

(別添1)

厚生労働科学研究費補助金

健康科学総合研究事業

健康日本 21 計画の改訂と改善に資する基礎研究

平成 14～16 年度 総合研究報告書

主任研究者 長谷川 敏彦

平成 17 (2005) 年 3 月

平成 14-16 年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
健康日本 21 計画の改訂と改善に資する基礎研究  
総合研究報告書

目 次

I. ベンチマーキング研究

I-1. 地域別ベンチマーキング研究

I-2. 職域ベンチマーキング

I-3. 中間評価法の開発

II. 新領域の検討

II-1. 事故予防

II-2. 性の健康

II-3. 介護予防

III. 街づくり

III-1. 健康日本 21 とまちづくり計画

III-2. 街づくりの評価指標

III-3. 街づくりの観点からみた健康日本 21 実施に関する自治体ヒヤリング調査研究

III-4. 人口規模別まちづくり構成因子研究

III-5. 健康の街づくりに関するシナリオアプローチ研究

IV. 都道府県計画における目標値の分析

IV-1. 都道府県健康日本 21 計画評価

IV-2. 都道府県の目標値と健康結果の相関分析

IV-3. 都道府県版健康日本 21 における目標設定の研究－喫煙と歩行運動

IV-4. 「健康フロンティア戦略」と都道府県版健康日本 21 の目標設定の比較研究

IV-5. 健康政策における目標のタイプ分類に関する概念的検討

V. 未来学研究

V-1. 団塊退職者数分析

V-2. 人口、介護、医療費推計

V-3. 未来社会のあり方についての連続研究会による質的研究

VI. 個人の健康概念整理

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
総合研究報告書

健康日本 21 計画の改訂と改善に資する基礎研究

主任研究者 長谷川 敏彦（国立保健医療科学院政策科学部長）

研究要旨

健康日本 21 が 2000 年に開始して以降、本年 2005 年は中間評価と見直しの時期にあたる。本研究では、中間評価と改訂に資するため、中間評価法の開発と都道府県や職域のベンチマーキング、改訂に向けた新重点領域の研究、方法論としての街づくり（多セクター協同アプローチ）、さらに、都道府県の健康日本 21 計画の目標値に関する整理と分析、未来社会の予測を行った。

第 1 に、中間評価法の開発については、都道府県ベンチマーキングの統合的評価計算法の開発と、自治体等へのインタビューから中間評価のあるべき姿の検討を行った。ベンチマーキング研究については、上記で開発した手法を用いて初年度に主に 1995 年データを用いた都道府県ベンチマーキングと、国民生活基礎調査を用いた職域の保険別・県別ベンチマーキングを行い、さらに第 3 年度に 2002 年人口動態統計、2001 年国民生活基礎調査を用いた同様の都道府県ベンチマーキングと、2000 年度データによる職業別ベンチマーキングを行った。

第 2 に新重点領域の研究であるが、「事故予防(外傷予防)」「性の健康」「介護予防」の 3 分野について、その必要性や概念、方法論についての研究と提案を行った。

第 3 に方法論としての街づくり（多セクター協同アプローチ）の研究であるが、文献調査やフォーカスグループ・個別ヒヤリングにより概念的検討を行い、具体的に健康の街づくりの評価指標を開発した。また、複数の自治体への街づくりへの取り組みのインタビューを行い、街づくりや多セクター協同アプローチの成否の鍵を探った。

第 4 に、都道府県の健康日本 21 計画の目標値の整理では、健康日本 21 各都道府県版を各都道府県のウェブサイトや冊子から収集しデータベース化し、目標設定の傾向についての分析を行った。第 2 年目に、都道府県計画における目標値と、都道府県が重視している領域に関するアンケート結果の相関の分析を、第 3 年目に、新領域のほか、たばこや歩行の領域における都道府県の目標値設定動向分析と、目標管理型政策における目標や指標のタイプ別分類を行った。

さらに、未来社会の予測として、人口推計、介護推計、医療費推計等を行った。

分担研究者氏名・所属施設名及び所属施設における職名

平尾 智広（香川医科大学公衆衛生学教室）  
松本 邦愛（国立保健医療科学院政策科学部協力研究員）  
森雅文（国立保健医療科学院政策科学部協力研究員）  
長谷川友紀（東邦大学医学部公衆衛生学教室助教授）  
山崎敏（（株）トシ・ヤマサキまちづくり総合研究所所長）

