

平成24年度

「市町村保健活動調査」
「市町村保健センター及び類似施設調査」
調査結果報告書

健康増進計画の策定及び推進に関する調査

市町村保健センター及び類似施設の利用実態等に関する調査

平成 25 年 3 月

日本公衆衛生協会

はじめに

平成 12 年から始まった「21 世紀における国民健康づくり運動」（健康日本 21）では、全体の約 6 割の目標項目で一定の改善が見られました。その一方で、「現状と変わらない」「現状より悪化した」指標もあり、市町村における健康増進計画策定は 76%に留まるなど、課題も散見されました。昨年 7 月、「健康日本 21（第二次）」が厚生労働大臣名で告示され、平成 25 年度から 34 年度までの 10 年間の健康づくり運動がスタートします。第二次計画では、前回計画の反省や超高齢社会の到来等を踏まえ、「社会環境の整備」や「重症化予防」といった新たな考え方が導入され、住民に最も近い存在である市町村にも計画の策定が期待されているところです。

そこで、日本公衆衛生協会に設置された当委員会では、「市町村保健活動調査」として、市町村保健活動全般に目を配る立場にある専門職（たとえば統括保健師など）、あるいはその役割に最も近い方にアンケートへの回答にご協力をいただきました。アンケートでは、今後の市町村保健活動の柱・目標ともなる、市町村健康増進計画をテーマに実施し、第一次計画の成果、第二次計画の策定状況や目標項目・目標値の設定方法、さらには第一次計画と比べて第二次計画ではどのような点で工夫したか等について調査するとともに、健康の地域格差やソーシャルキャピタルに関する取り組みについても、調査し検討をいたしました。

調査結果の詳細は各項にて詳述いたしますが、調査の結果得られたデータからは、市町村健康増進計画が「現在の事業の見直しにつながった」「住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ」といった成果があったこと、第二次計画は予定も含めて 6 割以上の市町村が策定する考えがあること、策定する際の工夫点として、「重点項目を設定し、目標値の数を絞る」「目標を達成するための施策や事業計画を具体的に記載する」など、健康増進計画にまつわるさまざまな実態が明らかになってきました。

一方、同時に実施した「市町村保健センター調査及び類似施設調査」では、保健センター等の役割・機能を再確認するため、全国の保健センターが現在どのような職員配置を行っているのか、保健センターがどのような事業の活動の場として活用されているのか、さらには利用時間や利用のための交通手段等の実態を明らかにすることで、今後の保健センターの支援のあり方を検討する基礎資料となることを目的といたしました。

当委員会では、今後ともこうした取り組みを積極的に行い、市町村における保健活動のますますの発展に寄与する所存であります。より多くの皆さまにご理解を賜りますよう、この場をお借りし、お願い申し上げます。

最後になりましたが、ご多忙の折、調査にご協力をいただきました市町村担当課、都道府県の皆さまに、心からお礼申し上げますとともに、皆さまのますますのご活躍を祈念いたします。

平成 25 年 3 月

日本公衆衛生協会
市町村保健活動調査・保健センター等調査研究委員会
委員長 増田 和茂

目 次

はじめに	3
第1章 調査の目的と概要	7
第2章 市町村保健活動調査結果	11
1 人口規模（F 1、F 2）	12
2 健康増進部門の職員数（F 3）	12
3 計画の策定状況と未策定理由（問 1、問 1-1、問10、問10-1）	13
4 計画策定までの役割（問 2、問11）	16
5 部局横断的な組織体制の有無と関係部局（問 3、問 3-1、問12、問12-1）	17
6 第一次計画の評価体制（問 4）	18
7 第一次計画の中間評価の実施状況（問 5）	18
8 第一次計画の最終評価の実施状況（問 6）	19
9 第一次計画の成果（問 7、問 7-1）	20
10 都道府県本庁等からの支援の有無とその内容（問 8、問 8-1、問17、問17-1）	23
11 計画の策定や推進に関して連携している機関（問 9、問18）	24
12 第二次計画の目標値の設定方法（問13）	25
13 第二次計画の目標項目の設定方法（問14）	25
14 第二次計画の工夫点（問15、問15-1）	26
15 第二次計画と連動して推進する計画（問16）	29
16 社会環境の整備に関する目標の設定状況（予定）と国の例示した目標の設定 状況（予定）、国の例示した目標を設定しない理由（問19、問19-1、問19-2）	29
17 第二次計画で新たに重視されている課題への取り組み状況（問20）	31
第3章 考察	37
1 健康増進計画の策定状況と第一次計画の成果 島田 美喜	38
2 第二次計画の工夫点 曾根 智史	40
3 健康増進計画の策定における内外の組織との連携について 鳩野 洋子	42
4 健康増進計画における都道府県・保健所支援について、市町村の立場から 岡崎 恵子	44
5 健康増進計画における県立保健所の支援について 野尻 孝子	45
6 社会環境の整備の現状と課題 尾島 俊之	47
7 健康増進計画がけん引する被災地の健康づくり～女川町での取り組み～ 岩室 紳也	49
8 総括 ～まとめに代えて～ 柳川 洋	51

第4章 市町村保健センター及び類似施設調査結果 53

1 施設の種別（F 3） 54

2 保健センターの開設年次（F 2） 54

3 施設形態（F 4） 55

4 複合相手先の内訳（F 8） 55

5 施設の床面積（F 5） 57

6 常勤職員の職種（F 6） 58

7 施設長（F 7） 59

8 施設の運営・管理方法（問 1） 60

9 施設の開館時間（問 2） 61

10 住民が来館する際の交通手段（問 3） 62

11 ボランティアや公的な送迎で来館すること（問 4） 63

12 交通アクセス上の課題の有無と課題の内容（問 5） 64

13 施設の活用度（問 6） 65

14 貸館の実施状況と貸館の料金（問 7） 66

巻末資料 67

第 1 章 調査の目的と概要

研究（調査）の目的

国の「健康日本 21（第二次）」（以下、「第二次計画」）は平成 24 年 7 月に厚生労働大臣名で告示され、平成 25 年度から 10 年間の健康づくり運動がスタートする。都道府県や市町村では、国の第二次計画を勘案しつつ、地域の健康課題・ニーズを踏まえた健康増進計画の策定に取り組んでいる。計画策定にあたっては、「健康日本 21」（以下、「第一次計画」）における課題の解決や、第二次計画に導入された新たな考え方などがポイントに挙げられている。

そこで本調査では、市町村に第一次計画の成果、第二次計画の策定状況や目標等の設定方法、第二次計画での工夫点などについて調査するとともに、健康の地域格差やソーシャルキャピタルに関する取り組みについても実態把握を行うこととした。

またあわせて、市町村保健センター（以下、「保健センター」）の役割・機能を再確認するため、全国の保健センターが現在どのような職員配置を行っているか、運営・管理方法や交通アクセスの現状、利用方法等について調査を行い、その実態を明らかにし、今後の保健センター支援のあり方を検討することを目的にした。

調査方法と対象

郵送による質問紙調査として実施。

調査票は次の 2 種類に分けて行った。

①「市町村保健活動調査」

市町村単位で、主に保健・健康増進等を担当する部署の課長・課長相当職に記入を依頼した。

②「市町村保健センター及び類似施設調査」

市町村の各保健センター及び類似施設ごとの調査とし、当会のデータベースに基づき、各施設ごとに調査票を送付し、記入を依頼した。

上記の調査票は、当会の市町村データに基づき（平成 24 年 11 月現在）、市町村ごとに各担当課へ送付した。

調査の時期

平成 24 年 12 月 4 日から平成 25 年 2 月 8 日を調査期間とし、11 月 1 日現在の状況の記入を依頼した。

調査対象と回収率

全国市町村（東京 23 区は便宜上、市として計上）1,742 自治体に質問紙を郵送し、1,243 自治体から回答を得た。回収率は、71.4%。なお、回収率向上のため、未回答市町村に対しては平成 24 年 12 月 18 日に回収督促（ハガキ送付）を行った。

分析方法

アンケート集計ソフトウェア「ASSUM for Windows」ver5.00 を用いた。

都道府県別回収率（市町村単位）

都道府県	発送数	回収数	回収率（％）
01 北海道	179	126	70.4
02 青森県	40	28	70.0
03 岩手県	33	26	78.8
04 宮城県	35	28	80.0
05 秋田県	25	19	76.0
06 山形県	35	28	80.0
07 福島県	59	37	62.7
08 茨城県	44	38	86.4
09 栃木県	26	24	92.3
10 群馬県	35	24	68.6
11 埼玉県	63	47	74.6
12 千葉県	54	45	83.3
13 東京都	62	39	62.9
14 神奈川県	33	26	78.8
15 新潟県	30	24	80.0
16 富山県	15	12	80.0
17 石川県	19	14	73.7
18 福井県	17	12	70.6
19 山梨県	27	12	44.4
20 長野県	77	50	64.9
21 岐阜県	42	33	78.6
22 静岡県	35	27	77.1
23 愛知県	54	46	85.2
24 三重県	29	20	69.0

都道府県	発送数	回収数	回収率（％）
25 滋賀県	19	15	78.9
26 京都府	26	17	65.4
27 大阪府	43	39	90.7
28 兵庫県	41	33	80.5
29 奈良県	39	24	61.5
30 和歌山県	30	18	60.0
31 鳥取県	19	8	42.1
32 島根県	19	13	68.4
33 岡山県	27	21	77.8
34 広島県	23	16	69.6
35 山口県	19	17	89.5
36 徳島県	24	13	54.2
37 香川県	17	14	82.4
38 愛媛県	20	17	85.0
39 高知県	34	16	47.1
40 福岡県	60	42	70.0
41 佐賀県	20	13	65.0
42 長崎県	21	16	76.2
43 熊本県	45	16	35.6
44 大分県	18	11	61.1
45 宮崎県	26	18	69.2
46 鹿児島県	43	34	79.1
47 沖縄県	41	27	65.9
全体	1,742	1,243	71.4

（平成 25 年 2 月 8 日現在）

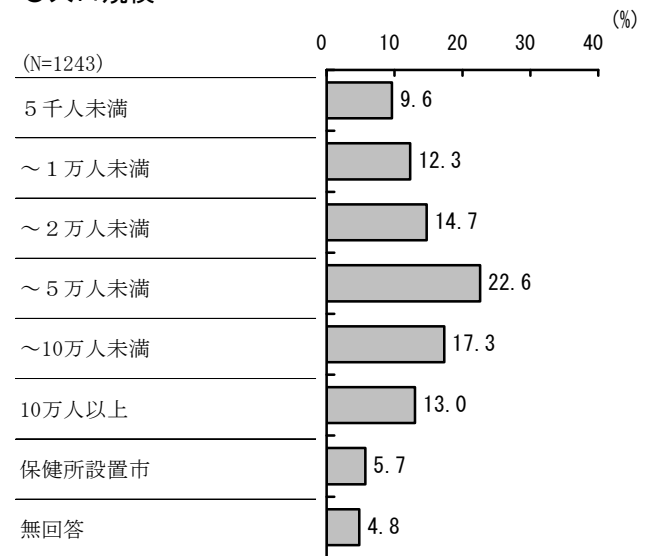
第2章 市町村保健活動調査結果

健康増進計画の策定および推進に関する調査

1 人口規模（F 1、F 2）

調査票回答市町村の人口規模は、「2万～5万人未満」が22.6%で最も高く、次いで「5万～10万人未満」（17.3%）、「1万～2万人未満」（14.7%）となっている。また、「保健所設置市」は5.7%となっている。

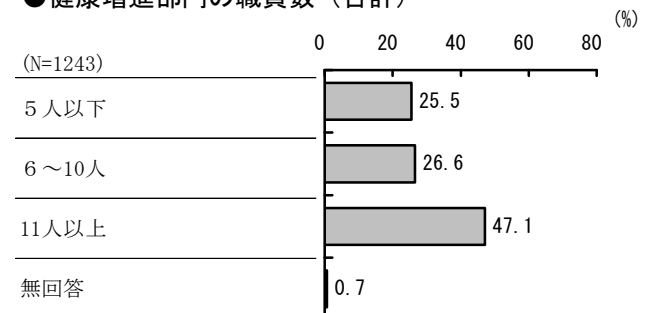
●人口規模



2 健康増進部門の職員数（F 3）

健康増進部門の職員を、常勤と非常勤を合わせて「11人以上」配置している市町村は47.1%となっている。職種別に常勤の平均人数をみると、保健師が10.28人、管理栄養士・栄養士が1.72人となっている。また、歯科医師、看護師、歯科衛生士は常勤職員数よりも非常勤職員数の方が多くなっている。

●健康増進部門の職員数（合計）



●健康増進部門の職員数

職種	常勤		非常勤	
	合計値	平均値	合計値	平均値
①保健師	12615	10.28	1086	1.32
②管理栄養士・栄養士	1921	1.72	743	0.92
③健康運動指導士	93	0.12	39	0.06
④健康運動実践指導者	105	0.13	18	0.03
⑤医師	169	0.22	101	0.15
⑥歯科医師	34	0.04	98	0.14
⑦看護師	524	0.62	1205	1.57
⑧歯科衛生士	387	0.47	583	0.81
⑨その他保健医療専門職	540	0.69	407	0.59

3 計画の策定状況と未策定理由（問 1、問 1-1、問10、問10-1）

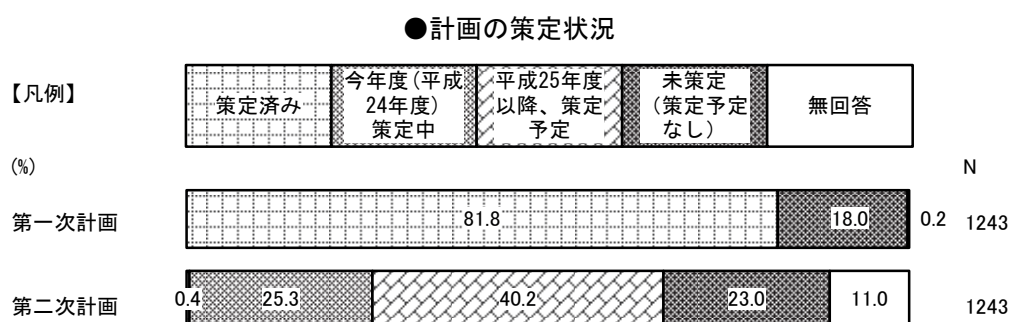
1) 計画の策定状況と実施期間（問 1、問 10）

「健康日本21」（第一次）地方計画または健康増進計画（以下、第一次計画）の策定状況は、「策定済み」が81.8%を占め、「未策定（策定予定なし）」が18.0%となっている。「健康日本21」（第二次）地方計画または健康増進計画（以下、第二次計画）の策定状況は、「平成25年度以降、策定予定」が40.2%で最も高く、「今年度（平成24年度）策定中」が25.3%、「策定済み」（0.4%）もわずかだがみられる。一方、「未策定（策定予定なし）」は23.0%となっている。

第二次計画の策定状況を第一次計画の策定状況別でみると、第一次計画を「未策定（策定予定なし）」の市町村では、第二次計画も「未策定（策定予定なし）」が57.1%となっている。

第一次計画を「策定済み」と回答した市町村に、計画の実施期間をたずねたところ、開始年は「平成15年」（15.3%）、終了年は「平成24年」（28.1%）が高くなっている。期間は「10年」が36.5%で最も高く、次いで「5年」が21.2%となっている。

第二次計画を「策定済み」「今年度（平成24年度）策定中」「平成25年度以降、策定予定」と回答した市町村に、計画の実施期間をたずねたところ、「10年」の割合が高くなっている。

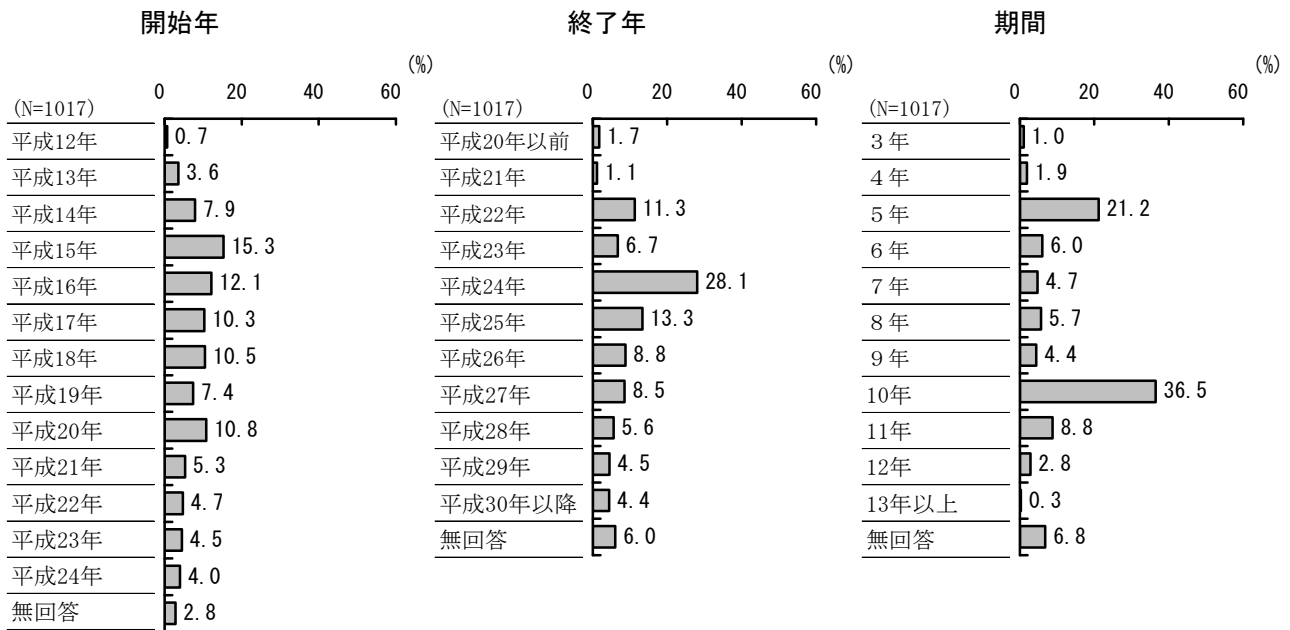


※「今年度（平成24年度）策定中」「平成25年度以降、策定予定」は第二次計画のみの選択肢

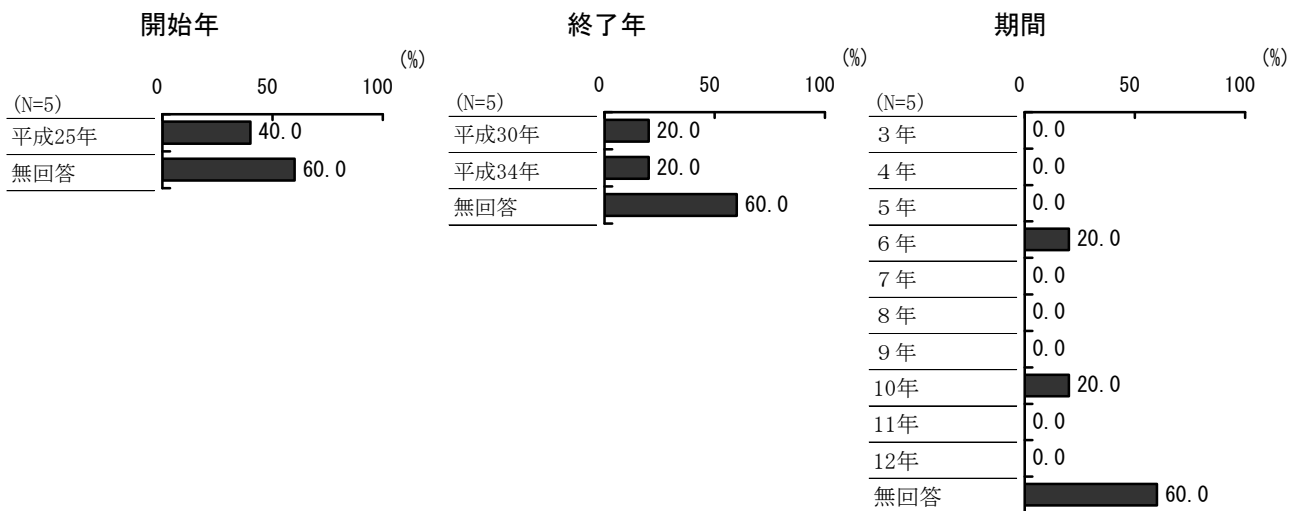
●第二次計画の策定状況（第一次計画の策定状況別）

	件数	策定済み	今年度（平成24年度）策定中	平成25年度以降、策定予定	未策定（策定予定なし）	無回答
全体	1243	0.4	25.3	40.2	23.0	11.0
策定済み	1017	0.5	27.0	44.4	15.5	12.5
未策定（策定予定なし）	224	-	17.4	21.0	57.1	4.5

