

2021年6月4日

## 2. 現状の問題点・課題

### (1) アウトカムの不在

1996（平成8）年に三重県で「事務事業評価システム」が開始されて以降、2000年代前半にかけて「行政評価」を導入する自治体が増え、総務省の2017（平成25）年「地方公共団体における行政評価の取組状況（2016年10月現在）」によると市及び特別区の85%、町村の39%で行政評価が導入されました。一方で、過去に実施していたが廃止した市区は全体の6%、町村は4%に上り微増傾向がみられ、また、廃止に至らないまでも止めるに止められないまま継続されている「死に体」状態の評価も散見されます。自治体職員の中からは、「何で評価をやらなければならないのか?」、「評価なんかやっても意味がないのではないか?」、「評価に疲れた。」との声も聞かれるようになりました。担当部署の予算確保や機能を増やすためには評価シートの記載項目が増大するとともに総花的でお手盛り評価に終始してしまい、現場の負担が増大しています。「事務量に対して効果が少ない」、「職員の事務負担が大きい」、「評価の有効性・妥当性に疑問」という、行政評価の意義や費用対効果に疑義を抱いて廃止されたケースも少なくないようです。

上位目標や成果目標が軽視され、網羅的な活動指標や執行体制に関する評価が広がってしまったために優先度（メリハリ）や費用対効果がみえなくなり、政策評価の意義が見失われていることが原因とみられます。

介護保険事業においては「保険者機能強化推進交付金」として「頑張ったところが報われる仕組み」として2018（平成30）年度から創設されました。国が都道府県及び市町村向けの評価指標を設定して、指標の達成状況に応じて得点の高い自治体により多くのインセンティブ交付金を受け取れる仕組みであり、例えば「地域ケア会議で個別事例を検討し、必要な対策を講じているか」、「ケアプラン点検をどの程度実施しているか」、「市町村への研修やアドバイザー派遣を行っているか」等の介護予防や給付適正化の取組み度合いに応じて加点されることになっています。このインセンティブ交付金制度において、活動や体制における配点が殆どを占めることから、要介護認定率や一人あたり介護給付費が高い自治体において多くの交付金を受け取り、これらが低い自治体においては交付金が低い結果となりました。活動を重視した評価制度を行った結果、政策目的（アウトカム）の悪い団体が高い評価を受けることとなり本末転倒な仕組みを導入したことになります。我が国においては、これまでこのような評価が一般的に行われてきたことにより、評価への不信感が高まることになったとみられます。「アウトカム評価を中心に据えた評価指標」に改める必要があります。

### (2) 評価手法の不統一

政策評価の方法について、国（総務省その他の省庁）から実施対象や時期等の大枠については示されているものの、具体的な評価手法は示されていません。従って、我が国の政策評価は各省庁や自治体により統一感がなく、事業活動や過程に関する記述統計や有識者の見解、パブリックコ

メント等の集約等に終始しており、アウトカム指標に関する統計データや因果関係の説明を目指した科学的根拠が希薄であるケースが殆どとみられます。このことは、各自治体が行った政策評価から得られた知見や教訓の共有の妨げになっており、自治体職員の暗黙知が活用されないため、改善プロセスに繋がらない事態となっています。特に、事業評価と実績評価を一部に含み、政策の構造や政策によって得られる成果や課題について、社会調査を通して分析する「総合評価方式」の評価方法に関しては公式的な統一見解が示されておらず、実施件数も他の政策評価に比し極めて少ないことが指摘されています。具体的なガイドラインがないことから、市民の福祉的課題に対応する行政のノウハウが蓄積されておらず、効率的かつ効果的な PDCA が行えない状況にあると言えます。

### （3）統計データの未整備

政策評価に関する基本方針において、政策効果はできる限り定量的に把握することとされており、この方針は自治体における評価や行政事業レビュー等において広く認知・共有されています。しかし、行政におけるインパクト評価に対する意識の希薄さ、及び政策目標に関するデータ収集の問題から、アウトカムに関する評価は進んでいるとは言えません。例えば社会保障の分野においては、政策評価を行う上で必要なのに収集されていたものとして、自治体レベルの子どもの貧困率、医療のプロファイル情報、外国人技能実習制度の実態調査等があります。また、データ収集は行われているが利用できていないものとして、医療レセプトデータと特定健診データの紐付け、承認統計である DPC（包括医療費支払制度）データの一般利用等があります。

OECD Review of Health Care Quality (2014)によると、電子カルテの利用が極めて限定されており、医療データの収集、関連付け及び解析が遅れていると指摘されています。日本は他の OECD 加盟国と比べて、より効果的でニーズにあった医療の推進において相当遅れており、精神医療に関するデータ基盤が十分ではないために、提供されるケアの質に関する明確な姿を把握することは困難となっています。日本は国で収集されている精神医療の質に関する指標はほとんどなく、OECD 医療の質指標で収集している指標（入院患者の自殺、退院後の自殺、統合失調症又は双極性障害による再入院、統合失調症又は双極性障害を有する患者の超過死亡率）について報告できていません。ケアの質のより良い理解は不可欠な基盤であり、日本の精神医療の質の改善を促進するためには、幅広く統一的なモニタリング及び質の指標の収集が必要です。我が国が、先進国並みに効率的、効果的な医療サービスを提供するためには、OECD 医療の質指標に含まれている統計データを収集することが喫緊の課題となっています。社会保障や教育等の政策分野において EBPM による政策評価の定着ためには、個人のプライバシーに十分な配慮を行った上で、必要とされる統計データを整備して行くことが出発点となっています。

### （4）法定計画と評価

政策評価法の枠組みとは異なるものの、法令により策定が義務付けられ行政の指針や評価の対象となるものに総合計画をはじめとする法定計画があります。例えば、福祉においては、地方自治体による一元的かつ計画的な福祉サービス提供の整備を目的に、1990（平成 8）年に福祉関係 8 法の改正が行われて、1999（平成 11）年には介護保険事業計画の地方自治体による策定が義務化

され、2000（平成 12）年には地域福祉計画の地方自治体策定努力義務が制定されました。その後も 2003（平成 15）年の次世代育成支援行動計画（2012 年に子ども・子育て支援事業計画）、2005 年の障害福祉計画、2007（平成 19）年の障害者計画、2018（平成 30）年からは障害児福祉計画等の策定に関する法的な整備がなされ、地方自治体による PDCA サイクルに基づく事業が展開されています。

行政における各種法定計画等においても、公的統計は合理的な意思決定を行うための基盤となる重要な情報であり、社会の情報基盤としてあらゆる分野に関係するため、経年比較や地域差比較の分析の向上の観点から、統計に関する課題の解決に向けて整合的な取組を行う必要があります。各種法定計画等における統計の整備及び当該分野における各種施策との整合性に留意するなど、政策の信頼性及び客観性の確保に資するようデータを整備していく必要があります。

総合計画をはじめとする法定計画の策定にあたっては、理念、上位目的、目標、活動、事業等からなるロジックツリーが導入されて、計画の体系が可視化されているケースが多くみられます。計画策定時に各事業の目標や上位目的を整理し、できるだけ KPI（Key Performance Indicator）で示すことで各事業の貢献度や費用便益を明確化することで各事業の優先度を関係者間で共有するとともに、中間・事後の評価を通じて不断に見直していくことが可能になると期待されます。