

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17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18(2006)年3月

# 目次

ページ

## I. 総括研究報告

- 地方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. 健康増進に対する保険者の役割に関する研究・・・・・・・・・・・・ 24  
河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）  
青島 耕平（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）
2. 市町村における健康指標情報収集とその活用における研究・・・・・・ 59  
（健康増進計画策定に関する研究）  
伊藤 雅治（(社)全国保健センター連合会）  
佐甲 隆（三重県松阪地方県民局）  
田沢 光正（盛岡地方振興局保健福祉環境部）  
村中 峯子（全国保健センター連合会）  
尾島 俊之（自治医科大学公衆衛生学）
3. 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  
が果たすべき機能に関する研究・・・・・・・・・・・・ 78  
戸山 芳昭（慶應義塾大学医学部整形外科）
4. 全国市町村調査に基づいた地方健康増進計画  
の支援の在り方に関する研究・・・・・・・・・・・・ 82  
櫃本 真事（愛媛大学病院医療福祉支援センター）
5. 両親の妊娠前、妊娠中、出産後の喫煙の関連要因の検討・・・・・・・・ 117  
大井田 隆（日本大学医学部公衆衛生学教室）  
金子 明代（日本大学医学部公衆衛生学教室）  
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）

6. 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	131
尾崎 哲則 (日本大学歯学部)	
青山 旬 (栃木県立看護福祉大学)	
上原 裕美子 (日本大学歯学部)	
7. 健康指標の再評価について (①まとめ)	144
津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
8. 健康指標の再評価について (②メタボリックシンドローム対策)	148
津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
村本 あき子 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
後藤 恵子 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
早瀬 須美子 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
池野 尚美 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
尾関 拓也 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
9. 健康指標の再評価について (③たばこ対策)	162
津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
富永 祐民 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
山下 晋 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
金子 智隆 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
江上 裕子 (福岡市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)	
10. 健康指標の再評価について (④高齢者の健康づくり指標)	168
津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
武隈 清 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
山下 晋 (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)	
金子 智隆 (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)	
掛川 悌示 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
富永 祐民 (あいち健康の森健康科学総合センター)	
11. 健康指標の再評価について	173
(⑤楽しみながら参加できる健康づくりの機会創出 (環境整備))	
津下 一代 (あいち健康の森健康科学総合センター)	

早瀬 須美子、早瀬 智文、石川 裕哲、小松 友子、富永 郷子、  
上谷 純代、神崎 央貴、荒谷 佳樹、中西 徳充、森山 英樹、  
掛川 悌示、鈴木 昌弘、根間 健吉、村本 あき子、武隈 清  
(以上、あいち健康の森健康科学総合センター)  
山本 勝子、伊藤 加奈子 (日本福祉大学知多半島総合研究所)  
長尾 尚訓、根が山 文子、松山 豊 (UFJ 総合研究所)  
米島 竜雄 (東海テレビプロダクション)  
大堀 一至、福井 佳代 (名鉄観光)  
磯村 信雄 (アクトス)  
森田 利洋 (愛知県産業労働部)

- 1 2. 自治体における健康増進計画  
「健康くらしき 2 1」推進研究について . . . . . 1 7 9  
曾根 啓一 (倉敷市保健福祉局/倉敷市保健所)  
倉敷市保健所保健課一同
- 1 3. 健康日本 2 1 計画の目標としての健康寿命算出方法の提案 . . . . . 2 3 3  
平尾 智広 (香川大学医学部 医療管理学)
- 1 4. ローカル・マニフェストと健康づくり政策 . . . . . 2 4 2  
伊関 友伸 (城西大学経営学部助教授)

# 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  
戸山 芳昭 慶應義塾大学医学部整形外科 教授  
櫃本 真聿 愛媛大学病院 医療福祉支援センター 副センター長  
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  
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

大島 明 大阪府立成人病センター 調査部長  
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  
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  
兼板 佳孝 日本大学医学部 公衆衛生学教室  
金子 明代 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  
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 修二 (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 三重県松阪地方県民局  
田沢 光正 盛岡地方振興局 保健福祉環境部  
村中 峯子 全国保健センター連合会  
尾島 俊之 自治医科大学 公衆衛生学  
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  
岩永 俊博 (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  
武村 真治 国立保健医療科学院公衆衛生政策部  
田中 久子 埼玉県入間西福祉保健総合センター (坂戸保健所)  
谷原 真一 島根大学医学部公衆衛生

中川 昭生	島根県益田保健所
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	愛媛県四国中央保健所
福永 一郎	(有) 保健計画総合研究所
松岡 宏明	岡山市保健所
松村 康弘	国立健康・栄養研究所
安藤 実里	(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
石川貴美子	秦野市健康福祉部市民健康課
青山 旬	栃木県立看護福祉大学
上原 裕美子	日本大学歯学部
伊関 友伸	城西大学経営学部 助教授
井形 昭弘	あいち健康プラザ 名誉センター長
富永 祐民	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
藤田三千子	あいち健康プラザ副センター長
石原 克政	あいち健康の森健康科学総合センター
村本 あき子	あいち健康の森健康科学総合センター
後藤 恵子	あいち健康の森健康科学総合センター
早瀬 須美子	あいち健康の森健康科学総合センター
池野 尚美	あいち健康の森健康科学総合センター
尾関 拓也	あいち健康の森健康科学総合センター
山下 晋	あいち健康の森健康科学総合センター
金子 智隆	あいち健康の森健康科学総合センター
武隈 清	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
早瀬 智文	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
小松 友子	あいち健康の森健康科学総合センター
富永 郷子	あいち健康の森健康科学総合センター
上谷 純代	あいち健康の森健康科学総合センター
神崎 央貴	あいち健康の森健康科学総合センター
荒谷 佳樹	あいち健康の森健康科学総合センター
中西 徳充	あいち健康の森健康科学総合センター
森山 英樹	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
根間 健吉	あいち健康の森健康科学総合センター
山本 勝子	日本福祉大学知多半島総合研究所
伊藤 加奈子	日本福祉大学知多半島総合研究所
長尾 尚訓	UFJ 総合研究所
根が山 文子	UFJ 総合研究所

