

平成15年度厚生科学研究費国庫補助金

がん予防等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16年3月

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 (主任研究者 工藤 啓)	4
II. 分担研究報告	
1. 指標化された政策立案手法の研究 (主任研究者 工藤 啓)	7
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 (分担研究者 加藤清司)	8 8
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 (分担研究者 安齋由貴子)	1 0 8
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	1 2 8
IV. 研究成果の発表	1 2 9

(はじめに)

本研究報告書は平成15年度厚生科学研究費補助金によるがん予防等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（H15-がん予防-052）」の研究成果をまとめたものである。本年度は3年研究の最終年度にあたり、「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いての健康日本21地方計画の住民参加型策定会議を導入した策定立案方法についての研究、および全国の市町村アンケート調査を中心に行っている。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実証的研究を行ない、また市町村保健師について評価指標（数値目標）の設定に対しての困難感をアンケート調査した。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）

市町村の指標化された

中長期保健サービス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。3年研究の最終年度として初年度から継続して人口規模、高齢化率、社会環境の異なる、宮城県の12町村に介入支援研究を行った。9町1村は本年度策定を完了した。2町が策定中である。策定方法は、体系化(既存事業再編成)⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知(住民参加)と初年度、2年度に報告した方法を基本とした。4町で住民参加型策定会議をとり入れた策定方法の介入研究を行った。いずれも市町村でも本研究で開発した策定方法で健康日本21地方計画策定が可能であることを実証し、最終年度として住民参加型策定会議の導入を評価したが、4町ともスムーズな策定が可能であることを実証した。さらに、この方法を補助するためのマニュアル化と策定を促進させるために事業整理カードを開発した。このような結果を踏まえて、全国の約3200の市町村から無作為に1150ヶ所を抽出して健康日本21策定方法に関してアンケート調査を行った。回収は796カ所(回収率は68.9%)であった。結果、平成15年7月31日までに、健康日本21計画策定済みは27.9%、策定中は20.5%、策定予定ありが17.2%、検討中が22.1%、予定なしが12.2%であった。策定方法(策定に利用した、あるいは今後利用する)については、わからないが27.8%、地域づくり保健活動論24.6%、特になし22.1%、ミドリの理論11.7%、PCM1.6%、その他の方法が6.7%であった。市町村の健康日本21計画は予定も含めると、過半数を越える65%で策定されるが、その方法については、わからないが27.8%でもっとも多く、さらに健康増進計画策定についての市町村への啓発が必要であることが示された。

一方、保健所の市町村計画策定支援の役割としては、特に小規模町村では業務分担により、職員間の意思疎通が阻害される場合があり、保健所の介在が町村内の意思疎通のために有効に働き、保健担当者のみではなく健康に関連する広範囲な職種、部局の参加が望ましいことが明らかとなった。

また、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としては、新たな住民参加型の事業を立ち上げるためにも9つの手法について現場の保健師からアンケート調査を行っ

た。

(はじめに)

健康日本21は平成15年度の健康増進法による法的根拠により、都道府県では策定は義務となり市町村では努力義務となった。しかし、どこの市町村でも独力で策定するような環境整備については課題があると言える。そこで本研究では1)策定方法、2)保健所の支援方法、3)住民参加 の三つにわけた研究組織で3年間研究を行った。本年度は最終年度ということで、1)策定方法については住民参加型策定法の確立、および市町村健康日本21についての全国調査、2)保健所の支援方法については特に小規模な町村への策定支援法について、3)住民参加については住民参加および住民自主グループを推進するアプローチについて検討した。詳しくは各分担研究者の報告書も参照されたい。

(対象と方法)

宮城県内の12町村で介入研究を行い、特に4町では住民参加型策定会議の導入について介入研究を行った。本研究で確立した策定方法の妥当性を検証するために、全国の市町村の約3分の1に当たる市町村に対して無作為抽出アンケート調査を郵送法で行った。

また、福島県において二次医療圏計画の推進過程への参与観察による、保健所による町村支援の実証的調査と、健康日本21市町村計画策定過程への参与観察による、保健所による町村支援の実証的調査を行った。

さらに、住民参加事業のアプローチ手法について、宮城県内の565名についてアンケート調査を行った。

(結果と考察)

