

原 著

自治体の衛生部門における健康増進事業のプロセスの現状と課題：
6 府県全市町村調査の分析結果より

オオソ 大曾	モノリ 基宣 ^{*、2*}	ツシタ 津下	カズヨ 一代 [*]	コンドウ 近藤	ナオキ 尚己 ^{3*}	タブチ 田淵	タカヒロ 貴大 ^{4*}
アイダ 相田	ジュン 潤 ^{5*}	ヨコヤマ 横山	テツジ 徹爾 ^{6*}	トオマタ 遠又	ヤスタケ 靖丈 ^{7*}	ツジ 辻	イチロウ 一郎 ^{7*}

目的 健康日本21（第二次）の目標を達成するため、各自治体は健康課題を適切に評価し、保健事業の改善につなげることを求められている。本研究は、健康日本21（第二次）で重視されるポピュレーションアプローチに着目して、市町村における健康増進事業の取組状況、保健事業の企画立案・実施・評価の現状および課題について明らかにし、さらなる推進に向けたあり方を検討することを目的とした。

方法 市町村の健康増進担当課（衛生部門）が担当する健康増進・保健事業について書面調査を実施した。健康増進事業について類型別、分野別に実施の有無を尋ねた。重点的に取り組んでいる保健事業における企画立案・実施・評価のプロセスについて自記式調査票に回答してもらい、さらに参考資料やホームページの閲覧などにより情報を収集した。6府県（宮城県、埼玉県、静岡県、愛知県、大阪府、和歌山県）の全260市町村に調査票を配布、238市町村（回収率91.5%）から回答を得た。

結果 市町村の健康増進事業は、栄養・食生活、身体活動、歯・口腔、生活習慣病予防、健診受診率向上などの事業に取り組む市町村の割合が高かった。その中で重点的に取り組んでいる保健事業として一般住民を対象とした啓発型事業を挙げた市町村は85.2%、うちインセンティブを考慮した事業は27.4%、保健指導・教室型事業は14.8%であった。全体では、事業計画時に活用した資料として「すでに実施している他市町村の資料」をあげる市町村の割合が52.1%と半数を占め、インセンティブを考慮した事業においては、89.1%であった。事業計画時に健康格差を意識したと回答した市町村の割合は約7割であったが、経済状況、生活環境、職業の種別における格差については約9割の市町村が考慮していないと回答した。事業評価として参加者を評価指標にあげた市町村は87.3%であったのに対し、カバー率、健康状態の前後評価は約3割にとどまった。

結論 市町村における健康増進・保健事業は、全自治体において活発に取り組まれているものの、PDCAサイクルの観点からは改善の余地があると考えられた。国・都道府県は、先進事例の紹介、事業の根拠や実行可能な運営プロセス、評価指標の提示など、PDCAサイクルを実践するための支援を行うことが期待される。

Key words : 健康日本21（第二次）、市町村、健康増進事業、健康格差、ポピュレーションアプローチ

日本公衆衛生雑誌 2020; 67(1): 15-25. doi:10.11236/jph.67.1_15

* あいち健康の森健康科学総合センター

2* 名古屋女子大学文学部児童教育学科

3* 東京大学大学院医学系研究科

4* 大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部

5* 東北大学大学院歯学研究科

6* 国立保健医療科学院生涯健康研究部

7* 東北大学大学院医学系研究科

責任著者連絡先：〒470-2101 知多郡東浦町大字森岡字源吾山 1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 津下一代

I. 緒 言

「第一次国民健康づくり対策」「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年度に開始した「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」¹⁾では、健康づくりの一次予防が強調され、根拠に基づいた目標設定と評価が行われるとともに、自治体の実情に合わせた健康増進計画策定と評価が重視され

た。以降、各自治体は、健康増進計画を策定し、さまざまな健康増進・保健事業を継続的に推進している。

平成25年度から開始された「健康日本21（第二次）」²⁾では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目標として掲げている。この目標を達成するため、集団全体の疾病リスクを低減させることをねらったポピュレーションアプローチ³⁾に積極的に取り組むよう示されている。しかし、キャンペーンなどをはじめとした知識啓発型ポピュレーションアプローチには、健康に関心の高い市民の参加が多く、社会経済的な事情などにより健康づくりに積極的に意識を向けるゆとりのない「健康行動に無関心な市民」の参加が少ないとの指摘がある。また、健康行動に無関心な市民は約7割存在するとの報告⁴⁾もあることから、健康行動に無関心な市民へのアプローチは重要な課題といえる。

そこで近年、健康行動に無関心な市民に対しても健康づくりの意識向上をねらう新しい取り組みとして、住民へのインセンティブ付与を行う健康ポイント事業が注目されている。インセンティブは、「行動が生起するために必要な外的条件」と定義⁵⁾される。健康ポイント事業において住民が受けるインセンティブの内容は、商品やサービスと交換できるポイント、健康グッズ、社会的な表彰など多様である。

国は、自治体における健康ポイント事業を推進しており、平成26年度より総務省、文部科学省、厚生労働省などの支援のもと産官学連携により「自治体連携型大規模健康ポイントプロジェクト」において、参加者の行動に繋がるポイント付与方法などについて検討されている⁶⁾。さらに平成28年度には、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」⁷⁾が示された。このような国による推進もあり、全国の自治体において健康ポイント事業が広く実施され始めている^{8~10)}。

自治体における保健事業においては、従来より、計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Action）のPDCAサイクルを意識した事業展開が必要とされてきた¹¹⁾。ポピュレーションアプローチにおいても、PDCAサイクルの視点は重要と考えられ、とくに適切な評価が必要である。しかし、自治体におけるポピュレーション事業の企画立案・実施・評価に至るプロセスの実態については、優良事例の発表⁸⁾や、事例報告¹²⁾が散見されるものの、我々が知る限り全数調査は存在しない。

