

都道府県	委員会名	精神病院協会	栄養士会	学識経験者	関係行政機関	市・町会	消防関係
北海道	北海道総合保健医療協議会委員名簿		1	10	1	2	1
	北海道社会福祉審議会委員名簿			11			
青森	青森県地域保険医療対策協議会委員名簿		1	6		2	
	青森県地域保険医療対策協議会保健医療推進専門部会名簿			1			
岩手	岩手県医療審議会医療計画部会委員	1		2			
	岩手県社会福祉審議会委員			10		2	
	岩手県社会福祉審議会小委員会			3		1	
宮城	宮城県地域保険医療計画策定検討委員会委員名簿			1	1	2	
	宮城県地域保険医療計画策定作業部会委員名簿			5	4		1
秋田	秋田県医療計画部会			1		1	
	秋田県医療法人部会			1			
	秋田県看護部会			1			
山形	山形県保健医療推進協議会	1	1	4		2	1
	山形県保健医療推進協議会企画調整委員会			1			
	山形県保健医療推進協議会医療専門部会			3			1
	山形県保健医療推進協議会保健専門部会	1		3		1	
	山形県保健医療推進協議会保健・医療・福祉連携専門部会					1	
福島	福島県医療審議会計画調査部会委員			2			1
茨城	茨城県地域保険医療推進協議会委員	1		2	2	1	1
栃木	栃木県保健医療計画策定協議会委員			3	1	2	
群馬	群馬県保健医療対策協議会委員				1	1	1
埼玉	埼玉県地域保険医療計画推進協議会委員	1		4			
千葉	千葉県地域保険医療部会委員			6		1	
東京	東京都保健医療計画推進協議会			8	4		1
	東京都保健医療計画推進改定部会・起草委員会			2			
神奈川	神奈川県保健医療計画推進会議	1		4	2		
	神奈川県保健医療計画推進会議 企画部会	1		2	2		
富山	富山県地域医療推進対策協議会疾病別医療機能部会委員			1			
	富山県地域医療推進対策協議会疾病別医療機能部会委員						
	富山県地域医療推進対策協議会救急医療部会委員					2	1
石川	石川県保健医療計画推進委員会	1		3		2	
福井	福井県地域医療推進会議委員					2	1
	福井県医療計画策定部会委員 医療部門					1	1
	福井県医療計画策定部会委員 保健部門		1	4		1	
長野	長野県保健医療計画策定委員会委員			3			
	長野県保健医療計画策定委員会幹事会	1	1	1	1		
	長野県保健医療計画策定委員会分科会						
	長野県 救急・災害医療分科会			3		2	1
	長野県 精神医療分科会						
	長野県 県立病院の特色化分科会			4	2		
	長野県 医療従事者の養成・確保分科会			1			
	長野県 がん総合対策分科会	1		1			
岐阜	岐阜県保健医療推進協議会委員	1		7		2	
	岐阜県保健医療推進協議会委員 医療アクセス専門委員会			1			1
	岐阜県保健医療推進協議会委員 情報システム専門委員会			2			
	岐阜県保健医療推進専門委員会			1			
静岡	静岡県医療体制調査・研究会委員						
愛知	愛知県地域保険医療計画推進協議会委員	1		7	1	2	1
	愛知県地域保険医療計画推進協議会委員 保健医療計画専門部会委員			3		2	
三重	三重県保健医療計画検討委員会			1	3	2	
滋賀	滋賀県総合保健対策協議会委員					2	
	滋賀県総合保健対策協議会委員 保健医療計画作成専門部会						
京都	京都府医療審議会計画部会	1		3			
兵庫	兵庫県保健医療計画検討委員		1	2	1	1	
奈良	奈良県保健医療推進会議委員			3	1		
和歌山	和歌山県地域保健医療協議会			2	1		
	和歌山県地域保健医療協議会 地域保健医療計画専門委員会			2			
岡山	岡山県保健医療計画策定協議委員	1	1	2	4	2	
広島	広島県保健医療計画検討委員会			3	2	3	
山口	山口県医療審議会保健医療計画部会委員及び専門委員会	1		2			
香川	香川県医療計画作成等協議会委員			1	1	2	
愛媛	愛媛県保健医療推進協議会委員			3		2	1
高知	高知県保健医療計画検討委員会			1			
福岡	福岡県医療審議会医療計画部会			4	2		
長崎	長崎県保健医療対策協議会委員			5	2		
	長崎県保健医療対策協議会委員 企画調整部会			1	2	1	
	長崎県保健医療対策協議会委員 救急医療対策部会			1	2		1
	長崎県保健医療対策協議会委員 離島医療部会			1	1	1	
	長崎県保健医療対策協議会委員 母子保健部会			2	2	1	
	長崎県保健医療対策協議会委員 歯科医療部会				2	2	
	長崎県保健医療対策協議会委員 IT化検討委員会			3	3		
	長崎県保健医療対策協議会委員 小児救急医療検討委員会			1	1		
熊本	熊本県保健医療推進協議会	1	1	4	1	2	1
	熊本県計画調査検討委員会	1	1	3		1	
	熊本県計画検討委員会		1		2		1
大分	大分県地域医療計画策定協議会			2	2	2	1
宮崎	宮崎県保健医療推進協議会			2	1	2	
鹿児島	鹿児島県保健医療協議会地域保健医療対策委員会			1	1	2	
	鹿児島県保健医療協議会地域保健医療対策委員会				1	1	
沖縄	沖縄県保健医療協議会委員	1		2	1	2	