松山 豊	UFJ 総合研究所
米島 竜雄	東海テレビプロダクション
大堀 一至	名鉄観光
福井 佳代	名鉄観光
磯村 信雄	アクトス
森田 利洋	愛知県産業労働部
江上 裕子	福岡市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
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
齋藤 信雄	とちぎ健康づくりセンター 健康の森管理課長
山崎 正志	とちぎ健康づくりセンター 総務課長補佐
大森 秀雄	とちぎ健康づくりセンター 総務課係長
小池 修	埼玉県民健康福祉村 所長
永田 晟	富山県国際健康プラザ 健康スタジアム館長
高橋 幸広	山口県健康づくりセンター センター長
現王園 静	鹿児島県県民健康プラザ健康増進センター 副所長
山中 省三	鹿児島県県民健康プラザ健康増進センター 事業課技術主任
豊岡 覺	新潟県健康づくりセンター センター長
木場 康文	大阪府立健康科学センター 事務長補佐
森戸 久雄	茨城県立健康プラザ 副管理者
沼田 健之	岡山県南部健康づくりセンター センター長
金子 健史	日本臨床衛生検査技師会 常務理事
細萱 茂実	日本臨床衛生検査技師会
倉敷市保健所保健課一同	

# I . 総括研究報告



平成 17 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（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）

研究要旨

医療制度改革の厚生労働省及び政府・与党試案を見ても、予防や健康増進活動の重要性が指摘されている。

本研究は、健康増進の主体である地方自治体、保険者及びこれらの機関と関係が深い医療従事者、医療施設、住民等が今後どのような役割を果たし、それを具体化するための地方健康増進計画をどのように策定し、実施及び評価を行っていくかを目的としたものである。

本年度は、昨今の時流である健康診査の義務化とそれに引き続く保健指導の充実に対し、これら事業の実施主体である健康保険組合や国民健康保険を担当している市町村等の保険者の在り方が注目を集めていることから全国の健康保険組合を対象に健康増進活動等への取り組み状況を把握するためのアンケート調査を実施し、健康増進という観点から保険者の果たすべき機能について分析した。

保険者については、メンタルヘルス対策に今後取り組んでいきたいという意向を有しているところが多かった。現在実施されている保健事業および将来実施していきたい保健事業については、財政不足を招くと保健事業の質の低下も懸念されることから、これらとリンクしている医療制度改革については、保健予防活動も視野に入れた中身を検討することにより、保健事業実施に向けた財政的裏づけを行っていかねばならない。

健康日本 21 の地方版である市町村増進計画を実施している市町村においては、その目標を達成するために、適切な保健活動のマネジメントが必要である。とりわけ健康増進計画の策定評価が重要であるが、そのためにも日常的な健康関連情報の収集とその適切な活用は喫緊の課題である。しかし、現状ではすべての市町村で効果的な情報マネジメントが行われているとは言い難い。そこで、全国の市町村の保健担当部局にアンケート調査を行い、各種健康関連指標の情報収集とその活用方法、計画策定の実態や問題点を把握するための調査を実施し、プロセス評価や活動改善の支援のための基礎情報を得た。加えて個別の自治体に限定した調査として岡山県倉敷市を対象にして「健康くらしき 21」の推進にあたり、市民の健康づくり意識を検証するために、健康意識調査を実施した。

また、臨床医学的な観点から地方健康増進計画をすすめる上で、高齢者の運動機能を反映する簡便な総合的評価方法として開眼片脚起立時間を測定することが簡便で再現性のある有用な検査であると考えられた。健康日本 21 に盛り込むべき新規目標項目として評価できるものである。

個別の健康に重大な影響を与える因子についても研究を行った。

嗜好品であるタバコは妊娠、出産に伴い両親が自発的に禁煙を試みる強い動機となり得、その時期に適切な介入を行うことは喫煙抑制政策上効率が良く、また児への受動喫煙の防止という面の効果も大きいことがわかった。この世代への禁煙対策の指針とするために両親の妊娠前、妊娠中、出産後の喫煙状況、また母親の妊娠中の継続的な喫煙や、妊娠中に禁煙した母親の出産後の喫煙再開に関連する要因を詳細に分析した。

歯科保健については、歯周疾患罹患状態を検診実施方法の異なる 3 地域の継続的観測結果から検討した。進行した歯周疾患を有する者の割合は、40 歳で開始時に罹患率が高い地域では、最高時の値に比べに 40%以上減少していた。また、50 歳でも同様に開始時に比較的高い罹患率を有していた

地域では、30%程度低下したが、40歳と50歳とでは減少の割合が異なっていた。しかし、当初から低い地域ではあまり変化はなかった。成人歯科保健事業と歯周疾患と関連が強いとされている喫煙に対する取り組みの市区町村での連携に関する状況を全国調査し、回収率は77.4%であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では40%程度が同時に実施されていると推定され、歯周疾患検診時の禁煙教育・指導・支援は全体で約30%の実施であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が連携を持ってなされている自治体では、喫煙状況を76.2%が聞いているが、喫煙状況の集計結果を集約し把握している自治体はわずか18.8%であった。どの事業でも大規模な自治体ほど比較的良く行われていたが、歯周疾患検診時の禁煙教育は、全体で39.9%であり、自治体の類型間であまり差が見られなかった。

