

# 汎用性のある市町村健康増進計画策定法の試みについて

－住民参加型策定方法への対応に向けて－

工藤 啓<sup>1)</sup>、荒井由美子<sup>2)</sup>

**キーワード：**健康増進計画 計画策定法 住民参加 評価指標 介入研究

## 要 旨

どのような市町村においても、またどのような保健所の支援策としても実効性ある評価指標を有する保健計画策定法の確立を検討した。既存事業の再編成（体系化）⇒優先順位付け⇒評価指標の設定⇒住民周知（住民参加）の四ステップからなる計画策定法を提案し、12町村において介入研究を行い、どの町村においてもスムーズに健康増進計画（評価指標を持つ保健計画）が可能であった。さらに、保健計画策定の当初から住民参加型策定会議を導入した方法についても検討し、住民参加型計画策定法として確立を試みた。

## Newly developed planning methodology for health promotion plan in municipalities

Kei Kudo<sup>1)</sup>, Yumiko Arai<sup>2)</sup>

**Key Word :** planning methodology, health promotion plan, municipality, participation of citizens, health promotion law

## Abstract

We developed a planning methodology for the development of health promotion plans, especially for municipalities. This planning methodology consists of 4 steps: 1) classification of the project, 2) prioritization of the project, 3) specification of goals, and 4) publicizing the project. We successfully assisted 12 municipalities (11 cities and one village) in Miyagi prefecture by using this methodology. This demonstrates that the planning methodology is suitable for municipalities and that prefectural health centers can easily assist municipalities by using this methodology. Furthermore, we modified this methodology in order to strengthen the participation of citizens, which assists the citizens themselves to live healthy lives. We assisted 4 of 12 municipalities with the modified methodology and 3 of 4 municipalities have completed health promotion plans. The remaining municipality is newly incorporated from three prior existing cities, and its plan is expected to be completed by next spring. This modified methodology is useful for health promotion planning with the participation of citizens.

---

1) 宮城大学大学院看護学研究科健康政策学・教授

Research Unit for Health Policy Sciences, Graduate School of Nursing, Miyagi University

2) 国立長寿医療研究センター

Research Unit for Nursing Caring Sciences and Psychology, National Institute for Longevity Sciences

## I はじめに

都道府県レベルでは、数値目標や評価指標を持った保健計画（例えば健康日本21などの健康増進計画）の策定は一般的である。しかし、市町村レベルではこのような保健計画策定については未だ困難な場合がある<sup>1)</sup>。特に現在では数値目標や評価指標を持つだけでなく、住民参加型の保健計画策定も求められており保健政策立案や保健計画策定については市町村においては必ずしも容易ではない<sup>2)</sup>。

そこで我々は1) 既存保健事業の整理（体系化）⇒2) 優先順位付け⇒3) 評価指標の設定⇒4) 住民周知（住民参加）という四つのステップの策定法を提案し<sup>3)</sup>、さらに住民参加型策定会議を導入する検討を加えたので報告する<sup>4)</sup>。

## II 方法

健康日本21計画（健康増進計画）策定について、平成12年度に宮城県内の全市町村を対象とするアンケート調査を行い、さらに平成15年に全国3,200の市町村から794ヶ所に対して健康日本21策定状況について抽出調査を郵送法で行った。これらの調査によって市町村レベルでの汎用性のある健康増進計画策定法に求められる条件を分析した<sup>5)</sup>。

策定方法の確立については宮城県内の町村への介入研究を行った。実効性ある政策立案、計画策定を担保するため、既存保健事業を重視し 1) 体系化（既存保健サービス事業の再編成）⇒2) 優先順位付け⇒3) 事業の目標の指標化⇒4) 住民周知（住民参加）の四ステップを基本とする策定法を提唱し、実際の健康増進計画策定に大学側が支援する形で行い、策定方法の汎用性、実効性について検証した。介入した町村は、宮城県内の宮崎町、金成町、若柳町、花山村、鶯沢町、高清水町、山元町、村田町、蔵王町、大和町、唐桑町、加美町の12町村である。

策定方法の汎用性を検証するため、人口規模の小さな村（花山村：人口1,645人、高齢化率36.9%）から、合併直後の人口規模の大きな町（加美町：人口28,280人、高齢化率27.0%）までを対象とした。高齢化率は最高 花山村36.9% 最小 村田

