

年の段階で示された。

表1-4 政策医療の施設類型、当初案

	内 容
ナショナルセンター	高度先駆的医療の実施、臨床研究、教育研修などについての全国の中心機関としての施設
基幹施設	① ナショナルセンターとの連携の下に高度先駆的医療の普及を図るためのブロックの中心機関として、臨床研究、教育研修などの機能を備えた施設 ② 特定の疾病についての高度医療の実施、臨床研究、教育研修などの中心機関としての機能を備えた施設
高度総合診療施設	高度の総合診療機能にあわせ、高度の臨床研究・教育研修などの中心機関としての役割を果たすとともに、医療スタッフを他の医療機関に出向させるなどの拠点としての施設
専門医療施設	特定の疾患を対象とした専門医療を実施する施設
総合診療施設	広域を対象とした救急医療、母子医療などの第三次の医療機能にあわせ、地域の教育研修、病床の開放、高度医療機器の共同利用などを実践・普及する機能を有する施設

上記の構想は、この後10年以上に渡り検討が続けられて、一層の純化が進み、最終的には以下のような類型にまとまった。（平成11年3月19日公表、国立病院・療養所の再編成計画の見直し）

表1-5 政策医療の施設類型、最終案

区 分	機 能
ナショナルセンター 対象疾患ごとに全国に1か所	高度先駆的医療の実施、臨床研究、教育研修、情報発信の全国の中心機関（例：国立がんセンター、国立循環器病センター）
基幹医療施設 対象疾患ごと、ブロックごとに原則1か所	特定の疾患を対象とした医療を提供するブロックの中心機関であり、必要に応じてナショナルセンターとの連携の下に、高度先駆的医療の普及等を図るための臨床研究、教育研修、情報発信の機能を備えた施設。（例：地方がんセンター、地方循環器病センター）
専門的医療施設 必要に応じて整備	特定の疾患を対象として、必要に応じてナショナルセンターや基幹医療施設との連携の下に専門医療を提供し、教育研修、情報発信の機能を備えた施設（例：国立〇〇病院、国立〇〇療養所）

また、上記の中から以下の施設を整備する。

ア. 高度専門医療施設 政策医療の実施とともに、全国の国立病院・療養所の中核となる機能を持つ施設（対象疾患ごとに全国に1か所）

イ. 高度総合医療施設 政策医療の実施とともに、高度で総合的な医療災害時の診療支援機能等を備えた施設（ブロックごとに1～2か所）

また、対象疾患 19 分野が下記の通りに示された。政策医療ネットワークは後述する。

がん、循環器病、精神疾患、神経・筋疾患、成育医療、呼吸器疾患（結核含む）、免疫異常、重心、腎疾患、内分泌・代謝疾患、感覚器疾患、骨・運動器疾患、血液・造血器疾患、肝疾患、エイズ、長寿医療、災害医療、国際医療協力、国際的感染症

#### ④ 統廃合・移譲の目標施設数

表 1-6 統廃合・移譲対象施設の目標数

区分	現在の施設数	統合による減	移譲による減	計	統合・移譲後の施設数
国立病院	100	△14	△20	△34	69
国立療養所	139	△26	△14	△40	96
計	239	△40	△34	△74	165

上記目標が昭和 61 年に決定され、平成 11 年の見直し計画で、さらに 13 施設（統合 8，移譲 5）が加わり、統合・移譲後の施設数は 152 施設と変更された。

#### (4) 特例措置法の変遷

##### ① 移管政策

政策医療対象の決定、対象施設の配分、統廃合対象施設の選択を行った次の段階では、当該施設とその地域への配慮、および統廃合や移譲に伴う負担の緩和が重要となる。移譲もしくは廃止される施設や地域では、心理的、組織運営や経営、さらには地域社会や政治の上での混乱さえ起こりうる。そうした事態を緩和し、円滑な廃止や移譲を進めるために、必須の方策として各種支援措置が採られた。それが特別措置法（特措法）である。

このような方法は、国立病院・療養所だけの特殊事情ではなくて、地方公共団体の医療施設を民間移譲する際などにも参考になるものと考えられる。

昭和 27 年から 29 年の間にも、特別措置法が制定された。その際の措特別措置が十分とは言えなかった、あるいは移譲先の地域への配慮が十分ではなかったとの指摘もある。昭和 61 年からの統廃合・移譲でも、同様あるいは、更に進んだ措置を含む法律が制定された。この法律は昭和 61 年 3 月に成立して、その後平成 8 年 5 月に、移譲を加速させる拡大措置が盛り込まれる形で改正された。

##### ② 特措法の概要

平成 8 年の改正後の特措法の概要を以下に示す。改正前後の相違等は次節で述べる。

ア. 国立病院等の資産譲渡後の後利用の範囲

- ・ 医療機関
- ・ 特定整備施設（医療機関と一体として整備することが医療機関の機能の向上に資する特別養護老人ホーム、ケアハウス等の保健衛生施設、社会福祉施設等）

イ. 国立病院等の資産の割引譲渡と特措法・適用条文

表1-7 特措法、資産割引譲渡の条件一覧

対象者区分	地方公共団体	地方公共団体が管理委託を行う場合	地方公共団体以外（日赤、済生会、厚生連等）
移 譲	無 償 (第2条)	無 償 (第2条の3)	9割引、特例地域は無償 (第2条)
特例譲渡	8割引、特例地域は9割引 (第2条の2)	8割引、特例地域は9割引 (第2条の3)	7割5分引、特例地域は8割引 (第2条の2)
譲 渡	5割引、特例地は7割引 (第3条)		4割5分引、特例地域は5割引 (第3条)

