

リーダー研修：市町村の保健師、栄養士を始め、JAのいきいき部会など地域の若手のボランティアにセンターが集まり、高齢者向けの補助的な作業、介護職、介護予防の研修会をやっている。県の健康保健福祉関係で「増進センター」、高齢者の「なのはな館」、障害者の「ハートケア鹿児島」など福祉施設が点在しており、指宿、鹿児島、鹿屋に点在しているのですが、この3つの機能をリンクして広域的に交流事業を立ち上げているところ です。

機関紙「ぞうしんまる」：職員がパソコンでつくったものを印刷し、約9000部を県下各地の機関、JRの駅などで配布している。

(あいち健康の森健康科学総合センター：津下)

県の動き：昨年愛知県では知事による健康長寿あいち宣言が出された。その中であいち健康の森周辺を愛知県の健康長寿の拠点と位置づけられた。国立長寿医療センター、小児病院、認知症予防センターとこの地域に健康長寿関係の施設が集積していること、また、ここ大府市が健康都市宣言をしており、大府ウェルネスバレー構想というものを描くなどの動きがある。

健康日本21 あいち計画の推進：

愛知県健康づくりリーダー養成事業：あいち計画では23年までに2000名登録という目標を掲げているが、現在1500名登録。8日間のコースで研修を行っており、毎年センター開催分として100名参加。昨年から市町村連携コースを新設、大府市、弥富市、北名古屋市、岡崎市などからリーダー養成の依頼が来ている。さらに、アドバンスコースを作り、今年の実績から合格者を出している。来年からは実習を含む研修を付け加え、質の高いリーダー養成をめざす。

介護予防：愛知県の8,000名のデータを元に、高齢者の健康づくりの指標として開眼片足立ち20秒という基準を提案した。虚弱高齢者向けのプログラムを作成し、健対財団と協力してDVD作成をするなどの活動をしている。

特定保健指導に向けた事業：大府、東浦、北名古屋市の協力を得て、市町村の基本健康診査のデータを

分析して優先順位を決め、その人にあったプログラムを提供するという事業を開始した。一般公募で募集をかけた教室参加者とは違い、肥満+動脈硬化リスク重複者を対象にした積極的支援型プログラムを実施、医療費分析もあわせて行っている。教室に通うことが困難な人も少なくないので、健康度評価や初期保健指導をしたあとは運動施設でサポートをするという形と、メールでサポートをするという3つの方法で積極的支援を行っているところだが、施設利用型もいいデータが出ている。一般公募の教室よりも明確な効果が出ている。医療費分析は、病名だけではなく、薬剤名などもとりこみながら丁寧に見ているところである。職域ではメールによるサポート事業を行ったが、これも効果が見られている。要は初期の動機づけと本人のライフスタイルに合わせた継続サポート法が必要だと思う。

特定健診保健指導に向けた研修会の開催：今回の改革の要点は、評価指標が明確になることと、実施主体が保険者に移るため保健(健診)と医療(レセプト)の連携によって個人が追跡できるということである。行政関係者、健診機関、医師会、職能団体、人間ドック学会のような学会がそれぞれ特定健診保健指導にむけて研修を実施している。事業団独自でも、健診機関に情報提供するための研修会を行った。いくつかの健保組合から保健指導のプログラム開発支援の依頼もきている。県の依頼で市町村衛生部局と国保担当者に向けての研修会でも情報提供し、20年度からの体制や事業実施方法について話し合いを進めるよう支援している。

## ② アンケート

13の健康科学センターにアンケートを送付したが、1か所は指定管理者制度にもとづきセンターの運営者が変わることになっているため回答されず、1箇所は健診保健指導を実施していないためアンケートの回答はなかった。表のごとく11箇所よりアンケートを回収し、整理した。

20年度からの特定健診・保健指導について、資料を集めたり所属内での勉強会を実施しているところが多く、プロジェクトチームの立ち上げや、所属官

庁との調整をはじめているところが多い。大阪、福岡、愛知等では各センターの事業の見直しだけでなく、自治体全体の特定健診・保健指導の進捗状況についても自治体等と協議している状況であった。今回は国の方針が確定せず、自治体の方針が決められない時点での調査であったため、事業の見直しが進んでいかないことに対する不安感が指摘されている。外部との調整については着手しているところは少ない。

具体的な事業の準備としては、健診データの分析には強みを発揮できる健康科学センターが少なくない。健診方法についてはとくに大きな見直しを検討しているところは少なく、保健指導方法の見直しや研修事業に着手しているところが見られた。運営形態としては従来の県（市）委託事業ではなく自主事業として実施していく方法を検討しているところも見られた。

茨城県、愛知県、大阪府、岡山県、福岡市、山口県では、特定健診・保健指導に関する研究事業等と検討しているが、このような研究についての情報交換や共同実施などの可能性が示唆された。

#### D. 考察

健康科学センターはそれぞれの運営形態や設置目的がやや異なるため単純な比較はできないが、健康課題の分析、健診事業、健康づくり事業、指導者養成、市町村支援、調査研究等、多面にわたる活動によって、自治体の21計画の推進に関与している。

各センターは自らの事業について評価機能を持つところが多く、評価結果を確認しながら事業の見直しをしていた。得られた成果については指導者養成事業やマニュアル作成、住民への啓発活動につなげてきており、このような活動形式はこれからの保健活動の推進につながると考えられる。

しかし、施設間での活動状況や自治体での位置づけにおおきな相違があることも明確となってきた。今後は共通する課題を持つところの情報交換をさらに密にしていくことが必要であると考えられる。

20年度からの特定健診保健指導では以下の6つ

のポイント〔下記ゴシック体〕がとくに重要とされているため、健康科学センターはじめ関係機関が考慮すべき点をまとめてみた。

①「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者は、40歳以上75歳未満の被保険者、被扶養者に対して、生活習慣病予防に着目した健診・保健指導を義務化される。

⇒保険者に対して、適切な健診・保健指導のあり方、評価方法などの情報提供が必要である。健康科学センターはこれまでの保健事業の実績をもとに、公益的な立場で保険者が積極的に保健事業に着手できるよう支援できるのではないかな。

②保健事業対象者を確実に把握できるため保健事業評価が可能になり、事業改善が期待される。健診データとレセプトの突合により、「要医療」と判定された人の受療状況や治療中断者の把握が可能になる。

