

第 4 回

平成13年11月6日

第4回 研修の記録

平成13年11月6日

講義：計画策定に際しての問題点

1. 資料『計画策定に際しての問題点』について

1) 県地方計画が完成してからスタートする→待つ必要はない

県は環境整備

2) 市町村では調査や分析が困難である→困難ならやらない

これまでの調査、フィーリングでOK

3) 住民参加による策定ポイントが不明→住民参加にこだわらない

住民に示していくプロセスが大切

4) 体系化→一番大変な部分はここ！

- ・ 体系化に時間がかかるし、まとまらない

コンセンサスをとるのに時間がかかる（1事業半日くらい）

5) 指標化

- ・ まず今ある計画の見直しを行うこと→達成率（◎～×程度でもいい）を評価すること！
- ・ 指標化するのはすべてでなくてよい
中目標を代表する施策（小目標）を1つ選んで、最終的には大目標ごとに1つの指標でみていく位の割り切りが必要
- ・ 理念を大目標で把握するために、町総合計画の言葉も引用するとよい

2. 実際に支援しての問題点から

1) 体系化が不十分

- ・ 今回の方法は既存の計画の再編成（体系化）である

新しい事業を組み立てるわけではない

今の事業で対応できないものは、新規の事業を立てなければならない

cf.香川の公衆衛生学会で発表された東京都の歯科保健計画

：バブル崩壊後砂糖の消費量が減ったことに伴い虫歯保有率も低下した。い

ろいろな環境要因を考慮して、それ以上の低下を目指すのが計画！

「低下した」ことの現状肯定だけでは不十分！どうしても新しいものが必要であれば、新しいものを立てればよい

- ・ 予算の確保（有意義に行なうために必要）、マンパワーの担保は当然してあるべき
- ・ どんな健康問題も、健康日本21で取り上げてよい
- ・ 自分の保健事業として関わっていないものは書かないほうがよい
 - 社協の事業
 - 教育委員会の事業
 - 福祉の方でやっている
- ・ 体系化自体が1つの方法論であって、方法に拘る必要はない
 - 無理やり中目標、大目標をたてると困難な場合もあるし、事業の組たて直しをやら
ないほうがよい場合もある
 - 町村の地域特性にあった立て方でかまわない
- ・ 調査を行なった方がよい場合もある→予算化→町としてのコンセンサスを得られ
る（事務部門の理解が得られる）

2) 優先順位づけが困難

- ・ 宮崎町では実際の大、中、小目標の中で大切と思われる中目標をピックアップし
て作っている。基本的に定型的なパターンはない
- ・ 住民にとっては中目標（具体的）のところで示されるのがわかりやすい
- ・ 大目標で下位でも中目標で上位、またその逆もあり得る
 - またがるものがあってもよい
- ・ 母子、成人、高齢、精神すべてを見通さないとサービス投入量はだせない
- ・ 全体をみて、無理な場合は順位を下げ、サービス投入量を減らす

3) 指標化が難しい

- ・ 指標化することが大切：人口規模の小さい町村では outcome（客観的指標）でみ
る妥当性は必ずしもない（偶然変動に左右される）
 - output（サービス量）指標を用いる
 - 住民にとってはこれも客観的指標となる
- ・ はじめて見る住民がみてもわかりやすい指標にする
 - 住民参加を考える＝住民への周知の方法を視野に入れること！
- ・ 住民に示すための計画であることを念頭におく
- ・ 変化のない output で示すコツ：月1回の相談会の場合 $20人 \times 12回 = 240人$
延べ人数で示すと $240人 \times 10年 = 2,400人$

※ 対象者に占める割合も示すとよい

※ 参加者の固定化は別途工夫が必要

- ・ 周りの町村と比較する見方をしないといけない
- ・ 指標は中長期的に客観的に評価するためのもの

4) 情報公開 説明責任 (住民参加もその一部)

- ・ 住民参加は難しい

健康日本21 = 国民健康づくり運動

→市町村では計画策定は努力義務

計画策定が目的ではないので住民参加プロセスを強調しなくてもよい

住民へ示していくプロセスは必要

3. みやぎ21健康プランについて

- ・ 生活習慣を改善することでどんな効果があるのかを、がん、脳卒中の減少率で示している。これは他県にはない
- ・ 宮城県全体での理論上の数値目標 ≠ 個人の利益
- ・ タバコの数値目標がのるかどうかは未定 → 議会ではのせないことを条件にとおった
- ・ 宮城県は多量飲酒者が多い → アルコールは自殺との関連高い

既存の事業の再編成と言ったが、既存事業の中にタバコとアルコールはない

ぬけているものは盛りこんでいく方がよい

- ・ 2005年、2010年は、県全体で評価する

質問事項

Q 宮城県の計画と市町村の計画をリンクさせるのはどう考えればよいのか？

A 県の数値目標とは違うし、拘る必要はないが、リンクさせて考える必要はある
比較してぬけているところを調整して盛りこむことが必要
県よりも町の総合計画等と合わせて考えるほうが大切

