

かをチェックするものである。これよりは、当然のことながら施策の成果であるアウトカム評価の方が重視されるべきであるが、アウトカムについてはその評価指標の設定や、実際に評価するための時間と予算の問題など簡単に済まされないものが多い。実際の施策の実施よりも、評価のために時間や予算を費やすことは極力避けるべきことであり、市町村レベルで無理なアウトカム評価を設定する必要はない。既存の資料やデータをベースに指標化をすることが基本である。勿論、アウトカム評価のための調査が可能ならば大いにすべきではあるが、指標化のために改めて調査が必要であるとは限らない。むしろ、既存の資料やデータを活用し、アウトカム評価に限らない指標化を柔軟に行うことが実際的である。

1 3) アウトカムとアウトプット

アウトカム評価とは成果（結果）評価であり、アウトプット評価は行政がどのように予算や人員を出したのかである。すなわち、アウトプットは行政のサービス投入量であり、予算や人員はもちろん、禁煙のために町からタバコの自動販売機を撤去する条例などもアウトプットと考えて良いだろう。アウトプットは従来から行政がどのようにサービス事業を行うかの指標であり、現在のトレンドであるアウトカム指向からすると軽視されがちである。しかし、アウトカム指標だけでは実際上何も指標化が出来ないことが多く、アウトカムとアウトプット指標を上手に使い分ける必要がある。本来、アウトカムとアウトプットは、目的とするアウトカムを得るために行政サービスをアウトプットするという関係にある。つまり、アウトカムを得るためのアクションがアウトプットである。ところが、アウトカムを評価するには独自の調査が必要な場合、あるいはアウトカムを得るためには長期間かかる場合、またはもともとアウトカム指標が立てられない場合は、アウトプット指標を用いるべきである。その例は、たとえば地域でやる健康づくり教室の回数を増やす等がアウトプット指標となる。アウトカムとアウトプットの区別が判然としない指標としては、住民の自主グループの数を増やすなどがある。この場合は、自主グループの数自体はアウトカムと言えればアウトカムであるが、本来、自主グループによって住民の健康度や QOL が如何に向上したかがアウトカムであり、自主グループはサービスという点ではアウトプットである。さらに先に上げたストラクチャーやプロセス自体も評価指標となる。広義に考えれば、ストラクチャーやプロセスはアウトカム指標と言えよう。例えば、高齢者総合相談窓口を新設するのは、行政のサービス構造を変えるわけで、これはストラクチャー評価としてとらえることができる。保健と福祉を一体化した窓口機能は、構造を変えることでもあり、行政サービスのプロセスを変えることでもあり、プロセス評価とも言える。もともと、ストラクチャー、プロセス、アウトカムは便宜的に事業評価として三つに分けた要素であり、これらの三つの要素が密接に関係していることを考えれば、それほど厳密に定義を考える必要はないだろう。

14) アウトプット指標と地域診断

アウトプット指標で、たとえば地区の訪問回数や、地域での健康づくり教室等の実施回数などがある。この場合、よく過去の事例を分析すると保健スタッフが行きやすいところ、住民の反応のいいところ、参加人数の多いところに偏った訪問や教室事業の展開をしていることがある。この点については十分に注意をする必要がある。すなわち、アウトカム指標とちがってアウトプット指標ではかなり行政側の主観的な評価となりやすい。やりやすいところばかりをやって延べ回数を増やしてアウトプット指標を上げて、行政側の自己満足でしかない。アウトプット指標をあげるならば、どこにアウトプットするかを十分に考慮する必要がある。アウトカムを意識したアウトプット指標の設定が必須である。もともと税負担の公平性を考えれば、地域に対して偏りのない行政サービスが原則である。以前に教室展開をしても参加が少ない地区があれば、どうしても「あそこはやっても参加が限られるから止めておこう」という意識が働くが、やり易いところをやってアウトプット指標を上げてアウトカムには結びつかないことがある。健康教室等を行って問題なのは、むしろ健康教室に来ない集団の方である。アウトプット指標を設定する場合は、従来からあまり展開してこなかった地域あるいは分野も視点入れた考慮が必要である。このような視点を活かすには、地区診断的な発想を日常から持っていることが望ましい。どこの地区に保健や福祉の課題があるのか、あるいはどの分野の強化が必要なのか、日常の保健活動の中で常に意識しておくことがポイントとなる。

アウトプット指標は従来から、これだけ予算をつけた、あるいはこれだけマンパワーを投入したと使われてきた指標である。今更ながら指標化に使うことはどうかと疑問に思う場合もあるだろう。しかし、中長期のアウトプット目標を設定することは簡単ではない。かつ、アウトカムを意識しながらアウトプット目標を設定していくことは、かなりの検討を要するものである。ただ、お題目にアウトプットを想定するのではなく、5年後10年後にそれだけのアウトプットを確保できるのか、しかも、他の事業も同時に行いながら中長期にビジョンが描けるかどうかである。短期ならば無理な事業展開は可能であるが、中長期では無理があれば事業展開は続かない。当然のことながら、予算と人員を勘案してアウトプット目標を設定しなければ出来ないことである。中長期の行政サービスの指標化は、常に予算と人員の裏付けがなければ描けないものである。

15) コンセンサスをとることの難しさ

行政に限らず、我が国では形のないアイデア、コンセプトやソフトウェアに対する評価は概して低いものである。健康日本21や行政サービス事業の指標化は、新しい概念であるがなかなか理解しにくいものである。施設などのハードに補助金がつく場合は、目に見える形で実績が残るので住民にも納得しやすい。あるいは、新規事業のスタートも新しい行政サービスの開始であるから、理解しやすいものである。しかしながら新しいハードも設置せず、新規行政サービスもスタートするわけでもない健康日本21地方

計画は、なかなか理解しにくいものである。現実に、実際に初期には介入している町においても、策定会議に時間をかけるよりも訪問指導などにかけての方が良いのではないかという意見が役場内にもあったようである。しかし、健康日本21地方計画のような中長期の保健事業の目標を設定するのは、評価を通じての効率的なサービスの促進、さらに中長期に町の保健行政の方向性を示すことなど、これからの町の行政サービスにとって重要な意義を持っている。さらに、最も重要なことは、これらの計画や目標値を住民に周知することである（情報公開）。住民に開かれた行政とは良く言われることであるが、実際には情報公開まだまだ不十分ではないだろうか。特に、保健サービスなど住民の健康に直結する行政サービスについて、到達目標や進捗度がわかるような形での計画の公表はほとんど今までされていなかった。また、今後は中長期にわたってどのような方向性をもって町の保健サービスを行うかなど、それなりの根拠を示して周知することが求められている（説明責任）。

