

「健康日本21」地方計画における事業実施と評価

ワカバヤシチヒロ	シムラ	ヒロミ	クニサワ	ナオコ
若林チヒロ*	新村	洋未 ^{2*}	國澤	尚子*
ヤマグチ	メグミ	カヤバ	カズノリ	ミウラ
山口	恵*	萱場	一則*	三浦
オジマ	トシユキ	サカタ	キヨミ	ヤナガワ
尾島	俊之 ^{4*}	坂田	清美 ^{5*}	柳川
				ヒロシ
				洋 ^{3*}

目的 市区町村は、「健康日本21」地方計画においてどのような分野の健康づくり事業を実施し効果をあげているのか、中間評価や最終評価をどのように実施する予定かを明らかにし、市区町村が地方計画をすすめるための基礎資料を提供する。

方法 2003年6月に全市区町村を対象に実施した調査で地方計画を策定済み・予定とした市区町村1,446か所のうち、2005年6月20日現在の合併市区町村を除いた953か所を対象に質問紙にて郵送調査を実施した結果、793か所から回答があった（回収率83.2%）。このうち地方計画策定済み市区町村638か所を分析対象とした。調査は2005年7月に実施した。

結果 地方計画は2003年度に策定した市区町村が多く、中間評価は2006～2007年度実施予定が6割を占めた。最終評価は4割が2010年度実施予定としていたが、2011年度以降も半数を占めた。中間評価、最終評価ともに6割以上が実施予定であったが、人口10万人未満では人口規模の小さい市区町村ほど低率であった。

中間評価の方法は、統計資料の利用、独自の質問調査の実施、健康診断成績の利用、他目的で実施した調査利用の順で、10万人以上の市区町村は独自の質問調査と他目的で実施した調査利用が高率であった。統計資料は、10万人未満のところでは地域保健・老人保健事業報告が、10万人以上では人口動態統計が多く、医療費の統計、老人医療費の統計、介護認定資料は3万人未満で高率であった。

事業実施は、栄養・食生活、身体活動・運動、歯の健康の順に多く、たばこ、歯の健康、アルコールは10万人以上の市区町村で高率で、休養・こころの健康づくり、がん、糖尿病は、1万人未満で低率であった。事業の効果があったとした市区町村の割合は、身体活動・運動とたばこで約半数と高く、アルコールで2割と低かった。

結論 「健康日本21」地方計画は、中間評価や最終評価の実施予定年度を遅くする市区町村が増えていた。中間評価の方法は、独自に調査実施するよりも既存の統計資料を利用するとした市区町村が多かったが、市区町村別のデータが得られる統計資料は少なく限界がある。健康づくり事業で効果があったとした市区町村はいずれの分野でも半数以下であった。国は中間評価や最終評価の方法や効果的な事業についての情報を提供する必要がある。

Key words : 健康日本21, 地方計画, 評価, 市区町村, 健康づくり事業

1 はじめに

1999年に国が「健康日本21」¹⁾を発表したのをうけて、全国の市区町村では独自の「健康日本21」地方計画の策定に着手している^{2~4)}。「健康日本21」では2010年までまたは計画策定から10年後を目処に健康水準を向上させることを目的としているため、多くの市区町村が今後数年間のうちに中

* 埼玉県立大学健康開発学科

2* 埼玉県立大学看護学科

3* 埼玉県立大学

4* 浜松医科大学健康社会医学

5* 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座
連絡先: 〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820
埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科
若林チヒロ

間評価を実施し、後半の事業展開を検討する予定になっている⁵⁾。「健康日本21」では科学的で客観的な評価を行うことが求められているが、地方計画の評価には定まった方法があるわけではなく、各市区町村にその方法は任されている。しかし既存の統計資料を利用する場合も市区町村別の値は得られないものが多く課題も多い⁶⁾。そこで、全国の市区町村ではどのような方法を用いて中間評価を実施する予定なのかを明らかにする調査を行った。また地方計画策定以後現在までに各市区町村はどのような分野の健康づくり事業で効果をあげていると認識しているのかも明らかにし、今後の「健康日本21」地方計画事業の展開に参考となる資料を作成する。中間評価や実施事業は市区町村の人口規模による差異が大きいため、検討は人口規模別に行った。