そこで本研究では、宮城県、埼玉県、静岡県、愛知県、大阪府、和歌山県に協力を要請し、全市町村

に対してアンケート調査を実施することとした。市町村におけるポピュレーションアプローチは、市町村の創意工夫が活かされる場面である。また、とくに健康ポイント事業は歴史が浅いことから、新たなアプローチ方法に対する市町村の関心度が反映されやすいと考えられる。

そこで、本研究は、ポピュレーションアプローチ、とくにインセンティブ付与の有無に着目し、市町村における健康増進・保健事業の取り組み状況を調査した。その企画立案・実施・評価に至るプロセスについて、PDCAサイクルやストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの評価の視点から、現状と課題を明らかにするとともに、今後の推進方策を検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. アンケート調査票の作成

市町村成人健康増進担当課（衛生部門）が主担当または副担当として実施している健康増進・保健事業について、類型別（「健康な環境整備事業」「啓発事業（イベント、講演会、広報など）」「健康づくり教室（主に一般対象）」「健康づくりボランティアなどの養成事業」）、分野別（栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔、生活習慣病予防、フレイル・認知症予防、メンタルヘルス・自殺予防、がん予防、健診受診向上）に分類して、実施の有無を尋ねた。健康増進・保健事業を健康な環境整備事業、イベント・講演会などの啓発事業、健康づくり教室（主に一般対象）、健康づくりボランティアなどの養成事業に分けて聞いた理由は、環境整備は環境が変わることで人々の行動が変容されて疾病リスクを集団全体で減らす可能性が高いのに対し³⁾、啓発は行動変容が個人の置かれた社会環境に依存するためかえって健康格差を拡大する可能性があり^{13~15)}、両者の性質が大きく異なることが指摘されているためである。

また、この5年間で新たに取り組んだり事業改善に努めたりするなど、最も力を入れている健康増進・保健事業（以下、重点的な保健事業）を一つ選択してもらい、事業概要（自由記述）、開始のきっかけ、企画・運営の主体部門、企画検討時の情報や参考資料、健康格差を意識したか、運営時における庁内外の連携状況、事業評価を尋ねた。

調査票の設計には、わが国の保健事業で広く実施されているストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム評価の視点¹⁶⁾に加え、RE-AIMモデルの観点（Reach, Efficacy, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance）^{17~20)}を参考に

しつつ、市町村事業の流れに沿う形で調査票を作成した。調査実施前年度に愛知県内市町村で予備調査を実施し、回答のしやすさなどについて検討後、調査票を改良した²¹⁾。

2. 調査方法

調査対象を表1に示す。6府県の全260市町村の成人健康増進担当課を対象に、2017年7月に調査票を配布した。調査票への回答のほか、参考となる資料の送付を要請した。アンケート項目に記載がない、または記載が不十分な場合には、電話などでアンケート項目に沿った聞き取りを行った。さらに、資料の郵送依頼、ホームページ上での事業内容の閲覧により事業類型を確認した。調査期間は2017年7月～8月とした。回答者の属性として、担当課、保健師などとしての経験年数、現在の担当課での経験年数を尋ねた。

3. 分析方法

1) 健康増進・保健事業の取組状況

健康増進担当課にて取り組んでいるすべての健康増進・保健事業について、主担当として実施、他部門に協力して実施を含めて、類型別、分野別に取組状況を算出した。

2) 重点的な保健事業

重点的な保健事業として市町村が記載した事業について、1)の調査票における分野別に分類した。さらに一般住民を対象とした啓発型事業と一定の基準値以上のリスク保有者に対する保健指導・教室型事業に整理し、分野別の実施率を比較した。また健康ポイント事業など住民へのインセンティブを考慮しているかどうかの観点で、分野別の実施状況を比較した。

3) 重点的な保健事業の企画立案・実施・評価

2)で整理したアプローチ方法別で市町村における重点的な保健事業の企画立案・実施・評価状況を比較した。すなわち、開始のきっかけの観点(国・都道府県・市町村の重点政策、専門家などの有識

者・委託業者の勧め、首長・上層部の指示など)、計画検討時の活用資料の観点(国の検討会資料・ガイドラインなど、研修会資料、学会ガイドライン、すでに実施している市町村の資料、自治体の過去の報告書)、計画の際に意識した健康格差の視点(地域、性・年齢層、経済状況、生活環境、職業の種別、保険者の種別、健康行動に無関心な市民など)、連携状況の観点(単課、健康福祉関連の他課、それ以外の他課、医師会、栄養士会・看護師会など、住民組織、市町村内の職域、委託業者が実施)、事業評価の観点(所内の実施体制、他課・地域や職域との連携、マニュアル作成、マニュアル通りの運営、費用・マンパワー、スケジュール管理、委託業者は期待通りの業務だったか、参加者数、カバー率、参加者の行動変容、健康状態の前後評価、参加者と非参加者の健康状態の変化、医療費や介護給付費・介護認定率、その他の評価)について比較した。なお、本研究における地域とは、市町村内の地区を示している。

割合の比較には χ^2 検定を用い、Yatesの補正を行った。統計学的有意水準は P 値0.05未満とした。統計解析にはPASW Statistics 18.0 for Windowsを用いた。

4. 倫理的配慮

本研究では、研究の趣旨を説明する文書を同封し、回答の返送をもって研究への同意が得られたものとした。文書には、本研究の目的、回答者の氏名など個人を特定できる情報を公表しないこと、得られた情報を研究以外の目的で使用しないことなどについて明記した。

