

平成22年度3月終了
博士（学術）学位論文

政策・施策の立案システムの構築に関する論理的研究

—地方自治体における行政経営システムの理論的構築及び行政評価に関する方法論—

LOGICAL STUDY CONCERNING CONSTRUCTION OF POLICY
AND MEASURES MAKING SYSTEM IN LOCAL GOVERNMENT

THEORETICAL CONSTRUCTION OF ADMINISTRATIVE MANAGEMENT
SYSTEM AND METHODOLOGY OF ADMINISTRATIVE EVALUATION
IN LOCAL GOVERNMENT

平成22年3月31日

高知工科大学大学院 工学研究科 基盤工学専攻

学籍番号 1108009

刈谷 剛

Tsuyoshi Kariya

「政策・施策の立案システムの構築に関する論理的研究」
—地方自治体における行政経営システムの理論的構築及び行政評価に関する方法論—

目次

論文要旨	I～IV
第1章 序論	1
1.1. はじめに.....	1
1.2. 研究の背景と目的.....	5
1.3. 研究の意義.....	6
1.4. 論文の構成（研究の概要）.....	7
第2章 自治体の現状分析	11
2.1. 行政の現状と課題.....	11
2.1.1. 国と地方自治体の現状と課題.....	11
2.1.2. 地方自治と地方自治体の組織及び施策・事業の執行状況と課題.....	15
2.2. 自治体の行財政改革の取組状況と課題.....	20
2.2.1. 自治体の行政評価の現状.....	20
2.2.2. 自治体の主な行財政改革と行政評価の取組状況及び課題.....	21
2.2.2.1. 行政アウトソーシング.....	21
2.2.2.2. ABC分析の導入による原価管理.....	24
2.2.2.3. バランス・スコアカード（BSC）.....	25
2.2.2.4. システムダイナミックス（SD）.....	28
2.2.2.5. 行政事業仕分け.....	30
第3章 自治体経営悪化の原因分析と問題解決に向けた仮説の提唱	35
3.1. 自治体経営悪化の真の原因分析.....	35
3.1.1. 住民の必要物と要求物に対する峻別.....	35
3.1.2. 施策実現のための経営戦略及びその達成手段と定量的評価手法の欠如.....	38

3.1.3.	PDCA サイクルの堅実な運用	41
3.1.4.	前例主義の踏襲（慣習や過去の成功事例への固執）	42
3.1.5.	効果的なマーケティング・リサーチの欠如	44
3.1.6.	社会システムの階層性と経営システムデザインの認識の欠如	46
3.1.7.	コミュニケーションの重要性の認識不足	49
3.1.8.	ラーニング・オーガニゼーション（学習する組織）の欠乏と個人の意識レベル （気質）の低さ	51
3.1.9.	システム思考とシナリオ・プランニングの欠如	55
3.2.	問題解決に向けた仮説の提唱と新しいマネジメントシステム構築の必要性	60
3.2.1.	仮説に基づく新しい行政マネジメントシステムのモデル化	62
3.2.2.	マネジメントシステムに基づく問題解決の方法	63
第4章	行政経営システムの構築とシステムメンテナンスの方法論	67
4.1.	行政のマネジメントサイクル（PDCA サイクル）	67
4.1.1.	民間経営と行政経営のマネジメントサイクル	68
4.1.2.	新しい自治体マネジメントサイクルの導入	69
4.2.	行政経営システムの構築手法（政策・施策の立案システムの構築）	70
4.2.1	行政経営システムの構築プロセス	71
4.2.1.1.	問題構造化手法のプロセスと政策・施策の合意形成	72
4.2.1.2.	問題構造化のプロセス－システムの構造理解から問題の列挙化へ	74
4.2.1.3.	問題構造化のプロセス－問題の列挙化から構造化へ	76
4.2.2.	政策ロジックモデルの構築	80
4.2.2.1.	ロジックモデルとは？	80
4.2.2.2.	政策ロジックモデルの構築方法	85
4.3.	施策・事業を企画・立案するロジックモデルの構築	87
4.3.1.	問題の構造化から施策・事業を企画・立案するロジックモデルの構築プロセス	87
4.3.2.	問題の構造化から意識モデルの抽出のプロセス	88

4.3.3. 意識構造モデルから施策ロジックモデル構築のプロセス	89
4.4. 目的とするアウトプットを阻害する要因- 「必要性認知度と障害」	91
4.4.1. 「必要性認知度」に関する考え方	92
4.4.2. 「障害」に関する考え方	92
4.5. 行政経営システムとシステムメンテナンス	93
4.5.1. 行政経営システム	93
4.5.2. システムメンテナンスの方法.....	95
第5章 行政経営システムの実装と仮説モデルの検証.....	98
5.1. 医療保険分野における社会現象と課題の発生原因.....	98
5.1.1. 社会保障給付費の状況.....	98
5.1.2. 人口構造および医療保険制度が与える社会現象	100
5.2. 特定健康診査等実施計画の策定を通じた政策・施策の立案システムの構築.....	102
5.2.1. 特定健康診査等実施計画とは.....	102
5.3. 市町村国民健康保険における現状分析	106
5.3.1. 香南市国民健康保険における現状	106
5.3.2. 香南市国民健康保険者の生活習慣病に関する疾病分析	109
5.3.3. 香南市国民健康保険者の基本健康診査に関する分析	123
5.3.4. 香南市の介護保険要介護認定に関する分析.....	126
5.3.5. 香南市における死亡統計に関する分析	128
5.3.6. 香南市における健康寿命と平均寿命に関する分析.....	131
5.3.7. 香南市国民健康保険者の医療費に関する分析	132
5.3.8. 香南市国民健康保険者の健診受診状況	134
5.4. 特定健康診査等実施計画策定における政策ロジックモデルの構築	134
5.4.1. 問題構造化手法による現象の構造分析	138
5.4.1.1. 問題構造化手法	138
5.4.1.2. インタビューによる政策の合意形成	143

5.4.2. 政策ロジックモデルの構築による実施計画策定方法	146
5.5. 特定健康診査の実施率向上に関する政策・施策・事業立案システムの構築.....	148
5.5.1. 特定健康診査の受診意欲に関する問題の抽出.....	148
5.5.2. 特定健康診査の受診意欲に関する施策ロジックモデルの構築.....	151
5.6. 特定健康診査の受診意欲向上のための施策・事業立案.....	153
5.6.1. 受診意欲に関するアウトプット指標に関するアンケート調査票の作成方法	154
5.6.2. アンケート調査結果に基づく意識構造のロジックモデルと健診受診意欲向上と方策	157
5.6.3. アンケート調査の実施状況及び集計結果概要	158
5.7. アンケート調査の分析結果と受診阻害要因を踏まえた健診受診意欲の向上の方策 —施策効果の検証方法1：アンケート結果に基づくヒストグラムによる分析—	163
5.7.1. 意識構造のロジックモデルにおける「受診必要性認知度」に関する分析と考察.....	163
5.7.2. 意識構造のロジックモデルにおける「障害」に関する分析と考察	177
5.7.3. 「集団健診希望者」の「障害」に関する分析と考察	177
5.7.4. 「個別健診希望者」の「障害」に関する分析と考察	201
5.7.5. 「人間ドック受診希望者」の「障害」に関する分析と考察	217
5.7.6. 「職場健診受診希望者」の「障害」に関する分析と考察	233
5.8. アンケート調査の分析結果と受診阻害要因を踏まえた健診受診意欲の向上の方策 —施策効果の検証方法2：重回帰式に基づく推定値とアンケートの実測値による 分布図を用いた分析—.....	235
5.9. 総合評価	238
5.9.1. 受診必要性認知度に関する評価	238
5.9.2. 集団健診受診による障害に関する評価	238
5.9.3. 個別健診受診による障害に関する評価	239
5.9.4. 人間ドック受診による障害に関する評価.....	239
5.9.5. 職場健診受診による障害に関する評価	240
5.10. 今後、早急に着手すべき施策.....	240
5.11. 本研究における重回帰分析の特徴.....	242

5.12. データがバラつく理由	242
第6章 結論	248
6.1. 結論	248
6.2. 今後の研究と方向性	249
謝辞	251
アンケート調査票 鏡文書（趣旨説明）	253
アンケート調査票	254

論文要旨

論文題目 「政策・施策の立案システムの構築に関する論理的研究」
～地方自治体における行政経営システムの理論的構築及び行政評価に関する方法論～

氏名 刈谷 剛

1. 研究の目的と背景

1.1 研究の背景

我が国における自治体の経営は、かつて経験したことがないほど危機的な局面を迎え、社会・経済的・文化的な構造の背景に隠れていた様々な「問題」が、急激な勢いで表面化してきている。

今日では、医療技術の目覚ましい進歩や介護保険制度、さらには公的年金制度の崩壊などの影響により、社会保障給付費等に対する拠出が地方自治体においては増加し続けている。加えて、国民生活の豊かさから、住民のニーズが複雑かつ多様化した結果、自治体は求められる公共サービスに対し、適切な判断基準と明確な意思決定方法を持たずに湯水のように費用を拠出し続けてきた。そのため、今では、限られた予算の中でいかに国民に対するサービスを維持するかが問題となっている。こうした実状から、公共サービスの「品質」を維持・管理し、事業運営を継続していく方法として「ニュー・パブリック・マネジメント（NPM）」と呼ばれる、民間経営にならった手法がここ数年来流行している。

「行政経営」は、その意味、地方自治体における解釈、などを含め、明確な定義が存在しないが、広く一般的には「民間的経営手法」などと訳されている。NPMとは、民間企業における経営理念、手法、成功事例などを公共部門に適用し、そのマネジメント能力を高め、効率化・活性化を図る考え方と基本的には訳され理解されている。具体的には、民営化等による徹底した競争原理の導入、定量的な分析と事後的評価等も含めた業績／成果による評価、そして政策の企画立案と実執行部門の分離等の考え方を採用するものである。

しかし、こうした考え方を踏まえ、行政事務事業評価、行政事業仕分け、行政アウトソーシングなどの様々な行政改革手法に取り組んでいるにもかかわらず、今日まで、行政における「根本的な問題」を解決するための有効な方法論や手法は登場していない。現在、自治体で行われているのは、施策・事業の廃止や中止、人件費の削減といった単なる自治体延命のための「対処療法」的な処置以外のなものでもない。

1.2 本研究の目的

本研究では、地方自治体における「計画」の策定に対して、計画に付随する政策・施策の企画と立案に関する効率・効果的な手法を構築し、行政経営における新しい方法論を提案することを目的とするものである。

そのため、現実の地方自治体の計画策定を通じたシステムの実装を目的とし、政策目標－施策目標－事務事業を明確に位置付けるとともに、政策・施策・事業を評価する上でアウトプット評価に加えて、アウトカム評価ができるシステム構築を図ることをねらいとしている。

2. 自治体の現状分析と新しい経営システムの必要性

2.1 自治体の特徴

周知のように、失われた10年と言われる90年代以降の日本経済の低迷以前、我が国の地方自治体は、市民の要求（Wants）や欲求に対して、その必要性（Needs）や事後効果等を、適切な判断基

準や明確な意思決定方法に基づき評価することなく、実直に費用を拠出し続けてきた。加えてこうした計画・採算性の無さから、自治体における事業・事務量は肥大化し、組織機構や業務は複雑化した。また、2004年に中央政府が打ち出した三位一体の改革による自治体への補助金削減や税源移譲も重なり、昨今では、自治体の財政状況の悪化は歯止めがかからず、経営破綻や市町村合併に見られるような自治体の広域化が急激に進行している。このことは、超高齢化社会の到来や、市民の価値観が多様化したことに加え、中央政府が全国一律の方針を打ち立てることが難しくなり、これまでのような中央集権型で縦割りの政府依存型組織構造が効率的でなくなったことを意味している。すなわち、地方の自立した独自のマネジメントシステムが要求されている。こうした自治体経営の悪循環を招く要因を招いた行政組織の主な特性として、①組織における責任の不明確性、②自主的でない地方行政、③前例主義の踏襲（慣習や過去の成功事例への固執）、④経営目標達成のための戦略がない、⑤組織内コミュニケーション不足、⑥効果的なマネジメントシステムの欠如といった体質が挙げられる。

2.2 新しい行政経営システムの必要性

このような地方自治体の現状に対して、もはや、従来のような既存のマネジメントシステム（施策→執行の繰り返し、施策・事業の評価を行わない、市民への説明責任を果たさない等）では、社会経済的構造の変化に対応できなくなっているのは明白である。限られた資源の中で、必要物（Needs）の本質を見極め、適切な目的に対して行動するマネジメントシステムの構築が求められているのである。すなわち要求や欲求ではなく必要性の本質を見いだすこと、すなわちそれは、これまでの課題・問題への対処型マネジメントシステムではなく、明確な判断基準や従来とは異なる意思決定方法に基づいた問題発見・解決型のマネジメントシステムが必要とされているのである。

それゆえ、本研究の目的である「行政経営システム」の構築が地方自治体における政策・施策の立案に際し効果的マネジメントシステムとして有用なのである。

3. 行政経営システムの構築

3.1 行政のマネジメントサイクル（PDCA）

今日、行政におけるマネジメントサイクルは、広く一般的に、PDCAサイクル、すなわち Plan（企画・計画）→Do（実行）→Check（点検・評価）→Action（処置・化自演）として捉えられているが、その求められている機能は、以下の3つの共通認識に収斂されるといってよい。

（1）効率的な行政運営あるいは投資を可能にすること。（2）目的あるいは目標に対して最適な施策選択を可能にすること。（3）透明性のある行政プロセスと説明責任が遂行できること。この3つの機能を実現するために、これまで様々に論じられてきている行政経営あるいはマネジメントサイクルについて、その手法をどのように捉えなければならないかここで整理する必要がある。

行政における業務は、いわゆる投資的あるいは計画的業務および定常的な業務（事務）に分類される。投資的、計画的な業務は適切な投資計画（事業計画）を立案し、実施し、改善すること（事業運営）が目的であるがために、そのプロセス自体が行政経営プロセスとなる。一方、定常的な業務（行政事務）は改善される対象であり、適切な定常的な業務プロセスは行政経営の結果として生まれるアウトプットである。事業計画と同様に、適切に立案され、実施され、改善されることが目的であり、そのプロセス自体が行政経営プロセスである。

しかし、日々遂行している事務事業に際し、このようなマネジメントサイクルが適正に実施されている自治体は非常に少ない。本研究では、保険医療分野における生活習慣病の有病者の減少及び医療費の抑制をめざした「特定健康診査等実施計画」策定・実施というシステムの構築に関し、このマネジメントサイクルを実際に自治体において実施・検証する過程で、計画の中で問題となっている要因

に関して、その問題解決方法として、「問題の構造化」や「ロジックモデル」といった具体的な手法を採用することにより、発生している現象に対し、根本的な原因を追及することが可能になる。

3.2 行政経営システムの構築手法

社会構造的背景や地域が抱える課題をすべて洗い出すために、「問題構造化(Structuring the problem)」という手法を採用する。行政における公共政策が扱う様々な問題には、同じ事実がステークホルダー間において、まったく異なる形式や理解力、認識力が当然にあるために、その解釈の仕方や捉え方が異なるという事態が生じるため、達成したいと願う戦略目標(最終目標)や解決したいと考える事柄に対して、認識のバラツキや見解の対立が生じる。そのため、政策分析の最初の段階で、問題の発生の実事認識を把握するために、原因と結果に基づく因果関係を探らなければならない。この問題の構造化の作業は、政策・施策立案のための重要な役割を担う。策定する計画のどこに問題が発生し、潜んでいるのか把握することは、問題の構造化の作業を経ることにより容易になるばかりでなく、住民への実際の公共サービス提供前の現状を把握し説明責任(アカウンタビリティ)を果たすことも可能にする。

3.3 政策ロジックモデルの構築

行政経営における経営戦略目標を、効率かつ効果的に達成するためには、実際に執行される住民サービス、社会資本等への投資や維持管理などが、最終的に経営戦略目標とどのような論理的な関係にあるかを知ることが様々な視点で重要となる。この論理的な関係が不明瞭である場合、実際の行政において執行される予算に対する説明責任(アカウンタビリティ)を果たすことがステークホルダー間でできなくなり、結果的に住民の納得が得られず様々な軋轢が生じる。経営目標と実際に計画内で行われる諸施策・事業そして具体的な公共サービスおよびそれぞれに必要な予算が論理的に結びついた関係を表したものがロジックモデルの形態である。

ロジックモデルは、1998年にW.K.ケログ財団が発行した「W.K.ケログ財団評価ハンドブック」にプログラムロジックモデルとして紹介されているが、本研究においては、ロジックモデルを4つに定義する。それは、ロジックモデル自体が明確な定義がないことに加え、「W.K.ケログ財団評価ハンドブック」では、行政経営において必要なロジックモデルの形態や機能に対応する具体的な経営プロセスにおける役割については言及していないからである。

4. 行政経営システムの概念とメンテナンス

4.1 行政経営システム

計画の目標を達成するために構築されたロジックモデルは、そのモデルを取り巻く社会文化的経済的環境や、経営目標、さらにはそのモデルに投入される人・物・コストにより様々な影響を受けるため、このロジックモデルそのものが行政経営システムを表しているといえる。世の中の全体像が社会として称されるならば、社会はその社会の中にある行政経営システムとそのシステム以外の環境から構成されており、システムは上述したように、最終目標(=最終アウトカム)を達成するために、まず施策・事業等が企画・立案され執行される。次にその執行された施策・事業から関連指標として中間アウトカムが達成される。そして、最後にその中間アウトカムを基に経営目標である最終アウトカムが達成される。

以上で示したことから明らかなように、政策・経営ビジョン或いは経営目標から具体的な施策・事業に至るまでの行政経営システムとしての論理的な因果関係であるロジックモデルにより、政策・経営アウトカムを提示することができるのである。また、ロジックモデルは定性的な関係を寄与率や因果関係でのみ説明しているため、システムそのものをロジックモデルに基づき各種設定した

アウトカム指標を定量的に評価するためには、各要素（事業や施策やアウトカム）を結んでいる因果関係の関数化が必要不可欠となる。

4.2 システムメンテナンスの方法

行政経営システムにある最下層に位置づけられている具体的な施策・事業から、最上位に位置づけられている経営目標までを効率・効果的に達成し、計画の経過により計測される特定健康診査の実施率や特定保健指導の実施率のパフォーマンスをアウトプットやアウトカム指標として表すことにより定量的な分析・評価を行うことにより、企画・立案した施策、事業、サービスが効率・効果的に実施されたかをチェックすること（モニタリング）がシステムメンテナンスの考え方である。

構築されたシステムは、事業計画の開始とともに執行されていく施策・事業・サービスが経営戦略目標や社会経済文化的・技術的環境さらには投入する資本といった環境要因環境要因に影響を大きく受けることから、アウトカム指標等の評価関数とともに見直し、修正をかける必要性（モニタリングに基づく修正）が生じる。この修正し改善する方法がシステムメンテナンスの概念である。システムそのものを修正するための方法は、モニタリングと環境条件の変動を基礎に、目標設定を変えるメカニズムが必要となることから、この目標設定は、問題の構造化を通して各種アウトプット、アウトカム指標をロジックモデル内に位置づけ、ロジックモデル内の要素間における評価関数をアンケート調査等により導出することで定量的に設定を行う。そして設定された目標に基づき事業やサービスが提供され、実績として計測される。その後、実績データと評価関数により導出された目標数値を比較検証することにより、各種目標を修正し、経営目標に対する再設定を行うことが可能となる。加えて提供する施策、事業、サービスといったロジックモデル内の要素においても、計測されたパフォーマンスの結果から修正を行うこともシステムメンテナンスとして必要不可欠である。

本研究で考察し構築された方法論や手法は、今後の地方自治体における政策と施策の立案能力を向上させるばかりでなく、これまでの自治体経営の在り方を根本的に再構築させる契機を与えるものである。

第1章 序論

1.1. はじめに

私たちを取り巻く世界は、様々な階層構造から構成されている。その階層構造の中で、自然科学、社会科学の領域を問わず、無数の“システム”が絡み合い共存・競合し、日々様々な“現象”や“出来事”が発生している。私たちが生活しているこの“社会”というシステムもまた、無数の階層構造から構築されている世界の中の階層構造の一つである。

こうした現象や出来事の中で生み出される様々な“問題”を解決し対処するための方法として、これまで過去の歴史上の科学者達は、世界が階層構造に分けられることに着目し、“科学”で物事を理解するために、対象を“要素”に分解して、その性質を分析する方法により問題解決を図ってきた。それは、世界の階層構造において、階層構造の下の方層がわかれば、その一つ上の階層の“性質”は自ずと理解できるという“還元主義”の考え方に基づいていたからである(図-1.1)。しかし、20世紀の終わり頃から、我々を含め、“生命”や“社会”というシステムは、“組織化の在り方そのもの”が重要であるため、これまでのような還元主義の考え方では理解することが非常に困難であることを次第に認識するようになってきた。なぜなら、生命や社会のように“生きているシステム”は、普通のシステムの場合とは異なり、システムの構成要素に分解して分析することによって、その全体像を把握するという従来の方法では到底理解することが出来ないからである。

それは、どのシステムにおいても、システムを構成している要素が、各自の“ルール”を持ち、要素間の“コミュニケーションの連鎖”に従って機能しており、局所的な相互作用によってシステム全体の状態や“振る舞い”が決定され、それらの全体的な振る舞いの

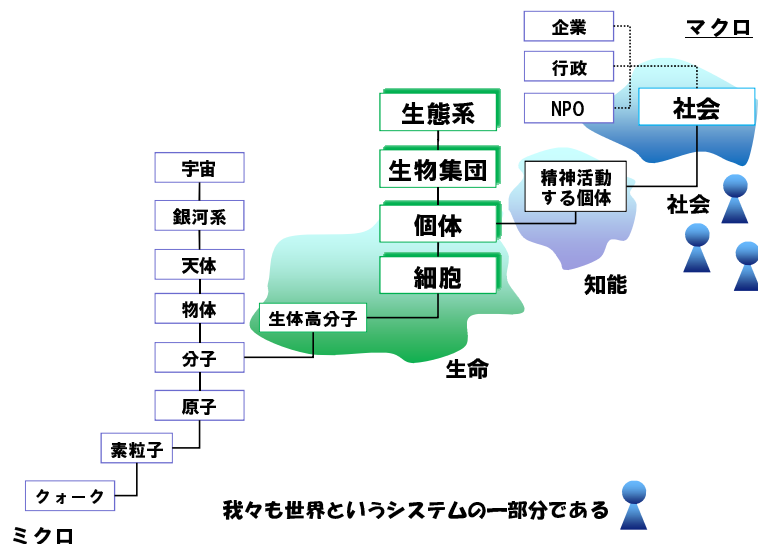


図-1.1 ミクロからマクロへの階層と飛躍
(『複雑系入門』¹⁾: ミクロからマクロへの階層と飛躍をもとに作成)

分化した単一の科学のみではもはや問題を解決できない。

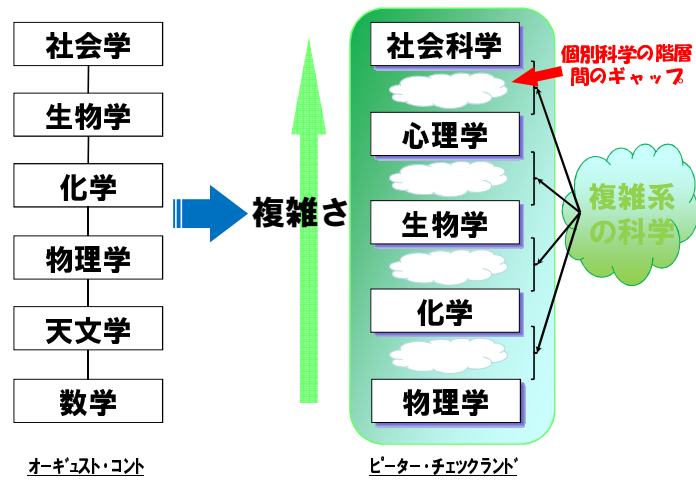


図-1.2 科学の階層性と複雑系の科学との関係

もとの個々の構成要素のルール・機能・関係性が時間とともに絶えず変化しているからである。例えば、社会における様々な組織においては、組織の構成員の役割は、絶えず変化し続ける“環境”によって影響を受けているわけで、その動向が社会をダイナミクスにしているのである。

筆者が長年所属している“地方自治体”という“行政”における“社会システム”においても、我々自身も行政組織という社会システムの中の構成要素（要員）の一部であるということを考えるならば、まさにこれと同じことが言えよう。

以上のことから、生物や脳や社会に代表されるように“生きているシステム”は、その構成要素に分解し理解しようと試みることによって、発生している問題を解決しようとすることはもはや不可能なのである。

今日、このような生物や社会に代表されるように、システムを構成する要素の振舞いのルールが、全体の文脈によって動的に変化してしまうシステムは、“複雑系”と呼ばれている¹⁾。本論文は、こうした“複雑系”社会の中でも“行政”という社会システムにおいて、これまでの還元主義的思考から脱却し、現代における科学がそれぞれの専門分野に細分化されてきた結果を踏まえ、高度に専門化した学術分野を融合することによって（図-1.2）、現実の社会との相互関係を扱う“人文社会科学”との統合をめざした“統合の科学”に応えるものである。

よって、本研究の目的である“行政経営システム”構築の研究手法は、経済学、社会学、法律、経営学など様々な“人文社会科学”と、“工学的な”計測・評価・思考の方法論を統合した機能設計（図-1.3）により行い、効果的な問題解決方法を提案するばかりでなく、いかにして解決方法から導き出された“政策・施策”を実組織において実施し、“行政評価”を行うかということに主眼を置いている。

さて、“複雑系社会”で発生している現象や出来事は、もはやこれまでの個々の学問分野ごとの対処では、その現象や出来事内で発生している問題をほとんど解決できないことは上記で既に述べた。それは、システムを取り巻く環境が時間の流れとともに日々リアルタイムで進行し変化しているからに他ならない。このことは、那須（2006）²⁾が、社会システムの構成を論ずる場合に、社会システム自身は、社会システムを取り巻く対象となる“経営資源あるいは経営対象”（対象となる社会資本・市民・サービス）や“環境”（社会・経済・文化的環境、技術的環境）、“経営目標”（サービス水準、満足度、社会経済効果など）といった要素の影響を受けることについて考え提唱していることにも通ずる（図-1.4）。なぜなら、社会システムが適切に機能している場合、これらの要素間の関係が“最適な状態”に保たれていると考えられるからである。しかし、相互関係が継続して適切に保たれることは、個々の要素が変化することを考えるならば、期待することは困難である。そのため、我々は、社会システムが取り巻く環境に対して、対象とするシステムとの整合性がとれているかどうかを随時経過観察（モニタリング）し、環境とシステムとの間に乖離が生ずる場合、随時修正していかなければならない。よって、社会システムそのものにおいて、対象、社会環境もしくは経営目標の変化に対応できるような機能を持ち合わせていることが必要となるのである。

それゆえ、そのシステム内の構成要素の挙動である“振る舞い”から生じる問題を本質的に解決し、治癒していくことが重要課題なのであり、そのためにはまず、その問題が発生している原因を“原因と結果”による因果関係の論理構造によって究明し、問題が発生している“原理や仕組み”を理解しなければならない。この問題構造のメカニズムを知ることなくして、真の問題解決には近づかないのである。仮にこの問題構造を分析せず、また、その問題解決のための“目的と手段の関係”を論理的かつ定量的に明示しないまま問題に対処しようとするなら、それは、単なる“対症療法”、つまり一時的な処置（痛みの緩

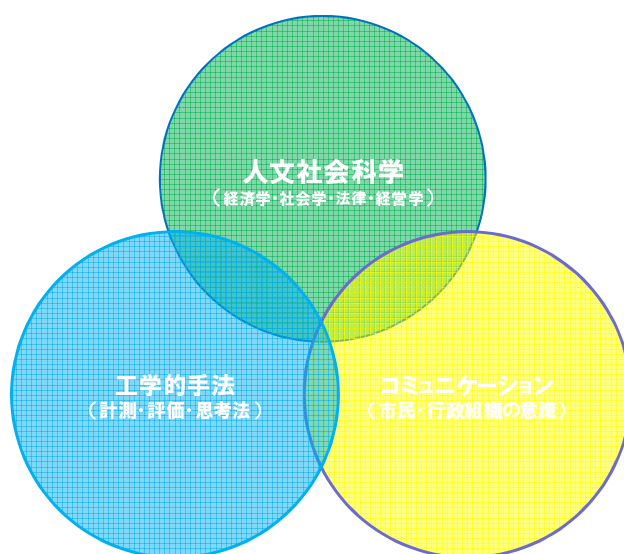


図-1.3 行政経営システム構築のための機能設計

和) にしかならないことに、過去の歴史的事実からも気付かされるだろう。これまでのような瞬間的なカンフル剤やワクチンの投与によるような痛みの減少や、長続きしない打ち上げ花火のような経済効果的システムはもはや今の閉塞的な時代には必要ではない。

本論文における研究においては、自治体経営がこれまで経験したことがないような危機的状况を迎えている今日、これまでの行政に長年根深く浸透している“成功哲学”、言い換えれば、「今まで問題なく自治体を経営できてきた」、「これまでのやり方で運営できてきたから、今後もこれまでの手法で問題ないはずだ」、あるいは「誰かが軌道修正・補填してくれる」、「自分はあと数年で退職するから」という思考（メンタルモデル）から早急に脱却し、根本的な問題解決をめざすため、いかにして自治体において効率・効果的な“戦略的経営システム”を構築するか、そしてそのためにどのようにすれば“政策・施策立案を行うシステム”を構築し、施策・事業を効果的に実施できるのかについて、そのプロセス及び方法論に特化し詳述する。つまり本研究は、自治体に所属する筆者自身が、行政という“現場”の世界の中で、筆者という“エージェント”を使って、自ら社会実験、実装を試みたものである。昨今、自治体に一度も所属したことがない行政・自治体研究者や、事例や文献に特化した評論家達が“行政経営”を第三者的立場から論じ、新しい手法を提案することが多いが、筆者は、“行政経営”とは、“組織や現場の職員”が地域や組織が持つ資源を再確認し、自ら思考錯誤しながら最適な問題解決の手法を選択し、意思決定を行うことでステークホルダーとの相互作用が生まれると痛感している。

それゆえ、このような理由と紙面上の都合から、現状の一般的社会経済的な統計データの掲載や長年に渡る自治体の歴史的背景や変遷、さらには詳細な行政用語などの説明は本論文ではあまり行わない。なぜなら、そのようなデータは、非常に多くの研究者や各分野のアナリストに加え、政府機関や教育機関が、WEBサイトや論文等に既に多数掲載しているため、今日では情報が誰でも即座に入手可能だと判断するからである。また、自治体の

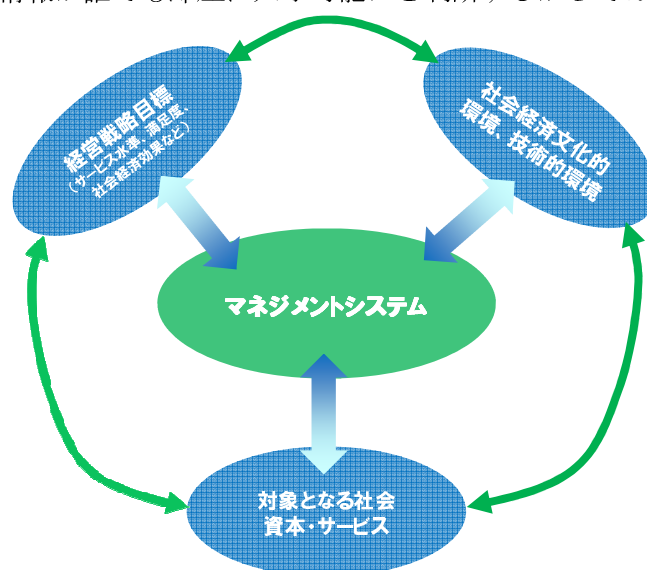


図-1.4 社会システムの構成（那須清吾作成）

財政破綻や経営危機が叫ばれているここ数年来、社会に氾濫している「行政経営の時代」、「民間に学ぶ行政経営」、「自治体倒産危機」、「自治体行政評価」、「ニュー・パブリック・マネジメントの到来」などとタイトル付けられた社会現象的書籍の中で十分に取り扱い尽くされているものと考えられるからである。よって、本論文で取り扱ったデータ等に関しては各章の終わりごとに、参考図書や WEB のリソースを最低限掲載したので、各自で不足する統計的データ等があれば参照して補足していただきたい。

そのため、本論文は、これまでの行政経営に関する様々な学術的論文のスタイルとは一千を画し、実社会での“実装”、“社会実験”を行うことに最重点を置き、このデジタル社会の中であえて、“生きたコミュニケーション”を通して、論理哲学的にかつ“アナログ的な思考法”で、自治体における計画策定、政策・施策の立案システムを構築し、そのプロセス及び方法論及びプロセスを提案することをめざすものである。筆者は、最終的に生き残るのは、思考錯誤の上生まれる“アナログ的な思考”だと自負している。最後に、これまでの自治体経営の在り方に対するパラダイム転換への第1歩として、1996年にこの世を去った科学史家トーマス・クーンの言葉を引用して締めくくる。彼は、『科学革命の構造』の中で、科学革命を起こす変革者について次のようなことを述べている。「変革者はふつう非常に若いか、危機に陥っている分野に新しく登場した新人であって、古いパラダイムで決定される世界観やルールの中に他の人たちほど深く埋没されていない。」³⁾

1.2. 研究の背景と目的

本研究では、地方自治体が直面する様々な「計画」の策定に関して、計画に付随する政策・施策・事業に対する企画と立案に関する効率・効果的な手法を構築し、“行政経営”における新しい方法論及びプロセスを提案することを目的とするものである。なぜなら、政策・施策の企画・立案とそれらの実施において、これまでの計画の策定方法や意思決定プロセス、市民やステークホルダー参加型における策定委員会や審議会・協議会等が採用してきた検討ツールを含む“従来の伝統的なマネジメントシステム”では、現在リアルタイムで変貌し続ける環境変化にもはや適応できていないことが自明の理であり、もし、適正なマネジメントシステムの構築、あるいは自治体を取り巻く環境の変化に対応させたマネジメントシステムの修正（メンテナンス）が実行されていれば、自治体の適正な運営はもとより、ハード事業もソフト事業も含めた有効な社会資本整備が効率的な組織の下に効果的に行われていたであろうと考えるからである。

よって、本研究では、特に市町村における諸々の問題の中でも、最上位の計画とされている市町村総合振興計画（マスタープラン）の中で位置づけられている具体的な政策・施策を達成するための“各種個別計画”（例えば、水道事業計画や土地利用計画、さらには健康増進計画、高齢者保健福祉計画など）に注視し、自治体へのシステムの実装とモデルの検証を行うことを目的とした。

筆者はこれまで、本学に在籍し修士課程の2年間において地方自治体における行政アウ

トソーシング（業務の外部委託）に関する意思決定システムの構築に関する研究⁴⁾及び博士後期課程に在籍し、地方自治体における効果的な政策・施策の立案システムの構築の研究を行ってきたが、平成11年（1999年）4月に旧高知県夜須町民生課に入庁して以来4年と半年間、2000年4月に施行された介護保険業務専任担当として2度にわたる「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」⁵⁾・「第2次高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」⁶⁾の策定に携わってきた。また、その後の異動により企画課企画係に在職した際には、国土交通省のモデル事業として高知県で最初の「土地利用計画」⁷⁾の策定にも直接担当として携わってきた。さらに、平成18年3月に市町村合併を控えた平成17年には総務課への異動とともに合併協議会事務局出向の下、各種計画に関する計画推進班として高齢者福祉・介護に関する業務において「新市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」⁸⁾の策定に従事してきた。

こうした現場における実務経験と、各種策定委員会や審議会など市民を含むステークホルダーとの計画策定に携わる過程において、筆者が政策・施策・事業の企画・立案、その実施後における評価の基準や仕組みに関し、これまで現場で抱き続けてきた課題に対して、問題を発見しそれを解決するための仮説を立て、モデルを検証するために、現実の自治体の中で実際の所属現場及び本システム導入支援の協力をいただいた地方自治体において本研究を行った。モデルの構築にあたり、地方自治体でのシステムの“実装”を目的とすることから、これまでの計画策定における問題点を分析・検証し改善すべく、モデル構築のケーススタディとして、現在筆者が在職している高知県香南市をモデル構築の前半部分の研究フィールドとした。ここでは、筆者が直接業務として従事している国民健康保険業務において、健康増進計画の一部に位置付けられる「特定健康診査等実施計画」⁹⁾の策定過程を通して、計画全体の行政経営システム（計画全体のロジックモデル）の構築及びシステムのアウプットの一つに設定している“特定健康診査の実施率”の数値目標を設定するために健診受診意欲の“意識構造をモデル化”した。さらに、研究の後半部分においては、高知県中央東福祉保健所企画調整チームのアドバイスの下、高知県香美市保険課と共同研究することにより、“特定健康診査の受診意欲”の意識構造に関するアンケート調査の実施と分析を行い、現状の特定健康診査の受診率が上がらない問題点を明らかにすることに加え、施策効果の分析結果に基づき具体的な政策・施策・事業の提案を自治体に行った。すなわち、自治体に内在する問題を根本的に解決するために、個別計画に付随する政策・施策の企画と立案に関する効率かつ効果的な手法を構築し、またその方法論を新たに提案することを目的とするものである。

1.3. 研究の意義

これまで数多く存在する行政経営に関する改善や改革の手法と本研究が大きく異なるのは、“論理的思考”の導入によるモデル構築と、“市民の意識構造”をその論理的思考により忠実に抽出して作成されたマーケティング・リサーチ（アンケート調査）による市民の

意見との融合、つまり“行政と市民の相互作用”により、現実の地方自治体の計画策定を通じた「地域における問題群の認識→問題構造分析を通じた経営モデルの構築→システムの実装→システムの検証→システム・メンテナンス」を目的としたシステム構築の“プロセス及び方法論”を含むマネジメントシステムを構築したことである。この論理的思考に基づくモデル構築によってこそ、政策・施策・事業を実施し、評価する上でのアウトプット指標の定量的設定及び評価だけではなく、アウトカム評価、さらにはインパクト評価をも可能にする。

それゆえ、この研究の“プロセス”自体が、行政経営における真の“PDCA マネジメントサイクル”だと言っても過言ではない。この経営システムを通して、政策目標－施策目標－個別事務事業を明確に位置づけることで、経営目標を達成するための“目的と手段”の関係を明確に示すことができ、その“論理関係を可視化する”ことで市民への“説明責任”を十分に果たすことが可能となるのである。

1.4. 論文の構成（研究の概要）

本論文は、6章から構成されており、全体構成は図-1.5に示すとおりである。以下各章の内容を述べる。

第1章は序論であり、本論文の研究背景と目的について述べた。第2章では、地方自治体における新しい政策・施策の立案システムを論理的に構築するための基礎研究として、まず、財政状況等について、我が国と地方自治体の現状と課題について言及した。次に、地方自治及び地方自治体組織及び施策・事業の執行状況と課題について述べた。さらに、現状を打破し、問題を改善・改革するために、自治体における行政評価の取組の現状と、現在、各地方自治体で積極的に行われてきている代表的な取り組みとして、行政アウトソーシング¹⁰⁾、ABC分析による原価管理（活動基準原価計算）^{11) 12) 13) 14)}を、そして今日注目されてきている手法としてバランス・スコアカード（BSC）¹⁵⁾及びシステムダイナミックス（SD）¹⁶⁾について取り上げた。そして最後に、今最も注目を浴びている行政事業仕分け¹⁷⁾について述べた。ただし、今日の行政評価の火付け役となった事務事業評価¹⁸⁾、業務棚卸表、政策マーケティング等については、それぞれ三重県 HP¹⁹⁾、静岡県 HP²⁰⁾、青森県 HP²¹⁾、さらに数多く出版されている書籍に加え、その手のリサーチに終始している研究者や論文が無数に存在しているのでそちらを参考にいただければ幸いである。そして、第3章では、そうした様々な対処療法的な改善・改革の取り組み等を踏まえ、新しい行政経営システムの構築がなぜ今必要なのかを示すことにより、地方自治体を取り巻く現象や課題発生要因に対して考察し、本研究の核心である政策・施策の企画・立案に関する問題点について触れ、その根本的な問題解決のための仮説及び論理モデルに基づく行政経営システムのモデル化の必要性について述べた。

第4章では、行政のマネジメントサイクルや、行政が地域社会・市民との相互作用を行うに際し、地域の問題群の認識と市民に対するマーケティング調査の重要性について述べ

た。また、“問題構造化”手法や“ロジックモデル”といった既存の論理的思考を要するツールではあるが、これらのツールを融合し、かつそのプロセスと方法論を具体的かつ明確に可視化することにより、本研究の主題である行政経営システムの構築方法を述べることに加え、こうした手法を採用するためには組織間はもとより、計画策定に付随するステークホルダーとのコミュニケーションの重要性について触れる。そして章の後半部分では、構築した行政経営システムとそのシステムを常に最適化するためのメンテナンスの必要性について示した。すなわち、構築された政策ロジックモデルに基づき、政策あるいは行政方針を実現する為の施策及び事業を導くとともに、社会環境や国民の価値観等の変化に対応して見直すツールとしても行政経営システムを活用するため、行政システムあるいは計画のメンテナンスの方法について述べた。

第5章では、政策・施策の企画・立案方法の具体的な事例（自治体での実装）として、「市町村特定健康診査等実施計画」における計画策定と、特定健康診査の実施率（健診の受診率）の設定を通して、経営目標達成のために展開される政策・施策・サービス・事業に関し、企画・立案する方法論を“ロジックモデル”を導入して構築した。その際、本計画を実施する前に、現実の地方自治体が抱えている現状分析として、生活習慣病に関する疾病分析や基本健診データに関する分析、さらには医療保険者にとって欠くことのできない医療費分析等も行った。こうした分析結果を十分に踏まえ、生活習慣病を早期に発見し、予防と対策を講じるため、まず「特定健康診査の受診意欲」というアウトプット指標に対し、特定健康診査の受診対象者の意識構造をモデル化することで、その構造モデルから健診受診に対する意欲のアンケート調査を行った。そして調査の分析結果に基づき、受診率を改善させるための方法と具体的な施策・事業の提案を示した。

そして、最後に第6章では、本研究に関する結論と今後の研究の方向性について述べた。

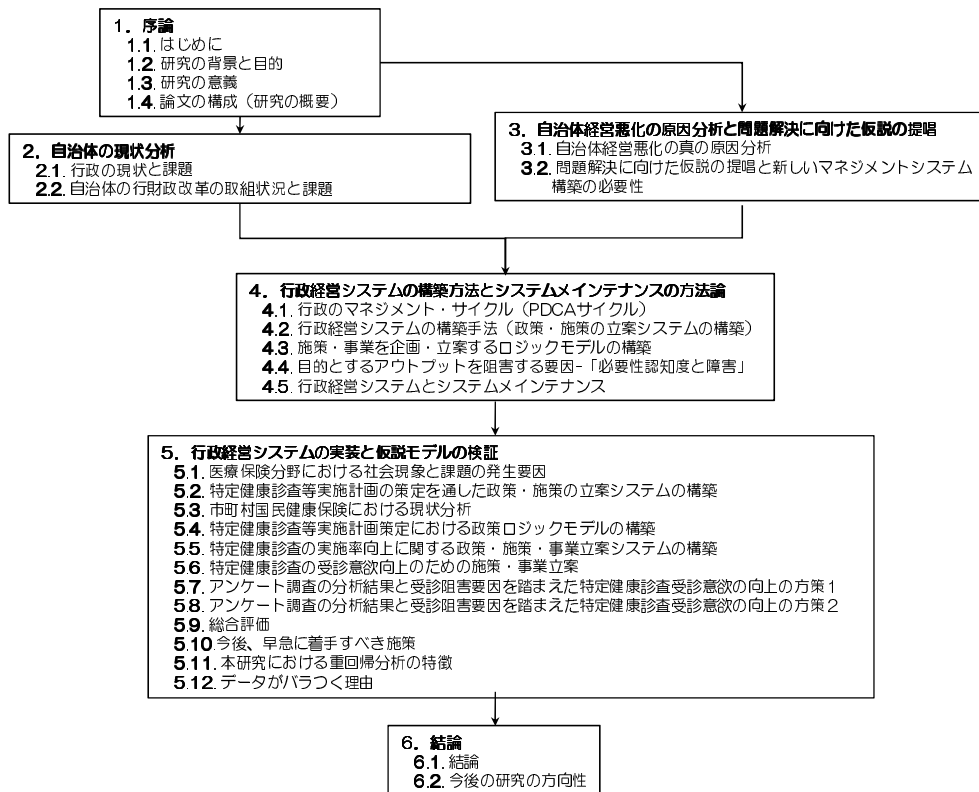


図-1.5 本論文の論理フロー

参考文献【第1章】

- 1) 井庭崇・福原義久：複雑系入門、NTT 出版、1998 年 6 月
- 2) 那須清吾：社会システムに関する分析論 - システム概念と社会科学および工学による分析論 - ,高知工科大学報告書 21 世紀 COE プログラム社会マネジメントシステム,2006,13-15
- 3) トーマス・クーン：科学革命の構造、みすず書房、1971 年 3 月
- 4) Tsuyoshi KARIYA, Masanobu NAGANO, Seigo NASU: Evaluation and Decision Method Of Outsourcing in the Administration, 高知工科大学報告書 21 世紀 COE プログラム社会マネジメントシステム、2007
- 5) 高知県夜須町高齢者保健福祉計画、高知県夜須町、2000 年 3 月
- 6) 高知県夜須町第 2 次高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画、高知県夜須町、2003 年 3 月
- 7) 高知県夜須町土地利用計画、高知県夜須町、2004 年 10 月
- 8) 高知県香南市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画、高知県香南市、2006 年 3 月
- 9) 高知県香南市特定健康診査等実施計画、高知県香南市、2008 年 3 月
- 10) 南学、小島卓弥編著、桜井通晴監修：地方自治体の 2007 年問題 大量退職時代のアウトソーシング・市場化テスト、官公庁通信社、2005 年 8 月
- 11) アーサーアンダーセン ビジネスコンサルティンググループ：ABC マネジメント 理論と導入法、ダイヤモンド社、1997 年 1 月、
- 12) 松川孝一：図解 ABC/ABM、東洋経済新聞社、2004 年
- 13) 南学：実践自治体 ABC によるコスト削減～成果を出す行政経営～、ぎょうせい、2006 年
- 14) 南学：行政経営改革自治体 ABC によるコスト把握、ぎょうせい、2003 年
- 15) ロバート S・キャプラン、デビッド P・ノートン著 吉川武男訳：バランス・スコアカード 新しい経営指標による企業変革、生産性出版、1997 年 11 月
- 16) 島田俊郎編：システムダイナミクス入門、日科技連、1994 年 4 月
- 17) 構想日本編著：入門行政の「事業仕分け」、ぎょうせい、2007 年 3 月
- 18) 上山信一、井関友伸：自治体再生戦略 行政評価と経営改革、日本評論社、2003 年 2 月
- 19) 三重県総務部予算調整室：<http://www.pref.mie.jp/GYOUSEI/hyouka/index.htm>
- 20) 静岡県総務部職員局行政改革室：
<http://www.pref.shizuoka.jp/soumu/so-030/gyotana/index.html>
- 21) 青森県企画政策部企画調整課
http://www.pref.aomori.lg.jp/kensei/seisaku/seisaku_hyoka.html

第2章 自治体の現状分析

2.1. 行政の現状と課題

2.1.1. 国と地方自治体の現状と課題

我が国における国や地方自治体の経営状況や組織構造は、1990年代のバブル経済崩壊後の“失われた10年”と言われる大規模な経済的不況を経て、かつて経験したことがないほどの危機的な局面を迎えている。これまで、戦後下の高度経済成長という急進する時代の波に陰を潜め、社会・経済的・文化的な構造の背景に隠れていた様々な“問題”が急激な勢いで表面化し、“経営破綻”や“自治体崩壊”という最悪のシナリオを描き始めている。

また、少子高齢化の時代に突入し、超高齢社会が到来した今日では、医療保険給付費は年々膨らみ続け、1961年に制度化された公的国民年金制度の崩壊、さらには2000年に施行された公的介護保険制度による介護給付費の高騰などの影響により、政府の社会保障給付費¹⁾に対する拠出は増加の一途を辿り続けている(図-2.1)。兪²⁾によれば、こうした医療保険給付費が高騰する理由を、①人口の高齢化、②医療保険制度の普及、③国民所得の上昇、④医師供給数増加(ないし医師誘発需要)、⑤医療分野と他の産業分野の生産性向上、に加え、近年における“医療技術の目覚ましい進歩”に根本的な原因があると示唆している。こうした社会的背景に呼応する形で、市町村に代表される基礎的地方自治体においても、医療保険給付費、介護保険給付費等が保険加入者のサービス利用に伴う“給付”と市民“負担”とのバランスにより増加し続けており、各特別会計の財政状況はもはや破綻していると言っても過言ではない。加えて、2004年に小泉内閣が打ちだした「三位一体改革」³⁾による、国庫補助負担金の廃止・縮減、地方交付税改革(地方交付税及び臨時財源対策債)、地方への税源移譲なども重なり、これまで国からの予算配分に大きく依存することでその存続をなんとか保ってきた自治体は、経営破産の加速度を増している。

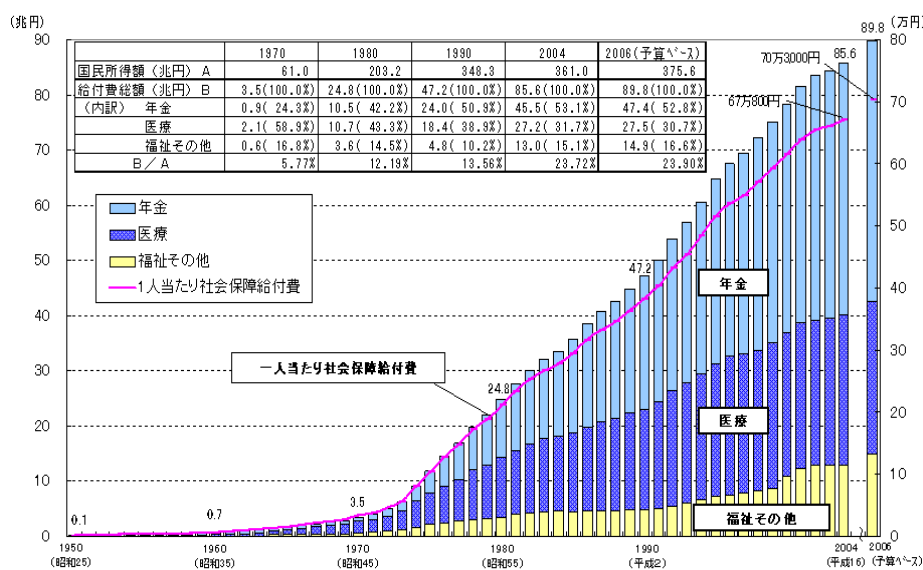


図-2.1 社会保障給付費の部門別推移

(国立社会保障・人口問題研究所「平成16年度社会保障給付費」)

こうした背景の下、現在、中央政府においては約 900 兆円もの債務超過額が発生しており、2009 年度の一般会計税収においては、当初予算で見積もった 46 兆 1000 億円から 9 兆 2000 億円下振れし、36 兆 9000 億円に落ち込むとの見通しが明らかにされている。一方、減収の穴埋めに加え、緊急経済対策の財政出動などにより、国債発行総額は過去最大の 53 兆 9000 億円に膨らむことが発表された。これは、終戦直後の 1946 年度以来、63 年ぶりに国債発行額が税収を上回る異例の逆転現象となっている。また、税収については、84 年度（34 兆 9000 億円）以来、25 年ぶりの低水準となっており、当初予算からの下振れ幅も過去最大となっている。その理由は、企業の急激な業績悪化を受けて、法人税収が見込みの半分程度に減ったのが原因である。これによって、国債発行額は初めて 50 兆円を突破し、これまで最大だった 99 年度の 37 兆 5000 億円を大幅に上回る結果となってしまった。

歴史的に長きに渡る自由民主党単独政権及びその後の自公連立時代が終焉を迎え、2009 年 9 月に革命的政権交代を成し遂げた民主党による 3 党連立内閣が始動したにもかかわらず、公約したマニフェストの実現に向け、税収以外の不足する額を補填するため、その累積される赤字額がさらなる国債の発行によって増加の一途を辿る結果となってしまった（図-2.2）⁴⁾。

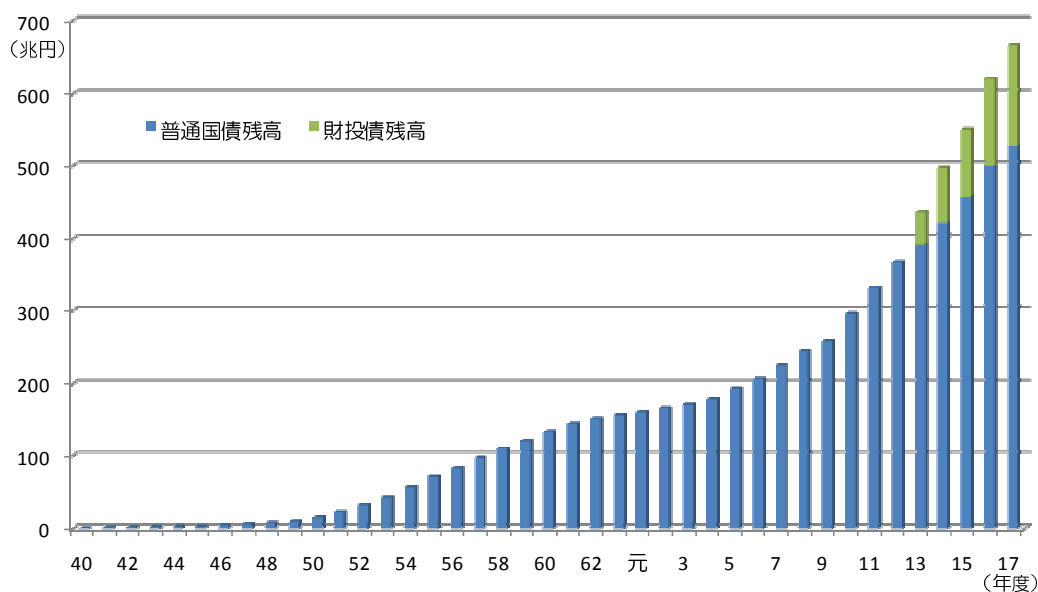


図-2.2 普通国債及び財投債の残高の推移
(総務省：国債発行残高の推移より作成)

このような我が国の経済状況において、現在では、地方自治体においても約 200 兆円以上もの債務超過⁵⁾が存在している（図-2.3）。この債務超過額は、戦後の高度経済成長期から 1990 年代に起こったバブル経済崩壊までの間に行われた公共事業への投資から来る様々な起債償還額の予算に占める割合が年々増加し続けていることに加え、社会保障関連に費やす費用とともに自治体財政を一層圧迫させる要因となっている。加えて、こうした

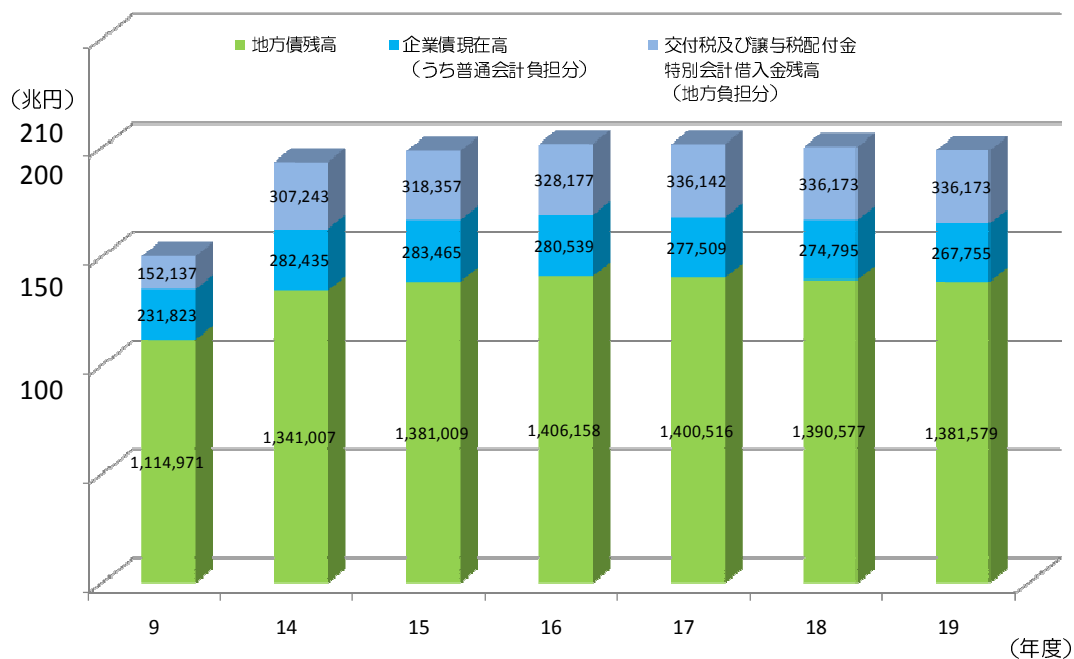


図 2.3 地方財政の借入金残高の推移

(総務省：http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/zaisei.html より作成)

経済的な変化や社会構造そのものの変化から、核家族化に代表されるような家族形態の変化、さらには少子高齢化社会の到来による人口構造の変化等に伴い、市民のライフスタイルがこれまでになく変化し、行政、中でも地方自治体への欲求は増加し続けている。これは、国民生活の“豊かさ”から、住民のニーズが複雑かつ多様化した結果、そのニーズがもはや“欲望”へと昇華してきた所以であると筆者は考えている。それゆえ、地方自治体は市民から求められる公共サービスに対し、その要求が住民や自治体にとって本当に必要であるのかどうか、将来的にどのような効果を生むのかどうかに対し、“適切な判断基準”に加え、“明確な意思決定方法や評価方法”をも持たずに湯水のように自主財源費用を抛出し、足りない部分は財政安定化基金などを取り崩して対応し続けてきた。国からの地方交付税交付金等の減額等に加え、基金も底を尽きようとしている今日、限られた予算の中でいかに国民（市民）に対する質の高いサービスを維持・確保するかが大きな問題となっている。

そこでこうした様々な“問題”に対し、都道府県や市町村と呼ばれる地方自治体は、これまでの単年度会計における予算計上体質も含め、事務・事業の見直しや廃止、人件費等も含む必要経費の削減にこれまで以上に積極的に取り組み始めた。

このような実状から、公共サービスの“品質”を維持・管理し、事業運営を継続していく方法として“ニュー・パブリック・マネジメント (New Public Management 略して NPM)”と呼ばれる、民間経営にならった手法がここ数年来異常流行している。こうした考

え方や改革の方法論は、大住^{6) 7)}によれば、「NPM は、1980 年代半ば以降、英国・ニュージーランドなどのアングロ・サクソン系諸国を中心に行政実務の現場を通じて形成された革新的な行政経営理論である。その核心は、民間企業における経営理念、手法、さらには成功事例などを可能な限り行政現場に導入することを通じて行政部門の効率化・活性化を図ることにある。NPM は、Hood (1991 年) によって、最初に定義づけられ、その後研究者の間でいくつかの特徴がまとめられた。しかし、NPM 自体が行政実務の実態をもとにしているため、研究対象となった国や地域の特徴を反映したものとなることが多く、NPM の定義自体かなりの幅がある」と指摘している。

こうしたことから、“行政経営”は、その意味、地方自治体における解釈、さらには事務・事業に焦点を当てた事務事業評価や政策・施策評価に焦点を当てた評価システムなど、導入されたシステムが組織機構や予算管理システム等とリンクしていないなど、その取り組み内容が地域や自治体規模により様々に相違するため、明確な定義が存在せず、広く一般的には“民間的経営手法”などと訳されていることが多い。しかし、どの地方自治体においても共通して言えることは、どの手法も NPM (New Public Management) に基づく考え方や方法論により取り組みを行っているという点である。

よって、上記で触れたことも踏まえ、NPM とは、民間企業における経営理念、手法、成功事例などを公共部門に適用し、そのマネジメント能力を高め、効率化・活性化を図る考え方や基本的には訳され理解されているが、具体的には、民営化等による徹底した競争原理の導入、定量的な分析と事後的評価等も含めた業績／成果による評価、そして政策の企画立案と実執行部門の分離等の考え方を採用するものに他ならない。

そこで、これまでの行政組織における上意下達のトップダウン方式、稟議制のようなボトムアップ方式による回議方式といった意思決定方法や古くからの伝統や慣習とされてきた縦割り行政に加え、単年度会計方式といった予算編成方法等を見直すとともに、根本的な政策・施策の形成方法を転換し、社会情勢や地域環境にあった公共サービスの展開を模索する必要がある。しかし、ここ数年来、こうした手法に積極的に取り組んでいるにもかかわらず、今日まで地方自治体における“根本的な問題”を解決するための有効的な方法論や、市民が明確に政策・施策・事業の内容を理解できるよう説明責任を果たせるような論理的手法（ツール）は登場していないと言っても過言ではない。現在、地方自治体で積極的に行われているのは、一時期流行した行政評価、事務事業評価、業務棚卸しに過ぎず、加えて、その形態を変えたとしても、業務を民間企業や NPO などの外部団体に委託する行政アウトソーシング、さらには行政評価から派生した目下社会現象を巻き起こしている“行政事業仕分け”といった方法により行政改革・業務改革を行っているに過ぎない。こうした施策・事業の廃止や中止の決定、さらには人件費の削減や些細な備品や需用費などの必要経費の削減などは、単なる自治体という体裁を延命させるための“対処（対症）療法”的な処置以外のなにものでもない。

ドイツのシステム工学者であるスタンフォード・L・オプトナーによれば、あるシステム

が“現在の状態と望ましい状態”との間に“ギャップ”を発生している状況にある時、そこには“問題”があると定義している⁸⁾。

よって、“問題”を解決するためには、システムの目標とシステムに影響を及ぼす制限条件の下で、この“ギャップ”を最小限に抑制するよう努める必要がある。そのため、“行政”という社会システムにおいては、“システム自身”と、そのシステムの“構成要素”をともに運営・維持管理・評価するための適正かつ効果的な経営システムの導入が早急に行われなければならない。なぜなら、自治体経営においては、経営目標達成のために企画・立案された施策・事業に対して、限られた資源（資本＝インプット）を効率かつ効果的に配分し投入しなければならないばかりか、各種アウトカム・アウトプットなどの業績指標を定性的かつ定量的に設定・評価することが求められているからである。それゆえ、それらを達成するためには、システム自身を常に外部環境の変化やシステム内部のコンディションに応じて修正（メンテナンス）し続けていくこと（システムの最適化）が必要不可欠なのである。このことは、第二次世界大戦後に、米国の数学者であるN. ウィーナーのサイバネティックスの理論⁹⁾やシステムの自己準拠的機能を唱えたH. R. マトゥラーナやF. J. ヴァレラ^{10) 11)}、さらには社会システム学者のN・ルーマン^{12) 13) 14)}の“オートポイエーシス”の理論に通ずる。つまり、社会システムの中の一つである行政経営システムにおいても、システムを“常に最適に保つ”ための“ホメオステイシス（恒常性）”の考え方が必要なのである。

よって、本論文では、こうした理論を行政経営システムの中に取り入れながら、“行政”が市民に対して果たすべき役割である効率・効果的な政策・施策の企画立案方法を提案する。さらに、それらを評価するための手法とシステムをメンテナンスする方法を提示することによって、システムを定常的に保つ、つまり“システムを最適化する”ための“行政経営システム”の概念的構築をも図るものである。

2.1.2. 地方自治と地方自治体の組織及び施策・事業の執行状況と課題

こうした地方自治体における財政状況の悪化や自治体構造の弊害を生み出したのは、まず、昨今の中央政府自身の国家財政の破綻により、地方自治体は政府に依存することなく、地方自治体が自らの意思で行動決定し、地方が“自立”して独自の政策・施策・事業を立案し実施できる体制へと地方に求める姿勢に、政府の方針が切り替わったことが挙げられよう。このことは本来の、地方自治の定義である「国は公正かつ普遍的な統治構造を維持するため、国家全体の運営について画一的、均一的運営を行うことが要請されるが、地方の実情や地方における住民からの要望は各地方によって様々であることから、これをすべて同一に運営することは不可能であり、地方の運営に当たっては地方の独自性を考慮する必要が生じる。そこで、地方の総合的な運営は地方に委ね、国は国家に係る根幹的な事柄を担当し、かつ、国家全体の総合的な調整を図るという役割分担がなされることになる。すなわち、地方自治とは国による統治に対立する側面を有しており、住民自治と団体自治

というふたつの概念を持つ¹⁵⁾。」という根本的な概念により立ち返ったことを意味する。

また、このことは、内閣府にその設置本部が置かれている平成 17 年法律第 24 号で施行された地域再生法に基づく“地域再生計画”¹⁶⁾や、平成 14 年法律第 189 号で施行された構造改革特別区域法に基づく“構造改革特区構想”¹⁷⁾により、地域が市民や地元企業と一緒に自治体とともに地域を振興させるための計画づくりを自ら実施し、政府が認定した地域に補助金を交付するという方針への転換や、上記で既に述べたような三位一体改革による、地方交付税改革や国庫補助負担金改革を見れば一目瞭然である。さらに、こうした一連の地方への改革の波を受けて、ここ数年来、総務省の主導のもとで行われてきた“市町村合併”が地方自治体の広域化の加速へと繋がったことは周知の事実であろう。この市町村合併は、1950 年代に進められた“昭和の大合併”にちなんで“平成の大合併”¹⁸⁾と呼ばれている(図-2.4)。このような市町村の合併を進め大規模化することで地方財政基盤の強化と効率化を目指すとする政策は、市町村合併特例法の改正(1995 年)で合併特例(合併後の財政支援など)が 2005 年までの時限立法として強化されて促されたことによるものである。よって、昭和の大合併を経て、昭和 60 年 4 月時点で 3,253 あった市町村は、今回の平成の大合併を経た結果、平成 21 年 11 月 19 日時点の見込みで平成 22 年 3 月には 1,742 自治体まで大幅に減少することとなった(図-2.5)。地方自治体の財政悪化に政府の地方に対するこうした一連の改革が、さらなる地方自治体の財政状況を苦しめる結果となり、市町村合併を行うことが、合併を行う自治体間の財政状況を少しでも改善させる、つまり“自治体を延命”させる苦肉の策となってしまったことは否めない事実といえよう。

市町村数

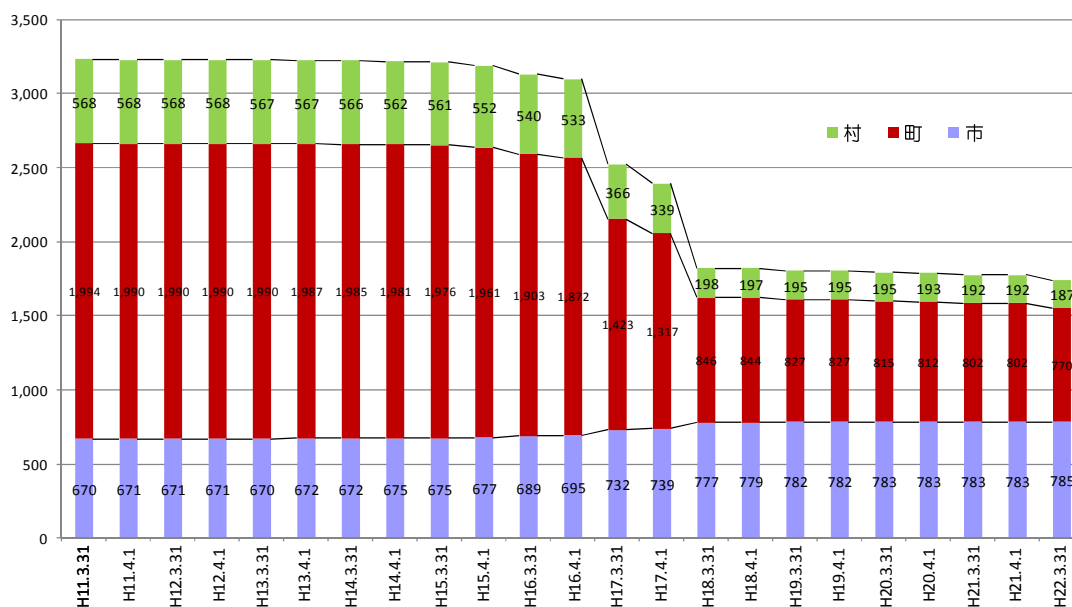


図-2.4 平成の大合併による平成 11 年 3 月 31 日以降の市町村数の変遷
(総務省：合併相談コーナー：<http://www.soumu.go.jp/gapei/>より作成)

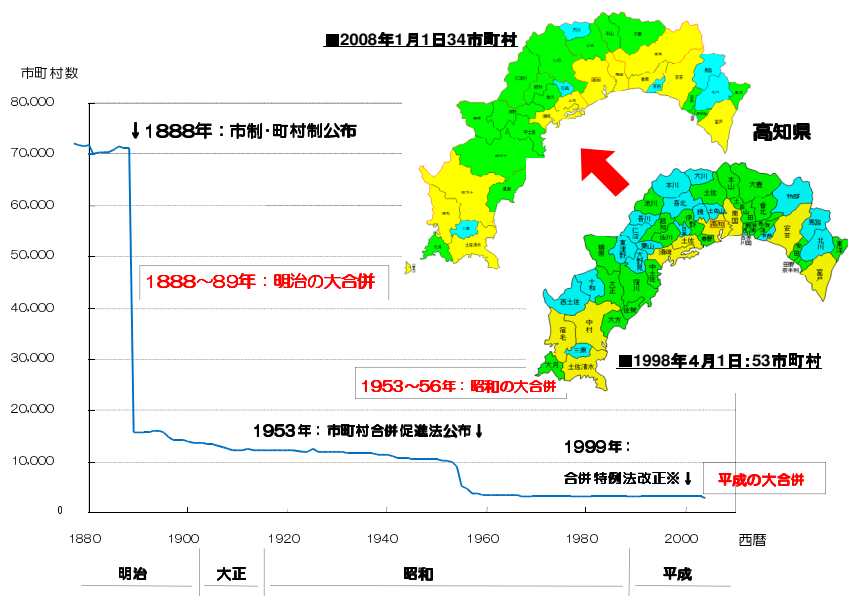


図-2.5 全国における市町村数の推移

つまり、このような方針や支援策へのシフトは、超高齢化社会の到来や、市民の価値観が多様化したことに加え、中央政府が全国一律の方針を打ち立てることが難しくなり、これまでのような中央集権型で縦割りの政府依存型組織構造が効率的でなくなったことを意味する。すなわち、“地方の自立した独自のマネジメントシステム”が要求されている証なのである。こうした自治体経営の悪循環を招く要因を招いた行政組織の主な特性として、①組織における責任の不明確性、②自主的でない地方行政、③前例主義の踏襲（慣習や過去の成功事例への固執）、④経営目標達成のための戦略の欠如、⑤組織内コミュニケーション不足、⑥効果的なマネジメントシステムの欠如等といった体質が挙げられよう。

次に、今日の自治体破綻を招いた原因となりうる、自治体の組織構造等に着目する。なぜなら、自治体組織の業務に関する縦割り構造やその意思決定方法からも、これまでの国と地方自治体の組織構造自体に問題があり、今日の業務の複雑化と経営破綻を招いた原因が伺えるからである。

まず、行政の組織構造であるが、周知のように、国（中央政府）で決定したことは、各種法律や通知となり、都道府県を通して基礎自治体と言われる“市町村”にトップダウン方式で通達される（図-2.6）。加えて、市町村には、首長が描く市のビジョン（経営目標）に基づき政策が決定され、その政策を実現するために各部局・課室で、施策を企画立案し、各係がその施策を実施するために事務事業を行っている。この政策—施策—事業を決定し、実施する際に、地方自治体の行政組織機構が各セクションの業務ごとに縦割りになっているため（図-2.7）、施策、事業を企画・立案し、執行する場合に、組織内の横断的なプロジェクトチームで取り組むような効果的なツールが用いられていない。このことは市民のニーズに照らして、施策—事業を実施する際、関連する部署が機能的に連携し、効率・効果

的な行政サービスが提供できていないことを意味する。自治体組織における業務が複雑化し、専門化した今日では、伝統的な業務マネジメントスタイルである1業務1課室(1係)ではなく、施策一事業に照らし、関連する業務を持つ部署はすべて横並びで実施プロジェクトチームを編成し、施策一事業を実施・評価していく必要性が求められている。それゆえ、植本¹⁹⁾は、こうした自治体の組織機構の特質と意思決定の在り方に対し、組織横断型プロジェクトチームによる“施策マトリックス”とアウトカム志向の行政評価の観点から、効率・効果的な施策展開の検討ツールを提唱している(図-2.8)。

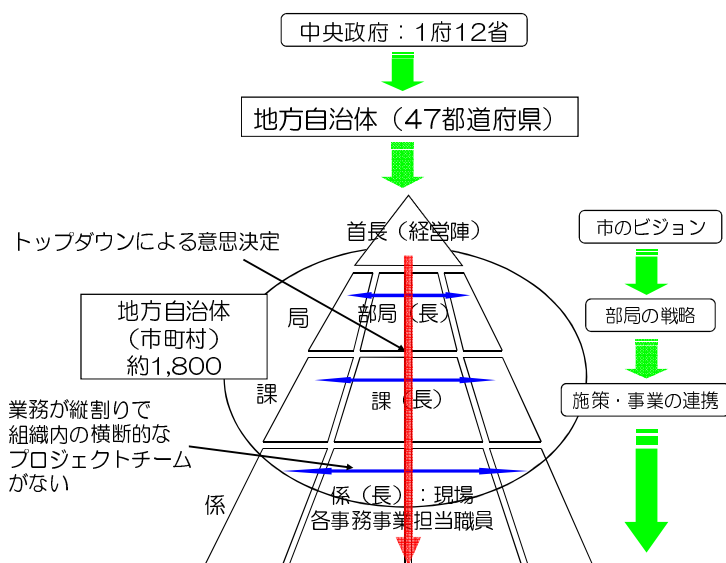


図-2.6 行政のトップダウン方式による意思決定方法

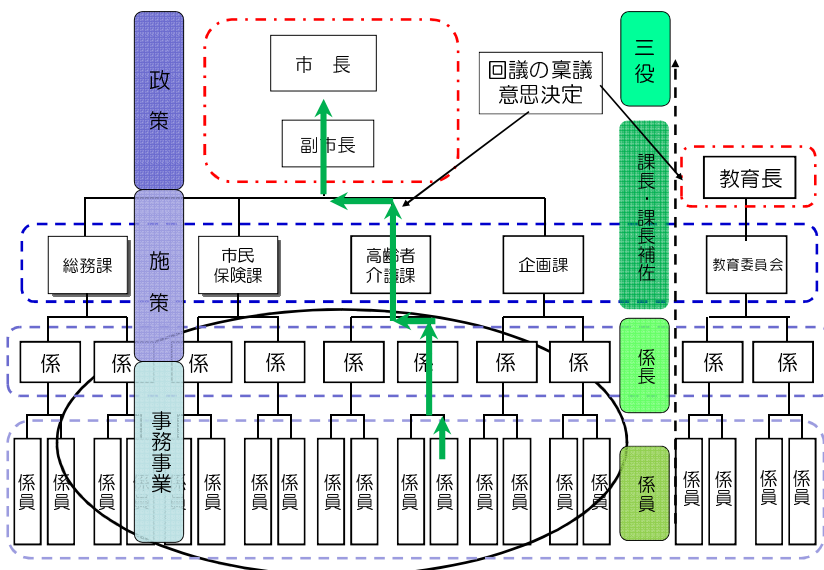


図-2.7 地方自治体の組織構造と政策一施策一事務事業の意思決定構造

加えて、五艘²⁰⁾は、国や地方自治体の縦割りに合わせた組織から、住民の満足度重視へ

の体制整備として、組織横断型プロジェクトチームの編成を行っている（図-2.9）。この組織横断型プロジェクトチームの編成の試行は、筆者がかつて所属した地方自治体において社会実験され、筆者もこのプロジェクトに参加したが、市民に対する政策目標を実現すべく、戦略目標の達成に向けて、各部門相互の調整を図ることで、効率的に行政サービスの提供を行う体制に移行するための意思決定プロセスの改善策として有効に機能しうることを実感している。

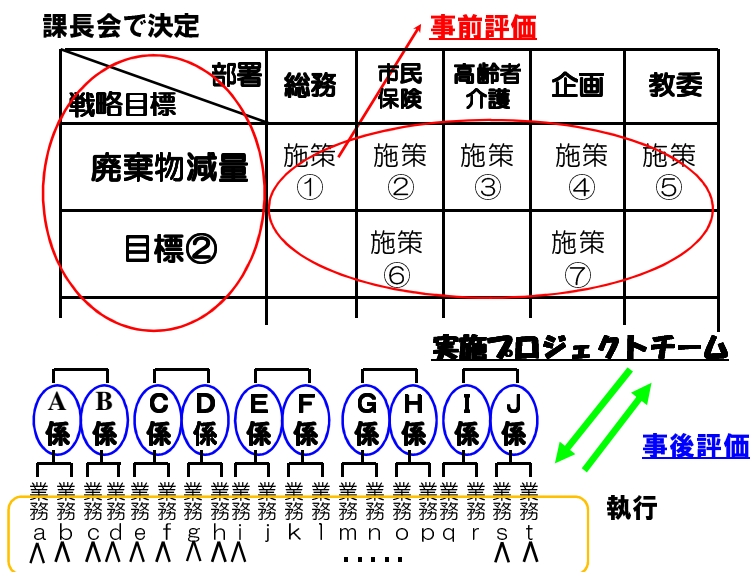


図-2.8 施策マトリックス

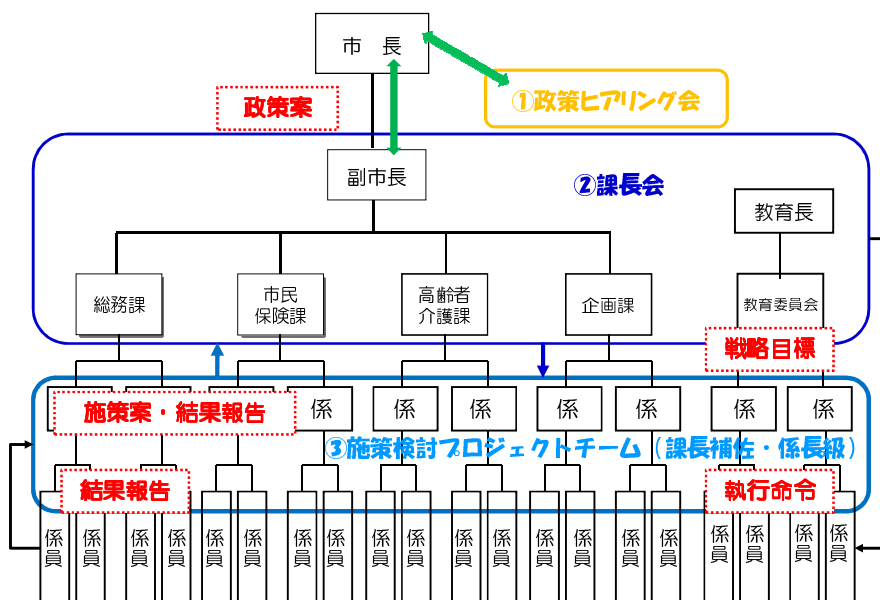


図-2.9 組織横断型プロジェクトチーム

2.2. 自治体の行財政改革の取り組み状況と課題

それでは、次に、こうした現状を打開するために、今日地方自治体において取り組まれている行財政改革や行政評価の現状について少し触れる。

2.2.1. 自治体の行政評価の現状

ここ数年来、三重県の事務事業評価システム、静岡県業務棚卸表、さらには青森県の政策マーケティングといった比較的人口規模や財政規模の大きい地方自治体で“行政評価”がNPM（ニューパブリック・マネジメント）の具体的な取り組み事例として実施されてきた結果、そうした取り組みや考え方が急速に全国の自治体に波及している。総務省自治行政局の調査²¹⁾では、2008年10月1日時点で、47の都道府県と17の政令指定都市のすべてにおいて行政評価は導入されており、また他の1,857のうち、846団体が導入、その中で市区町村に至っては782団体もが導入している（図-2.10、表-2.1）。

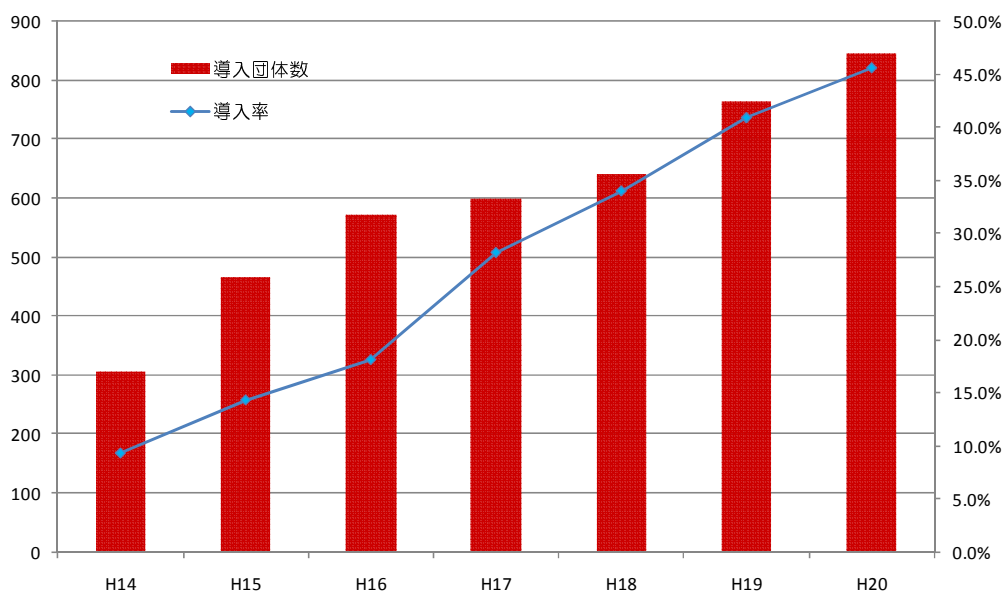


図-2.10 行政評価導入率（都道府県・市町村）の推移

（総務省： http://www.soumu.go.jp/main_content/000014509.pdf より作成）

表-2.1 行政評価導入率（都道府県・市町村）の推移

（総務省： http://www.soumu.go.jp/main_content/000014509.pdf）

調査時点	平成14年7月末	平成15年7月末	平成16年7月末	平成18年1月1日	平成18年10月1日	平成19年10月1日	平成20年10月1日
全国対数 都道府県・市区町村	3,288	3,254	3,169	2,122	1,887	1,870	1,857
導入団体数	305	465	573	599	641	764	846
都道府県	43	46	46	46	45	46	47
政令指定都市	8	13	13	14	15	17	17
市区町村	254	406	514	539	581	701	782
導入率	9.3%	14.3%	18.1%	28.2%	34.0%	40.9%	45.6%

表-2.2 評価結果の活用方法

(総務省： http://www.soumu.go.jp/main_content/000014509.pdf)

	都道府県	政令指定都市	中核市	特例市	市区	町村
予算要求や査定	96%	100%	100%	100%	93%	96%
定員管理要求や査定	60%	47%	54%	54%	46%	46%
次年度重点施策・方針の策定	94%	76%	86%	79%	75%	76%
事務事業の見直し	96%	94%	97%	92%	91%	90%
総合計画等の進行管理	74%	65%	51%	72%	63%	50%
トップの政策方針の達成状況を測るツール	34%	24%	14%	15%	18%	16%

※「導入済み」団体のうち、予算要求や査定等に活用している団体の比率

また、表-2.2 を見れば、自治体におけるその行政評価結果の活用方法について、都道府県、市町村ともに、主に予算要求や査定、次年度の重点施策・方針の決定、さらに事務事業の見直し等に活用される傾向が強く、本研究のような総合計画等の策定・進行管理やトップの政策・施策方針の達成状況を測るツールとしてはあまり活用されていないことがわかる。つまり、現在自治体において取り組まれている行政評価は、事務事業の見直しを図り、その結果、コストを削減することによって自治体の経営破綻を防ぐ方策に終始している傾向が強いといっても過言ではない。

よって、こうした現状からも、本研究における新しいマネジメントシステムの導入による、“論理的”行政経営システムの構築及び政策・施策の立案システムを構築することにより自治体への実装を図る社会的意義は大きいものとする。

2.2.2. 自治体の主な行財政改革と行政評価の取組状況及び課題

上記のような自治体における行政評価の実施状況から、以下では、今日実施されている国や自治体の主な行政評価の取組状況について紹介するとともに、その課題についても触れる。本論文においては、各地方自治体で積極的に行われてきている代表的な取り組みとして、行政アウトソーシング、ABC 分析による原価管理（活動基準原価計算）を、そして今日注目されてきている手法としてバランス・スコアカード（BSC）及びシステムダイナミックス（SD）について取り上げ、最後に、今最も注目を浴びている行財政改革の手法である行政事業仕分けについて述べる。

2.2.2.1. 行政アウトソーシング

近年、行政事務事業等の見直し、再編成時に注目・採用されている手法として“行政アウトソーシング”²²⁾²³⁾が自治体において積極的に行われている。“アウトソーシング”と

は、“外部委託”あるいは“資源の外部化”と広く一般的には訳されており、島田（2000）²⁴⁾によれば、「ある組織から他の組織に対して、組織の機能やサービスの一部を委託すること」と定義されている。また、これまでは「企業が自社の業務や機能の一部または全部を、専門業者や子会社などの外部に委託すること」と意味づけられていた。地方自治体が事務事業の見直し等を行い、業務改革を実施するために外部委託を積極的に推進するようになった昨今では、「行政サービス（事務事業）の一部又は全部を、民間やNPOさらには個人、SOHOなどに委託すること。」と一般的に意味づけられる傾向にある。地方自治体の財政状況が危機的な状態に陥り、今でこそアウトソーシングという手法が主流になってきたが、この手法はバブル経済が崩壊する前の日本経済が好景気を迎えていた頃から取り入れられていた。地方自治体の財政悪化という「経営環境」が変化したことにより、市場における競争力の強化の手段として、さらには官民間の役割分担の在り方として大きな意義を持つようになってきたのである。

近年、急激に変化し続ける社会的背景や行政サービスの多様化により、これまでの財政状況や代々踏襲されてきた組織体系では、複雑・広範囲に渡る公共サービスに対して、十分なサービス供給量と満足のいく品質を確保することは困難になってきている。こうしたことから、今日、地方自治体においては、“アウトソーシング”という一手法を導入することにより、組織が抱える業務を専門分野に委託し、弱点分野の強化を図り、住民サービスの質の低下を防ごうとする動きが強まってきているのである。

しかし、これまで地方自治体において実施されてきた（又は現在実施されている）アウトソーシングの手法は、外部委託を決定・評価する際、明確な意思決定方法や具体的かつ定量的な評価基準が存在しないばかりか、事務事業を外部委託することの妥当性の検証も論理的になされていない。さらには、外部委託をした業務が適正かどうかの具体的な判断基準とチェック機能も存在しなかった。また、組織における人材の能力等の限界から、アウトソーシングの本来の意義である“弱点分野を外部委託し、専門分野に特化する（コアコンピタンスに集中し、質の高いサービスを提供する）”という本質から外れ、住民の満足度を尺度とする外部委託した業務の履行確認や品質管理に関する問題も残されたままとなっている。

これまでの地方自治体のアウトソーシングの方法は、組織が抱える事務事業を一通り洗い出した後、委託先（入札、随意契約などにより決定された民間企業等）から提出される予算見積もり書に記載されたコストと、自治体が拠出できる予算を単純に比較した後、外部委託可能かどうかを明確な意思決定モデルに基づくことなく判断し、獲得した予算の枠内で委託の決定を行っていた。そのため、外部委託をすることが可能あるいは不可能と決定する際、事務事業を担当しているスタッフの主観的判断や見積もられた価格の安さ等に大きく依存している傾向が強かった。加えて、外部委託された業務を、受注先が履行している間に仕様書通りに行われているかといった現場確認や、あるいは品質が遵守されているかどうかといった明確な判断基準に基づく履行確認等を建設・土木等の分野以外はほと

んど実施してこなかったため、契約期間終了後に出来上がった成果品を検査調書で点検作業を行うのみにとどまり、住民の満足度や将来的な持続性の観点欠缺しているという問題点が存在している。

よって、行政アウトソーシングを実施する場合、アウトソーシングの本来の目的を理解し²³⁾ (図-2.11)、アウトソーシングを実施する業務の適正な評価基準、意思決定方法のシステムの構築と導入 (図-2.12) により、主観的な外部委託の意思決定方法ではなく、組織内におけるどの階層のスタッフでも、明確な判断基準に基づき外部委託の意思決定が行えるとともに、業務遂行に必要とされる“時間”と“原価”で管理するというコスト意識を生むことが今後の課題である。

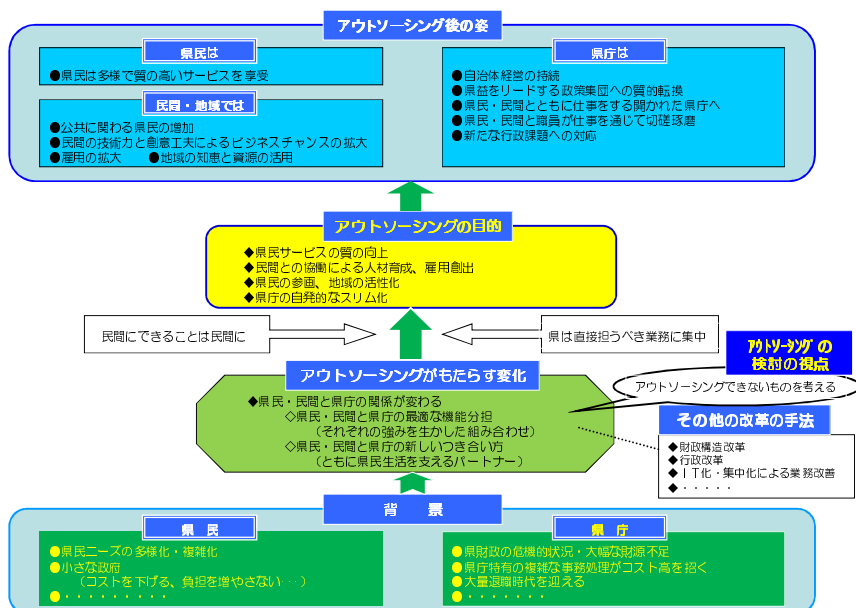


図-2.11 アウトソーシングの目的

(高知県行政管理課: <http://www.pref.kochi.lg.jp/~gyoukai/index.html> より)

行政事務事業として必要性があるかどうか、自治体として自ら直接行う必要があるかどうかを判断する	
専管性 判断基準 I	① 法的規制により、その行為が自治体職員として位置づけされている
	② 公権力をともなう、あるいはその行使にあたる
	③ 権限を代理させることができない
	④ 政策・施策・企画立案、調整・決定など行政内部で政策判断や意思決定を要する
	⑤ 個人情報保護等や機密性・危機管理が強く求められる
行政事務事業を具体的にアウトソーシングできるかどうかを判断する	
外部委託 性 判断基準 II	① 外部委託先（受注先）が存在する（NPO, SOHO, MB, 個人、民間企業等）
	② 外部委託先の知識・技術が官を明らかに上回っている（専門性）
	③ コスト分析により、明らかに外部委託による方が経費削減になる（原価管理シートにより官民のコスト比較を行う）あるいは効率性が大きい

図-2.12 アウトソーシングを行う業務の判断基準 (筆者作成)

2.2.2.2. ABC分析の導入による原価管理

次に、ABC分析の導入による自治体における原価管理について述べる。すべての組織は、ヒト、モノ、カネ、情報などの資源を有し、これらをインプットとして投入することにより、顧客に対し製品を生産・販売し、あるいは市民に対して公共サービスを提供している。しかし、こうして生み出される製品や公共サービスには当然ながら“コスト”が発生するため、組織の健全な運営において、いかにしてこのコストを低減あるいは削減するかが一つの時代も悩みの種となっている。そこで、このようなコスト問題に対処するため、民間経営においては、コスト構造と支出している経費を分析することが必要であるため、事業経営分析のための具体的な手法として、“ABC”の考え方や手法が導入されている。

ABCとは、Activity Based Costingの略で、日本では、“活動基準原価計算”と訳されている。ABCの基本原理は、「あらゆる原価には必ず発生要因がある」こと、そしてその「原価の発生要因は管理できる」ことである。それゆえ、ABCを理解するためには、原価の発生要因を把握するためにはどのような分析を行うのか、さらにはその発生要因をどのように管理するのかに着目することが重要である²⁴⁾。

このABCという考え方が生み出された理由は、1980年代、アメリカでは、グローバルな企業間競争が進展し、製造業者の競争力の低下が強く意識され、競争力回復の方策が模索されていた時代であった。再生を賭けるアメリカ製造業では、製造間接コストを効果的に管理する手法に対する関心が高まっていた。アメリカ企業がリストラやリエンジニアリングを敢行して競争力を強化するためには、管理会計上、特に企業内で発生する“隠された共通コスト”をいかに効率的、効果的に管理するかという大きな命題が課せられていたことに端を発する。また、ABCは、誰によって発案されたのかは不明であるが、クレアモント大学教授のR. クーパーとハーバード大学教授のR. キャプランが、ハーバード・ビジネス・スクールのケーススタディ論文“Measure Costs Right: make the right decision”, (Harvard Business Review Sep.-Oct.1988)としてABCの活用事例を紹介したことで有名になったと言われている。

では、このABCとはどのような計算方法なのであろうか。ABCとは、従来の伝統的な原価管理とは異なり、企業において製品を製造する際に必要となる“資源”を“活動”(アクティビティ)という作業の単位に割り当てる、すなわち、“活動の費用”を直接原価に割り当て、それぞれの活動のコストを求める方法である(図-2.13)。これまで行われてきた従来の原価計算方法では、これらの費用は、“間接費”として、直接その業務に対する作業時間及び機械時間を基準にして製品に配賦されており、恣意性を排除することは困難であった。

これまでのような少品種多量生産時代では、主要な原価要素は原材料費と直接労務費に偏っておりあまり問題は少なかったが、現代のような多品種少量生産時代には、段取、設計、運搬、在庫、さらにプロジェクト実施段階に発生するコストマネジメント等といった製造支援にかかる費用も急増しており、これらの費用を合理的に各製品に負担させること

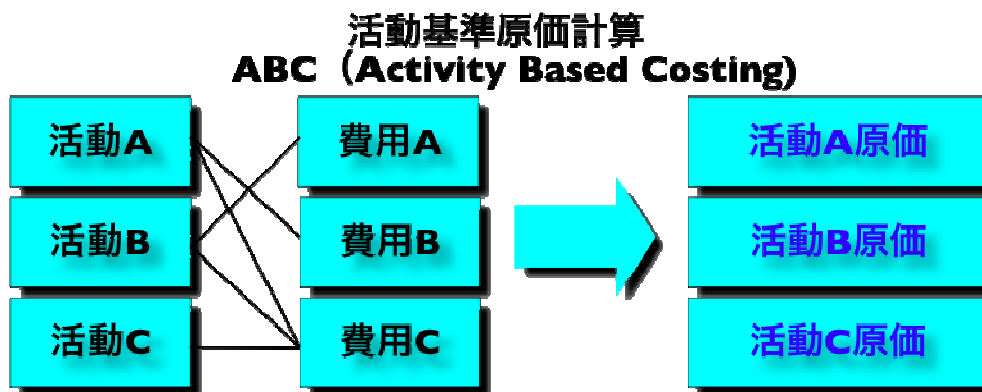


図-2.13 ABCの考え方

が必要となっている。このことは、プロジェクトの企画・立案段階で評価、決定される必要がある。

一方、行政においては、税収の低下や地方交付税交付金のような国からの支援金の減少による歳入の減少の問題や、説明責任として市民からの税金を無駄にしないためのコストパフォーマンスを行うために行政経営が行われているが、これまで行われてきたコスト分析は、総事業費を件数で割るようなラフな計算である場合が多く、具体的な業務改革に結びつけるためには、改めて詳細な業務分析が必要とされ、一部の機能だけを取り出しても全体の改革・改善に結びつけることは難しい。加えて、現行のような予算方式・会計主義においては、事業に必要なとされる単価を占める費用構成が分かるのみに留まっている。

また、その費用構成において多くを占めるのは職員の給与に代表される労務費であるため、人件費を直接、総務管理費として総務課が管理し予算編成を行う地方自治体においては、この労務費を改善することは人事や現行の予算方式が絡むため容易ではないという問題がある。さらに、活動基準原価計算ABC(Activity Based Costing)を導入する場合に際して、そこでは“活動”の一般的な捉え方が定義されていないため、自治体にとっての活動を具体的に定義づける必要性があるという課題もある。

このような問題と課題を抱えてはいるけれども、ABCは、既に既存の自治体や比較的規模の大きい自治体において、例えば水道事業、図書館業務の本の貸出し、放置自転車の撤去業務、住民票や戸籍謄本など各種書類の発行などの業務・事業に関して原価計算が行われている。

ABC分析の自治体への導入事例としては、千葉県市川市のABCシステム²⁵⁾や福岡市水道局における水道事業への導入²⁸⁾などが代表的である。

2.2.2.3. バランス・スコアカード(BSC)

企業のビジョンや戦略をわかりやすく一貫性のある業績評価指標に置き換える、つまり業績評価指標を可視化する仕組みを提供するツールとして、バランス・スコアカード(BSC)

がある。

バランス・スコアカード (Balanced Scorecard, BSC) は、ハーバード・ビジネス・スクール教授のロバート・S・キャプランとコンサルタント会社社長のデビッド・P・ノートンによって、1992年に「Harvard Business Review」誌上で発表された“業績評価システム”である²⁹⁾。そのシステムの特徴は、企業の業績を財務、非財務の側面から評価するために、戦略・ビジョンを4つの視点(①財務の視点、②顧客の視点、③業務プロセスの視点、④学習と成長の視点)から業績を評価することであり、各視点ごとに目標、業績評価指標、ターゲット、具体的プログラムが設定される(図-2.14)。

- ① 財務の視点：株主や従業員などのステークホルダーの期待にこたえるため、企業業績として財務的に成功するためにどのように行動すべきかの指標を設定する。
- ② 顧客の視点：企業のビジョンを達成するために、顧客に対してどのように行動すべきかの指標を設定する。
- ③ 業務プロセスの視点：財務的目標の達成や顧客満足度を向上させるために、優れた業務プロセスを構築するための指標を設定する。
- ④ 学習と成長の視点：企業のビジョンを達成するために組織や個人として、どのように変化(改善)し能力向上を図るかの指標を設定する。

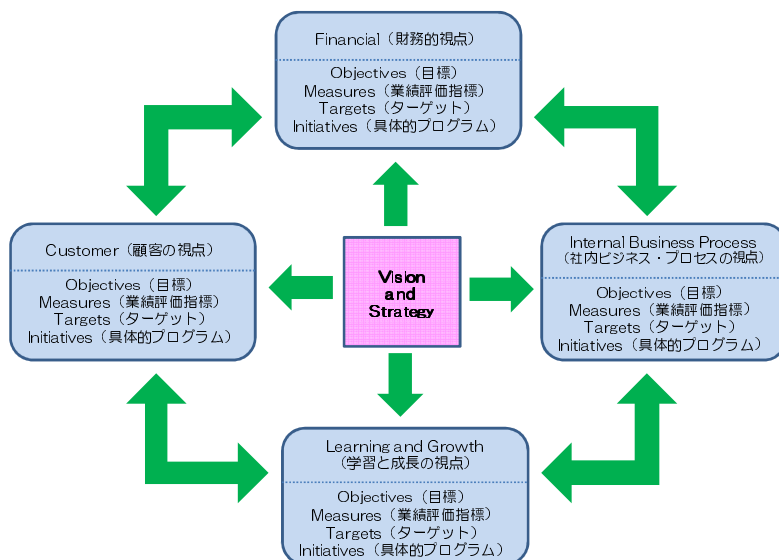


図-2.14 バランス・スコアカード

バランス・スコアカードは、経営ビジョンと戦略を前提として、成果と実現プロセスを一体的に評価する枠組みを備えているため、効果的な計画推進ツールとして機能する。

最近、こうしたバランス・スコアカードが、自治体経営においても財務改善や、市民へのサービスの質の向上を目指して活用され、積極的に取り組まれるようになってきている。なぜなら、行政の“顧客”であり“パートナー”である市民に対し、効率・効果的で質の

高い公共サービスを提供する行政経営システムの構築が求められているからである。

例えば、2002年度から兵庫県姫路市においては、組織の目標や方針を明確にし、組織単位で評価、改善を行うことを重視することを基本方針に、経営戦略＝常に何に重点を置くかという、経営資源の“選択と集中”の考え方を重視し、このバランス・スコアカード手法を採用しており（図-2.15）、その名称を「組織パワーアップ型行政評価システム」としている³⁰⁾。同市においては、“行政経営型”の行財政運営に転換を図り、市民サービスや行政活動の費用対効果を高め、より市民本位のサービスを提供していくための目的として、以下の5点をあげている。

- 1) 成果重視型の行政経営へのシフト
- 2) 市民へ対しての説明責任：行政経営の透明性の向上
- 3) 職員の意識改革：市民ニーズ重視、コスト意識、スピード意識、課題の共有化、改善意識、チャレンジ精神
- 4) マネジメントサイクルの定着化：行政評価のプロセスを通じて、仕事のあり方を見直し改善するサイクルの定着化を図る。
- 5) 財政の健全化をより進める：行政評価の結果に基づき事業や業務プロセスの見直しやコスト削減を図る。

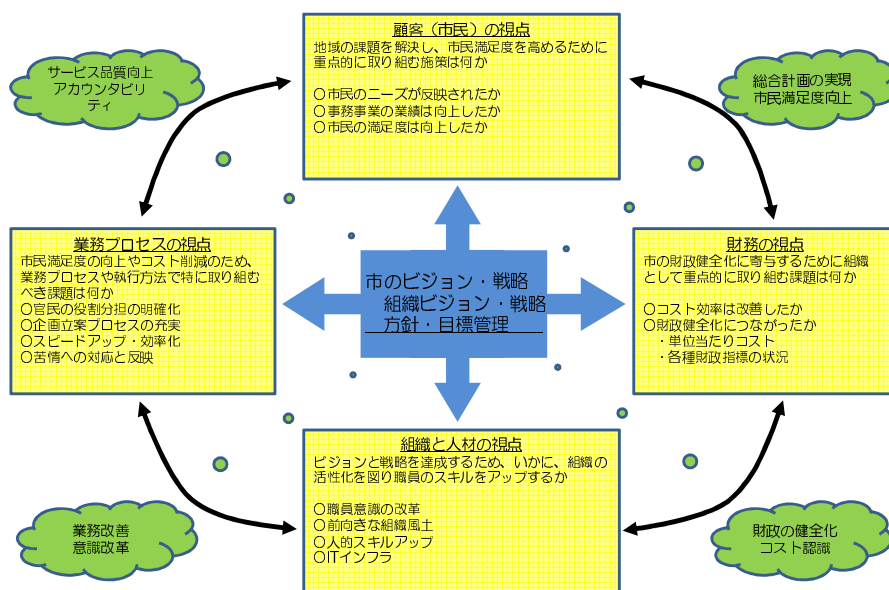


図-2.15 BSC（バランス・スコアカード）を活用した行政評価システムの概要
 (姫路市行政システム改革室：http://www.city.himeji.lg.jp/s20/2212947/_1805.html)

また、石原（2004）³¹⁾によれば、「自治体の経営革新をさらに推進するためにバランス・スコアカードの導入を試みる事が重要であるとし、すでにわが国でも札幌市や福岡市でバランス・スコアカードに関する調査研究が始まっているとしている。さらに、続けて、ここ数年で行政評価とバランス・スコアカードの関係、日本経営品質賞とバランス・スコ

アカードの関係を整理する自治体も出てきた。こうした動向を踏まえて、バランス・スコアカードという管理会計の研究対象が、今後、自治体経営の組織や戦略をどのように変革するかを見極めることが重要であると指摘しており、バランス・スコアカードが、民間企業の経営手法のなかで、自治体の経営革新にとりわけ大きな影響を与える手法である」と認識している。しかし、組織内における業績評価指標にその目的や手法が注視される傾向にあり、複雑系と呼ばれる広範囲に渡る社会システムの中で発生している社会・自然現象における諸問題を根本的に解決するために、社会システムの階層性を認識し、その問題が発生しているメカニズム（原理や法則）を論理的に解明することにより、政策目標を達成するための目的と手段を可視化するシステムを構築することには不向きであるといった課題がある。

2.2.2.4. システムダイナミクス(SD)

対象をシステムとして捉え、その構造および挙動の特性を解明し、対象を制御する施策の設計と事前評価を行う一般システム理論として、システムダイナミクス（System Dynamics, SD）がある。システムダイナミクスは、シミュレーションモデルによってシステムの構造と成分相互関係を扱う理論であり、1958年にMITのJ.W.フォレストラーによって創成された³²⁾。この手法は、様々な要因が複雑に絡み合った企業や社会のシステムについて、時間とともに変化する動的（ダイナミック）な特性をそのシステムが本来持っているインフォメーションフィードバック・ループの構造を基に、有機的にモデル化して、シミュレーションを行い、そのシステムと取り巻く環境の変化に対応する政策を見出すマネジメント手法の一つであるとされている（図-2.16）。

以下にそのモデリングの方法（図-2.17）と概観を示す（図-2.18）。

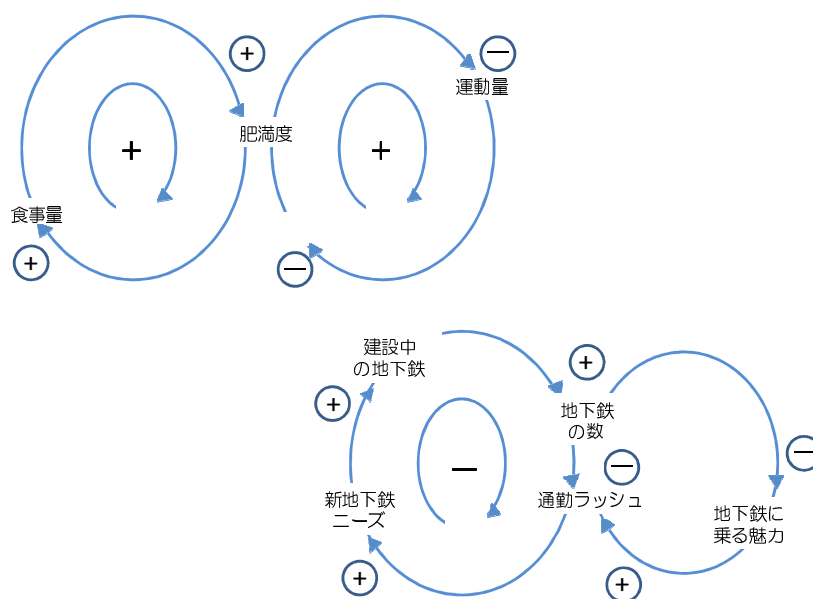


図-2.16 因果関係ループ

(小玉陽一：システム・ダイナミクス入門、講談社より作成)

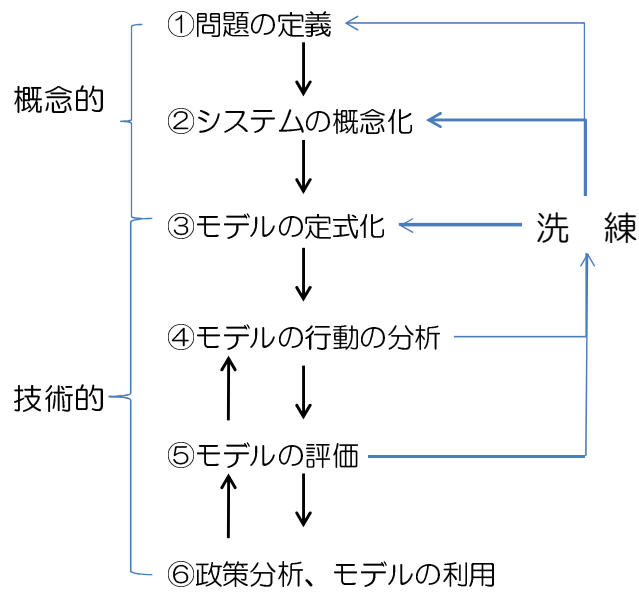


図-2.17 モデル構築プロセスの段階

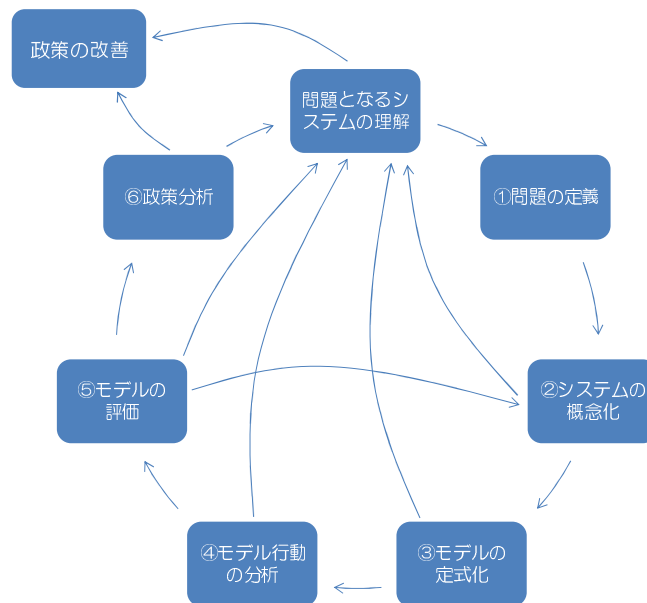


図-2.18 システムダイナミックスの概観

システムダイナミックスは、①対象はダイナミックな（時の経過とともに変化する）もので、問題を構成する要素間にはフィードバックがある、②問題構造全体を一つのクロードシステムとして考察する、③モデルとして表現された構造が、システムの行動を規定する（モデルは構造依存であり、システムはレベル変数とレート変数で規定できる）などの特徴を持ち、モデルの要素は因果ループ図、フローダイアグラムなどで表され、さらにコ

コンピュータシミュレーション可能なモデルとして DYNAMO で記述される。このような特徴が一般的なモデリングの手順に重ね合わされ、システムダイナミクスにおけるモデリングが行われることになる³³⁾。

板倉 (1979)³⁴⁾ は、「システムダイナミクスの手法は、社会・経済問題の分野でも、都市問題、地域開発問題をはじめとして、資源、環境、交通、医療、犯罪、教育など非常に広がっている。しかし、まだその数は限られており、その応用のルールや考え方が固まっておらず、また不適切な分野への応用などもあり、いたずらに混乱を起こしているという側面もある」と指摘し、システムダイナミクスの理論が効果的である分野への応用を明らかにしている。また、馬渡 (1983)³⁵⁾ によれば、「システムダイナミクス (SD) は、考察中のシステムに関する政策の発想および事前評価に対して極めて有効であるが、システムのモデル化の際に判断に導く原理を明確にしていない等、理論的側面に問題点が多い」と示唆している。

自治体経営においては、公共的な意思決定の多面的な合理性を確保しなければならないため、多様な主体、計画の策定や公共サービスから恩恵を受けるステークホルダーによる多角的な検討が必要とされることは言うまでもない。これまで、地域計画の策定にあたり、多くの自治体でシステムダイナミクスのモデルが試されてきたが、今日有効に活用されている事例は少ない。なぜなら、その原因は、単にシステムダイナミクスという手法が自治体職員の間においてあまり知られていないことに加え、その手法が持つ特徴および提供し得る情報の性質にあると考えられる。それゆえ、モデル構築における現実的問題として、この手法固有の特徴を踏まえつつも、ある程度、実績値との適合が要請されることも課題であると考ええる。

2.2.2.5. 行政事業仕分け

最後に、行政における行財政改革の取組として、今、様々なメディアで最も話題となっている“事業仕分け”について述べる。

事業仕分けとは、国や自治体が行なっている事業（行政サービス、政策立案事務などすべてを含む）を、予算項目の一つ一つについて、「そもそも」必要かどうか、必要ならばどこがやるべきか（官か民か、国か地方か）を、その事業を実施する自治体の担当職員と外部の評定者（構想日本事業仕分けチーム）³⁶⁾ が議論し、最終的には多数決で「不要」・「民間」・「国」・「都道府県」・「市町村」に仕分けを行うものである（図-2.18）。現在、その事業仕分けが最も必要なところとされているのが、「国」の事業仕分けであり、その最大の意義は、“市場化テスト”や“三位一体改革”といった実施主体の議論の前提として、国の仕事の「そもそもの必要性」を問うことにある。

また、その目的は、“行政の事業を抽象論ではなく“現場”の視点で洗い直すことによって、個々の事業の無駄にとどまらず、その事業の背後にある制度や国と地方の関係など行財政全体の改革に結び付けていくこと“にあるとされている³⁷⁾。その特徴としては、以下の

点が上げられる。

- 「外部の目」(特に他自治体職員。いわゆる「同業他者」)を入れる。
- 「公開の場」で議論する(広く案内し誰でも傍聴できる)。
- 「仕分け人」はボランティア(企業がコンサル業務を行うのではない)。

国におけるこうした事業仕分けが行われるようになった経緯は、2006年5月に制定された「行政改革推進法」や、7月の「骨太の方針」に事業仕分けの実施が明記されており、それを受けて、2007年11月の「経済財政諮問会議」で国の事業仕分けについて本格議論開始された。そして、2008年8月、自民党「無駄遣い撲滅プロジェクトチーム」の河野太郎チームが文部科学省に事業について「政策棚卸し」(事業仕分け)を実施するにあたり、構想日本も全面的に協力する形を取っており、一公開のもと、自民党議員に外部有識者(校長や市長経験者、自治体職員など)が加わって議論し、初の国の事業仕分けが実現した。

昨年、その第一段の仕分けが終了したばかりだが、仕分けるための“判断基準”が不明瞭な点や、事業を仕分ける仕分け人の判断基準が統一されていないなどの課題に加え、財務官僚が予算を削減しやすい事業を予め仕分けの対象として提出するなど、その事業仕分けのシナリオがこれまでのように官僚主導で描かれているなどの問題点が数多く指摘されている。一方、地方自治体においては、事業仕分けの実施が国より早く行われており、これまで32の自治体で実施されるなど(図-2.19)、今後も、今回の国の事業仕分けを受けて、ますます取り組まれる傾向にあると思われる。

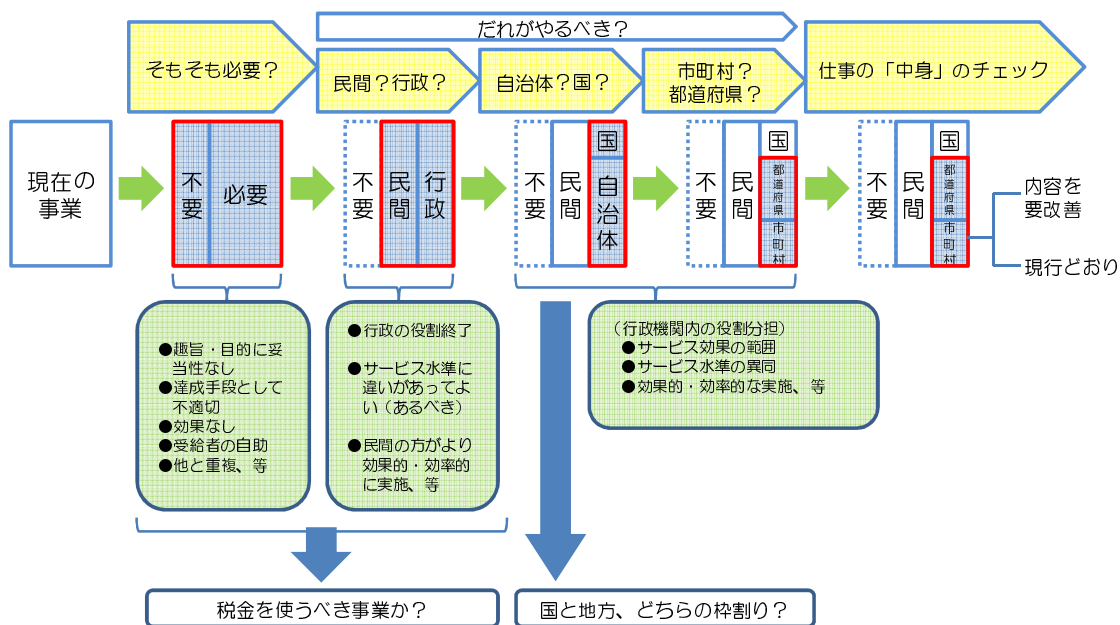


図-2.18 事業仕分けの流れ

(構想日本 : <http://www.kosonippon.org/temp/0811shiwakesetsumei.pdf> より作成)

