

A. 研究目的

喫煙はがん、循環器疾患の主要なリスクファクターであり、健康日本21計画においても未成年の喫煙率の減少、たばこの害を知っている人の増加を掲げている。また、健康増進法において明記されたように、公共施設における分煙は徐々に浸透しているところであるが、いまだ喫煙率が高く、とくに若年女性における喫煙率の増加など、課題が大きく、取り組みの強化が必要である。

今回、自治体における健康増進・生活習慣病予防の拠点である健康科学センターの取り組みの現状および課題の把握のため、アンケートおよびヒアリング調査を行った。また、「福岡市たばこ行動指針」を平成16年3月に策定し、たばこ対策を強化している福岡市の禁煙サポートについてその方法、効果について報告する。

B. 研究方法

1. 健康科学センターにおける取り組みに関するアンケート、ヒアリング

資料1に示したアンケート調査を全国13か所の健康科学センターに対して実施（平成17年9月）。具体的な事業を休止している1か所を除き、12か所から回答を回収した。記入は各センターにおいて実務を総括する立場の人に依頼した。

また、この結果を元に全国健康科学センター連絡協議会加入施設の施設長および実務者対象にヒアリングを実施した（平成17年11月25日実施）。

2. たばこ対策事例（福岡市）：禁煙支援の方法とその効果

たばこ行動指針に基づき、禁煙支援を実施している福岡市健康づくりセンターのプログラムについて、その方法と効果を検討した。

C. 研究結果

1. アンケート調査結果（資料2）

①ポピュレーションアプローチ

12か所の健康科学センターのうち、7か所においてパネル展示や講演会等にてたばこの害に関する健康教育を実施している。科学館を有している施設では、小中学生むけにたばこ教育（講話、クイズ、図書の整備、VTR放映など）を実施している。また、ホームページを使った啓発を5か所が実施しているが、効果の検証はおこなっていない。

②ハイリスクアプローチ

禁煙支援については、大阪府、福岡市が定期的に禁煙クリニックを開催して個別介入を実施しているが、他の6か所では健診等の際に喫煙者に禁煙指導をおこなうのみで、禁煙支援に対する取り組みを実施していない。世界禁煙デーにあわせてイベント的に禁煙相談をしているセンターもみられる。すべての健康科学センターが禁煙指導をできるよう、教材・研修プログラムを普及していく必要性が指摘された。

③環境整備

分煙対策については、ほとんどが建物内完全分煙としている。鹿児島県では建物内完全禁煙を実施しているが、これは健康づくりの考え方と明確に表現すること、利用者からの要望があったことにより、完全禁煙に踏み切ったものである。

2. 禁煙対策の方法とその効果（福岡市健康づくりセンターにおける禁煙教室）

①概要 福岡市21計画においては「たばこの悪影響を知り、禁煙、防煙、分煙の輪を広げましょう」と、数値目標として喫煙率の低下を掲げている。また、同センターでは「歩く健康づくり」「たばこ対策」「糖尿病予防対策」を事

業の3本柱として取り組んでおり、その一環として平成13年5月より、「今たばこをやめたい」と考えている準備期（行動変容ステージモデル）の喫煙者を対象に禁煙教室を開催している。

②対象 今たばこをやめたいと考えている準備期の喫煙者

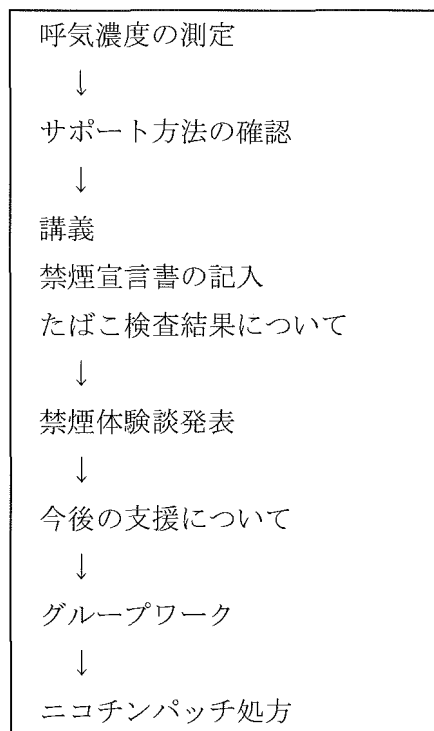
③開催日 仕事をしている市民が受けやすいように平日夜間もしくは土曜日の午後

④内容 ・1回の来所による教室開催とその後3ヶ月に渡るメール等による禁煙支援で構成。参加者はまず呼気濃度の測定とタバコ依存度（Fagerstrom）の判定を受ける。その後医師により喫煙の害・ニコチン依存について・離脱症状や吸いたい気持ちのコントロールの仕方・日常生活の留意点などの内容の講義を受け、教室卒業生の体験談発表を聴く。次に①タバコをやめる理由の確認②禁煙開始日の決定を禁煙宣言書の中に記入する。その後グループワーク等を行い、希望者には禁煙時のニコチン離脱症状緩和のためのニコチンパッチを処方する。また禁煙開始日は集団力動が働くように原則として同一日とし、約1週間の準備期間において、仕事上のストレスによる喫煙を回避するため、教室開催後の最初の土曜日に設定している。ニコチンパッチは2週間を処方するため、以後の来所はパッチの継続処方の者のみで、その後はメール等での支援となる。

⑤教室後のメールでの支援

教室後はFAXやメール、電話を用いて約3ヶ月間にわたりサポートをしていく。支援メールは禁煙開始5日前と1日前に禁煙準備のために必要なアドバイスを送付し、禁煙開始日からは1週間毎日支援メールを送付、その後は1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月と月1回の支援メールを送付する。この間、教室生からも現在の状況や困

ったこと、タバコを吸いたい気持ちなどの感想が寄せられる。スタッフは、その内容を傾聴し、アドバイスをお返事という形でメールし励ましていく。



⑥教室の効果判定（平成13年5月～平成17年3月までに教室を受講した者の禁煙率）

対象者 614名（男 407名、女 207名）

全体での禁煙率 42.3%

支援法別 FAX 52.7%（対象者 220名）、

メール 38.9%（同 298名）

電話 29.2%（同 96名）

D. 考察

たばこの害についての健康教育を実施している健康科学センターにおいても、実際に禁煙支援を実施しているところが少ないなどの課題が見られた。健康科学センターは運動や食事などの生活習慣に関する実践指導を中心とするところが多いが、今後は生活習慣病対策の重要な要

