

## 全国の市町村における「健康日本21」地方計画の策定と評価

ワカバシ 若林 チヒロ\*1    クニサワ ナオコ 國澤 尚子\*2    シムラ ヒロミ 新村 洋未\*1    オジマ トシユキ 尾島 俊之\*6  
 カワシマ ミチコ 川島 美知子\*4    カヤバ カズノリ 萱場 一則\*3    ミウラ ヨシヒコ 三浦 宜彦\*3    ヤナガワ ヒロシ 柳川 洋\*5

**目的** 全国の市町村における「健康日本21」地方計画の策定と評価の現状について明らかにすることを目的とした。

**方法** 全国3,207市町村（2003年3月現在）を対象に行った「健康づくりに関する現状調査」（2003年6月実施）で回答のあった2,570市町村のうち、市町村合併が行われなかった2,516市町村を対象に、2004年3月、自記式質問紙による郵送調査を行った結果、1,641市町村から回答があった（回答率65.2%）。

**結果** 「健康日本21」地方計画を策定済みまたは策定予定の市町村は72.6%に達していたが、都道府県別の開きが大きく、人口規模の小さい市町村で策定率が低かった。地方計画の最終評価時期は2010年または策定から10年後と位置づけており、中間評価もそれに合わせて予定していた。評価方法は、健診結果の利用または質問調査の実施とした市町村が多かったが、人口規模の小さい市町村では質問調査の実施予定率が低く、評価方法の種類も少なかった。

**結論** 「健康日本21」地方計画の策定状況、中間および最終評価の実施予定、評価に用いる資料について、人口規模別の違いを明らかにした。中間・最終評価の実施に当たっては、地域の保健所、大学などの支援が必要である。

**キーワード** 健康日本21, 市町村, 地方計画, 評価

### I 緒 言

国は2000年3月に「健康日本21」を公表し<sup>1)</sup>、これを受けて都道府県、次いで市町村が独自の「健康日本21」地方計画の策定に着手している。「健康日本21」では2010年までに健康水準の向上の程度を客観的な指標をもって評価することになっている。しかし、市町村単位では、健康水準を把握するための指標が十分に得られなかったり<sup>2)</sup>、独自の調査実施も困難であるなど、地方計画の策定や評価には課題もある。

そこで、全国の市町村（東京都特別区を含む。以下同様）における「健康日本21」地方計画策

定の進行状況と、地方計画到達目標達成度の評価方法についての現状を明らかにする目的で本研究を実施した。

### II 方 法

2003年6月に、全国の3,207市町村（同年3月現在）を対象に、「健康づくりに関する現状調査」を実施した。その調査<sup>3)</sup>（2003年6月実施）で回答のあった2,570市町村のうち、市町村合併が行われなかった2,516市町村を対象に、2004年3月、調査結果を報告するとともに「健康日本21」地方計画の評価の状況に関する質問を行った。

\* 1 埼玉県立大学保健医療福祉学部講師    \* 2 同助教授    \* 3 同教授    \* 4 同大学事務助手    \* 5 同大学学長  
 \* 6 自治医科大学公衆衛生学助教授

その結果、1,641市町村から回答があった(回答率65.2%)。

調査項目は、地方計画策定状況、中間評価および最終評価の実施予定の有無と実施時期、評価の方法とした。分析は、各市町村の人口規模

別と、都道府県別に行った。人口は、5,000人未満、5,000人以上10,000人未満、10,000人以上30,000人未満、30,000人以上の4区分に分けた。市町村人口は2000年3月31日の住民基本台帳人口とし、その後の市町村合併などについては調査日現在の状態にデータを併合した。

表1 市町村人口規模別、健康日本21地方計画の策定状況

(単位 市町村, ( )内%)

	総数	策定済み	平成16年度以降に策定予定	策定予定なし
総数	1 626(100.0)	651(40.0)	530(32.6)	445(27.4)
5,000人未満	314(100.0)	91(29.0)	93(29.6)	130(41.4)
5,000人以上10,000人未満	373(100.0)	128(34.3)	132(35.4)	113(30.3)
10,000人以上30,000人未満	486(100.0)	171(35.2)	174(35.8)	141(29.0)
30,000人以上	453(100.0)	261(57.6)	131(28.9)	61(13.5)

注 無回答は除いて集計した。

### Ⅲ 結 果

#### (1) 地方計画の策定状況

市町村人口規模別の地方計画策定状況を表1に示す。全体では、40.0%が「策定済み」、32.6%が「平成16年度以降に策定予定」、27.4%が「策定予定なし」であった。