前年度までに確立している 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定を基本として、住民参加型策定会議を導入した実践的ないわゆる住民参加型策定方法の確立を行った。この住民参加型策定会議を利用した方法を介入研究しているのが、蔵王町、大和町、加美町、唐桑町の4町であるが、どの事例も円滑な策定が可能であることが実証された。策定方法は、住民参加型策定会議ではまずフリートーキングから、各自治体の健康課題を洗い出し、その健康課題(あるいは事業)を体系化し、どの健康課題に優先順位に位置づけるか行い、その次に、行政の保健スタッフが、現行事業について 体系化⇒優先順位⇒評価指標 を用いて作成しておいた、現行事業の体系化案とのすり合わせをすることを基本としている。

このようなすり合わせをすることによって、現行の自治体の保健事業に沿って出来るだけ実効性ある計画の策定が可能となった。4町の介入研究からは以下の様な住民参加型策定会議への条件づけが有効であることが示唆された。

あ) 住民参加型策定会議の事前準備

A) 保健行政サービスの仕組みを参加者に理解してもらう

- B) 行政側からは自治体の健康課題とその対応状況について周知する
 - C) 単に行政に対する要望を受ける会議ではないことを理解してもらう
- い) 住民参加型策定会議の進行中は以下に配慮する
- A) 住民参加型策定会議は自治体の健康課題を住民の視点で討議する
 - B) どう健康づくりを進めるか住民が自ら出来ることを討議する
 - C) 住民と行政の関係は対等なパートナーシップである
- う) 住民参加型策定会議終了後はメンバーに自主的役割を考慮する
- A) 会議メンバーから健康増進計画周知シンポジウムのシンポジストを選出
 - B) 会議メンバー自ら策定した健康増進計画の説明要員として活動
 - C) 会議メンバー自ら計画進行の評価を行う

保健所の市町村支援については、小規模町村では業務分担により、職員間の意思疎通が阻害される場合があり、保健所の介在が町村内の意思疎通のために有効に働く場合もある。二次医療圏計画は町村の事業整理のためのモデルとしても機能する。二次医療圏計画、市町村計画ともに策定および推進企画を行う組織には、保健担当者のみではなく健康に関連する広範囲な職種、部局の参加が望ましいことが示唆された。

住民参加事業のアプローチ手法については、保健師のアンケート調査からも住民へのアプローチには「住民の実態を把握し、対応の必要性を判断する」、「地域に必要な対策案についてその妥当性を検討する」、「試行的に対策案を実施する」、「事業継続に向けて、住民の主体性を育成し、自主的活動を支援する」、「事業の発展・拡大を企画する」の5つのカテゴリに分類され、行政組織へのアプローチとして「組織の理解を得ながら、実施の機会を判断する」、「国、県、町の政策・施策に位置づける」、「事業実施のために行政組織および組織間の体制を整える」、「事業の効果を評価する」の4つのカテゴリに分類されることが確認され、この9つのカテゴリの展開が住民参加型事業の推進に重要であることが示唆された。

(結語)

- 1) 汎用性の高い健康増進計画策定方法を確立し、この策定方法は住民参加型策定会議の円滑な導入が可能である。
- 2) 保健所の市町村支援について方向性を明らかにした。
- 3) 住民参加事業推進方法についてアプローチ手法を明らかにした。

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 策定マニュアル論文編	20
資料2 策定マニュアルポイント編	34

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、宮崎町、金成町、花山村、鷺沢町、若柳町、高清水町、山元町、村田町、蔵王町、大和町、唐桑町、加美町役場職員、ならびに宮城県保健所、北海道保健所関係者から多大なる支援をいただいたことに感謝致します。

市町村の指標化された

中長期保健サービス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。3年研究の最終年度として、宮城県の5町村に策定介入支援研究を行った。3町は本年度策定を完了した。2町が策定中である。策定方法は、体系化(既存事業再編成)⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知(住民参加)を基礎として、本年度は住民参加型策定会議の導入を行った。4町での介入研究で住民参加型策定会議による策定法を確立し、そのうちの1町は市町村合併直後の町で、合併直後の健康日本21計画策定についても介入研究し、体系化(既存事業再編成)⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知(住民参加)策定法の有効性を確認した。本研究で確立した 体系化(既存事業再編成)⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知(住民参加)策定法は住民参加型策定にも応用展開が可能であり、策定後の評価もしやすく、合併直後の自治体の策定にも活用できる活用のしやすさを実証した。さらに、この方法を補助するためのマニュアル化と策定を促進させるために事業整理カードを開発した。また、既に策定済みの中間評価方法を1町で検討した。