⇒医療費分析を含めた保健事業評価のあり方を検討していくべきである。医療の標準化が行われていない以上、レセプト分析で保健事業を評価することには限界があるが、どのような方法が保健事業評価に適するのかを提言していくべきではないかな。

③保険者は、保健事業の実績に基づき、平成25年度から後期高齢者医療支援金の加算・減算措置を受けることになる。その算出の基となるデータは、健診受診率、保健指導実施率、内臓脂肪症候群該当者・予備群の減少数等である。

⇒保健事業を活性化するためには各指標をどのように定義し、それらの指標を総合的に評価する算定式はどのような形にすべきかの検討が必要である。保険者の種類や対象年齢、地域間格差などをどのように評価すべきかについて、科学的根拠を用いた提案が必要である。

④全国どこでも一定レベル以上の保健指導が受けられるよう、標準的なプログラムを提示する。MetSの診断基準を基にして対象者を階層化し、保健指導の優先順位を定める。

⇒保健事業の優先順位づけという考え方が導入され、メタボリックシンドロームをターゲットとした事業展開を行うことになった。健康課題の分析とその結果に基づく保健事業という PDCA サイクルをまわす保健活動を実施していくため、健康課題の分析方法や、それに基づく事業計画など、各保険者が戦略的に保健活動をおこなえるような技術支援が必要である。

⑤標準的なプログラムでは、対象者自身が、①健診結果を理解して体の変化に気づき、②自らの生活習慣を振り返って問題点を発見し、③食事や運動などの生活習慣をどのように変えるべきかを考えて行動目標をたて、④実行・継続して健康状態を改善させることを主眼としており、保健指導者は対象者がこのようなプロセスをたどって行動変容できるように支援することを求められている。

⇒対象者の行動変容を促す方法、保健指導プログラムのさらなる開発が必要である。健康日本21活動と理念を同一にしながら、生活習慣病のハイリスクの人が健康的な生活様式を導入しやすい方法について研究を進める必要がある。楽しさや快適さ、主体性、効果の実感などがキーワードになろう。

⑥どの検査機関で受診しても比較可能なデータ・判定結果が得られるように基準を標準化し、さらに標準様式で電子化された健診データは保険者を通して国に報告される。⇒信頼に足る評価指標を作り、データが遅滞なく分析できる体制が必要である。国に報告されたデータを公衆衛生的見地から分析し、保健活動の推進に役立たせたいものである。

#### E. 結論

健康科学センターに対するヒアリング・アンケートを通じ、保健活動の推進方法や課題について整理した。特定健診・保健指導については全体像が確定していない段階での調査ではあるが、生活習慣病対策の全体像の中での位置づけを明確にすること、評価指標を標準化し PDCA サイクルをまわす戦略的な保健活動ができるしくみの導入であることから、さ

らに取り組むべき課題が多くあると考えられた。

#### F. 健康危機情報 とくになし

#### G. 研究発表

- 1) 津下一代. メタボリックシンドロームが健診・保健指導のあり方を変える. メディカルダイジェスト. 2007年1月号
- 2) 津下一代. 地域をベースとした健康支援プログラム. 東京大学出版社 2007年
- 3) 津下一代. テレメンタリング(2) メールでの健康相談～積極的支援の補助ツールとしての可能性～. 中山出版. 2007年
- 4) 津下一代. これからの生活習慣病対策: これから必要とされる保健指導のコンテンツとは? 保健師ジャーナル Vol. 62 No. 10
- 5) 安全・安心の保健医療—医療制度改革の目指すべき方向. 第65回日本公衆衛生学会総会 サテライトシンポジウム 富山

	1: 予定無し 2: 可能性を検討している 3: 具体的な予定がある 4: 試験的に実施している 5: 以前から実施している	茨城県	埼玉県	愛知県	富山県	静岡県	大阪府	神戸市	岡山県	福岡市	鹿児島県	山口県	集計				
													5	4	3	2	1
〔内部での準備体制〕																	
(1)	厚生労働省検討会資料、「標準的な健診保健指導プログラム」等の冊子等の取得	5	1	5	5	5	5	2	2	5	2	5	7	0	0	3	1
(2)	所属内の勉強会等	5	2	5	1	1	5	2	2	5	1	5	5	0	0	3	3
(3)	所属内準備プロジェクトチームの立ち上げ	1	1	5	2	1	2	2	2	5	1	1	2	0	0	4	5
(4)	20年度以降の体制について所管官庁との協議	1	3	5	1	1	5	2	2	5	2	2	3	0	1	4	3
〔20年度以降の体制について、外部機関との相談〕																	
(5)	市町村などとの相談（衛生部門）	1	2	4	2	1	1	1	1	5	2	2	1	1	0	4	5
(6)	市町村などとの相談（国保部門）	1	2	4	2	1	1	1	3	1	2	2	0	1	1	4	5
(7)	現在利用している団体（民間企業）との相談	1	2	4	2	1	4	2	2	2	2	1	0	2	0	6	3
(8)	新たな利用団体（保険者等）との相談	1	1	3	2	1	2	1	2	2	2	1	0	0	1	5	5
(9)	健診機関、保健サービス機関との情報交換	5	1	5	2	1	1	1	3	1	5	1	3	0	1	0	6
〔具体的な事業の準備〕—健診データの分析																	
(11)	集団の健康状態の体系的な分析	5	1	4	1	5	5	4	5	5	2	1	5	2	0	1	3
(12)	基本健康診査データ等の分析	5	1	4	1	5	5	4	5	5	2	1	5	2	0	1	3
(13)	医療費関連データの分析（有病率、医療費等）	1	1	4	1	3	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7
〔具体的な事業の準備〕—健診方法の見直し																	
(15)	腹囲の導入など健診項目・方法の見直し	1	1	5	4	1	4	4	5	5	1	1	3	3	0	0	5
(16)	精度管理方法の見直し	1	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	0	0	2	1	8
(17)	問診の改訂	1	1	2	2	1	2	3	1	2	1	1	0	0	1	4	6
(18)	結果表の改訂（具体的に）	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	0	0	0	5	6
(19)	健診結果による保健指導対象者の階層化	1	1	4	2	1	2	4	1	2	1	1	0	2	0	3	6
(20)	見直しにともなう人員配置	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	1	2	8
(21)	健診方法の見直しに伴う予算措置	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	3	8
〔具体的な事業の準備〕—保健指導方法の見直し																	
(23)	メタボリックシンドロームに対応した保健指導プログラムの作成	5	1	5	4	1	1	2	2	4	2	2	2	2	0	4	3
(24)	IT活用等あらたな方法の検討	1	1	5	2	5	2	2	1	4	2	2	2	1	0	5	3
(25)	外部機関と連携したプログラムの作成（たとえば運動指導を実施等）	5	1	3	2	5	1	2	3	1	5	2	3	0	2	3	3
(26)	保健指導記録の整備	1	1	3	2	3	5	3	1	3	2	5	2	0	4	2	3
(27)	保健指導技術向上研修 外部の研修受講	1	1	5	4	5	3	2	2	2	2	5	3	1	1	4	2
(28)	保健指導技術向上研修 内部の研修実施	2	1	5	2	1	1	2	2	5	2	5	3	0	0	5	3
(29)	評価方法の検討	2	1	4	2	3	1	2	1	3	2	2	0	1	2	5	3
(30)	人材確保（保健師等の配置、新規雇用）	1	1	3	1	1	1	2	1	2	2	1	0	0	1	3	7
〔具体的な事業の準備〕—運営形態等の検討																	
(32)	委託契約方法の検討	1	1	3	1	2	1	2	2	2	2	1	0	0	1	5	5
(33)	自主事業の検討	1	2	5	1	2	1	2	3	5	2	1	2	0	1	4	4
(34)	営業、PR活動の見直し	1	2	4	4	2	2	2	2	5	2	1	1	2	0	6	2
〔自主事業として実施している、または実施予定のものは〕																	
(36)	特定健診	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	3	8
(37)	保健指導（動機づけ支援）	2	1	5	1	5	2	2	1	4	2	1	2	1	0	4	4
(38)	保健指導（積極的支援）	2	1	5	1	5	2	3	1	4	2	1	2	1	1	3	4
(39)	特定保健指導のための研修会	2	1	5	1	1	2	1	5	2	1	2	2	0	0	4	5
(40)	医療費分析についての研修会	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	0	0	1	3	7
(41)	健康課題の分析	5	1	5	1	5	1	4	1	2	2	1	3	1	0	2	5
(42)	出版物の作成	1	1	4	1	5	5	1	3	3	1	1	2	1	2	0	6
(43)	保健指導プログラムの販売	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	3	8
〔その他、特定健診・保健指導に関連した事業〕																	
(45)	研究事業	5	1	5	1	1	5	1	3	4	2	5	4	1	1	1	4