[注] ・ 移譲とは、職員の2分の1以上が引き継がれる場合。

- ・ 特例譲渡とは、職員の3分の1以上2分の1未満が引き継がれる場合。
- ・ 特例地域とは、離島、辺地、特別豪雪地帯、山村及び過疎地域。
- ・ 管理委託とは、地方公共団体の委託先に職員が引き継がれる場合。
- ・ 政令第3条に規定する無償又は減額した価格で譲渡することができる土地の面積は、譲渡契約に係る国立病院等の用に供されている建物（看護婦養成所及び准看護婦養成所並びにその学生寄宿舍並びに職員宿舎を除く。）の建築面積の合計と、割引譲渡先が開設する医療機関（特定整備施設を含む。）の用に供しようとする建物の建築面積の合計とを比較し、いずれか小さい方の6倍を限度とする。
- ・ 地方公共団体以外の割引譲渡先には、日赤、済生会、厚生連のほか、（社福）北海道社会事業協会、国保連合会、共済組合（連合会）、健保組合（連合会）、留保組合、労働福祉事業団、簡易保険福祉事業団、保健医療に関する教育研究を行う学部又は学科を置く大学を設置する学校法人、社会福祉法人、医師会並びに法人税が非課税である民法法人がある。

ウ. 国の補助

i) 再編成特措法に基づく国立病院・療養所の資産の減額譲渡

公的医療機関の開設者等が、国立病院・療養所の資産の譲渡を受け、引き続き医療機関を開設する場合には、当該資産を減額した価額で譲渡する。

ii) 再編成特措法に基づく施設設備整備費補助及び運営費補助

- ・ 施設設備整備費（補助率1/2 期間3年）

国立病院・療養所の減額譲渡先に対し、国立病院・療養所の資産の譲渡

を受けて引き続き開設する医療機関の施設及び設備の整備に要する費用の一部を補助する。

- ・運営費補助〈補助率 1 / 2 又は 1 / 3 期間 60 か月〉

国立病院・療養所の減額譲渡先が国立病院・療養所の職員を 3 分の 1 以上引き継ぐ場合には、当該譲渡先に対し、国立病院・療養所の資産の譲渡を受けて引き続き開設する医療機関の運営に要する費用の一部を補助する。

iii) 再編成特措法に基づく医師の派遣等

国立病院・療養所の資産の譲渡を受けて引き続き開設される医療機関の運営が円滑に行われるように国立病院・療養所に勤務する医師を派遣するなどの必要な配慮をする。

iv) 再編成にかかる税の軽減措置

- ・登録免許税の軽減措置

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、厚生労働大臣が指定した場合に、土地又は建物の所有権の移転登記に係る登録免許税の税率を 1000 分の 50 から 1000 分の 9 に軽減する。

- ・不動産取得税の軽減措置

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、当該不動産の取得に係る不動産取得税の課税標準を当該不動産の譲渡価格の割引率に応じて軽減する。

- ・固定資産税・都市計画税の軽減措置

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、初年度から 3 年度分に限り、開設する医療機関の用に供する土地又は建物に係る固定資産税・都市計画税の課税標準を本来の 3 分の 2 に軽減する。

v) 社会福祉・医療事業団による低利融資

国立病院・療養所の資産の減額譲渡先に対し、社会福祉・医療事業団が、当該資産の取得に係る資金について低利融資を行う。

**エ. 医師の派遣等の配慮**

移譲等を受けた医療機関に対し、医師の派遣等について配慮する。

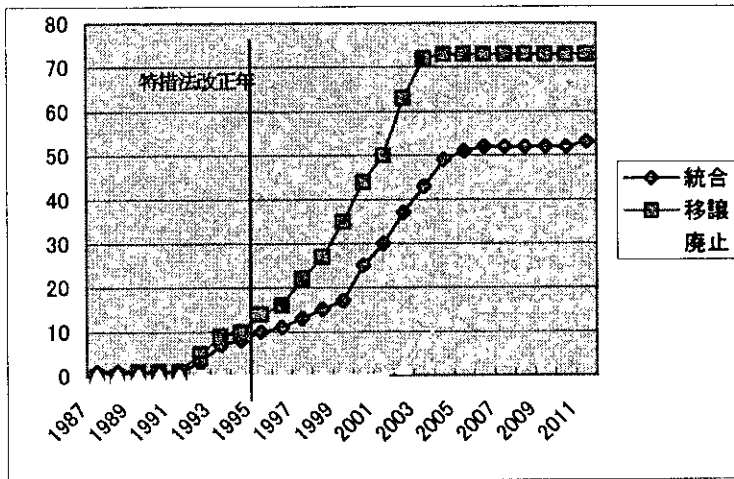
### ③統廃合実施数の推移

表1-8 統廃合実施の推移

区分	再編成計画 施設数	年次別減少施設数												小計	計
		昭和61～ 平成10	1	12	13	小計	予定 14	予定 15	予定 16	予定 17	予定 18	予定 23			
統合による減	61年度計画 40	13	2	6	4	25	5	3	5	2			15	40	
	見直し計画 8						2	3	1		1	1	8	8	
移譲または 廃止による減	61年度計画 34	11	6	4	4	25	7	2					9	34	
	見直し計画 5				1	1	1	3					4	5	
計	61年度計画 74	24	8	10	8	50	12	5	5	2			24	74	
	見直し計画 13				1	1	3	6	1		1	1	12	13	
	全体 87	24	8	10	9	51	15	11	6	2	2	2	36	87	

上記表の通り、昭和61年から平成10年までの統廃合、移譲のペースは、それ以降のペースより遅かった。

図1-1 統廃合・移譲の進展



より詳細な実施数推移のグラフを見ると、特措法改正年の1996年以降の実施ペースが高くなっている。

### ④統廃合、移譲の実情

施設ごとに事情が異なるので一般論では言えないが、対象施設従事者やその労働組合、地域からの反対、地域行政や地域議会まで巻き込む混乱が生じる地域もあった。また、移譲される地方の負担の大きさなどからの移譲反対論もあった。この状況は、程度の差はあるが、昭和27年～29年とも相通ずる点が少ないと思われる。そのために、当初10年間の統廃合・移譲のペースが低かったと考えられる。