A. 研究目的

高齢化が進む中、膨らみ行く医療費への対策、また、個人の QOL の向上のため、そして社会の存続を支える生産力人口の確保のためにも、個人が健康であり続けることの重要性はますます高まっており、疾病予防、健康づくりの支援はより重要な社会課題になってきている。2000 年から 2010 年にかけての健康日本 21 以外にも、対がん戦略 2 次、3 次、すこやか親子 21、その他、2005 年からは健康フロンティア戦略も新たに開始された。一方で、これまで生活

習慣病予防の主軸であった老人保健事業の改革による当該事業の中心が介護予防に移ることから、生活習慣病対策に対する制度的基盤が今後は薄くなることが危惧され、その意味で、2005年以降、どのように社会として予防や健康づくりに取り組んでいくのかを改めて整理しなおす必要がある。

他の類似する政策の中で、健康日本21の役割を明確化し、後半5年間において健康日本21が国民の健康づくりによりよく資することを目指していく必要がある。

本研究では、中間評価と改訂に資することを目的とし、中間評価法の開発と都道府県や職域のベンチマーキング、改訂に向けた新重点領域の研究、方法論としての街づくり（多セクター協同アプローチ）、さらに、都道府県の健康日本21計画の目標値に関する整理と分析、未来社会の予測の研究を行った。

## B. 研究方法

### I. 中間評価法とベンチマーキング研究

#### I-1. 地域別ベンチマーキング研究

都道府県が全国での自らの位置づけを知り、今後の都道府県における健康日本21の推進に資することを目的として、都道府県別のベンチマーキング研究を行った。

第1年度には、「疾病の自然史」に基づき、健康を表す8側面（「生活習慣」「危険要因」「疾病罹患」「死亡状況」「障害者率」「健康行動」「予防介入」「主観受留」）とそれぞれの側面を示す6項目に関して、各県、主要都市の健康日本21担当者、有識者にアンケートを行い、それぞれの加重を定め、8側面6項目を統合する指標を作成し、都道府県別ベンチマーキングを行った。

第3年度には、上記の8側面に関し、得られる最新データ2002年人口動態統計、2001年国民生活基礎調査を用いて都道府県別ベンチマーキングを行った。

#### I-2. 職域ベンチマーキング

第1年度には、1995年国民生活基礎調査を用いて、県・保険別のベンチマーキングをおこなった。第3年度には、2000年度人口動態統計と2001年国民生活基礎調査を用いて、職業別のベンチマーキングを行っ

た。

### I-3. 中間評価法の開発

第2年度に、健康日本21地方計画およびその取り組みについての中間評価手法の開発を行った。特に、街づくりを通じた健康支援のための評価手法の開発という点と、この評価が今後の取り組みの進展につながっていくような教育的戦略的評価法という点を、重視した。

具体的には、地方自治体の健康日本21計画およびアクションプラン等の調査、地方自治体担当部署のヒヤリング等から、自治体の抱える執行上・評価方法上の問題点を抽出して、新たな評価方法の開発を試みた。有識者による検討会によって行った。

## II. 新領域の検討

### II-1. 事故予防

第2年度から第3年度にかけて、新重点領域候補としての「事故予防」について、研究を行った。第2年度目には、日本の事故について疫学分析、事故予防方法としての米国CDCのアプローチと北歐のコミュニティセーフティプロモーション（CSP）の検討、高齢者の事故やCPRに関する検討を行った。第3年度目には、北歐のCSPを中心に、日本への応用の可能性と工夫点についての検討と、アジアでいち早くCSPを取り入れWHOの認証を受けた韓国ソウル市への訪問によるセーフコミュニティ実態調査、コミュニティアプローチによるマクロ視点と個人のミクロ視点を結びつけるシナリオアプローチの研究を行った。

### II-2. 性の健康

第2年度から第3年度にかけて、新重点領域候補としての「性の健康」について、研究を行った。第2年度目には、性の健康に関する各領域の有識者によるブレインストーミングを行い、性の健康支援に関する問題の同定を行った。

第3年度には、具体的な支援策としてのヘルスプロモーションがどのようにあるべきか、性の健康の国としての政策はいかにあるべきかを検討した。

### II-3. 介護予防

第3年度において、要介護人数や介護費の推計、介護予防の理論的枠組みや方法論についての考察、また、健康日本21の中での位置づけについて検討を行った。介護予防の研究成果についての文献的検討、老人保健事業や介護保険制度の見直しについて資料の検討のほか、理学療法士や介護保険事業者といった関連分野の者によりブレインストーミングを行なった。

