

自治体(28.3%)と最も多く、人口規模が大きい自治体ほど、こうした組織が設置されている傾向にあることがわかる。

表 37 その他健康づくりに関わる特徴的な組織—組織の有無

人口規模	合計	あり	なし	廃止	無回答
1 5,000人未満	86	12 (14.0%)	59 (68.6%)	0 (0.0%)	15 (17.4%)
2 5,000～10,000人	116	19 (16.4%)	82 (70.7%)	0 (0.0%)	15 (12.9%)
3 10,000～20,000人	150	30 (20.0%)	85 (56.7%)	1 (0.7%)	34 (22.7%)
4 20,000～30,000人	80	20 (25.0%)	44 (55.0%)	0 (0.0%)	16 (20.0%)
5 30,000～50,000人	135	35 (25.9%)	68 (50.4%)	1 (0.7%)	31 (23.0%)
6 50,000～100,000人	160	37 (23.1%)	82 (51.3%)	0 (0.0%)	41 (25.6%)
7 100,000～300,000人	120	34 (28.3%)	61 (50.8%)	1 (0.8%)	24 (20.0%)
8 300,000人以上	57	16 (28.1%)	32 (56.1%)	0 (0.0%)	9 (15.8%)
合計	904	203 (22.5%)	513 (56.7%)	3 (0.3%)	185 (20.5%)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織—組織の経過年

回答のあった組織の設立年月をもとに、アンケート集計時点で、組織が設置何年目となるかについて、その内訳(10年単位)を示したのが、表 38 である。最も多いのが、「10年未満」となっており、全体の61.6%を占めている。経過年の平均は全体で12.3年となっており、最も古い組織が1955年設立、最も新しい組織が2010年設立(予定)であった。

人口規模別にみると、「10年未満」で「100,000～300,000人」が29自治体(85.3%)と最も多いなど、人口規模の大きい自治体で、近年新しく組織が設置される傾向があることがわかる。

表 38 その他健康づくりに関わる特徴的な組織—組織の経過年

人口規模	合計	10年未満	10年～20年未満	20年～30年未満	30年～40年未満	40年～50年未満	50年以上	無回答
1 5,000人未満	12	3 (25.0%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)	2 (16.7%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)
2 5,000～10,000人	19	9 (47.4%)	2 (10.5%)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)
3 10,000～20,000人	30	13 (43.3%)	6 (20.0%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)
4 20,000～30,000人	20	17 (85.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
5 30,000～50,000人	35	22 (62.9%)	6 (17.1%)	5 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)
6 50,000～100,000人	37	23 (62.2%)	4 (10.8%)	6 (16.2%)	2 (5.4%)	1 (2.7%)	0 (0.0%)	1 (2.7%)
7 100,000～300,000人	34	29 (85.3%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)
8 300,000人以上	16	9 (56.3%)	2 (12.5%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)
合計	203	125 (61.6%)	23 (11.3%)	24 (11.8%)	13 (6.4%)	7 (3.4%)	2 (1.0%)	9 (4.4%)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織—推進員の人数と累積経験率

2009年4月1日時点の組織を担う推進員の人数(以下、推進員数)と、人口1万人当りの推進員数についてまとめたのが、表 39 である。集計は、推進員数について回答のあった189自治体について行っている。

推進員数の合計は17,488人、平均は92.5人であり、当然ながら、人口規模の大きな自治体ほど、推進員数は多い結果となっている。人口1万人当りの推進員数は全体で19.4人であり、人口規模別にみると、人口規模の大きな自治体ほど推進員が人口に占める割合が小さくなっている。また、推進員の性別の内訳をみてみると、回答のあった10,770人中、全体で男性が1,750人(16.2%)、女性が9,021人(83.8%)と、ほとんどの組織で女性の推進員が大半を占めていることがわかった。

また、「これまでの推進員延べ総数」をもとにした「累積経験率」の平均は 1.2% で、最も高い率は 29.8% (山梨県、愛育会、人口規模 5000～10000 人未満、推進員数 52 人、設立年月 1960 年) であった。人口規模別にみると、推進員数と同様に、人口規模の大きな自治体ほど推進員が人口に占める割合が小さくなっている。「健康作りに関する推進員組織」と比較した場合に、「累積経験率」は低い数値となっていることがわかる。

表 39 その他健康づくりに関わる特徴的な組織－推進員数と人口1万人当り推進員数

	人口規模	推進員 人数合計	推進員 人数平均	人口1万人当り 推進員人数
1	5,000人未満	161	13.4	52.7
2	5,000～10,000人	629	34.9	45.6
3	10,000～20,000人	886	31.6	22.8
4	20,000～30,000人	794	44.1	17.6
5	30,000～50,000人	2,455	70.1	18.8
6	50,000～100,000人	2,469	72.6	10.4
7	100,000～300,000人	3,676	118.6	6.6
8	300,000人以上	6,418	493.7	4.1
	合計	17,488	92.5	19.4

(単位:人)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織－組織予算

組織の 2009 年度における予算とその内訳について聞いた質問の結果は、表 40 の通りである。

回答のあった 161 自治体の総予算は、49,352,361 円で、1組織あたり 306,536.4 円であった。1組織あたりの予算を人口規模別にみると、「100,000～300,000 人」が 522,229.7 円と最も高い。これは、組織の人数規模が多いことによることが考えられるため、この予算を推進員数当たりで計算した(推進員の人数と予算の双方に回答した 154 自治体について算出)。その結果、全体は 7,835.4 円であり、「50,000～100,000 人」が 20,322.3 円である一方で、「5,000 人未満」が 13,787.2 円と、一定の傾向はなかった。

予算の内訳について、「市町村からの補助金」と「個人会費」についても別途質問をした。その結果、「市町村からの補助金」は合計で 26,980,060 円であり、全体の 54.7% と、予算の多くを占めることがわかった。また「個人会費」は合計で 2,197,163 円であり、全体の 4.5% であった。

表 40 その他健康づくりに関わる特徴的な組織－組織の予算

	人口規模	組織予算合 計	組織予算平 均	推進員人当り 予算
1	5,000人未満	1,496,701	187,087.6	13,787.2
2	5,000～10,000人	6,351,660	453,690.0	6,189.6
3	10,000～20,000人	3,135,608	125,424.3	4,660.3
4	20,000～30,000人	3,410,188	189,454.9	4,365.8
5	30,000～50,000人	4,987,334	160,881.7	4,393.4
6	50,000～100,000人	12,508,327	463,271.4	20,322.3
7	100,000～300,000人	14,100,201	522,229.7	5,971.4
8	300,000人以上	3,362,342	305,667.5	1,414.3
	合計	49,352,361	306,536.4	7,835.4

(単位:円)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織—手当て

推進員に手当てが出るかを聞いた質問の結果は表 41 の通りである。組織が設置されている 203 自治体のうち、40(19.7%)が「全員あり」、10(4.9%)が「役員のみあり」、146(71.9%)が「なし」という結果であった(複数に回答している自治体が一部あった)。大半の自治体では推進員の手当てがないことが示されている。

「全員あり」と回答した自治体の手当ての金額は、「3000円/1回」「会長7500円、委員6500円/回」といった1回あたりの例が多かった。

表 41 その他健康づくりに関わる特徴的な組織—手当ての有無

	人口規模	合計	1. 全員あり	2. 役員のみあり	3. なし
1	5,000人未満	12	4 (33.3%)	0 (0.0%)	7 (58.3%)
2	5,000～10,000人	19	5 (26.3%)	3 (15.8%)	9 (47.4%)
3	10,000～20,000人	30	7 (23.3%)	2 (6.7%)	19 (63.3%)
4	20,000～30,000人	20	5 (25.0%)	3 (15.0%)	14 (70.0%)
5	30,000～50,000人	35	6 (17.1%)	1 (2.9%)	25 (71.4%)
6	50,000～100,000人	37	8 (21.6%)	1 (2.7%)	29 (78.4%)
7	100,000～300,000人	34	4 (11.8%)	0 (0.0%)	29 (85.3%)
8	300,000人以上	16	1 (6.3%)	0 (0.0%)	14 (87.5%)
	合計	203	40 (19.7%)	10 (4.9%)	146 (71.9%)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織—平均年齢

推進員の平均年齢を聞いた質問の結果は表 42 の通りである。表では平均年齢の内訳を10歳単位で示してある。最も多いのが「60歳～70歳未満」の92自治体となっており、全体の45.3%を占めている。推進員の多くは、比較的高齢であることがわかる。平均年齢が最も高い自治体は34歳、最も低い自治体は77歳であった。人口規模別にみても、人口規模が大きくなるほど、平均年齢が高齢であることがわかる。

表 42 その他健康づくりに関わる特徴的な組織—平均年齢

	人口規模	合計	40歳未満	40歳～50歳未満	50歳～60歳未満	60歳～70歳未満	70歳以上	無回答
1	5,000人未満	12	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	5 (41.7%)
2	5,000～10,000人	19	1 (5.3%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	8 (42.1%)
3	10,000～20,000人	30	0 (0.0%)	1 (3.3%)	7 (23.3%)	18 (60.0%)	0 (0.0%)	4 (13.3%)
4	20,000～30,000人	20	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (10.0%)	13 (65.0%)	1 (5.0%)	4 (20.0%)
5	30,000～50,000人	35	0 (0.0%)	1 (2.9%)	6 (17.1%)	10 (28.6%)	2 (5.7%)	16 (45.7%)
6	50,000～100,000人	37	0 (0.0%)	2 (5.4%)	2 (5.4%)	21 (56.8%)	0 (0.0%)	12 (32.4%)
7	100,000～300,000人	34	0 (0.0%)	1 (2.9%)	3 (8.8%)	15 (44.1%)	4 (11.8%)	11 (32.4%)
8	300,000人以上	16	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	7 (43.8%)	0 (0.0%)	6 (37.5%)
	合計	203	1 (0.5%)	7 (3.4%)	28 (13.8%)	92 (45.3%)	9 (4.4%)	66 (32.5%)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織—協議会の有無について