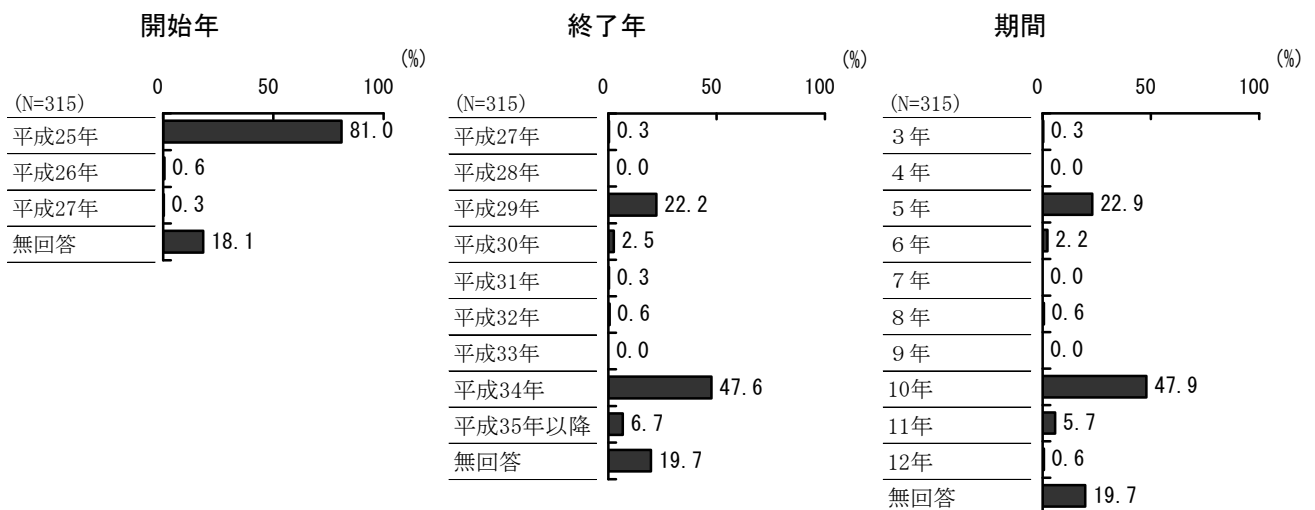
●第一次計画の実施期間



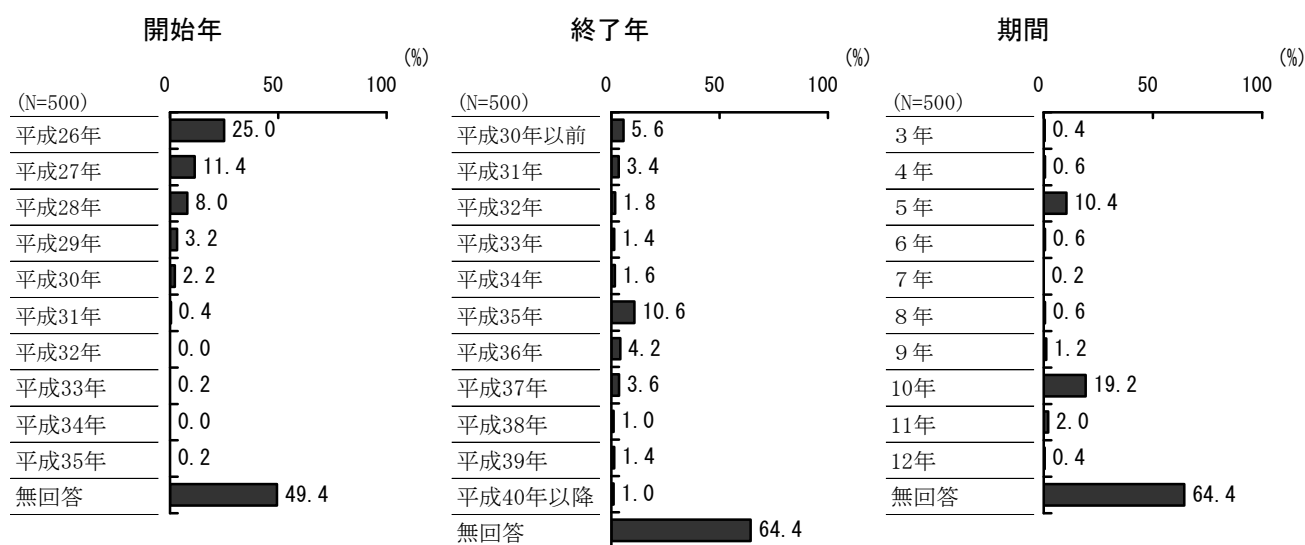
●第二次計画（策定済み）の実施期間



●第二次計画（平成24年度策定中）の実施期間



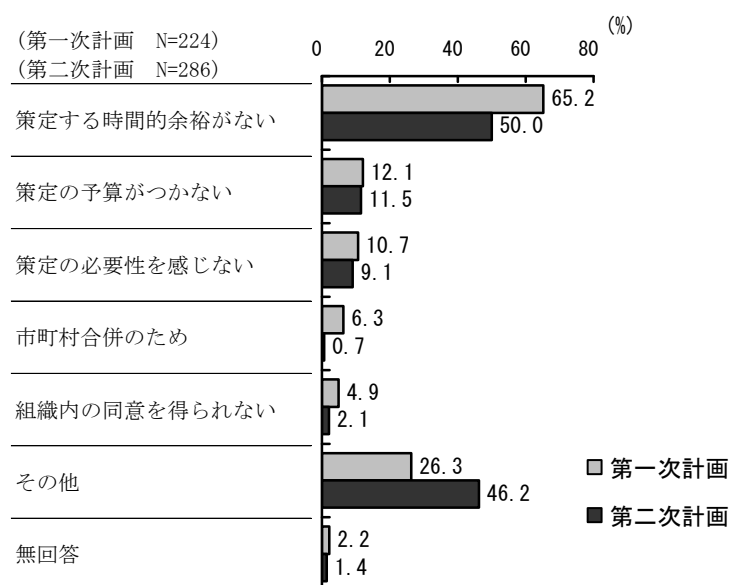
●第二次計画（平成25年度以降策定予定）の実施期間



2) 計画の未策定理由（問1-1、問10-1）

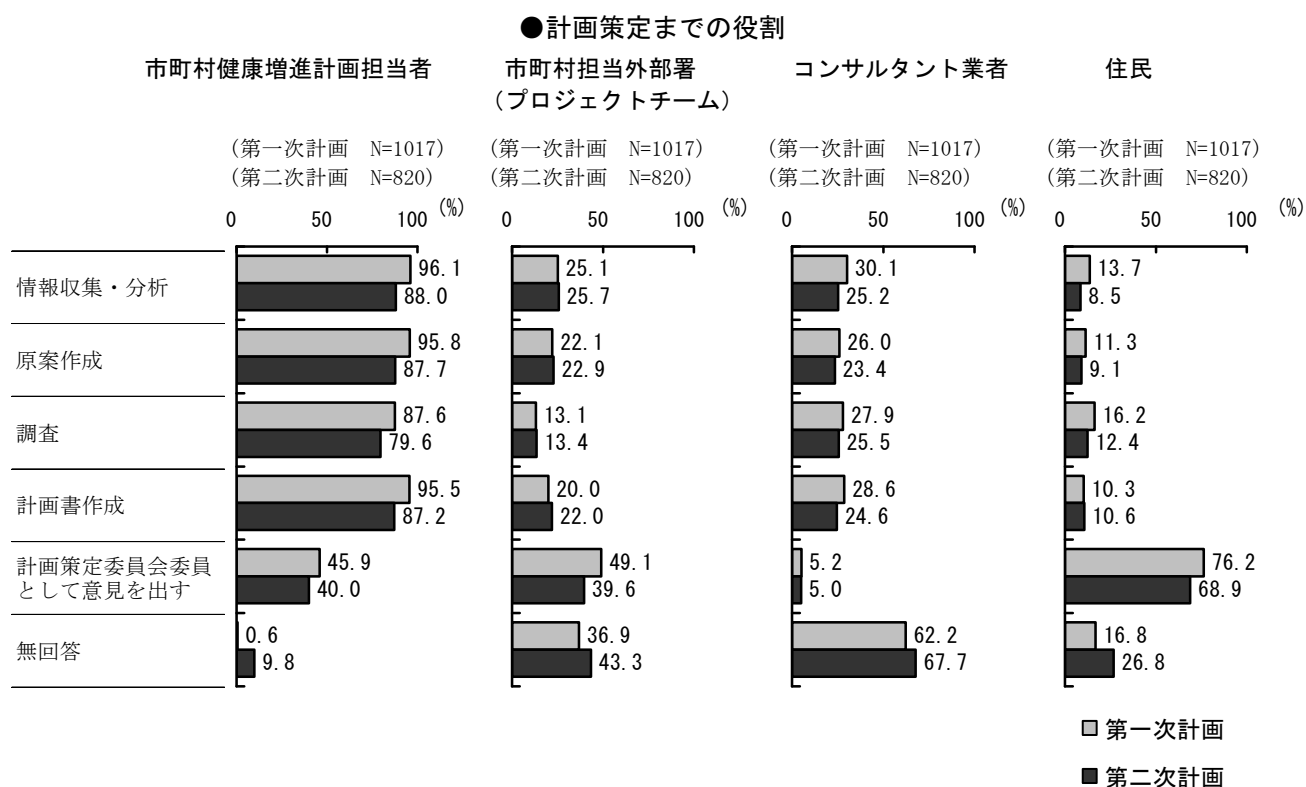
計画の未策定理由は、第一次計画、第二次計画ともに「策定する時間的余裕がない」が半数以上で最も高くなっている。また、第二次計画の「その他」（46.2%）の内容としては、「第一次計画を実施中であり、第二次計画については未定」「検討中」といった回答があった。（複数回答）

●計画の未策定理由



4 計画策定までの役割（問2、問11）

計画策定までの役割をたずねたところ、第一次計画、第二次計画ともに、市町村担当外部署（プロジェクトチーム）や住民では「計画策定委員会委員として意見を出す」が最も高くなっている。また、コンサルタント業者では「情報収集・分析」「原案作成」「調査」「計画書作成」が2割以上となっている。（複数回答）

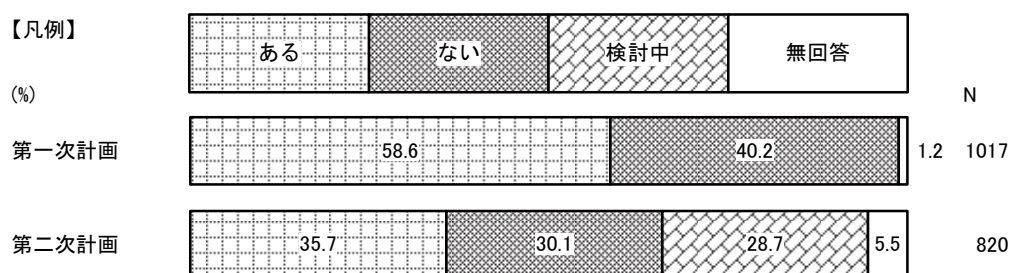


5 部局横断的な組織体制の有無と関係部局（問3、問3-1、問12、問12-1）

1) 部局横断的な組織体制の有無（問3、問12）

部局横断的な組織体制の有無は、第一次計画では「ある」が58.6%を占め、「ない」が40.2%となっている。第二次計画では「ある」が35.7%で最も高く、「ない」(30.1%)、「検討中」(28.7%)が約3割となっている。

●計画における部局横断的な組織体制の有無

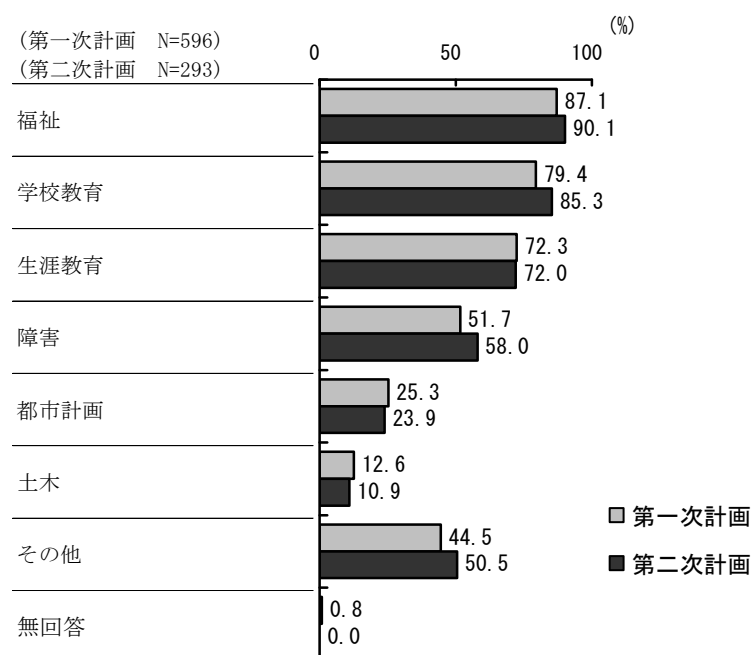


※「検討中」は第二次計画のみの選択肢

2) 関係部局（問3-1、問12-1）

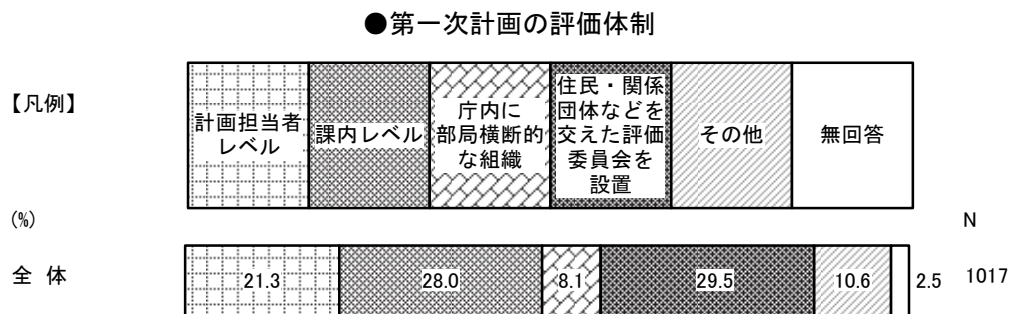
部局横断的な組織体制が「ある」と回答した市町村に、関係部局をたずねたところ、第一次計画、第二次計画ともに「福祉」が約9割で最も高く、次いで「学校教育」「生涯教育」「障害」となっている。（複数回答）

●計画における関係部局



6 第一次計画の評価体制（問4）

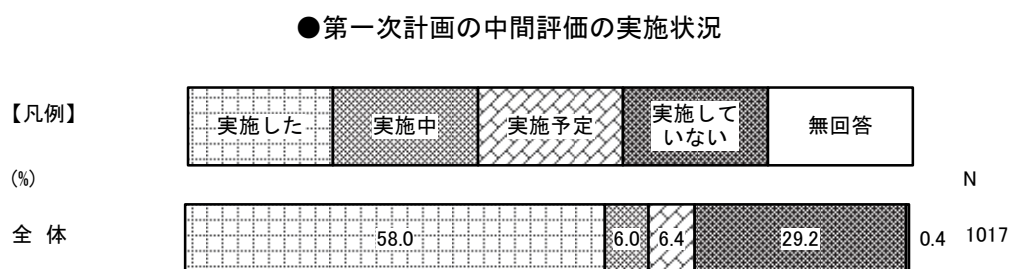
第一次計画の評価体制は、「住民・関係団体などを交えた評価委員会を設置」（29.5%）、「課内レベル」（28.0%）がそれぞれ約3割を占め、次いで「計画担当者レベル」が21.3%となっている。「庁内に部局横断的な組織」で評価した市町村は8.1%にとどまっている。



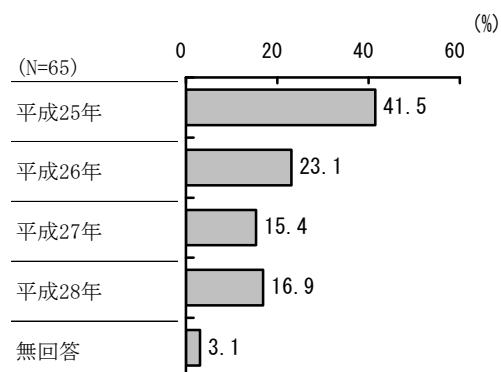
7 第一次計画の中間評価の実施状況（問5）

第一次計画の中間評価の実施状況は、「実施した」が58.0%を占め、「実施中」が6.0%、「実施予定」が6.4%となっている。一方、「実施していない」は29.2%みられる。

中間評価を「実施予定」と回答した市町村に実施予定年をたずねたところ、「平成25年」が41.5%で最も高くなっている。



●第一次計画の中間評価の実施予定年

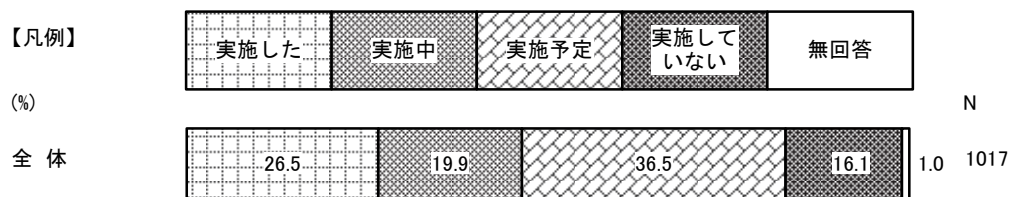


8 第一次計画の最終評価の実施状況（問6）

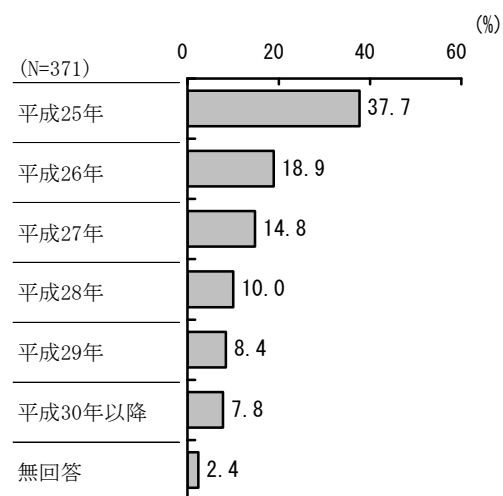
第一次計画の最終評価の実施状況は、「実施予定」が36.5%で最も高く、次いで「実施した」(26.5%)、「実施中」(19.9%)、「実施していない」(16.1%)となっている。

最終評価を「実施予定」と回答した市町村に実施予定年をたずねたところ、「平成25年」が37.7%で最も高くなっている。

●第一次計画の最終評価の実施状況



●第一次計画の最終評価の実施予定年

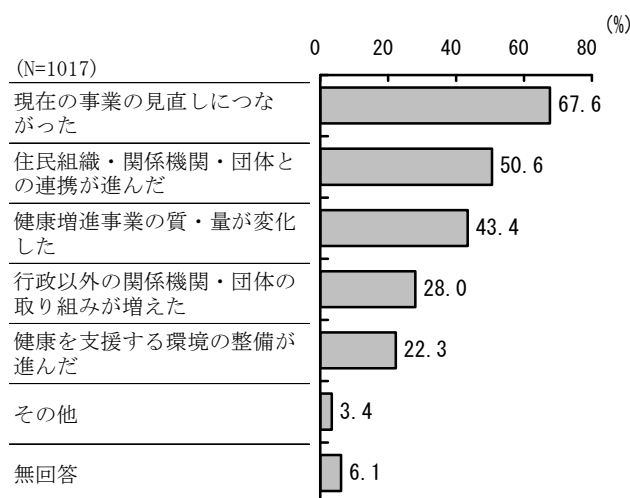


9 第一次計画の成果（問7、問7-1）

1）第一次計画の成果（問7）

第一次計画の成果は、「現在の事業の見直しにつながった」が67.6%で最も高く、次いで「住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ」（50.6%）、「健康増進事業の質・量が変化した」（43.4%）となっている。（複数回答）

● 第一次計画の成果



2）第一次計画を実施しての具体的成果の例（問7-1）

自由回答の内容について、カテゴリー別に分けて代表的事例をまとめた。

（A）行政以外の関係機関・団体の取り組みが増えた

	成果の内容
1	関係機関・団体等から構成される健康づくり推進協議会を設置し、健康づくりに関する情報共有や目標を明確化することができた。健康増進計画の普及啓発や住民の健康づくりの意識を高めることを目的としたイベント（講演会等）を開催するなど、関係団体独自での健康づくり事業が実施されるようになった。
2	大学と協働で「ご当地体操」を企画・制作したことにより、関係団体やボランティア組織が積極的に体操の普及に乗り出した。
3	自殺予防のための傾聴サロンボランティアなど、新たなボランティア組織が生まれた。
4	地域住民に身近な場所に、子育て中の親や高齢者等が相談・交流できる場が増え、住民組織がその場の運営を担えるようになった。
5	自主的な健康づくり活動や、住民の健康づくりを支援する企業・団体等が登録する「すこやかパートナー制度」を創設したことにより、行政とパートナー登録団体や登録団体どうしでの健康づくり事業が活発化し、地域住民が健康づくりを行いやすい社会環境の整備につながった。

(B) 健康増進事業の質・量が変化した

	成果の内容
1	地域の歯科医師会の協力により、フッ化物洗口事業を新たに開始した。また、地域の歯科医院の協力を得て、歯科検診も新たに事業展開した。
2	地域の実態を把握したことにより、生活習慣病予防に対する早期介入が必要と判断された。具体的な対策として、小児肥満対策、高校生や若者を対象にした健診を実施した。幼稚園や保育園、学校から、正しい生活習慣をテーマとした教育依頼が増加した。
3	子どもから青年期、壮年期、高齢期に至るまでの課題の把握と目標を設定したことによって、ライフステージを視野に入れた途切れのない健康増進事業の展開ができるようになった。
4	栄養・食生活分野や食育に関する事業の質の向上を図るため、管理栄養士を採用・配置した。
5	たばこやアルコールについて、未成年からの取り組みが大切なため、学校との連携を図った事業展開を行った。
6	予算策定の際に、根拠となる理由づけとなり、予算の確保につながった。
7	計画立案・実施・評価を行うことにより、地域住民の健康課題が見えるようになり、対策を立てやすくなった。また、地域の健康づくり組織に対して、住民の健康状態を表す客観的な資料等を提供することができ、理解を得る機会となっている。
8	健康増進計画を策定したことにより、分野別に保健事業の目標を設定。課内全体で1年ごとの到達目標を共有し、課内で定期的な会議をもつこと等により、事業を振り返る機会が増え、問題の共有化と次年度の事業計画の立案も行いやすくなった。課を挙げた取り組みによって、庁内や住民への包括的な保健事業のPRや事業実施に役立っている。
9	健康増進計画によって目標や活動指針が明確になったことで、保育所、幼稚園、民生児童委員、子育て支援のNPO法人等との連携が深まり、三歳児健診の実施等を多職種で行うなど、次世代の健康づくり事業が手厚くなった。

(C) 住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ

	成果の内容
1	健康増進計画の策定・評価などには、住民組織も参画しているので、健診や保健事業の周知を定期的に確実に行えるようになった。
2	商工会やJAなどの関係団体や住民組織との連携が進んだ結果、ウォーキング大会や禁煙普及のためのポスターコンクール、歯磨き川柳の募集・表彰といった、地域住民の参加型事業が増えた。
3	地域の実情に合った健康づくりに取り組むため、町内会や自治会などの住民組織を中心とした懇談会を設置した。市民とともに地域の実情を把握し、課題やニーズに合致した健康づくり事業を実践するための土台づくりとなった。
4	生活習慣病予防のため、住民組織と協働でウォーキングロードマップを制作し、そのマップを活用した健康づくり事業を展開している。また、住民組織との連携が深まったことで、メンタルヘルス対策やがん予防に関する普及・啓発活動の活性化にもつながっている。
5	行政の枠組みにとらわれず、これまでは交流のなかったPTA、商工会、企業といった多種多様な機関とかかわれるよいきっかけとなった。
6	関係機関・団体との交流が生まれ、商工会と調整を図ったうえで受診しやすい健診の実施や、地域の薬剤師会の協力により薬局において健診の受診勧奨を行うなど、新たな連携事業が増えた。
7	個人、家庭、地域が共に築く健康で快適な地域社会の実現をめざした活動を展開。小・中学校でのむし歯ゼロ運動など、関係機関等を巻き込んだ施策を推進することができた。一つの成果としては、「歯と口腔の健康づくり推進条例」を策定段階から住民協働の手法により実現することができた。

(D) 現在の事業の見直し等につながった

	成果の内容
1	健康増進計画策定時から年1回、健康づくり推進協議会を開催し、計画の進行管理をすることにより、各年度の事業の見直しや健康課題について協議し、さらに効果の上がる方策をとることができた。
2	地域住民が健診を受診しやすいように、休日健診を導入した。
3	地域の健康課題や健康づくりの方向性が明確になり、対象者が重複している事業を共同開催したり、効果の不明な事業を取りやめたりするなど、事業の整理ができた。
4	地域の歯科医師会からの提案で、これまで実施してきた歯科検診を、歯周疾患検診に切り替えて、事業内容を拡充化した。
5	各種がん検診事業を見直し、受診勧奨方法を工夫したり、がん検診を無料化したりすることで、受診率の向上につながった。
6	健康づくりのスローガンとして「人づくり・場づくり・連携づくり」を設定し、住民に周知するとともに、各健康づくり事業を推進する際にも同スローガンを意識した事業展開が徹底されて、保健事業に取り組む保健師の姿勢にも変化が表れた。