健康日本21推進拠点として位置づけられている健康科学センターで新たに取り組まれた活動については、生活習慣病対策の喫煙の課題であるメタボリックシンドローム対策、たばこ対策については全国の健康科学センターを対象に取り組み状況や課題についてのアンケート調査およびヒアリングを実施した。また、実践事例をとりあげ、健康づくりの支援法について検討した。メタボリックシンドローム対策については各センターがすでに準備・事業を実施しており、効果的なプログラムを普及していく必要がある。たばこ対策は取り組みに施設間差が大きかったが、今後情報交換をしつつ各センターで取り組みを強化することになった。高齢者の運動・身体活動についての健康づくり指標として、健康日本21計画には行動目標は掲げられているものの、その結果としての健康指標がないことから、臨床面からも当研究班で評価が行われた「開眼片足立ち」に関する検討をあいち健康の森健康科学センターのデータをもとに行った。また、健康づくり実践者の拡大、生活により近い場での健康づくり体験の創出を目指して、楽しみながら健康づくりを体験することができる「健康観光ツアー」を企画したところ、多くの参加者を得、良好な反応が得られた。今後、保健・医療の枠組みを越えた地域との連携を強化し、より生活に近い場で健康づくりができるよう、働きかけることが大切であると考えられた。

健康日本21をはじめとして多くの地方健康増進計画に採用されている健康寿命の延伸であるが、その本質である“健康寿命”算出の6条件(1.健康寿命算出目的の明確化、2.健康の定義づけとスケール化、3.データの時系列入手、4.算出方法の容易性と透明性、5.小地域(都道府県、市区町村)における算出と比較、6.個々の疾病(対策)との関連性)を満たす指標として、既存の資料を用いた傷病別の平均入院・入所・通院期間の算出方法を提示した。その結果、健康、有症状、通院、入院・入所、死亡の5つの状態に分けた単純なモデルに公表データを当てはめることにより、傷病(施策)とリンクした健康寿命指標の算出が可能であった。今後、電算化されつつあるレセプトの利用も含めて具体的算定方法確立のための調査・研究がさらに必要である。同時に、施策と連動した疾病と健康指標との関連付けは、DALY等の疾病負担指標の方がのぞましく、今後NBD(National burden of diseases)の整備が急がれる。

健康増進は単に計画を策定、行政が主体的に実施するのではなく、保険者、医療機関等の関係者の積極的な関与が必要であるが、それ以上に住民が主役であることを忘れてはならない。住民と首長候補者などがいわば契約を結び協働で政策を実現していくローカル・マニフェストという手法が考えられる。このローカル・マニフェストと健康づくり政策を結びつけることで、国民や地域保健関係者以外の行政関係者の健康づくりへの関心が高まる可能性があると考えられる。本研究では、事例分析として、ローカル・マニフェスト推進ネットワーク九州にヒアリングを行った。ローカル・マニフェストの効果を十二分に発揮させるためには、立会演説会を行うことが重要であること、候補者が健康づくりに関しての公約を行うことが少ないことなどがわかった。

今後ますます、地方健康増進計画の推進にあたっては、住民が主体となる仕組みを考え、それを支える行政機関を中心とした更なる関与と業務改善の方策を提示し、臨床医、保険者、NPO、企業等の関係者への積極的な働きかけが必要と考える。

## A. 目的

医療制度改革の厚生労働省及び政府・与党試案を見ても、予防の重要性が指摘されており、健康日本21がこれらの改革に果たすべき役割はますます大きくなっている。

とりわけ、健康診査の義務化とそれに引き続く保健指導は今後ますます重要性を帯びてくる。これら事業の実施主体である健康保険組合や国民健康保険を担当している市町村等の保険者の在り方が注目を集めている。また、健康情報の収集は、地域診断のアセスメントとしても、評価のためのモニタリングとしても重要である。

本研究は、全国の市町村保健担当部局での健康情報とその活用の現状を調査し、健康増進事業の策定・遂行上の問題点を同定するとともに全国の健康保険組合を対象に健康増進活動等への取り組み状況を把握するためのアンケート調査を実施し、健康増進という観点から保険者の果たすべき機能について分析し、保険者が給付する健康増進事業の内容の改善を図るとともに、今後の政策策定や推進のための資料とすることが目的である。

そして、健康増進活動を実践するうえで、医療機関が果たす機能は重要である。とりわけ整形外科領域における骨粗鬆症予防による大腿骨頸部骨折や脊椎圧迫骨折の発生を抑制することは、健康度の向上や要介護者数を減少させ、布いては健康寿命延伸に直結することから、運動器機能の維持を目的としてさまざまな運動器疾患群に対する調査と予防、治療体制の確立に向けて、まず高齢者の運動機能を反映する指標の評価に着手した。

加えて、健康増進の具体的な取り組みである、妊娠、出産を控えた世代の禁煙対策、成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移を検診実施方法の異なる自治体での結果から特徴分析をするとともに、歯周疾患の罹患及び進行に大きく影響のある喫煙行動への市区町村の取り組みを、歯科領域から検討した。これらの調査を通じて喫煙を促進する因子や自治体での歯科保健事業の論点整理を行った。

健康増進事業の実施の場として、保健所や健康科学センターの重要性が増している。本研究では、生活習慣病対策の喫煙の課題であるメタボリックシンドローム対策、たばこ対策などを含む健康増進事業の保健所や健康科学センターでの取り組みについても調査し、問題点を整理した。

これらの研究成果は、健康日本21の理念である“健康寿命の延伸”に通じるものであるが、この健康寿命自体の算定方法も種々提唱されている。本研究においては、この問題にも取り組み、最適な健康寿命の算定方法を提示した。

それから従来の研究ではほとんど顧みられることがなかった、健康づくりと政治学的・行政学的手法との関係であるが、本研究では首長選挙の候補者が、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・マニフェストの手法を健康づくりに取り込む方策に関する検証を行い、住民参加型の新たな地域保健事業の展開方法を提示することも目的としている。

## B. 方法

健康保険組合及び市町村、健康科学センターならびに市民に対するアンケート調査を実施して、健康増進に果たす保険者機能、健康増進計画の策定・実施に対する市町村の問題点、健康科学センターが健康増進事業に果たすべき役割、そして市民意識を調査することにより、現在実施している健康増進計画の評価を行った。また、視点を変えて健康増進事業にローカル・マニフェストの考えを活用するための市民に対するアンケート調査も併せて実施した。

健康増進の具体的手法の開発や問題点の究明のために患者や住民調査を行った。健康増進活動の中でも骨粗鬆症予防による大腿骨頸部骨折や脊椎圧迫骨折の発生を抑制するための開眼片脚起立時間について、基本的なデータを収集した。

