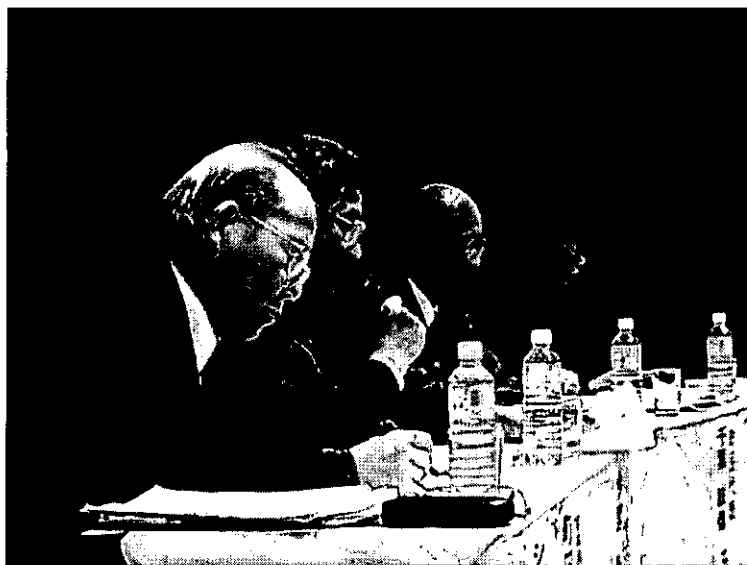


を策定しようとしています。今まで継続され実績のある事業計画を、わざわざ白紙にして新たな計画を策定する必要はありません。むしろ現行の計画や事業をどう効率化し、事業全体の中でどのように優先順位付けや指標化をして行くかが課題となります。

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ます。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す。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となります。推奨している方法は、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でもあります。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わけです。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す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）を付けることに集約されます。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が必要です。



宮崎町の健康日本21シンポジウム

1 8) 地域特性に富む計画づくり

紹介している策定方法は、地域特性に富むものですから、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す。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（あるいは評価指標）は実行性を担保する根拠があることです。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ません。かつ、現行の保健事業は継続していかなければなりません。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ります。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のです。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ありません。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というものです。新規事業の提案は一切していません。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す。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す。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ります。中長期にわたり総花的な目標設定は非現実ではないでしょうか。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必要があります。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はないはずです。

完成した計画はその市町村固有の計画ですから、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ます。他の市町村では直接流用できないものになります。つまり地域特性を最大限に活かした計画となるわけです。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はずです。

1 9) 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すが、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す。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に参加してもらおうと、住民が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ます。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です。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ります。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う流れです。いわゆる検診はハイリスク集団を対象としていますが、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す（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す。しかし、一方で考慮すべき点多々あります。健康日本21地方計画策定ガイドにもありますが、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 等です。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す。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のですが、必ず採用しなければならない方法論では決してありませんし、安易な姿勢で手をつけると收拾がつかなくなる危険性があることも知っておいた方がいいでしょう。理想的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す。長いスパンで住民参加を求めていくことも重要です。

さらに住民参加では注意を要することがあります。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のです。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りかねません。「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ります。国の『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ます。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する必要があります。

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ます。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ものです。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すし、それ以上に保健スタッフの政策立案能力を高める効果があります。

20) 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推奨しています。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だからです。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す。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ます。計画は立案が目的ではなく、実施が目的です。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す。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でしょう。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のですが、だからと言って実現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す。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となります。Plan do see サイクルを実施するには、具体的で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ます。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です。もちろん、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す。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ります。途中で変更することは構いませんが、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ます。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ます。

21) 国の健康日本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ありません。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すが、決してそんなことはありません。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いません。最も重要なのは、計画をいかに実施して行くかです。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わけです。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ます。地方計画は地域特性を反映した計画であるべきですから、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と言

えます。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ります。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す。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す。よって他の事業や計画と整合性があるかどうか重要なポイントとなります。

2 2) 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りません。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す。大抵、市町村の総合計画は数年おき程度に見なおされますが、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のです。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ります。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す。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、実現性が高く継続性が担保されると考えてよいでしょう。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のが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でしょう。

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す。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す。意外に市町村には知られていませんが、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ます。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す。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しょう。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と言えます。

健康増進計画は必ず定期的な評価を行う

中長期の評価指標を持った健康増進計画

中間評価
5年後

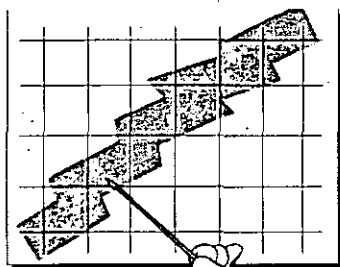
最終評価
10年後

単年度の執行計画を毎年策定

健康増進計画に沿った前年度の進捗度を

勘案し次年度の執行計画を策定する

- 優先課題は実現したか
- 中長期の評価指標に達するペースか
- 新たな課題は出現していないか
- 組織運営上の課題はないか



23) 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ことがあります。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す。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ました。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す。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ようです。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、ある程度の絞込み（優先順位付け）は必要です。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ありません。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す。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す。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なのです。

行政の基本には継続性があります。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も言えます。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なのです。

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ります。施設や機構改革は十分に検討した上で載せるようにしましょう。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す。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ます。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ものです。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わけですから、十分な調整が必要となります。