町22.7%であった。

住民参加手法については、蔵王町、唐桑町、大和町、加美町では住民参加型策定会議を導入し、宮崎町、若柳町、金成町、村田町では母子保健等一部で住民参加型委員によった。他の町では策定後の住民周知期間をとることによって住民の意見との調整を行った。

（倫理面への配慮）

本研では個人の保健医学的データは研究対象としてないが、倫理的な配慮を考え、対象自治体に対しても自治体ごとに倫理的な問題がないことを確認した。

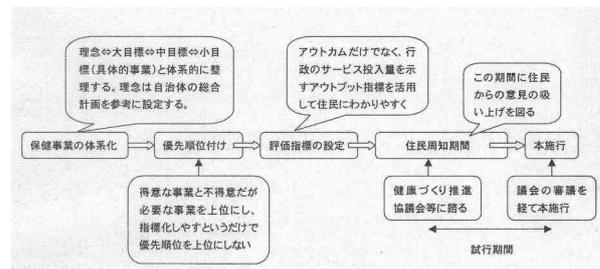
## III 結果および考察

宮城県内の全市町村に対してのアンケート調査では平成13年（3月）に仙台市をのぞく宮城県内全70市町村に対して行った。この時点で策定済み市町村は1町であった。策定上の課題となることは、指標の設定方法（38.1%）、既存データの活用方法（25.4%）、住民参加手法も含めた策定の方法そのもの（24.5%）、事前調査方法（11.2%）であった<sup>1)</sup>。

これらの事前調査と市町村へのヒアリングから、我々は評価指標をもった保健計画策定法として、保健事業の再編成（体系化）⇒優先順位付け⇒事業の目標の指標化⇒住民周知（住民参加）の四つのステップを基本とした方法を開発提案した（図1）<sup>3)6)</sup>。この策定方法は現行の保健事業の再編成からスタートするもので、四ステップという非常にシンプルな方法であり、どのような市町村においても実践的に活用できる方法であることを目指した。

平成15年度8月に行った全国市町村794ヶ所の

図1. 体系化⇒優先順位付け⇒評価指標化⇒住民周知（住民参加）



抽出調査（回収率68.7%）では、健康増進計画策定済み（27.8%）、策定中（20.5%）、予定あり（17.3%）、「予定あり」もふくめて策定済みあるいは策定中は合計65.6%であった。計画策定で課題となるのは、予算化（30.1%）、他の部局との調整作業（25.8%）、住民参加手法（21.4%）、策定方法自体がわからない（19.9%）であった。平成15年の時点では過半数を越える市町村で健康増進計画が策定あるいは策定中であったが、依然として住民参加手法や策定方法そのものに課題を抱える市町村が存在しており、我々が提唱する策定方法はこれら策定方法に課題を抱える市町村に対してなお有効であると思われる。

当初提案した策定方法では四つのステップの最後に住民周知（住民参加）を行うが、公募による住民策定委員会による策定方法（いわゆる住民参加型）についても導入を行った。

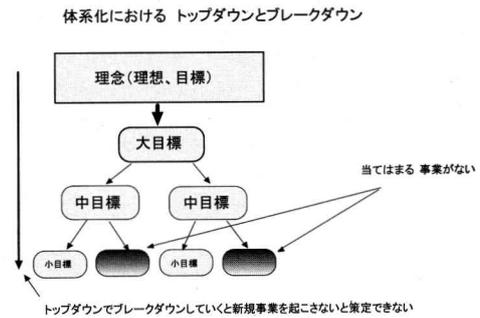
以下、既存保健事業の整理（体系化）⇒優先順位付け⇒評価指標の設定⇒住民周知（住民参加）という四つのステップ毎に検討考察を加えながら住民参加型の策定方法への応用展開について述べる。

### 1. 体系化について

体系化は個々の保健サービス事業を中目標、大目標、理念と結びつけて行く方法を取った。実際に現在行われている自治体の保健サービス事業を再編成して行くという方法であることから、政策や計画の理念とタイトな関係を確立再確認していくことで計画自体の実効性を担保することが出来た。

