

2. 健康変革の国際、国内動向

1) 世界に広がる健康変革

健康変革とは保健医療界全体のシステムの改革を意味し、燎原の火のごとく世界に広がっている。本格的開始以前、その第1波はオイルショックであり、1970年代後半から80年代初頭にかけて先進国に広がった(注1)。各種の医療費対策、病床・機器の規制、平均在院日数対策等、種々の方策が展開され、日本でも需要対策を中心に直接、医療費に介入する方策が進められた。元来、自由主義的世論を持つ米国までが病床、医療機器の許認可制(certificate of need)を1970年代の半ばに導入した。改革は規制にとどまらず各国で創意工夫された。中でも米国は1980年代前半に、公的保険の病院医療費支払方式としてこれまでの出来高払いを廃止し、診断別グループ群毎の定額前払制度(DRG)を導入した。また、プライマリケアの推進による入院高度医療の減少を目指すマネージドケア、すなわち私的保健 Health Maintenance Organization による被保険人口の拡大による医療費の抑制策を打ち出した。

第2波は80年代後半から今日に至る。折しもレガノミックス、サッチャーイズムの民営化、規制緩和の嵐の中、米国の新たな試みは大西洋を越え、赤字と非効率に喘ぐ英国の国営医療(NHS)に深い影響を与えた(表1)。この健康変革の歴史的潮流を順次紹介したい。

i. アングロアメリカン世界

英国ではサッチャー政権のもと、長い歴史を持つ国営医療制度(NHS)の解体計画が推進された。国民的議論の末、NHSの大きな枠組みの存続は決定したものの、その枠内に内的市場(internal market)を導入し、管理された競争(managed competition)を推進する政策が1989年決定された。1991年にこのNHS改革は執行された。改革の中で旧来約250あった国立病院の監督機関、地方医務局は廃止され、約1500あった国立病院も独立採算制の新たな法人(NHS trust)に移管され、ビジネスマインドを持った経営者によって経営されることとなった。また開業医の一部には登録患者の入院費を持たせ、患者の代理人(エージェント)として入院医療を購入させる疑似市場(quasi market)が形成されたのである。

これらの、伝統的な国における大胆な改革策は英国からかつての大英連邦に広がり、オーストラリア、ニュージーランド等の健康変革を生むに至っている。ニュージーランドの変革は保健医療界以外の政府の改革にも見られたごとく大変過激で、ガイドラインによる医療の配給制を導入した。

英国のこだまは再度、大西洋を越え、米国に反響し、米国では医師に対する医療費の言い値出来高払いに対して日本の制度に類似した定額出来高払い(Resource Based Relative Value Scale)を導入した。同時にクリントン大統領は私的保険、HMOを基本とする国民皆保険制度の確立、並びにこれらの私的保険の管理された競争(managed competition)か

らなる改革案を議会に提出した。しかし、このクリントン改革案は 1993 年から 1994 年に至る国民的大討論の結果、廃案とされ、米国の医療界はその後一気に市場原理を基本とする HMO のマネージドケアの波に飲み込まれることとなった。

ii. 旧東側世界

英国の改革と偶然にも同期し、1989 年東欧革命、1991 年旧ソ連邦の崩壊と共にこれまで中央集権的計画経済のもとにあった旧東側諸国の医療制度も市場経済の中に移行され、種々の根本的な改革が進行している。ポリクリニックにおける、国家公務員による混合診療科のグループプラクティスは解体され、個人の開業医、すなわち外来医療の民営化が推進されている。また財源では国民の強制保険による社会保険制度の確立が求められている。

iii. 北欧世界

この潮流はまもなく独自の伝統を培ってきた北欧の福祉国家群をものみ込んでしまう。90 年代初頭、スウェーデン経済は低成長に悩み、高負担高福祉を推進してきた社民党政権が下野し、市場経済派の新政権は民営化、地方分権化政策へと転換した。医療界においても病院・診療所の役割分担の明確化、DRG の導入等病院支払制度の改革など、供給対策を中心に健康変革が計画された。医療への市場経済の導入、地方分権化、医療内容の配給制など、教科書で知られてきたコミュニティ型の福祉国家も大きく変貌しつつあるといえよう。

iv. 南欧世界

イタリア、ギリシャ、スペイン、ポルトガルの南欧諸国では 1970 年代のオイルショックによる経済の打撃は大きく、それへの対応策として当時社会保険を中心としていた医療保障制度から英国型の税金による社会保障体制へと転換した。1990 年代に至ってモデルとした福祉国家像が崩壊し、これらの国々では保健医療制度の新たなあり方を模索している。これらの国では医師数の増加が深刻でイタリアでは 1.4 万人の医師の失業を抱え、スペインでは医学部定員を 30% にまで削減するに至っている。

v. 大陸欧州

大陸欧州と呼ばれる諸国は、ドイツを地理的な中心軸としてフランス、スイス、ルクセンブルグ、ベルギー、オランダ、オーストリアである。これらの国々の社会保障制度は社会保険によって支えられている。新しく導入を計画している旧東側諸国を除き、社会保険を基本とするのは欧米ではこれらの国々のみにすぎない。これらの国々でも経済不況の打撃は大きく様々な改革が進行している。薬剤購入に関する工夫、病床や医療機器の規制、障害者に対する介護保険制度の創設、病院や医師に対する総額限定予算制度の導入、さらには保険の自由選択制の導入による保険機関間の競争の試みである。オランダではデッカ

一計画の中で医療の配給制が試みられている。ここでも保険医定年制や定数制など医師数に対する階級がはかられている。

vi. 途上国

先進国のこれらの健康変革の潮流は、かつての植民地であった途上国を完全に飲み込んでいる。

サハラ以南のアフリカは極めて低い経済成長と医療制度の未発達にもかかわらず、大胆な健康変革が試みられている。中でも進んでいるのはガーナとザンビアであり、中央政府の改組、及び地方分権、受益者負担や医療保険制度による財源の確保等である。チリ、コロンビア、コスタリカでは大胆な健康変革が進行しており、米国流HMOを導入したマネージドケアが改革が中心となっている。