事業評価や、情報公開、説明責任は新しい施設ハードでもなければ、新規事業でもない。逆に言うと、新たな予算や人員なしで、いつでも実行できるものである。スタッフの意識改革で明日からでも行えるものである。しかも、これによって得られる効果は絶大なものがあると言えよう。すなわち、第1に行政サービスの効率化、第2に住民の行政サービスへの理解促進である。保健サービスでは、住民の理解は非常に大きな成功要因である。もともと健康づくりは住民の主体的な関与を基本としていることから、保健行政サービスについての住民側の理解は不可欠である。また、保健行政サービスに限らず今後の行政サービスは、住民の理解なしには成り立たないのは周知の事実である。健康日本21地方計画の策定には、図らずも最近の行政サービスのこのような流れを取り入れた形となっている。

このような新しい考え方を伴う計画の策定について、一気に理解を求めるのは困難なことであるし、性急な理解を求めることもないだろう。策定の作業の中で徐々に理解がされて行けば良いことである。すなわち策定した計画を死蔵せずに、住民には勿論のこと行政組織内部にも周知して行くことが重要である。

16) 情報公開

介入しているある町で、尿試験紙による測定から塩分摂取量は15.6グラムとかなりの高値が出たことがある。これは尿の試験紙で測る簡便法によるものでラフな値である。町の保健スタッフ側から当初は、この値は余りにも高いので公表するのはどうかとの意見が出た。考え方としては測定方法の問題も含めて、すべて公表することが原則である。保健スタッフはよくその趣旨を理解して公表数値とする判断をしたようである。行政サービスの流れは、情報公開である。特に、問題となるものは速やかに公表するのが原則である。この場合は問題化するわけではないが、やはり高い塩分摂取量ならば、これまでの保健指導の効果はあまりなかったと成りかねない。しかし、だからと言って公表を躊躇するというのでは、単なる問題の先延ばしとなるだけである。ただただ単に公表するのではなく、これに対応する行動計画や対策を伴ってオープンしていく必要があることは言うまでもない。ここで活かされるのは plan do see サイクルそのものである。See して 高塩分摂取だったら、どう対策を plan するかが大切であるし、情報をオープンにすれば塩分摂取が高いことがわが町の問題だと住民側でも理解しやすい。このように、あらゆる調査結果は原則公開していくことが望ましい。既に述べたように、これからの行政のキーワードは、事業評価、情報公開、説明責任であるというスタンスを徹底することがポイントとなる。

17) 他の計画との関連 その他

市町村には総合計画があるが、その総合計画の目標に「健康」とか「保健」という文言が入っているかどうかは非常に重要である。総合計画の目標に「健康」とか「保健」という文言が入っていれば、その目標を展開していくことが可能であり、保健関連の計画づくりには重要な根拠となる。よって日頃から総合計画の目標についても保健スタッフは大いなる関心をもっているべきである。計画には人員と予算の担保が必要なことは何度も述べているが、計画にはその根拠が必要である。地域診断はその根拠となる重要なものであるが、これはむしろ公衆衛生行政あるいは保健行政の根拠である。一方で、行政的な根拠としては総合計画と密接に関連していることが重要である。後に述べるように、これらの計画が総合計画に取り込まれるようにすることが理想である。介入したある町の場合は、町づくりの目標には、健康や保健の文言が残念ながら入っていなかった。次期の総合計画には、地方計画策定とともに保健スタッフからの提案として「健やか」が入る予定となったところもある。

市町村には母子保健計画、老人保健計画などがあるが、このような他の計画と整合性をとることが必要である。ある町の母子保健分野では、歯科保健がメインになっている。近隣の他の町と比べて歯科の問題が多いと判断し、すでに平成11年度に2005年までの歯科保健計画を歯科の専門家を交えて策定しており、そのまま今回の計画に採用し

たいきさつがある。健康日本21計画策定では、どの分野においても新たに新規の計画を立てているわけではない。すべて既存の計画か、あるいは既存の計画の延長線上で議論している。既に検討された計画を重ねて新たな計画策定するのは、屋上屋を架すことに等しい。さらに、営々と継続されそれなりの実績のある事業計画を、わざわざ白紙にして新たな計画を策定する必要もない。現行の計画や事業をどう効率化し、事業全体の中でどのように優先順位付けや指標化をして行くかが課題となる。

今回の策定では行政の継続性を重視した方針を貫いている。その理由はもともと既存の事業の効率化を目的としているためである。その効率化のためには明示化された評価指標の設定が不可欠である。よって策定中に新規事業の必要性がないと判断した場合には、無理に現在の事業の方向性は変える事はない。たとえ新規の健康問題が生じても、既存の行政システムと現行の事業で対処できるという大前提がある。しかしながら突発的な健康障害が生じたとか、迅速に解決すべき課題がある場合には、別途方策を考えるべきである。

紹介している方法は、市町村の保健スタッフの施策立案能力と施策運営管理能力を強化することにある。よって新しい概念や方法論の導入よりも、保健スタッフの計画立案と運営管理能力を強化するために、既存の事業の見なおしと優先順位付け、および目標の明確化の協議を中心としている。健康日本21の発表以来、何か特別な事業計画のように喧伝されがちであるが決してそうではなく、要は既存の保健事業に中長期の保健目標を設定して、その目標の実現に向けて事業に強弱（優先順位付け）を付けることである。さらに、このような保健目標の実現には住民の積極的な姿勢が必要であることから、情報公開と説明責任を十分に行政側で果たすことである。

18) 政策科学的な手法

政策科学とはまさに政策に関する科学体系であり政策を決定する上では、非常に参考となるものである。政策科学の方法論やモデルには様々なものがあるが、従来の政策科学はその名のごとく、国の政策などの立案などに応用されることが主だった。しかし、理論的なこのような手法が市町村レベルで実用的であったかどうかは疑問の残るところである。なぜならば市町村が担当する部分は政策→施策→事業という流れで見ると、施策や事業の部分が主だからである。我が国では特に保健行政の分野では、法律や補助金などの誘導ですでに大枠の事業が設定されている状況である。よって地方自治体が政策を完全にフリーハンドで立案、実行するというわけではない。政策→施策→事業という流れを考えれば、保健行政の政策については国が主に行うものであり、施策や事業については地方自治体で主に立案実施するものである。つまり従来の政策科学体系は国あるいはせいぜい都道府県レベルでは、応用できるという方法論であったと言うべきだろう。また、政策を立案するには現状のデータや資料の収集と分析が必要であるが、これ

は国の機能としては当然のことであるが、市町村レベルの行政機構では調査機構を備えているのはむしろ稀である。政策科学の方法論では立案のための現状分析が既になされているという前提でスタートしていることから、市町村の実情とは合わないことがある。国や都道府県レベルでは現状分析によってある程度の政策や施策の方向が既に示されている。さらに、その上に市町村レベルで現状分析を大規模に行う必要性はないだろう。市町村が求められているのは地域の実情にあった施策や事業展開と言える。このような状況では政策科学的な手法についても、市町村の実情にあった応用展開が必要であろう。