第4回 受講者の感想

平成13年11月6日

- ・ 計画策定を実際に行ったことで、1回目、2回目よりも先生のお話分かるようになってきました。作業中は目の前のことで頭がいっぱいなのですが、先生のお話を聞く事で、全体を客観的に見渡すことができました。(全体の整合性という視点が今まではぬけていました。) 有意義な研修会でした。ありがとうございました。
- ・ 計画をたてるまでは頑張っても、できてしまえば安心して終わってしまうような気がしています。前の母子保健計画がそんな感じだったので……。 今後は1つ先に進まなくてはいけないと思います。 住民に周知して、もっとまきこんでいけるようになるには、むずかしいなど実感しています。
- ・ 計画書の考え方が、スッキリと整理できました。 ありがとうございました。
- ・ 今日の講義を聞いて、体系化、指標設定について頭の整理ができた感じですが、自分の町の保健計画を体系化できるかどうか……。頭の中はいっぱいです。

第 5 回

平成13年12月4日

第5回 受講者の感想

平成13年12月4日

- ・ 保健での精神保健計画の発表を是非聞きたかった。(最新情報でなく)ぜひ、H.Cでチームを組んで支援して下さい。
- ・ 市町村計画策定にむけて、保健所からの適切な支援がいただければ幸いです。
- ・ あの計画書、この計画書と大変な時代と思う。また、保健婦、栄養士業務もじゃんじゃん増加している。

↓

だからこそ、計画書と評価の時代かなと先生の講義より、再確認です。

“先生、お元気で宮城県をひっぱって下さい。”

- ・ 自分たちで計画を実際にたてながら、研修会が開催されていた点で、理解できた部分があったように思いました。
5回、ありがとうございました。
- ・ 楽しい研修会でした。
今後共、よろしくご指導願います。
- ・ 5回の研修会ということで、とても、時間をかけて、総論から実際のところまで行えて、とてもよかったですと思います。勉強になりました。
今回は、アンケート結果もあり、他町の皆さんの思いも少し知ることができました。
ありがとうございました。
- ・ 保健事業の行っている目的を認識(スタッフ同志で)できたのは良かったです。
作業が始まってから先生が言っていた、output, outcome、の意味が分かり、その大切さも分かったのでサービス量を示す事(住民へ)は本当に必要だと思いました。
- ・ 先生のお話や他町村の方のお話から、事業の目的や内容、方向性といったものが、スタッフ間で統一できることは、とても興味があり、ぜひやってみたいと思いました。
しかし、先生のお話があったように、(中には、対策が必要と思っていない)スタッフ間でコンセンサスが取れておらず、地方計画策定は未定(保留)です。
他町村、他県の動向が分かって参考になりました。
5回にわたって、お話ししてくださり、ありがとうございました。

宮城県栗原保健所管内研修会総括

研修会を終了して以下の点が課題として浮かび上がった。今後これらの点を改善することが必要である。

1) モデルを意識しすぎる

この策定立案研修会では、宮崎町の計画案を先行事例として扱ったが、参加各町村は宮崎町の計画案をモデルとして、その計画案の体裁を真似ようという意識が強かった。そのため研修会で理解したことよりも、出来上がる計画案の体裁に注意が集中することが生じた。これは登米保健所管内の研修会でも同じようなことが生じた。

2) 評価指標と数値目標について

研修会では当初、評価指標と数値目標をそれほど厳密に区別しなかったが、途中で混乱を生じる場合があった。評価指標はあくまでもその事業の進捗度を測るものであるが、数値目標はどちらかと言うと達成すべき目標値というイメージが強く、数値目標を設定することが行政責任から不可能であると考えられるケースが生じた。

3) アウトカムおよびアウトプット指標について

アウトカムおよびアウトプット指標について、かなりの時間を割いて研修したが、実際に策定立案の段階となると研修で得た知識が生かされないことが多く生じた。その理由は指標化自体が未経験であったこと、さらに指標とはアウトカム指標という固定観念が強く、市町村レベルでは設定が不能であると短絡しやすかった。

4) マニュアルとガイドラインについて

今回の 体系化⇒優先順位の決定⇒評価指標の選択⇒住民周知 という方法論は、製本された形のマニュアルやガイドラインのようものはない。そのため、研修会に参加した町村が自らノートをとって実践するものであるが、実際の策定立案の時に参考とする資料がないというケースが生じた。

5) モチベーションについて

どのような策定立案方法論でもそうであるが、市町村側のモチベーションが計画策定立案の成功には最も重要な要素である。アンケートの分析結果からもわかるように、保健所側は100パーセント地方計画が必要と理解しているが、市町村側はこの研修会を受講しても7割強しか必要と感じてない。