都道府県	委員会名	保健・衛生・福祉	健康保険	各種地域団体	公募委員	保健所
北海道	北海道総合保健医療協議会委員名簿		1	4		
	北海道社会福祉審議会委員名簿	3		19		
青森	青森県地域保険医療対策協議会委員名簿	2		1		
	青森県地域保険医療対策協議会保健医療推進専門部会名簿	3				
岩手	岩手県医療審議会医療計画部会委員	1	4	1		
	岩手県社会福祉審議会委員	8		13		
	岩手県社会福祉審議会小委員会	3		5		
宮城	宮城県地域保険医療計画策定検討委員会委員名簿	2		2		
	宮城県地域保険医療計画策定作業部会委員名簿	1	1	1		1
秋田	秋田県医療計画部会			1		
	秋田県医療法人部会					
	秋田県看護部会			1		
山形	山形県保健医療推進協議会	3		1		1
	山形県保健医療推進協議会企画調整委員会	1				1
	山形県保健医療推進協議会医療専門部会	1				1
	山形県保健医療推進協議会保健専門部会	2		3		1
	山形県保健医療推進協議会保健・医療・福祉連携専門部会	6		5		1
福島	福島県医療審議会計画調査部会委員	1		1		
茨城	茨城県地域保険医療推進協議会委員	2	1	1		1
栃木	栃木県保健医療計画策定協議会委員	1	1	2	3	
群馬	群馬県保健医療対策協議会委員	5	2	1		
埼玉	埼玉県地域保険医療計画推進協議会委員	5		5		
千葉	千葉県地域保険医療部会委員	5				1
東京	東京都保健医療計画推進協議会	1		1	5	1
	東京都保健医療計画推進改定部会・起草委員会	4				
神奈川	神奈川県保健医療計画推進会議	2	1	2		
	神奈川県保健医療計画推進会議 企画部会			1		
富山	富山県地域医療推進対策協議会疾病別医療機能部会委員					1
	富山県地域医療推進対策協議会疾病別医療機能部会委員					1
	富山県地域医療推進対策協議会救急医療部会委員	1		1		
石川	石川県保健医療計画推進委員会	1	1	2		1
福井	福井県地域医療推進会議委員					
	福井県医療計画策定部会委員 医療部門					
	福井県医療計画策定部会委員 保健部門	3		3		
長野	長野県保健医療計画策定委員会委員					
	長野県保健医療計画策定委員会幹事会	1	1			
	長野県保健医療計画策定委員会分科会					
	長野県 救急・災害医療分科会					
	長野県 精神医療分科会	1		2		
	長野県 県立病院の特色化分科会					
	長野県 医療従事者の養成・確保分科会					
	長野県 がん総合対策分科会			4		
岐阜	岐阜県保健医療推進協議会委員	6		3		
	岐阜県保健医療推進協議会委員 医療アクセス専門委員会					1
	岐阜県保健医療推進協議会委員 情報システム専門委員会					1
	岐阜県保健医療推進専門委員会	2		3		1
静岡	静岡県医療体制調査・研究会委員	1				
愛知	愛知県地域保険医療計画推進協議会委員	1	2	5		
	愛知県地域保険医療計画推進協議会委員 保健医療計画専門部会委員	1	1	1		
三重	三重県保健医療計画検討委員会			1		
滋賀	滋賀県総合保健対策協議会委員	4		3	3	
	滋賀県総合保健対策協議会委員 保健医療計画作成専門部会	1			1	
京都	京都府医療審議会計画部会					2
兵庫	兵庫県保健医療計画検討委員	2	2	2		1
奈良	奈良県保健医療推進会議委員	4		1		1
和歌山	和歌山県地域保健医療協議会					1
	和歌山県地域保健医療協議会 地域保健医療計画専門委員会	1			1	
岡山	岡山県保健医療計画策定協議委員		1	2		1
広島	広島県保健医療計画検討委員会	8				2
山口	山口県医療審議会保健医療計画部会委員及び専門委員会		1	4		
香川	香川県医療計画作成協議会委員	2				1
愛媛	愛媛県保健医療推進協議会委員			4	2	
高知	高知県保健医療計画検討委員会	1		1		
福岡	福岡県医療審議会医療計画部会	1				1
長崎	長崎県保健医療対策協議会委員					1
	長崎県保健医療対策協議会委員 企画調整部会					3
	長崎県保健医療対策協議会委員 救急医療対策部会					
	長崎県保健医療対策協議会委員 離島医療部会					
	長崎県保健医療対策協議会委員 母子保健部会	1		1		1
	長崎県保健医療対策協議会委員 歯科医療部会	1				1
	長崎県保健医療対策協議会委員 IT化検討委員会					
	長崎県保健医療対策協議会委員 小児救急医療検討委員会					
熊本	熊本県保健医療推進協議会	2	2	4		
	熊本県計画調査検討委員会		1			
	熊本県計画検討委員会		3	4		
大分	大分県地域医療計画策定協議会			4		1
宮崎	宮崎県保健医療推進協議会					1
鹿児島	鹿児島県保健医療協議会地域保健医療対策委員会					1
	鹿児島県保健医療協議会地域保健医療対策委員会					1
沖縄	沖縄県保健医療協議会委員		1	2		1

D. 考察

都道府県は健康増進計画を策定しているものの、これは基本理念を定めたり目標を設定しているだけで、計画の実施に不可欠な詳細な事業計画や実施計画は策定されていなかった。つまり、社会目標の表明だけで止まり具体的な実施方法が体系化されていないことがこの種の行政計画が成果を挙げてこなかった原因のひとつと考えられる。無論、現行の事業の中には十分理念や目標達成のために有用なものがあるが、これらに対しても関連性を持ち一貫した計画とはなっていない。

図1に示した計画と評価の構造の事業計画（下位計画）に相当する部分が欠如していることが、基本理念や数値目標の設定以前の問題として、健康増進計画の実効性を著しく低下させているものと考えられる。

この問題を解決するためには同じく図1の点線の円に示すように、上位計画の理念、ビジョン、目標などの戦略体系と下位計画である日々の業務を結びつける必要がある。そのひとつの手法がハーバードビジネススクールのロバート・S・キャプランとBSC コラボレィティブ社長のデビッド・P・ノートンにより提唱されたバランスド・スコアカード(Balanced Scorecard;以下BSCと称す)である。BSCは、企業業績を4つの視点で幅広く定義し、それらのバランス（短期的な成果から中長期にわたる取り組みの成果）を保ちながら、企業のビジョンや戦略、財務業績を中長期的に実現するもので、4つの視点とは、(1) 財務業績、(2) 顧客、(3) 業務プロセス、(4) 人材（従業員のスキル・学習面）である。そして、結果評価＋プロセス評価をより明確にすることが可能であるとともに、普遍的な経営管理モデルとしての性質を有するものである。

健康日本21は、2005年が中間評価の年であった。それにもかかわらず中間評価の方法がわからないとの回答が12県（回答率：45/47=95.7%）もあり、いったい策定時に何を意図して、どのような手法で評価を考えていたのか、行政担当者の資質が問われるところである。

この評価の問題や計画を遂行する上で関係が深い部局や関係者との横の連携の弱さについても、図1に示した上位計画と下位計画の評価のサイクルをBSCなどの手法により密接な関連性を持ってまわすことにより問題は解決されると思われる。

BSCの特徴は従来、財務系及び過去の業績についての評価が主体であったものを、顧客や人材育成などの非財務系の指標や組織の内部環境のみならず競争相手の有無などの外部環境についても同時に分析できるとともに、過去の実績に基づき定期的な事業の見直しを行うことにより、未来（将来）についても業務を捉えていくことができる点にある（図2）。

計画を策定する際には、自治体の内部・外部の利害関係者がどのような位置関係にあるかを分析する必要がある。その中で、従来は外部因子と捉えられていた“地域住民”を stakeholder に対峙する shareholder として内部因子の観点からも捉え、行政計画をともに策定し、実践及び評価していく関係者として再定義する必要がある（図3）。

BSCは企業経営の改善のために用いられてきたが、米国のノースカロライナ州 Charlotte 市では、BSCを市の公共経営に導入している¹⁾。その目的は市民の満足度向上のための市の業務改善を図るためである。

図4に示すように、公共経営理念を定め、ビジョンを描いた後は、“住民”、“人材育成”、“財務”、“業務プロセス”のこれら主たる項目別にBSCの考えを導入して公共経営理念の確立から実施、さらに評価やフォローアップに至る包括的な戦略を策定する必要がある。

図5の左側の理念から評価及びフォローアップまでの流れは、従来からの行政計画の流れであったが、現実はこの流れさえも十分に既存の行政計画には反映されてこなかった。つまり、ほとんどの行政計画が社会目標の表明だけで終わり、施策以下の具体的な実践計画の策定能力が脆弱であったためである。

今後、行政計画を策定するときには、BSC の考えに立って理念、ビジョンとそれより下位の計画部分を結びつけることがひとつの手法として提示されよう。その際、右側の表に左側の目標から実施に至る事項を落とし込むことにより、下位計画の策定及び実施が容易になり実効性も上がるものと考えられる。