すなわち地方自治体（特に市町村）では施策や事業の大枠は既に決定されていることを前提とした展開が必要である。最も効率の良いやり方は、市町村が行うべき施策や事業展開については、事業に対しての予算や人員について強弱を付けることがその市町村の行政サービスの方向性を示すものとなる。すなわち、地方自治体では施策や事業の優先順位付けによってその自治体の施策の方向付けが行われることになる。優先順位付けというプロセスでは既存のどの事業をも切り捨てるわけではない。優先順位付けではすべての事業の継続性は維持されつつ、自治体全体の方向性を示すことができる。つまり、市町村レベルではすでにあるべき施策や事業が、国や都道府県から提示されている状態であり、むしろ、国や都道府県から提示された施策や事業を、どのように地域特性に合わせて強弱をつけて展開するかが課題となることが多い。このような事業に対する優先順位付けについては様々な方法がある。紹介している策定方法では優先順位付けはほぼ保健スタッフの意見と、既存の資料を活用した地域診断的な知見を基に行っている。この他の優先順位付けの方法には、健康づくり推進協議会などの意見を組み入れる方法や、いわゆる住民参加によるもの、あるいは純然たる政策科学的なロジックを応用するものなど様々ある。どの方法で優先順位付けをするかは、各自治体の実情に合わせれば良いだろう。



宮崎町の健康日本21シンポジウム

19) 雑感

紹介している策定方法は、地域特性に富むものであるから、他の町の計画を別の町に持ってきてもほとんど意味がないものである。実は、地方計画のポイントは中長期の計画を立てること、かつ、その目標は実行性を担保する根拠があることである。しかし、市町村も予算は単年度予算であり、とても中長期の予算など組めない。かつ、現行の保健事業は継続していかなければならない。そんな環境でどうやって中長期の目標を設定し、達成にむけて計画を運用するかが問題となる。この問題をクリアーするためには、事業に優先順位を付けて方向性を持たせる方法が最も実行性がある。紹介している方法では新規の事業スタートを前提としているものではない。策定では、現行のサービス事業を何が目的の事業で、実際にどのような事業をしているのか、そして現在の問題点を洗い直し、かつ全体の中での優先順位を考えるというものである。新規事業の提案は一切していないし、また、現行の事業を一つも廃止していない。事業の目的を再確認し、優先順位を決め、明示化された評価指標を設定するというシンプルなものである。限られた予算とマンパワーで、明示化された評価指標を設定して実現を図るなら、優先順位付けを行って事業の絞込みが最も現実的な方法である。そのかわり、中長期にも予算やマンパワーについてある程度の担保をしておくことが絶対条件となる。中長期のわたり総花的な目標は非現実であろう。策定案が完成した段階で、この指標化された評価指標を住民に周知する作業がある。これは行政側が中長期に保健福祉計画を住民に宣言することに等しく、自ずと行政側がある程度の実行性を担保した上でオープンにできる目標はそれほど多くないはずである。よって、これらの計画には対応した施策もついて回るものである。ただ単に総花的にあらゆる事業に、実現性を担保する施策もないままに明示化された評価指標の設定できないのは自明のことだろう。

完成した計画はその市町村固有の計画であるから、たとえ計画手法は共通していてもサービス項目や評価指標は市町村固有となり、ほとんど他の市町村では直接流用できないものである。つまり地域特性を最大限に活かした計画となる。優先順位付けなどは市町村ごとに大きく異なるわけで、当然市町村ごとに順位が異なり他の町の優先順位は自分の町の参考にはならない。

20) 住民参加の意味するもの

健康教育では健康的な行動変容を促すことが目的であるが、健康的な生活習慣を行政が住民に押しつけてもなかなか効果があがらないものである。そこで、健康行動を促すために、保健行政サービスの企画の段階から住民を参加させると、住民は健康目標を自主的に決定することから、行動変容の強い動機づけとなることが知られている。住民参加の意義はこのような健康教育の側面も重視されるべきだろう。健康日本21では病気の予防が目標として設定されており、これは今病気の人だけでなく、今は健康な人々までを対象とする健康づくり運動でもある。すなわち、今、健康な人々とは住民全体であ

り、住民全体の主体的な健康づくり運動の動機づけには、企画の段階から住民参加を求めるといふ流れである。いわゆる検診はハイリスク集団を対象としているが、健康日本21は病気の予防に重点をおいていることから、ハイリスク集団に限らない住民全体にアプローチしていくポピュレーション全体を対象とする考え方である（いわゆるポピュレーションストラテジー）。

住民参加はこのように健康教育的な面からは非常に強力な手法ではある。しかし、一方で考慮すべき点も多々ある。健康日本21地方計画策定ガイドにもあるが、欠点として1)住民に高い意識が必要、2)事務局に一定以上の能力が要求される、3)比較的時間がかかる、4)関係者間の調整が困難、5)実現困難な計画になる場合がある等である。すなわち、保健スタッフの能力が求められ、しかも作業時間もかかるものということである。よって、チャレンジしようとする市町村は是非行って欲しいものであるが、必ず採用しなければならない方法論では決してないし、安易な姿勢で手をつけると収拾がつかなくなる危険性があることを知っておいた方がいいだろう。実際に成功しているところは、ボランティア活動やボランティア団体組織の育成に努め、いわゆるパートナーシップともいふべきボランティア活動と行政サービスの対等な協力関係を維持している市町村などである。長いスパンで住民参加を求めていくことも重要だろう。

さらに住民参加では注意を要することがある。健康日本21のガイドにもあるように、「住民に高い意識が必要」であることから、もともと行政の企画に参加する住民は健康意識の高い偏った層という欠陥がおきやすい。つまり一部の偏った住民の層に限った意見を参考に、町全体の施策を決定することの妥当性が問題となる。この住民参加は直接民主制に近い方法論であるが、我が国は間接性民主主義であり議員やその他代表者を選挙して運営されるのが基本である。健康に興味を持たない集団の不健康が問題となりやすいのは周知のことである。そのような状況のなかで「意識の高い」住民を対象に、町全体の施策を決定していくプロセスとはどういう意味があるのかを、保健スタッフは十分に考慮して住民参加という強力な健康教育手法を活用していく必要があるだろう。実際の手引きなどを見ると、出来るだけ公平に住民全体の意見を吸い上げられるように工夫がなされている。どのような工夫がなされているかに留意して欲しい。健康な人々による、健康な人々のための、より健康になるための計画ではなく、住民全体のための計画を意識してもらいたい。

紹介している策定方法では、このような住民参加手法は企画の段階では取らずに、保健スタッフの専門性をフルに活用して計画を立案することを基本としている。計画が出来あがった段階で計画を広く住民に周知し、住民や各種団体の意見を吸い上げるという手法を用いる予定である。このような方法は、コストと時間を節約することが可能であり、保健スタッフの政策立案能力を高める効果がある。