全国の約3200の市町村から無作為に1150ヶ所を抽出して健康日本21策定方法に関してアンケート調査を行った。回収は796カ所(回収率は68.9%)であった。全国市町村の約3分の1に当たる抽出調査を行った。平成15年7月時点での策定完了市町村は3割り弱で、策定中を含めても5割り弱となり、過半数を越えないことが予想される。また、市町村合併による計画策定について明らかな関連はなく、市町村合併後に策定予定をしているのは1割り、不明が6割りを越える。策定方法は、「地域づくり保健活動」と「特になし」が多く、策定の困難は、「予算化」、「他の部局との調整」、「住民参加」の順であった。助言支援機関としては、保健所が最も多く、ついで大学であり、参考となるは、「先進地の事例」であった。また、健康日本21で最も市町村が重視しているのは住民参加であった。本研究で確立した策定方法はこれら全国調査の市町村の課題についても十分対応したものであることを確認した。

（はじめに）

健康日本21は本年度に健康増進法の施行から法的根拠を得た。しかし、市町村レベルでは、このような指標化された中長期保健サービス政策立案手法については経験が少なく、本研究はそのような市町村への支援策とも言えるものである。初年度に 体系化（既存事業再編成）⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知（住民参加） という策定方法を開発し、2年目に住民参加型策定会議を導入した策定方法への応用を確立した。最終年度の本年度では、方法論のマニュアル化やより市町村にとって容易になるように策定法の改善を試み、このような策定方法が全国の市町村のニーズに合致するかどうか検証を試みた。

（対象および方法）

研究方法は初年度、2年度と同様に健康日本21市町村地方計画立案支援を行なう市町村への介入研究とした。策定方法は過去の報告と同様とした。策定方法はマニュアル化を図りより市町村の策定レベルに合致するようにした（マニュアルについては資料34ページ）。最終年度の介入対象は宮城県内の加美町（大崎保健所管内）、若柳町（以上栗原保健所管内）、大和町、山元町（塩釜保健所管内）、蔵王町（仙南保健所管内）、唐桑町（気仙沼保健所管内）の5町とした。このうち、策定支援は加美町、山元町、大和町、蔵王町、唐桑町の5町であり、そのうち、加美町、大和町、蔵王町、唐桑町の4町は住民参加型策定会議を導入している。若柳町では策定後の評価方法について介入研究を行った。人口規模は加美町 28,300 人、若柳町 14,700 人、大和町 24,400 人、山元町 18,500 人、蔵王町 13,800 人、唐桑町 8,800 人、である。

アンケート調査は全国の約3200の市町村から、保健所を持つことができる30万人以上の市および政令市を除いて無作為に1155ヵ所の市町村保健センターにアンケート調査を郵送法で行った。質問項目は81ページの如くである。

（結果と考察）

1) マニュアル化と事業整理カードの作成について

資料34ページのように、本研究で開発した 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定法のマニュアル化を行った。さらに、この策定法の効率化を図るために、体系化作業を円滑に行うことを目的に、事業整理カードを開発した（資料75ページ）。

2) 住民参加型策定会議による策定法について

本研究では 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定を基本としている。本格的な住民参加は住民周知からスタートするものである。この方法の応用として、住民参加型策定会議を併せた策定方法を昨年度開発し、本年度には実践的な策定方法の確立を行った。

実際にこの住民参加型策定会議を利用した方法を介入研究しているのが、蔵王町、大和町、加美町、唐桑町の4町である。

住民参加型策定会議による策定方法も基本的には 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 の方法手順を踏むこと原則としている。

この4つの段階のどの段階でも住民参加型策定会議を応用することは可能である。4町で行っている介入研究では、住民参加型策定会議ではまずフリートーキングから、各自治体の健康課題を洗い出し、その健康課題(あるいは事業)を体系化し、どの健康課題に優先順位に位置づけるか行い、その次に、行政の保健スタッフが、現行事業について 体系化⇒優先順位⇒評価指標 を用いて作成しておいた、現行事業の体系化案とのすり合わせをすることを基本としている。

