

200401290A

厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業
研究課題番号：H16-健康-023

地方健康増進計画の技術的支援に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 河原 和 夫

(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

平成17 (2005) 年3月

厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業
研究課題番号：H16-健康-023

地方健康増進計画の技術的支援に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 河原 和夫

(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

平成17(2005)年3月

目次

ページ

I. 総括研究報告

- 健康増進計画の技術的支援に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

II. 分担研究報告

1. 地方健康増進計画の策定、実施および評価における問題点・・・・・・・・・・・・ 20
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)
辻 一郎 (東北大学大学院 公衆衛生学分野)
2. 日常業務分析から見た健康日本21のプロセス評価の研究・・・・・・・・・・・・ 61
伊藤 雅治 ((社)全国保健センター連合会)
藤内 修一 ((社)地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター)
榎本 真聿 (愛媛大学病院医療福祉支援センター)
3. 生活習慣病予防対策における行政の役割と健診機関の充実について・・・・・・・・ 65
ー老人保健事業の見直しに関する検討会中間報告を受けての考察ー
榎本 真聿 (愛媛大学病院医療福祉支援センター)
4. 保健活動における評価とモニタリングの意義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70
佐甲 隆 (三重県松阪保健所)
5. 先進地訪問調査による地方健康増進計画の課題と支援のあり方に関する研究・・ 81
榎本真聿 (愛媛大学病院医療福祉支援センター)
6. 地方健康増進計画の現状と課題及び支援のあり方に関する研究・・・・・・・・ 144
～愛媛県下市町の調査を通じて～
榎本 真聿 (愛媛大学病院医療福祉支援センター)

7. 運動ならびに生活機能低下防止のために地方健康増進計画	165
が果たすべき機能に関する研究	
越智 隆弘 (国立病院機構 相模原病院)	
武藤 芳照 (東京大学大学院 教育学研究科身体教育学講座)	
阪本 桂造 (昭和大学医学部 整形外科学教室)	
遠藤 直人 (新潟大学大学院 医歯学総合研究科機能再建学講座整形外科学分野)	
吉村 光生 (吉村整形外科医院)	
北 潔 (北整形外科)	
大川 弥生 (国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部)	
8. 転倒予防の学術的・政策的意義に関する研究	170
武藤 芳照 (東京大学大学院 教育学研究科身体教育学講座)	
太田 美穂 (札幌市発達医療センター 整形外科)	
長谷川 亜弓 (東京大学大学院 教育学研究科身体教育学講座)	
山田 有希子 (東京厚生年金病院 図書室)	
杉山 明希 (ライフサイエンス出版)	
9. 転倒予防に必要な地域における検診項目と保健事業に関する研究	186
阪本 桂造 (昭和大学医学部 整形外科学教室)	
10. 骨粗鬆症の予防に必要な地域における検診項目と保健事業に関する研究	206
遠藤 直人 (新潟大学大学院 医歯学総合研究科 機能再建医学講座整形外科学分野)	
11. 日本整形外科学会「骨粗鬆症委員会」	232
- 骨粗鬆症と運動器疾患の予防と治療 -	
12. 日整会大腿骨頸部骨折定点観測3年間の分析 (最終) 報告書	236
13. 「松岡町高齢者健康づくり事業」の効果と問題点	257
吉村光生 (吉村整形外科医院)	
14. 地域健康増進計画の技術的支援に関する研究	261
北 潔 (北整形外科)	

15.	我が国の妊婦における喫煙と飲酒が睡眠障害に与える影響に関する疫学研究・・・	264
	大井田 隆、兼板 佳孝、横山 英世（日本大学医学部 公衆衛生学教室）	
16.	効果的な歯科保健活動を遂行するための地域健康増進計画の展開について・・・	278
	尾崎 哲則（日本大学歯学部 医療人間科学教室）	
17.	地方自治体における健康づくり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	286
	～「健康くらしき21」推進とその課題～	
	曾根 啓一（倉敷市保健福祉局／倉敷市保健所）	
18.	健康指標の再評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	342
	津下 一代（あいち健康の森健康科学総合センター 指導課）	
	富永 祐民、藤田 三千子、井形 昭弘、皆藤 寿、根間 健吉、	
	小田 京子、早瀬 智文、中野 光代、石川 裕哲、鈴木 昌弘、	
	掛川 悌示（あいち健康の森健康科学総合センター）	
	嶋本 喬、木場 康文（大阪府立健康科学センター）	
	揚石 広行（茨城県健康科学センター）	
	栗田 勝弘、阿久津 裕秋、花本 哲也、橋本 フミ	
	（とちぎ健康づくりセンター）	
	小池 修、高橋 和代、須田桃子（埼玉県県民健康福祉村）	
	真島 和徳、星野 明子（新潟県健康づくりセンター）	
	奥田 嘉彦、櫻田 惣太郎、小川 耕平（富山県国際健康プラザ）	
	高橋 幸広、佐伯 義明（山口県健康づくりセンター）	
	神宮 純江、江上 裕子（福岡市健康づくりセンター）	
	瀬戸山 史郎、黒木 晶子（鹿児島県県民健康プラザ）	
	アンケート協力	
	北九州市健康づくりセンター、岡山県南部健康づくりセンター、	
	静岡県総合健康センター、神戸市健康づくりセンター	
19.	健康日本21計画の目標としての健康寿命のあり方に関する考察・・・・・・・・	395
	平尾 智広（香川大学医学部 医療管理学）	
20.	（参考）個人のシナリオに沿ったあるべき施策の考え方・・・・・・・・	401
	平尾 智広（香川大学医学部 医療管理学分野）	
	菅沼 成文（福井大学医学部 国際社会医学講座環境保健学講座）	
21.	ローカル・マニフェストと健康日本21・・・・・・・・・・・・・・・・	405
	伊関 友伸（城西大学 経営学部）	

