

(4) 中間アウトカム

中間アウトカムA【感染症など健康を脅かす疾病を予防・防止するとともに、感染者等に必要な医療等を確保すること】

中間アウトカムB【治療方法が確立していない特殊の疾病等の予防・治療等を充実すること】

- ・ 中間アウトカムA、Bは明示されていたが、指標設定が行われていないために、測定や結果が明示されず、最終的な評価・分析ができない。

中間アウトカムB①【医療の受診機会を増加させること】

- ・ 中間アウトカムB①は明示されていたが、前述のとおりアウトプット①指標「都道府県の難病医療拠点病院・協力病院数」のみ示されており、中間アウトカムB①に関する指標は設定されていなかった。
- ・ 目標として「受診機会の増加」とあることから、中間アウトカムB①指標として「実際の受診率」等を設定しなければならない。
- ・ 実績値測定結果の明示として「難病医療拠点病院・協力病院が全国に1,554病院整備されており、受診機会は着実に増加している」との記載があるが、アウトカム目標（受診機会の増加）に対して、設定されている指標はアウトプット指標（病院数）であり、アウトカム指標は設定されていない。したがってアウトカム指標の測定結果の明示とはなっていない^(注)。

中間アウトカムB②【難病に係る情報を広く国民に提供すること】

- ・ アウトカムB②は明示されており、「難病情報センターのホームページアクセス件数」が指標として設定されていた。
- ・ 「前年度を上回ることを目標に設定しており、測定や結果の明示（「難病情報アクセスセンターのアクセス件数は約1,019万件で情報提供の成果が十分上がっている」）、結果に基づく評価・分析が行われていた。

(5) 最終アウトカム

【安心・信頼してかかれる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること】

- ・ 最終的に目指すべき状態である最終アウトカムは明示されていた。

(6) 外部要因

- ・ 外部要因が全く示されていないため、測定や評価・分析を行うことができない。例えば、「医療の受診機会を増加させること（中間アウトカムB①）」や「難病に係る情報を広く国民に提供すること（中間アウトカムB②）」以外で「治療方法が確立していない特殊の疾病等の予防・治療等を充実すること（アウトカムB）」に影響を与えるものなどを示す必要がある。

^(注) 本実績評価書では、中間アウトカム（医療の受診機会を増加させること）とアウトプット（重症難病患者入院施設確保事業）の区別に注意を要するケースである。「重症難病患者入院施設確保事業」はサービス提供者である厚生労働省が行う事業である。一方、「医療の受診機会の増加」はサービスの顧客である重症難病患者の側に期待される状態の変化である。前掲の定義（アウトプットはサービス提供者が生み出すもの、アウトカムはサービスの顧客側の変化）であることを考慮すると、「重症難病患者入院施設確保事業」がアウトプット、「医療の受診機会の増加」がアウトカムである。

3. 測定結果の要因分析に役立つ項目に関する評価について

アウトプット①と中間アウトカムB①の因果関係

「原則として、都道府県に1ヵ所を拠点病院に指定し、入院治療が必要となった重症難病患者に対し、適時適切な入院施設の確保等が行えるよう、難病医療提供体制を推進」

アウトプット②と中間アウトカムB②の因果関係

「難病情報センターにおけるインターネットのホームページのメニューを充実させるなどにより、国民への情報提供を推進」

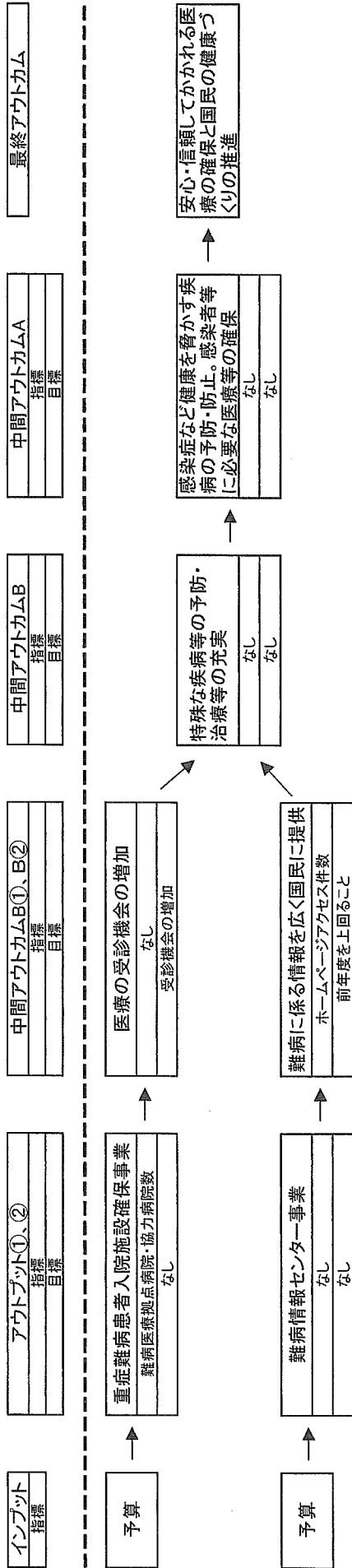
- ・ アウトプットとアウトカムの因果関係は上記のとおり記載があった。
- ・ その他の因果関係には説明がないため、実施される事業の論理的根拠が不明確になっている。
- ・ 測定結果の要因について考察は実施されなかった。特に、中間アウトカムB②については達成・未達成の明示を行っているので、要因考察がなされることが望ましい。

4. 総合評価・提言について

- ・ 総合評価については、「重症難病患者入院施設確保事業と難病情報センター事業を総合的に組み合わせることにより、特殊な疾病等の予防・治療等の充実が効率的に推進されている」などの記載があった。
- ・ ただし、評価は中間アウトカムBまでのもので、中間アウトカムAについての記載が全くなかった。中間アウトカムAの評価・分析を行うために指標設定・測定などが実施される必要がある。
- ・ 事業については「難病患者は毎年増加・高齢化しており、療養上の悩みや不安に的確に対応するため、引き続き推進していく必要がある」など、今後の方針について提言が行われていた。

