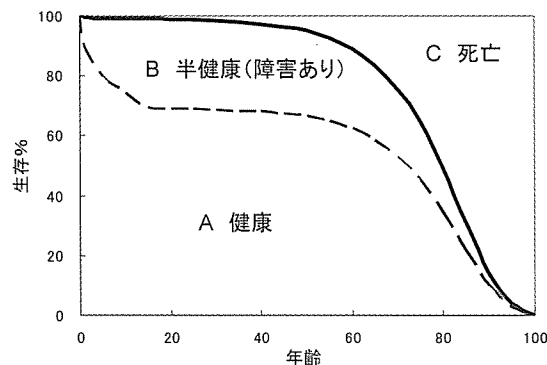


(Disability-adjusted life year) がある。DALY は C の死亡と B の半健康の障害部分を合わせた指標で、B の部分を障害の程度によって加えることによって求められる (C+g(B))。

健康寿命は、半健康部分 B の割引の方法により DALE と DFLE に大別される。DALE は B の部分 (実際は A+B) を 0-1 の重みで割り引くもので、健康、障害に対する重み付けの作業 (例：胃がんの入院中は 0.53 など) が必要である。一方 DFLE は B 部分 (実際は A+B) を 0 か 1 の二者択一で分かつもので、健康の定義 (例：寝たきりでないと定義すると、寝たきりは 0、そうでないものは全員 1) が必要である。

統合健康指標
(Summary measures of population health)



健康寿命算出の条件

1. 健康寿命算出目的の明確化 (施策との関連性)
2. 健康の定義づけとスケール化 (0-1 の連続スケール、0 か 1 のカテゴリースケール)
3. 上記定義に関して、すべての国民 (住民) を代表するデータが時系列で入手できる
4. 算出方法の容易性と透明性
5. 小地域 (都道府県、市区町村) で算出できる
6. 疾病 (対策) との関連が明確である

B. わが国における健康寿命の推定

これまでに提案された健康寿命指標としては、①介護データを用いたもの、入院・入所の有無を用いたもの、入院・介護の有無を用いたもの (DFLE)、②WHO の方法 (DALE) があるが、それぞれ以下のような長所・短所がある。

用いるデータ	包括性	市区町村	国際比較	データの精度	LEとの差	算出の可能性		算出の容易さ	
						DFLE	DALE	DFLE	DALE
介護保険データ	限定的	可能	不可	高	小	可	可	易	やや難
国生、患調、介護施設	包括的	不可	不可	中	中	可	困難	中	難
WHOの方法	包括的	可能	可	低	大	不可	可	不可	難

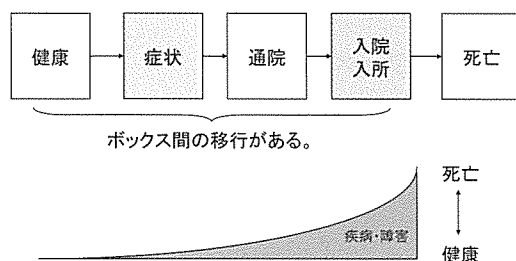
本研究では、1) 健康状態推移の単純なモデルによる、個々の疾病とリンク可能な指標、2) 将来利用が進むと考えられるレセプト情報を用いた指標について、入院・入所期間等の試算を行った。用いたデータはすべて公表されたものである。

1) 健康状態推移モデルによる推定

1. モデルの作成

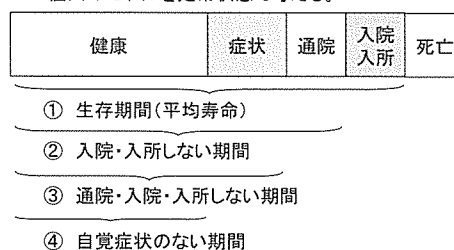
図1は、個人の健康状態を、①健康、②症状あり、③通院、④入院・入所、⑤死亡の5つの状態に分けた単純なモデルである。このうち死亡を除く4つの状態については相互移行があるが、対象の集団を定常状態とすれば、それぞれの状態にある者の割合が算出できる。これにより健康寿命指標として、①健康な（症状のない）期間、②症状のある期間（訴えあり）、③通院している期間（通院あり、定義が必要）、④入院・入所している期間（在宅寝たきりを含むか否か）を求めることができる（図2）。

個人の健康状態推移の単純なモデル



期待系(健康寿命)の捉え方

個人のモデルを定常状態で考える。



2. データの当てはめ

既存の統計調査から、自覚症状の有無、通院の有無については H16 国民生活基礎調査、通院・入院については H14 患者調査、入所については H15 介護サービス施設・事業所調査の公表データを使用した。通院については国民生活基礎調査、患者調査の両方から情報が得られるが、国民生活基礎調査では現在の通院の有無について回答者の判断、患者調査については調査対象日の通院実績に基づいて算出されており、本研究では国民生活基礎調査の通院の有無を採用した。

傷病分類は大分類を用い、このうち通院については患者調査から得られる傷病別患者割合を、国民生活基礎調査の通院者数に乗じることにより傷病別通院者数の推定を行った。なお入所については加齢に伴う介護型の入所とし、その他の障害については本研究では対象としない。

以上の資料から、性・年齢階級・傷病別入院、入所、通院者の割合を算出し、サリバン法にて健康寿命指標の算出を行った。なお生命表は H16 簡易生命表を用いた。

・使用したデータ

入院者数：H14 年患者調査、入院患者数

入所者数：H15 介護サービス施設・事業所調査、介護保険施設の在所者数

通院者数：H16 国民生活基礎調査、通院者の状況

有訴者数：H16 国民生活基礎調査、自覚症状の状況

生命表： H16 簡易生命表

3. 推定結果

0 歳における平均入院期間（余命に占める割合）は、男性 1.00 年（1.3%）、女性 1.35 年（1.6%）、平均入所期間は、男性 0.28 年（0.4%）、女性 1.07 年（1.2%）、平均通院期間は、男性 23.65 年（30.1%）、女性 29.60 年（34.6%）であった。

各年齢における平均入院・入所・通院期間と余命に占める割合

男性 年齢	平成16年 平均余命	平均期間(年)			余命に占める割合		
		入院	入所	通院	入院	入所	通院
0	78.64	1.00	0.28	23.65	1.3%	0.4%	30.1%
1	77.87	0.99	0.28	23.52	1.3%	0.4%	30.2%
5	73.96	0.99	0.28	22.74	1.3%	0.4%	30.7%
10	69.00	0.98	0.28	21.79	1.4%	0.4%	31.6%
15	64.04	0.97	0.28	20.85	1.5%	0.4%	32.6%
20	59.16	0.97	0.29	20.35	1.6%	0.5%	34.4%
25	54.32	0.96	0.29	19.87	1.8%	0.5%	36.6%
30	49.49	0.95	0.29	19.26	1.9%	0.6%	38.9%
35	44.68	0.94	0.29	18.67	2.1%	0.6%	41.8%
40	39.93	0.92	0.29	17.82	2.3%	0.7%	44.6%
45	35.25	0.90	0.29	17.03	2.6%	0.8%	48.3%
50	30.70	0.87	0.29	15.82	2.8%	1.0%	51.5%
55	26.33	0.84	0.30	14.71	3.2%	1.1%	55.9%
60	22.17	0.80	0.31	13.04	3.6%	1.4%	58.8%
65	18.21	0.75	0.32	11.53	4.1%	1.8%	63.3%
70	14.51	0.70	0.34	9.38	4.8%	2.3%	64.6%
75	11.23	0.64	0.35	7.53	5.7%	3.2%	67.0%
80	8.39	0.58	0.38	5.54	6.9%	4.5%	66.0%
85	6.07	0.51	0.40	3.86	8.4%	6.6%	63.5%
90	4.36	0.44	0.41	2.77	10.0%	9.5%	63.5%
95	3.21	0.32	0.30	2.04	10.0%	9.5%	63.5%
100+	2.40	0.24	0.23	1.53	10.0%	9.5%	63.5%
女性							
0	85.59	1.35	1.07	29.60	1.6%	1.2%	34.6%
1	84.81	1.34	1.07	29.51	1.6%	1.3%	34.8%
5	80.88	1.34	1.07	28.89	1.7%	1.3%	35.7%
10	75.92	1.33	1.07	28.06	1.8%	1.4%	37.0%
15	70.94	1.33	1.07	27.23	1.9%	1.5%	38.4%
20	66.01	1.32	1.07	26.56	2.0%	1.6%	40.2%
25	61.09	1.31	1.08	25.90	2.1%	1.8%	42.4%
30	56.18	1.29	1.08	24.92	2.3%	1.9%	44.3%
35	51.29	1.27	1.08	23.94	2.5%	2.1%	46.7%
40	46.44	1.25	1.08	22.89	2.7%	2.3%	49.3%
45	41.63	1.24	1.09	21.87	3.0%	2.6%	52.5%
50	36.90	1.22	1.09	20.43	3.3%	3.0%	55.4%
55	32.27	1.20	1.10	19.05	3.7%	3.4%	59.0%
60	27.74	1.17	1.12	17.00	4.2%	4.0%	61.3%
65	23.28	1.14	1.14	15.02	4.9%	4.9%	64.5%
70	18.98	1.10	1.17	12.34	5.8%	6.2%	65.0%
75	14.93	1.04	1.20	9.83	7.0%	8.1%	65.8%
80	11.23	0.97	1.23	7.22	8.6%	10.9%	64.3%
85	8.10	0.86	1.21	4.94	10.6%	15.0%	61.1%
90	5.69	0.73	1.13	3.48	12.8%	19.8%	61.1%
95	4.02	0.51	0.80	2.46	12.8%	19.8%	61.1%
100+	2.95	0.38	0.59	1.80	12.8%	19.8%	61.1%