班員構成

主任研究者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科政策科学分野 教授

分担研究者

伊藤 雅治 社団法人 全国保健センター連合会 理事長
辻 一郎 東北大学大学院 公衆衛生学分野 教授
越智 隆弘 国立病院機構 相模原病院 院長
大井田 隆 日本大学医学部 公衆衛生学教室 教授
尾崎 哲則 日本大学歯学部 医療人間科学教室 教授
津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター 指導課長
櫃本 真幸 愛媛大学病院 医療福祉支援センター 副センター長
曾根 啓一 倉敷市保健福祉局 参与/倉敷市保健所 所長
平尾 智広 香川大学医学部 医療管理学分野 助教授

研究協力者

武藤 芳照 東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座 教授
阪本 桂造 昭和大学医学部整形外科学教室 教授
遠藤 直人 新潟大学大学院医歯総合研究科機能再建学講座整形外科学分野 教授
吉村 光生 吉村整形外科医院 院長
北 潔 北整形外科医院 院長
大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部 部長
太田 美穂 札幌市発達医療センター 整形外科
長谷川 亜弓 東京大学大学院 教育学研究科身体教育学講座
山田 有希子 東京厚生年金病院 図書室
杉山 明希 ライフサイエンス出版
兼板 佳孝 日本大学医学部 公衆衛生学教室
横山 英世 日本大学医学部 公衆衛生学教室
吉池 信男 独立行政法人 健康・栄養研究所 研究企画評価主幹
菅沼 成文 福井大学医学部国際社会医学講座環境保健学講座 講師
藤内 修一 (社)地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター
佐甲 隆 三重県松阪保健所 所長
岩室 紳也 (社)地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター
国吉 秀樹 沖縄県中部福祉保健所
田上 豊資 高知県健康福祉部

田中 久子	埼玉県坂戸保健所
中川 昭生	島根県健康増進課長
中瀬 克己	岡山市保健所
中本 稔	山口県立大学看護学部予防医学
新山 徹二	愛媛県健康増進センター
福永 一郎	(有) 保健計画総合研究所
牧野 由美子	島根県益田保健所
村中 峯子	全国保健センター連合会
伊関 友伸	城西大学経営学部 助教授
井形 昭弘	名古屋学芸大学
富永 祐民	あいち健康の森健康科学総合センター
藤田 三千子	あいち健康の森健康科学総合センター
皆藤 寿	あいち健康の森健康科学総合センター
根間 健吉	あいち健康の森健康科学総合センター
小田 京子	あいち健康の森健康科学総合センター
早瀬 智文	あいち健康の森健康科学総合センター
中野 光代	あいち健康の森健康科学総合センター
石川 裕哲	あいち健康の森健康科学総合センター
鈴木 昌弘	あいち健康の森健康科学総合センター
掛川 悌示	あいち健康の森健康科学総合センター
嶋本 喬	大阪府立健康科学センター
木場 康文	大阪府立健康科学センター
揚石 広行	茨城県健康科学センター
栗田 勝弘	とちぎ健康づくりセンター
阿久津 裕秋	とちぎ健康づくりセンター
花本 哲也	とちぎ健康づくりセンター
橋本 フミ	とちぎ健康づくりセンター
小池 修	埼玉県県民健康福祉村
高橋 和代	埼玉県県民健康福祉村
須田桃子	埼玉県県民健康福祉村
真島 和徳	新潟県健康づくりセンター
星野 明子	新潟県健康づくりセンター
奥田 嘉彦	富山県国際健康プラザ
櫻田 惣太郎	富山県国際健康プラザ
小川 耕平	富山県国際健康プラザ
高橋 幸広	山口県健康づくりセンター
佐伯 義明	山口県健康づくりセンター
神宮 純江	福岡市健康づくりセンター
江上 裕子	福岡市健康づくりセンター
瀬戸山 史郎	鹿児島県県民健康プラザ

黒木 晶子 鹿児島県県民健康プラザ
竹中 英仁 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻
医療政策学講座 政策科学分野
青島 耕平 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻
医療政策学講座 政策科学分野

研究協力施設

北九州市健康づくりセンター
岡山県南部健康づくりセンター
静岡県総合健康センター
神戸市健康づくりセンター

I . 総括研究報告

平成16年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

総括研究報告書

地方健康増進計画の技術的支援に関する研究

主任研究者 河原 和夫（東京都医科歯科大学大学院 政策科学分野）

研究要旨

2003年5月から施行されている「健康増進法」では、健康増進に対する国、地方公共団体、および国民等の責務が規定されている。

そのなかでも、国民（住民）と直接の接点を持つ都道府県や市町村双方の健康増進に対する責務は、行動・活動や事業等の具体的な形となって現れる非常に重要なものである。

21世紀初頭の国民の健康づくり計画である「健康日本21」が、平成12年度から実施されているが、健康増進法はその事業の実施を法的にも支援するものである。

同法の第 条では、都道府県に健康増進計画の策定を義務付け、市町村には策定に向けた努力をすることを規定している。

このような背景から、現在すべての都道府県および政令指定都市では健康増進計画が作成されている。その一方で市町村等では約30%の作成率である。また、計画の実施にあたっては種々の問題を抱えている。

