

II. 指標の実際

ライフコース・疾病コントロールアプローチは、患者個人の視点から医療システムをとらえる新しい手法とはいえ、それを地域医療計画等の社会的な政策に反映するには、一方で社会的視点、即ち行政の考え方が必要である。2つの考え方がすり合わさる為には、個人の考えと、地域の社会的な考え等を読み替える作業が必要で、ここに提案したものは、に沿った患者の考えを、地域全体のシステムの考え方でとらえなおした対照表である。医療システムのあるべき姿について、今回は資源のみならず、システムを生み出す結果も評価するとしており、まずシステム、各過程における指標を（結果や成果に区別する必要がある）。そのことによって、必要な資源が明確になり、またその過程での計画の意思決定に住民の意見をどのように反映させるのかの方向も選択可能となる。

1. 疾病系

- 1) 糖尿病
- 2) 脳卒中
- 3) 心筋梗塞
- 4) がん
- 5) 外傷
- 6) うつ

2. 政策系

- 1) 小児医療
- 2) 周産期医療
- 3) 救急医療
- 4) 災害医療
- 5) へきち医療
- 6) 難病対策

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「糖尿病」の例)

| 予防 | 糖尿病になりたくない | 罹患率の減少 | 成果 | 参加重点 |
|---------------|--|---|--|--|
| | 個人の願望(患者) | 地域の目標(行政) | 必要な資源 | インセンティブ |
| 糖尿病と いわれたら | <ul style="list-style-type: none"> 自分が糖尿病が知りたい。 糖尿病について知りたい。 糖尿病治療をしている医療機関が知りたい。 相談窓口に行きたい 施設、医師、診療科の種別が知りたい | <ul style="list-style-type: none"> 健診受診率の上昇 糖尿病についての知識の普及 糖尿病医療機関の情報普及 相談窓口の設置 医療機関の情報集積、公開システム | <ul style="list-style-type: none"> 評価過程 過程 過程 資源 資源 | <ul style="list-style-type: none"> 住と医 > > > > > |
| 診断 | <ul style="list-style-type: none"> 正しい診断をしてほしい セカンドオピニオンが聞きたい いい医師に見て欲しい | <ul style="list-style-type: none"> 誤診をしない医師の育成 誤診の減少 連携を進める 専門医の増員 | <ul style="list-style-type: none"> 資源 成果 資源 資源 | <ul style="list-style-type: none"> < < < < |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> 食事療法、運動療法の支援をしてほしい。 いい治療を受けたい 合併症を防ぎたい。 早く治したい | <ul style="list-style-type: none"> 食事運動を指導する医療機関 指導、運動の増加 質・安全性の高い医療の提供 カバラー率の上昇 連携の推進 合併症発症の減少 総治療期間の短縮 | <ul style="list-style-type: none"> 資源 過程 資源 資源 過程 成果 過程 資源 | <ul style="list-style-type: none"> > > < < < < < < |
| 合併症の 発症 | <ul style="list-style-type: none"> 人工透析を受けたい | <ul style="list-style-type: none"> 透析提供医療機関 | <ul style="list-style-type: none"> 資源 | <ul style="list-style-type: none"> < |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「がん」の例)

| 予防 死亡 | がんになりたくない がんで死にたくない | 罹患率の減少 死亡率の減少 | 必要資源 | 成果 成果 | 住と医 | |
|--------------|--|---|---|---------------------|-----------------------------|-------------|
| | 個人の願望(患者) | 地域の目標(行政) | 必要な資源 | 評価 | インセンティブ | |
| がんと言 われたら | ・自分が「がん」が知りたい。 ・がんについて知りたい。 ・施設、医師、診療科の種別 が知りたい | ・検診受診率の上昇 ・相談窓口の設置 ・医療機関の情報公開の推進 | ・検診実施機関 ・がん相談窓口 ・医療機関の情報集積、公 開システム | 成果 資源 資源 | ・補助金 ・補助金 ・補助金、罰則 | > > > |
| 診断 | ・きちんと診断して欲しい。 ・セカンドオピニオンが聞 きたい | ・誤診をしない医師の育成 ・誤診の減少 ・セカンドオピニオンについ ての 連携の推進。 | ・教育・研修機関 ・監視システム ・セカンドオピニオン実施 医療機関 | 資源 成果 資源 | ・補助金 ・罰則 ・診療報酬 | < < > |
| 治療 | ・いい治療を受けたい。 | ・カバー率を上げる ・質・安全性の高い医療の提供 ・地域連携の進展 | ・がん治療機関の整備 ・事故防止システム ・連携パス | 過程 過程 過程 | ・補助金 ・情報公開、診療報酬 ・診療報酬 | < < < |
| 回復 | ・日常生活に戻れるようにし てほしい ・できるだけ早く退院したい。 ・相談窓口に行きたい。 | ・リハビリ施設の整備 ・術後平均在院日数の短縮 ・相談窓口の設置 | ・リハ施設、リハ支援職員 ・相談窓口 | 資源 過程 資源 | ・補助金 ・診療報酬 ・補助金 | < < > |
| 再発期 末期 | ・再発を防ぎたい。 ・苦痛なく死にたい。自分ら しく死にたい。 | ・追跡率の向上 ・在宅医療の支援 ・ホスピスの増設 | ・追跡システム ・在宅医療支援体制 ・ホスピス | 資源 成果(在 宅死亡率) | ・補助金 ・診療報酬 | < > > |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「急性心筋梗塞」の例)

