

自治体側が決定することになり、専門的観点から同センターが事業企画をする機会を奪っていると思われる。

事業やサービスの重み付けについて、健康科学センターが提供するサービスは、住民等に対する健康教育という直接的サービスの提供に対して、市町村等で健康増進活動に従事する職員・指導者に高度な知識や技術を付与し、間接的に住民に対して質の高いサービスを提供する、いわば間接的サービスの提供という2点については、各センター間で姿勢の違いが認められた。

健康科学センターが果たすべき機能としては、上記のうち間接的なサービス提供や先進的・独創的健康指導プログラムの開発や受け入れ一辺倒ではなく地域に積極的に出て行き、それぞれの地域で、健康増進業務に日々従事している専門家の資質の向上を図る、いわゆる出張（出前）サービスの展開も視野に入れていくべきである。

また、今後展開していくべき事業として「健康政策策定のための健康関連データの収集、解析、還元サービス」をあげる自治体が多かったが、もしこれらが実現すると健康科学センターが本来果たすべき機能に一步回帰することになる。

地域における健康データの分析及び還元機能は、やはり保健所が主体であるとの回答が多かった。

健康日本 21 の策定に関する協力機関としても保健所を位置づける回答が多かったが、これらは地域保健の基本指針や健康日本 21 の策定マニュアルからも当然の結論であった。ただ、これらの回答の一方で求められている保健所機能が不十分であることは否定できない事実であることは指摘できよう。

加えて、健康科学センターが健康問題の解決に向けての役割が期待されている機関として、あるいは健康づくり政策を進めていく際に関係者が抱えている期待、さらに市町村との連携や情報提供等に関するどの場面をとってもセンターに対する期待及び評価は、保健所と比較して必ずしも高いとは言えない。

保健所が地域保健の専門的・技術的・広域的拠点として前述の地域保健の基本指針の中にも記さ

れていることから当然の結果と考えられる。ただ、健康科学センター（特に都道府県設置）にとっても市町村は最重要関係者（顧客）であることは事実であり、市町村との連携も今後ますます必要となるものと考えられる。また、健康科学センターは設置主体である自治体の全領域をカバーすることが求められているが、その立地によりサービスが万遍なく行きわたらないことから起こる問題や、市町村を対象とした事業の中にニーズのミスマッチがあることも考えられる。

今回の調査では、ほとんどの施設で最も重要な関係者（顧客）として、市町村を選んでいながらもかかわらず、実践指導事業（直接事業、cf. 間接事業は、市町村健康増進担当職員等に対する技術指導などの手法を通じて、対住民サービスの向上を図る事業とする）を中心に活動している傾向が多く施設で見られた。実践事業は本来市町村が主体的に行うべきものであり、それぞれ果たすべき行政機能が異なるにも関わらずサービスの競合が見られたのである。

これは先に触れたミスマッチの典型的な例で、仮に健康科学センターでこの種の直接事業を実施する場合は、本来直接事業の担い手の市町村が技術的に実施できないか、あるいは先進的、独創的なプログラム開発のケース等に限定すべきである。

こうした傾向は、各自治体の財政状況の逼迫によることは充分理解できるものの、経費節減や費用対効果を上げることが課題であるならば、健康科学センター内の健康づくり関連施設の活用の仕方を検討すべきである。規模の大小は別にして、施設の管理費がセンター収支を可なり圧迫しているのが実情である。

現に、全体の運営費規模、運営費に対する人件費、施設管理費、事業費の割合、健康科学センターの活動と関連するそれぞれの部門の利用者、各種経費率及び人的・財政的資源から見た利用者1人あたりの状況についても、施設ごとに違いが見られた。これらは、各自治体での、健康科学センターの機能付与や期待する機能（事業・サービス等）が違っていることに由来するものと考えられるが、いずれにしても、施設の運営・管理には高

額の公費が投入されている。

設置当初の基本理念や活動方針等に対する、その後の自治体としての施設運営・事業展開についての説明責任を果たすためにも、健康科学センターの運営・活動実績を分析することはその一助となるものである。

今回の調査研究によって、各自治体により、専門的、技術的な中核施設としての機能を持つと言われる「健康科学センター」の最適な業務内容に照らし、運営の状況を分析した結果、更にいくつかの課題や問題点が明らかになったものと考えられる。

## II. あいち健康プラザにおける調査

### (1) 利用者と職員自身の施設運営に対する意見

(井形班員)

あいち健康プラザでは、多くの方を各企業、各市町村から迎えて健康度評価を実施しており、また一般からも多くの方が健康度評価を受診している。また健康づくりリーダー養成にも大きな成果を挙げており、近在の健康づくり施設とのネットワークも円滑に推進されている。しかし、350万を越す一般来館者の意識はそれ程高くなく、投書も健康づくりへの提言は少なく施設ないしサービスへのクレームが大部分を占めていた。このことから一般に健康づくりを根付かせるためには先ずサービスの充実を図り、楽しく来館できる環境を準備することが、当面の課題であることが明確となった。

一方、職員の志気も重要な因子である。構成職員の健康づくりに対する専門性、熱意はかなり高いが県からの出向者については、数年で県庁へ帰るシステムがある限り当センターでの活性化が無制限に図られると云う環境にはない。従来 of 努力や出向者の果たした役割は高く評価するが、やはり今後の飛躍的發展には県からの出向人事にも専門家をここで育成する視点が必要であることを強調しておきたい。他方事業団専属の職員はそれなりにプライドがあり発想が魅力的で、今後は是非この雰囲気をつけてゆけるような努力が求められる当センターで県からの出向者以外の事情団職員の現状は会館以後間もないこともあって高い能力を

発揮、維持し、創意工夫が生きる環境が出来上がっているが、今後定年まで同一職場にいることになるはずで、やがてマンネリに陥る危険性が潜在している。つまり10年、20年経過する内に所期の目的への熱意が失われ、日常業務に埋没する危険性があり、その予防の為にも後述する全国の健康科学センター間での人事交流は有用で、活性化に大きな役割を果たすと期待される。

### (2) 利用者支援と関係機関に対する支援

(石川班員)