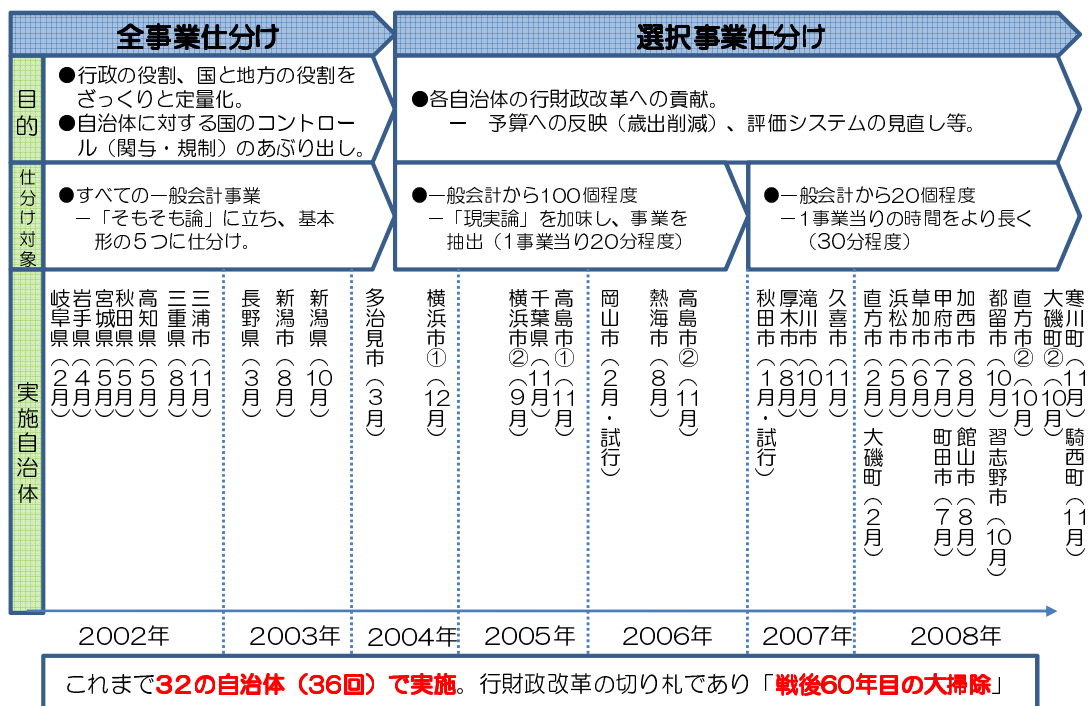


図-2.19 自治体の事業仕分けの年表

(構想日本 : <http://www.kosonippon.org/temp/0811shiwakesetsumei.pdf> より作成)

参考文献【第2章】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：平成16年度社会保障給付費
- 2) 兪炳匡：「改革」のための医療経済学、MCメディカ出版、2006年8月
- 3) 経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002（骨太の方針）、2002年6月
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/tousin/020621f.html>
- 4) 総務省：http://www.mof.go.jp/jouhou/kokusai/saimukanri/2006/saimu02b_04.pdf
- 5) 総務省：地方財政制度、http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/zaisei.html
- 6) 大住荘四郎：ニュー・パブリックマネジメント 理念・ビジョン・戦略、日本評論社 1999年12月
- 7) 大住荘四郎：New Public Management 自治体における戦略マネジメント、財務省財政総合政策研究所「ファイナンシャル・レビュー」、May-2005
- 8) 児玉陽一：システム・ダイナミクス入門：複雑な社会システムに挑む科学、講談社、1983年1月
- 9) ノーバート・ウィナー：サイバネティクスはいかにして生まれたか、みすず書房、2002年4月
- 10) H.R.マトウラーナ/F.J.ヴァレラ：オートポイエーシス生命システムとはなにか、国文社、1991年10月
- 11) H.R.マトウラーナ/F.J.ヴァレラ、知恵の樹：生きている世界はどのようにして生まれるのか、朝日出版社、1987年9月
- 12) N・ルーマン：社会システム理論（上・下） 佐藤勉監訳、恒星社厚生閣、1993年1月
- 13) ゲオルク・クニール、アルミン・ナセヒ著、舘野受男、池田貞夫、野崎和義訳：ルーマン社会システム理論、新泉社、1995年12月
- 14) 村中知子：ルーマン理論の可能性、恒星社厚生閣、1996年1月
- 15) Wikipedia：<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%9C%B0%E6%96%B9%E8%87%AA%E6%B2%BB>
- 16) 内閣府地域再生本部：<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiikisaisei/>
- 17) 内閣府構造改革特別区域推進本部：<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/>
- 18) 総務省合併相談コーナー：<http://www.soumu.go.jp/gapei/>：
- 19) 植本琴美：廃棄物行政のNPMによる改善、高知工科大学修士論文、2004
- 20) 五艘隆志：地方自治体の新しいマネジメントシステムの構築と導入に関する研究、高知工科大学博士論文、2004年3月
- 21) 総務省自治行政局：地方公共団体における行政評価の取組状況（平成20年10月1日現在）、http://www.soumu.go.jp/main_content/000014509.pdf
- 22) 地方行政改革研究会（編集）：地方公共団体のアウトソーシング手法 指定管理者・地方独立行政法人・市場化テスト、ぎょうせい、2007年1月

- 23) ブレイン編著：図解アウトソーシング 「業務別」に導入時のポイントがズバリわかる、日本実業出版社、1998年11月
- 24) 島田達巳、自治体のアウトソーシング戦略、ぎょうせい、2000年
- 25) 高知県行政管理課：<http://www.pref.kochi.lg.jp/~gyoukai/index.html>
- 26) アーサーアンダーセン ビジネスコンサルティンググループ：ABC マネジメント 理論と導入法、ダイヤモンド社、1997年1月、
- 27) 千葉県市川市：市川市版 ABC システム、
<http://www.city.ichikawa.lg.jp/pla02/1221000002.html>
- 28) 福岡県福岡市水道局：<http://www.city.fukuoka.lg.jp/mizu/keiri/0058.html>
- 29) ロバート S. キャプラン、デビッド P. ノートン著（吉川武男：訳）：バランススコアカード、生産性出版、1997年11月
- 30) 兵庫県姫路市行政システム改革室：
http://www.city.himeji.lg.jp/s20/2212947/_1805.html
- 31) 石原俊彦：自治体の経営革新と会計マトリックス予算とバランス・スコアカード、産研論集第31号41-51、2004年3月、関西学院大学産業研究所
- 32) J.W.Forrester：Industrial Dynamics, Harvard Business Review, July-August1958,37-66
- 33) 島田俊郎：システムダイナミクス入門、日科技連、1994年4月
- 34) 板倉省吾：システム・ダイナミクスによる社会・経済問題の分析手法の研究－その応用としての「薬づけ」抑制のための健康保険法改正問題の分析－、Journal of the Operations Research Society of Japan,Vol.22,No.2,June 1979
- 35) 馬渡鎮夫：システム・ダイナミクスにおける動的挙動の理論的分析、Journal of the Operations Research Society of Japan,Vol.26,No.3,September 1983
- 36) 構想日本HP：http://www.kosonippon.org/project/list.php?m_category_cd=16
構想日本：事業仕分け、<http://www.kosonippon.org/temp/0811shiwakesetsumei.pdf>
- 37) 構想日本：入門行政の事業仕分け 「現場」発！行財政改革の切り札、ぎょうせい、2007年3月

第3章 自治体経営悪化の原因分析と問題解決に向けた仮説の提唱

3.1. 自治体経営悪化の真の原因分析

さて、これまで、国と地方自治体における財政状況及び組織構造等の現況と課題に加え、現在、自治体で行われている行政評価の取組状況について説明し分析してきた。

しかし、筆者は、こうした現況や問題点がここ数年間で急速に明るみになってきた理由は、地方交付税交付金、市町村合併に伴う合併特例債、各事業に伴う国や都道府県からの補助金（援助）などの削減や、公共事業等へのインフラ整備に伴う巨額の経費の拠出に加えて、以下の内容がその主たる原因（病巣）であると考えられる。そこで、自治体が経営破綻を起こし、自治体内外で様々な問題を引き起こしている“根本的原因”に対し、以下の節でその要因分析を行うとともに、なぜ、自治体は生じている問題を“解決できない”のか、あるいは“解決しようとしめない”のかについて考察する。また加えて、経営悪化を改善し、市民に効果的で質の高い行政サービスを提供するための課題をも抽出する。

- ① 国民の豊かさからくる“住民の必要物と要求物”の峻別
- ② 政策実現のための戦略及びその達成手段と定量的評価手法の欠如
- ③ PDCA サイクルの堅実な運用
- ④ 前例主義の踏襲（慣習や過去の成功事例への固執）
- ⑤ 効果的なマーケティング・リサーチの欠如
- ⑥ 社会システムの階層性と経営システムデザインの認識不足
- ⑦ コミュニケーションの重要性の認識不足
- ⑧ ラーニング・オーガニゼーション（学習する組織）の欠乏と個人の意識レベル（気質）の低さ
- ⑨ システム思考とシナリオ・プランニングの欠如

3.1.1. 住民の必要物と要求物に対する峻別

第2章第1節でも触れたが、我が国の経済は、戦後、高度経済成長の下に1955年から、1973年の第1次オイルショックの時期までの18年間、飛躍的に成長を遂げた。この間、1960年代には東京オリンピックの開催やベトナム戦争、1970年には、その年に大阪万博が開催されるなどの特需景気を経験した。その結果、1968年には、ついに我が国の国民総生産（GNP）が資本主義国家の中で第2位にまで躍進した。加えて、1990年代には、バブル経済に見られる未曾有の好景気に見舞われ、国民の“豊かさ”が一層増した。また、インフラにおける社会基盤整備も進み、今日ではITを活用したブロードバンドのおかげでインターネットによる高速通信技術の発達や携帯電話の普及など国民の日常生活は“便利快適”を貪欲に追求し続けており、豊かさを求める欲望にその際限はない。

こうした背景の下、国民のライフスタイルは、少子高齢化に伴う核家族化に見られるような家族形態の変化や、就職難民であるニートの増加や老老介護者の増加などとともに多

様化し、国民所得の拡大とも相まって、自治体に求める住民の要求は肥大化し続けてきた。

その結果、地方自治体の業務量は膨大になり、業務や事業は複雑・専門化し、事業を担当するセクション（部・課・局）が乱立された。このことは、“品質と量”の双方の観点から公共サービスの確保・提供を求める方向へと住民の意識と価値観が変化した時代に突入したことを意味するばかりか、本来、“住民主導型”で行われる自治体経営のはずが、市民と自治体との役割分担が曖昧になり、“行政主導型の自治体経営”へと変化した現れである。

五艘（2004）¹⁾は、「地方自治体の新しいマネジメントシステムの構築と導入に関する研究」の中で、地方自治体の真の役割と地方自治体の新しいマネジメントの必要性を提唱するため、地方自治体行政の役割について触れている。彼は、「地方公共団体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする（地方自治法第1条の2）」という地方自治法の解釈に照らし、「地方自治体の役割は、“住民の福祉の増進を図ること”となる。これを適切に行うには“住民の福祉の増進を図る”とはどのようなことなのかを明らかにすることが必要である。“福祉”とは“社会の成員の物的・経済的、または文化的欲求の充足（国語大辞典 小学館 1988年）”である。物的・経済的、または文化的欲求の充足によって人は幸福を得ると考えれば、地方自治体が実現すべき“住民の福祉”とは“社会の成員が等しく得るべき幸福”と定義することができる。問題は“住民の福祉の増進を図る”とはどのようなことなのかということである。“住民が要求する”生活環境の向上に答えることなのか、“住民が必要とする”生活環境の向上に答えることなのかを掘り下げて考えねばならない。」とし、住民の必要物（Needs）と要求物（Wants）の区別について具体的に考察している。

「ニーズ（Needs）とは“必要性、必要物”であり、要求、要求物（Wants）ではない。むしろ、必要物（Needs）と要求物（Wants）は必ずしも一致しないといった方が適切であるとも考えられる」としている。さらに、五艘は「1970年代に入り国民の経済レベルは次第に向上し、1980年代では完全に他の先進国と同一レベルに達した。経済レベル向上に従い、国民が要求する対象物は変化してくる。生きるために必要な最低限の物資を求めている状況では、ほぼ間違いなく必要物（Needs）と要求物（Wants）は一致する。では、どういった状況で必要物（Needs）と要求物（Wants）が乖離するのだろうか。」と“必要物（Needs）と要求物（Wants）の関係”に大きな“乖離”が発生していることについてさらなる考察を深めている（図-3.1）。五艘の見解によれば、「地方自治体の使命である“住民の福祉の増進”とは、要求物（Wants）を提供するのではなく、必要物（Needs）を提供することであるということ認識しておく必要がある。つまり、自治体は、必要物（Needs）と要求物（Wants）をどのように見極めてゆくかが大きな問題であり、地方自治体のマネジメントには、対応する問題ごとに必要物（Needs）と要求物（Wants）の関連を把握するだけでなく、必要物（Needs）の本質を見出すことが求められているということである。基本的には必要物（Needs）の本質を見出してゆけば、必要物（Needs）と要求物（Wants）の関連が整理されてくると考えられる。」とし、必要物と要求物との峻別の重要性を提唱している。

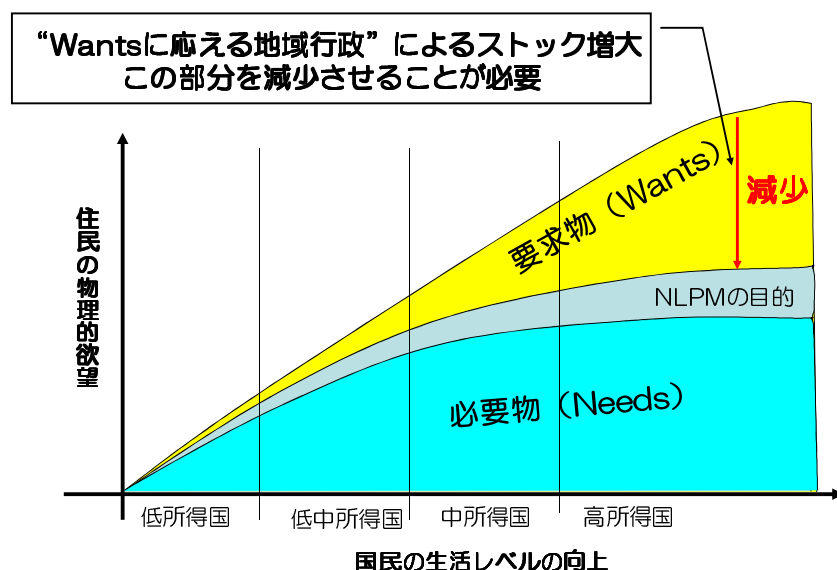


図-3.1 必要物 (Needs) と要求物 (Want) の乖離の概念 (五艘隆志作成)

そこで、住民が本来行政に求めるべき、必要物 (Needs) の本質を議論する必要性が生じる。五艘によれば、「住民の福祉の増進を図る」ことを踏み込んで考えると、さらに考えなければならないことが明らかになってくる。それは、「福祉の増進」がもつ本来の意味である。行政が行う福祉の増進とは要求物 (Wants) を提供するのではなく、必要物 (Needs) を提供することだということを認識する必要があると述べたが、次の課題は必要物 (Needs) そのものの本質である。つまり、真の福祉の増進とは、住民が提供された物資やサービスをただ享受することにより生活の向上を図るのではなく、自ら生活の向上を図ることができる方策を提供することではないかということである。」と述べており、このように、要求物 (Wants) を提供する課題対処型のマネジメントシステムから必要物 (Needs) を見出す問題発見・問題解決型のマネジメントシステムへの移行の必要性を説いている。

筆者は、長年、地方自治体に所属し、高齢者介護やまち全体の企画・計画、さらには市町村合併協議会事務局など様々な部署で制度や法律に基づく社会的構造変化に伴う住民サービスについて考えてきたが、五艘の提唱するこの住民の“必要物 (Needs) と要求物 (Wants)”の捉え方及び“必要物 (Needs) と要求物 (Wants) の乖離”の概念は、現在の地方自治体の経営を悪化させた原因の一に違いないと確信している。加えて、筆者は、必要物 (Needs) と要求物 (Wants) の意識間に乖離が生まれ、要求物 (Wants) に応える地域行政によるストックの増大部分は、もはや要求物 (Wants) ではなく、欲求 (Desire) あるいは欲望へと住民の意識が既に変化してしまっていると考える。アメリカの心理学者 A.マズローが「人間は自己実現に向かって絶えず成長する生きものである」と仮定し、人間の欲求を 5 段階の階層 (図-3.2) で理論化した“マズローの欲求段階説”²⁾にあるように、その最終段階である“自己実現の欲求 (self-actualization)”，すなわち自分の持つ能力や可能性を最大限発揮し、具現化したいと思う欲求が、もはやこの豊かさの味を知った

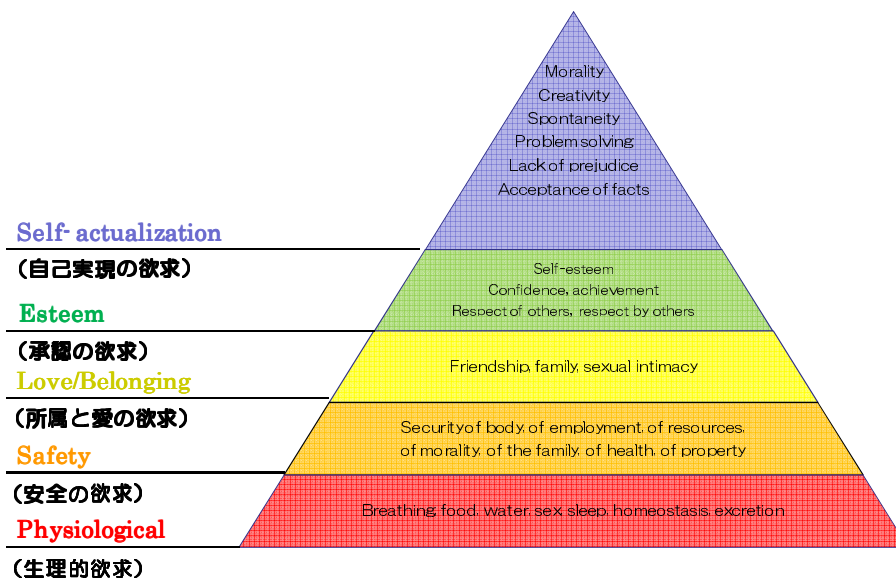


図-3.2 A.マズローの欲求段階説

住民においては、すべての行動の動機が、この欲求に帰結されるようになってきているといっても過言ではない。それゆえ、この市民の“欲求・欲望”に対して、その欲求・欲望をすべて満足させる方法で公共サービスを提供するのではなく、それを実施するための“費用対効果の分析”や、サービスを提供するための“適切な判断基準と明確な意思決定方法”により、代替案を含め、“欲望を可能な限り必要物”に変える施策・事業を効果的に企画立案しなければならないと考える。つまり、要求されたサービスに対して、“最適なポートフォリオ”を導き出すことが課題であると認識している。

3.1.2. 施策実現のための経営戦略及びその達成手段と定量的評価手法の欠如

我が国の急速な経済成長の恩恵によってもたらされた“国民の豊かさ”から生じる生活水準と質の向上により、市民の生活様式や価値観が転換したため、“必要物と要求物”との関係が生まれた。そのため、これまで行政に求めていた公共サービスの内容・質がともに変化し、その両者の関係に大幅な“乖離”が生じていることが自治体経営の悪化を生んだ原因の1つであると3.1.1.で説明してきた。

次に、経営悪化及び自治体が問題を発見し解決できない原因の第2の理由として、各種計画策定の中で、政策の実現のために必要不可欠となる“経営戦略”と、その経営戦略に基づき政策-施策-事業をいかにして達成するのかを具体的かつ明確に示す“達成手段の方法”（方法の可視化）が自治体に欠如していることを挙げる。ここで、まず、“経営戦略”という言葉の意味を考えるが、経営戦略という用語は、「外部に対して、企業が効果的に適応するための基本的な方針・方策」（広辞苑第5版より）、「営利企業の長期的な方針」「具体的な経営目標とそれを達成するための手段」（ウィキペディアより）など様々な意味や使われ方をしている。また、一般的に、学者・研究者達による定義は以下のようなものである。

- 「持続的競争優位を達成するためのポジショニングを構築すること」(De Kluyver and Pearce, 2002) ³⁾
- 「企業が考えた競争に成功するためのセオリー」(Barney, 1996) ⁴⁾
- 「企業を取り巻く環境との関わりについて、企業を成功に導くために何をどのように行うかを示したもので、企業に関与する人達の指針となり得るもの」(浅羽, 2000) ⁵⁾
- 「市場のなかの組織としての活動の長期的な基本設計図」(伊丹, 2003) ⁶⁾

また、“現代経営学” “マネジメント” の発明者である P.F.ドラッカーは、彼の著書『マネジメント』の中で、戦略とは、“われわれの事業は何か。どうなるであろうか。どうあるべきか” という問に対する答である。この戦略こそ、機構の目的を決めるものであり、ひいてはその企業やサービス組織体における「基幹活動」がなんであるかを定める。効果的な機構とは、これらの「基幹活動」が機能して成績をあげられるように設計したものである。” ⁷⁾ と定義し、組織体における“戦略と目標”の重要性を提唱している。

そこで筆者は、行政における経営戦略の定義として、その経営主体が、民間企業ではなく公共サービスを提供する自治体であることから、「企業を取り巻く環境との関わりについて、企業を成功に導くために何をどのように行うかを示したもので、企業に関与する人たちの指針となり得るもの」(浅羽, 2000) と P.F.ドラッカーの定義を援用し、「地方自治体を取り巻く環境との関わりについて、われわれの事業はなにか。地方自治体が政策・施策目標を達成するために、何をどのように行うかを示したもので、地方自治体に関与するすべてのステークホルダーの指針となり得るもの」と捉えることにする。

加えて、この戦略目標に照らし、最終的な経営目標を達成するために、政策-施策-事業の関係における、アウトプット指標-アウトカム指標-インパクト指標を定量的に“数値目標”として設定し、事業実施前の予測値と事業実施後の実績値(実測値)を評価するための手法が欠如していることを理由にあげる。

よって、上記のように考える理由を筆者が市町村の現場で経験してきたこれまでの計画策定の実態を踏まえ、数次に渡る高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画、土地利用計画等における実際の策定業務に関わってきた経験や各種審議会での体験からいくつかその問題点を指摘する。

1. 計画の策定に際し、これまでの市町村計画においては、ステークホルダー間において、政策・施策の企画・立案に先立ち、その計画の中で取り扱われる事業やサービスの問題点が“効果的なツールや手法”を用いて十分に議論・検討され尽くされてこなかったこと。 ⇒政策・施策検討のためのツールや手法の欠如(図-3.3)
2. 政策目標を達成するためにどのような施策や事業・サービスを実施し、そのためにどのような社会的資本をインプットとして投入するのか、さらには中間アウトカムから最終アウトカムへと至る計画の設計図(デザイン)が描けていなかった。つまり、経営目標達成のための“目標と手段の関係”をシステムとして構築してこなかったこと(図-3.4)。 ⇒経営目標を達成するための目的と手段が不明確

3. 発生している問題点に関し、社会一般的な現象から問題を引き起こしている構造に至るまで、その問題を孕む社会的構造や背景を認識し、“原因と結果による因果関係”に基づいて整理してこなかったこと。つまり問題を構造化しなかった。⇒問題構造分析の欠如
4. 計画の策定に際し、経営目標や事業達成のために具体的かつ明確な経営戦略を練り、事業の事前事後に定量的な分析・評価が可能となるよう数値目標等（評価関数）を設定してこなかったこと。⇒業績評価指標の定量的な設定
5. 政策－施策－事業等を実施し、事後評価するために論理的に構築された経営システムに基づき、市民の意識から施策・事業を生み出すための“効果的なマーケティング調査”を実施してこなかったこと。⇒マーケティング不足
6. 政策－施策－事業等を実施後、評価・改善するために、システム自身の修正、すなわちシステムメンテナンスを行ってこなかったこと。つまり、事後評価が十分に行われてこなかった。⇒事後評価、モニタリングの欠如、システム修正機能の欠落

以上のような問題点が今日まで自治体内に存在してきたが故に、計画策定の上で経営目標達成のための政策・施策の企画・立案が地方自治体においては効率・効果的に行われてこなかったし、その結果として、自治体の経営破綻を招く原因となったと考える。

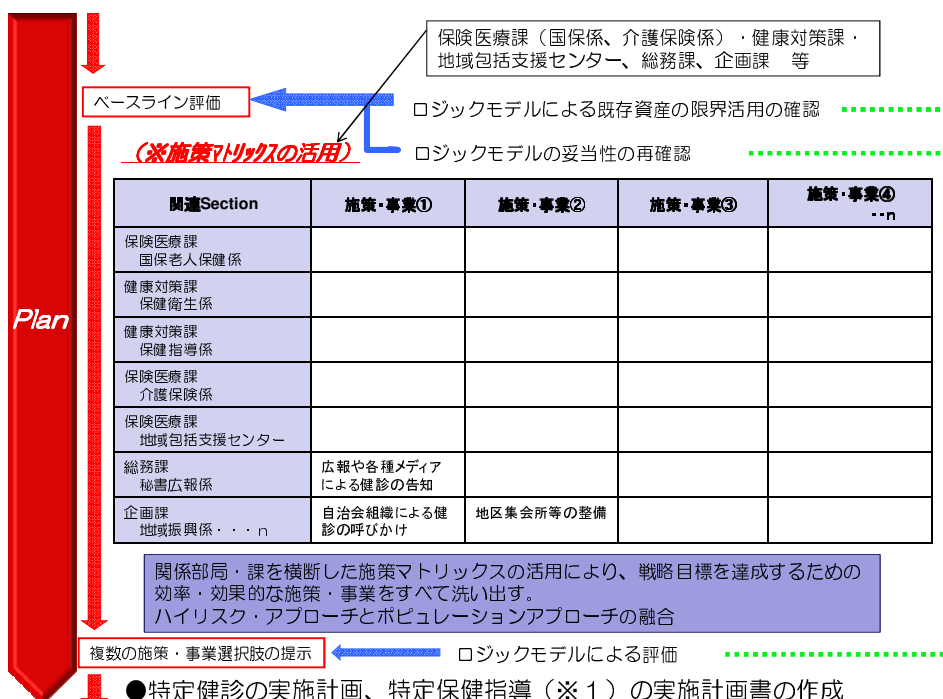


図-3.3 政策・施策検討のためのツール例（施策マトリックスの有効活用）

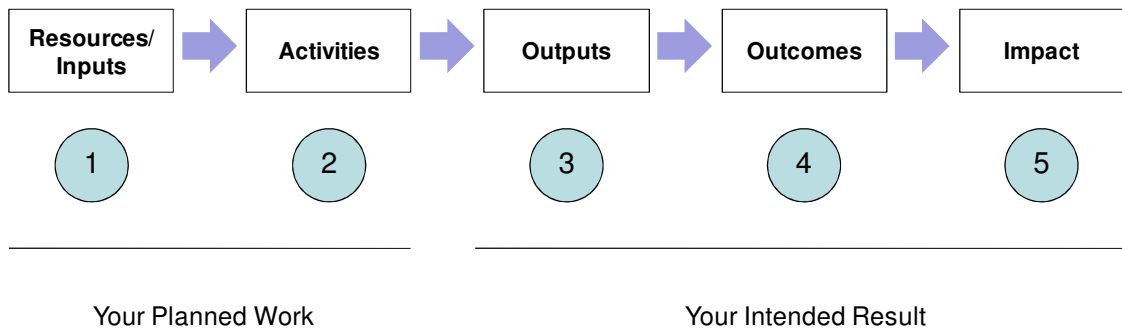


図-3.4 目的と手段を表す関係図（ロジックモデルの活用）

3.1.3. PDCA サイクルの堅実な運用

現在のように自治体経営が悪化するまでの古き良き時代（一般財源が潤沢であり、社会資本整備を矢継ぎ早に実施していた時代）は、Plan→Do の繰り返しにより、計画が企画・立案され、施策・事業が実施されてきた（図-3.5）。こうしたマネジメントサイクルでは、企画・立案された計画に基づき政策-施策-事業を実施した後、行政評価を行い、市民の意向やアウトプット、アウトカム指標に照らし、計画自体を見直し改善することが非常に困難であった。しかし、自治体経営が破綻し、“行政経営”が広く一般的に行われるようになった今日においては、行政におけるマネジメントサイクルは、広く一般的に、PDCA サイクル、すなわち Plan（企画・計画）→Do（実行）→Check（点検・評価）→Action（処置・改善）として捉えられるようになり、政策を実現するために施策、事業がこのマネジメントサイクルに基づき運営されるようになってきた。しかし、行政評価が流行し、どの自治体においても行政改革が行われるようになった今日でさえ、この PDCA サイクルを本当の意味で実施できている（堅実に管理・運営できている）自治体はほとんど存在しないといっても過言ではない。

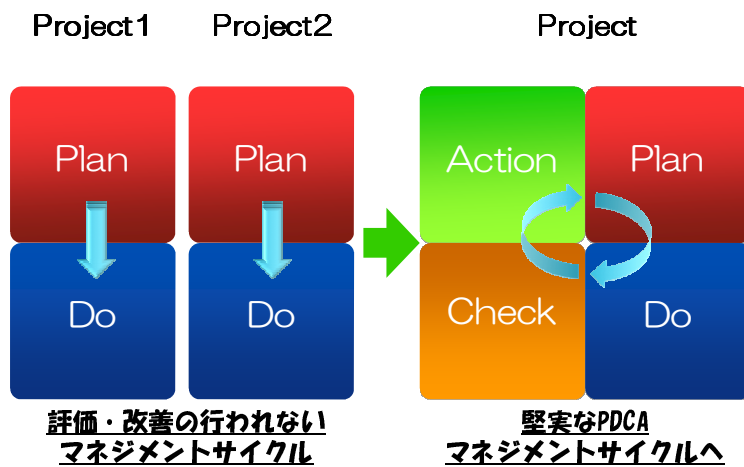


図-3.5 PDCA マネジメントサイクルへの移行

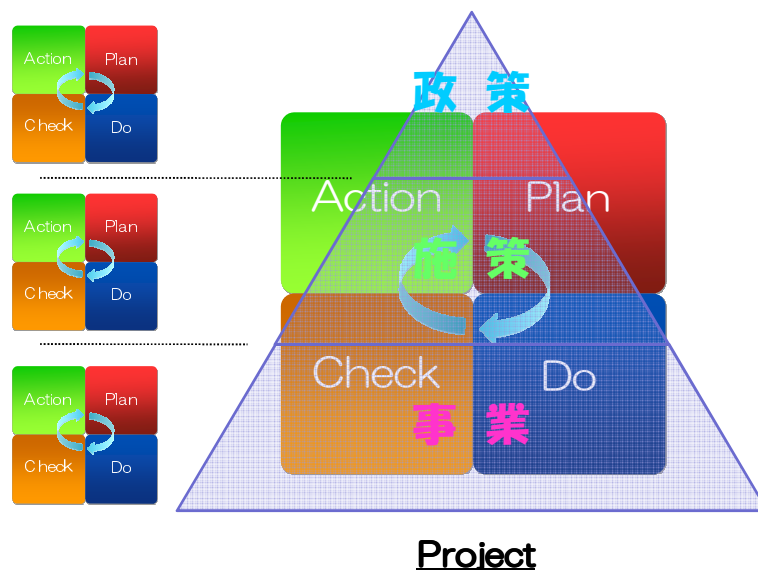


図-3.6 政策－施策－事業とマネジメントサイクルの関係

なぜなら、PDCA サイクルは計画全体においても行われる必要性があることはもちろん、さらに、政策－施策－事業を企画・立案し実施、評価、改善する際にもそれぞれの段階ごとに PDCA サイクルによって行われなければならないことを認識しておかなければならないからである (図-3.6)。この PDCA サイクルと政策-施策-事業の関係を理解し、行政経営ができていない自治体はほとんど見られない。よって、この真の PDCA サイクルの運用がなされてこなかったことも経営悪化原因の理由の一つとして筆者は考える。

3.1.4. 前例主義の踏襲 (慣習や過去の成功事例への固執)

ここでは、自治体の経営悪化及び自治体が問題を解決できない原因の一つと考える前例主義の踏襲について説明する。まず、前例主義を説明するに際し、近代官僚制とその特徴について述べなければならないだろう。官僚制についての研究は、ドイツの社会学者であり経済学者でもある M.ウェーバーに始まる。ウェーバーは、近代社会における特徴的な合理的支配システムとしての近代官僚制に着目し、その特質を詳細に分析している。我が国における現在の中央政府の組織、そして地方自治体における組織においても、その組織形成はこの官僚制に基づき構成されている。近代官僚制組織とは、西尾⁸⁾によれば、「一般には、頂点に独任制の長を戴き、その下に幾層もの階層 (ヒエラルヒー) をもち、しだいに末広がりになっているピラミッド型のヒエラルヒー構造をもつ組織のことを指している。それ故に、それは合議制構造の組織と対比されることが多い」としている。

ウェーバーはこの官僚制の特徴において、官僚制を定義するにあたり、組織の構造形態のみならず、組織を構成している人材の認容方法に重点を置いている。西尾は彼の著書「行政学」P166-167の中で、ウェーバーが、近代官僚制をそれ以前の家産官僚制から識別するために、近代官僚制の構成要件を列挙した 12 項目の原則を掲載している。以下はその構成

要件の抜粋である。

- ① 規律による規則の原則：業務が客観的に定められた明確な権限の範囲内でおこなわれる。
- ② 明確な権限の原則：業務は規則に定められた明確な権限の範囲内でおこなわれる。そして、この権限とは、各部局ないしは各職位が所掌する事務の範囲を定め、かつまたこの所掌事務を執行する際に用いることのできる命令権と制裁権の範囲を定めたものである。
- ③ 明確なヒエラルヒー構造の原則：組織内では上下の指揮命令系統が一元的に確立され、上級機関は下級機関の決定について再審査権および取消権をもつ。
- ④ 経営資材の公私分離の原則：官僚制およびその職員がその業務を遂行するにあたって必要とする施設・設備・用具等の資材は、すべて職場において提供される。すなわち、経営者ないしは職員の住居と職場は分離され、組織の所有物と構成員の私有物とは明確に区分される。
- ⑤ 官職専有の排除の原則：官僚制の各職位は何人によっても専有されてはならない。すなわち、官職の世襲制とか売官制などは認められない。
- ⑥ 文書主義の原則：あらゆる種類の処分・指令はすべて、少なくとも最終的な決定はすべて文書の形で表示され、記録、保存される。事務所（役所）とは文書と職員から成り立つものである。
- ⑦ 任命制の原則：官僚制支配は、職員の任命制の原則がもっとも純粋に確立されているところでもっとも純粋に貫徹される。選挙制で選ばれた職員からなるヒエラルヒー構造の組織は、組織の構造形態は類似していても、任命制に立脚するヒエラルヒー構造の組織と決して同じようには機能しない。何故なら、下級者の昇任のチャンスが上級者の判断に依存していないようなところでは、規律そのものが厳格に守られないからである。
- ⑧ 契約制の原則：近代官僚制では、人格的に自由な人間が契約によって職員になり、規則に定められた職務に関してのみ上級者の命令に服するのであって、職場・職務を離れたところでは上司と部下の間に身分的な上下関係はない。そして、職員はいつでもこの契約を解約する旨予告して辞職する自由をもつ。
- ⑨ 資格任用制の原則：官僚制による職員の採用は、一定の学歴と専門知識をもつ有資格者のなかからおこなう。そして、より典型的な方式としては、これらの資格を有する志願者について公開競争試験を実施し、その成績優秀なる者から採用する。縁故採用はもちろん、いわゆる情実任用とか獵官制はこの原則に反していることになる。
- ⑩ 貨幣定額俸給制の原則：職員は労働の対価たる俸給を貨幣で、しかも定額で受ける。また多くの場合には、退職後に年金の支給を受ける。そしてこの俸給は、その職務の種類、責任の軽重などの等級に従って決められなければならない。この原則に反するものには、俸給らしい俸給を給与せずに職務に付随している手数料収入その他の役得

収入をこれにあてる仕組みを初め、家禄の現物給与制とか歩合給制などがある。

- ⑪ 専業制の原則：職員はその業務を唯一の職業とするか、少なくともこれを主たる職業としていなければならない。職業・副業で働いている職員、非常勤の職員、名誉職的な職員などは典型的な官僚制職員ではない。
- ⑫ 規律ある昇任制の原則：職員の昇進は在職年数または業務成績、あるいはその双方に基づいておこなわれる。

このウェーバーの近代官僚制の原則に対して、アメリカの社会学者 R.キング・マートンは、ウェーバーが詳しく言及してこなかった近代官僚制のマイナス面について、研究し、官僚主義の批判を行っている。このマートンによる官僚主義の批判は、“官僚制の逆機能”と呼ばれている。官僚主義の批判とは、官僚制組織職員に特有の行動様式に向けて投げかけられている避難の総称であり、以下の言葉で表現されている。規則万能、責任回避・自己保身、秘密主義、前例主義による保守的傾向、画一的傾向、権威主義的傾向、繁文縟礼、セクショナリズムなど。こうした官僚主義は、新しい施策や事業を組織内で展開する際、先例がないからという理由で新しいことをやらず回避しようとしたり、条例や規則に示されていないから、部長や課長など上司に聞かなければわからないなど、このマートンの官僚制の逆機能における指摘の“前例主義による保守的傾向”つまり、前例主義の踏襲（慣習や過去の事例への固執）に、筆者は自治体の経営悪化、運営非効率及び問題発見・解決力の無さの原因を見る。

組織内外において発生した問題や悪化し続ける経営状態に対して、これまで培ってきた慣習や因習、さらには過去の施策や事業で効果を得てきた“成功事例”に対して、いつまでも同じように前例主義を踏襲することに固執し、本質的な原因に手をつけないでいる場合、気付いた時には、事態はさらなる悪化を招き、既に手遅れになっていることが多い。

3.1.5. 効果的なマーケティング・リサーチの欠如

次に、原因理由の第 5 番目として、自治体における効果的なマーケティング・リサーチの欠如について説明する。地方自治体は、これまで述べてきたように、その運営目的を市民に公共サービスを提供することを第一の目標としているため、経営目標である政策に基づき、施策・事業を展開しなければならないが、市民の必要物に対する要求に的確に応えるためのニーズ調査、すなわち、効果的なマーケティング・リサーチがほとんど行われていないことに気付かされる。自治体の経営目標である政策を実現するためには、公共サービスの根底にある“市民の意向”を、施策・事業に効果的に反映させることができなければ、サービスの質の確保や低下は免れることはできない。

これまで、政策を実現させるために地方自治体で行われてきた市民へのアンケート調査やインタビューは、施策や事業を企画立案し、実施していく上で、効果的かつ効率的なものであったと確信を持って断言できるだろうか。本来ならマーケティング・リサーチによって分析されたデータに基づき、どの対象に、どれだけ資源（インプット）を配分し、投

入るのかを決定し、アウトプットとアウトカムの達成に向けた意思決定を行うためには行わなければならないはずのアンケート調査が、今日自治体で行われているものは、単なる人数や希望者の把握、さらには、男女、年齢、職業などの属性別の割合を算出する市民の回答の傾向把握だけのものになってしまっていると言っても過言でない。こうした方法では、せつかくの市民の意向を施策・事業に反映させることは非常に困難である(図-3.7)。“マーケティング”とは、「市民の意向を施策・事業に反映させるために、経営目標である政策に効果的に結びつけられことを目的として、“戦略”を立てる際に必要不可欠な手段である」ことを認識しておかなければならない。

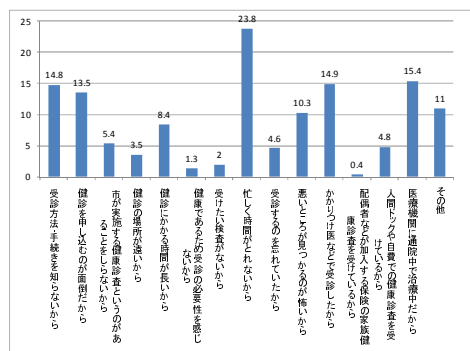
ここで、自治体にとってマーケティングを行うことがいかに重要な意義を持っているか認識するために、基本に立ち返り、まずマーケティングの定義の整理から始める。

マーケティングの世界的権威の一人である P.コトラーは、『マーケティング・マネジメント』⁹⁾において、P.F.ドラッカーとアメリカ・マーケティング協会の言葉を引用しつつ、マーケティングを以下のように定義付けている。マーケティングの定義は社会的定義と経営的定義に大別することができる。社会的定義では、マーケティングを社会活動のプロセスとしてとらえている。その中で個人やグループは、価値ある製品やサービスを作りだし、提供し、他者と自由に交換することによって必要なものや欲するものを手に入れる。

経済的定義では、マーケティングを「製品を売るための技術」ととらえることが多かった。しかし、経営戦略の専門家 P.F.ドラッカーは、「マーケティングの目的は、セリングを不必要にすることである。マーケティングの目的は、顧客について十分に理解し、顧客にあった製品やサービスが自然に売れるようにすることなのだ。理想を言えば、マーケティングは製品なりサービスを買おうと思う顧客を創造するものであるべきだ」と述べている。

問〇〇 問〇〇で「健康診査を受けていない」と回答された方にお伺いします。なぜ、あなたは基本健康診査を受診しなかったのでしょうか。(あてはまるものすべてに〇)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. 受診方法・手続きを知らないから | 9. 忙しく、時間がとれないから |
| 2. 健診を申し込むのが面倒だから | 10. 受診するのを忘れていたから |
| 3. 市が実施する健康診査というのがあることを知らないから | 11. 悪いところが見つかるのが怖いから |
| 4. 案内が来なかったから | 12. かかりつけ医などで受診したから |
| 5. 健診の場所が遠いから | 13. 配偶者などが加入する保険の家族健康診査を受けているから |
| 6. 健診にかかる時間が長いから | 14. 人間ドックや自費での健康診査を受けているから |
| 7. 健康であるため受診の必要性を感じないから | 15. 医療機関に通院中で治療中だから |
| 8. 受けたい検査がないから | 16. その他() |



●アンケートの選択肢が工学的手法に基づき、市民の意向を施策・事業に反映させる目的で作成されていないため、各選択肢の割合(%)を分析するだけにとどまる。つまり、アンケート調査結果の集計のみにとどまる。

よって、
⇒効果的な施策・事業へつながらない。
選択肢のどの施策・事業に効果があるのか計測・評価することを目的としてアンケート調査票が作成されていない。

効果的なマーケティング・リサーチになっていない!

図-3.7 施策・事業の効果を計測・評価できないアンケート調査の例

また、アメリカ・マーケティング協会は、次のように定義している。マーケティング（マネジメント）とは、個人と組織の目的を満たすような交換を生み出すために、アイデアや財やサービスの考案から、価格設定、プロモーション、そして流通に至るまでを計画し、実行するプロセスである⁹⁾。

交換のプロセスをうまく行うためには、相当な実践と熟練が必要である。本書では、マーケティング・マネジメントを、標的市場を選び出し、優れた顧客価値を作りだし、分配し、コミュニケーションをすることによって、顧客を獲得し、維持し、増やすための技術と知識であると定義する。

この P.コトラーのマーケティングの定義は、地方自治体においても当てはめて捉えることができよう。すなわち、筆者は、このコトラーの定義を引用し、地方自治体が市民に公共サービスを提供する上で、以下のように定義付けを行う。

地方自治体におけるマーケティング・マネジメントとは、“効果的な公共サービスを提供するために、そのサービスを本質的に必要としている対象（市民の属性グループ）を選び出し、市民の価値を創造するために、地域や組織が抱える資源を効率的・かつ効果的に分配し、コミュニケーションを行うことによって、市民の施策・事業への参画意欲を獲得し、維持し、向上させるために必要な技術と知識である”と定義する。

よって、本研究においてはこの定義を十分に踏まえ、第 4 章において、自治体経営の計画設計におけるマーケティング・リサーチの位置づけを説明するとともに、第 5 章において、具体的に市民の意向を反映し、政策を実現するために必要である施策と事業を企画・立案するための効果的なアンケート調査票の設計方法についても述べる。

3.1.6. 社会システムの階層性と経営システムデザインの認識の欠如

次に、自治体経営悪化原因の第 6 の理由として“社会システムの階層性”と“経営システムデザイン”の認識について説明する。まず、社会システムの階層性については、第 1 章で少し触れたが、ここでは、行政経営を行う場合に、計画の策定にあたり、意図する政策目標に対して、施策・事業を実施し、評価・改善する際に、常に認識しておかなければならない“行政システムの階層性”について触れる。

那須は¹⁰⁾“研究のための方法論”の中で、社会システムの階層性について言及しており、社会システムの階層性を理解しておくことが、社会システム内で必要とされる「ルール、評価、評価方法、各指標」において、社会システムを議論・構築する際の位置付け（全体像）を理解する上で必要不可欠であるとしている（図-3.8）。また、那須は“社会システムに関わる分析論”¹¹⁾で、「社会システムを動的的に捉えることと、社会システムの多層性は関連する。一般的に定常的に社会を動かしているシステムは、それ自体は変化を前提としていないが、関連する要素が変化することで、自ずと当該要素を認識し評価し判断する過程でその方法は変化している。従って、その変化に合わせて適切に社会システムの設計・運営等を改善しているか否かが問われる。一方、この様な社会システムの改善を適切に実

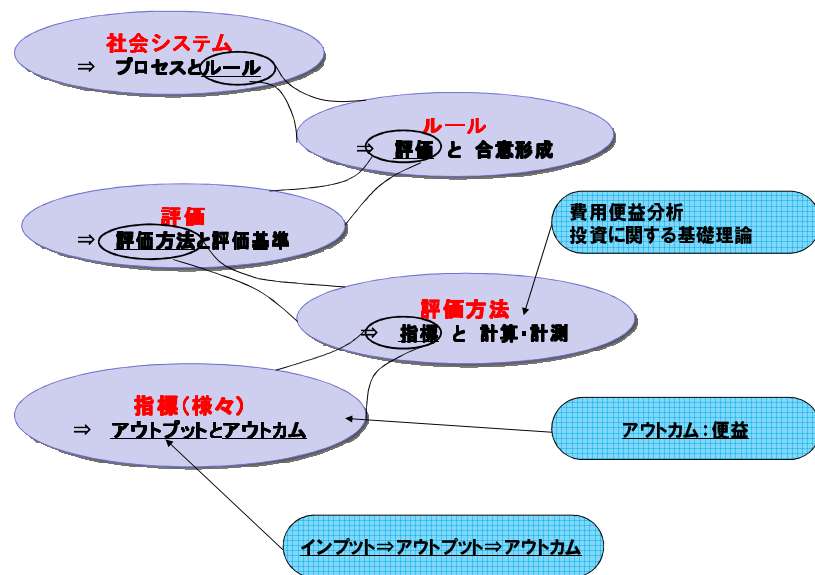


図-3.8 社会システムの階層性 (那須清吾作成)

施するための修正システムが求められており、いわゆる新行政経営による経営システム改善などの取り組みがその事例と考えられる。これは社会を動かしているシステムのメンテナンスを実施する上位概念の社会システムが存在することを示しているが、そのシステム構造においても同様の要素間関係分析および当該要素に対する認識・評価・判断システムに関わる分析・研究・設計・運営論が求められている。この様に、社会システムはシステムに内在する多層性と、外在する多層性が一体となって機能する構造が存在することを理解しなければならないと考える。」と「社会システムの多階層メカニズムの重要性」について言及している。

筆者は、この社会システムの階層性の概念は、地方自治体という「行政システム」が、社会システムの一つであるという認識から、広く一般的に“行政経営”においても妥当すると考えている。これまで、自治体においては、この社会システムの階層性が組織全体としてばかりでなく、組織内部の構成員や、組織を外部から監査・評価する立場にある市民、さらにはその市民の代表で構成される議会においても明確に理解・認識されていなかったことを経営悪化及び本質的な問題が解決されずに放置されてきた原因の一つと捉えている。

また、この社会システムの階層性の認識に連動して、行政における“計画の階層性”も認識できていない、すなわち計画のデザインがそもそも描けていなかったことについて考察する(図-3.9)。既に周知かもしれないが、基礎自治体として位置づけられる市町村においては、最上位の計画として、“市町村総合振興計画(マスタープラン、以下「総合振興計画」という)”が存在しており、自治体執行部役員をはじめ、公益代表、学識経験者等の市民代表を含むステークホルダー参加型による計画策定委員会等によって形式上策定されている。加えて、その総合振興計画の中には、種々の施策・事業を達成するための“個別計画”が位置づけられており、各種法体系の下に整備・策定されている。このことは、計画

の対象とする範囲や政策目標が大きくなればなるほど、計画期間が長期化し、加えて、アウトプットからアウトカム、さらにはアウトカムからインパクト指標に至るプロセスや施策・事業実施後の行政評価に長い年月を要することを意味する。例えば、具体的な例を幾つか列挙するならば、市町村の土地の利活用に関しては国土利用法があり、その具体的な実施計画としてそれに基づく市町村土地利用計画が、また、市町村に住んでいる出生から高齢者にいたる健康増進に関しては健康増進法があり、その下には努力義務ではあるが市町村健康増進計画がある（図-3.10）¹²⁾。このように政策目標を達成するためには、各種計画を策定し実行する際に、“計画の階層性”についても明確に認識し、経営システムをデザインする必要がある。仮にこの計画の階層性を認識し理解せずに、各種計画を策定した場合、施策や事業の評価ばかりか、最終的な政策評価そのものをも評価することを不可能なものにしてしまうということを理解しておかなければならない（図-3.11）。

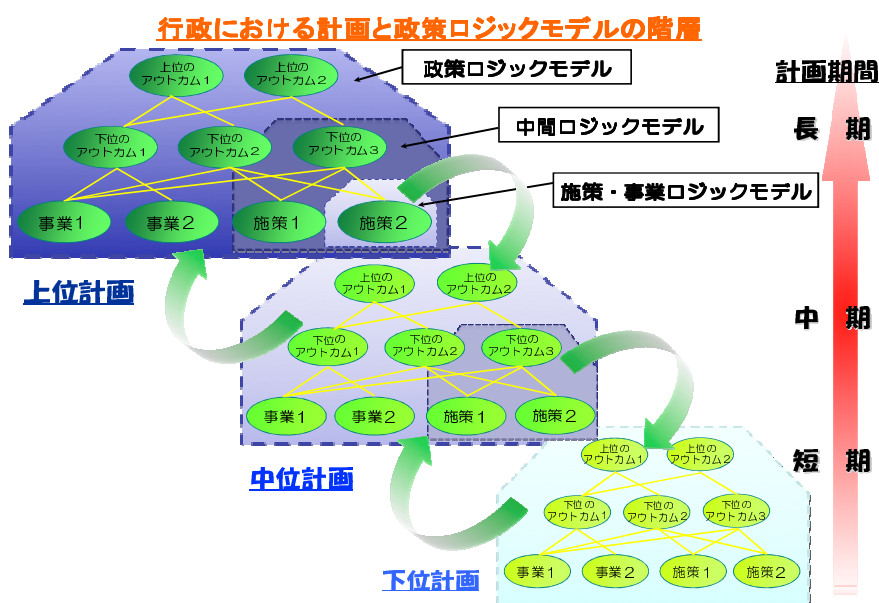


図-3.9 計画の上下関係 システムのデザイン

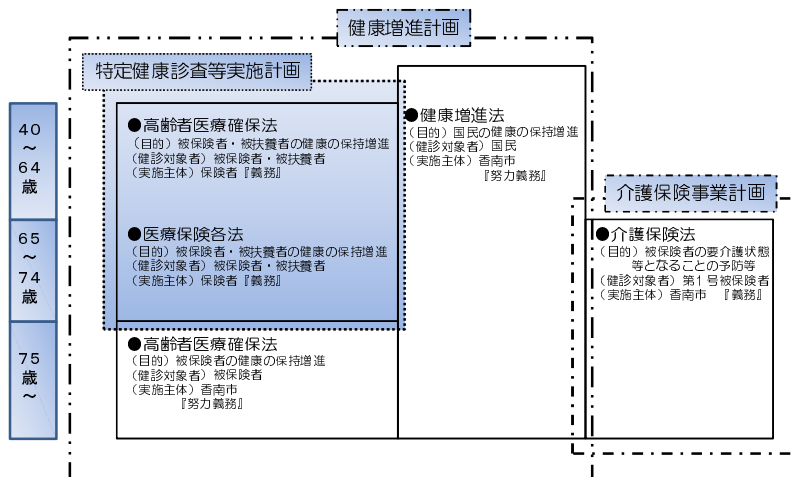


図-3.10 計画と法的根拠の関係例

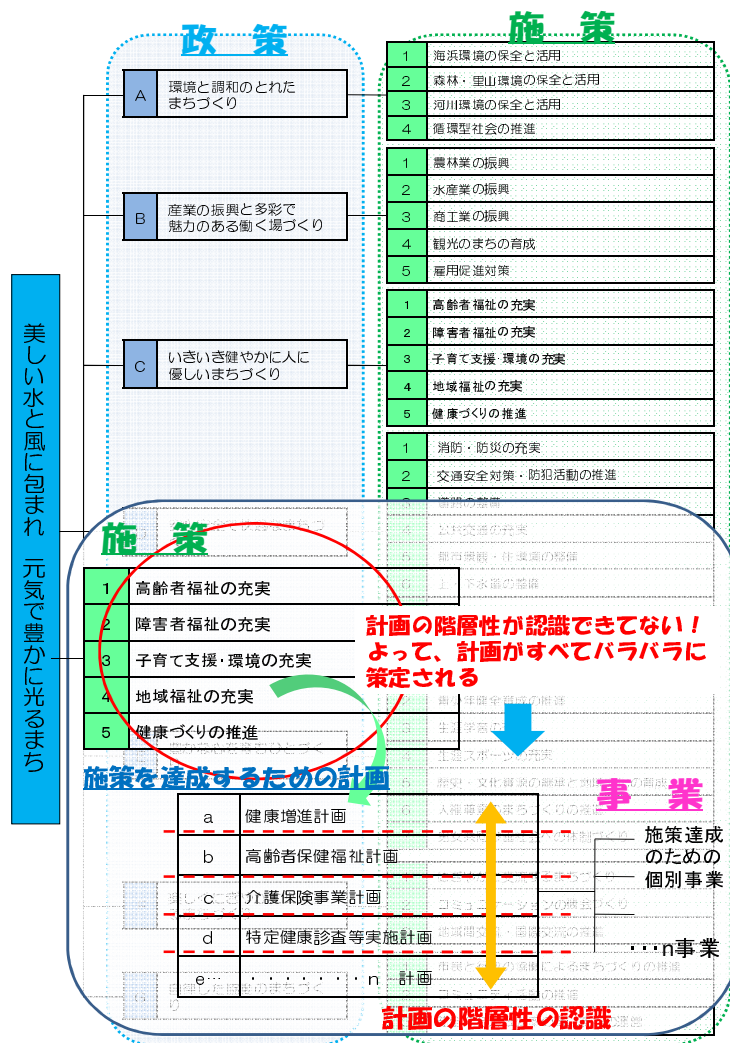


図-3.11 政策-施策-事業と計画の階層性の認識

3.1.7. コミュニケーションの重要性の認識不足

自治体が問題解決できない第 7 の理由として、筆者は“コミュニケーション”の重要性について説明する。筆者は、これまで述べてきた原因の中でも、自治体組織内スタッフ及び市民を含むステークホルダー間における“コミュニケーションの連鎖（大切さ）”が、政策を実現するための最も重要な位置（役割）を占めると考えている。

行政における経営目標を達成するにあたり、現実に行き起きている問題を解決するため、これまで解決できてこなかった原因をいくつか述べてきたが、後の章で述べる具体的な問題解決の手法・方法論の根底となるのは、組織における“コミュニケーションの媒介（連鎖）”が成立してこそ成立するものであると考えている（図-3.12）。社会システム理論の提唱者である社会学者 N.ルーマンによれば、彼の著作「社会システム理論」^{13) 14)}において、社会システムの構成要素は、個人や行為ではなく、“コミュニケーションの連鎖”であるとされる。ルーマンは、従来のコミュニケーション概念を批判的に検討することから始め、コミ

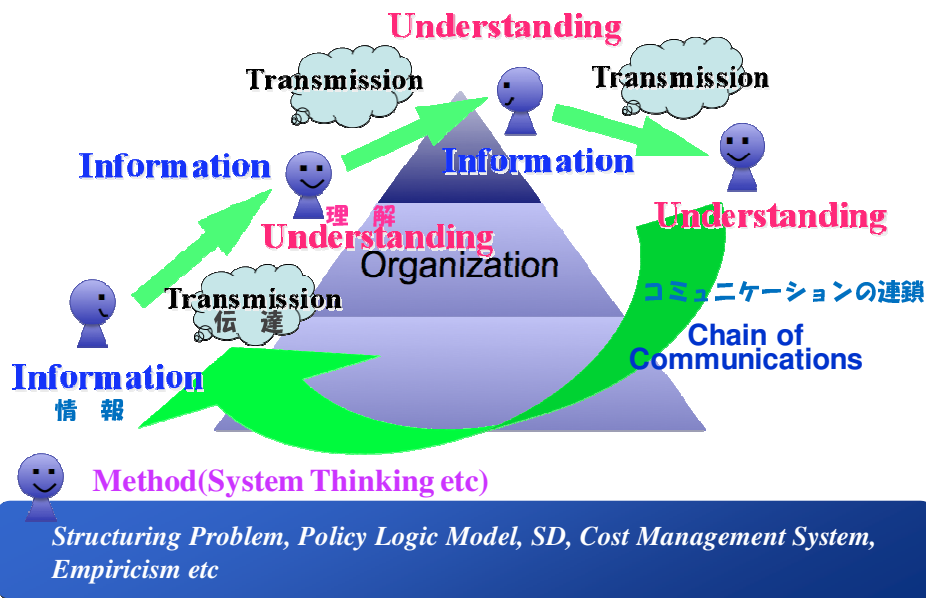


図-3.12 コミュニケーションの連鎖

コミュニケーションと行為の関係についての独自の把握を行っている。彼は、コミュニケーションを社会システムの再生産の要素に、行為を社会システムの自己観察の要素として、その双方を取り込んで関係づけることにより、従来の行為システム理論を社会システム理論として刷新する途を拓いた。ルーマンによれば、コミュニケーションは、関与する送り手と受け手の双方（自我と他我）における自我または他我の①刺激の提示と、それを、②情報と伝達との区別に基づいて、③理解する、という 3 つの選択の総合として生じるとされる。すなわち、先行するコミュニケーションが、「情報－伝達－理解」の 3 つの選択の総合が自我と他我において繰り返されながら、さらなる次のコミュニケーションを生み出し、さらにまた次のコミュニケーションへと続いていくのである。

筆者は、行政経営システムにおける構成要素も、その最小単位は“コミュニケーション”、つまり、組織内外のコミュニケーションを通じた“共通言語”であると考え。この共通言語や“対話”を組織内外で行うことなくして、経営目標を達成することは不可能であると考え。アメリカマサチューセッツ州ケンブリッジに拠点を置く、能力開発の国際的なコンサルティング会社ジェネロン・レオス社のパートナーであるアダム・カヘンは、「行き詰まった問題を解決するためには二つの方法があると言及している¹⁵⁾。1 つ目の方法は、力や暴力によってソリューションを押しつけるために、片方が一方的に行動するやり方。二つ目の解決方法は、進むべき道を発見するために「話すことと聴くこと」を始めることとしている。カヘンはこの二つ目の方法の重要性について、行き詰まった問題を平和的に解決するためには、その問題にかかわる人々が互いに話し合い、互いに耳を傾けなければなりません。私たちは、すべてのステークホルダーの人間性と自分自身の人間性に目を向け、耳を傾け、心を開き、受け入れない限り、人間の複雑な問題に対する創造的な解決策

を生み出すことはできません。創造性を発揮するには、私たちの自己のすべてを必要とします。私たちの思考、感情、人格、経歴、欲望、そして魂を必要とするのです。固定化された事実や考えを理性的に聞くのでは十分ではありません。相手が自分の可能性や彼らの置かれている状況の中に存在する可能性に気づくことを促すような聴き方をする必要があります。」と提唱している。

問題がどこに本質的に存在しているのか、そしてその問題を解決するためにどのような手法を選択する必要があるのかを「情報として伝達し、組織内外のスタッフやステークホルダーとコミュニケーションを通して話し合う（理解する）」ことによって「情報を共有する」ことが可能となるばかりか、問題に対する事実認識を確認する（認識する）ことが可能となるのである。

3.1.8. ラーニング・オーガニゼーション（学習する組織）の欠乏と個人の意識レベル（気質）の低さ

そして、第 8 の理由として、筆者は“組織学習”の必要性をあげる。自治体の経営目標である政策を効果的に実現するためには、その計画に参画する市民などのステークホルダーとのコミュニケーション以前に、組織の構成員が素晴らしい成果を生むすべを“チーム”として学習しなければならない。これまで、自治体においては、この組織学習の風土が非常に希薄であり、組織学習が実践されている自治体はほとんど存在しなかった。

では、どうすれば、組織内でコミュニケーションを円滑に行うことができ、共通の目標をスタッフ間で共有できるのだろうか。このことは、先に述べたコミュニケーションの重要性の認識不足にも繋がることだが、米国マサチューセッツ工科大学(MIT)の P. M. センゲ(1990)によれば、彼の著書「最強組織の法則」^{16) 17)}の中で、“学習する組織”としてその経営コンセプトが具体化されている。

“学習する組織”は英語で“ラーニング・オーガニゼーション”という言葉で呼ばれており、1970年代にハーバード大学のクリス・アージリス（現在はイエール大学）が「学習と成長の意志を持った人間に成長の機会を与えながら自らも学習する組織」という意味で提唱している。今日では、我が国においても、民間企業やNPMを先取りする自治体や行政機関において、組織学習が徐々に取り組みられるようになってきている。

こうした背景において、P. M. センゲは、アージリスのコンセプトとシステム・ダイナミックスの提唱者である先述の J.W. フォレスターの考え方を下に、学習する組織を「人々が継続的にその能力を広げ、望むものを創造したり、新しい考え方やより普遍的な考え方を育てたり、人々が互いに学び合うような場」と定義した。彼は、これまで伝統的に踏襲されてきた従来の権威主義的な“管理する組織”と“学習する組織”とを土台から区別するもの、それは一定の基本修練の徹底にあるとし、その意味で組織内における上記の「ラーニング・オーガニゼーションの 5 つの鍵」つまり、この 5 つの規範（ディシプリン）を構築のための方法論としている。以下、この 5 つの規範を彼の著書から引用しながら説明する。

(1) システム思考

雲が広がり、空が暗く翳り、植物の葉が反りかえる—するともうじき雨だとわかる。そして嵐がすぎれば、雨水は何キロも先の地下水をうるおし、空は明日には晴れるのをわれわれは知っている。こうした出来事は、時間も空間もかけ離れた現象なのに、すべてがおなじパターンで結びついている。それぞれが残りの部分に影響を与え、その影響はたいてい目に見えない。嵐のシステムを理解するには、パターンの個々の部分ではなく、全体を考慮しなければならないのだ。

ビジネスその他における人間の営みもやはりシステムである。それらもまた相互に関連する見えない糸で織りなされている。互いの影響がすっかり作用しきるには何年もかかることもある。われわれ自身はその織物の一部なのだから、移り変わるパターン全体を把握するのは二重に困難となる。いきおい、とかくシステムのばらばらの部分に目を奪われてしまう。そして自分の抱える深刻な問題がいつまでたっても解決されないのはどういうわけかといふかるのだ。システム思考はひとつの概念の枠組みである。全体のパターンを明らかにし、それを有効に変えていくすべを人々に把握させるために、この 50 年にわたって開発されてきた知識とツールの総体なのだ。

本研究においては、このシステム思考について、後節で再度取り上げ詳しく説明するとともに、後章で、自治体における政策・施策の立案を行うためのシステム思考法として“ロジックモデル”の構築方法を具体的に詳述することにする。

(2) 自己マスタリー

マスタリーといえば、支配することを連想するかもしれない。けれどもマスタリーは高いレベルの習熟も意味する。“職人”を意味するマスターは陶磁器や織物を支配するのではない。高い習熟を身につけた人は、彼らがとくにこだわりをもつ結果を安定して実現することができる。要するに、芸術家が作品に向き合うように人生に向き合う。みずからの人生をかけた学習に心から取り組むことによって、それは可能となるのだ。

自己マスタリーとは、個人の視野をつねに明瞭にし、深めていくことを意味する。エネルギーを集中し、忍耐力を養い、現実を客観的にとらえるのである。その意味でこれはラーニング・オーガニゼーションの不可欠な磁石—その精神的土台といえる。しかし、このようなスタッフの成長を奨励する組織は驚くほど少ない。その結果、膨大な潜在力が活用されずじまいとなる。ハノーバー保険のオブライエンはいう。「みんな企業に入るときは、頭が冴え、学問があり、活力にあふれている。人とちがうところを見せてやろうとやる気が満々だ。でも 30 歳になるころには、わずかの人間が“出世コース”に乗り、残りの者は週末に好きなことをするために“勤務時間を適当に過ごす”。熱意も使命感も、新人のころの覇気も消えてしまう。仕事に注ぐエネルギーはほんのわずか、やる気なんてないも同然だ」。

しかも自分個人の習熟度を高めようとコツコツ努力する人は驚くほど少ない。人生に何を望むかと尋ねると、「女房のお袋に出て行ってほしいね。」とか「背中の痛みがとれるといいんですが」とか、まず始末したい目先の事柄について語る人間が少なくない。自己マスタリー

一をめぐすということは、逆にいえば、われわれの志にかなう人生を送るにあたって、本当に肝心な事柄は何かを知ることからはじまるのである。

筆者は、このことは、研究によって構築された問題解決のための手法や方法論が、政策を実現するに際し自治体内で効果的に活用されるためには、組織構成員および政策から恩恵を受ける市民の“気質（あるいは精神）”に大きく依存していることを痛感している。

(3) メンタル・モデルの克服

「メンタルモデル」とは、われわれの心に固定化されたイメージや概念のことである。それが世のなかをどうとらえるか、どう行動するかに影響をおよぼす。が、われわれ自身、意識していない場合がほとんどである。例えば、エレガントな服装をしている同僚を見ると、「彼女はカントリー・クラブにお似合いの人間だ」と考える。だらしのない服装の同僚については「彼は他人がどう思うかなんて気にしないんだ」と思ってしまう。同様に経営環境が変化すれば何ができ、何ができないかを想定する場合も、メンタル・モデルは強い力をもつ。たとえ新しい市場や時代遅れの組織慣行に関する鋭い洞察を持っていても、強力で暗黙のメンタル・モデルのせいで、多くは実地に試されるにいたらないのである。

組織学習を進める利点をいち早く理解した大企業のひとつ、ロイヤル・ダッチ・シェル社がこの点を自覚したのは、隠れたメンタル・モデル、それもとりわけ広く共有されているメンタル・モデルがビジネスにいかに大きな影響をふるうかに気づいたときだった。世界の石油情勢が激変し、先行き不安にさらされた 1970 年代・80 年代を切り抜けて、ロイヤル・ダッチ・シェルの経営が驚異的成功を取めたのは、管理職のメンタル・モデルを明らかにし、それに挑戦するやり方を学んだからである。シェルのグループ・プランニング・コーディネーターを最近引退したアリー・デ・ジウスはいう。激変するビジネス環境のなかでたえず適応し、成長できるか否かは、ひとえに「組織的学習、すなわち経営チームが会社や市場や競争相手に関して共有するメンタル・モデルを変えていけるかどうかにかかっている。この意味でわれわれは計画を学習としてとらえ、企業計画を組織的学習ととらえている」。メンタル・モデルと取り組む修練は、内に鏡を向けることから始まる。自分の内にある世界のイメージを発掘し、それを表に出し、じっくり精査するすべを学ぶのである。

(4) 共有ビジョンの構築

リーダーシップに関して数千年ものあいだ幾多の組織を導いてきたひとつのアイデアがあるとすれば、それは、達成すべき将来のイメージを共有することであろう。何らかの偉業を成し遂げた組織で、目標や価値観や使命が組織全体に浸透していない例をあげるのは難しい。IBM には「サービス」があった。ポラロイドの場合はインスタント写真。フォードは大衆向け公共輸送手段、アップルではコンピューティング・パワーを大衆に、といった具合だ。内容と種類は大きく違っても、これらの組織はどれも、共通のアイデンティティと使命感のもとに人々を結束させたのである。

本物のビジョンがあれば、人々は学び、力を発揮する。そうせよといわれるからではなく、そうしたいがゆえに。しかし多くの経営者の場合、個人的ビジョンはあっても、それが共有

ビジョンに翻訳され、組織全体を刺激するまでにはいたっていない。企業の共有ビジョンは、きわめてしばしば一経営者のカリスマをめぐって、あるいは全員を一時的に一丸とする危機をめぐって展開してきた。けれどもほとんどの人間は、選べるならば、危機のときにかぎらずいつでも高度な目標を選ぶものなのである。欠けていたのは、個人のビジョンを共通のビジョンに変容させる訓練である。

共通ビジョンをつくるのに必要なものは、お義理ではなく心からの参加と献身を育む共通の「将来像」を掘り起こす技術だ。経営者たちは、これを修得するなかで、どんなに善意であれ、ひとつのビジョンの押しつけは生産性を阻害することを学ぶ。

(5) チーム学習

ひとりひとりの管理職の IQ が 120 を超えても、集団では IQ63 になってしまうことがなぜ起きるのか？ チーム学習はこのパラドックスに立ち向かう。チームが学ぶことをわれわれは知っている。スポーツで、舞台芸術で、科学で、そしてビジネスの分野で、チームの知力が個人個人の知力を上回り、すばらしい集団行動力を発揮する例がある。チームが真に学びつつあるとき、それは大きな成果を生むだけではない。個々のメンバーも、ほかでは不可能なほど急速な成長をとげるのだ。

こうしたチーム学習は「対話」ではじまる。メンバーどうしが個々のメンタル・モデルを棚上げして、本当の「共同思考」に入るのだ。ギリシャ人にとってディア・ロゴスとは、意味が集団の中を自由に流れることを意味した。その結果、集団は個人個人では果たし得ない発見に至るのである。おもしろいことに、対話の習慣はアメリカインディアン文化のような各地の未開文化で保持されている。だが現代社会ではほぼ完全に失われてしまった。この対話の原理と習慣が今日再発見されつつあり、現代の文脈に位置づけられようとしている。

チーム学習が肝心なのは、現代の組織では、個人ではなくチームが学習の基礎単位であるからだ。チームが学べなければ、組織は学ぶことができない。

飛行機とかパーソナル・コンピュータのような技術的イノベーションなら、その構成部分は「テクノロジー」と呼ばれるだろう。しかしラーニング・オーガニゼーション（学習する組織）は人間行動におけるイノベーションなので、構成部分たる 5 つの鍵は「ディシプリン」として捉える必要がある。「ディシプリン」といっても「規律」とか「懲罰」の意味ではなく、学習し修得するべき理論および技術の総体であり、実践されるべき課題である。ひとつのディシプリンは、一定の技能ないし能力を身につけるための発達の通路である。もちろん、ピアノ演奏から電気工学にいたるまで、どんなディシプリンにおいても生得の「才能」をもった人がいる。しかし訓練を積んで技能を伸ばすことは誰にでもできる。

ディシプリンを実践するとは生涯学び続けることだ。「ゴールに到達する」ことは決してない。一生をかけて修得に励むのである。「わが社はラーニング・オーガニゼーションです」とは決していえない。それは「私は啓発された人間だ」といえないのとおなじことだ。学べば学ぶほど、自分の無知を痛感するようになる。このように企業は、優秀さの永続する境地に達したという意味で「優秀」であることはできない。いつでも企業は学習ディシプリンを

実践している状態に、すなわちよくもなり悪くもなる状態にあるのだ。

さらにセンゲは、これらの 5 つのディシプリンがひとつのまとまりとして前進することが肝心であるが、これは非常に困難であると説いている。なぜなら、新しいツールを個々バラバラに適用するよりも、“統合” することははるかに困難であるからである。そこで、5 つのディシプリンの中で最初に述べた“システム思考”は、その意味で、他の 4 つを統合する第 5 のディシプリンといえる。システム思考によって全体がまとまり、一貫した理論と実践の総体がつくられるのである。諸項目が単に新奇な技法や最新流行の組織革新にとどまることをそれは防ぐ。このシステム的方向付けがなければ、5 つの項目がどう関連するかを見る手がかりはない。つまり、システム思考を組織内に持たなければ、ビジョンの種子は荒涼たる土壌に落ちる、言い換えれば、自治体における経営ビジョンは、単なる努力義務、絵に描いた餅と化してしまうだろう。

よって、本研究の目的である行政経営システムの構築と効率・効果的な計画運営のためにも、組織学習（ラーニングオーガニゼーション）は必要不可欠であると筆者は考える。なぜなら、どんなに優れた構造モデルやシステムが構築できたとしても、それを運用し、評価する「人」が、そうしたメソッドを熟知しており、それを組織内で教育・学習していかなければ組織のビジョンの共有化は決して持続しないからである。

3.1.9. システム思考とシナリオ・プランニングの欠如

3.1.8 で説明した P.M.センゲの提唱するラーニング・オーガニゼーションから、さらに筆者は、第 9 番目の理由として、自治体内外における“システム思考”の導入による“問題構造の分析作業”の欠如について取り上げ説明を掘り下げる。

これまで述べてきたように、自治体は、ある政策目標を達成するために、計画の企画立案を行い、各施策や事業を執行してはいるけれども、計画を企画立案する、すなわち PDCA マネジメントサイクルの P (PLAN) のプロセスにおいて、政策を達成するために“障害”となっている“問題”を根本的に解決するという習慣や訓練が無かった。そのため、問題の本質的な要因、すなわち、問題を生じさせている根本的“病巣”が抱える仕組み（つまり原理や法則）を究明し、取り除いてこなかったがゆえに、これまで採られてきた予防・対策はほとんど、急場凌ぎ（その場凌ぎ）であってきたと考える。それゆえ、システム内の変化や外部環境の時間経過に伴う変化により、問題が再発する、あるいは逆に悪化させてしまう傾向にあった。このことは、自治体が問題解決の具体的な手法・方法論を持ち合わせてこなかったことに原因が存在する。

本研究では、システム内で発生している問題を根本的に治癒し、あるいは問題の再発の可能性を最小限に抑制するために、その問題が発生している要因を“原因と結果”の事実認識に基づく“論理的因果関係”により、現象（出来事）－現象（出来事）が引き起こすパターン・トレンド－パターン・トレンドの構造－を分析することにより、現象（出来事）に潜んでいる問題発生 of の仕組み（“原理・法則”）等を把握し認識することを行う。このよ

うな思考方法は“システム思考”あるいは“システムシンキング (system thinking)”と呼ばれており、物事や事象を部分ではなく“全体”として捉え、その構造つまり重要な要素とその間の関係を把握・理解するものである。

最近、こうしたシステム思考の考え方は、行政経営という概念が流行するとともに、自治体内に徐々に導入が試みられるようになってきている。現在、多くの自治体で中心市街地活性化のためのまちづくり政策が実施されているが、自治体へのシステム思考の導入例として、秋山・奥嶋・牛山 (2009) ¹⁸⁾ らは、個別のまちづくり政策の将来的な有効性を検証するため、現実的で効果的なまちづくり政策の検討のためには、各政策の有効性を定量的に把握することが重要な課題であるとしている。そのため、彼らは、都市活動モデルを構築し、まちづくり政策が都市活動に与える影響を実証的な面から定量的に分析しており、手法として、具体的にはシステム・ダイナミクスの計算機技術面での拡張である「システム思考型モデル用いて、まちづくり政策に関する要素の複雑な因果関係を定式化している。彼らは、地方都市においては、急速なモータリゼーションに伴う郊外化による拡散的な都市構造が顕著である。岐阜市街の大規模店舗立地などの影響から、市域全体の商業活動の減少が見られ特に中心部の販売額の低下は顕著である。また中心部での都市活動割合が減少し中心市街地活性化の必要性が増大している。このように地方都市においては、具体的なまちづくり政策が議論されることが多いため、現実的な都市活動を踏まえた定量的モデルの構築が必要であるとして、システム思考の有効性を説いている。

第2章で述べたMITのJ.W.フォレスターは、システム思考の手法として“システム・ダイナミクス”の開発に向かったが、彼は、「都市の荒廃から地球環境の危機に至るまで、急迫する公共の諸問題の原因は、多くの場合、それらを緩和するべく計画された善意の政策そのものにある。これらの諸問題の本質は実際には“システム”だったが、政策担当者はそうした根本原因に目を向けず、対症療法にのみ追われた。それが短期的効果と同時に長期的慢性病を生み、対症療法をさらに積み重ねる結果となった」と指摘している。よって、フォレスターの指摘からもシステム思考の重要性は明白である。また、P.M.センゲによれば、“システム思考の法則”として、以下の11の法則を提唱し、その重要性が説かれている。

- (1) 今日の問題は昨日の「解決策」から生じる。
- (2) システムは押せば押すほど強く押し返す。
- (3) 状況はいったん好転してから悪化する。
- (4) 安易な出口は通常元に戻る。
- (5) 治療策が病気そのものより問題なことがある。
- (6) 急がば回れ。
- (7) 原因と結果は時間的・空間的に近接しているとは限らない。
- (8) 小さな変化が大きな変化を生むことがある。しかし、一番効果のある手段はしばしば一番見えにくい。

- (9) ケーキを手に入れ、しかも味わうことができる—同時にはできない。
- (10) 一頭の象を分割しても子象二頭にはできない。
- (11) 罪を着せる外部はない。

さらに、「システムシンキング」の著者である V.アンダーソンと L.ジョンソン¹⁹⁾によれば、システムシンキングの基本原則として、以下の 5 つが挙げられており、この基本原則は、起きている現象を把握する上で理解しておかなければならない事柄であるとしている。

- 1) 全体像を考える。
- 2) 長期と短期のバランスを考える。
- 3) 動き、複雑性、相互依存というシステムの 3 つの性質を理解する。
- 4) 測定可能なデータと測定できないデータの両方を考慮に入れる。
- 5) 私たち人間は、システムの中でそれぞれの機能を果たしており、私たち自身がシステムの一部であることを理解する。システムが私たちに影響を及ぼしている一方で、私たちもシステムに影響を与えていることを理解する。

こうした考え方は、広く一般的には、自治体経営の現場というよりもむしろ、企業における経営戦略において取り入れられているけれども、本研究においては、このような考え方を取り入れ、問題構造分析の手法を具体的に明示することのみにとどまらず、現実の組織における計画立案から施策・事業の提案→実施→評価へと方法論をさらに進化させ、システム構築に至るプロセスをも可視化することを目的としている。

よって、本研究においては、現象における問題発生要因を分析し構造化するため、問題を発生させている対象領域に対し、システム思考を導入し、経済学・経営学・財政学・法学・社会学などの社会科学分野と工学的計測・評価手法を統合させた経営モデルの構築をめざす。システム思考の方法 (図-3.13) 及び経営システム構築手法・方法論に関しては後の章で詳細に述べる。

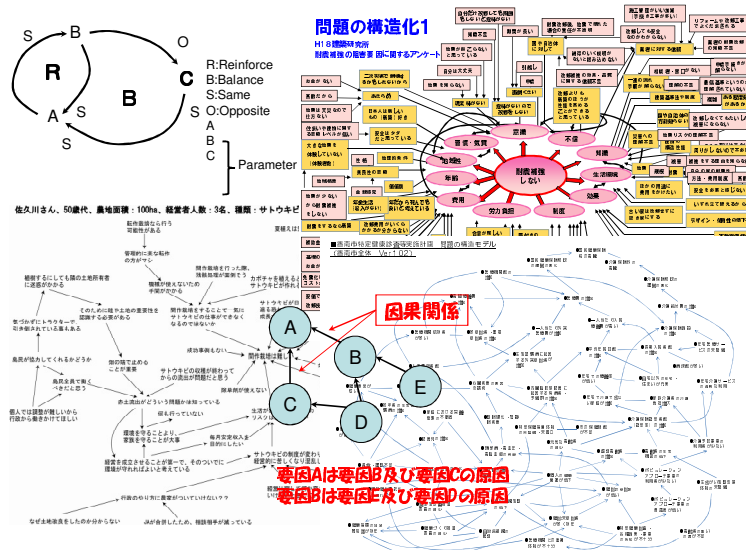


図-3.13 システム思考の具体例

次に、計画を策定する場合の“シナリオ・プランニング”の必要性について述べる。

シナリオ・プランニングは、一般的に、「未来のビジネス環境を予測し、それぞれのシナリオに描かれた未来が起こる確率を算出することで、事業を管理すること」と狭く定義されている。過去にロイヤル・ダッチ・シェルで戦略立案と実施の支援部門責任者であった、K.V.D.ハイデンによれば、彼は『シナリオ・プランニング：戦略的思考と意思決定』等²⁰⁾ 21)の中で、シナリオ・プランニングとは、シナリオを「作成すること」と、そのシナリオを使って「戦略をたてること」の2つのプロセスを指すと述べており、また、シナリオ・プランニングは、成功のためのフレームワークを提供するものではなく、“不確実な時代”に対応できる「能力」を企業組織が身につけることにより、成功を勝ち取る方法を提供するものである。」と記している(シナリオ・プランニングの例:図-3.14 及び図-3.15)²²⁾。

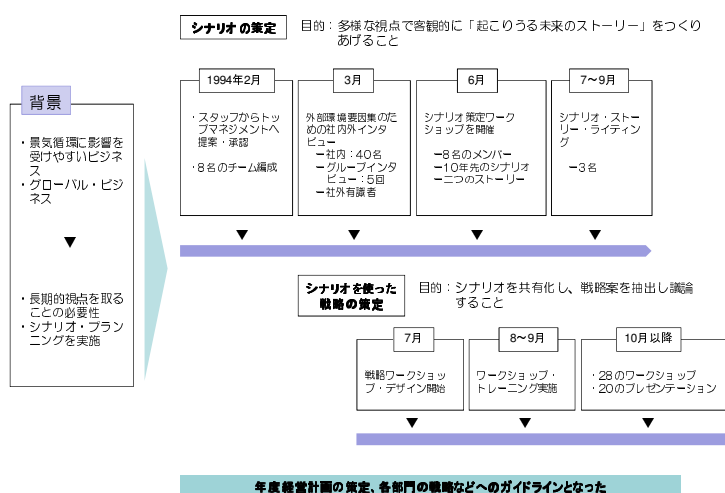


図-3.14 ブリティッシュ・エアウェイズにおけるシナリオ・プランニング

ガバナンスと成長に関する不確実性

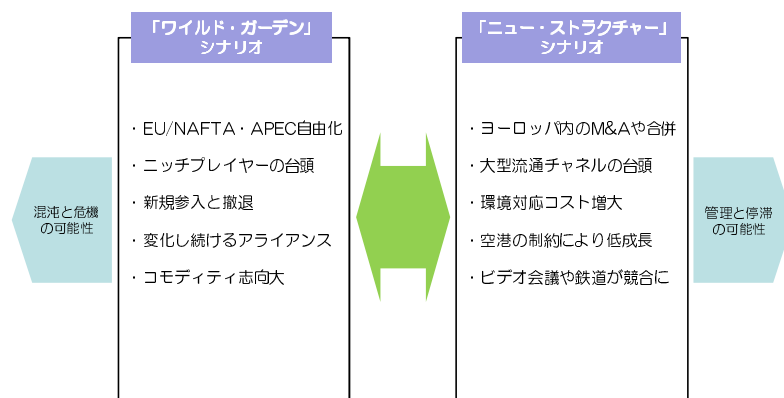


図-3.15 二つのシナリオの概要：ブリティッシュ・エアウェイズの事例

出所：Scenario Planning: managing for the future, Gill Ringland, John Wiley & Sons, 1998

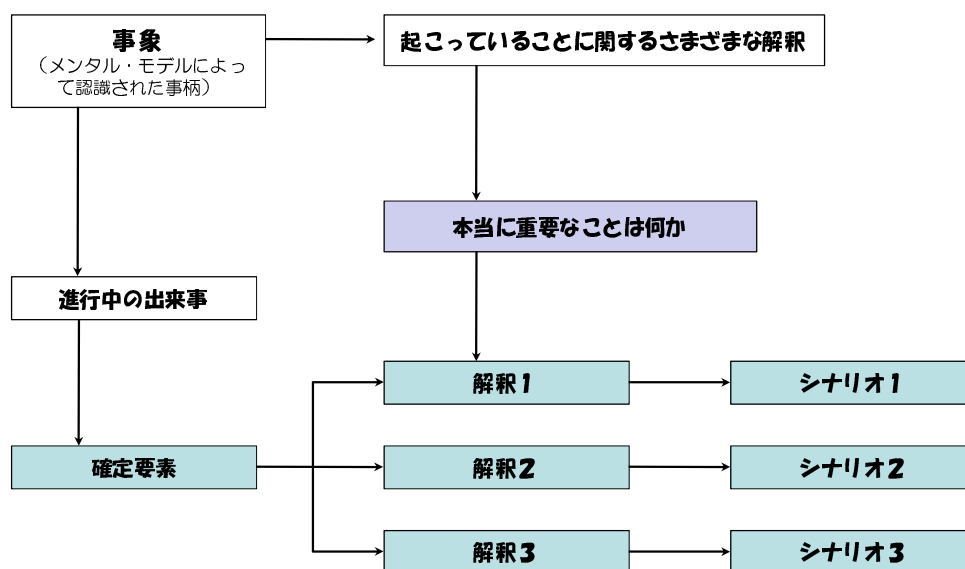


図-3.16 シナリオ構築のフレームワーク

さらに、彼は、シナリオ・プランニングの方法論が持つ強みについても言及している。「それは一見バラバラに見えて実は関連し合っている広範囲の情報を、論理的に（因果関係を考えながら）体系化する力にある。これは、将来の確定要素と不確定要素の両方を知ることによって完成する。確定要素が存在するという主張は、プランニングの時間枠の範囲内に安定した構造があることを前提としている。物理的な構造（気候・地理など）や社会的な構造（宗教体系、文化など）が、安定的であることは周知の事実である。しかし一方で、目の前の出来事はいく通りにも説明でき、それを誘発する構造も複数存在する。将来どの構造が優勢になるか判断できないがゆえに、未来は不確実であると言える。どの構造に目を向けるかによって、異なる未来が描き出される」としている（図-3.16）。

それゆえ、こうした未来への不確実性に対処するため、様々な計画を策定する際、自治体においてもシナリオを作成し、そのプロセスを通して、自治体環境の“背後にある意味”を明らかにし、現実の出来事を材料に、組織の構成員やステークホルダーは“今何が起こっているのか”について理解を深める必要がある。その今、何が起こっているのかを理解する方法は、まさに事象の中の“構造”を把握することに他ならない。このような考え方は、上記で先に説明したシステム思考の考え方に繋がるものである。

すなわち、現実の出来事について考えると、“トレンドやパターン”が少しずつ見えてくる。人間の頭脳は特にパターン認識に優れている。パターンが見つかったら、次はそのパターンがどこからもたらされるのか考える。つまり、目の前の出来事の背後に隠れている構造を推測するのである。背後で動いているものと不確実性のレベルが明らかになれば、その環境にとって難しい問題が起こったとしても、よりスムーズな対応策を考えられるようになる。

こうしたシナリオ・プランニングの手法を用いた公共政策の研究事例として、加藤・城

山・中川²³⁾ (2006) らは、公共政策におけるシナリオ分析に関して、関係主体間の相互関係を明示的に考慮する方法を提案し、それを東京圏の広域交通政策事例に適用した結果を示し、シナリオ分析を用いた公共政策分析の重要性を指摘している。彼らの研究によれば、これまで公共政策においては、従来、一定の将来予測を前提として政策決定の支援を試みることが多かったけれども、民間企業等の戦略策定（あるいは国の安全保障戦略）において多く用いられてきたシナリオ分析の手法を政府の通常の公共政策に応用することによって、通常の公共政策における将来の不確実性を正面から扱った点に意義がある。さらに、田村、林、木村 (2003)²⁴⁾ によれば、市民による防災計画策定の標準化手法の開発を目的に、このシナリオ・プランニング手法のフレームを用いており、彼らの研究によれば、防災計画を策定するためには、外力によって引き起こされる未来を想定し、将来にそなえての計画を立てる過程が必要となるが、この過程をシナリオ・プランニングとよぶ。その結果、現時点での行動のあり方や将来に向けての活動のあり方をみなおすことも可能になる。「未来における災害発生」という事象を考える際、あまりにも不確定要素が多く、単一の予測だけでは生産的な判断ができない。このように未来を完全に予測するのが不可能であるならば、「起こりうる未来」に関するシナリオを複数想定して「未来がこの幅におさまる」という見通し（未来の物語）を明確にしておくことが有効である。その際、起こりうる事態のなかで両極端な場合をシナリオとしてとりあげ、それぞれの場合に発生が予想されるできごとへの対策も事前に講じることが可能になる。

また、シナリオ作成の過程において、ワークショップ形式を用いることで、関係者の話し合いによって、作成されたシナリオが参加した人の共通の経験と認識となる。シナリオ・プランニング手法では、社会にさまざまに存在する「未来を決定する要因」の中から、最も重要な影響を与えるものを「ドライビング・フォース」と名づけ、この内包と外延を詳しく吟味することで、未来のあるべき姿を想定する。これを防災計画策定にあてはめると、未来を根本的に変化させる「キーとなる推進力」が地震外力であり、未来の環境変化が災害後の社会変化は不確実性が高く、個々人では想定がむづかしい。そこでワークショップ形式による共同作業を通じたシナリオ・プランニングを行うことで、社会の未来像（シナリオ）を共有することで、効果的な防災計画の策定が可能になると予測している。

これまで自治体は、計画を策定する際、未来の環境変化を考慮することがほとんどなかったため、発生した現実に対して適切に対処することができなかつたし、そのため策定した計画と生じた現実との間の原因を究明、解決することが困難であった。よって、シナリオ・プランニングは、自治体の経営モデル構築において必要不可欠な思考法であると考えられる。

3.2. 問題解決に向けた仮説の提唱と新しいマネジメントシステム構築の必要性

このような地方自治体の現状に対して、もはや、従来のような既存のマネジメントシステム（施策→執行の繰り返し、施策・事業の評価を行わない、市民への説明責任を十分に果たさない等）では、社会経済的構造の変化に対応できなくなっているのは明白である。限

られた資源の中で、必要物 (Needs) の本質を見極め、適切な目的に対して行動するマネジメントシステムの構築が求められているのである。すなわち要求や欲求ではなく“必要性の本質”を見い出すこと、つまり、これまでの課題・問題への対処型マネジメントシステムではなく、明確な判断基準や従来とは異なる意思決定方法に基づいた“問題発見・解決型のマネジメントシステム”が必要とされているのである。

ここで再び、五艘¹⁾の「地方自治体の新しいマネジメントシステムの構築と導入に関する研究」から、地方自治体に新しい行政経営システムが必要とされる理由を付け加える。彼は、地方自治体におけるマネジメントの必要性に対して、「地方自治体の行政運営能力を向上させるためには、職員個々の資質向上や意識改革に頼るばかりでなく、行政組織全体としての意思決定の適正化や業務の効率化が求められる。そのためには現行のマネジメントシステムを根本から再構築していく必要がある。だが、こういった地方自治体のマネジメント能力向上への迅速な施策の実施に対する総務省等を中心とした中央政府の動きは極めて鈍い。地方自治体が自ら意思決定できるようなマネジメントシステムを用意することによって、中央政府の権限が縮小してゆくことを危惧しているのかもしれない。一方、地方自治体においてもマネジメントシステム改革の動きも鈍い。地方自治体はこれまで中央政府から下される補助金制度や法規・法令・制度等に基づいて意思決定を行ってきており、本来備えるべき完全自立の意思決定といった考えが退化してしまっていることも事実であろう。」と考察している。

こうした背景から、本研究の目的である“行政経営システム”の構築に基づいた自治体マネジメントが、地方自治体における政策・施策の立案に際し効果的なマネジメントシステムとして機能することを実証するため、以下の節では、社会システムの経営プロセスと社会基盤の投資効果の工学的計測・評価の概念 (図-3.17) 及びこれまでの原因理由の考察

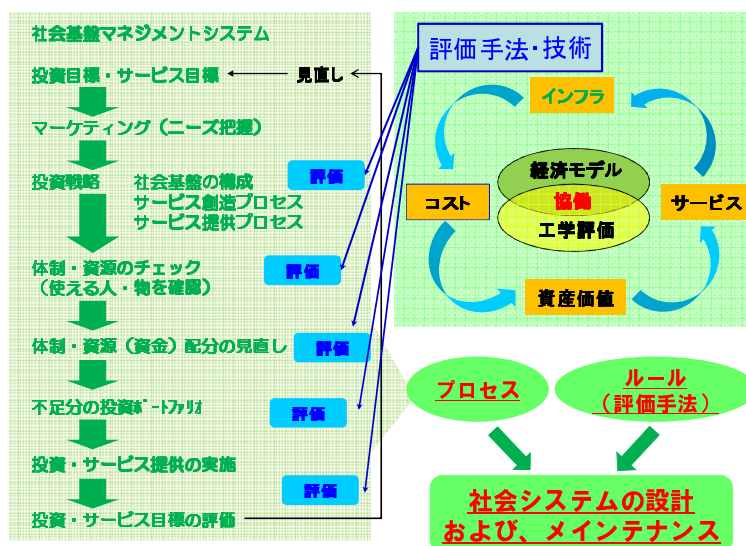


図-3.17 社会システムの経営プロセスと社会基盤の投資効果の工学的計測・評価の概念 (那須清吾作成)

等に基づき“新しい行政マネジメントシステム”のモデル構築を図る。

3.2.1. 仮説に基づく新しい行政マネジメントシステムのモデル化

これまで前節において、自治体が経営破綻を起こし、組織内外において発生している問題を解決できない“根本的原因”について、その理由を地方自治体という組織に所属している筆者の実務経験等も合わせて、①から⑨の要因について分析・考察してきた。こうした要因を根本的に解消するための“新しいマネジメントシステム”を自治体内に構築し、“実装”することにより、今後の自治体経営の改善及び問題発見・解決型へと組織体質を構造変化させるための光明が見えると筆者は確信している。それゆえ、以下に、現在の危機的経営状況を打開し本質的な問題解決を図ることを目的とし、市民が求める行政サービスに対して政策・施策を立案し、効果的な事業を展開するため、以上で述べた①から⑨の要因に対する具体的な課題を提示する。加えて、その課題を克服するために、筆者らが唱える“政策ロジックモデル²⁵⁾”を導入する。この政策ロジックモデルを用いた“行政経営システムを構築する方法及びそのプロセス”を具体的かつ明確に確立することで施策、事業に伴う効率・効果的な計画の立案→実施→評価、そして改善を行うことができると仮定する。

そのシステムの基本設計として、行政経営システムは、公共サービス供給者としての地方自治体と、需要者としてのその地域に居住する市民の、公共の福祉を増大させるような政策・施策立案モデルと、市民の地域社会システムに対する反応モデルにより構成するが、地域問題の構造化から、これらのモデルに関連する“論理関係”を抽出し、市民に対するアンケート調査等により確認し、各種施策－事業の目標値を定量的に設定・評価するため関数化を行う。この仮定で得た社会・市民の反応モデルとしてのロジックモデルに基づき、実際に導入した地域におけるインパクト評価を行い、行政経営システムの修正を行うとともに、システム構築を分析することで、行政における新マネジメントシステムの開発とこれをベースとした行政経営システムの具体的、普遍的な方法論を提供することが本研究のねらいである。

■問題発生要因と課題

- ① 国民の豊かさによる「住民の必要物と要求物」
(課題) ⇒必要物と要求物を峻別する明確な判断・評価基準・ツールの構築
- ② 政策実現のための戦略及びその達成手段と定量的評価手法の欠如
(課題) ⇒経営目標を実現するための戦略及びその目標を達成するための“目的と手段の関係”を可視化したツール・方法論の構築
- ③ 伝統的マネジメントサイクルからの脱却と真のPDCAサイクルの運用
(課題) ⇒PDCAサイクルが適切に管理・運営されているかどうか。新しい行政のマネジメントサイクルの構築
- ④ 前例主義の踏襲（慣習や過去の成功事例への固執）

- (課題) ⇒組織及組織構成員の意識改革の必要性
- ⑤ 効果的なマーケティング・リサーチの欠如
(課題) ⇒工学的手法に基づく市民に対する効果的なアンケート調査、インタビューの実施
- ⑥ 社会システムの階層性と経営システムデザインの認識の欠如
(課題) ⇒社会システムにおける“ルール”、“評価”、“指標”に関する階層性の理解と認識
- ⑦ コミュニケーションの重要性の認識不足
(課題) ⇒組織内外における情報共有と事実認識
- ⑧ ラーニング・オーガニゼーション（学習する組織）の欠乏と個人の意識レベル（気質）の低さ
(課題) ⇒ラーニング・オーガニゼーションの必要性の理解及び組織の構成員の意識改革の必要性
- ⑨ システム思考とシナリオ・プランニングの欠如
(課題) ⇒ステークホルダーの参画による工学的手法に基づいた本質的問題発生原因の究明と問題構造を把握するための方法（方法論）の構築

■課題解決に向けた手法・ツール

“ロジックモデル”を導入した新しい行政経営システムの構築により計画のデザインを行うとともに効果的な政策・施策を立案する。

また、新しいマネジメントシステムである行政経営システムを構築するため、ロジックモデルの導入に際して、政策－施策－事業を実施、評価するプロセスにおいて、以下の手法等もパッケージ化し、その構築・活用方法も詳述する。

- ✓ 行政マネジメントサイクルの提案
- ✓ 施策マトリックスの活用
- ✓ 政策及び施策ロジックモデルを構築するための問題構造化手法（プロセス）の導出
- ✓ アンケート調査の活用方法及び施策・事業を企画・立案するための効果的な調査票の構築手法

3.2.2. マネジメントシステムに基づく問題解決の方法

本章の最後に、本論文で提案する経営システムとして“ロジックモデル”を導入することにより、地域や組織内で発生している問題構造を把握し、政策目標を達成するために計画を企画・立案し、施策・事業を実施・評価するまでのプロセスを以下に示す（図-3.18）。

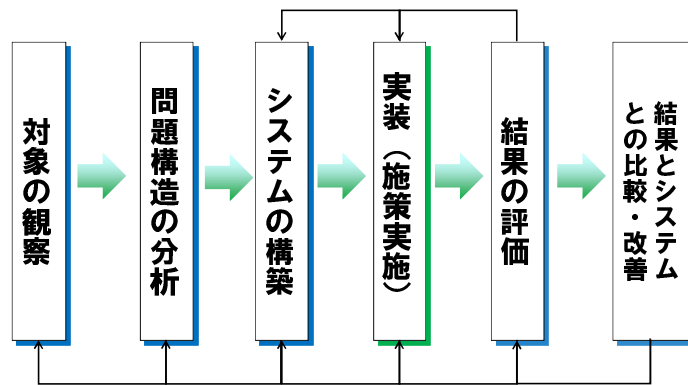


図-3.18 マネジメントシステムに基づく問題解決の方法

参考文献【第3章】

- 1) 五艘隆志：地方自治体の新しいマネジメントシステムの構築と導入に関する研究、高知工科大学博士論文、2004年3月
- 2) A.H.マズロー：人間性の心理学、産能大出版部、1987年3月
- 3) Cornelis A. De Kluyver and John A. Pearce, Strategy: A View from the Top, Prentice Hall College Div, Aug./2002. (大柳正子訳『戦略とは何か』東洋経済新報社、2004年12月) .
- 4) Jay B. Barney, Gaining and sustaining competitive advantage, Addison-Wesley Pub, May/1996.
- 5) 浅羽茂「経営戦略」、岡本康雄編著：『現代経営学への招待』、中央経済社、2000年
- 6) 伊丹敬之：経営戦略の論理、日本経済新聞社、2003年11月(第3版)
- 7) P.F.ドラッカー：マネジメント(上・下)：課題・責任・実践、ダイヤモンド社、1974年5月
- 8) 西尾勝：行政学、有斐閣、1993年6月
- 9) フィリップ・コトラー：コトラーのマーケティング・マネジメント 基本編、株式会社ピアソンエデュケーション、2002年10月
- 10) 那須清吾：研究のための方法論、高知工科大学起業家コース授業テキスト、2009年
- 11) 那須清吾：社会システムに関する分析論 システム概念と社会科学および工学による分析論、21世紀COEプログラム 高知工科大学報告書 社会マネジメントシステム、2006年3月
- 12) 高知県香南市：高知県香南市特定健康診査等実施計画、2008年4月
- 13) N.ルーマン：社会システム理論(上・下) 佐藤勉監訳、恒星社厚生閣、1993年1月
- 14) 村中知子：ルーマン理論の可能性、恒星社厚生閣、1996年1月
- 15) アダム・カヘン：手ごわい問題は、対話で解決する アパルトヘイトを解決に導いたファシリテーターの物語、株式会社ヒューマンバリュー、2008年10月
- 16) P.M.センゲ：最強組織の法則、徳間書店、1995年6月
- 17) Peter.M.Senge : THE FIFTH DISCIPLINE The Art &Practice of the Learning OrganizationDUBLEDAY,1990
- 18) 秋山孝正、奥嶋政嗣、牛山健太郎：システム思考型モデルによるまちづくり政策の定量的評価、土木計画学研究論文集、Vol.26,No.5,923-932、2009年
- 19) バージニア・アンダーソン/ローレン・ジョンソン：システム・シンキング：問題解決と意思決定を図解で行う論理的思考技術、日本能率協会マネジメントセンター、2001年10月
- 20) キース・ヴァン・デル・ハイデン：シナリオ・プランニング 戦略的思考と意思決定、ダイヤモンド社、1998年9月
- 21) キース・ヴァン・デル・ハイデン：入門 シナリオ・プランニング ゼロベース発想

- の意思決定ツール、ダイヤモンド社、2003年7月
- 22) 西村行功：シナリオ・シンキング 不確実な未来への「構え」を創る思考法、ダイヤモンド社、2003年5月
- 23) 加藤浩徳、城山英明、中川善典：関係主体間の相互関係に着目した広域交通計画におけるシナリオ分析手法の提案、社会技術研究論文集 Vol.4,94-106,Dec.2006
- 24) 田村圭子、林春男、木村玲欧：防災対策のためのシナリオ・プランニング手法の確立 -京都市東山区における、防災計画立案の試み-、土木学会地震工学論文集 Vol27,1-8,2003
- 25) 刈谷剛、中川善典、那須清吾；政策・施策の立案に関する方法論と行政経営システムの構築、社会技術論文集 Vol.5,68-77,May,2008

第4章 行政経営システムの構築とシステムメンテナンスの方法論

それでは、第3章で提唱した仮説に基づき、自治体が組織内や地域で発生している問題を解決し、政策や施策を企画立案する上で、また、既存の施策や事業を見直したり、評価したりする上で効率・効果的な手法として機能する“ロジックモデル”を導入した新しいマネジメントシステム、すなわち“行政経営システム”の構築理論とそのプロセス、及びシステムのメンテナンス方法について説明する。

4.1. 行政のマネジメントサイクル (PDCA サイクル)

まず、行政経営システム構築方法の説明の前に、マネジメントシステムを運営し管理するために必要不可欠である“行政のマネジメントサイクル”について触れる。

第3章で少し触れたが、今日、行政におけるマネジメントサイクルは、PDCA サイクルとして捉えられるようになってきており (図-4.1)、計画を企画・立案し、施策・事業を実施する場合、このマネジメントサイクルに則っている。このPDCA サイクルは、第2次世界大戦後の1950年代に、品質管理を構築したW.シューハート、E.デミングらによって、生産プロセス (業務プロセス) の中で改良や改善を必要とする部分を特定・変更できるようなプロセスを測定・分析し、それを継続的に行うために改善プロセスが連続的なフィードバックループとなるように提案したもので、“シューハート・サイクル”または“デミング・サイクル”とも呼ばれている。第2章で、NPMについて少し触れたが、その求められている機能は、以下の3つの共通認識に収斂されるといってよい。

- (1) 効率的な行政運営あるいは投資を可能にすること。
- (2) 目的あるいは目標に対して最適な施策・事業選択を可能にすること。
- (3) 透明性のある行政プロセスと説明責任が遂行できること。

この3つの機能を実現するために、これまで様々に論じられてきている行政経営あるいはマネジメントサイクルについて、その手法をどのように捉えなければならないかここで整理する必要がある。



図-4.1 PDCA サイクル

4.1.1. 民間経営と行政経営のマネジメントサイクル

次に、このPDCA サイクルについて、民間経営で行われているマネジメントサイクルと、現在自治体において行われているマネジメントサイクルの違いを説明する。

民間企業で実践されているマネジメントサイクルは、以下の図-4.2 に示すように、PDCA サイクルの Plan（計画）のプロセスにおいて、売上高・利益目標の設定に始まり、商品の不足分の投資ポートフォリオを決定するまでのプロセスにマネジメントサイクルのほとんどの時間・労力が費やされる。一方、今日まで行われてきている行政におけるマネジメントサイクルでは、政策目標を掲げ、計画の企画立案（実施手法の選択）を行うプロセスにおいて、政策目標を達成するために必要な“戦略”や市民に対する“ニーズ”調査にほとんど時間が費やされないために、政策を実行に移すまでの意思決定が曖昧であり、かつ設定された様々なアウトプット、アウトカム指標が定量的に求められていないことが多い。

つまり、自治体経営が破綻した（あるいは破綻しかけている）これまでの行政においては、マネジメントサイクルにおいて最も重要な Plan（計画の企画・立案）のプロセスに十分に重点が置かれてこなかったために、政策目標が達成できなかった場合、問題発生要因となっている“原因”がどこに潜んでいるのか不明瞭であったばかりでなく、責任の所在も不明瞭であって来た。

そこで、本研究においては、この民間経営で取り入れられているマネジメントサイクルを基に、こうしたアウトカム指標の定量化にも着手することを含め新しい行政のマネジメントサイクルを提案する。

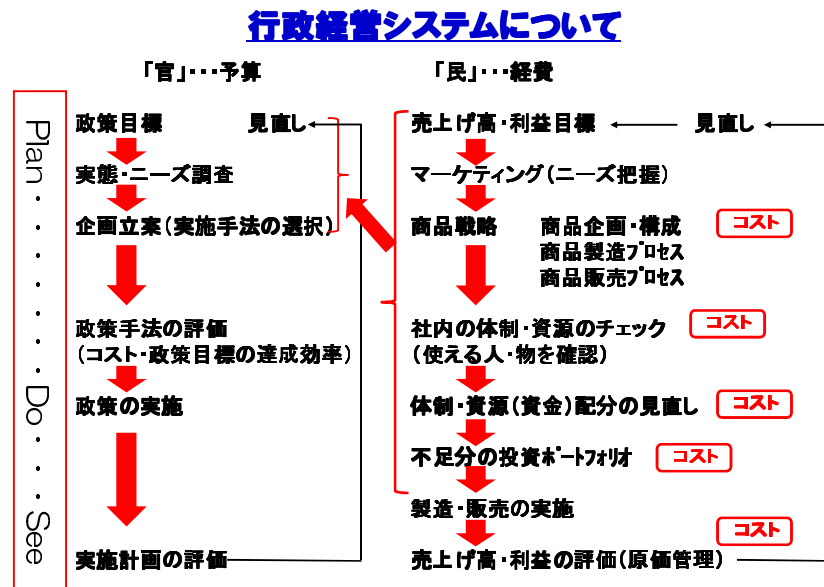


図-4.2 民間経営と行政経営のマネジメントサイクルの相違
(那須清吾作成)

4.1.2. 新しい自治体マネジメントサイクルの導入

さて、計画そのものや計画に基づく施策・事業を実施するに際し、行政のマネジメントの流れ（行政経営サイクル）を以下に示す（図-4.3）。

行政における業務は、いわゆる投資的あるいは計画的業務及び定常的な業務（事務）に分類される。投資的、計画的な業務は適切な投資計画（事業計画）を立案し、実施し、改善すること（事業運営）が目的であるがために、その“プロセス自体が行政経営プロセス”となる。一方、定常的な業務（行政事務）は改善される対象であり、適切な定常的な業務プロセスは行政経営の結果として生まれるアウトプットである。事業計画と同様に、適切に立案され、実施され、改善されることが目的であり、そのプロセス自体が行政経営プロセスである。つまり、行政経営プロセスは適切な事業計画および適切な行政事務を導出し、持続的に維持することを目的としている。

民間企業においてこれまで伝統的に使われ、行政においても形態として導入されている経営改善手法である標記 PDCA サイクルも、本来は同様の目的を有するといえる。

しかし、日々遂行している事務事業に際し、このようなマネジメントサイクルが適正に実施されている自治体は非常に少ないのが現状である。よって、本研究では、このマネジメントサイクルを実際に自治体において実施し、検証する過程で、計画の中で問題となっている要因に関して、その問題解決方法として、“問題の構造化”や“ロジックモデル”といった具体的な手法を採用することにより、発生している現象に対し、根本的な原因を追究することが可能になる。

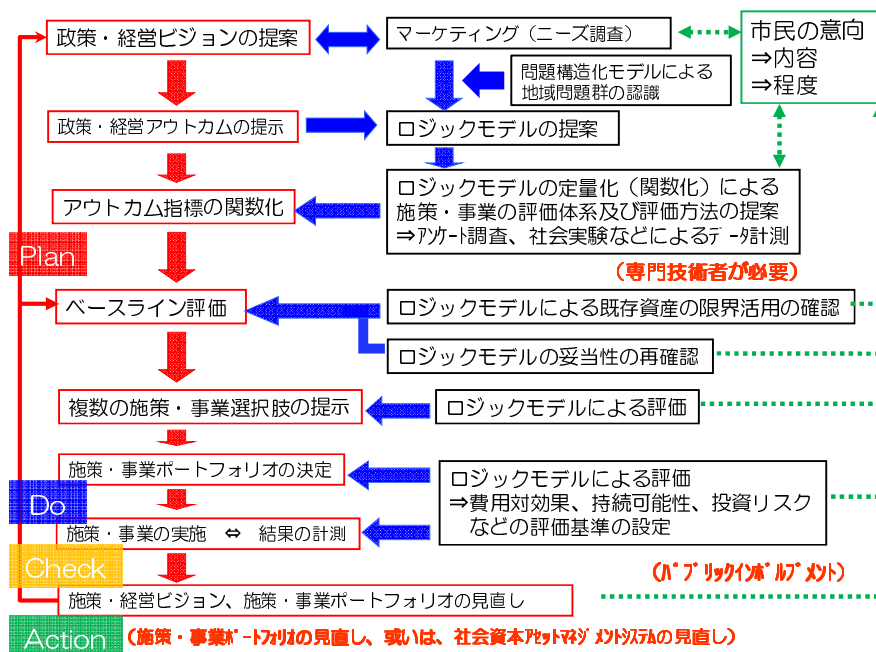


図-4.3 新しい行政のマネジメントサイクル
（那須清吾作成をもとに筆者が加筆）

4.2. 行政経営システムの構築手法（政策・施策の立案システムの構築）

それでは、新しい自治体マネジメントサイクルに基づき、効果的な政策・施策の企画・立案方法に関し、具体的な手順を示すことにより、行政経営システムの構築方法を述べる（図-4.4）。

まず、政策に基づく計画の策定に際し、自治体組織内あるいは行政を取り巻く地域において、政策目標を実現する上で妨げとなっている問題群（現実の状態と望ましい状態との間に存在するギャップ）を、計画策定に関与しなければならないステークホルダーと共に認識・確認する。その次に、その問題群が認識・確認できたら、技術特性の要素を考慮しながら、その問題群を“原因と結果に基づく論理的な因果関係”の連鎖に基づく“問題の構造化”手法を用い、市民認識の構造化のモデル化、ステークホルダーを含む利害関係の構造化のモデル化、社会環境の構造化のモデル化を行う。そしてその問題構造化のモデル化に基づき、地域にとって効果的な経営戦略目標を設定する必要があるため、本研究では、この経営戦略目標を自治体の政策・施策に結びつけるための手法として“ロジックモデル”を導入する。このロジックモデルを導入することで、経営目標の達成に必要な資源や、目標達成のための手段と方法等を可視化することが可能となり、市民に対して説明責任（アカウントビリティ）を果たすことができる。さらに、構築されたロジックモデルに基づき構成されたアンケート調査やインタビューを直接市民に実施することで、市民の意向を具体的な政策や施策に反映させることも可能となる。加えて、そのマーケティング調査から得られた結果を定量化し、関数化することで、政策目標達成の際に必要なインプット（資本）、アウトプット、アウトカム指標（数値目標等）を設定することが容易になり、計画実施後（施策・事業の実施後）に得られた実績データ（実測値）と比較・検証することにより行政評価が可能となる。

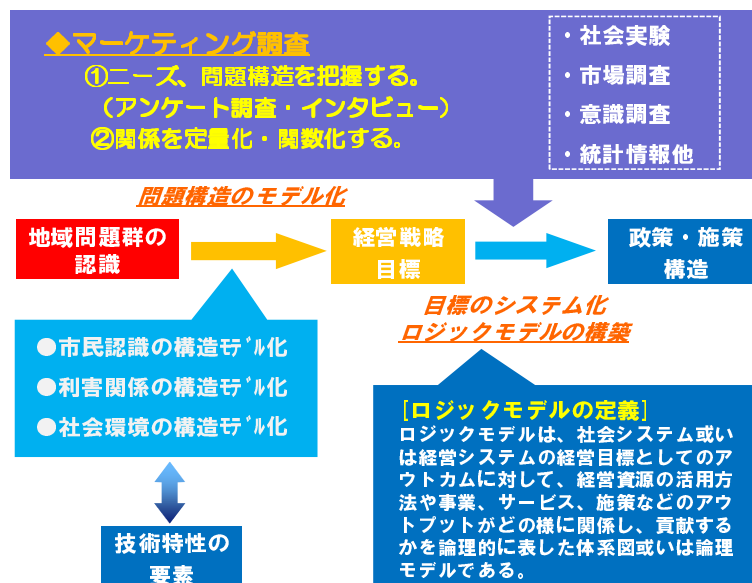


図-4.4 行政経営システム（行政と地域社会・市民の相互作用）

中村（2007）¹⁾らによれば、研究開発事業におけるプロジェクト分野ではあるが、アウトカムの視点を踏まえた目標及び指標設定に関する実態において、プロジェクトを包含している施策・プログラムの目標からプロジェクトの目標をブレイクダウンし、プロジェクトの直接アウトカムを結実することが重要であるが、アウトカムの視点を踏まえた目標・指標の設定がなされているケースは多くないと指摘しており、その原因を以下のように考察している。筆者は、この考察は自治体における計画及び事業等の目標及び各指標設定においても同様のことが言えると考える。

- 施策・プログラムにおけるプロジェクトの位置づけを明確化することが必要であるが、現状ではその点が明確になっているケースが少ない。
- プロジェクトが目指す事業目標をどこに設定するか、内容をどのようにするかが明確でない。
- 成果と直接アウトカムを結びつけるためには、成果を受け継ぎ直接アウトカムを生み出すカスタマー（受益者）を明確にすることが重要であるが、現状、カスタマーの設定がなされていないケースが多い。すなわち、カスタマーが明確でなく成果の受け渡し先が曖昧なものが多い。

4.2.1. 行政経営システムの構築プロセス

以下は、政策・施策の企画立案方法である問題の列挙から政策ロジックモデルの構築（行政経営システムの構築プロセス）までの手法を概略で示したものである（図-4.5）。この構築プロセスに基づき、自治体の政策・施策立案システムの構築手法を説明する。