東南アジアは世界的不況の中でも東アジアの奇蹟と呼ばれる驚異的な経済成長を遂げ、疾病構造も成人病へと転換しつつあり、タイ、フィリピン、インドネシアは社会保険制度の導入、及び大都市を中心とする私的セクターの急増に対応した政策が大きな課題となっている。フィリピンではマルコス政権の崩壊の後に地方分権が推進されたが、地方政府、能力の格差により問題が噴出している。

vii. WHO

1993年に入り、世界的な健康変革の潮流をみた「本部ジュネーブ」では、Health Sector Reform Forum を形成し、この領域での世界の専門家を集めて、健康変革に関連した主要な課題を検討してきた。例えば地方分権化、民営化、受益者負担等の関連諸問題について年2回、場所を変えながら議論をし、関連文献を出版してきた。討論は既に8回を重ね、名誉なことに筆者はその委員に選定され、議論に参加している。

「WHOヨーロッパ事務局」では所轄管内に旧ソ連邦から独立した国が援助対象国として出現し、いわゆる移行経済下における保健医療体制の再構築の支援を始めた。同時にその問題が旧来のヨーロッパ先進国の諸課題と類似していることを確認し、合わせてヨーロッパ全体の健康変革を支援していく政策を決定した。スロベニアのジュピリアナで中項目5、小項目21からなる宣言を採択し、ヨーロッパ全体で共同して健康変革を推進しようとしている。現在はヨーロッパにおける健康変革の追跡と評価に力を入れており、観測所(observatory)を開設している。

2) 健康変革の諸背景

健康変革の世界的潮流には過去20年間にみる、世界の経済、人口、疾病構造、技術革新等の大きな転換がある(図1)。

i. 経済的背景

経済学者コンドラチェフによると、世界の景気は短期のサイクル以外に比較的長期、50～60年の景気の波を持つとされている。歴史的には世界は総体として1970年代後半よりB相、不況期に入ったとされている。第二次世界大戦復興後1960年代まで世界は高い経済成長期にあり、公共事業や社会保障を拡大していく大きな政府が実現した。しかし経済事件として第一次オイルショックが発生し、それ以降、世界は低成長期に入り、今日に至っている。その結果、社会保障にさける財源はますます限られてきている。日本はその中でも例外で一時、経済のバブル期を迎え、一見先進国の中で日本のみが不況を免れるようにみえたが、1990年代に入り先進国の中でも最も深刻な不況にみまわれて今日に至っている。

ii. 人口高齢化

1970年代には世界の先進国は軒並み高齢社会に突入し、65歳以上が全人口の7%を越えた。日本はこれに少し遅れて、しかし未だかつてない速度で高齢化を迎えている。社会の高齢化は社会保障の負担、特に医療と介護の需要を増大させるのみならず、長期ケア、すなわち医療と介護ケアを同時に必要とする新たな需要を生み出している。

iii. 疾病転換

人口の高齢化と共に先進国では癌、循環器等の成人病から老人性痴呆、寝たきり等の老人病に転換しつつあり、保健医療福祉の連携が求められている。一方、途上国でも寿命の延長と共に主要疾患も感染症から成人病へと転換しつつある。従ってワクチンや抗生剤等の比較的安価な予防治療法からCT、MRI、手術等の高度で高価な新療法が必要とされている。

iv. 技術革新

戦後、医療界は2度の技術革新を迎えたといわれている。第1期は第二次大戦直後で麻酔や抗生物質等、治療に直結した費用対効果の高い技術革新であった。第2期は1970年代以降、あまり費用対効果の高くない診断技術、例えば自動血液化学分析機、CT、MRI等の高価な医療機器の開発である。医療の技術革新は他の製品のごとく生産コストを下げるものではなく、むしろ医療費を押し上げる要因となっている。

v. 権利意識の昂揚

政治背景による転換を国民の側から推進したのは権利意識の昂揚と社会の情報化であった。テレビやマスメディアの発達による社会の情報化は人々の権利意識を昂揚させ、1960年代には米国の公民権運動を象徴とする。人権運動が世界的な規模で展開され、これらの運動により、旧来の医療の権威に対する批判が醸成され、患者の権利宣言、知らされた上での同意（インフォームド・コンセント）等、新たな医療のあり方が求められた。

vi. 国際化

このように経済や政治の状況、権利意識の昂揚は、背景として国際化、すなわち経済や情報の活動が地球規模化 (globalization) してきているからではないだろうか。今日、一国の経済は世界経済と連動しており、局地のニュースは世界に電子メディアを通して瞬時に伝えられる。一国の株価の変動が世界の相場を揺るがす。健康変革の世界的潮流もこのような国際化と深いかかわりを持っている。

3) 健康変革の諸要素

19 世紀の国家観「夜警国家」では「市場の失敗」を解決しえないとする 20 世紀の近代「福祉国家」観は、ケインズ「政府による需要の創出」やロールズによる「社会の公平性のための正義論」等の理論的支援並びに経済の順調な高度成長による経済的支援を得て、政府に大きな役割を科してきた。

事実 1960 年代、世界の先進国はこぞって医療産業界を拡大し、20 世紀型福祉国家を実現していった。個人主義的市場経済を国是とするアメリカでさえもがメディケア、メディケイド制度、すなわち税金による医療保険制度を開始した。医療費は人口高齢化、技術革新と相まって、1970 年代には加速度的に膨れ上がった。1970 年代の後半、拡張への慣性のまっただ中で、先進各国を経済危機が襲ったのである。それまでの 20 世紀型福祉国家は見直さざるをえなくなり、政府の役割が問い直された。「政府の失敗」が明らかとなり、直接サービスの「提供」から「舵取」へ、「中央集権」から「地方分権」へ、「公営」から「民営化」へ大きく転換しつつあり、再び市場が重視された (表 2)。この潮流は 1989 年の東欧革命、1991 年の旧ソ連邦の崩壊によってさらに勢いづけられた。当然、これらの国々では中央集権的計画経済から市場経済の導入、いわゆる移行経済の状況が出現したのである。医療は、古い制度の中に深く組み込まれており、この転換の過程で大きく変わらざるをえなかった。

健康変革の内容には 3 つの領域 (Domain) が存在する。医療費財源 (Health Financing)、供給体制 (Delivery System)、政府の役割 (Government Role) である (表 3)。また、健康変革の諸対策をまとめる考え方として、システムの 3 要素からみた Saltman の分類がある。3 要素と諸方策のまとめ方は表 4 に示すとおりである。