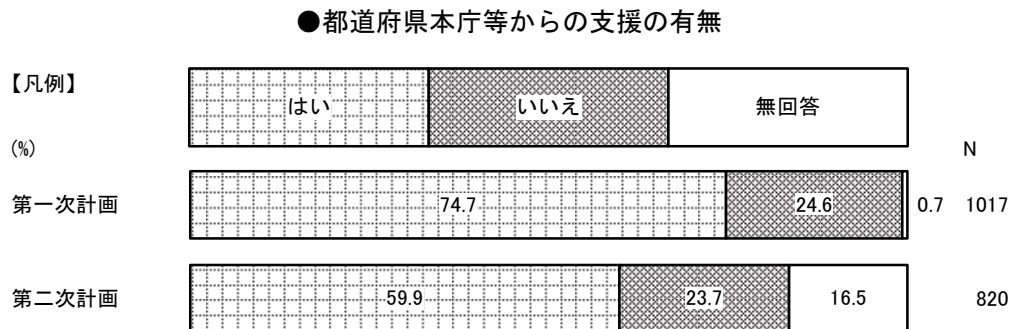
(E) 健康を支援する環境の整備が進んだ

	成果の内容
1	地域の飲食店において、提供している食品・料理の栄養素を公表する健康づくり応援店などが増え、住民の健康に対する意識が向上した。
2	健康増進法による社会的環境の変化も後押しして、公共的施設を中心に分煙対策、全面禁煙措置が広がった。また、喫煙や受動喫煙に対する健康意識にも変化が生まれた。
3	運動やスポーツに関するサークルの活動を支援するため、公共的施設の開放を推進した。
4	健康づくりに関連する住民組織が保健センターの貸館を行う際、無料にするなど健康づくり活動をサポートした。
5	ウォーキングロードの整備、公園スペース等への介護予防遊具の設置などにより、体を動かしやすい環境整備を図った。
6	ウォーキングや農業を行う自主グループが組織され、このうち農業を行うグループには健康増進部署ではない他部署から補助金が提供されることになった。

10 都道府県本庁等からの支援の有無とその内容（問8、問8-1、問17、問17-1）

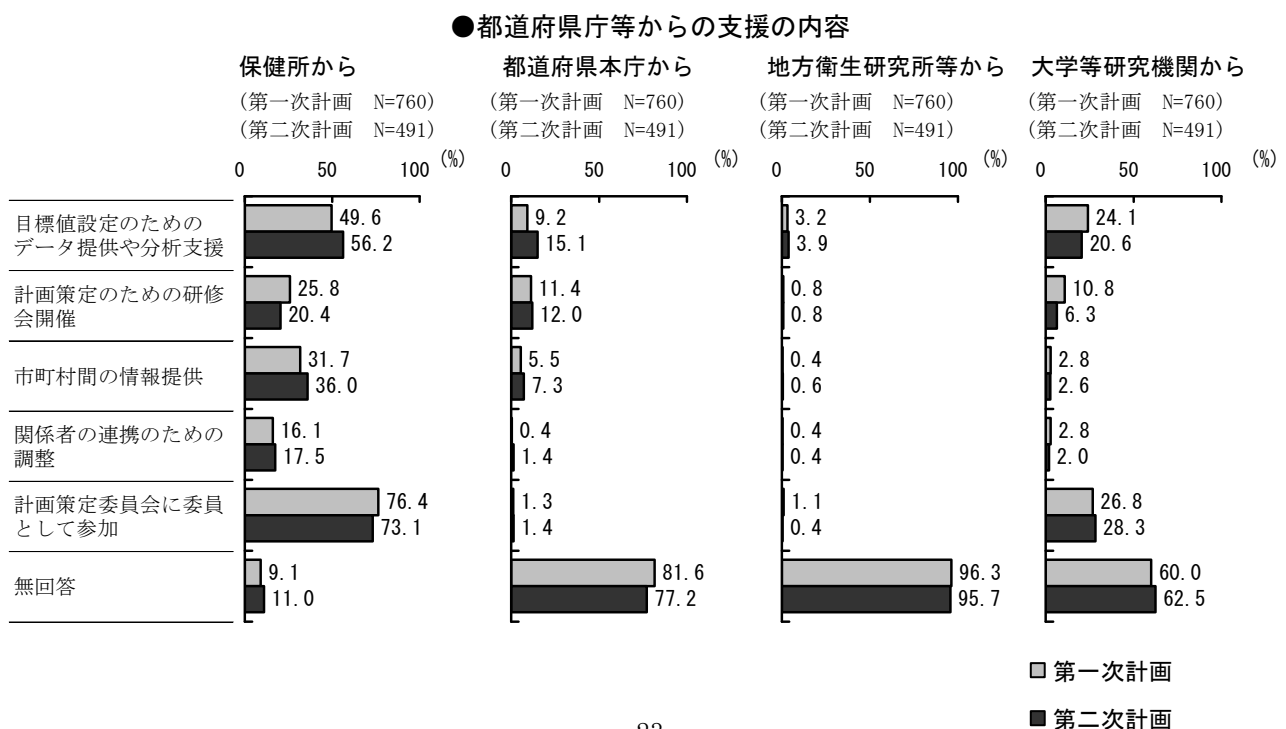
1）都道府県本庁等からの支援の有無（問8、問17）

都道府県庁等からの支援の有無は、第一次計画では「はい（ある）」が74.7%を占め、「いいえ（ない）」が24.6%となっている。第二次計画では「はい（ある）」が59.9%を占め、「いいえ（ない）」が23.7%となっている。



2）都道府県庁等からの支援の内容（問8-1、問17-1）

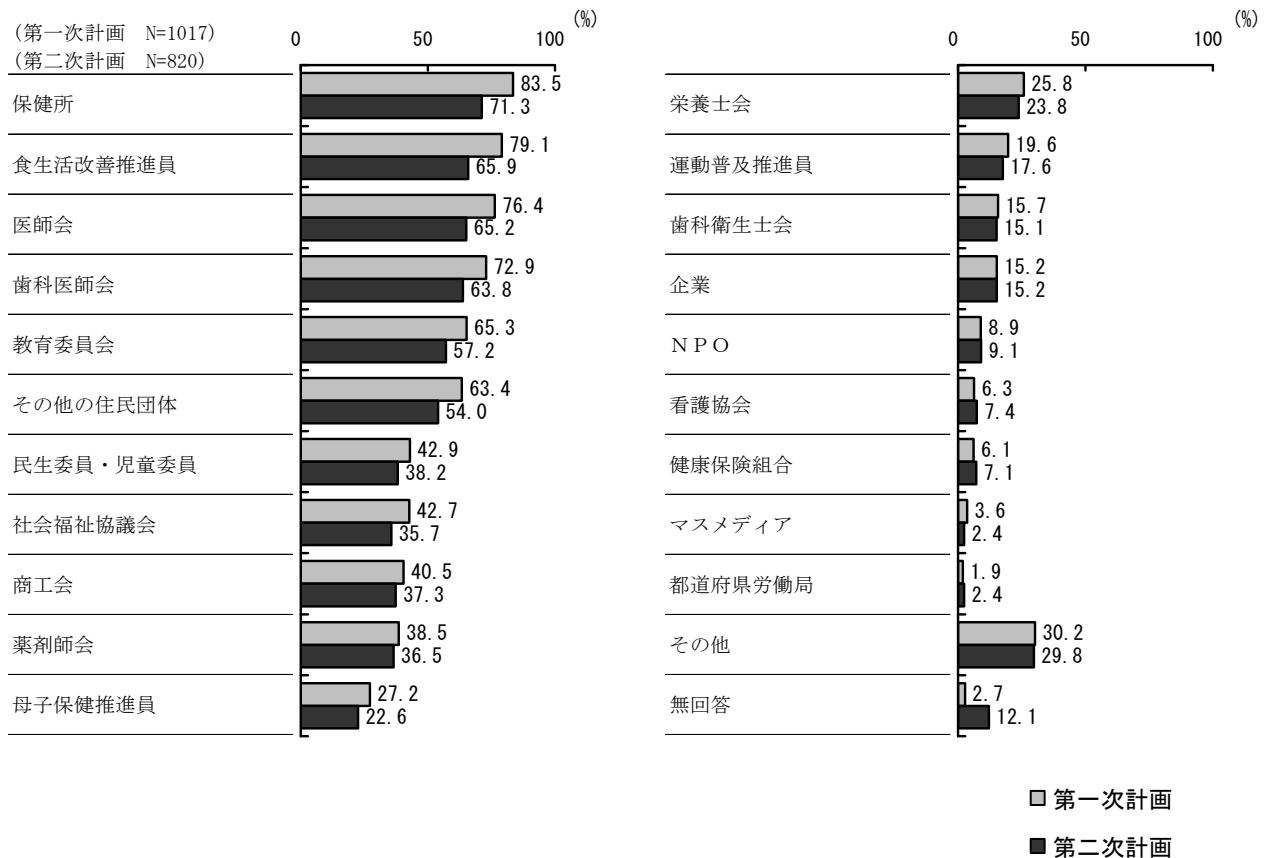
都道府県庁等からの支援が「はい（ある）」と回答した市町村に、支援の内容をたずねたところ、第一次計画、第二次計画ともに、保健所や大学等研究機関から「目標値設定のためのデータ提供や分析支援」「計画策定委員会に委員として参加」などの支援を受けた割合が高くなっている。また、保健所からは「市町村間の情報提供」「計画策定のための研修会開催」「関係者の連携のための調整」といった支援の割合も高い。都道府県本庁からの支援では「目標値設定のためのデータ提供や分析支援」「計画策定のための研修会開催」が約1割となっている。一方、地方衛生研究所等から支援を受けた市町村はほとんどみられない。（複数回答）



11 計画の策定や推進に関して連携している機関（問9、問18）

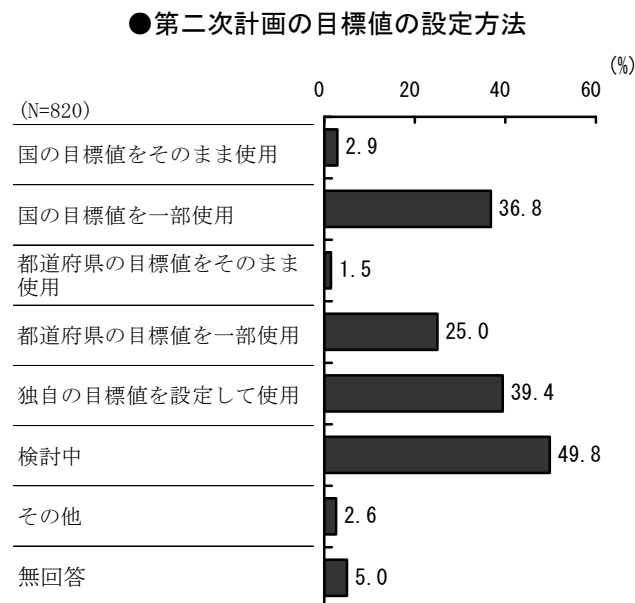
計画の策定や推進に関して連携している機関は、第一次計画、第二次計画ともに「保健所」が最も高く、次いで「食生活改善推進員」「医師会」「歯科医師会」となっている。（複数回答）

●計画の策定や推進に関して連携している機関



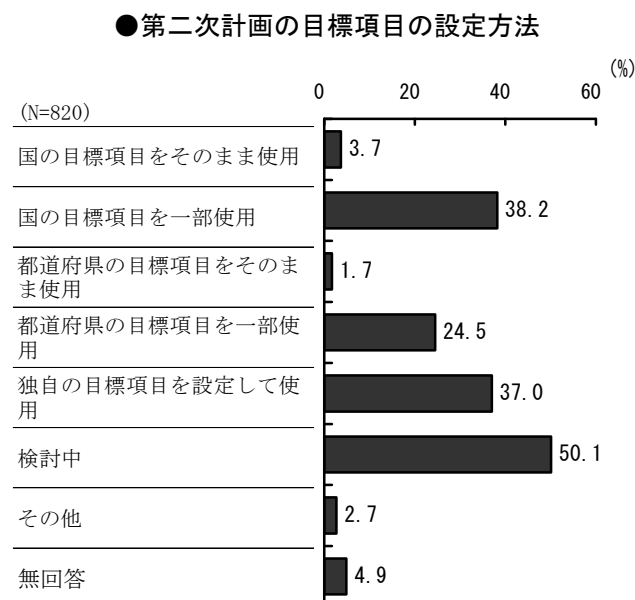
12 第二次計画の目標値の設定方法（問13）

第二次計画の目標値の設定方法は、「検討中」が49.8%で最も高くなっているものの、「独自の目標値を設定して使用」（39.4%）、「国の目標値を一部使用」（36.8%）、「都道府県の目標値を一部使用」（25.0%）も2割以上みられる。（複数回答）



13 第二次計画の目標項目の設定方法（問14）

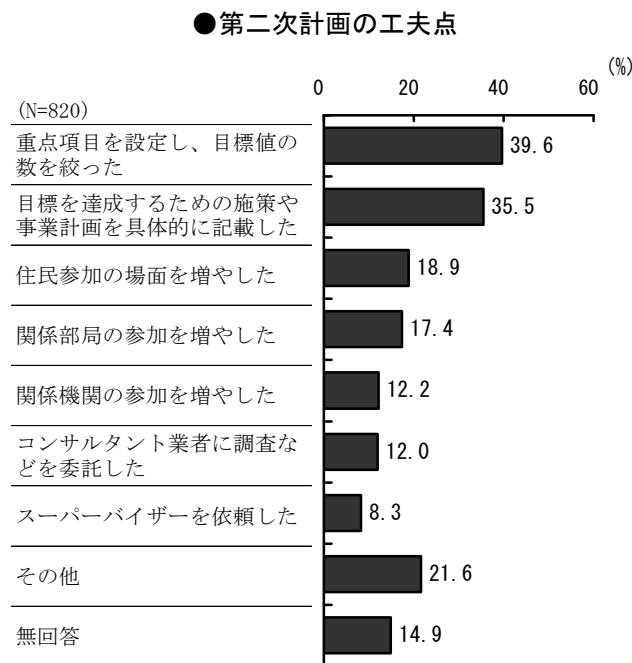
第二次計画の目標項目の設定方法についても、目標値（問13）と同様に「検討中」（50.1%）が最も高くなっている。これに次いで「国の目標項目を一部使用」が38.2%、「独自の目標項目を設定して使用」が37.0%、「都道府県の目標項目を一部使用」が24.5%となっている。（複数回答）



14 第二次計画の工夫点（問15、問15-1）

1）第二次計画の工夫点（問 15）

第二次計画の工夫点は、「重点項目を設定し、目標値の数を絞った」が39.6%で最も高く、次いで「目標を達成するための施策や事業計画を具体的に記載した」が35.5%となっている。また、「住民参加の場面を増やした」（18.9%）、「関係部局の参加を増やした」（17.4%）、「関係機関の参加を増やした」（12.2%）といった協働や連携につながる工夫をした（する予定の）市町村が1割以上みられる。（複数回答）



2）第二次計画を実施するうえでの工夫点の例（問 15-1）

自由回答の内容について、カテゴリー別に分けて代表的事例をまとめた。

（A）重点項目を設定するなどして、目標項目の数を絞った

	成果の内容
1	健康づくりに関連したすべての指標の網羅を考えると、幅広いアプローチが必要になるため、重点的な指標に絞って効果的に行うようにした。 第一次計画では 68 指標を設定したが、37 指標に絞り込んだ。
2	心の健康づくりを重点施策として位置づけた。 また、重点施策ごとに行動目標と世代別の取り組みを示して、実効性をもたせた。
3	国は 10 年間の計画だが、5 年間の計画にした。目標項目は地域の健康課題に焦点を絞り策定する。
4	総花的な施策から、がん対策と糖尿病対策に絞った健康増進計画とした。働き盛り世代の健康づくりの自主グループに計画策定委員として参加してもらい、主体的な取り組みにつながっている。
5	目標を設定するに当たり、現状値の測定把握が困難であったり、測定把握に過大な労力と時間のかかる指標は目標化しないこととした。

	成果の内容
6	目標設定の考え方として、問題解決型の項目ではなく、目標指向型の項目にした。また取り組みやすい項目に数を絞り、重点項目として「元気なまちづくり」「心の健康」「健康診断」「運動」「食生活」「歯の健康」の6つを挙げた。

(B) 目標達成のための施策や事業計画を具体的に記載した

	成果の内容
1	目標を具体的な内容のものとし、実際の事業結果とリンクできるようにして、現状把握や評価をしやすくする。また、アンケートによる評価ではなく、科学的根拠に基づく評価ができるような目標項目に絞り込む。
2	将来の地域の姿がどうなるとよいのか、自分たちの行動をどのようにしていくべきかを大事に考えて、地域の実情の分析から目標を設定するようにしている。
3	健診データや家庭訪問、説明会などから見えてきたことに、住民や地域の課題・ニーズが示されていると考え、こうした情報を大切に分析し、目標設定を行った。
4	計画の目標項目ごとに、市民・団体・行政の役割を明記し、地域の関係者全体で推進できるようにそれぞれの目標を示した。

(C) 関係部局の参加を増やした

	成果の内容
1	健康づくりの分野ごとにワーキンググループを設置するとともに、庁内連絡会も立ち上げて、関係部局とも連携を深めた取り組みを実現していく。
2	目標達成に向けて、市民、市役所の健康増進部門、市役所の関係部局、それぞれが取り組むべき課題とその解決のための方策をわかりやすく整理・提示した。
3	健康増進計画の策定に当たって、健康増進部局だけでなく、労働部局、都市整備部局（公園などの整備）、まちづくり部局などの関係部局の参加を増やした。
4	計画には、産業分野からの健康づくりに関する意見を反映できるように、計画策定委員に職域関係者も加えた。

(D) 住民が参加しやすい環境を整えた

	成果の内容
1	公民館での事業と連携して、住民が参加しやすい方法を検討する。
2	住民に身近な地域に出向いて、地域ごとに座談会を開催して計画の策定、周知広報に努めている。
3	計画策定のため、ワークショップを開催し、策定にかかる基本的な方針を確認して作業方法等について検討した。それを基にして、プロジェクトメンバーを中心に策定作業を進めて骨子を制作した。また、地域住民の健康についての意識や生活習慣の実態等を把握し、計画の評価に活用するためにアンケート調査を実施した。
4	地域の特性に合わせた健康づくりを推進するため、分野別、ライフステージ別の目標と取り組み内容を設定したうえで、新たに地域別の詳細な目標・取り組み内容を策定した。
5	住民にとって計画が自分たちのこととしてとらえてもらえるように、健康づくりの項目ごとに生活習慣のチェック項目とその改善例を示した「健康増進計画のダイジェスト版」を作成し、全戸配布した。また計画には、住民のいちばんの関心事である東日本大震災による環境等の変化や、地域に対する支援内容も盛り込んだ内容とした。

(E) 大学、民間企業の参加を増やした

	成果の内容
1	地元の大学から協力をもらい、住民へのアンケートを作成・分析・評価・計画素案に対して専門的な見地から支援をしてもらう体制を築く。
2	計画策定に当たって、コンサルタント業者に他の市町村、他県の情報を収集してもらい、そうした情報を加味した計画づくりを進めている。
3	計画策定に当たって、大学との共同研究の形をとって、ラベルワークの手法等を用いて、行政と住民の代表者で検討会を組織し、地域住民のニーズや課題に即した計画になるようにした。

(F) 他の計画との連動や既存データの活用など、効率化と効果の拡大を図った

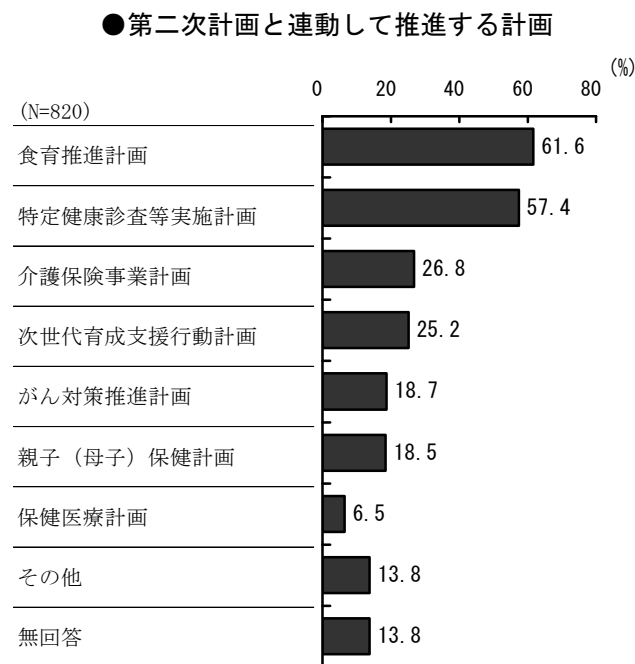
	成果の内容
1	特定健康診査等実施計画（第2期）と連動する計画にして、レセプト等の情報も活用した。
2	人口動態統計や特定健診データ、介護保険認定者の実態などから、具体的な課題を明確にして目標設定した。
3	目標値やベースライン値について、既存の統計データを活用して、評価年度に数値として具体的に評価できるように設定した。
4	食育推進計画を健康増進計画の章立ての一つとして組み入れるとともに、歯科口腔保健計画やがん対策推進計画とも連動した内容とした。

(G) 調査等を行い地域の実情に即した事業計画にした

	成果の内容
1	第一次計画は他課が実施した調査結果をベースに現状値を設定したが、第二次計画は「20歳以上の住民」と「2歳～中学生までの子ども」を対象に調査を実施した。調査項目は国の示す53項目を参考にして、保健センターとコンサルタント業者で作成し、教育委員会や学校長の下承を得て行った。
2	第一次計画は住民アンケートによる主観的データを指標にしたため、必ずしも科学的根拠に基づく評価には至らなかった。第二次計画では住民の健診結果を基にして、確実にアウトカム評価が行える指標にした。
3	第一次計画では意識調査によらなければ住民の健康状態の把握ができなかったが、第二次計画では国の目標項目、目標値を参酌しつつ、モニタリングが可能な医療・保健データを指標とし、計画の進捗管理と評価を続けられるようにした。

15 第二次計画と連動して推進する計画（問16）

第二次計画と連動して推進する計画は、「食育推進計画」（61.6%）、「特定健康診査等実施計画」（57.4%）が約6割で高く、これらに次いで「介護保険事業計画」（26.8%）、「次世代育成支援行動計画」（25.2%）が2割台となっている。

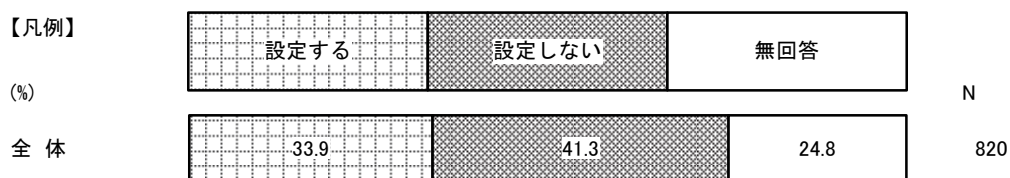


16 社会環境の整備に関する目標の設定状況（予定）と国の例示した目標の設定状況（予定）、国の例示した目標を設定しない理由（問19、問19-1、問19-2）

1）社会環境の整備に関する目標の設定状況（予定）（問 19）

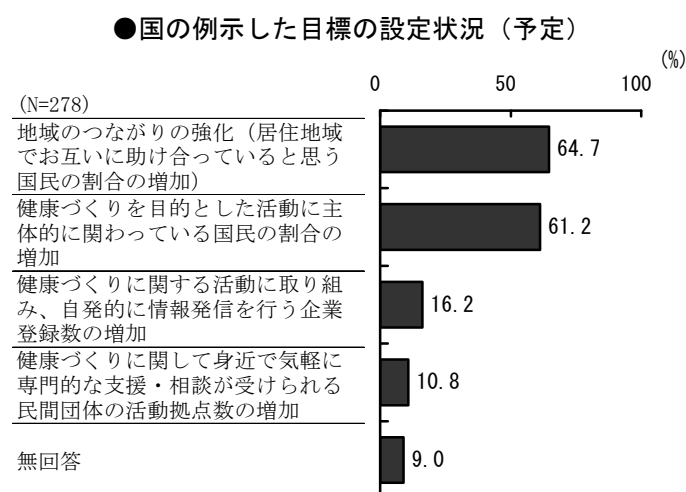
社会環境の整備に関する目標の設定状況（予定）は、「設定しない」（41.3%）が「設定する」（33.9%）を上回っている。また、「無回答」が24.8%みられるが、これは「検討中」や「未定」の市町村が質問に回答しなかった可能性がある。

