

20021093

厚生労働科学研究費補助金

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 14 年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川久保 清

平成 15 (2003) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

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 14 年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川久保 清

平成 15 (2003) 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. 身体活動・運動支援環境に関する研究 | 19 |
| 川久保 清 | |
| 2. 地域における喫煙環境に関する調査研究 | 29 |
| 李 廷秀 | |
| 3. ストレス（休養・心の健康）及びアルコール領域について | 44 |
| 下光 輝一 | |
| 4. 栄養・食事部門に関する研究 | 58 |
| 砂川 博史 | |
| 資料 1 | |
| 資料 2 | |
| 資料 3 | |
| 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：地域における住民の健康づくりのための支援環境を評価するため、全国 3241 の市町村（東京 23 区を含む）を対象とし、身体活動・運動（21 分野下位 45 項目）（川久保）、喫煙（18 分野下位 43 項目）（李）、ストレス（7 分野下位 17 項目）、アルコール（9 分野下位 25 項目）（下光）、栄養・食事（18 分野下位 46 項目）（砂川）、組織としての健康づくり（6 分野）（川久保）についての計 6 領域に渡って調査を行った。調査票は、平成 13 年度の研究をもとに作成し、「健康日本 21」の中で設定されている諸目標を含める形とした。各領域の中で調査項目は政策と規則、情報・教育、物理的環境、住民の健康行動の把握を示す指標に分類した。設定した各調査項目については、修正デルファイ法にて調査項目の修正を行った。回答の形式は、主に（はい、いいえ）の二者択一とした。

調査票の郵送総数 3241 通のうち、分析有効数は 1016、有効回答率は 31.4%であった。最も多く実施されていたのは栄養・食事領域で、次いで身体活動・運動領域であり、少なかったのはアルコール、喫煙領域であった。各領域について、情報、教育面での支援環境の整備が十分ではないことがわかった。人口規模別の比較では全ての領域において人口規模が大きくなるほど各領域別分野別の平均実施割合が有意に高くなっていた。「健康日本 21」地方計画については、人口規模が小さい地域ほど未定・策定予定としている地域が多く、人口規模が大きくなるにつれて、策定地域も多くなっていた。健康日本 21 地方計画策定済みあるいは策定中と回答した市町村では、人口規模に関わらず全領域の平均実施割合が高かった。各領域で住民の健康行動の把握を行っている地域は行っていない地域に比べて平均実施割合が有意に高く、これは全ての領域についてみられた。市町村レベルでの支援環境対策はその必要性の認識とは別に普及されておらず、各市町村において重要な課題であると考えられた。本研究により今後整備すべき政策的・環境的諸条件と課題が明らかになった。

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」地方計画を推進していくには、地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最も重要である。健康づくり

として、集団を目標としたアプローチや政策的・環境的アプローチが求められるが、どのような指標を把握し、どのように介入していくのか地方行政では困惑しているのが現状である。

集団的・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）、住民行動の把握に分けられる。これらは community-level indicators と呼ばれる。「健康日本 21」の9つの各論の中の身体活動・運動、たばこ、休養・こころの健康づくり、アルコール、栄養・食生活における諸目標をこの考えに沿って整理してみた（表 1）。これらの中では、政策と規制に関する項目が比較的少ないこと、また各指標に具体性が少なく、いずれも数値の現状値は今後調査予定となっている。このような目標では、各市町村が取り組むべき方向性が明らかではない。

地域・職域でこのような環境的介入していくには、まず具体的な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。本研究班では、身体活動・運動、栄養・食生活、休養、タバコに関する環境を政策・規制、情報・教育（人材を含む）、物理的環境（設備）、住民行動の把握の面から評価する具体的な調査票を作成し、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ものである。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ことが期待されるものである。

表 1-1. 健康日本 21 における地域に対する集団的・政策的・環境的目標 (1)

| | 身体活動・運動 | たばこ | 休養・こころの健康づくり |
|----------|---|--|--|
| 政策と規則 | ・休憩時間の過ごし方など身体活動増加促進 | ・公共の場や職場での分煙の徹底及び効果の高い分煙についての知識の普及 ・たばこ対策の推進 | ・ストレスの少ない社会経済的環境、職場環境、都市環境 |
| 情報・教育 | ・健康運動指導士や実践指導者など指導者の育成 ・地域スポーツクラブなど自主的な活動の促進 ・身体活動・運動に関連した情報（運動と健康の関係、スポーツ施設の利用状況）の提供 | ・たばこの危険性に対する情報の提供 ・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 ・学校教育における健康教育（喫煙防止）を充実させる | ・うつ病に対する適切な治療体制の整備 ・地域の保健医療関係者と精神科医との連携 |
| 物理的環境 | ・学校や企業の運動施設の開放 ・公共施設の利用時間の延長 ・歩道、自転車道、施設内の階段など身体活動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 | ・公共の場や職場の原則禁煙 | |
| 行動の結果の把握 | ・身体活動量のモニタリングシステムの確立 | ・喫煙率、たばこ消費量、未成年の喫煙について定期的に調査する | ・休養・こころの健康に関する現状の把握 |

表 1-2. 健康日本 21 における地域に対する集団的・政策的・環境的目標 (2)

| | アルコール | 栄養・食生活 |
|----------|---|--|
| 政策と規則 | | |
| 情報・教育 | <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール関連問題の早期発見と適切な介入 ・そのために保健サービス従事者の資質の向上のための情報提供 ・学校保健や地域保健の健康教育の充実 ・節度ある適度な飲酒の情報提供 ・断酒会等の自主組織 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 |
| 物理的環境 | <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール販売や広告への働きかけ ・酒類製造・販売業界の取り組み | <ul style="list-style-type: none"> ・職域等における給食施設、レストラン、食品売り場において、ヘルシー提供比率を上げ、その利用者を増加 |
| 行動の結果の把握 | <ul style="list-style-type: none"> ・飲酒状況や健康影響の規模のデータ収集 | <ul style="list-style-type: none"> ・包括的モニタリングシステムの確立 |

2. 研究目的

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）、平成 14 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した。

平成 14 年度は、作成した調査票をもとに全国市区町村における健康づくり支援環境の現状を評価し、今後の環境整備介入のベンチマークとすることを目的とした。

ここでの環境とは、社会的・物理的な特性を持ち、個人が健康づくりを障害なく達成でき、またそれを維持できるような資源を提供するものであり、以下のような要素を含むものである²⁾。すなわち、人々が健康になろうとする努力をお互いに支援する社会的ネットワーク、健康づくりを促進する機会を提供する物理的な条件、個人の健康づくりを支援する政策的・法的な構造基盤である。これらの環境的な要因

は住民に共通の態度や行動の基準を提供すると共に行動変容に結びつくものである³⁾。

本研究では、住民の健康づくり（身体活動・運動、たばこ、ストレス（休養・こころの健康づくり）、アルコール、栄養・食事）のための支援環境を政策・規制、情報・教育、物理的環境、住民の健康行動の把握の面から評価する調査票を作成し、実態調査を行うことにより、各地域の現状把握を行い、地域が備えるべき環境的条件、優先的に取り組むべき方向性を明らかにすることを目的とした。本研究により、これから健康づくりに取り組む地域にとって、どのような環境問題に取り組むことで、集団戦略的に住民の健康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ことが期待できる。

