

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業
研究課題番号：H18-循環器等（生習）——一般-003

地方健康増進計画の技術的支援に関する研究

平成16－18年度 総合総括・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19（2007）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・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

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

II. 分担研究報告

1. 地方健康増進計画の策定、実施および評価体系の解明と

健康増進に対する保険者機能に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

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

研究協力者

青島 耕平 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野

2. 健康日本 21 の中間評価と市町村健康増進計画・評価(総括)・・・・・・・・ 26

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

研究協力者

佐甲 隆 三重県鈴鹿保健福祉事務所

村中 峯子 全国保健センター連合会

田沢 光正 盛岡地方振興局保健福祉環境部

尾島 俊之 浜松医科大学健康社会学教室

3. 運動器機能不全症に対する運動器リハビリテーションの役割と
その評価に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
- 分担研究者
- 戸山 芳昭 慶應義塾大学医学部整形外科 教授
4. ヘルスプロモーション理念に基づいた健康日本21・地方健康増進計画
の推進に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
- ～先進地訪問調査および全国都道府県および市町村のアンケート調査から～
- 分担研究者
- 櫃本 真聿 愛媛大学医学部附属病院医療福祉支援センター長
- 研究協力者
- 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 所長
- 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 神奈川県秦野市 健康福祉部高齢福祉課
- 国吉 秀樹 沖縄県中部福祉保健所 健康推進課長
- 武村 真治 国立保健医療科学院
公衆衛生政策部地域保健システム室長
- 田中 久子 女子栄養大学 公衆栄養学 教授
- 谷原 真一 福岡大学医学部 衛生学 助教授
- 藤内 修二 大分県福祉保健部 健康対策課 参事
- 中川 昭生 島根県益田保健所 所長
- 中瀬 克己 岡山市保健所 所長
- 中本 稔 広島市東保健センター センター長
- 新山 徹二 愛媛県保健福祉部 健康衛生局健康増進課 課長

福田 展之 岡山県保健福祉部健康対策課母子・歯科保健班 主任
 福永 一郎 (中間法人) 保健計画総合研究所 所長
 松岡 宏明 岡山市保健所保健課 医療専門監
 松村 康弘 独立行政法人国立健康・栄養研究所情報センター

5. 喫煙の関連要因の検討 48

分担研究者

大井田 隆 日本大学医学部公衆衛生学部門

研究協力者

兼板 佳孝 日本大学医学部公衆衛生学部門

横山 英世 日本大学医学部公衆衛生学部門

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

分担研究者 74

尾崎 哲則 日本大学歯学部 教授

研究協力者

青山 旬 栃木県立衛生福祉大学校歯科技術学部 部長

上原 裕美子 日本大学歯学部 非常勤講師

7. 健康指標の再評価について 107

～健康日本21推進におけるプロセス評価とアウトカム評価～

分担研究者

津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター 副センター長兼健康開発部長

8. 地方自治体における健康づくり	1 1 2
「健康くらしき21」推進研究について	
分担研究者	
曾根 啓一 倉敷市保健福祉局参与兼倉敷市保健所長	
9. 健康日本21計画の目標としての健康寿命指標に関する研究	1 1 4
分担研究者	
平尾 智広 香川大学医学部 医療管理学	
10. ローカル・マニフェストと健康日本21（総括）	1 2 2
研究協力者	
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 真事 愛媛大学医学部附属病院医療福祉支援センター長

大井田 隆 日本大学医学部 公衆衛生学部門 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 副センター長兼健康開発部長

曾根 啓一 倉敷市保健福祉局参与兼倉敷市保健所長

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

佐甲 隆 三重県鈴鹿保健福祉事務所

村中 峯子 全国保健センター連合会

田沢 光正 盛岡地方振興局保健福祉環境部

尾島 俊之 浜松医科大学健康社会学教室

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

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 所長

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 神奈川県秦野市 健康福祉部高齢福祉課

国吉 秀樹 沖縄県中部福祉保健所 健康推進課長

武村 真治 国立保健医療科学院 公衆衛生政策部地域保健システム室長

田中 久子 女子栄養大学 公衆栄養学 教授

谷原 真一 福岡大学医学部 衛生学 助教授

藤内 修二 大分県福祉保健部 健康対策課 参事

中川 昭生 島根県益田保健所 所長

中瀬 克己 岡山市保健所 所長

中本 稔 広島市東保健センター センター長

新山 徹二 愛媛県保健福祉部 健康衛生局健康増進課 課長

福田 展之 岡山県保健福祉部健康対策課母子・歯科保健班 主任

福永 一郎 (中間法人) 保健計画総合研究所 所長

松岡 宏明 岡山市保健所保健課 医療専門監

松村 康弘 独立行政法人国立健康・栄養研究所情報センター

兼板 佳孝 日本大学医学部公衆衛生学部門

横山 英世 日本大学医学部公衆衛生学部門

青山 旬 栃木県立衛生福祉大学校歯科技術学部 部長

上原 裕美子 日本大学歯学部 非常勤講師

伊関 友伸 城西大学経営学部 助教授

寺岡 加代 東京医科歯科大学歯学部 口腔保健学科口腔健康教育学分野 教授

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 助教授

福田 英輝 長崎大学医歯薬学総合研究科口腔保健学講座 助手

青島 耕平 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
倉敷市保健所保健課一同

I . 総合総括研究報告

平成16－18年度厚生労働科学研究費補助金

(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)