Ⅲ. 研究結果

6府県260市町村に調査票を送付し、238市町村から回答を得た(回収率91.5%)。回答者238人中、199人が保健師、1人が管理栄養士、38人が空欄であった。保健師の経験年数は平均19.0±9.1年、担当課経験年数は9.8±8.9年であった。

1. 市町村における健康増進・保健事業の取り組み状況

市町村における健康増進・保健事業の取り組み状況を表2に示す。健康な環境整備事業のいずれかを実施している自治体は67.6%、主および副担当での実施がなかった自治体は32.4%であった。分野別では「身体活動(42.9%)」の実施率(以下、事業を実施している市町村の割合を実施率とする)が最も高く、次いで「歯・口腔(40.8%)」「喫煙(19.3%)」「栄養・食生活(14.7%)」の順であった。

一般住民を対象とした啓発型事業の実施率は

表1 調査対象市町村

	調査票配付数	調査票回収数	調査票回収率(%)
宮城県	35	34	97.1
埼玉県	63	52	82.5
静岡県	35	33	94.3
愛知県	54	53	98.1
大阪府	43	41	95.3
和歌山県	30	25	83.3
全体	260	238	91.5

表2 市町村における健康増進・保健事業の取り組み状況
複数回答 (n=238自治体)

	主で実施	他部門に 協力して 実施	主あるいは 他部門 に協力し て実施
	n=238	n=238	n=238
	%	%	%
健康な環境整備事業			
栄養・食生活（飲食店の 栄養表示・認証など）	9.7	5.0	14.7
身体活動（ウォーキング コースなど）	26.9	16.0	42.9
休養（憩いの場の設置など）	2.1	5.0	7.1
喫煙（条例による禁煙箇 所の制定など）	7.6	11.8	19.3
歯・口腔（園・学校等 でのフッ化物洗口）	23.1	17.6	40.8
健康づくり施設の設置	6.3	6.7	13.0
上記事業ひとつも取り組みなし	—	—	32.4
啓発型事業（イベント、講演会、広報等）			
栄養・食生活	66.4	17.6	84.0
身体活動・運動	60.5	17.6	78.2
休養	29.4	11.8	41.2
飲酒	27.7	13.9	41.6
喫煙	42.0	15.5	57.6
歯・口腔	59.7	17.6	77.3
生活習慣病予防	62.2	18.9	81.1
フレイル・認知症予防	17.6	29.5	47.1
メンタルヘルス・自殺予防	45.4	23.1	68.5
がん予防	57.1	17.2	74.4
健診受診率向上	64.7	23.1	87.8
上記事業ひとつも取り組みなし	—	—	2.5
健康づくり教室型事業（主に一般対象）			
栄養・食生活	67.2	23.5	90.8
身体活動・運動	66.8	22.7	89.5
休養	16.8	7.6	24.4
飲酒	16.8	10.1	26.9
喫煙	23.1	10.5	33.6
歯・口腔	45.0	10.9	55.9
生活習慣病予防	60.9	17.6	78.6
フレイル・認知症予防	19.7	24.8	44.5
メンタル・自殺予防	26.1	14.7	40.8
がん予防	37.8	9.7	47.5
健診受診向上	36.6	12.2	48.7
上記事業ひとつも取り組みなし	—	—	0.8
健康づくりボランティア等の養成事業			
栄養・食生活	56.3	16.0	72.3
身体活動・運動	28.6	12.6	41.2
フレイル予防	6.3	5.9	12.2
認知症サポート	7.1	19.3	26.5
総合的（健康づくり）	28.2	11.8	39.9
上記事業ひとつも取り組みなし	—	—	12.2

97.5%であった。分野別では「栄養・食生活（84.0%）」「生活習慣病予防（81.1%）」「健診受診率向上（87.8%）」は8割以上、「身体活動・運動（78.2%）」「歯・口腔（77.3%）」「がん予防（74.4%）」の実施率は7割以上であった。これらについては成人の健康増進担当課が主体となり事業を行う傾向であったが、「フレイル・認知症予防」は、他部門に協力して実施する市町村の割合の方が高かった。

健康づくり教室型事業の実施率は99.2%であった。分野別では「栄養・食生活（90.8%）」「身体活動・運動（89.5%）」は約9割、次いで「生活習慣病予防（78.6%）」であった。

健康づくりボランティアなどの養成事業の実施率は87.8%であり、「栄養・食生活（72.3%）」「身体活動・運動（41.2%）」「総合的（健康づくり）（39.9%）」の順であった。

2. 重点的に取り組んでいる保健事業の分野とアプローチ方法

市町村における重点的に取り組んでいる保健事業の分野を表3に示す。回答を得た238市町村のうち、2市町村は重点的に取り組んでいる保健事業に関して空欄であったため、236市町村の結果を分析した。全体では「身体活動・運動（58.1%）」「栄養・食生活（38.1%）」「健診受診率向上（38.1%）」の順であった。これらの保健事業のうち、一般住民を対象とした啓発型事業としての実施は85.2%（n=201）、そのうち住民へのインセンティブを考慮した事業は27.4%（n=55）、住民へのインセンティブを考慮していない事業は72.6%（n=146）であった。

アプローチ方法別に重点的に取り組んでいる保健事業の分野を比較すると、「身体活動・運動」「がん予防」の実施率は啓発型事業の方が高く、「生活習慣病予防」の実施率は保健指導・教室型事業として取り組んでいる市町村の方が高かった。

