

平成 13 年度厚生科学研究費国庫補助金
健康科学総合研究事業研究報告書

市町村の指標化された中長期保健サービス
政策立案に関する研究

平成 14 年 3 月

主任研究者	工藤 啓	(宮城大学看護学部)
共同研究者	加藤 清司	(福島医科大学看護学部)
	安齋由貴子	(宮城大学看護学部)

目 次

はじめに	2
研究組織	3
I. 総括研究報告 市町村の指標化された 中長期保健サービス政策立案に関する研究	4
(主任研究者 工藤 啓)	
II. 分担研究報告	7
1. 指標化された政策立案手法の研究	8
(主任研究者 工藤 啓)	
2. 市町村の保健計画策定に対する 保健所の支援のあり方に関する研究	76
(共同研究者 加藤清司)	
3. 住民参加および住民自主グループを 推進する政策立案手法の研究	104
(共同研究者 安齋由貴子)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	155
IV. 研究成果の刊行物・別刷	156
V. 研究成果の発表	170

(はじめに)

本研究報告書は平成13年度厚生科学研究費補助金による健康科学総合研究事業「市町村の指標化された中長期保健サービス政策立案に関する研究（公募課題番号13170101）」の研究成果をまとめたものである。本年度は3年研究の1年目にあたり、「指標化された中長期保健サービス政策」とは、具体的な例としては健康日本21計画であり、本年度は市町村における健康日本21地方計画の策定立案方法についての研究を中心としている。主任研究者工藤は、市町村における計画策定立案方法論の確立を研究し、また保健所における市町村に対する策定立案支援策としての可能性を分析した。共同研究者加藤は市町村への保健所の計画策定支援のあり方について研究を行ない、共同研究者安斎は、いわゆる住民参加をどのように計画策定立案に活用するかについて基礎調査を行なった。我々の研究成果は健康日本21市町村地方計画に限らずあらゆる市町村計画策定立案に活用できるものであり、これからの市町村における中長期保健サービス政策立案に資することを期待する。

市町村の指標化された

中長期保健サービス政策立案に関する研究

研 究 組 織

主任研究者 工藤 啓 (宮城大学看護学部)

分担研究者 加藤清司 (福島県立医科大学看護学部)

安齋由貴子 (宮城大学看護学部)

総括研究報告

市町村の指標化された中長期保健サービス政策立案に関する研究

主任研究者 工藤 啓 (宮城大学看護学部教授)

(研究要旨)

健康日本21を初めとする事業の評価指標をもった中長期保健サービス政策(計画)立案方法について研究を行った。汎用性のある政策立案手法には、新たな事前調査や分析を前提としない既存事業の再編成を基本とし、評価指標についてはアウトカム(成果)指標のみならず、アウトプット(サービス投入量)も柔軟に活用する策定立案方法を開発した。また、住民参加については立案段階に拘らずに、立案後の住民周知を重視する方策をとり、市町村にとってより柔軟な立案方法になることを配慮した。その結果、介入研究を行った宮城県6町村のうち5町村で健康日本21地方計画の立案が終了し、人口規模の大きな1町が策定立案中である。さらに保健所が市町村支援を行なう場合に必要とされる要素について分析し、保健所からの市町村の政策立案能力向上支援方法論を確立する基礎調査を行なった。その結果、保健所は規模の小さい町村の健康政策策定を優先的に支援すべきであり、保健所は全体を把握した上で効率的な支援を行なうために、所内、特に業務担当と地域担当の連携のあり方を検討するとともに、支援を受ける町村側の視点に基づく支援を行う必要があることが示唆された。また、市町村において重要となる住民参加および住民自主グループを育成プロセスについて、政策立案手法への応用展開の基礎調査を行なった。その結果、これらのプロセスには3つの段階が見いだされ、各時期の政策手法が明らかとなった。

(はじめに)

市町村における健康日本21を初めとする事業の評価指標をもった中長期保健サービス政策(計画)立案方法について多角的な研究は少なく、本研究は具体的な策定立案方法論の確立を目的とするものである。また策定立案方法論は保健所の市町村への策定立案支援策としての活用も望まれる。そこで、本研究では保健所における市町村支援策としての実用性と有効性についても検討を行なった。さらに、あらゆる保健活動には住民参加および住民自主グループの育成が重要であり、とくにこれらの政策立案手法への応用展開についても本研究で分析した。

(方法) 策定立案方法論の確立については、宮城県内の6町村へ実際に大学側で策定支

援の形で介入研究を行なった。保健所における市町村支援策としての実用性と有効性については、福島県の市町村と保健所に対して質問紙調査、聞き取り調査、実体調査を行なった。住民参加および住民自主グループ育成については、宮城県T町のこれらに関連する二つの事業の分析を通して行なった。

(結果と考察)