自治体内で活動を調整する協議会の組織があるかを聞いた質問の結果は表 43 の通りである。203自治体のうち60.1%にあたる122自治体は、協議会が「ない」と回答しており、半数近くの組織が、協議会を

持たない地区別の活動をしていることが考えられた。この結果は、人口規模別にみても大きく変わらない。

表 43 その他健康づくりに関わる特徴的な組織－協議会の有無

	人口規模	合計	あり	なし	無回答
1	5,000人未満	12	4 (33.3%)	6 (50.0%)	2 (16.7%)
2	5,000～10,000人	19	5 (26.3%)	12 (63.2%)	2 (10.5%)
3	10,000～20,000人	30	6 (20.0%)	14 (46.7%)	10 (33.3%)
4	20,000～30,000人	20	4 (20.0%)	13 (65.0%)	3 (15.0%)
5	30,000～50,000人	35	2 (5.7%)	26 (74.3%)	7 (20.0%)
6	50,000～100,000人	37	12 (32.4%)	21 (56.8%)	4 (10.8%)
7	100,000～300,000人	34	7 (20.6%)	22 (64.7%)	5 (14.7%)
8	300,000人以上	16	8 (50.0%)	8 (50.0%)	0 (0.0%)
	合計	203	48 (23.6%)	122 (60.1%)	33 (16.3%)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織－任期

推進員の任期および、その年数を聞いた質問の結果は表 44 の通りである。75 自治体のうち、58.6%にあたる 119 自治体は「任期なし」と回答しており、任期のない組織が多いことが示されている。「任期あり」と回答した 75 自治体における任期の内訳についてみてみると、最も多いのが「2年」の 57 自治体という結果であった。

これらの結果は、人口規模別にみても大きく変わらない。

表 44 その他健康づくりに関わる特徴的な組織－任期の有無

人口規模	合計	任期あり					任期なし	無回答		
		任期								
		1年	2年	3年	4年	5年以上				
1	5,000人未満	12	8 (66.7%)	0	7	1	0	0	4 (33.3%)	0 (0.0%)
2	5,000～10,000人	19	6 (31.6%)	2	4	0	0	0	12 (63.2%)	1 (5.3%)
3	10,000～20,000人	30	15 (50.0%)	1	12	2	0	0	13 (43.3%)	2 (6.7%)
4	20,000～30,000人	20	6 (30.0%)	1	3	1	0	1	14 (70.0%)	0 (0.0%)
5	30,000～50,000人	35	12 (34.3%)	1	10	1	0	0	22 (62.9%)	1 (2.9%)
6	50,000～100,000人	37	17 (45.9%)	1	14	1	0	0	19 (51.4%)	1 (2.7%)
7	100,000～300,000人	34	6 (17.6%)	1	4	0	0	1	26 (76.5%)	2 (5.9%)
8	300,000人以上	16	5 (31.3%)	0	3	1	0	0	9 (56.3%)	2 (12.5%)
	合計	203	75 (36.9%)	7	57	7	0	2	119 (58.6%)	9 (4.4%)

その他健康づくりに関わる特徴的な組織－活動内容

組織の活動内容について自由記述で回答してもらった。代表的な回答を以下に掲げる。ここで回答のあった一部の組織は、「健康づくり推進協議会」の活動であるため、健康づくりに関する協議や企画、評価といった活動内容も多いが、下記では、それ以外で特徴的な活動をしている自治体を紹介する(組織名の“〇〇”は、自治体名等が入る)。

- ・【〇〇ちゃんちゃん会(運動普及員)】介護予防を目的に運動の普及を地区サロン等に出向いて行います。
- ・【〇〇健康づくり運動普及推進会】健康づくりのための体操等を学び、練習して、住民へ普及している。

- ・【〇〇愛育会】近隣住民への声かけ、見守り。地区サロン等への協力。独居高齢者訪問。体力づくりキャンペーン。
- ・【はつらつクラブ】高齢者施設でのレクリエーション。地区サロンのサポート。
- ・【〇〇えごまの会】町の健康教室卒業生の有志により結成。地区をまわり料理講習会の開催や、県の補助金により献立集の作成を行い、地域の健康づくりに貢献している。
- ・【ウォーキング推進協議会】ウォーキング開催。健康づくり大会開催。ウォーキング大会開催。
- ・【〇〇ヘルスポランティア協議会】健診会場での誘導他
- ・【〇〇運動普及推進員】市内6公民館で実施している。1回/月のウォーキングに協力。健康まつり。ニュースポーツの普及・啓発(1回/年教室を開催)。
- ・【〇〇母子愛育部会】子育て中の両親に役立つ内容(母乳育児、小児救急法、調理実習等)保健補導員、食生活改善部会との共催の研修会、その他地区活動の開催(春・秋のウォーキング大会、メンタルヘルス研修会)。
- ・【〇〇介護予防サポーター】地域高齢者への声かけ。閉じこもり予防や地域住民とのつながり作りをはかるためのイベント開催、等。
- ・【〇〇地域保健委員OB会】研修会年3~4回。市保健衛生部門事業への協力(年1回)。自主活動(年14回)。
- ・【食育サポーター】食育に関心のある方が集まり、一般公募においても募集。月1回定例会を行い、主に地産地消に取りくんできた。
- ・【老人保健ビジター】介護予防グループとの交流、ディサービス及び特養老人ホームへのボランティア健康まつりへの参加、地区活動へ参加、認知症予防劇の上演。
- ・【〇〇ピンクリボンキャンペーン推進本部】ピンクリボンキャンペーンに関する施策や啓発活動などを総合的、計画町かつ積極的に行うことにより、乳がん検診受診率の向上を目指し、乳がんの早期発見、早期治療の推進を行う。(講演会、映画会、各種まつり等での啓発ブースの設置等)。
- ・【歯っぴい8020応援隊】お口の体操などを中心に、子どもから高令者まで、元気なお口でおいしく楽しく過せるよう「8020」を応援するボランティアグループ。
- ・【AGE65】65歳の町内全ての住民対象に自分の介護予防について学習し、自分の介護予防の実践と自分の能力や力を地域に環元する活動ができるように育成し、活動の支援をしている。
- ・【結核予防婦人会】保助福祉祭で、結核予防を訴え複十字シール等を配布し募金活動をおこなう。
- ・【生命の貯蓄体操】東洋医学の療養術にもとづいた体操を地域に広め、健康を維持し、医療費の削減を図る。教室運営、研修会、ボランティア等広く活動している。
- ・【お口の健康相談員会(1の推進員組織の中で活動)】歯みがきを切り口として乳幼児から高齢者までの口腔衛生を通して健康への意識付けを行っている。また、特別老人ホーム等での食事の介助をボランティア活動の一環として自主的に活動している。
- ・【〇〇8020推進員】8020運動の推進、8020サンバ体操普及から、歯科保健をPR(各区文化祭・健康講座などでPR) 成人式で配布するちらし内容の検討など。
- ・【地域指導員】一般高齢者に対し、介護予防を目的として運動、レクリエーション、交流、対話などを月2回程度実施している。
- ・【健康〇〇サポーターの会】行政がこんな活動をして欲しいと事前に決めてボランティアの養成を行うことが多いかと思えます。サポーターの養成講座では、行政と市民が健康な伊勢原はどんな姿かを考え、その実現の為にどんなことが必要で、サポーターはどんなことを行っていかを考えていきます。これに基づいて、サポーターが自主的に活動を行っています。個々で出来ることを行っているものと、会として「ゆったりウォーキング」やふれあい音楽会(異世代の交流促進)、健康づくりの情報周知など行っています。
- ・【子育て安心見守り隊】赤ちゃん訪問(第2子以降の児のいる家庭への訪問)。赤ちゃんサロンへの参加。
- ・【〇〇健康づくり大学卒業生の会(3グループ)】「筋トレッチ体操」の普及活動。「筋トレッチ体操」普及指導者講習会開催。区内ウォーキングの企画・運営・区主催健康行事へ参加・ボランティア活動。
- ・【水輪会(水中運動リーダー育成講座修了者)】健康センターの歩行用プールにて、曜日ごとに当番を決め指導にあたっている。
- ・【〇〇地域保健福祉大学同窓会】町健康福祉まつり発表、人形劇、病院祭参加、福祉施設訪問、学習会、等。
- ・【〇〇結核予防婦人会〇〇支部】複十字シール募金運動の実施。結核予防週間における街頭募金活動。健康関係のイベントにおける結核クイズの実施等。
- ・【ヘルスコンダクターの会】町内の敬老会のお手伝い、老人施設のボランティア活動、等。
- ・【集う会】月に1度集まりをもち、地域の高齢者も混じえながら昔の生活について自由に話す、そのための企画・運営を行政と一緒に実施している。
- ・【男の生きがい教室】男性のみでいろいろなことに挑戦している(ペタンク、竹細工等)。
- ・【〇〇練功18法普及会】練功18法(太極拳に似た中国で行われている健康体操)の地域住宅への普及活動。
- ・【〇〇ボランティア推進協議会】病院、老人施設、地域活動支援センターでのボランティア活動。地域でのボランティ