住民へのインセンティブを考慮した事業としては「身体活動・運動（87.3%）」「健診受診率向上（80.0%）」をポイント対象として含む市町村が8割程度であり、次いで「栄養・食生活」「がん予防」は半数程度が、「歯・口腔」「喫煙」「休養」については2割程度がポイント対象としていた。

3. 重点的に取り組んでいる保健事業の企画立案・実施・評価のプロセス

重点的に取り組んでいる保健事業の企画立案・実施・評価のプロセスについて、表4に示す。事業を開始したきっかけについては、全体では6割の市町村が「市町村の重点政策であるため（61.0%）」を選択し、次いで「県の重点政策であるため（38.6%）」「国の重点政策であるため（20.3%）」が続いた。

表3 市町村において重点的に取り組んでいる保健事業の分野

	啓発型事業 [†]			P*	保健指導・ 教室型事業 [‡]	P**	全体
	啓発型事業 [†] 全体	インセンティブを考慮した 事業	インセンティブを考慮して いない事業				
	n=201	n=55	n=146				
	%	%	%		%		%
栄養・食生活	39.8	58.2	32.9	0.002	28.6	0.283	38.1
身体活動・運動	62.7	87.3	53.4	<0.001	31.4	0.001	58.1
休養	8.5	20.0	4.1	0.001	0.0	0.152	7.2
飲酒	3.0	9.1	0.7	0.008	0.0	0.650	2.5
喫煙	10.0	21.8	5.5	0.001	0.0	0.105	8.5
歯・口腔	11.9	25.5	6.8	0.001	5.7	0.428	11.0
生活習慣病予防	16.9	12.7	18.5	0.447	62.9	<0.001	23.7
フレイル・認知症予防	7.0	12.7	4.8	0.097	8.6	1.000	7.2
メンタルヘルス・自殺予防	2.5	0.0	3.4	0.378	5.7	0.618	3.0
がん予防	26.9	54.5	16.4	<0.001	2.9	<0.001	23.3
健診受診率向上	39.8	80.0	24.7	<0.001	28.6	0.283	38.1

* 「インセンティブを考慮した事業」と「インセンティブを考慮していない事業」において提供される情報の分野別該当率の比較 (χ^2 検定, Yates の補正) 結果

** 「啓発型事業全体」と「保健指導・教室型事業」において提供される情報の分野別該当率の比較 (χ^2 検定, Yates の補正) 結果

[†] 啓発型事業：一般住民を対象とした啓発型事業

[‡] 保健指導・教室型事業：一定の基準値以上のリスク保有者に対する保健指導・教室型事業

「他の市町村で実施しているため (15.3%)」「首長からの指示があったため (10.2%)」もみられた。啓発型事業では保健指導・教室型事業と比較して「県の重点政策」「首長の指示」を選択する市町村の割合が高い傾向にあり、保健指導・教室型事業は「国の重点政策」を選択する市町村の割合が高い傾向にあった。住民へのインセンティブを考慮した事業では考慮していない事業と比較して、「県の重点政策」「他の市町村で実施」「首長・上層部の指示」と回答する市町村の割合が高い傾向にあった。

保健事業を検討する際に活用した資料について、全体では「すでに実施している市町村の資料 (52.1%)」を選択した市町村が5割以上であり、次いで「自治体の過去の報告書 (26.7%)」「国の検討会資料、ガイドラインなど (23.7%)」「研修会資料 (22.9%)」の順であった。住民へのインセンティブを考慮した事業では、「すでに実施している市町村の資料」を約9割の市町村が活用資料として選択したのに対し、考慮していない事業では約4割であった。

事業計画時の健康格差に対する意識について、全体では健康格差を意識したと回答した市町村は7割であった。意識した格差の視点は「性・年齢層 (50.8%)」「健康行動に無関心な市民 (41.5%)」

「地域 (29.7%)」の順であった。「職業の種別 (5.9%)」「生活環境 (8.5%)」「経済状況 (10.6%)」を選択した市町村の割合は低かった。啓発型事業では、保健指導・教室型事業と比較して「健康行動に無関心な市民」を選択する市町村の割合が高いが、「経済状況」「生活環境」「地域」を選択する市町村の割合は低い傾向にあった。住民へのインセンティブを考慮した事業では、考慮していない事業に比して、「健康行動に無関心な市民」を選択する市町村の割合が高かった。

保健事業を実施する際の庁内・外の連携状況については、全体では連携先として「健康福祉関連の他課」や「それ以外の課」が約4割の市町村で選択されたが、「医師会」「住民組織」「市町村内の職域」などの外部の連携先の選択は約3割であった。保健指導・教室型事業では連携先として「医師会」を選択する市町村の割合が啓発型事業よりも高く、逆に啓発型事業では「住民組織」「市町村内の職域」を選択する市町村の割合が高かった。住民へのインセンティブを考慮した事業では、考慮していない事業に比して「健康福祉関連の他課」「それ以外の他課」「市町村内の職域」を選択する市町村の割合が高かったが、「住民組織」を選択する市町村の割合は同程度であった。