2 1) これからの展開と試行期間について

この策定方法では、計画案が完成した時点で案として健康づくり推進協議会等に図り、試行期間に入るようになっている。なぜ試行期間が望ましいかと言えば、策定案を広く住民に周知し、さらに住民から意見をもらうことが必要であるし、各種関連機関や団体への提案が必要である。また、県版の健康日本21地方計画との整合性、保健医療計画や老人保健福祉計画との整合性、保健所との意見交換などが適時行われることが望ましいからである。よって、多くの介入した町村では半年から1年間をこの計画の試行期間として設けて、住民をはじめ各機関や団体からの意見をもとに修正を加えて試行期間後の正式スタートということにしている。計画は立案が目的ではなく、実施が目的である。実際に試行期間中に計画実施し、この評価指標や目標には無理がある、あるいはこの目標は既にクリアできそうだ、あるいはこの評価指標は評価軸としては無効だ等が判明すれば、評価指標や目標の設定を再検討すべきである。なぜ、初期の評価指標や目標設定が良くなかったかを検討しながら再検討することがポイントとなる。計画の目標を安易に途中で変更するのはあまり望ましいことではないが、だからと言って実現もしない目標ならばいずれ誰も計画を参照することはなくなり、単なる絵に描いた餅になるだけである。常に、評価を考えながら日々の保健事業を行い、評価指標の設定してある計画と現状を比較検討することが基本である。Plan do see サイクルを実施するには、具体的に実現可能な評価指標や目標に必要なに応じて変更することが求められる。保健スタッフのリーダーは常にこのような計画を意識して、保健事業の進行管理を考えていくことも大切な業務となる。ところで、このような評価指標や目標の変更については出来る限り住民や関係機関に周知することが基本である。その場合は、なぜ変更が必要なのか、その理由も説明することが不可欠となる。途中で変更することは構わないが、その変更については変更理由も含めて逐次公表していくことが求められる。このようなプロセスを経ることで、保健スタッフは中長期の行政サービスの指標化された目標値の設定についての技量も向上することが期待されるだろう。

2 2) 健康日本21地方計画との関連について

紹介している策定方法は、必ずしも厚生労働省が提唱している「健康日本21実践の手引き」等に準拠したものではない。このような手引きのようなガイドライン等が発表されると、それをそのまま実施しなければならないと考えがちであるが、決してそんなことはない。どのような方法論を使って健康日本21地方計画を立案しても一向に構わない。最も重要なのは、計画をいかに実施して行くかである。当然のことながら、計画を立案するだけで精一杯で、実行が出来ないのでは困るのである。健康日本21との関連については、この計画の骨子がほぼ出来た時に、国の健康日本21計画との比較を行い、関連付けを行うことを基本としている。地方計画は地域特性を反映した計画であるべきであるから、国や都道府県版の地方計画とは異なって構わないし、むしろ同じでは

おかしい。ただし、どのような分野で国や都道府県版とどのように評価指標や目標の設定が異なるかを検討しておく必要がある。これは先に述べた計画の試行期間に他の保健医療計画や老人保健福祉計画との整合性を考慮することも含めて大切なことである。行政サービスは全体として統一性のある、かつ継続性のあるものが理想である。よって他の事業や計画と整合性があるかどうかも重要なポイントである。

2 3) 他の計画との整合性

先に述べたように、市町村の計画案は他の健康日本21（国および都道府県の地方計画）との整合性が求められ、かつ保健医療計画や老人保健福祉計画とも整合性あるものでなければならない。なかでも最も目標とすべきは、市町村の総合計画の中に盛り込まれる事である。大抵、市町村の総合計画は数年おき程度に見なおされるが、その中に今回の健康日本21計画が盛り込まれる事が最も望ましい。そのためには、住民への周知のみならず、地方自治体内部においてもこの計画の周知と理解を求めることが必要となる。政策や施策は、公式に計画として組み入れられるのが原則である。特に、市町村の総合計画は計画の中でも最も重要な中核的な計画であり、ここに盛り込まれれば、継続性が担保されると考えてよい。担当者が変わっても、予算が変更になっても総合計画の方向性は堅固に維持される町の基本方針であり、健康日本21市町村計画は是非とも町の総合計画に盛り込まれる様に努力する必要があるだろう。

都道府県版の健康日本21との整合性については十分な配慮が必要である。また、特に福祉行政サービス面では都道府県の総合計画、保健医療計画などにも配慮が必要である。意外に市町村には知られてないが、県の総合計画や保健医療計画には市町村にとっても関連の深い方向性や目標が設定している。市町村は常にこのような県の計画について知っておくべきであろう。市町村の計画は県のこれらの計画と整合性をとりつつ地域特性を活かした独自性を持つべきである。国や県の計画と整合性のある計画は、それだけで行政的な根拠を持つものである。

2 4) ニュー・パブリック・マネジメント

政策科学という面を既に17)で述べたが、それ以上に今流布されているのはニュー・パブリック・マネジメントである。「ニュー」がつく理論とかセオリーは、いかにも一時の流行に終わるような語感がして学術的には好ましくないと思われるが、行政に経営手法を取り入れたニュー・パブリック・マネジメントは現在の流行りの手法である。では政策科学とニュー・パブリック・マネジメントはどこが違うか？政策科学は定量的な実験科学的アプローチに重きを置き、ニュー・パブリック・マネジメントは効率的な経営手法を重要視する。前者が理論的であるならば、後者は理論よりも実践的である。健康日本21などのような保健行政目標は定量的であることから、政策科学的な側面が

強いものの、そこに至る計画の運営管理はニュー・パブリック・マネジメントを応用すべきなのかもしれない。しかし、あまり政策科学かニュー・パブリック・マネジメントかを峻別する必要はないだろう。

政策科学が過去であまりうまく機能しなかったとすれば、その理由は余りにも厳格すぎる定量的な方法論や評価に拘ったからと思われる。一方で、ニュー・パブリック・マネジメントの民間の経営手法を強調すると、保健という分野に合わない部分が目立つ。ニュー・パブリック・マネジメントは民間の経営手法を行政に導入するということからわかるように、もともと市場原理を意識している。しかし、市場原理がもともと働きにくい疾病や健康という課題が保健サービスの対象でもあることから、保健分野への経営手法の導入にはなんらかの工夫が必要とされる。住民を顧客とみて民間並みに行政がサービスに励むというニュー・パブリック・マネジメントという発想精神には誤りはない。しかし、一方で公衆衛生の分野では住民の自主的な参画を従来から求めていることから、単純な経営手法だけでは済まないのも確かである。特に、利益を求めない自主グループやボランティア活動などは経営手法とは異質な概念であり、保健や公衆衛生の独自分野である。

このような状況からも政策科学やニュー・パブリック・マネジメントの理論や方法論に拘らない柔軟な対応で、保健行政サービス施策の計画立案に取り組むべきだろう。

ここでは便宜的に政策科学とニュー・パブリック・マネジメントを別の概念で述べたが、政策評価や行政評価はもともと政策科学の発想であり、行政評価をベースに持つニュー・パブリック・マネジメントは政策科学の流れを当然含んでいる。この他、本報告書でも強調している情報公開や説明責任という発想は、我が国でも昨年からスタートした情報公開法など新しい行政の考え方を反映している。このように健康日本21は政策科学、ニュー・パブリック・マネジメント、行政評価、情報公開など非常に新しい概念を盛り沢山に内包するものであり、それだけに健康日本21の理解には多少時間がかかるだろう。