以下のアンケートにお答えください。これはよりよい研修・支援のための資料とします
該当する記号に○印をつけてください

1) 所属はどこですか？

A)市町村 B)保健所 C)その他()

2) 職種はなんですか？

A)保健婦 B)管理栄養士 C)事務職員 D)その他専門職()

3) 保健スタッフとしての実務経験は何年ですか？

()年

4) 管理的業務ですか？

A) はい B) いいえ C) 半々 D) その他()

5) 研修会の前回までの総論的な部分は理解できましたか？

A)理解できた B)一応判った C)どちらとも言えない D)よくは判らない

E)理解できなかった F) 参加してないのでわからない

既存事業の体系化⇒優先順位付け⇒指標化⇒住民周知 という策定方法について
ですが

6) 策定方法はわかりやすいですか？

A) わかりやすい B) どちらかと言えばわかりやすい C)どちらとも言えない

D) どちらかと言えば判りにくい E) 判りにくい

7) この策定手順で最も難しいと思うものを一つ選んでください

A) 体系化 B) 優先順位付け C) 指標化 D) 住民周知 E)全部

8) この策定手順で最も支援を必要とするものを一つ選んでください

A) 体系化 B) 優先順位付け C) 指標化 D) 住民周知 E)全部

9) この策定方法で困難な条件は次のうちどれですか、一つ選んでください

A) 予算化 B) 役所でのコンセンサスをとること C) 保健スタッフ全員が集まること

D) 策定までに数回半日会議に時間をかけること E) 策定作業そのもの

F) その他()

- 10) 支援を求めるのはどこがいいですか(現在ではなく将来のこと)
A) 保健所 B)大学 C)業者 D)県の健康対策課 E)その他()
- 11) 体系化は難しいですか?
A)難しい B)やや難しい C)どちらでもない D)それほど難しくない E)易しい
- 12) 優先順位付けは難しいですか?
A)難しい B)やや難しい C)どちらでもない D)それほど難しくない E)易しい
- 13) 指標化は難しいですか?
A)難しい B)やや難しい C)どちらでもない D)それほど難しくない E)易しい
- 14) 住民周知は難しいですか?
A)難しい B)やや難しい C)どちらでもない D)それほど難しくない E)易しい
- 15) 厚生労働省のガイドラインで示す「住民参加」は難しいですか?
A)難しい B)やや難しい C)どちらでもない D)それほど難しくない E)易しい
F)わからない
- 16) 健康日本21市町村地方計画策定は必要だと思いますか?
A)是非必要 B)必要 C)どちらでもない D)それほど必要でない E)不要
F)わからない
- 17) その他 研修会に希望すること今後期待すること等 何でもコメントをお書き下さい
()

「健康日本21」と地方計画の考え方

—特に市町村での対応について—

(はじめに)

「健康日本21」は、わが国の保健行政の分野に欧米並に新しい政策手法や考え方を導入するものである。ここではその意義を概観し、直接的な対人サービスを担う市町村、およびその市町村を支援する都道府県の保健所では何をすべきかを検討する。

(保健所法から地域保健法へ)

平成6年に保健所法から地域保健法へと法改正がなされ、今後の対人保健サービスの要は市町村保健センターとなった。現在、日本全国の市町村の数は約3300くらいであるが、その中で市町村保健センターやその類似施設(例えば母子保健センターなど)を持つ市町村はおおよそ80パーセントに達している。従来の保健所法のもとでは対人保健サービスの中心的役割は保健所が果たしてきたが、地域保健法に改正されてから対人保健サービスは、住民にとってより身近でかつ地域特性に合った市町村の保健センターが実施主体となった。そのため保健所の機能は市町村の保健サービスの支援や、広域的な企画調整事業、まだ市町村には困難な専門性を有する事業(例えば難病、エイズなど)などになりつつある。

以上のような流れは県型の保健所と市町村との保健サービスの行政的な役割分担の話である。政令市では保健所自体がもともと市町村保健センターと都道府県の保健所の役割を担うことから、おのずと県型の保健所とは異なる。人口30万以上の都市では中核市という位置付けで、独自の保健所を設置できるようになっており、県型の保健所とは別の形で市町村単位の保健サービスを強化する方向になっている。すなわち、都道府県の保健所は広域的に企画調整を中心に行い、市町村レベルでは政令市、中核市の保健所や市町村保健センターできめ細かな対人保健サービスを行うという流れになっている。全体としては法改正によって保健所の数はピーク時の850余りから、地域保健法以降、県型保健所は原則的に二次医療圏に1ヶ所になり、それにつれての保健所の数は400余りと事実上数は半減することになる。

(これからの保健行政手法の変革)

このような法改正は地方分権の流れにも合致するものであるが、一方で保健所法の時代は全国一律の保健サービスが日本中で展開された護送船団方式のボトムアップの時代でもあったと言える。すなわち、画一的ではあるが日本全国同じレベルの保健サービスの実現が政策目標でもあった。逆に地域保健法では、地方分権の流れから地域特性に合った市町