結果および考察については主任および分担研究者の分担報告も参考にされたい。

策定立案方法論について

宮城県内6町村の介入研究から以下のことが明らかとなった。すなわち、策定立案の事前調査を前提とせず、管内保健所のデータも含む既存のデータによる現行保健事業の再編成を基本とし(体系化)、5、10年後の方向付けを行ない(事業の優先順位決定)、アウトカム指標だけでなくアウトプット指標も柔軟に応用し(評価指標の設定)、策定立案後の住民周知を重視する(住民周知)、という一連の策定立案方法論は、汎用性が高く、どのような市町村でもあるいは保健所による市町村策定支援策としても応用が可能であった。

保健所が市町村支援を行う場合に必要とされる要素について

市町村からは策定立案については、評価指標をもち実行性のある計画を、すでに策定している様々な計画との整合性を持った形で行なう要望があり、そのために保健所からのアドバイザーを含めた支援を求めている。一方、保健所が市町村支援する場合の保健所の問題点として、保健所内の組織のあり方が特に課題であると保健所保健婦は認識していた。保健所の支援対象としては規模の小さい町村の健康政策策定を優先的に支援すべきである。

政策立案手技としての住民参加および住民自主グループ育成について

住民参加および自主グループ育成のプロセスには、『地域住民の実態を把握して、対策の必要性を感じ、対策を思案する時期』、『対策案を実施して、事業が定着する時期』、『事業が発展、拡大する時期』の3つの時期が見いだされ、各時期については時期固有の政策手法が明らかとなった。

(結語)

- 1) 市町村における策定立案方法論を確立した。
- 2) 市町村への策定立案支援内容および対応する保健所組織の有り方を明らかにした。
- 3) 住民参加および自主グループ育成の基礎的な分析が終了した。
- 4) 次年度からは以上について市町村および保健所での実証研究が必要である。

小 目 次

市町村の指標化された中長期保健サービス政策立案に関する研究	8
資料1 宮城大学と共催で行なわれた 宮城県栗原保健所管内研修会について	21
アンケート調査用紙	49
「健康日本21」と地方計画の考え方 －特に市町村での対応について－	52
計画策定に際しての問題点	60
資料2 宮城県宮崎町「健康みやざき21」	69

上記関連資料についてはホームページにも掲載を行なっている

URL <http://www.myu.ac.jp/~kkudo/html/Work/pubcenter.html>

本研究全般に関して、宮城県栗原保健所 菅沼 靖所長、佐々木節子技術主幹、登米保健所 大久田和弘所長 大場ゆかり技術主査、松本紀子技術主査、大崎保健所 町田淳所長、宮城県保健福祉部健康対策課 庄司 剛課長、同 今宮新一課長補佐（班長）、ならびに宮崎町、金成町、花山村、鶯沢町、若柳町、高清水町役場職員から多大なる支援をいただいたことに感謝致します。

指標化された政策立案手法の研究

主任研究者 工藤 啓 宮城大学大学院看護学研究科健康政策学

研究協力者 佐々木裕子 仙台大学大学院健康スポーツ科学大学院生

(研究概要)

健康日本21を初めとする事業の評価指標をもった中長期保健サービス政策(計画)立案方法について研究を行った。特に市町村レベルの実情にあった実効性ある計画の立案方法論の確立を目指した。平成13年3月での宮城県内70市町村(政令指定都市である仙台市を除く全市町村)での健康日本21地方計画策定状況と策定上の難しさに関するアンケート調査の分析を行なうと、過半数の市町村が策定予定(48市町村)であったが、難しさでは「策定の事前調査、分析等」、「評価指標の設定」、「住民参加手法の活用」があがった。そこで、汎用性のある政策立案手法には、新たな事前調査や分析を前提としない既存事業の再編成を基本とし、評価指標についてはアウトカム(成果)指標のみならず、アウトプット(サービス投入量)も柔軟に活用する立案方法を開発した。また、住民参加については立案段階に拘らずに、立案後の住民周知を重視する方策をとり、市町村にとってより柔軟な立案方法になることを配慮した。その結果、介入研究を行った宮城県6町村のうち5町村で健康日本21地方計画の立案が終了し、人口規模の大きな1町が立案中である。これら6町村は人口規模、高齢化率、周辺環境が異なるが、上記の方法論での立案が可能であり、立案方法論の有効性と汎用性を示すと考えられる。また、これらは大学と県型保健所との共同支援作業を基本としており、保健所の市町村支援策としての有効性も示すと考えられる。

(はじめに)

健康日本21がスタートして既に2年あまりがたつが、市町村レベルの健康日本21地方計画立案はそれほど進んでいる状態ではない。この理由は健康日本21地方計画の立案そのものの意義が理解されないことと、意義は理解できても実際に立案する方法論が確立されていないということから生じている。我々はこのような状況を考慮して、汎用性のある事業の評価指標をもった中長期保健サービス政策(計画)立案方法を開発し、実際に市町村レベルで健康日本21地方計画立案に応用を行った。市町村は行財政能力に限りがあり、また、実際の保健サービスを実施しながらの立案であることから現行の保健事業の再編成を中心とした立案方法であるが、介入研究ではどの市町村でも活用可能であることが実証できた。また、県