調査票の作成及び分析評価については、身体活動・運動を川久保主任研究者、たばこを李 廷秀分担研究者、ストレス・アルコールを下光輝一分担研究者、栄養・食事（食生活）を砂川博史分担研究者が担当した。

B. 研究方法

1. 調査票作成

全国の市町村における健康づくりのための支援環境指標を網羅した調査票を作成するために、国内・外の文献レビューを通して住民の健康づくりに影響すると考えられている環境因子を、身体活動・運動、喫煙、ストレス、アルコール、栄養・食事の各領域についてそれぞれ抽出・整理した¹⁻⁹⁾。また、「健康日本 21」の中で設定されている諸目標(表1参照)をもとに、日本の実情に合うように調査内容の検討・調整を行った。その際、各領域の中で政策と規則、情報、教育、物理的環境(施設、安全性、天気、美観、行動の機会など)、住民の健康行動の把握を示す指標に分類した。例えば、身体活動・運動については、公的スポーツイベントの開催回数(政策と規則)、運動施設の利用促進方法に関する情報の提供(情報)、公的運動・スポーツプログラムの提供(教育)、運動可能な公園の数と面積(施設)、治安の良さや街灯の整備(安全性)、雨季・積雪量の多さ(天気)、公園・歩道の清掃具合(美観)、坂道の多さ(行動の機会)、運動習慣者の割合(対成人人口)の把握(住民の健康行動の把握)のように調査項目を設定した。

設定した各調査項目については、各領域の専門家(研究者、保健所長、地域保健師等を含む、ストレスとアルコールは同一専門家に依頼)8~10名、全37名(内回答者27名)に送付し、重要性(住民の健康づくりのために介入する環境要素として、また、住民全体の健康の指標として重要か否か)、及び実用性(物理的条件や経済面を考慮した場合に、各指標が示す環境の修正・改善の実現が可能かどうか、全国の市町村での適用可能かどうか)の2つの側面についてそれぞれ1~5までの5段階で評価を得た。各項目ごとに得点化し、原則として重要性・実用性共に高得点(評価点の平均が4点以上)のも

のを本研究の調査項目として選んだ。その結果、天気のような修正のきかない自然環境の項目や、回答者の主観の影響が大きい美観や安全性に関する項目については、実用性の面で評価が低かったため調査内容から除外した(以上修正デルファイ法)(資料1)

また、各領域とは別に市町村の組織としての健康づくりに関する調査領域を作成し、各市町村独自の住民の健康づくりに関する年次目標の有無、健康づくりのコンセプトやロゴ設定を行っているかどうか、健康日本21の地方計画を策定しているかどうかについての項目を加えた。再度各専門家に評価を仰ぎ、最終的な調査項目を選定した。

調査項目は、各領域について政策・規制、情報、教育、物理的環境、住民の健康行動の把握の面から評価するようにし、身体活動・運動に関して21分野(下位45項目)、喫煙に関して18分野(下位43項目)、ストレスに関して7分野(下位17項目)、アルコールに関して9分野(下位25項目)、栄養・食事に関して18分野(下位46項目)、組織としての健康づくりに関して6分野設定した。市町村の基本特性についての質問として、都道府県・市町村名、回答者の所属、総人口、年齢別構成比、総面積、小・中学校数、保健センターの有無、健康づくり担当部署、平均寿命(男女別)、基本健康診査受診率(全体と男女別)についての項目を設定した。

回答の形式は、主に(はい、いいえ)の二者択一とし、他に回答数値を直接記入できるようにした。

[資料2]

2. 調査対象

対象は全国の市町村3241(2002年9月12日現在)とし、全国保健センター連合会(社団法人)より宛先名簿を入手した。市には東京23区が含まれる。

3. 調査方法

調査は、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14年10月25日に各市町村保健担当者宛に調査票を発送、12月末日までに回収されたものを分析対象とした。

4. 分析方法

市町村の基本特性である総人口、年齢別構成比、総面積についての項目は回答者によりデータの年度が異なっていたり、無回答があったため、「民力2002」(朝日新聞社発行 2002年9月)より、データを新たに加え、解析にはそのデータを用いた。

質問に対する回答が“はい”ならば1、“いえ”ならば0を与え、身体活動・運動、喫煙、ストレス、アルコール、栄養・食事、組織としての健康づくりの6領域について、各市町村別に領域ごとの実施分野数を得点化し、領域ごとの実施割合(=領域ごとの実施分野の得点数/領域ごとの総分野数)を求めた。例えば、身体活動・運動領域の中には21分野が含まれ、実施分野の得点数が7の場合、実施割合は $7 \div 21 \times 100 = 33.3\%$ となる。

領域ごとの実施割合の都道府県別、人口規模別(町村：人口1万人未満、町村：人口1万人以上、市：人口10万人未満、市：人口10～30万人未満、市：人口30万人以上の5つの群)の比較を行った(Kruskal-Wallis検定)。同様に健康日本21地方計画策定状況別の実施割合の比較を行った。各領域内に設置した住民の健康行動の把握についての実施の有無別と各領域の実施割合の比較にはWilcoxonの順位和検定を行った。また、健康日本21の地方計画策定状況別の各領域の平均実施割合の比較も行った。

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

倫理面の配慮

調査は各市町村の名前が特定できる形で集計しないことを調査依頼に明記した。

C. 研究結果

1. 回答率

調査票の郵送総数3241通のうち、郵送不能により調査不能なものが1通(三宅島)あり、3240通が有効調査数となった。回収数は1018となり、回収率は31.4%であった。そのうち、記入漏れ、無回答のため2通を分析から除外した。分析有効数は1016、有効回答率は31.4%であった。

2. 回答があった市町村の属性

回答のあった市町村の人口規模は、人口1万人未満の町村が406(回答があった市町村全体の40.0%)、1万人以上の町村が315(31.0%)、10万人以下の市が171(16.8%)、10～30万人の市が75(7.4%)、30万人以上の市が49(4.8%)であった。表1には、都道府県別・人口規模別回答数内訳を都道府県別の有効回答率が高い順に示した。人口規模別の有効回答率は、それぞれ26.2%、31.7%、38.0%、43.6%、64.5%であり、人口規模が大きくなるほど回答率が高かった。都道府県別でみると有効回答率は16～52%に分布し、最も回答率が高かったのは山形県(52%)であり、最も低かったのが京都府(16%)であった(表1は次のページ)。

