

厚生労働科学研究費補助金

がん予防等健康科学総合研究事業

「健康日本21」の到達目標達成度の
評価手法に関する実践的応用研究

平成15年度総括・分担研究報告書

主任研究者 柳 川 洋

平成16（2004）年3月

目 次

I. 総括研究報告書

- 「健康日本21」の到達目標達成度の評価手法に関する実践的応用研究・・・・・・・・・・ 1
柳 川 洋

II. 分担研究報告

1. 「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績・・・・・・・・・・ 15
柳 川 洋 ・ 三 浦 宜 彦
2. 地域における生活習慣改善度の評価に関する研究・・・・・・・・・・ 24
坂 田 清 美
3. 都道府県単位の保健サービスの効果測定に関する研究・・・・・・・・・・ 31
神 田 晃
4. 長期追跡集団における体重減少が死亡に及ぼす効果の疫学的検討・・・・・・・・・・ 55
児 玉 和 紀
5. 評価データの収集方法と解析方法に関する研究・・・・・・・・・・ 59
尾 島 俊 之 ・ 渡 邊 至
6. 保健所所管の行政データの活用に関する研究・・・・・・・・・・ 64
小 林 雅 興
7. 地域における健康水準の評価に関する研究・・・・・・・・・・ 69
藤 田 委 由
8. 小地域単位の保健サービス効果測定・・・・・・・・・・ 75
三 浦 宜 彦
9. 循環器危険因子改善度の評価に関する研究・・・・・・・・・・ 78
萱 場 一 則

「健康日本21」の到達目標達成度の評価手法に関する実践的応用研究

主任研究者 柳川 洋 埼玉県立大学 学長

本研究では、都道府県単位、医療圏単位および市町村単位で、地方計画の目標達成度を評価するための指標化及び情報収集と解析のあり方について、具体的な方法論を提言する目的で、平成15年度は、①「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績、②地域における生活習慣改善度の評価に関する研究、③都道府県単位の保健サービスの効果測定に関する研究、④長期追跡集団における体重減少が死亡に及ぼす効果の疫学的検討、⑤評価データの収集方法と解析方法の開発、⑥保健所管内の行政データの活用に関する研究、⑦地域における血圧分類に関する研究、を実施した。

キーワード：健康日本21、現状調査、生活習慣病予防、地域保健活動

主任研究者

柳川 洋 埼玉県立大学 学長

分担研究者

坂田清美 和歌山県立医大公衆衛生学 助教授

神田 晃 昭和大医学部公衆衛生学 講師

児玉和紀 (財)放射線影響研究所疫学部 部長

渡邊 至 自治医大保健科学公衆衛生学 助手

小林雅興 栃木県安足健康福祉センター 所長

藤田委由 島根大医学部環境保健医学I 教授

三浦宜彦 埼玉県立大保健医療福祉学部 教授

萱場一則 埼玉県立大保健医療福祉学部 教授

A. 研究目的

地方計画の目標達成度を評価するための指標化及び情報収集と解析のあり方について、具体的な方法論を提言する。また、全国市町

村における「健康日本21」地方計画策定状況と策定上の問題点を明らかにする。

B. 研究方法

1. 「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績

2003年6月に全国のすべての自治体の健康づくり担当課宛に調査依頼文書とともに調査票を発送した。最終的には2003年7月7日現在の3,207市町村を調査対象とした。

2. 地域における生活習慣改善度の評価に関する研究

健康づくりに関する現状調査の全国集計に参加した約3万人の匿名化した個人データを用いて、25地域の人口規模により、1万人未満、1万人以上5万人未満、5万人以上に3区分し、自治体の人口規模による項目の特徴を明らかにした。40歳以上の者については、

人口規模別に肥満者割合、食生活習慣、運動習慣、ストレス、睡眠、飲酒・喫煙状況、喫煙の健康影響に関する知識、糖尿病の有病率と事後指導、60歳以上の者については、外出、地域活動、歯科検診の受診状況について解析した。

3. 都道府県単位の保健サービスの効果測定に関する研究

地域保健関連指標と保健統計との関連を調べ、これを都道府県レベルで策定された健康日本21関連の目標達成度及び対応する保健サービスの効果判定に活用する。そのために、「健康日本21」関連の到達目標値に関わる既存の都道府県別保健指標として、国民栄養調査を用いて、過去からの約10年の生活習慣及び生活習慣病に関連した検査指標の推移、現状、及び今後の時系列変化を把握する。これらの結果と、その後の主要疾患死亡率、自覚的健康観、自覚症状等の都道府県分布との関連を分析することによって、生活習慣、検査結果等の保健指標及びその都道府県格差が、「健康日本21」関連の都道府県保健計画における目標設定、モニタリング、保健サービスの効果判定等の評価にどのように適用出来るか、その有用性を検討する。

4. 長期追跡集団における体重減少が死亡に及ぼす効果の疫学的検討

放射線影響研究所の調査集団において、男性は1965年の郵便調査に回答し、調査時に40-64歳であった12013人を2000年までの35年間追跡したデータを、女性は1969年の郵便調査に回答し、調査時に40-64歳であった20832人を同じく2000年まで30年間追跡したデータを解析した。25歳時のBMIを18.50 kg/m²未満

(やせ群)、18.50-24.99 kg/m² (正常群)、25.00 kg/m²以上 (肥満群) の3群にわけ、郵便調査時のBMIレベル毎の年齢調整死亡率を人年法により全死因死亡および循環器疾患死亡について計算し、郵便調査時のBMI 22.50 kg/m² を基準にCox比例ハザードモデルを使用して、正常体重群に対する死亡の相対リスクを算定した。

5. 評価データの収集方法と解析方法の開発

国や自治体で行われている各分野の政策、施策、事業において、様々な評価方法が最近、導入されつつある。これらに関する既存の資料を参考に、行政のレベル、時期に、データ収集システム、評価スケジュール、評価者、コスト等、実際の評価について、「健康日本21」地方計画の評価を始めとした保健分野への適用の可能性を検討した。また、どの程度の人口規模で評価可能かを勘案することにより、県、2次医療圏、市町村の役割分担について具体的に検討した。

6. 保健所所管の行政データの活用に関する研究

老人保健事業報告に基づく基本健康診査のうち、血圧、糖尿病及び総コレステロールについて、要指導割合（受診者数に対する要指導者数の割合）及び要医療割合（受診者数に対する要医療者数の割合）と、主な循環器疾患の受療率及び粗死亡率との相関を47都道府県のデータにより検討した。老人保健事業報告は平成12年度版の資料を用い、患者調査の受療率は平成11年度版の資料を用い、死亡率の算出は平成12年の人口動態資料より粗死亡率を算出し、解析を行った。