表4 市町村において重点的に取り組んでいる保健事業の企画立案・実施・評価

	啓発型事業†				P*	保健指導・ 教室型事業‡	P**	全体 n=236
	啓発型 事業† 全体	インセン ティブを 考慮した 事業	インセン ティブを 考慮して いない事業					
	n=201	n=55	n=146					
	%	%	%		%	%	%	
その保健事業を開 始したきっかけは 何ですか？ (複数回答)	国の重点政策であるため	16.9	3.6	21.9	0.004	40.0	0.004	20.3
	県の重点政策であるため	40.3	58.2	33.6	0.003	28.6	0.260	38.6
	市町村の重点政策であるため	60.7	41.8	67.8	0.001	62.9	0.957	61.0
	他の市町村で実施しているため	15.4	23.6	12.3	0.078	14.3	1.000	15.3
	専門家などの有識者に勧められたため	4.5	0.0	6.2	0.133	5.7	1.000	4.7
	首長からの指示があったため	11.4	18.2	8.9	0.111	2.9	0.212	10.2
	上層部からの指示があったため	8.0	12.7	6.2	0.215	5.7	0.907	7.6
	委託業者に勧められたため	0.5	0.0	0.7	1.000	0.0	1.000	0.4
	他部門より協力依頼があったため	4.5	0.0	6.2	0.133	5.7	1.000	4.7
その他	20.4	23.6	19.2	0.615	20.0	1.000	20.3	
その保健事業を検 討するために、何 を活用しました か？ (複数回答)	国の検討会資料、ガイドライン等	20.9	3.6	27.4	<0.001	40.0	0.025	23.7
	研修会資料	22.9	25.5	21.9	0.731	22.9	1.000	22.9
	学会ガイドライン	6.0	0.0	8.2	0.063	37.1	<0.001	10.6
	すでに実施している市町村の資料	55.7	89.1	43.2	<0.001	31.4	0.013	52.1
	自治体の過去の報告書	27.9	10.9	34.2	0.002	20.0	0.445	26.7
その他	24.9	10.9	30.1	0.009	28.6	0.800	25.4	
その保健事業を計 画する際、健康格 差を意識しまし たか？ その場合はどのよ うな健康格差の視 点を重視していま すか？ (複数回答)	健康格差を重視している	70.1	70.9	69.9	1.000	74.3	0.768	70.8
	地域	28.4	18.2	32.2	0.074	37.1	0.396	29.7
	性・年齢層	50.2	50.9	50.0	1.000	54.3	0.797	50.8
	経済状況	8.0	3.6	9.6	0.272	25.7	0.004	10.6
	生活環境	7.5	1.8	9.6	0.117	14.3	0.313	8.5
	職業の種類	5.0	7.3	4.1	0.578	11.4	0.270	5.9
	保険者の種別	10.9	9.1	11.6	0.792	22.9	0.093	12.7
	健康行動に無関心な市民	46.3	60.0	41.1	0.025	14.3	0.001	41.5
その他	2.0	0.0	2.7	0.501	5.7	0.478	2.5	
その保健事業を実 施する際に、どこ と連携しました か？ (複数回答)	単課で実施	17.9	9.1	21.2	0.073	8.6	0.260	16.5
	健康福祉関連の他課	40.3	54.5	34.9	0.018	37.1	0.869	39.8
	それ以外の課	38.8	54.5	32.9	0.008	28.6	0.334	37.3
	医師会	23.4	18.2	25.3	0.378	51.4	0.001	27.5
	栄養士会、看護師会など	6.0	3.6	6.8	0.601	2.9	0.731	5.5
	住民組織	39.3	40.0	39.0	1.000	14.3	0.008	35.6
	市町村内の職域	33.8	60.0	24.0	<0.001	14.3	0.035	30.9
	委託事業者が実施	11.9	1.8	15.8	0.013	8.6	0.772	11.4
その他	35.8	23.6	40.4	0.041	51.4	0.117	38.1	
その保健事業は、 どのように評価し ていますか？ (複数回答)	所内の実施体制	42.8	23.6	50.0	0.001	65.7	0.020	46.2
	他課、地域や職域との連携	31.8	40.0	28.8	0.176	31.4	1.000	31.8
	マニュアル作成	14.4	18.2	13.0	0.481	28.6	0.067	16.5
	マニュアル通りの運営	12.4	10.9	13.0	0.870	20.0	0.348	13.6
	費用、マンパワー	42.8	30.9	47.3	0.054	60.0	0.088	45.3
	スケジュール管理	54.2	40.0	59.6	0.020	74.3	0.043	57.2
	委託業者は期待通りの業務だったか	21.4	7.3	26.7	0.005	17.1	0.729	20.8
	参加者数	88.1	90.9	87.0	0.603	82.9	0.563	87.3
	カバー率	23.4	21.8	24.0	0.893	62.9	<0.001	29.2
	参加者の行動変容	52.7	56.4	51.4	0.636	74.3	0.029	55.9
	健康状態の前後評価	25.4	10.9	30.8	0.007	60.0	<0.001	30.5
	参加者と非参加者の健康状態の変化	9.0	12.7	7.5	0.383	8.6	1.000	8.9
	医療費や介護給付費、介護認定率	18.9	10.9	21.9	0.115	14.3	0.677	18.2
	その他の評価	23.4	21.8	24.0	0.893	11.4	0.173	21.6
	評価を行っていない	4.5	5.5	4.1	0.977	2.9	1.000	4.2

* 「インセンティブを考慮した事業」と「インセンティブを考慮していない事業」における企画立案・実施・評価に関する該当率の比較 (χ^2 検定, Yates の補正) 結果

** 「啓発型事業全体」と「保健指導・教室型事業」における立案・実施・評価に関する該当率の比較 (χ^2 検定, Yates の補正) 結果

† 啓発型事業：一般住民を対象とした啓発型事業

‡ 保健指導・教室型事業：一定の基準値以上のリスク保有者に対する保健指導・教室型事業

保健事業の評価指標として、「参加者数」を選択した市町村の割合は約9割であったが、「カバー率」は約3割であった。「カバー率」を選択した市町村の割合は、保健指導・教室型事業に比して啓発型事業で低かった。また、啓発型事業では、保健指導・教室型事業に比して「所内の実施体制」「スケジュール管理」「参加者の行動変容」「健康状態の前後評価」を選択する市町村の割合が低かった。とくに住民へのインセンティブを考慮した事業では、「健康状態の前後評価」「医療費や介護給付費、介護認定率」「費用、マンパワー」などを選択する市町村の割合は低かった。