総合総括研究報告書

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 教授)

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るに至った。

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については、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く、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。このような問題を有しているが都道府県については、健康増進計画を一応策定し実施しているが、市町村では未だ健康日本21に基づく地方自治体計画すら策定していないところも多く存する。健康日本21の目標を達成するためには、健康増進計画の策定評価が必要であるが、計画を策定した市町村においても、適切に評価が実施されているとはいえない現状が指摘されている。そのため、当研究班ではHealth Promotionの視点を基礎に、LastやDonabedianの評価論を元に検討を重ね、独自の調査票を作成し、平成17年度には実態調査のため全国の自治体に対し質問紙調査を実施した。加えて、平成18年度には実際に「市町村行動計画を策定・評価した」と回答した36市町村のうち、山梨県都留市と三重県松阪市に協力を依頼し、計画策定と評価の実際を調査・分析した。

その結果計画評価がされる条件として、まず「担当者らがヘルスプロモーションを理解し、住民との協働のもと、活動を展開できたこと」、「政策として、健康づくりが明確に示されていること」、「2事例ともそれぞれ保健所、大学、研究所などの所謂、スーパーバイザーからのアドバイスや支援を受けており、それがヘルスプロモーションの理解や活動の方向性を見失わずに進む力になっていたこと」であった。こうした要件が庁内との連携促進や保健活動スタッフの意欲を支えることとなり、計画・実行・評価につながっていったと考えられた。また、外部要因としては、市町村を取り巻く保健所や大学、研究機関などの支援、住民参加、保健活動においても評価が求められるという時代背景が考えられた。

一方、地方健康増進計画に関して先進的な取り組みを行っている市町村を抽出し(11箇所)、計画策定や実施を推進してきた要因や、その際先進地が乗り越えてきた要因、またさらに推進していく上で必要な条件等に関してのインタビューガイドを作成し、研究協力者による訪問による聞き取り調査を実施した。その結果、市町村が抱えている課題や必要項目は、「目標設定のあいまいさ」、「策定目的に関するコンセンサス不足」、「住民主役の真意の理解不足」などに要約できた。

さらにこれらの分析を通じて、計画策定や推進を妨げる要因として都道府県へ、計画策定プロセスや市町村支援体制等に関してアンケート調査を行い、その後市町村へ、①計画策定の有無②具体的な施策等の明示③関連計画との整合性④保健所等の支援⑤連携範囲等々について、郵送電子媒体回答式のアンケート調査を実施した。回収率は都道府県では47(100%)市町村は2,400自治体中(H17.5.5)、2,380(99.2%)であった。結果は、「市町村策定状況は都道府県間で90%~10%未満までと大きな格差が見られた」、「未策定市町村の約半数は市町村合併を理由にし、その他人材や予算不足をあげていた」、「具体的な施策等は、都道府県は明示している割合が高いが、市町村では少なかった」ことなどが明らかとなった。

計画策定状況は地域格差が顕著で、ヘルスプロモーションの理念も浸透しているとは言い難かった。

医療費抑制を狙いとしたハイリスクアプローチに偏ることなく、地域に根付いたコミュニティーアプローチが展開され、そして健康日本 21 および地方健康増進計画の策定推進されるよう、都道府県や研究者等の今後の支援体制充実が期待される。

健康増進計画を実践する立場にある住民の意向を知るために倉敷市民を対象にしたアンケート調査では、市民の健康づくり意識や健康行動の実態が把握でき、「健康くらしき 21」推進のための一助とすることができた。これらはまた、介護予防事業の円滑な導入を図るための基礎資料となるものである。

上記のように健康増進計画の評価体制や実施上の問題、そして住民との関係を中心に研究を行ったがあくまでも行政サイドから地方健康増進計画を眺めたものである。

では、さらに住民を行政活動に取り込んでより計画の実効性を上げるにはどのようにすれば良いであろうか。次に住民参加の形態や促進手法についての研究を実施した。

現在、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が、本研究ではローカル・マニフェストと健康日本 21 やそれに基づく地方健康増進計画が連携することで、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られる。ローカル・マニフェストと健康日本 21 の共通する部分は何か。報告者は、2つの共通点の最も大きなものは、具体的な指標を通じて地域における政策課題や住民の健康のあり方を考える点にある。

現実には健康づくり政策は候補者のローカル・マニフェストとなっているケースはむしろ稀である。ローカル・マニフェストに掲げられない理由として、医療政策や健康づくりに関する専門家が、選挙を行う候補者に対して十分な情報を提供していないことが、ローカル・マニフェストを柱とする健康づくり政策の低調さにつながっていると考える。