| 予防死亡 | 心疾患になりたくない 心疾患で死にたくない | 高血圧者の減少 死亡率の低下 | 個人の願望(患者) | 地域の目標(行政) | 必要な資源 | 成果 | 参加重点 |
|-------|---|--|---|---|--|--|--|
| 発症したら | 個人 | 地域 | 必要 | 必要 | 必要 | 必要 | 必要 |
| 発症したら | <ul style="list-style-type: none"> いつでもすぐに病院に行きたい 施設、医師、診療科の種別が知りたい | <ul style="list-style-type: none"> 迅速な救急搬送 夜間救急の拡充 医療機関の情報集積、公開システム 救急告示の推進 | <ul style="list-style-type: none"> 救急体制全般の整備 夜間救急病院 医療機関の情報集積、公開システム | <ul style="list-style-type: none"> 救急体制全般の整備 夜間救急病院 医療機関の情報集積、公開システム | <ul style="list-style-type: none"> 資源、過程 資源 資源 | <ul style="list-style-type: none"> 補助金、予算 補助金、診療報酬 補助金 | <ul style="list-style-type: none"> < < > > |
| 診断 | <ul style="list-style-type: none"> 正しい診断をして欲しい。 セカンドオピニオンが聞きたい | <ul style="list-style-type: none"> 誤診をしない医師の育成 誤診の減少 セカンドオピニオンについての連携の推進。 | <ul style="list-style-type: none"> 教育・研修機関 監視システム セカンドオピニオン実施医療機関 | <ul style="list-style-type: none"> 教育・研修機関 監視システム セカンドオピニオン実施医療機関 | <ul style="list-style-type: none"> 資源 成果 資源 | <ul style="list-style-type: none"> 補助金 罰則 診療報酬 | <ul style="list-style-type: none"> < < > |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> いい治療を受けたい。 | <ul style="list-style-type: none"> カバパー率を上げる 質の高い医療(PTCA、CABG手術) CCUの設置 安全性の高い医療の提供 地域連携の進展 | <ul style="list-style-type: none"> がん治療機関の整備 CCU 設備病院 事故防止システム 連携パス | <ul style="list-style-type: none"> がん治療機関の整備 CCU 設備病院 事故防止システム 連携パス | <ul style="list-style-type: none"> 過程 過程 資源 過程 過程 | <ul style="list-style-type: none"> 補助金 診療報酬 補助金、診療報酬 情報公開、診療報酬 診療報酬 | <ul style="list-style-type: none"> < < < < < |
| 回復 | <ul style="list-style-type: none"> 日常生活に戻れるようにしてほしい できるだけ早く退院したい。 相談窓口に行きたい。 再発を防ぎたい。 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリ施設の整備 術後平均在院日数の短縮 相談窓口の設置 追跡率の向上 | <ul style="list-style-type: none"> リハ施設、リハ支援職員 相談窓口 追跡システム | <ul style="list-style-type: none"> リハ施設、リハ支援職員 相談窓口 追跡システム | <ul style="list-style-type: none"> 資源 過程 資源 資源 | <ul style="list-style-type: none"> 補助金 診療報酬 補助金 補助金 | <ul style="list-style-type: none"> < < > < |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「脳卒中」の例)

| 予防死亡 | 脳卒中になりたくない 脳卒中で死にたくない | 高血圧者数の減少 死亡率の低下 | 地域での目標(行政) | 必要資源 | 成果 | 参加重点 |
|-------|---|---|---|---|--|---|
| 発症したら | 個人の願望(患者) ・いつでもすぐに病院に行きたい ・施設、医師、診療科の種別が知りたい ・正しい診断をして欲しい。 ・セカンドオピニオンが聞きたい ・いい治療を受けたい。 | 地域の目標(行政) ・迅速な救急搬送 ・夜間救急の拡充 ・医療機関の情報集積、公開システム ・救急告示の推進 ・誤診をしない医師の育成 ・誤診の減少 ・セカンドオピニオンについての連携の推進。 ・カバー率を上げる ・質の高い医療(開頭手術など) ・安全性の高い医療の提供 ・地域連携の進展 | 必要資源 ・救急体制全般の整備 ・夜間救急病院 ・医療機関の情報集積、公開システム ・教育・研修機関 ・監視システム ・セカンドオピニオン実施医療機関 | 評価 資源、過程 資源 資源 資源 成果 資源 過程 過程 過程 過程 資源 過程 資源 資源 | インセンティブ ・補助金、予算 ・補助金、診療報酬 ・補助金 ・補助金 ・補助金 ・補助金 ・罰則 ・診療報酬 ・補助金 ・診療報酬 ・情報公開、診療報酬 ・診療報酬 ・補助金 ・診療報酬 ・補助金 ・補助金 | 住と医 < < > > < < > < < < < < < < < < > < |
| 診断 | ・正しい診断をして欲しい。 ・セカンドオピニオンが聞きたい | ・誤診をしない医師の育成 ・誤診の減少 ・セカンドオピニオンについての連携の推進。 | ・教育・研修機関 ・監視システム ・セカンドオピニオン実施医療機関 | 資源 成果 資源 | ・補助金 ・罰則 ・診療報酬 | < < > |
| 治療 | ・いい治療を受けたい。 | ・カバー率を上げる ・質の高い医療(開頭手術など) ・安全性の高い医療の提供 ・地域連携の進展 | ・がん治療機関の整備 ・事故防止システム ・連携パス | 過程 過程 過程 過程 | ・補助金 ・診療報酬 ・情報公開、診療報酬 ・診療報酬 | < < < < |
| 回復 | ・日常生活に戻れるようにしてほしい ・できるだけ早く退院したい。 ・相談窓口に行きたい。 ・再発を防ぎたい。 | ・リハビリ施設の整備 ・術後平均在院日数の短縮 ・相談窓口の設置 ・追跡率の向上 | ・リハ施設、リハ支援職員 ・相談窓口 ・追跡システム | 資源 過程 資源 資源 | ・補助金 ・診療報酬 ・補助金 ・補助金 | < < > < |
| 再発期 | ・再発を防ぎたい。 | ・追跡率の向上 | ・追跡システム | 資源 | ・補助金 | < |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「外傷(歩行者の自動車事故)」の例)

