

200701005A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

住民参加による保健医療福祉政策評価方法の開発と実証分析

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 関田 康慶

平成20（2008）年 3月

目次

I. 総括研究報告	
住民参加による保健医療福祉政策評価方法の開発と実証分析 1
関田康慶	
II. 分担研究報告	
1. 政策評価のモデル実証分析17
佐々木伯朗、関田康慶	
2. 住民参加による政策評価の実証分析20
加藤由美、関田康慶	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表24
IV. 研究成果の刊行物・別刷25

研究者一覧

主任研究者

関田康慶（東北大学大学院経済学研究科教授）

分担研究者

佐々木伯朗（東北大学大学院経済学研究科准教授）

加藤由美（東北文化学園大学医療福祉学部教授）

研究協力者

阿部真菜美 東北大学大学院生

工藤厚史 東北大学大学院生

赤沼恭子 東北大学大学院生

高田純子 東北大学大学院生

青木博 東北大学大学院生

安田享 東北大学大学院生

石垣政裕 東北大学大学院講師

渡辺正見 アウトカムマネジメント（株）研究所所長

仙台市介護保険課

宮城県企画部政策評価室

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

平成 19 年度総括研究報告書

住民参加による保健医療福祉政策評価方法の開発と実証分析

主任研究者 関田 康慶 東北大学大学院経済学研究科教授

研究要旨

研究目的は、地方自治体の住民参加型保健医療福祉政策評価マネジメントモデルを設計、開発することである。研究方法は、自治体主導型住民参加アプローチとシステム利用型住民参加アプローチを適用し、さらにそれら2つのアプローチを融合したマネジメントモデルを適用し、調査などに基づいてマネジメントモデルの設計を試みた。その結果次の諸点が判明した。①自治体の住民参加政策・施策評価アプローチとして住民参加は進んでいない。しかし住民満足度調査は自治体が今後期待しているアプローチで、自治体主導型住民参加アプローチのモデルになると期待される。②宮城県の県民満足度データベースを用いて、圏域分析、住民族性別分析など政策・施策評価にリンクできる分析方法を開発した。③介護老人保健施設調査結果から、満認知症原因疾患の鑑別診断が少なく、疾患別に適切な医療や介護が実施されていないなど、医療介護のシステム連携整備の必要性が明らかになった。これらシステム評価情報を都道府県の地域医療計画や市町村介護事業計画に反映できる。④介護保険モニタリング情報システムの特徴は、サービス利用情報をほぼ業務過程で収集でき、それらの分散した情報をセキュアに一元化して、広域地域の統計情報を得ることができ、それらを用いた、政策・施策評価が可能になる基本設計が得られた。⑤政府管掌健康保険が都道府県分割される政策について、住民参加による政策・施策評価の方法論・モデルを提言し、適用性を考察した。その結果、1人当たり医療費と平均在院日数の相関係数は0.38であり、都道府県により効率比にかなり差があることが伺えた。

分担研究者

佐々木伯朗 東北大学大学院経済学研究科准教授

加藤由美 東北文化学園大学医療福祉学部教授

A. 研究目的

地方自治体の住民参加型保健医療福祉政策評価マネジメントモデルを設計、開発する。

B. 研究方法

住民参加の政策・施策評価には様々な方法があるので、まず都道府県・政令都市・

市町村の住民参加の政策・施策評価実態を調査し、それらのデータから各参加方法と策評価・施策評価について内容を検討した。このアプローチは地方自治体の政策・施策評価・事業評価に関連して行われるものであり、通常見られる一般的アプローチといえる。政策評価マネジメントモデルを目指す地方自治体主導型住民参加アプローチによるモデルである。

具体的には、全国都道府県・政令都市・市町村を対象に行った調査データを用いて、住民参加による政策・施策評価マネジメントのシステム類型と保健医療福祉領域の政策・施策指標の分析を行い、効果的効率的設計方法を検討した。また宮城県の住民参加による双方向コミュニケーション政策・施策評価システムの体系的活用方法を検討した。

他方、住民参加の政策・施策評価を行うには、住民の参加意識の強さが重要になる。そこで、地域住民の政策・施策への参加意欲の実態を、宮城県石巻市桃生地域を対象に調査されたデータを用いて分析した。また保健医療福祉サービスを受けている利用者や関係者のサービス評価は、政策・施策評価につながるものであり、サービス評価の視点からも政策・施策評価を行うことが可能である。

利用者・関係者のサービス評価情報が、政策・施策評価につながることを期待されるため、比較的サービス利用者評価が困難な認知症サービスを取り上げて、認知症対応システム評価、政策・施策評価への関連付けについて検討した。困難モデルを取り上げて議論することにより、大部分の評価問題は解決されることが期待される。この

アプローチは、保健医療福祉システム運用評価から政策・施策評価を行うアプローチであり、サービス評価を政策・施策評価にリンクする点に特徴がある。自治体主導型住民参加アプローチに対するシステム利用型住民参加アプローチである。

具体的には、老人保健施設を対象に調査を行い、認知症に対するサービスの問題点や政策・施策評価指標のあり方を検討した。認知症は、高齢社会の中で高齢者の8.7%が有病者といわれる疾患であり、社会的影響も大きく、サービス利用者評価方法が簡単に適用できないなど、システム利用型住民参加アプローチを適用する場合、十分吟味したモデル開発と応用が求められる。