7. 地域における血圧分類に関する研究

多伎町の協力により、多伎町が地域住民を対象に平成14年に実施した老人保健法に基づく基本健康診査より収縮期血圧、拡張期血圧、血清総コレステロールに関する疫学資料を収集した。収縮期血圧と拡張期血圧は至適血圧、正常血圧、正常高値、軽症高血圧、中等度高血圧、重症高血圧に分類した。総コレステロールの指導区分は異常を認めず、要指導、要医療である。性、年齢別（65歳以上、40-64歳）に収縮期血圧、拡張期血圧と総コレステロールの関連を観察した。

8. 小地域単位の保健サービス効果測定

資料として、厚生労働省の国民栄養調査、患者調査、人口動態統計および総務省統計局の国勢調査を用いて、健康指標を算出し、小地域の保健サービス効果の測定を試み、その有用性を検討した。

国民栄養調査結果から設定した健康指標は、身体状況調査、血液検査から得た指標で、一部についてはその値から異常値を判定し、その割合についても年次推移を検討した。

人口動態統計を用いた指標としては、SMRを、市町村別、所管保健所別に産出し、小地域のSMRとして検討した。

患者調査および国勢調査を用いて、7傷病を取り上げ、受療率、総患者率を算出して健康指標と設定し、都道府県別分布図を作成した。さらに、病院の入院患者については、二次保健医療圏別年齢調整入院受療率を算出し、分布図を作成して地域分布を検討した。また、都道府県の例として埼玉県の二次保健医療圏別年齢調整入院受療率分布図を作成した。

9. 循環器危険因子改善度の評価に関する

研究

全国12地域住民のうち、1992年から1995年までの基本健診受診者（40～69歳）9645名を対象に身体活動度の評価を行った。これらの対象について、2002年3月まで追跡して、生死及び循環器疾患（脳卒中と心筋梗塞）罹患を確認した。

（倫理面への配慮）

本研究は「健康日本21」における各分野の到達目標の達成度を評価するための調査方法及び既存の各種統計資料の解析に主眼をおいた研究であり、これらの資料の利用によって直接個人のプライバシーを侵害することは考えられない。しかし、個人の健康度及び生活習慣の実態把握を目的とした新規の調査を実施する場合は、調査目的を十分に説明した上で書面による同意（インフォームドコンセント）を得ることを調査実施の前提条件とすべきであり、調査計画に当たって慎重に配慮するよう提言したい。

C. 研究結果

1. 「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績

調査対策市町村3,207か所のうち2,570か所（80.1%）から調査票が回収された。

「健康日本21」の公表後3年経過した調査時点の地方計画策定状況をみると、策定済み24.3%、策定中13.6%、策定予定18.3%であり、策定予定なしは41.5%であった。そのほかに第二次医療圏単位または保健所管内の策定を計画しているところもわずかながらみられた。

策定済み、策定中、策定予定の自治体の策

定年次としては、2003年及び2004年に約1／3の自治体が集中していた。地方計画に含まれる分野をみると、栄養・食生活が最も多く93.2%、このほかに身体活動・運動、たばこ、心の健康、歯の健康が80%以上の高率を占めていた。また、アルコール、休養が70%台を占め、循環器病、がん、糖尿病なども半数以上であった。

「健康日本21」の各論に取り上げられている分野のうち、いくつかについて現状を要約した。

(1) 栄養・食生活に関する項目

栄養・食生活に関する項目で、現状把握すみのものは、適正体重を維持している人の割合をあげたところが最も多く、63.4%を占めていた。ついで食塩の摂取量、野菜の摂取量、牛乳・乳製品の摂取量が多かった。

目標設定すみの項目についても、順位は現状把握と同じであったが、最も高い適正体重を維持している人の割合でも32.3%と、現状把握の場合よりも低い値であり、他の項目でも同様の傾向が見られた。

(2) 身体活動・運動に関する項目

身体活動・運動については、現状把握すみの項目としては、運動習慣のある人の割合をあげたところが最も多く、75.3%を占めていた。ついで運動を心がけている人の割合、地域活動を実施している人の割合、外出に積極的な態度をもつ人の割合などが多かった。

目標設定すみの項目については、運動習慣のある人の割合をあげたところが最も多かったが、現状把握に比べて低い値で39.9%であった。ついで運動を心がけている人の割合があげられたが、他の項目をあげるところは少な

かった。

(3) 休養・こころの健康づくりに関する項目

休養・こころの健康づくりについては、現状把握すみの項目としては、ストレスを感じた人の割合、十分な睡眠をとっていない人の割合をあげたところは80%以上の高率を示した。

目標設定すみの項目についても、上記の2項目があげられたが、両者とも30%前後であった。

(4) 喫煙および飲酒に関する項目

喫煙および飲酒については、現状把握すみの項目としては、喫煙関係では、成人喫煙率を取り上げたところが最も多く65.6%、ついで喫煙の健康影響に関する知識42.7%、未成年者の喫煙率33.0%であった。一方飲酒関係では、多量飲酒者の割合が最も多く57.9%、未成年の飲酒率25.7%であった。

目標設定すみの項目としては、喫煙関係では、成人喫煙率、喫煙の健康影響に関する知識、未成年者の喫煙率ともに、25%前後の低率であった。一方飲酒関係では、多量飲酒者の割合、未成年の飲酒率ともに30%以下であった。

2. 地域における生活習慣改善度の評価に関する研究

人口規模の大きな自治体で多かったのは、男の肥満者、果物の毎日摂取者、運動習慣のある者、女の多量飲酒者・喫煙者、喫煙関連疾患の知識を有する者、高齢者の糖尿病、積極的に外出する者、歯科検診を受診している者であった。人口規模の小さな自治体で多かったのは、女の肥満者、野菜を毎日摂取している者、男の喫煙者、地域活動をしている者

であった。人口規模の大きな自治体と小さな自治体の両方で多かったのは、牛乳を毎日摂取している者、ストレスを非常に感じた者、男の多量飲酒者であった。

3. 都道府県単位の保健サービスの効果測定に関する研究

各都道府県における生活習慣及び肥満の有無の人数、割合、及び標準化比を算出し、第1期（1986-89年）と第3期（1994-97年）の標準化比の都道府県別分布を検討した。運動習慣、肥満、喫煙習慣、飲酒習慣のいずれも、地域集積性が見られた。全国の格差推移は、飲酒習慣は変動は小さく都道府県格差は増大傾向、一方、運動習慣は全国平均は上昇傾向、格差縮小する傾向が見られた。

標準化比が高い傾向が見られた都道府県は、総コレステロール240mg/dl以上では西関東と西日本及び沖縄、HDL-コレステロール40mg/dl未満では関東から中部と四国、グルコース110mg/dl以上では九州、近畿を除く広域であった。ヘモグロビン低値は1998-2000年において、西日本よりも東日本により高い地域が見られた。