| | 個人の願望 | 地域の目標 | 必要な資源 | インセンティブ | 評価指標 | 参加重点 (医と住) |
|--------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------------|---------|-------------------|---------------|
| 結果 | 自動車事故で死にたくない | 自動車事故による死亡者数の減 | | | 人口あたり自動車事故による死亡者数 | |
| 事故自体の減少 | 自動車事故にあいたくない | 自動車事故を減らす | 飲酒運転禁止、携帯電話運転禁止、危険な道路の改善、明るい服装 | 法律 | 人口あたり自動車事故件数 | < |
| 救急要請 | 事故にあつたら回りの人に適切に行動してもらいたい | 住民教育実施率 | | | 住民教育実施率 | < |
| 搬送 | 早く運んでほしい・たらいまわしにされたくない | 救急医療体制の充実 | 救急医療機関 | | | > |
| 診断 | 早急に適切な診断をしてほしい | 救急医療機関の質の向上 | 救急医療機関 | | 救急医療機関の質の評価 | > |
| 治療(救急) | 適切な処置をしてほしい | 救急医療機関の質の向上 | 救急医療機関 | | 救急医療機関の質の評価 | > |
| 再搬送 | ここでだめならちゃんとした病院につなげてほしい | 救急医療体制の充実 | 救急医療機関 | | 重傷者の救命救急センター搬送率 | > |
| 入院治療(落ちいてから) | 転院先を決めるときには患者の意見も聞いてほしい。変な病院に回されたくない | 地域医療連携の充実 | 諸医療機関 | | | = |
| リハビリ | リハビリは家か職場から近くがいい | 地域医療連携の充実 | 諸医療機関 | | | = |
| 回復 | 外来は家か職場から近くがいい | 地域医療連携の充実 | 外来・夜間クリニック | | | = |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「うっ」の例)

| | 個人の願望 | 地域の目標 | 必要な資源 | インセンティブ | 評価指標 | 参加重点 (医と住) |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|---------------|---------|----------------------|---------------|
| 結果 | 自殺したくない。心元気に生きたい | 自殺率の低下 | いのちの電話 | | 自死者数あたりの ちの電話受診数 | < |
| 予防 | 悩みやディストレスがなくなりたい | 社会問題を減らしたい | 金、経済発展、愛のある社会 | | 一人あたり悩み数平均 | < |
| 病的でないけど悩みをもったら | 悩みがあったら相談したい | 相談機関の充実 | 相談機関 | | 相談できる機関や人がいる人の数 | < |
| 悩み相談できずストレスとなったら | ストレス発散の場所ほしい | 暮らしやすい地域づくり | 公園、スポーツ施設 | | 緑地化率・人口あたり り娯楽施設数 | < |
| 悩みがたまらず 心の専門家の援助ほ しいと感じたら | 気軽にできるメンタルクリニックがほしい | 精神科のイメージアップ | キャンペーン | | 人口当たり外来中心 医療機関数 | < |
| 情報 | よい医師・相性のあう医師にかかりたい | 精神科医療の質の向上・情報公開 | よい精神科医療機関 | 診療報酬? | カルテ開示数 | > |
| 診断 | よい診断をしてほしい | 診断基準の統一 | DSM4等の普及 | 診療報酬? | DSM4採用病院数 | > |
| 治療 | 働きながら受診したい | 外来・夜間クリニックの充実 | 外来・夜間クリニック | 診療報酬? | 人口当たり夜間開業 医療機関数 | > |
| 入院 | 入院するなら「精神病」と一緒に嫌 | 機能分化を進める | 機能分化した病院、地域連携 | 診療報酬? | 機能分化指標 | > |
| 退院 | 入院するなら短期間 | 長期入院の改善 | 長期入院化させない病院 | 診療報酬? | 平均在院日数 | > |
| 再入院 | でも悪くなったときはまた見てほしい | 長期入院の改善 | 長期入院化させない病院 | 診療報酬? | ベッド回転率 | > |
| 回復 | 最初はぼちぼち働きたい | 精神障害者の就労支援の充実 | 社会復帰施設・企業の協力 | | 人口当たり社会復帰 施設数 | < |
| 回復 | 一度病気になるでもまた社会でやり直したい | 個人の事情に沿って社会参加できる社会 | 社会復帰施設・企業の協力 | | ワーキングシェアリング指 標 | < |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「がん」の例)

| | 個人の願望(患者) | 地域の目標(行政) | 必要な資源 | 評価 | インセンティブ | 住と医 |
|----------|----------------------|-----------------------|-------------------|-----------|------------|-----|
| 予防 | がんになりたくない | 罹患率の減少 | | 成果 | | 予防 |
| 死亡 | がんで死にたくない | 死亡率の減少 | | 成果 | | 死亡 |
| がんと言われたら | 自分が「がん」が知りたい。 | ・検診受診率の上昇 | ・検診実施機関 | 成果 | ・補助金 | > |
| | がんについて知りたい。 | ・相談窓口の設置 | ・がん相談窓口 | 資源 | ・補助金 | > |
| | 施設、医師、診療科の種別が知りたい | ・医療機関の情報公開の推進 | ・医療機関の情報集積、公開システム | 資源 | ・補助金、罰則 | > |
| 診断 | ・きちんと診断して欲しい。 | ・誤診をしない医師の育成 | ・教育・研修機関 | 資源 | ・補助金 | < |
| | ・セカンドオピニオンが聞きたい | ・誤診の減少 | ・監視システム | 成果 | ・罰則 | < |
| | | ・セカンドオピニオンについての連携の推進。 | ・セカンドオピニオン実施医療機関 | 資源 | ・診療報酬 | > |
| 治療 | ・いい治療を受けたい。 | ・カバラー率を上げる | ・がん治療機関の整備 | 過程 | ・補助金 | < |
| | | ・質・安全性の高い医療の提供 | ・事故防止システム | 過程 | ・情報公開、診療報酬 | < |
| | | ・地域連携の進展 | ・連携パス | 過程 | ・診療報酬 | < |
| 回復 | ・日常生活に戻れるようにしてほしい | ・リハビリ施設の整備 | ・リハ施設、リハ支援職員 | 資源 | ・補助金 | < |
| | ・できるだけ早く退院したい。 | ・術後平均在院日数の短縮 | | 過程 | ・診療報酬 | < |
| | ・相談窓口に行きたい。 | ・相談窓口の設置 | ・相談窓口 | 資源 | ・補助金 | > |
| 再発期 | ・再発を防ぎたい。 | ・追跡率の向上 | ・追跡システム | 資源 | ・補助金 | < |
| 末期 | ・苦痛なく死にたい。自分らしく死にたい。 | ・在宅医療の支援 | ・在宅医療支援体制 | 成果(在宅死亡率) | ・診療報酬 | > |
| | | ・ホスピスの増設 | ・ホスピス | | | > |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「急性心筋梗塞」の例)

