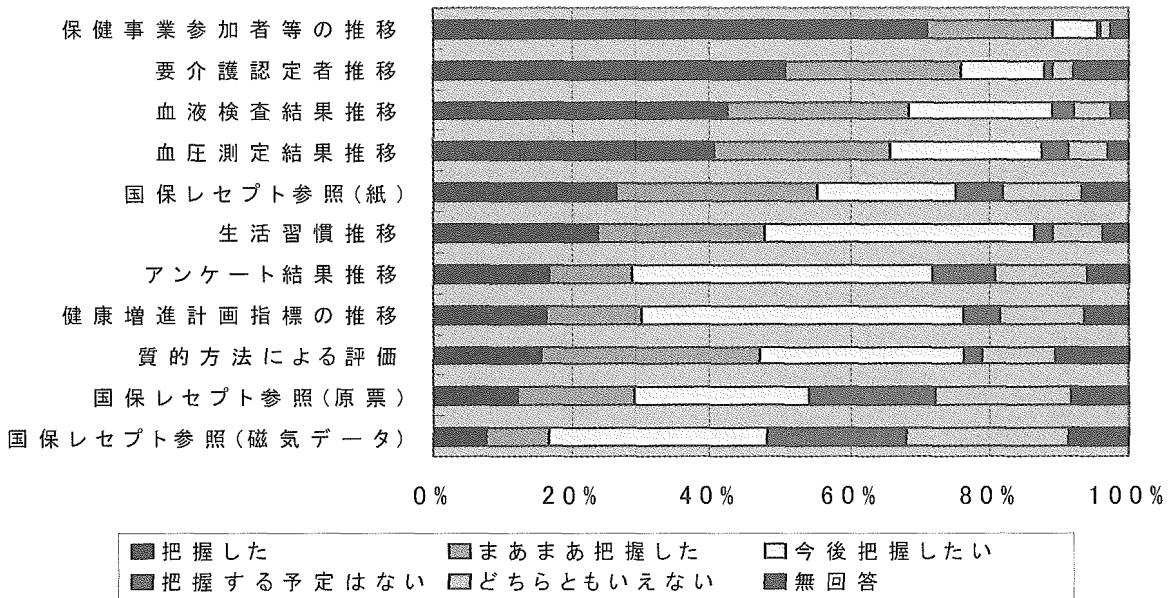


図3

指標の把握状況(死亡以外)



参加者、認定者数、あるいは検診データなど情報把握の容易なものは把握率が高いが、国保のレセプトなどの医療費関連情報との関連などの把握が全体に弱いことが解る。また、活動プロセスなどの質的な部分やヘルスプロモーション関係の指標の把握が必ずしも十分ではない。今後、医療費問題との関連や、健康増進計画のモニタリング手法などの面で市町村への技術的支援が求められよう。

3-4 把握した健康に関する指標の活用状況

前述の健康に関する指標について、「全く活用しなかった」と回答した市町村は 25 市町村で 1.3% に止まり、無回答の市町村も 108 市町村 5.9%ほど存在したものの、残る 1711 市町村 96.2%が何らかの場面で把握した健康に関する指標を活用したと回答している。また、その傾向は表 4 のように、人口規模による大きな差は見られなかった。

表 4 指標の活用状況

	活用していない	活用した	無回答	合計
5千人未満	6	258	4	268
(%)	2.2	96.3	1.5	100
～1万人未満	2	317	8	327
(%)	0.6	96.9	2.4	100
～2万人未満	7	338	9	354
(%)	2	95.5	2.5	100
～5万人未満	5	363	11	379
(%)	1.3	95.8	2.9	100
～10万人未満	3	205	2	210
(%)	1.4	97.6	1	100
10万人以上	1	155	6	162
(%)	0.6	95.7	3.7	100
保健所設置市	1	72	2	75
(%)	1.3	96	2.7	100
無回答	-	3	-	3
(%)	-	100	-	100
合計	25	1711	42	1778
(%)	1.4	96.2	2.4	100

全体で 1.4%と非常にわずかではあるが、せっかく把握した情報を十分に活用していない自治体も見受けられた。これは、業務の多忙などにも起因しているとも推測できるが、エビデンスに基づいた保健活動の展開のためにも、情報の活用が重要であり改善のための支援が求められる。

3-5 把握した指標の活用の度合い

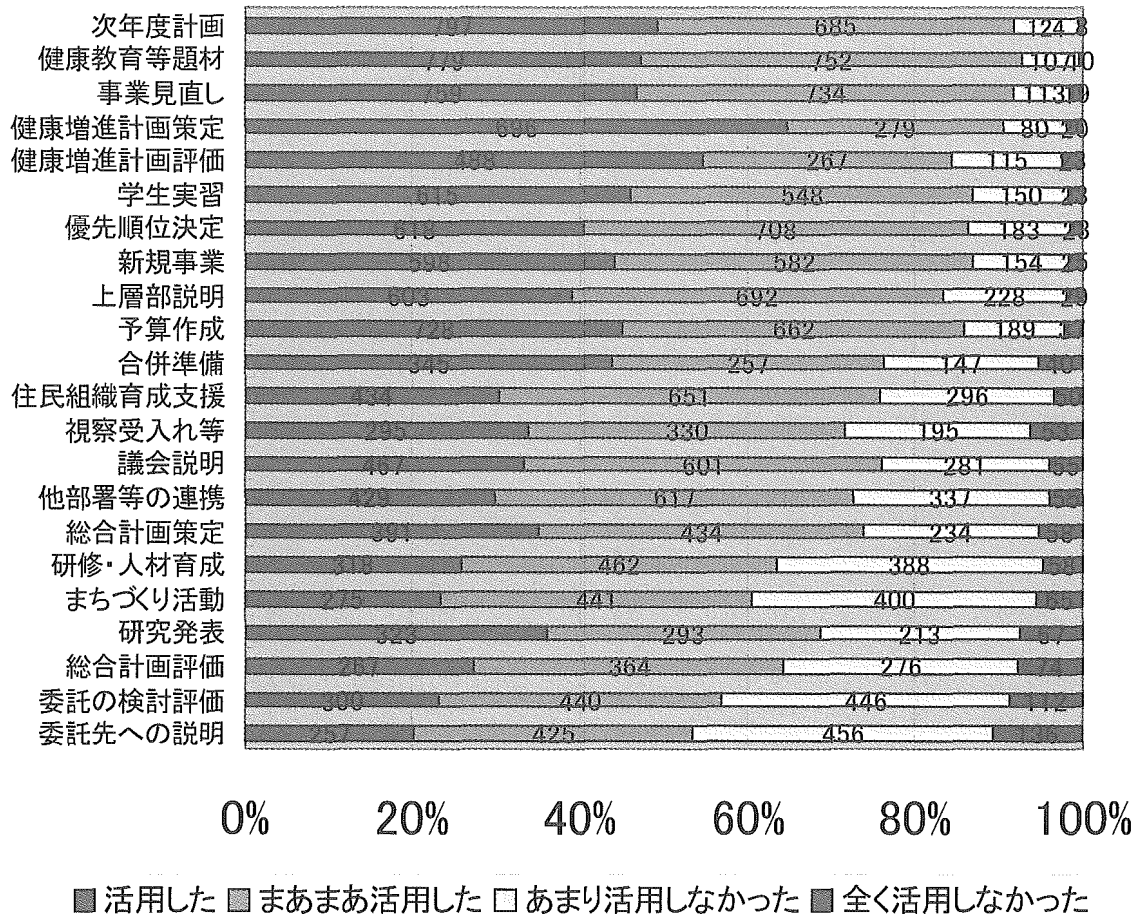
「いずれかの場面で(指標を)活用した」と回答した市町村のうち、事業そのものを「実施していない」もしくは「無回答」であった市町村を除き、活用の度合いを分析したところ、表5のような結果が得られた。