肥満の格差が増大した群は、その後3年間の動脈硬化指数3以上とグルコース高値の出現割合がともに格差増大のない群よりも有意に高かった。また、糖尿病年齢調整死亡率も有意に高かった。飲酒の格差が増大した群は、その後3年間の総コレステロール高値の出現割合が、増大なし群よりも有意に低い傾向が見られたが、脳血管疾患死亡率は有意に高く、平均寿命は有意に低かった。10年間で、グルコース高値者割合の格差が増大した群は、糖尿病死亡率が、格差増大のない群よりも有意に

高かった。HDL-コレステロール低値者割合の格差が増大した群も、糖尿病死亡率が、格差増大のない群よりも有意に高かった。検査値（肥満を含む）の異常値出現割合で格差が増大した項目数は、糖尿病死亡率及び心疾患死亡率と有意な正の相関が見られた。糖尿病死亡率は格差増大検査項目数の増加とともに上昇した。

4. 長期追跡集団における体重減少が死亡に及ぼす効果の疫学的検討

40-64歳時のBMI別にその後の追跡期間内の死亡率（内因死）を、25歳時BMIを3群にわけて比較検討した。25歳時にBMIは正常群に属し、郵便調査時のBMIが22.50 kg/m²のものを基準として相対リスクを示した。男性では、25歳時正常群においては体重が増えたものと減ったものとの死亡リスクが高いU字型のリスク曲線が得られた。25歳時にやせ群に属していたものでは、少しの体重の増加では死亡リスクが減少し、体重の著しい増加では正常群に属していたものよりも死亡のリスクはより高くなることが観察された。女性では、25歳正常群とやせ群では男性に見られた傾向とほぼ同じ傾向が見られたが、25歳時肥満群では、体重が減れば減るほどリスクが低下する傾向がみられた。

循環器疾患死亡についても同様の検討を行ったが、男性では、内因死に見られたと同じ傾向が得られた。25歳時にやせ群に属していたものでは、体重に変動のない群ではリスクは低いままであったが、体重が多く増加した群では正常群に属していたものよりも死亡のリスクは著しく高くな

ることが観察された。25歳時肥満群では、体重が減れば減るほどリスクが低下する傾向がみられた。この傾向は女性でも同様に観察された。

5. 評価データの収集方法と解析方法の開発
平成14年度は既存の資料から評価指標の種類、評価の時期と内容、評価データ収集システムの必要性、評価のスケジュール、評価者の設置、コストの評価についてその内容を抽出し、健康日本21への応用の可能性と行政活動のレベルと健康日本21の内容の関連について明らかにした。また、喫煙対策における評価の具体例などを示した。

平成15年度は健康日本21地方計画の項目にそくして、どの程度の規模で評価可能かを勘案することにより、県、2次医療圏、市町村の役割分担について検討し、脳卒中・心筋梗塞・がん、自殺など罹患率、死亡率の低いアウトカムおよび栄養調査、血液検査など労力の大きいものは、県もしくは2次医療圏レベルの規模で、こころの健康、歯の健康、喫煙、飲酒などの指標と住民の知識、意識や行動などに関しては市町村と県でデータの収集範囲を分担し調査するのが合理的であることを示した。

6. 保健所所管の行政データの活用に関する研究

血圧測定受診者に対する測定値要医療者数の割合は、循環器系疾患（入院及び外来）受療率、脳卒中（入院）受療率、虚血性心疾患

（入院）受療率及び心疾患死亡率において、有意に相関がみられた。高血圧性疾患（入院）受療率及び糖尿病（入院）受療率との相関は、有意ではなかった。

糖尿病及び総コレステロールの要医療割合と循環器系疾患（入院及び外来）、脳卒中（入院及び外来）、虚血性心疾患（入院及び外来）、高血圧性疾患（入院及び外来）、糖尿病（入院及び外来）の各受療率、及び循環器疾患（脳卒中、心疾患、高血圧性疾患及び糖尿病）の死亡率との相関は、いずれも有意な関係が見られなかった。

7. 地域における血圧分類に関する研究

多伎町が実施した老人保健法に基づく基本健康診査の受診者数（受診率）は、平成14年で711名（52%）であった。性別に見ると男258名、女453名で女が多かった。年齢別には40-64歳で262名、65歳以上で449名と65歳以上が多かった。

収縮期血圧、拡張期血圧が中等度高血圧、重症高血圧で要医療のものはそれぞれ36名（5.4%）、14名（2.0%）であった。収縮期血圧、拡張期血圧が至適血圧、正常血圧、正常高値のものはそれぞれ559名（78.6%）、646名（90.9%）と異常を認めないものが多い。

収縮期血圧、拡張期血圧と血清総コレステロールの関連を検討した。至適血圧、正常血圧、正常高値の者においても血清総コレステロール値が要医療と区分されるものが多かった。血圧と血清コレステロールの関係を性、年齢別に観察した。収縮期血圧、拡張期血圧が正常血圧のものは男女とも40-64歳で血清総コレステロール値が要医療と区分されるものが最も多かった。

8. 小地域単位の保健サービス効果の測定

国民栄養調査結果を用いた指標については、健康指標を血圧値のように個人の値の平均値として表したものの、個々の値から健康度を判

定してその割合を求めたものとした。

国民栄養調査から得られる健康指標は、年次による変動が大きくなるものが多く、目標値設定およびその後の評価の際に、その変動を考慮する必要がある。

SMR分布図の検討では、死亡数の少ない疾患では変動が大きいため、年次をまとめることが必要である。しかし、年次変化を検討する場合は、市町村単位を所管保健所単位などのように併合することも必要であると考え、埼玉県を例に挙げて、所管保健所単位に併合を試みた結果、疾患の地域傾向がより明確になることが明らかとなった。

患者調査結果の指標の検討では、都道府県別データが得られ、病院の入院患者については二次保健医療圏別のデータが提供されている。

患者調査は、調査時点で医療を受けた患者を調査するものであり、推計患者数はその時点で医療を受けているすべての患者数を示すものではない。患者調査では総患者数を提案して掲載している。総患者数は調査時点で継続的に医療を受けている者の数を表すものである。

受療率と総患者率の相関分析の結果、受療率と総患者率はまったく同じでないことを明らかにし、その地域の健康状態を示す指標としては、「医療を受けている者の有病率」ともいえる総患者率を用いるべきと判断した。

一方、二次保健医療圏の健康指標としては、患者調査から得られる指標は病院の入院受療率のみであることから、この指標の意味を踏まえつつ入院受療率を用いることも可能である。

9. 循環器危険因子改善度の評価に関する研究

男性では身体活動度が最も低い群で死亡率が最も高く、中程度の群で低下し、高活動度群ではやや上昇する逆J型の傾向を示した。女性ではPAIが上昇するほど低い死亡率を示した。