健康日本21は、健康寿命の延伸を基本理念に据え2010年を最終年度とする健康増進計画で、2005年を目途に中間評価を行うことになっている。

現在、中間評価をどのような指標を用い、どのような手法で行うかが解決すべきもうひとつの課題となっている。

本研究は、「健康日本21の推進体制」、「健康日本21の健康課題への具体的対応」、「健康寿命の算定方法」および「健康科学センターと健康日本21との関わり」について研究することが目的である。

都道府県健康増進計画の問題は、計画の策定段階での科学性の希薄さ、住民を中心とした参画がなかったこと、そして目標設定とその評価指標や評価方法の設定の不完全さが指摘できよう。

実施に当たっては、事業計画や実施計画といった事業を的確に実施するために必要な部分が欠如しており、健康増進計画は単なる社会目標を表明しただけの計画でとどまる可能性が大いにある。評価については計画の策定時に的確な評価指標を設定しなかったことが、現在の評価のあり方の議論を引き起こしている根源になっているものと思われる。

行政計画については新規性が見られない従来型の行政計画の立案や執行ではなく、県民のニーズを徹底的に調べ分析（顧客満足度の測定）し、どのような需要を持った対象集団がどの程度存在するか（市場調査）を把握して、行政ができるサービス、民間でできるサービス、そしてその両者いずれも単独でできないサービスを明確にして、すべての県民にシームレスのサービスを提供していくことが重要である。

また、喫煙、飲酒の妊婦への睡眠影響、歯科疾患、そして転倒・骨折（運動器不安定症）についてみてきたが、健康日本21の生活習慣病対策を中心とした各分野の推進についても、行政関係者のみでなく学識者、医療機関関係者を交えて計画の策定、データ収集・解析、施策への反映という形態を確保することが重要である

ことが示唆された。

健康寿命の延伸は国の計画をはじめとして、地方自治体の多くの計画のなかに盛り込まれているが、国からもその算定式が明確に示されていないが、地方自治体でもどの算定式によって、健康寿命を求め、中間評価を行うかについて、意見が分かれているところである。

健康日本21は、自治体のみで推進できる計画ではなく、多くの関係者や関係機関の関与があって初めて実現していくものである。

そして計画の策定や執行、さらに評価に至るまで科学的な事業進行管理が求められる計画でもある。

行政計画については新規性が見られない従来型の行政計画の立案や執行ではなく、県民のニーズを徹底的に調べ分析（顧客満足度の測定）し、どのような需要を持った対象集団がどの程度存在するか（市場調査）を把握して、行政ができるサービス、民間でできるサービス、そしてその両者でもできないサービスを明確にして、すべての県民にシームレスのサービスを提供していくことが重要である。

今後、健康日本21は、行政機関を中心とした地域保健従事者の独占物ではなく、臨床医、保険者、NPO、企業等の未開拓の役割や関与方法を確立することにより、公衆衛生関係者では成しえなかった成果を生じることとも十分考えられることであるから、これら関係者への積極的な働きかけが必要と考える。

また、せっかく健康増進のために設置された機関の役割が明確でなく、十分な機能が果たされていないことがある。健康科学センターがその一例である。

健康科学センターの設立の理念は、健康増進、生活習慣病予防であり、健康日本21推進の理念と合致する。各センターの取り組みにはばらつきがあるものの、着実に業務改善をめざして活動をつづけており、推進拠点についての役割を考察するモデルとなり得る。

A. 研究目的

本研究は、「健康日本21の推進体制」、「健康日本21の健康課題への関係者の具体的対応」、「健康寿命の算定方法」および「健康科学センターと健康日本21との関わり」などについて研究することが目的である。

1. 健康日本21の推進体制

2000年4月に健康日本21が策定され、また2002年には健康増進法が制定された。これらの時流を受け、地方健康増進計画策定の弾みがつき、健康日本21という言葉もかなり浸透するようになってきた。しかし、地域計画を策定している自治体とそうでない自治体とに二極化しつつある。また、策定しているところでも、策定過程やその計画執行に新規性が求められず、第一次および第二次国民健康づくり事業と思想的・手法的には何ら変わらなくなっている。評価体系についても極めて曖昧である。

健康日本21は本来、21世紀初頭のまったく新しい概念による行政計画であったが、本来の趣旨とは大きく逸脱してきた。さらに地方計画を支援する保健所の機能が期待されていないのが実情である。

本研究では、健康日本21および地方健康増進計画を支援するために必要となる、ベースライン値、目標値の妥当性の検討や既存の社会資源は考慮しつつも新たな住民ニーズの把握ならびに新規のマーケット開拓も踏まえながら計画の科学的策定・執行管理・評価手法の開発を行うことを目的としている。

2. 健康日本21の健康課題への関係者の具体的対応

健康日本21は、生活習慣病対策を中心に目標事項を定めている。その中で、喫煙、飲酒、そしてこれらが心の健康増進や休養としての意味合いも合わせ持っている睡眠に及ぼす影響について具体的にデータを収集し、喫煙や飲酒に関連する健康増進対策を講じ、改善する際の基礎資料を得ることを目指し

た。

特に、具体的な健康増進課題としてわが国の妊婦における喫煙と飲酒が睡眠障害に与える影響についての研究を行った。一般的に妊婦は同年代の女性に比較して睡眠障害が多いことが報告されており、この女性達が喫煙や飲酒をすることによりさらに睡眠障害が増えると予測されるものの、妊娠時期の睡眠障害と喫煙や飲酒との関連性についての疫学研究はまだないことによる。

