

(16.2%)、ストレス管理講座(15.9%)、健診事後指導の充実(15.5%)、通年型スポーツ教室(15.4%)などのソフト面の要望は比較的に低かった。

#### D. 考察

住民の健康づくり対策は、3つの方向性で考えられる<sup>3)</sup>。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。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に始まり、健診後にハイリスク者を見出し、事後指導するものである。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。第3次国民健康づくり対策である「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。

しかし、政策的・環境アプローチが重要であることは分かっているが、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困難である。Cheadleらは、community-level indicatorsを開発した<sup>4)</sup>。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。たとえば、身体活動では政策と規制として、「公的なカリキュラムに身体活動を含む地方政策、身体活動に貢献するための予算額」、情報として「人々が運動をすることを勧める保健指導者の割合、事業場で運動を利用できること」、環境変化として「ウォーキング道の距離、身体活動施設の数、コミュニティにおける施設の利用率」、行動の結果として「利用率、身体活動施設の会員数、スポーツ用具の売上」をあげている。

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、地域環境によって地域住民の知識・態度・行動が変容していくには、地域環境を住民側がどのように認識しているかも重要である。本分担研究では、地域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調査した。

今回の検討では、主に運動を健康行動としてとらえ、ハード面の環境に対する認識として利用状況を、個人の障害の認識として運動実施の障害要因について、情報源への認識、地域政策への要望などを調査したり。調査は、大都市部と地方都市で行なったものを比較する形とした。

健康づくりのための運動の実施率については、都市部の男女の方が地方都市より高かった。健康行動の実施率は、今後行ないたい健康行動にも反映され、B市の方が「体を動かす」ことをあげた割合が低かった。これには、本調査を実施した地方都市が雪国であることが関連している可能性もある。しかし、B市の調査では、運動障害要因として「天候のためにやりにくい」をあげた割合は多くなかった。運動実施障害要因では、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。

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」を障害要因としてあげた割合は両調査で低かった。しかし、この割合は大都市圏であるA区で高い割合であった。大都市圏では、運動する場所などの環境面の整備が対策として重要なことを示している。一方、今回調査した地方都市は比較的運動を支援する環境が整っていることを示している。しかし、個人的な要因で利用していな

い状況が推察される。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21学校区に合わせて作られたセンターであり、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。

B市における調査では、市の行政に対してどのような健康づくり対策の要望があるか検討した。要望として多いのは、ハード面としての施設の増設の要望であった。すべての市民に対してアクセスの容易性を考慮したハードの増設は最も望まれるものではあるが、費用効果的でない。健康づくり活動の阻害要因は、個人的な要因が多いことを考えれば、健康づくりの知識・態度に対する支援環境の方も重視しなければならない。

健康づくりの知識・態度に対する支援環境としては健康づくりの情報発信がある。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。毎日情報が発信されるテレビ、新聞の持つ情報量は大きい。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。広報については、大都市部のA区より地方都市のB市の方が役立つ情報源としてあげた割合が高かった。地方都市の方が広報がより住民に密着していることが示唆された。また、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。

健康情報は重要であるが、住民側の認識として今後行ないたい健康行動として「健康の情

報・知識」をあげた割合は多くなかった。最近では日常的に健康の情報があふれているのも事実である。地域住民が実際に必要としている健康情報は、地域の中でどこに行けば健康づくりができるか、どこに健康づくり用品を買えるか、誰が指導してくれるかなどの地域密着型の情報であると思われた。

## 文献

- 1)Brownson RC, et al: Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. Am J public Health 91:1995-2003,2001
- 2)厚生大臣官房統計情報部編：保健福祉動向調査、平成8年
- 3)Orleans CT, et al: Rating our progress in population health promotion: Report card on six behaviors. Am J Health Promotion 14:75-82,1999
- 4)Cheadle A, et al: Promoting community-level indicators for evaluating cardiovascular health promotion programs. Health Educ Res 15:109-116,2000

## E. 結論

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が重要である。本研究では、都市部として都内某区（人口約16万人）における調査（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）の調査（B市調査）を行なった。A区調査では、30歳以上70歳未満の区民、男性1391人、女性1509人、B市調査では、20歳以上、80歳以上の市民を、男性2641人、女性2646人に郵送調査した。

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調査のみ）を調査し、健康

づくり支援環境に対する認識を明らかにし、今後の community-level indicators を作成していく基礎資料とした。

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、「時間が無い、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、「運動する場所が無い、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。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。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。
4. 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。
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）

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。

## 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

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

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

分担研究者 砂川博史 山口県萩健康福祉センター長

研究要旨 健康運動プログラムを実施している可能性の高い県下の公的機関を調査し、事業展開の趣旨、目的、規模、実施に当たっての問題点、改善すべき点などを機関の特性に分けて解析した。その結果、最大の問題は指導者の不足、ついで予算、そして設備・職員のパワー不足があげられた。指導者の育成と、指導者を有効活用するための情報整備、職員の意識付けが今後とも重要と考えられた。

A. 研究目的

身体活動機能を一定水準に維持することは、多くの生活習慣病の予防や進行悪化に対して効果があることは明らかで、「健康日本21」でも積極的な運動が目標に掲げられている。特に効果が確かな有酸素運動を継続的に実行するには、良好な環境（機会や設備、指導者など）が求められる。良好な環境を提供する側の問題点を明らかにすることは、今後の環境評価の上で欠かせないことである。本研究の調査では、住民の「運動しましょう」活動に、特に、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、それらの隘路はなにかを明らかにすることを目的にした。

B. 研究方法

平成12年に行われた調査（詳細省略）を解析する中で、「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、さらに詳しく内容を把握する必要があると考えられた部分を、郵送で追加調査して解析した。

