

厚生科学研究費補助金

健康科学総合研究事業

効果的な健康づくり対策のための地域の環境評価に関する研究

平成 13 年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川久保 清

平成 14 (2002) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

- 効果的な健康づくり対策のための地域の環境評価に関する研究 1
川久保 清

II. 分担研究報告書

1. 都市における健康づくり環境に関する研究 12
下光 輝一

(資料) 欧米および我が国における健康都市、健康づくり政策 20
2. 住民側の健康づくり支援環境認識に関する検討 35
川久保 清
3. 健康増進運動プログラムの提供施設における制限因子の調査と評価 42
砂川 博史
4. 職域の健康づくり支援環境評価に関する研究 49
李 廷秀

(資料1) 事業場の健康づくり支援環境評価のための調査票 61
(資料2) 調査結果の事業場への返却内容 77

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

なし

IV. 研究成果の刊行物・別冊

なし

効果的な健康づくり対策のための地域の環境評価に関する研究

主任研究者 川久保 清 東京大学助教授

研究要旨

本研究では、身体活動・運動、栄養、休養、タバコに関する環境を設備、人材、情報、教育、行動の面から評価する調査票を作成し、それに基づいて地域・職域を評価し、介入することを目的とした。平成13年度は、文献研究から健康づくり支援環境評価項目を明らかにし（下光）、住民側のボトムアップ的な環境評価（川久保）とトップダウン的な健康づくり環境評価（砂川）を対比し、作成した健康づくり支援環境評価票を職域において調査し（李）、次年度の地域における健康づくり支援環境評価票作成の基礎とすることが目的である。

文献研究から、人々の健康に大きな影響を及ぼす環境、社会福祉、教育、住居、雇用、その他のサービスについて、海外における健康戦略および日本の都市部における地方自治体の「健康づくり」、「まちづくり」に挙げられた項目について整理した（下光）。

健康日本21の地域計画策定には、地域における健康づくり支援環境を住民側がどのように認識しているかを検討するために、都市部の都内某区と地方都市として東北地方の某市の調査（B市調査）を行なった。健康行動（運動）の阻害要因は、「時間がない、疲れているから、面倒だから」という個人的な理由をあげるものが多く、「運動する場所がない、費用がかかるから」など支援環境側面をあげたものは少なかったが、特にB市の方が後者をあげた割合は少なかった。健康に関する知識や情報を増やすのに役立つ情報源としては、テレビ、病院・診療所、新聞、雑誌・書籍の順であり、区役所・保健所・保健センター、区報・CATVをあげるものは少なかった。今後行ないたい健康行動の内容は、A区、B市ともに、健康行動に関するものが多く、健康情報・知識を増やすとしたものは比較的少なかった。健康づくりに関する施設・事業の利用状況と要望（B市のみ）では、市内の健康づくり施設や事業の利用状況は低かったが、市の行政に対する要望としては、ハード面の要望が高く、ソフト面の要望は低かった（川久保）。

健康運動を指導する公共施設の調査をおこなった。その結果、施設や地域で、地域の状況があまりにも違いすぎ、それぞれのおかれた状況で、最も適切と考えられる企画で住民サービスを行うことを考えるべきである。特に、指導者の不足は深刻な問題である。しかし、公民館活動では自主サークルが相当の取り組みを行っており、保健関係施設も、自主グループを育成して任せて行くような取り組みに力を注ぐ視点も必要と考えられた（砂川）。

事業場における健康づくり支援環境評価を目的とした身体活動・運動、栄養・食生活、ストレス、たばこ、組織的支援に関する調査票を作成し、調査を実施した。その結果、従業員個人の健康行動に影響を及ぼすと考えられる事業場の健康づくり関連施設、人材、教育、情報の提供、組織的支援と事業場属性との関連が示され、事業場における健康づくり支援環境に関する総合的な評価が可能であった。本研究結果は各調査事業場にフィードバックした。本研究により、今後各事業場が、従業員の健康づくりのために取り組むべき優先課題が明らかとなった（李）。

平成 13 年度の調査研究は、次年度以降の地域を対象とした健康づくり支援環境評価のものとなるものである。

分担研究者名

李 廷秀

東京大学医学系研究科保健経済学

助手

下光輝一

東京医大衛生学公衆衛生学教授

砂川博史

萩健康福祉センターセンター長

A. 研究目的

1. 研究の背景

「健康日本 21」が従来の健康づくり対策と異なる点は、地域・職域独自の目標値を設定し、健康づくり対策を展開していく必要性があることである。中でも健康づくり対策として健康日本 21 で強調されている、地域・職域の健康づくり支援環境の評価とそれに基づいた環境対策が重要である。一般的に住民の健康づくり対策は、3つの方向性で考えられる。第1はハイリスクアプローチであり、リスクを持った個人への戦略である。第2は、職域や学校などの集団を目標としたアプローチである。第3は、政策的・環境的アプローチである。第3の方法が最も上流にあるものと考えられているが、我が国における第1次から第2次国民健康づくり対策は、ハイリスクアプローチが主であり、健診後にハイリスク者を見出し、事後指導する

ものであった。その後最近になって集団アプローチが行われるようになったばかりである。

「健康日本 21」では、政策的・環境アプローチが求められている。

政策的・環境的な支援内容は、政策と規制(教育を含む)、情報(人材を含む)、環境的な変化(設備を含む)、住民行動に分けられる²⁾。これらは community-level indicators と呼ばれる。「健康日本 21」の諸目標の中で、政策的・環境目標をみると、政策と規制としては「公共の場や職場での分煙の徹底」がある。情報としては「地域、職域で健康や栄養に関する学習の場を提供する機会を増やし、それに参加する者(特に、若年層)を増加」、「健康運動指導士や健康運動実践指導者など健康と身体活動・運動に関する十分な知識・技術を持った指導者の育成」、「運動と健康の関係、スポーツ施設の利用状況など身体活動・運動に関する情報提供の促進」、「喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及」がある。環境的な変化としては「職域における給食施設、レストラン、食品売り場における、ヘルシーメニューの提供比率を上げ、その利用者を増加」、「学校や企業に設置されている運動施設の開放や、公共スポーツ施設の利用時間の拡大など、運動施設の利用促進」、「歩道、自転車道、施設内の階段のあ