ア活動。研修会への参加。行政主催の健康教室への協力。

- ・【〇〇血圧測定友の会】血圧自己測定ボランティア養成講座を終了した者が加入条件であり 健康についての学習や自分が家族の血圧測定を通じて健康管理を行うことはもとより地域での健康まつりでの血圧測定や保健指導員への学習会への協力を行っている。
- ・【笑顔いっぱい花いっぱいグループ】花をととして多世代交流や健康づくりイベントに積極的に参加。月2回定例的に集まり、公共施設等の花壇の手入れを実施。
- ・【〇〇エイフボランティアネットワーク】乳幼児健診手伝い。メタボ予防料理教室(会員対象)。ゴキブリほう酸ダンゴ作り。結核予防キャンペーン、等。

その他健康づくりに関わる特徴的な組織－記入者の評価

組織の活動について、記入者の総合的な主観評価を聞いた結果が表 45 である。評価基準は、「5＝大変活発だ」「4＝活発だ」「3＝どちらとも言えない」「2＝あまり活発でない」「1＝活発でない」とした。

その結果、最も多かったのが「活発だ」で 103 自治体(50.7%)、次いで「どちらとも言えない」の 52 自治体(25.6%)であった。「どちらとも言えない」の回答も多いものの、全体的には、多くの自治体が、活動に対して肯定的な評価をしていることがわかる。評価の平均は 3.72 点であった。

また、この活動内容を人口規模別にみると、人口規模の大きい自治体ほど、活動に対して肯定的な評価が多い傾向にあるのが特徴だといえる。

表 45 その他健康づくりに関わる特徴的な組織－活動の評価

人口規模	合計	5. 大変活 発だ	4. 活発だ	3. どちら とも言えな い	2. あまり 活発では ない	1. 活発で ない	無回答	評価平均
1 5,000人未満	12	0 (0.0%)	3 (25.0%)	6 (50.0%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	2.92
2 5,000～10,000人	19	3 (15.8%)	9 (47.4%)	5 (26.3%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	3.78
3 10,000～20,000人	30	4 (13.3%)	17 (56.7%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	3.72
4 20,000～30,000人	20	5 (25.0%)	8 (40.0%)	5 (25.0%)	2 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3.80
5 30,000～50,000人	35	3 (8.6%)	18 (51.4%)	9 (25.7%)	3 (8.6%)	0 (0.0%)	2 (5.7%)	3.64
6 50,000～100,000人	37	1 (2.7%)	20 (54.1%)	14 (37.8%)	1 (2.7%)	0 (0.0%)	1 (2.7%)	3.58
7 100,000～300,000人	34	8 (23.5%)	20 (58.8%)	5 (14.7%)	1 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4.03
8 300,000人以上	16	4 (25.0%)	8 (50.0%)	3 (18.8%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3.94
合計	203	28 (13.8%)	103 (50.7%)	52 (25.6%)	13 (6.4%)	2 (1.0%)	5 (2.5%)	3.72

3.1.5 福祉に関する推進員組織の実態

これまでにみた健康づくりに関わる組織以外で、「担当者が把握していれば」という前提で、福祉に関する推進員組織について聞いた調査結果を述べる。

福祉に関する推進員組織－組織の有無

福祉に関する推進員組織の有無をまとめたのが表 46 である。「無回答」が全回答の 34.6%となる 313 自治体であったものの、「あり」が 10.4%となる 94 自治体、「なし」が 54.5%の 493 自治体という結果となった。「無回答」が多く、またこれは参考程度のデータであるが、多くの自治体では、健康作りに関する推進員組織と比較して、福祉に関する推進員組織の設置はされていないことがわかった(ただし、これまでにみた健康作りに関する推進員組織が独居老人の声かけをしたり、地区社協と連携したりするなど、実質的に地域の福祉を担っているという側面も考えられる)。

なお、「無回答」の回答は、人口規模の小さな自治体ほど少ない傾向にあるので、そうした自治体ほど、下記の結果の信頼性は高いと考えられる。

表 46 福祉に関する推進員組織—組織の有無

	人口規模	合計	あり	なし	廃止	無回答
1	5,000人未満	86	5 (5.8%)	59 (68.6%)	0 (0.0%)	22 (25.6%)
2	5,000～10,000人	116	6 (5.2%)	88 (75.9%)	1 (0.9%)	21 (18.1%)
3	10,000～20,000人	150	15 (10.0%)	88 (58.7%)	1 (0.7%)	46 (30.7%)
4	20,000～30,000人	80	9 (11.3%)	41 (51.3%)	0 (0.0%)	30 (37.5%)
5	30,000～50,000人	135	11 (8.1%)	75 (55.6%)	0 (0.0%)	49 (36.3%)
6	50,000～100,000人	160	22 (13.8%)	72 (45.0%)	0 (0.0%)	66 (41.3%)
7	100,000～300,000人	120	22 (18.3%)	43 (35.8%)	0 (0.0%)	55 (45.8%)
8	300,000人以上	57	4 (7.0%)	27 (47.4%)	2 (3.5%)	24 (42.1%)
	合計	904	94 (10.4%)	493 (54.5%)	4 (0.4%)	313 (34.6%)

福祉に関する推進員組織—組織の経過年

回答のあった組織の設立年月をもとに、アンケート集計時点で、組織が設置何年目となるかについて、その内訳(10年単位)を示したのが、表 47である。「無回答」が41自治体(43.6%)と多いものの、最も多いのが「10年未満」となっており、全体の30.9%を占めている。経過年の平均は全体で13.0年となっており、最も古い組織が1946年設立、最も新しい組織が2009年設立であった。

人口規模別にみると、数は少ないものの、人口規模の大きい自治体で、近年新しく組織が設置される傾向があることがわかる。

表 47 福祉に関する推進員組織—組織の経過年

	人口規模	合計	10年未満	10年～20年未満	20年～30年未満	30年～40年未満	40年～50年未満	50年以上	無回答
1	5,000人未満	5	1 (20.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (60.0%)
2	5,000～10,000人	6	2 (33.3%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (50.0%)
3	10,000～20,000人	15	4 (26.7%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (46.7%)
4	20,000～30,000人	9	2 (22.2%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (66.7%)
5	30,000～50,000人	11	2 (18.2%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	5 (45.5%)
6	50,000～100,000人	22	9 (40.9%)	3 (13.6%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (31.8%)
7	100,000～300,000人	22	7 (31.8%)	5 (22.7%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (40.9%)
8	300,000人以上	4	2 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
	合計	94	29 (30.9%)	15 (16.0%)	3 (3.2%)	5 (5.3%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	41 (43.6%)

福祉に関する推進員組織—推進員の人数

2009年4月1日時点の組織を担う推進員の人数(以下、推進員数)と、人口1万人当りの推進員数についてまとめたのが、表 48である。集計は、推進員数について回答のあった60自治体について行っている。

推進員数の合計は23,822人、平均は397.0人であり、当然ながら、人口規模の大きな自治体ほど、推進員数は多い結果となっている。人口1万人当りの推進員数は全体で55.5人であり、人口規模別にみると、概して、人口規模の大きな自治体ほど推進員が人口に占める割合が小さくなっている。

表 48 福祉に関する推進員組織－推進員数と人口1万人当り推進員数

	人口規模	推進員 人数合計	推進員 人数平均	人口1万人当り 推進員人数
1	5,000人未満	104	52.0	149.5
2	5,000～10,000人	218	54.5	70.3
3	10,000～20,000人	1,108	138.5	84.6
4	20,000～30,000人	248	49.6	22.8
5	30,000～50,000人	1,850	231.3	59.7
6	50,000～100,000人	4,649	290.6	43.4
7	100,000～300,000人	12,631	842.1	47.3
8	300,000人以上	3,014	1,507.0	38.4
	合計	23,822	397.0	55.5

(単位:人)

3.1.6 その他の質問

アンケートでは、これまでにみた各組織の実態に加えて、地区組織活動と関連すると考えられる全体的な質問を設定した。以下では、その回答内容について分析する。

地区組織活動の基盤となっている組織とその地区数、加入率

地区組織活動の実施にあたって、推進員の選定や活動の基盤となっている地区の包括的な組織について聞いた。選択肢は事前調査から、大きく「自治会／町内会／区」「公民館」「その他」の3つを用意した。その結果、904 自治体中、回答は 778 自治体からあり(回答率 86.1%)、そのうち、「自治会／町内会／区」が 673 自治体、「公民館」が0自治体と、「その他」以外の回答はすべて「自治会／町内会／区」という結果となった。

「その他」に回答した 126 自治体の内容をみると、「婦人会」「女性会」「推進員紹介」「組織には無関係」「公募」「行政主導」「小学校区」「合併により編入したエリアは各旧町エリア」「推進員の活動にあたり基盤となっている組織はない」「体協、医師会、老人会、社協等の会長」「ボランティア連絡協議会」「愛育委員会・栄養改善協議会」などであった。

次に、こうした基盤となっている組織が、自治体内で何地区あるか、そして、自治体全体でみたばあいの加入率はどの程度かを聞いた。その結果が表 49 である。地区数については、712 自治体から回答があり(回答率 78.8%)、その平均は 111.4 地区であった。加入率については、560 自治体から回答があり(回答率 61.9%)、その平均は 85.1%であった。人口規模別にみると、人口規模が大きくなるほど、地区数は多くなる一方で、その加入率は低くなる傾向にあることがわかる。

表 49 基盤となる組織の地区数および加入率

	人口規模	地区数		加入率	
		回答数	回答平均 (単位:地区)	回答数	回答平均 (単位:%)
1	5,000人未満	66	20.3	49	96.8
2	5,000～10,000人	102	36.8	86	90.6
3	10,000～20,000人	130	56.3	102	87.7
4	20,000～30,000人	61	93.0	51	87.7
5	30,000～50,000人	109	105.4	87	84.5
6	50,000～100,000人	121	152.2	91	78.8
7	100,000～300,000人	87	181.0	63	76.6
8	300,000人以上	36	432.5	31	75.8
	合計	712	111.4	560	85.1