自治体主導型住民参加アプローチとシステム利用型住民参加アプローチは、前者がマクロ的視点から評価するのに対し、後者は個別のシステム単位で評価するミクロ的視点で評価し、相互の関連性が明確でない。そこでシステムレベルの評価を地域レベルへの評価にリンクして評価する4つの政策・施策評価マネジメントモデルの開発を試みた。第1は宮城県の県民満足度データベースを用いて、満足度に関連する保健医療福祉関連指標を発見して指標体系を構築するという「自治体主導型住民参加マネジメントモデル」、第2は保健医療福祉サービス活動評価情報を関係者で共有して、それぞれの立場に応じてアクセス内容を変える「システム利用型住民参加マネジメントモデル」である。第3は、自治体主導型住民参加モデルとシステム利用型住民参加モデルを融合した「融合型住民参加マネジメントモデル」である。第4は住民参加モデルを構築して様々なケースを検討する「モデ

ル構築分析型住民参加マネジメントモデル」であり、政府管掌保険の都道府県分割の効率を分析した。本研究ではこれらのアプローチやマネジメントモデルについて現状分析し、今後の政策・施策評価への住民参加モデルを分析し、住民参加型政策・施策評価マネジメントモデルを設計・提示した。

C. 研究結果

1 政策・施策評価への住民参加の実態と政策・施策評価モデル

1-1 都道府県・政令都市の住民参加行政評価方式の調査分析

都道府県・政令都市がどのような住民参加型政策・施策評価システムを運用しているかについて実態調査したデータを用いて、住民参加に関する分析を行った。

調査対象は、都道府県（47 団体）および政令指定都市（14 団体）で、平成 17 年 10 月－11 月に郵送配布・郵送回収方式にて実施した。有効回答は、37 都道府県（回収率 78.7%）、政令指 9 政令指定都市（回収率 64.3%）、全体では 61 自治体中 46 自治体（回収率 75.4%）であった。

分析結果をまとめると、①政策・施策評価の情報開示はほぼ全ての自治体が積極的に開示している、②政策・施策評価の情報開示の内容については、全ての評価結果（評価書及びその要旨）が大部分、③政策・施策評価の情報開示の方法については、インターネット（自治体のホームページ）、行政窓口、マスコミを通じた公表（報道発表）が大部分、④政策評価への住民参加形態については、パブリックコメントが中心で（3・4 割）、電子メール、電話・FAX、郵便などが用いられている、④住民調査（一方向）

は約 3 割、双方向住民参加は少なかった。住民満足度調査を実施している自治体の調査対象者はほとんどが無作為抽出で、回収率は 4 割以上がほとんどである、⑤都道府県、政令都市の住民の政策評価参加の段階は、パブリックコメントによる住民参加がほとんどであるが、パブリックコメントを出す住民が少ないので、大部分の市町村が少数の住民参加による政策・施策評価の段階といえる。利用者調査や住民満足度調査などは多少あっても一方向の住民参加形式であり、双方向の住民調査を重視している都道府県は少数であった。

これらの結果をみると、政策・施策評価への住民参加は、パブリックコメントなどのレベルで、インターネットも十分活用されておらず、住民満足度調査も一部の自治体に限定されている。住民満足度調査の重要性を意識している都道府県・政令都市が多いので、この調査は普及する見込みはある。しかし住民参加者が少ないので自治体主導の政策・施策評価モデルは、都道府県・政令都市では、現状では一般性のある政策・施策評価モデルではない。

1-2 市町村の住民参加政策・施策評価方式の調査分析

市町村がどのような住民参加型政策・施策評価システムを運用しているかについて実態調査を実施し、このデータを用いて住民参加について分析した。調査対象は政令都市を除く全国の市町村で、平成 19 年 1 月に A、B 調査票を郵送配布・郵送回収方式で実施した。政策・施策評価の有無を中心に聞く A 票の回収数は 993 票で、政策・施策の行政評価実施市町村に対してその内容を詳しく調査する B 票の回収数は 280 市町

村であった。

分析結果をまとめると、①政策評価の情報開示については市町村側から積極的に情報開示している、②政策評価情報開示の内容は、全ての評価結果（評価書及びその要旨）が多い、③政策評価の情報開示の方法は、インターネット（自治体のホームページ）、行政窓口が主たる方法、④政策評価への住民参加を促すために取り組んでいる事業は広報活動（ホームページ）が最も多かった、⑤政策評価への住民参加の形態は、「公聴会への住民参加」、パブリックコメント（電子メール、郵便、行政窓口）が多く、住民調査（一方向）は25%であった、⑥住民調査（一方向）を実施している市町村は、人口規模が大きいほど実施されていた。

市町村においても、政策・施策評価への住民参加は少なく、住民満足度調査の実施を望んでいる状況である。したがって自治体主導の政策・施策評価モデルは市町村においても、現状では一般性のある政策・施策評価モデルではない。

2 宮城県石巻市桃生地区の保健医療福祉政策・施策マネジメントと住民参加の関連分析

2-1 住民調査による住民の社会活動への参加意識

宮城県石巻市桃生地区を対象におこなわれた住民調査（地域住民の福祉活動と小規模多機能福祉施設との共同事業に関する研究：平成18年度老人保健事業報告書、平成19年3月、研究代表者関田康慶）では、石巻地域の2186世帯を対象に地域住民の福祉活動と小規模多機能福祉施設との共同事業に関する悉皆調査を、民生委員による留め置き回収調査で行っている。回収率は8

割以上で、1163世帯が回答している。この研究データを用いて、保健医療福祉政策・施策マネジメントと住民参加の関連を分析する。

報告されている分析結果をみると、老後の不安では、自分や家族が要介護や病気になることが半数以上不安であるとしており、多くの住民が介護や病気の心配をしていることが示されている。地域活動、行事の参加意識状況については、内容や時間の都合によって活動に参加している人や、積極的に参加している人を合わせると8割以上なり、参加意識が高いといえる。男女別では男性が積極的に参加している割合が15%高く、年齢別にみると40歳から69歳の9割を超える人が、何らかの理由で「参加している」と回答し、この年齢層が社会活動の中心的存在となっていることがうかがえる。