村保健サービスが求められることから、市町村の保健サービスは多様化し、先進的な保健サービスを展開する市町村がある一方で、そうでない市町村とでは差が大きくなり、市町村間で保健サービスの質の格差が広がる危険性を包含することになった。このような市町村間の格差は今後の介護保険制度の展開でも問題となる可能性がある。

このような背景の地域保健法のもとでの保健行政サービスの質の維持確保はどのように行うかが問題となる。地方分権の流れからは今までのような国からの直接的な行政指導のような対応は時流に合わないことは確かであるが、では市町村保健行政サービスの質を担保する方策や仕組みはどうするのかである。これに対応する形で保健行政サービス事業の評価という概念が注目を浴びるようになってきた。すなわち、事業の評価をきちんとやることによって無駄な行政サービスや効率の悪い行政サービスを是正するのが目的であり、これによって国からの行政指導的な対応がなくても、地方分権においても十分に保健行政サービスの質を確保が可能となるという発想である。このような行政サービスの評価はすでに保健行政分野以外でも、どんどん推進されている。わが国での先事例としては地方自治体として有名なのは三重県であり、内容についてはインターネットのホームページに掲載されている。海外では英国のサッチャー政権から現在のブレア政権にいたるまで継承されている行政改革運動がそうであるし、米国での事例としてはオレゴン州やサニーフィールド市などが有名である。

(健康日本21の数値目標のもたらすもの)

これらの事業評価の手法の特徴を一言で言えば、行政サービスの成果を数値化あるいは指標化するということである。従来の行政サービスの評価は、ほとんどの場合はプロセス評価でしかなかった。すなわち、行政サービスを実施するまでの事務手続きにおいて、その事務手続きの手順の妥当性と、せいぜい予想されるサービスの成果予想（往々にして楽観的すぎることが多い）を審議することで、すべの評価としてきたわけであり、実際の事業の成果、つまりアウトカム評価がなされることは稀だった。ところが、現在では行政サービスについてもアウトカム評価が用いられるようになってきた。端的な例では、今年から始まった『健康日本21』がアウトカム評価の代表例である。健康日本21は具体的な数値目標を設定し、保健行政サービスの進捗度を客観的に評価するという、わが国では革新的な保健分野における政策目標である。

健康日本21については、第三次国民健康づくり運動という位置付けでもある。第一次国民健康づくり運動は昭和53年からスタートし、病気の早期発見早期治療という第二次予防であり、10年後の昭和63年からの第二次国民健康づくり運動は、良い生活習慣から成人病（生活習慣病）を防ごうという第一次予防である。健康日本21は第三次国民健康づくり運動ではあるが、米国の Healthy People 1990（現在は Healthy People 2000）や英国の Our Healthier Nation と同様に10年単位の保健数値目標を持つものとなった。よって、第三次国民健康づくり運動は従来通り国民に啓発するという面もあるが、客観的

な保健数値目標を課すという点で、保健行政部門にも新たな対応を求める施策と言える。つまり、従来第一、第二次国民健康づくり運動は、国民に対する健康啓発が中心であり、健康に対する国民の意識改革を狙ったものである。しかし、第三次国民健康づくり運動である健康日本21は具体的な保健数値目標を設定し、10年後にその目標の達成度を評価するという革新的な内容を含んでいる。よって健康日本21は、政策目標であり一見行政評価とは関連がないように見えるが、数値目標を設定することによって、保健事業の評価を初めから前提としている画期的なものと言える。しかし、一方で、本邦では行政評価という概念が今まで希薄だったために、健康日本21のような数値目標の設定を伴う政策目標の受け入れには時間がかかることが予想される。

(行政評価にかかわる問題 三つのキーワード)

さて行政評価という概念の導入は、ただ単なる行政評価を行う機能の導入や評価機関の設置だけにとどまらない。つまり、行政評価というものは付随的な機能あるいは概念として、情報公開と説明責任という二つが常にセットでついて回る。情報公開も説明責任も比較的新しい行政の概念であるが、これからの行政のキーワードは行政評価、情報公開、説明責任の三つと思われる。それについて説明を加えてみよう。

(情報公開)

情報公開は米国で進められた手法であるが、これは議会制民主主義からするとともに特異な制度（仕組み）である。議会制民主主義であれば議会において法案や各種行政サービス内容を審議するのであるから、行政サービスの評価等も本来は議会に委ねておればよいはずである。しかし、行政サービスをなんでもかんでも議会において審議することは不可能であるし、年間予算案や法令要綱などの審議など重要な案件が多すぎるのが現在の議会である。そこで、住民（あるいはNGOなどのグループなど）が直接、行政に各種の行政サービスの状況や予算について情報開示を求め、情報公開された内容にしたがって、住民のグループが検討と評価を加えるというものである。極端に言えば情報公開制度は議会制民主主義からすると、ほんらい例外的なものである。しかし、議会で手の回らない行政サービスの評価については住民からの直接的な評価が重視されるべき趨勢となっている。米国では一定年数が経てば外交機密公文書でさえ、公開するのを原則としているほどであるが、わが国は各地方自治体が独自に情報公開条例を制定しているため、どこまで情報公開すべきか裁判で争われることも多く、現在は情報公開の過渡期と言える。