市町村の人口規模別にみると、人口30,000人以上の市町村では、「策定済み」が57.6%と高率で、「策定予定なし」が13.5%と低率であった。5,000人未満の人口規模の小さな市町村では「策定予定なし」が41.4%を占めた。

都道府県別の策定状況について図1に示す。「策定済み」の割合が最も高かったのは青森県の97.2%、次いで岩手県の84.2%であった。最も低かったのは高知県で、「策定済み」は5.3%であり、県内の84.2%の市町村が「策定予定なし」で、他の県と比べても顕著に低い値であった。

#### (2) 中間評価、最終評価の実施予定

市町村人口規模別の中間評価および最終評価の実施予定を表2に示す。地方計画策定済みの市町村のうち、中間評

図1 都道府県別、地方計画策定状況

(単位 %)

青森	97.2	0.0	2.8
岩手	84.2	13.2	2.6
大分	76.5	11.8	11.8
大阪	75.0	15.0	10.0
山形	72.4	27.6	0.0
静岡	72.2	6.7	11.1
奈良	71.4	19.0	9.5
鳥取	69.2	23.1	7.7
愛知	66.0	30.6	3.2
佐賀	61.9	28.6	9.5
群馬	59.0	28.2	12.8
宮城	57.9	31.6	10.5
島根	54.2	33.3	12.5
岡山	52.2	32.6	15.2
秋田	51.4	40.0	8.6
兵庫	48.3	40.0	12.0
沖縄	47.4	42.1	10.5
和歌山	44.4	44.24	11.1
山口	44.0	28.0	28.0
宮崎	42.3	34.6	23.1
新潟	42.3	36.5	21.2
長崎	41.7	19.4	38.9
富山	38.9	33.3	27.8
東京	37.8	40.5	21.6
長野	37.3	44.1	18.6
山梨	35.3	35.3	29.4
熊本	35.3	21.4	45.2
石川	33.3	40.7	25.9
福井	30.8	53.8	15.4
埼玉	29.7	37.5	32.8
岐阜	29.4	23.5	47.1
神奈川	29.4	29.4	41.2
福岡	28.4	30.2	43.4
福島	26.2	47.6	26.2
京都	25.0	25.0	50.0
香川	23.5	47.1	29.4
三重	20.0	26.7	53.3
北海道	19.8	40.3	39.6
栃木	18.8	37.5	43.8
千葉	18.4	28.6	53.1
愛媛	15.6	51.1	33.3
広島	15.2	27.3	57.6
鹿児島	14.0	22.5	62.5
滋賀	13.0	43.5	43.5
徳島	12.5	43.8	43.8
茨城	8.7	58.2	32.6
高知	5.3	10.5	84.2

□策定済み □平成16年度以降に策定予定 □策定予定なし

価は、「実施予定あり」が71.7%、「実施未定」が24.9%、「実施しない」が3.4%であった。最終評価は、「実施予定あり」が78.8%、「実施未定」が19.7%、「実施しない」が1.5%であった。

人口規模別にみると、中間評価は、人口規模の大きい市町村ほど「実施予定あり」の割合が高く、人口規模が小さい市町村ほど「実施未定」の割合が高かった。最終評価は、人口10,000人以上30,000人未満と30,000人以上の市町村では8割以上の市町村が「実施予定あり」としていたが、5,000人以上10,000人未満の市町村では71.8%、5,000人未満の市町村では64.7%と、人口規模が小さい市町村で「実施予定あり」の割合が低かった。

中間評価および最終評価の実施予定年度について図2に示す。

中間評価の実施予定年度は、2007年度の市町村が31.7%で最も多く、79.2%は2005年度から2007年度の間を実施するとしていた。最終評価の実施予定年度は、2010年度の市町村が40.9%で最も多く、次いで多いのは2012年度の23.1%であった。

中間評価の実施予定年度から最終評価の実施予定年度までの年数を表3に示す。5年間の間隔を空けている市町村が58.9%と過半数を占め、次いで4年間の20.9%であった。

### (3) 評価方法

市町村人口規模別に、中間評価や最終評価で採用する評価方法を表4に示す。地方計画策定済みの市町村のうち、「質問調査」を採用とした市町村が72.2%、「健診成績」が77.6%、「過去の調査成績」が51.3%、「既存資料」が67.2%であった。

人口規模別にみると、「質問調査」は人口規模

表2 市町村人口規模別、中間評価および最終評価の実施予定

(単位: 市町村, ( )内%)