図1 計画と評価の構造

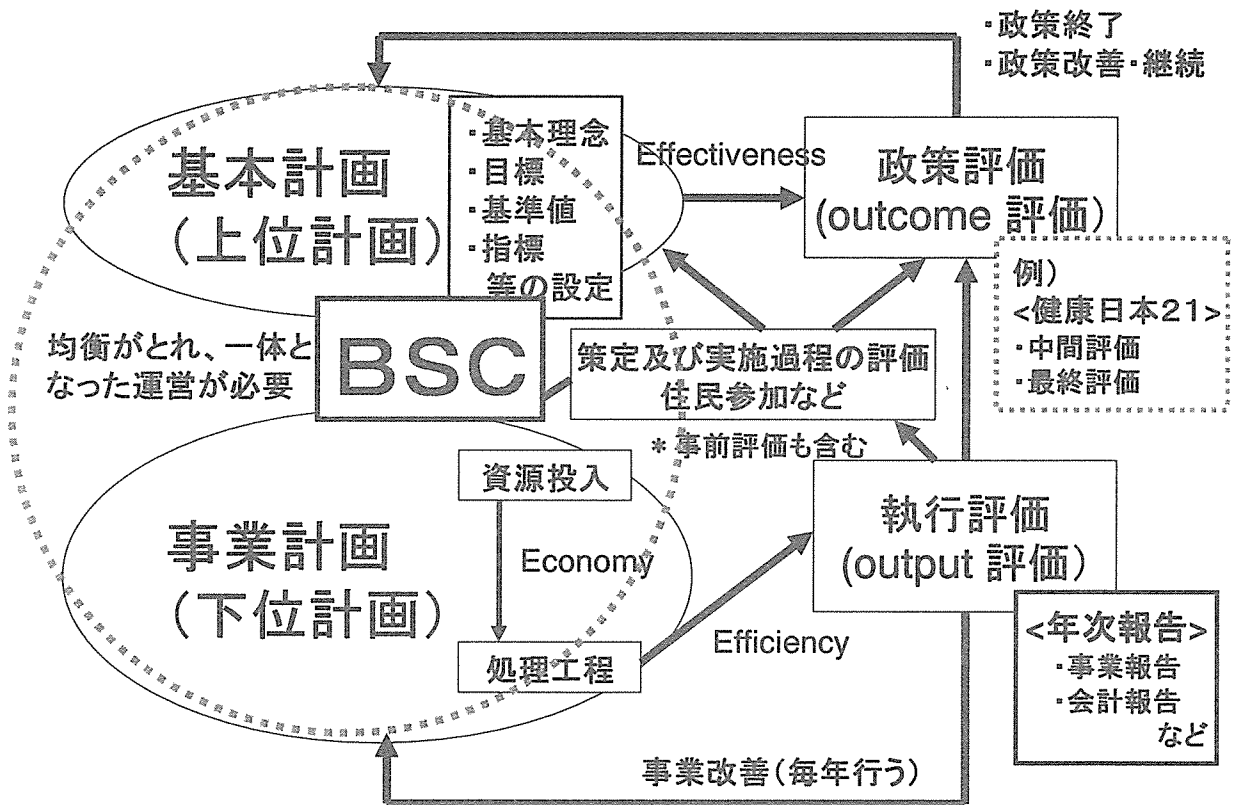


図2 BSCの特徴

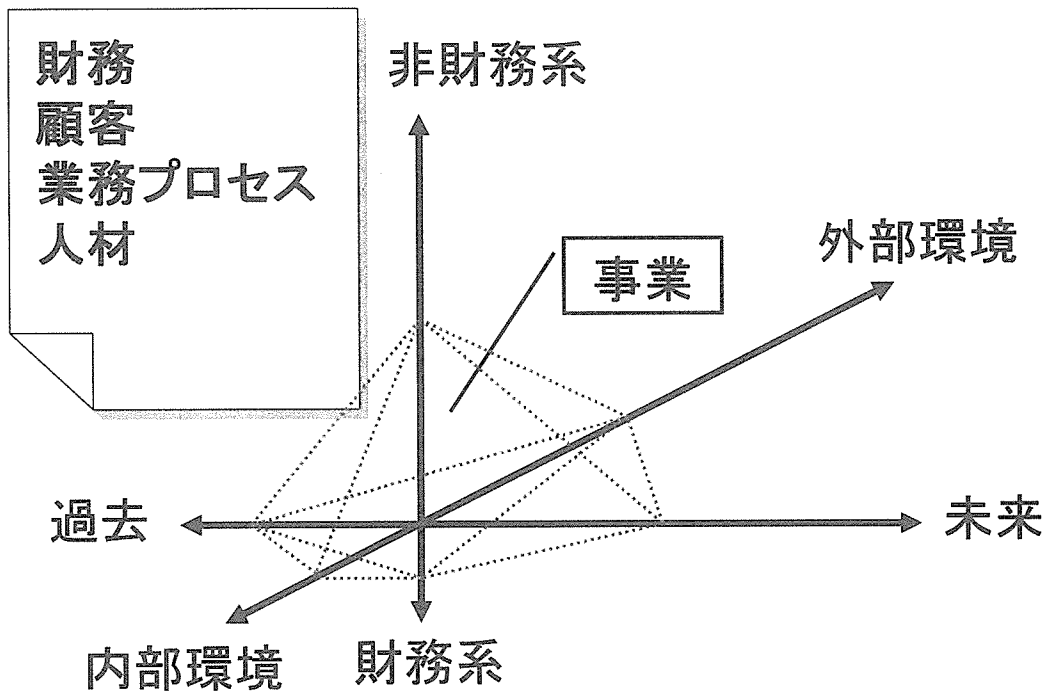


図3 地方公共団体を取り巻く主なStakeholder

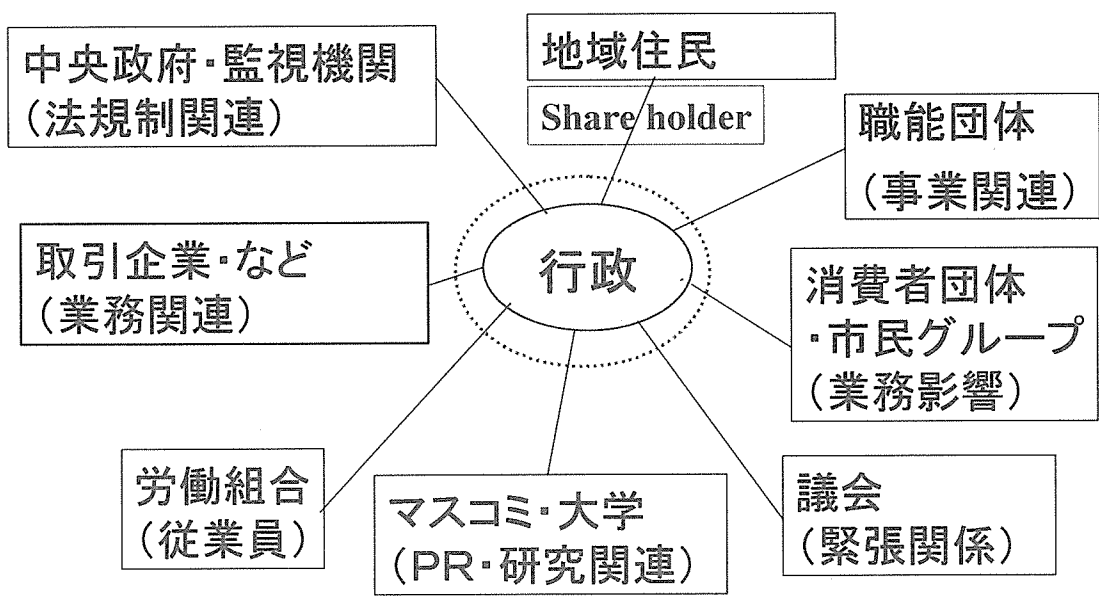


図4 戦略計画策定

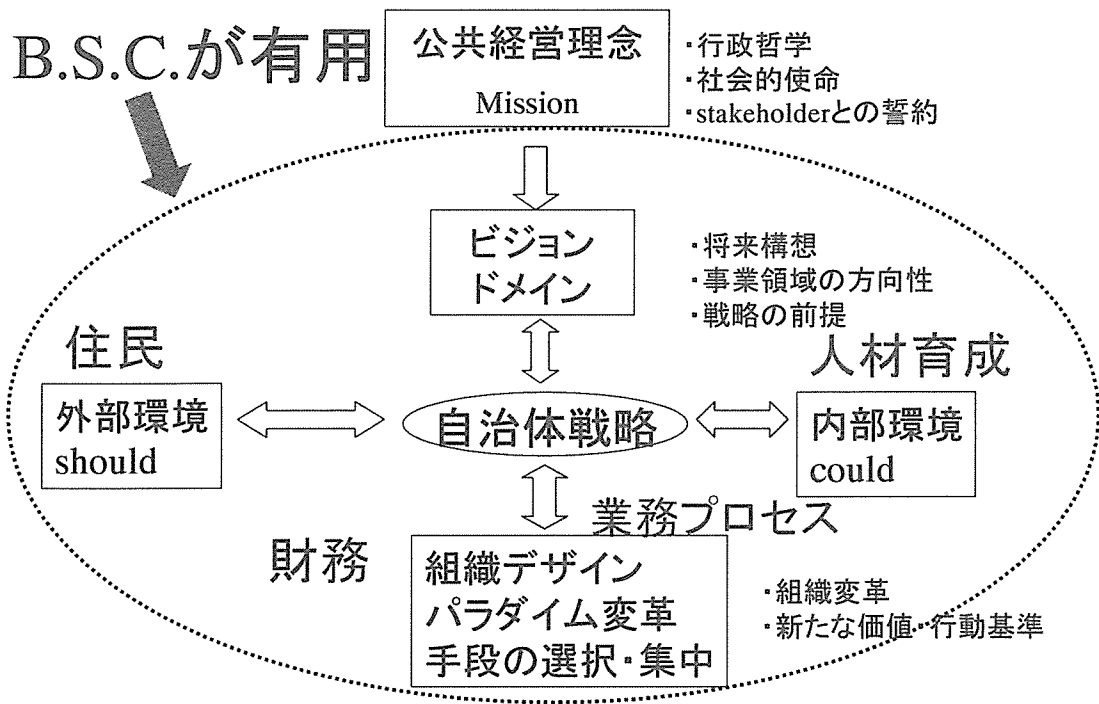
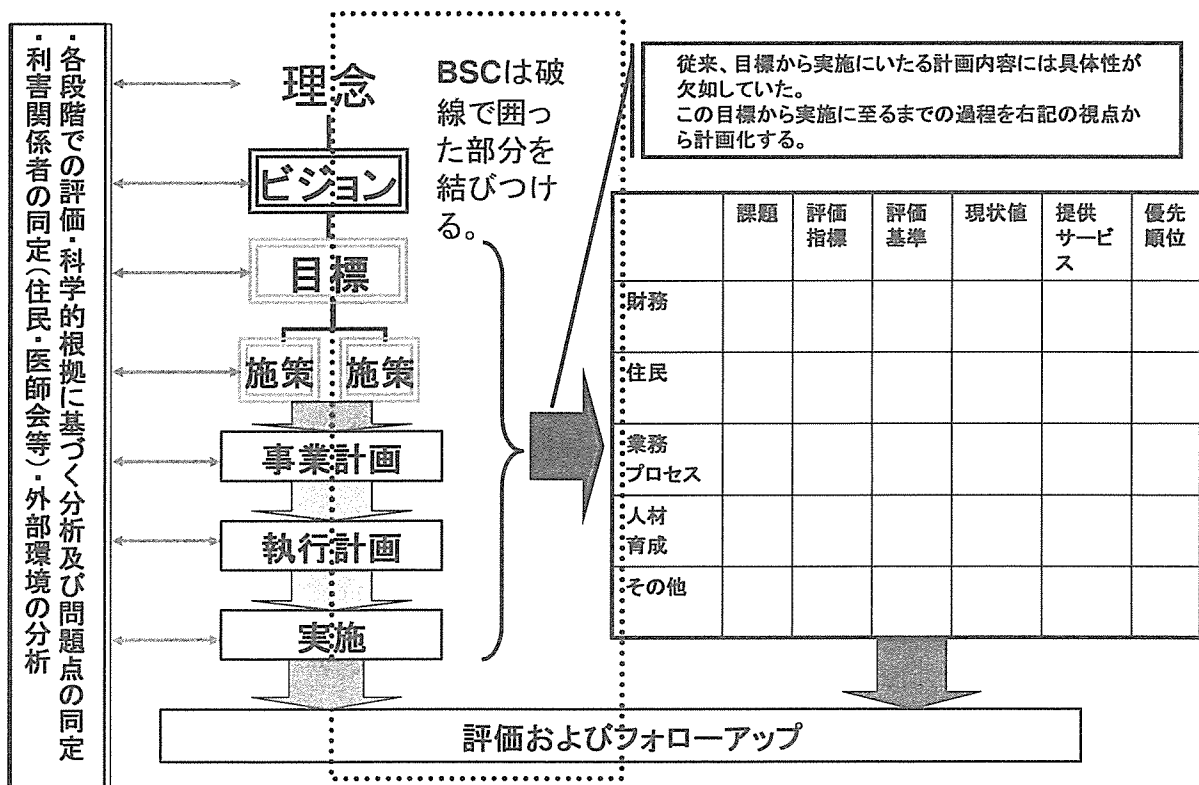


図5 行政計画の戦略体系のあるべき姿



医療計画については、策定過程で行政関係者や職能団体の関与があまりにも大きいため、住民側の意見が反映されないことになるなどの問題を含んでいる。この問題を解消するためには、行政側や職能団体が有している医療計画に関わる情報量と住民側が有している情報量の“非対称性”をなくしたり、非対称の強さを緩和することが必要である。そのためには、計画策定などの審議の場、執行過程、そして評価の場への住民参加を積極的に推進していくことが重要である。

こうした住民参加による民意の集約方法の一例として、本研究では「都市計画」に対する住民参加を取り上げてみた。

都市計画については、法律で民意を反映するための機会を確保することが求められている。民意を反映するプロセスについては、公告縦覧の期間の問題など改善する余地が多いことも指摘されている²⁾。そうした中、1976（昭和51）年10月29日発生した山形県酒田市の大火の後の復興計画や阪神・淡路大震災で甚大な被害を受けた神戸市長田区菅原市場の復興の手法に特色が見られた。

都市計画では情報の非対称性が元来弱い分野であることから、地域保健に係る計画を策定する際の両者の情報の非対称性が是正された場合、法に基づいた都市計画の策定プロセスが参考になると思われる。