### Ⅲ. 街づくり

#### Ⅲ-1. 健康日本21とまちづくり計画

第1年度と第2年度に、社会資源の現状把握、行政と資源の連携評価、連携システムの支援方策を検討した。まちづくりを構成する因子を取り上げ、それに関係するデータや既存文献資料を整理して現況を把握することを行った。また、フォーカスグループ、個別ヒアリングなどの方法を用いて、まちづくりの概念をまとめた。

#### Ⅲ-2. 街づくりの評価指標

第2年度に、上記の街づくりの概念に沿って、それを評価するための指標のリストの作成を行った。

#### Ⅲ-3. 街づくりの観点からみた健康日本21実施に関する自治体ヒヤリング調査研究

第2年度に、「街づくりを通じた健康支援」の現状と可能性を評価・検討することも目的として、それへの自治体の取り組みの現状と可能性、推進にあたっての問題点とその解決方法を検討するために、東京都町田市、東京都杉並区、山口県宇部市の3つの自治体に協力を得、関係者にヒヤリング調査を行った。「健康日本21」「健康づくり支援」「街づくり」について、地方自治体が抱えている問題、行っている取り組み、今後の可能性を質問した。

#### Ⅲ-4. 人口規模別まちづくり構成因子研究

健康づくり支援について、産業、住宅、保健、医療、福祉、交通 犯罪といったまちを構成している主な因子項目を取り上げ、その因子ごと、また町の人口規模別に、全国レベルの参考事例・先進事例を整理し、街づくりの今後の具体的方向性を思索することを試みた。

#### Ⅲ-5. 健康の街づくりに関するシナリオアプローチ研究

第1、2年度で提案した街づくりが比較的マクロレベルからの街づくりであったのに対し、それと「個人の生活の視点」を統合化するため、世代や性別ごとの個人のライフシナリオを作成し、個人の視点から望ましい街づくりのあり方や健康都市指標(健康の街づくり評価指標)を抽出し、第2年度に作った街づくり評価指標との対応性を見た。

### Ⅳ. 都道府県計画における目標値の分析

#### Ⅳ-1. 都道府県健康日本21計画評価

健康日本21各都道府県版を各都道府県のウェブサイトから集め、電子化されていないものに関しては冊子を収集し、目次・本文などを参照し、他県や国の計画との比較を行った。特に設定された目標値に関して、それぞれの特徴や国の計画の影響などについて考察を行った。この研究の時点では資料の入手の関係で42都道府県が対象となった。

#### Ⅳ-2. 都道府県の目標値と健康結果の相関分析

第2年度に、各都道府県が健康日本21地方計画において設定した目標と、健康の8つのディメンジョン(側面)における健康のベンチマーキングとの相関を見た。

#### Ⅳ-3. 都道府県版健康日本21における目標設定の研究-喫煙と歩行運動

第3年度に、健康日本21計画の目標を比較するにあたり、サンプルとして多くの県で採り上げられているため最も適していると思われる目標値(歩数と喫煙)についてベンチマーク分析を試み、各都道府県の特徴を明らかにした。

#### Ⅳ-4. 「健康フロンティア戦略」と都道府県版健康日本21の目標設定の比較研究

第3年度に、健康増進目指した方策として自民党が掲げる「健康フロンティア戦略」がある。壮年期の健康、女性の健康、介護予防、健康のための技術振興を具体的に目標としており、健康日本21とも重複する部分がある。ウ

ウェブ上で公開されている同戦略の目標と都道府県版健康日本21の目標を比較し、双方の目標の違いについて調査した。

#### IV-5. 健康政策における目標のタイプ分類に関する概念的検討

第3年度に、健康日本21やそれに類する都道府県や市町村での健康政策・保健計画で設定する目標値や指標のタイプ分類に関する概念的検討を行い、目標管理型健康政策の目標値・指標設定のあるべき方向性の検討を行った。

### V. 未来学研究

#### V-1. 団塊退職者数分析

2010年から15年にかけて、世代人口の大きい団塊の世代が退職してゆく。第2年度に、今後10年間、退職者がどれくらい発生するかを推計した。

自宅が仕事場ではない限り、夜の居住場所と日中の居住場所は分離する。定年などの理由により離職した場合、これらの労働人口は夜の居住場所である家計に編入することとなる。統計は、「国勢調査」の中から市町村別の自宅外労働者数を用い、今後10年間の間に定年を迎える50歳代の人口比率を各市町村で求め、それを掛け合わせることで計算した。

