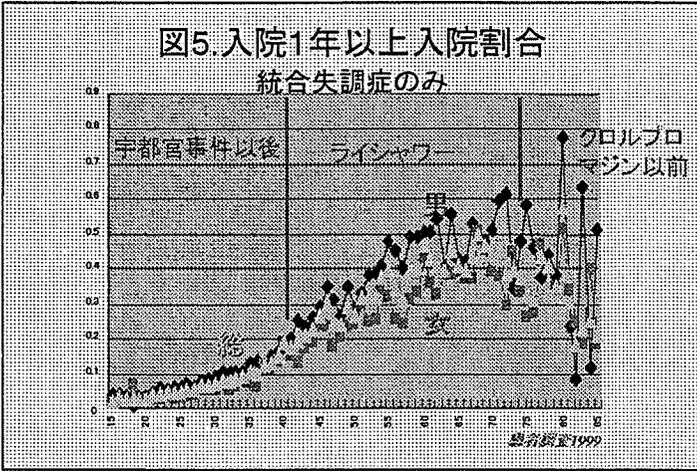
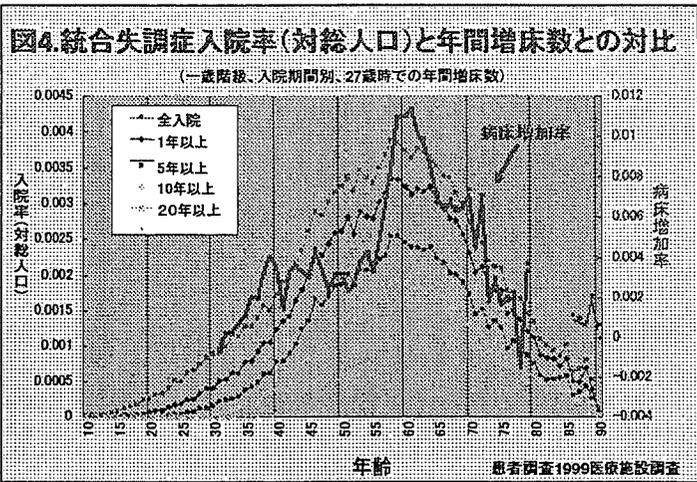


に症状が軽減するものの、50 前後に再発もしくは初発の 2 つ目の小さなピークを向かえる (図 2, 3)。クロールプロマジン以前は治療法がなく、自然緩解以外は施設にて長期入院、場合によっては生涯病院で暮らす事も稀ではなかった。1999 年の時点で 70 歳世代がそれに該当する。クロールプロマジンの発明以降は疾病の管理が可能となり、その収容の場として病院が建設されライシャワー事件以前から病院の増床が始まっていた。当初はあくまで社会復帰を目指すものであったが、ライシャワー事件により増床にさらに弾みがつき、かつ、寧ろ社会的隔離のための病床に変化した。この影響を蒙った年代は 1999 年時点で 50 代後半から以下



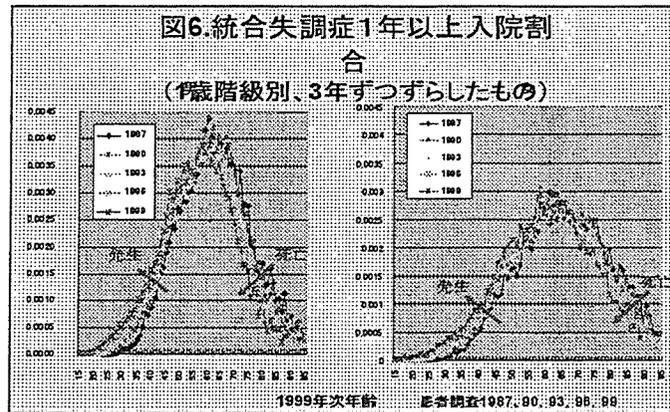
の者である。この世代では極めて長期の入院即ち診断時からの長い数十年にわたる入院が稀ではない。宇都宮事件以降の世代では、長期入院化が極めて少なくなっている。政策の変化以外には、近年若年者は症状が軽減化し、緩解と再発入院を繰り返すパターンが増えており、在院日数が極めて短くなっている。これに相当するのが、40 歳以前の世代である。このような現実を踏まえて以下の仮定を設け、1999 年の患者調査を用いて長期のシミュレーションを行った。

**仮定 1**

1 年以上の入院者と一年以下の入院者では病状が異なり、前者を長期の入院者、通常生涯の入院を要する。一方で、1 年以内の入院者は短期の入院者であり、社会復帰の可能性が高い。

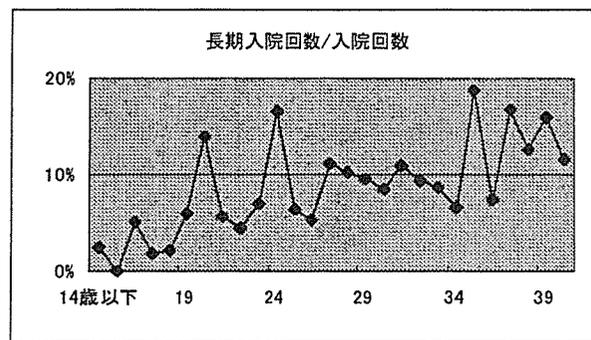
**仮定 2**

40 歳以上の入院者は既に長期に入院しており、退院の見通しはなく、入院者の数は死亡退院に比例する。



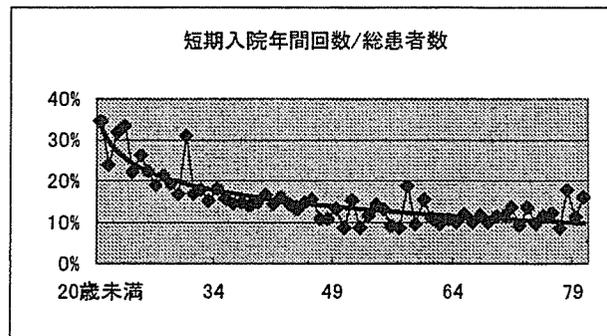
**仮定 3**

40代以下の長期入院者は入院患者の15%に発生し、生涯入院する。



**仮定 4**

短期入院者は総患者に比例する回数で入院する。平均在院日数は世代や治療によって異なるが、治療の向上によって変化可能である。短期入院者の必要病床数は入院回数と平均在院日数を掛け合わせたものである。