都市計画については、保健医療と比べても国民（住民）と行政等の関係者がほぼ対等の関係にあるものと考えられ、提供者（専門職）と受け手である住民との間の情報の非対称性はそれほど大きくない。実質的な住民参加には問題が残るものの、公告縦覧手続き等の民意を反映するプロセスが法律に明記されるなど、参考になる制度であろう。

なお、「都市計画」は国民（住民）の日常生活に関係が深いものだが、住民参加の方法は次のようになっている。

法律上、都市計画決定における住民参加は、①案作成にあたって、公聴会を行なうなど住民の意見を反映させるための措置（都市計画法第十六条一項、第十八条の二）があり、②案が決まれば、それを二週間縦覧（第十七条一項）し、③案に対して、縦覧期間内に意見書提出（第十七条二項）を行なう。そして、知事が都市計画を決定する場合には、提出した意見書の要旨を都市計画地方審議会への提出（第十八条二項）する。住民の意見を審議会の俎上に上げることにより行政が独自に判断し、決定してしまうことを防ぐ意義がある。④案について、公聴会が行なわれることがある。その他、⑤都市計画の決定に当たっては、各市町村の都市計画審議会（これは法定のものではない）、及び都道府県レベルの都市計画地方審議会で審議される。実際には、法律の明文の規定はないが、地元説明会などで案の説明をし、意見を聞くことが多く、これが実際上の住民参加の主要な場となっている。

行政計画策定は、①直接利害調整手続（利害関係人の意見申出、公聴会など）、②間接利害調整手続（国の行政機関相互間協議、国と地方公共団体間協議、地方公共団体相互間協議、議会付議）、③客観性・科学性確保手続（審議会付議、調査など）、④情報提供手続（理由付記、説明会、縦覧、公示、通知など）²⁾ などの手続きを経た上で、計画自体の基本理念、具体的目標の設定、評価指標の設定、施策体系の確立、詳細な事業執行計画の作成等の図1に示すような体系を確保しつつ作業を行っていく必要がある。

利害関係者等の行政計画策定への参加方法とその程度については、①縦覧された計画案に対する意見提出、②公聴会への参加、③案への個別的同意、④案の作成について要請、⑤自ら案を作成して公的認証を得る方法がある³⁾。①が最も一般的で、②から⑤に向かうほど例外的になっていく。