25) その他

策定の方向性

策定案が出来始めると、大抵の場合は保健スタッフ側からは、やはり、これでいいのだろうかという意見が出る。市町村版の健康日本21計画にはモデルもなければ、比較する市町村の地方計画も少ないことから、スタッフからはこれでいいのかという不安が生じるようである。宮城県の保健所による保健所管内市町村研修会で地方計画の策定方法を講義したときも、同様にこのような方法論で策定された地方計画でいいのだろうかという質問が出た。一番の疑問あるいは不安は、優先順位付けをして絞った目標の設定に対する違和感である。今までの総花的な計画案と異なり、かなり絞った目標を設定し、しかもそれが町独自の指標であるというところに違和感がある。すでに解説しているように、予算や人員の裏付けを持った中長期の目標値を設定するなら、ある程度の絞り込み(優先順位付け)は必要である。しかも、優先順位付けをしても優先順位が下位だからといって破棄する事業はない。現行の事業体制を維持しつつ、強弱をつけて中長期の計画の進行管理をするということで、新規の事業を作るわけでもない。もし必要なら優先順位の上位から下位まですべて計画案に列挙しても構わない。試行期間中に住民や各種団体の意見を参考に優先順位の調整も可能である。要は優先順位付けによって町として中長期にどのような方向性で保健を考えているかを示すのがこの計画である。

行政の基本には継続性がある。特に保健や福祉の分野では継続した行政サービスでなければ、たとえどんなに優れたサービスでも短期間であるなら、いたずらに住民が混乱するだけである。今まで示した策定手法は、行政サービスの継続性を損なわないものである。

計画案で注意すべきことの一つに、施設ハードや機構改革の記載がある。施設や機構改革は十分に検討した上で載せるようにする。この策定方法の主たる目的は、現行の行政サービスの効率化、中長期の保健行政サービスの方向性を示すことである。効率よく行政サービスを行うには、中長期の客観的なサービス評価指標が必要という発想で、事業評価を指標化した計画を立案している。新規事業に等しい、新たな施設や機構改革は将来にわたる予算や人員の担保が十分に検討された上で計画案に載せるべきことである。行政の作成した計画案に新しい施設や機構の案が加われば、それはすなわち将来的には施設や機構を作ると宣言したことに等しい。策定には新規のハードや機構についての記載は十分に配慮し、かつ人事財政部局との調整などをした上で記載するように注意するのが原則である。

保健サービスに反応のない集団について

保健サービスに反応のない地域や集団がどうしてもいるものである。研修会等でこういった場合はどうしたらいいのかと質問を受けることが多い。こういう場合、「じゃあ、あなたの町ではそういう地区や集団へのアプローチ回数は段々減っているのではない

ですか？」と聞き返すと、大抵、減っていると回答がある。これは悪循環そのものではないだろうか。折角、健康づくり教室を開催しても、あまり参加者がいないなら、担当するスタッフは反応のいい地区に開催回数を増やすのは普通に見られることである。しかし、これでは参加者がいないから開催しない、開催しないから健康啓発ができない、健康啓発がすすまないから保健行動が育成されない、育成されないから参加者が少ない、参加者が少ないから開催しない、という悪循環である。すでに述べているように、中長期にわたり地域診断に基づいて、計画的な地区や集団へのアプローチ行わないと、結果として偏りのある行政サービスとなりやすい。このような偏りを防ぐ意味でも、中長期の保健サービスを考えていくことが望ましい。むしろ保健サービスに反応しない、あるいは乗ってこない地域や集団の方が保健行政サービスの課題として考える必要があるだろう。

中長期の保健サービスの目標の指標化

もともと米国などではベンチマーク指標という、評価軸を一定にした指標を用いて各州間や各自治体間で成果を競い合うような状況にある。このようなベンチマークは地方自治体間での競争意識を高め、より効率的な行政サービスの向上につながる。これが行政への競争原理の導入と言われるものである。今回の策定方法ではベンチマーク指標は使用していないので、各市町村の達成度や進捗度の直接的な比較は出来ないが、少なくとも市町村が独自に中長期に町の保健サービスの方向性を定めて、それぞれの町で指標化・数値化された目標値をどう達成するかは、近隣市町村の保健サービスの向上にも啓発効果があり、大いに効果があるだろう。地域保健法は地域特性を活かした保健サービスの展開を旨としている。そのことを考慮すれば、日本全国どこの市町村においても同じような保健サービス目標というのは、もともとありえないものである。中長期にわたり事業の優先順位付け作業から、その町独自の保健サービスの方向性を打ち出す計画の立案は、いい意味での市町村間の競争意識を高め、より効率的な行政サービスを促すものである。