**方法**

**1. データ**

1999年患者調査から大分類コード22精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害に該当する主病名並びに副病名のデータを抽出した。年齢階級の将来推計は国立社会保障人口問題研究所の推計2002年版を使用した。年齢階級別の死亡率には1999年の生命表の死亡率を用いた。

**2. 計算方法**

**1) 全般自然死分析**

一年未満を短期、一年以上を長期にわけ、患者調査入院表から入院患者数を推計した。各

歳での総患者数は以下の方法で求めた。

$$\text{入患者数} + (\text{診療間隔} \times \text{再外来患者数} + \text{新外来患者数}) \times (6/7)$$

総患者あたりの入院患者数は、1歳階級別退院回数を総患者数で除すことで算出される。また短期患者の平均在院日数は1年以内入院退院患者の平均在院日数を計算したものである。

### 2) 長期患者 40歳以上のシミュレーション

1999年の入院票から1年以上入院患者の入院者数を一歳階級別でとり、それぞれが各年齢階級で死亡する過程を生命表で算出する。死亡率については別の研究で、老年期は数倍高い水準であることが判明しており、これらを反映した推計も可能である。

### 3) 40歳以下入院患者数

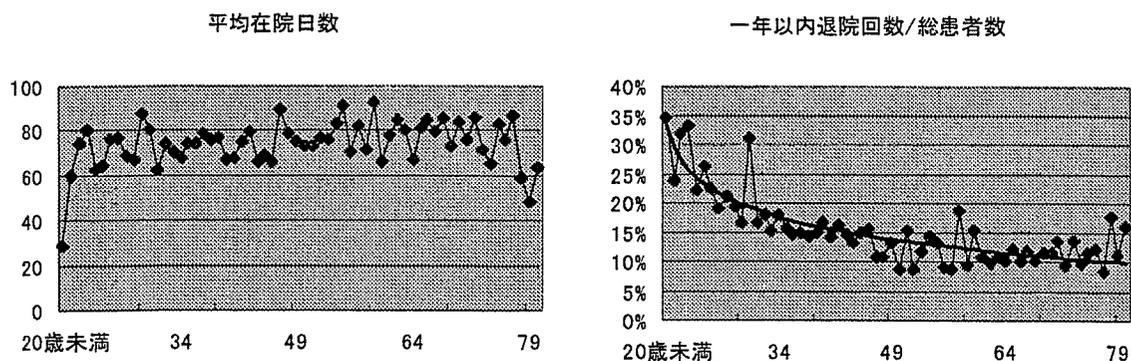
1990年時点でも長期入院患者割合は、加齢にしたがって増加し、40前後で15～20%となる。したがって総入院患者の約15%が長期入院であると仮定する。この部分については、将来増加すると考えられる。

### 4) 短期入院患者

1年以内入院患者の平均在院日数は年齢に関わらず約74日、また総患者あたり入院率も年齢に関わらず一定で14%であった。そこで、これらの数値をもちいて、年齢階級に関わらず平均在院日数を74日、60日とした2通りのシミュレーションを試みた。

$$\begin{aligned} & (\text{99短期入院患者数} \div \text{99精神分裂病総患者数}) \times (\text{99精神分裂病総患者数} \\ & \div \text{99各歳人口}) \times \text{将来人口} \times \text{平均在院日数 (74、60)} \end{aligned}$$

y 結果



1.40歳以上の長期入院者推計99年：185514 男 115821 女 69693

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
男	102421	88047	70117	50618	32344	17258
女	51176	35362	21256	11319	4339	813

2.40歳以下の長期入院者推計 99年 18211（入院票） 退院回数月 511

2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
54,657	72,604	92,863	115,252	134,358	146,297

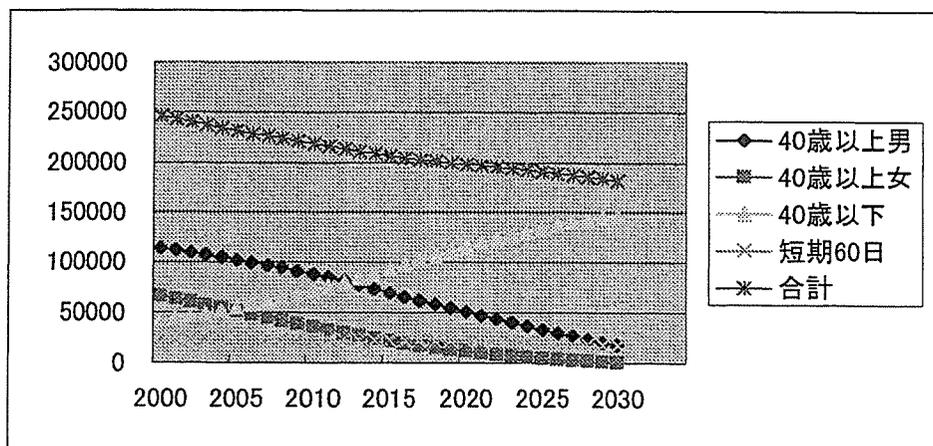
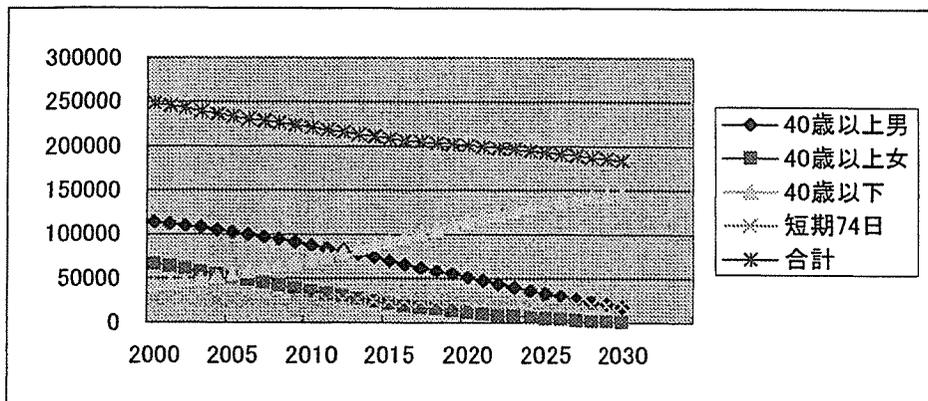
3.短期入院患者の推計（74日，60日）；99年 45832（入院票） \*退院回数 10376(×74/30)  
=25593)