Ⅳ. 考 察

本研究では、市町村の健康増進担当課(衛生部門)が担当している健康増進・保健事業、とくにポピュレーションアプローチやインセンティブ付与の有無(啓発事業)に焦点をあて、企画、実施状況や運営プロセスについて調査・分析した。これまでポピュレーションアプローチについては優良事例の発表はあるものの、全数調査は見当たらず、発表市町村以外の状況は不明であった。本研究は、6府県全市町村を対象とした全数調査であり、未発表市町村の情報も収集できた点において意義がある。また書面調査における不明点については、回答者に確認するなどして、回答の精度を高めた。このように手間のかかる調査であったため、研究予算などの関係上6府県に限定した調査とはなったが、経験豊富な保健師などより91.5%の有効回答を得ることができた。

本調査では成人の健康増進担当課(衛生部門)が主担当・副担当として関わっている事業について質問した。国保課、介護予防担当課やスポーツ課などが衛生部門とは連携せずに単独で実施したものは含まれていない点に留意して解釈する必要がある。このことは、衛生部門と他課との連携状況を推察する情報を提供しているともいえる。たとえば「フレイル・認知症予防事業」は介護予防事業として多くの市町村で実施されているにも関わらず、衛生部門が連携している市町村は半数以下であったことが推察される。

本調査の結果、市町村が実施している健康増進・保健事業は、類型別・分野別で取り組み状況に濃淡がみられた。この結果は、住民の視点からみると居住する市町村により享受できる健康増進・保健事業の種類や量、頻度に差が生じ得ることを意味し、健康格差の拡大を招くことが心配される。平成31年にOECD(経済協力開発機構)が公表した報告書「OECD Reviews of Public Health Japan; A Healthier

Tomorrow」²²⁾では、我が国の健康づくり政策について、すべての自治体において質の高い事業を実施することの必要性が示されており、自治体間の保健事業の取組格差の是正は喫緊の課題であると考えられる。

重点的に取り組んでいる保健事業について企画立案・実施・評価のプロセスを問うたところ、興味深い結果が得られた。保健事業計画時には他市町村の資料を活用したと回答する市町村が半数以上を占め、他市町村で「現実にとどのように動かしているか」に注目していた。とくに住民へのインセンティブを考慮した啓発型事業においては、約9割が他市町村の資料を活用していた。なかには先進自治体を模倣して組まれた事業や、「県に勧められたから実施している」などの回答がみられた。保健事業を計画する際、はじめに死亡、医療、介護、健診などの統計情報を基に地域診断を行い、健康課題の広がりや重大性の観点から、優先順位づけを行う^{23~25)}。優先すべき課題を明確化して目標を設定し、目標達成のための対策を具現化したものが「事業」²⁶⁾である。そのため、他市町村の事業を参考にする際は、その事業の必要性について事前に十分な分析・検討を行った後、明確な目標を設定する必要がある。実際に、先進事例として紹介されている自治体では、健康課題や既存事業を分析して課題を整理し、使えるような社会資源を検討したうえでその事業に取り組んでいるのであり、状況が違えば他の方法もありうるであろう。また安易な準備では進めていないことを、追従する市町村は十分に認識しておくことが重要と考える。

「健康格差の縮小」は健康日本21(第二次)の重要な目標であるが、市町村の事業計画においては健康格差を意識する市町村の割合は高いものの、経済状況、生活環境、職業の種別の格差を考慮する市町村の割合は低かった。啓発型のポピュレーションアプローチは、教育歴が高く、理解力や行動力がある人々の方がその恩恵を受けやすいと考えられる^{13~15)}。また、住民へのインセンティブを考慮した事業への参加者の参加継続率について調査した既報²⁷⁾では、参加前から運動習慣がない者、喫煙者、男性の就業者などは脱落率が高いと報告されている。これらの手法ではかえって健康格差を拡大してしまう「逆転する予防の法則」が見られる可能性がある^{3,28)}。そのため、すべての人を対象としつつ、より不利な立場にいる人に対して効果が大きくなるように、介入の量や効果に傾斜をつけるアプローチである「傾斜をつけたユニバーサル・アプローチ」(proportionate universalism)^{29,30)}や「社会的弱者に

特化したポピュレーションアプローチ」(vulnerable population approach)^{14,31)}の視点を踏まえ、どのような対象者層を、どのような手段で取り込み、継続的な健康づくりに繋げるかについての検討が求められる。今回の調査で環境整備の健康増進・保健事業で実施が多いと報告のあった、歯・口腔の事業である園・学校などでのフッ化物洗口は「傾斜をつけたユニバーサル・アプローチ」として健康格差を減らしていることが報告されており³²⁾、こうした方法の拡大も望まれる。

事業評価として参加者数は評価指標とされているものの、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムを意識した評価は十分に意識されているとは言えなかった。とくに啓発型事業では、保健指導・教室型事業と比較して、カバー率、健康状態の前後評価に関する評価を実施した市町村が少なかった。近年、ウェアラブルデバイスやスマートフォンアプリなどを用いた評価を実施するケースがでてきており、対象者が大多数であっても、限られた労力で一定の評価を行う仕組みが整いつつある。このようなツールを活用しつつ、限られたマンパワーでアウトプット・アウトカム評価を行うことも検討すべきと考える。