[準備にあたって困っている点、問題点] 自由に記載してください	
ア 県と健康科学センターとの役割分担	イ 人員体制
健康日本21地方計画及び、医療制度改革・特定健診・保健指導事業の準備状況については、県健康増進課（健康づくり推進室）が担当しており、当センターは、企画協力機関として運営されています。現在、当センターが実施している事業の中では、市町村等のモデル事業としての内容を組み込み、メタボリックシンドロームに対応した保健指導方法の見直し、検討をしているところであり、県との情報交換、連絡会の中で活動計画を作成しています。	
当健康づくりセンターは、平成19年4月から指定管理者制度に移行しますが、その際、実施事業については、全て指定管理者が新たに実施する事業となっています。つまり、必須事業の義務づけはなく、指定管理者の自由提案事業ということで現在、指定管理者の公募を行っております。この様なことから、御依頼の準備状況につきましては、たいへん重要な課題であり取り組んでいかなければならない事柄とは思いますが、当センターでの取り組みは行っておりませんので御報告いたします。	
指定管理者制度（平成20年度まで）の下、県の方針、計画に沿った事業の企画・実施がなされているため、「特定健診、保健指導」の準備に関しても、県の方針が固まらないと計画が立てにくい。	
厚労省で明示されていないことが多い。質問についての答えも19年度に解答を延ばしたものが多く。そのため、本庁、市町村とも手探り状態。しかも、健診・保健指導に長らくノータッチで、保健師など専門職のいない国民健康保険課が担当になることなどから、現場は混乱している。本庁の方針が固まらないと、人材確保、予算処置などは決まらない。	
保健指導に対する収入見込みが確定していないので、予算がたてられず、具体的計画がたてにくい。	
1 国の動向で確定していないことも多く全体像が見えにくい。 2 (1と関連して) 従って県の関係各課との連携も見えにくい。	
特定健診特定保健指導について福岡市と協議を重ねているものの受託内容がまだ不確定である。また、自主事業としても検討中であるが業務量、スタッフ人数、予算等の策定に苦慮している。	
平成20年度まで特定指定管理者として、管理運営をするがその後の運営が不透明である。	
[健康科学センターとして 今後 情報交換をしたほうがよいと思うことがありますか]	
健康科学センターと関係機関、団体等との連携手段、支援プログラム	
暫定的に取り組んでいるところで、どんな運動プログラムを提供しているか知りたい。(情報の提供だけなのか、実際にどのくらいの頻度で運動指導をしているのか)	
指定管理者制度下の事業運営と動向について(事業コストや施設の有効活用等)	
設置主体や事業運営方法が各健康科学センターによって異なるため、必要な情報については個々に問い合わせている。したがって、健康科学センター全体に対して情報交換するテーマは今のところない。	
特になし。	
具体的な成果に関して	
当センターは健診部門がなく規模も違いすぎるので、現時点で特別の情報交換の必要は感じていない。	
動機づけ支援や積極的支援プログラムや今後の進捗状況などの情報交換	
[今回の動きは国民の健康増進・生活習慣病予防に効果が期待できると思いますか]	
それぞれの組織が枠を超えて一元的な推進を図ることができれば、効果が期待できる。	
効果の期待はできると思うが、予算の確保が難しいと思う。	
現状から実効性のある予防対策等が求められているので、システムが機能することを期待したい。	
新たなビジネスチャンスであるが、国全体としてみると効果が出る可能性はすくないのでは。	
予算や人員の裏づけがないままスタートしても、それほどの効果は期待できないのではないかと。	
期待できない。 メタボリックシンドロームは、都市部の中年男子の勤務者（肉体労働をしない）の問題である。 男子でも60歳以上や女子では頻度は低い。国民全体で取り上げることか。 高血圧対策、タバコ対策を徹底するほうがはるかに効果が大きい。	
保険点数の項目に治療薬に頼らず、生活改善によって生活習慣病のコントロールが可能になった場合の点数を追加するなど、医療から予防へのメリットを打ち出せば期待できると思うが、医師会との協力が必要。	
あり	
国民の生活習慣改善のための動機づけにはなっていないと思うし、健康に対する関心、良い健康習慣の普及については確実に成果が上がっていると考えられる。	
ハイリスク者に対しては、効果が期待できると思われるが、リスクのない者やポピュレーションとして行う健康増進対策が今よりおろそかになる可能性がある。	

