

図1. たばこ喫煙対策 17 分野のうちの実施数の分布

康影響についての知識の普及を目標に掲げている。地域における情報の提供と教育の徹底が望まれる。

一方、「公的禁煙プログラムを行っている」ところは18.5%であった。健康日本21では禁煙・節煙を希望する者に対する禁煙支援プログラムをすべての市町村で受けられるようにすることを目標にしている。今回は公定以外の禁煙プログラムについては調査していないものの、禁煙プログラムの実施は未だ少ないものと考えられ、禁煙希望者への支援環境整備が今後必要である。

物理的支援環境では、「公的施設に対する完全禁煙の指導」が16.7%、「歩道における禁煙環境に配慮」しているところが4.8%、「公共施設におけるたばこ自販機撤去の指導」が3.7%と少なかった。この結果は、本研究では完全禁煙の指導として調査したが、健康日本21では、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を目標にしているため、実施率が低くなっていることも考えられる。

地域の住居環境は個々人のたばこ喫煙の開始、喫煙行動などに大きく影響をもたらすものであり<sup>40)</sup>、健康行動の変容という面から重点的に配慮すべきものである<sup>21-30)</sup>。しかし、本研究結果から示されたように、国内の地域での物理的環境への配慮が現状では未だ不十分であった。今後物理的環境へのさらなる介入・変容が必要である。

住民の健康行動の把握は、市町村の取り組みの姿勢を反映するものでもある。健康日本21でも住民の健康行動の把握を奨励している。しかし、「住民の喫煙率の現状を把握している」ところは22.5%、「禁煙プログラムの成果の評価を行っている」とこ

ろは10.4%、「2010年までの喫煙率減少の目標値を設定している」ところは8.2%にとどまっていた。特にこれらの実施率は小規模の地域で低かった。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、行政側では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。国内の国民1人あたりの喫煙本数は先進国の中で最も多く<sup>31)</sup>、それに伴いタバコによる自治体への税収入も高くなっている。また現状では、たばこ産業、農協の影響も大きな問題となっている。しかしながら、たばこ喫煙による早世は大きな社会・経済的負担となるものである。1日も早く、国内地域での包括的たばこ喫煙対策への本格的な取り組みが必要である。

## E. 結論

たばこ喫煙対策には個人のみならず社会的環境を含む包括的な介入が必要である。しかし、本研究結果から、国内全国市町村では、未だたばこ喫煙対策としての、政策・規制、情報・教育、物理的環境、介入結果の測定といった喫煙行動変容への支援環境という側面では対策が不十分であることが明らかになった。今後、本格的なたばこ喫煙対策としての包括的介入が必要である。

## 謝 辞

本調査にご協力いただきました、全国市町村の保健担当者の方々、日本公衆衛生学会のたばこ専門家の先生方、地域の保健師の方々に深くお礼申し上げます。

## 文 献

- 1) US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, Office on Smoking and Health, 1989; DHHS publication no. (CDC) 89-8411.
- 2) National Cancer Institute, Smoking and Tobacco Control Program. Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1997; Smoking and Tobacco Control Monograph 8.
- 3) US Department of Health, Education, and Welfare. Smoking and health. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health, 1979; DHEW publication no. (PHS) 79-50066.
- 4) McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 270 (1993), pp. 2207-2212.
- 5) California Environmental Protection Agency. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke—final report and appendices, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, Sacramento, CA (1997).
- 6) U.S. Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington, DC: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Health and Environmental Assessment, 1992.
- 7) U.S. Office on Smoking and Health. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1986 (DHHS Pub. No. [CDC] 87-8398).
- 8) US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, Office on Smoking and Health, 1990; DHHS publication no. (CDC) 90-8416.
- 9) Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control—August 1999. Atlanta: Office on Smoking and Health, 1999.
- 10) Warner K. The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: The case of tobacco control. In Smedley BD and Syme AD (eds), Promoting Health: Intervention strategies from social and behavioral research, Washington, DC: National

Academy Press, 2000.

11) Smoking Kills. A white paper on Tobacco. Presented to Parliament by the secretary of state for health and the secretaries of state for Scotland, Wales and Northern Ireland by Command of Her Majesty, 1998.

12) World Health Organization. Tobacco or health: A global status report. World Health Organization, Geneva, 1997.

13) Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Imperial Cancer Research Fund and World Health Organization. Mortality from smoking in developed countries: 1950-2000. Oxford University Press, Oxford 1994.

14) National Cancer Institute, Smoking and Tobacco Control Monograph 8, Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. National Institute of health, National Cancer Institute, NIH publication No. 97-4213, 1997.

15) Economos CD, et al. What lessons have been learned from other attempts to guide social change? *Nutritional Reviews* 2001; 59(3): 40-56.

16) Schmid TL, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: Environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1995; 85: 1207-1211.

17) Kumpfer KL, Turner CW. The social ecology models of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *Int J Addictions* 1990; 25: 435-463.

18) Goodman RW, Wandersman A, Chinman M, et al. AN ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion: Approaches to measuring community coalitions. *Am J Community Psychology* 1996; 24: 33-61.)

19) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington D.C.: Department of Health and Human Services, 2000.