この情報公開をするためには、もちろん情報公開するための準備が必要であるし、従前のプロセス評価だけの行政サービスでは、かえって行政側が批判を受けるのも事実である。すなわち、情報公開するためには、確固とした行政事業評価が必然的に行われているのを前提としている。もともと情報公開は行政サービスが効率的に確実にやられているかどうかをチェックするのが目的である。日本では現時点では情報公開の公開度そのものが注目されがちであるが、本来は情報公開によって行政サービスの質のチェックするのが

最大の目的のほざである。よって行政評価を行政内部だけで扱うことは意味のないことである。内部資料として扱うだけでは真の行政評価の価値が発揮されないことから、情報公開が必然的についてついてまわる性格のものである。内部での評価では、どうしても甘い評価となりがちである。よって得られた行政評価は原則的にすべて情報公開して、いつでも住民がチェックできるようにすべきである。さらに行政評価の結果は住民に判りやすくして、ダイジェスト版のような形で広報紙に載せることも考慮されるべきである。このような対応は行政評価が行政評価のための行政評価となるのを防ぐためでもある。もともと行政評価は行政サービスの質の向上のために行うのであるから、内部だけの扱いにすると行政評価自体が目的化しやすく効果の無い制度となるを防ぐために、評価事業は情報公開すべき筆頭にあがる事業である。

(説明責任)

アカウントビリティを説明責任と訳しているが、これは今述べた行政の情報公開と密接な関係があるものである。説明責任を簡単に言えば、行政が事業を行う場合には、その事業について住民に十分に説明する義務が行政側にあるというものである。これは情報公開が住民の側から行政への要請とすれば、説明責任は行政の側からの住民への行政事業の報告というわけで、情報公開と説明責任とは本質的にはほぼ同じ概念と言える。どちらかと言えば、説明責任はこれからやろうとする事業がどうして行政でやる必要があるのか、あるいは事業の妥当性があるのかを、事前に説明するものであり、情報公開では、行った事業がどう効率的に本来の目的通りにやられたかをチェックするものである。よって説明責任を行政側で十分に果たしており、事前に行政サービスの妥当性を住民に周知しておれば、例えば行政サービス後にその事業が失敗に陥ろうとも、行政側ではその失敗の責任を一方的に被る必要は無いわけである。もっとも行政サービスで避けるべき対応は、事前の行政サービスの妥当性やその運用のシミュレーション（これも行政評価と言える）を曖昧にし、しかも説明責任を果たさずに、いつのまにか行政サービスを開始した挙句に、運営に失敗した、あるいは効果の見こめない事業であったという事態である。よって説明責任を果たす上でも行政評価という基本的な対応が行政側では必須である。

このように、行政評価という概念を導入すると、必然的に情報公開や説明責任という概念がついて回るのが現在の保健行政サービス事業の特徴でもある。ついこの間までは厚生省を頂点とする上意下達とも言える体制で、全国津々浦々どこでも画一的な保健サービス事業が展開される時代であった。当時は各自治体において行われる行政サービスは隣の自治体と同じことをやっていれば、事業の妥当性などは考える必要がなかったことからすると、現在はまったく異なる保健行政側の対応が求められる時代となったと言えるだろう。

(今後の保健行政サービス事業評価の問題)

以上のような流れで、これからは保健行政サービスの事業評価が重要だということについては誰も異存はないのであるが、実際に事業評価をしようとするとう頓挫しやすい事実がある。なぜならば、前述した健康日本21のところでも触れたように、今まで行政ではアウトカム評価をほとんどしてこなかったために評価をする技術や機能を持っていないからである。そして当然のことながら、説明責任や情報公開に耐えうる評価とは何かというと、誰でもわかりやすい評価指標を持つということである。今まにでも行政内部では色々な評価をしていたが、前述したようにほとんどがプロセス評価であり、稀にアウトカム評価があっても専門的過ぎて素人にわかりにくいものであった。素人にわかりにくいということは、行政側が何をしても(あるいは何もしなくても)わからないということであり、これからの行政サービスの効率化を考えると甚だ都合の悪い状態である。米国の事例を見ると、とにかく行政の目標は客観的であり、行政サービスの事業評価は、極力、指標化をして素人でもわかるようになっている。かつ、これらを住民に広報して周知することに努力している先進事例がほとんどである。事業を評価するための指標化については、日本でも今後の健康日本21などの政策目標がよい刺激となって、各自治体で急速に指標化作成技術の水準が上がるのが予想される。今後の展開が大いに期待される場所である。