D. 考察

1. 「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績

「健康日本21」が発表されてから3年経過した段階で、市町村の計画策定状況を見ると、地域により大きな開きがみられた。計画の策定済みまたは策定中の市町村割合は、高い県では80%を超しているのに対して、低い県では10%台または10%未満のところが見られた。これほど大きなばらつきが見られるのは、

「健康日本21」に対する期待が県によって大きく異なるためなのだろうか。

地方計画に含まれる分野は、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこなどはいずれも高く、循環器疾患、がんなどの生活習慣病の第一次予防として、効果が期待できる項目が採用されている。このほかに、こころの健康および歯の健康を取り上げた市町村が多い。こころの健康については、最近、高血圧、くも膜下出血、虚血性心疾患、糖尿病などのリスクファクターとして注目されており、また、歯の健康は、高齢者のQOL、脳卒中後遺症などのリハビリテーションへの影響があるとされており、上位に占める理由と考えられる。

地方計画策定のための委員会の構成メンバーをみると、各地方のキーとなる機関と団体

が多くの市町村で参加しており、幅広い協力体制を整えているところが多い。

地方計画の策定に当たって、様々な障害、阻害要因が考えられる。保健担当者の使命感と首長に対する積極的な働きかけが期待され、同時に保健所を中心とする関係機関との連携を密にして、専門機関の協力と情報収集体制を確立する必要がある。

今回の調査では、「健康日本21」の各論に取り上げられている分野のうち、栄養・食生活に関する項目、身体活動・運動に関する項目、休養・こころの健康づくりに関する項目、喫煙に関する項目、飲酒に関する項目について、現状把握および目標値の設定の実施状況についての質問を行った。

各分野とも基本的な項目に関しては、ほぼ60%以上の市町村で現状把握がすすんでいることがうかがわれた。

目標設定に関しては、その割合は現状把握と比べて、かなり低い値にとどまっている。現状把握は、質問調査、健康診査成績の利用、過去に実施した調査成績の利用、その他の既存資料の利用などにより、比較的容易に実施することができるが、10年後の目標値の設定には、達成の見通し、先進地域の現状値、これまでの推移などを十分に考慮しなければならないこともあって、どの項目をみても現状把握よりも低い値を示している。管轄保健所、都道府県、公衆衛生関係の専門家などの協力を得て、できるだけ早く科学的な根拠に基づく目標値を設定すべきと考える。

2. 地域における生活習慣改善度の評価に関する研究

「健康日本21」の数値目標のうち約4割

をカバーできる調査票と「健康日本21地方計画策定に伴う現状把握のための調査マニュアル」を用いて市町村が精度の高い独自の調査を実施できることを明らかにしたが、多くの調査項目は年齢に依存していることが明らかになった。平成15年度の研究でさらに、各調査項目は自治体の人口規模の影響を項目によって異なった形で多様な影響を受けていることが明らかになった。このことは、数値目標を設定する場合、単に全国と比較するだけでなく、地域の特性について配慮しながら設定する必要があることを示している。地域においては人的資源、公共施設等に大きな格差があることが考えられることから、地域特性を踏まえた目標設定とアクションプランが必要であると考えられる。

3. 都道府県単位の保健サービスの効果測定に関する研究

運動習慣あり割合の全国平均の上昇が都道府県格差の縮小を伴っていたことは、わが国の全国的な健康づくり政策や健康増進関連施設の増加等によることが考えられた。一方、飲酒習慣あり割合の都道府県格差の増大は、東北から関東とそれ以外の地域での格差の増大傾向の違いを反映したことが考えられた。

喫煙及び飲酒習慣については一部の地域に集積する傾向が見られた。これらの地域に関しては、生活習慣の改善への方策は、都道府県格差是正の観点からも有効であろう。

HDL-コレステロール低値及び動脈硬化指数3以上の出現割合の平均推移は低下傾向が見られたが、HDL-コレステロール低値割合の都道府県格差は増大傾向にあった。一方、1986-97年において運動習慣が都道府県格差の縮小を

伴って増加していたので、運動習慣の増加によってHDL-コレステロール低値の割合が低下した可能性がある。しかしながら、格差推移は異なる動きを示したことから、生活習慣の変化が及ぼす結果指標である検査値との関連に注意して検討する必要がある。

そこで、個々の各都道府県が、格差及びその推移を捉え、健康指標との関連を分析して、生活習慣や検査値の改善が、将来的な生活習慣関連指標や死亡率の改善につながるかどうかを検討した。格差が好ましくない方向へ広がった、すなわち運動習慣が他都道府県に比べ相対的に減少し、かつ都道府県格差を増大した群は、その後3年間のHDL-コレステロール40mg/dl未満の出現割合が、格差増大のない群よりも有意に高かった。肥満の格差が増大した群は、動脈硬化指数、グルコース、さらに糖尿病年齢調整死亡率の増加と有意に関連しており、糖尿病や動脈硬化を反映する基礎疾患として対策の強化が必要であろう。ただし、自覚症状・生活支障・通院標準化比は、必ずしも健康指標としては当てはまらず、むしろ自覚症状のないうちに生活習慣病をはじめとするsilent diseasesが進行する危険を考慮すべきであろう。

飲酒の格差が増大した群は、脳血管疾患死亡率が有意に高く、平均寿命は有意に低かったことから、特に寒冷時の飲酒やその際の環境には注意する必要がある。一方、総コレステロール高値の割合は低い傾向を示したことから、適正な飲み方を工夫し、健全な習慣とすることが望まれる。

検査指標と糖尿病死亡率との関連は強いことから、糖尿病は、都道府県での生活習慣病

関連の検査結果を良く反映する疾病である可能性が高い。

4. 長期追跡集団における体重減少が死亡に及ぼす効果の疫学的検討

中年期以前の体重変動の影響についてみると、全内因死ならびに循環器疾患死亡においては、青年期にやせ群と正常群に属していたものでは、体重が中年期にかけて増加したものでは死亡リスクが増すことが判明した。肥満が高血圧、高脂血症、耐糖能異常につながることも知られている。従って肥満が動脈硬化を進め、虚血性心疾患や脳梗塞を引き起こすことによって死亡率を増加させた可能性が考えられる。

さらに青年期に肥満していたものでは、中年期にかけて体重が減った群では内因死、特に循環器疾患死亡のリスクが低下することが確認された。

今回の検討の結果、内因死特に循環器疾患による死亡の予防には、肥満しないこととともに、肥満者においては体重減少が重要であることが示唆され、『健康日本21』において20～60歳代男性の肥満者の割合を現状の24.3%から2010年には15%以下に、40～60歳代女性の肥満者の割合を25.2%から20%以下にするよう目標値が設定されたことの妥当性を支持する知見が得られた。