「隣組」「組」の実態

持ち回り等による推進員の選出、および健診や検診の申込書、「保健だより」などの配布等にあたって、地区組織活動の最小単位となる、「隣組」や「組」などの数世帯～十数世帯単位で構成される組織があるかを聞いた質問の結果が表 50 である。904 自治体のうち、62.9%にあたる 569 自治体は「ある」という結果となった。この質問では、そうした組織がある場合でも、記入者からみて実質的に機能していないと考えられる場合を想定して、「あるが実質的に機能していない」という選択肢を用意したが、それに回答したのは 22 自治体(2.4%)とわずかであった。また、全体の 24.2%にあたる 219 自治体が「ない」と回答しており、以上の結果から、全体の約4分の3の自治体では、少なくとも記入者からみて「隣組」や「組」といった組織が実質的に機能していることがわかった。

なお、人口規模別にみた場合、「ない」とする自治体が「5,000 人未満」「300,000 人以上」で若干多くなっており、人口が多い自治体と少ない自治体でこうした組織がない傾向にある。

表 50 「隣組」「組」の実態

	人口規模	合計	実態			
			1. ある	2. あるが機能 していない	3. ない	無回答
1	5,000人未満	86	48 (55.8%)	2 (2.3%)	28 (32.6%)	8 (9.3%)
2	5,000～10,000人	116	74 (63.8%)	3 (2.6%)	32 (27.6%)	7 (6.0%)
3	10,000～20,000人	150	111 (74.0%)	4 (2.7%)	28 (18.7%)	7 (4.7%)
4	20,000～30,000人	80	53 (66.3%)	2 (2.5%)	17 (21.3%)	8 (10.0%)
5	30,000～50,000人	135	85 (63.0%)	3 (2.2%)	29 (21.5%)	18 (13.3%)
6	50,000～100,000人	160	107 (66.9%)	4 (2.5%)	33 (20.6%)	16 (10.0%)
7	100,000～300,000人	120	67 (55.8%)	2 (1.7%)	33 (27.5%)	18 (15.0%)
8	300,000人以上	57	24 (42.1%)	2 (3.5%)	19 (33.3%)	12 (21.1%)
	合計	904	569 (62.9%)	22 (2.4%)	219 (24.2%)	94 (10.4%)

地域住民同士の「信頼感」

「健康づくりに関する推進員組織」の「活動の成果」において、地区組織活動が、地域のソーシャル・キャピタルと関連している可能性があることを述べた。そこで、本アンケートでは、記入者が地域のソーシャ

ル・キャピタルをどう感じているかを把握するために、記入者からみた地域住民同士の「信頼感」は一般的に高いかを聞いた。その結果は表 51 の通りである。評価基準は、「地域住民同士の「信頼感」は一般的に高いと思うか」という質問に対して、「5＝強くそう思う」「4＝そう思う」「3＝どちらとも言えない」「2＝あまりそう思わない」「1＝そう思わない」とした。

その結果、最も多かったのが「そう思う」で 396 自治体(43.8%)、次いで「どちらとも言えない」の 383 自治体(42.4%)であった。「どちらとも言えない」の回答が多く、また、担当者の主観という前提ではあるが、全体的には、多くの自治体が、地域住民の「信頼感」に対して、肯定的な評価をしていることがわかる。評価の平均は 3.48 点であった。

また、この活動内容を人口規模別にみると、人口規模の小さい自治体ほど、肯定的な評価が多い傾向にあるのが特徴だといえる。

表 51 地域住民同士の「信頼感」は一般的に高いと思うか

人口規模	合計	5. 強くそう 思う	4. そう思う	3. どちらと も言えない	2. あまり そう思わ ない	1. そう思 わない	無回答	評価平 均
1 5,000人未満	86	11 (12.8%)	50 (58.1%)	17 (19.8%)	2 (2.3%)	0 (0.0%)	6 (7.0%)	3.88
2 5,000～10,000人	116	2 (1.7%)	75 (64.7%)	32 (27.6%)	2 (1.7%)	1 (0.9%)	4 (3.4%)	3.67
3 10,000～20,000人	150	6 (4.0%)	83 (55.3%)	50 (33.3%)	5 (3.3%)	0 (0.0%)	6 (4.0%)	3.63
4 20,000～30,000人	80	0 (0.0%)	38 (47.5%)	29 (36.3%)	5 (6.3%)	0 (0.0%)	8 (10.0%)	3.46
5 30,000～50,000人	135	2 (1.5%)	62 (45.9%)	59 (43.7%)	2 (1.5%)	1 (0.7%)	9 (6.7%)	3.49
6 50,000～100,000人	160	4 (2.5%)	54 (33.8%)	83 (51.9%)	6 (3.8%)	1 (0.6%)	12 (7.5%)	3.36
7 100,000～300,000人	120	1 (0.8%)	30 (25.0%)	71 (59.2%)	7 (5.8%)	0 (0.0%)	11 (9.2%)	3.23
8 300,000人以上	57	0 (0.0%)	4 (7.0%)	42 (73.7%)	5 (8.8%)	0 (0.0%)	6 (10.5%)	2.98
合計	904	26 (2.9%)	396 (43.8%)	383 (42.4%)	34 (3.8%)	3 (0.3%)	62 (6.9%)	3.48

住民の地域活動への参加度

住民同士の「信頼感」と同様に、記入者が地域のソーシャル・キャピタルをどう感じているかを把握するために、記入者が、住民による自治会や消防団等の地域活動への参加が「活発だ」と感じるかを聞いた。その結果は表 52 の通りである。評価基準は、「地区組織活動に限らず、自治会や消防団等、住民の地域活動への参加は「活発だ」と思うか」という質問に対して、「5＝強くそう思う」「4＝そう思う」「3＝どちらとも言えない」「2＝あまりそう思わない」「1＝そう思わない」とした。

その結果、最も多かったのが「どちらとも言えない」で 389 自治体(43.0%)、次いで「そう思う」の 360 自治体(39.8%)であった。「信頼感」と同様に、「どちらとも言えない」の回答が多く、また、担当者の主観という前提ではあるが、これも全体的には、多くの自治体が、地域住民の「活発さ」に対して、肯定的な評価をしていることがわかる。評価の平均は 3.39 点であった。

また、この活動内容を人口規模別にみると、「信頼感」と同様に、人口規模の小さい自治体ほど、肯定的な評価が多い傾向にあるのが特徴だといえる。

表 52 住民の地域活動への参加は「活発だ」と思うか

人口規模	合計	5. 強くそう 思う	4. そう思う	3. どちらと も言えない	2. あまり そう思わな い	1. そう思 わない	無回答	評価平 均
1 5,000人未満	86	6 (7.0%)	42 (48.8%)	27 (31.4%)	4 (4.7%)	0 (0.0%)	7 (8.1%)	3.63
2 5,000～10,000人	116	4 (3.4%)	51 (44.0%)	50 (43.1%)	6 (5.2%)	1 (0.9%)	4 (3.4%)	3.46
3 10,000～20,000人	150	2 (1.3%)	70 (46.7%)	59 (39.3%)	12 (8.0%)	0 (0.0%)	7 (4.7%)	3.43
4 20,000～30,000人	80	0 (0.0%)	39 (48.8%)	29 (36.3%)	3 (3.8%)	1 (1.3%)	8 (10.0%)	3.47
5 30,000～50,000人	135	3 (2.2%)	54 (40.0%)	58 (43.0%)	10 (7.4%)	0 (0.0%)	10 (7.4%)	3.40
6 50,000～100,000人	160	3 (1.9%)	57 (35.6%)	74 (46.3%)	8 (5.0%)	2 (1.3%)	16 (10.0%)	3.35
7 100,000～300,000人	120	1 (0.8%)	36 (30.0%)	59 (49.2%)	13 (10.8%)	1 (0.8%)	10 (8.3%)	3.21
8 300,000人以上	57	0 (0.0%)	11 (19.3%)	33 (57.9%)	7 (12.3%)	0 (0.0%)	6 (10.5%)	3.08
合計	904	19 (2.1%)	360 (39.8%)	389 (43.0%)	63 (7.0%)	5 (0.6%)	68 (7.5%)	3.39

保健師が地区組織活動に費やした時間と割合

地区組織活動の実施にあたって、2008年度の1年間に、自治体の保健師が地区組織活動に費やした時間と、全活動時間に対する割合を聞いた。その結果が表 53である。時間については、309自治体から回答があり(回答率 34.2%)、その平均は 1,447.8 地区であった。割合については、201自治体から回答があり(回答率 22.2%)、その平均は 5.3%であった。人口規模別にみると、人口規模が大きくなるほど、概して時間は多くなるが、割合は「20,000～30,000人」「30,000～50,000人」でそれぞれ6%を超えており、中程度の人口規模で地区組織活動に費やされている時間が比較的大きいことがわかる。割合については、正確な資料がない場合のために、担当者の実感として「大体このくらいだ」と思う数値を7つの選択肢で回答してもらった質問も設けた。表 54がその結果であり、656自治体から回答があった(回答率 72.6%)。担当者の実感による回答という前提ではあるが、傾向としては、上記でみた結果と同様に、中程度の人口規模で地区組織活動に費やされている時間が多いという傾向が示されている。

