

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。

医療制度改革の一環として健診・保健指導の実施義務が保険者に課されることとなった。そして、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の在り方が注目を集めている。

本研究では、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、保険者が給付すべき健康増進事業の内容を精査した。

調査の結果、「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。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と言える。

研究結果が示すように現在、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%を占めるに過ぎないが、今後、健診・保健指導の義務化に伴い、上記の保健事業の充実が図られるものと期待される。

A. 目的

2000年に健康日本21が策定され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。そして現在、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のかの議論が行われているところである。

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。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と考えられるが、その実態は不明である。策定過程の科学性や住民の参加についても同様である。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。

これら現下の課題となっている地方健康増進計画の効果的な推進や事業成果の的確な評価をいかに実施していくかに関して、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った。

医療制度改革にはメタボリック症候群等の予防の重要性が指摘されている。とりわけ、保険者に標準的な健診・保健指導の実施義務が課されることとなり、これらは今後ますます重要性を帯びてくる。平成20年度から開始される新たな健診・保健指導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。

本研究を通じて、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、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を得た。

B. 方法

研究目的を遂行するために、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た（アンケート要旨については後述している：p. 55～60）。結果をまとめ地方健康増進計画の構造を Plan（立案）－Do（実施）－See（評価）に便宜上分類してそれぞれの特性を分析した。

同様に保険者が被保険者の健康増進にどのように取り組んでいるか、そして事業を実施する際の問題点はどのようなものであるかを調査するために、1,743 か所の健康保険組合を対象に自記式のアンケートを実施した。

なお解析は、SPSS Windows, Ver. 12 により統計処理をおこない、 $p < 0.05$ のとき有意差ありとした。

（倫理面への配慮）

本研究では個人データは用いず個人を対象とするものではないが、データの取り扱いについては「疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省平成14年6月17日）」を遵守している。

C. 結果

C-1. 地方健康増進計画の策定、実施および評価体系について

全国47都道府県に調査票を発送した。そのうち45都道府県から回答が寄せられた（回収率：95.7%）。

以下、都道府県は“県”と称する。

1. Plan（立案）

計画の策定に際して、事務局体制を採用したところは31県、採用しなかった県は12県であった。そして計画策定のための委員会については、「1.新たに委員会を設置した」が最も多く33県（70.2%）にのぼった。以下、既存の「2.公衆衛生審議会、医療審議会、地域保健医療協議会、保健医療対策協議会等の既存の審議会や委員会を利用した」が8県（17.0%）、「3.設置しなかった」が1県となっていた。

計画策定に関わった団体等のうち、上位1位にあげた団体等で最も多かったのは保健所で、以下、2位が学識者、3位が医師会、そして4位が福祉部局であった。

住民の意見の聴取方法については、「1.委員としての住民の意見を審議会、部会などで聴取」、「2.公聴会を開いた」、「3.アンケートをとった」、「4.パブリックコメント制度を利用」、「5.住民側からの要望・苦情を利用」、「6.インターネットや広報誌を利用」、「7.モニターに意見を聞いた」、そして「8.その他」の中で多い順番に、1位が「委員としての住民の意見を審議会、部会などで聴取」、2位が「パブリックコメント制度を利用」、3位が「アンケートによる意見聴取」、そして4位が「インターネットや広報誌を利用」して住民の意見を聴取していた。

データの収集主体は、「1.都道府県」、「2.審議会・委員会の下に設置した作業部会」、「3.保健所（福祉事務所統合施設を含む）」、「4.福祉事務所（保健所と統合していない場合）」、「5.大学等の研究機関に委託」、「6.コンサルタント・シンクタンク等に委託」、そして「7.その他」の選択肢の中では、1位が「都道府県」、2位が「審議会・委員会の下に設置した作業部会」、3位が「保健所（福祉事務所統合施設を含む）」となっていた。

計画策定のために、どのような既存のデータを利用したかについては、「1.人口動態統計」、「2.衛生行政業務報告」、「3.保健福祉動向調査」、「4.老人保健施設調査」、「5.国民生活基礎調査」、「6.母体保護統計報告」、「7.学校保健統計」、「8.医療施設調査・病院報告」、「9.患者調査」、「10.国民健康・栄養調査（国民栄養調査）」、「11.地域保健・老人保健事業報告」、「12.伝染病統計」、「13.日本人の栄養所要量」、「14.食中毒統計」、「15.結核の統計」、「16.家計調査年報」、「17.未定」、「18.その他」の中で回答が多い順番に、1位が「人口動態統計」、2位が「地域保健・老人保健事業報告」、3位が「国民健康・栄養調査（国民栄養調査）」、4位が「学校保健統計」、そして5位が「その他」となっていた。

計画の策定にあたって独自の調査の実施については、「1.した」が38県（80.9%）、「2.しなかった」が6県（12.8%）であった。そして、実施した県の調査対象については、「1.住民」、「2.市町村」、「3.学校」、「4.企業」、「5.保険者」、「6.関係団体」、「7.その他」（複数回答可）のうち、「住民」に対するもの

が最も多かった。

データを分析して問題点を抽出した組織は、「1. 審議会・委員会・作業部会」、「2. 事務局」、「3. コンサルタント・シンクタンク等」、「4. 大学等研究機関」、そして「5. その他」の中で、1位は「審議会・委員会・作業部会」、2位は「事務局」、3位は「大学等研究機関」という順に多かった。基本的に「審議会・委員会・作業部会」及び「事務局」でこれらの一連の作業を行っていることが見て取れる。大学に委託する場合は、分析が主な目的となっていた。

計画で特に重点的に取り上げたものは、「1. 健康知識の普及・啓発」、「2. 望ましい健康行動をとる者の増加」、「3. 受診率の向上」、「4. 健康増進施設等の利用促進」、「5. 環境整備」、「6. 情報の整備・提供」、「7. 健康増進業務従事者の確保・育成」、「8. 地域における健康指導者の確保・育成」、「9. 連携体制の確保」、「10. その他」の中で、1位が「健康知識の普及・啓発」、2位が「望ましい健康行動をとる者の増加」、3位が「環境整備」、4位が「情報の整備・提供」、5位が「連携体制の確保」であった。また、目標事項の第1位は、「健康知識の普及・啓発」、2位が「望ましい健康行動を取る者の増加」であった。目標項目の1位から3位までの合計でも、「健康知識の普及・啓発」と「望ましい健康行動を取る者の増加」が1位と2位であった。同様に、1位から5位までの集計では、「健康知識の普及・啓発」、「望ましい健康行動を取る者の増加」がそれぞれ1位と2位であった。しかし、3位以下では、「環境整備」、「情報の整備・提供」、「連携体制の確保」が現れてくる。

どこで目標設定を行ったかについては、「1. 審議会・委員会・作業部会」、「2. 事務局」、「3. コンサルタント・シンクタンク等」、「4. 大学等研究機関」、「5. その他」のうち、1位が「審議会・委員会・作業部会」、2位が「事務局」、3位が「大学等研究機関」の順であった。

計画は住民のおおよそ何%が対象になるかについては、30県（63.8%）が住民の100%を対象にした計画であると回答していた。だが、残りの11県はこの解答欄が空欄になっていた。

計画に関係者の役割を明記しているかについては、「1. 医師会」、「2. 歯科医師会」、「3. 看護協会」、「4. 薬剤師会」、「5. 栄養士会」、「6. 歯科衛生士会」、「7. 保健所」、「8. 保険者」、「9. 企業」、「10. 学校」、「11. 住民」、「12. 学識者」、「13. NPO」、「14. 住民団体・ボランティア」、「15. 教育部局」、「16. 環境部局」、「17. 交通部局」、「18. 福祉部局」、「19. 労働部局」、「20. その他」の中で多かった回答順に、1位が「歯科医師会と医師会」、3位が「栄養士会」、4位が「学校、住民団体・ボランティア」、6位が「薬剤師会、保険者、企業、住民」の順であった。

誰が抽出された問題の解決方法を発案したかについては、「1. 審議会・委員会・作業部会」、「2. 事務局」、「3. コンサルタント・シンクタンク等」、「4. 大学等研究機関」、「5. その他」の中で回答が多い順番は、1位が「審議会・委員会・作業部会」、2位が「事務局」、3位が「大学等研究機関」の順であった。

解決すべき問題の優先順位を決める要素については、「1. 問題の緊急度の高さ」、「2. 対象者数（影響を受ける人数）」、「3. 費用対効果分析」、「4. 健康増進事業の公平性の確保」、「5. 様々な組織・人の意見」、「6. その他」の中で回答が多かった順には、1位が「問題の緊急度の高さ」、2位が「対象者数（影響を受ける人数）」、3位が「費用対効果、様々な組織・人の意見」であった。