ロジック・モデルは以下のように示される(図6)。

〈図6〉ロジック・モデル



「チェックリスト」から各要素(インプット(財政的資源・その他資源)、アウトプット、アウトカム、外部要因)に関連する項目だけを抽出し、並び替えると以下のように示される(表10)。

〈表10〉要素ごとに見る評価結果

(網掛けは対象外)

	理論モデル作成			実績値測定		評価・分析 実績値測定した結果、達成(未達成)の明示
	各要素の明示	指標設定	指標の妥当性の説明	目標設定	測定方法・データソース	
①インプット(財政的資源)	○				x	x
②インプット(その他資源)	x				x	x
③アウトプット	○	△		△	△	x
④中間アウトカム	○	△	x	△	△	△
⑤最終アウトカム	○					
⑥外部要因	x	x	x		x	x

2) 「チェックリスト」による情報整理

検証を行った2事例について、それぞれの「チェックシート」の評価欄(○・×)を「チェックリスト」へ転記した(表11)。結果は以下のとおり。

(i) 前提

- ・「担当部署の明示」や「課題やニーズの明示」は行われていた。

(ii) 理論モデル作成

①ロジック・モデル作成

- ・2事例ともアウトプット、アウトカム(中間・最終)は明示されていたが、外部要因、インプット(その他資源)は示されていないかった。
- ・事例2(政策体系1-5-II)で「アウトプット→アウトカム」の因果関係が説明されていたが、その他には説明がなかった。

②指標(目標)設定

- ・外部要因の指標が設定されなかった。アウトプットおよびアウトカムは、事例によって指標の設定状況が異なっていた。
- ・2事例ともに指標の妥当性についての説明は行われていなかった。
- ・目標についても、事例2のアウトカムの一部で設定されていたが、その他のアウトプットやアウトカムでは目標設定がなされていないかった。

(iii) 実績値測定

- ・事例1(政策体系1-1-IV)のアウトプットや一部のアウトカムにおいては、測定方法やデータソースが示されていたが、事例2では示されなかった。
- ・指標測定については、インプットや外部要因についての測定が行われなかった。

(iv) 評価・分析

①測定結果についての考察

- ・測定結果に基づく達成(未達成)の明示については、事例2の中間アウトカムの一部で行われたが、その他については行われていなかった。
- ・2事例ともに測定結果の要因についての考察が行われていなかった。

②総合評価と提言

- ・2事例ともに測定結果の評価・分析に基づいた評価は行われていたが、特定の測定結果に基づく場合の理由等は示されていないかった。
- ・事例2では提言が行われたが、事例1については提言が行われていなかった。

＜表 11＞チェックリスト

厚生労働省 (1-1-IV、1-5-II)

《政策評価チェックリスト》

チェック項目		1-1-IV	1-5-II	
理論モデル作成	担当部署の明示	○	○	
	課題やニーズの明示	○	○	
	ロジック・モデル			
	各要素の明示			
	インプット			
	財政的資源	×	○	
	その他資源	×	×	
	アウトプット	○	○	
	中間アウトカム	○	○	
	最終アウトカム	○	○	
	外部要因	×	×	
	因果関係の説明			
	アウトプット→アウトカム	×	○	
	中間アウトカム→中間アウトカム	×	×	
	中間アウトカム→最終アウトカム	×	×	
外部要因→アウトカム	×	×		
指標(目標)設定	指標設定			
	アウトプット	○	△	
	中間アウトカム	△	△	
	外部要因		×	
	指標の妥当性の説明			
	中間アウトカム	×	×	
	外部要因	×	×	
	目標設定			
	アウトプット	×	×	
	中間アウトカム	×	△	
	指標測定実施			
	測定方法・データソース			
	アウトプット	○		×
	中間アウトカム		△	×
	外部要因		×	×
指標測定				
インプット				
財政的資源		×	×	
その他資源		×	×	
アウトプット	○		△	
中間アウトカム		△	△	
外部要因		×	×	
測定結果についての考察				
実績値測定した結果、達成(未達成)の明示				
インプット				
財政的資源		×	×	
その他資源		×	×	
アウトプット		×	×	
中間アウトカム		×	△	
外部要因		×		
評価・分析				
測定結果の要因についての考察				
インプット				
財政的資源		×	×	
その他資源		×	×	
アウトプット		×	×	
中間アウトカム		×	△	
総合評価と提言				
総合評価				
測定結果の評価・分析に基づいた評価	○		○	
特定の測定結果を重視する場合、理由の明記		×	×	
提言		×	○	

D. 考察

1. 検証を行った2事例からの考察

「政策評価の枠組み」に沿って作成した「チェックシート」を用いて、厚生労働省の「実績評価書」を2事例検証したところ、いくつかの問題が浮かびあがった。2事例をもって厚生労働省の「実績評価書」全般について論じることは出来ないが、2事例共通の問題として、「ロジック・モデル」(特に「因果関係の説明」)、「目標設定」および「測定結果についての考察」の記載が不十分であることがうかがえた(表11「チェックリスト」)。

(1)「ロジック・モデル」(特に「因果関係の説明」)が不十分

「各要素の明示」については、2事例ともにインプット(その他資源)と外部要因についての記載がなかった。外部要因は、当初の計画通りの成果が得られなかった場合の要因考察に役立つ項目であり、記載されることが望まれる。仮に、大きな影響を及ぼす外部要因が存在しないのであれば、その旨を記すことが必要だろう。

「因果関係の説明」については、当該の政策体系が問題解決のための有効な手段であることを論理的に示す非常に重要な項目である。「因果関係」の中には、一般的には自明であるようなケースも存在する。しかし、政策評価は一連の政策体系について国民への情報提供を1つずつ積み重ねていくことで、はじめて意思決定の判断材料に役立つ情報提供が可能となることから、「因果関係の説明」については丁寧に記載されるべきである。