住民同士の関係性については、回答者の8割が日頃から、住民同士助け合う関係でありたいと願っている。このように、調査では住民の不安を解消する相互扶助の意識が住民に残っており、このような地域では、政策・施策が社会活動と連携して達成しやすい環境が生まれる。

2-2 住民意識と保健医療福祉政策・施策マネジメントの考察

安心して暮らすことができる地域づくりに関する調査によって、小規模多機能型福祉施設の存在と必要性が確認されている。介護保険制度の政策として設計されている小規模多機能施設とシステム内容は異なるが、このシステムが多くの住民の支持を得ていることは、政策に対する評価の反映になっている。すなわち政策・施策の評価は、

政策・施策により関連付けられた地域に対する住民意識や活動情報から得ることができる。

住民の多くが医療や介護が必要になることへの不安や、一人暮らし、二人暮らしになることに不安を持ち、要介護状態となっても配偶者や家族の介護を受けながら、住み慣れた地域や自宅で暮らし続けたいと望んでいる。農村部である当地区においても、過疎化は進み、家族構成の変化や地域コミュニティの変容から、家族介護の困難さが予想され、地域住民同士が支え合うことが大切であると認識されている。また、認知症に対し、病気として適切な治療と地域の理解と協力が必要であると理解されていることも確認できた。これらは、住民のニーズであり、小規模多機能型福祉施設の存在によって、介護や福祉が身近の感じられるようになった地域住民との協力体制が可能になったと捉えられる。

小学校区単位に設置された小規模多機能型福祉施設は自宅に近い場所で、必要な時に必要な介護サービスの提供と、地域との交流や活動を行う場所として有効に活用され、日頃から馴染みの関係が築かれることで、信頼関係から安心感へ繋がっていくと考えられる。そこから得られた住民のニーズや情報を、行政や関係機関へ地域支援の具体的提案をしていくことで、日常生活においてすみやかな相談や生活支援体制、予防対策などが適切、かつ迅速に行われている。また、認知症の早期発見や対応、家族支援が効果的に行われるためにも、このような包括的継続的なマネジメントが役立つ。

政策・施策は住民ニーズに沿ったもので

ないと、効果や効率を上げることは困難である。政策・施策の評価の前に、サービスニーズなどの分析が必要であろう。生活により身近で信頼されている行政や、社会福祉協議会等関係機関の機能と施設の持つ機能、それぞれを生かしながら協働の地域展開をしていく政策・施策マネジメントが期待されていることが判明した。

3 介護老人保健施設における医療体制の実態調査；認知症に関する内容を中心に

3-1 介護老人保健施設における医療体制の実態調査概要

本調査の目的は、介護老人保健施設（以下、老健）の認知症に対する医療ならびに介護機能の実態を明らかにすることである。認知症は高齢者に多い疾患であり、日常のケアの他に薬物療法と心理社会的介入の包括的介入が必要であり、医療介護機能の連携が重要である。システム利用型住民参加アプローチから政策評価・施策評価をみると、認知症という病気の特徴から住民参加が困難な面がある。本調査では、これらの困難な状況を克服する評価システム・評価方法を考案する。

調査方法は、東北6県の全国介護老人保健施設正会員施設 330 件（青森 54 件、秋田 49 件、岩手 58 件、山形 40 件、宮城 70 件、福島 59 件）を対象とした郵送によるアンケート調査である。調査期間は平成 19 年 4 月で、内容は、施設概要、入所者の概要、職員の概要、認知症の入所者の状況、医療や介護サービス状況 療養病床再編成に伴う問題である。

分析方法は、①全国で調査されている結果との比較を行った（定員、運営主体、看護介護職員、入所者の年齢性別、要介護度、

認知症高齢者の自立度)。②認知症専門医の有無の認知症入所者の割合、認知症自立度、行動障害のある入所者の割合の比較を行った。③リハビリスタッフの常勤換算数別に利用者の自宅退所の割合の比較を行った。

3-2 回収成績と分析結果

郵送した330件のうち、70件(21%)の回収を得た。老人保健施設が最も多く併設していたのは通所リハビリ、次いで多かったものは居宅介護支援事業所であった。入所定員100に対するリハビリスタッフは、定員100人に対し3人以上が57%で最も多く、人員基準である入所者100人に対して理学・作業療法士1人よりも、リハビリスタッフ数が充実している施設が多い。

70施設の入所率(%) (入所者合計/定員合計×100; 6640/6980×100)は95%、各施設の定員に対する入所者の割合は、平均も95%で、待機者は70施設合計で1925人であった。

入所前の生活場所と退所後の生活場所の比較では、入所前に在宅が30%だったのに対し退所後は23%と少なく、入所前になかった特養が退所後には7%あった。病院は入所前も退所後も5割と最も多い。自宅に帰れるというケースは少なく、入所後に比べ6%減少していた。

入所前に在宅介護サービスを利用している人は「4割未満」と答えた施設と「6割以上」と答えた施設がどちらも多くあり二極化していた。

認知症高齢者における老健入所の申請理由で、「多い」と答えた項目は、「家族介護者の精神的・身体的負担」の96%、次いで「家族が仕事のために介護の時間がとれない」の93%、「認知症による認知機能の低

下がある」、「認知症による行動障害がある」も多くそれぞれ、87%と89%だった。本来の機能である「リハビリ希望」の理由が「多い」と回答した施設が最も少なく、59%だった。

