

厚生労働省の政策評価基本計画と評価実績の検討

田村誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

研究要旨：厚生労働省の政策評価基本計画の概要、特徴を整理した上で、同計画およびこれまでの評価実績の課題について検討した。厚生労働省の政策評価は「業績評価」「総合評価」「事業評価」の3つの方式で行われるが、その中心的なものは「業績評価」である。しかしながら「業績評価」は、政策との因果関係の乏しさや、評価指標の乏しさ、さまざまなレベルの評価指標の混在、行政の裁量権の少なさ等の問題がある。「総合評価」は政策評価の中では重要な役割を占めるべきものと考えられるが、これも評価の方法論が不明確であることや、あるべき評価の担い手が定まっていないことなど、課題は多い。スタートしたばかりの政策評価であるが、業績評価の評価指標の見直しや、本格的な総合評価の実施など、今後の積極的な改善が望まれた。また、この2年間、本研究で行った一連の（形式的）評価はトライアングレーションの考え方に沿って行っており、総合評価の1モデルになりうると考えられた。

1. はじめに

政策評価への取り組みがわが国の行政機構で広がりを見せてきている。これまで地方自治体での政策評価（あるいは行政評価）が先行していたが、1999年7月に成立した中央省庁再編関連法で政策評価の実施が義務づけられ、2002年4月からは中央省庁全てで政策評価基本計画が策定され、実施に移されている。欧米諸国における政策評価の取り組みはわが国より10年程度早く、その遅れを取り戻さんとばかりに、急速なスピードで評価への取り組みを行おうとしている。

保健医療の領域も例外ではなく、厚生労働省は「厚生労働省における政策評価に関する基本計画」を2002年4月に策定し、同年9月には評価結果を一通り発表している（厚生労働省のホームページを参照）。

本稿では、評価を行うに至った背景、わが国の政策評価の特徴、厚労省による保健医療の政策評価の概要、および、その課題等について順次論じていくこととしたい。

2. なぜ政策評価か

政策評価がわが国で急速に広がりつつある背景には、以下のようなものがあげられる。

1) ニューパブリック・マネジメント

まず一つは、ニューパブリック・マネジメントの流れである。ニューパブリック・マネジメントとは、1980年代以降に英国・ニュージーランドなどのアングロサクソン系諸国を中心に行政実務の現場を通じて形成された革新的な行政運営の方法であり、具体的には、以下のような要素からなるとされる（大隈 1999, p1）。

- ① 経営資源（人、予算）の使用に関する裁量を広げる代わりに、業績・成果による統制を行う
- ② 市場メカニズムを可能な限り活用（民営化手法、エイジェンシー、内部市場などの契約型システム）
- ③ 統制の基準を顧客主義へ変換（住民をサービスの顧客）
- ④ 統制しやすい組織に変革（ヒエラルキーの簡素化）

この①の「業績・成果による統制」の重要な方法が政策評価である。

2) 説明責任・情報公開の要請

二つめは、行政に対する説明責任、情報公開への要求の高まりである。これは行政のみならず、あらゆる領域（例えば、医療の臨床現場でも）でサービス提供側が利用者に対して説明責任を果たすこと、一定のルールに従って情報公開を進めることが求められるようになってきている。この流れに沿って、政策評価が求められる。

3) 政治主導からの脱却

政策決定過程における政治からの影響をできるだけ排除したいために、政策評価を実施し、その結果に基づいて政策決定をしたいという意向が官僚にあるとされる（金本 1990）。政策を事前評価する場合はもとより、政策を事後評価し、その結果を政策改善につなげる場合でも、評価を客観的に行うことにより、政治の介入を防ぎたいということである。

3. わが国の政策評価の特徴・考え方

わが国で行われようとしている中央省庁における政策評価の特徴・考え方を以下に整理しておく。

一つは全省庁で法律により推進されようとしていることである。国によって政策評価の方法は異なるが、米国を除くと、中央政府の全ての部門で法律により一斉に始めているところはない（田辺国昭 2002）。

二つめは、数値を中心にした評価である。2001年1月に政策評価各府省連絡会議で了承された「政策評価に関する標準的ガイドライン（以下、政策評価ガイドライン）」でも、「可能な限り客観的な情報・データを用いて評価を行うよう努めること」という記述がいたるところに出てくる。この問題については政策評価の課題として、後に述べる。

三つめは、評価結果の利用方法について具体的に定まっていないことである。「行政機関が行う政策の評価に関する法律（以

下、評価法）」には、各省庁が政策評価の基本計画を策定することや、その評価の基本的考え方、枠組み等、評価情報を作ることにについては決めてある。しかし、評価結果の使用方法については具体的な記述がほとんどない。

これに対し、米国のGPRAなどでは、評価結果と予算とがリンクすることが制度の根幹になっており（実際にできているかどうかは別として）、わが国の制度とは大きく異なる¹。

諸外国に比べて政策評価の取り組みが遅れたわが国で、まずは評価情報の作成に取り組み、それにメドがついた段階で、評価結果の利用に進む戦略ではないかとされる（田辺国昭 2001）。

4. 厚労省の政策評価の概要

まずは、同省の政策評価基本計画と評価結果を概観する。

1) 評価の視点

評価の視点は、必要性、効率性、有効性、公平性、優先性の5つである。これは、政策評価ガイドラインで示されているものと同様である。それぞれの視点は考え方が示されているのみで、具体的にどのように分析する方法があるか、などの記述はない。

必要性、効率性、有効性の3つは諸外国でもよく用いられる視点であるが、公平性と優先性の2つはわが国固有のものとなる（田辺智子 2002）。

2) 事前評価と事後評価

評価は大きく事前評価と事後評価に分かれている。そして、それぞれの評価の対象が決められている。

① 評価対象

事前評価の対象は、評価法に定められている政策と厚労省独自の政策がある。評価法に定められている政策では、10億円以上を要する研究開発や公共の用に供する施設を整備する事業等である。厚労省独自の政策は、予算要求又は財政投融资資金要求を伴う新たな政策で、重点的な施策とするも