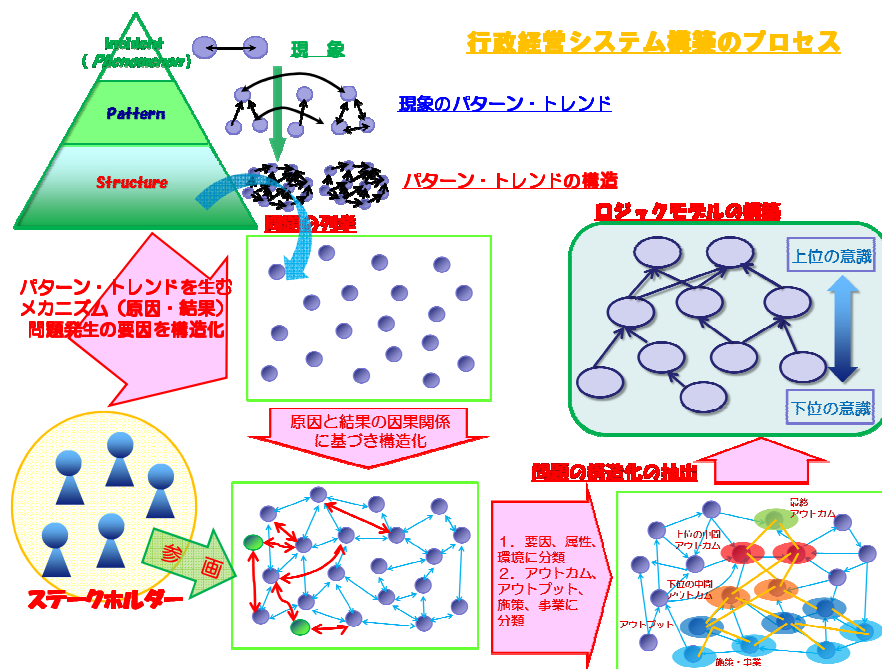


図-4.5 自然・社会現象から政策・施策・経営システムの構築プロセス

4.2.1.1. 問題構造化手法のプロセスと政策・施策の合意形成

まず、社会構造的背景や地域が抱える課題をすべて洗い出すために、“問題構造化 (Structuring the problem)” という手法を採用する。問題構造化手法とは、加藤²⁾によれば、特定の主体（個人または組織）によって、認識されている問題構造を、インタビューによって把握することにより、各主体のフレーム（問題を捉える枠組み）を明示化する手法と定義されている。また、この手法は元来、公共政策における課題抽出の支援を行うことを狙いとして、加藤らの研究チームにより開発されたものである。その概念は、問題構造化の手法が公共政策における課題抽出の支援を行うことを狙いとされたことから、公共政策の古典的な教科書とされている Dunn³⁾に基づいている。また、中川（2006）⁴⁾が指摘するナノテクノロジーの社会的影響のように、一つの状況に対する認識の仕方が人により様々であるという状況を出発点として、問題の定式化を共有していくという考え方は、公共政策のみならず、組織の戦略立案においても重要視されており、“ソフト・オペレーショナル・リサーチ (Soft OR)” という分野において、様々な手法 (Problem Structuring Methods : PSMs) が提案されている⁵⁾。

この問題構造化の作業は、政策・施策立案のための重要な役割を担う。策定する計画のどこに問題が発生し、潜んでいるのかを把握することは、問題構造化の作業を経ることにより容易になるばかりでなく、市民に対して実際の公共サービスを提供する前に現状を把握し、説明責任 (アカウンタビリティ) を果たすことをも可能にする。

加藤らによれば、問題構造化手法の特徴は以下の 3 点に集約して説明されている。以下に、それぞれの特徴を加藤から抜粋し引用する。

(1) 政策プロセスにおける課題設定の重視

一般に、政策プロセスは、課題設定、選択肢の創出、政策決定、政策実施、政策評価の諸段階から構成される。このうち、問題構造化手法は、課題設定、選択肢の創出及び政策決定という上流段階に注目している。これは、この上流階級の政策プロセスをいかにマネジメントするかが、政策決定及び政策実施段階における合意形成の可能性に大きなインパクトを与えると考えるからである。

(2) 課題のフレーミング効果に着目

同じ対象であっても、その提示のされ方によって人々の反応が異なることは、「フレーミング効果」と呼ばれている。また、環境政策の分野では、複雑な状況の下で、何を中心的な問題として位置づけるかというフレーミングが重要であり、論争に関わる関係主体は、複数の見方が同時に共存できるような曖昧な状況を利用して、自分に有利な形で解釈を一つの方向に持っていかうとすることが、指摘されている。さらに、現実の政策過程においては、課題のフレーミングの在り方が適切でないために、様々な形での再フレーミング (reframing) が、政策プロセスの重要な部分を占めているという指摘もある。問題構造化手法では、課題のフレーミングの仕方により、関係主体の対応が異なってくることに注目

している。

(3) 知識融合型アプローチの採用

問題構造化手法は、実務者の持つ知識を、できるだけシステマティックな方法で顕在化させ、かつ分析者の知識を実務者の知識と交流、あるいは融合させることによって、新たな政策課題を発見することを狙っている(これを知識融合型アプローチ(Trans-disciplinary approach と呼ぶ)。このアプローチの、方法論上の重要な点は、分析者が、実務者の単なる観察者にとどまらず、実務者とのコンタクトを通じて、それまでに得た様々な知識を、実務者にフィードバックし、実務者の認識にも影響を与えようという意図を含んでいることである。

本研究においては、日常、行政における公共政策が扱う様々な問題には、同じ事実がステークホルダー間ばかりでなく、計画を企画立案する自治体職員間においても、まったく異なる形式や理解力、認識力が当然に存在するために、その解釈の仕方や捉え方が異なるという事態が生じるため(上記のフレーミング効果)、達成したいと願う戦略目標(最終目標)や解決したいと考える事柄に対して、認識のバラツキや見解の対立が生じる。そのため、政策分析の最初の段階で、問題の発生の事実認識を把握するために、問題構造化という作業を通して、原因と結果に基づく因果関係を探ることが必要不可欠なのである。

また、長澤⁶⁾によれば、福祉領域における NPM の導入に関し、英国自治体社会サービスにおける業績評価 PSS PAF やカナダ・オンタリオ州における保健医療の業績評価システム⁷⁾を事例に、これまでのような業績評価だけではなく、どうしてその結果が起こったのか、原因を特定することの必要性とステークホルダー参加型のシステムの必要性を説いていることから、本研究における現実の地方自治体で問題構造化の作業を実践する役割は非常に大きいものと考えられる。

しかし、加藤らの開発した問題構造化手法のアプローチは、分析者が、自ら、様々な分析者と実務家との相互作用の場を設定し、それを通して実務に影響を与えようとしている点で、従来の分析者の行動様式を超えるものであり、加えて、上記で述べた Dunn のような公共政策の古典的教科書や Bryson, Ackermann, Eden and Finn らによる『Visible Thinking :Unlocking casual mapping for practical business results』⁸⁾で示されているように思考を可視化する方法として効果的であるが、問題構造化手法・方法論を論理的かつ、明確なプロセスでもって説明し、現実の自治体における計画策定や施策・事業の立案までも可能にする方法論・プロセスは未だ存在しないと断言しても過言ではない。それゆえ、本研究は、そういう意味においても、自治体経営において革新的な方法論を提案するものである。

さらに問題構造化が行政経営システムの構築に際し必要不可欠である理由を付け加えておく。ロジックモデルの構築に際し、問題構造化というプロセスを経ることにより、“真実に近い事実”・“課題が発生している原因”を認識・確認でき、それらに対して、仮説を立て、モデル化を行うことではじめて実社会での実装を行い、モデルの検証を行うことを可

能にする。

よって、問題構造化というプロセスは、政策目標（経営目標）達成のために、取り扱おうとする問題が、計画の全体像（もしくは事実）に照らし、どのレベル・どの階層に位置し発生しているのかを把握し、政策目標達成に必要なインプット・アウトプット・アウトカム等を適切に設定することを可能にすることに寄与する。それゆえ、計画全体像の中で、設定すべきアウトプット・アウトカムが、対象とすべき問題構造化の対象となる。問題構造化を行うべき対象が明確になったら、その問題が“なぜ”発生しているのか（または発生したのか）、原因と結果の因果関係構造を、問題発生順位（階層性）及びその問題が孕む“属性”や“環境”等を意識しながら探求する（問題構造化図を作る段階でこれらを意識しておく）ことが重要である。その理由は、属性や環境の具体的な定義は後節で詳細に述べるが、問題構造化図の策定の過程において、属性や環境を意識しながら、それらを分類できるように構造化図を作成しなければ、後にロジックモデルを構築する際、問題構造化図から施策・事業の対象となる“意識モデル”を抽出することが困難になる（構築できない）からである。問題構造化図において、どこがインプット（インプットはさらに論理部分と人の意識要素そのものに分類できる）であり、どこが環境なのかといった具合に明確にしておく必要性は、人の意識構造の曖昧さに起因している。

よって、その際、根本的な課題の解決をするためには、問題構造を“真実に近い事実”に限りなく近づける不断の努力が必要とされる。それゆえ、問題構造に関与している（影響を与えている）ステークホルダーと問題構造化図を共有する、あるいはステークホルダーにインタビューしながら問題構造化図を随時修正していく過程、つまり問題構造の“事実認識”を共有することが、政策・施策の合意形成へと繋がるため必要不可欠となる。

4.2.1.2. 問題構造化のプロセス—システムの構造理解から問題の列挙化へ

では、問題構造化のプロセスの説明に入る。対象とする（取り扱う）自然現象や社会現象（あるいはこれらの現象を“出来事”と呼ぶ）の中で、地域の政策目標や経営目標を達成するためには、事業の目的に照らし、計画の企画・立案を行う必要がある。その際、発生している様々な課題に対して、生じている“問題”を認識し、解決を図るために、その課題がどのレベルで発生しているのか常に確認し、認識しておくことが前提条件となる。この階層レベル（社会システムの階層性）を認識した上で、対象とする出来事の“パターン、トレンド”を分析・把握し、“原因の構造”それ自体をメカニズム化することが重要となる（図-4.6）。ここでパターンとは、“出来事の時系列の傾向”であり“変化”を意味する。発生している問題を構造レベルで捉える理由は、現象（出来事）は、写真のスナップショットのようにある一瞬を捉えたようなものだが、パターンやトレンドで考えることにより、より深く現実を理解することが可能となるからである。それゆえに、“原因と結果”という因果関係の結びつきを可視化することによって、出来事を“構造”レベルで捉え、その現象が抱える課題に対し、“対処療法”ではなく、問題の根本的な解決方法を提示しなければ

ならない。原因の構造をメカニズム化する理由は、システムは構造の上に作られているためである。また、“構造”とは、システム全体の“仕組み”のことに他ならない。システムの中では、構成要素が互いに関連し合っている。構造は、システムの構成要素ではなく、それら構成要素の間の“相関関係”のことを意味する。つまり、システムの構造を理解することが重要な理由は、私たちの周りの世界で起きている様々な“出来事”やその“パターン”を生み出しているものが、紛れもなくこのシステムの構造そのものだからである。

ここで、システムの構造の理解を深めるために、V.アンダーソンとL.ジョンソンによる、システムの特徴を掲載することにする。

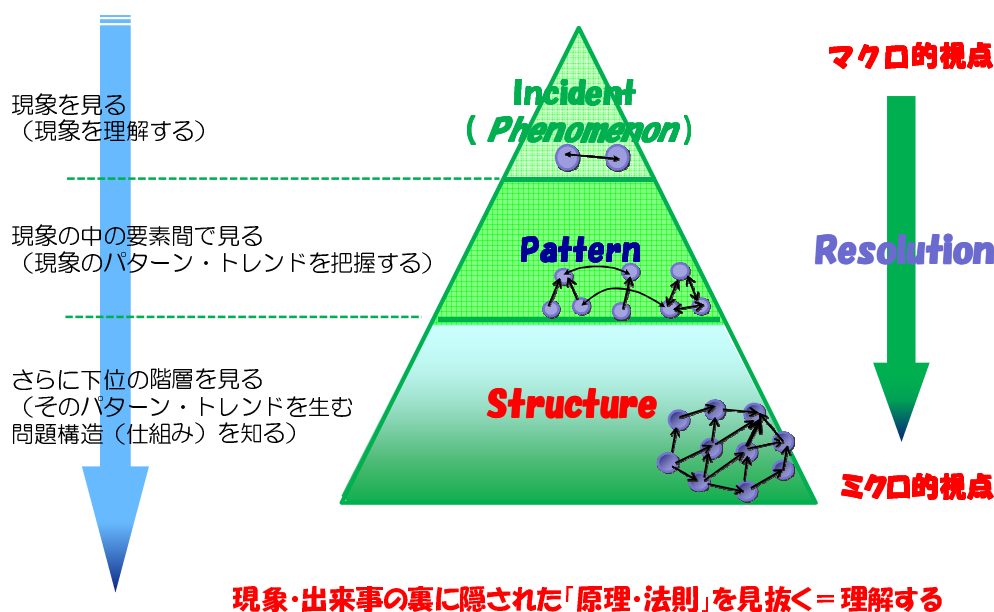


図-4.6 計画の策定に際し対象とするシステム構造の理解 (STEP0)

1. システムの構成要素はすべて、そのシステムの目的を最大限に実現するために存在する必要がある。
2. システムの構成要素はすべて、システムの目的実現のために何らかの形で秩序だっている必要がある。
3. システムは、より大きなシステムの中でそれぞれ目的を持っている。
4. システムは、変化と調整によって安定を維持する。システムの安定性は、「相互作用」「フィードバック」「調整」という3つの機能によってもたらされる。
5. システムはフィードバック機能を持っている。

我々は、例えば、様々な疾病にかかるために医療費が高騰する、加齢や疾患とともに健康状態が悪くなり要介護者が増加する、あるプロジェクトの期限が守れない、人口減少に

より地域が過疎化するなど発生した様々な出来事（現象）を中心に社会を生きている。けれども、我々は、出来事そのものに注目する傾向にあり、その発生要因についてはあまり考えようとはしない。また、その出来事がより大きな“パターン”にどのように当てはまるかなどほとんど考えない。しかし、それぞれ新しい出来事に単に表面的に対応するだけで、それらを予測もせず、それを変えようとならないのは問題であり、罪である。

4.2.1.3. 問題構造化のプロセス—問題の列挙化から構造化へ

さて、対象とする現象に関して、その現象のシステムをマクロ的視点からミクロ的視点へと解像度を絞り込むことにより、現象の“パターン、トレンド”を把握する。さらにその下位の階層を分析することで、パターン、トレンドを発生させている“問題の構造”、つまり、現象・出来事の裏に隠された“原理・法則”を理解するために、問題構造化を行う。

以下の図-4.7 は、達成したい目標に対して障害となっている問題や課題を洗い出す“問題の列挙化”から“問題構造化”の作業を経て、計画の本体、つまり行政経営システムとなる“政策ロジックモデル”を構築するまでの方法論のプロセスを階層的に示したものである。よって、以後は、このロジックモデル構築の階層プロセスに基づき、この節では、問題の列挙化から問題構造化までのプロセスを説明する。図-4.8 は、問題の列挙化から問題構造化までのプロセスを図-4.7 から取り出し、構築プロセスの手順を詳細に掲載したものである。

まず、図-4.6 で現象を発生させているパターン、トレンドを把握した後、そのパターン、トレンドを発生させている問題構造（仕組み）を理解するために、“問題の列挙化”を行う（図-4.7 の STEP1）。

問題の列挙化は、計画の企画立案に関係するステークホルダーが参画して行うことが望ましい。なぜなら、達成したいと願う政策目標を妨げている問題の認識や、問題を発生させている原因、さらにはその問題を克服するための課題は、ステークホルダー間で理解力や認識に相違が当然存在するからである。この作業においては、A.F.オズボーンが考案した会議方式の一つであるブレインストーミング法や文化人類学者の川喜田次郎が考案した KJ 法などに基づき、問題発生要因をステークホルダーの感じたこと、思ったこと、経験したこと、知識として知っていること等を総動員させて、一枚の紙（テーブル）に列挙していくやり方が望ましい。

次に、この問題の列挙化から、問題を構造化する方法について説明する。問題構造化の作業は、列挙された問題や課題を“原因と結果”の“因果関係”を論理関係に基づいて整理する手法である。先に少し触れたが、この問題構造化手法の概念は、一つの状況に対する認識の仕方が人により様々であるという状況を出発点として、問題の定式化を共有していく考え方に基づいている。

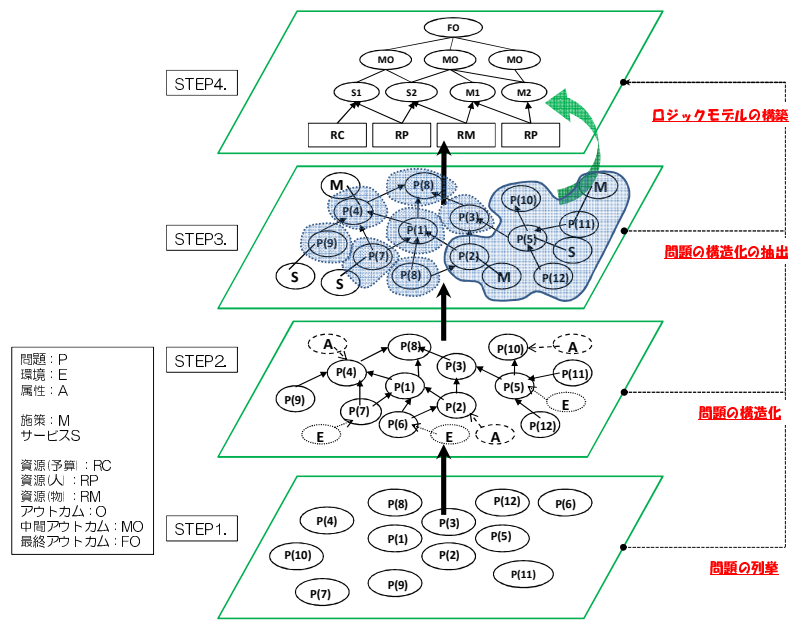


図-4.7 問題の列挙化から政策ロジックモデル構築手法

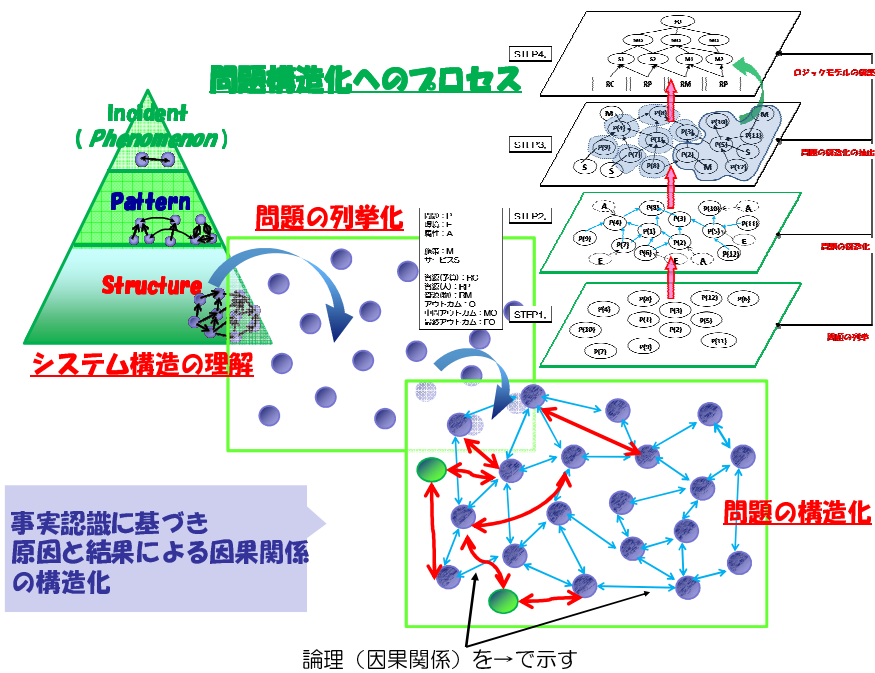


図-4.8 問題構造化へのプロセス (STEP0 から STEP2)

ここで再び、問題構造化手法の開発者である加藤¹⁾の言葉を引用し、問題構造化手法の手順を説明する。手順は以下の5つのプロセスから構成されている。

(1) 分析対象の特定

問題構造化手法は、理論的には、かなり広範な一般社会問題から、特定の問題に至るまで適用可能である。ただし、課題抽出の視野の広さから言えば、政府の特定部署が所管する、限定された問題よりも、複数の部署にまたがる問題を対象とする方が、セクショナリズムを超えた、新たな課題発見につながることを期待できる。一方で、あまりに一般的な問題を対象とすると、問題の論点が多すぎて、作業上の制約から現実的ではない。したがって、これらを考慮しつつ、実務的ニーズや分析者の問題意識に応じて、適切に分析対象を設定する必要がある。

(2) 問題構造仮説構築とステークホルダーの抽出

まず、特定の対象、あるいは特定の課題について、問題構造の仮説を構築する。仮説構築にあたっては、問題に関連する既存文献等を参考にしながら、「問題構造図」を作成する。ここで、問題構造図とは、問題が発生する原因とその結果を、因果関係フローとして描いたものである。次に、問題構造図に含まれる要素から、問題に関係すると思われる、主要な利害関係者（ステークホルダー）の候補を列挙する。

(3) インタビュー調査準備

まず、ステークホルダー候補の中から、インタビューにかけられる時間や労力の制約等を考慮しながら、インタビュー対象者数と、具体的な対象者を選定する。当該問題に関して、賛否が分かれる場合には、賛否両サイドを、インタビュー対象者に含めることが、不可欠である。また、マスコミ関係者も、できれば入れることが望ましい。インタビュー対象者数は、過去の経験によれば、10～15で十分だと思われる。

次にインタビュー対象者が決まったら、その主体の問題構造認識に関する仮説を構築する。この問題構造認識図もやはり、因果関係をフロー図として表現したものである。ただし、問題構造認識図は、あくまでも当該主体の観点から、問題構造に対する認識を分析するものであるため、前述した問題構造図とは異なるものである。また、関係主体によって、行動目的や制約条件が異なるので、たとえ同一の事象を対象としても、問題の捉えられ方が異なることも予測される。この仮説構築に当たっては、対象者が過去に発表した文献や、ホームページ等の情報を活用する。

その後、インタビュー対象者にアポイントメントを取り、インタビューを実施する。インタビューのアポイントメントをとる際には、調査の趣旨と問題構造認識図（仮説）を事前に調査対象者に送付しておく。

(4) インタビューの実施

インタビューでは、問題構造認識図の仮説を相手に見せながら話を始める。相手に対して、①行動目標あるいは目標、②行動を制約する要因、③他の主体に期待する事項の三点を必ず聞く。その後、不明瞭な点や疑問な点を適宜質問する。インタビューの所要時間は、1.5～2時間が標準である。

インタビュー実施後は、次のような作業を行う。第一に、問題構造認識図の仮説を更新

する。例えば、仮説に含まれない項目や構造が発見された場合には、それらを新たに加える。一般に、公式に公開される情報からは、ステークホルダーの認識している項目間重要性の判断が困難だが、インタビューにより項目間の優先順位がわかることが多い。そこで、必要に応じてこれらの情報を仮説に付け加える。また、仮説に対して誤りが指摘された場合には、修正を施す。第二に、新たな利害関係者が明らかになった場合には、ステークホルダーリストに加える。仮説では登場しない利害関係者が、インタビューによって浮かび上がることはよくある。必要に応じて、インタビュー対象者を増やす。第三に、必要に応じて、後日、インタビュー対象者に修正内容の確認を行う。修正案に誤りがある場合には、適宜修正を行う。

(5) 政策課題候補の抽出と主体間関係分析

インタビューから得られた情報を集約して、問題を整理することにより、対象とする問題の全体像を構造化する。その際、様々な分野の分析者が、横断的に協働することが重要になる。

まず、多くの主体によって、共通して指摘される問題から、政策価値（政策として重要と考える要素）にあたるものを「ファクター」として抽出する。一方で、問題に影響を与える外的要因として「環境条件」を明確にする。そして、抽出されたファクターと環境条件との組み合わせから「イシュー」を整理する。ここで、イシューとは、政策課題の候補となりうるものの集合を表す。最終的な政策課題は、イシューの中から特定の選択原理に基づいて選択される。

また、以上の政策課題候補の抽出に加えて、ステークホルダー間の関係についても分析を行う。ここでは、各ステークホルダーが、他者に対して期待している事項を表形式に整理する。主体間相互関係は、その後の政策課題を検討する上で、新たな連携の発見や、制約条件として使用することができる。

以上の分析が終わったら、続いて、関係者が一堂に会する場を設ける。その中で、政策課題候補と、主体間関係分析の結果を、関係者にフィードバックする。そして、関係者による議論の中からの政策課題の設定について支援を行う。

本研究においても、基本的にこの加藤らの問題構造化手法の手順に沿って、取り扱う現象に対して問題の構造化作業を行うが、以下の点を留意事項として付け加える。

- (1) インタビュー調査準備において、インタビュー対象者が決定した後の、問題構造化図から、“問題構造認識図”を作成するプロセスにおいて、本研究においては、自治体職員である筆者の実体験を通して、本経営システム構築の手法を実装することを目的としているため、問題構造認識図をまず、計画策定に直接従事する自治体職員関係者を対象に仮説構築を行った。そのため、仮説の構築に際し、自治体で計画策定に携わる職員や計画実行に際して関与が認められる専門職員等の経験や知識、さらにはインターネットや問題構造に関係する文献等の情報を利用した。

- (2) 政策課題候補の抽出と主体間関係分析において、本研究では、問題構造化手法のプロセスから、政策を達成するための計画を策定することを目指しており、そのゆえ、計画全体像である行政経営システムの構築を行う必要があるが、問題構造化のプロセス等の作業を行うことが初めてであり、ステークホルダー間の関係分析を行うことができなかった。また、時間の制約上もあり、ステークホルダーが一堂に会する場を設けて、政策課題候補と、主体間関係分析の結果を、関係者にフィードバックするというを行わなかった。本研究では、関係者によって作業された複数枚の問題構造化図を筆者が集約し、関係者にフィードバックして確認・修正を行う作業に取って代えた。

4.2.2. 政策ロジックモデルの構築

ここまで、計画の策定に関して、政策目標達成のために障害となっている現象に対し、そのシステムを理解し、さらに問題を発生させている構造を把握するため、問題の列挙化から問題構造化というプロセスを経てきた。

それでは、計画全体のデザイン及び最終的に政策目標達成に必要となる施策・事業の立案のために、問題構造化のプロセスから行政経営システムとなる“政策ロジックモデル”の構築について詳しく説明する。ここでまず、経営システムを表す“ロジックモデル”とはどのようなものであるか最初に述べることにする。

4.2.2.1. ロジックモデルとは？

行政経営における経営戦略目標を、効率かつ効果的に達成するためには、実際に提供される住民サービス、社会資本等への投資や維持管理などが、最終的に経営戦略目標とどのような論理的な関係にあるかを知ることが様々な視点で重要となる。この論理的な関係が不明瞭である場合、行政において実際に執行される予算に対する説明責任（アカウンタビリティ）を果たすことがステークホルダー間でできなくなり、結局的に住民の納得が得られず様々な軋轢が生じる。経営目標と実際に計画内で行われる諸施策・事業そして具体的な公共サービス、及びそれぞれに必要な予算が論理的に結びついた関係を表したものが“ロジックモデル”の形態である。

ロジックモデルは、図-4.9、図-4.10に示すように、1998年にW.K.ケロッグ財団が発行した「W.K.ケロッグ財団評価ハンドブック」⁹⁾にプログラムロジックモデルとして紹介されているが、ロジックモデルの歴史を辿れば、1970年代に米国の政策シンクタンクであるアーバンインスティテュートのJ.S.ホーリーらによって、政策を評価するためのモデルとして開発された事に端を発する。

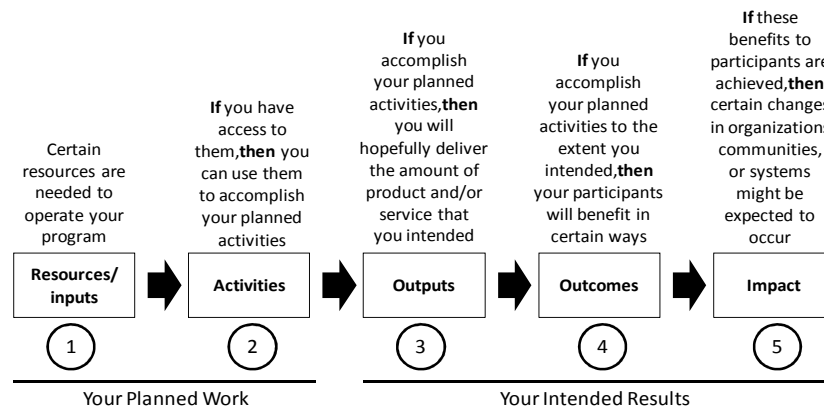


図-4.9 ロジックモデルの読み方

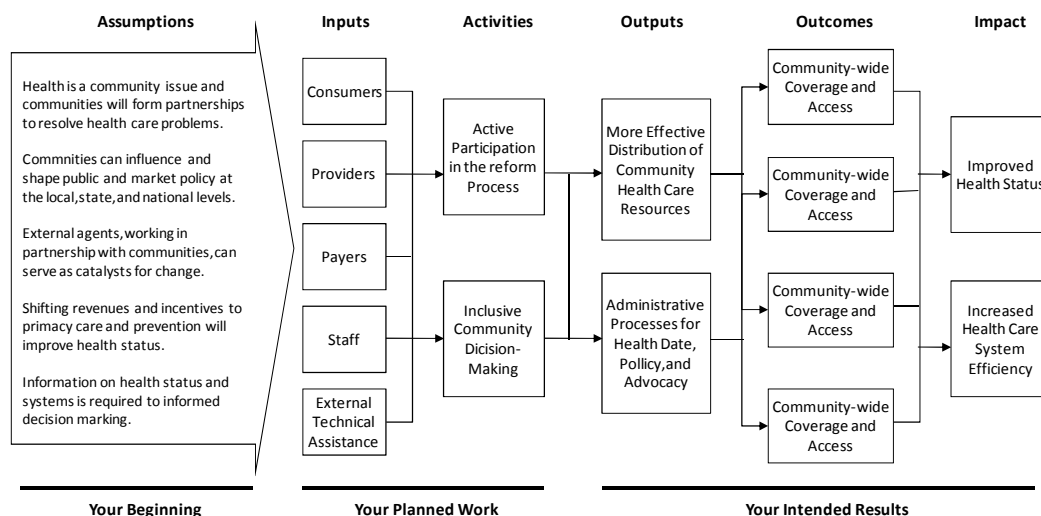


図-4.10 ロジックモデルの例

行政評価や事務・事業評価、さらには政策評価など行財政改革が顕著になってきた昨今では、ロジックモデルを用いた行政における政策推進マネジメントやまちづくり計画など、行政の組織内部のみに止まらず、市民などステークホルダー参加型のロジックモデルも存在する。その実例として、最近では、平成15年8月に上記「W.K.Kellogg Foundation Evaluation Handbook」を(財)農林水産奨励会 農林水産政策情報センターが「ロジックモデル策定ガイド」¹⁰⁾として翻訳を行ったものが存在しマニュアルとして活用されている。国内における地方自治体においても、ロジックモデルを用いた政策形成を始め、行政評価、都市計画づくりが行われ始めており、行政職員のみでなく市民等を含むステークホルダー参加型で構築される例も出現し始めている。福井県政策推進マネジメントシステム¹¹⁾の中に見られるロジックモデルを通じた政策議論や、島根県農業会議における「取り組もうロジックモデル」¹²⁾などはその活用事例である。

西出(2005)¹³⁾によれば、このような“理論着眼型行政評価”は、近年徐々に増加しており、例えば都道府県レベルでは、上述の福井県ばかりでなく、和歌山県、市町村レベルでは、加古川市、芦屋市、久喜市等が、評価もしくはマネジメントシステムの構成要素と

して、ロジックモデルを活用した評価を実施していると紹介しており、加えて、理論着眼型の評価思考による行政評価は緒についたばかりであり、その成否は、これからの取組み方にかかっているとし、理論着眼型評価思考による行政評価の確立に向け、以下の5つの留意すべき点についても論じている。

第一に、事業の理論に着目した評価の使い道を明確にすることである。社会科学的に事業のメカニズムの追求を試みることなく、基本的なロジック・モデリングの定着を図るべきである。ロジック・モデルは、プロセス評価(中間評価)やアウトカム評価(事後評価)の準備行為にも活用できるが、特に、事前評価のコミュニケーション・ツールとして導入すべきである。

第二に、行政が介入する正当性を明確にした上で、事前評価を実施することである。事業の理論の検証は、その事業の採否等の決定と同時に進行する。したがって、事業の論理的展開を議論するには、事業を実施すべき理由を確実に説明できることが前提である。しかし、事業部門が客観的な情報を全く活用せず、過去の経験知のみに依存して事業の立案を行なった場合、意思決定部門は実施すべき論理的な説明を受けないため、事業そのものの必要性に議論を集中させてしまう。その結果、議論の目的が拡散し、事業案とその成果の整合性に納得することなく、議論は終了するのである。そのような状況を回避するため、ニーズ・アセスメントを着実に実施し、その客観的な情報を基に介入する正当性を明確にすることが不可欠である。

第三に、ロジック・モデリングの運用が軌道に乗り始めたら、内部要因や外部要因等を十分配慮した、より精緻なモデリングを実施することである。特に、外部要因が事業に与える影響は、決して少なくない。そのような要因を考慮した成果の設定は、より現実味を増すであろう。

第四に、知識の創出としてロジック・モデルを蓄積することである。セオリー評価は、統計的な結果だけよりも、説得力があつて記憶に残り、将来の政策に影響を与える可能性を秘めている¹⁴⁾。実績の検証は、評価の対象事業のみがその結果を享受できるが、ロジック・モデルによる検証は、成功原因等を論理的に分析し、その結果を一般化することで、類似事業に対する適用を可能にする。将来における関連事業の改善、プロセスやアウトカム評価に活用できるよう、検証で得た知識を十分に蓄積する必要がある。

最後に、理論着眼型と実績着眼型評価思考によるバランスの取れた評価の実施である。1970年代、既にPressman and Wildavsky(1984)¹⁵⁾が指摘するように、政策が意図する成果と実施による現実とは必ずしも一致するものではない。Birckmayer and Weiss(2000)¹⁶⁾も、プログラムの失敗なのか理論の失敗なのかを判断するためにも、同時にプロセス評価の必要性を主張している。理論着眼型評価思考の確立とは、実績ではなく理論着眼型評価思考の選択を意図するものではない。両者による評価が相乗効果を出すことによって、評価の質は向上する。理論に着目した評価思考を重視型や主導型ではなく、比較的中立的な語感のある「着眼型」としたのは、理論重視の風潮へ殊更誘うことを避けるためである。

さらに、中林・西岡・小林（2007）¹⁷⁾らの阪神高速道路の維持管理の現状と課題においても、ロジックモデルを用いた管理水準の検討事例が報告され、ロジックモデルの検討フローが示され、その活用の重要性が示されている（図-4.11）。こうした道路の維持管理といったアセットマネジメントの分野における適用事例は、オーストラリアの New South Wales 州の“Total Asset Management”¹⁸⁾の考え方に基づくものである。

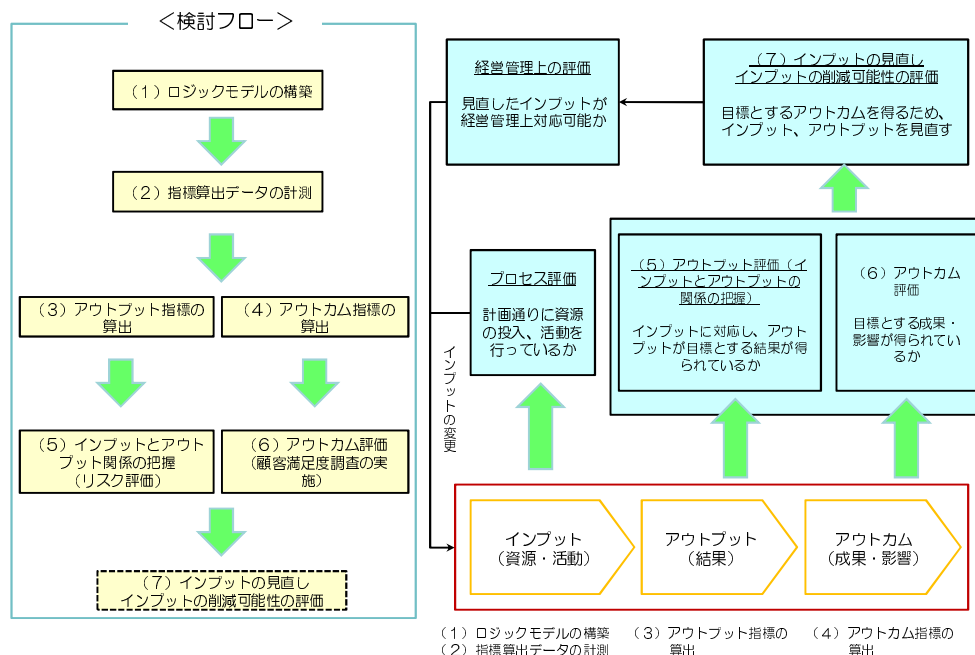


図-4.11 ロジックモデルの検討フロー

（中林、西岡、小林：阪神高速道路の維持管理の現状と課題より掲載）

中林らによれば、ロジックモデルを作成する場合、現場の維持管理業務において得られる情報に基づいて、アウトカム指標、アウトプット指標を測定できることが重要であると指摘しており、さらに、アウトカム指標とアウトプットの関係、インプット指標とアウトカム指標の関係を評価し、継続的にアウトカム、アウトプット指標の改善に資するようなインプットを求める努力が必要であると提唱している。こうしたアウトカム指標の重要性に着目した視点は、先に引用した中村ら（2007）¹⁾の考え方及び筆者らの考え方と共通している。中村らによれば、アウトカムの視点を踏まえたロジックモデルを作成するには、プログラム全体を俯瞰することが必要であり、また、アウトカムの視点を踏まえた成果目標・指標を明確に設定するためには以下の点を考慮する必要があるとしている。

- プログラムの目的に照らして、プロジェクトの目的を明確化する。
- プロジェクトの目的から直接アウトカムまでの道筋（シナリオ）を明確化する。
- 設定された直接アウトカム、直接顧客から、プロジェクトの目標を明確化する。
- 目標の達成度を測るための指標を明確に設定する。

しかし、こうした研究においても、アウトカム、アウトプット指標の重要性やロジックモデルの検討フローが示され指摘・提案されているものの、その具体的なモデルとなるロ

ロジックモデルの構築手法及びプロセス、アウトプット、アウトカム指標の定量的な設定及び評価方法、さらにはモデルの修正（メンテナンス）方法論に関する具体的記述がほとんど示されていない。

そこで、本研究においては、まず、ロジックモデルを以下の4つに定義し、行政のマネジメントシステムとなるロジックモデルと、システム外にある経営目標や環境、対象となる社会資本との関係を示す（図-4.12）。ロジックモデルを4つに定義する理由は、ロジックモデル自体が明確な定義がないことに加え、「W.K.ケロッグ財団評価ハンドブック」等では、行政経営において必要なロジックモデルの形態や機能に対応する具体的な経営プロセスにおける役割については深く言及していないことによるものである。

1. ロジックモデルは、社会システム或いは行政経営システムの経営目標としてのアウトカムに対して、経営資源の活用方法や事業、サービス、施策などのアウトプットがどのように関係し、貢献するかを論理的に表した体系図或いは論理モデルである。
2. 体系図或いは論理モデルの形態を持っているが故に、ロジックモデルは経営システムの構造そのものを示している。
3. ロジックモデルは、定性的な関係を示すとともに、定量的な関係を示すこともできることから、経営システムの経営目標に対する達成度評価、パフォーマンス評価のツールとして機能する。
4. 最後に、ロジックモデルは、一定の社会環境、自然環境、技術環境の下で構築される経営システムの構造を示しているため、行政経営における経営システムの確認或いは見直しの道具として機能する。なお、ロジックモデルにおいて選択された事業、サービス、施策などの組み合わせは、経営目標を達成するためのポートフォリオを示している。

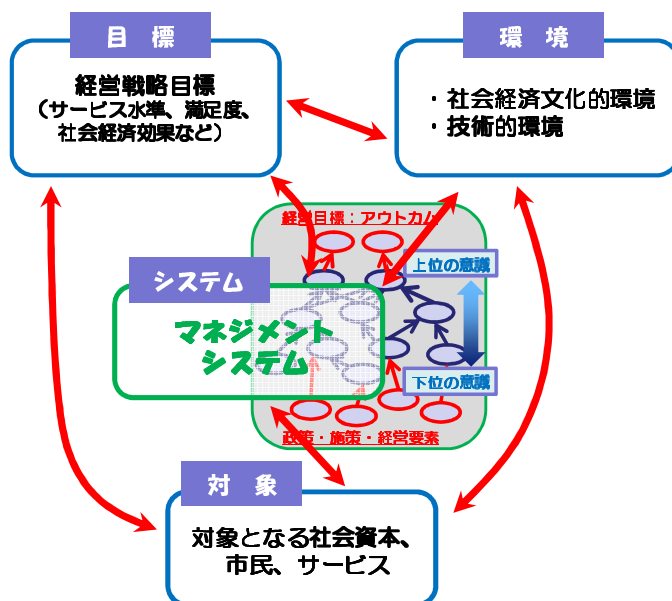


図-4.12 ロジックモデル (マネジメントシステム)

4.2.2.2. 政策ロジックモデルの構築方法

以下に、問題構造化のプロセスから行政経営システムとなる“政策ロジックモデル”の構築方法について詳しく説明する（図-4.13）。

これまでのように作成された問題構造化図には、以下のような計画の経営目標となるアウトカム、アウトプットなどの指標に加え、経営環境、属性、経営資源、経営要素等が混在していることはこれまでに既に述べた。

- 指標：問題それ自体の要素と成りうるもの。
例) アウトカム指標、アウトプット指標 など
- 経営環境：制約されているもの。容易に変化させることが困難である要因。
例) 制度、法、条例、規則、組織、地理的条件 など
- 属性：或地域や集団、個人などを特定できるもの
例) 性別、年齢、職業、収入、財政、地区、距離、疾病状況 など
- 経営資源：マネジメントシステムに投入する社会資本。
例) 予算、人員、土地 など
- 経営要素：サービス、施策と成りうるもの。

そのため、最終的に施策・事業の対象となる意識モデル（施策ロジックモデル）を抽出するために、政策ロジックモデル構築のプロセスにおいては、問題構造化図から環境及び属性等を分類し、さらに、問題の要因が計画のアウトカム、アウトプット指標、施策、事業等になるものを区別することが必要となる（図-4.14 から図-4.15）。

つまり、問題構造化図を、“政策ロジックモデル（行政経営システム）”へと変化させるためには、問題構造化図の作成過程で属性・経営環境・経営資源・経営要素・アウトカム・アウトプット等を意識して分類しておかなければならない。なぜなら、政策ロジックモデルの構築に際し、属性・経営環境・経営資源・経営要素・アウトカム・アウトプットに分類し、その分類から「属性・経営環境・経営資源」を取り除く理由は、属性は動かし難い（変化し難い）要因であり、また経営環境・経営資源は、ロジックモデル（経営システム）の外部から影響を与える（投入される）要因となるものであり、経営要素・アウトプット、アウトカム指標のように直接、ロジックモデル（経営システム）をシステム内部で構成する要因とは成り得ないからである。

さらに付け加えて述べるならば、問題構造化の作業の段階では、自治体が計画を達成するための政策－施策－事業の階層関係（上位の意識⇔下位の意識）が明示されていないため、経営目標である政策を達成するためにどのような“手段”を講じなければならないのか不明瞭である。よって、このプロセスの段階のみでは、計画実施後の行政評価が困難であるばかりか、サービスの需用者である市民等を含めたステークホルダーが、サービスや施策から受ける恩恵（効果）や行政に納めた各種税・料（市町村民税・保険料・使用料・

手数料) 等の使途をも容易に理解することができない

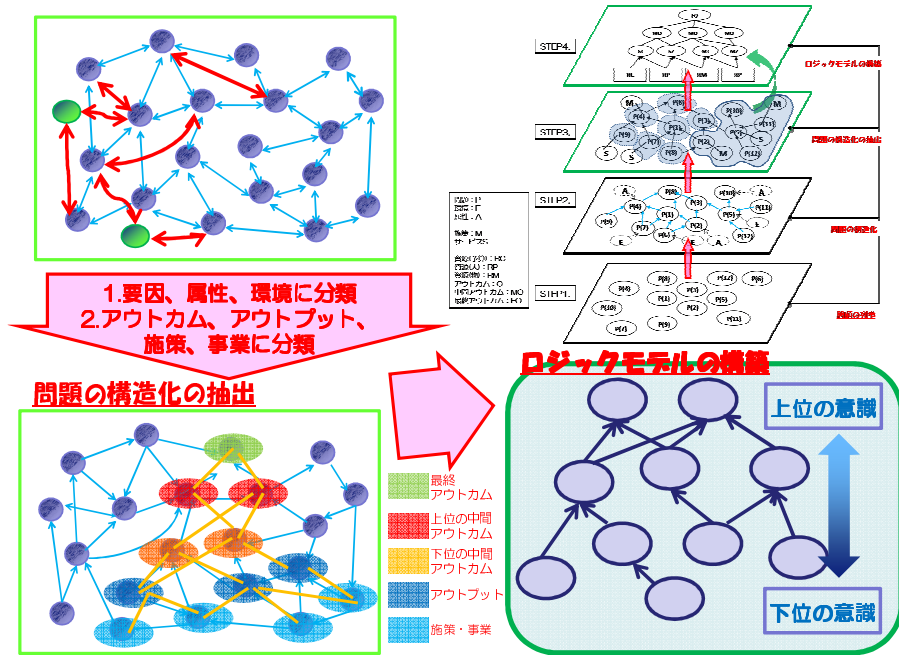


図-4.13 ロジックモデル構築へのプロセス

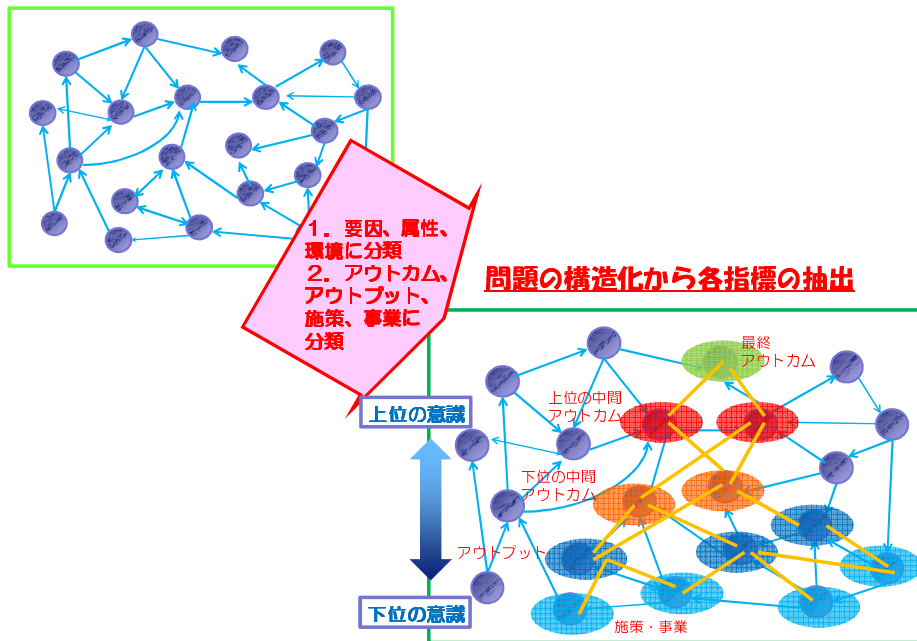


図-4.14 問題構造化からロジックモデル構築のプロセス

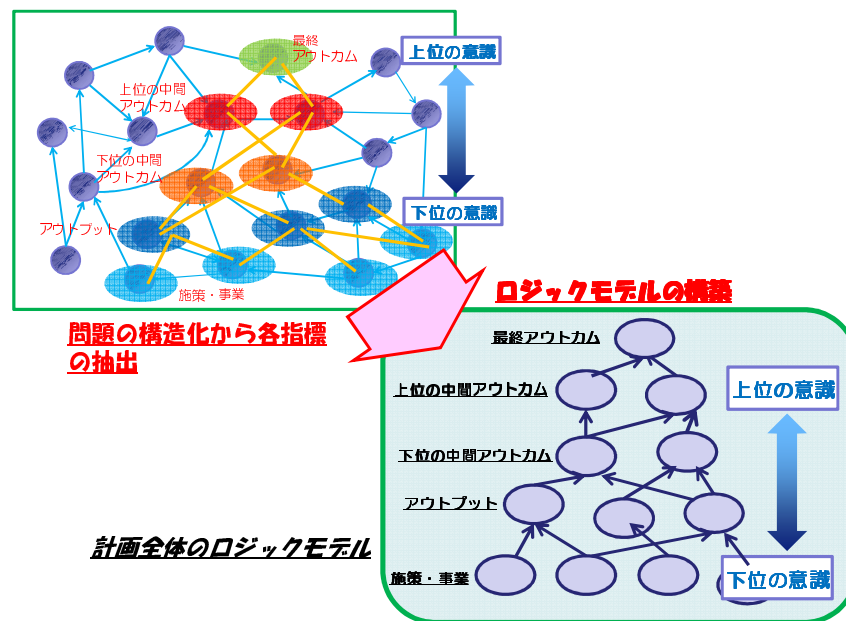


図-4.15 ロジックモデルから行政経営システムへ

4.3. 施策・事業を企画・立案するロジックモデルの構築

さて、政策目標を達成するための計画全体のロジックモデル“行政経営システム”を構築したところで、次に、計画内の施策・事業を効率・効果的に達成するためのロジックモデル、すなわち“施策ロジックモデル”を構築し、どの施策・事業を実施すれば効果的であり、意図するアウトプット指標、アウトカム指標を達成できるのか分析・検討・実施（検証）することにする。この施策・事業を企画・立案できるロジックモデルを“論理的に”構築することで、本当の意味での行政評価を実施することが可能となる。

4.3.1. 問題構造化から施策・事業を企画・立案するロジックモデルの構築プロセス

それでは、政策目標達成のための計画全体を示す政策ロジックモデル（行政経営システム）を構築したところで（図-4.15）、これ以下の節では、計画を実施する際に必要不可欠となるアウトカム指標、アウトプット指標の設定及び評価方法、すなわち、施策・事業を企画・立案・評価する“施策ロジックモデル”の構築方法について説明する。この施策ロジックモデルを構築することによってはじめて、最終的に政策目標を達成するまでに必要とされる、具体的な施策や事業が明確になるばかりか、その施策や事業を達成するためにはどういった資源をインプットとして投入し、その資源を効率的に使ってどのような施策や事業を生み出す必要があるのか、つまり、計画達成のための“目的と手段を可視化する”ことが可能となる。

以下の図-4.16 は、計画全体の政策ロジックモデルから個別の施策ロジックモデルを構築するためのプロセスを示したものである。

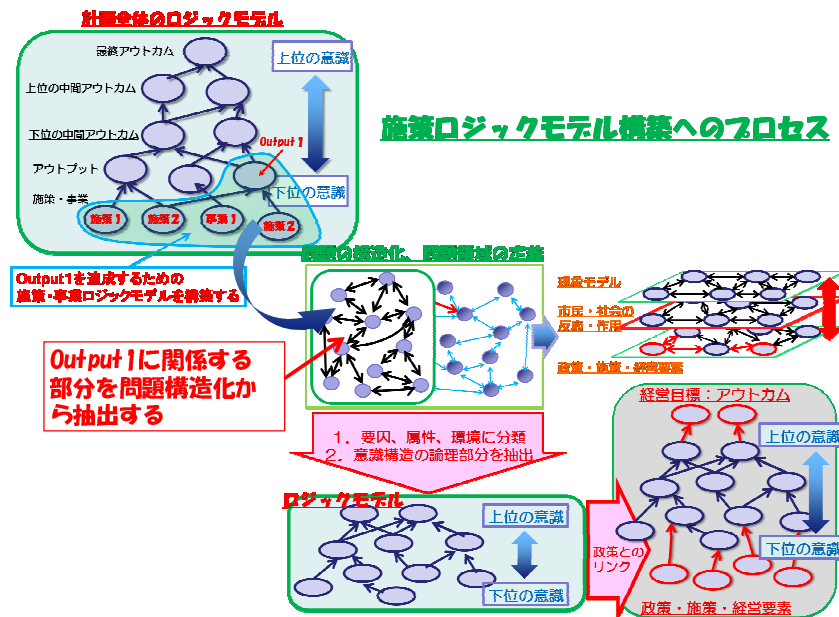


図-4.16 施策・事業立案のためのロジックモデルの構築プロセス

4.3.2. 問題構造化から意識モデル抽出のプロセス

以下に、施策ロジックモデルの構築プロセスを理解し易くするために、計画においていくつか存在するアウトカム、アウトプット指標の内の、Output1 を対象とした施策ロジックモデルの構築方法を例として説明する。まず、計画全体のロジックモデルから、施策ロジックモデルを構築する対象とするアウトプット指標、アウトカム指標を Output1 のように Pickup する (図-4.17)。その際、この Output1 が社会システムのどの階層構造に依存

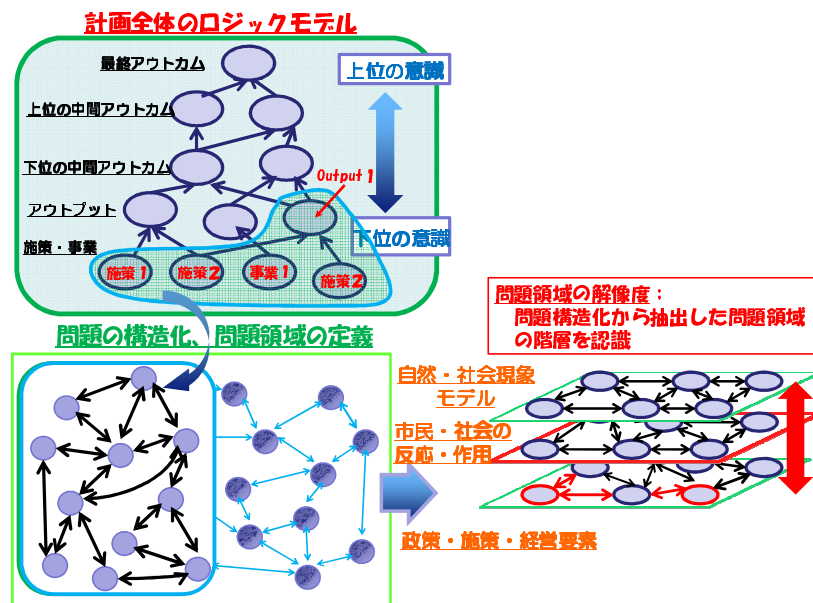


図-4.17 問題の構造化から意識構造モデル抽出のプロセス

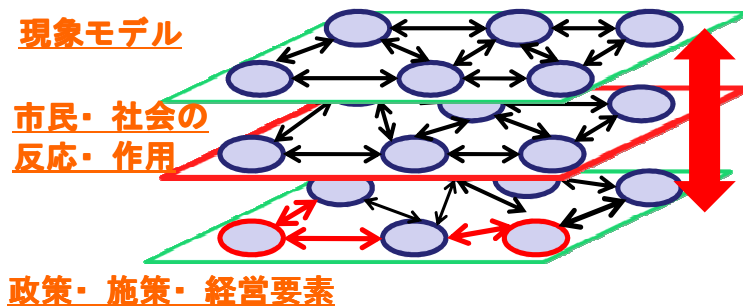


図-4.18 社会システムの階層性

しているのか（現象モデル→政策・施策・経営要素）分析・判断する必要がある（図-4.18）。本研究における Output1 においては、この施策が、現象レベルや政策・施策・経営要素レベルの階層ではなく、市民の“意識構造”に大きく依存していると仮定しているため、施策・事業を達成するために構築する施策ロジックモデルは、“市民の意識構造に大きく反応するモデル”となる。

4.3.3. 意識構造モデルから施策ロジックモデル構築のプロセス

次に、この社会システムの階層構造が認識できたら、施策ロジックモデルの構築対象となる Output1 に関する問題要因を、これまで作成してきた計画全体の問題構造化図（図-4.17 左下図：問題構造化、問題領域の定義）から忠実に抽出する。この際、特に注意しなければならない事は、問題構造化図から、環境、属性要因などを取り除くことに加え、Output1 に関係した“意識構造の論理部分”を着実に抽出することである。次に、抽出した問題構造化図を施策ロジックモデルへと導くプロセスについて説明する（図-4.19）。

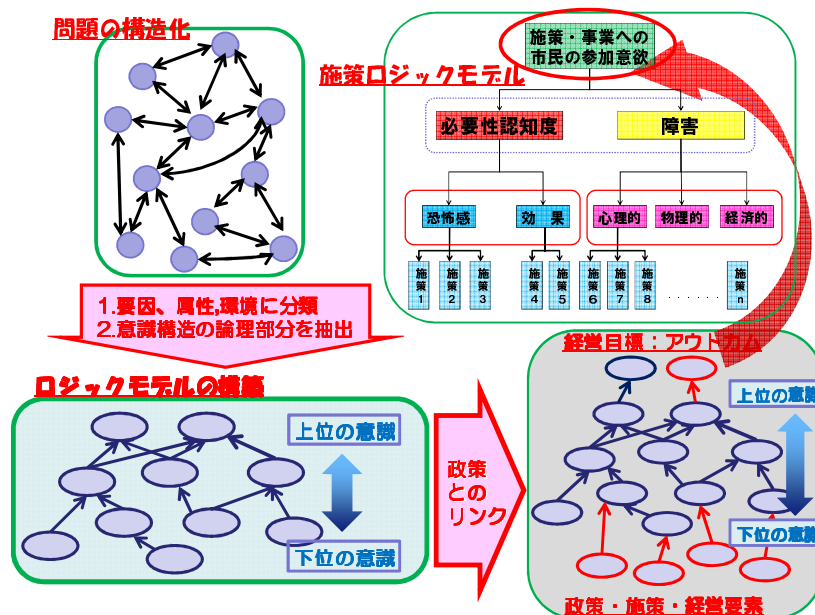


図-4.19 意識構造モデルから施策ロジックモデル構築のプロセス

まず、抽出した問題構造化図をベースに、Output1 を達成するための阻害要因を KJ 法等により、共通するあるいは類似する Key フレーズのもとにグループ化する作業を何度か行い、問題要因を端的に表現できる Key フレーズの下に収斂させていく（図-4.20,図-4.21）。この際、計画策定に関係するステークホルダーが参加することができれば、施策・事業達成のための問題認識に対する理解度は一層深まる。

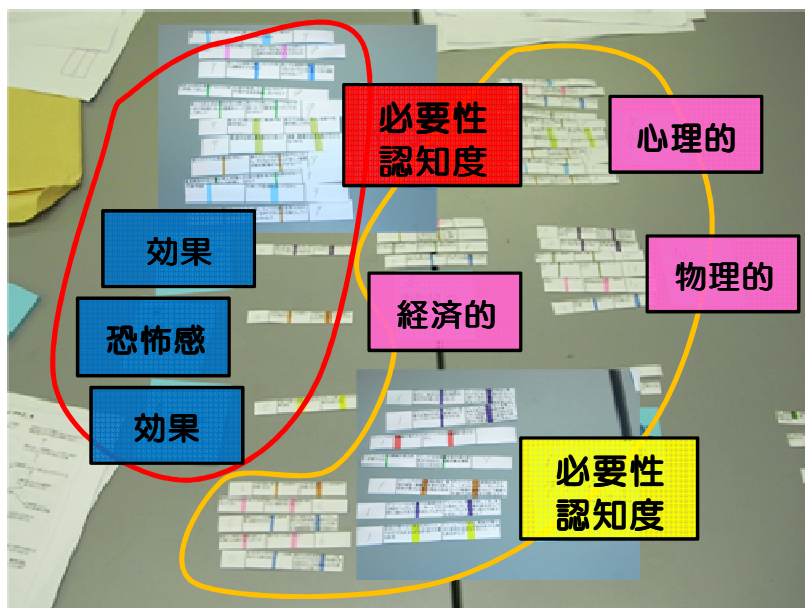


図-4.20 阻害要因の整理の実例

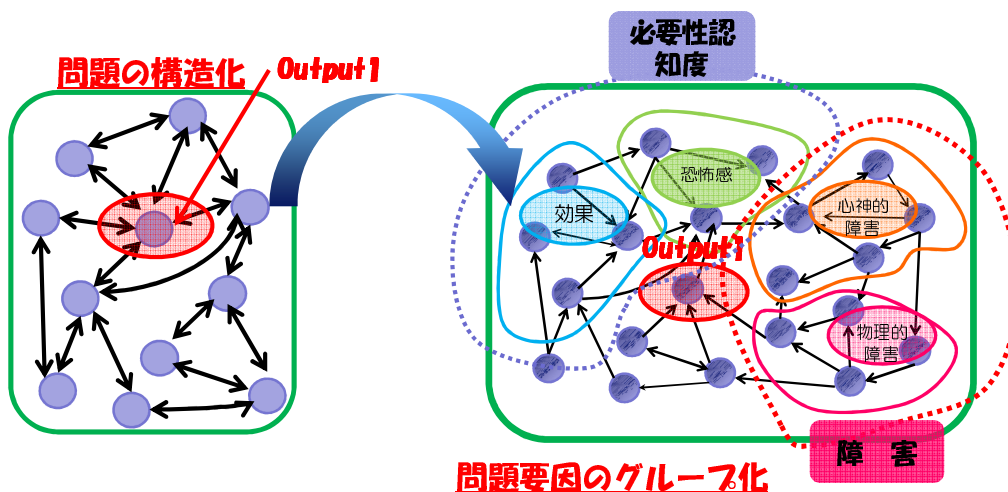


図-4.21 阻害要因の整理（グループ化）

抽出した問題構造化図から問題の要因が整理できたら、それらのグループ化されている Key フレーズを用いて施策ロジックモデルを構築する。本研究においては、上記で述べたように、Output1 を阻害する要因が、“市民の意識構造” に大きく依存していると仮定している

ため、グループ化された問題構造の要因は、以下のような施策ロジックモデルとして構築される（図-4.22）。

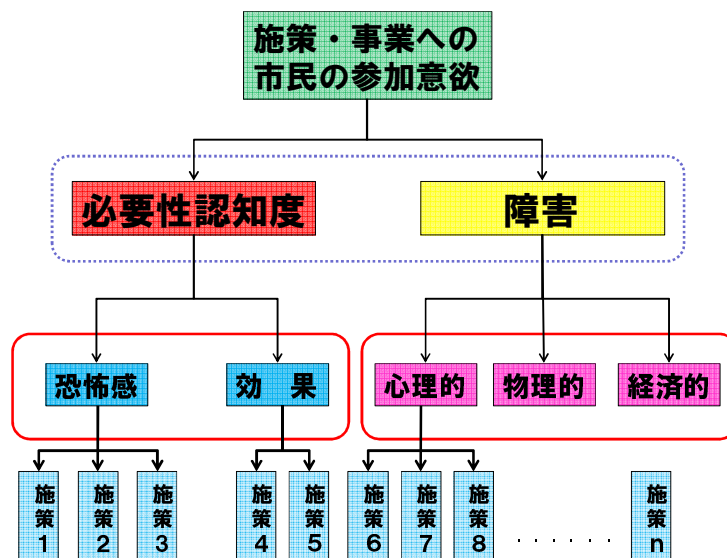


図-4.22 市民の意識構造に基づく施策ロジックモデルの構築

では、ここで、市民の意識構造から構築されるロジックモデルが、このような“必要性認知度”と“障害”という阻害要因で構成される理由を以下に述べる。

自治体が、実施しようとする施策、事業は、ファイナルアウトカムである“政策目標”を達成するために企画・策定される各種計画の中において、その目標を達成するために設定・選択される“目的と手段”によって達成されるべき“アウトプットあるいはアウトカム”となりうる。また、その“アウトプットあるいはアウトカム”指標を達成するに際し、その指標が市民の“意識（認知）”に大きく依存している場合、達成されるべきアウトプット、アウトカム指標は、市民の施策や事業への“参画・参加意欲（やる気）”と置き換えることができる。すなわち、いかに“市民の意欲を向上させることができるか”が、計画目標達成の鍵となりうるのである。

4.4. 目的とするアウトプットを阻害する要因 - 「必要性認知度と障害」

アウトプット指標が、市民（施策・事業に関わる対象者）の“意識”構造依存型である場合（例えば、「〇〇をする」「〇〇をしない」、あるいは「〇〇をしたい」「〇〇をしたくない」など、すなわち、市民の意識・意欲が、施策・事業の達成を大きく左右する場合）、目的とするアウトプットを阻害する要因は、そのアウトプットが“意欲”に関するものを尺度（指標）として設定される傾向にあり、そのため、そのアウトプットを実施する（参加する）対象者の意識構造（認知構造）に大きく左右される。その場合、目的となる対象者（マーケティングでいう“顧客”や“ユーザ”）のアウトプットに対する“意識構造”は、

これまでの筆者らの研究事例から、以下のような“必要性認知度”と“障害”とに分類することができる。ただし、この必要性認知度、障害及びそれぞれを構成する要因は、目的とするアウトプットの内容によって、分類項目を決定・設定する必要があることを付け加えておく。

4.4.1. 「必要性認知度」に関する考え方

市民が、実施されている（あるいは参加したいと希望する）アウトプットを「知らない」、あるいは知っていてもそのアウトプットに価値を見出していない（比重を置いていない）、そのアウトプットが他の事項と比較して優先されない状態など、そのアウトプットに対する市民の意識・意欲が、日常生活等における様々な優先事項（趣味、経済事情、家庭環境等から）と比較し考慮された結果、そのアウトプットへの参加（参画）は重要であると認識してはいるが、それを選択しない場合、こうした阻害要因を“必要性認知度”と定義できる。すなわちこれは、アウトプットに参加することが効果的・有益であるにもかかわらず（選択することが必要である）、その内容を知らない、もしくは知っていてもそれに価値を見出さないことによって、目的とするアウトプットに関する意欲を低下（減少）させるものである。加えて、この必要性認知度は、これまでの筆者らの研究事例から、そのアウトプットに参加する（あるいは選択しない）ことから生じる“効果”に関する内容を知らない（あるいは知っていても価値を置いていない）場合と、そのアウトプットに参加する（あるいは選択しない）ことから生じる“恐怖感”に関する内容を知らない（あるいは恐怖感を抱いていても見て見ぬふりをする）場合とに大きく分類できる。

4.4.2. 「障害」に関する考え方

達成すべきアウトプットを阻害する要因の一つである“障害”は、取り扱う対象の目的（設定すべきカウンターメジャー）とするアウトプットへ参加／選択をすることで、個人や社会的便益に対し、有効（必要）であると認識している（もしくは認識していない）構成要素以外で、つまり必要性認知度以外で、そのアウトプットへの参加／選択を阻止・妨げている要因と定義できる。

つまり、人の意識の中の“必要性（それが必要／有効であるという認識）以外で構成されるもの”である。これまでの筆者らの研究事例においては、必要性認知度以外の阻害要因を“経済的障害”、“物理的障害”、“心理的障害”等といった具合に、その問題の阻害要因の内容から分類した。以下に、それぞれの障害の定義を示すこととする。

- 経済的障害：収入、資金補助／負担金などの理由から、目的とするアウトプットの参加あるいは選択等に対して、負担／面倒くささ等を発生させている要因
- 物理的障害：環境（ハード面）、地理的条件、交通手段、スケジュール、時間、道具などの理由から、目的とするアウトプットへの参加あるいは選択等に対して、負担／面倒くささ等を発生させている要因

- 心理的障害：取られる手間、過信、諦め、時間などの理由から、目的とするアウトプットへの参加あるいは選択等に対して、負担／面倒くささ等を発生させている要因

よって、これまでの分析内容から、必要性認知度と障害とに分類できる市民の意識構造に基づくアウトプットは、以下のようにまとめることができる。

- ✓ 目的とするアウトプットに対し、市民がそれに参加するあるいはそれを選択しようとする対象者の意識構造に依存している場合、そのアウトプットへの参加意欲を低下／減少／阻害させる要因は、大きく“必要性認知度”と“障害”とに分類することができる。
- ✓ “必要性認知度”も“障害”も、それを構成する要因は、目的とするアウトプットによって、それぞれを構成する下位の問題要素（裏を返せば行政が着手すべき施策や・事業）は異なる。つまり、必要性認知度を構成するカテゴリーとして“効果”と“恐怖感”、障害を構成するカテゴリーとして、“経済的障害”、“物理的障害”、“心理的障害”等といった具合に必ずしも分類する必要はない。目的とする施策・事業に応じて適切に考えて分類を行う必要がある。よって、これらに該当する分類項目がなければ、その問題要因の性質等から新たに分類項目を創造しなければならない。

問題の阻害要因が分類整理できたら、この **Output1** の向上に向けた施策ロジックモデルに基づいた市民に対するアンケート調査票を作成し、アンケートを実施する必要がある。対象者へのアンケート調査の実施・結果の分析によって、施策・事業の効果を計測することができるばかりか、自治体が具体的に市民に対して採るべき施策・事業を意思決定することが可能となる。

よって、次章において、ロジックモデルに基づくアンケート調査票の作成方法及び施策・事業効果の計測・評価方法等について、本研究の具体的モデル構築のケーススタディとして扱う、“市町村の特定健康診査等実施計画”の策定（実装）過程を通して説明することにする。

4.5. 行政経営システムとシステムメンテナンス

これまで、或計画の策定過程を通して、行政における政策・施策を企画し立案する方法論（プロセス論）として、現象におけるシステムの理解にはじまり、問題の列挙化から問題構造化、そしてロジックモデルの構築へと研究プロセスを形成してきた。そこで、以下では、構築されたロジックモデル、すなわち行政経営システムについて述べる。

4.5.1. 行政経営システム

計画の目標を達成するために構築されたロジックモデルは、そのモデルを取り巻く社会

文化的経済的環境や、経営目標、さらにはそのモデルに投入される人・物・コスト等により様々な影響を受けるため、この“ロジックモデルそのものが行政経営システム”を表しているといえる。図-4.23は、典型的な行政経営システムを描写したものである。

世の中の全体像が社会、あるいは世界として称されるならば、社会はその社会の中にある行政経営システムとそのシステム以外の環境から構成されており、システムは上述したように、最終目標（＝最終アウトカム）を達成するために、まず施策・事業等が企画・立案され執行される。次にその執行された施策・事業から関連指標として中間アウトカムが達成される。そして、最後にその中間アウトカムを基に経営目標である最終アウトカムが達成される。

以上で示したことから明らかなように、政策・経営ビジョン或いは経営目標から具体的な施策・事業に至るまでの行政経営システムとしての論理的な因果関係であるロジックモデルにより、政策・経営アウトカムを提示することができるのである。また、ロジックモデルは定性的な関係を寄与率や因果関係でのみ説明しているため、システムそのものをロジックモデルに基づき各種設定したアウトカム指標等を定量的に評価するためには、各要素（事業や施策やアウトカム）を結んでいる因果関係の関数化が必要不可欠となる。

よって、図-4.23は、個々の施策・事業をどの様に関数化し、下位の戦略目標である下位の中間アウトカム、さらには上位の戦略目標である上位の中間アウトカムとの関係に関数化して、経営モデルを定量的に分析・評価できるようにしたものである。

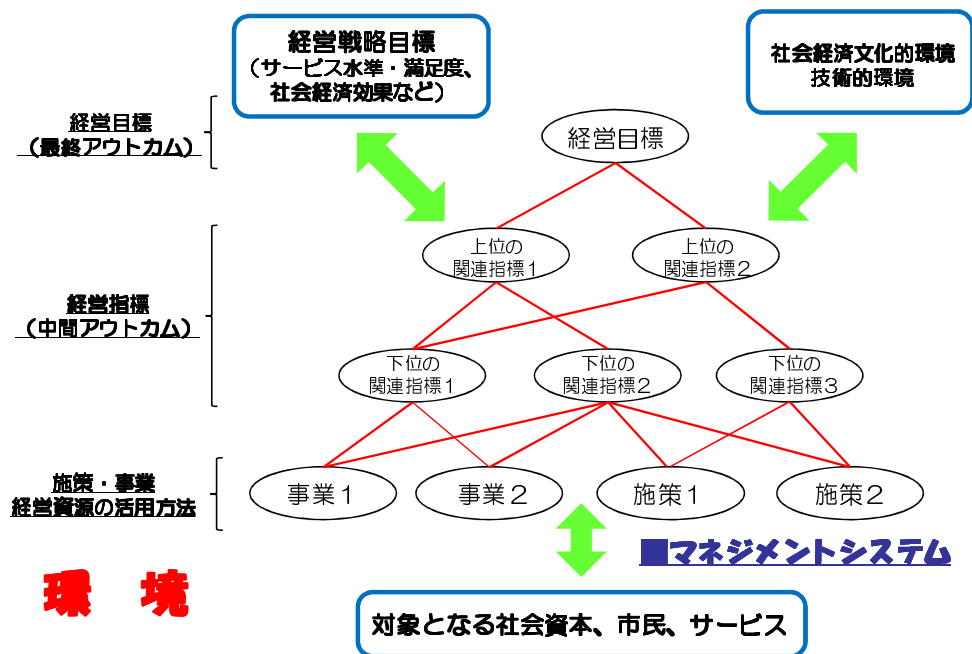


図-4.23 行政経営システム

4.5.2. システムメンテナンスの方法

この章の最後に、経営システムのメンテナンスの方法について述べる。行政経営システムの最下層に位置づけられている具体的な施策・事業から、最上位に位置づけられている経営目標（本研究の事例で言えば、後章で述べるが、計画の経過により計測される特定健康診査の実施率や特定保健指導の実施率、さらには数年後に効果が計測される医療費の抑制効果などのパフォーマンス）を効率・効果的に達成するためには、こうした各指標をアウトプットやアウトカム指標として明確に設定し位置づけ、定量的な分析・評価を行い、企画・立案された施策・事業、サービスが効率・効果的に実施されたかを適時チェックすること（モニタリングすること）が必要不可欠である。こうした、PDCA マネジメントサイクルに適切に則ったシステムの管理・運営方法が、システムメンテナンスの考え方である（図-4.24）。第3章でも述べたが、現在、国や地方自治体においては、PDCA が適切かつ効果的に管理・運営できているところは少ないと述べた所以である。つまり、マネジメントシステムがメンテナンスされていないということの意味する。

構築されたシステムは、事業計画の開始とともに執行されていく施策・事業・サービスが経営戦略目標や社会経済文化的・技術的環境さらには投入する資本といった環境要因に影響を大きく受けることから（図-4.23）、アウトカム指標等の評価関数とともに見直し、修正をかける必要性（モニタリングに基づく修正）が生じる。この修正し改善する方法がシステムメンテナンスの概念である。

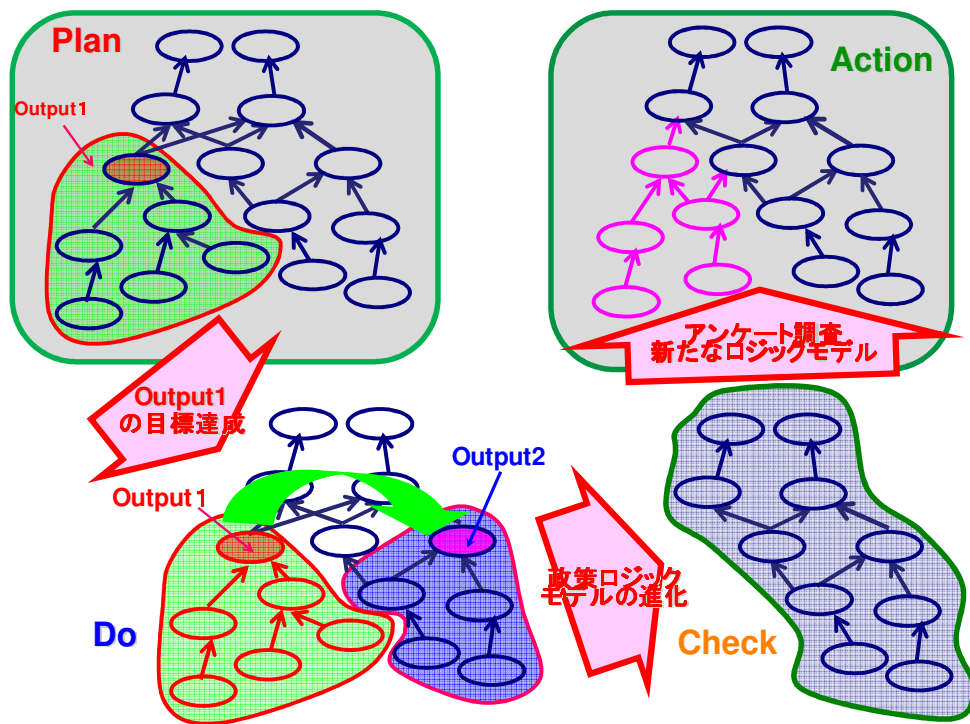


図-4.24 行政経営システムのメンテナンス（政策の進化）

よって、ここでは、システムメンテナンスの方法論に際し、システムそのものを常に最適な状態に保つ（システムを最適化する）ために、システムを修正するための方法を具体的に述べる。

システムそのものを修正するための方法は、モニタリングと環境条件の変動を基礎に、目標設定を変えるメカニズムが必要となる。この目標設定は、問題構造化を通して各種アウトプット、アウトカム指標をロジックモデル内に位置づけ、ロジックモデル内の要素間における評価関数をアンケート調査等により導出することで定量的に設定を行う。そして設定された目標に基づき事業やサービスが市民等に提供され、実績として計測された後、その実績データと評価関数により導出された目標数値を比較検証することにより、各種目標を修正し、経営目標に対する再設定を行うことが可能となる。加えて提供する施策・事業、サービスといったロジックモデル内の要素においても、計測されたパフォーマンスの結果から修正を行うこともシステムメンテナンスとして必要不可欠である。

また、実施した施策・事業に基づくアウトプット等から一定の効果が計測され、計画目標を達成できた場合、そのアウトプットを含む施策・事業から重点的に取り組む必要がある他のアウトプットへと移行し（図-4.23 左下図）、次の施策ロジックモデルの構築、市民へのアンケート調査の実施、分析結果に基づく効率・効果的な施策・事業の実施・評価へとシステム（政策ロジックモデルの形態）を進化させる必要がある。つまり、政策ロジックモデルの変化は、経営目標を達成するための“政策の進化”を意味する。

本論文でこれまで考察し構築してきた方法論や手法は、今後の地方自治体における政策と施策の立案能力を向上させるばかりでなく、これまでの自治体経営の在り方を根本的に再構築させる契機を与えるものと成り得るものである。

参考文献【第4章】

- 1) 中村修、小笠原一紀、北田貴義、河村憲子、北里祐子、御代川知加大、大久保泰邦、柴尾浩朗：戦略的研究開発のプログラミングと評価、産総研年次学術大会講演要旨集,22.pp.994-997,2007年
- 2) 加藤浩徳：政策課題抽出支援のための問題構造化手法とその合意形成手法への適用可能性、PI-Forum2007 Summer,2-5
- 3) Dunn,W.N. Public Policy Analysis (2003). An Introduction. Third edition,Prentice Hall
- 4) 中川善典：ナノテクノロジーの社会的影響に関する問題の構造化、社会技術研究論文集、Vol.4.75-83,Dec.2006
- 5) Rosenhead,J,and Mingers,J.(ed.):Rational Analysis for a Problematic World Revisited,Second edition,Wiley(2001)
- 6) 長澤紀美子(2001)「福祉領域におけるニュー・パブリック・マネジメント（その1）－英国自治体社会サービスにおける業績指標－」,『新潟青陵大学紀要第1号』
- 7) 長澤紀美子(2003)「カナダ・オンタリオ州における保健医療の業績評価システム－保健医療福祉におけるニュー・パブリック・マネジメント（その2）」,『新潟青陵大学紀要第3号』
- 8) J.M.Bryson,F.Ackermann,C.Eden,C.B.Finn, (2004)『Visible Thinking :Unlocking casual mapping for practical business results』,John Wiley&Sons,Ltd
- 9) W.K.Kellogg Foundation:Logic Model Development Guide (1998)
- 10) (財)農林水産奨励会、農林水産政策情報センター：ロジックモデル策定ガイド、2003,August
- 11) 福井県総務部政策推進課：福井県政策マネジメントシステム、(2004年2月)。
- 12) 島根県農業会議：取り組もうロジックモデル [ロジックモデル 大田市稲用地区で活用事例]、2006年3月
- 13) 西出順郎：行政評価の再構築－理論着眼型評価思考の確立に向けて－、日本評価研究 Vol5.55－25、2005.3
- 14) Weiss,C.H. (1998). Evaluation 2nd Edition. Saddle River,New Jersey: Prentice Hall.
- 15) Pressman, J.L. and Wildavsky, A. (1984). Implementation 3rd Edition. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- 16) Birckmayer, J.D. and Weiss, C.H.(2000). Theory-based evaluation in practice: what do we learn? Evaluation Review, 24(4), 407-431.
- 17) 中林正司、西岡敬治、小林潔司：阪神高速道路の維持管理の現状と課題、土木学会論文集 F、Vol.63No.4,494-505,2007.12
- 18) Australia NSW Government Asset Management Committee: Total Asset Management Manual,1992.

第5章 行政経営システムの実装と仮説モデルの検証

これまで自治体の経営状況を悪化させてきた根本的原因を分析するとともに、現在、我が国における自治体で取り組まれている行財政改革等についても説明し、自治体における政策・施策立案や現況のマネジメントシステムが抱える問題を解決するために、仮説に基づき新しいマネジメントシステムの構築の必要性があることを提唱してきた。加えて、前章においては、自治体に新しいマネジメントシステムを構築するための方法論について、“問題構造化手法”や“ロジックモデル”の導入により、行政経営システムの構築に基づく、計画全体のロジックモデル（行政経営システム）、及び個別の施策・事業を企画・立案するためのプロセスと方法論についても述べてきた。

そこで、本章においては、そうした手法やシステム構築のプロセスに基づき、実際の自治体の計画策定作業を通して構築した行政経営システムと、そのシステム内に位置付けられる具体的な施策・事業の立案及び施策・事業効果の評価方法について具体的に詳述する。

本研究においては、筆者が所属している地方自治体における直接の担当業務として計画策定に従事した生活習慣病対策に関する“特定健康診査等実施計画”の策定プロセスをマネジメントシステムの実例として取り上げ、本システムを真のPDCAマネジメントサイクルに沿った運用・管理方法により実施したプロセスについて述べる。加えて、構築した計画のロジックモデルから、具体的なアウトプット指標として“特定健康診査の実施率の向上”を選択し、そのアウトプット指標を達成するために必要不可欠となる“施策ロジックモデル”の構築プロセスについても述べる。また、章の後半部分においては、市民の意識構造に基づき構築した施策ロジックモデルにより、アンケート調査票を作成し、施策の対象者にそのアンケート調査を実施した結果と、その分析結果から施策・事業の効果を計測し、アウトプットを向上させるために必要な施策・事業を決定することによって、自治体に施策提言を図るプロセス及び手法についても説明する。システム実装のフィールドとして、行政経営システムの構築に際し、計画全体の“政策ロジックモデル”の構築プロセス及び個別の施策を企画・立案する“施策ロジックモデル”を構築するプロセスまでは、筆者が所属する市町村において行い、施策ロジックモデルに基づく市民へのアンケート調査票の作成及びその実施、加えて施策効果の分析については、共同研究自治体として協力をいただいた高知県香美市保険課とともに行った。

5.1. 医療保険分野における社会現象と課題の発生原因

それでは、まず、行政経営システムを構築するにあたり、システムの構築対象の領域とした医療保険分野で起こっている社会現象とその問題・課題について考察する。

5.1.1. 社会保障給付費の状況

我が国における社会保障給付費は、第2章でも述べたように年々増加の傾向を辿っている（図・5.1）。厚生労働省及び国立社会保障・人口問題研究所が公表した内容によれば、そ

の額は平成19年度において91兆4,305億円にも昇っており、対前年度増加額は2兆3,207億円、伸び率は2.6%ともなっている¹⁾²⁾。また、社会保障給付費の対国民所得比は24.40%となっており、前年度に比べて0.54%ポイント増加している。さらに、国民1人当たりの社会保障給付費を見れば、その額は71万5,600円で、対前年度伸び率が2.6%になっている。社会保障給付費とは、厚生労働省の公式HPによれば、「ILO（国際労働機関）が定めた基準に基づき、社会保障や社会福祉等の社会保障制度を通じて、1年間に国民に給付される金銭またはサービスの合計額」と示されている。そのため、社会保障給付費は、「国全体の社会保障の規模をあらわす数値」として、社会保障制度の評価や見直しの際の基本資料となっており、社会保障の国際比較の基礎データとしても活用されている³⁾。

また、この社会保障給付費を「医療」、「年金」、「福祉その他」に分類して部門別に見るなら、「医療」が28兆9,462億円で総額に占める割合は31.7%、「年金」が48兆2,735億円で総額に占める割合は52.8%、そして「福祉その他」が14兆2,107億円で15.5%となっている。

このような社会保障給付費の増加、中でも医療給付費及び介護給付費の高騰現象をもたらしているのは、我が国における少子高齢化社会の到来に代表される社会構造の変化や、経済的な豊かさ等から生じる“生活習慣の多様化”に伴う経済的構造背景による変化に加え、この両制度が保険加入者のサービス利用から生じる“給付と負担のバランス”に大きく委ねられているからに他ならない。

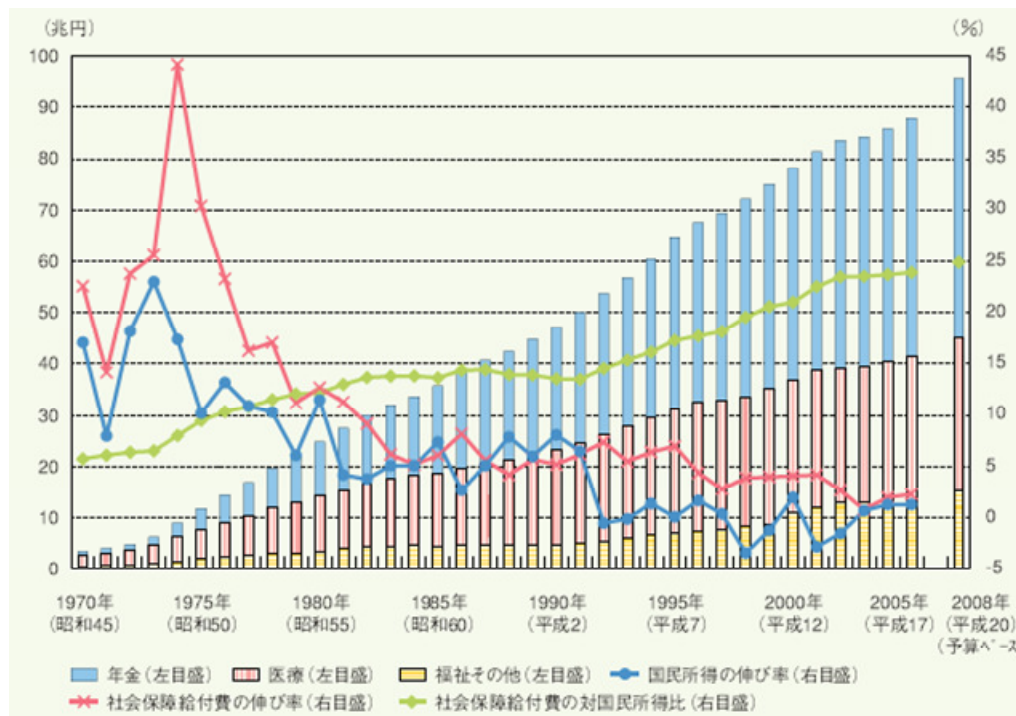


図-5.1 社会保障給付費、国民所得の動向（平成20年版：厚生労働白書より）

資料：2005年度までは国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」、2008年度（予算ベース）は厚生労働省政策統括官付社会保険担当参事官室の推計による

5.1.2. 人口構造及び医療保険制度が与える社会現象

そこで次に、我が国における人口構造が医療保険分野に与える影響について見ることにする。人口学においては、高齢化率（全人口に占める65歳以上の人口の比率）が7%を超えている社会を“高齢化社会”、14%を超えた社会を“高齢社会”と定義している。我が国の高齢化率は、1970年に7%を超え、94年には14%を超えた。そしてこのような人口構造背景を受けて、我が国の高齢人口（65歳以上）割合は戦後一貫して上昇し、わずかその3年後の1997年には戦後低下を続ける年少人口（15歳未満）割合と逆転現象を起している（図-5.2）⁴⁾。

政策研究大学院大学教授の松谷⁵⁾によれば、「人口の高齢化は先進国における共通の現象だが、その中でも日本の高齢化の速度は群を抜いている。そしてその理由を、第2次大戦後に平均寿命が劇的に向上したこと、つまり、日本が急速に高齢化したのは、平均寿命の飛躍的な向上によって、65歳を超えて長生きする人が大幅に増加したためであると指摘している。そして、日本の群を抜いた高齢化の速度は、日本の経済・社会が短期間で欧米に追い付いたことの結果なのであり、つまりは高度経済成長が日本の急速な高齢化の原因だった」と示唆している。

このような我が国の人口構造背景を踏まえ、さらに、市民に医療へのアクセスを容易にし、生活の安定及び安心をもたらす医療保険制度の観点から考察する。

社会保障の生活安定・向上機能について具体的に見てみるならば、まず、医療については、我が国の国民は、原則としていずれかの公的医療保険制度に加入し、医療機関での受

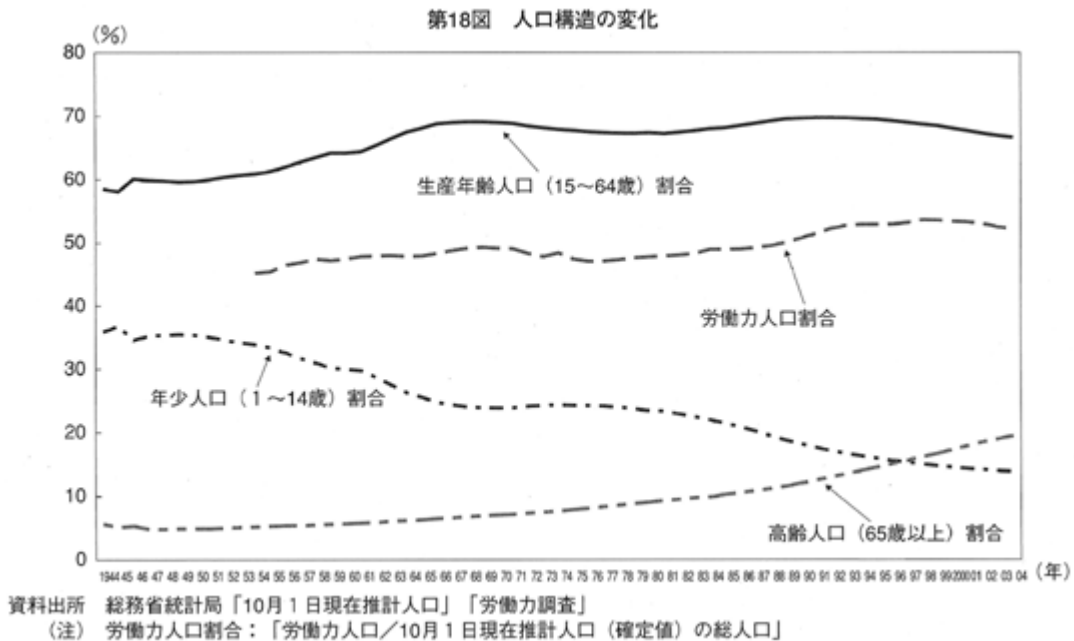


図-5.2 人口構造の変化：総務省 HP より

(<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaa200501/f0022.html>)

診時に原則 3 割の自己負担で必要な医療を受けることが可能となっている。それは、市町村が医療保険者となっている国民健康保険についても同じである。また、その自己負担額も、医療費が高額になる場合には高額療養費制度により一定限度額以下に抑えられることとなっている。例えば、現役世代が胃がんの手術のため 30 日間入院し、医療費の合計は約 158 万円かかった場合でも、この場合の自己負担は約 158 万円の 3 割の約 47 万円ではなく、約 9 万円であり、約 149 万円は医療保険から給付される。日本の国民医療費の約 86%は、公的医療保険による保険給付等によって賄われており、実質的な自己負担は約 14%となっている（厚生労働省「平成 17 年度国民医療費」）。それゆえ、こうした公的医療保険制度の存在は、病気にかかりやすい高齢期にも大きな効果を発揮する。我が国の国民 1 人が生涯に必要な医療費は約 2,300 万円と推計されているが、このうち約半分は 70 歳以上で必要になる（図-5.3）⁶⁾。

こうした医療保険制度の下、高齢者の加齢や健康状態の悪化に伴う、医療機関での外来による多受診・重複受診や、入院した場合の入院日数の長期化に加え、生活習慣の悪化や運動不足から、若い時期に予防・対策を講ぜずに放置しておいたため高血圧・糖尿病などを中年期に患う生活習慣病有病者及び予備軍の増加が医療保険財政を一層悪化させる原因ともなっている。

こうした実態により、市町村が拠出する療養給付費はますます増加し続けており、結果的に、ほとんどの自治体の国民健康保険財政は逼迫されているのが現状である。それゆえ自治体は、医療費に対する予算を拠出するために、財源の一つである国民健康保険税（料）

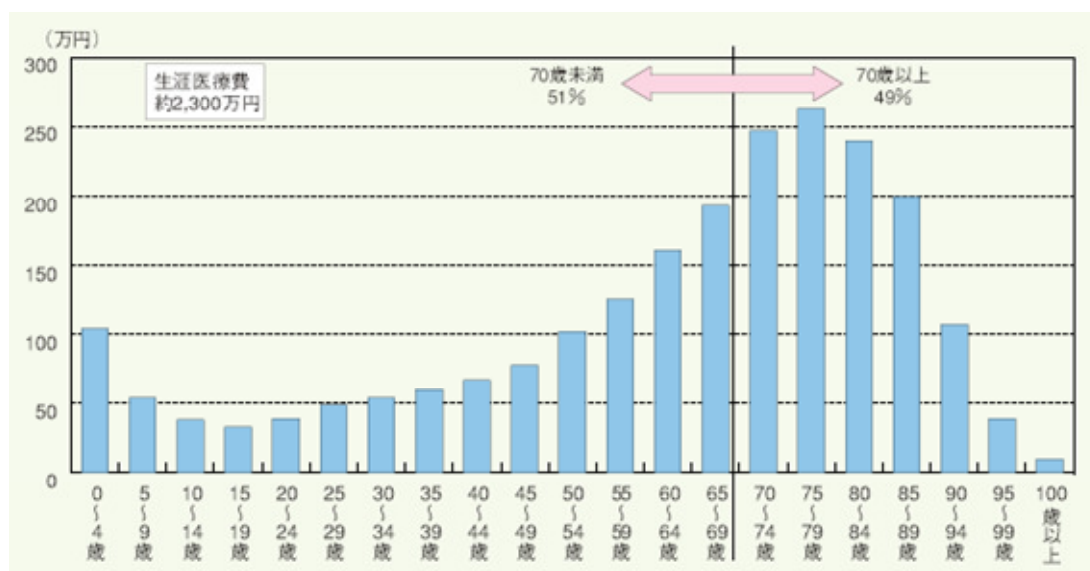


図-5.3 生涯医療費（2005 年度推計）（平成 20 年版：厚生労働白書より）

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」（2005 年度）、「平成 17 年簡易生命表」より保険局作成。（注）2005 年度の年齢階級別 1 人あたり医療費をもとに、「平成 17 年簡易生命表」による定常人口を適用して推計したものである。

を市町村の財政規模に合わせて引き上げたり、不足の事態に備えてストックしておいた財政調整基金を取り崩すなど、常に不安定な財政運営に晒されている。

こうした背景の下、地方自治体の国民健康保険事業を含めた“医療保険者”は、高騰する医療費に大きく影響を与えているとされている“生活習慣病”に対する対策・予防を行うため、計画を策定し、健診受診率等の向上に取り組む必要性が生じたのである。

5.2. 特定健康診査等実施計画の策定を通じた政策・施策立案システムの構築

それでは、以下に、本研究の経営システムの事例として扱う“特定健康診査等実施計画”について、まずここで触れることにする。

5.2.1. 特定健康診査等実施計画とは

これまで、市町村における基本健康診査（基本健診）は、その策定が努力義務とされてきた健康増進計画に基づく健康増進法と老人保健法の下、市町村の保健衛生担当部門における裁量で実施されてきた。しかし、ここ数年来、医療費の3分の1を占めるとされる内臓脂肪型症候群（メタボリックシンドローム）に代表される生活習慣病が、働き盛りと言われる30代の若年層世代から徐々に増加しつづけ、その根本的な疾病とされている高血圧、高脂血症、糖尿病等にかかる人の割合が急増している。こうした生活習慣病を発症する理由には、経済的な構造変化に伴う国民の所得の向上や家族形態の変化、さらには社会的構造の変化によるライフスタイルの多様化が挙げられよう。こうした様々な変化が要因であるばかりか、日常の仕事や家庭で抱えるストレスなども加わり、日頃の運動不足や食生活での栄養過多、喫煙、過度の飲酒といった間違った生活習慣が生み出されている。

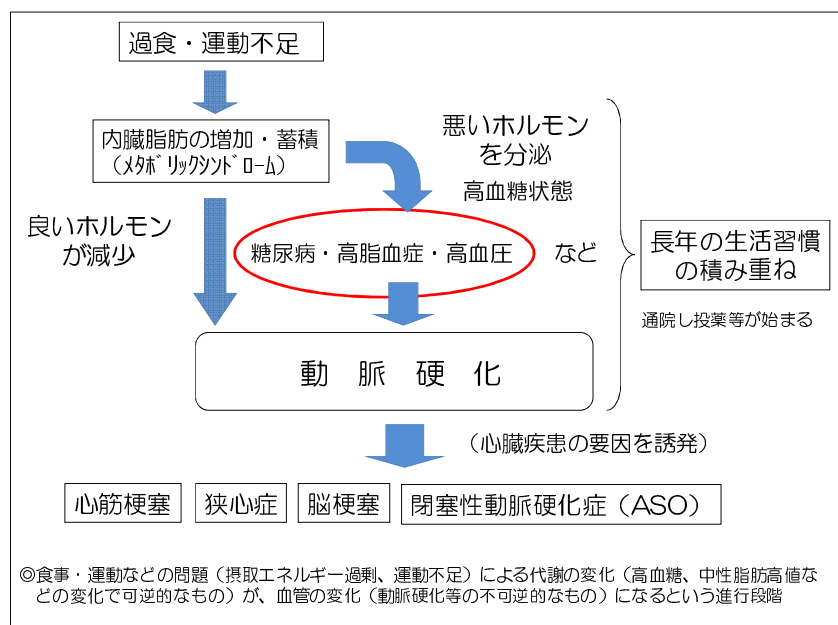


図-5.4 内臓脂肪症候群発症のメカニズム

（高知県香南市特定健康診査等実施計画における筆者作成図より）

その結果、このような悪習慣の長年の蓄積により、高血圧、高脂血症、糖尿病を発症し、早期の段階で予防・対応が施されなければ、さらなる偏った生活習慣の蓄積から、動脈硬化等が発症し、心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症へと症状を悪化させ、最終的に死に至るのである（図-5.4）。

また、こうした悪循環の生活習慣や疾病構造は、医療機関への度重なる外来受診、重複受診、さらには 6 ヶ月以上の長期入院、高額医療費という実態を生み、医療保険における保険財政を圧迫している。こうした要因による保険財政の圧迫が、医療保険者の一つである市町村の国民健康保険事業（財政）を危機的な状況に陥らせている。

そのため、厚生労働省は、平成 20 年 4 月より、これまでの老人保健法を廃止し、改正した「高齢者の医療の確保に関する法律」の下、生活習慣病を対象とした予防・対策の指針を打ち出し、40 歳以上 74 歳以下の医療保険加入者の基本健診を医療保険者に義務づけた。市町村においては、国民健康保険の加入者、すなわち国保被保険者がその義務化の対象となっている。

こうした社会的背景や地域における保健福祉サービスに対する諸問題を解決するために、健診と保健指導の義務化を通して、5 年を一期とする平成 24 年までの 5 カ年計画で策定を課せられているのが、特定健康診査と健診後の特定保健指導が組み合わせられて実施される“特定健康診査等実施計画”である。本計画においては、市町村は平成 20 年度以降の事業実施方針を明確にしなければならないばかりか、策定した事業計画内容は、広く住民に告知され、公表されなければならないことになっている。そのため、市町村には、この計画の策定方法及び計画のプロセスを含め、特定健康診査と特定保健指導の実施方法等ならびにその評価方法が、厚生労働省健康局から出されている「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」⁷⁾及び同省保険局より出されている「特定健康診査等実施計画作成の手引き」⁸⁾が配布され計画策定のマニュアルになっているが、これらは計画策定に際した目標達成のための政策・施策の立案方法、評価方法が具体的に記載されておらず、各地域の実態に即したものにはなっていない。

よって、本研究においては、筆者の所属する高知県香南市における本事業計画の実際の策定過程と作業を通して、経営目標である最終的な医療費の抑制・削減を達成するための政策・施策の企画・立案を模索し、その方法論を提案する。

ここで、具体的にどのように本事業計画における政策・施策が企画・立案されるのか、加えて本事業計画や個々の事業等が展開され、構成されているのか、そのプロセス等を明らかにする必要があることから、第 4 章で説明した新しい自治体のマネジメントサイクルに基づき、本研究で取り扱っている特定健康診査等実施計画策定のためのマネジメントサイクルの流れを以下に示す（図-5.5～5.7）。本論文においては、これ以降、この計画策定における政策・施策の立案部分について、自治体の新しいマネジメントサイクル（行政経営サイクル）、すなわち真の Plan（企画・計画）→Do（実行）→Check（点検・評価）→Action（処置・改善）（PDCA サイクル）に基づき、特に Plan（計画における企画・立案）

の部分に着目したシステム構築のプロセスを詳細に述べる。

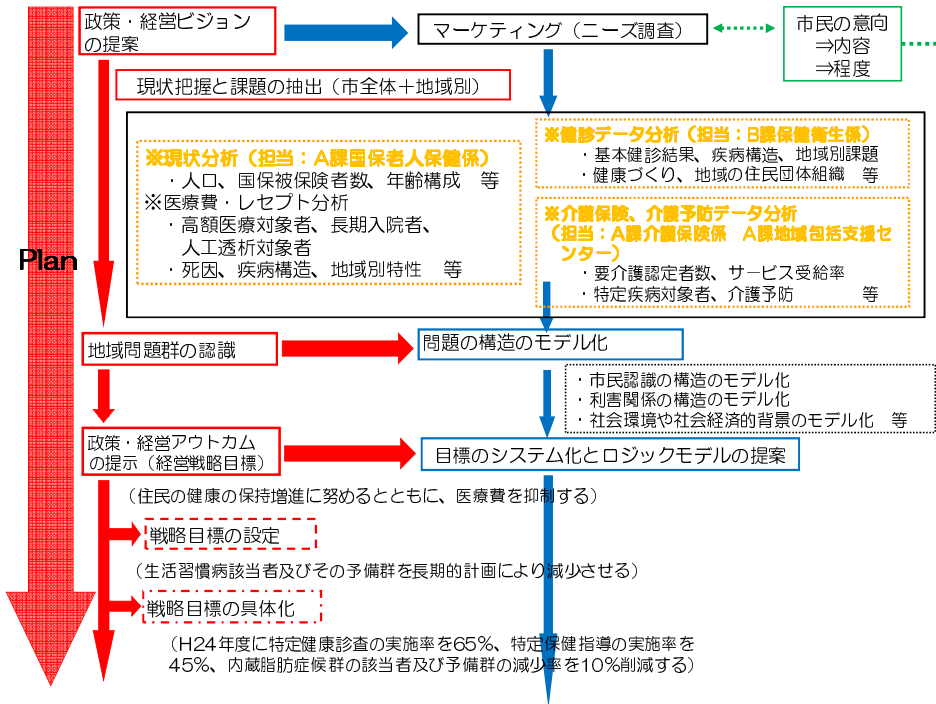


図-5.5 特定健康診査等実施計画立案のマネジメントサイクル 1

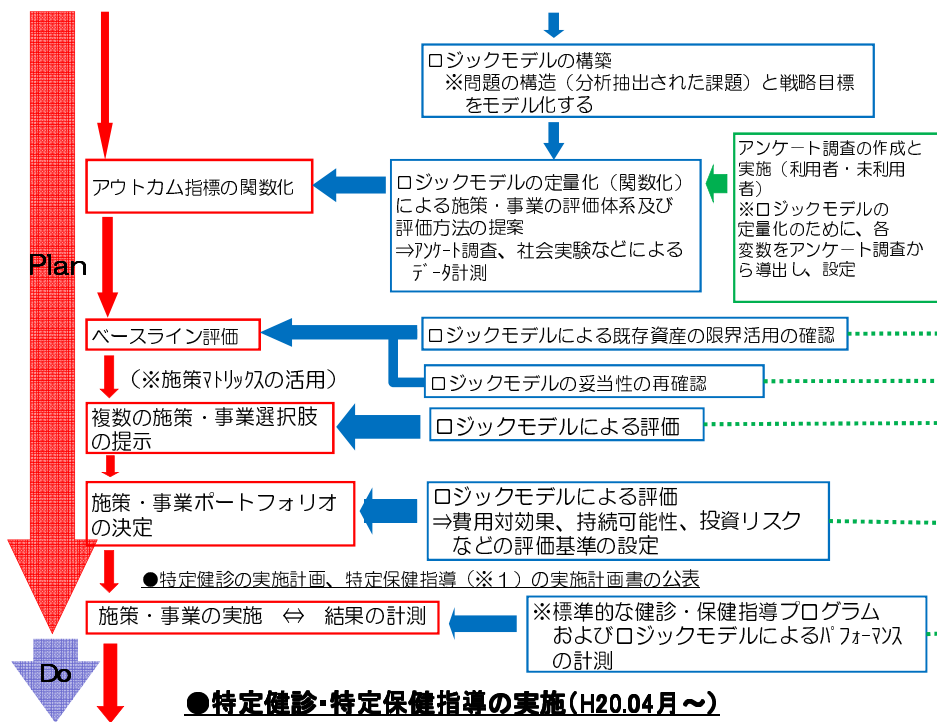


図-5.6 特定健康診査等実施計画立案のマネジメントサイクル 2

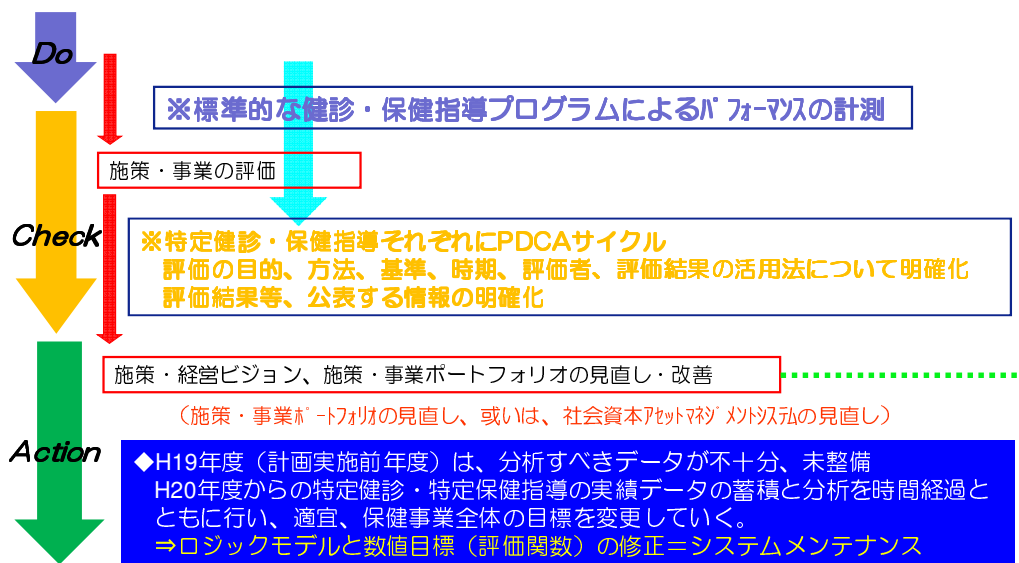


図-5.7 特定健康診査等実施計画立案のマネジメントサイクル 3

5.3. 市町村国民健康保険における現状分析

さて、市町村が策定しなければならない生活習慣病に着目した特定健康診査等を定めた計画である特定健康診査等実施計画の内容及び本計画のマネジメントサイクルを説明したところで、本研究の対象市である高知県香南市の国民健康保険の被保険者数の現状や、生活習慣病に関する疾病構造及び医療費等について分析・考察を行う。

まず、筆者が計画策定に携わった「香南市特定健康診査等実施計画」から、健診・保健指導計画のために必要となるアセスメント表（表-5.1）及び国保被保険者数と年齢構成及び健診受診者数（年齢構成別）（表-5.2）等に関する国民健康保険の現状を把握する。そして次に、筆者も含めた国民健康保険担当部署と保健衛生担当部門の職員により、平成18年9月診療における診療報酬明細書（レセプト）から生活習慣病の主傷病・副傷病に着目し、医療費・疾病構造分析等を行った⁹⁾（図-5.8）。

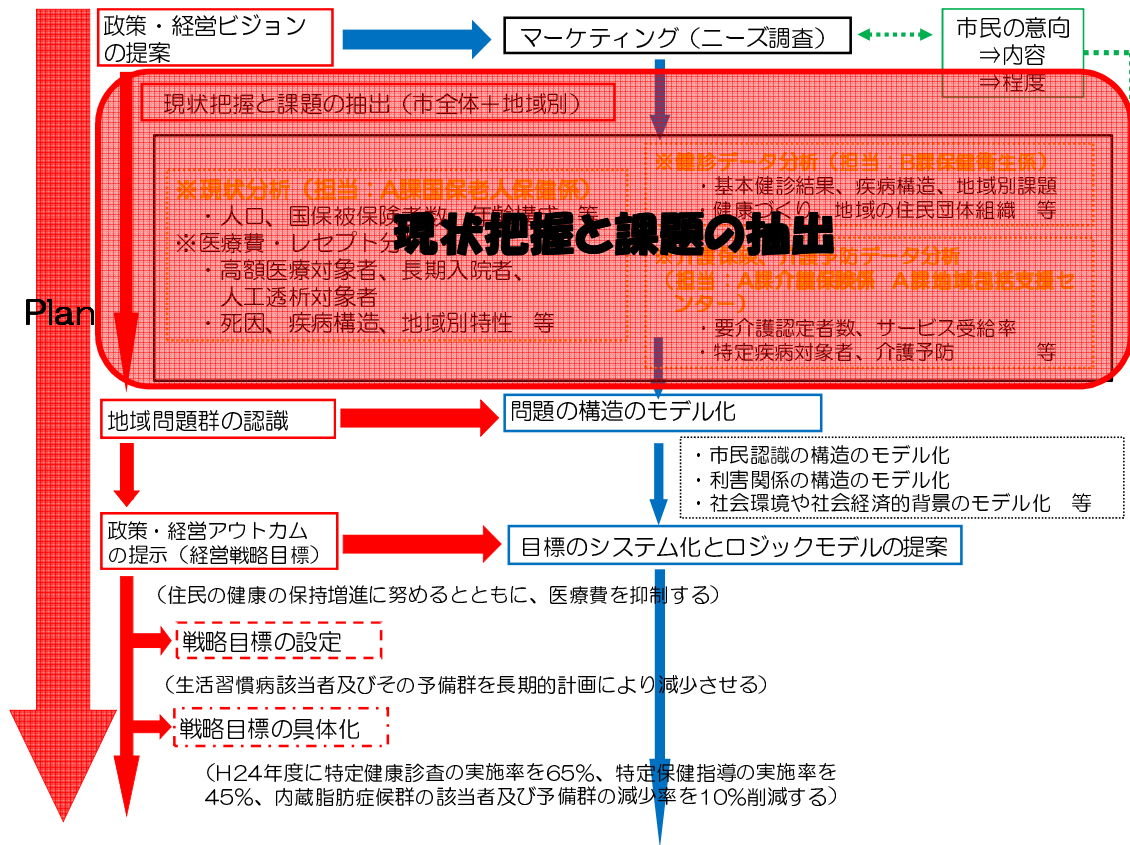


図-5.8 Plan：現状把握と課題の抽出

5.3.1 香南市国民健康保険における現状

高知県香南市は、高知県東部に位置する平成18年3月1日に、旧赤岡町・旧香我美町・旧野市町・旧夜須町・旧吉川村の5ヵ町村が合併してできた人口約3万4千人（平成21年12月末現在）のまちである。

香南市の高齢化率は、25.7%で、全国の20.8%に比較し高齢化は進行しており、人口の4人に1人が高齢者という状況である。今後、高齢者の増加に伴い生活習慣病にかかる医療費や生活機能低下による介護給付費が増加することが考えられるが、医療費や介護給付費の伸びが過大とならないよう生活習慣病対策、介護予防対策を効率的に行うことが求められる。

- 死亡の状況をみると第1位～第5位までの順位は全国と同じであるが、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の10万対死亡率は全国に比べて高くなっている。早世の状況をみると、悪性新生物で死亡する割合が最も高く、脳血管疾患の死亡をみても県より65歳未満比率が高くなっている。若い時からの健康管理を意識づけ、生活習慣病の重症化を防ぐ取り組みが必要である。
- 介護保険の認定状況をみると平成18年10月時点で要介護認定者は1,528人で、認定率は17.5%となっている。受給者の状況では要介護5の割合が最も高く22.8%、次いで要介護1が20.8%、要介護2が19.2%となっている。受給者の中でも要介護5は施設介護がほとんどを占めており、そのことが介護給付費の高騰の一因になっていると考えられる。
- 介護保険第2号被保険者の原因疾患では、介護度軽度、重度とも脳血管疾患が最も多くなっており、軽度では半数近くを占めている。また、軽度では次いで多いのが糖尿病（合併症）となっており、介護給付費からみても生活習慣病対策の充実が重症化を防止し給付費を抑制することに連動していると考えられる。
- 国保の医療の状況では、高血圧の治療者が最も多く1,990人で、全治療者に占める割合は23.1%と高くなっている。次いで高脂血症が1,398人で治療者に占める割合は16.2%となっている。脳血管疾患の中でも香南市に多い脳梗塞は519人で、高血圧や糖尿病からの重症化防止の方策が医療機関との連携も含めて必要になっている。
- 健診の状況では、40～74歳の国保被保険者のうち健診受診者は1,585人で、受診率は20.2%となっている。国の参酌標準では平成24年度の健診受診率は65%であるため、受診率増加のためには集団健診だけではなく、医療機関の個別健診や一括健診の導入が必要である。
- 健診の有所見割合では最も多いのが収縮期血圧の以上で1,658人、受診者の60.2%を占めている。腹囲が正常範囲を超えている割合は28.5%であり、健診受診者の3割近くが内臓脂肪型肥満を疑われる結果となっている。
- 平成18年度の健診結果から国保被保険者40～74歳の受診者の保健指導階層化を行うと、動機付け支援が241人、積極的支援が70人である。積極的支援の出現割合が国の推計値11.5%に比較すると、香南市の出現割合は4.4%と少なくなっている。

表-5.1 健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

		★香南市			
総人口 (平成18年10月)		34,087人			
高齢化率 (平成18年10月)		25.67%			
平均寿命 (平成12年)	男性	76.70歳			
	女性	84.51歳			
死亡の状況 (平成17年)	順位	原因	10万対	県内順位	
	第1位	悪性新生物	313.6	17	
	第2位	心疾患(高血圧を除く)	209.1	21	
	第3位	脳血管疾患	182.2	19	
	第4位	肺炎			
介護保険 (平成18年10月)	第1号被保険者	要介護認定者数	1,528人		
		認定率	17.46%		
		受給率	78.66%		
	受給者の状況	要支援1	48人	3.14%	
		要支援2	48人	3.14%	
		経過的要介護	154人	10.08%	
		要介護1	318人	20.81%	
		要介護2	294人	19.24%	
		要介護3	224人	14.66%	
		要介護4	124人	8.12%	
要介護5	349人	22.84%			
障害の状況 (平成18年9月)	介護保険第2号被保険者 (65歳未満者)の原因疾患	原因	要介護 1, 2, 3 の割合	要介護 4, 5 の割合	
	第1位	脳血管疾患	42.50%	15.00%	
	第2位	糖尿病(合併症)	7.50%	0.00%	
	第3位	脊髄小脳変性症	2.50%	2.50%	
	第4位	関節リウマチ	2.50%	0.00%	
国保の状況 (平成18年度)	被保険者数	14,665人			
	加入率	43.00%			
	一般	8,186人			
	退職	2,393人			
	老人	4,086人			
	保険税収納率	93.41%			
	医療費	総額	一人当たり		
	一般	1,791,427千円	219千円		
退職	851,008千円	356千円			
老人	4,913,103千円	977千円			
介護給付費	2,223,187千円				
医療の状況 平成18年9月 診査分レセプト		治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	
	人工透析	25	0.3%	0.2%	
	虚血性心疾患	367	4.3%	2.5%	
	脳梗塞	519	6.0%	3.5%	
	糖尿病	949	11.0%	6.5%	
	高脂血症	1,398	16.2%	9.5%	
	高血圧	1,990	23.1%	13.6%	
40~74歳国保加入者数 (平成18年度末)		7,740人			
健診の状況 (平成18年)	受診者数 (受診率)	2,752人			
	有所見項目	人数	割合		
	第1位	収縮期血圧	1,658	60.2%	
	第2位	腹囲	784	28.5%	
	第3位	拡張期血圧	688	25.0%	
	第4位	血糖	378	13.7%	
	第5位	HDLコレステロール	339	12.3%	
	第6位	中性脂肪	334	12.1%	
	第7位	HbA1c	273	9.9%	
	第8位	尿酸	252	9.2%	
	第9位	ALT(GPT)	210	7.6%	
	対象者数	実施者数(実施率)			
動機付け支援	241人				
積極的支援	70人				