5. 評価データの収集方法と解析方法の開発

評価を行うには、行政レベルによりどのような評価を行うのか、前もって評価指標、評価デザイン、評価スケジュール、評価者を明らかにしておく必要がある。また、非常に多くの費用と労力が必要となるが、罹患率を初

めとしたデータ収集システムの整備の充実なしに経年的な精度の良い評価は不可能である。

実際には、心筋梗塞、脳卒中、がん、自殺による死亡など死亡率が比較的低い指標については、県レベルまたは2次医療圏レベルで罹患率、死亡率などを把握、評価していく必要がある。市町村単位でこれらの指標を評価するのは、大きな人口の市を除いて、あまり意義は大きくない。

県は労力のかかる比較的大きなアウトカムや中間指標中心に、市町村は背景にある実際の住民の知識、意識、行動などを中心に評価する項目を決めておき、相互にデータを共有活用できるシステムが必要である。

ただ、精度よく評価するには、無作為抽出による定期的な調査や疾病登録まで多くのシステムを整える必要があり、既存の予算的、人的、物的資源で、さらに綿密な調査や評価を付加するのは厳しい現状である。

6. 保健所所管の行政データの活用に関する研究

今回の研究では、老人保健事業報告の健診受診者数に対する要指導者数、要医療者数を各々要指導割合、要医療割合として一つの指標を考えた。循環器疾患の危険因子である高血圧、糖尿病、高コレステロール血症に対して、健診では血圧、糖尿病、総コレステロールが検査されており、各々の要指導割合、要医療割合と、循環器疾患の受療率及び死亡率との相関を47都道府県データにより検討した。その結果、血圧については、要医療割合が、循環器系疾患（入院）受療率、循環器系疾患（外来）受療率、脳卒中（入院）受療率、虚血性心疾患（入院）受療率及び心疾患死亡

率において、有意な相関を示した。このことは基本健康診査の健診結果の内、血圧測定値の判定が要医療であった者の受診者に対する割合という指標が、循環器系疾患患者を減少させる目標に対して、有効な指標となる可能性が指摘できる。

7. 地域における血圧分類に関する研究

血清総コレステロール値が要医療と指導区分されるものは収縮期血圧、拡張期血圧いずれにおいても至適血圧、正常血圧、正常高値のもので多かった。収縮期血圧、拡張期血圧が正常血圧のものは男女とも40-64歳で血清総コレステロール値が要医療と指導区分されるものが最も多かった。今後の高血圧の管理においてはより軽症のものにも範囲を広げ合併する肥満、高脂血症、耐糖能異常の管理が重要であると考ええる。血圧区分がこれまでの正常、境界域、高血圧の3区分より6区分に細分化された。地域において血圧の評価を行う場合には標準化された血圧測定が重要である。

8. 小地域単位の保健サービス効果の測定

市町村、二次保健医療圏、所管保健所単位、都道府県など小地域における保健サービスの評価指標を、既存資料を用いて検討して、これらの指標はそれぞれの小地域のサイズによって、適・不適があることを明らかにした。実際の評価に当たっては、年次傾向を考慮する必要があると考えた。たとえば、増加傾向にある指標の場合には、その推移を考慮して高めの目標値を設定することである。このように設定することによって、市町村など各自治体の保健サービスの真の評価ができるものと考えた。

9. 循環器危険因子改善度の評価に関する研究

他の研究にて、低活動度群のみならず、高活動度群でも死亡のリスクが上昇するとの報告が見られるが、本研究でも、統計学的に有意ではないが、男性にその傾向が見られた。

年齢と各種の循環器危険因子を調整後のハザード比は、男性の第3分位のみが統計学的有意差を示した。身体活動度と総死亡の関連は、従来、心疾患死亡が占める割合が高い欧米の住民集団を対象に検討されてきた。これに対し、本研究の死因では、従来の研究で身体活動度との有意な関連が指摘された循環器疾患による死亡が男性20.4%、女性27.7%と少ない。また、40%以上を占める悪性新生物では、PAIの4分位別の死亡数の差が、循環器疾患死亡に比べ少ない。以上により、欧米の従来の研究に比べて危険度の各群間差が控えめな推定値となっていると考えられた。

E. 結論

1. 「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績

(1) 「健康日本21」発表後3年めの時点で、地方計画策定済み24%、策定中14%、策定予定18%であり、策定予定なしは42%であった。

(2) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒など取り上げた現状把握および目標値の設定状況を明らかにした。目標設定に取り上げた項目の割合は、現状把握と比べて低い値であった。

(3) 目標値の設定にあたっては、達成の見通し、先進地域の現状値、これまでの推移などを十分に考慮し、管轄保健所、都道府県、公衆衛生関係の専門家などの協力を得て、科学的な根拠に基づく設定が必要である。

2. 地域における生活習慣改善度の評価に関する研究

全国25地域、約3万人のデータの解析により、「健康日本21」の地方計画の策定には、性年齢別構成とともに、人口規模に応じた地域の特性に配慮することが必要であると考えられた。

3. 都道府県単位の保健サービスの効果測定に関する研究

国民栄養調査の資料を用いて、都道府県格差を数年～10年の単位でモニターし、格差の動向を把握しながら、地域の保健対策を講ずることは、今後の健康日本21の目標達成とその評価や、新たな目標設定の際に有用である。

4. 長期追跡集団における体重減少が死亡に及ぼす効果の疫学的検討

体重が、青年期にやせ群または正常群の者で、中年期に増加した者は死亡リスクが増加し、青年期に肥満の者で、中年期に体重が減少した者では、特に循環器疾患死亡のリスクが低下することが確認された。このことは、「健康日本21」において肥満者の割合を減らすよう目標値が設定されたことの妥当性を支持するものである。

5. 評価データの収集方法と解析方法の開発

評価の実施に当たっては、事前に信頼できる既存データや新規調査により地域の問題点やニーズを把握し、評価指標、評価デザイン、評価スケジュール、評価者を明らかにし、精度の良いデータ収集、評価のための人材、システム、法整備が必要である。

評価データの収集に関しては、県と市町村の役割分担、連携が必要である。さらに県間で比較可能なデータ収集を行う必要がある。

6. 保健所所管の行政データの活用に関する研究

循環器疾患の受療率や死亡率の増減を推測する指標として、基本健康診査における血圧測定値が要医療と判定された者の受診者数に対する割合が利用できることを明らかにした。

7. 地域における血圧分類に関する研究

地域における高血圧管理においては至適血圧、正常血圧、正常高値の者に対しても、高脂血症の指導が必要である。

8. 小地域単位の保健サービス効果の測定

国民栄養調査結果を用いた指標については、健康指標を血圧値のように個人の値の平均値として表したもの、個々の値から健康度を判定してその割合を求めたものとした。

国民栄養調査から得られる健康指標は、年次による変動が大きくなるものが多く、目標値設定およびその後の評価の際に、その変動を考慮する必要がある。

SMR分布図の検討では、死亡数の少ない疾患では変動が大きいため、年次をまとめることが必要である。しかし、年次変化を検討する場合は、市町村単位を所管保健所単位などのように併合することも必要であると考え、埼玉県を例に挙げて、所管保健所単位に併合を試みた結果、疾患の地域傾向がより明確になることが明らかとなった。