| | 個人の願望(患者) | 地域的目標(行政) | 必要な資源 | 評価 | インセンティブ | 住と医 |
|------|---|---|---|----------------------------|--|-----------------------|
| 予防 | 心疾患になりたくない 心疾患で死にたくない | 高血圧者の減少 死亡率の低下 | | 成果 成果 | | |
| 発症した | いつでもすぐに病院に行きたい 施設、医師、診療科の種別が知りたい | 迅速な救急搬送 夜間救急の拡充 医療機関の情報集積、公開システム 救急告示の推進 | 救急体制全般の整備 夜間救急病院 医療機関の情報集積、公開システム | 資源、過程 資源 資源 | 補助金、予算 補助金、診療報酬 補助金 | < < > > |
| 診断 | 正しい診断をして欲しい。 セカンドオピニオンが聞きたい | 誤診をしない医師の育成 誤診の減少 セカンドオピニオンについての連携の推進。 | 教育・研修機関 監視システム セカンドオピニオン実施医療機関 | 資源 成果 資源 | 補助金 罰則 診療報酬 | < < > |
| 治療 | いい治療を受けたい。 | カバラー率を上げる 質の高い医療(PTCA、CABG手術) CCU の設置 安全性の高い医療の提供 地域連携の進展 | がん治療機関の整備 CCU 設備病院 事故防止システム、連携パス | 過程 過程 資源 過程 過程 | 補助金 診療報酬 補助金、診療報酬 情報公開、診療報酬 診療報酬 | < < < < < |
| 回復 | 日常生活に戻れるようにしてほしい できるだけ早く退院したい。 相談窓口に行きたい。 再発を防ぎたい。 | リハビリ施設の整備 術後平均在院日数の短縮 相談窓口の設置 追跡率の向上 | リハ施設、リハ支援職員 相談窓口 追跡システム | 資源 過程 資源 資源 | 補助金 診療報酬 補助金 補助金 | < < > < |

資料：個人の行動ステージと行政支援の整理対応表の例(「脳卒中」の例)

| | 個人の願望(患者) | 地域の目標(行政) | 必要な資源 | 評価 | インセンティブ | 住と医 参加重点 |
|-----------|---|---|--|----------------------|--|------------------|
| 予防 死亡 | 脳卒中にならな た く ない 脳卒中 で 死 に た く ない | 高血圧者数の減少 死亡率の低下 | | 成果 成果 | | |
| 発症した ら | ・いつでも す ぐ に 病 院 に 行 き た い ・施設、医 師、診療科 の 種 別 が 知 り た い | ・迅速な救急搬送 ・夜間救急の 拡 充 ・医療機関 の 情 報 集 積、 公 開 シ ス テ ム | ・救急体制全般 の 整 備 ・夜間救急病 院 ・医療機関の 情 報 集 積、 公 開 シ ス テ ム | 資源、過程 資源 資源 | ・補助金、予 算 ・補助金、診 療 報 酬 ・補助金 | < < > > |
| 診断 | ・正しい診断 を し て 欲 し い。 ・セカンドオ ピ ニ オ ン が 聞 き た い | ・誤診をしない 医 師 の 育 成 ・誤診の減少 ・セカンドオ ピ ニ オ ン に つ い て の 連 携 の 推 進。 | ・教育・研修機 関 ・監視システ ム ・セカンドオ ピ ニ オ ン 実 施 医 療 機 関 | 資源 成果 資源 | ・補助金 ・罰則 ・診療報酬 | < < > |
| 治療 | ・いい治療を 受 け た い。 | ・カバラー率を 上 げ る ・質の高い医 療 (開頭手術 な ど) ・安全性の高い 医 療 の 提 供 ・地域連携の 進 展 | ・がん治療機 関 の 整 備 ・事故防止シ ス テ ム ・連携パス | 過程 過程 過程 過程 | ・補助金 ・診療報酬 ・情報公開、診 療 報 酬 ・診療報酬 | < < < < |
| 回復 | ・日常生活に 戻 れ る よ う に し て ほ し い。 ・できるだけ 早 く 退 院 し た い。 ・相談窓口 に 行 き た い。 | ・リハビリ施設 の 整 備 ・術後平均在 院 日 数 の 短 縮 ・相談窓口の 設 置 | ・リハ施設、リ ハ 支 援 職 員 ・相談窓口 ・追跡システ ム | 資源 過程 資源 資源 | ・補助金 ・診療報酬 ・補助金 ・補助金 | < < > < |
| 再発期 | ・再発を防ぎ た い。 | ・追跡率の向上 | ・追跡システ ム | 資源 | ・補助金 | < |

III. 住民(患者)参加の考え方

1. 政策過程参加のあり方

「参加」と一口に言っても、その程度、それに用いる具体的手法は様々である。例えば、有名な Arnstein による 8 つの参加の階梯は、住民と行政の統治に関する権限分配に着目した、参加の水準を分類したものである(下表参照)。

| | | |
|----------|-----------------|--------------------------------------|
| 自主管理 | citizen control | (パブリックコミュニケーション) 地域自治組織 PPP、協働 |
| 権限委譲 | delegated | |
| パートナーシップ | partnership | |
| 宥和 | placation | 審議会、委員会への参加 |
| 相談 | consultation | パブリックコメント、アンケート |
| 情報提供 | informing | 情報公開法に基づく公開、広報 |
| 治療 | therapy | 無し |
| 操作 | manipulation | |