表-5.2 人口と国保被保険者数と健診受診者数（年齢構成別）

年齢階級	人口 (H18.10.1)			被保険者 (H18.10.1)			健診受診者数 (H19.03.31)		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
40-44	1,826	877	949	451	225	226	37	11	26
45-49	1,984	1,008	976	562	301	261	65	27	38
50-54	2,110	1,036	1,074	683	367	316	69	30	39
55-59	3,142	1,563	1,579	1,246	579	667	186	56	130
60-64	2,256	1,111	1,145	1,450	671	779	312	112	200
65-69	2,088	966	1,122	1,686	792	894	401	147	254
70-74	2,049	923	1,126	1,662	759	903	438	183	255
計	15,455	7,484	7,971	7,740	3,694	4,046	1,508	566	942
40歳～74歳 (再掲)	15,455	7,484	7,971	7,740	3,694	4,046	1,508	566	942
	(人口割合)			(加入率)			(国保受診率)		
40歳～74歳	100.0%	100.0%	100.0%	50.1%	49.4%	50.8%	19.5%	15.3%	23.3%

市全人口に対する特定健康診査の対象となる40～74歳の国民健康保険被保険者の加入割合は約50.1%であることから、市の人口に対して約半数を占めている。また、本計画のアウトプットにも設定している特定健康診査受診者数に関する健診受診者数を見るならば、H19年3月末時点で、19.5%と受診率が極めて低いことがわかる。

5.3.2. 香南市国民健康保険者の生活習慣病に関する疾病構造分析

それでは以下で生活習慣病に関する疾病構造分析を行い、市が抱える疾患状況を生活習慣病の疾患別に年齢別、地区ごとに分析し、現状を把握することによって、今後の予防と対策方法を考えるための指針とする（図-5.9～5.28）。

(1) 生活習慣病から見た香南市の状況

①生活習慣病の有病率（疾病別）

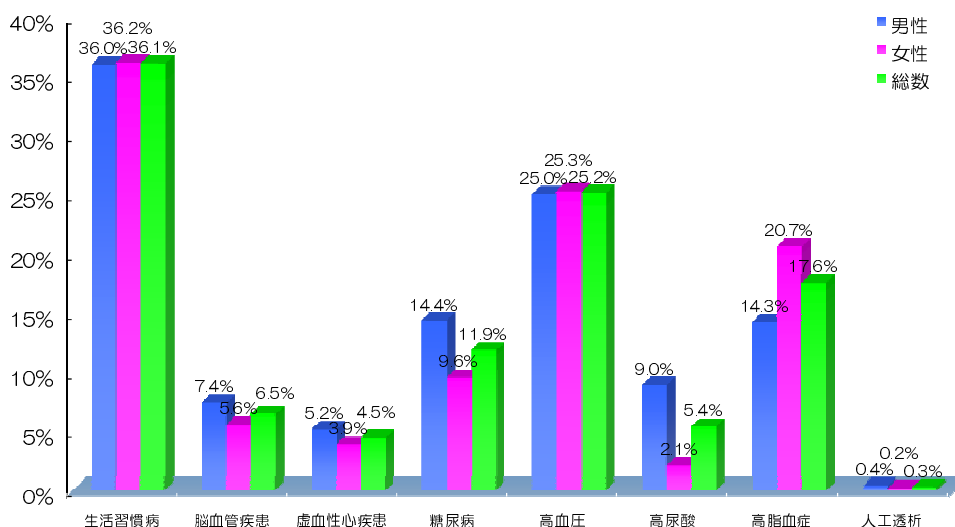


図-5.9 生活習慣病の有病率（疾病別割合）

H18年9月分診療報酬明細書(レセプト)では、40～74歳の生活習慣病の有病率は36.1%になっている。また疾患別にみると、高血圧が最も高く25.2%になっており、次に高脂血症の17.6%、糖尿病の11.9%の順となっている。糖尿病や高尿酸では、特に男性の有病率が高いが、高脂血症では女性の有病率が高くなっていることがわかる。

②生活習慣病の有病率(年代別)

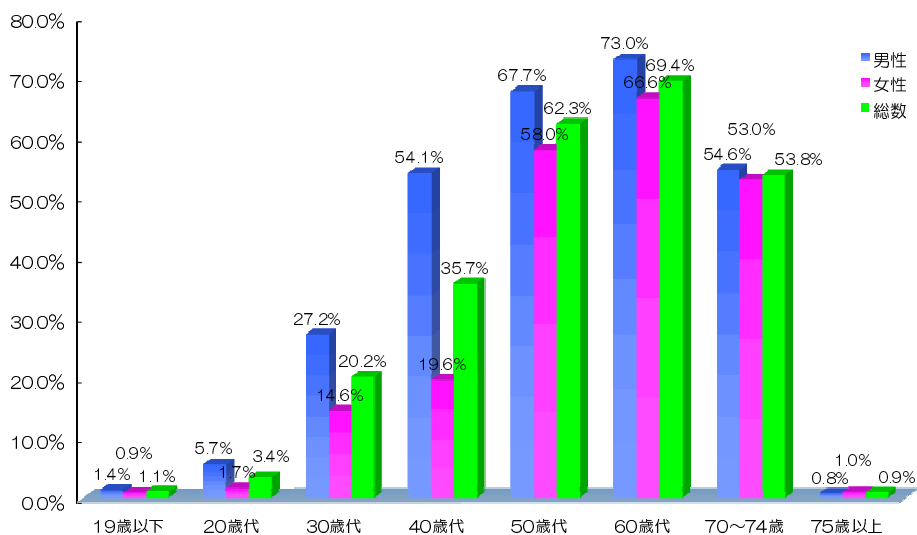


図-5.10 生活習慣病有病率(年代別割合)

生活習慣病有病率を年代別割合で見ると、男女ともに30歳代から生活習慣病で医療機関にかかる方が増えている。男性では30歳代から急増し、女性では50歳代から多くなっていることがわかる。よって、生活習慣病の予防のためには、30歳代の内から、特定健康診査を受診するよう積極的な情報提供を行う必要がある。

③糖尿病の有病率（年代別）

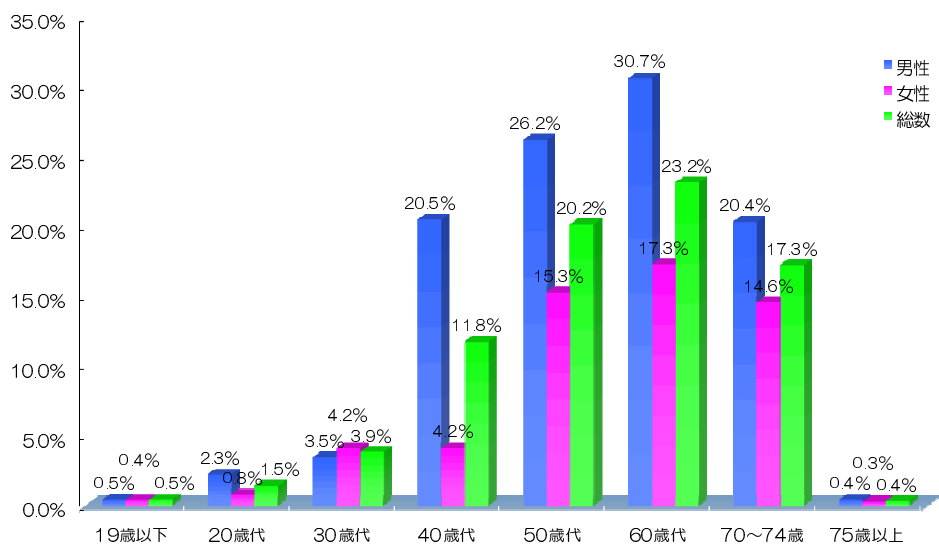


図-5.11 糖尿病の有病率（年代別割合）

次に、生活習慣病を個別の疾患別に分析する。まず、糖尿病の有病率を年代別で見ると、男性では糖尿病を患い医療機関にかかる方が40歳代から急増している。女性では50歳代から多くなっていることがわかる。

④糖尿病の有病率（地区別）

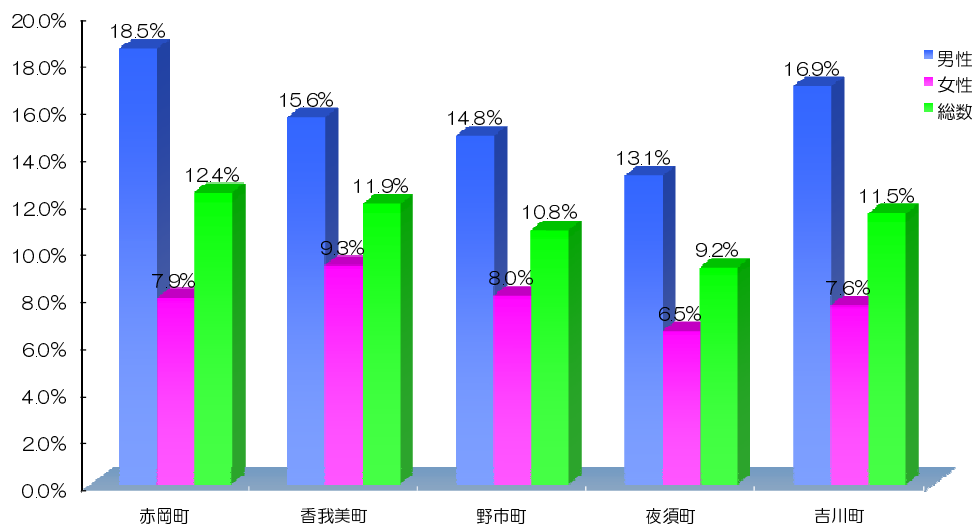


図-5.12 糖尿病の有病率（地区別割合）

各地区別に糖尿病の有病率をみると、すべての地区で男性の有病率が高いことが一目瞭然である。最も高いのは赤岡町の18.5%で、次いで吉川町の16.9%となっている。女性では有病率が高いのが香我美町で9.3%となっている。

⑤ 高血圧の有病率（年代別）

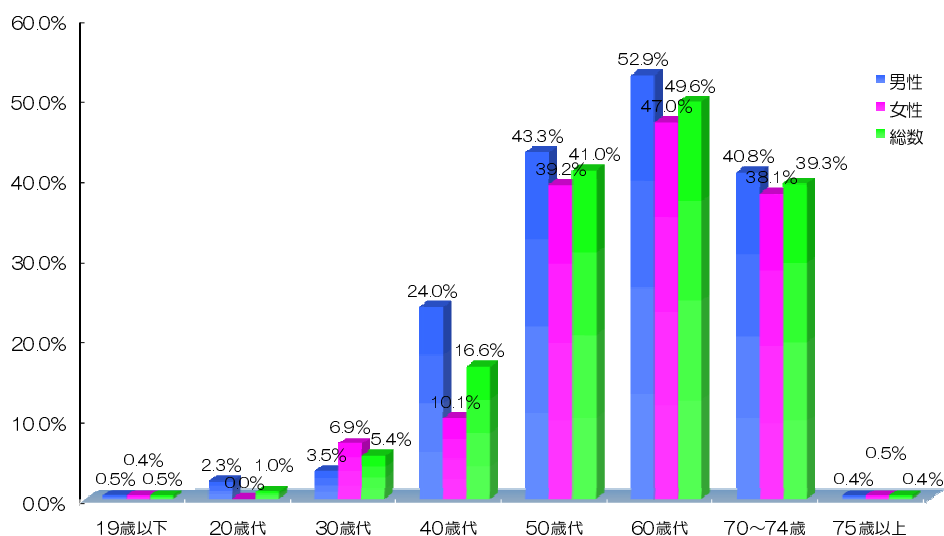


図-5.13 高血圧の有病率（年代別割合）

次に、高血圧の有病率を年代別で見ると、男性では、40歳代から高血圧を患い医療機関にかかる方が増えている。また女性では、50歳代から多くなっていることがわかる。

⑥ 高血圧の有病率（地区別）

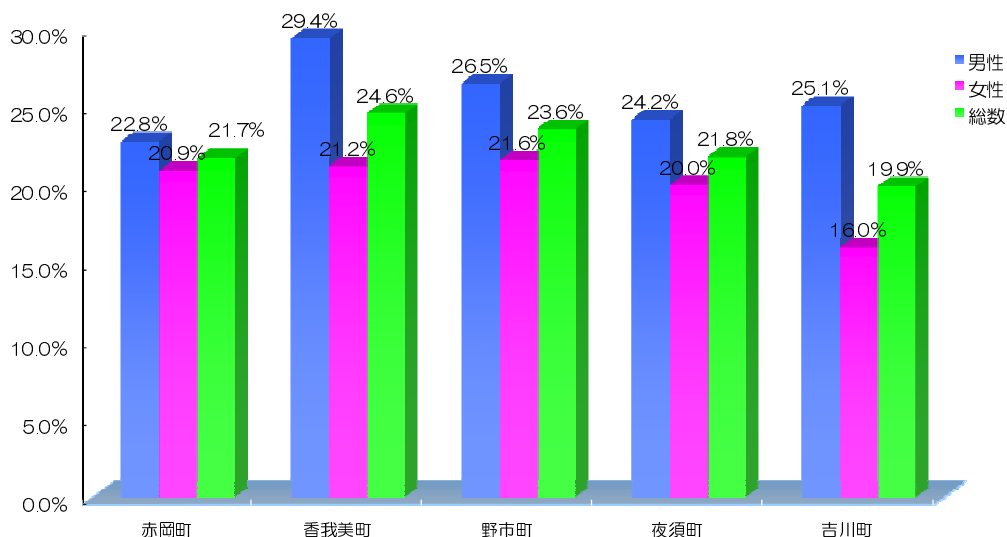


図-5.14 高血圧の有病率（地区別割合）

各地区別に高血圧の有病率をみると、すべての地区で有病率が高くなっていることがわかる。高血圧の有病率が最も高いのは、香我美町の男性で 29.4%となっている。また、女性も高血圧の有病率は高い傾向にある。

⑦高脂血症の有病率（年代別）

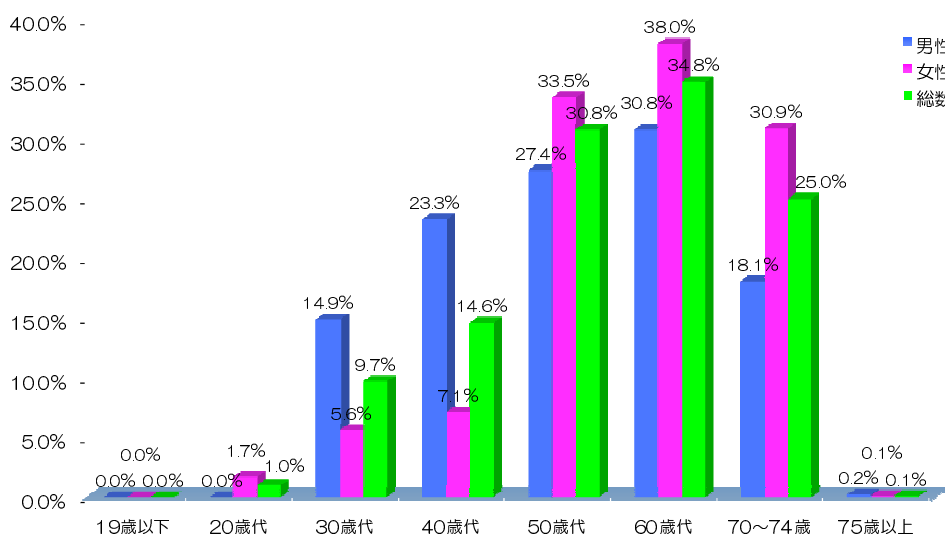


図-5.15 高脂血症の有病率（年代別割合）

男性では、高脂血症を患い医療機関にかかる方が30歳代から急増していることがわかる。また女性では、50歳代から急増している。

⑧高脂血症の有病率（地区別）

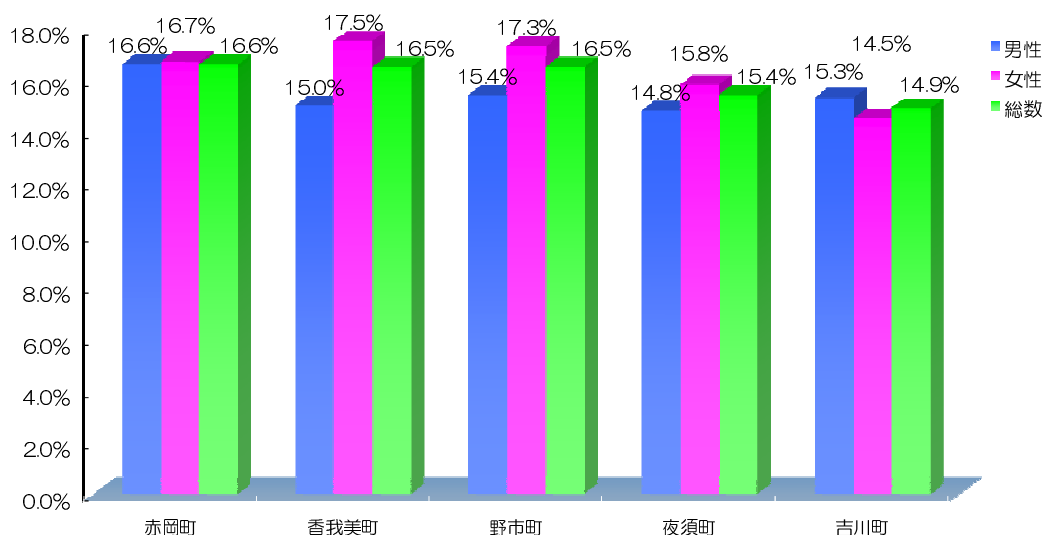


図-5.16 高脂血症の有病率（地区別割合）

各地区別の高脂血症の有病率をみると、吉川町を除き女性が男性よりも若干多くなっている。また、各地区別の割合にはあまり変化がみられず、どの地区も全体的に高いことがわかる。

⑨虚血性心疾患の有病率（年代別）

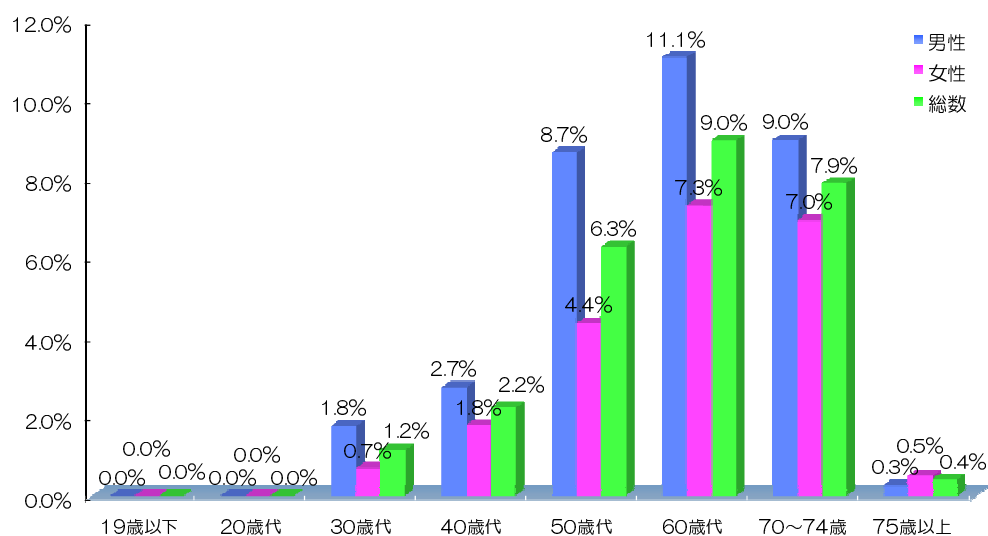


図-5.17 虚血性心疾患の有病率（年代別割合）

次に、年代別に虚血性心疾患の有病率をみると、男性では50歳代から急増している。また、男女とも60歳代で最も多くなっており、男性では11.1%、女性では7.3%となっている。

⑩虚血性心疾患の有病率（地区別）

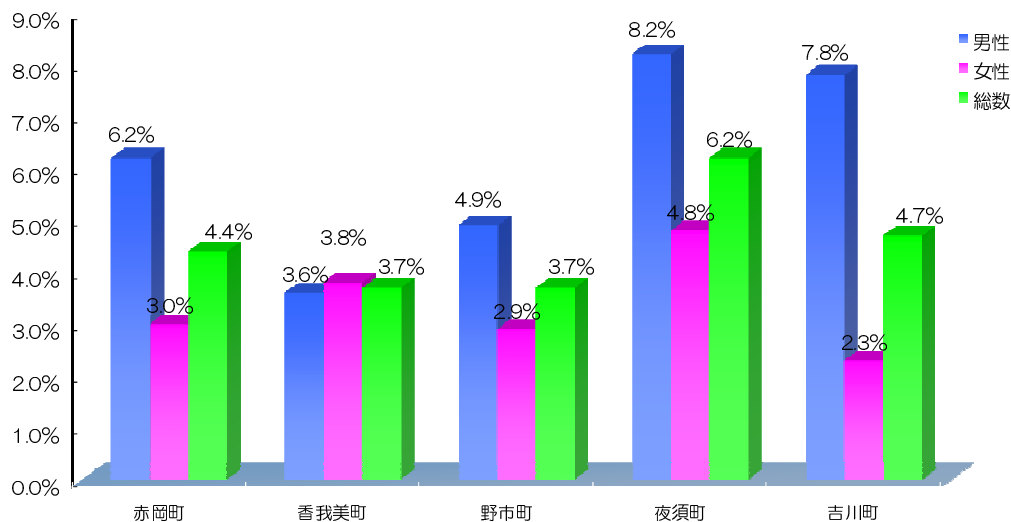


図-5.18 虚血性心疾患の有病率（地区別割合）

各地区別に虚血性心疾患の有病率をみると、香我美町以外の地区で男性の有病率が高くなっている。最も高いのが夜須町で8.2%、ついで吉川町の7.8%となっている。女性でも夜須町が高い割合を示していることがわかる。

⑪脳血管疾患の有病率（年代別）

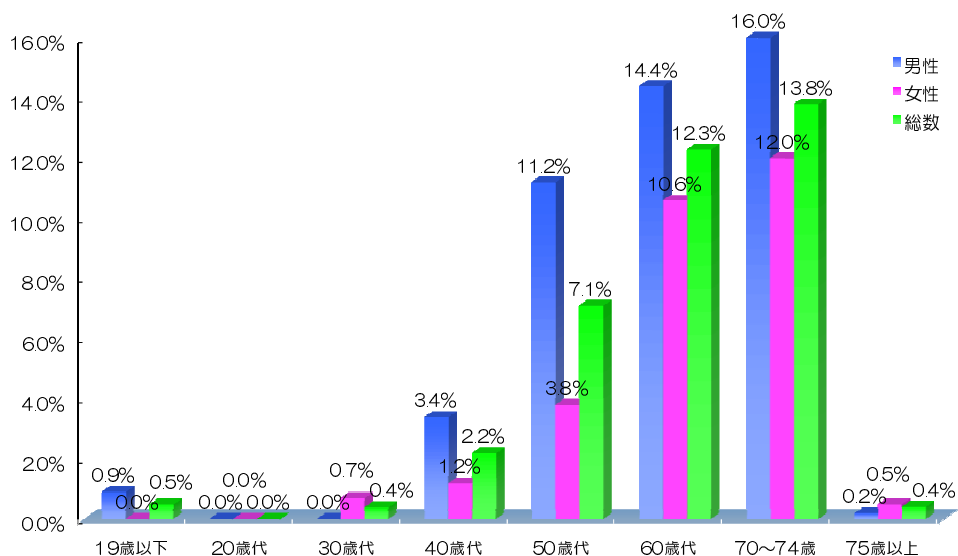


図-5.19 脳血管疾患の有病率（年代別）

脳血管疾患の有病率を年代別にみると男性では40歳代から急増している。また、男女とも70歳～74歳の有病率が最も高く男性で16%、女性で12%となっている。

⑫脳血管疾患の有病率（地区別）

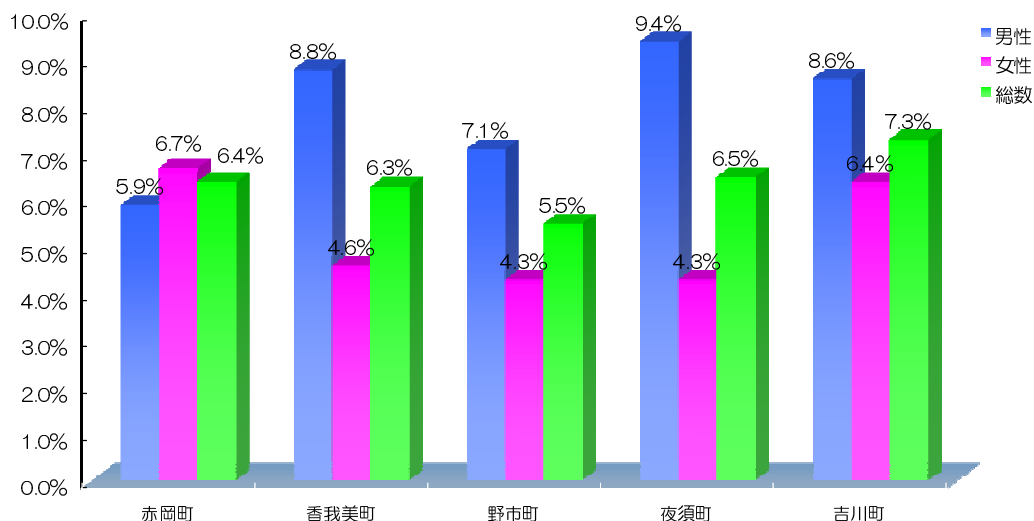


図-5.20 脳血管疾患の有病率（地区別割合）

各地区別に脳血管疾患の有病率をみると、赤岡町以外で男性の有病率が高くなっている。最も高いのが夜須町の男性で、有病率は9.4%、ついで香我美町の男性で8.8%となっている。女性では赤岡町が最も高い割合を示しており、6.7%となっている。

⑬高額医療費の状況

(i) 基礎疾患の割合

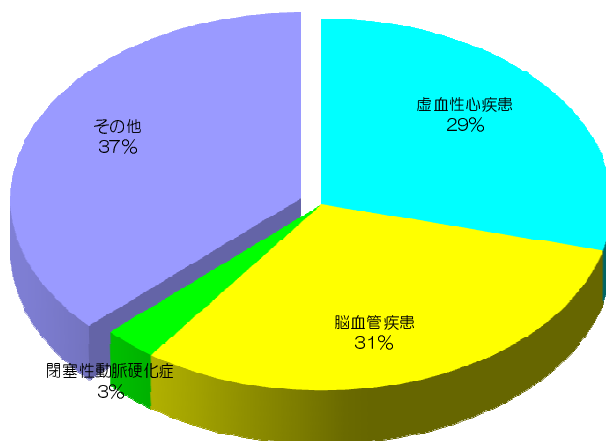


図-5.21 高額医療費に占める基礎疾患の割合

H18年9月分の80万円以上となったレセプト（診療報酬明細書）の基礎疾患をみると、循環器系の疾患とされる虚血性心疾患、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症で63.7%を占めていることがわかる。そのうち心筋梗塞や狭心症、脳卒中が約6割を占めている。

(ii) 高額医療利用者の男女別内訳

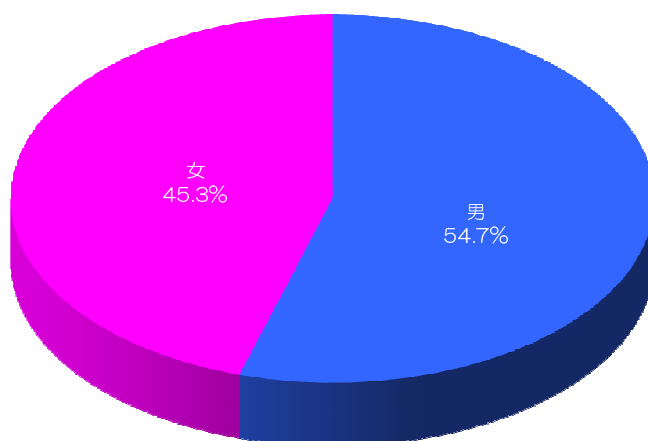


図-5.22 高額医療利用者の男女別内訳割合

次に、80万円以上となった高額医療利用者の男女別内訳をみると、男性が54.7%と女性より若干多くなっている。

(iii) 80 万円以上のレセプト対象者の基礎疾患・合併症の状況

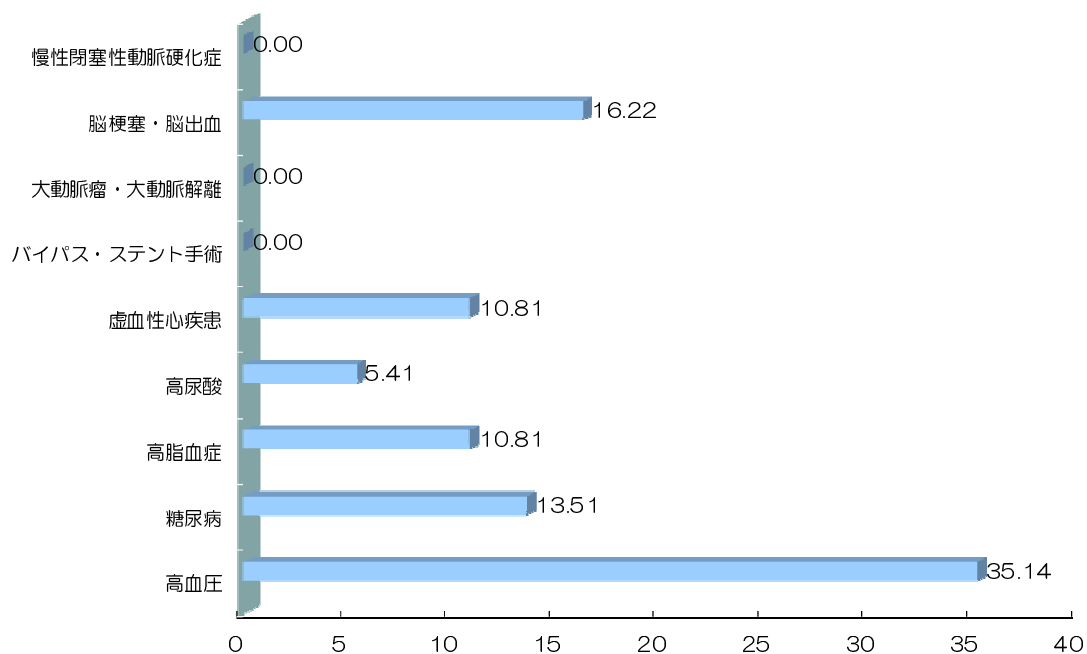


図-5.23 高額レセプト対象者の基礎疾患・合併症の状況（40 歳以上 74 以下）

H18 年 9 月分のレセプトにおいて、1 ヶ月で 80 万円以上の高額医療費のかかった方の疾患をみると、基礎疾患として高血圧がある方が約 35.1%、糖尿病が 13.5%となっている。これらは血管が関係する疾患である。

また、合併症として脳梗塞・脳出血がある割合が約 16.2%、虚血性心疾患がある割合が約 10.8%となっている。

⑭人工透析の状況

(i) 糖尿病性の占める割合

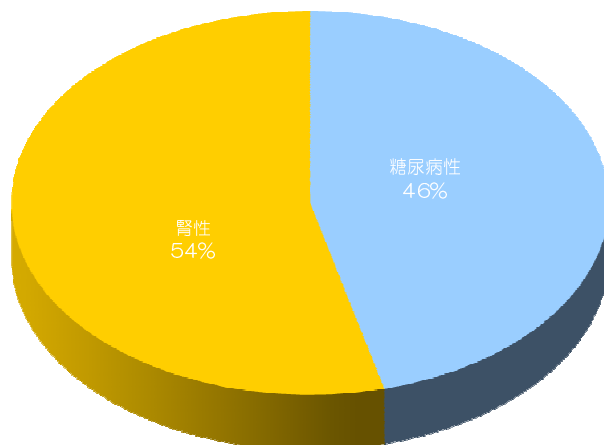


図-5.24 人工透析のうち糖尿病性の占める割合

H18年9月レセプト分で40歳～74歳以下の人工透析者をみると、糖尿病が原因であるものは46%となっている。

(ii) 人工透析者の年齢別数

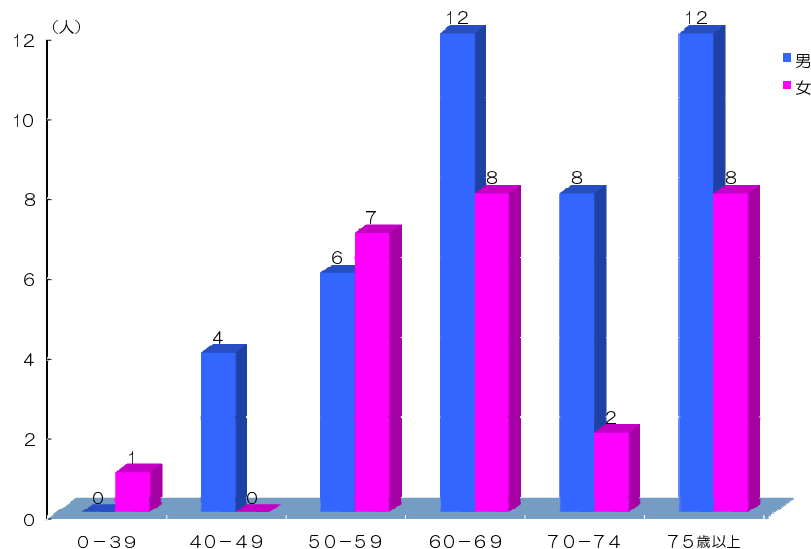


図-5.25 人工透析者の年齢別数

次に、人工透析者の年齢別人数を見れば、人工透析者68名のうち、65歳未満が42.6%になっており、40～50歳代で透析開始になった方も見られることから、若い頃から人工透析にならないような生活習慣の改善が必要であることがわかる。

(iii) 人工透析者の発症割合

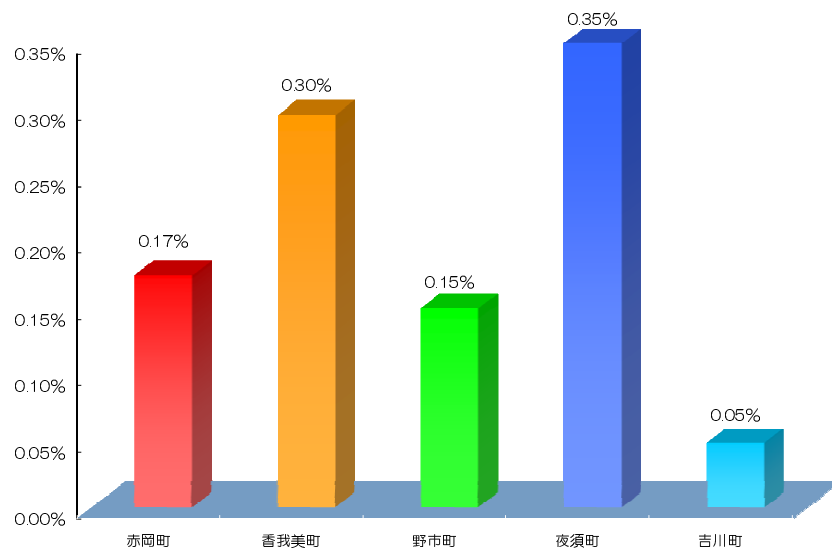


図-5.26 人工透析の発症（地区別割合）

さらに、地区別に人工透析者の発症割合を見ると、最も発症割合が高いのが夜須町、ついで香我美町となっており、地域性を考慮した予防と対策が必要であることがわかる。

⑮長期入院の状況

(i) 疾患別内訳

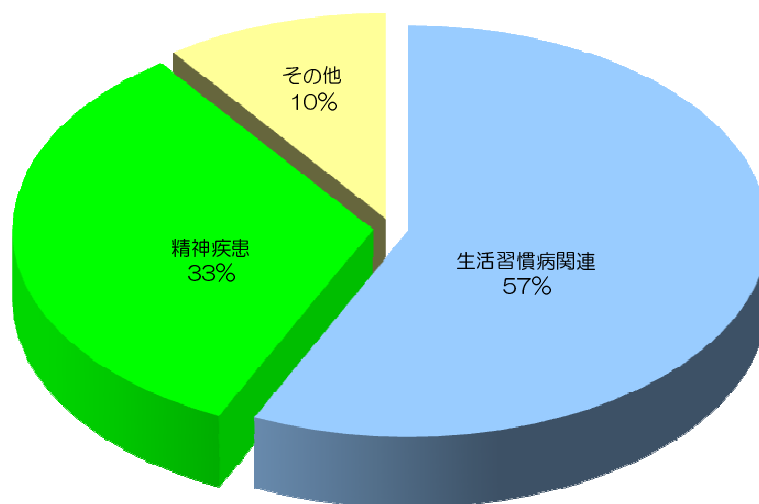


図-5.27 長期入院者の疾患別内訳

6 ヶ月以上の長期入院者の疾患を見ると、生活習慣病関連の疾患の割合が 57%になっており、半数以上を占めていることがわかる。

(ii) 年齢別構成

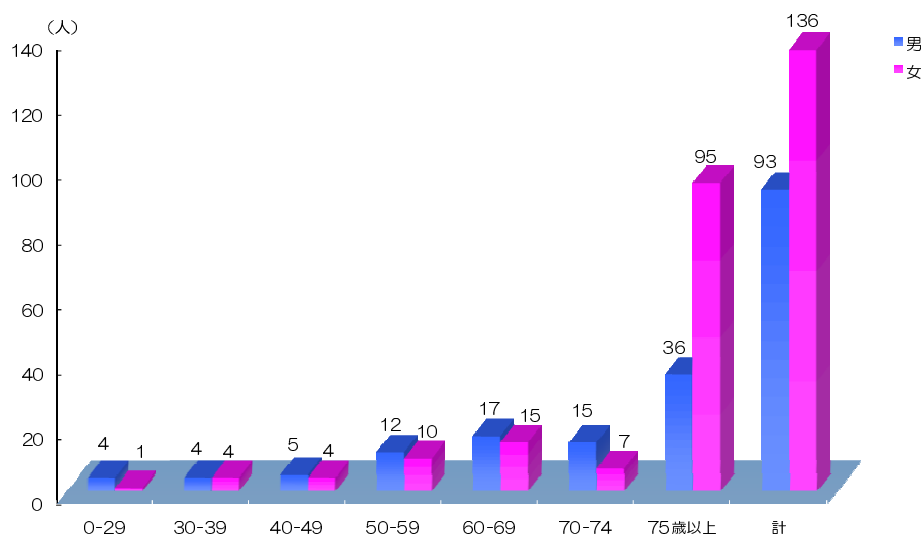


図-5.28 長期入院者の年齢別構成割合

長期入院者の年齢別人数構成では、75歳以上の女性が最も多くなっており、年齢全体における男女別の割合は、全体で229人のうち、男性が93人(40.6%)、女性が136人(59.4%)と長期入院者の約6割を女性が占めていることがわかる。

(2) 医療費が多くかかる疾患状況

①各地区別疾患状況

表-5.3 各地区別の疾患状況 (H17年5月診療データ分より)

地区	入院・通院	1位	2位	3位	4位	5位
香我美町	入院	虚血性心疾患	脳梗塞	骨折	統合失調症	高血圧等
	通院	高血圧等	腎不全	糖尿病	歯周疾患	脳梗塞
	計	高血圧等	虚血性心疾患	腎不全	脳梗塞	骨折
夜須町	入院	脳梗塞	骨折	統合失調症	関節症	脳内出血
	通院	高血圧等	腎不全	歯周疾患	糖尿病	脳梗塞
	計	脳梗塞	骨折	高血圧等	統合失調症	関節症
赤岡町	入院	その他の心疾患	脳梗塞	糖尿病	骨折	その他の悪性新生物
	通院	高血圧等	糖尿病	腎不全	歯周疾患	その他の損傷等
	計	高血圧等	糖尿病	その他の心疾患	脳梗塞	腎不全
野市町	入院	脳梗塞	脳内出血	骨折	統合失調症	高血圧等
	通院	高血圧等	歯周疾患	糖尿病	腎不全	その他の代謝疾患
	計	高血圧等	脳梗塞	糖尿病	骨折	脳内出血
吉川町	入院	統合失調症	精神障害等	胃癌	脳梗塞	糖尿病
	通院	高血圧等	糖尿病	歯周疾患	脳梗塞	乳癌
	計	高血圧等	糖尿病	統合失調症	精神障害等	脳梗塞

生活習慣病から見た疾患状況を分析したところで、次に、国民健康保険財政を圧迫している原因となっている医療費が多くかかる疾患状況について、H17年5月診療分のデータより分析を行う（表-5.3）。生活習慣病の疾患状況には地域の特性が表れることが分析結果よりわかるが、吉川町の入院における統合失調症以外、どの地区においても、入院・通院（外来）において、生活習慣病とされている心疾患や脳梗塞、高血圧が1位となっており、生活習慣病を患うと、治療のために医療費がかかることが見てとれる。

②香南市疾患状況

表-5.4 各地区別の疾患状況（H18年6月診療データ分より）

地区	入院・通院	1位	2位	3位	4位	5位
香南市	入院	脳梗塞	骨折	統合失調症	脳内出血	その他の心疾患
	通院	高血圧等	糖尿病	歯周疾患	腎不全	薬の支持組織の障害
	計	高血圧等	脳梗塞	骨折	糖尿病	統合失調症

次に、香南市全体で見た疾患状況を分析するならば、これも入院・通院（外来）において、脳梗塞、高血圧、糖尿病といった生活習慣病が上位を占めていることがわかる。

③医療費の諸率

(i) 受診率

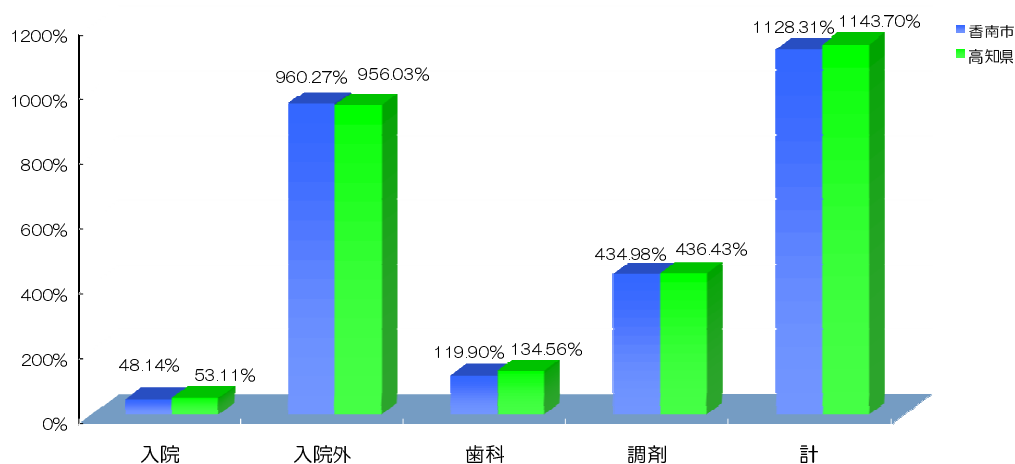


図-5.29 H17年度受診率

H17年度の医療費の諸率を県と比較すると、受診率では入院外が県を上回っている。

(ii) 1件当たり費用額

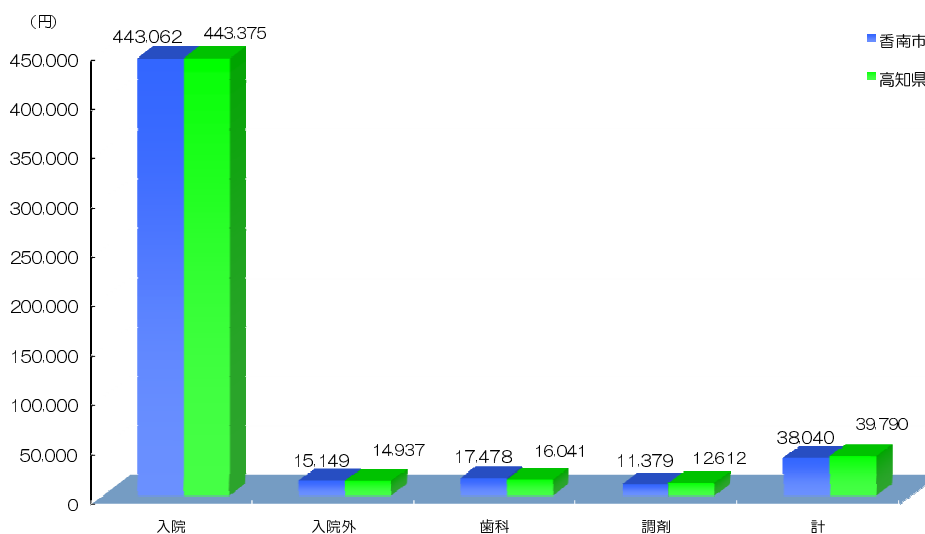


図-5.30 H17年度1件当たり費用額

1件当たりの費用額では、香南市の1件当たり費用額は38,040円で、入院外が15,149円、歯科が17,478円で県を上回っている。

(iii) 1人当たり費用額

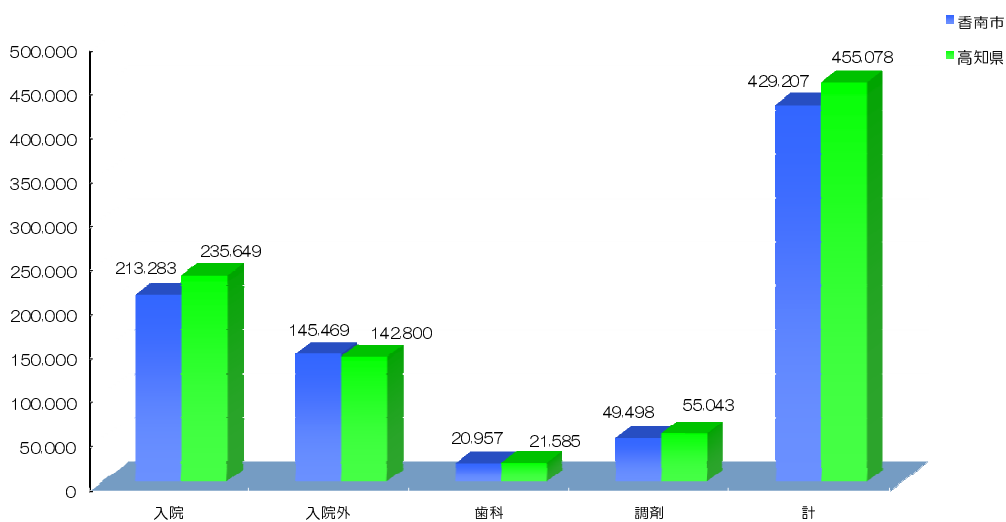


図-5.31 H17年度1人当たり費用額

1人当たり費用額では、香南市の1人当たり費用額は429,207円で、入院外が145,469円で県を上回っている。

5.3.3. 香南市国民健康保険者の基本健康診査に関する分析

それでは生活習慣病に関する疾病構造分析を終えたところで、次に、基本健康診査の受診状況を分析することによって、市が抱える問題と課題を抽出する（図-5.32～5.37）。

①BMI 異常者率

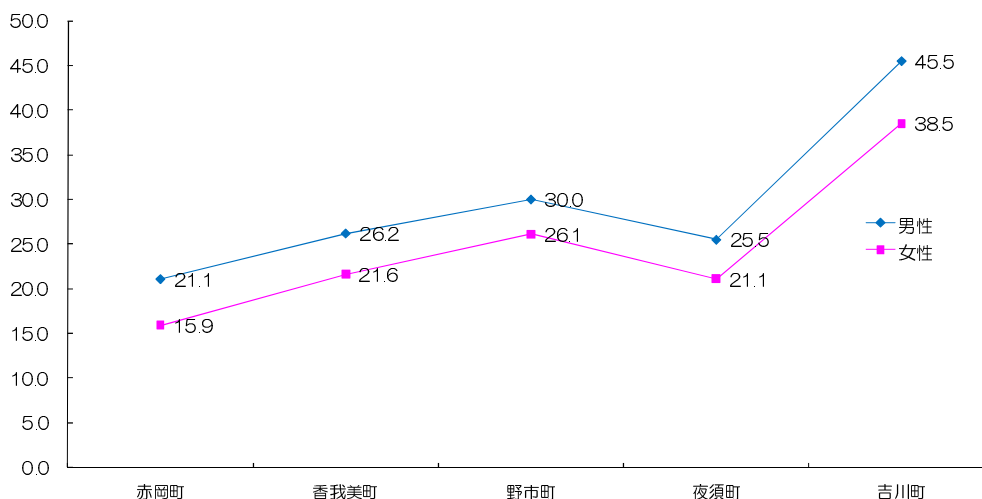


図-5.32 H17 年度基本健診 BMI 異常者率（40-74 歳）

BMI の異常者を見ると、吉川地区で非常に多くなっている。また、すべての地区で女性より男性の異常者の割合が多くなっている。

②血糖値異常者率

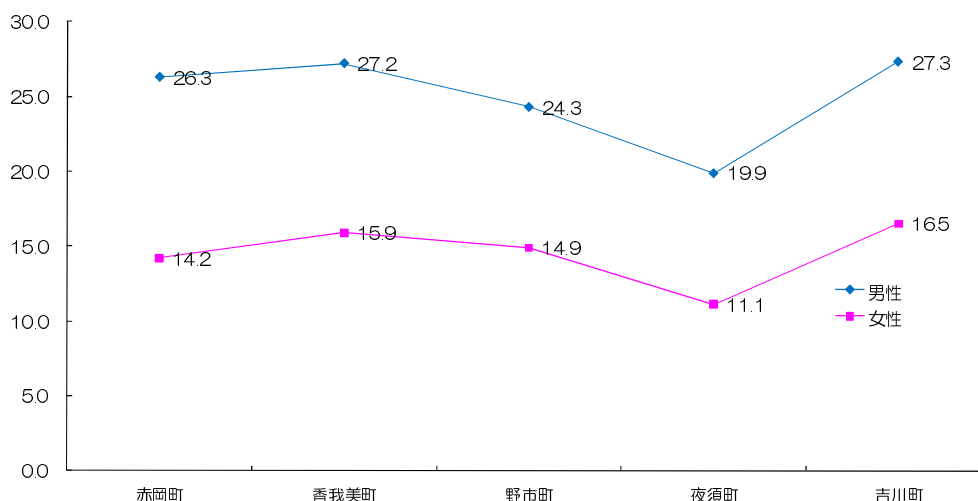


図-5.33 H17 年度基本健診血糖値異常者率（40-74 歳）

血糖値異常者を見ると、すべての地区で男性に異常の割合が多くなっている。また、最も割合が多いのが吉川町の男性で、ついで香我美町となっている。

③脂質異常者率

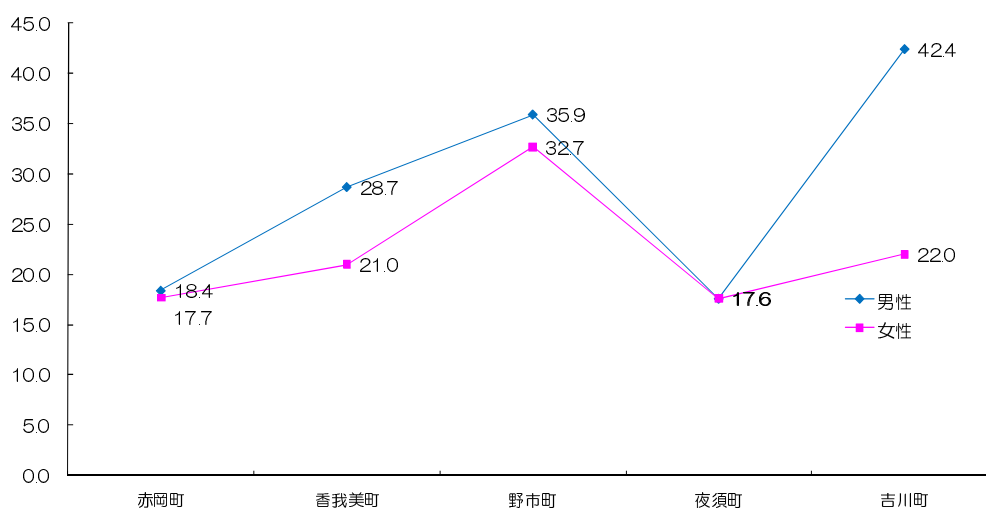


図-5.33 H17年度基本健診脂質異常者率（40-74歳）

脂質異常者の割合が最も多いのは吉川町の男性で 42.4%となっており、ついで多いのが野市町の男性で 35.9%となっている。

④血圧異常者率

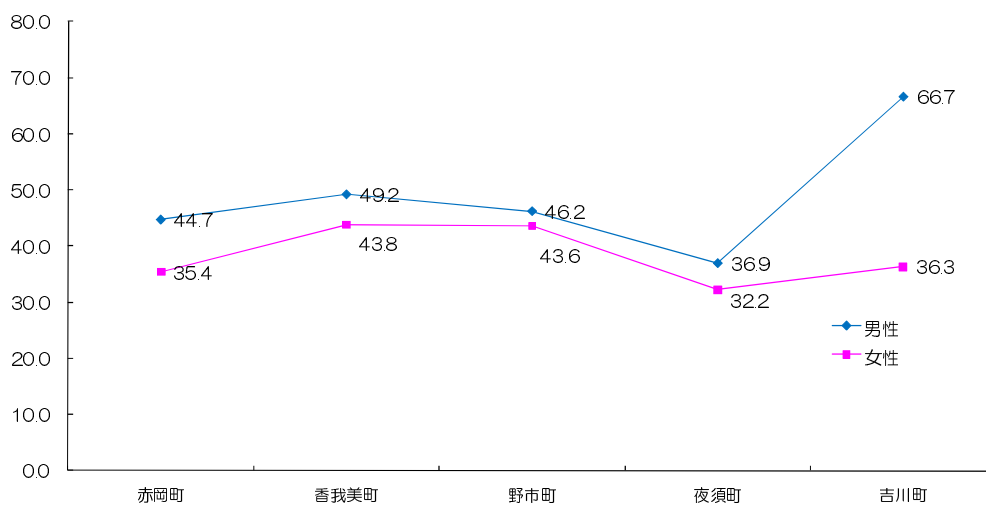


図-5.34 H17年度基本健診血圧異常者率（40-74歳）

すべての地区で男性が女性を上回っているが、特に割合が多いのが吉川町の男性で 6 割を超えている。

⑤ 有所見者割合

(i) 総数

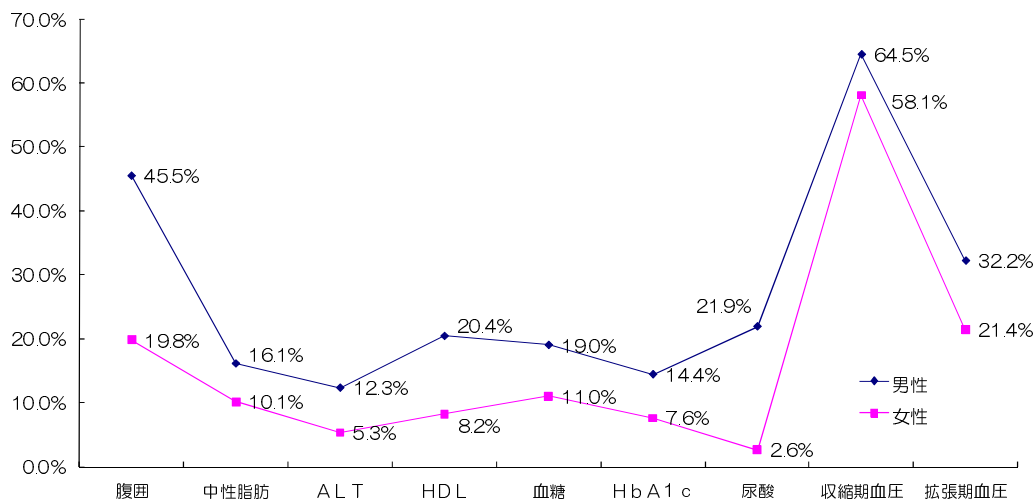


図-5.35 H18 年度基本健診有所見者割合 (総合)

H18 年度の基本健診結果では、収縮期血圧の有所見者割合が最も多く、男性で 64.5%、女性で 58.1%となっている。また、すべての検査項目で男性の有所見者が多くなっている。

(ii) 男性

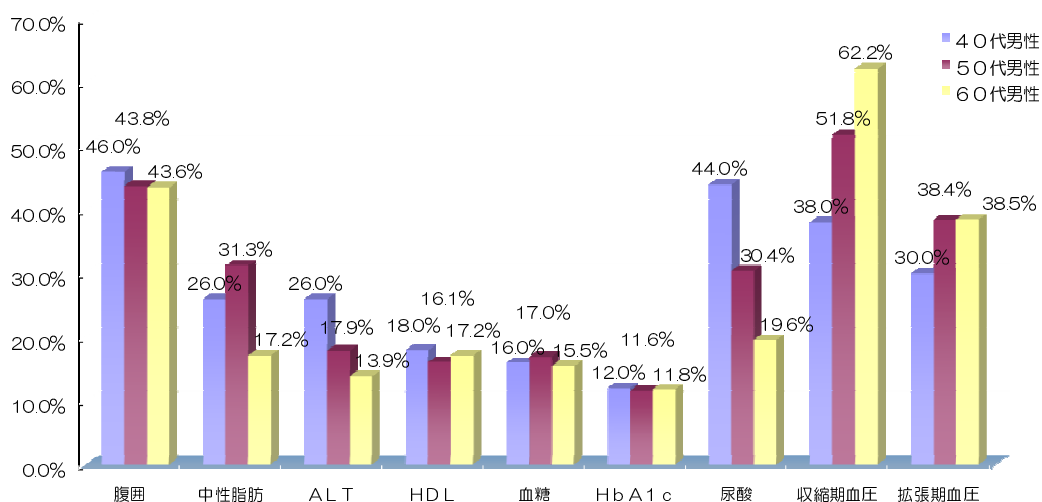


図-5.36 H18 年度基本健診有所見者割合 (男性)

男性の H18 年度基本健診結果をみると、収縮期血圧は年代とともに有所見者割合が多くなっている。また、40 歳代で尿酸値の有所見者割合が 40%を超えている。

(iii) 女性

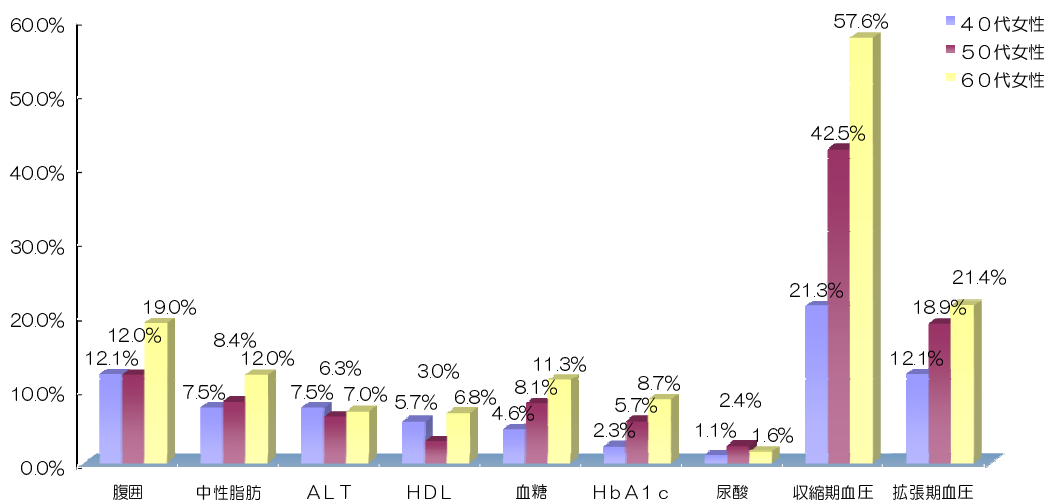


図-5.37 H18年度基本健診有所見者割合（女性）

女性のH18年度の基本健診結果をみると、収縮期血圧の有所見者割合が年代とともに多くなっている。60歳代有所見者割合では6割を超えている。

5.3.4. 香南市の介護保険要介護認定に関する分析

特定健康診査等実施計画の実施対象となる年齢が40以上74歳以下である被保険者ということを考えるならば、2000年4月に施行された公的介護保険制度の被保険者でもある65歳以上の高齢者の介護保険認定の原因疾患も分析しておく必要がある。なぜなら、介護保険要介護（要支援）認定者の中には、その認定の根拠として、脳血管疾患や、心臓病、さらには糖尿病などの生活習慣病に起因する疾患により、認定を受け、居宅介護サービスや施設介護サービスを利用している者が多く存在するからである。

よって、以下においては、要介護（要支援）認定者数、及び要介護認定者が要介護（要支援）認定を受ける原因ともなっている疾患の割合について分析を行う（図-5.38～5.39）。

① 要介護（要支援）認定者数

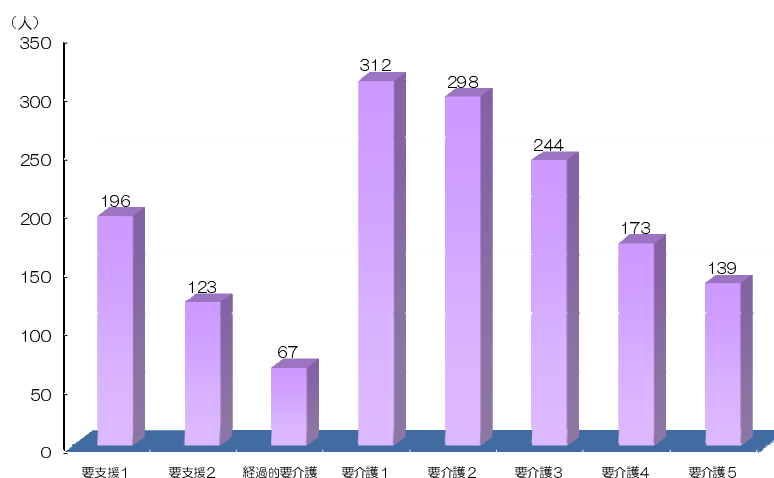


図-5.38 要介護（要支援）認定者数（H19年4月末現在）

H19年4月末時点で香南市の要介護（要支援）認定者数は1,552名で、高齢者人口に占める認定率は17.7%となっている。認定状況の内容では、要介護1が最も多く、認定者全体の20.1%を占めている。

② 介護保険認定疾患の割合

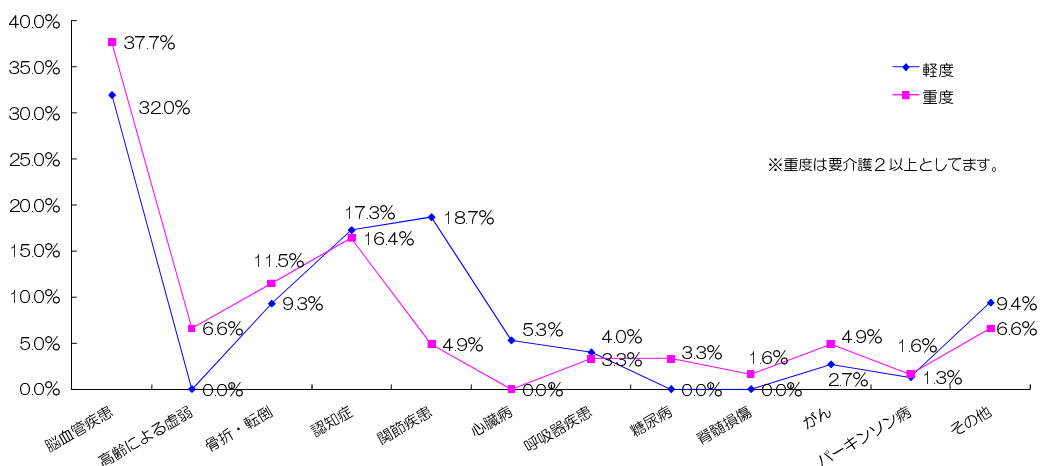


図-5.39 介護保険認定原因疾患の割合

H18年11月から19年4月末までの過去6ヶ月の介護保険認定者136名の原因疾患をみると、軽度・重度とも最も多いのが脳血管疾患となっている。次いで多いのが軽度では関節疾患、重度では認知症となっている。認定数の抑制や重度化移行には脳血管疾患の発症予防対策が必要だと思われる。

5.3.5. 香南市における死亡統計に関する分析

次に、香南市における死亡統計に関する分析を行い、死亡の主な原因とされる疾患について把握する（図-5.40～5.45）。

① 香南市の死因分類

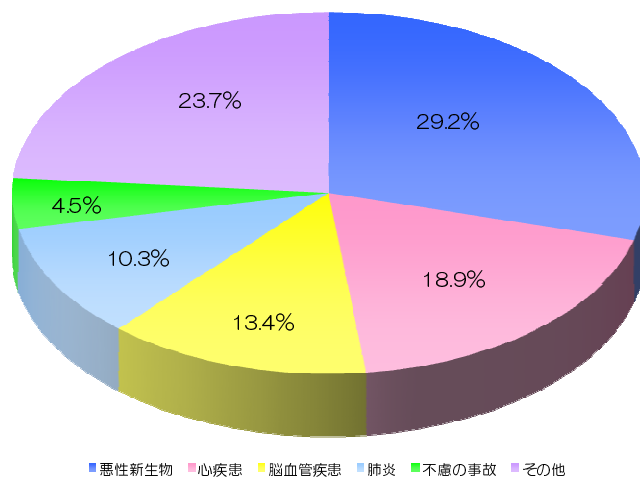


図-5.40 H17年香南市の死因分類

H17年の香南市の死因分類では、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患で約6割を占めている。

② 香南市の早世死亡死因分類

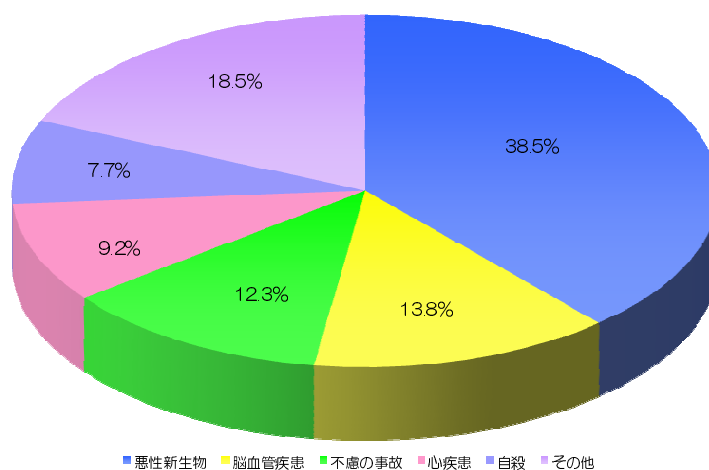


図-5.41 H17年香南市の早世死亡死因分類

65歳以下の早世死亡をみると、悪性新生物の割合が約4割近くを占めており、不慮の事故や自殺の割合も多くなっている。

③ 3大疾患（がん、心疾患、脳血管疾患）による死亡

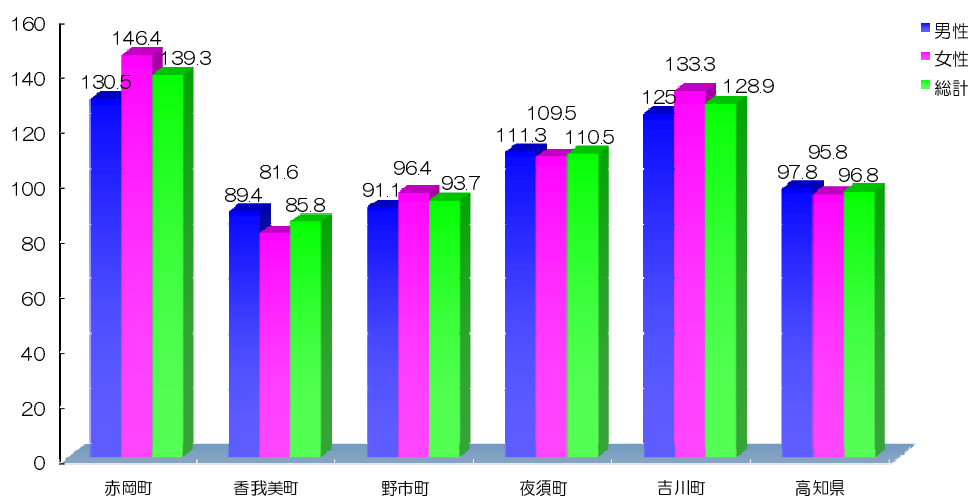


図-5.42 3大疾患（がん、心疾患、脳血管疾患）による死亡（1994年から2003年）

H6年からH15年の標準化死亡比（※1）をみると、赤岡町・夜須町・吉川町で男女とも全国を上回っている。高い地区では、がんも含めた生活習慣病の対策が課題である。

※1：標準死亡比（SMR）・・・その年の年齢階級別人口を使用して、全国平均の基準値を100とした場合の比として算出したもの。

④ 人口10万対死亡率（全死因）

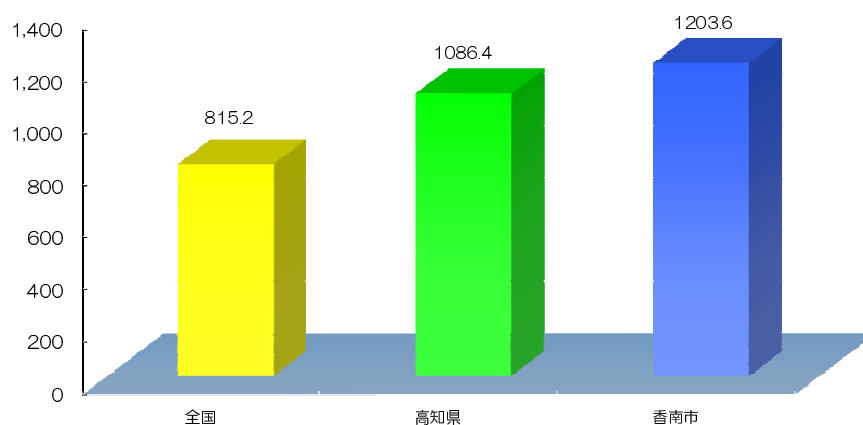


図-5.43 人口10万対死亡率（全死因）

全死因の人口10万対死亡率をみると、香南市は全国や高知県に比較して高くなっている。

⑤ 3大疾患人口10万対死亡率

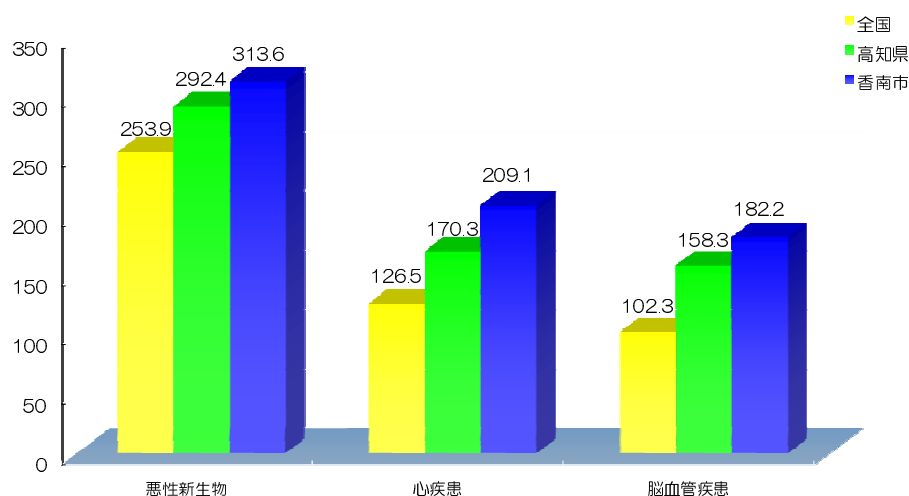


図-5.44 3大疾患人口10万対死亡率

2004年（H16年）の人口10万対死亡率を全国や高知県に比べて高くなっている。3大疾患の中では悪性新生物が最も高くなっている。

⑥ 人口10万対死亡率（各疾患別）

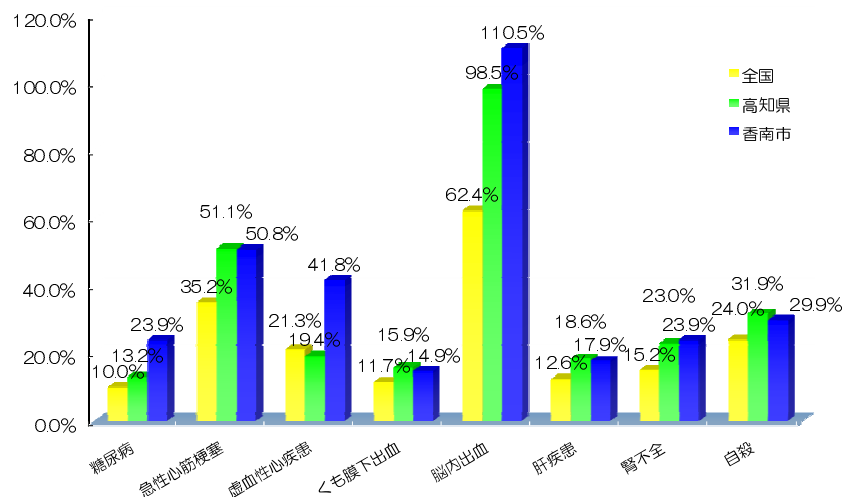


図-5.45 人口10万対死亡率（各疾患別）

2004年（H16年）の各疾患別の人口10万対死亡率を全国や高知県と比較すると、糖尿病や虚血性心疾患において顕著に高くなっている。脳内出血も全国と比較すると高いが、高知県全体で脳内出血の死亡率は高い状況である。虚血性心疾患は高知県下で7位、糖尿病は高知県下で8位となっている。

5.3.6. 香南市における健康寿命と平均寿命に関する分析

次に、香南市における健康寿命と平均寿命についても分析する（図-5.46～5.47）。健康寿命とは、日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間のことであり、WHO が 2000 年に公表した言葉である。

① 香南市の健康寿命

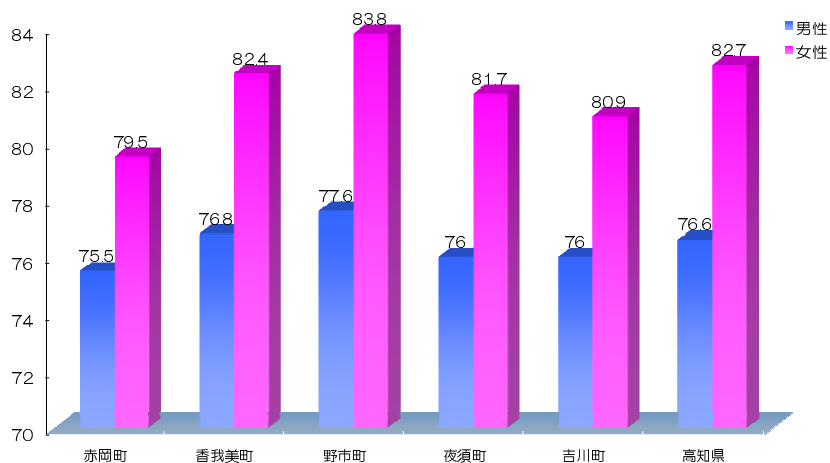


図-5.46 香南市の健康寿命（H15 年度データより）

男性の各地区別の健康寿命をみると、最も長いのは野市町で 77.6 歳となっている。また一方、最も低いのは赤岡町で 75.5 歳となっている。

また、女性の各地区別の健康寿命をみると、最も長いのは野市町で 83.8 歳、最も短いのは赤岡町の 79.5 歳となっている。

② 香南市の平均寿命

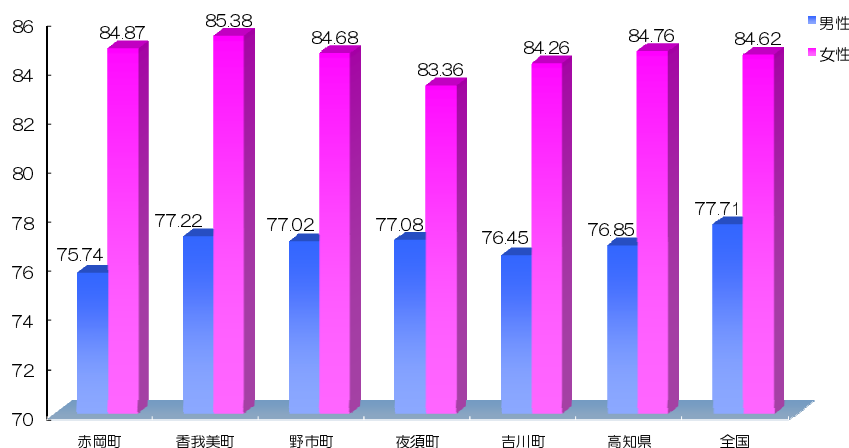


図-5.47 香南市の平均寿命（H12 年度データより）

厚生労働省が公表しているデータによれば、我が国の平均寿命は、H12 年簡易生命表によると、男性が 77.64 歳、女性が 84.62 歳となっており、前年と比較して男性は 0.54 年、女性は 0.63 年上回っている。また、各年齢の平均余命についても、前年に比べ、男女とも全年齢で上回っている。また、平均寿命の差は、6.98 年で前年より 0.09 年拡大している¹⁰⁾。

香南市においては、各地区別男性の平均寿命をみると、全国に比較して、すべての地区で短くなっている。最も短いのは赤岡町で 75.74 歳となっている。また、各地区別女性の平均寿命をみると最も長いのは香我美町の 85.38 歳で、最も短いのは夜須町の 83.36 歳となっている。こうしたことから、香南市においては、なんらかの疾患にかかる率が全国的に見て高いことが言える。

5.3.7. 香南市国民健康保険者の医療費に関する分析

さて、これまで生活習慣病に関する分析、基本健康診査に関する分析、介護保険要介護（要支援）認定に関する分析、死亡統計による分析、そして、健康寿命と平均寿命について分析を重ねてきた。そこで、この節においては、香南市の国民健康保険者の医療費に関する分析を行うことによって、どの地区、どの年齢層の医療費が多くかかっているのかを把握し、予防と対策が必要とされる階層を特定する（図-5.48～5.50）。

① 一人あたり国保医療費

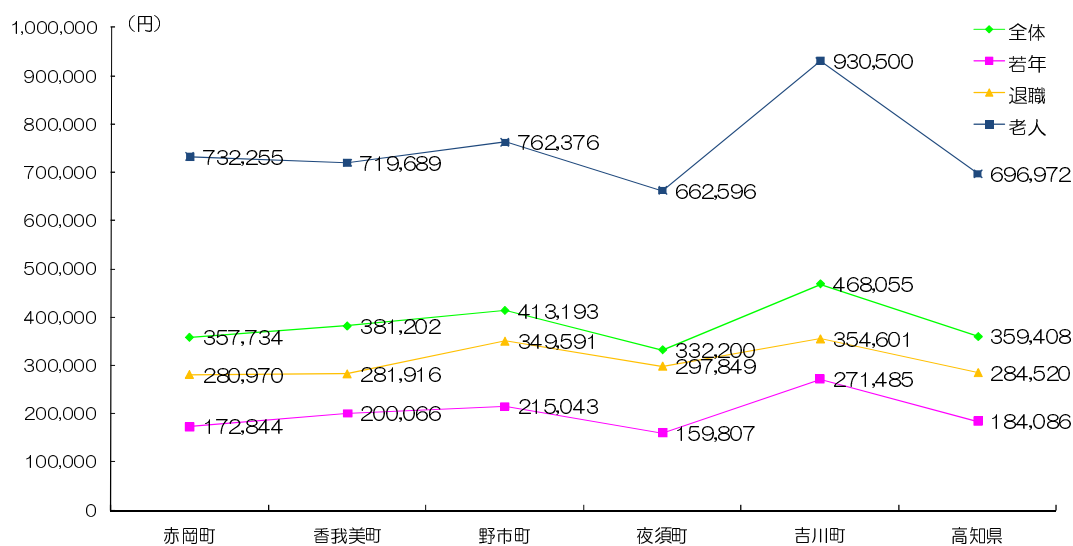


図-5.48 一人あたり国保医療費（H16 年度データより）

H16 年の各地区別 1 人あたりの国保医療費をみると、若年・退職・老人のどの区分でも吉川町が高くなっている。特に老人にかかる医療費が高く、高知県が 1 人あたり 696,972 円であるのに対して、吉川町では 930,500 円となっている。

② 年齢階層別医療費（費用額）

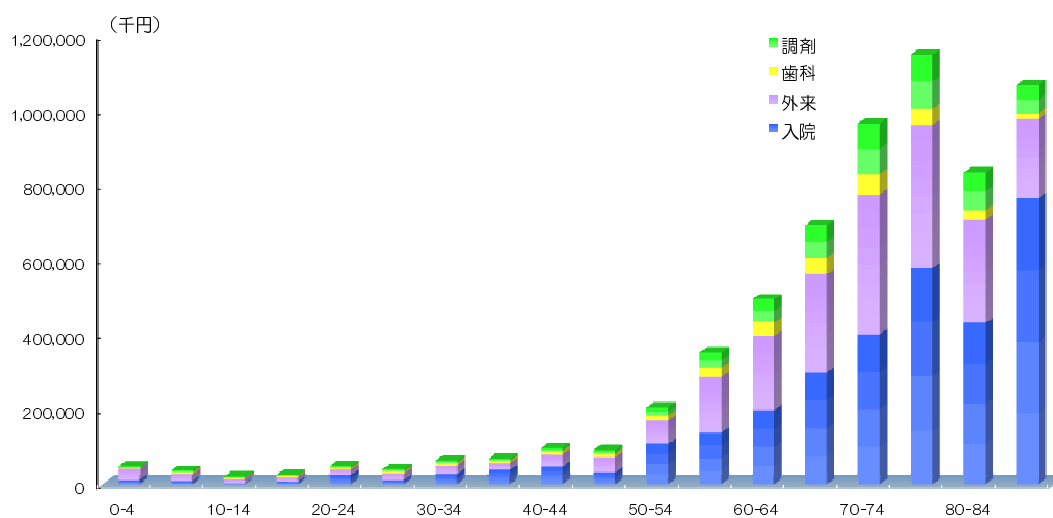


図-5.49 年齢階層別医療費（医療費）

年齢階層別に医療費をみると、65歳以上の高齢者に多くかかっている。特に年齢階層が上昇するのにもない、入院に占める医療費の割合も多くなっている。

③ 医療費の診療報酬明細書別内訳

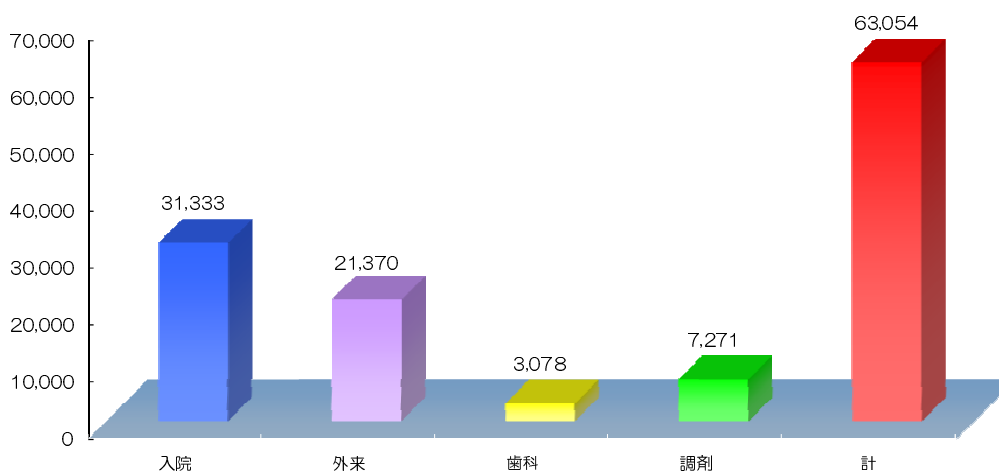


図-5.50 香南市の診療報酬明細書別費用（H17年度）

H17年度の香南市の医療費用額は、合計63億円かかっている。そのうち、約半分を入院にかかる医療費で占めている。

5.3.8. 香南市国民健康保険者の健診受診状況

最後に、国保被保険者数に対する年代別受診者数について分析を行う（図-5.51）。



※健診受診者数（H19年3月末時点）、国保被保険者数（H18年10月1日時点）、総人口（H18年10月1日時点）

図-5.51 被保険者数及び健診受診者のピラミッド

本章の香南市における現状においては、香南市の受診率について触れたが、表記図-5.51からも明らかなように、国保被保険者数に占める健診受診者数は、男性より女性の方が高いものの、全体的に低い傾向にある。中でも65～74歳の層より、40～64歳の層は、前者のグループより国保被保険者数が多いにもかかわらず、健診の受診率が低いことがわかる。また、40～64歳の階層においては、性別間の国保被保険者数に若干差はあるものの、男性の健診受診者数は、女性のそれと比較して約半数にしか過ぎない。

こうした結果から、例えば、比較的“若い世代の男性”に健診受診の勧奨を積極的に行うなど、具体的な施策・事業の企画・立案が必要であることも読み取れる。よって、以下の節では、これまでの分析結果や課題を踏まえ、具体的に計画を策定する方法を述べる。

5.4. 特定健康診査等実施計画策定における政策ロジックモデルの構築

さて、これまで、特定健康診査等実施計画の策定に際して、まず、政策・経営ビジョンを明確に設定する必要があることから、各関連部署が図-5.8 現状把握と課題の抽出にあるようにそれぞれの管轄範囲の分析を行った。

そこで、次にこうした現状把握を踏まえ、過去に市民に対して香南市が実施した基本健

診結果時のニーズ調査を基に、健診受診の動機や未受診の理由を分析すると同時に、各関連部署のデータをそれぞれ共通の情報として扱うために、現状で問題となっている地域の課題や疾病構造等を把握した。この課題の把握や地域の特性を認識し確認するために今回採用した方法が、以下の節で述べる“問題構造化”の手法である（図-5.52）。

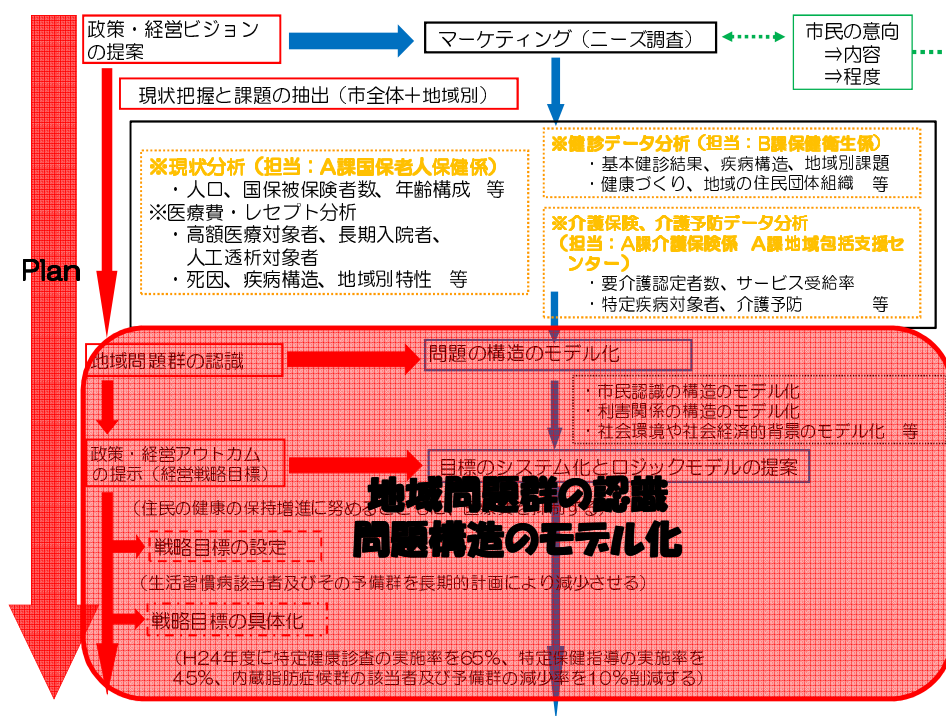


図-5.52 Plan：地域問題群の認識及び問題構造化のモデル化

それでは以下に、問題構造化を行うプロセスについて述べるが、まずここで再度、本研究の目的と、計画策定の経緯について概説する。

平成19年度まで老人保健法により、市町村の保健衛生部門において行われてきた基本健診と保健指導は、平成20年4月以降、医療保険者に義務化された。この抜本的な医療制度改革の背景には、少子高齢化社会の到来に加え、基本健診における受診率の低さばかりでなく、高血圧・高脂血症・糖尿病などに代表される生活習慣病有病者及びその予備軍の増加や（中でも内臓脂肪型肥満によって、様々な病気が引き起こされやすくなったメタボリックシンドロームの予備軍・有病者）、さらには年々高騰し続ける医療費などの諸要因が挙げられる。こうした社会的背景や要因に対処するべく、医療保険者である市町村国民健康保険は、“特定健康診査等実施計画”を策定し、健診の受診者・未受診者に対する支援方法、受診率・医療費等の具体的な数値目標を提示・設定する必要がある。

こうした特定健康診査に関する計画の策定に関し、厚生労働省では、国民健康保険の医療保険者である市町村に対し、以下の数値目標を最低限度の達成基準と課しており、この数値目標に関し、平成25年からの後期高齢者支援金の加算・減算を行う対策を打ち出している。

1. 特定健康診査の実施率を平成24年度までに65%
2. 特定保健指導の実施率を平成24年度までに45%

3. 内臓脂肪型症候群の有病者及び予備軍を平成 27 年度までに、平成 20 年度比で 25%減少
 しかし、市町村国保における特定健康診査の実施率は、全国的にみても、また市町村別にみても到底、厚生労働省が掲げた数値目標までには及ばず、平成 21 年 3 月 25 日現在では、高知県下でも 1 の特定健康診査実施率に関する目標数値を達成できている自治体は 34 市町村の内、唯一、梶原町しか存在しない (図-5.53)。また、この特定健康診査の受診率に関し、計画における平成 20 年度の目標値との差を見るならば、設定した数値目標を達成できた市町村は、室戸市を含め全部で 9 市町村であった (図-5.54)。

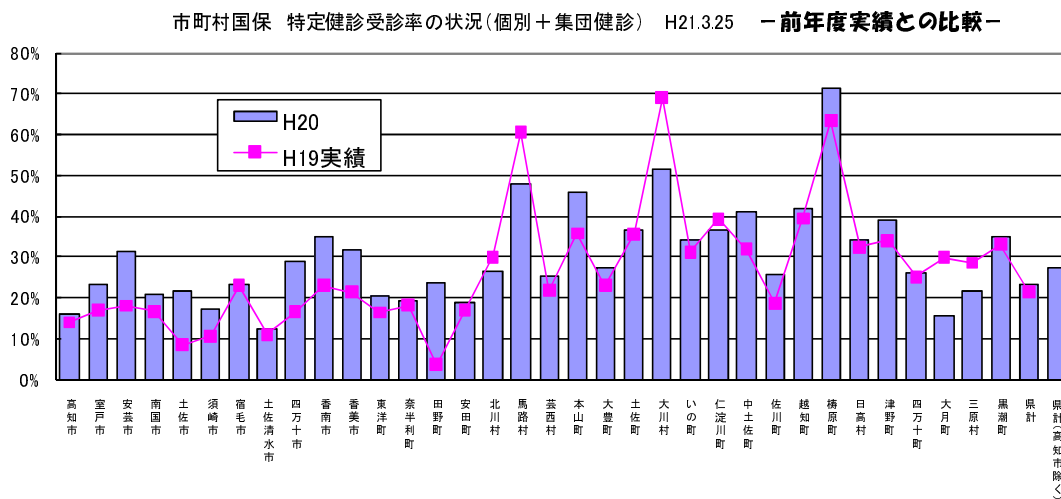


図-5.53 市町村国保 特定健診受診率の状況 (個別+集団健診) H21.3.25
 -前年度実績との比較-

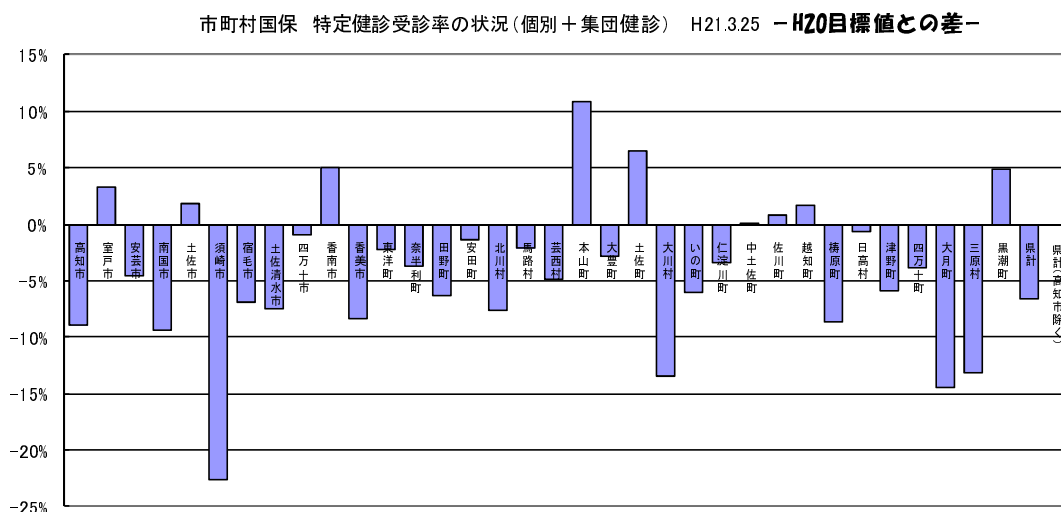


図-5.54 市町村国保 特定健診受診率の状況 (個別+集団健診) H21.3.25
 -H20年度目標値との差-

こうした原因の背景には、自治体が展開する施策や事業の在り方に加え、国民健康保険に加入している被保険者 (市民) 自身の健診や保健指導に対する意識が非常に低い事が大きな原因であ

ると考えられる。

このような背景から、市民の健康増進と保持に努めることに加え、生活習慣病にかかることによる医療費の支出や生活の利便性への不安等を軽減するべく、自治体は効率的かつ効果的な施策と事業を選択して実行していく必要がある。

本研究では、これまでに自治体が独自に行ってきた健診に関するアンケート調査等に基づき、市町村において健診の受診率が向上しない問題を構造化するとともに、構造化された問題の中の“意識構造の論理部分”を抽出することで、国民健康保険に加入している40歳以上74歳以下の被保険者が健診を受けに来ない（未受診）意思決定を行う意識構造のロジックモデルを関係する各要因による階層モデルとして仮定した。

さらに、意識構造のロジックモデルを構成する各要因を最終的に定量的な関係式でつなぎ、受診率を設定するために、第一段階として高知県香美市で国民健康保険に加入している40歳以上74歳以下の被保険者を対象とするアンケート調査を行った。本研究においては、このアンケート調査の結果から、意識構造のロジックモデルを構成する各要因の階層関係を目的変数および説明変数とするとともに、関係する要素・属性・環境などを除いた重回帰分析等を行うことで、ロジックモデルの意識構造の階層毎の関数モデルを将来的に構築することとする。また、ここで得られる関数化された意識構造のロジックモデルは、市民の意思決定に係る構造を示すことになるが、アンケート調査で得られた個々の被保険者の属性・環境に基づく特定健康診査の受診に対する意識を定量的に示すことになる。

この調査報告後、構築する受診意欲の定量的な関係式と意識構造のロジックモデルは、政策立案者が複数の施策・対策を組み合わせた“政策セット”を、実績データと照らし合わせて評価することを可能にするとともに、最適な施策の組み合わせの導出の支援をも可能にする。特に、厚生労働省が全国一律の政策を展開するのではなく、市民の属性や環境が大きく異なる市町村が独自の政策展開を行うことも可能にすることで、効果的な政策を効率的に実施することが期待される。

よって、本研究においては、自治体における政策・施策の企画・立案に関し、適切なPDCAサイクルに基づくマネジメントシステムの構築と、このマネジメントサイクルに基づく、問題構造化手法からロジックモデルの構築に関するプロセスと方法論が、自治体が抱える問題を発見し、その問題を解決するためのモデルと成り得ることを検証し、その検証結果等を以下で述べるものである。

5.4.1 問題構造化手法による現象の構造分析

5.4.1.1. 問題構造化手法

まず、特定健康診査等実施計画の策定にあたり、医療費が高騰し続けている、そしてそのために医療保険者の財政が危機的状況に陥っている、あるいは脳梗塞や虚血性心疾患といった重度の生活主観病を患うことによって死に至る者が多いという社会現象の仕組みを理解することから始める（図-5.55）。そこで、最終的に医療費を抑制（削減）することを計画の長期的アウトカムとして設定し、その現象の中で発生しているパターン、トレンドを次に把握することにする。

こうした現象が発生するパターンやトレンドを分析するならば、脳梗塞や虚血性心疾患、閉塞性動脈硬化症といった、重度の生活習慣病へと症状が進行する前の高血圧や糖尿病をこれまでの日常生活の悪習慣から患う者が比較的若い年代層から多くなってきている、つまり、生活習慣病の有病者や予備軍が多いという傾向がわかる。よって、次に、このパターン、トレンドを発生させている問題構造に着目する必要がある。この場合のパターン、トレンドを発生させている問題は、市の集団健診や人間ドックを含む医療機関等での健診を受診しないために、生活習慣病が早期に発見されず、気付いたときには、症状が悪化しているなど、日頃の生活習慣の悪さや健診未受診者が非常に多いことにある。よって、このように医療費が高騰する社会現象から、下位の問題構造へとシステムの解像度をミクロ的視点まで絞り込み、この問題を根本的に発生させている階層レベルにおいて、問題構造化の作業を行うことからスタートしなければならない。

さて、それでは以下に、計画策定のための問題構造化手法を述べる。最初に、本計画の策定に実際に従事している香南市市民保険課国民健康保険係担当の保健師と同課同係事務職職員に作業をお願いし、彼（彼女）らが日常の業務や実務経験から認識している問題点、課題、そしてそこから発生する目標を思いっただけ書き出してもらった。この作業においては、書き出しの要領、ルールとして、感じたこと、思ったこと、肌で経験してきたこと、知識としてこれまでに業務を通して身につけてきたことを自己回顧しながら、問題の構造化に対する予備知識なしで行っていただいた。この状態での作業は、第4章の行政経営システムの構築手法で述べたが、問題の構造を把握し、理解するというより、構造化の前の問題・課題の洗い出しといった方が適当であるため、

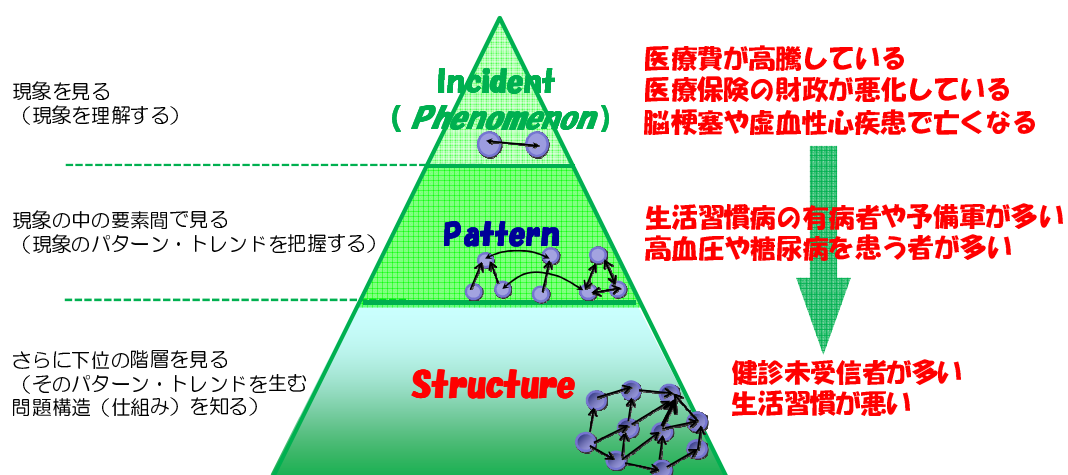
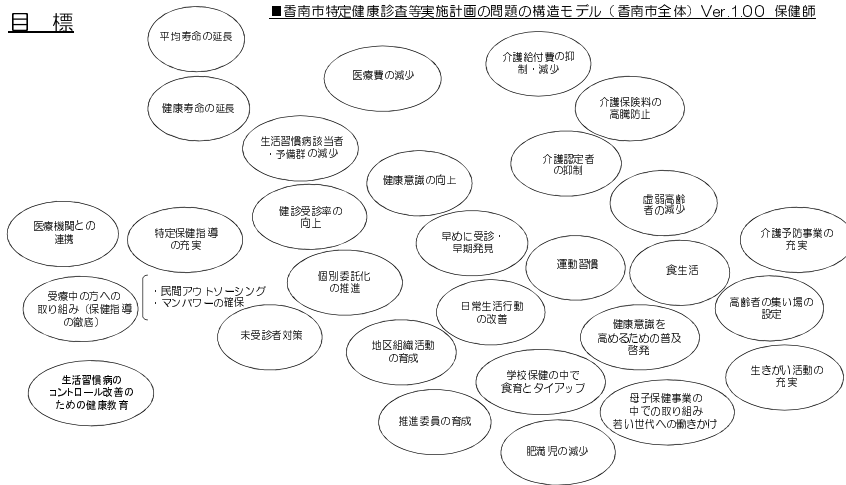


図-5.55 特定健康診査等実施計画のシステム解像度

目標

■香南市特定健康診査等実施計画の問題の構造モデル（香南市全体）Ver.1.00 保健師



課題

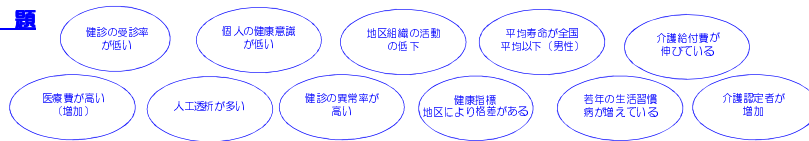
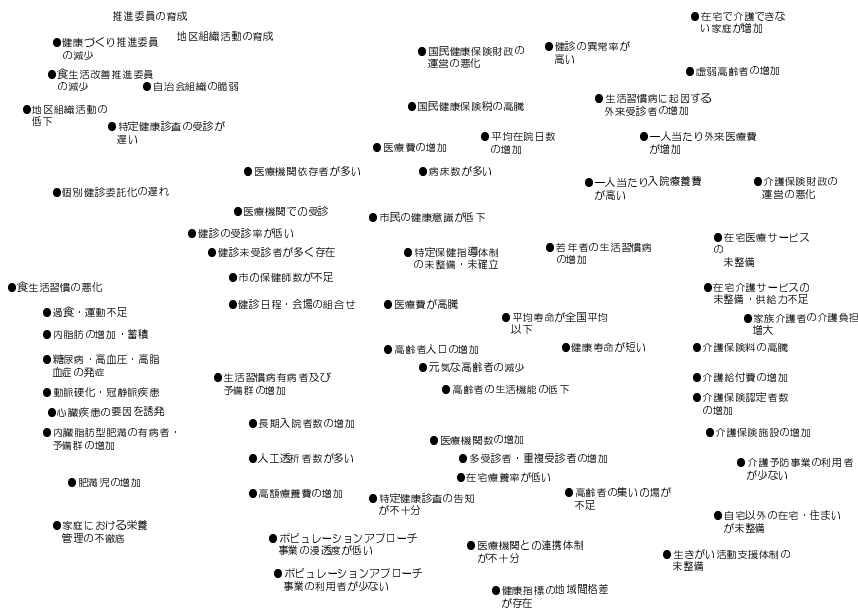


図-5.56 問題の列挙化



■香南市特定健康診査等実施計画の問題の構造モデル（香南市全体）Ver.1.01

図-5.57 問題の列挙化 2

“問題の列挙化”と呼ぶ。

この作業の際、香南市一般事務職職員及び保健師においては、計画策定時にこうした問題の構想化をマップ上に配置し工学的な手法で課題と目標を考えるという手法をこれまで扱ってきた経験がないため、課題や目標の各項目の中に目標達成のための手段が含まれているばかりでなく、項目の優先順位や属性がランダムに配置された形状になっている（図-5.56）。

また、この状態では、ランダムに配置された目標や課題が混在しているため、問題点や課題がどのようなプロセスで発生しているか、またどのような因果関係で繋がっているのか、計画立案者は

■香南市特定健康診査等実施計画 問題の構造モデル
(香南市全体 Ver 1.02)

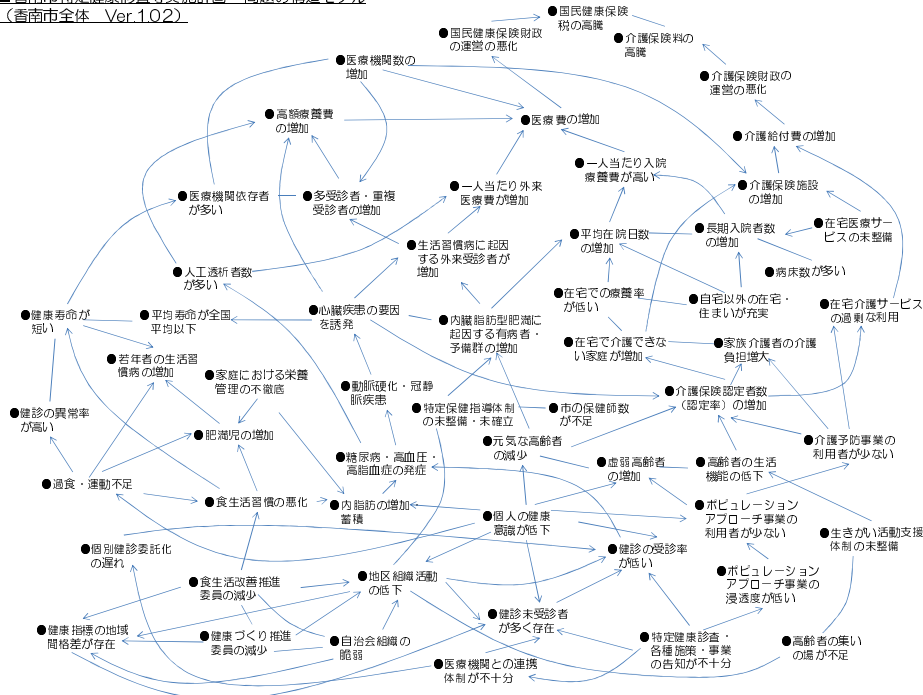


図-5.58 問題の列挙化の直感的交通整理

ともかくステークホルダー間においてもその構造を理解しがたい。

よって、この問題の列挙化を因果関係に基づき体系的に交通整理し、問題が発生するメカニズムの軌跡を辿り明確にする必要性が生じる。この、人々が問題と認識している事象の列挙から因果関係に基づき各要素間の関係を論理的に整理したものが“問題構造化”であるが、その前に図-5.56 からさらに、図-5.57 のように問題要因を考えつだけ追加し、その図-5.57 を直感的に交通整理した図-5.58 の状態から各要素間の関係を確認する必要がある。

この作業も本計画策定に従事している香南市職員に実際に行ってもらったが、各問題の記述形式（表現方法等）が統一されておらず、加えて因果関係に基づき問題構造化を把握していく分析をした経験がないため、構造化の作業に長時間を費やす結果となった。これまで彼（彼女）等が日常業務を遂行する上で、問題が発生する因果関係を構造化として描く必要性がなかったこともその原因といえよう。

次に、図-5.58 の状態ではまだ、認識レベルや解釈の仕方が異なるステークホルダー間で問題がどのように順序立てて発生しているか、どこに本計画の問題の根本が存在しているのか理解し難いレベルのものであるため、さらにこの因果関係の連鎖を明確に社会的構造背景や地域の課題に照らし忠実に交通整理していく必要がある。この時、列挙化から、問題構造化へとプロセスを経る段階で、問題構造化の記述方法としてステークホルダー間の誰が見ても最終的に合意できる、理解できる状態にするため、“問題を社会一般的な記述形式”で表現することが重要となる。

よって、この段階で、ステークホルダー間の問題構造化の情報共有、認知の共有を再度図る必要性が生じる。そこで、図-5.58 から、さらに各自がそれぞれ問題の構造化を因果関係に基づき再度交通整理しなければならない。この作業においては、今回は、本事業計画策定に従事する代表職員数名に問題構造化の作業をしてもらい、新たに思いついた問題、誤っていると認識した問題を

加除していただいた。本論文においては、紙面の都合上、3名分の問題の構造化を掲載する。やはりこの交通整理の作業においても、実際に作業を行った職員から、最初は難しい、わからない、因果関係で追えない、記述方法がわからない等といったご意見をいただいた。この作業においても前作業プロセスと同じく時間を要した。



図-5.59 問題構造化作業の実例

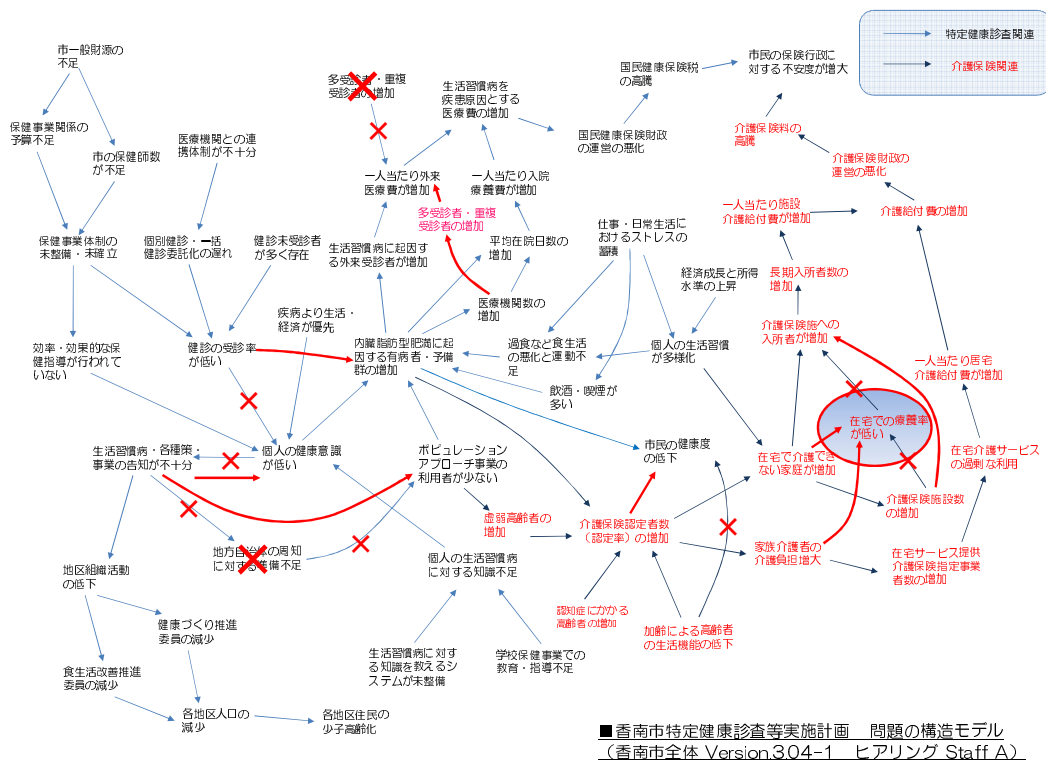


図-5.60 A 国民健康保険事務職の問題構造化

■香南市特定健康診査等実施計画 問題の構造モデル
 (香南市全体 Version 6.01 Y保健師ヒアリングより)

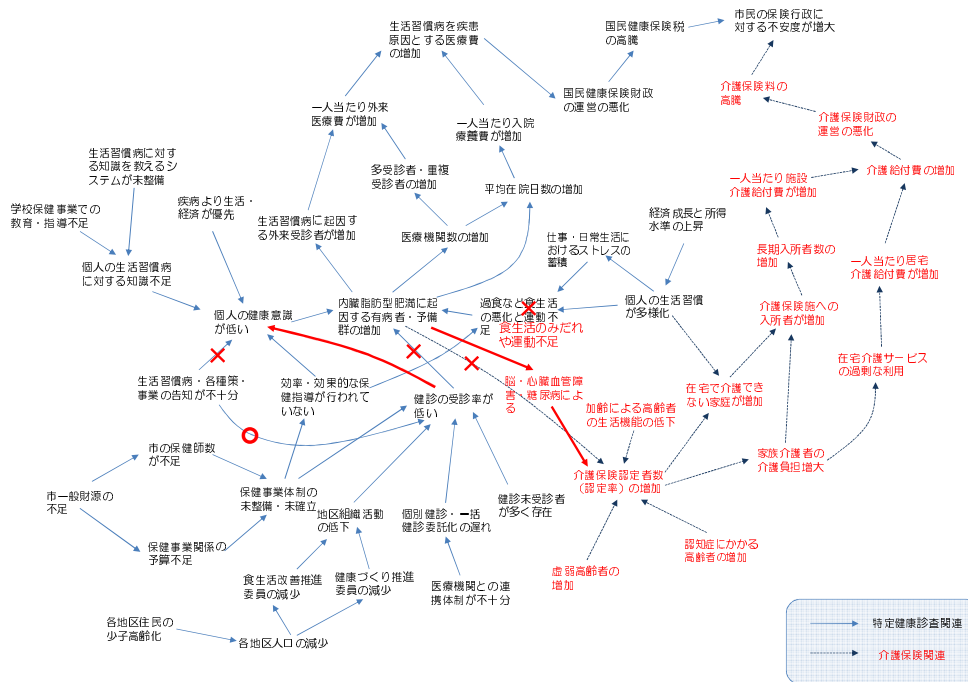


図-5.61 B 保健師の問題構造化

■香南市特定健康診査等実施計画 問題の構造モデル
 (香南市全体 Version 6.02 M保健師ヒアリングより)

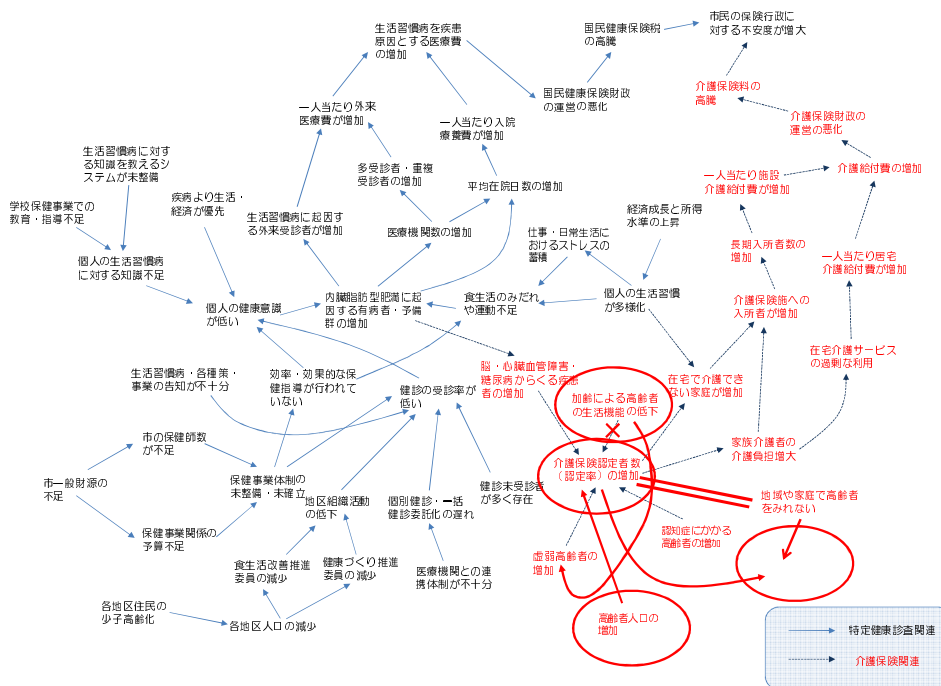


図-5.62 C 保健師の問題構造化

ここで、職員における問題の構造化作業の注意点として、各自の問題構造化に対する因果関係や問題・課題点の認識レベルが異なるため、構造化図においてその修正・加筆した記述を明確にトレースとして残すことにより、後にステークホルダー間で情報共有することを義務づけた。図