妊娠、出産を控えた世代の禁煙対策については、1歳6か月児歯科健診を2004年12月から2005

年2月の3か月間に受診した児とその保護者全員908組に対する調査を行った。

成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移と歯周疾患の罹患及び進行に大きく影響のある喫煙行動を把握するために、市区町村に対して調査を行った。

健康寿命の算定方法については、既存の統計資料に準拠しつつ健康状態推移の単純なモデルを作成し、個々の疾病とリンク可能なデータのあてはめを行った。

### C. 結果

健康保険組合が現在実施している保健事業及び今後拡充を図るべき事業として「各種健康診断、人間ドック」、「機関紙、会報等の発行」、「健康教育、健康相談、健康指導等」が多かった。、それに加えて現在は重要度が低い「健康づくり計画の作成」や「被保険者の健康保持努力を評価するインセンティブシステム（健康ポイント制、健康マイレージ制等、それに類するもの）」を今後取り組むべき事業として優先順位を高く設定する健康保険組合が多かった。

健康保険組合が保健事業が施行できる要因については、「予算がある」と回答した保険者が一番多く、「事業主との連携がある」、「外部委託できる民間主体がいる」と続いていた。事業主、労組、他の保険者との連携や民間主体との関係に比べ、市町村や保健所との連携は重要視されていなかった。現在は実施していないが、今後取り組みたいと考えている保健事業については、「メンタルヘルス対策」と回答した保険者が一番多かった。以下、「各種予防接種」「被保険者の健康保持努力を評価するインセンティブシステム」と続いていた。

市町村の健康増進事業に対する取り組みの調査では、基本的な死亡に関する情報については、全体的に多くの市町村で把握されているが、粗死亡率や標準化死亡比などの把握やその経時的な推移については、十分把握していないところも多く、その活用状況も芳しくなかった。参加者、認定者数、あるいは検診データなど情報把握の容易なものは把握率が高いが、国保のレセプトなどの医療費関連情報との関連などの把握が全体に弱く、活動プロセスなどの質的な部分やヘルスプロモーション関係の指標の把握が必ずしも十分ではない。しかし、全体としては健康増進計画を策定している市町村ほど、指標を活用している割合が高かった。

日常業務における情報収集において、「支援を受けた」とする市町村は都道府県保健所からの支援が全体で78.7%であった。特に人口規模の少ないところほど、保健所から支援を受けたと回答する割合が高かったが、市町村保健活動を実践する職員の人材育成や研修に対する支援が十分ではない結果であった。

市町村健康増進計画策定状況については、全体で46.7%の市町村が策定済みであったが、23.9%の市町村では、策定予定のないことが判明した。中間評価については、「実施した」と回答した市町村は36市町村2.7%に止まり、「実施中」または「未定」と回答した市町村が45.9%であった。

市町村にとって健康増進計画策定の原動力は、「健康日本21の提示とそれに基づく国、県、保健所の指導、働きかけ」及び「健康増進法の制定」などの外部からの要因が最も多く見られた。また、計画の推進力・促進要因としては、「保健師を含めた担当者の想い」、「課内のやる気」、「上司の意欲」など担当部局に関する要因が最も多く、ついで「住民や団体等を含めた策定委員の熱意」、「住民との協働」、「住民団体の協力」等の行政外の人たちに関する要因が多かった。

市町村健康増進計画の“売り”については、「計画の内容、構成」に関しては「ライフステージに応じた計画」となっている点であった。「計画策定プロセス」に関しては、「住民参加での策定」が最も多く、ついで「市民団体、関係機関・団体の参加」が挙げられている。また、「住民意見の反映」、「データ

分析や地域診断」を挙げているところも多かった。「計画の推進、評価」に関しては、「推進組織の設置」、「各種団体や自主グループの積極的な取り組み」など住民運動としての活動展開をあげたところが最も多く、ついで、「計画の事業化、実践化」や「普及啓発活動の展開」など、行政により計画が実際に推進されている点があがっていた。「計画の評価や指標の設定」については、計画の評価が困難をあげた自治体は全体の14.0%で、指標の設定と調査が困難をあげた自治体は全体の4.9%あった。「計画の周知と住民意識」については、計画の周知に困っていると回答した自治体が全体の6.3%あった。また計画を理解し、それに基づいて行動する際に重要なファクターとして住民意識があるが、住民意識の向上が不十分と回答した自治体が全体の3.7%あった。

住民意識についてであるが、倉敷市民を対象とした主観的健康観では、自身の健康状態について「よい」、「まあよい」と回答した者の割合は、40歳代男性を除き、比較的若年層が大きかった。逆によくないと回答した者の割合は、60歳代が大きかった。体重を減少させたいと思っている者の割合は、40歳代女性が最も大きく、次いで30歳代女性で、逆に希望していないのは、60歳代男性であった。

開眼片脚起立時間については、男性では65-74歳で中央値39.0秒(75%値=60.0秒、25%値=16.0秒)、75-84歳で中央値13.1秒(75%値=30.0秒、25%値=5.0秒)、85歳以上で中央値5.0秒(75%値=12.0秒、25%値=2.9秒)、女性では65-74歳で中央値33.0秒(75%値=60.0秒、25%値=14.0秒)、75-84歳で中央値11.0秒(75%値=24.0秒、25%値=5.0秒)、85歳以上で中央値3.9秒(75%値=7.0秒、25%値=2.0秒)であった。またそのうち最も対象者数が多く、5年後の評価時に比較性が高いと考えられた1施設に限定して、特定高齢者を規定する運動機能測定基準値(介護予防のための生活評価に関するマニュアル。H17年東京都老人総合研究所 鈴木隆雄ら)をもとに開眼片脚起立時間(男性<20秒、女性10<秒)に該当する者の割合を算出すると、前期高齢者(65-74歳)においては男性29.9%、女性17.3%、後期高齢者(75歳以上)においては男性62.1%、女性48.2%であった。それから開眼片脚起立時間は、健康度を簡便かつ短時間で測定できることや介護予防プログラムとの整合性があるなどの利点を有することが明らかになった。