以上が「健康日本21」が保健行政にもたらす影響を総論的に述べたものである。以下、実際の地方計画について述べることにする。これは筆者が現時点で市町村に介入研究しながらの知見に基づくものであり、厚生省の地方計画策定マニュアルとはおのずと異なる。筆者らの市町村への介入は厚生省のマニュアル等が作成される前から行なわれており、その点では厚生省のマニュアルには添わない部分がある。かつ、総論で述べたように、「健康日本21」の本質は、1) 中長期の保健事業計画の推進であること、2) アウトカム評価を主体とする客観的な数値目標や指標目標を設定すること(注)、3) 評価という概念をベースにこれからの「情報公開」と「説明責任」へと繋がる新しい行政スタイルの導入である。今後、直接的な対人保健福祉サービスを担う市町村は、この本質を踏まえた地方計画を建てるのが最も重要である。

注 国や都道府県ではアウトカムが主流となるが、市町村ではアウトプット：行政のサービス投入量を指標としても良い。

(地方計画と健康日本21)

実際に市町村へ介入しながら地方計画を建てる作業をしているが、最も大事なことは、総論で述べた 1) 中長期の保健事業計画の推進であること、2) アウトカム評価を主体とする客観的な数値目標や指標目標を設定すること、3) 評価という概念をベースにこれからの「情報公開」と「説明責任」へと繋がる新しい行政スタイルへの導入 ということであり、従来の保健事業計画とは全く発想が異なるという意識で取り組むべきである。地方計画の具体的なスタンスを簡略に説明すると以下のようなになる。以下については OHP を使用しながら解説する。

1) 市町村で行っている保健福祉サービス事業を整理する。

重複している事業や相互に関連性のない事業はリストアップあるいは、あらたに事業目標を明確にし、市町村全体でどのような事業がどのような位置付けであるかを整理する。中長期に数値や指標目標を実現するには市町村全体の事業の整理が不可欠である。

2) 各保健福祉サービス事業分野で優先順位をつける。

各市町村の保健福祉サービス事業には強弱がある。その強弱によって得意なものから、不得意な（つまり充実していない）事業まで順位付けをする。これによって、その事業分野毎の問題点を明確化する。

3) 最も充実している事業は伸ばす方向で、最も弱い事業は補強する方向で考える。

各事業全体に限られたマンパワーと予算を投入することは不可能である。よってもともと充実している事業はさらに伸ばす方向で、そして最も弱い事業は補強するという考え方で、マンパワーと予算を投入する。ただし、その市町村で明らかに問題であるという課題があれば優先する。

4) 各保健福祉サービス事業について中期（5年）と長期（10年）の数値目標あるいは指標化目標を、1事業について約3種類策定する。

単年度の目標だけではなく、中長期の目標を意識する。そして1事業につき、できるなら3つの数値目標、指標を考える。このように複数の数値と指標を設定し、後で目標数値指標を絞る作業を行う。数値化指標化は柔軟に考える。アウトカムだけでなく、アウトプット指標や、アンケート調査、すでにある保健指標などを考慮する。ただし、ここでは時間と予算のかかる調査を最大限しない方向でよい。

- 5) 目標の数値化指標化には根拠を持たせる。マンパワーと予算措置を想定して設定し、明確に示せないときは、上位、中位、下位推計を考慮する。希望的観測や曖昧なスローガンのような目標設定は意味がないことを意識する。常に、マンパワーと予算の裏づけを考え、過去の実績を踏まえて根拠のある計画とする。このまま、予算財政部門に提出できるような計画であることが望ましい。また、市町村全体の事業内でのバランスを考えるようにする。
- 6) 保健福祉サービス事業全体で、その市町村の指標となるものを3～5個選び、それを全体の保健福祉サービスの水準とする。
おそらくこのような作業で、数値や指標は全体で30～50個以上となるはずである。そこから、その市町村を代表する目標を3～5個程度選ぶ。これを市町村全体の保健福祉サービス水準の指標として考える。代表的な事業にしても良いし、これからの重点をおきたい事業にしても良い。
- 7) 以上のような中長期の計画案を首長、他の部局部門に公表し意見を求める。かつ住民にわかりやすく提示するように考量する。
首長や他の部局へ、プレゼンテーションし意見を求めると同時に、実現に向けての協力を得る、あるいは最低限理解を得るようにする。また、住民には積極的に広報誌やパンフ等でこれらの計画について周知し意見を求める。将来的には、住民の参加を考慮した中長期の保健福祉計画についての検討会を考える。
- 8) これらの計画は常に進行管理を行い、見直しと改善を行う。
計画の実現には、常に計画案と現在の進行状況のチェックが必要である。そのため月に一度は進行状況を意識的に確認し、半年に一度は全体をチェックする。1年ごとに数値目標指標化目標検討し、必要ならば目標値の上方修正下方修正を行う。