20) Smedley BD, Syme SL. (eds). Promoting Health: Intervention Strategies from social and behavioral sciences. Washington D.C.: National Academy Press, 2000.

21) Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion . *Am Psychologist* 1992; 47: 6-22.

22) Stokols D. Translating social ecological theory into guidelines for health promotion. *Am J Health Promotion* 1996; 10: 282-298.

23) Ottawa Chart for Health Promotion . Ottawa: Canadian Public Health Association 1986.

24) Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *AM J Heath Promotion* 1996; 10: 270-281.

25) Barker RG. Ecological psychology. Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press 1968.

26) Wicker A. An introduction to ecological Psychology. Monterey, Calif.:

- Brooks-Cole, 1979.
- 27) Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1986.
- 28) Sallis JF, Hovell MF. Determinants of exercise behavior. *Exercise and sports Sciences Review* 1990; 18: 307-330.
- 29) Winett RA, King AC, Altman DG. Health psychology and public health: An integrative approach. New York: Pergamon, 1989.
- 30) Moos PH. Social-ecological perspectives on health. In Stone GC, Cohen F and Adler NE (eds), *Health psychology: A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- 31) (社) 日本たばこ協会. 「紙巻たばこ販売実績」.
- 32) 健康日本 21 企画検討会、健康日本 21 計画策定検討会. 21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)について. 2000.
- 33) Center for Disease Control and Prevention. Strategies for reducing exposure to environmental tobacco smoke, increasing tobacco-use cessation, and reducing initiation in communities and health-care systems. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR* 2000; 10(49): RR-12.
- 34) Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control-August 1999. Atlanta: Office on Smoking and Health, 1999.
- 35) Cheadle A, Sterling TD, Schmid TL, et al. Promising community-level indicators for evaluating cardiovascular health-promotion programs. *Health Education Research* 2000; 15: 109-116.
- 36) Harris E, Wills J. Developing healthy local communities at local government level: lessons from the past decade. *Australian & New Zealand J Public Health* 1997; 21: 403-412.
- 37) Cheadle A, Wagner E, Koepsell T, et al. Environmental indicators: A tool for evaluating community based health promotion programs. *Am J Prev Med* 1992; 8: 345-350.
- 38) Department of Health and Human Services. Food and drug administration. 21 CFR part 801, et al. Regulations restriction of the Sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents: Final rule. *Federal Register*: 61 (168), 1996.
- 39) U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. U.S. Department of health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- 40) Ross NA, Taylor AM. Geographical variation in attitudes towards smoking: finding from the commit communities. *Soc Sci Med* 1998; 46(6): 703-717.

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

李廷秀、川久保清、川村勇人. 職域における健康づくり支援環境評価に関する調査研究. 産業衛生学雑誌.2003 (in press).

### 2. 学会発表

第75回日本産業衛生学会 2002年4月9~12日(神戸市)

職域における従業員の健康管理支援環境評価法に関する研究.

李 廷秀、川久保清、川村勇人

第61回日本公衆衛生学会総会 2002年10月23~25日(さいたま市)

地域の健康関連課題の抽出と対策のためのアプローチ.

川久保清、李 廷秀、森克美

地域住民における5年間の体重変化と基本健康診査との関連.

李 廷秀、川久保清、森克美

第5回運動疫学研究会 2002年7月20日(東京)シンポジウム 身体活動量増進のための具体的アプローチ—評価から実践へ—.

李 廷秀、川久保清、森克美

## 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

## 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 － ストレス（休養・心の健康）及びアルコール領域について－

分担研究者 下光 輝一 東京医科大学 教授

**研究要旨** 住民の健康づくりに関するストレス及びアルコール領域についての健康づくり支援環境を、政策・規則、情報・教育、物理的環境、住民の健康行動の把握から評価する調査票を作成して全国の市町村に配布し、その実態を把握するとともに、地域が取り組むべき方向性を明らかにすることを目的とした。市区町村の健康づくり支援環境に関する調査票を作成し、支援環境の整備に関して調査した結果、ストレス領域に関する質問の実施率は平均 26%、アルコール領域は 16%と低率であった。支援環境のうち対策事業についてみると「ストレス対策事業の提供」は 29.6%、「アルコール対策事業の提供」は 19.7%であり、また、ストレス、アルコール領域で最も低率であった「未成年飲酒者の割合の把握」は全体で 4.2%、人口規模別では人口 1 万未満の町村では 0.7%、人口 1 万以上の町村では 1.3%、人口 30 万以上の市においては 27.7%であった。他の項目においても人口規模によって同様な傾向が認められ人口規模の小さい市町村でのストレス、アルコール領域の支援環境・整備状況は普及、進展しておらず、今後、重点的に整備すべき課題であることが明らかとなった。

### 共同研究者

大谷由美子（東京医大 衛生公衛 講師）  
小田切優子（東京医大 衛生公衛 講師）  
井上 茂 （東京医大 衛生公衛 助手）

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な取り組みが必要となる。

### A. 研究目的

健康づくりは、自らの健康は自らつくるという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社会環境の整備、資源の開発が必要である。いつでも、どこでも、だ