歯科領域についても同様に健康増進事業の推進に資するデータの収集を目指した。

健康日本21で、う蝕・歯周疾患や歯の喪失といった項目ごとのみならず、ライフステージ別に、「歯の目標」を多く設定されていることから、地方においても多くの目標設定を行っている。多数な目標値の中から成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移と歯周疾患検診の自治体での実施状況および幼児期や学童期のう蝕予防および歯周疾患の継続的管理と関連する歯科診療所をベースとした歯科疾患予防実施の状況を中心に検討することを目的とした。

今回の研究では、地域保健行政関係者から多く語られていた健康日本21に対する取り組みについて臨床医学からのアプローチを行った。

健康日本21の実情は、地域保健分野のしかも限られた範囲の関係者や対象者が関与するだけの健康増進事業になってしまった観がある。健康寿命の延伸が保健・医療・福祉・介護等の広範な関係者の関与により初めて可能となることから臨床医学関係者が計画の推進に果たす役割が大きい。

そこで整形外科領域からのアプローチを試みた。本研究では、自立を失うことなく長寿を獲得するために、運動器機能維持対策が重要であり、奏功することを明示することが第一の目的とした。さらに、地方健康増進計画がどのように行われるべきかを、運動器機能維持対策の角度から検討することが第二の目的とした。

高齢者生活機能低下に導く運動器疾患はいくつもあるが、中でも代表的な転倒・骨折の問題に本研究の焦点をあて、リスク評価方法と事業内容に的を絞り、①転倒・骨折（運動器不安定症）対策施策によ

る健康寿命延伸を示すこと。②その対策が、広く、かつ長期的に全国で実施できるように、臨床医が積極的に参加・協力できる方向で、評価方法、事業案を立案、試行し、実証することが研究目的である。

3. 健康寿命の算定方法

また、国をはじめとして多くの都道府県や市町村においては、健康日本21は健康寿命の延伸を基本理念として掲げているが、計画の最上位の評価指標である健康寿命については、2000年の計画作成時から議論されてはいるが、具体的な達成手段や評価方法、そして算定方法などが不明確で、わが国において未だコンセンサスを得られた健康寿命指標はない。このような中、2005年政府与党は「健康フロンティア戦略」をマニフェストに掲げ、今後10年間で健康寿命を2年程度延伸させるとしている。本研究では、評価指標としての健康寿命について、算出の意義、算出の条件、既存の指標の特徴を述べ、わが国における健康寿命指標のあり方を示すことが求められている。

4. 健康科学センターと健康日本21との関わり

全国の健康科学センターを協力施設とし、健康科学センターの活動を中心として健康日本21地方計画推進プロセスを分析し、市町村に対する技術的支援の具体的な内容について調査した。また、この過程において目標達成のためのプロセス評価指標や、健康指標のあり方について考察することを目的としている。本年度は各健康科学センターの推進事業について調査し、目標値達成にむけての直接および間接的サービスのあり方について、アンケート調査、センター長に対するヒアリング、実務者レベルのワーキングを実施した。

B. 方法

1. 健康日本21の推進体制

都道府県健康増進計画の策定方法、実施方法及び評価方法の問題点の同定および健康日本21に対する市町村の取り組み状況や問題点を明らかに

するためのアンケート調査を実施した。

2. 健康日本21の健康課題への具体的対応

妊婦における喫煙と飲酒が睡眠障害に与える影響に関する調査は、社団法人日本産婦人科医会の調査定点である全国1,000箇所の産科医療機関から、病院別(診療所、公立病院、私立病院)および地域ブロックで層別化し無作為抽出した500か所のうち、協力が得られた280か所に調査票を送付し、最終的に回収の得られた260か所で実施した。

調査項目は、属性(年齢、最終学歴)、妊娠状況、就業状況、妊娠前の喫煙・飲酒状況、現在の喫煙・飲酒状況、喫煙・飲酒の胎児への影響の認知、周囲の人からの喫煙・飲酒に関する働きかけの有無、受動喫煙の状況、今後の禁煙・禁酒の意思(喫煙者・飲酒者のみ)等であった。

歯科領域については、平成9～15年度までに静岡県富士宮市保健センターで総合健診と同時に実施された歯周疾患検診を受診した40歳1102名、50歳1312名である。診査内容は、現在歯の状況および歯周疾患罹患状態(CPIで測定)であり。キャリブレーションを受けた同一の歯科医師5名で、開始年度からすべての診査を行った。今回はこの検診事業のデータから成人の口腔状況の年次推移、市町村における歯周疾患検診の実施率について検討した。

また、歯科診療所における歯科予防処置の実施状況について、日本歯科医師会の一般会員名簿(会員数53,193名、2004年3月現在)から順序抽出(抽出率10%)した5285名の歯科医師に個人および医院の特性、診療室における各種予防処置・定期健診・保健指導の実施状況などの項目から構成されるアンケート調査を実施した。

さらに、転倒・骨折(運動器不安定症)に関する症例の解析や文献考察、ならびに地方自治体での転倒予防活動を通じて以下の事項を検討した。

地方健康増進計画として、高齢者の「転倒し易さ」予防対策を講じることにより、健康寿命の延伸を図ること。転倒を起こし易いリスクをEBMの観点から評価する方法を開発し、その対策を検討すること。骨折を起こす主要リスクである骨粗鬆症の予防対策

についての検討もおこなった。また、実際に予防活動が行われている自治体事業も検証した。

3. 健康寿命の算定方法

健康寿命算定式の比較をおこなうために、全国、都道府県、市区町村の統計資料等を用いた。また、オランダやオーストラリアで行われた研究成果をもとに、健康状態の重みづけ方法を検討した。