り方など、日常生活における身体活動量増加のための環境整備」、「高齢者の外出を促進する環境整備」がある。住民行動としては「地域、職域で、健康や栄養に関する学習や活動を進める自主グループの増加」、「地域スポーツクラブ、レクリエーションを目的とした集まりなど、自主的な活動の促進」、「禁煙、節煙を希望する者に対する禁煙支援プログラムを全ての市町村で受けられるようにする」がある。

地域・職域でこのような環境的介入していくには、まず健康づくり支援環境を評価し、目標値を設定していく必要がある。しかし、地域・職域での支援環境を評価する方法が確立していないのが現状である。本研究では、身体活動・運動、栄養、休養、タバコに関する環境を設備、人材、情報、教育、行動の面から評価するマニュアルを作成し、それに基づいて地域・職域を評価し、介入することを目的とした。本研究によって、これから健康づくりに取り組む地域・職域にとって、どのような環境問題に取り組むことによって、集団戦略的に住民のづくりに寄与できるのかの目標設定が可能になり、具体的な政策に反映させることができる。

2. 研究目的

平成13年度は、まず文献調査から、都市部における健康づくり支援環境がどのように整備されているのか、また、住民がどのように地域環境を評価し、何を求めているのかを調査する事をおこなった（下光）。

健康づくり支援環境評価には、住民側の認識の因子を組み込み必要がある。これらの住民側の因子は、ハード面の環境に対する認識、周辺の人々の認識、個人の障害の認識、地域政策への要望などがある³⁾。大都市圏及び地方都市の地域住民に対する調査をおこない、情報発信に対する認識、個人の健康づくりの障害、地方行政に対する要望について検討した（川久保）。この研究では、住民のニーズと支援環境との関

連性を持たせるのが目的である。

健康づくり支援環境として、行政側に求められるものとして、機会や設備、指導者などがある。一般住民の身近にある公的機関がどのような役割を果たしているか、そして現在判っている問題点は何か、それらの隘路にはどのようなものがあるのかを明らかにすることを目的にした（砂川）。

健康づくり支援環境評価マニュアル開発のための調査票作成にあたり、健康づくりに関する情報の把握・評価が比較的しやすい職域を対象とした調査票を作成し、全国事業場の調査を実施し、その結果をもとに、地域・職域の環境評価のための基礎資料作成を目的とした（李）。

研究目的を総括すると、文献研究から健康づくり支援環境評価項目を明らかにし（下光）、住民側のボトムアップ的な環境評価（川久保）とトップダウン的な健康づくり環境評価（砂川）を対比し、作成した健康づくり支援環境評価票を職域において調査し（李）、次年度の地域における健康づくり支援環境評価票作成の基礎とすることが目的である。

B. 研究方法

1. 都市における健康づくり環境に関する研究（下光）

都市部における健康づくり支援環境がどのように整備されているのかを調査するために、日本国内及び欧米を対象に、文献検索及びインターネット検索を実施した。

2. 住民側の健康づくり支援環境認識に関する検討（川久保）

大都市部の調査として都内某区（人口約16万人）における男性1391人、女性1509人（30歳以上、70歳未満）を対象とした調査（A区調査）と、地方都市として東北地方の某市（人口約10万人）における男性1391人、女性1509人（20歳以上、80歳未満）を対象とした調査

(B市調査)を検討した。郵送調査内容は、健康行動実施の有無、健康行動の阻害要因、健康行動の情報源、健康づくり環境に対する要望(B市調査のみ)であった。

3. 健康増進運動プログラムの提供施設における制限因子の調査と評価(砂川)

対象とした機関は、健康運動学習を行っていると思われる山口県内の公的機関等 442 箇所である。調査項目は、平成 12 年に行われた調査から、「住民が参加したいと思ってもなかなかしにくい・できない」要因と関連が深いと考えられる項目につき、郵送で追加調査して解析した。

4. 職域の健康づくり支援環境評価に関する研究(李)

対象は、全国の事業場で勤務している産業医 450 名を抽出した。従業員に対する健康づくり支援ならびに支援環境について調査するため、米国ニューヨーク州が事業場における健康づくり対策を評価するために作成した調査票⁴⁾を参考に、日本の実情に合うように内容を検討・調整した。調査項目は、たばこ(5分野 20項目)、栄養・食生活(4分野 31項目)、身体活動・運動(12分野 60項目)、ストレス(9分野 34項目)、健康診断(7分野 20項目)、組織的支援(7分野 17項目)であった。

倫理面の配慮

個人宛ての調査票は無記名で郵送返送してもらうこととし、フェイスシートに個人の回答内容は統計的に集計されて使われることを明記した。

C. 研究結果

1. 都市における健康づくり環境に関する研究(下光)

欧米では、さまざまは国で WHO Healthy City Project が展開されている。平成 13 年に

実施された東京都民の「健康に関する世論調査」によれば、4人に3人が健康づくりに行政のサポートを求めている。

東京都区内で行なわれた世論調査でも、環境施策への要望が強い。太田らは健康・体力事業財団の平成 11 年度調査研究において、健康・体力づくりの指標と SMR、平均寿命の関係について人口規模ごとについて検討している。人口 1 万未満の市町村では人口当たりの体育館数、運動場数、保健婦数、高齢者労働人口比が、人口 30 万人以上の都市においては、人口当たりの体育館数、運動場数、保健センター数、都市公園数が SMR、平均寿命に有効に働いていたと報告している⁵⁾。東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、東京都 23 区および首都圏都市の健康づくりプラン、まちづくり基本構想等を参考にして日常生活、地域保健活動、福祉サービスの場面から、および健康づくり事業の面から都市部における健康づくり支援環境評価項目を収集し、分類した。