認知症入所者の退所を困難にしている理由は、入所理由と同様、「家族介護者の精神的・身体的負担」が96%で最も多く、次に「家族が仕事のために介護の時間がとれない」が93%であった。ここでも、「リハビリ継続が必要」という理由は少なかった。入所時に鑑別診断を受けている人の割合は、2割未満が34%、2～4割未満が38%で、鑑別診断を受けていない人が多い。入所時にアリセプト*を処方されている人の割合は2割未満が69%と多かった(*:アリセプトとは現在日本で認可され、臨床的効果が確認されている唯一の抗痴呆薬、他の薬剤よりも高額な薬剤である)。

近隣市町村で認知症専門医療機関がある施設は86%であった。近隣市町村に専門医療機関がある施設では、相談や受診をする頻度は「時々ある」が最も多く50%であった。

認知症入所者の医療機関への受診理由として。最も多かった受診理由は、「肺炎疑い」で57%、次いで「転倒による骨折疑い」が54%であった。「行動障害の悪化」は「骨折疑い」の次に多く、27%であったが、「認知症の鑑別診断」は最も少なかった。認知症入所者が病院を受診する理由は、認知症そのものに関連した理由よりも、肺炎や骨折の身体機能の関わる要因で受診することが多いことが明らかになった。

施設に認知症の専門医を配置している施設と、配置していない施設について、著し

い精神症状や周辺症状がある入所者の割合を比較してみると、認知症専門医を配置している施設では、配置していない施設よりも認知症高齢者自立度で「M」に評価される入所者が少なかった。

これらの分析結果は、認知症に対する老健機能の現状と今後の政策・施策評価に役立つ情報を提供している。現状分析では、認知症の鑑別診断を受けていない人が多い。鑑別診断して、原因疾患別の医療、介護が効果的であるが、それが行われていない。このことは、認知症患者である地域住民が、認知症に対する望ましいサービスに参加できていない（住民参加できていない）ことを示している。最も多い入所理由が、家族介護者の精神的・身体的負担（96%）であるので、家族が認知症の受診よりも施設入所を望んだ経緯が読み取れる。認知症の場合、本人よりも家族の意向が反映される場合が多いと思われるが、鑑別診断による適切な事後的対応は、認知症患者のQOLを改善することに貢献する。

近隣市町村で認知症専門医療機関がある施設は86%と多い。鑑別診断を実施し、認知症に対する、原因疾患別医療や介護を行える機能があるので、介護認定にあたっては、専門医療機関を最初受診する体制整備が重要である。この対応により、血管性認知症患者等、医療や介護が効果を上げることが期待される。

本研究のシステム利用型住民参加アプローチによれば、認知症の鑑別診断、医療と介護の連携、専門機関の紹介・活用、認知症患者のQOL向上や治療・リハビリ効果向上のためのシステム構築は、政策・施策提言により可能である。介護保険では、主

治医の診断がなければ介護認定できないが、専門機関への紹介が行われていない。すなわち医療機関連携が不十分な状況であるといえる。都道府県の地域医療計画、市町村の介護保険事業計画ではこの点を重視した計画策定が望まれる。

4 宮城県県民満足度調査（第5回）の活用・検証と政策・施策評価システムとのリンク

4-1 宮城県の第5回県民満足度調査データベースを用いた住民参加型政策評価システムの活用と検証

宮城県第5回県民満足度調査（平成18年度）では、重視度と満足度の中央値（回答した県民全体の評価の中で平均的レベルの値）を用いて、全36政策のうち重視度の高い上位5政策や、満足度の高い上位5政策を示し、前年度に行った第4回県民満足度調査の結果と比較している。例えば、「子供を安心して生み育てることができる環境づくり」という政策は、重視度が第4回では第9位だったのが第5回で第2位になっており、子育て環境整備を求める県民ニーズが高まってきていることが明らかになった。「県土の保全と災害に強い地域づくり」という政策は、満足度が前年度の第10位から今年度は第1位になり、政策の効果が住民満足度の向上という形でも現れたことが確認された。

また、全36政策に対する県民の重視度の中央値は70点から85点、満足度の中央値は50点から60点の範囲内であること（いずれも100点満点での評価）、暮らしに関わる領域（保健、医療、福祉、子育て、安全、環境保全など）の政策群は重視度が高い傾向にあることや、満足度が比較的高い政策

はすべて暮らしに関わる領域の政策で占められている。

このような情報提供の方法は一般県民にも分かりやすく、県民に対する政策の情報提供の形態として効果的である。こうした分かりやすい形の情報提供は、県民が政策に対する関心や理解を深める一助となる。政策の実施者や意志決定者にとっても、政策に対する住民の意識を客観的に把握する基礎資料となる。

政策に対する住民の重視度と満足度の乖離の度合いを調べることで、検討を要する政策を発見することができる。重視度と満足度の乖離の大きさは、その政策を重点的に行う必要性や緊急性を検討する目安の一つになる。

第5回県民満足度調査では、各政策の重視度と満足度の中央値を用いて、両者の乖離を算出して示している。これによると、36政策の大部分は重視度と満足度の乖離は20ポイントであること、乖離が比較的大きい政策は「どこに住んでいても必要な医療や保健サービスが受けられる環境づくり」(重視度85点、満足度50点、乖離35ポイント)、「障害者・高齢者が地域で自分らしい生活を送るための環境づくり」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイント)、「子供を安心して生み育てることができる環境づくり」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイント)、「誰もが暮らしやすいバリアフリー・ユニバーサルデザイン環境の整備」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイント)、「地球環境の保全」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイント)、「環境負荷の少ない地域づくりの推進」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイン

ト)、「雇用の安定と勤労者福祉の充実」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイント)、「個性・創造性・豊かな心を培う教育の推進」(重視度80点、満足度50点、乖離30ポイント)の8政策であることなどが明らかになった。