素として禁煙指導にも積極的に関わっていく必要性があると考えられた。

今回の調査や情報交換をきっかけとして、新たな取り組みを開始したセンターもみられたことは研究のひとつの成果ともいえる。

E. 結論

自治体、健康科学センター間で禁煙対策の推進状況に差がみられた。効果的な禁煙支援プログラムが普及し始めている現在、どこのセンターにおいても質のたかい禁煙対策を推進する必要性があると考えられた。

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

・学会発表

大藤直子、松永里香、佐藤祥子、酒井由美子、江上裕子、神宮純江、吉本雅彦. 禁煙に対する自信度と継続状況について. 第52回 福岡県公衆衛生学会

たばこに関する健康教育、禁煙支援、分煙対策の実施状況調査

施設名：

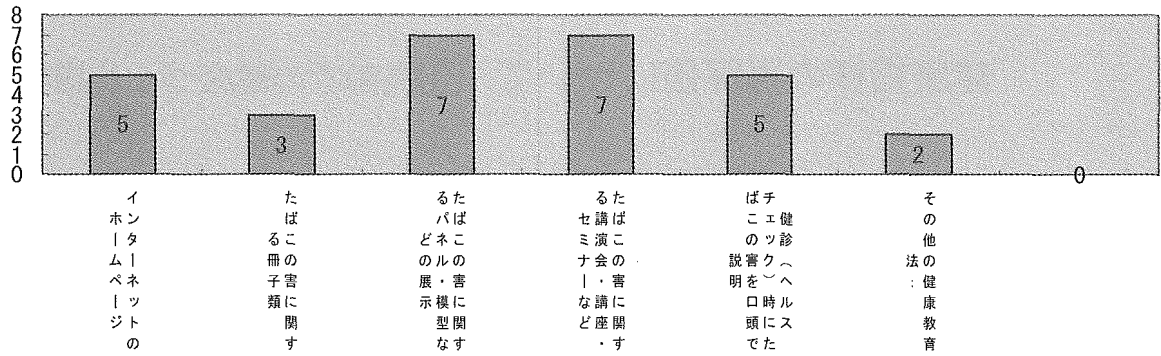
記入者名：

職名・職種

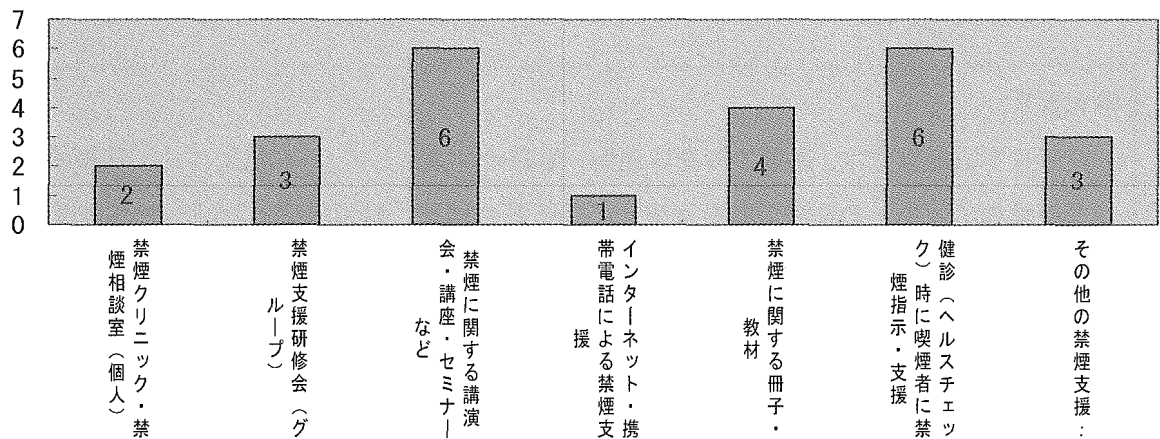
1	たばこに関する健康教育（該当する項目すべてに○を記入してください）	○記入欄
	インターネットのホームページ	
	たばこの害に関する冊子類	
	たばこの害に関するパネル・模型などの展示	
	たばこの害に関する講演会・講座・セミナーなど	
	健診（ヘルスチェック）時にたばこの害を口頭で説明	
	その他の健康教育法：	
2	禁煙支援（該当する項目すべてに○を記入してください）	○記入欄
	禁煙クリニック・禁煙相談室（個人）	
	禁煙支援研修会（グループ）	
	禁煙に関する講演会・講座・セミナーなど	
	インターネット・携帯電話による禁煙支援	
	禁煙に関する冊子・教材	
	健診（ヘルスチェック）時に喫煙者に禁煙指示・支援	
	その他の禁煙支援：	
3	分煙対策（該当するものどれか1つに○を記入してください）	○記入欄
	敷地内完全禁煙	
	建物内完全禁煙（建物外に喫煙可能場所あり）	
	建物内完全分煙（閉鎖系喫煙室の設置）	
	建物内不完全分煙（開放系喫煙室・コーナーの設置）	
	特別な分煙対策なし	