対象となった機関は、表1に示すように、

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である。健康増進・スポーツ関連施設とは、体育館やスポーツ村、青年の家など、指導者付の運動プログラムを、また、福祉関連施設とは、主として福祉センターで健康運動プログラムを行っている可能性があると考えられた施設である。また、指導者不足を補う可能性を検討する目的で、山口県豊北町の住民志願者に集中講習を行い、彼らが自主的に組織したウォーキンググループ64名の活動効果を確認する目的で、活動前後に採血検査を行い、脂質プロフィールの変化を調べた。

C. 研究結果

表1. 施設別依頼・回収一覧

	調査依頼施設数	調査回答施設数	回収率
健康福祉センター	9 (2.0%)	9 (2.4%)	100.0 %
市町村(健康づくり担当課)	56 (12.7%)	50 (13.1%)	89.3 %
市町村(教育委員会)	56 (12.7%)	47 (12.4%)	83.9 %
公民館	243 (55.0%)	211 (55.7%)	86.8 %
健康増進、スポーツ関連施設	58 (13.1%)	48 (12.7%)	82.8 %
福祉関連施設	20 (4.5%)	14 (3.7%)	70.0 %
合計	442(100.0%)	379(100.0%)	85.7 %

## 1. 調査票の依頼・回収率

全442施設に調査を依頼し、回収率は85.75であった(表1)。

## 2. 回答施設の内訳

回答施設の内訳は、公民館が55.7%と全体の約6割を占め、市町村の健康づくり担当課、教育委員会及び健康増進・スポーツ関連施設は1割台であった。

## 3. 調査結果

### (1)健康運動学習実施の有無

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。

### (2)実施しなかった理由(複数回答)

健康運動学習を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連する問題で、市町村(教育委員会)と公民館はその他の理由、健康増進・スポーツ及び福祉関連施設は、運営方針であった。

### (3)平成12年度以降の取り組み

平成12年度以降、実施又は実施予定と回答した各施設別の割合は、市町村(健康づくり担当課)、公民館、健康増進・スポーツ関連施設で2割程度、市町村(教育委員会)と福祉関連施設で1割程度であった。残りは、「実施しなかった」と「実施するかどうかわからない」が半々であった。

◆平成12年度以降の取り組みについて、『実施しない』に回答したもののうち、追加調査で寄せられた意見等

- ◇ 公民館主催の健康運動学習と言うより、市教委の体育課の事業として当地区でウォーキングやニュースポーツ教室を実施していることが多く、今のところ、これ以上行事を増やす予定はない。
- ◇ 参加人数に限りがあり、一部局で主催した方が効率が良い。
- ◇ 町(社会教育課)で対応している。地区公民館で実施するには組織的(正規職員がいない)に難しい。
- ◇ 保健センター等で行う事業と思われる。
- ◇ WHO憲章において定義されている「健康」についてならば、所の主催事業も十分該当する活動を有していると思う。が、特別にそれを主とした事業を行うことは、「所に求められているものとは異質なものであるだろうか」という観点から、今のところ実施の予定はない。
- ◇ 青少年の野外活動を主体としており、親子(子供は小学生までを対象)ふれ合い事業等も行う場合もあるが、仲間(集団)や家族のあり方等についての教育研修を行うものであり、精神的には”健康”に結びつくかも知れないが、施設の事業には少し当てはまらない点がある。
- ◇ 小さな村であり、公民館独自ではなく、教育委員会の活動に協力している。
- ◇ 各教室とも高齢者が対象のため、運動が伴う講座まではしない。ニュースポーツ教室等は町の主催事業の方へ参加してもらおう。
- ◇ 健康福祉の担当の方で行っているのでも、社会教育・社会体育では行っていないし、行う予定もない。
- ◇ 当地区では、高齢者が多く、若い主婦等もパート及び勤める方が多く、参加者が集まらない。
- ◇ 将来的には予防的福祉事業として取り組みたいと考えているが、現状では、直面している課題である在宅生活支援、福祉人材(ボランティア等)の養成等を主とした講座を実施することとしている。
- ◇ 職員不足のため健康運動学習まで事業を広げることができない。
- ◇ 行事が多いので手が回らない。

◆平成12年度以降の取り組みについて、『わからない』に回答したもののうち、追加調査で寄せられた意見等

- ◇ 本町では、社会参加促進費補助を受けて各種事業を行っており、平成13年度は補助対象が変わるため、行えるかどうかかわからない。
- ◇ 太極拳、ヨガ、健美体操、有酸素運動等をサークル活動で行っている。公民館主催としては、今後のサークル活動の状況をみて検討したい。
- ◇ 各区で行っている球技大会を参加者の減少に伴い、体育指導員を中心にニュースポーツなどを指導・普及させる方向にした方が良いのではという意見もあるが今のところわからない。
- ◇ 公民館講座の中にありますので特別に計画は考えていない（シェイプアップ・リズム体操・健康体操他）。
- ◇ 自主的な健康体操グループが形成されつつある。
- ◇ IT関連の事業に主力を注ぐことになると思われる。
- ◇ 健康運動学習は、サークル団体が、ジャザサイズ・太極拳を実施しているが、館主催としては、年度当初、各学級と協議して年間行事を決定しているので今後も実施するかどうかは不明である。館主催としては考えていない。
- ◇ 地域体協等でいろいろ実施されています。
- ◇ 健康運動学習に関する講座については、市保健センターや母子保健推進委員が公民館を利用して開催している。実技を伴うものについても公民館を利用してサークル（ジャザサイズ、太極拳、3B体操等）が充実しているので、公民館が独自で開催する必要を感じない。しかし、地域住民より要望があれば企画していきたいと思う。
- ◇ 出先の公民館では、参加者が集まらないと思われるため、本庁を中心として行うべきと考えます。
- ◇ 山村高齢過疎地であり、参加者を集めるのが困難であると同時に、毎年行うことの難しさ。