このように健康増進計画を巡る論点整理を行ってきたが、次に健康日本 21 の中核的な課題である喫煙問題や歯科保健について考察した。

妊娠、出産は両親が自発的に禁煙を試みる強い動機となり得り、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から、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明らかにした。その結果、妊娠中の母親の喫煙との正の関連因子は「非常勤勤務者」、「父親が喫煙者」、「就学年数が短い者」、「ストレスを感じる」であった。妊娠中に禁煙した母親の出産後の喫煙再開との正の関連因子は「母乳栄養期間が生後 6 か月未満」「母親の年齢が 30 歳未満」であった。また、小児における家庭内受動喫煙の暴露が気管支喘息発作を増加させ、病態を悪化させることがいくつかの疫学研究で明らかになっていることから、厚生労働省が 2002 年から 2003 年にかけて実施した第 1 回と第 2 回の 21 世紀出生児縦断調査結果から、受動喫煙と喘息、風邪・気管支炎・肺炎との関連性について検討を加え、さらに喘息と同じアレルギー疾患であるアトピー性皮膚炎、食物アレルギー、風邪・気管支炎・肺炎と同じ感染症である結膜炎、中耳炎についても関連性について検討した。その結果、1 歳 6 ヶ月児における母親の喫煙と気管支喘息による通院と入院の両方に関連性が認められた。また、かぜ・気管支炎・肺炎の入院についても母親の喫煙の影響が認められた。さらに気管支喘息の①通院と②外来、③かぜ・気管支炎・肺炎の入院について、表 14-15 から母親の喫煙本数との間に量・反応関係が認められた。これらの研究成果は、健康増進計画の中核事業である喫煙対策を推進する上でも、疫学的に強固な根拠になりうるものである。

歯科保健については、効率的な歯科保健活動を遂行するために、その対象を地域歯科保健活動であり進んでいない成人歯科保健活動に絞り、各方面から検討をくわえた。

成人歯科保健と禁煙支援事業の実施状況について、市区町村へのアンケート調査を行った結果、歯周疾患検診も含めて、規模の大きな自治体ほど実施率が高い状況は従来と同様であったが、実施方法では規模の大きい自治体ほど委託型が多く、小規模の自治体では直接実施している傾向がみられた。しかし、歯科保健指導の実施は、ほぼ直接実施の傾向がみられた。成人歯科保健と禁煙関連事業の連携実施状況も大規模自治体ほど高い傾向にあった。市町村合併後の成人歯科保健事業は、大規模自治体では若干増加傾向であるが、小規模な自治体では減少傾向がみられた。加えて、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、最高時の値に比べて 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。

成人歯科健診の普及・推進するために、健診内容および方法の見直しを行った。従来は、歯科医師が口腔内を診査するのが主であり、経費や時間的にも負担が多く、大規模に行えなかった。そこで、問診票と唾液潜血反応試験、混合ガム試験といった実施が容易なものを中心に、歯周疾患との関連性について検討を加えた。いくつかの歯周疾患の罹患傾向に関連がみられた項目をピックアップし、混合ガム試験および唾液潜血反応試験を応用し、ポイントを付与し検討したところ、歯周疾患のスクリーニングの可能性が示唆され、歯科医師の確保が難しい地域でも可能であり、地域における口腔の健康づくりの手法となりうると思われた。また、歯科診療所での歯科予防処置の実施状況を調査した結果、一部の診療所が予防処置の大部分を行っていることが明らかになった。さらに、歯科領域から禁煙支援も、行政のみならず、地域の歯科診療所等との連携をより、進めていくことも有用であり、今後、健康日本21の目標を達成するためには、歯科診療所における歯科疾患予防管理の普及を図っていく必要がある。

本研究では、転倒予防による寝たきり等の不健康状態の回避のために開眼片脚起立時間測定試験が健康日本21の新規項目として導入可能か否かについて検討した。その結果、開眼片脚起立時間は筋力やバランス機能の総合的指標で、転倒との関連があり、地域特異性などの交絡因子の影響が少なく、簡便で再現性のある有用な検査であることが明らかになった。そこで、高齢者の歩行速度を指標に特異度と感度を算出し、開眼片脚起立時間のカットオフ値を20秒に設定した。

実際の健康増進活動事業を評価するために、都道府県・政令指定都市における健康づくり・生活習慣病対策の拠点として位置づけられた全国14の健康科学センターをモデルにして、健康日本21推進のプロセス評価およびアウトカム評価の検討を行った。

16年度は健康科学センターの保健活動体制や健康指標のあり方、推進拠点の役割等、実効力のある方策について調査し、健康日本21の推進のためには健康課題の分析や実践的な市町村技術支援、民間を含めた広域的なネットワークなどが必要であることを示した。

17年度はたばこ対策、メタボリックシンドローム (MetS) 対策等について各健康科学センターのプロセス評価をおこない、保健指導機関が相互に情報交換をし、ベンチマーキングをおこなうことにより質的向上が期待できることを示した。