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
74日	25,618	25,234	24,516	23,207	21,242	18,854
60日	23,079	22,733	22,086	20,907	19,137	16,985

4.入院総患者の推計；

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
短期74日 の場合	233,872	221,247	208,751	200,396	192,283	183,222
1999年か らの増減	17,214	4,589	△ 7,907	△ 16,261	△ 24,374	△ 33,436
短期60日 の場合	231,333	218,746	206,321	198,096	190,178	181,354
1999年か らの増減	14,676	2,089	△ 10,336	△ 18,561	△ 26,479	△ 35,304

\* 1999年の実際値は患者調査入院票の値である



## Part 2.

### 精神病院入院患者

#### 1.はじめに

パート 1 では統合失調症を対象に、将来予測をおこなった。ここでは精神病床に入院する全ての患者のうち、老人性痴呆の約 8 万人と条件を整えば退院可の 7.2 人を除く 29 万人について、パート 1 で行った仮定と類似の仮定を設定し推計を行った。即ち、40 歳以上の患者は長期入院の場合、死亡退院即ち生命表にしたがって減少する。

#### 方法

##### 1.データ

1999 年患者調査入院票、退院票から精神病床（その他の精神病床）に入院する患者を抽出した。さらには、主傷病大分類の血管性及び詳細不明の痴呆、アルツハイマー病以外の患者を分析対象とする。年齢階級の将来推計は国立社会保障人口問題研究所の推計 2002 年版を使用した。年齢階級別の死亡率には 1999 年の生命表の死亡率を用いた。

##### 2.計算方法

###### 1) 長期患者 40 歳以上のシミュレーション

前述のデータより 1 年以上入院患者の入院者数を一歳階級別でとり、それぞれが各年齢階級で死亡する過程を生命表で算出する。

###### 2) 40 歳以下入院患者数

1990 年時点でも長期入院患者割合は、加齢にしたがって増加し、40 前後で 15～20%となる。したがって総入院患者の約 15%が長期入院であると仮定する。この部分については、将来増加すると考えられる

###### 3) 短期入院患者

1 年以内入院患者の平均在院日数は年齢に関わらず約 55 日であった。そこで、年齢階級に関わらず平均在院日数を 55 日としたシミュレーションを試みた。

$$(99 \text{ 短期入院患者数} \div 99 \text{ 各歳人口}) \times \text{将来人口} \times \text{平均在院日数 (55)}$$

#### 結果

1.40 歳以上の長期入院者推計 1999 年男 87435, 女 72739OK

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
男	67,508	49,358	31,340	17,192	6,750	1,309
女	47,948	32,424	19,383	10,314	3,990	767

2.40歳以下の長期入院者推計 1999年；20228（入院票）OK

2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
44,482	63,962	85,311	108,663	129,572	144,330

3.短期入院患者の推計（55日）1999年 138808（入院票）

2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
158,793	169,937	178,012	183,496	183,780	180,878

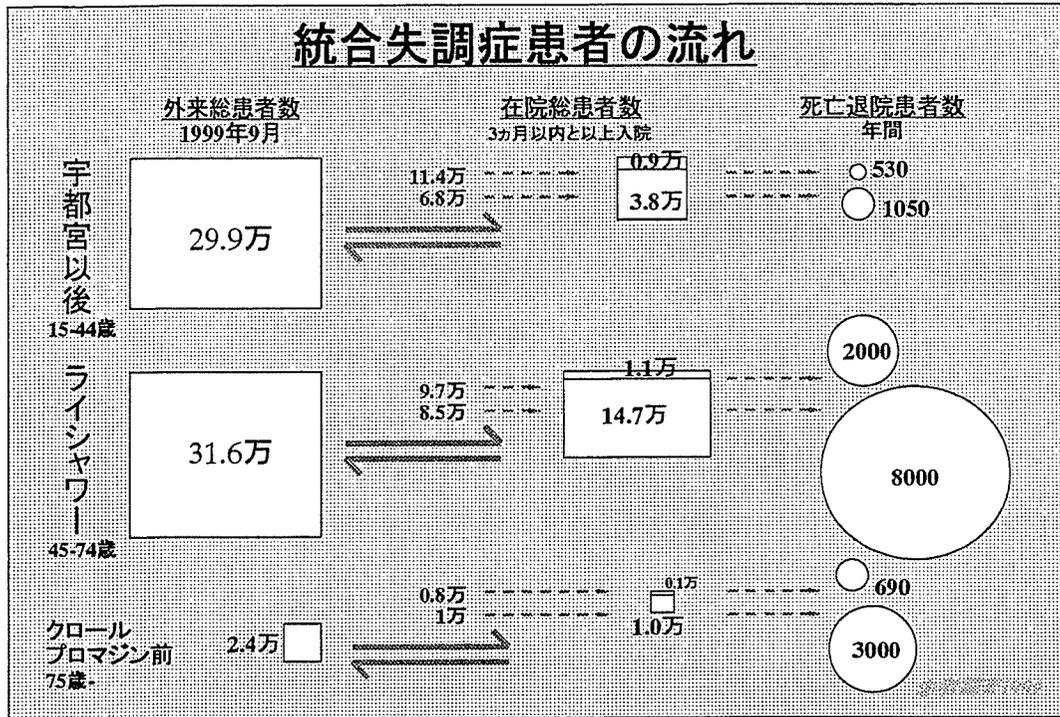
4.入院総患者の推計 1999年 360841（入院患者合計）

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
予測値	318,731	315,681	314,046	319,666	324,093	327,283
1999年からの増減	△ 42,110	△ 45,159	△ 46,794	△ 41,175	△ 36,748	△ 33,557