たばこに関する健康教育

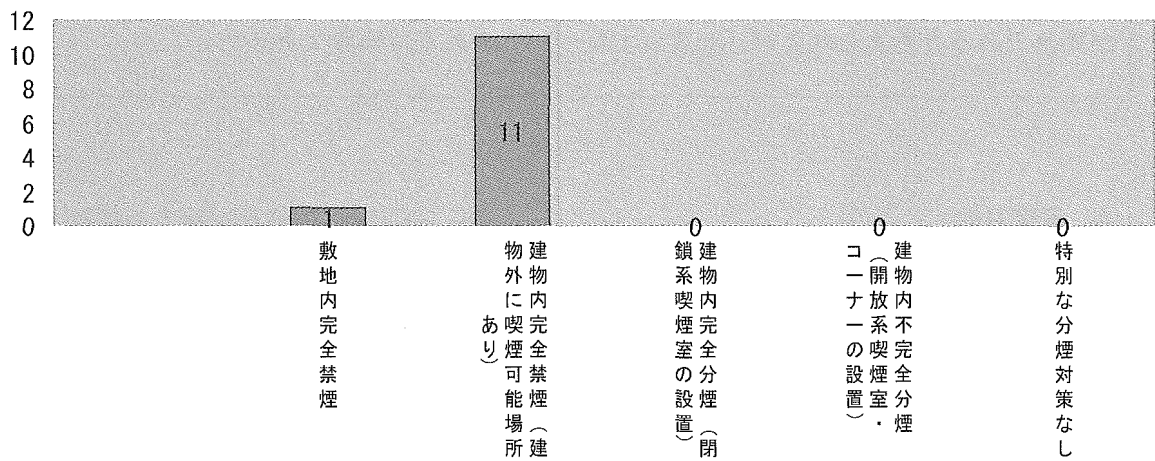
資料2



禁煙支援



分煙対策



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

健康指標の再評価について（④高齢者の健康づくり指標）

分担研究者 津下 一代（あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発監）
研究協力者 武隈 清（あいち健康の森健康科学総合センター）
山下 晋（あいち健康の森健康科学総合センター）
石川 裕哲（あいち健康の森健康科学総合センター）
金子 智隆（あいち健康の森健康科学総合センター）
早瀬 智文（あいち健康の森健康科学総合センター）
掛川 悌示（あいち健康の森健康科学総合センター）
富永 祐民（あいち健康の森健康科学総合センター）

研究要旨

健康日本21計画では、高齢者の身体運動・運動の目標として、「外出について積極的な態度をもつ者の増加、何等かの地域活動を実施している者の増加、日常生活における歩数の増加、運動習慣者の増加などの行動指標は設定されているが、健康指標が設定されていない。高齢者においては、下肢を中心とする身体能力の低下が転倒や生活機能の低下の危険因子であるが、開眼片脚起立時間は下肢の筋力のみならず、バランス機能を反映する指標としての有用性が指摘されている。しかし、これまで地域住民を対象とした研究において基準値が定められていないため、評価ができていくという課題があった。あいち健康の森健康科学総合センターにおける8,197名のデータを解析し、標準値の設定を試みた。男女とも前期高齢者では30秒、85歳未満の後期高齢者では15秒が妥当であると考えられたが、85歳以上についての設定は困難であった。

A. 研究目的

高齢者においては、下肢を中心とする身体能力の低下が転倒や生活機能の低下の危険因子であるため、高齢者の下肢機能を適切に評価することが介護予防の観点から重要である。このうち、開眼片脚起立時間は下肢の筋力のみなら

ず、バランス機能を反映する指標として用いられてきている。また、開眼片脚起立時間の測定は特別な機器も不要であるため、家庭での自己測定も可能であるという特徴がある。しかしながら、現状では地域における高齢者の健康づくりの指標として開眼片脚起立時間の評価が十

分になされているとは言えず、その一因として基準値が設定されていないことが考えられる。あいち健康の森健康科学総合センターでは、地域に生活する65歳以上の高齢者を対象に開眼片脚起立時間を測定している。今回、これまでに蓄積されたデータを性・年代別に解析した。

健康日本21計画では、高齢者の身体運動・運動の目標として、外出について積極的な態度をもつ者の増加、何等かの地域活動を実施している者の増加、日常生活における歩数の増加、運動習慣者の増加などの行動指標は設定されているが、健康指標が設定されていない。そこで、あいち健康の森健康科学総合センターにて実施した開眼片足立ちを分析し、健康指標とすることについて提案したい。

B. 研究方法

【対象】平成9年10月から平成17年11月までの期間に当センターにおいて簡易健康度評価を受検し、その記録がデータベースとして利用可能であった8197人（男3089人、女5108人）。なお、同一の者が二回以上測定したデータの場合は初回測定データを用いた。

【測定方法】開眼片脚起立時間は、両手を腰におき、片方の足を床から離し、片足でバランスを保って立ち続けられた時間を測定した。原則として左右それぞれの足で実施し、高い値を測定記録として採用した。なお、3分以上継続した場合、その時点で終了とした。

【統計解析】男女別に65歳から74歳までの前期高齢者、75歳から84歳までの後期高齢者、85歳以上の高齢者の3群に分け、各群での開眼片

脚起立時間の平均、および中央値を算出した。次いで、開眼片脚起立時間を30秒以上、30秒未満15秒以上、5秒以上15秒未満、5秒未満の者の割合について性・年代別に算出した。

C. 研究結果

前期高齢者の開眼片脚起立時間の平均値は、男61.1秒、女54.9秒であった。右に裾をひいた分布であるため、中央値を算出したところ、男40秒、女34秒であった。85歳未満の後期高齢者では、平均値が男26.3秒、女23.3秒であり、中央値はそれぞれ14秒、11秒であった。30秒以上開眼片脚起立が可能であった者の割合は、前期高齢者では男59.3%、女54.3%と男女とも過半数を超えていた。一方、85歳未満の後期高齢者においては、男26.8%、女21.4%であった。さらに、85歳以上の高齢者では、男で5.9%に過ぎず、女においては30秒以上可能であった者は皆無であった。

開眼片脚起立時間が5秒未満であった者の割合は、前期高齢者では男6.9%、女6.2%であった。一方、85歳未満の後期高齢者においては男女とも18%以上であり、85歳以上の高齢者では半数近くが5秒未満の者であった。

D. 考察

先行研究より、開眼片脚起立時間が30秒以上実施可能である場合、筋力保持の一助の目安になることが報告されている。今回の調査の結果、前期高齢者では男女とも開眼片脚起立時間の中央値は30秒以上であり、前期高齢者の集団で

は下肢機能が比較的保たれていると考えられた。一方、85歳未満の後期高齢者では30秒の片脚起立が可能であった者の割合は男女とも20%台にとどまっていた。また、中央値は男女とも15秒未満であり、前期高齢者に比べ10秒以上低い値であった。

開眼片脚起立時間の加齢による低下は、他の体力要素に比べて著しいとされるが、今回の調査においても85歳未満の後期高齢者においてその能力が男女とも大きく低下していることが示された。後期高齢者では開眼片脚起立時間が大きく低下する者の割合が大きく、先行研究の結果よりそれが要介護状態の危険を高める可能性が考えられる。