これは個別の政策分野ではなく、政策一般についての参加、一種の統治形態の表現となっている。「自主管理」から「操作」までの表現によって垂直的なレベルによる参加の度合いを評価している。だが、具体的に本マニュアルのように、政策づくりでの参加を考えていく場合には、これらのそれぞれの段階に当てはめられている右側の手法について着目する必要がある。還元するならば、それぞれの政策課題ごとに、適切な参加の段階があり、それに応じた手法があるということである。ちなみに、この分類では上位3つと、それ以下の相違点は政策の実施過程まで参加があるか否かを分水嶺としている。医療計画では実施過程は医療サービスの供給側、即ち医療機関、医師、看護師、薬剤師などが担うものであり、住民が実施過程で協働するということは考えられない。従って医療計画において、この表を活用する場合には「宥和」から「情報提供」の段階(それ以下は参加がない状態、例えばファシズム国家などのような抑圧的な統治体制を想定しているため除外する)の中から適宜政策課題にしたがって選択していくこととなる。

「宥和」は住民による委員会など作業部会への参加を指すが、これは住民の現実的な影響力は別として、どの都道府県でも必須のことである。参加を巡る中心的問題は、政策課題ごとに「相談」や「情報提供」で挙げられているパブリックコメントやアンケート、情報公開をいかにうまく課題ごとに使い分けるかということだろう。

2. 参加の考え方と医療界

ここでは、具体的に医療計画での課題と採られるべき住民参加の手法について考察する。まず、一般的に医療分野では参加に障壁があることが指摘されている。これは、ひとつには住民の多くは、医療についての知識に乏しいとされるためであり、もうひとつは、そもそも医療計画は供給側で完結する課題を含んでいるので住民の参加の必要がないとされる

ため参加が制限されてしかるべきということであろう。

住民参加が制限されるのは、

①「決定に関する情報が、住民にとっても理解できない(情報の非対称性の有無)」

②「住民が目標の働きかける対象、あるいは利害関係者ではない。」

場合だろう。

①「決定に関する情報が、住民にとっても理解できない(情報の非対称性の有無)」

情報の非対称性を克服するための工夫によって乗り越えられる。また、情報量を増やすことで素人側をエンパワーメントできる。ゆえに、理論的にはこれは住民参加を制限する理由にはならない。

しかし、それでもなお、住民参加を取り入れることに妥当性があるか難しい場合もある。。

②「住民が目標の働きかける対象、あるいは利害関係者ではない。」

広い意味でシステムの最終消費者は住民である。しかし、例えば連携パス利用率といった「供給側で完結する」ような目標の場合は、具体的な数値などは供給側と行政の決め事としてもよい。むしろ、その根拠や妥当性についての情報は適宜提供する必要がある。つまり、「情報提供」の段階に該当するだろう。成果目標についても、数値の妥当性などは専門家の領域に属するため、同様の対応が必要である。行政が本来政府の役割として取り組むべきと考えられているような、リスク管理型の目標(感染症)や難病についても患者は別としても一般住民の役割は限定的になる。

一方、日常的な体制の整備、特に住民が患者となった場合に最初の行動に関わる部分(表中の「がんと言われたら」などの早期の部分)は、住民の目で見え易い部分であり、「相談」の段階に該当する。この点、患者は実際の経験者だけに有用な意見を述べる事が出来る。アンケート調査、パブリックコメント、公聴会を開催する必要がある。

下に各目標の次頁には、具体的に各政策課題の性質ごとに需要者側(住民、患者)、供給側、行政の役割について簡単に示した。また、次ページでは計画の各段階で用いられるべき具体的手法について、政策課題の性質ごとに示してあるので参考にしていきたい。

各主体(特に住民)の目標による役割の相違

| 政策課題 | 住民・患者 | 提供 | 行政 |
|-----------------------|-----------------------|----|----|
| 日常的な体制の整備 (患者住民関連) | ○ | ○ | ○ |
| 供給側完結・成果 | (承認?) | ○ | ○ |
| 感染症など | 無? | ○ | ○ |
| ※当事者でない目標 | へき地医療などは一般住民では参加しにくい。 | | |

3. 各過程で用いる参加手法の例 表一各段階、各目標別参加手法の提案

| 段階 | 目標の種類 | 一般住民の参加手法 | 得たい情報 |
|----------------------|----------|--------------------------------------|--|
| 現状把握 | 患者住民関連 | アンケート、公聴会、統計情報の確認 | 地域の現状や、計画の認知なども。 |
| | 供給側完結、成果 | 無 | |
| | 感染症等 | 無 | |
| 問題抽出 | 患者住民関連 | 委員会での住民代表委員による重み付け | 住民の側からの問題意識 問題として扱うことの承認 |
| | 供給側完結、成果 | ベンチマークデータなどによる情報の共有と承認 | |
| | 感染症等 | 無 | |
| 問題構造分析 (含・シナリオ作成) | 患者住民関連 | 患者からのヒアリング、体験談の収集 | 経験による現実的なシナリオづくり 患者の立場からのシステム設計のヒント |
| | 供給側完結、成果 | 体験談などからの連携の要望など | |
| | 感染症等 | 無 | |
| 解決法の模索 | 患者住民関連 | アンケート、市民団体などからのヒアリング | 住民側で把握、利用できる資源の把握 |
| | 供給側完結、成果 | 無 | |
| | 感染症等 | 無 | |
| 解決方法決定 | 患者住民関連 | 住民代表委員による妥当性の承認、情報公開 | 住民代表からの正統性のお墨付き |
| | 供給側完結、成果 | 無(予算、制度的インセンティブ関連のため、住民参加はなじまないだろう。) | |
| | 感染症等 | 無 | |
| 最終確認・決定 | 患者住民関連 | インターネットでの事前公開、パブリックコメント | 計画書に関する意見、形式の読みやすさ 計画書に関する意見、形式の読みやすさ 計画書に関する意見、形式の読みやすさ |
| | 供給側完結、成果 | インターネットでの事前公開、パブリックコメント | |
| | 感染症等 | インターネットでの事前公開、パブリックコメント | |