回答者のうち保健師または栄養士は294人(28.9%)であった。保健センターまたは類似施設を設置していると回答したところは774(76.2%)あり、市町村職員に保健師を配置していると回答したところは1006(99.0%)であった。

| 都道府県 | 町村 (～1万) | 町村 (1万以上) | 市 (～10万) | 市 (10～30万) | 市 (30万以上) | 合計 | 都道府県別 有効回答率 |
|------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|---------|----------------|
| 山形 | 9(17) | 7(14) | 5(10) | 2(3) | | 23(44) | 52% |
| 静岡 | 5(15) | 18(38) | 6(12) | 5(7) | 2(2) | 36(74) | 49% |
| 東京 | 5(10) | (2) | 7(11) | 10(24) | 8(14) | 30(62) | 48% |
| 神奈川 | 2(2) | 7(16) | 2(5) | 3(9) | 3(5) | 17(37) | 46% |
| 千葉 | 4(18) | 12(29) | 8(18) | 4(10) | 5(5) | 33(80) | 41% |
| 山口 | 13(33) | 2(9) | 5(8) | 3(6) | | 23(56) | 41% |
| 愛知 | 8(19) | 15(38) | 3(17) | 6(10) | 3(4) | 36(88) | 41% |
| 兵庫 | 8(33) | 16(33) | 4(12) | 5(6) | 2(4) | 35(88) | 40% |
| 岩手 | 3(23) | 13(22) | 6(12) | 1(1) | | 23(58) | 40% |
| 岐阜 | 20(56) | 12(29) | 4(10) | 2(3) | 1(1) | 39(99) | 39% |
| 石川 | 6(18) | 6(15) | 3(6) | (1) | (1) | 15(41) | 37% |
| 埼玉 | 3(14) | 9(35) | 11(23) | 6(13) | 3(5) | 32(90) | 36% |
| 秋田 | 11(43) | 8(17) | 4(8) | | 1(1) | 24(69) | 35% |
| 岡山 | 15(50) | 6(18) | 4(8) | | 2(2) | 27(78) | 35% |
| 福島 | 16(52) | 8(28) | 4(6) | 2(2) | 1(2) | 31(90) | 34% |
| 福岡 | 8(24) | 14(49) | 8(19) | 1(3) | 1(2) | 32(97) | 33% |
| 愛媛 | 13(45) | 4(13) | 4(9) | 2(2) | 1(1) | 23(70) | 33% |
| 大阪 | 1(2) | 2(9) | 4(12) | 5(14) | 2(7) | 14(44) | 32% |
| 北海道 | 45(146) | 10(32) | 8(24) | 2(8) | 2(2) | 67(212) | 32% |
| 富山 | 1(12) | 5(14) | 4(7) | (1) | 1(1) | 11(35) | 31% |
| 青森 | 13(36) | 5(23) | 2(5) | 1(3) | | 21(67) | 31% |
| 香川 | 4(14) | 7(19) | (5) | | 1(1) | 12(39) | 31% |
| 栃木 | 3(7) | 6(30) | 4(9) | 1(2) | 1(1) | 15(49) | 31% |
| 佐賀 | 5(26) | 7(16) | 3(6) | (1) | | 15(49) | 31% |
| 三重 | 6(30) | 10(26) | 2(7) | 3(6) | | 21(69) | 30% |
| 大分 | 10(38) | 1(9) | 6(9) | (1) | (1) | 17(58) | 29% |
| 島根 | 13(45) | (6) | 4(7) | (1) | | 17(59) | 29% |
| 高知 | 8(37) | 2(7) | 4(8) | | 1(1) | 15(53) | 28% |
| 宮城 | 7(29) | 8(32) | 4(8) | (1) | 1(1) | 20(71) | 28% |
| 滋賀 | 3(19) | 8(23) | 3(5) | (3) | | 14(50) | 28% |
| 新潟 | 14(59) | 9(32) | 6(17) | 1(2) | 1(1) | 31(111) | 28% |
| 宮崎 | 4(19) | 5(16) | 1(6) | 1(2) | 1(1) | 12(44) | 27% |
| 広島 | 13(53) | 6(20) | 1(9) | 2(2) | 1(2) | 23(86) | 27% |
| 長野 | 19(76) | 6(27) | 4(13) | 1(3) | 1(1) | 31(120) | 26% |
| 群馬 | 5(24) | 11(35) | (6) | 2(5) | | 18(70) | 26% |
| 長崎 | 15(56) | 2(15) | 2(6) | (1) | 1(1) | 20(79) | 25% |
| 山梨 | 9(40) | 5(17) | 2(6) | (1) | | 16(64) | 25% |
| 奈良 | 6(24) | 2(13) | 2(7) | 1(2) | (1) | 11(47) | 23% |
| 熊本 | 14(58) | 6(25) | 2(9) | (1) | (1) | 22(94) | 23% |
| 鳥取 | 6(31) | 2(4) | (2) | 1(2) | | 9(39) | 23% |
| 茨城 | 1(14) | 10(48) | 7(17) | 1(5) | | 19(84) | 23% |
| 和歌山 | 5(30) | 3(13) | 2(6) | | 1(1) | 11(50) | 22% |
| 鹿児島 | 13(58) | 4(24) | 3(13) | | 1(1) | 21(96) | 22% |
| 沖縄 | 3(25) | 6(16) | 2(8) | (2) | (1) | 11(52) | 21% |
| 徳島 | 7(31) | 3(15) | (3) | (1) | | 10(50) | 20% |
| 福井 | (17) | 6(11) | (6) | (1) | | 6(35) | 17% |
| 京都 | 4(21) | 1(11) | 1(10) | 1(1) | (1) | 7(44) | 16% |

| 都道府県 | 町村 (~1万) | 町村 (1万以上) | 市 (~10万) | 市 (10~30万) | 市 (30万以上) | 合計 | 都道府県別 有効回答率 |
|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|------------|----------------|
| 全体 | 406(1549) | 315(993) | 171(450) | 75(172) | 49(76) | 1016(3240) | 31.4% |
| 規模別 有効回答率 | 26.2% | 31.7% | 38.0% | 43.6% | 64.5% | 31.4% | |

()内の数値は実際の市町村の数を示す 但し、東京 23 区は市として計上

表 1. 都道府県別、市町村規模別有効回答率

3. 都道府県別実施割合

都道府県別の各領域における実施割合の平均値を全領域の実施割合が高い順に表 2 に示した(表 2 は次のページ)。全 6 領域における平均実施割合をみると、最も高かったのは岩手県の 36.9%であり、最も低かったのは沖縄県の 23.7%で、都道府県別の実施割合に有意差がみられた。各領域別では、身体活動・運動、喫煙、アルコール、栄養・食事、組織としての健康づくりにおいて都道府県別に有意な差がみられた。しかし、ストレス領域の実施割合については都道府県別の有意差はみられなかった。都道府県別の有効回答率と全領域の実施割合の相関係数は、 $r=0.486$ ($p<0.0005$)であった。