4. 健康科学センターと健康日本21との関わり

健康日本21の推進や健康指標の再評価に資するため、健康科学センターの活動やデータの活用について、②健康科学センターが、健康日本21地方計画の遂行にどのように寄与しうるか、の2点を中心に、全国14の健康科学センターに対してアンケート調査や関係者が一堂に会してのヒアリングを実施した。各施設の活動状況について、事業実践評価表を作成するとともに、目標、事業、活動状況、効果、今後の取り組みや課題について、今回はとくに肥満、糖尿病予防に関係する栄養・食生活、運動、休養・こころの健康づくり、健康指標モニタリングを中心に活動状況評価表を作成した。

(倫理面への配慮)

研究の基本としては、個人データは用いないことにしているが、都道府県や市町村等他のデータ等を利用する際に個人データがあるような場合は、関連データから個人が特定できないように匿名化を完全に行う予定である。いずれにしても疫学研究の倫理指針に則り、この指針の内容を十分に理解し、遵守する。また、必要に応じて所属機関・施設の倫理委員会の審査を受け、承認された形態で研究を実施するなど、法律や倫理面の配慮は十分に行うこととしている。

C. 結果

1. 健康日本21の推進体制

健康増進計画を推進するに際し、関係者の役割として明記されている団体・部署は、医師会、歯科医

師会、看護協会、栄養士会、企業であるが、住民、学校、教育部局、環境部局などの行政部局の役割が明記されておらず、横の連携が希薄であった。また、策定にあたって用いられた資料やデータが、人口動態統計、国民健康・栄養調査、地域保健・老人保健事業報告、そして県独自の調査データによるものとしており利用しなければならない統計資料やデータは他にも数多く存在するので多くのデータから多面的な健康問題の同定が必要であったと考えるられる。

計画の実施に当たって具体的な施策については作成しているとの回答が多かったが、さらに詳細な事業計画になると策定されていなかった。加えて実施に際して重要な事業計画も策定されていなかった。

健康増進計画に限らず、行政計画を評価するには基本計画（上位計画）の評価にとどまらず、事業計画（実施計画）の評価を併せておこなう必要があるが、それができていなかった。

評価については、ほとんどの都道府県で健康寿命の延伸等を目標に設定すると宣言しているものの、その具体的な目標値や達成方法が網羅的・理論的に記述されていないことである。従って、計画評価の時期に至っても政策の達成状況を具体的に評価できないのである。

予定している中間評価の方法の良し悪しがわからないとの回答が13県もあり、いったい策定時に何を意図して、そしてどのような手法で評価を考えていたのか、行政担当者の資質が問われるところである。そして評価方法をはっきりと同定して計画を策定しなかったことが今日の評価の問題を惹起している。

2. 健康日本21の健康課題への具体的な対応

いずれの睡眠項目でも妊娠前と妊娠後の2時点で非喫煙の非喫煙群が最も睡眠の質がよく、2時点で20本以上の喫煙する群が最も質が悪かった。同様に、睡眠障害については20本以上喫煙のオッズ比が有意に最も高かった。従って、一般住民と同様、妊婦でも喫煙は睡眠の質に悪影響を及ぼすことが示唆された。

さらに睡眠障害は、喫煙ありかつ飲酒あるの群で

オッズ比が高かった。

成人期の歯周疾患の年次推移については、平成9年度と平成15年の歯の状況を比較すると、現在歯数では40歳で0.3歯、50歳で1.4歯増加していた。また、要補綴歯に関しては40歳で0.2歯、50歳で0.6歯減少しており、歯の状況は改善している傾向が見られた。

歯周疾患の状況を、CPIの個人最高コードで検討した。40歳では、進行した歯周疾患の罹患率すなわちCPI個人最高コード3・4である者の率は、平成9年度で29.4%であり、5年間で半減以下に達した。50歳では、平成9年度に46.2%であったが、5年後には20.0%まで低下した。また、歯周疾患に関して所見のないもの（CPIコード0）が、40歳で11.1%から29.2%へ、50歳では9.8%から21.5%へと大きく増加し、重度の者は減少する傾向がみられた。

歯周疾患検診の実施率については、平成14年地域保健・老人保健事業報告によると、市町村の人口規模別にみた歯周疾患検診の実施率は5千人未満19.0%、5千～1万人未満24.0%、1万～3万人未満30.6%、3万人以上は46.4%で、保健所を設置する市・特別区では74.7%と、人口規模が大きいほど実施率が高かった。次に、実施率/期待値比を算出したところ東京都では実施率は50.0%と全国値の30.6%を約20%も上回っていたが、実施率期待値は52.0%と非常に高いため、実施率/期待値比は0.961と1を下回っている。これに対して実施率が48.3%の岩手県、51.1%の熊本県では、実施率/期待値比は、それぞれ1.579、1.853であった一方、実施率が青森県（29.9%）、山梨県（30.2%）では、実施率は低いものの、実施率/期待値比がそれぞれ1.073、1.145と1を超えた県もみられた。

歯科診療所における歯科予防処置のここ1年間の実施率は、高い順にフッ化物歯面塗布（75%）、歯周疾患の予防管理（70%）、シーラント（64%）、歯周疾患の継続管理（49%）であり、フッ化物洗口（19%）であった。実施件数（1週間分）では、いずれも偏った分布を示し、予防処置の多くが一部の歯科医院で行われていることが認められた。

転倒し易さ（運動器不安定症）予防・回復対策と

して、運動器リハビリプログラムを続けることによって、明らかに運動器回復が見られて、転倒、骨折とともに、非施行例に比べて頻度が約 20%前後、抑えられていることが判明した。運動器リハビリプログラムを続けることが健康寿命の延伸対策としては極めて有効な事業内容と考えられる。