医療計画制度においては、この①の手続や手法による住民参加は稀である。

行政計画策定を行う審議会に各種利益団体の代表者を積極的に参加させることについては、かなり多くの提言がある。しかし、新しい環境団体やNGO、NPOの代表者については、どのように考えるか、あるいは客観性・科学性確保機能を有すべき審議会の機能を利害調整機能と事実上してしまっていることに問題がないか、疑問が残るところである⁴⁾。

医療計画の検討は、都道府県医療審議会において行われる。都道府県医療審議会は医療法第71条の2に基づいて設置されている。医療計画の策定、変更等についてはこの審議会の場で審議される。

審議会は、国民（住民）の意見や科学的・専門的技術の行政への反映、そして行政の中立性の確保などを目的として設置されるが、一般にその答申や意見等は行政を拘束しない。しかし、「原子力委員会・原子力安全委員会（原子炉等規制法第23、24条）」、「運輸審議会（国土交通省設置法第15条）」、地方公共団体においては「都市計画地方審議会（都市計画法第18条）」等は、決定には諮問を経るという義務を行政庁に課し、その答申について行政庁が尊重義務を負っている。

この都市計画地方審議会と同様に、医療計画の策定、変更等に際しても医療審議会に対して義務的諮問が行われる。だが、審議会方式は住民参加の観点および住民に対する情報提供機能が脆弱である。

医療計画のようなパブリックアクセプタンスを要する社会活動の類型としては、情報の発信者（専門家、行政機関、事業者等）と受け手である国民・住民間の情報量の差による問題が考えられる。発信者と受け手の対象事例に関する情報量の多少に基づき分類すると、疫学・生命科学研究や原子力事業、そして医療計画の策定といった専門性を要するものは、発信者と受け手の間の情報量の非対称性が強い領域と言えよう。その一方で都市計画のように都市計画法のなかで住民の意見を聴取することが規定されているとともに、それ自体の議論に広く住民がそれぞれの立場で参加できる情報量の非対称性が少ない分野まで存する。

医療計画を住民の意向を十分に反映させて策定するためには、住民が有する情報量を増大させて、医師会等の職能団体や行政関係者が有している情報量との格差を可能な限り是正していく必要がある。情報の格差といっても単純に情報の「量」だけではなく、それを解釈する能力の格差も考慮しなくてはならない。情報の量の格差を克服するためには、情報公開(discloser)によって対応される。解釈する能力の格差を克服するためには、行政側または専門家側が住民に対して、対等な議論ができるために配慮すること、制度的に対等な立場を保障すること、議論で用いられる手法を工夫することが求められよう。

具体的な住民参加のための手法としては、委員会への参加、パブリックコメント、アンケートなどが制度的に用いられているが、実際に住民の意向が実際にどの程度反映されるかについては保障され得ない。現実には、専門性の高い分野ほど住民側の持つ資源の不足(情報の量と解釈する能力)が乏しいと考えられるためその意向が反映される程度は制限されるものと思われる。国の審議会や検討会の問題点として指摘されていることだが、現代社会では、科学技術の進歩は国民の生活に多方面から大きな影響を及ぼすため、検討会の委員は多くの利害関係者から構成されることが求められているにもかかわらず、委員の構成は科学者や専門家、職能団体側に偏っていると見える。これは行政の委員選考方法にも一因があると考えられる。現に各都道府県の医療計画策定委員会は医療審議会の委員の出身母体と重複しており、住民の意見を集約する場が弱いと言える。医療資源やサービスの消費者・利用者である住民の視点から計画を策定していく必要がある。

最近では、アメリカの交通政策策定過程において用いられてきたPI(Public Involvement)が、わが国でも注目を集めている。これは、計画の過程で積極的に公開討議、情報公開を実施することによって住民と行政との信頼関係を醸成するとともに、合意形成をしていくという手法である。従来、わが国では特有の閉鎖的な政策過程に関する不満、批判が存在し、いわゆる政官業の癒着などがスキャンダルとして報道されるなど一般的に行政への不信感を招くような出来事も多々あった。住民と行政、専門家が対等に議論し、政策や計画が円滑に実施されるためには、制度的な工夫とともに信頼関係といった目に見えない要素を重視していく必要があろう。政策過程での住民と行政の関係は、いまや対立ではなく協働がキーワードになっている。

また、住民として選ばれる人達のみを住民として捉えるのではなく、行政区域に居住し、あるいは在学、在勤する人々までをも住民として計画過程の中で捉える必要がある。財政的にも制度的にも現在の社会では、古代ギリシャのアテネのような意味での直接民主主義は不可能ではあるが、そのいわば代替策として計画の過程を逐一公開することで住民との情報格差を是正すること、説明責任を果たすことが重要であると考えられる。

また、現在の医療計画を策定する都道府県審議会も客観性・科学性担保機能より職能団体等の利害調整機能が先行しているものと思われる。

総じて医療計画のような行政主導の計画は、行政機構の集団力学によって計画理念と事業内容のずれが実行段階において見られ、地域社会の実情や住民の意向は実際に反映されない場合が多い⁵⁾とされている。しかし、医療計画は事業内容自体の記述がないものが多く、住民等の利害者の意向が反映する以前に行政政策展開の構造上の問題が指摘されよう。

審議会の性格については、専門的知識の導入と客観的利害調整という2つの役割を有している⁶⁾。現在、各都道府県の審議会における利害対立主体は、医師会等の職能団体と行政である。そこには住民の利害は考慮されていない。また、専門的知識の導入についても住民にとっては情報の非対称のため、専門的知識自体がわかりにくい構造になっている。

E. まとめ

行政計画のひとつである都道府県健康増進計画の実施に当たっては、事業計画や実施計画といった事業を的確に実施するために必要な部分が欠如しており、健康増進計画は単なる社会目標を表明しただけの計画でとどまる可能性が大いにある。

行政計画については新規性が見られない従来型の行政計画の立案や執行ではなく、都道府県民のニーズを徹底的に調べ分析（顧客満足度の測定）し、どのような需要を持った対象集団がどの程度存在するか（市場調査）を把握して、行政ができるサービス、民間でできるサービス、そしてその両者でもできないサービスを明確にして、すべての都道府県民にシームレスのサービスを提供していくことが重要である。

今後、健康日本21は、行政機関を中心とした地域保健従事者の独占物ではなく、臨床医、保険者、NPO、企業等の未開拓の役割や関与方法を確立することにより、公衆衛生関係者では成しえなかった成果を上げることも十分考えられることであるから、これら関係者への積極的な働きかけが必要と考える。

それから、実施後の評価が5年あるいは10年後というのは、Plan-Do-See型のいわゆる品質管理のサイクルに基づいて、評価は計画期間の中間年や最終年に行うべきとの誤った考えに由来していると思われる。

これからの行政活動評価は、計画の立案から執行に至る全過程で評価をおこなう必要があることから、品質管理のサイクルをまわさずに、計画の策定、執行に至るプロセスごとに内容を評価し、評価を最後に持ってこない**Line and End型**が望ましいと考える。

医療計画については、その策定プロセスと住民参加であるが、医療計画の策定に係る委員の多くが医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院協会及び学識経験者で構成され、住民が参加するプロセスが脆弱であることが明らかである。また、住民が参加する方途を講じても、審議される医療計画の内容は専門性が強く、専門職種出身の委員や事務局である行政と住民（住民代表委員）側との間に、いわゆる“情報の非対称”が生じている。

住民参加のプロセスを保障するとともにこうした情報の非対称を緩和する必要がある。医療計画に限らず、住民にわかりやすい形や内容で行政計画を審議、作成、実施さらに評価する体制作りが急務である。

これら2つの行政計画が有する問題点を参考にするとともにそれらの解消を意図して、特に日常業務と密接に関わる事業計画等の下位計画の策定と執行の改善に力点を置き、地域保健に係るモデル計画の案を取りまとめた。

参考文献

- 1) 米国ノースカロライナ州 Charlotte 市ホームページ. <http://www.ci.charlotte.nc.us/>
- 2) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.133. 2003.
- 3) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.136. 2003.
- 4) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.151. 2003.
- 5) 崎原 盛造. 医療圏設定に関する一考察. 病院管理, Vol. 19(2), 1982.
- 6) 西谷剛. 実定行政計画法. 有斐閣. P.162. 2003.