2. D o (実施)

計画実施の時期については、平成13年4月からというのが最も多かった。

計画を推進のために有効な方法だったのは、「1. イベント等の開催」、「2. インターネットや広報誌による市民へのPR」、「3. 母子、老健、歯科保健事業や健康増進事業等を通じた実施」、「4. 補助金を出す」、「5. ボランティアやNPO活動を利用」、「6. 関係者や関係機関の会合に定期的に参加し説明する」、「7. 計画推進のための委員会での審議」、「8. 公聴会の開催」、「9. 適宜アンケートをとり事業に生かす」、「10. モニター制度」、「11. 推進リーダー養成」、「12. 住民からの相談・要望・苦情等の利用」、「13. その他」の中で、1位が「イベント等の開催」および「インターネットや広報誌による市民へのPR」で、3位が「母子、老健、歯科保健事業や健康増進事業等を通じた実施」で、4位が「ボランティアやNPO活動を利用」、5位が「計画推進のための委員会での審議」、そして6位が「関係者や関係機関の会合に定期的に参加し説明する」であった。

計画推進に有効であった方法として、第1位にあげられたのが、「イベント等の開催」で、2位が「母子、老健、歯科保健事業や健康増進事業等を通じた実施」、そして3位が「インターネットや広報誌による市民へのPR」であった。

計画の推進主体に関する問であるが、計画の推進は「1. 都道府県本庁」、「2. 保健所等出先機関」、「3.

市町村」、「4. 計画策定組織」、「5. 関係団体」、「6. 住民」、「7. その他」のうち、1位が都道府県庁、2位が保健所など出先機関、3位が関係団体、4位が市町村であった。

計画の周知方法については、「1. 保健所等の日常業務を通じてPR」、「2. ホームページに載せる」、「3. 関係団体・協力団体にPRを依頼」、「4. パンフレットやリーフレットの作成・配布」、「5. 公聴会・説明会の開催」、「6. 新聞・放送等のマスメディアを利用」、「7. 住民にダイレクトメールを送付」、「8. 市町村にPRを依頼・指導」、「9. その他」のなかで、1位が「パンフレットやリーフレットの作成・配布」、2位が「ホームページに載せる」、3位が「保健所などの日常業務を通じてPR」、4位が「関係団体・協力団体にPRを依頼」、そして5位が「新聞・放送等のマスメディアを利用」であった。

計画の実施に当たって、協力を得た部局・団体等については、「1. 医師会」、「2. 歯科医師会」、「3. 看護協会」、「4. 薬剤師会」、「5. 栄養士会」、「6. 歯科衛生士会」、「7. 保健所」、「8. 保険者」、「9. 企業」、「10. 学校」、「11. 住民」、「12. 学識者」、「13. NPO」、「14. 住民団体・ボランティア」、「15. 教育部局」、「16. 環境部局」、「17. 交通部局」、「18. 福祉部局」、「19. 労働部局」、そして「20. その他」のうち、1位が「栄養士会」と「保健所」で、3位が「医師会」、「歯科医師会」、そして5位が「住民団体・ボランティア」であった。

計画の実施に当たっての予算の確保状況については、「1. 国の予算（補助金）を利用（厚生労働省分）」、「2. 国の予算（補助金）を利用（他の省庁分）」、「3. 独自の予算を確保」、「4. 予算は確保していない」、そして「5. その他」のなかでは、1位が「都道府県独自の予算を確保」で2位が「国の予算（補助金）を利用（厚生労働省分）」であった。この両方で回答のほとんどを占めていた。

計画の実施に当たっての具体的な施策の策定状況（施策体系）については、「1. 健康増進計画の中に含まれる形で策定されている」、「2. 健康増進計画とは別個に策定されている」、「3. 策定されていない」のうち、1位が「健康増進計画の中に含まれる形で策定されている」で、2位が「健康増進計画とは別個に策定されている」と「策定されていない」が同率であった。

次により具体的な事業計画であるが、健康増進計画を実施するための事業計画の策定状況については、「1. 健康増進計画の中に含まれる形で策定されている」、「2. 健康増進計画とは別個に策定されている」、そして「3. 策定されていない」のなかでは、1位が「策定されていない」、2位が「健康増進計画とは別個に策定されている」であった。

事業計画を実施するための実施計画の策定状況については、「1. 健康増進計画の中に含まれる形で策定されている」、「2. 健康増進計画とは別個に策定されている」、「3. 事業計画の中に含まれる形で策定されている」、そして「4. 策定されていない」の中では、策定されていないが最も多かった。

健康増進事業を行う上で役割が重要と考えられる主体については、「1. 国」、「2. 都道府県」、「3. 市町村」、「4. 保険者」、「5. 民間企業」、「6. 住民団体・ボランティア団体」、「7. NPO」、そして「8. その他」の中では、1位が「市町村」、2位が「都道府県」、3位が「住民団体・ボランティア団体」、4位が「保険者」、5位が「民間企業」、6位が「国」の順であった。とりわけ、健康増進事業を行う上で最も重要な団体としては、「市町村」との回答が最も多かった。

健康増進事業を行ううえで重要な役割があると都道府県担当者が考えている団体等は、「市町村」、「住民団体・ボランティア団体」、「保険者」、「都道府県」が上位を占めていた。

健康増進計画に位置づけられる都道府県の役割については、「1. 住民支援（技術的）」、「2. インフラ整備（施設等）」、「3. 関係者が提供する健康増進サービスの質の維持」、「4. 関係者が提供する計画・事業の進行管理」、「5. サービス享受者たる住民の公平性確保」、「6. 健康産業の育成」、「7. 健康関連データの収集・関係者への提供」、そして「8. その他」のなかで、1位が「健康関連データの収集・関係者への提供」、2位は「関係者が提供する健康増進サービスの質の維持」、3位は「関係者が提供する計画・事業の進行管理」、4位が「住民支援」、そして5位が「インフラ整備」であった。

3. See（評価）

策定された健康増進計画を評価する仕組みについては、「1. ある」と「2. ない」のうち、ほとんどの自治体が「ある」と回答していた。また「ある」と回答したなかで、誰が中間評価を行う予定であるかについては、「1. 事務局」、「2. 審議会・委員会・作業部会」、「3. 大学等の専門家」、「4. 住民の評価組織」、「5. コンサルタント」、「6. シンクタンク等研究機関」、「7. 未定」のうち、1位が「審議会・委員会・作業部会」で、2位が「事務局」であった。つまり計画の策定時の体制による中間評価がそのまま企画さ

れていた。

計画の何を評価するかについては、「1. 計画の策定方法」、「2. 設定した目標値の達成度」、「3. 住民参加・認知度」、「4. 費用対効果」、「5. 実施プロセスの効率性」、「6. 健康増進事業の公平性」、「7. 医療費の動向」、「8. 施設のコストパフォーマンス」、「9. その他」、「10. 評価せず」、「11. わからない」そして「12. 未定」のなかで、最も多かったのは、設定した目標値の達成度であった。次いで「住民参加・認知度」、「計画の策定方法、実施プロセスの効率性」であった。

予定している計画の中間評価の方法については、「1. 非常によい」、「2. よい」、「3. ふつう」、「4. あまりよくない」、「5. 非常に悪い、そして「6. わからない」のなかでは、1位が普通で、2位がわからないであった。非常に良いという回答は皆無であった。

中間評価および最終評価の時期については、中間評価が2005年で最終評価が2010年というのが最も多かった。

評価結果の利用方法については、「1. 計画の改善」、「2. 関係者・関係分野への助成金の配分の際の参考にする」、「3. 老健事業等の関連事業の改善」、「4. 計画推進のための予算要求」、「5. 住民へ行政活動の成果を示す広報等に利用」、そして「6. その他」のなかで、1位が「計画の改善」、2位が「住民への行政活動の成果を示す広報等に利用」、3位が「計画推進のための予算要求に利用する」というものであった。