開眼片脚起立は、その実施が容易であること、またバランス能の向上、骨量増加が期待されることもあり、開眼片脚起立訓練を高齢骨粗鬆症患者に対して実施することを整形外科の分野では推奨している。開眼片脚起立時間は目標値の設定も行いやすく、動機付けによる運動実施の継続も期待できることより、公衆衛生的な観点からも高齢者の健康づくりの指標として有用であることが考えられる。

今回の調査では、85歳未満の後期高齢者の場

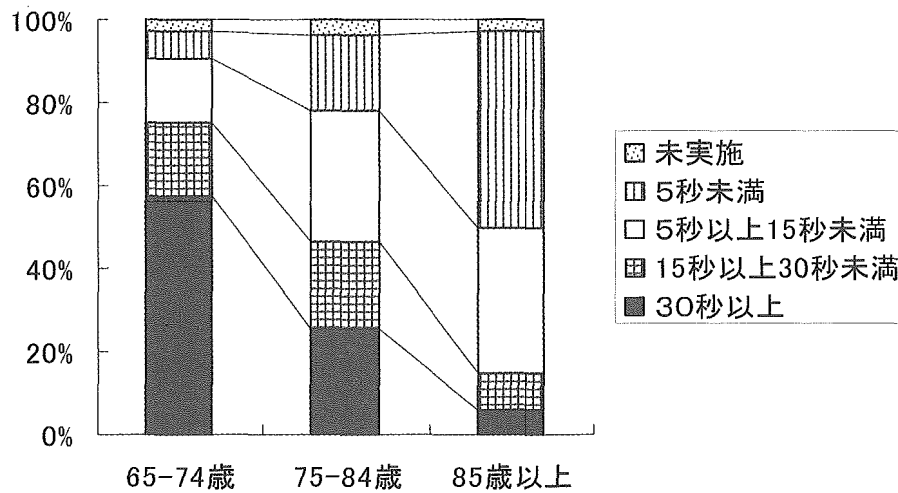
合、前期高齢者に比べ片脚起立時間が大きく低下していたが、片脚起立訓練の推奨によりその時間が延長することも期待できる。横川らは、後期高齢者を対象に片脚起立訓練を取り入れた4ヶ月の運動プログラム実施にて片脚起立時間が向上したことを報告している。一方、我々も低体力の後期高齢者に対する集団での運動訓練を実施したところ、対象者の10メートル歩行速度等の体力指標は向上したが、開眼片脚起立時間については有意な増加は見られなかった。この違いは、プログラム中に開眼片脚立位の自己訓練を加えなかったことが影響した可能性が考えられる。開眼片脚立位時間を向上させるためには、身体活動量の維持だけでなく、片脚起立訓練も日常生活に取り入れる必要性を示唆する結果であると考えられる。

85歳未満の後期高齢者では、前期高齢者に比べ個人差がより大きく、また下肢機能も低下しているため、前期高齢者と同様に30秒以上を基準値とすることは適切ではないと考えられる。85歳以上の高齢者に対して開眼片脚起立時間を測定することの意義については今後さらに検討すべき課題と考えられた。

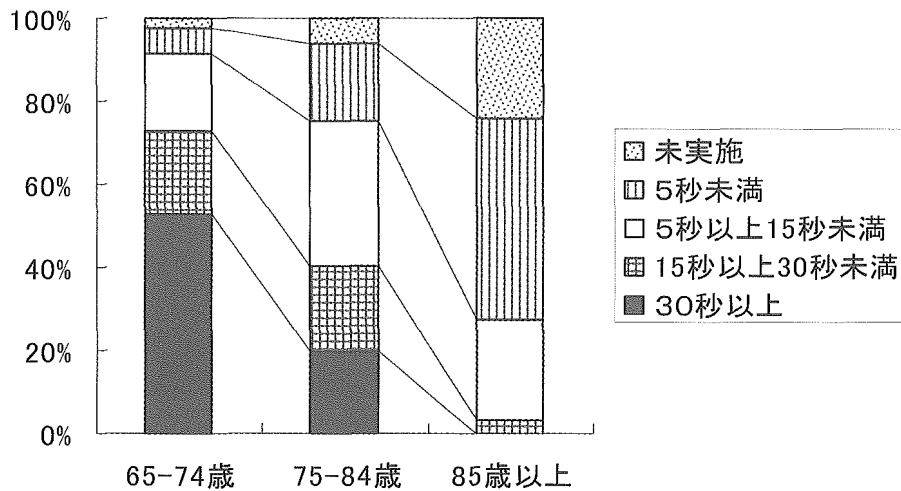
表1 対象者のプロフィール

	男			女		
	65-74 歳	75-84 歳	85 歳以上	65-74 歳	75-84 歳	85 歳以上
人数	2547	508	34	4406	673	29
年齢(歳)	68.8±2.8	77.7± 2.5	87.1±2.3	68.3±2.7	77.5± 2.5	87.9±2.6
身長 (cm)	162.9± 5.6	159.9± 5.9	155.7± 10.9	150.1± 5.2	145.8± 5.6	143.9± 5.0
体重(kg)	62.1±8.6	58.2± 8.6	54.8±9.8	52.5±7.4	49.4± 7.4	45.3±8.5
BMI	23.4±2.8	22.8± 3.0	22.9±5.5	23.3±3.0	22.9± 3.3	21.9±4.0
SBP(mmHg)	140±20	142±19	140±15	139±19	143±19	148±23
DBP(mmHg)	83±12	81±12	78±10	81±11	79±12	80±17
喫煙率(%)	20.2	17.7	5.9	2.2	2.2	3.4

* 連続量は平均±標準偏差で示した。



年代別の開眼片脚起立時間の実施状況(男)



年代別の開眼片脚起立時間の実施状況(女)

E. 結論

高齢者の身体運動・運動の目標として、転倒や生活機能の低下と関連がある開眼片脚起立時間について標準値の設定を試みた。あいち健康の森健康科学総合センターにおける地域住民を対象とした測定(8,197名)データを解析し、男女とも前期高齢者では30秒、85歳未満の後期高齢者では15秒が妥当であると考えられ