2) レセプト情報を用いた推定

1. 推計方法

1) 入院となった期間及び疾病別割合

1ヶ月のうち入院に費やした日数の割合を（入院診療実日数）÷（人口×1ヵ月の日数）と定義した。

入院診療実日数は社会医療診療行為別調査：平成16年6月審査分を用いた。社会医療診療行為別調査は、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険及び国民健康保険における医療給付の受給者にかかる診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容及び薬剤の使用状況等に関する調査で、わが国の医療行為のほぼ全体を網羅したものである。集計は年齢階級別・傷病大分類別になされているが性別に関する情報がないため、平成17年患者調査より年齢階級・傷病大分類別入院患者の性別割合を求め、診療実日数に乗じることにより男女別推計を行なった。

人口は日本人人口6月1日推計と7月1日推計の平均を用い、定義した式に基づき1ヵ月のうち入院に費やした日数の割合を求めた。これと平成16年簡易生命表を用いてサリバンプ法により健康寿命（入院しない期間）の推定を行なった。

2) 入院・入所となった割合

1ヵ月のうち入所に費やした日数の割合を（施設サービス実日数）÷（人口×1ヵ月の日数）と定義した。入院については1)と同様である。

施設サービス実日数については介護給付実態調査報告：平成16年6月審査分を用いた。この調査は、各都道府県国民健康保険団体連合会が審査したすべての介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象としたもので、居宅、施設サービスごとに集計がなされている。施設サービス実日数には性別の集計がないため、性・年齢階級・要介護度別受給者数を実日数に乗じることにより男女別集計を行なった。以下の手順は1)と同様である。

2. 用いたデータ

1) 入院となった期間及び疾病別割合

- ・社会医療診療行為別調査：平成16年6月審査分（医科診療件数・診療実日数・回数・点数，入院—入院外、傷病分類、年齢階級、診療行為大分類別）
- ・患者調査：平成17年推計（入院患者数，性・年齢階級×傷病分類×病院—一般診療所別）

2) 入院・入所となった期間

- ・社会医療診療行為別調査：平成16年6月審査分（医科診療件数・診療実日数・回数・点数，入院—入院外、傷病分類、年齢階級、診療行為大分類別）
- ・患者調査：平成17年推計（入院患者数，性・年齢階級×傷病分類×病院—一般診療所別）
- ・介護給付実態調査：平成16年6月審査分（実日数，年齢階級・サービス種類・要介護状態区分別）、（受給者数，月・性・年齢階級・要介護状態区分別）

3) 人口及び生命表

- ・総務省統計局日本人人口：平成16年6月1日推計、7月1日推計
- ・平成16年簡易生命表（男女）

3. 推定結果

0歳における平均入院期間（余命に占める割合）は、男性0.76年（1.0%）、女性0.98年（1.1%）、平均入所期間は、男性0.44年（0.6%）、女性1.18年（1.4%）であった。入院に占めるⅡ新生物、Ⅳ内分泌、栄養及び代謝疾患、Ⅸ循環器系の疾患、ⅩⅢ筋骨格系及び結合組織の疾患、その他の割合は、それぞれ男性が0.10年（0.1%）、

0.03年(0.0%)、0.18年(0.2%)、0.03年(0.0%)、0.42年(0.5%)、女性が0.09年(0.1%)、0.04年(0.0%)、0.27年(0.3%)、0.06年(0.1%)、0.51年(0.6%)であった。

平均入院・入所期間の推定値(男性)

年齢	H16平均余命	入院		入所		計(入院+入所)		II 新生物		IV 内分泌、栄養及び代謝疾患		IX 循環器系の疾患		XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患		その他	
		平均入院期間	余命に占める割合	平均入所期間	余命に占める割合	平均期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合
0~4	78.64	0.76	1.0%	0.44	0.6%	1.20	1.5%	0.10	0.1%	0.03	0.0%	0.18	0.2%	0.03	0.0%	0.42	0.5%
5~9	73.96	0.74	1.0%	0.44	0.6%	1.19	1.6%	0.10	0.1%	0.03	0.0%	0.18	0.2%	0.03	0.0%	0.41	0.6%
10~14	69.00	0.74	1.1%	0.44	0.6%	1.18	1.7%	0.10	0.1%	0.03	0.0%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.41	0.6%
15~19	64.04	0.73	1.1%	0.44	0.7%	1.18	1.8%	0.10	0.2%	0.03	0.0%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.40	0.6%
20~24	59.15	0.73	1.2%	0.45	0.8%	1.18	2.0%	0.10	0.2%	0.03	0.0%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.40	0.7%
25~29	54.32	0.72	1.3%	0.45	0.8%	1.17	2.2%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.39	0.7%
30~34	49.49	0.72	1.5%	0.45	0.9%	1.17	2.4%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.4%	0.02	0.1%	0.39	0.8%
35~39	44.68	0.71	1.6%	0.45	1.0%	1.16	2.6%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.4%	0.02	0.1%	0.38	0.9%
40~44	39.93	0.70	1.7%	0.45	1.1%	1.15	2.9%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.4%	0.02	0.1%	0.37	0.9%
45~49	35.25	0.68	1.9%	0.45	1.3%	1.14	3.2%	0.10	0.3%	0.03	0.1%	0.18	0.5%	0.02	0.1%	0.35	1.0%
50~54	30.70	0.66	2.2%	0.46	1.5%	1.12	3.7%	0.10	0.3%	0.03	0.1%	0.18	0.6%	0.02	0.1%	0.34	1.1%
55~59	26.33	0.64	2.4%	0.47	1.8%	1.11	4.2%	0.10	0.4%	0.03	0.1%	0.18	0.7%	0.02	0.1%	0.32	1.2%
60~64	22.17	0.62	2.8%	0.48	2.2%	1.10	5.0%	0.09	0.4%	0.03	0.1%	0.18	0.8%	0.02	0.1%	0.30	1.4%
65~69	18.21	0.59	3.2%	0.51	2.8%	1.09	6.0%	0.09	0.5%	0.02	0.1%	0.17	0.9%	0.02	0.1%	0.28	1.5%
70~74	14.51	0.55	3.8%	0.53	3.6%	1.07	7.4%	0.08	0.5%	0.02	0.2%	0.17	1.2%	0.02	0.1%	0.26	1.8%
75~79	11.23	0.49	4.4%	0.56	5.0%	1.05	9.4%	0.07	0.6%	0.02	0.2%	0.16	1.4%	0.02	0.2%	0.23	2.1%
80~84	8.39	0.44	5.2%	0.59	7.0%	1.03	12.2%	0.05	0.6%	0.02	0.2%	0.14	1.7%	0.02	0.2%	0.21	2.5%
85以上	6.07	0.37	6.1%	0.61	10.1%	0.98	16.2%	0.04	0.6%	0.01	0.2%	0.12	2.0%	0.01	0.2%	0.18	3.0%

平均入院・入所期間の推定値(女性)