2. 住民側の健康づくり支援環境認識に関する検討(川久保)

A区調査では、男性 479 人(34.4%)、女性 626 人(41.5%)から有効回答が得られた。B市調査では、男性 1589 人(60.2%)、女性 1696 人(64.1%)から有効回答が得られた。

週 2 回以上、1 回 30 分以上を運動習慣とした場合には、A区では男性 30.0%、女性 26.4%、B市では男性 21.8%、女性 13.7%であり、B市の方が低い割合であった。運動を行わない、行えない、やめた理由を健康行動阻害要因として複数回答で調査した。時間がない、疲れているから、面倒だからという個人的理由をあげるものが多く、地域の運動環境である、運動する場所がない、費用がかかるからをあげたものは少なかったが、特に B 市の方が少なかった。地方都市の方が運動をする環境が整っていることを示している。B市では、意外に天候のため

にやりにくいとするものは少なかった。

住民側がとらえる最も役に立つ情報源としては、テレビ、病院・診療所、新聞、雑誌・書籍の順であり、区役所・保健所・保健センター、区報・CATV をあげるものは少なかった。広報などは地方都市の B 市の方が情報源としてあげるものが多かった。大都市部より地方都市の方が広報が健康情報として活用されている実態を示している。健康に関する情報を地域として発信するには、病院・診療所の医療従事者の協力、紙媒体の工夫などが必要なことである。

今後行ないたい健康行動の内容は、A 区、B 市ともに、体を動かすことが、食事・栄養、過労に注意して睡眠をとるなどの健康行動に関するものが多く、健康情報・知識を増やすとしたものは比較的少なかった。

B 市の調査では、市内の健康づくり施設や事業の利用状況、健康づくりとして市行政への要望について調査した。市内の健康づくり施設の利用割合、健康スポーツ事業の参加率は低率であった。

市の行政に対する要望(複数回答)としては、施設などハード面の要望が高く、教育講座などのソフト面の要望は比較的に低かった。

3. 健康増進運動プログラムの提供施設における制限因子の調査と評価(砂川)

379 施設(85.7%)から回答が得られた。

健康運動学習の実施については、健康福祉センター(100.0%)、市町村(健康づくり担当課)(90.0%)で非常に高い取り組みがみられ、次いで、公民館(56.4%)、市町村(教育委員会)(55.3%)、健康増進・スポーツ関連施設(41.7%)、福祉関連施設(28.6%)の順であった。

実施しなかった理由で一番多いのは、市町村(健康づくり担当課)では、指導者がいない又はわからないといった指導者に関する問題であった。

1回当たりの参加実人員は、市町村(教育委員

会)が41人と一番多く、次いで健康福祉センターが28.8人、福祉関連施設が27.7人、健康増進・スポーツ関連施設が27.1人、公民館が24.2人、市町村(健康づくり)が18.9人であった。いずれの施設でも、予定した数を満たすのに苦労していた。

各施設で主たる指導者をみると、健康福祉センター及び市町村(健康づくり担当課)では、保健婦・栄養士と健康運動指導士が、市町村(教育委員会)及び健康増進・スポーツ関連施設では、体育指導委員・スポーツ指導員とその他の運動関係指導者が、公民館では、保健婦・栄養士と体育指導委員・スポーツ指導員が、福祉関連施設では、保健婦・栄養士とその他が、主たる指導者であった。

実施上の問題点として、参加者が集まらない、年代の偏りなど、参加者に関する問題が各施設で共通して多かった。また、その次に多い問題点として、健康福祉センター、公民館においては、運動するスペースがない、狭いなどの施設に関する問題を、市町村(健康づくり担当課)、健康増進・スポーツ関連施設においては、指導者がいない、確保が難しいなどの指導者に関する問題を上げていた。

4. 職域の健康づくり支援環境評価に関する研究(李)

調査票の郵送総数450通のうち、434通が有効数となった。有効回収数は142(32.7%)であった。事業場の規模は300人以上999人以下が20事業場(14.1%)、1000人以上4999人以下が90事業場(63.4%)、5000人以上が24事業場(16.9%)、不明が8事業場(5.6%)であった。

業種の多くは、製造業で101事業場(71.1%)であった。都道府県別で見ると所在地のわかった141事業場のうち、回答数が10事業場以上であったのは、東京31事業場、大阪19事業場、神奈川13事業場、愛知12事業場であった。

看護婦がいるところは97(85.1%)、保健婦

がいるところが78(68.4%)、管理栄養士がいるのは14(12.3%)事業場のみであった。

(1) 各領域別特徴

①喫煙領域：禁煙を促すメッセージの掲示を行っていたのは112事業場(79.4%)と最も高かった。「喫煙対策についての規則」がある事業場は77事業場(54.2%)であり、そのうち96.1%の事業場が分煙対策をとっていた。一方、煙草の自動販売機を設置していない事業場は16事業場(11.5%)のみであった。

②栄養領域：員食堂を設置していたのは130事業場(91.6%)であり高い割合を示していたが、「健康的な食事を勧めるプログラム」、「体重管理プログラム」を実施している事業場は50%未満と比較的少なかった。社員食堂を設置していた事業場において、下位8項目のうち平均で3.5項目(44.1%)と実施割合が低かった。8項目のうち「栄養成分や熱量に関して表示をしている」が77.7%と最も多かったが、「低脂肪食をおいている」、「減塩食をおいている」項目は、それぞれ20.8%、16.9%と低かった。

③運動領域：「スポーツサークルへの補助」、「運動を促すメッセージの掲示」は70%以上と比較的多くの事業場において実施されていた。屋外運動施設、屋内運動施設のある事業場はそれぞれ、96事業場(67.6%)、90事業場(63.4%)であった。「ウォーキング教室」、「運動を行うことに対する特典」を実施していた事業場は20%以下と少なかった。