#### (4) 参加実人員

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四苦八苦していた。

#### (5) 指導者の職種

指導者の所属又は住所を県内か県外かに分けて施設別にみると、各施設と

もほとんどが県内の指導者であった。同一市町村内からと他の市町村からの割合は、各施設とも、同一市町村内からが他の市町村からより多かったが、市町村(健康づくり担当課)では、概ね5:5であった。また、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。

#### (6) 実施上の問題点(複数回答)

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、参加者に関連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連する問題を、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連する問題を上げている。

#### ◎健康運動学習の推進に関する意見

健康運動学習の推進に関する意見を自由に記入してもらったところ、54の施設から意見が寄せられたが、大別して要約すると下記のとおりである。

#### ◆行政に関すること

- ◇ 健康やまぐち21計画を推進するために県が実施するのも大切だが、もっと市町村の取り組みを後押ししていかなくてはいけないのではないかと思う。

- ◇ 事業の法律上の実施義務及び国庫補助がないため、担当者のやる気如何によるところもあり、事業立てが弱い。
- ◇ 健康運動学習実技指導者の確保、予算・機器の整備が難しく、健康相談教室や講義等で意識啓発をしているのが実態である。
- ◇ 国、県の補助事業を増やしてほしい。
- ◇ 運動の教室は、1回限りでは生活習慣化するのには難しいと思います。安全に、楽しく運動を続けるために長時間の指導が必要と思いますが、なかなか実施が難しい。
- ◇ 若い世代の働きかけが難しいので社会教育等との連携が必要
- ◇ 担当者レベルでの企画、成果を考える必要がある。
- ◇ 健康運動指導士や実践指導者などの資格をとり、より多くの人に自信を持って学習会を持ちたいが、取得講習の時期などマラソンや駅伝などの時期と重なったり、遠方や高額であったり、長期であり連続の休暇が取れなかったりということで、どうしても無資格での実施になってしまう。
- ◇ 全ての教育(社会教育)について感じるのだが、人を集めて教育するというのは限界があるのではないのでしょうか。各市民クラブがあるのだから、この方々の代表者を集めて講習を開く等、効率の良い運営が必要だと思います。
- ◇ 本市では、病院等の建設など、病気になってからの受け入れ施設の充実に力を入れている。本当はそうなる前に予防することが大切であるのだが、なかなか財政的な支援がなされない。少ない予算で健康運動に関する学習を深めていきたい。市民の方も体の調子が悪くなって、運動等の必要性を認識するよう健康なうちに認識させられるような努力をしていきたい。
- ◇ 健康運動はわずかなスペースでできるものと、それなりの広場や施設を要するものがある。また、機器を要するものもある。公民館が地域における学習の場といわれ、地域もそれを期待するが、現状の公民館は施設、設備の面(人の面も)でそれに答えにくい。
- ◇ 公民館に健康づくりのための器具等を入れたいが、予算がなくて購入ができない。

の支援方法について良い事例があれば教えていただきたい。

- ◇ 市町村支援になるような指導、研修を行ってください。
- ◇ 教室では、健康運動の動機づけ・方法の教育になり、継続への支援が困難である。継続への支援方法を学びたい。
- ◇ 健康運動の研修会を頻回に開いて欲しい。
- ◇ 保健婦等を対象に、短時間で効果的な講座の進め方の研修があれば良いと思う。
- ◇ 実践者が継続できること、また、広がってゆくための支援方法を学びたい。

#### ◆指導者の情報に関すること

- ◇ 私たちの知っている健康運動指導士等の指導者の数は少ないため、名簿等があるととても助かるのですが・・・。
- ◇ 健康運動の指導に携わる指導者の情報が欲しい〔名前、勤務先住所・TEL、学級参加経験の有無、学級参加対応範囲(時間、場所等)等〕
- ◇ 指導者をお願いするときに、どこにどんな指導者がいらっしゃるのかが少しでも分かると指導者の確保がもっとスムーズにいくと思いますので、もしもそのような情報をお持ちでしたらぜひ教えて下さい。
- ◇ 教室実施時、内容に合った講師をお呼びするのに、講師料や条件など、具体的に状態がわかるような名簿があればと思います。
- ◇ 健康運動指導士の講師派遣が簡単にできたらいいです。
- ◇ 民間の健康運動指導士の指導内容を知りたい。

#### 4. 血液検査結果

64名の参加者が自主活動を開始する直前と、約8週間後に行った血液検査の結果示す(表2)。総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロールでは有意の低下を見たが、他の測定項目では変化は有意ではなかった。

#### ◆研修会に関すること

- ◇ 事業の成果・評価等を客観的に判定することができれば望ましいが、客体の負担等を考えると、市町村、施設管理者と連携し、定期健診日から前倒しして日程を組み、血液検査等で判定できるプログラムになると思う。また、継続的実践に向けて

表 2. 血液検査の前後比較

測定項目	前		後		p
	平均	SD	平均	SD	
総コレステロール	219	35.0	209	28.8	<0.05
中性脂肪	102	59.3	88	32.9	<0.05
HDLコレステロール	66.0	15.0	62.0	14.9	<0.001
LDLコレステロール	133	32.8	129	25.8	n.s.
A I	2.5	1.0	2.5	1.0	n.s.