II 研究方法

1. 調査方法

調査対象の市区町村は、2003年6月に厚生労働科学研究費補助金により全国すべての市区町村を対象に実施した「地方計画策定に関する調査」で、「健康日本21」地方計画を策定済みまたは予定と回答があった市区町村1,446か所のうち、2005年6月20日現在の合併市町村を除いた市区町村953か所（2006年6月20日現在の総市区町村数2,393か所の39.8%）に質問紙調査を郵送にて配布・回収した。回答市区町村数は793か所で、回収率は83.2%であった。このうち、「健康日本21」地方計画を策定済みの市区町村638か所について集計を行った。調査は2005年7月に実施した。

2. 調査項目

調査項目は、下記の内容で尋ねた。最終評価の目標達成度と事業の効果については、回答者の主観による回答である。

中間評価の実施状況：「実施済み」、「実施予定」、「実施予定なし」、「未定」とし、「実施済み」と「実施予定」の市区町村については実施（予定）年度と中間評価の方法についても尋ねた。

中間評価の方法：「健康診断成績の利用」、「独自の質問調査の実施」、「他の目的で実施した調査の利用」、「統計資料の利用」のうち該当するものを複数回答で尋ね、統計資料については13種類を提示して複数回答で選択してもらった。

最終評価の実施状況：「実施予定」、「実施予定なし」、「未定」とし、「実施予定」の市区町村に対しては実施予定年度も尋ねた。

最終評価での目標達成度：「最終評価では、どのくらい目標を達成できそうですか」との質問項目で、「ほぼすべての項目で達成見込み」、「半数以上の項目で達成見込み」、「一部の項目で達成見込み」、「ほぼすべての項目で達成困難」の4択で尋ねた。

事業実施：10分野の健康づくり事業を挙げ、地方計画策定後に各分野の推進のために事業を実施したか否かを尋ねた。

事業の効果：10分野の事業を実施した市区町村に対し、それぞれの事業の効果を「効果あり」、「効果不明」として尋ねた。

3. 分析方法

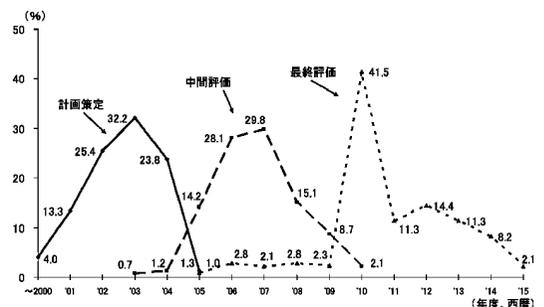
分析は、市区町村の人口規模別に行った。市区町村人口は、2005年3月31日現在の住民基本台帳人口とし、10,000人未満、10,000人以上30,000人未満、30,000人以上100,000人未満、100,000人以上の4区分に分けた。

III 研究結果

1. 評価の実施状況

地方計画策定年度と、中間評価、最終評価を実施する市区町村の実施年度とを図1に示した。地方計画の策定は、2003年度に行った市区町村が32.2%と最も多く、本調査回答のすべての市区町村が2005年度までに地方計画の策定を完了としていた。中間評価は、2006年度または2007年度に実施する市区町村が最も多く、57.9%を占めていた。最終評価は、2010年度に41.5%の市区町村

図1 地方計画策定年度と中間評価、最終評価実施（予定）年度



が実施するとしていたが、2011年度以降に実施する予定の市区町村も半数あった。

人口規模別に、中間評価と最終評価の実施状況を表1に示す。まず中間評価の実施状況をみた。中間評価「実施済み」は1.4%にすぎなかったが、66.5%は今後「実施予定」であった。人口規模別にみると、3万人以上10万人未満の市区町村と10万人以上の市区町村との間に差はないが、10万人未満の3つの区分の市区町村の間では、人口規模の小さい市区町村ほど「予定なし」と「未定」の市区町村が多く、実施予定とした市区町村が低率であった。 $(\chi^2$ 検定, $P=0.006$)

つぎに最終評価の実施予定をみた。最終評価の実施は「未定」が32.5%あるものの、「予定なし」とした市区町村は3.5%と少なかった。64.0%は「実施予定」としていた。人口規模別にみると、3