計画の中間評価で使う予定のデータは、「1. 人口動態統計」、「2. 衛生行政業務報告」、「3. 保健福祉動向調査」、「4. 老人保健施設調査」、「5. 国民生活基礎調査」、「6. 母体保護統計報告」、「7. 学校保健統計」、「8. 医療施設調査・病院報告」、「9. 患者調査」、「10. 国民健康・栄養調査（国民栄養調査）」、「11. 地域保健・老人保健事業報告」、「12. 伝染病統計」、「13. 日本人の栄養所要量」、「14. 食中毒統計」、「15. 結核の統計」、「16. 家計調査年報」、「17. 未定」、「18. 独自の調査データ」、そして「19. その他」のなかで、1位が「独自の調査データ」、2位が「人口動態統計」と「国民健康・栄養調査」、4位が「地域保健・老人保健事業報告」、5位が「学校保健統計」であった。なお、未定も1県あった。

中間評価で使用するデータは、計画策定の際に利用したデータと中間評価時に使用するデータを比較すると、基本的には、情報収集の際に利用したデータを中間評価で用いるという姿勢が見て取れる。特徴的なのは、利用した既存のデータ数よりも、中間評価に使用するデータの数が全般的にやや少なめである点、また、「その他」の項目に含まれる「独自のデータ」を中間評価で用いる予定の都道府県が多くなっていた。

他計画との重複については、「A. 医療計画」、「B. すこやか親子21」、「C. 都道府県の総合計画等（ただし、健康増進計画がこれら総合計画の一部になっている場合を除く）」、「D. 新ゴールドプラン」、「E. エンゼンプラン」、「F. 障害者プラン」、「G. 母子保健計画」、「H. 介護保険事業計画」、そして「I. その他」のなかでは、1位が「医療計画」との重複で、2位が「都道府県の総合計画等」、3位が「すこやか親子21」との重複であった。

今後の重複部分の調整については、「1. 調整する」、「2. 調整しない」、「3. 未定」、「4. その他」のなかで、1位が「調整する」、「調整しない」と「未定」が3県あった。

C-2. 健康増進に対する保険者機能について

1,743か所の健康保険組合に調査法を発送し、そのうち440か所から回答を得た（回収率：25.24%）。

組合の種類としては、“単一健康保険組合”が最も多かった。また、事業主体は小売業、銀行業、機械が上位を占めていた。

健康保険組合に加入している被保険者と被扶養者の状況であるが、加入者には幅があるものの概ね、被保険者の平均人員は8,644人、被扶養者は9,641人であった。被保険者の平均年齢は41.3歳で標準偏差も±2.9と小幅なことから、被保険者は40歳前後の働き盛りの世代に集中していた。

健康保険組合の年間支出については、給付費が全体の51.7%、拠出金が33.0%、そして保健事業費が5.1%となっていた。組合の設立年は、皆保険実施前後の時期が多くなっていた。

現在実施している保健事業の内容は、「各種健康診断、人間ドック」に関しては、回答があった440の保険者のうち、430の保険者で実施されており、保険者による保健事業の中心をなしていた。以下、「機関紙、会報等の発行」、「健康教育、健康相談、健康指導等」と続いていた。「実施している保健事業は特にない」と回答した保険者はなく、保険者においても保健事業の重要性が認識されていると考えることができる。なお、1保険者あたり実施している保健事業数（平均±標準偏差）は、7.918±3.242であった。これら現在実施している保健事業の重要性については、その事業の重要性に応じて“5：最

も重要である”、“4：重要である”、“3：ふつう”、“2：あまり重要でない”、“1：まったく重要でない”、“0：わからない”と区分すると、「各種健康診断や人間ドック」、「健康教育、健康相談、健康指導等」を肯定的に重要度の高いものと考えている反面、「保養所、運動施設等の利用補助」、「保養所、運動施設の開設・運営」、「常備薬の配置」などの重要性については否定的な回答が多かった。これら意見を点数化して重要度の高いものから順に並べると、「各種健康診断や人間ドック」、「健康教育、健康相談、健康指導等」、「機関紙、会報等の発行」、「被保険者への健康、医療に関する情報提供」の順に総合的な事業としての重要度が高く、「長寿の高齢者への表彰制度」、「被保険者の健康保持努力に対する評価制度」、「健康食品、サプリメントの配布」などは総合的な重要度は低かった。

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。保健事業が施行できる要因の重要度としては、要因の重要性に応じて“5：最も重要である”、“4：重要である”、“3：ふつう”、“2：あまり重要でない”、“1：まったく重要でない”、“0：わからない”と区分すると、「予算がある」、「事業主との連携がある」ことが最も重要な要因であるとの回答であった。同様にこれら意見を点数化して要因としての重要度が高いものから順に並べると、「予算がある」、「事業主との連携がある」、「外部委託できる民間主体がいる」ことが要因としての重要度が高く、「市町村の保健担当部局や保健所との連携があること」、「参考にできるような効果的な保健プログラムがあること」などは保健事業を施行するための要因としては総合的な重要度は低かった。

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。今後取り組みたい保健事業の重要性に応じてランク分けすると、“5：最も重要である”、“4：重要である”、“3：ふつう”、“2：あまり重要でない”、“1：まったく重要でない”、“0：わからない”のうち、「メンタルヘルス対策」、「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」の充実を重要事項と考える保健組合が多かった。一方、「病院、診療所等の開設・運営」、「健康食品・サプリメントの配布」、「保養所、運動施設等の開設・運営」などは現在も将来も取り組むべき事項としての重要度は極めて低かった。また、総合的な重要度を見ると、「健康づくり計画の作成」が3位に入っていた。

将来実施したい保健事業を行うにあたって、障壁となりそうな事項については、「予算がない」との回答が最も多かった。以下、「医療専門知識や情報処理能力を有するスタッフがいらない」「被保険者の認知度、参加意識が低い」と続いていた。

以前は実施していたが、現在は廃止もしくは撤退した保健事業について最も回答が多かったのは、「健康家庭（1年間で1度もレセプトを発生しなかった家庭）への表彰制度」であった。次いで、「保養所、運動施設等の開設・運営」、「常備薬」と続いていた。

健康診査の義務化を実現する際に、健康保険組合の業務において障壁となりそうなことについて質問したところ、「事後指導が徹底できない」という回答が一番多く、以下、「事務的な作業量が増える」、「健康診査の財源が不足する」という回答が続いていた。

個別具体的な喫煙対策であるが、禁煙補助剤の配布、禁煙教室の開催の有無について質問した結果、両者とも「実施していない」との回答が多かった。保険者にとり重圧になるとも考えられる今後の被扶養者に対する保健事業のあり方については、「現状維持」、あるいはさらに積極的な「提供する保健事業を拡大していく」との回答が多かった。

D. 考察

計画の立案についてであるが、健康増進計画の企画・立案は多くの部署の関与が必要なことから、事務局体制をとって横断的に取り組んでいく必要があるにも関わらず、12県では事務局体制が採られていなかった。

また、行政機関では計画策定に保健所が果たした役割は大きかったと考えられる。保健衛生以外の部局では、教育部局が比較的関わっている反面、その他の行政部局の関与は積極的ではなかった。計画策定に関わった団体としては、「住民」、「NPO」も少ないながらあげられていたが、上位3位までにはほとんど入っていなかった。つまり、計画の関係者等に位置づけられているものの、都道府県担当者にとっては大きな役割等が期待される団体等ではないことが読み取れる。

計画策定に対する住民やNPOの役割は期待されていないものの、住民側の意見の集約方法として、策定委員会の委員（住民側代表）としての意見聴取による住民意思の計画への反映やパブリックコメント制度の利用等があげられる。

良い計画ができないのは、住民の計画策定に対する参画方法や住民代表と行政や職能団体等との知識量の是正がなされていないことやパブリックコメント制度が形骸化しているためであろう。

データの収集は1、2位ともに都道府県の策定事務局や担当課で行われたことを示していた。

計画の策定に際し、どのような既存の統計資料を利用したかについては、人口動態統計と地域保健・老人保健事業報告の2つの報告書を利用したとの回答も多かったが、多くの県で独自の調査がされていた。

既存の統計資料では明らかにできなかった各県の健康上の問題を同定する必要性から行われたものであろう。これらの資料・データの分析は多くが事務局で行い、審議会に付されたものと考えられる。

計画の内容については1位が「健康知識の普及・啓発」、2位が「望ましい健康行動をとる者の増加」ということは、健康増進計画の行動内容が、教育等を主体的に設定していると考えられる。

目標設定の多くは事務局で行われていたが、問題点の抽出と同じく中にはコンサルタントやシンクタンク等の外部に委託している県も認められた。問題があるところであろう。

住民の要望や生活形態は多様性があることから、100%（30県）という回答は住民のニーズを正確に把握しているとは言いがたく、未回答（11県）については計画の基本である対象者の把握ということをおぼろげに計画だけを作成したものと考えざるを得ない。担当者からの回答であるが、自身の計画が本当に住民の100%をカバーしていたり、何%の住民が計画の恩恵等を被るのかわからない計画などあるはずはないと筆者は考える。