(2)「目標設定」が不十分

「指標設定」がなされ実績値が測定されているものの、「目標設定」がされていないために、実績値の善し悪しが論理的に評価できないケースが2事例ともに見られた。

「政策評価の目的」として総務省のガイドラインで「成果重視の行政への転換」が挙げられていることは既にみたが、目標が設定されていないならば成果の度合いを判定することはできない。数値目標(数値化が困難な場合は、目標とする状態)を記載する必要がある。

(3)「測定結果についての考察」が不十分

「測定結果」は「総合評価」および「提言」の前提となる情報であるが、「測定結果」の善し悪しだけで、「総合評価」および「提言」がなされるべきではない。当然ながら、「測定結果」(達成・未達成)についての要因分析を踏まえる必要がある。特に、未達成であった場合は、なぜ未達成となったか考察し記載することで、当該政策・施策・事業を総括し、今後のあり方について提言することが可能となる。

2. 政策評価の枠組みの再考

政策評価は、前提となる項目のいずれか一つでも説明が不十分であると、それ以降の項目の説明が十分に行われないう構造にある(図7)。

政策評価の結論部分である「総合評価」・「提言」は、「ロジック・モデル」と「測定結果」を踏まえたものでなければならない。「ロジック・モデル」を踏まえていなければ、因果関係があいまいで論理的とはい

難しい「総合評価」・「提言」となってしまう。また、「測定結果」を踏まえていなければ、「総合評価」・「提言」は説得力のある情報とはなりえない。

「測定結果」は実績値と目標値が両方そろい、数値が比較・検証されることが必要である。目標値は指標設定がされていないと定められない。指標設定は、「各要素の明示」（「ロジック・モデル」）がなされていなければならない。「ロジック・モデル」は「課題やニーズ」から組み立てられる。

2事例の共通の問題点として、「ロジック・モデル」、「目標設定」および「測定結果についての考察」の不備を挙げたが、上記のように考えると、その他の項目に問題がないというわけではない。

「チェックリスト」（表11）では、「ロジック・モデル」や「目標値の設定」が「×」であるにもかかわらず、「総合評価」が「○」になっている部分があるが、厳密には、前段階が「×」であれば、その後の項目は全て「×」（不完全）という評価がなされるべきである。2事例の「総合評価」は「ロジック・モデル」や「目標設定」の不備を補うことで、「意思決定に役立つ情報」として、まだまだ精度を高めることができる。「政策

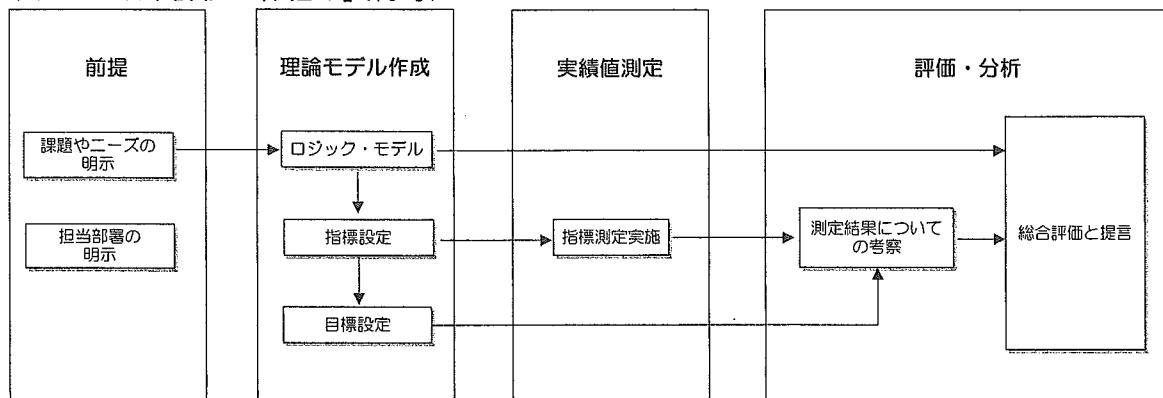
評価の枠組み」に沿って、各項目を一つひとつ丁寧に説明していくことが、政策評価を行ううえで最も大切といえる。

3. 「チェックシート」と「チェックリスト」の限界・要改善点

(1) 主に記述の有無を評価している点

「チェックシート」や「チェックリスト」は、厚生労働省の政策評価結果である「実績評価書」の構成について、4つの枠組みから作成した「チェック項目」をもとに記述の有無について確認していくことを目的としている。そのため、「実績評価書」に記述されている内容を詳細に精査することは行わない。しかしながら、「政策評価の目的」である「国民の意思決定に役立つ情報提供」を行うためには、提供される情報が当該分野に関する豊富な専門的知識によって裏づけられている必要がある。仮に、実施された政策評価が4つの枠組みを満たしても、誤った情報を提供した場合、その情報の受け手である国民が行う意思決定は、本来であれば意図しないものとなる可能性がある。したがって、政策評価研究においては政策評価の枠組みを確認したうえで、評価内容を精査することが必要であろう。

<図7>「政策評価の枠組み」(再考)



(2) 対象分野・対象数・対象年度の拡大

本研究では、医療分野の「実績評価書」2事例を評価し、共通の問題点について考察を行っているが、厚生労働省が行う「実績評価書」全般についての本質的な問題点には言及していない。厚生労働省の政策評価についての本質的な問題点を抽出するためには、対象分野・対象数・対象年度を拡大して検証しなければならない。そして、それらの対象を増やしていく過程において、「チェックシート」や「チェックリスト」によって本質的な問題点を探り、解決策を提言できるよう改善していく必要がある。

ただし、政策評価の4つの枠組み(「前提」→「理論モデル作成」→「実績値測定」→「評価・分析」)については、政策評価結果が論理的説得力を持つための必要条件となるので、この枠組みをもとに改善していくことが重要である。

E. 結論

本研究では、厚生労働省の「実績評価書」が「意思決定に役立つ情報提供」となるよう、情報提供の方法、および情報提供すべき事項について順を追って示した。「チェックシート」や「コメント」で指摘した事項を「実績評価書」に盛り込むことで、意思決定者(政策策定者や国民)に対して説得力がある情報を提供することが可能となる。