健康変革はまず保健医療システム全体の効率性 (Efficiency) を目指す (図 2)。相対的にシステムに投入する資源の低下をもたらすので、公平性 (Equity) が犠牲となる危険性を持つ。また同時に質 (Quality) の質の低下につながりうる。システムに満足 (Satisfaction) してもらい、支持 (Supportability) してもらって初めて発展、持続 (Sustainability) が可能である (表 5)。特に犠牲が出る場合、資源の配分は公平でなければならない。質を確保するにはシステムの産出 (out put) を追跡 (monitor) せねばならない。そのためにはまずシステムの活動 (process)、産出 (outcome) を測定する客観的な、特に結果としての健康や障害の新たな指標を開発する必要がある。これを使って効率、

効果、公平の3つのK（英語では3つのE）、そして満足・支持・持続（英語では3つのS）を測定、分析する方法論を確立させなければならない。さらにこれらを追跡する情報システムが必要である。

かつて第1の波の時代に創設、発展した新しい公衆衛生学的な諸領域、例えばテクノロジー・アセスメント、医学判断学、臨床経済学、臨床疫学等の諸学問が今日、欧米においては臨床レベルでは証拠に基づく医療（evidence based medicine）として、また国レベルではシステム評価の方法（evaluation science）として定着し活用されている。

4) 日本の健康変革

今日の日本の介護保険創設と医療法改正をめぐる環境は、健康変革の歴史的世界的潮流の日本における表現形態に他ならない（図3）。

日本の社会保障は高度成長の追い風を受け発展して、70年代の中頃、オイルショックをきっかけに反省が始まっている。それまで公正を中心に形成されてきた社会保障制度も見直され効率の考えが導入されるに至った。平成7年には7年ぶりに社会保障に関する勧告が出され制度をリストする新しい概念「社会サービスとの普遍化」「社会の連動化」が明確に打ち出された。新しい勧告では「社会保険を制度の中核」「集団から個人単位」「民間部門の参入」「措置制度の見直し」「介護保険制度確立」がうたわれている。

この勧告を受けて二十数年ぶりに新たな社会保険「介護保険制度」の創設が目指され昨年12月には法案が成立した。今後は更に医療保険制度の改革及び供給体制のあり方に進んでいくと考えられる。

注1：Health Sector Reformは保健医療システム全体の改革を指し、関連類似用語の中では最もよく使われる用語である（表9）。Health Care Reformは米国のクリントン改革の際によく使われ医療行政の改革も含めた用語であり、Health Sector Reformと同義に使われることも多い。特に体制の改善に重点を置いた場合、Health System Reformと呼ぶ場合もあるが稀である。以上の4語は微妙なニュアンスで違いはあるものの同義である。これらは長い言葉なのでHealth Reformと簡潔に呼ぶことがある。

日本語訳としては「医療改革」「医療制度改革」「医療保険改革」「保健医療制度改革」等と訳されているが、どれも元意の一部を表しているにすぎない。医療制度、医療行為、予防政策、資源の調整等システムの総合的な改革を表す意味で、「保健医療界の諸改革」が意識であるが筆者はHealth Reformにならって簡潔に「健康変革」と訳している。

3. 政府の役割

政府が市場に介入しなければならない時、介入の手段としては以下の方法などが考えられる。すなわち、①直接の提供、②法律による禁止・促進、③許認可制度、④課税・補助金、⑤情報の提供や広報活動、である。これらの方法は、それぞれ利点・欠点双方を併せ

持っている。よって、政府がこのうちどの方法を用いるかに関しては、目的によって適切に使い分ける必要があるだろう。

政府が直接にサービスを提供することは、市場メカニズムがまったく機能せず、民間の提供者が現れない分野において、なおサービスを提供するという意味で大きな利点を持つ。しかし、それは事実上政府の独占となるので、市場メカニズムが働く際に達成される効率に関してはまったく期待ができないという欠点を持つ。この手法をとらなければならないものとしては、政策決定やモニタリングなどが挙げられるであろう。

法律による禁止・推進は、最も強権的かつ確実に目的を達成することが可能である。しかし、予期できない事態の発生に関して、新たに法律を制定するには時間がかかり、小回りが利かない。これに相当する政策としては、近年問題となった新感染症の予防などが挙げられるだろう。

また、許認可による介入は、法律よりは小回りが利くという利点を持っているが、許認可に恣意性が残り、汚職等の発生の可能性が生じる。また、許認可はレントを発生させ、効率を損ねる恐れがある。しかし、時に許認可は医療資源の地域間格差是正には有効な場合がある。病床規制などはこの例といえよう。

課税・補助金による介入は、市場メカニズムを前提としているということで、他の手段よりも効率性に与える損傷は少ない。しかし、それはあくまでも価格メカニズムを通じた間接的な介入に過ぎないので、目的の達成は不十分になる。タバコなど健康を損なう嗜好品への課税などは、この例といえよう。また、民間の研究機関で採算の取れない研究開発に関する補助金なども有効であろう。

最後に、情報の提供・広報活動であるが、これは単に情報の非対称性を緩和するという効果を発揮するだけである。市場の効率を損ねることはまったくなく、民間の自由な活動を保障できる利点がある。しかし、その効果は最も薄く、時には効果がまったくない場合も考えられる。健康推進や評価に関してはこの手法がとられることが多いだろう。

I. 生涯コース・疾病シナリオアプローチ

医療計画はこれまで、供給側中心に計画が立案される傾向にあった。近年、患者中心の医療体制構築や、行政への住民参加が求められており、医療計画においても、策定の委員会に住民代表が参加するのが一般的ではあった。しかし、供給側と消費者側との間には圧倒的な情報の非対称性があり、住民代表の側から医療計画に対しての発言をすることはきわめて困難で、住民の意見は反映されず、供給側中心の計画にならざるを得なかった。

一方今日、国際的風潮では、目的達成のための参入制限はむしろ見直される傾向にあり、その意味において医療計画の供給中心のあり方が改めて問われることとなっている。そもそも他の財・サービスにおいては、参入制限などは行われず、生産者・消費者の自由な活動により、市場メカニズムを通じてより良い資源配分が達成される。医療分野においても、