転倒し易さリスクレベル以下（運動器不安定症）の評価方法と事業内容を EBM に基づいてプログラムを開発しているところである。

3. 健康寿命の算定方法

健康寿命算定式だが、DFLE は算出の容易さから好まれることが多い。特に介護保険の要介護度データは市町村単位で入手できるため一部の自治体で用いられているようである。しかしこれは広範な健康ドメインのごく一部分をあらわしたもので、健康寿命と命名するには問題がある。守備範囲の広い健康日本 21 計画の究極指標たるためには包括指標であることが望ましく、健康の概念を網羅する複数の健康ドメインを設定し個々に DFLE を設定する必要がある。

その結果 DALE がわが国の健康寿命指標として有用であると考えられた。健康寿命はすべての国民にとって分かりやすい指標で、健康日本 21 計画のような国家的健康政策の究極ゴールとなるべきものである。健康寿命の延伸は①寿命の延伸と②健康度の向上（障害の軽減）からなるが、①については早世の予防、②については QOL の向上、介護予防の切り口から論じられることが多い。これらは国民の健康の向上に従事する保健医療従事者にとっては、日々の予防・診療活動の最終成果指標となるものであり、そのためには個々の介入、疾病予防、合併症予防と健康寿命が関連付けられている必要がある。その意味においては疾病負担指標 DALY と密接な関係にある DALE が健康寿命指標としてふさわしいと考えられる。前述したごとく DALE にはいくつかの問題点があるが、これは他の先進国のデータを利用して簡便な方法で算出したのが原因であり、本来のコンセプトに基づきわが国のデータから詳細に算出すれば大きな国家的資産になるであろうし、また技術的には

可能である。

4. 健康科学センターと健康日本 21 との関わり

全国 14 の健康科学センターにアンケートを送付し、全施設より回答を得た。

健康日本 21 地方計画の指標と健康科学センターの活動、データ収集・分析等については、6 施設の指標が自治体の目標値として採用されている。このうち、静岡、茨城は県の健康関連データを健康科学センターに集約できるしくみを持つため、日常業務として健康指標の提供が可能であった。また、データを加工し、県民にとってよりわかりやすい指標を開発している。

健康日本 21 策定および評価のため、福岡、山口の各センターは意識調査等を委託されて実施している。愛知、埼玉はプロセス評価指標として人材養成数を都道府県計画に盛り込んでおり、この養成事業を実施している健康科学センターの活動が評価指標になっている。

さらに、各健康科学センターにおいて収集可能なデータを健康指標にしうるのではないかとという提案もなされている。

全国の健康科学センターのデータを結合、比較することについては、その価値があるとするものが 64%であり、6 施設は検討したいという方向性があるが、いっぽう基準値やデータ集積方法の違い、対象の違いなど技術的な制約もあるため、今後の検討が必要である。また、地方計画の策定・推進プロセスのなかに、健康科学センターの具体的な活動を位置づける必要性も指摘された。

D. 考察

都道府県健康増進計画の最も重要な問題点は、行政計画の全体像からすると、事業計画（下位計画）に相当する部分が欠如しており事業展開が十分に効率的に行われているか、疑問が残るところである。恐らく基本理念や数値目標の設定以前の問題として、この具体的な事業の実施体系を欠如していることが、

健康増進計画の実効性を著しく低下させているものと考えられる。

「健康寿命の延伸」を基本理念とし、その下に「健康知識の普及・啓発」、「望ましい健康行動を取る者の増加」等を政策目標に設定しているわけだが、問題は目標の達成のための具体的な事業計画や執行計画の質がどのように担保されているかということであろう。

評価については、健康日本21をはじめとして健康増進計画の評価は、2005年の中間評価および2010年の最終年を目標とした最終評価により「政策評価」が行われる予定である。これはあくまでも outcome 評価である。output 評価としての「執行評価」の体系を構築する必要があり、かつその評価は毎年行い「年次報告(annual report)」として公表し、絶えず執行方法の修正を行っていくことが重要である。つまり政策評価が5、10年周期で行われるのに対して、執行評価は毎年実施されることが求められる。

政策評価については、多くの健康増進計画でその評価指標や方法、そして評価主体等が明確でないものの、中間および最終評価を通じて政策の改善を行うといういわば概念的な“feedback loop”が形成されている。しかし執行評価についてはその“feedback loop”はほとんど形成されていない。

健康日本21やそれを受けて地域で策定されている地方健康増進計画の評価は、政策評価と執行評価の両者を関連付けて行うことが肝要である。

また、市長村の計画体系についても同様の問題点が危惧される。現にルーチンワークの中で地域住民の健康状態やニーズをモニタリングする仕組みを検討してきたが、モニタリングすべき指標をより明らかにして、その把握方法についてさらに検討する必要がある。また、保健所、本庁、健康センター等が市町村に対してどのような支援ができるのかについて検討しなければならないことが明らかとなったことから、今後調査する予定である。

都道府県ならびに市町村ともに、行政計画の策定・実施・評価プロセスの構成要素が脆弱なことは、従来からの行政手法が数値目標設定型の行政計画を企図した場合の手法にはならないことを意味してい

る。

こうした行政計画の問題点を克服する手法のひとつとして住民（有権者）が計画策定・実施・評価の一連のプロセスに関与できる手法の開発は有効なものである。

より住民の積極的な計画や事業への参画を図るために、個人のシナリオに沿った保健事業のアプローチは、評価の視点をサービス提供者からサービス受益者に変える試みで、現在行われている医療計画見直しの中で提案された考え方であるが、この手法を健康増進計画の中に盛り込むことも考えていかねばならない。