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す。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も多いものです。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ります。これは悪循環そのものではないでしょうか。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良い参加者の多い地区に開催回数を増やす傾向はどの市町村でも普通に

見られることです。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、という悪循環に陥ります。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を行わないと、結果として偏りのある行政サービスとなりやすいのです。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わけですから。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のではないのでしょうか。

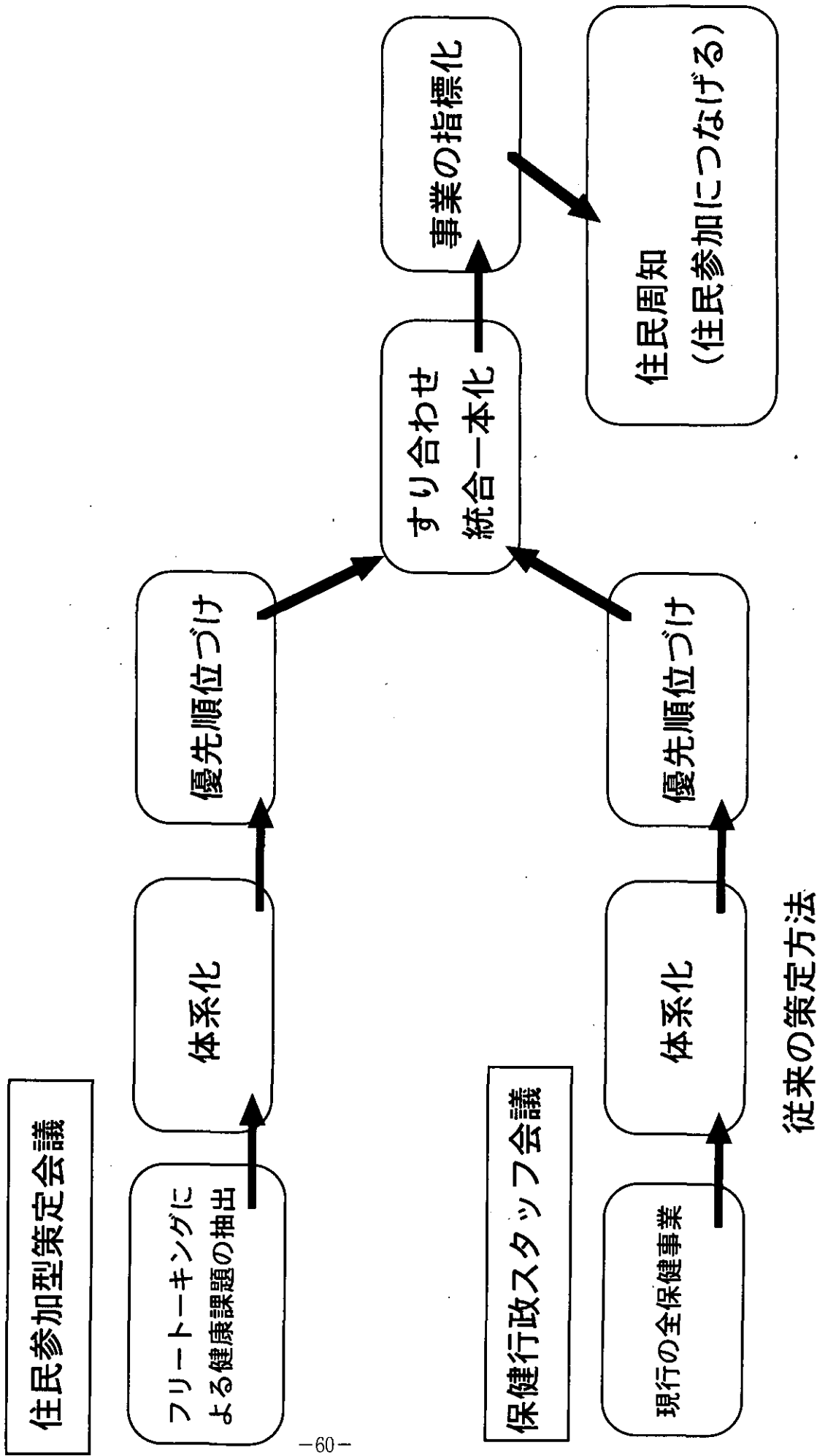
中長期の保健サービスの目標の指標化

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ります。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と言われています。これが行政への競争原理の導入と言われるものです。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ませんが、少なくとも各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ると思われれます。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ますが、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す。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と考えられます。

住民参加型策定会議を利用した

体系化⇒優先順位付け⇒評価指標化⇒住民参加

策定方法 の概念図



従来の策定方法

24) 住民参加型策定会議

ここで紹介している方法は、体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知という非常にシンプルなものです。そして住民周知とは、住民参加につなげる基本という考え方をとっています。厚生省の「健康日本21実践の手引き」においても、Feingold, E.の住民参加段階を示しており、以下がそれです。

- 第1段階 知らせる
- 第2段階 相談・協議
- 第3段階 パートナーシップ
- 第4段階 権限の委譲
- 第5段階 市民自主管理

「健康日本21実践の手引き」では、健康日本21における住民参加は第3段階のパートナーシップを目指すとし、第1段階は「知らせる」つまり「住民周知」です。よって、本研究で確立した方法では、必ずしも住民参加型策定会議によらなくても最終ステップで「知らせる」＝「住民周知」として住民参加の第1段階からスタートし、計画を実施しながら第2段階「相談・協議」、第3段階「パートナーシップ」に到達することを目指すものです。「健康日本21実践の手引き」には、『「健康日本21」では、住民参加による健康づくり運動の推進を基本としています。計画の策定（plan）、計画の推進（do）、計画の評価（see）の全ての段階を住民参加により進めることが重要です』とあり、計画の推進や評価での住民参加を考慮することが今後重要となってきます。