地域保健に係るモデル計画（案）

第1章 計画策定前の留意事項

1. はじめに

地域保健の体制確保ならびに当面の方向性については、地域保健法とそれに基づく「地域保健の基本指針」に示されている。地域の健康課題は、①健康増進活動や健康増進思想の普及、②人口動態統計その他地域保健に係る統計情報の入手及び分析、③栄養の改善及び食品衛生に関する事項、④住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項、⑤医事及び薬事に関する事項、⑥保健師に関する事項、⑦公共医療事業の向上及び増進に関する事項、⑧母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項、⑨歯科保健に関する事項、⑩精神保健に関する事項、⑪治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項、⑫エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項、⑬衛生上の試験及び検査に関する事項、そして⑭その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項があります。

これらは直接、都道府県の保健所や政令指定都市、中核市、保健所政令市の保健所によりサービスが提供されています。

一方、市町村は、住民に対して健康相談、保健指導及び健康診査その他住民に身近な地域保健に関し必要な事業を行います。具体的には各種健診、予防接種、健康相談・指導、生活習慣病予防のための健康教室・教育等が行なわれています。

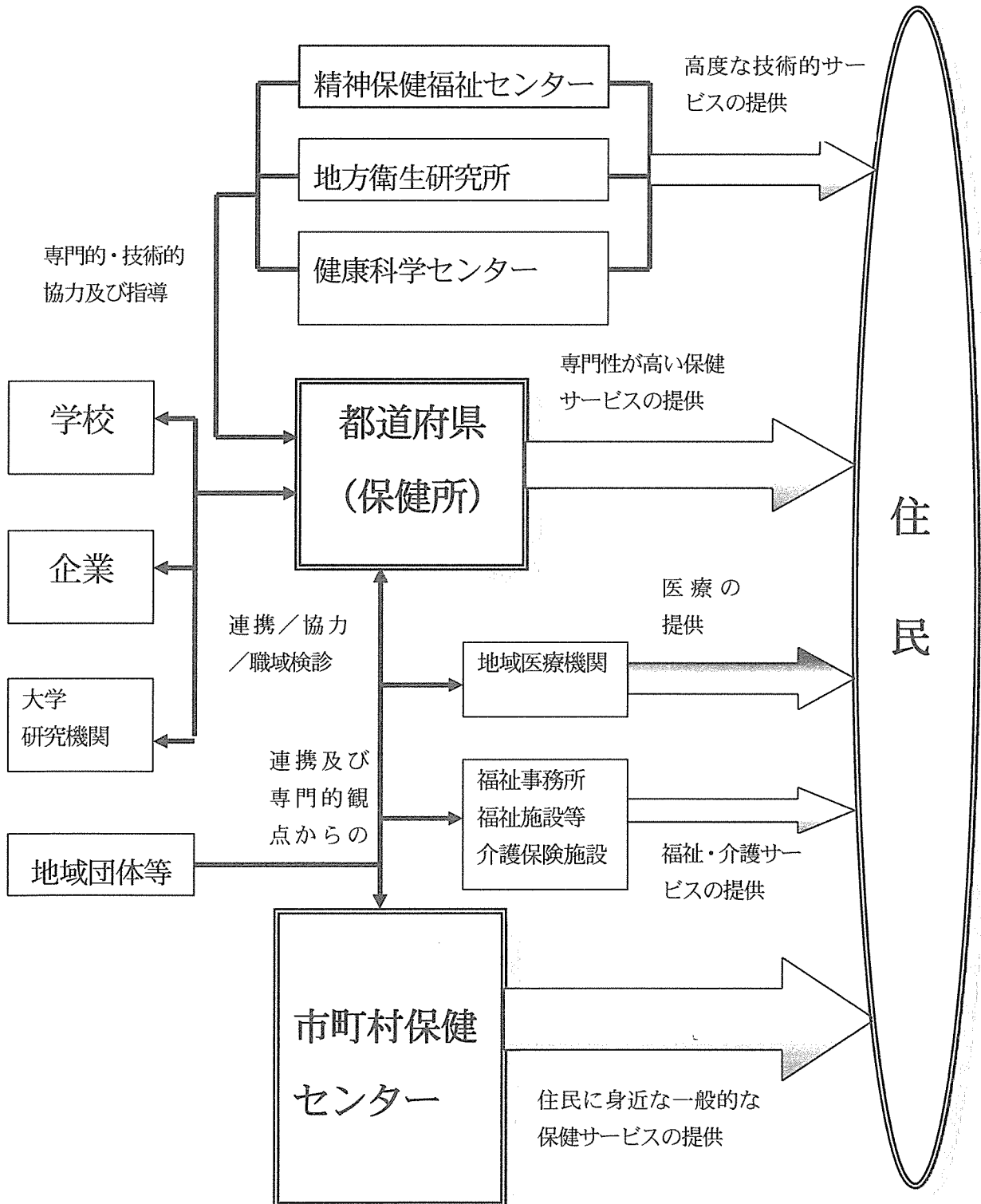
都道府県に係る業務については事業計画の策定から実施、評価に至るまで一貫して計画を作ることが可能ですが、市町村が直接サービスを提供している事業については、都道府県は市町村事業の進行管理の手法を地域保健に係る計画の中に盛り込んでいく必要があります。

この種の計画が有効に機能するためには、住民自らが健康づくりや地域保健の仕組みについて普段から意識して学び問題意識を持ち、地域保健の提供体制の理解を深めていくことが重要です。

そして行政や関係者・関係団体は、地域住民に対して情報を提供し問題意識を共有し計画を策定し実践していくという姿勢が大切です。こうした手法を取ることで、限られた資源を地域の中でどのように有効に活用していくが明確になるとともに、地域で望ましい保健医療提供体制を確保することが可能になります。

地域保健に係る計画は、地域保健法やそれに基づき定められた地域保健の基本指針、さらに健康増進法、母子保健法、老人保健法、感染症法、健康保険法ならびに国民健康保険法などという地域住民に対する保健サービスの提供のあり方を定めたいろいろな法律に基づいて作成されます。したがって、関連領域や関係者は広く図1に示した関係者や関係機関、そしてこれらが提供している業務を網羅的に取り込み、地域の健康課題の解決を目指すことが求められる姿です。しかし、財源、人材などに制約があるため対象を絞り政策の優先順位を決めなければならない事態も想定されます。

図1 地域保健の体系



わが国の地域保健指標は急速に改善し、世界で最も良好な状態にあります。しかし、生活習慣病、結核などの慢性感染症、栄養改善、母子保健、精神保健、健康危機管理など、なお一層改善すべき問題も山積しています。

従来の計画策定やその実施のあり方を見直し、地域保健サービスの受け手である国民・住民の視点から計画を作ることが求められています。それは、地方自治の強化とともにやってきた計画や事業の行政評価につながっていきます。

本稿は、国民・住民が地域保健の問題を自分の問題と考え、自分が住んでいる街の地域保健、つまり健康増進面での街づくりである“地域保健に係る計画づくり”をいかにして行っていくかを述べたものです。

2. 従来の地域保健に関する計画の問題点

(1) 目標は達成されたのか？

従来、地域保健に係る計画は都道府県が策定する医療計画の中に盛り込まれ、二次医療圏ごと地域保健医療計画の中に盛り込まれる形で策定されてきました。しかし、従来の計画は解決すべき数多くの医療や保健の課題やそれを改善するための文言上の目標が記載されていましたが、そのほとんどは具体的な解決方策が明示されておらず、実効性に欠けていました。行政評価が問われる今、これまで実施してきた計画や事業の評価と問題点の解決が強く指摘されています。