④ストレス領域：「ストレス相談場所」を設置していたのは138事業場(97.9%)であった。また、「管理職に対するストレス対策教育」は80%以上と高い実施割合を示していた。一方、「ストレス要因対策の規則」を設けていたのは23事業場(16.3%)と少なかった。「ストレス要因対策の規則」の下位項目として設定した「過大および過少な仕事の負荷を避ける」、「仕事上の役割や責任を明確にする」の実施事業場数はどち

らも18事業場のみであった。

⑤健康診断領域：「健康診断項目に関する事後指導」は全ての事業場において行われていた。「法定項目以外健康診断」を行っていたのは90.8%と高い割合であった。しかし、「家族に対する健診等のサービス」を実施している事業場の割合は49.7%であり、健康診断領域において最も低かった。

⑥組織的支援領域：就業規則の中に従業員の「健康づくり規定」を定めている事業場は85.4%と高かった。一方、「健康づくりに対するニーズ評価」、「健康増進活動の進展状況の把握」、「健康づくりのコンセプト・ロゴの設定」はそれぞれ44.0%、38.4%、27.0%と実施割合が比較的低かった。

(2) 各領域のまとめ

6領域に設定した総項目の合計182項目のうち、平均38.5±14.8%おこなっていた。事業場規模が大きいのほど高かった。健康診断の次に、多く実施されていたのはストレス対策領域であった。最も低かったのは喫煙対策領域であった。

(3) 教育指導プログラム

各領域の1分野である禁煙、体重管理、健康的食事、運動、ストレスに関する各指導プログラムでは、運動プログラム実施割合が高かった。プログラムの下位項目の実施割合について検討すると、「事業場外の機関を利用している」、「専門家の起用」、「費用の50%以上を事業場が負担」の項目が運動プログラムとストレス対策プログラムにおいて高かった。全てのプログラムにおいて、「プログラムの経済的評価」を実施している事業場は10%未満と少なかった。

D. 考察

「健康日本21」健康づくり対策を地域・職域において展開していくには政策的・環境アプローチが重要である。しかし、実際にどのように指標化して、地域を評価し、目標値を設定し

て介入していくかは、難しい点である。本研究班では、文献研究から健康づくり支援環境評価項目を明らかにし（下光）、住民側のボトムアップ的な環境評価（川久保）とトップダウン的な健康づくり環境評価（砂川）を対比し、作成した健康づくり支援環境評価票を職域において調査し（李）、次年度の地域における健康づくり支援環境評価票作成の基礎とすることが目的である。

Cheadle らは、community-level indicators を開発した²⁾。これは、心血管疾患予防を視野に、タバコ、身体活動、栄養の3分野について、政策と規制、情報、環境的な変化、行動の結果の測定について指標を作成したものである（表1）。それに基づいて、各分担研究者の研究結果（主に身体活動領域）を整理した（表2）。このような指標を参考にして、地域の環境的指標を作りあげるのが、本研究班の目標である。しかし、これらの指標を住民側がどのように認識しているか、また行政側にどのような問題点があるかを指標に反映する必要がある。

分担研究の川久保は、住民データの一部を利用して住民側の認識の要因について身体活動・運動領域において調査した。このような住民側の認識としては、環境因子の認識（どのような環境が利用できるか）、社会的要因（周囲のひとの応援）、個人的阻害要因（急がしいなど）、政策への態度（予算）などがある³⁾。

運動実施阻害要因では、個人的な要因である「時間に余裕がない」、「仕事・家事で疲れているから」、「めんどうだから」が多く、運動に関する支援環境要因である「運動する場所がない」、「費用がかかるから」をあげた割合は低かった。運動習慣者を地域に広げていくには、このような個人的要因にアプローチできる対策を支援環境から考えていく必要がある。実際、B市の健康づくり施設や事業の利用状況を調査したところ、コミュニティセンター以外は低

い利用率であった。B市におけるコミュニティセンターはアクセスがよいこと、地域密着型のサービスが受けられることが利用率の高い理由と思われた。

健康づくりの情報発信としては、地域では主に広報や保健センターがその役割を担っている。今回の調査では役に立つ情報源を一つ選択する形で調査した。その結果、役所・保健所、広報をあげたものが少なく、日常一般的な情報源であるテレビ、新聞をあげるものが多かった。地域では、地域の健康づくり情報をどのようにして日常媒体に載せていくかが課題である。病院・診療所を役立つ情報源としてあげた割合が両地区で高かった。病院・診療所を情報の発信源として医療従事者ばかりでなく、行政側も考えていくことが健康づくり情報を広める方法である。

砂川分担研究者は、健康運動教育を実施する公的機関側の調査をおこなった。実施率は全般に高いが、実施できない理由は「予算の問題」「企画したいが忙しい」、「指導者がいない、わからない」であった。これらは政策的な問題である。指導者の問題として、数が必ずしも十分ではなく、特に町村部では指導者不足が深刻である。企画や実施にあたってどこにどのような指導者がいるかとの情報を求める町村担当者の悩みは深い。現実には不足している指導者を補うために、住民の希望者に集中的に講習を行い、自分たちで自主的自発的にウォーキングを行うようなプログラムの開発も有効である。

施設・設備の問題としては、健康福祉センターや公民館では、健康増進運動プログラムを行うためのスペース不足がある。一方市部では施設、機器・道具の不足を訴えている。このような地域においては、民間の健康増進施設の数も不足している。