	総数	実施予定あり	実施未定	実施しない
中間評価				
総数	611(100.0)	438(71.7)	152(24.9)	21(3.4)
5,000人未満	87(100.0)	50(57.5)	32(36.8)	5(5.7)
5,000人以上10,000人未満	116(100.0)	76(65.5)	34(29.3)	6(5.2)
10,000人以上30,000人未満	156(100.0)	114(73.1)	36(23.1)	6(3.8)
30,000人以上	252(100.0)	198(78.6)	50(19.8)	4(1.6)
最終評価				
総数	603(100.0)	475(78.8)	119(19.7)	9(1.5)
5,000人未満	85(100.0)	55(64.7)	27(31.8)	3(3.5)
5,000人以上10,000人未満	117(100.0)	84(71.8)	30(25.6)	3(2.6)
10,000人以上30,000人未満	160(100.0)	133(83.1)	25(15.6)	2(1.3)
30,000人以上	241(100.0)	203(84.2)	37(15.4)	1(0.4)

注 地方計画策定済み651市町村のうち、中間評価実施の有無に無回答の40市町村、最終評価実施の有無に無回答の48市町村を除いて集計した。

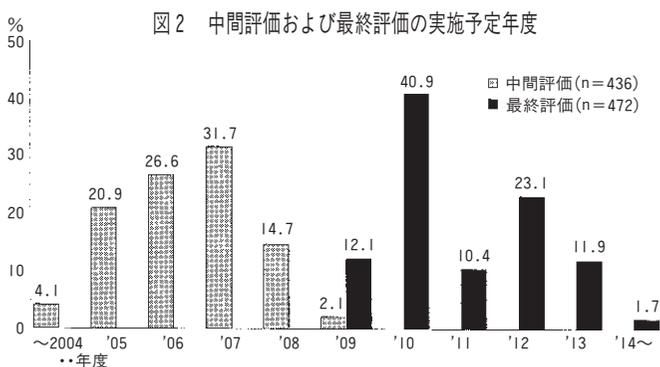


表3 中間評価から最終評価までの年数

	実数 (%)
総数	387 (100.0)
1年間	1 ( 0.3)
2年間	15 ( 3.9)
3年間	45 (11.6)
4年間	81 (20.9)
5年間	228 (58.9)
6年間	11 ( 2.8)
7年間	4 ( 1.0)
9年間	1 ( 0.3)
10年間	1 ( 0.3)

注 中間評価年度、最終評価年度ともに記載のある市町村のみを集計した。

が大きい市町村ほど採用する割合が高かった。「健診成績」「過去の調査成績」「既存資料」の3項目は、いずれも人口5,000人以上10,000人未満の市町村で最も高かった。特に「健診成績」と「過去の調査成績」は他の市町村に比べて10ポイント前後の開きがあった。また人口5,000人未満の市町村では、「過去の調査成績」は39.1%と他の市町村と比べて著しく低かった。

市町村人口規模別に、4項目の評価方法の採用数を計算したものを表5に示す。4項目すべての方法を採用するとしている市町村が38.6%と最も多かった。

人口規模別にみると、4項目すべての方法を採用する市町村は、人口規模の大きな市町村ほど多かった。人口5,000人未満の小さい市町村では、2項目という市町村が30.5%と最も多く、1項目のみという市町村も20.3%あった。

表4 市町村人口規模別、中間および最終評価の方法

(単位 市町村, ( )内%)

	n	質問調査	健診成績	過去の調査成績	既存資料
総数	522	377 (72.2)	405 (77.6)	268 (51.3)	351 (67.2)
5,000人未満	64	39 (60.9)	46 (71.9)	25 (39.1)	41 (64.1)
5,000人以上10,000人未満	92	62 (67.4)	80 (87.0)	58 (63.0)	64 (69.6)
10,000人以上30,000人未満	143	104 (72.7)	112 (78.3)	76 (53.1)	96 (67.1)
30,000人以上	223	172 (77.1)	167 (74.9)	109 (48.9)	150 (67.3)

注 複数回答。中間評価か最終評価どちらか一方でも実施する市町村を対象にした。

表5 市町村人口規模別、評価方法の項目数

(単位 市町村, ( )内%)

	n	1項目	2項目	3項目	4項目
総数	484	66 (13.6)	106 (21.9)	125 (25.8)	187 (38.6)
5,000人未満	59	12 (20.3)	18 (30.5)	13 (22.0)	16 (27.1)
5,000人以上10,000人未満	89	7 (7.9)	19 (21.3)	33 (37.1)	30 (33.7)
10,000人以上30,000人未満	135	20 (14.8)	30 (22.2)	32 (23.7)	53 (39.3)
30,000人以上	201	27 (13.4)	39 (19.4)	47 (23.4)	88 (43.8)