#### D. 考察

平成 11 年度に健康運動学習プログラムを実施しなかった 156 施設にその理由を聞いたところ、上位三位は「施設の運営方針に合致しない」「予算の問題」「企画したいが忙しい」であった。運営方針に合致しないを除くと、「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」となった。施設別に一位の理由を見ると、

- 市町村（健康づくり）および福祉関連施設では「指導者がいない／わからない」
- 市町村（教育委員会）および公民館では「予算」
- 健康増進・スポーツ関連施設では「指導者がいない／わからない」「予算」であった。

因みに、地域別に見ると、市部は町村部に比べ、「指導者がいない／わからない」、「企画したいが忙しい」「参加者が集まらない」が多く、逆に、町村部は市部に比べ「どう企画したらよいかわからない」「予算」に関する理由が多かった。特に町村部においては、「どう企画したらよいかわからない」が市部の約 2.5 倍と大きな差があった。この点は町村部の担当者の企画

力・経験・情報不足を明確に示していると考えている。

公民館は、地域住民の生涯学習を支援する社会教育を主な目的としており、従って相対的には健康増進運動プログラムの主催は少ない。しかし、追加調査に示されたように、比較的多く、体操やジャズダンス、卓球、あるいはニュースポーツなど、いわゆる地域住民のサークル活動として公民館を場に健康増進運動プログラムが行われており、ゆえに、このような場合には、公民館の事業として取って代わる必要は無いと言える。

第二の問題が人材である。

- 健康福祉センターや市町村（健康づくり）では、「保健士・栄養士」「健康運動指導士」
- 市町村（教育委員会）や健康増進・スポーツ関連施設では「体育指導員・スポーツ指導員」「その他の運動関係指導者」
- 公民館では、「保健士・栄養士」「体育指導員・スポーツ指導員」
- 福祉関連施設では「保健士・栄養士」「その他」

が主たる指導者としてあがってきた。

このように、指導者の中に、いわば文部省系と厚生省系があり、前者は、健康人であることを前提に指導が行われ、後者は、病気を持っている（自覚があろうとなかろうと）ことを前提に指導が行われるという、場合によっては両極とも言える指導上の立場の違いがある。従って、提供するプログラムにも差が出てきていると考えられ、住民の受け取り方にも評価が分かれるこ



となる。これらの齟齬をなくす工夫が今後求められる。

更に、追加調査の中に見られたように、これらの指導者の数が必ずしも十分ではなく、特に町村部で深刻である。事実、指導者が同一市町村内在住である割合は、市部 87%、町村部 60%と大きな差がある。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った。38名の参加があり、プログラム開始前後で行われた血液検査結果の比較では、脂質プロファイルの改善が認められた。この事は、一般住民の運動不足を補う意味での運動指導には、専門的な知識や経験は、必ずしも必要としないことを示唆している。

第三の問題は施設・設備である。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を上げている。一方市部では施設、機器・道具の不足を訴えている。また、多くの町村の保健センターや公民館（中央館も含め）では運動プログラムを行う場合には会議室や休憩室を流用して実施しているのが現状である。そして、このような地域においては、民間の健康増進施設も、経営の観点から設立される可能性は極めて低い。事実、山口県の北浦地区の民間フィットネスクラブは3箇所に過ぎない。それだけ、公的機関が提供する健康増進運動プログラムの意義は重要である事を、行政側はもっと認識すべきと考える。

第四の問題は参加者である。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である。一つには過疎高齢化の進行により、校区の整理統合が進み、施設の人口割の設置基準は満たしていても、現実に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。特に町村部において、「どのように企画してよいかわからない」との解答が多かったことを、再度強調しておきたい。

## E. 結論

以上述べてきたように、施設や地域で一括りにするには、地域の状況があまりにも違いすぎる。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にまい進するしかない。そんな中で、特に、指導者の不足は深刻な問題である。保健センターや健康福祉センターでの予算がらみの企画の多くが、事業の実施そのものが目的になっている点も、参加住民の心からの共感が得られない理由になっているだろう。

もう一点、それぞれの施設がそれぞれの事業系列に従って、それぞれの予算範囲の中で事業を行っている点を上げておきたい。このことは、結果的に、地域住民から見ただけの場合に、イベントや教室の勧誘がしょっちゅう行われているものの、それらに相互関係がなく、従って、自分たちがどれについてゆけば健康になれるのかをうまく掴み取ることができず、かえって混乱のもとになっているように見える。

最後に、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。

**F. 健康危険情報**

なし

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

職域の健康づくり支援環境評価に関する研究

分担研究者 李 廷秀 東京大学大学院医学系研究科助手

研究要旨

個人が生活習慣を見直し健康づくりに取り組む場合、個人を取り巻く社会的環境が健康行動に大きく影響する。そこで本研究では、職域における健康づくり支援環境の評価を目的とした調査票を開発し、身体活動・運動、栄養・食生活、ストレス、たばこ、健康診断、組織的支援の6つの健康づくり目標領域に関連する設備、人材、教育、情報などの環境について、全国の事業場450カ所の産業医を対象に調査を実施した。有効回答数は142(32.7%)事業場で、従業員規模300人以上であった。

最も多く事業場が実施していたのは健康診断領域、続いてストレス領域であった。実施率が最も低かったのは喫煙対策領域であった。健康づくり関連設備としてはストレス相談場所(97.9%)、社員食堂(91.6%)、運動施設(67.6%)、休憩場所(78.9%)を設けているところは比較的多かった。しかし、栄養成分・熱量の表示をしたり、掲示板などを通じて利用を勧めるなど、設備の利用を促し、健康づくりに活用している事業場は比較的少なかった。健康づくりに携わる人材として産業医以外にも、看護婦は82.1%、保健婦は63.8%の事業場にいたものの、管理栄養士をおいている事業場は13.4%と少なかった。健康教育として最も多く実施していたのは運動プログラム(63.6%)であった。しかし健康的な食事は45.8%、体重管理プログラムは35.9%と実施率は比較的低かった。また、各種教育プログラムへの参加を促すための特典などに配慮している事業場も半数未満と少なかった。教育プログラムのうち、ストレスプログラム、運動プログラムは事業場外の機関を利用、専門家を起用している事業場が比較的多かった。健康づくりに関する情報の提供に関しては、ポスター掲示等が最も高い実施割合であった。組織的支援としては、健康づくり規定、従業員の健康に関する年次目標の設定等は6割以上の事業所が実施していたが、健康づくり活動の進展状況の把握、従業員側のニーズ評価等はその実施率が比較的低かった。