「チェックシート」や「コメント」で示された問題点のなかには容易に解決できるものも多くある。例えば、「要素の明示」でインプット(財政的資源・その他資源)が記載されなかった場合は、当該施策に係る

予算を示せばよいし、「実績値測定」を行っているにも関わらず「測定方法・データソース」に記述がない場合は、その出所を示すことで解決できる。

しかし、「実績評価書」にどのような項目を記載するかが明確に示されなければ、情報提供の不足・不備も発生しよう。そこで、完成された記述フォームを統一して用いることが期待される。政策・施策・事業に関して、評価者にとって自明のことであっても、それらを一つずつ丁寧に示すことで、国民との情報共有が可能となる。その意味で、本研究で用いた「チェックシート」は統一フォームの雛形を目指したものである。

本研究では、厚生労働省の「実績評価書」についての問題点の抽出と改善策の提示を行うために、厚生労働省の「実績評価書」の特徴を把握するための手法についての考察を行ってきた。今後、政策評価の評価をさらに行うことで「チェックシート」を使いやすく、受け手(国民)にとってわかりやすいように改善していくことが望まれる。本研究をその第一歩と位置づけたい。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録

なし

謝辞

本報告書作成にあたり、日本ガイダント株式会社田村誠副社長から貴重なご意見を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

文献一覧

【参考文献】

- ・(財) 行政管理研究センター『政策評価の基礎用語』(財) 行政管理研究センター、2005年
- ・国土交通省『平成15年度 国土交通省政策評価レポート』国立印刷局、2004年
- ・田村誠『政策評価における実績評価のあり方に関する研究 評価指標見直しの基本的視点の検討』厚生科学研究補助金政策科学推進研究事業総括研究報告書、2004年
- ・田村誠、木村大輔『米国の医療政策評価システムの考え方と仕組み』厚生科学研究補助金政策科学推進研究事業分担研究報告書、2004年
- ・ハリリー・P・ハトリ（訳：上野宏・上野真城子）『政策評価入門 結果重視の業績測定』東洋経済新報社、2004年
- ・明治安田生活福祉研究所『政策評価における実績評価のあり方に関する研究 理論的視点からの実績評価体系の見直し』厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書、2004年
- ・龍慶昭・佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』（増補改訂版）多賀出版、2004年
- ・有川博『有効性の検査の展開 政策評価との交錯』全国会計職員協会、2003年
- ・W.K.ケログ財団（訳：農林水産政策情報センター）『ロジックモデル策定ガイド』農林水産政策情報センター、2003年
- ・宇賀克也『政策評価の法制度』有斐閣、2002年
- ・田村誠『政策評価における「プログラム評価」と「業績評価」について』厚生科

学研究補助金特定疾患対策研究事業分担研究報告書、2002年

- ・高崎正有『プログラム評価』、「SRIC REPORT」、2001年12月
- ・建設省建設政策研究センター『建設政策における政策評価に関する研究 政策評価用語集』、建設省建設政策研究センター、2000年
- ・伊多波良雄『これからの政策評価システム』中央経済社、1999年
- ・山谷清志『政策評価の理論とその展開』晃洋書房、1997年

【行政資料】

- ・厚生労働省『厚生労働省における政策評価に関する基本計画』、2005年
- ・厚生労働省『厚生労働省における事後評価の実施に関する計画』、2005年
- ・厚生労働省『実績評価書』、2005年
- ・総務省『政府全体における政策評価等の実施状況等の概要』、2005年
- ・厚生労働省『厚生労働省政策評価実施要領』、2001年
- ・政策評価各府省連絡会議了承『政策評価に関する標準的ガイドライン』、2001年

＜参考資料＞厚生労働省 実績評価対象一覧

小分類（ローマ数字（1-IVなど））ごとに「実績評価書」が公表されている。参考に基本目標・施策目標も掲載した（2006年1月17日現在）

政策体系		目 標
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-IV	医療の質を向上させるために医療法に基づく基準を遵守すること
施策目標4		広域を対象とした高度先駆的な医療や結核・難病などの専門的医療等(政策医療)を推進すること
	4-I	政策医療を着実に実施すること
施策目標5		感染症など健康を脅かす疾病を予防・防止するとともに、感染者等に必要な医療等を確保すること
	5-II	治療方法が確立していない特殊の疾病等の予防・治療等を充実すること
	5-III	ハンセン病対策の充実を図ること
	5-IV	エイズの発生・まん延の防止を図ること
	5-V	適正な臓器移植の推進等を図ること
	5-VI	原子爆弾被爆者等を援護すること
施策目標6		品質・有効性・安全性の高い医薬品・医療用具を国民が適切に利用できるようにすること
	6-I	有効性・安全性の高い新医薬品・医療機器の迅速な承認手続を進めること
	6-II	医薬品・医療機器の品質確保の徹底を図るとともに、医薬品等の情報提供に努めること
	6-III	医薬分業を推進すること
施策目標7		血液製剤の国内自給を推進するとともに、安全性の向上を図ること
	7-I	血液製剤の国内自給の推進を図ること
	7-II	血液製剤の使用適正化を推進すること
	7-III	血液製剤の安全性の向上を図ること
施策目標8		保健衛生上必要不可欠なワクチン等の安定供給を確保するとともに、緊急時等の供給体制についても準備を進めること
	8-I	希少疾病ワクチン・抗毒素及びインフルエンザワクチンの安定供給を図ること
施策目標9		新医薬品・医療機器の開発を促進するとともに、医薬品産業等の振興を図ること
	9-I	医薬品・医療機器の製造業や販売業等の振興を図ること
	9-II	医薬品・医療機器の流通改善を図ること
	9-III	バイオ技術、ナノ技術等の先端技術を活用し、画期的な医薬品、医療機器等の研究開発を推進すること
	9-IV	患者数が少なく、研究開発が進みにくい稀少疾病用新薬や成人に比較して適用薬剤が少ない小児・未熟児に適した剤型等の研究開発を推進すること
施策目標10		患者の多様なニーズ等に対応した医療関連サービスの提供を促進すること
	10-I	患者の多様なニーズや医療機関経営上のニーズに対応した医療関連サービスの適切な提供を促進すること