従来の多くの計画策定方法は、自治体の課題をあげてそこからブレークダウンするという理念（理想、目標）⇒大目標⇒中目標⇒具体的保健サービス事業という方向性を持つことが多く<sup>7)</sup>、こういった方法を取る場合の弊害として、具体的保健サービス事業がなかった場合には新たに保健サービス事業を起こす必要があり、新規事業を前提とした政策立案や計画策定となることから多くの市町村では現実的な方法とは言えない。また、新規事業を起こしたとしても既存事業との整合性が担保されない危険性が生じることになる（図2）<sup>8)</sup>。

図2. 体系化（既存事業の再編成）の考え方

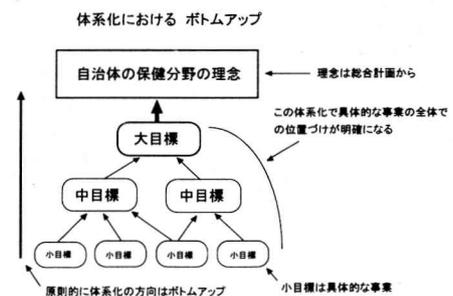


本研究で提案した既存事業再編成による体系化では、具体的保健サービス事業（小目標）⇒中目標⇒大目標⇒理念（理想、目標）というボトムアップの方向性をとる。そのため、現在の保健サービス事業から組み上げる方向なので、実効性が初めから担保されること、および既存事業との整合性については既存事業の再編成そのものであることから考慮する必要がないことなど、どのような市町村レベルでも政策立案、計画策定が容易にできる利点がある（図3）。特に新規事業を前提としない行政改革改善等には応用が効く方法である。

また、理念（理想や目標）については、その自治体の最上位計画である総合計画の保健（あるいは福祉）分野から参照する方法をとった。そのため、策定された健康増進計画は行政的にも整合性が保障される策定方法である。

以上のように既存事業の再編成で行う体系化は多くの利点があるが、欠点として政策立案や計画策定が、現状肯定になりやすい傾向があった。また、既存保健サービス事業にない新規の健康課題が生じた場合などは、対応する政策立

図3. 体系化の考え方 その2



案や計画策定が困難となることが生じた。これは既存事業の再編成という前提からは免れない欠点と言えるため、既存事業の体系化を用いた政策立案や計画策定をする場合は、例えば都道府県の保健所や大学や研究機関等の第三者機関からの評価が必要だと思われる。

## 2. 優先順位付けについて

優先順位は体系化で行った中目標、大目標に対して行うようにした。優先順位付けの根拠は既存の衛生統計やアンケート調査などによった。住民参加型ではこの部分は住民側の意見やコメントとの調整作業となる。優先順位付けにおいての障害は大きくわけて2つほどある。一つはこの前の段階の体系化が的確に行われてないと、中目標や大目標に対して優先順位づけが困難となることである。つまり、中途半端な体系では実際の自治体の優先順位を表すことが困難となることがある。もう一つの障害は、次の段階の目標の指標化を意識しすぎるあまり、指標化しやすいものを優先順位の上位に上げることである。この場合は、完成した健康増進計画は評価指標の明確な計画となるが、実際の自治体の課題とかけ離れた評価しやすい事業だけのものとなりやすい。すなわち評価しやすい事業が上位となる優先順位付けとなる。

優先順位付けが成功するかどうかは、前の段階の体系化が的確におこなわれているかどうかによると考えられた。

## 3. 目標の評価指標化

保健目標の評価指標化については、いわゆる都道府県や国の数値目標とは異なることを明確にすることが前提となる。数目標化を強調しすぎると市町村の場合は選挙公約のようなとらえ方となり、行政手続き上の問題が生じて評価指標化が困難となる。すなわち行政上の数値目標となれば行政内部の決裁が不可欠となり場合によっては議会での審議まで必要となる場合がある。市町村における保健事業の評価指標化とは、公衆衛生の Plan Do See サイクルのための評価指標化が目的であることを十分に理解周知する必要がある。また、都道府県や国の評価指標はアウトカム指標（成果指標）が一般的である