参加者の問題として、どの施設においても共通の問題として、事業に対する参加者が期待す

るほど集まらないという現象がある。現実には高齢者が参集するには交通手段の確保が前提になるなどの要因が関係している。更に、提供側

の企画力の問題も大きい。

地方において、支援環境を整える困難さが明らかとされた。

表 1. 地域の健康づくり支援環境指標（タバコ、身体活動、栄養）²⁾

	タバコ	身体活動	栄養・食事	3分野共通
政策と規則	公共施設、職域において清浄な空気を維持する規制 地域における自動販売機の規制 未成年者に販売を規制する条例	公立の初等教育カリキュラムに身体活動を含む政策 身体活動・レクリエーションに割り当てられる一人あたり予算 施設利用を高める政策	食事ガイドラインに応じた学校給食の割合 低脂肪食品のある食品プログラム 地域食品小売店による栄養表示モニターする政策	なし
情報	専門家による禁煙資料 副流煙の害を警告するサイン	運動をルーンに指導する指導者の割合 身体活動と心血管疾患をつなげる情報（職域）	カフェテリアなどの情報の提供 学習環境における食品ピラミッドの存在	初等教育でカリキュラムを提供している割合 タバコ、栄養、身体活動を扱うメディア報告の数 購入のポイント教材
環境的な変化	レストランの禁煙席の割合 禁煙エリアのある職場の割合 レストランにおける自動販売機の有無	一人あたりの歩道の距離 学校における一人あたり施設数 地域住民に対する利用のしやすさ（数、営業時間）	学校の自動販売機における健康食品の割合 学校、職域などにおけるヘルシーメニュー レストランにおける低脂肪アイテムの数	地域における栄養・体重、身体活動、禁煙プログラムの数 心血管疾患危険因子をスクリーニング 心血管疾患健康イベントをスポンサーする機関の数
行動の結果の測定	未成年者に対するタバコ販売のデータ タバコ製品の在庫の変化	使用状況の観察 運動施設の会員数 運動用品の売上	販売データ 在庫データ 店における低脂肪アイテムの割合	なし

表 2. 地域の健康づくり支援環境指標と住民側の認識、行政側の問題

身体活動領域 地域の指標 ²⁾	項目 ²⁾	住民側の認識 (川久保)	行政側の問題 (砂川)	調査票 (李)
政策と規制	教育カリキュラムの存在 予算の量 政策の存在		予算が少ない	補助の有無 健康管理規定
情報	運動指導者の存在 情報を利用できる	地域の情報の利用 度低い	指導者がいない	専門指導者の 存在 メッセージの存在
環境的な変化	1人あたり歩道距離 1人あたり運動施設の数 施設の利用のしやすさ 運動プログラムの数 スクリーニング施設数	運動阻害要因は個人的理由が多い 施設を望む声が多い 運動をしたいとするものは多い 健診施設要望の数は多い	運動する場が狭い プログラムの実施率は高い	運動施設の有無 施設の利用しやすさ 運動プログラム 健康診断実施
行動の結果の測定	利用率 運動組織の会員数 運動製品の売上	スポーツ健康事業の利用率が低い 運動施設の利用率低い	参加者が集まらなくて困る	なし

李分担研究者は、健康づくり支援環境評価を提供者側の視点から、事業場を対象におこなった。取り組み領域としては、一般的にはタバコ、栄養・食事、身体活動・運動の3領域が多いが、この研究では、それに加えて健康診断、ストレス、包括的管理を評価したのが特徴である。その結果、事業場などで取り組みやすい環境対策が示された。たとえば、今回調査した6領域に共通してそれぞれの健康づくりに関するメッセージについてのポスター掲示等の実施は高い割合を示していた。これらは、費用がかからず、簡単に手をつけやすい健康づくり支援対策といえる。

本研究の結果において、「社員食堂」、「運動施設」の施設がある事業場が多かったが、その下位項目において、「栄養成分や熱量に関し

て表示をしている」、「掲示板などを通じて利用を勧めている」などの実施項目割合が高いとはいえない結果であった。施設の有無だけでなく、施設を健康づくり支援場所としてどのように生かしているかの調査が必要なことを示している。

6つの領域における総実施項目に対する回答割合は、その事業場における健康づくり支援環境の程度を示す総合的指標である。このような点数は、今後の環境診断の総合指標となることが考えられた。

各領域別では、最も多く実施されていたのは健康診断領域で、次に多く実施されていたのはストレス領域であった。最も低かったのは喫煙対策領域であった。領域別に対策の多い、少ないを判断できる指標である。また、1つの領域

で多くの項目を実施している事業場は他の領域でも高い実施割合を示していた。健康づくり支援が充実していない事業場では全般的に行っていないことが伺える。

個別の健康指導プログラムでは運動プログラムを実施している事業場数が多かったが、下位項目では実施割合の低い項目もみられた。プログラム実施の有無だけでなく、その内容までた。

この調査結果は大規模事業場でも特に健康づくりの支援に比較的熱心な事業場の状況を示している可能性がある。また、今回の調査では従業員側の実際の健康行動につながっているかについては調査することはできなかった。今回の事業場の調査票を地域に拡大していく上でも、受け手側の認識を含んだ調査票を作成していく必要がある。

文 献

- 1) Orleans CT, et al: Rating our progress in population health promotion: Report card on six behaviors. Am J Health Promotion 14:75-82,1999
- 2) Cheadle A, et al: Promoting community-level indicators for evaluating cardiovascular health promotion programs. Health Educ Res 15:109-116,2000
- 3) Brownson RC, et al: Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. Am J public Health 91:1995-2003,2001
- 4) Fisher B, et al: Measuring worksite resources for employee heart health. Am J Health Promot 13:325-332,1999
- 5) 大田壽城他: 地域における健康体力づくり事業の必要量検討、事例評価と出力プログラム開発 平成 11 年 地域における健康・体力づくり推進委員会報告 健康・体力づくり事業財団

E. 結論

本研究では、身体活動・運動、栄養、休養、タバコに関する環境を設備、人材、情報、教育、行動の面から評価する調査票を作成し、それに基づいて地域・職域を評価し、介入することを目的とした。平成 13 年度は、文献研究から健康づくり支援環境評価項目を明らかにし（下光）、住民側のボトムアップ的な環境評価（川久保）とトップダウン的な健康づくり環境評価（砂川）を対比し、作成した健康づくり支援環境評価票を職域において調査し（李）、次年度の地域における健康づくり支援環境評価票作成の基礎とすることが目的である。