#### V-2. 人口、介護、医療費推計

第3年度に、人口、介護、医療費の将来推計を行った。人口推計では、総務省統計局による人口推計、社会保障・人口問題研究所による将来人口推計を用いて、将来各時代において、どのような出生コホートごとが高齢者(60歳以上)を構成するのが定量的に見た。介護推計では、上記と同様の人口推計を用いて、現行と同じ率で要介護が発生した場合の将来要介護人口、介護費用の推計を行った。また、医療費については、国民医療費、患者調査の受療率、社会保障・人口問題研究所の将来人口推計から、将来推計を行った。

#### V-3. 未来社会のあり方についての連続研究会による質的研究

第3年度に、健康日本21を含む保健・医療

政策と前提として、21世紀社会のあり方や動向について、有識者を招いて、連続研究会を行なった。テーマは、「高齢化とコミュニティビジネス」「コミュニティベースドリハビリテーション」「人口規模別街づくりタイプ分類」「経済産業省のケ農産業創出支援事業について」「人口転換と社会の変化」「外国人政策・移民問題の動向について」であった。

### VI. 個人の健康概念整理

フォーカスグループ、個別ヒアリングなどの方法を用いて概念をまとめた。

### C. 結果と考察

#### I. ベンチマーキング研究

##### I-1. 地域別ベンチマーキング研究

1995年前後のデータを用いた都道府県ベンチマーキング研究の結果では、総合健康指標の順位で、男性の1位は長野県、女性の1位は静岡県であった。これらの県はどの側面をとっても比較的上位に位置し、バランスの取れた県であることが判明した。アンケートの重み付けでは、八側面では特に死亡に関する重み付けが異なり、三つのグループ間で $p < 0.001$ 水準で有意な相違が見られた。

2002年人口動態統計や2001年国民生活基礎調査を用いた分析では、1995年前後のデータと順位の少なからず入れ替わりがみられた。

##### I-2. 職域ベンチマーキング

保険別に見るとほとんどの県で共済組合の健康状況がよいことが判明した。特に介入側面の健康診断受診率においては、この差が大きく政管と共済組合の間で、男で16.0%、女で13.8%の差があった。また、喫煙においても大きな差が見られ、男子における政管健保該当者の61.0%であったのに対し、共済組合においてはそれは50.9%、女子では政管が12.9%に対し、共済組合が7.4%であった。逆に差がほとんど認められなかったのは、栄養の摂取や主観に関する項目であり、ほとんどの項目において差は5%以内にとどまった。

また、職業別の死亡率の分析では、代表的なホワイトカラーワーカーである管理

職と事務職の死亡率を見ると、1990年、1995年では男性では事務職の方が管理職よりも死亡率が高く、女性ではその逆であったのが、2000年には、男女とも管理職の方が事務職よりも死亡率が高かった。

### I-3. 中間評価法の開発

ヒヤリング等から、多くの地方自治体が、健康づくり事業の評価を必要としていながらも、適切な手法を持たずにいるという問題点があることがわかった。評価において具体的問題点としては、「過去の事業を数値で評価できない」「否定的（自虐的）評価に偏りがち」「地方計画/アクションプラン/事業の区別がつかない」といったことが挙げられた。評価をすることによって今後の取り組みの進展につながっていくような教育的戦略的評価法という意味では、①健康づくり部署が健康日本21地方計画推進において従来の手法からの脱出が必要であることに気づくような評価手法、②健康づくり部署が健康づくりの資源獲得を行う際に説得力のある材料となるような評価手法、③健康づくり部署で働く人の意欲を高め肯定的な評価を行える評価手法という3つの点に留意して開発をしていく必要がある。

また、街づくりの観点からは、住民が健康な生活を営むための都市環境を評価する指標として、死亡率など保健指標のみならず、上下水道整備率、公園・遊歩道整備率、スポーツ施設の利用者数といった他分野も含めた指標が有効であるとの結論に達した。

## II. 新領域の検討

### II-1. 事故予防

人口動態統計を用いた不慮の事故死亡に関する分析では、国際比較をすると、日本は、乳児と高齢者での死亡率が悪く問題があることがわかった。死因では、他国に比べて溺死が多かった。