18年度は平成20年度からの特定健診・保健指導事業の導入へのプロセス評価として、健康科学センターにおける準備状況についてのセンター長に対する聞き取り調査およびアンケート調査をおこなった。生活習慣病対策の全体像の中での個々の保健事業の位置づけを明確にすること、評価指標を標準化しPDCAサイクルをまわす戦略的な保健活動ができるしくみの導入であることを強調すべきではないかと考えられた。

さらに3年間を通じて、あいち健康の森健康科学総合センター等におけるポピュレーションアプローチやメタボリックシンドローム対策事業についてのアウトプット、アウトカム評価をおこない、保健活動の指標をどのようにとるべきかについてのモデルを示した。その結果、積極的支援型保健指導によりメタボリックシンドロームの減少が見られること、腹囲の減少は、他の代謝指標の改善と密接な関連があることが示された。この研究成果は、特定健診・保健指導事業はもとより、従来から展開されてきている地方健康増進計画の遂行にも大いに役立つものである。

なお、健診・保健指導の義務化に先んじて、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に対して調査を実施した。

その結果、調査時点では健康保険組合の保健事業費の支出は保健事業費全体の5.1%を占めるに過ぎなかったが、健診・保健指導の義務化に伴い公費支出が予定されているものの、保険者自身の事業に対する負担額が増える事態も十分予想でき、サービスの質の低下が生じないように何らかの対処が必要であると考えられた。

健康増進計画の理念に盛り込まれている健康寿命であるが、その算出の意義、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について考察を行った。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。DFLEは算出の容易さから好まれることが多いが、単独では包括指標となりえず、用いる場合には複数の健康ドメイン別に算出する必要があると考えられた。健康寿命算出の条件として、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)との関連性の6項目が挙げられた。次に、公表された資料を用いて、

健康状態推移モデルによる推定、レセプト情報を用いた推定を行なったところ、レセプト情報を利用した健康寿命指標の算出の有用性が確認された。今後レセプト情報、健診情報の電子化推進により、任意の地域の健康寿命指標算出が容易に算出可能となると考えられる。結論としては、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。

A. 目的

健康日本 21 は米国、英国等の先進諸国で実施されていた数値目標管理型の行政計画の概念をわが国に導入して策定することを目指したものである。さらに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。この施策開始当時の理念がいかに具現化されているかについて、都道府県計画を調べ施策体系や事業計画、そして実施計画、策定過程の科学性や住民の参加等の実態解明を試みた。また、健康日本 21 に基づく地方健康増進計画の策定については、策定している自治体と策定していない自治体とに二極化している。加えて策定はされているものの計画内容の達成度や執行状況の評価が行われていないところも見受けられる。このように、計画を作りはしたが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。加えて評価体系についても極めて曖昧なものとなっているのが全体の姿であろう。

本研究は地方健康増進計画の推進のために必要な体制や住民参加の在り方、計画の推進および評価の仕組みについて都道府県計画を分析し、同時に実際の市町村を例に取り分析することにより地方健康増進計画の円滑な遂行のための条件を見出し、健康日本 21 を含む地方健康増進計画の今後の策定や実施、さらに最終評価に役立つアウトプットを得ることが総合的な目的である。

次に健康増進計画の主要項目であるたばこ対策、歯科保健対策、糖尿病を核とするメタボリックシンドローム対策について、アンケート調査や 21 世紀出生児縦断調査結果等を用いて、対策を重点的に講じる事項を同定するとともに、平成 20 年度から開始される特定健診・保健指導事業を念頭に置いた保健指導・健康増進活動の手法を開発し、健康増進計画の中の糖尿病対策との棲み分けと連携の在り方についての考えを提示することとした。

この標準的な健診・保健指導の実施を控えて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、保険者の健康増進活動の現状と平成 20 年度から導入される事業に対して考えられる論点整理を試みた。

さらに、転倒防止による疾病および介護予防を図るために新たに健康増進計画に加えるべき運動器系の目標項目を定めた。

B. 方法

1. 都道府県健康増進計画の構造分析を行い、論点を整理した。
2. 保険者の被保険者に対する健康増進活動の現状調査を行った。
3. ヘルスプロモーションや行政計画等の評価手法に関する文献的考察を実施した。
4. アンケートや実際に市町村の事業・評価体系を比較することにより、市町村等の健康増進計画の策定・評価・実施を巡る論点整理を行った。
5. アンケートや選挙公約などを分析することにより、健康増進政策など行政政策と住民参加の手法の開発を行った。
6. アンケートや健康増進事業の参加者に対する介入を行うことにより、効果的なたばこ対策、歯科保健、糖尿病を主とするメタボリックシンドローム対策を考察した。
7. 開眼片脚立ち試験により知見を集めて、健康増進計画に加える必要がある、運動器系指標を開発した。
8. レセプトデータを用いて健康寿命指標の算出を試み、その有用性を確認した。