#### ⑤特措法改定に至る過程、懇談会報告

平成7年1月に始まる「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」では、今後の国立病院・療養所の果たすべき役割とその役割を推進するための具体的方策についての2点を主な狙いとして、政策医療の在り方、再編成推進方策、経営合理化方策などについて議論を進めた。その経緯は以下の通りである。

#### ○ 懇談会開催

平成7年1月30日 第1回開催、以後平成7年11月6日（第13回）まで開催

#### ○ 施設視察

国立がんセンター中央病院、東京第二病院、国立小児病院、国立病院東京災害医療センター（仮称）、国立療養所村山病院、国立がんセンター東病院、松戸市立福祉医療センター

#### ○ 中間報告

平成7年6月19日 座長から保健医療局長に報告書を提出

#### ○ 最終報告

平成7年11月13日 座長から保健医療局長に報告書を提出

#### ○ 委員名簿（50音順 敬称略、所属役職は当時のもの）

<座長>	浅田 敏雄	私立学校教職員共済組合理事長
	井部 俊子	聖路加国際病院副院長
	岩崎 栄	日本医科大学医療管理学教授
	黒木 武弘	社会福祉・医療事業団理事長
	見城 美枝子	エッセイスト（平成7年6月26日委員辞職）
	小谷 直道	読売新聞社論説委員
	小山 秀夫	国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長
	宍倉 宗夫	北海道東北開発公庫総裁
	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
	坪井 栄孝	日本医師会副会長
	仲村 英一	医療情報システム開発センター理事長
<座長代行>	水野 肇	医事評論家
	持永 堯民	地方自治情報センター理事長
	諸橋 芳夫	日本病院会会長、全国自治体病院協議会会長
	山口 浩一郎	上智大学法学部教授

その最終報告として、下記のような報告を行った。特に再編成関連では、指標と推進策の提言があった。

表1-9 「国立病院・療養所の政策医療、再編成等に関する懇談会」報告概要

## 1 国立病院・療養所の目指すべき方向

### (1) 国立病院・療養所の在り方

国立病院・療養所は、医療が質・量両面で様々な供給主体によって供給されていることから、基本的・一般的医療は他に委ね、広域・高度・専門という分野の医療（政策医療）、臨床研究、教育研修などに特化する方向を引き続き目指すべき。

### (2) 再編成の必要性

公共性、効率性の観点から、経営資源をこうした国立にふさわしい分野に集中すべきだが、現状では適切な役割を果たせない。他の設立主体との競合を避け、連携し、期待される役割を適切に果たし得るよう機能強化するため、再編成が必要。

## 2 国立病院・療養所の果たすべき役割

再編成を通じて機能強化を図った後の国立病院・療養所の具体的な役割は、経営資源の一層の集約と量から質へのシフトの観点から見直すべき。

### (1) 政策医療

### (2) 臨床研究、教育研修

### (3) 先駆的な医療政策等の実践

## 3 実施体制の整備

### (1) 病院・療養所の施設類型

### (2) ネットワーク化

### (3) 病院・療養所の区分の廃止

## 4 再編成の指標

現行再編成計画は、着実かつ早急に実行すべき。今後、残りの施設について、国立として果たすべき役割を遂行できることを期待し得るかどうかの新たな指標を追加し、さらに再編成を推進する必要。

## 5 再編成の推進方策

再編成推進のため、各般の施策を充実し、地域にとって受け入れやすいものにしていく必要がある。

### (1) 減額譲渡の対象となる相手先の拡大

公益法人、特定医療法人、医学部のない大学を設置する学校法人にも対象を拡大する。地方自治法による管理委託の場合にも適用する。

### (2) 減額譲渡の対象となる後利用の範囲の拡大とまちづくりへの協力

地域のニーズの変化に対応し、引き続き医療を確保する場合に限定している減額譲渡の対象を保健、福祉分野など、より幅広いものにし、跡地を活用したまちづくりに協力する。このほか、更地となる場合の扱い、職員数の数え方、用途指定期間などの条件を再編成推進の観点から見直すべき。

### (3) 国立病院・療養所の廃止

こうした施策を講じてもお後利用が決まらない場合であって、国立としての本来の在り方から経営を継続することが適当でないとき、施設廃止も選択肢の一つ。特に、病床過剰地域では、後医療確保の方が問題となり得る。

## 6 経営改善の更なる推進

経営懇で指摘されたことを着実に進めるほか、一層の創意工夫（機能評価、弾力的人事交流、適切な人員配置等）が必要。

### ⑥ 特措法の改正前後の比較

改正後の特措法は、移譲の際の負担費用の条件緩和、施設利用に関する制約事項の緩和、当該地域への対応などが、多数盛り込まれた。そうした量的緩和策が、それ以降の統廃合・移譲のペースを速めたと考えられる。

逆に考えれば、これだけ緩和しなければ、推進が難しかったと考えられる。行革、規制緩和など小さい政府志向が強まっている時代でありながら、これだけの緩和策が必要だったと言うことは、もしも行革指向でない時代だったならば統廃合・移譲は、昭和 27 年～29 年と同様の困難に遭遇する可能性が高かったと考えられる。