あいち健康プラザの健康づくり教室を活用した市町村は、アンケートを行った87市町村の1/4以下にとどまり、プラザで行っている各種の教室の目的や意義が、必ずしも十分に理解されていないことを示していた。当プラザの指導内容や機能がわからないという答えがあったが、それは医療機関に対するプラザの今までの広報が、十分ではなかったことを示唆しており、医療機関への周知の徹底がこれからも必要と思われる。

当プラザの最近の利用者の中には、糖尿病、高血圧、高脂血症や肥満など、生活習慣病で加療中の人が医師から運動を勧められ、プラザの運動施設を利用するようになった人が増えている。治療中の患者さんに対し主治医の治療方針や、処方内容を把握した生活指導を行うと同時に、プラザの教室の指導内容(運動処方内容)や、運動実施状況についても主治医に報告していく体制をとり、今まで以上の連携を保ち続けていく必要がある。

施設外巡回指導事業についても、今までの体力テストを目的とする指導から、生活習慣病予防に関する講義の依頼が増えていることから、今後はプラザで行っている教室の効果を踏まえた、実践的な指導が出来るような体制を作ることが必要であり、可能なときには医師や歯科医師の派遣も考慮していくことが必要である。

これら施設内外の保健医療関係者と親密な連携を持ち、各施設や保健医療従事者が有する能力を最大限有効利用することを具体的に検討していく時期に来ているものと考えられる。

### (3) あいち健康プラザ利用者の施設利用内容と地域特性（大橋班員）

本施設へは県内市町村の9割以上から利用があることが明らかとなった。利用者の来所に要する時間あるいは費用を考慮すれば地域により利用者の多寡があることはやむを得ず、すべての市町村から県内1か所の本施設を利用してもらうという所期の目的は大方達成できているものと考えられる。ただし、比較的距離が近くても利用が少ない地域が存在することも事実であり、利用者数の多寡については、単に距離だけの問題ではなくその他の要因も関連していることが推測された。今後は、近距離であるにも関わらず利用者数が少ない地域については、利用の少ない要因を調査し、すべての市町村より多数の利用がある施設となるよう努力する必要があるであろう。

また、利用サービス別の利用状況をみると、プール利用及び施設利用といった利用サービスは、県内各地で同種の体験型健康増進施設が整備されつつある状況もあり、未利用市町村数が多く、特にプール利用においては近距離地域での利用者が多数を占める傾向がより顕著になっている。オープン以来すでに5年が経過し、施設としての目新しさが薄れるにつれ遠方よりの利用者が減少することは予想されていたが、今後はさらにその傾向が強まるのが危惧される。その一方で、評価利用の実利用者数については、先の施設利用に比べ実数としては明らかに少ないものの、利用市町村の数では施設利用に比べかなり多くなっており、県内の大多数の市町村から利用者が集まってきている。この結果は、健康度評価の利用サービスが、距離が遠いだとか交通費がかかるといったマイナス面を補うだけの魅力あるサービスであると判断できた。併せて、健康度評価の利用者を含めた教室利用者の受診理由の分析結果において、男女の間で受診理由に明らかに違いがみられ、自身の健康度評価の意識についても違いがあることが明らかになった。ただし、60歳以上においては、受診理由には男女差があるものの、健康度評価の意識は差がないことから、年齢に応じた対応も含め教室利用者の心理を捉えたバリエーションに富む教

室の中味を考えていく必要があると思われた。さらにこの5年間の利用実績から、健康度評価の利用については60歳未満の女性の利用が高いことが明らかになっており、本施設がこの先県内各地域から利用される施設であり続けるためには、利用者の最も多い性・年齢層を意識した教室構成とし、県民へ情報提供していくことが不可欠と思われる。

### (4) あいち健康プラザにおける健康関連情報の収集及び分析状況（斎藤班員）

プラザへ来所して健康度評価を受けた利用者に対しては、極めて科学的な根拠に基づいた検査を行い、貴重な情報を収集し、これにもとづいた結果指導では個人にあった健康づくりをきめ細かく提案していることが明らかとなったが、その結果は本人に返されることが原則で、団体に利用の市町村や企業に対しては、希望する場合に限っているため、その提供率は市町村で39%、企業で33%にとどまっていた。

今後は全ての依頼主に情報を提供し、実態を把握したり、健康上の問題点を探ったりするための情報の重要性を説き、今後の健康づくり政策推進のための有効活用を促していくとともに、依頼主に提供している団体において、それらの情報がどのように活用されているかを調査する必要があると思われる。なお、個人情報の提示に関しては、本人の了解を原則とし、現在実行している覚書の交換は今後も必要と考える。

また、県下の健康情報を収集したり、解析する機能は低く、組織として取り組む体制が整備されていないのが現状である。このことについては、県の健康づくり政策や情報収集・解析機能についての明確なビジョンが不可欠である。現状では各保健所がその地域の健康情報を掌握し、各市町村に対し健康づくりプランに対するアドバイスを提供する立場になっているが、健康づくりに関する専門的能力を持つスタッフを備えた、あいち健康プラザとしては主体的にその役割の重要性を認識し、各保健所に集まる健康関連情報を掌握し、積極的に保健所の機能をサポートし、各保健所に集

約された県下全体の健康関連情報の集約拠点としての役割を担っていくことが必要と考える。

(5) あいち健康プラザ利用者の生活習慣ならびに健康度の変化（津下班員）

通所型の健康教育がどのような健康増進習慣獲得に寄与し、その結果として肥満度にどのような影響をもたらしたかを検討したが、今回の研究で使用した生活習慣に関わる各設問項目で、全教室参加者のうち肥満者と非肥満者において教室前の習慣の良好・不良に有意な差が見られた。これらの習慣が改善するとBMIは減少することが観察されたため、肥満の改善に有効な生活習慣と考えられる。

運動、食事等の生活習慣は体重減少と関連があることはこれまでも多く報告されている。当教室では、食事ではバイキング実習を実施し、体験に基づく具体的な指導とその理論をわかりやすく伝える工夫をしていること、運動ではこれまで運動習慣のない人に、教室時だけでなく、日常生活でも継続しやすい個人々にあった方法を具体的に示していることなどの教育効果があがっているものと推察される。

また、休養、ストレス解消、噛む回数、歯磨き回数といった習慣でも、単独の要因ではないが、BMIの減少に関与することが示唆された。休養、ストレス解消が十分であれば、やけ食いなどの過食が減る可能性があり、また噛む回数が増えることで満腹感が得られやすく、歯磨き回数が増加すれば間食やだらだら食いを防ぐことができた可能性が推察された。