たが、85歳以上についての設定は困難であった。

G. 研究発表

石川裕哲、早瀬須美子、後藤恵子、武隈清、津下一代. 虚弱高齢者を対象とした2種類の運動プログラムによる介入効果の比較. 第64回日本公衆衛生学会

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

健康指標の再評価について

⑤楽しみながら参加できる健康づくりの機会創出（環境整備）

分担研究者 津下 一代（あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発監）
研究協力者 早瀬 須美子、早瀬 智文、石川 裕哲、小松 友子、富永 郷子、
上谷 純代、神崎 央貴、荒谷 佳樹、中西 徳充、森山 英樹、
掛川 悌示、鈴木 昌弘、根間 健吉、村本 あき子、武隈 清
（以上、あいち健康の森健康科学総合センター）
山本 勝子、伊藤 加奈子（日本福祉大学知多半島総合研究所）
長尾 尚訓、根が山 文子、松山 豊（UFJ 総合研究所）
米島 竜雄（東海テレビプロダクション）
大堀 一至、福井 佳代（名鉄観光）
磯村 信雄（アクトス）
森田 利洋（愛知県産業労働部）

研究要旨

あいち健康プラザの健康度評価と、知多半島の自然や文化を活かした散策コース、産業観光施設、料理等を組み合わせ、生活習慣病があっても安心して参加できるモニターツアーを開発した。料理の監修、運動プログラムや休養プログラムを作成し、専門職が同行した。参加者アンケートでは食事、運動、休養プログラムとも、「大変よい」、「よい」をあわせると100%となる良好な結果であった。また、旅行と健康度評価の組み合わせがよいとする回答が多かった。

今後、地域の観光、産業資源と連携し、より生活に近い場での健康づくりを推進することが大切であると考えられた。また、健康にあまり関心のない人を巻き込むことができる可能性が示唆された。

A. 研究目的

「保健指導」ということばに明るいイメージをもつ人は少ないのではないだろうか。健康づくりは「重い石をがんばって転がすもの」というイメージがあるがごとく、医師や栄養士に指導されて

食べたいものをがまんし、いやでも運動しなければいけない、と否定的な感情を持つものが少なくない。健診・保健指導受診率が低い理由のひとつにそのような否定的な感情があることは否めない。このような否定的な感情をもつものでも、安心して健康づくりに参加できる機会が必要である。

本来、健康づくりは自己実現のためによりよい

健康状態を確保することであり、本人の主体的な行動変容をうながしていくことが望ましい。したがって、対象者本人に自分自身の生活習慣を振り返り、健康状態を認識してもらい、今後の健康設計をするような機会を創出することが必要だと考える。

ところで、人生の楽しみのなかに旅行をあげるひとが最も多い。しかし、生活習慣病予防の観点で見ると、旅先は高エネルギー、高脂肪、高塩分、過剰飲酒という食の問題がある。また、バス等での異動のため、身体活動が制限される場合が多く、糖尿病などの患者では旅行によってコントロールを悪化させてしまう人も少なくないため、われわれ医療関係者としては「旅行＝生活習慣を乱すもの」ととらえる傾向がつよい。

しかしながら、方法によっては旅で健康づくり体験をしてもらうことが不可能ではない。旅館等の食事の監修、運動プログラムや休養プログラムの導入、指導者の同行などにより、ゆったりとした時間のなかで健康の大切さを感じ取ってもらう機会とすることができる。また、医療機関受診は拒む人も、旅での健康づくりという気楽さから敷居が低くなる効果が期待できる。

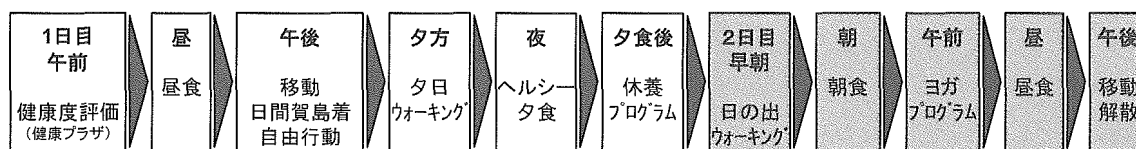
今回、あいち健康の森健康科学総合センターでは知多半島（日間賀島、篠島、半田、常滑、美浜）などの観光資源を活用した健康づくりプログラムを企画・運営し、成果がえられたので報告する。なお、この事業は経済産業省コンソーシアム事業として実施したものである。

B. 研究方法

(1) 健康づくり体験をもちこんだ旅の企画～

① 健康観光ツアーの企画・実施

<健康観光ツアー例>



あいち健康プラザの健康度評価と、知多半島の自然や文化を活かした散策コース、産業観光施設、料理等を組み合わせ、生活習慣病があっても安心して参加できるモニターツアーを開発した。企画にあたり、旅館等に管理栄養士を派遣し、地元の新鮮な魚介類等を活かし、かつカロリーや栄養バランスを満たすヘルシー料理の作成、監修をおこなった。また、ウォーキングコースの歩数や運動消費量、運動強度を事前に調査し、対象者にあわせたプログラム作りをおこなった。

商品ニーズと評価を把握するために、モニターツアーを実施した。平成17年10月1泊2日型（篠島、日間賀島）、11月1日型（半田、常滑、美浜）、18年1月1泊2日型（篠島、日間賀島）の7コースを設定した。参加者はまずあいち健康プラザで健康度評価を受診し、その結果により食事・運動などの処方を受け、現地にて運動・食事体験・健康相談などを実施した。モニターツアー参加者に参加動機、参加しての感想などのアンケートを実施した。

(2) 健康観光商品の提供事業者の確保（研修プログラムの開発・実施）

健康観光のコンセプト、栄養、運動、休養に関する基礎知識を提供する研修プログラムを作成し、滞在者の健康づくりを支援する意向をもつ旅館、民宿など観光関係者を募集して、研修を行った。

(3) 健康支援スタッフ人材の確保

健康観光ツアーでガイド役を務める健康支援スタッフ「旅のサポーター（ボランティア）」を養成する研修プログラムを開発して、栄養士、保健士など一定の素養をもつ人材を募集し、研修を行った。（27名参加）