C. 結果

都道府県計画の分析結果を述べる。

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。

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かった。

次は特定の市町村の健康増進計画の実施および評価の実情を調査した結果である。

健康増進計画の評価がされる条件として、まず「担当者らがヘルスプロモーションを理解し、住民との協働のもと、活動を展開できたこと」、「政策として、健康づくりが明確に示されていること」、「2事例ともそれぞれ保健所、大学、研究所などの所謂、スーパーバイザーからのアドバイスや支援を受けており、それがヘルスプロモーションの理解や活動の方向性を見失わずに進む力になっていたこと」であった。こうした要件が庁内との連携促進や保健活動スタッフの意欲を支えることとなり、計画・実行・評価につながっていったと考えられた。また、外部要因としては、市町村を取り巻く保健所や大学、研究機関などの支援、住民参加、保健活動においても評価が求められるという時代背景が考えられた。

一方、地方健康増進計画に関して先進的な取り組みを行っている市町村を抽出し（11箇所）、計画策定や実施を推進してきた要因や、その際先進地が乗り越えてきた要因、またさらに推進していく上で必要な条件等に関してのインタビューガイドを作成し、研究協力者による訪問による聞き取り調査を実施した。その結果、市町村が抱えている課題や必要項目は、「目標設定のあいまいさ」、「策定目的に関するコンセンサス不足」、「住民主役の真意の理解不足」などに要約できた。

さらにこれらの分析を通じて、計画策定や推進を妨げる要因として都道府県へ、計画策定プロセスや市町村支援体制等に関してアンケート調査を行い、その後市町村へ、①計画策定の有無②具体的な施策等の明示③関連計画との整合性④保健所等の支援⑤連携範囲等々について、郵送電子媒体回答式のアンケート調査を実施した。回収率は都道府県では 47(100%)市町村は 2,400自治体中 (H17.5.5)、2,380(99.2%)であった。結果は、「市町村策定状況は都道府県間で 90%~10%未済までと大きな格差が見られた」、「未策定市町村の約半数は市町村合併を理由にし、その他人材や予算不足をあげていた」、「具体的な施策等は、都道府県は明示している割合が高いが、市町村では少なかった」ことなどが明らかとなった。

健康増進計画を実践する立場にある住民の意向を知るために倉敷市民を対象にしたアンケート調査で計画とその理念の具現者である住民との関係について調べた。実際に平素からの健康増進は、倉敷市民に対する意識調査では、健康づくり実践状況は「健康くらしき21」を知っている人は、主体的健康感が高く、運動習慣者も多い結果となっており、健康づくりや介護予防の視点からも、健康増進計画等の行政計画を認識し理解している住民の増加を図る取り組みが重要であることがわかった。また、基本健康診査を受診した地域住民と企業に従事する職員を対象としたメタボリックシンドロームに関連するアンケート調査を合わせて実施した結果、たばこを吸っている人の割合は、男性、女性とも企業が地域に比べて有意に大きかったことや企業の男性の40代においては、約6割近くが20歳代のときと比べて体重が10kg以上増加していたことなどの課題が明確になった。このように、今後の特定健診・保健指導計画や食育推進計画を推進していく上での示唆を得た。

住民を行政活動に取り込んでより計画の実効性を上げるために、ローカル・マニフェスト（政権公約）と健康日本21やそれに基づく地方健康増進計画との関係を分析したところ、健康づくり政策については位置づけが低かった。

健康増進計画を巡る論点整理を行ってきたが、次に健康日本21の中核的な課題である喫煙問題や歯科保健について考察した結果、妊娠、出産は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から、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が明らかとなった。妊娠中の母親の喫煙との正の関連因子は「非常勤勤務者」、「父親が喫煙者」、「就学年数が

短い者」、「ストレスを感じる」であった。妊娠中に禁煙した母親の出産後の喫煙再開との正の関連因子は「母乳栄養期間が生後6か月未満」「母親の年齢が30歳未満」であった。また、小児における家庭内受動喫煙の暴露が気管支喘息発作を増加させ、病態を悪化させることがいくつかの疫学研究で明らかになっていることから、厚生労働省が2002年から2003年にかけて実施した第1回と第2回の21世紀出生児縦断調査結果から、受動喫煙と喘息、風邪・気管支炎・肺炎との関連性について検討を加え、さらに喘息と同じアレルギー疾患であるアトピー性皮膚炎、食物アレルギー、風邪・気管支炎・肺炎と同じ感染症である結膜炎、中耳炎についても関連性について検討した。その結果、1歳6ヶ月児における母親の喫煙と気管支喘息による通院と入院の両方に関連性が認められた。また、かぜ・気管支炎・肺炎の入院についても母親の喫煙の影響が認められた。さらに気管支喘息の①通院と②外来、③かぜ・気管支炎・肺炎の入院について、表14-15から母親の喫煙本数との間に量・反応関係が認められた。