表 53 保健師が地区組織活動に費やした時間と割合

人口規模	時間		率(正確な数値)	
	回答数	回答平均 (単位:時間)	回答数	回答平均 (単位:%)
1 5,000人未満	29	349.8	18	5.7
2 5,000～10,000人	39	388.0	23	3.6
3 10,000～20,000人	48	597.3	26	4.8
4 20,000～30,000人	21	349.8	14	6.4
5 30,000～50,000人	52	1,171.6	28	6.1
6 50,000～100,000人	51	2,143.4	32	4.9
7 100,000～300,000人	47	2,128.5	42	5.6
8 300,000人以上	22	5,264.2	18	5.7
合計	309	1,447.8	201	5.3

表 54 保健師が地区組織活動に費やした時間の割合(選択肢版)

人口規模	合計	1. 2%未 満	2. 2~4% 程度	3. 4~6% 程度	4. 6~8% 程度	5. 8~ 10%程度	6. 10%以 上	7. 20%以 上
1 5,000人未満	86	24 (27.9%)	11 (12.8%)	11 (12.8%)	3 (3.5%)	6 (7.0%)	3 (3.5%)	0 (0.0%)
2 5,000~10,000人	116	20 (17.2%)	20 (17.2%)	17 (14.7%)	9 (7.8%)	12 (10.3%)	12 (10.3%)	0 (0.0%)
3 10,000~20,000人	150	34 (22.7%)	11 (7.3%)	22 (14.7%)	19 (12.7%)	17 (11.3%)	13 (8.7%)	3 (2.0%)
4 20,000~30,000人	80	13 (16.3%)	8 (10.0%)	10 (12.5%)	8 (10.0%)	9 (11.3%)	12 (15.0%)	5 (6.3%)
5 30,000~50,000人	135	22 (16.3%)	24 (17.8%)	15 (11.1%)	9 (6.7%)	15 (11.1%)	10 (7.4%)	4 (3.0%)
6 50,000~100,000人	160	25 (15.6%)	28 (17.5%)	16 (10.0%)	9 (5.6%)	9 (5.6%)	17 (10.6%)	12 (7.5%)
7 100,000~300,000人	120	18 (15.0%)	22 (18.3%)	13 (10.8%)	8 (6.7%)	6 (5.0%)	7 (5.8%)	7 (5.8%)
8 300,000人以上	57	8 (14.0%)	4 (7.0%)	3 (5.3%)	5 (8.8%)	4 (7.0%)	3 (5.3%)	1 (1.8%)
合計	904	164 (18.1%)	128 (14.2%)	107 (11.8%)	70 (7.7%)	78 (8.6%)	77 (8.5%)	32 (3.5%)

また、ここで回答した「時間」について、担当者からみて、地区組織活動を推進するにあたって「十分だ」と思うかを聞いた。評価基準は、「地域住民同士の「信頼感」は一般的に高いと思うか」という質問に対して、「5=強くそう思う」「4=そう思う」「3=どちらとも言えない」「2=あまりそう思わない」「1=そう思わない」とした。その結果が表 55 である。

その結果、最も多かったのが「どちらとも言えない」で 323 自治体(35.7%)、次いで「あまりそう思わない」の 246 自治体(27.2%)であった。「どちらとも言えない」の回答が多く、また、担当者の主観という前提ではあるが、全体的には、多くの自治体の地区組織活動担当者が、地区組織活動に割く時間が「十分でない」と考えていることがわかる。評価の平均は 2.48 点であった。

また、この結果は人口規模別にみた場合、若干の例外はあるものの、人口規模による違いはあまりないことがわかる。

表 55 地区組織活動に費やした時間は「十分」だと思うか

人口規模	合計	5. 強くそう 思う	4. そう思う	3. どちらと も言えない	2. あまり そう思わな い	1. そう思 わない	無回答	評価平均
1 5,000人未満	86	0 (0.0%)	6 (7.0%)	33 (38.4%)	25 (29.1%)	13 (15.1%)	9 (10.5%)	2.42
2 5,000~10,000人	116	2 (1.7%)	9 (7.8%)	46 (39.7%)	30 (25.9%)	17 (14.7%)	12 (10.3%)	2.51
3 10,000~20,000人	150	2 (1.3%)	13 (8.7%)	52 (34.7%)	42 (28.0%)	25 (16.7%)	16 (10.7%)	2.44
4 20,000~30,000人	80	1 (1.3%)	11 (13.8%)	32 (40.0%)	21 (26.3%)	7 (8.8%)	8 (10.0%)	2.69
5 30,000~50,000人	135	0 (0.0%)	12 (8.9%)	46 (34.1%)	43 (31.9%)	18 (13.3%)	16 (11.9%)	2.44
6 50,000~100,000人	160	1 (0.6%)	15 (9.4%)	62 (38.8%)	35 (21.9%)	23 (14.4%)	24 (15.0%)	2.53
7 100,000~300,000人	120	1 (0.8%)	15 (12.5%)	33 (27.5%)	33 (27.5%)	21 (17.5%)	17 (14.2%)	2.44
8 300,000人以上	57	0 (0.0%)	1 (1.8%)	19 (33.3%)	17 (29.8%)	5 (8.8%)	15 (26.3%)	2.38
合計	904	7 (0.8%)	82 (9.1%)	323 (35.7%)	246 (27.2%)	129 (14.3%)	117 (12.9%)	2.48

成果を上げた特徴的な活動

本アンケートの最後に、地区組織活動で、近年、成果を上げた特徴的な活動について、その詳細を自由記述で回答してもらった。以下に、主に成果が上がったことが書かれていた回答や、手法について参考になると考えられる代表的な回答についてまとめた(文中の“〇〇”は、自治体名等が入る)。自治体によって、特定健診の取り組みから介護、虫歯予防、子育て支援、運動まで、様々なテーマで取り組みを工夫して、成果に結び付けた例があることがわかる。

・ヘルス推進員を市の委嘱から各コミュニティ運営協議会に移譲したのにあわせ、市主催で実施していた各地区の歩こう会も各コミュニティ運営協議会主催で実施するようになった。歴史探訪や交流会とあわせた歩こう会の開催など、楽しめる企画内容が増えている。

・特定健診受診率アップと学習会の開催。

・健康づくりを自主的に行うモデル地域を指定し、健康推進員が中心となってウォーキング、食育教室など健康づくり活動を積極的に行った。その結果他の地域にも波及し、地域の活動が活発化した。地域独自のウォーキングマップの自主製作、毎月、毎週のみんなでウォーキング、健康づくりイベントの開催などを行う地域が増えた。

・ケーブルテレビで活動を紹介するようにしている。健康づくり計画7本柱の重点活動 運動×食事 健康チェック(健診←がん健康・特定健診等)の3点についてケーブルテレビでPRしたのが好評。ex) 食事＝食改のとくみ等。運動＝PHNより健康づくり計画のPRと健康体操。健診＝副町長、保健師、住民等と番組作成(PR)。ふるさとまつりでできぐるみをきて健診のPR。

・地区毎に介護予防事業を実施しているが、毎回ではないがボランティアにより自主運営できる地区が増えてきたこと。[内容は体操やレクリエーションゲーム]。

・町の6ブロックの自治会のうち4地区では、地区の高齢者に対する地区ミニデイサービスを地区組織で立ち上げ、実施している。地区組織は、区長・民生委員・保健衛生協力員の他ボランティアを公募して、その合体組織で運営するもの。早い地区は約10年前から発足している。

・地区組織活動としては、保健師と協働で、地区毎に介護予防事業や子育て支援活動を平成13年度より実施。地区組織で主体的に企画、運営している。実施回数、参加者共年々増加し、数千人(7千人)規模で参加あり。アウトカム評価も実施。市の広報誌でも特集号で掲載され、認知度も高い。必ず、地区担当保健師が毎回出て、保健師の役割と地区組織の役割をミックスさせ事業が展開されている。

・地区連合自治会(22地区)を中心に関係機関・団体と一緒に地域で健康づくりに取り組む日として「健康の日」を設けて、22地区でそれぞれ実施している(H20年度 65回 4615名)。実施に際しては、年一回地区懇談会を開催し、地区の健康づくり活動について話し合いを行い、「健康の日」の取り組みを検討しています。

・1. 3年前より、事務局を各地区の役員にさせていただくようになり、企画・立案等に関し、活動が活発になってきた。(〇〇町健康づくり推進協議会にて) 2. 〇〇町健康づくり推進協議会の設立20周年を迎へ、「20年の歩み」の編集を行なっている。 3. 〇〇町食生活改善推進協議会設立30周年記念式典を開催し、式典行事と、イベント行事、「お料理博覧会」を開催した。

・食生活改善推進員協議会はある程度自主的活動をして小学校での食育教育との連携等で成果を上げているが、行政委嘱の保健推進委員制度は時代の流れと解離が大きくなり一部を残して2009年に廃止した。

・東京都の健康推進プラン21の計画を受け、平成16年10月に村民を主体にした「〇〇村健康づくり推進協議会」を立ち上げ、現在4つの分科会の活動を行っている。メンバーは、昭和28年度から55年度までの中学卒業生ごとの同級生の会からの代表と体育協会、自治会、婦人会、医療、福祉関係の代表50人が参加している。このとり組みで、健康に対する意識は、高っていると思う。分科会は①生活の中に運動を取り入れよう。②食生活を考えよう。③分煙をすすめよう④高齢者の健康づくりを考えよう。

・①地区担当保健師等が保健委員と意識的に連携をとっている地区は健康相談を開催しても出席者が多く、住民から保健師への働きかけが活発となり、地区状況が見えてきて健康意識が向上している。②保健委員の役割について認識した委員は、担当地区に責任を持ち、自主的な活動を実施している。※地区組織活動に費やす時間が不足しているのが悩みです。