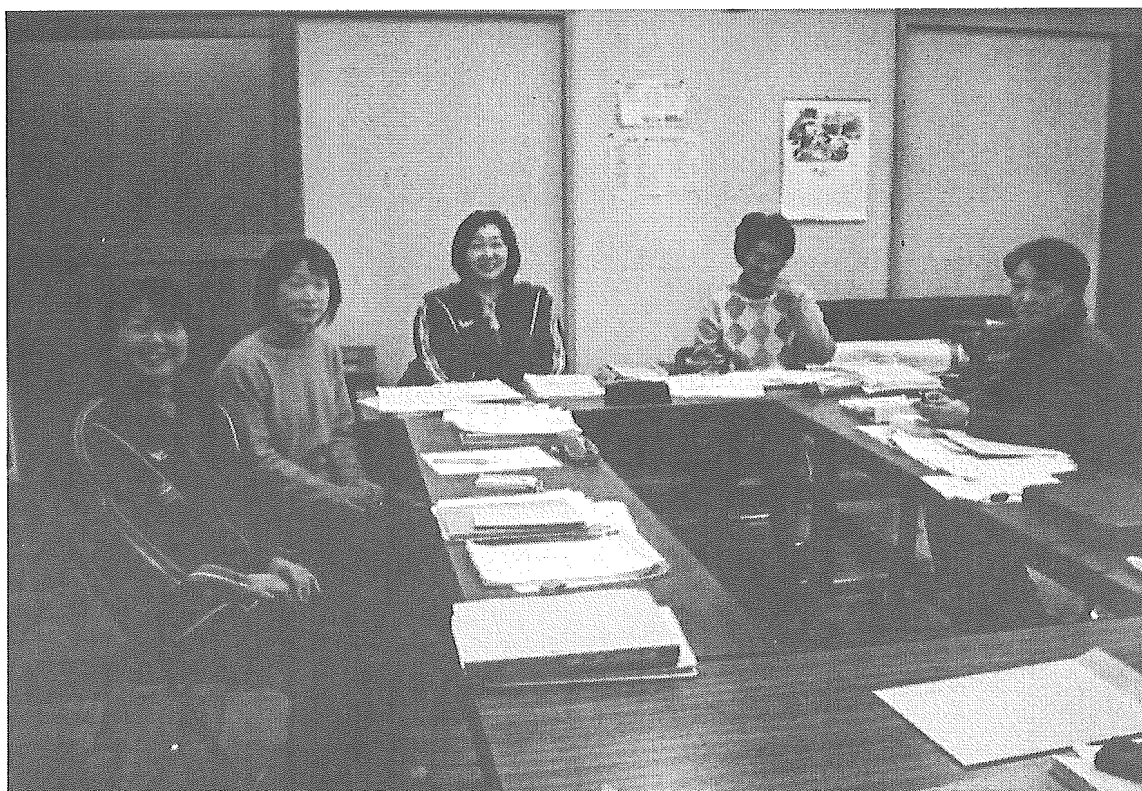
まとめ

今後は、どのように計画を実施（修正も含めて）、評価されるかをフォローしていく予定である。それについては別に機会をみて発表する予定である。

資料 2

健康日本 2 1 地方計画 健康みやざき 2 1

評価指標 アウトカム型



宮崎町の策定スタッフ

「健康 みやざき 21」

問題点	優先順位	目 標	指 標	数 値 目 標			具 体 策	予算の確保	
				現在の状況 (2000年)	2005年	2010年			
母子 保 健	むし歯が多い	1	むし歯の保有率を 下げる	1.5歳児の むし歯の保有率	14.3%	0%	0%	・よい子のむし歯予防教室(1.2歳児対象) …参加率増、むし歯予防中心の内容で実施 ・育児相談(3ヶ月児、7ヶ月児) …参加率増、離乳食指導強化	母子保健事業 予算
				3歳児の むし歯の保有率	57.7% (3.3本)	50% (2本)	40% (1.5本)		
		5	虫歯の 一人当り本数 を減らす	小学1年生の むし歯の一人当り本数 (第1臼歯・前歯)	0.28本	0.2本	0.1本	・幼稚園での健康教育	母子保健事業 予算
				小学6年生の むし歯の一人当り本数	2.75本	2本	1.5本		
				中学3年生の むし歯の一人当り本数	7.56本	6本	4本		
	食習慣の乱れ が多い	3	小さい頃から の望ましい 食習慣	食事を3回食べる児の割合 (1.5歳児)	79.3%	90%	100%	・新生児訪問 ・育児相談(3ヶ月児、7ヶ月児) ・よい子のむし歯予防教室	母子保健事業 予算
				おやつのお返し回数1~2回の 児の割合(1.5歳児)	55.2%	70%	80%		
	自立 グループ がない	2	自立 グループ を上げる	育児サークルの数	0組	3組 (地区に 1組)	6組 (地区に 2組)	・ひよこくらぶ …育児者が相談できるひとを持つ、 バックアップ体制	福祉係 子育て支援少 子化対策事業
	妊婦の 貧血が 多い	4	貧血者 を減らす	妊娠後期の貧血者の割合	34%	30%	25%	・母子手帳交付時の相談 ・個別への貧血予防についての手紙(全員)	保健事業予算
	精神 保 健	1	患者会・家族会活動 が活発になる	患者会活動の開催回数 (作業所の設立)	1回/週	4回/週 (作業所開始) (精神2日+知的2 日)	・さくらの会(患者会+作業所) ・家庭訪問 ・作業指導員の確保、育成	4回/週開催 により、県から 補助金が下り る	
患者会の参加実人数の割合 [対象:在宅分裂症者と在宅知的障害者]				50% (13人 入籍者1名含 /26人)	60% (15人)	70% (18人)			
家族会の参加実人数の割合 [対象:分裂症者家族(在宅+入院)]				29% (10人 /34人)	40% (13人)	45% (15人)			
家族が高齢になり、将来一人 中で自立できる人が少ない		3	地域の人との交流 の場が増える	地域の人との交流回数 (民生委員・保健推進員・ ボランティア友の会等)	1回/月 (H13年度は 2回/月)	2回/週	2回/週	・住民への啓発普及(心の健康づくり講演会) ・さくらの会活動のPR(健康福祉まつりでの 即売展示) ・さくらの会と地域の人との交流場面の設定	
				ヘルプサービスの利用者 数と平均利用回数	2名 平均週1回 (H13年度 より開始)	4名 週1回	6名 週1.5回	・ケアマネジメント体制整備 ・ヘルプサービス施行事業(H13年)	介護保険係・ 社会福祉協議 会との連携
毎年、新患や 自殺者が みられる。		3	相談場面のPR	心の健康づくり講演会の開催	1回/年	1回/年	1回/年	・精神保健福祉相談会のPR (当町や近隣町での相談会の紹介) ・心の健康づくり講演会(住民への啓発)	
	精神保健福祉相談の 開催回数			3回/年	3回/年	3回/年			

問題点	優先順位	目 標	指 標	数 値 目 標			具 体 策	予算の確保	
				現在の状況 (2000年)	2005年	2010年			
成人 保 健	脳血管疾患が多い	食塩摂取量が高い 適正体重者の割合が少ない	食塩の摂取量	15.6g	14.0g	12.5g	・総合検診(基本健診時の尿中塩分測定)…受診率増 ・地区出前減塩教室…開催回数及び参加率の増 ・食塩摂取量の測定…測定機会の増 ・1.5歳児検診…みそ汁塩分測定、尿中塩分量の測定 ・3歳児健診…みそ汁塩分濃度、尿中塩分量の測定	老人保健事業 予算と 保健事業予算	
			適正体重者の率 (基本健診時)	48.5%	55%	60%	・はつらつダイエット教室(健康運動教室) …継続実施、参加者増、夜間開催		
			運動習慣を持つ人の割合 (アンケート調査結果)	10.8%	15%	20%	・健康運動教室…参加者増 ・継続して運動できる場面…場面設定 ・自主運動グループ…自主グループの育成 ・出前運動教室…開催回数、参加者数増 ・歩こう会…登録者増 ・コンピュータードック…結果のランクアップ	健康運動教室は 国保係から コンピューター ドックは、国の 10/10補助 事業	
		糖尿病の増加	糖尿病予防教室の開催	0/年	1/年	1/年	・糖尿病予防教室…参加者増		
			HbA1CのD判定者 (要医療)が医療機関 に結びついた割合	(/22人)	100%	100%	・個別訪問指導 ・電話によるアプローチ ・総合検診事後指導		
		飲酒率が高い	飲酒率を下げる	飲酒対策講演会	0/年	1/年	1/年	・未成年者への飲酒教育 …講演会開催回数の確保	健康教育予算
		喫煙率が高い	喫煙率を下げる	喫煙対策講演会	0/年	1/年	1/年	・未成年者への喫煙教育 …開催回数確保 ・やめたい人への援助	
	地区組織活動の低迷	地区組織の充実	食生活改善推進員会員数	40人	70人	100人	・町食改の活動 …行政区毎に会員、自主的活動	町から助成金 と個人負担(会 費1000円/ 年)	
	検診受検率が低い	検診受検率を上げる	検診受検率	基本検診受診率 41.9% 子宮がん検診 25.3% 乳がん検診 14.3% 大腸がん検診 14.1% 胃がん検診 19.1% 肺がん検診 97.1%	45%	50%	各25%増 各50%増	・青年者の循環器検診受診勧奨 …厄年検診等の紹介 ・新受検者の開拓 …申し込み時での受検勧奨	健康教育予算 地方交付税
	地区教室で参加率低下	地区教室に若い人が参加する	65歳以下の参加率	23.3%	30%	40%	・ヘルシーキャンペーン …3年で各行政区を1クール、夜間開催		
老人 保 健	若くして寝たきりになる人が多い	元気なお年寄りの割合を増やす	元気老人の割合が 90%以上の地区	19ヵ所	24ヵ所	28ヵ所	・いきいき教室…参加率増 (70歳:老人医療受給者証交付、 65歳:介護保険被保険者証交付時健康教育) ・長生き講座…参加率増	いきいき教室 予算は国保係 より、食事代・ 万歩計支給 ピンピンコロ リン講座は国保 係と一般会計 より、食事代 が出る時は 100円個人負 担	
			長生き講座 に人口10~15%の 参加率で3年で1クール するような開催	10ヵ所	28ヵ所				
	人と交流する機会が少ない	仲間づくりや身 近なボランティア が増える	ミニデイ開催地区	11ヵ所	20ヵ所	28ヵ所	・お達者クラブ(ミニデイサービス)…参加実 人数増 ・ふれあい会・ほのぼの会 ・障害受容、仲間づくりのための自主会の立 ち上げ (機能訓練事業)	福祉係 ミニデイサー ビス運営費、 町より1地区6 万円、食事代 300円個人負 担	