●社会環境の整備に関する目標の設定状況（予定）



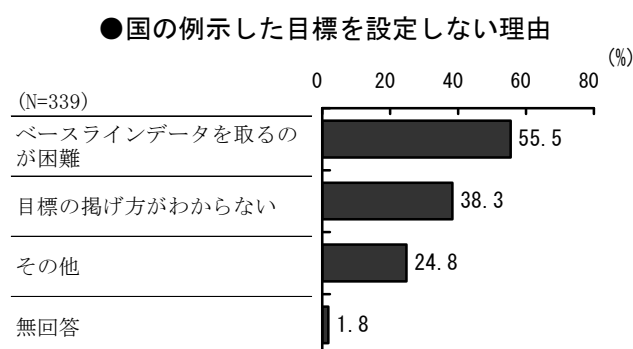
2) 国の例示した目標の設定状況（予定）（問 19-1）

社会環境の整備に関する目標を「設定する」と回答した市町村に、国の例示した目標を設定するかどうかたずねたところ、「地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）」（64.7%）、「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加」（61.2%）は6割以上の市町村が設定すると回答している。一方、「健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加」（16.2%）、「健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加」（10.8%）は1割台となっている。（複数回答）



3) 国の例示した目標を設定しない理由（問 19-2）

社会環境の整備に関する目標を「設定しない」と回答した市町村に、設定しない理由をたずねたところ、「ベースラインデータを取るのが困難」が55.5%で最も高く、次いで「目標の掲げ方がわからない」が38.3%となっている。（複数回答）

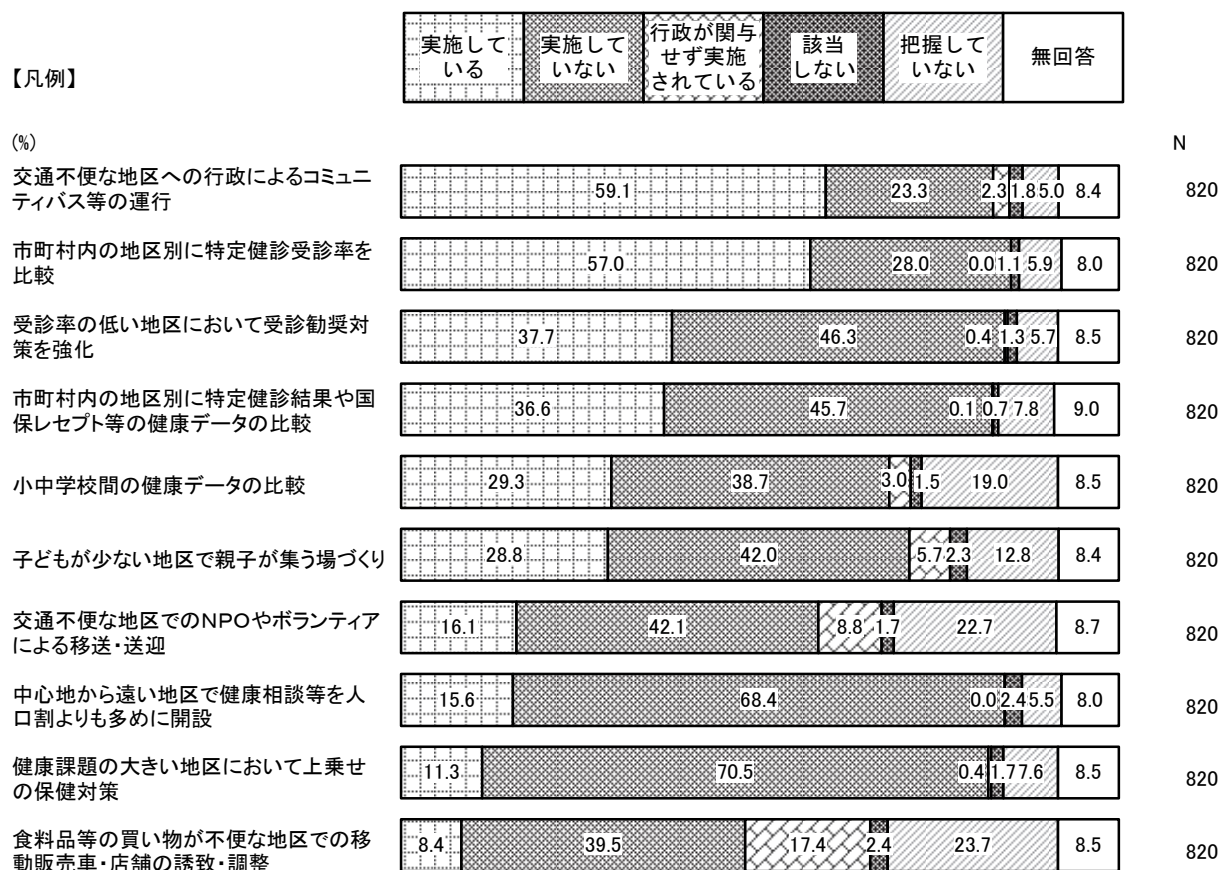


17 第二次計画で新たに重視されている課題への取り組み状況（問20）

1）地域間格差への取り組み状況（問 20）

地域間格差への取り組み状況についてたずねたところ、「実施している」の割合が高い項目は、「交通不便な地区への行政によるコミュニティバス等の運行」（59.1%）、「市町村内の地区別に特定健診受診率を比較」（57.0%）で約6割を占めている。また、「行政が関与せず実施されている」の割合が高い項目は、「食料品等の買い物が不便な地区での移動販売車・店舗の誘致・調整」（17.4%）、「交通不便な地区でのNPOやボランティアによる移送・送迎」（8.8%）で、これらは「把握していない」の割合も高くなっている。一方、「実施していない」の割合が高い項目は、「健康課題の大きい地区において上乗せの保健対策」（70.5%）、「中心地から遠い地区で健康相談等を人口割よりも多めに開設」（68.4%）で約7割を占めている。

●地域間格差への取り組み状況



2) 所得格差への取り組み状況（問 20）

所得格差への取り組み状況についてたずねたところ、「実施している」の割合が高い項目は、「母子の要フォローの判断でその家庭の経済状況を考慮」（65.5%）、「低所得家庭の児童への学用品・給食費等の給付」（61.3%）、「健診自己負担額に所得による減免制度」（55.7%）、「母親の就職活動時に保育サービスが利用できる制度」（51.5%）で5割以上となっている。一方、「実施していない」の割合が高い項目は、「低所得の母子への栄養に関する現物給付」（72.2%）、「低所得家庭の児童への学習塾代替りの補習」（58.0%）、「公共施設の利用料金で所得による減免制度」（57.7%）、「高齢者や低所得世帯のインターネット利用の支援」（57.3%）で5割以上となっている。

●所得格差への取り組み状況

【凡例】

実施している	実施していない	行政が関与せず実施されている	該当しない	把握していない	無回答
--------	---------	----------------	-------	---------	-----

(%)

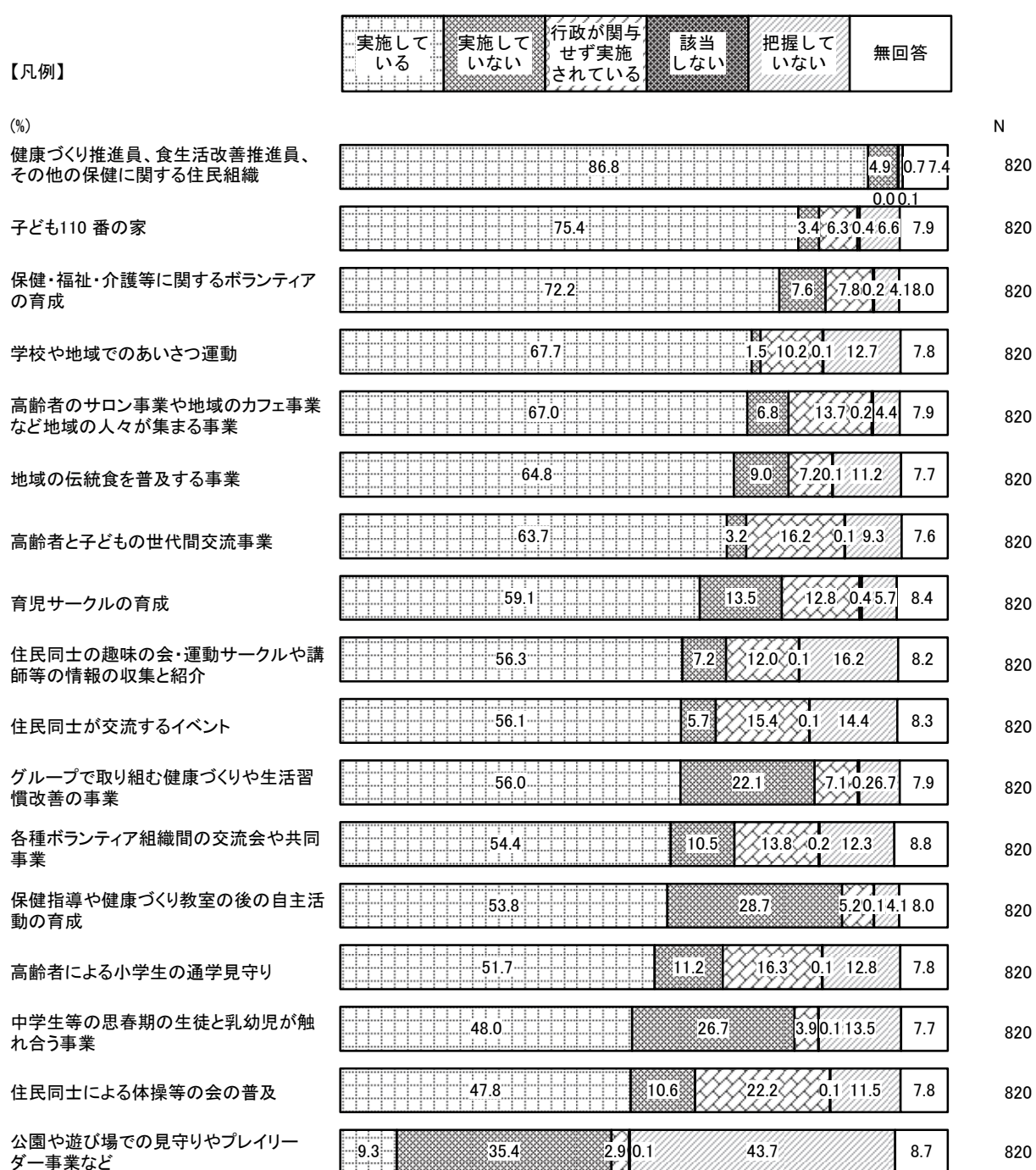
N

母子の要フォローの判断でその家庭の経済状況を考慮	65.5	19.5	0.1	0.6	5.7	8.5	820
低所得家庭の児童への学用品・給食費等の給付	61.3	14.4	0.5	0.6	14.4	8.8	820
健診自己負担額に所得による減免制度	55.7	27.7	0.0	6.7	11.7	8.2	820
母親の就職活動時に保育サービスが利用できる制度	51.5	25.1	1.6	0.5	12.0	9.4	820
低所得者を対象とした相談窓口	41.2	30.9	1.2	0.9	16.6	9.3	820
妊娠届出時にその家庭の経済状況を把握	35.0	45.4	0.0	1.6	10.0	8.0	820
低所得の母子への栄養に関する現物給付	11.5	72.2	0.0	0.7	7.4	8.2	820
公共施設の利用料金で所得による減免制度	11.2	57.7	0.0	1.8	20.0	9.3	820
低所得家庭の児童への学習塾代替りの補習	4.4	58.0	0.9	1.1	26.5	9.1	820
高齢者や低所得世帯のインターネット利用の支援	4.3	57.3	1.5	0.7	27.2	9.0	820

3) ソーシャルキャピタルへの取り組み状況 (問 20)

ソーシャルキャピタルへの取り組み状況についてたずねたところ、「実施している」の割合が高い項目は、「健康づくり推進員、食生活改善推進員、その他の保健に関する住民組織」(86.8%)、「子ども110番の家」(75.4%)、「保健・福祉・介護等に関するボランティアの育成」(72.2%)で7割以上となっており、他のほとんどの項目についても4割以上となっている。一方、「公園や遊び場での見守りやプレイリーダー事業など」では「実施している」が9.3%にとどまり、「把握していない」が43.7%、「実施していない」が35.4%を占めている。

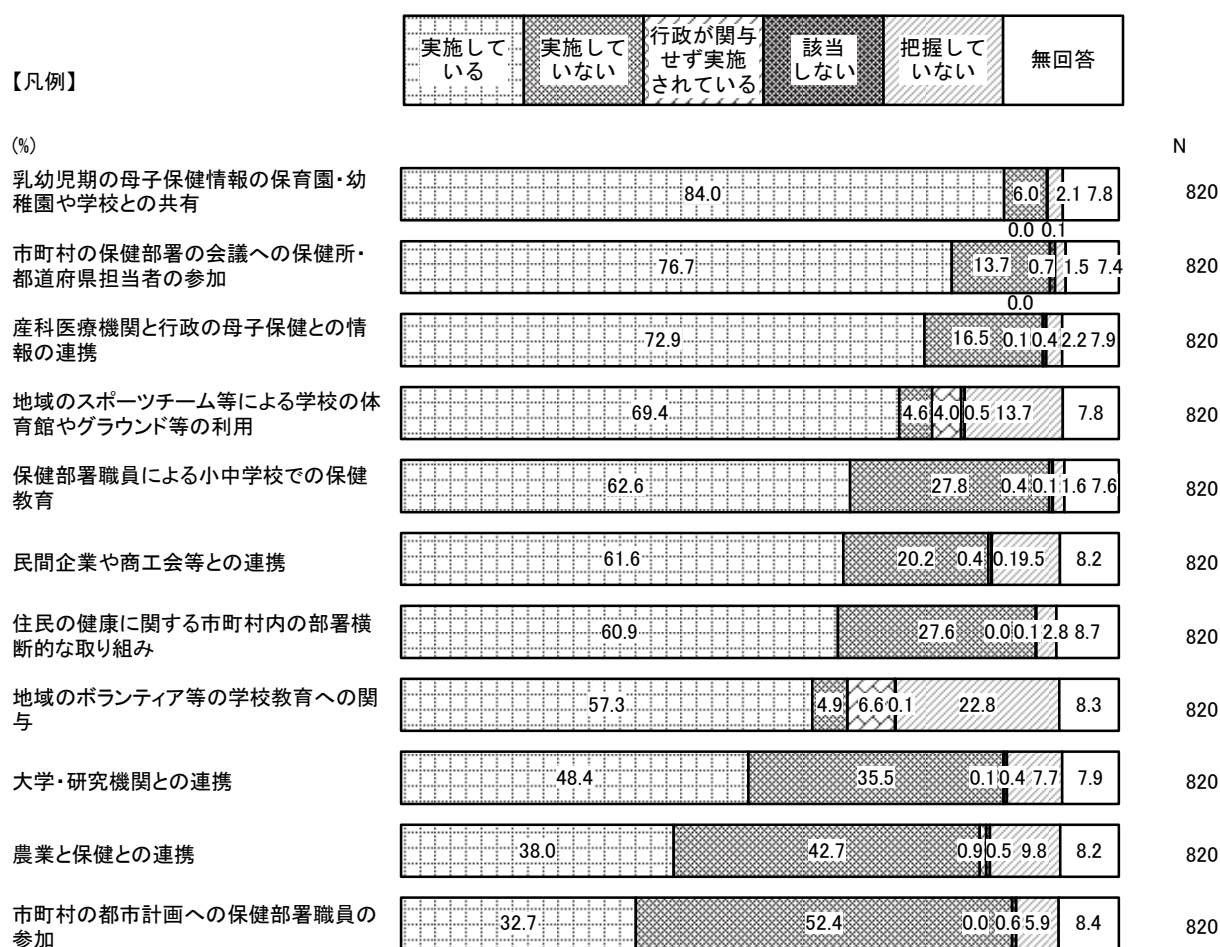
●ソーシャルキャピタルへの取り組み状況



4) 組織間のソーシャルキャピタルへの取り組み状況 (問 20)

組織間のソーシャルキャピタルへの取り組み状況についてたずねたところ、「実施している」の割合が高い項目は、「乳幼児期の母子保健情報の保育園・幼稚園や学校との共有」(84.0%)、「産科医療機関と行政の母子保健との情報の連携」(72.9%) といった母子保健部門の情報共有に関する項目や「市町村の保健部署の会議への保健所・都道府県担当者の参加」(76.7%) で7割以上となっている。一方、「実施していない」の割合が高い項目は、「市町村の都市計画への保健部署職員の参加」(52.4%)、「農業と保健との連携」(42.7%) で4割以上となっている。

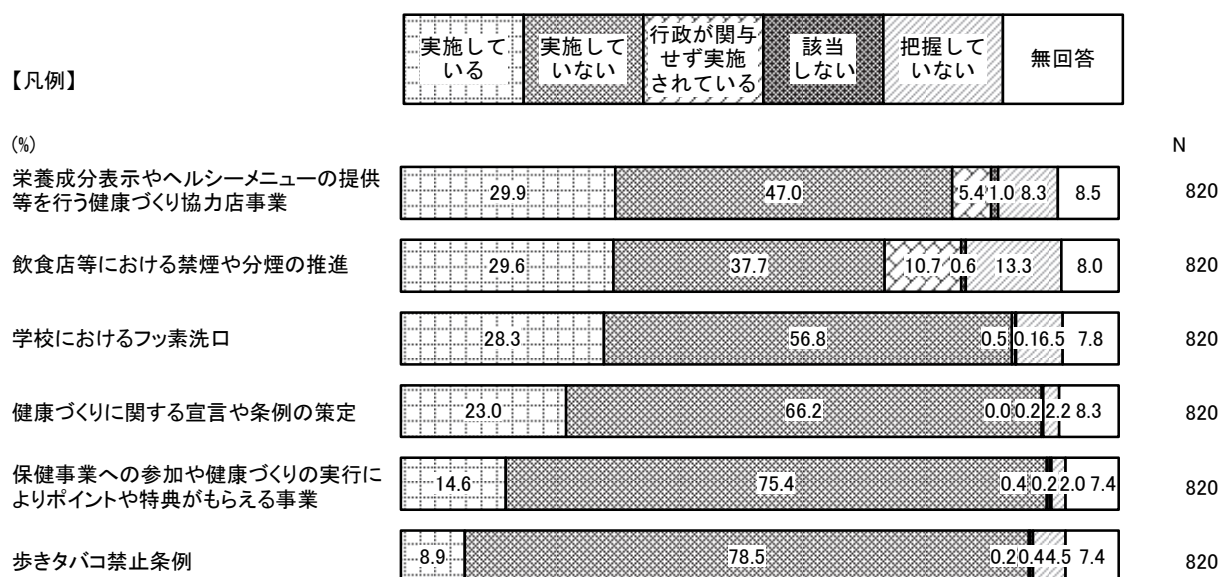
●組織間のソーシャルキャピタルへの取り組み状況



5) その他の社会環境整備への取り組み状況 (問 20)

その他の社会環境整備への取り組み状況についてたずねたところ、いずれの項目においても「実施していない」が「実施している」を上回っている。特に「実施していない」の割合が高い項目は、「歩きタバコ禁止条例」(78.5%)、「保健事業への参加や健康づくりの実行によりポイントや特典がもらえる事業」(75.4%)で7割以上となっている。

●その他の社会環境整備への取り組み状況



第3章 考察

1 健康増進計画の策定状況と第一次計画の成果

公益社団法人地域医療振興協会

ヘルスプロモーション研究センター 副センター長 島田 美喜

1 はじめに

平成 12 年度（2000 年度）から始まった「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」も 12 年経過し、平成 24 年（2012 年）7 月には「健康日本 21（第二次）」の基本方針が出された。この間、平成 20 年（2008 年）4 月には健康増進法施行に伴い、その具体的な計画である健康日本 21 が健康増進計画として位置づけられた。こうした国の動きと呼応して、市町村も努力規定ながらも平成 22 年 12 月 1 日現在、1,750 市町村うち 1,333 市町村（76%）が健康増進計画（地方計画）を策定している（厚生労働省健康局総務課調べ）。

こうした経過を踏まえ、本稿では回答のあった市町村の計画の策定状況と平成 12 年度に開始した「健康日本 21」を「第一次計画」として、その成果について考察する。

2 健康増進計画の策定状況について

本調査で回答のあった 1,243 市町村のうち、第一次計画を策定したのは 1,017 市町村（81.8%）、未策定 224 市町村（18.0%）であった。第一次計画を未策定の理由として、「策定する時間的余裕がない」65.2%、「策定の予算がつかない」12.1%、「策定の必要性を感じない」10.7%が多い。開始時期は、開始年は平成 15 年から平成 24 年までさまざまであり、実施期間は 10 年間と 5 年間で多くを占めているため、終了年も開始年の 10 年後、5 年後が多い。平成 20 年は医療制度改革の年で、それまで策定していなかった市町村もこれに合わせて作成したであろうことが推察される。対して第二次計画は、策定済みは 5 市町村（0.4%）、今年度（平成 24 年度）策定中 315 市町村（25.3%）、平成 25 年度以降策定予定 500 市町村（40.2%）と合計 65.9%の市町村が第二次計画として継続する予定である。

上記の結果を踏まえて見えてくるものは、まず計画策定状況であるが、人口規模と計画策定のクロス集計から、大規模自治体ほど計画策定率が高いことから、人材や予算に余裕がない小規模市町村では未策定になっていることが推察される。しかしながら、現状では公務員が増え、財政が豊かになるような自治体が増える要素はないと考える。計画を策定せず、健康づくりの目的、目標がないままに、事業をこなすことに時間を取られているとしたら、むしろ計画をしっかり立て、活動や事業の優先順位や必要性の有無を判断することが必要であろう。自治体に人材、予算がないのであれば、現在ある地域資源をいかに上手に生かした活動が展開できるかを住民と共に作り上げるチャンスが計画策定であると考え。また、他部署との連携をさらに進めるきっかけとなる。

もう一つ別の側面から未策定の原因を考えると、目標設定も一因かと考える。これまでの健康づくり対策と健康日本 21 の大きな違いは、数値目標が掲げられたことである。国全体や都道府県レベルの人口規模であれば、人口動態統計等の数値を把握し、目標値を掲げることは容易であろうが、一桁の数字が率に左右するぐらいの小規模市町村においては、複数年で統計の推移を見るなどの工夫が必要となろう。しかし、数値目標は困難であっても、質的なものを数値化することは可能であろう。