さまざまなグループの参入を認めてその活動を高め、その結果を評価してより良い体制を作ることが求められているが、医療分野の大きな特徴として情報の非対称性があまりにも大きいこと、その実現が困難なことが多い。

そこで主要な諸疾患に関して、疾病の自然史に基づいたシナリオを作成することにより、消費者・提供者の双方が情報を共有し、評価することができるように、新たな方法を開発した。疾病の自然史の各段階においてあるべき姿を指標化し、一部の疾病に関しては県別評価を試みた。

1. 生涯コース・疾病シナリオアプローチと地域医療計画

1) 基本的な命題

3-2) に述べたように、供給者側からの計画の策定では、①病床規制などしばしば現状追認型になりやすく、②消費者としての一般住民とははなれた視点での議論となりやすく、ケアの各プロセスの連携など、地域医療の状況を理解することがしばしば困難であるという限界を有する。今後の地域医療計画策定においては、

あなたの県の地域医療計画は、

「性別や年代によって、重要な健康上の問題が何であることをわかりやすく示していますか？」・・・生涯コースアプローチ

「病気に罹ったときに、どのような医療サービスを受けることができるかを患者の立場からわかりやすく示していますか？」・・・疾病シナリオアプローチ

という命題に対して回答を与えることができるものである必要がある。また、これを満たすためには、

- ① 地域医療計画は行政（都道府県）が地域住民に保障する医療サービスを明示したものである
- ② 日常生活上、遭遇することの多い健康問題を想定して、どのような医療サービスを受けることができるかを記述する
- ③ 上記の各過程において、指標を設定して、到達度評価を行うことを可能とする

ことが重要である。

2. 疾患の選定と疾病管理

疾病管理を適切に実施するにあたっては、地域住民の健康上の脅威となっている健康問題を明らかにし、優先順位を設定する必要がある。一般に、優先順位は、社会的影響、介入の効果、その他の価値（公平性、費用など）に基づいて決定される。その決定過程及び根拠となるデータは公開される必要がある。また都道府県は、優先順位の設定に際して必要な情報を入手・活用できるシステム整備を行う役割を担う必要がある。

健康問題の決定は、原則として都道府県が決定すべきものであるが、以下に示す健康問題は国レベルでも重要なものであり、都道府県は医療計画策定において以下の健康問題に対する具体的な施策を示す必要がある。都道府県はこれらを含めて、その他の健康問題は都道府県の状況により選択し、具体的な施策を示すことが望ましい。

例

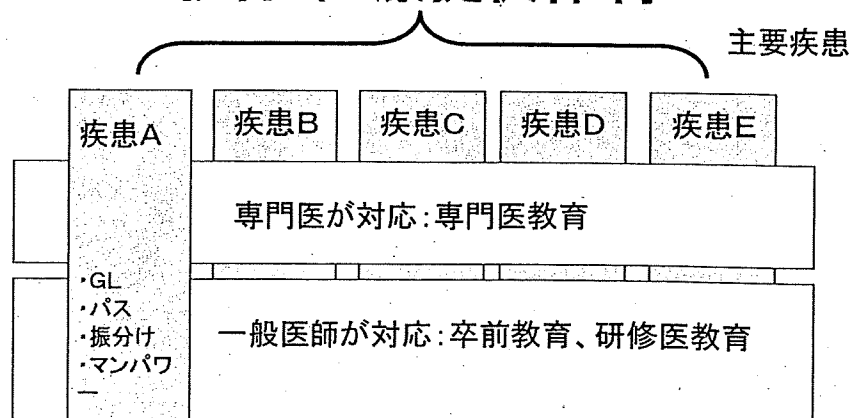
- 1) 糖尿病
- 2) 急性心筋梗塞
- 3) がん脳卒中
- 4) 精神疾患(統合失調症)
- 5) 他

地域医療計画において、地域において重要な疾患が同定され、それに対応するプロセスが明らかにされることにより、種々の波及効果が期待される。たとえば、一般医師が対応すべき典型的な患者と、専門医が対応すべき複雑な症例を区別し、またそれぞれに必要な、検査・治療手技などがあわせて明らかにされることにより、①必要な医師数（一般医、専門医数）、②一般医と専門医に必要な技術・知識、③各機能に応じた病床数、④一般医に必要な技術・知識に対応した卒前教育、卒後初期研修の内容、を明らかにすることが可能である。

更に必要な技術や機器を明らかにすることができる。

図1 疾病管理の展開と活用

パス・ガイドライン・アウトカム評価・ 教育・医療提供体制



また、この過程を追跡、把握することによって、地域の医療及び医療システムを評価することが可能となる。

3. 疾患別の記載事項

計画立案では、疾患の典型的な経過をシナリオとして記述し、各プロセス毎に①評価のポイント、②評価に用いる指標、③現在値と目標値、を設定する。また計画担当者は、③を所与のものとして、これを達成するための執行計画の策定・実施の責任を負う。以下に、代表的な疾患をサンプルとして示す。

1) 糖尿病

私は52歳の少し太り気味(170cm、78kg)の男性会社員である。15年前、健診で「糖尿病の気」があると指摘されたが放置した¹⁾。8年前通勤時に過労で倒れ、入院したところ糖尿病と診断された²⁾。家からも職場からも遠いが名医として名高い糖尿病の専門医に紹介され、それ以来専門医の指導の下、経口糖尿病薬と栄養・運動療法に心がけてきた³⁾。栄養や運動療法をきちっと守ると体調はよいのだが、つい仕事との関係でさぼってしまい、血糖のコントロールが効かなくなり、経口糖尿病薬を増やしたり、インシュリン療法が一時必要となったりしたこともある。慌てて栄養・運動療法に復帰することを繰り返しながら、今日に至っている⁴⁾。特に、この数年間は会社の業績も思わしくなく、リストラの嵐が吹いているので、仕事の量が増え、治療の継続がおぼつかない。そのせいか視力が落ちたような気がする。以前は糖尿病専門医からの紹介により眼科を定期的に受診していたが、このところ長らく行っていない⁵⁾。また、最近手足のしびれがあるように覚え、体の動きもままならない⁶⁾。気になるのは、足がむくみ気味で、先日会社の健診で腎臓の機能が低下しつつあると言われたことである。このままいくと人工透析が必要となり、選択肢としては腎臓移植を受けることがあるとさえ脅かされた^{6)、7)}。このところ、確かにあまり栄養や運動に気をつけていない。もう少し、近いところにかかりつけの医師がいればなあと思っている⁸⁾。また栄養や運動といった生活指導をしてくれる場所が近くにあればいいなあと思っている^{9)、10)、11)}。