ア) 法律面の比較

表1-10 特措法、改正前後の比較（法律）

改正前	現 行
1 譲渡後の後利用の範囲の拡大	
医療機関のみ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関</li> <li>・医療機関と一体として整備される施設、訪問看護ステーション</li> <li>・市町村保健センター、特別養護老人ホーム、ケアハウス、養護学校等の保健衛生施設、社会福祉施設等【政令改正により措置】</li> </ul>
2 職員を引き継ぐ場合の譲渡の特例の拡大	
移譲【職員の1/2以上を引き継ぐ】地方公共団体：無償公的医療機関の関係者等：9割引	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移譲【職員の1/2以上を引き継ぐ】地方公共団体：無償公的医療機関の開設者等：9割引</li> <li>・特例譲渡【職員の1/3以上1/2未満を引き継ぐ】地方公共団体：8割引公的医療機関の開設者等：7割5分</li> </ul>
3 地方公共団体が管理委託を行う場合の減額措置の拡大	
国立病院資産のみを引き受け職員の引継を伴わない場合：5割引	<p>委託先が</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の1/2以上を引き継ぐ場合：無償</li> <li>・職員の1/3以上1/2未満を引き継ぐ場合：8割引国立病院資産のみを引き受け職員の引継を伴わない場合：5割引</li> </ul>
4 補助金の充実	
・移譲の適用を受けた譲渡先に対し運営費補助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・再編成特措法により譲渡を受けた譲渡先に対し施設設備整備費補助</li> <li>・移譲及び特例譲渡の適用を受けた譲渡先に対し運営費補助</li> </ul>
5 譲渡先の範囲の拡大	
<p>○公的医療機関の開設者等</p> <p>地方公共団体</p> <p>日赤、済生会、厚生連、国保連合会、北海道社会事業協会</p> <p>共済組合（連合会）、健保組合（連合会）、国保組合</p> <p>労働福祉事業団、簡易保険福祉事業用</p> <p>医学部を置く大学を設置する学校法人</p> <p>社会福祉法人</p> <p>医師会</p>	<p>○公的医療機関の開設者等</p> <p>地方公共団体</p> <p>日赤、済生会、厚生連、国保連合会、北海道社会事業協会、共済組合（連合会）、健保組合（連合会）、国保組合、労働福祉事業団、簡易保険福祉事業団、</p> <p>保健医療に関する教育研究を行う学部又は学科を置く大学を設置する学校法人</p> <p>社会福祉法人</p> <p>医師会</p> <p>法人税が非課税となる民法法人</p> <p>【政令改正により措置】</p>

イ) 運用の変更による対応

表1-11 特措法、改正前後の比較（運用）

変 更 前	現 行
更地とした上での建て替え	
全面改築するために旧建物を解体撤去して一旦更地とすることは不可。	全面改築するために旧建物を解体撤去して一旦更地とすることも可能。
用途指定期間の短縮	
国有財産譲渡後の用途指定がかかる期間は15年間	国有財産譲渡後の用途指定がかかる期間は10年間
まちづくりの支援	
	国立病院等の跡地を用いた地域保健の振興を図るための計画策定に対し補助を行う。

⑦移譲に際して適用された特例措置条項の集計

平成15年2月末日までの移譲の際に適用された条件は、下記の通りである。

表1-12 特措法適用条件ごとの施設数

	時価譲渡	特措法第3条 譲渡	特措法第2条 の2 特例譲渡	特措法第2条 の3 移譲、管理委託	特措法第2条 移譲
施設数	6	14	5	11	20

これまでに譲渡された56施設の中で、改正に伴う項目（特措法第2条の2、2条の3）を適用したものが16件ある。移譲の推進に効果があったと考えられる。

(5) 独立行政法人と国家医療の区分

平成16年度に独立行政法人となるのは、統廃合や移譲を経て、国立病院・療養所として残された医療機関である。ナショナルセンターである医療機関は、国家による運営と推進のために独立行政法人には移行しない。

これにより国立病院・療養所は3類型に分かれた。第一が国立のまま残るナショナルセンターである。第二が独立行政法人化される国立病院・療養所である。第三が地方移譲された元国立病院・療養所である。

独立行政法人化は、事実上は地方移譲する国立病院・療養所の今後の追加が無いことを意味すると考えられる。それまでに計画にある統廃合・移譲対象施設で、まだ実施されていないところの一層の加速策が、平成13年、14年と続けて示された。平成15年以降の移譲・廃止対象の23施設の完全実施を行うことで、昭和61

年からの再編成は完了する。ただし、平成 23 年まで掛かる長期計画である。

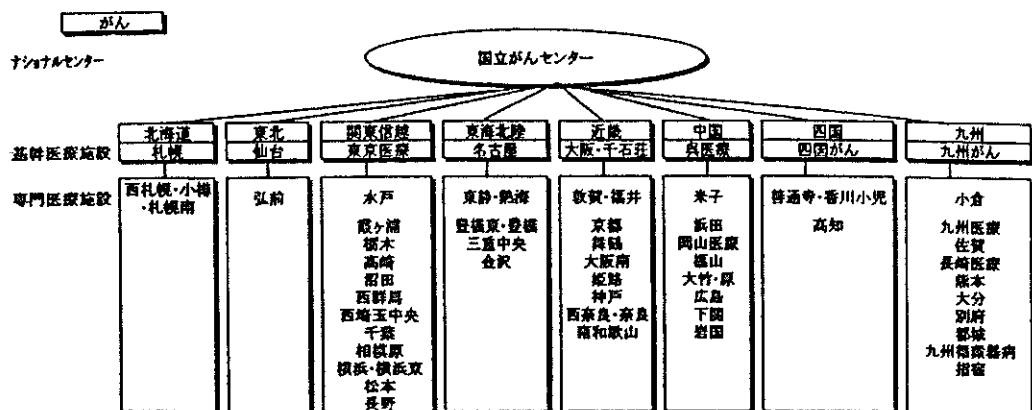
### (6) 政策医療ネットワーク

政策医療ネットワークの施設は、もはや移譲された元国立病院・療養所と異なる役割・機能に向かって進んでいる。そのための移譲推進の指針とはならないが、このような国立医療機関であることの位置づけを明確にすることが、移譲対象選定に当たっての合理的基準になる好例と考えられる。こうした理念形成が、移譲を単なる不採算施設の切り捨て、地方への負担の押しつけというネガティブ・イメージを生まないための重要なプロセスだったと考えられる。