型保健所の市町村への健康日本21地方計画立案支援方法としても有効であることが明らかとなった。

(対象および方法)

研究方法は健康日本21市町村地方計画立案支援を行なう介入研究とした。対象は宮城県内の宮崎町(大崎保健所管内)、金成町、花山村、鶯沢町、若柳町、高清水町(以上栗原保健所管内)5町1村であり、保健所単位では栗原保健所、登米保健所を対象とした。栗原保健所管内の5町1村については、直接市町村への介入支援を行なって、立案方法論の妥当性を検証した。登米保健所管内では町村への直接介入はせずに町村の自主的な立案策定を保健所とともに支援した。これに先立ち政令指定都市の仙台市を除く全宮城県市町村に対してアンケートを行ない、市町村の保健スタッフにのインタビュー結果を合わせて策定状況と策定困難状況を分析した。

保健所単位への介入研究は、保健所と市町村立案支援共催事業を行なって、保健所の支援体制についてパイロットスタディを行なった。市町村の保健計画策定に対する保健所の支援のあり方については分担研究者の加藤らが研究を担当しているため、パイロットスタディでは支援方法として立案手法が有用かどうかの分析を中心に行なった。保健所との共催立案支援事業では研修会形式をとり、研修会の終了時にアンケート調査を行ない、本研究の立案方法論について分析を行った。

(結果と考察)

1)策定状況および策定困難点について

平成13年度4月の時点で、宮城県71市町村で健康日本21地方計画策定済みは、宮崎町1町でありこれは我々がパイロットスタディとして前年度より介入支援研究した町である。残りの70市町村のうち策定中が49市町村、策定に未着手は21市町村であった。策定中の49のうち25市町村は完成時期が不明であった。未着手の市町村が困難としている事項は、「市町村では策定立案に先立つ基礎調査や分析が負担である」、「住民参加による策定立案方法が困難である」などがあつた。政令指定都市である仙台市を除く、全市町村を対象に策定立案で難しいと判断する項目は、「評価指標(数値目標)の設定難しい」が全体の38.1%、「既存データの活用」が25.4%、「基礎調査」が11.2%、そして「策定立案方法そのものを困難」とするのは24.6%であった(重複回答)。

以上の事前調査から、市町村における健康日本21等中長期の評価指標をもった保健サービス政策(計画)立案策定において困難となるのは、1)立案に先立つ事前調査、2)住民参加型の策定方法、3)評価指標設定の三つであると結論づけた。前年度の宮崎町における策定立案パイロット介入研究では、1)の立案に先立つ事前調査については既存調査資料と管内

保健所の衛生統計の活用、2)の住民参加型策定に対しては策定後の住民周知の徹底、3)の評価指標設定ではアウトカム(成果)指標に限らずアウトプット(サービス投入量)指標の活用を、それぞれ対応策として取り入れて、宮城県内でいち早く市町村版健康日本21計画の策定立案に成功した。そこで本年度ではこのパイロットスタディの宮崎町で用いた方法論を応用展開することにした。

2)立案方法論について

事前調査および、宮崎町でのパイロットスタディを踏まえて、策定立案の事前調査を前提としない、既存の保健事業の再編成を基本とし(体系化)、5、10年後の方向付け(優先順位決定)、アウトカム指標だけでなくアウトプット指標も柔軟に応用した評価指標の設定、策定立案後の住民周知を重視した方法論とした。かつ、策定立案された政策(計画)は住民に公表することを基本的な方針(情報公開、説明責任)とするものである。すなわち、どんな市町村でもあるいは保健所による市町村支援でも応用可能なように、汎用性のある中長期保健サービス政策(計画)立案方法として体系化⇒優先順位の決定⇒評価指標の選択⇒住民周知の手法(手順)をとった。立案は全保健スタッフが集まり会議形式で行った。策定立案会議構成員は最小の単位で全保健スタッフであり、随時、他の事務系職員、社会福祉協議会職員あるいは住民代表を入れても可能である。

体系化

既存の保健衛生統計を用いて、既存の保健事業サービスの再編成を基本とするものである。これを「体系化」と称しているが、事業(小目標)⇒中目標⇒大目標⇒理念へ編成し、各事業がどのように理念へと結びつくかを確認する作業である。これは国の健康日本21計画でもとられたプロセスであり、特殊な理論や技術は不要である。理念については、自治体の最上位計画である総合計画の理念等を参考に決定している。総合計画から理念や課題を流用する方法は、自治体の他の計画との整合性が確保されるため、計画が立案されてからの他の計画と調整する作業が円滑に行われる利点がある。欠点としては、必ずしも総合計画の内容は最新の健康課題を反映するものではないため、現状の課題や問題と乖離する場合があることである。体系化は既存事業を再編成することから特殊な技術や理論を用いずに可能である。個々の事業を全体の保健行政サービスでどう位置付けるかを決定するものである。よって容易な方法であるが、全保健事業サービスの再編成のために時間がかかることが多い。また、基本となる方針が既存事業の再編成であるため、現状肯定型の計画立案になりやすい傾向が欠点としてある。