政策体系		目 標
施策目標12		妊産婦・児童から高齢者に至るまでの幅広い年齢層において、地域・職場などの様々な場所で、国民的な健康づくりを推進すること
12-I		地域住民の健康の保持・増進及び地域住民が安心して暮らせる保健医療体制の確保を図ること
12-II		国民の心身の健康の維持増進を図ること
12-III		医療保険者が行う健康管理事業を推進すること
施策目標13		健康危機管理を推進すること
13-I		健康危機が発生した際に迅速かつ適切に対応するための体制を整備すること
基本目標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
施策目標1		食品の安全性を確保すること
1-I		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
1-II		国民の健康を守るため、輸入食品の安全性の確保を図ること
1-III		食品添加物の規格基準や残留農薬基準の整備等を通じ、食品の安全性の確保を図ること
1-IV		いわゆる健康食品等について、広告・表示の適正化を図り、適切な情報の下で消費者がこれを選択できるようにすること
施策目標2		麻薬・覚せい剤等の乱用を防止すること
2-I		国民、特に青少年に対し、薬物乱用の危険性を啓発し、薬物乱用を未然に防止すること
2-II		国内及び水際において、薬物事犯に対する取締りを徹底すること
2-III		脱法ドラッグの不正使用を防止するとともに、薬物依存・中毒者の治療と社会復帰を支援すること
施策目標3		安全で質が高く災害に強い水道を整備すること
3-I		安全で質が高い水道の確保を図ること
3-II		災害に強い水道の整備など水道水の安定供給を図ること
3-III		未普及地域における水道水の整備を図ること
施策目標4		国民生活をとり巻く化学物質による人の健康被害を防止すること
4-I		毒物・劇物の適正な管理を推進すること
4-II		化学物質の毒性について評価し、適正な管理を推進するための規制を実施すること
4-III		家庭用品の安全性を確保すること
施策目標5		生活衛生関係営業の振興等により生活衛生の向上・増進を図ること
5-I		生活衛生関係営業における衛生水準の確保及び振興を図ること
5-II		建築物衛生の改善及び向上等を図ること

政策体系		目 標
基本目標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
施策目標1		労働条件の確保・改善を図ること
1-I		法定労働条件の確保・改善を図ること
1-II		年間総実労働時間1,800時間の達成・定着
施策目標2		労働者の安全と健康の確保を図ること
2-I		事業場における安全衛生水準の一層の向上を図ること
2-II		産業安全水準の一層の向上を図ること
2-III		労働衛生対策の推進を図ること
施策目標3		労働災害に被災した労働者等の公正な保護を行うとともに、労働者の福祉の増進を図ること
3-I		労災保険給付の適正な処理を行うことにより、被災労働者等の保護を図ること
3-II		被災労働者及びその家族の援護を図り、被災労働者の円滑な社会復帰を促進すること
施策目標4		勤労者生活の充実を図ること
4-I		勤労者の財産形成の促進を図ること
4-II		中小企業における退職金制度の普及促進を図ること
4-III		自由時間の充実等勤労者生活の充実を図ること
施策目標5		多様な就業ニーズに対応した就業環境を整備すること(基本目標6の施策目標2を参照)
施策目標6		安定した労使関係等の形成を促進すること
6-I		円滑な政労使コミュニケーションの促進を図ること
6-II		集团的労使関係のルールの確立及び普及等を図ること
6-III		集团的労使紛争の迅速かつ適切な解決を図ること
施策目標7		個別労働関係紛争の解決の促進を図ること
7-I		個別労働関係紛争の解決の促進を図ること
施策目標8		労働保険適用徴収業務の適正かつ円滑な実施を図ること
8-I		労働保険の適用促進及び労働保険料の適正徴収を図ること

政策体系		目 標
基本目標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
施策目標1		労働力需給のミスマッチの解消を図るために需給調整機能を強化すること
1-I		公共職業安定機関における需給調整機能を強化すること
1-II		労働力需給調整事業システムを整備すること
1-III		官民の連携により労働力需給調整機能を強化すること
施策目標2		雇用機会を創出するとともに雇用の安定を図ること
2-I		中小企業、新規・成長分野企業等における雇用機会を創出するとともに労働力の確保等を図ること
2-II		地域の実情に即した雇用機会の創出等を図ること
2-III		事業活動の縮小を余儀なくされた企業における雇用の維持・安定を図ること
2-IV		円滑な労働移動を促進すること
2-V		産業の特性に応じた雇用の安定を図ること
施策目標3		労働者等の特性に応じた雇用の安定・促進を図ること
3-I		高齢者の雇用就業を促進すること
3-II		障害者の雇用を促進すること
3-III		若年者の雇用を促進すること
3-IV		外国人労働者の就労環境の整備を図ること
3-V		就職困難者等の雇用の安定・促進を図ること
施策目標4		求職活動中の生活の保障等を行うこと
4-I		雇用保険制度の安定的かつ適正な運営及び求職活動を容易にするための保障等を図ること
基本目標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を可能にする社会づくりを推進すること
施策目標1		働く女性が性別により差別されることなく能力を十分に発揮できる雇用環境を整備すること
1-II		職場におけるセクシュアルハラスメント防止対策が徹底されていること
施策目標2		多様な就業ニーズに対応した就業環境を整備すること
2-I		パートタイム労働を魅力ある就業形態とすること
2-II		在宅ワークを魅力ある就業形態とすること
施策目標3		働きながら子どもを産み育てることを容易にする雇用環境を整備すること
3-I		育児・介護休業を取りやすく、職場復帰をしやすい環境を整備すること
3-II		育児・介護をしながら働き続けやすい環境を整備すること