ここで全てのネットワークを提示する必要はないので、一例としてがんに関する政策医療ネットワークの図を示す。

この他に循環器病、精神疾患、神経・筋疾患、成育医療、呼吸器疾患、免疫異常、重心、腎疾患、内分泌・代謝疾患、感覚器疾患、骨運動器疾患、血液・造血器疾患、肝疾患について同様のネットワークがある。

分野別の政策医療ネットワーク



### 参考文献

- [1] 「国立病院・療養所再編成の歴史」 斉藤乃夫、レファレンス 平成2年6月、p. 5～43
- [2] 「国立病院十年の歩み」 昭和30年11月 p5-29, p384
- [3] 国立社会保障・人口問題研究所編 「医療・介護の産業分析」 2000年6月、p. 125-p. 153  
(当該章執筆者 中北徹 東洋大学)
- [4] 「国立療養所移譲第一号、やっと船出」 日経メディカル 1990年2月号 p163～168
- [5] 日医総研ワーキングペーパー No. 67 平成14年4月22日

## 第2章 医療における政策評価・プログラム評価の考え方と方法

### 1. 概念・用語の整理

#### (1) 評価とは

政策・プログラムに対する「評価」の定義として、一般的に3つある [Worthen, et al. 1997, p5-9; Patton 1997, p23]。

- ①政策・プログラムが想定していたゴールの達成度
- ②政策・プログラムの価値、メリット・デメリット（当初想定していたゴール以外の面の評価も含む）
- ③（政策の質の向上や意思決定などのための）政策・プログラムの効果や活動自体に関する系統的な情報収集

この3つのいずれを定義とするかに関して論争があり、広く合意されたものはない。定義の幅としては、①が狭く、③が広い。

同時に、この定義の違いは、政策評価の「目的」の違いでもある。政策のアカウンタビリティを政策評価の目的とする場合は、①ないしは②の定義が適当であるが、政策をいかに改善していくかを主たる目的とする場合には、③の定義が適当である。

伝統的には①の定義であったのが、①は方法論上困難であった、評価結果が政策に反映されない、などの理由により、②、③と定義が広がってきたことから、本稿では③の定義を用いることとする。

#### (2) アウトカム・アウトプット

アウトプット (output) とは、住民 (患者) に提供されたサービスの量のことである。一方、アウトカム (outcome) とは、サービスを提供することによって発生した成果、結果、効果のことである [山谷 1997, p49]。

例えば、どれだけの医療行為がなされたか (例えば、入院した人数) がアウトプットであり、その医療行為により患者の健康状態がどのように変わったか (例えば、死亡率の改善) がアウトカムである。

一般的にはあまり区別しないで用いる場合もある用語であるが、評価の領域では厳格に区別する。それは、このどちらを用いるかが非常に繊細で難しい問題だからである。

アウトプットの測定は比較的容易で、政策との因果関係も明確であるのに対し、アウトカムの測定は難しく、政策との因果関係も往々にして明確でない。ところが、アウトカムの向上こそが政策の目的であり、本来測定したいのはアウトカムなのである。

## 2. 評価目的と評価方法

評価の目的として2つを想定する。「アカウントビリティの向上」と「政策改善」である〔Chelinsky 1997; 山谷 1997, p70-76〕。そして、各々の目的に沿って、異なる評価法を用いるのが原則である。

### (1) アカウタビリティの向上と総括的評価

アカウントビリティとは、行政が政策の企画・立案や実施に際して、①行政の関与の必要性、②住民ニーズへの適応、③政策の効果・効率、などについて説明責任を負っていることである〔政策評価研究会 1999〕。

アカウントビリティには、大きく3種類ある〔山谷 1997, p70-71〕。公的支出の合規性を問題にする「財政上のアカウントビリティ」、行政活動が行われるときに従うべき手続きや手順への適合性を問う「マニュアル・アカウントビリティ」、そして、政府活動は期待した通りの結果を生み出したのかを問う「プログラム・アカウントビリティ」である。

前者の2つは行政監察・監査の領域である。したがって、本稿で政策評価の目的として扱うアカウントビリティは、3番目の「プログラム・アカウントビリティ」である。

「プログラム・アカウントビリティ」のためには、「総括的評価 (summative evaluation)」と呼ばれる方法が用いられる〔Worthen et al. 1997, p14〕。「総括的評価」とは、比較的大規模データを用いて、信頼性・妥当性に配慮した方法により、予期したアウトカムを実現できたか否かを明らかにしようとするものである。

「総括的評価」に相對するのが「形成的評価」である。これについては、次に述べる。

### (2) 政策改善と形成的評価

もう一つの政策評価の目的である「政策改善」とは、「計画→実施→評価→計画……」というマネジメント・サイクルに評価を位置づけようというものである。いわば政策の質の向上を主眼にした評価である。

こうした目的に用いられるのは、「形成的評価 (formative evaluation)」と呼ばれ〔Worthen et al. 1997, p14〕、なぜ計画時に予定したようなアウトプットが生産されないのか、期待した成果が見られないのか、政策が影響を及ぼすプロセスを明らかにし、その原因や障害になっている問題を探る。大規模データの量的解析よりも、むしろ小規模データに基づく質的分析を行い、いかに政策を改善可能なかを検討する。

従来はアカウントビリティを目的とした「総括的評価」が政策評価の中心とみなされていた。しかし近年は、プログラム改善をも果たしうる「形成的評価」に力点が移されつつある。その背景は以下の通りである。

① アカウンタビリティ追求型の政策評価は「あら捜し」になりやすく、評価される側の協力を得られ難くなる。評価者と被評価者の間に対立が生じ、その結果、本来の評価の目的であるはずの「いかにして良質のサービスを住民に提供するか」が忘れられてしまう [山谷 1997, p72]