健康日本21(第二次)中間評価報告書において、目標である健康寿命の延伸・健康格差の縮小は改善に向かっていることが報告されている³³⁾。この改善傾向には、各自治体における取り組みが貢献している可能性がある。しかしながら、本調査の結果、市町村における健康増進・保健事業の企画立案・実施・評価のプロセスにおいて、PDCAサイクルに基づいた改善が必ずしも十分に実施されている状態とは言い難い状況であった。そのため、国は、健康課題、科学的根拠、フィジビリティに基づき指針を示すとともに、先進事例の紹介、実行可能な運営プロセス、評価指標の提示など、PDCAサイクルを実践するための支援に加え、取り組みが遅れている自治体への経済的援助などを行うことが期待される。

都道府県が健康増進・保健事業を都道府県の重点政策として実施する場合には、一市町村では実施が難しいことを広域的に実施する意義や、市町村の予算を使わずに実施できるなどのメリットがあると考えられる。

都道府県は市町村に対する大きな影響力を考慮し、根拠に基づいて無理のない政策を提供していくこと、研修会の開催、事業評価を適切に行うことが一層求められる。

本研究の限界として、以下の点があげられる。第一に、本調査は6府県の市町村において実施したた

め、調査結果が全国的な傾向を反映しているかどうかについては、さらなる検討が必要である。しかし、人口規模や高齢化率が異なる6府県の全市町村を調査対象とし、9割以上の市町村から真摯な回答を得たことから、市町村における一定の現状を反映した資料を得ることができたと考える。第二に、回答した担当者の主観的な情報が回答内容に反映されている可能性がある。しかし、経験豊富で統括的立場にある保健師などが回答しているため、一定の妥当性がある回答であると考えられる。最後に、保健師が関わっていない事業や他課の事業が把握できていない可能性があげられる。とくに健康増進・保健事業の取り組み状況の解釈にはこの点に留意する必要がある。

今後は、都道府県ごとに健康増進事業の取り組み状況を整理し、都道府県の健康増進事業計画との関連を考察する予定である。

V. 結 語

市町村の健康増進事業に関するアンケート調査票を作成し、6府県238市町村から回答を得た。市町村における健康増進事業は啓発型事業や健康づくり教室が中心であり、テーマは栄養・食生活、身体活動、歯・口腔、生活習慣病予防、健診受診率向上などが多かった。重点的に取り組んでいる保健事業の啓発型事業のうち、住民へのインセンティブを考慮した事業は約3割であった。啓発型事業、インセンティブを考慮した事業ともに企画時の健康格差の視点、活用する資料、事業実施のための連携状況、評価方法などにおいて、PDCAサイクルの観点からは改善の余地があると考えられた。国・都道府県は、先進事例の紹介、事業の根拠や実行可能な運営プロセス、評価指標の提示など、PDCAサイクルを実践するための支援を行うことが期待される。

本論文は、厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病生活習慣病対策総合研究事業)健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究(代表:辻一郎)分担研究(分担研究者:津下一代)における研究の一環として行った調査報告をまとめたものである。本研究における調査にご協力いただいた市町村成人健康増進担当課(衛生部門)の皆様、研究にご協力いただいた坂元希代美氏に謝意を申し上げる。

本研究において、開示すべきCOI状態はない。

(受付 2019.2.4)
(採用 2019.9.11)

文 献

- 1) 厚生労働省. 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21). https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/top.html (2019年5月22日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html (2019年5月22日アクセス可能).
- 3) ジェフリー・ローズ, 水嶋春朔 (翻訳). 予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進. 東京: 医学書院. 1998; 1-144.
- 4) 久野譜也. 健康づくり無関心層の行動変容をもたらす新しいアプローチ「健康ポイント」. 保険診療 2015; 70: 37-40.
- 5) 中島義明, 安藤清志, 子安増生, 他. 心理学事典. 東京: 有斐閣. 1999; 1-1086.
- 6) 久野譜也. 健康無関心層の行動変容をもたらすインセンティブ制度 健康ポイント付与の方向性. 保健師ジャーナル 2015; 71: 746-751.
- 7) 厚生労働省. 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000124571.pdf> (2019年5月22日アクセス可能).
- 8) 厚生労働省. 健康寿命をのばそう! Smart Life Project. <http://www.smartlife.go.jp/> (2019年5月22日アクセス可能).
- 9) 日本健康会議. 日本健康会議の活動指針. <http://kenkokaigi-data.jp/> (2019年5月22日アクセス可能).
- 10) 厚生労働省. 保険者インセンティブについて. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000138073.pdf (2019年5月22日アクセス可能).
- 11) 厚生労働省. 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版). <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info03a.html> (2019年5月22日アクセス可能).
- 12) 越林いづみ. 健康無関心層にまで届く健康づくりを目指して 高浜町における「たかはま健康チャレンジプラン」の取り組み. 保健師ジャーナル 2015; 71: 766-772.
- 13) 福田吉治. ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させる? vulnerable population approach の提言. 日本衛生学雑誌 2008; 63: 735-738.
- 14) Frohlich K, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. American Journal of Public Health 2008; 98: 216-221.
- 15) Kim CY. Equity in health: a global perspective. 保健医療科学 2007; 56: 122-128.
- 16) 津下一代, 金川克子, 鈴木志保子, 他. 新しい特定健診特定保健指導の進め方. メタボリックシンドロームの理解からプログラム立案・評価まで. 東京: 中央法規. 2007; 1-213.
- 17) 重松良祐, 大藏倫博, 中垣内真樹. 効果が検証された運動プログラムを地域に普及させるためのトランスレーショナルリサーチ. 第27回健康医科学研究助成論文集 2012; 27: 97-107.
- 18) 重松良祐, 鎌田真光. 実験室と実社会を繋ぐ「橋渡し研究」の方法: RE-AIM モデルを中心として. 体育学研究 2013; 58: 373-378.
- 19) Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM, et al. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. American Journal of Public Health 1999; 89: 1322-1327.
- 20) Dunton GF, Liao Y, Grana R, et al. State-wide dissemination of a school-based nutrition education programme: a RE-AIM (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance) analysis. Public Health Nutrition 2012; 17: 422-430.
- 21) 津下一代, 加藤綾子, 大曾基宣, 他. 効果的な生活習慣改善につながる優良事例に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (循環器疾患・糖尿病生活習慣病対策総合研究事業) 分担研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」平成28年度総括・分担研究報告書. 2016; 22-28. <https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/sites/default/files/pbhealth/goodupload/All.pdf> (2019年5月22日アクセス可能).
- 22) OECD. OECD Reviews of Public Health: Japan. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-public-health-japan_9789264311602-en#page1 (2019年5月22日アクセス可能).
- 23) 須藤紀子. 公衆栄養活動における評価の現状と課題. 保健医療科学 2009; 58: 338-343.
- 24) 尾島俊之. 保健活動における評価の現状と課題. 保健医療科学 2009; 58: 330-337.
- 25) 水嶋春朔. 地域診断のすすめ方 根拠に基づく生活習慣病予防対策第2版. 東京: 医学書院. 2013; 1-184.
- 26) 総務省行政評価局. 政策評価に関する標準的ガイドライン. http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyouka/gaido-gaidorain1.htm (2019年5月22日アクセス可能).
- 27) 岡本翔平, 駒村康平, 田辺 解, 他. インセンティブ付き健康づくり事業参加者のうち, 誰がプログラムを継続できないか: 報酬獲得への動機と継続率に関する実証研究. 日本公衆衛生雑誌 2017; 64: 412-421.
- 28) Adams J, White M. Are the stages of change socioeconomically distributed? A scoping review. American Journal of Health Promotion 2007; 21: 237-247.
- 29) Marmot M, Atkinson T, Bell J, et al. Fair society, healthy lives, The Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review. 2010; 1-241.
- 30) 長谷田真帆, 近藤尚己. 健康格差とその対策 健康格差対策の進め方—医療機関でどう行動すべきか—.