平成 12 年年より 21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）が開始され、平成 14 年度末までに全都道府県において地方計画の策定が完了した。市町村、特別区では、策定済みは約 10%、平成 14 年度中策定予定が 25%であり、策定年度未定が 50%を占めている（総括研究報告書参照）。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」であり、一日も早い策定が望まれる。

本年度は住民の健康づくりに関するストレス（休養・心の健康）及びアルコール領域についての健康づくり支援環境を、政策・規則、情報・教育、物理的環境、住民の健康行動の把握から評価する調査票を作成して全国の市町村に配布し、その実態を把握するとともに、地域が取り組むべき方向性を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 質問紙の作成

コミュニティーベースのアプローチを実施するための項目として、昨年度の研究を参照に評価法作成のためにいくつかの指標をとりあげた。健康づくりを専門分野とする当教室所属の研究者4名、大学院生2名に、ストレス及びアルコール領域に関連した地域の健康づくり環境評価に必要と思われる項目についての列举を依頼した。これらの項目と、「健康日本21」において、休養・こころの健康の対策として挙げられている、①心の健康を保つためのストレス対策、②心の健康を保つための睡眠対策、③こころの病気への対策およびアルコール対策としての①アルコール関連問題の早期発見と早期介入、②未成年者の飲酒防止、③国民一般への情報の提供、④アルコールを取り巻く環境の整備を中心に政策と規制、情報の提供、物理的環境、介入結果測定のための指標と項目を列举した（附録1）。これらの項目を記載した質問紙をストレスおよびアルコール領域の研究者、保健所長、保健師等健康づくり専門家9名に送付し、各項目に環境指標としての重要性、実用性

について5段階評価（デルファイ法）を依頼した。5段階評価で平均4点以上と評価の高かった項目を、調査票の質問項目として選定し、身体活動・運動、喫煙、栄養・食事の健康づくり分野の項目とともに再度各専門家へ評価を仰ぎ、最終的な市区町村の健康づくり支援環境に関する調査票を作成した（附録2）。

### 2. 調査対象、調査方法、分析方法

上記方法で作成した調査票を全国の市区町村3241ヵ所に郵送した。調査方法、分析方法については総括研究報告書参照

## C. 研究結果

### 1. 項目選定に関する専門家の評価

#### 1) ストレスについて

専門家評価として高得点であったのは、政策と規制に関しては、「騒音規制」、「一般的な悩み・心の健康づくり」、「高齢者ストレス」、「介護者ストレス」、「育児ストレス」、「思春期ストレス」のそれぞれの公的機関の相談窓口・サポート体制の有無、「ストレス（休養・心の健康）に関する予算」であった。また、情報の提供については、「ストレス対処法に関する広報」、「ストレスに関する学習・講習会、講座利用のための広報」、「心の相談窓口利用のための広報」の得点が高かった。物理的環境に関しては、「ストレス対策のためのサービス提供を行う公的施設」、「緑地や公園などの数や面積」が、介入結果測定のための指標としては、「自殺者の数」、「ストレスを感じるものの割合」、「住民のストレス対策に関するニーズの評価」が高得点を示した（附録1）。

#### 2) アルコールについて



政策と規制に関しては、「アルコール対策事業の予算額」、「多量飲酒に関する広報」、「アルコール関連健康障害の広報」、「アルコール対策事業」、「十代の飲酒をなくすための事業」、「妊娠中の飲酒をなくすための事業」、「アルコール関連問題の早期発見、早期介入事業」、「飲酒に関する学校教育」が、物理的環境としては、「公的なアルコールに関する相談窓口・サポート体制の有無」、「アルコール対策のためのサービスを行う公的施設」が、介入結果測定のために指標に関しては、「アルコール関連健康障害の患者数」、「未成年飲酒者の割合」が高得点を示した（附録 1）。

## 2. 市区町村の健康づくり支援環境に関する調査票

回収率および回答のあった市町村の特性については総括研究報告書を参照。

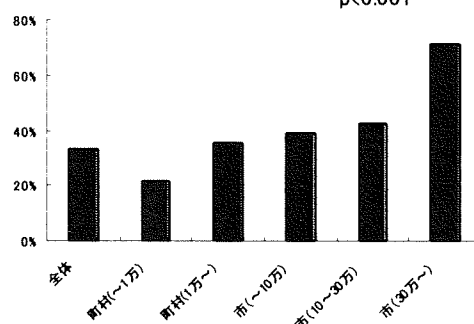
### 1) ストレス対策のための支援環境について

ストレス領域の支援環境に関する平均実施率は 26.2%であった。都道府県別の実施率は 14.3%から 38.1%と幅広く分布しており、都道府県の間には有意差は認められなかった（図 1）。

各ストレスに関する支援環境調査項目の実施率は「騒音規制に関する条例」は 11%であり、人口規模によりその実施率に有意差が認められた（ $p < 0.001$ ）。「ストレスに関する予算がある」は 21%の実施率でありこれも人口規模による有意差が認められた（ $p < 0.001$ ）。「ストレス対策事業の提供」に関しては 30%であり、その内訳としては「勤労者のストレスに対して支援対策事業」を提供が 22%、「高齢者ストレス」が 54%、「介護者のストレス」が 71%、「育児