優先順位付け

優先順位付けは、中目標あるいは大目標に付けるを原則的な方法とした。具体的な事業に優先順位付けはしない。優先順位についてはその自治体で得意な事業(例えば他の自治体

にとってモデルとなるような事業)を優先順位の上位にし、また、本来必要だが不十分な事業等も上位につけるのが原則である。よって、自治体の保健事業全体に脆弱な部分が生じないような優先順位付けとなる。優先順位付けは5年後、10年後の将来を考えながらの設定とすることから、この優先順位によってその自治体の中長期における保健事業の方向性が決定されることになる。人口規模の小さい自治体では優先順位付けをわざわざする必要がないこともあるが、優先順位付けによって予算や人員の強弱をつけることによって中長期に目指す保健事業目標を達成しやすくなることから、重要な立案プロセスと考えられる。優先順位については立案会議で決定するが、他の行政部門や住民の代表に決定プロセスに参加してもらうことによっていわゆる住民参加型の形態も取れる。この段階では指標化は一切考えずに優先順位を決定する。指標化を考慮すると指標化しやすい事業が優先されて実際の自治体の課題や方向性とは異なる問題が生じやすい。

評価指標の選択

評価指標の設定は、中目標を代表する個別の事業を2～3個選び出し、この2～3の事業をもって中目標全体の進捗度を測るという意味がある。指標は国や県の健康日本21計画で多く用いられるアウトカム指標に限らず、行政のサービス投入量を示すアウトプット指標も使って住民から理解されやすいものを設定することが望ましい。指標は事業の進捗度、達成度を測るというモノサシであるが、同時に住民にわかりやすい指標という性格も健康日本21計画では求められている。この指標によって行政は何を住民にサービスするかを明示する意味がある。また指標化については、アウトカム、アウトプットにかぎらず、ストラクチャー、プロセス指標も柔軟に駆使して理解しやすいものにする。ストラクチャーの例としては行政の機構改革などがあり、高齢者総合相談窓口機能では高齢者に対しての福祉と保健サービスの一元化を図ったがこれはストラクチャー指標となる。プロセスとしては、例えば3ヵ年間で幼児虐待の実態調査と分析を行ない、4年目から2年間で対応サービスを設置し、6年目から本格的な稼働とするような指標でも良い。

住民周知

住民周知は、立案された計画を広く公表するものである。健康日本21等の保健計画には最終的には主体的な住民の参画が不可欠であるが、そのためにはプランを十分に住民周知することが必要である。いわゆる「住民参加」についても、まず住民が自治体の健康課題の理解と自治体の保健制度や仕組みの理解学習が前提としてなければ、効率的な展開は困難である。よって「住民参加」の前に住民周知を徹底することがポイントとなる。この住民周知において、体系化、優先順位、評価指標について住民の意見を吸い上げながら立案プランに修正をかける方法もある(介入した宮崎町等では、試行期間を設定しその期間にプランの住民周知を行ない住民の意見の吸い上げを行ない、最終的にプランの公開シンポジウムを行なった上で最終修正をかけて本格施行としている)。我々の立案方法では、どの段階でも住民参加

が可能である。体系化⇒優先順位の決定⇒評価指標の選択⇒住民周知のどこでもいわゆる住民参加型が可能だが、介入研究した多くの市町村では体系化⇒優先順位の決定⇒評価指標の選択までは自治体職員(保健スタッフを中心とする)で行ない、住民周知の段階で住民からの意見の吸い上げを行なうことを基本としている。これによって効率的に実行性のある立案が可能である。

策定立案方法論全体について

この方法論は立案に先立つ事前調査を前提としない、既存保健事業の再編成というものである。このため、最大の欠陥は既存事業の現状肯定に陥りやすいというものである。特に、新規の健康課題については欠落した結果となる危険性があり、保健所等の第三者の助言機能が必要と思われる。また、都道府県の地方計画や国の健康日本21と最終的に整合性を合わせる手順を設ければ、これらの欠点を最小限にすることができると思われる。

評価指標については、事業の進捗度を測るモノサシという意味合いであるが、いわゆる狭義の「数値目標」と誤解されやすい。実際に我々が介入研究した町村でも指標を実現すべき数値目標と単純に誤解することや、数値をもって保健事業を評価できないと拒絶反応が生じることがある。これらの誤解や拒絶反応は、評価指標はあくまでも事業の進捗度や達成度を測るモノサシであり、いわゆる plan do see サイクルを実行するための see の部分であり、評価指標自体が目標化するわけではないが、混乱や拒否については評価指標への理解が不足するために生じる。よって、策定立案にかかる前に十分に方法論の理解とスタッフ間のコンセンサスが必要である。