これから第二次計画を策定する自治体においては、計画策定をきっかけに地域に根ざした活動をするために、何をめざすのかを住民や関係機関など、幅広い人々との協働が望まれる。

3 第一次計画の成果について

第一次計画の成果を自由記載から見ると、以下のような内容に分類された。

- (A) 行政以外の関係機関・団体の取り組みが増えた
- (B) 健康増進事業の質・量が変化した
- (C) 住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ
- (D) 現在の事業の見直し等につながった
- (E) 健康を支援する環境の整備が進んだ

計画策定が事業実施から、連携、事業の見直しなどさまざまな成果につながっていることが見てとれる。計画をきっかけにこれまで連携を取っていなかった関係機関や住民と活動や事業を協働することができたり、住民の自主組織化につながったりなど具体的な動きとして成果が上がるのが、自治体にとっても、住民にとっても目に見える成果であると考えられる。

また、計画策定にあたり、地域の実態を把握し、対策に結びつけたという記載もあった。平成 23 年度の市町村保健活動調査において、地域診断の目的として最も多かったのが、健康増進計画策定のためであり、その他、各種計画策定時に地域診断を行ったという回答が見られた。計画策定時が地域診断を実施するきっかけとなる。地域の現状とあるべき姿のギャップから問題を導き、地域に本当に必要な対策を立てることに結びつけられる。

さらに「立派な計画は策定したが推進体制が不十分だった。自治体では健康増進計画は下位計画に当たるため、推進の意識づけが難しい。」「計画と事業が結びつかない計画では、何の進展も得られない。」といった、反省点が見えたことを成果とする回答も見られたことは、上位計画から下位計画までがつながっていることと、事業目的が具体的に描かれていることの必要性を表している。

第二次計画策定にあたっては、幅広い関係機関や住民との協働や地域診断の好機ととらえ取り組むことが望まれる。

■文献

- 1) 地域診断の実施状況と事業等のプロセスに関する調査、平成 23 年度市町村保健活動調査報告書、日本公衆衛生協会、平成 24 年 3 月

2 第二次計画の工夫点

国立保健医療科学院 企画調整主幹 曾根 智史

第二次計画の工夫点に関する質問（問 15）では、多かったのが「重点項目を設定し、目標値の数を絞った」39.6%、「目標を達成するための施策や事業計画を具体的に記載した」35.5%であった。数値目標の設定についてより現実的に検討し、さらに達成のためのロードマップを計画策定の段階から意識的に策定しようとしている自治体がこれだけの割合存在するというのは、第一次の時から進歩といってもよいと思われる。次いで、「住民参加の場面を増やした」18.9%、「関係部局の参加を増やした」17.4%、「関係機関の参加を増やした」12.2%と続き、住民、関係部局・機関の連携の参加や連携を積極的に考えていることがわかった。

それぞれの具体的な内容・事例を問 15-1 から見ると、最も多かった「重点項目を設定し、目標値の数を絞った」の事例としては、「健康づくりに関連したすべての指標の網羅を考えると、幅広いアプローチが必要になるため、重点的な指標に絞って効果的に行うようにした。第一次計画では 68 指標を設定したが、37 指標に絞り込んだ。」「総花的な施策から、がん対策と糖尿病対策に絞った健康増進計画とした。」「目標を設定するに当たり、現状値の測定把握が困難であったり、測定把握に過大な労力と時間のかかる指標は目標化しないこととした。」「目標設定の考え方として、問題解決型の項目ではなく、目標指向型の項目にした。」等があり、それぞれ過去の反省を踏まえて、より実効性の高い目標設定を考えていることがわかった。さらに第二次計画の目標値（問 13）や目標項目（問 14）の設定方法に関する質問においても、検討中を除いた目標を設定している市町村では、国や都道府県のものでそのまま使用する市町村はわずかで、「国や県のもので一部使用」「独自のものを設定して使用」する市町村が大多数を占めていた。国や都道府県の目標を参考にしつつも、地域独自の展開をめざしている様子がわかる。

また、「目標を達成するための施策や事業計画を具体的に記載した」事例としては、「目標を具体的な内容のものとし、実際の事業結果とリンクできるようにして、現状把握や評価をしやすくする。」「計画の目標項目ごとに、市民・団体・行政の役割を明記し、地域の関係者全体で推進できるようにそれぞれの目標を示した。」など、第一次計画で弱いとされた目標と実際の施策や事業との連動が第二次計画では改善されつつある様子が窺えた。

「関係部局の参加を増やした」事例としては、「健康づくりの分野ごとにワーキンググループを設置するとともに、庁内連絡会も立ち上げて、関係部局とも連携を深めた取り組みを実現していく。」「目標達成に向けて、市民、市役所の健康増進部門、市役所の関係部局、それぞれが取り組むべき課題とその解決のための方策をわかりやすく整理・提示した。」「健康増進計画の策定に当たって、健康増進部局だけでなく、労働部局、都市整備部局（公園などの整備）、まちづくり部局などの関係部局の参加を増やした。」「計画には、産業分野からの健康づくりに関する意見を反映できるように、計画策定委員に職域関係者も加えた。」など、保健衛生部門の枠を超えて、幅広く連携している様子が窺える。もともと部局間連携は現場に近く首長のイニシアティブが発揮されやすい市町村のほうが推進しやすいと考えられる。今後は部局間連携推進による実質的な成果が期待される。

住民が参加しやすい環境の整備については、「働き盛り世代の健康づくりの自主グループに計画策定委員として参加してもらい、主体的な取り組みにつながっている。」「住民に身近な地域に出向いて、地域ごとに座談会を開催して計画の策定、周知広報に努めている。」「住民にとって計画が自分たちのこととしてとらえてもらえるように、健康づくりの項目ごとに生活習慣のチェック項目とその改善例を示した『健康増進計画のダイジェスト版』を作成し、全戸配布した。また計画には、住民のいちばんの関心事である東日本大震災による環境等の変化や、地域に対する支援内容も盛り込んだ内容とした。」など、住民への計画への参画・周知や事業への参加を促進する取り組みが見られた。

大学の参加の促進については、「地元の大学から協力をもらい、住民へのアンケートを作成・分析・評価・計画素案に対して専門的な見地から支援をしてもらう体制を築く。」など、地元の重要なリソースである大学との連携を推進している事例が見られた。

科学的根拠に基づく計画策定も従来より進んでいる。「第一次計画は他課が実施した調査結果をベースに現状値を設定したが、第二次計画は『20歳以上の住民』と『2歳～中学生までの子ども』を対象に調査を実施した。調査項目は国の示す53項目を参考にして、保健センターとコンサルタント業者で作成し、教育委員会や学校長の了承を得て行った。」「第一次計画は住民アンケートによる主観的データを指標にしたため、必ずしも科学的根拠に基づく評価には至らなかった。第二次計画では住民の健診結果を基にして、確実にアウトカム評価が行える指標にした。」「第一次計画では意識調査によらなければ住民の健康状態の把握ができなかったが、第二次計画では国の目標項目、目標値を参酌しつつ、モニタリングが可能な医療・保健データを指標とし、計画の進捗管理と評価を続けられるようにした。」など、根拠の作り方でも第一次計画の反省を踏まえて改善が図られている。さらに、「特定健康診査等実施計画（第2期）と連動する計画にして、レセプト等の情報も活用した。」「人口動態統計や特定健診データ、介護保険認定者の実態などから、具体的な課題を明確にして目標設定した。」「食育推進計画を健康増進計画の章立ての一つとして組み入れるとともに、歯科口腔保健計画やがん対策推進計画とも連動した内容とした。」など他の計画との連動、他分野のデータの活用も進んでいる様子が明らかとなった。

今回、第二次計画を策定済み・策定中・策定予定の市町村は回答の65%であり（問10）、そのうちの多くが何らかの工夫をしていた。第一次計画の反省を踏まえてよりよいものにしていこうとする前向きな意思が感じられる結果であった。一方、策定の予定がなかったり、工夫に関する回答がなかった市町村も一定数存在し、市町村間で取り組みの差が開きつつある印象も受けた。今後は普通の市町村が行っている前向きな工夫をより多くの市町村に知ってもらい、第二次計画に生かしてもらう働きかけが必要であると感じた。

3 健康増進計画の策定における内外の組織との連携について

九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野 教授 鳩野 洋子

自治体の計画策定における内外の組織との連携の必要性は、ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章（WHO、1986）の中での分野間協力を持ち出すまでもなく、広く認識されている感がある。国の「健康日本 21」計画策定の前後から、保健計画策定に関わる成書もいくつか見られるようになり、雑誌では保健計画策定の特集が組まれ、国や県、保健所での研修のテーマに取り上げられることも多かったが、その中で連携の重要性を述べていないものはなかったのではないだろうか。

そのような流れのなか、調査・研究においても健康増進計画の中での連携に着眼したものが行われ、庁舎内外の部門間連携が計画中の目標設定や地域社会の力量形成と関連があること（梅林ら、2004）、分野を超えた計画策定委員会の設置や、計画策定担当者に非公式に相談できる他部門関係者がいることと、計画における環境整備目標設定の多さと関連が見られること（助友ら、2011）等が明らかにされている。

この状況から、2度目の策定となる今回は、連携の必要性に関する周知の広がりや第一次計画の反省等から、組織内外の連携が進んだ形で計画策定が実施されていることを予想したが、第二次計画を策定している自治体がまだ少ない状況にあるとはいえ、第二次計画策定のプロセスは連携の進展が感じられるものではなかった。

組織内の連携を見ると、【問 3】第一次計画における部局横断的な組織体制が「あり」は 58.6%、【問 12】第二次計画では予定も含むとはいえ 35.7%である。同様の結果は、【問 2】【問 11】計画での役割の設問における「市町村担当部署（プロジェクトチーム）の役割」の回答でも見られている。この設問は、「情報収集・分析」から「計画策定委員会委員として意見を出す」をそれぞれ尋ねる形式であり、「関わっていない」の選択肢を設定しなかったため正確とはいえないが、この問いへの「無回答」は「関わっていない」か本当の無回答の双方が含まれていると想定され、その割合は第一次計画 36.9%、第二次計画 43.3%と増加している。なお【問 3-1】【問 12-1】の連携先の広がりともいえる関係部局の範囲は、「福祉」が最も割合が高く、次いで「学校教育」「生涯教育」と続き、その割合は第一次・第二次計画ともほぼ同様で、その他の部局において割合が目立って変化しているところは見られない。

組織外の連携を見ると、住民との連携では、上述した【問 2】【問 11】での「無回答」の割合は第一次計画 16.8%、第二次計画 26.8%となっており、住民との関わりが薄くなっている結果であった。ただし【問 8-1】【問 17-1】の都道府県本庁等からの支援内容から見える保健所や都道府県本庁の関わり割合にあまり変化は見られていない。

しかしながら【問 15】第二次計画の工夫点を見ると、「関係部局の参加を増やした」17.4%、「住民参加の場面を増やした」18.9%、「関係機関の参加を増やした」12.2%のように、計画策定における連携の強化を感じられる回答もある。

以上の結果から、連携の観点からの第二次計画の特徴を一言で述べることは困難ではあるが、あえて述べるとすれば、連携に一層の力点を置いた計画策定を実施した自治体も一部あるが、全般的な傾向は若干トーンダウンしているのではないかと、ということである。市町村の健康増進計画策定に関わ

りを持つことは役割の一つとして認識されている対象である保健所や県等との連携に変化は生じていないが、一般的に言って連携のためにその必要性の理解を得る等の活動が必要となる対象である、他部署や住民との連携は後退していることが感じられる結果であった。

この状況が生じている理由は本調査からは直接的には明らかでないが、第二次計画を策定していない自治体の理由で最も多いものが「策定する時間的余裕がない」ことを見ると、自治体内の定数削減や全般的な予算縮小状況等の自治体の体制上の問題が影響していると考えられる。

しかし、財源が縮小されたり、国の政策の展開のスピードが速くなっている現状であるからこそ、健康増進計画を策定しておくことは、専門職が維持したいと考えている活動の継続を保障するものの一つとなる。また質の高い計画の要素である、計画の内容が自治体の状況に適合していることや、実行可能性が高いものであることを実現させる計画であるためには、保健専門職だけの考えや活動、マンパワーには限界があり、自治体内・外との連携がないと難しいことは広く理解されてきつつある。そのことは、第一次計画の成果【問7】の問いで「住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ」50.6%、「行政以外の関係機関・団体の取り組みが増えた」28.0%の回答でも感じられる。

本調査では健康増進計画立案を今後予定している自治体も相応数あることが明らかとなっている。今後、計画策定を予定している自治体では、自治体内外との連携の中での策定体制が展開されること、そしてすでに計画策定が終了している自治体で、連携が薄かったと感じられる自治体では、その部分を補うような活動展開が実施されることを望みたいと思う。

■引用文献

- 1) WHO. Ottawa Charter for Health Promotion, WHO/HPR/HEP/95.1 (Geneva)
- 2) 梅林奎子、小林亜由美、土屋由美子、他. 市町村健康増進計画中間評価における成果評価と課題の検討. 群馬パース学園短期大学紀要. 2004 ; 6 : 3 - 17
- 3) 助友裕子、島内憲夫、片野田耕太、他. 市区町村の健康増進計画における支援的な環境整備と部門間連携の関係—関東地方市区町村の健康増進計画に関する調査データの解析—. 民族衛生. 2011 ; 77 (6) : 240 - 251

4 健康増進計画における都道府県・保健所支援について、市町村の立場から

福島県白河市保健福祉部健康増進課 岡崎 恵子

本調査の結果を見ると、健康増進計画の策定にあたっては、都道府県・保健所の支援について、市町村は高い割合で支援を受けていることがうかがえる。

その支援の（かかわり）の内容を見ると、最も多いのが、「計画策定委員会に委員として参加」、次いで、「目標値設定のためのデータ提供や分析支援」となっている。この数値から見ると、高いかわりと読めるのだが、実際はどのようなのだろうか。

第一次計画を策定したのは、市町村の規模により大きな違いがあるのが現状で、小規模市町村ほど、割合が低くなる傾向にある。

現場では、日常業務がどんどん押し寄せるそれをこなすことに時間をとられ、保健予防活動を担う専門職すら目標を見失いつつある状況のところが少ないのではないかと考えられる。

市町村の立場から思うことは、そんな中だからこそ、住民の健康づくりの目標を設定した計画づくりは、保健予防活動や健康増進に関する事業等の優先順位や必要性を判断するためにも必要なものだということである。そして、組織の事務職にも専門職の役割を訴える手段となり得るものと考えることから、健康増進計画の基本目標、中間評価、最終評価ができるよう計画を策定すること、そして、部内の横断的組織体制をつくることを切に願うところである。一方で、自分たちの思いが計画に反映されやすい状況にあると思われるため、チャンスととらえて計画づくりに着手していただきたい。

このような状況から、都道府県・保健所からの支援には、小規模町村では、担当課もしくは担当保健師に任せられている傾向が強いと思われることから、策定委員会の一委員としての参加だけではなく、スムーズな進行管理、情報収集の手法、具体的施策の組み立て方、地域の独自性をどう組み入れるかなどのアドバイス等、素案づくりから継続的な支援を期待したい。

また、市町村へは、他市町村・国との比較ができるデータや地域の特性を出すことのできるデータの提供と、評価しやすい先を見据えた情報の提供をお願いしたい。

都道府県の体制により、市町村の支援の内容にもそれぞれの地域で特徴があると思われるため、都道府県の立場としてそれぞれの市町村に応じた積極的な計画づくりの支援を切に願います。

5 健康増進計画における県立保健所の支援について

和歌山県御坊保健所長 野尻 孝子

健康増進計画は健康増進法第8条において、都道府県計画は義務づけられているが、市町村計画については努力義務とされている。今回の調査では、第一次計画は策定済みが1,017(81.8%)市町村と高い状況になった。第二次計画では、基本的な方針が示されたのが、平成24年7月10日の厚生労働大臣告示であったことから計画策定済みはわずか5(0.4%)市町村で、策定中または予定は815(65.5%)市町村となっている。

第一次および第二次計画とも策定予定なしの最も多い理由は、「策定する時間的余裕がない」を挙げており、市町村の業務の多忙さがうかがえる結果となっている。

一方、第一次計画策定の成果では、「現在の事業の見直しにつながった」が最も多く、次いで「住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ」「健康増進事業の質・量が変化した」「行政以外の関係機関・団体の取り組みが増えた」「健康を支援する環境の整備が進んだ」と並んでいる。具体的な成果の内容でも、新たな事業展開を関係機関と連携して取り組んだり、住民の自主的活動が増えたりと健康増進の推進が図られていることは極めて意義深いと考える。

このように、住民の健康づくりの第一線の機関である市町村が住民の健康の増進の推進に関する施策について計画を策定し、推進することは重要なことであり、保健所は積極的に支援する必要性があると考えます。本調査では、都道府県本庁等からの支援ありは、第一次計画760(74.7%)に比較して第二次計画では491(約60%)と低くなっているが、その要因は、現在計画検討中の市町村が多いことによるものと考えられる。支援機関では都道府県本庁、保健所、地方衛生研究所、大学等研究機関のうち、保健所からの支援を得ている場合が最も多い状況である。保健所からの支援の内容は、「計画策定委員としての参加」が最も多く、次いで「目標設定のためのデータ提供や分析支援」「市町村間の情報提供」「計画策定のための研修会開催」「関係者の連携のための調整」となっている。これは第一次および第二次計画策定時と同様の傾向にある。また、計画策定や推進に関して連携している機関は保健・医療・福祉・教育・産業等多岐にわたっているが、保健所が最も多い機関となっている。

改正された基本方針の中で、健康増進計画策定にあたり、保健所は地域の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定支援を行うこととされている。

和歌山県御坊保健医療圏(人口約7万人、面積約600㎡)では、第一次計画策定は、保健所と圏域の1市5町と協働で、関係機関の協力を得て圏域計画「健康日高21」を作成し、その計画の中で市町の独自性を盛り込む形式を取った。そして、計画を推進する組織として健康日高21推進協議会を設置し、事業展開を行っている。事業経費は主として市町分担金により賄われており、単一の市町では難しいことや市町が足並みを合わせて取り組むべきことを、圏域で保健所と市町および関係機関と実施する体制を取っている。私はその協議会長を務めており、日ごろから顔の見える関係の中で、まさに一緒に計画を作成し、推進している。これも、小さい市町を抱える保健所の一つの方策と考えてい

る。

地域保健法に基づき地域保健対策の推進に関する基本的な指針では、健康格差が危惧される中、ソーシャルキャピタルを活用し、地域の特性を生かした保健と福祉の健康なまちづくりを推進し、個人の努力だけでなく地域社会全体で健康を支え、守ることができる環境づくりが求められている。保健所は、地域の健康課題を把握し、関係機関間の連携に係る調整を行い、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築することとされている。

地域の健康課題を明確にして把握するためにも、健康増進計画策定は欠かせない。

何よりも健康なまちづくりを推進するために、多様な関係機関と協働して取り組むことが非常に重要である。保健所は地域保健対策を推進する“要の機関”として市町村を積極的に支援し、共に計画の推進を図り健康なまちづくりをめざして取り組むことが求められていると考えている。

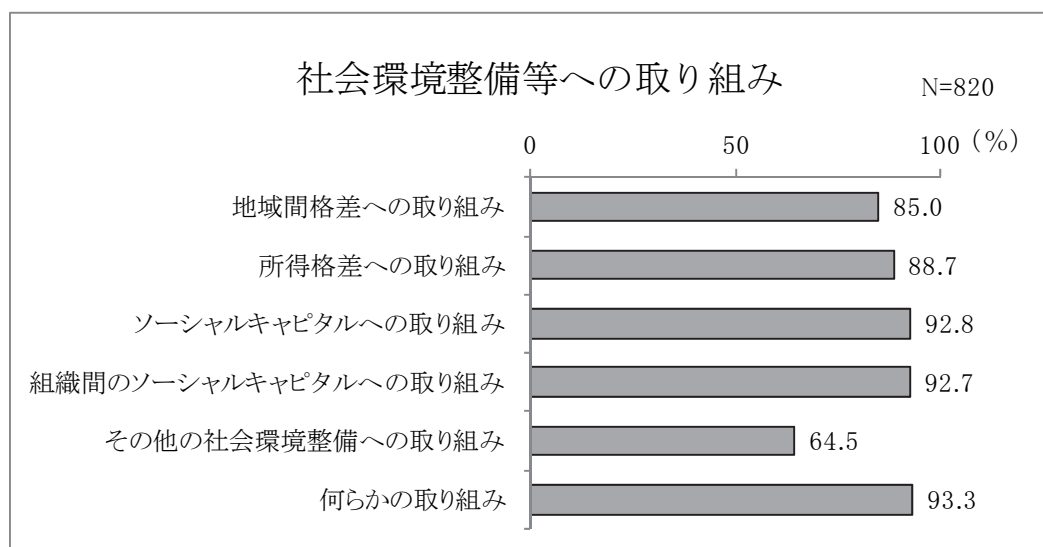
6 社会環境の整備の現状と課題

浜松医科大学健康社会医学講座 教授 尾島 俊之

健康日本 21（第二次）において、「健康を支え、守るための社会環境の整備」が大きく扱われるようになった。そこで、今回の調査では、各市町村の健康増進計画での扱いや、実際の取り組みについての調査を行った。

市町村健康増進計画で、社会環境の整備についての目標設定を行う予定の市町村は約3割であった。また、設定する予定の市町村のうち、約6割の市町村で、地域のつながりの強化や、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加について、目標を設定する予定との回答であった。今回の調査時点では、市町村健康増進計画の大枠が未定の市町村が多いと考えられることを考慮すると、これらの項目の目標設定について、かなり積極的に検討されていると言えよう。一方で、国の例示した目標を設定しない理由として、ベースラインデータを取るのが困難という理由が最も多く半分強を占めた。これは、調査時期や予算の問題で、住民を対象にした無作為抽出調査等をこれから実施することが困難な市町村が多いためであると考えられる。

次に、現時点での社会環境の整備等への取り組み状況について問うた。なお、この質問項目は厚生労働科学研究「健康の社会的決定要因に関する研究」班（<http://sdh.umin.jp>）でのワークショップや事例収集等から作成したものである。地域間格差への取り組み、所得格差への取り組み、ソーシャルキャピタルへの取り組み、組織間のソーシャルキャピタルへの取り組み、その他の社会環境整備への取り組みの5つの大分類での何らかの取り組み、およびこれらの中での何らかの取り組みについての実施状況は図に示す結果であった。今回の調査に未回答の市町村等を含めた状況について留意する必要があるものの、ソーシャルキャピタルへの取り組みを始めとして多くの自治体で社会環境整備等への取り組みをすでに実施していることが明らかになった。