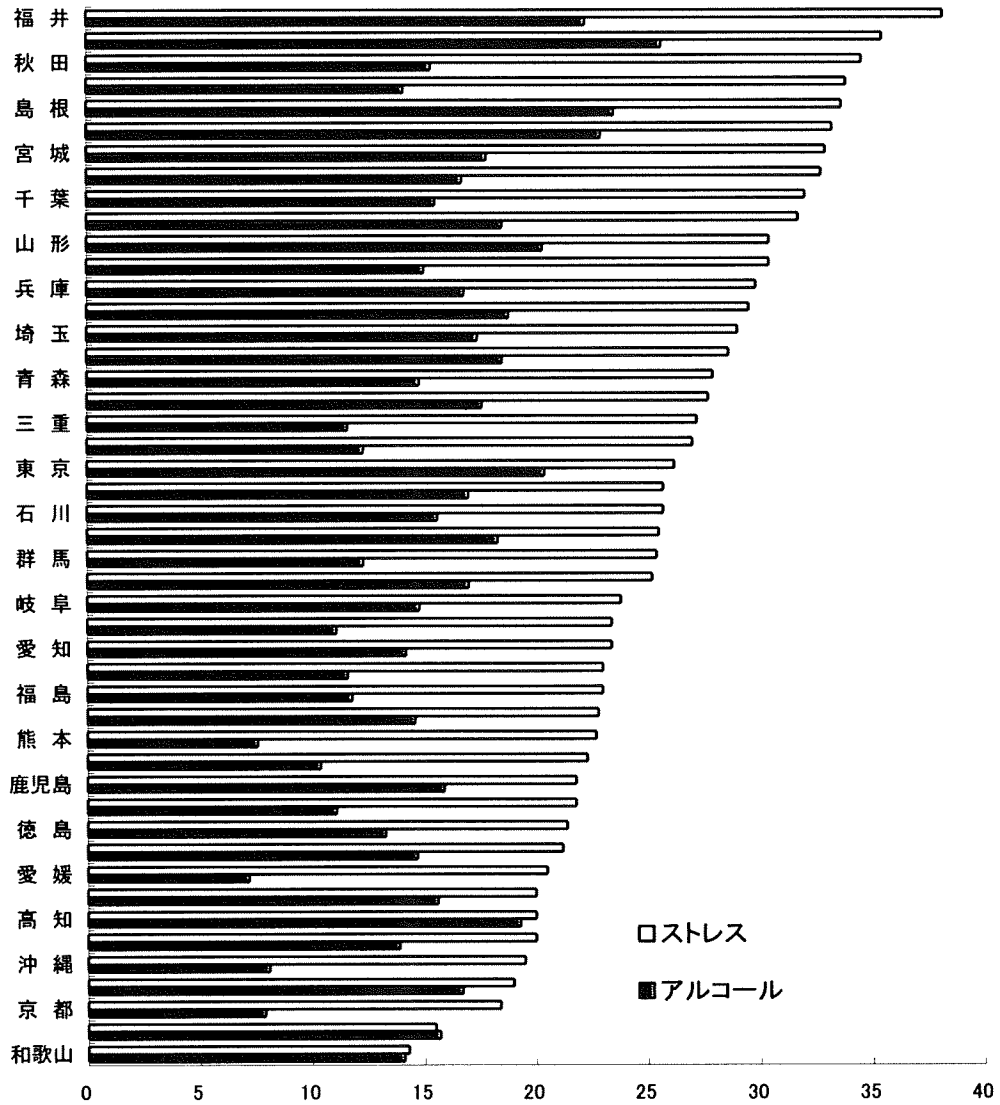
ストレス」が 95%、「青少年のストレス」が 24%を占めていた。また、「ストレスに関する公的な相談窓口がある」の実施率は 33%であり、人口規模別の実施率は町村（1 万人未満）では 22%であったが、市（30 万以上）では 73%と人口規模が大きくなるほど高くなり、人口規模による有意差が認められた（ $p < 0.001$ ）。

図2 ストレスに関する公的な相談窓口はある  $p < 0.001$



また、その下位質問項目においても、「専用カウンセリングルームがある」については町村（1 万人未満）で 25%、市（30 万以上）で 56%（ $p < 0.05$ ）、「専門家を確保している」については町村（1 万人未満）で 29%、市（30 万以上）で 88%と人口規模による差が認められた（ $p < 0.001$ ）が、「電話などによる相談窓口がある」は 84%、「多くの住民が通いやすい場所にある」は 84%、「相談窓口利用促進のための広報を行っている」は 75%を占めており、人口規模による差は認められなかった。しかしながら、広報の提供方法でホームページによって提供している町村（1 万未満）は 18%であるのに対して、市（30 万以上）では 76%と大きな差が認められた（ $p < 0.001$ ）。「年間の自殺者数を把握している」はストレス領域全体の実施率で 71%と最も高く、人口規

図1 都道府県別平均実施割合(%)



模別でも町村（1万未満）から市（10万未満）まで約70%前後であり、市（10万以上）では約80%と人口規模による有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。人口10万対の自殺率は町村（1万未満）は27.4、町村（1万以上）の26.7、市（1-10万）は24.6、市（10万以上）では21.5と人口規模の小さいところで自殺率が高い傾向が見られたが、有意差は認められなかった。「ストレスを感じる