-5.60～5.62 は、筆者の所属した旧保険医療課の国民健康保険係一般事務職、同課保健師が問題の構造化に際し、分析した因果関係をトレースし、その職員自身が問題構造化の認識度等を再度、交通整理したものである。図-5.60 のように修正した A 事務職は、国民健康保険における日常の業務が、主に事務手続き、事務内容、医療費給付関係等に集中しているため、そうした観点の問題に認識が傾倒しているものとなっており、また図-5.61 のように修正した B 保健師は、日頃の訪問業務やこれまで保健衛生活動に従事してきた専門職であるため、生活習慣病の疾病構造のメカニズム等に注視した問題の認識になっており、着目した特定健康診査等実施計画における問題構造化でもその認識の違いがあることがわかる。そして、図-5.62 のように修正した C 保健師は、介護保険事務経験者でもあり、かつ介護予防に関する地域包括支援の業務に携わっていたため、高齢者の介護・予防に関する社会的背景やそのメカニズムに注視した問題の認識になっていることからわかるように、同じ生活習慣病に着目した特定健康診査等実施計画における問題構造化でもその認識の違いがあることがわかる。

5.4.12. インタビューによる政策の合意形成

こうした問題の構造化の職員作業の結果から、同じ事業計画に従事するステークホルダーであっても、同一の問題に関して認識が異なることが判明したことから、そこで、最終的な経営目標を明確にし、共通の認識で事業計画を行うためにも、ここで政策の合意形成が必要不可欠となる。

よって、以上のような各自が修正した問題構造化を下に、各職員に対してインタビューを行うことにより、合意形成を図った。図-5.63 は、問題構造化を行った職員に対してインタビューをした結果、一つの共通認識のもとに構成された問題構造化の全体構造である。

■ 特定健康診査等実施計画に関する問題の構造化

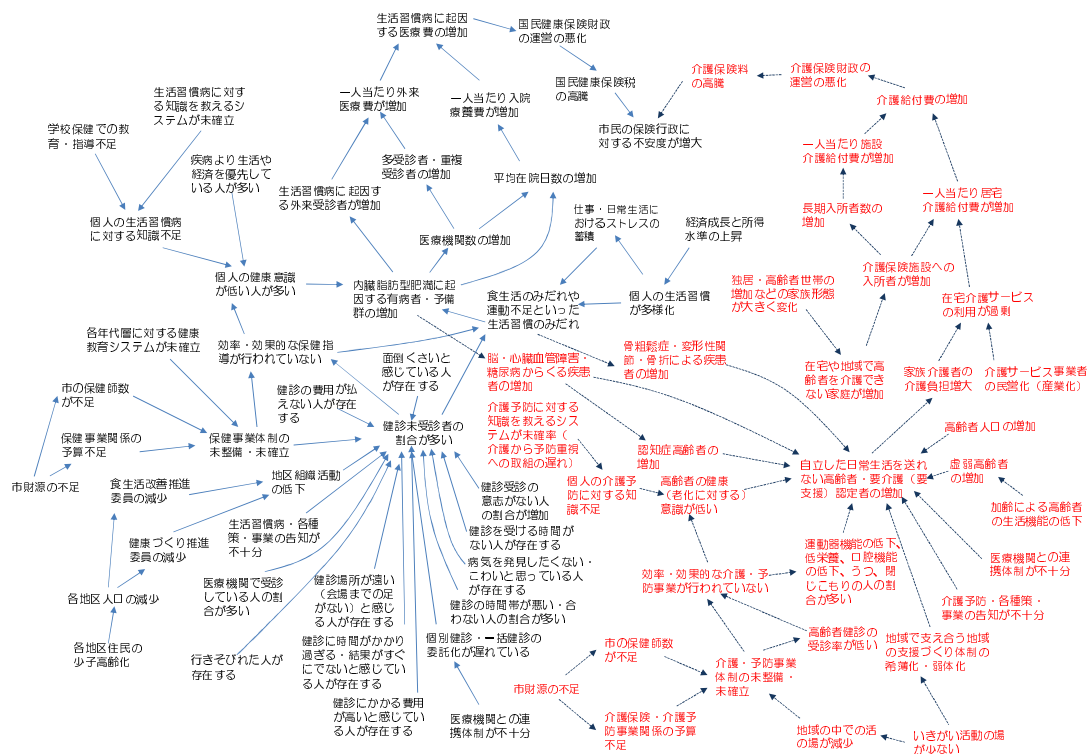


図-5.63 問題構造化の最終形

■生活習慣病に関する問題の構造化

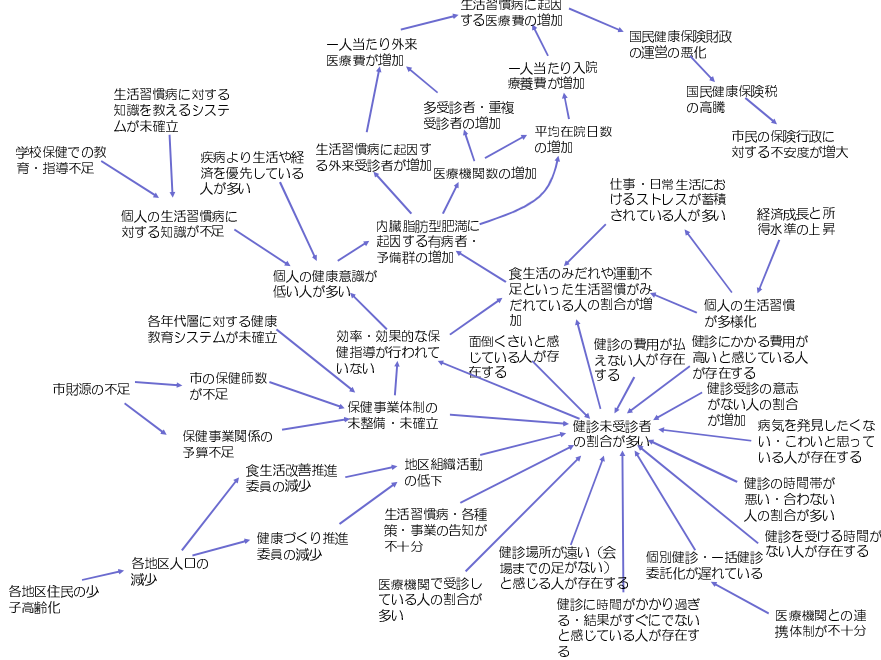


図-5.64 生活習慣病の問題構造化の最終形

この全体構造化から本計画における生活習慣病に特化し、特定健康診査等実施計画に主に影響を与える健診に対する受診意識や保健指導に係る構造を切り出したのが図-5.64 の生活習慣病の問題構造化の最終形である。職員インタビュー時に注意したことは、問題構造化に対する認識は、共通の目標設定であったとしても、これまでも述べてきたように、その認識には相違が生じるため、彼（彼女）等が描いたトレースの軌跡に細心の注意を払う必要性があったことである。以下、このインタビューという作業を通じて判明したことが幾つかあるのでそれを記す。

- (1) 医療費の抑制や生活習慣の改善といった具合に最終的な目標として設定する必要がある項目については皆認識していること。すなわち、問題構造化プロセスは個々の人間で異なる問題の認識共有でもあり、構造化された問題に基づきその対応としてのロジックモデルを定性的に作成することで、個人の価値観や経験に基づき成立している個人の認識や評価の相対的位置を認識させ、問題解決に必要な要素を共有できる。また、ロジックモデルを定量化することで、個々の施策や事業が最終アウトカムに如何に貢献するかを認識できる。その結果、効果に対する評価の共有を通じて、組織内部において合理的な判断及び合意が形成されると考える。
- (2) 目標設定の内容は異なる職員間でもほぼ共通した内容になること。
- (3) こうした工学的な手法を用いた問題構造の分析には少なからず興味を持っていること。
- (4) 因果関係のトレースにはさほど大差がないこと。
- (5) 今回のインタビューにおける政策の合意形成においては、1にあるように医療費の抑制や生活習慣の改善といった目標については、インタビューを行った関係者が職員間に限定されていたために、目標が一致していたが、今後、関係者の範囲が拡大し、市民等も含めたステークホルダーが参画してくれば、おそらく医療やサービスの質ばかりでなく、日常生活の利便性

や自由度を重要視する関係者も出現するので、政策の合意形成を慎重に行うことが求められること。

今回の結果では、こうして、作成された問題の構造化により、政策の合意形成という共通の認識が生まれるばかりでなく、その問題がどのようにして発生しているかをまずは組織内における計画策定関係者の状況認知を可視化することにより認識の共有を計ることが可能となった。

この項の最後として、問題構造化から次節で述べるロジックモデルへと変化させるため、こうして作成された問題構造化には、計画の経営目標となるアウトカム、アウトプット、ならびに資源、環境、属性等が混在していることを予備知識として入れておいていただきたい。

よって、次に問題構造化から環境や属性等を区別し選別した行政経営システム、すなわち政策ロジックモデルを構築する必要があり、問題構造化のレベルは、事業計画を達成し、サービスの需要者である市民等を含めたステークホルダーに対して説明・公表できる段階のものではない。

ここで問題構造化の節の最後に、問題構造化の作業に際し、ステークホルダー間の合意を図ると述べながら、今回の作業では、従事した関係者が、自治体行政機関内の関係者に限られている点に注意していただきたい。それは、以下の2点の理由に尽きる。

1. こうした問題構造化自体、これまで各種計画策定時において採用されてきた経緯がなく、まずは関係する自治体行政機関内の関係者で試行的に実践してみる必要性があったこと。
2. 自治体における国民健康保険事業の運営においては、保険税率の改定、予算審議、各種サービスの運営状況については、医療機関代表者や公益代表者、さらには国民健康保険被保険者代表等で構成される“国民健康保険運営協議会”を適宜開催し、報告・審議する義務があることなどから、計画策定のいずれかの時点でこうしたサービスを提供する医療機関側や、サービスを受ける被保険者の方々にも問題構造化の検討・協議をする提供する機会があること。

5.4.2. 政策ロジックモデルの構築による実施計画策定方法

それでは、問題構造化のプロセスから行政経営システムとなる政策ロジックモデルについて詳しく説明する。以下の図-5.65は、政策ロジックモデル構築のマネジメントサイクルにおける本節の作業の該当部分を表したものである。

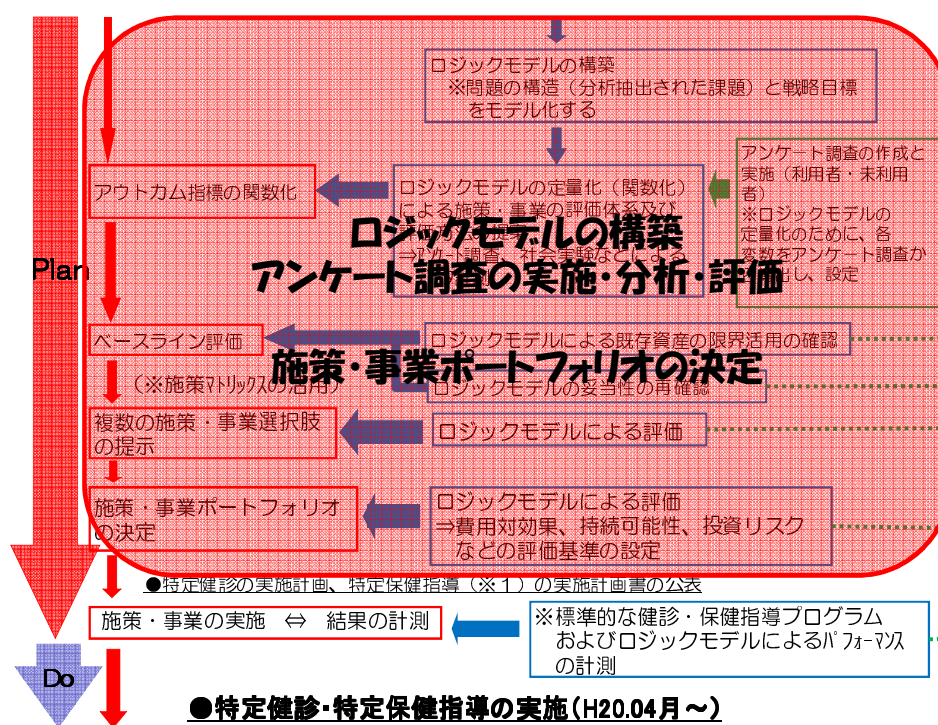


図-5.65 Plan：ロジックモデルの構築・アンケート調査の実施・分析・評価
施策・事業ポートフォリオの決定

以下の図-5.66は、問題構造化図から属性や環境等を取り除く段階、つまりロジックモデルの構想化図であり、本計画に関係する部分を構想化したものである。

このロジックモデルの構想化作業においては、前章の構築プロセスでも述べたとおり、問題の構造化図から、属性、環境等を取り除くとともに、アウトカム、アウトプット指標、施策、事業等を抽出することにより行うことができる。第4章でもその重要性を述べた。

すなわち図-5.66の計画全体のロジックモデルの構想化から、本計画で達成しようとする目標に対し、施策・事業・サービス、中間アウトカム、最終アウトカムといった具合にそれぞれの要素に区分する必要があるため、図-5.67のように問題構造化を基に政策－施策等の骨格を体系化する。ここでの体系化の作業を行う際に注意しなければならないことは、本計画において経営目標となる最終アウトカムを達成するために問題や課題を裏返しにし、下位の目標や中間目標を明確に認識することである。

このようなプロセスを経て、問題の体系を階層上に整理したものが本計画全体のロジックモデルである（図-5.68）。

■生活習慣病に関する問題の構造化

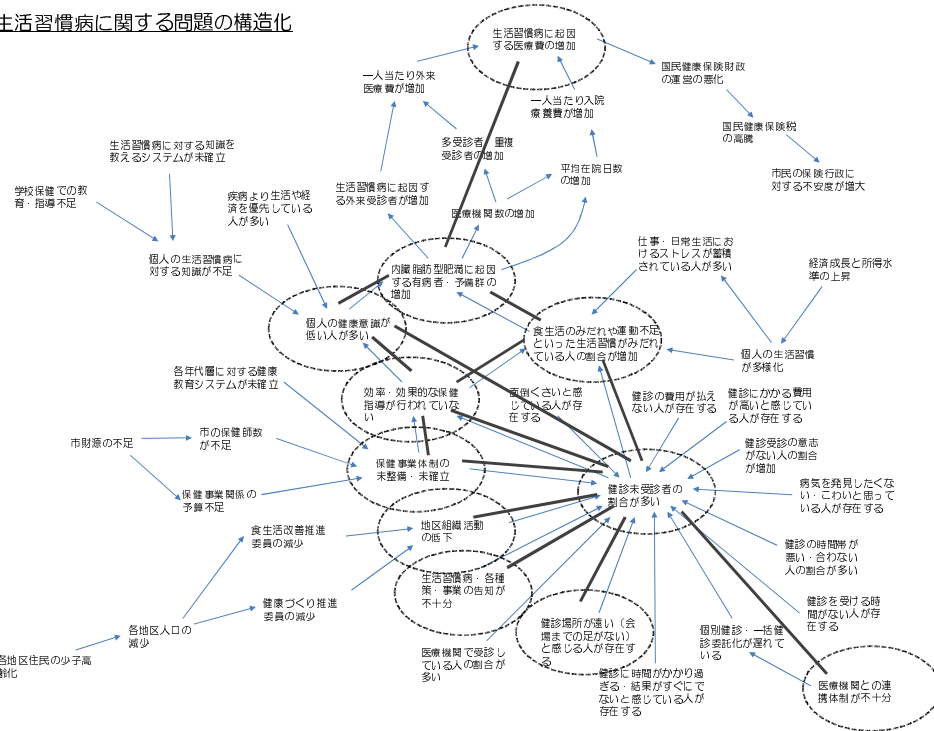


図-5.66 計画全体のロジックモデルの構想化

■特定健康診査等実施計画に関する問題の構造化

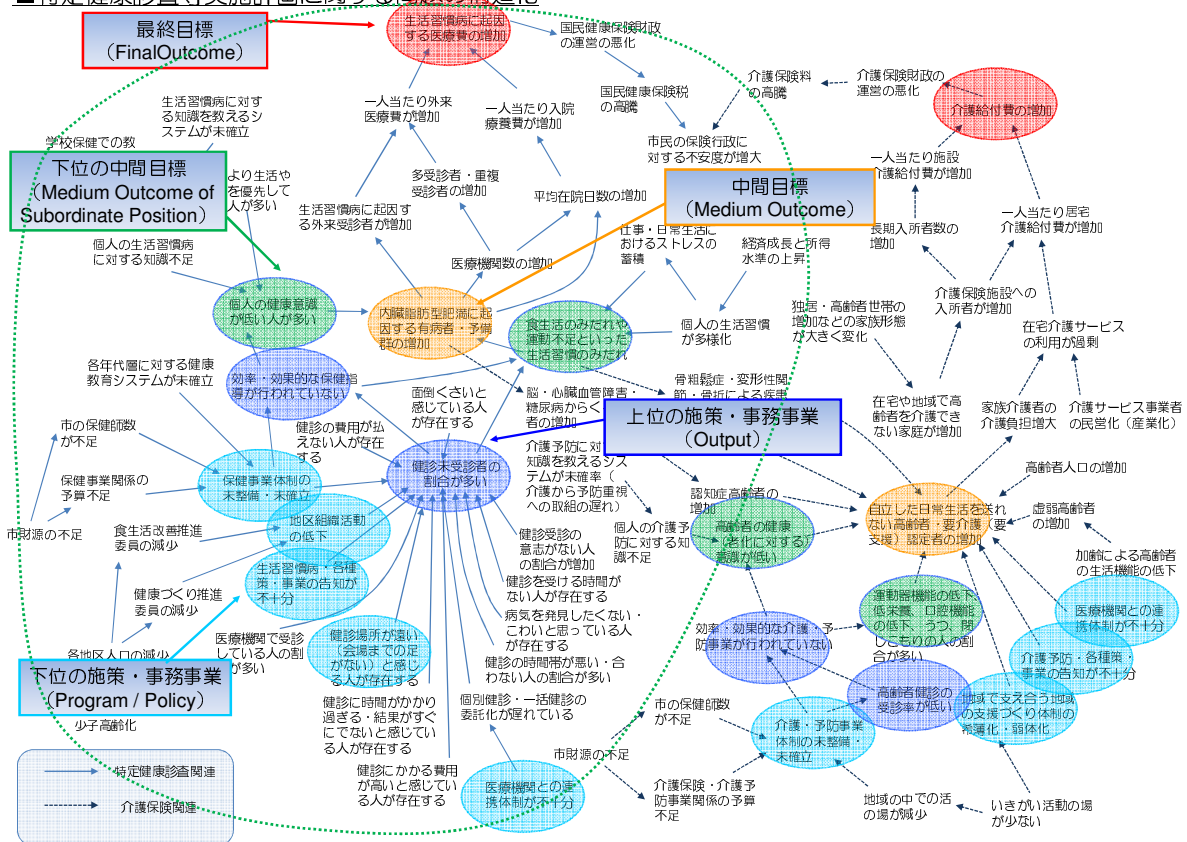


図-5.67 計画全体のロジックモデルの構築

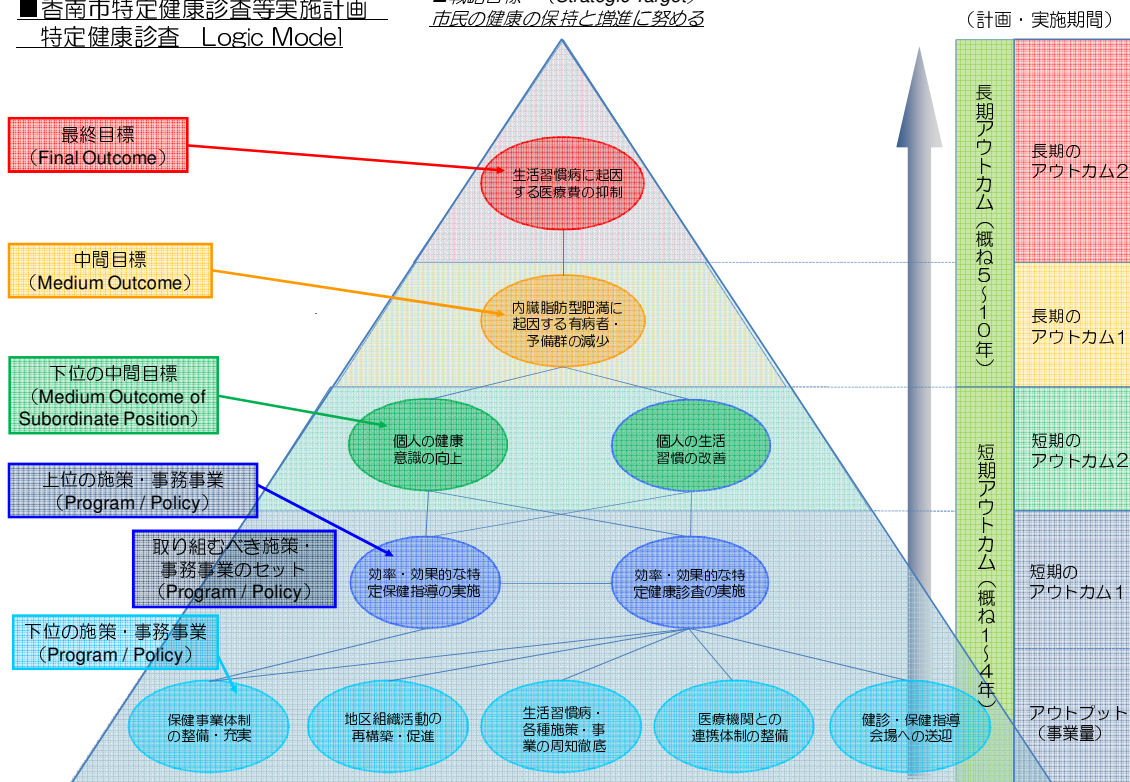


図-5.68 特定健康診査等実施計画のロジックモデル

5.5. 特定健康診査の実施率向上に関する施策・事業立案システムの構築

第4章で説明した行政経営システムの構築手法とプロセスに基づき、特定健康診査等実施計画のロジックモデルを構築したところで、以下ではこの計画全体のロジックモデルに基づき、各アウトプット、アウトカムを達成するための個別施策・事業の立案システムの構築方法について述べる。

5.5.1. 特定健康診査の受診意欲に関する問題の抽出

それでは、本研究の事例である特定健康診査等実施計画の策定におけるロジックモデルのアウトプットの一つに設定した“特定健康診査の実施率向上”という目標達成に向けて、特定健康診査の受診率を向上させるための”施策ロジックモデル“を導出するための方法論を提案する。

まず、この特定健康診査の実施率向上というアウトプットが、計画の中のどの階層に位置しているのかに加え、このアウトプットが寄与している施策・事業の範囲を確認する(図-5.69)。

次に、これまで構築してきた問題構造化図(図-5.64)から、この範囲に該当する特定健康診査の受診率に関する部分を抽出し(切り出し)、健診の対象者の「受診に来る意識構造」と「受診に来ない意識・障害構造」を構造化する。なぜなら、この“問題構造化”においては、国民健康保険被保険者の健診の受診に関わる意思決定に関する要因の論理的構造を記述している部分に着目することで、健診を受診に来ない意思決定を行う意識構造のロジックモデルを構築することがねらいだからである。

よって、まず、生活習慣病に関する問題構造化から、健診受診意欲に関する“論理部分”、つまり、健診未受診者の“意識構造部分”に着目し、要因・属性・環境に分類し、その意識構造の論理部分を抽出した(図-5.70)。この場合、年齢・性別・年収・居住地区・医療機関での受診歴など

の属性、環境などの要因を除く意思決定の要因で構成される論理部分のみが抽出される。次に、その論理部分を抽出する際、問題構造化図における問題要因を改めて一つ一つチェックし (図-5.71)、事実認識に照らし、不足している要因があれば、さらに書き出して加える (図-5.72)。この作業の際、今回のモデル構築においては、過去に香南市が健診対象者に対して実施していたアンケート調査における回答が有益であり、このアンケート調査の市民の回答から不足している部分を問題構造化図に加えた。

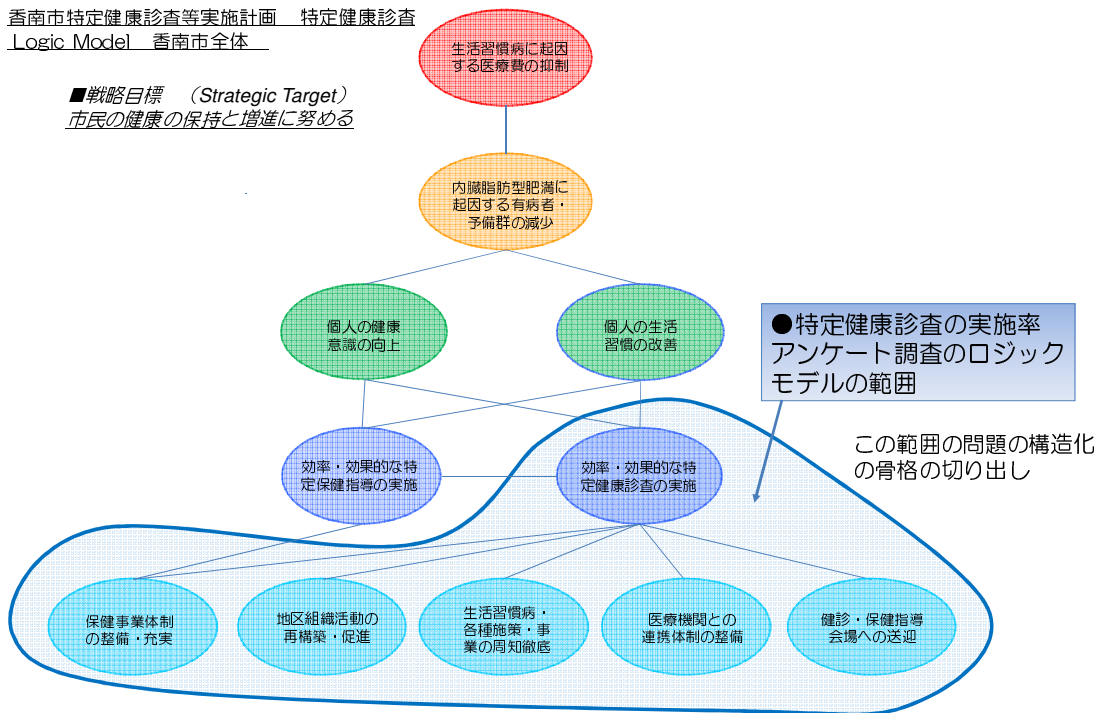


図-5.69 施策ロジックモデル構築の対象とする範囲の確認

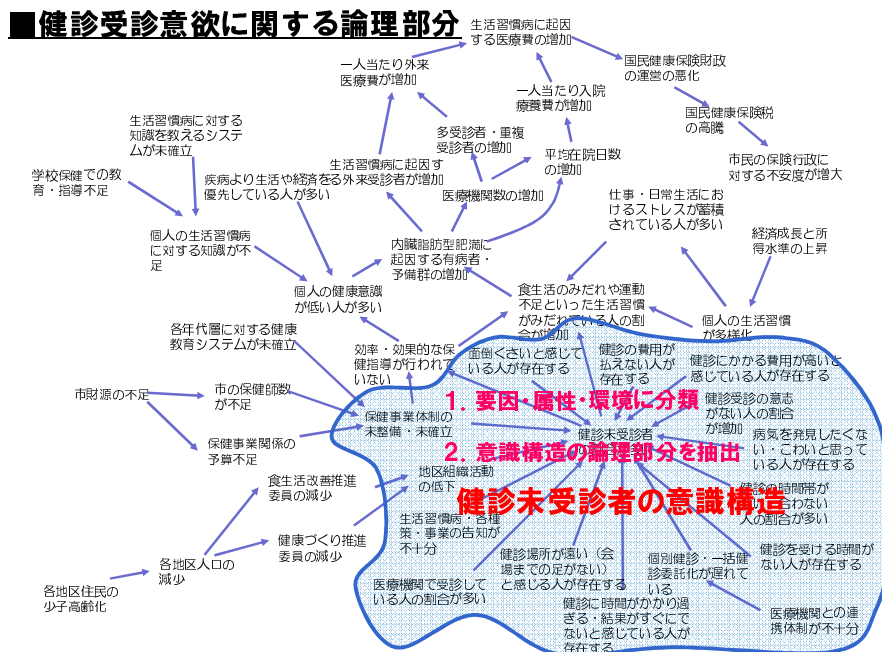


図-5.70 健診受診意欲に関する論理部分

そして、加えた問題要因を含めた問題構造化図に対して、KJ法などを通して特定健診の受診を阻害する要因をKeyフレーズで、グループ化する作業を行った(図-5.73)。

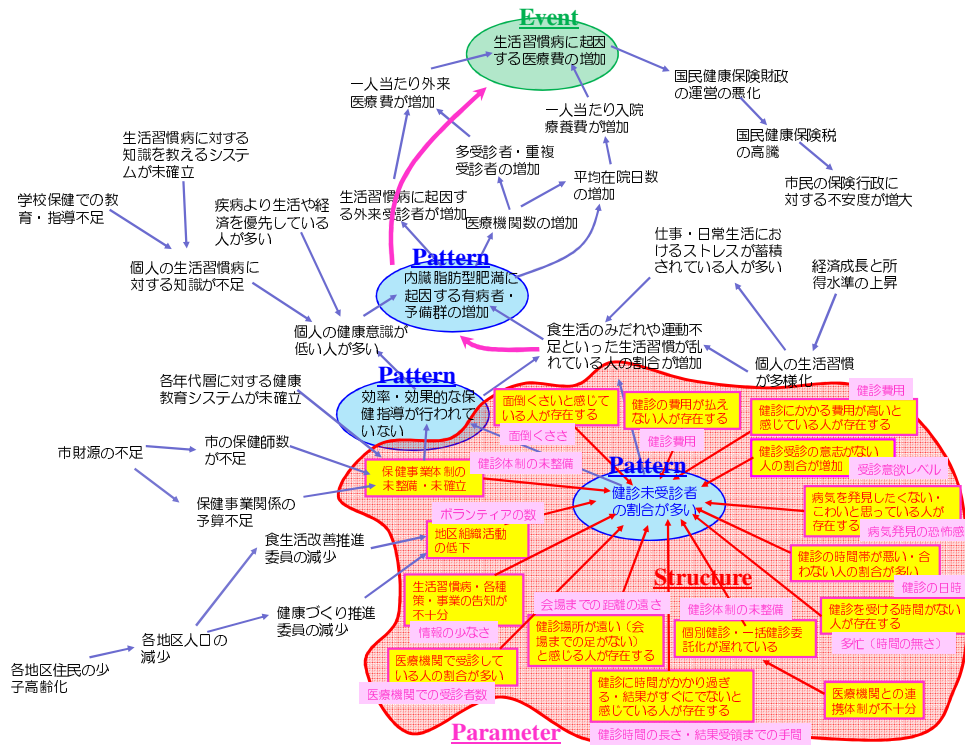


図-5.71 健診受診意欲の阻害要因の分析・整理

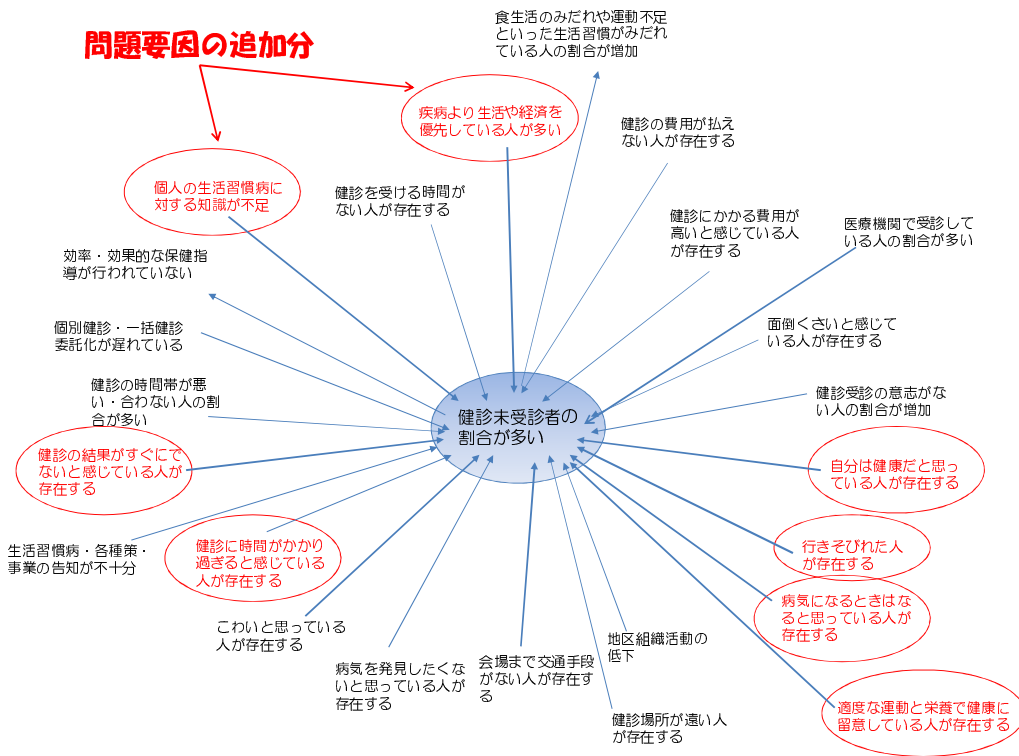


図-5.72 問題要因の追加作業

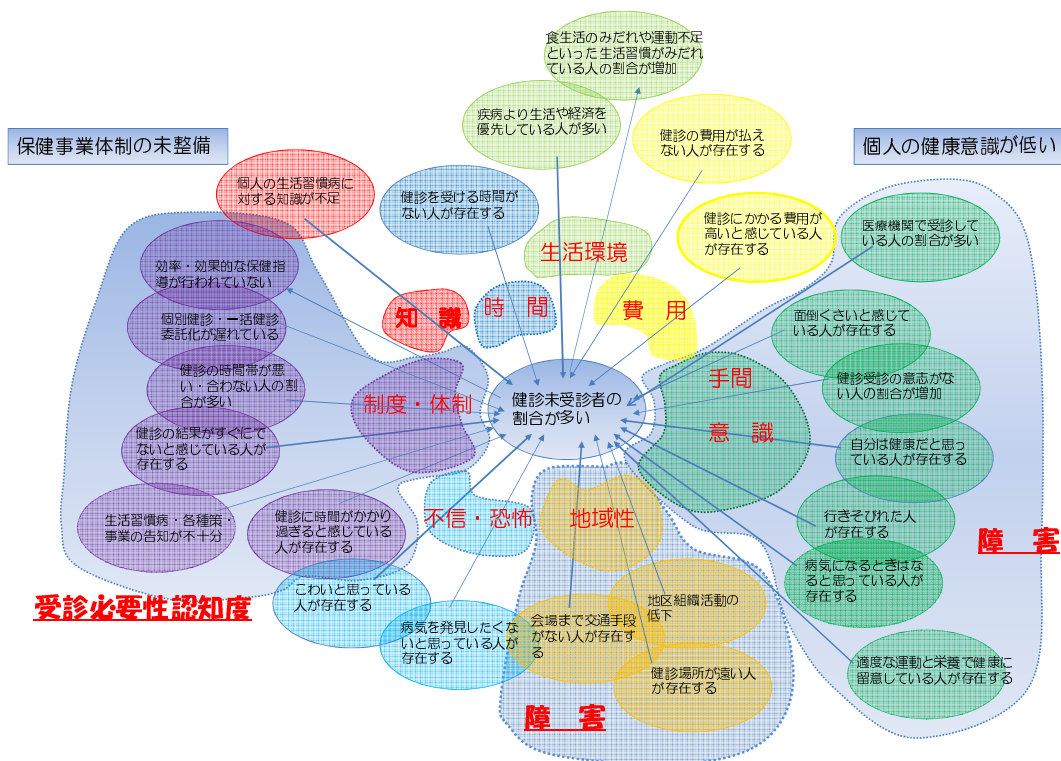


図-5.73 健診受診意欲の阻害要因の分析・整理 Key フレーズのグループ化

5.5.2. 特定健康診査の受診意欲に関する施策ロジックモデルの構築

Key フレーズのグループ化できたら、第 4 章で説明した図-4.21 市民意識構造に基づく施策ロジックモデルに沿い、問題要因を整理する。そして、次に、その抽出された論理部分から、意識構造のロジックモデルを構築するために、健診受診意欲の阻害要因と市町村が選択すべき施策・事業を結びつけるための整理をした。

このようなプロセスを経て構築された図-5.74 は、意思決定の論理部分を抽出した“意思構造のロジックモデル”であり、本ロジックモデルが、特定健康診査の受診意欲を向上させるための施策となる“施策ロジックモデル”である。

この施策ロジックモデルにおいては、国保被保険者である市民が直感的に健診の受診の是非を判断する意識構造を示していると仮定した。なお、以下の記述については仮定であり、アンケート調査に基づく実証を行うことが必要不可欠である。

例えば、健診を受診するにあたり、国保被保険者が負担に感じていると思われる阻害要因について、市町村がこれまでに幾度となく行ってきた基本健診に関するニーズ調査の資料や担当保健師及び国民健康保険業務の担当職員等へのインタビューから、他に考えられる健診を受診しない阻害要因について抽出し、因果関係に基づき整理を行った。阻害要因の例として、「病気を発見したくない・こわいと思っている」「健診場所が遠い」「医療機関で受診している人の割合が多い」「健診受診の意志がない」「健診の時間帯が悪い・合わない」など様々な要素があり、これら一つ一つがどのように関係しているのかを考え分類していった。そしてその中でも属性や環境に関係するものは取り除き、最終的に図-5.74 のような意識構造の論理的繋がり部分を“ロジックモデル”として構築した。

健診に対して、第4章で述べた受診の「必要性の認知度」が十分であれば、物理的・心理的障害などの「障害」が無ければ、全ての国保被保険者が受診行動に出ると予想されるが、実際には「受診必要性認知度」が不十分であるか、「障害」が存在することで健診を受けに行かないという意思決定を行うことになる。

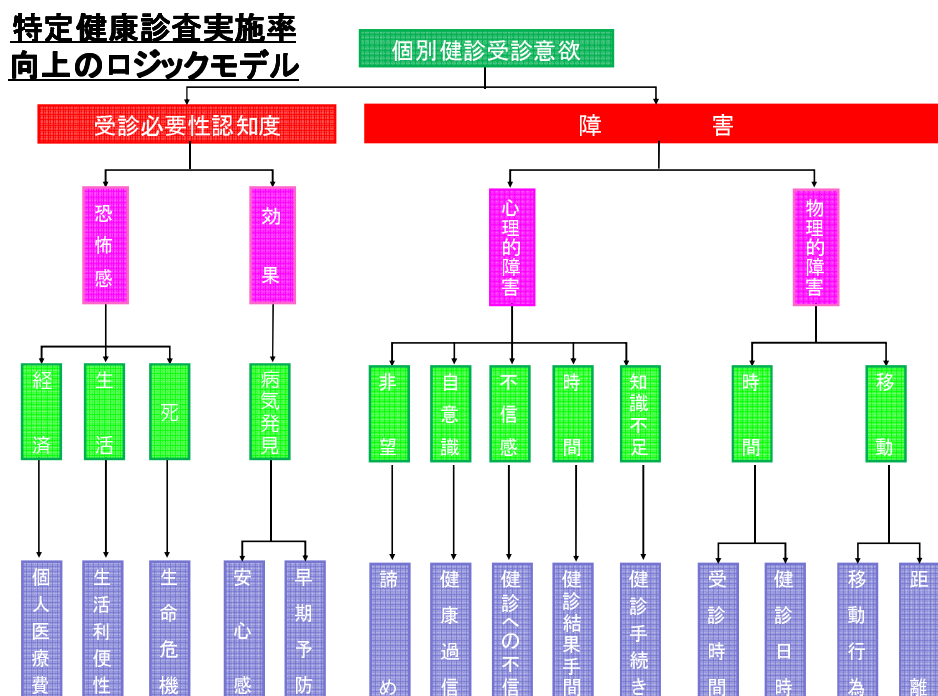


図-5.74 意識構造のロジックモデル

「受診必要性認知度」は、健診に行かなかった場合の「恐怖感」と、健診を受診することによるその「効果」の認知で構成され、何れも低い場合に健診受診の必要性の認知度は総合的に低くなると考える。

「恐怖感」は「生活習慣病にかかることにより、医療費がかかる経済的な怖さの認知度」と「生活の利便性が失われる怖さの認知度」と「生命が危ぶまれる怖さの認知度」で構成される。「効果の認知度」は健診を受けることによって病気が発見されることにより、「早期予防につながる効果の認知度」と「病気が発見されたこと（あるいは発見されなかったこと）による安心感の認知度」で構成される（図-5.75 参照）。同様に、受診行動を決定する上での「障害」についても、健診手続きや健診への不信感などの「心理的障害」や、健診会場までの距離や交通手段などの「物理的障害」で構成される（図-5.76 参照）。

「精神的障害」は、健診の手続き方法に対する「知識不足」や健診の結果が手元に返ってくるまでの時間・日数に対する「健診結果の手間」、健診を行うことによる「効果に対する不信感」、自分は健診を受けなくても常日頃から健康であり、生活習慣病などにはかからないと自負している「健康への過信」、さらには、自分の日常の生活習慣や態度から、病気になるのは仕方がない意識する「諦め」などから構成される。「物理的障害」は、健診が行われる日や時間といった日程等に関する「健診日時」と受診行為そのものに要する「受診時間」といった時間に関する障害と、

自宅から健診会場、あるいは自宅から医療機関までの「距離」や「交通手段」に関する移動に関する障害で構成される。

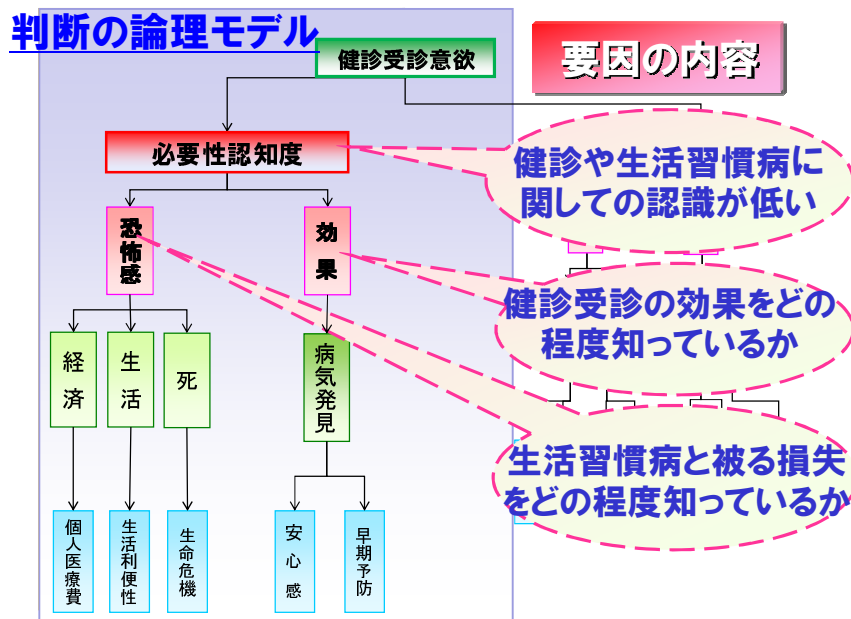


図-5.75 意識構造のロジックモデルを構成する要因の内容「必要性認知度」

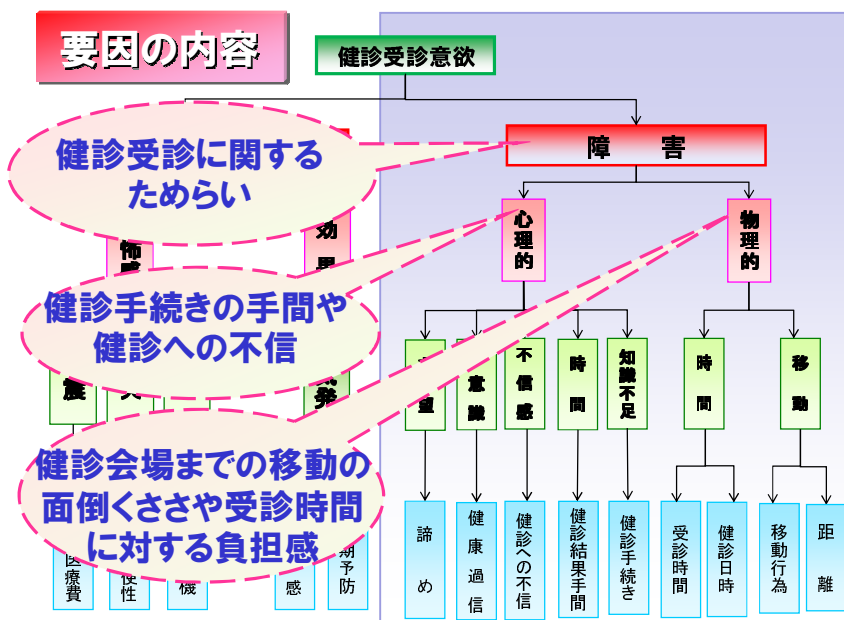


図-5.76 意識構造のロジックモデルを構成する要因の内容「障害」

5.6. 特定健康診査の受診意欲向上のための施策・事業立案

前項において、特定健康診査の受診意欲を向上させるための施策ロジックモデルが構築できた。

よって、以下において、この施策ロジックモデルに基づき、阻害要因を踏まえた健診受診率向上の方策効果に関するアンケート調査票を作成し、市民の健診意欲に関する調査を実施する。

5.6.1. 受診意欲に関するアウトプット指標に関するアンケート調査票の作成方法

「意識構造のロジックモデル」の各要素の関係の妥当性を検証するとともに、要因間の関係の強さを定量化する方法としてアンケート調査を実施した。市民意識の各要因を5段階評価により定量化するとともに、重回帰分析等により意識構造の上下の各要因間で仮定した関係を検証し、健診受診率に関する定量的な関数モデルを求める。

質問は回答者が迷わず迅速に選択できる様に、簡単な数種類の定型パターンの5選択肢を設定することで、多数で面倒なアンケート調査の回収率向上にできる限り努めた。さらに、国保被保険者の意識の各要因が想定している定量化となる様、質問の言葉使いや質問の順番に十分に配慮した。

(回答の選択肢の例示)

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない
- 非常に感じる かなり感じる 多少感じる 少しだけ感じる 感じない
- よく知っている だいたい知っている 多少は知っている あまり知らない
- まったく知らない など

特に、アンケート調査の設計に際しては、質問の順番が極めて重要であり、以下の3点について配慮した。

第一点は、前後する質問の関連性に関する質問である。質問に回答することで、回答者は質問内容から関連情報を得るとともに、意識も変化することから、先に行った質問内容が後の質問の回答に影響を与えることになる。質問の内容によっては情報提供をしてしまっていることになるので、この点についても十分に配慮した。

第二点は、質問の順番を利用して適切な回答を得ることである。例えば、健診受診に対する必要性を認識していても、受診に行く上での障害があるために実際には、健診を受診しに行かないという意識構造を忠実に再現することで、適切な回答を得るためである。

第三点は、関連情報の知識レベルが影響すると考えられる要因に関して、情報提供を行うことで、意識構造がどの様に変化するかを把握する質問内容および順番を設定したことである(図-5.77、図-5.78)。例えば、健診方法や生活習慣病から生じる危険性に関する知識や情報には個人差があると考えられるが、このことが意識構造の各要因への質問に対する回答に大きく影響すると考えられる。この様な場合、各要因に対する質問の後に関連する知識・情報を提供し、改めて同じ質問を行った。これにより、情報提供前後での回答結果の変化を把握することが可能となる。さらに、情報提供後の質問順は、下位の要因から上位の要因の順とし、情報提供後の意識構造の変化を再現することで、情報提供後の質問の精度の確保に努めた。

また、知識・情報レベルそのものを聞く質問も行うことにより、各要因との関連性のモデル化を行った。

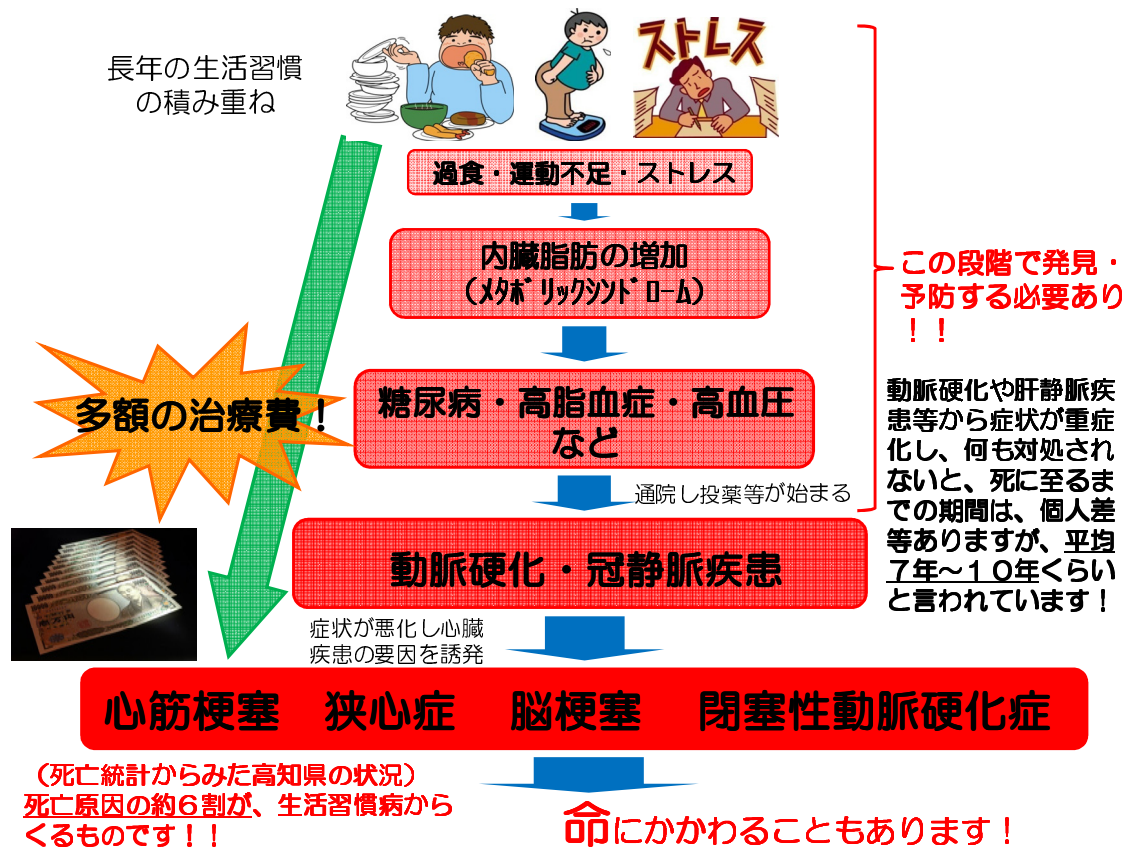


図-5.77 知識・情報の提供事例 (早期予防の効果・生命危機)

★特定健診の手続きについて

事前に郵送でお配りしている「特定健診受診券」と「案内文書」をよく読み、問診票にご記入いただき、記入した「問診票」と「特定健診受診券」と「国保保険証」を特定健診の当日、持参していただきます。

★特定健診では、病気を早期に発見するために以下の項目を検査します。

- 問診 ●身体計測 (身長、体重、BMI、腹囲) ※BMI とは、肥満度を表す指標。
- 理学的検査 (身体診察) ●血圧測定
- 生化学的検査 (中性脂肪 コレステロール など)
- 肝機能検査 ●血糖検査 ●尿検査 (尿糖、尿蛋白) など

★特定健診の結果があなたに届くまでに、標準で約1ヶ月半~2ヶ月かかります。

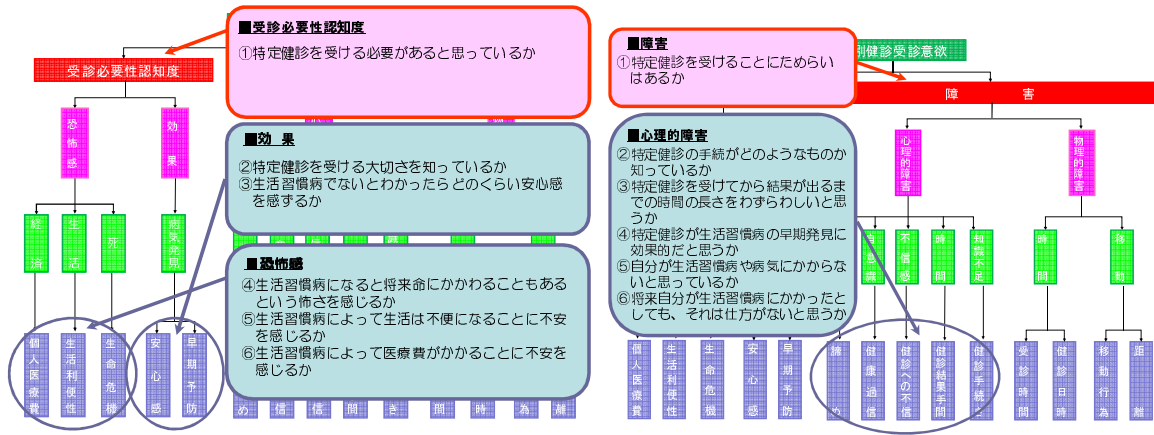
図-5.78 知識・情報の提供事例 (健診手続き・健診結果手間)

なお、知識・情報の中で地域特性を有する特定健診の受診時間や受診会場などの特性については、アンケート調査が行われる地域情報を提供する必要があるため、今回は香美市保険課から提供いただいた情報を掲載している。

次にアンケート調査の質問内容および順番については、図-5.79 に示す。

(順番その 1)

(順番その 2)



(順番その 3)

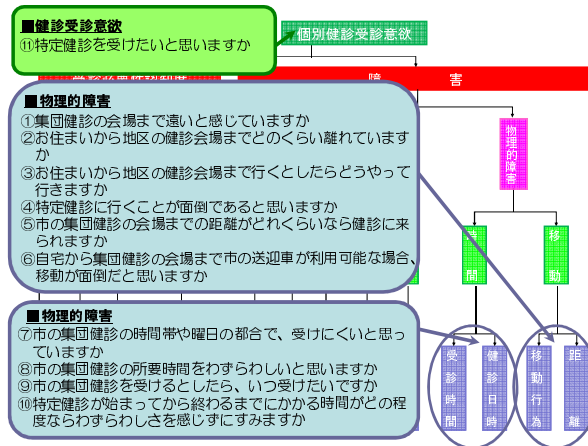


図-5.79 質問の順番および内容

アンケート調査においては、以下に示す回答者の属性および回答者の日々の生活習慣についても聞いている。特に、選択した属性は、健診受診の阻害要因の“問題構造化”における各要因に影響を与えていると考えられる属性である。年齢や性別、居住地区、個人の医療機関等での受診歴等は、受診行動や生活習慣から生じる各種疾病の構造や態様に大きく関わっているものと考えられる。また、職業や年収においては、国民健康保険に加入している被保険者の職種の把握により、健診受診に対する時間的余裕や健診場所等の把握においても有効であると考えられる。

■属性：①年齢 ②性別 ③居住地区 ④家族構成 ⑤職業
⑥年収 ⑦医療機関の利用状況

■生活習慣：①生活の規則正しさ ②・③日々の運動量 ④飲酒
⑤タバコ歴 ⑥睡眠時間 ⑦・⑧・⑨食生活 ⑩・⑪労働時間
⑫通勤時間 ⑬ストレスの有無 等

5.6.2. アンケート調査結果に基づく意識構造のロジックモデルと健診受診意欲向上と方策

ここまでアンケート調査の作成方法について説明したが、これにより国保被保険者の特定健診受診に対する受診意欲に係る意識構造のロジックモデルが出来ること、今後の健診受診率向上に係る政策立案および評価ができることとなる。国保被保険者の意識構造のロジックモデルは最上位の要素は「特定健康診査を受診する意欲」であるが、施策の実施によりこれを向上させることで政策目標である生活習慣病の予防や生活習慣病にかかることから発生する医療費を抑制することが出来る。一方、ロジックモデルの最下位には、「特定健診を受診することで生活習慣病等の疾病を早期に予防することができる効果の認知度」、「生活習慣病の怖さの認知度」、「生活習慣病からくる生活利便性低下の認知度」や「健診手続手間」などの「特定健診を受診することに関する知識不足による障害」に関わる具体的な要因や、健診を受診するために健診会場まで移動することの負担感など、政策の実施で直接変化する要因で構成されていることから、具体的な政策・施策・事業を実施することでその変化を予測し、「特定健康診査を受診する意欲」を計測することが可能となる。

市民の意識変化は、ロジックモデルの各要因の関数の変化および、各要因あるいは属性の変化として具体的に計測することができる。そこで、図-5.80 に示すとおり、仮に「特定健康診査を受診する意欲」のレベルに対応する「特定健康診査の実施率」モデルが分かっている場合、政策実施に伴う「特定健康診査を受診する意欲」の分布の変化を計測することで、政策効果の計測あるいは予測が出来ることになる。政策実施前後の「特定健康診査を実施する意欲」のレベルに対応する「特定健康診査の実施率」モデルに「特定健康診査を受診する意欲」分布を乗じて積分することで、国保被保険者全体の「特定健康診査の実施率」の変化を算出することができる。

なお、アンケート調査においては、政策効果の評価をにらんだ質問設定を行っている。前節で述べたとおり、市民に知識・情報提供を行う前後の要因・属性変化を計測することで、特定健診の実施率を推定できる。ただし、実際に知識・情報を提供する場合との差異を評価し、他の実際の政策実施が意識構造のロジックモデルの最下位の要因に与える影響を評価する必要がある。

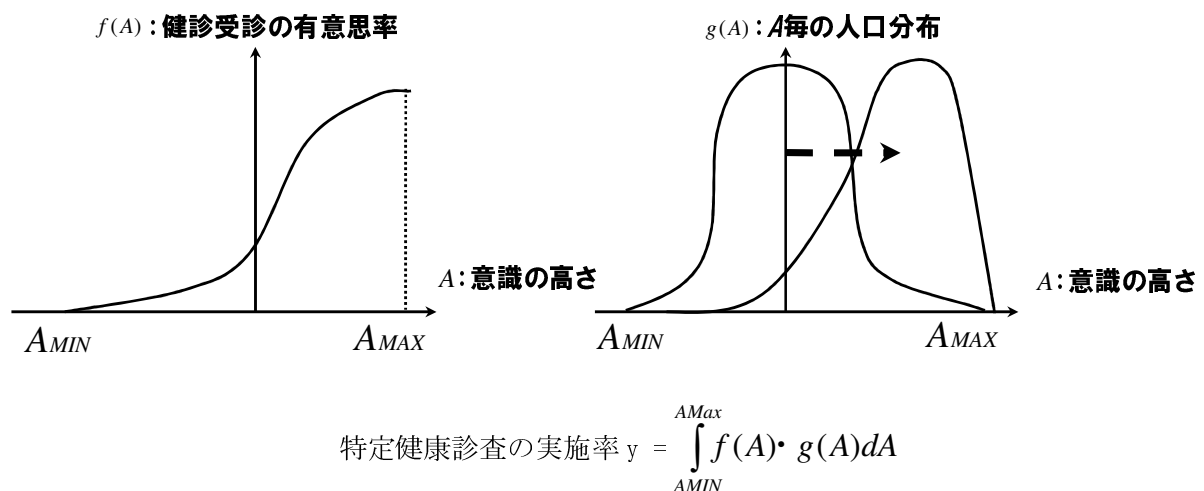


図-5.80 意識構造のロジックモデルによる「特定診査を受診する意欲」評価と施策効果

こうしたプロセスによってはじめて、施策とその施策効果を可視化できるようになる。加えて、施策目標である特定健康診査の実施率を向上させるために、自治体等が具体的に取るべき施策や事業と戦略目標を効果的に達成するために”目的と手段による関係”を図-5.81 に示す。

●政策目標： 特定健康診査の実施率向上

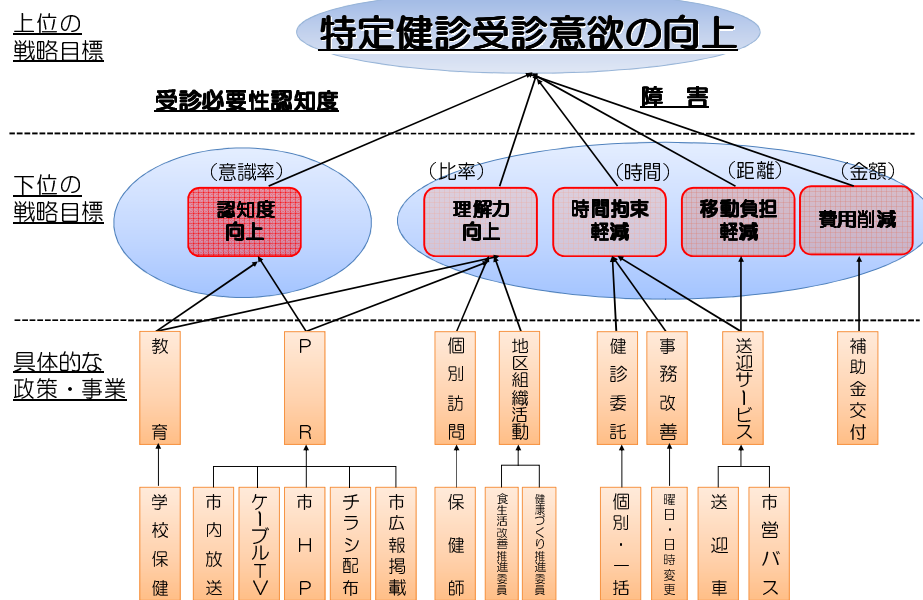


図-5.81 意識構造のロジックモデルと政策立案・評価

以上の作業により作成したアンケート調査結果は、本報告書の最後に参考資料として示す。

5.6.3. アンケート調査の実施状況および集計結果概要

これより、アンケート調査の実施状況と調査結果について概要を以下に示す。

アンケート調査は、平成 20 年 12 月に郵送により、現在高知県香美市に在住している 40 歳以上 74 歳以下の国民健康保険被保険者を対象に無作為抽出で実施した（表-5.5）。

今回の調査では、高知工科大学社会マネジメント研究所と高知県香美市役所保険課の共同研究の下、アドバイザーとして高知県中央東福祉保健所の方の協力により、アンケート調査票を作成し国保被保険者から回答を得た（本論文の最後に掲載）。

しかし、部分的に回答されない設問の存在や、中でも特に物理的障害の設問項目において、市が実施する「集団健診」と医療機関が実施する「個別健診」に対して、健診会場や医療機関までの「距離」に関する回答や、あなたが選んだ時間帯や曜日に変更されたら「特定健診」を受けたいと思いますかという「健診時間や曜日」の希望に関する回答が大幅に欠落するなどの、回答されない設問箇所が多数あったので、すべての回答者の情報が効果的に包含されているとは言い難い。今後のアンケート調査の改善に向けて、回答されなかった理由を詳細に分析する必要がある。

表-5.5 アンケート調査の概要

配布予定数	2,000 人
資格異動	6 人
配布総数	1,994 人
宛先不明	26 人
有効配布数	1,968 人
回収数	850 部
回収率	43.19 %

設問に対する回答などのアンケート調査は、参考資料に示した。また、回答者の属性は、以下の表-5.6 に示した。

年齢は、定年を迎える 60 歳以上から人数分布が増加しており、このことは、国民健康保険の加入割合や年齢構成の実態をほぼそのまま反映している傾向にある。また、家族構成については、子供と同居している夫婦世帯が多い。職業別では無職が最も多く、定年後の国保加入による資格取得など国民健康保険制度そのものの影響も現れている。年収では、上記の理由も影響し、3 百万円以下が大半を占めている。さらに、医療機関等の利用状況は、生活習慣病に関し、外来で治療中と回答した者が、有効回答者数 772 人の内、331 人と実に約 42.9%をも占めていることも特筆し難い。

表-5.6 回答者の属性集計表

属性		回答	人数	合計
SC1-1	年齢	1 40-44歳	28	841
		2 45-49歳	26	
		3 50-54歳	59	
		4 55-59歳	85	
		5 60-64歳	176	
		6 65-69歳	214	
		7 70-74歳	253	
SC1-2	性別	1 男性	344	839
		2 女性	495	
SC1-3	居住地区	1 土佐山田町	565	839
		2 香北町	184	
		3 物部町	90	
SC1-4	家族構成	1 一人暮らし	115	834
		2 夫婦(子供なし)	133	
		3 夫婦(子供あり)	410	
		4 その他	176	
SC1-5	職業	1 自営業の従業員	38	841
		2 自営業の経営者	74	
		3 農業・漁業・林業	201	
		4 自由業	12	
		5 パート・アルバイト	69	
		6 家事専業	123	
		7 無職	303	
		8 その他	21	
SC1-6	年収	1 100万未満	276	796
		2 100万～199万	236	
		3 200万～299万	156	
		4 300万～399万	58	
		5 400万～499万	26	
		6 500万～599万	17	
		7 600万～699万	6	
		8 700万～799万	6	
		9 800万～899万	4	
		10 900万～999万	5	
		11 1,000万以上	6	
SC1-7	医療機関等の利用状況	1 長期入院あるいは施設入所	16	772
		2 短期入院	14	
		3 医療機関において外来で治療中	331	
		4 医療機関で治療はおこなっていない	411	

表-5.7 健康受診履歴 等

質問項目		回答	人数	合計
SC3-1	あなたは、H19年度に、市の集団健診(基本健診)を受けましたか？	1 受けた	396	831
		2 受けなかった	435	
SC3-2	あなたは、今年(H20年度)、どこで特定健診を受けましたか？	1 市の集団健診	224	840
		2 医療機関での個別健診	259	
		3 人間ドック	77	
		4 職場の健診	15	
		5 その他	4	
		6 受けなかった	261	
SC3-3	あなたは、今年(H20年度)、市から発行された「特定健康診査受診券」を使いましたか？	1 使った	343	836
		2 使う予定	114	
		3 使っていない、または使うつもりがない	379	

次に、健診受診履歴に関するアンケート調査結果を見るならば(表-5.7参照)、このアンケート調査票の回答時点で、回答者 831 人の内、435 人(52.4%)が H19 年度に市の集団健診を受けなかったと回答しており、市が主催する集団健診(基本健診)に対する意識がさほど高くはないことが伺える。このことは、H20 年度、どこで特定健診を受けましたかという問に対する回答にも影響が現れている。回答者 840 人の内、医療機関での個別健診を受けたと回答した人が 259 人(30.8%)も存在することから、市が主催する集団健診よりも医療機関での個別健診を希望する被保険者が多くなっている。

また、本アンケート調査においては、H20 年度に市から発行された「特定健康診査受診券」を使ったかという問に対して、有効回答数 836 人に対して、「使った」と回答した人が 343 人に対して、「使う予定」と回答した 114 人と、「使っていない、または使うつもりがない」と回答した 379 人を合計した 493 人を比較するならば、実に 52.5%の人が「特定健康診査受診券」を行使していないことがわかる。先の H20 年度、どこで特定健診を受けましたかという問に対する回答に照らし合わせて考察するならば、特定健診を受けたと回答しているにもかかわらず、特定健康診査受診券を行使していない人がこの中に多数存在している。つまり、個別健診など医療機関等で健診を受けているにもかかわらず、受診券を使わなかったために、特定健康診査の実施率にカウントされていない人が多数存在していることを意味する。

また、アンケート調査においては、設問に答えること、知識・情報が提供されることで回答者の意識構造が変化する。本調査では、意識構造を特定健診受診の必要性および特定健診を受診する上での障害に係る意識変化を定量的に計測している(表-5.8参照)。

表-5.8 知識・情報提供前後の回答（受診必要性認知度）

受診必要性認知度							
受診必要性認知度(前)		Q1	あなたは特定健診を受ける必要があると思っていますか？	5 非常に思う 4 かなり思う 3 多少思う 2 少しだけ思う 1 思わない	211 231 221 84 80	25.21 27.60 26.40 11.23 9.56	
効果(前)	病気発見(前)	早期予防(前)	Q2	あなたは特定健診を受ける大切さを知っていますか？	5 よく知っている 4 だいたい知っている 3 多少知っている 2 あまり知らない 1 全く知らない	300 299 182 50 10	35.67 35.55 21.64 5.95 1.19
		安心感(前)	Q3	あなたは生活習慣病でないとわかったら、どのくらい安心を感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	234 350 178 59 18	27.89 41.72 21.22 7.03 2.15
恐怖感(前)	死(前)	生命危機(前)	Q4	あなたは生活習慣病になると、将来、命にかかわることもあるという怖さを感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	267 328 183 41 22	31.75 39.00 21.76 4.88 2.62
	生活(前)	生活利便性(前)	Q5	あなたは生活習慣病によって、生活が不便になることに不安を感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	297 327 154 43 21	35.27 38.84 18.29 5.11 2.49
	経済(前)	個人医療費(前)	Q6	あなたは生活習慣病によって、医療費がかかることに不安を感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	376 270 141 42 12	44.71 32.10 16.77 4.99 1.43
効果(後)	病気発見(後)	早期予防(後)	Q7	※あらためてお聞きします。 あなたは特定健診を受ける大切さがわかりましたか？	5 よくわかった 4 だいたいわかった 3 多少わかった 2 あまりわからなかった 1 全くわからなかった	575 187 67 6 3	68.62 22.32 8.00 0.72 0.36
		安心感(後)	Q8	※あなたは生活習慣病でないとわかったら、不安が解消されると思いますか？	5 非常に思う 4 かなり思う 3 多少思う 2 少しだけ思う 1 思わない	224 308 192 68 47	26.70 36.71 22.88 8.10 5.60
恐怖感(後)	死(後)	生命危機(後)	Q9	※あなたは生活習慣病になると、将来、命にかかわることもあるという怖さを感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	375 310 122 21 12	44.64 36.90 14.52 2.50 1.43
	生活(後)	生活利便性(後)	Q10	※あなたは生活習慣病によって、生活が不便になることに不安を感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	379 319 109 23 10	45.12 37.98 12.98 2.74 1.19
	経済(後)	個人医療費(後)	Q11	※あなたは生活習慣病によって、医療費がかかることに不安を感じますか？	5 非常に感じる 4 かなり感じる 3 多少感じる 2 少しだけ感じる 1 感じない	435 281 96 22 9	51.60 33.33 11.39 2.61 1.07
必要性認知度(後)		Q12	※あなたは、特定健診を受けることが必要だと思いますか？	5 非常に思う 4 かなり思う 3 多少思う 2 少しだけ思う 1 思わない	385 293 114 28 20	45.83 34.88 13.57 3.33 2.38	

表-5.8 知識・情報提供前後の回答（障害）

障 害								
障 害(前)	Q13	あなたは特定健診を受けることにはためらいはありますか？	1 全くない	294	35.34			
			2 あまりない	286	34.38			
			3 多少ある	176	21.55			
			4 かなりある	57	6.85			
			5 非常にある	19	2.28			
心理的障害(前)	知識不足(前)	健診手続き(前)	Q14	あなたは特定健診の手続きがどのようなものか知っていますか？	1 よく知っている	118	14.10	
					2 だいたい知っている	295	35.24	
					3 多少は知っている	187	22.34	
					4 あまり知らない	184	21.98	
					5 全く知らない	53	6.33	
	時間(前)	健診結果手間(前)	Q15	あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さをわずらわしいと思いますか？	1 思わない	273	32.69	
					2 少しだけ思う	128	15.33	
					3 多少思う	255	30.54	
					4 かなり思う	119	14.25	
					5 非常に思う	60	7.19	
	不自信(前)	健診効果への不信(前)	Q16	あなたは特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的だと思いますか？	1 非常に思う	315	37.82	
					2 かなり思う	342	41.06	
					3 多少思う	143	17.17	
					4 少しだけ思う	24	2.88	
					5 思わない	9	1.08	
自意識(前)	健康過信(前)	Q17	あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますか？	1 思わない	593	71.10		
				2 少しだけ思う	58	6.95		
				3 多少思う	125	14.99		
				4 かなり思う	48	5.76		
				5 非常に思う	10	1.20		
非望(前)	諦め(前)	Q18	あなたは将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思いますか？	1 思わない	241	28.93		
				2 少しだけ思う	191	22.93		
				3 多少思う	248	29.77		
				4 かなり思う	118	14.17		
				5 非常に思う	35	4.20		
心理的障害(後)	知識不足(後)	健康手続き(後)	Q19	※あらためてお聞きします。あなたは特定健診の手続きがどのようなものかよくなりましたか？	1 よくわかった	401	48.26	
					2 だいたいわかった	304	36.58	
					3 多少わかった	86	10.35	
					4 あまりわからなかった	39	4.71	
					5 全くわからなかった	7	0.84	
	時間(後)	健診結果手間(後)	Q20	※あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さをわずらわしいと思いますか？	1 思わない	291	34.93	
					2 少しだけ思う	129	15.49	
					3 多少思う	223	26.77	
					4 かなり思う	126	15.13	
					5 非常に思う	64	7.68	
不自信(後)	健診効果への不信(後)	Q21	※あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さがどの程度なら、わずらわしさを感じずにすみますか？	自由記載				
				Q22	※あなたは特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的だと思いますか？	1 非常に思う	278	33.41
						2 かなり思う	358	43.03
						3 多少思う	155	18.63
						4 少しだけ思う	34	4.09
5 思わない	7	0.84						
自意識(後)	健康過信(後)	Q23	※あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますか？	1 思わない	607	72.96		
				2 少しだけ思う	62	7.45		
				3 多少思う	99	11.90		
				4 かなり思う	52	6.25		
				5 非常に思う	12	1.44		
非望(後)	諦め(後)	Q24	※あなたは将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思いますか？	1 思わない	263	31.69		
				2 少しだけ思う	193	23.25		
				3 多少思う	240	28.92		
				4 かなり思う	101	12.17		
				5 非常に思う	33	3.98		
物理的障害(前)	受診希望場所	Q25	あなたは特定健診をどこで受けたいですか？	1 これまでおりの市集団健診	276	33.62		
				2 医療機関での個別健診	386	46.92		
				3 人間ドック	137	16.69		
				4 職場の健診	13	1.58		
				5 その他	9	1.10		
	距離	Q26	問25で「個別健診」を選んだ方にお聞きします。あなたは、お住まいから医療機関までどのくらい離れていますか？	1 100メートル未満	22	2.69		
				2 100メートル以上～500メートル未満	47	5.69		
				3 500メートル以上～1キロメートル未満	47	5.69		
				4 1キロメートル以上～1キロ500メートル未満	39	4.69		
				5 1キロ500メートル以上～2キロメートル未満	21	2.54		
				6 2キロメートル以上	192	23.25		
	距離(前)	Q27	問25で「集団健診」を選んだ方にお聞きします。あなたは市の集団健診の会場まで遠いと感じていますか？	1 感じない	195	23.54		
				2 少しだけ感じる	33	3.98		
				3 多少感じる	28	3.38		
				4 かなり感じる	8	0.96		
5 非常に感じる				7	0.84			
移動(前)	距離	Q28	あなたは、お住まいから地区の集団健診の会場までどのくらい離れていますか？	1 100メートル未満	16	1.92		
				2 100メートル以上～500メートル未満	77	9.24		
				3 500メートル以上～1キロメートル未満	108	12.96		
				4 1キロメートル以上～1キロ500メートル未満	72	8.71		
				5 1キロ500メートル以上～2キロメートル未満	67	8.04		
				6 2キロメートル以上	114	13.71		
交通手段	Q29	あなたは、お住まいから地区の集団健診の会場まで行くとしたらどうやって行きますか？	1 徒歩のみ	93	11.10			
			2 バスと徒歩	12	1.44			
			3 自転車	105	12.54			
			4 自家用車(自分で運転)	314	37.96			
			5 自家用車(家族が運転)	67	8.04			
			6 バイク	35	4.20			
			7 友人・知人の運転の車	2	0.24			
			8 市営バス	2	0.24			
			9 タクシー	12	1.44			
			10 その他	6	0.72			
移動行為(前)	Q30	あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか？	1 思わない	349	41.71			
			2 少しだけ思う	117	14.04			
			3 多少思う	144	17.16			
			4 かなり思う	55	6.54			
			5 非常に思う	24	2.88			
物理的障害(後)	移動(後)	距離(後)	Q31	※あらためてお聞きします。あなたは市の集団健診の会場までの距離がどれくらいなら健診に来られますか？	1 100メートル未満	30	3.54	
					2 100メートル以上～500メートル未満	87	10.35	
					3 500メートル以上～1キロメートル未満	136	16.16	
					4 1キロメートル以上～1キロ500メートル未満	55	6.54	
					5 1キロ500メートル以上～2キロメートル未満	66	7.86	
	6 2キロメートル以上	269	32.25					
	移動行為(後)	Q32	※あなたは自宅から市の集団健診の会場までの送迎車が利用可能な場合、移動が面倒だと思いますか？	1 思わない	440	52.54		
				2 少しだけ思う	79	9.42		
				3 多少思う	90	10.71		
				4 かなり思う	30	3.54		
5 非常に思う				22	2.64			

表-5.8 知識・情報提供前後の回答（障害 つづき）

物理的障害(前)	時間(前)	健診日時(前)	Q33	あなたは市の集団健診の時間帯や曜日の都合で、受けにくいと感じていますか？	1 思わない	381	751	50.73
					2 少しだけ思う	112		14.91
					3 多少思う	129		17.18
					4 かなり思う	59		7.86
					5 非常に思う	70		9.32
	時間(前)	受診時間(前)	Q34	あなたは市の集団健診の所要時間をわずらわしいと思いますか？	1 思わない	351	747	46.99
					2 少しだけ思う	165		22.09
					3 多少思う	138		18.47
					4 かなり思う	54		7.23
					5 非常に思う	39		5.22
		希望健診日時	Q35	※あらためてお聞きします。あなたは市の集団健診を受けるとしたら、いつ受けたいですか？	1 土曜日の午前中	49	714	6.86
					2 土曜日の午後	26		3.64
					3 土曜日の夕方～夜	3		0.42
					4 日曜日の午前中	64		8.96
					5 日曜日の午後	20		2.80
					6 日曜日の夕方～夜	2		0.28
					7 平日の午前中	407		57.00
					8 平日の午後	96		13.45
					9 平日の夕方～夜	17		2.38
					10 どんな曜日に行われても無理	30		4.20
物理的障害(後)	時間(後)	健診日時(後)	Q36	※問35で「どんな曜日に行われても無理」以外を選んだ方にお聞きします。あなたが選んだ時間帯や曜日に変更されたら「特定健診」を受けたいと思いますか？	1 非常に思う	97	429	22.61
					2 かなり思う	148		34.50
					3 多少思う	93		21.68
	時間(後)	受診時間(後)	Q37	※あなたは特定健診の所要時間をわずらわしいと思いますか？	4 少しだけ思う	53	758	12.35
					5 思わない	38		8.86
					1 思わない	433		57.12
	時間(後)	希望受診時間	Q38	※あなたは特定健診が始まってから終わるまでにかかる時間がどの程度ならわずらわしさを感じずすみませんか？	2 少しだけ思う	154	741	20.32
					3 多少思う	118		15.57
					4 かなり思う	32		4.22
			Q39	これまでこのアンケートで学んだことをふまえてお答えください。あなたは、「特定健診」を受けることにはためらいはありますか？	5 非常に思う	21	812	2.77
					1 30分以内	156		21.05
					2 1時間以内	263		35.49
					3 1時間30分以内	60		8.10
					4 2時間以内	24		3.24
障害(後)			Q39	これまでこのアンケートで学んだことをふまえてお答えください。あなたは、「特定健診」を受けることにはためらいはありますか？	5 今のままでよい	238	812	32.12
					1 全くない	533		69.64
					2 少しだけある	146		17.98
					3 多少ある	102		12.56
					4 かなりある	19		2.34
経済的障害(Option)			Q40	あなたは特定健診の「自己負担額1000円」が負担に思えますか？	5 非常にある	12	809	1.48
					1 思わない	623		77.01
					2 少しだけ思う	82		10.14
					3 多少思う	73		9.02
					4 かなり思う	16		1.98
評価関数との確認			Q41	最後にお聞きします。あなたは、「特定健診」を受けたいと思いますか？	5 非常に思う	15	813	1.85
					1 思わない	279		34.32
					2 少しだけ思う	265		32.60
					3 多少思う	138		16.97
					4 かなり思う	65		8.00
			Q41	最後にお聞きします。あなたは、「特定健診」を受けたいと思いますか？	5 非常に思う	66	813	8.12
					1 思わない	66		8.12

5.7. アンケート調査の分析結果と受診障害要因を踏まえた健診受診意欲の向上の方策—施策効果の検証方法1：アンケート結果に基づくヒストグラムによる分析—

5.7.1. 意識構造のロジックモデルにおける「受診必要性認知度」に関する分析と考察

まず、意識構造のロジックモデルにおける健診受診意欲を阻害している要因を構成している「受診必要性認知度」（以下、「必要性認知度」という。）について分析する。

必要性認知度は、①特定健診を受診することによって生活習慣病などの「早期予防」につながるという効果と、②特定健診を受診したことによって生活習慣病ではなかったという場合に生じる「安心感」という効果と、③生活習慣病にかかることによって、自分の生命が危うくなったりする「生命危機」への恐怖感、④生活習慣病にかかることで日常生活がこれまでのようにはできなくなるという「生活利便性」が失われる恐怖感、さらに⑤生活習慣病に対する予防や対策への治療費(医療費)が増えることから生じる「個人医療費」に対する恐怖感の計5つの認知要因で構成される。

また、必要性認知度については、国保被保険者の特定健診の受診形態（集団健診・個別健診・人間ドック受診・職場健診）に左右されないことから、アンケート調査の全回答者を対象とし一般的モデルとして取扱う。

本研究においては、まず必要性認知度とその必要性認知度（被説明変数）を構成する受診意欲を阻害する要因（説明変数）を重回帰分析することにより、どの受診障害要因が意識構造そのものに影響を与えているかを分析し、その後、個別の要因ごとに情報提供の効果が現れたかどうか分析を行った。そしてその個別の受診意欲阻害要因ごとの分析の際、阻害要因の問題解決を図り、

受診意欲を向上させる施策・事業の立案あるいは見直へと繋げていく必要があるため、阻害要因の情報提供の効果を属性ごとにグループ化することにより、どの属性に効果が現れているかマーケティング・セグメンテーションを行った。本研究では、アウトプット指標が「健診受診意欲」ということと、これまでの地域における健診受診率の受診傾向を踏まえ、特に以下の属性グループに着目し、情報提供効果を分析・評価した。

【マーケティング・セグメンテーションの属性】

- ①性別（男性・女性）
- ②年齢（若年層：40歳以上～64歳以下・高齢者層：65歳以上～74歳以下）

表-5.9 必要性認知度（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル要約				
モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	標準偏差推定値の誤差
1	.517 ^a	.267	.263	1.065

a. 予測値: (定数)、個人医療費 (前)、早期予防 (前)、安心感 (前)、生活利便性 (前)、生命危

分散分析						
モデル	平方和 (分散成分)	自由度	平均平方	F 値	有意確率	
1	回帰	340.141	5	68.028	59.956	.000 ^b
	残差 (分散分析)	932.685	822	1.135		
	合計 (ヒソットテーブル)	1272.826	827			

a. 予測値: (定数)、個人医療費 (前)、早期予防 (前)、安心感 (前)、生活利便性 (前)、生命危機 (前)。
b. 従属変数: 必要性認知度 (前)

係数								
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		共線性の統計量		
		B	標準偏差誤差	ベータ	t 値	有意確率	許容度	VIF
1	(定数)	.023	.222		.102	.918		
	早期予防 (前)	.483	.045	.369	10.698	.000	.750	1.333
	安心感 (前)	.114	.044	.089	2.597	.010	.752	1.330
	生命危機 (前)	.113	.055	.089	2.063	.039	.480	2.082
	生活利便性 (前)	.078	.054	.062	1.458	.145	.499	2.004
	個人医療費 (前)	.080	.045	.062	1.788	.074	.744	1.344

a. 従属変数: 必要性認知度 (前)

共線性の診断			分散プロバティ						
モデル	次元	固有値	条件指数	(定数)	早期予防 (前)	安心感 (前)	生命危機 (前)	生活利便性 (前)	個人医療費 (前)
1	1	5.843	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.044	11.480	.00	.38	.06	.00	.06	.35
	3	.038	12.405	.00	.15	.84	.07	.03	.00
	4	.036	12.667	.18	.09	.05	.21	.15	.17
	5	.020	16.956	.74	.20	.05	.01	.11	.47
	6	.018	18.080	.08	.18	.01	.71	.64	.01

a. 従属変数: 必要性認知度 (前)

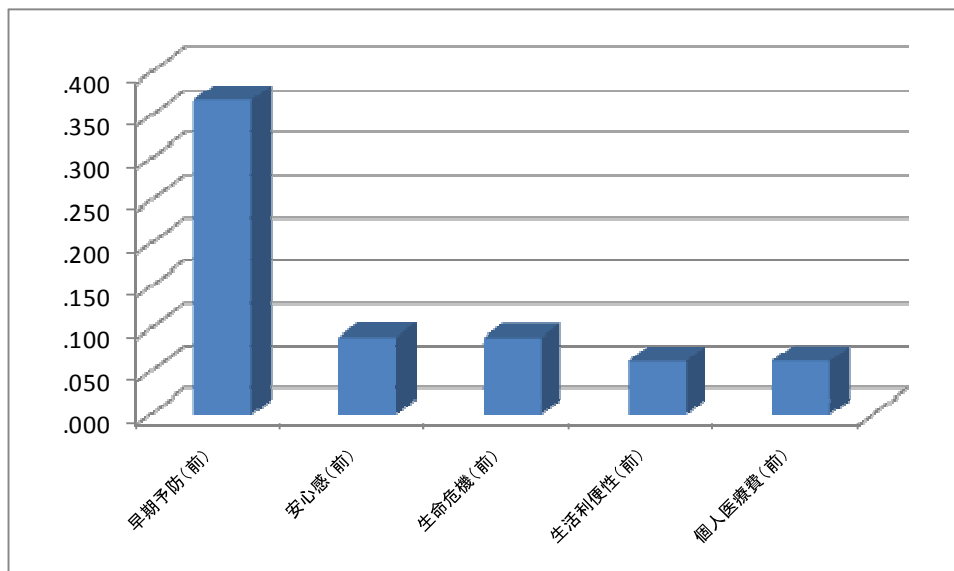


図-5.82 標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度

情報提供を与える前の属性なしの状態（全対象者）に対して、SPSSにより重回帰分析をした結果（表-5.9）および標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度（図-5.82）から、受診必要性認知度については、受診意欲を阻害する要因の中でも「早期予防」の影響度が必要性認知度に大きく

関与しており、その次に、「安心感」、「生命危機」が影響を与えていることがわかる。つまり、「特定健診を受ける必要があると思っっているか」という必要性認知度に対し、特定健診を受診することの大切さを知っており、健診を受診して生活習慣病でないとわかったらなんとなく安心感を覚え、生活習慣病にかかると将来自分の命に関わることをなんとなく認知している。また、生活習慣病になることによって生活が不便になることへの不安や、これまで以上に医療費がかかることへの不安（恐怖感）はさほど感じていない。つまり、日頃の悪習慣から生活習慣病にかかり、内臓脂肪が増加し高血圧・高脂血症・糖尿病等を発症してから動脈硬化や心筋梗塞などを患い高額医療となる状態になるまでに時間がかかることなどから、「生活利便性」や「個人医療費」といった阻害要因は必要性認知度にあまり影響を与えていないことがわかる。

表-5.10 未受診者の必要性認知度（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル選別				
モデル	R	R ² 乗	調整済み R ² 乗	標準偏差補定値の偏差
a. 予測値: (定数)、個人医療費 (前)、早期予防 (前)、安心感 (前)、生活利便性 (前)、生命危機	.501	.251	.244	1.106

分散分析 ^a					
モデル	平方和 (分散成分)	自由度	平均平方	F 値	有意確率
回帰	195.589	5	39.118	31.970	.000 ^b
残差 (分散分析)	582.421	476	1.224		
合計 (ヒソトテーブル)	778.010	481			

a. 予測値: (定数)、個人医療費 (前)、早期予防 (前)、安心感 (前)、生活利便性 (前)、生命危機 (前)
b. 従属変数 受診必要性認知度 (前)

係数 ^a							
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		t 値	有意確率
		B	標準偏差	ベータ	共線性の統計量		
a. 従属変数 受診必要性認知度 (前)	(定数)	.020	.234			.072	.483
	早期予防 (前)	.420	.060	.328		7.042	.000
	安心感 (前)	.102	.058	.082		1.756	.080
	生命危機 (前)	.119	.071	.097		1.679	.094
	生活利便性 (前)	.135	.072	.105		1.872	.062
	個人医療費 (前)	.040	.061	.031		.664	.507

共線性の診断 ^a									
モデル	次元	固有値	条件指数	分散プロパティ					
				(定数)	早期予防 (前)	安心感 (前)	生命危機 (前)	生活利便性 (前)	個人医療費 (前)
a. 従属変数 受診必要性認知度 (前)	1	5.828	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.049	10.885	.00	.49	.01	.01	.04	.30
	3	.041	11.934	.00	.05	.90	.10	.04	.01
	4	.040	12.136	.23	.11	.07	.22	.13	.10
	5	.023	16.067	.60	.14	.02	.01	.18	.59
	6	.020	17.242	.16	.20	.00	.66	.61	.00

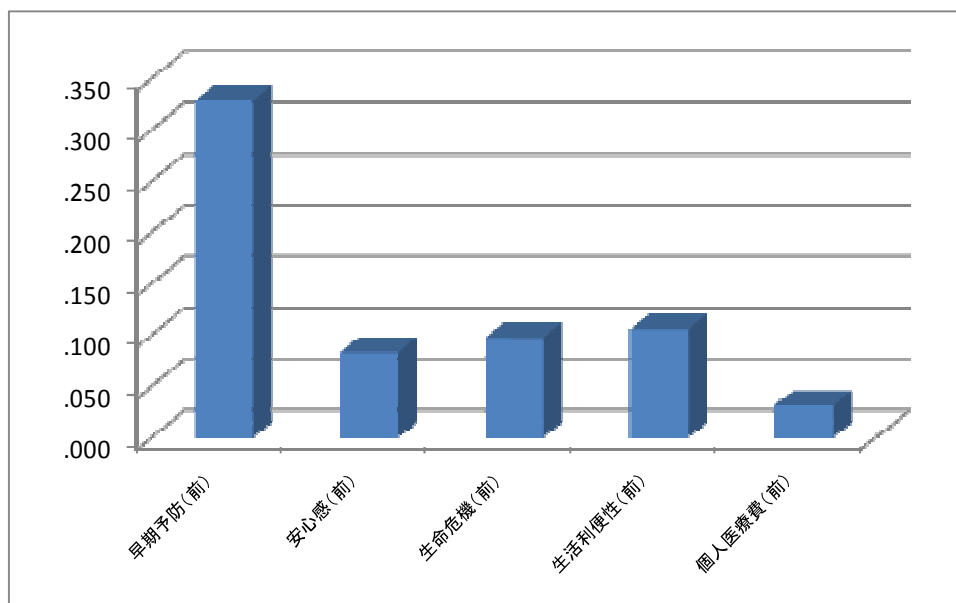


図-5.83 未受診者の標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度

次に、未受診者の必要性認知度を分析するため、属性なしの状態（全データ）から属性：未受診者を抽出し、情報提供を与える前の状態でSPSSにより重回帰分析を行う。ここで、まず本研究における未受診者の定義を以下に示す。

■未受診者：「特定健康診査受診券を使用していない国保被保険者で、別途の方法で受診が確認され統計上は受診者として扱われている者を除いた者」とする。すなわち、特定健康診査の受診に際し、「特定健康診査受診券」を使用しなかった者とする。なぜなら、特定健康診査の受診に際し、受診券を使わずに、市が主催する健診や医療機関での健診、さらには人間ドックを受けに行く（あるいは受診した）という行為は、市が主催する場合の健診は、胃癌・大腸癌などの各種癌検診等、医療機関での健診受診や人間ドックの受診は、個人の定期健診とみなされ、特定健康診査の実施率というアウトプット指標には計上されないからである。

未受診者の必要性認知度結果を、表-5.10およびその標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度を図-5.83に示す。未受診者の必要性認知度については、受診意欲の阻害要因の中でも、「早期予防」の影響度が大きく関与しており、その次に、「生活利便性」に対する恐怖感、「生命危機」に対する恐怖感が影響を与えていることがわかる。つまり、特定健診未受診は、特定健康診査を受診することにより、特定健診を受診することの大切さがある程度知ってはいるが、特定健診を受診した結果、生活習慣病等にかかっていた場合、これまでの生活が損なわれると感じ、また生活習慣病から将来自分の生命が危うくなることを認知するがために、健診を受けていないことが予想される。

次に、必要性認知度を構成する阻害要因を一つ一つヒストグラムで表し、情報提供前と情報提供後の施策効果の検証を行った。

①「早期予防」に対する分析と考察

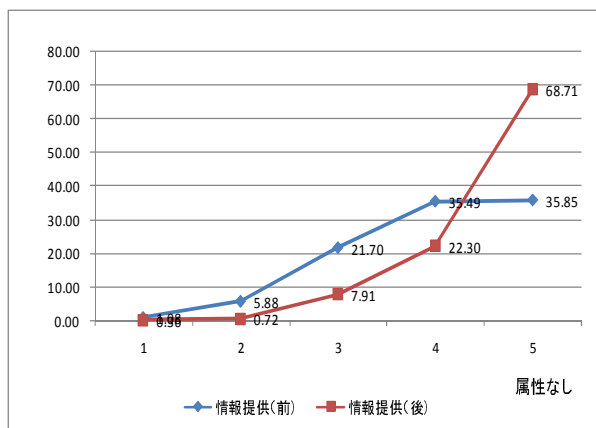


図-5.84 情報提供効果（属性なし）

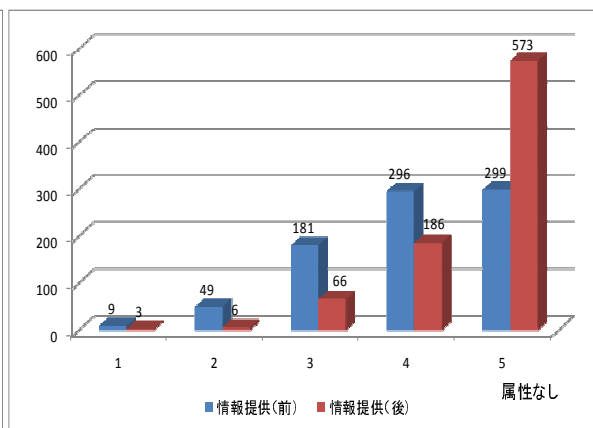


図-5.85 情報提供効果（属性なし：％）

○情報提供後に、設問に対する肯定的な回答である選択肢 4. だいたいわかった、5. よくわかったと回答した者が情報提供前の 71%から約 91%まで増加していることから、早期予防に関する「特定健診を受ける大切さを知っていますか」という情報提供は、全体的にその効果が十分に見られる。

○また、情報提供前の回答結果から、早期予防に関する情報提供をしないと、健診を受診することで早期予防の効果があるということに対する意識が低い。

■属性別分析：性別（男性・女性）

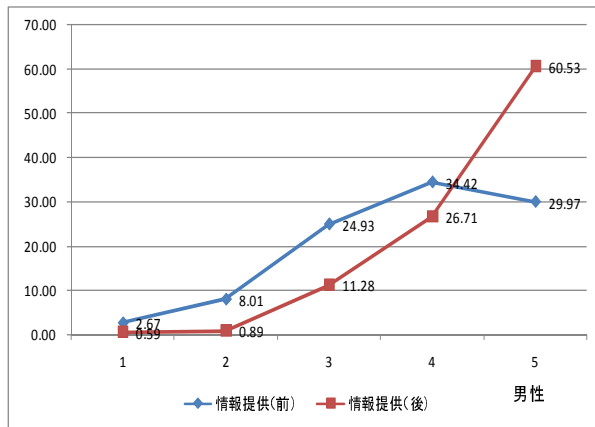


図-5.86 情報提供効果（男性）

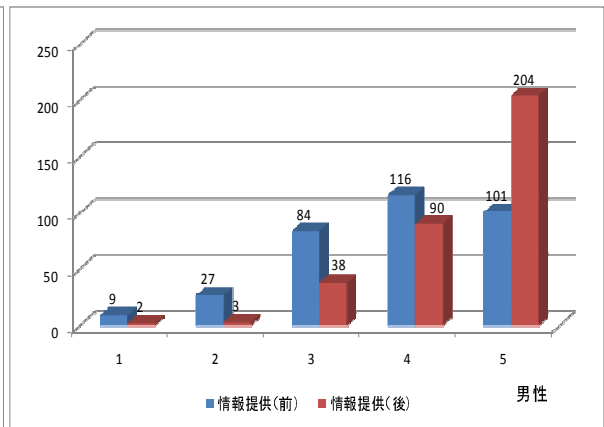


図-5.87 情報提供効果（男性：%）

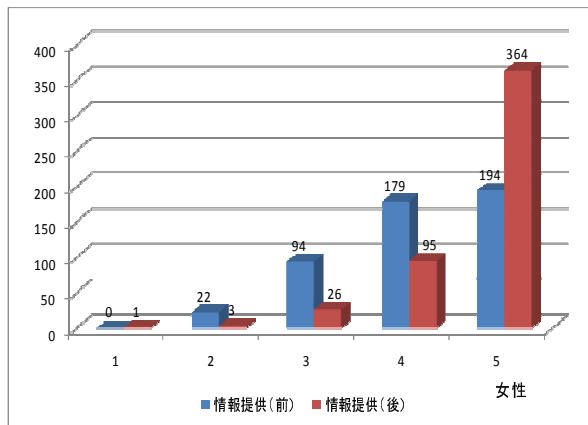


図-5.88 情報提供効果（女性）

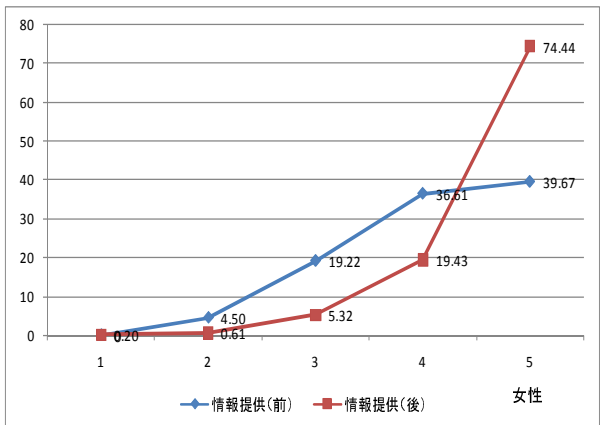


図-5.89 情報提供効果（女性：%）

○性別分析においては、早期予防に関する情報提供は、男性にも女性にも効果があるが、もともと男性より女性の意識が高く、情報提供による効果は男性の方が高い。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

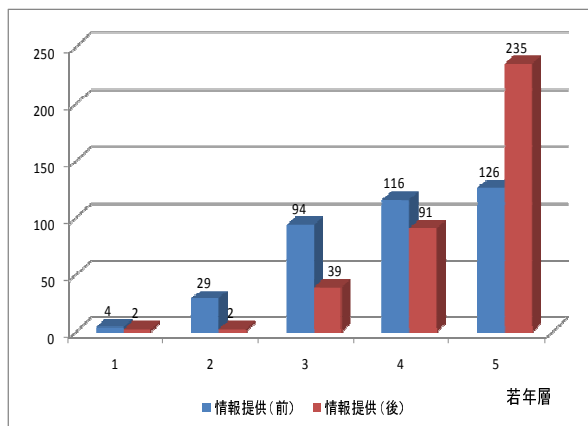


図-5.90 情報提供効果（若年層）

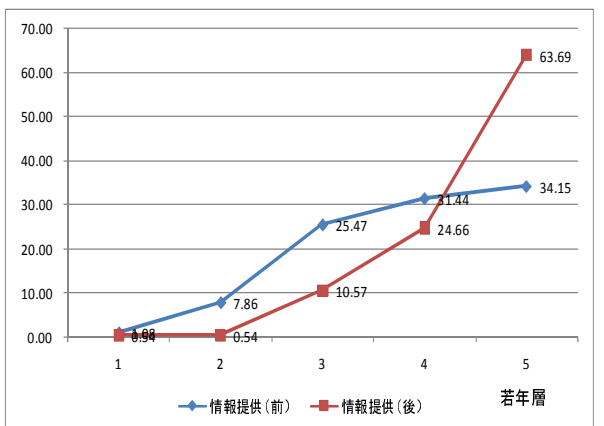


図-5.91 情報提供効果（若年層：%）

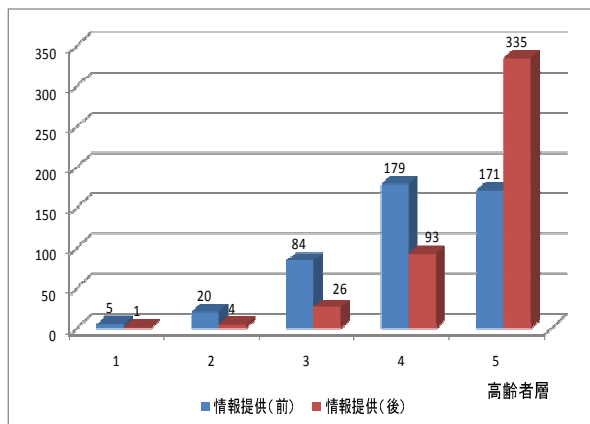


図-5.92 情報提供効果（高齢者層）

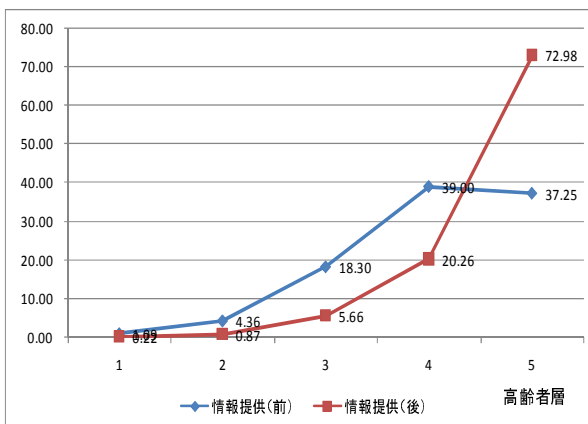


図-5.93 情報提供効果（高齢者層：％）

○早期予防に関する情報提供効果は、若年層にも高齢者層にも効果があるが、高齢者層にその効果が高い。

●（総括）早期予防に関する情報提供は効果的であり、情報提供をしなければ健診を受診することで早期予防の効果があることに対する意識は低い。また、属性別分析では、男性より女性が、若年層より高齢者層の意識が早期予防に関する意識が高く、その効果は、女性より男性の方が、高齢者層より若年層の方が高い。

②「安心感」に対する分析と考察

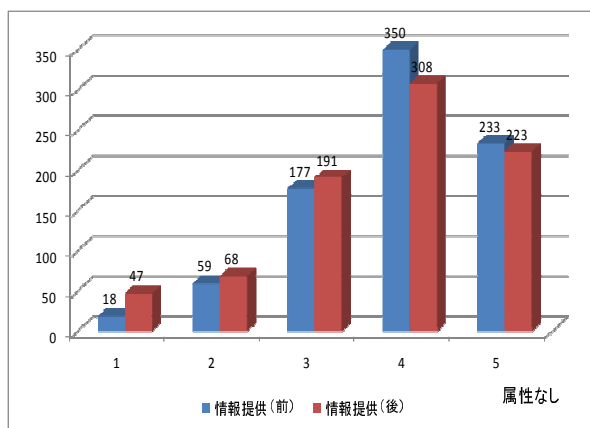


図-5.94 情報提供効果（属性なし）

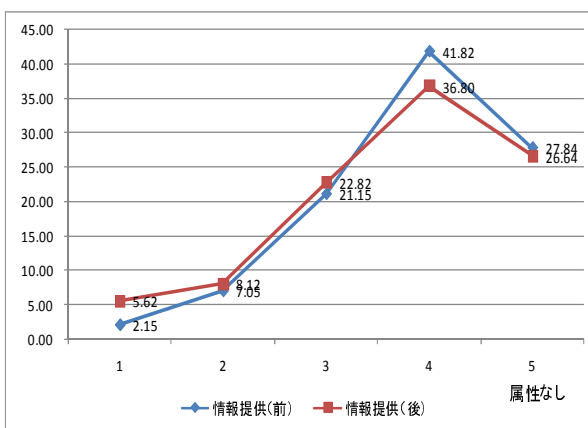


図-5.95 情報提供効果（属性なし：％）

○アンケート調査の結果から、特定健診を受けることによる安心感はあまり生まれない。「生活習慣病でないとわかったら、どのくらい安心を感じますか」という設問に対し、生活習慣病に関する情報提供を受けたことによって、特定健康診査を受診することに関する情報を知り、自らの日常生活や自分の健康状態をあらためて振り返ることで、逆に被保険者の「不安度」が増したと考えられる。つまり、安心感よりも逆に不安度が増した。

■属性別分析：性別（男性・女性）

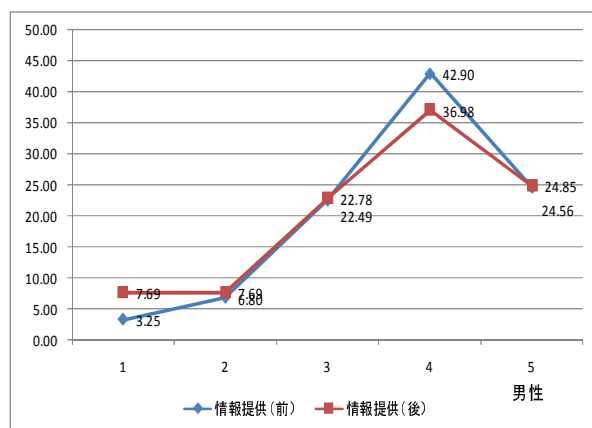


図-5.96 情報提供効果（男性）

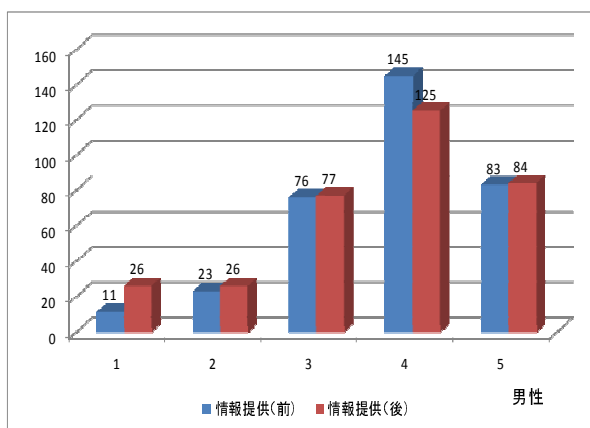


図-5.97 情報提供効果（男性：%）

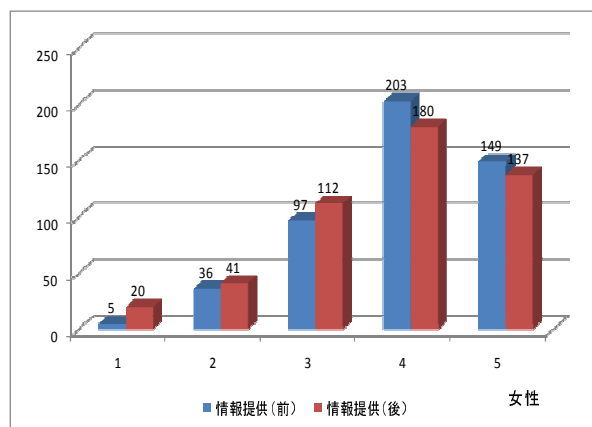


図-5.98 情報提供効果（女性）

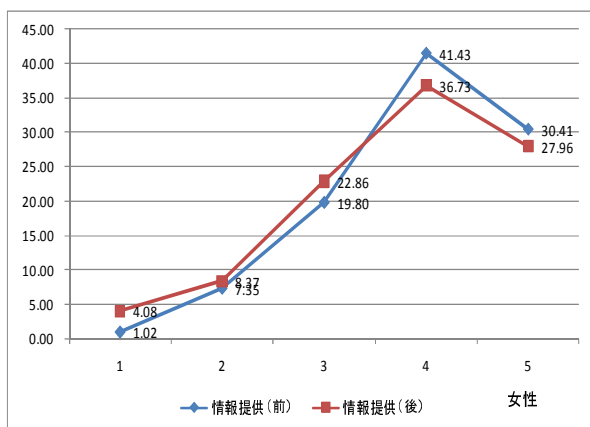


図-5.99 情報提供効果（女性：%）

○特定健診を受診して生活習慣病でないとわかった時の情報提供による安心感の効果は男性にも女性にもあまりない。

○逆にむしろ、特定健診と生活習慣病に関する情報提供を受けたことによって、不安感が増したと考えられる。つまり、特定健診を受診し生活習慣病でないとわかったとしても、生活習慣病そのものに対する恐怖心が植え付けられた効果と考える。

○また、安心感という阻害要因に対し、アンケート調査票で情報提供の仕方にも問題があることも効果があまりない要因と思われる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

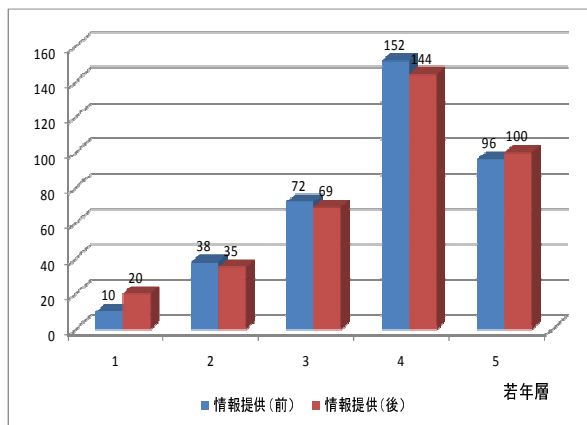


図-5.100 情報提供効果（若年層）

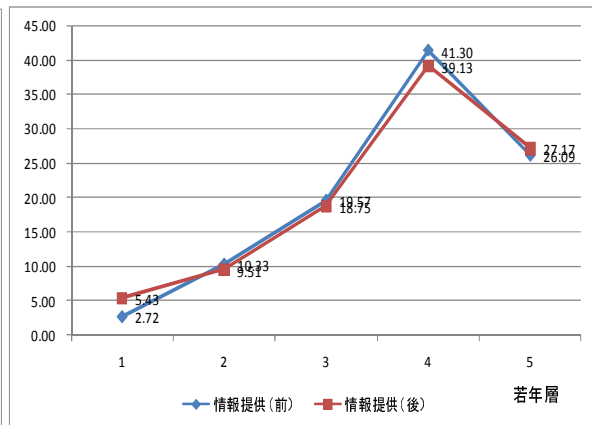


図-5.101 情報提供効果（若年層：%）

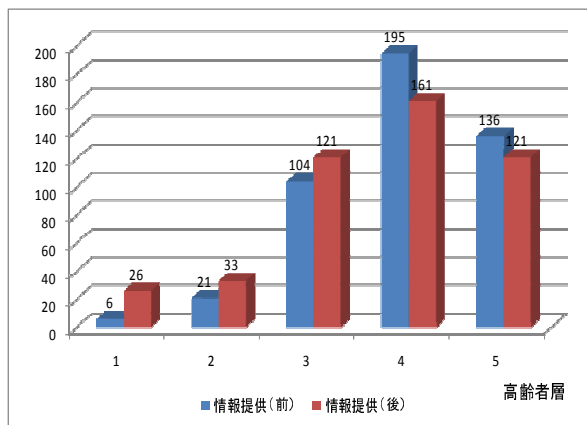


図-5.102 情報提供効果（高齢者層）

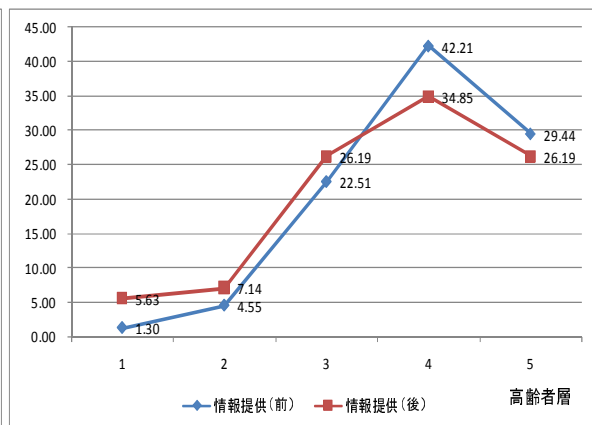


図-5.103 情報提供効果（高齢者層：%）

○特定健診を受診して生活習慣病でないとわかった時の情報提供による安心感の効果は、若年層も高齢者層もあまりない。

○若年層においては、まだ生活習慣病の有病率や発症率が高齢者層と比べ高くないことから、安心を高齢者層より感じていない。

○ただし、高齢者層においては、アンケート調査を通して自分の年齢を振り返ることにより、若年層より将来に対する不安感が増している。

●（総括）アンケート調査の結果から、特定健診を受けることにより、生活習慣病でないとわかったとしても安心感はあまり生まれにくい。生活習慣病等に関する情報提供を受け、知ったことで、これまでの日常生活や自分の健康状態をあらためて振り返り、逆に「不安度」が増したと考えられる。属性別分析で見ると、女性、高齢者層において、不安度が若干増している。男性より現実的に評価をする女性、年齢的に生涯寿命（健康寿命）を考える高齢者に対して負の効果が生じたためと思われる。

③ 「生命危機」に対する分析と考察

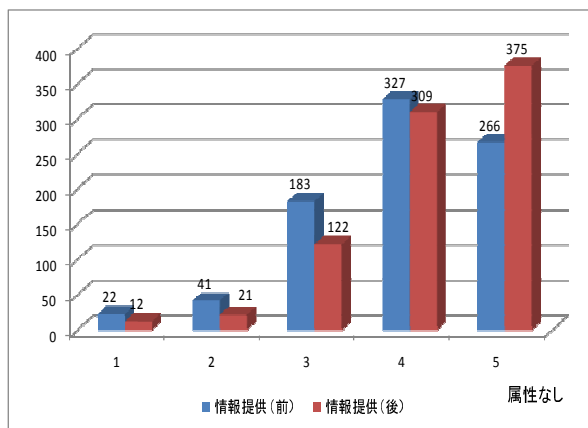


図-5.104 情報提供効果（属性なし）

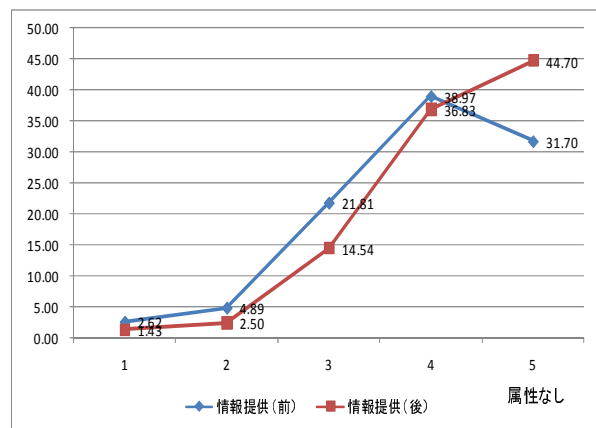


図-5.105 情報提供効果（属性なし：%）

○「生活習慣病になると、将来、命にかかわることもあるという怖さを感じますか」という問に対して、生命危機への恐怖感が情報提供後に芽生えていることがわかる。また、特定健診を受診し生活習慣病にかかっていた場合、生命が危険にさらされるという恐怖感を情報提供前にある程度は持っている。生命危機への情報提供の効果が一定見られる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