年齢	H16平均余命	入院		入所		計(入院+入所)		II 新生物		IV 内分泌、栄養及び代謝疾患		IX 循環器系の疾患		XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患		その他	
		平均入院期間	余命に占める割合	平均入所期間	余命に占める割合	平均期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合
0~4	85.59	0.98	1.1%	1.18	1.4%	2.15	2.5%	0.09	0.1%	0.04	0.0%	0.27	0.3%	0.06	0.1%	0.51	0.6%
5~9	80.88	0.97	1.2%	1.18	1.5%	2.15	2.7%	0.09	0.1%	0.04	0.1%	0.27	0.3%	0.06	0.1%	0.50	0.6%
10~14	75.92	0.96	1.3%	1.18	1.6%	2.14	2.8%	0.09	0.1%	0.04	0.1%	0.27	0.4%	0.06	0.1%	0.50	0.7%
15~19	70.94	0.96	1.4%	1.18	1.7%	2.14	3.0%	0.09	0.1%	0.04	0.1%	0.27	0.4%	0.06	0.1%	0.50	0.7%
20~24	66.01	0.96	1.4%	1.18	1.8%	2.14	3.2%	0.09	0.1%	0.04	0.1%	0.27	0.4%	0.06	0.1%	0.49	0.7%
25~29	61.09	0.95	1.6%	1.18	1.9%	2.13	3.5%	0.09	0.1%	0.04	0.1%	0.27	0.4%	0.06	0.1%	0.49	0.8%
30~34	56.18	0.93	1.7%	1.19	2.1%	2.12	3.8%	0.09	0.2%	0.04	0.1%	0.27	0.5%	0.06	0.1%	0.47	0.8%
35~39	51.29	0.92	1.8%	1.19	2.3%	2.11	4.1%	0.09	0.2%	0.04	0.1%	0.27	0.5%	0.06	0.1%	0.46	0.9%
40~44	46.44	0.91	2.0%	1.19	2.6%	2.10	4.5%	0.09	0.2%	0.04	0.1%	0.27	0.6%	0.06	0.1%	0.45	1.0%
45~49	41.63	0.90	2.2%	1.20	2.9%	2.09	5.0%	0.09	0.2%	0.04	0.1%	0.27	0.6%	0.06	0.1%	0.44	1.0%
50~54	36.90	0.88	2.4%	1.20	3.3%	2.08	5.6%	0.09	0.2%	0.04	0.1%	0.27	0.7%	0.06	0.2%	0.42	1.2%
55~59	32.27	0.87	2.7%	1.21	3.8%	2.08	6.4%	0.09	0.3%	0.04	0.1%	0.27	0.8%	0.06	0.2%	0.41	1.3%
60~64	27.74	0.85	3.1%	1.23	4.4%	2.08	7.5%	0.08	0.3%	0.04	0.1%	0.27	1.0%	0.06	0.2%	0.40	1.4%
65~69	23.28	0.83	3.6%	1.26	5.4%	2.08	9.0%	0.08	0.3%	0.04	0.2%	0.27	1.2%	0.06	0.3%	0.38	1.6%
70~74	18.98	0.80	4.2%	1.28	6.8%	2.08	11.0%	0.07	0.4%	0.04	0.2%	0.27	1.4%	0.06	0.3%	0.36	1.9%
75~79	14.93	0.75	5.0%	1.32	8.8%	2.06	13.8%	0.06	0.4%	0.04	0.2%	0.26	1.8%	0.05	0.3%	0.34	2.3%
80~84	11.23	0.69	6.1%	1.35	12.0%	2.03	18.1%	0.05	0.4%	0.03	0.3%	0.25	2.2%	0.05	0.4%	0.31	2.8%
85以上	8.10	0.60	7.4%	1.33	16.4%	1.93	23.8%	0.03	0.4%	0.02	0.3%	0.23	2.9%	0.04	0.5%	0.27	3.4%

C. 考察

健康寿命指標について

健康寿命はすべての国民にとって分かりやすい指標で、健康日本21計画のような国家的健康政策の究極ゴールとなるべきものである。健康寿命の延伸は①寿命の延伸と②健康度の向上(障害の軽減)からなるが、①については早世の予防、②についてはQOLの向上、介護予防の切り口から論じられることが多い。これらは国民の健康の向上に従事する保健医療従事者にとっては、日々の予防・診療活動の最終成果指標となるものであり、そのためには個々の介入、疾病予防、合併症予防と健康寿命が関連付けられている必要がある。その意味においては疾病負担指標DALYと密接な関係にあるDALEが健康寿命指標としてふさわしいと考えられる。

一方 DFLE は DALE に比べて算出しやすく、特に介護保険の要介護度データは市町村単位で入手できるため一部の自治体で用いられているようである。しかしこれは広範な健康ドメインのごく一部分をあらわしたもので、健康寿命と命名するには問題がある。守備範囲の広い健康日本 21 計画の究極指標たるためには包括指標であることが望ましく、健康の概念を網羅する複数の健康ドメインを設定し個々に DFLE を設定する必要がある。

健康寿命指標の試算

本研究では、健康寿命指標と疾病との関連づけを行うべく、既存の資料を用いた傷病別の平均入院・入所・通院期間の算出方法を提示した。資料が既存の資料に限られるためいくつかの制約があるが、健康寿命算出の 6 条件 (1.健康寿命算出目的の明確化、2.健康の定義づけとスケール化、3.データの時系列入手、4.算出方法の容易性と透明性、5.小地域 (都道府県、市区町村) における算出と比較、6.個々の疾病 (対策) との関連性) をある程度満たすものと考えられた。しかし公表データのみを用いた場合の算出には限界があり、これらの問題を解決する方法として、レセプト情報の利用が考えられる。これは性・年齢階級別に (対象地域における一定期間の入院・入所日数) ÷ (対象地域人口) を求めることにより算出されるもので、指標算出の省力化、医療費との連動等のメリットが考えられる。レセプト情報、健診情報の利用の推進により、市区町村等の小集団においても、入院・入所・通院期間、傷病ごと入院・入所・通院期間、メタボリック症候群関連のリスク保有期間等の算出が容易になるものと考えられる。

D. 結論

1. 健康寿命算出の条件として、1.健康寿命算出目的の明確化、2.健康の定義づけとスケール化、3.データの時系列入手、4.算出方法の容易性と透明性、5.小地域 (都道府県、市区町村) における算出と比較、6.個々の疾病 (対策) との関連性) が挙げられる。
2. わが国の指標として DALE が有用であると考えられるが、直近ではデータの入手が容易な DFLE が実際的である。
3. 官庁統計、レセプト情報を利用して健康寿命指標の算出が可能であるが、今後利用が進むレセプト情報、健診情報を用いることにより、任意の地域の健康寿命指標算出が容易に算出可能となる。
4. 施策と連動した疾病と健康指標との関連付けは、DALY 等の疾病負担指標の方がのぞましく、今後 NBD (National burden of diseases) の整備が急がれる。

H. 健康危機情報

なし

I. 研究発表

1. 論文発表

- Tomohiro Hirao. Disability-adjusted life expectancy: Is it useful? *Geriatrics and Gerontology International* 4:S129-S131, 2004
- 辻よしみ、星野礼子、鈴江毅、平尾智広. 香川県内の新規老年人口の将来予測について. *四国公衆衛生学会雑誌* 50:119-125, 2005
- 辻よしみ、星野礼子、平尾智広. 香川県の成人の健康寿命の試算. *地域環境保健福祉研究* 8:27-30, 2005
- 伊関友伸. ローカル・マニフェストを通じた地域の健康づくりの推進方策. *公衆衛生* 69:850-854, 2005
- 平尾智広. 健康寿命と性差. *性差医療・医学研究会第 2 回学術集会記録誌* 9-14, 2006
- 平尾智広. 疾病負担. *医療を経済する* (長谷川敏彦、松本邦愛編集) 155-164, 東京:医学書院; 2006

・平尾智広. WHO の新評価軸. 医療を経済する (長谷川敏彦、松本邦愛編集) 165-175, 東京:医学書院:2006

2. 学会発表

・平尾智広、教育講演「健康寿命と性差」,第2回性差医療・医学研究会. 2005年2月19日

灘尾ホール (東京)

・平尾智広、星野礼子、辻よしみ、鈴江 毅、池田奈由、長谷川敏彦. わが国の死亡の出生コホート効果についての分析.2005年3月 第74日本衛生学会. 新潟市

・平尾智広、星野礼子、辻よしみ、池田奈由、長谷川敏彦. 平均寿命算出に与える居住地人口と住民登録地人口の影響. 2005年9月 第64回日本公衆衛生学会. 札幌市.