属性別では、事業場規模間で6領域の設定項目数合計とストレス領域で有意差がみられ、規模が大きいほど実施割合が高かった。業種間では6領域の設定項目数の合計と運動領域において有意差がみられ、製造業においてその実施割合が高かった。また、各領域間の実施項目割合はすべての領域間で有意な関連がみられ、一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その実施割合が高かった。

本研究で作成した健康づくり支援環境評価調査票により、個人の健康行動に影響を及ぼすと考えられる事業場の設備、人材、教育、情報、組織的支援等を含む環境要因と事業場属性との関連が示され、事業場の健康づくり支援環境の総合評価が可能であった。評価結果は調査事業場にフィードバックした。本研究により、今後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になった。

## A. 研究目的

健康づくりの基本は、個人が自らの生活習慣を見直し、健康の維持・増進の目標を目指し努力することからはじめなければならない。しかし、個人が生活習慣を見直し健康づくりに取り組む場合、個人を取り巻く社会的環境が健康行動に大きく影響する。そのため、健康づくり施策を効果的に展開していくためには、個々人の健康づくりを支援する環境的整備が重要課題となる。

一方、「健康日本 21」の各分野の具体的な目標にむけて、地域・職域においては独自の目標設定を行い、健康づくり施策を展開していくことが求められている。しかし、地域・職域の現場においては、独自の取り組むべき優先領域の目標設定にとまどう声も高い。集団戦略的に、地域・職域において備えるべき環境的条件が明らかになっていないためである。

本研究では、地域・職域における健康づくりのための環境評価マニュアルの開発を目的とする。本研究での環境とは、身体活動・運動、栄養・食生活、休養・こころ、たばこ、健康診断、組織的支援の6つの領域に関する設備、人材、教育、情報などを指す。このマニュアルの開発により、健康づくりに取り組む地域・職域が備えるべき環境的条件が明らかになり、個人の健康づくりに貢献できる優先的に介入すべき目標設定が可能となる。地域・職域において健康づくりのための環境的条件が整備されることにより、地域・職域の健康づくり施策の成果が大きな格差を生むことなく、「健康日本 21」の目標達成が可能となることが期待できる。

研究初年度である今年度(H13年度)には、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。

以下では、今年度の研究結果を示した。

職場は働く人とその家族にとって、身体的、精神的、社会的健康に影響する重要な場の一つである<sup>1)</sup>。健康日本 21においても、職場は青年期から中年期にかけて労働者として過ごす場であり、働く時期の健康確保の観点から、また退職後の健康確保の観点から重要な役割を果たす場として位置付けられている。

職場における健康づくりの対象疾病としては、職業性疾病が減少し、高脂血症、高血圧症、糖尿病などの生活習慣病が増加してきているため、その予防が重要となっている<sup>2)</sup>。生活習慣病の予防には生活習慣の変容が必要であり、個人を対象とした健康教育だけでなく、健康づくりを支援する環境の果たす役割が大きい<sup>1)</sup>。そのため、事業場における健康づくり支援対策は禁煙プログラム、健康的な食事を勧める指導プログラム<sup>3-5)</sup>、体重管理プログラム、運動プログラム<sup>6,7)</sup>、ストレス教育<sup>8)</sup>、健康診断の事後指導<sup>9,10)</sup>などの個人に対する対策のみならず、事業場における組織としての禁煙対策<sup>11,12)</sup>、栄養表示<sup>13)</sup>、運動施設の設置、運動を勧めるポスターの掲示<sup>14)</sup>、ストレス要因となりうる職場環境対策<sup>15)</sup>など、個人の健康行動に影響を与えられると考えられる事業場の環境的側面を含めた組織的な生活習慣改善への取り組みが必要である<sup>16)</sup>。従って、事業場における健康づくり支援環境を評価する場合には、個人に対する健康づくり指導プログラム実施の有無だけでなく、健康づくり関連設備、健康づくりに携わる専門人材、健康づくりに関する情報などが含まれるべきであり、健康づくりに関するメッセージの有無、各指導プログラムに関しては、参加者に対する特典、専門家の起用の有無、事業場の

補助、利用のしやすさ<sup>16-19)</sup>などハードとソフトの両面の評価を含むべきである。また、健康づくり事業の経済的評価も、企業の立場からすれば健康づくり対策の実施程度の評価に含まれるべきである<sup>20, 21)</sup>。

しかし、上記のような個人の健康づくりを支援する環境的評価までは未だ行われていない。

本研究では、事業場における健康づくり支援環境の実態を把握し、事業場属性との比較を行い、今後事業場において優先的に取り組むべき健康づくり支援環境対策のための示唆を得る目的で調査を行った。

## B. 研究方法

### 1. 調査内容

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<sup>16)</sup>を参考にした。日本の実情に合うように産業保健専門家3名とともに調査内容を検討・調整し、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)の計6領域についての調査項目を設定した。それぞれ、実施施設の有無、メッセージの掲示、補助の有無、プログラムの提供などを下位分野に含めた(資料1)。

その他に事業場の基本的属性として、所在地、業種、事業規模(従業員の構成)と健康づくりに携わる組織と専門人員配置についての項目を設定した

回答のほとんどは二者択一で答えるようにした。

栄養に関しては、健康作りのための食生活指針(厚生省保健医療局健康増進栄養課)に

おいて、減塩食品や食物繊維を多く含む食品等を設定していることを考慮して質問に加えた。

ストレスに関しては、従業員のストレス要因となり得る職場の物理的環境、作業内容、職場組織に関連する対策<sup>8)</sup>の有無などを調査項目として設定した。