方法論についての検討では、国際的に見ると、事故予防は、意図的でない外傷(事故)、意図的な外傷(暴力、自殺・自傷)の両方を統一的に「外傷予防」という枠組みで取り組んでいることが多いことがわかった。米国のCDCによるアプローチは徹

底的な疫学分析による対策立案で、一方、北欧やWHOのコミュニティセーフティプロモーションアプローチ(CSP)は、コミュニティベースで多セクター協同の公衆衛生的方法による外傷予防プログラムであることがわかった。

第3年度には、CSPを日本に応用する可能性と工夫点の検討をし、現在「安全・安心」への関心の高まっている日本において、いくつかの都市でセーフコミュニティへの関心と取り組みが始まっていることがわかり、導入においては日本の文化を考慮した方法が必要であることが考えられた。

### II-2. 性の健康

2000年からの健康日本21では、「性の健康」が重点分野として取り上げられなかった理由を分析し、①生活習慣病ではない②すこやか親子で取り上げられている③個人のプライバシーに国が介入すべきでない、といった理由があったことが考えられた。しかし、検討の結果、性感染症や望まない妊娠の問題は、疾病負荷、上昇する10代の人工妊娠中絶率、増えゆくHIV/AIDS患者数などから見てもわかるように社会的に重要な課題であり、かつ環境、遺伝、生活習慣要因の3つの相互作用により発症するという意味で生活習慣病としても捉えることができ、健康日本21で今後取りくんでいくべき領域であるとの見解に達した。

性の健康に関する問題「望まない妊娠」「性感染症」「性暴力」は、同じ問題から現れる3つの病理としてとらえることができ、その予防には「Information」「Education」「Communication(価値観の違う人とコミュニケーション)」の3つが大切であると考えられた。

### II-3. 介護予防

文献や有識者による検討の結果、介護予防のためには、生活機能の低下の防止が急務であり、そこでは、高齢者になって社会参加が減り、活動が減り、その結果生活機能が低下し、さらに社会参加が減るという悪循環すなわち生活不活発病(廃用性症候群)が要介護になるモデルとして考えられ、その逆を支援することが介護予防である

であるという認識に達した。

社会参加、活動、機能向上を一体のものとして考えるためには、単に医療・保健セクターのみで取り組むだけでなく、高齢者の生活の場、地域全体が変わっていく必要がある。健康日本 21 が社会資源の整備による健康支援を行なうのと同様に、介護予防においても、社会資源の整備すなわち街づくりを通じた介護予防への取り組みが必要である。

### Ⅲ. 街づくり

#### Ⅲ-1. 健康日本 21 とまちづくり計画

行政だけではなく様々な社会主体との協働の可能性を模索した。同時に現在の健康に関する社会的な変化の傾向についても明らかにすることで、解決されるべき問題についての重要な示唆を与えることができた。今後は NPO や IT 革命といった新しい動向をも踏まえた計画の策定、推進のためのまちづくりがなされなければならない。

フォーカスグループ、個別ヒアリングでは、①「まちづくり」はコミュニティづくり、地域における人間関係づくりととらえられる面も多いが、実際のところは、道路、住宅、交通機関などのハードウェアを変えていくことが重要であること、②都市部と地方部の違いに着目したモデルが必要であること、③特に都市部では、グローバルティとローカリティのバランスが重要であること、④「まち」の評価システムをつくり、「まち」はその魅力で人々を誘致し、人々が「まち」の魅力によって移動（引越し）するような流通のしくみが必要であること、⑤行政、企業、学校、職場などのあらゆるセクターが連携・協働し「まちづくり」を行なう必要があること、などが明らかとなった。

また、現在の街づくりでは「要介護高齢者が安心して暮らせる街づくり」「団塊の世代の退職後の地域帰還後の受け皿としての街づくり」「就労女性が暮らしやすい街づくり」「社会的弱者（障害者、服役退所者、在日外国人、ホームレスなど）も暮らしやすい街づくり」という観点が不足していることがわかった。

#### Ⅲ-2. 街づくりの評価指標

街づくりの観点からは、住民が健康な生活を営むための都市環境を評価する指標として、死亡率など保健指標のみならず、上下水道整備率、公園・遊歩道整備率、スポーツ施設の利用者数といった他分野も含めた指標が有効であるとの結論に達し、指標案リストを作成した。