・平尾智広、鈴江毅、万波俊文、實成文彦、辻よしみ. 脳血管疾患死亡率改善に関する都道府県別パフォーマンス推定の試み. 2006年10月 第65回日本公衆衛生学会. 富山市

・平尾智広. 健康日本21、過去、現在、未来. 2007年2月. 第52回四国公衆衛生学会. 高松市

J. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成16-18年度厚生労働科学研究費補助金
(循環器疾病等生活習慣病対策総合研究事業)
総合分担研究報告書

10. ローカル・マニフェストと健康日本21 (総括)

研究協力者

伊関 友伸 城西大学経営学部 助教授

研究要旨

現在、地方自治体の首長選挙でローカル・マニフェスト（政権公約）を掲げて選挙を行うという動きが出ている。マニフェストは、具体的に政策実現の時期と財源を示し、「いつまでに何をやるか」を有権者に約束する契約である。ローカル・マニフェストの意義については、「行政職員の意識と行動の変化」「議会の活性化と既得権の打破」「有権者の意識の変化」の3つが考えられる。ローカル・マニフェストでは、政策形成やその実行の質を高めるために「評価」がキーワードとなる。特に必要なものはローカル・マニフェストの評価を適切に行うための支援機能である。

報告者は、ローカル・マニフェストと健康日本21が連携することで、健康日本21の抱えている問題のかなりの部分が解決する可能性があると考え。ローカル・マニフェストと健康日本21の共通する部分は何か。報告者は、2つの共通点の最も大きなものは、具体的な指標を通じて地域における政策課題や住民の健康のあり方を考える点にある。

平成19年4月8日と22日に統一地方選挙が行われる。今回の統一地方選挙の各候補者のマニフェストを見ると、現在深刻化している医師不足についてマニフェストを掲げる候補が多い。その一方、健康づくり政策については位置づけが低い。言及していない候補も多い。平成20年度から「後期高齢者医療制度」が実施される。保険料が、各都道府県の医療政策や健康づくり政策によって大きく変わることは確実であるのであるが、このことについて、全面からマニフェストに取り上げた候補者はいない。

なぜ、健康づくり政策が、候補者のローカル・マニフェストに掲げられないのか。医療政策や健康づくりに関する専門家が、選挙を行う候補者に対して十分な情報を提供していないことが、ローカル・マニフェストにおける健康づくり政策の低調さにつながっていると考え。

キーワード

ローカル・マニフェストの意義 政策上の優先順位 民主主義と健康づくり 健康日本21の課題克服

1 ローカル・マニフェストとは何か？

『ローカル・マニフェストを通じ、国民にとってわかりやすく、参画しやすい選挙と政治の実現を目指す』。18の都道府県知事を含む185人の地方自治体の首長は高らかに宣言した。宣言が行われたのは、2005年2月4日に東京都内で行われた「ローカル・マニフェスト推進首長連盟」結成大会でのこと。最近、選挙の際に政党や首長立候補者が政権公約を行う「マニフェスト(政策綱領)」を掲げる動きが出てきている。マニフェストは、具体的に政策実現の時期と財源を示し、「いつまでに何をやるか」を有権者に約束する契約である。候補者同士が

それぞれ「マニフェスト」を掲げて政策を競い合うことにより、選挙の質とその後の政策運営の質を高めることを目指す。

わが国においてマニフェストは、2003年11月に行われた衆議院議員選挙において各政党がマニフェスト（パーティ・マニフェストと呼ぶ）を掲げて選挙を戦ったのが有名だ。しかし、実際の例にさかのぼれば、国政選挙に先立つ2003年4月の統一地方選挙において複数の首長候補者がマニフェスト（ローカル・マニフェストと呼ぶ）を掲げたのが最初となる。岩手県の増田寛也知事、神奈川県松沢成文知事、福井県の西川一誠知事、佐賀県の古川康知事などがローカル・マニフェストを掲げて選挙に臨み、当選した。同年8月には埼玉県の上田清司知事が複数の候補者もローカル・マニフェストを掲げる中で、独自のマニフェストを掲げて当選している。

その後の全国の地方自治体の首長選挙において、ローカル・マニフェストを掲げ、選挙に臨む候補者は急速に増えており、大きな流れになりつつある。

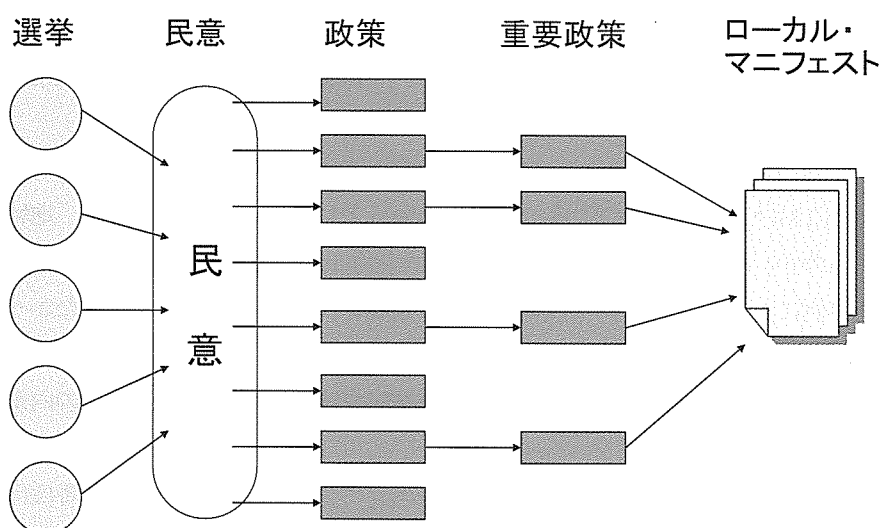
2 ローカル・マニフェストの意義

これまでの選挙における選挙公約は「福祉を充実します」「地域の活性化を図ります」など抽象的な言葉で語られていた。具体的な政策目標よりは、候補者の人柄や中央から補助金を持ってこようとするためのパイプの太さなどが強調された。マニフェストは「公共事業を3割削減する」「保育園の待機児童数をなくす」「新規開業をする事業者の数を年間50件増やす」など具体的な達成目標を示すことが特徴となっている。目標については、達成期限や財源も明示する。

有権者は、候補者のマニフェストを参考に投票を行うこととなる。マニフェストを掲げて当選した首長（候補者）は、有権者との「契約」としてマニフェストに沿った政策を進めることが必要となる。マニフェストに掲げられた政策が達成されない場合は、首長と有権者の契約が守られなかったとして責任を問われる。マニフェストを掲げた首長は、マニフェストの項目について、なぜ達成できなかったかについて説明をすることが求められる。

マニフェストに掲げられた政策は限られた資源の中で達成を義務づけられることから、これまでのような「あれもこれも」というものではなく「あれかこれか」に絞られたものとなる（図1）。

図1 ローカル・マニフェスト作成の仕組み



UFJ総合研究所「ローカル・マニフェストによる地方のガバナンス改革」ぎょうせいP184を参考に作成

(1) 意義1－行政職員の意識と行動の変化

ローカル・マニフェストの意義は、3つあると考えられる。

第1に「行政職員の意識と行動の変化」だ。

首長は、地方自治体で働く職員に対して、マニフェストに掲げた具体的な目標達成を求める。当然、達成目標の相当数は、住民にアピールするために、行政機関にとって達成の困難な挑戦的な目標となる。職員は、これまでのような惰性で仕事をしていては目標の達成はできない。しかも首長の任期という期限が切られている。期間内に目標を達成するために、職員は本気になって知恵を絞り、仕事をするのが求められる。

民間企業において画期的な商品は、達成可能な目標の設定の中ではなく、達成が不可能と思われる目標から生まれてくることが多い。例えば民間のメーカーで5%のコスト削減を求めると関係部所の調整に手間取り、結局達成できない。しかし、20%のコスト削減を求められると、全ての関係者が本気になり、製品やその製造過程を根本から見直し、これまででは考えられなかったような製品を生み出すことも多い。イノベーションは、ぎりぎりの制約から人間が知恵を絞って生まれる面がある。

これと同じようなことがローカル・マニフェストについても言える。各自治体において課題とされ、先送りされている問題ほど、住民にとっての緊急の問題として、ローカル・マニフェストの政策綱領に盛り込まれる可能性が高い。また、有権者である住民の視点でローカル・マニフェストを書くことから、職員が日常の仕事では考えもしないような目標が設定される可能性も高い。

このように設定されたローカル・マニフェストの目標達成のためには、これまでのような仕事の仕方では達成は難しい。中央省庁や都道府県庁の言われたとおりのやり方とかこれまでの前例のやり方に従っているだけでは問題が達成できない。今までと違った発想と方法で仕事をする必要がある。当然、地域の使えるリソースは、フルに使うことが重要だ。行政組織だけでなく、民間の力を積極的に借りることも必要となる

自治体職員の多く（特に管理職）は、今までのような「お上意識」が抜けておらず、「定年まで問題なく仕事ができればいい」と考えがちだ。達成目標が明示されていれば、そうは言っていられない。必死になって懸案となっている仕事に取り組むこととなる。このようにローカル・マニフェストは、職員の意識と行動に変化を促す強い契機となる。

(2) 意義2－議会の活性化と既得権の打破

2つめは「議会の活性化と既得権の打破」である。議会は首長と並び、住民の代表機関として重要な役割を担っている。地方議会の形骸化が問題とされる中で、ローカル・マニフェストは議会における議論の活性化を図ることが期待できる。