歯科保健については、効率的な歯科保健活動を遂行するために、その対象を地域歯科保健活動であり進んでいない成人歯科保健活動に絞り、各方面から検討を加えたところ、成人歯科保健と禁煙支援事業の実施状況については、歯周疾患検診も含めて、規模の大きな自治体ほど実施率が高い状況は従来と同様であったが、実施方法では規模の大きい自治体ほど委託型が多く、小規模の自治体では直接実施している傾向がみられた。しかし、歯科保健指導の実施は、ほぼ直接実施の傾向がみられた。成人歯科保健と禁煙関連事業の連携実施状況も大規模自治体ほど高い傾向にあった。市町村合併後の成人歯科保健事業は、大規模自治体では若干増加傾向であるが、小規模な自治体では減少傾向がみられた。加えて、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、最高時の値に比べて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。

成人歯科健診の普及・推進するために、健診内容および方法の見直しを行った。従来は、歯科医師が口腔内を診査するのが主であり、経費や時間的にも負担が多く、大規模に行えなかった。そこで、問診票と唾液潜血反応試験、混合ガム試験といった実施が容易なものを中心に、歯周疾患との関連性について検討を加えた。いくつかの歯周疾患の罹患傾向に関連がみられた項目をピックアップし、混合ガム試験および唾液潜血反応試験を応用し、ポイントを付与し検討したところ、歯周疾患のスクリーニングの可能性が示唆され、歯科医師の確保が難しい地域でも可能であり、地域における口腔の健康づくりの手法となりうると思われた。また、歯科診療所での歯科予防処置の実施状況を調査した結果、一部の診療所が予防処置の大部分を行っていることが明らかになった。

本研究では、転倒予防による寝たきり等の不健康状態の回避のために開眼片脚起立時間測定試験が健康日本21の新規項目として導入可能か否かについて検討した。その結果、開眼片脚起立時間は筋力やバランス機能の総合的指標で、転倒との関連があり、地域特異性などの交絡因子の影響が少なく、簡便で再現性のある有用な検査であることが明らかになった。そこで、高齢者の歩行速度を指標に特異度と感度を算出し、開眼片脚起立時間のカットオフ値を20秒に設定した。

実際の健康増進活動事業を評価するために、都道府県・政令指定都市における健康づくり・生活習慣病対策の拠点として位置づけられた全国14の健康科学センターをモデルにして、健康日本21推進のプロセス評価およびアウトカム評価の検討を行った。

16年度は健康科学センターの保健活動体制や健康指標のあり方、推進拠点の役割等、実効力のある方策について調査し、健康日本21の推進のためには健康課題の分析や実践的な市町村技術支援、民間を含めた広域的なネットワークなどが必要であることがわかった。

17年度はたばこ対策、メタボリックシンドローム(MetS)対策等について各健康科学センターのプロセス評価をおこない、保健指導機関が相互に情報交換をし、ベンチマーキングをおこなうことにより質的向上が期待できる結論を得た。

18年度は平成20年度からの特定健診・保健指導事業の導入へのプロセス評価として、健康科学センターにおける準備状況についてセンター長に対する聞き取り調査およびアンケート調査をおこなった。生活習慣病対策の全体像の中での個々の保健事業の位置づけを明確にすること、評価指標を標準化しPDCAサイクルをまわす戦略的な保健活動ができるしくみの導入の必要性が明確になった。

また、実際に健康保険組合に対するアンケートを行い、被保険者に対する健康増進活動の現状と平成20年度から導入される健診・保健指導の義務化に伴う問題点を整理した。その結果、「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た。加えて回答では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た。そして健康保険組合の保健事業費の支出額等が明らかとなった。

さらに3年間を通じて、あいち健康の森健康科学総合センター等におけるポピュレーションアプローチやメタボリックシンドローム対策事業についてのアウトプット、アウトカム評価をおこない、保健活動の指標をどのようにとるべきかについてのモデルを示した。その結果、積極的支援型保健指導によりメタボリックシンドロームの減少が見られること、腹囲の減少は、他の代謝指標の改善と密接な関連があることが示された。

健康増進計画の理念に盛り込まれている健康寿命であるが、その算出の意義、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について考察を行った。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。DFLE は算出の容易さから好まれることが多いが、単独では包括指標となりえず、用いる場合には複数の健康ドメイン別に算出する必要があると考えられた。健康寿命算出の条件として、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）との関連性の6項目が挙げられた。次に、公表された資料を用いて、健康状態推移モデルによる推定、レセプト情報を用いた推定を行なったところ、レセプト情報を利用した健康寿命指標の算出の有用性が確認された。今後レセプト情報、健診情報の電子化推進により、任意の地域の健康寿命指標算出が容易に算出可能となると考えられる。結論としては、施策と連動した疾病と健康指標との関連付けは、レセプト情報を利用した DALY 等の疾病負担指標の方が望ましいと考えられる。

D. 考察

都道府県が策定した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る。計画の実施については、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に留まっていることが計画の実施の有効性の欠如となって現れているものと考えられる。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。

一方、市町村に眼を向けると、健康日本 21 の地方自治体計画を未だ策定していない市町村も見られるが、自治体の健康増進計画は住民に対する健康増進施策を推進する際の核となるものである。