## 8. 自治体における健康増進計画

### 「健康くらしき21」推進研究について（その3）

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12年、第3次国民健康づくり運動は「健康日本21」として策定され、都道府県版策定、そして市町村版策定へと裾野を広げている。中核市の倉敷市においても、住民と協働して、健康づくりに取り組むということ、またその際に地域特性を考慮した項目を設定し、それぞれに目標設定し、平成15年度末に「健康くらしき21」を策定した。

平成19年度の間評価を控えて、その推進を効果的に行うため推進研究に取り組み、住民のニーズの把握や課題、さらにはその評価方法を明らかにした。

特に健康づくり実践評価では「健康くらしき21」を知っている人は、主体的健康感が高く、運動習慣者も多い結果となっており、健康づくりや介護予防の視点からもこの増加をはかる取り組みが重要であることがわかった。

また、平成18年10月17日厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会が「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の中間実績値や今後の課題を盛り込んだ中間評価を報告している。

その中で「脳卒中、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の改善や、女性の肥満者の増加に歯止めがかかっている一方で、高血圧や糖尿病などの生活習慣病は、特に中高年男性で改善していない、特に肥満は悪化している」など、その進捗状況が十分でない点を指摘している。

そこで、食行動や運動と関係が深い生活習慣病対策を推進させるため、基本健康診査を受診した地域住民と企業に従事する職員を対象としたメタボリックシンドロームに関連するアンケート調査を合わせて実施し、今後の特定健診・保健指導計画や食育推進計画を推進していく上での示唆を得た。

#### II 平成18年度厚生科学研究「生活習慣病予防対策に係る実態調査」

##### 1 目的

本市においては、平成15年度に「健康くらしき21」を策定し、各分野で積極的に健康施策を推進しているところであるが、さらに効果的なものにするためには、市民の健康意識や健康行動変容にいたるモチベーションの実態を把握する必要がある。

そこで、昨年度実施した健康意識・行動に関するアンケート調査結果を基に主観的健康観と健康状態及び健康行動との関連性を調べた。

また、基本健康診査を受診した一般市民と市内の企業の従業員を対象とし、健康に関する行動意識調査を実施して、比較対照研究を行った。

この情報をフィードバックすることにより市民の健康意識並びに健康行動の向上を図るとともに、今後の産業保健との連携の推進を図る目的で本研究を実施した。

## 2 実施期間

平成17年4月～平成19年2月

## 3 方法

### (1) 主観的健康観と健康状態及び健康行動との関連性に関する調査

30歳から69歳までの市民から、無作為抽出した4,000人を対象に、郵送方式で、健康意識・行動に関するアンケート調査を行った。この調査データに基づき、30～40歳代（壮年期）及び50～60歳代（中高年期）の2群について、主観的健康観（「自分の健康状態は」について、「良い」、「普通」、「悪い」）と健康状態及び健康行動とのクロス集計を行い、相互の関連性を調べた。

### (2) 生活習慣病予防に関連する健康意識行動調査

生活習慣病予防に関連して、食、運動、ストレス・休養、健康意識及び自己の健康管理能力に関して、本市が実施する基本健康診査を受診した者のうち、無作為に選んだ、40歳から64歳までの市民313人及び市内5事業所の従業員818人を対象として、アンケート調査を実施し、両者の健康観や健康行動の実態を比較検討するとともに、前者については健診データとの関連性も研究した。

アンケートの内、順序尺度として評価できるものについては、点数化して、そのカテゴリーごとの合計を健康観や健康行動を評価する得点とした。なお、各得点はその値が大きいものほど、良好であるように調整した。

## 4 調査結果

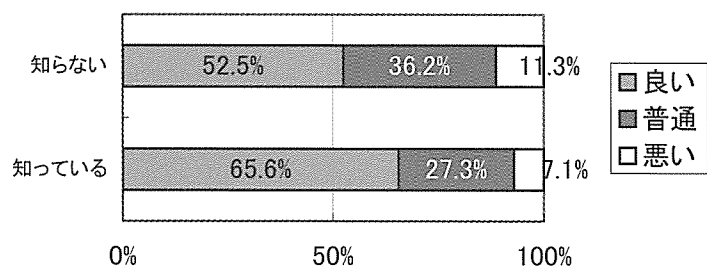
### (1) 主観的健康観と健康状態及び健康行動との関連性に関する調査

#### ア 健康全般との関連性

- 1) 「健康くらしき21」を知っている  
(壮年期)

	良い	普通	悪い	計
知っている	101	42	11	154
知らない	209	144	45	398
計	310	186	56	552

健康くらしき21を知っている(壮年期)

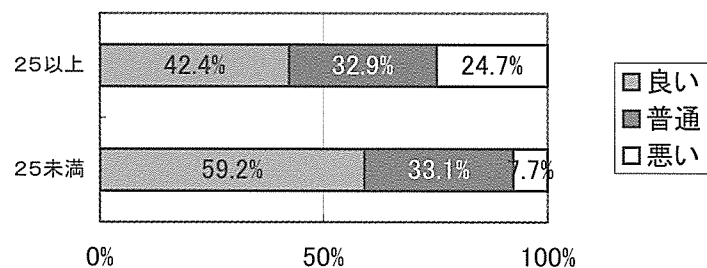


壮年期において「健康くらしき21」を知っている群は、知らない群よりも健康状態が良いと回答している割合が有意に大きかった ( $p < 0.05$ )

イ BMIとの関連性  
(壮年期)

	良い	普通	悪い	計
25未満	284	159	37	480
25以上	36	28	21	85
計	320	187	58	565

BMI(壮年期)