万人以上10万人未満の市区町村と10万人以上の市区町村との間には差はないが、10万人未満の3つの区分の市区町村の間では人口規模の小さい市区町村ほど「未定」の市区町村が多く、「実施予定」とする割合が低率であった。 $(\chi^2$ 検定, $P<0.000$)

中間評価を「実施済み」、「実施予定」とした市区町村の中間評価の方法を人口規模別に表2に示した。最も多かったのは「統計資料の利用」の78.7%で、「独自の質問調査の実施」は68.9%、「健康診断成績の利用」は60.7%であった。「他の目的で実施した調査の利用」は37.9%と少なかった。人口規模別にみると、人口10万人以上の市区町村は、「独自の質問調査」を85.7%が、「他の目的で実施した調査の利用」を51.3%が利用しており、他の市区町村よりも高率であった。

「統計資料の利用」で中間評価を行うとした市

表1 市区町村人口規模別中間評価と最終評価の実施状況

(単位 市区町村, ()内%)

	合 計	実施済み	実施予定	実施予定なし	未 定
中間評価					
総 数	630(100)	9(1.4)	419(66.5)	91(14.4)	111(17.6)
1万人未満	152(100)	2(1.3)	83(54.6)	29(19.1)	38(25.0)
1万人以上3万人未満	151(100)	2(1.3)	92(60.9)	26(17.2)	31(20.5)
3万人以上10万人未満	169(100)	2(1.2)	128(75.7)	19(11.2)	20(11.8)
10万人以上	158(100)	3(1.9)	116(73.4)	17(10.8)	22(13.9)
最終評価					
総 数	630(100)		403(64.0)	22(3.5)	205(32.5)
1万人未満	151(100)		72(47.7)	9(6.0)	70(46.4)
1万人以上3万人未満	149(100)		94(63.1)	5(3.4)	50(33.6)
3万人以上10万人未満	169(100)		121(71.6)	4(2.4)	44(26.0)
10万人以上	161(100)		116(72.0)	4(2.5)	41(25.5)

注 無回答の市区町村は除いて集計した。

表2 人口規模別中間評価の方法

	合 計	健康診断成績の利用	独自質問調査の実施	他目的の調査を利用	統計資料
総 数	428(100.0)	260(60.7)	295(68.9)	162(37.9)	337(78.7)
1万人未満	85(100.0)	57(67.1)	56(65.9)***	25(29.4)***	65(76.5)*
1万人以上3万人未満	94(100.0)	61(64.9)	50(53.2)	34(36.2)	77(81.9)
3万人以上10万人未満	130(100.0)	74(56.9)	87(66.9)	42(32.3)	99(76.2)
10万人以上	119(100.0)	68(57.1)	102(85.7)	61(51.3)	96(80.7)

注 複数回答。中間評価を「実施済み」または「実施予定」とした市区町村を対象とした。

***: $P<.001$, *: $P<0.05$ 。人口規模とそれぞれの評価方法の有無とで χ^2 検定を行った。

区町村が利用する統計資料を図2に示した。最も多かったのは「地域保健・老人保健事業報告」で70.9%の市区町村が、次いで「人口動態統計」を66.5%が、「健康・栄養調査」を56.1%が利用するとしていた。「患者調査」は5.6%と少なかった。人口規模別の分析を図3に示した。最も多く利用される統計資料は、10万人未満の市区町村では

「地域保健・老人保健事業報告」であったが、10万人以上の市区町村では「人口動態統計」であった。「医療費の統計」、「老人医療費の統計」、「介護認定資料」は人口3万人未満の市区町村でのみ高率であった。「介護給付等実態調査」は人口規模が小さい市区町村ほど高率であった。

最終評価での目標達成見込みを図4に示した。「ほぼすべての項目で達成見込み」とした市区町村は1.6%、「半数以上の項目で達成見込み」とした市区町村は31.2%であった。65.1%の市区町村は「一部の項目で達成見込み」ととどまっており、2.1%は「ほぼ全ての項目で達成困難」としていた。人口規模別にみると、3万人以上10万人未満