② 政策は議会という集合的意思決定の場で決定されるため、政策目的の複合性、目的相互間の矛盾性、目的の曖昧性・抽象性を有する場合が多い [山本 1997]。したがって、期待通りの結果が生じたかどうかを明らかにする「総括的評価」を行うことは容易でないし、またその結果は必ずしも有用ではない

ところで、「形成的評価」であれば従来から行政内部で行ってきたことであり、とくに「政策評価」などと大仰なことを言う必要はない、という考えもあるかもしれない。しかし、次の2つの点で従来のものとは異なると考えられる。

一点は、評価結果を公開し、それについて広く意見を聴取することが政策評価では求められることである。行政内部で過去の政策評価を従来行っていたとしても、それが公開されたケースは稀であろう。

もう一点は、評価を行うにあたって、「系統的な情報収集」を行う点である。自分の都合のいいデータだけを採集することは許されない。

### 3. 政策・プログラムの効果の評価方法

#### (1) 2つの評価方法

政策・プログラムの効果进行评估する方法は、大きく2つに分けることができる [斎藤 1999, p18-19]。

一つは、ベンチマーキング (benchmarking) と呼ばれる方法である。政策・プログラムの効果を、医療サービスの提供状況や住民・患者の健康状態がどのように変化したかを定期的にモニタリングしたり、他の地域・組織などと比較することにより、明らかにしようとするものである。

もう一つは、特定評価 (ad hoc evaluation) である。これは特定された個別の政策が、医療サービスの提供状況や住民・患者の健康状態にどのような影響を与えたかを把握するものである。いわゆるプログラム評価である。

今回の研究班は、国立病院移譲という特定の政策・プログラムの評価を行うものであり、この2つでいうと、「特定評価」を採用することとなるので、以下は特定評価について議論する。

#### (2) 特定評価

特定の政策 (プログラム) を評価する方法を、大きく「実験的方法 (experimental method)」と「自然主義的方法 (naturalistic method)」に分け、その考え方と問題・課題について述べていく。なお、評価方法を区分する軸としては、量的評価 vs 質的評価、客観的評価 vs 主観的評価、線形モデル評価 vs システム評価など、

さまざまなものがあるが、中でも最も本質的な区分と思われた、実験的方法と自然主義的方法（非実験的方法）の軸をここでは論じる。

### ①実験的方法

政策（プログラム）の効果を評価する場合に問題となるのが、原因と結果の因果関係の同定である。

例えば、公的医療保険制度を創設したことが住民・患者の健康状態の改善に寄与したかどうか、を評価しようとしても、人間の健康状態に影響を及ぼす要因は多岐に渡るため、過去数十年間に健康状態の改善があったとしても、それを公的医療保険の創設によると結論づけることは適切でない。

そこで考えられたのが実験的方法である。医学の臨床試験（無作為化抽出試験）と同様、対象者を無作為に2群に分け、一方の群にだけ評価対象とする政策を行う（プログラムを実施する）。それで両群に差があるか否かを判定する。

ところが実際には、このように無作為に2群に分けるのは容易でない。それに代わって用いられるのが、「準実験的方法（quasi-experimental method）」である。

準実験的方法とは、評価しようとする政策（プログラム）の対象となった人と、その人と同様な属性（性、年齢、健康状態など）を持つ、政策の対象となっていない人を比較したり、当該政策を実施した地域と、実施していない同様な地域を比較する方法などである。

### 実験的方法の問題点

このように、実験的方法は政策の効果を科学的に明らかにする上で、最も適した方法のように一見みられる。しかし、政策評価・プログラム評価の領域では、実験的方法の問題点が数々指摘されてきた [Pawson&Tilley 1997, p30-54; Φvretveitm 1998, p97-99; Patton 1997, p269-271]。重要と思われるものを以下4つあげる。

一つ目は、評価対象の範囲である。実験的方法では、あらかじめどのような効果が生じるかを予測し、それについての測定を行う。ところが、政策の効果は通常多岐に渡るため、当初想定していなかった効果を把握できない、という問題が起こる。

二つ目は、実験的方法により効果が無かったことが実証された場合である。その結果を持って、本当にその政策（プログラム）は効果が無いといいきれるのかという問題である。その政策（プログラム）のどこかわずかな部分に問題があり、それで効果が無かっただけかもしれない。あるいは、政策の設計・制度はよかったのだが、運用で失敗しただけかもしれない。しかし、通常の実験的方法では、どこに問題があったか、そしてどのように修正すべきかについての知見はほとんどえられない。

三つ目は、仮に効果が証明されても、されなくても、その結果にどこまで普遍性があるかが定かでない点である。効果があるか否かは、政策（プログラム）

の巧拙にもよるが、同時に、政策が提供されるコンテキスト（社会の状況・背景）にもよる。ある政策（プログラム）があるコンテキストで効果があったとしても、違う社会に持っていけば有用でないことは十分にありうるし、その逆も十分にあり得る。その典型的な例が、高機能病院を発展途上国に建設し、ほとんど機能しなかったというものである。

したがって、実験的方法で得られた知見は、それ自体科学的に妥当性が高いかもしれないが、他のコンテキストへ応用できるか否かについての情報はほとんど含まれないのである（研究の内的妥当性は高くても、外的妥当性は低い）。

四番目には、コストの問題である。実験的方法は非常に高コストで有名である（とくに無作為化抽出試験の場合）。100億円を超えることもある〔吉村 1991〕。そうしたコストをかけておいて、「効果は証明されませんでした。改善方法は不明です」では、費用効果の高い方法とは言いにくいであろう。

## ②自然主義的方法 (naturalistic inquiry)

効果を測定するには一見最適と思われる実験的方法であるが、上のようにさまざまな問題を抱えている。実験的方法に相対する方法としては、自然主義的方法がある〔Patton 1997, p277-279〕。以下、それについて論じていく。