(参考文献)

- ・ 「行政評価」の時代 経営と顧客の視点から 上山信一 NTT 出版
- ・ 工藤 啓、高橋香子、大室鮎美：『政令市における地域保健法施行後の活動総括と今後の展望と課題』保健婦雑誌 1999 Vol 55 No12 P1006-1011
- ・ 工藤 啓：『地域保健法時代の保健事業評価 その視点と方法をめぐって』生活教育 1999 Vol 43 No8 P7-11
- ・ 工藤 啓：『科学性を活かした保健事業の展開—目標の設定と事業の評価について—』公衆衛生情報 1998 Vol28 No10 P55～58

計画策定に際しての問題点

宮城大学大学院健康政策学 工藤 啓

(はじめに)

健康日本21が昨年からはスタートし、現在は各都道府県で地方計画が策定されている段階である。都道府県地方計画については策定が義務とされる一方で、市町村の健康日本21地方計画は努力目標とされている。もともと地域保健法では市町村が直接的な対人サービスの要であることから、市町村でこそ計画の策定が望まれるのであるが、地方計画策定の取り組みは市町村間でまだばらつきがある。このばらつきの原因の一つは、市町村における策定方法論が確立してないことである。このような中で保健所の果す市町村への策定支援は多いに期待されるだろう。ところが、策定支援の一定した方法論も確立していないのが現実である。どのような方法論を用いても構わないと筆者は考えているが、これから提示する方法論は特殊な技術や手法、あるいはカリスマ的マンパワーを必要としないものである。

(健康日本21地方計画の現状と課題)

筆者らが宮城県内の70市町村をアンケート調査した結果(第37回宮城県公衆衛生学会で発表)では、介入研究した町をのぞくすべての市町村で健康日本21地方計画は未策定であった(平成13年3月時点)。策定中および策定予定ありの市町村が48ヵ所、検討中あるいは策定予定なしが21ヵ所であった。未だに策定していない市町村の主な回答では「県の地方計画が完成してからスタートする」、「市町村では(計画策定のための)調査や分析が困難である」、「(策定で強調されている)住民参加による策定ポイントが不明」であった。これらに対して以下のように筆者らは考えている。

1) 県地方計画が完成してからスタートする

→待つ必要はない

対人サービスの要である市町村こそが地域特性に富んだ計画を作成することによって、都道府県地方計画、国の健康日本21計画が実行性あるものとなる。よって、市町村は率先して地方計画を立てることが望まれる。

2) 市町村では調査や分析が困難である

→困難ならやらなくてもよい

もちろん、調査や分析ができる人的予算的余裕がある市町村はどしどしやるべきであるが、市町村の地方計画では既存の保健衛生統計を活用し、保健スタッフ等の意見を反映させるもので十分である。

3) 住民参加による策定ポイントが不明

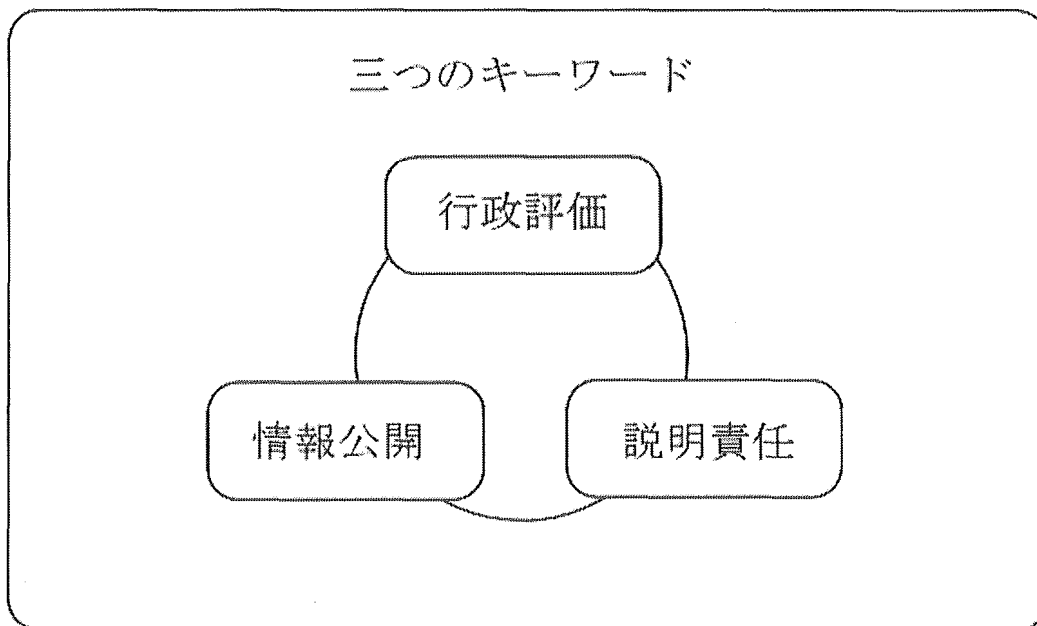
→住民参加に拘らない

確かに住民参加が大きな要素であると健康日本21作成ガイド等では謳っている。ただし、住民参加を取り入れるには行政側にはある一定以上の事務能力が必要である。住民参加を強調しすぎる余地躊躇している自治体が多いのであれば、住民参加に拘る必要はない。