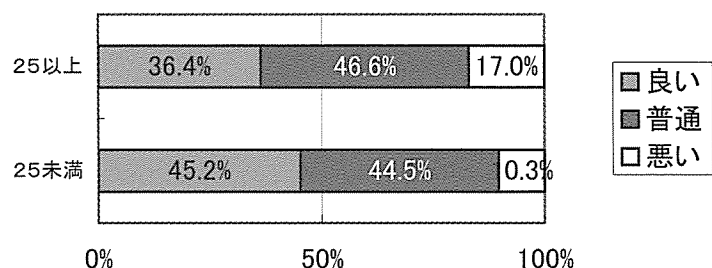


(中高年期)

	良い	普通	悪い	計
25未満	250	246	57	553
25以上	60	77	28	165
計	310	323	85	718



BMI(中高年期)



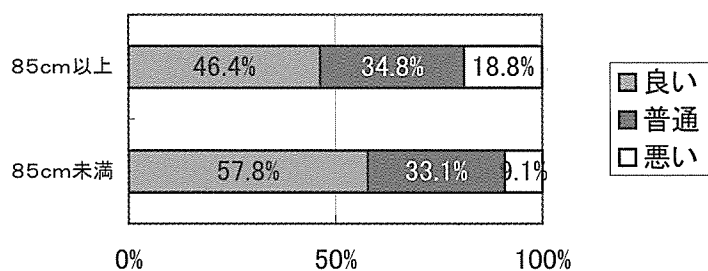
壮年期及び中高年期においてBMI 25未満の群は、以上の群よりも「健康状態が良い」と回答している割合が有意に大きかった。(p<0.05)

ウ 腹囲との関連性

(壮年期)

	良い	普通	悪い	計
85cm未満	286	164	45	495
85cm以上	32	24	13	69
計	318	188	58	564

腹囲(壮年期)



壮年期において、腹囲85cm以上の群は未満の群よりも「健康状態が悪い」と回答した割合が有意に大きかった。(p<0.05)

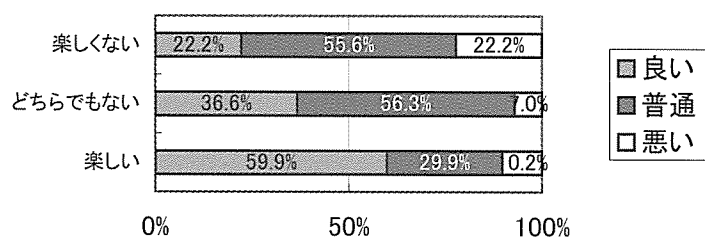
エ 食事栄養との関連性

1) 「食事が楽しい」

(壮年期)

	良い	普通	悪い	計
楽しい	282	141	48	471
どちらでもない	26	40	5	71
楽しくない	2	5	2	9
計	310	186	55	551

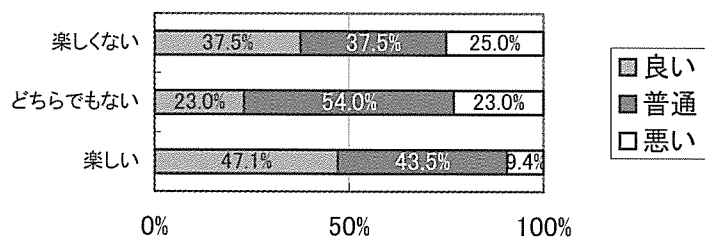
### 食事が楽しい(壮年期)



### (中高年期)

	良い	普通	悪い	計
楽しい	262	242	52	556
どちらでもない	26	61	26	113
楽しくない	3	3	2	8
計	291	306	80	677

### 食事が楽しい(中高年期)



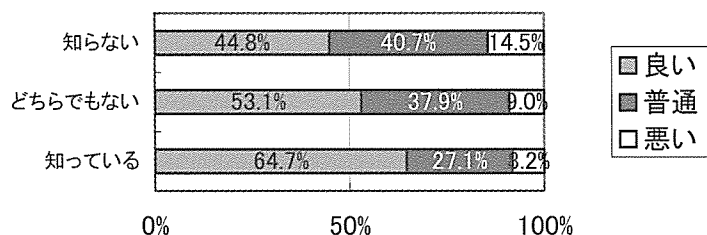
壮年期及び中高年期において、「食事が楽しい」については、肯定群が否定群よりも「健康状態が良い」の割合が有意に大きかった。(p<0.05)

### 2) 「自分にあつた食事量を知っている」

#### (壮年期)

	良い	普通	悪い	計
知っている	181	76	23	280
どちらでもない	77	55	13	145
知らない	65	59	21	145
計	323	190	57	570

自分にあつた食事量を知っている(壮年期)



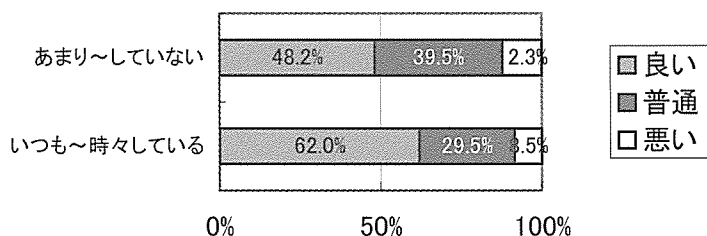
壮年期において「自分にあつた食事量を知っている」については、肯定群が否定群よりも「健康状態が良い」の割合が有意に大きかった。(p<0.05)

オ 運動習慣との関連性

1) 「意識的に体を動かそうとしている」

	良い	普通	悪い	計
いつも～時々している	204	97	28	329
あまり～していない	106	87	27	220
計	310	184	55	549

意識的に体を動かそうとしている(壮年期)

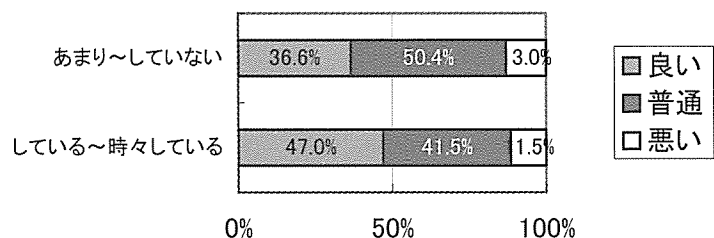


壮年期において「意識的に体を動かそうとしている」については、肯定群が、「健康状態が良い」の割合が有意に大きかった。(p<0.05)

2) 「週2回、30分以上体を動かしている」

	良い	普通	悪い	計
している～時々している	197	174	48	419
あまり～していない	90	124	32	246
計	287	298	80	665

週に2回、30分以上体を動かす(中高年期)