表5 健康指標の活用状況

活用場面	活用した	まあまあ活用した	あまり活用しなかった	全く活用しなかった	実施していない	無回答
総合計画策定	391	434	234	58	413	181
(%)	22.9	25.4	13.7	3.4	24.1	10.6
総合計画評価	267	364	276	74	519	211
(%)	15.6	21.3	16.1	4.3	30.3	12.3
健康増進計画策定	696	279	80	20	528	108
(%)	40.7	16.3	4.7	1.2	30.9	6.3
健康増進計画評価	488	267	115	23	643	175
(%)	28.5	15.6	6.7	1.3	37.6	10.2
優先順位決定	618	708	183	23	82	97
(%)	36.1	41.4	10.7	1.3	4.8	5.7
次年度計画	797	685	124	8	35	62
(%)	46.6	40	7.2	0.5	2	3.6
新規事業	598	582	154	25	238	114
(%)	35	34	9	1.5	13.9	6.7
事業見直し	759	734	113	19	29	57
(%)	44.4	42.9	6.6	1.1	1.7	3.3
健康教育等題材	779	752	107	10	21	42
(%)	45.5	44	6.3	0.6	1.2	2.5
研修・人材育成	318	462	388	58	360	125
(%)	18.6	27	22.7	3.4	21	7.3
学生実習	615	548	150	23	292	83
(%)	35.9	32	8.8	1.3	17.1	4.9
研究発表	323	293	213	67	699	116
(%)	18.9	17.1	12.4	3.9	40.9	6.8
視察受入れ等	295	330	195	53	712	126
(%)	17.2	19.3	11.4	3.1	41.6	7.4
委託の検討評価	300	440	446	112	278	135
(%)	17.5	25.7	26.1	6.5	16.2	7.9
委託先への説明	257	425	456	136	308	129
(%)	15	24.8	26.7	7.9	18	7.5

図4

把握した指標の活用状況



全体として、活用度の高い場面は、計画策定評価関連の場であり、また事業見直しなどの優先度決定の場である。また予算作成や説明責任の場でも活用されている。健康教育や学生実習などの場面でもエビデンスを示せるので、活用度は高いし効果的である。一方まちづくり活動では、データからの課題発見よりも住民の希望や要望さらにビジョン化が優先されるため、活用度は幾分落ちている。委託の検討や説明で活用度が低いのは、他の要因が重視されているためではないかと思われたが、今後、ますます重要な領域であり、具体的な方策を用いて活用を支援していく必要性が示唆された。

また、市町村健康増進計画を策定した市町村と、策定していない市町村において、それぞれ健康に関する指標の活用状況に違いがあるかどうかを表してみると、図5のような傾向が得られた。

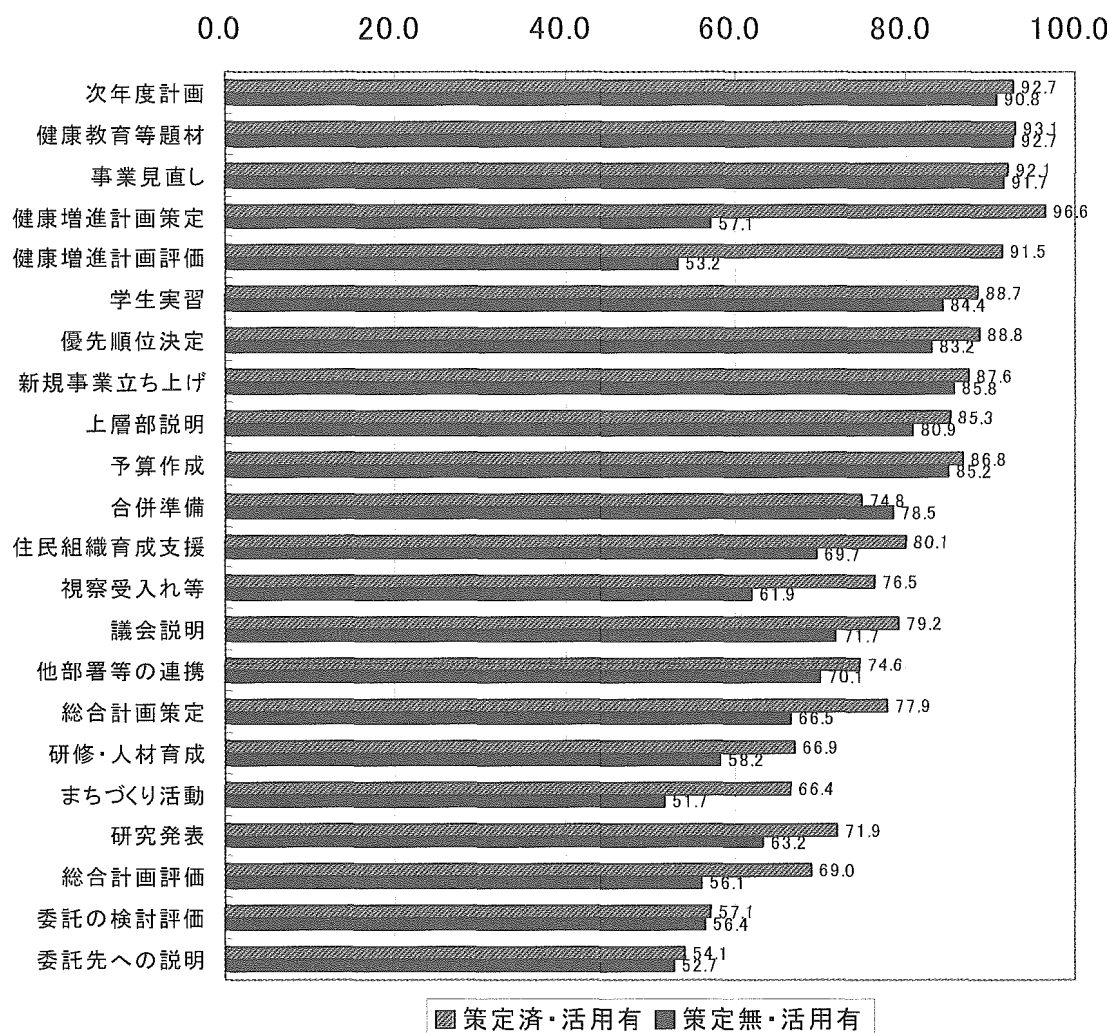
おのおのの活用場面において、その事業自体を「実施していない」と回答した数を除き母数として算出したものである。(健康増進計画を策定していない市町村においても、健康に関する指標を「活用した」と回答した市町村が見られたのは、策定準備に向けて活用したとする回答が含まれているためと考えられる。)