の又は10億円以上の費用を要することが見込まれるものと、規制の新設を目的とする政策である。

事後評価の対象は、基本的に厚生労働行政全般である。厚生労働行政全般の政策体系を設定し、それに基づき評価を行う。政策体系では、厚生労働行政全般についての基本目標、基本目標を達成するための施策目標、実績目標及び評価指標が設定されている。12の基本目標は表1のとおりである。保健医療部分の抜粋を表2に示す。

②評価方法

事前評価の方法は、事業評価方式である。これは地方自治体の行う事務事業評価に似た方法であり、表3に示したような様式で行われる。

事後評価の方法は、事業評価、業績評価と総合評価方式による。基本的に、定期的な評価には事業評価および業績評価が用いられ、主要な制度の変更時などに総合評価方式が用いられる。業績評価は表2にある指標が評価対象となる。厚労省全体では、基本目標数12、施策目標数約160と膨大なものである。

なお、事業評価、業績評価と総合評価方式の考え方は、表4のとおりである。

3) 評価体制

これらの評価はまず担当部局が行う。それに対して、評価専任組織である政策評価官室（予算の事前評価の場合は査定課も）が助言を行う。なお、政策評価官室の役割は、関係部局へのこうした助言のほか、基本計画の策定、評価結果の取りまとめ、評価方法の調査研究等である。

さらに、厚労省の政策評価全体に対して、第三者評価として、政策評価・独立行政法人評価委員会による評価等がなされる。

第三者評価はあるものの、中央省庁における政策評価の基本は「自己評価」である。

4) 厚労省の政策評価基本計画の特徴

ここまで厚労省の政策評価の概要を述べてきたが、同省の政策評価の特徴を整理しておく。

業績評価中心の政策評価

一つは、業績評価中心の政策評価という点である。

ここまで述べてきたとおり、政策評価の方法として、事業評価、業績評価と総合評価方式の3つが行われることとなっている。この3つを比較すると、計画の具体性、記述の多さなどからみて、今回の基本計画は業績評価の位置づけが最も高い、といえる。

後で述べるとおり、筆者は総合評価方式をいかにうまく行うかが政策評価をわが国に根付かせるかどうかを左右するポイントとみているが、厚労省の基本計画ではその総合評価方式にはあまり重点が置かれていない。例えば、国土交通省では、総合評価方式の対象とする政策・施策を29もあげ、その実施を明らかにしているのとは対照的である（国土交通省 2002）。

数値が中心となる実績評価は関係者・専門家には必ずしも評判は高くないが、業績評価中心の政策評価になった背景としては以下のようなものがあると考えられる（村松 2000）。

一つは、自己評価が中心であるわが国の政策評価では、恣意性を排除するのが重要であり、その点からは数値中心の業績評価が望まれる。

二つめは、顧客（住民）にわかり易いという点である。

評価範囲の広さ

もう一つの厚労省の政策評価の特徴は、先にも述べたが、評価範囲の広さである。厚労省の守備範囲の広さを物語るのであろうが、施策目標数約160というのは、巨大官庁である国土交通省の113と比較しても、非常に多い。

5. 厚労省の政策評価基本計画の課題

次に、ここまで概要を紹介してきた厚労省の政策評価基本計画の課題を論じていく。

政策評価が実効あるものになるにはどこの国でも試行錯誤を繰り返し、ある程度の年月が必要とされる（上山 2002）。また、

厚労省の担当官自身も、「政策評価自体が、まさに PDS（計画－実行－評価）サイクルのプロセスの中にある」と述べ、今回の基本計画は今後改善されるべきものとの認識を示している（溝口 2002）。

今後の政策評価の改変に向けて、評価の方法別にその課題を以下論じていきたい。

1) 業績評価について

上で述べたとおり、現在の政策評価は業績評価中心である。しかし、業績評価にはいくつかの課題・問題がある。

①政策との因果関係

まずは政策と業績評価結果との因果関係である。一般的に業績評価の指標と政策とは因果関係が明らかなものとそうでないものがある。

厚労省の政策指標を例にあげてみると、基本目標 1 の「施策目標 1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること」の実績目標の一つである「特定機能病院等への立入検査を徹底すること」は行政側の取り組みのことであり、政策（行政）との因果関係は明確である。「特定機能病院等への立入検査を徹底すること」が医療の質向上に重要であると考えられるにもかかわらず、立入検査が徹底されないのであれば、それは政策（行政）の低い評価につながってもやむを得ない。

一方、同じく「施策目標 1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること」の実績目標の一つである「今後の医療需要に見合った医療従事者を養成すること」になると状況が異なる。医師や看護師等の医療専門職の「就業者数」を評価指標としているが、政策（行政）との因果関係は明確でない。社会全体の経済情勢に左右されるし、特定の職種への人々のイメージなどにも左右されるであろう。

また、「施策目標 1 1 全国民に必要な医療を保障できる安定的・効率的な医療保険制度を構築すること」の中に、「医療保険財政の安定を図ること」という実績目標があり、その評価指標の一つに「赤字保険者

数」がある。これも社会経済情勢をはじめ、さまざまな要因に左右されるものであり、少なくとも短期的には、政策との因果関係が明確でないものであろう。

政策評価において業績評価の重要性は極めて高いが、政策との因果関係が明確でないものが業績評価に多く含まれると、評価結果が重要視されなくなり、結局、政策評価自体の有効性が疑問視されてしまうことが危惧されるのである。

②評価指標の設定

次に評価指標の設定に関してである。政策評価は、まさにスタートしたばかりであり、評価指標は徐々に改良が進むものと思われるが、現時点での課題を指摘しておきたい。

指標の乏しさ

一つは、評価指標の乏しさである。施策目標数は約 160 と多いが、それぞれの目標を評価する指標数は概して少なく、不十分なものが目立つ。例えば、基本目標 1 の「施策目標 1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること」の実績目標の一つである「医療機関の機能分化と連携を促進し、医療資源の効率的な活用を図ること」の評価指標は「病床区分ごとの病床数」と「地域医療支援病院の数」の 2 つであるが、この 2 つのみで「医療機関の機能分化と連携」を評価するのは困難であろう。紹介数（率）や一般病床の平均在院日数、あるいは、地域医療連携に関わる診療報酬上の加算（例えば、「急性期入院加算」等）を取得している病院数などが評価に加わるべきであろうⁱⁱ。