| 都道府県 | 身体活動・運動 | 喫煙 | ストレス | アルコール | 栄養・食事 | 組織の健康づくり | 全領域 |
|------|---------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| 岩手 | 41.0% | 21.7% | 35.4% | 25.6% | 51.9% | 39.1% | 36.9% |
| 宮城 | 42.6% | 17.1% | 32.9% | 17.8% | 58.6% | 40.0% | 36.8% |
| 大阪 | 45.2% | 20.2% | 32.7% | 16.7% | 53.6% | 25.7% | 35.9% |
| 静岡 | 44.0% | 17.2% | 31.7% | 18.5% | 52.3% | 28.3% | 34.9% |
| 兵庫 | 43.3% | 20.7% | 29.8% | 16.8% | 52.9% | 20.0% | 34.7% |
| 山形 | 41.6% | 19.7% | 30.4% | 20.3% | 50.2% | 20.9% | 33.9% |
| 滋賀 | 40.1% | 23.9% | 25.5% | 18.3% | 50.0% | 20.0% | 33.7% |
| 埼玉 | 46.9% | 13.6% | 29.0% | 17.4% | 49.3% | 22.5% | 33.4% |
| 富山 | 44.2% | 10.7% | 33.8% | 14.1% | 55.1% | 14.5% | 32.9% |
| 島根 | 34.7% | 16.3% | 33.6% | 23.5% | 52.0% | 29.4% | 32.9% |
| 東京 | 41.7% | 17.5% | 26.2% | 20.4% | 48.9% | 22.7% | 32.9% |
| 長野 | 38.2% | 15.7% | 33.2% | 22.9% | 49.1% | 25.8% | 32.8% |
| 栃木 | 43.8% | 13.3% | 25.7% | 17.0% | 47.8% | 26.7% | 32.1% |
| 神奈川 | 40.1% | 16.6% | 27.7% | 17.6% | 49.3% | 20.0% | 32.0% |
| 佐賀 | 41.9% | 18.8% | 20.0% | 15.6% | 44.8% | 25.3% | 31.3% |
| 石川 | 35.6% | 15.3% | 25.7% | 15.6% | 54.8% | 16.0% | 31.1% |
| 福井 | 34.1% | 17.6% | 38.1% | 22.2% | 45.4% | 16.7% | 31.0% |
| 香川 | 35.7% | 15.2% | 15.5% | 15.7% | 55.6% | 25.0% | 31.0% |
| 山梨 | 35.7% | 18.0% | 29.5% | 18.8% | 47.9% | 12.5% | 30.6% |
| 鳥取 | 32.3% | 15.0% | 27.0% | 12.3% | 52.5% | 33.3% | 30.4% |
| 三重 | 39.7% | 16.5% | 27.2% | 11.6% | 45.0% | 24.8% | 30.4% |
| 大分 | 33.9% | 15.9% | 25.2% | 17.0% | 48.0% | 31.8% | 30.3% |
| 千葉 | 37.5% | 12.8% | 32.0% | 15.5% | 48.3% | 17.6% | 30.2% |
| 岐阜 | 36.0% | 15.7% | 23.8% | 14.8% | 50.6% | 14.9% | 30.0% |
| 秋田 | 36.9% | 10.3% | 34.5% | 15.3% | 46.8% | 21.7% | 29.6% |
| 岡山 | 34.7% | 12.2% | 28.6% | 18.5% | 50.4% | 11.9% | 29.5% |
| 新潟 | 37.0% | 12.9% | 21.2% | 14.7% | 49.8% | 18.7% | 29.5% |
| 鹿児島 | 35.8% | 14.6% | 21.8% | 15.9% | 47.6% | 19.0% | 29.2% |
| 福岡 | 37.8% | 11.6% | 22.3% | 10.4% | 50.0% | 19.4% | 29.1% |
| 青森 | 30.6% | 19.9% | 27.9% | 14.8% | 43.1% | 29.5% | 29.0% |
| 山口 | 38.7% | 9.5% | 23.0% | 11.6% | 49.3% | 19.1% | 28.9% |
| 宮崎 | 38.9% | 11.8% | 19.0% | 16.7% | 47.2% | 13.3% | 28.8% |
| 奈良 | 37.2% | 12.8% | 23.4% | 11.1% | 42.9% | 32.7% | 28.6% |
| 広島 | 34.6% | 16.1% | 30.4% | 15.0% | 42.3% | 17.4% | 28.5% |
| 福島 | 36.3% | 13.7% | 23.0% | 11.8% | 46.6% | 13.5% | 28.2% |
| 愛媛 | 35.2% | 14.6% | 20.5% | 7.2% | 49.0% | 16.5% | 28.1% |
| 高知 | 28.9% | 17.6% | 20.0% | 19.3% | 45.2% | 25.3% | 28.1% |
| 愛知 | 37.6% | 14.4% | 23.4% | 14.2% | 43.5% | 9.4% | 28.0% |
| 群馬 | 33.9% | 10.1% | 25.4% | 12.3% | 49.7% | 14.4% | 27.8% |
| 茨城 | 39.8% | 9.6% | 21.8% | 11.1% | 45.6% | 4.2% | 27.2% |
| 長崎 | 35.5% | 12.6% | 20.0% | 13.9% | 43.6% | 15.0% | 27.1% |
| 熊本 | 31.0% | 12.8% | 22.7% | 7.6% | 48.2% | 23.6% | 27.0% |
| 和歌山 | 31.6% | 18.2% | 14.3% | 14.1% | 41.4% | 23.6% | 26.8% |
| 北海道 | 37.1% | 10.6% | 22.8% | 14.6% | 38.5% | 16.7% | 26.3% |
| 京都 | 37.4% | 7.6% | 18.4% | 7.9% | 44.4% | 17.1% | 26.0% |
| 徳島 | 28.1% | 15.3% | 21.4% | 13.3% | 39.4% | 20.0% | 25.1% |
| 沖縄 | 33.3% | 12.8% | 19.5% | 8.1% | 34.8% | 14.5% | 23.7% |

**(p<math><0.01</math>) *(p<math><0.05</math>) 都道府県の間で有意な差が見られた領域

Kruskal-Wallis Test

4. 人口規模別の実施割合

表 3 に各領域別人口規模別実施割合(%)の平均値を示した(表 3)。

各領域別の平均実施割合をみると、身体活動が 37.9%、喫煙 14.9%、ストレス 26.2%、アルコール 15.6%、栄養・食事 47.9%、組織の健康づくり 20.5%であり、栄養・食事領域、身体活動領域が高く、喫煙領域、アルコール領域が

低かった。

人口規模別では、全ての領域において人口規模が大きくなるほど各領域別分野別の平均実施割合が有意に高い結果であった。特に人口規模別の実施割合の差が大きい領域はアルコール、ストレスであり、差が小さいのは栄養・食事であった。

表 3. 各領域別、人口規模別実施割合

| | 町村 (~1万) n=406 | 町村 (1万~) n=315 | 市区 (~10万) n=171 | 市区 (10~30万) n=75 | 市区 (30万~) n=49 | 全体 n=1016 |
|----------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------|
| 身体活動・運動 | 30.6% | 37.6% | 43.4% | 51.6% | 59.5% | 37.9% |
| 喫煙 | 12.5% | 14.4% | 14.3% | 20.1% | 31.3% | 14.9% |
| ストレス | 20.4% | 25.7% | 28.9% | 36.2% | 51.9% | 26.2% |
| アルコール | 13.1% | 14.4% | 14.5% | 20.6% | 40.1% | 15.6% |
| 栄養・食事 | 43.9% | 47.3% | 49.1% | 54.7% | 69.6% | 47.9% |
| 組織の健康づくり | 16.4% | 19.6% | 23.3% | 30.4% | 35.9% | 20.5% |