(2) どこで、誰によって策定されてきたのか？

従来の地域保健医療計画は都道府県の医療審議会やその下に部会を設置し、作成されてきました。その中でも保健に関する記述は、二次医療圏を所轄する保健所および本庁担当課等で策定されてきました。医療審議会の構成メンバーは医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の職能団体、保険者、そして住民代表が加わり、事務局は都道府県庁の担当課に置かれるというのが一般的です。しかし、住民代表の数も少なく、行政や職能団体が有している知識や情報量に及ばず、審議に容易に参画できず、住民側の意見が十分に反映されてこなかったのです。

(3) どのように実施され評価されてきたのか？

従来の地域保健医療計画では、数値に示された目標は病床数に関するものだけであったと言っても過言ではありません。地域保健医療計画の記述が単に保健医療に関わる項目を列記したのみで数値目標を含めて具体的な評価をする際の基準もなく、さらに計画やそれに基づいて行われた施策の評価はされてきませんでした。また、行政評価をする仕組みも十分に機能しませんでした。

(4) 規制が必要か？

規制については医療計画部分の病床規制が代表的なものでした。病床過剰圏域では新規の病院開設ができず、優秀な医療者の参入が阻害され「既得権益の保護」であるという批判があります。

病床規制が規制の最たるもので、これを撤廃しなければいけないという批判については、入院の実情が検証できる仕組みができることなどいくつかの条件が具備した段階で再び考えることになっています。

3. これからの地域保健に係る計画

(1) 国民主権・住民自治

国政や地方自治行政の基本は国民主権や住民自治にあります。今までのようにお上（行政）にすべて任すのではなく、自分たち一人ひとりが問題意識を持ち政策の遂行に寄与していく必要があります。つまり、誰のための地域保健に係る計画であるかを明確にする必要があります。行政や職能団体の側も父権主義にとらわれることなく国民や住民をはじめとした関係者と一体となって政策を形成、実施しなければなりません。地域保健に係る計画も同様に国民・住民、行政、職能団体、保険者など関係者が考えを共有し協働で作成作業を行い、実施していく必要があります。

(2) 国、都道府県、関係者の役割・機能の明確化

生活習慣病やその予備軍の増加、SARS や新型インフルエンザなどの新たな感染症、乳幼児、児童、高齢者に対する虐待の問題、そして医療制度改革などの国の制度変更などにより絶えず地域の健康課題は変化しております。

しかし、都道府県の役割・機能が不明確で新興・再興感染症のように都道府県の枠を越えて国レベルで解決すべき課題も出てきています。

これらの事項については、単に行政側が一方的に政策として宣言するものではなく、これからは住民とのいわば契約関係の中で政策の実施が求められるものです。もちろん住民も協働してこれらの作業を進めなければなりません。

(3) 情報公開

国民・住民が医療計画の策定から実施、評価に至るプロセスに参画するためには、行政や関係者が有している情報を積極的に国民や住民に公開していく必要があります。

ただ、公開するに当たっては国民・住民がわかりやすい形で噛み砕いた情報が必要となります。

具体的には、自分たちの健康課題を生涯のステージに応じて考えていくライフコースアプローチや地域保健に係る計画で盛り込むべき医療機能（健康増進、生活習慣病予防、慢性感染症対策、精神保健、難病対策、母子保健サービスの提供体制、サービスの質、利便性など）についてシナリオを設定することなどにより、わかりやすく、しかも住民に身近な問題として考えていく手法等を考案していく必要があります。なお、シナリオを用いた住民に対する計画の説明はいわゆる“情報の非対称性”を是正することからも有用です。シナリオの事例については、参考資料に記載しています。

(4) 住民にわかりやすい地域保健に係る計画

これまでの地域保健に係る計画は、医療計画の中に盛り込まれる形で策定されてきました。しかし、医療計画自体がひとつひとつの政策課題が誰に対してのものであり、そして誰が実施するものであるのかについて、明確ではありませんでした。新しい医療計画では、住民・患者が医療サービスの利用者であることを十分認識して、都道府県が住民・患者に対し、現在の保健医療提供体制の姿と将来の保健医療提供体制の姿を客観的に提示できる内容に見直し、これによって、国・都道府県そして医療関係者がどのような役割と責任の中で対応しているのかについて明確にし、住民・患者に対する政策立案の透明性も確保される形の計画づくりを目指していることから、

地域保健に係る計画もこれに準じた策定方針が採られることとなります。

(5)可能な限り数値目標を示し評価できる地域保健に係る計画へ

これまでの地域保健医療計画は、数値目標を示すことが少なく、特に医療に関する記述部分をとっても、事業の達成状況を客観的に評価できる内容ではありませんでした。保健に関する記述はさらに計画としての具体性に乏しい内容であるため、これからは地域保健医療計画に記載された事業を適切に評価し、次期地域保健医療計画の作成に役立てるということも重要です。また、地域保健医療を把握するための指標として客観的なデータを公表し、すべての住民・患者が利用できるような環境を整備することとします。

4. どのように地域保健に係る計画を策定するのか？

(1).方法

地域保健に係る計画に限らず行政計画は大きく3つの部分から構成されています。まず、計画の「策定」、「実施」および「評価」です。ただ、評価は実施した結果の評価に限らず策定、実施についてもそれぞれの段階を評価していく必要があります。また、策定にあたっては、以下の項目も考えなければなりません。

① 策定

ア. これまでの地域保健に係る計画の評価

従来の計画の達成度や住民の認知度などの成果を評価し、どこに問題があったか、そして効果を上げた点や要因は何であったかを検証し、新しい計画に生かす必要があります。

イ. 体制の整備

- ・最も望ましい策定の際の体制を考えなければなりません。
- ・最も望ましい計画策定のための委員会の運営及び委員構成を考えなければなりません。
- ・最も望ましい計画策定に関わる団体・関係者等を選ばなければなりません。
- ・住民が計画の趣旨等について十分に理解することができ、審議にも参画でき、しかも分かりやすい評価指標とそれらが持つ意義について十分な理解を得なければなりません。
- ・上記の趣旨を踏まえ、住民の意見の聴取・集約方法を工夫しなければなりません。

これらは積極的な住民参加そして正確な理解のもとに、住民の意見が反映されることが保証される体制・委員会構成でなければなりません。

地域保健に係る計画は医療計画や福祉計画などとも継ぎ目のない連携が必要なことから、これら他の地域計画とも整合性のとれたものとする必要があります。したがって計画を策定する事務局や審議会の体制についてもこうした点を踏まえた委員の人選や関連する部局を網羅した事務局体制づくりが必要となります（医療計画と一体的に策定することから事実上、医療計画策定の手順に準じます）。

ウ. 情報・データ収集

- ・ 情報・データの収集者・場所を明確にする必要があります。
- ・ 利用する、あるいは利用できる既存のデータを把握する必要があります。
- ・ 計画の策定のために新たに必要となるデータを把握する必要があります。そして、既存のデータ・資料で不足しているものについては、必要な調査を行わなければなりません。

地域保健に係る計画の作成過程、実施過程、評価過程どの段階においても情報の収集分析と整理が重要です。既存の統計資料を十分に活用するとともに、計画策定において不足する部分は新たな調査を行うなどして補う必要があります。

そして収集した情報やデータは、計画の実施中及び事後評価に活用することになる点に留意して、評価も見据えて情報やデータは収集しなければなりません。

このようにデータは戦略を立てるためにも必要不可欠なものです。したがって、徹底的に収集しなければなりません。

また今後、地域保健に係る計画に基づき実施される事業から得られるデータについては、都道府県が直接行う事業であろうと市町村が直接行う事業であろうと、1か所に集めて地域保健に係る計画の評価や改善のための分析に供される必要があります。