全体として、健康増進計画を策定している市町村ほど、指標を活用している割合が高い。健康増進

計画や評価の中で、マネジメント意識が高まっている可能性がうかがえる。

図 5

健康増進計画策定の有無による指標活用状況の比較

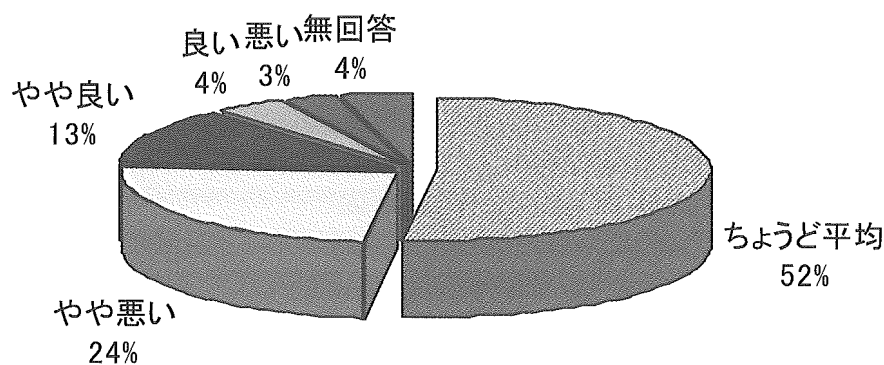


3-6 日常業務での情報収集と活用の度合い

次に、「日常業務における継続的な情報収集や活用の度合いについて、他市町村と比べてどうか」の問いでは、51.9%、957の市町村が「 \pm C平均」と回答した。「やや良い」は12.8%、236市町村、「良い」が4.2%、77市町村であったものの、「やや悪い」と回答した市町村が23.8%、439市町村、「悪い」と回答した市町村も3.3%、60市町村であった。

図 6

日常業務での継続的な情報収集や活用の度合い



多くの市町村で、ほかに比べて必ずしも情報マネジメントの程度は悪くないと考えているようであるが、それでも約4分の1の市町村では限界を感じているためか「悪い」と回答しており、情報マネジメントのスキルの向上の必要性が示唆された。

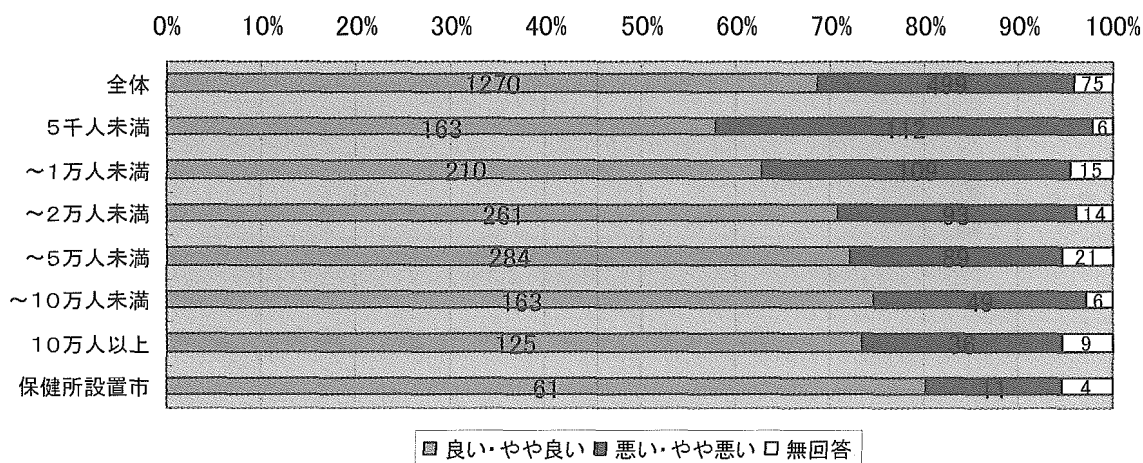
これを人口規模別にみると、表6、図7のような結果が得られた。「良い」「やや良い」と回答した割合は、保健所設置市が80.3%と最も多く、5千人未満の自治体は58.0%と最も低かった。人口規模が多くなるにつれ、活用の度合いは高くなる傾向が見て取れるが、人口規模の多い市町村では、人口規模の少ない市町村と比べて、スタッフの数も職種も比較的恵まれている傾向にあることも関連していると考えられた。

表6 人口規模別情報収集・活用の度合い（SA）

	良い・やや良い	悪い・やや悪い	無回答	合計
全体	1270	499	75	1844
(%)	68.9	27.1	4.1	100
5千人未満	163	112	6	281
(%)	58	39.9	2.1	100
～1万人未満	210	109	15	334
(%)	62.9	32.6	4.5	100
～2万人未満	261	93	14	368
(%)	70.9	25.3	3.8	100
～5万人未満	284	89	21	394
(%)	72.1	22.6	5.3	100
～10万人未満	163	49	6	218
(%)	74.8	22.5	2.8	100
10万人以上	125	36	9	170
(%)	73.5	21.2	5.3	100
保健所設置市	61	11	4	76
(%)	80.3	14.5	5.3	100
無回答	3	0	0	3
(%)	100	0	0	100