表 4. 組織としての健康づくり対策

| 組織としての健康づくりの各分野 | | 町村 (~1万) n=406 | 町村 (1万~) n=315 | 市区 (~10万) n=171 | 市区 (10~30万) n=75 | 市区 (30万~) n=49 | 全体 n=1016 |
|-----------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------|
| [74] | 住民の健康づくりに関する年次目標を設定している | 23.6% | 23.5% | 26.9% | 37.3% | 38.8% | 25.9% |
| [75] | 健康づくりのコンセプトを設定している | 17.0% | 22.9% | 28.7% | 41.3% | 51.0% | 24.2% |
| [76] | 健康づくりのロゴを設定している | 7.1% | 12.7% | 14.0% | 17.3% | 16.3% | 11.2% |
| [77] | 健康づくり全般に関する住民のニーズ評価を行っている | 14.5% | 15.9% | 14.0% | 20.0% | 32.7% | 16.1% |
| [78] | 市区町村の様々な部署の職員による住民の健康づくりのための組織がある | 19.5% | 23.2% | 32.7% | 36.0% | 40.8% | 25.1% |
| 全分野の計 ** | | 16.4% | 19.6% | 23.3% | 30.4% | 35.9% | 20.5% |

5. 組織としての健康づくり対策(表 4)

組織としての健康づくり領域においては、「健康づくりのロゴを設定している」が 11.2%

と最も低く、「住民の健康づくりに関する年次目標を設定している」が 25.9%と最も高かったが、平均実施割合は全体的に低かった。「市

区町村の様々な部署の職員による住民の健康づくりのための組織がある」は健康日本 21 などの地方計画の策定上重要な組織作りであるが、25.1%と実施割合が低かった。組織としての健康づくり対策の各分野とも人口規模が大きくなるほど、平均実施割合も高くなる傾向がみられた。

6. 「健康日本 21」地方計画の策定状況

「健康日本 21」地方計画の策定状況を人口規模ごとに表 5 に示した（表 5）。人口 1 万人未満の町村では策定済みと答えた地域は 5.7%と少なく、未定・策定予定と答えた地域が

73.4%と多かった。一方、人口 30 万人以上の市では策定済みと答えた地域は 44.9%あり、未定・策定予定と答えた地域は 14.3%と、人口規模が大きくなるにつれて、健康日本 21 地方計画の策定済みの割合が多くなっていった。

健康日本 21 の地方計画策定状況と今回設定した全領域の平均実施割合を検討すると、どの人口規模においても策定済みあるいは策定中とした市町村の方が平均実施割合が有意に高い結果であった（Kruskal Wallis 検定 $p < 0.01$ ）（表 6）。

表 5. 人口規模別「健康日本 21」地方計画策定状況

| | 町村(~1万) | 町村(1万~) | 市(~10万) | 市(10~30万) | 市(30万~) | 全体 |
|------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|
| 策定済み | 23 (5.7%) | 22 (7.0%) | 22 (12.9%) | 15 (20.0%) | 22 (44.9%) | 104 (10.2%) |
| 策定中 | 83 (20.4%) | 66 (21.0%) | 43 (25.1%) | 31 (41.3%) | 19 (38.8%) | 242 (23.8%) |
| 策定予定 | 131 (32.3%) | 110 (34.9%) | 66 (38.6%) | 15 (20.0%) | 5 (10.2%) | 327 (32.2%) |
| 未定 | 167 (41.1%) | 114 (36.2%) | 38 (22.2%) | 14 (18.7%) | 2 (4.1%) | 335 (33.0%) |
| 無回答 | 2 (0.5%) | 3 (1.0%) | 2 (1.2%) | - | 1 (2.0%) | 8 (0.8%) |
| 総計 | 406 (100%) | 315 (100%) | 171 (100%) | 75 (100%) | 49 (100%) | 1016 (100%) |

表 6. 「健康日本 21」策定状況別、全領域の平均実施割合

| | 町村(~1万) | 町村(1万~) | 市(~10万) | 市(10~30万) | 市(30万~) | 全体 |
|------|---------|---------|---------|-----------|---------|-------|
| 策定済み | 35.8% | 41.1% | 40.9% | 49.8% | 58.1% | 44.7% |
| 策定中 | 29.5% | 32.5% | 34.3% | 40.7% | 50.6% | 34.2% |
| 策定予定 | 25.1% | 28.7% | 31.0% | 30.0% | 36.6% | 27.9% |
| 未定 | 23.3% | 27.1% | 28.6% | 33.5% | 28.6% | 25.6% |
| 無回答 | 16.9% | 29.4% | 9.1% | | 26.0% | 20.8% |
| 総計 | 25.8% | 29.8% | 32.3% | 39.0% | 51.2% | 30.3% |

7. 住民の健康行動の把握と各領域の平均実施割合の関連

各領域における住民の健康行動の把握の有無別に、各領域の平均実施割合を比較した結果を人口規模別に表7に示した(表7)。身体活動・運動領域では「運動習慣者の割合」、「住民の1日の平均歩数」、喫煙領域では「住民の喫煙率」、ストレス領域では「年間の自殺者数」、「ストレスを感じる人の割合」、アルコール領域では「未成年飲酒者の割合」、「成人の多量飲酒者の割合」、栄養・食事領域では「肥満者の割合」、「20代女性のやせの者の割合」を領域ごとの住民の健康行動の把握に関する分野とした。住民の健康行動把握を行っている地域は行っていない地域に比べて各領域の平均実施割合が有意に高く、これは全ての領域についてみられた。特に差が大きかったのはストレス、アルコール領域であった。

8. 自由回答欄

調査票の最後に「貴市区町村において住民の健康づくりを行う上で障害となっているもの、今後必要だと思われるものなどありましたら以下にご記入ください」という自由回答欄をもうけた。巻末に自由回答の内容を記載したが、内容的には「市町村合併がさしせまっています健康政策に取り組む余裕がない」、「他の部署との連携がないので、この様な多部署に渡る質問には回答できない」、「財政的に厳しい状況で健康づくりに予算をつけられない」、「マンパワーの不足」などの回答が多かった(資料3)。

D. 考察

本研究では全国市町村における、住民の健康づくりのための支援環境(身体活動・運動、喫煙、ストレス、アルコール、栄養・食事、組織としての健康づくりの6領域)について調査を行う

ことを目的とした。国内・外の文献調査と国内の専門家による検討を重ね、住民全体の健康の指標として重要であり、かつ、物理的条件や経済面を考慮した場合に、各指標が示す環境の修正・改善の実現可能性の高い項目を設定し、政策・規制、情報、教育、物理的環境、住民の健康行動の把握の面から調査する調査票(健康づくり環境評価マニュアル)を作成し、郵送調査を行った。本調査により、地域が備えるべき環境的条件・優先的に取り組むべき方向性が明らかになることが期待できる。