健康診断については、健康診断の実施は法律で決められているので、法定項目以外の健康診断実施の有無、事後指導の有無、家族に対する健康診断などを設定した。

事業場の従業員の健康づくりに対する支援体制の方針、組織的支援については、健康づくり規定の有無、従業員の健康づくりに関するニーズ評価などを加えた。

### 2. 調査対象

対象は、事業場における健康づくりに携わる人で、健康づくり事業全般が把握でき、しかも抽出可能な宛先名簿の入手等を考慮し、産業衛生学会会員名簿(1999年)より、全国の事業場で勤務している産業医450名を抽出した。

事業場は、学校、病院、役場などを除いた一般営利事業場を対象とした。

### 3. 調査方法

調査、自記式調査票による郵送調査とした。調査協力の依頼状と返信用封筒を同封し、平成13年10月30日に調査票を発送した。回収締め切りの11月末日に、調査へのご協力お礼と調査への再協力依頼の葉書を送付した。

### 4. 分析方法

統計解析には、統計パッケージWindows版SAS(Ver. 6.12)を用いた。

喫煙、栄養、運動、ストレス、健康診断、組織的支援の6領域それぞれに設定されてい

る項目の実施平均割合を求めた。

事業場規模間(300～999人、1000～4999人、5000人以上)の平均値の差の検定には、Kruskal-Wallis Testを行った。また、製造業とその他の業種での平均値の差の検定には、Wilcoxonの順位和検定を行った。各領域間の実施項目割合の関連については、Spearmanの順位相関係数を求めた。

各指導プログラムの下位項目において、その実施の有無に関して Fisher's Exact Testを行った。

統計的有意水準はすべて5%とした。

## C. 研究結果

### 1. 回収率

調査票の郵送総数450通のうち、宛先不明、退職などのため調査不能が16通あり、434通が有効数となった。再度の調査協力をお願いを経て回収数は144となり、回収率は33.2%であった。そのうち、2通の産業医は現場の施策には関与しておらず、回答できないとしたもので分析から除外した。

分析有効数は142、有効回収率は32.7%であった。

### 2. 回答事業場の属性

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。次いで金融業10事業場、運輸交通業10事業場、それ以外が21事業場であった。

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。これら4つの都府県においては残りの他の県と

比べて製造業の割合が有意に低かった。都道府県別回収数と総務省の平成11年事業場・企業統計調査における従業者規模別300人以上の都道府県別事業場数の分布はほぼ類似していた。

### 3. 健康づくりに携わる組織と人員配置

142事業場のうち、すべての事業場が衛生委員会を設置していた。

専属の産業医がいると回答したところは142事業場中134事業場(94.4%)であった。うち、従業員規模1,000人以上の事業場において専属の産業医がいないところが3事業場あり、この事業場はすべて製造業の事業場であった。また、従業員規模1,000人以上の事業場において、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。

### 4. 事業場の健康づくり支援対策の実態

#### (1) 各分野の実施事業場割合

表1に、調査した6領域それぞれの各分野別の実施事業場数(%)と設定項目数、各分野実施事業場における平均実施項目数(%)を分野別実施事業場数(%)が高い順に示した。

#### ①喫煙

「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、設定した4項目のうち平均して2.1項目(52.5%)行われていた。規則がある77事業場のうち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%)であり、「禁煙者に対する特典」を実施しているのは5事業場(3.6%)のみと少なかった。

た。

### ②栄養

社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。しかし、「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

「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

「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。ストレス相談場所を設置していた事業場のうち、下位項目において、「電話・メールなどによる相談窓口が

ある」、「管理職に対しメンタルヘルスの相談体制の活用方法について教育を行っている」事業場は 80% 以上と高い実施割合を示していた。しかし、「掲示板などを通じて利用を勧めている」事業場は 90 事業場 (65.2%) であり、下位 5 項目のうち最も低かった。

### ⑤健康診断

「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

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。

「健康づくりに対するニーズ評価」の下位項目を見ると、「検診項目ごとの検査値の推移に関する評価を行った」事業場は 88.7% と多かったが、「従業員の健康増進活動の興味やニーズに関する調査を行った」事業場の割合は 56.5% と比較的小なかった。

#### (2) 事業場の属性との比較

事業場の規模間で平均実施項目数の平均値に有意な差が見られたのは、「従業員の体力測定」、「ウォーキング教室」、「ストレス相談場所の設置」、「ストレス対策プログラム」、「健康増進活動の進展状況の把握」であり、いずれも事業場規模が大きいほど実施項目数が多くなっていた。

製造業とその他の業種との間で有意な差が見られた分野のうち、「セクシャルハラスメント対策」、「法的項目以外健康診断」では、製造業の実施項目数が少なく、上記2つ以外の分野では製造業が多くなっていた。特に運動領域においては「スポーツサークルへの補助」、「屋外運動施設」等で製造業の実施項目数が有意に多かった。

### (3) 6領域の実施項目の平均回答割合

表2に6つの領域における実施項目の平均回答割合を事業場規模ごと、業種ごとに示した。

6領域に設定した総項目の合計182項目のうち、事業場規模が5000人以上の事業場では、平均して41.4%( $182 \times 0.414 = 75.3$ 項目)行っていた。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。事業場の規模間で有意な差が見られたのは、6領域の設定項目数の合計とストレス領域であり、事業場規模が大きいほど実施割合が高かった。業種間により有意な差が見られたのは6領域の設定項目数の合計と運動領域であり、製造業が高い実施割合を示していた。また、各領域間の実施項目割合において全ての領域間で有意な正の相関が見られ、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。

### 5. 各指導プログラムの下位項目

表3に各領域の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の下位項目の実施割合について、各指導プログラムを実施している事業場を100%とした時の実施割合を示した。

各指導プログラムのうち、運動プログラムの実施事業場数が最も多かった。

「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。

プログラムへの「参加を促すための特典」は運動プログラムで44.9%であり、他のプログラムでは30%未満と低かった。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。