図7

日常業務での情報収集や活用の度合い(人口規模別)



また、日常業務での継続的な情報収集や活用の度合いを健康増進計画策定の有無との関連で分析を加えると、表7及び図8のような結果が得られた。

「計画策定あり」の市町村には、「策定中」も含めて分析を行ったところ、「策定あり」の市町村では、継続的な情報収集や活用の度合いが「よい」「やや良い」が併せて226市町村で22.0%であったの

に対し、「策定していない」市町村では82市町村10.6%に止まっていることが判明し、健康増進計画・評価活動を展開することで、日常的な情報収集やその活用の度合いにも、良い影響を与えている可能性が示唆された。これは、健康増進計画を策定するという作業自体が、保健活動が本来、持つべき視点を再認識し、指標を把握し、地域活動を展開することができるきっかけとなったことを示していると理解できる。

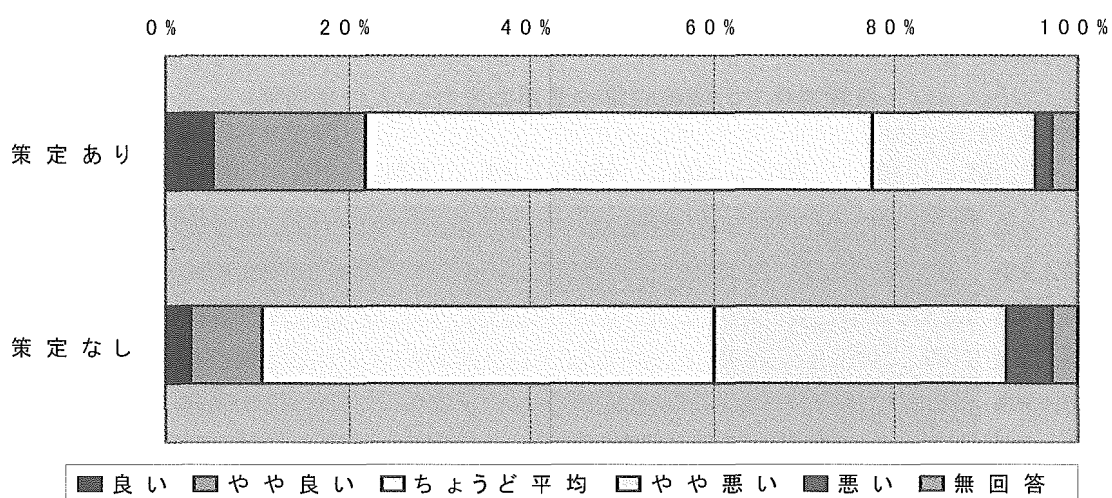
表7 活用の度合い（計画策定の有無別）

計画策定の有無	良い	やや良い	ちょうど平均	やや悪い	悪い	無回答	合計
策定あり	53	173	567	186	20	28	1027
(%)	5.2	16.8	55.2	18.1	1.9	2.7	100
策定なし	22	60	380	247	40	21	770
(%)	2.9	7.8	49.4	32.1	5.2	2.7	100
無回答	2	3	10	6	-	26	47
(%)	4.3	6.4	21.3	12.8	-	55.3	100

※「策定あり」には、策定中も含めた

図8

継続的な情報収集と活用の度合い（計画策定の有無での比較）



3-7 日常業務での情報収集や活用における個別的、継続的な支援の有無（SA）

「日常業務での継続的な情報収集や活用において、過去3年以内に個別的・継続的な支援を受けたかどうか」について尋ねたところ、表8、図9のような結果が得られた。

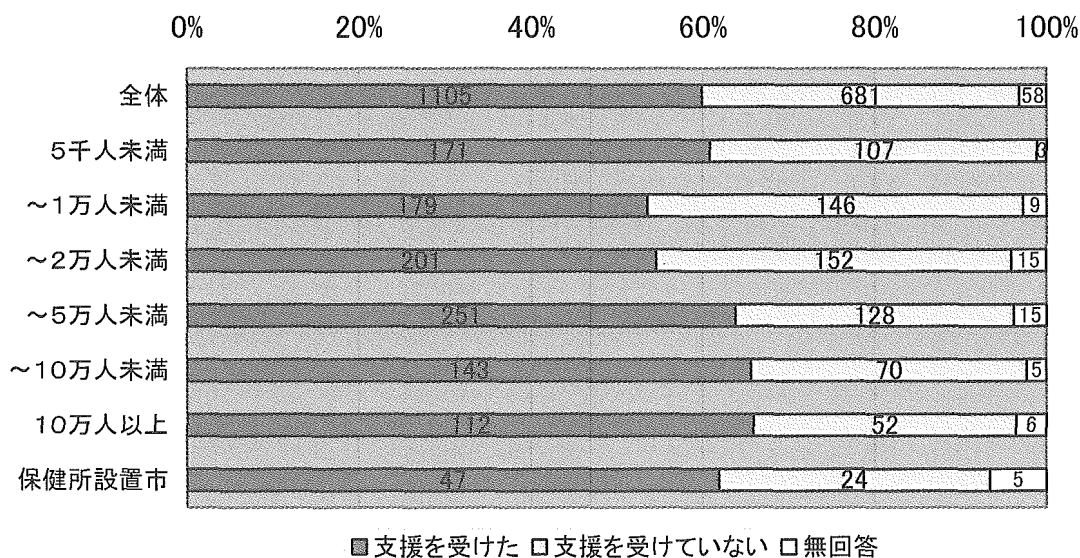
「支援を受けた」と回答したのは、全体で59.9%であった。「支援を受けた」と回答したのは、人口10万人以上の市町村において最も多く65.9%であるのに対し、人口5千人以上1万人未満の市町村が最も少なく53.6%、ついで人口1万人以上2万人未満の市町村が54.6%となっており、支援がより必要と推測される比較的人口規模の少ない市町村に対し、十分な支援が行われていない可能性が伺えた。