■評価例■

県別評価指標

- ▶ 早期発見推進
 - 1) 定期健診 県別で一般検診を受けた人の割合(老人保健事業報告、国民生活基礎調査)
- ▶ 救急体制確立
 - 2) 救急搬送体制 伝達時間、搬送時間、人口あたり二次救急施設(消防庁調査)
- ▶ 管理体制充実
 - 3) 糖尿病専門医数 (糖尿病学会調べ)
 - 4) 診療コンプライアンス 受診回数、受診継続期間 (患者調査)
- ▶ 合併症予防、資源充実
 - 5) 眼科専門医数・神経内科専門医数 (3師調査)
 - 6) 人工透析施行施設数 (医療施設調査)
 - 7) 腎移植実績施設 (学会調べ)
 - 8) かかりつけ医保有割合 (国民生活基礎調査)
 - 9) 老人保健事業における健康教育回数 (老人保健事業報告)
 - 10) 糖尿病療養士数 (糖尿病学会調べ)

1 1) 糖尿病教育入院数 (患者調査)

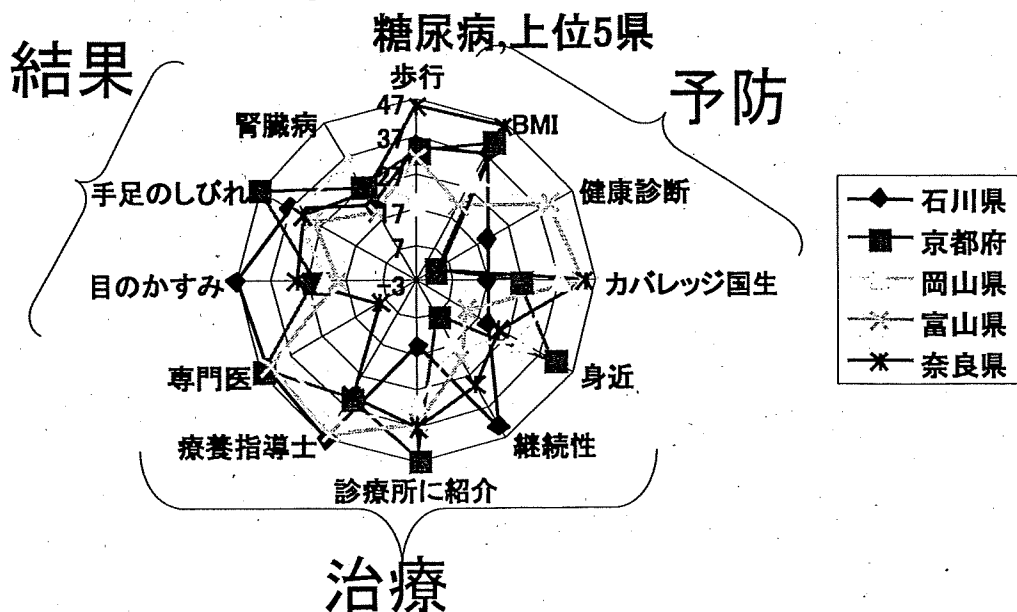
県別評価の例

県別評価の例

	歩行	BMI	健康診断	カバレッジ	身近	継続性	診療所に紹介	療養指導士	専門医	目のかすみ	手足のしびれ	腎臓病
上位5県	8000歩以上	25以上	%	%	%	日	%	10万対	10万対	%	%	%
石川県	39.4	14.4	63.4	40.3	37.7	1412	3.8%	17.1	3.8	17.3	20.1	3.0
京都府	39.0	14.2	56.3	41.9	51.2	496	17.0%	7.3	3.8	26.8	16.1	2.8
富山県	38.1	16.3	70.1	47.0	34.6	739	9.9%	12.1	3.7	27.6	22.9	3.3
岡山県	34.8	15.3	69.8	44.6	45.2	674	6.6%	10.0	3.3	27.0	21.5	2.5
奈良県	44.1	13.5	58.3	47.2	39.0	936	10.3%	7.2	1.5	26.1	22.2	2.8
下位5県	歩行	BMI	健康診断	カバレッジ	身近	継続性	診療所に紹介	療養指導士	専門医	目のかすみ	手足のしびれ	腎臓病
高知県	35.7	17.7	63.5	39.9	38.0	424	3.1%	6.9	3.7	24.1	28.6	5.4
茨城県	38.9	18.4	66.3	42.6	62.6	605	2.8%	5.9	1.6	29.9	28.4	4.6
鹿児島県	34.1	16.6	64.2	32.7	54.6	491	3.3%	7.1	2.0	30.2	19.5	3.8
岩手県	33.5	20.3	72.3	37.9	28.9	600	9.2%	6.3	2.0	32.8	22.2	1.5
長崎県	37.9	15.3	62.7	42.0	45.4	309	3.6%	10.2	2.0	32.2	27.9	3.9

各項目の重みを1とし、順位を足してベンチマークしたもの

12指標レーダーチャート比較



2) 急性心筋梗塞

Sさんは40歳を過ぎたところから、通勤途中や階段昇降時にしばしば胸が痛くなる症状を自覚していたが、10分ほど呼吸を整えながら休むことで症状は良くなっていたので、「狭心症」かと思いながらも、そのまま放置していた¹。若い頃からたばこを吸っており、健康に良くないのでやめようと思ったことはあったがやめることができず、毎日最低1箱、仕事が忙しいと2箱吸ってしまうことも少なくない²。会社では、一年に一度定期の健康診断を受けているが、先日の検診で、不整脈が出ているということと、血中のコレステロールの値が高いという指摘をされたが、「精密検査を受けてください」という通知を受け取ったのみであったので、日常の忙しさに紛れて、そのままにしてしまった³。