「健康みやさき21」住民説明用

	期	人	成	...																																																					
課題	★糖尿病予備軍の増加	★糖尿病予備軍の増加	★検査受検率が低い	★検査受検率が低い																																																					
目標	<p>★脳血管疾患が多い</p> <p>★食塩摂取量が 多い</p> <p>★適性体重の人が 少ない</p> <p>★運動している人の 割合が少ない</p> <p>★適性体重者が 多くなる</p> <p>★運動している人の 割合が多くなる</p> <p>★食塩摂取量が 減る</p> <p>1日当たりの食塩摂取量</p> <table border="1"> <tr><td>2000年</td><td>15.6g</td></tr> <tr><td>2005年</td><td>14.0g</td></tr> <tr><td>2010年</td><td>12.5g</td></tr> </table> <p>適正体重者の割合</p> <table border="1"> <tr><td>2000年</td><td>48.5%</td></tr> <tr><td>2005年</td><td>55%</td></tr> <tr><td>2010年</td><td>60%</td></tr> </table> <p>運動習慣持つ人の割合</p> <table border="1"> <tr><td>2000年</td><td>10.8%</td></tr> <tr><td>2005年</td><td>15%</td></tr> <tr><td>2010年</td><td>20%</td></tr> </table> <p>町食生活改善推進員会員数</p> <table border="1"> <tr><td>2000年</td><td>40人</td></tr> <tr><td>2005年</td><td>70人</td></tr> <tr><td>2010年</td><td>100人</td></tr> </table>	2000年	15.6g	2005年	14.0g	2010年	12.5g	2000年	48.5%	2005年	55%	2010年	60%	2000年	10.8%	2005年	15%	2010年	20%	2000年	40人	2005年	70人	2010年	100人	<p>★地区組織会員が 各行政区にいない</p> <p>★地区組織が活発に活動でき、★検診の受検率が増える</p> <p>検診受検率</p> <table border="1"> <tr><td>2000年</td><td>2005年</td><td>2010年</td></tr> <tr><td>基本検診 (41.9%)</td><td>45%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>肺がん検診 (97.1%)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>胃がん検診 (19.1%)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>大腸がん検診 (14.1%)</td><td>各25%増</td><td>各50%増</td></tr> <tr><td>乳がん検診 (14.3%)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>子宮がん検診 (25.3%)</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>★糖尿病予防の手立てを 知る</p> <p>★健診項目の正常値者 が増える</p> <p>HbA1C要医療者が医療機 関に結びついた人の割合</p> <table border="1"> <tr><td>2000年</td><td>(0%)</td></tr> <tr><td>2005年</td><td>100%</td></tr> <tr><td>2010年</td><td>100%</td></tr> </table>	2000年	2005年	2010年	基本検診 (41.9%)	45%	50%	肺がん検診 (97.1%)			胃がん検診 (19.1%)			大腸がん検診 (14.1%)	各25%増	各50%増	乳がん検診 (14.3%)			子宮がん検診 (25.3%)			2000年	(0%)	2005年	100%	2010年	100%	<p>★減塩教室 (血圧が気になる人、塩分が 気になる人のための教室)</p> <p>★出前減塩教室 (地区開催の減塩のための 教室)</p> <p>★高血圧予防教室 (検診結果で血圧が高かった 人対象)</p> <p>★事後指導会 (検診結果を配布しながらの 健康相談場面：各行政区)</p> <p>★なんでも健康相談 (子育て、健康、介護に関する 相談：第3月曜日午前)</p>	<p>★はつらつダイエット教室 (食事と運動を組み合わせ 教室：夜間開催)</p> <p>★高脂血症予防教室 (検診結果でコレステロールが 高かった人対象)</p> <p>★歩こう会 (健康づくりのために 歩いている人たちの 自主グループ)</p> <p>★町食生活改善推進員会 (地区ボランティア活動)</p>	<p>★総合検診 (結核検診、循環器検診、 骨密度測定、胃腸病検診等)</p> <p>★厄年、還暦検診 (総合検診での無料事業)</p> <p>★婦人科検診 (乳がん検診、子宮がん検診)</p> <p>★町保健推進員 (各行政区ごとの保健事業に ついてのお世話係)</p> <p>★公衆衛生組合連合会 (予防接種等についての 各行政区毎のお世話係り)</p>	<p>★糖尿病予防教室 (血糖値が高かった人 対象の健康教室)</p> <p>★糖尿病友の会 (糖尿病予防教室 参加後の自主活動 の会)</p>
2000年	15.6g																																																								
2005年	14.0g																																																								
2010年	12.5g																																																								
2000年	48.5%																																																								
2005年	55%																																																								
2010年	60%																																																								
2000年	10.8%																																																								
2005年	15%																																																								
2010年	20%																																																								
2000年	40人																																																								
2005年	70人																																																								
2010年	100人																																																								
2000年	2005年	2010年																																																							
基本検診 (41.9%)	45%	50%																																																							
肺がん検診 (97.1%)																																																									
胃がん検診 (19.1%)																																																									
大腸がん検診 (14.1%)	各25%増	各50%増																																																							
乳がん検診 (14.3%)																																																									
子宮がん検診 (25.3%)																																																									
2000年	(0%)																																																								
2005年	100%																																																								
2010年	100%																																																								
保健事業																																																									