「医師会」、「歯科医師会」、「栄養士会」、「学校」、「住民団体・ボランティア」、「住民」、「薬剤師会」、「企業」、「保健所」、「保険者」の役割が明記されているものの、教育部局を除き関係する行政機関の記述が少ないように思われる。

解決すべき課題の優先順位を決定する際の要因は、「問題の緊急度の高さ」、「対象者数（影響を受ける人数）」、「費用対効果」、「様々な組織・人の意見」が挙げられているが、これらは当然中間評価の際の評価指標となるべきものである。

計画の推進方法も「イベント等の開催」、「インターネットや広報誌による市民へのPR」、「母子、老健、歯科保健事業や健康増進事業等を通じた実施」、「ボランティアやNPO活動を利用」、「関係者や関係機関の会合に定期的に出席し説明する」、「計画推進のための委員会での審議」というように従来型の行政展開の手法が見られた。

健康増進計画の実施に対して強力を得ている団体は職能団体を中心にあるが、そのなかでも実際の活動状況を把握しているところとしては、「保健所」、「栄養士会」、「歯科医師会」、「医師会」が挙げられている。しかし「住民団体・ボランティア」、他の行政部局の把握の割合が低いことは、平素からこれらの対象者・対象機関に対する情報収集を怠っていたり、従来の事業の展開方法ではほとんど関わりがなかったためであろう。

計画の実施（Do）についてであるが、計画の周知方法についても、「パンフレットやリーフレットの作成・配布」、「ホームページに掲載」、「保健所などの日常業務を通じてPR」、「関係団体・協力団体にPRを依頼」、「新聞・放送等のマスメディアを利用」などの従来からの手法を用いていた。

健康増進事業の提供主体は、「市町村」、「都道府県」、「住民団体・ボランティア団体」、「保険者」、「民間企業」、「国」と回答しているものの、「住民団体・ボランティア団体」、「保険者」、「民間企業」については、その活動内容が詳細に把握されていない。単に関係者を列記したのみである。

健康増進計画に位置づけられる都道府県の役割としては、「健康関連データの収集・関係者への提供」、「関係者が提供する健康増進サービスの質の維持」、「関係者が提供する計画・事業の進行管理」、「住民支援」、「インフラ整備」の順で回答されたが、回答数が多い項目ほど実際には行われておらず問題があるところである。

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。

「図34の計画と評価の構造」の事業計画（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。

事業計画を策定している都道府県は、「健康増進計画の基本計画策定段階から保健所を重視している(p<0.05)。」また、「計画の推進主体として保健所等の出先機関、住民を重視している(p<0.05)。」、「計画の実施に当たっては企業からの具体的な協力を得ている(p<0.05)。」

それから事業計画を策定している県は、「関係者が提供する健康増進サービスの質の維持が健康増進計画の推進のために重要である、あるいは計画・事業の進行管理が重要であると考えている(p<0.05)。」、そして「事業計画を策定している都道府県の間評価の際に用いるデータであるが、患者調査や地域保健・老人保健事業報告を重要視していない(p<0.05)。」といった特性が認められた。

中間評価を含めた計画の評価については、ほとんどの県が計画を評価する方法を有していると回答していた。そして評価の対象は設定した目標値の達成度であった。

中間評価の方法がわからないとの回答が12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。そして評価方法をしっか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。

なぜ、あまり中間評価に適していないと認識されている指標を計画策定当初から用い、現在に至っているのかについて実施してきたこの政策や事業の評価をまず行うべきである。今後の行政のあり方は、こうした点を改善の対象として取り上げるべきである。

中間評価は県独自の調査データに基づいて行うとの回答が最も多かったが、これは健康増進計画に併せて定期的に県独自の健康関連調査が定着しつつあることを示している。

調査時点における保険者の健診・保健指導に対する働きかけは、次のとおりであった。

「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されれば人的・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。

それから提供されている事業であるが、被保険者の自発的な健康行動を誘引させる保健事業は効果がわかりにくく、現在では直接的なサービス提供に重点が置かれているという可能性が示唆される。

禁煙対策についてはその重要性は各方面で指摘されているものの、職域における保健サービスとしては認識されていない現状が明らかとなった。いかに保険者に対して禁煙対策のインセンティブを付与するかが課題となる。

計画と評価の構造

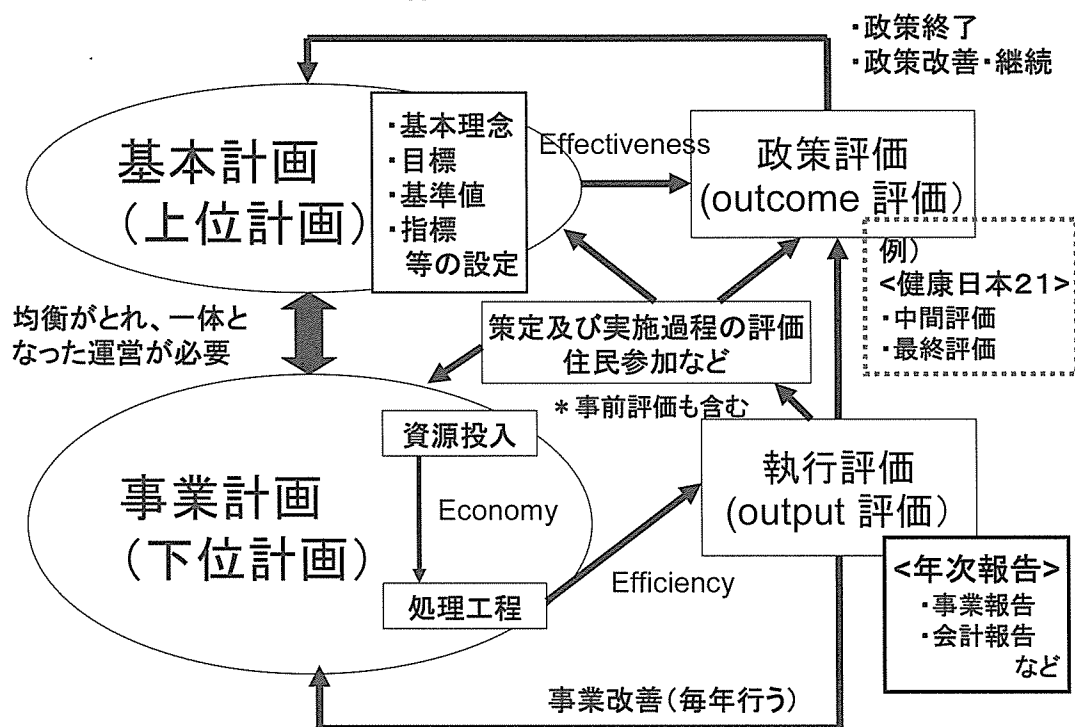


図 3 4 計画の評価と構造

E. まとめ

ほとんどの都道府県で健康寿命の延伸を基本理念に据えているが、これを実現するために事業を実施する場合、保健・医療・福祉・介護・教育・労働等のすべての部門の計画を網羅的に実施して初めて実現できるものである。つまり健康増進計画がすべての関係者や関係機関の協力のもとに実行されて初めて功を奏するのである。

ちなみに健康寿命の延伸という目標が多く省庁に関係していることから、米国の健康増進計画の「Healthy People」の場合、大統領府に事務局を置き、二十数省庁を巻き込んだ計画として策定され、実施されてきた。

今回のアンケートでわかったことだが、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る。これでは健康寿命の延伸をはじめとした健康増進事業の総合的な実施は望めない。計画の推進の上位を占めているこれら旧態依然たる機関や団体のほかに、新規に開拓すべき関係者が存在するはずである。

計画の周知方法にしても、「パンフレットやリーフレットの作成・配布」、「ホームページに載せる」、「保健所などの日常業務を通じて PR」、「関係団体・協力団体に PR を依頼」、「新聞・放送等のマスメディアを利用」など従来からの手法である。

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いる。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。

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図34の基本計画（上位計画）の評価にとどまらず、計画を具体的・現実的に遂行する上で不可欠な事業計画や実施計画が策定されていないことが大きな問題である。同時に、策定していると回答した県においても、事業計画や実施計画の評価を併せておこなう必要がある。

また、施策や事業計画等が策定されているとの回答がされたところでも、本当に施策体系が整っているか、事業計画等の下位の計画が策定されているかを検証することが必要である。