以上の筆者の考え方は、従来の概念とは異なるものである。健康日本21の本質は何かと言えば、中長期の客観的な評価指標を持った保健総合計画ではないだろうか。中期とは5年であり、長期とは10年である。客観的な評価指標とは何か？ 実は既に都道府県単位の総合計画では数値目標(客観的な評価指標)が付けられているのが常識化している。これと同様に数値目標を出して住民にもわかりやすい計画を策定するのが健康日本21地方計画ではないだろうか。筆者らはこのような方針で現在、保健所と共同で市町村支援を行ない一定の成果を上げているところである(第50回東北公衆衛生学会で発表)。

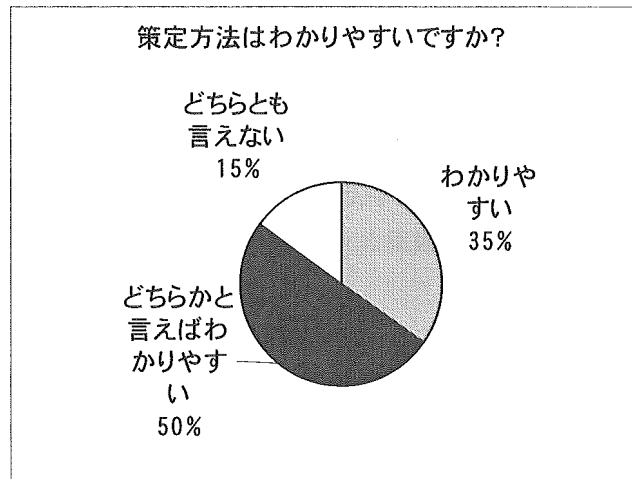
(筆者らが試みた実際の策定方針)

もともと筆者は保健行政サービスの効率的な運用を目的に、保健行政サービスの評価の研究を行って来た。健康日本21によって市町村でも評価指標を持った保健事業計画を策定す



る気運が高まり、今回とりあげる宮城県の町村では大学側が支援する形で策定事業が始まった。これからの行政サービスの方向性については、三つのキーワードを提唱している。すなわち、行政評価、情報公開、説明責任の三つがこれからの行政の基本的姿勢と位置付けている。健康日本21地方計画における数値目標は、まさに『行政評価』そのものであるし、これらの事業計画は策定プロセスそのものや設定された数値目標については情報公開あるいは説明責任の対象となるだろう。いわゆる策定作業に住民参加を導入する策定プロセスは、

筆者は情報公開や説明責任の範疇に入ると解釈している。策定方法論の最終目的は効率的な行政サービスの実現としていることから、策定の方針としては以下のような原則をもとにしている。1)保健サービス事業の体系化、2)事業の優先順位の決定、3)中長期の事業評価のための指標の設定、4)指標についてはアウトカム(成果)指標に限らずアウトプット(サービス量)指標も含める、5)保健事業計画については策定プロセスも含めて住民に公開するの5つを原則としている。



(実際の策定作業)

体系化:実際の策定作業は、保健事業の体系化から始まっている。理想的には、

理念⇔大目標⇔中目標⇔小目標(具体的事業)

のような四段か三段構造が体系化では望ましいと思われる。理念は町の総合計画等の上位計画との整合性を持たせる必要がある。これはすべての保健事業について、どのような設置趣旨であるかを再確認しながら地域特性を考えた位置付けを再確認する作業である。たとえば、母子保健で育児サークル育成事業があるとすると、ある保健スタッフは同年齢層子供同士の遊び場の提供(都市部でも郡部でも同年齢の幼児が触れ合う機会は減少している)を目的とし、別のスタッフは母親同士の育児不安の解消のためのサークル育成としている。どの方向性でも構わないが、その町の方針を再確認する作業が必要となるだろう。また、母子検診においても検診に合わせてグループワークを行っている場合もあり、単なる検診という位置付けではないこともある。このように各種の保健事業が全体の保健計画ではどの位置を占め、町全体としてどのような方向性を事業につけているかを再確認することが体系化作業の目的である。また、一つの事業が複数の中目標にリンクされることがある。つまり一つの事業でありながら、町によっては複数の意味づけがある場合もある。実際には、この体系化作業にかなりの労力と時間が必要となる。個別のこなす事業について羅列したものを、体系化して全体の中でどう事業を位置付けるかを検討するのが体系化である。