政策に対する認知度、関心度、重視度、満足度などを相互に関連づけた分析に加えて、コミュニケーション調査の回答者(住民)属性との関連分析を行うことで、住民ニーズを属性レベルにまで絞り込んでピンポイントに把握することが可能となる。

第5回県民満足度調査では、回答者属性と関連づけた様々な政策評価分析を行っている。

回答者の居住圏域でみると、ある特定の圏域に住む回答者は、他の圏域に比べて多くの政策で重視度を高く回答する傾向にあった。また、全体的に他の圏域の回答者よりも低い満足度を示す圏域や、逆に高い満足度を示す傾向の圏域も確認された。

回答者の性別では、「子どもを安心して産み育てることができる環境づくり」、「生涯にわたって学び楽しめる環境の充実」、「男女共同参画社会の実現と全ての人に参加できる社会の形成」の3政策で、女性の重視度が男性よりも高い傾向が認められた。満足度では、男性が全体的に満足度を低く回答する傾向がみられた一方で、女性は36政策中13政策で全体の満足度よりも高い特徴が示された。

年代別では、65歳以上の高齢者が高い重視度を示す政策や、65歳未満の現役世代が高い重視度を示す政策など、政策の目的や性質等によって年代間の重視度の傾向にそれぞれ特徴がみられた。満足度においても、

年代別では重視度と同様の傾向が認められた。

政策は、住民全体をカバーする目的のものもあれば、高齢者福祉政策や少子化対策など特定の対象者への取り組みもある。したがって、政策の目的に照らし合わせながら、その政策が対象者のニーズに的確に対応しているかを、居住圏域、年齢、性別、職業などの回答者属性と関連づけた重視度や満足度の分析によって確認することができる。

4-2 県民満足度調査と政策・施策評価システムとのリンク分析

政策・施策評価に関する住民満足度調査は、必ずしも政策・施策指標に関係付けられたものではない。そのため、満足度調査結果を行政にどのように反映するかが課題となる。1つの方法は住民満足度調査結果に関係すると想定される政策・施策指標との相関分析を行い、相関の大きい指標があればそれが政策・施策評価指標として活用できる。これが第3の融合型住民参加姉妹地面とモデルである。例えば地域医療の整備について、圏域ごとに満足度が異なる場合、人口当たりの病床数指標や病院当たりの圏域面積指標などと満足度との関連性を分析すればよい。満足度が間隔尺度であれば指標との相関係数を求めて、相関の程度の高い指標が選択できれば、その指標を用いて政策・施策コントロールが可能となり、圏域ごとに住民の満足度を向上することが可能となる。すなわち住民満足度情報と行政評価情報のリンクが可能となる。

県民満足度とリンクして、政策・施策の制御変量となる指標を相関分析により探索した分析事例を述べる。探索対象となる変

量は人口10万対の病院数など15変量である。相関分析の結果、県民満足度とリンクする3つの政策・施策指標を発見した。それらは、200床以上病院当たり面積（決定係数＝相関係数の二乗；0.89）、200床以上病院当たり人口（決定係数；0.86）、200床以上病院の構成比率（決定係数；0.61）。これらの変容を見ると、県民が規模の大きい病院までのアクセスや病院規模に医療の質を求めた結果ではないかと考えられる。このように満足度を反映する指標にリンクして、住民参加を行政レベルに反映できる。

5 介護モニタリング情報システムによる政策・施策評価

5-1 介護モニタリング情報システムの設計要件

介護モニタリングシステムは、介護保険制度のケアマネジメントが適正に運用されているか否かを評価するシステムである。このシステムは基本的には、システム主導型アプローチであるが、保険者の経営や自治体の政策・施策評価にリンクできるシステムである。

介護保険では、ケアマネジャーがケアマネジメントを行っているが、ケアマネジャーは独立してケアマネジメント・モニタリングを個々に行っており、ケアマネジャー相互や地域のケアマネジメント・モニタリングがどのように行われているか通常把握できない。

介護モニタリング情報システムは、ケアマネジャーの有するケアマネジメント・モニタリング情報をデータベースで共有して、ケアマネジメントの質や効率を高めたり、保険者や自治体の政策・施策評価にリンクさせようとするシステムである。

介護モニタリング情報システムの設計要件を①～⑩に示すことができる。

- ①介護モニタリング情報システムのユーザは、介護サービス利用者、ケアマネジャー、介護支援事業所、介護サービス事業諸、地域包括支援センター、市町村・保険者、都道府県・国であり、それぞれの立場に応じて分析された付加価値情報を活用できる。
- ②介護サービス利用者は、サービス内容の充実や質の高いサービスを提供する介護事業者を選択する情報を得ることができる。ケアマネジャー・地域包括支援センター・介護支援事業者・介護サービス事業者は、ケアマネジメントや介護事業経営、包括支援センター運営などに役立つ情報を利用者等から得ることができる。また市町村・保険者、都道府県・国は、介護資源の過不足や介護サービスの質情報を地域単位別に知ることができ、市町村・保険者の介護事業計画にも反映できる。
- ③介護モニタリング情報は、ケアマネジメントや介護関連サービス事業の業務過程で収集される情報をデータベース化して、その分析付加価値情報を活用する方式とする。
- ④モニタリング情報の収集方式が、サービス利用者（住民）の参加によるので、住民参加型のモニタリング情報システムとして介護関連政策施策評価に反映できる。
- ⑤モニタリング情報システムは、共有のデータベースにより、一元管理を行うが、ケアマネジャー、介護事業所、地域包括支援センター、市町村・保険者、都道府県・国はそれぞれの立場からのモニタリング情報利用システムを設計できるものとする。このような設計を行うのは、それぞれのユーザグループで、個人情報、管理情報、地理