直接的にエネルギー摂取量や脂肪量について栄養指導するだけでなく、結果的に食習慣が改善できるこのような習慣を指導項目に取り入れることにより、効果があがる場合もあると思われる。

生活習慣の改善のしやすさについては項目間で差が見られた。運動習慣、歯磨き習慣は比較的改善しやすいが、休養・ストレス解消については変化が起きにくい項目であった。これらについては、指導法を工夫することでさらに効果を高めることができるか検討を要すると考えられ、現在、

教室の中にグループワークを取り入れることや、自律訓練法などの導入により変化が起こるかを検討する予定である。

今回検討した6つの生活習慣は1つでも改善できればBMIの減少が期待できる可能性が示唆されたため、その人に合った生活習慣を何か1つでも確実に改善していくような指導が大切であろう。

肥満者においては軽度のBMI減少でも高脂血症や高血圧が改善し、生活習慣病予防に効果があることが分かった。肥満者における減量は始めから適正体重を目標とせず、軽度の改善でも効果が現れることを十分説明し、継続的に肥満解消のための保健指導がとれるようサポートしていくことが大切であると思われる。

今後の研究の方向性として、生活習慣の変化を定量的に評価すること、指導法、媒体、フォローアップなどの差による効果を比較し、健康増進習慣獲得のために必要な要因を検討すること、性、年代、性格特性などによってどのような環境因子が最も行動変容と関連しているかを検討すること、獲得された健康増進習慣の継続性について検討する必要がある。

### Ⅲ. 地域における健康増進政策（松本班員）

地方自治体レベルでの健康増進政策の推進とその問題点について、あいち健康プラザに視点を置いて愛知県の増進政策を見ると、県の健康増進事業の中核に位置する健康科学センターである、あいち健康プラザの職員の意見・考えが健康増進政策策定に反映されていないのが現状である。今までは、県庁の担当者が、専門家の意見をきいたり参考にして、机上で健康づくりの政策策定を進める傾向があった。今後は、あいち健康プラザが、その専門性（医学、運動、栄養、休養）を発揮し、健康づくりの政策策定拠点として機能することが必要である。

また、県の健康増進政策を進めるに当たっては、あいち健康プラザと県庁の担当者の抱えている問題・課題としては、十分な意見交換、情報・目的の共有化がされていないので、今後定期的な意見交換会を実施するなどして連携を密にするこ

とが必要であろう。

#### IV. わが国の健康増進政策に関する調査

(大井田班員)

栄養に関する9種類の健康志向行動は、1回の食事の中で健康に良い(良くない)食品や栄養素を摂取する(摂取しない)ように心がける、という「食品や栄養素を個別に改善する行動」と、食事の質や量のバランスや規則的な食事を心がける、という「食事全体を改善する行動」の2つに分類できることが示された。また影響要因との関連では、どちらの行動も、女性、年齢の高い者、現在の健康状態のよい者の方が実践している傾向がみられた。

影響要因との関連では、単独世帯の者は食事全体を改善する行動を実践していない傾向がみられたが、食品や栄養素を個別に改善する行動との関連はみられなかった。この結果は、単独世帯の者は食事時間などが不規則になりがちであるが、例えば深夜に飲食店で夕食をとる際にサラダを注文して野菜をとるように心がけることは可能であり、単独世帯であっても同居者がいる世帯であっても食品や栄養素を個別に改善する行動に差はないことを示している。

居住地と因子との関連も特徴的であった。つまり都市部に居住している者の方が食品や栄養素を個別に改善する行動を実践しているが、食事全体を改善する行動を実践していない傾向がみられた。この結果は、都市部では、通勤・通学の長距離化や深夜営業の飲食店の増加などによって食事のバランスや規則性が維持できないこと、情報の氾濫などによって食品や栄養素に関する個別的な知識や意識が発達していることを示唆している。

肥満度の高い者の方が食品や栄養素を個別に改善する行動を実践している傾向がみられたが、食事全体を改善する行動との関連はみられなかったが、肥満度の高い者は、肥満を改善するために、カロリー、脂肪、コレステロールなどの個別の栄養素や野菜などの個別の食品に配慮しているが、食事全体のバランスや規則性には必ずしも配慮していないことを示している。このような肥満の者

の健康志向行動を変容させるためには、健康教育の場面において、個別の食品や栄養素だけでなく、食事全体の質と量のバランスや規則性を改善するような意識づけを行う必要がある。

運動に関する4種類の健康志向行動は、柔軟体操や腹筋運動などの「日常的に体を動かす行動」と、水泳、テニス、ジョギングなどの「積極的に運動する行動」の2つに分類できることが示された。健康増進に最も効果的なのは「日常的」に「積極的な運動」を実践することであるが、本研究の結果は、国民の運動に関する健康志向行動がその2つの条件を両立できない状況にあることを示している。したがって運動するための時間と場所を確保できるように支援することによって、日常的に運動する志向と積極的に運動する志向が同一の次元になり、効果的な運動の実践を促進することが可能になると考えられる。

#### V. 健康コミュニティ形成に影響を与える健康関連因子 (高野班員)

健康水準および都市の社会経済諸条件に関する都市単位のデータの蓄積を行い、指標間の相互関連性を示した今回の分析は、住民の健康水準がさまざまな要因の動的なバランスの中にあるという、従来までのモデルにおいて、具体的な意味づけを考慮したうえで、今後の将来予測モデルとして利用できる可能性を示すことができた。

次年度は、健康科学センターの具体的な活動を変数化し、市町村における健康コミュニティ形成手法のための分析モデル・政策形成モデルの普遍化を試みる。

#### VI. 住民の健康度と社会経済因子との関連

(久我班員)

健康増進の対象者を医学、体力、栄養状態あるいは身体状況から評価することが中心で、今回の研究で社会科学側面からの評価が不可欠であることが再認識されたものと考えられる。

つまり今年度は、健康度に及ぼす社会経済因子がなにであるのかの模索とその検討方法を検討するに止まったが、今後の方向性として①得られた

資料の分析、②我々が指導した対象者がどのように変化し、生活の中で健康の価値をどのような物差しで評価しているかを、あいち健康プラザの過去の利用者を対象として調査をすること、の2点を実施し、健康度に影響する社会経済因子が何たるかを明確にしていく予定である。