C. 研究成果

① 健康観光ツアー

宿泊型、日帰型の5コース、7種類のツアーを実施し122人の参加者を獲得した。参加者からは有料参加でありながら高い評価を得た。添付の表には10月に実施した篠島・日間賀島参加者37名のアンケート結果を示した。食事、運動、休養プログラムとも、「大変よい」、「よい」をあわせると100%となる結果であった。また、旅行と健康度評価の組み合わせがよいとする回答が多かった。

②観光事業者との連携・モニターツアーに協力した旅館組合より、今後、健康をコンセプトとした質の高い企画を実施するため、継続的な監修について依頼を受けている。今後、知多半島の観光資源を活用した健康づくり手法について定期的に会合を持つことにより、観光事業者としては付加価値の高い集客を、健康づくりの視点からは、これまであまり積極的に保健行動をとらなかった対象者への広がり期待することができる。今回のモデル事業によってあいち健康プラザの事業内容を広く周知することができた。

D. 考察

旅館や観光会社などいままでの保健・医療の枠組みを超えた社会資源との協働により、新しい企画を実施した。高齢社会をむかえ滞在型の旅に対する期待感が高まっている時期でもあり、民間観光業者の協力がえられた。今回のツアーで、10年前より糖尿病を放置している人が妻に誘われて参加した、病後のため自分で旅行する自信がない人が安心して参加した、など、いままで保健にアクセスしていない人の参加がえられたことが収穫であった。健康にあまり関心の薄い層への働きかけの手段として、いままでのように保健・医

療の枠組みにとらわれず、広く異業種との地域連携が必要であると考えられた。

ただし、質の確保、ルールの徹底のためには、第三者の存在が不可欠である。すなわち観光業者等は「健康」と名がつくものに飛びつきやすく、質を担保することが困難になる場合が想定されるからである。今回は日本福祉大学、UFJ総合研究所、愛知県産業労働部の基盤のもとで観光事業者と連携をとったことによって、「健康」の安売りにならない質の高い企画ができたものと考えられる。

E. 結論

旅館や観光会社などいままでの保健・医療の枠組みを超えた社会資源との協働により、新しい健康づくりの企画を開発、実施した。予想以上の参加者を得、また、参加者アンケート結果も良好であったことから、一応の成功事例と考えられる。

今後、地域の観光、産業資源と連携し、より生活に近い場での健康づくりを推進することが大切であると考えられた。また、健康にあまり関心のない人を巻き込むことができる可能性が示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表

津下一代. 観光しながら健康づくり. 肥満クニカルレポート. 丹水社 2006

2. 学会発表

津下一代. 知多半島の観光資源を活かした健康づくり. 経済産業省元気フォーラム. 2006

1. 宿泊型ツアー参加者アンケート 集計表

Q1 性別 (上段:人、下段:%)

	合計	男性	女性
合計	37	7	30
	100	18.9	81.1
篠島	18	5	13
	100	27.8	72.2
日間賀島	19	2	17
	100	10.5	89.5

Q2 年齢 (上段:人、下段:%)

	合計	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70代以上
合計	37	3	1	6	16	11
	100	8.1	2.7	16.2	43.2	29.7
篠島	18	1	1	3	9	4
	100	5.6	5.6	16.7	50	22.2
日間賀島	19	2	-	3	7	7
	100	10.5	-	15.8	36.8	36.8

Q3 同伴者 (上段:人、下段:%)

	合計	一人	夫婦・ カップルのみ	親子・家族	友人・ グループ	その他
合計	36	10	10	5	11	-
	100	27.8	27.8	13.9	30.6	-
篠島	18	8	6	-	4	-
	100	44.4	33.3	-	22.2	-
日間賀島	18	2	4	5	7	-
	100	11.1	22.2	27.8	38.9	-

Q4 現在の健康状態 (上段:人、下段:%)

	合計	健康	健康であるが生活習慣病が気になる	病気にかかっている
合計	37	18	15	4
	100	48.6	40.5	10.8
篠島	18	4	14	-
	100	22.2	77.8	-
日間賀島	19	14	1	4
	100	73.7	5.3	21.1

Q5 このツアーのどのような点に魅力を感じましたか (上段:人、下段:%)

	合計	健康づくり	健康度評価	自然・景色	ウォーキング	ヘルシームニュー(料理)	医師が同行する	
合計	37	24	28	20	21	23	21	
	100	64.9	75.7	54.1	56.8	62.2	56.8	
篠島	18	11	15	10	12	14	14	
	100	61.1	83.3	55.6	66.7	77.8	77.8	
日間賀島	19	13	13	10	9	9	7	
	100	68.4	68.4	52.6	47.4	47.4	36.8	
		専門スタッフが同行する	癒し・リラクゼーション	星空セラピー	ヨガ	ホテル・旅館	篠島・日間賀島	料金が安い
合計	24	13	7	7	2	10	4	
	64.9	35.1	18.9	18.9	5.4	27	10.8	
篠島	13	4	1	-	1	6	1	
	72.2	22.2	5.6	-	5.6	33.3	5.6	
日間賀島	11	9	6	7	1	4	3	
	57.9	47.4	31.6	36.8	5.3	21.1	15.8	

Q6 健康度評価の検査項目・結果表(満足度) (上段:人、下段:%)

	合計	大変満足	満足	不満	大変不満	受診しなかった
合計	36	12	19	-	-	5
	100	33.3	52.8	-	-	13.9
篠島	17	7	7	-	-	3
	100	41.2	41.2	-	-	17.6
日間賀島	19	5	12	-	-	2
	100	26.3	63.2	-	-	10.5

Q7 健康度評価の「おすすめメニュー」(満足度) (上段:人、下段:%)

	合計	大変満足	満足	不満	大変不満	受診しなかった
合計	37	14	18	-	-	5
	100	37.8	48.6	-	-	13.5
篠島	18	9	6	-	-	3
	100	50	33.3	-	-	16.7
日間賀島	19	5	12	-	-	2
	100	26.3	63.2	-	-	10.5

Q8 運動プログラム(楽しさ) (上段:人、下段:%)

	合計	とても楽しかった	楽しかった	楽しくなかった	全く楽しくなかった	参加しなかった
合計	37	18	19	-	-	-
	100	48.6	51.4	-	-	-
篠島	18	10	8	-	-	-
	100	55.6	44.4	-	-	-
日間賀島	19	8	11	-	-	-
	100	42.1	57.9	-	-	-