注 中間評価か最終評価どちらか一方でも実施する市町村のうち、4項目の評価方法すべてに無回答の市町村を除いて集計した。

#### IV 考 察

「健康日本21」は、科学的な根拠に基づいた健康政策Evidence-Based Health Policyを立案して個人の主体的な健康づくりを支援し、健康寿命の延伸を実現しようというものである。この考え方は、すでにアメリカ合衆国のHealthy People 2000<sup>4)</sup>や英国のThe Health of the Nation<sup>5)</sup>などで取り入れられており、健康水準の向上について人口の各層別に具体的な数値目標が設定されている。

このような国民の健康づくりを支援する健康政策は、サービスの提供者からみてもサービスを受ける消費者からみても説得力のあるものにならなければならないと指摘されている<sup>6)</sup>。そのためにも、国は、統計資料など必要な情報を利用しやすい形に整理して地方自治体などに提供する役割を担っており、市町村は、これら統計資料を地域単位に蓄積するとともに独自の情報収集を行って、「健康日本21」地方計画を策定、評価することが求められている<sup>7)</sup>。

##### (1) 策定状況について

調査に回答のあった市町村のうち、72.6%が「健康日本21」地方計画を策定済みまたは策定予定としていた。これを都道府県別にみると、

策定済みの割合に大きな開きがあった。市町村の策定が進んでいる都道府県では、「健康日本21」に対する期待が背景にあると思われる。策定済みの割合が最も高かった青森県の場合、長年、都道府県別平均寿命の順位が低迷し、2000年は男女ともに最下位であったため、短命県返上のための健康政策に力を入れ、様々な施策を実施している。このような県の姿勢が、県下の市町村の地方計画策定状況にも影響を及ぼしているものと考えられた。

人口規模の小さな市町村ほど策定状況が遅れており、人口5,000人未満の市町村では41.4%が策定を予定していなかった。その理由の1つとして、人口規模の小さな市町村では、この数年以内に市町村合併計画が決定ないし協議されているところが多いため、現在の市町村単位では予定が立てにくいことも考えられる。

人口規模の大きな市町村、特に人口30,000人以上の市町村で地方計画策定済みの市町村が多かった。この背景には、人口規模の大きな市町村では健康政策にかかわる職員数が多いことや、保健師以外にも多様な専門職が配置されることがあると思われた。「健康日本21」では、栄養・食生活の改善、運動習慣の普及、こころの健康、歯の健康など幅広い領域にまたがる健康づくりを目標にしているため、多様な知識が必

要になる。人口規模の大きい市町村では、栄養士、理学療法士、精神保健福祉士、歯科衛生士など多様な職種が配置されており、地方計画策定に有利な環境が整っているためであろう。これに対し、人口規模の小さな市町村では、数少ない職員ですべての分野の健康施策を担当しており、保健師以外の職種も少なく、予算規模も小さい。大学や研究機関、市民活動組織など、地方計画策定に当たり支援や関与が求められている外部の組織や資源も限られており、策定が進みにくいのではないかと考えられた。

### (2) 評価時期について

最終評価の年度は2010年に予定している市町村が多かった。これは、「健康日本21」が2010年を目標としていることに合わせているためと思われる。また2012年にも小さな山がみられた。これは、2003年6月に行った調査<sup>3)</sup>で、地方計画策定済み・予定の市町村の約半数は2003年を策定年度としていることから、策定以後10年間で成果を挙げるという「健康日本21」の目標を反映して2012年に最終評価を設定したためと考えられる。

中間評価から最終評価までの年数が5年間という市町村が最も多く、他の市町村も2010年に合わせて評価年度を設定しているところが多かったのも、「健康日本21」の目標を反映しているものと思われる。中間評価を終えた段階で、効果的な事業に転換するよう見直しを図る市町村もあり、調査票の自由記載欄には、中間評価結果に基づく健康づくり事業の変更、方向転換、重み付けなどについて専門的な助言や支援が必要という切実な声があった。

### (3) 評価方法について

評価方法の項目数は4項目すべて実施するとした市町村が全体の3分の1を占めていたが、人口規模の小さな市町村では項目数が少なく、人手も時間も予算も制限のある小さな市町村では多様な評価方法をとりにくい面があった。

具体的な評価方法としては、健診成績を利用

する市町村が最も多かった。健診はすべての市町村で実施しているため確実にデータが得られ、利用しやすいためであろう。

地方計画の評価には各地域独自の情報収集も必要で、質問調査は有効な方法である。しかし、質問調査を行うとした市町村に比べて、過去の調査成績を利用するとしたところは少なかった。これは、活用できるような調査がこれまでに行われていないことも考えられる。過去の調査成績との比較により経年変化を観察することができれば、より充実した評価が可能になると考えられるので、過去に実施した類似の調査が有効活用できるように質問調査の設計と調査実施体制を整えることが大切である。