#### Ⅲ-3. 街づくりの観点からみた健康日本 21 実施に関する自治体ヒヤリング調査研究

「街づくりを通じた健康支援」の取り組みについては、自治体によってばらつきがあることがわかった。

杉並区では、区の4つの理念の1つとして「健康都市」を掲げ、死亡率や罹患率といった保健指標のみならず、「都市（バリアフリー化割合、等）」「交通安全（事故件数、等）」「住宅（最低居住水準未満の世帯比率）」「水辺とみどり（緑被率）」「循環社会（リサイクル率）」といった多分野に渡る指標で現状評価を行っていたが、執行レベルでは「健康」をテーマにした街づくりへの取り組みには至っていなかった。

宇部市では、保健師、医師会が中心となりながら、文化人類学者、地域の学校長などを含めた様々な分野からの推進協議会を形成し、住民の参加も得て、街づくり的観点からの健康支援を進めていた。住民参加、多セクター協同という観点からは、3つの地域の中で最も進んでいたが、ここでは、指標や目標値はそれほど重視されていなかった。

町田市では、健康推進員を通じた住民参加型の健康支援策を模索しつつも、行政としては、検診など従来からの業務が忙しかったり、縦割り行政の慣習から各部署間の連携が取れないしており、街づくりを通じた健康支援という発想には現状では至っていなかった。

どの自治体でも、街づくり的発想での健康支援の有効性については賛同するものの、しかしそれを困難にする要素として、街づくりという発想は思いもつかなかった、他部署や民間と連携する経験がなく手法がわからない、保健師は時間がない、予算がない、縦割り行政の壁がある、健康という概念がわかりにくく首長の理解が得



られにくい、情報が得られない等の問題があることがわかったが、しかし、計画策定の中心にメンバーに街づくり的発想をもつ者が1人はいること、部署を超えた交渉の際には相手部署の利益を考えコミュニケーションを上手にとること、といったいくつかの要素をクリアーすることで、街づくり的発想の健康支援が円滑に進みうる可能性もあることが示唆された。

また、団塊世代対策は、どの自治体でも重要な課題として意識されているものの、それが保健計画や健康支援計画と、具体的に統合されている自治体はなかった。

### Ⅲ-4. 人口規模別まちづくり構成因子研究

横軸に人口規模、縦軸に街づくりの構成要素を配置し、全国の先進的な街づくりの取り組みについてマトリクスにまとめあげたところ、各市町村が自らの町の特徴にあわせて先進事例を検索できるスタイルの資料が出来上がり、このような整理方法が有効であることがわかった。

しかし、一方で、当該まちを構成している主な各項目(産業、保健、交通など)はそれぞれが独立して取り組まれていることが明らかになり、今後は、各構成因子それぞれが連携を保ちながら進められ、統一的取り組みとして健康の街づくりとして推進されていく重要性があると思われた。

### Ⅲ-5. 健康の街づくりに関するシナリオアプローチ研究

個人のライフシナリオを作成すると、その年齢層や性別、おかれた社会環境の違いによって、特徴的な生活上の健康課題があることが明らかになり、健康づくりのために街づくりを通じてどのような支援やインフラストラクチャーが必要なかが具体的に増えてくることがわかった。シナリオを通じて増えてくる必要な支援やインフラストラクチャーは、昨年までに開発してきた健康都市指標とも対応性があり、昨年度作成した健康都市指標が個人の視点から見ても有効であることが示された。

## Ⅳ. 都道府県計画における目標値の分析

### Ⅳ-1. 都道府県健康日本21計画評価

領域の設定に関しては、国レベルの計画で設定されている9領域を踏まえている都道府県が大部分であったが、それ以外の骨粗鬆症やまちづくりといったユニークな領域を設定したり、がん・糖尿病等成人病を関連領域として1つにまとめたりしている県もあった。目標項目に関しては、基本的に国の目標を踏襲しているが、表現を多少違うものにするなどしている県もあった。また、地場産業の活性化や地域の連帯などを促すような目標値もあり、地域全体で取り組むという健康日本21のコンセプトをよく理解している県もみられた。目標値の設定に関しては、やはり国と同様の値を設定しているところが大部分であった。例えば食塩摂取はそれぞれ12.5g、13.0gとした2県を除いて記載した36県の目標値は国と同様10.0g以下あるいは未満としていた。また脂肪エネルギー比は記載している全県で国の目標値の25.0%以下というものであった。逆に日常生活での歩数では国と全く同じ目標を設定していたのは2県だけであった。栄養の摂取の目標値は国と同様のものを採用している県が多いが、行動目標では独自の目標値を設定している県が多いようであった。いずれにしても各県の実情を踏まえた数値設定が望まれるが、現状数値及び、目標に関するの数値を示していない件も存在した。