報告者は元埼玉県庁職員であり、基礎自治体である町村の企画財政課長への出向経験を持つ。公務員時代の議会対応の仕事で感じたことは、議会における政策議論の限界である。議論が「首長の政治理念は何か」「地域の活性化策についてどのように考えているのか」というような大所高所に立った抽象的な問題か、「地元の道路はいつ拡幅されるのか」というような個別事例に片寄り、具体的な政策について議論を深めるということは少なかった。

当然、大所高所の議論や地元が困っている問題について議論することも重要である。しかし、それだけでは自治体の政策の質は向上しない。ローカル・マニフェストの指標を通じた議論をすることにより、議論の内容が掘り下げられ、焦点が明確化する。

例えば「保育園の待機児童数をゼロにする」という政策目標について考えてみよう。そもそも待機者は何人いるのか。待機者の生まれる構造はなぜ生まれるのか。政策目標の達成のために、保育園をいくつ増やすのか。保育士を何人雇用するのか。民間委託は考えないのか。トータルコストはどの程度かかるのか。目標達成のためのスケジュールはどうなっているのか。毎年の政策の達成状況はどのように評価するのか。目標が達成に当たって

の工夫は何か。目標が達成できない理由は何か。など、1つの政策目標を通じて様々な視点から議論を深めることが可能となる。

さらに、ローカル・マニフェストは、特定の者への既得権問題についての議論が密室ではなく、公開の場にさらされるという効果がある。選挙で選ばれる首長・議員は、支援者の応援を得て選出される。どうしても支援者は、自治体全体の利益というよりは自分たちの利益を求めがちになる。

特に、強い既得権を持つグループは、その既得権を守るために、様々な政治圧力を首長や行政職員などにかけることを志向する。それら特定のグループの支援を受けて議員は、既得権の利益代弁者になる。首長や行政職員も、既得権者を代表する首長自身や議員に気兼ねをして、特定の者への既得権を切り込むことに躊躇することが多い。

ローカル・マニフェストは、例えば「公共事業について3割削減する」「職員の数を20%減らす」など、既得権そのものに切り込んでいくことを可能とする。選挙を通じてなされた首長と住民の契約であるがゆえに、首長自身が既得権を切り込んでいくことに対する正当性を持つことができる。

ローカル・マニフェストに掲げられた既得権の削減の可否は、これまでのような密室ではなく、議会など公開の場で議論される行為となる。政策目標について反対することは、選挙によって示された民意を否定することになる。ローカル・マニフェストを通じ特定の政策目標を掲げて選挙を行われたということの意味はとても重い。ローカル・マニフェストの出現で、一部の人の既得権を打破し、議会とそこで議論される議論の質が格段に向上する可能性は高い。

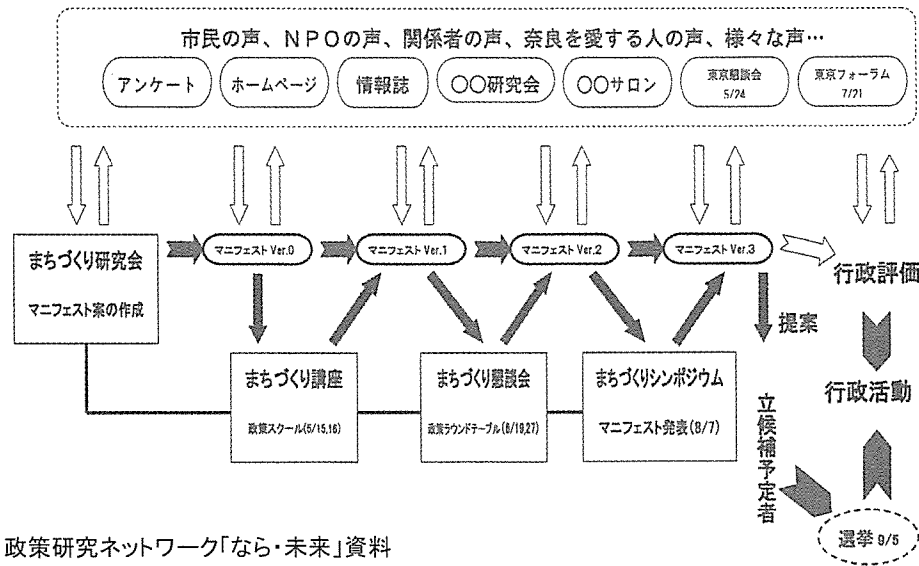
(3) 意義3—住民意識の変化

3つめは「有権者の意識の変化」だ。ローカル・マニフェストを通じて有権者の政策への関心が高まることを期待できる。「選挙しかない議員・選挙もしない国民」という言葉がある。住民が行政のお役所仕事を批判するのは簡単だ。しかし、行政機関を監視すべき首長や議員を選挙するのは住民である。例えば、2003年4月27日に行われた統一地方選挙における市区町村長選挙（全国673の自治体で実施）の平均投票率は56.15%にしか過ぎない。東京23区の区長選（14区）の平均投票率に至っては43.55%で、6割近くの人が投票を行っていない。このような状況で、住民が行政の批判をすることはできない。一方、住民から見れば、選挙の投票の判断を行うための情報が少ないという面もある。争点が明確でなく、自分の投票の結果が自分の生活にどのように関わっていくのかが分からなければ、積極的に投票をする気にならない。ローカル・マニフェストにより具体的な政策目標を明示し、投票の結果が自分の生活にどのように反映するかが分かりやすくなることによって有権者の投票への関心が高まる。

さらにローカル・マニフェストの利点として、マニフェストを通じて地域の様々な主体が政策の形成に参加することが可能となることがある。例えば、社団法人日本青年会議所では、「JC版ローカルマニフェスト型公開討論会推進」を進めることとしている。同会議所では、全国728の各地青年会議所との協働により、公開討論会を全国で同時多発的に開催。主権者である住民に地域政策を分かりやすく示し、政策本位による候補者選択の実現を図るとしている。

さらに、ローカル・マニフェストでは、逆に、住民がマニフェストの案を候補者に提示することも考えられる。例えば、奈良市では市民が市役所とは別に独自に勉強をしながら「奈良マニフェスト」を作成し、候補者に提示を行った（図2）。住民も万能ではない。情報が不足していたり、思いこみで物事を考えていることも多い。ローカル・マニフェストづくりを通じて、住民は多くの気づきを得る。自らが住む地域の課題を自らのものとして考え、責任ある政策の提案と行動を行うことができることとなる。

図2 奈良manifest運動の流れ



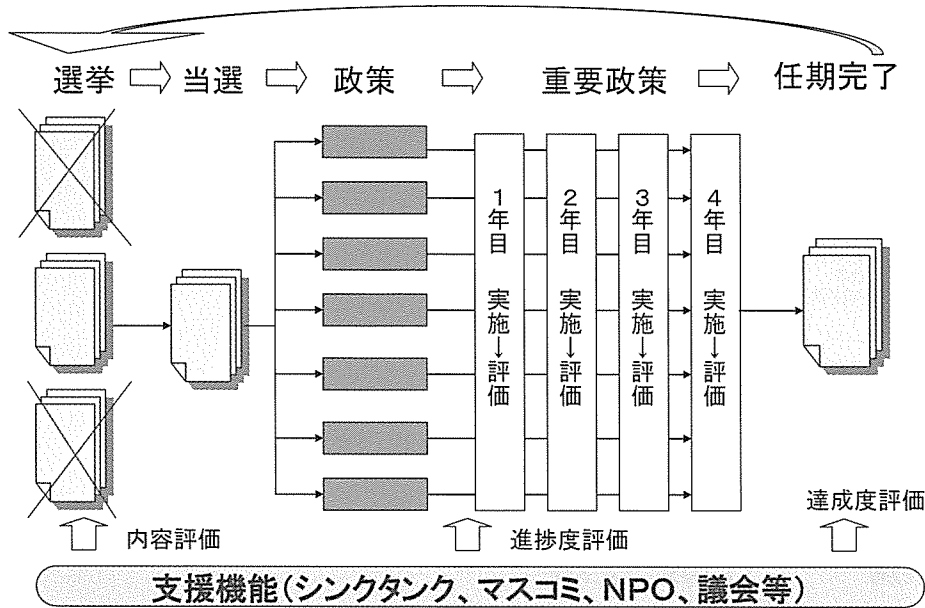
政策研究ネットワーク「なら・未来」資料

今後は、住民やNPOが自分たちの関心事についてmanifestを作り、候補者に提示するということも多くなるものと思われる。ローカル・manifestは、地域住民の民主主義のレベルを格段に向上させる可能性がある。