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。

そもそも、評価指標（基準）や評価方法、そして評価対象が明確でない行政計画が存すること自体に問題意識を持つべきである。

中間評価の方法がわからないとの回答が12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。

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。また、計画の実施に当たっての県の役割として都道府県の役割として担当者が考えていることは、「健康関連データの収集・関係者への提供」、「関係者が提供する健康増進サービスの質の維持」、「関係者が提供する計画・事業の進行管理」が多かった。これらが本当に実現するなら地域保健の質の向上に大きく寄与するであろう。

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。

健康寿命の延伸のために必要となる行政施策と関連分野での事業展開に論理的な関連性が見られないのも問題である。

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。

それから、今回の都道府県調査の構成は、**Plan-Do-See型**のいわゆる品質管理のサイクルに基づいて質問項目を設定した。

しかし、筆者はこの品質管理のサイクルは行政活動を展開する上で問題が多いと考えている。

詳細は改めて述べるが、これからの行政活動評価は、計画の立案から執行に至る全過程で評価をおこなう**Line and End型**が望ましいと考えている。

健康増進に対する保険者の今後の果たすべき機能を考えたときに、健診事業や保健指導の強化は医療制度改革の主要部分でもあり、その発展が期待される。

また、職域保険における被扶養者は制度の谷間になりやすく、保健サービスが提供されにくい構造にあると言われている。現在では保険者の財政難等の理由により、被扶養者に対する保健サービスは縮小傾向にあるとも言われている。これらの者に対して誰が責任を持って健康管理事業を提供していくかを明確にしていくことも今後の課題となろう。調査から2年ほど経過した現在でも、その全容が明らかと

なった標準的な健診・保健指導事業の中の被扶養者の位置づけも明確でない。保険者間の事業格差が生じることも懸念される。

また、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。

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

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)

総合分担研究報告書

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)

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)

1 研究の背景と研究方法

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の評価論を基に検討を重ね、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。これらの結果を元に、研究会議を開催し、市町村における健康増進計画の評価を、国の中間評価や市町村の実際を様々な視点から考察を加えたので総括としたい。

2 研究結果

2-1 市町村健康増進計画策定評価の全国調査結果

平成17年度の調査では、全体で46.7%の市町村が市町村健康増進計画を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。

そのうち、市町村健康増進計画を「策定済み」「策定中」「策定予定」と回答した市町村に、計画の評価について尋ねたところ、評価を「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「予定」と回答した市町村が45.9%であった。「未定」と回答した市町村も27.4%と3割を占めた。

健康増進計画の中間評価を「実施した」、または「実施中」「実施予定」と回答した659市町村に、評価における住民参加の状況について、複数回答で尋ねると最も多いのは「住民へのアンケート調査」であり62.4%で実施されていた。ついで、「評価の委員に住民が参加」とする回答が56.4%、「既存組織からの意見聴取」も48.1%に上っているが、これらの結果は、計画策定時における住民参加の調査結果と

比較すると低い傾向にあった。

わずかではあるが、住民の参加に関する項目を「実施していない」とする回答も 5.3%見られた。計画策定に引き続き、評価も住民参加で行うことに意味があると考えられるが、調査時点では住民と協働で行う計画評価に対する戸惑いのある可能性も伺えた。

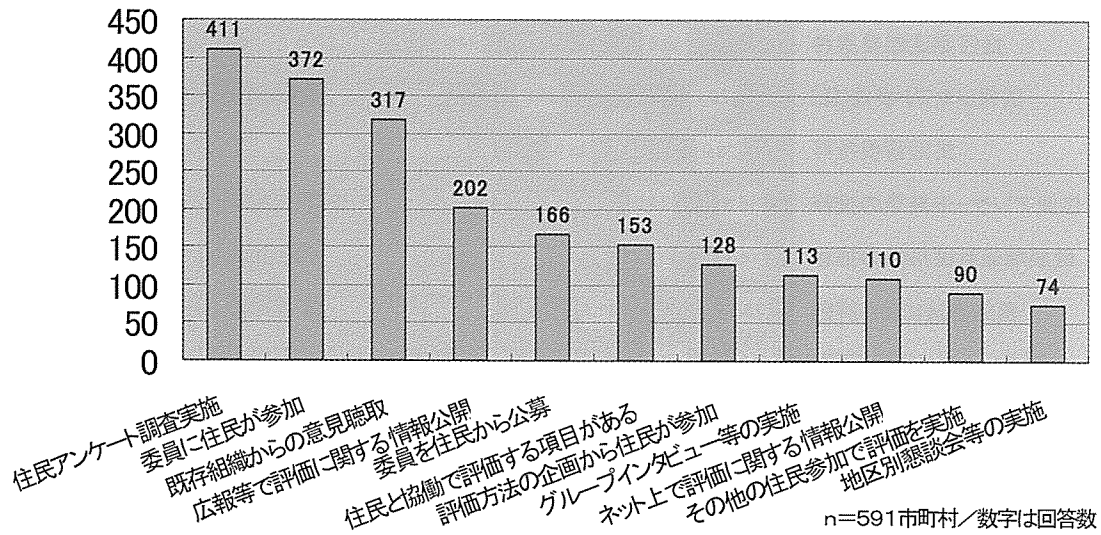
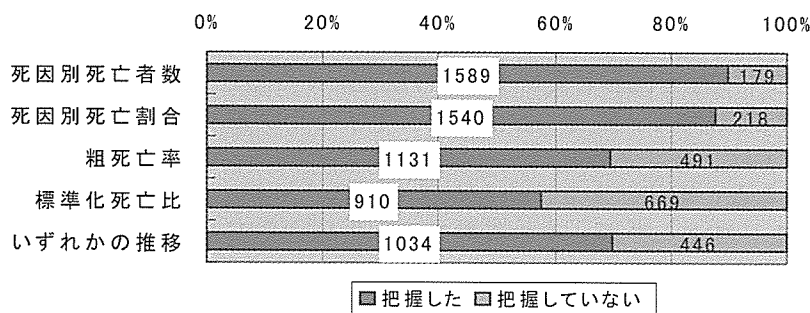
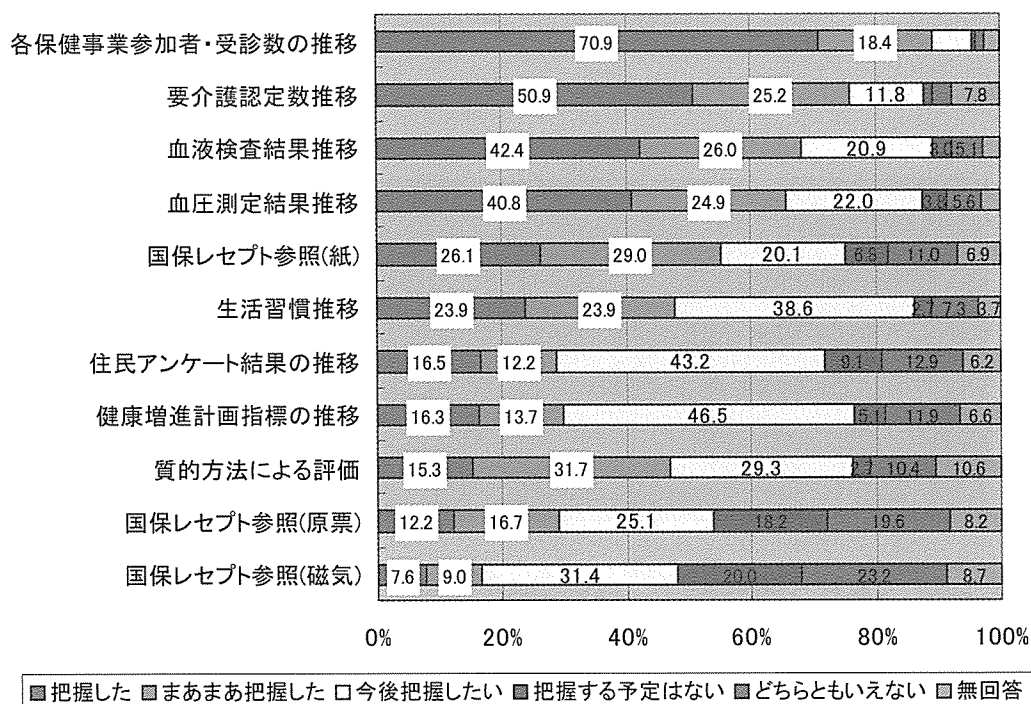