※前頁のように、供給側で完結する目標や感染症関連はここには含んでいない。それらにおける参加手法とは、住民からの情報提供ではなく、供給側、行政側から情報を流すことによる妥当性の承認の作業となるだろう。

IV. 参加の技法

1. 参加のあり方を考える必要がある局面

①委員会メンバーの決定（住民を入れるか、入れる住民をどう選ぶか）。

- 1) 住民を入れるか、何のために入れるか
- 2) 入れる住民は、公募から、患者団体や病院患者会などか。

②地域のビジョンの決定

- 1) 上記の住民代表委員の議論への参加
- 2) ビジョン作りの際に、住民グループ等のフォーカスグループインタビューするか、アンケートなどをするか

③シナリオづくり、もしくは、シナリオ改変

わが県では、何本のシナリオを作るのか、どんな疾患・状態に関してシナリオを作るのか

- (1) シナリオを作るべき疾患や状態（高齢者シナリオなど）を決定する際に、住民代表の委員会委員の参画。
 - (2) 上記のフォーカスグループやアンケートから住民の意見を抽出して反映
- 2) シナリオの内容の決定やブラッシュアップ
- (1) 当事者としての、当該疾患患者への聞き取り
 - (2) 場合によっては、各シナリオごとのワーキンググループをつくり、そこに当該疾患の患者が参加してもよい。

④指標の選定

- 1) 指標の元となる概念・理念の検討に、当該疾患患者の参与？（聞き取りか、上記のワーキンググループか）
- 2) 専門家もしくは行政がつくった指標のたたき台から、当該疾患患者経験者に意見をもらう。

⑤資源の同定

- 1) これは主に行政の仕事か。
- 2) しかし、行政が知らないが、地域での患者経験者が住民のみが知っている地域資源もあるかもしれない。その発掘。方法は、フォーカスグループインタビューもしくは、アンケート調査、インターネットでの意見募集。

⑥インセンティブなど具体的な計画

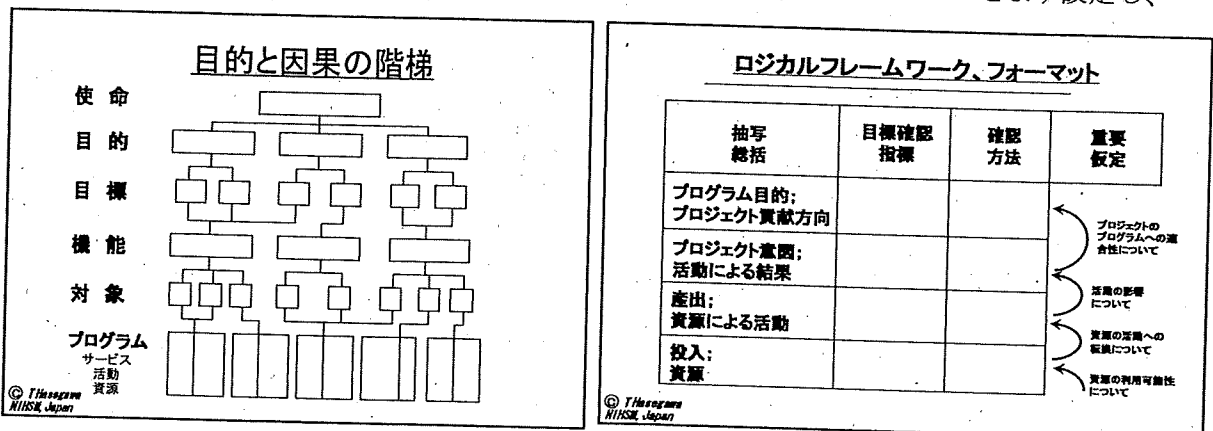
- 1) 行政が考えるべきこと
- 2) ここでの住民の役割は、透明な議論の管理人、保証人となること。

2. 具体的手法

①ロジカル・フレームワーク

参加型計画策定のためのツールとしてロジカル・フレームワークがある。マトリクスを参加型の手法で埋めていくのがプロジェクトサイクルマネジメント（PCM手法）である。

ロジカル・フレームワークとは、米国国際開発庁が米国で宇宙開発など技術開発の計画過程を管理するための方法を参考に、途上国開発のための計画策定方法として考案した手法である。具体的には、ログフレームまたはPDM（プロジェクト・デザイン・マトリクス）と呼ばれる表（図23参照）を用いてプロジェクトの全体像を記述した表のことである。これは、計画過程を論理的、視覚的に捉え易くするために、「活動（何をするのか）」「成果（活動によって何がもたらされるのか）」「プロジェクト目標（プロジェクトの目標は何か）」「上位目標（プロジェクトは全体のどのような最終目標のためのものか）」の四つをまず設定し、



それぞれに対応する「客観的指標」「指標入手手段」「外部条件（資源、環境、阻害要因など）」を4×4の図表形式にまとめたものとなっている。利点として、リスクへの柔軟な対処、問題の因果関係が簡単に把握できる等が挙げられる。

PCM手法とは、このログフレームを参加型の計画策定手法で完成させることにより、従来、計画策定で軽視されがちであった参加性を融合させようとする手法のことである。先述のように、1983年にGTZ（ドイツ技術開発公社）が開発した参加型計画手法ZOPPがアイデアのもとになっている。ロジカル・フレームワークそれ自体は、参加性を持っていない。科学技術開発分野で利用されていたため、目標やそのための解決策は自然科学的、合理的知見によって自明のものとして自動的に決定されるためである。しかし、保健分野での問題の所在、対象の設定などはこのように決定され得ないものである。それらは、

人々の価値観によって、認識や意見が異なるものであるため、利害関係者が計画策定に参加し議論を通じて作り上げていくものである。PCM手法では、多くのステークホルダーの参加によって「参加者分析（問題に関係している人はだれか）」「問題分析（問題はなぜ起きているのか）」「目的分析（問題の原因をとり払うにはどうすればよいか）」「代替案分析（目的を達成するためのより効率的な代替案は無いか）」を経て計画のログフレームを完成させる一連の流れから成り立っている。この際、計画策定過程が多くの参加者が問題を共有でき一種の利害調整の場としても機能することや、きめ細かい評価が可能になるといった長所が指摘されている。