下位項目間の実施有無の関連について検討した結果、全ての指導プログラムで共通して有意であったのは、「専門家の起用」をしている事業場では「費用の50%以上を事業場が負担」の実施割合が高く、また、「掲示板などで参加を呼びかけている」事業場では「プログラムの改善を行っている」、「テキストの貸し出しや配布」の実施割合が高かった。

## D. 考察

### 1. 事業場の健康づくり支援環境

職域における健康づくりが高まってきた初期の頃は、健康診断や事後指導など個人に対するリスクファクターや生活習慣に対する介入が一般的であり、健康づくりに関連する環境的、社会的、組織的な要因を見逃しがちであった。しかし、最近では事業場は個人を対象としたプログラムを提供するのに都合のいい場所というだけでなく、事業場の組織や環境そのものが個人の健康行動に影響を及ぼすものと位置付けられている<sup>1)</sup>。

そのため、本研究では米国ニューヨーク州で事業場における健康づくり支援環境を評価するために用いた調査票<sup>16)</sup>を参考に、日本の事業場の健康づくり支援環境が調査できるように、産業保健専門家の協力の下で調査項目を作成した。

#### (1) 各分野の実施事業場割合



本研究の結果、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。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である<sup>22)</sup>。事業場における喫煙規則<sup>11)</sup>、栄養表示やヘルシーメニューの提供<sup>13)</sup>、運動を促すメッセージなどは個人の行動に影響を与えることから、喫煙や栄養、運動に関するメッセージやポスター、掲示板の利用は事業場で最初に取り組むことができる環境的支援であると考えられた。

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。また、ストレス対策として個人に対する「ストレス相談場所の設置」事業場は 97.9%と高い割合を示していたが、事業場における「ストレス要因対策の規則」<sup>15)</sup>のある事業場は 16.3%と低かった。職場環境の改善は、事業場の健康づくり対策の重要な柱の一つであり、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生かすなど、事業場環境の有効活用などの対策が望まれる。

事業場における従業員の健康づくりに対するサポート体制としての組織的支援は、事業場全体の健康づくりの姿勢を表すものである。「健康づくりに対するニーズ評価」の下位項目で見ると、本研究結果では「検診項目ごとの検査値の推移に関する評価を行った」事業場は多かったが、「従業員の健康増進活動の興味やニーズに関する調査を行った」事業場の割合は少なかった。事業場として健康づくり支援を効果的に行うためには、管理者側のみではなく従業員のニーズを評価することの重要性

が指摘されている<sup>23)</sup>。今後、従業員の健康づくりに関するニーズを把握し、それに基づいた対策をとる必要がある。

## (2) 6 領域の実施項目の平均回答割合

6 つの領域における実施項目の平均回答割合の結果、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。「喫煙対策についての規則」がある事業場の中で 96.1%と多くの事業場が分煙対策をとっていたが、「煙草の自動販売機を設置していない」事業場は 11.5%と少なかった。これは、労働省による職場における喫煙対策のためのガイドラインにおいては空間分煙を中心に勧めており、自動販売機については触れられていない事によるものと考えられる。今後、事業場の健康づくり対策における環境を評価するならば自動販売機の有無も評価するべきであり、自販機設置に対する対策が必要である。

各領域間の実施項目割合において全ての領域間で有意な正の相関が見られ、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。実施項目数の低い事業場では、「喫煙に関する教育的なメッセージ」、「食堂におけるヘルシーメニューであることの表示」などは費用がかからず、手をつけやすい健康づくり環境対策である<sup>22)</sup>ため、喫煙や栄養、運動に関するメッセージやポスター、掲示板の健康づくり対策への利用、施設の有効利用に取り組むべきであると考えられた。

業種間により有意な差が見られたのは 6 領域の設定項目数の合計と運動領域であり、製造業において多くの項目が実施されていた。

東証上場企業を対象にTHPの取り組みなどを調査した研究<sup>24)</sup>において、本研究と同様に製造業が高い割合で実施している傾向が見られたが、労働者健康状況調査では必ずしもその傾向はみられなかった。東証上場企業を対象にした調査では製造業の割合が63.0%と本研究と同様に高い割合を示していた一方、労働者健康状況調査では、製造業の割合が22.0%であったため、本研究結果と異なる結果となったものと考えられた。製造業以外の業種において、運動を促すメッセージの掲示など、行いやすい対策から着手するよう指導をすべきであると考えられた。

本研究の結果で事業場の規模間で有意な差が見られたのは、6領域の設定項目数の合計とストレス領域であり、事業場規模が大きいほど実施割合が高かった。規模の小さい事業場におけるストレス対策への支援の必要がある。

労働省の労働者健康状況調査においても、心の健康対策に取り組んでいる事業場の割合は5000人以上の事業場では96.6%、1000～4999人の事業場では86.5%と高い割合を示し、大規模な事業場がより多くのストレス対策を行っている点で本研究と同様の結果がみられたが、その実施割合は異なった<sup>17,18)</sup>。

本研究ではプログラムの有無だけでなく、事業場の環境的な支援対策についても調査したので、ストレス対策プログラムを実施しているだけでは高い実施項目数にはならなかったために必ずしも同じ結果とはならなかったことと考える。

### (3) 指導プログラム

個別の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。

各指導プログラムの下位項目における実施事業場割合をみると、ストレス対策プログラ

ムにおいて、「事業場外の機関を利用している」、「専門家の起用」が高く、事業場外でストレスに対する相談、カウンセリングを行っているため従業員が利用しやすい環境が見られる。また、専門家との連携の必要性などが伺える。