あるいは、厚生労働省が現在行っている調査結果を評価指標の活用も考えられる。例えば、受療行動調査における待ち時間や満足度、医療施設調査（静態調査）における病院の各種取組状況などである。

指標の混在

二つめは、さまざまなレベルの評価指標が混在している点である。評価は一般的にインプット、アウトプット、アウトカムの

3つの側面からなされる(田村 2000a)。インプットとは投入された資源、アウトプットとは政策(施策)によって算出されたサービスの質・量、アウトカムとは政策(施策)によってサービスの利用者・対象者が受けた便益である。この3つの指標が厚労省の業績評価では入り混じっている。

厚労省自身が政策執行することはあまりないせいか、インプット指標は数少ないが、例えば、「ハンセン病に対する正しい知識の普及啓発を図ること」という実績目標の評価指標である「普及啓発パンフレットの配布件数」というのは資源投入を表しており、インプットの指標である。

そして、評価指標のうち、大多数のものはアウトプット指標である。「病床不足地域の数」「無医地区の数」「病床区分ごとの病床数」「地域医療支援病院の数」などは、いずれも保健医療サービスの質・量であり、アウトプット指標である。

アウトカム指標もある。「結核の患者・感染者数」「感染者報告数、エイズ患者報告数」「食中毒統計を基礎に施策に対応した健康危害発生数」などである。

なお、諸外国の政策評価指標等と比べると、このアウトカム指標は相対的に少ない。英国のNHS performance indicatorには、死亡率等の人口動態指標や手術後30日以内の死亡等の医療の質をはかる指標も含まれている(英国保健省のホームページ<<http://www.doh.gov.uk>>参照)。

そして、この3つのレベル(インプット、アウトプット、アウトカム)に各指標を整理することが考えられる。レベル別に分けるねらいは2つある。

一つは、政策との因果関係の強弱が明らかになる。インプットはもとより、アウトプットは政策の実施状況をかなり反映する。ところが、政策がうまく執行できていたとしてもアウトカムは数値が改善していない場合は往々にしてある。

もう一つは、この3つを整理しておく、

どのような道筋でアウトカムの向上につながるかが明確になる、という点である。例えば、「食中毒等食品による衛生上の危害の発生を減らし、食品の安全性の確保を図ること」という施策目標の評価指標でいうと、アウトカムである「食中毒統計を基礎に施策に対応した健康危害発生数」を減らせるために、アウトプット指標である「業種毎のHACCP承認取得率」「(BSE対策等のための)全頭検査の実施状況」の向上を目指す、というシナリオを想定できるようになるのである。

公平性の視点の欠如(不足)

評価指標のもう一つの問題は「公平性」に関する指標がほとんどない点である。公平性は評価の視点の一つに含まれているにもかかわらず、指標にはほとんどない。

保健医療にかかわる公平性にはさまざまなものがある(田村 2000c)。医療保障と医療供給に関する公平性、さらにその中でも垂直平等や水平平等など、さまざまな切り口がある。それらを全て指標に含めることは困難にせよ、今後は公平性にかかわるいくつかの要素を含めていくことが期待される。

③裁量権

業績評価を行う場合の3つめの課題は、行政機関(中央省庁)に予算や人事の裁量権があまりないことである。冒頭で述べたとおり、NPMの基本的な考え方は「経営資源(人、予算)の使用に関する裁量を広げる代わりに、業績・成果による統制を行う」ということである。経営資源の使用に関する裁量を広げずに、業績・成果による統制だけを行うのは実効性が期待できない。

政策評価制度はスタートしたばかりであり、今後改良されていくことであろうが、現行制度では、「法による統制」から、「業績・成果による統制」への転換を進めることは期待できない。

2) 総合評価方式について

業績評価と並んで重要と考えられるのが、総合評価方式である。同方式の課題を以下

論じていく。

①方法論の不明確さ

業績評価の方法が明確であるのに対し、総合評価方式の方法論は明確でない。総務省の作成した政策評価ガイドラインにある各評価方式の概要を表4に示したが、総合評価方式の部分は「・政策効果の発現状況を様々な角度から掘り下げて分析し、政策に係る問題点を把握するとともにその原因を分析・・・」と書いてあるにすぎない。

2002年に発表された医療保険制度改革の総合評価をみても評価の方法論は明確でなく、また内容も乏しい。

②客観的かつ厳格な実施

政策評価の課題の一つに「客観的かつ厳格な実施」があるとされる(塚本 2002)。業績評価は数値による評価が中心であり、また、基本計画の中で実施すると位置づけられ、その後実施することは規定路線となり、「客観的かつ厳格な実施」はさほど大きな課題にならないとみられる。

それに対して、総合評価方式は上で述べたとおり、その方法論も定かでなく、「客観的かつ厳格な実施」がまさに焦点になるであろう。

さて、総合評価方式の場合に「客観的かつ厳格な実施」とはどのようなべきであろうか。現在の中央省庁の政策評価制度上には、以下のようなものがあるとされる(塚本 2002)。

- a) 政策評価に関する外部からの意見・要望を受け付けるための窓口整備
- b) 評価手法(効果の定量的把握、学識経験者の活用)
- c) 総務省による客観性担保評価

効果の定量的把握は可能か

ここで問題となるのは、「評価手法」である。「効果の定量的把握」は本当に可能であろうか、その結果には普遍性があるだろうか、という点である。

残念ながら、これまでの評価方法に関する歴史をみると、定量的方法のみでは十分な評価はなされない(田村 2000b)。その理

由を整理すると以下のとおりである。

一つには、定量的把握を厳密に行うには、実験的方法(とくに無作為化対照試験)の適用が必要となる。しかし、保健医療の政策レベルにかかわることを実験的方法で行うのは、倫理的に問題となることが多く、また費用も膨大なものになる。

二つめには、政策・施策レベルのものの評価を行う場合、そのゴール・目的を一つのものに絞るのは難しい。むしろ、複雑な政策過程プロセスの中で、相矛盾したゴール・目的を含んでいる場合すらある。したがって、評価指標とするものの選定は容易でない。さらに、予期せぬ効果が生じていることもあり、特定の評価指標との関係を分析する定量的方法には問題が多い。