妊娠や出産を控えた世代の喫煙状況であるが、1歳6か月児歯科健診受診者とその保護者908組から870組の調査票を回収した(回収率95.8%)。両親の妊娠前・妊娠中・出産後1年6か月の喫煙率と95%CI(%)は、妊娠前・妊娠中・出産後1年6か月の喫煙率は母親の場合では29.3%(95%CI(%)=23.3-35.3)、9.8%(3.0-16.6)、23.1%(16.8-29.4)と妊娠中が最も低値で、父親の場合では64.3%(60.0-68.6)、58.1%(53.4-62.7)、58.2%(53.5-62.8)と喫煙率の有意な変動は認めなかった。妊娠前に喫煙していた母親(n=218名)の内 quitter during pregnancy 率は66.5%(n=145)であり、その内の relapse 率は70.3%(n=102)であった。また妊娠前に喫煙していた父親(n=478名)の内 quitter during pregnancy 率は9.3%(n=46)であり、その内の relapse 率は63.0%(n=29)であった。

妊娠中の母親における項目毎の continuous smoker during pregnancy 率と continuous smoker during pregnancy に関わる要因の odds ratios と 95%CI は多変量解析の結果、有意な正の関連因子は、「母親の就学年数が短期」、「父親が喫煙者」、「ストレスがあること」また無職の者と比較した時の「part time employee」であった。妊娠中に禁煙した母親における出産後1年6か月の項目毎の relapse 率と relapse に関わる要因の Hazard ratio と 95%CI は、多変量解析の結果、有意な正の関連因子は、「母乳栄養の実施が生後6か月未満」、「母親の年齢が30歳未満」であった。妊娠中に禁煙した母親の年齢別の出産後の累積喫煙再開率は、30歳以上の母親は30歳未満の母親より有意に喫煙を再開する時期が遅く、再開率も低値であった。妊娠中に禁煙した母親の母乳授乳期間別の出産後の累積喫煙再開率は、生後6か月以上の母乳栄養を継続した母親はそうでない母親よりも有意に喫煙を再開する時

期が遅く、再開率も低値であった。

歯周疾患罹患状態に関しては、検診実施方法の異なる3地域の継続的観測結果から検討したところ、進行した歯周疾患を有する者の割合は、40歳で開始時に罹患率が高い地域では、最高時の値に比べに40%以上減少していた。また、50歳でも同様に開始時に比較的高い罹患率を有していた地域では、30%程度低下したが、40歳と50歳とでは減少の割合が異なっていた。しかし、当初から低い地域ではあまり変化はなかった。また、成人歯科保健事業と歯周疾患と関連が強いとされている喫煙に対する取り組みの市区町村での連携に関する状況を全国調査し、回収率は77.4%であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では40%程度が同時に実施されていると推定され、歯周疾患検診時の禁煙教育・指導・支援は全体で約30%の実施であった。歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が連携を持ってなされている自治体では、喫煙状況を76.2%が聞いているが、喫煙状況の集計結果を集約し把握している自治体はわずか18.8%であった。どの事業でも大規模な自治体ほど比較的良く行われていたが、歯周疾患検診時の禁煙教育は、全体で39.9%であり、自治体の類型間であまり差が見られなかった。

健康科学センターが果たすべき機能の一つである、新たな生活習慣病対策等の専門的支援や技術開発であるが、生活習慣病対策の喫緊の課題であるたばこ対策について、全国の健康科学センターを対象に取り組み状況や課題についてのアンケート調査およびヒアリングを実施し、その手法を分析した。たばこ対策は取り組みに施設間差が大きく、たばこに対する健康教育は半数以上の施設で実施しているが、禁煙クリニックを開設しているところは2か所にとどまっていた。

福岡市では「たばこ行動指針」を策定し、禁煙、防煙、分煙対策を推進している。福岡市健康づくりセンターでは準備期を対象にIT等を活用した継続サポートを実施し成果をあげているが、支援法としてはFAXがもっとも有効であった。

健康寿命はDFLE系とDALE系に大別され、疾病負担(Burden of disease)との関連付けにおいてDALE系が優れていることを昨年度報告書で示したが、わが国においては算出の条件が整っていないため、本年度報告ではDFLE系のみを対象とした。また、DFLEの場合、単独では包括的な健康指標とならないことから、その他の健康領域についても容易に算出可能なものに絞り提案を行った。その結果、施策と連動した疾病と健康指標との関連付けは、DALY等の疾病負担指標の方が望ましいことが判明した。

健康づくりと政治学的観点から捉えたローカル・マニフェストの手法についてであるが、今回事例分析として、ローカル・マニフェスト推進ネットワーク九州にヒアリングを行った。ローカル・マニフェストの効果を十二分に発揮させるためには、立会演説会を行うことが重要であることが分かった。

#### D. 考察

健康保険組合に関しては、「各種健康診断、人間ドック」、「機関紙、会報等の発行」、「健康教育、健康相談、健康指導」等が現在そして将来にわたり重点的に取り組むべき課題とされている。このことは予防志向を強化することにより、医療費の削減を目指し、健康保険組合の財政の健全化を企図したものである。特に、現在は重要度が低い「健康づくり計画の作成」や「被保険者の健康保持努力を評価するインセンティブシステム(健康ポイント制、健康マイレージ制等、それに類するもの)」を今後取り組むべき事業として優先順位を高く設定していることは、健康づくりを計画的かつ人間行動に基づき動機付けを強化する手法を導入する意図を示している。保険者による健康づくりも新たな次元を迎えようとしている。また、メンタルヘルス対策に今後取り組んでいきたいという