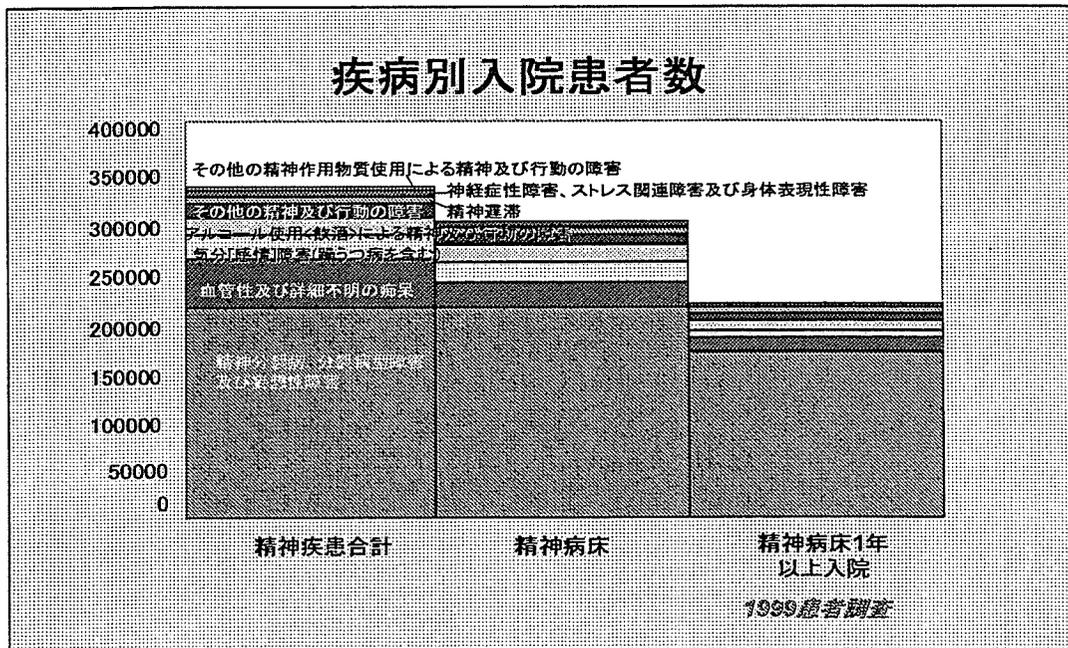
\* 1999年の実際値は患者調査入院票の値である

統合失調と異なり、短期入院患者が多数存在し、この存在は無視できない。短期は不変と考えた場合、長期のみの低下となり、結果的にはパート 1 の推計の減少度合いと差異はないと考えられる。パート 2 での分析は統合失調症の仮定を全精神病床に適応するのには無理があるが、長期に限れば、前述のようにほぼ統合失調症と同様の結果となる。

## 統合失調症患者の流れ



## 疾病別入院患者数



---

---

## 結核病床の効率と費用に関する研究

---

---

### 1. 研究背景

近年、わが国における結核の「再興」とその対策の必要性が問われるようになって久しい。わが国の結核患者数は、1950年以降めざましく減少したが、近年高齢者の再燃や多剤耐性結核患者等の重篤な症例の増加に伴い、1996年以降、罹患率の上昇傾向が生じている。1999年、厚生大臣（当時）による「結核緊急事態宣言」が発せられ、その後、2000年以降は増加傾向こそ抑えられたものの、現在も結核患者数は、「緊急事態宣言」前の水準と同程度で推移している。

厚生科学審議会感染症分科会結核部会<sup>1</sup>によると、現在の結核の状況は、1950年当時の、「高蔓延状態」「若年者中心の罹患」「医療提供体制の未整備」「標準的治療に反応する者が大多数」という状態から、「大幅に改善したが、以前として中蔓延状態」「高齢者・ハイリスク者中心の罹患」「地域格差の拡大」「予防・医療に関する知見の蓄積」「患者の病態の多様化、複雑化」を特徴とするものへ大きく変化を遂げたとされている。このような現状に鑑み、同審議会部会では、今後の結核対策についての具体的対策の見直しとして、大きく分けて①結核の予防・早期発見、②医療の提供、③インフラの充実強化、の三点について見直し項目を挙げ、その見直し実現のための方策をあげている。しかしながら、同報告書では「結核病床の機能分化と計画的整備確保」について触れているが、その効率性・費用に関する点については、特に言及はない。費用に関して、結核診療にかかる医療費の公費負担のあり方について、適切な診療を推進するための経済上のインセンティブを与える意味合いでの言及のみされている。

---

<sup>1</sup> 平成13年1月の中央省庁等改革に伴って、新設。結核やそれを取り巻く技術的・社会的環境が激変する中で、過去に作られた現行の結核対策体系の見直し特に、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の見直しに焦点を当て、今後の方向性を定めることを目的とした審議会。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、公費負担が原則とされている結核病床での診療において、その供給のあり方に起因する非効率の改善を検討することである。すなわち、近年の政府財政の厳しさと年々増加の一途をたどっている医療費の国民負担を少しでも軽減すべく、公費負担が原則とされている結核診療においても、その無駄を削減することの意義は十分にあるという認識に基づき、より効率的な結核病床のあり方を模索することで、限られた予算でより効果的な医療の提供をめざすことにある。

## 3. 結核病床の現状と問題点

わが国における結核病床数は 1970 年代をピークに患者数の減少とともに減少の一途をたどり、1970 年には人口 10 万対 170.6 床（総数 176,949 床）であった病床数は、1999 年には人口 10 万対 19.6 床（総数 24,883 床）まで減少している。一方結核の平均在院日数も、1965 年の 409 日をピークに現在では、1999 年 102.5 日まで短縮されている。これは抗生物質の発展を中心とした医療技術の発展に大きく起因するものであるが、102.5 日というわが国の結核病床の平均在院日数は欧米諸国に比較しても以前として長く、今後 E B M の推進に従い、D O T S や標準診療法の徹底とともに、更なる短縮が進むことが予想されている。一方、1950 年代以降の急激な患者数の減少は、現存の結核病床の利用率の低さに大きな影響を与えている。1999 年の全結核病床の平均病床利用率は 41% と非常に低く、今後急激な患者数の増加が見込まれないことを勘案すると、結核病床維持のために費やされる費用の多くが無駄に消費されていることが予想される。