患者調査結果の指標の検討では、都道府県別データが得られ、病院の入院患者については二次保健医療圏別のデータが提供されている。

9. 循環器危険因子改善度の評価に関する研究

総身体活動度の低い群ほど死亡率が高かった。男性では、低い群と高い群で死亡率が高い、非線形の関連傾向が見られ、循環器疾患死亡は悪性新生物によるものより身体活動度との関連が強い傾向が見られた。

F. 健康危機情報

本研究は直接健康危機情報と関係はないが、健康指標の年次推移、地域差を把握しておくことは、異常事態が発生した場合、いち早く状況を察知し、健康危機を回避する上で意義がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 坂田清美. 日本の小児肥満者数は. 肥満と糖尿病 2003;2(3):17-19
- 2) 坂田清美. 老化予防のコホート研究とは. 肥満と糖尿病 2003;2(4):20-21
- 3) 神田 晃, 斎藤博之, 川久保 清, 谷原真一, 中森寛二, 星野祐美, 酒井 光, 川口 毅. 健康増進施設, 運動療法施設, 42条施設の実態調査. Sportsmedicine 2003;15(1):41-44.
- 4) 佐藤 満, 服部幸應, 神田 晃, 川口 毅. 糖尿病患者における生活習慣, 健康行動と医療費との関連. 厚生指標2003;50(1):7-16.
- 5) 神田 晃, 尾島俊之, 三浦宜彦, 小栗重統, 岡山 明, 松村康弘, 柳川 洋. 飲酒, 喫煙, 運動習慣及び肥満の都道府県格差とその推移に関する研究. 厚生指標2002;49(15):7-15.
- 6) 神田 晃, 神山吉輝, 星山佳治, 川口 毅, 服部幸應. 基本健康診査受診後の受療行動に関する分析. 昭和医会誌2002;62(5):335-341.

- 7) 神田 晃, 尾島俊之, 柳川 洋. 都道府県格差及びその推移の健康指標としての有効性. 厚生指標2001;48(2):12-21.
- 8) 神田 晃, 尾島俊之, 柳川 洋. 自覚的健康観の健康指標としての有効性—「健康日本21」に向けて. 厚生指標 2000;47(5):33-37.
- 9) Kanda A, Hoshiyama Y, Kawaguchi T. Association of lifestyle parameters with the prevention of hypertension in elderly Japanese men and women — A four-year follow-up of normotensive subjects. Asia Pac J Public Health 1999;11(2):77-81.
- 10) 旭伸一, 渡邊至, 多治見守泰, 大木いずみ, 尾島俊之, 中村好一, 小栗重統, 岡山明, 松村康弘, 柳川洋. 都道府県別喫煙率, 飲酒率と疾患別死亡率の関係. 厚生指標 50(1)1-6, 2003
- 11) 谷原真一, 山部清子, 大津忠弘, 津田敏秀, 中村好一, 藤田委由. 食中毒事件あたり患者数の年次推移に関する一考察. 厚生指標 50: 32-35, 2003
2. 学会発表
- 1) 古閑美奈子, 水谷隆史, 近藤尚己, 武田康久, 松村康弘, 小栗重統, 岡山明, 柳川洋, 山縣然太郎. 小児の脂質摂取と食品摂取量, 食習慣との関連について. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003. 10. 23(日本公衛誌50(10):861, 2003)
- 2) 旭伸一, 上原里程, 渡邊至, 多治見守泰, 大木いずみ, 尾島俊之, 中村好一, 小栗重統, 岡山明, 松村康弘, 柳川洋. 都道府県別にみた喫煙と呼吸器症状の相関. 第13回日本疫学会学術総会, 2003.1.25 (Journal of epidemiology 13(1) supplement:187,2003)
- 3) Asahi S, Uehara R, Watanabe M, Tajimi M, Oki I, Ojima T, Nakamura Y, Oguri S, Okayama A, Matsumura Y, Yanagawa H. Relationship between habits smoking and alcohol drinking in Japan. American Public Health Association 131st Annual Meeting & Exposition (Final Program p105), 2003. 11. 17
- 4) Suzuki K, Tanuma T, Ojima T, nakamura Y, Yanagawa H. A nation wide survey on the measures against smoking in local government offices in Japan. American Public Health Association 131st Annual Meeting & Exposition (Final Program p105), 2003. 11. 17
- 5) Tanuma T, Suzuki K, Yanagawa H. Relationship between elderly persons requiring long-term care and their care givers in Japan. American Public Health Association 131st Annual Meeting & Exposition (Final Program p173), 2003. 11. 18
- 6) 坂田清美, 飯島美世子, 岡山明, 野原勝, 山縣然太郎, 三浦克之, 門脇崇, 菱田加代子. 高血圧, 高コレステロール, 耐糖能異常の個別健康教育による効果の評価. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003. 10. 23(日本公衛誌50(10):205, 2003)
- 7) 神田 晃, 尾島俊之, 三浦宜彦, 小栗重統, 岡山明, 松村康弘, 柳川 洋. 飲酒, 喫煙, 運動習慣及び肥満の都道府県格差とその推移に関する研究. 第61回日本公衆衛生学会総会, 2002. 10. 24 (日本公衛誌49(10):201, 2002) .
- 8) 神田 晃, 尾島俊之, 柳川 洋. 都道府県格

差及びその推移の健康指標としての有効性.

第60回日本公衆衛生学会総会, 2001. 11. 1

(日本公衛誌48(10):311, 2001)

9) 神田 晃, 尾島俊之, 柳川 洋. 自覚的健康観及び健康格差の健康指標としての有効性—

「健康日本21」に向けて. 第58回日本公衆衛生学会総会, 1999. 10. 21 (日本公衛誌46(10):169, 1999) .

10) 渡邊至, 中村好一, 多治見守泰, 大木いずみ, 尾島俊之, 松本英司. 厚生省患者調査を用いた糖尿病患者有病率・総患者数の将来推計. 第13回日本疫学学術総会, 2003.1.24 (Journal of epidemiology 13(1) supplement:57, 2003)

11) 渡邊至, 中村好一, 篠澤侂子, 高村寿子. 栃木県下の高校生性の性に関する特性とピアカウンセリングのニーズ. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003. 10. 24 (日本公衆衛生学会誌50(10)特別附録591, 2003)

12) 小林雅興, 坂田清美, 永井正規, 柳川洋. 栃木県の健康診査の現状と問題点. 第45回日本公衆衛生学会総会, 1986. 10. 30 (日本公衛誌33(10):525, 1986)

13) 小林雅興. 栃木県における高血圧受療者の地域格差. 第56回日本公衆衛生学会総会, 1997. 10. 17 (日本公衛誌44(10):644, 1997)

14) 天野宏紀, 藤田委由, 谷原真一, 多田學. 島根県H町における痴呆予防教室の評価〜かなひろいテストを評価スケールとして〜. 第13回日本疫学会学術総会, 2003. 1.