健康日本 21 や健康増進法に伴う都道府県や市町村の保健計画の市町村等の取り組みや課題が明らかになったわけだが、今後、これらの市町村が抱えている問題点を解決して、地域においてヘルスプロモーションの理念に基づいた健康なまちづくりが展開していく必要がある。

一方、計画を策定している市町村でも、その中間評価を的確に実施し、計画に記載されている目標を達成するためには、健康増進計画の策定評価が必要であるが、計画を策定した市町村においても、適切に評価が実施されているとはいえない現状がある。

結論は、まず「担当者らがヘルスプロモーションを理解し、住民との協働のもと、活動を展開できたこと」、「政策として、健康づくりが明確に示されていること」、「2事例ともそれぞれ保健所、大学、研究所などの所謂、スーパーバイザーからのアドバイスや支援を受けており、それがヘルスプロモーションの理解や活動の方向性を見失わずに進む力になっていたこと」であったことは前述の如くである。このように庁内の連携促進や保健活動スタッフの意欲を支えることが計画・実行・評価につながっていったと考えられた。また、外部要因としては、市町村を取り巻く保健所や大学、研究機関などの支援、住民参加、保健活動においても評価が求められるという時代背景が考えられた。これら内部・外部環境が整ったところでは、庁内との連携促進や保健活動スタッフの意欲を支えることとなり、計画・実行・評価につながっていったものと考えられた。

一方、地方健康増進計画に関して先進的な取り組みを行っている市町村を抽出し（11箇所）、計画策定や実施を推進してきた要因や、その際先進地が乗り越えてきた要因、またさらに推進していく上で必要な条件等に関する調査および都道府県や市町村に対して行った計画策定や推進を妨げる要因、計画策定プロセスや市町村支援体制等に関してアンケート調査では、計画策定状況は地域格差が顕著で、ヘルスプロモーションの理念も浸透しているとは言い難いものであった。医療費抑制を狙いとしたハイリスクアプローチに偏ることなく、地域に根付いたコミュニティアプローチが展開され、そして健康日本

21 および地方健康増進計画の策定推進されるよう、都道府県や研究者等の今後の支援体制充実が期待される。

健康増進計画を実践する立場にある住民の意向を知るために倉敷市民を対象にしたアンケート調査では、市民の健康づくり意識や健康行動の実態が把握でき、「健康くらしき21」推進のための一助とすることができた。これらはまた、介護予防事業の円滑な導入を図るための基礎資料となるものである。

上記のように健康増進計画の評価体制や実施上の問題、そして住民との関係を中心に研究を行ったがあくまでも行政サイドから地方健康増進計画を眺めたものである。

倉敷市民に対する意識調査では、健康づくり実践状況は「健康くらしき21」を知っている人は、主体的健康感が高く、運動習慣者も多い結果となっており、健康づくりや介護予防の視点からも、健康増進計画等の行政計画を認識し理解している住民の増加を図る取り組みが重要であることがわかった。加えて現在、健康増進に関わる政策変更が行われようとしている。それは、特定健診・保健指導の保険者への義務化により、メタボリックシンドロームを中心に疾病管理を行おうということである。そこで同じく倉敷市にて、食行動や運動と関係が深い生活習慣病対策を推進させるため、基本健康診査を受診した地域住民と企業に従事する職員を対象としたメタボリックシンドロームに関連するアンケート調査を合わせて実施した。その結果、たばこを吸っている人の割合は、男性、女性とも企業が地域に比べて有意に大きかったことや企業の男性の40代においては、約6割近くが20歳代のときと比べて体重が10kg以上増加していたことなどの課題が明確になった。これは今後の特定健診・保健指導計画や食育推進計画を推進していく上での示唆を与えるものである。

住民を行政・政治過程に取り込んで健康増進計画の実効性をより上げるためのローカル・マニフェストについては、健康づくり政策については位置づけが低かった。健康づくり政策が、候補者のローカル・マニフェストに掲げられない理由としては、医療政策や健康づくりに関する専門家が、選挙を行う候補者に対して十分な情報を提供していないことが、ローカル・マニフェストにおける健康づくり政策の低調さにつながっていると考えられる。ローカル・マニフェストにより具体的な政策目標を明示し、投票の結果が自分の生活にどのように反映するかが分かりやすくなることによって有権者の投票への関心が高まり、さらにマニフェストを通じて地域の様々な主体が政策の形成に参加することが期待できる。健康増進分野でも同様の効果が期待できる。地域住民が自らのこととして健康を考える契機としてローカル・マニフェストの持つ意義はさらに高まると考えられる。