### Ⅳ-2. 都道府県の目標値と健康結果の相関分析

一部の都道府県では、都道府県別ベンチマーキングで示された健康重点課題を目標として取り上げていたが、大半の都道府県では相関はみとめられなかった。

### Ⅳ-3. 都道府県版健康日本21における目標設定の研究-喫煙と歩行運動

歩数に関して男女別に目標を立てている34県で、目標としている歩数と現状の歩数の差を求めると、男性1162.879歩、女性1224.758歩となった。しかし、最小値と最大値では男性298~3468歩、女性909~3265歩となりバラつきが見られた。喫煙では「たばこ」領域を対象として目標数を比較したが、計104の目標があり、平均で各県6.3、最大で21、最小で0の目標を立て

ていることが分った。

#### IV-4. 「健康フロンティア戦略」と都道府県版健康日本 21 の目標設定の比較研究

壮年期の健康については生活習慣病予防を対象としており、多くの健康日本 21 都道府県計画で採り上げられていた。しかし、「健康フロンティア戦略」の1つの中心課題である、女性のがん予防については1県のみ、また介護についても最終的な目標といえる要介護者の減少について述べているのは2県のみであった。その意味で健康日本 21 よりも後発の同戦略は、健康日本 21 では採り上げられなかった今日的課題をフォローするものとも言える。技術振興に関しては皆無であるが、これは技術開発の効率性、迅速な普及を考えると国レベルで取り組むべき課題と思われた。

#### IV-5. 健康政策における目標のタイプ分類に関する概念的検討

健康日本 21 やそれに類する都道府県や市町村での健康政策・保健計画など、目標管理型健康政策で目標値・指標を設定する場合は、3つのディメンジョンから整理し、目標を設定していくことが重要と考える。1つめは、「結果指標・プロセス指標・ストラクチャー指標」という軸、次に、「領域(たばこ、運動、心の健康、事故、性・・・など)」の軸、最後に「集団のレベル(国の目標か、団体の目標か、個人の目標か)」の3つの軸である。

### V. 未来学研究

#### V-1. 団塊退職者数分析

市町村ごとに集計をした結果、日本全国では今後10年間に、計1000万人近くの帰還者が発生することが明らかとなった。都道府県別にみると、例えば東京では帰還者の数は104万8000人ほどとなった。

#### V-2. 人口、介護、医療費推計

人口推計については、60歳以上人口は、2005年に3400万人、2015年に4100万人、2025年に4200万人、2050年に4200万人と推計され、世代別に見ると、2005年においては戦中生まれが25.0%、2015年においては団塊世代が23.1%、2025年においては団塊世代が19.0%と最も多いと推測

された。

介護推計については、今のままの割合で行くと、2030年には要介護・要支援の人口が900万人を越え、介護費用も現状の2倍近く必要になると推計された。

医療費については、受療率が今後2002年水準を維持すると仮定した場合、今後2015年までに、医療費は2002年度水準の約15%増となり、特に後期高齢者の医療費は2002年度水準の約1.5倍の規模となることが推計された。また医療費の伸びは、2020年ごろより遡増状態となることが予測される。受療率の変化を考慮したモデルでも2015年に医療費は現在の約114%の規模に拡大することが認められた。いずれの推計結果も医療費将来動向は厚生労働省試算を下回る増加率で推移することを示していた。しかしながら、75歳以上の後期高齢者の医療費の占める割合が、現在の27%から、2015年で35%、2025年で約40%と今後益々大きくなっていくと推計された。

#### V-3. 未来社会のあり方についての連続研究会による質的研究

21世紀は少子高齢化社会といわれるが、それは人口構造で見ると、20世紀のピラミッド型から逆台形型への変化であり、すなわち、社会全体としてどのようにサステナビリティを保っていくかという大きな問題にぶつかっている。1つの解決策は、高齢者も就労するということである。コミュニティビジネスの考え方は、地元の資源で地元で働き地元還元するという高齢者の就労や高齢化社会に適した1つのアイデアである。また、もう1つの方法は移民である。日本は、外国人の受け入れには門戸を閉ざしがちな社会だったが、実は現実的に、外国人人口や元外国人で日本人に帰化した人口が増えてきており、日本社会はすでに多文化化を始めている。今後、外国人労働力をどのように考えるのか、外国人と日本人の権利の問題をどのように考えるのかといった議論と整備が必要である。