エ. データ解析

保健医療提供に関わる統計データ、調査等を通じて地域保健の提供体制の問題点を解析して解決方を模索しなければなりません。

具体的には以下のデータを分析することにより、地域の健康指標、疾病の動向、保健医療提供体制や資源の分析が可能となり、問題点の同定に繋がっていきます。

なお、地域保健に係る計画は医療計画と一体的に策定される必要があることから、次の統計項目は医療計画の策定にも有用なものを含んでいます。

統計項目

I. 医療指標の解析

①患者動向（入院、外来、平均在院日数、平均通院日数）

- ・ 一人あたりの医療費
- ・ 一人あたりの老人医療費
- ・ 一人あたり入院医療費（食事を含む）
- ・ 一人あたり入院日数
- ・ 1日あたり入院医療費（食事を含む）
- ・ 一人あたりの入院外医療費（調剤を含む）
- ・ 一人あたり入院外日数
- ・ 1日あたり入院外医療費（調剤を含む）
- ・ 平均在院日数

- ・人口 10 万人あたり医師数
- ・人口 10 万人あたり歯科医師数
- ・人口 10 万人あたり薬剤師数
- ・人口 10 万人あたり診療放射線技師数
- ・人口 10 万人あたり看護師数
- ・人口 10 万人あたり保健師数
- ・人口 10 万人あたり管理栄養士数
- ・人口 10 万人あたり病床数
- ・人口 10 万人あたり医療機関数
- ・健診受診率－基本健康診査
- ・65 歳以上人口 10 万人あたり介護老人福祉施設定員
- ・65 歳以上人口 10 万人あたり介護老人保健施設定員
- ・1 号被保険者あたり居宅介護（支援）サービス費用
- ・1 号被保険者あたり施設介護サービス費用
- ・70 歳以上一人暮らし割合
- ・70 歳以上就業率
- ・その他

II. 疾病動向

- ・疾患別死因
- ・疾患別罹患率
- ・その他

III. 医療の質や地域保健の質

これを示す指標を特定するのはむずかしいです。議論が必要です。

IV. 医療関連分野の解析

- ・健康増進（健診、人間ドック）
- ・保険者機能
- ・地域保健・行政
- ・介護・福祉

切れ目のない保健・医療・福祉・介護サービスを提供するために関連分野の機能の分析が必要です。

V. 地政学的・人口学的特性の解析

- ・人口分布
- ・市町村の面積的な観点
- ・道路（高速道路）データ 等
- ・GIS を用いた解析

GIS (Geographic Information System) を用いて地理的観点からのデータを算定するとともに、研究結果の視覚化を試みることも、住民にわかりやすく情報を公開するうえで必要です。

地域の実情に合わせた計画とするために、皆さんが住んでいる街の特性を地域保健に係る計画に盛り込んでいく必要があります。

VI. 医療資源分布の解析

- ・量的資源分布を把握するために調査が必要な項目
(病院、医院、病床数、病床区分、医療機器、特定機能病院、臨床研修指定病院、地域医療中核病院、救急施設、1,2,3 次医療機能、診療科別、設置者別)
- ・人的資源分布を把握するために調査が必要な項目
(各医療職種、医師の流出入、臨床研修マッチング結果、研修医・研修希望者の意向調査)
- ・県民の医療需要（アンケート調査）把握するために調査が必要な項目

VII. 対象地域

- ・全県で考える保健医療指標
- ・二次医療圏ごとに考える保健医療指標

どの地理的範囲で解決しなければならない保健医療指標かを分析しなければなりません。

5. 主要課題と対処方針

(1)問題抽出

- ・データの分析および問題点の抽出、そしてそれを行う組織・担当者について

誰が、どこで責任を持って新しい医療計画の策定理念に基づいて問題点を抽出しているかを考えましょう。そして課題解決に資する人的・物的資源の有無や所在、不足する場合はその資源量、また、効率的な資源配分のために必要な事項などの問題点を明らかにしましょう。これらは数値で表すことが可能であるため、計画の「数値目標」となるものです。

(2)優先順位づけ、目標および対象者の設定

- ・誰がどのようにして優先順位づけを行ったのか、その根拠を示さなければなりません。
- ・誰がどのようにして目標を設定したかを示さなければなりません
- ・誰がどのようにして対象者の選定を行ったかを示さなければなりません。

計画の実施のために投入できる人的・物的資源や予算の制約がある場合、限られた資源の中で有効配分するために、多くの健康課題のうちどれが最も緊急性が高く、しかも早急に重点的に取り組まなければならない場合、優先順位をつけ、そして目標と対象者を選定します。その際、根拠を示さなければなりません。

(3)関係者の役割

- ・住民、関係団体、都道府県、市町村の役割、それらの重要度および具体的に担うべき内容について、住民の皆様にもどのような役割があるのか、考えましょう。

(4)解決方法の考案

これも同様に、最も有効と思われる方法を住民のみならずも共に考えなければなりません。

(5)解決方法の決定

それぞれの課題への対応策を実現性、費用対効果分析、費用対便益分析などを通じて絞り込んでいきます。予算など事業の実施のために動員できる行政の資源は限られています。より効果的で効率的な方法を選び出すことが求められます。また、インセンティブに用いられる手段としてどのようなインセンティブが有効なのか、住民や関係者からも意見を聴くなどして最適な手法を選択するように努めましょう。

(6)計画実施の時期

実施時期を明示し、住民等関係者ととともに進行管理する必要があります。

(7)計画遂行の方法

- ・有効性等を評価しなければなりません。
- ・実施体制および推進主体を示さなければなりません。
- ・計画の周知方法を示さなければなりません。
- ・協力を得る部局・団体等を示さなければなりません。
- ・予算、人材確保の方策を定め、実行しなければなりません。
- ・施策を策定しなければなりません。
- ・事業計画を策定しなければなりません。
- ・実施計画を策定しなければなりません。

特に医療計画に限らず従来の行政計画は、計画自体は策定するものの実行力に乏しいものでした。したがって、上記事項の中でも、計画の理念を実現し、目標を達成するための具体的内容を盛り込んだ、事業計画や実施計画が策定されているかを検証しなければなりません。

(8)評価

どのように行うか？ 評価指標、方法、時期、誰がどのような場で行うかなどを示さねばなりません。評価結果の利用方法や評価で用いるべきデータを示さねばなりません。

たとえば評価で用いるべきデータには、次のようなものが考えられます（例示）。

- 1.計画の策定方法、2.設定した目標値の達成度、3.住民参加・認知度、4.費用対効果、
- 5.実施プロセスの効率性、6.健康増進事業の公平性、7.医療費の動向、
- 8.施設のコストパフォーマンス、9.その他

評価の指標は多数ありますが、目標や事業内容を最も的確に評価できる指標を選択しなければなりません。また、誰がどの場所で評価するのも注目する必要があります。

評価は、事業が開始されて5年後の計画改定のときに行うだけでなく、1年で結果が出るものや10年近く要するものなどさまざまな期間で見えていく指標があります。したがって、事業内容に応じて短期・中期・長期の評価を行うと同時に、評価は計画の策定がはじまった時点から始めるものです。つまり、事業を行った結果の評価だけでなく、上記の策定および実施過程すべてが評価の対象となるべきものです。もちろん週ごと、あるいは月ごとの日常業務に関する評価も忘れてはいけません。

他方、行政計画の評価は、課題を抽出するに当たっては、十分な調査が行われたかどうか、関係者の合意形成を図ったかどうか、また、課題に関する解決方法の検討の段階では、実現可能な解決方法が検討されたか、解決方法に科学根拠があるのかなどの客観的な評価が必要です。さらに、解決方法の決定段階では関係者の意見を十分に聞いたか、意思決定に住民・患者や関係者がどのように関与したのかがポイントです。住民に対する説明責任を果たすための透明性の確保や住民参加がどうであったかといった「①政策の形成過程の評価」、そして作成された計画に従って事業が実施されたかという「②政策の実施過程の評価」、作成した計画に基づいて行われた事業がどのような影響を及ぼしたかと言う、結果を評価する「③政策の影響の評価」があります。

(9)他計画および他事業との調整

計画策定段階での調整はもちろんのこと、連続した行政サービスを享受するためにも実施段階でも重要なものです。