このようなすり合わせをすることによって、現行の自治体の保健事業に沿って出来るだけ実効性ある計画の策定を目指している。住民参加型策定会議では住民の視点に立った意見や事業案が出てくるが、現行の事業をすべて住民参加型策定会議に対応することは非常に困難であるし、また、そのような必要はないと考えられる。つまり、今の事業はすべて予算と法的な根拠から成り立つものであることから、全面的に住民参加型策定会議による意見に合わせて改編する必要はない。住民参加型策定会議の意見とのすり合わせによる修正が最も適切だと思われる。

住民参加型策定会議を導入した唐桑町の例では、健康増進計画は「からくわ生き生き21」計画とし、「第四次唐桑町長期総合計画」を実現するための計画と位置づけられている。住民参加型策定会議の日程は半年間と比較的短期間に3部会構成でのべ15回の会議を行った。資料60ページは住民参加型策定会議での意見の体系化過程の概念図である。資料65、66、67ページは住民参加型策定会議の概念図である。

また、住民参加型策定会議では一般住民の意見であり、それを保健事業として成り立たせるためには行政スタッフの能力が不可欠である。よって現行保健事業との調整、修正、改善が最も効率的であり、現実的である。住民から様々な意見が出て、それに対応する保健事業案を提案するのが行政スタッフの役割であることから、保健行政スタッフで住民参加型策定会議の事前、あるいは平行して 現行事業の体系化と優先順位付けは行い、その体系化をベースに住民参加型策定会議の意見を取り込むことが実効性ある計画策定となる。

4町の介入研究からは以下の様な住民参加型策定会議への条件づけが有効であることが示唆された。

あ) 住民参加型策定会議の事前準備

- A) 保健行政サービスの仕組みを参加者に理解してもらう
- B) 行政側からは自治体の健康課題とその対応状況について周知する

- c) 単に行政に対する要望を受ける会議ではないことを理解してもらう
- い) 住民参加型策定会議の進行中は以下に配慮する
 - A) 住民参加型策定会議は自治体の健康課題を住民の視点で討議する
 - B) どう健康づくりを進めるか住民が自ら出来ることを討議する
 - C) 住民と行政の関係は対等なパートナーシップである
- う) 住民参加型策定会議終了後はメンバーに自主的役割を考慮する
 - A) 会議メンバーから健康増進計画周知シンポジウムのシンポジストを選出
 - B) 会議メンバー自ら策定した健康増進計画の説明要員として活動
 - C) 会議メンバー自ら計画進行の評価を行う

3) 中間評価方法について

若柳町の例では健康増進計画を骨子に、『サービス投入量』、『住民の反応』、『保健スタッフの気づき』、『次年度の執行計画案』と一覧表を作成して評価を行っている。

評価の基本は、健康日本21計画のような中長期の計画を策定したならば、それに基づき単年度ごとの執行計画を策定するという姿勢である。単年度の執行計画を策定するには、前年度の評価を基にする必要がある。評価項目は

- あ) 優先課題は実現したか(あるいは実現しつつあるか)
- い) 中長期の評価指標に達する進捗度(ペース)か
- う) 新たな課題は出現してなか
- え) 実施の上で組織運営上の課題はないか

これらのことを評価した上で、次年度の執行計画を策定する必要がある。特に う)や え)の問題が出た場合は、健康増進計画自体の修正をも検討する。一度決めた計画は修正しないというのではなく、常に実効性あるものとして修正が必要な場合は修正を行うべきである。修正については、大きなものは健康づくり推進協議会等に諮ることも考慮する。

4) 合併直後の策定方法について

加美町は、本年度に合併してスタートした町である。加美町は、中新田、小野田、宮崎の旧3町が合併して出来た町であるが、旧宮崎町は健康日本21計画を本研究の策定方法で策定している町である。

合併直後の策定介入研究からは、旧町村である各地域の健康課題の洗い直しから始めることを基本としている。よって本研究の 体系化(既存事業再編成)⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知(住民参加)をやはり基本とした策定方法をおこなっている。各地域で、その地域(旧町)の、健康課題と地域の保健事業の優先順位などを持ちより、合同で策定会議を行うようにしている。