文献研究から、人々の健康に大きな影響を及ぼす環境、社会福祉、教育、住居、雇用、その他のサービスについて、海外における健康戦略および日本の都市部における地方自治体の「健康づくり」、「まちづくり」に挙げられた項目について整理した（下光）。

健康日本 21 の地域計画策定には、地域における健康づくり支援環境を住民側がどのように認識しているかを検討するために、都市部の都内某区と地方都市として東北地方の某市の調査（B市調査）を行なった。1. 健康行動としての運動実施率は、都内 A 区の方が地方都市 B 市より高かった。2. 健康行動（運動）の阻害要因は、「時間がない、疲れているから、面倒だから」という個人的な理由をあげるものが多く、「運動する場所がない、費用がかかるから」など支援環境側面をあげたものは少なかったが、特に B 市の方が後者をあげた割合は少なかった。3. 健康に関する知識や情報を増やすのに役立つ情報源としては、テレビ、病院・診療所、新聞、雑誌・書籍の順であり、区役所・保健所・保健センター、区報・CATV をあげるものは少なかった。4. 今後行ないたい健康行動の内容は、A 区、B 市ともに、健康行動に関するものが多く、健康情報・知識を増

やすとしたものは比較的少なかった。5. 健康づくりに関する施設・事業の利用状況と要望（B市のみ）では、市内の健康づくり施設や事業の利用状況は低かったが、市の行政に対する要望としては、ハード面の要望が高く、ソフト面の要望は低かった（川久保）。

健康運動を指導する公共施設の調査をおこなった。その結果、施設や地域で、地域の状況があまりにも違いすぎ、それぞれのおかれた状況で、最も適当と考えられる企画で住民サービスを行うことを考えるべきである。特に、指導者の不足は深刻な問題である。しかし、公民館活動では自主サークルが相当の取り組みを行っており、保健関係施設も、自主グループを育成して任せて行くような取り組みに力を注ぐ視点も必要と考えられた（砂川）。

事業場における健康づくり支援環境評価を目的とした身体活動・運動、栄養・食生活、ストレス、たばこ、組織的支援に関する調査票を作成し、調査を実施した。その結果、従業員個人の健康行動に影響を及ぼすと考えられる事業場の健康づくり関連施設、人材、教育、情報の提供、組織的支援と事業場属性との関連が示され、事業場における健康づくり支援環境に関する総合的な評価が可能であった。本研究結果は各調査事業場にフィードバックした。本研究により、今後各事業場が、従業員の健康づくりのために取り組むべき優先課題が明らかとなった（李）。

平成13年度の調査研究は、次年度以降の地域を対象とした健康づくり支援環境評価のもととなるものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

川久保清：心臓財団循環器疾患データベース健康日本 21（循環器病について）、心臓 33(1):99-101,2001

川久保清：栄養と体組成、運動・喫煙・飲酒（国民栄養調査から）、心臓 33(10):819-822,2001

川久保清：「健康日本 21」における高脂血症、日本臨床増刊 高脂血症下巻 137-142,2001

川久保清、李廷秀、原田亜紀子：身体活動・運動、in「健康日本 21」を指標とした健康調査と保健支援活動（小西正光、小野ツルコ編集）p47-58、ライフサイエンスセンター、2001

2. 学会発表

第7回日本心臓リハビリテーション学会公開シンポジウム基調講演、川久保清：「健康日本 21 を地域に展開するために」、2001年8月31日（久留米市）

第60回日本公衆衛生学会総会、2001年10月31～11月2日（高松市）

森克美、川久保清、李廷秀、光橋悦子、川村勇人：日本語版 SF-36 を用いた地域住民の QOL の測定

川久保清、李廷秀、森克美、光橋悦子、川村勇人：地域住民の肥満度に関連する生活習慣の検討

第45回中国四国合同産業衛生学会特別講演、2001年11月10日（松山市）、川久保清：身体活動の評価と指導—健康日本 21 に向けて

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

効果的な健康づくり対策のための地域の環境評価に関する研究 都市における健康づくり環境に関する研究

分担研究者 下光 輝一 東京医科大学 教授

研究要旨

地域・職域の健康づくり環境評価マニュアルを作成することを目的として、都市部における健康に関する基本構想、施策および都市部の地域住民のニーズについて文献的考察を行った。収集された文献ならびに地域から得られた情報を、地域健康づくり、環境確保、保健医療福祉の3分野に分類し、健康づくり環境のための評価マニュアル作成に必要と思われる項目について検討した。

A. 研究目的

1. 研究の背景

健康づくりは、自らの健康は自らつくるといふ一人ひとりの努力が基本であるが、個人の取り組みだけでは解決できない社会環境が、個人の健康や健康づくりのプロセスに関係してくる。すべての人に効果的な健康づくり対策を実施するためには、健康づくりを支える環境の整備が重要である。いつでも、どこでも、だれでもが、気軽に健康づくりが可能な環境が最も望まれるが、このためには、社会の幅広い分野の連携と協力が不可欠であり、健康づくりを意識した環境づくりへの総合的取り組みが必要となる。

1) 健康都市づくり

健康を支援する環境づくりは 1986 年のヘルスプロモーションに関するオタワ憲章を契機に、ヘルスプロモーションを都市政策のレベルで展開することをめざした健康都市プロジェクトを始めとして展開されてきた。大都市圏、東京都においては平成元

年に「東京保健医療計画」において、WHO のヘルスプロモーションの考え方を踏まえ、1) 個人を取り巻く自然環境、社会環境を健康に資するように公私一体となって整備すること、2) 保健医療を超えたすべての分野の政策や、あらゆる活動が、健康を目標として総合的に展開される必要があること、が示されている。東京都は平成5年に東京都健康プラザを設立し、その中の東京都健康づくり推進センターは健康づくりの指導者育成や各種の健康づくり実践指導を通じての健康づくり技法の開発を行っている。平成7年に策定した「とうきょうプラン '95」では生涯を通じた健康づくり都政を重要課題のひとつに掲げた。また、平成8年には「健康推進国際フォーラム '96 東京」¹⁾を開催し「大都市における21世紀の健康づくりを考える」²⁾をメインテーマとして掲げ、さまざまな報告と討議が行われ、その成果として東京メッセージが採択されている（表1）。

さらに平成9年には「東京ヘルスプロモ

ーション、健康都市東京をめざして」と題した宣言を発表し、その達成すべき課題として5つをあげている。この中で、“5. 健康を支える都市の環境づくり”として挙げられている環境づくりのみではなく、“2.

