

【公衆衛生行政】(前期保健行政論で講義済みなので省略)

公衆衛生行政～保健医療行政＝保健行政+医療行政。保健, 医療, 福祉は国によって思想が異なる。

*保健行政: 国民が疾病や傷害にならないための対策(一次予防) + 疾病の早期発見・早期治療(二次予防) + 傷病からの社会復帰を目指したリハビリテーション(三次予防) (+ 社会環境整備(ゼロ次予防))。厚生労働省のみならず, 環境保健行政は環境省, 学校保健行政は文部科学省所管。

*医療行政: プライマリケア, 救急医療, へき地医療, 医療安全, 院内感染防止, 医学的リハビリテーション, 健診・検診, 高度医療, 移植医療, 感染症対策(集団の感染状況の把握や蔓延防止のための公衆衛生的な対策は保健所業務だから, その意味では保健行政でもある)。厚生労働省所管。地域性と階層性があり, グランドデザインは厚生労働省が立てるが, 都道府県, 市町村といった地域ごとに医療計画を立てる(→「医療法」で詳しく)

■福祉国家(Welfare States)の類型論

*ヨーロッパ型福祉国家モデル: 日本の国民皆保険制度が手本にしたのはかつての英国の「ゆりかごから墓場まで」→財政破綻で軒並み崩壊(英国では, サッチャーの改革でも無料の公立病院は維持されたが医師・看護師が不足し, 高度医療を受けるには長期の待ち。ニュージーランドでは公立病院が大都市にしか残らなかった)。細かくみると, ドイツ・フランス・日本等の社会保険方式と, 英国・スウェーデン等の国民保健サービス方式がある。

*米国型市場原理モデル: 国民健康保険がない代わりに民間保険が発達し, 65歳以上高齢者・身体障害者は「メディケア」, 低所得者は「メディケイド」と呼ばれる公的健康保険制度がカバー。しかし, 加入している保険の種類によって病院も系列化されており, 受けられる医療も制限される。かつメディケイドに入るほど低所得でなく, 私費で民間保険に入れるほどの所得がない4600万人は全額自己負担→2010年3月, ヘルスケア改革法可決により大幅改訂(4600万人のうち7割程度の人を国費で民間保険に加入させる構想)。Post-MDGs (Beyond 2015)では, Universal Health Coverage (UHC)を到達目標としてあげるのが普通なので, 市場に任せるだけではダメ。

*低コスト福祉医療社会モデル: コストをかけずにセーフティネットとしての医療を提供。キューバはプライマリケアを充実(吉田太郎「世界がキューバ医療を手本にするわけ」築地書館, 2007)。コスタリカは軍事費を教育と医療へ(丸岡泰「コスタリカの保健医療政策形成—公共部門における人的資源管理の市場主義的改革」専修大学出版, 2008)。

国名 (数字は順位)	目標達成度		性能		1人当たり 経費
	医療水準 (DALE)	総合評価	医療水準 に対して	総合評価	
日本	1	1	9	10	13
米国	24	15	72	37	1
英国	14	9	24	18	26
ドイツ	22	14	41	25	3
フランス	3	6	4	1	4
スウェーデン	4	4	21	23	7
オランダ	13	8	19	17	9
デンマーク	28	20	65	34	8
キューバ	33	40	36	39	118
コスタリカ	40	45	25	36	50

■WHOによる国際比較

(出典: WHO "World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance"より, 1997年の評価順位)

■OECD 国際比較(出典: 読売新聞大阪本社『大事典:これでわかる! 医療のしくみ』中公新書ラクレ, 2011)

日本の特徴は人口当たりのベッド数の多さ, 平均在院日数の長さ, 外来受診回数の多さと, (その裏返しだが) 病床当たりの医師・看護師数の少なさ, 安さとフリーアクセス。

国	総病床 数/人口 1000	急性期 病床数 /人口 1000	平均 在院 日数	急性期 平均 在院 日数	外来診 察回数 /人口	医師数 /人口 1000	医師数 /病床 1000	看護職 員数/ 人口 1000	女性医 師割合 (%)	医療費 (米ドル /人口)	医療費 /GDP 比(%)	平均 寿命(男 性)	平均 寿命(女 性)
日本	13.8	8.1	33.8	18.8	13.4	2.2	15.7	9.5	18.0	2,781	8.1	79.6	86.4
米国	3.1	2.7	6.3	5.5	4.0	2.4	77.9	10.8	30.8	7,538	16.0	75.4	80.4
英国	3.4	2.7	8.1	7.1	5.9	2.6	76.5	9.5	41.5	3,838	8.7	77.4	81.6
ドイツ	8.2	5.7	9.9	7.6	7.8	3.6	43.3	10.7	40.6	4,714	10.5	77.2	82.4
フランス	6.9	3.5	12.9	5.2	6.9	3.3	48.5	7.9	39.6	4,996	11.2	77.8	84.5
スウェーデン			5.8	4.5	2.8	5.6		10.8	43.1	4,879	9.4	79.4	83.4

【保健統計】行政における計画はデータに基づいて立てねばならない。データとしての保健統計は重要。途上国では不正確。

■健康水準と健康指標

*ある集団の健康の程度のモノサシ＝健康指標(本当にモノサシ? 単一でOK?)