情報、他の統計データなどを追加して活用することがあるためである。

- ⑥共有データベースでは、個人を特定できる情報は扱わないものとする。
- ⑦情報システムはインターネットを活用する方式で、セキュアな機能を有している。
- ⑧モニタリング評価情報は、システム構成者が相互に評価する双方向評価機能を有する。
- ⑨モニタリング情報システムは、ケアマネジャーのケアマネジメントを含むモニタリングシステムを中心に設計する。アセスメントや介護報酬請求は、別システムにリンクして活用できる方式とする。個人情報の保護とケアマネジャーが活用するノートパソコンのメモリー負担を軽くする。
- ⑩モニタリング情報システムの利便性を高めるため、インターフェースの操作性を重視する。

5-2 介護モニタリング情報システムの設計方法

介護モニタリング情報システム設計では、7W2H2Eアプローチと双方向評価の情報活用を行う。双方向評価は満足度などを介護サービス利用者とサービス事業者が双方で行う評価方法である。利用者は介護サービスの充実やサービス提供者の対応等を評価し、サービス事業者は利用者が制度に基づいてサービスを活用しているかを評価する。本システムでは、介護サービス利用者、ケアマネジャー、介護サービス提供者、市町村・保険者を中心に設計する。

モニタリングはケアマネジメントが適正に行われているかを検証する機能であるため、事前評価、プロセス評価、事後評価を行う。事前評価はケアプランがアセスメン

トして作成されているか、プロセス評価はケアプランが計画どおりに実施されているか、事後評価は目標を達成できているかを中心に検証する。

介護モニタリング情報システム設計仕様では、インターネットを用いてユーザが付加価値情報をいつでも利用できることを前提に設計する。また個人情報を取り扱うため、セキュアな対応ができるようにする。このためJ A V Aによるプラットフォーム非依存対応、マルチベンダー対応、インターネット上のLDAPデータベースによる分散管理、広域ネットワーク、SSL利用などユーザ認証と利用者別の厳格な情報へのアクセス権の設定ができるよう設計する。

介護モニタリング情報システムは、次の3つの情報システムの統合システムとする。①介護支援事業者のケアマネジャーや地域包括支援センターの介護予防グループ対応のモニタリング情報システム、②地域包括支援センター権利擁護・困難事例等の集積とモニタリング情報システム、③これらのシステムの共有部分をLDAPデータベースで管理し、データベースの付加価値統計情報サービス提供システムとして管理する。

介護モニタリング情報システムをこれらの情報システム統合として設計する理由は次のようなものである。①ケアマネジャーや地域包括支援センターの介護予防グループが、利用者の個人情報の管理を容易にし、価格の安いノートパソコンやモバイル端末を活用し易くする。またインターネット環境がない場所でも業務が可能である。②ケアマネジャーや地域包括支援センターの介護予防グループは、個々人の使用しているパソコンとLDAPデータベースサーバ

をインターネット接続して、パソコンからLDAPサーバにモニタリング情報を提供し、必要に応じてLDAPサーバから付加価値情報を得ることができる。例えば介護サービス事業者の介護職に関する利用者の評価を、他のケアマネジャーから提供された分も含めて知ることができる。③集中的にアップデートが必要なソフトやメモリーが大きい介護報酬やアセスメント関連ソフト等をASP方式で活用共有することにより、ケアマネジャー等が迅速に業務遂行を行うことができる。ケアマネジャーのパソコンのメモリー負担も軽くなり業務がスムーズに実行できる。

地域包括センターでは、要支援者を対象に介護予防ケアマネジメント、ケアマネジャー困難事例支援のスーパービジョン、権利擁護相談等対応、地域との福祉・医療連携連携体制の構築等が行われている。介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメント過程が基本的に同じなので、通常のモニタリング情報システムとほぼ同じものが適用可能である。その他の業務についてもLDAPデータベースの活用が有用である。地域包括支援センターの事例集積をLDAPデータベースで管理することにより、多くの地域包括支援センターの事例を集積・加工した付加価値情報を他の包括支援センターが参照できる。困難事例や権利擁護などはケース管理が可能であり、個人名を入れない対応で、類似症例の経過・転記・付加価値情報を得る事ができる。

ケアマネジャーの所属する介護支援事業所や介護サービスを提供する介護サービス事業所では、介護支援事業所の所属に関わらず、LDAPデータベースから事業所の

利用者情報やサービスの評価情報など重要な経営情報の一部を得ることができる。通常介護支援事業者に属するケアマネジャーの利用者は、必ずしも系列サービス事業者を使っているとは限らないので、この支援情報システム活用により事業所の利用者全体をカバーすることができる。

5. 政府管掌保険の都道府県分割の効率性分析

政府管掌健康保険が都道府県分割される政策について、住民参加による政策・施策評価の方法論を提言し、適用性を考察した。研究方法は、都道府県間単位で、医療財源と医療成果を比較する医療財源利用効率指標を定義して、都道府県間で比較する方法を提言した。この効率指標は、被保険者の受領行動から結果的に得られるものであり、住民の医療機関活用結果及び関連する政策・施策評価にもなっている。分析データは厚生労働省の「医療施設調査」から各都道府県の平成 17 年における平均在院日数と社会保険庁の「社会保険事業状況」から平成 17 年の政府管掌健康保険統計第 2 表を用いて被保険者のそれぞれの都道府県別診療費(入院)を使用した。

D. 考察

住民参加の政策・施策評価システムを検討するのに、3つのアプローチがある。第1は、自治体主導で住民が評価に参加する方式であり、自治体主導型住民参加アプローチである。第2は、保健医療福祉システムへの住民参加から評価する方式で、システム主導型住民参加アプローチである。第3は、システム型と自治体方を融合する参加方式である。本研究ではこれらのアプローチについて現状分析し、今後の政策・施