【海外援助計画策定の場合】

目的意識の異なる利害関係者や価値観の異なる援助者と被援助者などを、いかに調整し協同して推進するかが課題となる海外援助計画の策定には、一般にログフレームを使用する。計画段階から関係する人間を巻き込んで、多様な要求に応えながら計画を形成して、できる限り定量的な進行管理の方法につなげるのが特徴になる。計画策定では、介入援助に関係する利害関係者を特定して、援助対象となる住民の解決課題を明示しながら、できるだけ多くの関係者とともにロジカルフレームを作成する。

②ソフトサイエンス分析

これまで科学的根拠に基づきながら多くの利害関係者を調整する方法を経営科学やロジカル・フレームワークの手法を通して模索してきた。最近システム工学の中でもソフトシステム分析という分野が発達し、これまでの技法をまとめる方法が具体的に開発されてきた。その中でもここでは、戦略的な意思決定に役に立つツールを紹介しよう。以下は、戦略計画策定のために6つの考慮すべき事項を示した「CATWOE」分析である。ソフトシステム分析の分野で提案されたもので、名称は6事項の頭文字に由来す。状況を整理して論理的に把握できるので、計画の進行管理の手法として注目されている。考慮すべき対象や事項を項目化して、その内容とともに整理して視覚化することで、いつでも計画の全体像を容易に確認できるのである。意思決定において、さまざまな参加者に計画を取り巻く状況、条件を示す場面では有効な手法だろう。

表一「CATWOE」分析

| 考慮すべき事項 | 考慮すべき内容 |
|---|---------------------------------------|
| 1. 「所有者」 Ownership | だれが運営する計画か。 |
| 2. 「実行者」 Actor | だれが活動に関わるのか |
| 3. 「変換」 Transformation | どのような問題状況をどのようにしたいのか |
| 4. 「受損益者」 Customer | だれに、どのような利益（損益）があるのか |
| 5. 「環境と上位システムからの制約」 Environmental & wider system constraints | 他の計画、法律や条例とは、どのように関連するか 利用できる資源は何か |
| 6. 「世界観」 Weltanschauung, | 計画の究極的な目的はどのようなことか |

③ ネットフレーム法

ロジカル・フレームワークは国際的にも、多く使われ歴史のある手法である。しかしこれまで述べたように目的と目標が直線的に結ばれていて医療現場で使いにくい側面がある。ソフトシステムサイエンスの方法論で CATWOE などそれらを柔軟に扱う手法が開発されてきているが、ロジカル・フレームワークのように参加者全員が理論を共有しながらプロジェクトをつかっていくには物足りない。そこで、ロジカル・フレームワークで扱ったように、因果関係が明確な構造はそのままのこし、かつ定量的に分析をして問題を把握する。それを意思決定レベルでは、各種の利害関係者の価値観を入れながら分析していく二重の構造を一つにしていく必要があると言えよう。ネットフレームは因果関係も直接無いものの、コンピューターのシュミレーションモデル等を作って図示し、それを利害関係者に示すことによって意見を集約していくものとして筆者によって考え出されたものである。ただ、現在は開発中で、問題の構造がロジカルなフレームではなくネットワーク構造をしていることから、称して「ネットフレーム」とニックネームを付けた。読者の皆さんと開発していければと思っている。

④ その他

他に、現在使われている参加型計画のための種々の技法を紹介してみよう。ブレークスルー法と呼ばれるものは問題から出発するのではなく、参加者の合意するあるべき姿から出発することが提案されている。AHI 法は回想分析の手法を用いて解決すべき課題を発見する方法である。ウォンツ・エイブル法は、できる限り生の声を直接住民からききとる手法として提案され、約十数個の希望を本人にいわせ、かつその中で本人が執行可能なものをチェックしてもらって残りを解決すべき課題として提案する方法である。古典的なアンケートや特徴のある情報提供者を集めて議論するグループ・インタビュー法、単純なブレインストーミング法やそれを整理する KJ 法など様々な手法が提案されている。因果関係の構築は多くの場合科学的な分析とブレインストーミング等の手法によってなされる。優先順位付けは科学的費用対効果 (CEA) などの経済手法を用いる場合や、利害関係者 (stake-holder) による投票、例えば 10 の点数を配分して最も多いものにするとか、デルファイ法、すなわちそれまでの意見をグループにフィードバックして収束をはかる方法がある。コンジョイント法など統計手法を用いる方法もある。

ここで肝心なことは、各手法の特徴と先程例示した過程で得たいデータ、情報の種類をよく勘案した上であるトップごとに手法を採用しなくてはならないということである。例えば、「問題抽出」のステップでは、当然のことながら「何が問題なのか？」ということをつまららかにする必要がある。この場合には、できるだけ自由に、かつ直感的に意見を表明することができるような手法、例えば、七夕調査 (短冊に「願い」を書く)、KJ法、半構造型

インタビュー（予め用意した質問に自由に答えてもらう）などが相応しいだろう。

これに対して利用可能な資源が明らかになった後つまり「解決方法の採用」や「優先順位の決定」では、その資源の状況に意思決定が制約される。この場合は、個々人が好き勝手に意見を表明しては実効性のある計画を策定することができない。このような科学的、合理的判断が要求されるステップでは、科学的費用対効果分析といった手法、そしてそれに基づくブレインストーミング、ディスカッションなどの意見交換が必要とされるだろう。もちろん、これらの過程の中では住民、保健・医療関係者、行政などの利害関係者が目標を共有し、その実現のために役割を果たす責任を持つという共通の意識を持つことが前提として不可欠である。代表的な手法とその過程ごとの使用適性を下表にまとめたのでご参照ほしい。