生涯を通じた健康づくり”として家庭、地域社会、学校、職域等のあらゆる生活場면을健康的なものとしていく、として生活場面での健康づくり環境整備を課題と掲げている（表2）。

表1. 東京メッセージ 5つの提言

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 「健康」を基盤とした都市づくり政策を総合的に展開していくこと ② 各々が生涯を通じて「健康」を享受できるよう健康的なライフスタイルの確立とそれを支援する環境・仕組みづくりを強化していくこと ③ いつでもどこでも誰でもが、自由に正確な健康づくり関連情報を手に入れられるような多様なメディアや情報処理技術を積極的に活用し、“情報ネットワークづくり”をすすめること ④ 市民と健康づくりにかかわる幅広い分野の団体等の“相互協力の連携ネットワーク”を形成すること ⑤ 地球規模の健康課題に答えていくために、各都市相互間の交流の機会や情報交換のためのシステムづくりをすすめること |
|--|

表2. 東京ヘルスプロモーション、健康都市東京をめざして（平成9年）
達成課題

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 今日的な健康課題の克服 <ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣病 ● 寝たきりゼロ、安心して子供を産み育てられる環境の整備 ● 心の健康づくり 2. 生涯を通じた健康づくり <ul style="list-style-type: none"> ● 家庭、地域社会、学校、職域等あらゆる生活場면을健康的なものとしてゆく 3. 世代別、性別等に対応した健康課題の克服 <ul style="list-style-type: none"> ● 対象ごとに固有の課題を把握、これに焦点を当てた政策の展開 4. 健康を侵害する外的要因の克服 <ul style="list-style-type: none"> ● 感染症対策 ● 食品衛生対策 ● 健康・快適居住環境の確保 ● 環境公害保健対策 5. 健康を支える都市の環境づくり <ul style="list-style-type: none"> ● 都市基盤整備 ● 快適、ゆとり、安全などの付加価値を整備 ● 持続的発展可能な、循環型社会の形成 |
|---|

2) 健康日本21と地域における目標策定状況

国は、21世紀の健康戦略として平成12年に健康日本21³⁾を策定した。これは、一次予防に重点を置いた①壮年期死亡の減少、②健康寿命の延長、③生活の質の向上を図ることを目的としており、生活習慣病の対策とその原因となる生活習慣改善対策に重点を置くものである。

健康日本21に呼応して、地域・職域で健康づくりを行うには、地域・職域独自の目標値を設定し、健康づくり対策を展開してゆく必要がある。健康づくり対策として強調されているのは地域・職域の健康づくり環境の評価とそれに基づいた環境対策である。

個々人の生活習慣改善への行動変容を図るためには、それを支援する環境整備が必要である。人々の良好な生活の実現には、様々な健康関連情報へのアクセスを可能にするといった生活環境面での整備が有効とされ、海外では介入研究による効果検証も行われ

ている。

また、行動変容を目的とする個人に対する働きかけと、その行動変容を支援する環境整備とをあわせて推進するために、家庭、学校、地域、職域、企業、ボランティア団体、マスメディア等が、それぞれの特性を生かし、互いに連携して、その課題解決に取り組む必要がある。特に、健康やそれに関連した栄養、運動などの生活習慣の改善に対する関心の薄い層をターゲットとして情報提供、発信を可能にする新たなコミュニケーションチャンネルの開発が必要である。

健康日本21の地方計画の策定状況は、都道府県レベルでは本年度中にすべて策定される。また、区市町村レベルではやや遅れている感があり、本年度ようやく半数に達する予定である(表3)。

東京都においては平成13年10月に「東京都健康推進プラン21－生活習慣病と寝たきりの予防をめざして」⁴⁾が策定された(表4)。

表3. 健康日本21地方計画の策定状況について(平成13年5月調査)
都道府県、政令市及び特別区における地方計画策定の進捗状況

<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/topic/kokuminkaigi/3/keikaku.html>

	総数	計画策定済み	H13年度中策定予定	H14年度中策定予定	H15年度中策定予定	未定
都道府県	47	27	20	0	0	0
政令市	51	6	24	17	1	3
特別区	23	3	4	6	2	8

2. <特別区>

都道府 県名	完成時期	対 象 領 域									
		栄養・ 食生活	身体活 動・運動	休養・こ ころの健康 づくり	タバ コ	アルコ ール	歯の健 康	糖尿 病	循環 器病	がん	その他
千代田区	策定期期 未定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
中央区	未定										
港区	未定										
新宿区	H15.3.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
文京区	策定期期 未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	
台東区	未定										
墨田区	H13.3.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	←数値目標ではなく 評価目標
江東区	未定 (検討中)										
品川区	H15.3.	検討中	検討中	検討中	検討中	検討中	検討中	検討中	検討中	検討中	
目黒区	H13.2.	○	○	○	○	○	○				「生活環境」、「健康 づくり支援」
大田区	未定										
世田谷区	H14.2.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	「閉じこもり」
渋谷区	H15.3.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	←予定
中野区	H14 年度	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
杉並区	H14 年度	○	○	○	○	○	○	○	○	○	検討中
豊島区	H15 年度	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	
北区	H15 年頃										
荒川区	H14.3.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
板橋区	H14 年度										未定
練馬区	H13.3.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
足立区	H14.3.										←検討中
葛飾区	H13.10.		○		○		○	○		○	
江戸川区	未定										