15) 谷原真一, 藤田委由, 水谷隆史, 近藤尚己, 山縣然太朗. 1歳6か月健康診断受診児の事故経験歴に関する調査. 第13回日本疫学会学術総会, 2003. 1.

16) 谷原真一, 藤田委由, 星山佳治, 川口毅: 脂肪肝診断に関する肝機能検査の感度特異度分析. 第73回日本衛生学会総会, 2003. 3.

17) 矢野香, 広瀬美和子, 早川岳人, 天野宏紀, 谷原真一, 藤田委由, 多田學: 島根県多伎町における基本健康受診者のヘモグロビンA1c値と空腹時血糖. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003. 10. 22 (日本公衛誌50(10):488, 2003)

18) 藤田委由, 早川岳人, 天野宏紀, 谷原真一. ヘモグロビンA1cと喫煙習慣の関連. 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003. 10. 22 (日本公衛誌50(10):488, 2003)

19) 早川岳人, 岡村智教, 門脇崇, 岡山明, 喜多義邦, 谷原真一, 藤田委由, 上島弘嗣: 国民の代表サンプルを用いた高齢者の日常生活動作能力の5年間推移 (NIPPON DATA 80). 第62回日本公衆衛生学会総会, 2003. 10. 23 (日本公衛誌50(10):680, 2003)

20) 谷原真一, 藤田委由, 津田敏秀, 大津忠弘, 岡田尚久, 中村好一: 食中毒事件届出の現状及び事件数の推計に関する調査. 第62回日本公衆衛生学会総会. 2003. 10. 22 (日本公衛誌50(10):882, 2003)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

「健康日本21」地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績

分担研究者 三浦宜彦 埼玉県立大学 教授
分担研究者 萱場一則 埼玉県立大学 教授
主任研究者 柳川 洋 埼玉県立大学 学長

「健康日本21」地方計画策定状況について市町村における現状を明らかにする目的で、全国の3,207市町村を対象に質問調査を実施した。その結果、地方計画策定状況は、策定済み24.3%、策定中13.6%、策定予定18.3%であり、策定予定なしは41.5%であった。

現状把握の割合が、他の項目と比べて著しく高いものは、栄養・食生活分野では、「適正体重を維持している人の割合」、身体活動・運動分野では、「運動習慣のある人の割合」と「運動を心がけている人の割合」の2項目、休養・こころの健康づくり分野では、「ストレスを感じた人の割合」と「十分な睡眠をとれていない人の割合」の2項目、喫煙の分野では「成人喫煙率」、飲酒の分野では、「多量飲酒者の割合（男）」などであった。目標設定に関しても、同じ項目が取り上げられているが、その割合は現状把握と比べて低い値であった。

目標値の設定には、達成の見通し、先進地域の現状値、これまでの推移などを十分に考慮しなければならない。管轄保健所、都道府県、公衆衛生関係の専門家などの協力を得て、できるだけ早く科学的な根拠に基づく目標値を設定すべきである。

キーワード：健康日本21、健康づくり、市町村調査、第一次予防、第二次予防

研究協力者

國澤尚子、若林チヒロ、服部真理子、
田口孝行、加藤朋子、新村洋未、
川島美知子（埼玉県立大学）

A. 研究目的

2000年に21世紀にむけて国民一人ひとりが健康を実現するためのガイドラインとして「健康日本21」が発表された。「健康日本21」の基本的な考え方は、個人の主体的な

取り組みによって、健康の意義を発見し、利用できる健康資源を選択し、健康実現を達成しようとするものである。健康を目標とした行動を自分で選択して、実践するためには、国、地方自治体、企業、マスコミ、NPO、職場、学校、保健医療団体の支援と環境整備が原則である。

これまでの予防活動にはみられない特徴として、現時点における国民の健康水準、危険因子の保有状況、生活習慣の問題点を、統計

資料や住民調査、健康診断成績などの客観的な健康指標を用いて、科学的に判断し、その上で取り上げる課題、優先順位を決定することがあげられる。

「健康日本21」が発表されてからすでに3年経過した。厚生労働科学研究「健康日本21の到達目標達成度の評価方法に関する実践的応用研究班」は、2003年6月現在の「健康日本21」地方計画策定状況、計画の内容、および健康づくり関連事項について市町村における現状を明らかにする目的で、質問調査「健康づくりに関する市町村の現状調査」を実施した。本調査の実施により、全国の状況を各市町村に提供し、健康づくり事業の推進に役立てることを、本研究の主な目的とした。

B. 研究方法

研究班は2003年6月に全国3,247市町村の健康づくり担当課宛に調査依頼文書とともに調査票を発送した。調査票発送先は「平成14年度全国市町村要覧」（市町村自治研究会編、第一法規発行、2002年11月）であった。その後の市町村合併を考慮して、最終的には2003年7月7日現在の3,207市町村を調査対象市町村数とした。第1回目の調査票発送後5週間の時点で、未回答市町村に再度調査票を発送した。さらに回答率を上げるために4週間後に、はがきによる再々依頼を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は「健康日本21」における各分野の到達目標の達成度を評価するための調査方法及び既存の各種統計資料の解析に主眼をおいた研究であり、これらの資料の利用によって直接個人のプライバシーを侵害することは考えられない。しかし、個人の健康度及び

生活習慣の実態把握を目的とした新規の調査を実施する場合は、調査目的を十分に説明した上で書面による同意（インフォームドコンセント）を得ることを調査実施の前提条件とすべきであり、調査計画に当たって慎重に配慮するよう提言したい。

C. 研究結果

1. 調査票の回収および「健康日本21」地方計画策定状況

調査対象市町村3,207か所のうち2,570か所（80.1%）から調査票が回収された。

「健康日本21」の公表後3年経過した調査時点の地方計画策定状況をみると、策定済み24.3%、策定中13.6%、策定予定18.3%であり、策定予定なしは41.5%であった。そのほかに第二次医療圏単位または保健所管内の策定を計画しているところもわずかながらみられた。地方計画策定状況を都道府県別にみると、すでに策定済みの市町村割合は、青森が最も多く77.2%、ついで鳥取57.9%、静岡55.6%、大分50.0%などが半数以上であった。また、現在策定中のところも含めると、青森86.0%、岩手75.5%、奈良70.6%、静岡69.8%、山形68.4%、鳥取68.4%、愛知67.1%、大分65.0%などが多かった。（表1、図1）