人の割合を把握しているか」については18%の実施率であり、他の項目と同様に人口規模により有意差が認められた（ $p < 0.001$ ）。「住民のストレス対策に関するニーズの評価の実施」に関しては3%とストレス領域において最も低い実施率であったが、人口規模の大きい市（30万人以上）では19%の実施率であった（表1）。

2. アルコール対策のための支援環境に

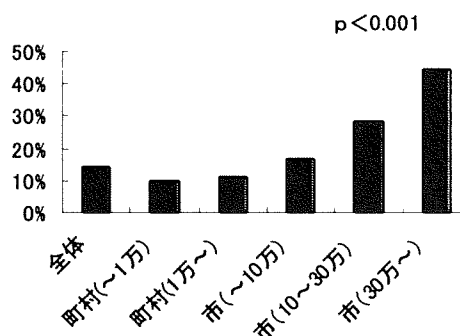
ついて

アルコール分野の支援環境に関する平均実施率は 15.6%であった。都道府県別の実施率は 7.2%から 25.6%であり、都道府県の間で有意差が認められた ( $p < 0.05$ ) (図 1)。

各アルコール対策に関する支援環境調査項目の実施率 (表 2) は「酒類販売に関する条例・規制がある」は全体で 2.4%と低く、人口規模による差は認められなかった。「アルコール対策事業の予算がある」では、市 (人口 30 万人未満) では 2~6%程度、市 (人口 30 万人以上) では 44%であり、人口規模により有意差が認められた ( $p < 0.001$ )。「アルコール関連健康障害の広報を行っている」では 30~40%の実施率で、人口規模による差は認められなかったが、広報の提供方法では、ホームページは全体で 7%、市 (人口 30 万人以上) では 53%と高く ( $p < 0.001$ )、逆に、市区町村の広報誌は全体で 84%、市 (人口 10 万以上) では 60%と低率であった ( $p < 0.001$ )。「アルコール対策事業を行っている」についても人口規模により実施率は異なっていた ( $p < 0.001$ )。全体では 20%の実施率であったが、市 (人口 30 万以上) では 68%と高率であり、その内容としては「アルコール関連問題の早期発見、早期介入事業」の実施率が最も高かった。しかしながら、「飲酒運転の危険性を知らしめる事業」、「妊娠中の飲酒をなくすための事業」は市 (人口 30 万以上) では逆に低率であった。「学校における飲酒に関する教育実施に対する指導」、「飲酒に関する教育への補助」、「アルコールに関する公的な相談窓口がある」、「未成年飲酒者の割合を把握している」、「成人の

多量飲酒者の割合を把握している」(図 3) についても、人口規模による実施率に有意差が認められた ( $p < 0.001$ )。

図3 成人の多量飲酒者の割合を把握している



この下位質問項目で、「専用カウンセリングルームがある」、「専門家を確保している」、「相談窓口利用促進のための広報を行っている」についても人口規模による実施率に有意差が認められた ( $p < 0.001$ )。さらに、広報活動の方法についてもストレス領域と同様に広報を行っているものの中で「ホームページ」は全体で 38%、市 (人口 30 万以上) では 82%と、人口規模の大きい市での実施率は高率であった (表 2)。

表1. ストレス領域における各分野と下位項目の人口規模別実施割合（左側の数字は回答市町村数）（有効％）

	全体	町村(～1万)	町村(1万～)	市(～10万)	市(10～30万)	市(30万～)
[40] 騒音規制に関する条例	103 (10.7%)	12 (3.1%)	32 (10.4%)	27 (17.6%)	17 (25.8%)	15 (35.7%)
[41] ストレス(休養・心の健康)に関する予算がある	211 (21.4%)	48 (12.0%)	72 (23.0%)	47 (29.0%)	22 (32.4%)	22 (48.9%)
[42] ストレス対策事業の提供	295 (29.6%)	83 (20.6%)	90 (28.9%)	60 (36.6%)	36 (50.0%)	26 (55.3%)
① 勤労者のストレスに対して支援対策事業を提供	57 (22.2%)	13 (18.8%)	18 (23.1%)	12 (23.1%)	8 (24.2%)	6 (24.0%)
② 高齢者のストレスに対して支援対策事業を提供	148 (55.4%)	34 (46.6%)	45 (56.3%)	32 (59.3%)	23 (67.6%)	14 (53.8%)
③ 介護者のストレスに対して支援対策事業を提供	195 (71.4%)	53 (70.7%)	59 (69.4%)	33 (62.3%)	31 (91.2%)	19 (73.1%)
④ 育児ストレスに対して支援対策事業を提供	267 (94.7%)	72 (92.3%)	83 (95.4%)	53 (93.0%)	34 (100.0%)	25 (96.2%)
⑤ 青少年ストレスに対して支援対策事業を提供	61 (23.7%)	12 (17.4%)	17 (21.8%)	11 (21.2%)	10 (30.3%)	11 (44.0%)
[43] ストレスに関する公的な相談窓口はある	334 (33.4%)	89 (22.2%)	112 (35.7%)	66 (40.2%)	32 (43.8%)	35 (72.9%)
① 専用カウンセリンググループがある	99 (32.4%)	21 (25.0%)	28 (27.7%)	20 (32.8%)	11 (42.3%)	19 (55.9%)
② 専門家を確保している	158 (50.8%)	25 (29.4%)	46 (44.7%)	37 (59.7%)	20 (74.1%)	30 (88.2%)
③ 電話・FAX・電子メールなど	262 (83.7%)	70 (82.4%)	88 (84.6%)	49 (76.6%)	25 (96.2%)	30 (88.2%)