表8 情報収集や活用における支援（人口規模別）

人口規模	支援を受けた	支援を受けていない	無回答	合計
全体	1105	681	58	1844
(%)	59.9	36.9	3.1	100
5千人未満	171	107	3	281
(%)	60.9	38.1	1.1	100
～1万人未満	179	146	9	334
(%)	53.6	43.7	2.7	100
～2万人未満	201	152	15	368
(%)	54.6	41.3	4.1	100
～5万人未満	251	128	15	394
(%)	63.7	32.5	3.8	100
～10万人未満	143	70	5	218
(%)	65.6	32.1	2.3	100
10万人以上	112	52	6	170
(%)	65.9	30.6	3.5	100
保健所設置市	47	24	5	76
(%)	61.8	31.6	6.6	100
無回答	1	2	0	3
(%)	33.3	66.7	0	100

図9

情報収集や活用における支援(人口規模別)



3-8 支援を受けたところ (MA)

日常業務における情報収集において、「支援を受けた」とする市町村に対し、その支援先をマルチプルアンサーで尋ねたところ、全体で最も多かったのは都道府県保健所で全体の78.7%であった。特に

人口規模の少ないところほど、保健所から支援を受けたと回答する割合が高く、人口規模が5千人未満の市町村では86%が保健所からの支援を挙げ、保健所以外の都道府県からの支援を併せると、全体で96.7%が都道府県の支援を受けているとしている。都道府県保健所と都道府県の支援が、市町村保健活動において重要な位置を占めていることが伺えた。

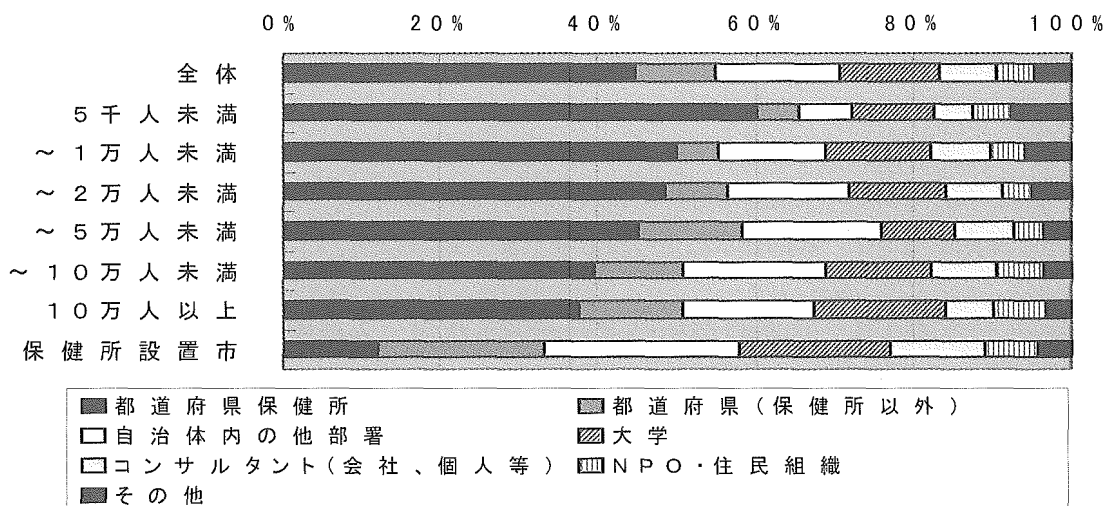
一方、大学からの支援は、全体でも22.3%に止まり、その割合は特に人口規模の少ない市町村においてより低い傾向が見て取れた。コンサルタントの利用やNPOとの協働は、人口規模が多くなるにつれて高くなる傾向があり、社会資源を活用しやすい条件が関係していると考えられる。これらのことから、大学などの教育機関からの支援は、現状では難しいさまざまな側面があると推測されるが、今後大学への期待はさらに大きくなると思われるので、その支援のあり方について積極的な推進を要するものと考えられた。

表9 情報収集や活用において支援を受けた先（人口規模別）

	都道府県 保健所	都道府県 (保健所 以外)	自治体内 の他部署	大学	コンサルタント (会社、個人等)	NPO・ 住民組織	その他	無回答	合計
全体	870	199	304	246	142	93	87	2	1105
(%)	78.7	18	27.5	22.3	12.9	8.4	7.9	0.2	100
5千人未満	147	13	17	26	12	12	18	-	171
(%)	86	7.6	9.9	15.2	7	7	10.5	-	100
～1万人未満	145	16	39	40	22	13	16	-	179
(%)	81	8.9	21.8	22.3	12.3	7.3	8.9	-	100
～2万人未満	164	26	53	41	25	13	16	1	201
(%)	81.6	12.9	26.4	20.4	12.4	6.5	8	0.5	100
～5万人未満	204	61	80	43	34	16	16	1	251
(%)	81.3	24.3	31.9	17.1	13.5	6.4	6.4	0.4	100
～10万人未満	111	31	51	38	23	16	10	-	143
(%)	77.6	21.7	35.7	26.6	16.1	11.2	7	-	100
10万人以上	87	31	38	39	14	16	7	-	112
(%)	77.7	27.7	33.9	34.8	12.5	14.3	6.3	-	100
保健所設置市	12	21	25	19	12	7	4	-	47
(%)	25.5	44.7	53.2	40.4	25.5	14.9	8.5	-	100
無回答	-	-	1	-	-	-	-	-	1
(%)	-	-	100	-	-	-	-	-	100

図 10

支援を受けたところ（人口規模別）



3-9 職員の人材育成・研修への支援

職員の人材育成・研修において、「過去3年以内に個別的・継続的な支援を受けたかどうか」については、55.3%の市町村が「支援を受けていない」と回答した（表10）。

表 10

	支援を受けた	支援は受けていない	無回答	合計
全体	724	1020	100	1844
(%)	39.3	55.3	5.4	100

また、支援を受けたと回答した市町村にその支援を受けた先をマルチプルアンサーで尋ねたところ、次のような結果が得られた。

表 11

支援を受けたところ	都道府県保健所	都道府県(保健所以外)	自治体内の他部署	大学	コンサルタント(会社、個人等)	NPO・住民組織	その他	無回答	合計
全体	534	204	120	111	47	29	40	1	724
(%)	73.8	28.2	16.6	15.3	6.5	4	5.5	0.1	