結核診療を費用の側面から見ると、日本においては、結核診療は政策医療と位置づけられていることもあり、結核予防法に基づいた公費負担が原則とされ、全国の結核病床の大部分が公的医療機関に属している（国 53%、地方自治体 19%、特殊法人等 8%、その他法人等 20%）という現状からも、結核医療そのものが公的に供給されるものであるという認識が強い。従って、その経営状態が悪い場合も他部門での収益で補う、補助金等により補填がなされるなどの処置は当然のこととされてきた。しかし、現在進行中の医療制度改革では、病院経営の効率化をめざした国立病院の独立行政法人化や公立病院民営化等が進められていること、また医療界全体での厳しい予算上の制約からは、政策医療と

位置づけられている結核診療といえども、その非効率な経営による医療資源の浪費の存在は改められるべく、改革が進められることが考えられる。そのような外部環境の変化からも、今後のより良い医療の提供のためにも、非効率部分を減らし効率的かつ効果的な結核医療提供の在り方の提案が必要とされているのである。

#### 4. 結核病床の損益分岐点

筆者が平成 13 年度に行った、診療報酬をベースとした結核病床の損益分岐点算出を行った研究<sup>2</sup>では、現行の診療報酬体系で、看護師 18 人、医師 1.7 人ほどの結核病床（50 床程度）を経営状態の良い状況で維持するためには、平均在院患者数を 43 人以上確保するような病棟でなくてはならないという結論を導いた。50 床で平均在院患者が 43 人ということは、病床利用率は 86% 以上必要ということになる。

1999 年における平均在院日数は 102.5 日であるが、前述の通り、結核の平均在院日数は今後も更に下がることが予想されるので、平均在院日数が 60 日、30 日とそれぞれ下がると、現在の病床利用率（41%）のままでも 60 日の場合で約 42% の必要病床減、30 日の場合で約 71% の必要病床数減をもたらす。これを、病床利用率 86% 以上の水準まで上げることを想定すると、平均在院日数が 60 日の場合で山形、富山、山梨、長野、島根、香川、佐賀、沖縄県が、30 日の場合で岩手、宮城、秋田、山形、福島、栃木、群馬、富山、石川、福井、山梨、長野、三重、滋賀、和歌山、鳥取、島根、徳島、香川、愛媛、愛知、佐賀、大分、宮崎、沖縄県で必要病床数が 50 床を割り込み、経営状態の良い状態で、それぞれの県に一つの結核病棟を維持することが困難となることになった。（図 1）

---

<sup>2</sup> 平成 13 年度「医療機能の分化と連携を目指した医療計画のあり方に関する研究」報告書内「結核診療の効率と展望に関する研究」

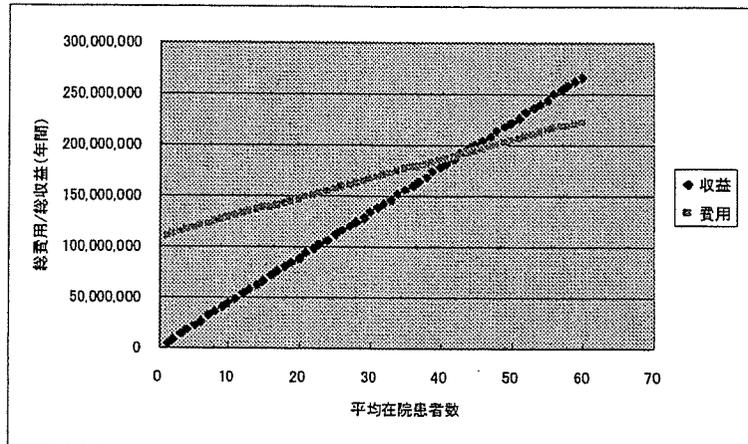


図1：結核病床における損益分岐点（診療報酬から推計）

= 平均在院患者数 43 人

### 5. 結核病床における平均在院患者数と患者一人当たりの収益・費用分布

上記、診療報酬から推計した損益分岐点と同様に、実際の結核病床の財務諸表（国立病院・療養所政策医療病棟財務諸表）から算出した、患者一人当たりの総収入と総費用（一般会計からの繰入抜）から損益分岐点を算出したものが図2である。合計103病院のデータ（特異的なデータを示した一病院のデータを除く）を用い、患者一人当たりの総収入と総費用の回帰線の交わる点を平均在院患者数で示したものである。この図より、前述の診療報酬から推計した損益分岐に当たる数値は、ここでは49人にあたることからわかる。診療報酬からの推計との差（49人－43人＝7人）については、病院毎の事情によるところも大きく、必ずしも、国立病院・療養所政策医療病棟の経営が非効率であることを示すものとはいえない。しかしながら、財務諸表上一般会計からの繰入がない状態では、全ての病棟で赤字であり、その意味で公費による費用負担が結核病床の維持に重要な役割を果たしていることを言うことは出来る。また、患者一人あたりの費用と収入との差は平均在院患者数が少ないほど広く、それは赤字幅が大きいことを示している。（図3）