* : 却 数値目標あり
 却 数値目標なし (予定も含む)

表4 東京都健康推進プラン21

—生活習慣病と寝たきりの予防をめざして—（平成13年10月）

<p>総論</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的考え方 2. 都民の健康状況 3. 健康づくり目標 4. プラン21の推進方策 <p>各論</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 総合目標について <p>包括的指標として「健康寿命の延伸」、「主観的健康感」を設定、総合目標とする</p> 2. 生活習慣病予防について <ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣病の発症やリスクを減少するために6項目を設定 ● 具体的には栄養食習慣改善、適度な身体活動・運動習慣の定着、休養のとり方、タバコ、アルコール、歯科保健対策の充実、健康診査の受診率の向上の14の枠組みを設定 ● 147の個別目標の設定 3. 寝たきり予防について

特別区における健康づくり政策は、地域特性や区民の健康意識に着目して策定されつつある。しかしながら、今現在、14年3月までに策定予定が10区、15年度までが5区、策定時期未定が8区となっている。健康づくり支援の環境整備は、住民にとって一番身近な自治体である区市町村が推進役となり進められることが望まれる。

B. 研究方法

以上に述べたような現状を踏まえ、都市部における健康づくり支援環境がどのように整備されているのか、また、住民がどのように地域環境を評価し、何を求めているのかを調査するために、文献検索及びインターネット検索を実施し検討を行った。検討にあたっては、日本国内に限らず、健康づくりの環境整備は先駆的である欧米の情

報も含めることとした。

C. 研究結果

1. 欧米における健康都市、健康づくり政策⁵⁻¹⁷⁾

欧米では、さまざまは国でWHO Healthy City Projectが展開されている。また英国ではOur Healthier Nationにおいて、アメリカ合衆国ではHealthy people 2010等において、健康都市や健康づくりに関する政策が規定されていた。その項目を資料に記す。

2. 都市部住民の健康づくりに対するニーズ分析¹⁹⁻²²⁾

平成13年に実施された東京都民の「健康に関する世論調査」によれば、「健康づくりは、個人と行政との役割分担のもとに取り組むべきだ」44%、「行政は、個人の健康づくりに積極的に支援すべきだ」31%と、4

人に3人が健康づくりに行政のサポートを求めている。また、「第10回葛飾区世論調査」において、健康な生活を送るために力を入れてほしいものとしては、食品の安全性(57%)、飲み水の安全性(53%)が半数を超え、医療情報に関する情報提供(44%)、健康づくりに関する情報提供(28%)、寝たきり予防に関すること(24%)が続いていた。'99中野区政世論調査では、施策への要望として高齢者対策(45%)、防災対策(32%)、環境・公害対策(31%)、住宅施策(20%)、省資源対策(19%)、公園緑化推進(19%)、文化・スポーツ施設(13%)があげられていた。

また、施設面では、千代田区の区民世論調査で「近くがあればよい区の施設」としてスポーツ施設(24.8%)、図書館(13.4%)、高齢者福祉施設(12.8%)、区営駐車場(12.4%)、健康センター(11.1%)があげられていた(資料)。

太田らは健康・体力事業財団の平成11年度調査研究において、健康・体力づくりの指標とSMR、平均寿命の関係について人口規模ごとについて検討している。その中で人口1万未満の市町村では人口当たりの体育館数、運動場数、保健婦数、高齢者労働人口比が、人口30万人以上の都市においては、人口当たりの体育館数、運動場数、保健センター数、都市公園数がSMR、平均寿命に有効に働いていたと報告している²³⁾。これは、このような施設が直接的、間接的に住民の健康に寄与することを示している。

3. 日本の都市部における健康づくり支援環境²⁴⁻⁴¹⁾

東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、東京都23区および首都圏都市の健康づくりプラン、まちづくり基本構想等を参考にし日常生活、地域保健活動、福祉サービスの場面から、および健康づくり事業の面から都市部における健康づくり支援環境評価項目を収集した(資料)。

E. 結論

健康づくり支援環境評価項目について

人々の健康に大きな影響を及ぼす環境、社会福祉、教育、住居、雇用、その他のサービスは社会的意思決定に深く関連している。そこで、海外における健康戦略および日本の都市部における地方自治体の「健康づくり」、「まちづくり」に挙げられた項目について整理し、以下の項目を評価項目として選択した(表5)。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出現・登録状況(予定を含む)

なし

表5 健康づくり支援環境評価項目

地域健康づくり

- 子育て支援（育児、保育、学童クラブ）
 - 子育て支援サービス
 - ファミリーサポート事業
- 生活習慣病対策（栄養、身体活動、喫煙、飲酒、歯、健診等）
- 高齢者健康対策
- こころの健康づくり
 - こころの病についての普及啓発活動の推進
 - 相談体制の充実
 - 予防と早期発見
- 健康づくり活動の基盤整備
 - 健康学習と健康づくり実践・継続の支援（生涯学習、生涯スポーツの推進）
 - 健康情報、関連施設の利用状況等の情報提供
 - 文化・スポーツ活動の支援（場と機会の提供）
 - 指導者養成、人材の確保
- 健康づくりネットワークの整備
 - 自主グループづくりの支援
 - コミュニティー活動の支援
- 健康づくりを支援するまちの環境整備
 - 気軽に健康づくりに取り組める環境の整備
 - ジョギングコース
 - サイクリングコース
 - ウォーキングコース
 - 室内・屋外プール
 - 運動施設
 - 公園
 - 安全な歩行空間の確保
 - 段差の解消、歩道幅の確保
 - 放置自転車等の撤去
 - 安全で住みやすい住居環境の整備
 - バリアフリー化、ユニバーサルデザイン
 - 豊かな自然環境の確保と景観の形成
 - 健康をはぐくむ街づくり
 - 分煙、歩行喫煙禁止
 - 栄養成分等の表示