指標については、アウトカムだけでなく、アウトプット、ストラクチャー、プロセスなどの指標を柔軟に使えば指標化できない事業はないのだが、成果指標であるアウトカム指標という固定観念が強く、これらについても事前の理解が必要と思われる。また、手順として優先順位は指標化の前に行なうことが前提である。指標化を意識した優先順位を行なうと、指標化しやすい事業や項目が優先順位の上位を占めることになり、本来の自治体の健康課題への順位とは異なる可能性が高くなる。

3)保健所との市町村立案支援共催事業について

宮城県栗原保健所および登米保健所で上記方法論の研修会を保健所と共催の形で行った(資料1)。この共催事業研修会終了時に市町村および保健所の参加職員に対して、策定立案についてのアンケートを行ったので、以下に結果を示す。

対象者のプロフィール

回収数46名(市町村職員38人 83%、保健所職員8人 17%)であった。調査項目は表1のごとくである。勤務年数はほぼ半数が10年未満であり、管理職業務でないものが78%であった(図1)。よって地方計画策定立案に関しては、大多数が管理的業務未経験であ

り勤務年数がそれほど長くない保健スタッフがかかわることが考えられる。これらの研修会参加者は市町村でこれから地方計画を策定立案する要員であることからすれば、市町村レベルでの策定立案作業の実施担当者は、管理職業務経験者は少なく、キャリアも長くない、いわば策定立案作業の初心者といえる。よって方法論は特殊な理論やカリスマ的な人材を前提としないものが実用的であることが示唆される。このため、高度な策定立案理論の学習や研修修得を期待することは非現実的である。今後、健康増進法等で健康日本21地方計画が市町村レベルで普及するであろうが、その場合にはいわゆるコンサルタント民間業者や民間シンクタンク等に計画の策定立案を依頼すること増加する可能性がある。その背景には市町村レベルにおいては策定立案要員の錬度の低さがある。民間業者等の利用を一概に否定することは出来ないが、本来、地域特性にあった地方計画を目指すならば自治体の保健スタッフ自らの立案策定が望ましく、これからの策定立案方法論は難解さを避け、かつ簡潔なものが期待される。

策定立案方法の汎用性について

我々の提案した、体系化⇒優先順位⇒指標化⇒住民周知という策定立案方法は、総論的な全体の理解度は非常に高いことが、図2上段の「理解できた」「一応わかった」で82%であることから推察される。また具体的な策定方法も図2下段の「わかりやすい」「どちらかと言えばわかりやす」で93%であることから取り組みやすいことがわかる。研修会をした上でという条件がつくが、策定立案方法についてはわかり易く汎用性が高いと思われる。市町村の担当者の回答のみならず、保健所のスタッフからも理解しやすいとされており、今後の市町村への策定立案方法としての活用も期待される結果であった。提案した方法論では、策定立案に先立つ事前調査を前提としてない既存事業の再編成(体系化)という要因が、おそらく理解や取り組みのしやすさに繋がったと思われる。さらに、策定作業における住民参加も前提条件せずに、むしろ策定立案後の住民周知を徹底することも汎用性を高める要因になると思われる。

策定手順について

手順で難しいのは、市町村と保健所で分かれた結果であった(図3上段)。市町村側では体系化が難しく、保健所側では指標化が難しいという結果であった。おそらく、市町村側では保健事業計画の多くが単年度の執行計画が多く、整理されてないために体系化が難しいとしたことが予想され、一方、保健所ではいわゆる従来のアウトカム指標の固定観念が強力なために、アウトプットという概念に理解が及ばなかったことが推測された。体系化についてはパイロットスタディの宮崎町では既に町独自で行っており、それほど難しさを感じなかった部分であるが、実際に介入研究した他の町村では思った以上に時間がかかった部分である。特に、単年度の執行計画から中長期の保健事業計画への体系化作業は時間がかかると思われるが、既存事業の再編成であるため内部のコンセンサスのとり方という問題であり、方法論に

おける難解さとは別である。また、保健所側では指標化とはアウトカムという前提があり、実際に保健所では二次医療圏ごとの広域的な管轄エリアからすれば従来通りアウトカム評価を主流と思われる。一方、市町村への策定立案支援では指標についてはアウトプット指標など柔軟に取り入れる必要があるだろう。体系化⇒優先順位⇒指標化⇒住民周知のどの部分で支援が必要かでは、指標化が52%と圧倒的であった(図3 下段)ことからすると、指標化および体系化にはなんらかの支援、あるいはマニュアル(ガイドライン)のような対応が必要と思われた。今後はこのような技術的な支援策、支援マニュアル等の開発の必要性が示唆された。