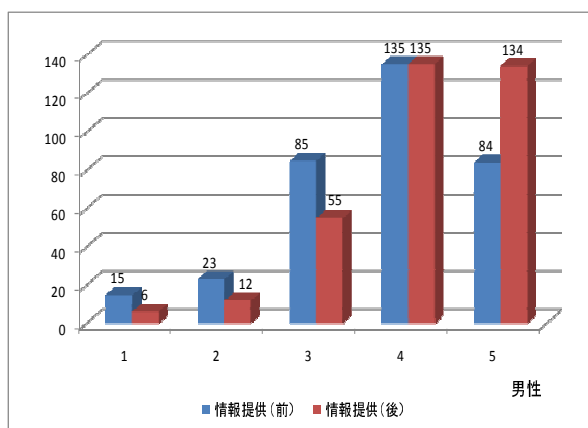


図-5.106 情報提供効果（男性）

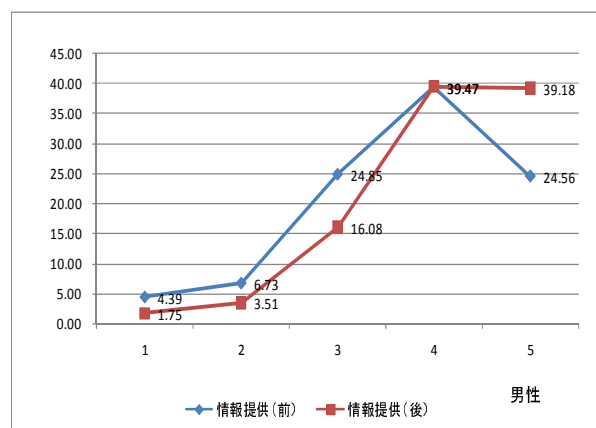


図-5.107 情報提供効果（男性：%）

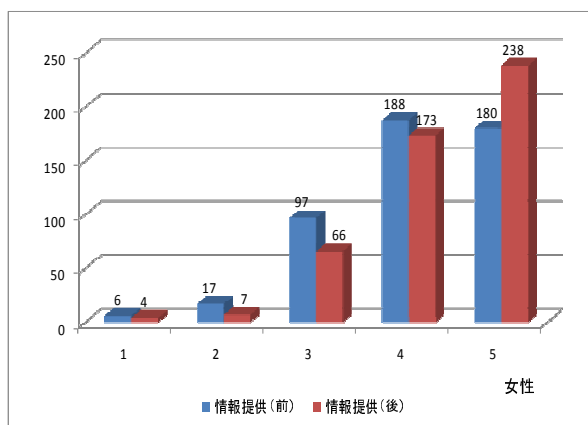


図-5.108 情報提供効果（女性）

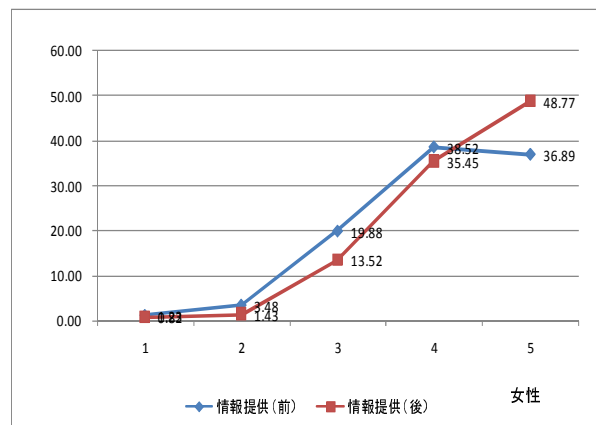


図-5.109 情報提供効果（女性：%）

○生命危機に対する恐怖感は、男性より女性の方が高い。つまり、生活習慣病に着目した特定健診ばかりでなく、日頃の様々な健診には男性より女性の受診者が多いというもとの受診行動からも生命危機に対する恐怖感が高いと思われる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

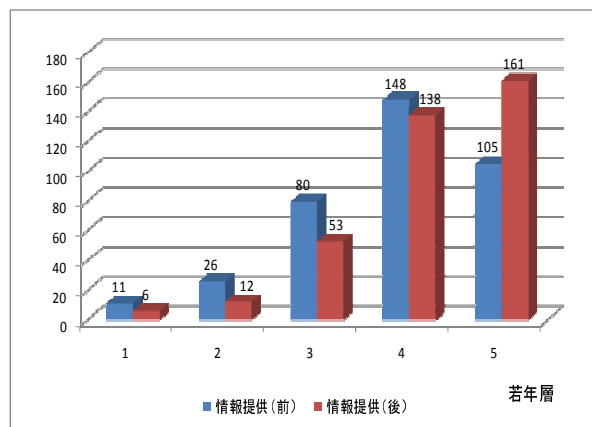


図-5.110 情報提供効果（若年層）

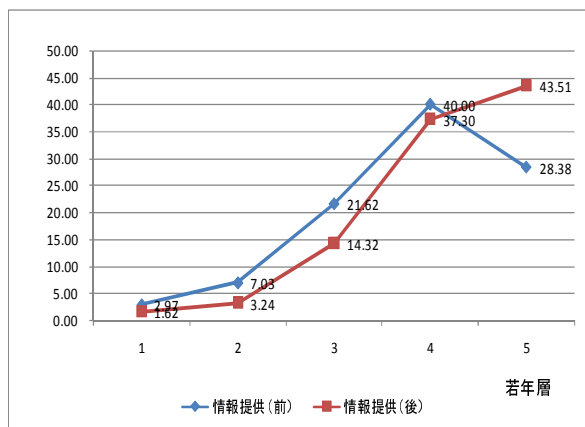


図-5.111 情報提供効果（若年層：％）

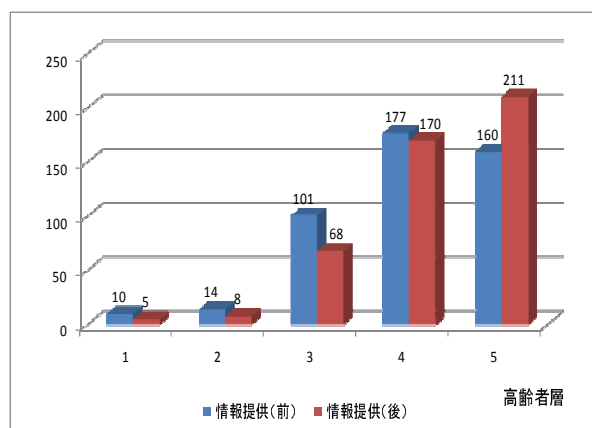


図-5.112 情報提供効果（高齢者層）

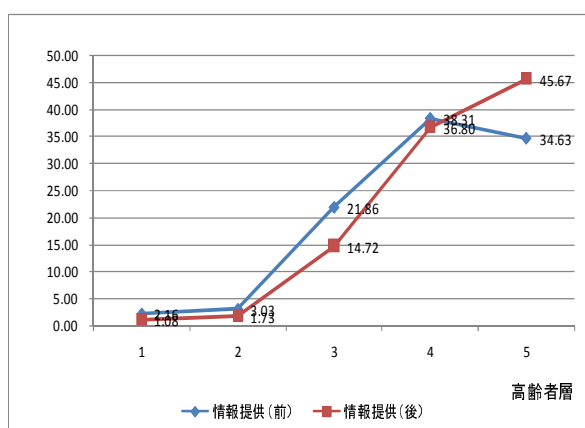


図-5.113 情報提供効果（高齢者層：％）

○生命危機に対する情報提供は、若年層にも高齢者層にも一定効果が見られる。

○生活習慣病という疾病にかかり始める年齢が30代半ばくらいからという最近のデータから、比較的若い年齢層においても生命危機に対する意識があることがわかる。

●（総括）アンケート調査の結果から、全体的に情報提供の効果がある。属性別分析では、男性より女性の意識が高い。ただし、大幅な情報提供効果は見られないことから、今後は、生命危機への情報提供の方法を開発する余地が残されている。

④ 「生活利便性」に対する分析と考察

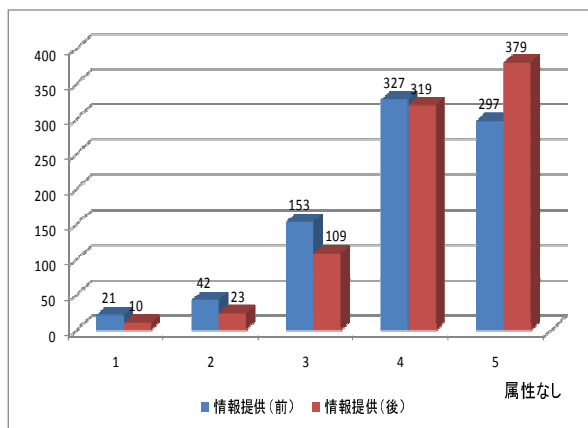


図-5.114 情報提供効果 (属性なし)

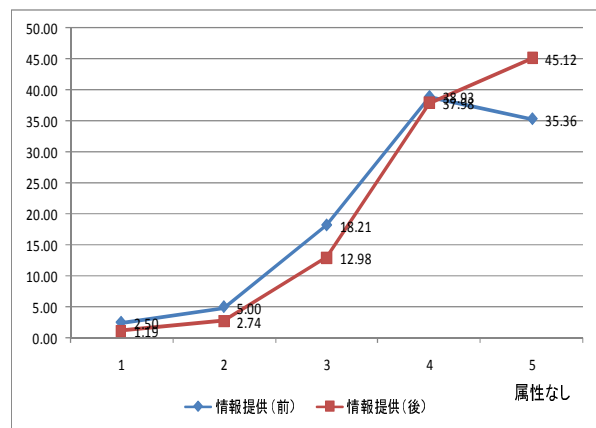


図-5.115 情報提供効果 (属性なし：%)

○「生活習慣病によって、生活が不便になることに不安を感じますか」という生活利便性に対して、情報提供による意識の効果が少し見られる。また、アンケート調査票上で、生活習慣病にかかることによる生活利便性の低下に関する情報提供が不十分であった。

■属性別分析：性別（男性・女性）

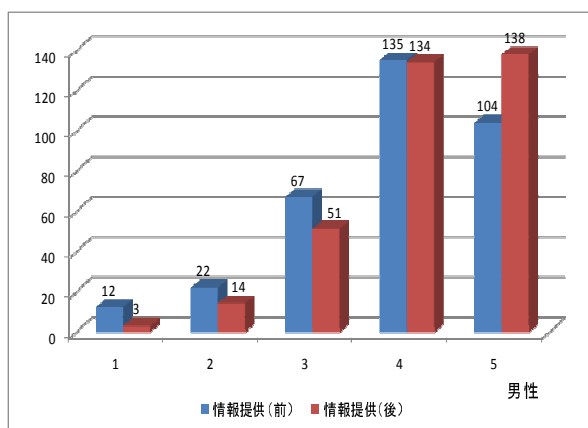


図-5.116 情報提供効果 (男性)

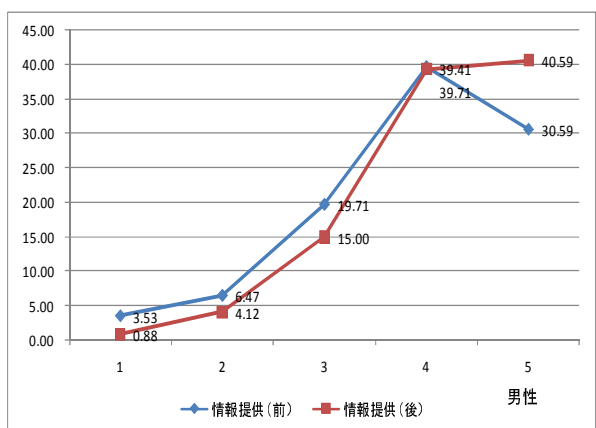


図-5.117 情報提供効果 (男性：%)

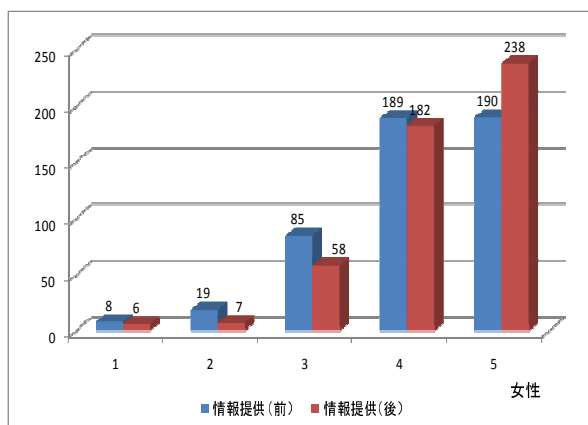


図-5.118 情報提供効果 (女性)

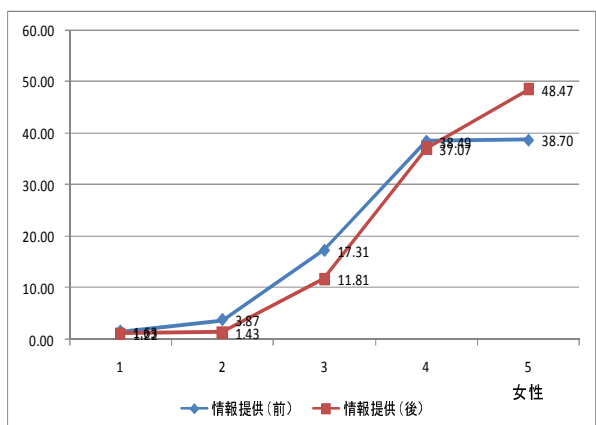


図-5.119 情報提供効果 (女性：%)

○男性より女性の方が、生活習慣病にかかることにより生活利便性が低下することに対する意識が高い。また、男性、女性ともに生活利便性に対する情報提供の効果がわずかに見られる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

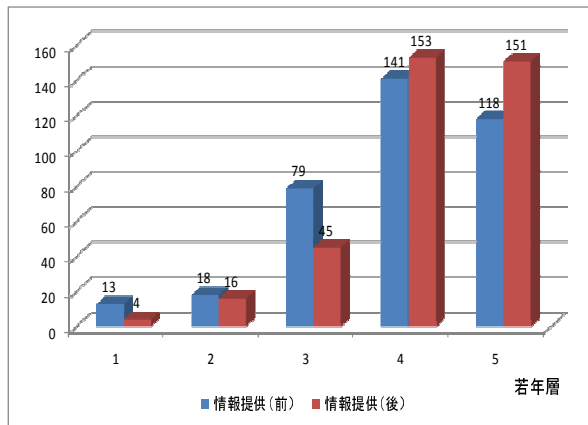


図-5.120 情報提供効果（若年層）

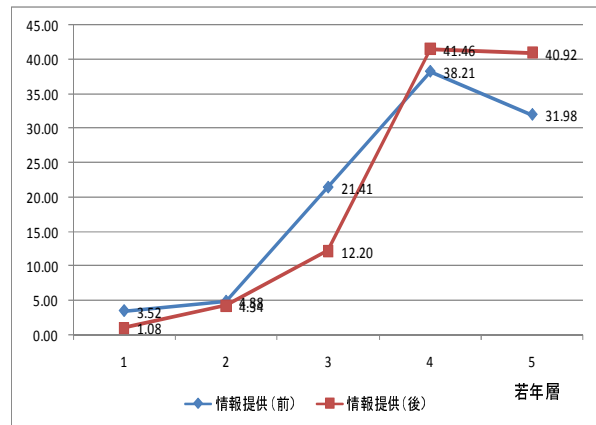


図-5.121 情報提供効果（若年層：%）

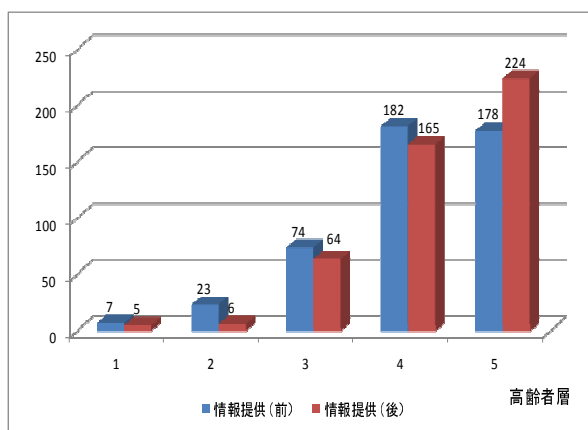


図-5.122 情報提供効果（高齢者層）

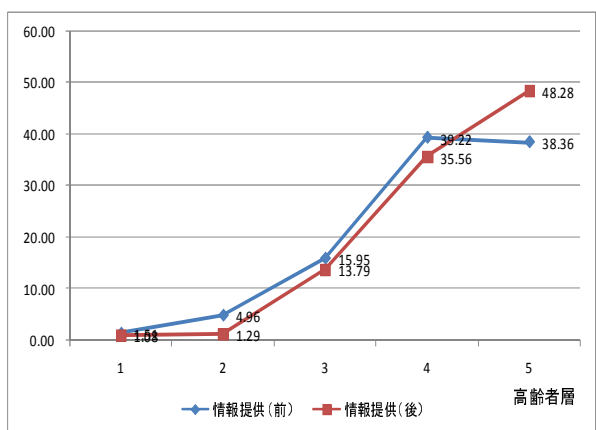


図-5.123 情報提供効果（高齢者層：%）

○高齢者層より若年層の方が、情報提供の効果が見られる。おそらく高齢者層においては、加齢に伴う健康障害もある人もいるため、生活利便性に関する意識が若年層よりもともと高く、情報提供による効果が少ないと思われる。

●（総括）アンケート調査票で、「生活習慣病によって、生活が不便になることに不安を感じますか」という生活利便性に対する情報提供が不十分であったにもかかわらず、情報提供後の意識の変化が見られる。アンケート調査そのものから感じ取った恐怖感から、生活利便性が低下することを認識した結果、効果が生じたと見られる。

これまでの広報活動やアンケート調査において、生活習慣病にかかれば十分に生活利便性が低下し、これまでの日常生活ができなくなるという情報提供を広報等でもっと提供すべきである。属性としては、女性よりは男性に効果があり、なんらかの疾病を抱えている可能性が高い高齢者層よりも生活習慣が多様な若年齢に、生活利便性からくる恐怖感の情報提供を行うべきである。

⑤ 「個人医療費」に対する分析と考察

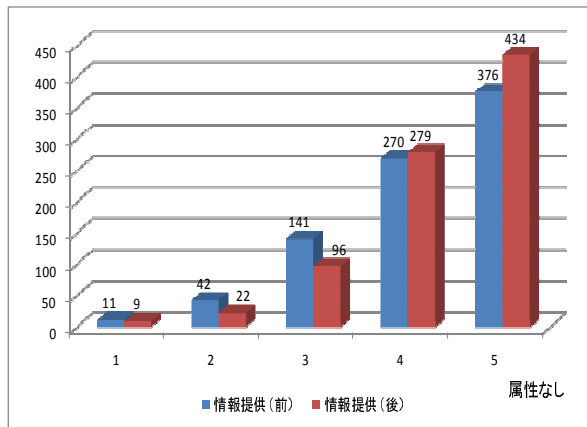


図-5.124 情報提供効果 (属性なし)

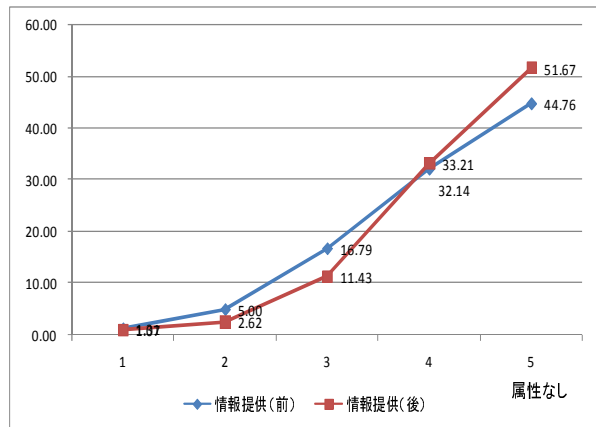


図-5.125 情報提供効果 (属性なし：%)

○「あなたは生活習慣病によって、医療費がかかることに不安を感じますか」という個人医療費への恐怖感に対し、情報提供による効果がわずかに見られる。特定健診を受診し、生活習慣病等にかかっていることが判明した場合、個人医療費に関する負担がこれまでの医療費より大きくなるという認識は、情報提供を受ける前から一定なされているようである（情報提供前に約77%の人が、4.不安をかなり感じる、5.非常に感じると回答している）。

■属性別分析：性別（男性・女性）

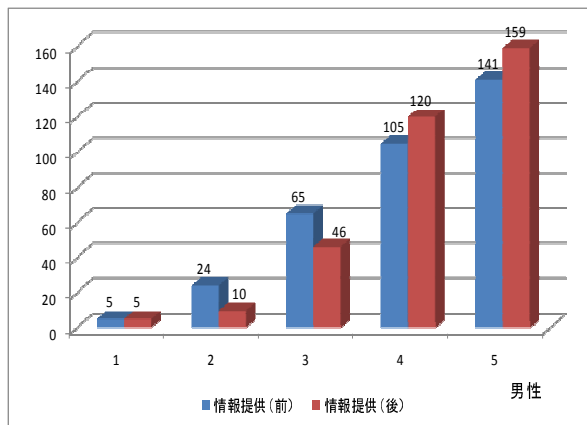


図-5.126 情報提供効果 (男性)

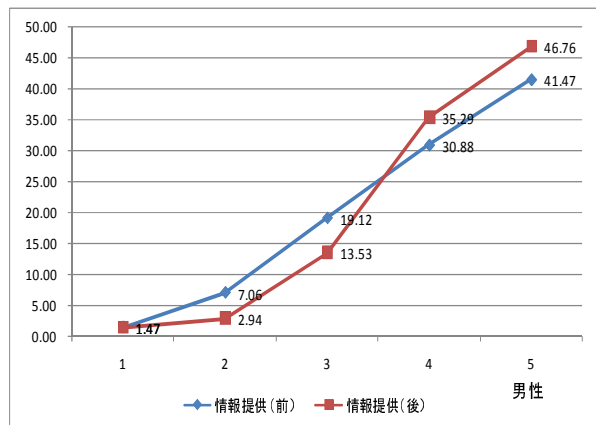


図-5.127 情報提供効果 (男性：%)

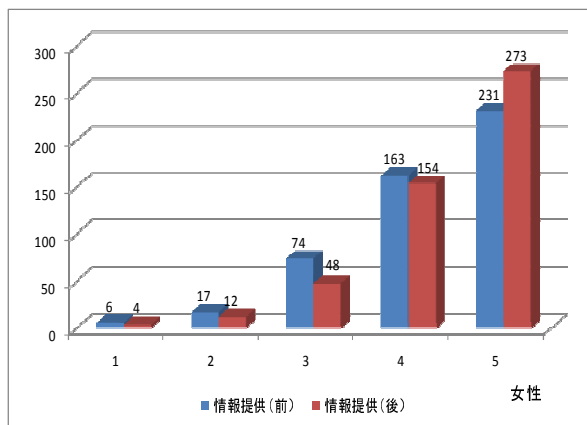


図-5.128 情報提供効果 (女性)

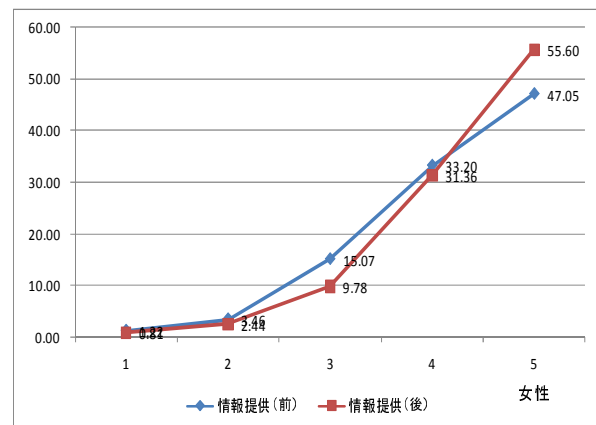


図-5.129 情報提供効果 (女性：%)

○個人医療費に対する恐怖感の認識における情報提供は、女性より男性に一定効果的である(女性は、生活習慣病によって、医療費がかかることに不安を感じるかという質問に対して、情報提供前の段階で女性は約80%以上の者が選択肢4.かなり感じる、5.非常に感じると回答している)。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

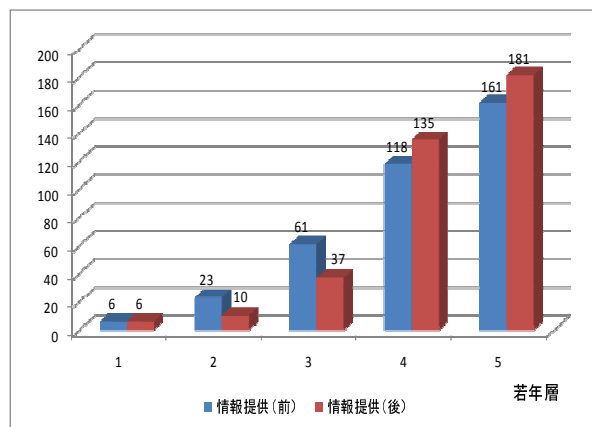


図-5.130 情報提供効果（若年層）

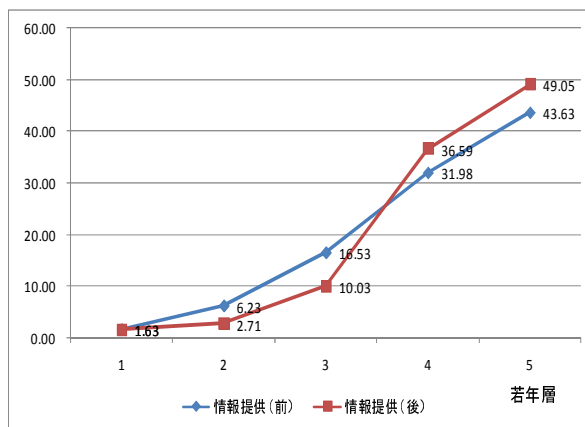


図-5.131 情報提供効果（若年層：%）

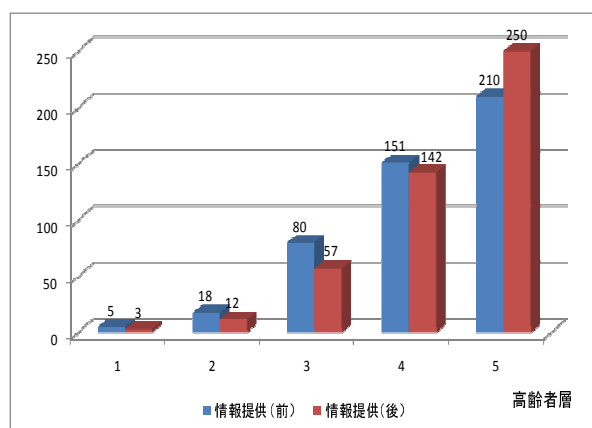


図-5.132 情報提供効果（高齢者層）

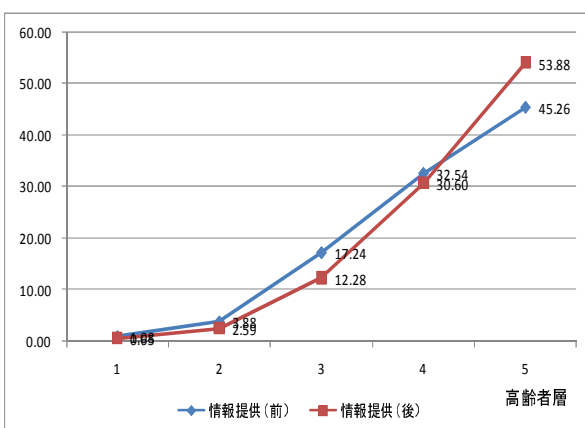


図-5.133 情報提供効果（高齢者層：%）

○属性を年齢別階層で分析した場合、高齢者層より若年層に一定効果が見られる。個人医療費に関する恐怖感の認識は、情報提供以前より、若年層も高齢者層も生活習慣病にかかることによって医療費が増えるという認識をしている。

●（総括）個人医療費に関する情報提供は、全体的に、生活習慣病にかかることと医療費の個人負担は大きくなるという認識が一定さなされているようである。すなわち、漠然とではあるが、医療費がこれまで以上に増えるという認識をしている。属性別の分析においては、女性より男性に、高齢者層より若年層に一定の効果が見られる。また、全体的に情報提供による効果が大きな変化ではないことから、情報提供が不十分であったとも考えられる。このことに関して、今後、広報やアンケート調査を通じて情報提供を積極的に行うべきである。

5.7.2. 意識構造のロジックモデルにおける「障害」に関する分析と考察

次に、意識構造のロジックモデルにおける健診受診意欲を阻害している要因である「障害」について分析する。

障害は、健診手続きに関する知識不足や特定健診が行われている地域の集会所や医療機関までの距離などを含む「心理的障害」と「物理的障害」とで構成される。

「心理的障害」は、健診の手続き方法に対する「知識不足」や健診の結果が手元に返ってくるまでの時間・日数に対する「健診結果手間」、健診を行うことによる「効果に対する不信心」、自分は健診を受けなくても常日頃から健康であり、生活習慣病などにはかからないと自負している「健康への過信」、さらには、自分の日常の生活習慣や態度から、病気になるのは仕方がないとの「諦め」などから構成される。

「物理的障害」は、健診が行われる日や時間といった日程等に関する「健診日時」と受診行為そのものに要する「受診時間」といった時間の観点に関する障害に加え、自宅から健診会場や医療機関までの「距離」や、特定健診を受診するために出かける行為そのもの、つまり「移動行為」に関する阻害要因で構成される。

本研究においては、特定健診には、市が主催し地域の保健センターや各地区の集会所で行われる「集団健診」、医療機関に予約などして受診する「個別健診」、指定された医療機関等において人間ドックで受診する「人間ドック健診」、そして職場で受診する「職場健診」の大きく4つの特定健診受診行動に分類して分析と考察を行う。その際、それぞれの希望受診形態によって、障害の阻害要因が異なるため、意識構造のロジックモデルは、先の特定健康診査実施率向上のロジックモデル（図-5.74）を基に、各受診形態別のロジックモデルを構築し分析を行った。

障害（被説明変数）とその障害を構成する阻害要因（説明変数）を重回帰分析することにより、受診行動ごとにどの阻害要因が受診意欲を低下させるために影響を与えているのか分析し、その後、個別の要因ごとに情報提供の効果が見られたかどうか分析を行った。

5.7.3. 「集団健診希望者」の「障害」に関する分析と考察

まず、市が総合保健協会などに委託をして、保健センターや各地域の集会所などで行われる「集団健診」について分析・評価した。問25「あなたは特定健診をどこで受けていただけますか」という質問において、「これまでどおり市の集団健診」と回答した人（以下、個別健診受診希望者という。）の意識構造モデルは、以下の図-5.134とする。

■ 集団健診希望者の
ロジックモデル

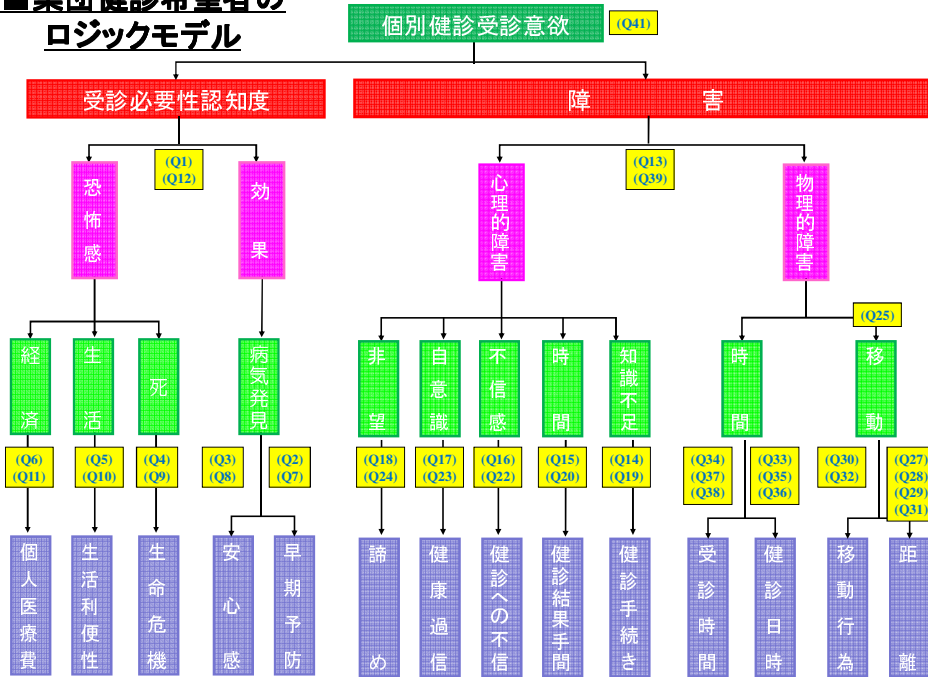


図-5.134 集団健診受診希望者のロジックモデル

表-5.11 集団健診 障害 (情報提供前) の重回帰分析結果

モデル要約				
モデル	R	R ² 変	調整済み R ² 変	標準偏差推定値の比率
	.483	.243	.221	.832

a. 予測値: (定数)、受診時間 (前)、健診への不信 (前)、健康通信 (前)、距離、移動行為

分散分析 ^a					
モデル	平方和 (分散分析)	自由度	平均平方	F 値	有意確率
回帰	56.060	9	6.229	9.007	.000 ^b
残差 (分散分析)	174.959	253	.692		
合計 (ヒストグラム)	231.019	262			

a. 予測値: (定数)、受診時間 (前)、健診への不信 (前)、健康通信 (前)、距離、健診手続き (前)、諦め

b. 従属変数: 障害 (前)

係数 ^a							
モデル	標準化係数	標準化係数		t 値	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準偏差			許容度	VIF
(定数)		-.385	.233	1.656	.099		
健診手続き (前)	.085	.046	.104	1.838	.067	.935	1.070
健診結果手間 (前)	.120	.042	.164	2.843	.005	.903	1.107
健診への不信 (前)	.204	.093	.184	3.209	.002	.907	1.103
健康通信 (前)	-.040	.052	-.044	-.767	.444	.897	1.114
諦め (前)	-.114	.049	-.133	-2.326	.020	.924	1.062
距離	.002	.056	.002	.042	.967	.868	1.152
移動行為	.284	.090	.307	4.714	.000	.706	1.417
健診日時 (前)	-.061	.052	-.077	-1.182	.238	.711	1.406
受診時間 (前)	-.090	.058	-.101	-1.552	.122	.702	1.425

a. 従属変数: 障害 (前)

共線性の診断 ^a													
モデル	次元	固有値		分散プロパティ									
		固有値	条件指数	(定数)	健診手続き (前)	健診結果手間 (前)	健診への不信 (前)	健康通信 (前)	諦め (前)	距離	移動行為	健診日時 (前)	受診時間 (前)
1		9.221	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
2		.385	4.623	.00	.01	.03	.03	.10	.03	.02	.02	.22	.10
3		.280	5.419	.00	.10	.02	.16	.39	.00	.05	.00	.00	.00
4		.265	5.572	.00	.00	.08	.00	.03	.00	.58	.03	.04	.11
5		.220	6.107	.00	.00	.48	.07	.24	.00	.08	.03	.06	.02
6		.175	6.850	.01	.01	.04	.01	.01	.07	.01	.73	.15	.01
7		.151	7.385	.00	.11	.07	.01	.06	.61	.00	.01	.13	.18
8		.136	7.770	.00	.04	.02	.18	.06	.21	.06	.18	.23	.47
9		.127	8.047	.00	.57	.17	.30	.05	.00	.00	.00	.14	.10
10		.040	14.311	.88	.17	.09	.24	.05	.08	.11	.05	.03	.01

a. 従属変数: 障害 (前)

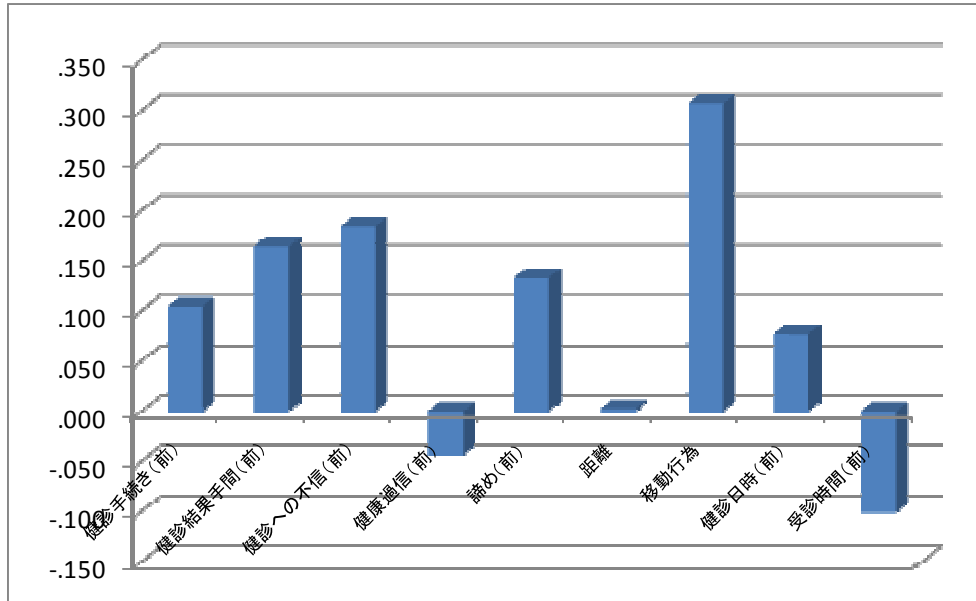


図-5.135 標準偏回帰係数の障害への影響度

まず、情報提供を与える前の属性なしの状態（全対象者）に対して、SPSS により重回帰分析をした結果（表-5.11）および標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度（図-5.136）から、特定健診を集団健診で受診したいと希望する被保険者は、特定健診を受診しに行くことが面倒だと思う「移動行為」に大きな影響を受けている。次に、特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的である（健診への不信はほとんどない）「健診への不信」が特定健診を受けることのためらい「障害」に影響を与えており、特定健診を受けてから健診結果が出るまでの時間の長さ「健診結果手間」をある程度煩わしいと思っている。さらに、自分の健康状態や年齢などを考慮した結果、将来、自分が生活習慣病にかかったとしてもそれは仕方がないと一定認識している。

表-5.12 集団健診未受診者 障害（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル					R	R2 変	調整済み R2 変	標準偏差修正定値の偏差
					.534	.285	.210	.977

a. 予測値: (定数), 受診時間 (前), 読み (前), 健診への不信 (前), 距離, 健診手続き

分散分析					
モデル	平方和 (分散)	自由度	平均平方	F 値	有意確率
回帰	82.383	9	9.154	4.338	.000
残差 (分散分析)	115.212	98	.841		
合計 (ヒストグラム)	197.595	107			

a. 予測値: (定数), 受診時間 (前), 読み (前), 健診への不信 (前), 距離, 健診手続き (前), 健診結果手間 (前)

b. 従属変数: 障害 (前)

係数						
モデル	標準化されていない係数	標準化係数	ベータ	t 値	有意確率	共線性の統計量
(定数)	-.292	.455		-.643	.522	
健診手続き (前)	-.065	-.073	.005	-.061	.951	1.053
健診結果手間 (前)	-.274	-.072	-.354	-.278	.000	.829
健診への不信 (前)	-.282	-.101	-.248	-.285	.006	1.087
健康通信 (前)	-.131	-.084	-.148	-.158	.122	1.230
読み (前)	-.212	-.087	-.217	-.242	.017	1.092
距離	-.172	-.119	-.129	-.145	.150	1.090
移動行為	-.185	-.103	-.189	-.184	.073	1.343
健診日時 (前)	-.113	-.093	-.129	-.129	.224	1.405
受診時間 (前)	-.226	-.109	-.217	-.207	.041	1.509

a. 従属変数: 障害 (前)

共線性の診断												
モデル	次元	固有値	条件指数	分散プロパティ								
				(定数)	健診手続き (前)	健診結果手間 (前)	健診への不信 (前)	健康通信 (前)	読み (前)	距離	移動行為 (前)	健診日時 (前)
1	1	9.341	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
2	2	3.90	4.625	.00	.00	.06	.02	.06	.02	.00	.00	.21
3	3	.293	5.339	.00	.05	.05	.19	.34	.00	.02	.00	.10
4	4	.232	5.982	.00	.01	.14	.04	.01	.00	.59	.04	.06
5	5	.193	6.505	.00	.06	.22	.23	.22	.00	.10	.05	.01
6	6	.144	7.603	.00	.03	.04	.09	.05	.45	.19	.05	.04
7	7	.142	7.656	.01	.01	.08	.00	.11	.04	.01	.80	.10
8	8	.122	8.274	.00	.53	.01	.02	.11	.29	.09	.02	.02
9	9	.106	8.869	.00	.12	.29	.06	.11	.03	.01	.00	.50
10	10	.021	16.224	.99	.18	.11	.29	.01	.13	.12	.02	.09

a. 従属変数: 障害 (前)

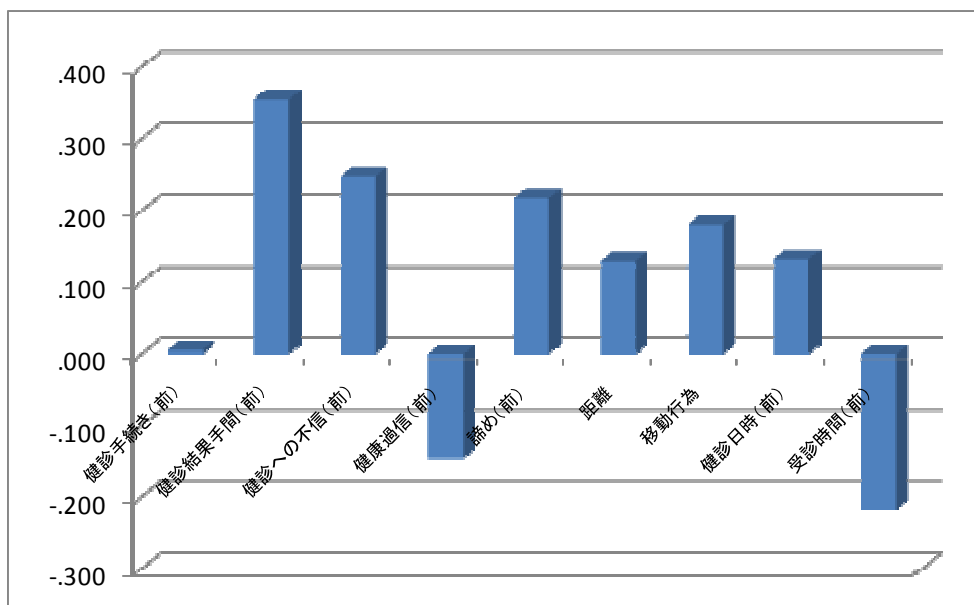


図-5.136 標準偏回帰係数の障害への影響度

次に、集団健診希望であるが、特定健診未受診者の障害を分析するため、属性なしの状態（全データ）から属性：未受診者を抽出し、情報提供を与える前の状態で SPSS により重回帰分析を行う（その結果は、表-5.12 および図-5.136 参照）。

特定健診を集団健診で受診したいと希望してはいるが、健診未受診者（集団健診希望者で未受診者）は、特定健診を受けることへのためらい「障害」に対して、健診を受けてから結果が手元に返ってくるまでの時間の長さのわずらわしさ「健診結果手間」について大きな影響を受けている。さらに、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的である「健診への不信」と、自分の健康状態や年齢などを考慮した結果、将来、自分が生活習慣病にかかるのは仕方がないと思う「諦め」に影響を受けている。加えて、集団健診の受診にかかる「受診時間」にも障害への影響を受ける。

①心理的障害「健診手続き」に対する分析と考察

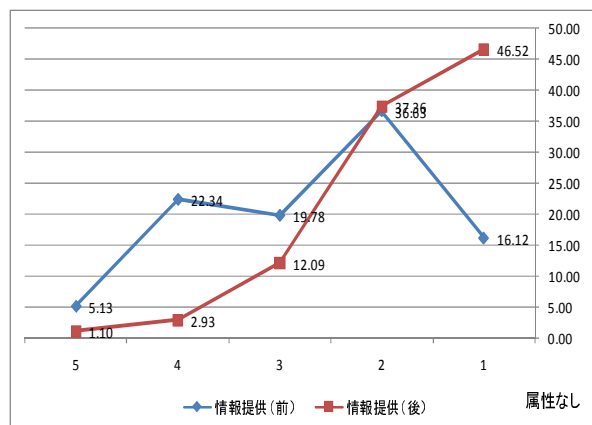


図-5.137 情報提供効果（属性なし）

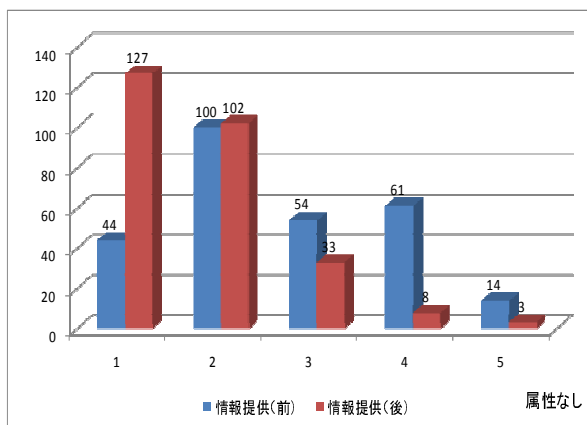


図-5.138 情報提供効果（属性なし：%）

○「特定健診の手続きがどのようなものか知っていますか」という健診手続きに関する情報

提供は、全体的に効果がある。ただし、情報提供をしなかった場合、集団健診希望者は、特定健診の手続きについてあまり理解していない。

■属性別分析：性別（男性・女性）

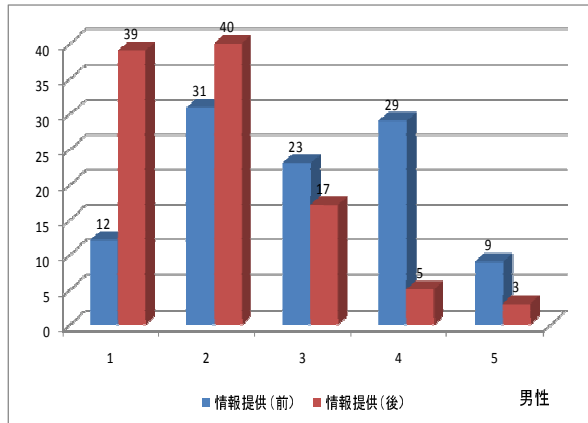


図-5.139 情報提供効果（男性）

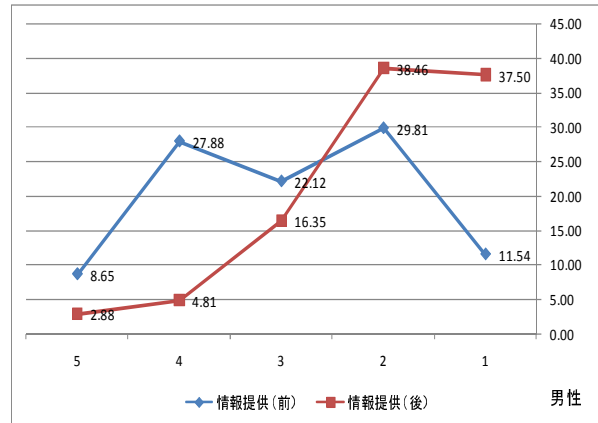


図-5.140 情報提供効果（男性：%）

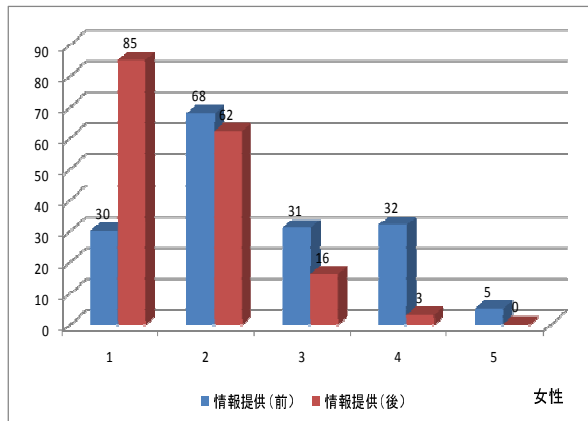


図-5.141 情報提供効果（女性）

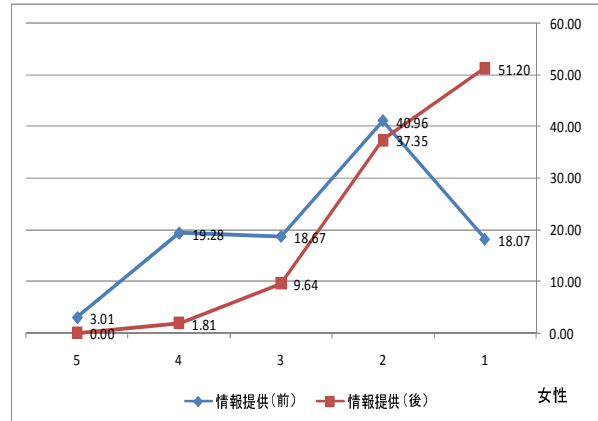


図-5.142 情報提供効果（女性：%）

○健診手続に関する情報提供は、集団健診受診希望者の男性にも女性にも効果がある。また、男性も女性も情報提供を行わなければ、特定健診を受診するために必要な手続方法をあまり理解していない。男性より女性の方が手続に関する理解度はもともと高い。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

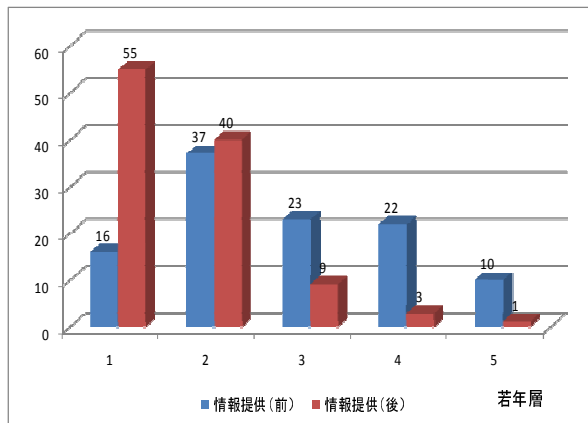


図-5.143 情報提供効果（若年層）

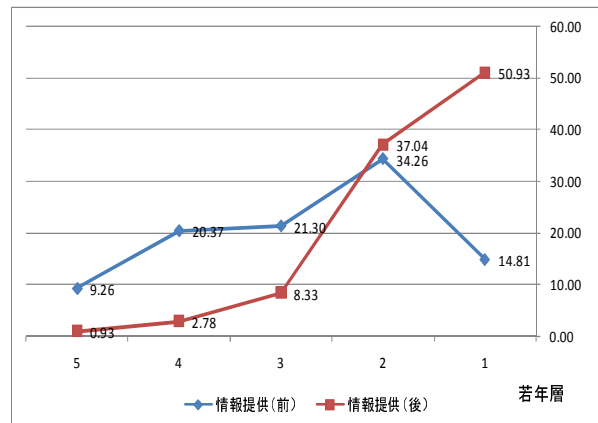


図-5.144 情報提供効果（若年層：%）

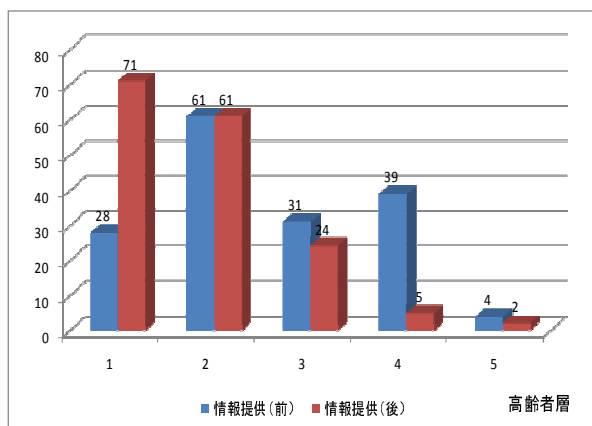


図-5.145 情報提供効果（高齢者層）

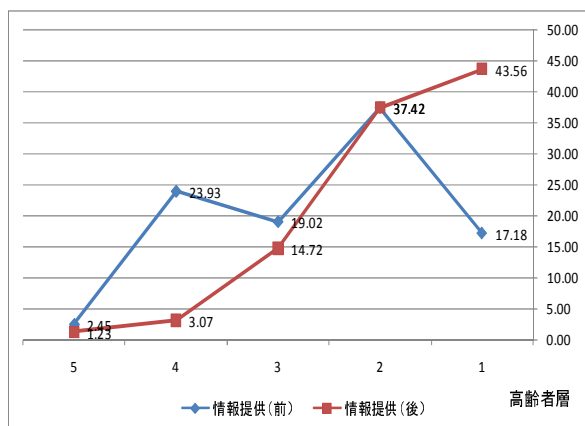


図-5.146 情報提供効果（高齢者層：%）

○年齢別の情報提供効果を見るならば、若年層にも高齢者層にも効果が見られる。もともとの健診手続に関する理解度は若年層より高齢者層の方が高い。若年層も高齢者層も情報提供がなかったならば、健診受診に対する手続の理解度が低い。

●（総括） 集団健診で特定健診を受診希望者は、特定健診を受診するために必要な健診手続に関して情報提供による効果がある。また、情報提供を行わなければ、もともとの健診手続に関する理解度は低い。先に述べた健診受診歴の分析でも見られるように、受診時に必要となる「特定健康診査受診券」の利用状況にも影響を与えるので、今後の広報活動等を通じた周知徹底が必要である。

②心理的障害「健診結果手間」に対する分析と考察

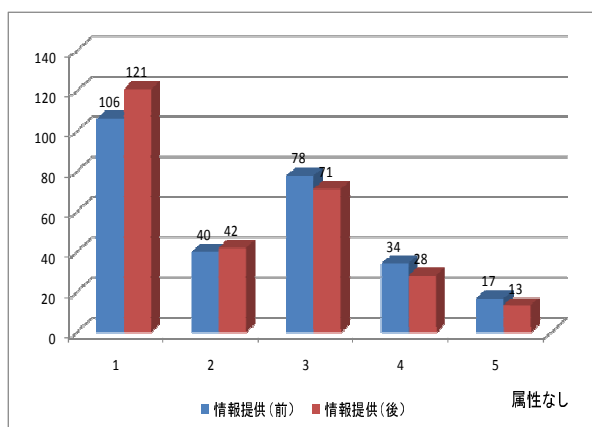


図-5.147 情報提供効果（属性なし）

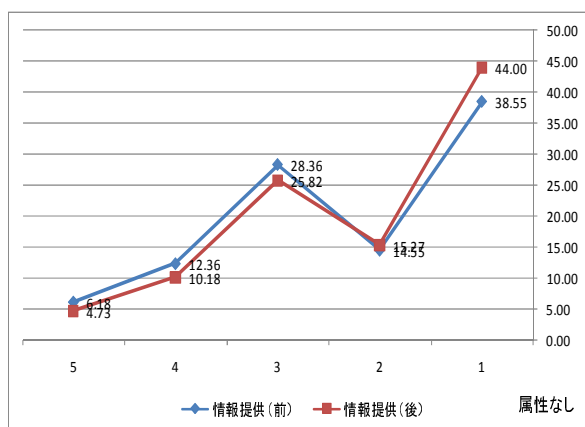


図-5.148 情報提供効果（属性なし：%）

○集団健診受診希望者は、健診を受診してから受診結果が手元に返ってくるまでの時間の長さがある程度手間だと感じている。健診結果手間に関する情報提供による効果ほとんど見られない。市が集団健診を総合保健協会などに委託して行っている、直接市の施策として扱える領域ではないが、今後、委託元と協議して、時間や日数の短縮などを図る必要がある。

■属性別分析：性別（男性・女性）

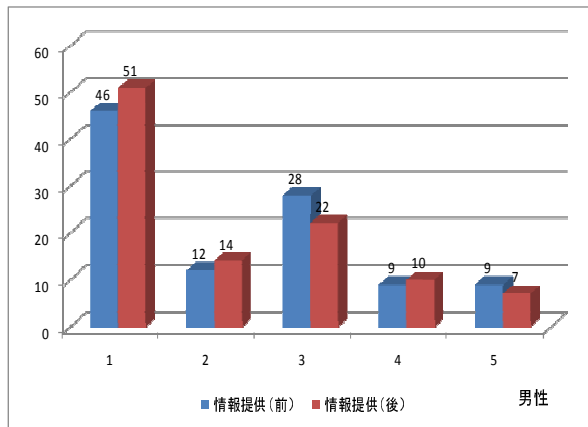


図-5.149 情報提供効果（男性）

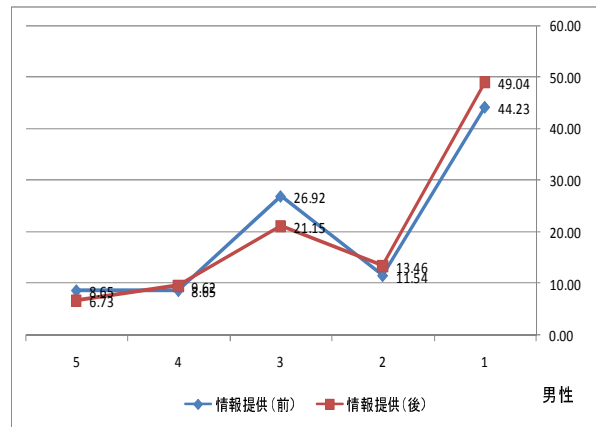


図-5.150 情報提供効果（男性：%）

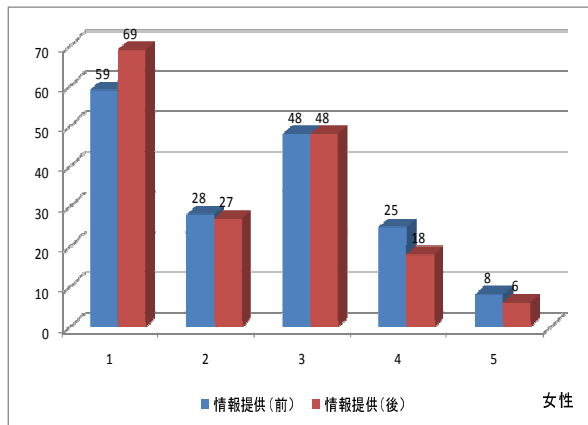


図-5.151 情報提供効果（女性）

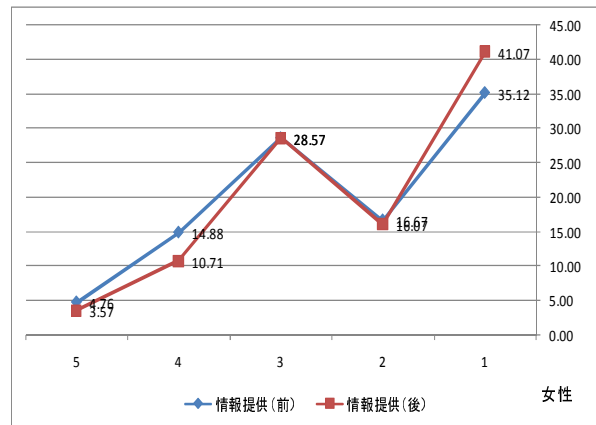


図-5.152 情報提供効果（女性：%）

○男性も女性も健診の結果が手元に返ってくるまでの時間や日数がある程度手間だと感じている。健診結果手間に関する情報提供の効果については、男性にも女性にもあまり効果がない。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

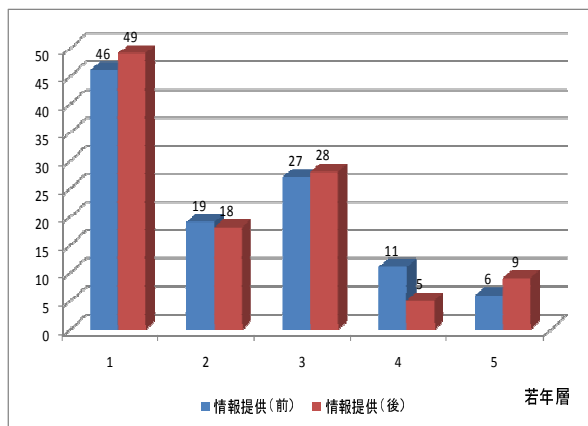


図-5.153 情報提供効果（若年層）

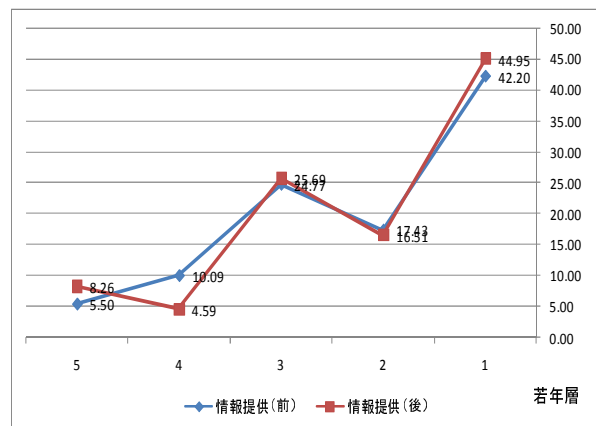


図-5.154 情報提供効果（若年層：%）

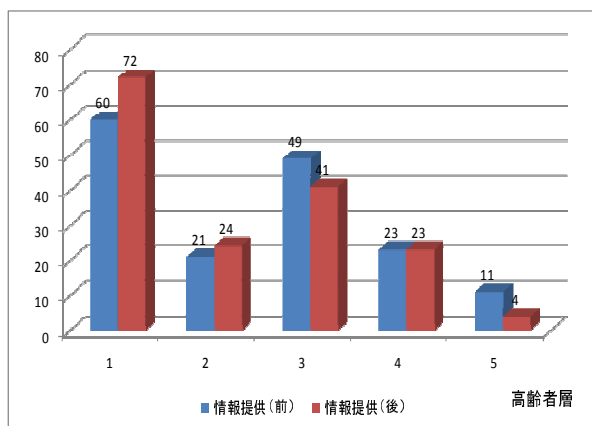


図-5.155 情報提供効果（高齢者層）

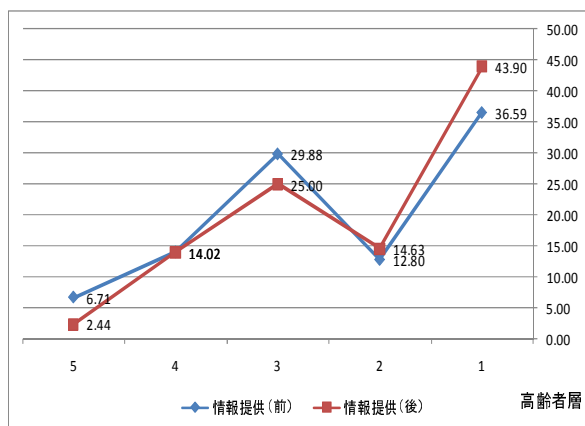


図-5.156 情報提供効果（高齢者層：%）

○若年層も高齢者層も健診結果が得られるまでの時間を手間だと感じている。若干、高齢者層が若年層より手間だと感じている。情報提供効果は若年層、高齢者層ともにあまりない。

●（総括）特定健診を受診後、健診結果が手元に得られるまでの時間を煩わしいと思っている。属性別分析をしても情報提供による効果はあまり見られない。今後は、現状でかかっている所要時間を集団健診の委託元である総合保健協会などと調整していく必要がある。

③心理的障害「健診への不信」に対する分析と考察

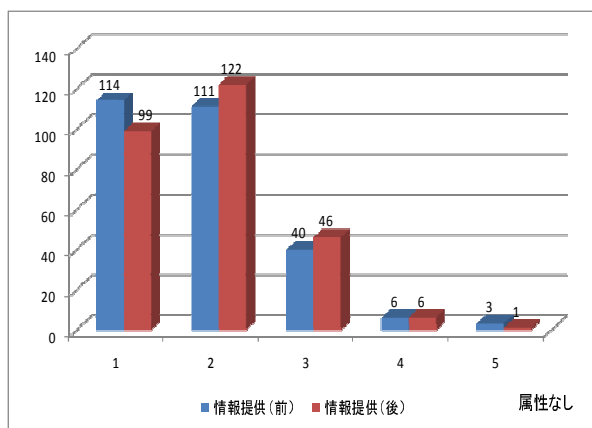


図-5.157 情報提供効果（属性なし）

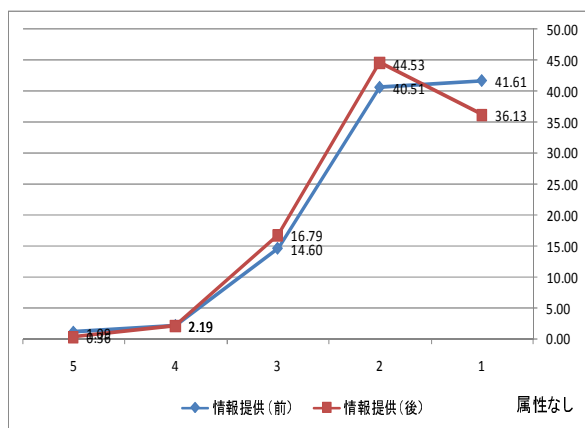


図-5.158 情報提供効果（属性なし：%）

○特定健診が早期発見に効果的であると思いますかという「健診への不信」に対して、集団健診受診希望者はほとんど不信感を抱いていない。もともと特定健診が生活習慣病などの早期発見に効果的であるという意識をある程度持っており情報提供効果はほとんど見られない。

■属性別分析：性別（男性・女性）

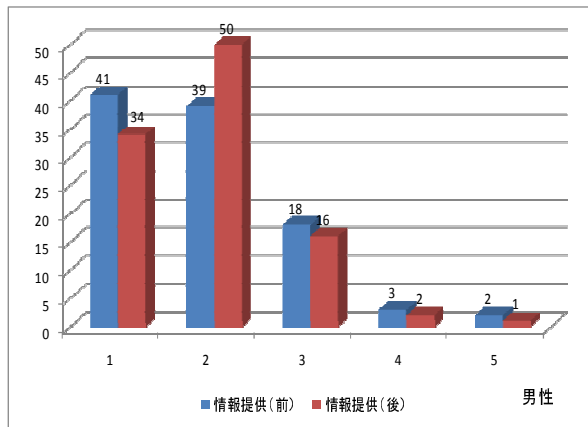


図-5.159 情報提供効果（男性）

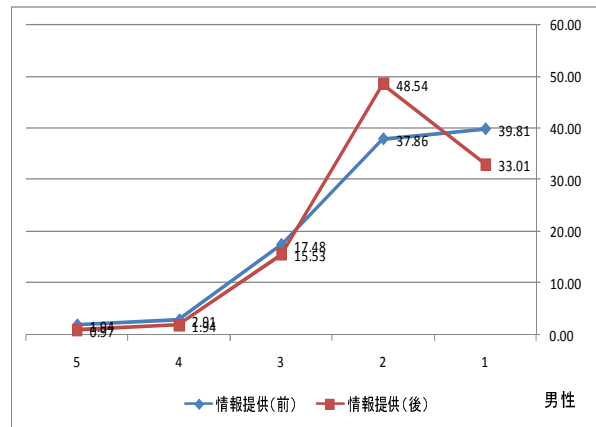


図-5.160 情報提供効果（男性：%）

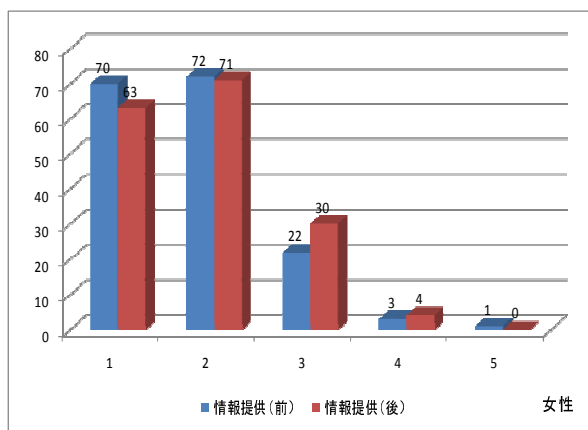


図-5.161 情報提供効果（女性）

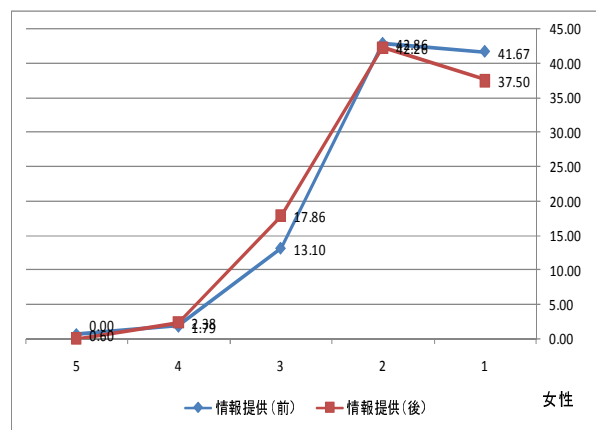


図-5.162 情報提供効果（女性：%）

○性別ごとの分析においては、男性も女性も特定健診が生活習慣病などの早期発見に効果があると感じており、健診への不信感をほとんど抱いていないが、若干、男性の方が健診の早期発見の効果に対して懐疑的である。また、情報提供後に、女性の意識が低下していることから、情報提供による効果については、わずかに男性に対して効果がある。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

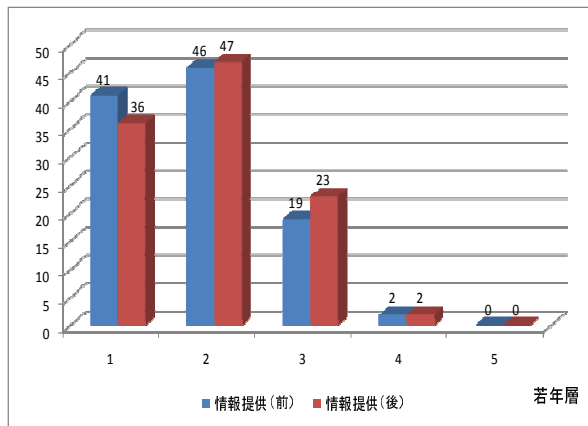


図-5.163 情報提供効果（若年層）

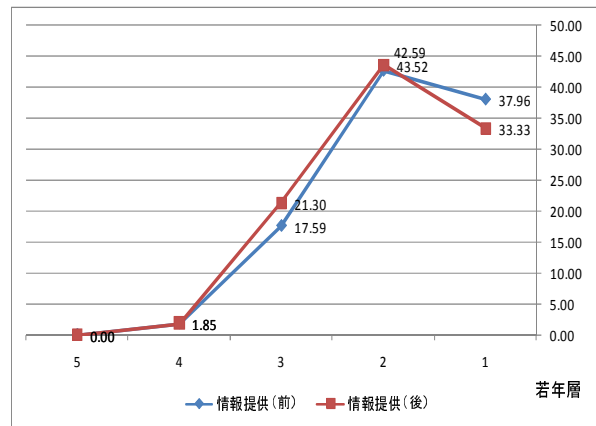


図-5.164 情報提供効果（若年層：%）

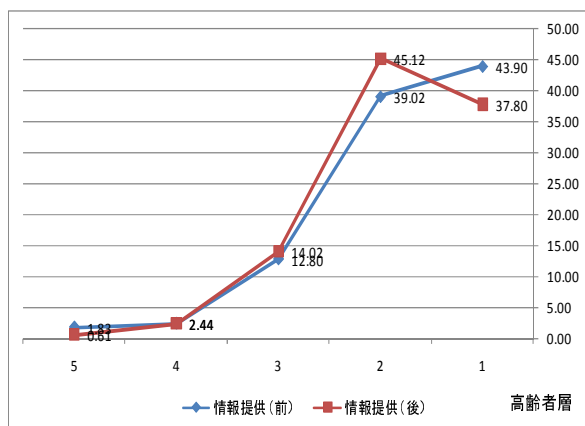
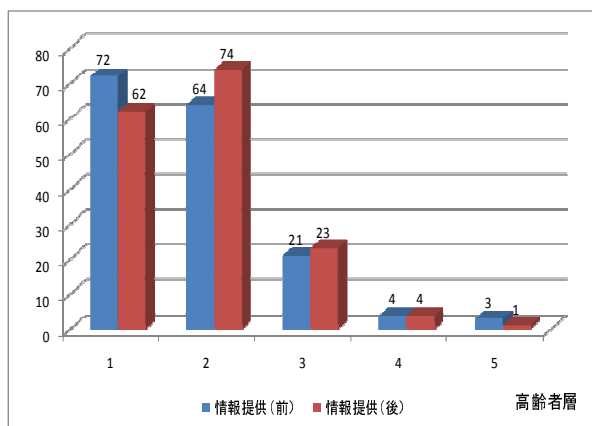


図-5.165 情報提供効果（高齢者層）

図-5.166 情報提供効果（高齢者層：%）

○年齢別分析においては、若年者層も高齢者層も、特定健診を受診することにより生活習慣病などの早期発見に効果があると感じており、健診への不信感はあまり抱いていない。情報提供による効果は、若年層も高齢者層もほとんど見られない。

●（総括）特定健診が生活習慣病などの早期発見に効果があるかという「健診への不信」に対して、男性も女性もほとんど不信感を抱いていない。年齢別に見た若年層、高齢者層別に見ても同様である。つまり、情報提供以前からもともと、特定健診を受診することが生活習慣病などの早期発見に効果があると思っている。また、情報提供による効果がほとんど見られないことから、もともとの意識の高さと情報提供の仕方が影響を与えていると思われる。情報提供の内容と方法に課題がある。

④心理的障害「健康過信」に対する分析と考察

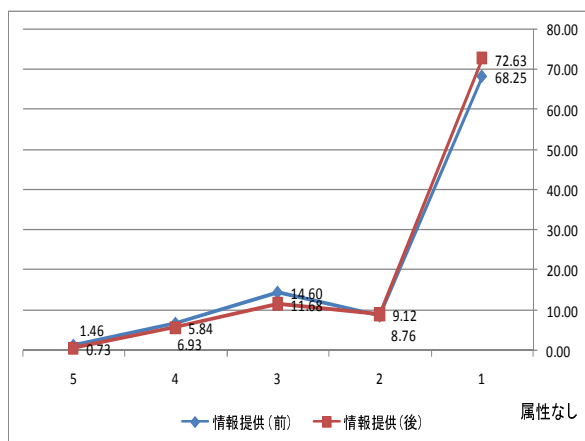
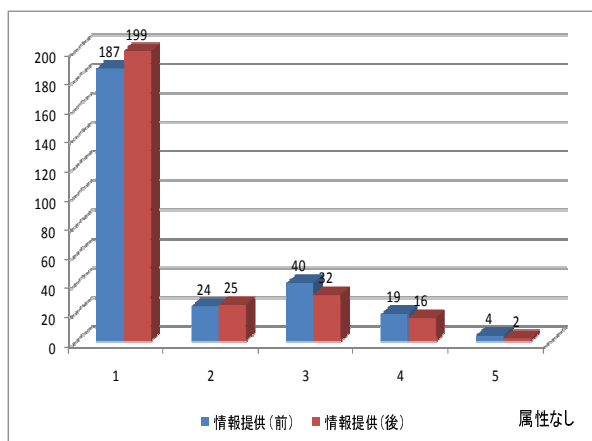


図-5.167 情報提供効果（属性なし）

図-5.168 情報提供効果（属性なし：%）

○「あなたは自分が生活習慣病にかからないと思っていますか」という健康過信に対して、集団健診受診希望者は、自分の健康をほとんど過信していない。つまり、自分は健康であるという自意識は持っていない。もともと情報を提供する以前から自分が生活習慣病やなんらかの病気にかかると思っている。情報提供による効果は、ほとんどみられない。アンケート調査で健康過信に対する情報提供が不足していたことも要因に考えられる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

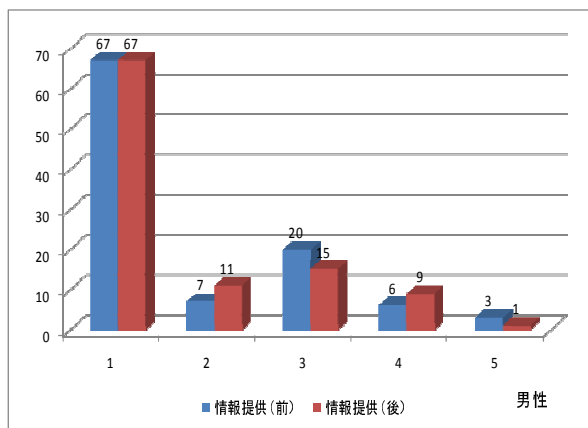


図-5.169 情報提供効果（男性）

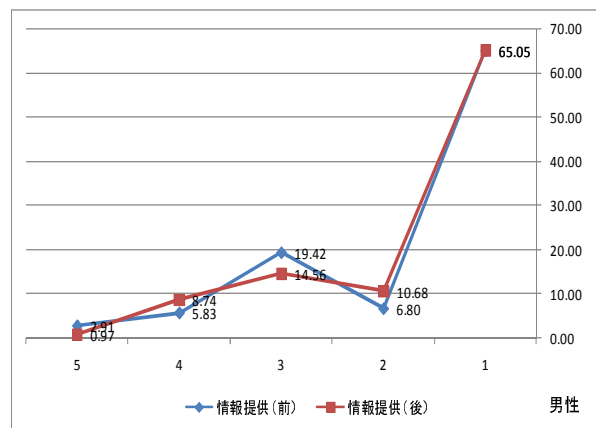


図-5.170 情報提供効果（男性：%）

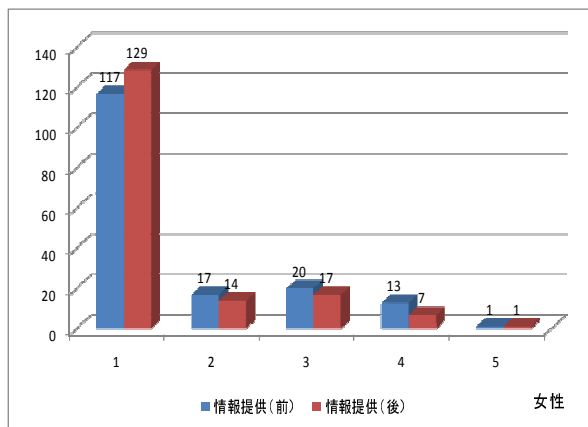


図-5.171 情報提供効果（女性）

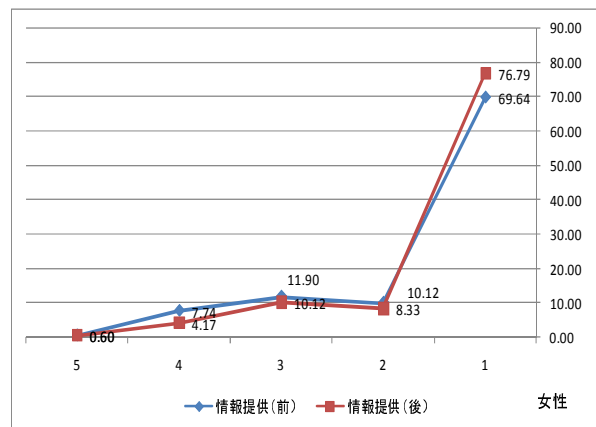


図-5.172 情報提供効果（女性：%）

○健康過信を性別分析で見ると、男性も女性も自分は健康であるという自意識はほとんど持っていない。若干、男性の方が自分は健康であるという意識が強い。情報提供による効果はほとんど見られない。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

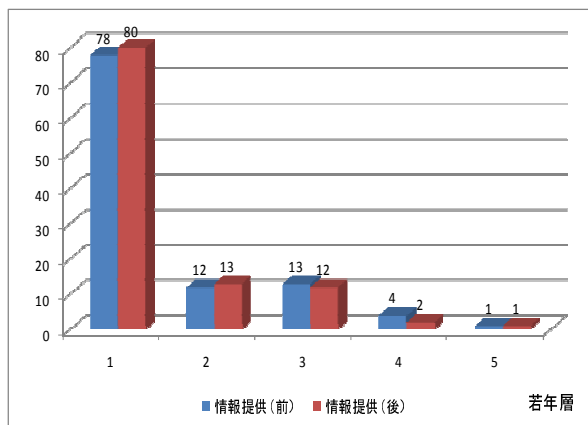


図-5.173 情報提供効果（若年層）

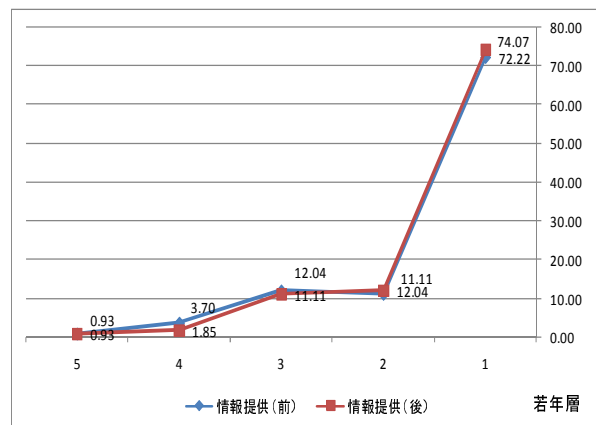


図-5.174 情報提供効果（若年層：%）

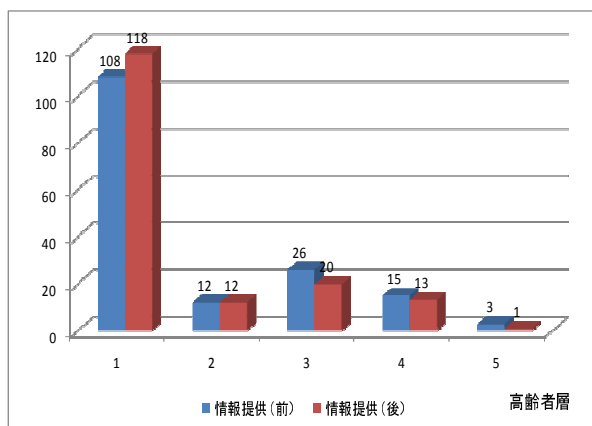


図-5.175 情報提供効果（高齢者層）

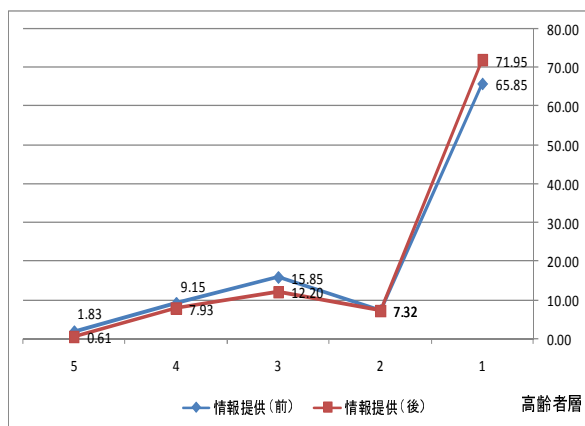


図-5.176 情報提供効果（高齢者層：％）

○健康過信を年齢別分析で見ると、若年層も高齢者層も自分は健康であるという自意識はほとんど持っていない。高齢者層より若年層の方が健康過信度は低い。高齢者層は、若年層より年齢や健康状態などを考慮した結果、生活習慣病にかかるのは仕方がないと諦めを持っている。

●（総括）全体的に「自分は健康である」という自意識は特に持っていないが、女性よりは男性に、若年層よりは高齢者層に、生活習慣病にかかるのは仕方がないと諦めを持っている人が存在する。これについては今後、具体的な分析と施策を考えていく必要がある。

⑤ 「諦め」に対する分析と考察

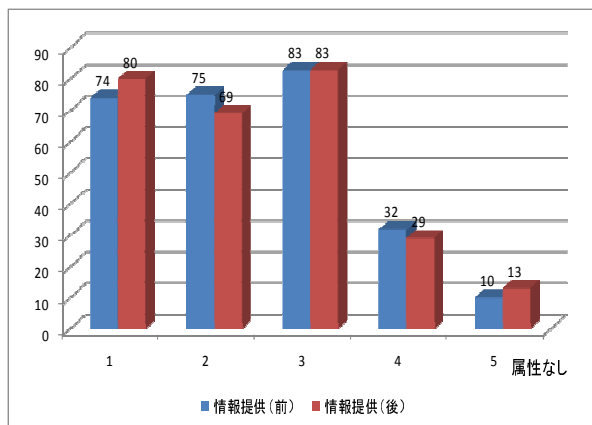


図-5.177 情報提供効果（属性なし）

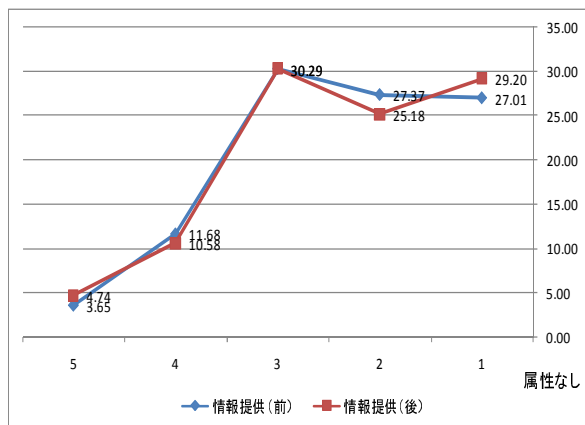


図-5.178 情報提供効果（属性なし：％）

○将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思いますかという「諦め」に対して、集団健診の受診希望者は一定の諦め感を持っている。諦めに対する情報提供の効果は、情報提供前後でほとんど見られない。アンケート調査票で諦めに関する情報提供ができていなかった。

■属性別分析：性別（男性・女性）

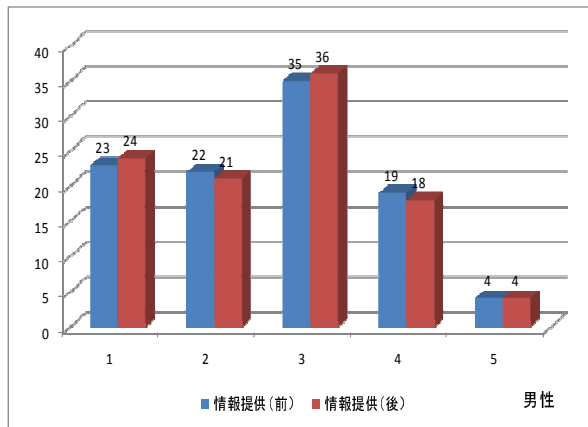


図-5.179 情報提供効果（男性）

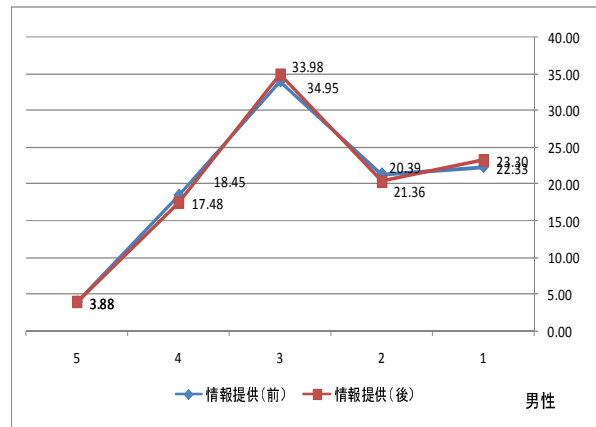


図-5.180 情報提供効果（男性：%）

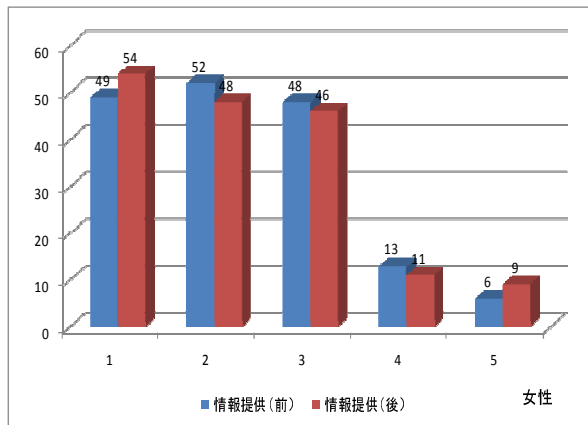


図-5.181 情報提供効果（女性）

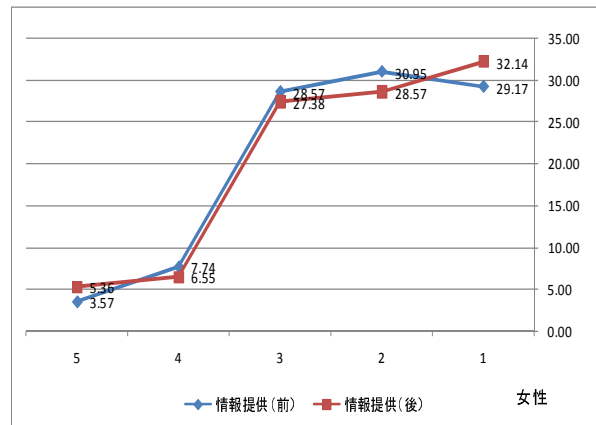


図-5.182 情報提供効果（女性：%）

○性別分析においては、女性より男性の方が、自分の生活習慣を考えることにより、生活習慣病にかかったとしても仕方がないと諦めている。諦めに対する情報提供効果は、男性・女性ともに見られない。情報提供の仕方に問題があったと思われる。よって、自分が生活習慣病にかかったとしても仕方がないという諦めに対する情報提供方法は今後検討の余地有り。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

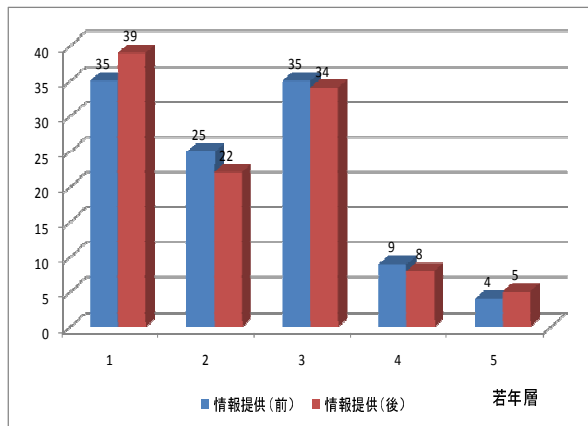


図-5.183 情報提供効果（若年層）

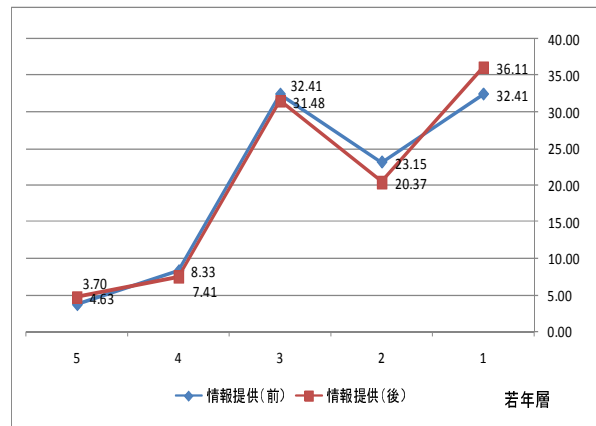


図-5.184 情報提供効果（若年層：%）

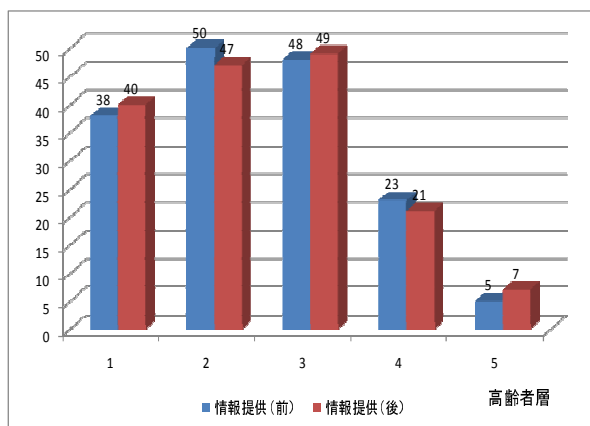


図-5.185 情報提供効果（高齢者層）

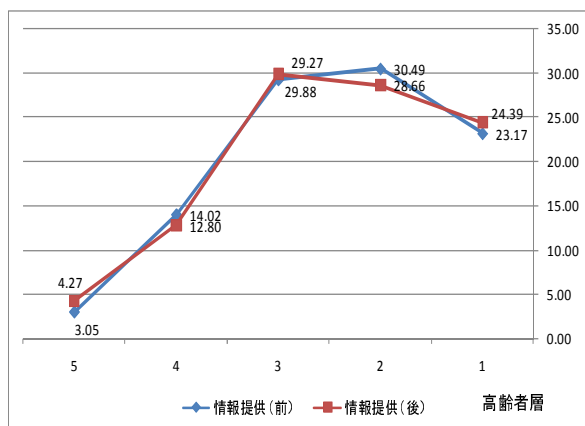


図-5.186 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別分析においては、高齢者層が自分の健康状態や加齢を若年層より考える機会が多いことから諦め感がある。情報提供による効果は若年層も高齢者層もほとんど見られない。情報提供の仕方に課題が残る。

⑥物理的障害「距離」に対する分析と考察

次に集団健診受診希望者の物理的障害について分析・考察する。以下の表は、集団健診を受診希望する人の問 28「あなたはお住まいから地区の集団健診会場までどのくらい離れていますか」を回答していただいた集計表である。特定健診の受診意欲を阻害する要因の一つと考えられる物理的障害の「距離」の問題については、これまでの情報提供効果の計測方法と異なる。なぜなら、「距離」に関する問題は、アンケート調査で「健診会場の開催場所」の情報を与えたとしても情報提供後に自宅からの距離が変わることはなく、情報提供の前後で効果の比較のしようがないためである。

よって、物理的障害の距離の問題に関しては、問 27「あなたは市の集団健診の会場まで遠いと感じていますか」および問 31「市の集団健診の会場までの距離がどれくらいなら健診に来られますか」という問と連動させて分析・評価を行う。

まず、自宅から各集団健診会場までの距離について分析する（表-5.13 参照）。集団健診受診希望者 276 人の内、最も多いのが自宅から自分の該当健診会場までが「② キロメートル以上離れている」の 65 人（23.55%）である。そして次に「③500メートル以上～1キロメートル未満」の 57 人（20.65%）となっている。この表からもわかるように、自宅から健診会場まで 1 キロメートル以上離れている被保険者が、142 名（約 51.5%）と半数以上を占めている。

そこで、次にこの自宅から集団健診の会場までの「距離」に対して、問 27「集団健診の会場まで遠いと感じているか」という問との関係でさらに分析を加えることにする。

表-5.13 集団健診希望者の自宅から各健診会場までの距離

	(人数)	(%)
①100メートル未満	12	4.35
②100メートル以上500メートル未満	49	17.75
③500メートル以上1キロメートル未満	57	20.65
④1キロメートル以上1キロ500メートル未満	42	15.22
⑤1キロ500メートル以上2キロ未満	35	12.68
⑥2キロメートル以上	65	23.55
わからない	8	2.90
無回答	8	2.90
計	276	100

表-5.14 障害「距離」と年齢・実距離・受診可能距離との関係

q27 集団健診の会場まで遠いと感じていますか?	scl-1 年齢							q28 お住まいから地区の集団健診の会場までのどのくらい離れていますか?							q31 市の集団健診の会場までの距離がどれくらいなら健診に来られますか?							
	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	Under65 40~64歳	Over65 65~74歳	100メートル未満	100メートル以上~300メートル未満	300メートル以上~1キロメートル未満	1キロメートル以上~1キロ500メートル未満	1キロ500メートル以上~2キロ未満	2キロメートル以上	わからない	100メートル未満	100メートル以上~500メートル未満	500メートル以上~1キロメートル未満	1キロメートル以上~1キロ500メートル未満	1キロ500メートル以上~2キロ未満	2キロメートル以上でも受けに来る
5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

上記の表-5.14 は、問 27 「集団健診の会場まで遠いと感じていますか」という問に対し、選択肢 4. かなり感じる、5. 非常に感じる と回答した人が、どの年齢層に位置しており、かつ問 28 「お住まいから健診会場までのどのくらい離れているか」・問 31 「あなたは市の集団健診の会場までの距離がどれくらいなら健診に来られますか」という問との関係を示した表である。

この表より、集団健診の会場まで遠いとかかり感じる、あるいは非常に感じる と回答した人は、特定健診の受診意欲の障害要因として「自宅から集団健診会場までの距離」に障害があると少なからず感じており、年齢別に見ると、遠いと感じている回答者のほとんどが 65 歳以上の高齢者であることがわかる。さらに、自宅から集団健診会場までの距離について分析するならば、ほとんどが 1 キロ 500 メートル以上離れた所に住んでいることがわかる。しかし、さらに進めた問 31 「あなたは市の集団健診の会場までの距離がどれくらいなら健診に来られますか」という問との関係で見ると、距離を遠いと感じているにも関わらず、ほとんどの人が「2 キロメートル以上でも受けに来る」と回答している。

つまり、自宅から集団健診の会場までの距離は特定健診の受診意欲を大きく障害する要因としていない人が多い。なお、この距離の分析は、さらに障害の障害要因である「移動行為」との関係とも併せて分析する必要がある。

⑦物理的障害「移動行為」に対する分析と考察

次に、距離と移動行為との関係进行分析する。まず、移動行為は「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という回答に対し、健診会場まで行く行為そのものの面倒くささが「距離」と関係し受診意欲の阻害要因になっているか分析する（表-5.15 参照）。

表-5.15 障害「距離」と年齢・実距離・受診可能距離との関係

q27	sc1-1 年齢										q28	q31										
	40~44 歳	45~49 歳	50~54 歳	55~59 歳	60~64 歳	65~69 歳	70~74 歳	40-64 歳	65-74 歳	移動行為 特定健診 に行くこと が面倒で あるか												
	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	100メ ートル 未満	100メ ートル 以上 500メ ートル 未満	300メ ートル 以上 1キロ メートル 未満	1キロ メートル 以上 1キロ メートル 以上~2 キロメ ートル 未満	2キロ メートル 以上	わからない	100メ ートル 未満	100メ ートル 以上 500メ ートル 未満	500メ ートル 以上 1キロ メートル 未満	1キロ メートル 以上 1キロ メートル 以上~2 キロメ ートル 未満	1キロ 500 メ ートル 以上~2 キロメ ートル 未満	2キロ メートル 以上でも 受けに 来ると 思いませんか

問 27 で集団健診の会場まで遠い（選択肢 4. かなり感じる、5. 非常に感じる）と回答した人で、問 30 「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という質問に対して、行くことが面倒である（行くことが多少なりとも面倒である）と回答した人は、ほとんどが 65 歳以上の高齢者であり、自宅から集団健診会場までの距離が 1 キロ 500 メートル以上離れている。しかし、問 31 「市の集団健診の会場までの距離がどれくらいなら健診に来られますか」という質問に対して、2 キロメートル以上でも受けに来ると回答した人が多い。よって、この結果から、「距離」と「移動行為」が集団健診の受診意欲を大きく阻害する要因ではない人も存在しているということがわかる。

表-5.16 障害「移動行為」と「距離」・年齢・実距離・受診可能距離との関係

q30	q27	sc1-1 年齢										sc2-3 お住まいから地区の集団健診の会場までどのくらい離れていますか						q31																		
		40~44 歳	45~49 歳	50~54 歳	55~59 歳	60~64 歳	65~69 歳	70~74 歳	40-64 歳	65-74 歳	使った	使わず 予定 ない、ま たは使 わずが ない	100メ ートル 未満	100メ ートル 以上 500メ ートル 未満	300メ ートル 以上 1キロ メートル 未満	1キロ メートル 以上 1キロ メートル 以上~2 キロメ ートル 未満	2キロ メートル 以上		わからない	100メ ートル 未満	100メ ートル 以上 500メ ートル 未満	500メ ートル 以上 1キロ メートル 未満	1キロ メートル 以上 1キロ メートル 以上~2 キロメ ートル 未満	1キロ 500 メ ートル 以上~2 キロメ ートル 未満	2キロ メートル 以上でも 受けに 来ると 思いませんか											
4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表-5.17 障害「移動行為」と未受診者の「距離」・年齢・実距離・
受診可能距離との関係

q30	q27	sc1-1 年齢										sc2-3 お住まいから地区の集団健診の会場までどのくらい離れていますか						q31																	
		40~44 歳	45~49 歳	50~54 歳	55~59 歳	60~64 歳	65~69 歳	70~74 歳	40-64 歳	65-74 歳	使った	使わず 予定 ない、ま たは使 わずが ない	100メ ートル 未満	100メ ートル 以上 500メ ートル 未満	300メ ートル 以上 1キロ メートル 未満	1キロ メートル 以上 1キロ メートル 以上~2 キロメ ートル 未満	2キロ メートル 以上		わからない	100メ ートル 未満	100メ ートル 以上 500メ ートル 未満	500メ ートル 以上 1キロ メートル 未満	1キロ メートル 以上 1キロ メートル 以上~2 キロメ ートル 未満	1キロ 500 メ ートル 以上~2 キロメ ートル 未満	2キロ メートル 以上でも 受けに 来ると 思いませんか										
4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

また、表-5.16 は「移動行為」と「距離」・年齢・実距離・受診可能距離との関係を表したものである。問 30 で特定健診に行くことが面倒であると思っており、問 27 で集団健診の会場までの距離が遠いと感じている人は、ほとんど 65 歳以上の高齢者であり、自宅から集団健診の会場までの距離が 1 キロ 500 メートル以上離れていることがわかる。また、表-5.17 から、この人たちの中で集団健診未受診者は、自宅から集団健診の会場まで距離が 1 キロ 500 メートル以上離れている。しかし、問 31 の結果から特定健診に行くことが面倒であると思っている集団健診未受診者は、「距離」という要因は受診行動の阻害要因とはあまりなっていないことがわかる。そこでさらに、移動行為について送迎手段との分析を加える。

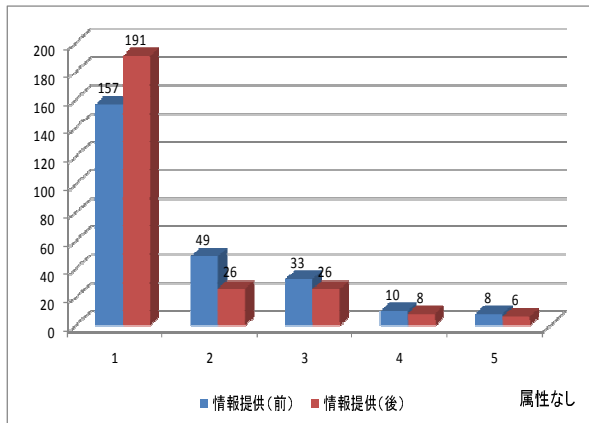


図-5.187 情報提供効果 (属性なし)

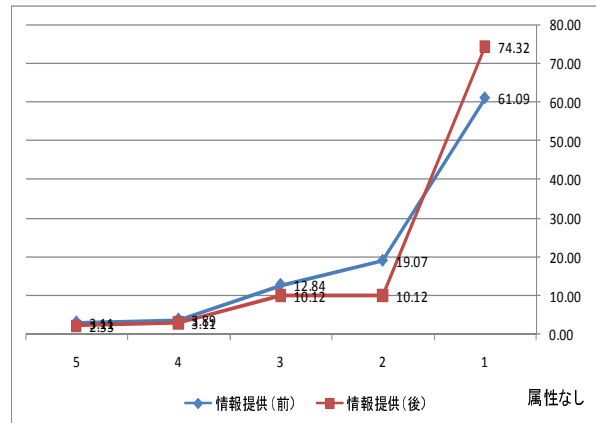


図-5.188 情報提供効果 (属性なし: %)

○移動行為と送迎車の利用意思との関係を分析する。特定健診に行くことが面倒であるかという問に対して、集団健診希望者は全体的に行くという行為そのものは面倒であると思っていない。また、情報提供後の「自宅から市の集団健診の会場まで市の送迎車が利用可能な場合、移動が面倒だと思いますか」という問に対し、約85%の人が面倒ではないと回答している。加えて、市の送迎車に関する情報提供後に、あまり情報提供の効果は見られない。よって、移動行為と交通手段の関係についてセットでさらに分析する必要があるとともに、集団健診希望で未受診者の移動行為と交通手段との関係についてもさらに分析を進める必要がある。

■属性別分析：性別（男性・女性）

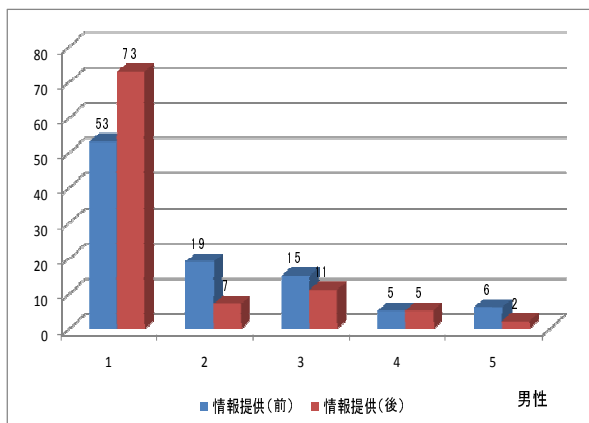


図-5.189 情報提供効果 (男性)

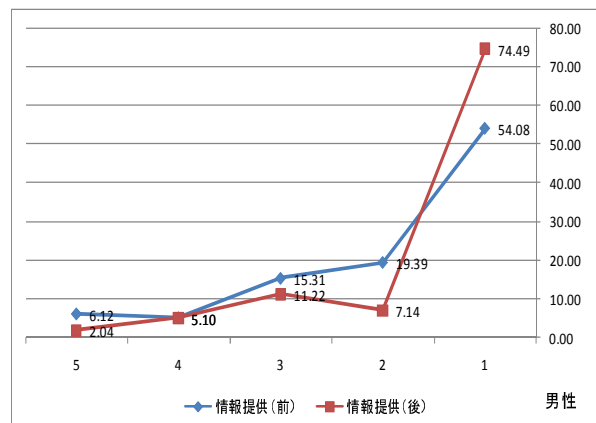


図-5.190 情報提供効果 (男性: %)

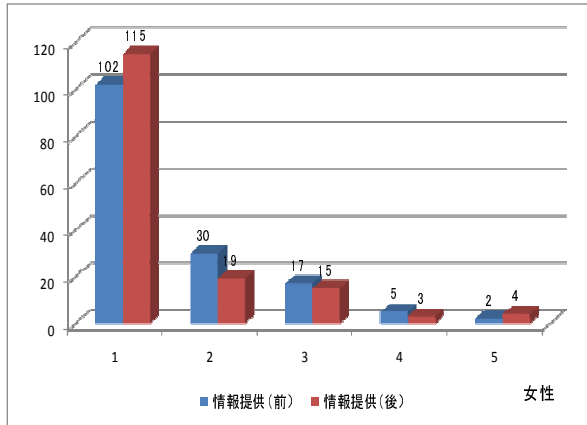


図-5.191 情報提供効果 (女性)

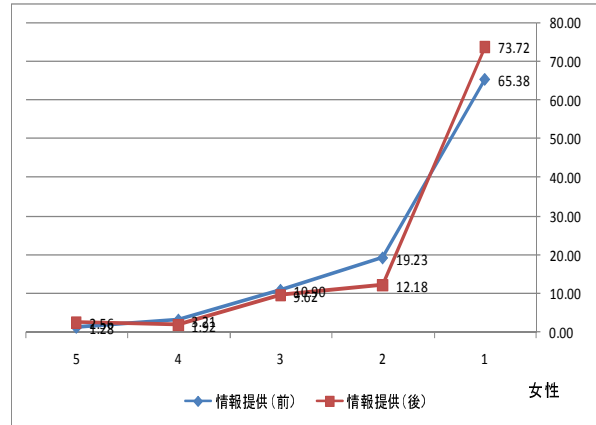


図-5.192 情報提供効果 (女性：%)

○性別の分析においては、女性より男性の方が特定健診に行くことを面倒だと思っている人が多い。現実の健診受診者の実績にもあるように、男性より女性はあまり特定健診に行くことを面倒だとは思っていない。市の送迎車に関する情報提供効果は、若干男性において見られる。今後、集団健診希望で未受診者の男性の交通手段の形態と併せて分析する必要がある。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

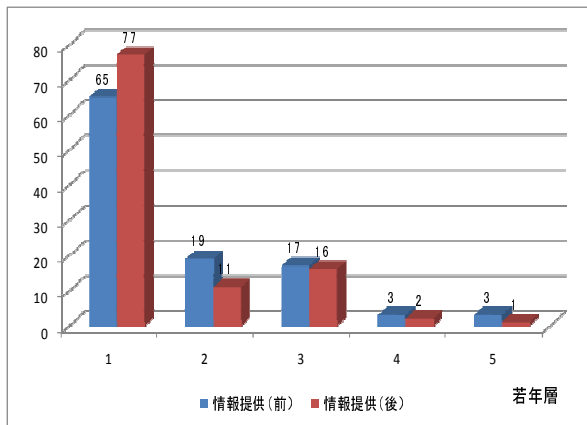


図-5.193 情報提供効果 (若年層)

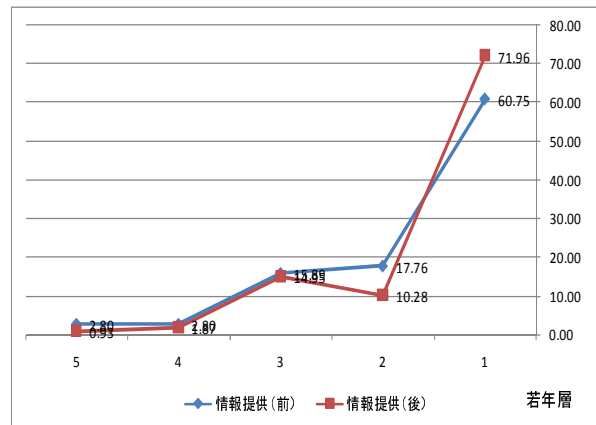


図-5.194 情報提供効果 (若年層：%)

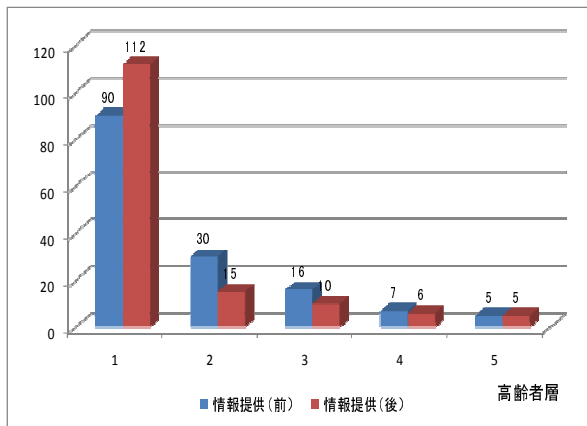


図-5.195 情報提供効果 (高齢者層)

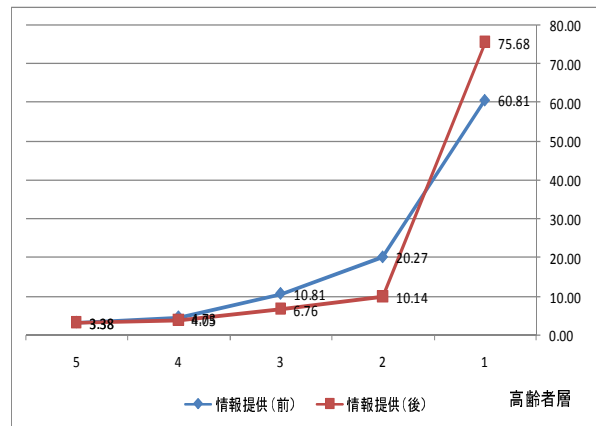


図-5.196 情報提供効果 (高齢者層：%)

○年齢別分析では、若年層も高齢者層も特定健診に行くことをほとんど面倒だと思っていない。情報提供による効果はあまり見られない。

●(総括) 集団健診希望は、特定健診に行くことをほとんど面倒だと思っていない。属性別分析で見ると、女性より男性の方が若干、特定健診に行く行為そのものを面倒だと思っている。市の送迎車との関連で見ると、情報提供後に「送迎車が利用可能な場合、移動が面倒か」という問に対して、全体的に肯定的な意識を持っている。交通手段とのセットでさらに分析する必要がある。

⑧物理的障害「健診日時」に対する分析と考察

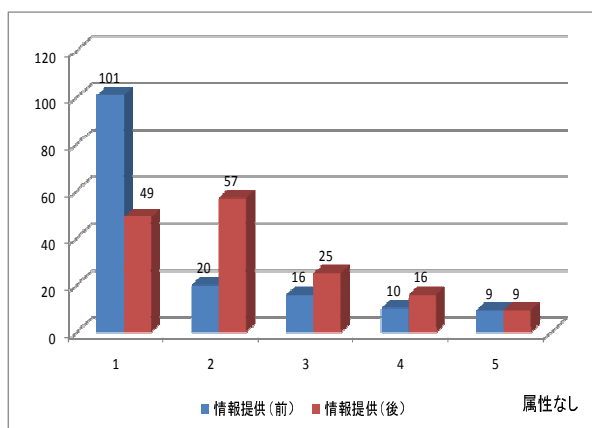


図-5.197 情報提供効果（属性なし）

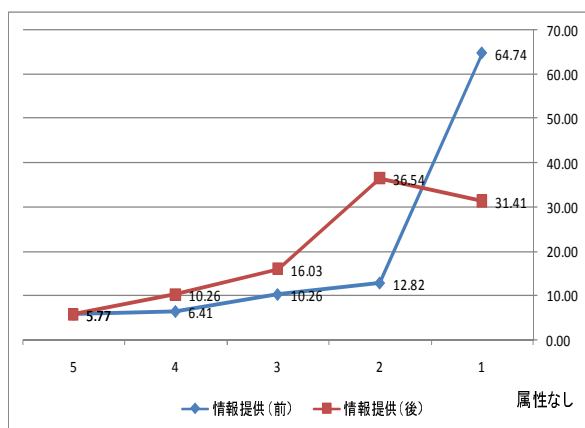


図-5.198 情報提供効果（属性なし：％）

○市の集団健診の時間帯や曜日の都合で、特定健診を受けにくいとされていますかという「健診日時」の阻害要因に対して、情報提供前には、集団健診の時間帯や曜日の都合で受けにくいとはあまり思っていなかった人（思わない、または少しだけ思うと選択した人）が約 77.5%も存在している。また、情報提供後に、「市の集団健診の主催する時間が自分の希望時間に変更されたとしたら受けたいと思うか」との問に対して、受けにくいとは思わないと回答した人が半減した。おそらく、アンケート調査票で実際に行われている集団健診のスケジュールを情報提供したことにより、実際行われている特定健診の開催時期を知りたためらいを感じる人が増えたためと思われる。情報提供の効果については、上記のような理由からマイナス効果が生まれている。加えて、集団健診を希望する人数（276人）に対して、回答数が大幅に減少している（156人）ことから、アンケート調査票の作成方法に問題があったことが推測される。なぜなら、アンケート調査票の回答において、問35で「あなたは市の集団健診を受けるとしたら、いつ受けたいですか」に対して、問36の「問35でどんな曜日に行われても無理以外を選んだ方にお聞きします。あなたが選んだ時間帯や曜日に変更されたら特定健診を受けたいと思いますか」を回答している者が、問35で無理以外を選択しているに、問36を回答せずに飛ばしてしまっているからである。

それでは次に、問33で「受けにくいとは思っていない」と回答した人が、実際の特定健診の日程情報をアンケート調査票で受けた後、問36で「自分が選んだ時間帯や曜日に変更されたら特定健診を受けたいと思うか」に対して受診意欲が低下した人たちの理由の分析を行う。表-5.18から、時間帯や曜日の都合で受けにくいとは思っていないのに、希望する曜日や時間帯に変更されたら

しても進んで受けたいとは思わない人たちが 32 人存在している。そこでこの 32 人の属性分析を行った。

表-5.18 健診日時と属性との関係

q33 健診日時(前)	q36 希望健診日時	scl-1 年齢							scl-5 職業									
		40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	Under65 40-64歳	Over65 65-74歳	自営業の従業員	自営業の経営者	農業・漁業・林業	自由業	パート・アルバイト	家事専業	無職	その他
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