*健康指標の目盛りで示される健康の程度＝健康水準(集団間の比較や公衆衛生活動の成果の評価に使われる)

■保健統計＝集団の健康水準を知るために健康指標値を集計したもの(日本の統計での分母・分子・何人当たりかを明確に!)

*罹患率＝観察人時当たりの新規罹患患者数。日本では単位は(1/人口 10 万・年)。届出による全数把握ができる疾患のみ。地域がん登録と死亡データからも(死亡時には死因がわかるので, がんによる死亡のうち登録されている割合を調べれば登録率がわかるので)推定できる。

*有病割合＝ある集団を一時時点で調べ, どのくらいの割合の人がある疾病をもっているか。無次元。保健統計上は, ある病気がある集団のある1日にどれほどあるかを人口千対で示した。国民生活基礎調査で有訴者率, 通院者率, 生活影響率として得られる。

*受療率＝どのような病気の患者が何人, 診療所や病院で医療を受けたか。人口 10 万対で表す。患者調査で得られる。

*粗死亡率＝1年間の死亡数をその年の人口で割り, 人口千対の数値で表したもの。人口動態統計。

*年齢調整死亡率＝人口の年齢構成が異なる集団間で死亡率を比較するため, 基準となる人口を決め, その年齢構成を重みとした重み付き平均(直接法)年齢調整死亡率。日本では1990年以降1985年人口が基準。人口動態統計。

*乳児死亡率＝出生千に対する1年間の1歳未満の死亡数。死産は分母に含めない。母子保健の水準。人口動態統計。

*平均余命＝年齢別死亡率のデータから生命表により推定。x歳の生存者が平均して後何年生きられるかの期待値がx歳平均余命。平均寿命はゼロ歳平均余命。簡易生命表は推計人口による日本人人口や人口動態統計月報年計(概数)をもとに毎年作成。完全生命表は国勢調査による日本人人口(確定数)や人口動態統計(確定数)をもとに5年ごとに作成。

*死因別死亡率＝死因別の(粗/年齢調整)死亡率。日本では1981年以降悪性新生物がトップ。人口 10 万対。人口動態統計。

■日本の保健統計調査:法律と所掌官庁に注意。

* **国勢調査**:人口動態統計。統計法第4条で定められた義務調査(総務省所管)。個人情報保護法の適用除外。人口・世帯の実態を把握し、各種行政施策の基本資料を得る目的。衆議院の選挙区割り決定の元。地方交付税、補助金などの算定基礎。行政需要(介護需要など)の把握に必須。電力需要予測などにも。すべての標本調査の母集団情報。調査員は非常勤の国家公務員。各調査区で概ね50世帯担当。5年毎実施。2010年が最新。常住(3ヶ月以上)者全員を対象とする悉皆調査(全数調査)。

* **2010年国勢調査**:10月1日、600億円予算、70万人調査員。総務省統計局サイト(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/>)。米国 Census Bureau 特設サイト(<http://2010.census.gov/2010census/>)は凄。国によって実施詳細は異なるが、多くの国が2010年実施(2007年に国連が西暦下1桁が0の年に実施するよう勧告)

* **人口動態統計**:統計法に基づく指定統計。市町村長が人口動態調査令および人口動態調査令施行細則に基づき、戸籍法による届書およびその他の関係書類から作成した人口動態調査票(出生・死亡・死産・婚姻・離婚)について分類集計。調査票提出の流れは、市区町村長→保健所長→都道府県知事→厚生労働大臣。保健所長は出生票から出生小票、死亡票から死亡小票を作成し3年間保存。市町村区分の基準は、出生・死亡・死産については住所、婚姻は夫の住所、離婚は別居する前の住所。人口動態統計は死因統計を含む。死因統計は人口動態調査票の死亡について死因別に分類集計したもの。医師法20条死亡診断書、21条死体検案書のどちらかが戸籍法による死亡届に付される。死亡診断書や死体検案書に書かれる死因は直接死因から遡って原因死まで。剖検率が低く死因は怪しい(参考:海堂尊『死因不明社会』講談社ブルーバックス)。厚生労働省所管。

* **患者調査**:死因別死亡は人口動態統計でわかるが、医療費や医療ニーズを把握するにはそれだけでは不十分。どれくらいの人がどういう病気でどういう医療を受けているかを調べる。厚生労働省所管。統計法による指定統計(詳細は患者調査規則)。病院及び診療所を利用する患者について、その傷病状況等(推計患者数、**受療率**)を明らかにする。3年周期で実施。直近は平成23年度実施だが結果は未発表。全国(の病院、一般診療所、歯科診療所から層化無作為抽出された施設で、指定された3日間のうち1日)について、患者の傷病名等を記録し報告。季節・曜日の代表性は不明。傷病別に受療率が推計できるが、罹患率は求められない。