策定立案の障害となる環境について

市町村において策定立案において現実的に最も困難な環境は、予算化が一般的であるが今回の策定立案方法は0%と皆無であった。これは事前調査を前提としない既存事業再編成という方法論コンセプトから当然のことであるが、注目すべき点と思われる。高度な理論は専門研修あるいは専門的指導者を招聘する形をとる事が普通であるが、我々の提案した方法論では一切そのような必要がなく、予算化の問題も一切生じていないことが明らかである。一方で役所内での策定コンセンサスを得ることは困難として最も多く39%であった(図4 上段)。健康日本21地方計画には根拠法がなく、自治体で策定に向けてコンセンサスをとる事が難しいことが理解されるが、今後の健康増進法の制定などがこれらの状況を改善するものと思われる。他の困難なものは、保健スタッフが全員集まること(34%)、会議が半日かかること(13%)であるが、これはもともと実務業務が多い専門職保健スタッフにとっては当然のことであり、策定立案においては当然工夫せざるを得ないことと思われる。実際上役所内での健康日本21策定立案のコンセンサスがとる事ができれば、保健スタッフが全員集まり、半日策定立案会議を持つことも、それほど難しいことではなくなるとと思われる。

支援先等について

支援先は、保健所が最も高く保健所の積極的な支援が望まれる結果であった(図4 下段)。今回のアンケートでは大学側へ支援を求めることも多いが、これは現在本学で介入研究を行っているという経緯があるからであり、実際上は保健所への支援希望が多いと思われる。もともと提案した 体系化⇒優先順位⇒指標化⇒住民周知という方法論は、汎用性を意識したものであるが、市町村からの支援期待が多いということは、この方法論が保健所においての市町村策定立案支援方法としての実用性を裏付けるものである。今後、このような方法論による保健所単独の市町村健康日本21策定立案支援が行われるように期待したい。また、業者に対しての支援希望もきわめて少ないことがわかる。すなわち、この体系化⇒優先順位⇒指標化⇒住民周知 方法論は民間コンサルタント業者等に頼らずとも利用できるということの裏付けでもある。支援先からわかることは、保健所への期待が大きく、民間コンサルタント業者を当てにしくとも策定立案可能であることを示唆している。

具体的な策定手順で難しい部分

具体的な策定立案作業の 体系化⇒優先順位⇒指標化⇒住民周知 の各段階および、いわゆる「住民参加」手法の難易度について、「難しい」、「やや難しい」、「どちらでもない」、「それほど難しくない」、「易しい」の5段階で聞き、「難しい」の比率を比較したのが図5上段であるが、最も難しい部分は 指標化で41.3%、次に 体系化で 37.0%、その次にいわゆる「住民参加」で28.3%であった。今後の策定立案方法の改善においては、指標化と体系化がスムーズに進むような工夫が必要なが示唆された。我々の方法論では、「住民参加」については住民周知の徹底で替えているが、住民周知は15.2%が難しいとするだけで、市町村では負担の軽いものである。

健康日本21市町村計画の必要性について

図5下段は地方計画の必要性であるが、保健所は「是非必要」「必要」で100%であったが、市町村は同76.4%であった。保健所側は、市町村計画は必要で100%であるが、一方で市町村側は7割強という結果であった。今後の健康増進法においても都道府県地方計画は義務とされ市町村計画は努力義務と規定されるが、より一層市町村の自発的な計画策定立案を促す必要があると思われる。

栗原保健所と登米保健所との立案支援共催事業につて

栗原保健所では研修会とともに大学側で希望する町村に直接介入を行なった。一方、登米保健所では大学側は研修会のみとして、策定立案については町村と保健所側に任せた形となっている。栗原保健所管内では結果的に直接介入した町村のみが策定あるいは策定中である。登米保健所管内の町村ではほとんどすべての町村が策定を試みている。その一方で登米保健所管内の町村では、必ずしも研修会で提示した方法論をそのまま活用するというよりも、部分的な活用などが行なわれている。

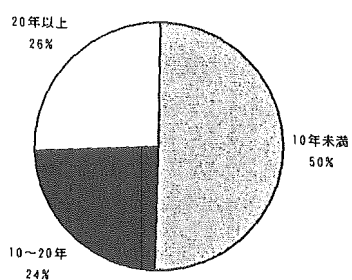
(結語)

- 1) 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知という策定立案方法を開発した。
- 2) 上記方法を宮城県内の数町村で試み、有効性と実用性を確認した。
- 3) また保健所での市町村計画策定立案支援策としての有効性も確認した。
- 4) 今後さらに方法論としての完成度を高めることにより汎用性が増すと思われる。