Q9 運動プログラム(健康づくり) (上段:人、下段:%)

	合計	とても役立つ	役立つ	役立たない	全く役立たない	参加しなかった
合計	31	15	16	-	-	-
	100	48.4	51.6	-	-	-
篠島	18	10	8	-	-	-
	100	55.6	44.4	-	-	-
日間賀島	13	5	8	-	-	-
	100	38.5	61.5	-	-	-

Q10 ホテル・旅館での食事(おいしさ) (上段:人、下段:%)

	合計	とてもおいしかった	おいしかった	おいしくなかった	全然おいしくなかった
合計	37	16	21	-	-
	100	43.2	56.8	-	-
篠島	18	7	11	-	-
	100	38.9	61.1	-	-
日間賀島	19	9	10	-	-
	100	47.4	52.6	-	-

Q11 ホテル・旅館での食事(健康づくり) (上段:人、下段:%)

	合計	とても役立つ	役立つ	役立たない	全く役立たない
合計	28	11	17	-	-
	100	39.3	60.7	-	-
篠島	14	8	6	-	-
	100	57.1	42.9	-	-
日間賀島	14	3	11	-	-
	100	21.4	78.6	-	-

Q12 ドクター健康診断(満足度) (上段:人、下段:%)

	合計	大変満足	満足	不満	大変不満
篠島	18	14	4	-	-
	100	77.8	22.2	-	-

Q13 休養プログラム(満足度) (上段:人、下段:%)

	合計	大変満足	満足	不満	大変不満
日間賀島	19	3	16	-	-
	100	15.8	84.2	-	-

Q14 このツアーにまた参加したいと思いますか (上段:人、下段:%)

	合計	参加したい	参加してもよい	参加したくない	参加しない
合計	36	24	11	1	-
	100	66.7	30.6	2.8	-
篠島	17	9	8	-	-
	100	52.9	47.1	-	-
日間賀島	19	15	3	1	-
	100	78.9	15.8	5.3	-

Q15 もしあなたが生活習慣病(肥満、高血圧等)であったとしたら、
このツアーに参加したいと思いますか (上段:人、下段:%)

	合計	参加したい	参加してもよい	参加したくない	参加しない
合計	37	34	3	-	-
	100	91.9	8.1	-	-
篠島	18	16	2	-	-
	100	88.9	11.1	-	-
日間賀島	19	18	1	-	-
	100	94.7	5.3	-	-

Q16 あなたが健康観光ツアーに参加する場合、どのようなことを重視しますか (上段:人、下段:%)

	合計	健康度評価	ウォーキング	ヘルシーメニュー(料理)	ヨガ	医師の同行	専門スタッフの同行
合計	37	25	24	24	6	21	24
	100	67.6	64.9	64.9	16.2	56.8	64.9
篠島	18	14	13	16	-	13	14
	100	77.8	72.2	88.9	-	72.2	77.8
日間賀島	19	11	11	8	6	8	10
	100	57.9	57.9	42.1	31.6	42.1	52.6
		癒し・リラクゼーション	自然・景色	ホテル・旅館	旅行地	温泉	その他
合計	12	21	6	2	11	-	-
	32.4	56.8	16.2	5.4	29.7	-	-
篠島	3	9	1	-	3	-	-
	16.7	50	5.6	-	16.7	-	-
日間賀島	9	12	5	2	8	-	-
	47.4	63.2	26.3	10.5	42.1	-	-

Q17 上記のなかで最も重視することは何ですか (上段:人、下段:%)

	合計	健康度評価	ウォーキング	ヘルシーメニュー(料理)	ヨガ	医師の同行	専門スタッフの同行
合計	33	13	-	3	1	3	9
	100	39.4	-	9.1	3	9.1	27.3
篠島	17	8	-	1	-	3	2
	100	47.1	-	5.9	-	17.6	11.8
日間賀島	16	5	-	2	1	-	7
	100	31.3	-	12.5	6.3	-	43.8
		癒し・リラクゼーション	自然・景色	ホテル・旅館	旅行地	温泉	その他
合計	-	1	-	-	3	-	-
	-	3	-	-	9.1	-	-
篠島	-	1	-	-	2	-	-
	-	5.9	-	-	11.8	-	-
日間賀島	-	-	-	-	1	-	-
	-	-	-	-	6.3	-	-

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

自治体における健康増進計画
「健康くらしき 2 1」推進研究について

分担研究者 曾根 啓一（倉敷市保健福祉局／倉敷市保健所）
研究協力者 倉敷市保健所保健課一同

I はじめに

平成 16 年 3 月末、「健康日本 2 1」を受けた、倉敷市の特性を生かした健康増進計画「健康くらしき 2 1」を策定して 2 年が経過した。

健康全般、栄養・食生活、運動・休養・ストレス、たばこ・アルコール、歯の健康、健やか親子の 6 分野 43 項目の目標数値を掲げ、目標達成に努力している。

国は「健康日本 2 1」の中間評価として、各分野の目標数字を示したが、いずれも期待される結果は得られていない現状である。

その後、健康フロンティア戦略やメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を中心とした生活習慣病対策が次々に打ち出された。

また、老人保健法により提供されていた保健事業の見直し、高齢者がいつまでもいきいきと自立した生活を支援する手立てとして、介護予防を重視した施策など、新たな制度へ、大きく転換しようとしている。

このような状況を踏まえて、平成 19 年度の中間評価や 22 年の最終評価には「健康くらしき 2 1」の目標数字を達成していかなければならず、そのためにはどう推進していくかが、本研究の重要な課題となる。

本研究では、「健康くらしき 2 1」健康増進計画の推進にあたり、平成 14 年に、目標値を設定するため行ったアンケート調査を補完するとともに、その大部分を市民の健康づくり意識を検証するために、健康意識調査を実施した。