各領域別の全分野の平均実施割合をみると、全領域とも50%を越えたところはなかった。栄養・食事領域が47.9%と最も高く、次いで身体活動・運動領域(37.9%)、ストレス領域(26.2%)、組織としての健康づくり領域(20.5%)、アルコール領域(15.6%)となり、喫煙領域が14.9%と最も低かった。地域における従来の取り組みは、栄養・食事領域や身体活動・運動を中心になされてきた実態が明らかであり、今後それ以外の領域を含めた取り組みが必要である。昨年度、本研究班でおこなった全国の事業場調査では、ストレス領域での実施割合が高い結果であった。地域におけるストレス対策実施の困難さが示された。喫煙、アルコールについても実施割合は低い傾向であった。嗜好行動は個人の選択による個人的行動であるが、不健康な行動を持続することは社会環境に対する反応とされている¹⁰⁾。不健康な行動をしている人が単に悪いとするのではなく、なぜそのような行動をしているのかに注目した環境的介入の普及が必要とされているが、実際には遅れているのが現状である。

表7. 住民の健康行動状況把握の有無別各領域平均実施割合

| 実施 | 町村(~1万) | 町村(1万~) | 市(~10万) | 市(10~30万) | 市(30万~) | 全体 | |
|------------------------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 身体活動・運動 | あり | 42.2±11.4 ** | 50.3±11.8 ** | 53.2±12.4 ** | 60.0±13.0 ** | 65.2±12.9 ** | 52.2±14.5 ** |
| | なし | 28.5±10.3 | 34.8±11.3 | 40.6±10.3 | 46.8±10.0 | 51.0±5.5 | 33.9±12.1 |
| 住民(成人)の1日の平均歩数を把握 | あり | 46.8±12.3 ** | 57.5±15.7 ** | 64.0±11.3 ** | 69.1±16.1 ** | 69.6±13.8 ** | 61.6±16.1 ** |
| | なし | 30.1±11.2 | 36.4±11.8 | 42.9±11.4 | 50.2±11.6 | 55.8±8.6 | 36.4±13.3 |
| 喫煙 | あり | 19.6±10.6 ** | 25.9±12.8 ** | 24.0±9.8 ** | 28.5±13.5 ** | 38.4±12.8 ** | 25.8±13.2 ** |
| | なし | 11.1±9.2 | 11.6±9.5 | 12.4±10.4 | 13.9±9.4 | 18.4±14.5 | 11.8±9.7 |
| ストレス | あり | 26.2±15.2 ** | 32.0±18.2 ** | 36.5±18.9 ** | 42.1±19.0 ** | 55.8±22.9 ** | 32.7±19.1 ** |
| | なし | 8.0±14.2 | 11.7±15.7 | 13.1±13.9 | 17.4±17.9 | 28.6±20.2 | 11.0±15.3 |
| アルコール | あり | 39.8±16.8 ** | 50.8±20.3 ** | 46.7±20.5 ** | 53.0±16.5 ** | 62.5±19.6 ** | 48.6±20.0 ** |
| | なし | 17.2±14.7 | 22.4±17.5 | 26.2±18.9 | 28.3±18.0 | 37.6±21.9 | 21.6±17.3 |
| 栄養・食事 | あり | 48.1±17.0 ** | 44.5±24.0 ** | 42.0±13.4 ** | 37.0±16.0 ** | 55.6±21.8 ** | 45.5±19.1 ** |
| | なし | 13.0±13.6 | 13.7±13.0 | 13.2±13.3 | 17.8±14.5 | 35.3±16.5 | 14.4±14.1 |
| 成人の多量飲酒(1日3合以上)者の割合を把握 | あり | 27.2±15.3 ** | 34.6±15.4 ** | 30.0±17.4 ** | 28.3±13.2 * | 48.7±20.4 * | 32.9±17.6 * |
| | なし | 11.7±12.9 | 11.9±11.4 | 11.7±12.2 | 18.1±16.2 | 34.6±17.9 | 12.9±13.3 |
| 肥満者の割合を把握 | あり | 53.9±10.2 ** | 55.3±10.7 ** | 56.4±10.9 ** | 60.3±11.2 ** | 75.6±11.9 ** | 58.0±12.7 ** |
| | なし | 40.3±11.4 | 44.3±9.9 | 46.3±11.1 | 48.8±7.5 | 44.4±8.8 | 43.2±11.0 |
| 20代女性のやせの割合を把握 | あり | 56.1±14.3 ** | 60.4±12.6 ** | 61.1±12.0 ** | 60.5±11.9 ** | 80.7±9.8 ** | 65.1±15.3 ** |
| | なし | 43.4±12.2 | 46.6±10.9 | 48.9±11.6 | 52.6±10.2 | 58.6±14.6 | 46.3±12.1 |

数値は平均実施割合±SD(%)を示す *(<p<0.05) **(<p<0.01) Wilcoxonの順位検定

人口規模別にみると、各領域別の全分野の平均実施割合は人口規模が大きくなるにつれて、高くなっており、支援環境の整備は人口規模が大きいほど進んでいることがうかがえた。しかし、各領域内で設定した分野別では、人口規模に関わらず実施されている割合が高い身体活動・運動領域の「市区町村主催の運動・スポーツイベントがある」や喫煙領域の「喫煙の健康影響に関する広報を行っている」、アルコール領域の「アルコール関連健康障害の広報を行っている」、栄養・食事領域の「栄養・食生活改善に関する事業の予算がある」などの分野があった（分担研究者報告を参照のこと）。平均実施割合が人口規模別に依存していない分野は、どの地域でも実施可能な支援環境要因として妥当なものである可能性が高い。逆に実施割合が低い分野は、今後取り組むべき方向性を示しているものである。

喫煙領域は全 6 領域の中でも最も低い平均実施割合を示した。自由記載の回答の中には、タバコと健康について住民の意識は低く、タバコ税による収入が優先されるため喫煙対策には反対意見もあるという問題の指摘もみられた。喫煙については、地域独自の事情があるが、住民の健康優先から今後取り組むべき分野である。

アルコール領域は、喫煙領域に次いで低い平均実施割合を示した。アルコール問題については、市町村レベルより大きい規模で対策がなされている可能性も考えられた。

ストレス（こころの健康づくり）対策は、職域では重要課題として実施されているのに対し、地域では十分な対策がないのが現状であった。健康日本 21 でも「ストレスに関する公的な相談窓口がある」、「ストレス対策事業の提供を行っている」と答えたところは 30%前後と低かった。職域での調査ではストレスに対する支援環境が整いつつある¹⁾のと対照的であった。

先行研究²⁰⁾でも、心の健康づくりの地域支援について、身近な問題としての認識が十分でない現状が示されている。住民 1 人 1 人がストレスに上手に対処し、心の健康づくりを実現するためにも、地域でのストレス対策事業にはさらに力を入れていく必要がある。

栄養・食事領域は、従来健康づくり対策として、行われることの多かった領域であり、本研究でも実施割合が高かった。しかし、分野を見ると教育、情報面で実施を行っている地域が多くみられる一方、「ヘルシーメニューの提供に対する飲食店への指導を行っている」などの政策・規制や住民の健康行動の把握といった面での平均実施割合は低い値を示した。食環境や情報の整備の面を今後進める方向性である。