による相談窓口がある	
④ 多くの住民が通いやすい場所にある	257 (84.5%) ) 70 (83.3%) ) 83 (82.2%) ) 52 (86.7%) ) 23 (88.5%) ) 29 (87.9%) )
⑤ 相談窓口利用促進のための広報を行っている	225 (75.3%) ) 59 (72.8%) ) 72 (71.3%) ) 45 (76.3%) ) 19 (76.0%) ) 30 (90.9%) )
・市区町村のホームページによって提供	85 (39.5%) ) 10 (17.9%) ) 22 (31.4%) ) 24 (58.5%) ) 7 (36.8%) ) 22 (75.9%) )
・市区町村の広報紙によって提供	211 (94.2%) ) 55 (94.8%) ) 69 (95.8%) ) 42 (93.3%) ) 17 (89.5%) ) 28 (93.3%) )
・地元新聞によって提供	15 (6.9%) ) 2 (3.6%) ) 5 (7.2%) ) 4 (9.1%) ) 2 (10.5%) ) 2 (6.7%) )
・掲示物によって提供	103 (47.2%) ) 18 (32.7%) ) 40 (56.3%) ) 23 (53.5%) ) 8 (42.1%) ) 14 (46.7%) )
[44] 年間の自殺者数を把握している	708 (71.4%) ) 279 (69.9%) ) 214 (69.5%) ) 115 (70.1%) ) 58 (80.6%) ) 42 (87.5%) ) *
① 年間の自殺者数 (人口 10万対)	654 (25.9) ) 264 (27.4) ) 191 (26.7) ) 103 (24.6) ) 56 (21.5) ) 40 (21.5)
[45] ストレスを感じる人(成人)の割合を把握している	179 (18.1%) ) 60 (15.1%) ) 36 (11.7%) ) 30 (18.5%) ) 24 (33.8%) ) 29 (60.4%) ) ***
[46] 住民のストレス対策に関するニーズの評価を行っている	32 (3.3%) ) 9 (2.3%) ) 12 (4.0%) ) 1 (0.6%) ) 1 (1.4%) ) 9 (19.1%) ) ***

\*:p<0.05、\*\*:p<0.01、\*\*\*:p<0.001

表2. アルコール領域における各分野と下位項目の人口規模別実施割合（左側の数字は回答市町村数）（有効％）

	全体	町村(～1万)	町村(1万～)	市(～10万)	市(10～30万)	市(30万～)
[47] 酒類販売に関する条例・規制	23 ( 2.4%)	10 ( 2.5%)	6 ( 2.0%)	5 ( 3.2%)	2 ( 2.9%)	0 ( 0.0%)
① 対面確認販売確立のための規制	9 ( 47.4%)	3 ( 37.5%)	2 ( 40.0%)	2 ( 50.0%)	2 ( 100.0%)	0 ( - )
② 酒類自販機に関する規制	18 ( 81.8%)	7 ( 77.8%)	6 ( 100.0%)	3 ( 60.0%)	2 ( 100.0%)	0 ( - )
[48] アルコール対策事業の予算	48 ( 4.8%)	12 ( 3.0%)	6 ( 1.9%)	5 ( 3.1%)	4 ( 5.7%)	21 ( 43.8%) ***
[49] アルコール関連健康障害の広報	351 ( 35.2%)	153 ( 38.3%)	106 ( 34.1%)	51 ( 30.9%)	21 ( 28.4%)	20 ( 42.6%)
① 市区町村のホームページで広報	21 ( 7.0%)	5 ( 3.8%)	2 ( 2.2%)	3 ( 7.0%)	1 ( 6.3%)	10 ( 52.6%) ***
② 市区町村の広報紙で広報している	278 ( 83.7%)	130 ( 90.9%)	90 ( 87.4%)	36 ( 73.5%)	10 ( 55.6%)	12 ( 63.2%) ***
③ 地元新聞で広報している	9 ( 3.0%)	1 ( 0.8%)	5 ( 5.4%)	1 ( 2.3%)	1 ( 6.3%)	1 ( 5.3%)
④ 掲示物によって提供	179 ( 56.8%)	64 ( 46.7%)	61 ( 62.2%)	28 ( 65.1%)	12 ( 70.6%)	14 ( 70.0%) *
[50] アルコール対策事業を行っている	197 ( 19.7%)	65 ( 16.2%)	51 ( 16.3%)	31 ( 18.8%)	18 ( 24.7%)	32 ( 68.1%) ***
① 飲酒運転の危険性を知らしめる事業	66 ( 38.6%)	26 ( 43.3%)	19 ( 46.3%)	11 ( 45.8%)	8 ( 47.1%)	2 ( 6.9%) **
② 十代の飲酒をなくすための事業	58 ( 33.9%)	18 ( 30.5%)	12 ( 30.0%)	10 ( 38.5%)	7 ( 41.2%)	11 ( 37.9%)
③ 妊娠中の飲酒をなくすための事業	123 ( 66.5%)	37 ( 61.7%)	34 ( 73.9%)	26 ( 83.9%)	13 ( 72.2%)	13 ( 43.3%) **