「健康みやさき21」住民説明用

...	成	人	期	...	高	齢	期	...
課題	★飲酒率、喫煙率が高い	★地区教室の参加率が低い	★若くして寝たきりになる人が多い	★人と交流する機会が少ない	★元気がお年寄りの舞台を増やす	★健康で過ごす手立てを知る	★仲間づくりや身近なホランテアが増える	★ミニデイサービス(お達者クラブ) (家に閉じこもらずに外に出て仲間とふれあう機会:各集会所)
目標	★飲酒率、喫煙率を下げる ★未成年者の飲酒、喫煙をなくす	★地区教室に若い人の参加が増える	元氣老人が90%以上の行政区数	ミニデイサービス開催行政区数	2000年 19ヶ所 2005年 24ヶ所 2010年 28ヶ所	ピンピンコロリン講座開催行政区数	2000年 11ヶ所 2005年 20ヶ所 2010年 28ヶ所	
保健事業	・アルコール講演会 (中学生対象の講演会) ・たばこ講演会 (中学生対象の講演会) ・歯周病予防教室 (歯周病予防についての 歯科医師による教室) ・健康福祉まつり (1回/年) ・広報、オフトークを通じての情報提供	・コンピュータードック事業 (記入式による健康診査) ・ヘルシーキャンペーン (コンピュータードック対象者 への健康教室:夜間地区開催) ・コンピュータードック事後指導会 (コンピュータードック事業の 結果配布時の健康教室) ・個別教育 (高脂血症の方対象の 個別の健康相談)	・いさぎ教室 (70歳の老人手帳交付時の 健康教室:月1回開催) ・65歳の健康教室 (65歳の介護保険証交付時の 健康教室:月1回開催) ・友誼会 (脳卒中での障害を持つ人の 機能訓練や仲間づくりの場) ・一歩の会 (脳卒中での障害を持つ人の 自主グループ) ・リハビリ相談 (1回/年)	・ペンペンコロリン講座 (身の回りのことは自分でできる よう健康で過ごすためのワン ポイント教室:各集会所) ・老人クラブ健康教室 (老人クラブの人の健康教室) ・国保新時健康相談 (国民健康保険証書き換え時 健康相談) ・介護者健康相談 (随時) ・介護者の集い	・ふれあい会 (一人暮らし者対象の食事会と 健康教室、相談) ・ほのぼの会 (高齢者二人暮らし者の食事会 と健康教室、相談) ・配食サービス (一人暮らし者対象のお弁当の 配達サービス)	地区教室65歳以下の参加率 2000年 23.3% 2005年 30% 2010年 40%	飲酒、喫煙講演会の開催回数 2000年 0回/年 0回/年 2005年 1回/年 1回/年 2010年 1回/年 1回/年	

資料 3

健康日本2.1 地方計画 健康プランかなり 2.1

評価指標 アウトプット型



金成町策定スタッフ会議

金成町母子保健計画(2002～2011年)

親と子の健やかな笑顔あふれる町 金成

〈理念〉

〈大目標〉

〈中目標〉

〈町民がするべきこと〉

〈行政が支援すること〉

〈大目標を代表する事業〉

〈10年間で実施してらるべきこと〉

悩みや不安を解消し
自信を持って暮らすこと
ができる

安心して子どもが
産めるよう出産環
境を整える

自分が愛されていること
を実感でき心身ともに
健やかに育つ

家族や地
域の協力
がある

悩みや不安
を解消できる
場・人がある

一緒に子育て
のできる仲間
がいる

健全な母性・父性を育成する
性に関する正しい知識を持
つ

相談でき
る場を提
供する

経済的支援・
各種手当を
充実する

親と地域に
よる子育て・
環境整備

たくましい
社会性を
身につける

健康な
からだを
つくる

障害があ
っても健
やかに育
つ

相談窓口を利用する
育児をお願いできる
人を見つける
日頃から交流を持
っておく
積極的にサークルに
参加する
家族が話し合い協
力し合う
ほっとできる時間
をつくる

相談窓口を利用する
妊娠・出産・育児に
ついての学習会に参
加する
親子でいのちの大
切さを話し合う

地域の行事に家族みんなで参加する
夫婦円満である
親子でふれ合う時間を持つ
子どもの良いところを見つけ認める
家庭で基本的なしつけをする
安全な遊び場を見つけ整備する
子ども同士の集まりを大人が意識的
につくる
自分の子どもと同様に他の子ども
にも声がけし、しつける

子どもの発育・発達
がわかる
体を作るための栄養
の大切さを知る
健康的な生活を送る
子どものいるところで
喫煙しない
子どもに飲酒・喫煙を
すすめない
かかりつけ医をもつ

両親や家族が障害につ
いての正しい知識を持
ちうけいれる
相談窓口を利用する
地域が障害児に対
して理解を示し協
力する
障害児の自主グル
ープに参加し仲間
をつくる

相談窓口のPR
家族の育児参加を促
す
母親同士の交流の場を提
供する
子育てボランティア養成
講座の開催

相談窓口のPR
思春期からの意識啓発を図
る
各種手当てを紹介する

親子でふれ合う事業の企画
子育てサークルの醸成
ジュニアリーダーの育成・養成
安全に遊べる施設設置・整備及びPR
教育委員会との定期的な連携を確保する

乳幼児健診の充実
ライフステージに
沿った食の勉強会の
充実
学校教育の中に健
康の時間を設ける

相談窓口のPR
地域への意識啓発を
図る
情報を提供する

3.4ヶ月児健診
9.10ヶ月児健診
1歳半児健診
3歳児健診

子育て自主グループ
沢辺地区月4回
金成地区月3回
萩野地区月2回

思春期ふれあい体験学習

パパママセミナー

らぶらぶ子育てセミナー
(思春期保健講座)

学校教育と定期的な連携

ちびっ子クラブ教室

学校教育との定期的な連携

随時対応する

健診内容にグル
ープワークの時
間を加え、子育
ての仲間づくり
を行う(年12回)
健診時子育て自
主グループへの
参加を呼びかけ
る(年8回)

開催回数を萩野地区
月3回にする
日を決めて行政側が
介入し、相談・指
導を行う
子育てボランティア
に関しては現状を
把握しながら、子
育て自主グループ
の中から育てて
いく

学校と協力し長
期休暇中に、年
2回開催する
参加者を増やし
ていく

年4回開催(うち
3回はふれあい体
験、1回は講話)
講話に関しては開
催通知を各戸へ
配布する

幼稚園と協
力し年1回、幼
稚園父母を対
象に開催する

学校教育と
連携を図りな
がら、道徳教
育(しつけ)を
すすめていく

年4回開
催する
参加者を
増やして
いく

連携を図りな
がら禁煙教育
やアルコール
の害について啓
発していく