図1は市町村健康増進計画の中間評価における住民参加の状況について、尋ねたものである。市町村においては、悩みながらも様々な取り組みが行われていた。

過去3年間に次のような指標を把握したかどうかでは、健康指標のうち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しているが、粗死亡率や標準化死亡比などの把握や推移については、十分把握していないところも多かった(図2)。



死亡以外の健康指標把握として「住民の健康に関する指標などで、過去3年間に次のような項目の把握をしたか」の間には、次のような回答が得られた(図3)。



市町村においては、各保健事業参加者や受診者数の推移は、約90%の市町村で把握されていた。「今後、把握したい」ものは、「健康増進計画指標の推移」で46.5%、ついで「住民アンケートの結果の推移」で43.2%となっている。これらの結果は、市町村の「住民の声を把握し、健康増進計画の評価をしたい」という意志の現れと見ることもできた。

また、モニタリングとして、例えばがん検診において、がん検診の要精検率の毎年の変化に「気をつけている」と回答した市町村は、全国平均で80.3%であった。人口規模別では、保健所設置市で92.1%が「気をつけている」と回答したのに対し、人口規模が5千人未満の町村では72.0%に止まっていた。陽性反応的中度(要精密検査となった受診者のうち「がん」であったものの割合)については、全国平均で74.9%の市町村が「気をつけている」と回答している。人口規模別にみると、要精検率の把握と同様、やはり人口規模の少ない市町村において、「気をつけている」とする率が低く止まる傾向にあった。これは、人口規模の少ない市町村では、モニタリングへの認識が低いというよりも、少ないスタッフで数多くの業務をこなさなくてはならない現状にあり、止むを得ず実施できずにいると推測される。

がん検診受診時は、「異常なし」であったが、その後数年以内に死亡やがんが発見された数の把握を行っているかどうかについて尋ねたところ、全国平均で22.8%の市町村が「把握している」と回答するに止まった。「把握している」と回答した市町村が最も多かった鳥取県でも61.1%であった。これらは、別の要因を内包する可能性も否めないものの、がん検診受診後の追跡把握の困難さが伺える結果であり、市町村単独の努力で補うのではなく、より広域で、システムとして構築するなどの対策が必要と考えられた。このように、がん検診のモニタリングにおいては、要精検率の経年把握や、陽性反応的中度の把握などに、多くの市町村が取り組んでいることが判明した。

一方で、検診で異常がなかったものの、その後数年以内に死亡やがんが発見されたといった追跡調査や、判定基準の設定は、取り組みが十分とはいえない実態が、都道府県格差も含めて判明した。これらの項目は、単独の市町村単位で取り組むのは難しく、関係機関や都道府県の支援が必要な領域と考えられた。

「健診受診者の満足度を調査している」市町村は、全国で17.5%に止まった(図4)。

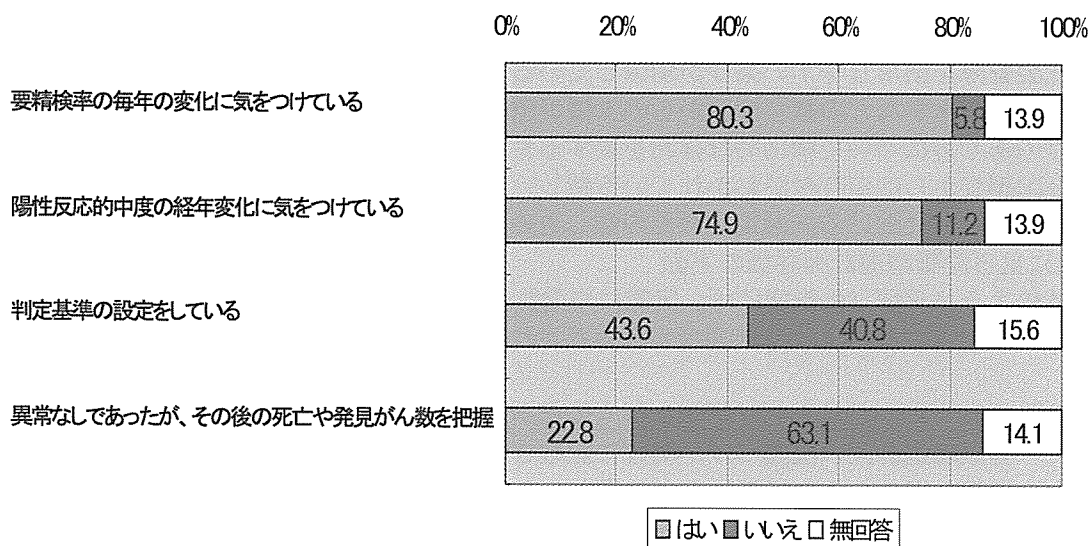


図4 健診におけるモニタリング実施状況

「血圧測定の精度確保の方策を委託先と協議しているか」については、全国平均で 18.4%の市町村が「している」と回答したものの、65.4%の市町村が「していない」と回答している。

「健診の質とは何かについて、市町村内部で話し合っているか」については、全国平均で 61.0%の市町村で行われており、人口規模が大きくなるにしたがってその割合が高くなっていった。

また、市町村保健センターが「組織としてある」市町村の方が、「それ以外」の市町村よりも、話し合っている割合がやや高い結果であった。

「健診や事後指導による生活改善効果を評価しているか」については、全国で 43.4%の市町村が「している」と回答したに止まったものの、都道府県別では富山県で 80.0%、滋賀県 76.5%、静岡県で 68.3%の市町村が「している」と回答した。一方、「している」と回答した市町村の割合が 10%台に止まっている県も見られた。

これまで、述べてきたように市町村においては、モニタリングを試みている実態が判明したものの、各項目において、人口規模別に見ると、人口規模の少ない市町村において実施されている割合が少なく、少ない人的資源の中で多くの事業をこなさなくてはならない市町村の厳しい実態を反映するものとなった。

また、計画を策定した市町村のほうが、計画を策定していない市町村よりも、健康指標を活用しているなど、計画策定自体が市町村におけるモニタリングとその活用スキルの向上につながっている可能性も示唆された¹⁾。

このように、様々な取り組みの実施を求められている市町村の側からみたとき、周囲からどのような支援を受けているのかについても調査を行った。

「日常業務での継続的な情報収集や活用において、過去3年以内に個別的・継続的な支援を受けたかどうか」については、「支援を受けた」と回答したのは、全体で 59.9%に止まった。「支援を受けた」と回答したのは、人口10万人以上の市町村において最も多く 65.9%であるのに対し、人口5千人以上1万人未満の市町村が最も少なく 53.6%、ついで人口1万人以上2万人未満の市町村が 54.6%となっており、支援がより必要と推測される比較的人口規模の少ない市町村に対し、十分な支援が行われていない

可能性が明らかとなった。

日常業務における情報収集において、「支援を受けた」とする市町村に対し、その支援先を複数回答で尋ねたところ、全体で最も多かったのは都道府県保健所で78.7%であった。特に人口規模の小さな市町村ほど、保健所から支援を受けたと回答する割合が高く、人口規模が5千人未満の市町村では86.0%が保健所からの支援を挙げ、保健所以外の都道府県からの支援を併せると、全体で96.7%が都道府県の支援を受けていると回答している。都道府県保健所と都道府県の支援が、市町村保健活動において重要な位置を占めていることが伺えた。

一方、大学からの支援は、全体でも22.3%に止まり、その割合は特に人口規模の少ない市町村においてより低い傾向である。コンサルタントの利用やNPOとの協働は、人口規模が多くなるにつれて高くなる傾向があり、社会資源を活用しやすい条件が関係していると考えられる。これらのことから、より多くの市町村に対して、大学などの教育機関からの支援が望まれる。しかし、現状では様々な困難も推測され、その支援のあり方について積極的な検討を要するものと考えられた。

以上のように、全国調査からは市町村がおかれている厳しい現状と、支援が十分にいきわたっていない可能性が示唆され、市町村における計画策定評価の難しさの一因となっていると考えられた。

2-2 2市の事例に見る健康増進計画評価の実際

研究班では、前述のように平成18年度には、実際に中間評価活動を行った2市の事例を調査・分析した。その2市を検討すると、次のような共通項が導きだされた。大きくは

1 政策として明確化され、市の方針として評価を行う姿勢がある

市全体の施策に、健康増進計画の位置づけが明確に記載されている。そのため、他部署との連携が取りやすく、庁内で理解を得るための根拠にもなり得た。また行政全体としても、PDCAサイクルの中で策定した計画を評価する姿勢がある。