### 自然主義的方法とは

実験的方法では、ある介入を行う群と行わない群を設け、その差を検討する。それに対し、自然主義的方法ではそのように2群に分けることはしない。実際に行われた政策（介入）に関し、多面的に情報収集をし、その中から効果の有無を検討しようとする。

自然主義的方法では、実験的方法のようにさまざまな状況をコントロールするのではなく（例えば、対象者を限定するなど）、自然なダイナミズムの中で効果を見ようとする。そして、政策の効果についてはできる限り予見を持たず、幅広く捉えようとする。

具体的には、評価対象とする政策に関し、面接調査（対象者、サービス提供者など）、質問紙調査、公式・非公式の記録などのさまざまな角度からデータを収集し、人々の受け止め方・意味付けなどを中心にして、その政策に「効果があったか」、効果が無かったとすれば「どのように改善すれば効果が出るか」、効果が見られたとすれば「なぜ効果があったのか」、を明らかにしようとする〔Φvretveitm 1988, p121-126〕。

### 効果を生じさせるメカニズムの解明

自然主義的方法では、政策がいかに効果を生じさせるかのメカニズムに着目する〔Pawson&Tilley 1997〕。これが実験的方法と大きく異なる点である。

実験的方法では、効果が生じるメカニズムは問わない。ただ、実験群と対照群に生じた結果を比較するのみである。確かに、新薬の臨床研究であれば、効果のメカニズムを明らかにしようとして観察するのはあまり意味がないであろ



う（人間の体内を観察し、何が起きているかを覗けるようになれば別だが）。

しかし、人間の行動や社会システムに働きかける政策であれば、効果が生じるプロセスをさまざまな形で探索することができる。例えば、政策の対象者に「何が変化したか」、「政策をどのように受け止めたか」などを尋ねることも有用であろうし、政策推進の担当者に「何が成功し、何がうまくいかなかったか」を尋ねることもできよう。こうした情報を丹念に収集することにより、どのようなプロセスを経て、政策は効果を生んだのか、あるいは逆に効果が生じなかったのかがわかるようになる。

### メカニズムを作動させるコンテキスト

Pawson&Tilley [1997, p69-78] は、何らかの効果が生じる場合は、一定のコンテキスト（社会の状況・背景）が必要であるという。すなわち、政策はある場面では有用かもしれないが、違う場面では有用でないかもしれない。したがって、メカニズムを明らかにするとは、どのような状況で、あるいは、どのような対象であれば、その政策に効果があるかを明らかにすることとなる。

通常自然科学でも、こうしたコンテキストを明らかにしているという。例えば、化学反応が進むかどうかは、一定の温度や気圧などが条件になっており、その条件を整えなければ、その化学反応を進ませることはできなくなる。

政策でも、その効果を発揮させるためのコンテキストを明らかにし、メカニズムを解明できれば、政策改善に寄与できることになる。

### ③「普通感覚」である自然主義的方法

もっと有体に言うと、自然主義的方法とは、仕事や日常における「普通感覚」での評価に近い。

例えば、誰かがあるセミナーを（自発的に）受講したとする。その結果、セミナーで聞いた一言により、自分の行動パターンが変わったと感じているとする。あるいは、友人・家族などの第三者が見ていても、そのセミナーがきっかけでその人の行動パターンが変わったと考えている。また、そのセミナーの担当者もその受講者の場合、セミナーの意図がうまく伝わったと感じている。

このようなことが明らかになれば、「普通感覚」では少なくともその人にはセミナーには効果があったと判断することになる。いわば、これと同様な方向で、政策評価（プログラム評価）を行うのが自然主義的方法である。

こうした評価に対する主な反論は、「その人」はセミナーを自発的に受けていたのであり、行動パターンを変えようとしていた。だから、そのセミナーを受けなくても、行動パターンは変わったかもしれない、というものである。こうした疑いを晴らすためには、受講者の無作為割付け、すなわち実験的方法が必要になるという主張が考えられるであろう。

もちろん、セミナーを受けなくても行動パターンが変わったかもしれないという可能性は否定できない。しかし、このケースの場合、そのセミナーがその人の行動パターンに影響を及ぼした可能性は 100%ではないにせよ、かなり高

いと言えるであろう。

そしてさらに、その他の受講者や友人・家族にも面接をしていけば、このケースのように効果があったと判断されないケースも出てくるであろう。その場合に、なぜ効果が出なかったと思うかを受講者や友人・家族、そしてセミナーの担当者に尋ねることになる。同様に面接を繰り返していけば、そのセミナーが有効であった人とそうでなかった人、セミナーが有効である場合のメカニズム（どの部分、どの一言が有効なのか）、あるいは、そのセミナーの改善すべき点などが浮かび上がってくるであろう（これらが上記のメカニズムやコンテキストの解明である）。

このように効果の有無について 100%の可能性は証明できなくても、どのような場合に効果的であるかとか、どうすれば効果的に改善することができるか、などの貴重な示唆を得られるのが自然主義的方法の特徴である。

ただし、「普通感覚」とは言っても、留意すべき点が 2 つある。

一つはデータの収集についてである。データ収集は行き当たりばったりでは通常問題である。システマティックなデータ収集が求められる [Patton 1997, p23]。質的評価の項で述べるとおり、無作為抽出でなくても構わないが、何らかの考え方に沿ったサンプル抽出は必要である。

もう一つは、結果の解釈の過程を明らかにすることである。面接調査などを行った場合には、どのように対象者が述べたのかをどのように解釈したかが、第三者にわかるようにしておく、ということである [宮部・水上、1999]。具体的には、プライバシーの侵害にならない範囲で面接の速記録を公開することである。その分量が多すぎると言うのであれば、今後は研究のホームページのようなものに載せておき、読みたい人が読む、というような体制が望ましいかもしれない。