図 1

■勤務年数

実務経験は何年ですか？



■管理職業務

管理職業務ですか？

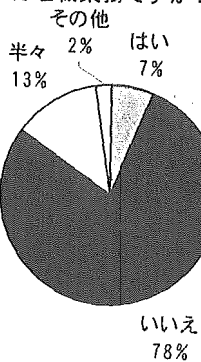


図 2

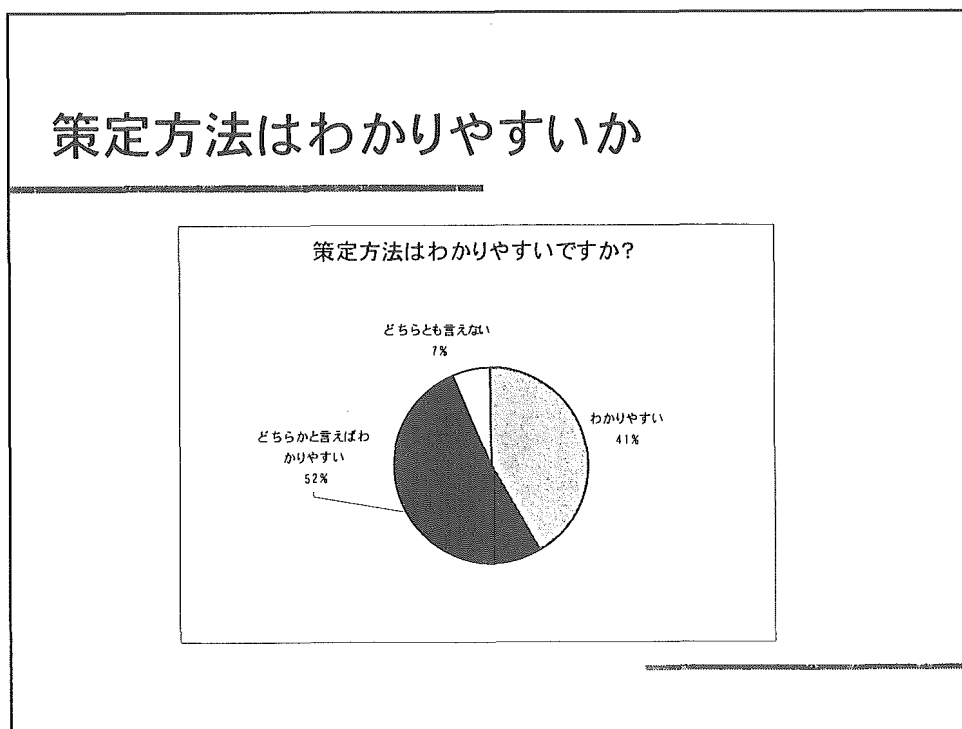
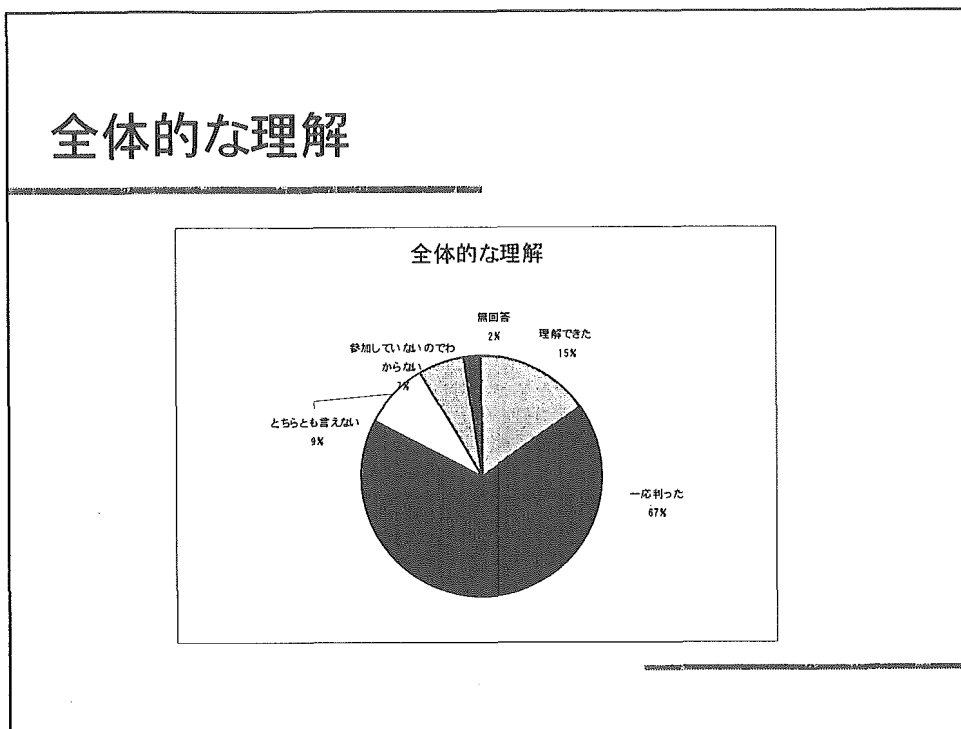
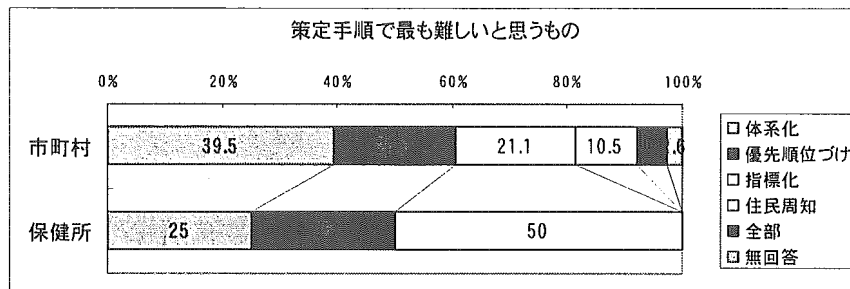