## E. まとめ

健康科学センターは平成7年以降各地で設置され、現在は14か所を数えている。

健康科学センターは本来、それぞれの自治体において健康関連事業を行う官民の施設の中でCenter of the centersとしての位置づけがされている。

本年度の研究においては、全国の健康科学センターの予算額、人員・構成職種、主たる業務内容、さらに健康科学センターを管轄している自治体担当者の業務展開戦略などに関する総括的な調査及び資料収集を行い、全国14か所の健康科学センターの位置づけを行った。この作業は主任研究者河原を中心に実施され、現在の健康科学センターが本来期待されている設置当初の主旨とは異なる事業展開が随所でみられることが明らかとなった。

個々具体的に都道府県や健康科学センターが抱えている問題点についてあいち健康プラザをフィールドとした調査が、井形班員をはじめとしてあいち健康プラザの分担研究者を中心に実施された。

全国展開する健康増進政策については、具体的健康関連因子を用いて大井田班員により分析が行なわれた。健康増進を図る基盤となる地域コミュニティに関しては高野班員が分析を担当した。

井形班員によって健康科学センターの人事の固定性及び非流動的な側面が職員のモラルの形成に悪影響を及ぼしかねないことが指摘されるとともに、松本班員により、職員が日々抱えている業務上の問題点が明らかになり、こうした組織においては定期的な業務等に関する意見交換の場の確保が極めて重要であることが明らかとなった。

また、石川班員によりあいち健康プラザの業務全体の総括が行われ、他の施設との競合が生じる直接的なサービス提供が人材育成や技術移転的な

サービスより優って提供されている現状が明らかにされた。

大橋班員は、あいち健康プラザの利用者が、センターからの距離に反比例する形で減少し、競合的なサービスを提供しているプラザの問題点をさらに具体的に示した。

津下班員は、現在プラザで行っている糖尿病教室を例に過去のデータを分析し、その問題点を整理することで、糖尿病に関する健康指導についての新技術（手法）開発の可能性及び方向性を示した。これは、調査・研究機能と新技術の関係者への移転、さらに一般化という体系を明確にするものである。なお、こうしたことは民間企業が研究費を投資し、新技術を生み出し、その応用型を新商品として世に出し、さらに新たな研究投資を行っていくというサイクルとして定着しているが、公共セクターではこのサイクルが分断され形成されていない場合が多いのが実情である。

斉藤班員は、健康プラザを中心とした健康関連データの入出力について調べたが、流入データの数も種類も非常に乏しく、出力も住民の公衆衛生の向上や行政機関の政策策定や事業実施に資するものとは言い難い状況であり、戦略的なデータの入出力がなされていないことや地域健康関連データの積極的な入手などが行われていないことが明らかになった。

久我班員により住民の健康度が影響を及ぼす社会経済因子として医療費を想定し、現在その分析作業を継続しているところである。

大井田班員により、住民の健康関連因子として、「睡眠」、「栄養」及び「運動」についての分析が行われた。その結果、特に睡眠の質が適切な生活習慣の形成とかわかっていることが判明した。

高野班員は、多岐にわたる健康関連因子相互間の関連性分析を行い、健康増進が単に生活習慣の改善のみで図れるものではなく、錯綜しているコミュニティに起因するものや都市基盤に基づく諸要因を包括的に対策面で取り込んでいくことにより、初めて効果的な健康増進施策が展開できることを明らかにした。

このように、政策策定拠点として、あいち健康

プラザが機能変貌を遂げる上での問題点が種々あることが明確となったが、現在、久我、津下班員によりあいち健康プラザの業務改善が試行的に試みられている。

健康科学センターが果たすべき総論的な機能は、国によって平成7年に示されているものの、真にその機能を果たしている施設は、未だないと言えよう。

本研究によって、健康科学センターが有すべき機能と現実の事業展開との乖離が明らかになったが、本研究班のテーマのように、健康科学センターを政策策定拠点としての機能を充実するには、同センターの機能を本来あるべきものに回帰させる必要がある。それには、健康科学センターの運営に大きな影響を及ぼす自治体担当課の指導理念の方向性を明確にすべきである。

次年度は、14施設の協力を得て健康科学センターの「ベストプラクティス・モデル」を設定するとともに、それを基にした施策・事業体系を構築していくことにしている。

## **F. 研究発表**

1. 論文発表  
    予定している
2. 学会発表  
    予定している

## **G. 知的所有権の取得状況**

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

# 資料



# 調查票 A 集計結果

表 1 健康問題の種類

課題の種類	件数	割合 (%)
広義の生活習慣の改善に関するもの	23	37.7
生活習慣病に関するもの	21	34.4
法律で定められた施策	6	9.8
寿命に関するもの	5	8.2
老人介護予防に関するもの	4	6.6
その他	2	3.3
計	61	