が、市町村健康増進計画などでは必ずしもアウトカム指標だけでなく、行政のサービス投入量（事業や予算、人員）であるアウトプット指標の採用も考慮する必要がある。

アウトカム指標は成果指標であることから、最終的な事業の評価はアウトカム評価で行うべきであるが、都道府県や国レベルと異なり市町村レベルでは人口規模が小さく、さらにアウトカムを得るためには改めて調査がその都度必要なことから（すなわち調査予算が必要となる）必ずしも実用的ではない場合もある。また、住民にとっては市町村が何をサービスするかを表すアウトプット指標の方がわかりやすい場合も多い。よって市町村における健康増進計画やその他の評価指標を持った保健計画ではアウトカムとアウトプット指標を組みあわせて事業評価することが現実的である。

実際の評価指標化については、個々の事業に指標をつけることはせずに、体系化後の中目標について評価指標をつけることを行っている。すなわち、中目標を代表する事業のアウトプット指標や、中目標を代表するアウトカム指標をつけるように行う。規模の大きな市では当然のことながらアウトカム指標とアウトプット指標を付け、中小規模の町村であればアウトカム指標を省略してアウトプット指標のみでも可としている。

このように市町村レベルの健康増進計画ではアウトプット指標は必ずつけるようにした上で、可能ならばアウトカム指標をつけるようにして、実効性ある計画となるように、また、住民から見てもわかりやすい計画であることを目指した。

## 4. 住民周知と住民参加

本研究ではいわゆる住民参加型策定会議を経ないで健康増進計画を策定した自治体と、住民参加型策定会議による健康増進計画策定の自治体と大きくわけて二つの策定方法をとっている。しかし、今後は健康増進計画等の策定や政策立案には住民参加型策定会議の設置が不可欠である。現在のように市町村合併が進めば住民参加型策定会議の設置についてはより自治体として積極的になることが予想される。規模の小さな

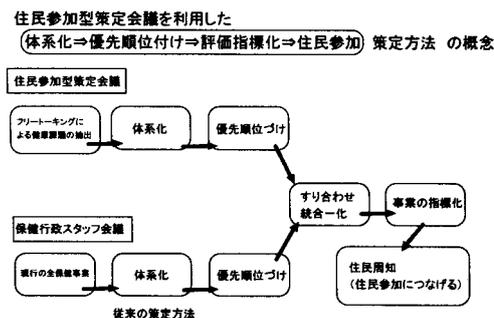
自治体では住民参加型策定会議の設置は時間や予算の制約から困難な場合があるが、合併によって規模が大きくなれば行政機構が充実することからより容易になることが予想される。

初期の介入研究の町では住民周知を徹底することにより住民参加へとつなげる工夫を行った。その根拠は、厚生省の「健康日本21実践の手引き」の記載にもあるように、Feingdd, E.は、住民参加の段階をしめしており、第1段階 知らせる⇒第2段階 相談・協議⇒第3段階 パートナーシップとしていることから、初めから目標とする第3段階のパートナーシップから入らず、第1段階の 知らせる=住民周知を重視したことによる<sup>7)</sup>。

本研究の後半ではすべて住民参加型策定会議による健康増進計画策定となった。この理由は健康増進法による健康増進計画の法的な担保が大きいのと思われる。法的な担保があることにより地方自治体全体で健康増進計画の策定に取り組む環境が整い、住民参加型策定会議設置の行政的な手続きが容易になったことが大きい。さらに、今後の市町村合併を経た自治体では公募による住民参加型策定会議が基本となると思われる。人口規模の大きくない自治体では住民と行政は非常に近い関係であり日々の保健活動の中で住民意見の吸い上げが可能であるが、合併後の自治体では規模が大きくなることから、従来のような住民と行政の近接性は損なわれる可能性が高く、公募による住民参加型策定会議によって十分な住民意見の吸い上げが重視されることが予想される。

住民参加型策定会議設置の場合にも、住民の健康課題フリートキング内容を体系化し、さらに優先順位付けするという方法を用いた<sup>9)</sup>。この住民参加型策定会議の内容と行政スタッフの体系化、優先順位付けの内容をすり合わせて政策立案や計画策定を行うようにした(図4)。住民側の案と行政側の案がほぼ同じであれば問題はないが、異なる場合にもこのようなすり合わせは有効である。一般的には住民側の案は理想案となり、行政側の案は現実的な案となる。また住民側の案も行政側の案も体系化されると