本研究で確立した方法は、このように必ずしも住民参加型策定会議によらなくても計画策定できる簡便さがありますが、容易に住民参加型策定会議を取り入れることができる柔軟性のある計画策定方法でもあります。これがどんな市町村でも策定が可能である大きな理由ともなっています。

すなわち、体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 という方法は住民参加型策定会議による策定でも十分に活用できるものなのです。研究最終年度では、4町において 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 プラス 住民参加型策定会議で介入支援を行いました。4町のうち2町で15年度内に健康日本21計画を策定し、2町で16年度中の策定を目指しています。

住民参加型策定会議では、まず、市町村の健康課題を行政側が提示し、その後は住民の策定委員に健康課題についてフリートークをしてもらいながら、住民から見た健康課題を抽出します。その後、その健康課題を体系化し、さらに優先順位をつける作業を行います。これに対して、保健行政スタッフによる実際の保健事業の体系化、さらに優先順位づけした行政側策定案を立てておき、住民側の体系化した案とのすり合わせ調整します。住民参加型策定会議による意見の『体系化⇒優先順位』と保健行政スタッフによる事業の『体系化⇒優先順位』を統合一本化を行い、その後に評価指標をつける作業に入り、あとは今までと同様に住民周知というものです（資料60ページ）。

このような住民参加型策定会議による 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 は、特殊な技術や理論研修も必要なく、実用性に富み、どのような市町村においても可能な策定方法と言えます。しかし、住民参加型策定会議を導入しても、保健事業を行政スタッフで、体系化⇒優先順位⇒評価指標することは不可欠です。この作業を行っておかないと、住民参加型策定会議の意見だけで組み立てた計画では実効性ある計画にはならない危険性があります。

住民参加型策定会議を設置する場合に注意することがあります。それは住民が過大な期待をすることと、過小な評価をすることの二つです。

過大な期待とは保健サービスに対してその自治体の行財政能力を越えたものを期待するものです。たとえば、子供の遊び場としていきなり新しい児童館の建設を期待するような期待です。この場合は予め住民参加型策定会議をスタートする前に、ハードの建設やあらたな新規予算を組む必要がある場合は、住民参加型策定会議だけで決定しないで他の部局とも協議した上での決める、などの前提が必要です。

過小な評価とは、住民参加型策定会議で出なかった健康課題は討議されることなく終わる危険性があるというものです。住民参加型策定会議では討議されることなく終わったが、保健スタッフから見ると見過ごせない健康課題がある。これは健康増進計画に載せるべきかどうか？という質問を、ときどき受けます。この場合は、保健行政スタッフ会議での 体系化⇒優先順位 でその健康課題が出てくれば、住民参加型策定会議での 体系化⇒優先順位 とのすり合わせで、無理なく健康増進計画に盛り込むことができるはずで

一般的に住民参加型策定会議を導入するときには、策定会議の第一回目にはその自治体の現状と課題を説明してからスタートし、自治体の現状についての理解を住民委員に求めることが基本となります。そのような一定の現状の理解があれば、過大な期待や過小な評価は最小限にとどめることが期待できるでしょう。

住民参加型策定会議の工夫

住民参加型策定会議を導入していて、問題となりやすいのはやはり過剰な住民の行政への期待です。色々な要求を出す場合もあるでしょうし、何でも行政頼みとなる場合もあります。行政への過度の依存性とも言えるケースです。このような住民参加型策定会議を防ぐには、会議の前提条件の設定が重要となります。

住民参加型策定会議は、単に住民の要望を行政が聞く会議ではありません。住民の視点で自治体の健康課題をとらえ、そしてその健康課題に対応した住民自らの健康づくりの取り組みを討議するのが本来の目的です。体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 という策定方法では、住民周知の段階で計画住民周知のためのシンポジウムを行っています。シンポジウムには住民代表にシンポジストとして参加してもらうことなど工夫をしています。住民代表には地域での保健福祉関連の活動を行っているかたに、健康づくりを自らどのように実践しているかを述べてもらったりしています。

このような住民周知の機会でもあるシンポジウムの持ちかたですが、シンポジウムで自治体への要望や希望を公表してもらおうのではなく、住民自らどのように健康づくりを実践しているかを公表してもらい、健康増進計画策定に向けて住民自らは何が取り組めるかを宣言してもらおう意味合いがあります。このような周知機会（シンポジウム）の持ち方を事前に確認しておくことも大切です。住民参加型策定会議による健康増進計画策定とは、住民と行政が対等なパートナーシップを確立するものであり、住民の行政への依存を高めるものでもなければ、行政が住民に計画を強要するものでもありません。

住民参加型策定会議を用いる場合は、やはり事務局の対応がポイントとなります。失敗に終わるのは明らかに準備不足という場合ではないでしょうか。事務局側でその自治体の現状の健康課題と、今までどのように健康課題に対応してきたか、を把握しておく必要があります。