・大腸がん検診の容器の配布と検体の回収を実施してもらい、検診受診率が県下2位と高い状況である。

・健康づくり推進員が20地域に分かれそれぞれの土地の特性を活かした地域ぐるみの健康づくり活動、子育て支援活動を展開している。保健師等専門職と共に毎月の定例会を通して様々な活動を企画実施し、市民の健康づくりや子育て支援を推進していく上で重要な活動となっている。例として、妊婦及び生後4ヵ月までの乳児のいる家庭の全戸訪問事業、母と子のつどいも実施している。母と子の集いは専門職による相談や親子の仲間づくりの場となっており、訪問した際に推進員から紹介され参加する親子も多い。転入者や核家族世帯の多い〇〇市において、育児不安の解消や仲間づくりができることで安心して子育てができる環境づくりにつながっている。

・市の独自の体操を作りました。

・食生活改善推進団体は、地域公民館を拠点として、小グループをつくり地区の特性にあわせた活動を展開する他、団体全体での市委託事業、協力事業を多数実施している。当市の食生活改善グループという必ず名前が挙がる歴史ある団体として存在している。団体会員の高齢化や会員在籍数の減少傾向に対応するため、市育成講座を養成講座卒業後5年程度の会員に実施し、経過を観察しているところである。

・当町は3町が合併した町である。地区組織活動として、愛育委員会を組織されていた合併前の1町は、他の2町に比べ、住民の健康意識が高まり、健診や検診の受診率が向上している。

- ・おおむね65歳以上を対象に、介護予防講座を小学小区単位で33ヵ所年8回学区社協を中心に運営会議で各地区で講座を開催した。H18年度は、市からのメニュー提示の内容でしたが、翌年から地域の実情に応じて地区組織運営委員中心に地域主導で、すすめられつつあります
- ・介護予防事業に位置づけられるものであるが「高齢者のフリフリグッパ」運動集会在が効果をあげている。行政と「フリフリボランティア」が協働で高齢者の運動集会を支援している。
- ・保健推進員協議会は、自主的に健康相談会を開催したり、自治会老人会など集まりの場で、健康啓発のリーフレットの配布、ポスターの掲示等を行い、市民の健康増進に寄与している。又オリジナル健康体操(楽らくリズム体操)の普及にも取り組んでいる。
- ・「三世代ふれあい教室」地域の愛育班員が他の組織に声をかけ、公民館で、三世代の集いを行った、昔から伝わる料理をみんなで作り、交流した。教室開催後参加者同士が地域の中で、交流できている。
- ・健康づくりの会は、この指とまれ方式であるため、自主的な活動につながっており、成果が上がっている。また、健診等の協力等ボランティアを通して、サービスを受ける側の立場と、提供する立場に立ち、事業実施の方法について、改善点等意見を出してもらっている。
- ・1. 食生活改善推進員を中心として食育推進の活動。「〇〇式手ばかり」の普及、2004年地域に根ざした食育コンクール農林水産大臣賞受賞 2. 市の旧村地区に設立した健康を考える会を中心として活動、地域ぐるみで健診受診率8%からスタートと、60%代まで受診率を向上させたS58年から、20年以上かけた活動です。
- ・特定健診の受付に協力 健康制度が変わり 住民が戸惑うなか、保健推進委員に事前説明会を実施し、健診時の受付に協力を頂いた。それにより、地域住民への適切な受診勧奨により、受診率の向上や当日の健診のスムーズな流れに効果をあげた。
- ・特定健診の前に受診勧奨のために、地区でビラ配布を行なった結果、健診受診率が向上した。
- ・町民ドックでの受診者の案内・誘導を保健推進委員が行ってくれることで、受診がスムーズとなっています。
- ・①公民館(地域)における分煙・禁煙に向けた調査、禁煙表示ポスターの作成。保健補導員より区長等に働きかけ、分煙の実施。②ウォーキングコースを設定し、マップを作成し、あるく定例会を開催する。(地区内の良さを知る。防犯的なとりくみにもなる)。③防災訓練などの地区住宅があつまる場において、保健補導員のブースを出し、健康チェックや、エコノミー症候群の予防について啓発を行う。④生活習慣病予防のための目標設定を行う。発表しあう。実践につながり減量に成功。
- ・市町村合併に伴い、旧市では1市のみ設置されていた食生活改善推進員協議会を新市全域に広げ、さらには各区の組織を設置している。
- ・前述したとしま健康づくり卒業生の活動について 区民グループが考案した豊島区民の歌に合わせた健康体操「筋トレッチ体操」の普及活動を進めている 1. 区民全体に広めるため体操のDVD製作を実施、区の施設や地域に積極的に出向く。2. 「筋トレッチ体操」普及活動を行ってもらうための指導者講習会を実施。3. 全国ご当地体操の祭典を主催し、区民にご当地体操を意識づける機会となった。
- ・高齢者筋力向上トレーニング事業 おおむね70歳以上の高齢者を対象に地区公民館にて毎週1回筋トレ実施。地区の長寿会やボランティアの人がリーダーになって自主的に実施している。町全体の8割の地区で実施し、介護予防の成果をあげている。
- ・町内各団体の協力により、平成18年から2年間に渡り、地場産の食材を使った食育メニューを紹介した冊子を作成、全戸配布する。
- ・介護予防担当が実施している体操教室。サポーター養成講座を実施し、その養成されたサポーターが地域で体操教室を週1回実施する。地域住民が参加して継続的に介護予防をしていく事業です。限られた教員数では地域で展開する方法を効率よくしていかなければならず、そのことからとてもよい事業になったと思います。1か所(H18)から始まり今年度では8か所まで広がりました。
- ・健康づくりリーダーとして委嘱期間終了後、今までの学びを何かに生かしたいと、1年の準備期間をついやし、協議会の設立となった。市の企画する健診に協力し、ボランティアとして受給者にちらしの配布、必要な母親に対して託児で協力。市の健康課題と施置を住民視点でPR(※健康づくりリーダー連絡協議会について記載)
- ・市の保健委員会連絡協議会の活動が活発化することで地区保健委員会の活動にも派及している。
- ・ムシ歯予防活動→3歳児健診のう歯罹患率が高い地区で実態調査アンケートに取り組みその結果を住民、保護者へ伝え地域全体のムシ歯予防活動へつながった。
- ・地区の特徴を把握できた。(地区の課題など統計的なこと、住民が感じていること)・民生委員との関係が親密になってきた。(民生委員からの相談が増えた)・シルバークラブでの活動の際には社協や地域活動支援センターとも協力して行い、他組織とも顔見知りになった。その後の連絡がしやすくなり、一緒に活動(訪問や健康教育など)できるようになってきた。
- ・普及委員向けに講座を5回計画していたが、活動が進むにつれ普及委員よりも1回講座を開催してほしいとの要望があり6回開催した。その結果、講座の内容を生かし、地区において実践。ある地区では普及委員への要望が高まり、

定例的(毎月)に老人会の中で普及委員の体操などを依頼され、実施している。またある地区では普及委員が主体となり講座を企画し開催。好評だったため、毎年行ってほしいと要望された。講座の活動の中で普及委員の役割を何度も話し合うことにより、活動に対する負担感の軽減が図れただけでなく、以前にも増して楽しく、主体的に活動ができるようになった。

・保健補導員会+NPO法人 健康づくり自主グループ(12地区)を立ち上げ、現在月1~2回活動中 食改+公民館健康おばちゃんの料理教室。

・市全体の健康づくり推進協議会はないが 小学校81校区中 数校区に校区単位などにあり、きちんとした評価は、していないが、特定健診の受診率がやや高い様であり、住民主体の健康づくり事業も実施されている

・母子保健推進会は月1回定例会を行ない、情報交換や学習会を開催している。特徴的な活動としては、赤ちゃん訪問を全出生児に行なっている。1回目の訪問を保健師、2回目を推進員が行ない、3ヶ月児健診の通知を渡すとともに、活動の紹介をしている。21年度は、「子育て応援マップ」を作成し、訪問時の資料とする予定。

・保健推進協力委員会地区活動として全16地区で開催する「巡回健康教室」に、介護予防の住民ボランティアグループ「地域健康づくり支援者」が運動講座の指導者として参加協力しています。「地域健康づくり支援者」とは、町が育成した(している)介護予防に資する住民ボランティアで平成21年4月現在23人登録。介護予防教室(10回コース)への支援(協働)や地域介護予防自主活動として町内3会場で「地域健康教室」を定期開催(各週1回)しています。※平成22年度組織化の予定です。

・健康のラジオ体操・太極拳グループの活動が広がりつつあり山間部でも毎日実施するところが出来た。・健推のウォーキンググループが自主的に担当を決め月1回、ウォーキングを企画し、実施 ・健推のハンドベルグループが発足し、児童館や老人対象のサロン等で演奏会を実施 ・健推のいきいきサロングループが、40才以上の閉じこもりで身体の不自由な人を対象に年8回レクリエーションや軽スポーツを企画実施 ・健推のメンタルヘルスグループがこころの病をかかえている人への対応の仕方についての講演会を企画し実施

3.2.医療費適正化の取り組みと評価についての調査結果

本節では、医療費適正化の取り組みと評価についてのアンケート(パートⅡ)の回答内容を分析した結果について述べる。

医療費適正化対策の実施と有効性

自治体で実施されている医療費適正化対策について、予め用意した「特定健康診査・特定保健指導」「健康相談、健康教室などの事業」「高額医療費患者の検討」「重複・多受診者患者の検討」「医療機関への受診勧奨」「医療費分析事業」「その他」の7つの選択肢の実施と有効性を聞いた。有効性の評価基準は、「4=とても効果がある」「0=効果はない」と設定し、4～0点までの5段階とした。