一方、地方自治体の首長選挙でローカル・マニフェスト（政権公約）を掲げて選挙を行うという動きが出ている。マニフェストは、具体的に政策実現の時期と財源を示し、「いつまでに何をやるか」を有権者に約束する契約である。ローカル・マニフェストの意義については、「行政職員の意識と行動の変化」、「議会の活性化と既得権の打破」、「有権者の意識の変化」の3つが考えられる。ローカル・マニフェストでは、政策形成やその実行の質を高めるために「評価」がキーワードとなる。

このローカル・マニフェストと健康日本21が連携することで、健康日本21の抱えている問題のかなりの部分が解決する可能性があると考ええる。特に、健康問題は公約の中でも優先順位が高いので実効性のある計画が策定できよう。

次に、具体的な生活習慣病対策のための健康増進活動の問題点であるが、たとえば、中高年においては、高血圧症、糖尿病、心臓病などの生活習慣病を指摘されていることも多く、そのため実際には運動したくても、運動に対する不安が大きく、運動の妨げになっていることが多い¹⁾。

さらに、運動開始後、腰痛、膝痛等の整形外科的要因で運動を中断して例では、適切な運動指導ができていないことが多く、整形外科的疾患の有無、予防を組み入れた運動指導が重要であるとの指摘がある¹⁾。

これらについては妊娠期間の女性には胎児の成長、ホルモンの変化や背部痛のような色々な因子により、

睡眠障害が現れることが知られている。このように、一般住民に比べても妊婦の睡眠障害は一般的な症状であることが知られており、当然のことながら喫煙や飲酒のような睡眠に対して悪影響及ぼすと考えられる要因は妊婦の睡眠障害をさらに悪化させることが予測された。

睡眠障害とたばこやアルコールといった substance use との関連性を調査した妊婦に関する疫学研究はまだなく、今回の研究によって、喫煙、飲酒は一般住民と同様、妊婦でも喫煙は睡眠の質に悪影響を及ぼすことが示された。

成人期の歯周疾患については、現在歯数の増加、要補綴歯の減少などが調査初年度に比べて、両年齢とも同様の改善傾向にあった。また、歯周疾患に関しては、両年齢とも改善され、軽症化する傾向が見られるが、この期間中に 40 歳では 62.2%の減少がみられ、一方、50 歳では 57.4%の減少がみられ、改善される割合が、40 歳の方が 50 歳に比べ高い傾向にあった。この定点観測の情報からは、健康日本 21 で策定した進行した歯周疾患の減少の目標値を容易にクリアしてしまっている。富士宮市は、歯周疾患検診のモデル地区として約 10 年前に歯周疾患検診や予防についての事業を全市で行った。現在では、この老人保健法に基づく歯周疾患検診以外に、30 歳にも歯周疾患検診を自主事業として実施しており、他の市町村よりは歯周疾患について関心が高いと思われるが、予想以上に進行した歯周疾患のものの割合が減少している要因を今後考えていく必要もある。

また、40 歳と 50 歳では歯周疾患の罹患率が異なるだけでなく、経年的な改善傾向が異なることが示唆された。つまり、今後歯周疾患の改善を目指す事業を行う場合、このことを考慮した上、実施していく必要があると示唆された。

歯周疾患検診の実施率については、各都道府県の自治体の人口区分を考慮して、期待値を算出し、実施率との比較を行ったところ、期待値に対して低い県がいくつかみられた。比較的人口規模の大きい自治体のほうが実施しやすいことにもかかわらず、実施していない場合が、これに該当すると考えられた。

しかし、自治体区分・人口規模別の歯周疾患検診受診率をみると、実施率とは裏腹に、実施率が低い傾向にある小規模自治体での受診率が高い傾向がみられた。そこで、成人・老人保健での代表的な検診であり、全国の自治体のほとんどで実施されている胃がん検診の受診状況を、自治体区分・人口規模別でみると、歯周疾患検診と同様に人口規模の小さい自治体ほど高い傾向がみられた。これは、人口規模の小さい自治体では、医療機関の数などにより、自ら選択できる検診の機会が得にくく、そのため、自治体が行う検診への参加率が高いと思われた。このことから、歯周疾患検診は、比較的实施がしやすいと思われる人口規模の大きい自治体での実施を高めることもさることながら、今後小規模な自治体での実施を、どのように支援していくかも課題であることが示唆された。

歯科診療所における歯科予防処置の実施状況であるが、健康日本 21 ではフッ化物の歯面塗布経験を向上することを目標にしているが、実施していると回答している歯科診療所は多いが、この 1 週間と限ると半数以上が実施していない。1 週間に 3 件が中央値という状況から、あまり多くの成人に対して実施されているとは言いがたい状況にあると思われた。

今後は、個々の予防処置等について全国的推計値を算出し、健康日本 21 における新たな目標値設定の基礎データとして活用を図っていく必要がある。

本研究では転倒・骨折の問題に焦点をあてたが、転倒し易さ（運動器不安定症）予防・回復対策として運動器リハビリプログラムを続けることによって運動器回復が見られて、転倒、骨折ともに、非施行例に比べて頻度が約 20%前後抑えられた。行政主催でも転倒予防教室が開催されているが、これに集まる者は元気な高齢者であることが多い。健康増進や介護予防的意味で最も必要な、要支援や要介護 1 の虚弱な高齢者は引きこもってしまうようなプログラム、あるいは実施体制になっているのではないかが懸念される。