各項目別に取り組み割合が高い項目を見てみると、ソーシャルキャピタルへの取り組みとしては、「健康づくり推進員、食生活改善推進員、その他の保健に関する住民組織」86.8%、「子ども110番の家」75.4%、「保健・福祉・介護等に関するボランティアの育成」72.2%であった。組織間のソーシャルキャピタルとしては、「乳幼児期の母子保健情報の保育園・幼稚園や学校との共有」84.0%、「市町村の保健部署の会議への保健所・都道府県担当者の参加」76.7%、「産科医療機関と行政の母子保健との情報の連携」72.9%であった。所得格差への取り組みとしては、「母子の要フォローの判断でその家庭の経済状況を考慮」65.5%、「低所得家庭の児童への学用品・給食費等の給付」61.3%、「健診自己負担額に所得による減免制度」55.7%であった。地域間格差への取り組みとしては、「交通不便な地区への行政によるコミュニティバス等の運行」59.1%、「市町村内の地区別に特定健診受診率を比較」57.0%、「受診率の低い地区において受診勧奨対策を強化」37.7%であった。その他の社会環境整備への取り組みとしては、「栄養成分表示やヘルシーメニューの提供等を行う健康づくり協力店事業」29.9%、「飲食店等における禁煙や分煙の推進」29.6%、「学校におけるフッ素洗口」28.3%であった。

一方で、現状での実施割合が余り高くは無いが、今後の取り組みが特に期待されるものとしては次のものがある。「住民同士による体操等の会の普及」47.8%、「受診率の低い地区において受診勧奨対策を強化」37.7%、「市町村内の地区別に特定健診結果や国保レセプト等の健康データの比較」36.6%、「妊娠届出時にその家庭の経済状況を把握」35.0%、「市町村の都市計画への保健部署職員の参加」32.7%、「健康課題の大きい地区において上乘せの保健対策」11.3%等である。

その他、取り組みに関する自由記載内容について、一部改変して抜粋したい。「塩分嗜好調査や野菜摂取の地区間比較」「一人暮らしの高齢者に対するゴミの個別収集」「通院バス運行事業」「タクシー料金の助成」「地区協議会を設け、住民参画の場とするとともに、各地区の課題を解決する場としての役割を果たしている」「買い物代行サービスを商工会で実施（市も協力）」「遠隔地では対象人数等少ないが、会場数を減らさず、がん検診と同時実施している」「年末の福祉灯油（200ℓ）購入額相当分見舞金支給」「生活保護世帯の小中学生に対して、大学生のボランティアによる学力支援と、母子保健課と共同による生活支援（調理実習）」「行政組織に『きずなづくり推進室』を設置」「ソーシャルキャピタルをテーマに市民ワークショップの実施」「おたふく、みずぼうそうワクチン接種者に対し、費用の約半分を地域内の商品券で支給」。以上のように、地域特性に応じて創意工夫した取り組みが見られた。

今後は、以上のようなさまざまな取り組みについて、各自治体において、また広域的に自治体間の比較等によって、効果を検証していくことが必要であろう。さらに、詳しい実施方法や、留意点なども含めて、積極的に情報発信するとともに、自治体間で情報交換を進め、他の自治体の取り組み状況や事例を参考にしながら、自分の地域にあった取り組みを進めていけるとよいであろう。

7 健康増進計画がけん引する被災地の健康づくり～女川町での取り組み～

公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長

岩手県陸前高田市地域包括ケアアドバイザー

宮城県女川町健康づくりアドバイザー

岩室 紳也

1 被災地にこそ必要な、中長期展望に立った健康づくり

東日本大震災の被災地では、保健師や栄養士をはじめとした専門職は、震災直後から、住民一人ひとりが抱えるさまざまな健康課題を丁寧に、一つずつ解決しながら今日まで地域を支え続けてきた。しかし、健康づくり関連の事業を復旧させるだけでは、被災地に住む一人ひとりの、被災地全体の健康づくりは進まない。いまこそ、地域の実情に応じた、住民一人ひとりが元気になれるまちづくりの中長期展望を示すことが求められている。しかし、どのような理念や方向性で取り組めばいいのかの共通認識が得られず、暗中模索状態というのが被災地の専門職の正直な思いではないだろうか。

2 座談会を通じた目的意識の共有化

女川町は約半数の家屋が流失し、生活基盤のみならず、地域のコミュニティまでもが破壊され、専門職は単に体や心の健康づくりだけではなく、より上位の目標に沿った取り組みが必要だと感じていた。しかし、震災前は、住民一人ひとりが、その人なりの生活基盤や一定レベルの生活の質を確保していた中で、各種の保健事業が展開されていた。そのため、従来の健康づくり事業の枠組みを超えた健康な地域づくりの方向性や手法について、共通理解を得るのは難しい状況だった。

女川町では発災から半年経ったころから地域の健康づくりをどのような理念や方向性で進めればいいのかを、毎月、岩室が女川入りするのに合わせて、保健師、栄養士、看護師とともに石巻保健所やみやぎ心のケアセンターの職員で座談会を繰り返した。

「座談会」という肩肘張らない意見交換の場を設けたリーダーの佐藤由理保健師の動き方は秀逸だった。ヘルスプロモーションの理念に基づいた復興を提案する岩室に対して、みずから「よくわかりません」と納得できるまで説明を求め続けた結果、他の職員も徐々に理解を深めることができた。座談会と並行して、地域住民や役場職員、関係者向けにヘルスプロモーションとこころのケアの講演会を実施し、住民や関係者への啓発を繰り返すだけではなく、住民の反応を確認し続けた。

3 住民と専門職の思いが込められた女川町健康増進計画

このようなプロセスを通じて、住民と行政が協働しながら健康なまちづくりを進めていく必要性が共通認識され、その思いを入れ込んだ健康増進計画の策定は当然の帰結だった。同じ女川町内であっても被災状況や地域の状況がそれぞれ異なることから、女川町としての全体計画のほかに、専門職が地域に出向き、自治会長などの地区のリーダーと議論を重ねた地区別計画も計画書に盛り込まれた。

平成 25 年 3 月にでき上がった女川町健康増進計画は、女川町民にとってこれからの健康なまちづくりという復興目標を共有しつつ、一人ひとりの役割を見据え、自助、共助、公助の視点で復興を加

速させる計画となった。これからは計画書の完成に満足することなく、健康で元気な女川町づくりを
一歩ずつ進め、必要に応じて評価や見直しを行う予定である。

8 総括 ～まとめに代えて～

公益社団法人地域医療振興協会

ヘルスプロモーション研究センター アドバイザー 柳川 洋

平成 23 年 11 月に厚生労働省は「健康日本 21」の目標達成に関する最終評価を実施し、59 項目（重複を除く）の目標値のうち、目標達成と判断されたものは 10 項目（16.9%）、目標に達していないが改善傾向にあると判断されたものは 25 項目（42.4%）であり、両者合わせて全体の 6 割を占めていることから、一定の改善が見られたと評価しているが、もう少し厳しく見ると、「目標に達した項目は 2 割にも満たない」という評価もあり、平成 12 年から 10 年間かけて実施してきた結果は必ずしも満足すべきものとはいえない。

がん、虚血性心疾患、慢性閉塞性肺疾患などの生活習慣病のリスク要因として最も重視すべき「たばこ」については、健康日本 21（第一次）計画策定検討会の案として、「成人喫煙率を全体として男女とも半減」という目標を掲げることにした。しかし、「たばこは大人の嗜好品であり、喫煙するかしないかは各人が判断すべきもの」「たばこの健康影響については、すべてが明らかにされていない」「一方的に数値目標を設定し国民を誘導することは、憲法の趣旨に鑑みても問題がある」「たばこ耕作者、たばこ小売人、たばこ産業にきわめて重大な影響を及ぼす」などという理由を掲げた国会議員の決議に沿って慎重に対処すべきという政治的な圧力により、喫煙率に関する目標値の設定を断念せざるを得なかった。しかし、国、自治体および民間団体等による熱心なたばこ対策の実施により、わが国の喫煙率は平成 12 年（健康日本開始時の 2000 年）から平成 22 年（2010 年）までの間に、半減には至らないまでも、男 47.4%→32.2%（当初の 68%に減少）、女 11.5%→8.4%（当初の 73%に減少）と、明らかな減少が見られた。「健康日本 21（第二次）」では、喫煙者のうち禁煙希望者（37.6%）が禁煙した場合を考え、喫煙率を現状の 19.5%から 10 年後に 12%に下げるという目標値を掲げることができ、今後たばこによる健康被害がさらに低下することを期待したい。

平成 24 年 7 月には平成 25 年度から 34 年度までの国民の総合的な健康増進を図るための基本的な事項を示し、『二十一世紀における第二次国民の健康づくり運動』『健康日本 21（第二次）』を進めることになった。

本年度の市町村保健活動調査は、「健康日本 21」の新しい方向付けが決まったのを機会に、平成 12 年からの 10 年間の第一次計画の実施状況と平成 25 年から 10 年間の第二次計画の見通しに焦点を当てることにした。今回の調査では、全国 1,742 か所の自治体のうち 1,243 か所（71.4%）から回答が得られた。また、例年実施している市町村保健センター調査では、全国 3,007 か所のセンターのうち 2,279 か所（75.8%）から回答が得られた。この結果から、全国の自治体が実施している健康づくり活動および第一線の活動拠点である市町村保健センターの状況を知ることができる。

ここでは、市町村保健活動調査から、「健康日本 21」の実施状況と、今後の見通しを中心に総括することにする。この調査からわかったことは、約 80%の自治体が「健康日本 21（第一次）」に関わる地方計画を策定していることであり、地方計画の策定により、行政以外の関係機関・団体との連携、健康増進事業の質・量の向上、保健事業の見直しなど、さまざまな副次的効果も見られることであった。

一方、約 20%の自治体は、「健康日本 21（第一次）」の計画を策定していないことが明らかになり、そのうちの 70%の自治体が策定しない理由として、時間的余裕がないと回答していた。本来、「健康日本 21」の計画策定と推進は、保健予防活動の中で最も優先順位の高い活動であるにもかかわらず、時間的余裕がないという理由で取り上げることができなかったことは誠に残念なことである。各自治体の首長、議会関係者が、高齢社会における健康づくり活動の重要性を認識して、必要な人的資源の配置と財政上の手当を考慮していただきたい。

「健康日本 21（第一次）」の評価の実施状況を見ると、実施または予定（実施した、実施中、実施予定を合わせた）」の割合は、中間評価では 70%、最終評価では 83%となっていた。10 年間の目標を達成するには、中間時点で進捗状況を把握し、軌道修正を行う場合は、早めに行動を起こさなければならない。本調査では中間評価を実施した自治体の割合は、最終評価より 10 ポイント以上低くなっていたが、「健康日本 21（第二次）」では、すべての自治体が中間評価を実施して、後半の計画を効率的に進めていただくことを期待している。

「健康日本 21（第二次）」に関わる地方計画については、3 分の 2 の自治体は策定済みまたは近く策定予定と回答している。各自治体ともに、これまで 10 年間の実践から得られた経験を生かし、第二次計画の実施に当たっては、重点項目の選定、部局横断的な組織体制の確立、住民の積極的な参加、他領域との連携などの工夫をして、地域の特性に応じた計画を練っている様子がうかがえる。

「健康日本 21」が所期の目標を達成できるかどうかは、ひとえに地方自治体の実践力にかかっているといっても過言ではない。今回の調査結果を各自治体が共有していただき、地域の実情に応じた課題の選定と目標設定のための資料として活用していただきたい。

第4章 市町村保健センター及び 類似施設調査結果

市町村保健センター及び類似施設の運営・管理方法等に関する調査

1 施設の種別（F 3）

発送件数3,007件のうち、回答のあった2,279施設の種別をみると、「保健センター」が2,010施設で88.2%を占め、「類似施設」が269施設で11.8%となっている。

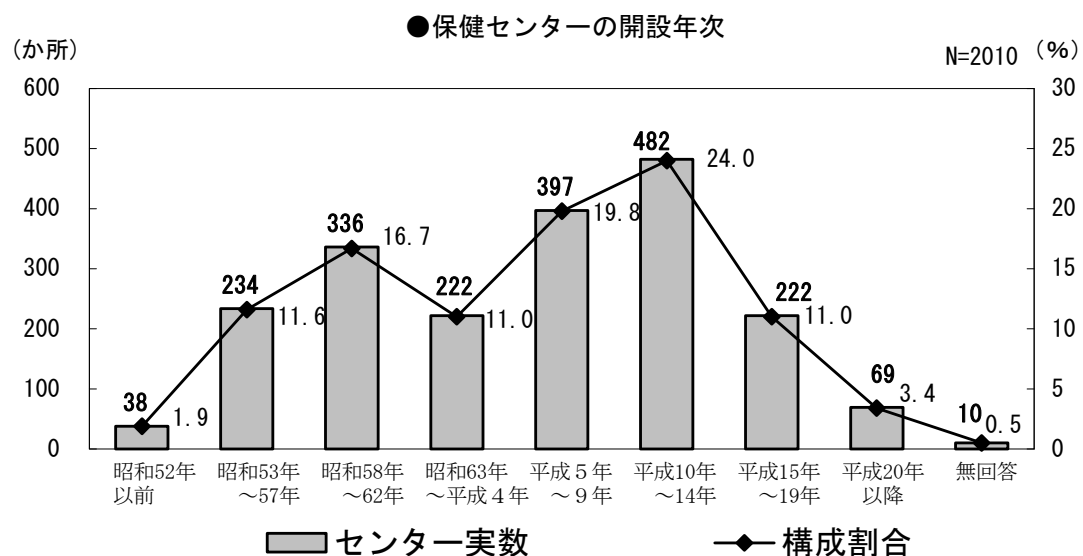
類似施設の内訳をみると、「老人福祉センター」が71か所で3.1%、「母子健康センター」「国保健康管理センター」「地域福祉センター」が26か所で1.1%などとなっている。

●施設の種別

件数	市町村保健センター	類似施設						
		母子健康センター	農村検診センター	国保健康管理センター	老人福祉センター	地域福祉センター	健康増進センター	その他
2279	2010	26	2	26	71	26	22	96
100.0	88.2	1.1	0.1	1.1	3.1	1.1	1.0	4.2

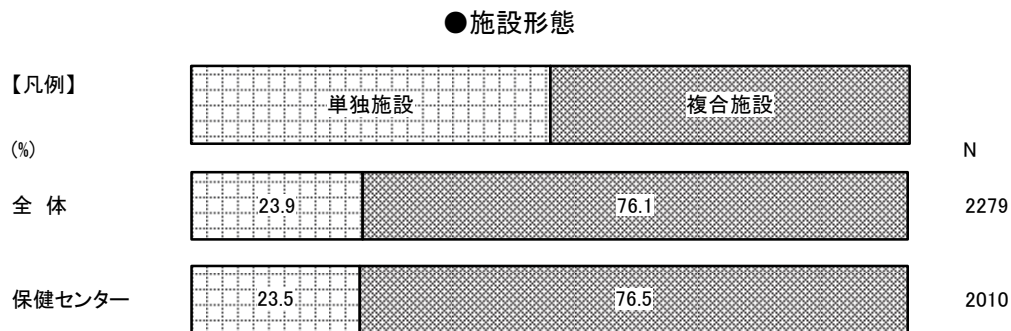
2 保健センターの開設年次（F 2）

回答のあった保健センターの開設年次を5年ごとでみると、平成14年以前に開設した施設数は1,709施設で、85.0%を占めている。開設施設数が減少し始めた「平成15年～19年」は11.0%（222施設）、「平成20年以降」は3.4%（69施設）となっている。



3 施設形態（F 4）

施設形態についてみると、保健センターでは、「単独施設」が472施設で23.5%、「複合施設」が1,537施設で76.5%となっている。



(注)「全体」は、「保健センター」と「類似施設」の合計。以下、同じ。

4 複合相手先の内訳（F 8）

保健センターにおいて、複合相手の内訳を大きく分類すると、「福祉関係」が68.3%（1,050施設）で最も高く、次いで「その他」が51.9%（798施設）、「医療関係」が26.9%（414施設）となっている。（複数回答）

●複合相手先の分類

	件数	福祉関係	医療関係	その他	無回答
全 体	1734	1183	458	905	45
	100.0	68.2	26.4	52.2	2.6
保健センター	1537	1050	414	798	39
	100.0	68.3	26.9	51.9	2.5

1) 福祉関係の複合相手

保健センターにおける福祉関係の複合相手は、「社会福祉協議会」が53.8%（565施設）で最も高く、次いで「地域包括支援センター」（45.0%、473施設）、「デイサービスセンター」（32.3%、339施設）となっている。（複数回答）

●福祉関係の複合相手

	件数	社会福祉協議会	地域包括支援センター	デイサービスセンター	老人福祉センター	子育て支援センター・ファミリーサポートセンター	ボランティアセンター	在宅介護支援センター	障害児通園施設等	小規模作業所等	保育園・保育所	その他
全 体	1183 100.0	634 53.6	527 44.5	384 32.5	194 16.4	189 16.0	131 11.1	105 8.9	66 5.6	66 5.6	15 1.3	249 21.0
保健センター	1050 100.0	565 53.8	473 45.0	339 32.3	171 16.3	170 16.2	115 11.0	96 9.1	60 5.7	62 5.9	12 1.1	230 21.9

2) 医療関係の複合相手

保健センターにおける医療関係の複合相手は、「診療所」が31.6%（131施設）で最も高く、次いで「休日・夜間診療所」（27.8%、115施設）、「訪問看護ステーション・センター」（24.9%、103施設）、「医師会・歯科医師会」（23.9%、99施設）が2割台で続いている。（複数回答）

●医療関係の複合相手

	件数	診療所	休日・夜間診療所	訪問看護ステーション・センター	医師会・歯科医師会	歯科診療所	健診センター	薬剤師会	病院	看護協会	その他
全 体	458 100.0	146 31.9	122 26.6	118 25.8	104 22.7	56 12.2	52 11.4	37 8.1	35 7.6	2 0.4	25 5.5
保健センター	414 100.0	131 31.6	115 27.8	103 24.9	99 23.9	50 12.1	49 11.8	34 8.2	27 6.5	2 0.5	23 5.6

3) その他の複合相手

保健センターにおけるその他の複合相手は、「役場（所）」が44.7%（357施設）で最も高く、次いで「その他」が36.8%（294施設）となっている。（複数回答）

●その他の複合相手

	件数	役場（所）	公民館	図書館	温泉施設（温泉のみ）	コミュニティセンター や集会所	フィットネスセンター	児童館	プール（温水含む）	等 ショッピ ングセン ター	その他
全 体	905 100.0	393 43.4	123 13.6	116 12.8	100 11.0	93 10.3	61 6.7	59 6.5	37 4.1	13 1.4	333 36.8
保健センター	798 100.0	357 44.7	102 12.8	101 12.7	82 10.3	72 9.0	50 6.3	55 6.9	33 4.1	12 1.5	294 36.8

5 施設の床面積（F5）

保健センターの入っている建物全体の床面積は平均で3,090.3㎡となっている。また、建物全体に占める保健センター部分の面積は平均で1,073.7㎡となっており、割合にすると34.7%である。

●平均床面積と面積割合

	建物全体（㎡）	保健センター部分の面積（㎡）	面積割合（%）
全 体	3082.3	1067.2	34.6
保健センター	3090.3	1073.7	34.7

6 常勤職員の職種（F 6）

保健センターに常勤する職員は全体で23,860人おり、そのうち「保健師」が44.6%（10,630人）を占め、次いで「事務職」（29.8%、7,113人）、「栄養士」（6.5%、1,550人）などとなっている。

また、常勤職員がいない保健センターは26.1%となっており、平成23年度調査（27.9%）と比較しても大きな差はみられない。

●常勤職員実数と構成割合

全体

常勤職員職種	職員実数（人）	（%）
全体	25,800	100.0
保健師	11,196	43.4
事務職	7,846	30.4
栄養士	1,649	6.4
（うち管理栄養士：再掲）	1,318	5.1
看護師	952	3.7
歯科衛生士	378	1.5
医師	179	0.7
助産師	98	0.4
放射線技師	74	0.3
理学療法士	67	0.3
作業療法士	44	0.2
歯科医師	9	0.0
その他の保健・福祉・医療職等	2,262	8.8
その他の職員	1,046	4.1

保健センター

常勤職員職種	職員実数（人）	（%）
全体	23,860	100.0
保健師	10,630	44.6
事務職	7,113	29.8
栄養士	1,550	6.5
（うち管理栄養士：再掲）	1,245	5.2
看護師	865	3.6
歯科衛生士	364	1.5
医師	170	0.7
助産師	95	0.4
放射線技師	72	0.3
理学療法士	63	0.3
作業療法士	42	0.2
歯科医師	9	0.0
その他の保健・福祉・医療職等	2,025	8.5
その他の職員	862	3.6

●常勤職員の有無（平成23年度調査との比較）

平成24年度

	件数	常勤職員なし	常勤職員あり
全 体	2279 100.0	614 26.9	1665 73.1
保健センター	2010 100.0	525 26.1	1485 73.9

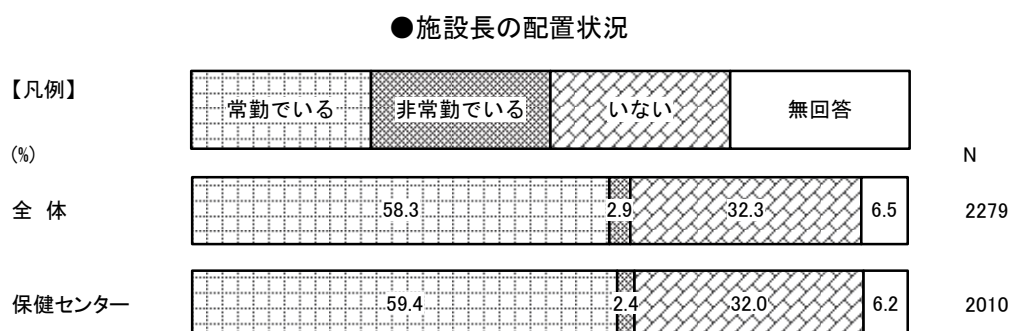
平成23年度

	件数	常勤職員なし	常勤職員あり
全 体	2374 100.0	681 28.7	1693 71.3
保健センター	2096 100.0	585 27.9	1511 72.1

7 施設長（F 7）

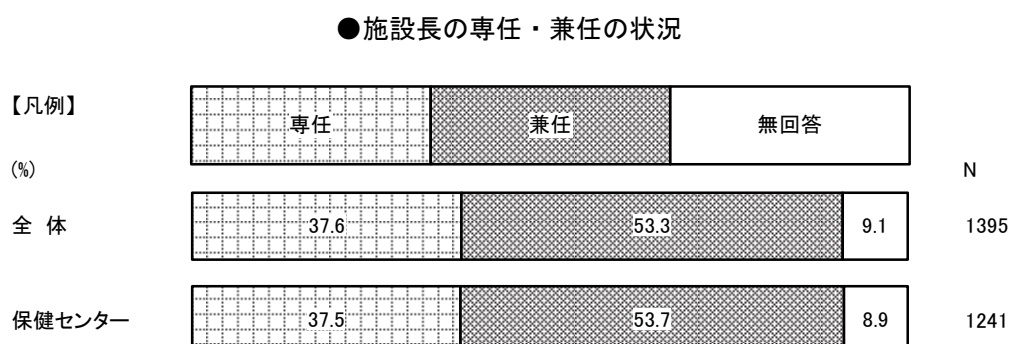
1）施設長配置の有無と任用形態

施設長の配置状況をみると、常勤の施設長が配置されている保健センターは1,193施設で、全体の59.4%を占めている。非常勤の施設長が配置されている48施設と合わせると、1,241施設、61.7%となる。