合同での策定会議では、各地域の保健事業の調整会議にはしないという基本的な合意が必要である。よって、あ)各地域の保健事業の機械的な一本化は避ける、い)地域特性を活かすことを目指し、平均化を目的としない、う)新しい自治体として何が住民に提供できるかを考える、という方針で介入支援研究を行っている。

最も理想的な展開は、各地域が健康増進計画を策定しており、その各健康増進計画をたたき台に新しい自治体としての健康増進計画を策定することである。よって少なくとも合併するかしなにかかわらず健康増進計画の策定は必要と言える。

このような合併直後の特殊性はあるものの、基本は 体系化(既存事業再編成)⇒優先順位付け⇒事業指標化⇒住民周知(住民参加) 策定方法である。加美町ではこのような策定法によって無理なく策定が進行中である。

5) アンケート調査結果について

(結果および考察)

アンケートは全国の約3200の市町村のうち、保健所を持つことができる30万人以上の市および政令市を除く、30万人以下の市町村から無作為に1155ヵ所の市町村保健センターに発送した。794から回答があり、回収率は68.7%であった。

アンケート内容は資料81ページ。

	回答数	回答率
1)健康日本21計画を策定しましたか	794	100.0%
1)a 策定済み	221	27.8%
1)b 策定中	163	20.5%
1)c 予定あり	137	17.3%
1)d 検討中	176	22.2%
1)e 予定なし	97	12.2%

平成15年7月現在であるが、健康日本21の策定済みは3割り未満である。現在、策定中を含むと、5割弱が策定あるいは策定中となり、過半数に至らない。健康増進法により、市町村の健康日本21策定は努力義務という扱いであるから、現時点でこの程度と言える。これに予定ありを加えると、65.6%となり、過半数の市町村が健康日本21(健康増進計画)を策定すると言える。

2)市町村合併の予定がありますか?	797	100.4%
2)a ある	407	51.3%
2)b ない	105	13.2%
2)c 検討中	210	26.4%
2)d わからない	65	8.2%
2)e 合併済み	10	1.3%

現在、市町村の合併が急速に推進しつつある。そのような中で健康日本21策定がどのような影響を与えるかを調査した。この時点で合併済みは1.3%であるが、合併の予定がある、および検討中を言えると、実に77.7%の市町村で合併について対応を考慮中であることがわかる。なお重複回答があるため、集計は100パーセントを越える。

3)合併後に健康日本21を策定するか?	677	85.3%
3)a する	110	13.9%
3)b しない	68	8.6%
3)c 不明	499	62.8%

では合併後に、健康日本21計画を策定するかを問うと、明確に策定すると回答したのは13.9%であり、実に62.8%が不明と回答されている。このことは、合併で市町村は手一杯で健康増進計画にまで配慮する余裕がないことを示唆すると考えられる。

3-1)市町村合併の予定がありますか?

		794	策定済み		策定中		策定予定あり	
2)a	ある	406	114	28.1%	79	19.5%	68	16.7%
2)b	ない	105	37	35.2%	22	21.0%	22	21.0%
2)c	検討中	208		0.0%		0.0%		0.0%
2)d	わからない	65		0.0%		0.0%		0.0%
2)e	合併済み	10	3	30.0%	3	30.0%	3	30.0%

さらに 2)と 3)についてクロスをかけて分析すると、3-1)のようになる。

健康日本21策定に関しては、策定済みでみると、合併の予定のない市町村で35.2%で最も高く、次に合併済みの30.0%、最も低いのが合併の予定ありの28.1%である。合併済みはわずか10ヵ所のデータであることから一定の傾向を示すと言い難い。「策定済み」「策定中」「策定予定あり」を合わせてみても、合併の予定の無い市町村で77.2%、合併の予定ありの市町村で64.3%で、若干、合併の予定なしの市町村で策定意欲が高いことがわかる。しかし、その差はそれほど大きくなく、表3-1)の結果は、市町村合併が実質的に健康増進計画策定に影響することはそれほど大きくないことを示すものと考えられる。

4)策定に困難なもの	1012	127.5%
4)a 予算化	239	30.1%
4)b 策定方法がわからない	158	19.9%
4)c 住民参加が困難	170	21.4%
4)d 他の部局との調整	205	25.8%
4)e 上層部が無関心	70	8.8%
4)f わからない	69	8.7%
4)g その他	101	12.7%