住民参加型策定会議にすべてを丸投げするような計画策定運営では失敗に終わることが多いようです。良くあるのは、住民参加型策定会議で健康増進計画の骨子は出来たが、それを実現する具体的な保健事業が見当たらない。あるいは計画案に合わせて新規事業をスタートしなければならないが、新規事業の予算やスタッフが無い。また理念やコンセプトだけはできたが、それを実現する行動計画が無いなどです。これらを防ぐためには、先に述べたように、保健行政スタッフで、現行の保健行政サービスの体系化と優先順位付けを行いながら、健康課題とその対応状況の確認作業をすることが大切です。

策定後には 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 から明らかなように周知を徹底することがポイントとなります。そこで住民参加型策定会議の参加メンバーから、健康増進計画の説明要員を募り、健康増進計画の周知を図るボランティアとして活動してもらうことも考慮したほうが良いかもしれません。さらに健康増進計画の進捗状況の評価についても参加メンバーから選出することも良いでしょう。住民参加型策定会議のメンバーを策定だけで終わらすのは勿体無いのではないのでしょうか。策定会議の中で得られた策定メンバーの経験を策定後にも活かす工夫も必要でしょう。

1) 会議の前で

- 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

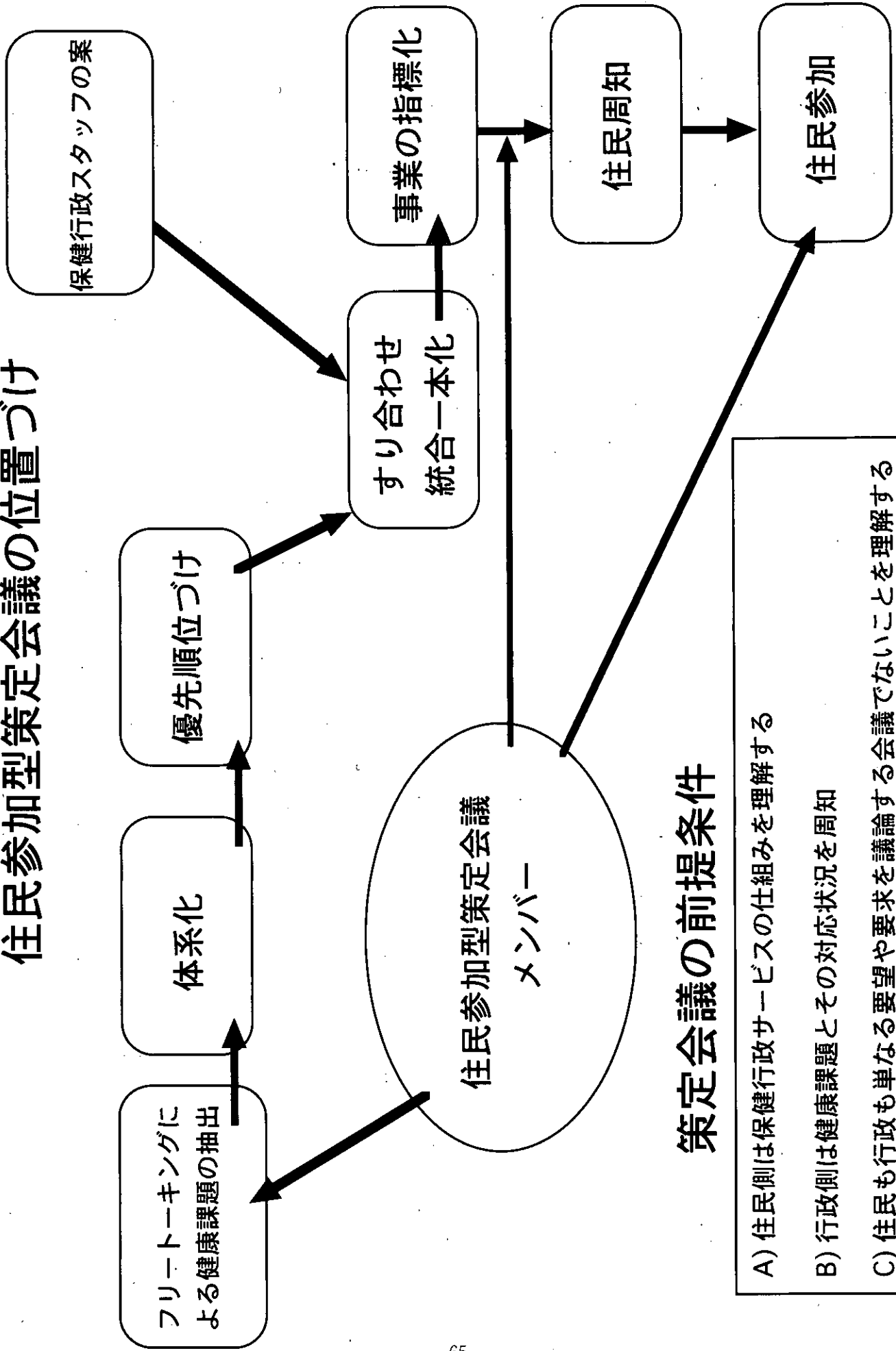
2) 会議の中で（策定中）

- 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

3) 会議の後で（策定後）

- 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

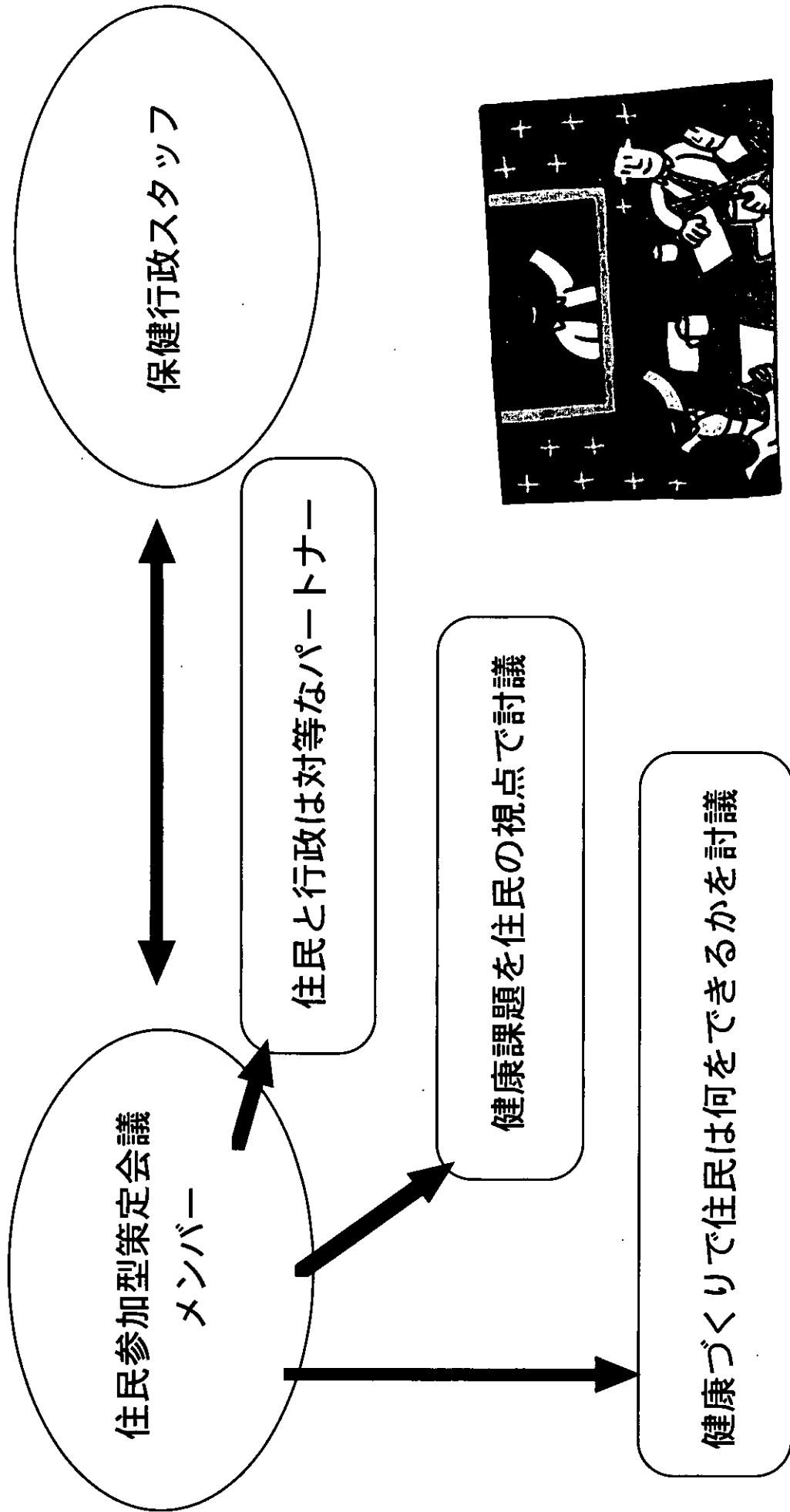
住民参加型策定会議の位置づけ



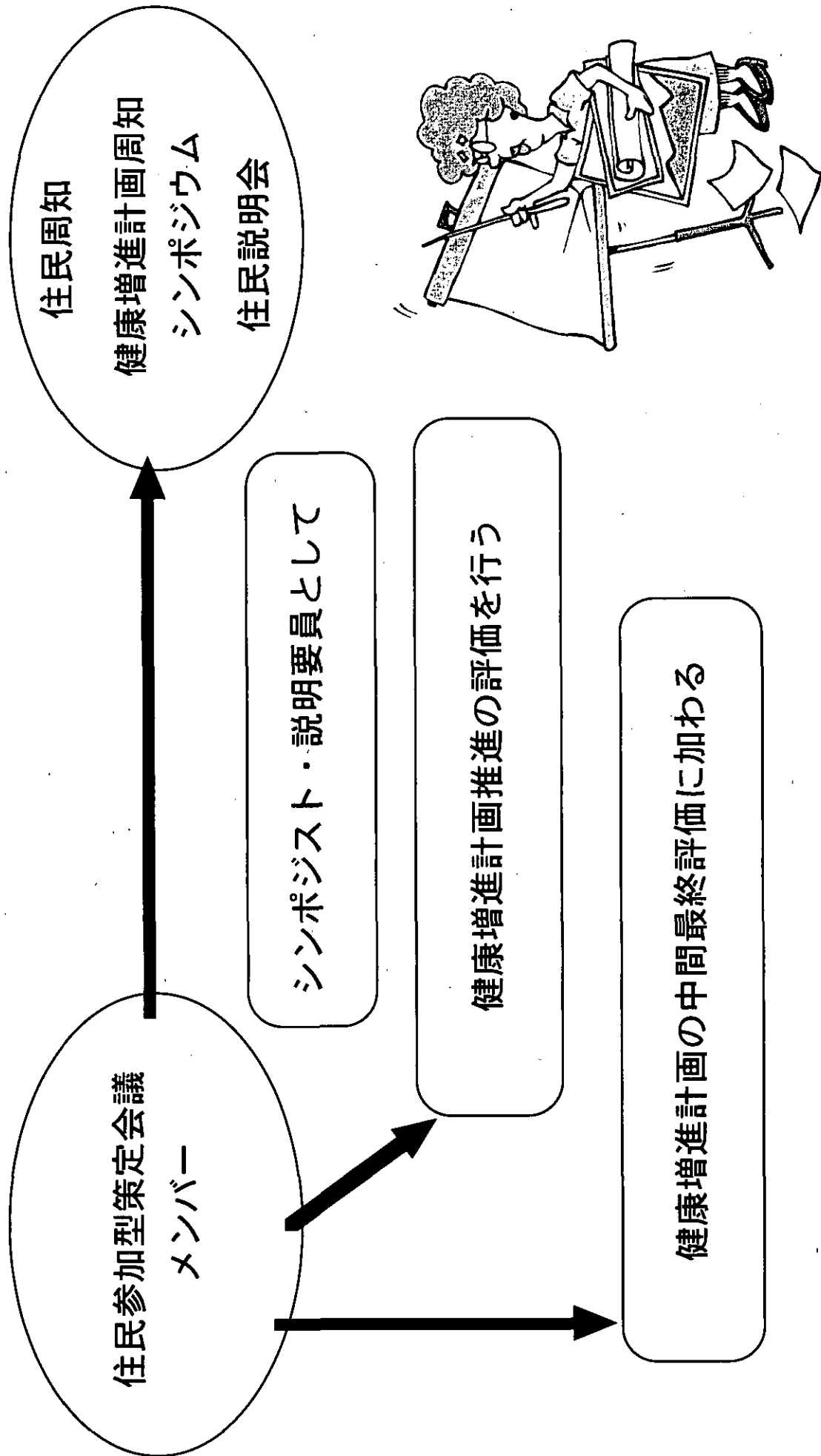
策定会議の前提条件

- A) 住民側は保健行政サービスの仕組みを理解する
- B) 行政側は健康課題とその対応状況を周知