図 1 健康問題の種類

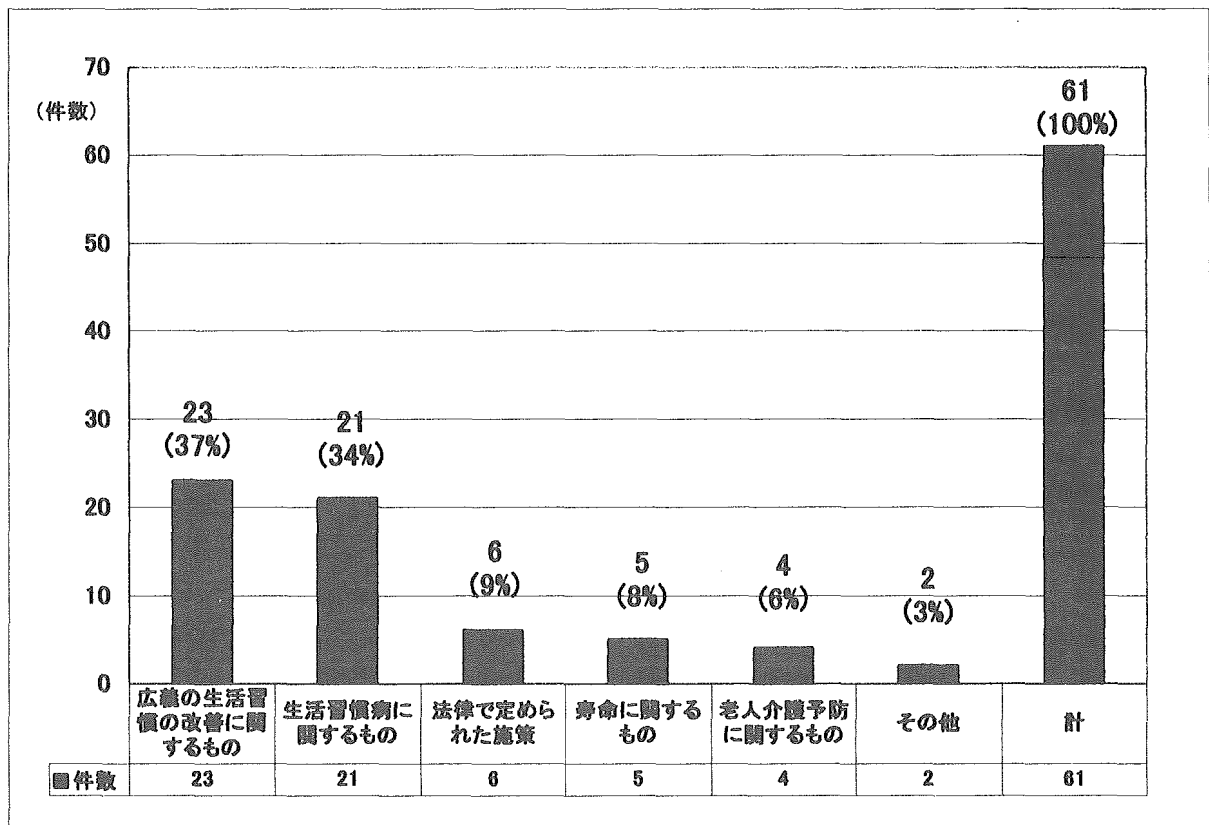


表 2 健康問題の把握の方法

統計資料	実数	11
	割合(%)	78.6
独自調査	実数	9
	割合(%)	64.3
国からの資料	実数	9
	割合(%)	64.3
市町村、保健センターの資料	実数	5
	割合(%)	35.7
県保健所の資料	実数	4
	割合(%)	28.6
健康科学センターの資料	実数	4
	割合(%)	28.6
医療計画等の行政計画の策定過程から	実数	4
	割合(%)	28.6
大学等の研究機関の資料	実数	3
	割合(%)	21.4
住民からの声	実数	3
	割合(%)	21.4
医療機関の資料	実数	2
	割合(%)	14.3
マスコミ等の報道	実数	2
	割合(%)	14.3
県衛生研究所の資料	実数	1
	割合(%)	7.1
企業、労働組合からの資料	実数	1
	割合(%)	7.1
政府管掌保険等の保険者の資料	実数	1
	割合(%)	7.1
その他	実数	1
	割合(%)	7.1