回答が多かったが、それは職場における精神的なストレス等の健康問題が近年特に問題となっている状況を反映したものと考えることができる。

現在実施されている保健事業および将来実施していききたい保健事業については、財政不足を招くと保健事業の質の低下も懸念されることから、これらとリンクしている医療制度改革については、保健予防活動も視野に入れた中身を検討することにより、保健事業実施に向けた財政的裏づけを行っていかねばならない。しかし、健康診査が義務化された場合、財源やスタッフ、事務作業量等の保険者（組合）運営の側面よりも「事後指導が徹底できない」などの保健サービス提供の側面に多くの保険者が着目していることも読み取れるが、やはりこの点についても財政的な裏づけが十分できれば人的・物的要因に依存しているこれらの懸念は払拭されるであろう。

市町村保健部局での情報収集とその活用の調査については、基本的な死亡統計情報把握は全体としては悪くないが、粗死亡率、標準化死亡比や、それらの推移についての把握が弱く、収集情報の分析・加工などの処理や比較のための具体的な技術（スキル）面での支援が必要である。また、医療費関連情報の把握が弱く、活動プロセスや質的評価、ヘルスプロモーション関係の指標の把握も不十分で、健康増進計画のモニタリング手法などの支援が求められる。また把握情報の活用も不十分で、業務の多忙のなかで、エビデンスに基づいた保健活動の展開が困難になっている状況もあり、情報活用の改善のための支援が求められる。

一方、計画策定評価や、事業見直しなどの優先度決定の場、予算作成や説明責任の場での活用は比較的高く、健康教育や学生実習などでも効果的なエビデンスを示すことができている現状も認められた。今後、情報の活用は、ますます重要であり、具体的な方策で支援していく必要がある。

さらに、健康増進計画を策定している市町村ほど、指標を活用している割合が高く、健康増進計画や評価の中で、マネジメント意識が高まることも示唆された。

市町村における情報マネジメントのスキルの向上の必要性が示唆されものの、情報マネジメントのためには、一定のマンパワーも必要である。人口規模の多い市町村ではその面では有利であり、今後、小規模～中規模の市町村に対して、より具体的で支援的な働きかけが必要と思われた。

市町村保健活動の支援の上では、都道府県や保健所の支援が重要であるが、大学などの教育機関や他の社会資源からの支援も求められ、その支援内容は、市町村保健活動を実践する職員の育成や研修や、評価手法を重点的に行うことが求められる。加えて、住民参加型の評価手法の展開の面での具体的な技術的支援も重要であることが示唆された。

日常業務の情報収集による健康増進計画の評価活動においては、回答した6割の市町村が「したくてもできない」現状におかれていたことは、看過できない。今回はその理由を尋ねていないため理由は特定できないが、いずれにしても日常業務での継続的な情報収集を十分に行うためにも、健康増進計画の策定評価が可能となる手法上の支援、マンパワーの確保が重要と思われた。

市町村における健康増進計画策定の原動力については、「健康日本21や健康増進法の効果」が強く伺えたが、積極的な自治体はこうした情勢を前向きに受け止め、目標や活動指針の必要性、従来の保健計画や保健活動の見直し、課題整理を目的として主体的に位置づけているところが見受けられた。しかし一方、法律の存在や周囲の自治体が策定したからなどの消極的・受身的な理由のままで策定したと思われる自治体が見受けられたことは否めない。計画策定の推進力としては、担当者の思い、課内のやる気、上司の意欲など担当者や担当部局の積極的な姿勢、健康づくりに対する思いと、住民や団体等を含めた策定委員の熱意、住民との協働、住民団体の協力など住民や関係団体等の参加・協働の二つの要因が重要であることが明らかになった。健康日本21が生活習慣病に概ね限定され、母子保健

分野は「健やか親子 21」として別に策定されるなど行政の縦割りの影響を受けており、市町村でそれを是正することが“売り”となっていると思われる。計画策定に対する支援機関等は、保健所をはじめとした都道府県からの支援が最も多いのは、普段から保健事業の連携や地域データの評価など保健所等の機関と関係していることによると考えられる。また、国や都道府県計画の策定が先行することにより、健康づくり計画の理念や策定手法、計画の中身など、保健所を通じて情報を得ることもあったと考えられる。後者の保健所を抱える特別区や政令市では「保健所」ではなく、身近な大学・研究所がその相談相手となったことが予想される。

健康科学センターについてであるが、メタボリックシンドローム対策の重要性はほとんどの健康科学センターにおいて認識されており、すでに具体的な取り組みが行われ、成果をあげている。食事や運動に介入することにより内臓脂肪を減らすという介入目標は、これまで健康科学センターで実施してきた栄養プログラム、運動プログラムの効果的な集約を図ることで実現できるものであり、生活習慣病に関心の高い医師が常駐していることも関係していると考えられる。今後、市町村、企業、健保組合などへ手法を波及させていくことが必要である。たばこ対策については健康科学センターでは禁煙プログラムの導入が進んでいない状況が明らかであった。禁煙プログラムはほぼ確立されているところであり、保険適応により医療機関で禁煙外来の設置が進むことが予想される。開眼片脚起立時間は目標値の設定も行いやすく、動機付けによる運動実施の継続も期待できることより、公衆衛生的な観点からも高齢者の健康づくりの指標として有用であることが考えられる。今回の調査では、85歳未満の後期高齢者の場合、前期高齢者に比べ片脚起立時間が大きく低下していたが、片脚起立訓練の推奨によりその時間が延長することも期待できる。旅館や観光会社などいままでの保健・医療の枠組みを超えた社会資源との協働により、新しい健康づくりの企画を開発、実施した。予想以上の参加者を得、また、参加者アンケート結果も良好であったことから、一応の成功事例と考えられる。今後、地域の観光、産業資源と連携し、より生活に近い場での健康づくりを推進することが大切であると考えられた。また、健康にあまり関心のない人を巻き込むことができる可能性が示唆された。