- C) 住民も行政も単なる要望や要求を議論する会議でないことを理解する

住民参加型策定会議の策定中においては



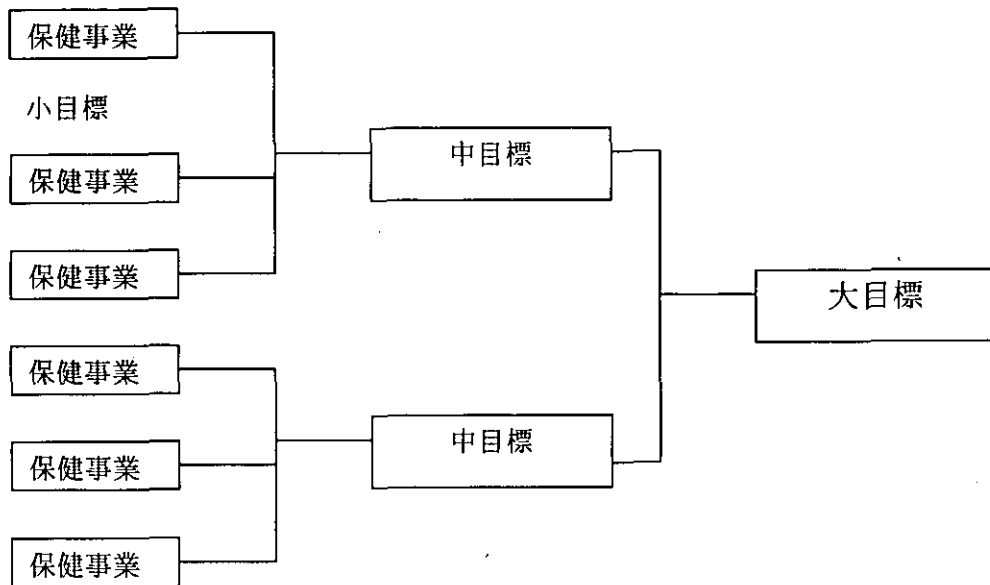
住民参加型策定会議の策定後



25) 事業整理カードについて

本研究で確立した 体系化⇒優先順位⇒評価指標⇒住民周知 という策定方法のなかで、時間と手間がかかるのが、体系化作業です。実際の事業項目を、小目標（具体的事業）⇒中目標⇒大目標という風に束ねていく方法です。共通性のある事業項目を束ねて、中目標にくくり、さらに中目標をくくって大目標にくくりというものです。

この体系化作業によって個々の事業の全体での位置づけがわかる効果もあります。



この計画策定方法は、非常にシンプルなもの、体系化とはすなわち既存事業の再編成であり、その既存事業の再編成によって計画を策定するものです。計画策定の中で重要なものは体系化ですが、この体系化はそれぞれの市町村の状況に大きく依存するものです。実際の体系化作業では、短冊に保健事業（小目標）を記入し、その短冊を保健スタッフ全員で協議しながら整理して行くなど市町村ごとに工夫がなされています。