図2 中間評価で用いる統計資料

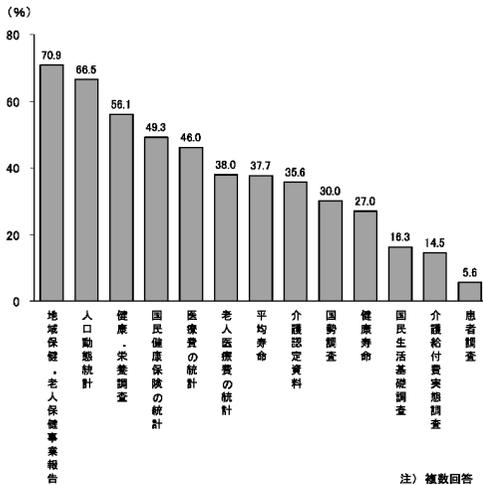


図4 人口規模別最終評価での目標達成の見込み

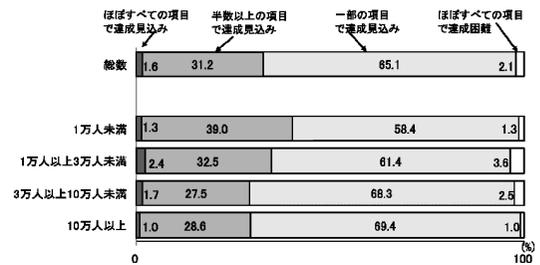
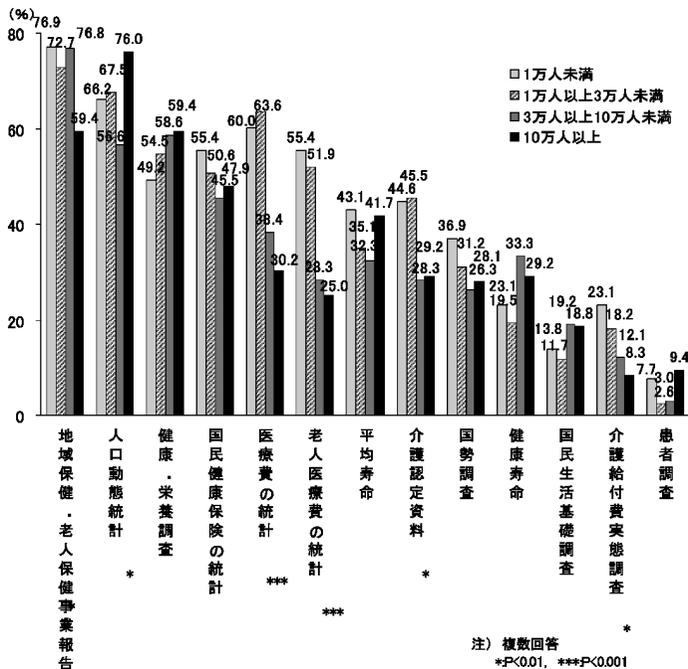


図3 人口規模別中間評価で用いる統計資料



の市区町村と10万人以上の市区町村との間には差がないが、10万人未満の3つの区分の市区町村の間では、人口規模が小さい市区町村ほど、「半数以上達成見込み」とした割合が大きかった。

2. 地方計画策定以後の事業の実施状況とその効果

地方計画策定以後の各分野の事業実施の有無を図5に示した。最も多かったのは「栄養・食生活」の92.5%、次いで「身体活動・運動」の90.7%、「歯の健康」の81.7%が多く、「たばこ」は70.4%であった。「アルコール」は39.4%と低率であった。人口規模別の分析を図6に示した。「たばこ」、「歯の健康」、「アルコール」は、人口10万人以上の市区町村で高率であった。「休養・こころの健康づくり」、「がん」、「糖尿病」は、1万人未

満の市区町村で低率であった。

地方計画策定以後に各分野の事業を実施した市区町村のうち、実施した効果があったとした市区町村の割合を図7に示した。効果があったとした市区町村の割合が高いのは「身体活動・運動」が50.5%、次いで、「たばこ」が47.6%、「栄養・食生活」が41.2%であった。最も低いのは「アルコール」の20.5%であった。人口規模別の分析を図8に示した。人口規模別には明らかな違いがみられなかった。統計的には有意ではなかったが、「栄養・食生活」は1万人未満の市区町村は33.3%で他の市区町村よりも低率であり、「アルコール」は10万人以上の市区町村で高率である傾向がみられた。