健診日時と属性との関係（表-5.18）より、情報提供後に意識が低下人のほとんどが 65 歳以上の高齢者であることがわかる。また、回答者の属性として農業・漁業・林業やパート・アルバイトに従事している人もいることから、現行の健診スケジュールのである平日の日中開催を夕方や夜間に変更する対策も必要である。このことは、集計表（表-5.8）にもニーズが現れていることからわかる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

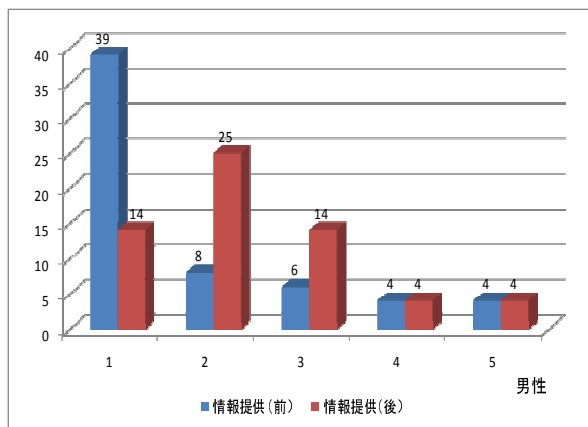


図-5.199 情報提供効果（男性）

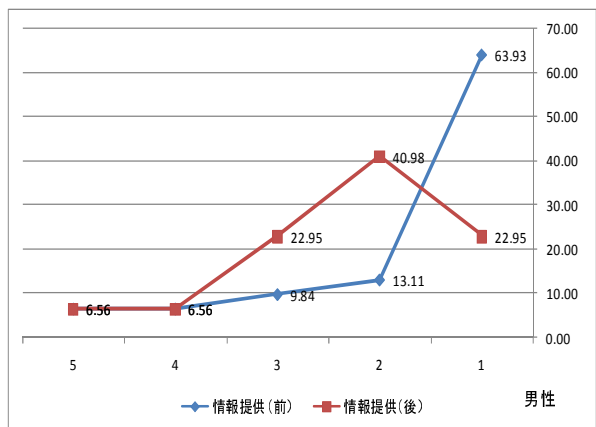


図-5.200 情報提供効果（男性：%）

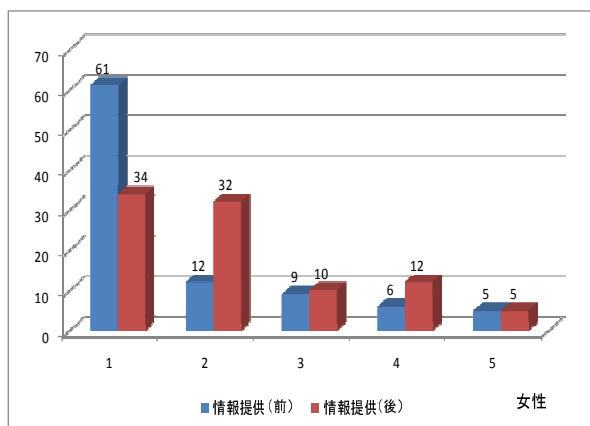


図-5.201 情報提供効果（女性）

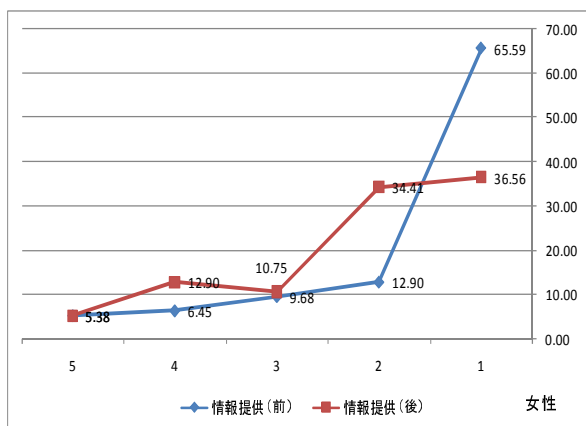


図-5.202 情報提供効果（女性：％）

○健診日時に関して、男性も女性もあまり特定健診を受けにくいとは思っていなかったが、実際の日程に関する情報提供後、男性も女性も意識が健診を受けにくいと思う方向に移行した。特に男性の意識の低下が顕著に見られる。

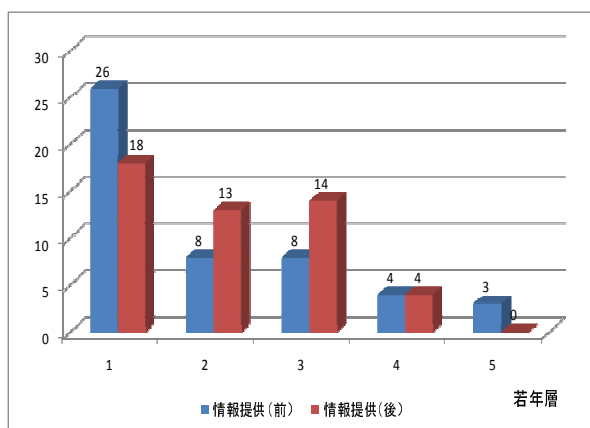


図-5.203 情報提供効果（若年層）

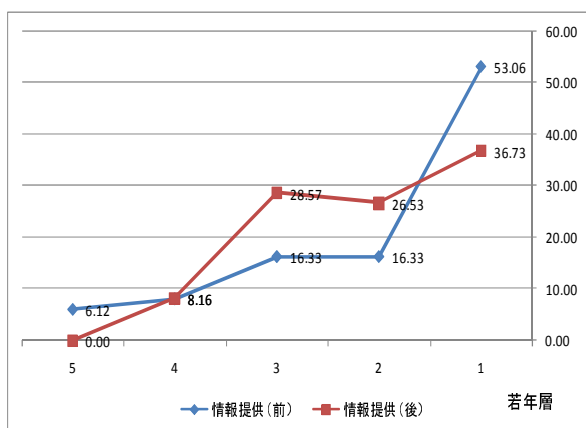


図-5.204 情報提供効果（若年層：％）

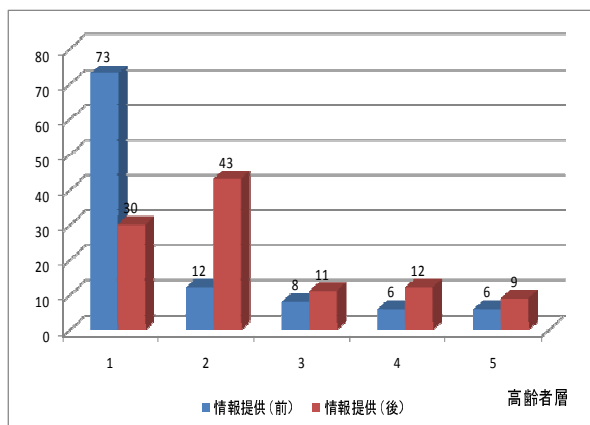


図-5.205 情報提供効果（高齢者層）

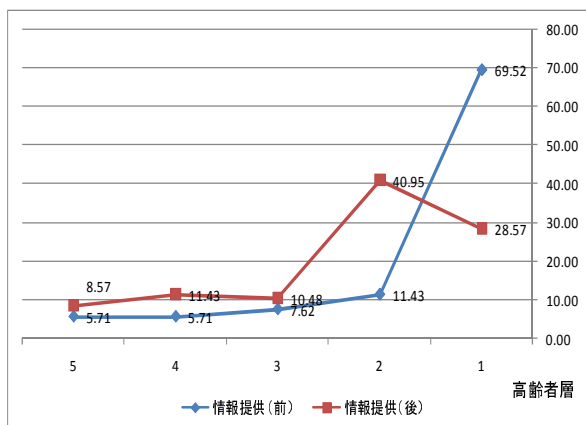


図-5.206 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別で分析するならば、健診日時に関する若年層の意識が低い。実際行われている健診日時

を知らなかったために、スケジュールに関する情報提供後、さらに受けにくいという障害度が増した。情報提供の効果については、若年層も高齢者層も健診を受けにくいという障害度が増していることから、時間帯や曜日の見直しを考える必要がある。

● **(総括)** 性別的に見ても、年齢別に見ても、情報提供前に受けにくいという障害が低かったのに対して、情報提供後に現実の集団健診のスケジュールから、障害度が逆に増した。現行の集団健診の見直しが若干必要だと思われる。特に男性・若年層の受診希望スケジュールを汲む必要があると思われる。

⑨物理的障害「受診時間」に対する分析と考察

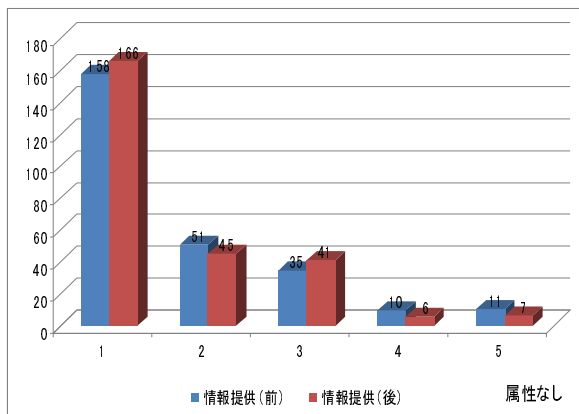


図-5.207 情報提供効果（属性なし）

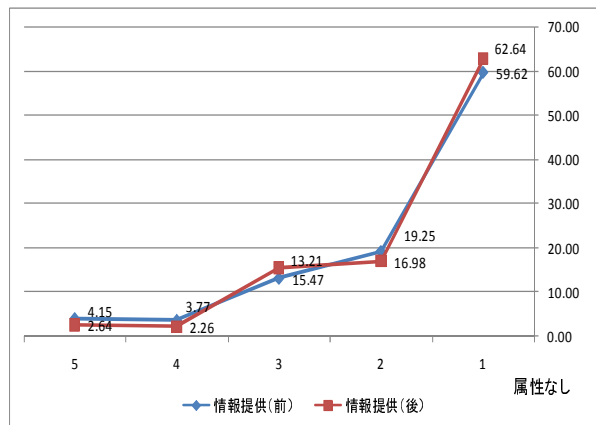


図-5.208 情報提供効果（属性なし：％）

○「あなたは市の集団健診の所要時間をわずらわしいと思いますか」という健診の「受診時間」に関して、約78%の人がわずらわしいとは感じていない（選択肢1. 思わない、2. 少しだけ思うという2つの合計）。また、受診時間に関する情報提供効果はほとんどない。よって、「受診時間」という物理的障害の受診意欲を阻害する要因を市の施策へと展開するために、受診時間をわずらわしいと感じている集団健診希望者の希望受診時間を分析しなければならない。そこでその分析結果を別添参考資料表-1.1に示す。

問37で受診時間をわずらわしいと思っている（選択肢3. 多少思う、4. かなり思う、5. 非常に思う）グループは、ほとんどが、特定健診が始まってから終わるまでの受診時間が「1時間以内」ならわずらわしいと思わないと回答している（53人中45人：84.9%）ことから、今後は、集団健診の委託先である高知県総合保健協会との協議の上、受診時間や日程を調整する必要があることでもある程度考慮に入れる必要がある。あるいは、集団健診の受付方法や健診時の待ち時間のロスの解消、さらには日程を増やして受診希望者を分散させるなどの対策が必要である。

■属性別分析：性別（男性・女性）

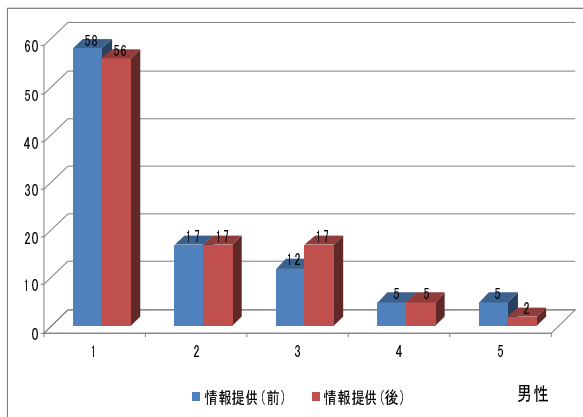


図-5.209 情報提供効果（男性）

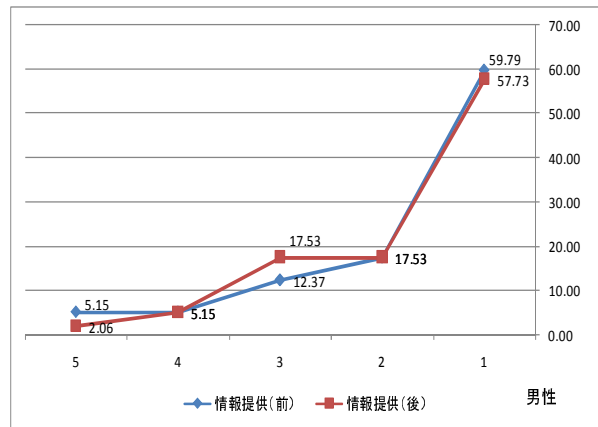


図-5.210 情報提供効果（男性：%）

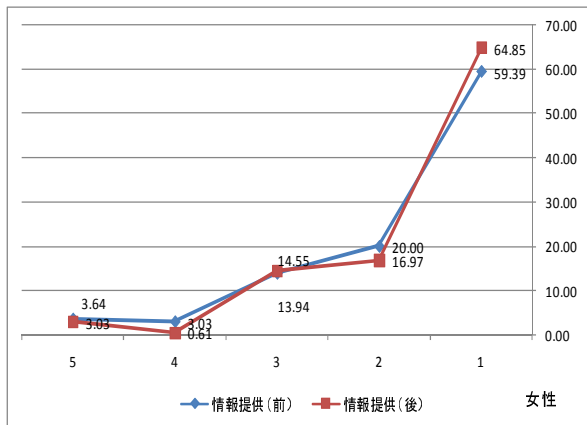


図-5.211 情報提供効果（女性）

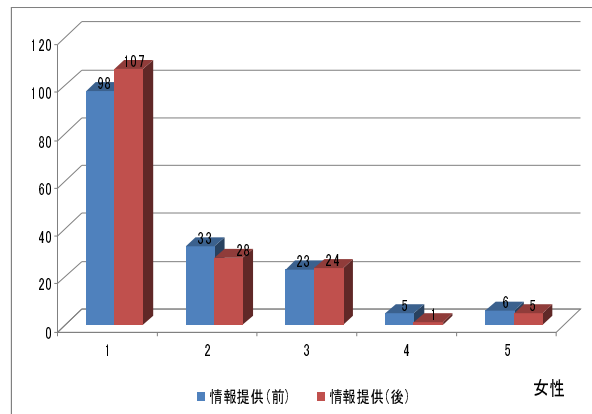


図-5.212 情報提供効果（女性：%）

○性別分析においては、集団健診にかかる受診の際の所要時間に対して、男性も女性もあまりわずらわしいとは思っていない。情報提供による効果は男性も女性もほとんど見られない。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

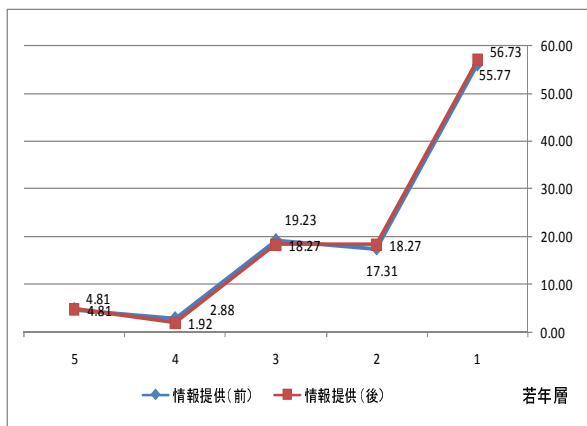


図-5.213 情報提供効果（若年層）

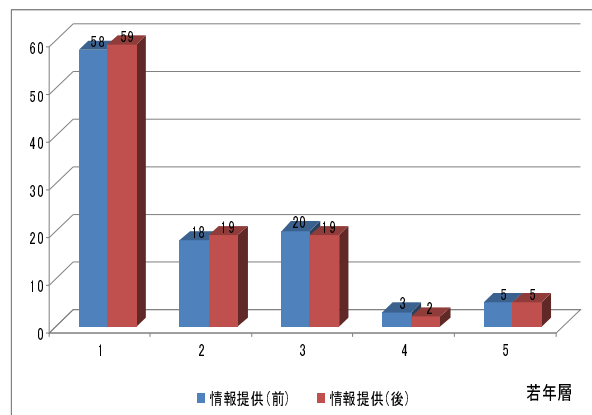


図-5.214 情報提供効果（若年層：%）

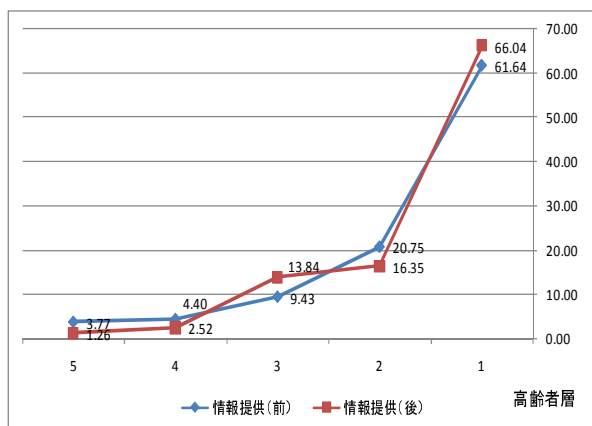


図-5.215 情報提供効果（高齢者層）

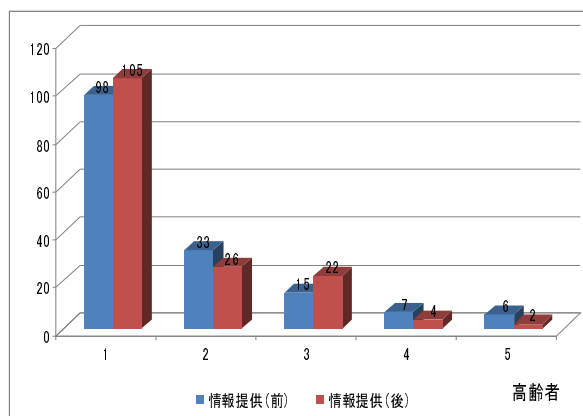


図-5.216 情報提供効果（高齢者層：%）

○年齢別分析においては、集団健診にかかる受診の際の所要時間に対して、若年層も高齢者層もあまりわずらわしいとは思っていない。高齢者層に関しては実に80%以上が、所要時間に関してわずらわしいとは思わない、あるいは少しだけ思うと回答していることから、所要時間は集団健診受診の阻害要因にはあまりなっていないことがわかる。

●（総括）全体的に集団健診時にかかる受診に要する所要時間に関して、わずらわしいとは感じていない。ただし、受診時間をわずらわしいと思っている（選択肢3. 多少思う、4. かなり思う、5. 非常に思う）グループが存在し、そのほとんどの人が、特定健診が始まってから終わるまでの受診時間が「1時間以内」ならわずらわしいと思わないと回答している（53人中45人：84.9%）ことから、集団健診の受診率を少しでも向上させるために、集団健診の受付方法や健診時の待ち時間のロスの解消、さらには日程を増やして受診希望者を分散させるなどの対策が必要である。

5.7.4. 「個別健診希望者」の「障害」に関する分析と考察

次に、健診に日時を決めずに医療機関等で受けられる特定健診である「個別健診」について分析・評価した。問 25「あなたは特定健診をどこで受けていただけますか」という質問において、医療機関での個別健診と回答した人（以下、個別健診受診希望者という。）の意識構造モデルは、以下の図-5.217 とする。

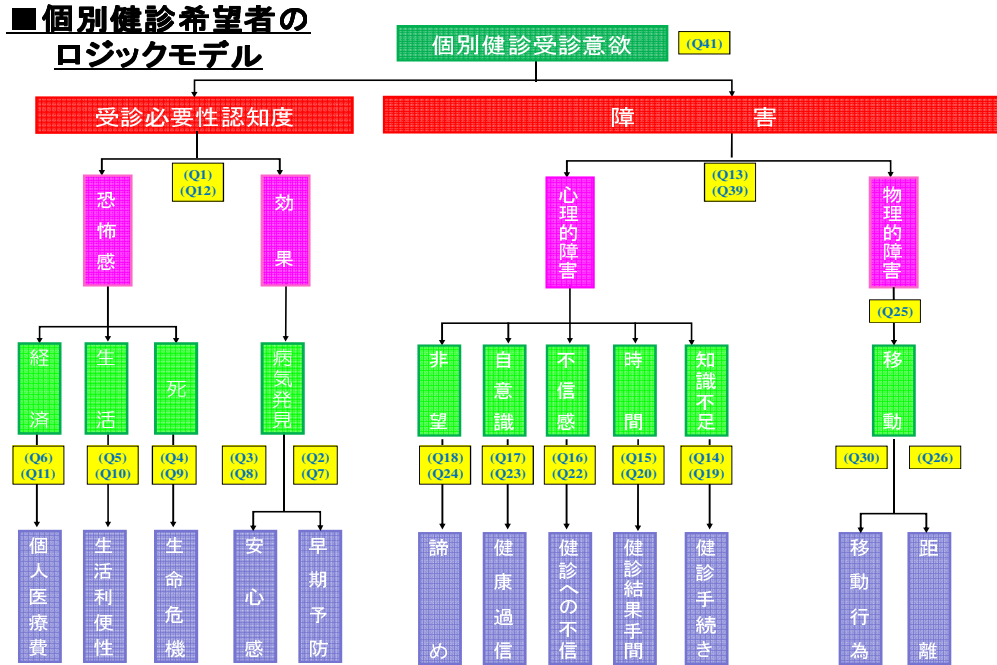


図-5.217 個別健診受診希望者のロジックモデル

表-5.19 個別健診 障害（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル変数				
モデル	R	R ² 乗	調整済みR ² 乗	標準偏差推定値の誤差
1	.477	.227	.205	.948

a. 予測値: (定数)、移動行為、医療機関までの距離、健診結果手前(前)、健診手続き(前)、健

分散分析 ^a					
モデル	平方和 (分散成分)	自由度	平均平方	F 値	有意確率
1	85.795	1	9.339	10.455	.000 ^b
残差 (分散分析)	223.883	249	.899		
合計 (ピボットテーブル)	289.658	250			

a. 予測値: (定数)、移動行為、医療機関までの距離、健診結果手前(前)、健診手続き(前)、健康通信(前)、諦め(前)
b. 従属変数: 障害(前)

係数 ^a							
モデル	標準化されていない係数	標準化係数	標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
						ベータ	許容度
1	(定数)	.516	.326	1.583	.115		
	健診手続き(前)	.092	.053	1.741	.083	.939	1.065
	健診結果手前(前)	.247	.049	.295	5.086	.000	1.081
	健診への不信(前)	.140	.078	.107	1.792	.074	1.139
	健康通信(前)	.078	.059	.075	1.311	.191	1.054
	諦め(前)	.049	.051	.055	.849	.343	1.066
	医療機関までの距離	-.040	.034	-.066	-1.174	.242	1.028
	移動行為	.215	.052	.241	4.171	.000	1.072

a. 従属変数: 障害(前)

共線性の診断 ^a											
モデル	次元	固有値	条件指数	分散プロバティ							
				(定数)	健診手続き(前)	健診結果手前(前)	健診への不信(前)	健康通信(前)	諦め(前)	医療機関までの距離	移動行為
1	1	8.854	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.259	5.142	.00	.01	.02	.00	.87	.00	.05	.02
	3	.229	5.470	.00	.02	.31	.20	.00	.11	.00	.10
	4	.199	5.869	.00	.03	.05	.02	.00	.00	.13	.71
	5	.170	6.348	.00	.13	.11	.00	.04	.51	.17	.01
	6	.150	6.763	.00	.28	.27	.03	.01	.23	.18	.07
	7	.111	7.856	.00	.42	.10	.57	.04	.08	.07	.07
	8	.027	15.860	.99	.12	.15	.18	.03	.07	.40	.01

a. 従属変数: 障害(前)

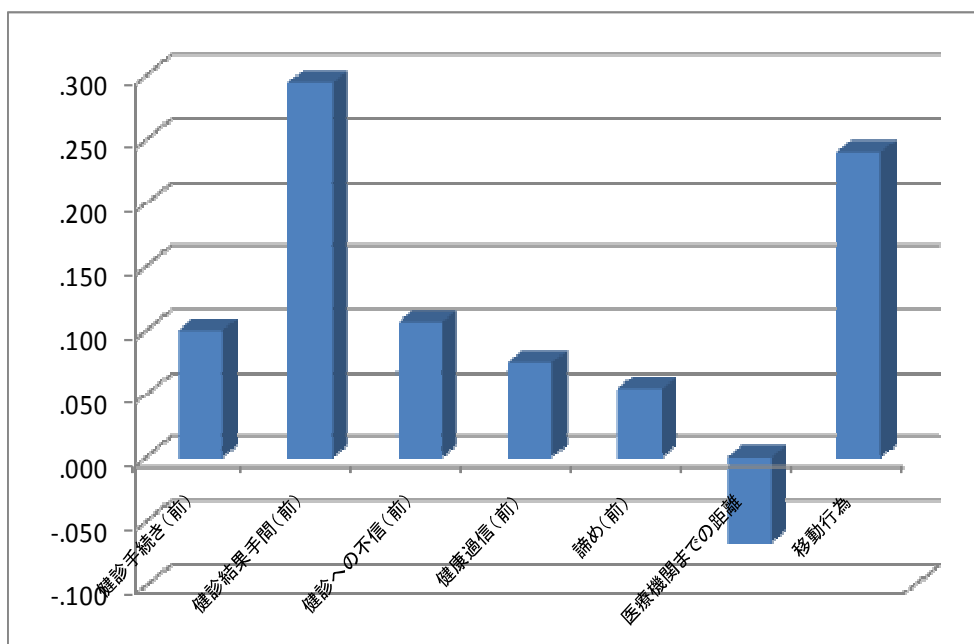


図-5.218 標準偏回帰係数の障害への影響度

まず、個別健診希望者で情報提供を与える前の属性なしの状態（全対象者）に対して、SPSSにより重回帰分析をした結果（表-5.19）および標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度（図-5.218）から、医療機関での個別健診受診希望者は、受診をためらう「障害」の阻害要因として、健診の結果が手元に届くまでの「健診結果手間」に大きな影響を受けるために特定健診をわずらわしいと感じており、加えて、特定健診に行く「移動行為」にも影響を受けている。さらに、特定健診を受けるための「健診手続き」をある程度面倒だと思っており、また、特定健診を受診することによって、生活習慣病などの早期発見にはつながらない「健診への不信」感を一定感じている。

表-5.20 個別健診未受診者 障害（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル				
モデル	R	R ² 変	調整済み R ² 変	標準偏差推定値の誤差
1	.523 ^a	.273	.251	.917

a. 予測値：（定数）、移動行為、医療機関までの距離、健診手続き（前）、健康過信（前）、健診結果手間

分散分析 ^a						
モデル		平方和（分散成分）	自由度	平均平方	F 値	有意確率
1	回帰	56.821	7	8.117	9.658	.000 ^b
	残差（分散分析）	138.671	165	.840		
	合計（ピボットテーブル）	195.491	172			

a. 予測値：（定数）、移動行為、医療機関までの距離、健診手続き（前）、健康過信（前）、健診結果手間、健診への不信
b. 従属変数：障害（前）

係数 ^a								
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		共線性の統計量		
		B	標準誤差	ベータ	t 値	有意確率	許容度	VIF
1	（定数）	.518	.381		1.359	.176		
	健診手続き（前）	.076	.060	.087	1.276	.204	.921	1.085
	健診結果手間（前）	.282	.058	.346	5.014	.000	.901	1.110
	健診への不信（前）	.110	.088	.087	1.251	.213	.891	1.122
	健康過信（前）	.000	.069	.000	-.001	.999	.945	1.058
	諦め（前）	.104	.064	.115	1.648	.102	.876	1.142
	医療機関までの距離	-.036	.041	-.059	-.881	.380	.967	1.035
	移動行為	.235	.062	.262	3.811	.000	.909	1.102

a. 従属変数：障害（前）

共線性の診断 ^a											
モデル	次元	固有値	条件指数	分散プロバティ							
				（定数）	健診手続き（前）	健診結果手間（前）	健診への不信（前）	健康過信（前）	諦め（前）	医療機関までの距離	移動行為
1	1	6.851	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.271	5.043	.00	.00	.02	.00	.83	.00	.00	.06
	3	.226	5.514	.00	.00	.32	.23	.00	.08	.05	.01
	4	.180	6.177	.00	.09	.00	.05	.00	.07	.08	.64
	5	.172	6.321	.00	.17	.14	.02	.09	.25	.23	.01
	6	.135	7.138	.00	.13	.31	.16	.01	.25	.16	.14
	7	.104	8.051	.00	.51	.05	.38	.04	.29	.01	.17
	8	.028	15.757	.99	.10	.17	.17	.04	.06	.40	.01

a. 従属変数：障害（前）

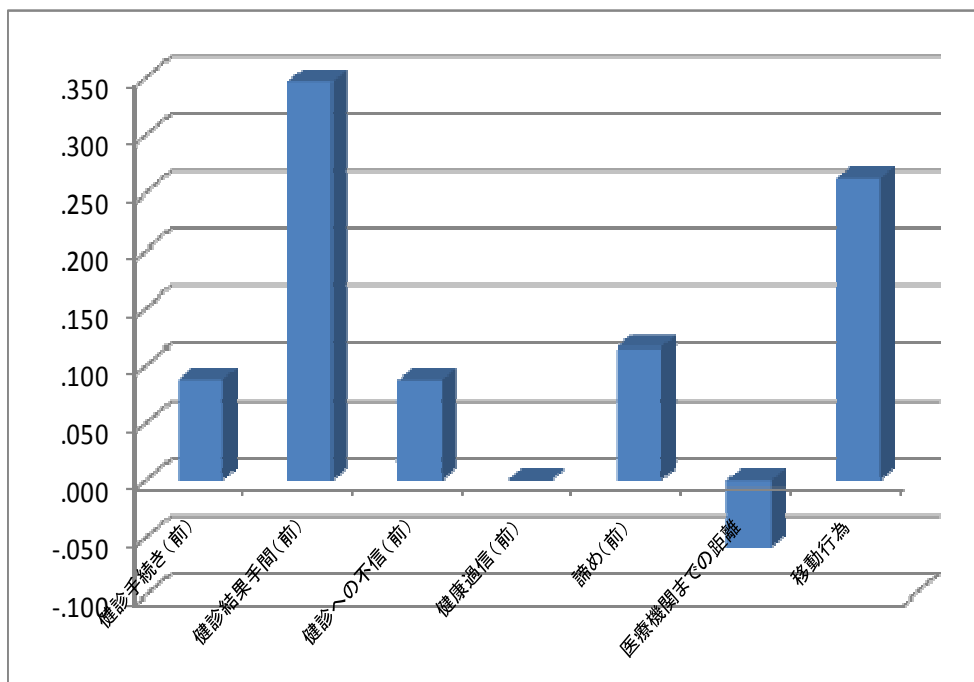


図-5.219 標準偏回帰係数の障害への影響度

次に、個別健診希望であるが、特定健診未受診者の障害を分析するため、属性なしの状態（全データ）から属性：未受診者を抽出し、情報提供を与える前の状態で SPSS により重回帰分析を行う（その結果は、表-5.20 および図-5.219 参照）。

特定健診を医療機関において個別健診で受診したいと希望をしている健診未受診者（個別健診希望だが未受診者）は、健診結果が手元に届くまでの時間の長さである「健診結果手間」が特定健診を受けるためのためらい「障害」の大きな要因と感じており、次に特定健診に行く「移動行為」に健診受診に対するためらいの影響を受けている。加えて、自分の健康状態を考えた時に、日常の生活態度から自分が生活習慣病にかかったとしてもある程度仕方がないと自覚しているため、受診意欲が阻害される傾向にある。

①心理的障害「健診手続き」に対する分析と考察

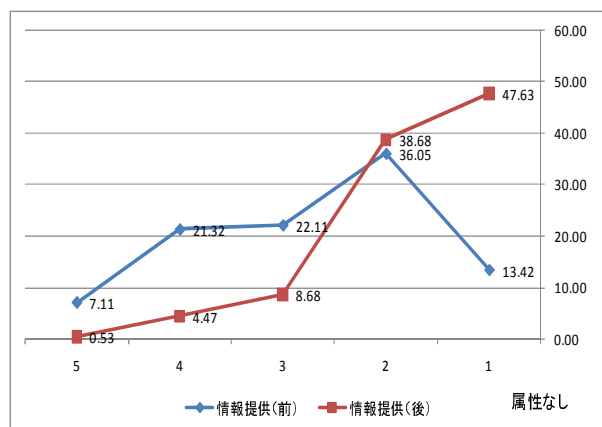


図-5.220 情報提供効果（属性なし）

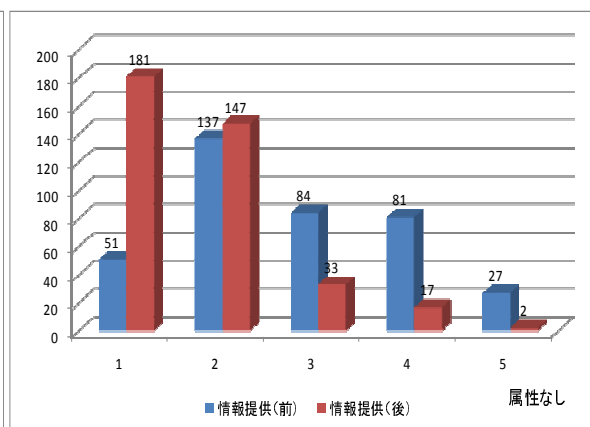


図-5.221 情報提供効果（属性なし：%）

○医療機関における個別健診受診希望者は、「健診手続き」について、情報提供後に特定健診を受診するための手続きに関して理解度が大幅に上昇している。よって、健診手続きに関する情報提供を行うことは非常に効果的である。

○また、健診手続きに関する情報提供を行わなければ、特定健診受診のための手続き方法に関するもとの理解度は低い。

■属性別分析：性別（男性・女性）

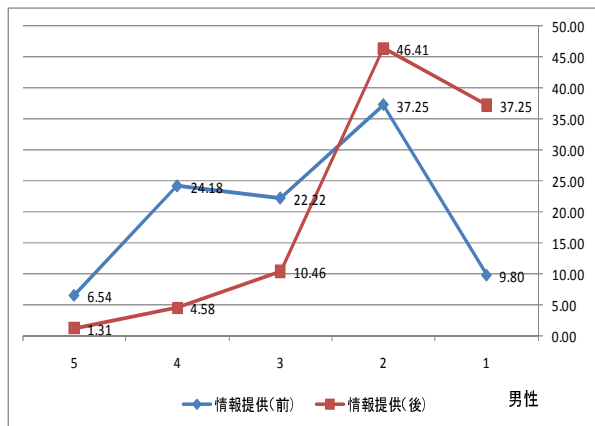


図-5.222 情報提供効果（男性）

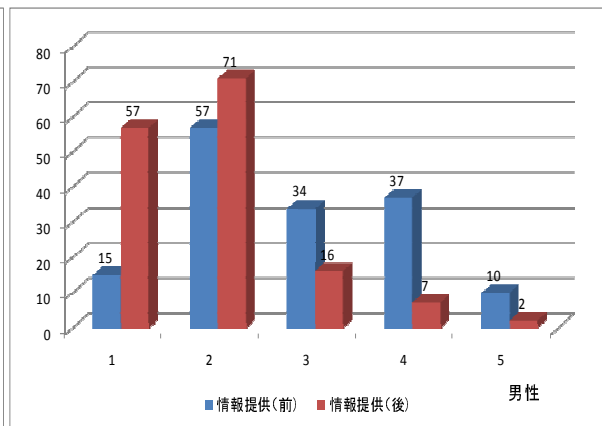


図-5.223 情報提供効果（男性：％）

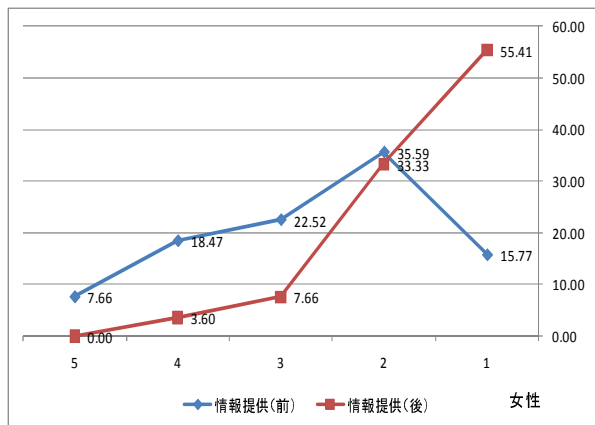


図-5.224 情報提供効果（女性）

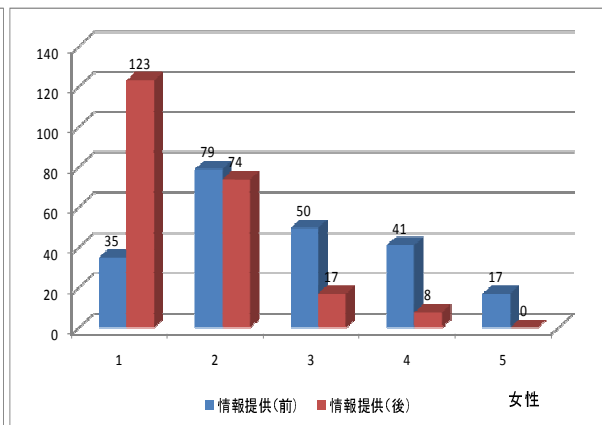


図-5.225 情報提供効果（女性：％）

○性別分析によれば、健診手続きに関する情報提供は、男性・女性ともに情報提供の効果がある。また、情報提供前の健診手続きに関する理解度は、若干女性の方が高いが、男性・女性ともに、健診手続きに関する情報提供をしなければ、もとの理解度は低い。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

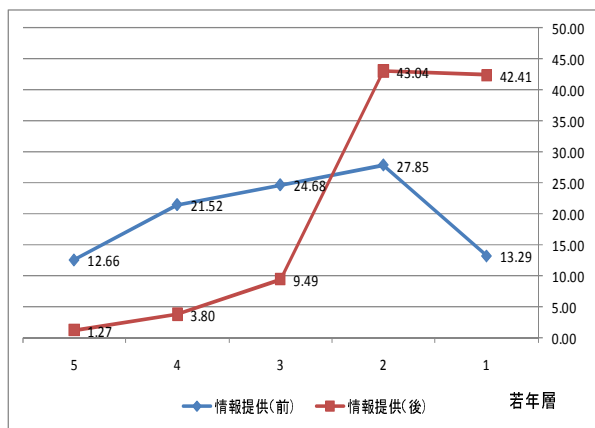


図-5.226 情報提供効果（若年層）

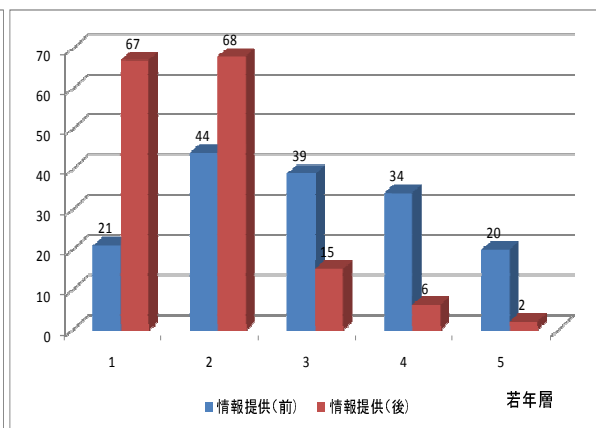


図-5.227 情報提供効果（若年層：％）

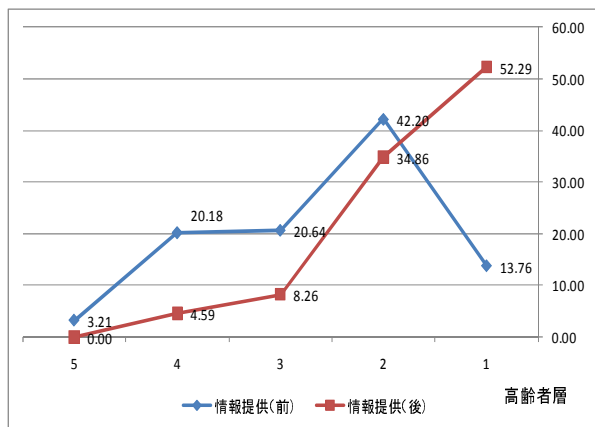


図-5.228 情報提供効果（高齢者層）

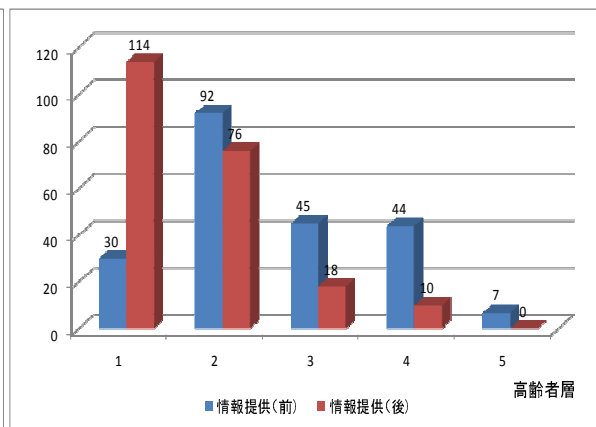


図-5.229 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別分析では、特定健康診査の受診のための健診手続きに関して、高齢者層より若年層の方が情報提供前のもともとの理解度が低い。若年層、高齢者層ともに健診手続きの情報提供後に理解度が上昇していることから、情報提供効果がある。高齢者層より若年層に情報提供効果がより見られる。

●（総括）性別・年齢別ともに情報提供の効果がある。中でも、普段からあまり健診に来ない若年層に効果がある。また、手続きに関する情報提供を行わなければ、もともとの理解度が低いことから、広報等を通して積極的に情報提供を行い周知徹底させる必要がある。このことは「特定健康診査受診券」の利用度に直接影響するため、受診券の認知度を高めるためにも重要である。

②心理的障害「健診結果手間」に対する分析と考察

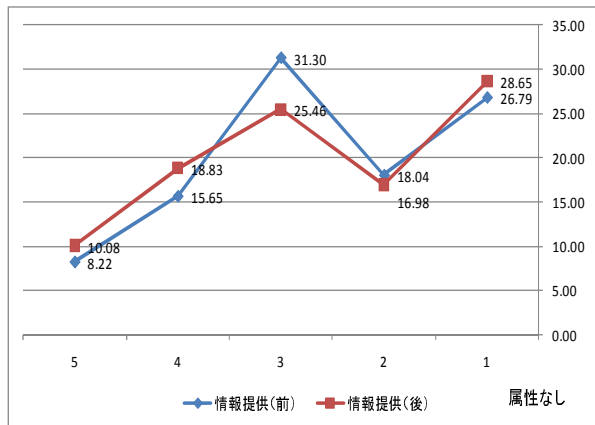


図-5.230 情報提供効果（属性なし）

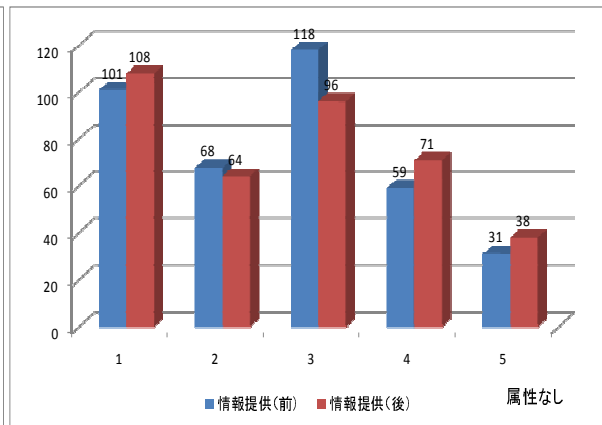


図-5.231 情報提供効果（属性なし：%）

○個別健診受診希望者は、特定健診を受診してから健診結果が手元に届くまでの時間の長さを感じる程度わずらわしいと思っている。

○また、情報提供の効果は若干、わずらわしいと思う方向に移行している。すなわち、情報提供を受けたことにより、健診結果が届くまでの時間の長さをわずらわしいと思う人が増えた。これは、アンケート調査票上で、具体的な健診結果が手元に届くまでの日数の情報を得たことにより、これまで漠然と感覚的に認識していた時間より、情報を得たことで意外と長いと認識した人が、情報提供前の回答意識よりわずらわしいと思う方向に移行したことが原因である。

■属性別分析：性別（男性・女性）

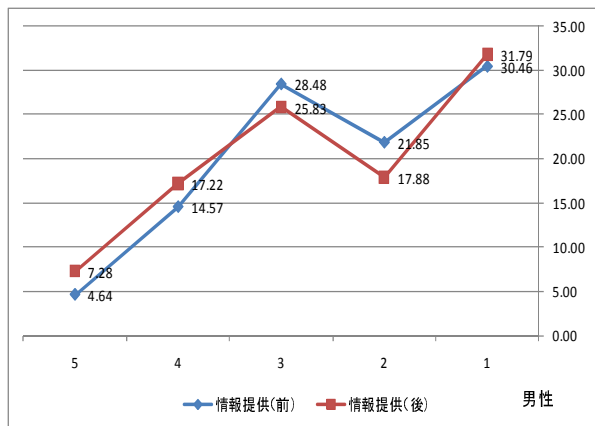


図-5.232 情報提供効果（男性）

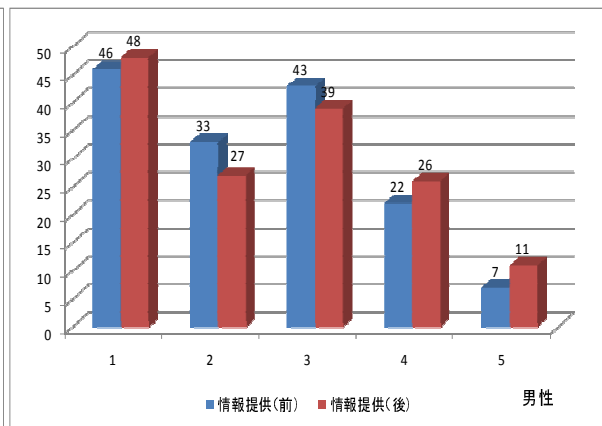


図-5.233 情報提供効果（男性：%）

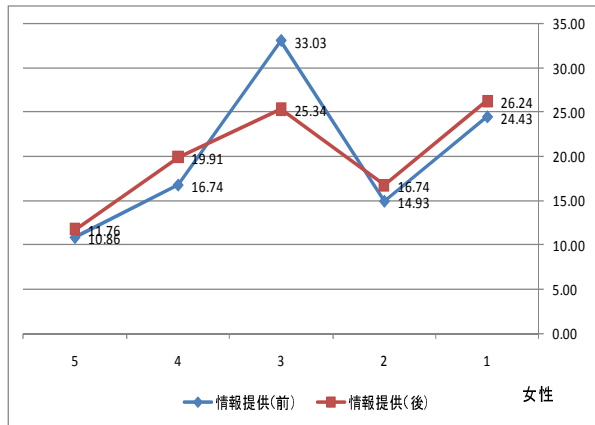


図-5.234 情報提供効果 (女性)

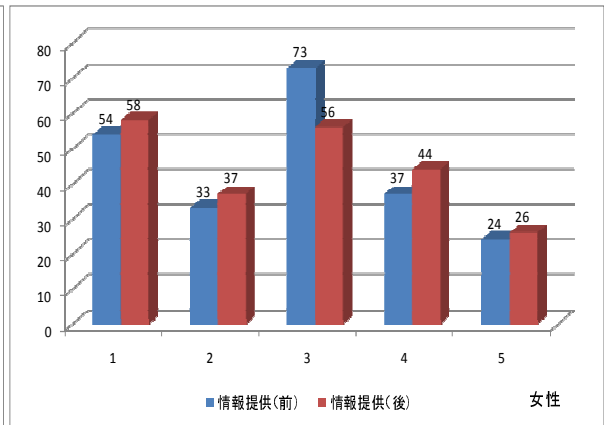


図-5.235 情報提供効果 (女性 : %)

○性別分析においては、健診結果手間に関する意識は、男性より女性の方が健診結果の出までの時間の長さをわずらわしいと思っている人が多い。もともと男性も女性も比較的に結果が出るまでの時間の長さをわずらわしいと思っている。また、情報提供による効果は選択肢 1~5 までを総合的に見るならば、あまり見られない。むしろ情報提供を得たことにより、男性も女性も漠然と認識していた長さよりも、意外と長くかかると思った人が若干増えた。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

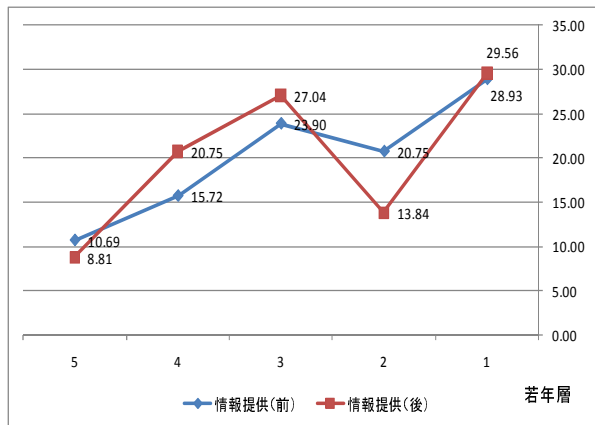


図-5.236 情報提供効果 (若年層)

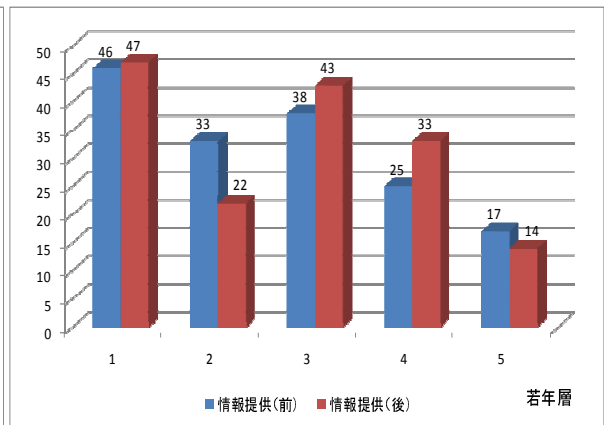


図-5.237 情報提供効果 (若年層 : %)

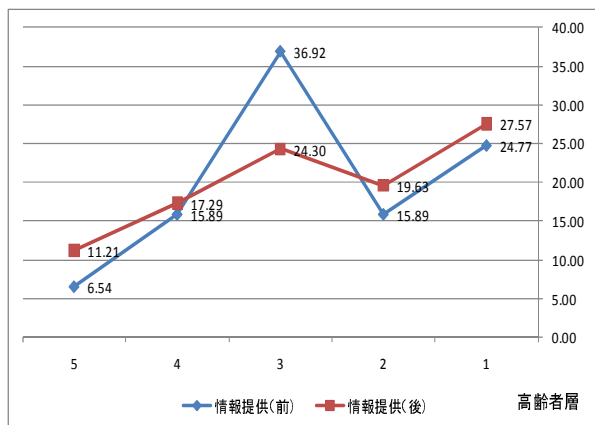


図-5.238 情報提供効果 (高齢者層)

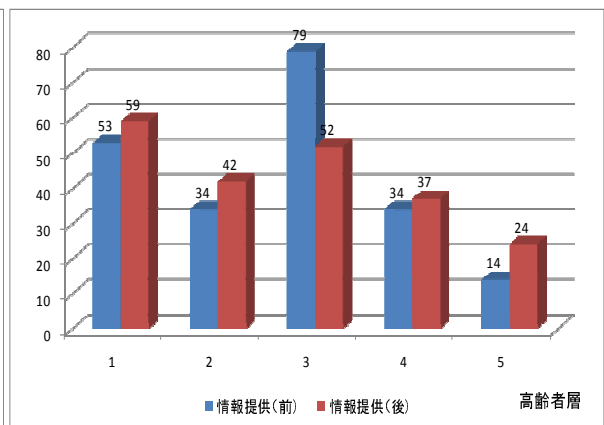


図-5.239 情報提供効果 (高齢者層 : %)

○健診結果手間に関して年齢別で見ると、情報提供前よりもともと若年層も高齢者層も結果が出るまでの時間をわずらわしいと思っており、若年層より高齢者層の方が健診結果の出るまでの時間の長さをわずらわしいと思っている。また、情報提供による効果は、若年層と高齢者層の中に情報提供後、時間の長さをわずらわしいと思う人が若干増加している。つまり、むしろ情報提供を得たことにより、若年層も高齢者も漠然と認識していた長さよりも、意外と長くかかると思った人が若干増えた。

●（総括）あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さをわずらわしいと思いませんか？という健診結果手間に関して、性別的にも年齢別的に情報提供前のもともとの意識は低く、時間の長さをわずらわしく思っている人が多い。性別では女性が、年齢別では高齢者層がわずらわしく思っている。よって、健診結果が出るまでの時間の長さについては、今後、個別健診を実施している医療機関や医師会等と協議・調整を図る必要性がある。

③心理的障害「健診への不信」に対する分析と考察

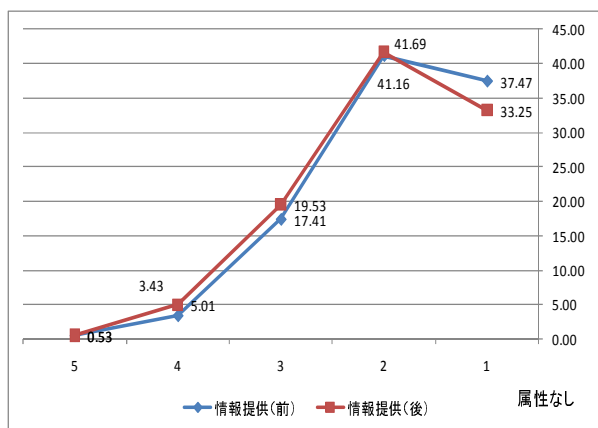


図-5.240 情報提供効果（属性なし）

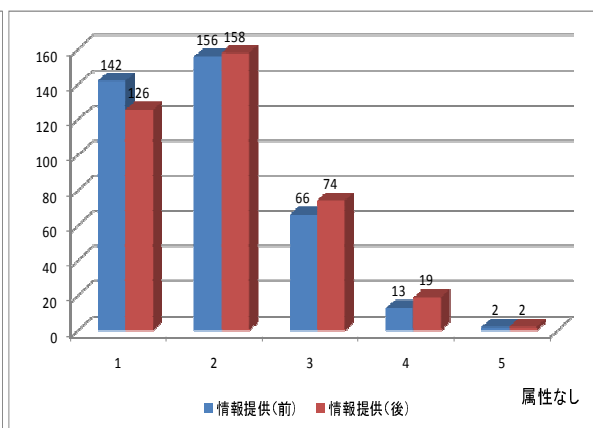


図-5.241 情報提供効果（属性なし：%）

○個別健診受診希望者は、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的だと思いますかという「健診への不信」に対して、ある程度早期発見に効果的であると思っている。すなわち、健診への不信に関する情報提供前よりもともと特定健診が生活習慣病の早期発見につながる（特定健診を受診することによって、生活習慣病などの病気を早期に発見できる）と思っている人が比較的多い。また、情報提供による効果はほとんど見られないことから、もともとの意識の高さに加えて、アンケート調査で、特定健診が生活習慣病などの早期発見に効果的であるという情報提供が不十分であったことも考えられる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

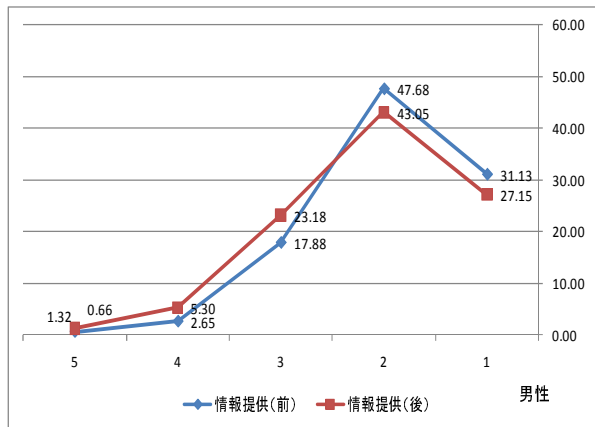


図-5.242 情報提供効果（男性）

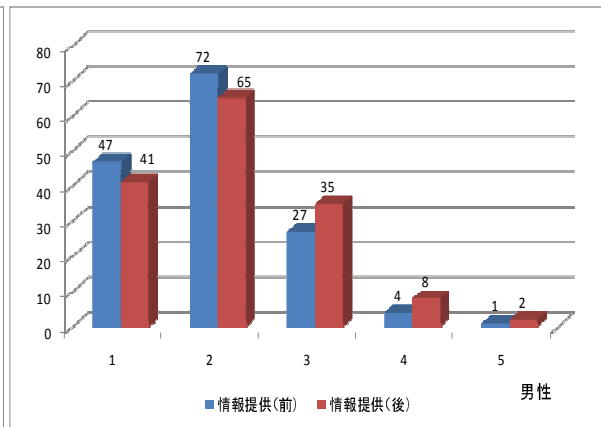


図-5.243 情報提供効果（男性：%）

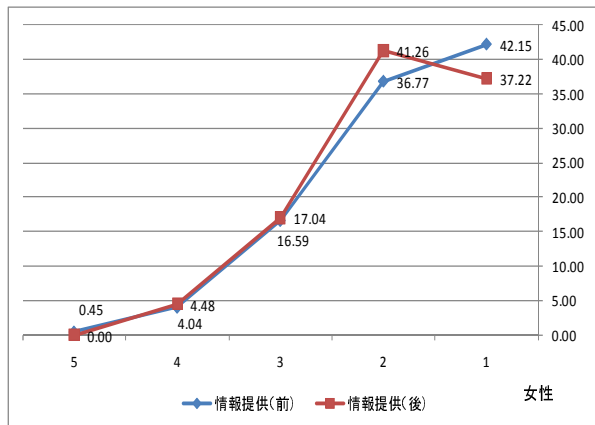


図-5.244 情報提供効果（女性）

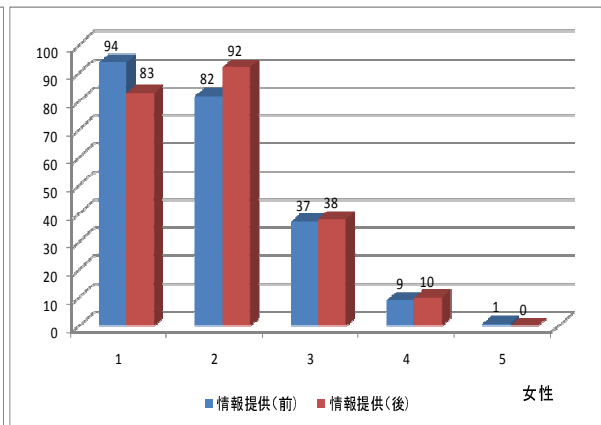


図-5.245 情報提供効果（女性：%）

○健診への不信に関して、男性も女性もある程度、特定健診を受診することで生活習慣病の早期発見につながると思っている。情報提供がなくても、もともとの意識が男性も女性も高い。また、情報提供後、男性の中で若干、情報提供前の意識より低下した人が見られる。すなわち、アンケート調査票上で「健診への不信」に関する情報提供が十分でなかったと考えられる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

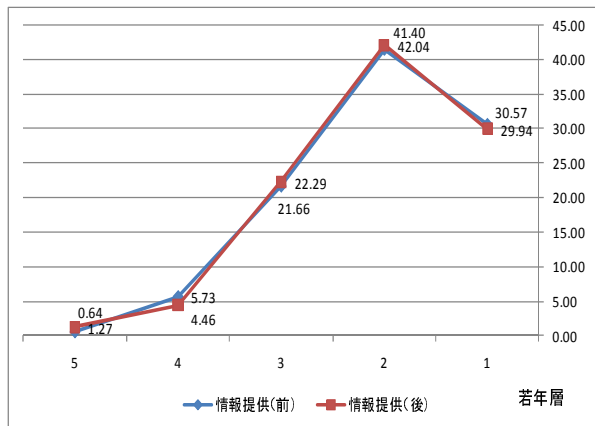


図-5.246 情報提供効果（若年層）

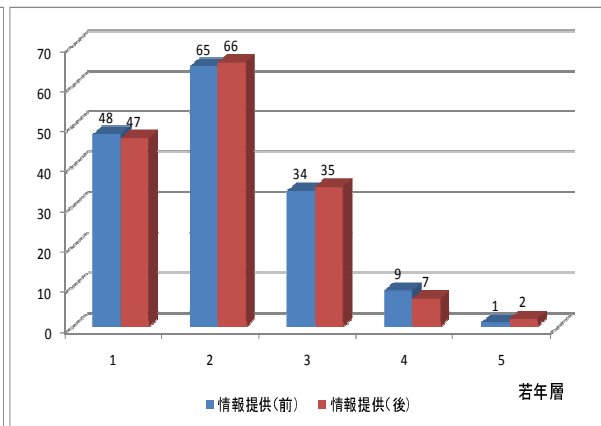


図-5.247 情報提供効果（若年層：%）

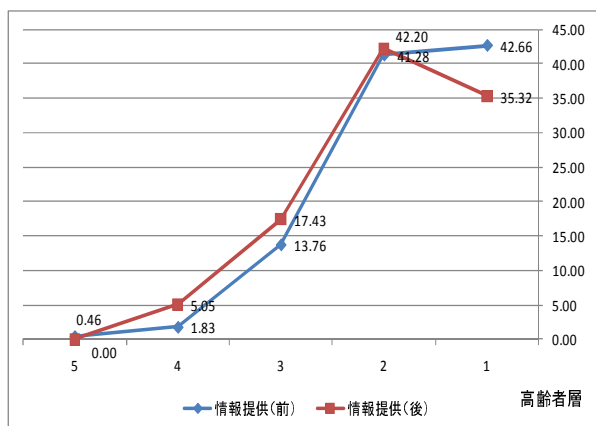


図-5.248 情報提供効果（高齢者層）

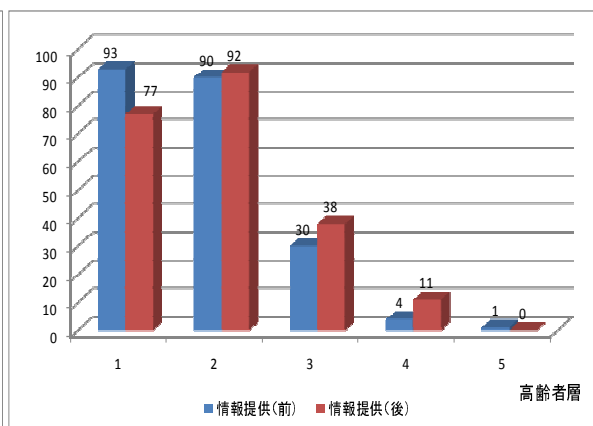


図-5.249 情報提供効果（高齢者層：％）

○健診への不信に関して、若年層も高齢者層ももともと健診への不信感はあまり持っていないが、高齢者層より若年層の方が、特定健診を受診することが生活習慣病の早期発見にはつながらないと若干思っている。また、情報提供後の効果は、若年層においてほとんど見られないことに加え、高齢者層において、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的でない意識した人が若干増加していることから、アンケート調査票上での情報提供の仕方が不十分であったことがわかる。

●（総括）個別健診受診希望者は、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的だと思いますかという「健診への不信」に対して、性別的にも年齢別に見ても特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であるとある程度意識している。属性分析においては、もともと意識の若干低かった若年層と、情報提供後に意識がわずらわしいと思う方向に移行した人がいる高齢者層に対して効果的な情報提供を行う必要がある。今後、情報提供の方法についてさらに検討すべきである。

④心理的障害「健診過信」に対する分析と考察

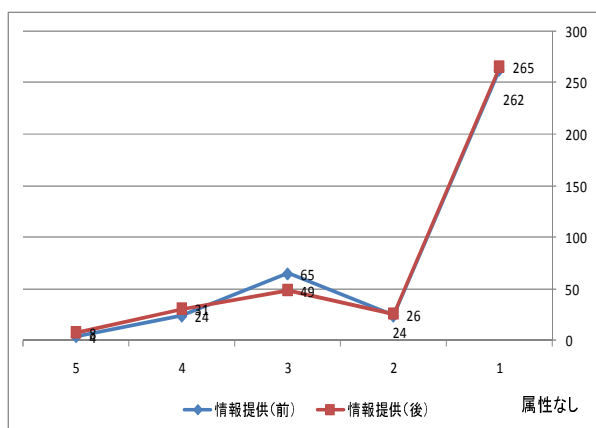


図-5.250 情報提供効果（属性なし）

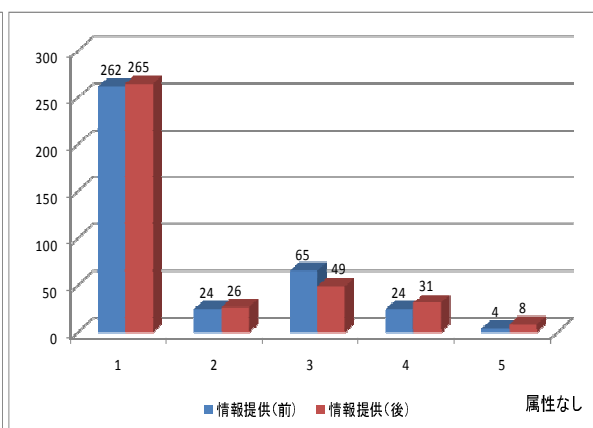


図-5.251 情報提供効果（属性なし：％）

○個別健診受診希望者は、あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますかという「健康過信」に関して、自分の健康状態や生活習慣を考えた結果、生活習慣病等の疾病にかかることをある程度自覚している。そのため、健康過信度は低い。また、情報提供後の効果がほとんど見られないことから、もともとの自己の健康への意識の高さに加えて、ア

アンケート調査票上での健康過信に関する情報提供の仕方や情報提供内容が不十分であったと考えられる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

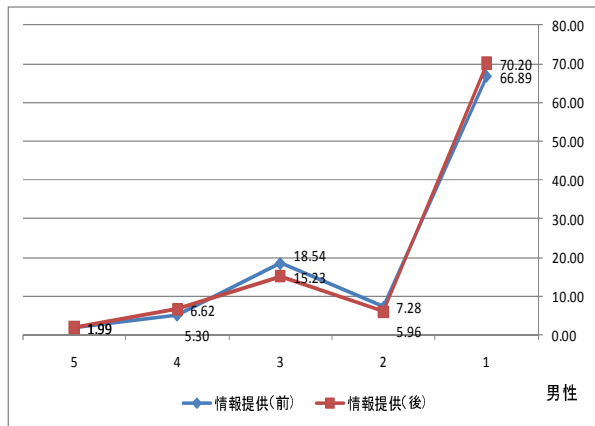


図-5.252 情報提供効果（男性）

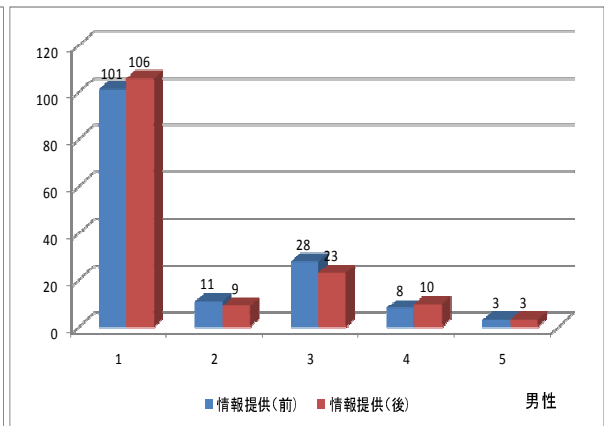


図-5.253 情報提供効果（男性：%）

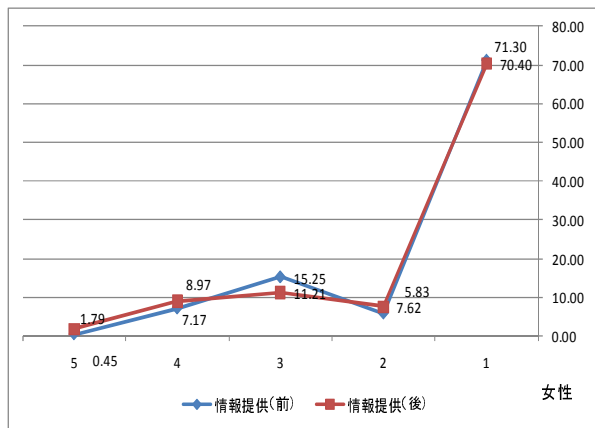


図-5.254 情報提供効果（女性）

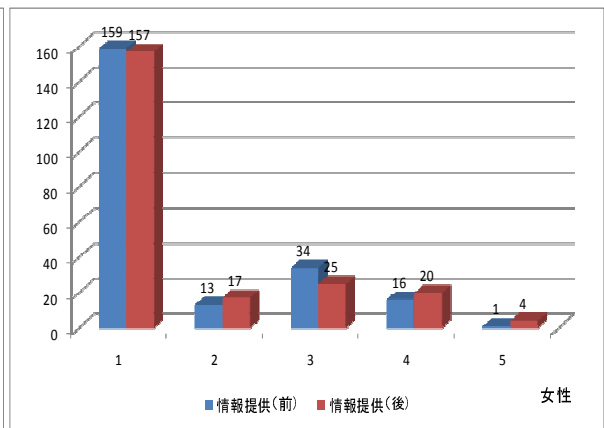


図-5.255 情報提供効果（女性：%）

○性別分析においては、男性も女性も自分が生活習慣病等の疾病にかかる可能性があることをある程度自覚している。よって、健康過信という健診受診意欲を阻害する要因は情報提供前から低い。また、加えて、情報提供による効果がほとんど見られないことからアンケート調査票で健康過信に対する情報提供が不十分であったことも考えられる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

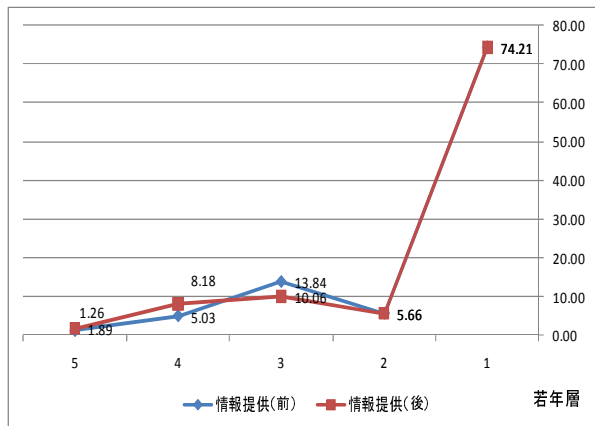


図-5.256 情報提供効果（若年層）

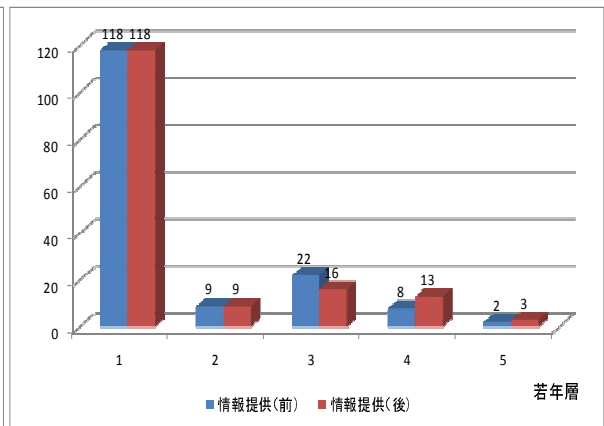


図-5.257 情報提供効果（若年層：%）

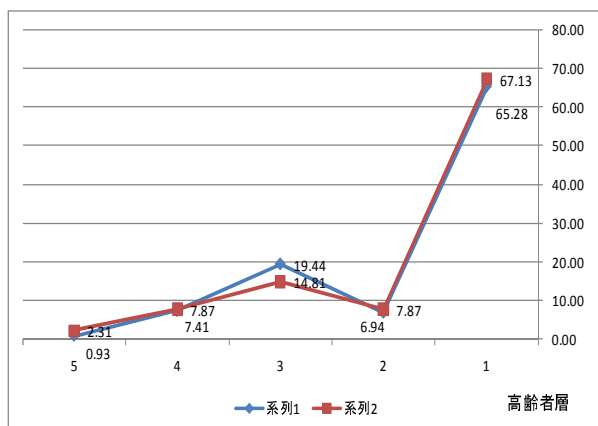


図-5.258 情報提供効果（高齢者層）

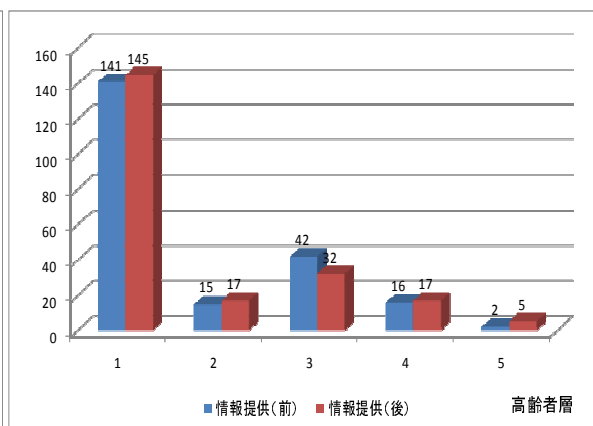


図-5.259 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別分析においては、若年層も高齢者層も自分が生活習慣病等の疾病にかかる可能性があることをある程度自覚している。高齢者層より若年層の方が健康過信に対する自覚度が高い。つまり、年齢的に見て、自分の健康状態や体の衰えを考える機会が多いので、若年層より健康に対する諦めが見られ、高血圧や高脂血症など生活習慣病等の病気にかかる、あるいはもう既にかかっていると意識していると思われる。情報提供による効果はほとんど見られないことから、性別分析と同じく、健康過信への意識のもともとの低さに加え、からアンケート調査票で健康過信に対する情報提供が不十分であったことも考えられる。

●（総括）性別、年齢別に見ても健康過信に対する意識はあまりない。自らの健康状態や生活習慣を考え、自分は生活習慣病にかかるかと自覚している。情報提供による効果がほとんど見られないことから、もともとの健康過信に対する意識の低さとアンケート調査票での情報提供が不十分であった。今後は、情報提供方法について検討すべき。

⑤心理的障害「諦め」に対する分析と考察

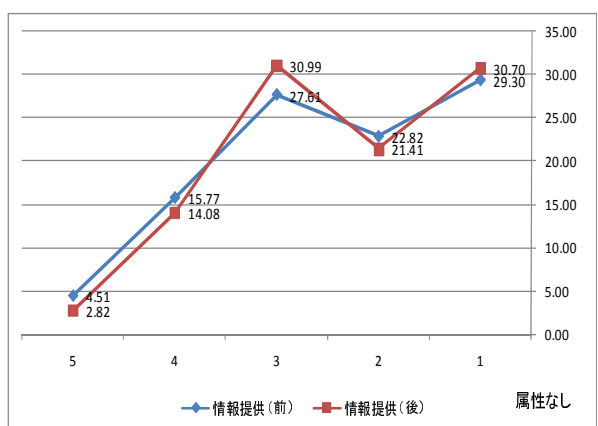


図-5.260 情報提供効果（属性なし）

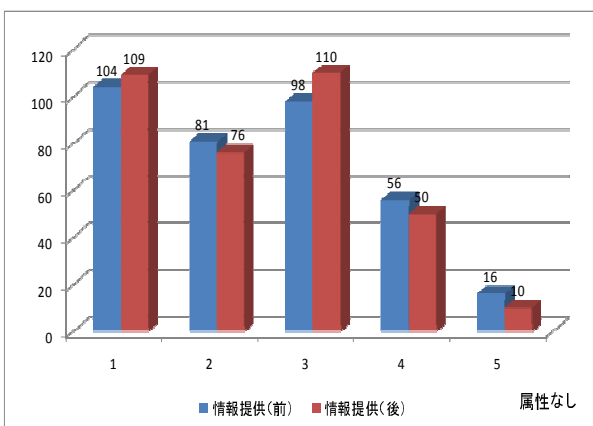


図-5.261 情報提供効果（属性なし：％）

○あなたは将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思いますかという「諦め」に対して、個別健診を受診希望の人は、自分の健康状態から生活習慣病にかかるのは仕方がないと思っている。つまり、情報提供前からもともと自分の健康状態に対する諦め感がある。また、情報提供前後で効果があまり見られないことから、情報提供が不十分であったと分析

するとともに、すでに諦め感を抱いてしまっている人に対する情報提供の方法を併せて検討する必要がある。

■属性別分析：性別（男性・女性）

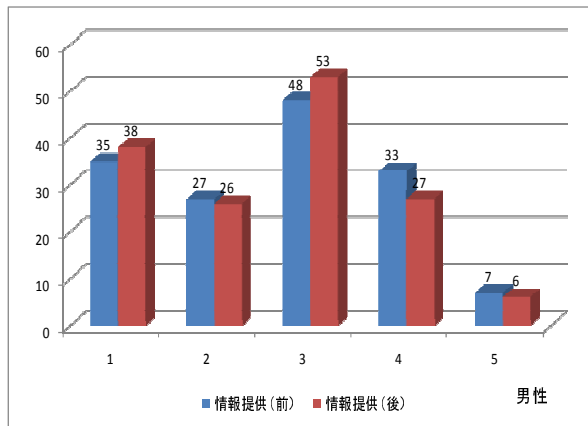


図-5.262 情報提供効果（男性）

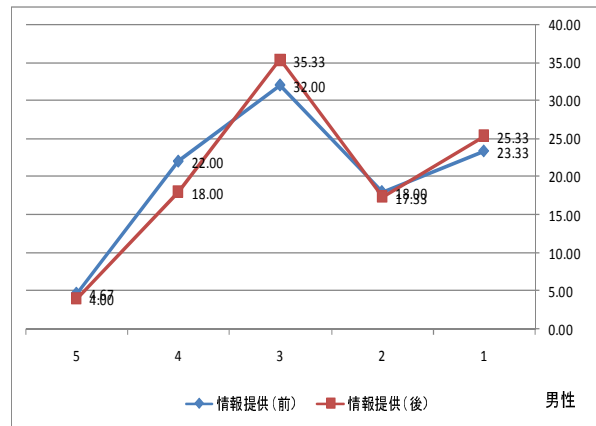


図-5.263 情報提供効果（男性：%）

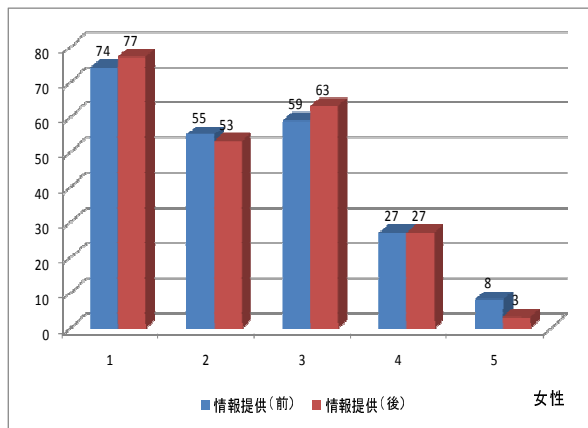


図-5.264 情報提供効果（女性）

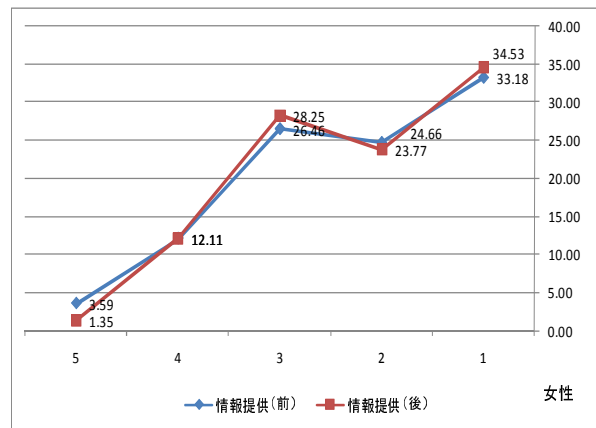


図-5.265 情報提供効果（女性：%）

○諦めに対する性別分析においては、男性も女性も一定諦め感が見えるが、女性より男性の方が自分の健康状態から生活習慣病にかかったとしても仕方がないと諦めている人が多い。また、男性、女性ともに情報提供による効果があまりないことから、アンケート調査票で諦めに関する情報提供が不十分であったと考える。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

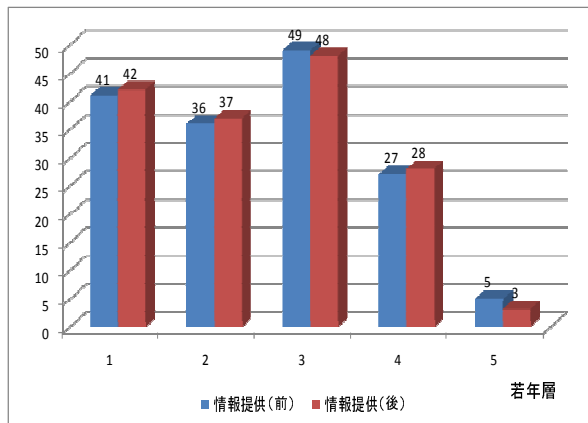


図-5.266 情報提供効果（若年層）

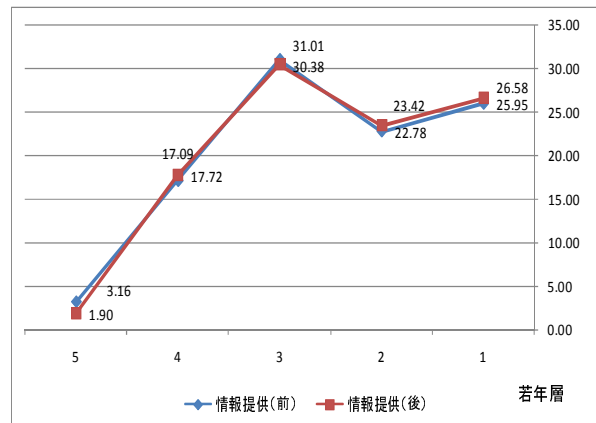


図-5.267 情報提供効果（若年層：%）

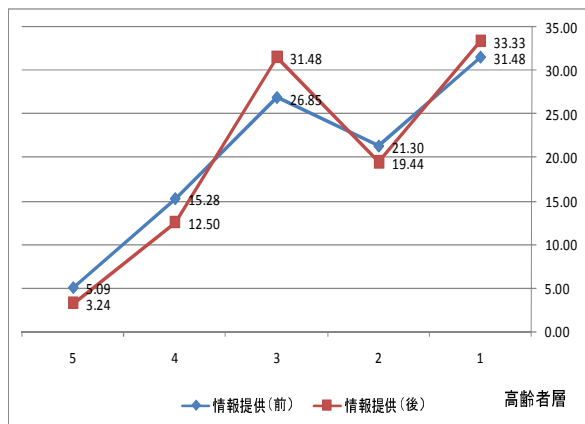
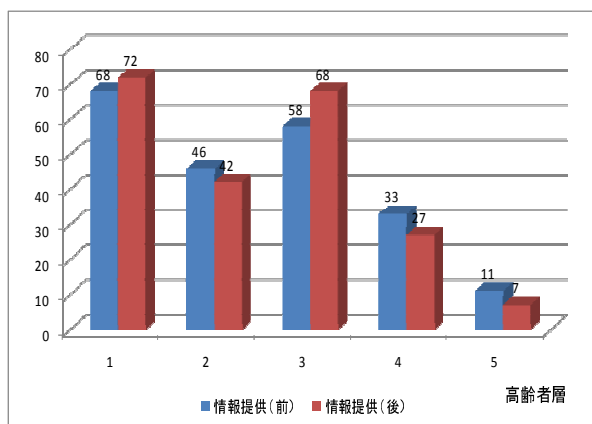


図-5.268 情報提供効果（高齢者層）

図-5.269 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別分析においては、若年層も高齢者層も一定諦め感が見える。情報提供による効果は、若年層においてはほとんど見られないが、高齢者層において、情報提供後に、若干諦め感が解消されている。

●（総括）全体的に自分の健康状態から一定の諦め感がある。性的に見て女性よりも男性に諦め感がある。この結果は、日頃の健診には女性より男性が受診にあまり来ないという実態とも関係していると思われる。また、全体的に情報提供による効果があまり見られないことから、今後は、自分の健康状態に対して諦めている人たちに対して、どのように情報提供をしていくのか検討すべきである。

⑥物理的障害「距離」に対する分析と考察

次に個別健診受診希望者の物理的障害について分析・考察する。以下の表は、問 25 で個別健診を受診希望すると回答した人で、問 26 「あなたは、お住まいから医療機関までどのくらい離れていますか」に回答していただいた人の集計表である。特定健診の受診意欲を阻害する要因の一つと考えられる物理的障害の「距離」の問題については、これまでの情報提供効果による計測方法とは異なる。なぜなら、「距離」に関する問題は、アンケート調査で「個別健診を受診するための医療機関」の情報を後に与えたとしても、情報提供後に、自宅から医療機関までの距離が変わることはなく（通常、自分が通院、診察してもらっている医療機関に行くことが予測されることから）、情報提供の前後で距離の効果の比較のしようがないためである。

よって、個別健診受診希望の物理的障害の距離の問題に関しては、問 26 「あなたは、お住まいから医療機関までどのくらい離れていますか」に関して分析・評価を行う（表-5.21）。

表-5.21 個別健診受診希望者の自宅から医療機関までの距離

自宅から医療機関までの距離	(人数)	(%)
①100メートル未満	22	5.70
②100メートル以上500メートル未満	47	12.18
③500メートル以上1キロメートル未満	47	12.18
④1キロメートル以上1キロ500メートル未満	39	10.10
⑤1キロ500メートル以上2キロ未満	21	5.44
⑥2キロメートル以上	192	49.74
無回答	18	4.66
計	386	100.00

まず、自宅から医療機関までの距離について分析する。個別健診受診希望者 386 人の内、最も多いのが自宅から医療機関までの距離が「⑥2 キロメートル以上」離れていると回答した 192 人 (49.74%) である。そして次に「②100 メートル以上～500 メートル未満」の 47 人 (12.18%)、同数で「③500 メートル以上～1 キロメートル未満」の 47 人 (12.18%) となっている。この表からもわかるように、自宅から医療機関までの距離が 2 キロメートル以上離れている被保険者が、192 名 (約 49.74%) とほぼ半数を占めていることがわかる。

そこで、次に個別健診受診希望者で特定健診を未受診者の、自宅から医療機関までの「距離」に関する分析を行う (表-5.22 参照)。なぜなら、医療機関での個別健診を希望しているけれども、「距離」という障害が受診意欲の阻害要因となっていないかどうかを分析する必要があるためである。

表-5.22 個別健診受診希望者で未受診者の自宅から医療機関までの距離

個別健診希望の未受診者	(人)	(%)
①100メートル未満	14	5.47
②100メートル以上500メートル未満	35	13.67
③500メートル以上1キロメートル未満	29	11.33
④1キロメートル以上1キロ500メートル未満	30	11.72
⑤1キロ500メートル以上2キロ未満	13	5.08
⑥2キロメートル以上	123	48.05
無回答	12	4.69
計	256	100.00

個別健診受診希望者で特定健診未受診者 256 人の内、最も多いのが自宅から医療機関までの距離が「2 キロメートル以上」離れていると回答した 123 人 (48.05%) である。そして次に「②100 メートル以上～500 メートル未満」の 35 人 (13.67%)、「④1 キロメートル以上～1 キロ 500 メートル未満」の 30 人 (11.72%) となっている。この表からもわかるように、自宅から医療機関までの距離が 2 キロメートル以上離れている被保険者が、123 人 (約 48.05%) とほぼ半数近くを占めていることがわかる。すなわち、個別健診を受診するための自宅から医療機関までの「距離と健診未受診」はある程度相関があると言える。

よって、今後は、自宅から医療機関まで距離が離れている健診未受診者層に対して、自宅近くの医療機関で個別健診が受診出来るように医師会と調整を図ったり、さらには、距離がある程度離れている対象者層を、自宅近くの集会所や保健センター等で行われる集団健診受診へと向かわせるような施策も必要である。

⑦物理的障害「移動行為」に対する分析と考察

次に、医療機関での個別健診受診希望者に対しても、個別健診のために医療機関まで出かけるという行為が発生することから「距離と移動行為」との関係进行分析する。

まず、移動行為は「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という回答に対し、個別健診受診のために医療機関まで行く行為そのものが面倒くさいと思っているかどうか分析する (表-5.23 参照)。

表-5.23 個別健診受診希望者の移動行為に関する意識

移動行為	(人)	(%)
1. 思わない	126	32.64
2. 少しだけ思う	38	9.84
3. 多少思う	83	21.50
4. かなり思う	28	7.25
5. 非常に思う	12	3.11
無回答	99	25.65
計	386	100.00
無回答者を除く	287	

個別健診受診希望者の、特定健診に行くことが面倒であると思いますかという問に対して、無回答者を除けば、選択肢 1. 思わない～2. 少しだけ思うと回答した人が、実に 164 人も存在し、約 57%も占めており、個別健診を受診するために医療機関に行く行為そのものを半数以上の人々が面倒であると思っていないことがわかる。また、以下の図は無回答者を除いた個別健診受診希望者の移動行為に関する人数とその割合である。

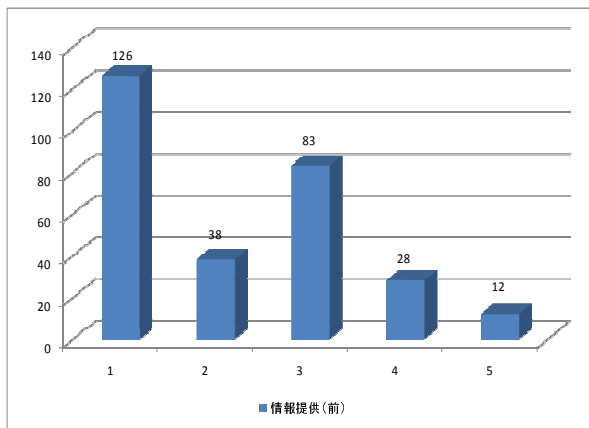


図-5.270 移動行為の回答者数

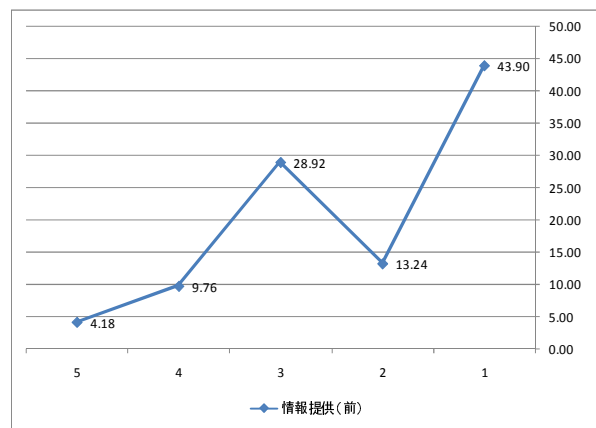


図-5.271 移動行為の回答者数割合

さらに、「移動行為」と「距離」の関係を分析する。まず、移動行為は「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という回答に対し、医療機関まで行く行為そのものの面倒くさが「距離」と関係し受診意欲の阻害要因になっていないかどうか分析する(別添参考資料表-1.2参照)。

問 30 で「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という質問に対して、(選択肢 3. 多少思う、4. かなり思う、5. 非常に思う)と回答した人の、属性(年齢)と自宅から医療機関までの実際の距離の関係を分析した。

特定健診に行くことが面倒である(行くことが多少なりとも面倒である～非常に面倒であるまで)と回答した人の約半以上が 65 歳以上の高齢者である(62 人: 約 53%)。さらに、この回答者の内、自宅から医療機関までの距離が実に 2 キロメートル以上離れている人が、55 人(47.01%)と半数近くを占めている。よって、特定健診を受診するための「移動行為」と「年齢」、自宅から医療機関までの「距離」はある程度相関関係があると言えよう。

さらに、この「移動行為」、「年齢」、「距離」に加え、この人たちが特定健診未受診者である場合に、属性を除くこれら2つの障害（移動行為と距離）が、受診意欲の障害要因であるかどうか分析を行った。

健診未受診者で、自宅から医療機関まで2キロメートル以上離れていると回答している人の大半が60歳以上の人であることから、高齢で自宅から医療機関までの距離がある人は、特定健診を受診するために行くことを面倒であると思っている。よって、こうした人たちが近くの医療機関で個別健診を受けられるような体制整備や個別健診ではなく、地域で行われる集団健診に向かわせるような施策立案が必要である。

5.7.5. 「人間ドック受診希望者」の「障害」に関する分析と考察

次に、指定された医療機関等で受けられる「人間ドック」による健診受診意欲について分析・評価した。問25「あなたは特定健診をどこで受けていたいですか」という質問において、「人間ドック」と回答した人（以下、人間ドック受診希望者という。）の意識構造モデルを、以下の図-5.272に示す。

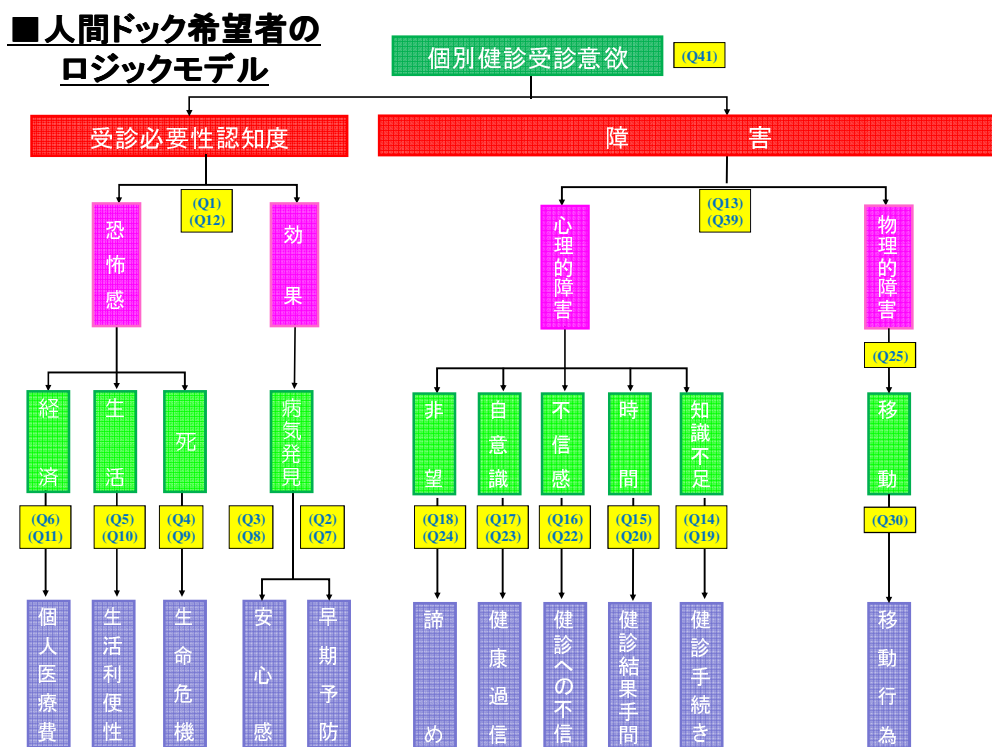


図-5.272 人間ドック受診希望者のロジックモデル

表-5.24 人間ドック健診 障害（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル要約			
モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗
1	.634	.401	.362
標準偏回帰係数の標準誤差			
1			.713

a. 予測値：(定数)、移動行為、健診結果手間(前)、諦め(前)、健康適性(前)、健診への不信(前)。

分散分析 ^a					
モデル	平方和 (分散成分)	自由度	平均平方	F 値	有意確率
1	37.450	6	6.242	10.283	.000 ^b
	残差 (分散分析)	92	.607		
	合計 (ピボットテーブル)	98			

a. 予測値：(定数)、移動行為、健診結果手間(前)、諦め(前)、健康適性(前)、健診への不信(前)、健診手続き(前)。
b. 従属変数 障害(前)

係数 ^a								
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		共線性の統計量		
		B	標準偏差	ベータ	t 値	有意確率	許容度	VIF
1	(定数)	.504	.322		1.567	.121		
	健診手続き(前)	-.126	.082	-.137	-1.546	.125	.828	1.207
	健診結果手間(前)	.288	.065	.336	4.145	.000	.987	1.013
	健診への不信(前)	-.010	.103	-.009	-.096	.924	.830	1.205
	健康適性(前)	.063	.094	.056	.677	.500	.935	1.069
	諦め(前)	.039	.068	.048	.582	.562	.959	1.043
	移動行為	.438	.078	.526	5.628	.000	.744	1.345

a. 従属変数 障害(前)

共線性の診断 ^a				分散プロバティ						
モデル	次元	固有値	条件指数	(定数)	健診手続き(前)	健診結果手間(前)	健診への不信(前)	健康適性(前)	諦め(前)	移動行為
				1	6.061	1.000	.00	.00	.00	.00
2	.232	5.115	.00	.00	.18	.00	.82	.04	.00	
3	.224	5.200	.00	.02	.51	.02	.10	.05	.18	
4	.203	5.460	.00	.00	.03	.08	.01	.60	.19	
5	.124	6.984	.02	.00	.07	.62	.02	.01	.50	
6	.109	7.450	.02	.71	.01	.13	.03	.17	.09	
7	.046	11.421	.96	.27	.20	.15	.01	.13	.03	

a. 従属変数 障害(前)

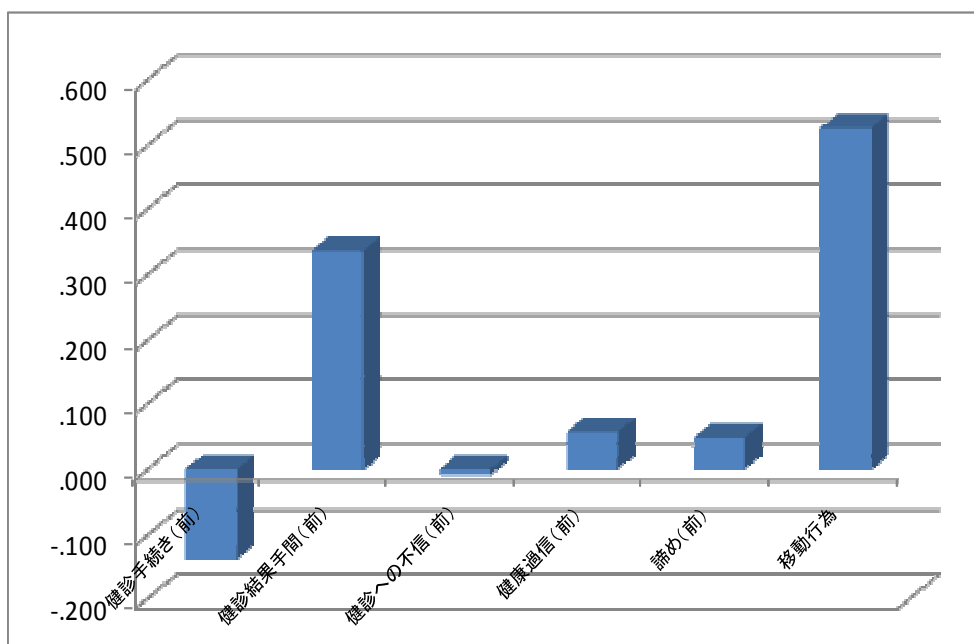


図-5.273 標準偏回帰係数の障害への影響度

まず、人間ドックによる健診希望者で情報提供を与える前の属性なしの状態（全対象者）に対して、SPSSにより重回帰分析をした結果（表-5.24）および標準偏回帰係数の必要性認知度への影響度（図-5.273）から、人間ドックによる特定健診を受診希望者は、特定健診を受診するために指定医療機関に行くこと「移動行為」が特定健診を受診するためのためらい「障害」に大きな影響を与えているため、受診に行くことそのものを一定面倒くさいと思う。加えて、人間ドックを受診してから結果がわかるまでの時間の長さ「健診結果手間」をある程度わずらわしいと感じ

ているため、特定健診を受診する障害に影響を与えている。また、特定健診を受診する際の「健診手続き」に関してあまり知らないことも受診意欲の阻害要因になっている。

表-5.25 人間ドック健診未受診者 障害（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル要約			
モデル	R	R2 乗	調整済み R2 標準偏差推定値の誤差
1	.703 ^a	.494	.443

a. 予測値：(定数)、移動行為、健診結果手間(前)、健康過信(前)、諦め(前)、健診手続き(前)

分散分析 ^a						
モデル	平方和 (分散成分)	自由度	平均平方	F 値	有意確率	
1	回歸	32.527	6	5.421	9.608	.000 ^b
	残差 (分散分析)	33.291	59	.564		
	合計 (ピボットテーブル)	65.818	65			

a. 予測値：(定数)、移動行為、健診結果手間(前)、健康過信(前)、諦め(前)、健診手続き(前)、健診への不信(前)。
b. 従属変数 障害(前)

係数 ^a								
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		共線性の統計量		
		B	標準偏差	ベータ	t 値	有意確率	許容度	VIF
1	(定数)	-.879	.389		-2.262	.028		
	健診手続き(前)	-.212	.104	-.213	-2.035	.046	.781	1.280
	健診結果手間(前)	-.378	.082	-.453	-4.585	.000	.880	1.137
	健診への不信(前)	.014	.157	.010	.091	.928	.678	1.476
	健康過信(前)	.108	.104	.103	1.034	.305	.861	1.162
	諦め(前)	.047	.086	.049	.497	.621	.887	1.127
	移動行為	.387	.090	.471	4.275	.000	.707	1.414

a. 従属変数 障害(前)

共線性の診断 ^a										
モデル	次元	固有値	条件指数	分散プロパティ						
				(定数)	健診手続き(前)	健診結果手間(前)	健診への不信(前)	健康過信(前)	諦め(前)	移動行為
1	1	6.179	1.000	.00	.00	.00	.00	.01	.00	.00
	2	.258	4.894	.00	.00	.15	.00	.72	.01	.01
	3	.176	5.922	.01	.00	.20	.01	.05	.04	.60
	4	.168	6.056	.00	.05	.24	.06	.07	.43	.01
	5	.092	8.190	.07	.44	.08	.03	.09	.38	.19
	6	.079	8.868	.01	.16	.27	.73	.06	.07	.13
	7	.048	11.384	.90	.34	.06	.17	.00	.07	.06

a. 従属変数 障害(前)

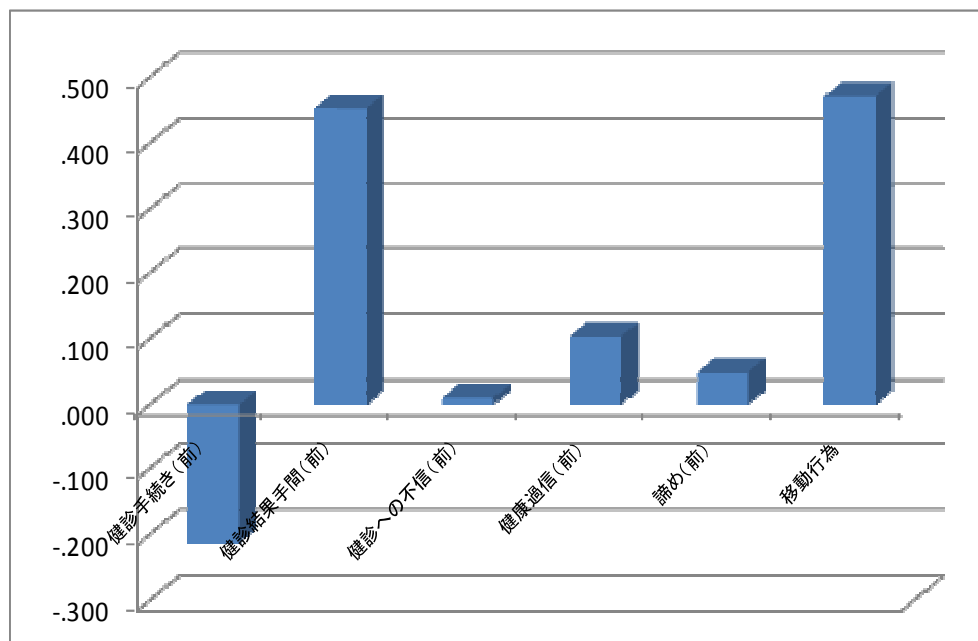


図-5.274 標準偏回帰係数の障害への影響度

次に、人間ドックによる健診希望であるが、特定健診未受診者の障害を分析するため、属性なしの状態（全データ）から属性：未受診者を抽出し、情報提供を与える前の状態で SPSS により重回帰分析を行う（その結果は、表-5.25 および図-5.274 参照）。

人間ドックによる特定健診を受診希望で特定健診未受診者は、特定健診を受診するために指定医療機関に行く「移動行為」が、受診することをためらう「障害」に大きな影響を与えており、加えて、人間ドックを受診してから結果がわかるまでの長さ「健診結果手間」も受診に対する「障害」に影響を与えているため、ある程度わずらわしいと感じている。また、特定健診を受診するための「健診手続き」に対してあまり理解していないことも受診の障害となっていることもわかる。一方、特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的であるとある程度思っているが、自分が健診に行かないため、生活習慣病や他の病気にかかる可能性があるとは一定思っている。こうしたことから、将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと一定思う傾向にある。

①心理的障害「健診手続き」に対する分析と考察

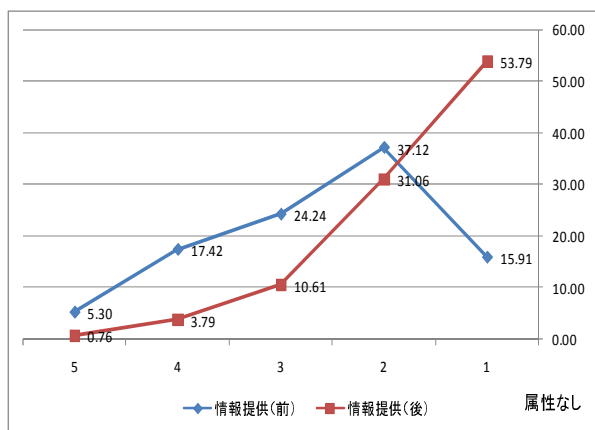


図-5.275 情報提供効果（属性なし）

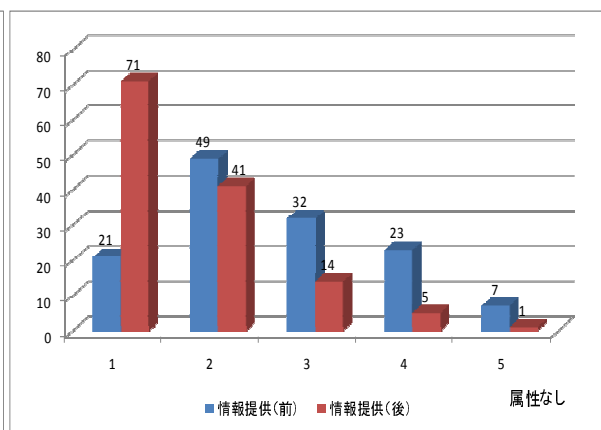


図-5.276 情報提供効果（属性なし：％）

○人間ドック受診希望者は、特定健診の手続きについてあまり理解していない。特定健診の手続きに関する情報を与えなければ、もともとの理解度は低い。また手続きに関する情報提供の効果が見られる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

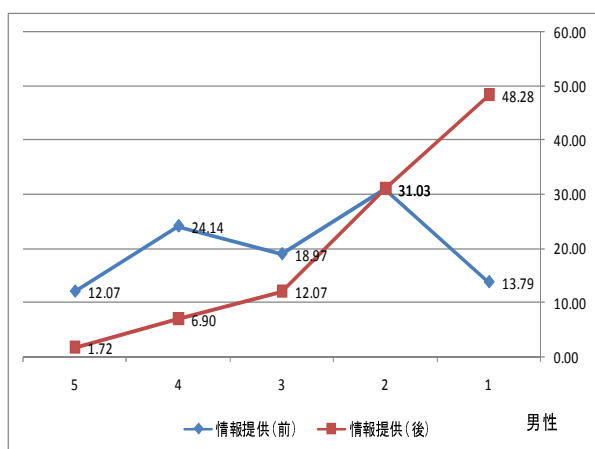


図-5.277 情報提供効果（男性）

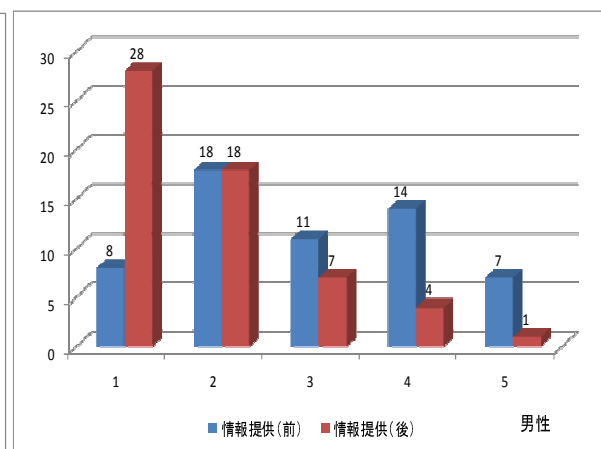


図-5.278 情報提供効果（男性：％）

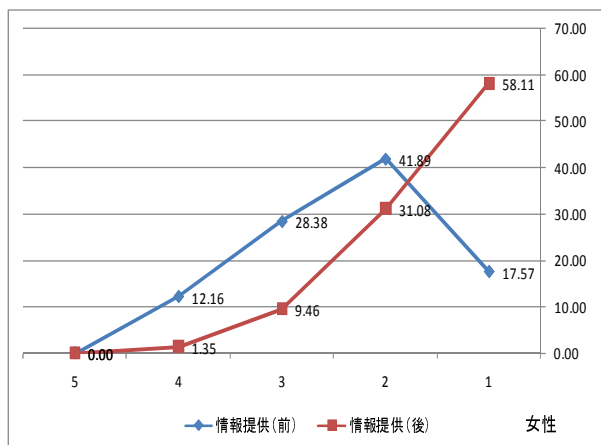


図-5.279 情報提供効果（女性）

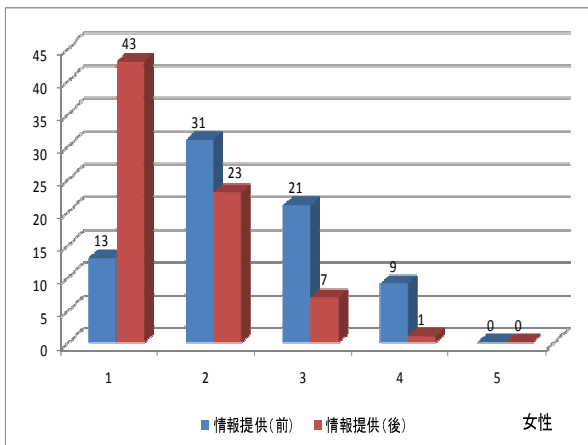


図-5.280 情報提供効果（女性：％）

○人間ドック受診希望の男性は女性より健診手続きに関する理解度が低い。情報提供がなかったならば、男性も女性も健診手続き方法についてあまり知らない。情報提供による効果は、男性にも女性にも見られる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

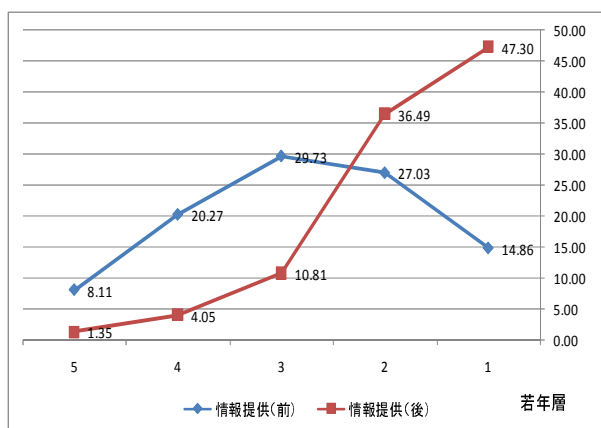


図-5.281 情報提供効果（若年層）

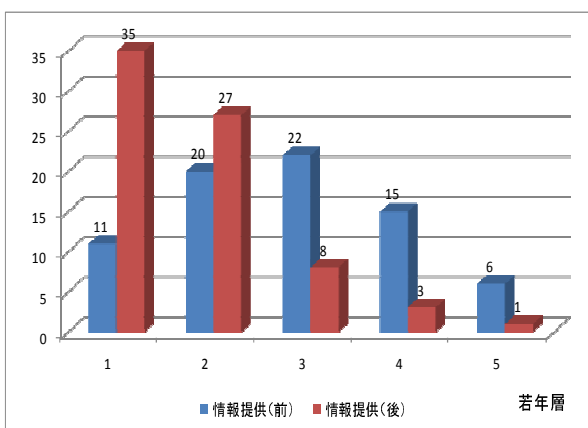


図-5.282 情報提供効果（若年層：％）

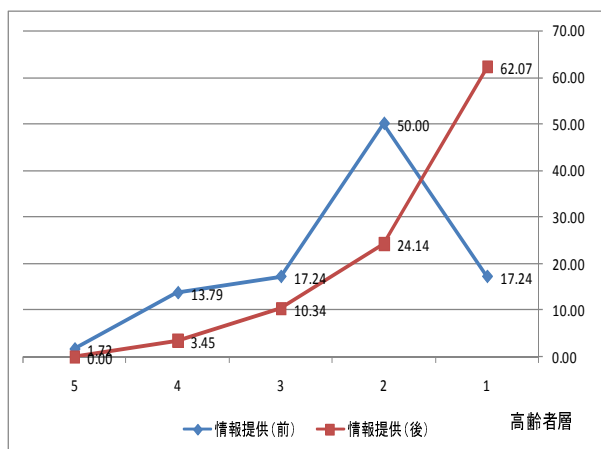


図-5.283 情報提供効果（高齢者層）

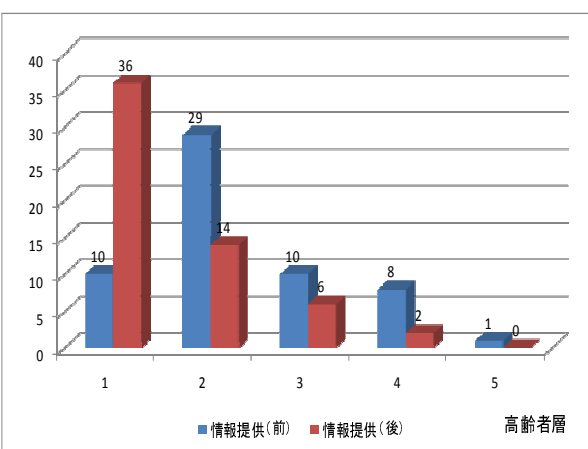


図-5.284 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別に分析するならば、高齢者層より、若年層は手続きに関する理解度が低い。つまり、若年層は情報提供がなかったならば、手続き方法についてあまりよく知らないが、高齢者層は大体知っている。健診手続きに関する情報提供による効果が若年層も高齢者層もある。

●（総括）人間ドック受診希望者は、全体的に情報提供がなければ、特定健診受診のための手続き方法をあまりよく知らない、つまりなんとなく理解している。また、情報提供による効果が全体的に見られる。今後は、特定健診受診の際に、「特定健康診査受診券」が必要であることも含めて、広報やチラシなども含めて徹底した周知が必要である。