政策体系		目 標
施策目標4		利用者のニーズに対応した多様な保育サービスを提供すること
4-I		必要な人が利用できる保育サービスを確保すること
4-II		多様なニーズに対応できる保育サービスを確保すること
施策目標5		子どもが健全に育成される社会を実現すること
5-I		地域における子育て支援の充実を図り、子育て家庭を支援すること
5-II		放課後児童の適切な遊び及び生活の場を確保すること
5-III		子育て家庭の生活の安定を図ること
施策目標6		児童虐待や配偶者による暴力を防止すること
6-I		児童虐待の発生件数を減少させること
6-II		配偶者からの暴力の被害者の適切な保護・支援を図ること
施策目標7		親子ともに健康な生活を確保すること
7-I		思春期の保健対策の強化と健康教育の推進を図ること
7-II		妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援を図ること
7-III		小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備を図ること
7-IV		子どもの心の安らかな発達への促進と育児不安の軽減を図ること
施策目標8		総合的な母子家庭等の自立を図ること
8-I		母子家庭の生活の安定を図ること
8-II		母子家庭の母等の自立のための就業支援を図ること
基本目標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
施策目標1		生活困窮者等に対し必要な保護を行うこと
1-I		生活困窮者に対し必要な保護を行うこと
1-II		災害に際し応急的に必要な救助を行うこと
施策目標2		地域福祉の増進を図ること
2-I		ボランティア活動等住民参加による地域福祉活動を促進し、地域福祉を推進すること
2-II		ホームレスの自立を促進すること
施策目標3		社会福祉サービスを支える人材養成、利用者保護等の基盤整備を図ること
3-I		社会福祉事業に従事する人材の養成確保を推進することにより、より質の高い福祉サービスの提供がなされる基盤を整備すること
3-II		利用者の選択を可能にするための情報提供や判断能力が不十分な者に対する援助を行うことにより、福祉サービスの利用者の保護を図ること

政策体系		目 標
施策目標4	戦傷病者、戦没者遺族、中国残留邦人等を援護するとともに、旧陸海軍の残務を整理すること	
4-I	戦傷病者、戦没者遺族等に対して、援護年金の支給、療養の給付等の援護を行うこと	
4-II	戦没者の遺骨の収集を行うことにより、戦没者遺族を慰謝すること	
4-III	中国残留邦人等の円滑な帰国を促進するとともに、永住帰国者の自立を支援すること	
4-IV	旧陸海軍に関する人事資料を適切に整備保管すること	
基本目標8	障害のある人も障害のない人も地域とともに生活し、活動する社会づくりを推進すること	
施策目標1	障害者の住まいや働く場ないし活動の場を整備すること	
1-I	障害者の住まいや活動の場を整備すること	
施策目標2	必要な保健福祉サービスが的確に提供される体制を整備すること	
2-II	施設・在宅両面にわたる介護等のサービスが適切に提供される体制を整備すること	
施策目標3	障害者の自己実現や社会参加を通じた生活の質の向上を進めること	
3-I	障害者が必要とする情報や福祉用具等を十分に入手できる体制を整備すること	
3-III	障害者のスポーツ、芸術・文化活動を支援すること	
基本目標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	
施策目標1	老後生活の経済的自立の基礎となる所得保障の充実を図ること	
1-I	持続可能な公的年金制度を構築すること	
1-II	公的年金制度の上乗せの年金制度(企業年金等)の適正な運営を図ること	
施策目標3	高齢者の健康づくり・生きがいづくりを推進するとともに、生活支援を推進すること	
3-I	高齢者の介護予防、健康づくり・生きがいづくり及び社会参加の支援を推進すること	
3-II	高齢者の生活支援を推進すること	
施策目標4	介護保険制度の適切な運営等を通じて、介護を必要とする高齢者への支援を図ること	
4-II	質・量両面にわたり介護サービス基盤の整備を図ること	
基本目標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	
施策目標1	国際機関の活動に対し協力すること	
1-I	国際労働機関が行う技術協力に対し積極的に協力すること	
施策目標2	国際協力の促進により国際社会へ貢献すること	
2-I	労働分野における人材育成のための技術協力を推進すること	
基本目標11	国民生活の向上に関わる科学技術の振興を図ること	
施策目標2	研究を支援する体制を整備すること	
2-I	厚生労働科学研究費補助金の適正かつ効果的な実施を確保すること	
基本目標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	
施策目標1	厚生労働省電子構築計画等を推進すること	

出所) 厚生労働省資料をもとに作成

既存の厚生統計資料を活用した政策評価指標の検討

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 高取 拓史 (東京大学大学院医学系研究科公衆衛生)

白岩 健 (東京大学大学院薬学系研究科医薬経済学)

研究要旨 政策評価を行うためには適切な評価指標を用いることが望まれる。平成 15 年度の本研究において、厚生労働省による調査・統計資料の活用の可能性について検討した。そこで、厚生労働省の統計資料を活用する具体的な事例として、医療施設調査・病院報告の個票データを用いた検討を行った。医療提供体制の充実については、二次医療圏ごとの医療機能の充足を表す指標として、診療科等の充足度を用いることが可能であると考えられた。また医療機器の充足度については、他の要因との関連を分析し、機器の設置が外来患者数と関連することが示され、医療設備を充実する政策が病院間の競争や医療費へも関連することが示唆された。

A. 研究目的

政策評価を行うためには適切な評価指標があることが望まれる。評価指標を作成するには既存の統計資料を活用することが可能である。平成 15 年度の本研究において厚生労働省による既存統計資料を活用した政策評価指標を検討した。これをもとにいくつかの指標について医療施設調査・病院報告の個票を用いて政策評価指標の検討を行った。

また政策指標として有用であることを示すためには、これが他のどのような変数と関連しているかを検討することは重要である。そこで病院における医療機器の導入について他の関連要因との関係を分析した。

日本における病院の特徴として、諸外国と比較して人口当たりの病院数が多く (1-3)、患者が自由に病院を選択できることが挙げられる。一方、病院は運営上必要な収益を上げなければならないことから、病院数が