図5 「健康日本21」地方計画策定以後に実施した事業

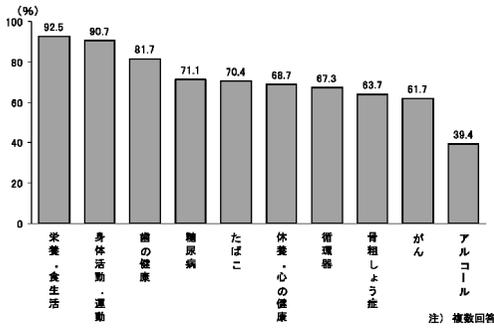


図7 「健康日本21」地方計画策定以後に実施して効果のあった事業

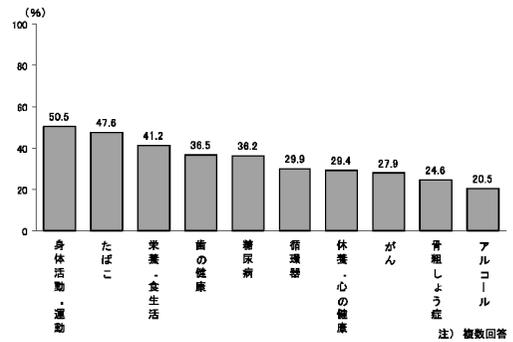
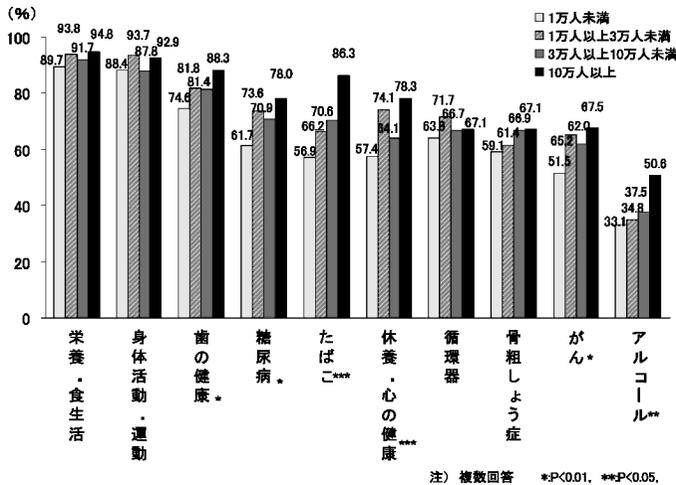
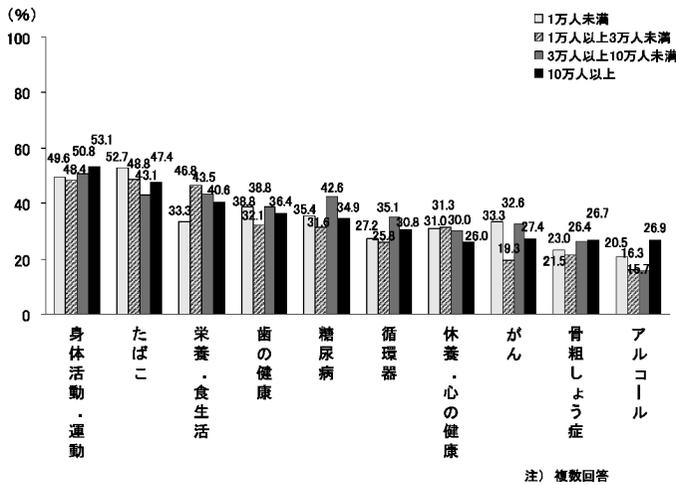


図6 人口規模別「健康日本21」地方計画策定以後に実施した事業



注) 複数回答 *P<0.01, **P<0.05.