プログラムの経済的評価は、「産業医のあり方に関する検討会報告」<sup>25)</sup>、「これからの産業保健のあり方に関する検討委員会報告」<sup>26)</sup>で健康づくり対策における結果の指標の一つであるとされているが、今回の調査により、ほとんど実施されていないことが明らかになった。健康保険組合の「健康づくり事業」の評価に関するアンケート<sup>17)</sup>によれば、評価の結果として用いたいと思う指標として「医療費」は比較的多いにもかかわらず、「評価の方法がわからない」ので行っていないことも考えられ、健康づくり対策実施者に対し、評価方法などの知識を広める必要があると考えられた。

この調査では調査票の回収率が32.7%と低く、産業医を対象としたために、回答した事業場の多くは従業員1000名以上の事業場であった。このため、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。労働者健康状況調査<sup>18)</sup>と同じ質問項目で比較したところ、本研究結果が全般的にその実施割合においてやや高い割合を示している項目が多かったことからそのことが伺える。

また、今回の調査では事業場が健康づくりのためにどのような環境的支援を行っているかについて調査した。そのため、それを受ける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。例えば、ストレス領域について見ると、労働者健康状況調査によるとストレス対策における相談の実施は1000～4999人の事業場で87.6%と高い割合を示していたが、相談制度があまり活用されていないと答えた事業場が

25%を超えていた<sup>18)</sup>。健康づくり支援対策の実施と従業員側の実際の行動との関連についての調査が今後する必要がある。

また、どの分野のどの項目が従業員の健康づくりに対してとくに影響を与えているのか、有効なのかなどを重み付けすることはできなかった。今後健康づくりを行う個人、すなわち従業員側を対象とした調査が必要である。

## E. 結論

本研究では、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(資料2)。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。

今後は、本研究で作成した調査票をもとに、健康づくりを行う個人を対象とした調査を実施し、地域における健康づくり支援環境の評価を行う予定である。

## 文 献

- 1) Chu C, Breucker G, Harris N. Health promoting workplaces-international settings development. *Health Promotion International* 2000;15:155-167
- 2) 倉田千弘. 健康診断結果に基づく冠動脈疾患一次予防戦略. *産業衛生雑誌* 2000;42: 81-87
- 3) Sorensen G, Himmelstein J, Hunt M. A model for worksite cancer prevention: integration of health protection and health promotion in the Well Works Project. *Am J Health Promot* 1995;10:55-62
- 4) Sorensen G, Stoddard A, Hunt M, et al. The effects of a health promotion intervention on behavior change :The Well Works study. *Am J Public Health* 1998;88:1685-1690
- 5) Biener L, Glanz K, McLerran D, et al. Impact of the working well trial on the worksite smoking and nutrition environment. *Health Education & Behavior* 1999;26:478-494
- 6) Angotti CM, Chan WT, Sample CJ, et al. Combined dietary and exercise intervention for control of serum cholesterol in the workplace. *Am J Health Promot* 2000;15:9-16
- 7) 下光 輝一、小田切優子、坂本歩. 職域におけるストレス研究. *公衆衛生* 1997;61:812--817
- 8) 川上憲人、原谷隆史. 職場のストレス対策、第5回ストレス教育と健康づくり. *産業医学ジャーナル* 2000;23(1):29-33
- 9) US Department of Health and Human Services. National survey of worksite health promotion activities: summary. *Am J Health Promot* 1993;37:452-64
- 10) Hanlon P, Carey L, Tannahill C, et al. Behavior change following a workplace health check: how much change occurs and who changes? *Health Promotion International* 1998;13:131-139
- 11) Joel MM, Zihua L, Esther SH .The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking

- cessation. Am J Public Health 2000;90:757-761
- 12) 労働省労働基準局安全衛生部環境改善室:職場における喫煙対策について.産業医学ジャーナル 1996;19(4):12-17
- 13) Glanz K, Sorensen G, Farmer A. The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs. Am J Health Promot 1996;10:453-470
- 14) Kerr J, Eves F, Carroll D. Can posters prompt stair use in a worksite environment? J Occup Health 2001;43:205-207
- 15) 川上憲人,原谷隆史.職場のストレス対策,第4回職場のストレス対策.産業医学ジャーナル 2000;23(2):45-49
- 16) Fisher B, Golaszewski T, Barr D. Measuring worksite resources for employee heart health. Am J Health Promot 1999;13:325-332
- 17) 健康保険組合連合会:健康保険組合の「健康作り事業」の評価に関するアンケート、健康作り運動事業の評価手法開発推進事業研究報告書 1992;101-118
- 18) 労働大臣官房政策調査部:平成9年労働者健康状況調査結果速報.労働省
- 19) Golaszewski T, Blodgett C, Barr D, et al. The development and preliminary testing of an organizational heart health support assessment. J Health Educ 1996;27:25-9
- 20) 武藤孝司.保健医療プログラムの経済的評価法.10-11.篠原出版、1998
- 21) Stokols D, Pelletier KR, Fielding JE. Integration of medical care and worksite health promotion. JAMA 1995;273:1136-1142
- 22) Golaszewski T, Barr D, Cochram S. An Organization-based intervention to improve support for employee heart health. Am J Health Promot 1999;13:26-35
- 23) Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning, An educational and ecological approach, 3rd ed. Mountain View, California:Mayfield Publishing Company, 1999;319-376
- 24) 安部健, 菊池誠作, 飯田幸子, 他. 東証上場企業の産業保健管理体制. 健康づくり 1996;505:22-37
- 25) 産業医のあり方に関する検討会委員. 産業医のあり方に関する検討会報告. 産業医学ジャーナル 1992;15:5-25
- 26) 産業医のあり方に関する検討会委員. これからの産業保健のあり方に関する検討委員会報告. 産業医学ジャーナル 1995;18:4-7
- F. 健康危険情報**  
なし
- G. 研究発表**
1. 論文発表  
なし
  2. 学会発表  
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況**
1. 特許取得  
なし
  2. 実用新案登録  
なし
  3. その他  
なし