整形外科領域で実施した開眼片脚起立時間に関しては、基礎脚力が減じて起立歩行が不安定な高齢者に対して適切な運動療法を行い、移動歩行能力などの運動機能を改善させることは、尊厳ある自立した生活をもたらす、健康寿命を延ばす上で重要である。自立した生活を維持あるいは回復することは、将来増大が懸念される医療介護費用の大きな節減に寄与する。高齢者を生活機能低下に導く運動器疾患は多々あるが、そのうち代表的な要因である転倒と骨折にフォーカスをあてて、転倒しやすさ（運動器不安定症）についての予防対策（武藤芳照ら）やEBMに基づいた評価（北潔ら）がすすめられている。その結果、バランスおよび移動歩行能力の評価方法として、開眼片脚起立時間（両手を腰にあて挙げた足が接地するまでの時間を測定）とTimed up and Go Test（椅子から立ち上がり、3メートル先の目印を折り返して再び椅子に座るまでの時間を計測）が有用であることが示唆されている。また、開眼片脚起立時間が運動療法（ダイナミックフラミンゴ療法）介入により増加するという報告があることから、今後はこれらの検査測定値が骨折率、転倒率に関連しているかどうか、さらには運動介入による骨折、転倒予防効果を前向き研究によって明らかにする必要がある。

母親の妊娠前・妊娠中・出産後の喫煙率を比較すると、妊娠を契機に禁煙を試みる者が多いため妊娠中の喫煙率が最も低値を示し、出産後に喫煙を再開する者が出産後から禁煙する者よりも多いため出産後の喫煙率が上昇した。それに対して父親では妊娠中・出産後に禁煙を試みる者は少なからず存在したが、妊娠前・妊娠中・出産後の喫煙率に有意な変動を与える程ではなかった。つまり父親にとっては配偶者の妊娠は母親の場合と同様には禁煙行動に結び付いていなかった。その理由の1つとし



て母親は胎児を無事に出産しなければならないという使命感があるため親としての自覚が父親よりもより早期に確立しやすいことが影響し、妊娠中から真剣に禁煙を試みることができるという可能性が考えられる。しかし実際は妊婦自身の喫煙のみならず夫の喫煙による影響により出生体重の減少、自然流産(spontaneous abortions)やSIDのリスクが高まると報告されていることから妊娠中も父親の禁煙が必要であることを啓蒙することと、父親に対しても早期より父性が育つよう父親参加型の出産準備教室等が必要と考えられた。母親の quitter during pregnancy 率に関しては欧米での先行研究の成績を検討すると、日本の quitter during pregnancy 率は66.5%なので欧米諸国と比較して高値であると考えられる。その理由として日本では妊娠中の喫煙が胎児へ及ぼす害に関する知識が母親に広く浸透しているため、quitter during pregnancy 率が高値を示しているのだと考えられる。母親の continuous smoker during pregnancy の正の関連要因は「母親の就学年数が短期」、「父親が喫煙者」、「ストレスがあること」、無職と比較した場合の「part time employee」であった。「母親の就学年数が短期」、「父親が喫煙者」はそれぞれそうで無い者に比べ、妊娠中の禁煙率が低いという従来の知見に一致するものである。このような妊娠中にも喫煙を継続するリスクにあてはまる者に対しては重点的に禁煙指導をしていく必要性があると思われる。また「ストレスがあること」、「part time employee」が continuous smoker during pregnancy との正の関連要因であることが示された。

母親の relapse の正の関連要因は「母乳栄養の実施期間が生後6か月未満」、「母親の年齢が30歳未満」であった。授乳行動と両親の喫煙行動の間に強い負の関連が存在していることは以前から報告されており、その理由として母親は授乳中母乳へニコチンが分泌することを危惧して喫煙を控える傾向があること、母親は喫煙すると血中のソマトスタチンの値が上昇し母乳が出にくくなることなどが考えられる。また「母乳栄養の実施期間が生後6か月以上」の方がそうでない者より relapse を先送りしていることから母乳授乳をしていることは喫煙再開することに抑制的に作用している可能性が考えられ、もしそうであるならば母乳育児を推進することにより having maintained cessation の期間や having maintained cessation 率が上昇することも期待され得る。母親の年齢階級に関しては先行研究においても若年層のほうが年配層より relapse しやすいとの報告があり、本研究結果もそれと同様の結果となっていた。若年の母親の方が喫煙を再開しやすい原因は明らかになっていないが、一般女性でも若年層において喫煙率が高値であることより、若年の母親の方が必然的に喫煙者と接する機会の多い環境にあることが原因の1つとして考えられた。

成人期の歯周疾患の罹患状況の年次推移の自治体間の差については、全体的には40歳代及び50歳代両年齢とも改善され、軽症化する傾向が見られるが、地域による差異がみられた。事業開始時に比較的高い罹患率を持っている地域は差こそあれ、低下傾向がみられたが、開始時点で低い値の地区では、ほとんど変化が見られなかった。この差異は、検診の実施方法に関連するのではないかと考えられた。歯科診療所での歯周疾患検診の受診者を、総合検診の中に組み込まれた歯周疾患検診の受診者と比較すると、う蝕など歯の状況は変わらないものの、歯周疾患の状況には、差が出ることで知られており、これによるものではないかと考えられた。市町村における歯科保健事業の実施は、市町村区分や人口規模および歯科保層マンパワーの配置状況などの影響を受けている可能性を筆者らは示唆してきたが、一方の地域では、歯周疾患予防に関わる事業を過去10年間に国等の助成を受けて、積極的に歯周疾患検診、予防教室および相談を実施したことにより、住民のみならず歯科医療従事者のとつても歯周疾患についての認識や知識が深まった結果と考えられた。

これらより、歯周疾患の罹患状況が、ある一定の罹患状況までは、住民の意識や地域での通常老人保健法の事業として行われている歯周疾患検診や歯周疾患の健康教育・相談などを実施することで低