図8 人口規模別「健康日本21」地方計画策定以後に実施して効果のあった事業



IV 考 察

1. 中間評価と最終評価の実施

本調査の結果を2004年3月に実施した調査結果⁵⁾と比較して検討すると、「健康日本21」地方計画の中間評価を「実施予定なし」とする割合は3.4%から本調査では14.4%に増加していた。最終評価は、「実施予定なし」とした割合は変わらないものの、「実施する」とした割合は78.8%から64.0%に低下し、「実施未定」とした割合は19.7%から32.5%に増加していた。また、中間評価の実施年度は2008年度以降とした市区町村が16.8%から25.9%に、最終評価の実施年度は2013年度以降とした市区町村が13.6%から21.6%に増加しており、いずれも遅い年度に移行していた。このように年数が経つに連れて、中間評価・最終評価の実施が決定しないままに先送りに実施予定年度が遅くなる市区町村が増えていた。年数が経るなかで、予算の削減や市町村合併の方針変更など何らかの問題が生じ、当初予定していたとおりには中間評価や最終評価を実施できないと判断したものと考えられる。「健康日本21」の目的は客観的な数値で示した目標値達成をめざすことにあり、地方計画の最終段階においては本来すべての市区町村において目標達成の評価をすべきである。そのためには、「健康日本21」を国民健康運動として位置づけた国は、市町村が中間および最終評価を実施できるようサポートする体制を作ら

ねばならない。

中間評価の方法として独自の質問調査を実施するとしていたのは、人口10万人以上の人口規模の大きな市区町村でのみ高率で、人口10万人未満の市区町村では50～60%台にとどまっていた。調査には人手や費用が必要なため、人口規模の小さい市区町村では独自に調査を実施する体制が作りにくいものと考えられた。前回の調査では中間評価と最終評価を区別せず「評価に利用する方法」として尋ねたため、中間評価についてのみ尋ねた本調査結果の方が各方法への回答は低い値を示すと予想されたが、「統計資料の利用」は、前回調査の67.2%から今回調査の78.7%へと増加していた。2003年の個人情報保護法の制定で市区町村では倫理的手続きが求められるようになり調査を実施しにくくなるなか⁷⁾、公表済みの統計資料の利用には法制度上の障害がなく費用や人手も必要としないため、中間評価の方法に利用する市区町村が増加したものと考えられる。

「健康日本21」で客観的な中間評価や最終評価を実施するためには市区町村別の統計資料を整備する必要性が指摘されている⁶⁾が、本調査でも地域保健・老人保健事業報告や人口動態保健所・市区町村別統計（厚生統計協会）、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、市区町村単位でデータが得られる統計資料の利用率が高く、国民生活基礎調査や患者調査など市区町村別データが得られない統計資料は利用率が低

かった。市区町村別生命表(厚生統計協会)からは、健康水準の総合指標である平均寿命が市区町村別に得られるが、これを用いる市区町村は、中間評価に統計資料を用いる市区町村のうちの37.7%にとどまった。とくに人口規模の小さい市区町村ではデータの誤差が大きいという欠点があるためかと考えられた。健康寿命は27.0%の市区町村が利用するとしていたが、現状では統一した健康寿命の計算方法はなく、他の市区町村との相互比較による検討も難しい。各市区町村がどのような指標を健康寿命の概念に含めようとしているのかを参考にしつつ、国は健康寿命の統一した計算方法を示す必要がある。医療費の統計や老人医療費の統計、介護認定資料など、医療や介護の費用に関する統計資料は、人口3万人未満の市区町村で多く利用されていた。データの整理・集計に手間がかかるこのような情報の解析は人口規模の小さい市区町村の方がきめ細かく行うことが可能であり、利用する市区町村が多いものと考えられた。「健康日本21」は健康水準の変化を客観的なデータで把握し評価することを重視している。患者調査や医療費の統計、老人医療費の統計、介護認定資料、介護給付費等実態調査によって、疾病や障害の保有率などの推移で検討することは有用であるが、疾病や死亡に施策の結果が反映されるには長い期間を要する。そのため、疾病の危険因子である栄養状態や運動量などの生活習慣の推移を観察する方法が考えられる。しかし健康・栄養調査や国民生活基礎調査は、市区町村レベルで利用できるようには設計されていないため、現状ではこれらの調査結果と比較可能な方法や項目で市区町村独自に質問調査を実施するしか生活習慣の変容を測定する方法はないであろう。そのような調査の単独実施は現状の人員や費用の体制では困難な市区町村も多いため、大学や研究機関などの協力を得たり、複数の市区町村と共同調査を実施するなどして、地域ごとの比較可能なデータを収集・分析することも1つの方法と考えられた。