今回の調査結果を、表 1 に示した「健康日本 21」の政策的・環境的目標に現状値としてあてはめると表 8 のようになった（表 8）。政策的環境的対策の不十分な領域・分野が明らかである。

全領域とも「健康日本 21」で推奨されている住民の健康行動の把握、目標値の設定に関しては、肥満者割合、自殺者数の把握を除いて平均実施割合は低く、特に小規模の地域で低かった。本調査の結果でも、「健康日本 21」地方計画の策定状況は小規模地域ほど策定実施割合が低かったことから、「健康日本 21」が全国的に、特に小規模地域に浸透していないことを示しているといえる。また、「健康日本 21」地方計画を策定済みあるいは策定中と回答した市町村では、人口規模に関わらず本調査項目の平均実施割合が高いことから、地方計画策定が健康づくり支援環境が整備されている地域より始まっていることが推測された。

| 政策と規則 | 身体活動・運動 | たばこ | 休養・こころの健康づくり |
|---|--|--|---|
| <p>・休憩時間の過ごし方など身体活動増加促進（住民の身体活動・運動推進のための予算がある75.5%）</p> | <p>・健康運動指導士や実践指導者など指導者の育成（市区町村職員に運動指導員を配置している22.4%）</p> <p>・地域スポーツクラブなど自主的な活動の促進（総合型地域スポーツクラブがある11.2%、住民による運動普及推進員組織がある40.3%）</p> <p>・身体活動・運動に関連した情報（運動と健康の関係、スポーツ施設の利用状況）の提供（運動の効用に関する情報を提供している64.4%、ウォーキング・サイクリングコースに関する情報を提供している45.5%）</p> | <p>・公共の場や職場での分煙の徹底及び効果の高い分煙についての知識の普及</p> <p>・たばこ対策の推進（ポイ捨て禁止に関する条例がある12.0%、歩きタバコ禁止に関する条例がある0.3%、喫煙対策事業の予算がある13.5%）</p> <p>・たばこの危険性に対する情報の提供（喫煙の健康影響に対する広報を行っている59.4%、喫煙マナーに関する広報を行っている22.9%）</p> <p>・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（公的禁煙プログラムを行っている18.5%）</p> <p>・学校教育における健康教育（喫煙防止）を充実させる（小中学校におけるタバコ教育実施に対する指導を行っている45.4%）</p> | <p>・ストレスの少ない社会経済的環境、職場環境、都市環境（騒音規制に関する条例がある10.1%、ストレスに関する予算がある20.8%）</p> <p>・うつ病に対する適切な治療体制の整備</p> <p>・地域の保健医療関係者と精神科医との連携（ストレスに関する公的な相談窓口がある32.9%）</p> |
| <p>物理的環境</p> | <p>・学校や企業の運動施設の開放（学校のスポーツ開放をしている78.1%）</p> <p>・公共施設の利用時間の延長（公的運動施設がある94.8%、そのうち夜間でも利用できる93.6%）</p> <p>・歩道、自転車道、施設内の階段など身体活動増加のための環境整備（ウォーキング・ジョギングのできる都市公園がある51.5%、運動専用道路がある26.9%）</p> <p>・高齢者の外出を促進する環境整備（車道と歩道が分離されている66.3%）</p> <p>・身体活動量のモニタリングシステムの確立（運動習慣者割合を把握している21.8%、住民の1日平均歩数を把握している5.8%）</p> | <p>・公共の場や職場の原則禁煙（公共施設における完全禁煙の指導を行っている16.7%、公共施設におけるタバコ自動販売機撤去の指導を行っている3.7%）</p> <p>（タバコの宣伝・広告の規制0.3%、タバコ販売店への規制1.3%、タバコ自販機の規制2.5%）</p> | |
| <p>行動の結果の把握</p> | | <p>・喫煙率、たばこ消費量、未成年の喫煙について定期的に調査する（住民の喫煙率の現状を把握している22.5%）</p> | <p>・休養・こころの健康に関する現状の把握（年間自殺者数を把握している69.7%）</p> |

表 8-1 今回の調査結果を健康日本 21 の目標の現状値としてあてはめたもの

表 8-2 今回の調査結果を健康日本 21 の目標の現状値としてあてはめたもの

| | アルコール | 栄養・食生活 |
|----------|--|---|
| 政策と規則 | (アルコール対策事業の予算がある 4.7%) | (栄養・食生活改善に関する事業予算がある 91.7%) |
| 情報・教育 | <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール関連問題の早期発見と適切な介入 (アルコールに関する公的な相談窓口 30.9%) ・そのために保健サービス従事者の資質の向上のための情報提供 ・学校保健や地域保健の健康教育の充実 (アルコール対策事業を行っている 19.4%、学校における飲酒に関する教育実施指導 26.8%) ・節度ある適度な飲酒の情報提供 (アルコール関連健康障害の広報 34.5%) ・断酒会等の自主組織 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 (学校における食の教育実施への指導を行っている 56.3%、各種食生活改善指導教室がある 91.0%、健康と栄養に関する広報を行っている 84.5%) ・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 (住民による食生活改善推進員組織がある 87.2%) |
| 物理的環境 | <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール販売や広告への働きかけ ・酒類製造・販売業界の取り組み (酒類販売に関する条例・規制がある 2.3%) | <ul style="list-style-type: none"> ・職域等における給食施設、レストラン、食品売り場において、ヘルシー提供比率を上げ、その利用者を増加 (ヘルシーの提供に対する飲食店の指導を行っている 4.7%、栄養成分表示の指導を行っている 5.3%) |
| 行動の結果の把握 | <ul style="list-style-type: none"> ・飲酒状況や健康影響の規模のデータ収集 (未成年飲酒者の割合を把握している 4.0%、成人の多量飲酒者の割合を把握している 14.0%) | <ul style="list-style-type: none"> ・包括的モニタリングシステムの確立 (肥満者の割合を把握している 32.6%、20 代女性のやせの割合を把握している 9.0%) |

組織の健康づくり領域では平均実施割合は 11.2%から 25.9%と平均実施割合は全体的に低かった。また、各分野とも人口規模が大きくなるほど、平均実施割合も高くなる傾向がみられた。「市区町村の様々な部署の職員による住民の健康づくりのための組織がある」の市町村の行政機関内での横のつながりに関した分野では、平均実施割合は特に小規模地域において低く、全体で 25.1%となっており、各課・部署がそれぞれ独立して業務を行っていることがうかがえた。健康づくりを先導する機関として、まず組織全体が 1 つにまとまって支援環境対策に取り組んでいく必要があると考えられた。

健康日本 21 地方計画策定状況を見ると、都道府県計画については平成 13 年度に全都道府県で策定されたが、市町村、特別区においては策定済みもしくは平成 14 年度中に策定予定としている地域はそれぞれ 312、823 であり、半

数近い 1542 の地域が未定としている。本調査の結果でも、未定と回答した地域は 33.0%に及んでいた。回答地域の中には市町村の合併が進められている中で、今現在、地域独自の計画・政策を策定している余裕がない、あるいは意味が見出せないという回答もあった。組織としての健康づくりは重要ではあるが、この領域に関しては市町村の合併が落ち着いた頃に再度調査し、検討する必要があるだろう。