そのような保健事業の整理、体系化作業の効率高めるために事業整理カードを作成しました（資料75ページ）。このカードは、事業の目的、その事業の市町村における重要度（必要度）、実際の活動状況などを整理するものです。体系化作業を行う時に、このような整理を事業ごとに行っておくと、体系化作業がスムーズに行えます。また、保健スタッフ間でその事業の考え方について共通認識（コンセンサス）を確認する作業でも有効です。

26) 合併後の健康日本21策定について

健康日本21健康増進計画は、市町村にとっては中長期の保健総合計画の意味を持つものですが、現在、市町村の合併が進む中で市町村によっては合併のために健康日本21計画の策定が後回しになるところもあるようです。合併前に策定しても、合併してから新しい市町として再度策定することになるので合併前は策定しないというところもあれば、むしろ合併前に策定して地域の特徴を計画として残しておきたいという町もあります。

合併する場合は、できれば合併前に健康増進計画を策定しておき、地域の健康課題とそれぞれの優先保健事業の整理はしておいた方が、合併後のスムーズな健康日本21策定に結びつくと考えられます(資料70ページ)。

現在、合併した直後の町で健康日本21計画策定を介入支援しています。策定方法は従来通りの体系化(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)方法+住民参加型策定会議で、平成16年度中に策定を予定しています。

合併した(あるいは予定している)市町村保健事業の対応の仕方は次のようなものです。

- 市町村合併については長所短所がある 過大評価も過小評価もするべきではない。長所を活かし、短所を出来限り小さくする努力が必要。

長所としては

- A) 今までの小さな自治体ではできなかった事業が出来る可能性が広がる。
 予算規模が大きくなり、効率が高まる(スケールメリット)
- B) 保健スタッフが増えて専門性が高まる。
 地域担当制から事業担当制の流れが大きくなる あの人をの能力を借りよう
- C) 保健スタッフ間の人材交流が増える
 保健スタッフが増えることから人事異動がダイナミックになる