2. 事業の実施と効果

「健康日本21」の主要な事業10分野の実施の有無と、実施した事業の効果について尋ねたが、ここでいう「効果」とは、大部分は回答者の主観的な判断であり、調査や統計資料などによる客観的なものではない。主観的な判断による効果につい

ては、回答者の健康づくり事業のキャリアや価値観などの要因に左右すると考えられる。調査票は「健康日本21」地方計画の担当者が回答していると予想されるが、回答者の職種(回答者の76.3%は保健師)以外の属性は尋ねていないため、この点は本調査の限界である。

「栄養・食生活」は92.5%と10分野のうち最も高い事業実施率であったが、その効果があったとした市区町村は41.2%にとどまった。「栄養・食生活」は地域保健活動の基本として従来から必ず行っていた事業であり、特別な事業を実施しない限り明らかな効果を期待しにくかったのではないかと思われる。

「身体活動・運動」は事業実施した市区町村の半数で効果があったとしており、最も評価が高かった。運動習慣をもつ人の割合や1日の歩行数などは数値で即反映されるものであり、事業の効果の有無を判断しやすかったという面もあるであろう。

「たばこ」の事業実施率は70.4%と10分野の中では、とくに高いとはいえなかった。市区町村がたばこ対策を行わない理由は、市区町村内のコンセンサスを得られないことや、禁煙教育の技術的方法の不足、地域のたばこ販売業者やたばこ税による収入の大きさを指摘している調査報告もある⁸⁾。本調査結果で人口規模の小さな市区町村ほど実施率が低かったのは、これらの影響が強くてやすく、事業を実施しにくかったためではないかと考えられた。事業の効果については47.6%の市区町村が効果ありとしており、10分野の事業の中で2番目に高かった。たばこ対策は、健康増進法で受動喫煙の害についての知識が普及したり、駅での喫煙禁止など、生活のさまざまな場面で禁煙・分煙化が進んだりしたことや⁹⁾、法律の制定により行政が協力的になったため事業を展開しやすい状況になったことも指摘されており¹⁰⁾、「健康日本21」地方計画の事業による効果のみではなく、健康増進法の施行(2003年5月)、たばこ規制に関する世界保健機関枠組み条約の効力発生(2005年2月)などによる複合的な効果もあったと考えられる。本調査でも人口規模の大きな市区町村で実施率が高かったのは、交通機関や公共の場での禁煙・分煙化、繁華街での歩きたばこ禁止など、人口密集地での受動喫煙対策が広がったか

らではないかと考えられた。健康増進法による効果が期待できるなか、地方計画の健康づくり施策としてもたばこ対策をとりあげる意味は大きいと考えられた。

「休養・心の健康づくり」に関する事業は68.7%が実施していたが、その効果は29.4%と低かった。この分野は効果が短期的には反映されにくく、効果を評価しにくい面があるのかもしれない。たとえば自殺率の低下などは効果が明らかになるには時間を要する。経済問題や労働条件、家族や近隣との人間関係のあり方など社会背景の変化によって生じている問題もあり、単年度の事業で期待できる効果には限界がある。中間および最終評価の方法としても、禁煙の有無、運動時間、歩数などのように測定しやすいものではないため、多様な人口集団を対象に的確で容易に測定できる指標の開発が必要で、中間および最終評価の方法にも課題がある分野である。

「アルコール」は事業実施も効果も10項目中もっとも低かった。アルコールは、どの程度の頻度や量の摂取が健康に害があるか明確でもなく、容易には人の行動も変わりにくいというため取り上げにくいのであろう。ただし10万人以上の市区町村でのみ事業実施率が高率であり、人口規模の大きな市区町村では飲酒に関連した問題が多く、対策が必要とされていることがわかる。

「休養・心の健康づくり」や「アルコール」は人口規模の大きな市区町村で事業の実施率が高かった。多量飲酒や自殺、抑うつなどの健康課題の背景には、働き方や家族関係、地域のサポートネットワークのあり方など大都市特有の要因があるため、人口規模の大きな市区町村ほど事業の実施率が高かったものと考えられた。

循環器疾患や骨そしょう症、糖尿病などの疾患対策の事業はその効果が明らかになるまで時間がかかり、また長期的な影響を評価しにくいというため、効果が低かったものと思われた。