・市区町村のホームページによつて提供	67 ( 38.3%)	11 ( 22.0%)	10 ( 18.9%)	12 ( 54.5%)	7 ( 41.2%)	27 ( 81.8%)	***
・市区町村の広報紙によつて提供	165 ( 90.7%)	46 ( 90.2%)	50 ( 91.2%)	18 ( 91.3%)	14 ( 94.4%)	29 ( 87.9%)	
・地元新聞によつて提供	12 ( 6.9%)	3 ( 6.3%)	4 ( 7.5%)	1 ( 4.5%)	1 ( 5.9%)	3 ( 9.1%)	
・掲示物によつて提供	71 ( 40.3%)	19 ( 39.6%)	23 ( 42.9%)	6 ( 27.3%)	10 ( 58.8%)	12 ( 36.4%)	
[54] 未成年飲酒者の割合(対未成年者人口)を把握している	41 ( 4.2%)	3 ( 0.8%)	4 ( 1.3%)	9 ( 5.6%)	12 ( 16.7%)	13 ( 27.7%)	***
[55] 成人の多量飲酒(1日日本酒換算で3合以上)者の割合を把握している	142 ( 14.4%)	40 ( 10.1%)	34 ( 10.9%)	27 ( 16.9%)	20 ( 28.2%)	21 ( 44.7%)	***

\*:p<0.05、\*\*:p<0.01、\*\*\*:p<0.001



## D. 考察

地域住民の健康づくりに関するストレス及びアルコール領域についての支援環境を、政策・規則、情報・教育、物理的環境、住民の健康行動の把握から評価する調査票を作成して全国の市町村に配布し、その実態を把握するとともに、地域が取り組むべき方向性を明らかにすることを目的とした。

コミュニティーベースのアプローチを実施するための項目として、昨年度の研究を参考に評価法作成のためにいくつかの指標をとりあげ、これらの指標と「健康日本 21」におけるストレス及びアルコール領域関連の政策と規制、情報の提供、物理的環境、介入結果測定のための項目を列挙し、専門家に重要性、実用性の評価を依頼した。

ストレス領域については「ストレス軽減のための教室・生きがい教室・ストレス講座」等の開催に関する項目、「ストレス軽減支援対策（介護者・高齢者・育児ストレスなど）の実施」、「思春期外来の数」「スクールカウンセラーを配置している学校数」「ひきこもり老人の数」「住宅地周辺の騒音モニタリング」「睡眠不足を感じるものの割合」の評価得点が低く、調査項目から削除された。その理由としては、心の健康についての正しい知識の普及や、心の健康を損なっている人に対する支援体制はいまだ充分ではなく、社会的ハンディキャップの改善が進まない限り、知識普及のための教室を開催しても人が集まらないこと、また、「睡眠不足を感じるものの割合」は自殺のように人口動態統計で把握できず、独自の調査が必要なたため評価項目として簡便性に欠け、実用性に乏しいこと、睡眠不足・不眠への対応は今後の課題としてとらえられている可能性

及び学校、職域、地域のマンパワー不足なども考えられた。

アルコール領域については「未成年者飲酒禁止法の罰則強化」「節度ある適度な飲酒量に関する広報」、「酒類購入に関する環境」および介入結果測定のための指標としての「適正量・多量飲酒量の知識の習得者の割合」、「アルコール関連健康障害の知識習得者の割合」、「飲酒運転違反者の数」、「アルコールによる納税額」、「アルコール対策に関する住民のニーズ評価」の評価得点が低く、調査項目から削除された。飲酒に寛容な社会の風潮や酒類を簡単に手に入れられる現在の販売方法を是正するなど、もう一步踏み込んだ取り組みが実施されていないため、指標として重要性和実用性の不均衡が生じたものと思われる。

全国市区町村における、住民の健康づくりのための支援環境に関する調査では、ストレス領域の調査項目の実施率は 26.2%、アルコール領域は 15.6%で、栄養・食事領域、身体活動・運動領域と比較して低率であった（総括研究報告書参照）。

栄養、運動、休養は健康の三本柱といわれ、休養については、健康づくりのための休養指針も策定されている。この中で、生活のリズムをとる上で、「早めに気づこう、自分のストレスに」、「睡眠は気持ちよい目覚めがバロメータ」、「入浴でリフレッシュ」「旅でこころの切り替え」、「休養と仕事のバランス」などを提示しており、ゆとり、憩い、きずななどの生活上のリラクゼーションを強調している。また、健康日本 21 の中でも、「ストレスを感じる人」、「睡眠によって休養がとれていない人」、「睡眠補助品等を使用する人」、「自殺者数」の目標値を