図 3

策定手順で最も難しいもの



策定手順で最も支援が必要なもの

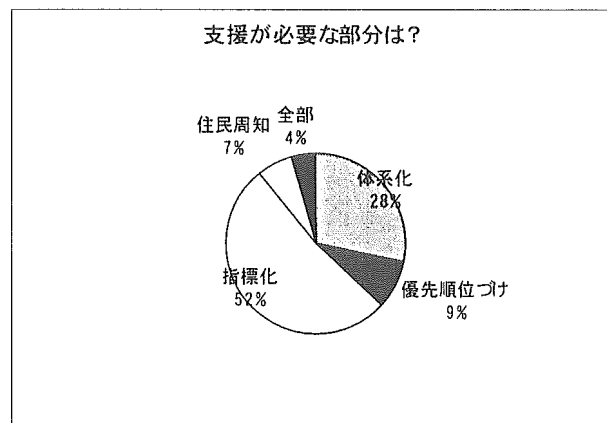
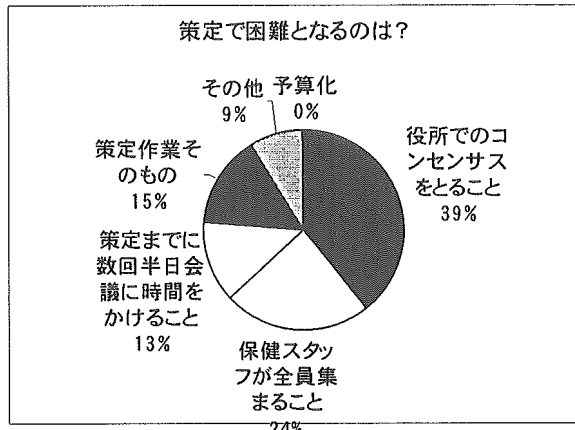


図 4

策定が困難な環境とは



求める支援先

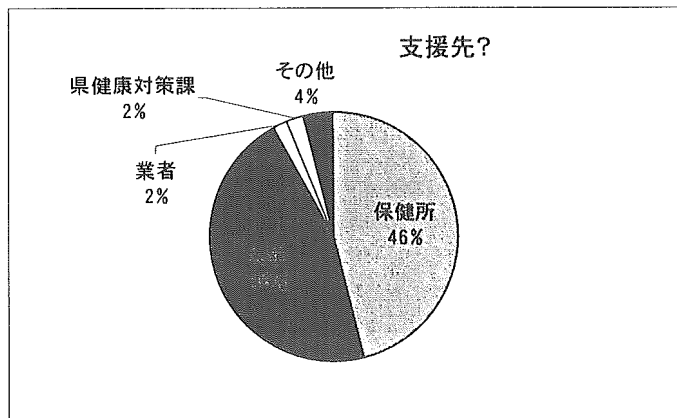
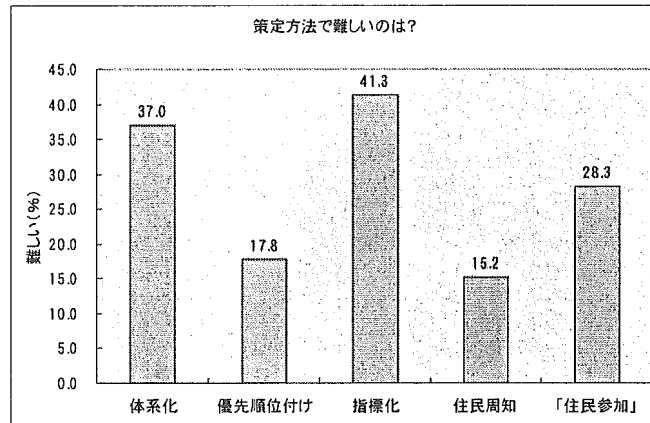


図 5

策定方法で難しい部分は？



市町村地方計画の必要性