策定で困難なものであるが、最も多いのが予算化で約3割りである。以下、他の部局との調整(コンセンサスをとること)25.8%、住民参加21.4%、策定方法自体が分からないが2割弱であった。本研究の初年度の宮城県内の市町村のアンケート調査でもほぼ同様の回答で

あり、予算化、役場内のコンセンサスを取ることで、そして住民参加が策定にあたって困難なものという傾向は全国においても同様であることが伺える。

5)健康増進法は策定推進、追風になるか？		
	786	99.0%
5)a なる	454	57.2%
5)b ならない	53	6.7%
5)c どちらともいえない	215	27.1%
5)d わからない	64	8.1%

健康増進法の施行が本年度の5月からであったが、健康日本21策定の追い風になると回答した市町村が6割弱であり、法的な根拠の好影響の大きさが伺える。特に役場内でのコンセンサスを取る上では健康増進法の法的な根拠は大きな追い風となると考えられる。

6)策定に利用した方法は？		
	750	94.5%
6)a ミドリの理論	92	11.6%
6)b PCM	13	1.6%
6)c 地域づくり保健活動	196	24.7%
6)d 他の方法	53	6.7%
6)e 特になし	176	22.2%
6)f わからない	220	27.7%

健康日本21策定に利用する、あるいは利用する予定の方法であるが、最も多いのは「わからない」27.7%である。以下、「地域づくり保健活動」24.7%、「特になし」22.2%、「ミドリの理論」11.6%である。「わからない」と「特になし」は併せて、46.9%にもなり、策定方法については一定のものが無い市町村が半数近くとなることがわかる。

6-1)

策定方法		策定済みでの比率		策定中での比率	
6)a	ミドリの理論	33	14.9%	25	15.4%
6)b	PCM	4	1.8%	4	2.5%
6)c	地域づくり保健活動	81	36.7%	46	28.4%
6)d	他の方法	25	11.3%	18	11.1%
6)e	特になし	70	31.7%	42	25.9%
6)f	わからない	11	5.0%	21	13.0%

表6－1)は、「策定済み」と「策定中」で、どのような方法を利用しているかで分析したものである。全体の例数はそれほど多く無いが、「地域づくり保健活動」と「特になし」での策定が多いことがわかる。

7) 助言、協力を得たのは？	964	121.4%
7)a 保健所	472	59.4%
7)b 大学	144	18.1%
7)c コンサルタント	125	15.7%
7)d その他	133	16.8%
7)e なし	90	11.3%

助言や協力を得た(これから得る)のは保健所という回答が6割り弱あり、市町村が健康日本21策定にあたっては保健所の支援を得、期待していることが示された。重複回答あり。

8) 計画策定の参考となったのは？	1339	168.6%
8)a 国の研修会	26	3.3%
8)b 都道府県の研修会	215	27.1%
8)c 国の策定手引書	230	29.0%
8)d 都道府県の策定手引書	232	29.2%
8)e 市販の策定手引書	96	12.1%
8)f 先進地の事例	449	56.5%
8)g その他	58	7.3%
8)h なし	33	4.2%

計画策定で参考となるのは、「先進地の事例」56.5%、以下、「都道府県の策定手引書」29.2%、「国の策定手引書」29.0%であった。策定にあたっては先進地事例が最も大きな役割を果たしていることが示唆される(重複回答あり)。

9)健康日本 21 にとって一番大切なのは？	1105	139.2%
9)a 住民参加による計画策定	519	65.4%
9)b 客観的な数値目標や評価指標の設定	150	18.9%
9)c 関連機関との協同	147	18.5%
9)d 医療費削減効果	65	8.2%
9)e 生活習慣病予防対策	195	24.6%
9)f その他	24	3.0%
9)g 特になし	5	0.6%

健康日本21計画にとって最も大切なものは、「住民参加による計画策定」で65.4%で、次に生活習慣病予防対策の24.6%であった。質問の4)で見るように、「住民参加」が困難である(21.4%)との回答も多い一方で、健康日本21で大切なのは「住民参加による計画策定」という結果であった。

これらの分析は、これから策定する予定の市町村、あるいは策定したとしたらという予測のデータも含まれている。そこで、現在、策定済み、あるいは策定中に限って集計したものが資料85ページのデータである。傾向は、これから策定する予定や、あるいは策定したとしたらという仮定の市町村を併せたものと変わらない。