まず、医療費適正化対策の有無を聞いたのが表 56 である。「特定健康診査・特定保健指導」「健康相談、健康教室などの事業」については、ほぼ全自治体で取り組まれており(それぞれ 99.3%、95.9%)、「医療機関への受診勧奨」も 626 自治体(71.5%)と多くの自治体で取り組まれていることがわかった。「重複・多受診者患者の検討」「医療費分析事業」については約半数の自治体で実施されており(それぞれ 54.7%、46.9%)、「高額医療費患者の検討」は 228 自治体(26.1%)と最も少なかった。「その他」の詳細は「医療費通知・ジェネリックカード」「重複・多受診者への訪問指導」「医療費の状況を広く周知する」「糖尿病医療連携の仕組みづくり」「メタボ以外の保健指導」「新規人工透析者予防事業」「医療費通知、優良世帯記念品贈呈」「町独自の健診項目の追加」「医療機関受診のポイント(公報)」「ヘルスアップ事業」「生活習慣病治療者の訪問指導」「高額医療費分析の検診」などであった。

次に、それぞれの対策の有効性について4点満点の平均値をまとめたものが表 57 である。最も評価が高かったのが「医療費分析事業」で 3.0 点、次いで「特定健康診査・特定保健指導」「健康相談、健康教室などの事業」という結果であった(それぞれ 2.9 点)。「医療費分析事業」は実施している自治体が 46.9%と半数以下にとどまっているものの、実施している自治体では高い評価が得られていることが考えられた。また、54.7%の自治体が実施していた「重複・多受診者患者の検討」は 2.3 点と最も低い評価となっているなど、必ずしも実施の有無と評価が一致しているわけではないことが示されている。

また、この活動内容を人口規模別にみると、「高額医療費患者の検討」については、人口規模の大きい自治体ほど、評価が高い傾向にあるのが特徴だといえる。

表 56 医療費適正化対策の実施の有無

人口規模	合計	特定健康診査・特定保健指導	健康相談、健康教室などの事業	高額医療費患者の検討	重複・多受診者患者の検討	医療機関への受診勧奨	医療費分析事業	その他
1 5,000人未満	83	83 (100.0%)	82 (98.8%)	31 (37.3%)	38 (45.8%)	65 (78.3%)	43 (51.8%)	0 (0.0%)
2 5,000～10,000人	113	113 (100.0%)	112 (99.1%)	39 (34.5%)	56 (49.6%)	91 (80.5%)	57 (50.4%)	3 (2.7%)
3 10,000～20,000人	144	142 (98.6%)	139 (96.5%)	33 (22.9%)	82 (56.9%)	114 (79.2%)	66 (45.8%)	3 (2.1%)
4 20,000～30,000人	79	78 (98.7%)	76 (96.2%)	19 (24.1%)	42 (53.2%)	53 (67.1%)	39 (49.4%)	2 (2.5%)
5 30,000～50,000人	127	126 (99.2%)	121 (95.3%)	41 (32.3%)	76 (59.8%)	87 (68.5%)	58 (45.7%)	3 (2.4%)
6 50,000～100,000人	158	157 (99.4%)	150 (94.9%)	36 (22.8%)	92 (58.2%)	115 (72.8%)	71 (44.9%)	7 (4.4%)
7 100,000～300,000人	117	117 (100.0%)	111 (94.9%)	20 (17.1%)	69 (59.0%)	75 (64.1%)	49 (41.9%)	3 (2.6%)
8 300,000人以上	54	53 (98.1%)	48 (88.9%)	9 (16.7%)	24 (44.4%)	26 (48.1%)	27 (50.0%)	4 (7.4%)
合計	875	869 (99.3%)	839 (95.9%)	228 (26.1%)	479 (54.7%)	626 (71.5%)	410 (46.9%)	25 (2.9%)

表 57 医療費適正化対策の有効性

人口規模	合計	特定健康診 査・特定保健 指導	健康相談、健 康教室などの 事業	高額医療費患 者の検討	重複・多受診 者患者の検討	医療機関への 受診勧奨	医療費分 析事業	その他
1 5,000人未満	83	2.9	3.0	2.3	2.5	2.8	3.0	4.0
2 5,000～10,000人	113	2.7	2.9	2.4	2.2	2.7	3.0	1.5
3 10,000～20,000人	144	2.9	2.8	2.3	2.2	2.7	3.0	3.0
4 20,000～30,000人	79	2.8	2.9	2.5	2.3	2.7	2.9	3.0
5 30,000～50,000人	127	3.0	3.0	2.8	2.4	2.9	3.1	3.3
6 50,000～100,000人	158	3.0	3.0	2.6	2.2	2.8	3.0	3.4
7 100,000～300,000人	117	2.9	2.9	2.6	2.4	2.8	2.9	3.0
8 300,000人以上	54	2.9	2.8	2.8	2.6	2.9	2.9	3.3
合計	875	2.9	2.9	2.5	2.3	2.8	3.0	3.1

疾患対策の有効性

「メタボリックシンドローム」「脳卒中」「虚血性心疾患」「う触・歯周疾患」の4つの疾患について、その発症、あるいは重度化を予防するために、どのような対策が効果的かを聞いた。対策については、「医療費通知の内容充実」「健診・検診の徹底」「講習会等による患者・住民教育」「広報誌などを用いたPR活動」「住民主体の地区組織活動」「その他」の6つを用意し、それぞれ、「4＝とても効果がある」「0＝効果はない」の範囲の5段階で評価をしてもらった。

疾患別に各評価の平均をまとめたのが、表 58～表 61 である。表をみるとわかる通り、対策の有効性の評価順序は4つの疾患ですべて同じであり、高い評価から順に「健診・検診の徹底」→「講習会等による患者・住民教育」→「住民主体の地区組織活動」→「広報誌などを用いたPR活動」→「医療費通知の内容充実」であった。特に「健診・検診の徹底」は、4点満点で3.2点から3.4点となっており、疾患を問わず、その有効性は高く評価されていることがわかる。一方で、「医療費通知の内容充実」についてはすべて2.0点と、もともと低い評価であった。

「その他」の詳細は、「集団教育」「健康管理促進事業」「医療費の無料化徹底」「訪問」「個別指導」「マスメディアでの啓発」「経済・ゆとり対策」「幼少の頃からの教育」「健(検)診後の受診勧奨」「禁煙指導」「ハイリスク者への直接指導」「医師との連携」「関係団体との連携」「治療中の方の指導」などであった。

この結果を人口規模別にみても、「広報誌などを用いたPR活動」「住民主体の地区組織活動」については、人口規模が大きくなるほど、それぞれ評価が高くなる傾向にあることがわかる。特に、「う触・歯周疾患」については、2.4点から3.1点とその差は大きいのが特徴である。

表 58 効果的な対策(メタボリックシンドローム)

人口規模	合計	医療費通知 の内容充実	健診・検診 の徹底	講習会等による 患者・住民教育	広報誌などを用 いたPR活動	住民主体の地 区組織活動	その他
1 5,000人未満	83	1.7	3.2	2.9	2.3	2.7	4.0
2 5,000～10,000人	113	2.0	3.5	3.0	2.4	2.8	3.7
3 10,000～20,000人	144	1.8	3.4	3.0	2.5	3.1	3.0
4 20,000～30,000人	79	2.1	3.4	3.1	2.6	2.9	2.0
5 30,000～50,000人	127	2.0	3.4	3.1	2.6	3.0	3.5
6 50,000～100,000人	158	2.1	3.5	3.1	2.6	3.1	3.5
7 100,000～300,000人	117	2.2	3.4	3.3	2.8	3.2	3.0
8 300,000人以上	54	1.9	3.4	3.0	2.6	3.2	4.0
合計	875	2.0	3.4	3.1	2.6	3.0	3.5

表 59 効果的な対策(脳卒中)

人口規模	合計	医療費通知 の内容充実	健診・検診 の徹底	講習会等による 患者・住民教育	広報誌などを 用いたPR活動	住民主体の 地区組織活動	その他
1 5,000人未満	83	1.8	3.2	2.8	2.2	2.6	4.0
2 5,000～10,000人	113	2.0	3.4	3.0	2.4	2.7	3.7
3 10,000～20,000人	144	1.9	3.3	2.9	2.4	2.8	4.0
4 20,000～30,000人	79	2.2	3.2	3.0	2.6	2.8	2.0
5 30,000～50,000人	127	2.1	3.3	3.1	2.5	2.9	3.5
6 50,000～100,000人	158	2.1	3.3	3.1	2.5	2.8	3.5
7 100,000～300,000人	117	2.2	3.4	3.2	2.8	3.1	4.0
8 300,000人以上	54	2.1	3.2	3.1	2.4	3.0	4.0
合計	875	2.0	3.3	3.0	2.5	2.9	3.7

表 60 効果的な対策(虚血性心疾患)

人口規模	合計	医療費通知 の内容充実	健診・検診 の徹底	講習会等による 患者・住民教育	広報誌などを 用いたPR活動	住民主体の 地区組織活動	その他
1 5,000人未満	83	1.8	3.2	2.8	2.2	2.5	4.0
2 5,000～10,000人	113	2.0	3.4	3.0	2.4	2.7	3.7
3 10,000～20,000人	144	1.9	3.3	2.9	2.4	2.8	4.0
4 20,000～30,000人	79	2.2	3.1	3.0	2.6	2.8	2.0
5 30,000～50,000人	127	2.1	3.3	3.1	2.5	2.9	3.5
6 50,000～100,000人	158	2.1	3.4	3.1	2.5	2.8	3.5
7 100,000～300,000人	117	2.2	3.4	3.1	2.7	3.1	4.0
8 300,000人以上	54	2.0	3.2	3.0	2.4	2.9	4.0
合計	875	2.0	3.3	3.0	2.5	2.8	3.7