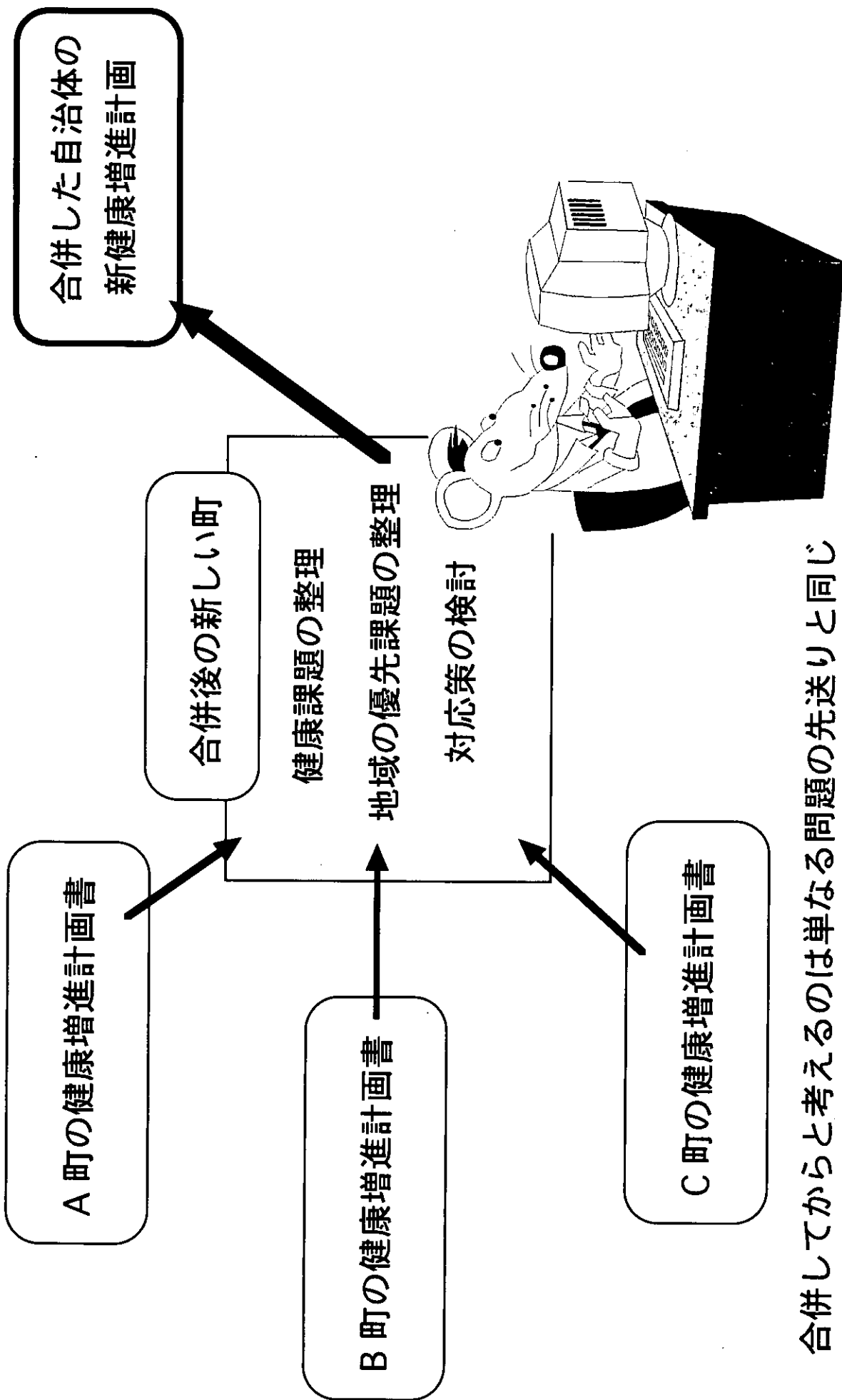
短所としては

- A) 規模が大きくなると行政の効率性は高まるが、
 住民への有効性が高くなるかどうかは別
- B) 今までの継続した事業の流れ途絶える可能性がある
- C) 地域特性を活かした事業がより広域的に平均化される
- D) 人事異動が生じて担当職員が定期的に交替する可能性がある

- 欠点とは利点でもある

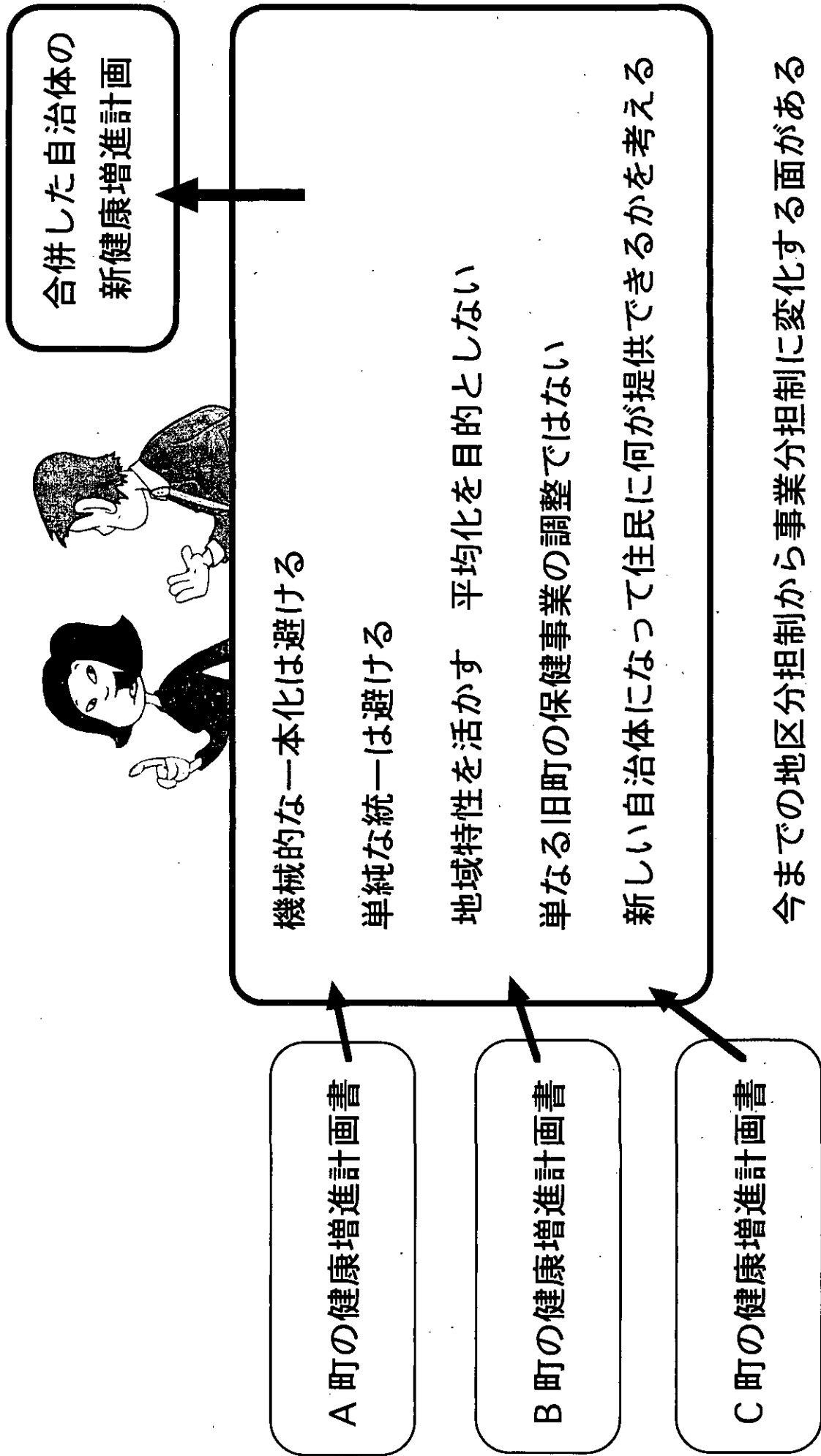
良く有る現実 ◇過大評価 合併してから考えるという先送り
健康日本21策定状況を見ていると、合併してから考えるという先送りが散見される 現実には先送りしても問題はなにも解決されない

合併の前には健康課題とその対応策についてはまとめておく



合併してからと考えるのは単なる問題の先送りと同じ

合併した町の健康増進計画策定では



旧町の縄張り意識は無意味 やがて人事異動が生じる 皆が新しい自治体職員