2 地域や住民と、協働で活動が展開されている

ヘルスプロモーションの理念を理解し、地域のさまざまな組織や社会的資源、住民と協働で計画策定から実施、評価を行ったことは地域を動かし、また職員を鼓舞し多忙な中でも、「評価」を実現する大きな原動力となった。

3 スーパーバイザーからの支援が得られている

大学や研究機関、保健所といった市外部からの支援は、今後の目指す方向性の確認や実施している内容に保障を与えることとなり、前に進むための後押しとなった。

4 担当職員らの熱意がある

いうまでもなく、市町村の厳しい現状は職員の熱意だけで、解決できるものではないが、それでも担当職員が熱意を持つことと、その担当職員が異動などにより変わっても、新たに担当となった職員も熱意を継続できるための周囲の環境やモチベーションの維持への工夫は、欠かせない要因と考えられた。

以上の4点であった。

例えば、山梨県都留市の場合は、市全体としての長期総合計画に位置づけられ、アクションプランとなり、計画策定の当初から評価の視点が入ったことは重要な要素であり、その実現に向けて、職員が住民との協働を軸に、スーパーバイザーである研究所や大学の支援の元、活動を展開できた意義は大きい。

つまり、こうした要素の全てとはいかなくても、いくつかの要素が揃えば、市町村においても、計画策定・評価におけるマネジメントサイクルを十分に展開できることを示していることがわかる。

単に、「市町村では評価ができていない」「計画を作っても、棚に眠らせている」と揶揄する声も耳にするが、なぜできないのか、何があればできるのかという点をもう一度考え、支援し実施に向けた環境を整備することが大切であると考えられる。また、物理的な環境として、人員の確保もまた熱意を保つ上で重要な要素ではあると考えられるが、今回は詳しい分析は行っていない。

4 考察

健康日本21は、ヘルスプロモーションを基本的な考え方として、2000年から始められた国民の健康づくり運動である。計画は2010年をゴールとして、9つの分野にそれぞれ目標および目標値を設定

して、個人の力だけでなく社会全体で目標を達成していこうと進められてきた。2005年から中間評価が行われ、2006年8月に健康日本21中間評価作業チームによる「健康日本21」中間評価報告書案（以下中間評価報告書案）²⁾が提出されている。

比較的早い時期に市町村健康増進計画を策定した市町村においては、評価の時期をむかえているが、多くの課題が残っていることは、前述のとおりである。

本研究では、健康日本21における市町村の健康増進計画の計画評価のありかたや保健マネジメントの方法について3年間に渡り、検討を重ねてきた。

評価とは、「価値について公平に言う」とことと言える。すなわち、行った保健活動の価値を公平に（量的にも質的にも、成果も課題も共に）表現すること（言語化、数値化、図示）である。別な言い方をすれば、評価は成果（アウトカム）の量的な分析のみで表現されるものではなく、過程（プロセス）における質的な検討がなされてこそ、真の総合的な評価に至ることが可能であり、新たな保健活動の計画や活動改善に繋がっていく。

前述のDonabedianの理論をも念頭に考えるとき、果たして、市町村行動計画の評価はどうあるべきなのか、国の中間評価への視点を検討した上で、いくつかの考え方の可能性を提案しつつ、市町村健康増進計画の評価をどう捉えたらよいかについて総括してみたい。

4-1 国の健康日本21の中間評価と今後の課題

国の中間評価は、今後の市町村の取るべき方向性、ひいては評価の視点に重大な意味を持っていることはいままでの間もない。

しかし、今回の国の中間評価報告書案では、主に「outcome(成果)」評価が中心であり、「今後、取り組むべき課題」の中でポピュレーションアプローチとして、国民への周知や行動変容に向けた個人の努力を社会全体として支援する環境整備が述べられているものの、「structure(構造)」「process(プロセス)」に関する評価が十分に組み込まれているとはいえない。

市町村においては、多くの市町村において、住民参加により、行動計画が作成されており、今後は、そのことへの評価を示していくことが望まれる。

また、「outcome(成果)」の設定においても、今後の課題があることも否めない。

例えば、国の中間実績値の分析では「脳卒中、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の改善が見られ、脂肪エネルギー比率や女性の肥満者の増加に歯止めがかかる一方で、高血圧、糖尿病などの生活習慣病は特に中高年男性で改善していない。さらに、男性肥満者の割合や日常生活における歩数のように、健康日本21策定時のベースライン値より改善していない項目や、悪化している項目が見られるなど、これまでの進捗状況は、全体として、必ずしも十分でない点が見られる。」と述べられている。

重要なことは、たとえば5年後10年後の評価時点での推計値の予測と、適切な目標値設定にあると考えるとき、健康日本21の指標自体の科学的な推計が十分ではなければ、健康日本21の評価を科学的に行うに当たって限界がある。これも、各市町村が困難を抱く要因の一つとなりうる。

たとえば、ある指標について、「特に介入を行わなければ、5年間不変であることが、ある程度、予想できる」のであれば、「実績値が不変」であるとき、「その活動の効果は無かった」と言うことが可能となる。一方、「介入が無ければ、自然増加が予想されるような指標」であれば、実績値の「不変」はむしろ、一定の成果があったことを意味する場合があります。このような考え方である。

この考え方に従えば、ベースラインから動きが無かったからといって、また目標値と反対の動きがあったからといって、それだけで活動の効果を判断することには、慎重である必要があることに、少なくとも保健活動スタッフ自身が気付いておくことは、今後の評価において、意味があると考えられる。

具体的には、「健康日本21指標7.6 糖尿病有病者の増加の抑制」を見ると、ベースライン値690万人に対し、目標は1000万人であった。これは、生活習慣改善の無い場合約1080万人と推計されているため、自然増を織り込んだ数値目標であった。この中間実績値は740万人である。5年後の予想値を $(690万 + 1080万) \div 2 = 1770万 \div 2 = 880万$ 人と仮定すれば、この中間値はそれより低く、対策の成果がある程度あったと考えられる。そのように考えれば、「健康日本21指標7.8 糖尿病性腎症患者数の中間実績値」13,920人も決して悪い数字ではないという見方も可能となる。この数字は、目標値11,700人を大きく下回っているものの、2010年の推計値が18,300人であり、目標値が少なく設定された指標である可能性も否めない。こうしたことも勘案すると、達成数字の根拠の設定は、場合によっては公平な評価の妥当性に大きな影響を与えるものとなる。

同じように、「健康日本21指標8.7 高脂血症の減少」を例に挙げると、ベースライン値男性10.5%、

女性 17.4%に対して、目標値は男性 5.2%、女性 8.7%である。これは、単純にベースライン値の約半分を設定したと推測でき、設定の時点での実現可能性は未知数であったという見方もできる。結果、実績値は男性 12.1%女性 17.8%であった。いずれも「目標値」を大きく下回ってはいるものの、女性は大きく悪化することはなく、比較的、健闘したとも言えよう。ただ、男性の割合が大きく上がっているのは、若年～中高年男性のメタボリックシンドロームの増加も反映しているもので、これは正しく重視し、今後も各市町村において重点課題として検討が必要であろう。

「休養・こころの健康づくり」も、「ストレスを感じた人の割合」 ベースライン値 54.6% に対して目標値 49%以下となっている。中間実績値は 62.2%で全くの悪化となった。これをどう評価するのかは、近年のストレスフルな社会状況を考えれば、ベースライン値を下回る目標値が簡単にクリアできるものではないことが想像できよう。指標設定そのものが、比較的高いところに設定されている可能性も否めない。

今後は、「ストレスを感じた人」を減らすのではなく、「ストレスをうまく処理できた人」を増やすという指標であるのが妥当とする見方も一考であり、それはヘルスプロモーションの「個人的なスキルの向上」という考え方も合致すると考えられる。ストレスフルな社会にあって、「睡眠 による休養を取れていない人」が減少し目標値に近づいているのは肯定的に評価でき、「自殺者の横ばい」も、県や市町村上げての取り組みが功を奏した地域もあり、前述のような視点で見れば、成果であったと考えられる。

身体活動・運動の評価では、例えば「指標 2.2 日常生活における歩数」でも、増加目標に対して負の減少がみられ、マスコミなどで健康日本 21 の成果がなかった好例にあげられている。目標値設定を見ると、これも男女ともにベースライン値の約 1000 歩増しの数字を置いたに過ぎず、スローガンの側面があったとも推測することができる。(男性 8202 歩→9200 歩、女性 7282 歩→ 8300 歩)