策評価への住民参加モデルを提示している。

自治体主導型住民参加アプローチの政策・施策評価には多くの方法がある。住民の審議会参加やパブリックコメントなど様々であるが、多くの住民が参加する政策・施策評価システムは少ない。パブリックコメントは、見かけ上たくさんの住民が参加できるように思えるが、本研究でも明らかにされたように、多くの自治体が導入しているものの、住民にはほとんど使われていない。この理由は、パブリックコメントは、行政側対応として、住民がその情報を見ているか否か関心を持たず、どちらかということ、情報を一方的に流し、行政決定を住民から意見聞いたことにする形式的、消極的な対応であるからである。

これに対して、都道府県・政令都市・市町村の一部で行われている住民満足度調査は、現在は必ずしも多くはないが、多くの自治体が将来導入することを考えている。政治がマニフェスト型に移行しつつあることもあって、住民意見の反映が重視され始めている。満足度調査は、内容を充実すると、選挙以上に政策・施策評価を具体的に反映できるが、宮城県のような双方向性の調査であると、住民からの非常に充実した評価が可能になる。宮城県の満足度調査は、無作為抽出された住民に、県側から現状の政策・施策・事業などの資料が調査票と共に送付され、それらを参考に住民が満足度や重視度を評価する方式である。この調査には回答者が多くの時間をかけており、回答に2時間以上かけている人の割合が約4割になっている。4時間以上の人でも1割以上いることを考えると、住民が真剣に政策・施策評価に参加している態度がうかが

える。このような時間のかかる調査であるにもかかわらず、回答率は約 50%であり、驚異的といえる。

この宮城県の双方向満足度調査をデータベース化して、地域の圏域別や年齢別など、特性別に分析が行えるシステムを宮城県と共同で開発し、その成果が現在運用されている宮城県の政策・施策評価システムに反映されつつある。

住民参加により政策・施策評価を行うには、住民の参加意識の強さが重要になる。そこで、地域住民の政策・施策への参加意欲の実態を、宮城県石巻市桃生地域を対象に調査したデータを用いて分析した。この地域では、介護事業所と住民が認知症介護について交流を進めており、要介護でない時期から、住民が認知症事業者との交流を深めている。これは事業者からの働きかけもあるが、地域住民が認知症を見守る意識・関心を持っていることが大きい。住民参加の政策・施策評価は何とか可能であったとしても、住民が施策・施策に対応してもらわないと行政の努力も住民に伝わらない。したがって、住民が政策・施策に深い理解力を持っていることが評価を現実社会に還元する力となる。

システム主導型住民参加アプローチ評価では、老人保健施設を対象に調査を行い、認知症に対するサービスの問題点や政策・施策評価指標のあり方を検討した。認知症は、高齢社会の中で高齢者の 8.7%が有病者といわれる疾患であり、社会的影響も大きい。サービス利用者評価方法などが簡単に適用できないなど、システム主導型住民参加アプローチを適用する場合、十分吟味したモデル開発と応用が求められる。

分析結果を見ると、家族の身体的精神的負担が大きいことを理由に、老人保健施設に入居することが多いが、認知症の鑑別診断は少なく、適切な医療や介護が受けられない状況がみられた。原因疾患により、適切な医療、介護内容が異なるので、鑑別は重要であるが、住民も医療関係者も対応できていない。周辺に認知症の専門機関がある割合が多いので、地域医療計画や介護事業計画などで地域連携システムを構築することが望まれる。システム主導型住民参加アプローチ評価では、住民のシステム評価が重要で、この評価情報の収集システムが必要となる。調査はその 1つであるが、継続的な調査システムが機能すれば理想である。

介護保険モニタリング情報システムは、ケアマネジャーのケアマネジメント・モニタリング関連情報を介護保険制度の介護システムを連携して情報共有するシステムである。特に調査などをせず、ケアマネジメント・モニタリングの業務過程で情報がほぼ自動的に収集される。介護システム関係者が様々な立場で参加できるシステムであり、システム評価や制度改善を目指すことができる点で、システム主導型住民参加アプローチ評価と自治体主導型住民参加アプローチをリンクするシステムといえる。この情報システムは平成 16 年度の改正介護保険制度に対応する設計であり、地域包括支援センター機能もシステムに反映されている。

政府管掌健康保険が都道府県分割される政策に関する分析結果は、1人当り医療費を千円単位で示すと、最大効率の県では、 $E = 1.68$ 、最低効率の県では、 $E = 1.12$ と

なっており、効率比で 1.5 倍の格差がみられた。また 1 人当たり医療費と平均在院日数の相関係数は 0.38 であり、強い相関は見られず、都道府県により効率比にかなり差があることが伺えた。

E. 結論

自治体の住民参加による政策・施策評価アプローチとして住民参加は進んでいない。しかし住民満足度調査は自治体が今後期待しているアプローチであり、自治体主導型住民参加アプローチのモデルになると期待される。そこで宮城県の県民満足度データベースを用いて、圏域分析、住民族別分析など政策・施策評価にリンクできる分析方法を開発した。さらに満足度調査は製作・施策指標に直接関係していないので、満足度と関連する保健医療福祉関連指標を発見して、政策・施策評価にリンクできる指標体系を構築する方法を提言した。

サービス評価情報からシステム評価を行うシステム主導型住民参加アプローチでは、老人保健施設の認知症対応機能を中心に、調査データを用いてシステム評価を行い、それらの情報から、政策・施策評価に関連付けている。認知症では鑑別診断が重要であるが、実際にはあまり行われていない。そのため疾患別に適切な医療や介護が行われておらず、医療介護のシステム連携整備の必要性が明らかになった。このように、領域別にサービス評価情報を政策・施策評価に結びつける方法がある。具体的には、都道府県の地域医療計画や市町村介護事業計画に反映できる。