3 「評価」がキーワード

ローカル・manifestでは、政策形成やその実行の質を高めるために「評価」がキーワードとなる。図3は、ローカル・manifestと「評価」の関係を図示したものである。選挙の時点で候補者が掲げたmanifestについて、有権者が議論という評価を行う。その上で選挙という評価によって、地域において採択すべき首長のmanifestが確定する。manifestに基づき首長と行政機関は、具体的な政策を行う。行った政策はmanifestの達成状況について評価を行い、次年度の政策に反映していく。4年の首長の任期終了後は、任期中にどれだけのことを達成できたかについての評価を行う。評価の結果は次の選挙の有権者の判断に反映される。

図3ローカル・マニフェストの評価システム



UFJ総合研究所「ローカル・マニフェストによる地方のガバナンス改革」ぎょうせいP186を参考に作成

この際、必要なものはローカル・マニフェストの評価を適切に行うための支援機能である。首長と行政機関が、自らのローカル・マニフェストの達成状況を自己点検して政策に活かすことは重要である。しかし、それだけでは、どうしても評価が甘くなるし、政策実施の当事者として気付かない点も多くなる。外部からの評価とともに、政策の質を高めていくための仕組み（支援体制）が必要となる。

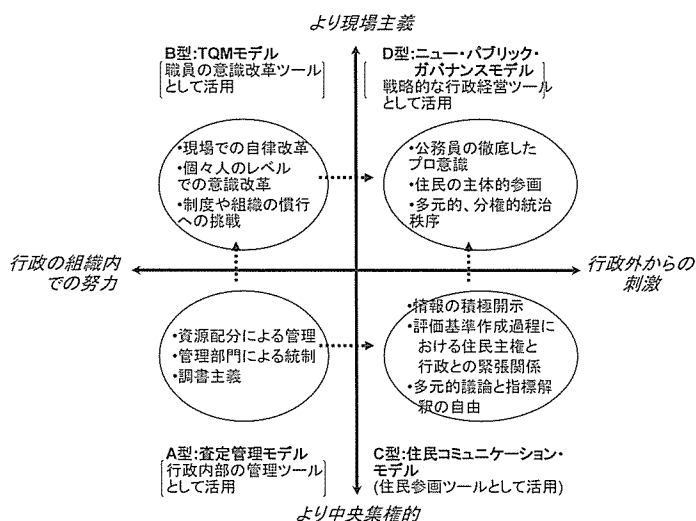
外部からの評価の試みの例として、2004年9月に東京都内で行われた第1回ローカル・マニフェスト大会がある。大会では岩手県・埼玉県・神奈川県・福井県・佐賀県の5つの県の知事が出席。それぞれの知事が知事選挙の時に掲げたマニフェストの達成状況について第三者が検証を行った。評価者は「形式要件（30点）」「実行過程（30点）」「進捗・成果（20点）」「評価者判断（20点）」の100点満点で得点評価を行い、88点から79点までの評価を受けた。評価の結果を見ると5つの県知事のマニフェストごとに評価者が違うため、評価の基準にはばらつきがあり、結果が客観的であるかどうかについては疑問が残る。しかし、様々な形でマニフェストが議論されることにより、首長はマニフェストの達成に真剣に取り組むことを求められる。また、評価を通じて政策目標達成に当たっての課題が明らかになり、次の事業への展開への参考となる。

4 自治体行政評価の進化モデル

かつて、報告者と慶應大学上山信一教授は、著書「自治体再生戦略—行政評価と経営改革（日本評論社）」において自治体行政評価の進化モデルを提示した（図4）。進化モデルは、自治体行政評価のモデルを2つの軸（行政内部の努力か外部の圧力なのか、管理部門の統制か現場による自主的なものか）に分けたものだ。

図4 自治体行政評価の進化モデル

上山信一・伊関友伸「自治体再生戦略」(日本評論社) P51より



モデルは、行政評価の類型をA型（査定管理モデル—行政内部の管理ツールとして活用）、B型（TQMモデル—職員の意識改革ツールとして活用）、C型（住民コミュニケーション・モデル—住民参画ツールとして活用）、D型（ニュー・パブリック・ガバナンスモデル—戦略的な行政経営ツールとして活用）に分ける。A型からB・C型に。最終的にはB型とC型の融合進化形であるD型を目指すというのが「自治体行政評価の進化モデル」である。

現在、全国の地方自治体で行われている行政評価は、A型の管理部門主導の内部だけで行う評価がほとんどである。多くの自治体が、企画や行革セクションが様式を作る「事務事業評価調書」という調書を各担当に配って書かせる。職員はとりあえず調書を書くが、やらされ感が強い。調書に本音を書くと予算や組織を減らされる可能性が高いので、組織防衛のため、当たり障りのない記述に終始する。わが国で行われているA型の評価の多くが形骸化しており、ただ調書だけを書いただけで成果が疑問視されるものがほとんどである。

この状態を変えていくには2つの方向がある。

1つは、現場の職員に裁量を与え、自らが仕事の改善目標を立てて仕事を行うというモデルである。これがB型モデルである。中央集権的なわが国の行政組織文化の中で、現場の職員が自律的に仕事の改善目標を立てて仕事を行うということはとても難しい作業だ。現在、全国の自治体において、現場レベルで改善運動を行い、それを大会で発表しようという動きが活発になりつつある。福岡市役所の「DNA どんたく」、尼崎市役所の「YAA りぞカップ」、名古屋市役所の「なごやカップ」、横浜市役所の「ハマリバ収穫祭」などが代表的なものである。職員は仕事について、仕事の内容や問題を深く分析し、改善方策を考え、目標を設定して具体的に改善を行う。わが国では予算の単位である事業を評価することが行政評価という意識が強いが、このような改善も「PLAN—DO—SEE」のマネジメント・サイクルを回すB型の行政評価のタイプの1つである。

もう1つは、住民など外部の者が評価を行うことにより、外圧をもって行政組織の変化を促そうというものである。行政は行政組織内部だけではなかなか変わらない。外部から評価を受けることにより、行政組織内部が変革を迫られる。行政組織外の住民などの外部評価者も評価を通じて気付きを得る。このC型は今までローカル・マニフェストについて述べてきた特徴と重なる。ローカル・マニフェストは、自治体行政評価の進化モデルの中

でA型からC型やD型に向かうための評価モデルであると考えられる。

5 地方自治体における健康日本21の課題

これまで、ローカル・マニフェストの議論を行ってきた。

多くの方が気づかれたと思われるが、ローカル・マニフェストと健康日本21考え方に共通する点も多い。結論から述べると、報告者はローカル・マニフェストと健康日本21が連携することで、健康日本21の抱えている問題のかなりの部分が解決する可能性があると考ええる。

健康日本21は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現を目指すため、健康に関するベンチマーク指標を作成、国民の健康づくりを行い、ひいては医療費の削減も目指そうという計画である。壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的に、9つの領域で、70の目標と100の数値指標を設定する。個々の指標も、これまでの健康計画のような施設の整備や人材の育成というような量的な整備ではなく、個人がどのような状態になればよいかを具体的に示している。国の示す数値指標を参考に、都道府県や市区町村において計画づくりが進められている。

だが、実際の地方自治体の現場にいた者としての感想であるが、健康日本21が各地方自治体に浸透しているかといえば、道は半ばと言わざるを得ない。現在、計画は、全ての都道府県で作成されている。しかし、市区町村では2004年7月現在で策定済みの自治体は3123自治体のうちの約4割の1222自治体となっている。市町村合併などを抱えて計画づくりをためらう自治体も多いのは理解できる。しかし、2007年度以降の策定を含めて策定期間が未定の自治体が1274自治体あるのは、市町村レベルへの浸透は今ひとつであることの証の一つとなる。

さらに、当然であるが、計画策定をすれば良いというわけではない。計画を策定しただけで終わってしまい、計画の実践も含め、住民の健康づくりの機運が盛り上がったという自治体は、それほど多くはないのではないか。

健康日本21が地方自治体の中で浸透していない理由としては3つ考えられる。

第1に「住民代表である首長・議会の健康づくり政策への関心が今一つ」ということがある。これまでの地方自治体の政策の関心は、地域の社会資本が不足していたこともあって、目に見えやすい道路や文化施設の建設などのハード中心に展開されてきた。そして、ハード事業の整備の財源として、中央政府が補助金や起債（借金）の返済を地方交付税で補てんするという制度を整え、整備を後押ししてきた。健康づくり政策も保健センターや運動施設の整備という箱モノの整備という形で進められ、地域の住民の健康をどのようにするかというソフト政策は、後回しになりがちであったのが現実であった。

第2に「地方自治体組織の中における健康づくり担当の力が弱い」ことがある。市区町村の国民健康保険会計が慢性的に赤字で破綻寸前であるなど、地方自治体組織の中でも健康づくりの重要性の認識はされている。しかし、重要性の認識に比べて、自治体組織内の健康づくり政策の位置づけは今一つという状況であるように思われる。