さらに、これらの議論を円滑に進めるためには（モデルづくり地形を示す土地利用図などを素に立体的な三次元のモデルを作成する）、日課・行動表づくり（性別や年齢によって異なる住民の行動パターンを示す）、将来構造画の作成（将来的な予定、観測についての年表を作成）といった方法も使うと全体を俯瞰できる見取り図として活用でき議論に役立つ。基本的な計画策定の過程は、有効な計画の実現だけではなく、当事者である住民の意識を変革する効果も期待できる。人々が計画策定に参加することで、地域に存在する問題を考え、自分たちの望みを知り、解決を探るといった経験を共有することが、教育的な影響を及ぼすからである。これは「参加型学習と行動（Participatory Learning and Action）」の成果であり、この影響は計画外の生活態度にも波及して、地域保健に貢献する地域の財産となる可能性を秘めている。従来の密室型の政策策定では期待できないものといえるだろう。

| | 情報収集 | | | 具体的施策の形成 | |
|-------------------|-------|----------|--------|----------|--------|
| | 参加者分析 | 問題(目的)分析 | 解決方法考案 | 解決方法選択 | 優先順位付与 |
| インフォーマルインタビュー | ○ | ○ | | | |
| キー・インフォーマントインタビュー | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 半構造型グループインタビュー | ○ | ○ | ○ | | |
| 構造型インタビュー | ○ | ○ | ○ | | |
| フォーカスグループインタビュー | ○ | ○ | ○ | | |
| 観察 | ○ | ○ | ○ | | |
| 地図づくり | | ○ | | | |
| モデル作成 | | ○ | | | |
| トランセクト | | ○ | | | |
| 日課・行動表づくり | | ○ | | | |
| 将来構造画の作成 | | ○ | | | ○ |
| 長者番付 | | ○ | | | |
| RRA | ○ | ○ | | | |
| PRA | ○ | ○ | | | |
| KJ法 | ○ | ○ | ○ | | |
| 七夕調査 | | ○ | | | |
| 衆目評価 | ○ | ○ | ○ | | |
| 総当りランキング | | | | ○ | ○ |
| スコアリング | | | | ○ | ○ |
| テンシース | | | | ○ | ○ |

3. 住民参加のためのツール

I. 対話に関する道具

- ① インフォーマル・インタビュー： Informal Interview/Random Interview
事前準備を行わずに、偶然であった人を対象に行う。率直な生の声を聞き取る事が出来る。
- ② キー・インフォーマント・インタビュー： Key Informant Interview
その情報を持っていると思われる専門家、村の村長などに行う。
- ③ 半構造型グループ・インタビュー： Semi-structured Interview
ある程度のテーマや質問を事前に決めて行う。
- ④ 構造型インタビュー： Structured Interview
あらかじめ用意された質問表に忠実にしたがって行う。
- ⑤ フォーカス・グループ・インタビュー： Focus Group Interview/ Discussion
質問の目的によって、対象を絞って、同じような境遇・地位にいる人を集めて意見交換を行う議論のこと。
- ⑥ 観察： Direct Observation
議論の成り行き、その内容に対してのコメントを言わずに聞き取りを行う

II. 空間に関する道具

- ① 地図作り： Mapping
住民が持つ直感的な地理的特徴などを作成する。科学的ではないが、住民の重要度などが地図の位置関係などに現れることが期待できる。
- ② モデル作成： Modeling
地形を示す土地利用図などを素に立体的な三次元のモデルを作成する事。
- ③ トランセクト（横断歩き）： Transect
地域内を散策し、目に付いたものについて話し合い、記録を取る。

III. 時間に関する道具

- ① タイムライン・年表作り： Time Line
地域の過去の重要な事件、出来事を年表にしめし歴史を整理する。
- ② 日課・行動表作り： Daily Routine
性別や年齢によって異なる住民の行動パターンを示す。
- ③ 季節カレンダー作り： Seasonal Calender/ Diagram
1年を通しての住民の生活や祭りや収穫の時期などを知るために作成する。
- ④ 将来構造型の作成： Vision Drawing
将来的な予定、観測についての年表を作成する。

IV. 社会構造に関する道具

① ベン相関図： Venn Diagram

漠然としている社会構造や組織のあり方などの相関関係を図化するもの

② システムダイアグラム： System Diagram

③ フローチャート： Flow Chart

④ ロールプレイ： Role Play

男性が女性を、役人が村人演じ、立場の違う人の立場や考えを知る

V. 順序に関する道具

① 総当りランキング： Pair-wise ranking

より重要度の高いものを2者選択方式で総当りで行い、重要度を計る

② スコアリング： Matrix Ranking

いくつかの選択肢の中で重要度に合わせて点数をつけたりする

③ 長者番付： Wealth Ranking

貧富の差、豊かな人をランキングして、なぜその人が豊かなのかを知る

【テン・シーズ】

このチャートのカード1枚1枚について、児童はひとり10個のブロックを持ち、大切だと思ふ度合いに応じて投票を行った。

児童にはワークショップ当日の4日前から教室前にはったチャートを見てどこに何票投票するか前もって考え、投票用紙にメモしてもらった。

VI. 良好な関係の構造の道具

① 共同作業： Joint Working . . . 一緒に作業を行う

② レクリエーション： Recreation . . . 集団ゲームなどを行って打ち解ける

③ 供宴： Eating Together . . . 共に食事をして、くつろいだ会話を促す

VII. 2次資料の利用

① 航空・衛星写真： Aerial/ satellite picture . . . 地形の変化を知るために用いる

② 統計・出版物： Statistics, Publication . . . 過去のデータ資料として用いる

③ 過去の研究者からの情報： Accumulated Studies . . . 過去の先行研究を行う

住民が調査・分析などに参加することで、自身やその所属する社会の抱える課題に気付き、解決するための行動を起こしていくという社会開発の概念。それまでの、調査者・行政が主体となって事業計画を作り、住民を受け身的な立場に留めたままにしておく方法では、継続性・発展性に限界があることなどから生まれてきた考え方。従来の社会調査手