三つめは結果の普遍性の問題である。仮に実験的方法、あるいはそれに準じた方法でデータを得ても、その結果を他の場所(あるいは全国)に適用してよいかという問題がある。実験的方法は、内的妥当性は高くても、外的妥当性には疑問がつく場合が多いのである。

それでは定量的方法だけに頼れないとすればどうすればよいか、というと、質的方法も含め、まさに「総合的に評価」すべきと考える。

いかに「客観的かつ厳格な実施」に近づけるか

それでは定性的評価も含めて、いかに「客観的かつ厳格な実施」を行うことができるであろうか。

一つは、データ収集を体系的・系統的に行うことである。関係者からヒアリングする場合でも、知り合いで聞きやすいから面接をするのではなく、一定の方法・考え方により関係者を選択する必要がある。

二つめは、とくに定性データの分析の場合に問題となるが、得た方法をなるべく公開することである。例えば、ヒアリングの結果の解釈は「主観的」になりやすいが、ヒアリングの内容そのものを公開すれば、その解釈がどの程度「客観的」であり、他

の人とどの程度共有可能なものになるかがわかる。

三つめには、二つめのものとも重なるが、データを他の人にも同時に分析・解釈してもらうことである。それで一致する部分があれば、「客観的かつ厳格な実施」に近づくと考えられる。

四つめは、トライアングレーション (triangulation) という方法・考え方を積極的に導入することである。トライアングレーションとは、いかなる評価方法も単独では不完全であり、複数の方法を組み合わせるべきという考え方である。トライアングレーションには以下のような軸がある (Patton 1987, p60)。

(ア) データ・トライアングレーション
=さまざまなデータを収集すること
(いろいろな地位の人に尋ねる、
いろいろな意見の人に尋ねる)

(イ) 調査者トライアングレーション
=異なる調査者

(ウ) 理論的トライアングレーション
=あるデータをさまざまな方法で解析

(エ) 方法論的トライアングレーション
=ある対象について面接、観察、質問紙、文書で研究

一つ一つのデータ・方法は不十分でも、さまざまな角度からデータ収集し、それを総合的に分析することにより、問題を立体的に浮かび上がらせることが可能であろう、ということである。

本研究とトライアングレーション

本研究では、医療機能分化政策を多面的に評価してきている。全国の状況を分析した上で、機能分化が進んでいる特定の地域で調査を行い、また一般的な地域中核病院での調査を行っている。さらに、特定の地域では、患者、地域の開業医、勤務医の3つの視点からの調査・分析を行っている。

まさにトライアングレーションの考え方に沿っており、総合評価の1モデルになりうると考える。

③総合評価方式の位置づけ

ここまで縷々課題をあげてきたが、総合評価方式にもっと重要性を置くべきであると筆者は考える。その理由は次のとおりである。

業績評価はわかりやすく、中心的存在であるが、上にも述べたとおり、現行の制度では、業績を大きく左右できるほど、各部門に権限はない。仮にわが国の行政機構全体がニューパブリック・マネジメントの方向に大きくシフトするとしても、行政の執行機関というよりも企画・調整機関である中央省庁では「権限委譲+評価」がそれほど進展するとは思えない。後で述べるが、事前評価は政策評価の中では補助的な役割を占めるに過ぎない。

それに対して、総合評価方式は次のような可能性が期待できる。

一つは、政策・行政の質の改善である。政策・行政の質の改善は2つのルートで期待できる。評価方法の洗練による効果と、住民や専門家などの行政外の人々が政策形成過程に関与による効果である。

もう一つは、アカウントビリティの向上による行政に対する信頼の向上である。

④評価の担い手

業績評価は権限委譲とセットにされて大きな効果を発揮するものであり、その評価はデータを最も多く持つ行政自身が行うのが適切である。

しかし、総合評価方式は行政のみとは限らない。上山(2002)は「行政評価」と「政策評価」を区別した上で、「政策評価」とは、本来議会と閣僚が執行部門に命じて、あるいは第三者の協力を得て行う実態分析であり、政策判断の是非を評価することとし、日本版GAOのような第三者によるしっかりした評価の体制が必要という。

政策内容を最もよく理解し、情報・データも最も多く持つ行政自身が総合評価を行うのが望ましい側面もあるが、評価の独立性や方法の熟達度合い等から、第三者による政策評価も行われるべきとも考えられる。

3) 事業評価について

事業評価の例は表3に示してある。これは、約12億円(平成14年度予算)を投じて介護施設等の整備をする事業の評価である。

表3に示したものは平成13年度に行った評価で、情報量が極めて乏しい。数値データもほとんどなければ、公平性や優先性についての記述は一切ない。

しかし、平成14年度はこれよりも充実した評価がなされるようになったものもでてきている。例えば、レセプト点検等による老人医療費適正化推進事業の評価では、レセプト点検の費用対効果のデータをのせるなど、13年度に比べると説得力のある評価となっている。

6. まとめ

厚生労働省でスタートした政策評価に関して検討を進めてきた。スタートしたばかりであり、今後の改善が望まれる。とくに、業績評価の評価指標の見直し、本格的な総合的評価の実施等が望まれると考えられた。

また、本研究はトライアングレーションの考え方に沿っており、総合評価の1モデルになりうると考える。

<文献>

- 金本良嗣、1990年、「会計検査院によるプログラム評価—アメリカGAOから何を学ぶか」『会計検査研究』、Vol.2, pp6-19.
- 国土交通省、2002年、「国土交通省政策評価年次報告書—行政のマネジメント改革を目指して」、財務省印刷局
- 溝口進、2002年、「厚生労働省の政策評価に関する基本計画、実施計画について」、『社会保険旬報』、2141、16-20
- 村松岐夫、2001年、「政策評価における政治と行政—成果主義という観点から」、