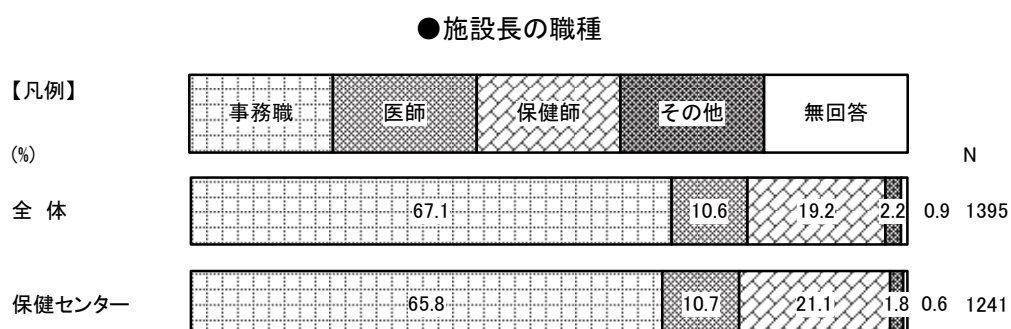
2）施設長の専任・兼任の状況

常勤・非常勤にかかわらず施設長を配置している保健センター1,241施設のうち、専任の施設長が配置されている施設は465施設、37.5%であり、兼任の施設長が配置されている施設は666施設、53.7%となっている。



3）施設長の職種

施設長の職種をみると、施設長を配置している保健センター1,241施設のうち、「事務職」と回答した施設は816施設で65.8%を占めている。次いで「保健師」が262施設、21.1%となっている。



4) 施設長の職制

保健センターの施設長の職制は、「課長職相当」が60.1%（746施設）で最も高く、これに「部長・次長職相当」「課長補佐職相当」を合わせた管理職が89.4%（1,110施設）を占めている。

●施設長の職制

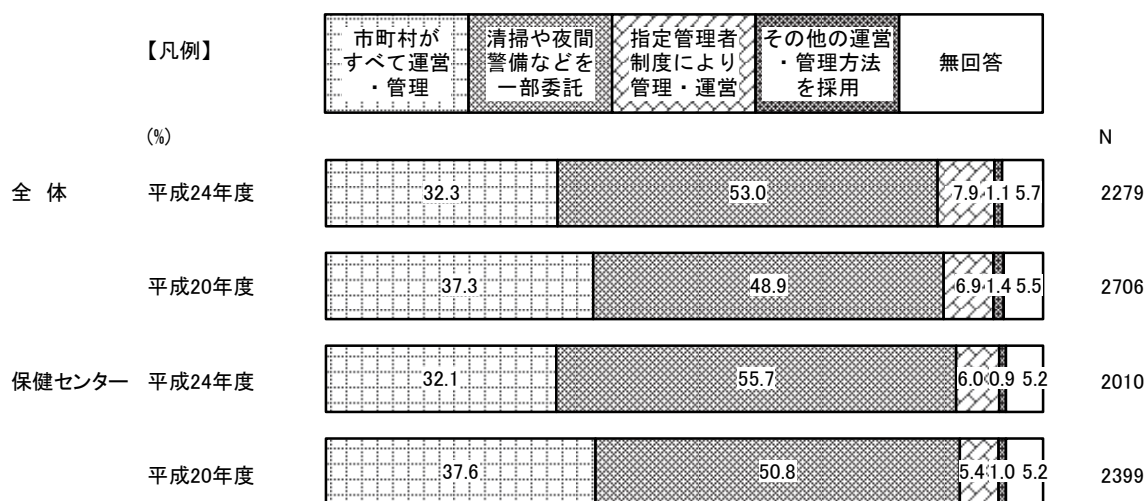
	件数	部長・次長職相当	課長職相当	課長補佐職相当	係長職相当	その他	無回答
全 体	1395 100.0	222 15.9	826 59.2	178 12.8	68 4.9	75 5.4	26 1.9
保健センター	1241 100.0	200 16.1	746 60.1	164 13.2	63 5.1	53 4.3	15 1.2

8 施設の運営・管理方法（問1）

施設の運営・管理方法をたずねたところ、保健センターでは「清掃や夜間警備などを一部委託」が55.7%を占め、次いで「市町村がすべて運営・管理」が32.1%となっている。

平成20年度調査と比較すると、「清掃や夜間警備などを一部委託」の割合が有意に高くなっている。

●施設の運営・管理方法（平成20年度調査との比較）



χ^2 検定結果：全体、保健センターいずれも $p < 0.01$

9 施設の開館時間（問2）

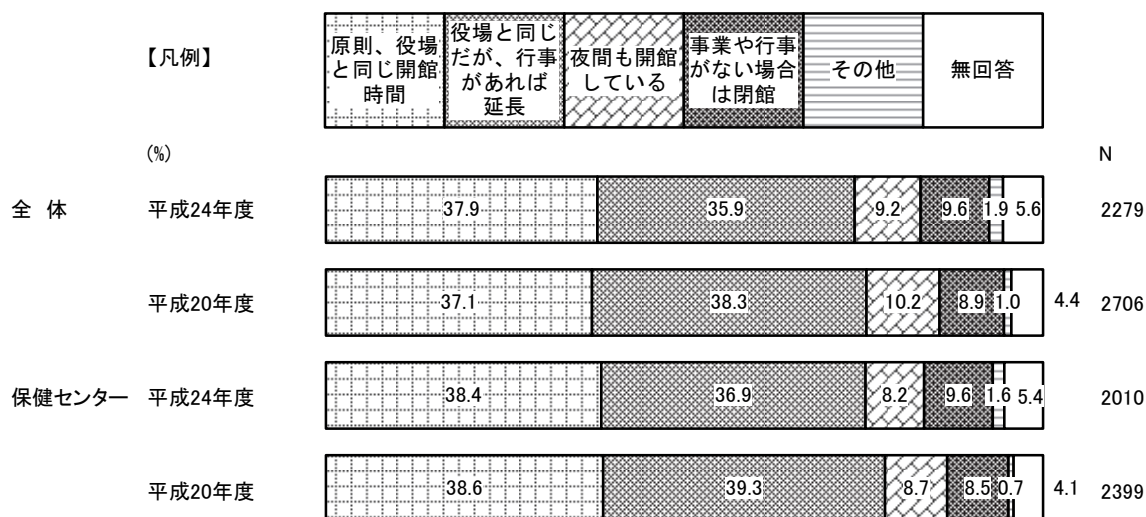
施設の通常の開館時間をたずねたところ、保健センターでは「原則、役場と同じ開館時間」（38.4%）、「役場と同じだが、行事があれば延長」（36.9%）がそれぞれ約4割となっている。また、「夜間も開館している」施設が8.2%ある一方で、「事業や行事がない場合は閉館」している施設も9.6%みられる。

平成20年度調査と比較すると、「役場と同じだが、行事があれば延長」の割合が有意に低くなっている。

土日の開館時間をたずねたところ、保健センターでは「土日は閉館だが、行事があれば開館」が63.0%を占め、「土日も開館している」は8.3%となっている。

平成20年度調査と比較しても、有意な差はみられない。

●施設の通常の開館時間（平成20年度調査との比較）



●施設の土日の開館時間（平成20年度調査との比較）

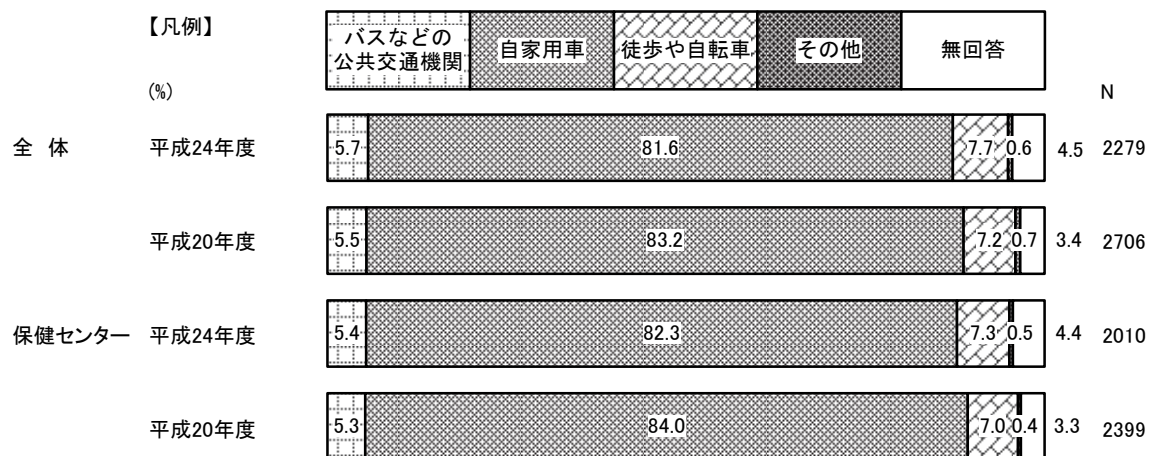


10 住民が来館する際の交通手段（問3）

住民が来館する際の交通手段についてたずねたところ、保健センターでは「自家用車」が82.3%を占め、「徒歩や自転車」（7.3%）や「バスなどの公共交通機関」（5.4%）は1割未満となっている。

平成20年度調査と比較しても、有意な差はみられない。

●住民が来館する際の交通手段（平成20年度調査との比較）

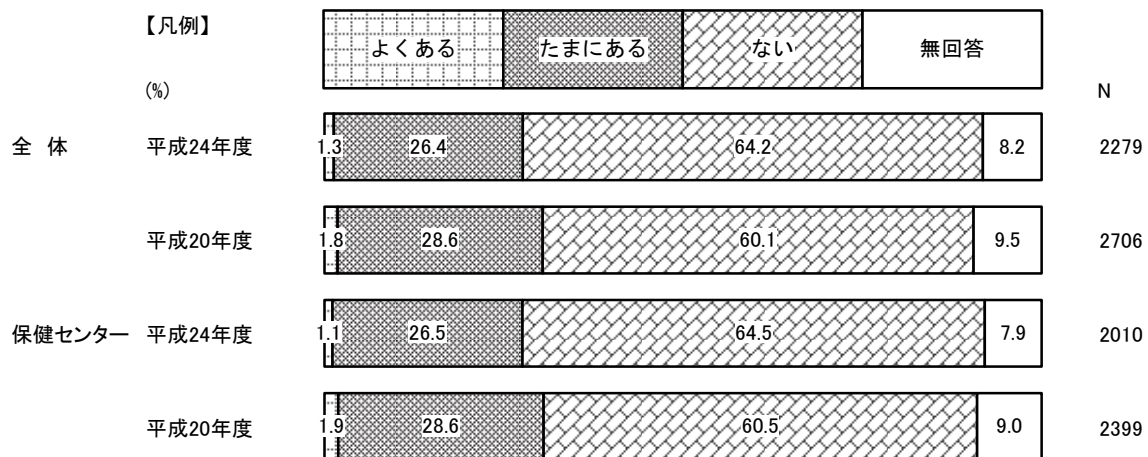


11 ボランティアや公的な送迎で来館すること（問4）

1）ボランティアなどによる送迎で来館すること（問4）

ボランティアなどによる送迎で来館することについてたずねたところ、保健センターでは「ない」が64.5%を占め、次いで「たまにある」が26.5%、「よくある」は1.1%とごくわずかとなっている。平成20年度調査と比較すると、「ない」の割合が有意に高くなっている。

●ボランティアなどによる送迎で来館すること（平成20年度調査との比較）

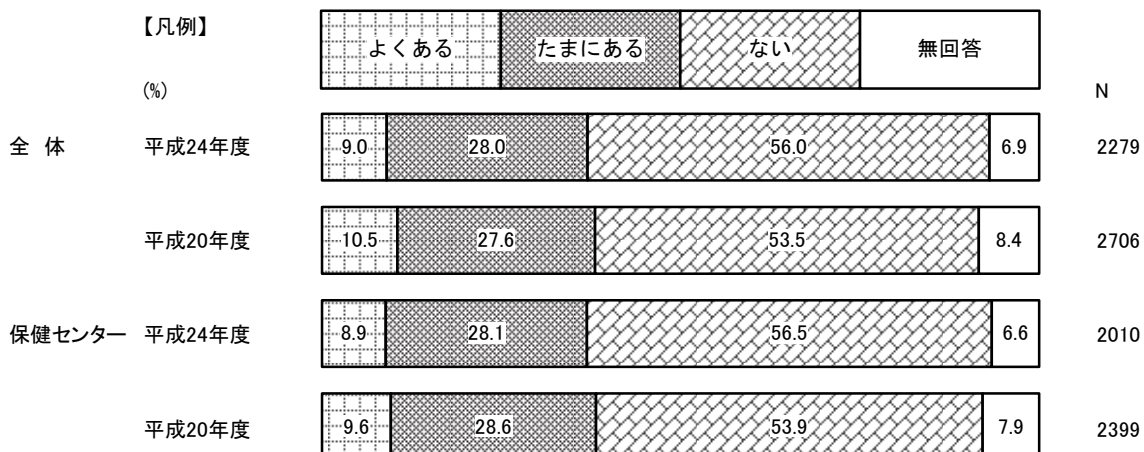


χ^2 検定結果：全体、保健センターいずれも $p < 0.05$

2）公的な送迎（介護保険サービス利用等）で来館すること（問4）

公的な送迎（介護保険サービス利用等）で来館することについてたずねたところ、保健センターでは「ない」が56.5%を占め、『ある』（「よくある」「たまにある」の合計）は37.0%となっている。平成20年度調査と比較しても、有意な差はみられない。

●公的な送迎（介護保険サービス利用等）で来館すること（平成20年度調査との比較）



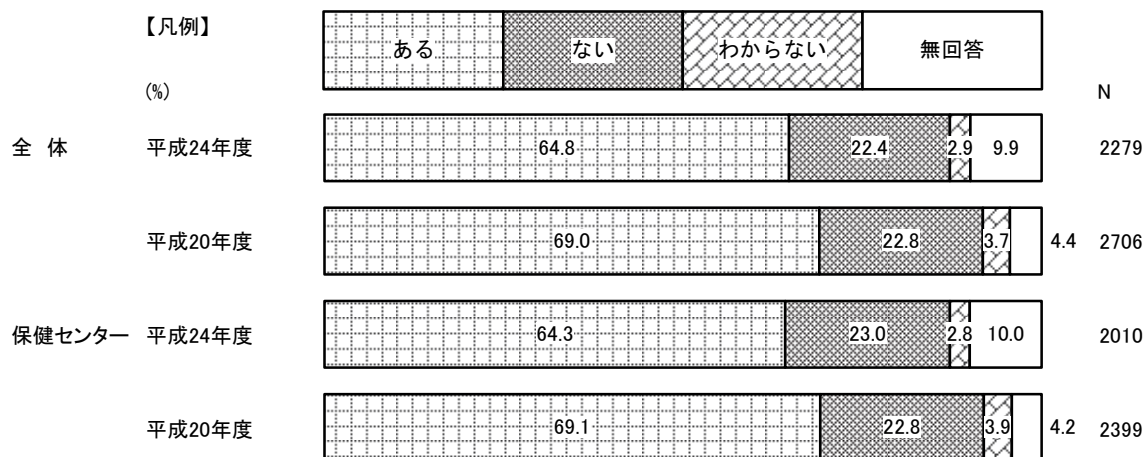
12 交通アクセス上の課題の有無と課題の内容（問5）

1）交通アクセス上の課題の有無（問5）

交通アクセス上の課題の有無についてたずねたところ、保健センターでは「ある」が64.3%を占め、「ない」が23.0%、「わからない」が2.8%となっている。

平成20年度調査と比較しても、有意な差はみられない。

●交通アクセス上の課題の有無と課題の内容（平成20年度調査との比較）



2）交通アクセス上の課題の内容（問5）

交通アクセス上の課題が「ある」と答えた施設にその内容をたずねたところ、保健センターでは「公的な交通機関の利用が不便である」が61.6%で最も高く、次いで「役所や他の関係機関等と離れている」（37.8%）、「十分な駐車スペースがない」（35.8%）が3割台で続いている。

●交通アクセス上の課題の内容

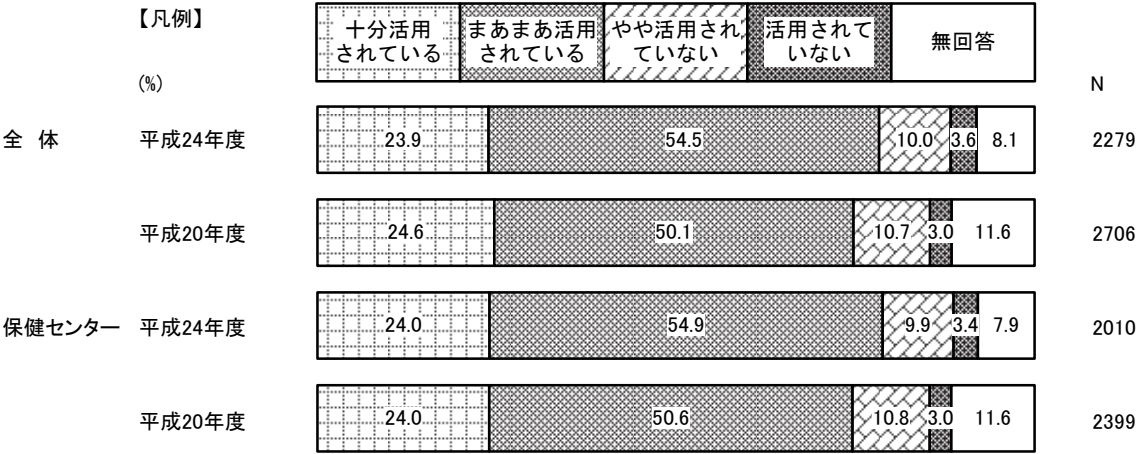
	件数	が公的な交通機関の利用	と役所や他の関係機関等	ない十分な駐車スペースが	場所が分かりにくい	に中心部から離れた場所	その他	無回答
全 体	1477	61.6	37.3	36.5	17.8	17.2	2.7	0.3
保健センター	1292	61.6	37.8	35.8	17.5	17.1	2.8	0.2

13 施設の活用度（問6）

施設の活用度についてたずねたところ、保健センターでは「まあまあ活用されている」が54.9%で最も高く、次いで「十分活用されている」が24.0%となっており、『活用されている』が78.9%を占めている。一方、『活用されていない』（「やや活用されていない」「活用されていない」の合計）は13.3%となっている。

平成20年度調査と比較しても、有意な差はみられない。

●施設の活用度（平成20年度調査との比較）



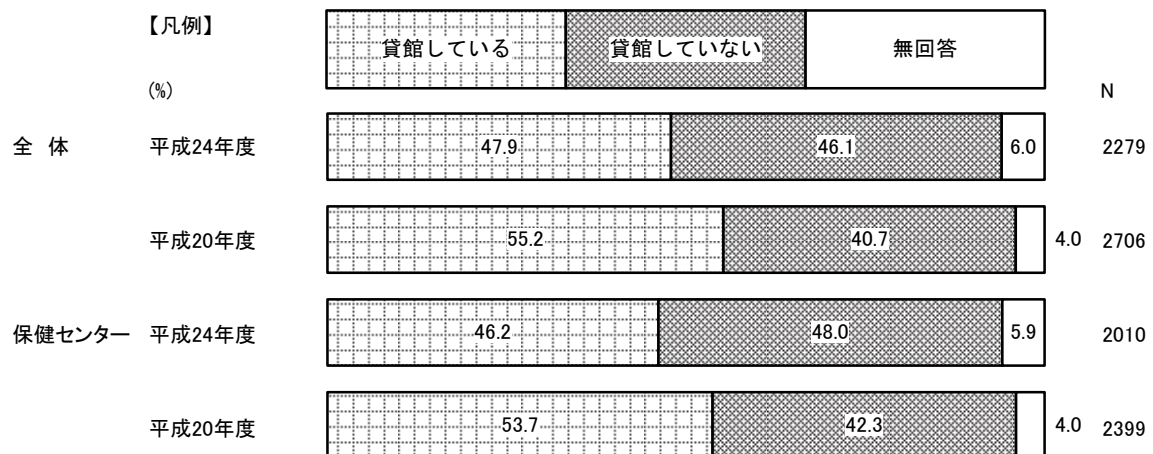
14 貸館の実施状況と貸館の料金（問7）

1）貸館の実施状況（問7）

貸館の実施状況についてたずねたところ、保健センターでは「貸館している」（46.2%）と「貸館していない」（48.0%）がほぼ半々となっている。

平成20年度調査と比較すると、「貸館している」の割合が有意に低くなっている。

●貸館の実施状況と貸館の料金（平成20年度調査との比較）



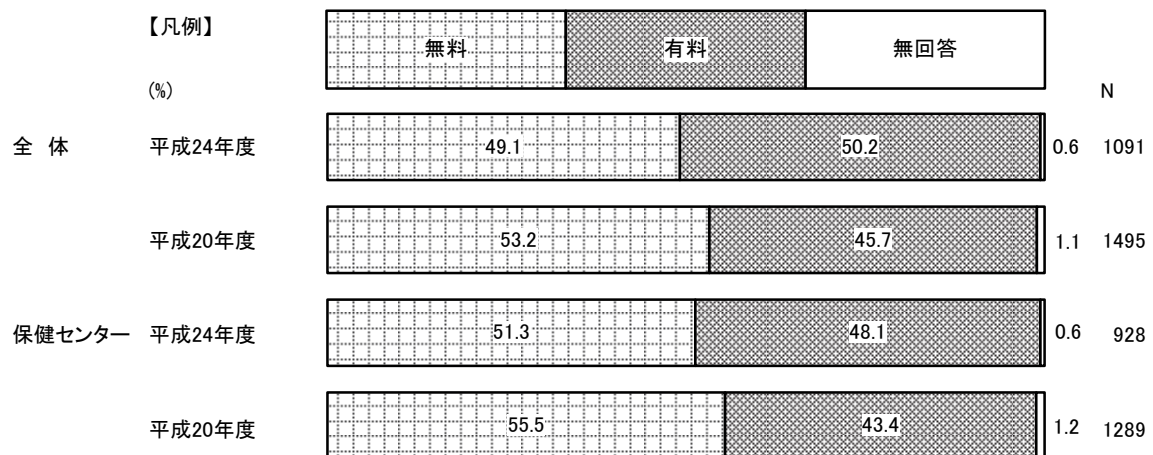
χ^2 検定結果：全体、保健センターいずれも $p < 0.01$

2）貸館の料金（問7）

貸館の料金についてたずねたところ、保健センターでは「無料」（51.3%）と「有料」（48.1%）がほぼ半々となっている。

平成20年度調査と比較すると、「有料」の割合が有意に高くなっている。

●貸館の料金（平成20年度調査との比較）



χ^2 検定結果：全体、保健センターいずれも $p < 0.05$

巻末資料

平成 24 年度 市町村保健活動調査票
市町村保健センター（類似施設を含む）調査票

【人口規模】

F1. 貴市町村の人口をご記入ください。

人口	人
----	---

F2. 貴市町村は保健所設置市ですか。

1. はい 2. いいえ

【担当者】

F3. 健康増進部門に配置されている職種とその人数（常勤／非常勤）をご記入ください。いない場合は「0」とご記入ください。

	常勤	非常勤	常勤	非常勤
① 保健師	人	人	人	人
② 管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
③ 健康運動指導士	人	人	人	人
④ 健康運動実践指導者	人	人	人	人
⑤ 医師	人	人	人	人