中高年期において「週2回、30分以上体を動かしている」については、肯定群が、「健康状態が良い」の割合が有意に大きかった。(p < 0.05)

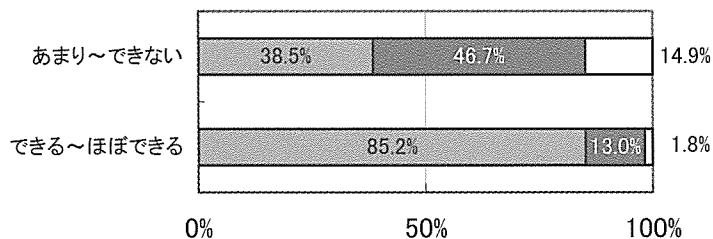
カ 休養・ストレスとの関連性

1) 「イライラやストレスが解消できる」

(壮年期)

	良い	普通	悪い	計
できる～ほぼできる	236	36	5	277
あまり～できない	75	91	29	195
計	311	127	34	472

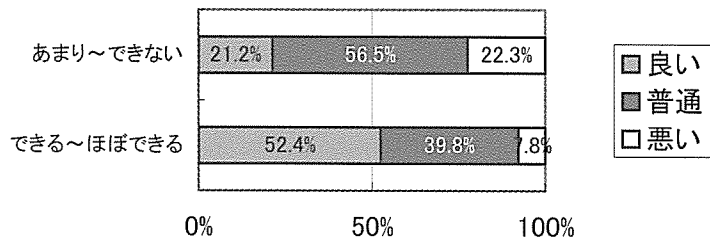
イライラやストレスが解消できる(壮年期)



(中高年期)

	良い	普通	悪い	計
できる～ほぼできる	249	189	37	475
あまり～できない	41	109	43	193
計	290	298	80	668

イライラやストレスが解消できる(中高年期)



壮年期及び中高年期において「イライラやストレスが解消できる」については、肯定群が、「健康状態が良い」の割合が有意に大きかった。(p < 0.05)

2) 「朝起きたときに疲れがとれている」

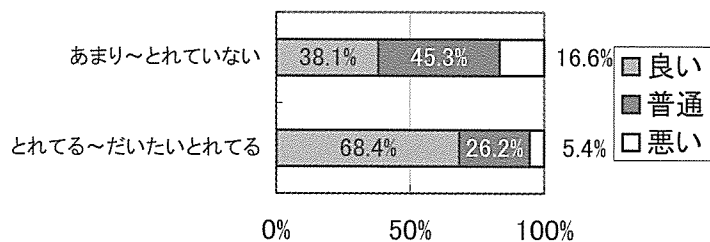
(壮年期)

	良い	普通	悪い	計
とれている~だいたいとれている	227	87	18	332
あまり~とれていない	85	101	37	223
計	312	188	55	555

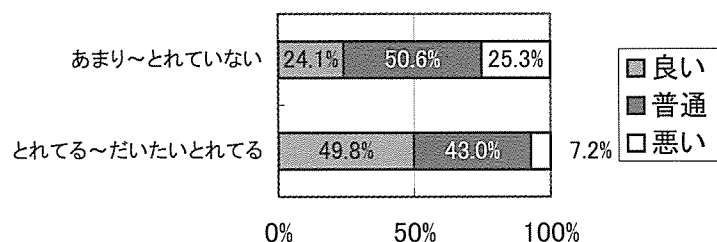
(中高年期)

	良い	普通	悪い	計
とれている~だいたいとれている	248	214	36	498
あまり~とれていない	41	86	43	170
計	289	300	79	668

朝起きたとき疲れがとれている(壮年期)



朝起きたとき疲れが取れている(中高年期)



壮年期及び中高年期において「朝起きたときに疲れがとれている」については、肯定群が、「健康状態が良い」の割合が有意に大きかった。(p<0.05)

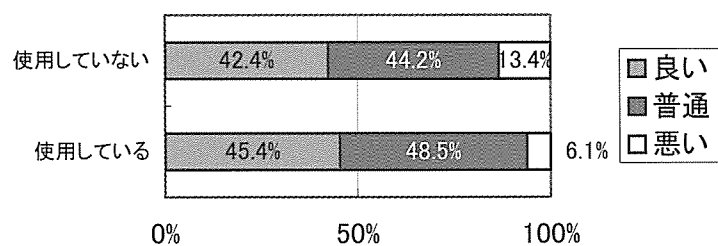
キ 歯科保健との関連性

1) 「デンタルフロスを使用している」

(中高年期)

	良い	普通	悪い	計
使用している	74	79	10	163
使用していない	237	247	75	559
計	311	326	85	722

デンタルフロスを使用している(中高年期)

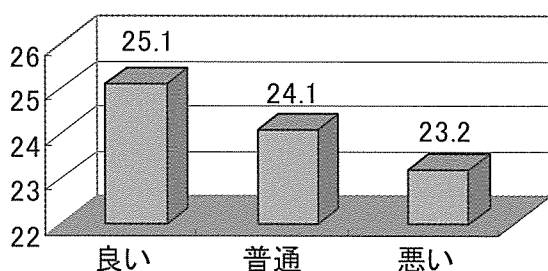


中高年期において「デンタルフロスを使用している」については、否定群が「健康状態が悪い」の割合が有意に大きかった。(p<0.05)

2) 現在歯数

	現在歯数平均値	標準偏差	個数
良い	25.1	5.6	501
普通	24.1	6.5	413
悪い	23.2	6.8	111

健康観と現在歯数平均値



現在歯数の平均値では、健康状態が「良い」群が25.1本「どちらでもない」群が24.1本「悪い」群が23.2本と「良い」群が、他の群に比べ現在歯数が有意に大きかった。(p<0.05)

(2)生活習慣病予防に関連する健康意識行動調査

ア 地域と企業の比較対照調査年代別クロス集計

1) 一般属性

①性別

	地域	企業	計
男	60(19.2%)	570(95.2%)	630
女	253(80.8%)	29(4.8%)	282
計	313(100.0%)	599(100.0%)	912