不足しているとは考えられない地域では、外来患者の獲得競争が起こっている可能性がある (4-6)。

患者獲得に関わる仮説として、日本においては、牛丸 (1988) の仮説がある (7)。牛丸によると、医療設備に投資し医療機器を導入することが、患者に対して、病院の質の高さを表す広告の役割を果たし、患者はより集まるとしている。Robinson ら (1985) も、病院の質についての情報が手に入りにくい医療業界では、医療設備は病院の質の高さを表すので、患者は集まるとしている (8)。さらに、Dranove ら (1993) も、医療設備の整っている医療施設に患者は集まるといふ仮説を提唱している (9)。

医療施設以外の病院選択の要因として、病院の綺麗さ、看護スタッフの質、患者宅から病院までの距離又は時間、医師数、提供する診療サービスの多さ、大学病院との提携、病院の規模、開設主体、死亡率、費用などがあげられている (9-25)。

Okorafor(1983)は、質問紙調査の結果、患者にとって重要な病院の特徴の上位3つは、綺麗な病院であること、現代的な設備を有していること、看護スタッフのケアが良いことであると報告している(10)。Taylorら(1996)は、外来患者を対象にした質問紙調査により、外来患者の病院選択基準の上位3つは、病院が便利な場所にあること、費用が安いこと、病院施設の質が高いことであると報告している(11)。McGuirkら(1984)、Leeら(1985)、Adamsら(1991)は、患者は自宅からの距離が近い、又は、自宅から時間が長くかからない病院を選択すると報告している(12-14)。Folland(1983)も、患者は自宅からの距離が近い病院を選択すると報告し、さらに、医師数の多い病院、病床数の多い病院を選択すると報告している(15)。Eriksonら(1985)も、患者は医師数の多い病院を選択すると報告している(16)。Jantzenら(2000)は、患者は費用の安い病院、病床数の多い病院、Integrated Delivery System(複数の医療関連機関で構成されるネットワーク)に加入している病院を選択すると報告している(17)。Dranoveら(1993)も、患者は費用の安い病院を選択すると報告し、さらに、新生児科、心臓切開手術、移植手術、MRI、放射線治療のうち、3つ以上の診療サービスを提供している病院を選択すると報告している(9)。Luftら(1990)は、患者は大学病院と提携している病院を選択し、民間病院を選択する患者は少ないと報告している(18)。Burnsら(1992)は、患者は死亡率の低い病院を選択すると報告している(19)。Phibbsら(1993)は、出産を控えた女性患者の場合、ハイリスクの患者ほど、高水準のNICUを提供す

る病院を選択すると報告している(20)。患者の病院選択に関する日本の先行研究として、Yoshikawaら(1996)の研究がある(26)。Yoshikawaらによると、二次医療圏内における入院患者のシェアと当該病院の医療機器の整備状況や1病床あたり医療スタッフ人数とは有意な正の関連を示したと結論づけている。しかし、この研究は断面研究であり、変化については分析していないため、医療機器の導入と患者数の増減の関連は不明である。また、入院患者より外来患者の方が紹介による受診の割合は低く病院選択をしやすいと思われることから(27)、医療機器の導入はむしろ外来患者の方に影響を与えるのではないかと考えられるが、Yoshikawaらの研究では、外来患者について分析していない。高取ら(2004)は、1987年、1990年、1993年の「医療施設静態調査」と「病院報告」のデータを用い、1987年から1990年まで外来患者数が増加していない中規模病院において、同期間に医療設備や医療スタッフの充実があった場合、その後の3年間(1990年から1993年)に外来患者数が増加したと報告している。また、高取ら(2004)は、受診行動が異なると思われる内科系診療科を受診する外来患者と外科系診療科を受診する外来患者を分けて分析し、それぞれにおいて、外来患者数の増加に影響を与える医療設備や医療スタッフに違いが見られたと報告している(28)。しかし、年度の古いデータが用いられており、現状を反映しているかどうかは不明である。厚生労働省の「受療行動調査」(1996年)によると、100-499床の中規模病院の場合、「初診外来患者の病院選択理由」の上位3つは、1)「前に来たことがある」48.3%、2)

「自宅等に近い」44.9%、3)「医療設備がよい」20.4%であった29)。このうち、3)のみが病院側にとって変更可能な要因である。

他方、100床未満の小規模病院では、「医療設備がよい」を選択した外来患者は9.7%と少なく、小規模病院に来院する外来患者にとって、医療設備のよさは、中規模病院に来院する外来患者ほど影響を与えないと考えられる。また、500床以上の大規模病院の場合、中規模病院や小規模病院に比べ、数が少ないことや、専門性が高いことから、数量的分析の対象とすることは難しいと考えられる。

以上のような背景から、最新のデータを用い、わが国の中規模病院において、医療設備や医療スタッフの変化と内科系及び外科系外来患者数の変化の関連について検討する。

B. 研究方法

データとして、厚生労働省による医療施設調査および病院報告の1987, 1990, 1993, 1996, 1999, 2002の病院別のデータを用いた。本データは目的外使用申請を行い、承認を得た上で利用した。

PART 1

政策指標として、二次医療圏単位での医療提供体制の充実を取り上げる。二次医療圏単位では一般的な入院医療が完結する範囲を想定しているため、ある程度専門的な診療科も有するべきであると考えられる。そこで特定の診療科のない二次医療圏数を指標とし、その年次推移をみた。また、同様

の手法で救急体制や診療録管理体制について検討した。

PART 2

1. 1996年から1999年の外来患者数増減に関わる分析

(a) 内科系外来患者を対象にした分析(分析1a)

資料として、1996年及び1999年の「医療施設静態調査」と「病院報告」の個票データ、「人口推計年報」、「民力：都道府県別民力測定資料集」の都道府県別集計データを用いた(30-33)。個票データは、厚生労働省にデータの目的外使用の申請をして使用を認められたものである。