「支援を受けた先」としては、都道府県保健所が最も多く73.8%を占め、次いで都道府県（保健所以外）が28.2%であった。

保健活動における市町村の役割が増大し、質・量ともに評価を求められるようになってきているが、

現在においても市町村保健活動を実践する職員の人材育成や研修に対する支援が十分とは言えない状況にあることが示唆された。

3-10 市町村健康増進計画の策定状況

市町村健康増進計画策定状況については、全体で46.7%の市町村が策定済みであったが、23.9%の市町村では、策定予定のないことが判明した。

その内訳を人口規模別でみると表1-1にあるように、保健所設置市においては90.8%が策定済みであるのに対し、人口が5千人未満の市町村においては、「策定済み」と「策定中」を併せても35.9%止まっており、策定予定がないと回答した市町村も最も多く43.4%となっている。

表1-1 市町村健康増進計画策定状況（人口規模別）

人口規模	策定済み	策定中	策定予定	策定予定なし	無回答	合計
全体	861	166	330	440	47	1844
(%)	46.7	9	17.9	23.9	2.5	100
5千人未満	90	11	52	122	6	281
(%)	32	3.9	18.5	43.4	2.1	100
～1万人未満	132	19	65	111	7	334
(%)	39.5	5.7	19.5	33.2	2.1	100
～2万人未満	151	34	61	108	14	368
(%)	41	9.2	16.6	29.3	3.8	100
～5万人未満	173	50	95	66	10	394
(%)	43.9	12.7	24.1	16.8	2.5	100
～10万人未満	132	29	36	18	3	218
(%)	60.6	13.3	16.5	8.3	1.4	100
10万人以上	112	21	20	13	4	170
(%)	65.9	12.4	11.8	7.6	2.4	100
保健所設置市	69	1	1	2	3	76
(%)	90.8	1.3	1.3	2.6	3.9	100
無回答	2	1	-	-	-	3
(%)	66.7	33.3	-	-	-	100

3-11 中間評価への取り組み

市町村健康増進計画を「策定済み」「策定中」「策定予定」と回答した市町村に、計画の評価について尋ねたところ、評価を「実施した」と回答した市町村は36市町村2.7%に止まり、「実施中」または「未定」と回答した市町村が45.9%であった。「未定」と回答した市町村も27.4%と3割を占め、市町村において評価の手法が十分ではない可能性が示唆され、支援の必要性が伺えた。

表1-2

	実施した	実施中または予定	実施するか検討中	未定	無回答	合計
全体	36	623	272	372	54	1357
(%)	2.7	45.9	20	27.4	4	100

3-1-2 評価における住民参加の状況

健康増進計画の中間評価を実施した、または「実施中」「実施予定」と回答した 659 市町村に、評価における住民参加の状況について、マルチプルアンサーで尋ねたところ、表 1 3 の結果が得られた。最も多いのは、「住民へのアンケート調査」であり 62.4%が実施と回答している。ついで、「評価の委員に住民が参加」とする回答が 56.4%、「既存組織からの意見聴取」も 48.1%に上っているものの、これらの結果は、計画策定時における住民参加の調査結果と比較し低い傾向にある。

わずかではあるが、住民の参加に関する項目を「実施していない」とする回答も 5.3%見られた。計画策定に引き続き、評価も住民参加で行うことに意味があるものの、現在のところ計画評価における戸惑いが依然市町村に残っている可能性が伺えた。

表 1 3 計画評価における住民参加の状況

参加の状況	回答数	(%)
住民へのアンケート調査を実施	411	62.4
委員に住民が参加	372	56.4
既存組織からの意見聴取	317	48.1
広報による評価に関する情報公開	202	30.7
委員を住民から公募	166	25.2
住民と協働して評価する項目がある	153	23.2
評価方法の企画から住民が参加	128	19.4
グループインタビュー等の実施	113	17.1
ネット上で、評価に関する情報公開	110	16.7
その他の住民参加で評価を実施	90	13.7
地区別懇談会等の実施	74	11.2
上記のようなことは実施していない	35	5.3
無回答	33	5
合 計	659	100

3-1-3 日常業務の情報収集による健康増進計画の評価活動

「日常業務での継続的な情報収集における健康増進計画の評価を行っているか」について尋ねたところ、「行う予定」と回答したところが 579 市町村、47.0%と最も多く、うち「準備中」と回答したところが 277 市町村 22.5%であった。

一方、「方法で迷っている・困っている」と回答した市町村も合計で 313 市町村 25.4%、「手が回りきらない」と回答した市町村が同じく 446 市町村 36.2%であり、これはつまりは「(情報収集と評価を)したくでもできないでいる」市町村が 61.6%に上っているということでもあり、市町村のおかれている厳しい実態が浮き彫りになる結果となった。

今後の支援のあり方については、情報マネジメント全般にわたる手法を理解し、その活用方法についての支援を行うと共に、保健師などの人材確保も急務であると思われた。

表 1 4 日常業務における健康増進計画評価活動

情報収集と評価	進捗状況	回答数	(%)
行っている	順調である	74	6.0
	方法で迷っている・困っている	83	6.7
	手が回りきらない	47	3.8
	無回答	8	0.6
	小計	212	17.2
行う予定である	準備中である	277	22.5
	方法で迷っている・困っている	141	11.4
	手が回りきらない	134	10.9
	無回答	27	2.2
	小計	579	47.0
行っていない	必要ではない	4	0.3
	方法で迷っている・分からない	89	7.2
	手が回りきらない	265	21.5
	無回答	83	6.7
	小計	441	35.8
	合計	1232	

4 考 察

今回行われた市町村保健部局での情報収集とその活用の調査において、全国的な情報マネジメントの現状とその課題が明らかになった。

まず、基本的な死亡統計情報把握は全体としては悪くないが、粗死亡率、標準化死亡比や、それらの推移についての把握が弱く、収集情報の分析・加工などの処理や比較のための具体的な技術(スキル)面での支援が望まれた。

また医療費関連情報の把握が弱く、活動プロセスや質的評価、ヘルスプロモーション関係の指標の把握も不十分で、健康増進計画のモニタリング手法などの支援が求められる。

また把握情報の活用も不十分で、業務の多忙のなかで、エビデンスに基づいた保健活動の展開が困難になっている状況もあり、情報活用の改善のための支援が求められる。

一方、計画策定評価や、事業見直しなどの優先度決定の場、予算作成や説明責任の場での活用は比較的高く、健康教育や学生実習などでも効果的なエビデンスを示すことができている現状も認められた。今後、情報の活用は、ますます重要であり、具体的な方策で支援していく必要がある。