策定済み、策定中、策定予定の自治体の策定年次としては、2003年の18.7%が最も多く、ついで2004年が16.5%であり、この両年に約1/3の自治体が集中していた。（図2）

2. 地方計画策定あり市町村の状況

地方計画策定済みまたは策定中の975市町村を策定ありとして扱った。まず、地方計画に含まれる分野をみると、栄養・食生活が最も多く93.2%、このほかに身体活動・運動、たばこ、心の健康、歯の健康が80%以上の高率を占

めていた。また、アルコール、休養が70%台を占め、循環器病、がん、糖尿病なども半数以上であった。(図3)

地方計画策定のための組織の構成についてみると、医師会が最も多く81.3%であった。このほかに半数以上の市町村の組織では、保健所、食生活改善委員、住民組織、歯科医師会、教育委員会、社会福祉協議会などが構成メンバーとして含まれていた。(図4)

地方計画に際して困ったこととして頻度の高い項目は、時間がない60.8%、評価方法がわからない58.9%、策定方法がわからない48.5%、人手がない44.5%などであった。(図5)

3. 各分野の現状把握と目標設定

「健康日本21」の各論に取り上げられている分野のうち、栄養・食生活に関する項目、身体活動・運動に関する項目、休養・こころの健康づくりに関する項目、喫煙および飲酒に関する項目を取り上げ、現状把握および目標値の設定の実施状況についての質問を行った。

これらの分野について以下に要約した。

(1) 栄養・食生活に関する項目(図6)

栄養・食生活については、①適正体重を維持している人の割合、②脂肪エネルギー比、③食塩の摂取量、④野菜の摂取量、⑤牛乳・乳製品の摂取量、5項目を取り上げた。

現状把握すみの項目としては、適正体重を維持している人の割合をあげたところが最も多く、63.4%を占めていた。ついで食塩の摂取量、野菜の摂取量、牛乳・乳製品の摂取量が多かった。

目標設定すみの項目についても、順位は現状把握と同じであったが、最も高い適正体重を維持している人の割合でも32.3%と、現状把握の場合よりも低い値であり、他の項目でも

同様の傾向が見られた。

(2) 身体活動・運動に関する項目(図7)

身体活動・運動については、①運動を心にかけている人の割合、②日常生活における1日の歩数、③運動習慣のある人の割合、④外出に積極的な態度をもつ人の割合、(高齢者)⑤地域活動を実施している人の割合、(高齢者)、の5項目を取り上げた。

現状把握すみの項目としては、運動習慣のある人の割合をあげたところが最も多く、75.3%を占めていた。ついで運動を心にかけている人の割合、地域活動を実施している人の割合、外出に積極的な態度をもつ人の割合などが多かった。

目標設定すみの項目については、運動習慣のある人の割合をあげたところが最も多かったが、現状把握に比べて低い値で39.9%であった。ついで運動を心にかけている人の割合があげられたが、他の項目をあげるところは少なかった。

(3) 休養・こころの健康づくりに関する項目(図8)

休養・こころの健康づくりについては、①ストレスを感じた人の割合、②十分な睡眠をとっていない人の割合、③睡眠確保のための睡眠剤・精神安定剤、アルコール利用者の割合、の3項目を取り上げた。

現状把握すみの項目としては、ストレスを感じた人の割合、十分な睡眠をとっていない人の割合をあげたところは80%以上の高率を示した。

目標設定すみの項目についても、上記の2項目があげられたが、両者とも30%前後であった。

(4) 喫煙および飲酒に関する項目(図

9)

喫煙および飲酒については、①喫煙の健康影響に関する知識、②成人の喫煙率、③未成年者の喫煙率、④分煙の効果に関する知識、⑤禁煙支援プログラム、の5項目、飲酒関係では、⑥多量飲酒者の割合（男のみ）、⑦未成年者の飲酒率、の2項目を取り上げた。

現状把握すみの項目としては、喫煙関係では、成人喫煙率を取り上げたところが最も多く65.6%、ついで喫煙の健康影響に関する知識42.7%、未成年者の喫煙率33.0%であった。一方飲酒関係では、多量飲酒者の割合が最も多く57.9%、未成年の飲酒率25.7%であった。

目標設定すみの項目としては、喫煙関係では、成人喫煙率、喫煙の健康影響に関する知識、未成年者の喫煙率ともに、25%前後の低率であった。一方飲酒関係では、多量飲酒者の割合、未成年の飲酒率ともに30%以下であった。

(5) 個々の分野の現状把握および目標値設定のための調査方法（表2）

個々の分野の現状把握および目標値設定のための調査方法をみると、いずれの分野も質問調査による情報収集が最も多く66%以上を占めていた。栄養・食生活の分野では、健康診査成績の利用、過去に実施した調査成績の利用、その他の既存資料の利用ともに40%以上であったが、身体活動・運動、休養・こころの健康、喫煙・飲酒では、いずれも低い値であった。

D. 考察

「健康日本21」計画は、地方自治体が中心になって地域における現在の健康上の問題を正しくとらえ、10年後に生活習慣病の発生をどこまで減らし得るかという数値目標を示して、それを達成するための具体的な健康

づくりを進めようとするもので、それぞれの自治体が、地域の特性を考慮した独自の計画を策定して、実行しようという考え方である。

「健康日本21」が発表されてから3年経過した段階で、市町村の計画策定状況を見ると、地域により大きな開きがみられた。計画の策定済みまたは策定中の市町村割合は、高い県では80%を超しているのに対して、低い県では10%台または10%未満のところが見られた。これほど大きなばらつきが見られるのは、

「健康日本21」に対する期待が県によって大きく異なるためなのだろうか。

地方計画に含まれる分野は、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこなどはいずれも高く、循環器疾患、がんなどの生活習慣病の第一次予防として、効果が期待できる項目が採用されている。このほかに、こころの健康および歯の健康を取り上げた市町村が多い。こころの健康については、最近、高血圧、くも膜下出血、虚血性心疾患、糖尿病などのリスクファクターとして注目されており、また、歯の健康は、高齢者のQOL、脳卒中後遺症などのリハビリテーションへの影響があるとされており、上位に占める理由と考えられる。

地方計画策定の組織は、関係機関と関係団体との密接な連携をとる上でも必要不可欠な役割を果たすと考えられる。関係委員会の構成メンバーをみると、医師会、歯科医師会、保健所、教育委員会などの専門団体と専門機関および食生活改善委員などの住民組織の代表者など、各地方のキーとなる機関と団体が多くの市町村で構成メンバーとして位置づけられており、幅広い協力体制を整えているところが多い。

地方計画の策定に当たって、様々な障害、阻害要因が考えられる。時間がない、人手が