実際、単なる意識啓発や指導だけではこの数値は改善しにくく、さまざまな支援的環境をどう整備していくかの議論の中で、目標値も再設定されることが、最前線で取り組む市町村の評価活動を活発化し、促進することにもつながると考えられた。

健康日本 21 の成果が十分とはいえないと捉える代表として「肥満者の増加」があげられている。確かに、「指標 1.1 適正体重を維持している人の増加 (肥満者等の割合)」のうち、特に 20～60 歳代男性の肥満者が、ベースライン値 24.3%から目標値 15%以下に対して、逆に 29%と増加している。

この項目で注意したいのは、男性の指標は 20 歳代を含むことであり、従来の健康づくりが 20 歳代男性を対象にしていなかったことが大きく反映している可能性がある。そのことを考慮に入れば、15%以下という数字は、今後に期待すべきものとも考えることもできる。ともあれ、今後は 20 歳代男性を対象にした食生活改善対策が必要なことは明らかとなったわけであり、今後、ヘルスプロモーションの視点を軸に、職域との協働でこの世代へのアプローチを考えていくべきことが、評価の重要なポイントと言えよう。

その他、詳述するまでもなく、成果と思われる指標の変化は随所に見られるのであり、それは、確かに全国各地で市町村の様々な取り組みが展開された成果、国・都道府県を挙げての取り組みの成果でもある。健康日本 21 の否定的側面にばかり視点を当てるのではなく、公平に、着実な前進をもたらしていると評価すべきであろう。もちろん、省みる点は十分抑えた上で、もっと肯定的にその成果 (果実) を、吟味して味わうことが必要ではないかと考える。

ところで、今回、新規に目標項目が設定されたが、「2.7 安全に歩行可能な高齢者の増加」には、今後、注意深く見ていく必要があると考えられた。なぜなら、特に開眼片脚起立時間 20 秒以上の割合が、75 歳以上の男性ベースライン値 38.9%に対して目標 60%、女性ベースライン値 21.2%に対して 50%が設定された。そもそも、安全に歩行可能な条件が開眼片脚起立時間かどうか、75 歳以上の高齢者の 5 割以上に開眼片脚起立時間 20 秒以上にさせることが本当に歩行の増大につながるのか、エビデンスの積み上げは、これからの実践によるところが大きい可能性がある。個々への支援の重要性は疑う余地はないが、加えて、高齢者が安全に歩行可能な歩道の整備を進める等、さまざまな環境整備とセットで考えていくことが真のヘルスプロモーション活動につながると考えられ、市町村の行動計画での位置づけは、その部分も不可欠な視点になるのではないかと考えられる。実際、住民参加で計画を策定した市町村にあっては、道路の安全なども含めて考えている市町村もあり、多様な取り組みへつながることが、市町村における市町村計画評価を豊かなものにしていく可能性がある。

全体的な課題として「健康日本 21」は、「総活的でターゲットが不明確」という批判も耳にする。

しかし、ターゲットを特定し、それに介入する所謂、「疾病予防介入型ハイリスクアプローチ」のみ

では、先進国における疾病予防や健康づくりに成果が出ないことから開発されたのがヘルスプロモーションの考え方なのであり、多様な活動の連携と多分野の学際的な活動と、併せて住民主体の地域活動の展開なしには、真の健康日本21の目標達成は難しい。したがって、ヘルスプロモーションを念頭に、十分なハイリスク対策はもちろんのこと、それと同等のまたはそれ以上に、ポピュレーションアプローチにも十分配慮したプロセス評価とチェックアクションの公平な言説が求められる。ひいては、これらが市町村健康増進計画の評価の推進につながると考える。

4-2 自治体における健康日本21活動の中間評価

当研究では都道府県の評価に関する取り組みには触れてこなかったが、各都道府県においてもそれぞれの健康増進計画の中間評価が進んできている。

例えば、三重県では「ヘルシーピープルみえ21」³⁾の中間評価が行われ、以下のような報告がなされている。

① 93指標の達成状況

サブ指標含む総数121の内、達成39、改善31、悪化31、不明20。身体活動・運動領域では、達成3、悪化5、不明1。

② 各年の具体的活動内容の評価

実践評価は具体的に年次報告書に記載し、明らかにしている。

③ プロセスの質的検討

実際の取り組みを各保健所で整理し、ワーキンググループで、領域毎に指標変化と活動との関連を検討し、前半5年間の課題を明らかにし、今後の取り組み方法を提案している。

つまり、市町村における評価のみならず、都道府県における中間評価においても、量的な評価に加えて「プロセスの質的検討」が行われており、質的評価の重要性を示している。

Donabedianは評価の枠組み例として、評価のカテゴリーを「structure(構造)」「process(プロセス)」「outcome(成果)」の3項目をあげている⁴⁾。「structure(構造)」においては「人的資源」「組織資源」「情報資源」も、その評価の対象である。

この考え方に立てば、例えば住民と共に計画を策定し評価を行えたこと自体も、地域の保健活動展開の上での基盤整備となったことも含めて良い意味での評価に値するものであるが、そうした評価の視点がまだ十分定まっておらず、「outcome(成果)」だけが「評価」とされがちであることが、市町村に評価に対する苦手意識を与えてしまう要因であるとも推測される。

これらのことから、前述の図1に示したような実施項目は、市町村行動計画において、「structure(構造)」「process(プロセス)」の視点に立った評価として、加えるべき項目と考えられた。

また、「process(プロセス)」「outcome(成果)」においても、計画策定の時点で、あらかじめ、その評価が示され、ベースライン調査の統一や、モニタリングシステムが組み込まれれば、ある程度、改善する可能性が高い。

また、計画を策定した後は、その進行管理においてモニタリングが重要な意味を持つことになる。もちろん、計画策定の有無に関わらず、本来、保健活動はPDCAサイクルの中で、モニタリングを実施することが必要であるには変わらない。

Lastは、モニタリングに3つの定義を与えている⁵⁾。すなわち、「環境や集団の健康状態の変化を発見することを目的にして、定期的に測定を行うことやその分析。観察された測定結果に基づいて介入を行うことを意味する場合もある」「集団の健康状態や環境への介入を適宜測定すること」「マネジメント上では、資源投入や活動スケジュールや目標とする事業実績や必要なその他の活動が計画通りに進行していることを確認するために行われる定期的な活動実施の監査」である。

現在のところ、自治体の保健活動評価において特定されたモデルはなく、評価の困難感の要因の一つでもある。そのためには、量的な評価に加えて、他市町村と比較可能な質的な評価の視点やそのポイントが示されることが必要である。

しかし、一方で、逆説的であるが特定のフォーマットに沿ったものでは、返ってその市町村における活動の価値を十分表現できないおそれもある。

各自自治体が、評価の本質を押さえつつ、独自の方法で住民とともに評価活動を行うことこそが、真に

ヘルスプロモーション的な保健活動マネジメントであり、健康日本21の成果も達成されていくのであろう。

しかし、最初から完璧な評価もまた不可能である。

- ① 評価を見据えた行動計画を策定し、実行し、マネジメントサイクルを展開する契機となった
- ② 計画を策定した各市町村においては、地域の住民との協働や各団体との連携、各健康指標などの活用において、大きな前進が見られた

などは、大きな成果であり、これからの保健活動の礎の一つとなると考えられた。

今回明らかとなった課題をふまえて、さらにより良い評価活動を展開すべきであろう。

5 謝辞に代えて

様々な取り組みを展開する保健活動の価値を公平に表現するためには、住民や関係者と対話しながら評価活動をさらに推進したい。それが、ヘルスプロモーション的なエビデンスの創造であり、エンパワメントにもつながると考えるところである。

健康日本21は最終評価年まで残すところ4年となった。更なる推進と、保健活動の発展を祈りたい。

また、本研究にあたり、協力をいただいた都道府県、市町村のみなさま、関係各位に心から感謝申し上げます。

<参考・引用文献>

- 1) 「平成17年度 市町村保健センター及び類似施設調査 市町村保健活動調査 調査結果報告書」2006.9月. 全国保健センター連合会
- 2) 「健康日本21」中間評価報告書案 2006.8 健康日本21 中間評価作業チーム
http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/061017_index.html
- 3) 三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」2006.3月 三重県健康福祉部健康づくり室
- 4) 地域における健康日本21実践の手引き 2000.厚生省・財団法人健康・体力づくり事業財団
- 5) 疫学辞典第3版 p141 2000.1 John. M. last 編・日本疫学会訳 日本公衆衛生協会