既存資料の利用については、「健康日本21」における目標達成度を評価するための指標として市町村単位の利用が困難なものも多い。しかし、現状でも、市区町村別生命表（厚生統計協会）、人口動態保健所・市区町村別統計（同）、国民健康保険統計表（都道府県国民健康保険団体連合会）などは市町村単位でデータが得られ、これらを活用して評価することが可能である。

人口規模別にみると、5,000人未満の市町村はどの評価方法も最も低かったが、5,000人以上10,000人未満の市町村は、健診成績、過去の調査成績を採用する割合が最も高くなっていた。通常、人口規模が5,000人未満の市町村では、より少ない保健師で業務を担当しなければならず、また人口規模が10,000人以上の市町村では、保健師1人当たりの人口数が大きくなり業務量が増えてしまう。5,000人以上10,000人程度の人口規模の市町村は、保健師も複数おり、他の職種も配置されている場合が多く、保健活動を行う条件がよいと考えられる。今回の結果で健診成績や過去の調査成績を採用する割合が高かったのは、このような環境から既存のデータがよく整理されているためではないかと考えられた。

質問調査を実施する市町村の割合は、人口規模の小さいところほど低かった。他の方法と比べて、質問調査は人手や費用、時間、関係者の協力などを要するため、人口規模の小さい市町村では十分な資源を得にくく、実施が難

しい状況があるためと考えられた。ただし、人口規模の小さい市町村では、人口規模の大きい市町村にありがちな縦割り行政の弊害が小さく、健康関連部局以外の部局との合同調査が実施しやすい面もあり、市町村の特性を生かした柔軟な対応ができる<sup>8)</sup>。合併協議中の市町村では、仮に中間・最終評価を行う予定であっても、質問調査などは多額の費用を要するので、実施が困難な状況にあると考えられる。

自由記載欄に記入された内容をみると、評価の困難さに関する意見が多かった。「健康日本21」で目標にしている健康寿命および住民の健康づくりに対する主体的取り組みについては、具体的にどのように評価すればよいかという意見も多かった。神田ら<sup>9)</sup>が検討しているように、既に国民生活基礎調査などの全国データの蓄積があり、簡便に利用できる指標の有効性を検討する必要があると思われた。評価方法について、地域の保健所、大学などの技術的な支援が必要であろう。

## V 結 語

「健康日本21」の地方計画を策定済みまたは予定のある市町村は4分の3に達していたが、都道府県別の差が大きく、人口規模の小さい市町村で策定率が低かった。地方計画の最終評価時期は2010年または策定から10年後と位置づけており、中間評価もそれに合わせて予定されていた。評価方法は、健診結果を利用したり質問調査を行うとした市町村が多かったが、人口規模の小さい市町村ほど採用する評価方法の数も少なく、新たな質問調査を行う割合も低くなっており、評価方法や情報について国や都道府県の具体的な支援が必要と思われた。

## 謝辞

本調査は、平成15年度厚生労働科学研究『「健康日本21」の到達目標達成度の評価方法に関する実践的応用研究』班のプロジェクト研究として行われた。調査にご協力いただいた市町村の担当者各位に心より御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会報告書. 健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動について). 財団法人健康・体力づくり事業財団, 2000.
- 2) 尾島俊之, 中村好一, 谷原真一, 他. 健康日本21におけるデータ収集のあり方. 厚生指標 2000; 47(13): 34-41.
- 3) 三浦宜彦. 「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績. 厚生指標 2005; 52(1): 15-21.
- 4) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2000. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1995.
- 5) The Secretary of State for Health. The health of the nation. London: HMSO, 1995.
- 6) 柳川洋. 生活習慣病(後篇) 1次予防から治療まで「健康日本21」計画の策定. 最新医学 2002; 57: 1286-98.
- 7) 柳川洋. 健康政策への応用. 柳川洋, 中村好一, 児玉和紀, 三浦宜彦編. 地域保健活動のための疫学. 東京: (財)日本公衆衛生協会, 2000; 223-7.
- 8) 尾島俊之, 多治見守泰, 大木いずみ, 他. 全国の市町村における疫学研究と個人情報保護に関する検討の現状. 厚生指標 2001; 48(13): 22-8.
- 9) 神田晃, 尾島俊之, 柳川洋. 自覚的健康観の健康指標としての有効性—「健康日本21」に向けて—. 厚生指標 2000; 47(5): 33-7.