転倒しやすさ（運動器不安定症）に対する運動器リハビリプログラムを続けることが健康寿命の延伸対策としては極めて有効な事業内容と考察できる。

今後広く、転倒し易さ（運動器不安定症）予防・回復対策として運動器リハビリプログラムを普及して行くためには、地方自治体、臨床疫学者、臨床医協力体制を確立していく必要がある。

健康寿命については、DFLE と DALE を比較した。それぞれ一長一短あるが健康日本21の理念からすると健康の概念を包括的に考えていく必要がある。

個々の介入、疾病予防、合併症予防と健康寿命が関連付けられている指標である DALE が健康寿命指標としてふさわしいと考えられた。

健康科学センターについてはそれぞれの自治体に付与された役割の中で推進拠点として一定の役割を果たし、今後さらにその役割を強化すべく活動していると思われた。しかし、その取り組みにはセンター間の質的、量的な差もみられ、今後いっそうの情報交換や自治体への働きかけを強化していく必要がある。また、健康科学センターを保有しない自治体についても、市町村における地域健康増進計画の推進、市町村に対する生活習慣病予防の技術支援の拠点として必要不可欠な要素を明確にしていくことが大切であると考えられる。

E. まとめ

従来から保健担当部局の行政活動は、行政機関と公衆衛生学分野の関係者・関係団体が中心となって検討を進め実施してきた。健康日本21および地方計画についても検討当初からこれらの関係者が中心となってきた。

しかし数値目標を設定し、その基本理念に「健康寿命の延伸」を掲げた計画を成就するためには、保健・医療・福祉・介護の幅広い分野の連携が必要で従来型の地域保健や公衆衛生活動のみでは理念は実現されない。関係者の連携については以前より指摘されているところである。ただ、地域保健・公衆衛生分野が主体となった連携モデルである。いわば一極集中型のモデルである。健康増進計画が健康問題を主軸に据えて

いることから、地域保健・公衆衛生分野の関係者のみならず、医療機関関係者、保険者および住民（NPO等も含む）も主体となるべき複数極のモデルの構築が必要である。

保険者の役割については引き続き調査研究を行う予定であるが、医療機関関係者が健康増進計画で果たすべき役割については、本報告にて示している。

参考文献

- 1) 木村 穰. 血圧. Vol19(5). 495-500. 2002
その他、①厚生省五十年史、②厚生白書（昭和31年から平成13年）、③田那村雅子、三羽牧子、河原和夫. Healthy People 2000 の評価. 公衆衛生. Vol. 67(4), p. 290-295. 2003.

F. 研究発表

1. 論文発表

予定している

2. 学会発表

第62回 日本公衆衛生学会総会 等
発表予定

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 健康危険情報

なし

II. 分担研究報告

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

地方健康増進計画の策定、実施および評価における問題点

主任研究者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）

分担研究者 辻 一郎（東北大学大学院 公衆衛生学分野）

研究要旨

健康日本 21 の策定を受けて、順次都道府県でも健康増進計画が策定されていった。そして国をはじめとして多くの自治体で 2005 年の健康増進計画の中間評価を迎えている。現在、これらの計画をどのような指標で、どのような手法で、そして誰によって評価していくかについての議論が行われているところである。

健康日本 21 は数値目標管理型の行政計画として策定され実施されてきたが、この概念は地方自治体で策定される健康増進計画にも引き継がれることを意図していた。しかし、多くの自治体で策定された計画の内容は数値目標は設定されているものの、それを達成するための施策体系や事業計画、そして実施計画等が不十分なケースが多い。策定過程の科学性や住民の参加についても極めて不十分である。加えて具体的な評価方法等が示されておらず、これらが中間評価を目前にして問題点として表出しているところである。

本研究は計画の策定、実施過程そして評価手法に伴う問題点を表出して計画の構造を分析し、地方健康増進計画の事業改善に向けての論点整理を行うことが目的である。

都道府県の健康増進計画の策定、実施および評価等について都道府県の担当者に対してアンケート調査を実施し、地方健康増進計画の構造特性を分析した。

健康増進計画を推進するに際し、関係者の役割として明記されている団体・部署は、医師会、歯科医師会、看護協会、栄養士会、企業であるが、住民、学校、教育部局、環境部局などの行政部局の役割が明記されておらず、横の連携が希薄であった。また、策定にあたって用いられた資料やデータが、人口動態統計、国民健康・栄養調査、地域保健・老人保健事業報告、そして県独自の調査データによるとしており利用しなければならない統計資料やデータは他にも数多く存在するので多くのデータから多面的な健康問題の同定が必要であったと考えるられる。

計画の実施に当たって具体的な施策については作成しているとの回答が多かったが、さらに詳細な事業計画になると策定されていなかった。加えて実施に際して重要な事業計画も策定されていなかった。

健康増進計画に限らず、行政計画を評価するには基本計画（上位計画）の評価にとどまらず、事業計画（実施計画）の評価を併せておこなう必要があるが、それがされていなかった。

評価については、ほとんどの都道府県で健康寿命の延伸等を目標に設定すると宣言しているものの、その具体的な目標値や達成方法が網羅的・理論的に記述されていないことである。従って、計画評価の時期に至っても政策の達成状況を具体的に評価できないのである。

予定している中間評価の方法の良し悪しがわからないとの回答が 13 県もあり、いったい策定時に何を意図して、そしてどのような手法で評価を考えていたのか、行政担当者の資質が問われるところである。そして評価方法をはっきりと同定して計画を策定しなかったことが今日の評価の問題を惹起している。