### VI. 個人の健康概念整理

個人の健康概念の整理から以下のことがわかった。第1に、健康への関心、価値

観は、年齢、世代、生活環境などによって多様化しており、それぞれに個別のメッセージや方法が必要である。第2に、人々がマスメディアなどから受け取るメッセージは刺激的で魅力的であり、いわゆる行政的健康づくりメッセージでは太刀打ちできない。注目してもらえるメッセージが必要である。第3に、生活習慣病予防への正しい知識、地域や職場での健康づくりの機会など、まだ知識レベルで伝わっていない情報も多い。これらを伝える工夫も必要である。第4に、健康日本21の大きな意図、グランドデザインは個人には伝わっていないので、伝える工夫が必要である。第5に、「健康に関する情報が多すぎて何が本当か困る」とよく言われる。これは、別の見方をすれば「唯一絶対の答え」がある、という高度成長期以来の判断基準である。健康づくりは「何が本当か、何が正しいか」という時代から「私は何を選ぶのか」という時代になっているが、まだ人々の気持ちは追いついていない。自己選択と自己責任という文化を広める必要がある。

#### D. 結論

少子高齢化が進むことが予測される21世紀、2015年には4100万人、2050年には4200万人実に人口の3分の1が60歳以上になる社会の到来が予測されている。膨張する医療費の抑制のため、また、個人のQOLの向上のため、また、社会を支える生産人口の増強のため、一人一人の健康実現、そしてそれを社会が支えることがますます重要になりつつある。

予防や健康づくりは、重要性が増す一方で、老人保健事業の介護予防への重点移行や三位一体の改革により、保健や健康づくりへの予算や制度的基盤が弱くなってきている現状がある。その意味で、今後は各自治体が独自色が求められ、かつ方法論としては、自治体内の保健行政以外のセクター（行政内の他部署、自治体内のNPO、POなど）と協同して健康支援を行なうこと、すなわち「街づくりを通じた健康支援（多セクター協同アプローチ）」を行っていくことが有効と考える。

また、健康日本21のベースライン時には9つの重点領域には含まれていなかった

た追加重点領域として、「事故予防（外傷予防）」「性の健康」「介護予防」を提案する。「事故」は21世紀を担う若者の死亡の一番のリスクファクターであり、「性」の健康は少子化対策の基礎となる。「介護予防」は医療費や介護費の抑制と共に、高齢者の生きがいと社会参加QOLと観点からも重要である。「事故予防（外傷予防）」ではコミュニティセーフティプロモーション、「性の健康」ではセーフティプロモーション、「介護予防」では生活不活発病予防アプローチがそれぞれ有効と考えられた。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 1. 論文発表

1) 長谷川敏彦、松本邦愛、北村能寛、平尾智広：「健康日本21のための疾病自然史に基づく健康指標の開発と都道府県別ベンチマーキング」『国立医療・病院管理研究所紀要』2003.3

2) 長谷川敏彦：健康日本21事業と健康増進。総合臨床53(8)：2216-2221,2004

##### 2. 学会発表

1) 渡辺智之、大森正子、宮尾克、大沢功、佐藤祐造：「コホート生命表によるがんの世代別影響」第72回日本衛生学会、2002年4月

2) 平尾智広、福永一郎、實成文彦、長谷川敏彦：「わが国における加齢に伴う障害率の推定」第72回日本衛生学会、2002年4月

3) 松本邦愛、堀容子、長谷川敏彦：「健康日本21のための県別健康尺度の測定に関する研究」第72回日本衛生学会、2002年4月

4) Toshihiko HASEGAWA : Healthy Japan 21: New Perspective Policy in Japan for 21st Century. International Meeting on Korean Society on Health Education and Promotion, 2004.8.31, Seoul

5) 浅野昌彦、長谷川敏彦：都道府県版健康日本21の目標値分析。第75回日本衛生学会総会、2004.3.29、新潟

#### F. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

未定

2. 実用新案登録

未定

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
長谷川敏彦、 松本邦愛、北 村能寛、平尾 智広	健康日本21のための疾病自然 史に基づく健康指標の開発と 都道府県別ベンチマーキング	国立医療・ 病院管理研 究所紀要	30	7-42	2000
長谷川敏彦	健康日本 21 事業と健康増進	総合臨床	53(8)	2216-2221	2004