健康増進計画を巡る論点整理を行ってきたが、次に健康日本21の中核的な課題である喫煙問題や歯科保健について考察した。

健康日本21は総論的なたばこ対策を論じているが、幼児の受動喫煙における呼吸器疾患の罹患に与える影響は憂慮すべきものである。小児における家庭内受動喫煙の暴露が気管支喘息発作を増加させ、病態を悪化させることがいくつかの疫学研究で明らかになっているが、今回の厚生労働省が2002年から2003年にかけて実施した第1回と第2回の21世紀出生児縦断調査結果を分析した結果も1歳6か月児における母親の喫煙と気管支喘息による通院と入院の両方に関連性が認められるなど、母親の喫煙の影響が認められた。つまり、母親の喫煙本数との間に量・反応関係に基づくものである。これらの研究成果は、健康増進計画の中核事業である喫煙対策を推進する上でも、疫学的に強固な根拠になりうるものである。

歯科保健については、効率的な歯科保健活動を遂行するために、その対象を地域歯科保健活動であまり進んでいない成人歯科保健活動に絞り、各方面から検討を加えたが、歯科保健対策の推進状況については、市町村合併の影響や小規模自治体の脆弱な財政力が歯科保健施策の阻害要因であることが考えられる。

健康日本21新規項目としての開眼片脚起立時間については、国内施設の測定データをもとに男女別、年齢別に比較解析した。まず、歩行速度が高齢者のADL低下・下肢筋力・転倒発生との相関があることから、特異度と感度をもとに、開眼片脚起立時間のカットオフ値を20秒に設定することの妥当性が示された。

実際の健康増進活動事業を評価するために、都道府県・政令指定都市における健康づくり・生活習慣病対策の拠点として位置づけられた全国14の健康科学センターをモデルにして、健康日本21推進のプロセス評価およびアウトカム評価の検討を行ったが、16年度は健康科学センターの保健活動体制や健康指標のあり方、推進拠点の役割等、実効力のある方策について調査し、健康日本21の推進のためには健康課題の分析や実践的な市町村技術支援、民間を含めた広域的なネットワークなどが必要であることが示された。また、たばこ対策、メタボリックシンドローム(MetS)対策等について各健康科学セン

ターのプロセス評価をおこない、保健指導機関が相互に情報交換をし、ベンチマーキングをおこなうことにより質的向上が期待できることも示された。さらに平成 20 年度からの特定健診・保健指導事業の導入へのプロセス評価として、健康科学センターにおける準備状況についてのセンター長に対する聞き取り調査およびアンケート調査をおこなった。生活習慣病対策の全体像の中での個々の保健事業の位置づけを明確にすること、評価指標を標準化し PDCA サイクルをまわす戦略的な保健活動ができるしくみの導入であることを強調すべきではないかと考えられた。健康日本 21 に基づく地方健康増進計画はポピュレーションアプローチを旨としているが、平成 20 年度から始まる特定健診・特定保健指導事業は、内臓脂肪症候群の該当者および予備群の減少をめざして、個々の被保険者の健康増進を図るものである。健康増進計画の中でも糖尿病対策は重要な柱であるが、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導も糖尿病等の生活習慣病を減少させることを目指している。いわば従来の健康増進計画に新たな関連事業が創出されたわけである。

3 年間を通じて、あいち健康の森健康科学総合センター等におけるポピュレーションアプローチやメタボリックシンドローム対策事業についてのアウトプット、アウトカム評価をおこない、保健活動の指標をどのようにとるべきかについてのモデルを示した。その結果、積極的支援型保健指導によりメタボリックシンドロームの減少が見られること、腹囲の減少は、他の代謝指標の改善と密接な関連があることが示された。この研究成果は、特定健診・保健指導事業はもとより、従来から展開されてきている地方健康増進計画の遂行にも大いに役立つものである。保険者である健康保険組合に対する調査では、保健事業費の支出は保健事業費全体の 5.1%を占めるに過ぎなかった。しかし、上記のメタボリックシンドローム対策が保険者の義務として導入されたことから、今後、上記対策の充実が図られ、予算面も含めて保険者の関与が一層増していくことが期待される。

健康増進計画の理念に盛り込まれている健康寿命であるが、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。特にレセプト情報を利用した健康寿命指標の算出の有用性が確認されたことから今後、レセプト情報、健診情報の電子化推進により、任意の地域の健康寿命指標算出が容易に算出可能となると考えられる。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。

E. まとめ

本研究は、健康日本 21 および地方健康増進計画を遂行するために必要となる、行政計画の執行・評価体系のあり方や個々具体的な健康増進対策の提示、健康寿命の算定方法の確立を目的として行ったものである。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必要な事項の検討も行ってきた。

医療制度改革が本格的な始まり、その一翼を担う健康増進事業も質の向上と科学的な計画の進行管理が求められている。

保険者、地方自治体、住民、政治家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、本研究を通じ現状を的確に提示するとともに、今後の政策や具体的事業の方向性を示すことができたことを確信している。

今後とも、健康日本 21 およびそれに基づく地方健康増進計画の計画策定、執行管理および結果評価、さらにわが国の行政計画の策定や執行、評価の標準化の推進のための研究を継続していく必要がある。

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

II. 総合分担研究報告

1. 地方健康増進計画の策定、実施および評価体系の解明と健康増進に対する保険者機能に関する研究

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)

研究協力者 青島 耕平 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

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。

以上のことから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。