- 治療 2017; 99: 23-27.
- 31) Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy* 2004; 33: 115-131.
- 32) Matsuyama Y, Aida J, Taura K, et al. School based fluoride mouth-rinse program dissemination associated with decreasing dental caries inequalities between Japanese prefectures. *An Ecological Study. Journal of Epidemiology* 2016; 26: 563-571.
- 33) 厚生労働省. 健康日本21 (第二次) 中間報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/000378318.pdf> (2019年5月22日アクセス可能).
-

Current status and issues around the process of health promotion program implementation by the municipal office of health and welfare: Survey results of all municipalities of six prefectures

Motonori OHSO^{*,2*}, Kazuyo TSUSHITA^{*}, Naoki KONDO^{3*}, Takahiro TABUCHI^{4*},
Jun AIDA^{5*}, Tetsuji YOKOYAMA^{6*}, Yasutake TOMATA^{7*} and Ichiro TSUJI^{7*}

Key words : Health Japan 21 (2nd), municipality, health promotion program, health discrepancy, population approach

Objectives We aimed to investigate the progress of health promotion program implementation. This included an examination of the current status of and issues around planning, implementation, and evaluation of health and welfare services at the municipal level; further progress through focus on the population approach emphasized in Health Japan 21 (2nd) was also discussed.

Methods A questionnaire survey on health promotion and welfare services was conducted among municipal offices in charge of health promotion. The status of health promotion program implementation was classified by types and fields. For focused health and welfare services, respondents were asked to answer a self-administered questionnaire about the process of planning, implementation, and evaluation. The details of services were confirmed by browsing reference materials or website information. We distributed the questionnaires to all 260 municipalities of 6 prefectures (Miyagi, Saitama, Shizuoka, Aichi, Osaka, and Wakayama); of which, 238 municipalities responded (response rate: 91.5%).

Results Health promotion programs on nutrition and diet, physical activity, dental and oral health, prevention of lifestyle-related diseases, and promotion of regular health checkups were implemented with a high rate. Among the 238 municipalities, 85.2% responded that they focused on educational activities targeting the general population; of which 27.4% were considering using incentives to promote greater health awareness. Our survey indicated that 14.8% of municipalities focused on health education and classroom-style programs. While planning programs, 52.1% of municipalities used “materials from other municipalities where such programs were already implemented” and 89.1% of municipalities used them in incentive-related programs. Although 70% of municipalities were aware of health discrepancies among the local population, approximately 90% did not consider discrepancies between different economic, living environment, and occupation groups when planning programs. Although 87.3% of municipalities used number of participants as the main indicator in evaluating the programs, approximately 30% of municipalities used coverage rate and before-and-after assessments of health conditions as the main indicators.

Conclusion Findings from this study suggest that improvements in the process of health promotion program planning and implementation, reference materials, and the perspective of health discrepancies are needed, along with an evaluation in programs focusing both on educational activities targeting the general population and incentive-related programs. It is also recommended that the central government and prefectures should not only introduce precedents, but also provide information. Using this, municipalities can demonstrate applied skills, such as the rationale and preparation status of the program, and propose evaluations based on the plan-do-check-act cycle.

* Comprehensive Health Science Center, Aichi Health Promotion Public Interest Foundation

2* Department of Childhood Education, Faculty of Literature, Nagoya Women's University

3* Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

4* Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, Department of Cancer Epidemiology and Prevention

5* Tohoku University Graduate School of Dentistry

6* Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

7* Tohoku University Graduate School of Medicine