策定済み、あるいは策定中においても、策定方法については、「地域づくり保健活動」および「特になし」がほぼ同数となっている。また助言協力については保健所がトップで変わらないものの、大学の助言が、策定済みや策定中の市町村では多いことが示唆される。そして参考となるのは、やはり「先進地の事例」が多い結果である。健康日本21で大切なものは「住民参加」がもっとも多い。困難なものは、策定済み市町村では「予算化」だったとしているが、策定中の市町村では「他の部局との調整」をあげている。

(まとめ)

本研究で開発した、体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定方法は、特殊な理論も研修も不要なことから、予算がほとんどかからず、今回の全国調査でも健康日本21計画策定で「予算化」が困難なものとしてあがるが、このような「予算化」が策定の障害となることは少ないものと思われる。一方で、健康日本21策定で最も大事なものは、「住民参加」というアンケート結果であることから、体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定方法においても住民参加型策定会議との併用については検討すべき課題と言えた。

住民参加型策定会議の導入については、研究2年目から取り組み、最終年度には住民参加型策定会議を併用した 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定方法の確立を行った。よって全国調査のアンケート結果による市町村側の要望や条件を全て満たすような策定方法を本研究では確立したと考えることができるだろう。

助言協力機関としては、アンケート結果として保健所に対する期待が非常に大きいことがわかる。このような健康増進計画策定の推進には保健所の機能を活かすことが不可欠と言えるだろう。本研究の共同研究者が健康日本21策定に関して保健所の役割を分析しているが、市町村健康増進計画の推進には保健所の策定支援機能強化が有効ではないかと思われる。

具体的な策定方法であるが、実際に「策定済み」あるいは「策定中」のアンケート結果を見ると、「地域づくり保健活動」と「特になし」がほぼ同程度である。実際の策定にあたっては、市町村側でも特定の理論や技術に拘らない柔軟性が伺える結果である。そして、参考となったのは「先進地の事例」ということから、理論や技術以上に実際の事例から学ぶ態度が示唆されるものである。

市町村合併の影響についてであるが、実際の合併が健康増進計画策定に与える影響は今のところそれほど多くない傾向である。これは現時点で市町村合併がそれほど進んでない状況を考えると今後もその傾向が続くかどうかは不明である。最も気になるアンケート結果は、合併後に健康増進計画を「策定する」と明確に回答した市町村はわずか13.9%である、一方、「不明」と回答した市町村が62.8%にもなる事実である。

このように今後の対応としては、合併後の健康日本21計画策定についての支援策を考える必要があることから、本研究ではそのような合併後の策定支援対応を含めて検討し、体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定方法による支援指導を、合併したばかりの宮城県加美町で行っているが、合併したばかりの市町でも、この策定方法は有効に策定支援ができることを実証している。加美町の場合は 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定方法 に住民参加型策定会議を併用する策定方法としている。

(アンケート調査のまとめ)

- 1) 全国市町村の約3分の1に当たる抽出調査を、健康日本21策定に関して行った。
- 2) 回収率は68.7%であった。
- 3) 平成15年7月時点での策定完了市町村は3割り弱であった。
- 4) 現在策定中を含めても5割り弱となり、過半数を越えないことが予想される。
- 5) 市町村合併による計画策定について明らかな関連はない。
- 6) 市町村合併後に策定予定をしているのは1割り、不明が6割りを越える。
- 7) 健康増進法は策定を促す役割となるが6割り弱であった。
- 8) 策定方法は、「地域づくり保健活動」と「特になし」が多い。
- 9) 策定の困難は、「予算化」、「他の部局との調整」、「住民参加」の順であった。
- 10) 助言支援機関としては、保健所が最も多く、ついで大学であった。
- 11) 参考となるは、「先進地の事例」であった。
- 12) 健康日本21で最も市町村が重視しているのは住民参加であった。

(結語)

- 1) 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 策定法の応用展開として、住民参加型策定会議を用いた策定法を開発、確立した。
- 2) 中間評価方法についても検討した。
- 3) 合併直後の自治体での策定方法についても検証した。
- 4) 全国の市町村に対する健康増進計画についての全国調査を行った。