- 『都市問題研究』、53(10)、3-15
- 大住荘四郎、1999年、「ニュー・パブリック・マネジメント」日本評論社
- 田村誠、2000年a、「医療の政策評価(Ⅰ)—政策評価の動向と概念整理」『病院』、59(2): 166-171
- 田村誠、2000年b、「医療の政策評価(Ⅲ)—「効果」の評価方法と考え方(1)」『病院』、59(4): 342-345
- 田村誠、2000年c、「医療の政策評価(Ⅵ)—「公平」の評価方法と考え方」『病院』、59(7): 635-639
- 田辺国昭、2001年、「実績評価の課題」、『都市問題研究』、53(10)、100-114
- 田辺国昭、2002年、「政策評価の可能性と将来像を求めて(パネルディスカッション)」、『季刊行政管理研究』、97、15-16
- 田辺智子、2002年、「政策評価の手法—アメリカの評価理論と実践をもとに」、『季刊行政管理研究』、97、37-54
- 田中秀明、2002年、「業績予算への挑戦」、『Policy Debate』、2、24-31
- 塚本壽雄、2002年、「政策評価の現状と課題」、『季刊行政管理研究』、97、3-12
- 上山信一、2002年、「日本の行政評価—総括と展望」、第一法規
- M. Patton, 1987, *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Sage Publications.

<研究発表>

1. 論文発表
未定
2. 学会発表
未定

<知的所有権の取得など>

なし

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

-
- i 予算とのリンクの困難さについては、田中（2002）を参照
 - ii その他の評価指標にも診療報酬上の加算（あるいは減算）を取得した病院を指標とすることが考えられる（例えば、医療安全管理体制未整備減算をされていない病院数）。しかし、今回の基本計画では業績評価は5年間同じ数値を取るようになっており、その点から見ると、診療報酬上の加算は取得要件が頻繁に変わることから業績評価の数値としては適当でない可能性もある。今後は、政策評価のための評価指標を作成することを検討しなければいけないと考えられる。

表1. 厚生労働省の「基本目標」

- 1 安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくりを推進する
- 2 安心・快適な生活環境づくりを衛生的観点から推進すること
- 3 労働者が安心して快適に働くことができる環境を整備すること
- 4 経済・社会の変化に伴い多様な働き方が求められる労働市場において労働者の職業の安定を図ること
- 5 労働者の職業能力の開発及び向上を図るとともに、その能力を十分に発揮できるような環境を整備すること
- 6 男女がともに能力を発揮し、安心して子どもを産み育てることなどを可能にする社会づくりを推進すること
- 7 利用者の視点に立った質の高い福祉サービスの提供等を図ること
- 8 障害のある人も障害のない人も地域でともに生活し、活動する社会づくりを推進すること
- 9 高齢者ができる限り自立し、生きがいを持ち、安心して暮らせる社会づくりを推進すること
- 10 国際化時代にふさわしい厚生労働行政を推進すること
- 11 国民生活の向上に関わる科学技術の振興を図ること
- 12 国民生活の利便性の向上に関わるIT化を推進すること

表2 施策目標・実績目標・評価指標（一部抜粋）

基本目標1 安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること

施策目標1 地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること

1-1 日常生活圏の中で必要な医療が提供できる体制を整備すること

実績目標1 医療計画に基づき医療機関を整備すること						
（実績目標を達成するための手段の概要） 不足病床地区等の医療の確保等を図ることを目的として、医療施設等施設整備費の国庫補助等を行っている						
（評価指標）		H9	H10	H11	H12	H13
病床不足地域の数	（医療圏）	187	161	146	157	--
（備考） 医政局指導課「既存病床数等調査」（毎年度末現在） ※平成13年度の数については現時点では未調査						
実績目標2 へき地保健医療対策を推進すること						
（実績目標を達成するための手段の概要） 広域的なへき地保健医療対策を推進するため、平成13年度から17年度までの5か年を計画期間とする第9次へき地保健医療計画を策定した。						
（評価指標）		H9	H10	H11	H12	H13
無医地区の数	（地区）	--	--	914	--	--
（備考） 医政局指導課「無医地区等調査」 ※5ヶ年毎の調査 前回H6（997ヶ所）						

表3. 事業評価書(事前)の例

事務事業名		社会福祉施設等施設整備		
事務事業の概要	(1)目的	福祉各法等の規定に基づき、地方公共団体等が整備する施設整備に要する費用の一部を負担(補助)することにより、施設入所者等の福祉の向上を図ることを目的とする。		
	(2)内容	特別養護老人ホーム、ケアハウスなど介護関連施設、障害者プラン関連施設、多機能保育所等の整備に加え、待機児童解消のための保育所の整備などの積極的な推進を図る。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>予算額(案)</td> <td>124,670百万円</td> </tr> </table>	予算額(案)	124,670百万円
	予算額(案)	124,670百万円		
(3)達成目標	ゴールドプラン21、新エンゼルプラン、障害者プランの達成及び待機児童解消など、「少子・高齢化への対応」のために必要な基盤整備を目標とする。			
評価	(1)必要性	<p>[国民や社会のニーズに照らした妥当性、公益性、緊要性の有無] 「少子・高齢化への対応」のため必要な介護関連施設や保育所などの福祉サービスの提供のために必要な基盤となる施設の整備を推進するものであり、緊要性が高い。</p> <p>[官民の役割分担、国と地方の役割分担] 社会福祉施設等の整備に対しては、福祉各法の規定等に基づき、地方自治体等による整備に要する費用の一部を国が負担又は補助するものである。</p> <p>[民営化や外部委託の可否] 社会福祉施設等の整備は地方公共団体の他、社会福祉法人等において実施されている。</p>		