41歳、約一年後、仕事中に突然胸の痛みを感じ、当初はいつもの胸痛かと思ったが休んでも一向に良ならず、結局救急車で最寄りの県立病院に運ばれた。そこで、PTCAの適応と言われ、緊急で処置を行った⁴。処置後、そのまま当該病院のCCUに入室した⁵。CCUでは、専門の看護師たちと、心筋梗塞の専門医であるという医師らの手厚い治療を受けることができ、3日後一般病棟に移された。

一般病棟では、退院に向けた心臓リハビリテーションが必要であると言われ、看護師に渡されたパンフレットに従って毎日少しずつ運動量を増やすメニューのリハビリを看護師の指導のもとで行い、1週間後には日常生活はほとんど問題なく過ごせるようになった。その後退院に向けて、看護師からは退院後の日常生活について、特にたばこをやめること、処方された薬をきちんと飲むこと、定期的を受診することなどの丁寧な説明をパンフレットと一緒に受けた⁶。結局入院から14日目に無事退院した。

退院後、県立病院は自宅からも会社からも遠いため、不便なので、会社から比較的近くの診療所を病院から紹介してもらい⁷、そこに定期的に通いながら、仕事にも復帰した。仕事は以前よりは仕事量が少ない部署に移り、たばこもやめて、落ち着いた生活をするようになった⁸。

58歳、最初の入院から7年経ったが、最近階段昇降時、胸の圧迫感を感じるものが何

1 中年層に特に問題が起きやすいいわゆる「成人病」に対する意識の低さ、「成人病」に対する介入方法などの基本的知識の欠如。

2 生活習慣病予防のための、基本的な生活習慣、食事管理、運動などの知識の欠如および、それに伴う悪習慣の未改善。

3 検診の結果がその後の初期治療につながっていない。検診から早期初期治療に至るまでのシステムが確立していない。

4 PTCAなどの緊急の処置のできる施設はあるか。十分な経験のある医師が常駐しており、いつでも緊急の処置が行える体制が整っているか。

5 CCUなどの心臓専門の集中治療室はあるか。専門知識を備え、訓練されたスタッフは整っているか。

6 当該疾患の治療やケアは標準化されているか。クリニカルパス等は整備されているか。

7 病院と診療所は連携されているか。患者を紹介する際、患者の日常生活上の便利に配慮されているか。

8 診療所は再発予防のため、治療の継続のみならず、生活指導まで十分におこなっているか。

度が続いたため、かかりつけの診療所の医師のすすめで、県立病院に入院して心臓カテーテルの検査を受けた。入院はわずか3日であったが、検査の結果、心臓の重要な部分の血管がかなり狭くなっており、カテーテルで治療するのは難しいので、心臓バイパス手術が必要であると診断された⁹。胸を開けて心臓を直接手術することは怖いと思ったが、再び県立病院に入院し、手術を受けた。術後二日間だけCCUに入ったが、その後問題なく一般病棟に移り、14日間で退院した。CCUも病棟も、最初の入院の時の雰囲気を覚えていたので不安は少なかった。退院後は再び会社近くの診療所に通えるよう、病院から診療所へ、手術経過について説明してもらった。

その後も定期的に通院は続けているが、術後は胸に大きな傷跡があるだけで、特に不自由することもない。たばこも一切吸わなくなり、外食も控えるようになったため、食生活も健全になり、以前高いといわれていたコレステロール値も正常値である。

⁹ 開胸手術を行う設備の有る病院は近くにあるか。また、執刀医は十分な経験と技術を当該手術について持っているか。

3) 乳がん

i. 発見、診断

Aさんは45歳の主婦。定期健診¹⁰で乳房のしこりを指摘されて、近くの病院を受診した。そこでは画像検査の結果、乳がんと診断された。

ii. 治療、選択

医師は乳房を切除する手術を勧めたが、Aさんは、他の治療法がないかと別の医師の意見を聞きたいと申し出た。エックス線などの資料のコピーを借りて、別の専門病院を受診した¹¹。専門病院はその地域でも手術件数が多く、治療成績が優れていることで知られている¹²。乳がん専門のB医師の意見を参考にして手術を行った。術後の経過は順調で、切除した乳房の美容形成についてもB医師から別の医師の紹介を受けた¹³。

iii. 追跡、加療

3年後の定期フォローで乳がんが骨に転移し再発していることが確認された¹⁴。B医師から放射線治療医、がん化学療法専門医¹⁵の紹介を受け、相談の結果、放射線療法を選択した。

iv. 末期医療

がんは、一旦は縮小したものの、その後、別な場所にも転移が見つかった。化学療法に切り替えて、治療を継続したが、次第に抗がん剤の効き目が悪くなった。Aさんは痛みを訴えることが多くなり、夜眠れずに体力が衰えてきた。Aさんは、自宅の近くで、在宅医療、緩和ケアを行っている病院を紹介された¹⁶。そこから定期的に訪問診療・訪問看護を受

¹⁰ 検診：一定以上の年齢の住民は、主要ながんについてがん検診を受けることができること。

到達度評価の指標：がん検診受診率、サブグループ別、個人ベース。

¹¹ 情報：重大な疾患についてはセカンドオピニオンが可能なこと。

到達度評価の指標：セカンドオピニオン対応医療機関数・患者数（疾患別）。

¹² 医療の質：病院の特徴、主要な手術・処置の件数、成績などの情報が整備され、受診にあたって参考とすることができること。

到達度評価の指標：情事長整備のフォーマットの整備、公開している医療機関数・割合。

¹³ 連携：患者中心の医療サービスがseamlessに用意されていること。重要な疾患についてはこのようなケアコーディネーションを行う体制が整備されていること。

到達度評価の指標：主要ながんについてのケアプロセスを明示し、それぞれ満たしている医療機関数・割合。

¹⁴ 追跡：術後のがん登録、長期間のフォローアップが行われ、長期の治療成績などの情報が整備されること。

到達度評価の指標：がん登録割合、フォローアップ率。

¹⁵ がん専門医：二次医療圏ごとに、がんに対する放射線治療、癌化学療法を行う専門医が整備されていること。

到達度評価の指標：放射線治療、癌化学療法専門医師数。

¹⁶ 緩和ケア：二次医療圏ごと、在宅医療、緩和ケアを行う施設が整備されていること。緩和ケアは長期間の入所を目的としたもののみではなく、外来を中心として短期間の入所を