図4. 住民参加型策定会議との調整(すり合わせ)を用いた方法



非常に理解しやすく俯瞰的な案となることから、相互に相手側の案が理解しやすく、それぞれが相互に対案となることから建設的な討議が可能となるなどのメリットがある。このように住民参加型策定委員の案と行政スタッフの案との調整融合を行った後に評価指標を設定し、最終的に住民周知(健康増進計画の場合はシンポジウムなどを)という手順とした。

介入研究対象とした12町村において11町村が健康増進計画を策定し、1町は合併後の新町として健康増進計画を現在再策定中である(2004年度末に完成予定)。

#### IV 結語

- 1) どのような市町村においても、またどのような保健所の支援策としても実効性ある評価指標を有する保健計画策定法の確立を検討した。
- 2) 市町村においては、評価指標を持ち、住民参加を導入した計画策定法についての経験が不足していた。よってこれらを補う実効性ある政策立案、計画策定法の確立が求められた。
- 3) 既存事業の1)再編成(体系化)、2)優先順位付け、3)評価指標の設定、4)住民周知(住民参加)の四ステップからなる計画策定法を提案し、12町村において介入研究を行った。
- 4) このような体系化⇒優先順位付け⇒評価指標設定⇒住民周知(住民参加)の四ステップからなる方法は、どの町村においてもスムーズに健康増進計画(評価指標を持つ保健計画)が可能であった。
- 5) さらに、保健計画策定の当初から住民参加型策定会議を導入した方法についても検討し、住

民参加型計画策定法として確立を試みた。

## 謝 辞

この研究にあたりご協力頂きました旧宮崎町、金成町、鶯沢町、花山村、若柳町、高清水町、村田町、山元町、蔵王町、唐桑町、大和町、加美町の役場スタッフに深謝致します。この研究の一部は、平成15年度厚生労働科学研究費補助金がん予防等健康科学総合研究事業「市町村の指標化された中長期サービス政策立案に関する研究」(H15-がん予防-052) および平成16年度宮城大学研究補助金による。内容の一部は第62回日本公衆衛生学会総会(京都2003年10月)で発表した。英文抄録およびタイトルについては本学チャールズ・アダムソン教授からアドバイスを頂いたことに感謝致します。

## 文 献

- 1) 佐々木裕子、工藤 啓、片倉成子、他. 市町村における健康日本21地方計画策定の現状について—宮城県内70市町村の調査から— No.34, 14,4) 2002
- 2) 右田周平、工藤 啓、湯澤布矢子 保健事業の評価指標設定の困難感と保健師の属性による比較検討 宮城大学看護学部紀要 Vol 7,41-51, 2004
- 3) 工藤 啓、佐々木裕子、右田周平、荒井由美子 健康日本21市町村地方計画策定の展望と課題 公衆衛生 Vol65(8), 596-600, 2001
- 4) 工藤 啓、右田周平、荒井由美子 住民参加型健康日本21市町村計画策定方法の新しい試み 日本公衆衛生雑誌(第62回日本公衆衛生学会総会抄録集) Vol 50(10), 267, 2003
- 5) 佐々木裕子、工藤 啓、吉岡悦子 市町村における健康日本21地方計画策定の課題について 日本公衆衛生雑誌(第60回日本公衆衛生学会総会抄録集) Vol 48(10), 337, 2001
- 6) 工藤 啓、菅沼 靖、右田周平 他 健康日本21市町村計画策定支援について —保健所との市町村共同策定支援の試み— 公衆衛生, 66(10) 749-753, 2002
- 7) 地域における健康日本21実践の手引き 厚生

省財団法人健康・体力づくり事業財団 p111-122東京, 1999

- 8) 工藤 啓、右田周平、菅沼 靖、他 地域ケアシステム構築の手法について—企画書と計画書の重要性 公衆衛生, 67 (6), 449-451, 2003
- 9) 右田周平、工藤 啓 保健事業の評価指標の設定に対する保健師の受け止め方について 日本公衆衛生雑誌(第61回日本公衆衛生学会総会抄録集) Vol 49(10), 448, 2002