	(2)有効性	<p>[今後見込まれる効果] 介護サービス提供量の確保、保育所待機児童の解消や多様なニーズに対応した福祉サービスが提供される。</p> <p>[民間需要創出効果、雇用創出効果] ゴールドプラン21、新エンゼルプラン、待機児童ゼロ作戦、障害者プランの推進により、各プラン関連施策全体で毎年9万6千人程度の雇用需要の拡大が見込まれる。 また、施設建設後、継続的に事業が運営されることから、運営に伴う波及的な民間需要、雇用創出が見込まれる。</p>
	(3)効率性	<p>[手段の適正性] 福祉各法の規定等に基づき、施設整備に要する費用の一部を負担又は補助するものである。また、既存建物の有効活用として公立学校の余裕教室の活用促進やケアハウス、保育所整備においてはPFI制度を活用した整備促進を図る。</p>
	(4)その他 (公平性・優先性など)	なし
関連事務事業	なし	
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゴールドプラン21(平成11年12月19日、大蔵・厚生・自治大臣合意) ・ 新エンゼルプラン(平成11年12月17日、大蔵・文部・厚生・労働・建設自治大臣合意) ・ 障害者プラン(平成7年12月18日、障害者対策推進本部決定) ・ 待機児童ゼロ作戦(平成13年7月6日、閣議決定) 	
主管課 及び関係課	<p>(主管課) 社会・援護局福祉基盤課</p> <p>(関係課) 雇用均等・児童家庭局総務課、家庭福祉課、育成環境課、保育課 社会・援護局保護課、地域福祉課 社会・援護局障害保健福祉部企画課社会参加推進室、障害福祉課 老健局計画課</p>	

表4. 政策評価の3つの方式

事業評価方式	個々の事業や施策の実施を目的とする政策を決定する前に、その採否、選択等に資する見地から、当該事業又は施策を対象として、あらかじめ期待される政策効果やそれらに要する費用等を推計・測定し、政策の目的が国民や社会のニーズ又は上位の目的に照らして妥当か、行政関与の在り方からみて行政が担う必要があるか、政策の実施により費用に見合った政策効果が得られるかなどの観点から評価するとともに、必要に応じ事後の時点で事前の時点に行った評価内容を踏まえ検証する方式
実績評価方式	政策を決定した後に、政策の不断の見直しや改善に資する見地から、あらかじめ政策効果に着目した達成すべき目標を設定し、これに対する実績を定期的・継続的に測定するとともに、目標期間が終了した時点で目標期間全体における取組や最終的な実績等を総括し、目標の達成度合いについて評価する方式
総合評価方式	政策の決定から一定期間を経過した後を中心に、問題点の解決に資する多様な情報を提供することにより政策の見直しや改善に資する見地から、特定のテーマについて、当該テーマに係る政策効果の発現状況を様々な角度から掘り下げて分析し、政策に係る問題点を把握するとともにその原因を分析するなど総合的に評価する方式

平成13～14年度 総合研究報告書

医療機関の機能分化政策の形成的評価
－政策評価手法の1モデルとして－

主任研究者 田村誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

研究要旨：2年間の本研究で主に行ったことは、大きく分けて以下の4つである。

1) 医療機能分化政策に対する全国の医療機関の対応状況

医療機能分化政策、とくに外来機能分化政策に対して全国の医療機関がどのようにに対応しているかを調べた。具体的には、紹介外来加算等の地域医療連携関係の診療報酬加算をどのような病院が取得しているか、また大病院が外来抑制を行っているかなどを調査した。その結果、ほとんどの民間病院が外来機能分化（とくに外来患者の抑制）に積極的に取り組んでいないことを明らかにした。2次医療圏別に分析を行うと、紹介外来加算の取得病院は19の一般病院に対して1つ程度であった。

2) 外来抑制を行った地域医療支援病院のインパクト分析

外来患者を抑制し積極的な地域連携を進める、地域医療支援病院の浦添総合病院が地域医療システムにどのような影響を与えているかを調査した。具体的には、同院から「逆紹介した患者」、同院の「登録開業医」、および同院の「勤務医」に対する調査を行った。その結果、「逆紹介した患者」は同院より逆紹介した先に定期的に通院している人は約7割に達し、逆紹介システムはある程度スムーズに機能しているものとみられた。病院と診療所で役割分担をすることについて納得している人は約半数で、残りの人は機能分化に反対していた。「登録開業医」への調査の結果、回答者の約4分の3は同院の連携の動きに「問題なし」としており、全体としては受け入れられていると考えられた。しかし患者紹介時の経過報告などについて開業医側からの期待に同院が応えられていない部分もあり、改善の余地はあった。「勤務医」への調査の結果、地域医療支援病院への移行や紹介外来については賛同が多く、診療時間の余裕などのメリットが指摘された。

3) 地域中核病院に通院する患者の再診料（特定療養費）への支払意向調査

地域中核病院に通院する患者が、再診料（特定療養費）が上昇した場合に通院を継続するか等を質問紙により調査した。再診料が500円上昇した場合に通院継続すると答えた人は70%弱であった。通院継続すると答えた人の特性を分析したところ、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげている一方、「機器・設備の充実」をあげていないという興味深い結果がみられた。「医師の診断技術がよいから」と「機器・設備の充実」はいずれも同院の選択基準で上位を占めるものであったが、特別の料金を払ってまでも欲しいものは、医師の診断技術であり、機器・設備はプラスアルファであるとみられた。

4) 政策評価のあり方に関する検討

2002年度よりスタートした厚生労働省の政策評価システムを総括した結果、「業績評価」は政策との因果関係の乏しさや、評価指標の乏しさ、さまざまなレベルの評価指標の混在、行政の裁量権の少なさ等の問題があった。「総合評価」も評価の方法論が不明確であることや、あるべき評価の担い手が定まっていないことなどの課題があることを明らかにした。本研究で行った一連の（形成的）評価はトライアンギュレーションの考え方に沿って行っており、総合評価の1モデルになると考えられた。

分担研究者	
福田 敬	東京大学大学院薬学系 研究科医薬経済学客員助教授
研究協力者	
宮城敏夫	浦添総合病院理事長
宮城恵子	浦添総合病院地域医療連携 室長
石郷岡美穂	浦添総合病院地域医療連携 室
松本 栄	栃木県済生会宇都宮病院企 画課課長
上野宏文	栃木県済生会宇都宮病院企 画情報課

1. 医療機能分化政策に対する全国の医療機関の対応状況

医療機能分化政策に対して全国の医療機関がどのように対応しているかをまず明らかにした。具体的には、紹介外来加算などの地域医療連携関係の診療報酬加算をどのような病院が取得しているか、また大病院が外来抑制を行っているかなどを調査した。