下したと考えられるが、40歳で10%、50歳で20%が限界であるとは考えにくく、今後の新たな事業の展開、すなわち後述する禁煙支援との連携や歯科保健情報の集約をおこなうなどより、更なる低下が可能であると思われる。さらに、改善される割合が、40歳の方が50歳に比べ高い傾向にあり、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。成人歯科保健事業と禁煙支援事業の市区町村での連携については、健康日本21では、すべての市区町村で禁煙支援を受けることができるようにしている。また、一方では、歯周疾患予防も項目として上げられているのみならず、歯周疾患が成人期以降歯を失う原因として大きな役割を演じていることも知られている。さらに、近年、歯周疾患の罹患・進行と喫煙習慣との間には強い関連性が指摘されているものの、地域での禁煙支援・教育の状況は知られていない。そこで、全国市区町村での成人歯科保健事業と禁煙支援との関連状況を把握するため、老人保健事業の実施状況など基にして、全国の自治体への調査を行った。いわゆる禁煙支援を実施しており、かつ成人歯科保健事業も実施している市区町村を対象に調査を行ったが、歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が全体では40%程度が同時に行っていると考えられ、人口規模の大きな自治体ほど高い傾向を示したが、この理由については、歯周病検診の中で禁煙関連事業を行っている割合が人口規模の大きい自治体ほど高いのみならず、とくに歯科保健事業の中で禁煙に関する健康教育の実施が自治体の類型別で差があることから、人口規模の大きな自治体ほど歯科関係職種の配置があり、これらを推進しているのではないかと考えられた。しかし、禁煙支援の中で、歯周疾患の指導を行っている割合は、保健所設置市が40%を越えているが、他はあまり差がないことから、保健師などが主体で実施している事業でも、ある一定以上の連携がとられていると考えられた。また、歯周疾患に関する保健事業と禁煙支援事業が同時に行われている自治体のみを対象に以下の集計を行った。これらの自治体では歯科保健事業で喫煙状況を聞いている割合が極めて高いにもかかわらず、喫煙状況別の集計をしている自治体が少ない。これは日常業務の煩雑な業務状況ではなかなか集計までにいたらないことが多いことを示しており、このため容易に集計できるような方法を広めていくことが課題と考えられた。この結果分析ができれば、市区町村における歯周疾患と禁煙支援の連携はより進むと思われる。そのため、本年度の研究より、この部分についての検討も開始しており、次年度につなげたいと考えている。

一方、歯周疾患検診時の禁煙教育の実施状況については、自治体類型による差異が少なく、自治体の規模関係なく行なえる事業である可能性が示唆された。さらに、同時に事業を行っている自治体では全体で50%が健康日本21の地方版に、喫煙と歯周疾患の関係について記載されているが、類型別では保健所設置市が90%以上を示し、ついで市が高い傾向を示し、町村では低い傾向であったが、保健計画の策定自体がなされていない可能性もあるものの、周知活動は、今後町村へ向けてしていく必要があるだろう。

健康寿命については、健康寿命指標と疾病との関連づけを行うべく、既存の資料を用いた傷病別の平均入院・入所・通院期間の算出方法を提示したが資料が既存の資料に限られるためいくつかの制約があった。健康寿命算出の6条件（1.健康寿命算出目的の明確化、2.健康の定義づけとスケール化、3.データの時系列入手、4.算出方法の容易性と透明性、5.小地域（都道府県、市区町村）における算出と比較、6.個々の疾病（対策）との関連性）をある程度満たすものとする。しかし「5.小地域（都道府県、市区町村）における算出と比較」については、公表データのみを用いた場合の算出には限界があり、これらの問題を解決する方法として、電算化されつつあるレセプトの利用が考えられる。これは性・年齢階級別に（対象地域における一定期間の入院・入所日数）÷（対象地域人口）を求める

ことにより算出されるもので、健康寿命の6条件の他に、指標算出の省力化、医療費との連動等のメリットが考えられる。具体的方法の確立のために、レセプト情報を用いた健康寿命指標等の算出について調査・研究が必要である。また、施策と連動した疾病と健康指標との関連付けは、本来DALY等の疾病負担指標の方がのぞましく、今後NBD (National burden of diseases) の整備が急がれる。

#### E. まとめ

医療制度改革の厚生労働省及び政府・与党試案を見ても、予防や健康増進活動の重要性が指摘されているが、本研究は、健康増進の主体である地方自治体、保険者及びこれらの機関と関係が深い医療従事者、医療施設、住民等が今後どのような役割を果たし、それを具体化するための地方健康増進計画をどのように策定し、実施及び評価を行っていくかについての研究を行い、今後の厚生労働行政に寄与することを目的とした。

保険者、地方自治体、住民が果たすべきそれぞれの役割の明確化と機能強化が今後一層求められることになるが、今回の調査ではまず、全国の市町村保健部局での情報マネジメントの現状と課題が明らかになった。国や都道府県保健所や大学などの社会資源がさらに、情報マネジメントの手法、特に、情報収集、加工、管理、活用などの支援や、計画策定評価の支援を行うとともに、保健師などのマンパワーと人材確保の支援を行っていく必要があると考えられた。また、市町村健康増進計画策定の現状や策定を通じて得られた成果、また必要な支援策などが浮き彫りとなった。既に策定済み市町村は4割程度であり、今後市町村合併が一段落した市町村の策定が一斉に始まることが推測され、その支援にこれらの成果を活かすことは極めて有用であると考えられる。行政組織の外では、健康づくり活動のきっかけをつくり、継続のための環境整備を行うためにも、保健・医療の内外の連携を強化し、共同事業などを行うことで、それぞれの弱点を補強し、組織の壁に囚われ過ぎず、地域の特性を生かし、市民からのさまざまな提案を受入れながら自らが地域における主体者としての役割を構築していく必要があると考える。

健康づくり政策をローカル・マニフェストと連動させるためには種々の課題があることもわかった。特に、候補者に分かりやすい指標の説明をすることは難しく、行政学的に見れば、残念ながら、健康づくり政策が、どんなに意義があっても、政策的に働きかけをしなければ、政策の市場で優先的な地位を占めることは難しい。様々な機会を捉えて、健康づくり政策の重要性を訴えていくことが必要となろう。いずれにしても新たな発想で住民主体の立場に立って活動を進めていくことが望まれている。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

予定あり

##### 2. 学会発表

予定あり

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得  
特になし
2. 実用新案登録  
特になし
3. その他  
特になし