「健康くらしき21」の基本目標
健康寿命の延伸、生活習慣病の予防、生活の質の向上

□健康づくり分野別数値目標の具体例

健康全般：「健康日本21」を知っている人の増加

現状5.5% → 50.0%

栄養・食生活：偏った食事をしないことに気をつけている人の増加

現状88.4% → 95.0%

運動・休養・ストレス：週2回以上30分以上運動している人の増加

現状26.6% → 35.0%

たばこ・アルコール：周囲の人の影響を考えないでたばこを吸う人の減少

現状27.3% → 10.0%

歯の健康：歯の定期健診を毎年受けている人の増加

現状13.7% → 20.0%

II 倉敷市市民健康意識調査

1 調査方法

30歳から60歳までの市民から、無作為抽出により選び出した、4,000人を対象にして、健康意識・行動に関するアンケート調査を行った。調査は、郵送方式で行い、健康意識、健康状態、健康診査、食事・栄養、運動、ストレス・飲酒・喫煙及び歯科保健について質問を作成した。有効回答数は、1,296人で回答率は、32.4%であった。

2 調査結果

(1) 年代別分析

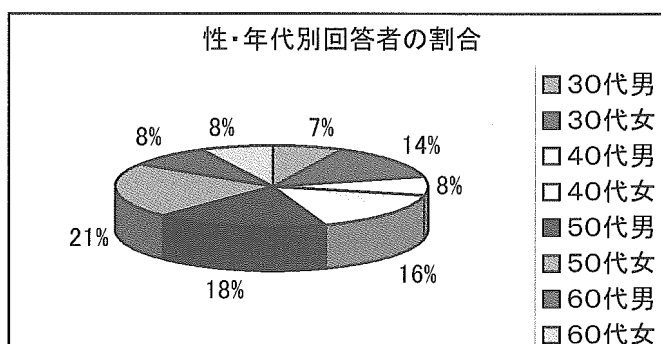
ア 対象者の特性

表1

性・年代別回答者

30代男	95
30代女	178
40代男	99
40代女	203
50代男	231
50代女	285
60代男	106
60代女	99
合計	1296

図1



回答者の性年齢別構成を表1及び図1に示した。回答者の内最も多数を占めたのは、

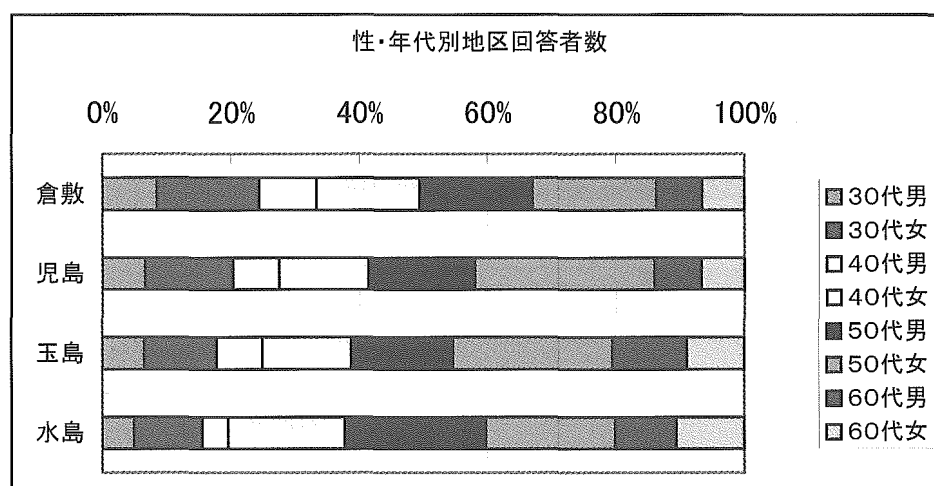
50代女性の285人（21％）で、次に50代男性の231人（18％）であった。

表2

性・年代別地区回答者数

	倉敷	児島	玉島	水島	合計
30代男	55	15	15	10	95
30代女	102	30	25	21	178
40代男	58	16	16	8	98
40代女	104	31	31	36	202
50代男	113	37	36	44	230
50代女	125	62	56	40	283
60代男	45	16	26	19	106
60代女	43	15	20	21	99
合計	645	222	225	199	1291

図2



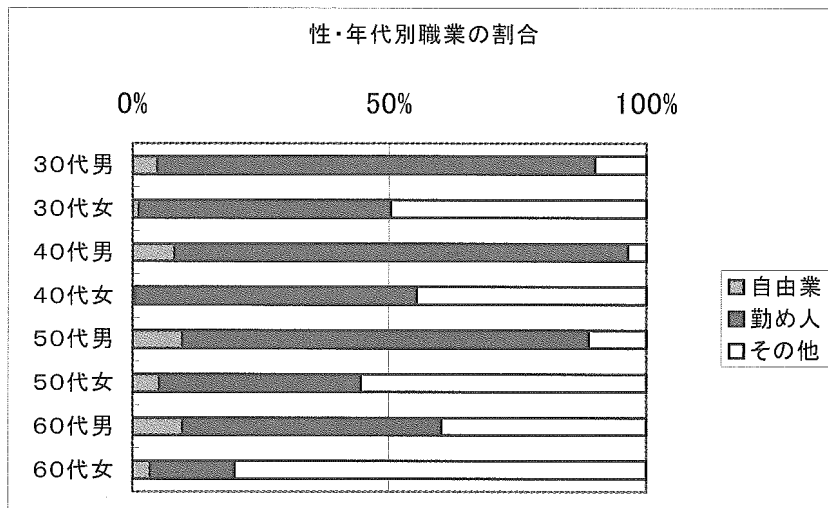
地区別では、倉敷、児島及び玉島地区では、50代女性、50代男性の順で、水島地区では50代男性、50代女性の順であった。

表 3

性・年代別職業

	自由業	勤め人	その他	合計
30代男	4	69	8	81
30代女	2	80	81	163
40代男	7	76	3	86
40代女	1	100	81	182
50代男	19	156	22	197
50代女	13	97	138	248
60代男	9	47	37	93
60代女	3	14	69	86
合計	58	639	439	1136

図 3



各年代とも、男性は「勤め人」の割合が多く、女性では40代を除き「その他」の占める割合が大きかった。

表 4

性・年代別家族構成

	一人暮らし	夫婦のみ	夫婦と子ども	その他	合計
30代男	9		41	45	95
30代女	4	20	100	53	177
40代男	4	7	60	28	99
40代女	5	8	110	80	203
50代男	14	52	118	47	231
50代女	10	66	132	76	284
60代男	2	51	28	25	106
60代女	6	37	31	25	99
合計	54	241	620	379	1294