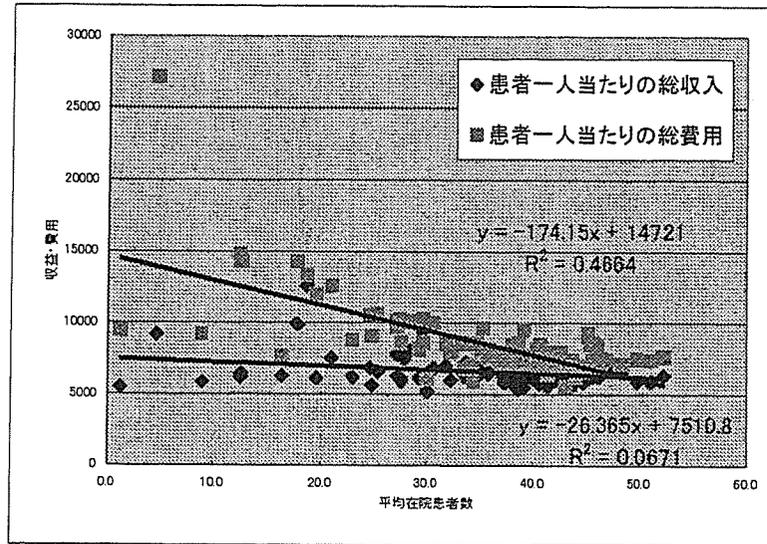


図 2 : 結核病床における損益分岐点  
 (国立病院・療養所政策医療病棟財務諸表より算出)  
 = 平均在院患者数 49 人

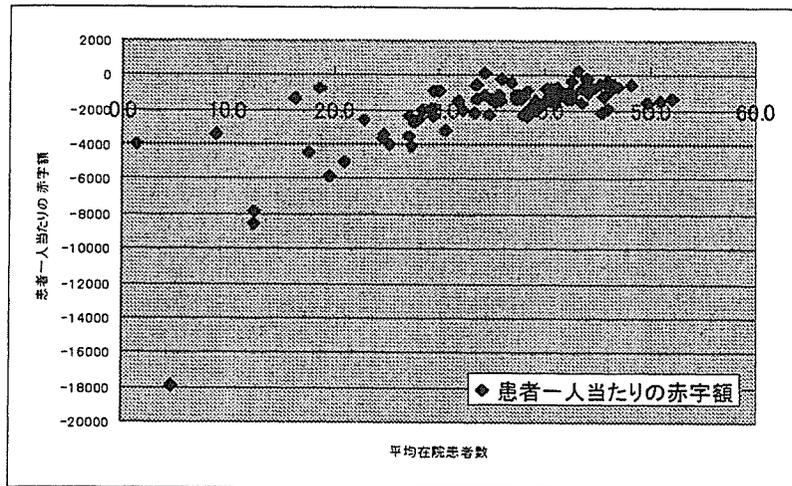


図 3 : 患者一人当たりの赤字額と平均在院患者数

同様に、結核以外の政策医療分野、すなわち公費によって医療費がまかなわれるべきとされているいくつかの病床について見てみると次のような結果を示した。(図 4, 図 5, 図 6, 図 7)

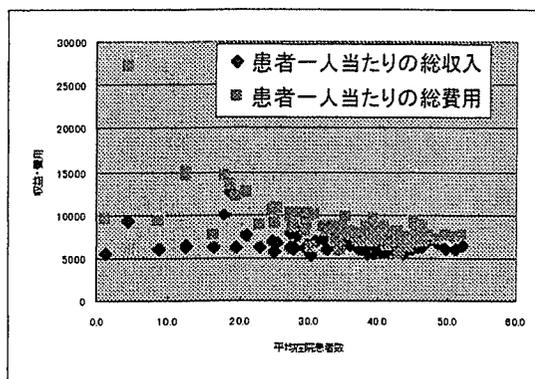


図 4 : 結核病床

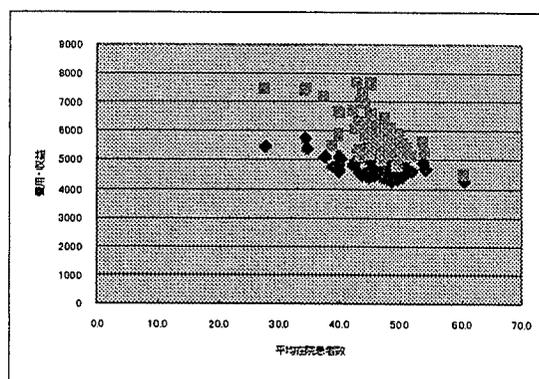


図 5 : 精神病床

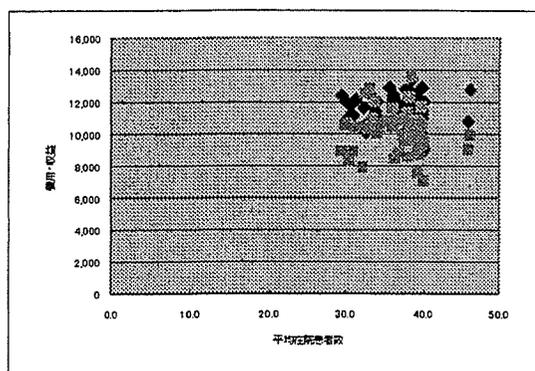


図 6 : 筋ジス病床

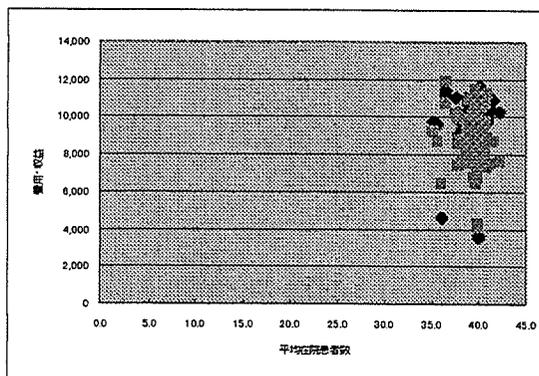


図 7 : 重心病床

これらの図から、他の政策医療分野の病棟に比べて、結核病棟が特に異なった傾向を示していることがわかる。すなわち、他の政策医療病棟では、比較的平均在院患者数にばらつきが少なく、それゆえ、総収入と総費用の乖離も少ないが、結核病棟はそれらに比較して、平均在院患者数のばらつきが大きく、総収入と総費用の乖離も顕著である。

このような違いを生じさせている原因として、結核が“感染症”であるということを忘れることはできない。結核の入院診療が原則専門病棟で行われることは法律で定められていることであり、他疾患の患者と一緒に管理することは原則として、感染拡大予防の観点からもできない。しかしながら、病棟を維持するには、人的資源を含め、それなりの費用を投入する必要がある、昨今の病床利用率の低さを考慮すると、他の政策医療病棟にくらべ、このようなばらつきが生じるは当然のことである。まして、今後、さらに平均在院日数が減少することを考慮すると、これまで同様の病床管理の方法では、平均在院患者数・病床利用率のさらなる減少を招き、総収入と総費用の乖離はこれまで以上に広がることは明らかである。