* **医療施設調査**:厚生労働省所管。医療施設調査規則に基づく。静態調査と動態調査がある。目的は、(1)医療施設の分布及び整備の実態を明らかにする、(2)医療施設の診療機能を把握する。全国の病院、一般診療所、歯科診療所で、動態調査は開設、廃止等のあった施設について毎月、静態調査は3年に1度(直近は平成23年)、その時点で開設されている全施設を対象(全数調査)。

* **病院報告**:厚生労働省所管。全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況及び病院の従事者の状況を把握する目的。医療法に基づく(医療法施行令に基づき報告)。全国の病院と、療養病床を有する診療所で、患者票は毎月報告、従事者票は病院のみで年1度報告。

* **医師・歯科医師・薬剤師調査**:厚生労働省所管。医師、歯科医師及び薬剤師について、業務の種別・従事場所・登録年・性・年齢等による分布を明らかにし、厚生労働行政の基礎資料を得る目的。医師法、歯科医師法、薬剤師法に基づく。全国の医籍、歯科医籍、薬剤師名簿に登録されている医師、歯科医師、薬剤師を対象として、隔年12月31日現在で保健所に届け出られる届出票を集計したもの(昭和57年までは毎年実施)。医師、歯科医師、薬剤師は従事していなくても免許があれば届出義務。(cf保健師・助産師・看護師・准看護師・歯科衛生士・歯科技工士は、免許を持ちその業務に従事している人のみ業務従事届義務があり集計(「衛生行政報告例」年度報と隔年報があり、就業保健師等数は隔年報に掲載)。

* **受療行動調査**:厚生労働省所管。全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を患者から調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにする。直近は平成23年度実施。層化無作為抽出した一般病院(平成20年度は500施設)を受診した患者を対象とする。指定された3日間のうち1日の調査。統計報告調整法(昭和27年法律第148号)に基づく承認統計調査で、患者調査、医療施設静態調査と併せ、3年毎に実施。

* **感染症発生動向調査**:厚生労働省所管。感染症サーベイランス事業。感染症に関する情報を全国的規模で迅速に収集、解析、還元し、感染症に対する有効かつ的確な予防対策の確立に資する目的で、保健所で、毎週及び毎年調査。「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」(感染症法)に基づく。調査対象となる感染症は約100疾患。結果は週報(<http://idsc.nih.go.jp/idwr/index.html>)で発表。全数把握疾患:感染症法の1~4類+5類の一部(B型肝炎、C型肝炎、風疹、麻疹等16)、定点報告のみ疾患:5類の残り(27疾患)。

* **国民健康・栄養調査**:厚生労働省所管。目的は、国民の身体の状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得ること。(平成14年までは「国民栄養調査」として実施)。健康増進法第10条に基づいて実施。調査項目は、身体状況、栄養摂取状況、生活習慣。全国の世帯及び世帯員/満1歳以上の世帯員を対象として標本抽出し、毎年実施。

* **出生動向基本調査**:厚生労働省所管。国立社会保障・人口問題研究所が実施。他の公的統計では把握できない結婚及び夫婦の出生力に関する実態と背景を調査し、関連諸施策ならびに将来人口推計に必要な基礎資料を得ることが目的。夫婦調査と独身者調査を同時実施。2002年の第12回までは5年毎実施。国勢調査年にするため第13回調査は2年早まり、2005年6月1日に実施。国民生活基礎調査(厚生労働省大臣官房統計情報部実施)の調査地区1048ヶ所(平成12年度国勢調査区から層化無作為抽出された)から系統抽出法によって選ばれた700地区の50歳未満の有配偶女性全員(夫婦調査)、18歳以上50歳未満のすべての独身者(独身者調査)が対象。結婚持続期間、希望子ども数、出会いのきっかけなど報告。2010年6月に第14回調査が実施された。結果も公開済み。

* **学校保健統計調査**:文部科学省所管。統計法に基づき、指定統計第15号として昭和23年から実施。児童、生徒及び幼児の発育及び健康状態を明らかにし、学校保健行政上の基礎資料を得る目的。学校保健法により毎年4/1-6/30に実施される健康診断の結果に基づき、身長、体重、座高並びに視力、聴力、歯等の疾病異常等を調査。校長が知事に調査票を提出し、知事が整理、審査して文部科学大臣に提出。小学校、中学校、高等学校、中等教育学校及び幼稚園の児童、生徒及び幼児を対象とする。標本調査(平成23年度は、発育状態調査が層化二段無作為抽出法で4.7%、健康状態調査が層化集落抽出法で23.1%抽出。岩手・宮城・福島を除く)。