全体でみても、人口規模別で比較を行っても、住民の健康行動の把握を行っているか否かで各領域の平均実施割合は有意に差があった。住民の健康行動の把握を行っている熱心な地域はその領域全体に渡って支援環境の指標の実施割合が高くなっていることを示す。しかしながら、その下位項目で聞いた「運動習慣者の割合」や「肥満者の割合」などの実際の現状値と平均実施割合の関連はみられなかった(データは表示していない)。これは現状値のとり方が市

町村ごとに異なっており、統一された算出方法が定義されていないため、または、支援的な環境そのものが直接住民の健康行動に影響するとは限らないためなどが考えられる。これらは今後さらに調査を重ねて検討する必要がある。

今回の調査では回答者は、市町村において住民の健康づくりを行う上で障害となっているもの、今後必要と思われるものについての自由記載の回答として、「行政機関内、各課・部署の横のつながりがない」、「トップの理解がない」、「マンパワーの確保」、「こういった政策の手本がない」といったような問題を提起していた。市町村自治体に勤務する保健師および栄養士に関する研究¹¹⁾では臨床的・栄養学的・健康科学的及び体力科学的知識と技法についてある程度の技術が確保されているが、公衆衛生学、政策的知識・技法については、必要性の認識は高いが、そのための研修受講は必ずしも十分ではなく、技術の確保がなされていない状況を指摘している。また、組織や環境を働きかけの対象とし、個人や集団、地域をエンパワメントしながら、健康の社会的決定要因を共に見出し、社会資源を創造し、より望ましい方向に社会全体を変えていくことをねらいとするヘルスプロモーターという役割が、地域行政の機能として求められていると考えられている¹²⁾。市町村独自の健康づくり政策を策定していくには、それに携るスタッフがこれらの公衆衛生学及び政策的知識を習得することがきわめて重要であり、また行政機関が全体となってヘルスプロモーターの役割を行えるよう組織に関わる全員の意識・認識レベルを上げる必要がある。また、健康づくり計画の作成は地域保健活動の目的ではなく、手段であり、計画の作成段階から行政内部組織と外部組織(多様な市民組織)との連携が重要である¹⁾ことから、行政内部での連携だけではなく、地域住民と共に支援環境をつくっていかこうとする姿勢を持つことが重

要であると考えられる。

本調査は自記式調査票を用いた郵送調査であり、回答率が31.4%と低く、特に人口1万人以下の町村において回答率は26.2%と低かった。市町村合併が進められている中での調査だったため、回答率が低かったことが考えられる。また、都道府県別の有効回答率と全領域の実施割合の相関が $r=0.486$ ($p<0.0005$)と高かったことから、健康づくりに熱心な市町村が回答した可能性も考えられ、対象集団に偏りを生じている可能性は否めない。調査項目に関しても、自記式調査票とし、全国で適応できるように調整を行ったため、実際の状況や相違を詳細にみつけることはできず、各市町村独特の環境属性について評価するまでには至っていない。また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ため、実際の住民の健康行動につながっているかどうかについては調査ができなかった。平成15年度以降は、支援環境の客観的な測定法の開発および住民行動との関連について研究を行う予定である。

文献

- 1) Cheadle A, et al: Promoting community-level indicators for evaluating cardiovascular health promotion programs. Health Educ Res 15:109-116,2000
- 2) U.S Department of Health and Human Services.:Promotion Physical Activity: A Guide for Community Action. Champaign, Human Kinetics p117-142, 1999
- 3) Cheadle A et al.: Environmental indicators :A tool for evaluating community-based health-promotion programs. Am J Prev Med 8:345-350,1992
- 4) Humpel N et al.: Environmental factors associated with adults' participation in physical activity. Am J Prev Med 22:188-199,

2002

5) Craig C L et al.: Exploring the effect of the environment on physical activity, a study examining walking to work. *Am J Prev Med* 23(2S):36-43,2002;

6) Task Force on Community Preventive Services: Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 22(4S):67-72,2002

7) Ross N A et al.: Geographical variation in attitudes towards smoking: findings from the commit communities. *Soc. Sci. Med.* Vol.46 No.6 pp.703-717,1998

8) Pikora T J et al.: Developing a reliable audit instrument to measure the physical environment for physical activity *Am J Prev Med* 23:187-194,2002

9) Morland K et al.: Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *Am J Prev Med* 22:23-29,2002

10) マイケル・マーモット 他 編者(西三郎 他 監修):21世紀の健康づくり 10の提言、社会環境と健康問題 東京 日本医療企画、2002

11) 福永一郎 他:市町村自治体に勤務する保健師および栄養士の研修に関する調査研究. *公衆衛生* 66(65)445-(68)448, 2002

12) 武見ゆかり:ヘルスプロモーションと公衆栄養 公衆栄養分野における食環境整備の重要性と今後の課題. *公衆衛生* 65:(31)111-(37)117, 2001

E. 結論

地域における住民の健康づくりのための支援環境を評価するため、全国 3241 の市町村(東京 23 区を含む)を対象とし、身体活動・運動(21 分野下位 45 項目)(川久保)、喫煙(18 分野下位 43 項目)(李)、ストレス(7 分野下位 17 項

目)、アルコール(9 分野下位 25 項目)(下光)、栄養・食事(18 分野下位 46 項目)(砂川)、組織としての健康づくり(6 分野)(川久保)についての計 6 領域に渡って調査を行った。調査票は、平成 13 年度の研究をもとに作成し、「健康日本 21」の中で設定されている諸目標を含める形とした。各領域の中で調査項目は政策と規則、情報、教育、物理的環境、住民の健康行動の把握を示す指標に分類した。設定した各調査項目については、修正デルファイ法にて調査項目の修正を行った。回答の形式は、主に(はい、いいえ)の二者択一とした。

調査票の郵送総数 3241 通のうち、分析有効数は 1016、有効回答率は 31.4%であった。最も多く実施されていたのは栄養・食事領域で、次いで身体活動・運動領域であり、少なかったのはアルコール、喫煙領域であった。各領域について、情報、教育面での支援環境の整備が十分ではないことがわかった。人口規模別の比較では全ての領域において人口規模が大きくなるほど各領域別分野別の平均実施割合が有意に高くなっていた。「健康日本 21」地方計画については、人口規模が小さい地域ほど未定・策定予定としている地域が多く、人口規模が大きくなるにつれて、策定地域も多くなっていた。健康日本 21 地方計画策定済みあるいは策定中と回答した市町村では、人口規模に関わらず全領域の平均実施割合が高かった。各領域で住民の健康行動の把握を行っている地域は行っていない地域に比べて平均実施割合が有意に高く、これは全ての領域についてみられた。市町村レベルでの支援環境対策はその必要性の認識とは別に普及されておらず、各市町村において重要な課題であると考えられた。本研究により今後整備すべき政策的・環境的諸条件と課題が明らかになった。

F. 健康危険情報

なし