## 6. 平均在院日数短縮と結核病床費用削減

このように、結核病床において、今後の平均在院日数短縮が与える影響は甚大である。しかしながら、それは欧米諸国に比べ非常に長期の平均在院日数を有しているわが国の結核医療は入院費用としてそれだけ多くの“浪費”を結核病床で生み出しているということも意味する。表1は、1999年の県別の結核病床並びに平均患者延数、平均在院患者数を基に、診療報酬から患者一人当たり一日入院費用を16,255円として平均在院日数が短縮された場合を想定し、現在の平均在院日数の時に消費されている入院診療で使われる費用との差を県別に示したものである。非常に単純化した計算であるので、目安としての数値であるが、節減可能費用は、平均在院日数を30日と想定すると、42,292,211,730円、平均在院日数60日と想定すると、21,146,105,865円となる。もちろん、これらのかかなりの割合が入院診療費から外来診療費へ移ることになるので、この金額全てが全結核診療における費用の節減額となるわけではない。しかしながら、病棟維持にかかる費用、その他入院診療が外来診療より多くの費用を必要とすることは明白であり、その意味からは、膨大な結核医療費の削減に、平均在院日数の短縮が寄与することは明らかである。

## 7. まとめ

損益分岐点として、算出された平均在院患者数43人（診療報酬からの推計）または平均在院日数49人（国立病院・療養所政策医療病棟財務諸表より算出）はいずれも実際の結核病棟の運営において、現行の診療報酬体系のままで、達成するという観点からは、非現実的な数値であるといわざるをえないものである。すなわち、結核病床において平均在院患者数を一病院あたりで43人とするのは、一病棟のみを結核病床としている病院において（二病棟以上を持つ病院でも一病棟毎で考察する）、90~100%前後の病床利用率を持って病床回転させていなければならないことを意味する。感染症病床であること、現在の結核の新規患者の発生率などを考慮すれば、現状で、このような運営ができる病院を見つけることは不可能である。そのようなことが、図4~7で示したように、他の政策医療病棟との費用収益構造と平均在院患者数との関係の形態に違いを生じさせている原因となっていると思われる。もちろん、結核の治療の標準化が進んでいないことも一因であることは忘れてはならない。いずれにせよ、結核病棟では、平均在院患者数と費用収益構造が、他の病棟にくらべてきわめて大

きな影響を与えあっているということは明確である。さらに、このような状況下で、結核病床の平均在院日数の短縮が欧米並みまでには行かないとしても、順調に低下すれば、表1のとおり、結核入院診療にかかる費用を大幅に削減することが可能となる。但し、これはさらなる病床利用率の低下を起こすことになる。

以上のことから、今後結核病棟の運営はますます困難なものとなることが予想される。EBMの推進、DOTSの適用の拡大などは、今後のわが国における結核医療の質の向上に寄与するものであると期待されるが、それにあわせた形で、結核病棟の運営の仕方、病床数をも変化させていくことができなければ、結果として、医療費の浪費を招くこととなり、医療費増大の負担を更に悪化させる結果となろう。さらに、本稿では触れなかったが、高齢者や多剤耐性による症例などの重篤なケースや社会的弱者（ホームレスなど）の中での感染の蔓延など、単に効率性を追求するのみの結核病床の改革では、解決出来ない新たな問題も多く発生している。結核病床内での機能分化もその意味では、よりきめ細かな医療提供体制を確立し、効率的な病床運営を促す重要な要素と考えられる。

ますます結核病床維持が病院経営上難しくなる現行の環境下において、結核診療の提供そのものへの政府の役割は、その病床維持の観点からは増大していると言えるのかもしれない。その意味から、結核診療の供給における政府の役割の詳細についても、さらなる検討が必要であろう。

#### 参考/引用資料

- ▶ 厚生省保健医療局エイズ結核感染症監修：結核医療の基準とその開設、財団法人結核予防会、2002
- ▶ 厚生科学審議会感染症分科会結核部会報告「結核対策の包括的見直しに関する提言」2002年3月20日



## V 県別医療機能評価

### 1 県別健康指標

松本 邦愛 長谷川 敏彦(国立保健医療科学院)

### 2 精神病床等の都道府県別格差に関する研究

中村 健二(鹿児島県保健福祉部長)

### 3 医療資源移転と県民所得から見た公平性の分析

松本邦愛 長谷川敏彦(国立保健医療科学院)

---

---

## 県別健康評価指標

---

---

### 1. 目的

現在検討されている医療計画の全面的な改訂に際し、主体となる各県の健康状況に関する情報の提供が求められている。本稿ではこのような動きに対し、健康状況をどのように測定しうるかを検討した上で、現在得られるデータを明らかにする。

健康状況をいくつかの指標として明示することは多くのメリットを持っている。一つには、投入（資源）ではなくの産出（結果）を重視した目標を立てられること、二つ目には、他県との比較において自分の県の位置づけが出来ること、さらには目標値という形で、住民を巻き込んだ参加型の健康政策を実施することが出来ることである。現在、進行中の「健康日本 21」に於いては、主として予防の観点から 90 数個に及ぶ目標値を設定して、21 世紀型の健康政策の核としている。

地域医療計画においても、県ごとの指標を明示することは極めて有効である。本来、地域医療計画の目標は、地域間における健康格差の是正であり、これまでの医療資源の公平性のみに偏った計画から、結果を重視した計画へ計画を大きく改定する上で、各県の状況を把握することは必要不可欠の作業であると考えられる。

「健康日本 21」が「予防」を重視した計画であるとするならば、「地域医療計画」は「予防」というよりは、「治療」に重点を置いた計画であるといえる。よりよい「結果」のためには当然「投入資源」に関しても大きな問題となるが、それを超えて「質」や「効率性」、あるいは「医療の財源負担」というところまで踏み込んだ計画が必要となるであろう。そのためには医療を一つのシステムと考える思考が必要であり、それに基づく指標を考えなくてはならない。さらに、計画事態の有効性を高めるためには、疾病ごとの計画にも踏み込む必要がある。