②年代

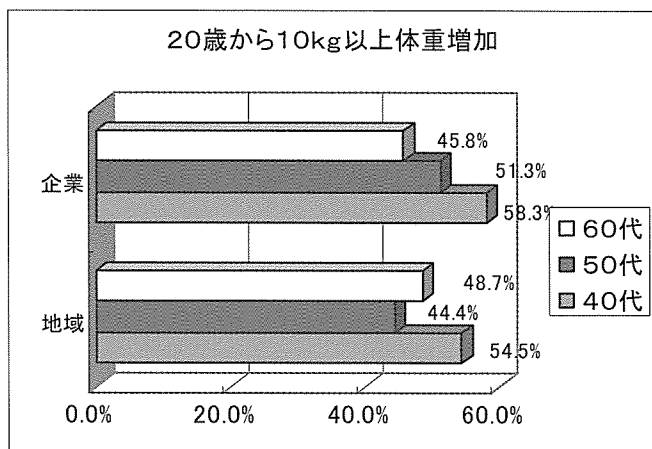
	地域	企業	計
40代	34(10.9%)	245(30.0%)	279
50代	115(36.7%)	329(40.2%)	444
60代	164(52.4%)	25(3.1%)	189
計	313(100.0%)	599(100.0%)	912

2) 「20歳時から10kg以上体重が増加している人」についての比較

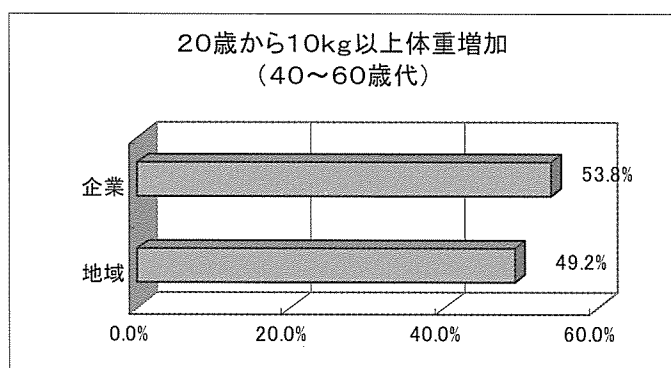
①男性

(人)

年代	対象者	している	していない	計
40代	地域	6	5	11
	企業	130	93	223
50代	地域	4	5	9
	企業	161	153	314
60代	地域	19	20	39
	企業	11	13	24
40~60代	地域	29	30	59
	企業	302	259	561



20歳から10kg以上体重増加のあった割合は、企業の男性においては、40歳代が58.3%と最も大きく、次いで50歳代が51.3%、60歳代が45.8%と最も小さかった。地域の男性においては40歳代が54.5%と最も大きく、次いで60歳代が48.7%、50歳代が44.4%と最も小さかった。



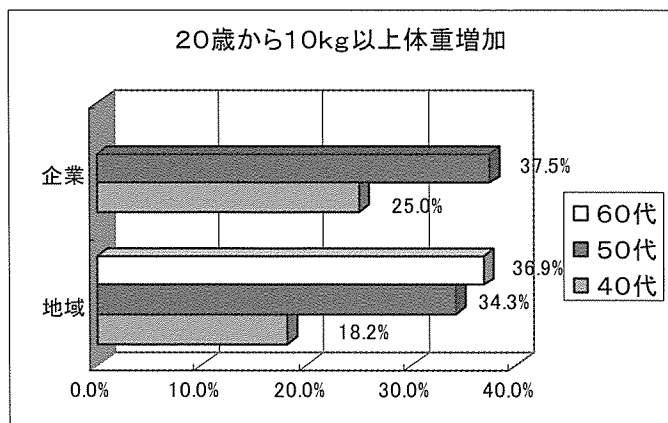
40歳代から60歳代男性の「20歳から10kg以上体重増加のあった人」の割合については、地域と企業に差は見られなかった。

②女性

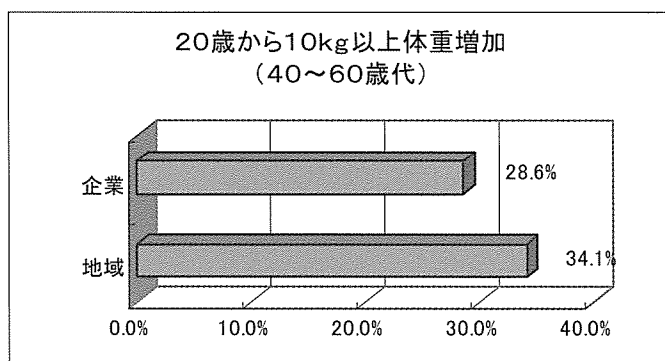
(人)

年代	対象者	している	していない	計
40代	地域	4	18	22
	企業	5	15	20
50代	地域	35	67	102
	企業	3	5	8
60代	地域	45	77	122
	企業			
40～60代	地域	84	162	246
	企業	8	20	28





20歳から10kg以上体重増加のあった割合は、企業の女性においては50歳代が37.5%と最も大きく、次いで40歳代が25.0%だった。地域の女性においては、60歳代が36.9%と最も大きく、次いで50歳代が34.3%、40歳代が18.2%と最も小さかった。



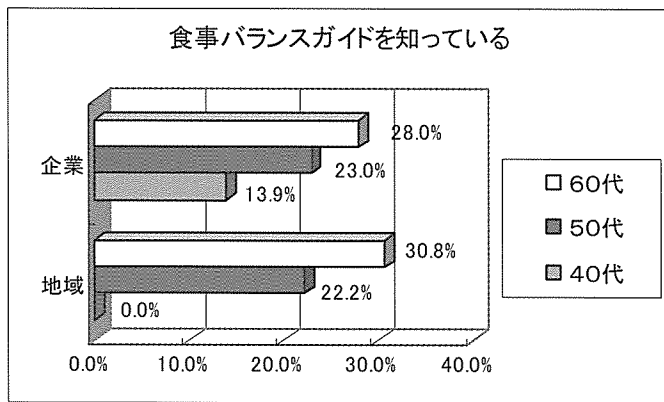
40歳代から60歳代女性の「20歳から10kg以上体重増加のあった人」の割合については、地域と企業に差は見られなかった。