N=14

図2 健康問題の把握の方法

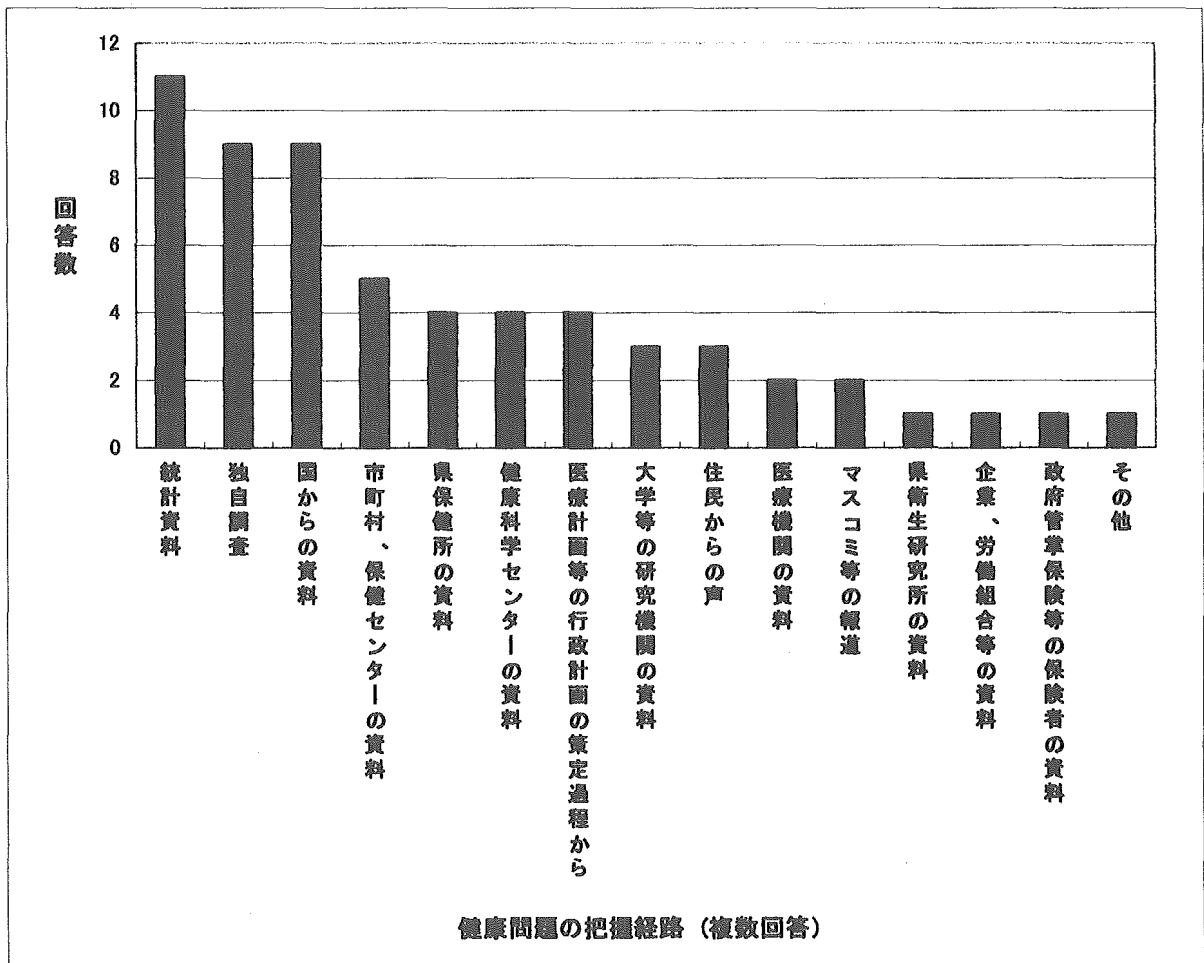


表 3 統計資料の内訳

人口動態統計	実数	9
	割合 (%)	64.3
国民栄養の現状	実数	8
	割合 (%)	57.1
老人保健事業報告	実数	8
	割合 (%)	57.1
国民生活基礎調査	実数	4
	割合 (%)	28.6
学校保健統計調査報告	実数	4
	割合 (%)	28.6
患者調査	実数	4
	割合 (%)	28.6
地域保健事務報告	実数	2
	割合 (%)	14.3
衛生行政業務報告	実数	2
	割合 (%)	14.3
都道府県統計資料	実数	2
	割合 (%)	14.3
日本人の栄養所要量	実数	1
	割合 (%)	7.1
保健福祉動向調査	実数	1
	割合 (%)	7.1
感染症統計	実数	1
	割合 (%)	7.1
結核の統計	実数	1
	割合 (%)	7.1
WISH、インターネット等	実数	1
	割合 (%)	7.1
その他	実数	1
	割合 (%)	7.1
家計調査年報	実数	0
	割合 (%)	0.0
母体保護統計報告	実数	0
	割合 (%)	0.0
伝染病統計	実数	0
	割合 (%)	0.0
食中毒統計	実数	0
	割合 (%)	0.0
医療施設調査・病院報告	実数	0
	割合 (%)	0.0
老人保健施設調査	実数	0
	割合 (%)	0.0