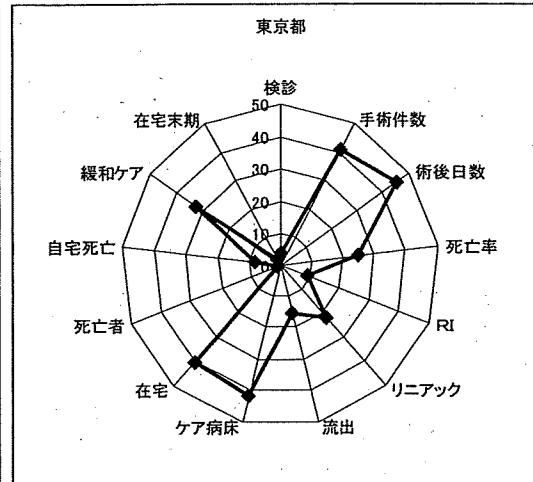
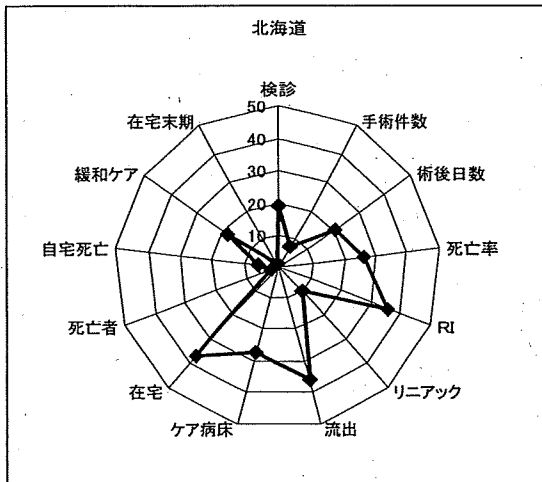
けて、睡眠薬、鎮痛薬の処方をしてもらい、体力が衰えたり痛みの強いときに数日間入院することを繰り返している。

■評価例■

県別指標の評価の例

順位	乳がん検診受診率	月4件以上施設で乳がん手術を受けた患者割	術後日数	がん患者千人あたりRI台数	がん患者千人当たりリニアック台数	10万人対緩和ケア病床数
1	山形県	大分県	千葉県	石川県	福井県	山口県
2	青森県	愛媛県	静岡県	岐阜県	愛媛県	岡山県
3	秋田県	宮城県	東京都	滋賀県	山口県	高知県
4	鳥取県	新潟県	茨城県	島根県	島根県	福井県
5	岩手県	神奈川県	栃木県	沖縄県	佐賀県	石川県

	10万人対在宅のがん患者数	10万人当たり乳癌死亡者数	乳がん自宅死亡率	10万人当たり承認等の状況緩和ケア	10万人当たり在宅末期訪問治療件数
1	宮城県	大分県	大分県	高知県	鳥取県
2	沖縄県	滋賀県	長野県	長野県	高知県
3	山形県	島根県	山梨県	長崎県	佐賀県
4	愛媛県	沖縄県	宮崎県	山口県	徳島県
5	福島県	鳥取県	香川県	福井県	島根県



行う施設も用意されていることが望ましい。
到達度評価の指標：緩和ケア実施医療機関数、在宅医療実施医療機関数。

4) 脳卒中 (脳梗塞)

Aさんは75歳の男性。以前に会社の健診で高血圧を指摘され、会社の診療所で降圧剤を処方されてもらっていたが、60歳の退職後は特に症状もないため、最初は近医を受診していたが、最近では通院も不定期になっていた¹⁷。ある日、頭痛、吐き気、右上下肢の麻痺が突然に出現したために救急車で救命救急センターを受診し¹⁸、検査を行ったところ、脳梗塞を指摘された。すぐに集中治療室に3日間入院し、病状が安定したために近くの病院に転院した¹⁹。20日間のリハビリテーションにより、病状も好転し、日常生活動作も改善した。リハビリテーションを継続するために、より軽症の患者を対象とした慢性期の病院を紹介され、そこで更に1カ月間入院し²⁰、現在では自宅でヘルパーやデイケアを受けながら²¹、70歳の妻と暮らしている。

¹⁷ 慢性疾患においては、(1) 定期に受診していること、(2) 病態を表す数値が良好に管理されていること、(3) 必要に応じて専門医のコンサルテーション、画像検査などの検査を受けていること、が重要である。到達度評価の指標：定期受診率、良好な治療効果を有しているものの割合

¹⁸ 救急医療体制が整備されていること。到達度評価の指標：二次・三次医療機関個々について疾患・重症度などのケースミックスが機能に応じたものであるか否かを検証できること、重症度に応じた診療までの待機時間、疾患別の発症後早期の死亡率

¹⁹ 病状安定後、早期の患者の受入れが可能、リハビリテーション、MSW機能を有する医療機関が整備されていること(亜急性期病棟に対応)。到達度評価の指標：条件を満たす医療機関の数、同病院への患者の入院経路・退院先、予後

²⁰ リハビリテーション機能の充実した医療機関が整備されていること(回復期リハビリテーション病院に対応)。そこでは、FIMなどに基づいて適切なリハビリテーションプログラムが立てられ、目標管理が実施されている。到達度評価の指標：条件を満たす医療機関の数、同病院への患者の入院経路・退院先、予後(FIMの改善度)、リハビリテーションを必要とする急性疾患患者の中で、経過中に条件を満たす医療機関に収容された患者割合

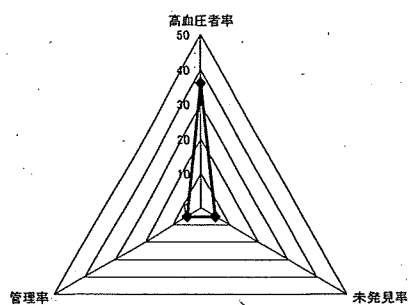
²¹ リハビリテーション病院では、患者の状態が定期的に評価され、退院後の療養環境整備のための活動が行われている。到達度評価の指標：リハビリテーション病院でのFIM得点別の在院日数、改善度、退院時FIMによる介護保険利用状況