### 3) 「食事バランスガイドを知っている人」についての比較

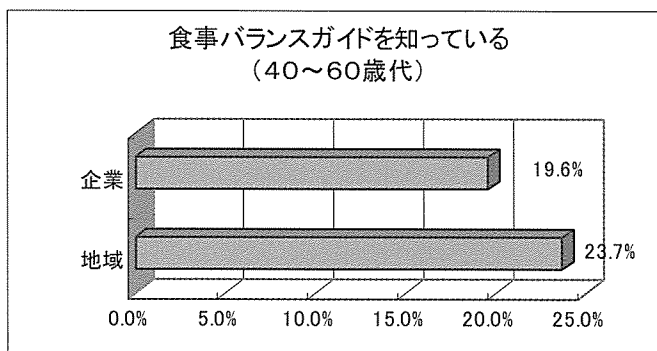
#### ①男性

(人)

年代	対象者	知ってる	知らない	計
40代	地域	0	11	11
	企業	31	192	223
50代	地域	2	7	9
	企業	73	245	318
60代	地域	12	27	39
	企業	7	18	25
40~60代	地域	14	45	59
	企業	111	455	566



食事バランスガイドを知っている割合は、企業の男性においては、60歳代が28.0%と最も大きく、次いで50歳代が23.0%、40歳代が13.9%と最も小さかった。地域の男性においては、60歳代が30.8%と最も大きく、次いで50歳代が22.4%、40歳代が0%と最も小さかった。

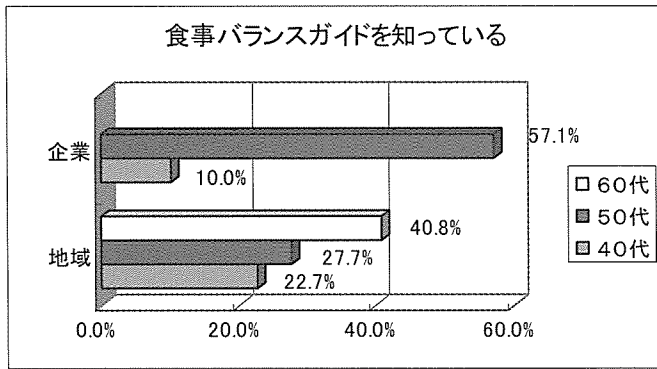


40歳代から60歳代男性の「食事バランスガイドを知っている人」の割合については、地域と企業に差は見られなかった。

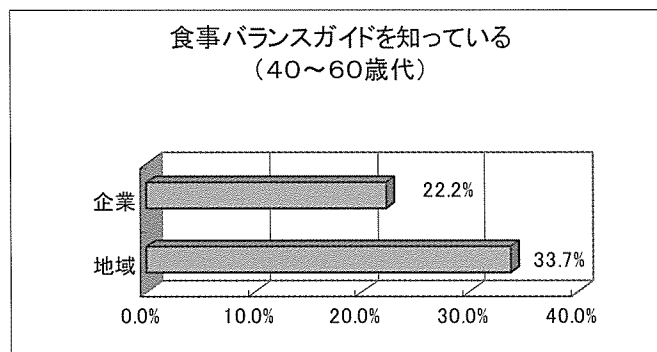
②女性

(人)

年代	対象者	知ってる	知らない	計
40代	地域	5	17	22
	企業	2	18	20
50代	地域	28	73	101
	企業	4	3	7
60代	地域	49	71	120
	企業			
40~60代	地域	82	161	243
	企業	6	21	27



食事バランスガイドを知っている割合は、企業の女性においては、50歳代が57.1%と最も大きく、次いで40歳代10.0%であった。地域の女性においては、60歳代が40.8%と最も大きく、次いで50歳代の27.7%、40歳代が22.7%と、最も小さかった。



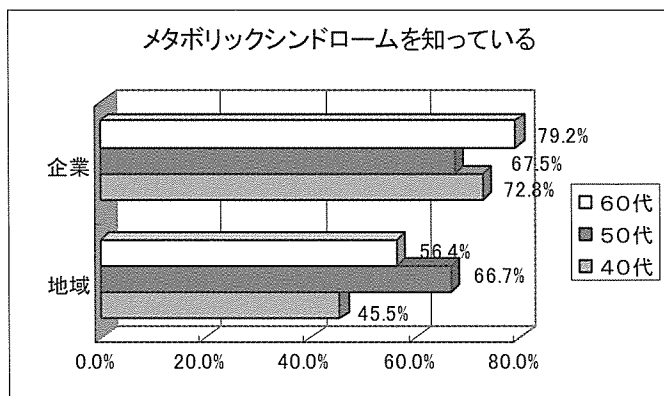
40歳代から60歳代女性の「食事バランスガイドを知っている人」の割合は、地域と企業に差はみられなかった。

#### 4) 「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）を知っている人」についての比較

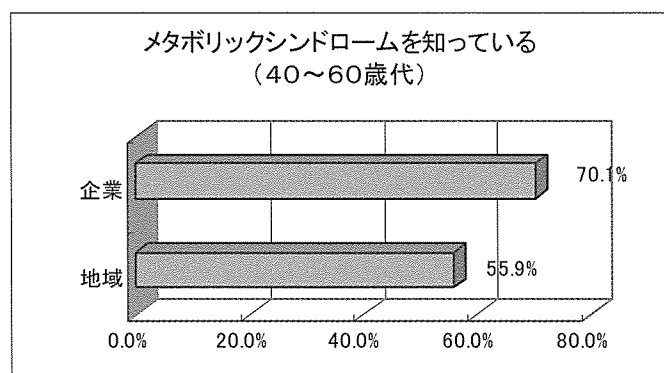
##### ①男性

(人)

年代	対象者	知ってる	知らない	計
40代	地域	5	6	11
	企業	163	61	224
50代	地域	6	3	9
	企業	214	103	317
60代	地域	22	17	39
	企業	19	5	24
40~60代	地域	33	26	59
	企業	396	169	565



メタボリックシンドロームを知っている割合は、企業の男性においては、60歳代が79.2%と最も大きく、次いで40歳代が72.8%、50歳代が67.5%と最も小さかった。地域の男性においては、50歳代が66.7%と最も大きく、次いで60歳代が56.4%、40歳代が45.5%と最も小さかった。



40歳代から60歳代男性の「メタボリックシンドロームを知っている人」の割合は、企業のほうが地域に比べて有意に大きかった。(P<0.05)

②女性

(人)

年代	対象者	知ってる	知らない	計
40代	地域	19	3	22
	企業	14	6	20
50代	地域	78	23	101
	企業	6	2	8
60代	地域	86	36	122
	企業			
40~60代	地域	183	62	245
	企業	20	8	28