モニタリング情報システム開発では、個々のケアマネジャーが管理する、ケアマ

ネジメント・モニタリング情報を地域で一元管理する方法で、サービス利用者の評価、ケアマネジャーや介護サービスの評価、保険者や市町村に対する評価情報などが付加価値情報として活用される。個人を識別する情報は、担当のケアマネジャーか契約されたケアマネジャー・グループ以外はアクセスできないよう管理されている。いわゆるセキュアなシステム管理がインターネットを遣って行われるシステムで、運用費用が安いシステムである。このシステムの特徴は、サービス利用情報をほぼ業務過程で収集でき、それらの情報をセキュアに一元化して、広域地域の統計情報を得ることができ、それらを用いた、政策・施策評価が可能になる点である。

住民参加を患者の受療行動として考えた場合、医療成果と医療財源（医療費）はその行動の結果であり、医療成果と医療財源（医療費）の比である効率比評価指標は、住民（患者）の視点から医療機関の医療提供システム整備政策・施策のプロセス評価、アウトカム評価となる。た

政府管掌健康保険が都道府県別に分割された場合、患者の受療行動評価を医療政策に関する住民参加として捉えると、医療成果と医療財源（医療費）はその行動の結果である。また医療成果と医療財源（医療費）の比である効率比評価指標は、住民（患者）の視点から医療機関の医療提供システム整備政策・施策のプロセス評価、アウトカム評価となる。

このように、本研究では、地方自治体による政策・施策調査や住民満足度モデルなどを適用した「地方自治体主導型住民参加マネジメントモデル」、保健医療福祉のサー

ビス利用者調査からシステム評価を行う「サービス利用型住民参加マネジメントモデル」、住民満足度調査と保健医療福祉指標体系と組み合わせた政策評価マネジメントモデルや、業務過程でサービス評価情報をほぼ自動的に収集し、政策・施策評価につなげてゆく介護保険モニタリング情報システムによる政策評価マネジメントモデルなどの「融合型住民参加マネジメントモデル」、政府管掌健康保険が都道府県別に分割した効率を分析する「モデル構築分析型住民参加マネジメントモデル」等を分析・設計・提示した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 関田康慶；保健・医療・福祉の連携に必要な視点、月間福祉、4月号、22-27、2007
- 2) 伊藤敦・関田康慶；医療・福祉・居宅機能ユニット統合センターの視点から考察したノルウェーのナーシングホームに関する特徴とかかりつけ医の役割、グループ診療研究、13(1)、25-39、2007
- 3) 伊藤敦、関田康慶、スウェーデンのスペシャルハウスに関する特徴とかかりつけ医の役割 ー医療・福祉・居宅機能ユニット統合センター訪問実態調査による検証ー、グループ診療研究、13(2)、1-12、2007
- 4) 関田康慶、阿部真菜美；住民参加による地方政府行政評価システムの設計と

事前評価、第30回日本計画行政学会論文集、35-38、2007

- 5) 関田康慶、石垣政裕、柿沼倫弘、佐藤美喜子、阿部真菜美他；新介護保険制度対応介護モニタリング情報システムの設計、第8回医療情報学会学術大会論文集、750-753、2007
- 6) 加藤由美、関田康慶；MSWのコーディネート機能による患者不安軽減効果の評価、病院、66(1)、p64-69、2007
- 7) 関田康慶；診療報酬改定影響度評価分析と医療費抑制下の病院経営意思決定、厚生サロン、(I)、p30-35、2007
- 8) 佐々木伯朗；「公共投資と財政」：片桐正俊編著『財政学ー転換期の日本財政第2版』、東洋経済新報社、p165-184、2007

2. 学会発表

- 1) Kasuya, M, Sekita Y; An empirical study on old aged caregivers household income, health condition and life satisfaction in Japan, コペンハーゲン、デンマーク、2007年7月10日
- 2) Okamoto E, Sekita Y.; Validation of proportional distribution method (PDM) for estimating disease-specific costs from health insurance claims with multiple diagnoses: an empirical approach, 6th world congress of health economics, コペンハーゲン、デンマーク、2007年7月11日

- 3) 伊藤敦, 関田康慶; 機能ユニット統合システム指数と利用者評価指数を用いたドイツ、北欧諸国の統合センターに関する現状分析, 日本福祉のまちづくり学会第9回全国大会、広島呉市、論文概要集, 217-220, 2007年8月27日
- 4) 関田康慶、阿部真菜美; 住民参加による地方政府行政評価システムの設計と事前評価、第30回日本計画行政学会、福岡、2007年9月16日
- 5) 都築光一、関田康慶他4名; 東北における福祉制度対象者に関する市町村別実態調について～ 東北の市町村社会福祉統計資料作成の試み ～、第55回日本社会福祉学会、大阪、2007年9月22日
- 6) 関田康慶、阿部真菜美; 病院機能分化・集積と経営収支の関連エントロピー分析、第45回日本病院管理学会、横浜、2007年10月25日
- 7) 二瓶洋子・関田康慶; 事故防止活動の活動水準と医療安全体制の機能的稼働状況との関連性、第45回日本病院管理学会、横浜、2007年10月25日
- 8) 青木博・関田康慶; 医療専門職十時予定学生の健康感と健康産業についての認識に関する調査研究、第23回日本健康科学学会、東京、2007年11月10日
- 9) 阿部真菜美、関田康慶; 全国市町村における保健医療福祉政策分野の行政評価と住民参加の現状分析、第23回日本健康科学学会、東京、2007年11月11日
- 10) 高田純子、関田康慶; 認知症対応型共同生活化以後における実態調査分析、第23回日本健康科学学会、東京、2007年11月11日