この原因の1つとして、自治体組織の中での専門職の地位の低さがある。健康づくり政策の主体となる保健師や栄養士は専門職であり、集権的で一般事務職の地位が強い行政組織の中では傍流に過ぎない。この傾向は自治体の規模が大きければ大きいほど強くなる。このため、現場レベルで考えた健康づくり政策がなかなか行政組織内で資源分配の権限を持つ企画や財政などの管理部門に伝わらない。これは、事務職が健康づくりの現場に対しての理解が少ないこと。専門職である保健師や栄養士が、事務職員にアピールするような政策プレゼンテーションの能力が弱いことなどが原因と考えられる。管理部門に現場の考えが伝わらなければ、首長を始めとする地方自治体の幹部職員に伝わることもない。行政組織内の職員の力関係において政策として注目されず、集中した資源配分がされていないのが地方自治体における健康づくり政策の現状ではないか。

第3は「健康づくり政策の対象は基本的に住民全体であり、数が多すぎて具体的な政策が伝わりにくいこと」がある。基本的に健康づくりの問題は住民全体の問題であり、一部の住民だけが関心を持って問題も解決できない。しかも、全ての住民が健康の問題を自らの問題と認識して行動しない限り、問題は解決しない。

健康日本21の地域計画で行われているように、住民自ら健康づくり計画に関わり、自らの健康について考えるということは方法論では正しい。しかし、計画づくりに参加できる住民の数は限られており、住民全体が健康づくりを考える機会が絶対的に不足している。

6 ローカル・マニフェストが健康日本21の課題を克服する可能性

報告者は、このような健康日本21の課題のかなりの部分についてローカル・マニフェストと連携することにより解決できる可能性があると考え。解決のカギは2つの共通点と相違点に着眼することにある。それでは、ローカル・マニフェストと健康日本21の共通する部分は何か。報告者は、2つの共通点の最も大きなものは、具体的な指標を通じて地域における政策課題や住民の健康のあり方を考える点にある。

抽象論ではなく具体的な指標を通じて、地域における政策や住民の健康のあり方を考える。行政職員だけでなく、議員や住民など多面的な主体の議論を行う。ローカル・マニフェストと健康日本21は、先に述べた「自治体行政評価の進化モデル」のC型からD型に分類されるモデルであると考えられる。

当然、違いもある。先に述べたように、ローカル・マニフェストは首長の選挙という制度と組み合わされたシステムであり、政権公約は首長と住民との間の契約となる。そのため、単なる行政計画である健康日本21に比べて、首長、議会、住民、行政職員に非常に強い拘束力を持つ。逆に言えば健康日本21は行政計画の限界から関係者に対しての拘束力が弱いという弱点がある。先に述べた健康日本21の浸透度が低いということは、この拘束力の弱さに基づく。

この首長と住民の契約であるローカル・マニフェストの強い拘束力を健康日本21と結びつけることはできないか。すなわち健康日本21の健康づくり指標をローカル・マニフェストの政権公約の指標に位置づけさせるのである。健康づくり指標がローカル・マニフェストに位置づけられることによって、首長、住民、議会、行政組織など全ての関係者への強い拘束力が生まれる。自治体政策の中での優先順位が高まり、人材や予算などの資源が集中して投入されることが可能となる。住民も、投票の機会や拡大された健康づくり政策を通じて、健康づくりについて考える機会が増えることが期待できる。政策の中心がハードからソフトに移り、その中でも健康づくりは住民の大きな関心事でもある。健康づくり政策が地方自治体の最重要課題になっても全くおかしくない。国民健康保険会計の健全化の視点からも健康づくり指標をローカル・マニフェストに位置づけることは重要なことである。

7 行政学的検討—健康づくり政策は、地方自治体政策の中心になれるか

(1) 政策とは

行政学の研究者として、自治体政策の中の健康づくり政策について検討していると、本質的な疑問に突き当たる。その疑問は「そもそも、健康づくり政策は、地方自治体政策の中心にすることができるか」である。地域保健の関係者にとって、健康づくり政策は、当然、地域にとって最も大事な政策である。しかし、残念ながら、先に述べたように、地方自治体関係者にとって最も関心のある政策とも言えないのが現状である。

行政学の観点から、政策決定のあり方について考え、自治体関係者や住民が健康づくり政策に関心を持たせるには、どのようにすべきなのか。そもそも、「政策」とは何か。「政策」という言葉を良く口にする行政関係者も答えに窮する質問である。行政の活動は、目的なく活動を行うのではない。何らかの目的があって活動を行う。行政の活動は、社会に発生する諸問題を解決するために行われる。福祉行政を例にとると、人々の活動を自由に

行わせるだけでは、競争に負け、生存できない人たちが存在するという問題が発生する。このため、お金のある人豊かな人からお金を集め、ハンディを負った人に分配する。生活環境を整える。

「政策」は社会に発生する問題の解決のために、行政が資源（人・モノ・カネ）を分配する過程を意味するものといえる。健康づくりの「政策」も、人々が野放図に生活していると健康を害する危険性がある。そのため行政が資源を使い、健康診断や専門家の指導、意識啓発などを行い、国民の健康な状態を維持するものであると考える。

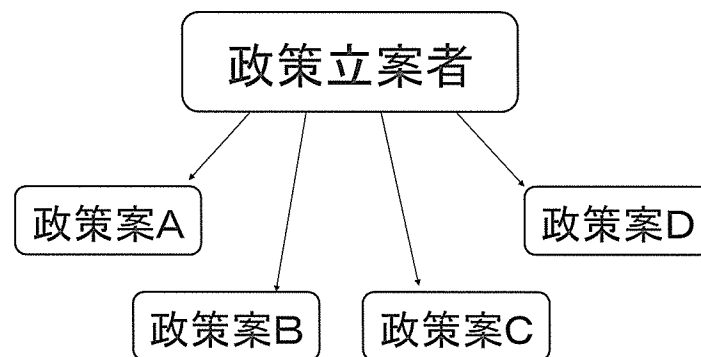
今日的に健康づくり政策が重要であれば、国民や政策担当者は、健康づくり政策を最重点項目の一つに上げるはずであるが、実際はそうではない。これは、政策の決められ方に問題がある。

(2) 合理的選択理論

政策立案をする際の理念型の一つとなるのが、「合理的選択理論」である。合理的選択理論は、政策決定における合理性、政策目標の効率的な達成を追求する政策モデルである。合理的選択論においては、次のような方法で政策案が検討される（図5）。

- ア 政策案について、比較が可能なように金銭や時間など同じ価値にする
- イ 採用しうる政策代替案をすべて上げる
- ウ 政策代替案を取ったときの全ての結果を調べる
- エ 政策代替案の中で、統一された価値が最大になる政策を選ぶ

図5 合理的選択論



政策案A～Dまでで最も合理的なものを選択する

合理的選択論は、政策決定の理念型であり、政策決定者が完全な事実の認識と価値判断の能力を持っていることを前提としている。しかし、実際の政策決定を考えた場合、限界があるように思われる。

まず、社会全体において合意が成立する社会価値は存在しない。人の価値観は多様であり、対立していることも多い。価値の重みづけや比較は困難である。また、全ての政策案やその結果についての情報を集めることは難しい。

健康づくり政策について考えてみるならば、地域保健関係者が重要と考え、実際に価値がある判断されても、それが純理論的に最重要政策として採用されることは難しいということである。実際の行政では、健康より道路、地域振興と考える関係者は多数存在し、社会全体の価値としていくことは非常に困難な作業となる。

(3) インクリメンタリズム (incrementalism:増分主義)

リンドブロムは、伝統的な合理性モデルの非現実性を指摘し、インクリメンタリズムの考えを示した。インクリメンタリズムは、公共政策を基本的に過去の政策の延長であると考え、修正は付加的、増分的なものにとどまるという考え方である。政策立案者が、政策案を考えるのは、理想の目標に近づくというよりは、差し迫った問題をなくすためである。

政策案は、所属する組織と関係者の利益の観点からこれを行う。政策案は、既存業務に微修正を加えたものが提案される。現在ある課題を一度に解決しようとせず、何回も政策の修正を行って、少しずつ解決を目指すというモデルである。