さらに、健康増進計画を策定している市町村ほど、指標を活用している割合が高く、健康増進計画や評価の中で、マネジメント意識が高まることも示唆された。

市町村における情報マネジメントのスキルの向上の必要性が示唆されものの、情報マネジメントのためには、一定のマンパワーも必要である。人口規模の多い市町村ではその面では有利であり、今後、小規模～中規模の市町村に対して、より具体的で支援的な働きかけが必要と思われた。

市町村保健活動の支援の上では、都道府県や保健所の支援が重要であるが、大学などの教育機関や他の社会資源からの支援も求められ、その支援内容は、市町村保健活動を実践する職員の育成や研修

や、評価手法を重点的に行うことが求められる。加えて、住民参加型の評価手法の展開の面での具体的な技術的支援も重要であることが示唆された。

日常業務の情報収集による健康増進計画の評価活動においては、回答した6割の市町村が「したくてもできない」現状におかれていたことは、看過できない。今回はその理由を尋ねていないため理由は特定できないが、いずれにしても日常業務での継続的な情報収集を十分に行うためにも、健康増進計画の策定評価が可能となる手法上の支援、マンパワーの確保が重要と思われた。

5 結 論

今回の調査で、全国の市町村保健部局での情報マネジメントの現状と課題が明らかになった。国や都道府県保健所や大学などの社会資源がさらに、情報マネジメントの手法、特に、情報収集、加工、管理、活用などの支援や、計画策定評価の支援を行うとともに、保健師などのマンパワーと人材確保の支援を行っていく必要があると考えられた。

平成 17 年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

運動ならびに生活機能低下防止のために地方健康増進
計画が果たすべき機能に関する研究

分担研究者 戸山 芳昭（慶應義塾大学医学部整形外科 教授）

研究要旨

地方健康増進計画をすすめる上で、高齢者の運動機能を反映する簡便な総合的評価方法として開眼片脚起立時間に焦点をあて、国内複数施設においてアンケート調査をおこない、その測定データをもとに男女別、年齢別に比較解析した。その結果、各施設における測定値はきわめて近似しており、地域特異性などの交絡因子の影響が少なく、介護プログラムとの整合性があり、検査スペースを必要とせず簡便で再現性のある有用な検査であると考えられた。本評価法は転倒・骨折との関連が示唆されていることから、今後は開眼片脚起立時間に対する運動介入の影響と転倒・骨折予防効果を前向き研究で明らかにするとともに、健康日本 21 における新規目標項目として現状値と 5 年後の目標値の妥当性について提案していく。

A. 研究目的

超高齢化社会の到来を見据えて、高齢者に対する健康管理、疾病予防、介護予防、健康寿命延伸が極めて重要な課題となっており、国家的戦略としての取り組みが始まっている。国民一人ひとりが生涯にわたって元気で活動的に生活できる「明るく活力ある社会」を構築するためには国民の健康寿命を伸ばすことが基本戦略である。

その目標を達成するためには各種運動器疾患への対応とその予防が不可欠である。運動療法が心疾患や高血圧、糖尿病などの生活習慣病に効果をもたらすことは周知の事実であり、加えて要介護者数を減少させるためにも、骨粗鬆症を予防し大腿骨頸部骨折や脊椎圧迫骨折の発生を抑制することが重要である。そこで、健康寿命延伸に必要な運動器機能の維持を目的としたさまざまな運動器疾患群に対する調査と予防、治療体制の確立に向けて、まず高齢者の運動機能を反映する指標の評価に着手した。

B. 研究方法

基礎脚力の向上による健康寿命延伸、および安全に歩行可能な高齢者数の増加を目標とした際の運動機能を反映する指標として開眼片脚起立時間に着目した。本調査研究に同意をいただいた国内の複数施設より提供された開眼片脚起立時間のデータをもとに対象者の特性、片脚起立時間測定方法（運動靴の着用の有無、挙げる足はどちら側か、挙げ方の指示、測定終了の判定法、測定の打ち切り時間、複数回測定時の代表値の選別基準）についてのアンケート調査をおこない、各施設における対象者の片脚起立時間測定値を回収し、それぞれ中央値、75%値、25%値を算出した。その上で、健康日本 21

における新規目標項目として妥当かどうか、さらには現状値として具体的な数値を設定できるかどうかについて検討した。

(倫理面への配慮)

関連研究施設から提供される片脚起立時間のデータについて、個人が特定できないように匿名化を徹底し、疫学研究に関する倫理指針を遵守した上で、解析をおこなった。

C. 研究結果

調査対象者をそろえるために、虚弱高齢者を除いた65歳以上の地域在住高齢者について、各施設のデータを解析した結果、1施設を除いた3施設においては、中央値（および75%値、25%値）がきわめて近似している傾向がみられ、性別、年齢別による測定値の分布、地域特異性にも大きな差がなかった。この3施設を合計して解析すると、男性では65-74歳で中央値39.0秒（75%値=60.0秒、25%値=16.0秒）、75-84歳で中央値13.1秒（75%値=30.0秒、25%値=5.0秒）、85歳以上で中央値5.0秒（75%値=12.0秒、25%値=2.9秒）、女性では65-74歳で中央値33.0秒（75%値=60.0秒、25%値=14.0秒）、75-84歳で中央値11.0秒（75%値=24.0秒、25%値=5.0秒）、85歳以上で中央値3.9秒（75%値=7.0秒、25%値=2.0秒）であった。またそのうち最も対象者数が多く、5年後の評価時に比較性が高いと考えられた1施設に限定して、特定高齢者を規定する運動機能測定基準値（介護予防のための生活評価に関するマニュアル、H17年東京都老人総合研究所 鈴木隆雄ら）をもとに開眼片脚起立時間（男性<20秒、女性10<秒）に該当する者の割合を算出すると、前期高齢者（65-74歳）においては男性29.9%、女性17.3%、後期高齢者（75歳以上）においては男性62.1%、女性48.2%であった。

さらにアンケート調査の結果から、目標項目設定するにあたり開眼片脚起立時間は次の利点を有することが明らかになった。

- 1) 簡便、短時間で測定可能
- 2) 広い検査スペースを必要としない
- 3) 筋力、バランス機能の総合的指標である
- 4) 転倒との関連が報告されている
- 5) 専門家による指導で改善する可能性がある
- 6) 介護予防プログラムとの整合性がある
- 7) 開眼片脚起立時間の測定は生活機能評価における運動機能測定項目のひとつとなっている