N=14

図3 統計資料の内訳

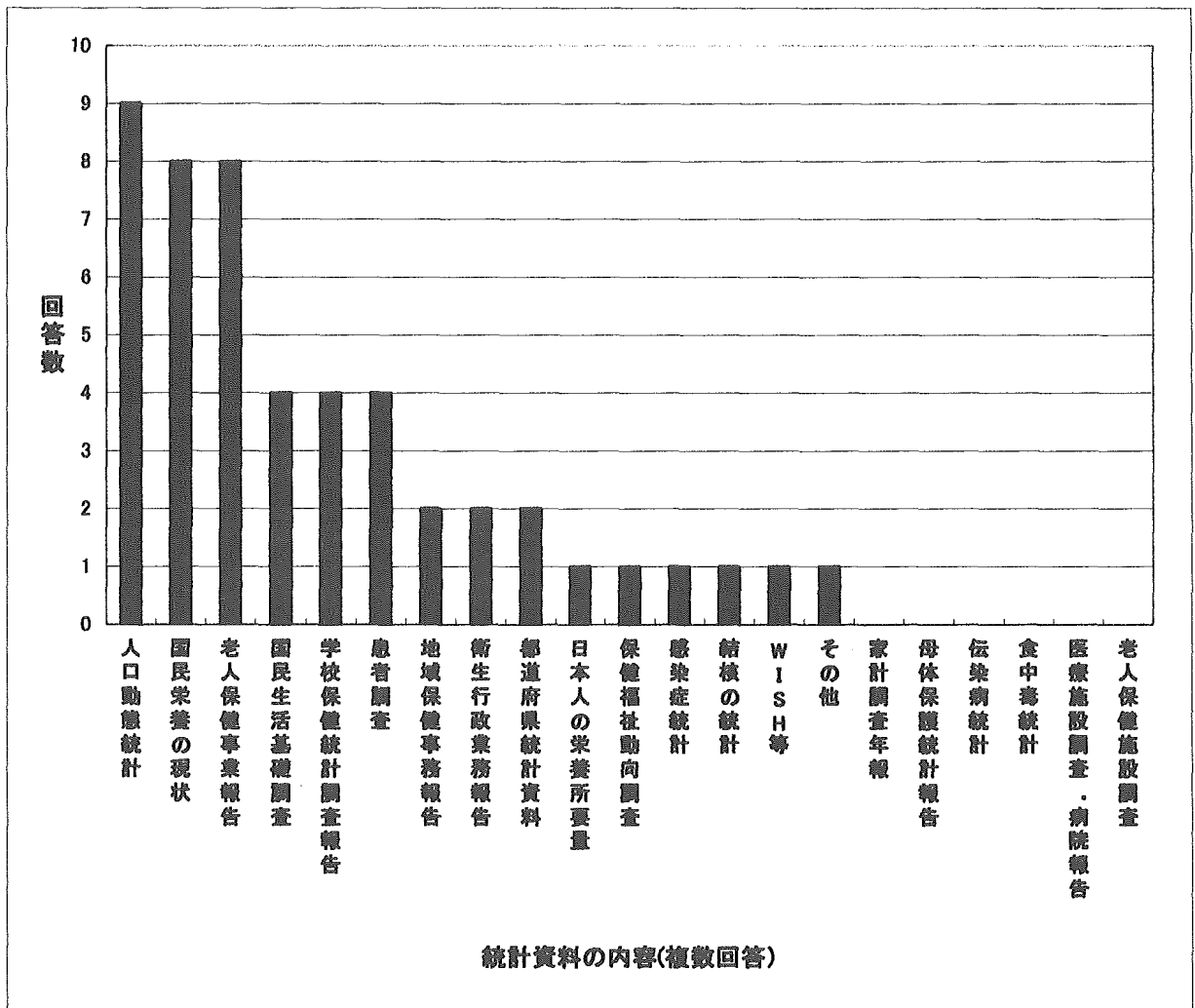


表 4 予算編成の際の事業評価方法

評価方法の項目	回答数	割合(%)
執行比重	5	35.7
均 等	4	28.6
執行評価	2	14.3
成果比重	2	14.3
成果評価	1	7.1

N = 14

図 4 予算編成の際の事業評価方法

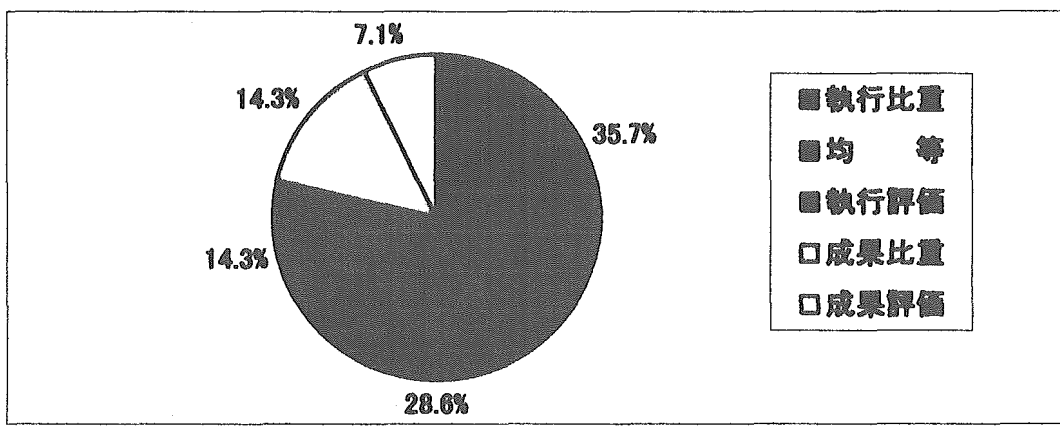


表 5 事業評価の主体について

評価主体	回答数	割合(%)
都道府県	13	92.9
第三者機関	1	7.1
市町村	1	7.1

N = 14

図 5 事業評価の主体について

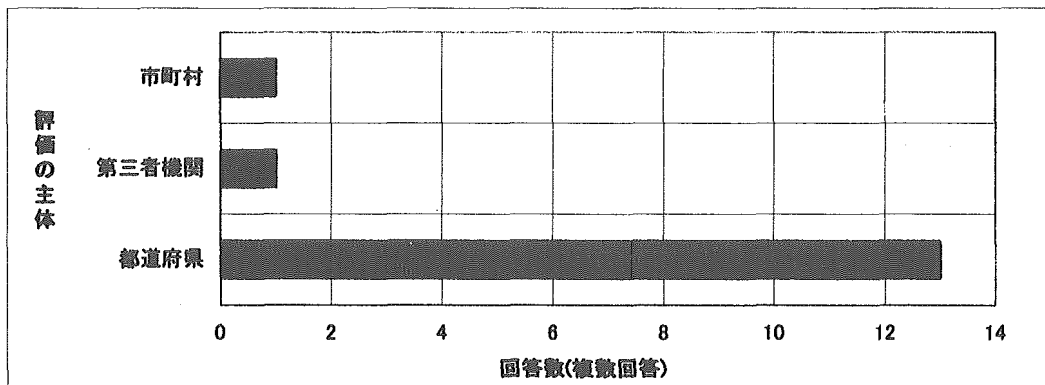


表 6-1 健康づくり事業の評価指標

問 7-1	医療費で評価する	問 7-5	労働生産性で評価する
平均値	6.07	平均値	3.65
中央値	7.00	中央値	3.00
標準偏差	2.60	標準偏差	1.90
最小値	2.00	最小値	0.00
最大値	10.00	最大値	7.00
問 7-2	健康寿命の延長で評価する	問 7-6	成果が出るまで時間がかかる
平均値	7.76	平均値	7.20
中央値	9.00	中央値	7.75
標準偏差	2.42	標準偏差	3.15
最小値	3.00	最小値	0.00
最大値	10.00	最大値	10.00
問 7-3	生活習慣の改善で評価する	問 7-7	事業ではなく教育的運動に近い
平均値	8.30	平均値	5.61
中央値	8.00	中央値	7.00
標準偏差	1.09	標準偏差	2.63
最小値	7.00	最小値	0.00
最大値	10.00	最大値	9.00
問 7-4	生活習慣病の罹患率等で評価する	問 7-8	住民組織の自主活動で評価できる
平均値	6.78	平均値	7.33
中央値	7.25	中央値	7.25
標準偏差	2.53	標準偏差	2.31
最小値	1.00	最小値	2.50
最大値	10.00	最大値	10.00