【「健康日本21」（第一次）※1について】

（注1）「健康日本21」（第一次）とは、平成12年の「健康日本21」あるいは平成19年の健康増進法施行を受けて作成した計画を指します。

問1 「健康日本21」（第一次）地方計画または健康増進計画（以下、「第一次計画」とする。）

の策定状況と実施期間をご記入ください。（〇は一つだけ）

1. 策定済み（平成 年～平成 年）⇒ 問2へ

2. 未策定（策定予定なし）⇒ 問1-1へ

問1-1 第一次計画を未策定の理由を教えてください。（〇はいくつでも）

1. 市町村合併のため
2. 策定の必要性を感じない
3. 策定する時間的余裕がない
4. 策定の予算がつかない
5. 組織内の同意を得られない
6. その他（ ）

⇒ 問10へ

平成24年度

市町村保健活動調査票

— 健康増進計画の策定および推進に関する調査 —

>>> お問い合わせ

本調査は、毎年、日本公衆衛生協会を委託元に「地域保健総合推進事業」の一環として全国の市町村を対象に実施しております。この調査で得られた回答は、市町村保健センターに関する基礎データとなるものです。お忙しいところ恐縮ですが、本年度も調査へのご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【記入者情報】

貴都道府県名

貴市区町村名 貴市区町村コード

ご担当部局名 部 課

ご担当者名 ご担当者の職名

ご連絡先電話番号 (内線)

FAX 番号

E-mail

※ この調査票は、平成24年11月1日現在の状況を、各市町村で1部ご記入ください。

実施主体：公益社団法人 地域医療振興協会
調査実施：株式会社 サーベイリサーチセンター
(株式会社 サーベイリサーチセンター)

「調査内容」に関すること：公益社団法人 地域医療振興協会
ヘルスプロモーション研究センター 担当：島田美喜
電話 03-5212-9152
調査票の再発行に関すること：株式会社 サーベイリサーチセンター
電話 0120-941-727 担当：山村・宮本・平野

一般財団法人 日本公衆衛生協会
公益社団法人 地域医療振興協会

問 7 第一次計画を実施して、以下のような成果はみられましたか。(〇はいくつでも)

1. 行政以外の関係機関・団体の取り組みが増えた
2. 健康増進事業の質・量が変化した
3. 住民組織・関係機関・団体との連携が進んだ
4. 現在の事業の見直しにつながった
5. 健康を支援する環境の整備が進んだ
6. その他 ()

問 7-1 具体的にどのような成果があったのかをお教えください。

問 8 第一次計画では、都道府県本庁や保健所、地方衛生研究所、地方衛生研究所、大学等研究機関からの支援を受けましたか。(〇は一つだけ)

1. はい ⇒ 問 8-1 へ
2. いいえ ⇒ 問 9 へ

問 8-1 支援はどのような内容のものですか。(〇はいくつでも)

	分1の目標達成率の算出に必要となる数値	会だ計 画の策 定の進 捗の度	情市 報助 産科 保の 保の	調査関 連の 協力の 有無	計 画 と し て 加 算 す る 点 数
① 保健所	1	2	3	4	5
② 都道府県本庁	1	2	3	4	5
③ 地方衛生研究所等	1	2	3	4	5
④ 大学等研究機関	1	2	3	4	5

問 9 計画策定や推進に関して連携している機関 (計画推進会議のメンバーや事業協力先など) はどこでしょうか。(〇はいくつでも)

1. 保健所
2. 医師会
3. 歯科医師会
4. 薬剤師会
5. 看護協会
6. 栄養士会
7. 歯科衛生士会
8. 教育委員会
9. 都道府県労働局
10. 商工会
11. 企業
12. 健康保険組合
13. 社会福祉協議会
14. 民生委員・児童委員
15. 食生活改善推進員
16. 運動普及推進員
17. 母子保健推進員
18. その他の住民団体
19. NPO
20. マスメディア
21. その他 ()

4

問 2 第一次計画では誰がどのような役割を果たしましたか。(〇はいくつでも)

	集 情 分 析 収	原 案 作 成	調 査	成 計 画 書 作	計 画 と し て 加 算 す る 点 数
① 市町村健康増進計画担当者	1	2	3	4	5
② 市町村担当外部署 (プロジェクトチーム)	1	2	3	4	5
③ コンサルタント業者	1	2	3	4	5
④ 住民	1	2	3	4	5

問 3 第一次計画の策定・推進のために、庁内に部局横断的な組織体制がありましたか。(〇は一つだけ)

1. ある ⇒ 問 3-1 へ
2. ない ⇒ 問 4 へ

問 3-1 その部局はどのような関係部局ですか。(〇はいくつでも)

1. 学校教育
2. 生涯教育
3. 福祉
4. 障害
5. 土木
6. 都市計画
7. その他 ()

問 4 第一次計画の評価を行う体制はありましたか。(〇は一つだけ)

1. 計画担当者レベル
2. 課内レベル
3. 庁内に部局横断的な組織
4. 住民・関係団体などを交えた評価委員会を設置
5. その他 ()

問 5 第一次計画の中間評価は実施しましたか。(〇は一つだけ)

1. 実施した
2. 実施中
3. 実施予定 (平成 年)
4. 実施していない (その理由:)

問 6 第一次計画の最終評価は実施しましたか。(〇は一つだけ)

1. 実施した
2. 実施中
3. 実施予定 (平成 年)
4. 実施していない (その理由:)

3

問 13 第二次計画の目標値はどのように設定しますか。(○はいくつでも)

1. 国の目標値をそのまま使用
2. 国の目標値を一部使用
3. 都道府県の目標値をそのまま使用
4. 都道府県の目標値を一部使用
5. 独自の目標値を設定して使用
6. 検討中
7. その他 ()

問 14 第二次計画の目標項目はどのように設定しますか。(○はいくつでも)

1. 国の目標項目をそのまま使用
2. 国の目標項目を一部使用
3. 都道府県の目標項目をそのまま使用
4. 都道府県の目標項目を一部使用
5. 独自の目標項目を設定して使用
6. 検討中
7. その他 ()

問 15 第二次計画は、第一次計画と比較してどのような工夫をしますか。第二次計画を未策定の場合は「第二次計画の工夫点」としてお答えください。(○はいくつでも)

1. 重点項目を設定し、目標値の数を絞った
2. 目標を達成するための施策や事業計画を具体的に記載した
3. 関係部局の参加を増やした
4. 住民参加の場面を増やした
5. 関係機関の参加を増やした
6. コンサルタント業者に調査などを委託した
7. スーパーバイザーを依頼した
8. その他 ()

問 15-1 具体的にどのような工夫をしたのかをお教えてください。

【「健康日本 2 1」（第二次） までについて】

(注 2) 「健康日本 2 1」（第二次）とは、平成 24 年 7 月の健康増進に関する基本方針に基づいて作成する計画を指します。

問 10 「健康日本 2 1」（第二次） 地方計画または健康増進計画（以下、「第二次計画」とする。）の策定状況をご記入ください。実施期間について、未定の場合は「空欄」で構いません。(○は一つだけ)

1. 策定済み (平成 年～平成 年)

2. 今年度 (平成 24 年度) 策定中 (平成 年～平成 年)

3. 平成 25 年度以降、策定予定 (平成 年～平成 年)

4. 未策定 (策定予定なし) ⇒ 問 10-1 へ
- ⇒ 問 11-1
- 問 10-1 第二次計画を未策定の理由を教えてください。(○はいくつでも)
1. 市町村合併のため

2. 策定の必要性を感じない

3. 策定する時間的余裕がない

4. 策定の予算がつかない

5. 組織内の同意を得られない

6. その他 ()
- ⇒ 問 21、22 へ

問 11 第二次計画では誰がどのような役割を果たしますか。(○はいくつでも)

	集 情 分 報 所 収	原 作 成	調 査	成 計 画 書 作	す 意 員 委 計 員 と 員 画 定 し 会 画 出 て 委 定
① 市町村健康増進計画担当者	1	2	3	4	5
② 市町村担当外部部署 (プロジェクトチーム)	1	2	3	4	5
③ コンサルタント業者	1	2	3	4	5
④ 住民	1	2	3	4	5

問 12 第二次計画の策定・推進のために、庁内に部局横断的な組織体制がありますか。(○は一つだけ)

1. ある ⇒ 問 12-1 へ

2. ない

3. 検討中
- ⇒ 問 13 へ
- 問 12-1 その部局はどのような関係部局ですか。(○はいくつでも)
1. 学校教育

2. 生涯教育

3. 福祉

4. 障害

5. 土木

6. 都市計画

7. その他 ()

問 19 国の第二次計画には、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向として、「健康を支え、守るための社会環境の整備」が新たに明示されています。貴自治体では社会環境の整備に関する目標を設定しますか。(〇はい一つだけ)

1. 設定する ⇒ 問 19-1へ 2. 設定しない ⇒ 問 19-2へ

問 19-1 国の例示した以下の目標を設定しますか。(〇はいくつでも)

1. 地域のつながりの強化 (居住地域でお互いに助け合っていると思ふ国民の割合の増加)
2. 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
3. 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
4. 健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加

問 19-2 設定しない理由を教えてください。(〇はいくつでも)

1. 目標の掲げ方がわからない
2. ベースラインデータを取るのが困難
3. その他 ()

問 20 国の第二次計画で、新たに重視されている課題に関連して、貴自治体では現在、次の取り組みを行っていますか。保健衛生以外の部署や社会福祉協議会等の外郭団体による取り組みも含みます。

<地域間格差への取り組み>		実施している	なされていない	実施しているが、数少ない	実施しているが、数少ない	実施しているが、数少ない
①	市町村内の地区別に特定健診受診率を比較	1	2	3	4	5
②	受診率の低い地区において受診勧奨対策を強化	1	2	3	4	5
③	市町村内の地区別に特定健診格差や国保しずぽト等の健康データの比較	1	2	3	4	5
④	小中学校間の健康データの比較	1	2	3	4	5
⑤	健康課題の大きい地区において上乗せの保健対策	1	2	3	4	5
⑥	中心地から遠い地区で健康相談等を人口割合により多めに開設	1	2	3	4	5
⑦	子どもがいない地区で親子が集う場づくり	1	2	3	4	5
⑧	食料品等の安い物が不便な地区での移動販売車・店舗の誘致・調整	1	2	3	4	5
⑨	交通不便な地区への行政によるコミュニティバス等の運行	1	2	3	4	5
⑩	交通不便な地区でのNPOやボランティアによる移送・送迎	1	2	3	4	5
その他の地域間格差への取り組み (自由記載)						

8

問 16 第二次計画と連動して推進する予定の計画はありますか。(〇はいくつでも)

1. 食育推進計画
2. 特定健康診査等実施計画
3. がん対策推進計画
4. 親子 (母子) 保健計画
5. 次世代育成支援行動計画
6. 保健医療計画
7. 介護保険事業計画
8. その他 ()

問 17 第二次計画では、都道府県本庁や保健所、地方衛生研究所、大学等研究機関からの支援を受けましたか。また受ける予定はありますか。(〇はい一つだけ)

1. はい ⇒ 問 17-1へ 2. いいえ ⇒ 問 18へ

問 17-1 支援はどのような内容のものですか。(〇はいくつでも)

	分庁的・自治体間の連携や予定	自治体間の連携	市町村間の連携	関係機関との連携	計画として実施する計画	
①	保健所から	1	2	3	4	5
②	都道府県本庁から	1	2	3	4	5
③	地方衛生研究所等	1	2	3	4	5
④	大学等研究機関	1	2	3	4	5

問 18 計画策定や推進に関して連携している機関 (計画推進会議のメンバーや事業協力先など) はどこでしょうか。(〇はいくつでも)

1. 保健所
2. 医師会
3. 歯科医師会
4. 薬剤師会
5. 看護協会
6. 栄養士会
7. 歯科衛生士会
8. 教育委員会
9. 都道府県労働局
10. 商工会
11. 企業
12. 健康保険組合
13. 社会福祉協議会
14. 民生委員・児童委員
15. 食生活改善推進員
16. 運動普及推進員
17. 母子保健推進員
18. その他の住民団体
19. NPO
20. マスメディア
21. その他 ()

7

	実施している	実施していない	行われている程度	該当しない (総合評価)	該当しない (総合評価)
⑩ 住民同士の趣味の会・運動サークルや講師等の情報収集と紹介	1	2	3	4	5
⑪ 高齢者と子ども世代間交流事業	1	2	3	4	5
⑫ 高齢者による小学生の通学見守り	1	2	3	4	5
⑬ 子ども110番の家	1	2	3	4	5
⑭ 公園や遊び場での見守りやプレイリーダー事業など	1	2	3	4	5
⑮ 中学生等の放課後の生徒と乳幼児が働け合いう事業	1	2	3	4	5
⑯ 地域の伝統食を普及する事業	1	2	3	4	5
⑰ 学校や地域でのあいさつ運動	1	2	3	4	5
その他のソーシャルキャピタルへの取り組み (自由記載)					

＜組織間のソーシャルキャピタル＞					
	実施している	実施していない	行われている程度	該当しない (総合評価)	該当しない (総合評価)
① 住民の健康に関する市町村内の部署横断的な取り組み	1	2	3	4	5
② 市町村の都市計画への保健部署職員の参加	1	2	3	4	5
③ 保健部署職員による小中学校での保健教育	1	2	3	4	5
④ 産科医療機関と行政の母子保健との情報連携	1	2	3	4	5
⑤ 乳幼児期の母子保健情報の保育園・幼稚園や学校との共有	1	2	3	4	5
⑥ 地域のスポーツチーム等による学校の体育館やグラウンド等の利用	1	2	3	4	5
⑦ 地域のボランティア等の学校教育への関与	1	2	3	4	5
⑧ 市町村の保健部署の会議への保健所・都道府県担当者の参加	1	2	3	4	5
⑨ 民間企業や商工会等との連携	1	2	3	4	5
⑩ 農業と保健との連携	1	2	3	4	5
⑪ 大学・研究機関との連携	1	2	3	4	5
その他の組織間のソーシャルキャピタル (自由記載)					

10

10

＜所得格差への取り組み＞					
	実施している	実施していない	行われている程度	格点しない (総合評価)	格点しない
① 妊婦届出時にその家庭の経済状況を把握	1	2	3	4	5
② 母子の養育フォローの判断でその家庭の経済状況を考慮	1	2	3	4	5
③ 母親の就労活動時に保育サービスが利用できる制度	1	2	3	4	5
④ 低所得の母子への栄養に関する贈物給付	1	2	3	4	5
⑤ 低所得家庭の児童への学用品・給食費等の給付	1	2	3	4	5
⑥ 低所得家庭の児童への学習塾代わりの補習	1	2	3	4	5
⑦ 健診自己負担額に所得による減免制度	1	2	3	4	5
⑧ 公共施設の利用料金で所得による減免制度	1	2	3	4	5
⑨ 低所得者を対象とした相談窓口	1	2	3	4	5
⑩ 高齢者や低所得世帯のインターネット利用の支援	1	2	3	4	5
その他の所得格差への取り組み（自由記載）					

＜ソーシャルキャピタルへの取り組み＞					
	実施している	実施していない	行われている程度	格点しない (総合評価)	格点しない
① 健康づくり推進員、食生活改善推進員、その他の健康に関する住民組織	1	2	3	4	5
② 保健・福祉・介護等に関するボランティアの育成	1	2	3	4	5
③ 各種ボランティア組織間の交流会や共同事業	1	2	3	4	5
④ 育児サークルの育成	1	2	3	4	5
⑤ 保健指導や健康づくり教室の後の自主活動の育成	1	2	3	4	5
⑥ グループで取り組む健康づくりや生活習慣改善の事業	1	2	3	4	5
⑦ 住民同士による体験等の会の普及	1	2	3	4	5
⑧ 高齢者のサロン事業や地域のカフェ事業など地域の人が集まる事業	1	2	3	4	5
⑨ 住民同士が交流するイベント	1	2	3	4	5

9

9

くその他の社会環境整備への取り組み		実施している	なさい	れも行うことができる	妥当である	不備はない
①	栄養成分表示やヘルシーメニューの提供等を行う健康づくり協力店事業	1	2	3	4	5
②	飲食店等における禁煙や分煙の推進	1	2	3	4	5
③	歩きタバコ禁止条例	1	2	3	4	5
④	保健事業への参加や健康づくりの実行によりポイントや特典がもらえる事業	1	2	3	4	5
⑤	学校におけるフッ素漱口	1	2	3	4	5
⑥	健康づくりに関する宣言や条例の策定	1	2	3	4	5
その他の社会環境整備への取り組み (自由記帳)						

問 21 貴市町村での健康増進施策で工夫されていることや事業などがありましたら、ご記入ください。

問 22 貴市町村の健康増進施策で苦労されていることなどがありましたら、ご記入ください。

～ご協力 ありがとうございます～
本調査は年度末を目処にまとめ・ご報告の予定です。

※この用紙は半欄分です。新しく保健センターが設置された場合や、すでにあるセンターでも、
印字された黄色の枠線が入っていないかかった施設がある場合のみご利用ください。

市町村保健センター（類似施設を含む）調査

F 1. 施設の正式名称

F 2. 施設の住所・電話番号

住 所： _____ FAX 番号： _____
電話番号： _____
開設年月： 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

F 3. 施設の種別（○印はひとつ・保健センターと他の施設の併設の場合に1に○印）

1. 市町村保健センター 2. 母子健康センター 3. 農村保健センター
4. 国民健康センター 5. 老人福祉センター 6. 地域福祉センター
7. 健康増進センター 8. その他

F 4. 施設形態

1. 単独施設 2. 複合施設

F 5. 施設全体の延べ床面積（複合施設の場合は、保健センター部分の延べ床面積も記入ください）

施設全体： _____ m² 保健センター部分： _____ m²

F 6. 施設に常駐している職員数（保健部署のみ）を記入ください。

職 種	常駐職員数	職 種	常駐職員数	職 種	常駐職員数
事務職	名	看護師	名	歯科衛生士	名
医 師	名	栄養士	名	放射線技師	名
歯科医師	名	（うち管理栄養士： 名）		その他の保健・	名
保健師	名	理学療法士	名	福祉・医療職等	名
助産師	名	作業療法士	名	その他の職員	名

F 7. 施設長についてご記入ください。（「いる」場合は職種・職制についてもご記入ください）

有無	1. 常勤でいる a 専任 b 兼任	2. 非常勤でいる a 専任 b 兼任	3. いない
職種	1. 事務職 2. 医師 3. 保健師 4. その他（ ）		
職制	1. 部長・次長職相当 2. 課長職相当 3. 課長補佐職相当 4. 係長職相当 5. その他（ ）		

F 8. 複合相手施設の種類の種類及び施設（いずれも○印はいくつでも）

1. 施設関係	2. 医療関係	3. その他
1. 地域包括支援センター 2. デイサービスセンター 3. 老人福祉センター 4. 在宅介護支援センター 5. 障害児通園施設等 6. 小規模作業所等 7. 社会福祉協議会 8. ボランティアセンター 9. 保健室・保健所 10. 子育て支援センター・ファミリーサポートセンター 11. その他（ ）	1. 病院 2. 診療所 3. 歯科診療所 4. 休日・夜間診療所 5. 訪問看護ステーション・センター 6. 健診センター 7. 医師会・歯科医師会 8. 薬剤師会 9. 看護協会 10. その他（ ）	1. 保健（所） 2. 公民館 3. 図書館 4. 児童館 5. フィットネスセンター 6. コミュニティセンターや集会 所 7. 運動施設（温泉のみ） 8. フォール（温泉等） 9. ショッピングセンター等 10. その他（ ） 11. その他（ ）

— 裏面にも設問があります —

問 1. 貴施設の運営・管理方法は次のどれに最も近いのですか？

※「複合施設」の場合は、市町村保健センター部門について、お答えください。

1. 市町村がすべて運営・管理している
2. 原則として市町村が管理しているが、清掃や夜間警備、駐車場管理等を、一部委託している
3. 指定管理者制度を導入して管理・運営している
4. その他の運営・管理方法を採用している（ ）

問 2. 貴施設の開設時間は、次のどれに最も近いのですか？

通常の開設時間（最も近い項目をひとつ）	土日の開設時間（最も近い項目をひとつ）
1. 原則、夜間と同じ開設時間 2. 原則、夜間と同じ開設時間だが、事業や行事があれば延長して開設している 3. 夜間も開設している（例：～21 時頃まで） 4. 事業や行事のないときは、閉鎖している 5. その他（ ）	6. 原則、土日は閉鎖しているが、事業や行事があれば開設している 7. 土日も開設している 8. その他（ ）

問 3. 貴施設を利用する方は、主にどのような交通手段を活用して来館することが多いですか。

- （最も多いものにひとつ、○をつけてください。特に統計等がなくても、主観で構いません）
1. バスなどの公共交通機関 2. 自家用車（家族などの送り迎え含む） 3. 徒歩や自転車
4. その他（ ）

問 4. 貴施設を利用する方で、次のような交通手段を活用して来館する方はいますか。

- （特に統計等がなくても、主観で構いません）
1. ボランティアなどによる送迎 → 1. よくある・2. たまにある・3. ない
2. 公的な送迎（介護サービス利用等） → 1. よくある・2. たまにある・3. ない
3. わからない
4. その他（ ）

問 5. 住民が貴施設を利用する場合、交通アクセス上の課題はありますか。

1. あり 2. ない
1 (○は、いくつでも)
1. 公的な交通機関の利用が不便である 2. 十分な駐車スペースがない 3. 場所が分かりにくい
4. 中心部から離れた場所にある 5. 役所や他の関係機関と離れている
6. その他（ ）

問 6. 貴施設は、住民に活用されていますか？（お書きください）（活用で結構です）。また、活用しやすいように、何か工夫している点がありましたら、お聞かせください。

1. 十分活用されている 2. まあまあ活用されている 3. やや活用されていない 4. 活用されていない

問 7. 貴施設は、住民に貸借していますか？（住民が会議や行事をしたいときに、借りることはできますか？）

1. 貸借している（条件は次の項目を記入） 2. 貸借していない

1. 無 料 2. 有 料（※条件によって算額が異なる場合も含む）

問 8. 貴施設は、今後どのような役割を果たすことが必要で、そのためには、何が必要だと考えておられますか。ご自由に、お書きください。

～ ご協力、ありがとうございます ～

平成24年度
「市町村保健活動調査」
「市町村保健センター及び類似施設調査」
調査研究委員会名簿

役 名	氏 名	所 属
委員長	増田 和茂	日本公衆衛生協会
委 員	岩室 紳也	公益社団法人地域医療振興協会
委 員	岡崎 恵子	全国保健師長会
委 員	尾島 俊之	浜松医科大学健康社会医学講座
委 員	島田 美喜	公益社団法人地域医療振興協会
委 員	曾根 智史	国立保健医療科学院企画調整主幹
委 員	野尻 孝子	全国保健所長会
委 員	鳩野 洋子	九州大学大学院医学研究院
委 員	弓場 英嗣	株式会社社会保険研究所

(五十音順)

※アドバイザー：柳川 洋（公益社団法人地域医療振興協会）

**「市町村保健活動調査」
「市町村保健センター及び類似施設調査」**

平成 25 年 3 月

発行：一般財団法人 日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1 丁目 2 9 番 8 号

ホームページ <http://www.jpha.or.jp/>

**調査実施機関：一般財団法人 日本公衆衛生協会
公益社団法人 地域医療振興協会
株式会社 社会保険研究所**

※無断転載および複製を禁じます。