対象とする病院は、1996年及び1999年において引き続き診療活動を行っている中規模病院とした。中規模病院とは、「受療行動調査」の定義に基づき、100-499床の病院とした。1996年、1999年のいずれかにおいて、休止中又は休診中の病院、内科系外来患者数が0人の病院は対象から除いた。また、「医療施設静態調査」と「病院報告」において、本研究で用いるデータに欠損値や外れ値のある病院は対象から除いた。結果的に、対象病院数は3513となった(図1)。従属変数として、「医療施設静態調査」における調査期間中(1996年は9月24日～9月30日、1999年は9月24日～9月30日)の延べ内科系外来患者数を外来診療実日数で割った1日当たり内科系外来患者数について、1996年から1999年にかけての増減人数とした。1週間当たりの外来診療実日数

は土曜日に1日診療している病院を6日、土曜日に1日診療していない病院を5日とした。本研究における内科系外来患者とは、「医療施設静態調査」において、グループIの診療科に属する内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、精神科、神経科、神経内科、心療内科、アレルギー科、リウマチ科を受診した外来患者とした。

独立変数には、医療設備と医療スタッフの両方を含めた。医療設備を表す指標としては、「医療施設静態調査」のデータから、1996年から1999年の医療機器の増減台数、診療部門の増減面積、ICUの増減病床数とした。後述する分析2aと比較するため、医療機器については、1996年、1999年、2002年のいずれにおいても台数が調査されているMRI、X線CT、人工腎臓（透析）装置、RI診断装置、SPECT、IABP駆動装置の6種類を用いた。医療スタッフを表す指標としては、「病院報告」のデータから、常勤医師数、看護師数を選択し、1996年から1999年の増減人数とした。

交絡要因の調整のため、1996年時点の病床数と開設主体、1996年から1999年にかけての病院が所在する県の人口密度の変化、65歳以上人口割合の変化をモデルに含めた(26)。開設主体については、「医療施設静態調査」をもとに、「国公立病院」、「民間病院」、「公的病院」の3つに分けた。「国公立病院」は、国、地方自治体の病院、「民間病院」は、医療法人、会社、個人の病院、「公的病院」は、日赤、済生会、厚生連、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合、公益法人、学校法人などの病院とした。分析では、民間病院を基準とし、残りの2つの開設主体をダミー変数の形でモデルに入れた。

分析方法は、重回帰分析を用い、上記の独立変数を一括投入した。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。統計解析ソフトは、SAS version 9.1を用いた。

(b) 外科系外来患者を対象にした分析 (分析1b)

資料は、分析1aと同様のものを用いた。対象病院は、1996年、1999年のいずれかにおいて、外科系外来患者数が0人の病院を除いた点以外、分析1aと同様である。結果的に、対象病院数は2431となった(図1)。

従属変数は、分析1aで用いた内科系外来患者の増減人数の算出手順を、外科系外来患者に置き換えて算出した。本研究における外科系外来患者とは、「医療施設静態調査」において、グループIIの診療科に属する外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、気管食道科、皮膚科、泌尿器科、性病科、肛門科を受診した外来患者とした。独立変数は、分析1aと同様にした。また、交絡要因の調整は、分析1aで用いた変数をそのまま用いた。

分析方法も、分析1aと同様である。

2. 1999年から2002年の外来患者数増減に関わる分析

(a) 内科系外来患者を対象にした分析 (分析2a)

資料として、1999年及び2002年の「医療施設静態調査」と「病院報告」の個票データ、「人口推計年報」、「民力：都道府県別民力測定資料集」の都道府県別集計データを

用いた 32-35)。

対象とする病院は、1999 年及び 2002 年において引き続き診療活動を行っている中規模病院とした。分析 1a と同様、1999 年、2002 年のいずれかにおいて、休止中又は休診中の病院、内科系外来患者数が 0 人の病院、本研究で用いるデータに欠損値や外れ値のある病院は対象から除いた。結果的に、対象病院数は 3460 となった (図 2)。

従属変数として、「医療施設静態調査」における調査期間中 (1999 年は 9 月 24 日～9 月 30 日、2002 年は 9 月) の延べ内科系外来患者数を外来診療実日数で割った 1 日当たり内科系外来患者数について、1999 年から 2002 年にかけての増減人数とした。外来診療実日数と内科系外来患者の定義は、分析 1a と同様である。

独立変数は、1999 年から 2002 年にかけての医療設備や医療スタッフの充実に関する変数を用いた。個々に取り上げた変数は分析 1a と同じである。

交絡要因の調整について、病床数、開設主体は 1999 年時点のものを扱い、病院が所在する県の人口密度の変化、65 歳以上人口割合の変化は、1999 年から 2002 年の変化とした (26)。開設主体の定義や変数としての扱いは、分析 1a と同様である。

分析方法も、分析 1a と同様である。

(b) 外科系外来患者を対象にした分析 (分析 2b)

資料は、分析 2a と同様のものを用いた。対象病院は、1999 年、2002 年のいずれかにおいて、外科系外来患者数が 0 人の病院を除いた点以外、分析 2a と同様である。結果的に、対象病院数は 2358 となった (図 2)。

従属変数は、分析 2a で用いた内科系外来患者の増減人数の算出手順を、外科系外来患者に置き換えて算出した。

独立変数は、分析 2a と同様にした。交絡要因の調整は、分析 2a で用いた変数をそのまま用いた。

分析方法も、分析 2a と同様である。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報が含まれるデータを用いていないため、個人情報に関する倫理的な配慮は必要ない。また、厚生労働省による医療施設調査および病院報告については、目的外使用申請を行い、承認を得て分析に用いている。

C. 研究結果

PART 1

診療科を有する病院がない二次医療圏の数を表 1 に示す。内科や外科などの一般的な科は全ての医療圏にあるものの、呼吸器、消化器、循環器などの専門分化した科は存在しない二次医療圏が 18~31 ある。これらの診療科がない二次医療圏は年を追うごとに減少している。また精神科、神経科についてもこれらの科が存在しない二次医療圏は多い。

救急告示病院が存在しない二次医療圏もいくつかある。また診療録管理専任従事者についてはこのような職員を配置する病院がひとつもない二次医療圏が 60 以上存在する。