図6 健康づくり事業の評価指標

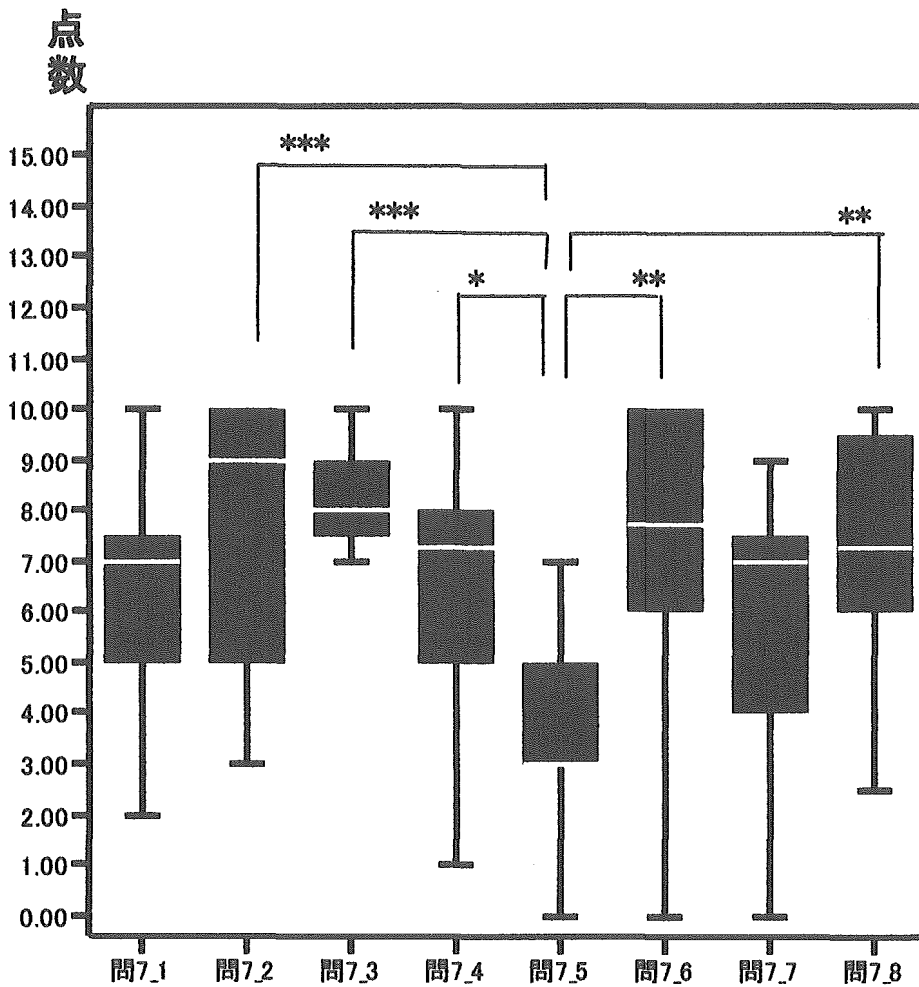


表6-2 健康づくりの評価指標

	項目内容	平均値	標準偏差
問7_1	医療費で評価する	6.07	2.6
問7_2	健康寿命の延長で評価する	7.76	2.42
問7_3	生活習慣の改善で評価する	8.3	1.09
問7_4	生活習慣病の罹患率及び死亡率で評価する	6.78	2.53
問7_5	労働生産性で評価する	3.65	1.9
問7_6	成果が出るまで時間がかかる	7.20	3.15
問7_7	事業ではなく教育的運動に近い	5.61	2.63
問7_8	住民組織の自主活動で評価できる	7.33	2.31

(注) \*  $p < 0.05$   
 \*\*  $p < 0.01$   
 \*\*\*  $p < 0.001$

表7 センター運営費の対健康づくり及び健康対策関連予算比 (%)

	割合 (%)	平成 13 年度 運営費(億円)	健康づくり及び健康対策関連予算(直近)
大阪	21.7	7.6	35 億(所管の健康栄養グループ担当費用)
静岡	41.6	2.5	6 億(健康増進室における健康づくり費用)
神戸	59.4	2.2	3.7 億(健康づくり施策費)
埼玉	5.4	1.8	33 億(所管課全体)
山口	4.1	2.2	52.5 億(公衆衛生及び母子保健関係費)
鹿児島	90.9	2.0	2.2 億(平成 14 年度の健康づくり関連予算)
富山	92.4	6.1	6.6 億(健康推進関連事業費)
岡山	5.2	3.0	57 億(所管課全体)
愛知	98.2	16.7	17 億(健康づくり関係費)
栃木	35.0	3.5	10 億(健康づくり担当部門費用)
北九州	60.0	0.5	0.9 億(健康推進課関連費用)
東京	37.9	11.0	29 億(健康づくり及び成人保健等関係費)
福岡	20.0	3.8	19 億(健康増進対策費)
茨城	1.1	2.0	176.9 億(県全体の健康関連費用)

表 8 関連施設の充実の度合い(健康科学センター)

健康科学センターに対して	回答数	割合(%)
充分機能している	1	7.1
ある程度機能している	8	57.1
普通	4	28.6
余り機能していない	1	7.1
機能していない	0	0.0

N=14

図 7 健康づくり事業の評価指標(健康科学センター)

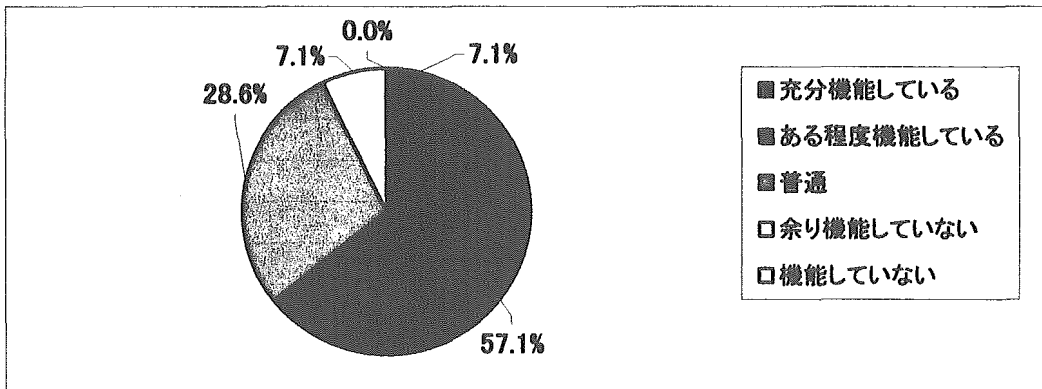


表 9 関連施設の充実の度合い(保健所)

保健所に対して	回答数	割合(%)
充分機能している	1	7.1
ある程度機能している	9	64.3
普通	3	21.4
余り機能していない	0	0.0
機能していない	0	0.0
空白	1	7.1

N=14

図 8 健康づくり事業の評価指標(保健所)

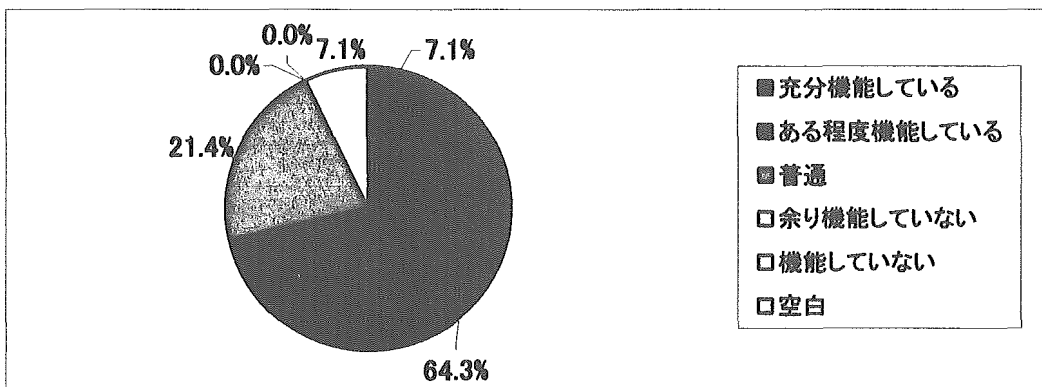


表 10 関連施設の充実の度合い(衛生研究所)

衛生研究所に対して	回答数	割合(%)
充分機能している	1	7.1
ある程度機能している	5	35.7
普通	3	21.4
余り機能していない	2	14.3
機能していない	0	0.0
空白	3	21.4

N=14

図 9 健康づくり事業の評価指標(衛生研究所)