D. 考察

基礎脚力が減じて起立歩行が不安定な高齢者に対して適切な運動療法を行い、移動歩行能力などの運動機能を改善させることは、尊厳ある自立した生活をもたらす、健康寿命を延ばす上で重要である。自立した生活を維持あるいは回復することは、将来増大が懸念される医療介護費用の大きな節減に寄与する。

高齢者を生活機能低下に導く運動器疾患は多々あるが、そのうち代表的な要因である転倒と骨折にフォーカスをあてて、転倒しやすさ（運動器不安定症）についての予防対策（武藤芳照ら）やEBMに基づいた評価（北潔ら）がすすめられている。その結果、バランスおよび移動歩行能力の評価方法として、開眼片脚起立時間（両手を腰にあて挙げた足が接地するまでの時間を測定）とTimed up and Go Test（椅子から立ち上がり、3メートル先の目印を折り返して再び椅子に座るまでの時間を計測）が有用で

あることが示唆されている。また、開眼片脚起立時間が運動療法（ダイナミックフラミンゴ療法）介入により増加するという報告があることから、今後はこれらの検査測定値が骨折率、転倒率に関連しているかどうか、さらには運動介入による骨折、転倒予防効果を前向き研究によって明らかにする必要がある。

今回の解析により、開眼片脚起立時間は多くの利点を有し、高齢者の運動機能を客観的に評価するための総合的指標として有用であることがわかった。今後は、健康日本21における新規目標項目としての妥当性について、科学的根拠のあるカットオフ値を設定し、わが国における開眼片脚起立時間の現状値と5年後の目標値を提言したい。

E. 結論

高齢者の運動機能を反映する客観的評価法として、開眼片脚起立時間の測定値を国内の複数施設より収集し、男女別、年齢別（前期高齢者：65-74歳と後期高齢者：75歳以上および85歳以上）に比較解析した。その結果、各施設における測定値はきわめて近似しており、地域特異性などの交絡因子の影響が少なく、本検査法は簡便で再現性のある有用な検査であると考えられた。

F. 健康危険情報

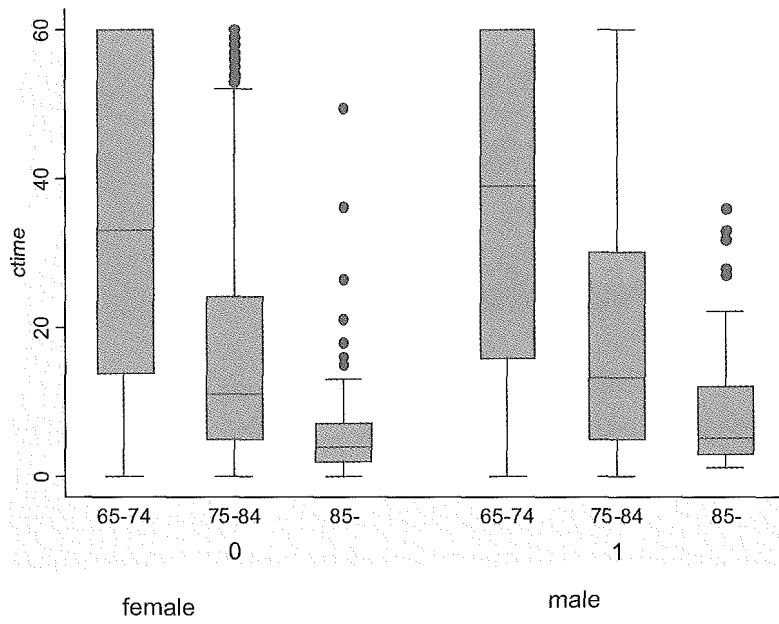
問題なし。

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

予定していない。



-> sex = 0 female

agecat2	med(ctime)	min(ctime)	p25(ctime)	p75(ctime)	max(ctime)
65-74	33	0	14	60	60
75-84	11	0	5	24	60
85-	3.895	0	1.97	7	49.36

sex = 1 male

agecat2	med(ctime)	min(ctime)	p25(ctime)	p75(ctime)	max(ctime)
65-74	39	0	16	60	60
75-84	13.1	0	5	30	60
85-	5	1	2.94	12	36

平成17年度 厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告

全国市町村調査に基づいた地方健康増進計画の支援の
在り方に関する研究

分担研究者 櫃本真幸（愛媛大学病院医療福祉支援センター）

I. 目 的

地方健康増進計画策定を支援するための社会環境整備と、策定による事業への効果の評価をねらいとする。その一環として、地方における健康増進計画の効果的な策定推進や計画の活用について、どこに焦点を当て、何を支援していくことが効果的なのかを検討するために、昨年度は計画策定に先進的に取り組んでいる市町村やそれを支援している保健所等関係機関を対象とした調査を実施した。その結果を基に、今年度は独自の調査票を作成し全国市町村を対象とした郵送アンケート調査を実施した。これにより全国の市町村における計画策定の実態や問題点を把握し、現場の実態から見た、策定の推進や活用を図るための支援方法を検討する

II. 方 法

昨年度、日常の研究活動を通じて、多角的な見地から、既に計画を策定した自治体で、その策定プロセスが他の自治体と比べて優れており、その考え方や姿勢、手法について他の自治体へ伝えるべきと思われた自治体を先進地として10箇所程度抽出し、研究協力者による訪問聞き取り調査を行った。その報告や研究班会議を通じて、計画策定自治体の実態から計画策定及び推進のための技術的支援のあり方を把握するための調査項目を検討した。

1. 調査時期 2005年4月から6月末
2. 調査対象 全国計画策定済み市町村（1050箇所）地方健康増進計画策定担当者
3. 調査項目（調査票：別途資料）
 - ① 健康増進計画策定の原動力について
 - ② 市町村健康増進計画の“売り”について
 - ③ 計画の策定において大切にしたこと、その理由
 - ④ 何を大切にするかの話し合いの有無とその範囲
 - ⑤ 計画策定を期とした、健康づくりへの新しい関係機関の参画
 - ⑥ 策定において悩んだときに、支援してくれた人や機関等
 - ⑦ 支援の中で一番効果的と思われたこと
 - ⑧ 計画を推進する上での大きな原動力となっている組織や団体
 - ⑨ 計画策定・推進過程において担当者が「エンパワーされた」こと
 - ⑩ もっと、こうやれば良かったと思うこと
 - ⑪ 策定経過での取り組み（選択肢式）
 - ⑫ 今後計画策定を推進もしくは見直す上で支援が必要だと考えられるもの（選択肢式）