■評価例■

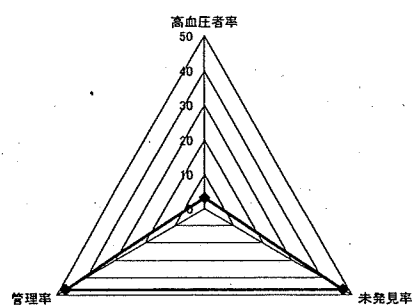
県別評価の例

順位	高血圧者率	未発見率	管理率
1	沖縄県	秋田県	秋田県
2	福井県	岩手県	沖縄県
3	神奈川県	茨城県	福井県
4	愛知県	岐阜県	青森県
5	岐阜県	山形県	神奈川県

愛媛県



秋田県



5) 精神病(統合失調症)

i. 発症・急性期

孝さん、39歳の男性。27歳のとき、会社を突然「殺される！」と大声を出して飛び出した。2日後、近隣市で暴れているところ通報され、措置入院となった²²。当初、不穏な行動も多く、保護室に入れられることもあった。3ヶ月で退院となったが、退院後、家族に暴力を振うことも重なり、再度入院した。

ii. 長期入院(3、4度目の入院)

3度目の入院では「じっくり治療が必要」といわれ、入院期間は1年だった。しかしまもなく再入院になり、4度目の入院は、気づけば入院して5年がたっていた²³。この病院は、昔からある単科の精神病院で、スタッフは看護婦(准看が多かった)と医師のみ²⁴で、病室も畳だった²⁵。入院して、3年目、仲のよかった患者が突然高熱を出して、当直の医師に風邪だろうといわれて薬をもらったが、死んでしまった^{26,27}。5年目に、家族が隣の県に引っ越すことを機に、隣県の病院に転院した。

iii. 転院

今度の病院は、施設もきれいで、寝るところはベッドだった。任意入院に切り替えられ、落ち着いているということで、今度入ったのは開放病棟だった。看護婦と医師以外に、OT、PSW、心理士がいた。退院に向けたプログラムや生活の相談もやっている病院で、医師から「梅原さん、まだ若いのですから、退院して外で生活していけるように目指しましょう」といわれ、SSTプログラムを受けたり、PSWと相談して退院後の生活を相談した²⁸。

²² 措置診療・措置入院(23条から29条)、医療保護入院制度の適切な運用。保護室や行動の制限の適切な運用(指標:各法律による措置入院数、人口当たりの保護室数)

²³ 適切な治療と長期化防止。適切な治療計画とその実行。無計画に長期入院に陥らせないこと。(指標:長期入院割合)

²⁴ スタッフの多様性と質の確保。指定医の有無、看護体制(患者対人数、准看と正看の比率)、夜間の体制(医師の質、看護体制)、心理専門職・PSW・OTなどのコメディカルスタッフの充実。(指標:正看割合、夜間看護体制)

²⁵ アメニティ。環境が治療や療養のために良質であること。閉鎖・解放、畳かベットか、何人部屋か、入浴の頻度、電話等の通信機器の整備、売店や自販機等の利用。(指標:少人数病床(4人以下病室)の割合)

²⁶ 人権。処遇改善要求へ開かれていること。(指標:人口当たり処遇改善要求件数)

²⁷ 医療安全。精神病床における医療安全への対策がとられていること。事故の防止、悪性症候群を含めた精神身体合併症の発見から治療までの適切なシステムの有無。(指標:死亡退院割合)

²⁸ 社会復帰支援プログラム。病院や施設で社会復帰の訓練や支援のプログラムをもつこと。(指標:人口当たりの社会適応訓練利用対象者数)

iv. 退院と社会復帰

病院の近くのグループホームに退院することになった。そこで暮らして、病院付属の診療所に外来で2週に一度、あと、デイケアに週に3回通うという生活をした。通院費は精神障害者公費負担制度の適用を受けていた。精神障害者保健福祉手帳も申請していた²⁹。しかし、とても調子が悪くなったこともあり、そのときは職員さんに連れられて病院にきて入院になった。3ヶ月くらいの入院を3度したが、この2年くらいは入院しないで生活ができていて、普段はグループホームから授産施設に通って仕事をしている。

■評価例■

県別評価（例）

順位	長期入院割合	社会復帰施設1	診療所	外来患者
1	鹿児島県	沖縄県	東京都	山形県
2	長崎県	新潟県	徳島県	島根県
3	徳島県	富山県	広島県	京都府
4	大分県	熊本県	岡山県	神奈川県
5	熊本県	島根県	大阪府	埼玉県

指標

過程	指標	分子(県別)	分母(県別)	資料名
発症・急性期	措置入院	措置入院数	人口	630調査
	保護室	終日閉鎖保護室数	人口	630調査
入院治療 (長期入院・ 転院)	長期入院	5年以上入院者数	人口	患者調査
	処遇改善要求件数	処遇改善要求件数	総入院患者数	630調査、患者調査
	看護体制	4:1看護病床数	総病床数	医療施設調査、患者調査
	死亡退院	死亡退院患者数	退院患者数	患者調査
	少人数病室	少人数病室の割合	全病室数	医療施設調査、患者調査
	正看割合	正看数	正看準看計	医療施設調査
	夜勤看護体制	夜間看護師数	総病床数	医療施設調査
	任意入院の処遇	開放病棟に入った患者数	任意入院数	630調査
社会復帰	社会適応訓練	社会適応訓練利用対象者数	人口	630調査
	社会復帰施設1	グループホーム定員	人口	630調査
	診療所	人口当たり診療所医師数	人口	三師調査
	外来患者	skiz外来患者数	skiz総患者数	630調査
	デイケア	デイケア延べ人員	人口	医療施設調査、630調査
	公費負担	公費負担制度交付決定数	患者人口	630調査
	障害者手帳	障害者手帳交付数	患者人口	630調査
	短期入院	1年未満入院患者数	人口	患者調査
社会復帰施設2	授産施設等定員	人口	630調査	

²⁹ 情報。様々な地域生活の資源（社会復帰施設、手帳や公費負担制度など）