### 自然主義的方法の実例

英国スコットランド東部のファイフ (Fife) における学習障害者 (learning disabilities) の退院プログラムの評価研究を自然主義的方法の一例として紹介する [Center for Health & Social Research 1998]。

2000 年に閉鎖する予定のリンバンク (Lynebank) 病院に入院していた学習障害者が、退院後、地域に戻り、生活の質を高められるように工夫を凝らしたプログラムである (実際にはグループホームなどによる生活になる)。

この退院プログラムの評価は表 1 のとおり、8 つもの角度から行われている。情報源としても、プログラムの対象者である退院患者本人、その家族・親類、そして、地域で退院患者のケアをしているワーカーと 3 つに及ぶ。そして、スケールを用いた量的調査があり、面接調査による質的調査があり、とトライアングレーション (triangulation) の方法をフルに活用した評価となっている。

結果は、退院プログラムは概ね良好であり、退院患者も家族・親類も地域での生活に満足している。家族・親類によると、退院患者は、従来よりもさまざまなスキル (セルフケアや家事、買い物など) を習得したが、それは地域での

スタッフの多さによるものと考えられていた。

さて、この評価研究はどう「評価」できるであろうか。実験的な操作はないため、退院プログラムを提供したことの効果と、退院し地域に戻ったことの効果の厳密な区別はできていない。しかし、退院したことによるマイナスはあまりなく、むしろプラスの要素が大きかったということは、これだけ多くの角度から情報収集しているため、かなりの確度で言えるのではないであろうか。

ただし、この研究では費用の側面はすっかり抜け落ちており、効率ではなく、あくまで効果のみの評価である。

### 自然主義的方法のメリット

自然主義的方法のメリットは何であろうか。基本的には、上に挙げた実験的方法の問題点の裏返しである。

まず一つは、予想外の効果を把握することができる。とくに質的方法を用いた場合には、予断をもって効果を調査しようとしないうえ、思ってもみない政策（プログラム）の効果を明らかにできる場合がある。

一例を挙げる。禁煙プログラムは、健康状態の改善がアウトカムとして一般的に期待されるものである。高齢者にとっては、無理して禁煙してまで健康状態を改善しようとするのは不要とも考えられがちであるが、筆者が評価に関係した禁煙プログラムを受けた高齢者は「禁煙してからタバコ臭さが消え、孫が近づくようになった」と喜んでいて、このような効果を事前に予期することは難しいであろう。

二つ目は、政策改善のアイデアが生まれる可能性である。どのプロセスをどのように直せば、効果が向上できるような政策に変えられるかを検討することができる。

三つ目は、あるコンテキストのもとで政策が有効かどうかを検討することができる。これを実験的方法で行おうとすると、極めて多数の実験研究をすることになり、現実的でなくなる。なぜ多数の実験が必要になるかというと、コンテキストは無数にあり、実験的方法に頼ろうとすると、それをすべて検証する必要があるからである。

四つ目は、実験的方法に比して、低いコストでの評価が可能である。

### 自然主義的方法のデメリット

一方、自然主義的方法のデメリットも少なくない。

一つ目には、自然主義的方法で明らかにしようとすることは、仮説を立てることであり、政策の効果を証明したと言える場合は少ない。すなわち、実験的方法に比して、自然主義的方法では因果関係の確からしさ＝内的妥当性（internal validity）が低い [Patton 1997, p258]。

しかし、これはメリットと表裏の関係にある。実験的方法がごく限られた状況（コンテキスト）での効果の検証であり、異なる状況での普遍性はないのに対し、自然主義的方法は評価結果の現実への適用可能性＝外的妥当性（external

validity) が高い。

二つ目のデメリットは、研究方法としての信頼性・妥当性の問題である。特に質的方法を用いた場合には、調査者の質が結果を左右するといわれ [佐藤 1992]、誰が行っても同じ結果が出ない、という問題がある。

これに対して、質的方法では研究のプロトコルを作成する、複数の情報源からの結果の一致度を確認する、キーパーソン (key informants) による結果のレビュー、複数のケースを行い結果の比較、などにより信頼性・妥当性を高めようとするのが考えられている [Yin 1994, p33]。

三つ目には、一般の人々の自然科学信仰との齟齬である。依然、実験的方法が最も客観性があり、それ以外の手法、とくに質的方法などは主観的であり信用できない、と一般的に考えられている模様であり、そうした人々には自然主義的方法の結果が受け入れられにくいという問題である。

これは自然主義的方法のデメリットであるが、一方、実験的方法を過信しているものとも考えられる。実験的方法であっても完全に客観的であるわけではない。何を測定するかという面では主観的である。

実際、筆者の経験でも、プログラム評価の指標を考える際に、「この指標では効果が見られないだろうから、他の指標にしよう」などという会話が交わされるのである。このように恣意的とまではいかななくても、何を測定するかというのは少なからず価値的な側面を含むものである。

#### ④実験的方法と自然主義的方法のどちらを用いるか

ここまでの議論で明らかなように、実験的方法と自然主義的方法のどちらかが優れているわけではない。それぞれ一長一短がある。

そして現在では、方法論上の議論はもうすべきでないとい一般的に考えられている [Chelinsky 1997]。実験的方法も自然主義的方法も含む、多元的方法 (multiple methods) を基本スタンスにすべきとされる。

そこで次に、実験的方法と自然主義的方法の使い分けの考え方を整理すると表 2 のようになる。

実験的方法は、実施方法などが比較的固定化した、ゴールが明確な政策 (プログラム) の評価に適している [Patton 1987]。すなわち、総括的評価には、実験的方法が適当である場合が多い。

一方、政策の導入期や変革期で、政策の期待される効果やゴールも揺れ動いているような場合には、自然主義的方法が望ましい。また、政策をいかに改善するかという方向での評価、すなわち形成的評価を行おうとする場合には、自然主義的方法の方が適している。