1) 研究方法

地域医療連携関係の診療報酬上の主な加算である「紹介外来加算」「紹介外来特別加算」「急性期病院加算」「急性期特定病院加算」「地域医療支援病院入院診療加算」(いずれも医科)の5つを全国のどの病院が加算しているかを調査した。

調査方法は、全国の都道府県社会保険事務局に調査依頼状を郵送し、上の5つの加算を各都道府県でどの病院が取得しているかを所定の書式に記入してもらい、FAX、郵便等により返信してもらった。調査時期は平成13年7～8月であった。

本調査で得られた病院名と病院要覧から、各病院の開設者、病床数(種類別)、開設診

療科目等を調査した。

加えて、今回の調査で「紹介外来特別加算」加算取得が明らかになった民間病院(医療法人)に対して、訪問面接または電話調査により、どのように地域医療連携を推進しているかを調査した。

2) 研究結果および考察

地域医療連携関係の各加算を取得した病院数で最も多いのは、「紹介外来加算」の360病院であり、続いて「急性期病院加算」の265病院、「紹介外来特別加算」の138病院、「地域医療支援病院入院診療加算(以下、地域医療支援病院加算)」の19病院、「急性期特定病院加算」の8病院の順であった。

2000年7月時点での届け出状況と比較すると、「紹介外来加算」と「急性期病院加算」が、それぞれ50%近く増えているのに対し、「紹介外来特別加算」は2割弱の伸びであった。「急性期特定病院加算」は割合としては大幅増であったが、依然として全国で8病院にとどまった。

開設者別加算取得病院率

開設者別にみると、「紹介外来加算」は特定機能病院を多く抱える文部科学省(83.7%)や学校法人(54.9%)の病院の加算取得率は高い。続くのが、都道府県(27.6%)、日赤(19.4%)等で、全体的に国公立、公的病院に多い。

「紹介外来特別加算」では、加算取得率が国公立病院に相対的に高いという傾向はさらに強まる。厚生労働省は22.8%、文部科学省は37.2%と、全体の4.9%を大きく上回る。

「急性期病院加算」は様相が異なる。国立病院は少なく、共済関係(24.5%)や学校法人(18.4%)の病院が多い。

「急性期特定病院加算」は絶対数が少なく、加算取得率はあまり意味がないが、同加算を取得した8病院のうち、医療法人病

厚生科学研究補助金
総合研究報告書

院が半数の4病院を占めた。

「地域医療支援病院加算」は、医師会病院を中心に公益法人病院に多かった。

「紹介外来特別加算」加算取得病院の分析・調査

「紹介外来特別加算」取得病院は1年前に比べてあまり増えていなかった。なかでも、民間病院（医療法人立）は23病院（1.8%）しか同加算を取得していない。そこでその23の民間病院に対して、訪問面接または電話調査を行った（調査拒否の1病院を除く22病院の調査完了）。

調査では各病院に「外来患者数を少なくする努力をしたか」を尋ねた。その結果、同加算が設置された昨年の4月以後に外来患者を少なくしようとしたのは1病院だけであった（浦添総合病院）。

残りの22病院のうち、4病院は隣接地に診療所を有していた（なお、そのうち1病院は2000年末に隣接地の診療所を閉鎖していた）。

残りの17病院では「特段に努力していない。もともと外来患者数が少ない」とのことであった。外来患者が少ない主な理由は、近隣に診療所が多くある、病院の立地条件が悪い、大学病院等の高次機能病院の後方病院である、以前から紹介型病院を目指して地域との緊密な連携をはかってきた、などであった。17病院のうち、診療内容を専門特化するなど、紹介型病院を目指してきたと回答したのは3病院のみであった。中には、外来患者を抑えるどころか、増やしたいという病院もあった。

2次医療圏分析

2次医療圏において地域医療連携に関連する紹介外来加算、紹介外来特別加算、地域医療支援病院入院診療加算等の加算を取得している病院数と地域特性との関連を分析した。

紹介外来加算取得病院数と二次医療圏別の地域特性指標との関係は、施設数や病床数、入院および外来患者数と有意な正の相関がみられた。特に一般病院数や一般病床

数、一般診療所数、1日平均入院・外来患者数と強い相関がみられた。また病床利用率や平均在院日数との相関はみられなかった。病床過剰率との間には弱い正の相関がみられた。

さらに、紹介外来加算取得病院数と一般病院数、一般診療所数との回帰分析を行った。その結果、紹介外来加算の取得病院は19の一般病院に対して1つ、230の一般診療所に対して1つ出現していた。病院・診療所数が増加すると、その中で積極的に連携を行う病院が現れることが示唆された。

3) 結論

地域医療連携関係の診療報酬加算取得状況の全国調査からは、機能分化、とくに外来機能の分化はあまり進展していないことが明らかになった。

2. 外来抑制を行った地域医療支援病院のインパクト分析

外来患者の抑制に積極的に取り組み、地域医療支援病院となった、全国でも稀有な存在の民間病院である浦添総合病院の逆紹介患者（約1000人）、開業医（約100人）、および同院の勤務医11名に対して、逆紹介・地域連携のシステムがうまく機能しているか等の調査を実施した。

1) 研究方法

1-1) 逆紹介患者調査

2001年5月1日～2001年12月31日の間に浦添総合病院から地域の診療所等に逆紹介した患者から、以下の各群を無作為抽出した。

- ① 「かかりつけ医」から紹介を受け、当院での治療終了後、紹介元へ再紹介（逆紹介）した患者500名
- ② 新たに「かかりつけ医」をもつことを目的として当院が逆紹介した患者500名

調査方法は、自記式質問紙による郵送調査、郵送回収である（無記名調査）。回収率は、29.9%（299人回答）であった。

1-2) 診療所開業医調査

調査対象は、浦添総合病院の登録医（診療所開業医）111人とした。

調査方法は自記式質問紙（別紙1参照）による郵送調査、郵送回収である。

回収率は、52.3%（58人回答）であった。

いずれの調査にあたって対象者のプライバシーに配慮した。

調査時期は平成14年1～2月であった。

1-3) 勤務医調査

浦添総合病院に勤務する医師で、本研究の趣旨を説明した上で面接調査に協力が得られた医師11名とした。診療科は内科、外科、産婦人科、整形外科、検診センター等様々であり、浦添総合病院での勤務年数も2年から21年と幅が広がった。