全体に事業の実施率は、人口規模の大きい市区町村で高く、人口規模の小さい市区町村で低かった。この背景には、人口規模による保健師の数や専門職種の多様さ、予算規模の差があると考えられる。人口規模の大きい市区町村では、歯科衛生士や栄養士など保健師以外の多様な専門職が雇用されており、地域内にも様々な機関や住民組織が

あり、協力関係を築きやすいというメリットがある。人口規模の小さな市区町村では、少ない職員数でこれらの事業を行わなければならないのが現状かもしれない。しかし反面、人口規模の小さな市区町村では、一人の担当者が多様な事業に関与する機会が多く、各事業相互の関連性や長所、短所を比較しながら事業をすすめられる点は長所である。地域の多様な健康課題は必ずしも独立したものではなく、背景にある要因には共通の問題が存在している。一人の担当者が多様な事業を経験することでこれら背景要因への視点を深めることができ、多様な解決策を提示できる可能性がある点は、人口規模の小さな市区町村の長所ともなり得ると考えられた。また人口規模の大きな市区町村では対象とする住民の属性も多様で人数も多く、住民のニーズにきめ細かく対応したサービスを提供しづらいが、人口規模の小さな市区町村ではきめ細かい対応が可能という点は長所である。いずれの市区町村でも、健康づくりの担い手は住民自身であるという基本に立ち返り、食生活改善推進員や保健委員、民生委員といった地域住民自身の手による活動や、地域住民のオピニオンリーダーとなるような住民組織を支援することも有効な健康づくり事業につながると考えられた。

本調査で尋ねた事業の効果は最も多い分野でも50%と全体的に低く、効果が低いと判断された事業は見直しを図る必要がある。各市区町村は人口規模や地域環境の類似性をも考慮して、他の市区町村で実施して効果をあげている事業に関する情報収集を行い、より効果の得られる事業に転換を図らなければならない。そのためには、中間評価が実施されるこの数年以内に、国は全国の市区町村に対して効果的な事業に関する情報を十分に提供し支援していくことが求められる。

V おわりに

「健康日本21」地方計画は、中間評価や最終評価の実施予定年度を遅くする市区町村が増えていた。中間評価の方法には市区町村が独自に調査を実施する方法よりも既存の統計資料を利用するところが多かったが、市区町村別のデータが得られる統計資料は少なく、限界がある。地方計画策定以後に実施した健康づくり事業で効果があ

ったとした市区町村は、いずれの分野でも半数以下であった。今後数年以内に中間評価を実施する予定の市区町村も多いため、国は中間評価や最終評価の方法や効果的な事業についての情報を提供する必要がある。

本研究は平成17年度文部科学省研究費補助金による研究事業「健康日本21」の目標達成度を測定するための疫学指標の開発と評価に関する研究（主任研究者：柳川 洋）」の一環として実施した。

（受付 2006. 8. 8）
（採用 2007. 3.23）

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) 三浦宜彦, 萱場一則, 國澤尚子, 他. 「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.
- 3) 片野田耕太, 廣田晃一, 松村康弘. 自治体区分別にみた健康日本21地方計画における数値目標策定状況. 日本公衆衛生雑誌 2005; 52: 817-823.
- 4) 國澤尚子, 川島美知子, 若林チヒロ, 他. 「健康日本21」の目標値設定に関する現状把握. 保健師ジャーナル 2006; 62(2): 140-145.
- 5) 若林チヒロ, 國澤尚子, 新村洋未, 他. 全国市町村における「健康日本21」地方計画の策定と評価. 厚生指標 2005; 52(6): 1-6.
- 6) 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.
- 7) 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): 22-28.
- 8) 谷畑健生, 尾崎米厚, 青山 旬, 他. 全国市町村におけるたばこ対策実施状況. 厚生指標 2004; 51(10): 27-33.
- 9) 新村洋未, 萱場一則, 國澤尚子, 他. 全国の市町村における喫煙対策事業の実施状況と重要性の認識. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51: 814-821.
- 10) Kayaba K, Wakabayashi C, Kunisawa N, et al. The implementation of a smoke-free policy on school premises and tobacco control as a priority among municipal health promotion activities. A nationwide survey in Japan. Am J Public Health 2005; 95: 420-422.