掲げている。しかしながら、休養、ストレスに関するエビデンスは乏しく、警察庁の自殺の概要資料における「経済生活問題が原因」の30-59歳の自殺者増加への対応、「時間のゆとり」、「家族との団欒のゆとり」の創造、行動変容に対して、日本人の生き方、働き方の見直しを含めた今後の地域や職域での取り組みが必要と思われる。職域におけるストレスの取り組みは「事業場における労働者の心と健康づくり指針」が平成12年に策定され、メンタルヘルスケアは着々と進められており、市区町村における「ストレス対策事業を行っている」「ストレスに関する公的相談窓口がある」の30%前後の低い実施率は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。

アルコールについても「健康日本21」で、致酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、未成年・胎児への影響等は個人の健康だけにとどまらず交通事故などの社会へも影響を及ぼすと提言されている。飲酒習慣は地域の風習・文化、商習慣及びストレス解消、健康法、家庭環境等の個人要因がさまざまな型で影響し形成され、変化して行くこと、また、最近話題になった通勤線駅構内での酒類販売再開のような収益の問題等がアルコールに対する環境的介入の普及が遅れている原因の一部と思われる。今後、「アルコール対策事業の実施」、「学校における飲酒に関する教育実施に対する指導」などの意識、知識へのアプローチに重点的に介入を行っていく必要があると思われる。

人口規模別にみるとストレス領域、アルコール領域ともに実施率は人口規模が大きくなるに従って高率となっており、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明らかとなった。しかしながら、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」は、人口規模とは関連せず、どこも30~40%であり、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と考えられた。

また、結果評価の「自殺者数」、「ストレスを感じる人の割合」「未成年飲酒者の割合」、「多量飲酒者の割合」の把握割合は自殺者数を除いて非常に低く、人口規模の小さいものほど低い傾向が見られた。これは健康日本21の地方計画策定が人口規模の小さなところまで進んでいないことを示している。

本研究の調査票の回収率は極めて低く(31.4%)、また、小規模人口の市町村においては、市町村合併が進められている中での調査であり、ほとんどの町村では地方計画の策定前であるという事情から、バイアスのかかった集団であるという可能性が高い。また、調査項目に関しても全国で適応できるように調整したためか、実際の状況や相違を詳細に検討するに至らず、各市町村独自の環境属性について現状把握、評価に至っていないが、ストレス及びアルコール領域の支援環境・整備状況の普及、進展は十分とは言えず、今後、重点的に整備すべき課題であることが明らかとなった。

## 文献

1. 公衆衛生審議会：健康づくりのための休養指針、1994
2. 働く人の健康づくり協会：みんなですすめる健康づくり一心と体一、1997

3. 平沼貞二：未成年者飲酒問題に対する国税庁の取組等、Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence 33(5),620-622, 1998
4. 松田晋哉：階層分析法による青少年の飲酒問題対策の優先度の分析 日循協誌 33、1-10、1998
5. 白倉克之：アルコール医療の現状と未成年者の飲酒問題 思春期学 17:16-23, 1999
6. 島悟：メンタルヘルスのシステムづくり、予防医学:3(12), 2000
7. 松下幸生：高齢者のアルコール問題 Modern Physician 20:1033-1036, 2000
8. 鹿野勉 外：大阪府立心の健康総合センター地域ケア課の役割について—地域支援における情報収集・情報提供を中心に— 大阪府立こころの健康総合センター研究紀要 6：7-15、2000
9. (財)健康・体力づくり事業財団：健康日本 21 (21世紀における国民健康づくり運動について)、2000
10. 厚生労働省：事業場における労働者の心と健康づくり指針、2000
11. 厚生労働省：平成13年度厚生労働省の重点施策、2001
12. ライフ・サイエンス・センター：「健康日本21」を指標とした健康調査と保健支援活動、2001
13. 大山直美 外：家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析 老年看護学 6：58-65,2001
14. Healthy People in Healthy Communities: A Community Planning Guide Using Healthy People 2010 ( <http://www.health.gov/healthypeople/Publications/HealthyCommunities2001/toc.htm> )
15. 川久保清：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年度厚生科学研究費補助金 健康化学総合研究事業 報告書
16. 警察庁生活安全局地域課 平成13年度中における自殺の概要資料 2002
17. 樋口輝彦：メンタルヘルスの今日的課題 CLINICAL NEUROSCIENCE 20:506-510, 2002
18. 飯山順三：子供のストレス CLINICAL NEUROSCIENCE 20:511-513, 2002
19. 後山 尚久 外：更年期、初老期の不定愁訴例における社会・文化的ストレス要因の解析 女性心身誌 7：64-69、2002
20. 高倉 実 外：沖縄県と佐賀県の高校生における精神的健康度とライフスタイルに関する比較研究、学校保健研究 44：229-238、2002
21. 金野 滋：健康日本21におけるメンタルヘルス対策—その方策と具体的取組— 血圧 9：501-505, 2002

## E. 結論

住民の健康づくりに関するストレス、アルコール領域についての健康づくり支援環境の実態を把握するとともに、地域が取り組むべき方向性を明らかにすることを目的として、ストレス、アルコール領域についての調査を実施した。その結果、本領域に関する政策と規則、情報と教育の提供状況、

物理的環境についての実態が明らかとなり、市町村における住民の健康づくりのためのストレス、アルコール領域における支援環境への取り組みは、いまだ不十分であり、住民の健康づくりを進めていくためには重要な課題であると考えられた。

**F. 健康危険情報**

なし

**G. 研究発表**

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

なし