面接は対象者ごとに2名の研究者のどちらかが実施し、1対1で行った。内容はまず対象者の属性として勤務年数、専門分野、以前の勤務場所について尋ねた後、外来の機能分化に関して、患者の流れ、紹介外来制導入のインパクト、医療連携への取り組み、外来機能分化についての大きく4点から質問した。

2) 研究結果および考察

2-1) 逆紹介患者調査

浦添総合病院が逆紹介した医療機関に通院しているか

定期的に通院している人に対して、浦添総合病院が逆紹介したところに通院しているかと尋ねると、約7割もの人が、同病院が逆紹介した医療機関に通院していることがわかった。

同病院が逆紹介したところ以外の医療機関に通院している人にその理由を尋ねると、通院するのに不便、病気・症状が変化した、などが多かった。

この結果からみると、逆紹介はある程度スムーズに行われていると考えられた。ま

た、これは後述の開業医調査でもある程度確認できることである。

浦添総合病院の役割についての説明

浦添総合病院と地域診療所の役割分担についての考え方の説明を受けたかと尋ね、説明を受けたと回答した人にさらに「納得したか」と尋ねると、説明を受けた人の中で納得した人の割合は、7割を超えていた。しかし、調査対象者全体でみると、納得したと答えた人は44-46%に留まった（説明を受けなかったという人が3割強いたため）。

納得しなかった理由では、「病院はすべての患者をみるべき」「主治医を変えたくない」「浦添総合病院が便利」「通いなれた病院がよい」などが比較的多くみられた。

自由回答の中に、「近くに総合病院があるから今の家を借りたほどなのに診てもらえなくなりとても不便です」という意見もあり、地理的要因は医療機関の場合、やはり大きいものとみられた。また、診療所の医療の質に対して懐疑的な人も少なくなかった。

逆紹介患者のうち、5割弱しか役割分担の考え方に納得していないというのは高い数値とは言えないであろう。今後、何らかの対策が必要と考えられる。

病院と診療所との役割分担についての態度

（一般論として）病院と診療所が役割分担をすることについてどう思うかと尋ねたところ、賛成と反対の人が概ね半数ずつであった。

反対の人が指摘する問題は、病院と診療所の情報の共有化が充分でない、移動困難な患者（車イス等）にとっては一つの病院で全て診て欲しい、信頼できる開業医を見つけられない、救急時にも紹介状が必要なのは不便、逆紹介後に病院にも定期通院することになっていても、それを診療所の医師に言い難い、などであった。

2-2) 診療所開業医調査

浦添総合病院への紹介にあたっての問題

同院への紹介の際に問題を感じるものとしては、「紹介患者の経過報告が不十分」が35.1%と最も多かった。中には、「普段診ていて急変し、救急車で浦添総合病院を受診した患者さんなどを含め経過報告をして欲しい」という声もあり、患者を紹介する開業医のニーズを満たすのには相当きめ細かな対応が求められるものとみられた。

浦添総合病院が地域連携を積極推進することへの意見

同院が地域連携を積極推進していることについてどう思うかを尋ねたところ、「とくに問題はない」と答えた人が75.9%と大半を占めたが、残りの約2割の人は問題があると回答した。

問題を感じている内容は、「連携の方法（情報提供）」をあげた人が33.3%いた。その他には同院をやめた人が地域で開業しており、その人たちが同院と特別な密接な関係を持っていることを問題視する声もあった。

浦添総合病院からの逆紹介患者について

同院から逆紹介される患者がいると答えた人が、81.0%と多くを占めた。その逆紹介された患者が通院継続しているかと尋ねたところ、「ほとんどの患者が通院している」と答えた人が76.6%、「半分くらいの患者が通院している」と答えた人が19.1%、「ほとんどの患者が通院していない」と答えた人は4.3%だけであった。前述の逆紹介患者の調査結果とあわせ、逆紹介のシステムは概ね順調であると考えられる。

浦添総合病院との共同診療の経験

同院との共同診療の経験はあるかと尋ねたところ、「頻繁にある」「ときどきある」と回答した人は、あわせて12.1%しかいなかった。

共同診療をしない理由を尋ねると、共同診療の必要性を感じない人が大勢いる一方で、時間調整等の技術的な問題で共同診療ができないという人も相当数いた。また、きっかけがなく、共同診療をしていないという人もいた。

2-3) 紹介外来制が勤務医に及ぼす影響と課題-11人の勤務医に対する面接調査より-

患者の流れに関して

患者は地域の開業医からの紹介が大半で、健康診断および非紹介患者が若干いるという回答が多かった。診療科別の特徴として、整形外科がスポーツ外傷という特殊分野を専門にしているため、浦添市内に限らず、離島を含む広い地域からの紹介があるという点が挙げられた。また産婦人科については、他の診療科と異なり紹介に移行していなかった。これは産婦人科において紹介を中心にする場合には、主な対象は他の医療機関では十分なケアができない可能性があるハイリスクの妊婦になるが、設備、スタッフ等の制約から現時点では対応が困難であると判断したためであった。

紹介元への返送に関しては、急性期の治療期間、特に入院期間が過ぎると紹介元の医療機関へ返送するケースが多かった。放射線科では検査依頼が多く、検査実施後、所見をつけてすぐに返送していた。しかし、患者によっては紹介元の医療機関へ返送されることに抵抗を感じる者もいるということであった。これは過去の診療経過において患者が十分納得のいく診療を受けることができなかった場合に、別の医療機関の紹介を希望するものであった。

また従来通院していた患者を地域の開業医へ逆紹介する場合もあり、これは地域医療支援病院の形態と意義について十分に説明をして、紹介するというものであったが、説明に納得を得るのは難しいとのことであった。そのため、3～6ヶ月程度でまた病院へも受診するような方式をとったり、主治医が開業医と病院の担当医の2名いる体制になると説明するなどの工夫をしていた。

紹介外来制導入のインパクト

紹介外来を導入したことによる患者数への影響に関しては、多くの診療科で減少したと回答した。例えば糖尿病患者に関しては、1ヶ月約1500人の患者がいたが、紹介