②心理的障害「健診結果手間」に対する分析と考察

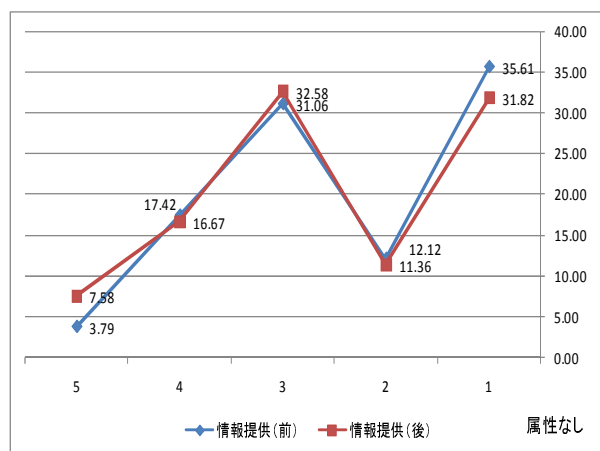


図-5.285 情報提供効果（属性なし）

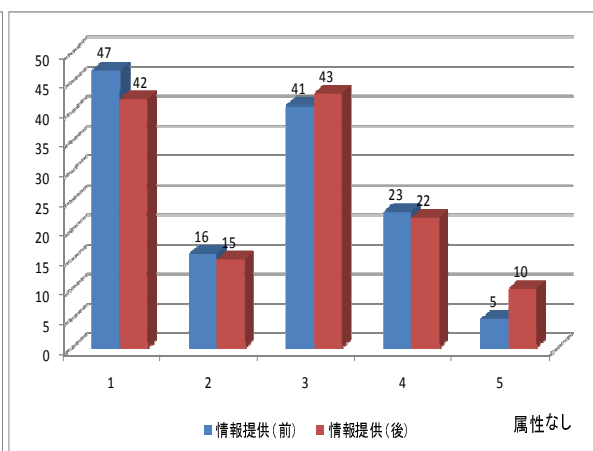


図-5.286 情報提供効果（属性なし：％）

○人間ドック受診希望者は、特定健診を受けてから結果が出るまでの時間の長さがある程度わずらわしいと思っている。情報提供による効果が見られない。

■属性別分析：性別（男性・女性）

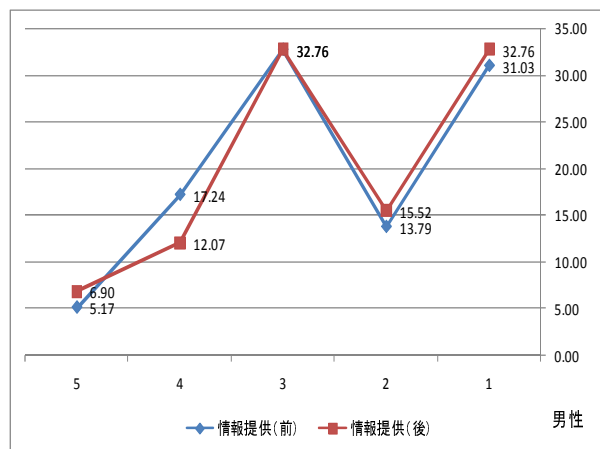


図-5.287 情報提供効果（男性）

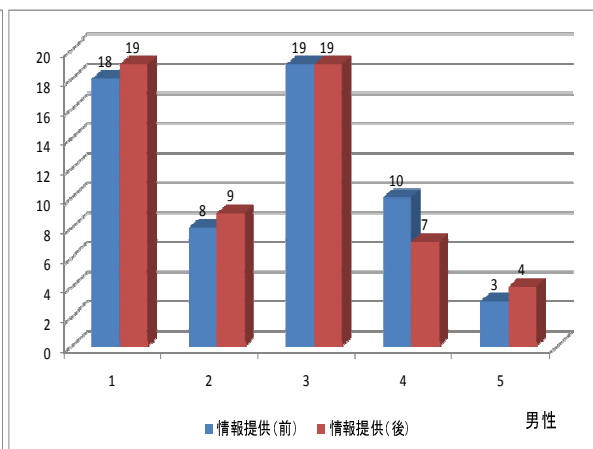


図-5.288 情報提供効果（男性：％）

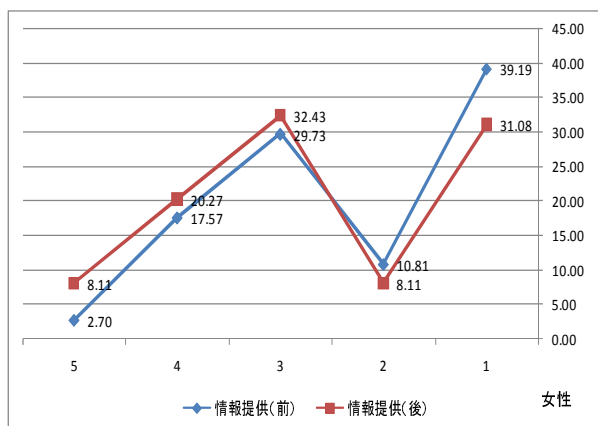


図-5.289 情報提供効果（女性）

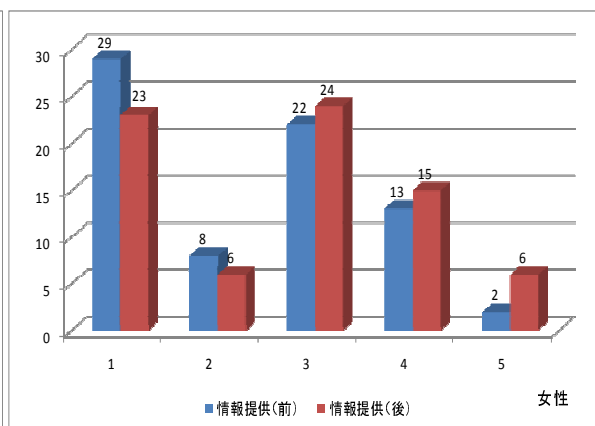


図-5.290 情報提供効果（女性：％）

○性別分析において、男性も女性も特定健診を受けてから結果が出るまでの時間の長さがある程度変わらずわしいと思っている。情報提供による効果は、男性はあまり見られないが、女性は、アンケート調査において、結果が出るまでの時間に関する情報を得たことにより、情報提供前に漠然と認識していた時間より実際は長いという意識が芽生えたために、情報提供後にわずらわしいという意識が上昇した。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

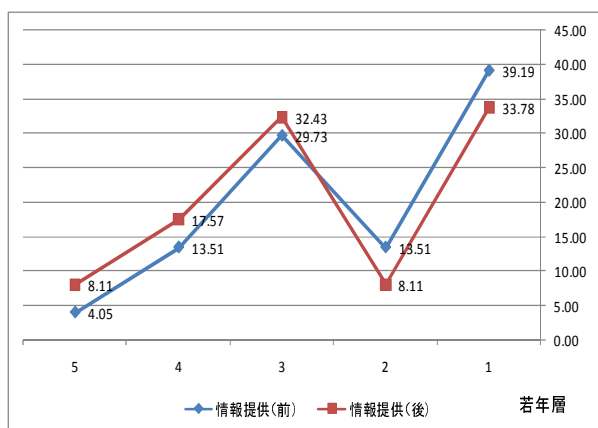


図-5.291 情報提供効果（若年層）

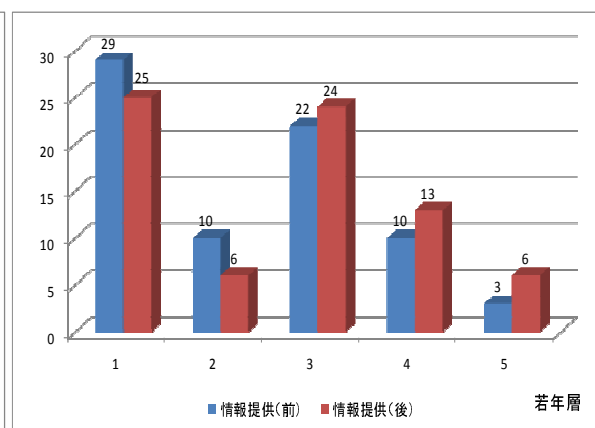


図 5.292 情報提供効果（若年層：％）

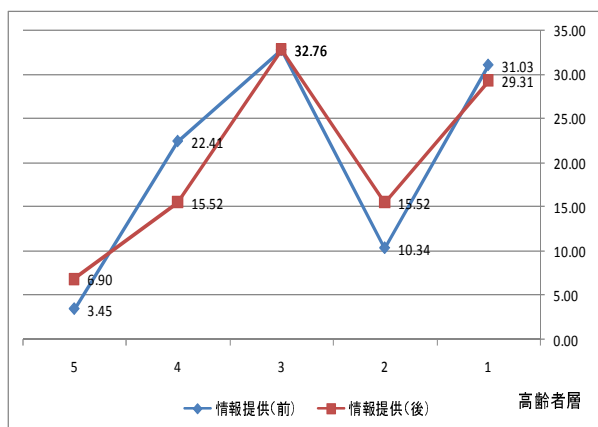


図 5.293 情報提供効果（高齢者層）

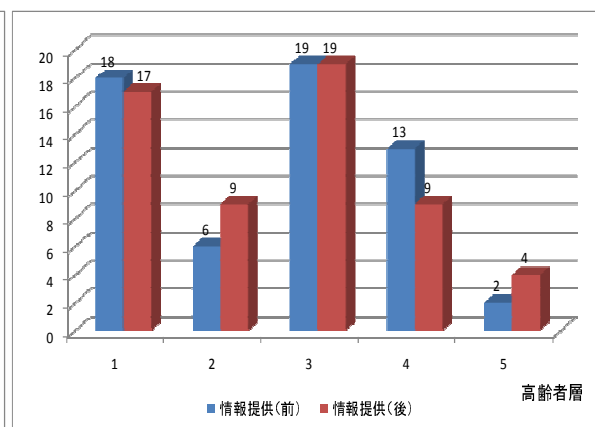


図 5.294 情報提供効果（高齢者層：％）

○年齢別分析において、若年層より高齢者層の方が特定健診を受けてから結果が出るまでの時間の長さがある程度わずらわしいと思っている。情報提供による効果は、若年層において、時間の長さに関する情報を提供後に、長さをわずらわしいと思う方向に移行した人が増えた。

●（総括）人間ドック受診希望者は、全体的に特定健診を受けてから結果が出るまでの時間の長さがある程度わずらわしいと思っている。時間の長さに関して情報を提供した後、女性や若年層は実際に受診結果が出るまでの時間の長さを知ったことから、わずらわしさの意識が芽生えている。よって、今後は医療機関への結果を出すまでの時間短縮の働きかけなどが必要である。

③心理的障害「健診への不信」に対する分析と考察

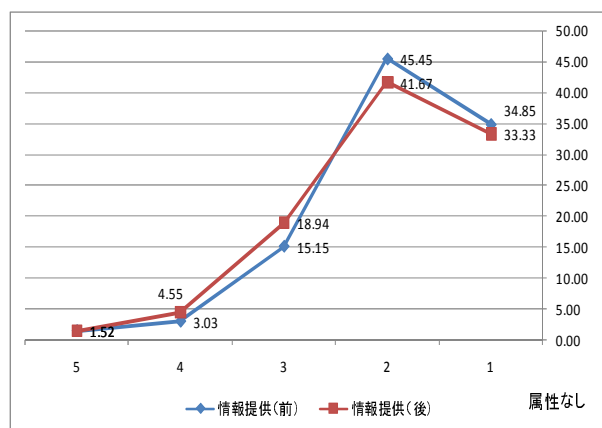


図 5. 295 情報提供効果（属性なし）

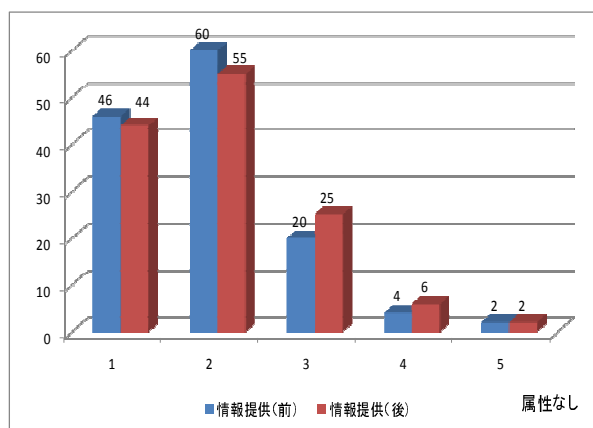


図 2. 296 情報提供効果（属性なし：％）

○人間ドック受診希望者のほとんどが、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であると思っている。情報提供後の効果は、若干、特定健診受診の効果に対し、健診への不信感を抱く者が増えていることから、アンケート調査上で「特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的である」という情報を効果的に提供できていないということに加え、もともと情報提供前からほとんど不信感を抱いていないという理由が考えられる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

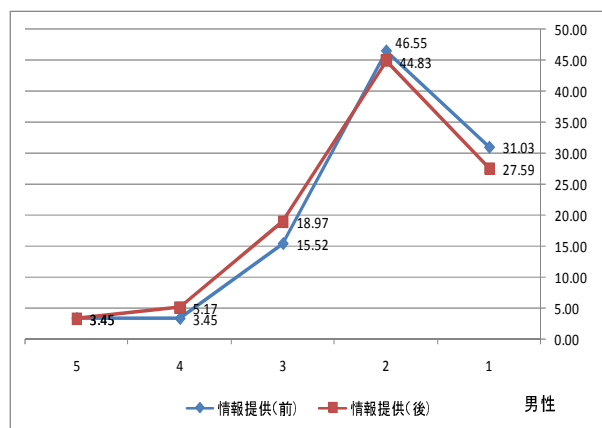


図5. 297 情報提供効果（男性）

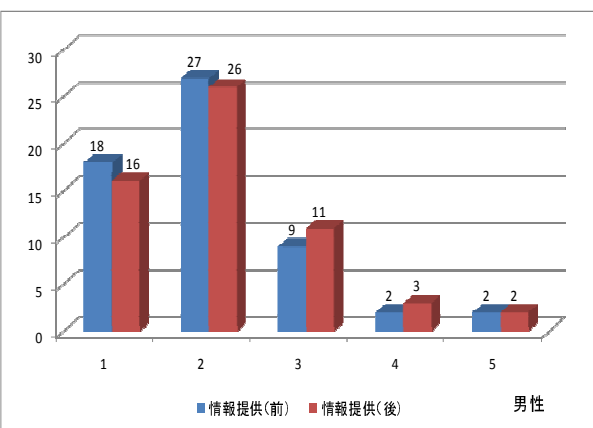


図5. 298 情報提供効果（男性：％）

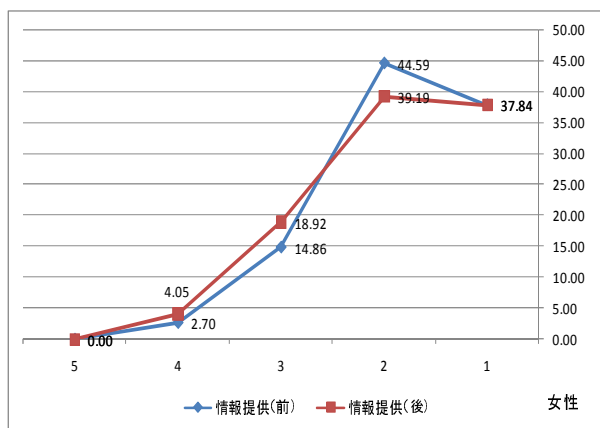


図-5.299 情報提供効果（女性）

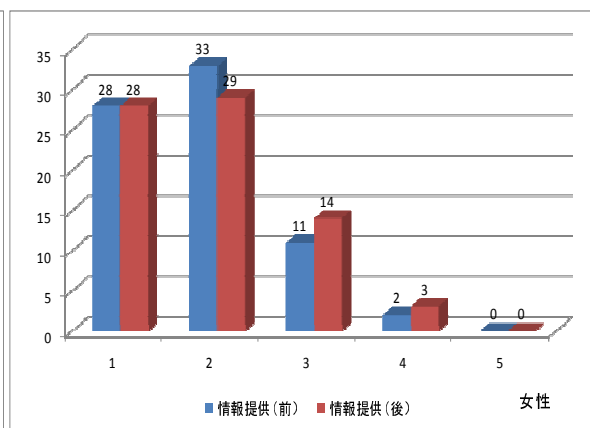


図-5.300 情報提供効果（女性：％）

○男性も女性もある程度、特定健診が生活習慣病の早期発見に大体効果的であると思っているが、女性より男性の方が、若干、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的でないと思っている。情報提供による効果は、情報提供後の回答で、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的ではないと思っている人が男性も女性も増えていることから、早期発見に関する情報提供の仕方に問題があると考えられる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

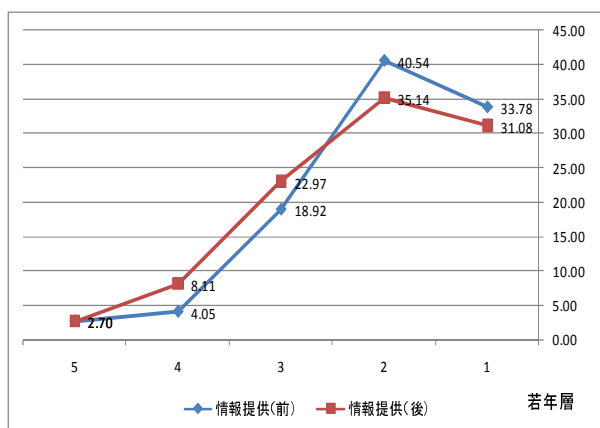


図-5.301 情報提供効果（若年層）

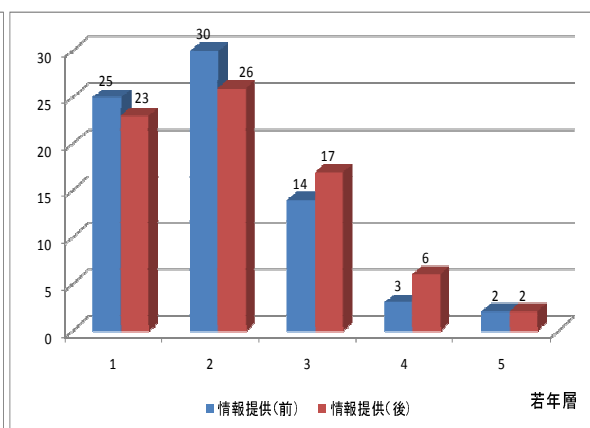


図-5.302 情報提供効果（若年層：％）

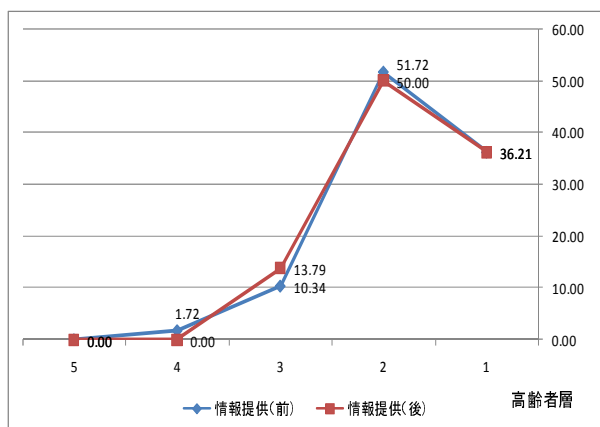


図-5.303 情報提供効果（高齢者層）

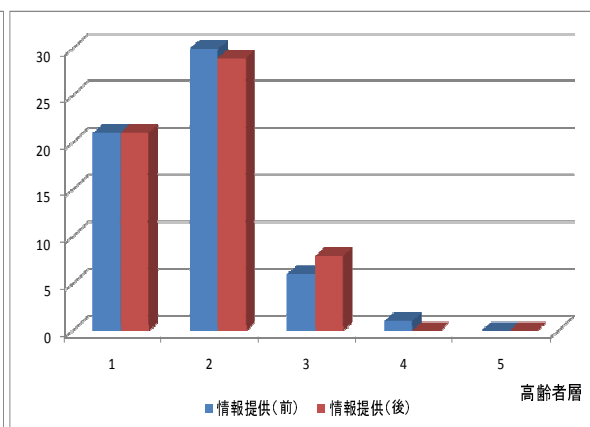


図-5.304 情報提供効果（高齢者層：％）

○人間ドック受診希望の高齢者層は、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であるとかなり思っている。若年層は、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であると大体思っている。情報提供による効果は、若年層において、情報提供後の回答で特定健診が早期発見に効果的ではないと思う方向に意識が移行している人がいることから、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であるという情報をアンケート調査でうまく提供できていないことがわかる。

● **(総括)** 人間ドック受診希望者の全体的に特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的であると思っている。高齢者層を除く属性で情報提供後に、早期発見に効果的でないと思う人がいることから、今後は広報活動やアンケートなどで、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であることを十分に情報提供する必要がある。

④心理的障害「健診過信」に対する分析と考察

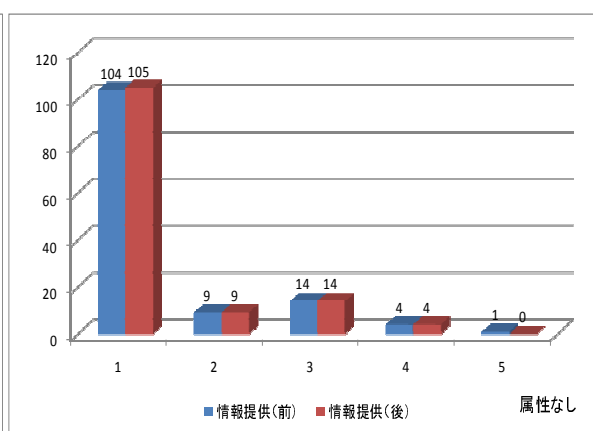
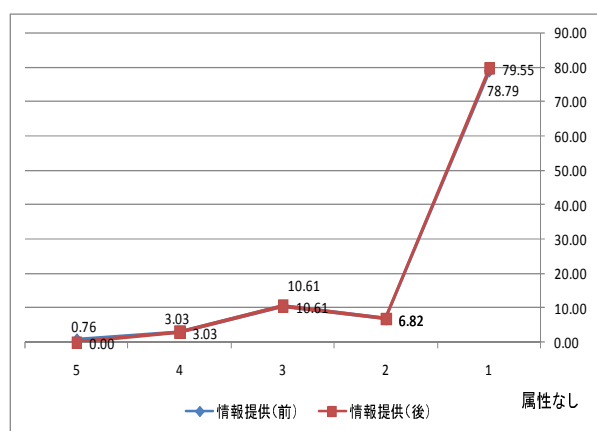


図-5.305 情報提供効果 (属性なし)

図-5.306 情報提供効果 (属性なし : %)

○特定健診を人間ドックによる受診希望者は、「あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますか」という健康過信に対して、自分の健康状態や生活習慣を振り返り、自分が生活習慣病や病気になると非常に思っている。情報提供による効果がまったく見られないことから、もともとの情報提供前の意識、すなわち自分の健康状態がよくないことを自覚しているためと思われる。

■属性別分析：性別（男性・女性）

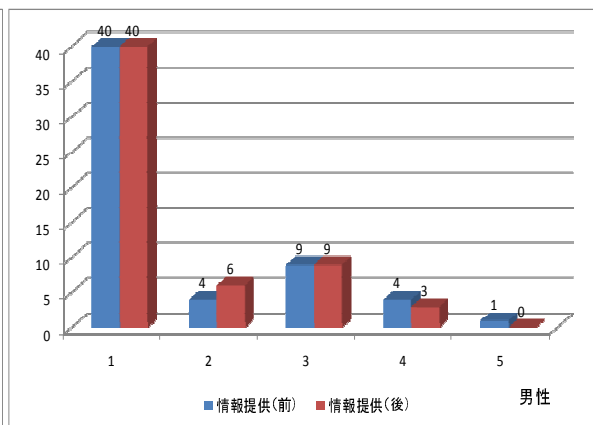
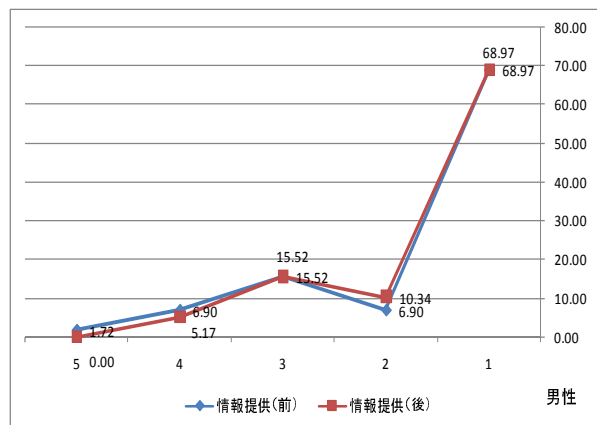


図-5.307 情報提供効果 (男性)

図-5.308 情報提供効果 (男性 : %)

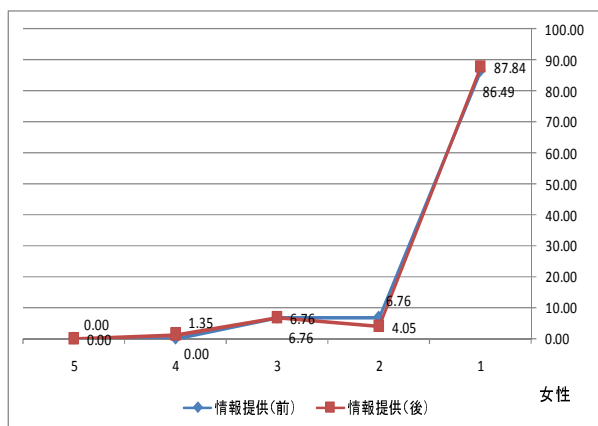


図-5.309 情報提供効果（女性）

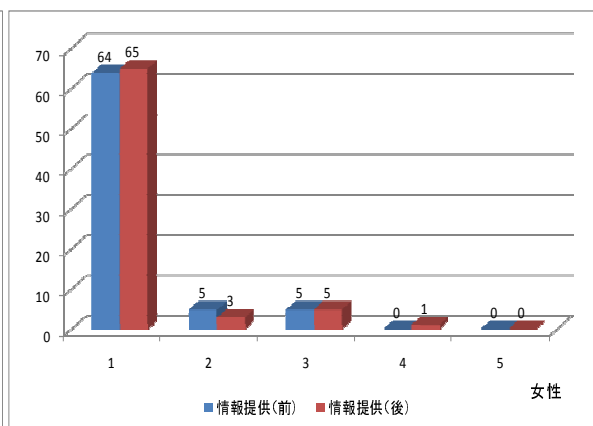


図-5.310 情報提供効果（女性：%）

○年齢別分析においては、男性も女性も、自分は生活習慣病や病気にかかるのかなり思っているが、女性のその意識は男性より強い。情報提供による効果はほとんど見られない。情報を提供する前のもともとの意識抱いている意識、つまり、自分の健康状態をある程度自覚しているためと思われる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

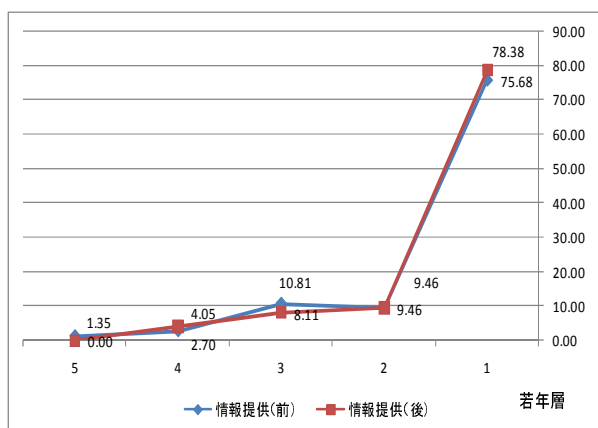


図-5.311 情報提供効果（若年層）

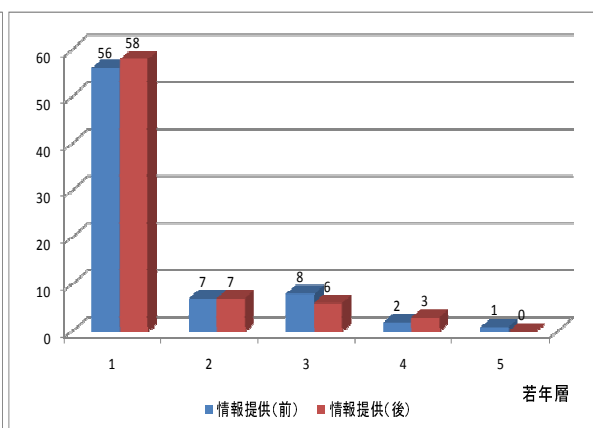


図-5.312 情報提供効果（若年層：%）

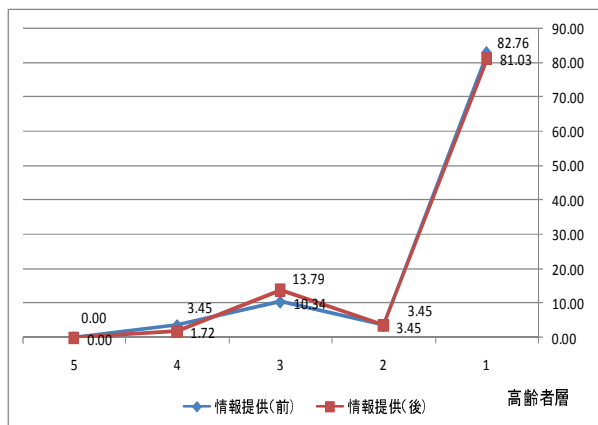


図-5.313 情報提供効果（高齢者層）

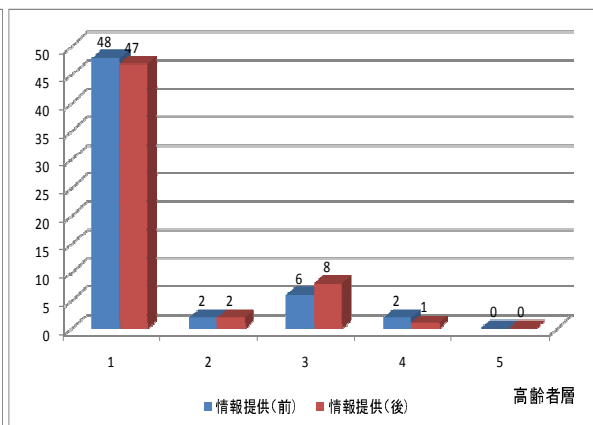


図-5.314 情報提供効果（高齢者層：%）

○年齢別分析においては、若年層も高齢者層も自分が生活習慣病や病気にかかるとかなり思っている。情報提供による効果はほとんど見られないことから、生活習慣病や病気にかかると思っている意識が高い。

● **(総括)** 人間ドック受診希望者は、自分の健康状態や生活習慣を振り返った時、自分が生活習慣病や病気にかかるとかなり思っている。つまり、自分の健康状態について、自分は健康であるという「過信」はほとんど抱いていない。

⑤心理的障害「諦め」に対する分析と考察

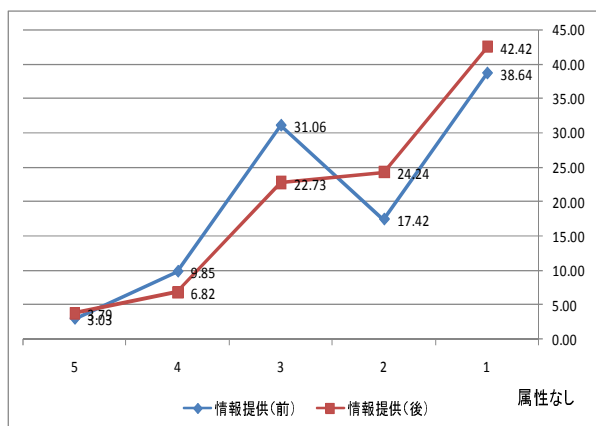


図-5.315 情報提供効果 (属性なし)

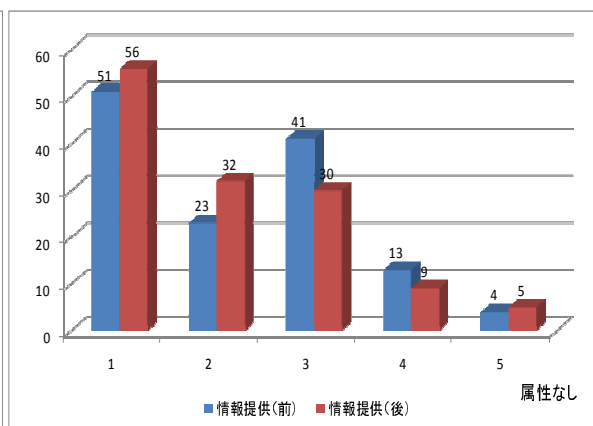


図-5.316 情報提供効果 (属性なし : %)

○特定健診を人間ドックによる受診希望者は、自分が生活習慣病にかかったとしても仕方がないという諦め感を一定持っている。アンケート調査の情報提供後は、自分が生活習慣病にかかることを諦めきれない方向に意識が一定移行していることから、アンケート調査に回答することによる情報提供の効果が見える。

■属性別分析：性別 (男性・女性)

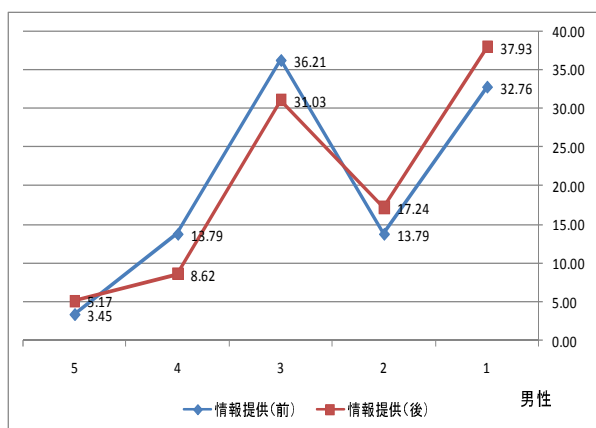


図-5.317 情報提供効果 (男性)

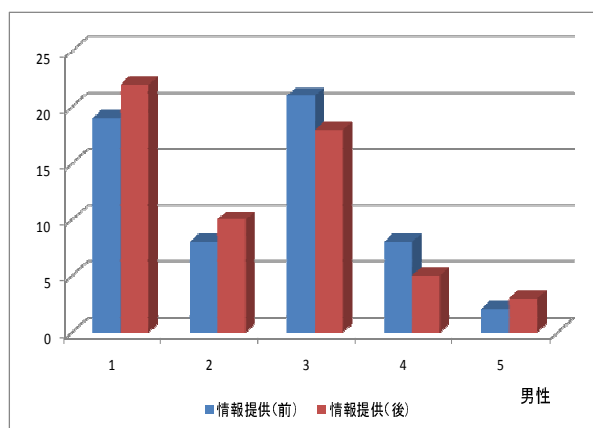


図-5.318 情報提供効果 (男性 : %)

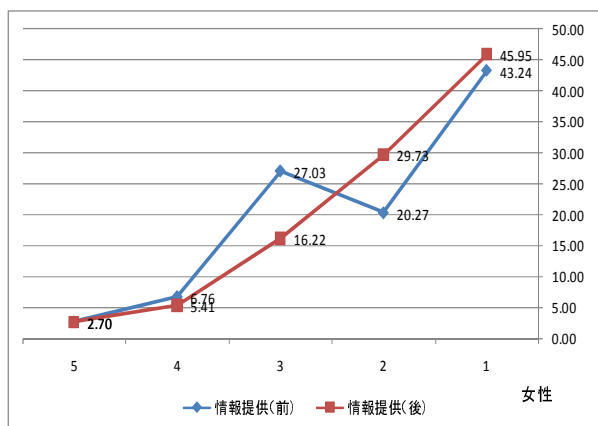


図-5.319 情報提供効果（女性）

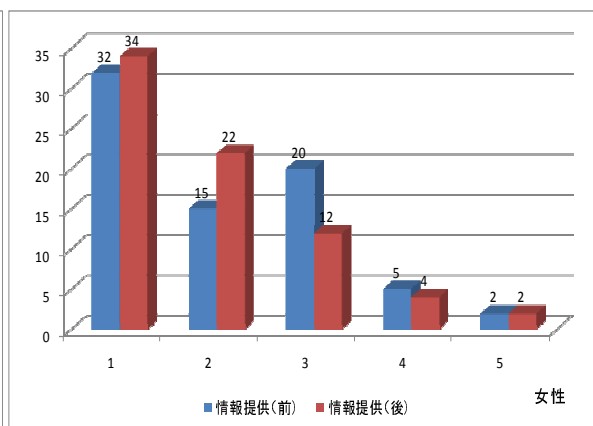


図-5.320 情報提供効果（女性：%）

○性別分析では、男性も女性も自分の健康に対し一定諦め感があり、女性より男性の方がその諦め感は強い。アンケート調査に回答していくことで、男性も女性も情報提供後の効果が見られる。

■属性別分析：年齢（若年層・高齢者層）

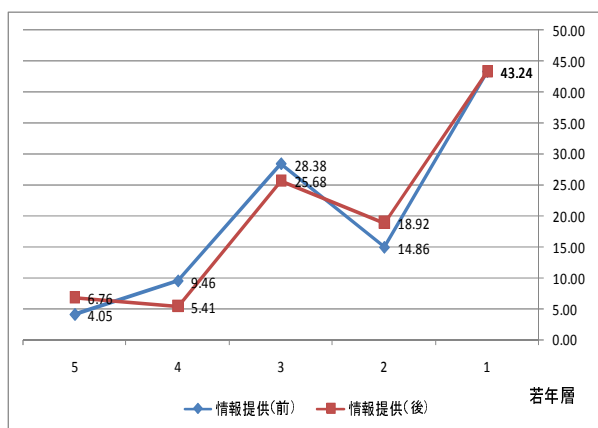


図-5.321 情報提供効果（若年層）

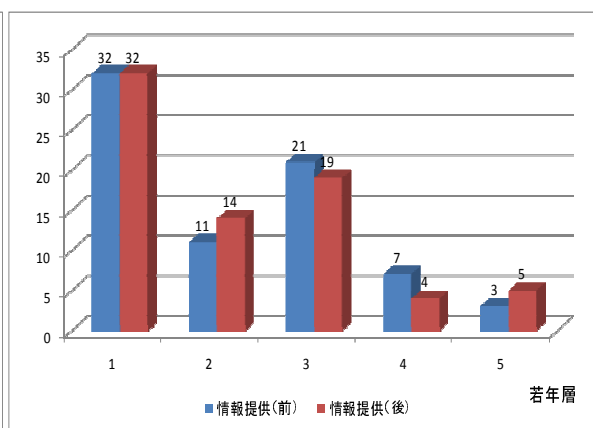


図-5.322 情報提供効果（若年層：%）

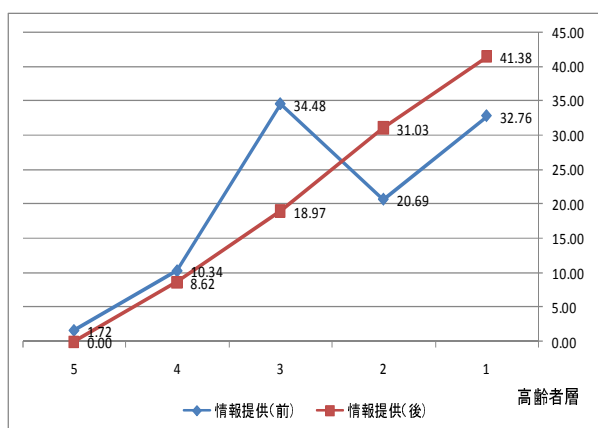


図-5.323 情報提供効果（高齢者層）

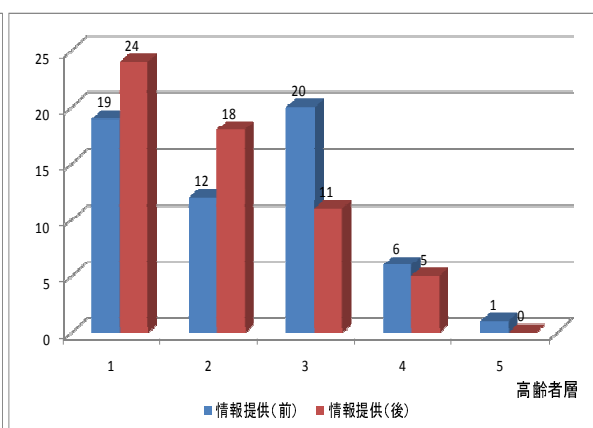


図-5.324 情報提供効果（高齢者層：%）

○年齢別に見るならば、若年層も高齢者層も一定諦め感があるが、若年層の方がその諦め感が強

い。現代社会の若年層の生活習慣の多様性が影響を与えているように、高齢者層より若年層の方の諦め感が高いのは、アンケート調査に回答していくことによって健診や生活習慣病について考えたためか、若年層にも高齢者層にも情報提供の効果が現れている。

● **(総括)** 人間ドックにより特定健診を受診希望する人は、将来、自分が生活習慣病にかかったとしても仕方がないという「諦め」感を抱いている。アンケート調査に回答していくことによって、特定健診や生活習慣病について考え、また情報を得たために、情報提供後の質問で女性と高齢者層に一定効果が見られる。

⑥物理的障害「移動行為」に対する分析と考察

次に人間ドック受診希望者の物理的障害について分析・考察する。特定健診を人間ドックによって受診する場合の受診意欲を阻害するための物理的障害は、人間ドックを受診するためにドック指定の医療機関まで出かけるという行為が発生することから、特定健診に行くことの面倒くさを問う「移動行為」との関係を分析する。人間ドックによる受診は、集団健診や個別健診での受診とは異なり、人間ドックを受診するために「ドック受診の補助金」をもらうための申請をすることが可能であることに加え、自分が希望する指定医療機関で受診をすることが可能なことから、人間ドックによる受診形態においては、「距離」の物理的障害について考慮していない。

移動行為は「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という回答に対し、人間ドック受診のためにドックが受けられる指定医療機関まで行く行為そのものが面倒くさいと思っているかどうかで分析する（表-5.26 参照）。

表-5.26 人間ドック受診希望者の移動行為に関する意識

移動行為	(人)	(%)
1. 思わない	45	45.45
2. 少しだけ思う	19	19.19
3. 多少思う	20	20.20
4. かなり思う	13	13.13
5. 非常に思う	2	2.02
計	99	100.00

人間ドック受診希望者の、特定健診に行くことが面倒であると思いますかという問に対して、選択肢 1. 思わないおよび 2. 少しだけ思うと回答した人、つまり、移動行為を面倒であるとはほとんど思っていない人が、64 人（約 64.5%）存在し、人間ドックを受診するために医療機関に行く行為そのものを 6 割以上もの人が面倒であると思っていないことがわかる。

また、以下の図は無回答者を除いた人間ドックによる特定健診受診希望者の移動行為に関する人数とその割合を示した図である。

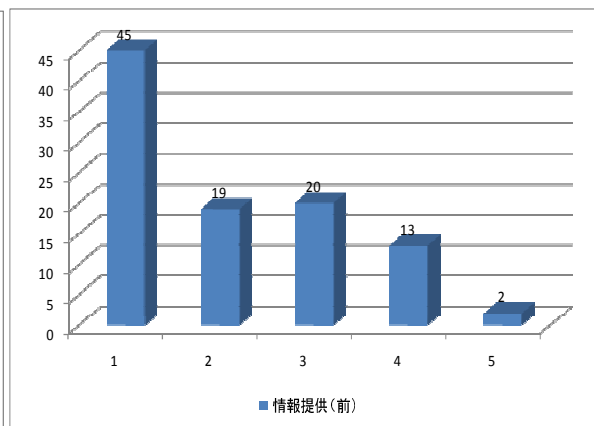
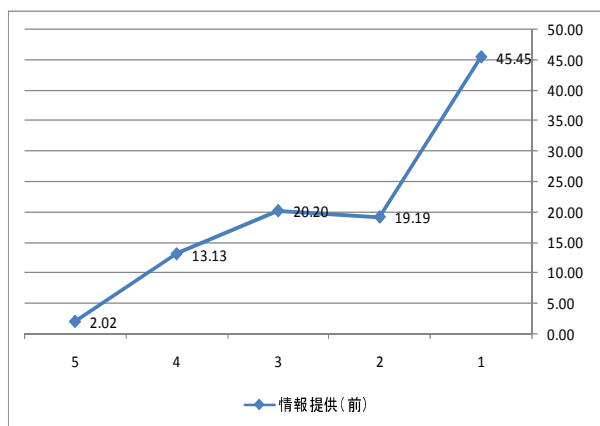


図-5.325 移動行為の回答者数

図-5.326 移動行為の回答者数割合

表-5.27 障害「移動行為」と属性との関係

q30	sc1-1 年齢							sc1-2 性別		sc1-3 居住地区				
	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	40-64歳(若年)	65-74歳(高齢者)	男性	女性	土佐山田町	香北町	物部町
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
5	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0

さらに、この「移動行為」について、移動を面倒だと思っている人がどういう属性の持ち主か分析を行った（表-5.27 参照）。

問 30 で「あなたは特定健診に行くことが面倒であると思いますか」という質問に対して、特定健診に行くことが面倒である（選択肢 3. 多少思う、4. かなり思う、5. 非常に思う）と回答した人の 6 割以上が 60 歳以上の人である（21 人：60%）。また、加えてこの人たちはほとんど土佐山田町に住んでいる人たちであった。

このことから、人間ドックの受診に際しても、「健診に行くという行為」の面倒くささと「年齢」とは相関がある。つまり、人間ドック受診希望者で年齢が高い人は特定健診に行くことを面倒だと思っている。

そこでさらに、人間ドック受診希望で特定健診に行くことが面倒である（選択肢 3. 多少思う、4. かなり思う、5. 非常に思う）と回答した人の内、特定健診未受診者に関して、移動行為が受診意欲の阻害要因になっているかどうか分析を行った。

まず、以下の図-5.327 および図-5.328 は人間ドック受診希望の未受診者の移動行為の回答者数とその人数割合を示したものである。以下の図からもわかるように、人間ドック受診希望の未受診者は、特定健診に行くことを一定面倒だと思っている。よって、健診に行くという移動行為は、未受診の阻害要因の一部をある程度構成しているものと考えられる。

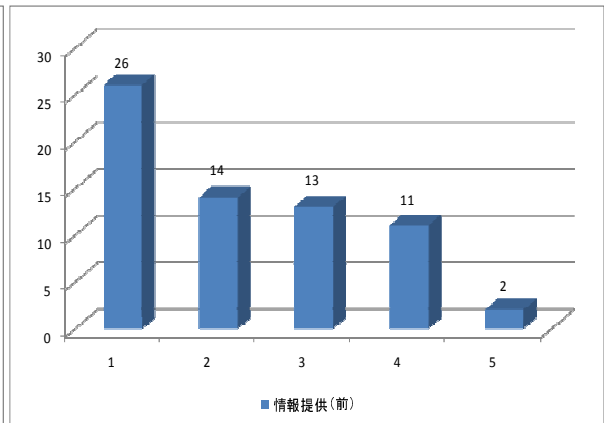
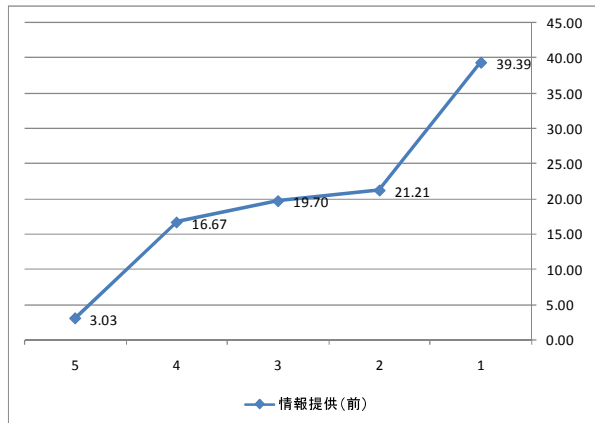


図-5.327 移動行為の回答者数

図-5.328 移動行為の回答者数割合

表-5.28 障害「移動行為」と属性との関係

q30 移動行為	sc1-1 年齢							sc1-2 性別		sc1-3 居住地区				
	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	40-64歳 (若年層)	65-74歳 (高齢者層)	男性	女性	土佐山田町	香北町	物部町
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0
5	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
4	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0
5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0
3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0

人間ドック受診希望者で特定健診に行くことが面倒である（選択肢 3. 多少思う、4. かなり思う、5. 非常に思う）と回答した人の内、特定健診未受診者の移動行為とその属性を表したのが、表-5.28 に示す。

この表から、人間ドックを受診希望ではあるが特定健診に行くことを面倒であると回答した健診未受診者は、50歳代~60歳代に多く分布しており（22人：84.6%）、そのほとんどが土佐山田

町に住んでいることがわかる。

よって、この対象者に対して、ドック指定の医療機関まで足を運ばせるような、人間ドックがもたらす効果の情報提供を行う必要がある。

5.7.6. 「職場健診受診希望者」の「障害」に関する分析と考察

特定健診の受診形態別分析の最後として、自分が努めている職場で受けることができる「職場健診」について分析・評価した。問25「あなたは特定健診をどこで受けてみたいですか」という質問において、職場の健診と回答した人（以下、職場健診受診希望者という。）の意識構造モデルは、以下の図-5.329とする。

職場健診受診希望者の分析においては、アンケート調査票の回答者数が非常に少なく（13人）、特定健診の受診意欲を阻害する要因分析や属性ごとの分析が、非常に小集団での分析になるばかりでなく、回答者数の全員が特定健診未受診者であったため、以下にその分析結果と課題等を示すにとどめる。

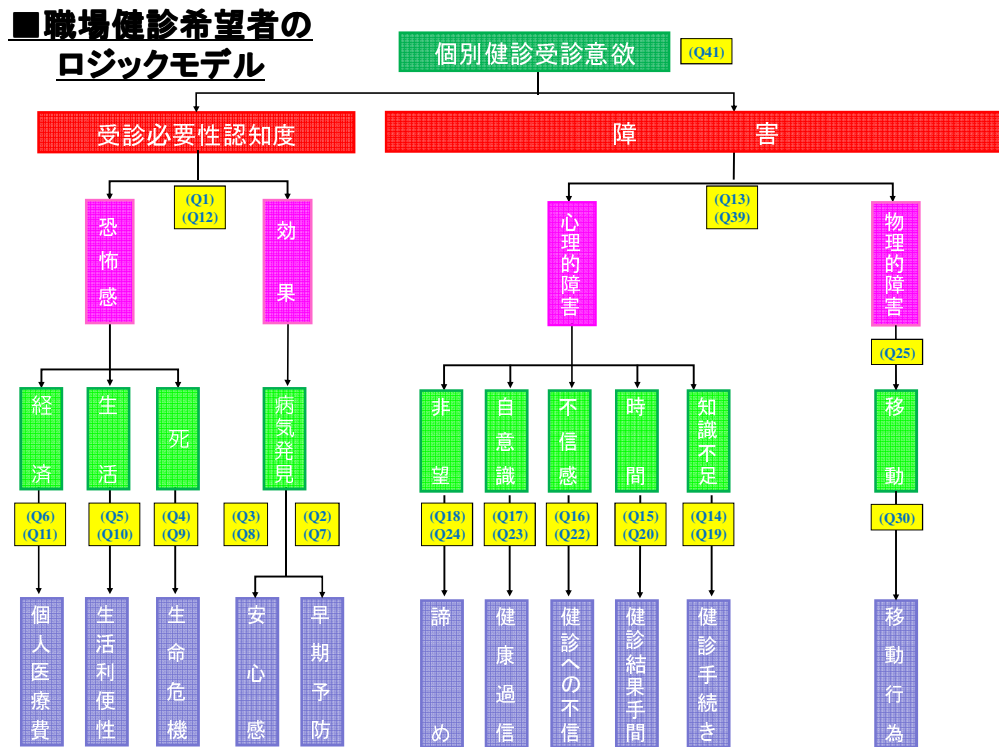


図-5.329 職場健診受診希望者のロジックモデル

表-5.29 職場健診希望の未受診者 障害（情報提供前）の重回帰分析結果

モデル要約				
モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	標準偏差推定値の誤差
1	.911 ^a	.830	.829	.300

a. 予測値: (定数)、移動行為、読み(前)、健診への不信(前)、健診手続(前)、健診結果手続(前)。

分散分析 ^a						
モデル	平方和 (分散成分)	自由度	平均平方	F 値	有意確率	
1	回帰	3.680	6	.613	2.433	.249 ^a
	残差 (分散分析)	.750	3	.250		
	合計 (ピボットテーブル)	4.400	9			

a. 予測値: (定数)、移動行為、読み(前)、健診への不信(前)、健診手続(前)、健診結果手続(前)、健康適性(前)。
b. 従属変数: 障害(前)

係数 ^a								
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		共線性の統計量		
		B	標準偏差	ベータ	t 値	有意確率	許容度	VIF
1	(定数)	1.130	.961		1.176	.324		
	健診手続(前)	-.059	.247	-.069	-.237	.828	.673	1.485
	健診結果手続(前)	-.122	.249	-.183	-.488	.659	.403	2.483
	健診への不信(前)	-.681	.350	-.719	-1.947	.147	.417	2.399
	健康適性(前)	.358	.431	.324	.831	.407	.374	2.672
	読み(前)	-.128	.253	-.169	-.508	.646	.516	1.938
	移動行為	1.113	.348	1.113	3.201	.049	.470	2.126

a. 従属変数: 障害(前)

共線性の診断 ^a				分散プロバティ						
モデル	次元	固有値	条件指数	(定数)	健診手続(前)	健診結果手続(前)	健診への不信(前)	健康適性(前)	読み(前)	移動行為
1		6.335	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
2		.323	4.427	.00	.00	.10	.02	.10	.00	.01
3		.204	5.574	.00	.00	.03	.04	.04	.10	.12
4		.054	10.854	.06	.09	.13	.00	.00	.52	.29
5		.037	13.054	.24	.01	.33	.01	.57	.25	.16
6		.031	14.279	.00	.32	.40	.54	.03	.00	.18
7		.016	20.202	.71	.58	.00	.40	.26	.13	.24

a. 従属変数: 障害(前)

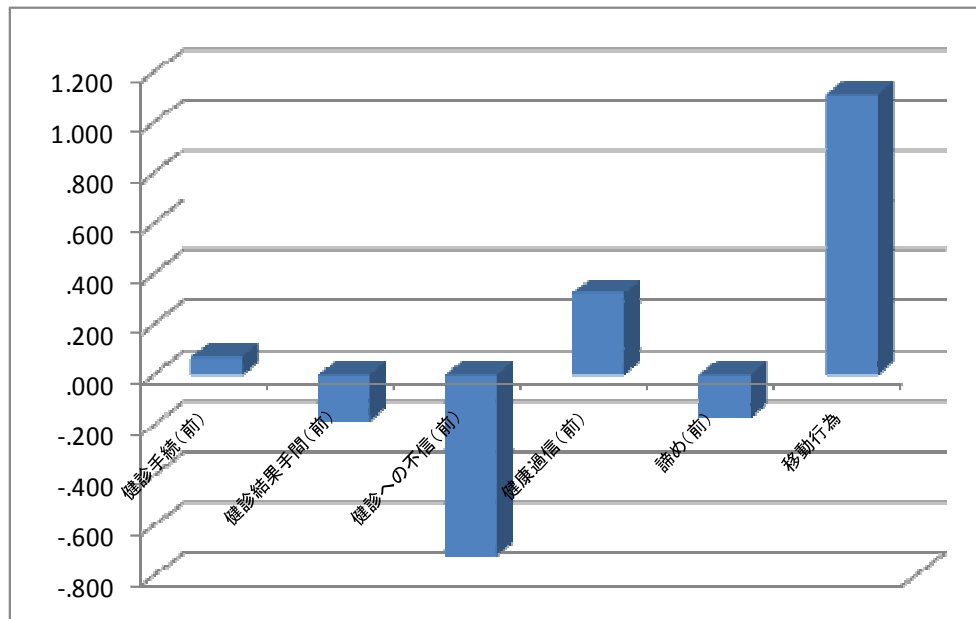


図-5.330 標準偏回帰係数の障害への影響度

特定健診を職場で受診希望の未受診者は、特定健診に行くことを面倒くさいと思う「移動行為」が、特定健診を受診することをためらう「障害」に大きな影響を与えており、次に特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的だと思う「健診への不信」感がある程度影響を与えている。

以下に各障害要因の分析結果を示す。

○まず、心理的障害の各障害要因について、特定健診を職場希望の未受診者は、特定健診の手続がどのようなものであるかについて、情報提供がなければほとんど知らない。アンケート調査上で「健診手続き」に関する情報提供後、理解度が向上していることから、属性別分析にかかわら

ず情報提供による効果が非常に見られる。

○「特定健診を受けてから結果が出るまでの時間の長さ」について、ある程度わずらわしいと思っており、情報提供後もそのわずらわしさはあまり解消されない。

○特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であるとある程度思っている。情報提供による効果があり見られないことから、特定健診を受診することによって生活習慣病の早期発見に非常に効果的であるという情報を広報活動やアンケートなどを通して情報提供する必要がある。

○「あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますか」という「健康過信」に対して、自分は健康であるという過信はほとんど抱いていない。

○「あなたは将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思いますか」という諦めに対して、自分の生活習慣や現状の健康状態を考えた時、ある程度生活習慣病にかかっても仕方がないという「諦め」感を持っている。

○また、物理的障害の阻害要因である「移動行為」について、職場健診希望の未受診者は、特定健診に行くことを面倒であるとあまり思っていない。

5.8. アンケート調査の分析結果と受診阻害要因を踏まえた健診受診意欲の向上の方策－施策効果の検証方法2：重回帰式に基づく推定値とアンケートの実測値による分布図を用いた分析－

前節では、アンケート調査結果をヒストグラムによる表示方法により、情報提供前と情報提供後における施策効果を検証することで、受診意欲を阻害する要因を改善し、受診率を向上させるためには、どの施策・事業が効果を与えることができるのか検証を行った。

ここでは、アンケート調査結果に基づく意識構造のロジックモデルにおける受診阻害要因を、上記5.7.1.等で説明した重回帰分析の結果を用い、重回帰式を算出することで、アンケート調査結果に基づく“実測値”と、その重回帰式から導き出される“推定値”を分布図に表すことにより、施策・事業効果の検証を試みることにする。ただし、この施策・事業効果の検証方法は、紙面の都合上、「受診必要性認知度」に関する分析のみに留めることをご了承いただきたい。

表-5.9 必要性認知度（情報提供前）の重回帰分析結果（再掲）

モデル要約				
モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	標準偏差推定値の誤差
1	.517	.267	.263	1.065

a. 予測値：(定数)、個人医療費(前)、早期予防(前)、安心感(前)、生活利便性(前)、生命危

分散分析						
モデル	平方和 (分散)	自由度	平均平方	F 値	有意確率	
1	回帰	340.141	5	68.028	59.955	.000
	残差 (分散分析)	932.685	822	1.135		
	合計 (ピボットテーブル)	1272.826	827			

a. 予測値：(定数)、個人医療費(前)、早期予防(前)、安心感(前)、生活利便性(前)、生命危機(前)。
b. 従属変数：必要性認知度(前)

係数								
モデル		標準化されていない係数		標準化係数		共線性の統計量		
		B	標準偏差	ベータ	t 値	有意確率	許容度	VIF
1	(定数)	.023	.222		.102	.918		
	早期予防(前)	.483	.045	.369	10.698	.000	.750	1.333
	安心感(前)	.114	.044	.089	2.597	.010	.752	1.330
	生命危機(前)	.113	.055	.089	2.063	.038	.480	2.082
	生活利便性(前)	.078	.054	.062	1.458	.145	.499	2.004
	個人医療費(前)	.080	.045	.062	1.788	.074	.744	1.344

a. 従属変数：必要性認知度(前)

共線性の診断									
モデル	次元	固有値	条件指数	分散プロバティ					
				(定数)	早期予防(前)	安心感(前)	生命危機(前)	生活利便性(前)	個人医療費(前)
1	1	5.843	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.044	11.480	.00	.38	.06	.06	.35	.35
	3	.038	12.405	.00	.15	.84	.07	.03	.00
	4	.036	12.667	.18	.09	.05	.21	.15	.17
	5	.020	16.956	.74	.20	.05	.01	.11	.47
	6	.018	18.080	.08	.18	.01	.71	.64	.01

a. 従属変数：必要性認知度(前)

表-5.9は、必要性認知度（情報提供前）のSPSSに基づく重回帰分析結果の再掲である。また、図-5.331は、必要性認知度（情報提供前）を被説明変数とし、早期予防（情報提供前）： α から個人医療費（情報提供前）： ε を説明変数として図示したものである。

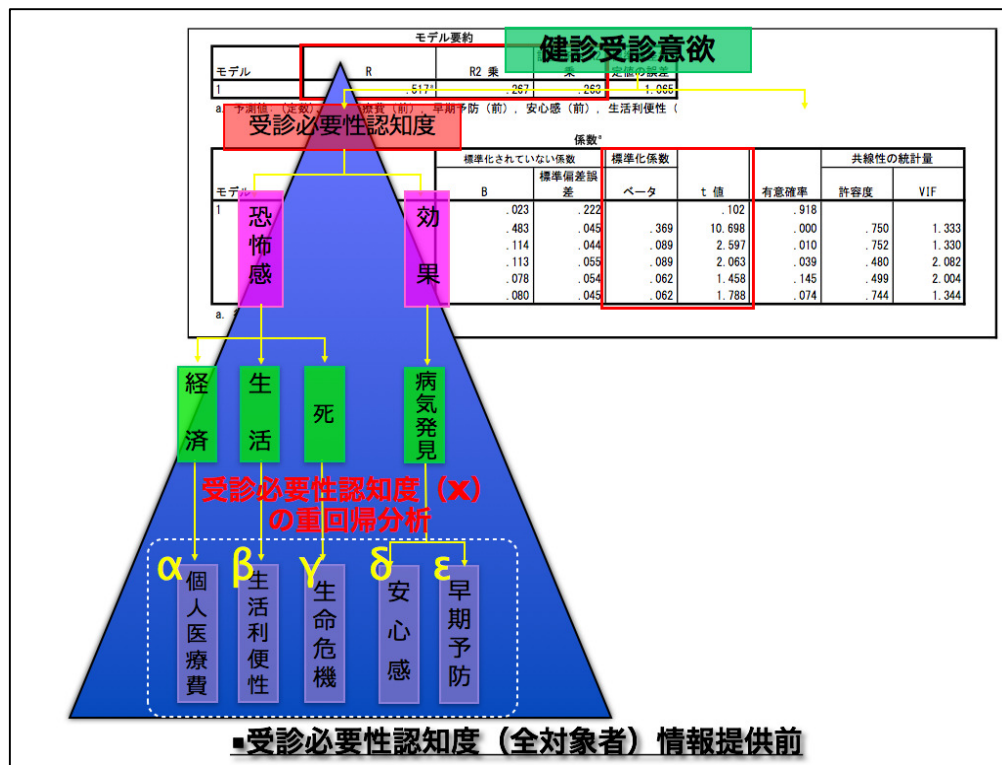


図-5.331 受診必要性認知度（情報提供前）の被説明変数と説明変数の関係

以下は、SPSSに基づく重回帰分析の結果から導き出された必要性認知度（情報提供前）に関するパラメーター設定とその重回帰式である。

よって、受診必要性認知度（情報提供前）は、

$$XB = 0.023 + 0.483 \alpha B + 0.114 \beta B + 0.113 \gamma B + 0.078 \delta B + 0.08 \varepsilon B$$

XB：受診必要性認知度（情報提供前）

αB ：早期予防（情報提供前）

βB ：安心感（情報提供前）

γB ：生命危機（情報提供前）

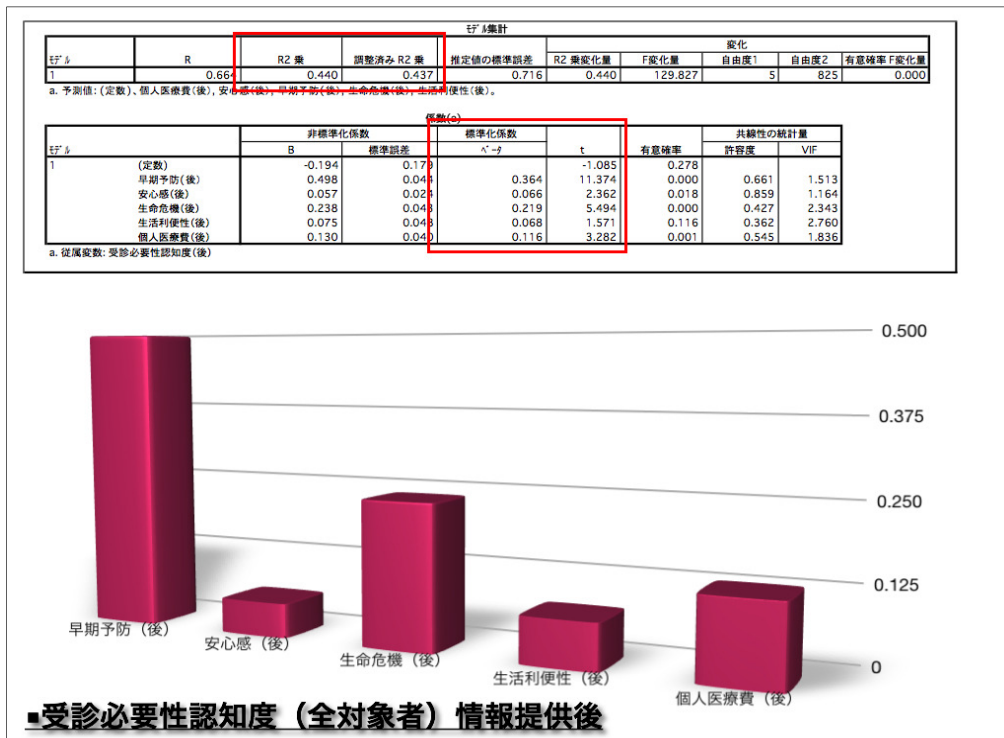
δB ：生活利便性（情報提供前）

εB ：個人医療費（情報提供前）

と表すことができる。

また、次に、SPSSに基づく重回帰分析の結果から導き出された必要性認知度（情報提供後）に関する重回帰分析の結果を、表-5.30に示す。この表-5.30より、必要性認知度（情報提供後）に関するパラメーター設定とその重回帰式は以下のとおりである。

表-5.30 必要性認知度（情報提供後）の重回帰分析結果



よって、受診必要性認知度（情報提供後）は、

$$XA = -0.194 + 0.498 \alpha A + 0.057 \beta A + 0.238 \gamma A + 0.075 \delta A + 0.13 \varepsilon A$$

XA：受診必要性認知度（情報提供後）

αA ：早期予防（情報提供後）

βA ：安心感（情報提供後）

γA ：生命危機（情報提供後）

δA ：生活利便性（情報提供後）

εA ：個人医療費（情報提供後）

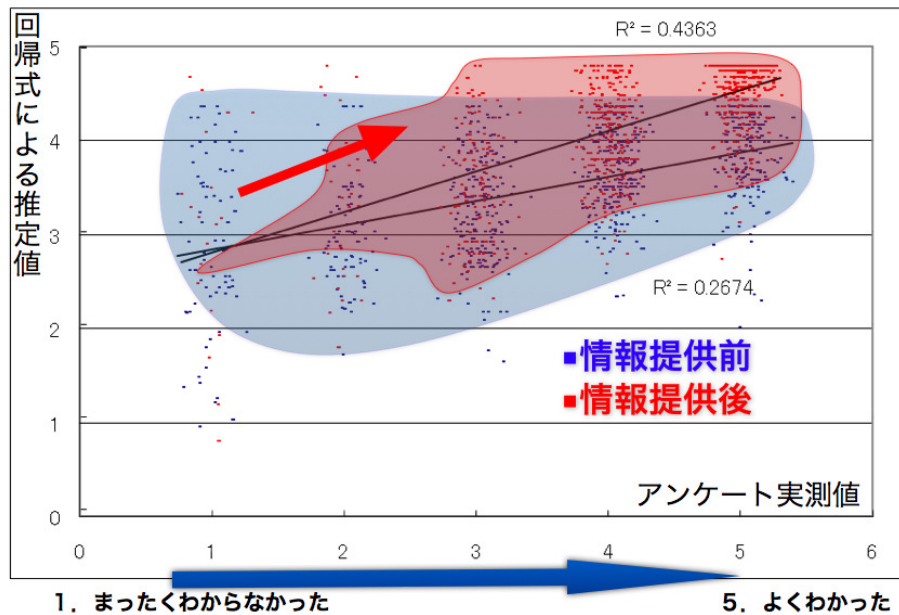
と表すことができる。

そこで次に、アンケート調査結果による情報提供前と情報提供後のアンケート実測値：回答値（選択肢1～5）を横軸に、そしてこの必要性認知度に関する情報提供前と情報提供後の重回帰式に基づく推定値を縦軸に設定し、情報提供前と情報提供後に基づく施策効果を可視化する（図-5.332）。

その結果、施策効果の検証図である図-5.332を見れば、必要性認知度に関し、情報提供前（青い分布）に比べ、情報提供後（赤い分布）は、多くの分布が肯定的な意識へとその分布集団がシフトしているため、必要性認知度に関し施策の効果が望める、つまり、必要性認知度に関する施策・事業を実施することで、市民の健診受診への意識が向上することが理解できる。

それゆえ、必要性認知度を構成する早期予防や安心感といった特定健診を受診することで生まれる効果や、個人医療費を含む恐怖感を情報提供により植え付けることで、受診率の向上へと繋がる事が判断できる。よって、こうした分布図も施策効果を検証する判断材料と成り得る。

施策効果の検証：必要性認知度の重回帰分析結果



アンケート調査による情報提供の効果がある

図-5.332 重回帰分析による施策効果の検証（必要性認知度）

5.9. 総合評価

5.9.1. 受診必要性認知度に関する評価

特定健康診査の受診により、生活習慣病の「早期予防」や、生活習慣病に冒されることから生じる「生命危機」を回避することが大きな効果であるということ認識させるためには、アンケート調査で与えた情報は、非常に有効であった。一方、特定健康診査を受診することにより、自分が生活習慣病でないとわかった時の「安心感」及び生活習慣病にかかることにより、これまでの日常生活がどれほど困難（不便）になるか、また生活習慣病の治療（予防・対策も含めて）にいくら個人医療費を負担する必要性が生じるかに関して、さらに具体的な情報を積極的に提供すべきである。

5.9.2. 集団健診受診による障害に関する評価

集団健診受診希望者に対して、特定健康診査の「健診手続き」（手続き方法や手続き時の必要物）を情報提供することは非常に効果的であり、仮に情報提供をしなかった場合、特定健康診査の手続きに関する理解度は低い。また、集団健診受診希望者は、特定健康診査を受けてから健診結果が出るまでの時間の長さがある程度わずらわしいと思っているが、健診自体が生活習慣病の早期発見に効果的であるとある程度認識している。加えて、アンケート調査に順番に回答しながら、自分の健康状態や生活習慣を振り返った時、自分が生活習慣病や病気にかかること非常に思っており、その結果、将来的に生活習慣病にかかるのはある程度致し方ないと諦めているという特徴が

ある。よって、「健診手続き」に関して、広報活動やアンケート調査などを通してさらなる情報提供を行うとともに、特定健康診査の受診が生活習慣病や各種疾病の予防・対策になることを理解させることで、将来的な生活習慣の改善へと方向付けることが大切である。

さらに、集団健診受診希望者で65歳以上の高齢者は、自宅から集団健診の会場まで遠いと感じているが、自宅から集団健診会場までの希望距離において、「2キロメートル以上離れていても健診に来る」と回答している人が多いことから、「距離」は受診意欲を阻害する大きな要因となっていない人もいることがわかる。このことから、「特定健診に行く行為そのもの」について、あまり面倒であるとも思っていない。

また、集団健診の開催日時においては、情報提供後の効果から、市の集団健診の時間帯や曜日に對して一定受けにくいと思っている。

一方、特定健康診査を受診する場合に、どこで受けたいかという問に對し、市の集団健診を選んだ未受診者を受診に向かわせるためには、健診結果を早期に伝え、健診を受診することで生活習慣病の早期発見に効果があることを理解してもらわなければならない。加えて、健診会場までの「距離」や「健診に行くことの面倒くささ」について、集団健診会場を再選定することも踏まえて検討する必要がある。

5.9.3. 個別健診受診による障害に関する評価

医療機関での個別健診受診希望者に対して、特定健康診査の「健診手続き」（手続き方法や手続き時の必要物）や、医療機関での定期的受診を行っている人に対して、その内の一回は「特定健康診査受診券」を必ず持参して「特定健診を」受診してもらうなどの情報提供をすることは非常に効果的である、仮に情報提供をしなかった場合、特定健康診査の手続きに関する理解度は低い。また、特定健康診査を受けてから健診結果が出るまでの時間の長さをある程度わずらわしいと思っているが、健診自体が生活習慣病の早期発見に効果的であるとある程度認識している。加えて、普段の生活習慣などから、将来的に自分が生活習慣病にかかるのはある程度致し方ないと諦めているという特徴がある。また、特定健診に行くことが面倒であると思っている65歳以上の高齢者で自宅から医療機関までの距離が離れている人が多く存在することから、特定健診を受診するための阻害要因として「移動行為」と「距離」そして「年齢」は相関関係があるといえる。

一方、特定健診を受診する場合にどこで受けたいかという問に對して、医療機関での個別健診を選んだ未受診者を受診に向かわせるためには、集団健診と同じく、健診結果を早期に伝え、健診を受診することで生活習慣病の早期発見に効果があることを理解してもらわなければならない。また、自宅から医療機関まで離れているために「行くことが面倒くさい」と思っている人に対して、面倒くささを払拭するような「健診による効果」に着目した情報提供に努めるばかりでなく、場合によっては、個別健診希望者でも集団健診へと意識転換させる対策が必要である。

5.9.4. 人間ドック受診による障害に関する評価

人間ドックによる特定健診受診希望者に対して、特定健康診査の「健診手続き」（手続き方法や手続き時の必要物）を情報提供することは、集団健診受診希望者や個別健診希望受診者と同じく非常に効果的であり、仮に情報提供をしなかった場合、特定健康診査の手続きに関する理解度は

やはり低い。また、集団健診希望者や個別健診希望者と同じように、特定健康診査を受けてから健診結果が出るまでの時間の長さをやはりある程度わずらわしいと思っているが、健診自体が生活習慣病の早期発見に効果的であるとある程度認識している。加えて、アンケート調査に順番に回答していくことによって、自分の健康状態や生活習慣を振り返った時、自分が生活習慣病や病気にかかるかと非常に思っている。このことは、集団健診や個別健診という受診形態ではなく、指定医療機関における「人間ドックで受診する」という性質からその意識の高さが伺える。つまり、人間ドックをこれまで定期的に受診してきた、今後、受診希望する人はもともと自分の健康状態や健診そのものに対する意識が高い。しかし一方、将来的な生活習慣病への不安に対しては、自分の生活態度や生活習慣から生活習慣病にかかるのはある程度致し方ないと諦めているという特徴がある。

さらに、人間ドックによる特定健診を受診しに行くことが面倒であると思っている人は、60歳以上の高齢者に多いことから、人間ドックによる特定健診受診希望者においても、特定健診を受診するための「移動行為」と「距離」そして「年齢」には相関関係があるといえる。

5.9.5. 職場健診受診による障害に関する評価

職場による特定健診を受診したいと希望する者は、実際は、職場にて「特定健診」を受診していない未受診者である。つまり、回答者のほとんどが職場にて健診を受けてはいるが、「特定健康診査受診券」が使用されていない。特定健康診査の「健診手続き」（手続き方法や手続き時の必要物）を情報提供することは、集団健診受診希望者や個別健診希望受診者、人間ドック受診希望者と同じく非常に効果的であり、仮に情報提供をしなかった場合、特定健康診査の手続きに関する理解度はやはり低い。特定健診を受けてから結果が出るまでの時間の長さについては、ある程度わずらわしいと思っており、情報提供後もそのわずらわしさはあまり解消されない。

また、女性や高齢者は、特定健診が生活習慣病の早期発見に効果的であると、あまり思っていない。情報提供による効果があまり見られないことから、特定健診を受診することによって生活習慣病の早期発見に非常に効果的であるという情報を広報活動やアンケートなどを通して情報提供する必要がある。加えて、自分は健康であるという「過信」はほとんど抱いていないが、将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、仕方がないとある程度「諦め感」を持っている。

物理的障害の阻害要因である「移動行為」については、職場健診希望の未受診者は、特定健診に行くことを面倒であるとあまり思っていない。

5.10. 今後、早急に着手すべき施策

従って、これまでの調査・分析結果から、特定健康診査の受診意欲を向上させるため、物理的な障害（距離や移動行為、さらには受診日時）を取り除くための検討を行うとともに、被保険者に対してまず、以下の情報提供を行うことから施策の着手をすべきである。

- ① 生活習慣病の「怖さ」を示すこと（これについてはアンケート調査票で提供済み）。
- ② 生活習慣病になった時の「生活の不便さ」と、これまでの医療費より「高額な医療費負担の発生」（治療に伴う医療費）が強いられることを具体的に示すこと。
- ③ 特定健診が生活習慣病の「早期発見」に非常に有効であることを積極的にかつ具体的に提供

すること。

- ④ 「特定健康診査受診券」の有効活用と周知徹底を図ること。このことは、アンケート調査の結果から、特定健診を受診したと回答しているにもかかわらず、「特定健康診査受診券」を行って使用していないためかなりの受診率の低下を招いている（※参照）。

このことは特定健診の受診に際し必要な手続方法に関し情報提供を行うことと通じる。「特定健康診査受診券」が行使されなければ、特定健康診査実施率は向上しない。

- ⑤ これまでの生活習慣を改めたり、食生活を改善したりすることで、生活習慣病の予防に効果的であるということと、仮に現在、生活習慣病にかかっていたとしても、運動や食生活の改善により十分な対策が可能であることを具体的に示すこと。

（※）アンケート調査票の結果から、属性に関する設問において、「平成 20 年度に特定健康診査を受診した」と回答しているにもかかわらず、「特定健康診査受診券」を使っていないと回答した者が非常に多い。このことは、平成 20 年度における香美市特定健康診査実施率の実績（平成 21 年 3 月 25 日現在、県報告）である 31.7%に大きな影響を与えている。平成 20 年度の数値目標が 40%であったことから、特定健康診査等実施計画に記載の計画目標値との差が-8.3%あり、目標達成できていないが、本市において「受診券の扱い」に関する周知徹底を効果的に行っていれば、受診率をさらに向上させることができたと考える。よって、以下にその受診券に関する分析結果を示す。

【集団健診】

○「平成 20 年度にどこで特定健診を受診したいか」という属性設問に対し、集団健診を受診したと回答した者で、受診券を使用していない者が、18.3%も存在している。

集団健診を受診したと回答した者：224 人に対し、特定健康診査受診券を「使う予定」または「使わなかった」と回答した者：41 人（内訳：使う予定 10 人、使わなかった 31 人）も存在する。つまり、受診券を使用した特定健診とその他市が主催する検診（胃がん検診や乳ガン検診など）とを混同している可能性がある。

【個別健診】

○平成 20 年度にどこで特定健診を受診したいかという属性設問に対し、医療機関での個別健診を受診したと回答した者で、受診券を使用していない者が、35.5%（個別健診を受診したと回答した者：259 人に対し、特定健康診査受診券を使わなかったと回答した者：92 人）も存在している。すなわち、個別健診として特定健康診査受診券を使わずに、医療機関での定期的健診等を受診している場合が多く（主治医の下で定期的に検査を行っているなど）、年に数回ある定期健診において、その中で 1 回は受診券を使って受診してもらうようはたらきかける情報提供が必要である。

【人間ドック】

○平成 20 年度にどこで特定健診を受診したいかという属性設問に対し、人間ドックで特定健診を受診したと回答した者で、受診券を使用していない者が、44.1%（人間ドックで受診と回答した

者：77 人に対し、特定健康審査受診券を使わなかったと回答した者：34 人）も存在する。つまり、人間ドックでの受診に際し、受診券を持たずに受診に行く、あるいは市が補助している人間ドックの助成金を申請せずに受診に行く者が多く、これも受診券に関する市民への情報提供・周知徹底不足の表れである。

よって、以上の受診形態別の分析からアンケート調査票に回答した 850 人の内、集団健診・個別健診・人間ドックのいずれかで特定健康審査を受診したと回答した 560 人中、受診券の未使用者が、実に 167 人と 29.8%も存在していることから、「受診券の扱い」に対する広報不足は否めない。

5.11. 本研究における重回帰分析の特徴

施策・事業効果の分析及び検証が終わったところで、本研究の重回帰分析方法やその結果の判断方法が、通常、自然科学の分野等で行われている重回帰分析と性質を異にすることをここで述べておく。なぜなら、本研究のような社会科学の分野においては、モデルにおける対象の寄与率 (R^2) を予測し、 R^2 を限りなく上昇させる（つまり、回帰式の予測の精度の目安となる $R^2=0.8$ 以上を目指す）ことが最優先ではなく、地方自治体という行政体において、施策・事業を分析し、把握し、評価することが重要であり、しいてはいかに効率・効果的な施策・事業を市民に実施（質の高いサービスを提供）できるかが問題だからである。

よって、次に、本研究において寄与率 (R^2) が低い理由を詳しく述べることにする。寄与率が前掲の表-5.9, 表-5.30 で示されているように、 R^2 が情報提供前で 0.2 台、情報提供後で 0.4 台と低いため、重回帰式の当てはまりが悪いように見えがちだが、これは、本研究における目的変数が“人間の意識構造”に基づいているためであり、かつ、目的変数とした問題の阻害要因が、“原因と結果に基づく因果関係によって問題構造化”され、さらに、目標とするアウトプットやアウトカム指標（被説明変数）が、その問題構造化における“人間の意識（認識）”の部分に大きく依存しているため、抽出された論理部分で構築されたロジックモデルに基づく重回帰分析の結果は、“データの質”や“人間の不確実性”に左右され、アンケート調査結果（データ）に“バラツキ”が生じるのである。

よって、単なるプログラムに基づく多変量解析とは根本的に性質が異なり、そもそも目的変数の設定の仕方も異なる。

5.12. データがバラつく理由

では、次に、データがバラつく理由についてさらに考察を深めることにする。データのバラツキは、“因果”・“不確定性原理”・“複雑系”などの影響も受ける。中でも人間の脳内の意識活動に関して、この“不確実さ”が影響を及ぼしていると考えられる。なぜなら、そこに生ずる心の動きは基本となる物理学の因果律に従うと同時に、不確定性による奔放な不確実さや自由度を持つからである。

英国の物理学者である R. ペンローズによれば、不確定性原理を基礎とする量子力学においては、過去の事実によって、未来が必然的に決まるわけではない、とされる。また、ミクロのゆらぎによって、マクロの世界にも激しい影響が与えられる。そこに、人間の存在が輪をかける。物理的

にはちっぽけな人間だが、そこに“意志”が加わることで、地球環境をひっくり返すほどの影響を与えつつある。それはなぜか。肉体そのものは不確定性原理に左右されないが、意識はマイクロ世界の所属である。意識の変化は運命から逃れた存在であり、世界に影響を与えていくと述べている。こうした彼の言葉にもあるように、“意識”は、人の行動や選択に大きく影響を与えることから、データにバラツキが生じることは避けられないのである。

【参考資料】

報告書に引用している図表で、報告書中に掲載できなかった資料及びアンケート調査票を参考資料として掲載する。

表－資料 1.1 受診時間のわずらわしさと希望する受診時間との関係

q34	q37	q38				
		特定健診が始まってから終わるまでにかかる時間がどの程度ならわずらわしさを感せずすみですか？				
受診時間(前)	受診時間(後)	30分以内	1時間以内	1時間30分以内	2時間以内	今のままでよい
5	5	1	0	0	0	0
1	3	0	1	0	0	0
3	3	0	1	0	0	0
3	3	0	0	1	0	0
2	3	1	0	0	0	0
4	3	1	0	0	0	0
5	3	1	0	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
2	3	0	1	0	0	0
1	3	0	1	0	0	0
4	3	0	0	1	0	0
5	5	1	0	0	0	0
3	3	0	1	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
1	3	0	0	0	0	1
5	4	1	0	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
5	5	1	0	0	0	0
1	3	0	0	1	0	0
2	5	1	0	0	0	0
2	3	1	0	0	0	0
4	3	1	0	0	0	0
3	3	0	1	0	0	0
3	3	0	1	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
3	3	0	1	0	0	0
3	3	0	0	0	1	0
5	5	0	1	0	0	0
5	3	1	0	0	0	0
4	4	0	1	0	0	0
5	5	1	0	0	0	0
4	3	1	0	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
5	4	0	1	0	0	0
5	4	0	1	0	0	0
1	3	1	0	0	0	0
3	4	0	1	0	0	0
3	3	0	1	0	0	0
1	3	0	1	0	0	0
1	3	0	0	1	0	0
2	3	0	1	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
3	3	0	0	0	0	1
4	3	0	1	0	0	0
1	3	1	0	0	0	0
2	3	0	1	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
3	3	1	0	0	0	0
2	3	0	1	0	0	0
4	4	0	1	0	0	0
2	3	0	0	0	1	0

表－資料 1.3 生活習慣等のアンケート集計結果等

	質問文	カテゴリ	人数	合計	%
生活習慣	SC2-1 あなたは自分の生活が規則正しいと思いますか？	1 非常に思う	65	832	7.81
		2 かなり思う	294		35.34
		3 多少思う	253		30.41
		4 少しだけ思う	117		14.06
		5 思わない	103		12.38
	SC2-2 あなたは週に何時間、スポーツなどの汗をかく程度の運動をしますか？	1 0～3時間未満	623	797	78.17
		2 3時間以上～5時間未満	97		12.17
		3 5時間以上～7時間未満	29		3.64
		4 7時間以上～9時間未満	23		2.89
		5 9時間以上	25		3.14
	SC2-3 あなたは週に何時間、散歩や通勤、農作業など体を動かしますか？	1 0～3時間未満	270	833	32.41
		2 3時間以上～5時間未満	163		19.57
		3 5時間以上～7時間未満	117		14.05
		4 7時間以上～9時間未満	56		6.72
		5 9時間以上	227		27.25
SC2-4 あなたは週に何日お酒を飲みますか？	1 0日	492	833	59.06	
	2 1日	55		6.60	
	3 2日～3日	72		8.64	
	4 4日～6日	77		9.24	
	5 毎日	137		16.45	
SC2-5 あなたはタバコを吸いますか？	1 吸う	140	839	16.69	
2 吸わない	699	83.31			
SC2-6 あなたは1日に何時間睡眠をとっていますか？	1 5時間以下	58	843	6.88	
	2 6時間くらい	280		33.21	
	3 7時間くらい	268		31.79	
	4 8時間くらい	205		24.32	
	5 9時間以上	32		3.80	
SC2-7 あなたは1日に3食ほぼ決まった時間に食べていると思いますか？	1 非常に思う	238	840	28.33	
	2 かなり思う	376		44.76	
	3 多少思う	123		14.64	
	4 少しだけ思う	57		6.79	
	5 思わない	46		5.55	
SC2-8 あなたは食事をするとき栄養バランスを考えて食べていると思いますか？	1 非常に思う	88	839	10.49	
	2 かなり思う	272		32.42	
	3 多少思う	287		34.21	
	4 少しだけ思う	127		15.14	
	5 思わない	65		7.75	
SC2-9 あなたは週に何回外食をしますか？(市販弁当などを買って職場や家で食べる場合も含む)	1 0回	473	837	56.51	
	2 1回～5回	343		40.98	
	3 6回～10回	12		1.43	
	4 11回～15回	5		0.60	
	5 16回～21回	4		0.48	
SC2-10 あなたは週に何日働いていますか？	1 0日	299	841	35.55	
	2 1日～2日	58		6.90	
	3 3日～4日	104		12.37	
	4 5日～6日	189		22.47	
	5 毎日	191		22.71	
SC2-11 あなたは1日に何時間働いていますか？	1 0時間	271	841	32.22	
	2 0時間以上～4時間未満	155		18.43	
	3 4時間以上～8時間未満	264		31.39	
	4 8時間以上～10時間未満	103		12.25	
	5 10時間以上～12時間未満	32		3.80	
	6 12時間以上	16		1.90	
SC2-12 あなたは通勤(仕事場まで)にどれくらい時間がかかっていますか？	1 0分	498	815	61.10	
	2 10分未満	181		22.21	
	3 10分以上30分未満	97		11.90	
	4 30分以上～1時間未満	33		4.05	
	5 1時間以上～2時間未満	3		0.37	
	6 2時間以上	3		0.37	
SC2-13 あなたは日常生活でストレスが多いと思いますか？	1 非常に思う	52	838	6.21	
	2 かなり思う	134		15.99	
	3 多少思う	269		32.10	
	4 少しだけ思う	225		26.85	
	5 思わない	158		18.85	
健診受診歴と主治医	SC3-1 あなたは、H19年度に、市の集団健診(基本健診)を受けましたか？	1 受けた	396	831	47.65
		2 受けなかった	435		52.35
	SC3-2 あなたは、今年(H20年度)、どこで特定健診を受けましたか？	1 市の集団健診	224	840	26.67
		2 医療機関での個別健診	259		30.83
		3 人間ドック	77		9.17
		4 職場の健診	15		1.79
		5 その他	4		0.48
		6 受けなかった	261		31.07
	SC3-3 あなたは、今年(H20年度)、市から発行された「特定健康診査受診券」を使いましたか？	1 使った	343	836	41.03
		2 使う予定	114		13.64
		3 使っていない、または使うつもりがない	379		45.33
	SC3-4 あなたは、常日ごろから、かかりつけの医者にかかっているのに、特定健診を受けなくても大丈夫だと思っていますか？	1 非常に思う	44	813	5.41
2 かなり思う		109	13.41		
3 多少思う		158	19.43		
4 少しだけ思う		103	12.67		
		5 思わない	399		49.08

【参考文献 第5章】

- 1) 平成 19 年度社会保障給付費 (e-Stat 政府統計の総合窓口)
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001059081>
- 2) 平成 19 年度社会保障給付費 (国立社会保障・人口問題研究所ホームページ)
http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h19/kyuuhu_h19.asp
- 3) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/124-1a.html>
- 4) 総務省：<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaa200501/f0022.html>
- 5) 松谷明彦：人口減少経済の新しい公式 「縮む世界」の発想とシステム、日本経済新聞社、2004 年 5 月
- 6) 厚生労働省／編：平成 20 年版厚生労働白書：生涯を通じた自立と支え合い～暮らしの基盤と社会保障を考える～、株式会社ぎょうせい、平成 20 年 8 月
- 7) 厚生労働省健康局（2007）：「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」
- 8) 厚生労働省保険局（2007）：「特定健康診査等実施計画策定の手引き」
- 9) 高知県香南市特定健康診査等実施計画、高知県香南市市民保険課、2008 年 4 月
<http://www.city.kochi-konan.lg.jp/life/dtl.php?hdnKey=333>
- 10) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/>

第6章 結論

6.1. 結論

本論文では、自治体において、実際の計画策定作業と連動した新しい計画策定方法及び政策・施策等の企画・立案方法とそのプロセスを通して、効率・効果的な行政経営システムの有るべき姿を提案してきた。

こうした策定関係者間による問題構造化及びロジックモデルを駆使した行政経営システムの構築により、問題・課題の認識の共有を図る行為は、経営目標達成のためのアウトプット指標・アウトカム指標の関係を論理的に明示した戦略モデルにより、“目的と手段”の関係を具体的に明確に示すことで、市民に対する“説明責任”を果たすことができるばかりか、企画・立案された政策・施策ならびに事業やサービスが効率・効果的に実施されているか、あるいはされたかを検証し評価することをも可能にする。

よって、以下に、本研究を通して、新しいマネジメントシステムを構築し、地方自治体の実装させることにより、従来行われてきた自治体経営の在り方及び現在行われている政策・施策の立案方法に加え、そのプロセスとの相違も含め研究成果と本研究の特徴（研究の新規性）を述べる。

- 問題構造化作業を経たロジックモデルを構築することにより、アウトプットとアウトカムの関係を論理的に明示した戦略モデルが構築できた。
- 計画策定に際し、問題構造化のプロセスを導入することで、問題発生要因の仕組みを知る（理解する）ことに加え、ステークホルダーの持つ“認識の相違”を共有することができた。
- 事業実施計画を策定・実施し、施策・事業効果を計測・評価し、見直す（＝メンテナンスする）方法及びそのプロセスが構築できた。
- 工学的手法に基づく論理モデルから施策にかかわる市民の意識構造を抽出し、アンケート調査票を構築・実施することにより、施策・事業に対する市民の意識を効果的に把握できた。このことは、施策が効果的である（あるいは効果的でない）対象（例えば、性別や年齢階層など）を把握できることから、資源の重点配分を可能にする。
- “問題構造化”及び“ロジックモデル”といった手法やツールは、それぞれ既存のものであり、数多くの研究が様々な手法で行われてきているが、この2つに施策・事業に対する“市民の意識”を組み合わせ、政策・施策の立案のためのシステムを構築するプロセス及び方法論を可視化した（具体的に明示し・構築した）ことが本研究の新規性である。
- これまでの地方自治体における計画策定・各評価指標の設定方法と比較するならば、本研究のプロセスと方法論は、経営目標達成のための“目的と手段”が具体的かつ明確であるため、市民への説明責任を果たすことを容易にするばかりでなく、アウトプット指標、アウトカム指標などの数値目標を定性的ばかりでなく、定量的にも設定でき、評価を行うことが可能となった。

- 施策・事業に関係する課室が、本研究の構築作業を通して、地域における問題を発見（認識）し、その原因を論理的に理解することを共同で行うことにより、コミュニケーションを図ることができた。

地方自治体がかつてない未曾有の財政危機を迎え、公共サービスの提供方法及び内容（サービスの質）が市民から問われている今、本研究における研究手法は非常に有効であることを筆者は確信している。加えて、本手法・方法論は、本研究で取り上げた事例である特定健康診査等実施計画という医療保険分野のみならず、自治体における様々な分野で応用可能な汎用性の高い方法論であると自負している。加えて、現在の複雑かつ多様化した“複雑系”と呼ばれる社会問題に対処するためには、その問題に関係している様々な学問分野を統合するような“新しいマネジメントシステム”が構築されなければならないことを痛感している。なぜなら、もはや単一研究分野だけの研究や取り組み、単なる分析・評価手法だけでは、今日発生している様々な問題を“根本的に”解決する（治癒する）ことは不可能であることの方が非常に多いからである。（図-6.1）。

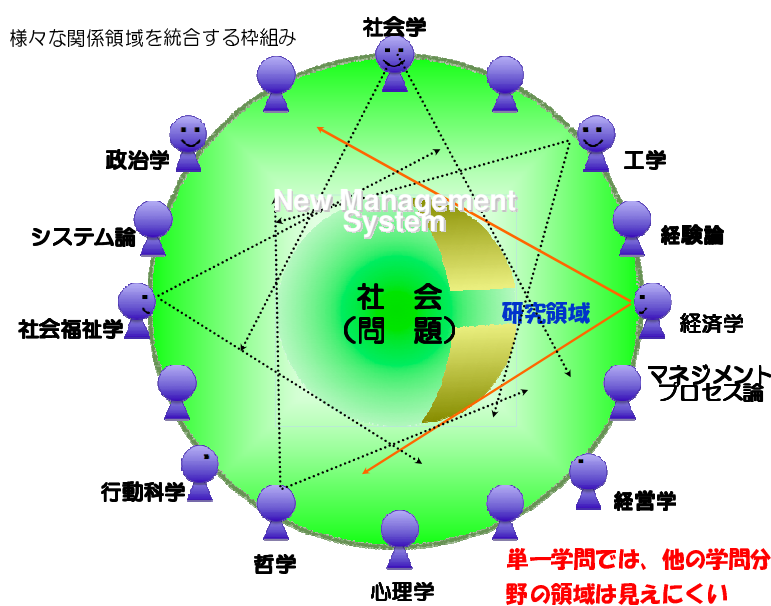


図-6.1 統一的学問体系の構築の必要性

6.2. 今後の研究と方向性

今後は、特定健康診査の実施率を向上させるための評価関数をロジックモデルに基づき導出することで、アウトプット指標を定量的に設定するとともに、アンケート調査の分析結果から導き出された効果的な施策・事業を、市民のニーズに反映させるため、実際の自治体において実施し、その施策効果を実際に計測・評価することを行う。その際、効果的な政策・施策の組み合わせ（＝最適なポートフォリオ）を考え、地方自治体に提案するこ

とが必要不可欠であることは言うまでもない。

なぜなら、実際の現場において、システムから導き出される施策・事業のポートフォリオを展開してみても、行政と地域・市民社会との相互作用が生まれるからである。

また、問題構造化作業を通して、今後は、自治体組織外のステークホルダーと問題の認識の共有を図ることにより、問題を発生させている“事実認識の向上”に努める。

さらに、特定健康診査、特定保健指導の実施状況及び実績結果を追跡し、モニタリングすることにより、自治体に提案し実施された施策・事業の分析・評価することを行う。つまり、構築されたロジックモデルにより、経営目標達成のための施策、事業、サービス等のパフォーマンスを計測し、施策、システムのメンテナンスを実施することで、“システムの最適化”に努める次第である。

謝 辞

最後に、本研究への取組と本博士論文の執筆に際し、多大なるご指導・ご協力とご支援をいただいた皆様方にこの場を借りまして深く感謝の意を表します。

筆者は、一地方自治体の職員として所属する傍ら、約 5 年半前に当校大学院工学研究科社会システム工学コース修士課程に入学し、2 年間、行政におけるアウトソーシングのマネジメントシステムの構築について研究を行ってきました。さらに修士課程卒業後は、当校大学院工学研究科博士後期課程に在籍し、行政経営及び社会システム経営に研究のフィールドを移し、人文・社会科学の領域にまたがる問題を解決するため、工学的手法に基づき、行政経営システム及び自治体における政策・施策の立案システムの構築に努めてきました。

この約 5 年半もの間、主指導教官としていつも優しく、そして時には厳しくご指導してくださったマネジメント学部マネジメント学科長兼社会マネジメント研究所長である那須清吾教授には、感謝の意を尽くしても尽くしきれません。この 5 年半という長きに渡り、私を見放さず、常に冷静に、論理的かつ工学的思考で持って、様々な学問分野に渡る知識と官民における経験を教授してくださったことに厚く御礼申し上げます。今後も弟子として今まで以上に精進し、師についていく覚悟です。また、地域活性化研究室長の永野正展特任教授には、修士課程在籍時に副指導教官として、民間企業の立場から研究へのご指導を賜り、かつ博士後期課程に入学してからはいつも暖かい励ましのお言葉をかけていただき、感謝の念に堪えません。また、修士課程及び博士課程在籍時に副指導教官としてご指導くださいました社会システム工学科教授の中田慎介地域活性化機構長、マネジメント学部マネジメント学科の坂本泰祥准教授、同学部同学科の中川善典講師、そして学外ながらも私の研究に対して忌憚のないご意見とご指導をいただいた高知女子大学看護学部看護管理学科の山田覚教授にこれまでのご指導に対する御礼を申し上げます。そして、地方公務員という地域に対する一奉仕者から、私を行政経営という学問領域を扱う研究者へと導き、私の師である那須清吾教授に引き合わせてくださった社会システム工学部の五艘隆志講師に心から感謝の意を表したいと思います。

それから、この 5 年半在籍させていただき、いつも夜遅い時間まで活発なミーティングをしていただいた那須研究室メンバーの皆様（植本琴美氏、白石琢人君、森田絵里さん、前田慎一君、田内宏樹君）、ミーティングのスケジュール予約や様々な事務手続をしてくださった社会マネジメント研究所の山崎真理秘書、飛崎利永子秘書に御礼申し上げます。そして、本研究のためのフィールドを快くご提供していただいた高知県香美市門脇楨夫市長様及び同市保険課の岡本明弘課長様、同課中山繁美係長様、同課福留史保健師様、並びに、本論文作成と研究のために大学院研究室に勤務時間終了後、快く通わせていただいた高知県香南市市民保険課宮崎文江課長様、同課宮崎結城係長様、同課伊藤祐美子保健師様、税務課中島貴也主幹、高齢者介護課宮本亮子保健師の職員の皆様方、同市旧夜須町職員の皆様方、そしてシステム実装のために問題構造化作業等に職場で協力してくださった職員

の皆様方に厚く御礼申し上げます。

最後に、本論文執筆の完成まで、長年に渡り私の様々なわがまを我慢して聞いてくださった両親と、健康管理面での支援ばかりでなく、論文データの資料作成及び既往論文整理に関し、論文完成間際まで尽力してくれた鶴保葵氏に心から感謝の意を表して、本論文の締めくくりとさせていただきます。

平成22年3月31日

高知工科大学大学院工学研究科基盤工学専攻

刈谷 剛

平成20年12月15日

香美市国民健康保険被保険者の皆様へ

高知工科大学
社会マネジメント研究所
香美市役所 保険課

特定健康診査に関するアンケート調査について（お願い）

香美市民の皆様におかれましては、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。私ども高知工科大学社会マネジメント研究所では、特定健康診査の受診率向上のため、香美市役所保険課と連携事業をおこなっております。

さて、平成20年4月から内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病を予防するための特定健康診査（これまでの基本健診）が、医療保険者（香美市）に義務づけられました。

みなさまのご意見を、特定健康診査受診率の向上、効果的な特定保健指導、さらには医療費の抑制に役立てたいと考えております。

つきましては、お忙しい中恐れ入りますが、本アンケート調査の趣旨をご理解いただき、ご回答をお寄せくださいますよう、ご協力のほどよろしくごお願いいたします。

■皆様のご住所とお名前は、香美市役所保険課において、平成20年12月11日時点の香美市国民健康保険被保険者(40～74歳)約6,800名から2,000名を無作為抽出いたしました。アンケート調査にあたっては、個人の情報やプライバシーなどに配慮し、無記名でご回答いただくので、個人が特定されたり、個人情報公表されることはありません。また、統計上の目的以外に使用することは一切ございません。

■本アンケート調査は、**必ず宛名のご本人**がご記入ください。

■お手数ですが、ご記入いただいたアンケート用紙は、**同封の返信用封筒に入れ、平成20年12月31日(水)までにご投函ください(消印有効)**。

■今回のアンケート調査につきましては、香美市において対象者を抽出し、調査票の集計・分析等には、専門的な知見と技術を必要とするため、高知工科大学が回収・集計・分析作業を行います。

(本アンケート調査票に関するお問い合わせ先)

〒782-8502 高知県香美市土佐山田町宮ノ口185

高知工科大学21世紀COEプログラム 社会マネジメント研究所

中川 善典、刈谷 剛

TEL:0887-57-2232 (高知工科大学)

FAX:0887-57-2811 (高知工科大学)

E-mail:108009t@kochi-tech.ac.jp kariya.tsuyoshi@gmail.com

(注意) 受付時間：午前10時00分～午後6時00分

(土日祝日、年末年始の休みの日は除く)

特定健康診査に関するアンケート調査

平成20年12月

高知工科大学

社会マネジメント研究所

香美市役所 保険課

■あなたは週に何時間、スポーツなどの汗をかく程度の運動をしますか？

- 0～3 時間未満 3 時間以上～5 時間未満 5 時間以上～7 時間未満
 7 時間以上～9 時間未満 9 時間以上

■あなたは週に何時間、散歩や通勤、農作業など体を動かしますか？

- 0～3 時間未満 3 時間以上～5 時間未満 5 時間以上～7 時間未満
 7 時間以上～9 時間未満 9 時間以上

■あなたは週に何日お酒を飲みますか？

- 0 日 1 日 2 日～3 日 4 日～6 日 毎日

■あなたはタバコを吸いますか？

- 吸う 吸わない

■あなたは1 日に何時間睡眠をとっていますか？

- 5 時間以下 6 時間くらい 7 時間くらい 8 時間くらい 9 時間以上

■あなたは1 日に3 食ほほ決まった時間に食べていると思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

■あなたは食事をするとき栄養バランスを考えて食べていると思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

■あなたは週に何回外食しますか？（市販弁当などを買って職場や家で食べる場合も含む）

- 0 回 1 回～5 回 6 回～10 回 11 回～15 回 15 回～21 回

■あなたは週に何日働いていますか？

- 0 日 1 日～2 日 3 日～4 日 5 日～6 日 毎日

■あなたは1日に何時間働いていますか？

- 0時間 0時間以上～4時間未満 4時間以上～8時間未満
8時間以上～10時間未満 10時間以上～12時間未満 12時間以上

■あなたは通勤に（仕事場まで）どれくらい時間がかかっていますか？

- 0分 10分未満 10分以上～30分未満 30分以上～1時間未満
1時間以上～2時間未満 2時間以上

■あなたは日常生活でストレスが多いと思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

3. あなたの健診受診歴等についておしえてください。

◎これから、以下の質問に答える前に、まず下記の表に書かれていることをよくお読みいただき、お答えください。

★特定健康診査（特定健診）とは？・・・

平成20年4月から、生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査（昨年までは、基本健診と呼んでいました）が医療保険者に義務化されました。

みなさんが加入している香美市国民健康保険もその医療保険者の一つで、40歳以上74歳以下の方を対象に実施しています。

また、特定健診には、「**集団健診**」と「**個別健診**」という方法があります。

※生活習慣病（成人病）とは、糖尿病、高血圧、高脂血症、心臓病 などです。

★「集団健診」および「個別健診」とは？・・・

地区の保健センターや集会所等で行われる市の特定健診を「**集団健診**」といい、健診の日時を決めずに医療機関等で受けられる特定健診を、「**個別健診**」といいます。

※ただし、事前に予約が必要な医療機関もあります。

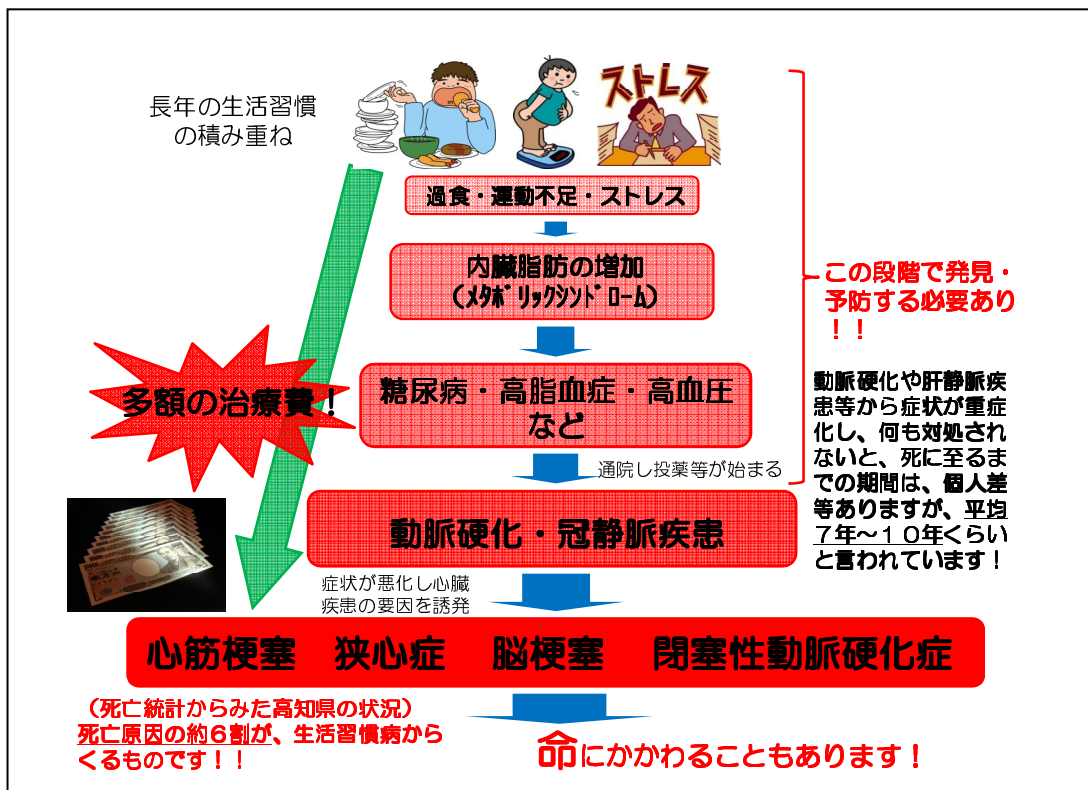
問5. あなたは生活習慣病によって、生活が不便になることに不安を感じますか？

非常に感じる かなり感じる 多少感じる 少しだけ感じる 感じない

問6. あなたは生活習慣病によって、医療費がかかることに不安を感じますか？

非常に感じる かなり感じる 多少感じる 少しだけ感じる 感じない

◎ これから、以下の質問に答える前に、まず下記の図に書かれていることをよくお読みいただき、お答えください。



●早期に予防・対応をしないとこのようにして、病気が重くなっていきます。

※あらためてお聞きします。

問7. あなたは特定健診を受ける大切さがわかりましたか？

よくわかった だいたいわかった 多少はわかった あまりわからなかった
全くわからなかった

問8. あなたは生活習慣病でないとわかったら、不安が解消されると思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問9. あなたは生活習慣病になると、将来、命にかかわることもあるという怖さを感じますか？

非常に感じる かなり感じる 多少感じる 少しだけ感じる 感じない

問10. あなたは生活習慣病によって、生活が不便になることに不安を感じますか？

非常に感じる かなり感じる 多少感じる 少しだけ感じる 感じない

問11. あなたは生活習慣病によって、医療費がかかることに不安を感じますか？

非常に感じる かなり感じる 多少感じる 少しだけ感じる 感じない

問12. あなたは、特定健診を受けることが必要だと思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

—ここから質問内容が変わります—

5. あなたが特定健診を受けることをためらう理由についてお聞きします。

問13. あなたは特定健診を受けることにためらいはありますか？

非常にある かなりある 多少ある あまりない 全くない

問14. あなたは特定健診の手続きがどのようなものか知っていますか？

よく知っている だいたい知っている 多少は知っている あまり知らない
全く知らない

問15. あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さをわずらわしいと思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問16. あなたは特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的だと思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問17. あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問18. あなたは将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

◎これから、以下の質問に答える前に、まず下記の表に書かれていることをよくお読みいただき、お答えください。

★特定健診の手続きについて

事前に郵送でお配りしている「特定健診受診券」と「案内文書」をよく読み、問診票にご記入いただき、記入した「問診票」と「特定健診受診券」と「国保保険証」を特定健診の当日、持参していただきます。

★特定健診では、病気を早期に発見するために以下の項目を検査します。

- 問診 ●身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）※BMIとは、肥満度を表す指標。
- 理学的検査（身体診察） ●血圧測定
- 生化学的検査（中性脂肪 コレステロール など）
- 肝機能検査 ●血糖検査 ●尿検査（尿糖、尿蛋白）など

★特定健診の結果が、あなたに届くまでに、標準で約1ヶ月半～2ヶ月かかります。

※あらためてお聞きします。

問19. あなたは特定健診の手続きがどのようなものかよくわかりましたか？

- よくわかった だいたいわかった 多少わかった あまりわからなかった
全くわからなかった

問20. あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さをわずらわしいと思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

※現在では、特定健診の結果が出るまでに、標準で約1ヶ月半～2ヶ月かかります。

問21. あなたは「特定健診を受けてから健診結果が出るまで」の時間の長さがどの程度なら、わずらわしさを感ぜずにすみますか？（ ）内にご自由にご記入ください。

例（1ヶ月）など（ ）

問22. あなたは特定健診が、生活習慣病の早期発見に効果的だと思えますか？

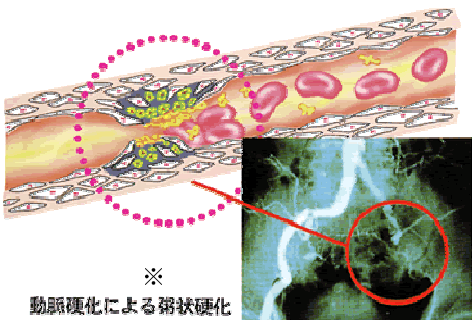
- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問23. あなたは自分が生活習慣病や病気にかからないと思っていますか？

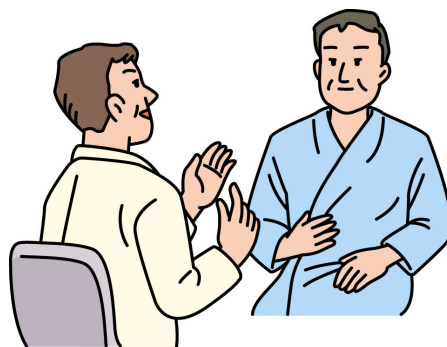
- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問24. あなたは将来、自分が生活習慣病にかかったとしても、それは仕方がないと思えますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない



※じゅくじょうこうか



※生活習慣病により、このように血管が詰まります。

—ここから質問内容が変わります—

問33. あなたは市の集団健診の時間帯や曜日の都合で、受けにくいとっていますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問34. あなたは市の集団健診の所要時間をわずらわしいと思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

◎これから、以下の質問に答える前に、まず下記の表に書かれていることをよくお読みいただき、お答えください。

★市の特定健診（集団健診）の時期と開催時間などについて（平成20年度の例）

（開催時期）

土佐山田町：9月26日（金）29日（月）
 11月4日（火）11日（火）27日（木）
 12月14日（日）の計6日間

香北町：10月15日（水）12月1日（月）15日（月）の計（3日間）

物部町：9月22日（月）24日（火）
 10月6日（月）14日（火）の計4日間

（受付時間）

●土佐山田地区

- ・繁藤コミュニティセンター 9：00～10：00
- ・宝町集会所 9：00～10：00
- ・片地多目的集会所 9：00～10：30と13：00～14：30
- ・岩村老人憩いの家 14：00～15：00
- ・プラザ八王子 8：30～10：30と13：00～14：30
- ・香長農山村コミュニティセンター 9：30～10：30と13：00～14：00

●香北地区

- ・保健福祉センター香北 8：30～10：30

●物部地区

- ・奥物部ふれあいプラザ 8：30～10：30と13：00～14：00
- ・五王堂消防屯所 9：30～10：30
- ・旧岡ノ内中学校 9：30～10：30

※あらためてお聞きします。

問35. あなたは市の集団健診を受けるとしたら、いつ受けていたいですか？

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 土曜日の午前中 | <input type="checkbox"/> 土曜日の午後 | <input type="checkbox"/> 土曜日の夕方～夜 |
| <input type="checkbox"/> 日曜日の午前中 | <input type="checkbox"/> 日曜日の午後 | <input type="checkbox"/> 日曜日の夕方～夜 |
| <input type="checkbox"/> 平日の午前中 | <input type="checkbox"/> 平日の午後 | <input type="checkbox"/> 平日の夕方～夜 |
| <input type="checkbox"/> どんな曜日に行われても無理 | | |

※問35で「どんな曜日に行われても無理」以外を選んだ方にお聞きします。

問36. あなたが選んだ時間帯や曜日に変更されたら「特定健診」を受けたいと思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

★特定健診の所要時間について

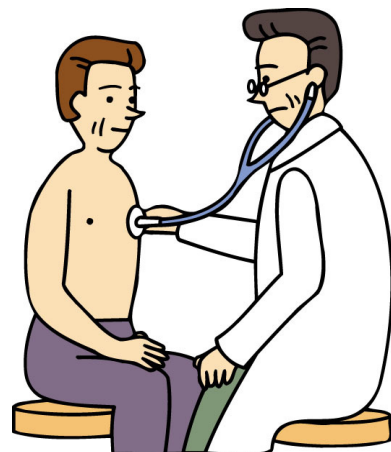
市の集団健診や医療機関における個別健診では、検査を始めて、すべての検査が終わるまでにかかる時間は、標準で約30分～1時間くらいです。

問37. あなたは特定健診の所要時間をわずらわしいと思いますか？

- 非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問38. あなたは特定健診が始まってから終わるまでにかかる時間がどの程度ならわずらわしさを感じずにすみませんか？

- 30分以内 1時間以内 1時間30分以内 2時間以内 今のままでよい



—ここから質問内容が変わります—

6. 生活習慣病の怖さや、「特定健診」の大切さや効果、手間についての知識を得た上でのあなたのお考えをお聞きします。

問39. これまでこのアンケートで学んだことをふまえてお答えください。
あなたは、「特定健診」を受けることにためらいはありますか？

非常にある かなりある 多少ある 少しだけある 全くない



—ここから質問内容が変わります—

◎これから、以下の質問に答える前に、まず下記の表に書かれていることをよくお読みいただき、お答えください。

★特定健診（集団健診、個別健診）を受けた場合の費用（検査項目のみ）について
特定健診を受けた場合にかかる費用は一人につき、集団健診は 4,960 円、個別健診は 7,600 円です。

★特定健診（集団健診、個別健診）を受けた場合の自己負担額について
あなたが特定健診（集団健診、個別健診）を受けた場合にかかる自己負担額は、1,000 円です。

問40. あなたは特定健診の「自己負担額 1,000 円」が負担に思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

問41. 最後にお聞きします。

あなたは、「特定健診」を受けたいと思いますか？

非常に思う かなり思う 多少思う 少しだけ思う 思わない

アンケートにご協力いただきどうもありがとうございました。

【本アンケートに関するお問い合わせ先】

〒782-8502

高知県香美市土佐山田町宮ノ口 185

社会マネジメント研究所 中川 善典、刈谷 剛

TEL: 0887-57-2232 FAX:0887-57-2811

(注意) 受付時間：午前 10 時 00 分～午後 6 時 00 分まで

(土日・祝日、年末年始の休みの日は除く)