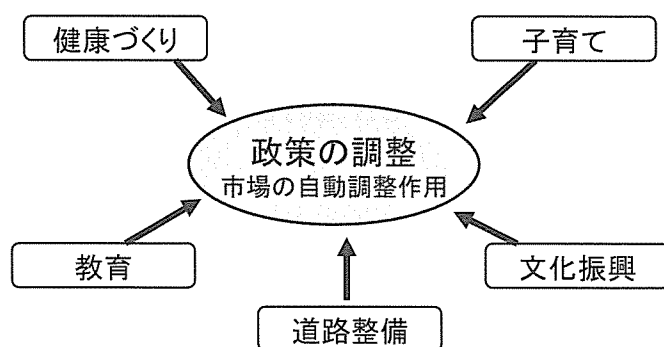
政策決定についての時間や情報が限られる中で、不確実性を伴う行動を行うリスクを最小限に抑え、政治的関係者の合意を得ようという、現実的な理論であるといえる。リンドブロムは実際の行政の予算編成過程を分析して、インクリメンタリズムの考えに至ったという。

元公務員として、実感を伴うモデルであると考え。地方自治体においても、これまでの公共事業優先の政策が継続しており、その中で、子育て支援や防犯など、マスコミで話題となったものをインクリメンタリズム的に部分的に取り上げていると解しても間違いがないと考える。実際のところ、そこに健康づくりの視点が入ることは難しい状況にある。インクリメンタリズムは、現場での現象を理論化したものであるが、目標とすべきモデルとはいえない。インクリメンタリズムを克服する必要がある。

(4) 多元的相互調節の理論 (リンドブロム)

リンドブロムは、インクリメンタリズムを克服する理論として「多元的相互調節の理論」を提示している。多元的相互調節の理論は、個々の政策立案者がインクリメンタリズムに立つことを前提とする。政策立案者がそれぞれ、利己主義と現実主義に基づいて行動することで、政策が自動的に調整され、マーケットの調節作用と同じような合理的な結果となるという考えである。この考えは、政治的に多元化し、様々な意見や行動が出されることを重要視する (図6)。

図6 多元的相互調節理論



それぞれの立案者が行動することにより、最も合理的な政策が選択される

インクリメンタリズムモデルにより政策が決定されている自治体行政の現場において、健康づくり政策の関係者が、自らの政策の価値を主張し行動に移さなければ、政策の市場において生き残っていくのは難しいことをこの理論は教えてくれる。さらに言えば、政策の市場で勝ち残っていくには、従来のような、中央省庁→都道府県→市区町村という形での政策展開では限界があるのではないかと。様々な主体が様々な形で、自らが信じる政策の価値を訴える必要がある。ローカル・マニフェストは、その重要な手段の一つであると考えられる。

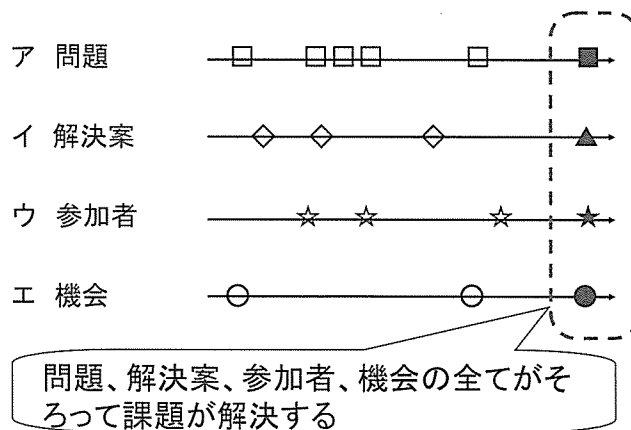
(5) ゴミ箱モデル

ゴミ箱モデルは、組織の意思決定のモデルとして、コーエン、マーチ、オルセンなどによって提示されたモデルである。組織の行動選択は、合理的モデルのように論理的に決定されるのではない。様々な問題とその解決策が乱雑に混ざった中で選択される。それは、あたかもゴミ箱の中で選択されるようなものだとする理論である(図7)。

組織の意思決定構造には4つの別々に動く流れがある。「問題」、「解決案」、「参加者」、「選択の機会」である。この4つの流れがたまたま一致した時に「政策の窓」が開き、意思決定がなされるとする。政策決定のモデルとして、説得力のあるモデルである。

政策は、良い政策でもタイミングが良くなければ意思決定されない。健康づくり政策も、時期にかなった、解決案、参加者、選択の機会を得ることが重要である。ローカル・マニフェストが、政策の窓を開く契機となるか筆者にも分からない。しかし、政策の窓を開くために、様々な参加者が様々な試みを行うことが重要である。

図7 ゴミ箱モデル



8 第16回統一地方選挙におけるローカル・マニフェストと保健・医療政策

(1) 第16回統一地方選挙

平成19年4月8日と22日に統一地方選挙が行われる。日本国憲法において、新たに第8章に「地方自治」という項目が設けられ、昭和22年4月に都道府県知事・議会議員、市町村長・議会議員の選挙が一斉に実施されてから16回目の選挙となる。

4月8日には都道府県知事や政令指定都市の市長とそれぞれの議会議員の選挙、22日に政令市以外の市区町村(東京都の特別区含む)の長・議会議員選挙が行われる。統一地方選挙に向けて、各候補者がローカル・マニフェストを掲げて選挙を行う動きが、一層盛んになってきている。

平成19年2月21日、公職選挙法が改正され、第16回統一地方選挙から、首長選挙において、告示後のローカル・マニフェストとしてのビラの配布が可能となった。ビラは、A4裏表（二つ折り可）までのサイズで2種類以内、枚数に上限（知事選：10～30万枚、政令市長選：7万枚、一般市区長選：16,000枚、町村長選：5,000枚）があり、告示前は配布できない、配布場所は、選挙事務所、個人演説会会場、街頭演説の場所、新聞折り込みなどに限られる（街頭配布、郵送、ポスティング等は禁止）など制約があるものの、ローカル・マニフェストは、わが国の選挙制度の中で、着実に地位を占めてきている。

（2）都道府県知事選挙における保健・医療政策

今回の統一地方選挙においてもインターネット上で、有力候補者が自らのマニフェストについて公開を行っている。都道府県知事選挙において保健・医療分野でどのような政権公約が出されているか、チェックしてみると、神奈川県知事選挙における、松沢成文候補（現職）が、「公共的施設における禁煙条例（仮称）全国初」を掲げるほか、北海道知事選挙における荒井聡候補が、「夕張市を対象に、予防医療のモデル事業を推進」「道民の健康づくりを支える生活習慣病の克服」、福岡知事選挙における麻生渡候補（現職）が「新しい健康づくり運動の展開や、自殺、がんに対する総合的な対策を推進します。特に、福岡県に多い肝がん対策のため、肝炎ウィルスの無料検査を実施します」、佐賀県知事選挙における古川康候補（現職）が、「健康診断への参加率を高め、病気の発生を予防します。県民1人あたりの医療費負担の都道府県順位を今より向上させます」を掲げているが、健康づくり政策の重要性に対して、その扱いは低いと言わざるを得ない。

3 健康づくり政策を政策の中心にしていくために

平成18年6月14日、第164回通常国会で医療制度関連法案として「健康保険法等の一部を改正する法律」が可決された。法律は、国民皆保険制度を堅持し、将来にわたり持続可能なものとしていくため、超高齢社会を展望した新たな医療制度体系として、平成20年度から「後期高齢者医療制度」を実施することが定めている。

「後期高齢者医療制度」は、75歳以上の「後期高齢者」全員が加入する公的医療保険制度であり、運営は全市町村が加入する都道府県単位の広域連合が担当する。保険料徴収は市町村が行い、本人保険料1割、税金約5割、74歳以下が加入する各健康保険からの支援金約4割の比率で負担が行われる。保険料は広域連合ごとに決定されることになる。厚生労働省の試算では、制度発足時には、平均で月額6,200円程度になるという。保険料が、各都道府県の医療政策や健康づくり政策によって大きく変わることは確実であるのであるが、このことについて、全面からマニフェストに取り上げた候補者はいない。

なぜ、このような重要なことが、候補者のローカル・マニフェストに掲げられないのか。医療費と健康づくり政策との関係について、分かりやすく整理した情報が少ないことが大きいと考える。医療政策や健康づくりに関する専門家が、選挙を行う候補者に対して十分な情報を提供していないことが、ローカル・マニフェストにおける健康づくり政策の低調さにつながっていると考える。

たしかに、これまでは厚生労働省が、各都道府県、各市区町村に通達を発することで、全国で同じような政策を展開することが可能であった。しかし、例えば高齢者医療について北海道と東京都と沖縄県では、医療に対する住民の意識も大きく異なり、全国一律の政策を展開することは難しくなっている。「後期高齢者医療制度」における広域連合の設置は、全国一律の取組から都道府県ごとの取組に展開していく動きの典型例であると考えられる。

各地域で、人任せではなく、自分たちのこととして医療費や健康づくり政策を考えていかなければ、地域の高齢者医療費は破綻することが確実である。地域の住民が自らのこととして健康を考える契機としてローカル・マニフェストの持つ意義はさらに高まるものと考えられる。