表 61 効果的な対策(う触・歯周疾患)

人口規模	合計	医療費通知 の内容充実	健診・検診 の徹底	講習会等による 患者・住民教育	広報誌などを 用いたPR活動	住民主体の 地区組織活動	その他
1 5,000人未満	83	1.7	3.1	2.8	2.3	2.4	4.0
2 5,000～10,000人	113	2.0	3.1	2.9	2.4	2.6	2.8
3 10,000～20,000人	144	1.9	3.2	2.9	2.4	2.7	3.3
4 20,000～30,000人	79	2.0	3.1	3.0	2.5	2.8	2.0
5 30,000～50,000人	127	1.9	3.0	3.0	2.5	2.8	3.5
6 50,000～100,000人	158	2.1	3.2	3.0	2.5	2.7	3.3
7 100,000～300,000人	117	2.2	3.4	3.2	2.7	3.1	2.5
8 300,000人以上	54	2.0	3.3	3.0	2.6	3.0	3.8
合計	875	2.0	3.2	3.0	2.5	2.7	3.2

特定健康診査の受診率

2008年度の特定健康診査の受診率について、10%ごとの内訳まとめたものが表 62である。最も多いのが「30%～40%未満」の282自治体となっており、全体の32.2%を占めている。回答のあった自治体の受診率の平均は、29.5%であった。人口規模別にみても、人口規模が小さいほど、受診率が高い傾向にあることがわかる。なかには、受診率が89.7%、74.9%、71.4%と、非常に高い自治体もあった。

表 62 特定健康診査の受診率

	人口規模	合計	20%未満	20%~30%未満	30%~40%未満	40%~50%未満	50%~60%未満	60%以上	無回答
1	5,000人未満	83	5 (6.0%)	18 (21.7%)	16 (19.3%)	17 (20.5%)	11 (13.3%)	13 (15.7%)	3 (3.6%)
2	5,000~10,000人	113	8 (7.1%)	29 (25.7%)	30 (26.5%)	18 (15.9%)	16 (14.2%)	2 (1.8%)	10 (8.8%)
3	10,000~20,000人	144	15 (10.4%)	35 (24.3%)	44 (30.6%)	35 (24.3%)	8 (5.6%)	1 (0.7%)	6 (4.2%)
4	20,000~30,000人	79	5 (6.3%)	27 (34.2%)	27 (34.2%)	14 (17.7%)	4 (5.1%)	0 (0.0%)	2 (2.5%)
5	30,000~50,000人	127	6 (4.7%)	41 (32.3%)	54 (42.5%)	16 (12.6%)	7 (5.5%)	1 (0.8%)	2 (1.6%)
6	50,000~100,000人	158	9 (5.7%)	54 (34.2%)	54 (34.2%)	31 (19.6%)	5 (3.2%)	2 (1.3%)	3 (1.9%)
7	100,000~300,000人	117	12 (10.3%)	35 (29.9%)	43 (36.8%)	22 (18.8%)	4 (3.4%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)
8	300,000人以上	54	9 (16.7%)	17 (31.5%)	14 (25.9%)	13 (24.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)
	合計	875	69 (7.9%)	256 (29.3%)	282 (32.2%)	166 (19.0%)	55 (6.3%)	19 (2.2%)	28 (3.2%)

特定健康診査についての取り組み

特定健康診査について、「1. 健診時期」「2. 告知方法」「3. 案内情報」の3つの観点から、具体的に取り組んでいる内容およびその有効性について聞いた。取り組み内容は、「地区ごとに健診時期を指定」「健診時間を長くとり」「健診期間を土日にも設ける」「市町村報に特集を組む」「地元のメディアに取り上げてもらう」「健診の必要性を示すパンフレットを同封」「自市町村の医療費や患者数がわかるものを同封」「性別や年齢によって案内文の説明を変える」「基本健康診査の受診歴によって案内を変える」「その他」の10の選択肢を設定した。有効性の評価基準は、「4=非常に効果があった」「0=効果はなかった」と設定し、4~0点までの5段階とした。

まず、取り組みの有無を聞いたのが表 63~表 65である。「健診期間を土日にも設ける」「市町村報に特集を組む」「健診の必要性を示すパンフレットを同封」については、多くの全自治体で取り組まれており(それぞれ 68.2%、71.5%、71.0%)、「地区ごとに健診時期を指定」「健診時間を長くとり」も半数近くの自治体で取り組まれていることがわかった(それぞれ 48.7%、37.8%)。一方で、「地元のメディアに取り上げてもらう」「性別や年齢によって案内文の説明を変える」「自市町村の医療費や患者数がわかるものを同封」についてはあまり実施されておらず(それぞれ 21.9%、15.0%、10.9%)、「基本健康診査の受診歴によって案内を変える」は43自治体(4.9%)とほとんど実施されていなかった。「その他」の詳細は、「集団健診会場へのマイクロバス運行」「中間期に未受診者に受診勧奨通知する」「1人で受診できる人とそうでない人を分ける」「保険証寺新時に面接して受診勧奨する」「対象者全員に通知する」「未受診者家庭訪問」「往復はがきで申込をとる」「若い年代の受診率向上を目的に40才代の訪問指導を実施」「受診券の送付」「女性の日」を設ける」「健診の内容の充実(追加項目)」「健診のまち時間を少なくする」「地区の保健委員が通知書配布し、声がけする」「健診期間の延長」「地域の集まりの場、地区組織を通してのPR活動」「各組織、団体、会議等に地区別受診率のチラシ配布」「未申込者の訪問、生活習慣病治療者対象の訪問の際受診勧奨」「集団健診+医療機関での個別健診とする」「特定保健指導のタイトルをやさしいタイトルにかえる」「節目年齢を実施し個別通知している」「がん検診と同時実施」などであった。

次に、それぞれの取り組みの有効性について4点満点の平均値をまとめたものが表 66である。最も評価が高かったのが「健診期間を土日にも設ける」で2.9点、次いで「地区ごとに健診時期を指定」の2.8点という結果であった。最も低い評価は「自市町村の医療費や患者数がわかるものを同封」の2.5点であった。これらの結果は、先にみた取り組みの有無の結果と概ね一致し、多くの自治体で実施されている取り組みは評価も高い傾向にある。そのなかで、実施自治体がほとんどなかった「基本健康診査の受診歴によって案内を変える」の評価が2.7と比較的高いのが特徴である。

表 63 特定健康診査の取り組みの有無－1. 健診時期について

人口規模	合計	地区ごとに健診時期を指定	健診時間を長くする	健診期間を土日にも設ける
1 5,000人未満	83	36 (43.4%)	40 (48.2%)	39 (47.0%)
2 5,000～10,000人	113	62 (54.9%)	55 (48.7%)	73 (64.6%)
3 10,000～20,000人	144	88 (61.1%)	62 (43.1%)	99 (68.8%)
4 20,000～30,000人	79	37 (46.8%)	35 (44.3%)	58 (73.4%)
5 30,000～50,000人	127	77 (60.6%)	47 (37.0%)	96 (75.6%)
6 50,000～100,000人	158	75 (47.5%)	60 (38.0%)	123 (77.8%)
7 100,000～300,000人	117	40 (34.2%)	26 (22.2%)	78 (66.7%)
8 300,000人以上	54	11 (20.4%)	6 (11.1%)	31 (57.4%)
合計	875	426 (48.7%)	331 (37.8%)	597 (68.2%)

表 64 特定健康診査の取り組みの有無－2. 告知方法を工夫する

人口規模	合計	市町村報に特集を組む	地元のメディアに取り上げてもらう
1 5,000人未満	83	37 (44.6%)	4 (4.8%)
2 5,000～10,000人	113	73 (64.6%)	15 (13.3%)
3 10,000～20,000人	144	99 (68.8%)	19 (13.2%)
4 20,000～30,000人	79	62 (78.5%)	15 (19.0%)
5 30,000～50,000人	127	91 (71.7%)	29 (22.8%)
6 50,000～100,000人	158	131 (82.9%)	42 (26.6%)
7 100,000～300,000人	117	91 (77.8%)	46 (39.3%)
8 300,000人以上	54	42 (77.8%)	22 (40.7%)
合計	875	626 (71.5%)	192 (21.9%)

表 65 特定健康診査の取り組みの有無－3. 案内情報に工夫をする

人口規模	合計	健診の必要性を示すパンフレットを同封	自市町村の医療費や患者数がわかるものを同封	性別や年齢によって案内文の説明を変える	基本健康診査の受診歴によって案内を変える
1 5,000人未満	83	51 (61.4%)	10 (12.0%)	14 (16.9%)	6 (7.2%)
2 5,000～10,000人	113	86 (76.1%)	13 (11.5%)	22 (19.5%)	6 (5.3%)
3 10,000～20,000人	144	98 (68.1%)	17 (11.8%)	30 (20.8%)	11 (7.6%)
4 20,000～30,000人	79	55 (69.6%)	6 (7.6%)	11 (13.9%)	5 (6.3%)
5 30,000～50,000人	127	100 (78.7%)	17 (13.4%)	11 (8.7%)	6 (4.7%)
6 50,000～100,000人	158	119 (75.3%)	19 (12.0%)	24 (15.2%)	4 (2.5%)
7 100,000～300,000人	117	74 (63.2%)	9 (7.7%)	14 (12.0%)	5 (4.3%)
8 300,000人以上	54	38 (70.4%)	4 (7.4%)	5 (9.3%)	0 (0.0%)
合計	875	621 (71.0%)	95 (10.9%)	131 (15.0%)	43 (4.9%)