このような目的のための情報は、地域独自で保有しているというよりも、むしろ国が把握している場合が多く、さらには国が管理しているほうが効率的な場合が多い。わが国においても、豊富な官庁統計があり、公表されているデータもしくは原票を加工することによって得られるデータのもつ情報量は極めて大きなものがある。尤も、全てのデータが利用可能というわけではなく、さらには必要と思われるデータが調査自体から欠落している場合も多々ある。ここではこれらを踏まえて現時点でどのような指標を作ることが出来るか明らかにしたい。

## 2. 先行研究

中央政府が国全体の健康政策として、健康政策のアクターとなる地方政府へ情報を提供する役割を担うといった方法を確立したのは、1980年代からアメリカで実施されている「健康増進・疾病予防：国民の目標」（いわゆる「Healthy People」）である。「Healthy People」は、10年を単位とする健康政策によって多様な個人の健康と国家としての目標を達成するために、国民一人一人の持続的な支持と参加とを必要条件としてあげている。「Healthy People」は参加型の国家健康政策とされており、第1期から第2期、そして第3期にかけて、参加は確実に拡大している。

この「Healthy People」では、多岐にわたる指標が作られている。「コミュニティの健康改善のためのモニタリングに関する委員会」の報告書<sup>1</sup>にまとめられているところによると、「Healthy People」のためのモニタリングに必要な指標として、①社会人口学的性格、②健康状態、③健康リスク要因、④医療資源のための消費、⑤機能的状況、⑥QOL、の六つの分野にわたる25に指標が用意されている。

アメリカの「Healthy People」を模範として、2000年から日本において開始されたのが、「21世紀における国民健康づくり運動」（いわゆる「健康日本21」）である<sup>2</sup>。「健康日本21」においては、健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度を目途とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促すことが目標とされている。

こうした「健康日本21」計画では、具体的な数値目標を設定し、①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・こころの健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器病、⑨がん、の分野に関して目標を設定している。「健康日本21」は、自らの健康観に基づく一人ひとりの取り組みを社会の様々な健康関連グループが支援し、健康を実現することを理念としているため、ここで設定されている目標値は「予防」に重点を置いており、医療システム全体を評価するものではない。

このような、「Healthy People」、「健康日本21」のような数値目標に対し、目標ではなく、医療システム全体を評価しようとする試みがある。WHOの「世界健康報告2000(WHR2000)」で行われた各国医療システムの評価である。WHR2000は国という単位で医療システムを比較し、それぞれの国がシステムとしてどのような問題を抱えているか、どのような解決方法が必要かを明らかにするために、独特な方法での評価を試みた。<sup>3</sup>

WHOのとった方法は、これまでシステム評価に使われてきた「効果」「公平」「効率」といった伝統的な評価方法を一度分解し、「健康結果」「応需要性」「公正財源」という新たな

<sup>1</sup> Committee on using performance monitoring to improve community health (1997) *Improving Health in the Community*, National Academy Press, Washington, D. C.

<sup>2</sup> 平成13年度厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）「健康日本21計画の普及と評価に関する研究」報告書。

<sup>3</sup> WHO, *World Health Report 2000*

尺度を作り、前二者に関してはそのレベル（平均値）と分布を、「公正財源」に関しては分布のみを計測して、これを健康パフォーマンスとし、さらに投入資源との比較から効率性を計ろうとしたものである。WHOの方法は国家レベルでのシステム評価であるが、これを地域に応用することは可能であり、地域医療システムの評価に応用できることが期待される。

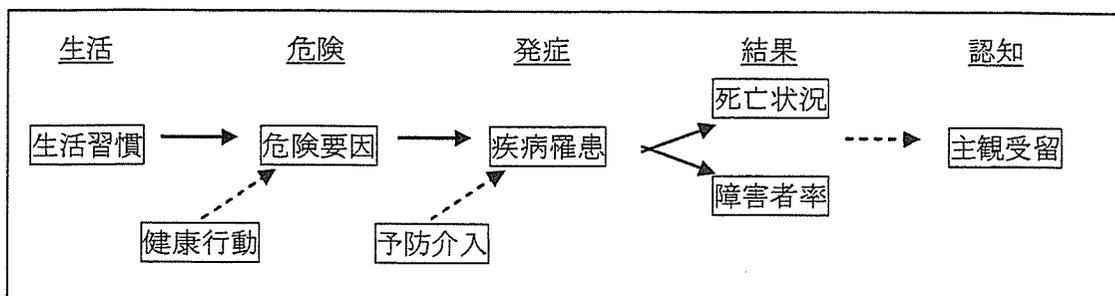
これらの先行的な評価手法と比較し、地域計画に資する評価手法とはより包括的で、かつ医療に重点を置いたものになるだろうことが望まれる。特にWHO手法の地域医療システムへの応用は地域医療計画における評価の中心的指標として期待できる。国立保健医療科学院政策科学部においては、このような視点から既に一部県別評価指標を作成している。以下に詳細を述べたい。

### 3. 県別健康評価の実際

#### (1) 「健康日本 21」における評価

前述のように、「健康日本 21」では、九つの分野において数値目標を設定しているが、この目標値のうち、官庁統計等を用いて把握できることが出来るデータは一部にとどまっている。平成 12-13 年に実施した厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）「健康日本 21 計画の普及と評価に関する研究」においては、九つの分野の数値目標に関して、「生活習慣」「危険要因」「疾病罹患」「死亡状況」「障害者率」の五つの疾病の自然史の段階に分け、さらに「生活習慣」から「危険要因」に至る段階に介入する「健康行動」や、「危険要因」から「疾病罹患」の過程に介入する「予防介入」、さらには結果をどのように受け止めるかの「主観受留」の 3 項目を付け加えて、8 分野の評価を提案した（図 1）。さらにこれらの 8 分野で、6 つの指標を国レベルで提案された指標の中から選出し、疾病の自然史に対応した健康関連指標を測定した。<sup>4</sup> ここで測定したものは、レーダー・チャートとしてまとめられ、「健康日本 21」の理念に従った形での県別比較が可能になるように工夫されている。

図 1：疾病の自然史と健康決定要因



<sup>4</sup> 長谷川敏彦、松本邦愛、北村能寛、平尾智広（2003）：「健康日本 21 のための疾病自然史に基づく健康指標の開発と都道府県別ベンチマーキング」『国立医療・病院管理研究所紀要』2003.3、pp.7-41